

別添 2－1

オンライン又は光ディスク等による
請求に係る標準仕様（医科用）

令和 8 年 6 月版

目 次

第 1	基本的事項	1
第 2	具体的事項	2
1	診療報酬明細書に関する一般的事項	2
2	厚生労働省告示「診療報酬の算定方法」に係る事項	3
3	電子レセプトにおいて特に確認を要する事項	4
4	記載要領に関する事項	4

別添 コメントレコード等での算定日の記録が不要な診療行為一覧

第1 基本的事項

「オンライン又は光ディスク等による請求に係る標準仕様」（以下「標準仕様」という。）は、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関しても家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関しても家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき作成する診療報酬明細書（以下「電子レセプト」という。）の記録に当たって、保険医療機関が使用するソフトウェアに備えておくべき事項と内容を示すものである。

- 1 本仕様は、医科の保険医療機関を対象とし、医科の電子レセプトの作成に関する次の事項を定めるものである。
 - (1) 診療報酬明細書に関する一般的事項
 - (2) 厚生労働省告示「診療報酬の算定方法」に係る事項
 - (3) 電子レセプトにおいて特に確認を要する事項
 - (4) 診療報酬明細書の記載要領（以下「記載要領」という。）に関する事項
- 2 電子レセプトの記録条件は、子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」によること。
- 3 保険医療機関が使用するソフトウェアの内部処理コードは、オンライン又は光ディスク等による請求に係る傷病名コード、修飾語コード、診療行為コード（医科）、医薬品コード、特定器材コード及びコメントコード（以下総称して「厚生労働省コード」という。）とすること。

なお、内部処理コードに厚生労働省コードを使用しない場合は、厚生労働省コードと1対1で直結する方途を講ずること。
- 4 前1の事項は、厚生労働省コードを収載した傷病名マスター、修飾語マスター、診療行為マスター（医科）、医薬品マスター、特定器材マスター及びコメントマスターに設定された各種フラグ等及び厚生労働省コードを用いて構築された電子点数表を活用した確認が可能であり、その設定内容は「レセプト電算処理システムマスターファイル仕様説明書」及び「電子点数表の活用手引き」のとおりである。
- 5 前1の事項の確認結果が誤りである場合又は別途コメント等の記録を要する場合は、必要に応じて警報若しくは警告等を発すること。
- 6 前1の(3)の事項については、算定する内容等から確認を行うこと。
- 7 前1の(4)の事項のうち、記載要領に規定された内容を電子レセプトの記録内容から出力等が可能である事項については、記録を要しない。

第2 具体的事項

標準仕様の具体的事項は、次のとおりとする。

1 診療報酬明細書に関する一般的事項

次表の項目欄に掲げる事項については、確認事項欄に掲げる事項についての相関及び単独のチェックを行う。

項目	確認事項	備考
入力する文字	J I S X 0 2 0 1 - 1 9 7 6 及び J I S X 0 2 0 8 - 1 9 8 3 の規格以外の文字を使用していないこと。	
診療年月	暦年、暦月以外の年月を入力していないこと。	
資格	レセプト種別に応じた保険者番号、公費負担者番号等が入力されていること。	
	保険者番号、公費負担者番号及び公費受給者番号（医療観察法受給対象者を除く。）のCDが正しいこと。	
	医療保険又は国民健康保険の場合、資格確認書等の「記号」が入力されていること。	
	医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療の場合、資格確認書等の「番号」が入力されていること。	
	レセプト種別、患者の年齢、所得区分及び高額療養費の現物給付の有無等の条件に合致しない特記事項が入力されていないこと。	
	氏名、男女別及び生年月日が入力されていること。	
	生年月日に暦年、暦月、暦日以外の年月日を入力していないこと。	
	後期高齢者の場合、患者の年齢が65歳未満でないこと。	
	医療保険本人の場合、患者の年齢が15歳未満でないこと。	
	高齢受給者の場合、患者の年齢が70歳未満又は75歳以上でないこと。	
	未就学者の場合、患者の年齢が7歳以上又は6歳で診療年月が当該患者の6歳の誕生日（4月1日生まれの場合はその前日の3月31日で判定）以後最初の3月31日以降でないこと。	
傷病名	傷病名が入力されていること。	
	修飾語のみの入力でないこと。	
診療開始日	入力されていること。	
	暦年、暦月及び暦日以外の年月日を入力していないこと。	
	初診料を算定する場合は、診療開始日の年月と診療年月が一致していること。	
診療実日数	レセプト種別に応じた実日数が入力されていること。	
	暦日を超える実日数を入力していないこと。	
転帰	初診料を算定する場合は、当該診療年月より前の診療開始である傷病名の転帰が治癒であること。	
入院年月日	入力されていること。	入院の場合に限る。
	暦年、暦月及び暦日以外の年月日を入力していないこと。	
算定日情報	診療行為コード、医薬品コード及び特定器材コードごとに入力されていること。 （他医療機関に係る臓器提供者レセプトの場合は省略しても差し支えない。）	
	暦日以外の日を入力していないこと。	
	同一点数・回数となる他の診療行為コード、医薬品コード及び特定器材コードがある場合は、各々の算定日情報が一致していること。	
	診療行為コード、医薬品コード及び特定器材コードごとに入力された算定日情報の合計値が、回数と一致していること。	

2 厚生労働省告示「診療報酬の算定方法」に係る事項

診療報酬点数表に規定されている診療行為等については、次表の各種フラグ設定箇所等欄に示すマスター又は電子点数表の設定内容を活用して、確認事項欄の内容に合致した記録であるかの確認が可能である。

項目	確認事項	各種フラグ設定箇所等			備考
		マスター種別	設定箇所	確認対象	
診療年月による算定可否	当該診療年月において、適用期間外となる項目が記録されていないこと。	診療行為	廃止年月日	各マスターに設定されているコードの廃止年月日又は経過措置年月日等	設定されているコードの場合：診療年月が廃止年月日又は経過措置年月日等までの間であることを確認する。 設定されていないコードの場合：記録不可となる。
		医薬品	経過措置年月日又は商品名医薬品コード使用期限 廃止年月日		
		特定器材	経過措置年月日 廃止年月日		
		コメント	廃止年月日		
レセプトの種類等による算定可否	入院又は入院外の条件がある項目が適正に算定されていること。	診療行為	入外適用区分	入外適用区分が「0」以外のコード	
	病院又は診療所の条件がある項目が適正に算定されていること。	診療行為	病院・診療所区分	病院・診療所区分が「0」以外のコード	
	許可病床数等の条件がある項目が適正に算定されていること。	診療行為	病床数区分	病床数区分が「0」以外のコード	
	D P C 専用診療行為を算定していないこと。	診療行為	D P C 適用区分	D P C 適用区分が「2」、「3」及び「4」のコード	医科レセプト（D P C の総括対象医科入院レセプトを含む。）において算定していないことを確認する。
傷病名による算定可否	傷病名の条件がある項目が適正に算定されていること	診療行為	傷病名関連区分	傷病名関連区分が「0」以外のコード	
年齢制限	患者の年齢が条件である項目が適正に算定されていること。	診療行為	上限年齢 下限年齢	上限年齢又は下限年齢が「00」以外のコード	
回数制限	算定回数に定めがある項目が適正に算定されていること。	電子点数表	算定回数テーブル	算定回数テーブルに設定されたコード （算定単位が各項目に応じた回数となる）	
通減対象	同月内に算定する場合に通減となる診療行為が適正に算定されていること。	診療行為	通減対象区分 包括通減区分	通減対象区分が「1」で包括通減区分が「0」以外の同一であるコード	
加算診療行為	休日のみ算定可能である加算が適正に算定されていること。	診療行為	時間加算区分	時間加算区分が「2」、「3」又は「9」のコード	記録された算定日が休日であることを確認する。
	外来管理加算を算定する場合は、同時に算定できない診療行為が算定されていないこと。	診療行為	外来管理加算区分	外来管理加算区分が「1」のコード	外来管理加算の算定時に、対象診療行為が算定されていないことを確認する。
数量	数量により点数計算を行う項目に数量が記録されていること。	診療行為	きざみ値計算識別	きざみ値計算識別が「0」以外のコード	
		医薬品	金額種別	金額種別が「7」以外のコード	
		特定器材	金額種別	金額種別が「5」又は「9」以外のコード	
	数量の記録が不要である項目に数量が記録されていないこと。	診療行為	きざみ値計算識別	きざみ値計算識別が「0」のコード	
		医薬品	金額種別	金額種別が「7」のコード	

項目	確認事項	各種フラグ設定箇所等			備考
		マスター種別	設定箇所	確認対象	
		特定器材	金額種別	金額種別が「5」又は「9」のコード	
併算定	同日に併せて算定できない診療行為が算定されていないこと。	電子点数表	背反テーブル1の 診療行為コード① 加算コード① 診療行為コード② 加算コード②	背反テーブル1に設定されたコード	各テーブルの①に設定されたコードと②に設定されたコードが同日若しくはレセプト単位に併せて算定されていないことを確認する。
	レセプト単位に併せて算定できない診療行為が算定されていないこと。	電子点数表	背反テーブル2の 診療行為コード① 加算コード① 診療行為コード② 加算コード②	背反テーブル2に設定されたコード	

3 電子レセプトにおいて特に確認を要する事項

前2の確認に加えて、医科の電子レセプトにおいて特に確認を要する次の確認事項欄に掲げる事項についての相関及び単独のチェックを行う。

項目	確認事項	備考
診療実日数	0日でないこと。(記載要領において、「実日数として数えないこと。」と規定されている診療内容のみを算定する場合を除く。)	
乳幼児加算等	基本点数の算定に伴い、自動で加算されること。	
算定可否	入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料に算定可能な加算料が適正に算定されていること。(令和8年3月5日保医発0305第6号別表1のとおり)	
	1日分の注射量により算定可能な点滴注射が適正に算定されていること。	
	入院の場合は、1日分の注射量及び患者の年齢により算定可能な点滴注射が適正に算定されていること。	
算定回数	入院の場合は、調剤料の算定回数が外泊日を除いた診療実日数を超えていないこと。	
	入院外レセプトの場合、調剤料、処方料及び処方箋料の算定回数が診療実日数を超えていないこと。(複数診療科受診の場合を除く。)	
併算定	入院と入院外で併せて算定できない診療行為が算定されていないこと。	
通減対象	一連等により通減となる画像診断が適正に算定されていること。	
	内服薬を1処方につき7種類以上投薬する場合の薬剤料の通減が適正に算定されていること。	

4 記載要領に関する事項

記載要領の規定により、摘要欄への別途コメント等の記載を要する項目については、次のとおりとする。

項目	確認事項等	対象	備考
令和8年3月27日付け保医発0327第2号の別添1の別表Ⅰ～Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」に規定された事項	適正に入力されていることの確認を行う。	該当する診療行為等が記録されたレセプト	
特定保険医療材料の商品名、規格又はサイズ及び単価	適正に入力されていることの確認を行う。		
算定日	電子レセプトに記録された他の項目から出力可能であることから記録を要しない。		別添 参照
検査結果情報等	原則、電子カルテ等の検査結果情報から、自動転記を行うこと。 ただし、特別な事情がある場合は、自動転記以外の方法により記録することでも差し支えないものとする。		DPC対象病院に限る