

保医発第0313004号  
平成15年3月13日

日本病院会長 殿

厚生労働省保険局医療課長



本日付けで別添のとおり通知しましたのでお知らせいたします。

記

各地方社会保険事務局長、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）長及び  
都道府県老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）長あて通知

- 1 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の  
施行に伴う実施上の留意事項について（通知）（保医発第0313001号）
- 2 特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書の記載要領等について  
（通知）（保医発第0313002号）



保医発第0313001号

平成15年3月13日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する  
費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項につ  
いて（通知）

標記については、本日、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に  
要する費用の額の算定方法（平成15年厚生労働省告示第75号）、厚生労働  
大臣が指定する病院の病棟及び調整係数（平成15年厚生労働省告示第76号）、  
厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成15年厚生労  
働省告示第77号）等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事  
項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、  
周知徹底を図られたい。

## 別添

### 第1 対象病院及び対象患者

#### 1 対象病院

対象病院は、厚生労働大臣が指定する病院の病棟及び調整係数（平成15年厚生労働省告示第76号。以下「指定告示」という。）別表左欄に掲げる病院の一般病棟である。

#### 2 対象患者

(1) 対象患者は、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成15年厚生労働省告示第75号。以下「算定告示」という。）別表9に定める診断群分類点数表（以下「診断群分類点数表」という。）に掲げる診断群分類区分に該当する入院患者である。

(2) (1)にかかわらず、以下の患者の療養に要する費用の額（以下「診療報酬額」という。）は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年厚生省告示第54号）別表第一医科診療報酬点数表及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成6年厚生省告示第72号）別表第一老人医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）により算定する。

- ① 当該病院に入院した後24時間以内に死亡した患者
- ② 薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第7項に定める治験の対象患者
- ③ 皮膚移植術、生体部分肝移植、同種腎移植術又は骨髄移植（同種移植及び同種末梢血幹細胞移植に限る。）を受ける患者
- ④ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第5条の2第2項に定める高度先進医療を受ける患者
- ⑤ 医科点数表に定める特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患療養病棟入院料若しくは緩和ケア病棟入院料又は短期滞在手術基本料を算定する患者

(3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬額は、医科点数表により算定する。

診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明

細書（様式第二（一））の摘要欄に記載する。

- (4) 診療報酬額を医科点数表により算定する場合には、特定機能病院入院基本料を算定することができる。

## 第2 診療報酬額の算定方法

対象患者の診療報酬額は、1により算定された額と2により算定された額に、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額を合算したものである。

### 1 診断群分類点数表等による診療報酬額の算定

- (1) 診断群分類点数表等による1日当たりの診療報酬額は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。

各月の診療報酬額は、1日当たりの診療報酬額に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第1位を四捨五入するものとする。

### (2) 医療機関別係数

- ① 医療機関別係数は、算定告示別表10の表に定める診療料に係る届出を行った病院については所定の係数と指定告示に定める調整係数を合算したものである。
- ② 当該病院が算定告示別表11の表に掲げる基準に該当する場合には、所定の係数を減じる。

### (3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬額

診断群分類点数表等により算定される診療報酬額には、医科点数表に定める以下の費用が含まれている。

- ① 入院基本料
- ② 検査（ただし、心臓カテーテル検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く。）
- ③ 画像診断
- ④ 投薬
- ⑤ 注射
- ⑥ 処置（ただし、1000点以上の処置料を除く。）

- ⑦ リハビリテーション又は精神科専門療法の実施に伴い使用された薬剤

## 2 医科点数表による診療報酬額の算定

### (1) 医科点数表により算定される診療報酬額

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、紹介外来加算・紹介外来特別加算、急性期入院加算、急性期特定入院加算、診療録管理体制加算及び看護補助加算を除く。）、指導管理等、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く。）、精神科専門療法（薬剤料を除く。）、手術、麻酔、放射線療法、心臓カテーテル検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料、1000点以上の処置等については、医科点数表により算定する。

### (2) 救命救急入院料等の取扱い

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、広範囲熱傷特定集中治療室管理料又は一類感染症患者入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、当該特定入院料は算定せず、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表3の表の右欄に掲げる点数を加算する。

なお、本加算を算定している間は、入院基本料等加算（地域加算を除く。）は算定できない。

### (3) 特定入院期間を超えた場合の取扱い

入院期間が診断群分類点数表に掲げる特定入院期間を超えた日以降の診療報酬額は医科点数表により算定する。

### (4) 外泊の取扱い

外泊期間中の点数については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料の基本点数の15%を算定するものである。ただし、精神神経症又は精神障害の患者が治療のために外泊する場合は当該入院基本料の基本点数の30%を算定するものである。ただし、30%を算定することができる期間は、連続して3日以内、かつ、同一月中6日以内に限る。

入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊する場合に、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、上記の点数に加えて、C100退院前在宅療養指導管理料を外泊初日に1回に限り算定できる。

なお、外泊期間は、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定にあ

たり、入院期間として算入するものとする。

(5) 退院時処方取扱い

退院時に、退院後に居宅において使用するために薬剤を投与した場合は、薬剤料のみを算定することができる。

第3 診療報酬額の調整等

1 診療報酬額の調整

各月における費用の算定時に適用した診断群分類区分と退院の日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）へ転棟した日、特定入院期間を超えた日の前日その他診断群分類点数表等による診療報酬額の算定から医科点数表による算定に変更した日の前日を含む。以下同じ。）に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日に適用した診断群分類区分に基づいて算定した入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額と、入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額の差を、退院の日を含む月の費用の請求において調整する。

2 診断群分類区分に該当しなくなった患者等の取扱い

(1) 入院当初は診断群分類区分に該当すると判断され、診断群分類点数表等により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当しないと判断された場合は、その日より医科点数表により診療報酬額を算定するものとする。

(2) 入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断され、医科点数表により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、その日より診断群分類点数表等により診療報酬額を算定するものとする。

(3) (1)の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、(2)の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

3 転棟した場合等の取扱い

(1) 対象外病棟に転棟した場合には、転棟した日の翌日以降の診療報酬

額の算定は医科点数表によるものとする。この場合において、対象外病棟における入院料等の算定にあたっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

- (2) 対象外病棟から一般病棟に転棟し、診断群分類点数表等により診療報酬額を算定する場合には、当該病棟に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。
- (3) 入院途中に治験や高度先進医療を実施することを決定し、月途中の特定の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

#### 第4 診断群分類区分の適用

##### 1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成15年厚生労働省告示第77号。以下「定義告示」という。）に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。
- (2) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）も勘案して診断群分類区分の適用を判断するものとする。
- (3) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、各月の請求時に行うものとする。
- (4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合や、同一の傷病に対して複数の手術が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとする。

##### 2 傷病名等の内容

- (1) 「傷病名」は、主治医が、ICD10に基づき、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。）と判断したものとする。

ただし、ICD10のうち、「独立した多部位の悪性腫瘍」（対応するICD10はC97）は選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択するものとする。

- (2) 「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。
- (3) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分の適用が開始される入院の日等の年齢による。
- (4) 「検査入院」とは、当該傷病の診断を確定するための検査の実施を目的とした入院又は治療方針を決定するための検査の実施を目的とした入院をいう。ただし、入院の途中から治療が主な目的となった場合には、検査入院に該当しない。
- (5) 「教育入院」とは、生活習慣病等の重症化の予防等を目的とした療養上必要な生活習慣に関する総合的な指導、教育及び治療管理が行われる入院をいう。ただし、入院の途中から治療が主な目的となった場合には、教育入院に該当しない。

なお、検査入院又は教育入院に係る診断群分類区分が設定されていない傷病については、入院目的にかかわらず、当該傷病に係るいずれかの診断群分類区分を決定する。

- (6) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべての手術が実施された場合に該当するものとする。

複数手術に係る診断群分類区分が設定されている傷病については、他に該当する診断群分類区分がある場合においても、複数手術に係る診断群分類区分を優先して適用する。

また、主要診断群3耳鼻咽喉科疾患の診断群分類区分において、動脈（皮）弁術、筋（皮）皮弁術に係る診断群分類区分が設定されている傷病については、他に該当する診断群分類区分がある場合においても、当該診断群分類区分を優先して適用する。

- (7) 定義告示又は算定告示中の手術、処置等の定義は、以下を除き、医科点数表の区分によるものとする。

- ① 「化学療法」とは、抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法等をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。

- ② 「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線療



法（M005血液照射を除く。）をいう。

③ 「全身麻酔」とは、医科点数表第2章第11部L007開放点滴式全身麻酔、L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（2時間まで）をいう。

④ 「初回手術」とは、特定の術式により特定の患者に実施する1回目の手術をいい、「再手術」とは、特定の術式により特定の患者に実施する2回目以降の手術をいう。

(8) 「副傷病」は、入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである。

## 第5 実施時期等

### 1 実施時期

(1) 本制度は、平成15年4月1日から実施する。

(2) 病院において診断群分類点数表等により診療報酬額を算定することが困難である特別の事情がある場合には、平成15年3月31日までに、別紙様式により地方社会保険事務局長に届け出ることにより、同年6月30日までの間に限り、医科点数表により算定することができる。

### 2 経過措置

平成15年4月1日の前日（1(2)により届け出た病院にあっては、当該病院において診断群分類点数表等により算定を開始することとした日の前日）までに入院した患者については、当該開始する日から2月以内の診療報酬額の算定については、医科点数表による。

### 3 患者への周知等

対象病院においては当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、算定方法等について十分に説明するものとする。

また、入院患者に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。

(別紙様式)

算定告示第三項に係る届出書

診断群分類点数表等による算定が困難な特別の事情があるので届出をする。

平成15年 月 日

病院の所在地及び名称

開設者名 印

地方社会保険事務局長

殿

① 理由と今後の予定

② 診断群分類点数表等による算定の開始予定時期



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

厚生労働省保険局医療課長

特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書の記載要領について (通知)

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法 (平成15年厚生労働省告示第75号) 等の公布に伴い、当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書の記載要領を別紙のとおり定めたので、了知のうえ、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図りたい。  
なお、この件については、健康局、医薬局、社会・援護局、雇用均等・児童家庭局、保険局及び社会保障庁運営部の関係各課とは協議済みであるので念のため申し添える。

保医発第 0313002 号  
平成15年3月13日

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

診療報酬請求書等の記載要領等について(昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。)別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書(様式第9)の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

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

- (1) 同一の被保険者等が二以上の傷病について診療を受けた場合においても、一件の診療報酬明細書(以下「明細書」という。)に併せて記載すること。
- (2) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証若しくは老人医療受給者証が月の途中で発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

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

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表1のII第3の2(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)、(36)、(37)及び(39)から(41)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

ア 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、都道府県名及び連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

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

診療科	コード	診療科	コード	診療科	コード
内科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精神科	02	小児外科	17	アレルギー科	34
神経科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神経内科	04	皮膚科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌尿器科	20		
消化器科	06	性病科	21		
胃腸科	07	こう門科	22		
循環器科	08	産婦人科	23		
小児科	09	産科	24		

外科	10	婦人科	25
整形外科	11	眼科	26
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27
美容外科	13	気管食道科	28
脳神経外科	14	放射線科	30
呼吸器外科	15	麻酔科	31

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成15年厚生労働省告示第75号。以下「算定告示」という。）別表9に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術」、「処置等1」、「処置等2」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

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

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

(4) 「今回入院年月日」欄について

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

(5) 「今回退院年月日」欄について

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

(6) 「転帰」欄について

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

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

(7) 「傷病情報」欄について

ア 「傷病情報」欄については、次に掲げる(ア)及び(イ)の事項については必ず記載し、(ウ)から(オ)までの事項については該当がある場合は順次記載すること。

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

(ア) 「主傷病名」

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

(イ) 「入院の契機となった傷病名」

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

(ウ) 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

(エ) 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

(オ) 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

イ 心身医学療法を算定する場合にあつては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

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

(8) 「入退院情報」欄について

ア 「入退院情報」欄については、次に掲げる(ア)及び(ウ)の事項については必ず記載し、(イ)、(エ)及び(オ)の事項については該当がある場合は順次記載すること。

(ア) 「転科の有無」について

転科がない場合には「無」、ある場合には「有」と記載すること。

(イ) 「一般病棟以外の病棟移動の有無」について

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

(ウ) 「予定・緊急入院区分」について

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

(エ) 「前回退院年月日」について

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

(オ) 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において前回と同一傷病で入院した場合に「有」を記載すること。

(9) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

- ・入院時年齢、出生時体重（新生児である場合に限り）、JCS（Japan Coma Scale）
- ・1. 検査入院、2. 教育入院、3. その他の診療目的いずれかのもの
- ・手術、処置について、医科点数表上の名称、対応する区分番号及び実施日。（手術については、

併せて初回手術か再手術かを記載すること。)

(10) 「包括評価部分」欄について

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

イ 入院月が複数月ある場合は、各月診療分を退院するまで、全て記載すること。

ウ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。

エ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した3日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

(記載例)

例1：脳腫瘍（15歳以上） 頭蓋内腫瘍摘出術等 処置等1なし 処置等2あり 副傷病なし  
(4月3日入院、6月10日退院の場合)の例(6月診療分)

		入Ⅰ 3,113 × 20 = 小計 … ①
		入Ⅱ 2,320 × 8 = 小計 … ②
		4月請求分 (①+②) × 4月医療機関別係数 = 合計(1点未満を四捨五入(以下同じ。))
		入Ⅱ 2,320 × 13 = 小計 … ③
		入Ⅲ 1,972 × 18 = 小計 … ④
		5月請求分 (③+④) × 5月医療機関別係数 = 合計
		入Ⅲ 1,972 × 10 = 小計 … ⑤
1	93	6月請求分⑤ × 6月医療機関別係数 = 合計

例2：急性心筋梗塞再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 処置等1あり 処置等2なし → 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等あり 処置等1あり 処置等2ありに変更の場合

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

		入Ⅰ 4,215 × 12 = 小計 … ①'
		入Ⅱ 3,158 × 3 = 小計 … ②'
		4月請求分 (①'+②') × 4月医療機関別係数 = 合計 … A
		入Ⅱ 5,672 × 8 = 小計 … ③'
		5月診療分 ③' × 5月医療機関別係数 = 合計 … B
		入Ⅰ 6,918 × 8 = 小計 … ④'
		入Ⅱ 5,672 × 7 = 小計 … ⑤'
		調整分 ((④'+⑤') × 4月医療機関別係数) - A = 小計 … ⑥'
1	93	5月請求分 B + ⑥' = 合計

注) 入院期間Ⅰ日未満：入Ⅰ 入院期間Ⅰ日以上Ⅱ日未満：入Ⅱ 入院期間Ⅱ日以上：入Ⅲ

(11) 「出来高部分」欄について

「出来高部分」欄については、次に掲げるもののほか、算定した所定点数の名称及び点数を記載することとし、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の(2)から(4)までの例によるものとする。

ア 算定告示別表4に定める基準に該当する場合は、当該事項名、日数及び点数を記載すること。

なお、「入院診療計画未実施減算」については、当該事項名及び点数を記載すること。

イ 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

(ア) 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数（①救命救急入院料を算定している患者について加算又は減算がある場合②特定集中治療室管理料を算定している患者について減算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数又は減算後の点数）を記載すること。

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

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

(12) その他について

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

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

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

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



## (別 表)

## (1) 負担区分コード番号

内 容	コード番号
医療保険のみで負担	1
医療保険と第一公費で負担	2
医療保険と第二公費で負担	3
医療保険と第一及び第二公費で負担	4
公費単独又は第一公費のみで負担	5
第二公費のみで負担	6
第一及び第二公費で負担	7
医療保険と老人第二公費で負担	8
医療保険と第二及び老人第二公費で負担	A
第二及び老人第二公費で負担	D
老人第二公費のみで負担	F

注1. 国民健康保険、退職者医療又は3種の公費負担医療の併用における生活保護については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は生活保護と読み替えること。

2. 老人医療単独のみで負担する場合はコード1、老人医療と1種の公費負担医療で負担する場合はコード3、老人医療と2種の公費負担医療で負担する場合はコードAであること。

## (2) 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
指 導	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静脈内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検 査	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97