

平成28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
2	報告様式2の確認・記入の手引き	13
①	基本票	15
②	病棟票	16
3	報告エラーの種類	35

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チェックソフト」、「報告様式2チェックソフト取扱説明書」、「報告様式2入力ファイル仕様書」、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。

まず、確認・記入要領をご参照のうえ、「報告様式2（入力用）」をご確認、ご入力いただきます。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。

なお、平成 28 年度病床機能報告では、報告様式チェックソフトによるデータチェックは、病院は必須となりますが、有床診療所は任意となりますので可能な範囲でご対応ください（紙媒体の様式を除く）。

報告様式チェックソフトによるチェックを行い、ご報告内容に不備等がなかった場合には「提出用ファイル（拡張子が「bkh」ファイル）」が出力されます。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。

病院については、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。

※ 病院は、「報告様式2」のデータチェックの際に、前の段階でご作成いただいた「報告様式1（入力用）」の「病棟票」を使用しますので、お手元にご準備ください。

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。
- ※ 提出用ファイル名は、報告様式の種類に応じて以下のように定めています（ファイル名の【XXXXXXXX】は貴院の医療機関 ID（8桁）、【YYYYMMDDhhmmss】はファイル作成の西暦年月日の日時）。
 - ・報告様式 2A（病院・有床診療所用共通）：「bkh2A_XXXXXXXX_YYYYMMDDhhmmss.bkh」
 - ・報告様式 2B（病院・有床診療所用共通）：「bkh2B_XXXXXXXX_YYYYMMDDhhmmss.bkh」

（4）昨年度からの報告項目の主な変更点について

平成 28 年度病床機能報告では、昨年度の実績を踏まえ、また、平成 28 年度診療報酬改定における診療報酬の新設・削除、見直しへの対応を図るため、報告様式 2「Ⅱ②具体的な医療の内容に関する項目」についても、報告項目の見直しを行っています。具体的には、主に以下の内容について見直しを行っています。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。

≪病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について≫

- 平成 28 年度病床機能報告では、平成 28 年度診療報酬改定に伴うシステム改修等にあわせて電子レセプトへの病棟コードの記録が開始されたことから、報告様式 2「Ⅱ②具体的な医療の内容に関する項目」についても、病棟コードにもとづき**病棟単位**で項目を集計していただくこととなります。
- 具体的には、電子レセプトへの病棟コードの記録は、一般病床および療養病床を有しており、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている**病院**が対象となります。有床診療所については、病棟コードの記録は不要となります。
- 電子レセプトへの病棟コード記録に係る通知及びマスターファイル等については、以下の病床機能報告制度ホームページをご参照ください。

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）

- ・病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について
 - ・（別添 1）病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き（医科）
 - ・（別添 2）病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き（DPC）
 - ・（別添 3）病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き（歯科）
 - ・病床機能報告用マスターファイル仕様説明書
 - ・病床機能報告用マスターファイル（Zip ファイル）
- 上記に伴い、「報告様式 2（入力用）」は、施設単位で作成する「①基本票」、病棟単位で作成する「②病棟票（病棟票・手術（個別）票・全身麻酔手術（個別）票）」の構成でご報告いただきます。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

＜報告項目の見直しについて＞

- 「1. 算定する入院基本料・特定入院料等の状況」に関しては、平成28年度診療報酬改定における項目の新設・細分化を反映し、「障害者施設等7対1入院基本料」、「障害者施設等10対1入院基本料」、「障害者施設等13対1入院基本料」、「障害者施設等15対1入院基本料」、「特殊疾患入院医療管理料」、「特殊疾患病棟入院料1」、「特殊疾患病棟入院料2」における「うち、重度の意識障害の患者であって、医療区分2の患者に相当するもの」、「うち、重度の意識障害の患者であって、医療区分1の患者に相当するもの」についても、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、算定回数をご報告いただきます。
- 「3. 幅広い手術の実施状況」に関しては、総合入院体制加算について総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から実施要件等の見直しが行われたことに伴い、医療機能の分化・連携に資する指標として有用と考えられることから、「人工心肺を用いた手術」の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数についても、ご報告いただきます。
また、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」に関しても、「認知症ケア加算1」、「認知症ケア加算2」、「精神疾患診療体制加算1及び2」、「精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）」の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数をご報告いただきます。
- 「12. 医科歯科の連携状況」に関して、平成28年度診療報酬改定において地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む観点から、医科歯科連携の推進について見直しが行われたことに伴い、「歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算）」、「周術期口腔機能管理後手術加算」、「周術期口腔機能管理料（Ⅱ）」、「周術期口腔機能管理料（Ⅲ）」の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告いただきます。

（5）報告様式2A・報告様式2Bの判定と入手から提出までの流れ

報告様式2は、貴院の電子レセプトによる診療報酬の請求状況等によって「報告様式2A」、「報告様式2B」のいずれを用いるかが異なります。報告様式2A・報告様式2Bの判定方法、入手および提出方法の詳細につきましては、以下のとおりとなります。また、事前に送付する報告マニュアルもあわせてご参照ください。

■報告様式2A：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」（※1）がある医療機関における入手・提出方法

- 電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、平成28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な項目を集計した「報告様式2A（Excelファイル）」をEメールまたはCD-Rに保存し、事務局から各医療機関に発送します（12月下旬発送予定）。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

	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(※2)か CDにて発送	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	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

(※2) 事務局からの報告様式2 Aの集計内容に係るEメールでの送付は、事前に報告様式1の所定項目において、Eメールでの送付に承諾がされている場合に限ります。

○ 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、1月20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、基本票の該当項目にチェックを記入のうえ、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。

≪電子の入院レセプトへの「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病院：病棟ごとに集計した確認用データを送付しますので、内容をご確認いただき、報告してください。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、報告してください。
- ・ 病棟コードが全て未入力の病院：医療機関ごとに集計した確認用データを送付しますので、内容をご確認いただき、病棟ごとに集計した上で、報告してください。

※なお、病棟コードを一部に入力または全て未入力の病院は、データを病棟ごとに集計する際には、厚生労働省ホームページより「報告様式2 B」をダウンロードする等して、報告してください。

■報告様式2 B：上記以外の医療機関(※3)における入手・提出方法

○ 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 B」をダウンロードすることにより、入手してください。

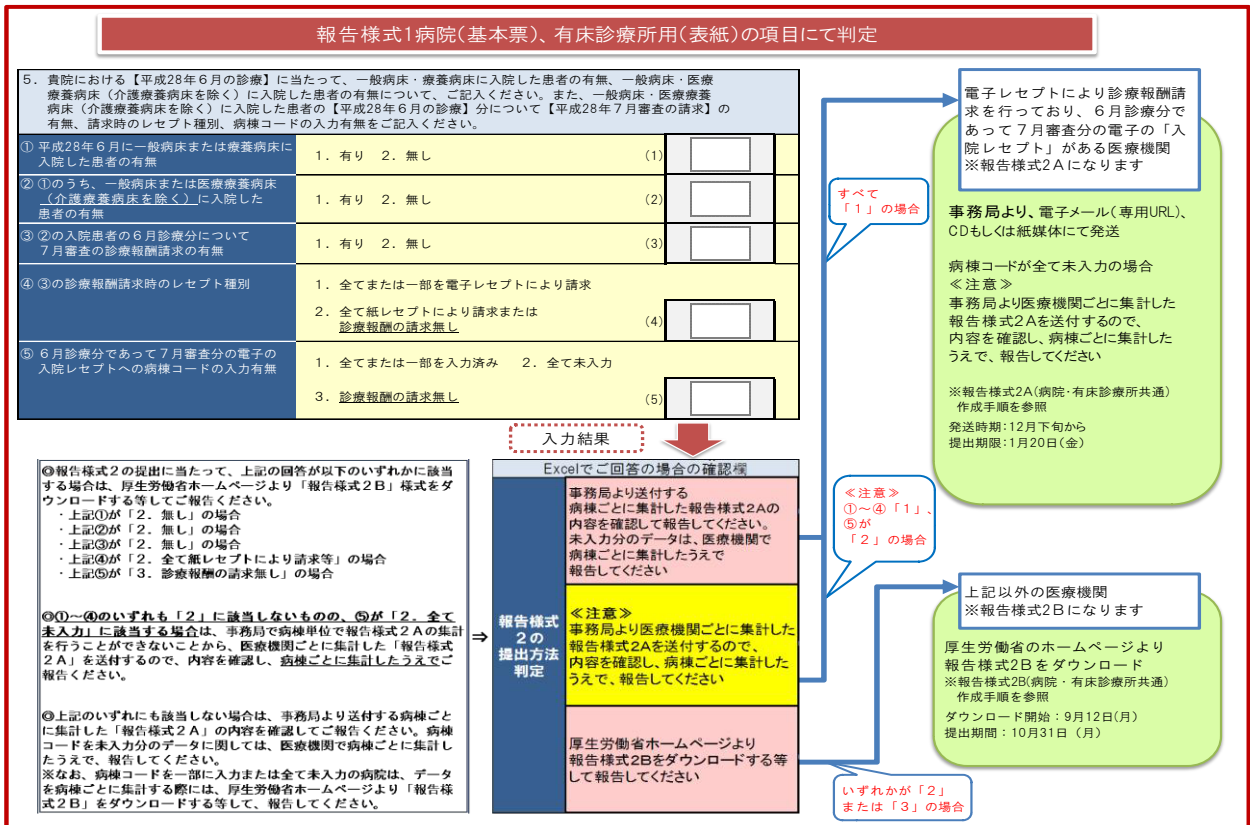
	入手方法	提出方法
Excel ファイルの様式 を希望する医療機関 (推奨)	⇒ 厚生労働省 HP より ダウンロード	インターネット上で 報告(推奨)
		電子媒体を郵送
紙の様式を希望する 医療機関	⇒ 厚生労働省 HP から ダウンロード(推奨) 紙媒体入手希望を申請	紙の様式を郵送

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

(※3) 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）

- 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（月）まで（必着）に事務局あてにご提出ください（10月1日（土）受付開始）。
- なお、休床等により平成28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であっても、報告は必須となります。基本票の該当項目にチェックを記入のうえ、同日までにご提出ください。

（参考）「報告様式1」における報告様式2A・報告様式2Bの判定

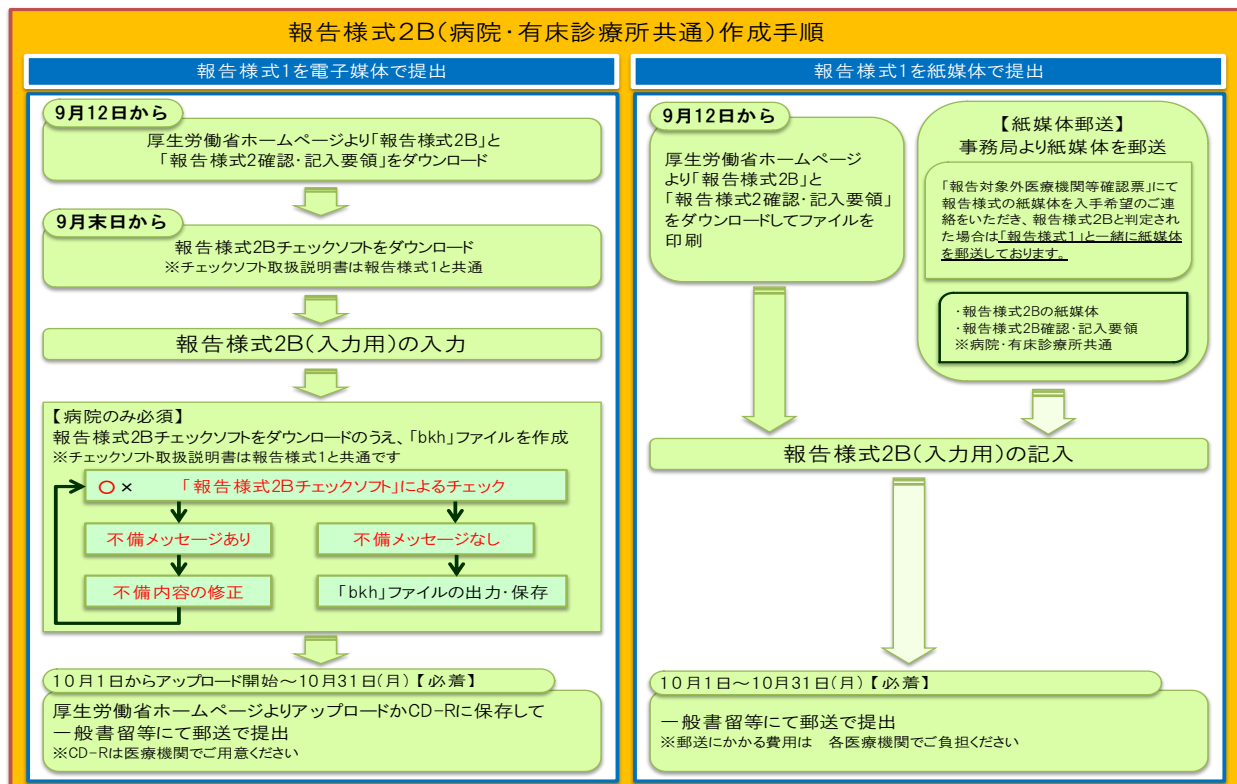
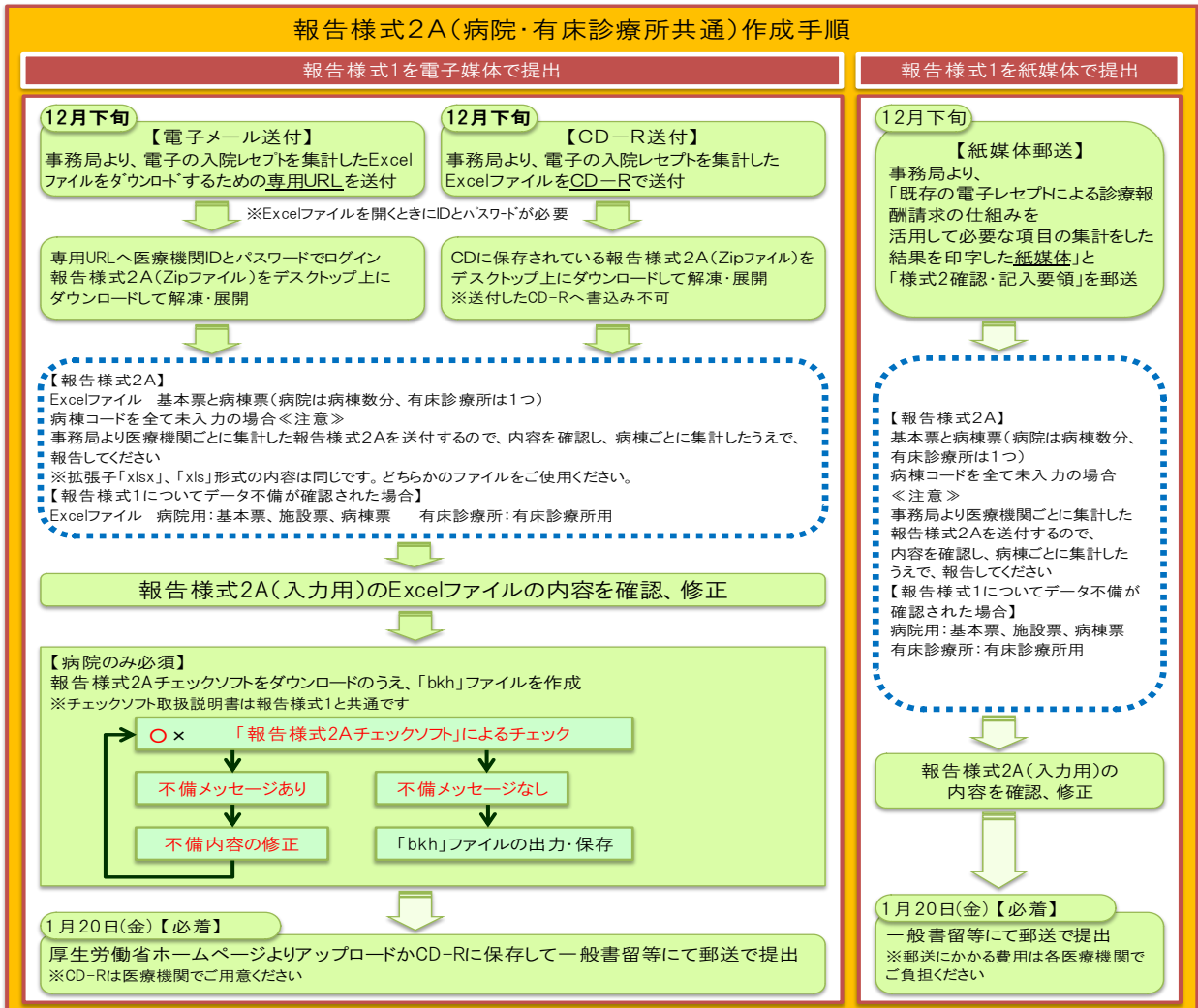


■報告様式2A・報告様式2Bの入手・作成・提出の流れ

- 「報告様式2A」、「報告様式2B」の入手・作成・提出の流れは、以下のとおりとなります。
- なお、平成28年度病床機能報告では、報告様式は電子媒体、紙媒体のいずれかをお選びいただくことができますが、報告様式1・報告様式2のいずれも同一の媒体でご報告いただきます。報告様式1・報告様式2をそれぞれ異なる媒体でご提出いただくことはできませんので、報告様式1と同一の媒体でご報告ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

報告様式2A・報告様式2Bの作成・提出の流れ



報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

（6）報告様式 2 における確認・記入の概要

■「報告様式 2（入力用）」、「確認・記入要領」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。
- また、平成 28 年度病床機能報告では、報告様式 2 についても、病棟コードにもとづき**病棟単位**で項目を集計していただくこととなります。具体的には、「報告様式 2（入力用）」は、施設単位で作成する「①基本票」、病棟単位で作成する「②病棟票（病棟票・手術（個別）票・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（①と②はファイルが分かれていますのでご注意ください）。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、最初に「①基本票」をご入力いただき、マクロ機能を用いることで、「②病棟票（病棟票・手術（個別）票・全身麻酔手術（個別）票）」の作成や入力を一部簡略化することが可能です。
- 「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。

a. 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、平成 28 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。病院は、病棟コード（9 桁）についてもあわせてご記入いただきます。

b. 病棟票：

- ・ 一般病床・療養病床における平成 28 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、「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」をご記入いただきます。
- ・ 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」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 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 又は 2 を算定する場合は除く。

- ・ 本項目の記載に当たっては、上記の「基本票」で記入した「病棟コード」と各病棟票 1 枚目の「病棟コード」および**報告様式 1 の病棟票における「病棟コード」が一致**するようご注意ください。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ・ただし、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記載した「病棟コード」（一般病床または療養病床分）に未入力や入力の誤りがある場合には、正しい病棟単位での集計を行うことができないため、報告様式2においてそれぞれ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」を参照）。
- ・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。

■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、「平成28年6月診療分」であってかつ「平成28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28年6月診療分より前の診療分は、7月審査分であっても報告対象外となります。また、平成28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は報告対象外となります。
- 報告に当たっては、平成28年6月診療分であってかつ平成28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28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

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ・ 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

※ 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 28 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
- ・ 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

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ・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

■報告に当たっての留意点

≪報告様式 2 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「報告様式 2 A（Excel ファイル）」において、「電子レセプトの集計内容」欄に、厚生労働省において「平成 28 年 6 月診療分」であってかつ「平成 28 年 7 月審査分」の電子の「入院レセプト」（医科・DPC・歯科レセプト）について、「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 1～5」、「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 28 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。

- 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 28 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 28 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 28 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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- 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いただき、あわせてご修正ください。
- 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、「①基本票」の該当項目にチェックを記入のうえご報告ください。
- 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2B：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28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、「①基本票」の該当項目にチェックを記入のうえ、ご報告ください。
- なお、「報告様式2B」は、Excelを使用しますが、Excelの使用が困難な場合は、無料の表計算ソフト（Open Office）をご使用いただくことも可能です。
- また、最初に「①基本票」をご入力いただき、マクロ機能を用いることで、「②病棟票（病棟票・手術（個別）票・全身麻酔手術（個別）票）」の作成や入力を一部簡略化することが可能です。

■「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（入力用）」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」で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（病院のみ必須。紙媒体の様式を除く）。
- 病院は、「報告様式2チェックソフト」によるデータチェック時に、前の段階でご作成いただいた「報告様式1」の「病棟票」ファイルを使用します。
- 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）」を修正してください。
- 「報告様式2チェックソフト」は、「報告様式2A用」と「報告様式2B用」があります。該当するチェックソフトをダウンロードのうえ、ご使用ください。

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ご報告内容に不備等がなかった場合は、「提出用ファイル（bkh 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。
- ※ なお、病棟票の数が多くデータチェックの処理に時間を要する場合等には、マクロ機能あるいは手動でテキストファイル形式にデータ変換することで、迅速にエラーチェックを行うことが可能になります。また、「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。

（7）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 A の締め切りは 1 月 20 日（金） です（12 月下旬発送予定）。
- 「上記以外の医療機関」の場合、報告様式 2 B の締め切りは 10 月 31 日（月） です（10 月 1 日（土）受付開始）。
- なお、報告様式 2 B を提出後に報告様式 2 A の送付があった場合、報告様式 2 A の内容をご確認いただき、ご提出いただいた報告様式 2 B の内容に誤りがあった場合には、報告様式 2 A を確認・修正のうえ、再度ご提出ください。

（8）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。

なお、本確認・記入要領、報告様式チェックソフト取扱説明書、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。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。

また、報告様式のダウンロード方法、報告様式チェックソフトの操作方法についてお問い合わせが多く、報告期限間際はお電話が繋がりにくくなっております。可能な限り各種関連資料をもとに操作を完了していただきますようお願い申し上げます。

（*1） 医療機関 ID は 9 月 5 日（月）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 28 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「一般病棟7対1入院基本料」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、「一般病棟7対1入院基本料」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。

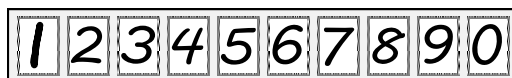
電子媒体の留意事項

- ・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（詳細は、「**3** 報告エラーの種類」を参照）。
- ・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。

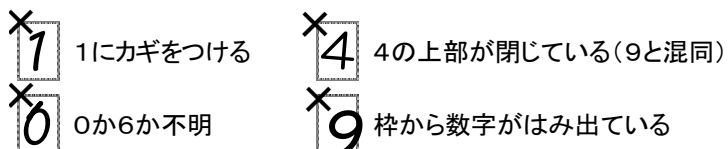
紙媒体でご回答いただく際の留意事項

- ・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

- 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、平成28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）、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。
◎病院・有床診療所の種別	平成28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	貴院において平成28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」及び「病棟コード」の入力がある医療機関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、「報告様式2A」において修正の必要がない場合には、本項目の右の記入欄にチェックを入れてください。以降の設問はすべて空欄で可となりますので、病棟票の作成・提出は不要です。</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）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、休床等により平成28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2B」の全ての項目が「0」となる場合には、本項目の右の記入欄にチェックを入れてください。病棟票の設問は回答不要となりますので、病棟票の作成・提出は不要です。</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。Excelでご回答の場合、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。 病院において一部の病棟で、「報告様式2A」において修正の必要がない場合、あるいは「報告様式2B」の全ての項目が「0」となる場合には、本項目における当該病棟の右の記入欄にそれぞれチェックを入れてください。 <u>当該病棟の病棟票の設問は回答不要となりますので、当該病棟分の病棟票の作成・提出は不要です。</u>

②「病棟票」 確認・記入の手引き

「病棟票」の確認・記入要領

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟における平成 28 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。
- 平成 28 年度病床機能報告では、報告様式 2 についても、「病棟コード」にもとづき病棟単位で項目を集計していただくこととなります（病院のみ対象。有床診療所は除く）。
- ただし、6 月診療分であつて 7 月審査分の電子の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誤りがある場合には、正しい集計を行うことができないため、それぞれ修正を行ったうえでご報告ください。

《電子の入院レセプトで「病棟コード」が「全て未入力」の場合》

- 事務局より医療機関ごとに集計した確認用データを送付しますが、当該ファイルは「病棟単位」ではないことから、医療機関で病棟ごとに集計した上で、厚生労働省ホームページより「報告様式 2 B」をダウンロードする等して、報告してください。

《電子の入院レセプトで「病棟コード」が「一部未入力」の場合》

- ある病棟の病棟コードが、いずれの電子レセプトにおいても未入力の場合には、未入力の病棟分について、医療機関で病棟ごとに集計した上で、厚生労働省ホームページより「報告様式 2 B」をダウンロードする等して、報告してください。
- 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、当該病棟コードにもとづいて集計した内容に合算し、報告してください。

《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》

- 報告様式 1 で報告した正しい病棟単位の病棟コードに集計内容を集約して合算のうえ、報告してください。

《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》

- 報告様式 1 で報告した正しい病棟単位の病棟コードに集計内容を分割して、厚生労働省ホームページより「報告様式 2 B」をダウンロードする等して、報告してください。
- 集計内容に一般病床または療養病床以外の入院分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のうえ、報告してください。

《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分が報告対象となるため、一般病床または療養病床以外の「病棟コード」にもとづく病棟票は除外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

- 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、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」（平成28年3月4日保医発0304第1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又は2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ので、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。
- 本病棟票は、平成28年7月1日時点の病棟単位でご報告いただくことから、平成28年7月2日以降に新規に設置された病棟は報告対象外となります。
- なお、ご回答に当たっては、本記入要領「**1** 報告の概要」の「（6）報告様式2における確認・記入の概要」（P.7～12）もあわせてご覧ください。

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。Excelでご回答の場合、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。

報告様式1で報告した正しい病棟単位の病棟コードと報告様式2で報告する病棟コードは、必ず一致するようご記入ください。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、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「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。

※病棟コードを一部に入力または全て未入力の病院は、データを病棟ごとに集計する際には、厚生労働省ホームページより「報告様式2B」をダウンロードする等して、報告してください。

※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、報告様式1で正しい病棟単位でご報告いただくとともに、報告様式2で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が、報告様式1で報告する病棟コードと報告様式2で報告する病棟コードは同一となるようご注意ください。
 なお、報告様式2Aで病棟ごとに集計した確認用データの送付は、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。

※病棟コード5桁目が報告様式1「1. 医療機能」の「①2016（平成28）年7月1日時点の機能」と異なる場合、報告様式1で報告した医療機能が正しいものとみなしますので、病棟コードの修正は必要ありません。

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、病棟ごとに報告様式1・2を作成する際に共通となる病棟コード（「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28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28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)～(119)欄〕

病院の一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の入院基本料・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「一般病棟7対1入院基本料」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、「一般病棟7対1入院基本料」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。

「6. 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）」、「5. 8. 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れ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〔(120)～(148)欄〕

有床診療所の一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。「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
〔(149)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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「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ケ（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
〔(150)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

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
〔(151)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の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」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいいます。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

④胸腔鏡下手術 〔(152)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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（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 〔(153)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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（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 〔(154)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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 〔(155)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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 〔(156)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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 〔(157)～(204)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(205)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

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
〔(206)～(208)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(209)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(210)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(211)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式 2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

<p>⑩脳血管内手術 〔(212)～(219)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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」、「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。</p> <p>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」、「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。</p>
<p>⑪経皮的冠動脈形成術 〔(220)～(230)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。</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>⑫入院精神療法（I） 〔(231)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。</p>
<p>⑬精神科リエゾンチーム加算 〔(232)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。</p>
<p>⑭認知症ケア加算 1 〔(233)～(235)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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>⑮認知症ケア加算 2 〔(236)～(238)欄〕</p>	<p>一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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>

報告様式 2 (病院・有床診療所共通) 確認・記入要領

**⑩精神疾患診療体制
加算 1 及び 2
[(239)～(241)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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。

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。

**⑪精神疾患診断治療
初回加算(救命
救急入院料)
[(242)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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。

**5. 重症患者への対応
状況**

**①ハイリスク分娩管
理加算
[(243)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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)
[(244)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
[(245)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
[(246)～(248)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

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
[(249)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
[(250)～(252)欄]**

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

- ⑦経皮的心肺補助法
〔(253)～(255)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(256)～(269)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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。
- 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。
- 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。
- ⑨頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）
〔(270)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「D227 頭蓋内圧持続測定2（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。
- ⑩人工心肺
〔(271)～(273)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(274)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(275)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(276)欄〕
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

6. 救急医療の実施状況

- ①院内トリアージ実施料
[(277)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
[(278)～(279)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
[(280)～(282)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。
- 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。
- ④在宅患者緊急入院診療加算
[(283)～(286)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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救命のための気管内挿管
[(287)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。
- ⑥体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
[(288)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。
- ⑦非開胸的心マッサージ
[(289)～(291)欄]
- 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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。

⑧カウンターショック 〔(292)～(294)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑨心膜穿刺 〔(295)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑩食道圧迫止血チューブ挿入法 〔(296)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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退院支援加算1 〔(297)～(299)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「A246 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。

また、「A246 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。

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退院支援加算2 〔(300)～(302)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「A246 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。

また、「A246 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。

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）病床初期加算及び有床診療所一般病床初期加算 〔(303)～(309)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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地域連携診療計画
加算（退院支援
加算1）
〔(310)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「A246 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。

⑤退院時共同指導料
2
〔(311)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑥介護支援連携指導料
〔(312)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑦退院時リハビリテーション指導料
〔(313)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑧退院前訪問指導料
〔(314)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(315)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(316)～(321)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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 〔(322)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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） 〔(323)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

⑤ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 〔(324)～(330)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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） 〔(331)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「J045 人工呼吸3（5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。

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 〔(332)～(342)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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（連続携帯式腹膜灌流）（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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

⑧経管栄養カテーテル交換法
〔(343)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(344)～(368)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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」、「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。

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。

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）
〔(369)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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」、「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。

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）
〔(370)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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」、「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。

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
〔(371)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

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）
〔(372)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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）
〔(373)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

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）
〔(374)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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（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。

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）
〔(375)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(376)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(377)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(378)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(379)欄〕

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

報告様式2（病院・有床診療所共通） 確認・記入要領

③超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
〔(380)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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
〔(381)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

12. 医科歯科の連携 状況

①歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算）
〔(382)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の「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をご記入ください。

②周術期口腔機能管理後手術加算
〔(383)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の診療報酬点数表「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。

③周術期口腔機能管理料（Ⅱ）
〔(384)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の歯科診療報酬点数表「B000-7 周術期口腔機能管理料（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。

④周術期口腔機能管理料（Ⅲ）
〔(385)欄〕 一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28年7月審査分の歯科診療報酬点数表「B000-8 周術期口腔機能管理料（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。

【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

◎個別の手術の実施状況
 [「病棟票」3.
 「① 手術 総数」
 (149) 欄の内訳]

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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.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の実施状況
 [「病棟票」3.
 「② 全身麻酔の手術 総数」(150)
 欄の内訳]

一般病床・療養病床における平成28年6月診療分であって平成28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。

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	0 0 0	-	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	0 0 0	-	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	1 4 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（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、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
- ・内訳の記入欄がある項目の合計欄において、内訳となる細目にエラーがあることによるエラー
- ・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

《病棟票における報告エラー》

（報告エラーの種類）

- ・同一病棟で算定することができない入院基本料・特定入院料が混在しているエラー
- ・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
- ・病院において、報告様式2の病棟コードが報告様式1の病棟票で報告した病棟コードと一致しないエラー（報告様式2の基本票においてチェック項目にチェックが記入されている場合を除く）
- ・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