

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

(1)～(8) (略)

(9) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 I 又は II を用いて測定し評価すること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度 II の評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II のいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の様式 10 を用いて届け出ることが必要であること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。

(10) (略)

2 (略)

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

(1)～(3) (略)

(4) 当該病棟に医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上である場合は除く。）。

(5)～(17) (略)

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

(1)～(3) (略)

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

注 5 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近 3 月について入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の I 又は II を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当

する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。なお、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(5)～(8) (略)

2 (略)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 7 専門的な治療・処置 (⑥ 免疫抑制剤の管理 注射剤のみ)	(略) 642450174642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
A 7 専門的な治療・処置 (⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ)	(略) 620246104 620246305 620246404 620246605 620247903 620248003	ドパミン塩酸塩点滴静注液2.0.0mgキット「ファイザー」 ドパミン塩酸塩点滴静注液2.0.0mgバッグ「武田テバ」 ドパミン塩酸塩点滴静注液6.0.0mgキット「ファイザー」 ドパミン塩酸塩点滴静注液6.0.0mgバッグ「武田テバ」 ドブタミン点静注液2.0.0mgキット「ファイザー」 ドブタミン点静注液6.0.0mgキット「ファイザー」
C 20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術 (5日間)	(略) 450409610 450409710 450409810 450409910 450409410 450409510 450407510 450407610 450407710	胸腔鏡下小切開肺葉性肺腫瘍手術(全摘、通気等利用経路変更なし) 胸腔鏡下小切開肺葉性肺腫瘍手術(全摘、通気等利用経路変更あり) 胸腔鏡下小切開肺葉性肺腫瘍手術(全摘、代用経路利用経路変更あり) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、通気等を利用して経路変更を行わないもの) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、代用経路を利用して経路変更を行わないもの) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、通気等を利用して経路変更を行わないもの) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、代用経路を利用して経路変更を行わないもの) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、通気又は経路変更を利用して経路変更を行うもの) 胸腔鏡下筋腫部肺腫瘍手術(全摘、代用経路を利用して経路変更を行うもの) 胸腔鏡手術用支持機器を用いて行った場合) 胸腔鏡手術用支持機器を用いて行った場合)
C 24 別に定める手術 (6日間)	(略) 450404910	経経腸導閉鎖術(その他のもの)

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

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ>

アセスメント共通事項

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。A項目（A7「専門的な治療・処置等」の⑤、~~⑩及び⑪~~に限る①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、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が、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

8. 救急搬送後の入院

判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、~~救命救急病棟、ICU救命救急入院料、特定集中治療室管理料~~等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。
入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

アセスメント共通事項

1. ～6. (略)

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A8「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、~~救命救急病棟、ICU救命救急入院料、特定集中治療室管理料~~等の治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、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においては、評価対象に含めない。

2. ～5. (略)

様式13の3

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

1 看護職員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
 （新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	届出年月日	新規届出	既届出	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注12)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算 1・2・3 (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注9)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間75対1看護補助加算	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注10)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (看護補助加算)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注3)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注4)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注7)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (精神科救急入院料の注5)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (精神科救急・合併症入院料の注5)	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
 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名: _____ 職種: _____
イ 看護職員の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間	平均週 _____ 時間 (うち、時間外労働 _____ 時間)
(イ) 2交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 勤務後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 <input type="checkbox"/> 16時間未満となる夜勤時間の設定 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
(ウ) 3交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 夜勤後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種 (_____)
エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知
オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法: _____)

(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容

ア 業務量の調整	<input type="checkbox"/> 時間外労働が発生しないような業務量の調整
イ 看護職員と他職種との業務分担	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他(職種 _____)
ウ 看護補助者の配置	<input type="checkbox"/> 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 <input type="checkbox"/> 看護補助者の夜間配置
エ 短時間正規雇用の看護職員の活用	<input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の看護職員の活用
オ 多様な勤務形態の導入	<input type="checkbox"/> 多様な勤務形態の導入
カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	<input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> 夜間保育の実施 <input type="checkbox"/> 夜勤の減免制度 <input type="checkbox"/> 休日勤務の制限制度 <input type="checkbox"/> 半日・時間単位休暇制度 <input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 他部署等への配置転換
キ 夜勤負担の軽減	<input type="checkbox"/> 夜勤従事者の増員 <input type="checkbox"/> 月の夜勤回数の上限設定

(3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

① 交代制勤務の種別 (□3交代、□変則3交代、□2交代、□変則2交代)

② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理

	1)夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注10)	2)急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)	3)看護職員夜間配置加算 (12対1配置1・16対1配置1)	4)看護補助加算 (夜間看護体制加算)	5)看護職員夜間配置加算 (精神科救急入院料の注5／精神科救急・合併症入院料の注5)	6) 1)から5)のいずれかの加算を算定する病棟以外
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	□	□	□	□	□	□
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	□	□	□	□	□	□
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	□	□	□	□	□	□
エ 暦日の休日の確保	□	□	□	□	□	□
オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫	□	□	□	□	□	□
カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築	□	□	□	□	□	□
(ア)過去1年間のシステムの運用	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)
(イ)部署間における業務標準化	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	□	/	/	□	/	□
ク 看護補助者の夜間配置	/	/	□	/	/	□
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	□	□	□	□	/	□
コ 夜間院内保育所の設置	□	□	□	□	□	□
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	□	□	□	□	□	□
該当項目数	()	()	()	()	()	/
(参考)満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	2項目以上	/

【記載上の注意】

- 2(1)イ(ア)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 2(3)①の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに「✓」を記入すること。
- 2(3)②カは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入すること。
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注5又は精神科救急、合併症入院料の注5に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目のうち□に「✓」を記入したのものについて、以下の書類を添付すること。
 - アからエについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績(1)、2)又は4)は看護要員、3)又は5)は看護職員)が分かる書類
 - オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類
 - カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ク及びケについては、様式9
 - コについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料
 - サについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注5又は精神科救急、合併症入院料の注5に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
- 2(3)②の6)は、1)から5)のいずれかの加算も届け出していない病棟における、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理の状況について、□に「✓」を記入すること。
- 各加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。ただし、2(3)②の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等1)～5)を届け出る場合を除く。
- 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

(別添3)

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
(令和2年3月5日保医発 0305 第3号)

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、令和2年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

令和2年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、令和2年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

(略)

外来排尿自立指導料 (令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の算定方法別表第一区分番号B005-9に掲げる排尿自立指導料に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合を除く。)

(略)

別添1

特掲診療料の施設基準等

第41の3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の2の1の(1)から(3)まで又は(5)のいずれかを満たさず、(6)のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たしたものについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)を算定できる。

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2～3 (略)

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
(令和2年3月5日保医発 0305 第4号)

別添 届出基準

1 精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できないこと。届出については、別紙様式1を用いること。ただし、令和2年3月31日において、~~現に当該療養費に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、(4)に該当する者のうち、当該届出に係る指定訪問看護を行う者としてすでに届出内容に含まれている者については、までに(4)に掲げる研修を修了していた者については、(4)のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。~~

(1)～(4) (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

(令和2年3月5日保医発0305第5号)

別添

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（掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

1～4（略）

5 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

(1)～(3)（略）

(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4.5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箋に基づき医薬品を投与するものであること。

(5)～(9)（略）

6 医薬品医療機器等法に基づく承認等を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用等に関する事項

(1)～(3)（略）

(4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4.5の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(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箋に基づき医療機器又は体外診断用医薬品を支給するものであること。

(5)～(9)（略）

7 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給に関する事項

(1)～(3)（略）

(4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4.5の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(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箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

(5)～(9)（略）

9 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的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)～(3)

(4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4.5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箋に基づき医療機器を支給するものであること。

(5)～(9) (略)

10 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係る使用又は支給に関する事項

(1)～(3) (略)

(4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注45の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(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箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

(5)～(9) (略)

(別添6)

「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
(令和2年3月27日保医発0327第1号)

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)

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

II 請求書等の記載要領

第2 明細書に関する事項(様式第四)

1~11(略)

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利用者の負担額が、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、利用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利用者の負担額が、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、利用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	利用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利用者の負担額が、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、利用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 削 除	（削除）70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
18	一般削 除	（削除）70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
19	低所削 除	（削除）70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
20	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
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歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合

		<p><u>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</u></p> <p>① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみの場合</p> <p>② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</p>
27	区イ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合</p> <p><u>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</u></p> <p>① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</p>
28	区ウ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合</p> <p><u>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</u></p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（IV）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</p>
29	区エ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p>

		<p>① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合</p> <p><u>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</u></p> <p>① <u>「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割）又は（1 割））の提示のみの場合</u></p> <p>② <u>「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</u></p>
30	区オ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「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（適用区分が（オ））が提示された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合</p> <p><u>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</u></p> <p>① <u>「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（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合</u></p> <p>② <u>「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</u></p>

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言				
17	A205 の1	救急医療管理加算1	「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)のアからケまでのいずれか該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)のクに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること	820100393	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)				
				820100394	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)				
				820100395	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1				
				820100396	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2				
				820100397	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3				
				820100398	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10				
				820100399	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20				
				820100400	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30				
				820100401	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100				
				820100402	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200				
				820100403	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300				
				820100404	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA1				
				820100405	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA2				
				820100406	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA3				
				820100407	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA4				
				820100408	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比300以上400未満				
				820100409	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200以上300未満				
				820100410	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200未満				
				820100411	エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算1)				
				820100412	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上				
				820100413	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満				
				820100414	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし				
				820100415	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり				
				842100001	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:*****				
				842100002	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:*****				
				842100003	カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:*****				
				842100004	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JSD値:*****				
				842100005	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:*****				
				842100006	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:*****				
				830100023	カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:*****				
				820100416	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上				
				820100417	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満				
				820100418	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満				
				820100419	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし				
				820100420	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり				
				820100421	ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算1)				
				830100024	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態(救急医療管理加算1)				
							当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「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30年4月27日保発0428第10号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110001	入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算1):***** (医科診療行為コード)
							(当該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)当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算を算定した入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

別表 I 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
4	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援量の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関名をそれぞれ記入すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算);hh"時"mm"分"
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算);hh"時"mm"分"
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例);hh"時"mm"分"				
5	14の2	外来服薬支援料	外来服薬支援料の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援量の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関名をそれぞれ記入すること。	820100793	外来服薬支援料;注1
				820100794	外来服薬支援料;注2
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100442	情報提供を行なった保険医療機関名(外来服薬支援料);*****
7	14の3	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。	830100444	提案を行った保険医療機関名(服用薬剤調整支援料2);*****
12	15 15の2 15の3 15の5	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 服薬情報等提供料	(調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む)、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又は服薬情報等提供料を算定した場合) 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。	850100377 基本料・薬学管理料レコード「前回調剤年月日」	情報提供又は訪問の対象となる調剤年月日; (元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤
				842100070 基本料・薬学管理料レコード「前回調剤数量」	投薬日数;***** ddd"日"投薬
13	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定の対象となる訪問指導(在宅患者オンライン服薬指導料を含む)を行った日を記載すること。	850100378	訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料);*****
			(1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上の場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が2人以下の場合又はユニット数が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在宅患者訪問薬剤管理指導料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)	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上
			「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「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」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下
				820100094	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
15	15 15の2	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	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における在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、処方箋が交付されていた場合) 在宅協力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。	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
16	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導在宅患者訪問薬剤管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
17	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日(退院時共同指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料);****
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料);*****
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料);*****
19	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、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、処方箋の備考欄に記載されている長期投与処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」から最も当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)	
			820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休	
			830100453	長期投与の理由:その他理由;*****	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。