

## 診療報酬明細書(レセプト)の記載要領の変更点

### 改定の概要

#### <「診療実日数」欄の記載>

- (1) 小児かかりつけ診療料を算定した日数、認知症地域包括診療料を算定した患者に対して再診療料が算定できない期間に行われた再診の日数は、実日数に含む。
- (2) 初診、再診又は在宅医療において、保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が算定できるが、この日は実日数として数えない。  
また、保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のために検体採取等を実施した場合、当該検体採取が実施された日は実日数として数えない。

#### <レセプト「摘要」欄に記載が求められることの変更点>

##### (3) 「医学管理」欄について

- ① 心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合は、直近の算定年月を記載する。
- ② 小児かかりつけ診療料について、月の途中で転医した場合など、やむを得ず2か所の保険医療機関で算定する場合には、「摘要」欄にその理由を記載する。また、院外処方せんを交付している患者に対し、やむを得ず院内投薬を行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載する。
- ③ 薬剤総合評価調整管理料を算定した場合であって、自院及び他院で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は、他院名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載する。
- ④ 排尿自立指導料を算定した場合は、初回算定日及び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。
- ⑤ 診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌日に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載する。
- ⑥ 退院後訪問指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載する。

##### (4) 「在宅」欄について

- ① 在宅患者訪問診療料の「2 同一建物居住者の場合」について、別紙様式14「訪問診療に係る記録書」を用いない場合の記載例が、2014年9月5日の事務連絡で示されていたが、これが記載要領通知に追記された。
- ② 在医総管又は施設総管について、
  - a) 単一建物診療患者が2人以上の場合は「摘要」欄にその人数を記載する。
  - b) 在医総管について、建築物の戸数の10%以下、又は20戸未満で対象患者が2人以下の場合であって、「1人の場合」を算定する場合、「摘要」欄にその旨を記載する。
  - c) ユニット数が3以下の認知症グループホームのそれぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月31日まで在医総管を含む)を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合、「摘要」欄にその旨を記載する。
- ③ 在宅酸素療法指導管理料の材料加算について、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。
- ④ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の「2」(250点)を算定する患者であって、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1 ASVを使用した場合」を算定する患者については、算定の

根拠となった要件を「摘要」欄に記載する。また、「日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメント」に留意してASV療法を継続せざるを得ない場合は、ASV療法の実施開始日も記載する。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の材料加算について、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。

- ⑤ 初診、再診又は在宅医療において、保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤・特定保険医療材料が使用された日を「摘要」欄に記載する。

##### (5) 「投薬」欄について

- ① 入院外の患者に対して、湿布薬を投与した場合は、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載する。
- ② 入院外の患者に対して、1回の処方で、70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。

##### (6) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

- ① 一酸化窒素吸入療法について、168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。
- ② 硬膜外自家血注入を算定した場合は、当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等を症状詳記として添付するか、「摘要」欄に記載する。
- ③ ハイフローセラピーを算定した場合は、PaO2又はSpO2の測定結果を「摘要」欄に記載する。
- ④ 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合は、カンファレンスによる歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む)を症状詳記として添付するか、「摘要」欄に記載する。
- ⑤ 胃瘻造設術を実施した場合は、術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を「摘要」欄に記載する。
- ⑥ 難治性骨折電磁波電気治療法又は超音波骨折治療法を算定した場合、当該治療の実施予定期間及び頻度について、患者に対して指導した内容を「摘要」欄に記載する。
- ⑦ 麻酔の低体温療法法の低体温迅速導入加算を算定した場合は、算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付するか、「摘要」欄に記載する。

##### (7) 「検査・病理」欄について

- ① 2018年(平成30年)3月31日までの間に限り算定できる経過措置が設けられた検査(『点数表改定のポイント・2016年4月』P170に掲載)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。
- ② 肝硬度検査及び超音波エラストグラフィについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、別に算定する必要がある場合は、「摘要」欄に理由及び医学的根拠を詳細に記載する。
- ③ IgG2(TIA法によるもの、又はネフェロメトリー法によるもの)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。
- ④ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法、又はフローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合は、検体の種類を「摘要」欄に記載する。
- ⑤ HTLV-1核酸検出を実施した場合は、「摘要」欄にHTLV-1抗体(ウエスタンブロット法)による検査実施日及び判定保留である旨を記載する。
- ⑥ シャトルウォーキングテストを算定した場合は、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。

- ⑦ 遺伝学的検査を2回以上実施する場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に記載する。
- ⑧ 抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合は、前回の検査実施日及びその結果並びに検査を再度実施する医学的な必要性を「摘要」欄に記載する。
- ⑨ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載する。
- (8) 「その他」欄について
- ① 入院外の患者に対して、院外処方せんにより、1回の処方で、70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載することが点数表告示で明記されている。
- ② 廃用症候群リハビリテーション料を算定した場合は、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を「摘要」欄に記載する。また、標準的算定日数を超えた後、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は、他の疾患別リハビリテーション料と同様に記載する。
- ③ 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の早期リハビリテーション加算、初期加算を算定した場合は、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発症、手術又は急性増悪の日を「摘要」欄に記載する。  
廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算を算定した場合は、当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の日、又は廃用症候群の急性増悪の日を「摘要」欄に記載する。
- ④ 精神科デイ・ケア等を算定した場合は、最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載するが、3年を経過している場合は省略できることとされていた。しかし、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定する者については、最初に算定した年月日の記載は不要だが、通算の入院期間を「摘要」欄に記載する。
- ⑤ 救急患者精神科継続支援料の「2」について、電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合は、「摘要」欄に当該指導等を行った月を記載する。
- ⑥ 依存症集団療法を算定した場合は、治療開始日を「摘要」欄に記載する。
- ⑦ 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合の「摘要」欄の記載について、初回の算定日の記載が追加された。
- (9) 「入院」欄について
- ① 再診から直ちに入院した場合であって、再診料又は外来診療料の時間外加算・休日加算・深夜加算を算定する場合は、入院のレセプトを用いる。入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に、特定入院料を算定する入院の場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載する。
- ② 病棟群単位による届出を行っている場合において、同一の病棟で算定される入院基本料が7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更になった場合は、その旨を「摘要」欄に記載する。
- ③ 小児がん拠点病院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「摘要」欄に記載する。
- ④ 薬剤総合評価調整加算を算定する場合は、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を「摘要」欄に記載する。また、自院及び他院で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は、他院名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載する。
- ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の疾患別リハビリテーションの実績指数について、当該患者を実績指数の算出から除外する場合は、当該患者の入棟月の「摘要」欄に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載する。

## (10) 「食事・生活療養」欄について

1年以上継続して精神病床に入院しており、2016年（平成28年）4月1日以後引き続き医療機関に入院している患者等であるとして、改正前の標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日」と記載し、該当することになった起算日となる精神病床への入院年月日を記載する。

## (11) 特養ホーム等入所者について

特別養護老人ホーム等に入所中の患者について、保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合は、これに用いた薬剤・特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載する。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載する。

## (12) 病床機能報告制度

病床機能報告制度において、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（2016年・医政地発0325第1号）によることとされた。平成28年度病床機能報告から適用される（6月診療分であって7月請求分である入院分の電子レセプトから病棟コードを記録する）。

## (13) 患者申出療養、評価療養の改定に伴う記載要領の変更があった。掲載は省略する。

## (14) DPC病院

診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由等を「摘要」欄に記載する。

## 【編注】

- (1) 以下は、「『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」2016年（平成28年）3月25日・保医発0325第6号通知による変更点。
- (2) アンダーラインは追加された部分、二重削除線は削除された部分である。編集上、抜粋して掲載しており、変更されていない通知文等は、省略している。変更されていないのに掲載されている通知文等は、前後の文脈から省略を見合わせたものである。
- (3) 新設点数に新たな略号が設けられているが、略号の一覧は作成していない。汎用と思われる略号には以下のものがある。
- A001 再診料の認知症地域包括診療加算 再認包
- B008-2 薬剤総合評価調整管理料 薬総評管
- F100 処方料の外来後発医薬品使用体制加算 1、2 外後使1、外後使2
- F400 処方せん料の一般名処方加算 1、2 一般1、一般2

## (A) 請求書、明細書の様式の変更点と旧様式の使用法

医科診療報酬請求書、医科診療報酬明細書の様式に変更はない。

## (B) 診療報酬請求書（一般、入院・入院外併用）に関する記載要領の変更

変更なし。

## (C) 診療報酬請求書の記載要領の変更点

## 1. 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及

び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載する。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載する。

(2) 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:〇日)」を記載する。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15%、30%又は55%・10%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。

2. 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「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。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載する。

コード	略号	内容
01~10 省略する		
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(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、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験(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
13~35 省略する		
36	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の2の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験[加工細胞等(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則(昭和36年厚生省令第1号)第275条の2に規定する加工細胞等をいう。以下同じ)に係るものに限る]に係る診療報酬の請求である場合
37	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養(当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る)を実施した場合(この場合にあつては、当該療養の名称及び当該療養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)

(2) 「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26年4月30日付保発04300427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については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成28年3月25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。

(3) 「診療実日数」欄について

ア 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、小児かかりつけ診療料、開放型病院共同指導料(I)、退院時共同指導料I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、又は地域包括診療又は認知症地域包括診療の日数を含む)を記載する。

イ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合について、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日は実日数として数えない。また、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合について、当該検体採取が実施された日は実日数として数えない。

(4) 「再診」欄について

地域包括診療加算又は認知症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」欄に再包又は再認包と表示する。

(5) 「医学管理」欄について

ア 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、ニコチン依存症管理料の100分の70に相当する点数、手術前医学管理料、リンパ浮腫指導管理料、膈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、外采、集采、べ、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、ボ、透予、トリ、救搬、ニコ、ニコ減、手前、リ、膈へ、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。

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、「遠隔モニタリング加算」又は「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、「イ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。

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。また、腎不全患者指導加算を算定した場合には、「摘要」欄に腎不期と表示する。

イ 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1・2、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1、喘息2、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。

ウ 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料、小児かかりつけ診療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、乳采、児か外初、児か外再、児か内初、児か内再、生外又は生内」と表示して所定点数を記載する。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。なお、小児科外来診療料又は小児かかりつけ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。

小児かかりつけ診療料について、月の途中で転医した場合など、やむを得ず2か所の保険医療機関で算定する場合には、「摘要」欄にその理由を記載する。

エ 入院分について、がん治療連携計画策定料の「1」又は「2」を算定した場合は、がん策1又はがん策2と表示して、所定点数を記載する。また、外来がん患者在宅連携指導料ががん治療連携計画策定料の又は「2」を算定した場合は、外がん連 がん策2と表示して、所定点数を記載する。

薬剤管理指導料の「1」又は「2」又は「3」を算定した場合は、薬管1又は薬管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「1」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載する。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又は薬管2又は薬管3に併せて麻加と表示する。

薬剤総合評価調整管理料を算定した場合は、薬総評管と表示して、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載する。(編注：当該点数は入院外の患者に対する点数です。)

オ 入院外分について、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料の「1」、がん治療連携管理料の「2」、がん治療連携管理料の「3」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1 がん管2 がん管3 肝計と表示して所定点数を記載する。

排尿自立指導料を算定した場合は、排自と表示して、所定点数を記載するとともに、当該指導の初回算定日及び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。(編注：当該点数は入院中の患者に対する点数です。)

地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定した場合は、地包又は認地包と表示する。

カ 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、地域連携診療計画加算、検査・画像情報提供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、情地連診、情検画と表示する。なお、「注7」に規定する加算又は検査・画像情報提供加算の「イ」を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載する。

電子的診療情報評価料を算定した場合は、電診情評と表示する。

キ 入院分について、退院後訪問指導料を算定した場合は、退後と表示して、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載する。なお、訪問看護同行加算を算定した場合は、退訪同と表示する。

(6) 「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~~ 夜間若しくは休日又は深夜若しくは緊急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。

イ 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。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。

(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」の特定施設等に入院する者の場合は、「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。

(イ) 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、留意事項通知に掲げる別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。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」により請求を行う場合にあつては、原則として、電子レセプトに記録する。

[症状詳記の記載例]

別紙様式14「訪問診療に係る記録書」の記入上の注意を踏まえ記載する。

また、~~なお~~「患者氏名(同一建物居住者)」、「診療時間(開始時刻及び終了時刻)」、「診療場所」、「在宅患者訪問診療料2、往診料」については、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとに記載することとし、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとの記載が分かるのであれば、本記載例によらず記載する。

- ※「訪問診療に係る記録書」
- ※「患者氏名」○○○○
- ※「要介護度」要介護5
- ※「認知症の日常生活自立度」4
- ※「患者住所」〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号室
- ※「訪問診療が必要な理由」○○○○○○○○○○○○
- ※「訪問診療を行った日」平成〇年〇月〇日
- ※「患者氏名(同一建物居住者)」1(〇〇〇〇)、2(△△△△)、…
- ※「診療時間(開始時刻及び終了時間)」1(10時～11時)、2(11時～12時)、…
- ※「診療場所」1(同上〇〇号室)、2(同上△△号室)、…
- ※「在宅患者訪問診療料2、往診料」1(在宅患者訪問診療料2を算定)、2(往診料を算定)、…
- ※「診療人数合計」10人
- ※「主治医氏名」□□□□

なお、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載する場合にあつては、以下の内容が含まれていれば差し支えない。

<患者ごとに記載する事項>

- ※「要介護度」
- ※「認知症の日常生活自立度」
- ※「訪問診療が必要な理由」○○○○○○○○○○○○
- (要介護4以上又は認知症の日常生活自立度Ⅳ以上の場合は不要)

＜算定日ごとに記載する事項＞

※「訪問診療を行った日」

※「診療人数合計」

(同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料 2 の対象となる訪問診療を行った人数の合計)

【記載例 1】

訪問診療にかかる記録書

要介護 3

認知症の日常生活自立度 3 a

理由：○○○○○○○○○○○○○のため

○日 (○人)、○日 (○人)

【記載例 2】

訪問診療にかかる記録書

要介護 4

認知症の日常生活自立度 4

○日 (○人)、○日 (○人)

ウ 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は「在医総管外」又は「施特医総管外」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「施特医総管内」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」欄に記載するとともに、単一建物診療患者が 2 人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載する。なお、頻回訪問加算重症者加算を算定した場合は、その他の項に頻訪加算 重症加算と表示して点数を記載する。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。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80に相当する点数を算定する場合は、「在医総管外減」若しくは「在医総管内減」又は「施医総管外減」若しくは「施医総管内減」と表示して点数を記載する。

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する場合において、当該建築物の戸数の10%以下又は20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料(平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を含む)を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合、「摘要」欄にその旨を記載する。

エ 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、衛生材料等提供加算、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」、「衛材提供」、「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。

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、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「訪問看護超準訪問長時超準長時」又は「訪問看護超準訪問長時超準長時(同一)」と表示し、回数及び総点数を記載する。

オ 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。この場合、「摘要」欄に当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグ

ラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数も併せて記載する。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又は在宅酸素療法材料加算を算定した場合は、併せてそれぞれボ、濃、液、又は呼又は酸材と表示して当該加算を加算した点数を記載する。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。なお、1月に3 回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。

カ 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。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算特殊カテーテル加算の「1」、特殊カテーテル加算の「2」又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、併せてカ、バ、精ネと表示して当該加算を加算した点数を記載する。

キ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1・2 を算定した場合は、その他の項に持呼 1、持呼 2 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ー上の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。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」、「2」又は在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合は、併せて経呼 持呼加 1、持呼加 2又は持材と表示して当該加算を加算した点数を記載する。なお、1月に3 回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。

在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」を算定した患者であって、留意事項通知の C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 のア及びイの要件に該当する患者については、「摘要」欄に、算定の根拠となった要件(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 のア又はイ)を記載する。また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対する ASV 療法の実施開始日も併せて記載する。

【参考】在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の算定留意事項  
ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 の対象患者以外に ASV 療法を実施した場合  
イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合

ク 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を「摘要」欄に記載する。

(7) 「投薬」欄について

ア 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。ただし、湿布薬を投与した場合にあっては、その内訳について、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての 1 日用量又は投与日数を記載する。  
イ) 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 3 本

種類以上又は抗精神病薬を3-4種類以上投与した場合であって、薬剤料(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る)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「留意事項通知(平成28年・保医発0305第3号)の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。

また、留意事項通知のF100処方料の(3)のAの(イ)から(ニ)に定める内容に該当し、処方料又は処方せん料について「1」の点数を算定しない場合は、当該処方料又は処方せん料の「摘要」欄にその理由を記載する。

(ウ) 1回の処方において、入院中の患者以外の患者に対して70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。

(エ) 外来後発医薬品使用体制加算1・2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「外後使1」又は「外後使2」と表示する。

(8) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 「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28年3月4日保医発0304第7号) Iの2の(5)のウ、同2の(6)、同3の(5-2)のイ、同3の(20)のエ、同3の(22)のイ、同3の(29)のア、同3の(38-3)のア、同3の(40-2)のイ、同3の(41)、同3の(64)のア、同3の(64)のイ、同3の(67)のカ、同3の(67)のキ、同3の(75)のア、同3の(75)のイ、同3の(75)のウ、同3の(75)のオ、同3の(79)のイ、同3の(79)のオ、同3の(84)のウ、同3の(84)のエ、同3の(94)のウ、同3の(102)のウ又は同3の(104)のイに該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載する。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。なお、同3の(73)のイ、同3の(78)のア、同3の(78)のイ又は同3の(101)のエについては、症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

イ 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時間又は168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。

ウ 硬膜外自家血注入を算定した場合は、当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等を症状詳記として添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

エ ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、「摘要」欄に記載する。

オ 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合は、カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む)を症状詳記として添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

カ 実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を「摘要」欄に記載する。

キ 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。

また、難治性骨折電磁波電気治療法又は超音波骨折治療法を算定した場合、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を「摘要」欄に記載する。

ク 低体温迅速導入加算を算定した場合は、算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

(9) 「検査・病理」欄について

ア 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。また、遺伝カウンセリング加算、又は骨髄像診断加算又は国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「遺伝」、「骨診」又は「国標」と表示する。

イ 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、肝硬度検査又は超音波エラストグラフィを3月に2回以上算定する場合は、「複肝」又は「複エ」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。

なお、肝硬度検査及び超音波エラストグラフィについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載する。

ウ IgG2(TIA法によるもの)又はIgG2(ネフェロメトリー法によるもの)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。

エ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を「摘要」欄に記載する。

オ HTLV-1核酸検出を実施した場合は、「摘要」欄にウエスタンブロット法による検査実施日及び判定保留である旨を記載する。

カ シャトルウォーキングテストを算定した場合は、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。

キ 遺伝学的検査を2回以上実施する場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に記載する。

ク 抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合においては、前回の検査実施日及びその結果並びに検査を再度実施する医学的な必要性を「摘要」欄に記載する。

ケ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載する。

コ キモトリプシン(糞便)、酸度測定(胃液)、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(膈分泌液)、II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)、全血凝固時間、ヘパラスチンテスト、フィブリノゲン分解産物(FgDP)、フィブリノペプチド、膠質反医・歯・調-46応、CKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ(PH)、 $\alpha$ -フェトプロテイン(AFP)定性(膈分泌液)、CA50、I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)、SP1、遊離型フコース(尿)、CA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピン $\beta$ 分画コアフラグメント(HCG $\beta$ -CF)(尿)、腫瘍胎児性抗原(POA)、HER2蛋白(乳頭分泌液)、連鎖球菌多糖体抗体(ASP)半定量、抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量、ノイラミニダーゼ定性、レプトスピラ抗体、ボレリア・ブルグドルフェリ抗体、ダニ特異IgG抗体、Weil-Felix反応、C3d結合免疫複合体、腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(THD)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。

(10) 「その他」欄について

ア 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。

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。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。この場合、乳幼児加算の表示は必要がない。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日以上の場合には特処長、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。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。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。一般名処方加算1又は2薬剤の一般名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1又は一般2と表示する。

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。

【参考】「F400処方せん料」の告示の変更

注9 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

イ 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、廃用症候群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又は最初に診断された月日を、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。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、廃用症候群リハビリテーション料、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。

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。摂食機能療法において、経口摂取回復促進加算1・2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。

脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料について、100分の90に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄にリ減と表示して、合計点数を記載する。

ウ 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、点数を記載するとともに、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

いては発症、手術又は急性増悪の日を、廃用症候群リハビリテーション料については当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の日、又は廃用症候群の急性増悪の日を記載する。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、地域連携診療計画加算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(イ)の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載する。

エ 初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に初期と表示して、点数を記載するとともに、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発症、手術又は急性増悪の日を、廃用症候群リハビリテーション料については当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の日、又は廃用症候群の急性増悪の日を記載する。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、地域連携診療計画加算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(イ)の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載する。

オ 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、目標設定等支援・管理料の「1」、目標設定等支援・管理料の「2」、リンパ浮腫複合的治療料の「1」又はリンパ浮腫複合的治療料の「2」を算定した場合は、「摘要」欄にリハ総評、又はリハ総提、目標支管1、目標支管2、リ複治1又はリ複治2と表示して、点数を記載する。

カ 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。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が、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間を記載する。

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100分の90に相当する点数を算定する場合は、精長減と表示して、点数を記載する。

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(注3又は注4の加算を算定する場合に限る)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。

救急患者精神科継続支援料の「2」について、電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、「摘要」欄に当該指導等を行った月を記載する。

依存症集団療法を算定した場合は、治療開始日を「摘要」欄に記載する。

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。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3種類以上又は抗精神病薬を3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、留意事項通知のF100処方料の(3)(2)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。

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。なお、衛生材料等提供加算を算定した場合は、「摘要」欄に衛材提供と表示する。

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、「認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準」のランク、初回の算定日、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。

(ii) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という）に次に掲げる略号を用いて記載する。

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）、一般夜特（一般病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、療1A、療1B、療1C、療1D、療1E、療1F、療1G、療1H、療1I、療2A、療2B、療2C、療2D、療2E、療2F、療2G、療2H、療2I、（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）、療夜特（療養病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、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）、結夜特（結核病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、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）、精夜特（精神病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、特一7、特一10（特定機能病院入院基本料の一般病棟）、特結7、特結10、特結13、特結15（特定機能病院入院基本料の結核病棟）、特精7、特精10、特精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、2障7、1障7、2障10、1障10、2障13、1障13、2障15、1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 「入院基本料・加算」の項について

㏽ 総合入院体制加算1・2・3、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30対1、夜間50対1、夜間100対1、夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対1配置加算1・2、看護職員夜間16対1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、夜間75対1看護補助加算、夜間看護体制加算（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、小児がん拠点病院加算、栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算、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、地域連携計画加算、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、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・3、病棟薬剤業務実施加算1・2、データ提出加算1・2、退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算、認知症ケア加算1・2、認知症ケア加算1・2の100分の60に相当する点数、精神疾患診療体制加算1・2、精神科急性期医師配置加算、薬剤総合評価調整加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、総入体1、総入体2、総入体3、臨修、超急、妊働、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30、夜50、夜100、急夜看、看職12夜

1、看職12夜2、看職16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）、夜75補、夜看補、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、小児がん、栄養、栄サ、歯連、安全1、安全2、感防1、感防2、感防連、患サポ、褥ハイ、ハイ妊娠、ハイ分娩、退連計、精救総、精救受、総評、呼ケア、後使1、後使2、後使3、病薬実1、病薬実2、デ提1、デ提2、退支1、退支2、退支3、地連診計、認ケア1、認ケア2、認ケア1減、認ケア2減、精疾診1、精疾診2、精急医配、薬総評加と表示する。

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、小児がん拠点病院加算、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、「摘要」欄に記載する。

薬剤総合評価調整加算を算定する場合は、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロロプロマジン換算の評価による場合はクロロプロマジン換算した量）を「摘要」欄に記載する。また、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載する。

(イ) 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支援加算2、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、退支地域、退調地域と表示する。

(ウ) 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又は看護必要度加算3を算定した場合は、「摘要」欄に看必1、又は看必2又は看必3と表示する。

(エ) 病棟群単位による届出を行っている場合において、同一の病棟で算定される入院基本料が7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更になった場合は、その旨を「摘要」欄に記載する。

ウ 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の一部改正等の施行に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月18日保医発03180319第2号)（以下「DPC留意事項通知」という）別添第2の1の(1)に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、第1の1に規定するDPC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)に従い、を参考とし、「摘要」欄に医科点数表に基づき算定することとなった診断群分類に該当しない旨及びその理由等を記載する。

エ 「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類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、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若しくは地域移行機能強化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。

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、2特入管、1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)、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、2特疾1、1特疾1、2特疾2、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)、地移(地域移行機能強化病棟入院料)

- (イ) 留意事項通知のA308回復期リハビリテーション病棟入院料の(12)のウ及びエにおいて、当該患者を実績指数の算出から除外する場合にあっては、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載する。

【編注】A308回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知

ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る)の100分の30を超えない範囲で、実績指数の算出対象から除外できる。

- ①FIM運動項目の得点が20点以下のもの
- ②FIM運動項目の得点が76点以上のもの
- ③FIM認知項目の得点が24点以下のもの
- ④年齢が80歳以上のもの

エ 前月までの6カ月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者(在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る)の数に対する高次脳機能障害の患者(基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る)の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る)の100分の30」を、「当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る)のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替える。

- (ウ) 小児入院医療管理料3、4又は5を算定する患者について、重症児受入体制加算を算定した場合には、「摘要」欄に、重受体と表示する。
- (エ) 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1・2を算定した場合には、「摘要」欄に、休リハ、充リハ、又は強リハ1又は強リハ2と表示する。
- (オ) 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又は地域移行機能強化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。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。精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化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。
- (カ) 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、退院支援加算2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 精療退支又は認退支と表示する。
- (キ) 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、併せて検査日等又は手術日及び検査名等又は手術名を記載する。
- (ク) 緩和ケア病棟入院料を算定する患者について、緩和ケア病棟緊急入院初期加算を算定した場合には、「摘要」欄に、緩和緊入と表示する。

(12) 「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。ただし、複数の食事療養を算定し、「基準」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

I (入院時食事療養 I (1))、II (入院時食事療養 II (1))、III (入院時食事療養 I (2))、IV (入院時食事療養 II (2))

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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

ウ 「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。ただし、複数の生活療養を算定し、「基準(生)」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

I (入院時生活療養 I (1)イ)、II (入院時生活療養 II)、III (入院時生活療養 I (1)ロ)

エ 「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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えない。

(13) 「食事・生活療養」欄について

平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院している者(当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む)として、平成28年厚生労働省告示第23号附則第3項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置(精神)入院年月日: 年 月 日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載する。