



保医発第79号
平成13年3月23日

地方社会保険事務局長 殿
都道府県民生主管部（局）
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

急性期入院医療に係る診断群別定額払い方式の試行の見直しに伴う、関係
省令、告示及び通知の改正について

標記については、本日、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成13年厚生労働省令第31号）並びに「厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成13年厚生労働省告示第77号）、「厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」（平成13年厚生労働省告示第78号）、「厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成13年厚生労働省告示第79号）及び「厚生労働大臣が定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」（平成13年厚生労働省告示第80号）が公布され、本年4月1日より適用されることとなったところである。これらの改正内容は下記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。また、これに伴い、関連する通知を下記のとおり改正し、同日から適用することとするので、その取扱いについて遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

第1 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令の取扱いについて

- (1) 試行診断群分類の基本となる傷病コーディング体系をICD-9からICD-10へ移行したことに伴い、試行に係る診療報酬明細書の様式（同省令様式第2の2）を改正したこと。
- (2) 平成13年4月1日前行われた療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求については、なお従前の例によることとしたこと。
- (3) 同日前に現に存する改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとしたこと。

第2 厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件等の取扱いについて

1 厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（1及び2において「算定告示」という。）及び厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（1及び2において「老人算定告示」という。）について

- (1) 試行診断群分類の見直し
 - ① 試行診断群分類数を183分類から267分類（老人算定告示については、258分類）としたこと。
 - ② 算定告示における主要診断群に、新生児疾患及び小児疾患を追加したこと。
- (2) 診療報酬点数の見直し
 - ① 基礎償還点数を、39,680点から40,476点としたこと。
 - ② 新しい試行診断群分類ごとの相対係数を見直し、それぞれの点数を設定したこと。
- (3) その他
 - ① 15歳未満の患者を試行の対象として追加することとしたこと。
 - ② 試行病棟に入院後24時間以内に死亡した患者を試行の対象から除外することとしたこと。

2 厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件及び厚生労働大臣が定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件の取扱いについて

- (1) 算定告示別表中10の疾患名の欄に掲げる疾患名の名称及び定義を定めたこと。
- (2) 算定告示別表中10の診療行為等の欄に掲げる手術等の定義を定めたこと。
- (3) 老人算定告示別表中9の疾患名、診療行為等の定義等については、厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症とすることとしたこと。

第3 関係通知の改正について

- 1 「厚生大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に

伴う実施上の留意事項等について」(平成10年10月22日保険発第152号・老企第36号・老健第140号)を次のように改正する。

1のア中「厚生大臣」を「厚生労働大臣」に改め、イ中①を削り、②を①とし、③を②とし、④を③とし、④として次のように加える。

④ 当該保険医療機関に入院した後24時間以内に死亡した患者

3中「また、疾患名の欄中、「合併症あり」又は「合併症なし」とあるのは、それぞれの診断群分類番号につき、合併症告示の「疾患名(I C D 9コード)」の欄に掲げる疾患の有無をいう。」を削る。

4の(1)中「39,680点」を「40,476点」に改める。

8中「明示する。」の次に「なお、平成13年3月31日以前から同年4月1日以降継続して試行対象病棟に入院している患者(15において「継続入院患者」という。)については、明示する必要はないものとする。」を加える。

11の(1)中「診断群分類の」を「試行診断群分類の」に改め、「及び合併症告示」を削り、「原則として国際疾病分類(I C D 9)に準拠する」を「、「厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」(平成13年厚生労働省告示第78号。以下「定義告示」という。)の別表第一「 I C D - 1 0コード」の欄に掲げるコードに対応する疾患とする」に改め、「なお、」以下を削る。

11の(2)中「診断群分類」を「試行診断群分類」に改め、「、主たる傷病名は、主たる診療行為等、合併症の有無をそれぞれ判断し」を削る。

11の(3)中「診療行為等」を「手術等(合併症を除く。)」に、「原則として医科点数表に基づくものとする。ただし、以下のものについては次のように取扱うこととする。」を「以下に示すものであるものとする。」に改め、「・「化学療法」とは」から「コ その他の外傷、破傷風等で重篤なもの」までを次のように改める。

①手術

定義告示の別表第二の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる手術とする。同表に掲げられていない試行診断群分類に係る手術については、医科点数表別表第一第2章第10部に掲げる手術(老人医科点数表別表第一第2章第10部の注において医科点数表の例によることとされているものを含む。)とする。

②併用手術

定義告示の別表第三の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる手術とする。

③処置、麻酔及び放射線療法

定義告示の別表第四の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる処置、麻酔及び放射線療法とする。

④化学療法

抗癌剤の使用、ホルモン療法及び免疫療法等の補助療法をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。

⑤中心静脈栄養

医科点数表別表第一第2章第6部区分G005に掲げる中心静脈注射(老人医科点数表別表第一第2章第6部の注において医科点数表の例によることとされているものを含む。)によるものとする。

11の(4)中「合併症とは」を「算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9の表中、「診療行為等」の欄に掲げる合併症については、定義告示の別表第五の試行診断群分類に対応し、同表の「 I C D - 1 0コード」の欄に掲げるコードに対応する疾患とする。合併症とは」に改め、同(4)に次のように加える。

なお、試行診断群分類に対応する疾患名の定義が I C D - 1 0コードE10. 2~E10. 5、E11. 2~E11. 5、E12. 2~E12. 5、E13. 2~E13. 5又はE14. 2~E14. 5であるものについては、「合併症あり」として取り扱うものとする。

15中「厚生省」を「厚生労働省」に改め、同15を16とし、14の次に次のように加える。

15 継続入院患者に係る診断群分類に応じた診療報酬の算定方法について

継続入院患者に係る診断群分類に応じた診療報酬については、改正後の算定告示別表中10又は老人算定告示別表中9に掲げる試行診断群分類に対応する点数の欄に掲げる点数により算定するものとする。改正後の算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に掲げる試行診断群分類中に、該当する診断群が存在しない継続入院患者については、定額払い方式から離脱したものとみなして取扱うものとする。なお、継続入院患者の入院時に、当該患者が該当する診断群が存在しなかったため、定額払いの試行の対象とならなかった患者については、改正後の算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に該当する試行診断群分類が存在する場合であっても、定額払い方式の試行の対象とはならず、引き続き、医科点数表により算定するものとする。

2 「急性期入院医療の定額払い方式に係る診療報酬請求書等の記載要領等について」(平成10年10月30日保険発第164号・老健第146号)の一部を次のように改正する。

Iの1中「平成12年厚生省令第83号」を「平成13年厚生労働省令第31号」に、「平成12年5月1日」を「平成13年5月1日」に改める。

IIの第2の1の(3)中「診断群分類」を「試行診断群分類」に改め、「添付すること。」の次に「なお、平成13年3月31日以前から同年4月1日以降継続して試行対象病棟に入院している患者については、明示する必要はないものとする。」を加える。

IIの第2の2の(3)中「ICD-9コード」を「ICD-10コード(4桁まで(4桁目が存在しない場合は、3桁まで)とする。以下同じ。)」に改める。

IIの第2の2の(4)のア中「診断群」を「試行診断群分類」に、「厚生大臣の定める合併症(平成10年10月厚生省告示第249号)」を「厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」(平成13年厚生労働省告示第78号)及び「厚生労働大臣が定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」(平成13年厚生労働省告示第80号)」に改め、同アに次のように加える。

なお、「傷病名」欄に記載したICD-10コードE10.2~E10.5、E11.2~E11.5、E12.2~E12.5、E13.2~E13.5、E14.2~E14.5であるものについては、「合併症あり」として取り扱うこととするが、「合併症」欄には特段の記載を要さないものとする。

IIの第2の2の(8)中「記載すること。」の次に「なお、死亡により退院した場合であって、今回の退院年月日が、今回の入院年月日の翌日である場合は、「摘要」欄に、入院時刻及び死亡時刻を記載すること。」を加える。

IIの第2の2の(11)中セをタとし、オからスまでを一ずつ繰下げ、エの次に次のように加える。

オ 手術の新生児・乳幼児(3歳未満)加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児(1歳以上3歳未満)加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の(未)、(新)、(乳)、(幼)又は(乳幼)を表示すること。

IIの第2の2の(11)中セの次に次のように加える。

ソ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)を記載すること。

IIの第2の2の(16)のエ(ウ)中「救急医療管理加算、在宅患者応急入院診察加算」を「救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診察加算、乳幼児加算、幼児加算」に、「(救医)、(在応)」を「(救医)、(乳救医)、(在応)、(乳)、(幼)」に改め、「救急医療管理加算」の次に「又は乳幼児救急医療管理加算」を加える。

(参考)

- 厚生大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項等について（平成10年10月22日保険発第152号・老企第36号・老健第140号）

標記については、本日、「保険医療機関及び保険医療費担当規則及び療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成10年厚生省令第86号）、「厚生大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の額の算定方法を定める件」（平成10年10月厚生省告示第247号）（以下「算定告示」という。）、「厚生大臣の指定する保険医療機関の病棟を定める件」（平成10年10月厚生省告示第248号）、「厚生大臣の定める合併症を定める件」（平成10年10月厚生省告示第249号）（以下「合併症告示」という。）、「厚生大臣が指定する保険医療機関の病棟における医療に要する費用の額の算定に関する基準を定める件」（平成10年10月厚生省告示第250号）（以下「老人算定告示」という。）、「厚生大臣が指定する保険医療機関の病棟を定める件」（平成10年10月厚生省告示第251号）、「厚生大臣が定める合併症を定める件」（平成10年10月厚生省告示第252号）が公布されたことに伴い、実施上の留意事項等を左記のとおり定め、平成10年11月1日から適用することとするので、その取扱いについて遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図りたい。

記

1 試行の対象について（算定告示及び老人算定告示第一号関係）

ア 試行対象病棟

厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟を定める件（平成10年10月厚生省告示第248号）に規定する保険医療機関の病棟

イ 試行対象患者

前記アの試行対象病棟に入院している患者であって、算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に規定する診断群分類に該当する者。

ただし、次に掲げる者を除く。

① ~~年齢15歳未満の患者~~

② 一連の入院治療が完結しないうちに、他の医療機関に転院した患者及び他の医療機関から転院してきた患者

③ 治験の対象となっている患者

④ 診療内容が主として検査又は画像診断である患者（検査入院）

⑤ 当該保険医療機関に入院した後24時間以内に死亡した患者

2 診断群分類に該当しない場合の取扱い（算定告示及び老人算定告示第四号関係）

試行対象患者であって、算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に規定する診断群分類に該当しないと判断された者については、従来どおり医科点数表（老人医療にあっては老人医科点数表。以下同じ。）により算定する。

3 診断群分類の適用について（算定告示及び老人算定告示別表中1及び9並びに老人算定告示第1及び8関係）

入院患者に対する診断群分類の適用は、算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9の表中、疾患名及び診療行為等の欄に掲げる事項に基づいて、主治医が判断するものとする。また、疾患名の欄中、「合併症あり」又は「合併症なし」とあるのは、それぞれの診断群分類番号につき、合併症告示の「疾患名（ICD9コード）」の欄に掲げる疾患の有無をいう。

4 定額報酬について（算定告示及び老人算定告示別表中1から3まで及び5関係）

(1) 診断群分類に応じた診療報酬について

診断群分類に応じた診療報酬は、基礎償還点数（~~99,680点~~40,476点）に当該診断群分類に応じた相対係数を乗じて得た点数とし、「点数」の欄に掲げる点数とする。

(2) 診断群分類に応じた診療報酬の内容について

診断群分類に応じた診療報酬には以下の診療報酬が含まれるものとする。

①～③ （略）

(3) 調整点数について （略）

5 技術料等の出来高報酬について（算定告示及び老人算定告示別表中4関係）

前記4に規定する定額報酬に含まれない、出来高による診療報酬は、別に医科点数表により算定する。ただし、短期滞在手術料は算定できない。

6 入院期間が著しく長い場合の追加支払いについて（算定告示及び老人算定告示別表中7関係）

(略)

7 特定入院料算定患者の取扱い（算定告示別表中8及び老人算定告示別表中7関係）

特定入院料を算定する対象患者に係る診療報酬の額については、以下のとおりとする。

(1) 特定入院料を算定している期間

医科点数表によって算定した額

(2) (1)以外の期間

$$\left[\begin{array}{l} 4 \text{に規定} \\ \text{する定額} \\ \text{報酬} \end{array} \right] \times \frac{\text{特定入院料を算} \\ \text{入院期間一定している期間}}{\text{入院期間}} + \left[\begin{array}{l} 5 \text{に規定} \\ \text{する技術} \\ \text{料等の出} \\ \text{来高報酬} \end{array} \right]$$

8 診療報酬の請求方法について（療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部改正関係）

保険医療機関からの診療報酬の請求は、定額報酬の100分の50を入院月の翌月10日までに請求し（以下、入院時請求という。）、残額については退院月の翌月10日までに請求するものとする（以下、終了時請求という。）。なお、入院月に退院した場合には、入院月の翌月10日までに全額請求することとなる。

入院時請求の算定の際に適用した診断群分類と退院時に確定した診断群分類とが異なる場合には、その理由を終了時請求で明示する。なお、平成13年3月31日以前から同年4月1日以降継続して試行対象病棟に入院している患者（15において「継続入院患者」という。）については、明示する必要はないものとする。

9 急性期入院医療の定額払い方式（以下「定額払い方式」という。）から離脱した場合の取扱いについて

定額払い方式から離脱した場合は、支払方法を変更した旨患者に告知し、定額払い方式から離脱した月の翌月10日までに変更理由書を添付の上、一括して請求することとする。

なお、定額払い方式から離脱した月以降の請求については、現行のレセプトにより毎月請求することとする。

10 患者の一部負担金等の支払いについて（保険医療機関及び保険医療費担当規則の一部改正並びに老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費及び特定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準の一部改正関係）

患者の一部負担金及び標準負担については、退院時に確定した診療報酬請求額により、退院時に一括して支払を受けるものとする。なお、定額払い方式の試行対象となった老人に係る診療行為が複数月にまたがった場合には、診断群分類に応じた診療報酬点数を総診療日数で除して得た点数に各月における診療日数を乗じて得た点数を基礎として、各月における一部負担金額を算定するものとする。

11 診断群分類の適用について

(1) 入院患者に対する試行診断群分類の適用は、算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9及び合併症告示の表中、「疾患名」及び「診療行為等」の欄に掲げる疾患名及び診療行為等に基づいて主治医が判断するものであるが、疾患名の名称及び定義は原則として国際疾病分類（ICD-9）に準拠する、「厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」（平成13年厚生労働省告示第78号。以下「定義告示」という。）の別表第一「ICD-10コード」の欄に掲げるコードに対応する疾患とする。

なお、疾患名に付記したICD-9コードは診療報酬明細書の記載上の必要から示したものであり、当該コードに分類されるいずれかの疾患に該当することをもって、当該診断群分類に該当することとはならない。

例）ICD-9コード「三八六」に分類される「めまい症候群その他の前庭系の障害」には、メニエール病以外の中枢性めまい及び迷路炎等が含まれているが、診断群分類番号「三〇四」の場合、当該診断群分類に該当する疾患はメニエール病のみであり、メニエール病以外の中枢性めまい又は迷路炎等の場合は当該診断群分類には該当しない。

(2) 二種類以上の試行診断群分類に該当する可能性がある場合には、主たる傷病名は、主たる診療行為等、合併症の有無をそれぞれ判断し、該当する一つの診断群分類に確定する。

(3) 算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9の表中、「診療行為等」の欄に掲げる診療行為等手術等（合併症を除く。）の定義は、原則として医科点数表に基づくものとする。ただし、以下のものについては次のように取扱うこととする。以下に示すものであるものとする。

~~「化学療法」とは、抗癌剤の使用、ホルモン療法及び免疫療法等の補助療法をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。~~

~~「緊急入院」とは、患者が次に掲げる重篤な状態にあって、医師が緊急に入院することが必要であると認めた場合。~~

~~ア 意識障害又は昏睡~~

~~イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪~~

~~ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）~~

~~エ 急性薬物中毒~~

~~オ ショック~~

~~カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）~~

~~キ 広範囲熱傷~~

~~ク 大手術を必要とするもの~~

~~ケ 救急蘇生後~~

~~コ その他外傷、破傷風等で重篤なもの~~

①手術

定義告示の別表第二の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる手術とする。同表に掲げられていな

い 試行診断群分類に係る手術については、医科点数表別表第一第2章第10部に掲げる手術（老人医科点数表別表第一第2章第10部の注において医科点数表の例によることとされているものを含む。）とする。

②併用手術

定義告示の別表第三の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる手術とする。

③処置、麻酔及び放射線療法

定義告示の別表第四の試行診断群分類番号に対応し、同表の区分の欄に掲げる処置、麻酔及び放射線療法とする。

④化学療法

抗癌剤の使用、ホルモン療法及び免疫療法等の補助療法をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。

⑤中心静脈栄養

医科点数表別表第一第2章第6部区分G005に掲げる中心静脈注射（老人医科点数表別表第一第2章第6部の注において医科点数表の例によることとされているものを含む。）によるものとする。

(4) 算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9の表中、「診療行為等」の欄に掲げる合併症については、定義告示の別表第五の試行診断群分類に対応し、同表の「ICD-10コード」の欄に掲げるコードに対応する疾患とする。合併症とは、医学上の合併症及び医学上の併存症を含むものである。

なお、試行診断群分類に対応する疾患名の定義がICD-10コードE10.2～E10.5、E11.2～E11.5、E12.2～E12.5、E13.2～E13.5又はE14.2～E14.5であるものについては、「合併症あり」として取り扱うものとする。

12 高額療養費及び高額医療費の算定方法について

定額払い方式の試行対象となった患者に係る診療行為が複数月にまたがった場合の高額療養費及び高額医療費については、定額払い方式による診療報酬に係る一部負担金等（健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第79条第1項各号、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の2第1項各号及び船員保険法施行令（昭和28年政令第240号）第3条の2の5第1項各号並びに老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第3条の5第1項第1号イからホまでに掲げる額をいう。）を、当該各月における高額療養費の算定基礎とする。

13 入院期間中に患者の加入する保険者が変更した場合等の取扱いについて

入院期間中に患者の加入する保険者が変更した場合（継続療養として取扱われる場合を除く。）は、終了時請求時に、当該患者の入院期間中の各保険者に加入している日数の割合に応じて按分した診療報酬を、医科入院定額支払用の診療報酬明細書により各保険者に対して請求する。

なお、公費負担医療の場合も同様とする。

14 平成12年12月31日以前からの老人入院患者に係る一部負担金の支払いについて

(略)

15 継続入院患者に係る診断群分類に応じた診療報酬の算定方法について

継続入院患者に係る診断群分類に応じた診療報酬については、改正後の算定告示別表中10又は老人算定告示別表中9に掲げる試行診断群分類に対応する点数の欄に掲げる点数により算定するものとする。改正後の算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に掲げる試行診断群分類中に、該当する診断群が存在しない継続入院患者については、定額払い方式から離脱したものとみなして取扱うものとする。なお、継続入院患者の入院時に、当該患者が該当する診断群が存在しなかったため、定額払いの試行の対象とならなかった患者については、改正後の算定告示別表中10及び老人算定告示別表中9に該当する試行診断群分類が存在する場合であっても、定額払い方式の試行の対象とはならず、引き続き、医科点数表により算定するものとする。

1516 その他

(1) 実施体制の整備

試行を円滑に実施していくため、各試行対象病院においては連絡会議の設置等院内の実施体制を整備するとともに、試行の運用の統一等を図るための試行対象10病院による調整連絡会議を設置する。

また、厚生労働省保険局に引き続き試行調査検討委員会を設置し、試行の実施にかかる調整や調査研究を行う。

(2) 試行に関する調査

試行対象病院においては、急性期入院医療の定額払い方式の妥当性の検討に必要な以下の調査を実施し、厚生労働省の試行調査検討委員会に報告する。

ア 対象病棟のすべての入院患者に対する基礎患者調査

イ 診療内容の変化に関する調査

●急性期入院医療の定額払い方式に係る診療報酬請求書等の記載要領等について（平成10年10月30日保険発第164号・老健第146号）

I 一般的事項

1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成12年厚生省令第88号平成13年厚生労働省令第 号）の制定により、平成12年5月1日平成13年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものであること。

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第2 診療報酬明細書の記載要領（様式第2の2）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

(3)入院時請求の算定の際に適用した試行診断群分類と退院時に確定した試行診断群分類とが異なる場合には、その理由を変更理由書に明示し明細書に添付すること。なお、平成13年3月31日以前から同年4月1日以降継続して試行対象病棟に入院している患者については、明示する必要はないものとする。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(3)「傷病名」欄について

診断群分類番号を決定する根拠となった疾患名を記載し、対応するICD-10コード（4桁まで（4桁目が存在しない場合は、3桁まで）とする。以下同じ。）を記載すること。これに加え、定額払い方式から離脱した場合は、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

(4)「合併症」欄について

ア 算定方法別表中10に掲げる合併症ありの条件を含む試行診断群を選択した場合には、厚生大臣の定める合併症（平成10年10月厚生省告示第249号）「厚生労働大臣の定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」（平成13年厚生労働省告示第78号）及び「厚生労働大臣が定める疾患並びに手術、併用手術、処置、麻酔及び放射線療法並びに合併症を定める件」（平成13年厚生労働省告示第80号）に掲げる合併症の疾患名を記載し、対応するICD-10コードを記載すること。

なお、「傷病名」欄に記載したICD-10コードE10.2～E10.5、E11.2～E11.5、E12.2～E12.5、E13.2～E13.5、E14.2～E14.5であるものについては、「合併症あり」として取り扱うこととするが、「合併症」欄には特段の記載を要さないものとする。

(8)「今回退院年月日」欄について

今回の退院年月日を和暦により記載すること。なお、死亡により退院した場合であって、今回の退院年月日が、今回の入院年月日の翌日である場合は、「摘要」欄に、入院時刻及び死亡時刻を記載すること。

(11)「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア～エ (略)

オ 手術の新生児・乳幼児（3歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の（未）、（新）、（乳）、（幼）又は（乳幼）を表示すること。

オカ (略)

オキ (略)

オク (略)

オケ (略)

オコ (略)

オサ (略)

オシ (略)

オス (略)

オセ (略)

ソ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載すること。

セタ 特定入院料を算定する場合で、当該特定入院料に処置、手術及び麻酔が包括されていない場合又は定額払い方式から離脱した場合は、記載要領別表1Ⅱ第3の2(28)と同様であること。

(16)「入院」欄について

エ 「入院基本料加算分」の項について

(ウ)地域医療支援病院入院診療加算一、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、乳幼児加算、乳児加算、難病患者等入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、H I V感染者療養環境特別加算、無菌治療室管理加算又は放射線治療病室管理加算を算定した場合は、「入院基本料種別」欄に地入診、救医、乳救医、在応、乳、幼、難入、一感入、超重症、準超重症、感染特、無菌又は放室と表示すること。

なお、救急医療管理加算又は乳幼児救急医療管理加算を算定した入院年月日と「今回入院年月日」欄の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄にその加算を算定した入院年月日を記載すること。