事　務　連　絡
令和６年７月 11 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）　　御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和６年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添１から別添４までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）（別添１）
・「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６年３月５日保医発 0305 第５号）（別添２）
・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保医発 0305 第６号）（別添３）
・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）（別添４）

（別添１）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第２章　特掲診療料
第２部　在宅医療
　第２節　在宅療養指導管理料
　　第１款　在宅療養指導管理料
　　３　また、医師は、２の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅~~患者調剤~~薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜調剤技術料＞

区分００　調剤基本料

11　次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注３」（100 分の 80）及び「注４」（100 分の 50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注５」（地域支援体制加算）、「注６」（連携強化加算）、「注７」（後発医薬品調剤体制加算）、「注８」（後発医薬品減算）~~及び~~、「注 12」（在宅薬学総合体制加算）及び「注 13」（医療ＤＸ推進体制整備加算）のうち該当するもの（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局においては、「注５」、「注７」及び「注 12」の所定点数に 100 分の 10 を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。）の加算等を行う。ただし、当該点数が３点未満になる場合は、３点を算定する。

別表１

（１）　服薬管理指導料

及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	服薬管理指導料	手帳減算に該当する場合	かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合	かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料
加算　調剤管理料等の	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	医療情報取得加算	~~処方箋受付ごと~~ ６月に１回まで	○	×	○	○	×

（２） 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			在宅患者訪問薬剤管理指導料	在宅患者オンライン薬剤管理指導料※2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	在宅患者緊急時等共同指導料
項目		算定回数					
調剤管理料等の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	医療情報取得加算	~~処方箋受付ごと~~ ６月に１回まで	○	○	○	○	○

（３） 同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

			服薬情報等提供料１、２、３	在宅患者訪問薬剤管理指導料
項目		算定回数		
服薬管理指導料		処方箋受付ごと	○	×※2
かかりつけ薬剤師指導料		処方箋受付ごと	×	
かかりつけ薬剤師包括管理料		処方箋受付ごと	×	
調剤管理料の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○
	医療情報取得加算	~~処方箋受付ごと~~ ６月に１回まで	○	○

（別添２）

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

第４　経過措置等

表３　施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

有床診療所在宅患者支援病床初期加算

~~介護障害連携加算１及び２~~

救急医療管理加算

別添２

入院基本料等の施設基準等

第１の２　歯科点数表第１章基本診療料第２部入院料等通則第６号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

１　第１の１から４まで及び７のいずれにも該当するものであること。

第５　入院基本料の届出に関する事項

３　診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５及び様式 12 から様式 12 の 10 までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添７の様式 12 を用い、~~有床診療所（一般病床に限る。）の介護障害連携加算の届出は、別添７の様式 12 の３を用い、~~有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添７の様式 12 の８を用いること。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添７の様式 12 の９を用い、療養病床については別添７の様式 12 の 10 を用いること。

別添４

特定入院料の施設基準等

第３　ハイケアユニット入院医療管理料

２　ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準

（１）　当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 18 の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準①を満たす患者が１割５分以上、基準②を満たす患者が６割５分以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は対象から除外すること。なお、別添６の別紙 18 の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、~~特定集中治療室~~ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

第 12　地域包括ケア病棟入院料

11 の２　地域包括ケア病棟入院料の「注５」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助体制充実加算１の施設基準

ア　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

イ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、別添２の第２の 11 の２の（１）のイの例による。

ウ　看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の（４）の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

エ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添２の第２の 11 の（６）の例による。

オ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

カ　11 の（１）から（４）までを満たしていること。

（２）　看護補助体制充実加算２の施設基準

（１）のイから~~オ~~カを満たすものであること。

（３）　看護補助体制充実加算３の施設基準

（１）のウ、エ及び~~エ~~カを満たすものであること。

別添７

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
第1	救命救急入院料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42, 42の3, 42の4, 42の6, 42の7, 43
2	特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42, 42の3, 42の4, 42の7, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 10, 20, 42の3, 42の4, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の2
5の2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の2, 45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 20, 42の2, 45の2
7の2	地域包括医療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 45の4
8	一類感染症患者入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 49～49の6（49の4を除く。）
12	地域包括ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 52
15	精神科救急急性期医療入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2（特掲別添2）様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 55（特掲別添2）様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 57
17	精神療養病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 56, （特掲別添2）様式48
19の2	精神科地域包括ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 57の5
20	特定一般病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 10, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	□	□　年　月	□	様式5, 9, 20, 49, 49の2, 49の5

様式 12 の３

有床診療所入院基本料１、２又は３~~及び介護障害連携加算~~の施設基準に係る届出書添付書類

有床診療所入院基本料１，２又は３の施設基準に係る事項

次の該当する項目に〇をつけること（（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち２つ以上に該当すること）。

	（イ）	過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第８条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第８条の２第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第８条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
	（ロ）	在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。
	（ハ）	過去１年間の急変時の入院件数が６件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
	（ニ）	有床診療所入院基本料「注６」に規定する夜間看護配置加算１又は２の届出を行っていること。
	（ホ）	区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。
	（ヘ）	過去１年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が１割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料、13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13 対１入院基本料及び 15 対１入院基本

		料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「Ａ２０５」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。
	（ト）	過去１年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が２件以上であること。
	（チ）	過去１年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。
	（リ）	区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。
	（ヌ）	過去１年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。
	（ル）	過去１年間に、区分番号「Ａ２０８」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「Ａ２１２」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「Ａ２２１－２」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

~~有床診療所入院基本料における介護障害連携加算に係る事項~~

~~介護障害連携加算届出の有無（該当するものに〇）~~	~~有　・　無~~

~~「介護障害連携加算届出の有無」の有に〇をつけた場合には、次の該当する項目に〇をつけること。~~

	~~上記（イ）への該当~~
	~~過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。~~
	~~過去１年間に、区分番号「Ｃ009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第５項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。~~
	~~過去１年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。~~

［記載上の注意］

〇を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

（別添３）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第４　経過措置等

表３　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

外来緩和ケア管理料

（中略）

歯科技工加算２

~~皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）~~

頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和６年５月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準	→	歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準
遺伝学的検査の注に規定する基準	→	遺伝学的検査の注１に規定する基準
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	→	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）
画像診断管理加算３	→	画像診断管理加算４
センチネルリンパ節加算	→	皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	→	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）

別添１

特掲診療料の施設基準等

第６の８　地域包括診療料

３　届出に関する事項

（２）　令和６年３月 31 日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、１の（３）、（９）~~又は~~及び(11)を満たしているものとする。

別紙様式 42 の２

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

１．疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年７月１日から 31 日までの１ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、１人として計算すること。

	入院中の患者以外の患者	入院中の患者
<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		
1）脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（180 日）を超えた患者 **※2）は3）と5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>		
1）廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（120 日）を超えた患者 **※2）は3）と5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<運動器リハビリテーション料について>		
1）運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（150 日）を超えた患者 **※2）は3）と5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

２．患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年~~6~~ 7月１日から７日までの１週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1）年齢	2）要介護度 【選択肢】 1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 該当無し	3）主な傷病 ※○は1つだけ					4）上限日数となってからの期間 ※○は1つだけ				5）ADL				6）単位数
			脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上	BI（Barthel Index）		FIM（126点満点でご記入ください）		リハビリテーションの単位数（／週）
												4）のはじめ	現在	4）のはじめ	現在	
例	*75歳*	*6*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*1*	*2*	*3*	*4*	*30*	*60*	*50*	*80*	*7*
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

［記載上の注意］

１．については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

（別添４）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）

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

別紙１　診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領
第３ 診療報酬明細書の記載要領（様式第３）
２ 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(22)　「管理・リハ」欄について
カ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した場合は、「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、（Ⅱ）の「２　手術後」又は（Ⅳ）（３月~~以降~~以内の場合）を算定した場合はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 15、16、17、18）

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）

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
56	A311 A311-2 A311-3 A315	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神科地域包括ケア病棟入院料 の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100045	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急急性期医療入院料））；******		
				830100046	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科急性期治療病棟入院料））；******		
				830100047	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急・合併症入院料））；******		
				830100922	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科地域包括ケア病棟入院料））；******		※
216	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	~~在宅悪性腫瘍等患者指導管理料~~ 在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の場合）又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100102	連携指導保険医療機関名（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）；******		
			（~~在宅悪性腫瘍等患者の療養~~在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
18	B 000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	(放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合) Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190245	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周術期等口腔機能管理料(４)　）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"		※
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア		
			(長期管理加算を算定する場合) Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周術期等口腔機能管理料(４)　長期管理加算）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"		※
107	I 030	機械的歯面清掃処置	(I030 機械的歯面清掃処置の留意事項通知（３）に規定している患者以外の場合) 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月；(元号) yy"年"mm"月"		
				820190346	初回（歯清）		
			(歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後		
			(根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合) 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		※
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由；*****		※
			(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		※
			(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中（歯清）		
			(糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病（歯清）		
108	I 031	フッ化物歯面塗布処置	(フッ化物歯面塗布処置の「１う蝕多発傾向者の場合」又は「２初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記	850100347	Ｆ局前回実施年月；(元号) yy"年"mm"月"		

			載すること。 （フッ化物歯面塗布処置の「３ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く）を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。				
				820190347	初回（Ｆ局）		
			（レジン充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯面と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合） 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。	830100889	充填等が行われた歯面（フッ化物歯面塗布処置）；*****		※
				830100890	エナメル質初期う蝕の管理を行う歯面（フッ化物歯面塗布処置）；*****		※
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「３ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	口管強（Ｆ局）		※
109	Ｉ090	薬剤（処置）	（生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号Ｉ０９０により薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	※

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

R6 項番	医薬品名称	効能･効果	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
136	フェインジェクト静注５００ｍｇ		～(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中Hb 値が8.0g/dL 以上の場合)～、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb 値（フェインジェクト静注５００ｍｇ）；*****	
				830600071	投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注５００ｍｇ）；*****	
153	モノヴァー静注５００ｍｇ モノヴァー静注１０００ｍｇ		～(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中Hb 値が8.0g/dL 以上の場合)～、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb 値（モノヴァー静注５００ｍｇ等）；*****	※
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注５００ｍｇ等）；*****	※