

別紙

医療観察診療報酬明細書等の記載要領

病院・診療所・薬局記載用

I 一般的事項

次に掲げるもののほか、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「保険記載要領」という。）別紙 1 の I と同様であること。

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「法」という。）に基づく診療報酬明細書には、法に基づく診療報酬に係る事項のみ記載し、医療保険その他公費負担医療に基づく診療報酬に係る事項は一切記載しないこと（医療保険その他公費負担医療に基づく診療報酬については、別の診療報酬明細書を作成するとともに、「摘要」欄に「医療観察法で入院中」等と記載すること。）。

II 診療報酬明細書（様式第 2）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

保険記載要領別紙 1 の II 第 3 の 1 の（1）、（2）、（4）及び（9）と同様であること。

2 診療報酬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、保険記載要領別紙 1 の II 第 3 の 2 の（1）、（2）、（3）、（10）、（11）、（14）、（15）、（16）、（17）、（18）、（19）、（24）、（25）、（26）、（27）、（28）、（38）キ、ク、ケ、コ、サ、ニ及び（39）ウと同様であること。

（1）「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、2 公費の番号を○で囲むこと。

イ 「保険種別 2」欄については、1 単独の番号を○で囲むこと。

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。

1 本人入院

1 本入

2 本人外来

2 本外

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。

- ・ 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。

- ・ 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。

オ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

(2) 「公費負担者番号①」欄について

別添 「公費負担者番号」により記載すること。

(3) 「特記事項」欄について

記載する略号は以下のとおりであること。

なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	内容
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療の提供をする場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験(機械器具等に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合

(4) 「医学管理」欄について

入院外分について特定薬剤治療管理料又はてんかん指導料を算定した場合は、「薬、てんかん」と表示して所定点数を記載すること。

なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載すること(抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月日以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。)

(5) 「その他」欄について

ア 通院対象者通院医学管理料関係

(ア) 通院対象者通院医学管理料については、算定した通院対象者通院医学管理料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの点数を記載すること。また、同月中に通院対象者通院医学管理料の種別が変更した場合には、行を改めて記載すること。

前期(前期通院対象者通院医学管理料)、中期(中期通院対象者通院

医学管理料)、後期(後期通院対象者通院医学管理料)、急性増悪(急性増悪包括管理料)

- (イ) 通院対象者通院医学管理料を算定している対象者について、急性増悪等により急性増悪包括管理料を算定した場合は、行を改めて急性増悪包括管理料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載するとともに、当該包括管理料の算定を開始した日、算定期間、その理由等必要な事項を「摘要」欄に記載すること。
 - (ウ) 通院対象者通院医学管理料を算定している対象者について、通院対象者社会復帰連携体制強化加算を算定した場合は、行を改めて通院対象者社会復帰連携体制強化加算の点数を記載すること。
 - (エ) 通院対象者通院医学管理料を算定している対象者について、通院医学管理事前調整加算を算定した場合は、行を改めて通院医学管理事前加算の所定点数を記載すること。
 - (オ) 通院対象者通院医学管理料を算定している対象者について、通院医学管理情報提供加算を算定した場合は、行を改めて通院医学管理情報提供加算の所定点数、算定日数及び合計点数を記載するとともに、ケア会議の開催日、情報提供内容の要点を「摘要」欄に記載すること。
 - (カ) 通院対象者通院医学管理料については、毎月「摘要」欄に通院決定日を記載すること。また、各期別の評価結果については、毎月、「通院処遇ガイドライン」(平成17年7月14日障精発第0714001号)Ⅱの3の3)記録等の標準化による「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」のうち当該月に係る部分の写しを添付すること。
- イ 医療観察精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。また、次の(ア)～(ケ)についても合わせて記載等すること。
- (ア) 医療観察精神科電気痙攣療法を行った場合には、その必要性等を記載した診療録の写を添付すること。
 - (イ) 医療観察精神科退院前訪問指導料を2回又は3回算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載するとともに、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合は「医複職」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
 - (ウ) 医療観察通院精神療法を算定した場合は退院日を「摘要」欄に記載すること。医療観察通院精神療法の「イ」又は「ロ」イ以外の場合の(1)30分以上の場合並びに初診の日に医療観察通院精神療法を算定した場合は「摘要」欄に当該診療に要した時間を記載すること。家族等に対する医療観察通院精神療法を算定した場合は、「摘要」欄

に「医家族」と表示すること。医療観察通院精神療法の特定薬剤副作用評価加算を算定した場合には、「摘要」欄に「医副評」と表示すること。医療観察精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

(エ) 医療観察認知療法・認知行動療法を算定した場合は、初回の算定月日と一覧の治療における算定回数の合計を「摘要」欄に記載すること。

(オ) 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は「医特精」、医療観察治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は「医治統」と表示すること。

(カ) 医療観察精神科ショート・ケア、医療観察精神科デイ・ケア、医療観察精神科ナイト・ケア及び医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを算定した対象者について、医療観察通院前期・中期加算を算定した場合には、「摘要」欄に「前中加」と表示して、点数を記載すること。医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの疾病別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に「医疾計」と表示すること。

(キ) 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）について

医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は「医精訪看Ⅰ」又は「医精訪看Ⅲ」、急性増悪により頻回な医療観察精神科訪問看護を必要とする対象者に対して行った場合は「医精訪看Ⅰ急性」又は「医精訪看Ⅲ急性」、複数の保健師等、准看護師又は看護補助者を訪問させて、医療観察訪問看護を行った場合で、「注４」の「イ」の場合は「医精看Ⅰ複訪看看」又は「医精看Ⅲ複訪看看」、「注４」の「ロ」の場合は「医精看Ⅰ複訪看准」又は「医精看Ⅲ複訪看准」、「注４」の「ハ」の場合は「医精看Ⅰ複訪看補」又は「医精看Ⅲ複訪看補」、医療観察長時間精神科訪問看護・指導料を算定した場合は「医精看Ⅰ長時」又は「医精看Ⅲ長時」、医療観察精神科救急訪問看護加算を算定した場合は「医精看Ⅰ緊急」又は「医精看Ⅲ緊急」と「摘要」欄に表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。医療観察夜間・早朝訪問看護加算又は医療観察深夜訪問看護加算を算定した場合は、「医精訪看Ⅰ夜早」若しくは「医精訪看Ⅲ夜早」又は「医精訪看Ⅰ深」若しくは「医精訪看Ⅲ深」と摘要欄に表示し、医療観察精神科訪問看護を実施した日時を記載すること。

(ク) 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）について

医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）を算定した場合は、「摘要」欄に「医精訪看Ⅱ」と表示すること。また、長時間加算を算定した場合は「摘要」欄に「医精訪看Ⅱ長時」と表示し、当該加算を加算した点数

を記載すること。

(ケ) 医療観察精神科訪問看護指示料

医療観察精神科訪問看護指示料を算定した場合は、「摘要」欄に「**医精指示**」と表示すること。また、医療観察精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は「摘要」欄に「**医精特指示**」と表示し、その必要性を認めた理由を記載すること。

ウ 「その他」欄に書ききれない場合は、適宜「摘要」欄に記載して差し支えないこと。

(6) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲むこと。

イ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院対象者入院医学管理料の起算日としての入院決定日を記載すること。

ウ 外泊した場合は、「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、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。

エ 「特定入院料・その他」の項について

(ア) 入院対象者入院医学管理料については、算定した入院対象者入院医学管理料の種別を次の略称を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数を記載すること。

また、同月中に入院対象者入院医学管理料の種別を変更した場合には、行を改めて記載するとともに、各期別の評価結果については、毎月、診療報酬明細書に、「入院処遇ガイドライン」(平成17年7月14日障精発0714001号)Ⅱの4の3)記録等の標準化による関係するシート(以下「シート」という。)の写しを添付すること。

観察急性期(急性期入院対象者入院医学管理料)

観察回復期(回復期入院対象者入院医学管理料)

観察社会復帰期(社会復帰期入院対象者入院医学管理料)

なお、入院中の対象者が、当該入院の原因となった疾病に起因した疾病に罹患し、当該医療機関の別の診療科又は別の医療機関において診療を行った場合は、「摘要」欄に診察した日及びその理由等必要な事項を記載すること。

さらに、病棟に係る基準を満たさない場合は、「摘要」欄に(未基準)と表示し、減算後の点数を記載すること。

(イ) 急性期入院対象者入院医学管理

「注3」の規定に基づき減算する場合は(経過)と表示し、減算後の点数を記載すること。また、転院日から起算して90日を経過し

ていないことから「注3」の規定に基づき減算していない場合は(転院)と表示し、転院日を記載すること。

(ウ) 回復期入院対象者入院医学管理

「注4」の規定に基づき減算する場合は(経過)と表示し、減算後の点数を記載すること。また、転院日から起算して90日を経過していないことから「注4」の規定に基づき減算していない場合は(転院)と表示し、転院日を記載すること。

(エ) 社会復帰期入院対象者入院医学管理料

「注5」の規定に基づき減算する場合は(経過)と表示し、減算後の点数を記載すること。また、法第49条第1項に基づく退院の許可の申立てを行ってから180日を経過していない又は当該申立てについて法第51条第1項第1号の決定がなされたことから「注5」の規定に基づき減算していない場合は(申立て)、転院日から起算して90日を経過していないことから「注5」の規定に基づき減算していない場合は(転院)と表示((転院)については転院日も記載すること。)すること。

「注7」の規定に基づき遠隔地加算の加算を算定する場合は、(遠隔地)と表示し、加算後の点数を記載すること。(加算の開始日及び延べ日数を記載すること。)

また、「注7」後段の規定に基づき減算する場合は、(遠隔地・経過)と表示し、減算後の点数を記載すること。

(オ) 18か月を超えて当該管理料を算定している場合には、毎月、その理由等必要な事項を記載したシートの写しを添付すること。

(カ) 入院対象者が当該入院の原因となった疾病に起因した疾病に罹患し、別の医療機関において診察を行った場合は、「特定入院料・その他」欄の余白に別医と表示し、点数を記載すること。この場合、別の医療機関で算定した点数を記載した診療報酬明細書(公費負担番号を除いたもの)を添付すること。

(7) 「療養の給付」欄について

ア 合計点数は、「請求」の項の「公費①」の項に記載すること。

イ 「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、負担金額及び一部負担金額が発生しないため、記載する必要はないこと。

(8) 「摘要」欄について

ア 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。

なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」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、公費負担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。

Ⅲ 調剤報酬明細書(様式第5)の記載要領

1 調剤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、保険記載要領別紙1のⅣ第2の1の(1)、(2)、(4)、(5)、(6)及び(9)と同様であること。

- (1) この診療報酬明細書には、法により行われる診療について記載するものとし、医療保険その他公費負担医療分については、記載しないこと。
- (2) 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、薬局コード、患者氏名、公費負担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。

2 調剤報酬明細書に関する事項

次に掲げるもののほかは、保険記載要領別紙1のⅣ第2の2の(1)、(2)、(3)、(10)、(13)、(14)、(15)、(16)、(17)、(18)、(19)、(20)、(21)、(22)、(23)、(24)、(25)、(26)、(28)、(29)、(30)及び(31)と同様であること。

- (1) 「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、2 公費の番号を○で囲むこと。
 - イ 「保険種別2」欄については、1 単独の番号を○で囲むこと。
 - 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。

2 本人外来	2 本外
--------	------
 - 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。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - オ ア、イについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。
- (2) 「公費負担者番号①」欄について
別添「公費負担番号」により記載すること。
- (3) 「特記事項」欄について
記載する略号は以下のとおりであること。

なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	内容
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療の提供をする場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験(機械器具等に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合

- (4) 「受付回数」欄について
 処方せんの受付回数については「公費①」の項に記載すること。
- (5) 「調剤基本料」欄について
 点数については「公費①」の項に記載すること。
- (6) 「時間外等加算」欄について
 加算点数については「保険」の項の下欄、「公費①」の項に時間外等の加算点数を記載すること。
- (7) 「薬学管理料」欄について
 合計点数については「保険」の項の下欄、「公費①」の項に、第1公費に係る指導料の合計点数を記載すること。
- (8) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について
 ア 「請求」欄には、「公費①」の項に、第1公費に係る合計点数(「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」欄の合計をいう。)を記載すること。
 イ 「一部負担金額」欄については、記載する必要がないこと。

訪問看護ステーション(訪問看護事業型指定通院医療機関)記載用

I 一般的事項

次に掲げるもののほか、訪問看護療養費・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日保発第0330008号。以下「看護記載要領」という。)別紙のIと同様であること。

- 1 法に基づく診療報酬明細書には、法に基づく診療報酬に係る事項のみ記載し、医療保険その他公費負担医療に基づく診療報酬に係る事項は一切記載しないこと（医療保険その他公費負担医療に基づく診療報酬については、別の診療報酬明細書を作成すること。）。
- 2 明細書に記載する金額については、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律第 83 条第 2 項の規定による医療に要する費用の額の算定方法（平成 17 年厚生労働省告示第 365 号）に定めるとおり、1 点を 10 円として算定した金額を記載すること。

II 請求書等の記載要領

1 請求書に関する事項（様式第一関係）

看護記載要領別紙Ⅱの第 1 の 1、2、3、4、5、9、10 及び 11 と同様であること。

2 明細書に関する事項（様式第四）

次に掲げるもののほかは、看護記載要領別紙のⅡの第 2 の 1、2、3、13、14、15、16、17、18、19、20、21、22、23 及び 29 と同様であること。

- (1) 「6 訪問」における「1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職」（以下「保険種別 1」という。）、「1 単独 2 2 併 3 3 併」（以下「保険種別 2」という。）及び「2 本人 4 六歳 6 家族」（以下「本人・家族」という。）欄について

ア 「保険種別 1」欄については、2 公費の番号を○で囲むこと。

イ 「保険種別 2」欄については、1 単独の番号を○で囲むこと。

ウ 「本人・家族」欄については、2 本人の番号を○で囲むこと。

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。

- ・ 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。
- ・ 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。

- (2) 「公費負担者番号①」欄について

別添「公費負担者番号」により記載すること。

- (3) 「氏名」欄について

ア 医療観察訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。

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、この場合には姓名を記載することとし、姓と名の間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」又は「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」又は「4 平」と記載すること。
- (4) 「精神科基本療養費」欄について
- ア 精神科基本療養費を＝で抹消することにより、医療観察訪問看護基本料欄と読み替えること。また、「基本療養費(Ⅰ)」は「医療観察訪問看護基本料(Ⅰ)」に、「基本療養費(Ⅱ)」は「医療観察訪問看護基本料(Ⅱ)」に、「基本療養費(Ⅲ)」は「医療観察訪問看護基本料(Ⅲ)」に読み替えるものとする。
- イ 医療観察訪問看護基本料(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する場合
保健師又は看護師が医療観察訪問看護を行った場合は、⑮の「看護師等」、作業療法士が医療観察訪問看護を行った場合は、⑯の「作業療法士」の項に「×, ×××」円、当該月に医療観察訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、「週3日まで」又は「週4日目以降」並びに「30分未満」又は「30分以上」毎に行を改めて記載すること。なお、医療観察訪問看護基本料(Ⅲ)を算定する場合において、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、医療観察訪問看護基本料の所定額及び当該加算を合計して、同様に記載すること。
- ウ 医療観察訪問看護基本料(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について
- (ア) 訪問看護計画に基づき定期的に行う医療観察訪問看護以外であって、対象者又はその家族等の緊急の求めに応じて、指定通院医療機関(診療所又は在宅療養支援病院に限る。)の保険医の指示により、連携する訪問看護型指定通院医療機関の看護師等が訪問看護を行った場合は、医療観察緊急訪問看護加算を緊急訪問看護加算と読み替え、⑳の「緊急訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。
- (イ) 別に定める基準を満たし、医療観察長時間訪問看護加算を算定する場合は、長時間訪問看護加算を医療観察長時間訪問看護と読み替え、㉑の「長時間訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。
- (ウ) 夜間(午後6時から午後10時まで)又は(午前6時から午後8時まで)に医療観察訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護

加算を医療観察夜間・早朝訪問看護加算と読み替え③⑥の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、深夜（午後10時から午前6時まで）に医療観察訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算を医療観察深夜訪問看護加算と読み替え③⑦の「深夜訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、それぞれ当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

エ 医療観察訪問看護基本料(Ⅱ)を算定する場合

(ア) 保健師又は看護師が医療観察訪問看護を行った場合は、③⑧の「看護師等」の欄に「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は③⑧の「作業療法士」の項に「×, ×××」円、当該月に医療観察訪問看護を行った日数及びこれに乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、医療観察訪問看護基本療料(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合計して、同様に記載すること。

なお、延長時間加算を算定した場合は、③⑨の「延長時間加算」欄に、「×, ×××」円、当該月に医療観察訪問看護を行った延長時間の合計及びこれに乗じて得た額を記載すること。

(イ) 月の途中で、通院対象者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異変があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った医療観察訪問看護を行った日数及びこれに乗じて得た額を記載すること。

(ウ) 同一の医療観察訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか1人の者についてのみ1日として記載すること（複数名訪問看護加算の算定日を除く。）。

なお、従たる訪問看護型指定通院医療機関に勤務する看護師等が医療観察訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「3 従」の数字を○で囲むこと。但し、電子計算機の場合は、「3 従」の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(エ) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「4 特地」を○で囲み、通院対象者の住所及び通常の場合訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「4 特地」の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(オ) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文字により提供している対象者の場合は、「特記事項」欄の「6 支援」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「6 支援」の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(5) 「管理療養費」欄について

ア 次により記載すること。

(ア) 管理療養費を＝で抹消することにより、「医療観察訪問看護管理料」欄に読み替えること。

(イ) 月の初日の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

(ウ) 月の2日目以降の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、中央の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、「 日」の項には訪問した日数から1を引いた数を記載すること。

(エ) 右側の「 円」の項には、(イ)及び(ウ)により計算した合計金額を記載すること。

イ 医療観察24時間対応体制加算又は医療観察24時間連絡体制加算を算定した場合は、医療観察24時間対応体制加算を24時間対応体制加算、医療観察24時間連絡体制加算を24時間連絡体制加算と読み替え、④の「24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算」のいずれかに○を付け、「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

ウ 医療観察訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書若しくは精神科訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を「主治医への直近報告年月日」欄に記載すること。

(6) 「情報提供療養費」欄について

ア 情報提供療養費を＝で抹消することにより、「医療観察訪問看護情報提供料」欄に読み替えること。

イ 医療観察訪問看護情報提供料を算定する場合

当該月において、当該医療観察訪問看護の必要な通院対象者の精神保健観察を担当する保護観察所が開催するケア会議に出席し、保護観察所を含む関係機関に対して通院対象者の医療観察訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、「×, ×××」円と記載し、「提供した情報の概要」欄にケア会議の開催日と提供した情報の内容を記載し、「情報提供先の市(区)町村等の名称」欄に情報提供をした保護観察所を含む関係機関の名称を記載すること。

(7) 「合計」欄について

合計については、「請求」の項の「公費①」の項に記載すること。

別添

公費負担者番号

保険者名	法別	府県	実施期間	検証	管轄区域
北海道厚生局	30	01	100	1	北海道
東北厚生局	30	04	100	8	青森県、岩手県、宮城県、 秋田県、山形県、福島県
関東信越厚生局	30	11	100	9	茨城県、栃木県、群馬県、 埼玉県、千葉県、東京都、 神奈川県、新潟県、山梨県、 長野県
東海北陸厚生局	30	23	100	5	富山県、石川県、岐阜県、 静岡県、愛知県、三重県
近畿厚生局	30	27	100	1	福井県、滋賀県、京都府、 大阪府、兵庫県、奈良県、 和歌山県
中国四国厚生局	30	34	100	2	鳥取県、島根県、岡山県、 広島県、山口県、徳島県、 香川県、愛媛県、高知県
九州厚生局	30	40	100	4	福岡県、佐賀県、長崎県、 熊本県、大分県、宮崎県、 鹿児島県、沖縄県