

平成27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)

— 目 次 —

1	制度の概要	1
	(1) 報告の目的	1
	(2) 一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所における報告の内容	1
	(3) 報告様式2作成の進め方	1
	(4) 報告様式2における確認・記入の概要	7
	(5) 報告様式2の報告期限	11
	(6) 疑義照会窓口	11
2	報告様式2の確認・記入の手引き	12
3	報告エラーの種類	31

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・ご報告を行っていただきます。

（2）一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所における報告の内容

報告様式2は、「報告様式2（入力用）」、「確認・記入要領」、「報告様式2入力ファイル仕様書」、「報告様式2チェックソフト」、「報告様式2チェックソフト取扱説明書」から構成されています。

なお、貴院において医科レセプト、歯科レセプトそれぞれで診療報酬請求を行っている場合であっても、報告様式2は合わせてご報告ください。

（3）報告様式2作成の進め方

「**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、以下の手順に従って報告様式2をご提出ください。

具体的には、「報告様式2（入力用）」をご確認、ご記入いただいてデータ変換いただくか、「報告様式2入力ファイル仕様書」に従ってテキストファイル形式で直接ファイルを作成していただき、「報告様式2入力ファイル」をご作成いただきます。そして、「報告様式2チェックソフト」を用いてデータチェックを行い、報告内容に不備がないことをご確認いただきます（必須。紙媒体の様式を除く）。ご報告内容に不備等がなかった場合に「提出用ファイル」が出力されます。

「提出用ファイル」は、厚生労働省ホームページ上の専用ページ上のリンクから移動できるアップロードサイトよりインターネット上でご提出いただくか、郵送にてご提出ください。原則、「提出用ファイル」以外のファイルによる提出は受け付けておりませんので、あらかじめご了承ください。

※ 紙媒体の「報告様式2（入力用）」を用いてご報告いただく場合は、紙の様式を直接事務局あてにご提出ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

報告様式2作成の流れ

① 報告様式2（入力用）、報告様式2チェックソフト等のダウンロード

- ・ 本報告に用いる「報告様式2（入力用）」について、貴院の電子レセプトによる診療報酬の請求状況に応じて、右記のいずれかの方法で入手します。
- ・ 「確認・記入要領」、「報告様式2入力ファイル仕様書」、「報告様式2チェックソフト」、「報告様式2チェックソフト取扱説明書」等を厚生労働省ホームページ上の専用ページ上からダウンロードします。

② 報告様式2入力ファイルを作成

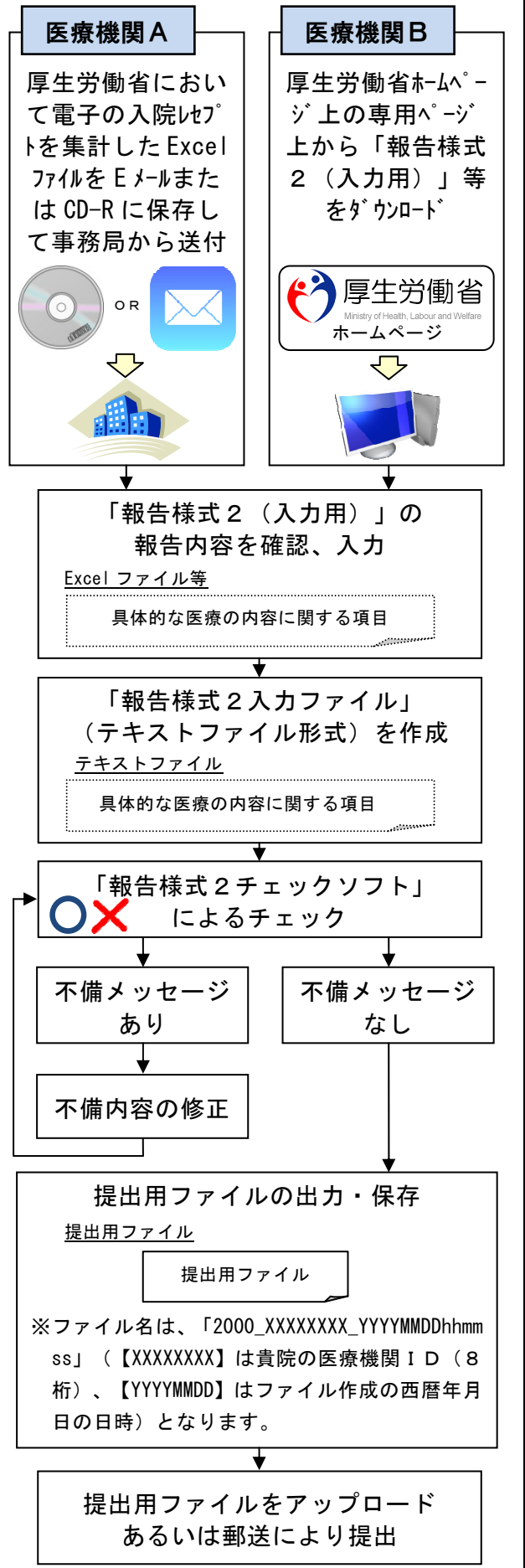
- ・ 「報告様式2（入力用）」をご確認、ご記入いただき、マクロ機能が手動でデータ変換のうえ、「報告様式2入力ファイル」を作成します。
- ※「報告様式2入力ファイル仕様書」に従い、テキストファイル形式で直接入力ファイルを作成していただくことも可能です。

③ 報告様式2チェックソフトによる不備確認、提出用ファイルの出力

- ・ 「報告様式2チェックソフト」を用いて、報告様式2入力ファイルのチェックを行い、報告内容に不備がないことをご確認いただきます（**必須**。紙媒体の様式を除く）
- ・ ご報告内容に不備等がなかった場合は、「提出用ファイル」が出力されます。原則、「提出用ファイル」以外のファイルによる提出は受け付けておりませんので、あらかじめご了承ください。

④ 提出用ファイルの提出

- ・ 「提出用ファイル」は、厚生労働省ホームページ上の専用ページ上のリンクから移動できるアップロードサイトよりインターネット上でご提出いただくか、郵送にてご提出ください（郵送の場合、郵送料や外部記録媒体にかかる費用等は各医療機関のご負担となりますので、ご了承ください）。



報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

■昨年度からの報告項目の主な変更点について

○ 平成27年度病床機能報告では、昨年度の実績を踏まえ、主に以下の報告項目について内容の変更を行っています。詳細は、「**2** 報告様式2の確認・記入の手引き」をご確認ください。

- ・ 電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がある医療機関において、事務局から送付された電子の入院レセプトの集計内容を確認した結果、修正が必要ない場合には、基本票表紙の該当項目にチェックを記入のうえ、ご報告いただきます。
- ・ 電子レセプトにより診療報酬請求を行っていない医療機関、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がない医療機関（介護療養病床における入院であるために入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等）において、休床等により平成27年6月診療分であって7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、基本票表紙の該当項目にチェックを記入のうえ、ご報告いただきます。
- ・ 報告様式2の各項目のうち、「一類感染症患者入院医療管理料」、「短期滞在手術等基本料1」、「難病患者リハビリテーション料」については、一般病床・療養病床における医療の内容でないことから、当該項目は昨年度の報告様式より削除しています。
- ・ 報告様式2の各項目においてご報告いただくレセプト件数、算定日数、算定回数のうち、算定回数に関しては、昨年度は、原則として、診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、電子レセプトにおいて数量データを記録する診療行為（電子レセプトの記録条件仕様上、きざみ値計算識別が「1」の診療行為コード）については、診療行為マスタにおけるデータ規格名の単位に従って算定回数を算出していただきましたが、平成27年度は、診療報酬請求書・明細書の記入要領にもとづき、レセプトに記載する診療行為の回数をご報告いただきます。

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、引き続き、「算定単位数」としてご報告いただきます。

なお、事務局から送付する電子の入院レセプトの集計データのうち、「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26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。

- ・ 「1. 算定する入院基本料・特定入院料の状況」の「①算定する入院基本料・特定入院料」及び「2. 有床診療所の多様な機能の状況」の「①算定する入院

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

基本料」については、一般病床・療養病床における入院基本料・特定入院料の状況に加え、介護療養病床における「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」等の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数もご報告いただきます。

- ・「3. 幅広い手術の実施状況」の「①手術 総数」と「個別の手術」、「②全身麻酔の手術 総数」と「個別の全身麻酔の手術」については、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、計上しないこととします。

また、「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へ（K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術）」～「A400 短期滞在手術等基本料3ム（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することとします。

さらに、「個別の手術」、「個別の全身麻酔の手術」では、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、項番に加え、項番内訳（イ・ロ・ハ等）についても、ご報告いただきます。

なお、事務局から送付する電子の入院レセプトの集計データのうち、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）」として集計しています。

- ・「3. 幅広い手術の実施状況」の「③胸腔鏡下手術」において、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とし、「K534-3 胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術」は、胸腔鏡下手術でない場合であっても、全て計上することとします。また、「④腹腔鏡下手術」において、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とする一方、「K534-3 胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術」は、腹腔鏡下手術である場合であっても「④腹腔鏡下手術」には計上しないこととします。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）」についても、腹腔鏡下手術である場合であっても、「④腹腔鏡下手術」には計上しないこととします。
- ・「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」の「①悪性腫瘍手術」において、悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」の名称が含まれるものとし、悪性腫瘍手術でない場合であっても計上することとします。ただし、「K716 小腸切除術1（悪性腫瘍手術以外の切除術）」、「K716-2 腹腔鏡下小腸切除術1（悪性腫瘍手術以外の切除術）」は、計上しません。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ・「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」の「⑤化学療法」については、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、算定日数をご報告いただきます。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報告いただきます。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」それぞれに計上することとします。

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することとします。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、計上しないこととします。

事務局から送付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」として集計しています。

■「報告様式2（入力用）」、「確認・記入要領」について

- 「報告様式2（入力用）」は、「①基本票」、「②手術（個別）票」、「③全身麻酔手術（個別）票」で構成されています。すべてご記入のうえ、ご提出ください。
- 「報告様式2（入力用）」のご使用に当たり、シートの名称の変更やコピー、追加及び削除は行わないでください。また、ファイルのブックの保護、ワークシートの保護を解除しないでください。
- 「報告様式2（入力用）」は、貴院の電子レセプトによる診療報酬の請求状況によって、以下のとおり、入手方法が異なります。入手方法および提出方法の詳細につきましては、事前に送付する報告マニュアルをご参照ください。

≪医療機関A：電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がある医療機関（※1）における入手方法≫

	入手方法	提出方法
Excel ファイルの様式を希望する医療機関（推奨）	⇒ 事務局より Eメールか CDにて発送（11月下旬予定）	インターネット上で報告（推奨）
		電子媒体を郵送
紙の様式を希望する医療機関	⇒ 紙媒体入手希望を申請・発送（11月下旬予定）	紙の様式を郵送

（※1）電子レセプトによりオンラインまたは電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））で請求を行っている医療機関

- 電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、平成27年6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある医療機関の場合は、厚生労働省にお

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

いて既存の電子レセプトによる診療報酬請求の仕組みを活用して必要項目を集計した Excel ファイルを E メールまたは CD-R に保存して事務局から各医療機関に発送します。

- 送付された集計内容について、ご確認のうえ、必要に応じて修正いただき、本確認・記入要領及び報告マニュアルに従って、12月11日（金）まで（必着）に事務局あてにご提出ください。なお、送付された集計内容を確認した結果、修正が必要ない場合についても、報告は必須となりますので、表紙の該当項目にチェックを入れて同日までにご提出ください。

※ 業務委託先（みずほ情報総研株式会社）は、契約により知得した内容を契約の目的以外に利用し、若しくは第三者に漏らしてはならないこととする契約を厚生労働省と結んでいます。

≪医療機関B：上記以外の医療機関（※2）における入手方法≫

	入手方法	提出方法
Excel ファイルの様式を希望する医療機関（推奨）	厚生労働省 HP よりダウンロード	インターネット上で報告（推奨）
		電子媒体を郵送
紙の様式を希望する医療機関	厚生労働省 HP からダウンロード（推奨）	紙の様式を郵送
	紙媒体入手希望を申請	

（※2）介護療養病床における入院であるために入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等

- 上記以外の医療機関は、厚生労働省のホームページ上に設置された専用ページから該当する報告様式2をダウンロードすることにより、入手してください。
- 当該医療機関は、本項目についてのご回答は可能な範囲で構いません。
- 入手した様式にご記入のうえ、本確認・記入要領及び報告マニュアルに従って、10月31日（土）まで（必着）に事務局あてにご提出ください。休床等により平成27年6月診療分であって7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についても、報告は必須となりますので、表紙の該当項目にチェックを入れて同日までにご提出ください。

■「報告様式2入力ファイル」、「報告様式2入力ファイル仕様書」について

- 上記の「報告様式2（入力用）」にご回答をご入力いただき、マクロ機能あるいは手動でデータ変換のうえ、「報告様式2入力ファイル」を作成します。
- なお、「報告様式2入力ファイル仕様書」に従い、テキストファイル形式で直接入力ファイルを作成していただくことも可能です。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

■「報告様式2チェックソフト」、「報告様式2チェックソフト取扱説明書」について

- 上記の「報告様式2入力ファイル」について、「報告様式2チェックソフト取扱説明書」に従って「報告様式2チェックソフト」を用いてデータチェックを行い、報告内容に不備がないことをご確認いただきます（必須。紙媒体の様式を除く）。
- ご報告内容に不備があった場合、不備があった項目と不備の内容に関するメッセージが表示されますので、ご確認のうえ、「報告様式2（入力用）」あるいは「報告様式2入力ファイル」を修正してください。
- ご報告内容に不備等がなかった場合は、「提出用ファイル」が出力されます。「提出用ファイル」の名称、拡張子は、変更しないでください。

（4）報告様式2における確認・記入の概要

≪医療機関A・医療機関B共通≫

- 報告様式2の項目は、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。
 - ※ 病床機能報告制度においては、医療機関からは病棟単位で項目を集計していただくこととしておりますが、現行のレセプト様式では病棟単位で本項目を把握することができないため、本年度は報告様式2「Ⅱ②具体的な医療の内容に関する項目」は施設単位で集計することとしております。
- 報告対象は、入院患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、「平成27年6月診療分」であってかつ「平成27年7月審査分」で報告項目に該当する診療行為となります。平成27年6月診療分より前の診療分につきましては、7月審査分であっても報告対象外となります。また、平成27年6月診療分であっても、審査月が8月以降になった月遅れのレセプト分については報告対象外となります。
- 報告に当たっては、平成27年6月診療分であってかつ平成27年7月審査分のレセプトについて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。
- 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があれば、それらを社会保険診療分に追加で計上していただくことも可能です。追加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、任意となりますので、可能な範囲でご対応ください。
 - ・平成27年6月診療分であって7月審査分のレセプトのうち、一次審査の結果、返戻された分
 - ・紙レセプトで請求されている分
 - ・介護療養病床において医療の給付を受けた場合の請求分
 - ・次頁に掲げる、医療保険の対象でない公費負担医療単独の場合及び公費負担医

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

療のみの場合や労働者災害補償保険等

※ 医療保険の対象でない公費負担医療や労働者災害補償保険等での診療行為については、通常の社会保険診療分の審査と異なることから、平成27年6月診療分であれば、8月以降の月遅れのレセプト分も計上していただくことが可能です。

（追加で計上できる公費負担医療等の例）

- ・ 戦傷病者特別援護法による療養の給付（法第10条関係）、更生医療（法第20条関係）
- ・ 原子爆弾被害者に対する援護に関する法律による認定疾病医療（法第10条関係）
- ・ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による新感染症の患者の入院（法第37条関係）
- ・ 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による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）
- ・ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核患者の適正医療（法第37条の2関係）、結核患者の入院（法第37条関係）
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院（法第29条関係）
- ・ 障害者総合支援法による精神通院医療（法第5条関係）、更生医療（法第5条関係）、育成医療（法第5条関係）、療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）
- ・ 麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）
- ・ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）
- ・ 児童福祉法による療育の給付（法第20条関係）、肢体不自由児通所医療（法第21条の5の28関係）及び障害児入所医療（法第24条の20関係）
- ・ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費（法第18条関係）
- ・ 母子保健法による養育医療（法第20条関係）
- ・ 特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費
- ・ 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付
- ・ 児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の5関係）
- ・ 児童福祉法の措置等に係る医療の給付
- ・ 石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第4条関係）
- ・ 特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第12条第1項及び第13条第1項関係）
- ・ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。）
- ・ 生活保護法による医療扶助（法第15条関係）
- ・ 公害健康被害者の療養

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ・各自治体独自の医療費助成についての取組による医療の給付
- ・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

○ 各項目の報告内容は以下のとおりです。

- ・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、平成27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）等についてご記入いただきます。
- ・一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であってかつ7月審査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」をご記入いただきます。
- ・本項目の記載は、施設管理者及び事務部門の担当者とします。
- ・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、計上してください。

※「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」のカウントに当たっての留意事項

- ◎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せん。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してカウントせずに1日としてカウントしてご記入いただきますので、必ずしも合計値と内訳は一致しません。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は重複してカウントせずに1件とカウントしてご記入いただきますので、必ずしも合計値と内訳は一致しません。

≪医療機関A：電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がある医療機関の場合≫

- 事務局から送付されたExcelファイル等において、報告様式2の「電子レセプトの集計内容」欄に、厚生労働省において「平成27年6月診療分」であってかつ「平成27年7月審査分」の電子の「入院レセプト」（医科・DPC・歯

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

科レセプト)を集計した値が記入してありますので、ご確認ください。

※ 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における請求は、「入院外レセプト」を使用しますので、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。当該請求分を除いて6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある場合、集計データが送付されます。

※ 各診療報酬の一般病床・療養病床における実施の有無は、「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1～4」、「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」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。

➤ なお、事務局から送付する電子の入院レセプトの集計データには、以下の内容は含まれていませんので、ご注意ください。

- ・平成27年6月診療分であって7月審査分のレセプトのうち、一次審査の結果、返戻された分
- ・紙レセプトで請求されている分
- ・介護療養病床において医療の給付を受けた場合の請求分
- ・医療保険の対象でない公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合や労働者災害補償保険等

※ 公費併用レセプト分の診療行為については、平成27年6月診療分であってかつ7月審査分のみ含まれていますが、平成27年6月診療分であれば追加で計上していただくことも可能です。

- 集計値を修正あるいは追加で計上される場合には、「修正がある場合の修正後の内容」欄に、「電子レセプトの集計内容」欄の集計値を修正した値、あるいは追加で計上する値を含めた合計値をご記入ください。
- 電子レセプトの集計結果をご確認いただく際、内訳の値を修正する場合には、合計欄の数値も修正が必要かご確認ください、あわせてご修正ください。
- 送付された集計内容を確認した結果、修正が必要ない場合は、表紙の該当項目にチェックを入れてください。
- 感染症病床に対象となる感染症患者以外の患者が入院して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には、当該診療行為分を除外した数値に修正してください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

＜医療機関B：上記以外の医療機関の場合＞

- 介護療養病床における入院であるために入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等は、報告マニュアルに従って報告様式2を入手のうえ、可能な範囲で各項目にご記入ください。
- 休床等により平成27年6月診療分であって7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は、表紙の該当項目にチェックを入れてください。

（5）報告様式2の報告期限

- 「電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある医療機関」の場合、報告様式2の締め切りは 12月11日（金） です（11月下旬発送予定）。
- 「上記以外の医療機関」の場合、報告様式2の締め切りは 10月31日（土） です（10月1日（木）受付開始）。

（6）疑義照会窓口

報告作業などに関してご不明な点などございましたら、下記の疑義照会窓口までご連絡ください。なお、疑義照会内容を正確に把握するため、可能な限り、電子メールによりお問い合わせください。

お問い合わせに当たっては、医療機関ID（*1）、医療機関名、担当者名を必ずご連絡ください。また、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に詳細な記載があるにもかかわらず、お問い合わせがあった場合にはご回答ができないこともありますので、各種関連資料をご参照のうえ、それでも分からない場合のみお問い合わせください。

（*1） 医療機関IDは9月4日（金）に医療機関あてに発送予定の「報告マニュアル」の送付状に記載されています。

厚生労働省「平成27年度病床機能報告」事務局

（受託先：みずほ情報総研株式会社）

疑義照会窓口

電子メールアドレス：byousyokinou@mizuho-ir.co.jp

電話（フリーダイヤル）： 0120-139-111 [対応時間：平日9：00～17：00]

FAX（フリーダイヤル）： 0120-139-121 [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。

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）。

◎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。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、合計欄では重複してカウントせずに1日としてカウントしてご記入いただきますので、必ずしも合計値と内訳は一致しません。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は、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に1件とカウントしてご記入いただきますので、必ずしも合計値と内訳は一致しません。

※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ので、ご注意ください。

例1) 「算定する入院基本料・特定入院料 総数」において、「特定集中治療室管理料1」算定病室に7日間入院した後、「一般病棟7対1入院基本料」算定病棟に移行して15日間入院したレセプトの場合、内訳では「特定集中治療室管理料1」1件・7日、「一般病棟7対1入院基本料」1件・15日とカウントし、また、合計欄では1件・22日とカウントして記入する。

例2) 「大動脈バルーンパンピング法」を初日から3日間実施したレセプトの場合、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回とカウントして記入する。

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レセプトの場合、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回とカウントして記入する。

◎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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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。

◎事務局から送付する電子の入院レセプトの集計データをご確認いただく際、追加で計上される場合には、「修正がある場合の修正後の内容」欄に、「電子レセプトの集計内容」欄の集計値に追加で計上する値を含めた合計値をご記入ください。

例5) ある診療行為の項目の「電子レセプトの集計内容」欄に記載されている100件・200日・600回に対して、3件・7日・20回を追加で計上する場合は、「修正がある場合の修正後の内容」欄には「103件・207日・620回」と記入する。

◎事務局から送付する電子の入院レセプトの集計データをご確認いただく際、内訳の値を修正する場合には、合計欄の数値も修正が必要かご確認いただき、あわせて修正してください。

電子媒体の留意事項

- ・電子媒体の報告様式2では、記入に不備がある場合に、記入欄の右側にエラーメッセージまたは確認メッセージが表示されます。
- ・エラーメッセージは、メッセージ冒頭に「●」が表示されます。必須項目が未記入であるか、もしくは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。
- ・確認メッセージが出ている場合、記入内容に誤りがないかご確認ください。

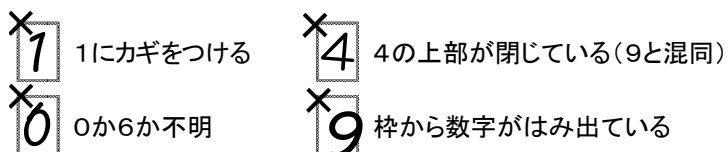
紙媒体でご回答いただく際の留意事項

- ・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記入する際は、下記の例に従ってください。

<数字記入例>



<悪い記入例>



①「基本票」 確認・記入の手引き

「基本票」の確認・記入要領

■ 基本票の表紙では、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、平成27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）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記入ください。
◎ ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁コード）	事前に送付する報告マニュアル送付状のうち、貴院の住所が印字されている用紙に記載されている医療機関ID（数字8桁）をご確認のうえ、ご記入ください。
◎ 医療機関住所	貴院の所在地の郵便番号、住所をご記入ください。
◎ 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。
◎ 都道府県番号・医療機関コード	貴院において平成27年7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。
【送付された集計内容に修正が必要ない場合】	本項目は、電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がある医療機関のみご回答いただきます。 貴院において、事務局から送付された電子の入院レセプトの集計内容を確認した結果、修正が必要ない場合には、本項目にチェックを入れてください。 <u>以降の設問は回答不要となります。</u>
【報告様式2の全ての項目が「0」となる場合】	本項目は、電子レセプトにより診療報酬請求を行っていない医療機関、6月診療分であって7月審査分の「入院レセプト」がない医療機関（介護療養病床における入院であるため入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等）のみご回答いただきます。 休床等により平成27年6月診療分であって7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、右の項目にチェックを入れてください。 <u>以降の設問は回答不要となります。</u>

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- 基本票の以下の項目では、一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であつてかつ7月審査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」を施設管理者及び事務部門の担当者がご確認、ご記入ください。
- 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も、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、ご回答に当たっては、本記入要領「1 報告の概要」の「(4) 報告様式2における確認・記入の内容」(P. 7~11)もあわせてご覧ください。

■ 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26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「総括対象医科入院レセプト」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26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）。

1. 算定する入院基本料・特定入院料の状況

①算定する入院基本料・特定入院料 [(1)～(106)欄]

病院の一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の入院基本料・特定入院料の状況について、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・特定入院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、「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。

「7. 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）」、「59. 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院し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 [(107)～(135)欄]

有床診療所の一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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。また、「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
[(136)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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、診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、「K920 輸血」、「K920-2 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・尿管結石破砕術（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。事務局から送付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へ（K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術）」～「A400 短期滞在手術等基本料3ム（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。事務局から送付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せん。

「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
[(137)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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、算定回数の総数をご記入ください。

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。

③胸腔鏡下手術
[(138)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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（腹腔鏡下を含む）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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

④腹腔鏡下手術 [(139)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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（腹腔鏡下を含む）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「③胸腔鏡下手術」に計上し、「④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、「④腹腔鏡下手術」には計上しないでください。

⑤内視鏡手術用支援 機器加算 [(140)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「K939-4 内視鏡手術用支援機器加算」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、算定日数、算定回数をご記入ください。（前立腺悪性腫瘍手術において内視鏡手術用支援機器を用いる場合のみご記入ください。）

4. がん・脳卒中・心 筋梗塞等への治療 状況

①悪性腫瘍手術 [(141)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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」、「K716 小腸切除術1（悪性腫瘍手術以外の切除術）」、「K716-2 腹腔鏡下小腸切除術1（悪性腫瘍手術以外の切除術）」については、計上しないでください。

②病理組織標本作製 [(142)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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 [(143)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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 [(144)～(188)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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 [(189)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分において、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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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。

事務局から送付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1及び2 [(190)～(192)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「B001 特定疾患治療管理料」のうち、「23 がん患者指導管理料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。

また、「23 がん患者指導管理料1（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2（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 [(193)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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 [(194)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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 [(195)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑩脳血管内手術 [(196)～(202)欄]

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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」及び「K178-4 経皮的脳血栓回収術」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」、「K178-4 経皮的脳血栓回収術」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。

⑪経皮的冠動脈形成術
〔(203)～(213)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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、算定回数についてもそれぞれご記入ください。

⑫入院精神療法（Ⅰ）
〔(214)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑬精神科リエゾンチーム加算
〔(215)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

5. 重症患者への対応状況

①ハイリスク分娩管理加算
〔(216)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）
〔(217)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

③救急搬送診療料
〔(218)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。
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観血的肺動脈圧測定
〔(219)～(221)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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。

⑤持続緩徐式血液濾過
〔(222)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑥大動脈バルーンパンピング法
〔(223)～(225)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

⑦経皮的心肺補助法
〔(226)～(228)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

⑧補助人工心臓・植込型補助人工心臓
〔(229)～(243)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「K603 補助人工心臓」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）」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の総数をご記入ください。

また、「K603 補助人工心臓」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）」、「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の総数についてもご記入ください。

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）」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）1（初日）（1日につき）」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）2（2日目以降30日目まで）（1日につき）」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）3（31日目以降90日目まで）（1日につき）」、「K604 植込型補助人工心臓（拍動流型）4（91日目以降）（1月につき）」、「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月につき）」のレセプト件数、算定回数もご記入ください。

⑨頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）
〔(244)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「D227 頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）（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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

⑩人工心肺 〔(245)～(247)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

⑪血漿交換療法 〔(248)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑫吸着式血液浄化法 〔(249)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑬血球成分除去療法 〔(250)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

6. 救急医療の実施状況

①院内トリアージ 実施料 〔(251)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

②夜間休日救急搬送 医学管理料 〔(252)～(253)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

③救急医療管理加算 1及び2 〔(254)～(256)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

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在宅患者緊急入院 診療加算 〔(257)～(260)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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。

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救急搬送患者地域
連携紹介加算
〔(261)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算（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地域連携診療計画
管理料
〔(262)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「B005-2 地域連携診療計画管理料」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をご記入ください。

⑦救命のための気管
内挿管
〔(263)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑧体表面ペーシング
法又は食道ペーシ
ング法
〔(264)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑨非開胸的心マッサ
ージ
〔(265)～(267)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

⑩カウンターショッ
ク
〔(268)～(270)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。

⑪心膜穿刺
〔(271)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27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。

⑫食道圧迫止血チュ
ーブ挿入法
〔(272)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況

①退院調整加算1
（一般病棟入院基本料等）
〔(273)～(276)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A238 退院調整加算1（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合）（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。

また、「A238 退院調整加算1」のうち、「イ 14日以内の期間」、「ロ 15日以上30日以内の期間」、「ハ 31日以上90日以内の期間」のレセプト件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。

②退院調整加算2
（療養病棟入院基本料等）
〔(277)～(281)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A238 退院調整加算2（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合）（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。

また、「A238 退院調整加算2」のうち、「イ 30日以内の期間」、「ロ 31日以上90日以内の期間」、「ハ 91日以上120日以内の期間」「ニ 121日以上180日以内の期間」のレセプト件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。

③救急・在宅等支援（療養）病床初期加算
〔(282)～(288)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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、算定回数のご総数をご記入ください。

また、「A100 一般病棟入院基本料」、「A308-3 地域包括ケア病棟入院料」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）」、「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「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。

④救急搬送患者地域連携受入加算
〔(289)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算（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。

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地域連携診療計画退院時指導料（I）
〔(290)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）」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。

⑥退院時共同指導料2
〔(291)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

⑦介護支援連携指導料
〔(292)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「B005-1-2 介護支援連携指導料」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。

⑧退院時リハビリテーション指導料
〔(293)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

⑨退院前訪問指導料
〔(294)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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
〔(295)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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
〔(296)～(301)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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時間を越えた場合）（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日を越え14日以内の場合」、「ハ 14日を越えた場合」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
〔(302)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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）
〔(303)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

⑤ドレーン法、胸腔 若しくは腹腔洗浄 〔(304)～(310)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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。
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人工呼吸（5時間 を超えた場合） 〔(311)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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人工腎臓、腹膜灌 流 〔(312)～(322)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「J038 人工腎臓1、2及び3」、「J042 腹膜灌流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。

また、「J038 人工腎臓1、2及び3」、「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。

さらに、「J038 人工腎臓1（慢性維持透析を行った場合）（1日につき）」、「J038 人工腎臓2（慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合）（1日につき）」、「J038 人工腎臓3（その他の場合）（1日につき）」、「J042 腹膜灌流1（連続携行式腹膜灌流）（1日につき）」、「J042 腹膜灌流2（その他の腹膜灌流）（1日につき）」のレセプト件数、算定回数をご記入ください。

「J038 人工腎臓1」のうち、「イ 4時間未満の場合」、「ロ 4時間以上5時間未満の場合」、「ハ 5時間以上の場合」のレセプト件数、算定回数もあわせてご記入ください。

⑧経管栄養カテーテ ル交換法 〔(323)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「J043-4 経管栄養カテーテル交換法」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。

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

①疾患別リハビリテ ーション料 〔(324)～(350)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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」、「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」、「H

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

007-3 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。

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）」、「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。

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。

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早期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）

〔(351)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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」、「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。

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初期加算（リハビリテーション料）

〔(352)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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」、「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。

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摂食機能療法

〔(353)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

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リハビリテーション充実加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）

〔(354)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」における「リハビリテーション充実加算（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。

⑥体制強化加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）

〔(355)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」における「体制強化加算（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。

⑦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）

〔(355)欄〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ⑧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）
〔(357)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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」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。

10. 長期療養患者の受入状況

- ①褥瘡評価実施加算（療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料）
〔(358)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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「褥瘡評価実施加算（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。
- 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重度褥瘡処置
〔(359)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

- ③重症皮膚潰瘍管理加算
〔(360)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

11. 重度の障害児等の受入状況

- ①難病等特別入院診療加算
〔(361)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

- ②特殊疾患入院施設管理加算
〔(362)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

- ③超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
〔(363)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。
- 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強度行動障害入院医療管理加算
〔(364)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の「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。

【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. 幅広い手術の実施状況

◎個別の手術 〔(136)欄の内訳〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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.17）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。

事務局から送付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 〔(137)欄の内訳〕

一般病床・療養病床における平成27年6月診療分であって平成27年7月審査分の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。

事務局から送付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。

3 報告エラーの種類

「報告様式2（入力用）」及び「報告様式2チェックソフト」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。

データの不備があった場合には、「報告様式2（入力用）」の記入欄の右側、あるいは「報告様式2チェックソフト」の報告エラーのチェック結果において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。

《基本票、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
- ・内訳の記入欄がある項目の項目間において、内訳となる細目のレセプト件数を合算した値と比較して、合計欄のレセプト件数が大きいエラー
- ・内訳の記入欄がある項目の項目間において、内訳となる細目の算定日数を合算した値と比較して、合計欄の算定日数が大きいエラー
- ・内訳の記入欄がある項目の項目間において、内訳となる細目の算定回数を合算した値と合計欄の算定回数が一致しないエラー

《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