

福岡県医発第365号(地)

平成20年 5月10日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

診療報酬請求書等の記載要領等について

標記の件につきまして、「診療報酬の算定方法を定める件」(平成20年厚生労働省告示第59号)等が公布され、平成20年4月1日より適用されること、及び後期高齢者医療制度の創設等を内容とする健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)の一部が平成20年4月1日より施行されることに伴い、下記1、2の通知の一部が改正されたことにつきましては、平成20年4月2日付福岡県医発第13号(地)において、既にご連絡申し上げているところであります。

また、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求につきましても、下記3のとおり取扱いの一部が改正されております。(平成20年4月2日付福岡県医発第13号(地)にて連絡済)

今般、診療報酬明細書等の記載要領につきまして、これら通知を抜粋したものの(別紙1)及び福岡県国民健康保険団体連合会作成「後期高齢者医療に係るQ&A」(別紙2)を入手いたしましたので、送付いたします。

つきましては、本通知の内容につきまして、会員各位への周知方宜しくお願い申し上げます。

記

1. 「「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)の一部改正について
2. 「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第0330007号)の一部改正について
3. 「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第0330008号)の一部改正について

別 紙 1-1

平成20年5月提出分（4月診療分）より福岡県国民健康保険団体連合会に提出していただきます請求書につきましては、「別紙1～6」の様式、診療報酬総括票につきましては「別紙7」の様式とさせていただきます。

なお、診療報酬明細書の記載については（別添1）、編綴方法については（別添2）を参照の上ご提出いただきますようお願いいたします。

「診療報酬請求書」等一覧表

区 分	様式番号	変更の有無	備 考
（別紙1） 診療報酬請求書（医科・歯科）	様式第六 （一ノ一）	有	国民健康保険（市町村）請求用
（別紙2） 〃	様式第六 （一ノ二）	無	老人保健（市町村）請求用 ※ 月遅れ請求分のみ
（別紙3） 〃	様式第六 （二）	無	公費負担医療（公費負担医療欄が不足の場合）請求用
（別紙4） 〃	様式第六 （四ノ一）	有	国民健康保険（国保組合）請求用
（別紙5） 〃	様式第六 （四ノ二）	無	老人保健（国保組合）請求用 ※ 月遅れ請求分のみ
（別紙6） 〃	様式第八	—	後期高齢者医療請求用
（別紙7） 診療報酬総括票（医科）		有	

※新設

用紙の色及び色刷り

診療報酬総括票（医科）……………白色紙 黒色刷り、
診療報酬請求書（医科・歯科）……………クリーム色紙 黒色刷り

（1）月遅れ請求について

月遅れ請求につきましては当月分の請求に含めて集計し、記載して頂くようお願いいたします。

※ ただし、老人保健分につきましては、「様式第六（一ノ二）」「様式第六（四ノ二）」に記載となります。「様式第八」の後期高齢者医療の請求に集計されないようご注意ください。

（2）旧様式による請求について

国民健康保険に係る請求につきましては旧様式の請求書を取扱いの上使用していただいても結構です。ただし、後期高齢者医療に係る請求につきましては必ず「様式第八」をご使用ください。（老人保健の請求書は使用できません）。

(3) 診療報酬請求書、及び診療報酬総括票の変更点及び記載について

様式第六 (一ノ一)

別紙 1

一般 (100歳以上)	請求	⑦ 入院	院
	求	⑧ 入院	院 外
	※決定	⑦ 入院	院
		⑧ 入院	院 外
一般 (100歳以上)	請求	⑨ 入院	院
	求	⑩ 入院	院 外
	※決定	⑨ 入院	院
		⑩ 入院	院 外
一般被保険者	請求	入院	院
	求	入院	院 外
	※決定	入院	院
		入院	院 外
一般 (三歳未満)	請求	③ 入院	院
	求	④ 入院	院 外
	※決定	③ 入院	院
		④ 入院	院 外
⑥7 退職者 (本人)	請求	① 入院	院
	求	② 入院	院 外
	※決定	① 入院	院
		② 入院	院 外
者 (妻)	※決定	⑤ 入院	院
		⑥ 入院	院 外
⑥7 退職者 (三歳未満)	請求	③ 入院	院
	求	④ 入院	院 外
	※決定	③ 入院	院
		④ 入院	院 外

高齢受給者で8割給付(平成21年3月31日まで9割)のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「7 高入一」
「8 高外一」

義務教育就学前(6歳に達する日以降の最初の3月31日以前)で8割給付のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「3 六入」
「4 六外」

<月遅れレセプトについて>

- ・ 「一般被保険者で高齢受給者 9 割」は「一般 70 歳以上一般・低所得」欄へ記載してください
- ・ 被保険者の年齢が3歳以上で義務教育就学前までの7割給付の場合は「一般被保険者」欄へ記載してください

様式第六 (四ノ一)

別紙 4

国	七〇歳以上	九割	請求	⑦ 入院	院
			求	⑧ 入院	院 外
			※決定	⑦ 入院	院
				⑧ 入院	院 外
民	七〇歳以上	八割	請求	⑨ 入院	院
			求	⑩ 入院	院 外
			※決定	⑨ 入院	院
				⑩ 入院	院 外
険	三歳未満		請求	③ 入院	院
			求	④ 入院	院 外
			※決定	③ 入院	院
				④ 入院	院 外

※ 記載については様式第六 (一ノ一)と同様です

※ 月遅れ分で福岡県歯科医師国保組合(302)の「高齢受給者 本人 8割給付」の請求がある場合は従来通り「一般被保険者 70 歳以上 8割」欄へ記載してください。

平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

3 9 4 0 0 0 0 7 都道府県番号 40 医療機関コード

各 広 域 連 合 平 広域連合(都道府県番号) 広域連合の代表者番号

後期高齢者 ① 入院 ② 入院外 ③ 入院 ④ 入院外 ⑤ 入院 ⑥ 入院外 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ⑨ 入院 ⑩ 入院外

◆ 広域連合(都道府県) ごとに作成してください
 ※ ただし、在宅時医学総合管理料(特定施設入居時等医学総合管理料を含む)、在宅末期医療総合診療料を算定した明細書と、その他の明細書は、それぞれ別の請求書を作成してください。

◆ 広域連合代表者番号について
 請求書に記載する「代表者番号」については別添3の「後期高齢者医療請求書代表者番号一覧」を参照し、記載してください。

公費の番号ごとに集計し記載してください

療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
件数	診療実日数	点数	一部負担金	患者負担額	件数	回数	金額	標準負担額(公費分)
19	1	1	1,000					
80	1	1	1,000					

43老人被爆から19に変更になります

後期高齢者医療に係る原子爆弾被爆者(原)の請求は公費負担医療の欄へ「19」と記載し「件数」「診療実日数」「点数」「一部負担金(明細書に記載がある場合)」を記載してください。

80は公費併用レセプトでの請求となります

後期高齢者医療に係る障害者医療の請求は公費負担医療の欄へ「80」と記載し「件数」「診療実日数」「点数」「一部負担金(明細書に記載がある場合)」を記載してください。

月 分 福 岡 県 国 民 健 康 保 険 者 診 療 報 酬 総 括 票 後 期 高 齢 者											
保険医療機関		〒		TEL		名称		開設者名		医療機関コード	
保険者番号	入外別	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保険者番号	入外別	④ 後期高齢者医療	
		件数	点数	件数	点数	件数	点数			件数	点数
	入							40	入		
	外								外		
	入							01	入		
	外								外		
	入							02	入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
計	入							計	入		
	外								外		

「④後期高齢者医療」欄を追加

※「保険者番号」欄に都道府県番号（2桁）を記載し、広域連合（都道府県）ごとに記載してください

〔福岡県（40）を上段に、二段目以降は県番号順〕

①+②+③ 入 外

総合計 ①+②+③+④ 入 外

1件当たり点数

国保 障害者・乳幼児・母子医療合計

①国民健康保険②退職者医療③老人保健④後期高齢者医療の合計欄を追加

・「食事療養費」欄の廃止

・「諸公費合計」欄の廃止

・「国保 障害者・乳幼児・母子医療合計」欄の廃止

(4) 「障害者（老人保健法該当者）一部負担金・老人訪問看護基本料請求書」（5名連記分）について

平成20年3月診療分以前（月遅れ分）の請求のみとなります。平成20年4月診療分より後期高齢者医療該当者の障害者医療の請求につきましては、公費併用レセプトによる請求となりますので、「診療報酬請求書（様式第八）」の「公費負担医療」欄に⑧と記載し、集計してください。

(5) 光ディスク等（FD・MO・CD-Rの電子媒体）による費用の請求について

光ディスク等の費用の請求につきましては、平成18年10月付「光ディスク等を用いた費用の請求開始に関する注意事項（お願い）」に沿って総括票、請求書の提出にご協力頂いていましたが、平成20年5月提出分（4月診療分）以降につきましては総括票、請求書の提出の必要はありません。ただし、紙請求分（医保乳障母、月遅れ等）がある場合は、紙請求に係る分のみを記載の上ご提出ください。

（オンライン請求につきましても従来通り紙提出分のみ総括票、請求書をご提出ください）

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 1 単独 2 2 併 4 6 外 8 海外 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家外 0 海外7 7 ()																																													
平成 年 月 分										保険者番号																																																	
<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>公費負担番号①</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>公費負担番号②</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>公費負担医療の受給者番号③</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										1										公費負担番号①										公費負担番号②																公費負担医療の受給者番号③				保険者番号 番号		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							
1																																																											
公費負担番号①																																																											
公費負担番号②																																																											
						公費負担医療の受給者番号③																																																					
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生 嘱託上の事由 1 嘱託上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 傷病 (1) 病 (2)										特記事項 20 二割		国民健康保険高齢受給者証 一部負担金の割合：2割（平成21年3月3 では1割） ※ 窓口での徴収額は1割となりますが、保 割合は「8割」となります。（保険給付 県内分については省略可）																																															
処方せん 回										負担金額 円		割(円)免除・支払猶予 円																																															
円 高額療養費 円 公費負担点数 点 公費負担点数 点										円		円																																															

ただし、特例措置にかかわらず、患者自らが2割を窓口で支払った場合には「特記事項」欄に「20 二割」と記載

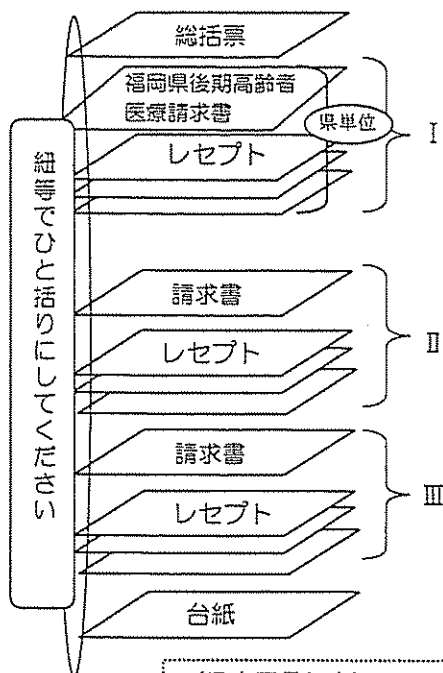
<例2>

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 海外 2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0 海外7	
平成 年 月 分										保険者番号		3 9 4 0 × × × ×		10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 1 9 4 0 × × × ×										公費負担医療の受給者番号①		× × × × × × × ×		後期高齢者医療の「被保険者証」は「記号番号」欄に記載してください	
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②		× × × × × × × ×		医療証に記載されている8桁の保険者番号を記載してください	
氏名										1男 2女 1男 2女 3昭 4平		取柄上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内	
診療報酬										1,000		原子爆弾被爆者一般疾病医療の請求は「公費負担者番号」「受給者番号」を記載してください。「特記事項」欄に「43 原」の記載は必要ありません			
診療報酬の給付										① 公費②					

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 海外 2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0 海外7	
平成 年 月 分										保険者番号		3 9 4 0 × × × ×		10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 8 0 4 0 × × × ×										公費負担医療の受給者番号①		× × × × × × × ×		障害医療証の「負担者番号」「受給者番号」を記載してください。	
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②		× × × × × × × ×			
氏名										1男 2女 1男 2女 3昭 4平		取柄上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内	
診療報酬										1,000		特記事項		保険医療機関の所在地及び名称	
診療報酬の給付										① 公費②					

※ その他の記載については「診療報酬請求書等の記載要領等について」をお確かめの上、請求してください。

(別添2)



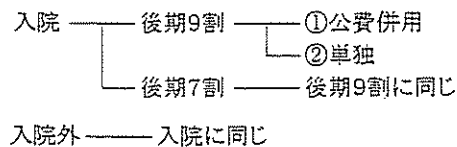
(県内国保組合)

403022 齒科醫師國保
403030 醫師國保
403048 薬剤師國保
133298 全國建設
133033 全國土木
133264 中央建設

(県内分)

I 後期高齢者医療 様式第八

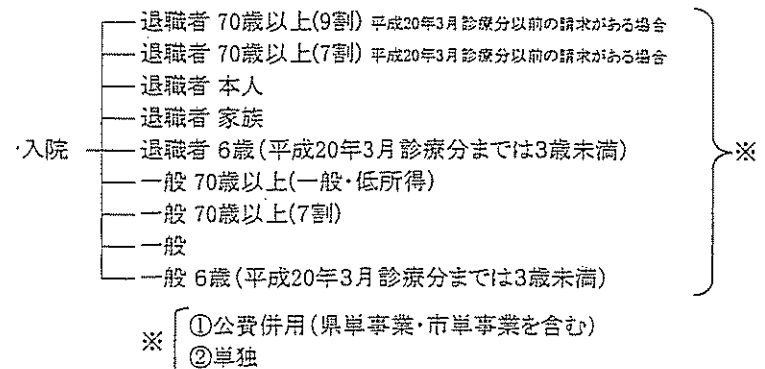
(福岡県広域連合を1単位として集計し作成して下さい)



レセプトはなるべく保険者番号の順番に並べてください。(システム等で対応ができれば順番どおりでなくても構いません。)

Ⅱ 国民健康保険(市町村国保単位) 様式第六(一ノ一)、(一ノ二)
様式第六(二)

27老人保健 平成20年3月診療分以前の請求がある場合



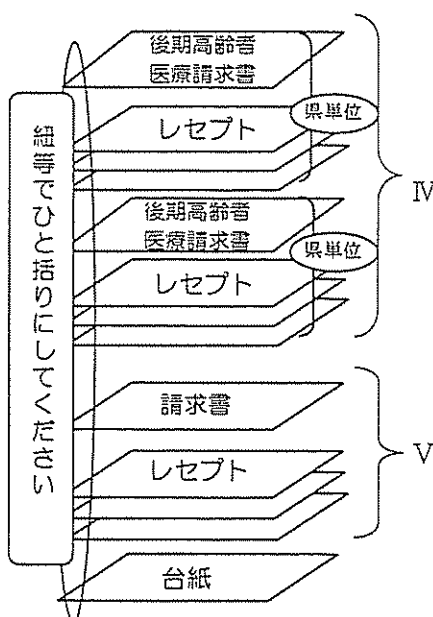
入院外——入院に同じ

(編綴順については従来通りです)

Ⅲ 国民健康保険(国保組合単位) 様式第六(四ノ一)、(四ノ二)
様式第六(二)

IIに同じ(退職者医療を除く)

別綴じ分



(県外分)

※ 様式については県内分を参照

IV 後期高齢者医療

(各都道府県広域連合単位で集計し作成してください)

I に同じ ※都道府県番号順

V 国民健康保険(市町村単位)(国保組合単位)

Ⅱ、Ⅲに同じ ※都道府県番号順

(その他) ※国保関係分とは別綴じて提出

- ・医療保険に係る障害者・乳幼児・母子家庭等医療請求
- ・障害者(老人保健該当者)一部負担金(5名連記分)
※平成20年3月診療分以前の請求がある場合
- ・福岡市医保老人の41老人医療費請求
- ・特別療養費(資格証明書分)

※ 上記の請求方法に変更はありません

(別添3)

後期高齢者医療請求書代表者番号一覧

都道府県名	後期高齢者請求書番号				都道府県名	後期高齢者請求書番号			
	法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号		法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号
北海道	39	01	000	4	三重	39	24	000	7
青森	39	02	000	3	滋賀	39	25	000	6
岩手	39	03	000	2	京都	39	26	000	5
宮城	39	04	000	1	大阪	39	27	000	4
秋田	39	05	000	0	兵庫	39	28	000	3
山形	39	06	000	9	奈良	39	29	000	2
福島	39	07	000	8	和歌山	39	30	000	9
茨城	39	08	000	7	鳥取	39	31	000	8
栃木	39	09	000	6	島根	39	32	000	7
群馬	39	10	000	3	岡山	39	33	000	6
埼玉	39	11	000	2	広島	39	34	000	5
千葉	39	12	000	1	山口	39	35	000	4
東京	39	13	000	0	徳島	39	36	000	3
神奈川	39	14	000	9	香川	39	37	000	2
新潟	39	15	000	8	愛媛	39	38	000	1
富山	39	16	000	7	高知	39	39	000	0
石川	39	17	000	6	福岡	39	40	000	7
福井	39	18	000	5	佐賀	39	41	000	6
山梨	39	19	000	4	長崎	39	42	000	5
長野	39	20	000	1	熊本	39	43	000	4
岐阜	39	21	000	0	大分	39	44	000	3
静岡	39	22	000	9	宮崎	39	45	000	2
愛知	39	23	000	8	鹿児島	39	46	000	1
					沖縄	39	47	000	0

診療報酬明細書等の記載要領（見え消し版）
（抜粋）

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (3) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1枚の明細書に併せて記載するが、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の外来において2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、当分の間平成22年3月診療分までの間に限り、各診療科ごとに別個に明細書を作成すること。この場合において、初診料及び再診料を算定しない診療日については、初診料を算定した診療科名及び算定した日又は再診料を算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。

なお、同一の傷病又は互いに関連のある傷病について初診又は再診を受けた場合について旧総合病院の2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、主たる診療科において1枚の明細書に併せて記載すること。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について

~~診療月のみの記載で差し支えないこと。~~

~~なお、診療月の翌月以外の月に請求する明細書については、診療年月を記載すること。~~

- (2) 「都道府県番号」欄について

~~昭和61年8月7日保発第45号、序保発第34号別添2「設定要領」の別表第2に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。~~

- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）

1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、~~老人後期高齢者~~医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）

2 公費

~~老人後期高齢者~~医療

3 ~~老人後期~~

退職者医療

4 退職

（注）退職者医療には、健康保険法（大正11年法律第70号）附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、~~3歳未満の未就学者である患者（36歳に達する日の属する月以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）~~は「3」又は「4」、高齢受給者又は~~老人後期高齢者~~医療受給対象者は「7」、「8」、「9」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「1」又は「2」、被保険者（その他（~~3歳未満の未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）~~）は「5」又は「6」を○で囲むこととし、それ以外（~~3歳未満の未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）~~）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1 本入」（若しくは「1 本」）、「3 ~~三六入~~」（若しくは「3 ~~三六~~」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入~~母一~~」（若しくは「7 高~~母一~~」）又は「9 高入7」（若しくは「9 高7」）、外来の場合は、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 ~~三六外~~」（若しくは「4 ~~三六~~」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外~~母一~~」（若しくは「8 高~~母一~~」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものをを使用することとしても差し支えないこと。

1 本人入院

1 本入

2 本人外来

2 本外

3 ~~3歳未満未就学者~~入院

3 ~~三六入~~

4 ~~3歳未満未就学者~~外来

4 ~~三六外~~

5 家族入院

5 家入

6 家族外来

6 家外

7 高齢受給者・~~老人後期高齢者~~医療~~9割給付一般・低所得者~~入院

7 高入~~母一~~

8 高齢受給者・~~老人後期高齢者~~医療~~9割給付一般・低所得者~~外来

8 高外~~母一~~

9 高齢受給者・~~老人後期高齢者~~医療7割給付入院

9 高入7

0 高齢受給者・~~老人後期高齢者~~医療7割給付外来

0 高外7

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(4311) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

~~(イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6歳に満たないものについては、生まれた月も記載すること。~~

~~また、年齢が算定要件となっている項目を算定する場合であって、生まれた年の記載のみでは要件に該当するか否かが明らかでない場合は、生まれた月も記載すること。~~

~~(ウ) 小児科療養指導料を算定した患者については、生まれた月も記載すること。~~

(エイ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。~~また、生年月日を記載することが望ましいものであること。~~

(4513) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略 号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び老人保健後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び老人保健法高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 老人保健後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が老人保健後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	老後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を老人保健法高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
05	(削除)	(削除)
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合

13	先進	地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「厚生労働大臣の定める診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療」（平成18年厚生労働省告示第120号）（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
15	経過	「 <u>公的年金等控除の縮減及び高齢者控除の廃止に伴い、老人保健法高齢者医療確保法第28条第1項第2号、健康保険法第74条第1項第3号及び第110条第2項第1号二、国民健康保険法第42条第1項第4号、国家公務員等共済組合法第55条第2項第3号及び第57条第2項第1号二、地方公務員等共済組合法第57条第2項第3号及び第59条第2項第1号二又は船員保険法第28条ノ3第1項第3号及び第31条ノ2第2項第1号二に基づく一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者（以下「現役並み所得者」という。）であつて、平成18年8月から平成20年7月（老人保健法高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が2.3割となる者については、平成18年9月から平成20年8月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担限度額を超えた場合</u> 」
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	上位	「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合
18	一般	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合
19	低所	「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合
20	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合

(4614) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

ア 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数を変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

イ 旧総合病院については、欄の左下隅に「診療科（ ）」と表示し、（ ）の中に医療法施行令に定められた診療科について、次のコードにより記載すること。なお、平成20年4月以降において医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定めるコードを記載すること。

診 療 科	コード	診 療 科	コード	診 療 科	コード
内 科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精 神 科	02	小 児 外 科	17	アレルギー科	34
神 経 科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神 経 内 科	04	皮 膚 科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌 尿 器 科	20		
消化器科	06	性 病 科	21		
胃 腸 科	07	こ う 門 科	22		
循環器科	08	産 婦 人 科	23		
小 児 科	09	産 科	24		
外 科	10	婦 人 科	25		
整形外科	11	眼 科	26		
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27		
美容外科	13	気管食道科	28		
脳神経外科	14	放 射 線 科	30		
呼吸器外科	15	麻 酔 科	31		

(4816) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。ただし、老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日の変更をしなくても差し支えないものであること。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(2018) 「診療実日数」欄について

- ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

- ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者等訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、訪問看護指示料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

(2220) 「初診」欄について

- ア 診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、その回数及び点数を記載し、初診料の注2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は、「摘要」欄に **複初** と表示し、当該診療科名及び当該点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に **特** と表示し、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に **特夜**、**特休** 又は **特深** と、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「夜早」と表示すること。

なお、電子計算機の場合は、**複初**、**特**、**特夜**、**特休**、**特深**、**「夜早」**の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、**複初**等の略号を使用する場合も同様であること。

- イ 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

- ウ 電子化加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要」欄に **電** と表示すること。

- エ 初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

- オ 旧総合病院において、他の診療科において初診料を算定した場合は、算定した診療科名及び算定した日を「摘要」欄に記載すること。

(2321) 「再診」欄について

ア 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

イ 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特」と表示し、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特夜」、「特休」又は「特深」と、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「夜早」と表示すること。

エ 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算点数を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

なお、月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(2422) 「医学管理」欄について

ア 特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特」と表示して所定点数を記載すること。

イ 入院外分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料、埋込型補助人工心臓指導管理料、糖尿病合併症管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料又は、救急救命管理料、医療機器安全管理料、後期高齢者診療料、後期高齢者外来継続指導料又は後期高齢者終末期相談支援料を算定した場合は、「ウ、薬、悪、外栄、集栄、ペ、慢透、埋心、糖、耳鼻、がん、ニコ、手前又は、救、医機安、後診、後外」及び「後終」と表示してそれぞれの所定点数を記載すること。なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること（抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。）。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、心臓ペースメーカー指導管理料のイを算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日を、ニコチン依存症管理料を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した月日を、後期高齢者外来継続指導料を算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)、在宅療養指導料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料又は地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合は、「小児特定、小児療養、てんかん、難病、皮膚(Ⅰ)、皮膚(Ⅱ)、在宅指導、高度難聴、喘息、疼痛、小児悪腫又は地域小児」と表示して所定点数を記載すること。なお、小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合は、第1回目のカウンセリングを行った年月日を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を、喘息治療管理料の加算を算定した場合は、当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を、慢性疼痛疾患管理料を算定した場合(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合に限る。)は、算定日を「摘要」欄に記載すること。

オ 入院分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓栓塞症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料、救急救命管理料又は、薬剤管理指導料、医療機器安全管理料、後期高齢者退院時薬剤情報提供料、後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料又は後期高齢者終末期相談支援料を算定した場合は、ウ、薬、悪、高難、「がん」、手前、手後、肺予、「リ」、地連管、地連退、救又は、薬管、「医機安」、「後薬」、「後栄」、「後終」と表示して、それぞれの点数を記載すること。

なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を、リンパ浮腫指導管理料を算定した場合は、手術日(手術前に当該手術を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日)を「摘要」欄に記載すること。(抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。)

また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を、地域連携診療計画退院時指導料を算定した場合は、退院日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、「薬管」1、「薬管」2又は「薬管」3と表示して、それぞれの点数を記載するとともに、当該算定の対象となった指導を行った日を、薬剤管理指導料の「2」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算又は退院時服薬指導加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、「薬管」1、「薬管」2又は「薬管」3に併せて「麻加」又は「薬加」と表示すること。

なお、退院時服薬指導加算の算定月と当該加算を加算すべき薬剤管理指導料の算定月が異なる場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院先を記載すること。

カ 入院外分について開放型病院共同指導料(Ⅰ)、~~地域連携退院時共同指導料1~~又はハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合は、開Ⅰ、~~地退~~「退共」1又はハイⅠと表示して、当該項目の回数及び合計点数を記載すること。なお、「摘要」欄に入院日を記載すること。

キ 診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、情Ⅰ又は情Ⅱと表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料(Ⅰ)の加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて情Ⅰ加と表示すること。

また、保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

ク 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬情と表示して、回数及び点数を記載すること。また、~~老人保健法の規定による医療を提供する高齢者医療確保法の規定による療養の給付を行う患者に対し加算を算定した場合は~~、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に薬情に併せて薬情加と表示すること。

ケ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

シ 後期高齢者診療料を算定する月において、急性増悪時に550点以上の検査、画像診断及び処置を実施した場合は、「摘要」欄にその理由等を記載すること。

ス 後期高齢者診療料を算定した月に病状の悪化等で、翌月に後期高齢者診療料を算定しない場合は、「摘要」欄にその理由等を記載すること。

サセ 入院分について入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、~~地域連携退院時共同指導料2~~又はハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定した場合は、それぞれ入栄、集栄、退リハ、退前、開Ⅱ、~~地退2~~又はハイⅡと表示して、回数及び点数を記載すること。

入院栄養食事指導料を算定した場合は、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

~~また~~退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

退院時共同指導料2を算定した場合は「退共」2と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合は「2者共」と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合は「4者共」と表示して、それぞれの回数及び点数を記載すること。

(2523) 「在宅」欄について

ア 往診の項又は夜間の項については、それぞれ普通の又は夜間の往診の回数と点数を記載し、在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診を行った場合は、「摘要」欄に支援と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

なお、在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合は、「摘要」欄に当該往診を行った日を記載し、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に急性と表示して、その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。また、在宅患者訪問診療料等を算定した日と同一日に往診料を算定した場

合は、患者の病状の急変等往診が必要となった理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 緊急又は深夜の往診を算定する場合には、それぞれの文字を○で囲み、回数及び点数を記載すること。在宅療養支援診療所又は若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診について「注1」のただし書に規定する加算を算定する場合は、「摘要」欄に「在支援」、又は「連携保」又は「在支病」と記載すること。

オ 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は「難病」と表示すること。

(ア) ~~在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った場合は、「摘要」欄に「在支援」又は「連携保」と記載すること。~~「1」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「居住」と記載すること。なお、同一の患者について、同一月内に「1」及び「2」の患者に該当する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（「1」及び「2」の回数及び総点数）を記載すること。

(イ) 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。

(ウ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に「タ」と表示すること。なお、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。また、在宅療養支援診療所又は若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前24時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。

(エ) 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に「特」、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料の項に定める「注3」、「注4」及び「注5」の点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。また、「摘要」欄には訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。

(オ) 当該月又はその前月に往診料を算定している場合には、当該訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。

カ 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学管理料を算定した場合は、その他の項に、処方せんを交付した場合においては「在医総管外」又は「特医総管外」と、処方せんを交付していない場合においては「在医総管内」又は「特医総管内」と表示して点数を記載し、当該月において往診又は訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。なお、重症者加算を算定した場合は、その他の項に「重症加算」と表示して点数を記載すること。

キ 在宅末期医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に「在医総」と表示して日数及び点数を記載すること。また、在宅末期医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日を「摘要」欄に記載すること。（連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。）

ク 在宅看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。

ケ 救急搬送診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問

薬剤管理指導料又は、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、その他の項にそれぞれ「搬送診療」、「訪問看護」(厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護 難病」)、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護 急性」、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に行った場合は、「訪問看護 緊急」)、 「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」又は、「訪問栄養」、「在宅連携」又は「在宅緊急」と表示し、回数(単位数)及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護(居住)」(厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護 難病」又は「訪問看護 難病(居住)」)、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護 急性」又は「訪問看護 急性(居住)」)、緊急訪問看護加算を算定する場合は、「訪問看護 緊急」又は「訪問看護 緊急(居住)」)、長時間訪問看護・指導加算を算定する場合は、「訪問看護 長時」又は「訪問看護 長時(居住)」)、在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等連携指導加算を算定する場合は、「訪問看護 連携」又は「訪問看護 連携(居住)」)、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算を算定する場合は、「訪問看護 カン」又は「訪問看護 カン(居住)」)、後期高齢者終末期相談支援加算を算定する場合は、「訪問看護 終末」又は「訪問看護 終末(居住)」)と表示し、回数及び総点数を記載すること。また、長時間訪問看護・指導加算を算定した場合には、訪問看護を実施した日を、在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等連携指導加算を算定した場合には、情報共有を行った日、情報共有を行った医療関係職種の名称、当該医療関係職種の在籍する保険医療機関等の名称、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算を算定した場合には、カンファレンスを実施した日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の名称、当該医療関係職種等の在籍する保険医療機関等の名称、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合は、「摘要」欄に「支援」と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

患者の急性増悪等により頻回な、1日に2回又は3回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を()書きで「摘要」欄に記載するほか、保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算又は、在宅ターミナルケア加算又は居住系施設等ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ「複」又は、「タ」又は「居タ」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。また、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりターミナルケアを行

~~った場合は、夕支と表示し、当該指示のあった日、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。~~

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に「移」又は「移重症」と表示するとともに、退院日、使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）及び訪問看護を実施した日を「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合は、「注射」の項欄に(2725)の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載すること。とともに、「1」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問リハビリテーションを行った場合は「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合は「居住」と併せて表示すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回算定する算定した場合は、~~それぞれ算定の対象となる訪問訪問薬剤管理指導を行った日を「摘要」欄に記載し、施設入所者に対して訪問指導を行った場合は、施~~するとともに、「1」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「居住」と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて「麻加」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、訪問栄養食事指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「居住」と併せて表示すること。

在宅患者連携指導料を算定した場合は、情報共有を行った日、情報共有を行った医療関係職種等の名称、当該医療関係職種等の在籍する保険医療機関等の名称、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、カンファレンスを実施した日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の名称、当該医療関係職種等の在籍する保険医療機関等の名称、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。

セ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「酸」と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ポンプ加算、酸素濃縮装置加算又は、液化酸素装置加算又は呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「ポン」、「濃」又は、「液又は「呼」と表示して当

該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、「携」と表示すること。

フ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に「灌薬」と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

~~ヘ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、その他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。~~

ヘ 緊急時施設治療管理料を算定した場合は、緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時及び対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を「摘要」欄に記載すること。

(2725) 「注射」欄について

4ア 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法加算である旨の「化」1を算定する場合は「化1」と、外来化学療法加算2を算定する場合は「化2」を」と表示するとともに、算定回数を記載すること。

4ケ 無菌製剤処理加算料の「1」又は「2」を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に無菌製剤処理加算である旨の「菌」それぞれ「菌1」又は「菌2」を」と表示するとともに、算定回数を記載すること。なお、別に厚生労働大臣が定める入院患者に対し使用する薬剤の場合は、「菌入」と表示すること。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、(2624)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(2826) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を検査・画像診断に伴って行った場合は、当該検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

~~イ 介達牽引について、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に、「減介」と表示し、減減した点数と算定した回数を記載すること。なお、急性発症した脳血管疾患等の患者に行った場合は、当該処置の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症月日を「摘要」欄に記載すること。~~

4イ 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック

等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

- a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
- b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
- c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

- d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
- e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例 1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- ①処置名 人工腎臓 イ 4時間未満の場合
手技の加算 導入期加算 $2,550.2,417 \times 1$
- ②薬剤料 使用薬剤 点数 $\times 1$
- ③特定保険医療材料〔商品名〕ホローファイバー型高機能ダイアライザー 1.4m²
(ホローファイバー型及び積層型(キール型)(1.5m²未満(Ⅱ)) $1,660.1,380$ 円)
 $1,661.38 \times 1$

例 2 手術に使用された特定保険医療材料

- (1) ③特定保険医療材料〔商品名〕〇〇〇〇
(ペースメーカー(シングルチャンバ(Ⅰ型)) $1,040,000.991,000$ 円)
 $1,040,000.99,100 \times 1$
- (2) ③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△
(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用) $2,660.2,520$ 円)
 $2,662.52 \times 1$

- f 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成~~18~~20年3月~~6~~5日保医発第~~0306005~~0305005号)Ⅰの3の(3029)の~~4ア~~、同3の(4241)及び、同3の(775)の~~ア~~及び同3の(76)の~~ウ~~に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。

- g 酸素の費用に係る請求については、地方社会保険事務局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ポンベ(大型、小型)の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例(単価0.18円の場合の酸素購入価格)〕

- 処置名 酸素吸入 65×1
- 酸素の加算(液化酸素CE) 7×1
- (請求単価) (使用量) (補正率)

$$(0.18円 \times 300回 \times 1.3) \div 10 = 7点$$

(注) () において端数整理を行った後、10円で除して再度端数整理を行うこと。

エウ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にウイの例により記載すること。

ホエ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。自己血貯血を行った場合は、貯血量、手術予定日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）、6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に 輸管Ⅰ 又は 輸管Ⅱ と表示すること。

ホオ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の 外、休、深 又は 特外 を表示すること。

キカ 処置の新生児・乳児・乳幼児（6歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の 未、新、乳、幼 又は 乳幼 を表示すること。

クキ 手術の1,500グラム未満の児・新生児（1,500グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に1,500グラム未満の児加算、新生児加算又は乳幼児加算である旨の 未満、新 又は 乳幼 を表示すること。なお、1,500グラム未満の児加算及び新生児加算を算定した場合は、それぞれ手術時体重を「摘要」欄に記載すること。

クク HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

クケ 人工腎臓について入院中の患者以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

なお人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

また障害者加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に 障 と表示の上、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」

（平成18年3月6日保医発第030600403005001号）別添1第2章第9部「038人工腎臓の(4516)のアからツまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

クコ 持続緩徐式血液濾過を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）及び1回毎の実施時間数（当該月に実施されたものに限る。）及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を「摘要」欄に記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、上記クケの人工腎臓の例により記載すること。

クサ 生体腎を移植した生体腎移植術を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白に 腎

と、生体部分肺移植術を行った場合は「肺」と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者又は肺提供者の氏名を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ「骨」又は「膚」若しくは「肝」と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

㉔ シ 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

ス 観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

セ 四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

㉕ ソ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に「洗浄」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はりに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクを記載すること。

㉖ タ 「複数手術に係る費用の特例」（平成18年厚生労働省告示第117号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。

㉗ チ 熱傷処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。

㉘ ツ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。

㉙ テ 冷却褥処置を算定した場合には、「摘要」欄に内痔核の重症度を記載すること。

㉚ ト 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

㉛ ナ 両心室ペースメーカー移植術及び、埋込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。

㉜ ニ 麻酔管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「麻管」と表示すること。

㉝ ヌ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。

㉞ ネ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初

回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。

ノ 局所灌流及び吸着式血液浄化法を算定した場合は、1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。

(2927) 「検査・病理」欄について

ア 検査・病理診断名、回数及び点数を記載すること。所定点数の100分の90に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に「減」と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(2926)のウイの例により「摘要」欄に記載すること。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に「緊検」と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、血管内超音波加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ「血超」、「血内」、「超内」又は「墨」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

エ 検体検査判断料、病理学的検査診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、所定点数を「点数」欄に記載すること。区分名としては「判」と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基」、「病診」又は「病学判」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては「判」と「呼」、「脳」、「神」又は「う」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

オ 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査(Ⅰ)に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「判生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

カ 基本的検体検査実施料を算定した場合は、「基検」と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基検 (15日)

2, 100

判 基

~~620604~~

キ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれに含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。

ク マンガンを算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。

ケ ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日(ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定又はヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日)を記載すること。

コ 尿中βクロスラプス精密測定の2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。

サ 前立腺癌の確定診断がつかずPSA精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。

シ 検体検査管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「検管Ⅰ」又は「検管Ⅱ」又は「検管Ⅲ」と表示すること。また、遺伝カウンセリング加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「遺伝」と表示すること。

ス 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあっては、輸血歴又は妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。

セ K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者について、HIV-1抗体価又はHIV-1, 2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。

ソ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。

タ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープを算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。

チ 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ツ 神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

テ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術実施日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日)を記載すること。

ト 悪性腫瘍遺伝子検査を算定した場合は、「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載すること。

ナ 抗HA-2抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。

ニ 抗LKM-1抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載す

ること。

ヌ 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。

〔記載例〕

末梢血液一般検査 ~~23~~ 22 × 1

末梢血液像 ~~19~~ 18 × 1

(検選)

A F P ~~340~~ 1, 150 円 × 1

ネ 関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。

ノ 小腸ファイバースコープの「2」を算定した場合には、当該患者の症状詳記を添付すること。

(3028) 「画像診断」欄について

ア 画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。なお、~~単純撮影及び造影剤使用撮影を行うに当たって撮影した画像を電子媒体に保存した場合は、「摘要」欄に撮影回数を記載すること。~~

イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に「緊画」と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。

エ デジタル映像化処理を行った場合においては、「デ」と表示すること。

オ 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に撮影回数を記載するとともに、「電画」と表示すること。

カ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(2826)のウイの例により「摘要」欄に記載すること。

キ フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。

ク 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

ケ 核医学診断又はコンピューター断層診断について、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ときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。

コ 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基エ」と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

「基エ」 (15日)

825

ク サ コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合は、それぞれ初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。また、別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合は、「摘要」欄に「画診共同」と表示すること。

シ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「写画1」、

基画1、核画1、コ画1と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算2を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に核画2又はコ画2と表示すること。

~~シ 画像処理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に、画処と表示すること。~~

(2429) 「その他」欄について

ア 短期滞在手術基本料1を算定した場合は、「摘要」欄に短手1と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

短期滞在手術を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術基本料を算定しない理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に処方せん料の点数毎の回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

なお、緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は特処長、それ以外の場合は特処と表示し、回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日を、~~心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料については、疾患名及び当該疾患の治療開始日、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日、当該医学管理の開始月日及びリハビリテーションの実施日を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。~~心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数の上限を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別

表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「摘要」欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えないこと。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

〔記載例〕

本患者は、~~2006~~2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。~~2007~~2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点⇨から65点に改善を認めた。3月末に算定日数上限に達する標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーションの継続により、更なる改善が見込めると判断される。

また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。
エ 早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早リ加」と表示して、点数を記載すること。

エオ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「摘要」欄に「リハ総評」と表示して、点数を記載すること。

ホ 通院・在宅精神療法を退院患者について算定した場合は退院日を、標準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間を、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は当該療法のうち最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えない。

通院・在宅精神療法の「1」を算定した場合には、診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。また、家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、「摘要」欄に「家族」と記載すること。

精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精外療加」と記載すること。

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精移行」と記載すること。

精神科退院前訪問指導料を2回以上算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載し、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合は「複職」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料（I）を算定する場合であつて複数の保健師等が訪問して行った場合は「複数」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

医療保護入院等診療料を算定した場合は、患者の該当する入院形態（例：（措置入院））を

記載すること。また、初診の日に通院・在宅精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

なお、家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に「家族」と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、「認デイ」と表示し、回数及び合計点数を記載すること。

キリ リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

キク 放射線治療管理料を算定した場合は、「放管」と表示して、所定点数を記載すること。

クケ 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「放内」と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

クコ 放射線治療料を算定した場合は、「放」と表示して、回数及び点数を記載すること。

なお、放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

クサ 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータ又は食道アプリケータを使用した場合は、「摘要」欄に「気アプ」又は「食アプ」と表示すること。

クシ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。

クス 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。

クセ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーション又は精神科専門療法を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」又は「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーション又は精神科専門療法と区別して記載すること。

〔記載例１〕

運動器リハビリテーション料（Ⅰ） ~~180~~170×18

実施日数 3日

（リハ選）

運動器リハビリテーション料 ~~1,800~~1,700円×1

〔記載例２〕

精神科デイ・ケア（小規模） 550×5

（精選）

精神科デイ・ケア 5,500円×1

(2230) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

一般7、一般準7、一般10、一般13、一般15（一般病棟入院基本料）、一般特別（一般病棟入院基本料の特別入院基本料）、~~療1、療2（療養病棟入院基本料1）、療特1、~~

~~療特2（療養病棟入院基本料1の特別入院基本料）、療A、療B、療C、療D、療E（療養病棟入院基本料2）、療特（療養病棟入院基本料2の特別入院基本料）、結7、結準7、結10、結13、結15、結18、結20（結核病棟入院基本料）、結特（結核病棟入院基本料の特別入院基本料）、精10、精15、精18、精20（精神病棟入院基本料）、精特（精神病棟入院基本料の特別入院基本料）、特一7、特一10（特定機能病院入院基本料の一般病棟）、特結7、特結10、特結13、特結15（特定機能病院入院基本料の結核病棟）、特精7、特精10、特精15（特定機能病院入院基本料の精神病棟）、専7、専準7、専10、専13（専門病院入院基本料）、障7、障10、障13、障15（障害者施設等入院基本料）、診1、診2（有床診療所入院基本料）、診療1（有床診療所療養病床入院基本料1）、診療1特（有床診療所療養病床入院基本料1の特別入院基本料）、診療A、診療B、診療C、診療D、診療E（有床診療所療養病床入院基本料2）、診療2特（有床診療所療養病床入院基本料2の特別入院基本料）、一般経過、結核経過、精神経過、障害経過（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成18年3月6日保医発第0306002号）第4の6に該当する場合）~~

イ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

ウ ~~療養病棟入院基本料1及び2、又は有床診療所療養病床入院基本料1及び2~~を算定する病棟又は病床で、必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料2を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

療養病棟入院基本料2又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定した場合にあっては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分を「摘要」欄に記載すること。~~ただし、平成18年9月診療分までについては、これらの「摘要」欄への記載を要しないものであること。~~なお、平成18年10月診療分以降であっても、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。

【記載例1】

7月1日	4,2201,198 ×1日（入院基本料C） 4523 その他難病（スモン及び12～14までを除く。），ADL10点
7月2日～7月15日	4,3441,320 ×14日（入院基本料B） 4523 その他難病（スモン及び12～14までを除く。），ADL23点

7月16日～7月31日 4,7401,709×16日(入院基本料A)

※13 中心静脈栄養を実施している状態, ADL23点

※23 その他難病(スモン及び12～14までを除く。)

※)疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

[記載例2]

7月1日～7月15日 764750点×15日(入院基本料E), ADL10点

7月16日～7月31日 885点×16日(入院基本料D), ADL23点

オ 「入院基本料・加算」の項について

(ア) 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る1日当たりの所定点数(入院基本料及び入院基本料等加算の合計)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 入院時医学管理加算、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算25・50・75・100、特殊疾患入院施設管理加算、新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科病棟入院時医学管理加算、精神科地域移行実地加算、精神科身体合併症管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算又は、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院支援計画作成加算、退院加算、後期高齢者総合評価加算又は後期高齢者退院調整加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、医管、臨修、超急、妊搬、録管、医事25、医事50、医事75、医事100、特疾、新入医、看配、補1(看護補助加算1)、補2(看護補助加算2)、補3(看護補助加算3)、夜1(夜間勤務等看護加算1)、夜2(夜間勤務等看護加算2)、夜3(夜間勤務等看護加算3)、夜4(夜間勤務等看護加算4)、夜5(夜間勤務等看護加算5)、環境、重境、療環1(療養病棟療養環境加算1)、療環2(療養病棟療養環境加算2)、療環3(療養病棟療養環境加算3)、療環4(療養病棟療養環境加算4)、診環1(診療所療養病床療養環境加算1)、診環2(診療所療養病床療養環境加算2)、重皮潰、緩和、精応、精医管、精移、精身、児思精、がん診、栄養、安全、褥管、褥ハイ又は、「ハイ妊娠」、「ハイ分娩」、「退計」、「退加」、「後総」、「後退」を記載すること。

なお、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、精神科応急入院施設管理加算、がん診療連携拠点病院加算又は、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算又は褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を、新生児入院医療管理加算を新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した

場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

- (ウ) 地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者~~者~~緊急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は、精神科隔離室管理加算又は後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に、地入診、救医、乳救医、在病緊、乳、幼、難入、二感入、超重症、準超重症、感染特、「二類特」、小環特、無菌、放室、精措又は、精隔又は「後外緊」を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者~~者~~緊急入院診療加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を記載し、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に診療所において後期高齢者診療料を算定した月を記載すること。

- (エ) ~~日常生活障害加算、認知症加算、認知機能障害加算~~褥瘡評価実施加算又は重度認知症加算を算定した場合は、「摘要」欄に ~~障、認、認機~~「褥評」又は 重認 と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の基準に基づく A D L得点又はランク等）及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。

- (オ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、夜間の緊急体制確保、医師の配置等又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に ~~有医看~~又は 有看「有緊」、「有医」、「有看1」、「有看2」、「有夜看1」又は「有夜看2」を記載すること。

カ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

- キ 特定入院料、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下キにおいて「特定入院料等」という。）を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」と記載すること。

- ク 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改め

て減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

ケ 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に「特別」と表示すること。

コ 定数超過入院に該当する保険医療機関「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあつては、当該入院基本料の1日当たり点数（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数に100分の90を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に100分の80を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「超過」と表示すること。

サ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあつては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に100分の90又は100分の85を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の98又は100分の97を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「標欠7」、「標欠5」と表示すること。

シ 厚生労働大臣が指定する病院における「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成19年3月20日保医発第03200040319002号）（以下「DPC留意事項通知」という。）別添第1の2(3)に該当する患者については、DPC留意事項通知別添第1の2(3)及び「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）を参考とし、「摘要」欄に診断群分類に該当しない旨等を記載すること。

ス 「特定入院料・その他」の項について

(ア) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合、⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は⑥小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合にあつては、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

救命1、救命2（救命救急入院料1、2）、特集（特定集中治療室管理料）、ハイ（ハイケアユニット入院医療管理料）、脳ケア（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）、新集（新生児特定集中治療室管理料）、産集母、産集新（総合周産期特定集中治療室管理料）、熱集（広範囲熱傷特定集中治療室管理料）、感入管（一類感染症患者入院医療管理料）、特入管（特殊疾患入院医療管理料）、小入管1、小入管2、小入管3、小入管4（小児入院医療管理料1～4）、復り入（平成20年3月31日において現に改正前の回復期リハビリテーション病棟に係る届出を行っている病棟であつて、改正後の回復期リハビリテーション病棟に係る届出を行っていないもの）、復り入1、復り入2（回復期リハビリテーション病棟入院料1、2）、亜入1、亜入2（亜急性期入院医療管理料1、2）、特療疾1、特療疾2（特殊疾患療養病棟入院料1、2）、緩和（緩和ケア病棟入院料）、精救1、精救2（精神科救急入院料1、2）、精急1、精急2（精神科

急性期治療病棟入院料 1、2)、精合（精神科救急・合併症入院料）、精療（精神療養病棟入院料）、認知 1、認知 2（老人性認知症疾患治療病棟入院料 1、2）

(イ) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、自殺企図等による重篤な患者に対して当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合の加算を算定した場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 A である場合、高度救命救急センターである場合又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、「精診初」、「A 救」、「高救」又は「薬救」と記載すること。

(ウ) 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、死亡を確認した場所及び死亡年月日を記載すること。

(ウエ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合計して 22 日以上算定した場合は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して 22 日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。

(エオ) 特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料又は、精神療養病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者について、必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(ホカ) 精神科救急入院料又は、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は、精神科救急・合併症入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して行った非定型抗精神病薬に係る加算を算定する場合は、「非精」と表示し、投与している薬剤名を「摘要」欄に記載すること。

(ホキ) 短期滞在手術基本料 2 又は 3 を算定した場合は、「摘要」欄に「短手 2」又は「短手 3」と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

(3331) 老人後期高齢者医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」及び、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について
次に掲げるもののほかを除き、(1414)、(2018)、(2220)から(25)、(27)から(29)及び(3130)と同様であること。

90 日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成 18 年厚生労働省告示第 93 号別表第四の第七号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に「洗浄」と、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干涉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、「処置」欄に「頻回」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

(2432) ~~老人後期高齢者医療~~における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、(2230)と同様であること。この場合において、(3230)の~~子及び~~コ中「療1、療2」とあるのは「~~老療1、老療2~~」と、「療特1、療特2」とあるのは「~~老療特1、老療特2~~」と、「診療1」とあるのは「~~老診療1~~」と、「診療1特」とあるのは「~~老診1特~~」と、「療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は」とあるのは「~~老人後期高齢者特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は~~」と読み替えるものとする。

ア 一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。

~~イ 老人一般病棟入院医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「老人管」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。~~

~~なお、当該入院医療管理料の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該入院医療管理料の算定開始日を記載すること。また、当該入院医療管理料を算定した患者について、当該届出病棟（病床）から他の病棟（病床）に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。~~

ウイ 診療所~~老人後期高齢者医療~~管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診療医療管」と表示して、合計点数（地域加算又は離島加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数）を記載すること。なお、当該管理料の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該管理料の算定開始日を記載すること。

(2533) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

(イ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合

は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び老人後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア）「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ）「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（ウ）健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第4項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は老人保健法高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（エ）健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号二に掲げる者又は老人保健法高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号二及び同令附則第3条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（オ）健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は老人保健法高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（カ）健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

（キ）老人後期高齢者医療の場合で、老人保健法高齢者医療確保法第2869条第31項の規定に基づき市町村長広域連合長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」

のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

~~(ク) 老人医療の入院分及び入院外分（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定する場合に限る。）にあって、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は、「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。~~

エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

エオ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、~~老人~~後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、~~老人~~後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、~~老人~~後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

カ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当（「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に

金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額を記載すること。

(3634) 「食事・生活」欄について

ア 「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ）

イ 「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養に係るついて1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ 「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ 「基準（生）」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）

カ 「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ 老人後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（老人後期高齢者医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(3735) 「食事・生活療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、

第1公費及び第2公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法高年齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、(35)のウの(エ)と同様とする。ただし、老人保健法高年齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第4項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号及び同令附則第2条第8項又は老人保健法高年齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号及び同令附則第5条第1項に掲げる者の場合は、(35)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

(3836) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に「介」と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

ウ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

エ 同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との

対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

オ レセプト作成作業を電算化していない保険医療機関が、高齢受給者の一般所得者及び低所得者に係る特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業の公費負担医療の請求を行う場合には、医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。

(4037) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(4038) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生

「療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

~~特記事項~~欄に「経過」と記載すること。

セ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ス 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

セ 「低所得者の世帯」の限度額認定証（適用区分がCであるもの）又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

ソ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

(4139) ~~老人~~後期高齢者医療におけるその他

ア ~~老人保健~~後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、~~老人保健法~~高齢者医療確保法施行令第45条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が~~老人保健~~後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

ウ 後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。

~~ウ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で「原」の表示をすること。~~

エ 高齢者医療確保法第28条第1項第2号等に基づく一部負担金を負担することとなる70歳以上

の高齢者であって、平成18年8月から平成20年7月（高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が3割となる者については、平成18年9月から平成20年8月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担額を超えた場合には、「特記事項」欄に「経過」と記載すること。

ニオ その他は、(4938)のア、イ及びオから~~ウ~~サまでと同様であること。

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区	分	法別番号	制度の略称
社 会 保 険 制 度	政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		01	（政）
	船員保険		02	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	03	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	04	（日 特） 又は（特）
	組保管掌健康保険		06	（組）
	防衛庁省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）		07	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		39	（高）
	国家公務員共済組合		31	（共）
	地方公務員等共済組合		32	
	警察共済組合		33	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		34	
	特定健康保険組合		63	（退）
	国家公務員特定共済組合		72	
	地方公務員等特定共済組合		73	
	警察特定共済組合		74	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		75	

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区	分	法別番号	制度の略称
※	老人保健法による老人医療		27	—

※ ~~老人保健制度~~

(2) の 2

	区	分	法別番号
--	---	---	------

石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第4条関係）	6 6	—
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。）	2 5	
生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	1 2	（生保）

別表 2

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	0 1	石 川	1 7	岡 山	3 3
青 森	0 2	福 井	1 8	広 島	3 4
岩 手	0 3	山 梨	1 9	山 口	3 5
宮 城	0 4	長 野	2 0	徳 島	3 6
秋 田	0 5	岐 阜	2 1	香 川	3 7
山 形	0 6	静 岡	2 2	愛 媛	3 8
福 島	0 7	愛 知	2 3	高 知	3 9
茨 城	0 8	三 重	2 4	福 岡	4 0
栃 木	0 9	滋 賀	2 5	佐 賀	4 1
群 馬	1 0	京 都	2 6	長 崎	4 2
埼 玉	1 1	大 阪	2 7	熊 本	4 3
千 葉	1 2	兵 庫	2 8	大 分	4 4
東 京	1 3	奈 良	2 9	宮 崎	4 5
神 奈 川	1 4	和 歌 山	3 0	鹿 児 島	4 6
新 潟	1 5	鳥 取	3 1	沖 縄	4 7
富 山	1 6	島 根	3 2		

別表 3

社会保険事務所の所在地都道府県番号表
(政府管掌健康保険)

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	34	岡山	59
青森	02	福井	35	広島	60
岩手	03	山梨	36	山口	61
宮城	04	長野	37	徳島	71
秋田	05	岐阜	38	香川	72
山形	06	静岡	39	愛媛	73
福島	07	愛知	41 51	高知	74
茨城	08	三重	42 52	福岡	75
栃木	09	滋賀	51 53	佐賀	76
群馬	10	京都	52 54	長崎	77
埼玉	11	大阪	53 41	熊本	78
千葉	12	兵庫	54 42	大分	79
東京都	21	奈良	55	宮崎	80
神奈川県	31	和歌山	56	鹿児島	81
新潟	32	鳥取	57	沖縄	82
富山	33	島根	58		

診療報酬請求書等の取り扱いについて

福岡県社会保険診療報酬支払基金

標記のことについては、今回の健康保険法の一部改正に伴い、診療報酬請求書等の様式の一部改正が行なわれましたので、下記により取繕うよう医療機関等からの紹介に対応いたします。

なお、この取り扱いについては、厚生労働省保険局医療課、日本医師会、日本歯科医師会及び日本薬剤師会の了解を得ていることを申し添えます。

記

1 旧様式の取り扱い

旧様式の取り扱いについては、平成 20 年 3 月 27 日付け厚生労働省告示第 126 号及び同日付け厚生労働省告示第 127 号において、診療報酬請求書等の様式の一部改正が行われ、同告示に「この告示の制定前に使用されていたこの告示に規定する様式に相当する様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。」と規定されていることから、次により取り扱うことといたします。

(1) 診療報酬等請求書の取り扱い

ア 「医保単独（三歳）」を「医保単独（六歳）」に、「医保単独（七〇以上九割）」を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」にそれぞれ訂正することなく読み替えることとして差し支えないこと。

なお、「医保（3 歳）と公費の併用」又は「医保（70 以上 9 割）と公費の併用」についても同様に、読み替えることとして差し支えないこと。

イ 3 歳未満の単独分又は高齢受給者 9 割給付の単独分の月遅れ分については、新様式において、「医保単独（六歳）」又は「医保単独（七〇以上一般・低所得）」の区分に含めることとして差し支えないこと。

なお、3 歳未満の併用分又は高齢受給者 9 割給付の併用分についても同様に、含めることとして差し支えないこと。

ウ 老人保健分の請求がある場合については、原則として旧様式を使用すること。

なお、新様式を使用する場合は、適宜、「備考」欄に件数、診療実日数及び点数等の所要事項を記載し使用することとして差し支えないこと。

(2) レセプトの取り扱い

ア 「本人・家族」欄については、請求レセプトが未就学者又は高齢受給者一般・低所得者に該当する場合にのみ、「本人・家族」欄を次の例により取り繕うこと。

なお、「三」又は「9」の抹消のみにより取り繕っている場合にあっては、返戻等することなく柔軟に取り扱うこととして差し支えないこと。

おって、当該未就学者又は高齢受給者一般・低所得者に該当しないレセプトについては、特に取り繕う必要はないこと。

〔例〕未就学者入院外の場合

六
4 ~~三~~外

高齢受給者一般・低所得者入院外の場合

—
8 高外~~9~~

イ 「市町村番号」欄及び「老人医療の受給者番号」欄については、特に取り繕うことなく「—」に読み替えることとして差し支えないこと。

ウ 医科レセプトの「60 検査」欄については、特に取り繕うことなく「60 検査病理」に読み替えることとして差し支えないこと。

エ 歯科レセプト及び訪問看護レセプトについては、原則として新様式を使用することとするが、旧様式については、前アの取り繕いのほか、算定する診療行為等を適宜訂正の上、使用して差し支えないこと。

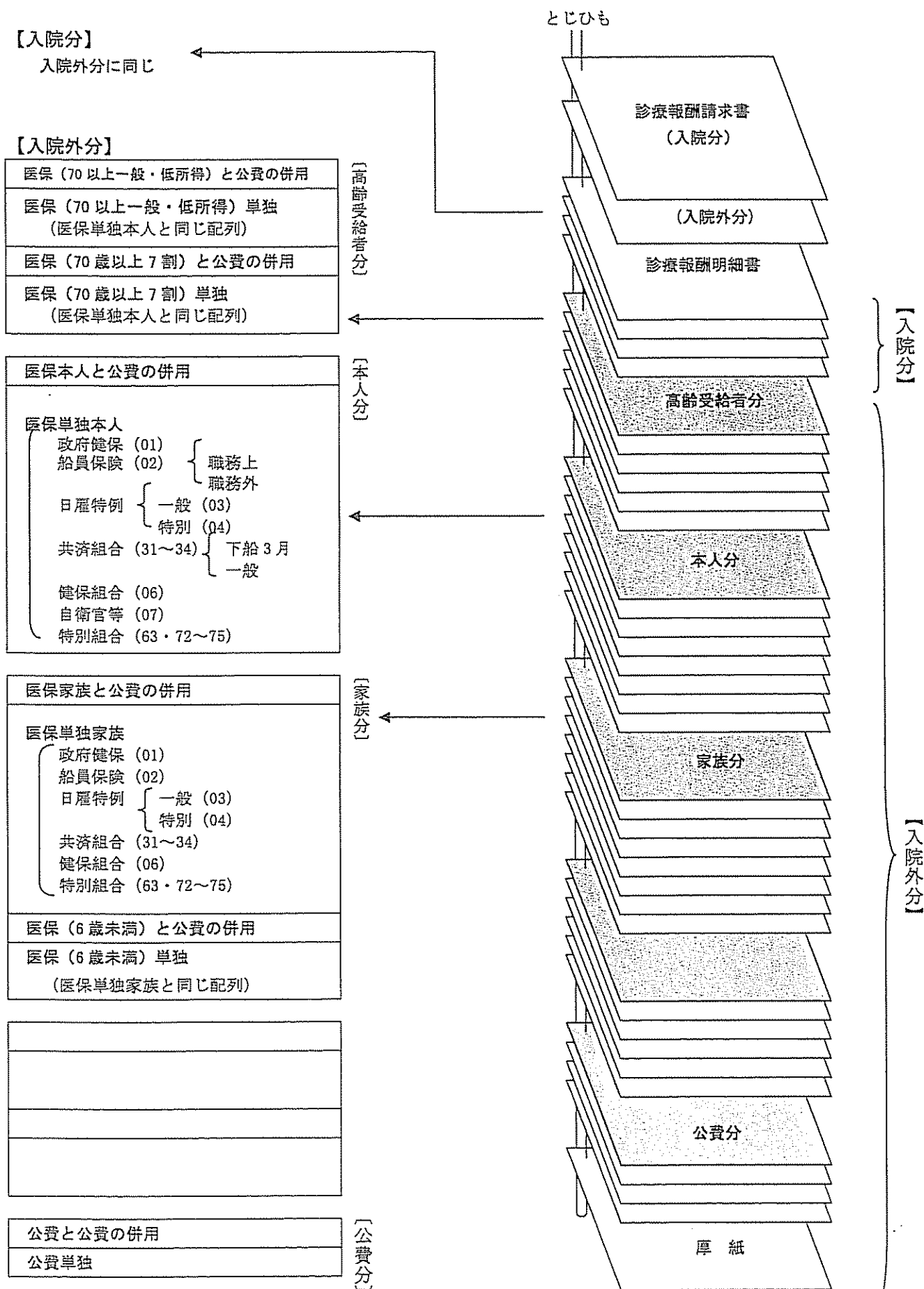
2 診療報酬請求書等の編てつ方法等について

老人保健分の請求がある場合は、原則旧様式にて請求となっておりますので、新法分と別様にて作成。

尚、旧法分の高齢9割は「70 以上一般・低所得」に、3歳未満は「6歳」に含めても差し支えないこと。

但し、老人保健分の月遅れ請求分に際しては、新様式の請求書を使用の場合は、レセプトを最上部へ編てつ願います。

診療報酬請求書等の編てつ方法 (平成 20 年 04 月診療より)



- (注) 1 レセプトの編てつ順序は、原則として請求書の記載順序とする。
2 医療保険単独分の高額療養費長期疾病に係る当該明細書は、入院、入院外ともそれぞれ各管掌の最上部に編てつする。
3 老人保健分(平成20年3月診療以前分)は別葉にてお願いいたします。

後期高齢者医療に係る Q&A

福岡県国民健康保険団体連合会

平成 20 年 4 月 25 日

【レセプトの提出先について】

Q 後期高齢者医療のレセプトの請求先は？

A 後期高齢者医療に係るレセプトは、全て国保連合会に提出ください。

Q 75 歳以上で生活保護の適用を受けている患者の請求先は？

A 生活保護の適用を受けている患者は、後期高齢者医療の適用除外となるため、従来通り支払基金に提出となります。

【診療開始日について】

Q 老人保健から後期高齢者医療へ変更の場合、診療開始日の変更は必要か？

A 老人保健から後期高齢者医療への変更については、診療開始日の変更をしなくても差し支えありません。ただし、診療開始日を変更した場合には、その変更があった日（平成 20 年 4 月 1 日）を診療開始日として記載し「摘要」欄にその旨を記載してください。（「制度変更の為」「保険変更の為」等）

Q 診療開始日を変更した場合、リハビリテーションの「発症年月日」の記載も「平成 20 年 4 月 1 日」と変更するのか？

A 発症年月日の記載は診療開始日にかかわらず発症した日を記載してください。

【月途中の保険者番号の変更について】

Q 月途中で保険者番号が変更になった場合は、保険者番号ごとにそれぞれ別の明細書を作成するのか？

A その通りです。なお、変更後のレセプトの「摘要」欄にその旨を記載してください。

【原爆医療の請求について】

Q 後期高齢者医療で原爆医療「19」を請求する場合の記載方法は？

A 「特記事項」欄の「43 原」の表示は必要とせず、「公費負担者番号」及び「公費受給者番号」欄に 1940・・・等の番号を記載し、公費併用レセプトを作成してください。
請求書については「公費負担医療」欄に「43」ではなく「19」の番号を記載して集計を行ってください。

なお、H20 年 3 月診療分以前（老人保健）の月遅れ分については、「特記事項」欄の「43 原」を記載する等、従来どおりの請求方法となります。

【障害者医療の請求について】

Q 後期高齢者医療で障害者医療「80」を請求する場合の記載方法は？

A 従来の5名連記「27 障害一部負担金請求書」による請求ではなく、「公費負担者番号」及び「公費受給者番号」欄に 8040・・・等の番号を記載し、公費併用レセプトを作成してください。
請求書については「公費負担医療」欄に「80」の番号を記載して集計を行ってください。
なお、H20 年 3 月診療分以前（老人保健）の月遅れ分については、従来の5名連記による請求となります。

Q 障害者自立支援法（精神通院医療「21」、更生医療「15」等）と障害者医療「80」は公費併用レセプトで請求可能か？

A 障害者医療「80」分については償還払いによって給付されますので、レセプトは「8040・・・」の番号を記載せず、障害者自立支援法（精神通院医療、更生医療等）の公費併用レセプトで請求してください。
なお、障害者自立支援法だけでなく、他の公費（特定疾患「51」等）と障害者医療の請求についても同様です。

Q 特定疾病療養受給証（「特記事項」欄「02 長」、「16 長2」）該当者と障害者医療「80」は公費併用レセプトで請求可能か？

A 障害者医療分については、直接市町村に請求して頂きますので、レセプトは「8040・・・」の番号を記載せず、単独レセプトで請求してください。

【調剤薬局関連】

Q H20 年 3 月末に老人保健「27」において処方箋が交付され、H20 年 4 月に調剤薬局において調剤が行われた場合の請求方法は？

A 調剤時点の保険で請求となりますので、調剤薬局の請求については老人保健「27」ではなく、後期高齢者医療「39」での請求となります。

【その他】

Q 被保険者証の交付を受けず医療機関を受診した場合の取扱い

A 旧老人医療受給者証、旧国民健康保険証、運転免許証などで、①年齢が75歳以上で、②福岡県内に住んでいることが確認できた場合は、別紙「資格確認表」にてFAXで広域連合に照会ください。

Q 旧様式のレセプトは使用できますか、又使用できる場合の取扱い方法は？

A 4月診療分より診療報酬明細書（レセプト）の省令が改正されましたが、当分の間、旧様式によるレセプトで請求して頂いても構いません。
なお、その際のレセプトの取扱いはありません。

後期高齢者医療被保険者資格確認表

下記の対象者情報について、照会します。

送信先: 福岡県後期高齢者医療広域連合事務課 御中

FAX : 092-651-3120

TEL : 092-651-3112 ・ 3114

送信元	送信日	平成20年	月	日
名称				
FAX番号				
電話番号				
ご担当者				

医療機関等記載項目					広域連合回答項目										
氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日		住所 (政令市は区まで記入)	保険者番号				被保険者番号				自己負担割合	限度額区分
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4	0						
						3	9	4							

平成20年 月 日付けで照会があった上記対象者情報については、上記のとおり回答します。

平成20年 月 日

福岡県後期高齢者医療広域連合 回答者印

別紙