

(保 217)

平成30年11月1日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載について

平成30年度診療報酬改定において、事務の効率化・合理化の観点から、電子レセプトによる請求の場合、レセプトに算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく該当するコードを選択する方式に変更になりました。

本年10月診療分の請求から実施されることに伴い、社会保険診療報酬支払基金本部から各支部へ別添のような連絡がされましたので、お知らせいたします。

選択式記載コードが記録されていないレセプトは、記載要領通知に基づく記載不備となってしまいうため、「原則返戻又は差し替え等」と書かれておりますが、これまで同様柔軟な対応をしていただくことを、支払基金本部および国保中央会に確認しております。

すなわち、1件でも記載不備があれば、医療機関に連絡の上、可能な限り差し替えしていただくことや、対象レセプトが多い場合は、いったん受け付けして再審査で対応する場合があること、返戻する場合も改めて今回の記載要領通知の内容や選択式記載コードの取扱いを連絡するなどです。

また、支払基金においては、9月診療分の請求において、選択式記載コードで対応していない医療機関の状況を把握しましたので、今月中に、各支部から当該医療機関に連絡して、10月診療分から選択式記載コードによる請求が必要である旨再周知し、合わせてレセコン対応が可能か否かの確認をしていただきます。なお、国保においても支払基金と連携して対応していただきます。

各医療機関の対応状況を把握した上で、必要があれば、経過措置の延長を含めた対応を厚生労働省当局と相談して参りますが、都道府県医師会におかれましても、ご対応方向卒よろしく願いいたします。

レセプトへの選択式記載コードの記録に係る対応等について

このことについては、保険医療機関が電子レセプトによる請求を行う場合、記載要領通知別表 I において選択式記載コードが記載されている項目については、平成 30 年 10 月診療分以降、該当するコードを選択の上、請求することとされたことに基づき、今般、厚生労働省保険局医療課に確認の上、下記のとおり取りまとめましたので、よろしくお願いいたします。

記

1 対象レセプトに係る保険医療機関への対応

(1) 該当の選択式記載コードが記録されていないレセプト（以下「対象レセプト」という。）については、記載要領通知に基づく記載事項の不備であるため、原則返戻又は差し替え等することとなるが、保険医療機関等への影響を考慮し、次のとおり対応すること。

なお、ア、イ又はウのいずれの場合についても、次月以降の選択式記載コードの記録についてご留意いただくよう説明するなど、適正なレセプトの提出が図られるよう対応すること。

ア 受付において対象レセプトが生じた保険医療機関等については、可能な限り差し替え等により対応すること。

イ 対象レセプトについて返戻する場合は、当該保険医療機関等に対し、今般の記載要領通知の改正内容や選択式記載コードの取扱いを連絡すること。

ウ 対象レセプトが多数あり、当月に全ての対象レセプトを返戻することについて当該保険医療機関等の理解が得られない場合には、今後の保険者からの再審査請求により返戻となる場合があることの下承を得た上で請求どおりとしても差し支えないこと。

(2) 対象レセプトに係る対応として、平成 30 年 11 月審査（同年 10 月診療）分において、当該記載不備が多数請求されることによる混乱が生じないよう、事前に次のとおり対応すること。

ア 対象レセプトのうち、平成 30 年 10 月審査分において、エラーの対象となるレセプトを調査し、当該レセプト一覧を作成したことから、当該一覧の保険医療機関に対して、次月以降の選択式記載コードの記録についてご留意いただくよう、事前に連絡すること。

イ 前アにおいて連絡した結果、レセコン改修等の状況により、次月以降

も選択式記載コードの記録ができない旨の回答があった保険医療機関については、当該保険医療機関の回答内容（選択式記載コードの記録ができない理由、対応可能となる年月等）を、平成30年11月6日（火）15時までに基金本部審査企画部宛て報告すること。

- (3) 対象レセプトに係る平成30年11月審査（同年10月診療）分の対応については、記載不備の状況及び前(2)のレセコン対応状況等を踏まえ、別途連絡する。

2 選択式記載コードの取扱い

- (1) 選択式記載コードについては、電子レセプトによる請求を行う場合において、記載要領通知別表Ⅰの「診療行為名称等」に係るレセプトの「摘要」欄への記載事項として、該当するコードを選択して記録する取扱いであるため、該当の選択式記載コードを記録せず、同別表Ⅰの「左記コードによるレセプト表示文言」と同様の文言をフリーコメント（コメントコード：810000001）により記載した場合は当該取扱いに該当しないことから返戻となること。

なお、当該取扱いに該当しないとして保険医療機関に返戻した結果、書面による再請求を行う場合は、フリーコメントによる記載について、保険医療機関にて修正の必要がないこと。

- (2) 次の場合においては、選択式記載コードの記録は必要ないこと。

ア 同一レセプトにおいて、同一診療行為等を複数回算定する場合等であって、同一の選択式記載コードを記録する場合（記載要領通知別表Ⅰの項番ごと、1つの選択式記載コードの記録により、記録すべき選択式記載コードがレセプト上明らかな場合に限る。）

（例1）慢性維持透析以外の患者に対して、人工腎臓（その他）を複数回算定する場合の同一理由の記載（同別表Ⅰ医科の項番325）

（例2）同一月において入院、入院外2枚のレセプトを作成するため、複数の判断料・診断料を算定しない場合の同一理由の記載※（同項番241、261、264、392、394）

※ 記載要領通知別表Ⅰの項番ごとに記載するため、検体検査判断料を算定しない場合の項番241の記載及び核医学診断を算定しない場合の項番261の記載はそれぞれ必要である。

イ 別途、留意事項通知や疑義解釈資料等で記載不要である旨が示されている場合

（例）在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している入院外患者が週2回人工腎臓を行ったことにより、1回目の手技料を人工腎臓（その他）で算定する場合の理由の記載※（同項番325の中段）

※ 平成22年3月29日付け疑義解釈資料による取扱いであることを踏まえ、平成30年度診療報酬改定に伴う打合せ会質

疑応答として、厚生労働省保険局医療課から算定理由の記号を記載する必要はない旨の回答を得ている。

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----|------|-------------|--|---|--|
| 241 | D026 | 検体検査判断料 | (入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100148 820100149 820100150 | 外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み) |
| 261 | E102 | 核医学診断 | (入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100148 820100149 820100150 | 外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み) |
| 264 | E203 | コンピューター断層診断 | (入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100148 820100149 820100150 | 外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み) |
| 325 | J038 | 人工腎臓 | 人工腎臓を算定した日を記載すること。 | | — |
| | | | (慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のAからEまで(エについては(イ)から(ヌ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100211 820100212 820100213 820100214 820100215 820100216 820100217 820100218 820100219 820100220 820100221 820100222 820100223 | ア 急性腎不全の患者 イ 透析導入期(1月に限る。)の患者 ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施 エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血) エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症) エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症) エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群) エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症) エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎) エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全) エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍) エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態) エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態) |
| | | | (平成30年3月31日において診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成30年厚生労働省告示第43号)による改正前の人工腎臓の算定の実績を有しない保険医療機関が人工腎臓を算定する場合) 平成30年3月31日において改正前の人工腎臓の算定実績を有していない旨記載すること。 | | — |
| 392 | N006 | 病理診断料 | (入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において診断料を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100148 820100149 820100150 | 外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み) |
| 394 | N007 | 病理判断料 | (入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料等を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100148 820100149 820100150 | 外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み) |

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧(医科)

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 略号 | 対応する記載欄 |
|-----|--------|--|------|----------|
| 1 | A000 | 初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合 | 初減 | 「初診」欄 |
| 2 | A000 | 初診料の注4に規定する受結率が低い保険医療機関の場合 | 初妥減 | 「初診」欄 |
| 3 | A000 | 初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合 | 複初 | 「初診」欄 |
| 4 | A000 | 初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合(初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合) | 複初減 | 「初診」欄 |
| 5 | A000 | 初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合(初診料の注4に規定する受結率が低い保険医療機関の場合) | 複初妥減 | 「初診」欄 |
| 6 | A000 | 時間外加算の特例を算定した場合 | 特 | 「初診」欄 |
| 7 | A000 | 小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合 | 小特夜 | 「初診」欄 |
| 8 | A000 | 小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合 | 小特休 | 「初診」欄 |
| 9 | A000 | 小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合 | 小特深 | 「初診」欄 |
| 10 | A000 | 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合 | 産特夜 | 「初診」欄 |
| | | | | |
| 884 | M001-3 | 定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合 | 定呼 | 「その他」欄 |
| 885 | M004 | 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータを使用した場合 | 気アップ | 「その他」欄 |
| 886 | M004 | 密封小線源治療に当たって、食道アプリケータを使用した場合 | 食アップ | 「その他」欄 |
| 887 | N002 | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合 | 4免 | 「検査・病理」欄 |
| 888 | N006 | 病理診断料の組織診断料を算定した場合 | 判組診 | 「検査・病理」欄 |
| 889 | N006 | 病理診断料の細胞診断料を算定した場合 | 判細診 | 「検査・病理」欄 |
| 890 | N006 | 病理診断管理加算1を算定した場合 | 病管1 | 「検査・病理」欄 |
| 891 | N006 | 病理診断管理加算2を算定した場合 | 病管2 | 「検査・病理」欄 |
| 892 | N007 | 病理判断料を算定した場合 | 判病判 | 「検査・病理」欄 |
| 893 | 第3章 | 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合 | 灌薬 | 「在宅」欄 |
| 894 | 第3章 | 施設入所者共同指導料を算定した場合 | 施設指導 | 「その他」欄 |

※ 略号については、「複初」等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、口()等に代えて()等を使用して記載することも差し支えないこと。

※ 入院料の略号の記載欄等については、以下のとおりであること。

| 項番 | 記載欄等 |
|--|-------------------|
| 46～144、177～180、182、187、188、190～219、224、228～234、238、240～245、249～251、254、257、259～268、270～272、275～277、279、280、282～300、304～311 | 入院基本料種別欄 |
| 312～317、335～347、349～353、355～360、365～372、386～394、396、397、401～405、409、410、413、414、417～425、428 | 「特定入院料・その他」の項 |
| 44、45、145、146、148 | 入院基本料種別欄に記載する略号の後 |
| 415、416 | 特定入院料の種別の略号の後 |
| 上記以外 | 「摘要」欄 |