写

保医発第0330007号
平成18年３月30日

地方社会保険事務局長　殿
都道府県民生主管部（局）
各　国民健康保険主管課（部）長　殿
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長　殿

厚生労働省保険局医療課長

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（通知）

「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添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９）の記載要領

### １　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙１のⅡ第３の１の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

(1)　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。

(2)　月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証若しくは老人医療受給者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。また、「包括評価部分」欄にはその旨（例　社本より国保　○年○月○日）を記載すること。

### ２　明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表１のⅡ第３の２(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)から(37)まで及び(39)から(41)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

①　保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

②　欄の左下隅に「診療科（　）」と表示し、（　）の中に医療法施行令（昭和23年政令第326号）に定められた診療科について、次の診療科及びコードにより記載すること。

| 診療科 | ｺｰﾄﾞ | 診療科 | ｺｰﾄﾞ | 診療科 | ｺｰﾄﾞ |
|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | ０１ | 心臓血管外科 | １６ | 心療内科 | ３３ |
| 精神科 | ０２ | 小児外科 | １７ | アレルギー科 | ３４ |
| 神経科 | ０３ | 皮膚泌尿器科 | １８ | リウマチ科 | ３５ |
| 神経内科 | ０４ | 皮膚科 | １９ | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 | ３６ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 呼吸器科 | ０５ | 泌尿器科 | ２０ |
| 消化器科 | ０６ | 性病科 | ２１ |
| 胃腸科 | ０７ | こう門科 | ２２ |
| 循環器科 | ０８ | 産婦人科 | ２３ |
| 小児科 | ０９ | 産科 | ２４ |
| 外科 | １０ | 婦人科 | ２５ |
| 整形外科 | １１ | 眼科 | ２６ |
| 形成外科 | １２ | 耳鼻いんこう科 | ２７ |
| 美容外科 | １３ | 気管食道科 | ２８ |
| 脳神経外科 | １４ | 放射線科 | ３０ |
| 呼吸器外科 | １５ | 麻酔科 | ３１ |

(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。)別表11に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等１」、「手術・処置等２」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3)　「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名)」及びその対応するICD10コード（５桁まで（５桁目が存在しない場合は４桁まで、４桁目が存在しない場合は３桁目まで)。以下同じ。）を記載すること。

「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」(平成３年９月27日保発第64号・老健発第83号)別添３に規定する傷病名を用いること。

(4)　「今回入院年月日」欄について

入院年月日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

(5)　「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

(6)　「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

| | | |
|---|---|---|
| 医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合 | 1 | 治癒 |
| 医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合 | 2 | 軽快 |
| 医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合 | 3 | 寛解 |
| 医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合 | 4 | 不変 |
| 医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合 | 5 | 増悪 |
| 医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合 | 6 | 死亡 |
| 医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合 | 7 | 外死亡 |
| 一般病棟以外又は特定入院期間以外等に該当し対象外となった場合 | 9 | その他 |

(7) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、出来高算定部分の記載内容にも配意しつつ、重要なものからそれぞれ最大４つまで記載すること。退院時処方の投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとすること。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」別添３に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を１つ記載すること。

ウ 「医療資源を２番目に投入した傷病名」

医療資源を２番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大４つまで）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大４つまで）を記載すること。

② 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。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「７ 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(8) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる①及び③の事項については必ず記載し、②、④及び⑤の事項については該当がある場合は順次記載すること。

① 「転科の有無」について

転科がない場合は「無」、ある場合は「有」と記載すること。

② 「一般病棟以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟から一般病棟へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

③ 「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まっていた場合は「1　予定入院」、それ以外の場合は「2　緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3　緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。

④ 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

⑤ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において前回と同一傷病で入院した場合に「有」を記載すること。

(9) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、ＪＣＳ（Japan Coma Scale）、Burn Index。

② 手術、手術・処置等１、手術・処置等２について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。

なお、手術・処置等１及び手術・処置等２において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等。

(10) 「包括評価部分」欄について

① 「包括評価部分」欄については、算定告示に定める診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）

② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。

③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「○月請求分」として記載すること。

④ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した２日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

（記載例）

※　入院期間Ⅰ日未満：入Ⅰ　入院期間Ⅰ日以上Ⅱ日未満：入Ⅱ

入院期間Ⅱ日以上：入Ⅲ

１点未満については四捨五入

例１：脳腫瘍　頭蓋内腫瘍摘出術等　手術・処置等２　１あり

（４月３日入院、６月10日退院の場合）の例（６月診療分）

| | | |
|---|---|---|
| | | ４月請求分（a＋b）×４月医療機関別係数＝合計 |
| | | 入Ⅰ　3,070×18＝小計 … a |
| | | 入Ⅱ　2,269×10＝小計 … b |
| | | ５月請求分（c＋d）×５月医療機関別係数＝合計 |
| | | 入Ⅱ　2,269×　8＝小計 … c |
| | | 入Ⅲ　1,929×23＝小計 … d |
| | | ６月請求分 e×６月医療機関別係数＝合計 |
| | | 入Ⅲ　1,929×10＝小計 … e |
| 1 | 93 | |

例２：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈ステント留置術等　手術・処置等２　なし

→ 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈ステント留置術等　手術・処置等２　３ありに変更の場合

（４月16日入院、５月３日診断群分類区分変更、５月８日退院の場合）の例（５月診療分）

| | | |
|---|---|---|
| | | ４月請求分（a＋b）×４月医療機関別係数＝合計 …A |
| | | 入Ⅰ　3,147×　8＝小計 … a |
| | | 入Ⅱ　2,326×　7＝小計 … b |
| | | ５月診療分　c×５月医療機関別係数＝合計 … B |
| | | 入Ⅱ　2,799×　4＝小計 … c |
| | | 入Ⅲ　2,379×　4＝小計 … d |
| | | 調整分（(e＋f)×４月医療機関別係数）－A＝小計 … C |
| | | 入Ⅰ　3,721×　9＝小計 … e |
| 1 | 93 | 入Ⅱ　2,799×　6＝小計 … f |
| | | ５月請求分　B＋C＝合計 |

(11)「出来高部分」欄について

① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙１のⅡ第３の(22)から(34)までの例によるものとすること。

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場

合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ　救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。

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

(12) その他について

① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独１本人）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第２(一)）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、１件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２(1)から(11)まで、(13)から(15)まで及び(20)並びに本通知Ⅱの２の(1)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書１件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

（例）

| | |
|---|---|
| 算定告示第１項第１号に該当する患者 | 入院後２４時間以内に死亡した患者又は生後１週間以内に死亡した新生児 |
| 同　第１項第２号に該当する患者 | 治験の対象患者 |
| 同　第１項第３号に該当する患者 | 臓器の移植術を受ける患者 |

| | | |
|---|---|---|
| 同 | 第１項第４号に該当する患者 | 高度先進医療である療養を受ける患者又は先進医療である療養を受ける患者 |
| 同 | 第１項第５号に該当する患者 | 包括対象とならない入院料を算定する患者 |
| 同 | 第１項第６号に該当する患者 | Ｋｘｘｘ、○○○を受ける患者<br>※「Ｋｘｘｘ、○○○」には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第１項第６号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める患者」（平成18年厚生労働省告示第139号）に掲げる医科診療報酬点数表区分及びその名称を記載する。） |

⑤　当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④の例により記載すること。

なお、総括表の出来高欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑥　③から⑤の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・３月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。