

目次

1 請求書・明細書等の記載要領

診療報酬請求書等の記載要領等について…………… 7

■ 診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項…………… 7

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領…………… 7

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)）…………… 7

- 1 「令和 年 月分」欄について…………… 7
- 2 「医療機関コード」欄について…………… 8
- 3 「別記 殿」欄について…………… 8
- 4 「令和 年 月 日」欄について…………… 8
- 5 「保険医療機関の所在地及び名称，開設者氏名」欄について…………… 8
- 6 「**入・外**」欄について…………… 8
- 7 「医療保険」欄について…………… 8
- 8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について…………… 9
- 9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について…………… 9
- 10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について…………… 10
- 11 「②合計」欄について…………… 10
- 12 「総件数①+②」欄について…………… 10
- 13 「備考」欄について…………… 10

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)）…………… 10

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）…………… 10

- 1 「後期高齢者医療」欄について…………… 11
- 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…………… 11

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）…………… 11

- 1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項…………… 11
- 2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項…………… 13
 - (1) 「令和 年 月分」欄について…………… 13
 - (2) 「都道府県番号」欄について…………… 13
 - (3) 「医療機関コード」欄について…………… 13
 - (4) 「保険種別1」，「保険種別2」及び「本人・家族」欄について…………… 13
 - (5) 「保険者番号」欄について…………… 14
 - (6) 「給付割合」欄について…………… 14
 - (7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について…………… 14
 - (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…………… 14
- (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…………… 14
- (10) 「区分」欄について…………… 14
- (11) 「氏名」欄について…………… 15
- (12) 「職務上の事由」欄について…………… 15
- (13) 「特記事項」欄について…………… 15
- (14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について…………… 20
- (15) 「傷病名」欄について…………… 20
- (16) 「診療開始日」欄について…………… 21
- (17) 「転帰」欄について…………… 21
- (18) 「診療実日数」欄について…………… 21
- (19) 「点数」欄について…………… 22
- (20) 「初診」，「再診」，「医学管理」，「在宅」，「投薬」，「注射」，「処置」，「手術・麻酔」，「検査・病理」，「画像診断」，「その他」及び「入院」欄について…………… 22
 - ア 通則…………… 22
 - イ 「初診」欄について…………… 23
 - ウ 「再診」欄について…………… 23
 - エ 「医学管理」欄について…………… 23
 - オ 「在宅」欄について…………… 24
 - カ 「投薬」欄について…………… 27
 - キ 「注射」欄について…………… 28
 - ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について…………… 29
 - ケ 「検査・病理」欄について…………… 31
 - コ 「画像診断」欄について…………… 32
 - サ 「その他」欄について…………… 32
 - シ 「入院」欄について…………… 34
- (21) 「療養の給付」欄について…………… 36
- (22) 「食事・生活」欄について…………… 38
- (23) 「食事・生活療養」欄について…………… 39
- (24) 「摘要」欄について…………… 39
- (25) 「公費分点数」欄について…………… 40
- (26) その他…………… 40
- (27) 後期高齢者医療におけるその他…………… 47

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…………… 49

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)）…………… 49

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1(3)）…………… 49

1 「令和 年 月分」欄について……………	49	「歯冠修復及び欠損補綴」, 全体の「その他」	
2 「医療機関コード」欄について……………	49	及び「摘要」欄について……………	55
3 「別記 殿」欄について……………	49	(20) 「初診」欄について……………	55
4 「令和 年 月 日」欄について……………	49	(21) 「再診」欄について……………	55
5 「保険医療機関の所在地及び名称, 開設者氏		(22) 「管理・リハ」欄について……………	56
名」欄について……………	49	(23) 在宅医療について……………	57
6 「医療保険」欄について……………	49	(24) 「投薬・注射」欄について……………	57
7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄に		(25) 「X線・検査」欄について……………	58
ついて……………	49	(26) 「処置・手術」欄について……………	59
8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について…	50	(27) 「麻酔」欄について……………	61
9 (公費負担医療のみで2種の公費負担医療の		(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について…	61
併用が行われた場合)……………	50	(29) 歯科矯正について……………	66
10 「総件数①+②+③」欄について……………	50	(30) その他の項目について……………	66
11 「明細書枚数①+③」欄について……………	50	(31) 「点数」欄について……………	66
第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要		(32) 「合計」欄について……………	66
領(様式第8) ……………	50	(33) 「一部負担金額」欄について……………	66
1 「後期高齢者医療」欄について……………	50	(34) 「公費分点数」欄について……………	67
2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の		(35) 「患者負担額(公費)」欄について……………	68
併用」欄について……………	50	(36) その他……………	68
第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3) ……………	51	IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項	
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事		……………	74
項……………	51	第1 調剤報酬請求書に関する事項(様式第4) ……………	74
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項……………	51	1 「令和 年 月分」欄について……………	74
(1) 「令和 年 月分」欄について……………	51	2 「薬局コード」欄について……………	74
(2) 「都道府県番号」欄について……………	51	3 「別記 殿」欄について……………	74
(3) 「医療機関コード」欄について……………	51	4 「令和 年 月 日」欄について……………	74
(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び「本人		5 「保険薬局の所在地及び名称, 開設者氏名」	
・家族」欄について……………	51	欄について……………	74
(5) 「保険者番号」欄について……………	52	6 「医療保険」欄について……………	74
(6) 「給付割合」欄について……………	52	7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄に	
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番		ついて……………	74
号」欄について……………	52	8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄に	
(8) 「公費負担者番号」欄について……………	53	ついて……………	75
(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について		9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について…	75
……………	53	10 「②合計」欄について……………	76
(10) 「氏名」欄について……………	53	11 「総件数①+②」欄について……………	76
(11) 「職務上の事由」欄について……………	53	12 その他……………	76
(12) 「特記事項」欄について……………	53	第1の2 調剤報酬請求書に関する事項(様式第9)	
(13) 「届出」欄について……………	53	……………	76
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄につ		1 「後期高齢者医療」欄について……………	76
いて……………	53	2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の	
(15) 「傷病名部位」欄について……………	53	併用」欄について……………	76
(16) 「診療開始日」欄について……………	54	第2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第5) ……………	76
(17) 「診療実日数」欄について……………	54	1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事	
(18) 「転帰」欄について……………	55	項……………	77
(19) 「初診」, 「再診」, 「管理・リハ」, 「投薬・		2 調剤報酬明細書に関する事項……………	77
注射」, 「X線・検査」, 「処置・手術」, 「麻酔」,		(1) 「令和 年 月分」欄について……………	77

(2) 「都道府県番号」欄について……………	77
(3) 「薬局コード」欄について……………	77
(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	77
(5) 「保険者番号」欄について……………	78
(6) 「給付割合」欄について……………	78
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について……………	78
(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……………	78
(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……………	79
(10) 「氏名」欄について……………	79
(11) 「職務上の事由」欄について……………	79
(12) 「特記事項」欄について……………	79
(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について……………	79
(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……………	79
(15) 「保険医氏名」欄について……………	79
(16) 「受付回数」欄について……………	80
(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について……………	80
(18) 「医師番号」欄について……………	80
(19) 「処方月日」欄について……………	80
(20) 「調剤月日」欄について……………	80
(21) 「処方」欄について……………	80
(22) 「単位薬剤料」欄について……………	81
(23) 「調剤数量」欄について……………	81
(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について……………	81
(25) 「薬剤料」欄について……………	82
(26) 「加算料」, 「調剤基本料」, 「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について……………	82
ア 通則……………	82
イ 「加算料」欄について……………	82
ウ 「調剤基本料」欄について……………	82
エ 「時間外等加算」欄について……………	83
オ 「薬学管理料」欄について……………	83
(27) 「摘要」欄について……………	84
(28) 「公費点分数」欄について……………	84
(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について……………	85
(30) その他……………	86

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)……………	91
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)……………	216
調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧……………	243
別表 II	
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (薬価基準)……………	248
別表 III	
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (検査値)……………	304
別表 IV	
診療行為名称等の略号一覧 (医科)……………	309
診療行為名称等の略号一覧 (歯科)……………	336
調剤行為名称等の略号一覧……………	343
■診療録等の記載上の注意事項 ……………	347
■別添 1 診療報酬請求書等一覧表……………	362
■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……………	363

○関連告示

- ・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…………… 368

○関連通知等

- ・「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」について (抄)…………… 387
- ・医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について (抄)…………… 389
- ・旧総合病院における療養担当手当の取扱いについて…………… 391
- ・医療観察診療報酬明細書等の記載要領について (抄)…………… 392
- ・難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証等に所得区分が記入されるまでの間の取扱いの延長について…………… 398
- ・疑義解釈資料…………… 399
- ・傷病名コードの統一の推進について…………… 402
- ・患者の疾病又は負傷が第三者行為によって生じたと認められる場合における診療報酬明細書等の記載等について…………… 403

2 DPCの記載要領

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…………… 407

■診療報酬請求書等の記載要領

- I 一般的事項…………… 407
- II 診療報酬明細書 (様式第10) の記載要領…………… 407

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項	407
2 明細書の記載要領に関する事項	407
(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について	407
(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について	407
(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について	408
(4) 「今回入院年月日」欄について	408
(5) 「今回退院年月日」欄について	408
(6) 「診療実日数」欄について	408
(7) 「転帰」欄について	408
(8) 「傷病情報」欄について	409
(9) 「入退院情報」欄について	409
(10) 「診療関連情報」欄について	410
(11) 「包括評価部分」欄について	410
(12) 「出来高部分」欄について	411
(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について	412
(14) その他について	412
3 診療報酬明細書添付資料	
■診療報酬明細書に添付する資料について	419
○根拠省令・告示等	421
4 参考資料	
■参考 1 診療録等の記載方法等について	427
■参考 2	
・民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について	428
・診療録に貼付等する書面の電磁的記録による保存について	431
・診療録等の保存を行う場所について	431
■参考 3 保険者番号等の設定について	433
■参考 4	
・生活保護法による医療扶助における医療券等様式（診療報酬等請求様式）の変更について	441
・生活保護法による医療券等の記載要領について	442
・生活保護法による医療扶助における診療報酬請求方式の一部改正	443
■参考 5 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係る医療に関する費用の請求事務について	445
■参考 6 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給に関する費用の請求事務並びに当該請求に係る審査及び支払事務の都道府県の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への委託について	447
■参考 7 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく療養の給付と公害健康被害の補償等に関する法律に基づく療養の給付との調整について	450
■参考 8 特別療養費に係る療養についての事務処理について	452
■参考 9 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（抄）	454
■参考 10	
・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の一部を改正する省令の施行等について	458
・高額医薬品に係る療養の給付費等の書面による請求について	462
■参考 11	
・保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて	463
・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保険医療機関から提出された診療報酬明細書の取扱いについて	475
■参考 12 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の通年化について	476
■参考 13 薬剤使用に関する明細書のその他の記載について	478
■参考 14 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（抄）	525
■参考 15	
・診療情報の提供等に関する指針の策定について	548
・診療情報の提供等に関する指針について（周知）	551
■参考 16 診療報酬明細書等の被保険者等への開示について	552
■参考 17 診療報酬明細書等の審査及び支払に係る事務の委託先の変更について	553
■参考 18	
・新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について	556
・新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について	563
■参考 19 保険医療機関等における被扶養者の資格確認等における留意点について（再周知）	566
■参考 20 疑義解釈資料の送付について（その1）（抄）（不妊治療の取扱い）	568

1

請求書・明細書等の記載要領

診療報酬請求書等の記載要領等について

(昭51. 8. 7 保険発82)
(最終改正；令 4. 3. 25 保医発 0325 1)

医
科

診療報酬請求書等の様式については、昭和51年8月2日厚生省令第36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」が制定されたところであるが、診療報酬請求書等の記載要領は別紙1、診療録等の記載上の注意事項は別紙2のとおりであるので、了知のうえ、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、従前の通知で本通知に示した事項に係るも

のは廃止する。

また、国民健康保険については、本通知に示した事項に係るものは、健康保険と同様である。

おって、この件については、厚生省保健医療局、薬務局、社会局、児童家庭局及び援護局の関係各課並びに保険局保険課及び国民健康保険課とは協議済みであるので念のため申し添える。

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」（令和4年厚生労働省告示第86号）により改正のあった様式については、令和4年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、令和4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±6mm（縦方向）、+6mm、-4mm（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 「令和 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 「令和 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」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) 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、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名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(70以上一般・低所得)と公費の併用」欄と「医保単独70以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保(70以上7割)と公費の併用」欄と「医保単独(70以上7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（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（6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（平成10年法律第114号。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の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（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（以下「精神通院医療等」という。）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「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（昭和25年法律第144号）による医療扶助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を併せて請求する場合には「 $\left[\begin{array}{c} 12(\text{生保}) \\ 10(\text{感37の2}) \end{array} \right]$ 」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、生活保護法による医療扶助、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による精神通院医療等の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、生活保護法による医療扶助に係る点数は「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、生活保護法による医療扶助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□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（昭和23年法律第205号）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

コード	略号	内容
		者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
42	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）
43	多カ	後期高齢者医療で課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって，特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
44	多キ	後期高齢者医療で課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって，特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※ 「区カ」，「区キ」，「多カ」及び「多キ」については，令和4年10月1日から適用する。令和4年9月30日までの間は，後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(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

病床数が変更した場合は，当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し，「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(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」（令和2年4月28日付保発0428第3号）（本通知が改正された場合は，改正後の通知によること。以下同じ。）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」（令和4年3月25日医療課事務連絡）に取りまとめたので、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「治ゆ」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「治ゆ」、「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、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、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1及びハイリスク妊産婦共同管理料（I）を算定し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、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。この場合、

その回数を「**摘要**」欄に再掲すること。

なお、平成30年3月31日以前から継続的に情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定していた患者であって、平成30年度改定後も引き続き一連の診療として情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定する場合は、その旨を「**摘要**」欄に記載し、その回数と、それ以外で電話等再診を算定する場合は、それぞれ「**摘要**」欄に記載すること。

エ 同一日に初診、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。

同一日に情報通信機器を用いた診療が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。

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 小児特定疾患カウンセリング料の口、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若しくはハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料1、外来排尿自立指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、精神科退院時共同指導料1、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・指導料又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と、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

コ 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こと。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こと。

(19) 「点数」欄について

ア 診療行為等の名称又は略称、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」欄に記載すべき診療行為等の名称又は略称、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。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る診療内容が該当するものであること。

(20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア 通則

各欄又は「**摘要**」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、

回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の【摘要】欄に記載する事項等は次のとおりであること。ただし、ウに掲げる別表Ⅲについては、令和4年10月診療分以降、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からの電子レセプト請求による場合に限るものとする。

- (ア) 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）」
- (イ) 別表Ⅱ「診療報酬明細書の【摘要】欄への記載事項等一覧（薬価基準）」
- (ウ) 別表Ⅲ「診療報酬明細書の【摘要】欄への記載事項等一覧（検査値）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅲまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「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」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和4年4月1日適用の旨が表示されたコードに限る。）、別表Ⅱ及び別表Ⅲのコードについては、令和4年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ 「初診」欄について

- (ア) 診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、その回数及び点数を記載すること。

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】欄に名称を、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】欄に名称を、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】欄に名称をそれぞれ記載すること。

- (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) 機能強化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】欄に名称を記載すること。
- (エ) 外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算又は電子的保健医療情報活用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】欄に名称を記載すること。

ウ 「再診」欄について

- (ア) 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

- (イ) 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

- (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】欄に名称を、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】欄に名称を、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】欄に名称をそれぞれ記載すること。

- (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。

- (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】欄に名称を記載すること。

- (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】欄に名称を記載すること。

- (キ) 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算又は薬剤適正使用連携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】欄に名称を記載すること。

- (ク) 外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算又は電子的保健医療情報活用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】欄に名称を記載すること。

エ 「医学管理」欄について

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	令和4年4月1日適用
1	A000	初診料	(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) 「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30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院	
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院	
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院	
			830100002	(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	2つ目の診療科(初診料); *****	
			820100990	(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)	※
820100816	(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)	※			
2	A001	再診料	(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) 「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1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院	
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院	
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院	
			112008350	(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合) 同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある旨を記載すること。	同日再診料	
			112016850	同日特定妥結率再診料		
			112008850	同日電話等再診料		
			112015950	電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目)		
			112016950	同日電話等特定妥結率再診料		
112017150	電話等特定妥結率再診料(同一日複数科受診時の2科目)					
830100003	(注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	2つ目の診療科(再診料); *****				

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	令和4年4月1日適用
			<p>(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合)</p> <p>当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。</p>	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)	※
			<p>(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合)</p> <p>一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。</p>	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)	※
3	A001	再診料の乳幼児加算	<p>(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合)</p> <p>月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。</p>	820100005	月の途中まで乳幼児	
4	A002	外来診療料	<p>(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)</p> <p>「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1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。</p>	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院	
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院	
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院	
			<p>(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)</p> <p>2つ目の診療科の診療科名を記載すること。</p>	830100004	2つ目の診療科(外来診療料);*****	
			<p>(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合)</p> <p>当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。</p>	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)	※
			<p>(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合)</p> <p>一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。</p>	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)	※
5	A002	外来診療料の乳幼児加算	<p>(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合)</p> <p>月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。</p>	820100005	月の途中まで乳幼児	
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);*****	

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (薬価基準)

項番	医薬品名称	効能・効果	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
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
			842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	
			820600006	投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	
			820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）		
2	アキシャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキシャルックス点滴静注250mg）；*****
3	アコファイド錠100mg	機能性ディスベプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスベプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスベプシア」を用いること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

別表Ⅱ (薬価)

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (検査値)

項番	区分等	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	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード
1	D009の8	前立腺特異抗原(P S A)	(3月に1回を超える算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(P S A));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	I	850100164
2	D007の26	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
3	D005の5	末梢血液一般	(同一日に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
4	D006の17	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
5	D015の11	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-マイクログロブリン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	I	842100059
7	医薬品	解凍赤血球液-L R「日赤」 赤血球液-L R「日赤」 洗浄赤血球液-L R「日赤」 照射赤血球液-L R「日赤」 照射解凍赤血球液-L R「日赤」 照射洗浄赤血球液-L R「日赤」	本製剤を投与するにあたってH b値を測定した場合は、投与の直前に測定したH b値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びH b値(人赤血球液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
8	医薬品	照射洗浄血小板-L R「日赤」 照射濃厚血小板-L R「日赤」 濃厚血小板-L R「日赤」 照射洗浄血小板H L A-L R「日赤」 照射濃厚血小板H L A-L R「日赤」 濃厚血小板H L A-L R「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		

別表Ⅲ (検査値)

別表Ⅳ 診療行為名称等の略号一覧 (医科)

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1	A000	情報通信機器を用いた初診を行った場合	情初	「初診」欄
2	A000	初診料の注2, 注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において, 他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合	初減	「初診」欄
3	A000	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	初妥減	「初診」欄
4	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合	複初	「初診」欄
5	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合(初診料の注2, 注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合)	複初減	「初診」欄
6	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合(初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合)	複初妥減	「初診」欄
7	A000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
8	A000	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「初診」欄
9	A000	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「初診」欄
10	A000	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「初診」欄
11	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	産特夜	「初診」欄
12	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	産特休	「初診」欄
13	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	産特深	「初診」欄
14	A000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
15	A000	外来感染対策向上加算を算定した場合	初感	「初診」欄
16	A000	連携強化加算を算定した場合	初連	「初診」欄
17	A000	サーベイランス強化加算を算定した場合	初サ	「初診」欄
18	A000	電子的保健医療情報活用加算を算定した場合	初電	「初診」欄
19	A001	情報通信機器を用いた再診を行った場合	情再	「初診」欄
20	A001	再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「再診」欄
21	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複再	「再診」欄
22	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合(再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合)	複再妥減	「再診」欄
23	A001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
24	A001	時間外対応加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
25	A001	時間外対応加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
26	A001	時間外対応加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
27	A001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
28	A001	地域包括診療加算1を算定した場合	再包1	「再診」欄
29	A001	地域包括診療加算2を算定した場合	再包2	「再診」欄
30	A001	認知症地域包括診療加算1を算定した場合	再認包1	「再診」欄
31	A001	認知症地域包括診療加算2を算定した場合	再認包2	「再診」欄
32	A001	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
33	A001	外来感染対策向上加算を算定した場合	再感	「再診」欄
34	A001	連携強化加算を算定した場合	再連	「再診」欄
35	A001	サーベイランス強化加算を算定した場合	再サ	「再診」欄
36	A001	電子的保健医療情報活用加算を算定した場合	再電	「再診」欄
37	A001 A002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
38	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
39	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「再診」欄
40	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「再診」欄
41	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	産特夜	「再診」欄
42	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	産特休	「再診」欄
43	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	産特深	「再診」欄
44	A002	情報通信機器を用いた外来診療を行った場合	情外	「初診」欄
45	A002	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の場合	外診減	「再診」欄
46	A002	外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	外診妥減	「再診」欄
47	A002	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	複外診	「再診」欄

別紙 2

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箋（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。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。
- 2 処方箋の用紙は、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（歯科診療録にあつては「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、生活保護法による医療扶助、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による精神通院医療等の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、生活保護法による医療扶助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よる精神通院医療等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つた場合は「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（処方箋にあつては、「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。

なお、被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、枝番も併せて記載すること。

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」(令和2年4月28日付保発0428第3号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)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

D P C の記載要領

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18. 3.30 保医発 0330007)
(最終改正；令 4. 3.25 保医発 0325 1)

「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」(平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。), 「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及び調整係数」(平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。), 「厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び副傷病名」(平成18年厚生労働省告示第140号) 等が公布

されたところであるが, これに伴い, 当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別紙のとおり定めたので, 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。

なお, 本通知は, 平成18年4月1日から適用することとし, 従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について(通知)」は, 平成18年3月31日限り廃止する。

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

(編注；様式第10は386頁掲載)

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, 変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨(例 社本より国保 ○

年○月○日)を記載すること。また, 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。

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, (21)から(23)まで及び(25)から(27)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」欄には厚生労働大臣が指定する病院の病棟における

〈参考13〉

薬剤使用に関する明細書のその他の記載について

(掲載している医薬品)

医薬品	頁
英数字	
B型肝炎母子感染防止に係る保険診療上の取扱い	480
ア	
アイモビーグ皮下注 70mg ペン	481
アキラルクス点滴静注 250mg	481
アコファイド錠 100mg	481
アジョビ皮下注 225mg シリンジ	481
アドセトリス点滴静注用 50mg	482
アプレピタントカプセル 80mg 「サワイ」, 同カプセル 125mg 「サワイ」, 同カプセルセット 「サワイ」, 同カプセル 80mg 「NK」, 同カプセル 125mg 「NK」 及び同カプセルセット 「NK」	482
アベクマ点滴静注	482
アルンプリグ錠 30mg 及び同錠 90mg	483
アレセンサカプセル 150mg	483
アロフィセル注	483
イ	
イエスカクタ点滴静注	483
イデルピオン静注用 50, 同 500, 同 1000, 同 2000 及び同 3500	483
イブランスカプセル 25mg, 同カプセル 125mg	484
イブランス錠 25mg 及び同錠 125mg	484
イベニティ皮下注 105mg シリンジ	484
イミフィンジ点滴静注 120mg 及び同点滴静注 500mg	484
イメンドカプセルセット, イメンドカプセル 80mg, イメンドカプセル 125mg	485
イラリス皮下注射液 150mg	485
ウ	
ヴァイトラックピカプセル 25mg, 同カプセル 100mg 及び同内用液 20mg/mL	485
ヴァンフリタ錠 17.7mg 及び同錠 26.5mg	485
エ	
エクロックゲル 5%	485
エスポー皮下用 24000 シリンジ	485
エドルミズ錠 50mg	486
エフィエント錠 2.5mg 及び同錠 3.75mg	486
エプリスディドライシロップ 60mg	486
エポジン注シリンジ 1500, 同 3000, 同 6000	487

医薬品	頁
エポジン皮下注シリンジ 24000	487
エムガルティ皮下注 120mg オートインジェクター及び同 120mg シリンジ	487
エンハーツ点滴静注用 100mg	487
エンレスト錠 50mg, 同錠 100mg 及び同錠 200mg	488
オ	
オブジーボ点滴静注 20mg, 同 100mg, 同 120mg 及び同 240mg	488
オルプロリクス静注用 250	494
オルプロリクス静注用 500, 同 1000, 同 2000 及び同 3000	494
オルプロリクス静注用 4000	494
オルミエント錠 2mg 及び同錠 4mg	494
カ	
ガザイバ点滴静注 1000mg	495
乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体製剤 (ファイバ静注用 500, 同 1000)	495
キ	
キイトルーダ点滴静注 100mg	495
キムリア点滴静注	499
ク	
クリースピータ皮下注 10mg, 同皮下注 20mg 及び同皮下注 30mg	500
コ	
コラテジェン筋注用 4mg	500
サ	
ザーコリカプセル 200mg 及び同 250mg	501
サイバインコ錠 50mg, 同錠 100mg 及び同錠 200mg	501
サイラムザ点滴静注液 100mg 及び同点滴静注液 500mg	501
ザルティア錠 2.5mg 及び同 5mg	501
シ	
ジーンプラバ点滴静注 625mg	502
ジカディア錠 150mg	502
ジャクスタピッドカプセル 5mg, 同 10mg 及び同 20mg	502

医薬品	頁
照射洗浄血小板-L R「日赤」及び照射洗浄血小板H L A-L R「日赤」	502
シンボニー皮下注 50mg オートインジェクター	502
シンボニー皮下注 50mg シリンジ	502
ス	
ステボロニン点滴静注バッグ 9000mg/300mL	503
ステミラック注	503
スピラザ髄注 12mg	503
セ	
ゼジューラカプセル 100mg	503
ゼフィックス錠 100	504
セリンクロ錠 10mg	504
ゼルボラフ錠 240mg	504
ソ	
ゾスパタ錠 40mg	504
ゾルゲンスマ点滴静注	504
ゾレア皮下注用 150mg, 同皮下注 75mg シリンジ及び同皮下注 150mg シリンジ	505
タ	
タグリッソ錠 40mg 及び同 80mg	505
タズベリク錠 200mg	505
タドラフィル錠 2.5mg Z A「サワイ」, 同錠 2.5mg Z A「フソー」, 同錠 2.5mg Z A「日医工」, 同錠 2.5mg Z A「ニプロ」, 同錠 2.5mg Z A「あすか」, 同錠 2.5mg Z A「杏林」, 同錠 2.5mg Z A「サンド」, 同錠 2.5mg Z A「J G」, 同OD錠 2.5mg Z A「トーワ」, 同錠 5mg Z A「サワイ」, 同錠 5mg Z A「フソー」, 同錠 5mg Z A「日医工」, 同錠 5mg Z A「ニプロ」, 同錠 5mg Z A「あすか」, 同錠 5mg Z A「杏林」, 同錠 5mg Z A「サンド」, 同錠 5mg Z A「J G」及び同OD錠 5mg Z A「トーワ」	506
タドラフィル錠 2.5mg Z A「シオエ」及び同錠 5mg Z A「シオエ」	506
タフィンラーカプセル 50mg 及び同 75mg	506
タプレクタ錠 150mg 及び同錠 200mg	506
チ	
チャンピックス錠 0.5mg, 同 1mg	506
チラーゲンS静注液 200 μ g	507
テ	
テセントリク点滴静注 840mg 及び同 1200mg	507
テプミトコ錠 250mg	508
テムセルHS注	508
デュピクセント皮下注 300mg シリンジ及び同皮下注 300mg ペン	508

医薬品	頁
デリタクト注	510
ト	
トラスツズマブB S点滴静注用 60mg「NK」, 同 150mg「NK」, 同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」	510
トラスツズマブB S点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」	510
トラスツズマブB S点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」	511
トルツ皮下注 80mg オートインジェクター, 同皮下注 80mg シリンジ	511
ニ	
ニコチネルT T S 10, 同 20, 同 30	511
ノ	
ノモサング点滴静注 250mg	511
ノボセブンH I 静注用 1mg シリンジ, 同 2mg シリンジ, 同 5mg シリンジ	512
ハ	
パージェタ点滴静注 420mg/14mL	512
ハーセプチン注射用 60, 同 150	512
バイアグラ錠 25mg, 同錠 50mg, 同ODフィルム 25mg 及び同ODフィルム 50mg 並びにシアリス錠 5mg, 同錠 10mg 及び同錠 20mg	512
バイクロット配合静注用	513
バクスマー点鼻粉末剤 3mg	513
バクトロバン鼻腔用軟膏 2%	513
パドセブ点滴静注用 30mg	514
バベンチオ点滴静注 200mg	514
ヒ	
ビラフトビカプセル 50mg 及び同カプセル 75mg	515
ビルテプソ点滴静注 250mg	515
ビンダケルカプセル 20mg	515
ピンマックカプセル 61mg	516
フ	
ファイバ静注用 500, 同 1000	495
フェインジェクト静注 500mg	516
フォシーガ錠 5mg, 同錠 10mg	516
プレヤンジ静注	517
ヘ	
ベイスンOD錠 0.2, ベイスン錠 0.2	517
ベージニオ錠 50mg, 同錠 100mg 及び同錠 150mg	517
ベスポンサ点滴静注用 1mg	518
ペマジール錠 4.5mg	518

医薬品	頁
ベリキューボ錠 2.5mg, 同錠 5mg 及び同錠 10mg	518
ホ	
ボグリボース錠 0.2mg「武田テバ」, 同 0.3mg「武田テバ」, 同OD錠 0.2mg「武田テバ」及び同OD錠 0.3mg「武田テバ」	518
ポテリジオ点滴静注 20mg	518
ミ	
ミカトリオ配合錠	519
ム	
ムルプレタ錠 3mg	519
メ	
メキニスト錠 0.5mg 及び同 2mg	519
メクトビ錠 15mg	519
メナクトラ筋注	519
ヤ	
ヤーズ配合錠	519
ラ	
ライアット MIBG-I131 静注	520
ラピフォートワイプ 2.5%	520
リ	
リツキサン点滴静注 100mg 及び同 500mg	520

医薬品	頁
リツキシマブB S点滴静注 100mg「KHK」, 同 B S点滴静注 500mg「KHK」	520
リツキシマブB S点滴静注 100mg「ファイザー」及び同 B S点滴静注 500mg「ファイザー」	520
リフヌア錠 45mg	520
リベルサス錠 3mg, 同錠 7mg 及び同錠 14mg	520
リムパーザ錠 100mg, 同錠 150mg	520
リンヴォック錠 7.5mg, 同錠 15mg 及び同錠 30mg	521
ル	
ルマケラス錠 120mg	521
レ	
レットヴィモカプセル 40mg 及び同カプセル 80mg	522
レパーサ皮下注 140mg ペン	522
レパーサ皮下注 420mg オートミニドザー	523
レフィキシア静注用 500, 同静注用 1000 及び同静注用 2000	523
ロ	
ローブレナ錠 25mg 及び同錠 100mg	523
ロズリートレクカプセル 100mg 及び同カプセル 200mg	524

※ 「最適使用推進ガイドライン関連通知の読替えに伴う留意事項通知の取扱いについて」（令和4年3月31日医療課事務連絡）により、以下の通知で定めている抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤及び抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤の留意事項において「外来化学療法加算」としている部分は、令和4年4月1日以降「外来腫瘍化学療法診療料」と読み替えることとされています。

- ・「抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成29年2月14日保医発0214第4号）（「オプジーボ点滴静注20mg, 同100mg, 同120mg及び同240mg」及び「キイトルーダ点滴静注100mg」）
- ・「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成29年11月21日保医発1121第12号）（「バベンチオ点滴静注200mg」）
- ・「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成30年4月17日保医発0417第4号）（「テセントリク点滴静注840mg及び同1200mg」）
- ・「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成30年8月28日保医発0828第2号）（「イミフィンジ点滴静注120mg及び同点滴静注500mg」）

B型肝炎母子感染防止に係る保険診療上の取扱いについて

- 1 以下の診療については、健康保険の給付の対象とする。
- (1) H Bs抗原検査陽性妊婦に対するH Be抗原検査
 - (2) H Bs抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗H Bs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射及びH Bs抗原抗体検査
 - (3) (1)及び(2)に係る再診料、採血料等（「新診療報酬点数表の制定（昭和33年告示の全部改正）等に伴う実施上の留意事項について」（平成6年3月16日保険発第

25号）等関係通知に定めるところによる。）

なお、B型肝炎母子感染防止事業により平成7年3月31日以前にH Be抗原検査受診票が交付されている妊婦であって、同日までに検査を受けていないもののH Be抗原検査及びそれに係る再診料等、並びに、同事業により平成7年3月31日以前に母子感染予防票の交付を受けている乳児の抗H Bs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射、H Bs抗原抗体検査及びそれらに係る初再診料等については、平成7年度においても引き続き公費負担されるので保険給付の対

象とはしない。

- 2 診療報酬明細書の記載に当たっては、傷病名欄には「B型肝炎の疑い」等と記載し、さらに、乳児診療分の摘要欄には「HBs抗原陽性妊婦からの出生」と記載する。

また、新生児に対する抗HBs人免疫グロブリン注射の請求に当たっては、他に保険診療がない場合には、入院外の診療報酬明細書を使用する。

(平7.3.31 保険発53)

アイモビーグ皮下注70mgペン

- 1 アイモビーグ皮下注70mgペンについては、最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製品の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意する。
- 2 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ① 本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に以下のア～オのうち該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）

ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。

イ 日本神経学会

ウ 日本頭痛学会

エ 日本内科学会（総合内科専門医）

オ 日本脳神経外科学会

- ② 本剤の投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均。

- ③ 本剤の投与の可否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。

ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に行っている患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。

イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。

ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれ

かが、忍容性が低く使用又は継続ができない。

エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。

- 3 本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載する。

- 4 本製剤の投与開始後も、定期的に投与継続の可否について検討し、頭痛発作発現の消失・軽減等により日常生活に支障をきたさなくなった場合には、本剤の投与中止を考慮する。

(令3.8.11 保医発0811 4)

アキシャルックス点滴静注250mg

- ◇ 本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載する。

(令2.11.17 保医発1117 3)

アコファイド錠100mg

- 1 本剤は、「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できる。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いる。

- 2 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「上部消化管内視鏡検査等により、胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外すること」とされているので、器質的疾患を有する場合には算定できないものである。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を摘要欄に記入する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。

(平25.5.24 保医発0524 4)

(最終改正；平30.3.26 保医発0326 8)

アジゾビ皮下注225mgシリンジ

- 1 アジゾビ皮下注225mgシリンジについては、最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製品の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意する。

〈参考14〉

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 (抄)

(令 4. 3. 4 保医発 0304 9)

特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第58号)が本日付けをもって告示され、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)が改正されたところであるが、材料価格の算定に当たっての留意事項については、下記のとおりとすることとしたので、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等に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、令和4年4月1日から適用することとし、従前の「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」(令和2年3月5日保医発0305第9号)は、令和4年3月31日限り廃止する。

記

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

2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

006 在宅血液透析用特定保険医療材料

(1) 吸着型血液浄化器(β_2 -ミクログロブリン除去用)は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のアからウまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓(血液透析に限る。)を行う際に用いた場合に、初回の使用日から1年を限度として算定する。

また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のイ及びウの要件を満たすことを確認した場合に限り、更に1年を限度として算定できる。3度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

ア 手術又は生検により、 β_2 -ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。

イ 透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放手術を受けている。

ウ 画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、吸着型血液浄化器(β_2 -ミクログロブリン除去用)を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要

欄に当該材料の使用開始日を記載する。

(2) 人工腎臓用特定保険医療材料の材料価格には、回路の費用が含まれ別に算定できない。

008,009 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN-R分類D3、D4及びD5)を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

(2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

010 水循環回路セット

水循環回路セットを、前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

011 膀胱瘻用カテーテル

(1) 膀胱瘻用カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

(2) 原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

(1) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

ア 外傷性裂開創(一次閉鎖が不可能なもの)

イ 外科手術後離開創・開放創

ウ 四肢切断端開放創

エ デブリードマン後皮膚欠損創

- (2) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については4週間を限度として算定できる。3週間を超えて算定した場合は、**診療報酬明細書**の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。ただし、感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を**診療報酬明細書**の摘要欄に記載すること。
- (5) 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。
- (6) 局所陰圧閉鎖処置用材料は、陰圧創傷治療用カートリッジと併用し、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

015 人工鼻材料

- (1) 人工鼻は、1月当たり60個を限度として算定できる。ただし、1月当たり60個を超えて算定が必要な場合は、**診療報酬明細書**の摘要欄にその医学的必要性について記載すること。
- (2) 接続用材料・シール型・標準型及び接続用材料・シール型・特殊型は、合わせて1月当たり30枚を限度として算定できる。ただし、合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合は、**診療報酬明細書**の摘要欄にその医学的必要性について記載すること。

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

010 血管造影用マイクロカテーテル

- (1) 遠位端可動型治療用は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り、1回の手術に当たり1本を限度として算定できる。
- (2) 遠位端可動型治療用の使用に当たっては、**診療報酬明細書**の摘要欄に医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 遠位端可動型治療用は、造影検査のみを目的として使用した場合は算定できない。

021 中心静脈用カテーテル

- (1) ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (2) 末梢留置型中心静脈カテーテル・特殊型のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているものについては、留置に際して専用のナビゲーションシ

ステムを併用した場合に限り算定できる。

- (3) 抗菌型は、区分番号「A234-2」感染対策向上加算「1」若しくは「2」の施設基準を満たす保険医療機関又は中心静脈ライン関連血流感染(以下「CLABSI」という。)に関するサーベイランスを実施している保険医療機関において、適切な感染防止対策を行った上で、下記のア又はイのいずれかに該当する患者に対し、関連学会が定める適正使用基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。

- ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者
- a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者
- b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者
- c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者
- d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者

- イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者

- (4) 抗菌型を使用する際には、下記について**診療報酬明細書**の摘要欄に記載すること。

ア 当該患者の症状詳記及び上記(3)の該当項目

イ 当該患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。)

ウ 上記(3)のイに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率

031 腎瘻又は膀胱瘻用材料

- (1) 膀胱瘻用カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) 腎瘻用カテーテルは、腎瘻術又はカテーテル交換術を行う際、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (3) 膀胱瘻用カテーテルを交換した場合は、ダイレータ、ガイドワイヤー、穿刺針及び膀胱瘻用穿孔針

〈参考20〉

疑義解釈資料の送付について（その1）（抄）（不妊治療の取扱い）

（令 4. 3.31 保険局医療課事務連絡）

〔別添2〕 医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【一般不妊治療管理料】

1. 基本的な算定要件

問1 不妊症の原因検索の検査や不妊症の原因疾病に対する治療等を実施する場合、一般不妊治療管理料は算定可能か。

〔答〕 算定不可。一般不妊治療とは、いわゆるタイミング法及び人工授精をいい、一般不妊治療管理料は、不妊症と診断された患者に対して、当該患者の同意を得て、いわゆるタイミング法又は人工授精に係る計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うなど、必要な要件を満たす場合に算定する。

問2 「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」こととされているが、例えば、生殖補助医療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、一般不妊治療管理料に切り替えた場合は、当該月において一般不妊治療管理料は算定可能か。

〔答〕 算定可。

問3 問2において、例えば、生殖補助医療を実施していたが、同一月に一般不妊治療に切り替えることとし、治療計画を作成し、一般不妊治療を開始した場合、当該月に生殖補助医療管理料と一般不妊治療管理料のいずれも算定可能か。

〔答〕 主たるもののみ算定可。

問4 タイミング法を実施するに当たり、勃起障害を伴う男性不妊症患者に対するホスホジエステラーゼ5阻害剤（以下「PDE5阻害剤」という。）の使用を伴う場合、当該患者に対して一般不妊治療管理料は算定可能か。

〔答〕 算定可。

問5 令和4年3月31日以前に一般不妊治療を開始した患者について、同年4月1日以降においても当該治療に係る診療が継続している場合、保険診療として実施することは可能か。

〔答〕 令和4年4月1日以降に、一般不妊治療について改めて治療計画を作成し、その作成日から治療を開始する場合には保険診療として実施可能。

2. 治療計画の説明・同意 ※生殖補助医療管理料と共通（問30参照）

問6 治療計画の同意の取得は、文書で行う必要があるか。また、その保存は必要か。

〔答〕 文書により同意を取得し、当該文書を診療録に添付して保存する必要がある。

問7 治療計画の文書交付に係る費用は、別に徴収してよいか。

〔答〕 不可。

問8 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者及びそのパートナーへの説明・同意の取得については、両者が受診した上で行わなければならないのか。6月に1回以上行うこととされている「治療内容等に係る同意について確認」についても両者の受診が必要か。

〔答〕 初回の治療計画の説明に当たっては、原則として当該患者及びそのパートナーの同席の下で実施すること。ただし、同席が困難な場合には、その理由を診療録に記載するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き同席ができなかった者に対しても以後の診療機会に説明を行い、同意を得ること。

後段の「治療内容等に係る同意について確認」については、同意について確認がとれればよい。

問9 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者又はパートナーへの説明・同意の取得については、同席が困難な場合には、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて説明を行った上で、同意の確認を行ってもよいか。

〔答〕 よい。この場合、身分証明書の提示等により確実に本人確認を行うとともに、文書による同意を得ること。この際、パートナーからの文書による同意の取得については、後日、同意を得た文書を診療録に添付することで差し支えない。なお、単にパートナーへの説明を行い、同意を取得することのみでは、当該パートナーに対する診療報酬は算定できない点に留意すること。

問10 患者及びそのパートナーに対して一般不妊治療に関する治療計画の説明を行うに当たり、当該パートナーに対しては特段の診療を行わず、治療計画の説明及び同意の取得のみを行う場合には、当該パートナーに関して一般不妊治療管理料を算定することはできないということか。

〔答〕 そのとおり。一般不妊治療管理料は、当該一般不妊治療を実施する患者について算定するものとし、単に患者及びそのパートナーに対して治療計画の説明及び

同意の取得を行ったのみでは、患者及びそのパートナーそれぞれについて算定することはできない。

問11 患者及びそのパートナーの両者に診療や必要な療養上の指導等を行った場合は、両者についてそれぞれ一般不妊治療管理料を算定することは可能か。

(答) 可能。この場合、それぞれの診療について診療録を作成し、実施した指導内容の要点を診療録に記載すること。

3. 婚姻関係の確認等 ※生殖補助医療管理料と共通(問30参照)

問12 一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。

(答) 法律婚である場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について、それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること。

ア 当該患者及びそのパートナーが重婚でない(両者がそれぞれ他人と法律婚でない)こと。

イ 当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。

ウ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

【人工授精】

問13 患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子提供による人工授精(AID)は、保険診療で実施可能か。

(答) 不可。

問14 区分番号「K884-2」人工授精を一月の月経周期内に複数回実施した場合の算定方法如何。

(答) 一月の月経周期(※)ごとに1回に限り算定可。

※ 一般的に、「月経」とは、約1ヶ月の間隔で自発的に起こり、限られた日数で自然に止まる子宮内膜からの周期的出血であり、月経周期日数はおおよそ25~38日とされており、採卵術における「月経周期」とは、採卵を予定する直近の月経開始日から次の月経または破綻出血が起こるまでの期間と想定される。以下同じ。

問15 複数の月経周期にわたり人工授精を実施することも考えられるが、人工授精の算定要件には、採卵術のように患者ごとの回数制限はないということか。

(答) そのとおり。ただし、医学的に妥当適切な範囲で実施すること。なお、治療が奏効しない場合には、治療

計画の見直しを検討すること。

問16 同一月の別の月経周期において、それぞれ人工授精を実施した場合(例えば、月初めと月末に計2回実施した場合は、それぞれについて人工授精を算定可能か。

(答) 算定可。その場合、同一月に算定する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料においても同様の取扱いであること。

【生殖補助医療管理料】

1. 基本的な算定要件

問17 生殖補助医療管理料について、例えば遠方から病院に通院している患者について、当該病院と当該患者の自宅近くの診療所といった複数の保険医療機関が治療管理を行っている場合には、それぞれの医療機関において当該管理料を算定できるか。

(答) 当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関においてのみ算定できる。

問18 生殖補助医療管理料の施設基準における「他の保健医療サービス及び福祉サービス」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 都道府県等において実施されている不妊症・不育症に関する相談支援(令和4年度からは「性と健康の相談センター事業」)や、不妊症・不育症支援ネットワーク事業(※)等を指す。

※ 不妊症・不育症支援ネットワーク事業(国庫補助事業)

都道府県等において、以下の(1)~(4)を実施することとされている。

(1) 不妊症・不育症の診療を行う医療機関や、相談支援等を行う自治体、当事者団体等の関係者等で構成される協議会等の開催

(2) 当事者団体等によるピア・サポート活動などへの支援の実施

(3) 不妊症・不育症の心理社会的支援に係るカウンセラーを設置し、相談支援を実施

(4) 不妊症・不育症患者への里親制度・特別養子縁組制度の紹介の実施

問19 一般不妊治療管理料については、「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」とこととされているが、一般不妊治療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、生殖補助医療管理料に切り替えた場合は、当該月において生殖補助医療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問20 問19において、例えば、一般不妊治療を実施していたが、同一月に生殖補助医療に切り替えることとし、