

2024 年6月4日時点

2023 年7月6日時点からの変更は赤字

2024 年3月 29 日時点からの変更は青字

2024 年度
「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療
の影響評価に係る調査」
実施説明資料

2024 年6月4日

目 次

2023年度からの主な変更点	5
2024年度調査データの取扱いについて	6
I 調査概要	8
I-1. 調査の流れ	8
I-2. 提出する様式ファイルの概要	10
1. 外来様式1	11
2. 外来様式3	11
3. 外来EF統合ファイル	11
4. 外来Kファイル	11
I-3. 提出用ファイル作成と提出方法及び、提出スケジュール	12
1. 提出用ファイル作成	12
2. 提出方法	12
3. 提出スケジュール	12
I-4. 調査に関する連絡について	13
1. 事務局から医療機関への連絡	13
2. 連絡担当者、医療機関名、住所の変更	13
I-5. 調査に関する問い合わせについて	13
II 各様式ファイル作成要領	14
II-1. 外来様式1（患者属性や病態等の情報）	14
1. 調査対象範囲	14
2. 様式ファイル作成方法	15
3. 項目の入力要領	17
II-2. 外来様式3	64
1. 調査対象範囲	64
2. 様式ファイル作成方法	64
3. 収集する項目	64
II-3. 外来EF統合ファイル	66
1. 調査対象範囲	66
2. 様式ファイル作成方法	66
3. 項目の入力要領	67
II-4. 外来Kファイル	67
1. 調査対象範囲	67
2. 様式ファイル作成方法	67
3. 項目の入力要領	68
II-5. 各様式ファイル作成時の留意事項	69
III 提出方法	70
III-1. オンラインによる提出	70
1. オンライン提出の利用開始について	70
2. オンラインによる提出時の留意事項	70
III-2. 配送による提出	70
1. 配送方法要件	71
2. 提出媒体要件	72
3. 配送による提出時の留意事項	72
III-3. 提出用ファイルの取扱いに関する留意事項	72
III-4. 配送による提出先	73
IV 関係資料	74

略語

略語	略語内容
本調査	外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査
本資料	調査実施説明資料
事務局	外来医療等調査事務局

用語解説

用語	解説
施設コード	都道府県番号（2桁）+医療機関コード（7桁）で構成された9桁のコードを指す。
データ識別番号	0~9の10桁の数字で構成された、1患者を表す匿名化したIDを指す。
ICD-10	「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICD」と略）」とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。 統計法（平成19年法律第53号。第28条第1項の規定に基づき、法第2条第9項に規定する統計基準として、ICDに準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」を告示している。 ICD-10の選択には「疾病、傷病及び死因統計分類提要、ICD-10（2013年版）準拠」を使用して入力すること。 例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎（B18.2） → B182 （小数点以下まで入力し小数点は入力しない） なお、ICD10については以下のホームページも参照すること。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeii/
傷病名	本調査では傷病名の入力を求める箇所がある。 本資料で記載する傷病名とは特筆しない限り、医師が診断した傷病名を指す。
調査対象年度	4月から翌年3月までを1単位とした期間。単位は、データ提出開始時に事務局から連絡する。

变更履歴

更新日付	変更内容
2024年3月29日	初版
2024年6月4日	第2版

2023 年度からの主な変更点

変更箇所	内容		参照箇所
	旧（2023 年度）	新（2024 年度）	
調査データの取扱いについて	—	—	6、7 ページ
配送による提出期限	オンライン提出期限の翌日	オンライン提出期限の前日	12 ページ
調査対象 加算	共通	A245 データ提出加算との併算定不可	A245 データ提出加算との併算定可
	外来データ 提出加算	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料（I）（II）
	在宅データ 提出加算	新設	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもので、5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100 回を超える場合は、次年の1月までに在宅データ提出加算の届出を行うこと。
外来様式 1	在宅データ 提出加算	新設	訪問診療開始前の往診日または外来受診日（HPRE001） 24 ページ 44 ページ
		訪問診療の状況（HCVMT01） 新設	訪問診療の状況（HCVMT01） ペイロード番号 3 単一建物 診療患者数 24 ページ 45 ページ
	リハビリテーションデータ 提出加算	リハビリテーションを提供した職種（RSW0001）	削除
		新設	訓練内容（RTC0001） 27 ページ 63 ページ
外来様式 3	在宅療養支援診療所、 在宅療養支援病院の届出状況	届出状況について届出ありであれば“1”なしであれば“0”を選択する。	届出状況について届出ありであれば“1”なしであれば“0”を選択する。※届出があり、5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100 回を超える場合は“2”を選択する。 64 ページ

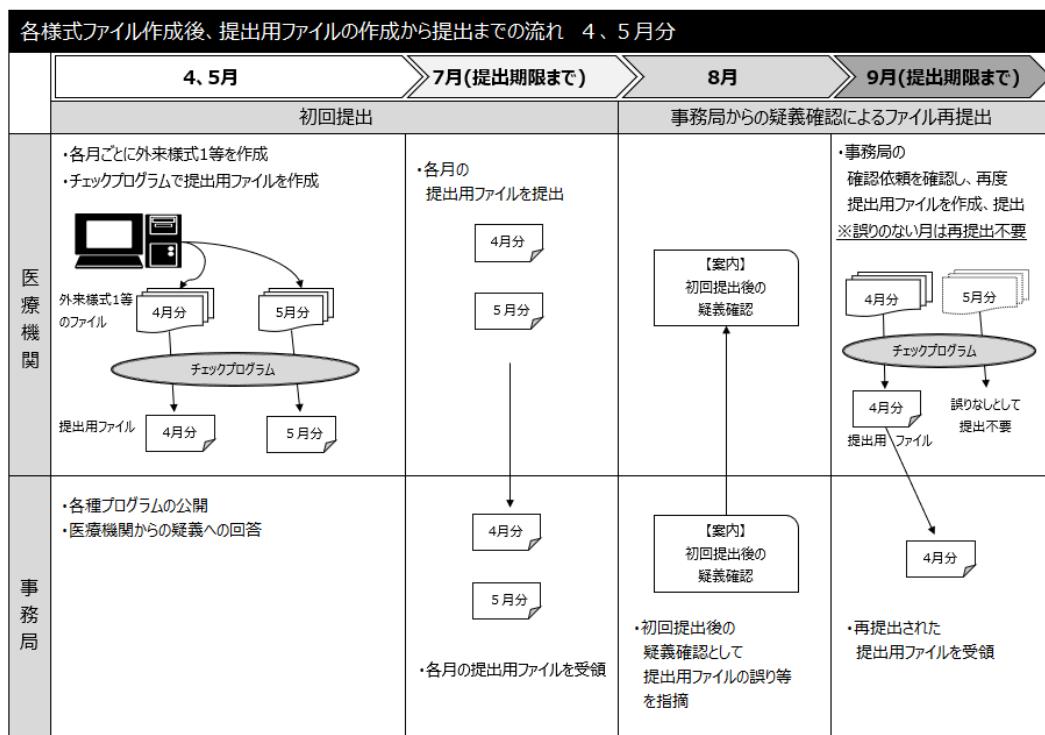
2024 年度調査データの取扱いについて

2024 年度診療報酬改定は 2024 年 6 月 1 日施行となる。

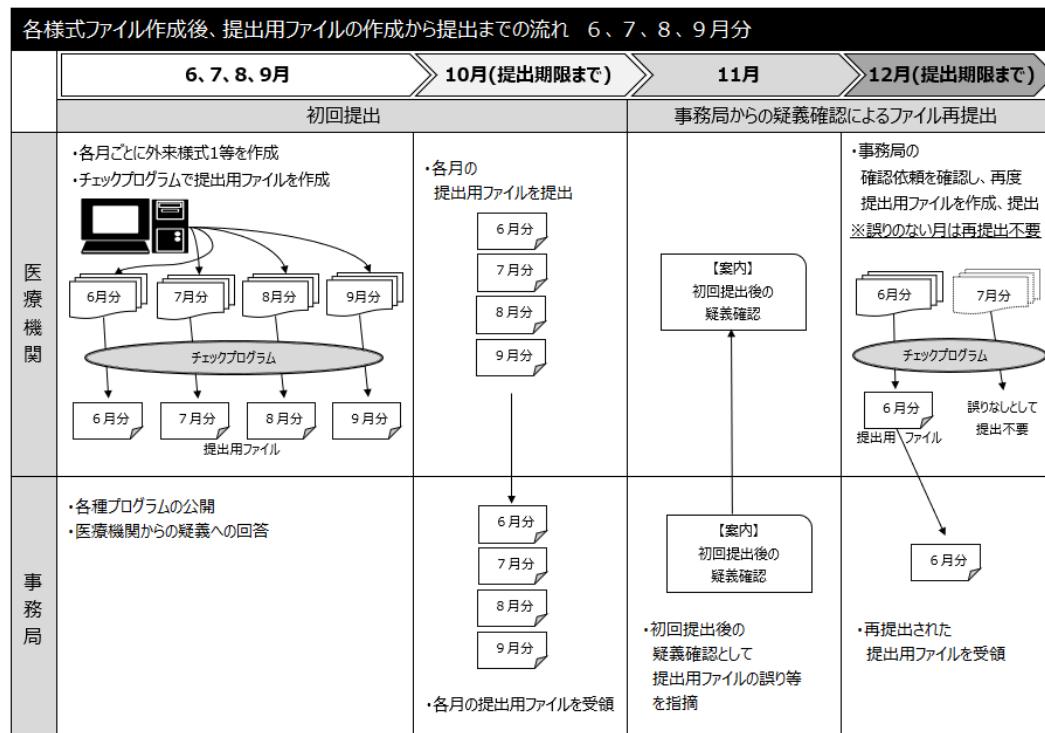
2024 年 4 月、5 月の調査データについては、2023 年度調査実施説明資料に基づいて作成し、2024 年 6 月以降から 2024 年度調査実施説明資料に基づき作成することとする。

※提出スケジュールは、「I-3 提出スケジュール」の項を参照。

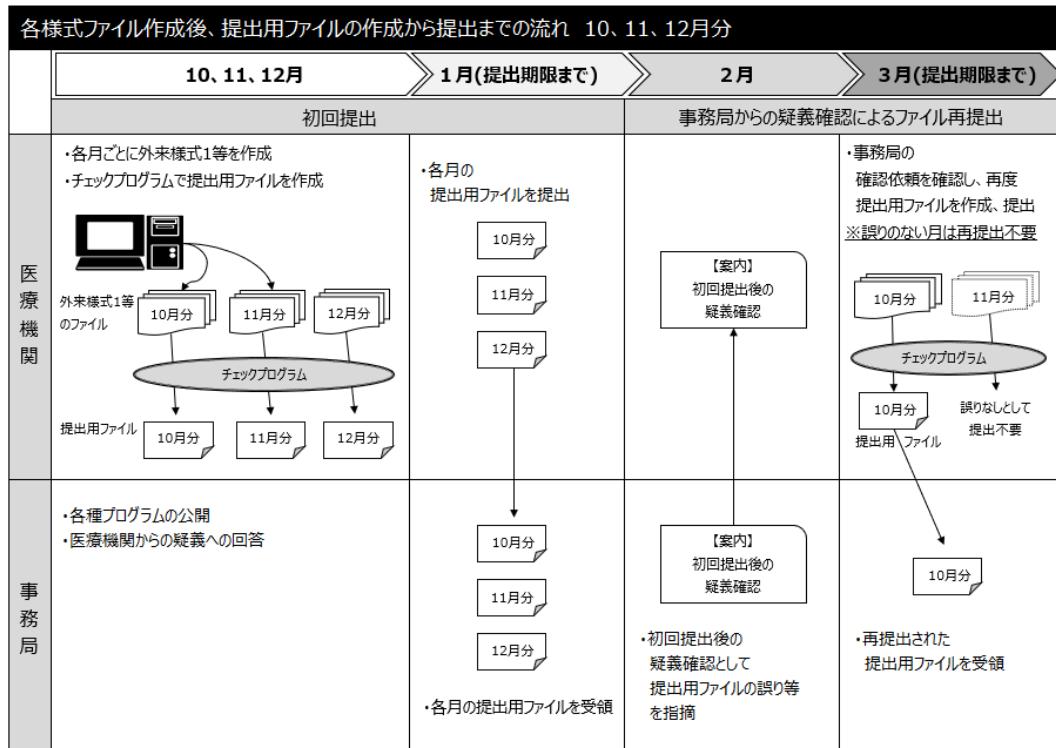
■2024 年 4 月、5 月分は、2023 年度調査実施説明資料に基づいて作成し 7 月に提出



■2024 年 6 月から 9 月分は、2024 年度調査実施説明資料に基づいて作成し 10 月に提出



■2024年10月から12月分は、2024年度調査実施説明資料に基づいて作成し2025年1月に提出



※2025年1月から3月分も同様の取扱いとする。

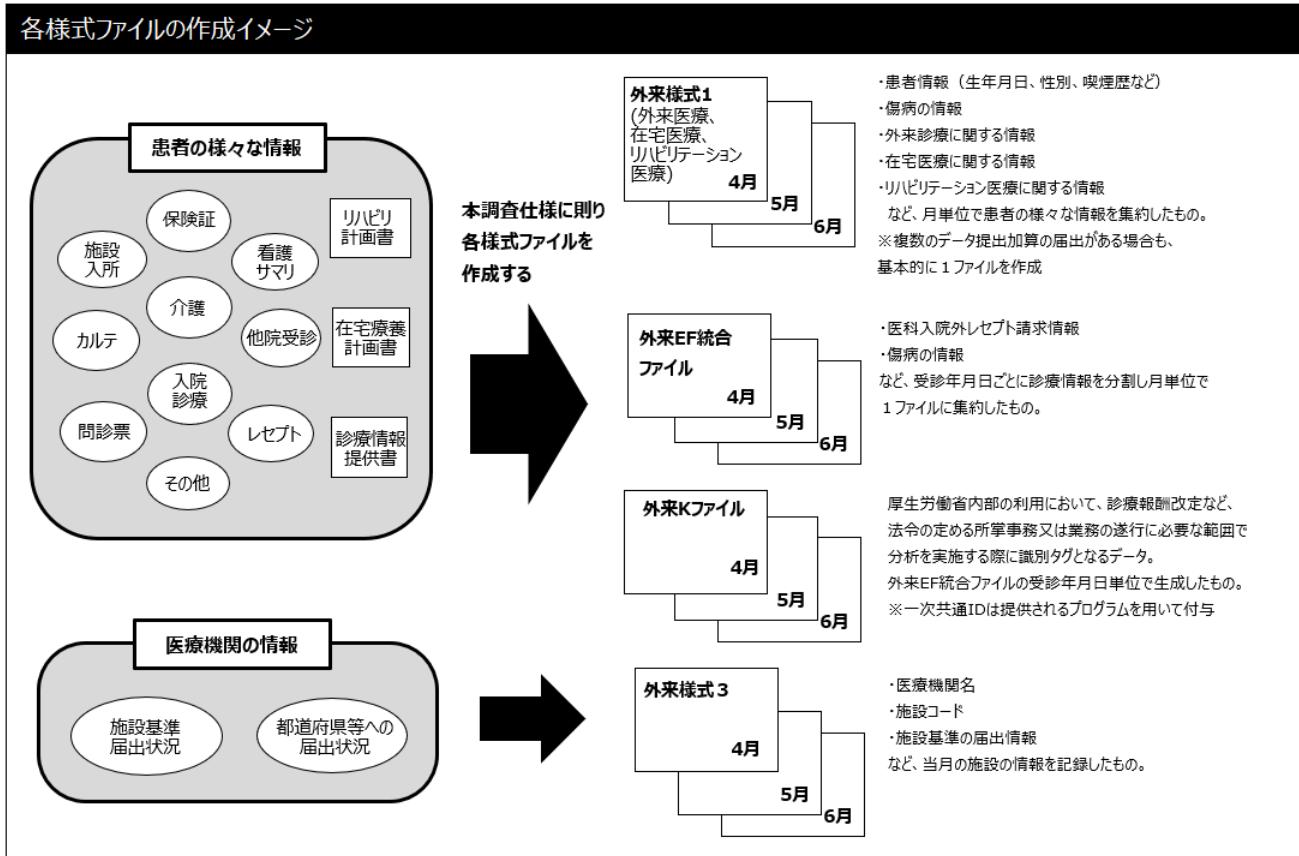
I 調査概要

本資料は、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価のために必要なデータを収集することを目的とした「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「本調査」という。）に参加する医療機関に向けた調査実施説明資料である。

なお、区分番号「B001-3」生活習慣病管理料（I）の注4、区分番号「B001-3-3」生活習慣病管理料（II）の注4に規定する外来データ提出加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料の注13、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の注7及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料の注7に規定する在宅データ提出加算並びに区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の注6、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の注8、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の注8、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の注8及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料の注6に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準においては、「外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること」が求められている。本資料で定めている期日までに事務局宛てに提出されていない場合や、提出されたデータが定められた提出データと異なる内容であった場合は、データ提出遅延等となり当該月の翌々月以降において当該加算が算定できること及び各調査年度において3回の遅延が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないとして翌月から算定できないことに留意が必要である。

I-1. 調査の流れ

各様式ファイルの作成イメージ

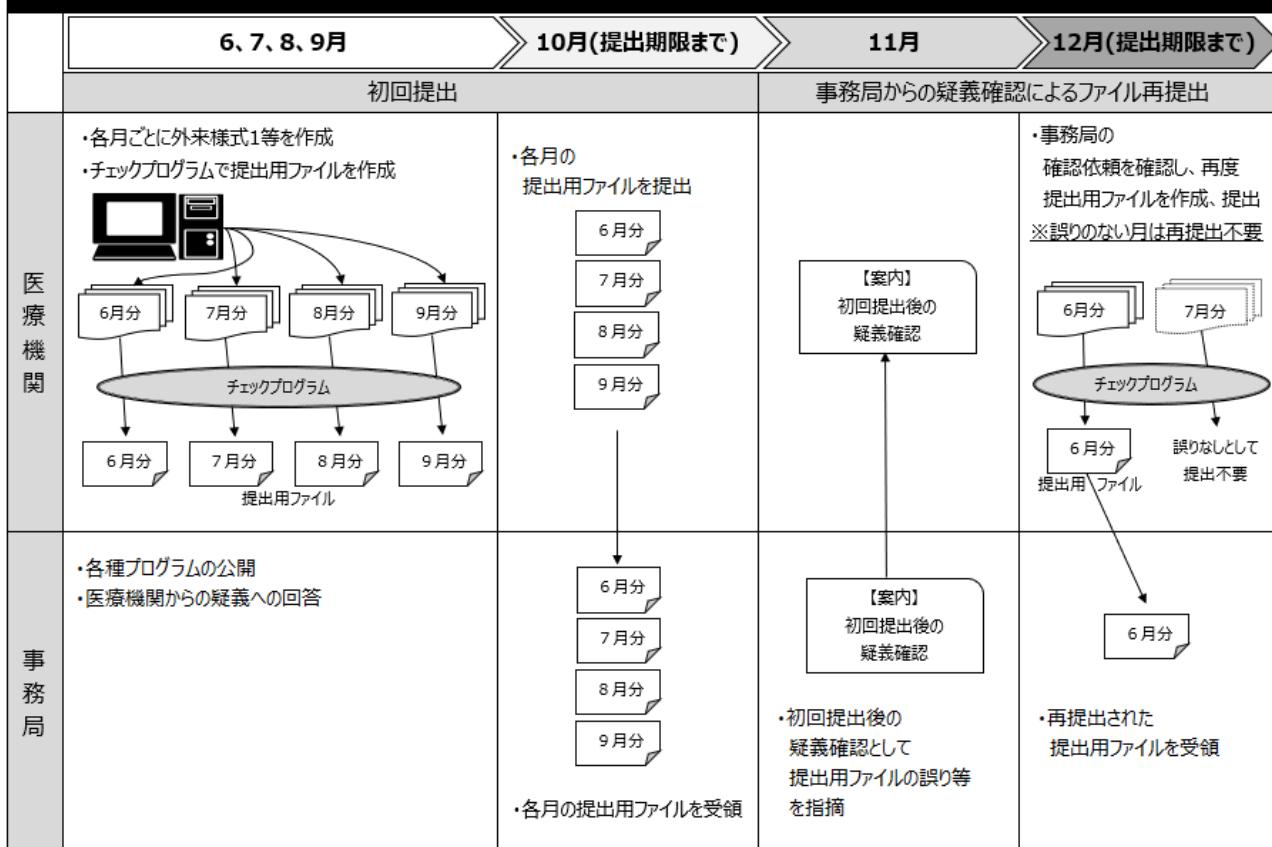


■各様式ファイル作成

調査に参加する医療機関は、日々の診療内容、患者情報などを記録し、それらの情報を用いて調査仕様に則ったデータ提出対象となる様式ファイルを作成する。

患者情報、レセプト情報、医療機関情報などの調査する情報の種類によっていくつかの様式ファイルに分かれると、各様式ファイルは月ごとに1つ作成するものである。

各様式ファイル作成後、提出用ファイルの作成から提出までの流れ 6、7、8、9月分



【初回提出】

■ チェックプログラムによる各様式ファイルのデータチェック実施と提出用ファイル作成

医療機関は、チェックプログラムを使用して各様式ファイルのデータ整合性等のチェックを実施する。

提出用ファイルは、チェックプログラムにてエラーが無い場合に1か月に1ファイル自動作成される。チェックプログラムは、事務局より後日配布する。

■ 事務局へのファイル提出

チェックプログラムを使用して作成した提出用ファイルは1か月分1ファイルを提出月分纏めて、本資料に記載の提出方法と提出スケジュールに則って事務局に提出する。※本年度の提出月については5、6ページ「調査データの取扱いについて」を参照。

【事務局からの疑義確認によるファイル再提出】

■ 事務局からの疑義確認

医療機関から提出されたデータは事務局で確認し、疑義のあるものは医療機関へ確認依頼をする。確認依頼を受けた医療機関においては、院内の各様式ファイルを確認し、誤りが認められたものについては修正する。修正した各様式ファイルを用いて再度チェックプログラムを使用して提出用ファイルを作成する。

なお、事務局から疑義確認をする際は、医療機関は院内の各様式ファイルを確認・修正して提出用ファイルの作成をするため、事務局から調査期間終了の連絡があるまでは、必ず各様式ファイルとその元となるデータを院内で保管すること。

■ 事務局へのファイル再提出

チェックプログラムを使用して再作成した提出用ファイルは、本資料に記載の提出方法と提出スケジュールに則って事務局に再度提出する。

I-2. 提出する様式ファイルの概要

【本調査で提出する様式ファイル一覧】

内容	様式の名称
患者別匿名化情報 診療報酬請求情報	患者属性や病態等の情報 外来様式 1
	入院外診療患者の医科点数表に基づく出来高レセプト情報 外来 EF 統合ファイル
医療機関情報（病床数、入院基本料、算定状況等）	外来様式 3
3情報（※）を基に生成した共通 IDに関する情報 ※生年月日、カナ氏名、性別	外来 K ファイル

- 各様式ファイルは1か月に1ファイルを作成し^{*1}、本資料に記載の提出方法と提出スケジュールに則って提出する。
- 各様式ファイルの調査対象範囲やファイルの作成方法については、「II各様式ファイル作成要領」を参照すること。
- 患者別の情報については、匿名化を行った上で提出すること。ただし、様式ファイルについてはデータの品質管理上、疑義照会を行う必要があるため、連結可能匿名化（医療機関内において、匿名化情報と実データとの対応表を管理し、カルテなどの原資料が確認出来る方法）を実施する必要がある。また、提出用ファイルのデータについては、1患者=1匿名IDの形をとるものとし、1患者に複数の匿名IDを振ることのないように留意すること。

※1 外来データ提出加算、在宅データ提出加算又はリハビリテーションデータ提出加算のいずれか2つ以上に届出を行っている場合でも、1医療機関につき、各様式ファイルを1ファイルずつ作成すること。

- 事務局から、以下のプログラムを後日配布するため、2024年6月分以降のファイル作成に使用すること。

配布予定プログラム	リリース予定時期	利用について
外来様式 1 入力支援プログラム		任意
外来 EF ファイル統合プログラム		任意
外来 K ファイル生成プログラム		必須
チェックプログラム		必須

※2024年4月、5月分は、2023年度調査実施説明資料に基づいて作成するため、2023年度のプログラムを利用する。

1. 外来様式 1

外来患者の生年月日や性別などの患者属性や傷病名、患者の状態等の収集を目的としたサマリデータを記入する様式ファイル。

提出する外来様式 1 ファイルは、後日配布予定の入力支援のプログラムを利用して作成することが可能であるので必要に応じて利用すること。

2. 外来様式 3

医療機関の施設基準の届出状況を収集することを目的としたサマリデータを記入する様式ファイル。

事務局から配布するプログラムを利用して入力すること。

3. 外来 EF 統合ファイル

患者のレセプトに即した診療情報を収集することを目的としたデータを記入する様式ファイル。

診療明細情報（E ファイル）と行為明細情報（F ファイル）を統合したもの。

E ファイルとは、レセプトの最小の請求単位で、これを全て積み上げると 1 か月分のレセプト請求点数となるもの。

F ファイルとは、E ファイルの請求単位を個々の診療行為に分解したもの。

例えば、D007 の 1～8 の血液化学検査を 10 項目レセプトで請求した時、「10 項目 106 点」と記録されるものが E ファイル。「B I L／総 11 点」、「グルコース 11 点」、「リン脂質 15 点」……と 10 項目別々に記録されるものが F ファイルとなる。

提出する外来 EF 統合ファイルは、後日配布予定の EF ファイル統合プログラムを利用して E ファイルと F ファイルを元に作成することが可能であるので必要に応じて利用すること。

4. 外来 K ファイル

厚生労働省内部の利用において、診療報酬改定など、法令の定める所掌事務又は業務の遂行に必要な範囲で分析を実施する際に識別タグとなるデータである。

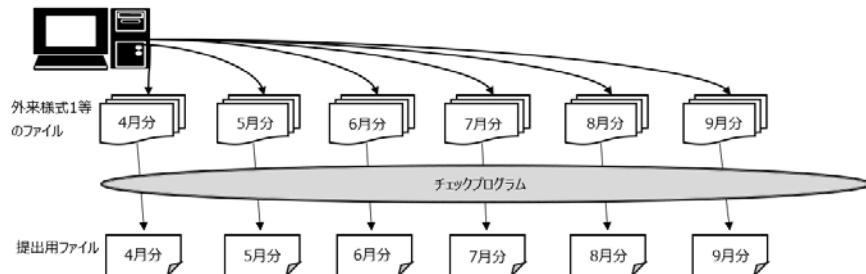
外来 K ファイルは、後日配布予定のプログラムを必ず利用して作成すること。

I-3. 提出用ファイル作成と提出方法及び、提出スケジュール

1. 提出用ファイル作成

提出用ファイルは、医療機関が作成した各様式ファイルの1か月分を、1ファイルにまとめて暗号化したファイルである。チェックプログラムを使用して、各様式ファイルのデータ整合性等のチェックを実施した際、エラーが無ければ自動作成される。

チェックプログラムと使用方法等については事務局のホームページを確認すること。



2. 提出方法

オンラインでの提出を原則とするが、オンライン提出の環境が整っていない場合には配送による提出も可能とする。具体的な提出方法については、「III 提出方法」を参照のこと。

3. 提出スケジュール

(1) 初回提出

各調査対象月の提出用ファイルの提出期限は次のとおりである。

提出対象範囲	オンラインによる提出期限
2024年4、5月の各月の初回提出	2024年7月18日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2024年7月17日（水）
2024年6、7、8、9月の各月の初回提出	2024年10月17日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2024年10月16日（水）
2024年10、11、12月の各月の初回提出	2025年1月16日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2025年1月15日（水）
2025年1、2、3月の各月の初回提出	2025年4月17日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2025年4月16日（水）

(2) 事務局からの疑義確認によるファイル再提出

初回提出後、事務局から疑義確認を受けた各様式ファイルのデータについては、修正を行い再作成する。再作成した提出用ファイルの提出期限は次のとおりである。

提出対象範囲	オンラインによる提出期限
第1回 ：2024年5月分までの疑義確認に基づく再提出	2024年9月19日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2024年9月18日（水）
第2回 ：2024年9月分までの疑義確認に基づく再提出	2024年12月19日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2024年12月18日（水）
第3回 ：2024年12月分までの疑義確認に基づく再提出	2025年3月21日（金）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2025年3月20日（木）
第4回 ：2025年3月分までの疑義確認に基づく再提出	2025年6月19日（木）12時00分00秒まで ※配送による提出期限：2025年6月18日（水）

※医療機関より提出された提出用ファイルのデータに対する疑義確認は、再提出期限の3週間前を目途に事務局から連絡する。

I-4. 調査に関する連絡について

1. 事務局から医療機関への連絡

事務局から医療機関への調査に関する連絡は、医療機関の連絡担当者宛てに、原則メールにて行う。

連絡担当者には本調査の実務担当者を登録すること。なお、変更がなければ様式7の10に記載した担当者とする。

医療機関の連絡担当者においては、定期的にメールのチェックを行うこと。

施設基準通知においても本調査に適切に参加できる体制を有することが求められていることに留意すること。

2. 連絡担当者、医療機関名、住所の変更

変更がある場合は、速やかに下記連絡先にメールにて連絡すること。

Email support@gairai.jp 外来医療等調査事務局

I-5. 調査に関する問い合わせについて

- ・本調査に関する質問がある場合は、下記連絡先にメールで問い合わせること。本資料を参照しても分からぬ場合のみ質問すること。
- ・事務局は、あくまで本調査に対する質問にのみ回答可能である。診療報酬に係る疑義等については地方厚生（支）局へ問い合わせること。
- ・メールには医療機関名、担当者名を必ず記載し（無記名の場合、回答しない）、質問内容はできるだけ詳細に書くこと。
- ・16時30分までの質問に関しては、原則当日中に回答を行う（土日、祝日及び年末年始を除く）。

Email support@gairai.jp 外来医療等調査事務局

※電話による問い合わせは受け付けていない。

II 各様式ファイル作成要領

II-1. 外来様式1（患者属性や病態等の情報）

1. 調査対象範囲

■共通

外来データ提出加算、在宅データ提出加算、リハビリテーションデータ提出加算のいずれかを届け出ている医療機関においては、各調査対象期間中に1日でも医科保険で診療を行った患者について作成する。

（対象となる患者）

データ提出加算算定開始月の属する四半期から2025年3月31日の間に受診をした患者

（対象外となる患者）

医科のレセプトを使用しない自費診療のみ又は医科以外の他保険のみの患者

■外来データ提出加算を届け出ている医療機関

（対象となる患者）

生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）を主病とする患者^{※1}

※1 医科保険外を含む患者の場合は、医科請求したレセプトの患者情報のみ作成する。

Q&A

Q：外来医療（生活習慣病）に係る調査の対象となる患者において、仮に当該月に5回受診していて、そのうち3回が生活習慣病に関わる受診だった場合、当該月で作成が必要なのは5受診分か、それとも3受診分か。

A：5受診分である。

■在宅データ提出加算を届け出ている医療機関

（対象となる患者）

訪問診療を行っている患者^{※2}

※2 医科保険外を含む患者の場合は、医科請求したレセプトの患者情報のみ作成する。

■リハビリテーションデータ提出加算を届け出ている医療機関

（対象となる患者）

以下のリハビリテーション料に係る行為を**外来診療**で1単位（20分）以上実施した患者^{※3}

併算定不可等、当該リハビリテーション料が算定できない場合においても実施した場合には作成が必要となる。

区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料

区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料

区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料

区分番号「H002」運動器リハビリテーション料

区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料

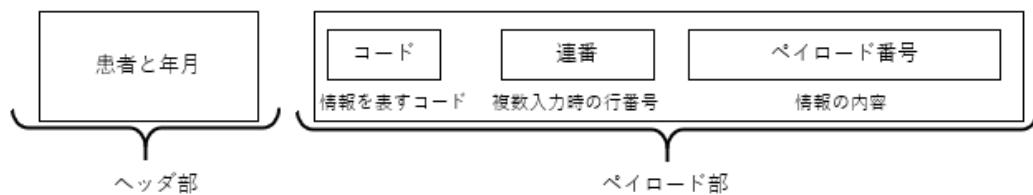
※3 医科保険外を含む患者の場合は、医科請求したレセプトの患者情報のみ作成する。

2. 様式ファイル作成方法

(1) ファイル構成

外来様式1ファイルは、レセプト、カルテ、医事コンピュータの情報をベースに、「ヘッダ部」と「ペイロード部」の組み合わせでデータを作成する。

1行の構成は、下図のような構成となる。



ヘッダ部とペイロード部に入力するデータの内容は以下のとおり。

ペイロード部に入力するコード、連番、ペイロード番号については次の項を確認すること。

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

1. ヘッダ部	<input type="radio"/>	(1) 施設コード	都道府県番号（2桁）+医療機関コード（7桁） 例 011234567 ※前ゼロ必須
	<input type="radio"/>	(2) データ識別番号	0~9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	<input type="radio"/>	(3) 受診年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 4 月→202404

2. ペイロード部	<input type="radio"/>	(1) コード	ペイロード部の情報種別（ペイロード種別）を表すコードを入力する。（次表「ペイロード項目一覧」 - 「コード」参照）
	<input type="radio"/>	(2) 連番	連番が規定されている場合は、レコード順に“1”から入力する。連番が規定されていない場合は“0”を入力する。
	<input type="radio"/>	(3) ペイロード番号 1	(1) コードで規定された内容をそれぞれ入力する。（18~26 ページの表「ペイロード項目一覧」 - 「内容」欄参照）「ペイロード 1」には「ペイロード項目一覧」 - 「ペイロード番号」が 1 の内容を、「ペイロード 2」には「ペイロード項目一覧」 - 「ペイロード番号」が 2 の内容を入力する。以下同様。
	<input type="radio"/>	(4) ペイロード番号 2	内容が規定されてない場合や情報がない場合は、空欄（Null）とする。
	<input type="radio"/>	(5) ペイロード番号 3	
	<input type="radio"/>	(6) ペイロード番号 4	
	<input type="radio"/>	(7) ペイロード番号 5	
	<input type="radio"/>	(8) ペイロード番号 6	
	<input type="radio"/>	(9) ペイロード番号 7	
	<input type="radio"/>	(10) ペイロード番号 8	
	<input type="radio"/>	(11) ペイロード番号 9	

●ヘッダ部

ヘッダ部は、「そのデータは誰の何月分のデータなのか」を識別するためのタグのようなものであり、医療機関、データ識別番号、受診年月を入力し、行の先頭につける。

●ペイロード部

ペイロード部には、ヘッダ部で入力した患者の受診年月の状況をコードごとにペイロード番号を利用して入力していく。

●ファイルイメージ

ヘッダ部は、全てのペイロード部の行の先頭に付けるため、出来上がる1患者1受診年月あたりの外来様式1ファイルのイメージは以下のようになる。

施設コード	データ識別番号	受診年月	コード	番番	ペイロード1	ペイロード2	ペイロード3	ペイロード4	ペイロード5	ペイロード6	ペイロード7	ペイロード8	ペイロード9
999999999	0000000200	202308	OPF0001	0	19700501	1		1008916					
999999999	0000000200	202308	OPF0001	0	185		67.2						
999999999	0000000200	202308	OPFS001	0	1		5		10				
999999999	0000000200	202308	CD00001	0	5		1						
999999999	0000000200	202308	CD00001	1		1500		4280005					
999999999	0000000200	202308	CD00001	2	0		1120		8883407	8002			
999999999	0000000200	202308	CD00001	3	1		6300		8842548				
999999999	0000000200	202308	CD00001	4	1		5720		6210002				

ヘッダ部

ペイロード部

※イメージデータは、2023年度調査仕様による

●様式ファイルの形式

作成する外来様式1ファイルは、以下の形式で作成する。

ファイル形式	タブ区切りテキスト形式(txt)
文字コード	S-JIS
改行コード	CRLF

タブ区切りテキスト形式とは、タブで区切ったテキストの方式である。

タブとは下記図で示すとおり、項目と項目の間を区切っている大きなスペースのことである。

タブはキーボードの「Tab」キーで入力できるほか、様式1の入力を支援するソフト等でテキストファイルごと自動生成も可能となる。

施設コード	データ識別番号	受診年月
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308
999999999	0000000200	202308

タブ

3. 項目の入力要領

(1) ペイロード項目の表の見方

・「レコード」について

レコードは行を指す。

・「レコード必須条件等有」欄及び「項目必須条件等有」欄

この欄に○があるコードは必須入力である。

△印のついた、条件付きの項目については欄外の記載を確認すること。

・「ペイロード番号1」から「ペイロード番号9」の全ての項目が空欄（Null）になる場合

そのコードのレコードは作成しない。

コード	ペイロード	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
CD00001	傷病情報	○	○	1	○	自院管理の有無	0無 1有
				2	※ B	ICD10コード	傷病に対するICD10
				3	※ B	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				4	▲	診断語コード	レセプト電算処理用の診断語コード
				9	○	傷病名	傷病の名称

施設コード	データ識別番号	受診年月	コード	連番	ペイロード1	ペイロード2	ペイロード3	ペイロード4	ペイロード5	ペイロード6	ペイロード7	ペイロード8	ペイロード9	
999999999	0000000200	202308	CD00001	1	1	1500	4280005							慢性うつ血性心不全
999999999	0000000200	202308	CD00001	4	1	S7290	8210002							右大腿骨骨折

ヘッダ部

ペイロード部

例えば、「データ識別番号：0000000200 の症例、受診月が 2024 年 8 月」の症例について、「CD00001 傷病情報」を入力する場合、ヘッダの「施設コード」、「データ識別番号」、「受診年月」の後ろにコードを入力し、ペイロード番号の順番で、「自院管理の有無」、「ICD10 コード」・・・と「内容欄」で定められた入力形式で入力していく。傷病情報は「連番」の欄に○があるので、傷病が複数ある患者の場合は、1 行目には「1」、2 行目には「2」、と複数の行を設けて入力する。これらの各項目の間には、上述したとおり、タブを入力する。

・ペイロード項目のカテゴリ

ペイロードコードには大きく「共通」、「生活習慣病」、「在宅」、「リハビリテーション」の4つのカテゴリに分かれている。「共通」のカテゴリについては、外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算に共通する基本情報として、該当月（データ提出の対象となる患者が受診した月）に1患者につき1つ作成する。1人の患者が外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算のいずれか2以上の調査の対象として該当する場合も、該当月に1患者につき1つ作成する。例えば CPP0001 患者属性のコード等が該当する。作成対象のうち、作成が任意となるペイロードがあるため、【ペイロード項目】のレコード必須条件等有を参考に作成する。

「共通」以外のカテゴリについては、外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算それぞれの個別の情報として、該当月（データ提出の対象となる患者が受診した月）において1患者につき1つ作成する。例えば外来データ提出加算の対象となる外来診療が行われた患者であれば、コードの上1桁が「L」である、LR00001 外来受診情報のコード等が該当する。作成対象のうち、作成が任意となるペイロードがあるため、【ペイロード項目】のレコード必須条件等有を参考に作成する。

コードの上1桁	カテゴリ名	作成対象となるデータ提出加算
C	共通	基本情報として、全てのデータ提出加算
L	生活習慣病	外来データ提出加算
H	在宅	在宅データ提出加算
R	リハビリテーション	リハビリテーションデータ提出加算

(2) ペイロード項目一覧

共通												
	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）				
患者情報	CPP0001	属性	○	-	1	○	生年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 1970 年 5 月 1 日→19700501				
					2	○	性別	1. 男 2. 女				
					3	○	患者住所地域の郵便番号	0~9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須				
	CPF0001	身長・体重	○	-	1	○	身長	センチメートル単位入力 例 156				
					2	○	体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5、 53.0				
	CPFS001	喫煙歴	○	-	1	○	喫煙区分	0. 無 1. 過去に有り 2. 有				
介護情報					2	※ A	1 日の喫煙本数	本数を入力。				
					3	※ A	喫煙年数	年数を入力。				
CN00001	介護情報	※ 1	-	1	○	高齢者情報	0. 無 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M					
				傷病情報					2	○	要介護度	0. 無 1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5 8. 申請中 9. 不明
CD00001	診断情報/傷病	○	○	1	○	自院管理の有無	0. 無 1. 有					
									2	※ B	ICD10 コード	傷病に対する ICD10
									3	※ B	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
									4	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
									9	○	傷病名	傷病の名称

○：必須 ▲：ある場合必須

※ 1 : 65 歳以上の患者、又は 40 歳以上の介護保険が適用されている患者の場合は入力する。

※ A : CPFS001 喫煙歴 【ペイロード番号 1】 「喫煙区分」が「1. 過去に有り」「2. 有」のいずれかに該当する場合のみ入力する。

※ B : CD00001 診断情報/傷病 【ペイロード番号 1】 自院管理の有無が「1. 有」の場合に入力する。

共通								
	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
入院の状況	CH00001	入院の状況	○	-	1	○	入院の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
					2	※C	ICD10 コード	傷病に対する ICD10
					3	※C	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					4	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	※C	傷病名	傷病の名称
終診情報	CDF0001	終診情報	▲	-	1	○	当月中の終診情報	入力要領を参照
					2	○	終診年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日 → 20240601
					3	※D	ICD10 コード	傷病に対する ICD10
					4	※D	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					5	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	※D	傷病名	傷病の名称

○：必須 ▲：ある場合必須

※C : CH00001 入院の状況 【ペイロード番号 1】入院の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※D : CDF0001 終診情報 【ペイロード番号 1】当月中の終診情報が「4. 死亡」の場合に入力する。

生活習慣病								
	コード	ペイロード 種別	レコード 必須条件 等有	連番	ペイ ロー ド番 号	項目 必須 条件 有	項目名	内容（入力様式等）
外来受診情報	LR00001	外来受診情報	○	○	1	○	受診年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
					2	○	初診/再診	1. 初診 2. 再診
					3	※E	他院による紹介の有無	0. 無 1. 有
					4	○	診療科コード	3 桁の診療科コード 例 内科→010
糖尿病	LMDM001	糖尿病の有無	○	-	1	○	糖尿病の有無	0. 無 1. 有（1型） 2. 有（2型） 3. 有（その他・不明） 9. 不明
					2	※F	自院管理の有無	0. 無 1. 有
	LMDM002	糖尿病の診断年月	※2	-	1	○	診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
	LMDM003	血糖コントロール・慢性合併症	※2	-	1	○	血糖コントロール	HbA1c(%) の値を記入
					2	○	慢性合併症：網膜症	0. 無 1. 単純網膜症 2. 増殖前網膜症 3. 増殖網膜症（治療後も含む） 9. 不明
					3	○	慢性合併症：腎症	0. 無 1. 有（①蛋白尿あり、②eGFR<30 のいずれかを満たすもの） 9. 不明
					4	○	慢性合併症：神経障害	0. 無 1. 有 9. 不明
高血圧症	LMHTN01	高血圧症の有無	○	-	1	○	高血圧症の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
					2	※G	自院管理の有無	0. 無 1. 有
	LMHTN02	高血圧症の診断年月	※3	-	1	○	診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
	LMHTN03	血圧	※3	-	1	○	血圧分類	入力要領を参照
					2	○	リスク層	入力要領を参照
					3	○	収縮期血圧	mmHg 単位入力
					4	○	拡張期血圧	mmHg 単位入力

○：必須 ▲：ある場合必須

※E : LR00001 外来受診情報 【ペイロード番号 2】初診/再診が「1. 初診」の場合に入力する。

※F : LMDM001 糖尿病の有無 【ペイロード番号 1】糖尿病の有無が「1. 有（1型）」「2. 有（2型）」「3. 有（その他・不明）」のいずれかに該当する場合に入力する。

※G : LMHTN01 高血圧症の有無 【ペイロード番号 1】高血圧症の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※2 : LMDM001 糖尿病の有無 【ペイロード番号 2】自院管理の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※3 : LMHTN01 高血圧症の有無 【ペイロード番号 2】自院管理の有無が「1. 有」の場合に入力する。

生活習慣病								
	コード	ペイロード 種別	レコード 必須条件 等有	連番	ペイ ロー ド番 号	項目 必須 条件 有	項目名	内容（入力様式等）

脂質異常症	LMDL001	脂質異常症の有無	○	-	1 2	○ ※H	脂質異常症の有無 自院管理の有無	0. 無 1. 有 9. 不明 0. 無 1. 有				
	LMDL002	脂質異常症の診断年月	※4	-	1	○	診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406				
	LMDL003	リスク分類・LDLコレステロール	※4	-	1	○	リスク分類	1. 低リスク 2. 中リスク 3. 高リスク 4. 冠動脈疾患の既往あり				
脳卒中					2	○	LDLコレステロール	mg/dL 単位入力				
LMHCA01	脳卒中の有無（初発）	○	-	1	○	脳卒中の有無（既往含む）	0. 無 1. 有 9. 不明					
				急性冠症候群					2	※I	脳卒中の初発の種類（既往含む）	1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. TIA（一過性脳虚血発作） 9. 不明
									3	※I	脳卒中の初発の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
LMHCA02	脳卒中（初発以外）	▲	○	1	○	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）	1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. TIA（一過性脳虚血発作） 9. 不明					
				急性冠症候群					2	※J	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
LMHACS1	急性冠症候群の有無（初発）	○	-	1	○	急性冠症候群の有無（既往含む）	0. 無 1. 有 9. 不明					
				2	※K	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	1. 心筋梗塞 2. 不安定狭心症 9. 不明					
				3	※K	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406					

○：必須 ▲：ある場合必須

※H : LMDL001 脂質異常症の有無 【ペイロード番号 1】脂質異常症の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※I : LMHCA01 脳卒中の有無（初発） 【ペイロード番号 1】脳卒中の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※J : LMHCA02 脳卒中（初発以外） 【ペイロード番号 1】脳卒中の初発以外の種類（既往含む）が「1. 脳梗塞」「2. 脳出血」「3. くも膜下出血」「4. TIA（一過性脳虚血発作）」のいずれかに該当する場合に入力する。

※K : LMHACS1 急性冠症候群の有無（初発） 【ペイロード番号 1】急性冠症候群の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※4 : LMDL001 脂質異常症の有無 【ペイロード番号 2】自院管理の有無が「1. 有」の場合に入力する。

生活習慣病

	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
--	-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

急性冠症候群	LMHACS2	急性冠症候群（初発以外）	▲	○	1	○	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）	1. 心筋梗塞 2. 不安定狭心症 9. 不明
					2	※L	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
心不全	LMHHF01	心不全の有無	○	-	1	○	心不全の有無	0. 無 1. 有（入院歴無し） 2. 有（入院歴有り） 3. 有（入院歴不明） 9. 不明
					2	※M	心不全の診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
急性大動脈解離	LMHAAD1	急性大動脈解離の有無（初発）	○	-	1	○	急性大動脈解離の有無（既往含む）	0. 無 1. 有 9. 不明
					2	※N	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
慢性腎臓病	LMHCKD1	慢性腎臓病の有無	▲	○	1	○	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
					2	※O	慢性腎臓病の診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
高尿酸血症	LMHH001	高尿酸血症の有無	○	-	1	○	高尿酸血症の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
					2	※P	高尿酸血症の診断年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
					3	※P	尿酸値	mg/dL 単位入力

○：必須 ▲：ある場合必須

※L : LMHACS2 急性冠症候群/初発以外情報 【ペイロード番号 1】急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）が「1. 心筋梗塞」「2. 不安定狭心症」のいずれかに該当する場合に入力する。

※M : LMHHF01 心不全【ペイロード番号 1】心不全の有無が「1. 有（入院歴無し）」「2. 有（入院歴有り）」のいずれかに該当する場合に入力する。

※N : LMHAAD1 急性大動脈解離【ペイロード番号 1】急性大動脈解離の有無（既往含む）が「1. 有」の場合に入力する。

※O : LMHCKD1 慢性腎臓病【ペイロード番号 1】慢性腎臓病の有無が「1. 有」の場合に入力する。

※P : LMHH001 高尿酸血症【ペイロード番号 1】高尿酸血症の有無が「1. 有」の場合に入力する。

在宅								
	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
療養情報	HR00001	療養情報	○	-	1	○	在宅療養を始めた年月	0~9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2024 年 6 月→202406
					2	○	療養を行っている場所	入力要領を参照
開始前情報	HPRE001	訪問診療開始前の往診または外来受診	▲	-	1	○	訪問診療開始前の往診日または外来受診日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
訪問の状況	HCVMT01	訪問診療の状況	○	○	1	○	訪問診療日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	主たる訪問診療を行う医療機関	1.自院 2.自院以外 3.その他 9.不明
					3	○	単一建物診療患者数	入力要領を参照
	HCVNS01	訪問看護の状況	▲	○	1	○	訪問看護日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	自院での実施の有無	0.無 1.有
救急受診の状況	HCVD001	訪問の主傷病	○	-	1	○	自院診断の有無	0.無 1.有
					2	※Q	ICD10 コード	訪問診療、訪問看護の当月の主病に対する ICD10
					3	※Q	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					4	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	○	傷病名	傷病名
救急受診の状況	HCEC001	救急受診の状況	▲	○	1	○	救急受診日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	受診先	1.自院 2.他院
					3	○	受診経路	1.救急搬送 2.その他の方法 9.不明
					4	○	転帰	1.入院（自院） 2.入院（他院） 3.帰宅 4.終了（死亡等） 9.その他

○：必須 ▲：ある場合必須

※Q : HCVD001 訪問の主傷病【ペイロード番号 1】自院診断の有無が「1. 有」の場合に入力する。

在宅								
	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）

入院の状況	HCH0001	入院の状況	▲	○	1	○	入院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					3	○	受診先	1. 自院 2. 他院
					4	※R	ICD10 コード	主傷病に対する ICD10
					5	※R	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					6	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	○	主病名	主病名
短期入所の状況	HCSA001	短期入所の状況	▲	○	1	○	入所年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	退所年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					3	○	短期入所利用サービス	入力要領を参照
往診の状況	HCHC001	往診の状況	▲	○	1	○	往診日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD
					2	○	主たる訪問診療を行う医療機関	1. 自院 2. 自院以外 3. その他 9. 不明
					3	※S	ICD10 コード	往診の契機となった傷病に対する ICD10
					4	※S	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					5	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	○	傷病名	傷病名

○：必須 ▲：ある場合必須

※R : HCH0001 入院の状況【ペイロード番号 3】受診先が「1. 自院」の場合に入力する。

※S : HCHC001 往診の状況【ペイロード番号 2】主たる訪問診療を行う医療機関が「1. 自院」の場合に入力する。

在宅								
	コード	ペイロード 種別	レコード 必須条件 等有	連番	ペイ ロー ド番 号	項目 必須 条件 有	項目名	内容（入力様式等）
患者の状態	HPS0001	患者の状態	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	患者の状態	入力要領を参照
	HPS0002	バーセルインデックス	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	バーセルインデックス	10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100
	HPS0003	排泄	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	排泄の状況	0.無 1.人工肛門
					2	<input type="radio"/>	プリストルスケール	入力要領を参照
	HPS0004	排尿	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	排尿の状況	0.無 1.留置カテーテル 2.人工膀胱
	HPS0005	褥瘡	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	褥瘡の状況	DESIGN-R分類に基づき入力
	HPS0006	低栄養	<input type="radio"/>	-	1	<input type="radio"/>	低栄養の有無	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					2	<input type="radio"/>	摂食・嚥下障害の有無	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					3	<input type="radio"/>	経管・経静脈栄養の状況	入力要領を参照
	HPCD001	がんの傷病	※5	-	1	<input type="radio"/>	自院診断の有無	0.無 1.有
					2	※T	ICD10コード	傷病に対するICD10
					3	※T	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					4	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	<input type="radio"/>	傷病名	傷病の名称
	HPCS001	がんのStaging分類	※6	-	1	<input type="radio"/>	ステージ分類	入力要領を参照
					2	<input type="radio"/>	UICC病期分類(T)	入力要領を参照
					3	<input type="radio"/>	UICC病期分類(N)	入力要領を参照
					4	<input type="radio"/>	UICC病期分類(M)	入力要領を参照
					5	<input type="radio"/>	UICC病期分類(版)	8.第8版
	HPCNRS1	がんのNRS	※6	-	1	<input type="radio"/>	NRS	該当する点数(0~10)を入力 不明の場合は99

※5 : HPS0001 患者の状態【ペイロード番号1】の1桁目が「1.末期の悪性腫瘍」の場合に入力する。

※T : HPCD001 がんの傷病【ペイロード番号1】自院診断の有無が「1.有」の場合に入力する。

※6 : HPS0001 患者の状態【ペイロード番号1】の1桁目が「1.末期の悪性腫瘍」の場合に入力する。

リハビリテーション								
	コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
外来受診情報	RR00001	外来受診情報報	○	○	1	○	受診年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
					2	○	初診の有無	1. 初診 0. 初診以外
					3	※U	他院による紹介の有無	0. 無 1. 有
					4	○	診療科コード	3 桁の診療科コード 例 内科→010
受診の状況	RCD0001	リハビリテーションが必要となった主病	○	○	1	○	開始年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
					2	○	リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
					3	※V	上限日数を迎えた年月日	上限日数を迎えた年月日を入力 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
					4	○	ICD10 コード	リハビリテーションが必要となった主病名に対する ICD10 コード
					5	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					6	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	○	傷病名	主病名
退院	RCD0004	入院加療を受けた場合の退院年月日	▲	-	1	○	退院年月日	入院加療を受けた場合のみ入力 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2024 年 6 月 1 日→20240601
患者の状態	RPADL01	ADL	○	-	1	○	バーセルインデックス	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入
					2	○	FIM	18 項目の評価視点について数字 18 桁で記入
訓練内容	RTC0001	訓練内容	○	-	1	○	訓練内容	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須

※U : RR00001 リハ外来情報【ペイロード番号 2】初診の有無が「1. 初診」の場合に入力する。

※V : RCD0001 リハビリテーションが必要となった主病 【ペイロード番号 3】標準的算定日数の上限を迎えた場合に入力する。

(3) ヘッダ項目の留意事項

●施設コード

診療報酬明細書に記載する都道府県番号と医療機関コードを併せて入力する。

施設コード = 都道府県番号（2桁）+ 医療機関コード（7桁）

Q&A

Q：調査年度中に医療機関コードが変更になる予定だが、それに伴い施設コードを変更するのか。

A：調査年度中は同一の施設コードとすること。変更があっても本年度調査開始当初のコードとする。

Q&A

Q：医療機関コードとは医科と歯科でコードが異なるが、医科のコードでよいのか。

A：そのとおり。

●データ識別番号

診療録等の検索が可能なデータ識別番号等を、“0”～“9”からなる10桁の値で入力する。桁数が不足する場合は、当該文字列の前に“0”を必ず加えること。データ識別番号はカルテ番号である必要はない。

例 番号が52531111の場合 → 0052531111

注 データの型を数値ではなく文字列として入力しないと、先頭の“00”が省略されて“52531111”となってしまい、エラーデータ（桁不足）として除外されるため、注意すること。

院内で利用する患者IDと連結可能な匿名化番号を使用することを必須とする。なお、全調査データを通じて“1患者=1データ識別番号”とする。

Q&A

Q：調査年度中に匿名化の方法を変更したいがよろしいか。

A：同一年度内は不可。調査年度中は1患者1番号に統一する。当月受診後、翌月に再度受診した場合なども、同じ番号とすること。

その際、外来EF統合ファイル及び外来Kファイルについても外来様式1と同一のデータ識別番号を用いること。

なお、年度を超えての変更は可能であるが、その場合は事務局に相談すること。

●受診年月

受診年月を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）の値（計6桁）を入力する。

例 受診年月が2024年6月 → 202406

(4) ペイロード項目【共通】の留意事項

●CPP0001 患者情報/属性

・ペイロード番号1 生年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 生年月日が1977年6月10日 → 19770610

Q&A

Q：患者の生年月日が不明の場合、どのように入力すればよいか。

A：部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、月日が分かっていても生年が不明の場合は「00000000」とする。

例：2012年のある日に推定年齢40歳の場合→「19710000」(MMDDを0000と入力する)

・ペイロード番号2 性別

男性は“1”を、女性は“2”を入力する。

・ペイロード番号3 患者住所地域の郵便番号

患者が受診した時点における患者住所（患者が普段生活している場所※）の郵便番号7桁を入力する。

※例えれば保険証の住所が新潟県であっても、普段生活の拠点としている住所が東京都であれば、東京都の住所に従った郵便番号を入力する。

なお、受診した時点での患者住所の郵便番号が不明な場合は、“0000000”を入力する。

例 郵便番号が〒100-8916 → 1008916

Q&A

Q：患者が海外在住の場合、どのように入力すればよいか。

A：患者の住所が海外の場合は「9999999」と入力する。

Q&A

Q：患者が月途中で引っ越しなどをして住所が変わった場合はどちらの郵便番号を入力するのか。

A：月末に一番近い受診日時点の郵便番号を入力する。

●CPF0001 患者情報/身長・体重

・ペイロード番号1 身長

当該月の身長をセンチメートル単位（小数点以下四捨五入）で入力する。当該月での値の把握が困難な場合は、当該月に一番近い日に計測した値を入力する。当該月に複数回計測した場合は、月末に一番近い受診日の値を入力する。

例 受診時の身長が156cmであった場合には“156”と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

・ペイロード番号2 体重

当該月の体重をキログラム単位で入力する（小数点第一位まで、それ以下は四捨五入）。当該月での値の把握が困難な場合は、当該月に一番近い日に計測した値を入力する。当該月に複数回計測した場合は、月末に一番近い受診日の値を入力する。

例 受診時の体重が52.5kgであった場合には“52.5”と入力する。

また、受診時の体重が53.0kgであった場合には“53.0”（小数点第一位0まで）と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

●CPFS001 患者情報/喫煙歴

・ペイロード番号1 喫煙区分

受診時の患者状況について、生涯非喫煙者（人生で一度も喫煙したことがない）の場合は「無し」の“0”を、過去に喫煙歴があるが現在は習慣的に喫煙していない場合は「過去に有り」の“1”を、習慣的に喫煙している場合は「有り」の“2”を入力する。

なお、紙タバコ以外の加熱式タバコの喫煙者も“1”又は“2”に該当する。

・ペイロード番号2 1日の喫煙本数

「ペイロード番号1 喫煙区分」が「過去に有り」の“1”又は、「有り」の“2”の場合は入力必須とする。

1日の喫煙本数を入力する。不明の場合は、“000”を入力する。

なお、紙タバコ以外の加熱式タバコを喫煙する場合の喫煙本数の算定は以下で換算して入力すること

- ・タバコ葉を含むスティックを直接加熱するタイプ…スティック1本を紙巻タバコ1本として換算
 - ・タバコ葉の入ったカプセルやポッドに気体を通過させるタイプ…1箱を紙巻タバコ20本として換算
- 入力に当たって参考資料が必要であれば、以下を参照すること。

(参考)一般社団法人 日本循環器学会 禁煙推進部会

「禁煙治療のための標準手順書 第8.1版」p.11-12

<https://www.j-circ-kinen.jp/attempt/runbook/>

・ペイロード番号3 喫煙年数

「ペイロード番号1 喫煙区分」が「過去に有り」の“1”又は、「有り」の“2”の場合は入力必須とする。

喫煙年数を入力する。不明の場合は、“000”を入力する。

●CN00001 介護情報

年齢が65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合、入力必須となる。
月末時点で知り得ている情報を入力する。

・ペイロード番号1 高齢者情報

受診時の患者の日常生活自立度を、介護保険の主治医意見書に活用されている判定基準を用いて入力する。判定基準のIの場合は“1”、IIの場合は“2”、IIIの場合は“3”、IVの場合は“4”、Mの場合は“5”を入力する。認知症を患っていない場合は“0”とする。

判定に際しては、疾患による一時的な変化については考慮せず、判定を行うこと。可能であれば家族等からの情報も参考にする。

なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ。 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない。等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もある。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本ではあるが、一人暮らしは困難である。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態 等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神科病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となるなど、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

・ペイロード番号2 要介護度

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年四月三十日厚生省令第五十八号。（以下「省令」という。）に基づき要介護認定を受けている場合において要介護状態区分（介護保険法第7条第1項の厚生労働省令で定める区分）に応じて入力する。

値	区分
0	無
1	要支援1
2	要支援2
3	要介護1
4	要介護2
5	要介護3
6	要介護4
7	要介護5
8	申請中
9	不明

●CD00001 傷病情報

レセプトに記載した傷病を入力する。「ペイロード番号9 傷病名」を入力後、その傷病について自院管理の有無を入力する。自院の管理する傷病については、傷病に該当するICD10コードや傷病名に該当する傷病名コード、修飾語コードを入力する。

複数の傷病名を入力する場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。飛び番又は重複が無いようになる。連番の使用は“10”を上限とする。レセプトの傷病が10を超える場合は、本調査への関連度が高い傷病を優先して入力する。

記載する傷病名は、原則としてレセプト電算処理システムの傷病名マスタから選択すること。

・ペイロード番号1 自院管理の有無

当該傷病について、自院で治療・管理を行っているものには“1”を、治療・管理を行っていないものには“0”を入力する。

・ペイロード番号2 ICD10コード

「ペイロード番号1 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須とする。該当傷病に対するICD10コードを入力する。

例　傷病が慢性C型ウイルス肝炎（B18.2） → B182

・ペイロード番号3 傷病名コード

「ペイロード番号1 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須とする。レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して「ペイロード番号9 傷病名」に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタに該当がない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号4 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合かつ「ペイロード番号3 傷病名コード」を入力している場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

傷病名を日本語で入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

●CH00001 入院の状況

「HCH0001 入院の状況」（「在宅」カテゴリ）を入力している症例については、当該項目の入力は不要とする。

・ペイロード番号1 入院の有無

自院又は他院を問わず当該月に患者が入院した場合は“1”を、入院していない場合は“0”を、不明な場合は“9”を入力する。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

・ペイロード番号2 ICD10 コード

「ペイロード番号1 入院の有無」が“1”的場合は、任意に入力する。「ペイロード番号9 傷病名」に該当する傷病のICD10コードを入力する。

例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

・ペイロード番号3 傷病名コード

「ペイロード番号1 入院の有無」が“1”的場合は、任意に入力する。

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して「ペイロード番号9 傷病名」に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタに該当がない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号4 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合かつ「ペイロード番号3 傷病名コード」を入力している場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

「ペイロード番号1 入院の有無」が“1”的場合、入力必須とする。入院契機となった傷病名を日本語で入力する。

入院が複数あり、入院契機となった傷病も複数ある場合は本調査と最も関連度が高い傷病名を入力する。

●CDF0001 終診情報

・ペイロード番号1 当月中の終診情報

当該月に患者の診療が終了した場合、その終了理由を下記区分に従い入力する。

値	終診区分
1	治癒又は軽快等により通院の必要が無くなった
2	転医又は転居
3	本人又は家族の意向により治療を中断
4	死亡
5	その他

・ペイロード番号2 終診年月日

診療を終了した年月日を入力する。「ペイロード番号1 当月中の終診情報」が“4”以外の場合は、最後に診療を行った年月日とする。“4”的場合は死亡年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 終診年月日が2024年8月10日 → 20240810

・ペイロード番号3 ICD10 コード

「ペイロード番号1 当月中の終診情報」が“4”的場合は、任意に入力する。「ペイロード番号9 傷病名」に該当する原死因傷病のICD10コードを入力する。

例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎(B18.2) → B182

・ペイロード番号4 傷病名コード

「ペイロード番号1 当月中の終診情報」が“4”的場合は、任意に入力する。レセプト電算処理システムの傷病名マスターを使用して「ペイロード番号9 傷病名」に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスターに該当がない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号5 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合かつ「ペイロード番号4 傷病名コード」を入力している場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

「ペイロード番号1 当月中の終診情報」が“4”的場合、入力必須とする。原死因傷病名を日本語で入力する。

Q&A

Q：当月中は終診となつていなかつたが、当該月以降に死亡が判明した場合等については
CDF0001 終診情報を遡って入力する必要があるか。

A：入力は不要である。

(5) ペイロード項目【生活習慣病】の留意事項

●LR00001 外来受診情報

生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）を主病とする患者が受診をした日毎に作成。

複数回の受診情報を入力する場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の受診日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 受診年月日

受診年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 受診年月日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号2 初診/再診

受診日において、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）について初診だった場合には“1”初診を、それ以外は“2”再診とする。なお、当該項目の初診の定義は、初診料を算定できる日ではなく、対象傷病について医学的に初診といわれる診療行為を行った日とする。

・ペイロード番号3 他院による紹介の有無

「ペイロード番号2 初診/再診」が“1”初診の場合に入力する。他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）があった患者の場合は「有」の“1”を入力する。具体的には、紹介状等の文書を確認できる場合に限り「有」の“1”を入力する。また、電話紹介、名刺による紹介等、文書を確認ができない場合は「無」の“0”を入力する。

・ペイロード番号4 診療科コード

受診年月日において、主病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。複数の診療科に所属する場合は主たる診療科を選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。（例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等）

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	気管食道科	250	麻酔科	490
心療内科	020	リハビリテーション科	260	消化器内科	500
精神科	030	放射線科	270	消化器外科	510
神経科	040	神経内科	280	肝胆脾外科	520
呼吸器科	050	胃腸科	290	糖尿内科	530
消化器科	060	皮膚科	300	大腸肛門科	540
循環器科	070	泌尿器科	310	眼形成眼窩外科	550
アレルギー科	080	産科	320	不妊内分泌科	560
リウマチ科	090	婦人科	330	膠原病リウマチ内科	570
小児科	100	呼吸器内科	340	脳卒中科	580
外科	110	循環器内科	350	腫瘍治療科	590
整形外科	120	歯科	360	総合診療科	600
形成外科	130	歯科矯正科	370	乳腺甲状腺外科	610
美容外科	140	小児歯科	380	新生児科	620
脳神経外科	150	歯科口腔外科	390	小児循環器科	630
呼吸器外科	160	糖尿病科	400	緩和ケア科	640
心臓血管外科	170	腎臓内科	410	内分泌リウマチ科	650
小児外科	180	腎移植科	420	血液腫瘍内科	660
皮膚泌尿器科	190	血液透析科	430	腎不全科	670
性病科	200	代謝内科	440	精神神経科	680
肛門科	210	内分泌内科	450	内分泌代謝科	690
産婦人科	220	救急医学科	460	病理診断科	700
眼科	230	血液科	470	臨床検査科	710
耳鼻咽喉科	240	血液内科	480		

●LMDM001 糖尿病の有無

・ペイロード番号1 糖尿病の有無

自院又は他院問わず、1型糖尿病の診断がされている症例には“1”を、2型糖尿病の診断がされている症例には“2”を、1型か2型か不明とその他の糖尿病の場合は“3”を、糖尿病と診断されているかどうかも不明の場合は“9”を入力する。糖尿病の傷病を有していない場合は“0”を入力する。

値	病名区分
0	無
1	有（1型）
2	有（2型）
3	有（その他・不明）
9	不明

・ペイロード番号2 自院管理の有無

「ペイロード番号1 糖尿病の有無」が“1”、“2”、“3”的場合は入力必須とする。当該傷病について、自院で治療・管理を行っているものには“1”を、治療・管理を行っていないものには“0”を入力する。

●LMDM002 糖尿病の診断年月

「LMDM001 糖尿病の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

・ペイロード番号1 診断年月

糖尿病と診断された年月を入力する。部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）の値（計6桁）を入力する。

例 診断年月が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMDM003 糖尿病/血糖コントロール・慢性合併症

「LMDM001 糖尿病の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

・ペイロード番号1 血糖コントロール

該当月で外来診療の際に最後に測定した時点のHbA1c(NGSP値)を%単位で入力する。小数点第一位まで入力し、小数点第二位以下については四捨五入する。

最大値は“20.0”として扱い、仮に20%を超える場合でも“20.0”として入力すること。また、不明の場合は“99.9”と入力する。

・ペイロード番号2 慢性合併症：網膜症

該当月の最後に確認した時点で発症している網膜症を入力する。下記の入力区分に従い入力する。

値	病名区分
0	無
1	単純網膜症
2	増殖前網膜症
3	増殖網膜症（治療後も含む）
9	不明

・ペイロード番号3 慢性合併症：腎症

該当月の最後に確認した時点で発症している腎症を入力する。下記の入力区分に従い入力する。

値	病名区分
0	無
1	有（①蛋白尿あり、②eGFR<30 のいずれかを満たすもの）
9	不明

・ペイロード番号4 慢性合併症：神経障害

該当月の最後に確認した時点で発症している神経障害を入力する。下記の入力区分に従い入力する。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

●LMHTN01 高血圧症の有無

・ペイロード番号1 高血圧症の有無

自院又は他院問わず、高血圧症の診断がされている症例には“1”を、高血圧症と診断されていない症例には“0”を、不明な場合は“9”を入力する。

・ペイロード番号2 自院管理の有無

「ペイロード番号1 高血圧症の有無」が“1”的場合は入力必須とする。当該傷病について、自院で治療・管理を行っているものには“1”を、治療・管理を行っていないものには“0”を入力する。

●LMHTN02 高血圧症の診断年月

「LMHTN01 高血圧症の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

・ペイロード番号1 診断年月

高血圧症と診断された年月を入力する。部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) の値(計6桁)を入力する。

例 診断年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHTN03 高血圧症/血圧

「LMHTN01 高血圧症の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

該当月で外来診療の際に最後に確認した時点での血圧の状態を入力する。

・ペイロード番号1 血圧分類

下記の入力区分に従い入力する。(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」参照)

値	区分
1	高値血圧 (130–139/80–89mmHg)
2	I度高血圧 (140–159/90–99mmHg)
3	II度高血圧 (160–179/100–109mmHg)
4	III度高血圧 ($\geq 180/\geq 110$ mmHg)
5	不明

Q&A

- Q：降圧薬を服用しているため、1～4の血圧に該当しない場合は、どのように入力すればよいか。
A：「“5”の不明」を入力する。

・ペイロード番号2 リスク層

下記の入力区分に従い入力する。(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」参照)

値	区分
1	リスク第一層（予後影響因子がない）
2	リスク第二層（年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある）
3	リスク第三層（脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDのいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある）

・ペイロード番号3 収縮期血圧

収縮期血圧をmmHg単位で入力する。最大値は“300”として扱い、仮に300mmHgを超える場合でも“300”として入力すること。また、不明の場合は“999”と入力する。

・ペイロード番号4 拡張期血圧

拡張期血圧をmmHg単位で入力する。最大値は“300”として扱い、仮に300mmHgを超える場合で“300”として入力すること。また、不明の場合は“999”と入力する。

●LMDL001 脂質異常症の有無

・ペイロード番号1 脂質異常症の有無

自院又は他院問わず、脂質異常症の診断がされている症例には“1”を、脂質異常症と診断されていない症例は“0”を、不明な場合は“9”を入力する。

・ペイロード番号2 自院管理の有無

「ペイロード番号1 脂質異常症の有無」が“1”的場合は入力必須とする。当該傷病について、自院で治療・管理を行っているものには“1”を、治療・管理を行っていないものには“0”を入力する。

●LMDL002 脂質異常症の診断年月

「LMDL001 脂質異常症の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

・ペイロード番号1 診断年月

脂質異常症と診断された年月を入力する。部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) の値(計6桁)を入力する。

例 診断年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMDL003 脂質異常症/リスク分類・LDL コレステロール

「LMDL001 脂質異常症の有無 ペイロード番号2 自院管理の有無」が“1”的場合、入力必須となる。

・ペイロード番号1 リスク分類

該当月で最後に確認した時点でのリスク分類を入力する。下記の入力区分に従い入力する。(日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」参照)

値	リスク区分
1	低リスク
2	中リスク
3	高リスク
4	冠動脈疾患の既往あり

Q&A

Q：コレステロール値の測定を行わなかった場合は、どのように入力すればよいか。

A：「1」の低リスクを入力する。なお、既往・併存疾患によって「3」の高リスクや「4」の冠動脈疾患の既往ありと判断できれば「3」の高リスクや「4」の冠動脈疾患の既往ありを選択する。また、ガイドラインに則って評価した場合に、リスク区分の選択が可能であればそのリスク区分を入力する。

・ペイロード番号2 LDL コレステロール

該当月で最後に測定した時点でのLDLコレステロール値をmg/dL単位で入力する。小数点第1位以下については四捨五入する。

最大値は“300”として扱い、仮に300mg/dLを超える場合でも“300”として入力すること。また、不明の場合は“999”と入力する。

●LMHCA01 脳卒中の有無（初発）

・ペイロード番号1 脳卒中の有無（既往含む）

該当患者の既往を含んだ脳卒中の有無を入力する。脳卒中を発症したことがある場合は“1”を、脳卒中を発症したことがない場合は“0”を、不明な場合は“9”を入力する。

・ペイロード番号2 脳卒中の初発の種類（既往含む）

「ペイロード番号1 脳卒中の有無（既往含む）」が“1”的場合に入力する。

当該患者の既往を含んだ初発の脳卒中の種類を下記区分に従い入力する。

値	病名区分
1	脳梗塞
2	脳出血
3	くも膜下出血
4	TIA(一過性脳虚血発作)
9	不明

・ペイロード番号3 脳卒中の初発の発症（診断）年月

「ペイロード番号1 脳卒中の有無（既往含む）」が“1”的場合に入力する。

初発の脳卒中を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその脳卒中を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）の値（計6桁）を入力する。

例 発症（診断）年月が 2024 年 6 月 → 202406

例 診断年月が 2024 年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHCA02 脳卒中（初発以外）

初発以外の脳卒中がある場合はその種類と発症（診断）年月を入力する。

複数回脳卒中を発症している場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は直近に発症した脳卒中を連番 1 に入力し、以降は発症年月を遡って連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は “5” を上限とする。

・ペイロード番号 1 脳卒中の初発以外の種類（既往含む）

当該患者の既往を含んだ初発以外の脳卒中の種類を下記区分に従い入力する。

値	病名区分
1	脳梗塞
2	脳出血
3	くも膜下出血
4	TIA(一過性脳虚血発作)
9	不明

・ペイロード番号 2 脳卒中の初発以外の発症（診断）年月

「ペイロード番号 1 脳卒中の初発以外の種類（既往含む）」が “1”、“2”、“3”、“4” の場合は入力必須とする。

初発以外の脳卒中を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその脳卒中を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦 4 衔）MM（月 2 衔）の値（計 6 衔）を入力する。

例 発症（診断）年月が 2024 年 6 月 → 202406

例 診断年月が 2024 年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHACS1 急性冠症候群の有無（初発）

・ペイロード番号 1 急性冠症候群の有無（既往含む）

当該患者の既往を含んだ急性冠症候群の有無を入力する。急性冠症候群を発症したことがある場合は“1”を、急性冠症候群を発症したことがない場合は“0”を、不明な場合は“9”を入力する。

・ペイロード番号 2 急性冠症候群の初発の種類（既往含む）

「ペイロード番号 1 急性冠症候群の有無（既往含む）」が “1” の場合に入力する。

当該患者の既往を含んだ初発の急性冠症候群の種類を下記区分に従い入力する。

値	病名区分
1	心筋梗塞
2	不安定狭心症
9	不明

・ペイロード番号 3 急性冠症候群の初発の発症（診断）年月

「ペイロード番号 1 急性冠症候群の有無（既往含む）」が “1” の場合に入力する。

初発の急性冠症候群を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその急性冠症候群を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦 4 衔）MM（月 2 衔）の値（計 6 衔）を入力する。

例 発症（診断）年月日が 2024 年 6 月 → 202406

例 診断年月が 2024 年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHACS2 急性冠症候群（初発以外）

初発以外の急性冠症候群がある場合はその種類と発症（診断）年月を入力する。

複数回急性冠症候群を発症している場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は直近に発症した急性冠症候群を連番 1 に入力し、以降は発症年月を繰り返して連番を入力する。なお、飛び番又は重複がないようにする。連番の使用は “5” を上限とする。

・ペイロード番号 1 急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）

当該患者の既往を含んだ初発以外の急性冠症候群の種類を下記区分に従い入力する。

値	病名区分
1	心筋梗塞
2	不安定狭心症
9	不明

・ペイロード番号 2 急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月

「ペイロード番号 1 急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）」が “1”、“2” の場合は入力必須とする。

初発以外の急性冠症候群を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその急性冠症候群を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦 4 桁）MM（月 2 桁）の値（計 6 桁）を入力する。

例 発症（診断）年月日が 2024 年 6 月 → 202406

例 診断年月が 2024 年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHHF01 心不全の有無

・ペイロード番号 1 心不全の有無

当該患者の心不全の有無を下記区分に従い入力する。

値	区分
0	無
1	有（入院歴無し）
2	有（入院歴有り）
3	有（入院歴不明）
9	不明

・ペイロード番号 2 心不全の診断年月

「ペイロード番号 1 心不全の有無」が “1”、“2” の場合は入力必須とする。

心不全を診断した年月を入力する。

部分的に不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦 4 桁）MM（月 2 桁）の値（計 6 桁）を入力する。

例 診断年月日が 2024 年 6 月 → 202406

例 診断年月が 2024 年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHAAD1 急性大動脈解離の有無（初発）

・ペイロード番号1 急性大動脈解離の有無（既往含む）

当該患者の既往を含んだ急性大動脈解離の有無を下記区分に従い入力する。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

・ペイロード番号2 急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月

「ペイロード番号1 急性大動脈解離の有無（既往含む）」が“1”的場合は入力必須とする。急性大動脈解離を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその急性大動脈解離を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）の値（計6桁）を入力する。

例 発症（診断）年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHAAD2 急性大動脈解離（初発以外）

複数回急性大動脈解離を発症している場合に「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は直近に発症した急性大動脈解離を連番1に入力し、以降は発症年月を遡って連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“5”を上限とする。

・ペイロード番号1 急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月

初発以外の急性大動脈解離を発症した年月を入力する。発症の正確な時期が不明の場合は、初めてその急性大動脈解離を診断した年月を入力する。

それでも不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）の値（計6桁）を入力する。

例 発症（診断）年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHCKD1 慢性腎臓病の有無

・ペイロード番号1 慢性腎臓病の有無

当該患者の既往を含んだ慢性腎臓病の有無を下記区分に従い入力する。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

・ペイロード番号2 慢性腎臓病の診断年月

「ペイロード番号1 慢性腎臓病の有無」が“1”的場合に入力必須とする。慢性腎臓病を診断した年月を入力する。

部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) の値(計6桁)を入力する。

例 診断年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

●LMHH001 高尿酸血症の有無

・ペイロード番号1 高尿酸血症の有無

当該患者の高尿酸血症の有無を下記区分に従い入力する。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

・ペイロード番号2 高尿酸血症の診断年月

「ペイロード番号1 高尿酸血症の有無」が“1”的場合に入力必須とする。高尿酸血症を診断した年月を入力する。

部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、診断月が分かっていても診断年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) の値(計6桁)を入力する。

例 診断年月日が2024年6月 → 202406

例 診断年月が2024年で月が不明 → 202400

例 診断年月が年月ともに不明 → 000000

・ペイロード番号3 尿酸値

「ペイロード番号1 高尿酸血症の有無」が“1”的場合に入力必須とする。該当月で最後に測定した時点での尿酸値をmg/dL単位で入力する。小数点第一位まで入力し、小数点第二位以下については四捨五入する。

最大値は“20.0”として扱い、仮に20mg/dLを超える場合でも“20”として入力すること。また、不明の場合は“99.9”と入力する。

(6) ペイロード項目【在宅】の留意事項

●HR00001 療養情報

・ペイロード番号1 在宅療養を始めた年月

自院又は他院問わず、在宅療養を始めた年月を入力する。部分的に不明な場合は、不明な部分を0にし
て入力する。ただし、始めた月が分かっていても始めた年が不明の場合は「000000」とする。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) の値(計6桁)を入力する。

例 在宅療養を始めた年月が 2024年6月 → 202406

例 在宅療養を始めた年が 2024年で月が不明 → 202400

例 在宅療養を始めた年月が年月ともに不明 → 000000

・ペイロード番号2 療養を行っている場所

当該月の療養を行っている場所について、該当する“1”～“7”的値を入力する。

値	区分	定義
1	戸建て・マンション・アパート・団地等	一つの世帯が独立して家庭生活を営むことができる住宅
2	サービス付き高齢者住宅	高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者住まい法)第5条
3	有料老人ホーム	老人福祉法第29条第1項
4	養護老人ホーム・軽費老人ホーム	老人福祉法第20条の4、社会福祉法第65条、老人福祉法第20条の6
5	特別養護老人ホーム	老人福祉法第17条第1項
6	認知症対応型共同生活介護	介護保険法第8条第20項
7	その他	(1, 2, 3, 4, 5, 6以外の場合)

●HPRE001 訪問診療開始前の往診または外来受診

当該月に診療計画等に則った訪問診療を開始した場合に、診療計画等に則った訪問診療開始前に診療を行
った日(初診にあたる往診日または外来受診日)について入力する。

・ペイロード番号1 訪問診療開始前の往診日または外来受診日

訪問診療開始前の往診日または外来受診日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 訪問診療開始前の外来受診日が 2024年6月10日 → 20240610

Q&A

Q : 5/10に初回の往診を行い、訪問診療計画に患者より同意を得て、その後、計画に則って6/10と
7/10に訪問診療を行った。どのように入力するのか。

A : 6月の外来様式1ファイルにおいて、HPRE001 訪問診療開始前の往診または外来受診の【ペイロ
ード番号1】訪問診療開始前の往診日または外来受診日に5/10を入力し、HCVMT01 訪問診療の
状況【ペイロード番号1】訪問診療日に6/10を入力する。

7月の外来様式1ファイルにおいて、HPRE001 訪問診療開始前の往診または外来受診の【ペイロ
ード番号1】訪問診療開始前の往診日または外来受診日の入力は不要とし、HCVMT01 訪問診療の
状況【ペイロード番号1】訪問診療日に7/10を入力する。

●HCVMT01 訪問の状況/訪問診療の状況

当該月に複数提供した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の訪問診療日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 訪問診療日

訪問診療を提供した年月日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 訪問診療日が2024年6月10日 → 20240610

Q&A

Q：当院が他施設に訪問診療等を依頼し、他施設が在宅医療を実施する場合も入力するのか。

A：入力する。

・ペイロード番号2 主たる訪問診療を行う医療機関

自院である場合は“1”を、自院以外の場合は“2”を、その他の場合は“3”を、不明の場合は“9”を入力する。

Q&A

Q：主たる訪問診療を行う医療機関とはどのような定義か。

A：患者に対し総合的な在宅医療計画を策定している医療機関とする。

・ペイロード番号3 単一建物診療患者数

患者の入居施設について、単一建物診療患者数を以下から選択して入力する。

値	区分
1	単一建物診療患者が1人の場合
2	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
3	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
4	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
5	1から4まで以外の場合

●HCVNS01 訪問の状況/訪問看護の状況

当該月に訪問看護を実施した場合に入力する。

当該月に複数提供した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の訪問看護日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 訪問看護日

訪問看護を提供した年月日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 訪問看護日が2024年6月10日 → 20240610

Q&A

Q：当院が他施設に訪問看護等を指示し、他施設が在宅医療を実施する場合も入力するのか。

A：入力する。

・ペイロード番号2 自院での実施の有無

自院で実施した場合は“1”を入力、自院以外の場合は“0”を入力する。

●HCVD001 訪問の状況/訪問の主傷病

「ペイロード番号2 ICD10 コード」から「ペイロード番号4 修飾語コード」について入力する際は、「ペイロード番号9 傷病名」を確定後、その傷病名に紐づくコードを入力する。

・ペイロード番号1 自院診断の有無

自院で診断した場合は“1”を入力、自院以外の場合は“0”を入力する。

・ペイロード番号2 ICD10 コード

「ペイロード番号1 自院での診断の有無」が“1”的場合、入力必須とする。

訪問診療、訪問看護の当月の主傷病に対する ICD10 コードを入力する。

例 傷病が慢性 C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

・ペイロード番号3 傷病名コード

「ペイロード番号1 自院での診断の有無」が“1”的場合、入力必須とする。

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して訪問診療、訪問看護の当月の主傷病名に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタにない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号4 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

訪問診療、訪問看護の当月の主傷病の傷病名を入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

●HCEC001 救急受診の状況

自院又は他院問わず当該月に救急受診した場合に入力する。

当該月に複数救急受診した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の救急受診日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 救急受診日

自院又は他院問わず当該月に救急受診した年月日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 救急受診日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号2 受診先

救急受診時において、自院にて受診した場合は“1”を入力し、他院にて受診した場合は“2”を入力する。

・ペイロード番号3 受診経路

救急受診時における受診経路について、該当する“1”、“2”、“9”的値を入力する。

値	区分
1	救急搬送によって受診
2	その他の方法での受診(1以外の場合)
9	不明

Q&A

Q：“2”のその他の方法で受診とはどのような場合か。

A：救急搬送以外の介護タクシーや自家用車等による受診や徒歩での受診を想定している。

Q&A

Q：“9”の不明とはどのような場合か。

A：他院にて受診した等でどうしても分からぬ場合に選択する。

・ペイロード番号4 転帰

救急受診時における転帰について、該当する“1”～“4”、“9”的値を入力する。

値	区分
1	入院（自院）した場合
2	入院（他院）した場合
3	帰宅した場合
4	終了（死亡等）した場合
9	その他（1, 2, 3, 4以外の場合）

Q&A

Q：HCEC001 救急受診の状況は来院した場合に入力するのか。緊急で在宅診療した場合も入力するのか。

A：来院した場合に入力する。

●HCH0001 入院の状況

当該月に退院した場合は入力する。

当該月に複数退院した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の退院日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

「ペイロード番号4 ICD10 コード」から「ペイロード番号6 修飾語コード」について入力する際は、「ペイロード番号9 傷病名」を確定後、その傷病名に紐づくコードを入力する。

・ペイロード番号1 入院年月日

入院した年月日を入力する。自院又は他院での入退院は問わない。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 入院年月日が2024年6月01日 → 20240601

・ペイロード番号2 退院年月日

退院した年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 退院年月日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号3 受診先

自院での入退院の場合は“1”を入力、他院での入退院の場合は“2”を入力する。

・ペイロード番号4 ICD10 コード

「ペイロード番号3 受診先」が“1”的場合、入力必須とする。

入院時の主傷病名に対するICD10 コードを入力する。

例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎（B18.2） → B182

・ペイロード番号5 傷病名コード

「ペイロード番号3 受診先」が“1”的場合、入力必須とする。
レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して入院時の主傷病名に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタにない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号6 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。
なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 主病名

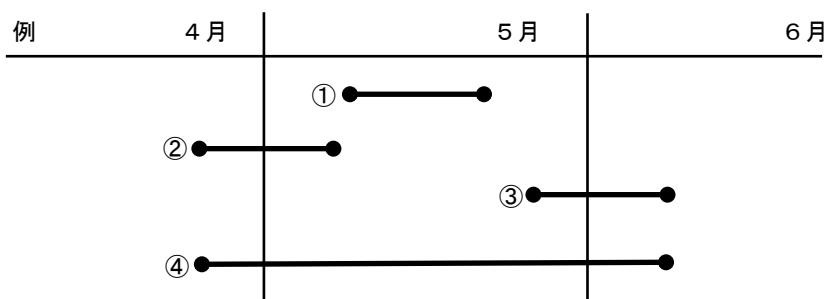
入院時の主傷病名を入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

Q&A

Q：次の①～④のような入退院の期間があった場合、当該月として入力する入退院はどれか。

A：それぞれ表に記載の月に提出する。基本的に退院月に提出すること。なお、データ提出は3か月分をまとめて初回データ提出するため、当月に入力できなかった場合でも初回提出するまでには当月分として入力し提出すること。



入退院	入院年月	退院年月	提出月
①	5月	5月	5月分として提出
②	4月	5月	5月分として提出
③	5月	6月	6月分として提出
④	4月	6月	6月分として提出

●HCSA001 短期入所の状況

当該月に退所した場合は入力する。

当該月に複数退所した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の退所日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 入所年月日

短期入所となった年月日を入力する。自院において把握している入退所を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 入所日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号2 退所年月日

退所となった年月日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 退所日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号3 短期入所利用サービス

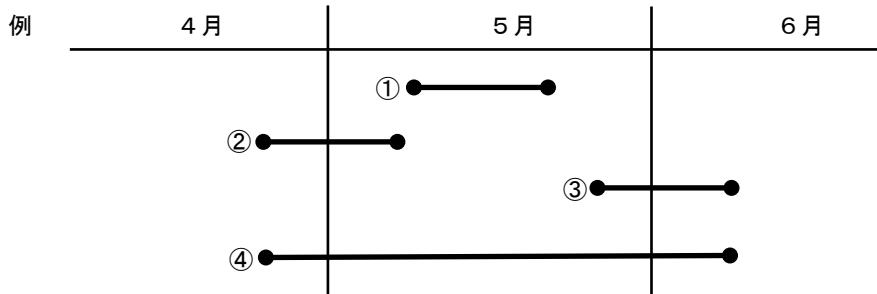
短期入所利用サービス先について、該当する“1”～“6”、“9”的値を入力する。

値	区分	定義
1	短期入所療養介護	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第十章
2	介護予防短期入所療養介護	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第十章
3	短期入所生活介護	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第九章
4	介護予防短期入所生活介護	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第九章
5	小規模多機能型居宅介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)の第四章
6	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)の第八章
9	その他(1, 2, 3, 4, 5, 6以外の場合)	(1, 2, 3, 4, 5, 6以外の場合)

Q&A

Q : 次の①～④のような入退院の期間があった場合、当該月分として入力する入退所はどれか。

A : それぞれ表に記載の月に提出する。基本的に退所月に提出すること。なお、データ提出は3か月分をまとめて初回データ提出するため、当月に入力できなかった場合でも初回提出するまでには当月分として入力し提出すること。



入退所	入所年月	退所年月	提出月
①	5月	5月	5月分として提出
②	4月	5月	5月分として提出
③	5月	6月	6月分として提出
④	4月	6月	6月分として提出

●HCHC001 往診の状況

当該月に往診した場合は入力する。

当該月に複数往診した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初の往診日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

「ペイロード番号3 ICD10 コード」から「ペイロード番号5 修飾語コード」について入力する際は、「ペイロード番号9 傷病名」を確定後、その傷病名に紐づくコードを入力する。

・ペイロード番号1 往診日

往診した年月日を入力する。

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 往診日が 2024 年 6 月 10 日 → 20240610

・ペイロード番号2 主たる訪問診療を行う医療機関

自院の場合は“1”を、自院以外の場合は“2”を、その他の場合は“3”を、不明の場合は“9”を入力する。

Q&A

Q : 主たる訪問診療を行う医療機関とはどのような定義か。

A : 患者に対し総合的な在宅医療計画を策定している医療機関とする。

・ペイロード番号3 ICD10 コード

「ペイロード番号2 主たる訪問診療を行う医療機関」が“1”的場合、入力必須とする。

往診の契機となった傷病に対するICD10 コードを入力する。

例 傷病が慢性 C 型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

・ペイロード番号4 傷病名コード

「ペイロード番号2 主たる訪問診療を行う医療機関」が“1”的場合、入力必須とする。

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して往診の契機となった傷病名に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタがない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号5 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

往診の契機となった傷病の傷病名を入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

●HPS0001 患者の状態/患者の状態

・ペイロード番号1 患者の状態

該当月において最新の状態（最終受診時の状態）について、区分に該当あれば、「有り」の“1”を、該当がなければ「無し」の“0”を、値を連ねて13桁で入力する。

項目	区分	定義
1	末期の悪性腫瘍	悪性腫瘍において、治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態と医師が総合的に判断した状態
2	在宅自己連続携行式腹膜灌（かん）流を行っている状態	-
3	在宅血液透析を行っている状態	維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療養を行っている状態
4	在宅酸素療法を行っている状態	・ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる致命的な酸素療法を行った場合 ・諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者、慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機患者又は重度の群発頭痛の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施する状態
5	在宅中心静脈栄養法を行っている状態	諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法を行っている状態
6	在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態	諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法を行っている状態。栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。
7	在宅自己導尿を行っている状態	諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法を行っている状態
8	在宅人工呼吸を行っている状態	長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法を行っている状態
9	植込型脳・脊髄刺激装置による疼（とう）痛管理を行っている状態	疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を行っている状態
10	肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態	在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプ又は携帯型精密ネプライザを用いてプロスタグランジンI2製剤を投与した場合
11	気管切開を行っている状態	諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において気管切開を実施した場合
12	気管カニューレを使用している状態	在宅において、気管カニューレを使用している状態
13	ドレンチューブを使用している状態	在宅において、ドレンチューブを使用している状態

すべて「無し」の場合は“000000000000”（“0”を13桁）を入力する。

Q&A

Q：月の途中で、酸素吸入から人工呼吸に変わった場合どのように入力するのか。

A：在宅酸素療法を行っている状態は“0”を、在宅人工呼吸を行っている状態は“1”を入力する。

●HPS0002 患者の状態/バーセルインデックス

・ペイロード番号1 バーセルインデックス

該当月で最後に測定した時のバーセルインデックスの10項目について、15点であれば“3”を、10点であれば“2”を、5点であれば“1”を、0点であれば“0”を、不明であれば“9”的値を連ねて入力する。

食事=5点：“1”、移乗=10点：“2”、整容=5点：“1”、トイレ動作=5点：“1”、入浴=5点：“1”、平地歩行=5点：“1”、階段=5点：“1”、更衣=5点：“1”、排便管理=0点：“0”、排尿管理=0点：“0”的場合は“1211111100”と入力する。

※ “9”は、どうしても分からぬ場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

●HPS0003 患者の状態/排泄

・ペイロード番号1 排泄の状況

該当月において、排泄を人工肛門で行っている場合は、「人工肛門」の“1”を入力し、確認できなければ、「無し」の“0”を入力する。

・ペイロード番号2 ブリストルスケール

該当月で最後に測定した時点について、“1”～“7”、“9”的値を入力する。

値	形 状
1	コロコロ便
2	硬い便
3	やや硬い便
4	普通の便
5	やや柔らかい便
6	泥状の便
7	水様便
9	不明

Q&A

Q：該当月に測定していない。どの値を入力すればいいか

A：最後に入力した時点での値を入力する。不明であれば不明でよい。

●HPS0004 患者の状態/排尿

・ペイロード番号1 排尿の状況

該当月において、排尿の状況が「留置カテーテル」であれば、“1”を、「人工膀胱」であれば“2”を、どちらも行っていない場合は「無し」の“0”を入力する。

●HPS0005 患者の状態/褥瘡

・ペイロード番号 1 褥瘡の状態

「DESIGN-R 分類」に基づき、該当月で最後に測定した時の褥瘡を下表に従って各分類の値を決め、その値を連ねて 7 枠で入力する。評価は創内の一番深い部分により行うこととする。

桁数	項目	値							
		0	1	2	3	4	5	6	9
1桁目	深さ	皮膚損傷・発赤なし	持続する発赤	真皮までの損傷	皮下組織までの損傷	皮下組織をこえる損傷	関節腔、体腔に至る損傷	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い※1	判定不能
2桁目	滲出液	なし	少量：毎日の交換を要しない	中等量：1日1回の交換	多量：1日2回以上の交換				
3桁目	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	皮膚損傷なし	4未満	4以上16未満	16以上36未満	36以上64未満	64以上100未満	100以上	
4桁目	炎症・感染	局所の炎症徴候なし	局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）	臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	全身的影響あり（発熱など）			
5桁目	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い※1	創面の 90%以上を占める	創面の 50%以上 90%未満を占める	創面の 10%以上 50%未満を占める	創面の 10%未満を占める	全く形成されていない		
6桁目	壊死組織	なし	柔らかい壊死組織あり	硬く厚い密着した壊死組織あり					
7桁目	ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周 (ポケットの長径×長径に直交する最大径) -潰瘍面積	なし	4未満	4以上16未満	16以上36未満	36以上			

※ 1：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。

●HPS0006 患者の状態/低栄養

・ペイロード番号1 低栄養の有無

該当月において、低栄養ありの場合は“1”を、なしの場合は“0”を、当該判断を行っていない場合は“9”を入力する。

ここでいう低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

ア 血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの

イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

・ペイロード番号2 摂食・嚥下障害の有無

該当月において、摂食・嚥下機能障害ありの場合は“1”を、なしの場合は“0”を、当該判断を行っていない場合は“9”を入力する。

ここでいう摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの

イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

・ペイロード番号3 経管・経静脈栄養の状況

実施されている栄養摂取方法を5桁の値で入力する。実施している場合は“1”を、実施していない場合は“0”をそれぞれの桁に入力する。

1桁目：経鼻胃管 2桁目：胃瘻・腸瘻

3桁目：末梢静脈栄養 4桁目：中心静脈栄養

5桁目：皮下注射

例) 経鼻胃管と末梢静脈栄養を併用している場合、“10100”と入力する。

どれにも該当しない場合は“00000”と入力する。

Q&A

Q：胃瘻・腸瘻を造設しているが、そこから栄養摂取していない場合、2桁目の胃瘻・腸瘻はどのように入力すればよいか。

A：「“0”の実施していない」を入力する。

●HPCD001 患者の状態/がんの傷病

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”的とき入力必須となる。

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”を選択した末期の悪性腫瘍について入力する。

・ペイロード番号1 自院診断の有無

自院で診断を行った場合は“1”を入力、自院以外の場合は“0”を入力する。

・ペイロード番号2 ICD10 コード

「ペイロード番号1 自院診断の有無」が“1”的場合、入力必須とする。

末期の悪性腫瘍に対するICD10コードを入力する。

例 傷病が胃の悪性新生物<腫瘍> 胃底部 (C16.1) → C161

・ペイロード番号3 傷病名コード

「ペイロード番号1 自院診断の有無」が“1”的場合、入力必須とする。

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して末期の悪性腫瘍に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタにない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号4 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、今年度において修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

末期の悪性腫瘍の傷病名を入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

●HPCS001 患者の状態/がんの Staging 分類

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”的とき入力必須となる。

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”を選択した末期の悪性腫瘍について入力する。

・ペイロード番号1 ステージ分類

術後の病期分類がなければ術前所見に基づく Stage の、あれば手術所見に基づく Stage の入力値を入力する。不明な場合は“9”を入力する。

【Stage 分類で使用される可能性のある記号一覧】

Stage分類	入力値
O	0
O NOS	ON
O a	OA
O is	OIS
I	1
I NOS	1N
I A	1A
I A 1	1A1
I A 2	1A2
I B	1B
I B	1B1
I B	1B2
I C	1C
II	2
II NOS	2N
II A	2A
II B	2B
II C	2C
II E	2E
III	3
III NOS	3N
III A	3A
III B	3B
III C	3C
IV	4
IV NOS	4N
IV A	4A
IV B	4B
IV C	4C
IV S	4S
不明	9

Q&A
<p>Q : 取扱い規約では評価の難しい場合、どのように入力すればよいか。</p> <p>A : 不明として “9” を入力しても構わない。</p>
Q&A
<p>Q : 他院による末期の悪性腫瘍診断だが入力するのか。</p> <p>A : 入力すること。</p>
Q&A
<p>Q : 毎月評価して入力するのか。</p> <p>A : 当該月に検査等を行い評価していないのであれば、最後に評価した値を入力する。</p>

・ペイロード番号2 UICC 病期分類 (T)

・ペイロード番号3 UICC 病期分類 (N)

・ペイロード番号4 UICC 病期分類 (M)

UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。

ペイロード番号2にT:原発腫瘍の広がりを入力する。

ペイロード番号3にN:所属リンパ節転移の有無と広がりを入力する。

ペイロード番号4にM:遠隔転移の有無を入力する。

※ UICC 病期分類について

悪性腫瘍に対して得られた情報（一般理学所見、血液検査、画像診断、内視鏡検査、生検など）に基づくTNM分類を入力する。例) TX、NX、MX

UICC病期分類(8版)を用いて入力すること。また、入力に当たって参考資料が必要であれば、以下の資料も活用すること。

参考：国立がん研究センター「がんの拡がりと進行度」

T-原発腫瘍	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌
T1、T2、T3、T4	原発腫瘍の大きさ又は局所進展度を順次表す
N-所属リンパ節	
NX	所属リンパ節の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移無し
N1、N2、N3	所属リンパ節転移の程度を順次表す
M-遠隔転移	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移無し
M1	遠隔転移あり

【TNM分類で使用される可能性のある記号一覧】

T	N	M
TX	NX	MX
T0	N0	M0
Tis	N1mi	M1
Tis (DCIS)	N1	M1a
Tis (LCIS)	N1a	M1b
Tis (Paget)	N1a (sn)	M1c
Tis pu	N1b	M1d
Tis pd	N1c	M1e
Tis (LAMN)	N2	
T1mi	N2a	
T1mic	N2b	
T1	N2c	
T1a	N3	
T1a1	N3a	
T1a2	N3b	
T1b	N3c	
T1b1	N4	
T1b2		
T1c		
T1c1		
T1c2		
T1c3		
T1d		
T2		
T2a		
T2a1		
T2a2		
T2b		
T2c		
T2d		
T3		
T3a		
T3b		
T3c		
T3d		
T3e		
T4		
T4a		
T4b		
T4c		
T4d		
T4e		
Ta		

Q&A

Q : UICC 病期分類に記載がない癌など UICC 病期分類で評価できない場合、どのように入力すればよい
か。

A : 「TX」「NX」「MX」とする。

Q&A

Q : 他院による末期の悪性腫瘍診断だが入力するのか。

A : 入力すること。

Q&A

Q : 毎月評価して入力するのか。

A : 当該月に検査等を行い評価していないのであれば、最後に評価した値を入力する。

Q&A

Q : 8版のみを用いて評価するのか。

A : そのとおり。8版を用いて評価したものがなければ不明（「TX」「NX」「MX」）として入力する。

・ペイロード番号5 UICC病期分類(版)

ペイロード番号2～4の入力の際に用いた版番号を入力する。ペイロード番号2～4は第8版を用いた入力のため、“8”を入力すること。

●HPCNRS1 患者の状態/がんのNRS

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”的場合、入力必須となる。

「HPS0001 患者の状態/状態 ペイロード番号1 状態」の1桁目が“1”を選択した末期の悪性腫瘍について入力する。

・ペイロード番号1 NRS

該当月で最後に測定した時の数値評価尺度(NRS)の該当する点数(0～10点)を入力する。不明の場合は“99”を入力する。

Q&A

Q : ペインコントロールを行っている。ペインコントロール後でよいか。

A : そのとおり。

Q&A

Q : 他院による末期の悪性腫瘍診断だが入力するのか。

A : 入力すること。

(7) ペイロード項目【リハビリテーション】の留意事項

●RR00001 外来受診情報

当該月に複数回リハビリテーションを提供した場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は月の最初にリハビリテーションを提供した日を連番1に入力し、以降は日付順で連番を入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

・ペイロード番号1 受診年月日

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁) の値(計8桁)を入力する。

例 受診年月日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号2 初診の有無

受診年月日が初診だった場合には“1”初診を、初診以外は“0”とする。

なお、当該項目の初診の定義は、自院をリハビリテーションのために初めて受診した場合とする。

・ペイロード番号3 他院による紹介の有無

「ペイロード番号2 初診の有無」が“1”初診の場合に入力する。

他の保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を除く。)から診療情報提供書の提供を受け、紹介状等の文書を確認できる場合に限り「有」の“1”を入力する。また、電話紹介、名刺による紹介等、文書を確認できない場合は「無」の“0”を入力する。

・ペイロード番号4 診療科コード

受診年月日において主傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。(例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	気管食道科	250	麻酔科	490
心療内科	020	リハビリテーション科	260	消化器内科	500
精神科	030	放射線科	270	消化器外科	510
神経科	040	神経内科	280	肝胆脾外科	520
呼吸器科	050	胃腸科	290	糖尿病科	530
消化器科	060	皮膚科	300	大腸肛門科	540
循環器科	070	泌尿器科	310	眼形成眼窓外科	550
アレルギー科	080	産科	320	不妊内分泌科	560
リウマチ科	090	婦人科	330	膠原病リウマチ内科	570
小児科	100	呼吸器内科	340	脳卒中科	580
外科	110	循環器内科	350	腫瘍治療科	590
整形外科	120	歯科	360	総合診療科	600
形成外科	130	歯科矯正科	370	乳腺甲状腺外科	610
美容外科	140	小児歯科	380	新生児科	620
脳神経外科	150	歯科口腔外科	390	小児循環器科	630
呼吸器外科	160	糖尿病科	400	緩和ケア科	640
心臓血管外科	170	腎臓内科	410	内分泌リウマチ科	650
小児外科	180	腎移植科	420	血液腫瘍内科	660
皮膚泌尿器科	190	血液透析科	430	腎不全科	670
性病科	200	代謝内科	440	精神神経科	680
肛門科	210	内分泌内科	450	内分泌代謝科	690
産婦人科	220	救急医学科	460	病理診断科	700
眼科	230	血液科	470	臨床検査科	710
耳鼻咽喉科	240	血液内科	480		

●RCD0001 受診の状況/リハビリテーションが必要となった主病

当該月に実施しているリハビリテーションについて、リハビリテーション実施計画書（以下、実施計画書とする）毎に作成する。当月に複数の実施計画書に基づくりハビリテーションを実施している場合は、複数作成が必要となる。

また、当月中に実施計画書を新たに作成することになった場合は、その都度入力を行う。例えば、当月中に新たな疾患が発症し、新たな疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合や標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合等を指す。

当該月において複数のリハビリテーション実施計画書が存在した場合は日付順に「連番」を利用して複数行に入力する。なお、飛び番又は重複が無いようにする。連番の使用は“5”を上限とする。

「ペイロード番号4 ICD10 コード」から「ペイロード番号6 修飾語コード」について入力する際は、「ペイロード番号9 傷病名」を確定後、その傷病名に紐づくコードを入力する。

・ペイロード番号1 開始年月日

提供したリハビリテーションを開始した年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 開始年月が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号2 リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日

提供したリハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 発症年月日が2024年6月10日 → 20240610

・ペイロード番号3 上限日数を迎えた年月日

標準的算定日数の上限を迎えたときのみ入力する。

リハビリテーションの標準的算定日数の上限を迎えた年月日を YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）で入力する。

 Q : 12月分を入力する際に、すでに11月以前に上限を迎えていれば入力するのか。
 A : 当該項目は上限を迎えている場合に入力する。

・ペイロード番号4 ICD10 コード

リハビリテーション実施計画書の算定病名に該当する傷病名のICD10 コードを入力する。

例 傷病が慢性心不全(I50.9) → I509

・ペイロード番号5 傷病名コード

リハビリテーション実施計画書の算定病名に該当する傷病名コードを入力する。

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して主病名に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタにない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

・ペイロード番号6 修飾語コード

「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合は、修飾語コード“8002”（「の疑い」）を入力する。

なお、修飾語コードは、“8002”（「の疑い」）以外入力しないこと。

・ペイロード番号9 傷病名

リハビリテーション実施計画書の算定病名を入力する。

疑い病名である場合、傷病名の最後に必ず「の疑い」を付与する。

●RCD0004 退院/入院加療を受けた場合の退院年月日

当該月においてリハビリテーションが必要となった主病名に係る入退院をした場合に入力する。

主病名に係る退院年月日が複数存在する場合はその月の最後の退院年月日を入力すること。

・ペイロード番号 1 退院年月日

退院年月日を入力する。自院又は他院での入退院は問わない。部分的に不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）で入力する。

例 退院年月日が 2024 年 6 月 10 日 → 20240610

例 退院年月日が 2024 年 6 月で日付が不明 → 20240600

例 退院年月日が 2024 年 6 月で月が不明 → 20240000

●RPADL01 患者の状態/ADL

当該月において最後に測定したバーセルインデックス、FIM を入力する。なお、バーセルインデックス、FIM の両方について、月に 1 度は必ず測定することとする。測定のタイミングは問わない。

・ペイロード番号 1 バーセルインデックス

該当月で最後に測定した時のバーセルインデックスの 10 項目について、15 点であれば、“3”を、10 点であれば、“2”を、5 点であれば“1”を、0 点であれば“0”を、不明であれば“9”的値を連ねて入力する。

食事 = 5 点：“1”、移乗 = 10 点：“2”、整容 = 5 点：“1”、トイレ動作 = 5 点：“1”、入浴 = 5 点：“1”、平地歩行 = 5 点：“1”、階段 = 5 点：“1”、更衣 = 5 点：“1”、排便管理 = 0 点：“0”、排尿管理 = 0 点：“0”的場合は“1211111100”と入力する。

※ “9”は、どうしても分からぬ場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

・ペイロード番号2 FIM

該当月で最後に測定した時のFIMの18項目について、FIMの点数を以下のとおりに左より順に連ねて入力する。

食事=7、整容=6、清拭=7、更衣（上半身）=6、更衣（下半身）=6、トイレ=6、排尿コントロール=6、排便コントロール=5、ベッド・車椅子移乗=7、トイレ移乗=7、浴槽・シャワー移乗=7、歩行・車椅子移動=5、階段移動=4、理解=5、表出=5、社会的交流=6、問題解決=5、記憶=5の場合は“767666657775455655”と入力する。9はどうしても分からぬ場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

分類		所見							
		全介助	最大介助	中等度介助	最小介助	監視又は準備	修正自立	完全自立	不明
運動項目	セルフケア								
	食事	1	2	3	4	5	6	7	9
	整容	1	2	3	4	5	6	7	9
	清拭	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（上半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（下半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	排泄コントロール								
	排尿コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	排便コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	移乗								
	ベッド・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	浴槽・シャワー	1	2	3	4	5	6	7	9
認知項目	移動								
	歩行・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9
	階段	1	2	3	4	5	6	7	9
	コミュニケーション								
	理解	1	2	3	4	5	6	7	9
	表出	1	2	3	4	5	6	7	9
	社会認識								
	社会的交流	1	2	3	4	5	6	7	9
	問題解決	1	2	3	4	5	6	7	9
	記憶	1	2	3	4	5	6	7	9

●RTC0001 訓練内容

・ペイロード番号 1 訓練内容

当該月に実施した訓練に“1”を、実施しなかった訓練に“0”をそれぞれの桁に入力する。

1桁目：関節可動域訓練 2桁目：筋力増強訓練 3桁目：持久力訓練

4桁目：バランス訓練 5桁目：上肢機能訓練 6桁目：疼痛緩和

7桁目：基本動作訓練 8桁目：歩行訓練 9桁目：A D L訓練

10桁目：I A D L訓練 11桁目：摂食嚥下訓練 12桁目：言語聴覚訓練

13桁目：高次脳機能訓練 14桁目：環境調節・支援

例) ADL訓練と言語聴覚訓練を実施した場合 → “00000000100100”と入力する。

II-2. 外来様式3

1. 調査対象範囲

医療機関の施設基準の届出状況が対象である。

2. 様式ファイル作成方法

事務局から配布するプログラムを使用して入力することでファイルが作成される。

以下の医療機関の施設基準情報等について調査年月1日時点の届出状況について入力する。

3. 収集する項目

●施設情報

・施設コード

・調査年月

2024年7月分の外来様式3であれば“202407”となる。

・施設名

・開設者コード

以下の1~7より選択する。

1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係 5. 医療法人 6. 個人 7. その他の法人

※社会医療法人の場合は、「7」の「その他の法人」を選択する。

・施設区分

以下の1~4より選択する。

1. 20床以上の病院 2. 19床以下の有床診療所 3. 診療所（病床なし） 4. 病院、診療所以外

・許可病床数

医療法上の許可病床数を半角整数で入力する。

当該許可病床のない場合は、未入力とせず“0”とする。診療所（病床なし）等の病床を有さない医療機関においても、それぞれ“0”とする。

・届出病床数

届出病床数を半角整数で入力する。

当該届出病床のない場合は、未入力とせず“0”とする。診療所（病床なし）等の病床を有さない医療機関においても、それぞれ“0”とする。

項目	定義
病床総数	医療保険総数、その他病床数、休止病床数の総計
医療保険総数	医療保険届出病床数の総計
その他病床数	健診ベッド等、医療保険届出病床、休止病床に含まれない病床数
休止病床数	地方厚生（支）局へ届出を行っている休止病床数

・医療保険届出病床のうち非稼働病床数

医療保険届出病床のうち、地方厚生（支）局へ届出を行っていない非稼働病床数。

調査上の定義は「医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受け入れを休止している病床であって、地方厚生（支）局に休止を届ける予定のない病床。」となります。

●届出情報

・在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出状況

届出状況について届出があれば“1”なしであれば“0”を選択する。

※届出があり、5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合は“2”を選択する。

・地域包括診療加算、地域包括診療料の届出状況

以下の届出状況について届出ありであれば“1”なしであれば“0”を選択する。

A001 再診料 注12

地域包括診療加算1

地域包括診療加算2

B001-2-9 地域包括診療料

地域包括診療料1

地域包括診療料2

・リハビリテーションの届出状況

以下の届出状況について届出ありであれば“1”なしであれば“0”を選択する。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (II)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) (III)

H002 運動器リハビリテーション料 (I) (II) (III)

H003 呼吸器リハビリテーション料 (I) (II)

H004 摂食機能療法 注3

摂食嚥下機能回復体制加算1

摂食嚥下機能回復体制加算2

摂食嚥下機能回復体制加算3

H006 難病患者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

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

H008 集団コミュニケーション療法料

II-3. 外来 EF 統合ファイル

1. 調査対象範囲

入院外における医科レセプト請求情報が対象である。

なお、調査対象外の患者についても、医科レセプト請求の情報であれば、外来 EF 統合ファイルに含まれても差し支えない。

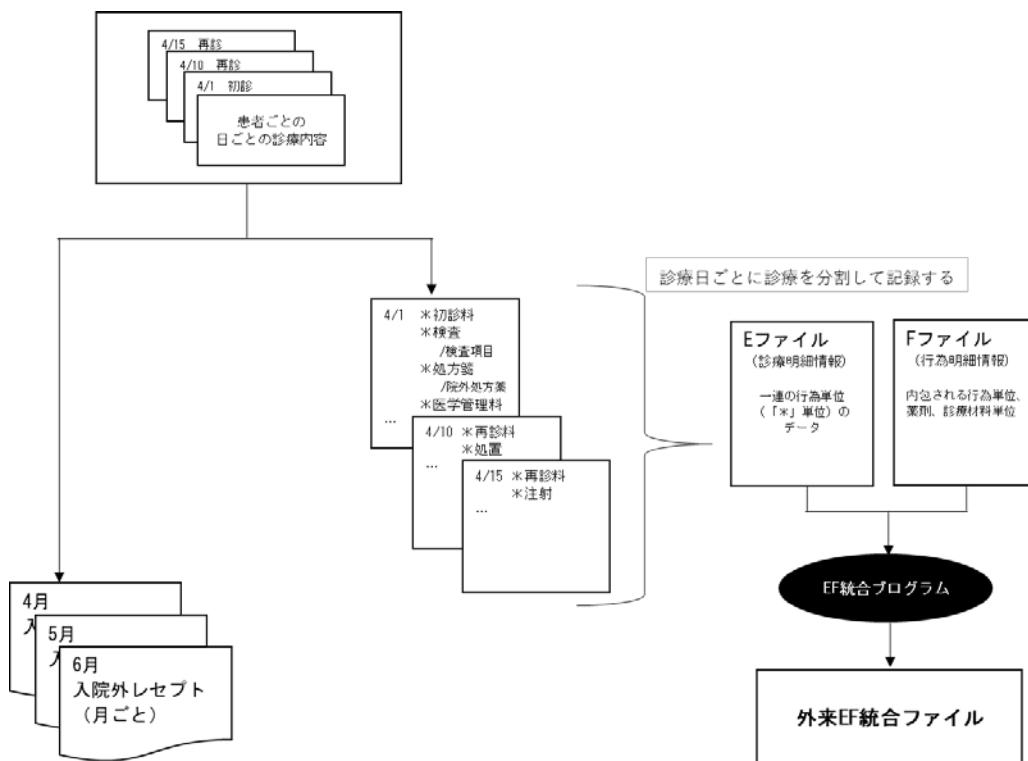
2. 様式ファイル作成方法

(1) ファイル構成

外来 EF 統合ファイルは、「診療明細情報」の E ファイル、「行為明細情報」の F ファイルを統合したものであり、受診日別の算定（請求）情報である。

事務局より提供される E ファイルと F ファイルを統合するプログラムを用いて、外来 EF 統合ファイルを作成することが可能である。

●ファイル作成イメージ



(2) EファイルとFファイルの作成と統合について

医科保険で算定する診療のほかに、包括対象検査（検査項目数に応じて医科点数表の算定額が包括されるもの）や院外処方薬、傷病に関するレコード、コメントコード、医学管理料等に包括される診療項目などの入力が必要となるため、「IV 関係資料」の「「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について」を参照し作成すること。

なお、外来 EF 統合ファイルの作成において、事務局の提供する EF ファイル統合プログラムの使用は任意であるが、「IV 関係資料」の「「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について」に掲載のレセプトデータダウンロード方式（RDDL 方式）を導入して E ファイル、F ファイルを作成し統合することが有効であるため、該当箇所を参照することを推奨する。

3. 項目の入力要領

「IV 関係資料」の「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査における外来 EF 統合ファイルのファイル仕様」を参照。

II-4. 外来Kファイル

1. 調査対象範囲

当該月の外来 EF 統合ファイルに含まれている外来受診症例が原則として対象になる。なお、データは日毎に作成をする。

2. 様式ファイル作成方法

外来Kファイル自体は、次項に掲載するデータファイルを元に、外来Kファイル生成プログラムを用いて生成するため、実際に医療機関が作成するファイルは、外来Kファイル生成プログラムに取り込むための「外来Kファイル生成用データファイル」である。外来Kファイル生成プログラムとその使用方法については、後日配布する。

Q&A

Q : 外来Kファイル生成プログラムを使用せず外来Kファイルを作成してもよいか。

A : 不可。事務局に提出する外来Kファイルは、一次共通 ID が付与され暗号化されたファイル形式で提出する必要がある。患者情報から作成される一次共通 ID の収集と患者情報漏洩を防止する観点から、必ず事務局から配布される外来Kファイル生成プログラムを用いて作成したファイルを提出すること。

●外来Kファイル生成用データファイルの形式

ファイル形式	カンマ区切り形式 (csv)
文字コード	Shift_JIS
改行コード	CRLF

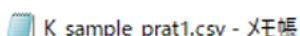
カンマ区切り形式とは、カンマで区切ったデータの方式である。

カンマとは下記図で示すとおり、項目と項目の間を区切っている「,」のことである。

カンマ区切り形式で入力されたデータファイルを csv ファイルと呼び、一般的なコンピュータには標準で使用可能となっている。

また、csv ファイルを開いて直接編集等を行う場合、データ識別番号等の入力するデータの桁落ち（0 落ち）に注意すること。

●ファイルイメージ



ファイル(F) 編集(E) 書式(O) 表示(V) ヘルプ(H)

施設コード,データ識別番号,受診年月日,カナ氏名,性別,生年月日
9999999999,0000000200,20230801,サトウタロウ,1,19931001
9999999999,0000000200,20230805,サトウタロウ,1,19931001
9999999999,0000000200,20230811,サトウタロウ,1,19931001
9999999999,0000004500,20230802,タカハシノリコ,2,19860703
9999999999,0000004500,20230817,タカハシノリコ,2,19860703
9999999999,0000032500,20230803,スズキジロウ,1,20041225

カンマ

3. 項目の入力要領

●外来Kファイル生成用データファイルの項目仕様

データエレメント Data Element (DE)	前ゼロ の必須	説明
施設コード	必須	都道府県番号十医療機関コード（9桁）。
データ識別番号	必須	複数回受診しても共通の番号（10桁）。
受診年月日 (西暦)		YYYYMMDD 2024年4月1日の場合、20240401
カナ氏名		受診時の氏名をレセプト電算の記録条件仕様のレセプト共通レコード内のカナ氏名に準じて入力する（最大80文字）。入力可能文字は別紙1を参照。氏名の間にスペース不可。
性別		受診時の性別を入力する。男性：1、女性：2を入力する。
生年月日		YYYYMMDD 1970年5月1日の場合、19700501。 部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。ただし、月日が分かっていても生年が不明の場合は「00000000」とする。

- ・カナ氏名は半角、全角、半角全角混在可。それ以外は半角で入力すること。
- ・区切り文字が半角カンマのため各項目で半角カンマは入力しないこと。
- ・入力値はダブルクォーテーションで括らないこと。

Q&A
Q : カナ氏名、性別は不明（空白）でもよいか。 A : 不可。不明は認めていない。
Q : 外国の患者様は英字で入力されている症例がいるが、どのようにすればよいか。 A : 英字のまま入力して構わない。

●別紙1 外来Kファイル生成データ カナ氏名での使用可能文字

カナ氏名 許容文字

ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ
タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ
マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ		
ワ	ヲ	ン	ヰ	ヱ										
ガ	ギ	グ	ゲ	ゴ	ザ	ジ	ズ	ゼ	ゾ	ダ	ヂ	ヅ	ヂ	ド
バ	ビ	ブ	ベ	ボ	パ	ピ	ブ	ペ	ボ	ヴ				
ア	イ	ウ	エ	オ	ツ	ヤ	ュ	ヨ	ー					
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z				

半角、全角可

II-5. 各様式ファイル作成時の留意事項

- ・各様式ファイルの入力項目は、傷病名を除き、数値を入力する際は全て半角で入力する。
- ・「施設コード」は、調査年度の途中で変更となった場合であっても、当該調査年度内のデータを作成する際は、変更前の施設コードを使用し、次の調査年度開始から変更後の施設コードを使用してデータを作成する。
- ・「データ識別番号」は、院内で利用する患者IDと連結可能な匿名化番号を使用することを必須とする。“1患者=1データ識別番号”とし、1患者に対するデータ識別番号の変更は同一年度内は不可。年度を超えての変更は可能であるが、その場合は事務局に相談すること。

III 提出方法

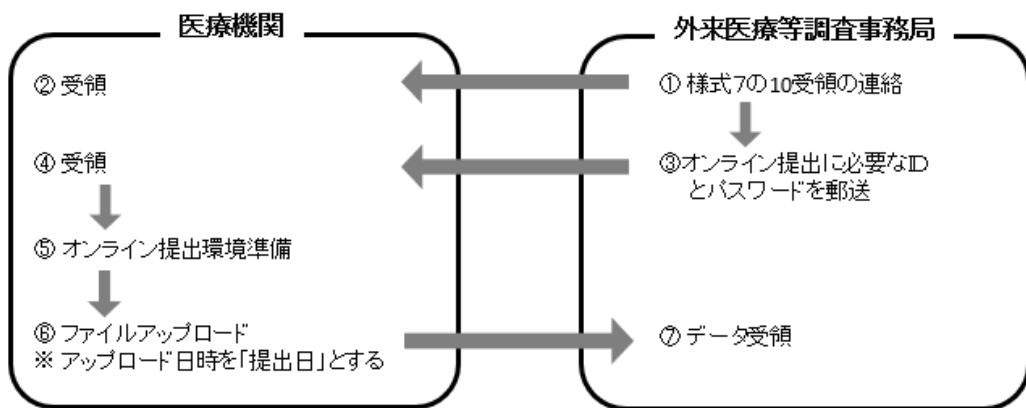
ファイルの提出はオンラインでの提出を原則とするが、オンライン提出の環境が整っていない場合には配送による提出も可とする。

III-1. オンラインによる提出

1. オンライン提出の利用開始について

様式7の10受理後、事務局から様式7の10に記載された担当者メールアドレス宛てに受領連絡を実施した後に、医療機関宛てにオンライン提出に必要となるIDとパスワードを郵送するので、利用環境を整えること。

■オンライン提出開始からファイル提出の流れ



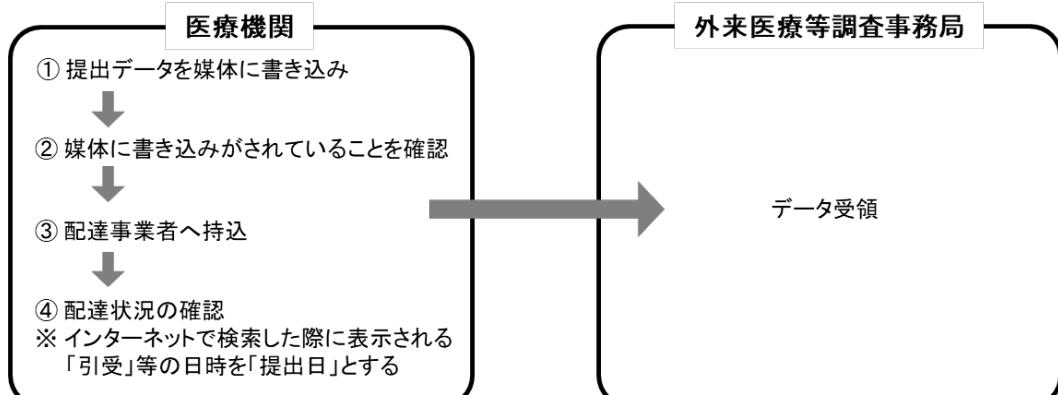
・①～⑤の手順は初回使用時のみ必要となる。

2. オンラインによる提出時の留意事項

- ・医療機関からオンラインシステムへ提出ファイルをアップロードした日時を「提出日」とする。
- ・「提出日」が提出期限日時より前に提出されたファイルを期限内に提出されたものとして取り扱う。
- ・提出用ファイルのアップロードが完了した際に表示される画面の印刷又は、キャプチャを保存すること。
- ・医療機関から事務局へ提出されたファイルの返却等は受け付けない。

III-2. 配送による提出

■配送によるファイル提出の流れ



1. 配送方法要件

- 以下の2つの要件をいずれも満たす配送方法を用いること。
- ①「提出日」及び「配送状況」がインターネット上で送付側（医療機関）・受領側（事務局）の双方向で確認できる方法であること。
 - ②配達事業者から事務局への対面による受け渡し時、事務局側で受領印を含むサインが必要となる方法であること。
- 下記の事業者及び配達形態のうち可否が○印のいずれかのサービス（2つの要件をいずれも満たす配送方法であることを事務局側が確認できたもの）を利用すること。該当する事業者及び形態以外の方法を利用した場合は、「提出不備」（未提出）扱いとなり、『調査データ提出の遅延等』に該当するため、留意すること。

配達事業者	配達形態	可否	備考
佐川急便株式会社	飛脚メール便	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	宅配便・航空便	○	
	飛脚特定信書便	○	
	飛脚ジャストタイム便	○	
西濃運輸株式会社	宅配便・航空便	○	
日本通運株式会社	宅配便・航空便	○	
福山通運株式会社	宅配便・航空便	○	
ヤマト運輸株式会社	クロネコゆうメール	×	配送方法の要件①、②をいずれも満たしていないため
	ネコポス	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	クロネコゆうパケット	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	宅急便コンパクト	○	
	宅急便・航空便	○	
日本郵便株式会社	普通郵便	×	配送方法の要件①、②をいずれも満たしていないため
	特定記録郵便	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	簡易書留	○	
	書留	○	
	ゆうパック	○	
	配達時間帯指定郵便（普通）	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	配達時間帯指定郵便（書留）	○	
	レターパックライト	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	レターパックプラス	○	
	ゆうパケット	×	配送方法の要件②を満たしていないため
	スマートレター	×	配送方法の要件①、②をいずれも満たしていないため

2. 提出媒体要件

- ・記録データの変更や削除が不可能な CD-R、DVD-R、DVD+R 等を使用すること。記録容量や記録速度は問わない。USB メモリ等の記憶ストレージの使用は不可とする。
- ・媒体のラベルには、「施設コード」と「施設名」を記載すること。
- ・ラベルは媒体本体に表記すること。
- ・ラベルを貼付する場合は専用のラベルを用いること。ラベルライター（テプラ等）は不可とする。
- ・手書きが可能な媒体であれば、手書きでも構わない。ボールペンは使用せず、油性マジック等を使用すること。また、プリンターによる印字でも可。

3. 配送による提出時の留意事項

(1) 提出時の留意事項

- ・チェックプログラムで生成される提出用ファイルは、当該月（単月）分の提出用ファイルであるため、複数月分を提出する際は、全ての該当月が媒体に格納されていることを確認すること。
- ・データが保存されていない場合や別のデータが保存されていた場合等、必要なデータが提出されていなかつた場合は「提出不備」（未提出）扱いとなり、『調査データ提出の遅延等』に該当するため、留意すること。
- ・提出用ファイルは媒体内の直下に保存すること。
- ・同一年月の提出用ファイルを複数保存しないこと。
- ・原則、1 媒体に提出するファイルを全て収めるが、1 媒体に収まらない場合は 2 媒体に分割することも可とする。
- ・初回提出のファイルと再提出のファイルを混在して保存しても構わない。
- ・どの PC でも読み取れるフォーマットで初期化された媒体を使用し、必ず他の PC にて提出用ファイルが存在していることを確認の上、提出すること。
- ・必ずプラスチックケースに入れて提出すること。不織布ケース等は不可。
- ・媒体に提出用ファイルを書き込み後、必ずウイルスチェックを行うこと。
- ・事務局に提出した提出用ファイルは必ずバックアップを行うこと。
- ・ファイル提出以外の方法によるデータの差し換え依頼、提出用ファイルの返却依頼等は受け付けない。
- ・事務局への媒体到着については、医療機関自ら確認すること。事務局から医療機関へ個別に到着状況の連絡を行うことはしない。

(2) 提出期限について

- ・配達事業者への引き渡し日等、インターネットで検索した際に表示される「引受」等の日時を「提出日」とする。
 - ・「提出日」が提出期限日当日までに提出されたファイルを、期限内に提出されたファイルとして取り扱う。
 - ・「提出日」が提出期限日を過ぎると遅延扱いとなるため留意すること。
- ・集荷時間や持ち込み時間が遅くなった場合や、配達事業者へ直接受け渡しがされなかった（コンビニエンスストアへの持ち込みやレターパックプラスにおいてのポスト投函等）等の場合、翌日が「提出日」として記録される可能性があるため留意すること。なお、配達事業者伝票の受付印及び消印等は、原則「提出日」として認めない。

III-3. 提出用ファイルの取扱いに関する留意事項

- ・チェックプログラムで生成された提出用ファイルのファイル名は変更せずに提出すること。
- ・「提出日」が新しいものを最新の提出用ファイルとして取り扱う。
- ・同一年月の提出用ファイルが同じ提出日に複数回提出された場合は、提出用ファイルの更新日時が新しい方を最新の提出用ファイルとして取り扱う。
- ・事務局から調査期間終了の連絡があるまでは、提出したファイルは医療機関にて保管すること。

III-4. 配送による提出先

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-2-1 霞が関コモンゲート西館20階
株式会社健康保険医療情報総合研究所内 外来医療等調査事務局 行

IV 関係資料

IV関係資料

「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響
評価に係る調査」に係る
レセプトデータダウンロード方式による
レセプト情報データ収集について

第2版

本資料は本調査に特化したものであるが、外来 EF 統合ファイルの仕様は、
基本的には、「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」の EF 統合ファイルの仕様と同様である。

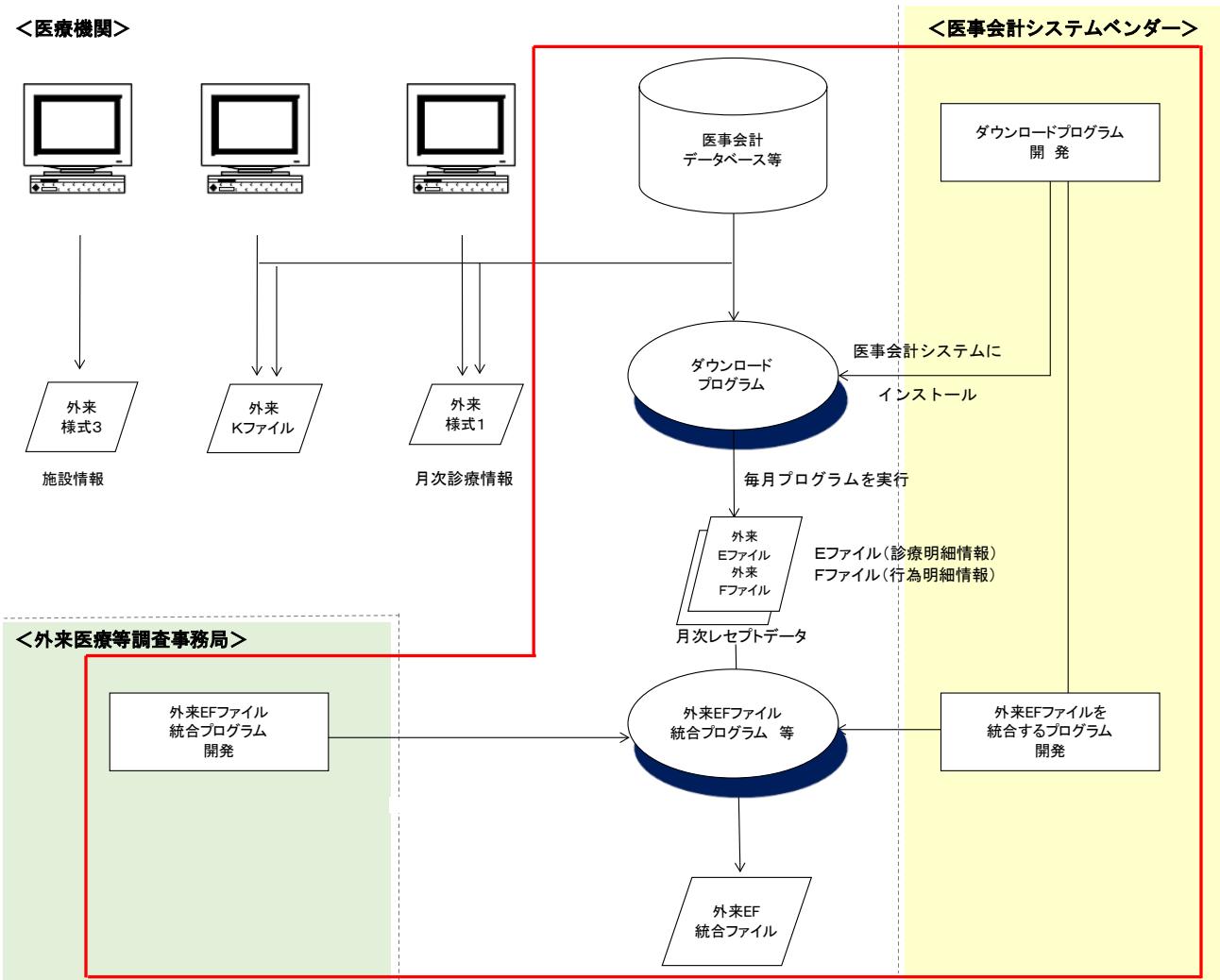
2023年3月29日

「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」における外来EF統合ファイル作成にあたっては、所定の形式でレセプトのデータを毎月ダウンロードしたデータを蓄積する方法（レセプトデータダウンロード方式。「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」と同様。）が有効である。

本資料は主にレセプトデータダウンロード方式による外来EF統合ファイルの作成について説明するものである。下に記載する＜レセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集のイメージ＞において、赤枠で記した範囲が本資料の説明範囲である。

なお、本資料においては、「外来診療」など、「外来」と記載がある場合であっても、「在宅医療」を含めた入院外診療を指すこととに留意すること。

＜レセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集のイメージ＞



1. 外来EF統合ファイル、外来Eファイル及び外来Fファイルのファイル仕様

外来 EF 統合ファイル、外来 E ファイル及び外来 F ファイルのファイル仕様は以下の表のとおりである。

本資料は、レセプトデータダウンロード方式の利用を前提としているが、ファイル仕様に則っているものであれば、作成方法は問わない。

また、外来 EF 統合ファイルは、外来 E ファイルと外来 F ファイルを統合したものであり、統合するためのプログラムは事務局にて提供するが、当該プログラムの使用は任意である。事務局以外から提供された統合プログラムを使用して作成することや直接外来 EF 統合ファイルを作成することなども可能である。

ファイルレイアウト	【レセプトデータダウンロード・データ仕様】参照
ファイル形式	タブ区切テキスト形式 ※ファイルの拡張子は「.txt」とし、改行コードは「CRLF」とする。
日本語文字コード	Shift_JIS
その他	外字は含めないこと。（単位、名称等）

2. ファイル作成における基本的な事項

医事会計システム等を導入している医療機関においては、レセプトデータダウンロード方式による外来 EF 統合ファイル（外来 E ファイル、外来 F ファイル）を作成するプログラムの導入を検討する場合は、医療会計システム等のベンダへ相談することを推奨する。

外来 EF 統合ファイルは、手入力で作成することを想定されたファイル仕様ではないため、手入力で作成するには多くの労力を要することに留意すること。

（1）外来EF統合ファイルの概要

外来EF統合ファイルは以下のようなファイルである。

- 当月内の入院外診療（医科入院外レセプト）症例についての全診療情報、症例に係る情報が入力される。調査対象患者に絞る必要はない。
- 外来EFファイルは外来 E ファイル（診療明細情報）、外来 F ファイル（行為明細情報）の 2 種類で構成されており、外来 E ファイル、外来 F ファイル関係は親子の関係である。外来 E ファイルのレコードは一連の行為を単位とし、外来 F ファイルではその中に含まれる診療行為等を、行為単位、薬剤、特定保険医療材料（以下「材料」という。）単位に分割する。なお、加算においても他の診療項目と同様の取扱いである。
- 同一データ識別番号の患者において、同月内に複数日に亘って診療が発生する場合には、診療日別に診療行為を分割する。
- 症状詳記等において、個人の情報が含まれる場合には入力しない。
- 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）において算定可能な診療についての入力を基本とする。ただし、検査項目数に応じて算定が包括されるものについては、各検査項目について入力が必要である。
- 算定可能な診療以外についても、患者の属性情報（性別等）や傷病情報、医学管理料等に包括される診療項目は入力が必要である。

（2）外来EF統合ファイルに含まれるデータの範囲

外来EF統合ファイルに含まれるデータの範囲は以下のとおりである。

- 当月内の入院外診療（医科入院外レセプト）症例についての全診療情報、症例に係る情報。調査対象患者に絞り込む必要はない。
- 医科保険の範囲とし、労災等の医科保険外の診療は作成しない。医科保険外の診療が混在する場合は、医科保険診療部分のみを対象とする。
- 入院診療の情報は含めない。

Q&A

- Q : ファイルを再提出したいが、作成する時点が異なるため、以前と異なるデータとなってしまうがよいか。
例) 保留レセプトとしていたものが初回提出分には作成されていないが、レセプトが確定したため今回再提出分に反映される。
- A : 問題ない。ただし、再提出する場合は、外来 EF 統合ファイル、外来 K ファイル、外来様式 1、外来様式 3 に齟齬のないよう各ファイルを修正し、再提出すること。

3. データ仕様

各項目のデータの定義等は、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項、方式及び規格」(厚生労働省保険局長通知)を参照することとし、以下に説明を追加する。

なお、()内は、外来Eファイル、外来Fファイル、外来EF統合ファイルの各項目に対応した【レセプトデータダウンロード・データ仕様】の「DE番号」を指している。

・施設コード：(E-1、F-1、EF-1)

レセプトに記載するコード。都道府県コード（2桁）と医療機関コード（7桁）を合わせて9桁とする。（外来様式1等と同一コード）

・データ識別番号：(E-2、F-2、EF-2)

10桁の数字を組み合わせた番号とする。10桁未満の番号は、前に「0」（ゼロ）を付与し、10桁とする。

外来様式1等と同一の患者については同一のデータ識別番号を使用する。

・生年月日：(E-3、F-3、EF-3)

YYYYMMDD形式で入力する。部分的に不明な場合は、不明な部分を「0」（ゼロ）とする。ただし、月日が分かっている場合であっても、生年が不明な場合は「00000000」とする。

・外来受診年月日：(E-4、F-4、EF-4)

外来受診年月日をYYYYMMDD形式で入力する。なお、傷病に関するレコードにおいては、受診年月+「00」（ゼロを2つ）とする。（例：2023年10月受診月の場合 「20231000」）

・データ区分：(E-5、F-5、EF-5)

レセプト電算処理システムの診療識別コード（医科）を入力する。ただし、傷病に関するレコードにおいては、「SY」を入力する。

[コード]	[名称]	[コード]	[名称]
11	初診	32	静脈内
12	再診	33	その他
13	指導	39	薬剤料減点=入院
14	在宅	40	処置
21	内服	50	手術
22	屯服	54	麻酔
23	外用	60	検査・病理
24	調剤=入院	70	画像診断
25	処方	80	その他
26	麻痺	90	入院基本料=入院
27	調基	92	特定入院料=入院
28	その他=入院	97	食事療養・標準負担額=入院
31	皮下筋肉内		

・順序番号：(E-6、F-6、EF-6)

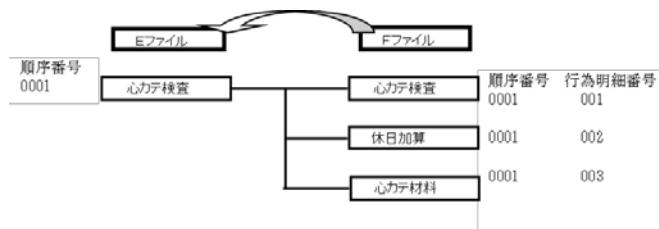
データ識別番号及びデータ区分の分類毎に一連の行為若しくは傷病を最大のレコードとして「0001」から順に採番する。同一診療行為の場合も、外来受診日別に別のレコードとして作成する。同一月内は連続番号で採番することとし、月が変わった際は番号を振り直す。

外来受診年月日の連番での入力も可とするが、診療科別にはしないこと。

・行為明細番号 : (F-7、 EF-7)

Fファイルでは、順序番号の中を更に行行為や薬剤、材料単位に分割してレコードを作成する。前提として、外来受診日別のレコードとする。（順序番号を親とすると、行為明細番号は子に相当する）

診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を「001」から付番すること。（001～999）



・レセプト電算処理システム用コード : (E-8、 F-9、 EF-9)

レセプト電算処理システム用のコードを入力する。なお、傷病に関するレコードについては7桁で入力することとし、傷病名コード又は傷病名コード・修飾語コード及び補足コメントを組み合わせても、該当する病名がない場合、未コード化傷病名コード（傷病名コード“0000999”）を入力する。

また、傷病名コードに付随する修飾語コードや補足コードは入力しない。

・解釈番号 : (E-9、 F-10、 EF-10)

医科点数表コード（A000等）で、医療機関のマスタが対応できる場合に入力する。

・診療行為名称 : (E-10) 及び 診療明細名称 : (F-11、 EF-11)

レセプトに記載する名称を入力する。医療機関のマスタにて使用している名称を用いてもよいが、その場合には医療機関で設定している外字などの定義がなくとも、調査仕様に則った形式に変換を行うこと。また、傷病に関するレコードについては、修飾語までを含んだ傷病名（日本語文字列）とする。なお、日本語文字コードはShift_JISを用いること。

・使用量 : (F-12、 EF-12)

基準単位に合わせた使用量を小数点以上7桁、小数点以下3桁にて入力する（小数点は『.』とする）。（例：0.002mlの場合 「0000000.002」）

診療行為でレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は「0000000.000」とする。また、使用量については、出来高実績点数（F-18、 EF-16）を算出した根拠となる使用量、回数、数量を入力する。

・基準単位 : (F-13、 EF-13)

レセプト電算処理システムの基本マスタ（医科診療行為マスタ、医薬品マスタ及び特定器材マスタ）に単位コード（診療行為の場合はデータ規格コード）が規定されている場合は、基本マスタに規定された単位コード等に対応した単位コード（別紙一3参照）を入力する。

また、単位コードが規定されていない場合は、使用量算出の根拠となる単位コードを入力する。

・行為明細点数 : (F-14) 及び 明細点数・金額（行為の場合）: (EF-14)

行為の点数又は金額を1レコードで合算せず、医科診療行為マスタに基づき各々1レコード単位で設定すること。

ただし、医科診療行為マスタの点数識別の「5:%加算」及び「6:%減算」に関しては「0」を入力する。なお、きざみ値については出来高実績点数と同様にきざみ計算後の点数を入力することとする。

診療明細名称(F-5)	行為明細点数(F-14)
MRI撮影（その他）	950
2回目以降減算(CT・MRI)	0
造影剤使用加算(MRI撮影)	250

・行為明細薬剤料 : (F-15) 及び 明細点数・金額（薬剤料の場合）: (EF-14)

行為毎の薬剤料で薬価×使用量とする。1円未満の場合は小数点第3位まで入力すること。

・行為明細材料料 : (F-16) 及び 明細点数・金額（材料料の場合）: (EF-14)

行為毎の材料料で、購入価又は公示価に使用量をかけた値とする。

1円未満の場合は小数点第3位まで入力すること。

・円点区分 : (E-14、F-17、EF-15)

設定した値が円単位で表示されるレコードには「1」を、点単位で表示されるレコードには「0」を入力する。

Eファイルでは「0」とする。

FファイルではF-17 行為明細薬剤料及びF-16 行為明細材料料について「1」とし、他のものに「0」とする。

・出来高実績点数 : (F-18、EF-16)

出来高算定として請求すべき点数を入力する。なお、医学管理料等に包括される診療項目に関しては、医学管理料等を算定しない場合の点数を入力するが、本調査年度においては「0」としてよい（詳細は後述の【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】を参照）。

行為、薬剤、材料のレコード（行為明細区分情報 ⑥医学管理料等包括項目区分が「0」のものに限る）の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為点数と一致すること。

薬剤レコード（行為明細区分情報 ⑥医学管理料等包括項目区分が「0」のものに限る）の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為薬剤料と一致すること。

材料レコード（行為明細区分情報 ⑥医学管理料等包括項目区分が「0」のものに限る）の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為材料料と一致すること。

薬剤、材料に関しては、計算した単位の最後のレコードに点数を入力する。

行為に関して、加算がある場合、加算分のレコードには加算分の点数を入力すること。なお、%加算等で端数が発生する場合には、その加算レコードで調整すること。ただし、その場合でも、行為（加算含む）の出来高実績点数の合計は、Eファイルの行為点数の薬剤・材料を除いた分と一致すること。

また、%減算がある場合には、「-」（マイナス）を付けて負の値を入力すること。

包括対象検査（検査項目数に応じて医科点数表の算定額が包括されるもの。例：○項目以上△点）については、医科点数表に規定する項目数に応じた点数を、点数算定内の一連の検査（医科診療行為マスターの「包括対象検査」が同じもの）の最終レコードに入力する。なお、項目数に応じた点数を算定しない場合及び包括対象検査以外の場合の診療行為レコードは、レコード毎に点数を入力しなければならないので注意すること。

・行為明細区分情報 : (F-19、EF-17)

次の12個の区分を連結した12桁の数字を入力する。

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

① 院外処方区分

院外処方に伴う薬剤には「1」を、院内処方に伴う薬剤には「0」を入力する。

② 一般名処方区分

院内処方（①院外処方区分：「0」）に伴う薬剤には「0」を入力する。院外処方（①院外処方区分：「1」）に伴う薬剤については一般名処方を行った場合は「1」を、一般名処方以外を行った場合は「0」を入力する。

③ 性別

男性は「1」を、女性は「2」を入力する。

④ 転帰区分

傷病に関するレコードに対しては、当該傷病名に係る以下の表の転帰区分を入力する。傷病に関するレコードではない場合は「0」とする。

コード	内容
1	治癒、死亡、中止以外
2	治癒
3	死亡
4	中止（転医）

⑤ 主傷病

傷病に関するレコードに対しては、当該傷病が主傷病である場合は「1」、それ以外の場合は「0」とする。

傷病に関するレコードではない場合は「0」とする。

⑥ 医学管理料等包括項目区分

特定の医学管理料等に包括される診療項目（薬剤、材料を含む。）には「1」を、それ以外には「0」を入力する（詳細は後述の【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】を参照）。ただし、診療項目を包括する医学管理料等本体には「0」を入力すること。

⑦ リフィル処方箋区分

リフィル処方箋によって複数回の処方指示がなされた薬剤には処方箋に記載される「2」から「3」の繰り返し使用回数に対応する数字を入力する。（例：リフィル処方箋の使用回数が2回と記載されている場合 「2」）

それ以外には「0」を入力する。

⑧～⑫ 予備

「0」を入力する。

・行為点数 : (E-11、 EF-18)

一連の行為をレコードの最大単位としている。包括化、まるめなどによって、差異が発生するが、Eファイルの点数の値はレセプトと同一の値を正とする（査定前）。減算の場合は「-」（マイナス）を付けて負の値とする。

・行為回数 : (E-15、 EF-21)

同一日に同一行為が複数回発生した場合は、合計した点数が E-11、12、13 に計上され、回数は「1」とすることを基本とする。（薬剤等）

ただし、合計処理が不可能な場合で、各々を別レコードとして分離できず、かつ、点数が 1 回当たり点数となる場合は、回数として 2 以上が入る。

・レセ電算保険者番号 : (E-16、 EF-22)

主たる保険について入力する。

・レセプト種別コード : (E-17、 EF-23)

レセプト電算処理システムのレセプト種別コード（別紙—4 参照）を入力する。

・実施年月日・診療開始日 : (E-18、 EF-24)

YYYYMMDD 形式で日ごとに入力する。ただし、傷病に関するレコードについては、診療開始日を入力する。

・レセプト科区分 : (E-19、 EF-25)

レセプト電算処理システムの診療科コード（別紙—2 参照）を入力する。

・診療科区分 : (E-20、 EF-26)

標榜科などの診療科について入力する。コードは、指定された診療科コード（別紙—1 参照）とする。診療科目が当該医療機関の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。また、コード番号は 3 衔であるので、これを超えない変更は可能である。

・病棟コード : (E-22、 EF-28)

「9999999999」を入力する。

・病棟区分 : (E-23、 EF-29)

「9」を入力する。

・入外区分 : (E-24、 EF-30)

「1」（外来）を入力する。

Q&A

Q：傷病に関するレコード（SY）について、入力すべき種別が不明な場合はどのように入力するのか。

A：診療行為と同様に該当するものを設定する。ただし、設定すべきものが不明な場合は、

- ・ EF-23 レセプト種別コード：4 衔以内で任意
 - ・ EF-25 レセプト科区分：2 衔の数字（00～99）
 - ・ EF-26 診療科区分：3 衔の数字（000～999）
- であれば入力可能とする。

【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】

下記に掲げる【対象医学管理料等】に包括される診療項目（薬剤、材料を含む）については、仮に【対象医学管理料等】を算定しなかった場合に、医科点数表により算定する診療項目（包括診療項目）を追加で作成する。この際、行為明細区分情報の医学管理料等包括項目区分（F-19、EF-17⑥）に「1」を設定する。

【対象医学管理料等】

- B001-15 慢性維持透析患者外来医学管理料
- B001-2 小児科外来診療料（1日につき）
- B001-2-9 地域包括診療料（月1回）
- B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）
- B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）
- B001-3 生活習慣病管理料
- B001-4 手術前医学管理料
- C002 在宅時医学総合管理料（月1回）
- C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）
- C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

Q&A

- Q：医学管理料等包括項目区分に包括される（項目区分が「1」となる）診療行為・薬剤等の出来高実績点数（F-18、EF-16）はどう入力をすればよいか。
A：本年度においては、出来高実績点数「0」と入力して構わない。

4. 留意すべき診療行為の取扱い

（1）処方せん料、処方薬（院外処方薬）

- 外来受診日に複数の処方箋が発生した場合、原則として1処方1レコード(RP毎／剤毎)としてEファイルに作成し、診療科を明記する。
- 院外処方、院内処方により処方された薬剤については1薬剤1レコードとしてFファイルに作成する。
- 院外処方薬については、データ区分「20番台」にし行為点数(E-11)に「0」を、「院外処方区分」に「1」を入力する。
処方せん料についてはデータ区分「80」で作成することとし、院外処方において一般名処方を行った場合等の入力方法については、以下を参照のこと。
- 一般名処方を行った場合のデータ作成方法
 - ・一般名に対応する任意の銘柄名の医薬品（※）で作成する。
 - ・「F-15 行為明細薬剤料／EF-14 明細点数・金額」には、同一剤形・規格内の最低薬価ではなく、当該銘柄名の医薬品の薬剤料を入力する。
 - ・「F-19(EF-17) 行為明細区分情報 ②一般名処方区分」に「1」を入力する。

※ 厚生労働省が提供している一般名処方マスターのコード（一般名コード）で指示した場合、原則、薬価基準収載医薬品コード（厚生労働省医政局経済課の分類コード）の上9桁が一般名コードの上9桁と一致する医薬品コードの中で任意のものを使用する。なお、有効期限切れのコードは使用しない。

（2）複数科受診の取扱い

- 初診料、再診料について請求可能なものについて、それぞれ1レコードとしてEファイルに作成し、診療科を明記する。

5. 包括診療行為の取扱い

包括診療行為の詳細な実施情報を記載（例：D007 血液化学検査 10項目以上を算定する場合は、当該点数に包括され実施した個別検査項目を記載）。包括される診療行為については、「行為点数：(E-11)」に「0」を入力。

【レセプトデータダウンロード・データ仕様】

※レセプトデータダウンロード方式におけるシステム的な仕様である。

システムベンダ等が参照することを想定した記載表現がなされていることに留意して参考すること。

外来Eファイル<診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回受診しても共通の番号。外来様式1等と一致する。
E-3	○	生年月日(西暦)	8	27		YYYYMMDD形式で入力。
E-4	○	外来受診年月日(西暦)	8	35		外来受診年月日をYYYYMMDD形式で入力する。傷病に関するレコードにおいては、受診年月+「00」を入力。
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ識別番号、外来受診年月日及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。これが不可能な場合には、データ識別番号毎に月内の採番でも可とする。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰めで入力。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		コメントについてEファイルは不要。傷病に関するレコードについては傷病名コード(7桁)で入力すること。
E-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号。A000等。
E-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰めで入力。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数合計。手技料+E12行為薬剤料+E13行為材料料。傷病名コードは「0」。
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。傷病名コードは「0」。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。傷病名コードは「0」。
E-14	○	円・点区分	1	349		「1」(円単位) 「0」(点単位)
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)。傷病名コードは「1」。
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入する。
E-17	○	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
E-18	○	実施年月日・診療開始日	8	372		YYYYMMDD形式で入力。1996年1月1日の場合、19960101。傷病名コードは診療開始日を入力。
E-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
E-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。別紙一のコードを使用。
E-21	▲	医師コード	10	387		医療機関独自コード。左詰めで入力。
E-22	○	病棟コード	10	397		「9999999999」を入力すること。左詰め。
E-23	○	病棟区分	1	398		「9」を入力すること。
E-24	○	入外区分	1	399		「1」(外来)を入力すること
E-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不要。タブでフィールドのみ作成。

○: 必須 ▲: 必須ではない

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

注3) 点数のないものは、円表示とする。

※: 11、12、13、14、21、22、23、25、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、SYのいずれかが入る。

外来Fファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回受診しても共通の番号。外来様式1等と一致する。
F-3	○	生年月日(西暦)	8	27		YYYYMMDD 形式で入力。
F-4	○	外来受診年月日(西暦)	8	35		外来受診年月日を YYYYMMDD 形式で入力する。傷病に関するレコードにおいては、受診年月+「00」を入力する。
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※Eファイルと同じ)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ識別番号、外来受診年月日及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。これが不可能な場合には、データ識別番号毎に月内の採番でも可とする。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰めで入力。
F-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		Fファイルにはコメントデータを残す(コード810000000 使用)。傷病に関するレコードについては傷病名コード(7桁)で入力すること。
F-10	▲	解釈番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の解釈番号。A000等。
F-11	○	診療明細名称	254	327		診療明細の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰めで入力。
F-12	○	使用量	11	338	必須	基準単位に合わせた使用量を小数点以上7桁、小数点以下3桁にて入力(小数点は「.」を入力する)。0.002mlの場合、0000000.002。診療行為でレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は0000000.000を入力。出来高実績点数(F-18、EF-16)を算出した根拠となる使用量、回数、数量を設定する。傷病名コードは「0」を入力。
F-13	○	基準単位	3	341		レセプト電算処理システム基本マスタに単位コードが規定されている場合は、基本マスタに規定の単位コード等に対応した単位コード(別紙-3参照)を入力する。また、単位コードが規定されていない場合は、使用量算出の根拠となる単位コードを入力する。傷病名コードは「0」を入力。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数合計。傷病名コードは「0」。
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)。傷病名コードは「0」。
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価又は公示価×数量)。傷病名コードは「0」。
F-17	○	円・点区分	1	374		「1」(円単位) 「0」(点単位)
F-18	○	出来高実績点数	8	382	必須	出来高算定として請求すべき点数。傷病名コードは「0」。
F-19	○	行為明細区分情報	12	394	必須	12桁の数字を入力する。 院外処方区分、一般名処方区分、性別、転帰区分及び主傷病、医学管理料等包括項目区分及びリフィル処方箋区分を上7桁に設定し、残りの5桁に「0」を入力する。

○: 必須 ▲: 必須ではない

注1) 点数のないものは、円表示とする。

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの。

注3) F-14、F-15、F-16にはいずれか一つに点数が入る。

外来 EF 統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	生年月日(西暦)	8	27		E3 生年月日	F3 生年月日	
EF-4	○	外来受診年月日(西暦)	8	35		E4 外来受診年月日	F4 外来受診年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	※
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタコード)	F8 病院点数マスタコード	
EF-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コード)	F9 レセプト電算コード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数・金額	12	353	必須		{ F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	354		(E14 円・点区分)	F17 円・点区分	
EF-16	○	出来高実績点数	8	362	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	行為明細区分情報	12	374	必須		F19 行為明細区分情報	
EF-18	○	行為点数	8	382	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	390	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	398	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	401	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	409		E16 保険者番号		
EF-23	○	レセプト種別コード	4	413		E17 レセプト種別コード		
EF-24	○	実施年月日・診療開始日	8	421		E18 実施年月日・診療開始日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	423	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	426	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	▲	医師コード	10	436		E21 医師コード		全レコード
EF-28	○	病棟コード	10	446		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	447		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	448		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	451		E25 施設タイプ		

○：必須 ▲：必須ではない

※：データ区分は E ファイルと同じ

別紙—1 診療科区分

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	整形外科	120	眼科	230
心療内科	020	形成外科	130	耳鼻咽喉科	240
精神科	030	美容外科	140	気管食道科	250
神経科	040	脳神経外科	150	リハビリテーション科	260
呼吸器科	050	呼吸器外科	160	放射線科	270
消化器科	060	心臓血管外科	170	神経内科	280
循環器科	070	小児外科	180	胃腸科	290
アレルギー科	080	皮膚泌尿器科	190	皮膚科	300
リウマチ科	090	性病科	200	泌尿器科	310
小児科	100	肛門科	210	産科	320
外科	110	産婦人科	220	婦人科	330

呼吸器内科	340	血液科	470	総合診療科	600
循環器内科	350	血液内科	480	乳腺甲状腺外科	610
歯科	360	麻酔科	490	新生児科	620
歯科矯正科	370	消化器内科	500	小児循環器科	630
小児歯科	380	消化器外科	510	緩和ケア科	640
歯科口腔外科	390	肝胆脾外科	520	内分泌リウマチ科	650
糖尿病科	400	糖尿病科	530	血液腫瘍内科	660
腎臓内科	410	大腸肛門科	540	腎不全科	670
腎移植科	420	眼形成眼窩外科	550	精神神経科	680
血液透析科	430	不妊内分泌科	560	内分泌代謝科	690
代謝内科	440	膠原病リウマチ内科	570	病理診断科	700
内分泌内科	450	脳卒中科	580	臨床検査科	710
救急医学科	460	腫瘍治療科	590		

別紙—2 E-19：レセプト電算処理システム用診療科コード

コード名	コード	内 容
診療科コード	01	内科
	02	精神科
	03	神経科
	04	神経内科
	05	呼吸器科
	06	消化器科
	07	胃腸科
	08	循環器科
	09	小児科
	10	外科
	11	整形外科
	12	形成外科
	13	美容外科
	14	脳神経外科
	15	呼吸器外科
	16	心臓血管外科
	17	小児外科
	18	皮膚ひ尿器科
	19	皮膚科
	20	ひ尿器科
	21	性病科
	22	こう門科
	23	産婦人科（産科又は婦人科）
	24	産科
	25	婦人科
	26	眼科
	27	耳鼻いんこう科
	28	気管食道科
	29	(欠)
	30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
	31	麻酔科
	32	(欠)
	33	心療内科
	34	アレルギー科
	35	リウマチ科
	36	リハビリテーション科
	37	病理診断科
	38	臨床検査科
	39	救急科

別紙—3 F-13：基準単位

コード名	コード	内 容	コード	内 容	コード	内 容	コード	内 容
特定器材単位 コード	001	分	032	mg	102	染色	133	入院中
	002	回	033	g	103	種類	134	退院時
	003	種	034	Kg	104	株	135	初回
	004	箱	035	cc	105	菌株	136	口腔
	005	巻	036	mL	106	照射	137	顎
	006	枚	037	L	107	臓器	138	週
	007	本	038	mLV	108	件	139	窩洞
	008	組	039	バイアル	109	部位	140	神経
	009	セット	040	cm	110	肢	141	一連
	010	個	041	cm ²	111	局所	142	2週
	011	裂	042	m	112	種目	143	2月
	012	方向	043	μ Ci	113	スキャン	144	3月
	013	トローチ	044	mCi	114	コマ	145	4月
	014	アンプル	045	μ g	115	処理	146	6月
	015	カプセル	046	管(瓶)	116	指	147	12月
	016	錠	047	筒	117	歯	148	5年
	017	丸	048	GBq	118	面	149	妊娠中
	018	包	049	MBq	119	側	150	検査当り
	019	瓶	050	KBq	120	個所	151	1疾患当り
	020	袋	051	キット	121	日	153	装置
	021	瓶(袋)	052	国際単位	122	椎間	154	1歯1回
	022	管	053	患者当り	123	筋	155	1口腔1回
	023	シリンジ	054	気圧	124	菌種	156	床
	024	回分	055	缶	125	項目	157	1顎1回
	025	テスト分	056	手術当り	126	箇所	158	椎体
	026	ガラス筒	057	容器	127	椎弓	159	初診時
	027	桿錠	058	mL(g)	128	食	160	1分娩当り
	028	単位	059	ブリスター	129	根管	161	2年
	029	万単位	060	シート	130	3分の1顎		
	030	フィート	061	カセット	131	月		
	031	滴	101	分画	132	入院初日		

別紙—4 E-17：レセプト種別コード（医科）

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (医科)	1111	医科・医保単独・本人・入院	医科・国保単独・世帯主・入院
	1112	"・"・本人・入院外	"・"・世帯主・入院外
	1113	"・"・未就学者・入院	"・"・未就学者・入院
	1114	"・"・未就学者・入院外	"・"・未就学者・入院外
	1115	"・"・家族・入院	"・"・その他・入院
	1116	"・"・家族・入院外	"・"・その他・入院外
	1117	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1118	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1119	"・"・高齢受給者7割・入院	"・"・高齢受給者7割・入院
	1120	"・"・高齢受給者7割・入院外	"・"・高齢受給者7割・入院外
	1121	"・医保と1種の公費併用・本人・入院	"・国保と1種の公費併用・世帯主・入院
	1122	"・"・本人・入院外	"・"・世帯主・入院外
	1123	"・"・未就学者・入院	"・"・未就学者・入院
	1124	"・"・未就学者・入院外	"・"・未就学者・入院外
	1125	"・"・家族・入院	"・"・その他・入院
	1126	"・"・家族・入院外	"・"・その他・入院外
	1127	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1128	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1129	"・"・高齢受給者7割・入院	"・"・高齢受給者7割・入院
	1130	"・"・高齢受給者7割・入院外	"・"・高齢受給者7割・入院外
	1131	"・医保と2種の公費併用・本人・入院	"・国保と2種の公費併用・世帯主・入院
	1132	"・"・本人・入院外	"・"・世帯主・入院外
	1133	"・"・未就学者・入院	"・"・未就学者・入院
	1134	"・"・未就学者・入院外	"・"・未就学者・入院外
	1135	"・"・家族・入院	"・"・その他・入院
	1136	"・"・家族・入院外	"・"・その他・入院外
	1137	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1138	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1139	"・"・高齢受給者7割・入院	"・"・高齢受給者7割・入院
	1140	"・"・高齢受給者7割・入院外	"・"・高齢受給者7割・入院外
	1141	"・医保と3種の公費併用・本人・入院	"・国保と3種の公費併用・世帯主・入院
	1142	"・"・本人・入院外	"・"・世帯主・入院外
	1143	"・"・未就学者・入院	"・"・未就学者・入院
	1144	"・"・未就学者・入院外	"・"・未就学者・入院外
	1145	"・"・家族・入院	"・"・その他・入院
	1146	"・"・家族・入院外	"・"・その他・入院外
	1147	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1148	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外	"・"・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1149	"・"・高齢受給者7割・入院	"・"・高齢受給者7割・入院
	1150	"・"・高齢受給者7割・入院外	"・"・高齢受給者7割・入院外
	1151	医科・医保と4種の公費併用・本人・入院	医科・国保と4種の公費併用・世帯主・入院
	1152	"・"・本人・入院外	"・"・世帯主・入院外
	1153	"・"・未就学者・入院	"・"・未就学者・入院
	1154	"・"・未就学者・入院外	"・"・未就学者・入院外
	1155	"・"・家族・入院	"・"・その他・入院
	1156	"・"・家族・入院外	"・"・その他・入院外

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
	1157	" · " · 高齢受給者一般・低所得者・入院	" · " · 高齢受給者一般・低所得者・入院
	1158	" · " · 高齢受給者一般・低所得者・入院外	" · " · 高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1159	" · " · 高齢受給者7割・入院	" · " · 高齢受給者7割・入院
	1150	" · " · 高齢受給者7割・入院外	" · " · 高齢受給者7割・入院外
	1211	" · 公費単独・入院	_____
	1212	" · " · 入院外	_____
	1221	" · 2種の公費併用・入院	_____
	1222	" · " · 入院外	_____
	1231	" · 3種の公費併用・入院	_____
	1232	" · " · 入院外	_____
	1241	" · 4種の公費併用・入院	_____
	1242	" · " · 入院外	_____
	1317	" · 後期高齢者単独・一般・低所得者・入院	医科・後期高齢者単独・一般・低所得者・入院
	1318	" · " · 一般・低所得者・入院外	" · " · 一般・低所得者・入院外
	1319	" · " · 7割・入院	" · " · 7割・入院
	1310	" · " · 7割・入院外	" · " · 7割・入院外
	1327	" · 後期高齢者と1種の公費併用 · 一般・低所得者・入院	" · 後期高齢者と1種の公費併用 · 一般・低所得者・入院
	1328	" · " · 一般・低所得者・入院外	" · " · 一般・低所得者・入院外
	1329	" · " · 7割・入院	" · " · 7割・入院
	1320	" · " · 7割・入院外	" · " · 7割・入院外
	1337	" · 後期高齢者と2種の公費併用 · 一般・低所得者・入院	" · 後期高齢者と2種の公費併用 · 一般・低所得者・入院
	1338	" · " · 一般・低所得者・入院外	" · " · 一般・低所得者・入院外
	1339	" · " · 7割・入院	" · " · 7割・入院
	1330	" · " · 7割・入院外	" · " · 7割・入院外
	1347	" · 後期高齢者と3種の公費併用 · 一般・低所得者・入院	" · 後期高齢者と3種の公費併用 · 一般・低所得者・入院
	1348	" · " · 一般・低所得者・入院外	" · " · 一般・低所得者・入院外
	1349	" · " · 7割・入院	" · " · 7割・入院
	1340	" · " · 7割・入院外	" · " · 7割・入院外
	1357	" · 後期高齢者と4種の公費併用 · 一般・低所得者・入院	" · 後期高齢者と4種の公費併用 · 一般・低所得者・入院
	1358	" · " · 一般・低所得者・入院外	" · " · 一般・低所得者・入院外
	1359	" · " · 7割・入院	" · " · 7割・入院
	1350	" · " · 7割・入院外	" · " · 7割・入院外
	1411	_____	医科・退職者単独・本人・入院
	1412	_____	" · " · 本人・入院外
	1413	_____	" · " · 未就学者・入院
	1414	_____	" · " · 未就学者・入院外
	1415	_____	" · " · 家族・入院
	1416	_____	" · " · 家族・入院外
	1421	_____	" · 退職者と1種の公費併用・本人・入院
	1422	_____	" · " · 本人・入院外
	1423	_____	" · " · 未就学者・入院
	1424	_____	" · " · 未就学者・入院外
	1425	_____	" · " · 家族・入院
	1426	_____	" · " · 家族・入院外

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
	1431		"・退職者と2種の公費併用・本人・入院
	1432		"・"・本人・入院外
	1433		"・"・未就学者・入院
	1434		"・"・未就学者・入院外
	1435		"・"・家族・入院
	1436		"・"・家族・入院外
	1441		"・退職者と3種の公費併用・本人・入院
	1442		"・"・本人・入院外
	1443		"・"・未就学者・入院
	1444		"・"・未就学者・入院外
	1445		"・"・家族・入院
	1446		"・"・家族・入院外
	1451		医科・退職者と4種の公費併用・本人・入院
	1452		"・"・本人・入院外
	1453		"・"・未就学者・入院
	1454		"・"・未就学者・入院外
	1455		"・"・家族・入院
	1456		"・"・家族・入院外

外来EFファイル作成例

[処方]

① タガメット錠200mg 2錠
ロキソニン錠60mg 3錠
ムスカルム錠100mg 3錠 1~4日分
② マイザーソフト膏0.5% 50g

[院内投与の場合]

EF-3	EF-4	EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-10	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-16	EF-17	EF-18	EF-19	EF-20	EF-21	EF-22	EF-23	EF-24	
生年月日 (西暦)	外来受診 年月日	順序番号 タ区分	行為明細 番号	レセプト電 算コード	解釈番号	診療明細名称	使用量	基準単位	明細点 数・金額	円点区分	出来高実績 点数	行為明細区分 情報	行為点数	行為薬剤料	行為材料料	行為回数	実施年月 日・診療開 始日					
19500401 20240605 21	0001	000	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0		0		12	12	0	14	20240605					
19500401 20240605 21	0001	001	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1		0	001000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 21	0001	002	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1		0	001000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 21	0001	003	620096145		ムスカルム錠100mg	3	016	30.3	1		12	001000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 21	0002	000	120000710		調剤料(内服葉)	0	000	0	0		0		9	0	0	1	20240605					
19500401 20240605 21	0002	001	120000710		調剤料(内服葉)	0	000	9	0		0	001000000000	0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 22	0001	000	620625401		マイザーソフト膏0.5%	0	000	0	0		0		13	13	0	1	20240605					
19500401 20240605 23	0001	001	620625401		マイザーソフト膏0.5%	50	033	11.25	1		113	001000000000	0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 23	0002	000	120001010		調剤料(外用葉)	0	000	0	0		0		6	0	0	1	20240605					
19500401 20240605 23	0002	001	120001010		調剤料(外用葉)	0	000	6	0		0	001000000000	0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 25	0001	000	120001210		処方料(その他)	0	000	0	0		0		42	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 25	0001	001	120001210		処方料(その他)	0	000	42	0		0	001000000000	0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 27	0001	000	120001810		調基(その他)	0	000	0	0		0		8	0	0	1	20240605					
19500401 20240605 27	0001	001	120001810		調基(その他)	0	000	8	0		0	001000000000	0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240600 SY	0001	000	0091005		胃腸炎	0	0	0	1		0		0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240600 SY	0001	001	0091005		胃腸炎	0	0	0	1		0		0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240600 SY	0002	000	8840829		腰痛症	0	0	0	1		0		0	0	0	0	1	20240420				
19500401 20240600 SY	0002	001	8840829		腰痛症	0	0	0	1		0		0	0	0	0	1	20240420				

※: 外来EFファイルにおいて院内処方の「EF-17 行為明細区分情報の院外処方区分(F-19 行為明細区分情報の院外処方区分)」には「0」をセットする(院外処方薬を除く)。

[院外処方の場合]

EF-3	EF-4	EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-10	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-16	EF-17	EF-18	EF-19	EF-20	EF-21	EF-22	EF-23	EF-24	
生年月日 (西暦)	外来受診 年月日	順序番号 タ区分	行為明細 番号	レセプト電 算コード	解釈番号	診療明細名称	使用量	基準単位	明細点 数・金額	円点区分	出来高実績 点数	行為明細区分 情報	行為点数	行為薬剤料	行為材料料	行為回数	実施年月 日・診療開 始日					
19500401 20240605 21	0001	000	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0		0		0	0	0	0	0	14	20240605			
19500401 20240605 21	0001	001	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1		0	111000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 21	0001	002	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1		0	111000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 21	0001	003	620096145		ムスカルム錠100mg	3	016	30.3	1		0	111000000000	0	0	0	0	14	20240605				
19500401 20240605 23	0001	000	620625401		マイザーソフト膏0.5%	0	000	0	0		0		0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 23	0001	001	620625401		マイザーソフト膏0.5%	50	033	11.25	1		0		0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 80	0001	000	120002910		処方せん料(その他)	0	000	0	0		68		68	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240605 80	0001	001	120002910		処方せん料(その他)	0	000	0	1		0		0	0	0	0	1	20240605				
19500401 20240600 SY	0001	000	0091005		胃腸炎	0	000	0	0		0		0	0	0	0	1	20240420				
19500401 20240600 SY	0002	000	8840829		腰痛症	0	000	0	0		0		0	0	0	0	1	20240420				
19500401 20240600 SY	0002	001	8840829		腰痛症	0	000	0	1		0		0	0	0	0	1	20240420				

※: 院外処方薬の「EF-17 行為明細区分情報の院外処方区分(F-19 行為明細区分情報の院外処方区分)」には「1」をセットする。

ただし、一般名処方を行った場合は「EF-17 行為明細区分情報の院外処方区分(F-19 行為明細区分情報の一般名処方区分)」に「1」をセットする。

外来EFファイル作成例(7種類以上の内服薬)

(減)オルメテック錠20mg 2錠			
デイオバん錠80mg 2錠			
ノルバスク錠5mg 2錠			
ラジレス錠150mg 2錠			
アーチスト錠10mg 1錠			
カルブロック錠16mg 1錠			
ラシックス錠40mg 1錠			
セララ錠25mg 1錠			
アンカロン錠100 100mg 1錠			
ジルテック錠10 10mg 2錠			
ワルフルリンクカルナム錠1mg 5錠			
薬剤料過減(90／100)(内服薬)			
86× 14	19× 14	37× 14	20× 14
			5× 14
			△234×