

事務連絡
令和2年3月27日

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

} 御中

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定関連通知等について(その3)

令和2年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

(別紙)

名称	番号・日付
「診療報酬請求書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
「訪問看護計画書の記載要領等について」の一部改正について	令和2年3月27日 保医発0327第2号
「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」の一部改正について	令和2年3月27日 保医発0327第3号
「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について	令和2年3月27日 保医発0327第4号
「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について	令和2年3月27日 保医発0327第5号
DPC制度への参加等の手続きについて	令和2年3月27日 保医発0327第6号
傷病名コードの統一の推進について	令和2年3月27日 事務連絡

<抄>

保 医 発 0 3 2 7 第 1 号
令 和 2 年 3 月 2 7 日

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

} 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公 印 省 略)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第57号）等が公布され、令和2年4月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添3のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）の一部改正について

別添2 「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）の一部改正について

別添3 「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）の一部改正について

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第 4）

1 「令和 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 4 を参照）。

3 「別記 殿」欄について

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

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

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

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称

表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

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

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。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。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

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

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

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

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

(1) 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。

(2) 服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料、退院時共同指導料若しくは経管投薬支援料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする

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

- (8) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。

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

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

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

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

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「令和 年 月分」欄について
調剤年月等を記載すること。

- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の設定要領の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

- (3) 「薬局コード」欄について
それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）

1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）

2 公費

後期高齢者医療

3 後期

退職者医療

4 退職

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

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

単独

1 単独

1種の公費負担医療との併用

2 2併

2種以上の公費負担医療との併用

3 3併

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

ウ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者(世帯主)と被保険者(その他)の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者(世帯主(高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者(その他(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。)はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来

2 本外

4 未就学者外来

4 六外

6 家族外来

6 家外

8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来

8 高外一

0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来

0 高外7

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

エ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

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

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

(6) 「給付割合」欄について

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

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。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、併せて枝番を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「(枝番)」の後ろに記載すること。

ウ 当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を()で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、()を省略しても差し支えないこと。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

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

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

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

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

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

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」

と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載すること。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11) 「職務上の事由」欄について

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

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ1枚の明細書の取扱いとすること。

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

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。

また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師

の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る処方箋の受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方箋の受付回数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る処方箋の受付回数が第1公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方箋の受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定する調剤、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤並びに服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援、退院時共同指導及び経管投薬支援は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支え

ないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、湿布薬を除く。）については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア） 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合

（イ） 同一処方箋により、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であつて、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(20)の力の(ウ)の例により「薬評」と記載し、

当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の１単位（内服薬にあつては１剤１日分、湯薬にあつては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては１調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

（ア） 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

（イ） 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

（ウ） 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「D」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第１回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（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、次のイからオ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、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰ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、令和２年１０月調剤分以降、「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。なお、令和２年３月３１日以前から適用されているコードについては、令和２年９月調剤分まで選択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Ⅱ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ 「加算料」欄について

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「０」）を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、一包化加算に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「０」）を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか１欄にのみ記載すること。

(イ) 一包化加算については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

(ウ) 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

(エ) 電子計算機の場合は、麻等の口を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻等の略号を使用する場合について同様であること。

(オ) １行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

ウ 「調剤基本料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る調剤基本料（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあつては、調剤基本料に地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算１、後発医薬品調剤体制加算２若しくは後発医薬品調剤体制加算３又は区分番号００の注３、注４若しくは注７を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数を乗じた点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点を乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に１５点を乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は名称及びその回数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

- (イ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

エ 「時間外等加算」欄について

- (ア) 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算(かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。)を算定した場合(ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。)は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。
- (イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

オ 「薬学管理料」欄について

- (ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料(薬学管理料の加算を含む。以下同じ。)の名称と回数を下記により記載すること。
- ① 薬剤服用歴管理指導料の「1」、「2」、「3」、「4」又は注13の特例を算定した場合は該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2、吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
 - ② かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
 - ③ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
 - ④ 外来服薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
 - ⑤ 服用薬剤調整支援料1又は服用薬剤調整支援料2を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数を記載すること。
 - ⑥ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、在宅患者オンライン服薬指導料、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
 - ⑦ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
 - ⑧ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
 - ⑨ 退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
 - ⑩ 服薬情報等提供料1又は服薬情報等提供料2を算定した場合は、該当する名称及び

その回数をそれぞれ記載すること。

⑪ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑫ 経管投薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

(イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

(ウ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(27) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に 介 の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

イ その他請求内容について特記する必要がある場合はその事項を記載すること。

ウ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28) 「公費分点数」欄について

ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「0」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る合計点数（分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」

欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)において同じ。)を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ） 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号二に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハに

掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

- (オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- (カ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第 69 条第 1 項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第 1 公費及び第 2 公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の 2 割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該 2 割相

当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(30) その他

ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 1 号又は同項第 2 号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長 2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第 6 項第 1 号又は同項第 2 号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

(カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。

(ク) 「公費分点数」欄は縦に 2 区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に 2 区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 5 号又は第 7 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。また、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 5 号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。

エ (削除)

オ (削除)

カ (削除)

キ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第 2 の 2 (4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ケ 高齢者医療確保法第 50 条第 2 号に該当する者(65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が 2 分の 1 とならない場合)には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。

コ 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 5 号の 2 又は第 7 号の 2 に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

サ 70 歳未満の場合であって、「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)であるもの)が提示された場合又は「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「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つては、課税所得 690 万円以上)の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3 割))の提示のみの場合又は「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つては、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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

シ 70 歳未満の場合であって、「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つては、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)であるもの)が提示された場合又は「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つては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「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つては、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))が提示された場合又

は「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つては、課税所得 3 80 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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ス 70 歳未満の場合であつて、「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つては、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）であるもの）が提示された場合又は「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つては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて「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つては、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））が提示された場合又は「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）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

セ 70 歳未満の場合であつて、「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つては、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）であるもの）が提示された場合又は「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つては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて、「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」の高齢受給者証若しく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））の提示のみの場合又は「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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ソ 70 歳未満の場合であつて、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合又は「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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ 医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、調剤料及びその加算の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、調剤料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。ただし、服薬情報等提供料については、

分割指示回数で除さず、「薬学管理料」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

チ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、令和2年10月調剤分以降、調剤基本料及び薬学管理料を算定した年月日を記録して請求すること。

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
1	01	調剤料(内服薬)	(配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合) 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服注射液の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	調剤料(内服薬):配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
				820100368	調剤料(内服薬):内服固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服注射液の場合
				820100369	調剤料(内服薬):内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合
				830100001	調剤料(内服薬):その他理由:*****
2	01	自家製剤加算	(自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由(自家製剤加算):*****
3	01	一包化加算 自家製剤加算 計量混合調剤加算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算):*****
				830100440	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(一包化加算):*****
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算):*****
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。	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)
				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)
				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)
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"d"日"
				830100442	情報提供を行った保険医療機関名(外来服薬支援料):*****
6	14の3	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。 〔記載例〕 〇〇市立病院にて〇種類から〇種類に調整。〇〇医院にて〇種類から〇種類に調整。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****
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(服用薬剤調整委支援料2):*****
8	10	特定薬剤管理指導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****
9	10	吸入薬指導加算	(前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内に再度算定する場合) 前回算定時の吸入薬の名称を記載すること。	830100446	前回算定時の吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****
10	10	調剤後薬剤管理指導加算	当該患者にインスリン製剤等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100373	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導加算):(元号)yy"年"m"月"dd"日"
				830100447	インスリン製剤等を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導加算):*****
11	10 13の2 13の3	薬剤服用歴管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合) 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日(薬剤服用歴管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100375	算定年月日(かかりつけ薬剤師指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100376	算定年月日(かかりつけ薬剤師包括管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
12	15 15の2 15の3 15の3	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	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"
				842100070	投薬日数:*****
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
14	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	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	(在宅基幹薬局)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"
				830100448	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****
				850100380	(在宅基幹薬局)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"
				830100449	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):*****

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
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、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。)を実施した場合であって、処方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を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(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。	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):*****
18	—	一般名処方が行 われた医薬品に ついて後発医薬 品を調剤しなかつ た場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合) その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当ては まる理由をひとつ記載すること。	820100373	後発医薬品を調剤しなかった理由:患者の意向
				820100374	後発医薬品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄
				820100375	後発医薬品を調剤しなかった理由:後発医薬品なし
				820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由:その他
19	—	長期の旅行等特 殊の事情がある 場合に、日数制限 を超えて投与され た場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされ る内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方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」からもっと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:*****
20	—	70枚を超えて湿布 薬が処方されてい る処方箋に基づき 調剤を行った場合	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬の投 与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した 旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認
				820100378	疑義照会により確認

※「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。

別表Ⅱ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	嚥下困難者用製剤加算を算定した場合	困	「加算料」欄
2	区分番号01	一包化加算を算定した場合	包	「加算料」欄
3	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
4	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
5	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
6	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
7	区分番号01	調剤料に係る時間外加算を算定した場合	時	「加算料」欄
8	区分番号01	調剤料に係る休日加算を算定した場合	休	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤料に係る深夜加算を算定した場合	深	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「加算料」欄
11	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
12	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
13	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
14	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
15	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
16	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
17	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
18	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	特別調剤基本料の場合	基E	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料注3(受付2回目以降)に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料注4(未妥結減算等)に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	地域支援体制加算を算定した場合	地支	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注7(後発医薬品減算)に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
27	区分番号01	在宅患者調剤加算を算定した場合	在	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
29	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
30	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
31	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
32	区分番号01	調剤料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
33	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬A	「薬学管理料」欄
34	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬B	「薬学管理料」欄
35	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
36	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬3A	「薬学管理料」欄
37	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬3B	「薬学管理料」欄
38	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬3C	「薬学管理料」欄
39	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料4を算定した場合	薬才	「薬学管理料」欄
40	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬特A	「薬学管理料」欄
41	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬特B	「薬学管理料」欄
42	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬特C	「薬学管理料」欄
43	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導	薬特才	「薬学管理料」欄
44	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
45	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
46	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
47	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
48	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
49	区分番号10	吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
50	区分番号10	調剤後薬剤管理指導加算を算定した場合	調後	「薬学管理料」欄
51	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
52	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
53	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
54	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
55	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
56	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
57	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
58	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
59	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
60	区分番号14の2	外来服薬支援料を算定した場合	支	「薬学管理料」欄
61	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
62	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2を算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
63	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
64	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
65	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
66	区分番号15	在宅患者オンライン服薬指導料を算定した場合	在才	「薬学管理料」欄
67	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
68	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
69	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
70	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄
71	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
72	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
73	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
74	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
75	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
76	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
77	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
78	区分番号15の5	服薬情報等提供料2を算定した場合	服B	「薬学管理料」欄
79	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
80	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「薬学管理料」欄
81	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄

※略称については、麻 等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□を省略しても差し支えないこと。

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方箋（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（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を記載すること（別添 2 「設定要領」の第 3 を

を記載する。

16 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。

17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

18 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。

19 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20 「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。

25 その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第5 処方箋の記載上の注意事項

1 「患者」欄について

(1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

(3) 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4) 区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名[㊟]」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号 2 桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は 1 を、歯科は 3 を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード 7 桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第 63 条第 3 項第 2 号及び第 3 号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「999999」の 7 桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

6 「処方箋の使用期間」欄について

- (1) 交付の日を含めて 4 日以内の場合は、記載する必要がないこと。
- (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて 3 日以内又は交付の日を含めて 4 日を越えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。
- (3) 様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の 1 回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて 4 日以内の場合は、記載する必要がないこと。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2 以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については 1 日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については 1 回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1 回当たりの服用（使用）量、1 日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、1 回当たりの使用量及び 1 日当たりの使用回数、又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年 3 月厚生労働省告示第 61 号）の別表の I に規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。
- (5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支

えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

- (6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形(※)の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成 22 年 1 月 29 日付医政発 0129 第 3 号・薬食発 0129 第 5 号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第 27 条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が 1 回 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって 14 日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6 歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって 7 割給付の患者の場合は「高 7」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方箋に記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。

- (6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

- (7) 1処方につき 70 枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。
- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (9) 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。
- (10) オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴う処方箋の場合には、「オン診」と記載すること。

9 「分割指示に係る処方箋」について

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。
- (2) 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について
処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。
- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について
保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊤」欄について
調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
 - ア 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
 - イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容
- (5) 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

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

）殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「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」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定
できる場合の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第108号）等が公布され、令
和2年4月1日から適用されること等に伴い、「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」（平成18年4月28日
老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、令和2年4月1日
から適用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、審査
支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する
診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いにつ
いて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

記

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この

場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。

- (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

2 第2号関係について

- (1) 療養病棟（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
- (2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

3 第3号関係について

介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合

- (1) 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療所であること。
- (2) 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、令和6年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。
- (3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項の療養

の給付をいう。)を行おうとすることについて地方厚生(支)局長に届け出た場合には、令和6年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

2 施設基準関係

- (1) 1 保険医療機関における介護保険適用の療養病床(以下「介護療養病床」という。)と医療保険適用の療養病床(以下「医療療養病床」という。)で別の看護師等の配置基準を採用できること。
- (2) 1 病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1 病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等(医療療養病床の場合は療養病床入院料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費)を採用するものとする。このため、1 病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第2号)に基づき、療養病床入院料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
- (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1 病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1 病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。

3 入院期間、平均在院日数の考え方について

- (1) 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うこと。
- (2) (1)以外の場合についての入院期間の考え方については、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に取り扱うものであること。
- (3) 平均在院日数の考え方については、(1)及び(2)と同様であること。

4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

- (1) 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。
- (2) この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常

の外来に要する費用負担によるものであること。

5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項

- (1) 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月においては、特定診療費として定められた初期入院診療管理は算定できないものであること。ただし、当該医療保険適用病床と介護保険適用病床における入院期間が通算して6月以内の場合であって、当該介護保険適用病床に転床した患者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
- (2) 同一施設内の医療保険適用病床から、介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあつては、特別療養費又は特別診療費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して6月以内の場合であって、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
- (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。
- (4) 特定診療費又は特別診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとする。ただし、共用する場合にあつては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

6 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

- (1) 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- (2) 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関

は当該費用を算定できない。

- (3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射並びにリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術等基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

- (4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び「○他○介(受診日数：○日)」と記載する。

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙1を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

第4 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について

- 1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。

- 2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。
- 3 医療療養病床及び介護療養病床が混在する病棟の一部を介護医療院に転換した場合、夜間勤務等の体制については、第2の2の(3)の例によること。

第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

1 同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第2章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

3 訪問診療に関する留意事項について

(1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。

(3) 特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項

について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7 精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費1については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあつては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあつては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては医療保険の看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導加算は算定できない。

9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

(1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、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（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

- (2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設は入所者について、人工腎臓の「1」から「3」を算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン、ダルベポエチン及びエポエチンベータペゴルの費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

「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」の一部改正について

(別紙 1)

区 分		1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。) ※1 うち、小規模多機能 型居宅介護又は複合 型サービスを受けて いる患者(宿泊サー ビスに限る。)	認知症対応型グ ループホーム (認知症対応型 共同生活介護又は 介護予防認知知 症対応型共同生 活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。) うち、外部サービス利用 型指定特定施設入居者生 活介護又は外部サービ ス利用型指定介護予防特定 施設入居者生活介護を受 ける者が入居する施設	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床(短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。)	ア 介護療養型医療施設(認知症病 種の病床を除く。) イ 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護(介護老人保健施 設の療養室又は認知症病種の病床を 除く。))を受けている患者	介護療養施設 サービス費のう ち、他科受診時 費用(362単位) を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のう ち、他科受診時 費用(362単位) を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のう ち、他科受診時 費用(362単位) を算定しない日 の場合	併設保険医療機 関	併設保険医療機 関以外の保険医 療機関	ア 介護老人保健施設 イ 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護(介護老人保健施 設の療養室に限る。))を受けている 患者
初・再診料			○		—	×	○	×	○	×	○ (入院に係るも のを除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
入院料等			×		○	×	○ (A4000の1 短期滞在手術等 基本料1に限 る。)	○ (A227精神 科措置入院診療 加算及びA22 7ー2精神科措 置入院退院支援 加算に限る。)	○ (A4000の1 短期滞在手術等 基本料1に限 る。)	×	—	—
医 学 管 理 等	B001の10 入院栄養食事指導料		—		○	×		×		×		—
	B001の24 外来緩和ケア管理料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001の25 移植後患者指導管理料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001の26 挿込型輸液ポンプ持続注入療法指導 管理料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001の27 糖尿病透析予防指導管理料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001-2-5 院内トリアージ実施料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料		○		—	—	×	×	×	×		○
	B001-2-7 外来リハビリテーション診療料		○		—	—	×	×	×	×		○ (配置医師が行う場合を除く。)
	B001-2-8 外来放射線照射診療料		○		—	—	×	×	×	×		○ (配置医師が行う場合を除く。)
	B004 退院時共同指導料1		—		○	×		×	×	×		—
	B005 退院時共同指導料2		—		○	×		×	×	×		—
	B005-1-2 介護支援等連携指導料		—		○	×		×	×	×		—
	B005-6 がん治療連携計画策定料		○		○	×		×	×	×		—
	B005-6-2 がん治療連携指導料		○		—	×		×	×	×		○
	B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料		○		—	×		×	×	×		○ (配置医師が行う場合を除く。)
	B005-7 認知症専門診断管理料		○		○ (療養病棟に入院 中の者に限る。)	×	○	×	×	×		○
	B005-7-2 認知症療養指導料		○		○ (療養病棟に入院 中の者に限る。)	×		×	×	×		○
	B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料					×		×	×	×		○
	B007 退院前訪問指導料		—		○	×		×	×	×		—
	B007-2 退院後訪問指導料		○		—	×		×	×	×		○ (配置医師が行う場合を除く。)
	B008 薬剤管理指導料		—		○	×		×	×	×		—
	B008-2 薬剤総合評価調整管理料		○		—	×		×	×	×		○ (配置医師が行う場合を除く。)
B009 診療情報提供料(Ⅰ)												
注1			○		○	×		×		×		○
注2			○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。)		○	○ (短期入所療養 介護又は介護予 防短期入所療養 介護を受けてい る場合に限 る。)	×	×		×		—

「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」の一部改正について

区 分		１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者				３．入所中の患者			
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 （短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。） ※１	認知症対応型グ ループホーム （認知症対応型 共同生活介護又 は介護予防認知 症対応型共同生 活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。）	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床（短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室又は認知症病棟の病床 を除く。）を受けている患者	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	併設保険医療機 関	併設保険医療機 関以外の保険医 療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室に限る。）を受けている 患者
	注３	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に 限る。）が算定されている場合を除く。）				—	×		×		×		○
	注４	○				○	×		×		×		—
	注５及び注６	○				○	○	×	×		×		○
	注８加算及び注９加算	○				○	×		×		×		○
	注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	○				○	○	×	×		×		○
	注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）	○				—	×		×		×		○
	注14加算（歯科医療機関連携加算１） 注15加算（歯科医療機関連携加算２）	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に 限る。）が算定されている場合を除く。）				○	×		×		×		○
	注16加算（地域連携診療計画加算）	○				—	×		×		×		—
	注17加算（療養情報提供加算）	○				—	×		×		×		○
	注18加算（検査・画像情報提供加算）	○				○	×		×		×		○
	B 0 0 9－２ 電子的診療情報評価料	○				○	×		×		×		○
	B 0 1 0 診療情報提供料（Ⅱ）	○				○	×		×		×		○
	B 0 1 0－２ 診療情報連携共有料	○				○	○		○		×		○
	B 0 1 1 診療情報提供料（Ⅲ）	○				○	×		×		×		○
	B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料	—				○	×		×		×		—
	B 0 1 5 精神科退院時共同指導料	—				○	×		×		×		—
	上記以外	○				○	○	×	×		×		○ ※１
	C 0 0 0 往診料	○				—	×		×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
C 0 0 1 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から 給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区 分を算定）	○	○ ※10		○	—	×		×		×		ア：○ ※８ （死亡日からさかのぼって30日以内 の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に 限る。ただし、看取り介護加算（Ⅱ） を算定している場合には看取り加算 は算定できない。） イ：○ ※10	
C 0 0 1－２ 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	○	○ ※10		○	—	×		×		×		ア：○ ※８ （死亡日からさかのぼって30日以内 の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に 限る。ただし、看取り介護加算（Ⅱ） を算定している場合には看取り加算 は算定できない。） イ：○ ※10	
C 0 0 2 在宅時医学総合管理料	○ （養護老人ホー ム、軽費老人ホー ムA型、特別養護老 人ホーム、有料老 人ホーム及びサー ビス付き高齢者向 け住宅の入所者を 除く。）	○ ※10		—	—	×		×		×		—	

「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」の一部改正について

区 分		１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					２．入院中の患者				３．入所中の患者	
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 （短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。） ※１	認知症対応型 共同生活介護又は 介護予防認知 症対応型共同生 活介護	特定施設（指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。）	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床（短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受け ている患者を除く。）	介護療養施設 サービス費のうち、 他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、 他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	介護療養施設 サービス費のうち、 他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、 他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	併設保険医療機 関	併設保険医療機 関以外の保険医 療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施設 の療養室に限る。）を受けている 患者
在宅医療	C 0 0 2－２ 施設入居時等医学総合管理料	○ （定員110名以下の 養護老人ホーム、 軽費老人ホームA 型、有料老人ホーム 及びサービス付き 高齢者向け住宅 の入所者並びに特 別養護老人ホーム の入所者（末期の 悪性腫瘍のものに 限る。）に限る。）	—	○	—	×	×	×	×	×	×	ア：○ ※８ （死亡日からさかのぼって30日以内 の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に 限る。） イ：○ ※10
	C 0 0 3 在宅がん医療総合診療料	○	○ ※10	○	×	○	—	×	×	×	×	—
	C 0 0 4 救急搬送診療料	—	—	○	—	×	—	×	×	×	×	○
	C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料 C 0 0 5－１－２ 同一建物居住者訪問看護・指導 料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から 給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区 分を算定）	○ ※２	○ ※２及び※11	○ ※２	—	×	—	×	×	×	×	ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○ ※12
	在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ター ミナルケア加算	○ ※２ （同一月におい て、介護保険の ターミナルケア加 算を算定してい ない場合に限る。）	○ ※２及び※11 （同一月におい て、介護保険のターミ ナルケア加算を算定し ていない場合に限 る。）	○ ※２ （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、 在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ター ミナルケア加算の口を算定する。）	—	×	—	×	×	×	×	ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。た だし、看取り介護加算を算定してい る場合には、在宅ターミナルケア加 算の口又は同一建物居住者ターミ ナルケア加算の口を算定する。） イ：○ ※12
	在宅移行管理加算	○ ※２ （同一月におい て、介護保険の特 別管理加算を算定 していない場合に限 る。）	○ ※２及び※11 （同一月におい て、介護保険の特別管理 加算を算定してい ない場合に限る。）	○ ※２ （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定し ていない場合に限る。）	—	×	—	×	×	×	×	ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○ ※12
	看護・介護職員連携強化加算	○	—	×	—	×	—	×	×	×	×	—
	その他の加算	○ ※２	○ ※２及び※11	○ ※２	—	×	—	×	×	×	×	ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○ ※12
	C 0 0 5－２ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○ ※２	○ ※２	—	×	—	×	×	×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C 0 0 6 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理 料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から 給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区 分を算定）	○ （急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。）			—	×	—	×	×	×	×	—
C 0 0 7 訪問看護指示料	—	—	○	—	×	—	×	×	×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	
C 0 0 7－２ 介護職員喀痰吸引等指示料	—	—	○	—	×	—	×	×	×	×	—	
C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料 （当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当 該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等 により該当する区分を算定）	—	—	×	—	×	—	×	×	×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	

「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」の一部改正について

区 分		１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者				３．入所中の患者	
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 （短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。） ※１	認知症対応型グ ループホーム （認知症対応型 共同生活介護又 は介護予防認知 症対応型共同生 活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。）	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床（短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室又は認知症病棟の病床を 除く。）を受けている患者	ア．介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（認知症病棟の病 床に限る。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室に限る。）を受けている 患者	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は 介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短 期入所生活介護を受けている患者		
	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 （当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当 該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等 により該当する区分を算定）		×		—	×		×	×		—
	C010 在宅患者連携指導料		×		—	×		×	×		—
	C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	×		×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C012 在宅患者共同診療料の１		○		—	×		×	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	C012 在宅患者共同診療料の２ C012 在宅患者共同診療料の３ （同一建物において同一日に２件以上医療保険から 給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区 分を算定）	○	×	○	—	×		×	×		—
	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○		—	×		×	×		—
	第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料		○		—	×		×	×		○ ※１
	第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○		—	×		×	○		○
検査			○		○	×	○	×	○ ※７		○
画像診断			○		○	○ （単純撮影に係 るものを除 く。）	○	×	○		○
投薬			○		○	○ ※３	○ （専門的な診療 に特有な薬剤に 係るものに限 る。）	○ （第３節に限 る。） ※３	○ （専門的な診療 に特有な薬剤に 係るものに限 る。）		○ ※３
注射			○		○	○ （第２節に限 る。） ※４	○ （専門的な診療 に特有な薬剤に 係るものに限 る。）	○ （第２節に限 る。） ※４	○ （専門的な診療 に特有な薬剤に 係るものに限 る。）		○ ※５
リハビリテーション			○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算 定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始 月の３月目以降は算定不可）		○	○ （H005機能 訓練及びH00 6難病患者リハ ビリテーション 料に限る。）	×	×	○ ※７		○ （同一の疾患等について、介護保険 におけるリハビリテーションの利用 開始月の翌月以降は算定不可（た だし、別の施設で介護保険における リハビリテーションを行う場合には、 利用開始月の３月目以降は算定不 可）
I002 通院・在宅精神療法 （１通院精神療法に限る。）			○		—	×	○	×	×		○ ※１
I002 通院・在宅精神療法 （２在宅精神療法に限る。）			○		—	×	—	×	×		○ （ただし、往診時に行う場合には精 神療法が必要な理由を診療録に記載 すること。）
I003-2 認知療法・認知行動療法			○		—	×	○	×	×		○ （ただし、往診時に行う場合には精 神療法が必要な理由を診療録に記載 すること。）
I005 入院集団精神療法			—		○ （同一日におい て、特定診療費 を算定する場合 を除く。）	○ （同一日におい て、特定診療費を算 定する場合を除く。）		○ （同一日におい て、特定診療費を算 定する場合を除く。）	×		—
I007 精神科作業療法			○		○	×	○	×	○		○
I008 入院生活技能訓練療法			—		○ （同一日におい て、特定診療費 を算定する場合 を除く。）	○ （同一日におい て、特定診療費を算 定する場合を除く。）		○ （同一日におい て、特定診療費を算 定する場合を除く。）	×		—

「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」の一部改正について

区 分		１．入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。)				２．入院中の患者				３．入所中の患者	
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	介護療養型医療施設の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者	介護老人保健施設 イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
		うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）		うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設		介護療養型施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養型施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
精神科専門療法	１００８－２ 精神科ショート・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○
	注５		—		○	○	—	○	—	×	—
	１００９ 精神科デイ・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○
	注６		—		○	○	—	○	—	×	—
	１０１０ 精神科ナイト・ケア １０１０－２ 精神科デイ・ナイト・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	—	—	—	—	—	×	○
	１０１１ 精神科退院指導料 １０１１－２ 精神科退院前訪問指導料		—		○	○	×	○	×	×	—
	１０１２ 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）（看護・介護職員連携強化加算以外の加算を含む。）	○※９	※９及び※１３	○※９	—	×	×	×	×	×	ア：○ （認知症患者を除く。） イ：○ ※１３ （認知症患者を除く。）
	看護・介護職員連携強化加算	○	×		—	×	×	×	×	×	—
	１０１２－２ 精神科訪問看護指示料		○		—	—	—	—	—	×	○ （認知症患者を除く。）
	１０１５ 重度認知症患者デイ・ケア料	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。）	○ （重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	—	—	—	—	×	○
	１０１６ 精神科在宅患者支援管理料		○		—	×	×	×	×	×	○ （精神科在宅患者支援管理料１のハを算定する場合を除く。）
	上記以外		○		○	○	○	○	○	×	○※１
処置			○		○	○※６	○	×	○	○※７	○
手術			○		○	○	○	×	○	○※７	○
麻酔			○		○	○	○	×	○	○※７	○
放射線治療					○	○	○	×	○	○	○
病理診断			○		○	×	○	×	○	○	○
Ｂ０００－４ 歯科疾患管理料 Ｂ００２ 歯科特定疾患療養管理料			○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）		○	○	○	○	○	○	○
Ｂ００４－１－４ 入院栄養食事指導料			—		○	×	×	×	×	—	—
Ｂ００４－９ 介護支援等連携指導料			—		○	×	×	×	×	—	—
Ｂ００６－３ がん治療連携計画策定料			○		○	×	×	×	×	○	○

「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」の一部改正について

区 分	１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。）			２．入院中の患者			３．入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 （短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。） ※１	認知症対応型グ ループホーム （認知症対応型 共同生活介護又 は介護予防認知 症対応型共同生 活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。） うち、外部サービス利用 型指定特定施設入居者生 活介護又は外部サービス 利用型指定介護予防特定 施設入居者生活介護を受 ける者が入居する施設	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床（短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室又は認知症病棟の病床を 除く。）を受けている患者 介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（認知症病棟の病 床に限る。）を受けている患者 介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	併設保険医療機 関	併設保険医療機 関以外の保険医 療機関
B006-3-2　がん治療連携指導料		○		—	×	×	×	○		○
B007　退院前訪問指導料		—		○	×	×	×	—		—
B008　薬剤管理指導料		—		○	×	×	×	—		—
B008-2　薬剤総合評価調整管理料		○		—	×	×	×	×		○
B009　診療情報提供料（Ⅰ）（注２及び注６）		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		○	○	○	○	○		○ ※１
B011-4　退院時薬剤情報管理指導料		—		○	×	×	×	—		—
B014　退院時共同指導料１		—		○	×	×	×	×		—
B015　退院時共同指導料２		—		○	×	×	×	—		—
C001　訪問歯科衛生指導料		×		○	○	○	○	○		○
C001-3　歯科疾患在宅療養管理料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		○	○	○	○	○		○
C001-5　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理 料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		○	○	○	○	○		○
C003　在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		—	×	×	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
C007　在宅患者連携指導料		×		—	×	×	×	×		—
C008　在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	×	×	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
上記以外		○		○	○	○	○	○		○
10　薬剤服用歴管理指導料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時 の投薬が行われた場合には算定可）		×	×	×	×	×		○
13の2　かかりつけ薬剤師指導料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時 の投薬が行われた場合には算定可）		×	×	×	×	×		×
13の3　かかりつけ薬剤師包括管理料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時 の投薬が行われた場合には算定可）		×	×	×	×	×		×
14の2　外来服薬支援料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		×	×	×	×	×		○
15　在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		×	×	×	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
15の2　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		○		×	×	×	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
15の3　在宅患者緊急時等共同指導料		○ （同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		×	×	×	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
15の4　退院時共同指導料		—		○	×	×	×	×		—
15の5　服薬情報等提供料		○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場 合を除く。）		×	×	×	×	×		○
上記以外		○		×	×	×	×	×		○

「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」の一部改正について

区 分	１．入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。)			２．入院中の患者				３．入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。） ※１	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護） うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。） 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護老人保健施設 イ、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
〇１ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）（注加算を含む。） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	〇 ※２	〇 ※２ （当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。）	〇 ※２	—	—	—	—	—	ア、〇 （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） 〇 （末期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。）
〇１－２ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）（注加算を含む。） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	〇 ※９	〇 ※９及び※14	〇 ※９	—	—	—	—	—	ア、〇 （認知症患者を除く。） イ、〇 ※14 （認知症患者を除く。）
〇１－３ 訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）	—	—	—	〇	ア：〇 イ：×	ア：〇 イ：×	—	—	—
〇２ 訪問看護管理療養費	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	〇 ※15及び※17	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	ア：〇 ※16 イ：〇 ※16及び※17
24時間対応体制加算	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。）	〇 ※15及び※17 （同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。）	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。）	—	—	—	—	—	ア：〇 ※16 イ：〇 ※16及び※17
特別管理加算	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	〇 ※15及び※17 （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	—	—	—	—	—	ア：〇 ※16 イ：〇 ※16及び※17
退院時共同指導加算	—	—	—	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	×	×	※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 イ：×	×	×
退院支援指導加算	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）	〇 ※17 （末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）	〇 ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）	—	—	—	—	—	—

「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」の一部改正について

区 分	１．入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、３の患者を除く。)			２．入院中の患者				３．入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。） ※１	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護） うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスをj受けている患者（宿泊サービスに限る。）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護老人保健施設 イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
在宅患者連携指導加算	×			—	—	—	—	—	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	ア：○ ※16 イ：○ ※16及び※17
看護・介護職員連携強化加算	○	×			—	—	—	—	×
〇３ 訪問看護情報提供療養費１	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）	—	—	—	—	—	×
〇３－２ 訪問看護情報提供療養費２	—			—	—	—	—	—	—
〇３－３ 訪問看護情報提供療養費３	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	×
〇５ 訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費２を算定する）	—	—	—	—	—	ア：○ ※16 （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費２を算定する） イ：○ ※16及び※17

注） ○：要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成20年厚生労働省告示第128号）の規定により算定されるべき療養としているもの ×：診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）第6号の規定により算定できないもの —：診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの

- ※１ 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入院又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。
- ※２ 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
- ※３ 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
- ※４ 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータベゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

「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」の一部改正について

区 分	１．入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。)		２．入院中の患者				３．入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。) ※１	認知症対応型グ ループホーム (認知症対応型 共同生活介護又 は介護予防認知 症対応型共同生 活介護)	特定施設（指定特定施設、指定地域 密着型特定施設及び指定介護予防特 定施設に限る。）	介護療養型医療 施設の病床以外 の病床（短期入 所療養介護又は 介護予防短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。）	ア 介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床を除く。） イ 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室又は認知症病棟の病床 を除く。）を受けている患者	ア 介護療養型医療施設（認知症病 棟の病床に限る。 イ 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（認知症病棟の病 床に限る。）を受けている患者	ア 介護老人保健施設 イ 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護（介護老人保健施 設の療養室に限る。）を受けている 患者	ア 地域密着型介護老人福祉施設又は 介護老人福祉施設 イ 短期入所生活介護又は介護予防短 期入所生活介護を受けている患者
	うち、小規模多機能 型居宅介護又は複合 型サービスを受けて いる患者（宿泊サー ビスに限る。）		うち、外部サービス利用 型指定特定施設入居者生 活介護又は外部サービス 利用型指定介護予防特定 施設入居者生活介護を受 ける者が入居する施設	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定しない日 の場合	介護療養施設 サービス費のうち、他科受診時 費用（362単位） を算定した日の 場合	併設保険医療機 関以外の保険医 療機関

※５ 次の掲げる費用に限る。

- ・外来化学療法加算
- ・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・動脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・肝動脈瘻を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・中心静脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・植込型カテーテルによる中心静脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
- ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
- ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
- ・エポエチンベータベゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
- ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
- ・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
- ・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
- ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回性複合体の費用

- ※６ 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、換気、酸素吸入、酸素 Tent、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腫洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽喉処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※７ 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※８ 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。
- ※９ 認知症患者を除く。（ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。）
- ※10 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。
- ※11 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。
- ※12 末期の悪性腫瘍の患者であつて、当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。
- ※13 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。
- ※14 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。
- ※15 末期の悪性腫瘍の患者、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）
- ※16 末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）に限る。
- ※17 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

「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」の一部改正について

(別紙2)

区 分		ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関
初・再診料		×	○	○	
入院料等		×		○ （A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。）	
	B001の1 ウイルス疾患指導料			○	
	B001の2 特定薬剤治療管理料			○	
	B001の3 悪性腫瘍特異物質治療管理料			○	
	B001の6 てんかん指導料			○	
	B001の7 難病外来指導管理料			○	
	B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料			○	
	B001の9 外来栄養食事指導料			○ （栄養マネジメント加算を算定していない場合に限る。）	
	B001の11 集団栄養食事指導料			○ （栄養マネジメント加算を算定していない場合に限る。）	
	B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料			○	
	B001の14 高度難聴指導管理料			○	
	B001の15 慢性維持透析患者外来医学管理料			○	
	B001の16 喘息治療管理料			○	
	B001の20 糖尿病合併症管理料	×		○	
	B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料			○	
	B001の23 がん患者指導管理料			○	
	B001の24 外来緩和ケア管理料			○	
	B001の25 移植後患者指導管理料			○	

「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」の一部改正について

区 分		ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	B 0 0 1 の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			
	B 0 0 1 の27 糖尿病透析予防指導管理料	×		○	
	B 0 0 1－2－4 地域連携夜間・休日診療料	×	○	×	○
	B 0 0 1－2－5 院内トリアージ実施料	×	○	×	○
	B 0 0 1－2－6 夜間休日救急搬送医学管理料	×	○	×	○
	B 0 0 1－2－8 外来放射線照射診療料	○			
	B 0 0 1－3 生活習慣病管理料	○ （注3に規定する加算に限る。）			
	B 0 0 1－3－2 ニコチン依存症管理料	×		○	
	B 0 0 1－7 リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）	○			
	B 0 0 5－6 がん治療連携計画策定料	○			
	B 0 0 5－6－2 がん治療連携指導料	○			
	B 0 0 5－6－3 がん治療連携管理料	○			
	B 0 0 5－7 認知症専門診断管理料	○			
	B 0 0 5－8 肝炎インターフェロン治療計画料	○			
	B 0 0 9 診療情報提供料（Ⅰ）				
	注1 注6 注8加算 注10加算（認知症専門医療機関紹介加算） 注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注14加算（歯科医療機関連携加算1） 注15加算（歯科医療機関連携加算2） 注18加算（検査・画像情報提供加算）	○			

「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」の一部改正について

区 分		ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
	B 0 0 9－2 電子的診療情報評価料	×	○	×	○
	B 0 1 0－2 診療情報連携共有料	×	○	×	○
	B 0 1 1 診療情報提供料（Ⅲ）	○			
	B 0 1 1－3 薬剤情報提供料	×		×	○
	B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料	○			
	上記以外	×			
在宅医療	C 0 0 0 往診料	×	○	×	○
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○			
	上記以外	×			
検査		×		○	
画像診断		○ （単純撮影に係るものを除く。）		○	
投薬		○ ※1		○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	
注射		○ ※2		○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	
リハビリテーション		○ （H 0 0 5 視能訓練及びH 0 0 6 難病患者リハビリテーション料に限る。）			
精神科専門	I 0 0 0 精神科電気痙攣療法	×		○	
	I 0 0 0－2 経頭蓋磁気刺激療法	×		○	
	I 0 0 2 通院・在宅精神療法	×		○	
	I 0 0 3－2 認知療法・認知行動療法	×		○	
	I 0 0 6 通院集団精神療法	×		×	○ （同一日において、特別診療費を算定する場合を除く。）

「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」の一部改正について

区 分		ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
療 法	１００７ 精神科作業療法	×		×	○
	１００８－２ 精神科ショート・ケア（注５の場合を除く。）	×		×	○
	１００９ 精神科デイ・ケア（注６の場合を除く。）	×		×	○
	１０１５ 重度認知症患者デイ・ケア料	×		×	○
	上記以外	×			
処置		○ ※３		○	
手術		○			
麻酔		○			
放射線治療		○			
病理診断		○			
Ｂ００８－２ 薬剤総合評価調整管理料		×			
Ｂ０１４ 退院時共同指導料 1		×			
Ｃ００３ 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×			
Ｃ００７ 在宅患者連携指導料		×			
Ｃ００８ 在宅患者緊急時等カンファレンス料		×			
上記以外		○			
別表第三		×			
訪問看護療養費		×			
退院時共同指導加算		○ ※４又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			

「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」の一部改正について

区 分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関

- ※ 1 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
 ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 ・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
- ※ 2 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
 ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
 ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
 ・エポエチンベータベゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 ・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
 ・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
- ※ 3 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※ 4 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。