

(別表1)

摘要欄記載事項

| サービス種類 | サービス内容 (算定項目) | 摘要記載事項 | 備 考 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | サテライト事業所からのサービス提供（訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、訪問型サービス（独自）、訪問型サービス（独自／定率）、訪問型サービス（独自／定額）、通所型サービス（独自）、通所型サービス（独自／定率）、通所型サービス（独自／定額）、その他の生活支援サービス（配食／定率）、その他の生活支援サービス（配食／定額）、その他の生活支援サービス（見守り／定率）、その他の生活支援サービス（見守り／定額）、その他の生活支援サービス（その他／定率）、その他の生活支援サービス（その他／定額）） | 「サテライト」の略称として英字2文字を記載すること。 例 ST | |
| | ADL値の提出（通所介護、地域密着型通所介護） （令和5年3月31日まで） | 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第●号） 附則第5条（ADL維持等加算に係る経過措置）によって求められるADL値の提出は、評価対象期間において連続して6月利用した期間（複数ある場合には最初の月が最も早いもの。）の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Indexを測定した結果をそれぞれの月のサービス本体報酬の介護給付費明細書の摘要欄に記載することによって行う。 例1 75 例2 ST/75 （当該事業所がサテライト事業所である場合） | |

| | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 訪問介護 | 身体介護 4 時間以上の場合 | 計画上の所要時間を分単位で記載すること。 単位を省略する。 例 260 | 身体介護 4 時間以上に ついては、1 回あたりの 点数の根拠を所要時間 にて示すこと。 |
| 訪問看護 | 定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護と連 携して指定訪 問看護を行う 場合 | 訪問看護の実施回数を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 看護・介護職 員連携強化加 算 | 介護職員と同行した人の吸引等の実施状況を 確認した日又は、会議等に出席した日を記載。 単位を省略する。 例 15 | |
| | ターミナルケ ア加算を算定 する場合 | 対象者が死亡した日を記載すること。 なお、訪問看護を月の末日に開始しターミナ ルケアを行い、その翌日に対象者が死亡した場 合は、死亡した年月日を記載すること。 例 20030501 (死亡日が2003年5月1日の場合) | |
| 訪問看護、予 防訪問看護 | 退院時共同指 導加算 | 算定回数に応じて医療機関での指導実施月日 を記載すること。 なお、退院の翌月に初回の訪問看護を実施し た場合は、医療機関で指導を実施した月日を記 載すること。 例 0501 (指導実施日が5月1日の場合) | |
| 訪問リハビリ テーション、 介護予防訪問 リハビリテー ション | 短期集中リハ ビリテーショ ン実施加算を 算定する場合 | 病院若しくは診療所または介護保険施設から 退院・退所した年月日又は要介護・要支援認定 例 20060501 (退院(所)日が2006年5月1日の場合) | |

| | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導</p> | | <p>算定回数に応じて訪問日等を記載すること（訪問日等が複数あるときは「,（半角カンマ）」で区切る）。</p> <p>薬剤師による居宅療養管理指導において、サポート薬局による訪問指導を行った場合、訪問日等の前に「サ」と記載すること。</p> <p>単位を省略する。 例 6,20 （訪問指導を6日と20日に行った場合） 例 サ6,サ20 （サポート薬局による訪問指導を6日と20日に行った場合）</p> | |
| <p>介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護保健施設サービス</p> | <p>褥瘡マネジメント加算（Ⅲ）を算定する場合（令和4年3月31日まで）</p> | <p>以下の項目について、連続した12桁の数値を入力すること。 （自分で行っている場合は0、自分で行っていない場合は1、対象外の場合は2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴 ・食事摂取 ・更衣（上衣） ・更衣（下衣） ・寝返り ・座位の保持 ・座位での乗り移り ・立位の保持 <p>（なしの場合は0、ありの場合は1、対象外の場合は2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁 ・便失禁 ・バルーンカテーテルの使用 <p>（いいえの場合は0、はいの場合は1）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に褥瘡の既往があるか <p>例 入浴を自分で行っていない、更衣（下衣）を自分で行っていない、立位の保持を自分で行っていない、尿失禁あり、過去3ヶ月以内に褥瘡の既往がない場合（その他は自分で行っている、もしくはなし） 100100011000</p> | |

| | | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 通所リハビリテーション | 短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定する場合 | <p>病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日又は要介護認定を受けた日を記載すること。</p> <p>例 20060501 (退院(所)日が2006年5月1日の場合)</p> | |
| | 重度療養管理加算を算定する場合 | <p>摘要欄に利用者(要介護3、要介護4又は要介護5)の状態(イからリまで)を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例 ハ イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態</p> | |
| 福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与 | 福祉用具貸与 | 別記を参照 | |
| | 特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定する場合 | <p>福祉用具貸与を開始した日付を記載すること単位を省略する。</p> <p>例 6</p> | |
| 短期入所生活介護 | 医療連携強化加算を算定する場合 | <p>摘要欄に利用者の状態(イからリまで)を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例 ハ イ 喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施している状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 人口膀胱又は人口肛門の処理を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態</p> | |

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護 | 多床室のサービスコードの適用理由 | <p>適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。</p> <p>1 多床室入所</p> <p>3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p> <p>4 居住面積が一定以下</p> <p>5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p> | <p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。</p> <p>同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p> |
| 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護 | 多床室のサービスコードの適用理由 | <p>適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。</p> <p>1 多床室入所</p> <p>3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p> <p>4 居住面積が一定以下</p> <p>5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p> | <p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。</p> <p>同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p> |
| | 重度療養管理加算を算定する場合（老健のみ） | <p>摘要欄に利用者（要介護4又は要介護5）の状態（イからリまで）を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例 ハ</p> <p>イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</p> <p>ハ 中心静脈注射を実施している状態</p> <p>ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態</p> <p>ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</p> <p>ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態</p> <p>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態</p> <p>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態</p> <p>リ 気管切開が行われている状態</p> | |

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護</p> | <p>療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (Ⅰ)(ⅱ)(ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)、療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (Ⅱ)(ⅱ)(ⅲ)(ⅴ)、ユニット型療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (Ⅱ)(Ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)、診療所型(介護予防)短期入所療養介護費 (Ⅰ)(ⅱ)(ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)又はユニット型診療所型(介護予防)短期入所療養介護費 (Ⅱ)(Ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)を算定する場合</p> | <p>下記イからヌまでに適合する患者については、摘要欄にその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例1 イ</p> <p>例2 ハD</p> <p>イ NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態</p> <p>ロ Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態</p> <p>ハ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。</p> <p>A 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）</p> <p>B 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの</p> <p>C 出血性消化器病変を有するもの</p> <p>D 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</p> <p>ニ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態</p> <p>ホ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態</p> <p>ヘ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態。</p> <p>ト 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態</p> <p>チ 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者</p> <p>リ 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者</p> <p>A パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）</p> <p>B 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）</p> <p>C 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>D 脊髄小脳変性症</p> <p>E 広範脊柱管狭窄症</p> <p>F 後縦靱帯骨化症</p> <p>G 黄色靱帯骨化症</p> <p>H 悪性関節リウマチ</p> <p>ヌ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者</p> | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護 | 看取り介護加算 | 対象者が死亡した日を記載すること。 例 20120501 (死亡日が2012年5月1日の場合) | |
| 特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護 | 外部サービス利用型における福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与 | 別記を参照 | |

| | | | |
|---------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 退所前訪問相談援助加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 退所後訪問相談援助加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 多床室のサービスコードの適用理由 | 適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 | |
| | 看取り介護加算 | 対象者が死亡した時間帯の番号を摘要欄に左詰めで記載すること（早朝・夜間の場合のみ）。 1 18：00～19：59 2 20：00～21：59 3 6：00～ 8：00 対象者が死亡した場所の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 施設内 2 施設外 例 19時に施設内で死亡した場合 1/1 | 一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。 |
| | 配置医師緊急時対応加算 | 対応を要した入所者の状態についての番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 看取り期 2 看取り期以外 配置医師を呼ぶ必要が生じた理由についての番号を摘要欄に左詰めで記載すること（複数該当する場合は最もあてはまるものを1つ選択すること）。 1 転倒や外傷に関連する痛み、創傷処置 2 外傷以外の痛み（関節、頭痛、胸痛、腰痛、背部痛、腹痛、その他痛み） 3 服薬に関連すること（誤薬、服薬困難、処方内容の変更後の予期せぬ変化など） 4 発熱、食欲低下、水分摂取不足、排便の異常、排尿の異常、嘔気・嘔吐、血圧の異常、血糖値の異常 5 認知症BPSD関連 6 医療機器のトラブル（カテーテルの抜去・閉塞、点滴トラブルなど） 7 神経障害（感覚障害・運動障害など）、意識レベルの変化、呼吸の変化 8 死亡診断の依頼 9 上記以外 例 月のうちに3回緊急時の訪問が行われた場合 24,27,28 | |

| | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保健施設 サービス | 入所前後訪問 指導加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 訪問看護指示 加算 | 訪問看護指示書の交付日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 多床室のサー ビスコードの 適用理由 | 適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した 従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と 判断した従来型個室への入所者 | 一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。 |
| | 短期集中リハ ビリテーショ ン実施加算、 認知症短期集 中リハビリ テーション実 施加算を算定 する場合 | 当該施設に入所した日を記載すること。 例 20060501 （入所日が2006年5月1日の場合） | |
| | ターミナルケ ア加算 | 対象者が死亡した日を記載すること。 例 20080501 （死亡日が2008年5月1日の場合） | |
| | かかりつけ医 連携薬剤調整 加算 （Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） | 退所の際に減薬した旨等を主治の医師に報告した日を記載すること。 例 20180501 （報告日が2018年5月1日の場合） | |
| | 地域連携診療 計画情報提供 加算 | 入所者が入所する直前に、対象となる医療機関を退院した日を記載すること。 例 20080501 （退院日が2008年5月1日の場合） | |

| | | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 介護療養施設サービス | 他科受診時費用 | 他科受診を行った日を記載すること（複数日行われたときは「,（半角カンマ）」で区切単位を省略する。 例 6,20 | |
| | 退院前訪問指導加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 退院後訪問指導加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 訪問看護指示加算 | 訪問看護指示書の交付日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 療養型介護療養施設サービス費 (Ⅰ)(ⅱ)(ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)、療養型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(ⅱ)(ⅴ)、ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(Ⅲ)、経過のユニット型療養型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(Ⅲ)、診療所型介護療養施設サービス費 (Ⅰ)(ⅱ)(ⅲ)(ⅴ)(ⅵ)、ユニット型診療所型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(Ⅲ)又は経過のユニット型診療所型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(Ⅲ)を算定する場合 | すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。 下記イからヌまでに適合する患者については、摘要欄にDPC上6桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。 例1 050050,イ （傷病名が慢性虚血性心疾患で、下記のイに該当する場合） 例2 110280,ハD （傷病名が慢性腎不全で、下記のハDに該当する場合） 例3 040120 （傷病名が慢性閉塞性肺疾患で、下記のイからヌまでに該当しない場合） イ NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ロ Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ハ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。 A 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） B 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの C 出血性消化器病変を有するもの D 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ニ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ホ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ヘ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態。 | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>ト 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態</p> <p>チ 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者</p> <p>リ 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者</p> <p>A パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）</p> <p>B 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）</p> <p>C 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>D 脊髄小脳変性症</p> <p>E 広範脊柱管狭窄症</p> <p>F 後縦靱帯骨化症</p> <p>G 黄色靱帯骨化症</p> <p>H 悪性関節リウマチ</p> <p>ヌ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者</p> | |
| 上記以外の療養型介護療養施設サービス費 診療所型介護療養施設サービス費 認知症型介護療養施設サービス費 を算定する場合（経過型を含む。加算を除く。）（ユニット型も同様。） | すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。ただし、平成30年9月30日までは、適切なコーディングが困難な場合、XXXXXXと記載すること。 | |
| 多床室のサービスコードの適用理由 | <p>適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。</p> <p>1 多床室入所</p> <p>2 制度改正前入所による経過措置</p> <p>3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者）</p> <p>4 居住面積が一定以下</p> <p>5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p> | <p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。</p> <p>同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p> |

| | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護医療院 サービス | 他科受診時費用 | 他科受診を行った日を記載すること（複数日行われたときは「,（半角カンマ）」で区切単位を省略する。 例 6,20 | |
| | 退所前訪問指導加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 退所後訪問指導加算 | 家庭等への訪問日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 訪問看護指示加算 | 訪問看護指示書の交付日を記載すること。 単位を省略する。 例 20 | |
| | 多床室のサービスコードの適用理由 | 適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 | 一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。 |
| 認知症対応型 共同生活介護 | 看取り介護加算 | 対象者が死亡した日を記載すること。 例 20090501 （死亡日が2009年5月1日の場合） | |
| 小規模多機能 型居宅介護 | 看取り連携体制加算 | 対象者が死亡した日を記載すること。 例 20060501 （死亡日が2006年5月1日の場合） | |
| 小規模多機能 型居宅介護 （短期利用以外）、介護予防小規模多機能型居宅介護 （短期利用以外） | 小規模多機能型居宅介護費、介護予防小規模多機能型居宅介護費（加算を除く） | 通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を、二桁の数字で続けて記載すること。 例 100302 （通所サービスを10日、訪問サービスを3日、宿泊サービスを2日提供した場合） 例 150000 （通所サービスを15日提供し、訪問サービス・宿泊サービスを提供しなかった場合） | 同日内に複数のサービスを提供した場合においても、それぞれのサービスで日数を集計し、記載すること。（例えば通所と訪問のサービスを同日に提供した場合、通所と訪問のそれぞれで1日として記載すること。） |

| | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | ターミナルケア加算を算定する場合 | 対象者が死亡した日を記載すること。 なお、訪問看護を月の末日に開始しターミナルケアを行い、その翌日に対象者が死亡した場合は、死亡した年月日を記載すること。 例 20120501 (死亡日が2012年5月1日の場合) | |
| | 退院時共同指導加算 | 算定回数に応じて医療機関での指導実施月日を記載すること。 なお、退院の翌月に初回の訪問看護を実施した場合は、医療機関で指導を実施した月日を記載すること 例 0501 (指導実施日が5月1日の場合) | |
| 看護小規模多機能型居宅介護（短期利用以外） | 看護小規模多機能型居宅介護（加算を除く） | 看護、通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を、二桁の数字で続けて記載すること。 例 04010302 (訪問看護サービスを4日、通所サービスを1日、訪問サービスを3日、宿泊サービスを2日提供した場合) 例 00150000 (通所サービスを15日提供し、訪問サービス・宿泊サービスを提供しなかった場合) | 同日内に複数のサービスを提供した場合においても、それぞれのサービスで日数を集計し、記載すること。（例えば通所と訪問のサービスを同日に提供した場合、通所と訪問のそれぞれで1日として記載すること。） |
| | 退院時共同指導加算 | 算定回数に応じて医療機関での指導実施月日を記載すること。 なお、退院の翌月に初回の訪問看護を実施した場合は、医療機関で指導を実施した月日を記載すること 例 0501 (指導実施日が5月1日の場合) | |
| | ターミナルケア加算を算定する場合 | 対象者が死亡した日を記載すること。 なお、訪問看護を月の末日に開始しターミナルケアを行い、その翌日に対象者が死亡した場合は、死亡した年月日を記載すること。 例 20120501 (死亡日が2012年5月1日の場合) | |
| 介護給付費の割引 | | 割引の率を記載すること。 例 5 | |

複数の摘要記載事項がある場合は、表上の掲載順に従って「/」で区切って記載すること。
例 ST/260/5（サテライト事業所から260分の訪問介護を5%の割引率で実施した場合。）