

(参考：改正後全文)

障精発第0905001号
平成20年9月5日

一部改正
障精発第0331003号
平成21年3月31日

各 都道府県 精神保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

医療観察診療報酬明細書等の記載要領について

医療観察診療報酬明細書等の記載要領については、「医療観察診療報酬明細書等の記載要領について」（平成17年8月2日障精発第0802005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）により取り扱われているところであるが、通知を別添のとおり改正することとしたので、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られたい。

なお、本通知は、平成20年4月1日から適用することとし、従前の「医療観察診療報酬明細書等の記載要領について」は、平成20年3月31日限り廃止する。

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）、（31）、（38）キ、ク、ケ、コ、サ及び（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、請求点数を高齢者医療確保法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 リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、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。ただし、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、**医持精**と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患

者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、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場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「摘要」欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えないこと。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

〔記載例〕

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺36痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

- イ 早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に **（早リ加）** と表示して、点数を記載すること。
- ウ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、 **（リハ総評）** と表示して、点数を記載すること。
- エ 医療観察通院精神療法を退院患者について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ロのイ以外の場合で30分以上指導する場合は「摘要」欄に指導時間を記載すること。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」欄に記載し、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。医療観察精神科訪問看護・指導料（I）を算定する場合であつて複数の保健師等が訪問して行った場合は **（医複数）** と表示して当該加算を加算した点

数を記載すること。また、初診の日に医療観察通院精神療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。さらに、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。

なお、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。

オ リハビリテーション及び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。

カ 放射線治療管理料を算定した場合は、「放管」と表示して、所定点数を記載すること。

キ 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「放内」と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

ク 放射線治療料を算定した場合は、「放」と表示して、回数及び点数を記載すること。

なお、放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

ケ 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータ又は食道アプリケータを使用した場合は、「摘要」欄に「気アプ」又は「食アプ」と表示すること。

コ 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。

サ 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(前期通院対象者処遇医学管理料)、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)

シ 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。

ス 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社会復帰連携体制強化加算の種別が変更した場合には、行を改めて記載すること。

前期加（前期通院対象者処遇医学管理料）、中期加（中期通院対象者通院医学管理料）、後期加（後期通院対象者通院医学管理料）

セ 「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（後期高齢者医療における入院も同様）

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の施設基準未適合においては、入院決定日から起算して91日以上の場合は（未適合）と表示し、減算後の点数を記載すること。

(ウ) 社会復帰期入院対象者入院医学管理料を算定開始日から181日以上の場合で、法第49条に基づく退院の許可の申立てを行ってから180日以内の場合にあっては、（未経過）と記載すること。

(エ) 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。

(オ) 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)、(17)、(18)、(19)、(20)、(21)、(22)、(23)、(24)、(25)及び(26)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、請求点数を高齢者医療確保法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

ア 処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

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せん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せんとはそれ以外の処方せん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、服薬情報提供、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、外来服薬支援、退院時共同指導及び後期高齢者終末期相談支援は、受付回数としては計上しないこと。

(5) 「摘要」欄について

ア 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は当該調剤を行った調剤月日及び調剤時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。

イ 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はその事由を記載すること。

ウ 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せん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、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はその事由を記載すること。

エ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。

オ 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、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。

カ 調剤を行っていない月に服薬情報提供料若しくは服薬指導情報提供加算、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場合は、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。

キ 長期投薬情報提供料1を算定する場合は、情報提供の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に情報提供を行った日を記載すること。長期投薬情報提供料2を算定する場合は、指導の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に行った指導日を記載すること。

ク その他請求内容について特記する必要があるればその事項を記載すること。

(6) 「調剤基本料」欄について

「公費①」の項に、第1公費に係る調剤基本料（基準調剤の届け出を行った場合にあつては、調剤基本料に基準調剤加算1又は2を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数に乗じた点数及び分割調剤を行った場合は、分割調剤の回数に5点に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について、調剤基本料1の場合は「基1」、調剤基本料2の場合は「基2」、調剤基本料3の場合は「基3」及び調剤基本料3に該当する保険薬局のうち注2に該当する場合は「基注」と記載すること。

(7) 「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・休日等が算定される場合は、**時**、**休**、**深**、**特**又は**夜**の記号を「保険」の項の上欄に記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「公費①」の項に、第1公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

(8) 「薬学管理料」欄について

ア 「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。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は、その回数を記載すること。

また、麻薬管理指導加算又は重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）若しくは重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に「麻」、「防A」又は「防B」の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) 薬剤情報提供料を算定した場合は、「薬」の記号を付してその回数を記載すること。

(ウ) 長期投薬情報提供料1又は長期投薬情報提供料2を算定した場合は、それぞれ「長A」又は「長B」の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 後発医薬品情報提供料を算定した場合は、「後」の記号を付してその回数を記載すること。

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、「訪A」又は「訪B」の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、「訪A」又は「訪B」の回数の次に併せて「麻」の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、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。

(カ) 調剤情報提供料を算定した場合は、「調」の記号を付してその回数を記載すること。

(キ) 服薬情報提供料を算定した場合は、「服」の記号を付してその回数を記載すること。また、服薬指導情報提供加算を算定した場合は、「服」に併せて「服指」の記号を付してその回数を記載すること。

イ 「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。

ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する指導管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「指導料」欄に記載すること。

(9) 「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記載用

I 一般的事項

次に掲げるもののほか、老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について（平成20年3月28日保発第0328002号。以下「看護記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

- 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。）。

II 請求書等の記載要領

1 請求書に関する事項（様式第一条関係）

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（様式第三）

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及び23と同様であること。

- (1) 「6訪問」における「1 社・国 2 公費 3 老人 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 三歳 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 （老人）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」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。また、生年月日を記載することが

望ましいこと。

(4) 「訪問日」欄について

ア 医療観察精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、訪問看護を行った日について、該当する日付を○で囲むこと。

イ 訪問看護を行った日について、1日に2回訪問を行った場合は、その日付を◎で囲み、1日に3回以上訪問を行った場合は、その日付を◇で囲むこと。

ウ 長時間訪問看護加算を算定した場合は、その日付を○で囲むこと。

(5) 「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

ターミナルケア療養費を＝線で抹消することにより、医療観察精神科訪問看護・指導欄に読み替えること。

医療観察精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、この項に回数と合計金額を記載すること。

また、必要があつて複数の保健師等が訪問して医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）を算定した場合にあつては、**医複数**と表示して当該加算を加算した額の内訳を「特記事項」欄に記載すること。

なお、医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）を算定する場合であつて、看護・指導時間加算を算定した場合は当該時間を記載し、加算した額の内訳を「特記事項」欄に記載すること。

(6) 「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	実施機関	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