



福岡医発第 101 号 (地)

平成 26 年 4 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

平成 26 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付について
(3 月 26 日、28 日付け)

平成 26 年 4 月 1 日施行の診療報酬点数表等の改正に係る省令、告示、通知につきまして、平成 26 年 3 月 29 日付け福岡医発第 3052 号 (地) 及び平成 26 年 4 月 9 日付け福岡医発第 99 号 (地) にてご連絡申し上げておりましたが、今般、3 月 26 日、28 日付けで告示、通知等が追加で発出された旨、別紙のとおり日本医師会より通知がありましたので、ご連絡申し上げます。

特に、在宅自己注射指導管理料について、「平成 26 年 6 月 30 日までの間に「2」の「イ」～「ハ」を算定する場合に限り、すべての患者について、新たに在宅自己注射を導入したものと見なし、導入初期加算を算定することができる。」の文言が追加されておりますことと、在宅患者訪問診療料 2 の「同一建物居住者の場合」を算定した場合に記載する書類として、別紙様式 14「訪問診療に係る記録書」が、新たに追加様式として提示されております。(別紙 1 及び 2 をご参照ください。)

また、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について (保医発 0326 第 3 号厚生労働省保険局医療課長、歯科医療管理官) が発出されておりますので、ご確認くださいよう願ひ申し上げます。

なお、省令、告示、通知につきましては、日本医師会ホームページメンバーズルーム→医療保険・介護保険→診療報酬改定の情報 (平成 26 年度) に掲載されておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号）より抜粋

計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料または同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

第 2 節 在宅療養指導管理料

第 1 款 在宅療養指導管理料

C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料

- (10) 「注 2」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3 月の間、月 1 回に限り算定する。ただし、処方内容に変更があった場合は、さらに 1 回に限り算定することができる。

なお、平成 26 年 6 月 30 日まで間に「2」の「イ」～「ハ」を算定する場合に限り、すべての患者について、新たに在宅自己注射を導入したものと見なし、導入初期加算を算定することができる。

第 3 部 検査

第 3 節 生体検査料

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験

- (1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、（略）算定する。

第 5 部 投薬

第 2 節 処方料

F 1 0 0 処方料

- (9) 「注 8」については、区分番号「A 0 0 0」初診料の「注 2」又は「注 3」、区分番号「A 0 0 2」外来診療料の「注 2」又は「注 3」を算定する保険医療機関において、以下のアからカまでに定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。
- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

別紙 2

(平成26年3月5日保医発0305第3号)より抜粋

訪問診療に係る記録書

(訪問診療が必要な理由)

診療人数合計.....人

(主治医氏名) 印

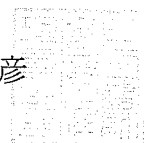
(保 297)

平成 26 年 3 月 30 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

鈴木 邦彦



平成 26 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付について
(3 月 26 日、28 日付け)

平成 26 年 4 月 1 日施行の診療報酬点数表等の改正に係る省令、告示、通知につきましては、3 月 14 日付け日医発第 1221 号(保 279) 及び 3 月 25 日付け(保 290) にてご連絡申し上げたところでございます。

今般、26 日、28 日付けで告示、通知等が追加で発出されましたので取り急ぎご連絡申し上げます。

【添付資料】

[平成 26 年 3 月 26 日付け]

1. 官報 号外第 64 号(平成 26 年 3 月 26 日) 抜粋

《告示》

- (1) 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の一部を改正する件
(厚生労働省告示第 109 号)
- (2) 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件
(厚生労働省告示第 110 号)
- (3) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件(厚生労働省告示第 111 号)
- (4) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件 (厚生労働省告示第 112 号)
- (5) 要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件 (厚生労働省告示第 113 号)
- (6) 指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者の一部を改正する件
(厚生労働省告示第 114 号)

2. 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「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」の実施上の留意事項に

各医師会通知

について」の一部改正について

(保医発 0326 第 1 号 厚生労働省保険局医療課長、歯科医療管理官)

3. 「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」の一部改正について

(保医発 0326 第 2 号 厚生労働省保険局医療課長)

4. 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

(保医発 0326 第 3 号 厚生労働省保険局医療課長、歯科医療管理官)

5. 「訪問看護計画書等の記載要領等について」等の一部改正について

(保医発 0326 第 4 号 厚生労働省保険局医療課長)

[平成 26 年 3 月 28 日付け]

1. 平成 26 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

(事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

官報

(号 外)
独立行政法人国立印刷局

(号外第 64 号)

報 官

1 平成 26 年 3 月 26 日 水曜日

目 次

〔政 令〕

- 行政機関職員定員令の一部を改正する政令(七七)
- 加工原料乳生産者補給金等暫定措置法施行令の一部を改正する政令(七七)
- 公害健康被害の補償等に関する法律施行令の一部を改正する政令(七八)
- 特定タンカーに係る特定賠償義務履行担保契約等に関する特別措置法施行令の一部を改正する政令(七九)
- 廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行令の一部を改正する政令(八〇)
- 母子及び寡婦福祉法施行令の一部を改正する政令(八一)
- 介護保険法施行令の一部を改正する政令(八二)
- 平成二十六年度における児童手当法に基づき一般事業主から徴収する拠出金に係る拠出金率を定める政令(八三)
- 〔府 令〕
- 財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則等の一部を改正する内閣府令(内閣府一九)

〔省 令〕

- 総務省定員規則の一部を改正する省令(総務一八)
- 法務省定員規則の一部を改正する省令(法務四)
- 文部科学省定員規則の一部を改正する省令(文部科学一二)
- 厚生労働省定員規則の一部を改正する省令(厚生労働二四)
- 経済産業省定員規則の一部を改正する省令(経済産業一三)
- 国土交通省組織規則の一部を改正する省令(国土交通二二)
- 気象庁組織規則の一部を改正する省令(同二三)
- 海上保安庁組織規則の一部を改正する省令(同二四)
- 国土地理院組織規則の一部を改正する省令(同二五)
- 地方整備局組織規則の一部を改正する省令(同二六)
- 北海道開発局組織規則の一部を改正する省令(同二七)
- 地方航空局組織規則の一部を改正する省令(同二八)
- 国土技術政策総合研究所組織規則の一部を改正する省令(同二九)
- 国土交通省定員規則の一部を改正する省令(同三〇)
- 特定タンカーに係る特定賠償義務履行担保契約等に関する特別措置法施行規則の一部を改正する省令(同三一)
- 廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則の一部を改正する省令(環境七)

〔告 示〕

- 東日本大震災により特に必要となつた一般廃棄物の処理を行う場合に係る廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則第十二条の七の十六に規定する環境省令で定める一般廃棄物の特例に関する省令の一部を改正する省令(同八)
- 高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件(厚生労働一〇八)
- 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の一部を改正する件(同一九)
- 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件(同二〇)
- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件(同二一)
- 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件(同二二)
- 要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件(同二三)
- 指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者の一部を改正する件(同二四)

- 公害健康被害の補償等に関する法律第二十六条第二項の障害補償標準給付基礎月額を定める件(環境四九)
- 公害健康被害の補償等に関する法律第三十一条第二項の遺族補償標準給付基礎月額を定める件(同五〇)

本日公布された法令の「あらまし」は、次のページに掲載されています。

(2) ロコモティブシンドローム（運動器症候群）に関する周知及び予防を推進する取組

⑭ 日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保

学会（平成十四年八月二十二日に社団法人日本呼吸器学会という名称で設立された法人をいう。）を
 一 般社団法人日本呼吸器学会」に、「有限責任中間法人日本消化器外科学会」を「一般社団法人日本消化器外科学会」に、「有限責任中間法人日本乳癌学会」を「一般社団法人日本乳癌学会」に改め、同
 号を同第二十六号とし、同第三十四号を同第二十八号とし、同第三十五号を同第二十八号とし、同第三十六号口①②中「社団法人日本内科学会（大正十四年十月十四日に社団法人日本内科学会という名
 称で設立された法人をいう。）を「一般社団法人日本内科学会」に改め、同号を同第二十九号とし、
 同第三十七号を同第三十号とし、同第三十八号を同第三十一号とし、同第三十九号を同第三十二号とし、
 同第四十号を削り、同第四十一号を同第三十三号とし、同第四十二号口①②中「耳鼻咽喉科専門医」を「耳鼻咽喉科専門医」とし、同号を同第三十四号とし、同第四十三号を同第三十五号とし、同
 第四十四号から第四十六号までを削り、同第四十七号を同第三十六号とし、同第四十八号を同第三十七号とし、同第四十九号を同第三十八号とし、同第五十号及び第五十一号を削り、同第五十二号を同
 第三十九号とし、同第五十三号を同第四十号とし、同第五十四号口①②中「補綴歯科専門医」の下に「（公益社団法人日本補綴歯科学会が認定したものを用いる。以下同じ。）」を加え、同号を同第四十一
 号とし、同第五十五号を同第四十二号とし、同第五十六号から第五十九号までを十三号ずつ繰り上げ、
 同第六十号中「自家嚥・粘膜移植」を「自家嚥・粘膜移植」に改め、同号を同第四十七号とし、同第六十一号を削り、同第六十二号を同第四十八号とし、同第六十三号イ中「社団法人日本整形外科学会、
 社団法人日本脳神経外科学会」を「公益社団法人日本整形外科学会、一般社団法人日本脳神経外科学会」に改め、同号を同第四十九号とし、同第六十四号を同第五十号とし、同第六十五号口①②中「耳
 鼻咽喉科専門医」を「耳鼻咽喉科専門医」に改め、同号を同第五十一号とし、同第六十六号を同第五十二号とし、同第六十七号口②④中「専任の細胞培養を担当する者が配置され、院内で細胞培養を実施している」を「臨床検査技師が配置されている」に改め、同号を同第五十三号とし、同第六十八号口②④中「専任の細胞培養を担当する者が配置され、院内で細胞培養を実施している」を「臨床検査技師が配置されている」に改め、同号を同第五十四号とし、同第六十九号を同第五十五号とし、同第七十号を同第五十六号とする。

第三号中第一号及び第二号を削り、同第三号中「悪性骨腫瘍又は悪性軟部腫瘍」を「悪性骨腫瘍又は悪性軟部腫瘍」に改め、同号を同第一号とし、同第四号中「胎児閉塞性尿路疾患」を「胎児閉塞性尿路疾患」に改め、同号を同第二号とし、同第五号を同第三号とし、同第六号から第十四号までを削り、
 同第十五号中「肝良性腫瘍」を「肝良性腫瘍」に改め、同号を同第四号とし、同第十六号及び第十七号を削り、同第十八号を同第五号とし、同第十九号から第二十二号までを十三号ずつ繰り上げ、同第二十三号中「腫瘍抗原ペプチド」を「腫瘍抗原ペプチド」に「ホルモン不応性再燃前立腺がん」を「ホルモン不応性再燃前立腺がん」に改め、同号を同第十号とし、同第二十四号を同第十一号とし、同第二十五号を削り、同第二十六号を同第十二号とし、同第二十七号を同第十三号とし、同第二十八号を削り、同第二十九号を削り、同第三十号を同第十五号とし、同第三十一号を削り、同第三十二号を同第十六号とし、同第三十三号を同第十七号とし、同第三十四号中「血液透析併用バルーン塞栓動脈内抗がん剤投与」に改め、同号を同第十八号とし、同第三十五号を同第十九号とし、同第三十六号から第五十六号までを十六号ずつ繰り上げる。

○厚生労働省告示第百十一号
 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）
 第七条第三項の規定に基づき、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（第七号）
 第三項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める様式（平成二十年厚生労働省告示第百二十六号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、この告示の適用の現に存するこの告示による改正前の療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（第七号）第三項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める様式（第三号及び様式第四号）に規定する様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

平成二十六年三月二十六日
 厚生労働大臣 田村 憲久

平成 年 月 分 調剤報酬請求書

別 記 殿

薬局コード

保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

印

区 分	件 数	処方せん受付回数	点 数	一部負担金
医療保険				
医療保険 (70以上一般・低所得) と公費の併用				
医療保険単独 (七〇以上低所得)				
01 (協会)				
02 (船) 職務上				
02 (船) 職務外				
03 (日)				
04 (日特)				
31~34 (共) 下船 3 月				
31~34 (共) 一般				
06 (組)				
63・72~75 (退)				
小 計				
医療保険 (70以上7割) と公費の併用				
医療保険単独 (七〇以上7割)				
01 (協会)				
02 (船) 職務上				
02 (船) 職務外				
31~34 (共) 下船 3 月				
31~34 (共) 一般				
06 (組)				
63・72~75 (退)				
小 計				
医療保険本人と公費の併用				
医療保険単独 (本人)				
01 (協会)				
02 (船) 職務上				
02 (船) 職務外				
03 (日)				
04 (日特)				
31~34 (共) 下船 3 月				
31~34 (共) 一般				
06 (組)				
07 (自)				
63・72~75 (退)				
小 計				
医療保険家族と公費の併用				
医療保険単独 (家族)				
01 (協会)				
02 (船)				
03 (日)				
04 (日特)				
31~34 (共)				
06 (組)				
63・72~75 (退)				
小 計				
医療保険 (6 歳) と公費の併用				
医療保険単独 (六歳)				
01 (協会)				
02 (船)				
03 (日)				
04 (日特)				
31~34 (共)				
06 (組)				
63・72~75 (退)				
小 計				
① 合計				

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

薬局コード

区 分			件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金 (控除額)
公費負担	公費と医 保の併用	12 (生保)				
	公費と公費 の併用					
	公費単独	12 (生保)				
	② 合計					
総件数①+②			件	請求金額	円	

備 考

平成二十六年三月二十六日
様式第四を次のように改める。

樣式第四

厚生労働大臣 田村 憲久

備考 1. この用箋は、日本工業規格 A 列 4 葉とする。 2. 印の欄は、記入しないこと。

○厚生労働省告示第百十三号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第六号の規定に基づき、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成二十年厚生労働省告示第百二十八号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、平成二十六年三月三十一日以前の日に行われた療養の費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十六年三月二十六日

別表第一中第一号の項から第四号の項までを次のように改める。

厚生労働大臣 田村 憲久

二 指定介護療養施設サビスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入居させるもの）にあっては、当該専ら要介護者を入居させる部分に限り、以下「介護療養病床等」という。 一 介護療養病床等に入居している患者（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	一 次に掲げる点数が算定されるべき療養 別表第一 第一章第二部に規定する点数 別表第二 第二章に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの イ 区分番号B005-3-2に掲げる地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ ロ 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料 ハ 区分番号B005-7-7に掲げる認知症専門診療管理料（療養病棟に入居している患者に係るものを除く） ニ 区分番号B005-7-12に掲げる認知症療養指導料（療養病棟に入居している患者に係るものを除く） ホ 区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ（注10から注12までに掲げる場合に限る） ヘ 第二部に規定する点数 ト 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法 チ 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法 リ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に係る場合を除く） ヌ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注5に係る場合を除く） ル 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料 ヲ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 三 別表第一に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの イ 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料 ロ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ハ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料 ニ 区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料 別表第三 区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料	三 次に掲げる患者 イ 介護療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入居させるもの）を除く）に入居している患者 ロ 短期入所療養介護（介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は療養病棟の病床等）において 一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サビス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成二十年厚生労働省告示第二十一号）別表の3のイの(1)から(4)までの注10又はロの(1)及び(2)の注7に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く） イ 別表第二 第二章第一部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号B001-10に掲げる入院栄養食事指導料 ② 区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1 ③ 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2 ④ 区分番号B005-11-2に掲げる介護支援連携指導料
---	---	---

行われるものを除く）又は介護予防（療養室等）において行われるものを除く）を受けている患者

⑤ 区分番号B005-12に掲げる地域連携診療計画管理料 ⑥ 区分番号B005-13に掲げる地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ ⑦ 区分番号B005-3-2に掲げる地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ ⑧ 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料 ⑨ 区分番号B005-7-7に掲げる認知症専門診療管理料 ⑩ 区分番号B005-7-12に掲げる認知症療養指導料 ⑪ 区分番号B005-8に掲げる肝臓インターフェロン治療計画料 ⑫ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料 ⑬ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料 ⑭ 区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ（注1、注3、注4、注7、注8及び注10から注12までに掲げる場合に限る） ⑮ 区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ ⑯ 区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 ロ 別表第一 第二章第四部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 第一節通則第四号のイに規定する点数 ② 区分番号E001-1に掲げる単純撮影 ③ 区分番号E002-1に掲げる単純撮影 ハ 別表第一 第二章第五節第三節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）第十六第二号に掲げる薬剤に係るものを除く） ニ 別表第一 第二章第六節第二節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものを除く） ホ 別表第一 区分番号H005に掲げる視能訓練及び同表区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料 ヘ 別表第一 第二章第八部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号I007に掲げる精神科作業療法 ④ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に係る場合を除く） ⑤ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注5に係る場合を除く） ⑥ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑦ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 ト 別表第一 第二章第九部に規定する点数（基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）別表第五第二号に掲げる処置に係るものを除く） チ 別表第一 第二章第十部から第十二部までに規定する点数 一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サビス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3のイの(1)から(4)までの注10又はロの(1)及び(2)の注7に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く） イ 別表第一 第一章第一部に規定する点数 ロ 別表第一 区分番号A400-1に掲げる短期滞在手術等基本料	⑧ 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料 ⑨ 区分番号B005-7-7に掲げる認知症専門診療管理料 ⑩ 区分番号B005-7-12に掲げる認知症療養指導料 ⑪ 区分番号B005-8に掲げる肝臓インターフェロン治療計画料 ⑫ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料 ⑬ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料 ⑭ 区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ（注1、注3、注4、注7、注8及び注10から注12までに掲げる場合に限る） ⑮ 区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ ⑯ 区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 ロ 別表第一 第二章第四部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 第一節通則第四号のイに規定する点数 ② 区分番号E001-1に掲げる単純撮影 ③ 区分番号E002-1に掲げる単純撮影 ハ 別表第一 第二章第五節第三節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）第十六第二号に掲げる薬剤に係るものを除く） ニ 別表第一 第二章第六節第二節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものを除く） ホ 別表第一 区分番号H005に掲げる視能訓練及び同表区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料 ヘ 別表第一 第二章第八部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号I007に掲げる精神科作業療法 ④ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に係る場合を除く） ⑤ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注5に係る場合を除く） ⑥ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑦ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 ト 別表第一 第二章第九部に規定する点数（基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）別表第五第二号に掲げる処置に係るものを除く） チ 別表第一 第二章第十部から第十二部までに規定する点数 一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サビス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3のイの(1)から(4)までの注10又はロの(1)及び(2)の注7に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く） イ 別表第一 第一章第一部に規定する点数 ロ 別表第一 区分番号A400-1に掲げる短期滞在手術等基本料
---	--

四 次に掲げる患者 イ 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に入院している患者） ロ 老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	ハ 別表第一区分番号 B00517 に掲げる認知症専門診断管理料 ニ 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数 ホ 別表第一第 2 章第 5 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ヘ 別表第一第 2 章第 6 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ト 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号 I0011 に掲げる精神科退院指導料 ② 区分番号 I0011 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料 ③ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ④ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 チ 別表第一第 2 章第 9 部から第 13 部までに規定する点数 三 別表第二に規定する点数であつて次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養 イ 区分番号 B0004114 に掲げる入院栄養食事指導料 ロ 区分番号 B000419 に掲げる介護支援連携指導料 ハ 区分番号 B000613 に掲げるがん治療連携計画策定料 ニ 区分番号 B00061312 に掲げるがん治療連携指導料 ホ 区分番号 B0007 に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号 B0008 に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号 B00114 に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 チ 区分番号 B0014 に掲げる退院時共同指導料 1 リ 区分番号 B0015 に掲げる退院時共同指導料 2 ル 区分番号 C0003 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号 C0007 に掲げる在宅患者連携指導料 ヲ 区分番号 C0008 に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料
一次に掲げる療養 一 一次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の 3 のハの 1 から 3 までの注 5 に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く） イ 別表第一区分番号 A227 に掲げる精神科措置入院診療加算 ロ 別表第一第 2 章第 5 部第 3 部に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤に係るものに限り） ハ 別表第一第 2 章第 6 部第 2 部に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものに限り） ニ 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号 I0002 に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号 I000312 に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号 I0007 に掲げる精神科作業療法 ④ 区分番号 I000812 に掲げる精神科ショート・ケア（注 5 に係る場合を除く） ⑤ 区分番号 I0009 に掲げる精神科デイ・ケア（注 5 に係る場合を除く）	ハ 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数 ニ 別表第一第 2 章第 5 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ホ 別表第一第 2 章第 6 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ト 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号 I0011 に掲げる精神科退院指導料 ② 区分番号 I0011 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料 ③ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ④ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 チ 別表第一第 2 章第 9 部から第 13 部までに規定する点数 三 別表第二に規定する点数であつて次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養 イ 区分番号 B0004114 に掲げる入院栄養食事指導料 ロ 区分番号 B000419 に掲げる介護支援連携指導料 ハ 区分番号 B000613 に掲げるがん治療連携計画策定料 ニ 区分番号 B00061312 に掲げるがん治療連携指導料 ホ 区分番号 B0007 に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号 B0008 に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号 B00114 に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 チ 区分番号 B0014 に掲げる退院時共同指導料 1 リ 区分番号 B0015 に掲げる退院時共同指導料 2 ル 区分番号 C0003 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号 C0007 に掲げる在宅患者連携指導料 ヲ 区分番号 C0008 に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料

別表第二第四号の項の次に次のように加える。 四の二 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号 C0005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注 10 に規定する加算 ロ 別表第一区分番号 C0005112 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注 10 に規定する加算	⑥ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑦ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 二 一次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の 3 のハの 1 から 3 までの注 5 に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限り） イ 別表第一第 1 章第 1 部に規定する点数 ロ 別表第一区分番号 A40001 に掲げる短期滞在手術等基本料 ハ 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数 ニ 別表第一第 2 章第 5 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ホ 別表第一第 2 章第 6 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ヘ 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号 I0002 に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号 I000312 に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号 I0011 に掲げる精神科退院指導料 ④ 区分番号 I00112 に掲げる精神科退院前訪問指導料 ⑤ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑥ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 ト 別表第一第 2 章第 9 部から第 13 部までに規定する点数 三 別表第二に規定する点数であつて次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養 イ 区分番号 B0004114 に掲げる入院栄養食事指導料 ロ 区分番号 B000419 に掲げる介護支援連携指導料 ハ 区分番号 B000613 に掲げるがん治療連携計画策定料 ニ 区分番号 B00061312 に掲げるがん治療連携指導料 ホ 区分番号 B0007 に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号 B0008 に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号 B00114 に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 チ 区分番号 B0014 に掲げる退院時共同指導料 1 リ 区分番号 B0015 に掲げる退院時共同指導料 2 ル 区分番号 C0003 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号 C0007 に掲げる在宅患者連携指導料 ヲ 区分番号 C0008 に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料
特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に係るものである場合（当該患者について同一月において、ターミナルケア加算又は看取り加算を算定している場合を除く）に限り、算定できる。	⑥ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑦ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 二 一次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の 3 のハの 1 から 3 までの注 5 に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限り） イ 別表第一第 1 章第 1 部に規定する点数 ロ 別表第一区分番号 A40001 に掲げる短期滞在手術等基本料 ハ 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数 ニ 別表第一第 2 章第 5 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ホ 別表第一第 2 章第 6 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限り） ヘ 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの ① 区分番号 I0002 に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号 I000312 に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号 I0011 に掲げる精神科退院指導料 ④ 区分番号 I00112 に掲げる精神科退院前訪問指導料 ⑤ 区分番号 I0012 に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑥ 区分番号 I0016 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料 ト 別表第一第 2 章第 9 部から第 13 部までに規定する点数 三 別表第二に規定する点数であつて次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養 イ 区分番号 B0004114 に掲げる入院栄養食事指導料 ロ 区分番号 B000419 に掲げる介護支援連携指導料 ハ 区分番号 B000613 に掲げるがん治療連携計画策定料 ニ 区分番号 B00061312 に掲げるがん治療連携指導料 ホ 区分番号 B0007 に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号 B0008 に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号 B00114 に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 チ 区分番号 B0014 に掲げる退院時共同指導料 1 リ 区分番号 B0015 に掲げる退院時共同指導料 2 ル 区分番号 C0003 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号 C0007 に掲げる在宅患者連携指導料 ヲ 区分番号 C0008 に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料

別表第二第六号の項の次に次のように加える。

六の二 別表第一区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料(一)及び(三)が算定されるべき療養費

入院中の患者以外の患者及び介護老人福祉施設入所者については、認知症でない患者(別表第一区分番号1016に掲げる精神科重傷者早期集中支援管理料を算定する者を除く)に限り、算定できる。

別表第二備考中第十七号を第十九号とし、第十四号から第十六号までを、号ずつ繰り下げ、第十三号の次に次の二号を加える。

十四 この表において「ターミナルケア加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注12に規定するターミナルケア加算、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第百二十六号)別表の1の注10に規定するターミナルケア加算及び指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の8の注に規定するターミナルケア加算をいう。

十五 この表において「看取り加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の10の注7に規定する看取り介護加算、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の5の注5、別表の6の注6及び別表の7の注に規定する看取り介護加算並びに指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の1の注に規定する看取り介護加算をいう。

○厚生労働省告示第百十四号

健康保険法(大正十一年法律第七十号)第八十九条第四項第一号の規定に基づき、指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者(平成四年厚生労働省告示第三十二号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。

平成二十六年三月二十六日

厚生労働大臣 田村 憲久

○環境省告示第四十九号

公害健康被害の補償等に関する法律(昭和四十八年法律第百十一号)第二十六条第二項及び公害健康被害の補償等に関する法律施行令(昭和四十九年政令第百九十五号)第十二条の規定に基づき、障害補償標準給付基礎月額を次のように定めたので、公示する。

平成二十六年三月二十六日

環境大臣 石原 伸晃

年 齢 階 層	性 別	
	男 子	女 子
昭和五十九年四月二日以降に生まれた者	二二一、一〇〇円	一九一、三〇〇円
昭和五十四年四月二日から昭和五十九年四月一日までの間に生まれた者	二五六、四〇〇円	二〇二、二〇〇円
昭和四十九年四月二日から昭和五十四年四月一日までの間に生まれた者	二八九、六〇〇円	二二〇、八〇〇円
昭和四十四年四月二日から昭和四十九年四月一日までの間に生まれた者	三三〇、九〇〇円	二二九、五〇〇円
昭和三十九年四月二日から昭和四十四年四月一日までの間に生まれた者	三三三、八〇〇円	二二九、一〇〇円
昭和三十四年四月二日から昭和三十九年四月一日までの間に生まれた者	三六一、五〇〇円	二二五、五〇〇円
昭和二十九人四月二日から昭和三十四年四月一日までの間に生まれた者	三三九、〇〇〇円	二二一、五〇〇円

昭和二十四年四月二日から昭和二十九年四月一日までの間に生まれた者

二三五、六〇〇円 一七三、四〇〇円

昭和十九年四月二日から昭和二十四年四月一日までの間に生まれた者

二二八、六〇〇円 一六六、六〇〇円

昭和十九年四月一日以前に生まれた者

二二二、二〇〇円 一七六、八〇〇円

附 則

1 この告示は、平成二十六年四月以降の月分の障害補償費について適用する。ただし、平成二十六年三月以前の月分の障害補償費については、なお従前の例による。

2 平成二十五年三月環境省告示第三十四号(公害健康被害の補償等に関する法律第二十六条第一項の障害補償標準給付基礎月額を定める件)は、廃止する。

○環境省告示第五十号

公害健康被害の補償等に関する法律(昭和四十八年法律第百十一号)第三十一条第二項及び公害健康被害の補償等に関する法律施行令(昭和四十九年政令第百九十五号)第十七条の規定に基づき、遺族補償標準給付基礎月額を次のように定めたので、公示する。

平成二十六年三月二十六日

環境大臣 石原 伸晃

年 齢 階 層	性 別	
	男 子	女 子
昭和五十九年四月二日以降に生まれた者	一九三、五〇〇円	一六七、四〇〇円
昭和五十四年四月二日から昭和五十九年四月一日までの間に生まれた者	二二四、四〇〇円	七六、九〇〇円
昭和四十九年四月二日から昭和五十四年四月一日までの間に生まれた者	二五三、四〇〇円	八四、四〇〇円
昭和四十四年四月二日から昭和四十九年四月一日までの間に生まれた者	二八〇、八〇〇円	九一、〇〇〇円
昭和三十九年四月二日から昭和四十四年四月一日までの間に生まれた者	三〇九、六〇〇円	九一、八〇〇円
昭和三十四年四月二日から昭和三十九年四月一日までの間に生まれた者	三二六、三〇〇円	八八、六〇〇円
昭和二十九人四月二日から昭和三十四年四月一日までの間に生まれた者	二九六、七〇〇円	七七、二〇〇円
昭和二十四年四月二日から昭和二十九人四月一日までの間に生まれた者	二〇六、二〇〇円	五一、七〇〇円
昭和十九年四月二日から昭和二十四年四月一日までの間に生まれた者	一九一、三〇〇円	四五、七〇〇円
昭和十九年四月一日以前に生まれた者	二〇三、二〇〇円	五四、七〇〇円

附 則

1 この告示は、平成二十六年四月以降の月分の遺族補償費及び平成二十六年四月一日以降に死亡した被認定者に係る遺族補償一時金について適用する。ただし、平成二十六年三月以前の月分の遺族補償費及び平成二十六年三月三十一日以前に死亡した被認定者に係る遺族補償一時金については、なお従前の例による。

2 平成二十五年三月環境省告示第三十五号(公害健康被害の補償等に関する法律第三十一条第一項の遺族補償標準給付基礎月額を定める件)は、廃止する。

保 医 発 0 3 2 6 第 1 号
平 成 2 6 年 3 月 2 6 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課 長
都 道 府 県 民 生 主 管 部 （ 局 ）
 国 民 健 康 保 険 主 管 課 （ 部 ） 長
都 道 府 県 後 期 高 齢 者 医 療 主 管 部 （ 局 ）
 後 期 高 齢 者 医 療 主 管 課 （ 部 ） 長

} 殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 医 療 課 長
（ 公 印 省 略 ）

厚 生 労 働 省 保 険 局 歯 科 医 療 管 理 官
（ 公 印 書 略 ）

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等」及び「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」の実施上の留意事項について」の一部改正について

標記については、今般、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第56号）、「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の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第109号）等が公布され、それぞれ平成26年4月1日より適用されることとなったことに伴い、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「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」の実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号）の一部を下記のように改めるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

第1 厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第1関係）

- 1 保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。
- 2 具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の5つの事項を院内掲示事項として定めたこと。

（1）入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要（看護要員の対患者割合、看護要員の構成）を掲示するものとする。

（揭示例）

- ① 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時～夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時～深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時～朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- ② 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7名以上勤務しています。」

- （2）厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱ（平成24年厚生労働省告示第165号）別表第一から第三までの病院の欄に掲げる病院であること

（3）地方厚生（支）局長への届出事項に関する事項

- ① 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。）又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）に基づき、保険医療機関が地方厚生（支）局長へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するものとする。

- ② 具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等をわかりやすく掲示するものであること。

（揭示例）

入院時食事療養（Ⅰ）に係る食事療養を実施している病院の例

「入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しています。」

（4）明細書の発行状況に関する事項

- ① 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」と

いう。)第5条の2第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)第5条の2第2項に規定する明細書の発行状況に関する事項について、院内掲示するものとする。

- ② 具体的には、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(平成26年3月5日保発0305第2号)によるものであること。

(5) 保険外負担に関する事項

- ① いわゆる保険外負担については、その適切な運用を期するため、院内掲示の対象とすることとしたものであること。なお、保険外負担の在り方については、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(平成17年9月1日保医発第0901002号)等を参考にされたいこと。

- ② 具体的には、次に掲げる事項を掲示するものとする。

ア 法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の「サービス」又は「物」について、その項目とそれに要する実費

イ 「介護料」「衛生材料費」等の、治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、患者から費用を徴収することは認められていないこと。

また、「施設管理費」「雑費」等曖昧な名目での費用徴収は認められていないこと。

(揭示例)

「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

紙おむつ代	1枚につき	〇〇円
理髪代	1回につき	〇〇〇〇円
―――	―――	―――円

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。」

- ③ なお、保険外併用療養費に係る事項については、従前より、療担規則第5条の4第2項及び療担基準第2条の6に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に掲示することの徹底が図られるべきものであること。

第2 明細書を交付しなければならない保険医療機関(揭示事項告示第1の2関係)

- 1 領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、個別の診療報酬点数の算定項目(投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。)が分かる明細書が無償で交付しなければならない保険医療機関として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関を定めたものであること。
- 2 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等(揭示事項等告示第3及び医薬品等告示

関係)

1 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

(1) 療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、(2)の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の指定に係る病床（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）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法（平成9年法律第123号）第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下第3において同じ。）の数の5割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

(2) 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①から④までの要件を充足するものでなければならないこと。

- ① 特別の療養環境に係る一の病室の病床数は4床以下であること。
- ② 病室の面積は1人当たり6.4平方メートル以上であること。
- ③ 病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。
- ④ 少なくとも下記の設備を有すること。

ア 個人用の私物の収納設備

イ 個人用の照明

ウ 小机等及び椅子

(3) (1)にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

- ① 当該保険医療機関の所在地を含む区域（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第10号に規定する区域をいう。）における療養病床（同法第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。）及び一般病床（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床をいう。）の数が、同法第30条の4第1項に規定する医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しており、かつ、特別の療養環境に係る病床数の当該保険医療機関の病床数に対する割合を増加しても患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないこと。

この場合においては、当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を勘案し、当該保険医療機関の特別の病室を増加しても、患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断するものとする。

- ② 経験を有する常勤の相談員により、特別の療養環境の提供に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること。
- ③ 必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制が整えられていること。
- ④ 当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室のすべてについて、一の病室の病床数が2床以下であり、かつ、病室の面積及び設備については(2)の②から④までの要件を充足するものであること。

- ⑤ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第1章第2部第1節に規定する7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料等を除く。）並びに有床診療所入院基本料1及び有床診療所入院基本料4を算定する保険医療機関であること。ただし、平成26年3月31日現在において現に承認を受けている有床診療所については、平成28年3月31日までは当該要件を満たしているものとみなす。
 - ⑥ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第19条第1項第1号及び第2号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること。
 - ⑦ 厚生労働大臣から当該承認を受ける前6月間において揭示事項等告示第3の基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- (4) (3)の承認に係る病床割合については、次の事項を基準として設定すること。
- ① 医科点数表又は歯科点数表に掲げる療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等を算定する病室として当該保険医療機関が届出を行っている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ② 特定集中治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室、一類感染症患者入院医療管理治療室等患者の治療上の必要があるために入院するものとして設けられている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ③ 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。）、救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院等、「救急医療対策の整備事業について（昭和52年医発第692号）」に規定された保険医療機関等において救急患者のために設けられた専用病床等は、承認に係る病床から除外すること。
 - ④ ①から③までのほか、当該保険医療機関におけるこれまでの特別療養環境室以外の病床への入院状況、特別療養環境室への入院希望の状況、救急患者の割合等を総合的に勘案し、特別療養環境室に係る病床以外の病床を一定割合確保すること。
- (5) (1)及び(3)にかかわらず、特定機能病院以外の保険医療機関であって、国又は地方公共団体が開設するものにあつては、その公的性格等にかんがみ、国が開設するものにあつては病床数の2割以下、地方公共団体が開設するものにあつては病床数の3割以下としたこと。
- (6) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。
- (7) 特別療養環境室へ入院させた場合においては、次の事項を履行するものであること。
- ① 保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく揭示しておくこと。
 - ② 特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、患者側の同意を確認のうえ入院させること。
 - ③ この同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。なお、この文書は、当該保険医療機関が保存し、必要に応じ提示できるようにしておくこと。
- (8) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以

下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。

① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）

② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合

（例）・救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者

・免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

・集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要がある終末期の患者

・後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

・クロイツフェルト・ヤコブ病の患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

（例）・MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

(9) 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられるおそれがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。(3)に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。

(10) 平成6年3月31日現在、従来の特別の病室として特別の料金を徴収している病室が(2)の②に掲げる要件を満たしていない場合は、当該病床を含む病棟の改築又は建替までは経過的に当該要件を課さないこととするが、早急に改善されるべきものであること。

(11) 保険医療機関は、特別の療養環境の提供に係る病床数、特別の料金等を定期的に地方厚生（支）局長に報告するとともに、当該事項を定め又は変更しようとする場合には、別紙様式1により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

2 病院の初診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるもの

であり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。

② 同時に2以上の傷病について初診を行った場合においても、1回しか徴収できない。

③ 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第1回の初診時にしか徴収できない。

④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。

⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。

(2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。

(3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

(4) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式2により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

(5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

(6) いわゆる地方単独の公費負担医療(以下「地方単独事業」という。)の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものである場合には、(5)と同様の取扱いとすること。

(7) 社会福祉法(昭和26年法律第45号)第2条第3項第9号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院においてHIV感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

3 予約に基づく診察に関する事項

(1) 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。

(2) 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の2割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。

(3) 予約患者でない患者についても、概ね2時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行うものとする。

(4) 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師1人につき1日に診察する予約患者の数は概ね40人を限度とすること。

(5) 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとってわかりやすく掲示するとともに、病院の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口

での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとする。

- (6) 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであり、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。
- (7) 予約料の額は、社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。
- (8) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式3により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
- (9) 専ら予約患者の診察に当たる医師がいても差し支えないものとする。

4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察（以下単に「時間外診察」という。）に関する事項

- (1) 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の受診については従前通り診療報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。
- (2) 本制度に基づき時間外診察に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関は、時間外診察に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく示しておかなければならないこと。
- (3) 社会通念上時間外とされない時間帯（例えば平日の午後4時）であっても、当該保険医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、診療報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察に係る費用徴収は認められるものであること。
- (4) 患者からの徴収額については、診療報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。
- (5) 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式4により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

5 金属床による総義歯の提供に関する事項

- (1) 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。
- (2) 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。
- (3) 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理（1回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。
- (4) 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (5) 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。

- (6) 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
- (7) 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式5により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (8) 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (9) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について、地方厚生（支）局長に報告するものとする。

6 医薬品の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第16項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、薬事法及び薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）の関係規定によるほか、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）によるものとする。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。
- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。
- (5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (6) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる薬物の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。

- (7) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (8) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式6により地方厚生（支）局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式6の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- 7 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項
- (1) 本制度は、小児う蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設されたものであること。
- (2) 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、う蝕多発傾向を有しない13歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科疾患管理料及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、13歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。
- (3) フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (4) 本制度に基づき、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を徴収する保険医療機関は、継続管理の概要並びにフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。
- (5) 本制度が適用されるのは、患者又は患者の保護者に対して継続管理に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものとする。
- (6) 保険医療機関が、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式7により地方厚生（支）局長に報告するものとする。
- (7) 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について、地方厚生（支）局長に報告するものとする。
- 8 200床（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項
- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病のすべてにつき、以下(2)～(4)の要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外

来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診療料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
 - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。
 - イ 紹介先の医療機関名
 - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、病院の初診に関する事項の(3)から(7)の取扱いに準ずるものとする。

9 医療機器の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法第2条第16項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、薬事法及び薬事法施行規則の関係規定によるほか、医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成17年厚生労働省令第36号）によるものとする。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間（2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。
 - ア 当該診療において実施した当該検査等の所定点数
 - イ 当該機械器具等を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数
- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の

支給対象としないものとする。

- (5) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる機械器具等の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (7) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式8により地方厚生（支）局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式8の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

10 薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

- (1) 薬事法上の承認（同法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすものであること。
 - ア 当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、2名以上配置されていること。
 - イ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
 - ウ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医薬品を投与するものであること。
- (5) 薬事法上の承認を受けた日から起算して90日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が90日以内であれば、服用時点が91日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (7) 処方せんを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

(9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式9により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

11 入院期間が180日を超える入院に関する事項

(1) 入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、通算対象入院料(一般病棟入院基本料(特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を含み、医科点数表の注11に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合(歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。))を除く。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限り、医科点数表の注9に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合(歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。))を除く。)及び専門病院入院基本料(医科点数表の注8に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合(歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。))を除く。)をいう。以下同じ。)を算定する保険医療機関への180日を超える入院((6)に定める患者の入院を除く。)については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

(2) 入院期間は、以下の方法により計算されるものであり、医科点数表及び歯科点数表の例により計算されるものではないことに留意すること。

① 保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合(当該疾病又は負傷が一旦治癒し、又は治癒に近い状態(寛解状態を含む。))になった後に入院した場合を除く。)にあつては、これらの保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

② ①の場合以外の場合にあつては、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

(3) 退院の日から起算して3月以上(悪性腫瘍又は「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」(平成26年3月5日保医発0305第3号)別紙様式44に掲げる疾病に罹患している患者については1月以上)の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後に、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合は、(2)の②に該当するものであり、入院期間の計算方法は、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算するものであること。

また、同一の保険医療機関内の介護療養病床等に3月以上(悪性腫瘍又は「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」(平成26年3月5日保医発0305第3号)別紙様式44に掲げる疾病に罹患している患者については1月以上)の期間入院した場合についても(2)の②に準じて取り扱うものとし、当該介護療養病床等から通算対象入院料を算定する病棟に転棟した場合における入院期間は、当該転棟の日から起算して計算するものであること。

(4) 入院期間の確認については、「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」(平成26年3月5日保医発0305第3号)別添1第1章第2部通則3に従うものであること。

- (5) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の100分の15に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注1（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算の場合は注2）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、(9)に規定するところによるものとする。
- (6) 当該制度は、入院医療の必要性が低い患者側の事情により入院しているものへの対応を図るためのものであることから、以下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者の入院については、選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないものである。なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院等により右欄に定める実施期間等を満たさない場合においては、当該月の前月において選定療養に該当していない場合に限り、当該月においても同様に取扱う。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

状 態 等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（注1参照）	—————	左欄の状態にある期間
4 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態（注2参照）	動脈注射	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	
	点滴注射	
	中心静脈注射	
	骨髄内注射	
5 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態	放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
6 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態（注3参照）	ドレーン法（ドレナージ）	当該月において2週以上実施していること
	胸腔穿刺	
	腹腔穿刺	
7 人工呼吸器を使用している	間歇的陽圧吸入法、体外式陰	当該月において1週以上使用

る状態	圧人工呼吸器治療 ----- 人工呼吸	していること
8 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 ----- 血漿交換療法	各週2日以上実施していること（注4参照） ----- 当該月において2日以上実施していること
9 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態 （当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 ----- 開放点滴式全身麻酔 ----- マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	_____
10 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態	薬剤料（麻薬に限る。）（注5参照） ----- 神経ブロック（注6参照）	左欄の状態にある期間
11 呼吸管理を実施している状態	救命のための気管内挿管（注7参照） ----- 気管切開術（注8参照） ----- 酸素吸入（注9参照）	
12 頻回の喀痰吸引・排出を実施している状態（注10参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 ----- 気管支カテーテル薬液注入法	
13 肺炎等に対する治療を実施している状態	薬剤料（抗生剤に限る。）（注11参照）	左欄の状態にある期間
14 集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者（注12参照）	薬剤料（強心剤等に限る。）	
15 15歳未満の患者	_____	左欄の年齢にある期間
16 児童福祉法第21条の9の2による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けている患者	_____	当該給付を受けている期間
17 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第20条の育成医療の給付を受けている患者	_____	当該給付を受けている期間

注1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいうものであること。

- a 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

- b 重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3（又は30）以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で8点以下の状態が2週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- c 以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上でかつ生活機能障害度Ⅱ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）

- d 重度の肢体不自由者については、「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）においてランクB（以下「ランクB」という。）以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

- 2 4の「重篤な副作用を有するもの」とは、肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬であること。

- 3 6に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

- 4 8の「人工腎臓を実施している状態」にある患者については、ランクB以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

- 5 10の中欄に規定する「麻薬」については、使用薬剤を診療報酬明細書に記載すること。

- 6 10の中欄に規定する「神経ブロック」とは、医科点数表第2章第11部第2節区分番号「L100」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、区分番号「L101」神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）又は区分番号「L105」硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入であること。

- 7 11の中欄に規定する「救命のための気管内挿管」を実施している患者については、気管内挿管を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

- 8 11の中欄に規定する「気管切開術」を実施している患者については、ランクB以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨及び気管切開術を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

- 9 11の中欄に規定する「酸素吸入」を実施している患者については、ランクB以上に該当し、かつ、酸素吸入を実施しない場合には経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下となるものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨及び酸素吸入を実施しない場合の経皮的動脈血酸素飽和度の値及び酸素吸入を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。
- 10 12の左欄に規定する「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」については、ランクB以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨及び喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出の内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）について、診療報酬明細書に記載すること。また、頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由を診療録に記載する。）及びその内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を診療録に記載すること。
- 11 13の中欄に規定する抗生剤（病原生物に対する医薬品をいう。）は、主として全身性の感染症に対する治療のために投与される注射薬に限るものとし、使用薬剤並びに当該治療に係る細菌培養同定検査等及び薬剤感受性検査の結果を診療報酬明細書に記載又は添付すること。
- 12 14の「集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者」については、常時モニタリング下に、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を投与されている先天性心疾患等の患者が対象となるものであり、循環管理の内容（モニタリングの内容、使用薬剤等）を診療報酬明細書に記載すること。
- (7) 急性増悪のため、通算対象入院料を算定する病棟又は介護療養病床等から、一般病棟に転棟させた場合（一般病棟に入院中の患者が急性増悪した場合を含む。）は当該転棟の日（一般病棟に入院中の患者については急性増悪の日）から30日間は、特別の料金を徴収することは認められない取扱いとするものであること。ただし、30日間を経過した後は、(6)に規定する基準に従い、当該患者の入院が選定療養となるか否かを判断するものであること。なお、この場合においては、一般病棟に転棟させた理由を診療報酬明細書に詳細に記載すること。
- (8) 特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、特別の料金の額等に関する情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (9) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、通算対象入院料の基本点数の100分の15に相当する点数をもとに計算される額を標準とする。
- (10) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式10により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、別紙様式10により地方厚生（支）局長に報告するものとする。
- 12 薬価基準に収載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項
- (1) 薬価基準に収載されている医薬品の薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に対

する患者のニーズに対応する観点から、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

- (2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
- (3) 薬事法第14条第9項（同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法、用量、効能又は効果に限る。）の一部変更の承認（以下「医薬品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法（平成11年法律第97号）第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医薬品（当該評価期間が終了したものを除く。）の投与にあつては、当該評価が開始された日から6月、医薬品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医薬品（薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了したものを除く。）の投与にあつては、当該申請が受理された日から2年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が上記期間内であれば、服用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (4) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (5) 処方せんを交付する場合であっても、(4)の情報の提供は医療機関において行うものとする。
- (6) 特別の料金については、当該医薬品について薬価基準の別表に定める価格を標準とする。
- (7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式11により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

13 薬事法に基づく承認等を受けた医療機器の使用等に関する事項

- (1) 薬事法上の承認（同法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認）又は認証（同法第23条の2第1項の規定による認証）を受けた者が製造販売した当該承認又は認証に係る医療機器のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認又は認証を受けた医療機器の使用又は支給について、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
 - ア 医療機器の保守管理等を行うための専用施設（以下「医療機器管理室」という。）を有

し、臨床工学技士等の医療機器の専門家（以下「臨床工学技士等」という。）が配置されていること。

イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医療機器の操作方法、安全性情報等の医師等に対する情報提供を行っていること。

- (4) 薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医療機器を支給するものであること。
- (5) 「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成18年2月15日付医政発第0215008号・保発第0215005号医政局長及び保険局長通知）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240日を上限とする。）の範囲内で行われた医療機器の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が240日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器の名称、使用目的、効能又は効果、使用方法、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (7) 処方せんを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
- (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- 14 保険適用されている医療機器の薬事法に基づく承認に係る使用目的、効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的、効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法に係る使用に関する事項
- (1) 保険適用されている医療機器の薬事法第14条第1項若しくは第19条の2第1項の規定による承認又は同法第23条の2第1項の規定による認証に係る効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法（以下「使用目的等」という。）と異なる使用目的等に係る使用（支給を含む。以下14において同じ。）に対する患者のニーズに対応する観点から、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。
- ア 医療機器管理室を有し、臨床工学技士等が配置されていること。
- イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括

して実施し、医師等に対する医療機器の操作方法、安全性情報等の情報提供を行っていること。

- (4) 薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医療機器を支給するものであること。
 - (5) 薬事法第14条第9項（同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（使用目的等に限る。）の一部変更の承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医療機器の使用にあっては、当該評価が開始された日から6月（当該期間内に医療機器一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、医療機器一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医療機器の使用にあっては、当該申請が受理された日から2年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
 - (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器の名称、薬事法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
 - (7) 処方せンを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せンを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せンを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
 - (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- 15 別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項
- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、
先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとする。

- (2) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方厚生（支）局長に届け出るものとする。
 - (3) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品及び保険適用されていない医療機器の費用については含まれないものであること。
 - (4) 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
 - (5) 患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
 - (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
 - (7) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」の一部改正について」（平成25年11月29日医政発1129第25号、薬食発1129第1号、保発1129第2号）により行うものとする。
- 16 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項
- (1) 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表及び歯科点数表（以下「医科点数表等」という。）に規定する回数を超えて行う診療であって、①検査（腫瘍マーカーのうち、「 α -フェトプロテイン（AFP）」及び「癌胎児性抗原（CEA）」、②リハビリテーション（「心大血管疾患リハビリテーション料」、「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「呼吸器リハビリテーション料」）、③精神科専門療法（「精神科ショート・ケア」、「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」及び「精神科デイ・ナイト・ケア」）について、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

ただし、①については、患者の不安を軽減する必要がある場合、②については、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合、③については、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り実施されるものであること。

なお、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。
 - (2) 本制度に基づき医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施する場合において、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）等により施設基準が定められている場合には、これに適合する旨を地方厚生（支）局長に届け出ていること。
 - (3) 医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行おうとする保

険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所にわかりやすく掲示しておかなければならない。

- (4) 保険医療機関は、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施するに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。
- (5) 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。
- (7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告すること。

17 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

- (1) 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属として金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。
- (2) 保険外併用療養費の額は、再診、補綴時診断、印象採得、咬合採得、金属歯冠修復製作（材料料を含む。）、装着に係る所定点数を合計して算出すること。
- (3) 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (4) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を徴収する保険医療機関は、金合金又は白金加金に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。
- (5) 本制度が適用されるのは、患者に対して前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
- (6) 保険医療機関が、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式14により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (7) 患者から前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について、地方厚生（支）局長に報告するものとする。

と。

第4 療担規則第11条の3第1項及び療担基準第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項（厚生労働大臣が定める揭示事項等第4関係）

- 1 健康保険法第63条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第2項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項
- 2 酸素及び窒素の購入価格に関する事項
- 3 歯科点数表の第2章第1部区分B001－2に規定する歯科衛生実地指導料に関する事項
- 4 算定告示及び「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」に基づき、地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
- 5 療担規則第5条の2第2項及び療担基準第5条の2第2項に規定する明細書の発行状況に関する事項
- 6 保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た事項については、毎年7月1日現在の届出事項に係る状況等を地方厚生（支）局長に報告するものであること。この中には、算定告示に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

第5 特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（揭示事項等告示第5関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第18条及び療担基準第18条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条各号に掲げる評価療養に係る療法

第6 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）

薬価基準に記載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

- 1 保険医について、第6に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、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号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合又は厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準第3項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合であること。
- 2 1のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

（1）我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるも

のではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

(2) 保険医が使用することが認められる医薬品は、揭示事項等告示第6に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の薬事法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用する事自体は禁止されているものではないこと。

(3) 保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③までに定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えないものとする。ただし、患者から費用を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号）に定める手続きを経る必要があるものであること。

① 患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固型剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ 治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

ウ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

② 患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

③ 患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう。）の提供

第8 保険医の使用歯科材料（揭示事項等告示第8関係）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号）に掲げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第9 厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（揭示事項等告示第9関係）

第8に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

① 金合金又は白金加金を前歯部の金属歯冠修復に使用する場合

② 揭示事項等告示第8に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用する場合

- ③ 薬事法第80条の3第1項に規定する治験に係る機械器具等を使用する場合
- ④ 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準第3項各号に掲げる先進医療に係る機械器具等を使用する場合

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等（揭示事項等告示第10関係）

- 1 保険医が投与することができる注射薬として電解質製剤等を定めたものである。
- 2 在宅血液透析を行っている患者とは以下に定めるものであること。
 - ① 在宅血液透析指導管理料を算定している患者
 - ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で人工腎臓を行っている患者
 - ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の1の(1)から(8)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で人工腎臓を行っている患者
- 3 在宅腹膜灌流を行っている患者とは以下に定めるものであること。
 - ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者
 - ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で腹膜灌流を行っている患者
 - ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の1の(1)から(8)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で腹膜灌流を行っている患者
- 4 投薬期間に上限が設けられている医薬品
 - (1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬等を定めたものである。
 - (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
 - (3) 投薬量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。
 - (4) 投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行うものとする。

そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載するものとする。

第11 処方せんの交付に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第12関係）

介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方せんの交付の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。

- ① 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ③ 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方

せんを交付する場合

- ④ インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑤ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑥ 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑦ 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表第４節区分番号30に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑧ エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑨ ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑩ 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑪ 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑫ 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合

第12 保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項（揭示事項等告示第13関係）

保険薬局が揭示しなければならない事項として次の３つの事項を定めたものであること。

- ① 算定告示別表第三調剤報酬点数表の第２節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項
- ② 調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
- ③ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第４条の２第２項及び療担基準第26条の５第２項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第12の２ 明細書を発行しなければならない保険薬局（揭示事項等告示第13の２関係）

- ① 領収証を交付するときは、個別の調剤報酬点数の算定項目が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険薬局として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険薬局を定めたものであること。
- ② 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第13 保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第14関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたものであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知すること。

第14 保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第15関係）

保険薬剤師について、第14に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、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号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

(別紙様式 1)

特別の療養環境の提供の実施（変更） 報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

区 分	費 用 徴 収 を 行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内 訳	金 額
個 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
2 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
3 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
4 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合 計		①	床	

②全病床数	床
費用徴収病床割合(①÷②)	%

注 1 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第3項第1号の指定に係る病床（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）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）について記載すること。

注 2 「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

注 3 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院について受けた
初診・再診の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名 ㊟

殿
(実施日・変更日 年 月 日)

区 分	徴 収 額
初 診	円
再 診	

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。

(別紙様式 3)

予約に基づく診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科 科

2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

[illegible]

3 予約料 円

注 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

(別紙様式 4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

標榜診療時間

[illegible]

徵收額

月

(別紙様式5)

金属床による総義歯の提供の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

金 属 の 種 類	1床当たりの価格	
	上 顎	下 顎

注1 金属の種類は、床に使用する金属の一般名を記入すること。

注2 1床当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

上記の金額から、熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額（保険外併用療養費）（概ね 円）を差し引いた分を特別の料金として患者から徴収します。

(別紙様式6)

医薬品の治験に係る実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験薬の名称・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日

注1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。

注2 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載すること。

注3 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載すること。

注4 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載すること。

注5 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。

注6 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。

注7 本報告については、直近1年間（前年7月1日～当該年6月30日）の実施状況を記載すること。

(別紙様式 6 の 2)

医薬品の治験に係る実施（変更）報告書
(患者から特別の料金を徴収する場合に係る報告書)

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名 ㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験薬の名称	内・注・外	区分	治験届出年月日	対象患者数
					人
治験実施期間	効能又は効果	用法及び用量・投与期間		患者からの徴収額	
平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				円	

- 注 1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。
- 注 2 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載すること。
- 注 3 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載すること。
- 注 4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。
- 注 5 「治験届出年月日」については、当該治験に係る薬事法に基づく治験計画の届出年月日を記載すること。
- 注 6 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。
- 注 7 「効能又は効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載すること。
- 注 8 「用法及び用量・投与期間」については、当該治験における用法及び用量・投与期間を記載すること。
- 注 9 「患者からの徴収額」については、当該治験における一患者あたりの徴収額を記載すること。また、治験の対象とされる薬物の購入価格、外国における価格など、当該徴収額が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料を添付すること。

(別紙様式 7)

う蝕に罹患している患者の指導管理の実施（変更） 報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

継続管理の種類	価 格
フ ッ 化 物 局 所 応 用 (1 口腔 1 回につき)	
小 窩 裂 溝 填 塞 (1 歯につき)	

(別紙様式 8)

医療機器の治験に係る実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験医療機器の名称	治験医療機器の使用目的、効能又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
				人	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日

注 1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。

注 2 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。

注 3 「使用目的、効能又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的、効能又は効果を記載すること。

注 4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。

注 5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。

注 6 本報告については、直近 1 年間（前年 7 月 1 日～当該年 6 月 30 日）の実施状況を記載すること。

(別紙様式 8 の 2)

医療機器の治験に係る実施（変更）報告書
(患者から特別の料金を徴収する場合に係る報告書)

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験医療機器の名称	区分	治験届出年月日	対象患者数
				人
治験実施期間		使用目的、効能又は効果		患者からの徴収額
平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				円

- 注 1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。
- 注 2 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。
- 注 3 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。
- 注 4 「治験届出年月日」については、当該治験に係る薬事法に基づく治験計画の届出年月日を記載すること。
- 注 5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。
- 注 6 「使用目的、効能又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的、効能又は効果を記載すること。
- 注 7 「患者からの徴収額」については、当該治験における一患者あたりの徴収額を記載すること。また、治験の対象とされる機械器具等の購入価格、外国における価格など、当該徴収額が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料を添付すること。

(別紙様式 9)

薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与 の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関・
保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1. 医薬品等

成 分 名	販 売 名	効能・効果	用法・用量	薬事法の承認年月	患者からの徴収額

2. 薬剤師の勤務状況

氏 名	勤務時間	氏 名	勤務時間

(別紙様式10)

180日を超える入院の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

入院料の区分	対象者数 (実数)	特 別 の 料 金 を 徴収した延べ日数	患者から徴収した料金
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円

注1 「入院料の区分」の欄には、一般病棟入院基本料15対1入院基本料のように、算定すべき入院料を記載すること。

注2 「対象者数（実数）」の欄には、対象者の延べ人数ではなく、実数を記載すること。

注3 実施又は変更の届出の際は、「対象者数（実数）」欄及び「特別の料金を徴収した延べ日数」欄の記載は不要であること。また、「患者から徴収した料金」欄については、患者から徴収することを予定している金額（1人1日当たり）を記載すること。

注4 本報告については、直近1年間（前年7月1日～当該年6月30日）の実施状況を記載すること。

(別紙様式11)

薬価基準に収載されている医薬品の薬事法に
基づく承認に係る用法等と異なる用法等に係
る投与の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関・
保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

成分名	販 売 名	効能・効果	用法・用量	患者からの徴収額

注 「効能・効果」の欄及び「用法・用量」の欄には、薬事法に基づく承認に係る用法、用量、
効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果を記載すること。

(別紙様式12)

薬事法に基づく承認又は認証を受けた
医療機器の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関・
保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

（実施日・変更日 年 月 日）

1. 医療機器

一般的名称及び コード	医療機器の 販売名	使用目的、 効能又は効果	薬事法の承認 又は認証年月	患者からの 徴収額

2. 医療機器管理室の整備状況

医療機器管理室	有 ・ 無
当該管理室におけ る常勤の臨床工学 技士の人数	名

(別紙様式12の2)

医療機器の薬事法に基づく承認に係る使用目的等と異なる使用目的等に係る使用の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関・
保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開 設 者 名

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1. 医療機器

一般的名称及び 製品コード	医療機器の 販売名	使用目的、効能 又は効果	操作方法又は 使用方法	患者からの徴収額

注 「使用目的、効能又は効果」の欄及び「操作方法又は使用方法」の欄には、薬事法に基づく承認に係る使用目的・効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的・効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法を記載すること。

2. 医療機器管理室の整備状況

医療機器管理室	有 ・ 無
当該管理室における常勤の臨床工学技士の人数	名

(別紙様式13)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって
別に厚生労働大臣が定めるものの実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

診 療 の 名 称	施設基準の届出受理 年月日及び受理番号	患者からの徴収額
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円

注 1 「診療の名称」欄については、「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 7 号の 5 に掲げる名称を記載すること。

注 2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲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26年 3 月 5 日保医発0305第 2 号) の規定に
基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない
場合は、記載する必要がないこと。

(別紙様式 14)

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は
白金加金の支給の実施（変更） 報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開 設 者 名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

金属の種類	1 歯当たりの価格
金 合 金 ・ 白 金 加 金	
金 合 金 ・ 白 金 加 金	

注 1 金属の種類は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金属を丸でかこむこと。

注 2 1 歯当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

平成 2 6 年 3 月 2 6 日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
都道府県民生主管部（局）		
国民健康保険主管課（部）長		
都道府県後期高齢者医療主管部（局）		
後期高齢者医療主管課（部）長		

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57号）等が公布され平成26年4月1日より適用されること等に伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添 「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」（平成16年3月30日付保医発第0330013号）の一部改正について

「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」
(平成16年3月30日付保医発第0330013号)の一部改正について

別添の2の(3)を次のように改める。

- (3) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑤における「算定告示別表第一医科診療報酬点数表第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表第1章第2部第1節に規定する7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料並びに有床診療所入院基本料1及び有床診療所入院基本料4（特別入院基本料を除く。）を算定する保険医療機関であること」の確認については、当該医療機関から届出されている「入院基本料等の施設基準に係る届出」により行うこと。

(参考)

特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について
(平成16年3月30日付保医発第0330013号・抜粋)

2. 承認における留意事項

- (3) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑤における「算定告示別表第一内科診療報酬点数表第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表第1章第2部第1節に規定する7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料並びに有床診療所入院基本料1 [及び有床診療所入院基本料4](#) (特別入院基本料を除く。) を算定する保険医療機関であること」の確認については、当該医療機関から届出されている「入院基本料等の施設基準に係る届出」により行うこと。

保医発第0330013号

平成16年3月30日

(最終改正：平成26年3月26日保医発0326第2号)

地方厚生（支）局長	}	殿
都道府県民生主管部（局）		
国民健康保険主管課（部）長		
都道府県老人医療主管部（局）		
老人医療主管課（部）長		

厚生労働省保険局医療課長

特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について

特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成14年3月18日保医発第0318001号。以下「留意事項通知」という。）により実施してきたところであるが、平成16年度診療報酬改定において、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の制定に伴う実施上の留意事項について」の一部改正について」（平成16年3月5日保医発第0305001号）により、当該届出の基準について見直しを行ったところである。

また、当該基準における「厚生労働大臣が承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとするもの」に係る事務については、留意事項通知及び別添「特別の療養環境の提供に係る承認における留意事項」に留意の上、貴局において実施するとともに、その承認に際しては遺漏のないよう特段の御配慮をお願いしたい。

特別の療養環境の提供に係る承認における留意事項

1. 承認に要する添付書類

「留意事項通知」第3の1の(3)における「(1)にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとするもの」における申請に要する書類は、次のとおりであること。

(1) 「留意事項通知」第3の1の(3)の①における「当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を勘案し、当該保険医療機関の特別の病室を増加しても、患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断すること」を確認する書類として、次の状況を記載した文書を添付させること。

- ① 増床を希望する特別の病室の病床数
- ② 当該保険医療機関全体の病床数
- ③ 当該保険医療機関全体の入院患者数
- ④ 特別の病室以外の病床数
- ⑤ 特別の病室以外の入院患者数
- ⑥ 特別の病室の病床数
- ⑦ 特別の病室の入院患者数
- ⑧ 特別の病室の申し込み状況
- ⑨ 救急患者の数（診療時間内に緊急入院した患者数、診療時間外に来院した患者数及び診療時間外に来院した患者数のうち緊急入院した患者数）

なお、③、⑤及び⑦から⑨までについては、それぞれ届出時の直近1年間における1日当たりの平均数が記載されているものであること。

(2) 「留意事項通知」第3の1の(3)の②における「特別の療養環境に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること」を確認する書類として、相談員のタイムカード等相談員の勤務状態のわかる書類、個室入室の申込書、患者向けのパフレット、患者への対応マニュアル等を添付させること。

(3) 「留意事項通知」第3の1の(3)の③における「必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制がとられていること」を確認する書類として、連携先の保険医療機関名、紹介体制等を記載した文書を添付させること。

(4) 「留意事項通知」第3の1の(3)の④における「当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室のすべてについて、一の病床の病室数が2床以下であり、かつ、病室の面積

及び設備については(2)の②から④までの要件を充足すること」を確認する書類として、当該保険医療機関より病棟、病室の間取り図を添付させること。

なお、当該間取り図については、特別の病室に係る間取り図が明記されているものであること。

(5) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑥における「医療法施行規則第19条第1項第1号及び第2号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること」を確認する書類として、当該保険医療機関より勤務医の名簿等を添付させること。

(6) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑦における「厚生労働大臣から当該承認を受ける前6月間において、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」(平成18年厚生労働省告示第107号)第3の基準に違反したことがないこと、かつ現に違反していないこと」を確認する書類として、当該保険医療機関より申立書を添付させること。

2. 承認における留意事項

(1) 当該保険医療機関の所在地を含む医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号に規定する区域(以下「当該区域」という。)における療養病床(同法第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。)及び一般病床(同法第7条第2項第4号に規定する一般病床をいう。)の数が、当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しているか確認すること。

(2) 1の(1)における文書により、当該保険医療機関の特別の病室を増加した後における特別の病室以外の病床数が1の(1)の⑤における入院患者数を下回る場合にあっては、承認できないものであること。

ただし、当該区域における他の保険医療機関の特別の病室以外の病床数、入院患者数を添付させ、別紙1による算出の結果、他の保険医療機関において受け入れが可能である場合にあっては、承認しても差し支えないこと。

なお、当該区域における他の保険医療機関とは、1の(3)における連携体制がとられている保険医療機関であること。

(3) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑤における「算定告示別表第一医科診療報酬点数表第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表第1章第2部第1節に規定する7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料並びに有床診療所入院基本料1及び有床診療所入院基本料4(特別入院基本料を除く。)を算定する保険医療機関であること」の確認については、当該医療機関から届出されている「入院基本料等の施設基準に係る届出」により行うこと。

3. その他

- (1) 特別の病室の増加が承認された医療機関に対しては、特別の病室への入退室及び特別の料金等に関する相談及び患者等への十分な説明を行う等、適切に対応するよう指導すること。
- (2) 特別の病室の増加が承認された医療機関に対し、別紙様式を参考に承認通知書を作成し、送付すること。

別紙 1

特別の病室における入院患者等の算出方法

1. 当該保険医療機関における入院患者の算出

①に掲げる数 － ②に掲げる数

- ① 当該保険医療機関の特別の病室以外の 1 日当たりの平均入院患者数
- ② 特別の病室が増加した後における当該保険医療機関の特別の病室以外の病床数

2. 当該地域の他の保険医療機関における病床の算出

①に掲げる数 － ②に掲げる数

- ① 当該地域の他の保険医療機関の特別の病室以外の病床数
- ② 当該地域の他の保険医療機関の 1 日当たりの平均入院患者数

3. 受け入れ可能の入院患者の積算

1 により算出された数 < 2 により算出された数

(別紙様式)

〇〇発第 号

保険医療機関の
所在地及び名称

開 設 者 名

平成〇〇年〇月〇〇日付けの申請については、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三の二の(二)の規定に基づき、下記のとおり承認する。

平成〇〇年〇月〇〇日

地方厚生（支）局長

記

特別の療養環境の提供に係る病床
許可病床数（〇〇床）の〇割〇分（〇〇床）

保 医 発 0 3 2 6 第 3 号
平 成 2 6 年 3 月 2 6 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公 印 省 略)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57号）等が公布され、平成26年4月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添3のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添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

別添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

別添3 「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

「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）

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第126号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第111号）により改正のあった様式については、平成26年 5 月 1 日（4 月診療分）から新様式により扱うものとし、平成26年 3 月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは日本工業規格 A 列 4 番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A 列 4 番と± 6 mm（縦方向）、+ 6 mm、－ 4 mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添 1 「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第1（1））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

- （1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。
- （2） 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、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、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (3) 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

- (4) 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (5) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある

場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者総合支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法に

よる結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には

12 (生保)
10 (感37の2)

欄に記載す

ることとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、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総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。

- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、8の(4)と同様であること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

11 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 「総件数①+②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

- (1) 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、**超過**（略称の口囲みについては、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。
- (2) 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、**標欠**と記載すること。

第2 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第1（2））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第1の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院外分の記載に係る例によること。

第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第8）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第1の7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と障害者総合支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係

る件数は2件となること。

- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

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

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (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こと。
- (4) 同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。
なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。
- (5) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療

養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)、専門病院入院基本料(療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を除く入院基本料を 15%減算する場合若しくは特定入院料、一般病棟入院基本料(療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)、特定機能病院入院基本料(療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)、専門病院入院基本料(療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を 15%、30%又は 55%減算する場合には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を 50mm 程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他(受診日数:○日)」を記載すること。

また、入院中の患者(DPC 算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。)が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。

- (6) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (7) 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。

- (8) 短期滞在手術等基本料 1 を算定する場合は、入院外の明細書(様式第 2(2))を使用すること。

- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR 処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JIS X 0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

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
診療年月を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2「設定要領」の別表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。
- (3) 「医療機関コード」欄について
それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (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、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 |
| 後期高齢者医療 | 3 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。
- イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号を○で囲むこと。
- | | |
|-----------------|------|
| 単独 | 1 単独 |
| 1種の公費負担医療との併用 | 2 2併 |
| 2種以上の公費負担医療との併用 | 3 3併 |
- （注） 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。
- ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。
- 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、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の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（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（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 六入」（若しくは「3 六」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入一」（若しくは「7 高一」）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 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）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 未就学者入院	3 六入
4 未就学者外来	4 六外
5 家族入院	5 家入
6 家族外来	6 家外
7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	7 高入一
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
9 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院	9 高入7
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

（注）高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

- （ア）当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。
- （イ）選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（5）「保険者番号」欄について

- ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。
- イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（6）「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（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、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。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 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、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第 2 公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を、第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第 2 公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

0 1 精神（精神病棟）、0 2 結核（結核病棟）、0 7 療養（療養病棟）

(11) 「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) 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。

(12) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前ののものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(13) 「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9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 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、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	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を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	地方厚生（支）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	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「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）の第7号の5に規定する診療（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	削除	（削除）
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9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	以下のいずれかに該当する場合 ① 「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 ② 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。)
18	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「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 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。)
19	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「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

		② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）
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
21	高半	月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
22	多上	「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合（以下「特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）
23	多一	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
24	多低	「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
25	出産	平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）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っては、「（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が増減した場合は、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。

(15) 「傷病名」欄について

- ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成24年4月27日付保発0427第6号）別添3に規定する傷病名を用いること。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成26年3月26日医療課事務連絡）によりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。
- イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。
- ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。
- エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。
- オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

(16) 「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、同月中に治癒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。
- 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。

(17) 「転帰」欄について

治癒した場合には「治癒」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

なお、2以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治癒」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18) 「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。

イ 入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、開放型病院共同指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料1及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を行った日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション、放射線照射又は地域包括診療の日数を含む。）を記載すること。

ウ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ 入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

カ (16)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

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、がん患者指導管理料2又は3、退院時共同指導料1、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・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、介護職員等喀痰吸引等指示料、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、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示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。

ケ 初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

(ア) 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

(イ) 往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

(ウ) 初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

(19) 「点数」欄について

- ア 項目名又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。
- イ 「点数」欄に記載すべき項目名又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。
- ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

(20) 「初診」欄について

- ア 診療時間内の初診の場合（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又は初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「摘要」欄に「初減」又は「初妥減」と表示すること。）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は、「摘要」欄に「複初」（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又は初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「複初減」又は「複初妥減。」）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、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、「初減」、「初妥減」、「複初」、「複初減」、「複初妥減」、「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 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。

(21) 「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（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関、外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関若しくは注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「摘要」欄に「再妥減」、「外診減」又は「外診妥減」と表示すること。）及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載し、再診料の注3又は外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合は、「摘要」欄に「複再」又は「複外診」（再診料の注2に規定する妥結率が

低い保険医療機関、外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関若しくは注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、複再妥減、複外診減又は複外診妥減。）と表示し、当該診療科名及び当該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、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。

オ 時間外対応加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に時外1、時外2又は時外3と表示すること。

カ 明細書発行体制等加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に明と表示すること。

キ 地域包括診療加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に再包と表示すること。

ク 再診の後、当該再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再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。

(22) 「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、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1・2、がん患者指導管理料1・2・3、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合、移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料、リンパ浮腫指導管理料、臍ヘルニア圧迫指導管理料、救急救命管理料又は医療機器安全管理料を算定した場合は、「ウ、薬、悪、外栄、集栄、ペ、慢透、糖、耳鼻、がん1、がん2、が指1、が指2、が指3、外緩、臓移、造移、植木、透予、トリ、救搬、ニコ、手前、リ、臍へ、救又は医機安」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。）。

心臓ペースメーカー指導管理料又は植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算を算定した場合は、「導入期」と表示し、心臓ペースメーカー指導管理料については、ペースメーカー移植術を行った月日を、「イ 遠隔モニタリングによる場合」を算定した場合は、直近の算定年月を、「ロ 着用型自動除細動器による場合」を算定した場合は、直近の算定年月、使用開始日、使用する理由及び医学的根拠を、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料については、植込術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。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、がん患者指導管理料 2 を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、がん患者指導管理料 3 を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、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「摘要」欄に記載すること。

リンパ浮腫指導管理料を退院後に再度算定した場合は、退院日及び実施した手術名を「摘要」欄に記載すること。また、地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合は、入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。

がん性疼痛緩和指導管理料又は外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に「小児」と表示すること。

糖尿病透析予防指導管理料を算定する場合には、ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を「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、地域連携小児夜間・休日診療料又は地域連携夜間・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、地域小児又は地域夜休」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、人工内耳植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は（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。

エ 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料又は生活習慣病管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、乳栄、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例若しくは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、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄には「外」、「休」、「深」、「特」、「特夜」、「特休」又は「特深」と表示するとともに、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、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の場合は、回数を併せて記載すること。なお、小児科外来診療料を算定している患者のうち院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合は、その理由を「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 1・2、がん患者指導管理料 1・2・3、院

内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、臍ヘルニア圧迫指導管理料、地域連携診療計画管理料、肝炎インターフェロン治療計画料、救急救命管理料、医療機器安全管理料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、ウ、薬、悪、高難、がん1、がん2、が指1、が指2、が指3、トリ、救搬、手前、手後、肺予、リ、臍へ、地連管、肝計、救、医機安 又は退薬と表示して、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、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、がん患者指導管理料2を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、がん患者指導管理料3を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、リンパ浮腫指導管理料を算定した場合は、手術日（手術前に当該指導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「摘要」欄に記載すること。がん性疼痛緩和指導管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に小児と表示すること。

地域連携診療計画退院時指導料（I）を算定した場合は、地連Iと表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に退院日を記載すること。また、地域連携診療計画退院計画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、地連I加と表示すること。

がん治療連携計画策定料の「1」を算定した場合は、がん策1と表示して、所定点数を記載すること。また、がん治療連携計画策定料の「2」を算定した場合は、がん策2と表示して、所定点数を記載すること。

認知症専門診断管理料の「1」を算定した場合は、認管1と表示して、所定点数を記載すること。また、認知症専門診断管理料の「2」を算定した場合は、認管2と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に前回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

認知症療養指導料を算定した場合は、認指と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に認知症療養計画に基づく最初の治療を行った月日を記載すること。

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に併せて麻加と表示すること。

カ 入院外分について開放型病院共同指導料（I）、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、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。また、退院時共同指導料1を算定している患者に対して、特別管理指導加算を算定した場合には、「摘要」欄に特管と表示するとともに、その算定日を記載すること。

がん治療連携計画策定料の「１」を算定した場合は、がん策１と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に退院日を記載すること。また、がん治療連携計画策定料の「２」を算定した場合は、がん策２と表示して、所定点数を記載すること。

がん治療連携指導料、がん治療連携管理料又は肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合は、がん指、がん管、肝計と表示して所定点数を記載すること。

地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）を算定した場合は、地連Ⅱと表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した保険医療機関からの退院日を記載すること。

認知症専門診断管理料の「１」を算定した場合は、認管１と表示して、所定点数を記載すること。また、認知症専門診断管理料の「２」を算定した場合は、認管２と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に前回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

認知症療養指導料を算定した場合は、認指と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に治療を行った月日を記載すること。

外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した場合は、外リ１、外リ２、外放と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載すること。また、外来放射線照射診療料において、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、外放減と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載すること。外来放射線照射診療料について、１００分の５０に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合、又は外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を修了する場合には、「摘要」欄に治療を継続する医学的な理由を記載すること。

地域包括診療料を算定した場合は、地包と表示すること。

介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した場合は、介リ支と表示し、介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を「摘要」欄に記載すること。

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。また、診療情報提供料（Ⅰ）の「注７」に規定する加算、「注８」に規定する加算、「注９」に規定する加算、認知症専門医療機関連携加算、精神科医連携加算又は肝炎インターフェロン治療連携加算、「注１３」に規定する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、併せて 情Ⅰ退、情Ⅰ妊、情Ⅰ認紹、情Ⅰ認連、情Ⅰ精 又は 情Ⅰ肝 又は 情Ⅰ歯 と表示すること。なお、「注７」に規定する加算を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

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 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された外来緩和ケア管理料又は糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に緩和ケ地域、透予地域と表示すること。

ケ 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、手帳記載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 手帳 と表示すること。

コ 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

サ 傷病手当金意見書交付料又は療養費同意書交付料を算定した場合は、**傷** 又は **療** と表示して、点数を記載すること。また、「摘要」欄にその交付年月日を記載すること。

なお、傷病手当金意見書交付料について当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合には、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を、「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。また、遺族等に対して意見書を交付した場合は、当該遺族等の診療報酬明細書の「摘要」欄に **相続** と表示し、「傷病名」欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は、意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載すること。

シ 感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した場合は、その旨及び点数を記載すること。

ス 入院分について入院栄養食事指導料 1・2、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)、介護支援連携指導料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1**、**入栄2**、**集栄**、**退リハ**、**退前**、**開Ⅱ**、**介連** 又は **ハイⅡ** と表示して、回数及び点数を記載すること。開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合には、「摘要」欄に共同指導を行った日を記載し、介護支援連携指導料を算定した場合には、「摘要」欄にその算定日を記載(当該入院中に既に算定している場合は、初回算定日を併せて記載)すること。

入院栄養食事指導料 1・2 又は集団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。

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** と表示するとともに、共同指導を行った日を記載し、それぞれの回数及び点数を記載すること。

(23) 「在宅」欄について

ア 往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ普通の、緊急、夜間又は深夜の往診の回数と点数を記載し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診については、「摘要」欄に **在支援** 又は **在支病** と表示すること。

また、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 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 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に「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（往診料の項に定める基本点数に「注1」、「注2」及び「注3」の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪及び滞在对する加算点数）とを併記すること。また、「摘要」欄には往診地域、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。
- エ 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） 「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問診療を行った場合であって、「イ」の特定施設等に入居する者の場合は、「摘要」欄に「特施」と表示し、「ロ」のイ以外の場合は、「摘要」欄に「同一」と表示すること。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。また、乳幼児加算又は幼児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」欄に併せて「乳」又は「幼」と表示すること。
- （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」欄に死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日及び当該患者が在宅以外で死亡した場合は死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「摘要」欄に「看取」と表示すること。
- （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4」、「注5」、「注6」及び「注7」の点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在对する加算点数）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） 在宅患者訪問診療料2を算定した場合は、訪問診療が必要な理由等について、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）に掲げる別紙様式に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること。
- オ 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合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。また、在宅移行早期加算を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した年月日を「摘要」欄に記載し、その他の項に「在宅移行」と表示して点数を記載すること。

在宅患者訪問診療料1を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診

察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

カ 在宅がん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、在宅がん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。）

キ 患家において死亡診断を行った場合の加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。

ク 救急搬送診療料、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、介護職員等喀痰吸引等指示料、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、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「搬送診療」、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「喀痰指示」、「訪問薬剤」、「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・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護（同一）」、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（同一）」、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（同一）」、悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合、「訪問看護 専門」又は「訪問看護 専門（同一）」、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（同一）」、長時間訪問看護・指導加算を超重症児又は準超重症児に算定する場合は「超準訪看護長時超準長時」又は「超準訪看護長時超準長時（同一）」、それ以外の者に算定する場合は、「訪問看護 長時」又は「訪問看護 長時（同一）」、乳幼児加算又は幼児加算を算定する場合は、「訪問看護 乳」若しくは「訪問看護 乳（同一）」又は「訪問看護 幼」若しくは「訪問看護 幼（同一）」、複数名訪問看護加算を算定する場合は「訪問看護 複訪看護」若しくは「訪問看護 複訪看護（同一）」又は「訪問看護 複訪看護」若しくは「訪問看護 複訪看護（同一）」又は「訪問看護 複訪看護」若しくは「訪問看護 複訪看護（同一）」、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者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（同一）」、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者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（同一）」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、複数名訪問看護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同一建物居住者連携指導加算を算定した場合には、情報共有を行った日、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同一建物居住者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、在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者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」、「夕」又は「同夕」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所及び日時を「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、所定点数に当該加算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、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。）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。

夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に「夜早」又は「深」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時を「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」欄に(25)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」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外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「在宅」と、「2」の同一建物居住者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「同一」と併せて表示すること。また、急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合は、「摘要」欄に「急性」と表示すること。

介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合は、前回の指示書を交付した日（初回の場合は初回である旨）を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、訪問薬剤管理指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「同一」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」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問栄養食事指導を行った

場合は **同一** 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、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。

救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合は、診療に要した時間を「摘要」欄に記載するとともに、**搬送診療長**と併せて表示すること。

在宅患者共同診療料を算定した場合は、初回算定日を「摘要」欄に記載すること。また、15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合は、当該診療の初回算定日、初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を「摘要」欄に記載するとともに、**在共**と併せて表示すること。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合は、初回カンファレンス又は評価カンファレンスを実施した日、実施場所、連携する保険医療機関等がある場合の医療機関等名称、初回カンファレンス又は評価カンファレンスの別を「摘要」欄に記載するとともに、**在褥**と併せて表示すること。

ケ 医科点数表第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合は、「摘要」欄に紹介元医療機関名と当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。

コ 退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。

サ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に **注** と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（1の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **注糖**、**入**、**間**、**持血**又は **針** 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、血糖自己測定器加算を算定した場合は、血糖自己測定の回数及び1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを、持続血糖測定器加算を算定した場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。

シ 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **在小血糖** と表示して所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、**注糖** と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載すること。

ス 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **在妊糖** と表示して所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、**注糖** と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載すること。

セ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に **灌** と表示して点数を記載すること。また、1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由を記載し、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **紫** 又は **自腹** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ソ 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在透」と表示して点数を記載すること。また、1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び2回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載し、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて「透液」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、初回の指導管理を行った月日を「摘要」欄に記載すること。人工腎臓を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。

タ 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つては、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低呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、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「ボ」、「濃」、「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。なお1月に2回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。

チ 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「中」と表示して点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「輸」又は「注ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。

ツ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「経」と表示して点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「管」又は「注ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

テ 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「小経」と表示して点数を記載し、15歳以上の患者であつて経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）については、「摘要」欄に体重を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「管」又は「注ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

- ト 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に「尿」と表示して点数を記載すること。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算を算定した場合は、併せて「力」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。
- ナ 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に「人」と表示して点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ「陽呼」、「鼻呼」又は「陰呼」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、排痰補助装置加算を算定した場合は併せて「排痰」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- ニ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「持呼」と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィ上在所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見並びに2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて「経呼」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。なお、1月に2回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。
- ヌ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在悪」又は「在悪共」と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「携ポ」又は「悪ポ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。また、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。
- ネ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「寝」と表示して点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ノ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に「疼」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「疼信」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ハ 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に「振」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「疼信」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、「導入期」と表示し、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に植込術を行った年月日を記載すること。
- ヒ 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に「迷」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「疼信」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、「導入期」と表示し、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に植込術を行った年月日を記載すること。

- フ 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「仙」と表示して点数を記載すること。
- ヘ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「肺」と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、「肺ポ」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ホ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「気」と表示して点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、「気鼻」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- マ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「難皮」と表示して点数を記載すること。在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。
- ミ 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料又は在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定した場合は、その他の項に「植心拍」又は「植心非拍」と表示して点数を記載すること。在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合は、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。
- ム 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合は、特定保険医療材料の総点数、名称、セット数及び支給日数を記載すること。
- メ 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項にサからヌまで及びノからホに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。
- モ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、「前」と表示して点数を記載すること。また、乳幼児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」欄に併せて「乳幼」と表示すること。なお、退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ヤ 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、クの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でコからヒまでの例により記載すること。
- ユ 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。
- ヨ 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。

(24) 「投薬」欄について

ア 入院分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、

その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

- (イ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- (ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。

- (エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に 院 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

- (オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。

- (カ) 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を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

イ 入院外分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

- (イ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

- (ウ) 処方の項は、処方せんを交付しない場合において処方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。

- (エ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- (オ) 1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上又は抗精神病薬を4種類以上投与した場合であって、薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）別添1の第2章

第5部第2節F100処方料の(2)に定める内容を記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載(合計点数のみを記載)し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「精減」と表示すること。

また、処方料又は処方せん料について、(2)の(イ)から(ニ)に定める内容に該当する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

(カ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載(合計点数のみを記載)し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。

(キ) また、初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の60に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載(合計点数のみを記載)し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。

(ク) 臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。

(ケ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。

(コ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

(サ) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

(シ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方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。

(ス) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方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、処方期間が28日以上であって、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。

(セ) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「抗悪」と表示すること。

(ソ) 入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

ウ 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、次の例により「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。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠25mg	1錠	3 × 5
リピトール錠10mg	1錠	1 1 × 5
(薬評)		
エフピーOD錠2.5		

(25) 「注射」欄について

ア 外来化学療法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」欄に外来化学療法加算 1 の外来化学療法加算 A を算定する場合は 化 1 A、外来化学療法加算 B を算定する場合は 化 1 B と、外来化学療法加算 2 の外来化学療法加算 A を算定する場合は 化 2 A、外来化学療法加算 B を算定する場合は 化 2 B と表示するとともに、算定回数を記載すること。

イ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

ウ 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤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 血漿 と表示して、1 回目の注射の実施日を記載すること。

エ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ 1 回分ごとに、入院分はそれぞれ 1 日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については 1 日分ごとに、使用した薬名、規格単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（1 回又は 1 日）当たりの薬価が 175 円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

カ 特定保険医療材料を使用した場合は、(26) のイの例により「摘要」欄に記載すること。

キ 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を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

ク 乳幼児加算を算定した場合は、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。

ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄に それぞれ 菌 1 又は 菌 2 と表示するとともに、算定回数を記載すること。閉鎖式接続器具を使用した場合には、菌 1

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、(24)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。

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、麻酔日、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・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。

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。

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。

例 1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- 医・歯・調 - 33

(ホローファイバー型及び積層型(キール型)(1.5㎡未満(Ⅲ)) 1, 510円) 1個
151×1

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〕○○○○

(ペースメーカー(デュアルチャンバ(Ⅲ型)) 567, 000円) 1個
56, 700×1

(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, 450円) 1個
245×1

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26年3月5日保医発0305第5号) Iの3の(29)のア、同3の(38-3)、同3の(41)、同3の(64)のウ、同3の(67)のオ又はカ、同3の(73)のイ、同3の(75)、同3の(78)、同3の(79)のイ、同3の(84)のウ又はエ及び同3の(94)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、地方厚生(支)局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ボンベ(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0.19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)

$(0.19円 \times 300 \frac{リットル}{分} \times 1.3) \div 10 = 7点$

(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。

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」欄にイの例により記載すること。

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。

オ 12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合は、患者の体重及び出血量を「摘要」欄に記載すること。

カ 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。なお、手術の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を

実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を「摘要」欄に記載すること。

キ 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 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)・幼児(3歳以上6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、乳幼児加算又は幼児加算である旨の「未満」、「新」、「乳幼」又は「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。

ケ 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。

コ 局所陰圧閉鎖処置(入院)又は(入院外)を算定した場合は、初回加算を算定した日と算定した区分を「摘要」欄に記載すること。また、創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合は、併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置(入院)又は(入院外)の対象部位をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

[記載例]

* 算定日 27日

局所陰圧閉鎖処置初回加算(100cm²未満)(入院) 1,690×1

サ 人工腎臓について慢性維持透析及び慢性維持透析濾過(複雑なもの)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。

また、人工腎臓を算定した日を「摘要」欄に記載することとし、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。

障害者加算又は透析液水質確保加算1若しくは2を算定した場合は、「摘要」欄に「障」又は「水1」若しくは「水2」と表示の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、障害者加算を算定した場合においては、「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」(平成26年3月5日保医発0305第3号)別添1第2章第9部「J038人工腎臓の(17)の」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。

シ 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。)、1回毎の実施時間数(当該月に実施されたものに限る。)、当該月の算定日及び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、上記サの人工腎臓の例により記載すること。

ス 一酸化窒素吸入療法を算定した場合は、開始日時、終了日時及び通算時間を、また、96時間を超えて算定する場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。

セ 磁気による膀胱等刺激法を算定した場合は、当該療法の初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載すること。

ソ 組織拡張器による再建手術(乳房の場合)を行った場合は、再建した理由を「摘要」欄に記載すること。

- タ 組織拡張器による再建手術において、一連の治療につき2回以上算定する場合については、その詳細な理由を「摘要」欄に記載すること。また、「1」を算定する場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- チ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）を行った場合は、再建した理由を「摘要」欄に記載すること。
- ツ 経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術を行った場合は、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の（1）から（3）、（5）、（6）又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（1）から（3）、（5）、（6）に該当する場合は、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。
- テ 手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を「摘要」欄に記載すること。
- ト 経皮経食道胃管挿入術（PTEG）を行った場合は、医学的な理由を「摘要」欄に記載すること。
- ナ 生体腎移植術を行った場合は、「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。
- また、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（氏名、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」欄に添付すること。
- 造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合又は皮膚移植術（生体・培養）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「造」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、明細書の添付を行うこと。
- ニ 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。
- ヌ 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。
- ネ 四肢（手足を含む。）の骨折観血的手術を実施した後、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。
- ノ 体外衝撃波疼痛治療術を行った場合には、「摘要」欄に保存療法の開始日とその治療内容、本治療を選択した理由及び医学的根拠並びに2回目以降算定する場合は前回算定日及びその理由を記載すること。
- ハ 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リに該当する患者）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。

ヒ 「複数手術に係る費用の特例」（平成26年厚生労働省告示第87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。

フ 熱傷処置を算定した場合には、初回の処置を行った月日を、熱傷温浴療法を算定した場合には、受傷日を、冷却痔処置を算定した場合には、内痔核の重症度を「摘要」欄に記載すること。

ヘ 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。

ホ 両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き植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。

マ 麻酔管理料（Ⅰ）又は麻酔管理料（Ⅱ）を算定した場合は、「摘要」欄に 麻管Ⅰ 又は 麻管Ⅱ と表示すること。

ミ 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。また、別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者を算定する場合は、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）別添1第2章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の（4）のアからハまでに規定するもののうち、該当するものを「摘要」欄に記載すること。

ム 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。）、当該月の算定日及び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。

メ 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。

モ 網膜付着組織を含む硝子体切除術を算定した場合には、当該術式を選択した理由について、「摘要」欄に詳細を記載すること。

ヤ 心臓弁再置換術加算又は人工血管等再置換術加算を算定した場合には、前回手術日、術式及び保険医療機関名を「摘要」欄に記載すること。

ユ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合には、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。

ヨ 胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定した場合は、嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を「摘要」欄に記載すること。

(27) 「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、(26)のイの例により「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、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広角眼底撮影加算、狭帯域光強調加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算又はＣＴ透視下気管支鏡検査加算を算定した場合は、それぞれ **特染**、**嫌培**、**血超**、**血光断**、**冠血予**、**血内**、**心超**、**超内**、**腿撮**、**広眼**、**狭光**、**墨**、**カ**又は**ＣＴ気** 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」、「組診」、「細診」又は「病判」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「ラ」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	604

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（Mn）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 脳性Na利尿ペプチド（BNP）を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）又は心房性Na利尿ペプチド（A

- NP)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 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)又は低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)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。
- 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)を算定した場合は、診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)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)、(II)、(III)又は(IV)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」、「検管II」、「検管III」又は「検管IV」と表示すること。また、遺伝カウンセリング加算又は骨髓像診断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」又は「骨診」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、HIV-1、2抗体定性、半定量又は定量又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又は定量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 植込型心電図検査を算定した場合は、心電図が記録されていた時間を、時間内歩行試験を算定した場合は、過去の実施日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を「摘要」欄に記載すること。
- チ 超音波検査の「3」心臓超音波検査の「ニ」胎児心エコー法を算定した場合は、算定した日の胎児の週数を、肝硬度検査を3月に2回以上算定する場合は、「複肝」と表示し、その理由及び詳細な医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。
- ツ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、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、算定開始月日を、皮下連続式グルコース測定を算定した場合は、「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3部D231-2皮下連続式グルコース測定の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを「摘要」欄に記載すること。
- テ 光トポグラフィーを行った患者において、脳外科手術の術前検査に使用するものを算定した場合は、「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。また、抑うつ状態の鑑別診断の補助に使用するものを算定した場合は、当該検査が必要な理由及び前回の実施日を「摘要」欄に記載すること。
- ト 脳磁図を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、鑑別診断等を目的として行ったため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。
- ナ 筋電図検査の「2」誘発筋電図を算定した場合は、「摘要」欄に検査を行った神経名を記載すること。

- ニ 網膜機能精密電気生理検査を算定した場合は、「摘要」欄に「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 3 部 D 2 5 8－2 網膜機能精密電気生理検査のアからウに規定するもののうち、該当するものを記載すること。また、ア及びイについては、直近の算定月日又は初回であればその旨を、ウについては手術施行（予定を含む。）月日を「摘要」欄に記載すること。
- ヌ 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。
- ネ 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。
- ノ 抗 I A－2 抗体を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。
- ハ C C R 4 タンパク（フローサイトメトリー法）（医学的に必要性がある場合に限る。）及び C C R 4 タンパクを併せて算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。
- ヒ 抗 L K M－1 抗体を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。
- フ 「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 | 2 1 × 1 |
| 末梢血液像（鏡検法） | 2 5 × 1 |
| （検選） | |
| A F P | 1, 1 5 0 円 × 1 |
- ヘ 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定性又は定量を 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。
- ホ 小腸内視鏡検査の「3」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。また、大腸内視鏡検査の「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。さらに、「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」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号）別添 1 第 2 章第 3 部 D 3 1 3 大腸内視鏡検査の（1）のイの場合は、実施日を、（1）のロの場合は、実施困難な理由を「摘要」欄に記載すること。
- マ 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に、「摘要」欄に **4 免** と表示し、対象疾患名と染色抗体数を記載すること。また、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注 2」の加算を算定する場合は、その医学的根拠を詳細に「摘要」欄に記載すること。
- ミ インフルエンザ核酸検出を算定した場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ム 病理診断管理加算 1 又は 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 **病管 1** 又は **病管 2** と表示すること。
- メ 高度細胞性免疫不全の患者に対して、サイトメガロウイルス pp65 抗原を算定した場合は、当該検査が必要であった理由を「摘要」欄に記載すること。

- モ L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）の2回目を算定した場合は前回算定日を、3月に2回以上算定する場合はその詳細な理由を「摘要」欄に記載すること。
- ヤ HPVジェノタイプ判定を算定した場合には、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日及び当該検査によって選択した治療法を「摘要」欄に記載すること。また、当該検査の2回目を算定した場合は、前回実施日及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）を記載すること。
- ユ 肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）（羊水）、エステル型コレステロール、遊離脂肪酸、前立腺酸ホスファターゼ、カタラーゼ、シスチンアミノペプチダーゼ（CAP）、溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）、リウマトイド因子（RF）又はLEテスト定性を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を「摘要」欄に記載すること。

(28) 「画像診断」欄について

- ア 画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。
- 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 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 **電画** と表示すること。
- オ 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、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。
- カ 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。
- キ 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。
- ク 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。
- ケ 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

- コ 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。
- サ 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。

(29) 「その他」欄について

ア 短期滞在手術等基本料 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。

短期滞在手術等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。また、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者において、「D 2 3 7」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合」及び「D 2 3 7」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、その必要性について医学上の特別な理由を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術等基本料 1 の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等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、短期滞在手術等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、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。また、抗悪性腫瘍剤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 **抗悪** と表示すること。薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付し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とともに、「摘要」欄に **一般** と表示すること。

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。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、疾患名及び発症月日を、摂食機能療法については疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を、がん患者リハビリテーション料については、がんの種類及び特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げる当該入院中に提供した治療の種類をそれぞれ「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、標準的算定日数を超えて月 13 単位を超え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、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。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。摂食機能療法において、経口摂取回復促進加算を算定した場合は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、実施日及び胃瘻造設術日を「摘要」欄に記載すること。

認知症患者リハビリテーション料を算定した場合は、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を「摘要」欄に記載すること。

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。また、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションにおいて、入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合については、地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載すること。

オ 初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に 初期 と表示して、点数を記載すること。また、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションにおいて、入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合については、地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載すること。

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

キ 短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合は、「摘要」欄に 短リ加 と表示して、点数及び退院日を記載すること。

ク 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、抗精神病特定薬剤治療指導管理料の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 と表示し、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、治統 と表示すること。通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の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。また、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・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早」と表示し、最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に「疾計」と表示すること。

通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「2」のイ、ロを算定した場合には、診療に要した時間を、退院後の4週間以内の期間に行われる場合にあっては、退院日を、20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日を「摘要」欄に記載すること。

認知療法・認知行動療法を算定した場合は、初回の算定月日と一連の治療における算定回数の合計を「摘要」欄に記載すること。

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。また、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上又は抗精神病薬を4種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合であっても、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（2）のアの（イ）から（ニ）のいずれかに該当し、算定する場合においては、「摘要」欄に、向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に「副評」と表示すること。

入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合は、「摘要」欄に「他精シ」又は「他精デ」と表示するとともに、算定日を記載すること。

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）又は精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を算定した場合は、「精訪看Ⅰ」又は「精訪看Ⅲ」、急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「精訪看Ⅰ急性」又は「精訪看Ⅲ急性」、複数の保健師、看護師等により精神科訪問看護が行われた場合の加算を算定した場合は、「精訪看Ⅰ複訪看看」若しくは「精訪看Ⅲ複訪看看」又は「精訪看Ⅰ複訪看准」若しくは「精訪看Ⅲ複訪看准」又は「精訪看Ⅰ複訪看補」若しくは「精訪看Ⅲ複訪看補」、長時間精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、「精訪看Ⅰ長時」又は「精訪看Ⅲ長時」、精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「精訪看Ⅰ緊急」又は「精訪看Ⅲ緊急」と「摘要」欄に表示し、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）又は精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を算定した場合（退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合）には、退院日を「摘要」欄に記載すること。夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、「精訪看Ⅰ夜早」若しくは「精訪看Ⅲ夜早」又は「精訪看Ⅰ深」若しくは「精訪看Ⅲ深」と「摘要」欄に表示し、精神科訪問看護を実施した日時を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を算定した場合は、「摘要」欄に精訪看Ⅱと表示すること。また、精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)の長時間加算を算定した場合は、「摘要」欄に精訪看Ⅱ長時と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護指示料を算定した場合は、「摘要」欄に精訪指示と表示すること。また、精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に精特指示と表示し、その必要性を認めた理由を記載すること。

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。

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。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に早と表示し、最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載し、夜間ケア加算を算定した場合は、「摘要」欄に夜ケと表示するとともに、初回算定日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、精早支と表示し、直近の入院日、入院形態並びに退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、「認知症である老人の日常生活自律度判定基準」のランク、カンファレンス実施日及び訪問日時、診療時間並びに訪問した者の職種を「摘要」欄に記載すること。

ケ 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。

コ 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。

サ 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。

シ 画像誘導放射線治療加算又は体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に 画誘 又は体呼と表示して、点数を記載すること。

ス 放射線治療料を算定した場合は、放と表示して、照射部位、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。

セ 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。

ソ 小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に新、乳幼、幼児、小児を表示して、点数を記載すること。

タ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に定呼と表示して、点数を記載すること。

チ 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。

ツ 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。なお、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。）の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科（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診療科）ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診 療 科		
内 科	心臓血管外科	心療内科
精神科	小児外科	アレルギー科
神経科	皮膚泌尿器科	リウマチ科
神経内科	皮膚科	リハビリテーション科
呼吸器科	泌尿器科	
消化器科	性病科	
胃腸科	こう門科	
循環器科	産婦人科	
小児科	産科	
外科	婦人科	
整形外科	眼科	
形成外科	耳鼻いんこう科	
美容外科	気管食道科	
脳神経外科	放射線科	
呼吸器外科	麻酔科	

テ 「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） 180×18

実施日数 3日

（リハ選）

運動器リハビリテーション料 1,800円×1

〔記載例2〕

精神科デイ・ケア（小規模） 590×5

（精選）

精神科デイ・ケア 5,900円×1

(30) 「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・診療所別欄の下有空欄（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 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等）、療 1 A、療 1 B、療 1 C、療 1 D、療 1 E、療 1 F、療 1 G、療 1 H、療 1 I、療 2 A、療 2 B、療 2 C、療 2 D、療 2 E、療 2 F、療 2 G、療 2 H、療 2 I、（療養病棟入院基本料）、療特（療養病棟入院基本料の特別入院基本料）、結 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等）、精 10、精 13、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等）、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 13、特精 15（特定機能病院入院基本料の精神病棟）、専 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、診 3、診 4、診 5、診 6（有床診療所入院基本料）、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）、診療特（有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料）

イ 管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に経措と記載すること。

ウ 医科点数表第 1 章第 2 部通則第 8 号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が 1 名以上配置されている場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に「40 減」と記載すること。

エ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中している又は入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に午前減又は土日減と記載すること。

オ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院基本料 1 の例により算定する入院料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号に代えて、療 1 例 A、療 1 例 B、療 1 例 C、療 1 例 D、療 1 例 E、療 1 例 F、療 1 例 G、療 1 例 H、療 1 例 I の略号を記載すること。

カ 「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。

キ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床で、必要があつ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。

ク 患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料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つて、療養病棟入院基本料の入院基本料 I を算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料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つて、有床診療所療養病床入院基本料の入

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又は地域包括ケア病棟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の入院基本料I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。

ケ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料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区分等を「摘要」欄に記載すること。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。なお、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により請求を行う病院の場合にあっては、原則として、電子レセプトに記録すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合で、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。

〔記載例1〕

- * 療養病棟入院基本料（入院基本料A） 1, 810 × 17
- * 療養病棟入院基本料（入院基本料D） 1, 412 × 8
- * 療養病棟入院期間01日～25日
 - 35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
 - ADL a ベッド上の可動性 6点
 - ADL b 移乗ベッド上の可動性 6点
 - ADL c 食事 6点
 - ADL d トイレの使用 6点
- * 療養病棟入院期間01日～17日
 - 1 24時間を持続して点滴を実施
- * 療養病棟入院期間01日～20日
 - 30 肺炎に対する治療を実施
- * 療養病棟入院期間10～20日
 - 31 褥瘡に対する治療を実施している状態
- * 療養病棟入院期間01日～10日
 - 91 身体抑制を実施している
- * 療養病棟入院期間12日～15日
 - 91 身体抑制を実施している

〔記載例2〕

- 有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料C） 779 × 12
- 療養病床入院期間 01日～12日
 - 30 肺炎に対する治療を実施, ADL 10点
 - 35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

※) 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。

コ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合であって、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が外泊した場合には、該当する日に限り、入院基本料の区分等の「摘要」欄への記載、「医療区分・A D L区分に係る評価票」の該当欄への記載の必要はない。

サ 「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) 総合入院体制加算１・２、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１・２、医師事務作業補助体制加算１・２の15・20・25・30・40・50・75・100、急性期看護補助体制加算25対１（看護補助者５割以上）、25対１（看護補助者５割未満）、50対１、75対１、夜間25対１、夜間50対１、夜間100対１、看護職員夜間配置加算、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、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、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算、診療所療養病床療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算、精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算１・２、感染防止対策加算１・２、感染防止対策地域連携加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、地域連携計画加算、新生児特定集中治療室退院調整加算１、新生児特定集中治療室退院調整加算２（退院支援計画作成加算、退院加算）、新生児特定集中治療室退院調整加算３（退院支援計画作成加算、退院加算）、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、地域連携認知症支援加算、地域連携認知症集中治療加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算１・２、病棟薬剤業務実施加算、データ提出加算１・２を算定した場合は、入院基本料種別欄に、総入体１、総入体２、臨修、超急、妊搬、録管１、録管２、医１の15、医１の20、医１の25、医１の30、医１の40、医１の50、医１の75、医１の100、医２の15、医２の20、医２の25、医２の30、医２の40、医２の50、医２の75、医２の100、急25上、急25、急50、急75、夜25、夜50、夜100、看職夜、特疾、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）、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）、療改１（療養病棟療養環境改善加算１）、療改２（療養病棟療養環境改善加算２）、診環（診療所療養病床療養環境加算）、診環改（診療所療養病床療養環境改善加算）、重皮潰、緩和、小緩和、診緩和、精応、精医管、精

移、精身、精リエ、強行、重アル、摂障、がん診、栄サ、安全1、安全2、感防1、感防2、感防連、患サボ、褥ハイ、ハイ妊娠、ハイ分娩、退調、退連計、新退、新退2計、新退2加、新退3計、新退3加、救紹、救受、精救紹、精救受、地認支、地認治、総評、呼ケア、後使1、後使2、病薬実、デ提1、デ提2と表示すること。

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、医療安全対策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、摂食障害入院医療管理加算の算定を開始した場合は、入院時のBMIの値を、強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合は、強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算又は病棟薬剤業務実施加算を算定した場合は、算定日を、新生児治療回復室入院医療管理料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、地域連携認知症支援加算又は地域連携認知症集中治療加算を算定した場合は転院日を、「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7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、在宅患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、救急・在宅重症児（者）受入加算、HIV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の個室加算若しくは陰圧室加算、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を算定した場合は、「摘要」欄に、地入診、救医1（救急医療管理加算1）、救医2（救急医療管理加算2）、乳救医（救急医療管理加算の乳幼児加算）、小救医（救急医療管理加算の小児加算）、在緊、乳、幼、難入、二感入、超重症、準超重症、救在重受、感染特、個室、陰圧、小環特、無菌1（無菌治療室管理加算1）、無菌2（無菌治療室管理加算2）、放室、精措又は精隔と表示すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算又は在宅患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し、また、救急医療管理加算については、「摘要」欄に「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1章第2部A205救急医療管理加算の（2）のアからケに規定するもののうち、該当するものを記載すること。また、救急医療管理加算2を算定する場合は、アからケに準ずる重篤な状態について具体的に記載すること。また、超重症児（者）入院診療加算、又は準超重症児（者）入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算の算定開始日を記載すること。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、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

- (エ) 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された

緩和ケア診療加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算又は退院調整加算を算定した場合は、「摘要」欄に「緩和地域」、「栄サ地域」、「褥ハ地域」、「退調地域」と表示すること。

- (オ) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合は、それぞれ「一看評」、「専看評」と表示すること。
- (カ) 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「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ADL得点又はランク）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。
- (キ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、有床診療所一般病床初期加算、夜間の緊急体制確保、医師配置、看護配置又は看護補助者の配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に「有一初」、「有緊」、「有医1」、「有医2」、「有看1」、「有看2」、「有夜看1」、「有夜看2」、「有補1」又は「有補2」と表示すること。
- (ク) 一般病棟入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「病初」と、療養病棟入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「療初」と、有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「有療初」と表示すること。救急・在宅等支援病床初期加算又は救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した患者については、入院元を「摘要」欄に記載すること。入院元が急性期医療を担う病院である場合には、当該加算の算定対象である旨及び過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること（記載例1参照）。また、入院元が介護保険施設、居住系施設等又は自宅である場合には、直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること（記載例2参照）。

〔記載例1〕

入院元であるXXX病院は13：1一般病棟入院基本料を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある（転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。

〔記載例2〕

入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。

- (ケ) 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合は、「摘要」欄に「重受連」と表示すること。
- (コ) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算1又は看護必要度加算2を算定した場合は、「摘要」欄に「看必1」又は「看必2」と表示すること。
- (サ) 精神病棟入院基本料を算定している患者について、救急支援精神病棟初期加算を算定した場合又は精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定している患者について、精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精初」又は「精福」と表示すること。
- (シ) 有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄に「看取」と記載すること。また、在宅療養支

- 援診療所の場合には、「摘要」欄に「看取在支」と表示すること。
- (ス) 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料について月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に「夜減」と記載すること。
- (セ) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の7対1、10対1についてA D L維持向上等体制加算を算定した場合は、「摘要」欄に「A D L」と記載すること。
- シ 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。
- ス 入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第3の1の（5）によること。
- セ 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。
- ソ 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。
- タ 「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っては、当該入院基本料の1日当たり点数（特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び一般病棟入院基本料の療養病棟入院基本料1の例により算定する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。
- チ 「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っては、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。
- ツ 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「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26年3月19日保医発0319第4号）（以下「D P C留意事項通知」という。）別添第1の1に規定するD P C対象患者（別添第1の2に規定する患者を除く）以外の患者については、「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及びその理由等を記載すること。

テ 「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又は⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、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、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料若しくは特定一般病棟入院料を算定している患者について加算がある場合にあっては、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３、救命４、救命３熱、救命４熱（救命救急入院料１、２、３、４、救命救急入院料３の広範囲熱傷特定集中治療管理料、救命救急入院料４の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、特集１、特集２、特集２熱、特集３、特集４、特集４熱（特定集中治療室管理料１、２、３、４、特定集中治療室管理料２又は４の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、ハイ１、ハイ２（ハイケアユニット入院医療管理料１、２）、脳ケア（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）、小特集（小児特定集中治療室管理料）、新集１、新集２（新生児特定集中治療室管理料１、２）、産集母、産集新（総合周産期特定集中治療室管理料）、新治回（新生児治療回復室入院医療管理料）、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、小入管５（小児入院医療管理料１～５）、復り入１、復り入２、復り入３（回復期リハビリテーション病棟入院料１～３）、亜入１、亜入２（亜急性期入院医療管理料１、２）、地包１、地包２、地包管１、地包管２（地域包括ケア病棟入院料１・２、地域包括ケア入院医療管理料１・２）、特疾１、特疾２（特殊疾患病棟入院料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）、児春（児童・思春期精神科入院医療管理料）、精療（精神療養病棟入院料）、認知１、認知２（認知症治療病棟入院料１、２）、特般１、特般２（特定一般病棟入院料１、２）

- (イ) 特定一般病棟入院料を算定している患者について、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合、脳血管疾患等リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合又は地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、特定入院料の種別の略号の後に亜１又は亜２若しくは包１又は包２と記載し、所定点数を記載すること。また、亜急性期入院医療管理又は地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した月日を「摘要」欄に記載し、必要があつ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。リハビリテーション提供体制加算を算定する場合は、「摘要」欄にリハ提と表示すること。
- (ウ) 特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定する入院料を算定した場合は、特定入院料の種別の略号に代えて、療１例Ａ、療１例Ｂ、療１例Ｃ、療１例Ｄ、療１例Ｅ、療１例Ｆ、療１例Ｇ、療１例Ｈ、療１例Ｉと略号を記載すること。
- (エ) 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若しくはBである場合、高度救命救急センターである場合、急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合又は小児加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、精診初、A救、B救、高救、薬救又は小児と表示すること。また、特定集中治療室管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に、小児と表示すること。
- (オ) 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。
- (カ) 新生児特定集中治療室管理料を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及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合又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特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して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。
- (キ) 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、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している患者について、必要があつ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つて、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。
- (ク) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定一般病棟入院料を算定する患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合には、「摘要」欄に、重受連と表示すること。
- (ケ) 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であつて、施設基準の要件が緩和された亜急性期入院医療管理料1・2若しくは地域包括ケア病棟入院料1・2又は地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定した場合は、「摘要」欄に亜入1地域、亜入2地域、包病1地域、包病2地域、包入1地域又は包入2地域と表示すること。
- (ケ) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者については、対象となる疾患の発症日、手術日又は損傷日を記載すること。また、入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合には、当該日数を「摘要」欄に記載すること。回復期リハビリテーション病棟入院基本料を算定する患者について、休日リハビリテーション提供体制加算、リハビリテーション充実加算又は体制強化加算を算定した場合には、「摘要」欄に、休リハ、充リハ又は強リハと表示すること。また、亜急性期入院医療管理料を算定する患者について、リハビリテーション提供体制加算を算定している場合には、「摘要」欄に リハ提と表示すること。なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者について、看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は救急・在宅等支援病床初期加算を算定している場合には、「摘要」欄に包看職、包看補又は包救初と表示すること。

- (コ) 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。医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者）であった者が、引き続き精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合、医療観察法による入院の開始日及び終了日を「摘要」欄に記載すること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、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非定型抗精神病薬加算を算定する場合は、**非精** と表示し、非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て「摘要」欄に記載すること。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・合併症入院料において、院内標準診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に**精院計**と表示すること。精神科急性期治療病棟入院料において、精神科急性期医師配置加算を算定した場合は、「摘要」欄に**精医配**と表示すること。精神療養病棟入院料において、重症者加算1又は重症者加算2を算定する場合は、**重症1**又は**重症2** と表示し、算定した日を「摘要」欄に記載すること。
- (サ) 精神科療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する患者について、退院調整加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**精療退調**又は**認退調** と表示すること。
- (シ) 認知症治療病棟入院料を算定する患者について、認知症夜間対応加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**認夜**と表示すること。
- (ス) 特定一般病棟入院料を算定する患者について、救急・在宅等支援病床初期加算又は一般病棟看護必要度評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に**病初**、**一看評**と表示すること。救急・在宅等支援病床初期加算を算定する患者については、入院元を「摘要」欄に記載すること。
- (セ) 短期滞在手術等基本料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、併せて検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。
- (31) 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20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同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。また、同別表第四の第三号（重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等）に該当する場合には **重** と記載し、該当する疾患名等を「摘要」欄に記載すること。同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合については、**退支** と表示すること。
- (32) 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。

(33) 「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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）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。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

（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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）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、高額療養費が現物給付された者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5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号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ニ及び同令附則第6条第1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、高額療養費が現物給付された者に限り、「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3号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は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、高額療養費が現物給付された者に限り、「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) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「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」の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。
- 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。
- 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的一部負担金の額(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、障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所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、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つ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つ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(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。)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、障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所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、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。)と障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療との併用の場合(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。)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、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(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合を除く。)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。

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。

(34) 「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 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（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。

(35) 「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3項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第4号に掲げる者又は高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、(33)のウの(エ)と同様とする。ただし、高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6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3項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号及び同令附則第2条第8項又は高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、(33)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。

(36) 「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 特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取り、死亡日から遡って30日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

ウ 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。

エ 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。

オ 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。

カ 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。

(37) 「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。

(38) 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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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、障害者総合支援法に係る分は「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総合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、右欄に障害者総合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・生活療養」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、障害者総合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）

ウ 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9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2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こと。

エ 当該患者のうち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にあっては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ 平成18年3月31日保医発第0331002号通知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は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、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。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第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については、次に掲げる方法によること。

（ア） 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

（イ） 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

（ウ） 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（エ） 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（オ） 上記（ア）の場合であって、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ） 上記（ア）の場合であって、自ら治験を実施する者による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる投薬及び注射（当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

- (キ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- ク 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。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。
- (ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。
- (イ) 「特記事項」欄に「器治」と記載すること。
- (ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。
- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。
- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (オ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- コ 地方厚生（支）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には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、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。
- サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「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記載すること。

- シ 「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）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）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」若しくは「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）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はⅢであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- セ 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはⅡであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）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。
- タ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- チ 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。
- ツ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載すること。
- テ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載すること。
- ト 平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」（以下単に「実施要領」という。）に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。
- ナ 救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、医師の診察等の結果、緊急に入院した場合には、「摘要」欄に緊入と記載すること。

- ニ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。ただし、平成24年3月診療以前分については、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記録すること。

(39) 後期高齢者医療におけるその他

- ア 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、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。
- エ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「摘要」欄に「障害」と表示すること。
- オ その他は、(38)のア、イ、オからセまで及びチ、ナ、ニと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 1 診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）の記載要領（様式第 1（1））

Ⅱの第 1 の例による。

第 2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第 1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合は、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成する。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分はこの限りでない。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード 7 桁を記載する（別添 2 「設定要領」の第 4 を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えない。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
 千代田区長
 東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

（2） 印は、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合は捺印として取り扱う。

また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺しても差し支えない。

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。
また、「一部負担金」欄は明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載する。
なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄はそれぞれの合計を記載する。
- (3) 「①合計」欄は、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載する。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関は、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合は区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となる。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（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）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載し、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（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）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合は、当該併用の者に係る分は「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

10 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合は「備考」欄に記載した件数を合計する。

11 「明細書枚数①+③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計する。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領（様式第8）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第1の例による。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載する。
- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、6の(2)と同様である。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替える。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を

記載する。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となる。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（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）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とする。
- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行される等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

- (4) 点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目は当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

また、予め印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「50／100」と記載するか予め印刷する。

- (5) 電子計算機の場合は次による。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄は「×」を省略し

て差し支えない。

イ 枠をその都度印刷しても差し支えない。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的に使用してはならない。

エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましい。

オ 記載する文字は、JIS X 0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましい。

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

診療年月を記載する。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2の別表2「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。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載する（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(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」欄は、次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。

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、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

後期高齢者医療

3 後期

退職者医療

4 退職

（注） 退職者医療は、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しない。

イ 「保険種別2」欄は、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲む。

単独

1 単独

1種の公費負担医療との併用

2 2併

2種以上の公費負担医療との併用

3 3併

（注） 公費負担医療は、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含む。

ウ 「本人・家族」欄は、次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。未就学者である患者は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲む。なお、公費負担医療は本人に該当する。

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は被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」

を○で囲み、それ以外（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。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）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使用しても差し支えない。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

（注） 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別は、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（ア） 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ） 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（5） 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険は6桁）を記載する（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載する。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しない。

（6） 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合は、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載する。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（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、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。

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。

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。

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しても差し支えなく、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。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。

（8） 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載する（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」の順により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医

療を「第2公費」という。)記載する。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱う。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁は、第1公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費は「摘要」欄に記載する(別添2「設定要領」の第3を参照)。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載する。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ 性別は該当するものを○で囲む。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。

ウ 生年月日は次による。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

(イ) 電子計算機の場合は、元号は「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載する。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲む。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」は、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員は、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲む。なお、同月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分はそれぞれ1枚、入院分は、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとする。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

1 職上(職務上)、 2 下3(下船後3月以内)、 3 通災(通勤災害)

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とする。

40	50/100	乳幼児加算(6歳未満)、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合
----	--------	--

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「維持管」又は「補管」を、在宅療養支援歯科診療所を届け出ている保険医療機関は「歯援診」を、歯科外来診療環境体制加算を届け出ている保険医療機関は「外来環」を、歯周組織再生誘導手術を届け出ている保険医療機関は「GTR」を、歯科治療総合医療管理料を届け出ている保険医療機関は「医管」を、在宅患者歯科治療総合医療管理料を届け出ている保険医療機関は「在歯管」を、う蝕歯無痛の窩洞形成加算を届け出ている保険医療機関は「う蝕無痛」を、歯科診療特別対応連携加算を届け出ている保険医療機関は「特連」を、手術時歯根面レーザー応用加算を届け出ている保険医療機関は「手術歯根」を、歯科技工加算を届け出ている保険医療機関は「歯技工」を、明細書発行体制

等加算を届け出ている保険医療機関は「明細」を、在宅かかりつけ歯科診療所加算を届け出ている保険医療機関は「在か診」を、CAD／CAM冠を届け出ている保険医療機関は「歯CAD」を、歯科口腔リハビリテーション料2を届け出ている保険医療機関は「歯リハ2」をそれぞれ○で囲む。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（ ）等を使用しても差し支えない。以下、文字を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様とする。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載する。この場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載する。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲む。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ 歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ 歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。

オ う蝕多発傾向者の病名は、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。

なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

カ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名は、病名は「C選療」と記載する。

キ 心身医学療法は、「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。

ク クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

ケ 頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

コ 傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

サ 傷病名は、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成22年4月27日付保発0427第1号）別添3に規定する傷病名を用いる。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名は、「傷病名コードの統一の推進について」（平成24年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いる。

(16) 「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。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位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は、記載を省略しても差し支えない。
- イ 同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。
- 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、「摘要」欄にその旨を記載する。

(17) 「診療実日数」欄について

- ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、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。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、括弧内に記載する。
- 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。
- 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。
- イ 入院外分は、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む。）を記載する。
- ウ 電話等再診の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。
- エ 同日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。
- オ (16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。
- カ 同日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数は、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載する。
- キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

(18) 「転帰」欄について

治ゆした場合は「治ゆ」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ○で囲む。

(19) 「初診」欄について

- ア 診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の文字の上に「特」と表示する。
- また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に「特」と表示し、点数を記載して差し支えない。以下、文字の上に略号を記載する場合について同様とする。
- イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算又は歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳

・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載する。

(20) 「再診」欄について

ア 再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。なお、同日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合は、「摘要」欄にその旨を記載する。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載する。

また、時間外加算の特例は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の文字の上に「特」と表示する。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算又は再診時歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」又は「再外来環」の項に当該加算点数及び回数を記載する。なお、月の途中から算定しない場合は、「摘要」欄にその旨を記載する。

エ 明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

(21) 「管理・リハ」欄について

ア 歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

フッ化物洗口指導は、項中の「＋」欄に当該加算点数を記載する。

イ 歯科疾患管理料を算定した患者について、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月を超えた場合であって、再度初診料を算定する場合は、「摘要」欄に当該患者の前回治療年月日を記載する。

ウ 新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。なお、傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合は、「摘要」欄にその内容（例：「臼歯部のすれちがい咬合」、「対顎に総義歯を装着」）を記載する。

エ 歯科衛生実地指導料1又は2は、「実地指」の項に点数を記載する。

オ 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、「周Ⅰ(前)」、「周Ⅱ(前)」又は「周Ⅲ」の項はそれぞれの点数を、「周Ⅰ(後)」又は「周Ⅱ(後)」の項はそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、「周Ⅰ(後)」と記入した場合は、当該項目の算定回数(○回目)を「摘要」欄に記載する。また、手術、放射線治療、化学療法等の実施日又は予定日及び原疾患の手術又は治療を行っている保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。

カ 歯科口腔リハビリテーション料1(1 有床義歯の場合)又は歯科口腔リハビリテーション料2は、「歯リハ1」又は「歯リハ2」の項にそれぞれ点数を記載する。なお、傷病名の部位から困難であることが判断できない場合は、「摘要」欄にその内容（例：「臼歯部のすれ違い咬合」、「対顎に総義歯を装着」）を記載する。

キ 周術期口腔機能管理計画策定料は、「その他」欄に「周計」と表示し、点数を記載する。

また、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合は、依頼元の保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。

ク 歯科治療総合医療管理料は、「その他」欄に「医管」と表示し、点数を記載するとともに、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を「摘要」欄に記載する。

ケ 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(22) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、

使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載する。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載する。なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載する。

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に「血漿」と表示して、1回目の注射の実施日を記載する。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載する。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載する。

ただし、届出保険医療機関は、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載する。

カ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載する。なお、院内製剤加算は、「院」と表示し、当該加算後の点数を記載する。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は余白に「処方せん」と表示し、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。また、一般的名称による処方せんを交付した場合は、全体の「その他」欄に「一般名処方加算」と表示し、点数及び回数を記載する。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示する。

コ 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を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りでない。

サ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であつて14日を超えて投与したときは、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載する。

シ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」は、「摘要」欄にそれぞれ「菌1」又は「菌2」と表示するとともに、点数及び算定回数を記載する。閉鎖式接続器具を使用した場合には、「菌1器具」と記載すること。

ス 処方料又は処方せん料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「＋ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

セ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

ソ 退院時薬剤情報管理指導料は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

タ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(24)のノの(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載する。

チ 特定疾患処方管理加算は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、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」と表示する。

ツ 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、Ⅱの第3の2の(24)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。

テ 外来化学療法加算は、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1の外来化学療法加算A及び外来化学療法加算B、外来化学療法加算2の外来化学療法加算A及び外来化学療法加算Bを算定した場合はそれぞれ「化1A」、「化1B」、「化2A」、「化2B」を表示するとともに、算定回数を記載する。

(23) 「X線・検査」欄について

ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。

イ カラー写真等により、歯周疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に点数及び枚数を記載する。

ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に点数及び回数を記載する。

エ 歯内療法における細菌簡易培養検査は、「S培」の項に点数及び回数を記載する。

オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。なお、少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合は、患者の咬合状態等当該検査の必要性を「摘要」欄に記載する。

カ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

キ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、1回目の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「P部検」の項に点数及び回数を、「その他」欄に部位を記載する。歯周病検査を2回以上行った場合は、2回目以後の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項

のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。

ク 「その他」欄について

- (ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載する。
- (イ) 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は「全デジ」と表示し、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合は「単デジ」、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合は「パデジ」と表示し、点数及び回数を記載する。歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は、「歯CT」と表示し、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、(ク)の電子画像管理加算に係る規定により記載する。
- (ウ) 歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2を算定した場合は、「画診加1」又は「画診加2」と表示し点数を記載する。
- (エ) 遠隔画像診断を行った場合は、「遠画診」と表示し点数を記載する。
- (オ) 新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、アにかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載する。
- (カ) 記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載する。
- (キ) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、「緊画」と表示し、加算点数を記載し、撮影開始日時を「摘要」欄に記載する。また、引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載する。
- (ク) 電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合は「電」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パ電」、歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は「CT電」、その他の場合は「他電」と表示し、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。
- (ケ) 基本的エックス線診断料は、「基エ」と表示し、入院日数及び点数を次の例により記載する。

〔記載例〕「基エ」 (15日) 825

- (コ) 顎運動関連検査を算定する場合は、実施した検査名を記載する。
- (サ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(24) 「処置・手術」欄について

- ア う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。
- イ 歯髄保護処置は、「保護処置」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

- ウ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。
- エ 知覚過敏処置は、「知覚過敏」の項のうち、3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- オ 歯周炎による咬合調整は、「咬調」の項のうち、1歯から10歯未満の場合は左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、歯周炎以外による咬合調整は、「その他」欄に内容、点数及び回数を記載する。
- カ 残根削合は、「その他」欄に項目名、点数及び回数を記載する。
- キ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。
- また、歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ「抜温」、「抜直」と表示し、点数及び回数を記載する。
- ク 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に「消炎拡大」又は「根貼」と表示し、点数及び部位を記載する。ただし、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- ケ 抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に「抜髄即充」と表示し、点数の合算点数及び回数を記載する。
- また、感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に「感根即充」と表示し、点数の合算点数及び回数を記載する。
- コ 根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、2根管、3根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。
- サ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。
- シ 失活歯髄切断は、「その他」欄に「失切」と表示し、点数及び回数を記載する。
- ス 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。なお、当該処置が2回目以降の場合は、「摘要」欄にその旨及び前回実施月を記載する。
- セ 歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、根管内ポストを有する鑄造体は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- また、歯冠修復物及び補綴物の除去は、「摘要」欄に除去した歯冠修復物並びに補綴物の部位及び種類を記載する。なお、「傷病各部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位及び種類の記載を省略して差し支えない。
- ソ フッ化物歯面塗布処置は、「F局」の項に点数を、「摘要」欄にその旨及び前回実施月を記載する。
- タ 有床義歯床下粘膜調整処置は、「T. c o n d」の項に点数及び回数を記載する。
- チ 歯周基本治療におけるスケーリングは「SC」の項に点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行った場合は項中の「+ ×」欄に3分の1額を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

また、2回目以降は右欄に100分の50に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行う場合は項中の「+ ×」欄に3分の1額を増すごとに加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

ツ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬は、それぞれ「SRP」の項及び「P C u r」の項のうち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

また、同部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

テ 歯周病安定期治療は、「S P T」の項に点数を記載し、「摘要」欄は、歯周病安定期治療の前回実施月を記載する（初回の場合は1回目と記載し、歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合はその理由の要点（例：全身疾患の状態に大きく影響）を「摘要」欄に記載する。）。

ト 歯周疾患処置は、「P 処」の項に点数及び回数を記載する。

また、「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載する。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載する。

ナ 歯周基本治療処置は、「P 基処」の項に点数を記載する。

ニ 口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下腫瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として拔牙を行い口腔内消炎手術を行う場合は、「その他」欄にその旨及び拔牙した歯の部位を記載する。

ヌ 拔牙手術は、「拔牙」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、難拔牙は「難」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

また、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。なお、患者の体調の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合は、「摘要」欄に拔牙を中止した旨を記載する。

ネ 区分「I 1 0 0」又は「J 3 0 0」により特定薬剤を算定する場合は、「特定薬剤」欄にその医薬品名、使用量、点数及び回数を記載する。

ノ 「その他」欄について

（ア） 処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、当該処置又は手術の名称、点数及び回数を記載する。

（イ） 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、その内容、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、その内容、点数及び回数を記載する。

（ウ） 手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、次のように記載する。

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、検査等の手技料は、必ず点数を記載する。

c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載する。なお、告示の名称又は通知の名称は、（ ）書きとする。

d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載する。

e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載する。

〔記載例〕

③特定保険医療材料 [商品名] × × × ×

(鼻孔プロテーゼ) 383 × 1

(エ) 睡眠時無呼吸症候群において口腔内装置治療を行った場合は、「睡眠時無呼吸」と表示し、床副子、印象採得、咬合採得及び装着の点数をそれぞれ記載する。

また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関名を「摘要」欄に記載する（医科歯科併設の病院の場合は、院内紹介元の担当科名を記載する。）。

(オ) 床副子（4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌摂食補助床））において、舌摂食補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、「舌摂食補助床」と表示し、当該補助床に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の点数をそれぞれ記載する。

(カ) 周術期専門的口腔衛生処置は、術前又は術後に応じて、「術口衛（前）」、「術口衛（後）」と表示し、それぞれ点数を記載する。なお、当該入院患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を「摘要」欄に記載する。

(キ) 入院を必要とするH I V抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、その手術の名称、加算後の点数及び回数を記載する。

(ク) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（M R S A）感染症患者に対する加算は、「感」と表示し、加算後の点数及び回数を記載する。

(ケ) 内視鏡下加算は、「内」と表示し、加算後の点数及び回数を記載する。

(コ) 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。

(サ) 歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術及び歯周組織再生誘導手術は、歯周外科手術を行った部位、算定する区分の名称及び点数を記載する。

(シ) 手術時歯根面レーザー応用加算は、その旨、点数及び回数を記載する。

(ス) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、「特イ術」と表示し、手術を行った部位、点数及び回数を記載する。

(セ) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術は、「特イ搔」と表示し、手術を行った部位及び点数を記載する。

(ソ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

ハ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。なお、当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合は、記載欄に加算した点数及び回数を記載し、「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載しても差し支えない。以下、当月中に6歳を迎えた場合について同様とする。

(25) 「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（1歳以上3歳未満）加算、乳幼児（6歳未満）加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K 1 0 0」による麻酔薬剤は、その医薬品名、点数及び回数を記載する。

(イ) 吸入鎮静法は、「I S」と表示し、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名、使用量及び点数を記載する。

また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載する。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(26)のイのgと同様とする。

(ウ) 静脈内鎮静法は、「静鎮」と表示し、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、薬剤名、使用量及び点数を記載する。

(エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名、使用量及び点数を記載する。

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、その内容、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、その内容、点数及び回数を記載する。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各項に点数を記載する場合は、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算等は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 補綴時診断料は、「補診」の項に点数を記載する。

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数及び回数を記載する。

エ 「印象」の項について

支台築造印象及び印象採得は、それぞれ点数及び回数を記載する。

オ 咬合採得は、「咬合」の項に点数及び回数を記載する。

カ 仮床試適及びブリッジの試適は、「試適」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成は、「(生活)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠、接着冠及びCAD/CAM冠の場合は「前接C」の項に、その他の金属冠、ジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金ジ」の項に、乳歯冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

(イ) 失活歯歯冠形成は、「(失活)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠及びCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、ジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金ジ」の項に、乳歯冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

(ウ) 窩洞形成は、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、下欄に点数及び回数を、「摘要」欄に部位を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

(エ) う蝕歯即時充填形成は、「充形」の項の上欄に点数及び回数を記載する。

また、う蝕歯無痛の窩洞形成加算は、下欄に点数及び回数を、「摘要」欄に部位を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

(オ) う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。

ク 「充填」の項について

(ア) 充填に係る技術料（金属小釘を除く。）は、「充填」の項の左から、充填1単純なもの、充填1複雑なもの、充填2単純なもの、充填2複雑なものの順に点数及び回数を記載する。

(イ) 充填に際して「充填材料」の項は、歯科用充填材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「充Ⅰ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「充Ⅰ」の項の下欄に、歯科用充填材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「充Ⅱ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

(ア) メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

コ 「リテーナー」の項について

「リテーナー」の項は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

サ 「金属歯冠修復」の項について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(イ) 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(ウ) 前歯及び小臼歯に鋳造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小二」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(エ) 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(オ) 大臼歯に鋳造用銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(カ) 大臼歯に鋳造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「大二」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(キ) 歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、「14K」の項の左から、インレ

- 一複雑なもの、前歯 4 分の 3 冠及び接着冠の順に点数及び回数を記載する。
- (ク) 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載する。
- (ケ) 装着材料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。
- シ 「仮着」の項について
- ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- ス テンポラリークラウンは、「T e C」の項に点数及び回数を記載する。
- セ 「硬ジ」の項、「ジ」の項、「乳」の項及び「歯 C A D」の項について
- (ア) 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンで左欄に、加熱重合硬質レジンで右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (イ) ジャケット冠は、「ジ」の項に人工歯料を除いた点数及び回数を記載する。
- (ウ) 乳歯金属冠は、「乳」の項に点数及び回数を記載する。
- (エ) C A D / C A M 冠は、「歯 C A D」の項に点数及び回数を記載する。
- ソ 「ポンティック」の項について
- (ア) 鑄造ポンティックは、「鑄造」の項のうち、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (イ) 裏装ポンティックは、「裏装」の項のうち、前歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いた製作は「14 K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合は「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載する。
- (ウ) 前装鑄造ポンティックは、「前装」の項のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- タ 「Br 装着」の項について
- ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br 装着」の項のうち、ブリッジ 1 装置について支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- チ 「装着」の項について
- 歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、C A D / C A M 冠の装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。
- ツ 「有床義歯」の項について
- 有床義歯は、点数及び床数を記載する。
- テ 「床適合」の項について
- 有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。
- ト 「床修理」の項について
- 有床義歯修理は、1 ～ 8 歯欠損の場合は上欄に、9 ～ 14 歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算は、項中

の「＋ ×」欄に加算点数及び回数を記載する。

ナ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ニ 「バー」の項について

(ア) 鋳造バーは、「鋳」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鋳造用ニッケルクロム合金又は鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) 屈曲バーは、「屈曲」の項欄のうち、パラタルバーの製作は「パ上」の項に、リングルバーの製作は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヌ 「鋳造鉤」の項について

(ア) 歯科鋳造用14カラット金合金による鋳造鉤の製作は「14K」の項欄に、鋳造用金銀パラジウム合金による製作は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) (ア)の場合の「14K」の項及び「パ」の項は、上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯・小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）を記載する。

(ウ) 鋳造用ニッケルクロム合金又は鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「ニ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(エ) (ウ)の場合の「ニ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ記載する。

ネ 「線鉤」の項について

(ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いた製作は「14K」の項に、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) (ア)の場合の「14K」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(ウ) (ア)の場合の「不・特」の項は、双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右上欄に、フック、スパーは右下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ハ 「その他」欄について

(ア) クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、診療行為名並びに所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載する。

(イ) 充填による金属小釘は、「釘」と表示し、点数及び回数を記載する。

(ウ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は金属歯冠修復は、当該支台歯の部位及び接着冠を記載する。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。

(エ) 小児保険装置は、「保険」と表示し、点数及び回数を記載する。また、「摘要」欄に装置

の種類を記載する。

(オ) 熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。

(カ) コンビネーション鉤は、「コンビC I」と表示し、点数及び回数を記載する。

(キ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内の当該有床義歯の修理は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数及び装着料を合算した点数並びに有床義歯の装着年月日を記載する。

(ク) 脱離した歯冠修復物の再装着は、「再装」と表示し、部位、点数及び回数を記載する。なお、再装着する歯冠修復物が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着する部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。

(ケ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ1装置について、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合に分けて「Br再装」と表示し、部位、点数及び回数を記載する。なお、再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。

(コ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(27) 全体の「その他」欄について

ア 基本診療料について

短期滞在手術等基本料は、「短手1」又は「短手2」と表示し、点数を記載する。

イ 医学管理について

(ア) 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、当該項目、点数及び回数を記載する。

(イ) 歯科特定疾患療養管理料は、「特疾」と表示し、点数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、「共計」と表示し、点数を記載する。また、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関名を記載する。

また、退院前訪問指導料は、「退前」と表示し、点数を記載する。なお、2回目の退院前訪問指導料は、「摘要」欄にそれぞれ訪問指導日を記載する。

(ウ) 特定薬剤治療管理料は、「薬」と表示し、点数及び初回の算定年月を記載する。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。

(エ) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、「悪」と表示し、点数を記載する。この場合において、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載する。

(オ) 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載する。

(カ) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、「開Ⅰ」又は「開Ⅱ」と表示し、合計点数及び回数と記載し、開放型病院共同指導料(Ⅰ)は併せて入院日を「摘要」欄に記載する。

- (キ) 薬剤管理指導料の「１」、「２」又は「３」は、「薬管」１、「薬管」２又は「薬管」３と表示し、それぞれ点数及び指導日を記載する。なお、薬剤管理指導料の「２」は、薬剤名を「摘要」欄に記載する。

また、麻薬管理指導加算は、加算した点数及び「摘要」欄に指導日を記載する。この場合において、「薬管」１、「薬管」２又は「薬管」３に併せて「麻加」と表示する。

- (ク) 診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、「情Ⅰ」又は「情Ⅱ」と表示し、点数を記載する。なお、診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載し、退院患者の紹介の加算は「情Ⅰ加１」と表示し「摘要」欄に退院日を記載する。基本診療料に係る歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算は、「摘要」欄に「情Ⅰ加２」と表示する。

また、保険医療機関以外の機関機関への情報提供は、「摘要」欄にその情報提供先を記載する。

- (ケ) 傷病手当金意見書交付料は、「傷」と表示し、点数及び交付年月日を記載する。ただし、当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合は、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載する。

- (コ) 退院時共同指導料１は、患者が入院している保険医療機関名を記載する。なお、２回目の当該退院時共同指導料は、別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載する。

また、退院時共同指導料２は、当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載する。

ウ 在宅医療について

- (ア) 歯科訪問診療料は、点数、回数及びその旨を記載する。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。なお、「摘要」欄に、訪問診療を行った日付、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）及び患者の状態（急変後の対応を行った場合は、その旨を記載する。）を記載し、訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、全体の「その他」欄に「訪補助」と表示し、点数及び回数を記載する。

- (イ) 在宅かかりつけ歯科診療所加算は、「在か診」と表示し、加算点数および回数を記載する。

- (ウ) 訪問歯科衛生指導料は、複雑なものと簡単なものを区分し、それぞれ点数、回数及びその旨を記載し、「摘要」欄に日付、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載する。なお、訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合は、直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載する。

- (エ) 歯科疾患在宅療養管理料は、「歯在管」と表示し、点数を記載する。

また、口腔機能管理加算は、「機能管」と表示し、点数を記載する。

- (オ) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、「在歯管」と表示し、点数を記載する。

- (カ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「訪問薬剤」と表示し、総点数及び回数を記載する。また、麻薬加算は、「訪問麻薬」に併せて「麻」と表示する。

(キ) 退院前在宅療養指導管理料は、「前」と表示し、点数を記載する。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

(ク) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料は、「在悪」と表示し、点数を記載する。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

(ケ) 在宅患者連携指導料は、当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載する。

(コ) 在宅患者緊急時カンファレンス料は、訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関又は保険薬局、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載する。

エ 投薬について

一般的名称による処方せんの交付は、「一般名処方加算」と表示し、点数及び回数を記載する。

オ リハビリテーションについて

(ア) 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションは、次の例により「摘要」欄に「リハ選」と表示し、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と区別して記載すること。

〔記載例〕

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）イ 200×18

実施日数 3日

（リハ選）

脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1

(イ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

(ウ) 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。

(エ) 摂食機能療法は、点数及び回数を記載する。この場合において、摂食機能療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）等を「摘要」欄に記載する。また、経口摂取促進加算は、連携している医師名を「摘要」欄に記載する。

(オ) 歯科口腔リハビリテーション料1（2 舌接触補助床の場合）は、「歯リハ1（2）」と表示し、点数及び回数を記載する。

カ 歯冠修復及び欠損補綴について

広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、「特イ管」、「特イ診」、「特イ補」、「特イ修」と表示し、それぞれ点数を記載すること。

キ 歯科矯正について

(ア) 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤をは、「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載する。

(イ) 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装

置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

(ウ) 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料は、歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料の算定年月日を記載する。

(エ) 歯科矯正管理料は、算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載する。

(オ) 予測模型は、予測歯数を記載する。

(カ) 動的処置は、算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載する。

(キ) マルチブラケット装置は、ステップ名(例:ステップⅠ、Ⅰ装置目)及びそのステップにおける回数を記載する。

(ク) 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載する。なお、歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合は、当該診断料を算定した保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。

(ケ) 植立は、点数を記載する。なお、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合は、当該診断料を算定した保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。

また、アンカースクリュー脱落后の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載し、その旨を「摘要」欄に記載する。

(コ) 特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用したときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載する。

ク 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の療養担当手当は、「療担当」と表示し、点数を記載する。

(28) 「摘要」欄について

ア 患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行ったときは、「摘要」欄に「介」と記載する。

イ 第8部処置の通則「6」、第9部手術の通則「9」又は第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合は、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載する。

ウ 基本診療料について

(ア) 電話等再診に係る再診料は、その回数を再掲する。

(イ) 歯科診療特別対応連携加算又は歯科診療特別対応地域支援加算は、当該患者の紹介元保険医療機関名を記載する。

(ウ) 短期滞在手術等基本料は、当該手術日及び手術名を記載する。

(エ) 健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合は、その旨を記載する。

エ 医学管理について

- (ア) 共同療養指導計画加算は、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（区分番号 B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名を記載する。
- (イ) 歯科治療総合医療管理料又は在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名を記載すること。
- (ウ) 新製有床義歯管理料において、「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を記載する。

オ 在宅医療について

- (ア) 特別歯科訪問診療料は、滞在時間を記載する。同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれを明確に区分して記載する。
- (イ) 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算は、連携保険医療機関名を記載する。

カ 投薬について

万一緊急やむを得ない事態が生じ、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院外処方せんにより投薬した場合は、その日付及び理由を記載する。

キ 処置について

- (ア) 根管貼薬処置について、同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合は、当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を「摘要」欄に記載する。
- (イ) 暫間根管充填又は暫間根管充填後の根管充填は、その旨を記載する。
- (ウ) エナメルボンドシステムによる暫間固定は、固定を行なった部位及びその方法を記載する。
- (エ) 心身医学療法は、確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載する。

ク 手術について

- (ア) 抜歯に当たって、長時間普通以上の苦心にかかわらず不成功に終わった場合で抜歯料を算定した場合は、その旨を記載する。
- (イ) 抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合の麻酔料は、抜歯を中止したことを記載する。
- (ウ) 歯内療法では治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、部位及び算定理由を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- (エ) 歯の再植術は、手術部位及び再植の理由を記載する。
また、歯の移植手術は、手術部位を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- (オ) 皮膚移植術は、皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載

した診療報酬明細書を添付する。

ケ 歯冠修復及び欠損補綴について

- (ア) 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、「平成 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載する。
- (イ) 有床義歯製作中であって咬合採得後における試適前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合は、装着物の種類及び装着（又は試適）予定日及び装着できなくなった理由を記載する。
また、歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合は、装着物の種類及び装着（又は試適）予定日及び装着できなくなった理由を記載する。
- (ウ) 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求をおこなった歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定するに当たっては、その旨を記載する。
- (エ) 欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載する。
- (オ) 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。
- (カ) 地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合は、その旨を記載する。
- (キ) 人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合は、その旨を記載する。
- (ク) 前回有床義歯を製作してより6月が経過していない場合であって新たに有床義歯を製作した場合は、その理由を記載する。
- (ケ) 2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合は、当該歯の部位を記載する。
- (コ) コンビネーションインレーを製作した場合は、その旨及び部位を記載する。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。
- (サ) 犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合は、中切歯の状態等を記載する。
- (シ) 側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック1歯のブリッジの設計とした場合は、低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載する。
- (ス) 地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定するに当たっては、算定の理由を記載する。
- (セ) 小児義歯に係る費用の算定するに当たっては、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載する。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載する。
- (ソ) 有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「歯技工」と表示し、「預かり日」及び修理を行った当該有床義歯の「装着日」を記載する。
- (タ) 広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合は、装着を実施した医療機関名（自院は除く。）及び装着日（不明であれば装着時期）を記載する。

コ 歯科矯正について

歯科矯正は、当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載する。

また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載する。

サ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、当該欄に簡潔に記載する。

シ 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、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例； 1 社・国 1 単独 2 本外）、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。

(29) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第 1 公費に係る請求点数、第 2 公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、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給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(30) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(31) 「一部負担金額」欄について

ア 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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）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。）は、次による。

（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。ただし、災害発生時が平成 21 年 12 月 31 日以前のものに限る。

（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」の文字を○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」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載

があるものに限る。)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。)及び後期高齢者医療は、以下による。

(ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。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」の項の上段に()で再掲するものとし、下段に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。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に()で再掲して差し支えない。

(イ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5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、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。

(ウ) 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3号二に掲げる者又は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6条第1項に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。

(エ) 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3号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は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、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。

(オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(カ) 後期高齢者医療において、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(32) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項は、第1公費に係る合計点数を記載する。なお、第2公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。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。

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公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

イ 「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は、公費でないものとみなして記載する。

(33) 「患者負担額（公費）」欄について

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、「一部負担金」の項に金額を記載するものの場合は（31）のイの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載する。なお、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（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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に限る。）と感染症法との併用の場合は、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。

また、障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療に係る患者の負担額は、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、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。）と障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に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。ただし、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（高額療養費が現物給付された場合を除く。）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化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、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

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。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、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割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものは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は10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載する。

(34) その他

ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

この場合、当該明細書の「保険種別1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正する。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ 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は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、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し「摘要」欄に記載する。

エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合

は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ 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9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付化することが困難な場合を除く。

カ 患者の疾病又は負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。

ク 地方厚生（支）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は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び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。

ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「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記載する。

コ 「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）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はⅣであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）は、「特記事項」欄に「上位」と記載する。

サ 「上位所得者の世帯」若しくは「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）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はⅢであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）は、「特記事項」欄に「一般」と記載する。

シ 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はⅠ若しくはⅡであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）は、「特記事項」欄に「低所」と記載する。

ス 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は、「特記事項」欄に「二割」と記載する。

セ 自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

ソ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度

額が2分の1とならない場合)は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

タ 「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合は、「特記事項」欄に「多上」と記載する。

チ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合は、「特記事項」欄に「多一」と記載する。

ツ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合は、「特記事項」欄に「多低」と記載する。

テ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日(初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。)を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年3月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第 4）

1 「平成 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 4 を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方せん受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができる。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る

明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、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総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方せん受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、外来服薬支援料又は退院時共同指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方せんに係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方せんについては、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方せんに基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1枚の処方せんの使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方せんに係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。
- (8) 1枚の明細書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、調剤年月等、

薬局コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　２本外）、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・被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。

（９） 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、ＯＣＲ処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用のＯＣＲ関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成９年８月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

２ 調剤報酬明細書に関する事項

（１） 「平成 年 月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

（２） 「都道府県番号」欄について

別添２の設定要領の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３） 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（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、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

後期高齢者医療

３ 後期

退職者医療

４ 退職

（注）退職者医療には、健康保険法附則第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。

イ 「保険種別 2」欄については、「保険種別 1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。

単独	1 単独
1 種の公費負担医療との併用	2 2 併
2 種以上の公費負担医療との併用	3 3 併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業(審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ 「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、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、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「2」、被保険者(その他(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外(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、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)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使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療 7 割給付外来	0 高外 7

(注) 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により 1 割負担となる者と、適用を受けない 2 割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号 8 桁(国民健康保険については 6 桁)を記載すること(別添 2「設定要領」の第 1 を参照)。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、() の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・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「ー」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。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 調剤券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 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、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第 2 公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤券等に記入されている受給者番号 7 桁を、第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第 2 公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「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）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。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の手扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方せんに基づいて記載すること。

また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方せんを発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方せんを発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」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公費に係る処方せんの受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る処方せんの受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る処方せんの受付回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公費に係る処方せんの受付回数が第１公費に係る処方せんの受付回数と同じ場合は、第２公費に係る処方せんの受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方せんを同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は１回となること。ただし、歯科診療に係る処方せんとそれ以外の処方せんについてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方せんを発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方せんを発行した医師又は歯科医師が１枚の明細書において１名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方せんが交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては１剤１日分、湯薬にあつては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては１調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、１日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については１回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア）嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合

（イ）同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 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6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(24)のウの例により「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。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「*」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服

用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に $\boxed{\text{分}}$ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{分}}$ に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

また、後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に $\boxed{\text{試}}$ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{試}}$ に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬の分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26) 「加算料」欄について

ア 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定する場合は、当該欄に $\boxed{\text{困}}$ 、 $\boxed{\text{包}}$ 、 $\boxed{\text{麻}}$ ・ $\boxed{\text{向}}$ ・ $\boxed{\text{覚原}}$ ・ $\boxed{\text{毒}}$ 、 $\boxed{\text{時}}$ 、 $\boxed{\text{休}}$ 、 $\boxed{\text{深}}$ 、 $\boxed{\text{特}}$ 、 $\boxed{\text{自}}$ 、 $\boxed{\text{計}}$ 、 $\boxed{\text{予}}$ 又は $\boxed{\text{菌}}$ の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ）、一包化加算に係る点数を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

イ 一包化加算については、上記アのほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に $\boxed{\text{包}}$ の記号を付すこと。

ウ 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

エ 電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{麻}}$ 等の○を省略して記載しても差し支えないこと。以下、 $\boxed{\text{麻}}$ 等の記号を使用する場合について同様であること。

オ 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

(27) 「公費分点数」欄について

- ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。
- イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、0と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。
- ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬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調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- 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。

(28) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、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 ㊦ の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。
- イ 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処方せんを受け付けた月日及び時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。
- ウ 自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- エ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- オ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。
- カ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。
- キ 調剤を行っていない月に服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。
- ク 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料を算定する場合には、算定日を記載すること。
- ケ 訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）に代わっ

て連携する他の薬局（以下「サポート薬局」という。）が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付、サポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載すること。

- コ 在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導（この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。）を実施した場合であって、処方せんが交付されていた場合は、サポート薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。
- サ 長期投薬情報提供料 1 を算定する場合は、情報提供の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に情報提供を行った日を記載すること。長期投薬情報提供料 2 を算定する場合は、指導の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に指導を行った日を記載すること。
- シ 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。
- ス 退院時共同指導料を算定する場合は、指導日並びに共同して指導を行った保険医、看護師又は准看護師の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。
- セ 一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。
- ソ その他請求内容について特記する必要がある場合はその事項を記載すること。
- タ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(29) 「調剤基本料」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、第 1 公費及び第 2 公費に係る調剤基本料（基準調剤等の届出を行った場合にあっては、調剤基本料に基準調剤加算 1 若しくは基準調剤加算 2 又は後発医薬品調剤体制加算 1 若しくは後発医薬品調剤体制加算 2 を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数に乗じた点数、分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に 5 点に乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に 15 点に乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料について、調剤基本料の場合は「基」及び注 1 に該当する場合は「基注」と記載し、注 6 に該当する場合は $\square$ の記号を付すこと。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は $\square$ の記号を付してその回数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

- イ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

(30) 「時間外等加算」欄について

- ア 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算が算定される場合は、 $\square$ 、 $\square$ 、 $\square$ 、 $\square$ 又は $\square$ の記号を「保険」の

項の上欄に記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「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公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

(31) 「薬学管理料」欄について

ア 「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は、薬Aの記号を付してその回数を記載すること。ただし、注1のハを除く全ての指導等を行い薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は、薬Bの記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）、重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に麻、防A、防B、特管又は乳の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) 長期投薬情報提供料1又は長期投薬情報提供料2を算定した場合は、それぞれ長A又は長Bの記号を付してその回数を記載すること。

(ウ) 外来服薬支援料を算定した場合は、支の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、訪A又は訪Bの記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、訪A又は訪Bの回数の次に併せて麻の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

(オ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、緊訪の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、緊訪に併せて麻の記号を付してその回数を記載すること。

(カ) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、緊共の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、緊共に併せて麻の記号を付してその回数を記載すること。

(キ) 退院時共同指導料を算定した場合は、退共の記号を付してその回数を記載すること。

(ク) 服薬情報等提供料を算定した場合は、服の記号を付してその回数を記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「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公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(32) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「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公費に係る合計点数（「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計をいう。(33)において同じ。）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公費に係る合計点数の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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつ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「一部負担金額」の項については、以下によること。

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつ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。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア）高額療養費が現物給付された者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。

（イ）健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5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、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。

（ウ）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3号二に掲げる者又は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6条第1項に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ）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3号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は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、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ）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、支払が猶予される場合は

「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(力) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「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は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」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。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤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、「一部負担金」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)により記載した額を、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一部負担金の額）を記載すること。なお、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（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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に限る。）と感染症法との併用の場合には、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、障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所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、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。）と障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に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、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（高額療養費が現物給付された場合を除く。）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化された者に係るものを除く。）と感染症法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。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、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割相当の額（「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。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(33) その他

ア 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9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6

項第1号又は同項第2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こと。

イ 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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

(カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。

(ク) 「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、右欄に障害者総合支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」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は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

エ 「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）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はⅣ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。

オ 「上位所得者の世帯」若しくは「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）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はⅢ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。

カ 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはII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。

キ 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。

ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ケ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「摘要」欄に障害と記載すること。

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方せん（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。
- 2 処方せんの用紙は、A 列 5 番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A 列 4 番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2 「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、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に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、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総合支援法の 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、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左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を記載すること（別添 2 「設定要領」の第 3 を参照）。
- (2) その他は、1 の(2)から(6)までと同様であること。

3 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号 8 桁（国民健康保険については 6 桁）を記載すること（別添 2「設定要領」の第 1 を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。
 - (2) 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。
 - (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。
- 4 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方せんにあつては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について
- 健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）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。

第 3 診療録の記載上の注意事項

- 1 「受診者」欄について
 - (1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。
 - (2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。
 - (3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。
なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。
 - (4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。
なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
 - (5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。
なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
- 2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について
被保険者証等の有効期限を記載すること。
- 3 「被保険者氏名」欄について
被保険者の姓名を記載すること。
- 4 「資格取得年月日」欄について
被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 5 「事業所（船舶所有者）」欄について
 - (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
 - (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 6 「保険者」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

(2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

7 「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いること。

8 「職務」欄について

(1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。

(2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

9 「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

12 「労務不能に関する意見」欄について

(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

(2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17 「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18 「診療の点数等」欄について

(1) 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

(2) 「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。
なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を○で囲む。

(3) 「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

(4) 「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

(5) 「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載する。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

4 「資格取得年月日」欄について

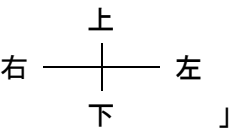
被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

(1) 「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

(2) 「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- (2) 「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- 7 「部位」欄について
傷病のある部位をそれぞれ記載する。
ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。
- 8 「傷病名」欄について
傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。
- 9 「職務」欄について
(1) 「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲む。
(2) 「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲む。
- 10 「開始」欄について
被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。
- 11 「終了」欄について
受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。
- 12 「転帰」欄について
受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲む。
- 13 「欄について
(1) 予め歯牙配列図等を印刷して差し支えない。
(2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。
- 14 「〔主訴〕その他摘要」欄について
主訴及び参考となる事項を記載する。
- 15 「労務不能に関する意見」欄について
(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。
(2) 「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。
- 16 「入院期間」欄について
保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。
- 17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。
- 18 「備考」欄について
保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。
- 19 「月日」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20 「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。

25 その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第5 処方せんの記載上の注意事項

1 「患者」欄について

(1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

(3) 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4) 区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名^⑨」欄について

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の7桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。

6 「処方せんの使用期間」欄について

- (1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。
- (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。
この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。
- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。
- (5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。
- (6) 処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合

に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について
処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。
- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について
保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊦」欄について
調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
- ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
- イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

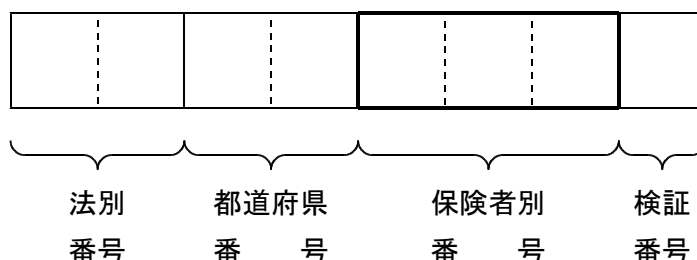
診療報酬請求書等一覧表

区 分			様式番号
診療報酬 請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第 1（1）
	医科、入院外	（ " ）	" （2）
	歯科、入院外	（ " ）	" （3）
	医科・歯科	（国保の被保険者に限る）	様 式 第 6
	医科、歯科	（後期高齢者に限る）	様式第 8
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入 院 入院外	様式第 2（1） 様式第 2（2）
	算定告示別表第 2（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	—	様 式 第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く） （国保の被保険者に限る） （後期高齢者に限る）		様 式 第 4 様式第 7 様式第 9
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3（調剤）	—	様 式 第 5

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第 1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号 2 桁、都道府県番号 2 桁、保険者(市町村)別番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 8 桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号 2 桁、保険者(市町村)別番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 6 桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表 1 の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4 の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表 2 に定める番号とする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生(支)局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次 2 と 1 を乗じる。
 - (2) (1) で算出した積の和を求める。ただし、積が 2 桁となる場合は、1 桁目と 2 桁目の数字の和とする。
 - (3) 10 と (2) で算出した数字の下 1 桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1 の位の数 が 0 のときは検証番号を 0 とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
┌───┐	┌───┐	┌───┐	
0 6	1 3	0 4 ⑧	← 起点
× ×	× ×	× × ×	

$$\begin{array}{ccccccc} 2 & 1 & & 2 & 1 & & 2 & 1 & 2 \\ \hline 0 & + & 6 & + & 2 & + & 3 & + & 0 & + & 4 & + & (1 & + & 6) & = & 22 \end{array}$$

$$\bigcirc 10 - 2 = \boxed{8} \text{ ----- 検証番号}$$

- 6 保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第2 公費負担者番号

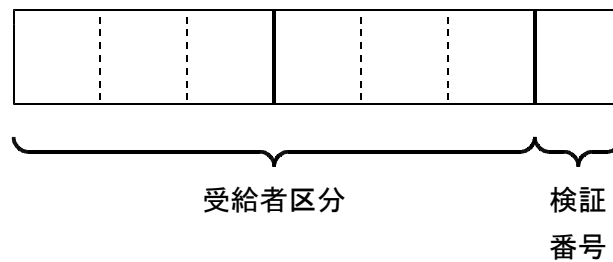
- 1 公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。
- 6 公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第3 公費負担医療の受給者番号

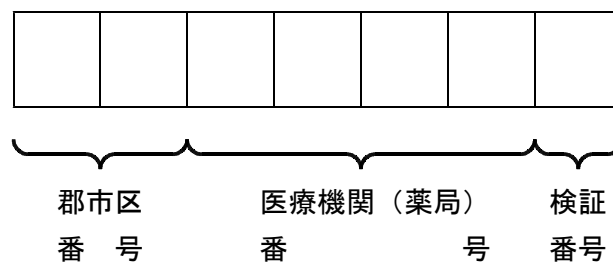
- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第 1 の 5 の例により定める。

第 4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号 2 桁、医療機関（薬局）番号 4 桁、検証番号 1 桁、計 7 桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを 1 単位とした 2 桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあつては 1, 000 から 2, 999、歯科にあつては 3, 000 から 3, 999、薬局にあつては 4, 000 から 4, 999 の一連番号を前記 2 の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4 桁の医療機関（薬局）番号のうち、中 2 桁又は下 2 桁が 90 となる番号は欠番とするものとする。
 なお、医科と歯科が併設される医療機関にあつては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定めるものとする。
- 4 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2 以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
 - （1）都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次 2 と 1 を乗じる。この場合の都道府県番号は別表 2 に定める番号とし、また、点数表番号は医科 1、歯科 3、薬局 4 とするものとする。
 - （2）（1）で算出した積の和を求める。ただし、積が 2 桁となる場合は 1 桁目と 2 桁目の数字の和と

するものとする。

- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

都道府県 番 号	点数表 番 号	郡市区 番 号	医療機関（薬局） 番 号	
$\underbrace{\quad\quad}$	$\underbrace{\quad}$	$\underbrace{\quad\quad}$	$\underbrace{\quad\quad\quad\quad}$	
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥	← 起点
×	×	×	×	×
2 1	2	1 2	1 2 1 2	

$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$

○10－8＝2 検証番号

○医療機関等コード 07、1236、2

- 6 医療機関等コードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表 1

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 の 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		0 1	（協会）
	船員保険		0 2	（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）	0 3	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	0 4	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険		0 6	（組）
	防衛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）		0 7	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		3 9	（高）
	国家公務員共済組合		3 1	} （共）
	地方公務員等共済組合		3 2	
	警察共済組合		3 3	
	公立学校共済組合		3 4	
	日本私立学校振興・共済事業団			
	特定健康保険組合		6 3	} （退）
	国家公務員特定共済組合		7 2	
	地方公務員等特定共済組合		7 3	
	警察特定共済組合		7 4	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		7 5	

（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
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分		法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医	戦傷病者特別	○療養の給付（法第10条関係）	1 3	—
	援護法による	○更生医療（法第20条関係）	1 4	—
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	1 8	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院（法第37条関係）	2 9	—
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		3 0	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	1 0	（感37の2）
		○結核患者の入院（法第37条関係）	1 1	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第29条関係）	2 0	（精29）
	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第5条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第5条関係）	1 6	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	2 4	—
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）		2 2	—

療	係)			
	感染症の予防及び 感染症の患者に対 する医療に関する 法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第37条 関係)	2 8	(感 染 症 入 院)
	児童福祉法による	○療育の給付 (法第20条関係)	1 7	—
		○肢体不自由児通所医療 (法第21条の5 の28関係) 及び障害児入所医療 (法第24 条の20関係)	7 9	—
	原子爆弾被爆者に 対する援護に関 する法律による	○一般疾病医療費 (法第18条関係)	1 9	—
	母子保健法による養育医療 (法第20条関係)		2 3	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病 総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県 神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害 に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康 影響による治療研究費		5 1	—
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		3 8	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療 の給付 (法第21条の5 関係)		5 2	—
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		5 3	—
制	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	—
	特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措 置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給 (法 第12条第1項及び第13条第1項関係)		6 2	—
	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		2 5	—

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。)		
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	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

「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）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「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。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

- (1) 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件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。
- (2) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証若しくは後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。また、「包括評価部分」欄にはその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の2の(1)から(9)まで、(11)から(13)まで、(33)から(35)まで及び(37)から(39)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）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。

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表17に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。

以下同じ。)を記載すること。「副傷病名」欄には、「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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」(平成26年3月19日保医発第4号)(以下、「留意事項通知」という。)の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成21年7月30日)別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成26年3月26日医療課事務連絡)(以下、「傷病名コードの統一の推進について」という。)にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日(一般病棟以外の病棟(以下「対象外病棟」という。)から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日)を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該医療機関の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、あわせて「摘要」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、あわせて「摘要」欄に「特別」と記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

① 「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。

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

なお、診断群分類番号の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7 外死亡
一般病棟以外又は入院日Ⅲを超えている等に該当し対象外となった場合	9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

- ① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日）別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」を参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

- ② 心身医学療法を算定する場合にあつては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

- ③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。
その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。
- (9) 「入退院情報」欄について
- 「入退院情報」欄については、次に掲げる②の事項については必ず記載し、①、③及び④の事項については該当がある場合は順次記載すること。
- ① 「一般病棟以外の病棟移動の有無」について
- 対象外病棟へ転棟又は対象外病棟から一般病棟へ転棟した場合は、「有」と記載すること。
- ② 「予定・緊急入院区分」について
- 予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まってい、その日に入院した場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。
- ③ 「前回退院年月日」について
- 当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。
- なお、診断群分類番号の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。
- ④ 「前回同一傷病での入院の有無」について
- 当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類番号の上2桁が同一）である場合に「有」を記載すること。
- (10) 「診療関連情報」欄について
- 診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。
- ① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。
- ② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあつては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。
- なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。
- ③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあつては、重症度等。
- (11) 「包括評価部分」欄について
- ① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）
- ② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。
- ③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。
- ④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。
- ⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、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。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。
- ⑥ 診断群分類番号の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院については、「7日以内の再入院までの日 〇日、〇日」、転棟した日から起算して7日以内の再

転棟については、「7日以内の再転棟までの日 ○日、○日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月7日以内に当該傷病名による再入院（転棟）を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

（記載例）

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり 定義副傷病 なし

（4月3日入院、6月4日退院の場合）の例（6月診療分）

1	93	4 月請求分	
		入Ⅰ	$2,960 \times 15 = \text{小計} \cdots a$
		入Ⅱ	$2,188 \times 13 = \text{小計} \cdots b$
		$(a+b) \times 4 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		5 月請求分	
		入Ⅱ	$2,188 \times 2 = \text{小計} \cdots c$
		入Ⅲ	$1,860 \times 29 = \text{小計} \cdots d$
		$(c+d) \times 5 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		6 月請求分	
		入Ⅲ	$1,860 \times 4 = \text{小計} \cdots e$
$e \times 6 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$			

例2：急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞

その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 あり

→ 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞

その他の手術あり 手術・処置等1 5あり 手術・処置等2 なし に変更の場合

（4月17日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月12日退院の場合）の例

（5月診療分）

1	93	4 月請求分	
		入Ⅰ	$2,986 \times 10 = \text{小計} \cdots a$
		入Ⅱ	$2,207 \times 4 = \text{小計} \cdots b$
		$(a+b) \times 4 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots A$	
		5 月診療分	
		入Ⅱ	$2,244 \times 2 = \text{小計} \cdots c$
		入Ⅲ	$1,908 \times 10 = \text{小計} \cdots d$
		$(c+d) \times 5 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots B$	
		調整分	
		入Ⅰ	$3,037 \times 8 = \text{小計} \cdots e$
		入Ⅱ	$2,244 \times 6 = \text{小計} \cdots f$
		$((e+f) \times 4 \text{ 月医療機関別係数}) - A = \text{小計} \cdots C$	
5 月請求分 $B + C = \text{合計}$			

(12) 「出来高部分」欄について

- ① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)から(32)までの例によるものとする。
- ② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。
 - ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。
 - イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄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記載すること。
 - ウ 新生児特定集中治療室管理料を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及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合又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特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を記載すること。
- ③ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。ただし、平成24年3月診療分までの間は、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

- ① 明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。
 - ア 明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」により提出すること。ただし、それが困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式により電子媒体にて提出すること。
 - イ コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。
- ② 「診断群分類番号130100 播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）」によって請求する場合、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。
 - ア DICの原因と考えられる基礎疾患
 - イ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア
 - ウ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費

負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」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、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第２（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、１件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の（１）から（９）まで、（１１）から（１３）まで及び（１８）並びに本通知Ⅱの２の（１）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書１件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の「出来高」欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

（例）

算定告示第１項第１号に該当する患者 入院後２４時間以内に死亡した患者又は生後１週間以内に死亡した新生児

同 第１項第２号に該当する患者 評価療養を受ける患者

同 第１項第３号に該当する患者 臓器の移植術を受ける患者

同 第１項第４号に該当する患者 包括対象とならない入院料を算定する患者

同 第１項第５号に該当する患者 区分番号Ｄ×××に掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号Ｋ×××に掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号又は〇〇〇の薬剤を投与される患者

※「区分番号Ｄ×××に掲げる〇〇〇」、「区分番号Ｋ×××に掲げる〇〇〇」又は「〇〇〇の薬剤」には、「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第１項第５号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成２６年厚生労働省告示第８９号）に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号及びその名称、別表一に掲げる薬剤名、別表二に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号、手術・検査名、その実施日及び診断群分類番号を記載する。

同 別表１７の診断群分類点数表に 診断群分類番号××××××××××××××に該当しない患者 する患者

※「診断群分類番号××××××××××××××」には、留意事項通知別添１診断群分類定義樹形図に

記載されている診断群分類番号（14桁コード）を記載する。

なお、入院日Ⅲを超えて入院している患者については、直近に算定していた診断群分類番号を記載する。

- ⑤ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

- ⑥ ④及び⑤の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

- ⑦ 入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に他と記載すること。

- ⑧ 留意事項通知の第3の1の（8）同一傷病での再入院に係る取り扱い①に規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁コードが異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類番号上2桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「摘要」欄に記載すること。

- ⑨ 留意事項通知の第3の1の（8）同一傷病での再入院に係る取り扱い②に規定する、予め再入院することが決まっており、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍患者に対する化学療法に該当する症例については、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「摘要」欄に記載すること。

- ⑩ 留意事項通知の第3の1の（10）地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟する場合等の取り扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に再入院（転室）する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上6桁を決定し、「摘要」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④
医療 保 険 と 公 費 又 は 公 費 と 公 費 の 併 用	1者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	2者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
		K			○		○
		L				○	○
	3者	4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	4者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○
		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	5者	9	○	○	○	○	○

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。

・ 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

「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）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、
「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第112号）による改正後の「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第127号）に定める様式により扱うものであること。
- 2 請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とし、白色紙黒色刷りとすること。
ただし、電子計算機により作成する場合にあっては、日本工業規格A列4番と±6mm（縦方向）、+6mmから－4mm（横方向）程度の差は差し支えないものであること。
- 3 請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合	様式第二
	後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第三
訪問看護療養費明細書		様式第四

- 4 訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四の訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて都道府県社会保険診療報酬支払基金又は都道府県国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）に提出すること。
- 5 同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利用を開始した場合においては、1枚の明細書にまとめて記載すること。
- 6 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において給付割合の変更があった場合、又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

- 7 同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれに係る指定訪問看護が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。
- 8 電子計算機の場合は、欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略することとして差し支えないこと。
- 9 請求書等に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
- なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

Ⅱ 請求書等の記載要領

第1 請求書に関する事項（様式第一関係）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「ステーションコード」欄について

別添1「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード7桁を記載すること。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）名及び公費負担者名を下記例のとおり「備考」欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

〔例〕 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名、」欄について

- (1) 訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。
- (2) については、当該様式に、予め訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、事業者自体で請求書用紙の調製をしない場合において、訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名及び印のゴム印等を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

- (1) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、訪問看護単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「負担金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、指定訪問看護と2種の公費負担医療（例えば、感染症の

予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者総合支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「医保」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分とそ

他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には、「

12(生保)

」欄に記載する

こととし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、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総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「医保」の「請求」の項の金額を合計して記載すること。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すと

りであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」欄、「公費と公費の併用」欄及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①+②」欄について

「① 合計」欄及び「② 合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第1の2 請求書に関する事項（様式第三関係）

「後期高齢者医療」欄について

- (1) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、6の(2)と同様であること。

第2 明細書に関する事項（様式第四）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

2 「都道府県番号」欄について

「保険者番号の設定について」（昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号厚生省保険、公衆衛生、薬務、社会、児童家庭、援護局長、社会保険庁医療保険部長連名通知）の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

3 「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第1の2と同様であること。

- 4 「6訪問」における「1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職」（以下「保険種別1」という。）、「1 単独 2 2併 3 3併」（以下「保険種別2」という。）及び「2 本人 4 六歳 6 家族」欄について

- (1) 「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、該当する番号を○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、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

後期高齢者医療…………… 3 後期

退職者医療…………… 4 退職

- (2) 「保険種別 2」欄については、「保険種別 1」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる種別に応じ、該当する番号を○で囲むこと。

単独…………… 1 単独

1 種の公費負担医療との併用…………… 2 2 併

2 種以上の公費負担医療との併用…………… 3 3 併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業を含むものであること。

- (3) 「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、未就学者である患者（6 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日以前の患者をいう。以下同じ。）は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」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「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（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、「2 本人」（若しくは「2 本」）、「4 六歳」（若しくは「4 六」）、「6 家族」（若しくは「6 家」）、「8 高齢一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高齢 7」（若しくは「0 高 7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人…………… 2 本人

4 未就学者…………… 4 六歳

6 家族…………… 6 家族

8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者…………… 8 高齢一

0 高齢受給者・後期高齢者医療 7 割給付…………… 0 高齢 7

- (4) 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

ア 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

イ 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

5 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号 8 桁（国民健康保険については 6 桁）を記載すること（「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。以下「記載要領等」という。）の別添2（以下「設定要領」という。）の（1）を参照）。

- （2） 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

6 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

7 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

- （1） 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、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。

- （2） 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、記載枠に入りきらない等の場合は、（ ）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。

8 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

- （1） 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（設定要領の（2）を参照）。
- （2） 別添2「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担者番号を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担者番号を「第2公費」という。）記載すること。
- （3） 保険者番号及び受給者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

9 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（設定要領の（3）を参照）。

10 「氏名」欄について

- （1） 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険法、船員保険法、国家

公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団法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。

(2) 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」又は「2 女」と記載しても差し支えないこと。

(3) 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 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」又は「4 平」と記載すること。

(4) 訪問した住所は、都道府県名から記載すること。なお、集合住宅等の場合は部屋番号までを記載すること。

11 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

12 「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

コード	略称	内 容
01	公	医療保険単独の者及び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条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する額を超える場合
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9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 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、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。)
04	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
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
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9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って、現物給付化することが困難な場合を除く。)
17	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「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 ② 「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
18	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「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 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
19	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 高齢受給者(後期高齢者医療の被保険者を含む。)以外で、「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 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
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
21	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者(いずれも市町村国保に加入することになる。)であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合

13 「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

(1) 事業者の指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所

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。

- (2) 指定訪問看護の利用者が、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「1 他①」の数字を○で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「2 他②」の数字を○で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、電子計算機の場合は、「1 他①」又は「2 他②」の○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。

14 「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、特にその日常生活活動能力（ADL）の状態が明らかになるよう具体的に記載すること。

15 「訪問開始年月日」欄について

- (1) 当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。
- (2) 同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。
- (3) 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訪問開始年月日として記載し、「特記事項」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。

16 「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

17 「実日数」欄について

- (1) 「保険」、「①」及び「②」の項に、「保険」については医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、「①」については第1公費、「②」については第2公費に係る指定訪問看護を行った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公費に係る分については、「①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る分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公費に係る分が第1公費に係る分と同じ場合は、第2公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 同一日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合であっても、1日として記載すること。

18 「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に１から３の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて１から３の項目順以降に別途記載してもよい。なお、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」第２の１に規定する疾病等の有無について、「１ 別表７」、「２ 別表８」又は「３ 無」の該当する数字のいずれかを○で囲むこと。また、利用者が「１ 人工呼吸器使用の状態」、「２ 気管カニューレ使用の状態」又は「３ 真皮を越える褥瘡の状態」にある者は、該当するものを全て○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、○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。

19 「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１ 軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２ 施設」、保険医療機関等に入院した場合は「３ 医療機関」又は死亡した場合は「４ 死亡」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。また上記に該当しない場合は「５ その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

20 「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「１ 自宅」、介護保険施設等の場合は「２ 施設」、病院の場合は「３ 病院」、診療所の場合は「４ 診療所」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。上記に該当しない場合には、「５ その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

21 「指示期間」欄について

- (１) 当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１ヶ月とみなすこと。

- (２) 主治医から、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に記載すること。

22 「主治医の属する医療機関の名称」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する

保険医療機関等の名称を記載すること。

23 「主治医の氏名」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

24 「基本療養費」及び「精神科基本療養費」欄について

(1) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア 保健師、助産師又は看護師が週3日までの指定訪問看護を行った場合は⑪の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑪の「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が行った場合は⑪の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑫の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(2) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

ア 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成20年厚生労働告示第67号)に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を保健師、助産師又は看護師が行った場合は⑬の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑬の「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が行った場合は⑬の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑭の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当

該 加算額を合算して、同様に記載すること。

(3) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア 保健師又は看護師が週3回までの指定訪問看護を行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③①の「看護師等」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は③②の「作業療法士」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が週3回までの指定訪問看護を行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③③の「准看護師」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(4) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成20年厚生労働告示第67号)に規定する同一建物居住者に対して、週3回までの指定訪問看護を保健師又は看護師が行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③④の「看護師等」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は③⑤の「作業療法士」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する同一建物居住者に対して、週3回までの指定訪問看護を准看護師が行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③⑥の「准看護師」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(5) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、③⑦の「難病等複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1

日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、④の「精神科複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。

イ 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、⑯又は⑰の「緊急訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

ウ 別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が90分を超える訪問看護を実施した場合は、⑱又は⑲の「長時間訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。さらに、利用者が超重症児又は準超重症児である場合には、その旨を訪問看護療養費明細書の備考の項に必ず明記すること。

エ 3歳未満又は3歳以上6歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合は、それぞれ⑳の「乳幼児加算」又は㉑の「幼児加算」欄に「×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額をそれぞれ記載すること。

オ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師が同時に訪問看護を行った場合は㉒の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に行った場合は「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×, ×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。また、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が同時に訪問看護を行った場合は㉓の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×, ×××」円、作業療法士が同時に行った場合は「作業療法士」の項に「×, ×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×, ×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×, ×××」円、精神保健福祉士が同時に行った場合は「精神保健福祉士」の項に「×, ×××円」と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

カ 夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定訪問看護を行った場合は㉔又は㉕の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定訪問看護を行った場合は㉖又は㉗の「深夜訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、それぞれ当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(6) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は、④③の「看護師等」の項に「×、×××」円、作業療法士が行った場合は④③の「作業療法士」の項に「×、×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

なお、延長時間加算を算定した場合は、④④の「延長時間加算」欄に、「×××」円、当該月に指定訪問看護を行った延長時間数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

(7) 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている患者に対して、保健師、助産師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には④③の「看護師等」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合には④③の「理学療法士等」の項に「×、×××」円、当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている患者に対して、保健師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には④⑤の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合には④⑤の「作業療法士」の項に「×、×××」円、当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

(8) 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

(9) 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか1人の者についてのみ1日として記載すること(複数名訪問看護加算の算定日を除く。)

なお、従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「3 従」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「3 従」の○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。

(10) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「4 特地」の数字を○で囲み、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間(片道)を併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「4 特地」の○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。

(11) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険で算定している場合は、「特記事項」欄の「5 介」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「5 介」の○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。

(12) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「6 支援」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「6 支援」の○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。(13) 訪問看護基本療養費（Ⅱ）または精神科訪問看護基本療養費
（Ⅲ）を算定した場合は、「特記事項」欄の「7 同一日」の数字を○で囲み、当該算定に
かかる全ての訪問日を併せて記載すること。

25 「管理療養費」欄について

(1) 次により記載すること。

ア 月の初日の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

イ 月の2日目以降の訪問の場合は、中央の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、
「 日」の項には訪問した日数から1を引いた数を記載すること。

ウ 右側の「 円」の項には、ア及びイにより計算した合計金額を記載すること。

(2) 管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

ア 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定した場合は、⑤②の「24時間対応体
制加算・24時間連絡体制加算」のいずれかに○を付け、「 円」の項に「×, ×××」
円と記載すること。

イ 特別管理加算を算定した場合は、⑤③の「特別管理加算」の「 円」の項に「×, ×
××」と記載すること。

ウ 退院時共同指導加算を算定した場合は、⑤④の「退院時共同指導加算」の「 円」の
項に「×, ×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数の合計及び
これらに乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合で
あっても1回に限り算定すること。さらに、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理
を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、⑤④の「特別管理指導加算」の
「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に特別管理指導加算を算定した回数
の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が
定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。

エ 退院支援指導加算を算定した場合は、⑤⑤の「退院支援指導加算」の「 円」の項に
「×, ×××」円と記載すること。

オ 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、⑤⑥の「在宅患者連携指導加算」の「
円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

カ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、⑤⑦の「在宅患者緊急時等カ
ンファレンス加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊
急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載するこ
と。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても1回に限り算定すること。

キ 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算を算定した場合は、⑤⑧の「精神科重症患者
早期集中支援管理連携加算」の「 円」の項に、「×, ×××」円と記載すること。

(3) 訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は
精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告

年月日を「主治医への直近報告年月日」欄に記載すること。

26 「情報提供療養費」欄について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の居住する市（区）町村、保健所又は精神保健福祉センターに対して利用者に関する指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、「×，×××」円と記載し、「提供した情報の概要」欄にその内容を、「情報提供先の市（区）町村等の名称」欄に利用者の居住する市（区）町村等の名称をそれぞれ記載すること。

27 「ターミナルケア療養費」欄について

訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を「××，×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

28 「（公費分金額）」欄について

- （1） 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額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つた場合又は公費負担医療に係る給付の内容が指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「（公費分金額）」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金額を記載すること。

- （2） 公費負担医療単独の場合にあつては、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

- （3） 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第1公費、第2公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄には、当該療養に係るすべての回数及び金額を記載すること。

- （4） 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「（公費分金額）」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。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。

29 「訪問日」欄について

- (1) 基本療養費を算定する場合は、指定訪問看護を行った日について、該当する日付を○で囲むこと。ただし、特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、該当する日付を△で囲むこと。
- (2) 指定訪問看護を行った日について、1日に2回訪問を行った場合は、その日付を◎で囲み、1日に3回以上訪問を行った場合は、その日付を◇で囲むこと。
- (3) 長時間訪問看護加算を算定した場合は、その日付を□で囲むこと。
- (4) 複数名訪問看護加算を算定した場合は、その日付を▽で囲むこと。

30 「合計」欄について

- (1) 「請求」の項には、「保険」、「①」及び「②」の項に、「保険」については医療保険、「①」については第1公費、「②」については第2公費に係る金額（「基本療養費」欄の金額、「精神科基本療養費」欄の金額、「管理療養費」欄の金額、「情報提供療養費」欄の金額及び「ターミナルケア療養費」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。
なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額は、「①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る金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公費に係る金額が第1公費に係る金額と同じ場合は、第2公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「負担金額」の項については、以下によること。
 - ア 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。）については、以下によること。
健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療の場合は、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、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。
患者負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。
 - 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に限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。
 - (ア) 高額療養費が現物給付された者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「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) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5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、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。

（ウ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ニ及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「備考」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ） 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3号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は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、高額療養費が現物給付された者に限り、「備考」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ） 健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療の場合は、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、「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すること。

患者負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

（カ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

ウ 「負担金額」の項中「①」又は「②」の項には、「①」については第1公費、「②」については第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」の項に金額を記載するものの場合はイの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、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（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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に限る。）と感染症法との併用の場合には、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、障害者総合支援法による自立支援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、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。）と障害者総合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肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に、

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、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（高額療養費が現物給付された場合を除く。）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「①」及び「②」の項には記載することを要しないこと。

エ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって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割相当の額（「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。）を記載すること。

31 その他

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総合支援法の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。

- (1) 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、障害者総合支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。
- (2) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。
- (3) 生活保護法に係る実日数は「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実日数は「①」の項に、障害者総合支援法に係る実日数は「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に係る実日数又は障害者総合支援法に係る実日数が、生活保護法に係る実日数と同じ場合は、当該実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

- (4) 「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄までには、生活保護法に係る日数及び金額を記載すること。
- (5) 「（公費分金額）」欄は縦に2区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者総合支援法の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法に係る請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (6) 生活保護法に係る請求金額は「合計」欄の「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「①」の項に、障害者総合支援法に係る請求金額は「請求」の項の「②」の項にそれぞれ記載すること。

32 後期高齢者医療におけるその他

高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「特記事項」欄に障害と記載すること。

(別添 1)

訪問看護ステーションコード設定要領

- 1 訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号 2 桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。） 4 桁、検証番号 1 桁、計 7 桁の算用数字を組み合わせたものとする。

--	--	--	--	--	--	--

2 桁	4 桁	1 桁
郡市区番号	ステーション番号	検証番号

- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。
- 3 ステーション番号は、「9, 000」から「9, 499」までの一連の番号を 2 の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4 桁のステーション番号のうち、中 2 桁又は下 2 桁が「90」となる番号は、欠番とするものとする。
- 4 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 都道府県番号、算定表番号、郡市区番号及びステーション番号の各数に末尾の桁を起点として順次「2」と「1」を乗じる。この場合の都道府県番号は、別表「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「6」とする。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が 2 桁となる場合は、1 桁目と 2 桁目の数の和とする。
- (3) 「10」と(2)で算出した数の下 1 桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、(2)で算出した数の下 1 桁の数が「0」のときは、検証番号を「0」とする。

〔例〕

都道府県		算定表	郡市区		ステーション				
番	号	番 号	番 号		番 号				
4	4	6	0	7	9	1	2	3	←起点
×	×	×	×	×	×	×	×	×	
2	1	2	1	2	1	2	1	2	

$$8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39$$

$$\textcircled{C} 10-9=1 \quad \text{検証番号「1」}$$

◎訪問看護ステーションコード : 「07,9123,1」

5 訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

（別表）

都 道 府 県 番 号

都道府県	番号
北海道	0 1
青 森	0 2
岩 手	0 3
宮 城	0 4
秋 田	0 5
山 形	0 6
福 島	0 7
茨 城	0 8
栃 木	0 9
群 馬	1 0
埼 玉	1 1
千 葉	1 2
東 京	1 3
神奈川	1 4
新 潟	1 5
富 山	1 6

都道府県	番号
石 川	1 7
福 井	1 8
山 梨	1 9
長 野	2 0
岐 阜	2 1
静 岡	2 2
愛 知	2 3
三 重	2 4
滋 賀	2 5
京 都	2 6
大 阪	2 7
兵 庫	2 8
奈 良	2 9
和歌山	3 0
鳥 取	3 1
島 根	3 2

都道府県	番号
岡 山	3 3
広 島	3 4
山 口	3 5
徳 島	3 6
香 川	3 7
愛 媛	3 8
高 知	3 9
福 岡	4 0
佐 賀	4 1
長 崎	4 2
熊 本	4 3
大 分	4 4
宮 崎	4 5
鹿児島	4 6
沖 縄	4 7

(別添 2)

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称
医 療 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	0 1	（協会）
	船員保険	0 2	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般医療（法第133条及び第141条関係）	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険	0 6	（組）
	防衛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）	0 7	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	3 9	（高）
	国家公務員共済組合	3 1	（共）
	地方公務員等共済組合	3 2	
	警察共済組合	3 3	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	3 4	
	特定健康保険組合	6 3	（退）
	国家公務員特定共済組合	7 2	
	地方公務員等特定共済組合	7 3	
	警察特定共済組合	7 4	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	7 5	

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

(2)

	区 分	法 別 番 号
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分		法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医 療 制 度	戦 傷 病 者 特 別 援 護 法 に よ る	○療養の給付（法第10条関係）	1 3	—
		○更生医療（法第20条関係）	1 4	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	1 8	—
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観 察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81条関係）		3 0	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に よる結核患者の入院（法第37条関係）		1 1	（結核入院）
	障害総合支援法によ る	○精神通院医療（法第5条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第5条関係）	1 6	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び 基準該当療養介護医療（法第71条関 係）	2 4	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○一般疾病医療費（法第18条関係）	1 9	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病 総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県 神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害 に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康 影響による治療研究費		5 1	—
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		3 8	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療 の給付（法第21条の9の2関係）		5 2	—
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		5 3	—
	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	—
	特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措			

置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第12条第1項及び第13条第1項関係）	6 2	—
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）

保 医 発 0 3 2 6 第 4 号
平成 2 6 年 3 月 2 6 日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
都道府県民生主管部（局）		
国民健康保険主管課（部）長		
都道府県後期高齢者医療主管部（局）		
後期高齢者医療主管課（部）長		

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「訪問看護計画書等の記載要領等について」の一部改正について

標記について、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第63号）等が公布され平成26年4月1日より適用されること等に伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添 「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成12年3月31日保険発第62号・老健第71号）の一部改正について

「訪問看護計画書等の記載要領等について」
(平成12年 3 月31日保険発第62号・老健第71号) の一部改正について

1 第一の 2 の (1) の ⑤ を ⑥ とし、⑤として次のように加える。

⑤ 「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」「衛生材料等」及び「必要量」の欄について衛生材料等が必要になる処置の有無について○をつけること。また、衛生材料等が必要になる処置がある場合、「処置の内容」及び「衛生材料等」について具体的に記入し、「必要量」については 1 ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑥ 「備考」の欄について

利用者に対する訪問の計画、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等を記入すること。

2 第一の 2 の (2) の ⑦ を ⑨ とし、⑦及び⑧として次のように加える。

⑦ 「衛生材料等の使用量および使用状況」の欄について

指定訪問看護における処置に使用した衛生材料等の名称、使用及び交換頻度、1 ヶ月間における使用量を記入すること。

⑧ 「衛生材料等の種類・量の変更」の欄について

患者の療養状況を踏まえた上で、処置に係る衛生材料等の種類・サイズ・量の変更が必要な場合に記入すること。必要量については、1 ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑨ 継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に 1 回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、(3)の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。

ただし、精神疾患を有する者を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、当該報告書中「家族等との関係」欄には、利用者と当該利用者の家族、友人等との対人関係、作業等の状況について記入すること。

3 別紙様式 1 から別紙様式 4 を別紙のように改める。

別紙様式 1

訪問看護計画書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
看護・リハビリテーションの目標		
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評価
衛生材料等が必要な処置の有無 有 無		
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
備考		

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成 年 月 日

事 業 所 名

管 理 者 氏 名

印

殿

別紙様式 2

訪問看護報告書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
訪 問 日	平成 年 月 平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 29 30 31 訪問日を○で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。	
病状の経過		
看護・リハビリテーションの内容		
家庭での介護の状況		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：() 使用及び交換頻度：() 使用量：()	
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容	
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む)		

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

事 業 所 名

管 理 者 氏 名

印

殿

別紙様式 3

精神科訪問看護計画書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
看護の目標		
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評価
衛生材料等が必要な処置の有無 有 無		
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
備考		

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

平成 年 月 日

事 業 所 名

管 理 者 氏 名

印

殿

別紙様式 4

精神科訪問看護報告書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)																																																																						
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)																																																																							
住 所																																																																								
訪 問 日	平成 年 月 平成 年 月 <table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 訪問日を○で囲むこと。精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日は✓印をつけること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																																																											
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14																																																											
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21																																																											
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																											
29	30	31					29	30	31																																																															
病状の経過																																																																								
看護の内容																																																																								
家族等との関係																																																																								
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()																																																																							
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容																																																																							
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む)																																																																								

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

事業所名

管理者氏名

印

(参 考)

「訪問看護計画書等の記載要領等について」
(平成12年 3 月31日保険発第62号・老健第71号・抜粋)

第一 訪問看護計画書等の記載要領について

2 計画書等の記載要領

(1) 計画書に関する事項

⑤「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」「衛生材料等」及び「必要量」の欄について

衛生材料等が必要になる処置の有無について○をつけること。また、衛生材料等が必要になる処置がある場合、「処置の内容」及び「衛生材料等」について具体的に記入し、「必要量」については1ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑥＝「備考」の欄について

利用者に対する訪問の計画、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等を記入すること。

(2) 報告書に関する事項

⑦「衛生材料等の使用量および使用状況」の欄について

指定訪問看護における処置に使用した衛生材料等の名称、使用及び交換頻度、1ヶ月間における使用量を記入すること。

⑧「衛生材料等の種類・量の変更」の欄について

患者の療養状況を踏まえた上で、処置に係る衛生材料等の種類・サイズ・量の変更が必要な場合に記入すること。必要量については、1ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑨⊕ 継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に1回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、(3)の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。

ただし、精神疾患を有する者を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、当該報告書中「家族等との関係」欄には、利用者と当該利用者の家族、友人等との対人関係、作業等の状況について記入すること。

保 険 発 第 6 2 号

老 健 第 7 1 号

平成12年 3 月31日

(最終改正；平成26年 3 月26日保医発0326第 4 号)

都道府県民生主管部（局）

保 険 主 管 課 （ 部 ） 長 殿

国民健康保険主管課（部）長 殿

都道府県老人訪問看護主管部（局）

老人訪問看護主管課（部）長 殿

厚 生 省 保 険 局 医 療 課 長

厚生省老人保健福祉局老人保健課長

訪問看護計画書等の記載要領等について

訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関する取扱いについては、「指定老人訪問看護及び指定訪問看護の事業に係る人員及び運営に関する基準について」（平成 6 年 9 月 9 日老健第268号、保発第101号）が通知されているところであるが、今般、訪問看護計画書等に関する取扱いについては、新たに「指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成12年 3 月31日保発第70号・老発第397号）により定められることとなったことに伴い、その具体的な記載要領等については下記のとおりとするので、了知の上、その取扱いに遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

なお、これに伴い、「老人訪問看護計画書及び訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成 6 年 9 月 9 日老健第272号・保発第120号）は平成12年 3 月31日限り廃止する。

記

第一 訪問看護計画書等の記載要領について

1 一般的事項

- (1) 訪問看護計画書（以下「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下「報告書」という。）は、別紙様式1及び2を標準として作成するものであること。ただし、認知症の高齢者の利用者若しくは精神疾患を有する者等を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、その特性を踏まえ別紙様式3及び4を標準として作成するものであること。
- (2) 訪問看護記録書（以下「記録書」という。）は、2の(3)に示すところに従い、各訪問看護ステーションにおいて、利用者毎に作成すること。
- (3) 訪問看護ステーションの管理者は、主治医からの訪問看護指示書（以下「指示書」という。）、計画書及び報告書並びに記録書の内容について、助言、指導、確認等十分な管理を行い、指定訪問看護の提供等に遺憾のないよう努めること。

2 計画書等の記載要領

(1) 計画書に関する事項

- ① 「患者氏名」、「生年月日」、「住所」及び「要介護認定の状況」の欄には必要な事項を記入すること。
- ② 「看護・リハビリテーションの目標」の欄について
主治医の指示書及び訪問による利用者の療養状況を踏まえて看護・リハビリテーションの目標を設定し、記入すること。
- ③ 「年月日」の欄について
計画書の作成年月日及び計画の見直しを行った年月日を記入すること。
- ④ 「問題点・解決策」及び「評価」の欄について
看護・リハビリテーションの目標を踏まえ、指定訪問看護を行う上での問題点及び解決策並びに評価を具体的に記入すること。
- ⑤ 「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」「衛生材料等」及び「必要量」の欄について
衛生材料等が必要になる処置の有無について○をつけること。また、衛生材料等が必要になる処置がある場合、「処置の内容」及び「衛生材料等」について具体的に記入し、「必要量」については1ヶ月間に必要となる量を記入すること。
- ⑥ 「備考」の欄について
利用者に対する訪問の計画、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等を記入すること。

(2) 報告書に関する事項

- ① 「患者氏名」、「生年月日」、「住所」及び「要介護認定の状況」の欄については、必要な事項を記入すること。
- ② 「訪問日」の欄について
 - イ 指定訪問看護を実施した年月日を記入すること。
 - ロ 欄内の暦については、指定訪問看護を行った日を○で、1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。
- ③ 「病状の経過」の欄について
利用者の病状、日常生活活動（ADL）の状況等について記入すること。
- ④ 「看護・リハビリテーションの内容」の欄について
実施した指定訪問看護の内容について具体的に記入すること。
- ⑤ 「家庭での介護の状況」
利用者の家族等の介護の実施状況、健康状態、療養環境等について必要に応じて記入すること。
- ⑥ 「特記すべき事項」
前記の②から⑤までの各欄の事項以外に主治医に報告する必要がある事項を記入すること。また、頻回に訪問看護を行った場合、提供した訪問看護の内容についても記入すること。
- ⑦ 「衛生材料等の使用量および使用状況」の欄について
指定訪問看護における処置に使用した衛生材料等の名称、使用及び交換頻度、1ヶ月間における使用量を記入すること。
- ⑧ 「衛生材料等の種類・量の変更」の欄について
患者の療養状況を踏まえた上で、処置に係る衛生材料等の種類・サイズ・量の変更が必要な場合に記入すること。必要量については、1ヶ月間に必要となる量を記入すること。
- ⑨ 継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に1回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、(3)の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。
ただし、精神疾患を有する者を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、当該報告書中「家族等との関係」欄には、利用者と当該利用者の家族、友人等との対人関係、作業等の状況について記入すること。

(3) 記録書に関する事項

- ① 利用者ごとに、初回訪問時等に把握した利用者の基本的な情報、主治医などを記入する記録書（以下「記録書Ⅰ」という。）及び訪問ごとに記入する記録書（以下「記録書Ⅱ」という。）を作成すること。
- ② 記録書Ⅰには、訪問看護の依頼目的、初回訪問年月日、主たる傷病名、既往歴、現病歴、療養状況、介護状況、緊急時の主治医・家族等の連絡先、指定居宅介護支援事業所の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入する

こと。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等（精神訪問看護に係る記録書Ⅱには、訪問先、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）必要な事項を記入すること。

別紙様式 1

訪問看護計画書

患者氏名			生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策		評価
衛生材料等が必要な処置の有無 有 無			
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
備考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成 年 月 日

事 業 所 名

管 理 者 氏 名

印

殿

別紙様式 2

訪問看護報告書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
訪 問 日	平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 訪問日を○で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。	
病状の経過		
看護・リハビリテーションの内容		
家庭での介護の状況		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()	
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容	
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む)		

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

事業所名

管理者氏名

印

殿

別紙様式 3

精神科訪問看護計画書

患者氏名			生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護の目標			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策		評価
衛生材料等が必要な処置の有無 有 無			
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
備考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

平成 年 月 日

事 業 所 名

管 理 者 氏 名

印

殿

別紙様式 4

精神科訪問看護報告書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)																																																																						
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)																																																																							
住 所																																																																								
訪 問 日	平成 年 月 平成 年 月 <table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 訪問日を○で囲むこと。精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日は✓印をつけること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																																																											
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14																																																											
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21																																																											
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																											
29	30	31					29	30	31																																																															
病状の経過																																																																								
看護の内容																																																																								
家族等との関係																																																																								
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()																																																																							
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容																																																																							
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む)																																																																								

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

事業所名

管理者氏名

印

平成26年 3 月 28 日

地 方 厚 生（ 支 ） 局 医 療 課 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険主管課（部） 都道府県後期高齢者医療主管部（局） 後 期 高 齢 者 医 療 主 管 課（ 部 ）	}	御中
---	---	----

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添 1 から別添11までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

また、平成26年 3 月 5 日付官報（号外第45号）等に掲載された平成26年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添12のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「平成 2 6 年度診療報酬改定について」
（平成26年 3 月 5 日保発0305第 1 号）（別添 1）
- ・「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26年 3 月 5 日保医発0305第 1 号）（別添 2）
- ・「特掲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26年 3 月 5 日保医発0305第 2 号）（別添 3）
- ・「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」
（平成26年 3 月 5 日保医発0305第 3 号）（別添 4）
- ・「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26年 3 月 5 日保医発0305第 5 号）（別添 5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」
（平成26年 3 月 5 日保医発0305第 8 号）（別添 6）
- ・「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」
（平成26年 3 月 5 日保医発0305第13号）（別添 7）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年 3 月 5 日保医発0305第15号）（別添 8）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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」
（平成26年 3 月 5 日保発0305第 3 号）（別添 9）
- ・「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の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について」
（平成26年 3 月 19日保医発0319第 4 号）（別添10）
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
（平成26年 3 月 19日保医発0319第 7 号）（別添11）

(別添 1)

平成26年度診療報酬改定について
(平成26年 3 月 5 日保発0305第 1 号)

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第[5756](#)号)等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年 4 月 1 日から適用されることとなった。

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26年 3 月 5 日保医発0305第 1 号)

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第58号)が公布され、平成26年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

第 4 経過措置等

表 1

栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関における入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料 1 を除く。)ただし、平成26年 7 月 1 日以降に算定する場合に限る。また、平成24年 3 月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年 6 月30日まで延長したものに限る。

一般病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算(13対 1 入院基本料又は~~及び~~15対 1 入院基本料に限る。)

一般病棟入院基本料の注11に掲げる療養病棟入院基本料 1 (7 対 1 入院基本料又は10 対 1 入院基本料に限る。)(平成26年10月 1 日以降に算定する場合に限る。)

一般病棟入院基本料の注12に掲げる A D L 維持向上等体制加算(7 対 1 入院基本料~~又は及び~~10対 1 入院基本料に限る。)

特定機能病院入院基本料の注 9 に掲げる療養病棟入院基本料 1 (一般病棟に限る。)(平成26年10月 1 日以降に算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注 8 に掲げる療養病棟入院基本料 1 (平成26年10月 1 日以降に算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注 9 に掲げる A D L 維持向上等体制加算(7 対 1 入院基本料~~又は及び~~10対 1 入院基本料に限る。)

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3

診療録管理体制加算 1

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注 2 (別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合)

退院調整加算の注 3 (別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合)

~~看護職員夜間配置加算（平成26年10月1日以降に限る。）~~

回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算 （回復期リハビリテーション病棟入院料1に限る。）

~~精神科救急入院料の注4に掲げる院内標準診療計画加算~~

精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算 （精神科急性期治療病棟入院料1に限る。）

~~精神科急性期治療病棟入院料の注5に掲げる院内標準診療計画加算~~

~~精神科救急・合併症入院料の注4に掲げる院内標準診療計画加算~~

表2

一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（平成26年3月31日において、現に急性期看護補助体制加算の注3に規定する看護職員夜間配置加算の届出を行っている保険医療機関であって、平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

感染防止対策加算1（平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

~~退院調整加算の注3（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

データ提出加算 （平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料2又は4（平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定集中治療室管理料3又は4 （平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

ハイケアユニット入院医療管理料2 （平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~小児特定集中治療室管理料~~

新生児特定集中治療室管理料 1 又は 2 （平成26年10月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料（平成26年10月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 （平成26年10月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 に限る）~~の注 2 に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算

精神科救急入院料

精神科救急・合併症入院料

精神療養病棟入院料

表 3

<u>総合入院体制加算</u>	→	<u>総合入院体制加算 2</u>
<u>診療録管理体制加算</u>	→	<u>診療録管理体制加算 2</u>
新生児特定集中治療室退院調整加算	→	新生児特定集中治療室退院調整加算 1 <u>及び 2</u>
新生児特定集中治療室退院調整加算	⇒	新生児特定集中治療室退院調整加算 2

別添 2

入院基本料等の施設基準等

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 の 8 A D L 維持向上等体制加算の施設基準

（5）アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

ア 直近 1 年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時における A D L が入院時と比較して低下した患者（別添 6 の別紙 7 の 2 の合計得点が低下した者をいう。）の割合が 3 % 未満であること。

ただし、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

~~なお~~、患者の A D L は、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下「B I」という。）を用いて評価することとするが、平成27年 3 月 31 日までの間に限り、

D P C 調査の様式1における入院時と又は退院時の「A D Lスコア」を用いた評価であっても差し支えない。ただし、退院時の「A D Lスコア」については、当該病棟から退院又は退棟した時点のA D Lとする。

イ

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

なお、届出以降、毎年7月1日の届出報告（別添7の様式5の~~5-4~~）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。

11 精神病棟入院基本料の注4及び特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

(1) 精神病棟入院基本料の注4の施設基準等

イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号。別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（J C S（Japan Coma Scale）でⅡ－3（又は30）以上又はG C S（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から11までを用いること。ただし、別添7の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限る。なお、別添7の様式10から様式10の3、様式10の5については、7対1入院基本料を届け出る場合に用い、別添7の様式10及び10の3については、10対1入院基本料又は看護必要度加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10、10の3及び10の4については、一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添7の様式5の5については、A D L維持向上等体制加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の8については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の7については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。
- 4 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の~~8-6~~までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

第 1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

(4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（~~当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。~~）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、及び G C S F 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

第26の 4 データ提出加算

2 データ提出に関する事項

(1) D P C データの提出をを希望する保険医療機関（平成26年 3 月31日時点で D P C 病院及び D P C 準備病院である病院を除く）は、平成26年 5 月20日、8 月20日、11 月20日、平成27年 2 月20日、5 月20日又は 8 月20日~~平成26年 8 月20日、11 月20日、平成27年 2 月20日、5 月20日、8 月20日又は 11 月20日~~に別添 7 の様式40の 5 を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。（平成27年 8 月20日後の届出は別途、厚生労働省保険局医療課より通知する。）。)

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 4 の 2 小児特定集中治療室管理料

1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

(8) 次のいずれかの基準を満たしていること。

イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関で区分番号「C 0 0 4」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近 1 年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5 時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (6) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、(略) また、当該日常生活機能評価票表及び看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、(略)

ア 日常生活機能評価を測定する場合

- (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票表の構成と評価方法

6 届出に関する事項

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20、様式49から様式49の 7 (様式49の4を除く。) ~~6~~までを用いること。

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

- (9) 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、(略) また、当該~~日常生活機能評価表及び~~看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

- (12) 当該病棟又は病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成26年3月31日時点で7対1 及び10対1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）の届出を行っている病棟については、平成~~26~~27年 9 ~~9~~月 30~~31~~日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする。

ア 直近6か月間において、当該病棟又は病室から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅~~自宅~~等に退院するものの数

5 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、9の3、20、50から50の3を用いること。

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

- (13) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

- (14) 精神科救急入院料1の施設基準

措置入院患者、(略) とは、患者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合

的に支援するための法律~~障害者自立支援法~~（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

3 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）~~及び様式53~~及び様式53の2を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。。

第17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年4月1日以降に~~当該病棟へ入院となった~~当該病棟に入院した患者1人につき1人以上、入院した日から起算して7日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。

5 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式24の2、~~及び様式55の2~~及び様式55の3を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積、並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等がわかるもの。）を添付すること。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(4) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等

ケ 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、（略）また、当該~~日常生活機能評価表及び看護必要度評価票A項目~~の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の 1 単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状態等の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0 点	1 点	2 点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時 3 本以上	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬注射薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理)	なし		あり
				A 得点

B	患者の状況等	0 点	1 点	2 点
8	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
9	起き上がり	できる	できない	
10	座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
11	移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
12	口腔清潔	できる	できない	
13	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
				B 得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 2 点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B 得点) が 3 点以上。

＜地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア病棟病棟入院医療管理料を算定する場合も含む)＞

における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 1 点以上。

＜回復期リハビリテーション病棟入院料 1 における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 1 点以上。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）並びに患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等及び回復期リハビリテーション料1については、評価はA項目の評価のみとし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時に評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。

ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場

合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでの創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

ここでの処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く） 項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護師等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 点滴ライン同時3本以上の管理 項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、 シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護師等が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した時間があつた場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。

2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。

スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であつて、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の使用、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。

抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③ 麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。

④麻薬の内服・貼付の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服・貼付、坐剤を使用した場合で、看護師等による内服・貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生しており、看護師等による特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認、及び内服後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的とした局所療法を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エクス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療に含む。

管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

⑥ 免疫抑制剤の管理

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護師等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

内服については、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤の使用は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。

昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り不整脈剤の使用の対象に含める。

抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬（ヘパリン、ワルファリン等）、血小板凝固阻害薬（アスピリン等）、血栓溶解薬（アルテプラゼ、アボキナーゼ〈ウロキナーゼ〉等）等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合やペンローズドレーン、フィルムドレーン等を使用し誘導する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。VAC療法（陰圧閉鎖療法）は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等

の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

9 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

10 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
。「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

1 1 移乗 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1 2 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

1 3 食事摂取 項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い

方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

1 4 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。

自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さやは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

認知症~~である老人~~高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や 意志意思 疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが ときどき 見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や 意志意思 疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク IIIに同じ
M	著しい精神症状や 問題行動周辺 症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症~~である老人~~高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成518年104月263日老健第135老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「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） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

2 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

3 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合をいう。

4 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり、シリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理しなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

7 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の**管理**は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

9 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定, ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンポンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。

「あり」

特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする

10 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

11 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

1.2 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
。「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

1.3 移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャー

へ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼスライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1 4 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないに関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

また、危険行動の項目については、評価対象期間内の記録が看護師等によって記載されたものであれば、当該保険医療機関以外の記録であっても評価に含むものとする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷の処置、褥瘡の処置については、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでの創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

ここでの処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでの褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R 分類 d2 以上の状態をいう。こ

の状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 蘇生術の施行 項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
蘇生術の施行がなかった場合をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く） 項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液や輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護師等が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した時間があつた場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。

2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。

スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注

射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合をいう。
- 「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
- 「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況

を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
- 「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

12 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
- 「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

13 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定,ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
- 「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

- 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
- 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。

3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

1 4 床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

1 5 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動

かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

1 6 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

1 7 起き上がり 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

1 8 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
。「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ60度以上を目安とする。

19 移乗 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

20 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

21 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないに関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

22 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

2 3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の

着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

2.4 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

2.5 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

2.6 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検

査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

選択肢の判断基準

- 「ない」
過去 1 週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
- 「ある」
過去 1 週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日

年 月 日

患者氏名	男・女		生年月日(明・大・昭・平)		年 月 日(歳)		利き手	右・右(矯正)・左										
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等						
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			廃用症候群 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 起立性低血圧 ☐ 静脈血栓			リハビリテーション歴									
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M														
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																		
心身機能・構造	☐ 意識障害:(3-3-9:) ☐ 認知症: ☐ 知的障害: ☐ 精神障害: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下(部位, MMT:) ☐ 不随意運動・協調運動障害:						☐ 知覚障害(☐ 視覚, ☐ 表在覚, ☐ 深部覚, ☐ その他:) ☐ 音声・発話障害(☐ 構音障害, ☐ 失語症)(種類:) ☐ 失行・失認: ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 呼吸・循環機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 疼痛:											
	基本動作 ☐ 立位保持(装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 ☐ 平行棒内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助 ☐ 訓練室内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助																	
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」										
	ADL・ASL等		自	監	一	全	非	使用用具		姿勢・実行場所	独	監	一	全	非	使用用具		姿勢・実行場所
			立	視	助	介	実	杖・装具		介助内容 等	立	視	助	介	実	杖・装具		介助内容 等
	屋外歩行							杖・装具:							杖・装具:			
	階段昇降							杖・装具:							杖・装具:			
	廊下歩行							杖・装具:							杖・装具:			
	病棟トイレへの歩行							杖・装具:							杖・装具:			
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)							装具:							装具:			
	車椅子・ベッド間移乗							装具:							装具:			
	椅子座位保持							装具:							装具:			
ベッド起き上がり							装具:							装具:				
食事							用具:							用具:				
排尿(昼)							便器:							便器:				
排尿(夜)							便器:							便器:				
整容							移動方法・姿勢:							移動方法・姿勢:				
更衣							姿勢:							姿勢:				
装具・靴の着脱							姿勢:							姿勢:				
入浴							浴槽:							浴槽:				
コミュニケーション																		
活動度		日中臥床: ☐ 無, ☐ 有(時間帯: 理由)																
		日中座位: ☐ 椅子(背もたれなし), ☐ 椅子(背もたれあり), ☐ 椅子(背もたれ, 肘うけあり), ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ ギャッチアップ																
参加	職業 (☐ 無職, ☐ 病欠中, ☐ 休職中, ☐ 発症後退職, ☐ 退職予定)						社会参加(内容・頻度等)											
	(職種・業種・仕事内容:)																	
心理	経済状況()						余暇活動(内容・頻度等)											
環境	障害の受容(☐ ショック期, ☐ 否認期, ☐ 怒り・恨み期, ☐ 悲観・抑うつ期, ☐ 解決への努力期, ☐ 受容期)						依存欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)											
	機能障害改善への固執(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)						独立欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)											
第3者の	同居家族:						家屋 :											
	親族関係:						家屋周囲:											
第3者の	発病による家族の変化						交通手段:											
	☐ 社会生活: ☐ 健康上の問題の発生: ☐ 心理的問題の発生:																	

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加目標	退院先 ☐ 自宅 ☐ 親族宅 ☐ 医療機関 ☐ その他: 復職 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 ☐ 無 ☐ 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
すべて実況	自宅内歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (種類:) 車椅子 ☐ 不要 ☐ 電動 ☐ 手動 (使用場所:) (駆動 ☐ 自立 ☐ 介助)(移乗 ☐ 自立 ☐ 介助:) 排泄 ☐ 自立:形態 ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ 立ち便器 ☐ その他 ☐ 介助: 食事 ☐ 箸自立 ☐ フォーク等自立 ☐ 介助: 整容 ☐ 自立 ☐ 介助: 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助: 入浴 ☐ 自宅浴槽自立 ☐ 介助: 家事 ☐ 全部実施 ☐ 非実施 ☐ 一部実施: 書字 ☐ 自立 ☐ 利き手交換後自立 ☐ その他: コミュニケーション ☐ 問題なし ☐ 問題有り:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 ☐ 不要 ☐ 要: 福祉機器 ☐ 不要 ☐ 要: 社会保障サービス ☐ 不要 ☐ 身障手帳 ☐ 障害年金 ☐ その他: 介護保険サービス ☐ 不要 ☐ 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 ☐ 不要 ☐ 要: 家族構成の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族内役割の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族の社会活動変化 ☐ 不要 ☐ 要:	
退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)		備考

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「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)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成185年410月326日 老発健第0403003135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している活動」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる活動」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名：		男・女		生年月日(西暦)		年 月 日(歳)		利き手		右・右(矯正)・左	
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：				合併症(コントロール状態)：				リハビリテーション歴：			
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症 高齢者である老人 の日常生活自立度判定基準： I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M							

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 (月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	☐ 意識障害 (JCS、GCS)： ☐ 見当識障害： ☐ 記銘力障害： ☐ 運動障害： ☐ 感覚障害： ☐ 摂食障害： ☐ 排泄障害： ☐ 呼吸、循環障害： ☐ 音声、発話障害(構音、失語)： ☐ 関節可動域制限： ☐ 筋力低下： ☐ 褥瘡： ☐ 疼痛： ☐ 半側空間無視： ☐ 注意力障害： ☐ 構成障害： ☐ その他：							
	基本動作	寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 座位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)：						
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ	
	食事	10	5	0				
	移乗	15	10 ←監視下					
	座れるが移れない→		5	0				
	整容	5	0	0				
	トイレ動作	10	5	0				
	入浴	5	0	0				
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：			
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子：			
	階段	10	5	0				
	更衣	10	5	0				
	排便管理	10	5	0				
	排尿管理	10	5	0				
	合計(0～100点)	点						
コミュニケーション	理解							
	表出							

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ ☐ 無職、 ☐ 病欠中、 ☐ 休職中、 ☐ 発症後退職、 ☐ 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ ☐ 自宅、 ☐ 親族宅、 ☐ 医療機関、 ☐ その他） 復職（ ☐ 現職復帰、 ☐ 転職、 ☐ 配置転換、 ☐ 復職不可、 ☐ その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 ☐ 不要、 ☐ 要： 福祉機器 ☐ 不要、 ☐ 要： 社会保障サービス ☐ 不要、 ☐ 身障手帳、 ☐ 障害年金 ☐ その他： 介護保険サービス ☐ 不要、 ☐ 要：	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族構成の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族内役割の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族の社会活動変化 ☐ 不要、 ☐ 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望： 家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：			外泊訓練計画：
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）			
退院後の社会参加の見込み：			説明者署名：

本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族（ ） 署名：
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「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)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高年齢者である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高年齢者である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成185-年410-月326-日 老発健第0403003135-号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1	夜間・早朝等加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1
2	時間外対応加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2
2の2	明細書発行体制等加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2の2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2の3
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 5の2, 12～12の86
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
第1	総合入院体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13及び13の2
2	臨床研修病院入院診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式14又は14の2
2の2	救急医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式14の3
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐ 年 月	☐	様式15
3の2	妊産婦緊急搬送入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式16
4	診療録管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 19, 20
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3
9	療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐ 年 月	☐	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算 1	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
11	療養病棟療養環境加算 2	☐	☐ 年 月	☐	
11の2	療養病棟療養環境改善加算 1	☐	☐ 年 月	☐	

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７）
11の2	療養病棟療養環境改善加算 2	☐	☐ 年 月	☐	J
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の2
13	重症皮膚潰瘍管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26
14	緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 32
17の2	強度行動障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式33
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 34
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35
21	感染防止対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の2, 35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 38
24	退院調整加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39
24の2	新生児特定集中治療室退院調整加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39
24の3	救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の2
24の4	救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の2
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
25	総合評価加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の5, 40の7, 40の8
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式41
第 1	救命救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 42
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 45

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7）
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
5	新生児特定集中治療室管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 13の2, 48～48の3
10	小児入院医療管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 3	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 4	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 5	☐	☐ 年 月	☐	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20 49～49の76
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	☐	☐ 年 月	☐	
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 9の3, 13の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53, 53の2
16	精神科急性期治療病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53, 55
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
20	特定一般病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2 57の3
20	特定一般病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
	短期滞在手術基本料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 58
	短期滞在手術基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	

※様式21は欠番

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

□ 7対1入院基本料 （□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）			
□ 10対1入院基本料 （□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）			
職種	氏名	勤務時間	研修受講
医師			□
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士			

2. 入院患者の構成

算出期間（直近1年間）		（ 年 月 日～ 年 月 日）
当該病棟の新規入院患者数 ①		名
①のうち、65歳以上の患者数 ②		名
①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数 ③		名
②／①（8割以上） ④		%
③／①（6割以上） ⑤		%

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

算出期間（直近1年間もしくは3月間）		（ 年 月 日～ 年 月 日）
当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） ⑥		名
⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者数 ⑦		名
⑦／⑥（3%未満） ⑧		%

調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） ⑨		名
調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 ⑩		名
⑩／⑨（1.5%未満） ⑪		%

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

[記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師は当該保険医療機関に常勤配置、理学療法士等は病棟専従の常勤配置であること
3. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第 3 条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
6. ADL 評価の算出期間は直近 1 年間であるが、新規届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。
- ~~6~~ 7. 届出以降、毎年 7 月 1 日の届出報告（別添 7 の様式 5 の 4）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添 7 の様式 5 の 4 を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2 以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。
- ~~7~~ 8. 医師はリハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成 27 年 3 月 31 日までは研修を修了したものとみなす。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。

【備考】適合する場合は、□に「ℓ」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書（様式 5（例）を参照のこと）を添付し届出ること。

	今回の届出		区分	病棟数	病床数	入院患者数		平均在院 日数
	病棟数	病床数				届出時	1日平均 入院患者数	
総病床数								
一般病棟入院基本料								
療養病棟入院基本料								
結核病棟入院基本料								
精神病棟入院基本料								
特定機能病院入院基本料								
一般病棟								
結核病棟								
精神病棟								
専門病院入院基本料								
障害者施設等入院基本料								
救命救急入院料								
特定集中治療室管理料								
ハイケアユニット入院医療管理料								
脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
小児特定集中治療室管理料								
新生児特定集中治療室管理料								
総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児 新生児							
新生児治療回復室入院医療管理料								
一類感染症患者入院医療管理料								
特殊疾患入院医療管理料（再掲）								
小児入院医療管理料（4は再掲）								
回復期リハビリテーション病棟入院料								
地域包括ケア病棟管理料（再掲）								
特殊疾患病棟入院料								
緩和ケア病棟入院料								
精神科救急入院料								
精神科急性期治療病棟入院料								
精神科救急・合併症入院料								
児童・思春期精神科入院医療管理料								
精神療養病棟入院料								
認知症治療病棟入院料								
特定一般病棟入院料								

※ 1 日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
※ 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
※ 療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
※ 1 つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。
- 2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1， 特別， 月平均夜勤時間超過減算
療養病棟入院基本料	1， 2， 特別，月平均夜勤時間超過減算（ 2-4 のみ）
結核病棟入院基本料	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1， 18 対 1， 20 対 1， 特別， 月平均夜勤時間超過減算
精神病棟入院基本料	10 対 1， 13 対 1， 15 対 1， 18 対 1， 20 対 1， 特別， 月平均夜勤時間超過減算
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7 対 1， 10 対 1，
結核病棟	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1
精神病棟	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1
専門病院入院基本料	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1，
障害者施設等入院基本料	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1，月平均夜勤時間超過減算

- 3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	1， 2， 3， 4
特定集中治療室管理料	1， 2， 3， 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1， 2
新生児特定集中治療室管理料	1， 2
小児入院医療管理料	1， 2， 3， 4， 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1， 2， 3
亜急性期入院医療管理料	1， 2
特殊疾患病棟入院料	1， 2
精神科救急入院料	1， 2
精神科急性期治療病棟入院料	1， 2
認知症治療病棟入院料	1， 2
特定一般病棟入院料	1， 2

- 4 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること）をみ
たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が 1 名以上配置されており、入院基
本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点減算される
対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない
------	-------

- 5 療養病棟入院基本料の「１」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。
- 6 「１日平均入院患者数」は、直近１年間の数値を用いて、別添２の第２の４に基づき算出すること。
- 7 「平均在院日数の算定期間」は、直近３か月間の数値を用いて、別添２の第２の３に基づき算出すること。

7 対 1 入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る

届出書添付書類

①	直近6月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
	(4) 他院の療養病棟	名
	(5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
	(6) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	(7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	(8) (4)～(7)を除く病院、診療所	名
②	自宅等に退院するものの割合(75%以上) $((1) + (3) + (5) + (6) + (7)) / ①$ (75%以上)	%

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

※追加様式

様式12の4

有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

No	保険医登録番号	医療機関名※	氏 名	担当する曜日・時間帯

- 〔記載上の注意〕
- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
 - 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
 - 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

2 医師の名簿（2 名以上）

No.	保険医登録番号	氏 名	勤務の態様	週平均 勤務時間数	1 日平均 勤務時間数
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		

所定労働時間 _____ 時間／週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

有床診療所入院基本料の看護配置加算、
夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助加算の施設基準に係る
届出書添付書類

1 看護配置加算

- ・ 一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。
- ・ 看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

看護職員氏名	
	(再掲) 看護師氏名

2 夜間看護配置加算、看取り加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

- (1) 夜間看護配置加算 1 ・ 夜間看護配置加算 2
(2) 看取り加算

2) 夜間の看護職員の配置数

- ・ 夜間の看護職員の配置数を記入すること。
- ・ 夜間看護配置加算 1 を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

夜間の看護職員数	夜間の看護補助者数	(再掲)当直の看護要員数
名	名	名

[記載上の注意]

夜間看護職員が1名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。

3 看護補助配置加算

- ・ 一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

看護補助者氏名	職種

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。
- 2 看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

例) 看護配置加算算定の欄に、A、B、Cの3名の氏名を記載し、看護補助配置加算算定の欄に、Cの氏名を再度記載することは不可。

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
--	---------------------------------------

[届出上の注意]

1 又は 2 において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
☐ 総合入院体制加算	年 月 日	☐ 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
☐ 医師事務作業補助体制加算1 （対1補助体制加算）	年 月 日	☐ 医師事務作業補助体制加算2 （対1補助体制加算）	年 月 日
☐ ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	☐ 小児特定集中治療室管理料	年 月 日
☐ 急性期看護補助体制加算	年 月 日	☐ 総合周産期特定集中治療室管理料	年 月 日
☐ 看護職員夜間配置加算	年 月 日	☐ 小児入院医療管理料1又は2 （該当する方に○をつけること）	年 月 日
☐ 精神科リエゾンチーム加算	年 月 日	☐ 移植後患者指導管理料	年 月 日
☐ 栄養サポートチーム加算	年 月 日	☐ 糖尿病透析予防指導管理料	年 月 日
☐ 呼吸ケアチーム加算	年 月 日	☐ 院内トリアージ実施料	年 月 日
☐ 病棟薬剤師業務実施加算	年 月 日	☐ 手術・処置の休日加算1、時間 外加算1、深夜加算1	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

- ☐ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

- ☐ 医師事務作業補助者の配置

- ☐ 短時間正規雇用の医師の活用

- ☐ 地域の他の医療機関との連携体制

☐ 交代勤務制の導入（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

☐ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）

ア 初診における選定療養の額 _____円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割

☐ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

- ☐ 勤務時間（平均週 _____時間（うち、残業 _____時間））

- ☐ 連続当直を行わない勤務シフト（平均月当たり当直回数 _____回）

- ☐ 当直翌日の通常勤務に係る配慮（☐ 当直翌日は休日としている ☐ 当直翌日の業務内容の配慮を行っている ☐ その他（具体的に： _____））

- ☐ 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

- ☐ その他 _____

(3) 職員等に対する周知（有 _____ 無 _____）

具体的な周知方法（ _____ ）

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度（ _____ 回/年）

イ 参加人数（平均 _____ 人/回）参加職種（ _____ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者（名前： _____ 職種： _____）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無

- ☐ あり→（第三者評価を行った機関名： _____） ☐ なし

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにH I V等に係る専門外来の患者を除く。）で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 （該当区分に○をつけること。）

医師事務作業補助体制加算	1	・	2
15 対 1 ・ 20 対 1 ・ 25 対 1 ・ 30 対 1 ・ 40 対 1 ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 100 対 1			

2 医師事務作業補助者の配置

① 保険医療機関の届出病床数（一般病床） ※一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。	床
② 保険医療機関の届出病床数（精神病床） ※精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料 1、精神科救急・合併症入院料算定病床で届出を行う時には、これら入院料の届出病床数の合計を記載すること。	床
③ 医師事務作業補助者の数 ※①+②／（④で記載した値）で小数点第一位を四捨五入した数以上であること。	名
④ 医師事務作業補助者の配置	: 1

3 医師事務作業補助者の病棟又は外来における勤務状況

① 延べ勤務時間数（1週間）	時間
② うち病棟又は外来での延べ勤務時間数（1週間）	時間
③ ②／①（80%以上）	%

4 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	
--------------------	--

5 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低 6 ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に 3 2 時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

6 院内規定の整備について（満たしているものに○をつける）

	① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
	② 院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
	③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定め、個別の業務内容を文書で整備している。
	④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
	⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
⑥ 院内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 ☐ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。） ☐ 電子カルテシステムのみ ☐ オーダーリングシステムのみ	

7 急性期医療に関する事項

	①第三次救急医療機関		
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
	③小児救急医療拠点病院		
	④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院	年間	名
	⑤災害拠点病院		
	⑥へき地医療拠点病院		
	⑦地域医療支援病院		
	⑧年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間	名
	⑨年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間	件
	⑩年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院	年間	名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 「3」については、様式 18 の 2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「5」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 4 「6」の①については、様式 13 の 2「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。
- 5 「6」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 6 「6」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15 対 1 又は 20 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「7」の①～④のいずれかを満たすこと。25 対 1、30 対 1 又は 40 対 1 補助体制加算を届け出る場合には、①～⑨のいずれかを満たすこと。50 対 1、75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 9 「7」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

退院調整加算
 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2
 新生児特定集中治療室退院調整加算 3

の施設基準に係る
 届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

退院に係る調整及び支援に 関する部門の設置の有無	(有 無)
-----------------------------	--------------

1. 退院調整に従事する職員

	氏 名	専従・専任	職 種	経験年数
退院調整に関する 経験を有する者				

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

☐	小児入院医療管理料（1、2 又は 3）
☐	総合周産期母子医療センター
☐	地域周産期母子医療センター

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。
- 6 退院調整加算の注3に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士につき専従でなくとも差し支えない。

様式 43 の 2

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

当 該 治 療 室 の 従 事 者	専 任 医 師		日 勤 名 当 直 名 そ の 他 名	
	専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師		名	
	当該病院に勤務する小児科医		名	
	看 護 師		日 勤 名 準 夜 勤 名 そ の 他 名	
当 該 治 療 室 の 概 要	病 床 面 積	病 床 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数
	平方メートル	床	平方メートル	名
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 （＊は当該病院内に設置されているもの）				
救 急 蘇 生 装 置				
除 細 動 器				
ペ ー ス メ ー カ ー				
心 電 計				
ポ ー タ ブ ル エ ッ ク ス 線 撮 影 装 置				
呼 吸 循 環 監 視 装 置				
対 外 補 助 循 環 装 置				
急性血液浄化療法に必要な装置				
＊ 自 家 発 電 装 置				
＊ 電 解 質 定 量 検 査 装 置				
＊ 血 液 ガ ス 分 析 装 置				
他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数		転院時において前医において算定されていた入院料（注１）		
		救命救急入院料		名
		特定集中治療室管理料		名
		転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注１）		
		救急搬送診療料		名
		24 時間以内に人工呼吸を実施した患者		名

〔記載上の注意〕

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の 2 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 6 注 1 については、どちらかを記載すればよい。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

2 退院調整加算に係る要件

退院調整加算の届出の有無	有 ・ 無
--------------	-------

3 退院支援部署に係る構成員

区分	氏名
ア 精神保健福祉士	
イ 該当する□に「V」を記入すること。 ☐ 看護師 ☐ 作業療法士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 臨床心理技術者	

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

区分	氏名	勤務時間
病棟配置の精神保健福祉士		
退院支援部署配置の精神保健福祉士		

1年前6+月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)		
年 月 日 年 月 (a)	(b)	名
上記患者のうち、1年以内に退院し在宅へ移行※した患者数(c)		
(c)		名
(c) / (b) = _____		

※在宅へ移行とは、患家又は精神障害者施設へ移行することをいう退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものを言う(ただし、死亡退院及びおよび退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される入院をした場合は除く。)。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

5 退院支援相談員に係る要件

精神療養病棟入院料を算定する病棟数	
精神療養病棟入院料を算定する病床数	

退院支援相談員氏名	職種	経験年数

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。届

~~出前月から起算して1年前の年月を記入する。~~

4. 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$(c) / (b) \geq 0.7$$

5. ~~退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。~~

※追加様式

様式55の3

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

退院支援相談員に係る要件

精神療養病棟入院料を算定する病棟数		
精神療養病棟入院料を算定する病床数		

退院支援相談員氏名	職種	経験年数

[記載上の注意]

1. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

特掲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26年 3 月 5 日保医発0305第 2 号)

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第59号)が公布され、平成26年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

第 2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

移植後患者指導管理料 (造血幹細胞移植後)	(移植 <u>管</u> 普造)	第	号
精神科重症患者早期集中支援管理料	(精早 <u>管</u> 普)	第	号
<u>調剤基本料 (調剤報酬点数表における注 1 のただし書に該当する場合を除く。)</u>			
	(調基)	第	号
<u>調剤基本料 (調剤報酬点数表における注 1 のただし書に該当する場合)</u>			
	(調基特)	第	号
<u>調剤基本料 (調剤報酬点数表における注 1 のイ又はロに該当する場合)</u>			
	(調基注)	第	号

第 4 経過措置等

- 表 1 心臓ペースメーカー指導管理料の注 4 に掲げる植込型除細動器移行期加算
がん患者指導管理料 2 又は 3

~~がん患者指導管理料 3~~

在宅療養実績加算 (「特掲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」(以下「特掲診療料の施設基準通知」という。)別添 1 の第 9 の 1 の (3) に規定する在宅療養支援診療所又は第 14 の 2 の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院に限る。)

~~在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (平成26年10月1日以降に限る。)~~

脳血管疾患等リハビリテーション (Ⅰ)、(Ⅱ) 又は (Ⅲ) の注 5

運動器リハビリテーション (Ⅰ)、(Ⅱ) 又は (Ⅲ) の注 5

仙骨神経刺激装置植込術 及び仙骨神経刺激装置交換術

~~仙骨神経刺激装置交換術~~

腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術及び腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

~~腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術~~

腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

~~腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術~~

胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（第10部手術の通則16に規定する届出に限る。）

胃瘻造設時嚥下機能評価加算（注2に規定する届出に限る。）

調剤基本料（注1のただし書きに規定する届出に限る。）

表2 在宅療養支援診療所（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第9の1の（1）に規定するもの（機能強化型・単独型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援診療所（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第9の1の（2）に規定するもの（機能強化型・連携型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援病院（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第14の2の1の（1）に規定するもの（機能強化型・単独型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援病院（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第14の2の1の（2）に規定するもの（機能強化型・連携型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

基準調剤加算1又は2

後発医薬品調剤体制加算1又は2

表3

人工乳房及び組織拡張器（乳房用）	→	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）
自家培養軟骨	→	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
悪性脳腫瘍に対する光線力学療法	→	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
人工内耳植込術（植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した場合）	→	植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術
人工乳房及び組織拡張器（乳房用）	→	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
バルーン拡張型人工生体弁セット	→	経皮的動脈弁置換術
磁場によるナビゲーションシステム	→	磁気ナビゲーション加算

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第9 在宅療養支援診療所

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を用いること。2の(3)の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添2の様式11、様式の11の3及び様式11の5~~4~~を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添2の様式の11の2及び様式11の5~~4~~を用いること。

第14の3 在宅患者歯科治療総合医療管理料

1 在宅患者歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ救急蘇生セット ~~（薬剤を含む。）~~

第17の2 在宅かかりつけ歯科診療所加算

1 在宅かかりつけ歯科診療所加算に関する施設基準

(1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

(3) 届出前3月間の月平均延べ患者数を用いること。

第25の2 光トポグラフィー

3 届出に関する事項

- (1) 光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2及び様式52を用いること。
- (2) 当該検査に従事する医師及び臨床検査技師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第47の2 がん患者リハビリテーション料

1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。
 - ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
 - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。
なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。
- (イ) ~~「がんのリハビリテーション研修」(厚生労働省委託事業)その他関係団体が主催するものであること。~~医療関係団体等が主催するものであること。

第88 調剤基本料の特例に関する施設基準

1

- (1) 保険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。

第89 基準調剤加算

1 基準調剤加算1の施設基準

- (9) 当該保険薬局は、(略)また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した薬剤情報提供文書を交付するること。

第91 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。
ただし、薬事法施行規則（昭和36年2月1日厚生省令第1号）第15条の9第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理~~製剤処理~~を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	☐	☐ 年 月	☐	1, 4
1の8	心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器移行加算）	☐	☐ 年 月	☐	24の2
2	高度難聴指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	2
3	喘息治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	3
4	糖尿病合併症管理料	☐	☐ 年 月	☐	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の2
4の3	がん患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の5 (基本別添7) 13の2
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の6 (基本別添7) 13の2
5	小児科外来診療料	☐	☐ 年 月	☐	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	☐	☐ 年 月	☐	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	☐	☐ 年 月	☐	7の3 (基本別添7) 13の2
6の5	夜間休日救急搬送医学管理料	☐	☐ 年 月	☐	7の4
6の6	外来リハビリテーション診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の5
6の7	外来放射線照射診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の6
6の8	地域包括診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の7
7	ニコチン依存症管理料	☐	☐ 年 月	☐	8, 4
8	開放型病院共同指導料	☐	☐ 年 月	☐	9, 10
9	在宅療養支援診療所	☐	☐ 年 月	☐	11, 11の3, 11の4, 11の5
10	地域連携診療計画管理料	☐	☐ 年 月	☐	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	12, 12の2
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	13
11の2	がん治療連携計画策定料	☐	☐ 年 月	☐	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	☐	☐ 年 月	☐	13の2
11の3	がん治療連携管理料	☐	☐ 年 月	☐	(基本別添7) 33
11の4	認知症専門診断管理料	☐	☐ 年 月	☐	13の5
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	☐	☐ 年 月	☐	13の6
12	薬剤管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	14, 4
12の2	医療機器安全管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
12の2	医療機器安全管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	☐	☐ 年 月	☐	15
13	歯科治療総合医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
14	在宅療養支援歯科診療所	☐	☐ 年 月	☐	18
14の2	在宅療養支援病院	☐	☐ 年 月	☐	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療総合医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	☐	☐ 年 月	☐	19
16	在宅がん医療総合診療料	☐	☐ 年 月	☐	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	☐	☐ 年 月	☐	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の2
16の6	持続血糖測定器加算	☐	☐ 年 月	☐	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	☐	☐ 年 月	☐	21
17の2	在宅かかりつけ歯科診療所加算	☐	☐ 年 月	☐	21の4
18	造血器腫瘍遺伝子検査	☐	☐ 年 月	☐	22
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	☐	☐ 年 月	☐	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	☐	☐ 年 月	☐	22
21	遺伝カウンセリング加算	☐	☐ 年 月	☐	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	☐	☐ 年 月	☐	24
22の2	植込型心電図検査	☐	☐ 年 月	☐	24の2
22の3	時間内歩行試験	☐	☐ 年 月	☐	24の6
22の4	胎児心エコー法	☐	☐ 年 月	☐	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	☐	☐ 年 月	☐	24の7
23	人工臓臓	☐	☐ 年 月	☐	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	☐	☐ 年 月	☐	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	☐	☐ 年 月	☐	25
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	☐	☐ 年 月	☐	26
25の2	光トポグラフィー	☐	☐ 年 月	☐	26の2, 26の3, 4, 52
26	脳磁図	☐	☐ 年 月	☐	27
26の2	神経学的検査	☐	☐ 年 月	☐	28
27	補聴器適合検査	☐	☐ 年 月	☐	29
27の2	ロービジョン検査判断料	☐	☐ 年 月	☐	29の2
28	コンタクトレンズ検査料 1	☐	☐ 年 月	☐	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	☐	☐ 年 月	☐	31
29の2	内服・点滴誘発試験	☐	☐ 年 月	☐	31の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	31の3, 52, 4
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	☐	☐ 年 月	☐	38
30	画像診断管理加算 1	☐	☐ 年 月	☐	32
30	画像診断管理加算 2	☐	☐ 年 月	☐	32
31	歯科画像診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	33
32	遠隔画像診断	☐	☐ 年 月	☐	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	☐	☐ 年 月	☐	36
34	CT撮影及びMRI撮影	☐	☐ 年 月	☐	37
35	冠動脈C T撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
35の2	外傷全身C T加算	☐	☐ 年 月	☐	38
35の3	大腸C T撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36	心臓MR I 撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	☐	☐ 年 月	☐	38の2
37	外来化学療法加算 1	☐	☐ 年 月	☐	39
37	外来化学療法加算 2	☐	☐ 年 月	☐	39
37の2	無菌製剤処理料	☐	☐ 年 月	☐	40, 4
38	心大血管疾患リハビテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
41	脳血管疾患等リハビテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
42	運動器リハビテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
42の2	運動器リハビテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
43	運動器リハビテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 42の3, 44の2
44	呼吸器リハビテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45	呼吸器リハビテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）	☐	☐ 年 月	☐	43の4、43の5
46	難病患者リハビテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47	障害児（者）リハビテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の3
47の4	集団コミュニケーション療法料	☐	☐ 年 月	☐	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	☐	☐ 年 月	☐	44の4
48	認知療法・認知行動療法	☐	☐ 年 月	☐	44の3
48の2	精神科作業療法	☐	☐ 年 月	☐	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
54	精神科でナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	46の3
55	重度認知症患者でケア料	☐	☐ 年 月	☐	47
55の2	精神科重症患者早期集中支援管理料	☐	☐ 年 月	☐	47の2
56	医療保護入院等診療料	☐	☐ 年 月	☐	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の3, 48の4, 48の5, (基本別添7) 13の2, 4
57	エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49
57	エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の2
57の2	透析液水質確保加算	☐	☐ 年 月	☐	49の3
57の3	磁気による膀胱等刺激法	☐	☐ 年 月	☐	49の4, 4
57の4	一酸化窒素吸入療法	☐	☐ 年 月	☐	49の5
57の5	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	☐	☐ 年 月	☐	50
57の6	CAD／CAM冠	☐	☐ 年 月	☐	50の2
57の7	歯科技工加算	☐	☐ 年 月	☐	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	50の4, 52, 4
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	50の5
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	50の6, 52, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	☐	☐ 年 月	☐	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	☐	☐ 年 月	☐	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	☐	☐ 年 月	☐	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	☐	☐ 年 月	☐	25
60の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	☐	☐ 年 月	☐	53, 4
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の2, 4
60の4	羊膜移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の3, 4
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の4, 4
60の6	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の5, 4
60の7	網膜再建術	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の6, 4
61	人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 55, 4
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の7, 4
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56, 4
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の3, 4
61の5	乳がんセンチネルリンパ節加算１、乳がんセンチネルリンパ節加算２	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の2, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	☐	☐ 年 月	☐	50の5
62	同種死体肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
62の2	生体部分肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58
62の3	経皮的冠動脈形成術	☐	☐ 年 月	☐	72
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 59
63の2	経皮的冠動脈ステント留置術	☐	☐ 年 月	☐	72
63の3	経皮的大動脈弁置換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の2, 4
63の4	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の3, 4
63の5	磁気ナビゲーション加算	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の4, 4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	☐	☐ 年 月	☐	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	☐	☐ 年 月	☐	24
65の2	植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術	☐	☐ 年 月	☐	24の2
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 61, 4
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 62, 4
67の2	両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	☐	☐ 年 月	☐	24
69	補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64, 4
70	植込型補助人工心臓（拍動流型）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65, 4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の3, 4
71	同種心移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
72	同種心肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	☐	☐ 年 月	☐	65の2
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の4, 4
72の4	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
72の6	ダメージコントロール手術	☐	☐ 年 月	☐	65の2
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の6, 4
73	体外衝撃波胆石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	☐	☐ 年 月	☐	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67
75	同種死体肝移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67の2, 4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
76の2	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67の3, 4
76の3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	☐	☐ 年 月	☐	68の2, 4
77の4	同種死体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
77の5	生体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77の7	膀胱水圧拡張術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の2, 4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の3, 4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の3, 4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	☐	☐ 年 月	☐	69の4, 4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	☐	☐ 年 月	☐	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
78の3	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 71の2, 4
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	☐	☐ 年 月	☐	71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71の4, 4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	☐	☐ 年 月	☐	72
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の3, 48の4, 48の5, (基本別添7) 13の2, 4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
80	輸血管理料Ⅰ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血管理料Ⅱ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血適正使用加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80の2	自己生体組織接着剤作成術	☐	☐ 年 月	☐	73の2
80の3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	☐	☐ 年 月	☐	73の3
80の4	内視鏡手術用支援施設機器加算	☐	☐ 年 月	☐	73の4, 52, 4
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	☐	☐ 年 月	☐	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	☐	☐ 年 月	☐	74の2
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	☐	☐ 年 月	☐	74の3
81	麻酔管理料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	75
82	放射線治療専任加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の2	外来放射線治療加算	☐	☐ 年 月	☐	76
83	高エネルギー放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	77
83の2	１回線量増加加算	☐	☐ 年 月	☐	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	☐	☐ 年 月	☐	78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	☐	☐ 年 月	☐	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
84	定位放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	79
84の2	定位放射線治療呼吸 性 移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	79の2
84の4	テレビモニターによる術中迅速病理組織標本作製	☐	☐ 年 月	☐	80
84の5	テレビモニターによる術中迅速細胞診	☐	☐ 年 月	☐	80
84の6	病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の7	口腔病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81
86	歯科矯正診断料	☐	☐ 年 月	☐	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	☐	☐ 年 月	☐	83
88	調剤基本料	☐	☐ 年 月	☐	84
89	基準調剤加算 1	☐	☐ 年 月	☐	84の2, 4
89	基準調剤加算 2	☐	☐ 年 月	☐	84の2, 4
90	後発医薬品調剤体制加算 1	☐	☐ 年 月	☐	85
90	後発医薬品調剤体制加算 2	☐	☐ 年 月	☐	85
90	後発医薬品調剤体制加算 3	☐	☐ 年 月	☐	85
91	保険薬局の無菌製剤処理加算	☐	☐ 年 月	☐	86, 4
92	在宅患者調剤加算	☐	☐ 年 月	☐	87

※様式16, ~~53~~-68は欠番

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	①	名
--	---	---

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①－②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名

・喫煙を止めたものの割合 = (③ + ④) / ①

%

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第 14 の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院			
2 当該病院の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該病院の許可病床数 _____ 床			
5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制			
(1) 担当部門の連絡先: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先:			
6 24 時間往診が可能な体制			
当該病院の担当医師名:			
7 24 時間訪問看護が可能な体制 ((2)がある場合には名称等を記入すること。)			
(1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:			

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

- (1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。

なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。

- (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅療養実績加算に係る届出

(有 ・ 無)

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書(様式11の54)」を添付すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

Ⅲ. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回

〔記入上の注意〕

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してから平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

[記入上の注意]

- Ⅰの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Ⅰの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Ⅰの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

認知症疾患医療センターについて(いずれかに○をつける)

① 基幹型	・	② 地域型	・	③ その他()
-------	---	-------	---	----------

[記載上の注意]

認知症疾患医療センターであることを示す書類を添付すること。

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

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

(1) 診療所（在宅療養支援診療所）

(2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）

(3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院

(4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

(1) 今回届出

(2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11 ~~の1~~の提出が必要であること。

2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類

届出前直近3ヶ月間の歯科訪問診療の実施人数回数について

1. 歯科訪問診療料の算定実績

歯科訪問診療1	①	人	回
歯科訪問診療2	②	人	回
歯科訪問診療3	③	人	回

2. 月平均患者数: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[記載上の注意]

- ① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 26 の 2

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

① 第25の2の1に規定するもの（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合）

② 第25の2の2に規定するもの（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合）

③ 第25の2の3に規定するもの（適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準）

(2) 届出種別

・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）

・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）

・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）

(3) 届出年月日 平成 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2名以上）

診療科名	氏名	当該療法の 経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療センター が実施している研修の修了 の有無（1名以上）
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏名

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 当該保険医療機関における精神科電気痙攣療法の実施症例数（5例以上） 例

(10) 施設共同利用率の算定

① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100% = %

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医に

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 1 「1」の(2)及び(10)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 2 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する保険医療機関は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(10)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「1」の(5)及び(9)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 6 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 7 「1」の(10)について
 - (1) ④による施設利用率が20%以上であること。
 - (2) 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - (3) 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 8-7 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

廃用症候群に係る実績報告書

都道府県名

保険医療機関名

保険医療機関番号

① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数			名
② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数			名
③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①)			%
④ 廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数			単位
⑤ 廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数			単位
⑥ 廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード)	1		
	2		
	3		

〔記載上の注意〕

- 1 「①」の期間については、平成25年7月1日から平成26年6月30日までとする。
- 2 廃用症候群に係る実績等を算出する際には、月ごとの評価に用いている「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」を参考にすること。
- 3 「⑥」の廃用をもたらすに至った要因は、新規算定患者についての「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」の項目2に記載された要因のうち、最も多い疾病コードの順から記載すること。

リハビリテーション従事者の名簿

[illegible]

[記載上の注意]

- 1 当該医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある適切な介護保険のリハビリテーションの従事者であっても記載すること。
- 2 職種欄におけるそのほか、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)に規定される適切な研修を修了した準看護師等のことをいう。
- 3 専従者、専任者については、当該従事者が担当するリハビリテーション区分の全てについて、専従であれば◎、専任であれば●を記載すること。
- 4 各リハビリテーションに規定される、経験有する者については、「経験」欄に経験を有する又は研修を修了したリハビリテーション名を記載すること。
- 5 地域包括ケア病棟には地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を含む病棟が主となる。

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る**常勤**の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあっては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

作成日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	年	月	日(歳)
主治医		デイ・ケア 担当職員					
診断		既往症					
入院歴	☐ なし ☐ あり（最終入院　　年　　月～　　年　　月　　病院）						
治療歴 （デイ・ケア等の 利用歴を含む）	☐ なし ☐ あり（ デイ・ケア等利用歴 ☐ ショート・ケア （施設名 利用期間 ） ☐ デイ・ケア （施設名 利用期間 ） ☐ ナイト・ケア （施設名 利用期間 ） ☐ デイ・ナイト・ケア （施設名 利用期間 ） ☐ その他 （施設名 利用期間 ）						
現在の状況 （症状・治療内容等）							
デイ・ケア 利用目的							
デイ・ケア 内容	（具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。）						
デイ・ケア 目標	短期目標（概ね3ヶ月以内）						
	長期目標（概ね1年以内）						
特記事項							

C A D / C A M 冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る**常勤**の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	備 考

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
使用する 歯科用 C A D ／ C A M 装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用 C A D / C A M 装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

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
(平成26年 3 月 5 日保医発0305第 3 号)

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)等が公布され、平成26年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添 1、歯科診療報酬点数表については別添 2 及び調剤報酬点数表については別添 3 のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

(7) 特定機能病院及び許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が500床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が500床以上~~異常~~の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)は、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。

第 2 部 入院料等

<通則>

5 入院中の患者の他医療機関への受診

(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1 点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料(「注11~~10~~」の規定により療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。)(略)

第 1 節 入院基本料

A 1 0 0 一般病棟入院基本料

(10) 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む。)を算定する病棟に入院してい

る患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

イ 一般病棟入院基本料の「注~~11~~¹⁹」の規定により、区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料1の例により算定する。（平均在院日数の算定の対象とならない。）

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

(13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

オ 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、「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26年3月5日保医発0305第1号）別添6の別紙~~23~~別紙様式5又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

第3節 特定入院料

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料

(7) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、(略)

ア 急性期医療を担う病院に入院し、(略)を算定する病棟であること。~~なお、同一医療機関において当該病棟又は病室に転棟等した患者については、算定できない。~~

A 3 1 1 精神科救急入院料

(6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。

第4節 短期滞在手術基本料

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

ア 手術室を使用していること （短期滞在手術等基本料3のイ～ホを算定する場合を除く）。 なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。

(3) 保険医療機関（有床診療所を除く。）において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、特に規定する場合を除き、すべての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし~~なお~~、アに掲げる「「D 2 3 7」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合」及びイに掲げる

「「D 2 3 7」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、医学的に当該入院で実施しなければならない特別の理由がある場合に限り、これらの点数を算定すること。また、算定の理由について、その必要性について医学上の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~ただし、それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査においては入院5日以内に手術を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。（例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等）~~

~~また、入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合は、当該保険医療機関及び転院先の保険医療機関ともに、短期滞在手術等基本料3を算定しない。~~

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1－2－9 地域包括診療料

- (3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料~~加算~~を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。
- (9) 患者の同意について、当該診療料~~加算~~の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該診療料~~加算~~を算定後、重症化等により当該診療料~~加算~~の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該診療料~~加算~~を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

B 0 0 9 診療情報提供料（I）

(14)

ア ~~グループホーム及びケアホーム~~（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）~~障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第15~~~~16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）~~

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法~~障害者自立支援法第5条第11~~~~12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7~~~~6項に規定する生活介護を行うものを除く。）~~

ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律~~障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2~~~~号項に規定する自立訓練（生~~

活訓練)を行う事業所

エ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第13~~14~~項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第14~~15~~項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第26~~22~~項に規定する福祉ホーム

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時間）及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(7) 在宅患者訪問看護・指導料等の「3」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越えるまでの~~までの~~褥瘡の状態にある患者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「3」により当該患者につきそれぞれ月1回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者をいう。

エ 強度~~極度~~の下痢が続く状態であるもの

(5) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に実施した評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、

計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料または同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料

(10) 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、処方内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定することができる。

なお、平成26年6月30日まで間に「2」の「イ」～「ハ」を算定する場合に限り、すべての患者について、新たに在宅自己注射を導入したものと見なし、導入初期加算を算定することができる。

第3部 検査

第3節 生体検査料

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験

(1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、(略) 算定する。

第5部 投薬

第2節 処方料

F 1 0 0 処方料

(9) 「注8」については、区分番号「A 0 0 0」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A 0 0 2」外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する保険医療機関において、以下のアからカまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ ~~キ~~ アからケ ~~カ~~の内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケ ~~カ~~に該当する疾患に対して用いた場合

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H004 摂食機能療法

(6) 「注2」に掲げる経口摂取~~回復開腹~~促進加算を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む~~管理栄養士等の~~多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。

H007-3 認知症患者リハビリテーション料

(1) 認知症患者リハビリテーション料は、(略)。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成18~~5~~年4~~10~~月3~~26~~日老発老健第0403003~~135~~号。「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26年3月5日保医発0305第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当するものをいう。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I012 精神科訪問看護・指導料

(21) 区分番号「I016」精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料(ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。)及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

(2) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙~~様式~~36を参考にする。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料

- (1) 精神科重症患者早期集中支援管理料は、(略)。なお、算定に当たっては、(略)「認知症~~高齢者である老人~~の日常生活自律度判定基準」の活用について」(平成~~18~~26年~~4~~10月~~3~~26日~~老発老健第0403003135号~~)におけるランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。
- (2) ここでいう長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者とは、以下のいずれにも該当する患者であること。
- イ 統合失調症、統合失調型障害又は妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症~~高齢者である老人~~の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成~~18~~26年~~4~~10月~~3~~26日~~老発老健第0403003135号~~。「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26年3月5日保医発0305第1号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。

第10部 手術

第1節 手術料

第8款 心・脈管

K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

(2)

- ア 心筋トロポニンT(TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニンT(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であってCK-MBが高値であること。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 9 画像等手術支援加算

~~(5) 「1」ナビゲーションによるものと「3」患者適合型手術支援ガイドを~~

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

L 0 0 8 - 3 経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一日~~一連~~につき1回に限り算定する。

別添 1 の 2

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙様式~~14~~、15、31は欠番である。

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分 0 0 調剤基本料

(5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70% 又は90%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

(15) 調剤基本料に係る処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合については、「特掲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26年3月5日保医発0305第2号) 別添 2 の様式84により、平成 2 6 年 4 月に地方厚生(支)局長へ報告すること。

なお、前年12月1日以降に新規に保険薬局の指定された薬局については、指定の日の属する月の翌月を起算月とし、4ヶ月目の月に報告することで差し支えない。

また、地方厚生(支)局長に報告した内容と異なる取扱いとなった場合には、処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合の取扱いに基づく調剤基本料の適用開始までの間に変更の報告を行うものであること。

区分 0 1 調剤料

(8) 注射薬の無菌製剤処理

カ 無菌調剤室~~を~~共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」(平成24年 8 月22日薬食発0822第 2 号)を遵守し適正に実施すること。

<薬学管理料>

区分 15 の 5 服薬情報等提供料

- (6) 情報提供に当たっては、別紙様式 [2](#)~~1~~又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。

<特定保険医療材料料>

区分 30 特定保険医療材料

別表 1

- 万年筆型注入器用注射針

○ [「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料](#)

※追加様式

(別紙様式 7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病 棟 (病 室)	
在宅復帰支援担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

- 注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。
- 注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

訪問診療に係る記録書

(患者氏名) 殿

(要介護度) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 該当なし

(認知症の日常生活自立度) I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 該当なし

(患者住所)

(訪問診療が必要な理由)

平成 年 月 日

患者氏名	診療時間 (開始時刻及び終了時刻)	診療場所(住所及び名称)	在宅患者訪問診療料2 (同一建物の場合)	往診料
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐
	～		☐	☐

診療人数合計 人

- [記入上の注意]
- 1 本記録書は、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定した場合に記載すること。
 - 2 「要介護度」「認知症の日常生活自立度」については、該当する箇所に○を記載すること。
 - 3 「訪問診療が必要な理由」については、通院困難な理由も含めて記載すること。
 - 4 「診療時間(開始時刻及び終了時刻)」については、実際に診療を行った時間について記載すること。(移動時間や準備時間等は含まない。)
 - 5 「診療場所」については、その住所及び名称を記載すること。なお、同一建物の場合は住所を「同上」とするなど省略して、部屋番号のみの記載としても構わない。
 - 6 「在宅患者訪問診療料2」「往診料」については、当該診療日に算定した点数をチェックすること。
 - 7 「診療人数合計」については、当該診療日に実際に在宅医療を行った患者数の合計について記載すること。

(主治医氏名) 印

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害用 院内標準診療計画書

患者氏名		様(男・女)		(M・T・S)		年 月 日生(歳)		身体疾患					
								既往歴					
担当者 サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の 担当者				
目標								入院形態					
		入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師 (通常の診察は 除く)		☐ 身体疾患の確認 (他科医師との連携)											
		☐ 入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時)	☐ 入院形態・行動制限の見直し		☐ 入院形態・行動制限の見直し			☐ 入院形態・行動制限の見直し				☐ 入院形態・行動制限の見直し	
		☐ 治療状況の確認と対処											
看護師		☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価 ※3	☐ 身体症状の評価										
			生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4		生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4			生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
精神保健福祉士		本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う ☐ 関係機関への連絡・調整※5 ☐ 経済状況 ☐ 生活環境	☐ 社会資源 チェックリスト作成※6					☐ 社会資源 チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6				☐ 社会資源 チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6	
							☐ 退院支援 チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※7				☐ 退院支援 チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※7		
薬剤師等※1		☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り	☐ 服薬指導		☐ 服薬指導			☐ 退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合)				☐ 退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合)	
		☐ 持参薬チェック	☐ 薬剤の副作用等の評価※8		☐ クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う ☐ 薬剤の副作用等の評価※8			☐ CP換算を行い、処方量の確認 ☐ 薬剤の副作用等の評価※8				☐ CP換算を行い、処方量の確認 ☐ 薬剤の副作用等の評価※8	
臨床心理技術者		☐ 精神症状の評価※9	☐ 精神症状の評価※10		☐ 精神症状の評価※9			☐ 精神症状の評価※9				☐ 精神症状の評価※9	
作業療法士等 ※2		☐ 認知機能の評価※11											
		☐ 作業療法のアプローチ ☐ 作業療法実施計画立案	☐ 作業能力評価※12		☐ 作業能力評価※12			☐ 作業能力評価※12				☐ 作業能力評価※12	
チーム 共通		医師、看護師、薬剤師等	☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に治療方針の決定	☐ 患者・家族と共に治療方針の決定			☐ 患者・家族と共に治療方針の決定				☐ 患者・家族と共に治療方針の決定	
		医師、看護師、臨床心理技術者等		☐ 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15				☐ 疾患に対する教育(家族とともに振り返り)				☐ 疾患に対する教育(家族とともに振り返り)	
		全職種	☐ 退院前訪問指導※13	☐ 地域移行支援カンファレンス※14		☐ 地域移行支援カンファレンス※14		☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17	☐ 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16	☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17	☐ 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS－EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10PANSS又はMSIに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11BACS-J/WCST/慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12 OSA II 等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13入院前の生活環境把握を行う
※14地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※15疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※18退院後の具体的環境調整を行う
※19 自己決定への支援(服薬、金銭等)

※追加様式

別紙様37の2

気分(感情)障害用 院内標準診療計画書										
患者氏名	様(男・女)				(M・T・S) 年 月 日生(歳)			身体疾患		
								既往歴		
担当者 サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の 担当者	
目標								入院形態		

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師 (通常の診察は 除く)	☐ 身体疾患の確認 (他科医師との連携) ☐ 入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対処											
看護師	☐ 隔離している場合、精神症状の評価※3 ☐ 睡眠(自己・看護師評価) ☐ 生活自立度自己チェック※4	☐ 入院形態・行動制限の見直し ☐ 隔離している場合、精神症状の評価※3		☐ 入院形態・行動制限の見直し			☐ 入院形態・行動制限の見直し				☐ 入院形態・行動制限の見直し	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う ☐ 関係機関への連絡・調整※5 ☐ 経済状況 ☐ 生活環境 ☐ 職場・家族との調整	☐ 社会資源 チェックリスト作成※6		☐ 社会資源 チェックリスト作成※6 ☐ 利用サービスの確認(本人・家族) ☐ 関係機関との連携			☐ 関係機関との連携				☐ 関係機関との連携	
							生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
薬剤師等※1	☐ 入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り	☐ 服薬指導(薬の説明・副作用の有無確認)		☐ 服薬指導			☐ 服薬指導 ☐ 退院時患者・家族服薬指導(2か月で退院する場合)				☐ 服薬指導 ☐ 退院時患者・家族服薬指導(3か月で退院する場合)	
	☐ 持参薬チェック ☐ 薬剤の副作用等の評価※8	☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン(CP)換算を行い処方量を確認		☐ 薬剤の副作用等の評価※8			☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認	
臨床心理技術者	☐ 精神症状の評価※9	☐ 精神症状の評価※10		☐ 精神症状の評価※11			☐ 精神症状の評価※12 ☐ WAIS-Ⅲ(必要時)				☐ 精神症状の評価※12 ☐ WAIS-Ⅲ(必要時)	
作業療法士等※2			集団作業療法導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認				精神科リハビリテーションの確認	
	☐ 作業療法のオリエンテーション ☐ 作業療法実施計画立案	☐ 作業能力評価※13		☐ 作業能力評価※13			☐ 作業能力評価※13				☐ 作業能力評価※13	
チーム共通	医師・看護師・PSW・看護師・薬剤師	患者・家族と共に治療方針の決定※20		患者・家族と共に治療方針の決定			患者・家族と共に治療方針の決定			患者・家族と共に治療方針の決定		
	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育		家族への心理教育案内				会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育	
全職種	☐ 退院前訪問指導※14	☐ 地域移行支援カンファレンス※15		☐ 地域移行支援カンファレンス※15	☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		☐ 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※17	☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※19	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18	☐ 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※17	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19	

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II等、これに準ずるもの評価ができるものを用いて評価を行う
※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCID-II等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※14入院前の生活環境把握を行う
※15地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※16疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※17※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※19退院後の具体的環境調整を行う
※20自己決定への支援(内服、金銭等)

別紙様式 39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、
「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る
部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

- 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - 臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「（1） 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

6月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名			
郵便番号			
住所			
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない		
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (6月1日時点)	名		

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

※ここでのいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさし、向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬4種類以上又は抗精神病薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数					
名	名	向精神薬多剤投与を受けている患者数			
		うち、抗不安薬 3種類以上の 投与を受けて いる患者数	うち、睡眠薬3 種類以上の投 与を受けてい る患者数	うち、抗うつ 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数	うち、抗精神病 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数
		名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数と主な疾患別患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

向精神薬多剤投与を受けている患者数				
	うち、うつ病の 患者数	うち、統合失調 症の患者数	うち、不安障 害の患者数	うち、その他の 疾患の患者数
名	名	名	名	名

- 3 向精神薬多剤投与を受けている患者数と、減算対象とならない場合はその患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者。「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」が診療を行った外来患者は計算の対象外。）

向精神薬多剤投与を受けている患者数			
	うち、他の保険医療機関 ですでに、向精神薬多剤 投与されていた患者数	うち、薬剤の切り替えの ため向精神薬多剤投与 となっている患者数	うち、臨時投与のた め向精神薬多剤投与 となっている患者数
名	名	名	名

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	■退院時 ADL 予後: 主な移動方法() → 自立 ・ 要介助 ・ 全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	■主な居室() と主たる移動場所() ■室内の段差: 無・有り(場所) ■手すり: 無・あり(場所) ■近隣の店までの距離(m)
患者、家族の 住環境に関する 希望等	
その他(食事、整 容、入浴、排泄、介 護状況、移動手段等 の特記事項)	
コメント・評価 (解決すべき住環境 課題について記入)	

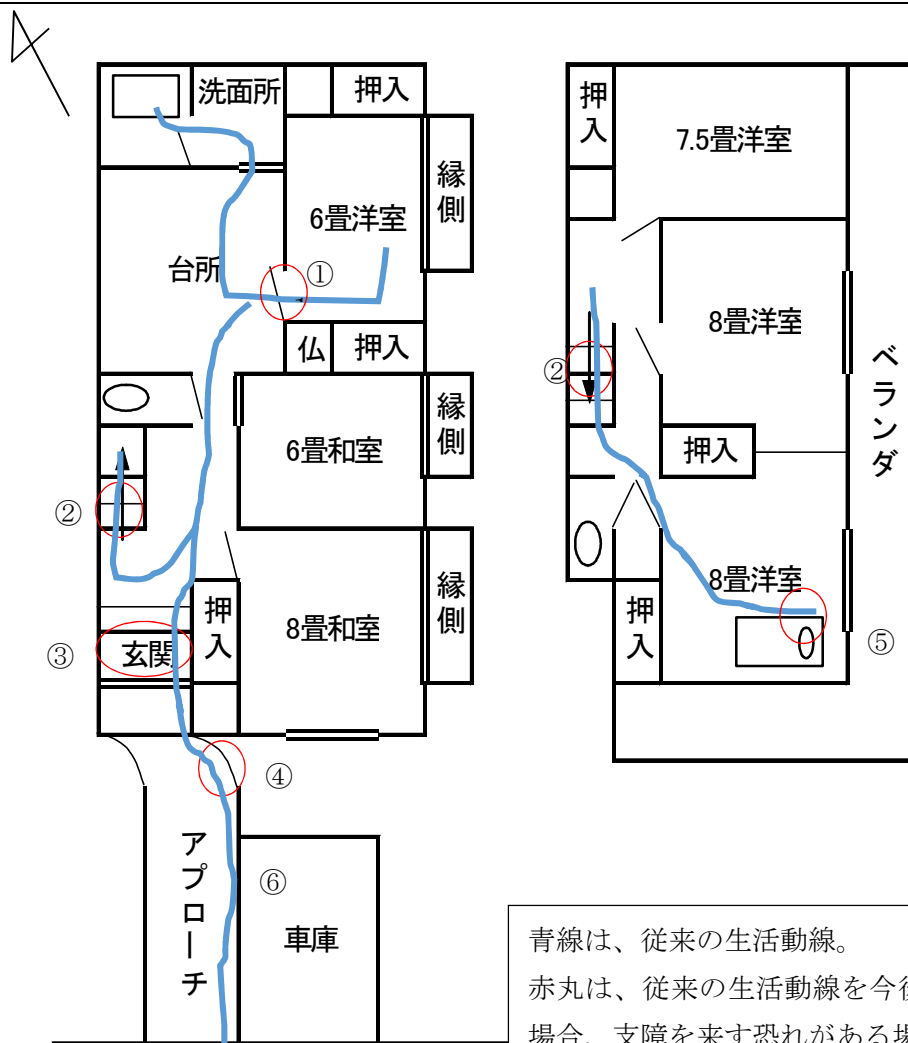
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

〔記入上の注意〕

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

(参考) 作図の場合



青線は、従来の生活動線。
赤丸は、従来の生活動線を今後も利用する場合、支障を来す恐れがある場面

(自宅生活を実現するために検討すべき事項)

- ① 幅 80 CM、車いすは困難。歩行移動が必要
- ② 階段 10 段。手すり右にしかない。
- ③ 1 段差 20 CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。
- ④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。
- ⑤ ベッドの向きを反対し突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。
- ⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

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26年 3 月 5 日保医発0305第 5 号)

- I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項
- 3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い
- (78) ヒト自家移植組織
- ア 自家培養表皮
- c 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、~~又は~~特定集中治療室管理料 2 又は特定集中治療室管理料 4の施設基準の届け出を行っている保険医療機関において実施すること。

特定保険医療材料の定義について
(平成26年 3 月 5 日保医発0305第 8 号)

Ⅱ 医科点数表の第 2 章第 3 部、第 4 部、第 6 部、第 9 部、第10部及び第11部に規定する
特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格

059 オプション部品

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品（４）整形用品」であって、一般的名称が「手術用メッシュ」、「体内固定用ネジ」、「人工股関節寛骨臼サポートコンポーネント」、「人工股関節骨セメントレストリクタ」、「骨スぺーサ」、「吸収性骨スぺーサ」、「骨プラグ」、「吸収性骨プラグ」、「体内固定用プレート」、「人工股関節寛骨臼コンポーネント」、「人工肘関節上腕骨コンポーネント」、「人工股関節大腿骨コンポーネント」、「全人工膝関節」、「全人工肩関節」、「全人工股関節」、「関節全置換術用セメントスぺーサ」、「人工肘関節尺骨コンポーネント」、「全人工肘関節」、「人工膝関節脛骨コンポーネント」、~~又は~~「下肢再建用人工材料」又は「人工肩関節上腕骨コンポーネント」であること。

(別添 7)

「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について
(平成26年 3 月 5 日保医発0305第13号)

2. 診療報酬において加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」については、別紙 3 のとおりとし、別紙 4 に示す「後発医薬品のある先発医薬品」については、平成26年度薬価改定において、その薬価が後発医薬品の薬価よりも低く~~高く~~なっている又は後発医薬品の薬価と同額となっているため、平成26年 4 月 1 日以降は、診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として取り扱う）こととする。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(平成26年 3 月 5 日保医発0305第15号)

第 2 届出に関する手続き

- 1 訪問看護ステーションの基準に規定する精神科訪問看護基本療養費、精神科複数回訪問加算、[精神科重症患者早期集中支援管理連携加算](#)、24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師又は機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出は、当該訪問看護ステーション単位で行うものであること。

別紙様式 4

精神科重症者早期集中支援管理連携加算・精神科複数回訪問加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

				受理番号		(訪看 27、28)		号																																									
受付年月日		平成 年 月 日		決定年月日		平成 年 月 日																																											
(届出事項) 1. 精神科重症者早期集中支援管理連携加算 2. 精神科複数回訪問加算																																																	
上記のとおり届け出ます。																																																	
平成 年 月 日																																																	
指定訪問看護事業者 の所在地及び名称																																																	
代表者の氏名 印																																																	
地方厚生（支）局長 殿																																																	
ステーションコード																																																	
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称																																																	
管理者の氏名																																																	
1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出																																																	
○届出状況 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ）																																																	
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>氏名</th><th>職種</th><th colspan="8">当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td colspan="8"></td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="8"></td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="8"></td></tr></tbody></table>										氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容																																					
氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容																																															
2. 24 時間対応体制																																																	
○届出状況 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ）																																																	
○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>保健師</th><th>人</th><th>常勤</th><th>人</th><th>非常勤</th><th>人</th></tr></thead><tbody><tr><td>看護師</td><td>人</td><td>常勤</td><td>人</td><td>非常勤</td><td>人</td></tr><tr><td>作業療法士</td><td>人</td><td>常勤</td><td>人</td><td>非常勤</td><td>人</td></tr></tbody></table>										保健師	人	常勤	人	非常勤	人	看護師	人	常勤	人	非常勤	人	作業療法士	人	常勤	人	非常勤	人																						
保健師	人	常勤	人	非常勤	人																																												
看護師	人	常勤	人	非常勤	人																																												
作業療法士	人	常勤	人	非常勤	人																																												
○連絡方法																																																	
○連絡先電話番号																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>1</th><th></th><th>4</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>2</td><td></td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>6</td><td></td></tr></tbody></table>										1		4		2		5		3		6																													
1		4																																															
2		5																																															
3		6																																															
※連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。																																																	

備考：精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること

：経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること

：精神科訪問看護基本療養費に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：24 時間対応体制加算に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：届出書は正副を 2 通提出すること

[illegible]

○届出状況 本届出時 ・ 既届出：受理番号（ ）
○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人

--

1		4	
2		5	
3		6	

直近 1 年間の訪問看護ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定数 (件/年)

算定年月日 (※ターミナルケア療養費の場合は A、ターミナルケア加算の場合は B を () に記載)

①	直近 1 年間に於ける、各月の別表 7 の該当利用者数の合計	人
②	①／12	人

	疾患名または状態
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

5. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防介護サービス計画の作成状況

①	直近 1 年間における当該訪問看護ステーションを利用した患者のうちの、要介護・要支援者介護保険適用者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画または介護予防介護サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業者による介護サービス計画・介護予防介護サービス計画の作成割合 ②／①	%

6. 人材育成のための研修や実習の受入実績（直近 1 年）

受入期間	対象及び人数	研修及び実習名
例.●年●月●日～●年●月●日	●●大学●年生●名	在宅看護実習
例.▲年▲月▲日～▲年▲月▲日	●×病院看護職員●名	退院支援研修

7. 褥瘡対策に係る

褥瘡対策の実施状況（届出前の 1 ヶ月の実績・状況）	
ア 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した利用者数	人
イ 褥瘡に関する看護計画を作成した利用者数	人

備考：届出書は正副 2 通を提出のこと

記入上の注意

1. 常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32 時間を基本とする）に達していることをいう。
2. 24 時間対応体制加算届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること。
3. 常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定状況、特掲診療料等の施設基準等の別表 7 の利用状況については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

別添

訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書（平成 年 7月 1日 現在）

受付番号	
------	--

ステーションコード		市町村
-----------	--	-----

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

フリガナ	
名称	

管理者

管理者の職種	
--------	--

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）（カ所）

同一敷地内の他の事業所又は施設等の有無（有・無）
有る場合は該当する全てについて○で囲むこと

1. 病院

2. 診療所

3. 介護老人保健施設

4. 介護老人福祉施設

5. 居宅介護支援事業所

6. 地域包括支援センター

7. 訪問介護事業所

8. 通所介護事業所

9. 小規模多機能居宅介護事業所

10. 複合型サービス事業所

11. その他（）

従業員の職種・員数

	保健師		助産師		看護師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）										
非常勤（人）										
※常勤換算後の人数（人）										

主たる事業所（）人 従たる事業所（）人

主な揭示事項

営業日（）

営業日以外の計画的な訪問看護への対応の有無（有・無）

訪問看護ステーションの利用者数（報告月の前月1ヶ月間における利用者数）

利用者数（人）

うち、医療保険の利用者数（人）・介護保険の利用者数（人）

1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出（注.当該療養費は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有・無

受理番号（）

当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等

氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容

2. 24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）
 ○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人

3. 特別管理加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）

4. 精神科複数回訪問加算・精神科重症者早期集中支援管理連携加算に係る届出
 （注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（精神科複数回訪問加算： ）
 （精神科重症者早期集中支援管理連携加算： ）

5. 機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出（注.当該管理療養費は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（機能強化型訪問看護管理療養費 1： ）
 （機能強化型訪問看護管理療養費 2： ）

○直近 1 年間のターミナルケアに係る算定状況

ターミナルケア療養費の算定数	
ターミナルケア加算の算定数	
合計（年）	

○1 月間の別表 7 の利用者数（ ）人／月 ※②の再掲

①	直近 1 年間における、各月の別表 7 の該当利用者数の合計	人
②	① / 12	人

○居宅介護支援事業所における介護サービス計画、**介護予防**介護****サービス計画の作成状況

①	直近 1 年間における当該訪問看護ステーションを利用した患者のうちの、 要介護・要支援介護保険適用 者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画または 介護予防介護 サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業者による介護サービス計画・ 介護予防介護 サービス計画の作成割合 ②／①	%

○人材育成のための研修や実習の受入状況（直近 1 年）

研修・実習等の受入：（ 有 ・ 無 ）
 開催回数（研修、実習等の合計）：（ ）回／年

6. 褥瘡対策の実施状況

(1) 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 訪問看護ステーション全利用者数（報告月の前月の初日の時点での利用者数）		人
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数		人
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数		人
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数		人
⑤ 褥瘡の重症度	訪問看護利用開始時の褥瘡 （③の利用者の在宅療養開始時の状況）	訪問看護利用中に発生した褥瘡 （④の利用者の発見時の状況）
d 1	人	人
d 2	人	人
D 3	人	人
D 4	人	人
D 5	人	人
D U	人	人

備考

1. 受付番号欄には記載しないこと。
2. 従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載すること。
3. 営業日以外の計画的な訪問看護とは、緊急時及び営業日以外に計画的な訪問を行っていることをいう。
4. 訪問看護ステーションの利用者数については、医療保険と介護保険の合計数を記載し、そのうちの医療保険、介護保険それぞれの利用者数を記載すること。
5. 精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。また、経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること。
6. 褥瘡対策の実施状況については、下記を参照の上、記載すること。

医療保険の他、介護保険の利用者についても含めることとする。

① ①の訪問看護ステーション全利用者数：

報告月の前月の初日の訪問看護ステーションの全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）。

① ②の褥瘡を保有している利用者数（褥瘡保有者数）：

① 利用者のうち、訪問看護利用開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1 名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数 1 名として数える。）。

③ 利用開始時に褥瘡を有していた利用者数（開始時褥瘡保有者）：

②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1 名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数 1 名として数える。）。

④ 新たに褥瘡が発生した利用者数：

②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

⑤ 褥瘡の重症度（DESIGN-R 分類）：

③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護利用開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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
(平成26年 3 月 5 日保発0305第 3 号)

第 2 訪問看護基本療養費について

1

- (3) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越えるまでの褥瘡の状態にある利用者(診療報酬の算定方法別表第一区分番号C 0 1 3に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者)に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。なお、当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

第 3 精神科訪問看護基本療養費について

- 3(1) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害施設」という。)に入所している複数のものに対して、(略)。

ここにいう「精神障害者施設」とは、精神疾患を有する者が入所する施設であって、次に掲げるものをいうものであること。

ア グループホーム及びケアホーム(障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第15・16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。)

イ 障害者支援施設(障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第11・12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7・6項に規定する生活介護を行うものを除く。)

ウ 障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第26・22項に規定する福祉ホーム

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
の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について
(平成26年3月19日保医発0319第4号)

第4 その他

1 経過措置(3) 改正前の医科点数表A301-2ハイケアユニット入院医療管理料の規定については、平成26年9月30日~~平成27年3月31日~~までの間、なおその効力を有するものとする。この場合において、改正前の算定告示別表の4中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,488点」とあるのは「2,561点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表5中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,688点」とあるのは「2,761点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表6中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,750点」とあるのは「2,823点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)3,008点」とあるのは「3,081点」とする。

(別添11)

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
(平成26年 3 月19日保医発0319第 7 号)

9 手術について

項 目	略 称
抜歯手術	抜歯又はT. E X T
歯根端切除手術	根切
<u>歯槽骨整形手術</u>	<u>A E c t</u>
歯周ポケット搔爬術	搔爬術又はソウハ術
歯肉切除手術	G E c t
歯肉剥離搔爬手術	F O p
歯周組織再生誘導手術	G T R
<u>手術時歯根面レーザー応用加算</u>	<u>手術歯根</u>
<u>歯肉移植術</u>	<u>G p l</u>
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	特イ術
広範囲顎骨支持型装置搔爬術	特イ搔

11 歯冠修復及び欠損補綴について

項 目	略 称
(略)	(略)
有床義歯内面適合法	床裏装又は床適合
歯冠継続歯修理	<u>P C</u> S K 修理
広範囲顎骨支持型補綴物修理	特イ修
(略)	(略)

12 その他について

項 目	略 称
(略) ヒポクロリットソリューション10%「日薬」 <u>歯肉包帯</u> <u>歯肉圧排</u> <u>歯肉整形術</u> 食片圧入 (略)	(略) H S <u>G B d</u> <u>圧排</u> <u>G P</u> F o o d . I (略)

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十六号（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示）

（原稿誤り）

二	上	終わりから一	健康保険事業	後期高齢者医療制度
〃	〃	二 終わりから七		

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十七号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

三三	上	一	注2及び注3	注2、注3及び注5
三五	下	終わりから四	データ提出加算、	データ提出加算、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、D ₃
四〇	下	四	D ₃	患者（区分番号C01
五二	上	終わりから一		3に掲げる在宅患者訪問療養管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の患者）
五三	下	四〇		
五七	下	一三三	患者	
			1 2	1 2

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十八号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）

(原稿誤り)

一八四	下	終わりから二	障害者施設等病棟入院基本料の注2ただし書に規定する	障害者施設等入院基本料の注2に規定する
〃	〃	終わりから一	障害者施設等病棟入院基本料	障害者施設等入院基本料
〃	〃	三	在宅患者共同診療料	在宅患者緊急入院診療加算
一八七	下	七	小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料の施設基準
一九四	上	七	十五歳未満小児	十五歳未満の小児
〃	下	終わりから五	十五歳未満小児	十五歳未満の小児
一九五	上	七	第一項第四号	第二項第二号
一九八	上	二四	特定患者（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成二十六年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100の注8に規定する特定患者をいう。）	者
二〇〇	上	終わりから七	〃	〃

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十九号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

(原稿誤り)

二〇七	下	一一	造血細胞移植	造血幹細胞移植
二〇八	上	終わりから一	造血細胞移植	造血幹細胞移植
〃	〃	八	造血細胞移植	造血幹細胞移植
〃	〃	七	造血細胞移植	造血幹細胞移植

二二一	在宅訪問診療料	在宅患者訪問診療料
二二三	自己血糖	血糖自己
〃 上下	基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等の患者	十五歳未満の者であつて人工呼吸器を用いている状態のもの又は十五歳以上のものであつて人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）
二二九	療養について	療養を行うにつき
〃 上		
一七六		
一七		

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第六十三号（訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

四一二	利用者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）
〃 上	
二〇	
終わりから八	
〃	
〃	
〃	

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第六十四号（訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

四一六	訪問看護基本療養費	精神科訪問看護基本療養費
下		
四	終わりから一	

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十七号（複数手術に係る費用の特例を定める件）

（原稿誤り）

四ページ上段一三行目の「K 6 1 7 1 3 静脈瘤^{りゅう}切除術（下肢以外）」を削る。

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十八号（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の一部を改正する件）

（原稿誤り）

八	上	一九	平成二十七年三月三十一日	平成二十六年九月三十日
—	—	—	—	—

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十九号（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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件）

（原稿誤り）

八五ページ下段表中「パクリタクセル」は「パクリタキセル」の誤り。

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第九十一号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱの一部を改正する件）

（原稿誤り）

一九〇	上	終わりから九	（2	チ	（1	チ
—	—	—	—	—	—	—