

令和3年度 病床機能報告

報告様式 2

「II その他の具体的な項目」の

「② 具体的な医療の内容に関する項目」

確認・記入要領

(病院・有床診療所共通)

(第1.1版)

－ 目 次 －

《重要なお知らせ》	1
1 報告の概要	3
2 報告様式2の確認・記入の手引き	13
① 基本票	17
② 病棟票	18
③ 手術(個別)票及び全身麻酔手術(個別)票	35
3 報告エラーの種類	37

《重要なお知らせ》

令和元年度病床機能報告からの主な変更点は以下のとおりです。

※令和2年度病床機能報告では、報告様式2による報告を実施しませんでした。

1. 報告内容に係る見直し事項

- ・「認知症ケア加算3」が追加となりました。
- ・「入院時支援加算」が「入院時支援加算1」と「入院時支援加算2」の2区分となりました。
- ・「人工腎臓、腹膜灌流」のうち、「人工腎臓 慢性維持透析を行った場合 1から3」については、3区分から6区分となりました。

2. 報告様式の提出に係る見直し事項

調査専用サイトのWEBフォーム上から直接、報告様式に入力および提出していただけた形式に変更いたしました。調査専用サイトにログインした後、貴医療機関のID、医療機関名があらかじめ入力されたWEBフォーム上にて入力・提出を行っていただきます。詳細は「報告マニュアル<②手順編>」のp12~をご覧ください。

令和元年度までのように電子ファイルを入手いただくことはできませんので、ご注意ください。

調査専用サイトへは、厚生労働省ホームページ上の専用ページに記載されたリンクより、アクセスしてください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

※（厚生労働省ホームページ>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>医療>病床機能報告）

報告期間は10月1日～10月31日までの1か月間です。なお、報告内容に修正がある場合の修正期間は、11月1日～12月31日の2か月間です。報告様式は、WEBフォーム上で直接入力されたものについては、そのままWEBフォーム上で送信することにより提出することができます。

3. 入院診療実績の通年化に伴う負担軽減について

令和3年度の病床機能報告において、入院診療実績については、前年度（令和2年4月～令和3年3月）の1年分を月別かつ病棟別に報告することとなりました。これに伴い、「令和3年度以降の病床機能報告における入院診療実績の報告内容等について」（令和3年4月13日付け医政地発0413第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に基づき、以下の通り負担軽減を図ります。

- ・ 病床機能報告の実施に当たり、国から病床機能報告対象病院等に提供している電子

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

レセプト情報を利用して整理した入院診療実績データについて、令和3年度以降、公費負担医療制度により請求された電子レセプト情報分を含めた上で提供するとともに、調査専用サイト上の Web フォームにおいて、当該データを報告様式に表示し、入力の簡素化を図ることとします。

- 診療報酬請求時の電子レセプトにあらかじめ病棟コードを記録していない医療機関については、国から病棟別の入院診療実績データを提供することができないことから、当面の間、可能な範囲で病棟別に振り分けて報告すれば足りることとします（病院全体の入院診療実績を特定の病棟の診療実績としてまとめて報告して差し支えありません）。
- 紙媒体により報告を行っている病床機能報告対象病院等においては、入院診療実績の報告について、月別の数ではなく年間合計数のみ報告すれば足りることとします。

なお、業務効率化を図る観点から、令和5年度を目途に、原則としてWEB等を活用した電子による報告とすることとし、紙媒体による報告については、やむを得ない事情がある場合に限ることとする方針であるため、令和3年度以降、可能な限り電子による報告を依頼することとします。

1 報告の概要

（1）報告の目的

平成 26 年度より開始された病床機能報告制度では、一般病床・療養病床を有する医療機関から、各病棟の当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をあわせてご報告いただき、都道府県による地域医療構想の策定等に資する資料を得ることを目的としています。

本報告では、病床機能報告制度における報告項目のうち、「Ⅱその他の具体的な項目」の「②具体的な医療の内容に関する項目」について、ご確認・ご報告ください。

（2）報告様式 2 作成・提出の進め方

報告様式 2 は、①基本票、②病棟票から構成されています。

「**2**報告様式 2 の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご記入いただき、報告マニュアルのスケジュールに従って以下の手順で報告様式 2 の作成と提出をお願いします。

① 調査専用サイトの WEB フォーム上で作成・提出する場合

調査専用サイトの WEB フォーム上で報告内容をご入力いただきます。誤りの可能性がある場合、画面内にエラーメッセージが表示されますので、報告内容に誤りがないか確認してください。

入力後は、提出ボタンをクリックしてご提出ください。なお、記入漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

② 紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合には、報告マニュアル②の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、ご希望の受付から発送までに 5 営業日程度の期間を頂戴する場合がありますので、あらかじめご了承ください。記入した紙媒体の報告様式は、入手時紙媒体に同封されている返信用封筒にてご提出ください。なお、業務効率化の観点から、可能な限り調査専用サイトの WEB フォーム上で報告を行っていただくようお願いします。

※ なお、貴院において医科と歯科の両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式 2 では合わせてご報告ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

WEB フォームでの入力から提出までの流れ

- ① 「報告マニュアル②手順編」に記載の方法で、調査専用サイトにログインします。

ログイン後の画面

- ② 「様式2 調査票閲覧」タブをクリックすると、基本票の入力画面が現れます。画面の表示に沿って、「編集」ボタンを押してから入力を進めてください。

基本票の入力画面

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

③ 基本票「02. 病棟コード・病棟名入力」では各病棟の病棟コードと病棟名を入力します。

基本票：病棟の入力画面

02. 病棟コード・病棟名入力

1. 病棟コード・病棟名
【貴院において、令和3年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の病棟コード及び名称を入力してください。】
(病棟コードの記入は、病院のみ対象。有床診療所は除く)

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する 治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。
(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定する場合は除く。)

※病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトに一般病床または療養病床の入院に係る「病棟コード」を記録頂いた場合、電子レセプトに記録頂いた病棟コード（「1906****」の9桁コード）をご記入ください。
【**1桁以外の医療機能**・病棟は、以下の病棟機能報告制度ホームページに掲載されている「病棟機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」をはじめとする通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟機能報告の病棟コードを選択し、病棟コードの9桁コードを選択し、病棟コードの9桁コードを入力してください。】

基本票の病棟の入力では、まず「医療機能を選択する」ボタンをクリックし、入力したい病棟の医療機能を選択します。

病棟毎に設定した任意の下4桁を入力します。

病棟コードに対して複数の病棟単位が設定することのないようご注意ください。

病棟名において一部の病棟で、休棟等により令和2年4月～令和3年3月診療分であってかつ令和3年4月審査分の入院レセプトがない場合、本制度の報告項目に該当する診療行為がない場合等、報告様式2の全ての項目が「0」となる場合には、当該病棟の項目にそれぞれチェックを入れてください。

※病棟票を削除したい場合は、表の左の列にチェックをいれて「病棟票を削除する」ボタンを押してください。

✓	病棟No.	レセプトに印字又は表示した名称	医療機能	病棟コード ※下4桁を入力	病棟名	報告様式2の 全ての項目が 「0」 となる場合
<input type="checkbox"/>	1	dddd	1. 高度急性期 19061 <input type="button" value="医療機能を選択する"/>	0001	dddd	<input checked="" type="checkbox"/>

※病棟票の追加・削除は画面上部の保存ボタンを押すまで、内容は確定されません。

「医療機能を選択する」ボタンをクリックするとこのような画面が現れるので、報告マニュアル①の考え方に基き、最もふさわしい医療機能の一つを選択します。

病棟票の削除・追加は右下のボタンで行います。ここで入力した情報は、病棟票と連携されます。**病棟票の入力を行っている場合は、誤って削除しないようご注意ください。**

医療機能を選択する

1. 高度急性期 19061 2. 急性期 19062 3. 回復期 19063

4. 慢性期 19064 5. 休棟中 19065

④ 一通り入力が完了したら、必ず保存ボタンを押して入力内容を保存します。

基本票の入力画面

厚生労働省 令和3年度病床機能報告

mi_hospital

入力完了したら、必ず保存ボタンを押します。

報告様式2 基本票 病棟票 報告 Excelダウンロード

色の凡例：ボタン押下で選択入力 ※何も選択せずに「選択する」ボタンだけを押しすと、入力内容をリセットできます

01. 基本情報

1. 医療機関名

貴院名
MRI_病院11

貴院名（訂正用）

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ⑤ 病棟票タブでは、まず病棟票の一覧が表示されます。ここで表示される病棟票の数は、基本票で作成された病棟票の数と一致します。もし病棟票の追加・削除を行いたい場合は、一旦基本票に戻って病棟票の追加・削除の操作を行ってください。
「詳細」をクリックすると、各病棟票の入力画面に移動します。

病棟票の一覧表示画面

リンク	病棟No	病棟コード	病棟名	エラー件数	更新日時
詳細	1	190630005	西	0	2021/09/17 17:44:22

基本票で作成した病棟票一覧が表示されます。「詳細」をクリックすると、各病棟票の入力画面に移動します。

- ⑥ 複数の病棟票を作成する必要がある医療機関では、作成している病棟を間違えないよう、病棟コード・病棟名を確認してください。

各病棟票の入力画面

00. 基本情報
01. 算定する入院基本料・特定入院料等の状況
02. 有床診療所の多様な機能の状況
03. 幅広い手術の実施状況
04. がん・脳卒中・心臓梗塞等への治療状況
05. 重症患者への対応状況
06. 救急医療の実施状況
07. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
08. 全身管理の状況
09. 疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況

01. 基本情報
1. 医療機関名
貴院名
テスト病院
ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁コード）
ds_hospital
2. 医療機関種別
【令和3年7月1日時点】における病院
病院
3. 病棟情報
病棟コード
190610001
病棟名
dddd

ページ左にあるナビゲーションメニューでは、各項目に移動できる他、エラーがある項目とエラーの数を確認することができます。

基本票と同様に、画面の表示に従って「編集」ボタンを押してから入力を進めてください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ⑦ すべての病棟票の入力を行い、保存が完了したら、報告内容の提出を行います。

報告/状況確認画面

厚生労働省 令和3年度病床機能報告 ds_hospital (メールアドレス未登録) メールアドレス更新 ログアウト

報告/状況確認

報告様式1

報告様式2

1 作成中 2 報告済み

医療機関コメント※任意

報告

※2021年10月末までに報告の完了をお願い致します。
完了していない医療機関様には、事務局または都道府県から、ご連絡を差し上げる場合があります。

施設票	なし	施設票を編集する
病棟票	なし	病棟票を編集する

報告履歴は存在しません

「報告/状況確認」タブで、報告様式の提出を行います。

報告様式の作成・提出状況が表示されます。

「報告」ボタンをクリックすると、報告様式が提出されます。

提出後、事務局で報告内容の確認が行われ、特に問題がなければ受理されます。
不明な点等がある場合、事務局から照会を行う場合があります。

※開発画面の為、実際の画面とは異なる場合があります。

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

（3）報告様式 2 について

■「報告様式 2」について

- 報告様式 2 を用いた「Ⅱ② 具体的な医療の内容に関する項目」に関する報告項目は、診療報酬で定める診療行為に着目して設定されています。
- 病棟コードにもとづき**病棟単位**で各項目についてご報告ください。
- 「報告様式 2」は、施設単位で作成する「基本票」と、病棟単位で作成する「病棟票」で構成されています。それぞれにご記入のうえ、ご提出ください。本項目の記載者は、施設管理者及び事務部門の担当者を想定しています。
- 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための仕組みを設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力するうえ、計算結果をご確認ください。
- また、他の項目への入力結果からご報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が自動的にグレーになる仕組みを設けています。グレーになった項目への入力は不要です。

①基本票：

- ・ 貴院の医療機関名称や、事前に送付する報告マニュアル送付状に記載されている ID（8 桁）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和 3 年 4 月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（2 桁）・医療機関コード（7 桁）等についてご記入ください。病院は、令和 2 年 4 月～令和 3 年 3 月診療分の病棟コード（9 桁）についてもあわせてご記入ください。

②病棟票：

- ・ 一般病床・療養病床における令和 2 年 4 月から令和 3 年 3 月診療分の各診療行為の実施状況について、「病棟単位」で当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」をご記入ください。
- ・ 本病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱うものとします（「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の 1 単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料 4、地域包括ケア入院医療管理料 1～4 を算定する場合

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

は除く。

- ・本項目の記載に当たっては、上記の「基本票」でご記入いただいた「病棟コード」と各病棟票 1 枚目の「病棟コード」が一致するようご注意ください。
- ・一般病床・療養病床における令和 2 年 4 月～令和 3 年 3 月診療分の電子入院レセプトに記載された「病棟コード」に未入力や入力誤りがある場合は、事務局では正しい病棟単位で集計を行うことができません。医療機関において修正を行ったうえでご報告ください（詳細は「**2**報告様式 2 の確認・記入の手引き」をご参照ください）。
- ・なお、特定入院料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料等において、入院料に包括されている診療行為は計上しないでください。
ただし、DPC 対象患者において、診断群分類により包括評価となる診療行為についてはご計上ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」のカウントにおける留意事項>

◎各項目のうち、診療報酬点数表に定められた1行為が「1日につき1回」とされているもの等、「算定回数」と「算定日数」が同一となるものについては、「算定回数」のみご記入ください。また、「入院中1回」「退院時1回」とされているもの等、「レセプト件数」と「算定日数」「算定回数」が同一となるものについては、「レセプト件数」のみご記入ください。

◎内訳の記入欄がある項目について、算定件数、算定日数あるいは算定回数の合計欄が設定されている場合、算定回数は、細目の数値を合算した値と合計欄の値が一致します。ただし、算定日数は、同日に複数の細目の診療報酬を算定していた場合には重複カウントせず、1日とカウントしてご記入いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。レセプト件数についても同様に、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合は、重複カウントせず、1件とカウントしてご記入いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。

■ 報告対象となる具体的な医療の内容の範囲について

- 報告対象は、一般病床または療養病床の入院患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、令和2年4月から令和3年3月診療分において報告項目に該当する診療行為です。審査支払機関の一次審査決定後の診療報酬の項目にもとづきご報告ください。
- 令和2年4月診療分より前の診療分は、令和2年5月以降審査分でも報告対象外となります。
- また、以下の診療行為のうち、本制度の報告項目に該当するものは、社会保険診療分に追加してご計上ください。追加分の計上につきましては、医療機関の経済的・人的負担を考慮し、任意となります。可能な範囲でご対応ください。

- ・ 紙レセプトによる請求
- ・ 介護療養病床において医療の給付を受けた場合の請求
- ・ 一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、治験、人間ドック、母体保護法等での入院者等
- ・ 次頁に掲げる医療保険の対象でない労働者災害補償保険等

※ 令和3年度病床機能報告より、公費負担医療制度による請求分が集計されています。

（追加でご計上いただきたい医療保険の対象でない労働者災害補償保険等の例）

（追加は任意です）

- ・ 労災保険制度、労働福祉事業としての医療
- ・ 自動車損害賠償責任保険の療養
- ・ その他の自由診療

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

■ 報告における留意点

- 調査専用サイト上の Web フォームにおいて提供する集計データには、令和2年4月から12月診療分（令和3年1月まで審査分）と、令和3年1月から3月診療分（令和3年4月まで審査分）の電子入院レセプト（医科・DPC・歯科レセプト）を「病棟コード」（一般病床または療養病床分）にもとづき病棟単位で集計した値を記載しております。ご確認ください。
- 紙媒体を使用して集計値を修正、あるいは追加計上する場合には、修正した値、あるいは追加計上する値を含めた合計値をご記入ください。
- 集計データが表示される病棟票は、基本票に入力いただいた保険医療機関番号と事務局で保有するマスタ情報を照合し一致することで、提供が可能となります。一方で、医療機関の開設者や所在地の変更等があった場合には、事務局で保有するマスタ情報と一致せず、集計データが表示されないことがあります。この場合においても、同一の医療機関と見なすことができる場合には、個別の対応により集計データが提供できる場合もありますので、事務局（連絡先は P12 参照）までお問い合わせください。
- 感染症病床に、感染症患者以外の患者が入院して報告対象となる入院基本料等を算定している場合等、各項目に一般病床・療養病床以外に入院した患者の診療行為分が含まれている場合、当該診療行為分を除外した数値にご修正ください。
- ※ 一般病床・療養病床における各診療行為等の実施の有無は、「一般病棟入院基本料」、「療養病棟入院基本料」、「特定機能病院一般病棟入院基本料」、「専門病院入院基本料」、「障害者施設等入院基本料」、「救命救急入院料」、「特定集中治療室管理料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「小児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」、「新生児治療回復室入院医療管理料」、「特殊疾患入院医療管理料」、「小児入院医療管理料」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」、「地域包括ケア病棟入院料」、「地域包括ケア入院医療管理料」、「特殊疾患病棟入院料」、「緩和ケア病棟入院料」、「特定一般病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「有床診療所療養病床入院基本料」、「短期滞在手術等基本料2～3」と同日に算定していることをもって判断し、電子レセプトを集計しています。
- ※ 「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20年厚生労働省告示第93号、平成30年一部改定）に定められた診断群分類点数表により包括評価となる診療行為は、コーディングデータレコードより、入院料に包括されている診療行為以外の診療行為について集計しています。
- ※ 介護療養病床において医療の給付を受けた場合の医療保険請求には「入院外レセプト」を使用するため、上記の入院レセプトを集計したデータには当該請求分は含まれません。

《電子入院レセプトへの「病棟コード」（一般病床または療養病床分）の入力の有無に係る報告方法（病院のみ対象。有床診療所は除く）》

【病棟コードを全てまたは一部に入力している医療機関】

病棟ごとに集計した確認用データが参照できます。内容をご確認いただき、ご報告ください。

病棟コードが未入力分のデータに関しては、医療機関で病棟ごとに集計した上でご報告ください。

【病棟コードが全て未入力の医療機関】

医療機関ごとに集計した確認用データが参照できます。内容をご確認いただき、病棟ごとに集計した上で、ご報告ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

※紙媒体による報告を希望し、上記の条件に該当する医療機関については、予め確認用データがプレプリントされた報告様式2を送付する予定です。ただし、病棟数の多い病院等の場合、送付する紙媒体の量が膨大になるおそれがあることから、個別にご確認させていただくことがありますので、予めご了承ください。

（4）報告期限

- 報告期限は 10月31日（日） です。

なお、ご提出された報告において不備が確認された場合、不備の内容を専用ページ上に表示します。データ不備の修正については、12月31日（金）までに行ってください（調査専用サイト上で修正が可能です。※切直前で保存した場合、事務局による確認が翌月になることがあり、ご提出いただいたデータに再度の不備があった場合に、修正いただける期間が短くなってしまう可能性があります）。紙媒体で提出した場合は、事務局よりお電話またはFAXで照会予定です。

（5）疑義照会窓口

- 報告作業などに関しご不明点等ございましたら、下記事務局までご連絡ください。
- 電話またはFAXでお問い合わせください。 メールでの受付は行っておりません。
- FAXでのお問い合わせの際は、医療機関ID（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。
- まずは、本確認・記入要領、報告マニュアルをはじめとする関連資料をご参照ください。その上で、なおご不明点がある場合に、照会窓口にお問い合わせください。
- 報告期限間際には、お問合せが多く発生することが予想されます。回答にお時間をいただく場合がありますので、関連資料等をご参照いただき、お早めに様式の確認・記入に着手いただきますようお願い申し上げます。

（注）医療機関IDは9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されています。

厚生労働省「令和3年度病床機能報告」事務局

（受託先：株式会社三菱総合研究所）

疑義照会窓口

電話（フリーコール） **0120-989-459** [平日 9:30～17:30 受付]

FAX **03-3273-8677** [24時間受付]

※ 番号はよくご確認のうえ、お間違いのないようご注意ください

2 報告様式2の確認・記入の手引き

報告様式2の各項目の記入に当たっては、下記の一般事項および各項目の記入の手引きをご参照ください。

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟における令和2年4月から令和3年3月診療分の各診療行為の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」について、施設管理者及び事務部門の担当者をご確認、ご記入ください。
- 「病棟コード」にもとづき病棟単位で各項目を集計していただくこととなります（病棟単位の集計は、病院のみ対象）。
- ただし令和2年4月～令和3年3月診療分の電子入院レセプトに記載した「病棟コード」（一般病床または療養病床分）に以下のような入力のある場合には、事務局では正しい集計を行うことができません。正しい値に修正を行い、ご報告ください。

留意事項

《電子入院レセプトで「病棟コード」が「全て未入力」の場合》

- 医療機関全体としての集計結果を提供いたします。ただし、当該ファイルは「病棟単位」の集計データではないため、内容をご確認いただき、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告いただくか、病院全体の実績を特定の病棟にまとめた上でご報告ください。

《電子入院レセプトで「病棟コード」が「一部未入力」の場合》

- ある病棟における病棟コードがすべて未入力の場合には、当該病棟分について病棟単位に集計したうえで、ご報告ください。
- 一部のレセプトデータ等において病棟コードが未入力の場合には、未入力分について、病棟コードにもとづいて集計した内容に合算し、ご報告ください。
- 病棟コードが入力されているレセプトデータについては病棟ごとに集計し、病棟コードが未入力のレセプトデータについては、未入力分を合わせて集計した集計データを提供いたします。ただし、当該ファイルは完全な「病棟単位」の集計データではないため、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえでご報告ください。医療機関で把握しているデータと提供した集計データが異なる等、振分けが困難な場合は、医療機関で把握しているデータを病棟ごとに集計してご報告いただくか、病棟コードが未入力のレセプトデータ分を特定の病棟にまとめた上でご報告ください。

《1つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」が入力されている場合》

- 正しい病棟単位に集計内容を集約して、合算のうえ、ご報告ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

《1つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在している場合》

- 正しい病棟単位に、貴院において病棟ごとに分割集計した上で、分割した病棟を「基本票」で追加し、追加された「病棟票」でご報告ください。
- 集計内容に一般病床または療養病床以外の入院が含まれている場合には、一般病床または療養病床以外の内容を除外してご報告ください。

《一般病床または療養病床以外の病床に「病棟コード」が入力されている場合》

- 一般病床または療養病床の入院が報告対象となるため、一般病床または療養病床以外の病棟はご記入不要となります。

《電子入院レセプトで「病棟コード」が正しく入力されていない場合》

- 事務局では、電子入院レセプトの病棟コードを修正、再集計することが出来ません。提供する集計データをご確認のうえ、必要に応じてご修正いただき、ご報告ください。

- 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードをお持ちの医療機関においては、医科と歯科を合わせた数値をご確認、ご記入ください。
- なお、報告の対象となる病棟の範囲は、許可病床として一般病床・療養病床を有する病棟のみとなります。医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、介護保険の対象である介護療養病床における医療等を行う病床を有する病棟についても「病棟票」を作成してください。
また、休棟中の病棟であっても、許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は「病棟票」を作成してください。
ただし、例えば精神病床だけの病棟等、一般病床・療養病床を有さない病棟はご記入不要となります。
- 本病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって1病棟として取り扱うものとします（「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2年年3月5日保医発0305第2号）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。
※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定する場合は除く。
- 病床機能報告制度では、医療法第7条第1項から第3項にもとづいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となります。基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。
- また、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床を有する病棟の場合、一般病床・療養病床における診療行為のみ対象としてご報告ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

確認・記入に当たっての留意事項

◎数字を記入する欄が「0」の場合は「0」を必ず記入してください（例えば、報告するレセプト件数が0件の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。記入欄（1）～（438）のうち、空白のものはゼロとみなします。

◎内訳の記入欄がある項目に合計欄が設定されている場合、算定回数は、合計欄の値と内訳が一致します。算定日数は、同日に複数の細目の診療報酬を算定していた場合、細目ではそれぞれでカウントしていただきますが、合計欄では重複カウントせず、1日としてカウントしていただくため、合計欄の値と内訳は必ずしも一致しません。同様に、レセプト件数についても、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合、細目ではそれぞれでカウントしていただきますが、合計欄では重複してカウントせず、1件とカウントしていただくため、合計欄の値と内訳は必ずしも一致しません。

※ 合計欄のレセプト件数、算定日数が、内訳の個別の項目の数値を下回ること、あるいは、内訳の合計よりも大きくなることはありません。ご注意ください。

例1) 「算定する入院基本料・特定入院料等 総数」において、「特定集中治療室管理料1」算定治療室に14日間入院した後、算定要件に該当しない患者としてさらに3日間入院して「急性期一般入院料1」を算定した場合、内訳では「特定集中治療室管理料1」1件・14日、「急性期一般入院料1」1件・3日とカウントし、また、合計欄では1件・17日とカウントする。

例2) 「大動脈バルーンパンピング法」を初日から3日間実施した場合、内訳では「初日」1件・1日・1回、「2日目以降」1件・2日・2回とカウントし、また、合計欄では1件・3日・3回とカウントする。

例3) 骨悪性腫瘍手術と人工骨頭挿入術を同時に実施した場合、内訳では「骨悪性腫瘍手術」1件・1日・1回、「人工骨頭挿入術」1件・1日・1回とカウントし、「手術総数」の合計欄では1件・1日・2回とカウントする。

◎特定入院料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料等において、入院料に包括されている診療行為は計上しないでください。ただし、DPC対象患者において、診断群分類により包括評価となる診療行為については計上してください。

◎また、本確認・記入要領において特段の記載がある場合を除き、診療報酬点数表において、ある診療行為と同時に別の診療行為を行った場合に別の診療行為の費用は当該診療行為の所定点数に含まれるとされているものについては、別の診療行為分は計上しないでください。

例4) 「J045 人工呼吸」と同一日に「D220 呼吸心拍監視 新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ」を行った場合、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれるため、呼吸心拍監視の項目には計上しない。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

WEB フォーム上の入力における留意事項

- ・WEB フォームでは、記入に不備がある場合、画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます（詳細は、「**3** 報告エラーの種類」を参照）。
- ・必須項目が未記入であるか、もしくはエラーメッセージが表示される場合、記入内容の見直しが必要になりますので、メッセージの内容をご確認のうえ、記入・修正を行ってください。

紙媒体数字を記入する際の留意事項

- ・数字を記入する欄には、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁には何もご記入いただかなくてかまいません。
- ・紙媒体の報告様式に数字をご記入する際は、下記の例に従ってください。

<数字記入例>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<悪い記入例>

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 5px;">7</td></tr></table>	7	1にカギをつける	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 5px;">4</td></tr></table>	4	4の上部が閉じている(9と混同)
7					
4					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 5px;">0</td></tr></table>	0	0か6か不明	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 5px;">9</td></tr></table>	9	枠から数字がはみ出ている
0					
9					

① 「基本票」の確認・記入要領

「基本票」の確認・記入要領

- 本項目では、貴院の医療機関名称や、事前に送付する報告マニュアル送付状に記載されているID（8桁）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和3年7月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（2桁）・医療機関コード（7桁）、令和2年4月から令和3年3月診療分の病棟コード（9桁）等について、施設管理者及び事務部門の担当者をご記入ください。

◎貴院名	貴院の医療機関名称をご確認ください。
◎ID（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関ID（数字8桁）と相違ないか、ご確認ください。
◎医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
◎報告担当者	報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名および部署、電話番号、FAX番号、e-mailについてご記入ください。
◎病院・有床診療所の種別	令和3年7月1日時点における貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご記入ください。
◎都道府県番号・医療機関コード	貴院において令和3年4月の診療報酬明細書を作成する際に記載した都道府県コード（2桁）、医療機関コード（7桁）をご記入ください。 なお、医科レセプト用の医療機関コードと、歯科レセプト用の医療機関コードの両方をお持ちの場合には、それぞれご記入ください。
【提供された集計内容を確認し、必要な修正を終えた場合】	本項目は、貴院が電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、「入院レセプト」及び「病棟コード」の入力がある医療機関）の場合のみ、ご回答いただきます。 <u>病院における全ての病棟あるいは有床診療所において、事務局から提供された電子の入院レセプトの集計内容を確認した結果、修正の必要がない場合についても、報告は必須となります。その場合、該当欄にチェックを入れてください。</u>
◎病棟コード （病院のみ対象。 有床診療所は除く）	当該病棟の病棟コードについて、 <u>病院のみ必須</u> でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。なお、病棟コードの考え方は、 <u>後述する病棟票の「病棟コード・病棟名」と同様</u> になります。

②「病棟票」の確認・記入要領

「病棟票」の確認・記入要領

- 本項目では、一般病床・療養病床における令和2年4月から令和3年3月診療分の各月の診療実績についてご報告ください。

ID・貴院名

報告マニュアル送付状に記載されている8桁のコード、及び貴院名を必ずご記入ください。

病棟コード・病棟名 (病院のみ対象。 有床診療所は除く)

当該病棟の病棟コード、病棟名について、病院のみ必須でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。

1つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」を付与、あるいは1つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在することのないようご注意ください。

病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、令和2年4月から令和3年3月診療分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床または療養病床分）を記録頂いた場合、電子レセプトに記録頂いた病棟コード（「1906*****」の9桁コード）をご記入ください。

※病棟コードを全てまたは一部に入力している病院は、病棟ごとに集計した集計データを提供いたします。内容をご確認のうえ、ご報告ください。病棟コード未入力のデータに関しては、貴院において病棟ごとに分割集計した上で予備のシートに記入してご報告ください。

※病棟コードを全て未入力の病院は、医療機関全体として集計した集計データを提供いたします。内容をご確認いただき、病棟ごとに分割集計した上で、ご報告ください。

※電子の入院レセプトで病棟コードの病棟単位に誤りがある場合には、当該病棟コードにもとづく集計内容を修正のうえ、ご報告ください。

※本報告で、病棟コードを電子の入院レセプトに記録した病棟コードと異なるコードに変更することも可能です。
なお、病棟ごとに集計した集計データの提供は、電子の入院レセプトに記録した病棟コードで行われます。

上記以外の医療機関・病棟は、病床機能報告制度ホームページに掲載されている「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」等の通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟ごとに病棟コード（「1906*****」の9桁コード）を選定しご記入ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。

■ レセプト件数

レセプト件数とは、1か月ごとに提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号、平成30年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。

例えば、ある明細書に、手術及び術中迅速病理組織標本作製が算定されたと記載があった場合、「手術 総数」のレセプト件数1件、「術中迅速病理組織標本作製」のレセプト件数1件と計上します。1件の明細書で同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、レセプト件数は

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

1件とします。

「急性期入院医療に係る診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)）」において、「総括レセプト」を総括表として「総括対象DPCレセプト」又は「総括対象内科入院レセプト」が添付されている明細書は、「総括レセプト」の単位で1件として計上します。

また、「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20年厚生労働省告示第93号、平成30年一部改定）に定められた診断群分類点数表により包括評価となる診療行為は、コーディングデータレコードより、入院料に包括されている診療行為以外の診療行為について計上します。

■ 算定日数

算定日数とは、診療報酬明細書の算定日情報をもとに、当該診療行為を実施したと記載のある日数をいいます。

例えば、ある明細書に脳血管疾患等リハビリテーション料を6月3日に3回、6月11日に3回算定されたと記載があった場合、「脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定日数2日と計上します。同日に同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、算定日数は1日とします。

■ 算定回数

算定回数とは、原則として、診療報酬請求書・明細書の記入要領にもとづいてレセプトに記載する診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、当該診療行為が実施された延べ算定回数をいいます（例えば、入院基本料は入院1日を1回として計上。「回数」算定に適さない薬剤等を除く）。

ただし、診療報酬点数表において1単位ごとに所定点数が定められている疾患別リハビリテーション料の算定回数については、「算定単位数」としてご報告いただきます。

1. 算定する入院基本料・特定入院料等の状況

①算定する入院基本料・特定入院料等 【(1)～(137)欄】

病院の一般病床・療養病床における入院基本料・特定入院料等の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。

また、入院基本料・特定入院料等別のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

例えば、あるレセプトにおいて、「特定集中治療室管理料1」算定治療室に14日間入院した後、算定要件に該当しない患者としてさらに3日間入院して「急性期一般入院料1」を算定した場合、内訳では「特定集中治療室管理料1」1件・14日、「急性期一般入院料1」1件・3日とカウントし、また、「算定する入院基本料・特定入院料等 総数」の合計欄では1件・17日とカウントして計上します。

なお、「短期滞入手術等基本料2」及び「短期滞入手術等基本料3」については、算定回数は入院していた日数にかかわらず、1回として計上してください。

また、一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者等、診療報酬請求を行っていない患者についても、診療報酬点数表に定められた施設基準・算定要件を満たす入院料のレセプト件数、算定回数を計上してください。

「4. 一般病棟入院基本料（療養病棟入院基本料1の例により算定）」、「66. 特定一般病棟入院料（療養病棟入院基本料1の例により算定）」は、当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入っている患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

院基本料1の例により算定するものをいいます。

「介護療養病床における療養型介護療養施設サービス費等」には、療養型介護療養施設サービス費、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費、認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費を含めます。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

2. 有床診療所の多様な機能の状況

①算定する入院基本料 [(138)~(166)欄]

有床診療所の一般病床・療養病床における入院基本料の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。

また、入院基本料別のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

なお、「2. 有床診療所入院基本料（有床診療所療養病床入院基本料の例により算定）」は、地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において有床診療所療養病床入院基本料の例により算定するものをいいます。「5. 有床診療所療養病床入院基本料（有床診療所入院基本料の例により算定）」は、地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において有床診療所入院基本料の例により算定するものをいいます。

「介護療養病床における診療所型介護療養施設サービス費等」には、診療所型介護療養施設サービス費、ユニット型診療所型介護療養施設サービス費を含めます。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

3. 幅広い手術の実施状況

①手術 総数 [(167)欄]

一般病床・療養病床における手術の実施状況について、診療報酬点数表「第10部 手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」の診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご記入ください。

ただし、診療報酬点数表「第10部 手術」の「K920 輸血」、「K920-2 輸血管管理料」、歯科診療報酬点数表「第9部 手術」の「J200 輸血」、「J200-2 輸血管管理料」は除きます。また、一般病床・療養病床以外の病床における手術、入院外における手術についても、含めないでください。

なお、例えば、「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）」のように、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の手術を行う場合に1回のみ所定点数を算定する手術については、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。また、「K522 食道狭窄拡張術」のように、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する手術についても、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。

同一手術野又は同一病巣につき、二つ以上の手術を同時に行った場合、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない主たる手術以外の手術等については、計上しないでください。

ただし、診療報酬点数表「第10部 手術」の通則14に掲げる場合、告示 複数手術に係る費用の特例「2以上の手術の50%併施加算」については、該当する診療報酬点数表「第10部 手術」の診療報酬として計上してください。同様に、通則9に掲げる「頸部郭清術併施加算（片）」、「頸部郭清術併施加

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

算（両）」は、それぞれ「K469 頸部郭清術1（片側）」、「K469 頸部郭清術2（両側）」として計上してください。事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。

加えて、「A400 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）」のうち、「A400 短期滞在手術等基本料3ハ（K093-2 関節鏡下手根管開放手術）」～「A400 短期滞在手術等基本料3ホ（K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術）」に包括されている手術は、該当する診療報酬点数表「第10部 手術」の診療報酬として計上してください。事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。

「A400 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）」において実施した手術は、入院外における手術であることから、計上しないでください。

②全身麻酔の手術総数 [(168)欄]

一般病床・療養病床における全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「手術 総数」と同様の考え方にもとづき、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数のご記入ください。

なお、全身麻酔の手術とは、診療報酬点数表の「第11部 麻酔」のうち、「L007 開放点滴式全身麻酔」または「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と手術を同時に実施しているものをいいます。

また、「短期滞在手術等基本料2」及び「短期滞在手術等基本料3」において全身麻酔と同時に実施した手術は、計上しないでください。

③人工心肺を用いた手術 [(169)欄]

一般病床・療養病床における人工心肺を用いた手術の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。なお、人工心肺を用いた手術とは、診療報酬点数表の「第10部 手術」の区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、「K592」から「K593」まで及び「K594」（「4」の「ロ」を除く。）に掲げる人工心肺を用いた手術をいいます。

④胸腔鏡下手術 [(170)欄]

一般病床・療養病床における胸腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。

なお、胸腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、術式に「胸腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。「K534-3 胸腔鏡下（胸腔鏡下を含む）横隔膜縫合術」は、胸腔鏡下手術でない場合であっても全て計上してください。

⑤腹腔鏡下手術 [(171)欄]

一般病床・療養病床における腹腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。

なお、腹腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、術式に「腹腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。ただし、「K534-3 胸腔鏡下（胸腔鏡下を含む）横隔膜縫合術」は、腹腔鏡下手術である場合であっても3.の「④胸腔鏡下手術」に計上し、「⑤腹腔鏡下手術」には計上しないでください。また、「K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）」も、腹腔鏡下手術である場合であっても、「⑤腹腔鏡下手術」には計上しないでください。

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況

①悪性腫瘍手術 [(172)欄]

一般病床・療養病床における悪性腫瘍手術の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

入ください。

なお、悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表「第10部 手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」の名称が含まれるものをいいます。「K719 結腸切除術3（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）」は、悪性腫瘍手術でない場合であっても計上してください。

また、「K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置1、2及び3」については、計上しないでください。

②病理組織標本作製 [(173)~(175)欄]

一般病床・療養病床における「N000 病理組織標本作製（1臓器につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。

③術中迅速病理組織標本作製 [(176)欄]

一般病床・療養病床における「N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。

④放射線治療 [(177)~(227)欄]

一般病床・療養病床における放射線治療の実施状況について、診療報酬点数表「第12部 放射線治療」あるいは歯科診療報酬点数表「第11部 放射線治療」の点数表コード（Mコード）ごとに、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。

なお、診療報酬点数表の「第12部 放射線治療」のうち、「M005 血液照射」は除きます。

⑤化学療法 [(228)~(230)欄]

一般病床・療養病床における薬効分類における「42 腫瘍用薬」の内服薬あるいは注射薬を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数をご記入ください。

内服薬については、1回の処方について算定日数1日として計上してください。また、同日に一人の患者に複数の腫瘍用薬が用いられている場合、内服薬の処方と注射薬が同日である場合であっても、レセプト件数、算定日数は1件・1日として計上してください。

また、薬効分類における「42 腫瘍用薬」の「内服薬」を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数、「注射薬」を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数についてもそれぞれご記入ください。内服薬の処方と注射薬が同日である場合は、「内服薬」と「注射薬」それぞれに計上してください。

なお、薬効分類における「42 腫瘍用薬」を用いていれば、化学療法として使用していない場合であっても計上してください。また、化学療法を実施している場合であっても、薬効分類における「42 腫瘍用薬」を用いていない場合には、計上しないでください。

事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医薬品マスタにおける薬価基準コードの5~7桁が「内服薬：001-399」である場合に「内服薬」とし、「注射薬：400-699」である場合に「注射薬」として、レセプト件数、算定日数を集計しています。

その他、薬効分類とは、平成11年12月の中医協で了承された「薬価制度改革の基本方針」に基づき、新薬の薬価算定にかかる類似薬の選定の透明化を図る観点から、効能・効果、薬理作用等に着目し既存品の分類を行ったものになります。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑥がん患者指導管理料イ及びロ [(231)~(233)欄]

一般病床・療養病床における「B001 特定疾患治療管理料」のうち、「23 がん患者指導管理料イ及びロ」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

また、「23 がん患者指導管理料イ（医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合）」のレセプト件数、「23 がん患者指導管理料ロ（医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行なった場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑦抗悪性腫瘍剤局所持続注入 【(234)欄】

一般病床・療養病床における「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑧肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 【(235)欄】

一般病床・療養病床における「G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

⑨超急性期脳卒中加算 【(236)欄】

一般病床・療養病床における「A205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。

⑩t-PA投与 【(237)欄】

一般病床・療養病床における「t-PA（アクチバシン・グルトパ）投与」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。ただし、ICD10対応標準病名マスターの「I63\$ 脳梗塞」に対して投与している場合に限りです。

具体的には下記のコード及び医薬品名を含みます。

医薬品名	医薬品コード
アクチバシン注600万 600万国際単位（溶解液付）	643950056
アクチバシン注1200万 1,200万国際単位（溶解液付）	643950057
アクチバシン注2400万 2,400万国際単位（溶解液付）	643950058
グルトパ注600万 600万国際単位（溶解液付）	643950059
グルトパ注1200万 1,200万国際単位（溶解液付）	643950060
グルトパ注2400万 2,400万国際単位（溶解液付）	643950061

⑪脳血管内手術 【(238)～(245)欄】

一般病床・療養病床における「K178 脳血管内手術」、「K178-2 経皮的脳血管形成術」、「K178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術」、「K178-4 経皮的脳血栓回収術」及び「K178-5 経皮的脳血管ステント留置術」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。

また、「K178 脳血管内手術1（1箇所）」、「K178 脳血管内手術2（2箇所以上）」、「K178 脳血管内手術3（脳血管内ステントを用いるもの）」、「K178-2 経皮的脳血管形成術」、「K178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術1（頭蓋内脳血管の場合）」、「K178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術2（頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈））」、「K178-4 経皮的脳血栓回収術」、「K178-5 経皮的脳血管ステント留置術」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

⑫経皮的冠動脈形成術 【(246)～(256)欄】

一般病床・療養病床における「K546 経皮的冠動脈形成術」、「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術」、「K550 冠動脈内血栓溶解療法」及び「K550-2 経皮的冠

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

	<p>動脈血栓吸引術」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「K546 経皮的冠動脈形成術1（急性心筋梗塞に対するもの）」、「K546 経皮的冠動脈形成術2（不安定狭心症に対するもの）」、「K546 経皮的冠動脈形成術3（その他のもの）」、「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）1（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）」、「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）2（エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術1（急性心筋梗塞に対するもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術2（不安定狭心症に対するもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術3（その他のもの）」、「K550 冠動脈内血栓溶解療法」、「K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術」のレセプト件数、算定回数もそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑬入院精神療法（I） 〔(257)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「I001 入院精神療法（I）（1回につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑭精神科リエゾンチーム加算 〔(258)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑮認知症ケア加算1 〔(259)～(261)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算1（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A247 認知症ケア加算1」のうち、「イ 14日以内の期間」、「ロ 15日以上期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑯認知症ケア加算2 〔(262)～(264)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算2（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A247 認知症ケア加算2」のうち、「イ 14日以内の期間」、「ロ 15日以上期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑰認知症ケア加算3 〔(265)～(267)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算3（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A247 認知症ケア加算3」のうち、「イ 14日以内の期間」、「ロ 15日以上期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑱精神疾患診療体制加算1及び2 〔(268)～(270)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A248 精神疾患診療体制加算1及び2」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A248 精神疾患診療体制加算1（入院初日）」、「A248 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回）」のレセプト件数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑲精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料） 〔(271)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A300 救命救急入院料」における「精神疾患診断治療初回加算」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。</p>
<p>5. 重症患者への対応状況</p>	
<p>①ハイリスク分娩管理加算 〔(272)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 〔(273)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。</p>
<p>③救急搬送診療料 〔(274)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「C004 救急搬送診療料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>④観血的肺動脈圧測定 〔(275)～(277)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「D230 観血的肺動脈圧測定1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「D230 観血的肺動脈圧測定1（1時間以内又は1時間につき）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、「D230 観血的肺動脈圧測定2（2時間を超えた場合）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑤持続緩徐式血液濾過 〔(278)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑥大動脈バルーンパンピング法 〔(279)～(281)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）1（初日）（1日につき）」、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）2（2日目以降）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑦経皮的心肺補助法 〔(282)～(284)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「K602 経皮的心肺補助法1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「K602 経皮的心肺補助法1（初日）（1日につき）」、「K602 経皮的心肺補助法2（2日目以降）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑧補助人工心臓・植込型補助人工心臓 〔(285)～(298)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「K603 補助人工心臓」、「K603-2 小児補助人工心臓」及び「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「K603 補助人工心臓」、「K603-2 小児補助人工心臓」、「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）」それぞれのレセプト件数、算定回数の総数についてもご記入ください。</p> <p>さらに、「K603 補助人工心臓1（初日）（1日につき）」、「K603 補助人工心臓2（2日目以降30日目まで）（1日につき）」、「K603 補助人工心臓3（31日目以降）（1日につき）」、「K603-2 小児補助人工心臓1（初日）（1日につき）」、「K603-2 小児補助人工心臓2（2日目以降30日目まで）（1日につき）」、「K603-2 小児補助人工心臓3（31日目以降）（1日につき）」、「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）1（初日）（1日につき）」、「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）2（2日目以降30日目まで）（1日につき）」、「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）3（31日目以降90日目まで）（1日につき）」、「K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）4（91日目以降）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数もご記入ください。</p>
<p>⑨頭蓋内圧持続測定</p>	<p>一般病床・療養病床における「D227 頭蓋内圧持続測定2（3時間を超えた</p>

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>(3時間を超えた場合) [(299)欄]</p> <p>⑩人工心肺 [(300)~(302)欄]</p> <p>⑪血漿交換療法 [(303)欄]</p> <p>⑫吸着式血液浄化法 [(304)欄]</p> <p>⑬血球成分除去療法 [(305)欄]</p> <p>6. 救急医療の実施状況</p> <p>①院内トリアージ実施料 [(306)欄]</p> <p>②夜間休日救急搬送医学管理料 [(307)~(308)欄]</p> <p>③救急医療管理加算 1 及び 2 [(309)~(311)欄]</p> <p>④在宅患者緊急入院診療加算 [(312)~(315)欄]</p>	<p>場合) (1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「K601 人工心肺 1 及び 2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「K601 人工心肺 1 (初日) (1日につき)」、「K601 人工心肺 2 (2日目以降) (1日につき)」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「J039 血漿交換療法 (1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「J041 吸着式血液浄化法 (1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「J041-2 血球成分除去療法 (1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「B001-2-5 院内トリアージ実施料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>また、「B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料」のうち、「精神科疾患患者等受入加算」の算定要件を満たすレセプト件数、算定回数についてもあわせてご記入ください。</p> <p>一般病床・療養病床における「A205 救急医療管理加算 1 及び 2」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A205 救急医療管理加算 1 (1日につき)」、「A205 救急医療管理加算 2 (1日につき)」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p> <p>なお、労災診療費における「救急医療管理加算 入院 6,000円 (1日につき)」は、「救急医療管理加算 2」に計上してください。</p> <p>一般病床・療養病床における「A206 在宅患者緊急入院診療加算 1、2 及び 3」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A206 在宅患者緊急入院診療加算 1 (他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援病院の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合) (入院初日)」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算 2 (連携医療機関である場合 (1 の場合を除く)) (入院初日)」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算 3 (1 及び 2 以外の場合) (入院初日)」のレセプト件数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
--	--

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>⑤救命のための気管内挿管 〔(316)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J044 救命のための気管内挿管」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑥体表面ペーシング法 又は食道ペーシング法 〔(317)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑦非開胸的心マッサージ 〔(318)～(320)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J046 非開胸的心マッサージ1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「J046 非開胸的心マッサージ1（30分までの場合）」、「J046 非開胸的心マッサージ2（30分を超えた場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑧カウンターショック 〔(321)～(323)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J047 カウンターショック1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「J047 カウンターショック1（非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合）（1日につき）」、「J047 カウンターショック2（その他の場合）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p>
<p>⑨心膜穿刺 〔(324)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における令和元年6月診療分であって令和元年7月審査分の「J048 心膜穿刺」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑩食道圧迫止血チューブ挿入法 〔(325)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「J049 食道圧迫止血チューブ挿入法」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況</p>	
<p>①入退院支援加算1 〔(326)～(328)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算1（退院時1回）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A246 入退院支援加算1」のうち、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」のレセプト件数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>②入退院支援加算2 〔(329)～(331)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算2（退院時1回）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「A246 入退院支援加算2」のうち、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」のレセプト件数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>③小児加算 （入退院支援加算1・2の算定患者が15歳未満の場合） 〔(332)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算1（退院時1回）」又は「A246 入退院支援加算2（退院時1回）」の状況において、当該算定患者が15歳未満である場合の、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

④入院時支援加算1 〔(333)欄〕

一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時1回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②褥瘡の危険因子の評価、③栄養状態の評価、④服薬中の薬剤の確認、⑤入院中の治療・検査の説明、⑥入院生活の説明、⑦退院困難な要因の有無の評価などを行った場合の、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑤入院時支援加算2 〔(334)欄〕

一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時1回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②入院生活の説明などを行った場合の、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑥救急・在宅等支援（療養） 病床初期加算及び有床診療所一般病床初期加算 〔(335)～(339)欄〕

一般病床・療養病床における「救急・在宅等支援病床初期加算」、「有床診療所一般病床初期加算」及び「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。

また、「A100 一般病棟入院基本料」及び「A317 特定一般病棟入院料」における「救急・在宅等支援病床初期加算（1日につき）」、「A108 有床診療所入院基本料」における「有床診療所一般病床初期加算（1日につき）」、「A109 有床診療所療養病床入院基本料」における「救急・在宅等支援療養病床初期加算（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑦急性期患者支援（療養） 病床初期加算及び在宅患者支援（療養）病床初期加算 〔(340)～(342)欄〕

一般病床・療養病床における「急性期患者支援病床初期加算」、「急性期患者支援療養病床初期加算」、「在宅患者支援病床初期加算」及び「在宅患者支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。

また、「A308-3 地域包括ケア病棟入院料」における「急性期患者支援病床初期加算（1日につき）」、「在宅患者支援病床初期加算（1日につき）」のレセプト件数、算定回数の総数、「A101 療養病棟入院基本料」における「急性期患者支援療養病床初期加算（1日につき）」、「在宅患者支援療養病床初期加算（1日につき）」のレセプト件数、算定回数の総数についてもご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑧地域連携診療計画加算（入退院支援加算1） 〔(343)欄〕

一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算1及び2」における「地域連携診療計画加算（退院時1回）」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑨退院時共同指導料2 〔(344)欄〕

一般病床・療養病床における「B005 退院時共同指導料2」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑩介護支援等連携指導料 〔(345)欄〕

一般病床・療養病床における「B005-1-2 介護支援等連携指導料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

⑪退院時リハビリテーション指導料
〔(346)欄〕

一般病床・療養病床における「B006-3 退院時リハビリテーション指導料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。

⑫退院前訪問指導料
〔(347)欄〕

一般病床・療養病床における「B007 退院前訪問指導料」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

8. 全身管理の状況

①中心静脈注射
〔(348)欄〕

一般病床・療養病床における「G005 中心静脈注射（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

②呼吸心拍監視
〔(349)～(354)欄〕

一般病床・療養病床における「D220 呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコープ（ハートスコープ），カルジオタコスコープ1及び2」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。

また、「D220 呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコープ（ハートスコープ），カルジオタコスコープ1（1時間以内又は1時間につき）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、「D220 呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコープ（ハートスコープ），カルジオタコスコープ2（3時間を超えた場合）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

さらに、「D220 呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコープ（ハートスコープ），カルジオタコスコープ2」のうち、「イ 7日以内の場合」、「ロ 7日を超え14日以内の場合」、「ハ 14日を超えた場合」のレセプト件数、算定回数もご記入ください。

なお、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ計上してください。

③酸素吸入
〔(355)欄〕

一般病床・療養病床における「J024 酸素吸入（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

④観血的動脈圧測定
(1時間を越えた場合)
〔(356)欄〕

一般病床・療養病床における「D225 観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む）2（1時間を越えた場合）（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。

⑤ドレーン法、胸腔もしくは腹腔洗浄
〔(357)～(363)欄〕

一般病床・療養病床における「J002 ドレーン法（ドレナージ）1及び2」、「J008 胸腔穿刺（洗浄，注入及び排液を含む）」、「J010 腹腔穿刺（人工気腹，洗浄，注入及び排液を含む）」及び「I009-3 歯科ドレーン法（ドレナージ）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。

また、「J002 ドレーン法（ドレナージ）1及び2」のレセプト件数、算定回数、「J008 胸腔穿刺（洗浄，注入及び排液を含む）」、「J010 腹腔穿刺（人工気腹，洗浄，注入及び排液を含む）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、「I009-3 歯科ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>⑥人工呼吸 (5時間を超えた場合) [(364)欄]</p>	<p>さらに、「J002 ドレーン法（ドレナージ）1（持続的吸引を行うもの）（1日につき）」、「J002 ドレーン法（ドレナージ）2（その他のもの）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数もご記入ください。</p>
<p>⑦人工腎臓、腹膜灌流 [(365)~(391)欄]</p>	<p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p> <p>一般病床・療養病床における「J045 人工呼吸3（5時間を越えた場合）（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>⑧経管栄養・薬剤投与用カ テテル交換法 [(392)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「J038 人工腎臓（1日につき）」、「J042 腹膜灌流（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご記入ください。</p> <p>また「J038 人工腎臓1（慢性維持透析を行った場合1）、2（慢性維持透析を行った場合2）、3（慢性維持透析を行った場合3）及び4（その他の場合）」、「J042 腹膜灌流1及び2」それぞれのレセプト件数、算定回数の総数についてもご記入ください。</p> <p>さらに、「J038 人工腎臓1、2及び3」のそれぞれについては「イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）」、「ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）」、「ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）」、「ニ 4時間未満の場合（イを除く。）」、「ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）」、「ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。）」のレセプト件数、算定回数もあわせてご記入ください。</p>
<p>9. 疾患に応じたリハビリテ ーション・早期からのリ ハビリテーションの実 施状況</p>	<p>一般病床・療養病床における「J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテテル交換法」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>①疾患別リハビリテーシ ョン料 [(393)~(417)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2 廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」、「H007 障害児（者）リハビリテーション料」、「H007-2 がん患者リハビリテーション料」、「H007-3 認知症患者リハビリテーション料」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数の総数をご記入ください。</p> <p>また、「H000 心大血管疾患リハビリテーション料（1単位）」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（1単位）」、「H001-2 廃用症候群リハビリテーション料（1単位）」、「H002 運動器リハビリテーション料（1単位）」、「H003 呼吸器リハビリテーション料（1単位）」、「H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）」、「H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。なお、当該リハビリテーション料の「算定回数」は、診療報酬点数表に定められた1単位ごとにカウントのうえ、「算定単位数」としてご記入ください。</p> <p>さらに、「H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>②早期リハビリテーション加算 (リハビリテーション料) [(418)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2 廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「早期リハビリテーション加算(1単位につき)」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>③早期離床・リハビリテーション加算 (特定集中治療室管理料) [(419)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「A301 特定集中治療室管理料」における「早期離床・リハビリテーション加算」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>④初期加算 (リハビリテーション料) [(420)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」「H001-2 廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「初期加算(1単位につき)」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>⑤摂食機能療法 [(421)~(423)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「H004 摂食機能療法(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>また、「H004 摂食機能療法1(30分以上の場合)」、「H004 摂食機能療法2(30分未満の場合)」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>⑥休日リハビリテーション提供体制加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料) [(424)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6」における「休日リハビリテーション提供体制加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>⑦入院時訪問指導加算 (リハビリテーション総合計画評価料) [(425)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「H003-2 リハビリテーション総合計画評価料」における「入院時訪問指導加算(入院中1回)」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。</p>
<p>10. 長期療養患者の受入状況</p>	
<p>①褥瘡対策加算 (療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料) [(426)~(428)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「A101 療養病棟入院基本料」及び「A109 有床診療所療養病床入院基本料」における「褥瘡対策加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>また、「褥瘡対策加算1」、「褥瘡対策加算2」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>②重度褥瘡処置 [(429)欄]</p>	<p>一般病床・療養病床における「J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>③重症皮膚潰瘍管理加算 〔(430)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>1 1. 重度の障害児等の受入状況</p>	
<p>①難病等特別入院診療加算 〔(431)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>②特殊疾患入院施設管理加算 〔(432)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>③超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 〔(433)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p> <p>歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</p>
<p>④強度行動障害入院医療管理加算 〔(434)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>1 2. 医科歯科の連携状況</p>	
<p>①歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算） 〔(435)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における「A233-2 栄養サポートチーム加算」における「歯科医師連携加算」の状況について、当該診療報酬の算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>②周術期口腔機能管理後手術加算 〔(436)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における診療報酬点数表「第10部 手術」の通則17あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」の通則16に掲げる「周術期口腔機能管理後手術加算」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>③周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） 〔(437)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-7 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご記入ください。</p>
<p>④周術期等口腔機能管理料（Ⅲ） 〔(438)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-8 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）」の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数をご記入ください。</p>
<p>1 3. 当該病棟における医療機能の報告の再確認</p>	
<p>①報告項目3～6及び8の合計 〔(439)欄〕</p>	<p>調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の実施状況」、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」、「5. 重症患者への対応状況」、「6. 救急医療の実施状況」及び「8. 全身管理の状況」におけるレセプト件数について合計値が自動計算され、記載されています。</p> <p>紙媒体をご利用の場合は、下記（439）～（444）欄のそれぞれについてレセプト件数を算出後、それらの合計値をご記入ください。</p>
<p>「3. 幅広い手術の実施</p>	<p>調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の</p>

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

状況 [(440)欄]	実施状況」における「①手術総数(167)」のレセプト件数の値が自動的に転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「3. 幅広い手術の実施状況」における「①手術総数(167)」のレセプト件数の値を転記ください。
「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」 [(441)欄]	調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(172)」、「②病理組織標本作成(173)」～「⑩精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）(271)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(172)」、「②病理組織標本作成(173)」～「⑩精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）(271)」のレセプト件数について、合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご記入ください。
「5. 重症患者への対応状況」 [(442)欄]	調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(272)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）(273)」～「⑬血球成分除去療法(305)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(272)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）(273)」～「⑬血球成分除去療法(305)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご記入ください。
「6. 救急医療の実施状況」 [(443)欄]	調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(306)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(307)」、～「⑩食道圧迫止血チューブ挿入法(325)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(306)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(307)」、～「⑩食道圧迫止血チューブ挿入法(325)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご記入ください。
「8. 全身管理の状況」 [(444)欄]	調査専用サイト上のWEBフォームをご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(348)」、「②呼吸心拍監視(349)」、～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(392)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(348)」、「②呼吸心拍監視(349)」、～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(392)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご記入ください。
②2021（令和3）年7月1日時点の機能 [(445)欄]	当該病棟の2021（令和3）年7月1日時点の医療機能をご回答ください。原則、上記「①報告項目3～6及び8の合計」においてレセプト件数がゼロであり、報告様式1において同病棟の「分娩件数をゼロと回答している」場合は、「1. 高度急性期機能」、「2. 急性期機能」以外の医療機能を選択ください。なお、前述の条件にあてはまっても「1. 高度急性期機能」あるいは「2. 急性期機能」を選択される場合は、高度急性期機能あるいは急性期機能として、どのような医療行為を行ったのかを自由記述欄にご回答ください。
③2025年7月1日時点の機能 [(446)欄]	当該病棟における2025年7月1日時点において想定されている医療機能をご回答ください。
④2025年7月1日時点の	上記③において、「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択された場合、

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

移行予定先
[(447)欄]

2025年7月1日時点において想定されている移行先をご回答ください。

○2025年7月1日以前に医療機能の変更予定が有る場合
[(448)欄]

上記③の「2025年7月1日時点の機能の実現」に向け、それ以前（2025年7月1日より前）に当該病棟の医療機能に変更予定がある場合、「2025年7月1日迄に変更予定あり」欄にチェックを入れ、その医療機能を上記②の選択肢より番号を選び、「変更後の機能」欄にご記入ください。また、変更予定の年月についてもご回答ください。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】

ご報告に当たって、その他特記事項がございましたら自由記入欄にご記入ください。

「手術（個別）票」及び「全身麻酔手術（個別）票」の確認・記入要領

■ 本項目では、貴院における個別の手術及び全身麻酔の手術の実施状況等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご記入ください。

3. 幅広い手術の個別の実施状況

◎個別の手術の実施状況

【「病棟票」3.

「① 手術 総数」

(167)欄の内訳]

一般病床・療養病床における個別の手術の実施状況について、前述の「手術 総数」と同様の考え方（P.20）にもとづき、診療報酬点数表「第10部 手術」のKコードごと、あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」のJコードごとに、コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）、診療行為名称、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご記入ください。

なお、診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、「K920 輸血」、「K920-2 輸血管理料」は除きます。

コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）の記入に当たって、例えば、「K000 創傷処理」の「1 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満）」のように枝番、項番内訳がない診療行為については、コード「K」、区分番号「000」、項番「1」、名称「創傷処理 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満）」とし、枝番、項番内訳は記入しないでください。「K000-2 小児創傷処理（6歳未満）」の「1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）」のように項番内訳がない診療行為については、コード「K」、区分番号「000」、枝番「2」、項番「1」、名称「小児創傷処理 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）」と記入し、項番内訳は記入しないでください。「K142-2 脊椎側彎症手術」の「2 矯正術」の「イ 初回挿入」については、コード「K」、区分番号「142」、枝番「2」、項番「2」、項番内訳「イ」、名称「脊椎側彎症手術 矯正術 初回挿入」と記入してください。枝番、項番を誤って逆に記入しないようご注意ください。

事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医科診療行為マスタ・歯科診療行為マスタに準じて、診療報酬点数表のKコードあるいは歯科診療報酬点数表のJコードの区分番号・枝番・項番・項番内訳（イ・ロ・ハ等）・診療行為名称ごとに、レセプト件数、算定日数、算定回数を集計しています。

◎個別の全身麻酔の手術の実施状況

【「病棟票」3.

「② 全身麻酔の

手術 総数」(168)

欄の内訳]

一般病床・療養病床における個別の全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「個別の手術」と同様の考え方にもとづき、診療報酬点数表「第10部 手術」のKコードごと、あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」のJコードごとに、コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）、診療行為名称、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご記入ください。

なお、全身麻酔の手術とは、診療報酬点数表の「第11部 麻酔」のうち、「L007 開放点滴式全身麻酔」または「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と手術を同時に実施しているものをいいます。

事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、「L007 開放点滴式全身麻酔」または「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と同日に手術の実施があった場合のレセプト件数、算定日数、算定回数を集計しています。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

【「コード」、「区分番号」、「枝番」、「項番」、「項番内訳（イ・ロ・ハ等）」の記入例】

K000 創傷処理

1 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)

※枝番、項番内訳は記入しない

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	000	-	1		創傷処理 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)

K000-2 小児創傷処理(6歳未満)

1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5cm未満)

※項番内訳は記入しない、枝番、項番を逆に記入しないように注意

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	000	-2	1		小児創傷処理 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5cm未満)

K142-2 脊椎側彎症手術

2 矯正術

イ 初回挿入」の診療行為

※枝番、項番を逆に記入しないように注意

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	142	-2	2	イ	脊椎側彎症手術 矯正術 初回挿入

3 報告エラーの種類

「報告様式2」では、報告様式の各項目について、主に以下のエラーチェックを行っています。

誤りの可能性がある場合には、エラーメッセージが表示されますので、内容をご確認のうえ、修正を行ってください。なお、エラーを含む場合、そのまま提出できないことがあります。また、必須項目には「必須」というアイコンが表示されますので、併せてご確認ください。

《基本票、病棟票、手術（個別）票及び全身麻酔手術（個別）票共通の報告エラー》

（報告エラーの種類）

- ・ 未報告によるエラー
- ・ 各項目内において、算定日数及び算定回数と比較して、レセプト件数が大きいエラー
- ・ 各項目内において、算定回数と比較して、算定日数が大きいエラー

《病棟票における報告エラー》

（報告エラーの種類）

- ・ 病院において、同一の病棟コードが複数の病棟票で重複して記入されているエラー
- ・ 有床診療所において、複数の病棟票が作成されているエラー

《手術（個別）票及び全身麻酔手術（個別）票における報告エラー》

（報告エラーの種類）

- ・ 個別の手術及び全身麻酔の手術の各項目において、存在しないKコードの区分番号・枝番・項番が記載されているエラー

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

【改訂履歴】

版数	発行日	改訂履歴
第1版	2021年9月16日	初版作成
第1.1版	2021年9月22日	<ul style="list-style-type: none">・ P4 2の調査専用サイトの画面イメージを修正・ P5 ④の調査専用サイトの画面イメージを修正・ P6 ⑥の調査専用サイトの画面イメージを修正・ P7 ⑦の調査専用サイトの画面イメージを修正・ P7の文言追加・ P3 3の文章内丸数字修正 「⑩精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料） (271)」