令和８年度　医療機関機能・病床機能報告

医療機関機能・病床機能報告　報告様式２

確認・記入要領

（病院・有床診療所共通）

（1.0版）

－ 目 次 －

《重要なお知らせ》..... 1
I. 報告の概要 2
（1） 医療機関機能・病床機能報告制度の概要 2
（2） 報告様式2の作成・提出の進め方 2
（3） 「報告様式2」について 2
（4） 報告期限 8
（5） 問い合わせ窓口 8
II. 報告様式2の確認・記入の手引き 10
（1） 「基本票」の確認・記入要領 14
（2） 「病棟票」の確認・記入要領 14
1.算定する入院基本料・特定入院料等の状況 15
2.有床診療所の多様な機能の状況 16
3.幅広い手術の実施状況 16
4.がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況 17
5.重症患者への対応状況 19
6.救急医療の実施状況 20
7.急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況 21
8.全身管理の状況 22
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 23
10.長期療養患者の受入状況 24
11.重度の障害児等の受入状況 24
12.医科歯科の連携状況 24
13.当該病棟における医療機能の報告の再確認 25
（3） 「手術（個別）票」及び「全身麻酔手術（個別）票」の確認・記入要領 26
（4） 「医療機関機能票」の確認・記入要領 28
1.救急医療の提供状況 28
2.手術に関する実績 28
3.高齢者等への医療の提供状況 29
4.高齢者施設等との連携状況 30
5.在宅医療の提供状況 30

《重要なお知らせ》

報告内容に係る見直し事項

- 【重要】医療機関機能報告の開始に伴い、医療機関機能票を追加しました。
- 病棟票「４．がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」の「④放射線治療」に「ホウ素中性子捕捉療法」が追加になりました。
- 病棟票「４．がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」から以下項目が削除となりました。
  - 脳血管内手術
  - 経皮的冠動脈形成術のうち、以下項目
    - 経皮的冠動脈形成術（その他のもの）
    - 経皮的冠動脈形成術（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）
    - 経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの）
    - 経皮的冠動脈形成術（アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの）
    - 経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）
    - 冠動脈内血栓溶解療法
    - 経皮的冠動脈血栓吸引術
- 病棟票「６．救急医療の実施状況」から以下項目が削除となりました。
  - 急性期充実体制加算
  - 急性期充実体制加算１
  - 急性期充実体制加算２

Ⅰ. 報告の概要

（1） 医療機関機能・病床機能報告制度の概要

本報告は、令和８年度より開始された医療機関機能報告制度および平成26年度より開始された病床機能報告制度に基づき実施しています（医療法第 30 条の 13）。医療機関機能報告では、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年において担う医療機関機能及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。病床機能報告では、「病棟単位」を基本として当該病床において担っている病床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ます。

（2） 報告様式2の作成・提出の進め方

報告様式２は、①基本票、②病棟票、③医療機関機能票から構成されています。

後述の「Ⅱ．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、ご報告いただき、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式２の作成と提出をお願いします。

（ア）G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーメッセージが表示されます。エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容をご確認のうえ、報告内容を修正してください。

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

※深夜の２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能・外来機能報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

（イ）紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、受付から５～10営業日程度を要する場合があります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、報告の正確性の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

※貴院において医科レセプト、歯科レセプトの両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式２は医科と歯科を合わせてご報告ください。

（3）「報告様式2」について

- 「報告様式２」はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）から事前に集計した結果をプレプリントしております。参考値としてご活用ください。なお、「③医療機関機能票」の「5－① 在宅医療の実績」のうち、介護 DB 及び訪問看護レセプトを用いて集計する項目については、プレプリントデータは表示されません。

○ 「報告様式２」は、施設単位で作成する「①基本票」および「③医療機関機能票」と、病棟単位で作成する「②病棟票」で構成されています。すべてご記入のうえ、ご提出ください。

○ 報告様式２「②病棟票」の報告項目は、一部を除き診療報酬で定める診療行為に着目して設定されています。病棟コードに基づき病棟単位で各項目についてご報告ください。

○ 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。

○ 他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① 基本票：

・ 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和８年４月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（２桁）・医療機関コード（７桁）等についてご報告ください。

・ なお、医科歯科併設の場合は、医科の医療機関コードと歯科の医療機関コードの両方をそれぞれ所定の欄にご報告ください。

・ 病院は、令和７年４月～令和８年３月診療分の病棟コード（９桁）についてもあわせてご報告ください。

② 病棟票：

・ 一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の各診療行為の実施状況について、「病棟単位」で当該診療報酬の「レセプト件数」「算定日数」「算定回数」をご報告ください。

・ 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発0305第７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３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除く。

・ 紙媒体を用いる医療機関においては、本項目の記載に当たり、上記の「基本票」で記入した「病棟コード」「病棟名」と各病棟票１枚目の「病棟コード」「病棟名」が一致するようご留意ください。

・ 一般病床・療養病床における令和７年４月～令和８年３月診療分の電子入院レセプトに記載された「病棟コード」に未入力や入力誤りがある場合は、厚生労働省 「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）では正しい病棟単位で集計を行うことができません。医療機関において修正を行ったうえでご報告ください（詳細は後述の「Ⅱ.報告様式２の確認・記入の手引き」をご参照ください）。

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

③ **医療機関機能票：**

・ 貴院が現に担っている医療機関機能、2040年において担う予定の医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。

■「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」のカウントにおける留意事項

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

○ 細目毎に算定日数をカウントしておりますが、合計欄では同日に算定された重複分をカウントしていないため必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません。

○ レセプト件数についても同様に、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合は重複カウントせず、１件とカウントしてご報告いただくため必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません。

■ 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、一般病床又は療養病床の入院患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、令和７年４月から令和８年３月診療分において報告項目に該当する診療行為です。審査支払機関の一次審査決定後の診療報酬の項目に基づきご報告ください。

○ 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分でも報告対象外となります。

○ 以下の診療行為のうち、本制度の報告項目に該当するものは、社会保険診療分に追加してご計上ください。追加分の計上につきましては、医療機関の経済的・人的負担を考慮し、任意となります。可能な範囲でご対応ください。

✓ 紙レセプトによる請求
✓ 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
✓ 追加でご計上いただきたい医療保険の対象でない労働者災害補償保険等（例） ・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

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

■報告における留意点

○ G-MIS 上の WEB フォームにおいて提供する集計データには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト（医科・DPC・歯科レセプト）及び入院外レセプトを、「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）等に基づき集計した値を記載しています。

○ 紙媒体を使用して集計値を修正、あるいは追加計上する場合には、修正した値あるいは追加計上する値を含めた合計値をご報告ください。

○ 紙媒体による報告を希望する医療機関には、予め確認用の集計データがプレプリントされた報告様式２を11月中旬以降に送付する予定です。

○ 集計データが表示される病棟票及び医療機関機能票は、基本票に入力いただいた医療機関コードと制度運営事務局で保有するマスター情報を照合し、一致することで、提供が可能となります。一方で、医療機関の開設者や所在地の変更等があった場合には、制度運営事務局で保有するマスター情報と一致せず、集計データが表示されないことがあります。この場合においても、同一の医療機関と見なすことができる場合には、個別の対応により集計データが提供できる場合もありますので、制度運営事務局までお問い合わせください。

○ 感染症病床に、感染症患者以外の患者が入院して報告対象となる入院基本料等を算定している場合等、各項目に一般病床・療養病床以外に入院した患者の診療行為分が含まれている場合、当該診療行為分を除外した数値にご修正ください。

※一般病床・療養病床における各診療行為等の実施の有無は、「一般病棟入院基本料」、「療養病棟入院基本料」、「特定機能病院一般病棟入院基本料」、「専門病院入院基本料」、「特定入院基本料（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」、「地域包括医療病棟入院料」、「特殊疾患入院医療管理料」、「小児入院医療管理料」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」、「地域包括ケア病棟入院料」、「地域包括ケア入院医療管理料」、「特殊疾患病棟入院料」、「緩和ケア病棟入院料」、「特定一般病棟入院料」、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」、「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、令和６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。

※ 病棟票における「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト」があり、レセプトに「病棟コード」の入力がある医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセプトの一次審査による査定・返戻・取下げ分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※ 医療機関機能票における「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト又は電子外来レセプト」がある、医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセプトの一次審査による査定・返戻・取下げ分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※ 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分であっても含めないでください。

※ 公費負担医療制度による請求分（電子レセプト請求分）も集計されています（医療保険との併用分は重複して集計されておりません）。

■ 電子入院レセプトへの「病棟コード」
（一般病床又は療養病床分）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「②病棟票」の報告項目についても、病棟コードに基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。

○ 電子レセプトへの病棟コードの記録は、許可病床として一般病床及び療養病床を有しており、電子レセプトによる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です。

○ 電子レセプトに病棟コードを記録いただくことで、制度運営事務局が当該病棟コードに基づき集計した「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト」のデータを参照することが可能となります。

○ 病棟コードが未入力のレセプトデータについては、「②病棟票」において病棟コードは000000000と表示されます。

＜病棟コードを全て又は一部に入力している医療機関＞

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

○ 病棟コードが未入力分のデータに関しては、000000000病棟としてまとめて集計した確認用の集計データが参照できます。医療機関において病棟ごとに分割集計したうえでご報告ください。医療機関で把握しているデータと提供した集計データが異なる等、振分けが困難な場合は、医療機関で把握しているデータを病棟ごとに集計してご報告いただくか、病棟コードが未入力のレセプトデータ分を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

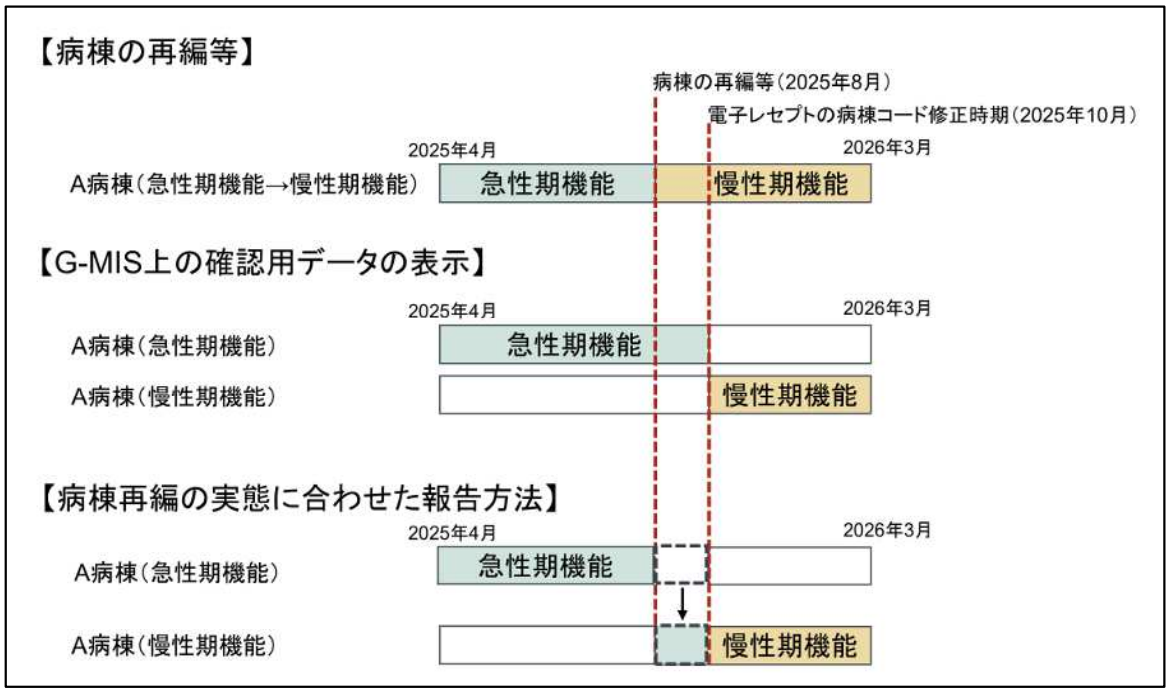
＜病棟コードが全て未入力の医療機関＞

○ 医療機関ごとに000000000病棟として集計した確認用の集計データが参照できます。内容をご確認いただき、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告いただくか、病院全体の実績を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

○ 紙媒体による報告を希望し、上記の条件に該当する医療機関には、予め確認用の集計データがプレプリントされた報告様式２を11月中旬以降に送付する予定です。ただし、病棟数の多い病院等の場合、送付する紙媒体の量が膨大になるため、個別にご確認させていただくことがありますので、予めご了承ください。

＜病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コード修正時期が異なる医療機関＞

○ 確認用データは、電子レセプトの病棟コード別に参照できます。病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コードを修正した時期が異なる医療機関において、再編前後の実態に合わせて報告する場合は、再編前の病棟コードの確認用データを再編後の病棟コードの病棟へ再集計したうえで、ご報告ください。



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

（4） 報告期限

- 報告期限は**11月30日 23:59**です。
- 報告内容に不備を確認した場合、制度運営事務局より問い合わせをさせていただくことがあります。提出期限直前に報告した場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに再度の不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。
- G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、［報告］ボタンを押すことにより提出いただけます。
- 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

（5） 問い合わせ窓口

- 医療機関機能・病床機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話でご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」あるいは FAX でご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の【５．問い合わせ窓口 医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム「１．質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。

● FAX でお問い合わせの場合は、医療機関機能・病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

（注）医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

● お問い合わせいただく前に本資料『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 確認・記入要領』と別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告報告マニュアル』をはじめとする関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ G-MIS サイトよりダウンロードできます。
URL： https://www.med-login.mhlw.go.jp

● 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。

● 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　**医療機関機能・病床機能・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。**

G-MISに関するお問い合わせ： 厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　**ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。**

①電話（フリーダイヤル）0120－142－305［平日9:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03－5615－9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月24日9:00～12月28日17:00です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月24日9:00～令和９年１月29日23:59です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II. 報告様式２の確認・記入の手引き

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

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟における令和７年４月から令和８年３月診療分の各診療行為等の実施状況について、ご報告ください。当該診療報酬等の「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」は、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認、ご報告ください。
- 「①基本票」および「③医療機関機能票」では医療機関単位、「②病棟票」では「病棟コード」に基づき病棟単位で各項目を集計していただくこととなります（病棟単位の集計は、病院のみ対象）。
- ただし令和７年４月～令和８年３月診療分の電子入院レセプトに記載した「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）に以下のような入力の誤りがある場合には、制度運営事務局では正しい集計を行うことができません。正しい値に修正を行い、ご報告ください。

■ **留意事項《重要なお知らせ》も併せてご確認ください。**

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が「全て未入力」の場合≫

○ 病棟コードが未入力のレセプトデータの場合、「②病棟票」において病棟コードは000000000と表示されます。000000000病棟を誤って削除しないようご注意ください。

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

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が「一部未入力」の場合≫

○ ある病棟における病棟コードがすべて未入力の場合には、当該病棟分について病棟単位に集計したうえで、ご報告ください。

○ 一部のレセプトデータ等において病棟コードが未入力の場合には、未入力分について、病棟コードに基づいて集計した内容に合算し、ご報告ください。

○ 病棟コードが入力されているレセプトデータについては病棟ごとに集計し、病棟コードが未入力のレセプトデータについては、未入力分を合わせて集計した確認用の集計データを提供します。ただし、当該ファイルは完全な「病棟単位」の集計データではないため、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえでご報告ください。医療機関で把握しているデータと提供した確認用の集計データが異なる等、振分けが困難な場合は、医療機関で把握しているデータを病棟ごとに集計してご報告いただくか、病棟コードが未入力のレセプトデータ分を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

≪１つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」が入力されている場合≫

○ 正しい病棟単位に集計内容を集約して、合算のうえ、ご報告ください。

≪１つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在している場合≫

○ 正しい病棟単位に、貴院において病棟ごとに分割集計したうえで、分割した病棟を「①基本票」で追加し、追加された「②病棟票」でご報告ください。

○ 集計内容に一般病床又は療養病床以外の入院が含まれている場合には、一般病床又は療養病床以外の内容を除外してご報告ください。

≪一般病床又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≫

○ 一般病床又は療養病床の入院が報告対象となるため、一般病床又は療養病床以外の病棟はご報告不要です。

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が正しく入力されていない場合≫

○ 制度運営事務局では、電子入院レセプトの病棟コードを修正、再集計することができません。確認用の集計データを参照のうえ、必要に応じてご修正いただきご報告ください。

- 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードをお持ちの医療機関においては、医科と歯科を合わせた数値をご確認、ご報告ください。
- 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についても「②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「②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報告不要となります。
- 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって１病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第７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３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料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項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となります。基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。

● また、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床を有する病棟の場合、一般病床・療養病床における診療行為のみ対象としてご報告ください。

■ 確認･記入に当たっての留意事項

● 細目毎に算定日数をカウントしておりますが、合計欄では同日に算定された重複分をカウントしていないため必ずしも**内訳と合計欄が一致するとは限りません。**同様に、レセプト件数についても、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合、細目ではそれぞれでカウントしていただきますが、合計欄では重複してカウントせず、１件とカウントしていただくため**必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません**。

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

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

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

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

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

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

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

■　手術の実績報告に当たっての留意事項

- 病棟票「3. 幅広い手術の実施状況」のうち「①手術総数(172)」、「②全身麻酔の手術総数(173)」および医療機関機能票「2. 手術に関する実績」のうち「①手術・処置の件数（手術は全身麻酔を伴うものに限る）」、「② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（全身麻酔の有無を問わない）　(60)～(74)」の報告においては、以下の実績は集計対象に含みません。

- 報告の際は、以下の実績を除いた件数を計上してください。

○ 医科診療報酬点数表「第 10 部手術」のＫ914 以降のＫコード（「第 1 節　第 13 款　手術等管理料」～「第 5 節　特定保険医療材料料」）

○ 歯科診療報酬点数表「第 9 部手術」の J200 以降のＪコード（「第 2 節　輸血料」～「第 6 節　特定保険医療材料料」）

○ 一部例外を除く加減算コード

■　G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます。

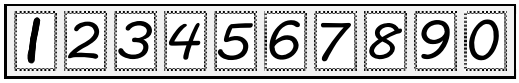
- 必須項目が未入力あるいはエラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

■　紙媒体に数字を記入する際の留意事項

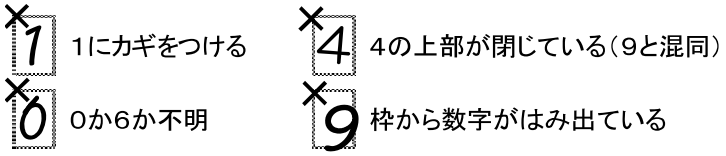
- 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁はご記入いただく必要はありません。

- 紙媒体の報告様式に数字をご記入する際は下記の例に従ってください。

＜数字記入例＞



＜悪い記入例＞



（1）「基本票」の確認・記入要領

■ 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和８年４月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（２桁）・医療機関コード（７桁）、令和７年４月から令和８年３月診療分の病棟コード（９桁）等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認・ご報告ください。

◎貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
貴院名（訂正用）	貴院名（訂正用）は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「貴院名（訂正用）」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
◎医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の８桁コード）	９月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
◎医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
◎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、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX 番号、e-mail アドレスをご報告ください。
◎病院・有床診療所の種別	令和8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）の種別をご報告ください。
◎都道府県番号・医療機関コード	貴院において令和８年４月の診療報酬明細書を作成する際に記載した都道府県コード（２桁）、医療機関コード（7桁）をご記入ください。 なお、医科レセプト用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、両方ともご記載ください。医科・歯科両方のコードを保有する医療機関の場合、両方のコードを正しく入力してから保存ボタンを押してください。片方のコードのみの入力や誤った入力を5回以上行った場合はロックがかかります。その場合は制度運営事務局へお問い合わせください。
【提供された集計内容を確認し、必要な修正を終えた場合】	本項目は、貴院が電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、「入院レセプト」及び「病棟コード」の入力がある医療機関の場合のみ、ご回答いただきます。 病院における全ての病棟あるいは有床診療所において、制度運営事務局から提供された電子の入院レセプトの集計内容を確認した結果、**修正の必要がない場合についても、報告は必須となります。その場合、該当欄にチェックを入れてください。**
【令和８年４月１日以降に開設された医療機関の場合】	令和8年4月1日以降に開設された医療機関の場合、該当欄にチェックを入れてください。その場合、後述の「病棟コード」と「②病棟票」の回答は不要です。
◎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、病院のみ必須でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。なお、病棟コードの考え方は、後述の「②病棟票」の「病棟コード・病棟名」と同様です。 有床診療所は令和7年4月～令和8年3月の病床機能を選択してください。病棟コード・病棟名の報告は不要です。

（2）「病棟票」の確認・記入要領

■ 本項目では、一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の各月の診療実績についてご報告ください。

医療機関・病床・外来管理番号・貴院名	医療機関・病床・外来管理番号、及び令和8年7月1日時点の貴院名を必ずご報告ください。
病棟コード・病棟名（病院のみ対象。有床診療所は除く）	当該病棟の病棟コード、病棟名について、病院のみ必須でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。 1つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」を付与、あるいは1つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在することのないようご留意ください。

	病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、令和7年4月から令和8年3月診療分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）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）をご報告ください。 ※病棟コードを全て又は一部に入力している病院は、病棟ごとに集計した集計データを提供します。内容をご確認のうえ、ご報告ください。病棟コード未入力のデータに関しては、貴院において病棟ごとに分割集計したうえで予備のシートに記入してご報告ください。 ※病棟コードが全て未入力の病院は、医療機関全体として集計した集計データを提供します。内容をご確認いただき、病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告ください。 ※電子の入院レセプトで病棟コードの病棟単位に誤りがある場合には、当該病棟コードにもとづく集計内容を修正のうえ、ご報告ください。 ※本報告で、病棟コードを電子の入院レセプトに記録した病棟コードと異なるコードに変更することも可能です。 なお、病棟ごとに集計した集計データの提供は、電子の入院レセプトに記録した病棟コードで行われます。 上記以外の医療機関・病棟は、医療機関機能・病床機能報告制度ホームページに掲載されている「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」等の通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟ごとに病棟コード（「1906*****」の9桁コード）を選定しご報告ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。

■レセプト件数	レセプト件数とは、1か月ごとに提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号、平成 30 年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。 例えば、ある明細書に、手術及び術中迅速病理組織標本作製が算定されたと記載があった場合、「手術総数」のレセプト件数1件、「術中迅速病理組織標本作製」のレセプト件数1件と計上します。1件の明細書で同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、レセプト件数は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（DiagnosisProcedureCombination/Per-DiemPaymentSystem））」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、令和6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基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。 なお、算定件数は算定回数のことを指します。

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)～(143)	病院の一般病床・療養病床における入院基本料・特定入院料等の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。ただし、「①算定する入院基本料・特定入院料等総数」に「22. 小児加算（救命救急入院料）」、「29. 小児加算（特定集中治療室管理料）」は含めないでください。 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報告ください。 例えば、あるレセプトにおいて、「特定集中治療室管理料1」算定治療室に 14 日間入院した後、算定要件に該当しない患者としてさらに3日間入院して「急性期一般入院料1」を算定した場合、内訳では「特定集中治療室管理料1」1件・14 日、「急性期一般入院料1」1件・3日とカウントし、また、「算定する入院基本料・特定入院料等総数」の合計欄では1件・17 日とカウントして計上します。 なお、「短期滞在手術等基本料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。 「4. 一般病棟入院基本料（療養病棟入院料1の例により算定）」、「71. 特定一般病棟入院料（療養病棟入院料1の例により算定）」は、当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料1の例により算定するものをいいます。 「4．一般病棟入院基本料（療養病棟入院料1の例により算定） 」、「5．療養病棟入院料1 」、「6．療養病棟入院料2」、「71．特定一般病棟入院料（療養病棟入院料1の例により算定） 」のレセプト件数、算定回数は以下のとおりご報告ください。 ・入院料Aは、入院料 1、4、7、10、19、28 の合計値 ・入院料Bは、入院料 2、5、8、11、20、29 の合計値 ・入院料Cは、入院料 3、6、9、12、21、30 の合計値 ・入院料Dは、入院料 13、16、22 の合計値 ・入院料Eは、入院料 14、17、23 の合計値 ・入院料Fは、入院料 15、18、24 の合計値 ・入院料Gは入院料 25 ・入院料Hは入院料 26 ・入院料Iは入院料 27 下記報告項目のレセプト件数、算定回数は、イ 40 日以内の期間、ロ 41 日以上の期間の合計値をご報告ください。 ・53. 地域包括ケア病棟入院料1 ・54. 地域包括ケア病棟入院料2 ・55. 地域包括ケア病棟入院料3 ・56. 地域包括ケア病棟入院料4 ・57. 地域包括ケア入院医療管理料1 ・58. 地域包括ケア入院医療管理料2 ・59. 地域包括ケア入院医療管理料3 ・60. 地域包括ケア入院医療管理料4 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。 DPC レセプトにおける入院基本料は、同一病棟の出来高請求レセプトで請求された入院基本料と同一と判定して件数を集計しています。電子レセプトの仕様上、DPC レセプトのコーディングデータレコード（CD レコード）には、診療行為コード、医薬品コード又は特定機材コードが記録される一方、診療行為コードのうち入院基本料は記録されません。DPC レセプトの入院基本料の実績を考慮した、より実態に近い集計データを参考に報告が行えることを目的に、上述の判定を行っています。DPC 包括レセプトのみで、判定の材料となる同一病床の出来高レセプトが存在しないことにより、入院基本料がデータ上把握できない場合は0と記載されています。当該箇所は貴院にて集計をお願いいたします。

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（144）～(171)	有床診療所の一般病床・療養病床における入院基本料の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 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報告ください。 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。 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(172)	一般病床・療養病床における手術の実施状況について、診療報酬点数表「第 10 部手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」の診療報酬レセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 ただし、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。また、一般病床・療養病床以外の病床における手術、入院外における手術についても、含めないでください。

	なお、例えば、「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）」のように、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の手術を行う場合に1回のみ所定点数を算定する手術については、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。また、「K522 食道狭窄拡張術」のように、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する手術についても、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。 同一手術野又は同一病巣につき、二つ以上の手術を同時に行った場合、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない主たる手術以外の手術等については、計上しないでください。 ただし、診療報酬点数表「第 10 部手術」の通則 14 に掲げる場合、告示複数手術に係る費用の特例「2以上の手術の 50%併施加算」については、該当する診療報酬点数表「第 10 部手術」の診療報酬として計上してください。同様に、通則 9 に掲げる「頸部郭清術併施加算（片）」、「頸部郭清術併施加算（両）」は、それぞれ「K469 頸部郭清術1（片側）」、「K469 頸部郭清術2（両側）」として計上してください。制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。 加えて、「A400 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）」のうち、「A400 短期滞在手術等基本料3ト（K007-2経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）」～「A400 短期滞在手術等基本料3イウ（K890-3腹腔鏡下卵管形成術）」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。制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。 「A400 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）」において実施した手術は、入院外における手術であることから、計上しないでください。
②全身麻酔の手術総数(173)	一般病床・療養病床における全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「手術総数」と同様の考え方に基づき、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 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」又は「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(174)	一般病床・療養病床における人工心肺を用いた手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、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、「K574-4」、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、「K592」から「K593」まで及び「K594」（「4」の「ハ」を除く。）に掲げる人工心肺を用いた手術をいいます。
④胸腔鏡下手術(175)	一般病床・療養病床における胸腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、胸腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち、術式に「胸腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。「K534-3胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術」は、胸腔鏡下手術でない場合であっても全て計上してください。
⑤腹腔鏡下手術(176)	一般病床・療養病床における腹腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、腹腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち、術式に「腹腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。ただし、「K534-3胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術」は、腹腔鏡下手術である場合であっても3．の「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。
⑥内視鏡手術用支援機器手術(177)	一般病床・療養病床における内視鏡手術用支援機器手術の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 内視鏡手術用支援機器手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち「内視鏡手術用支援機器を用いるもの」の記載があるもの、もしくは施設基準を満たし算定が可能になった術式のうち主に内視鏡支援機器を用いて手術を施行したものをいいます。

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	
①悪性腫瘍手術(178)	一般病床・療養病床における悪性腫瘍手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表「第 10 部手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」の名称が含まれるものをいいます。「K719 結腸切除術3（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）」は、悪性腫瘍手術でない場合であっても計上してください。 また、「K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置1、2及び3」については、計上しないでください。

<table>
<tr><td>②病理組織標本作製(179)～(181)</td><td>一般病床・療養病床における「N000 病理組織標本作製」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>③術中迅速病理組織標本作製(182)</td><td>一般病床・療養病床における「N003 術中迅速病理組織標本作製（１手術につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>④放射線治療(183)～(234)</td><td>一般病床・療養病床における放射線治療の実施状況について、診療報酬点数表「第 12 部放射線治療」あるいは歯科診療報酬点数表「第 11 部放射線治療」の点数表コード（M コード）ごとに、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
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。</td></tr>
<tr><td>⑤化学療法(235)～(237)</td><td>一般病床・療養病床における薬効分類における「42 腫瘍用薬」の内服薬あるいは注射薬を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数をご報告ください。
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。
制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医薬品マスター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。</td></tr>
<tr><td>⑥がん患者指導管理料イ及び口(238)～(240)</td><td>一般病床・療養病床における「B001 特定疾患治療管理料」のうち、「23 がん患者指導管理料イ及び口」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
また、「23 がん患者指導管理料イ（医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合）」のレセプト件数、「23 がん患者指導管理料口（医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合）」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報告ください。
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。</td></tr>
<tr><td>⑦抗悪性腫瘍剤局所持続注入(241)</td><td>一般病床・療養病床における「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
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。</td></tr>
<tr><td>⑧肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(242)</td><td>一般病床・療養病床における「G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>⑨超急性期脳卒中加算(243)</td><td>一般病床・療養病床における「A205-2超急性期脳卒中加算（入院初日）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>⑩t-PA 投与（脳梗塞に対するもの）(244)</td><td>一般病床・療養病床における「t-PA（アクチバシン・グルトパ）投与」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご記入ください。ただし、ICD10 対応標準病名マスターの「I63 脳梗塞」に対して投与している場合に限ります。
具体的には下記のコード及び医薬品名を含みます。
<table><tr><th>医薬品名</th><th>医薬品コード</th></tr><tr><td>アクチバシン注600万600万国際単位（溶解液付）</td><td>643950056</td></tr><tr><td>アクチバシン注1200万1,200万国際単位（溶解液付）</td><td>643950057</td></tr><tr><td>アクチバシン注2400万2,400万国際単位（溶解液付）</td><td>643950058</td></tr><tr><td>グルトパ注600万600万国際単位（溶解液付）</td><td>643950059</td></tr><tr><td>グルトパ注1200万1,200万国際単位（溶解液付）</td><td>643950060</td></tr><tr><td>グルトパ注2400万2,400万国際単位（溶解液付）</td><td>643950061</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>⑪経皮的冠動脈形成術・経皮的冠動脈ステント留置術(245)～(249)</td><td>一般病床・療養病床における「K546 経皮的冠動脈形成術」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。</td></tr>
</table>

	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）」、「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）」のレセプト件数、算定回数もそれぞれご報告ください。
⑫入院精神療法（Ⅰ）(250)	一般病床・療養病床における「I001 入院精神療法（1回につき）1（入院精神療法（Ⅰ））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑬精神科リエゾンチーム加算(251)	一般病床・療養病床における「A230-4精神科リエゾンチーム加算（週1回）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑭認知症ケア加算1(252)～(254)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）1」の状況について、当該診療報酬レセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）1」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑮認知症ケア加算2(255)～(257)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）2」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑯認知症ケア加算3(258)～(260)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）3」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）3」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑰精神疾患診療体制加算1及び2(261)～(263)	一般病床・療養病床における「A248 精神疾患診療体制加算1及び2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
	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報告ください。
⑱精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）(264)	一般病床・療養病床における「A300 救命救急入院料（1日につき）」における「精神疾患診断治療初回加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

5. 重症患者への対応状況	
①ハイリスク分娩管理加算(265)	一般病床・療養病床における「A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）1（ハイリスク分娩管理加算）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）(266)	一般病床・療養病床における「B005-5ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
③地域連携分娩管理加算(267)	一般病床・療養病床における「A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）2（地域連携分娩管理加算）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
④救急搬送診療料(268)	一般病床・療養病床における「C004 救急搬送診療料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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観血的肺動脈圧測定(269)～(271)	一般病床・療養病床における「D230 観血的肺動脈圧測定1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 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報告ください。
⑥持続緩徐式血液濾過(272)	一般病床・療養病床における「J038-2持続緩徐式血液濾過（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑦大動脈バルーンパンピング法(273)～(275)	一般病床・療養病床における「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）1（初日）」、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑧経皮的心肺補助法(276)～(278)	一般病床・療養病床における「K602 経皮的心肺補助法（1日につき） 1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K602 経皮的心肺補助法（1日につき）1（初日）」、「K602 経皮的心肺補助法（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑨補助人工心臓・植込型補助人工心臓(279)～(292)	一般病床・療養病床における「K603 補助人工心臓（1日につき）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）」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、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K603 補助人工心臓（1日につき）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）」、「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報告ください。

	さらに、「K603 補助人工心臓（1日につき）1（初日）」、「K603 補助人工心臓（1日につき）2（2日目以降 30 日目まで）」、「K603 補助人工心臓（1日につき）3（31 日目以降）」、「K603−2小児補助人工心臓（1日につき）1（初日）」、「K603−2小児補助人工心臓（1日につき）2（2日目以降 30 日目まで）」、「K603−2小児補助人工心臓（1日につき）3（31 日目以降）」、「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、算定回数もご報告ください。
⑩頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）(293)	一般病床・療養病床における「D227 頭蓋内圧持続測定2（3時間を超えた場合（1日につき））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑪人工心肺(294)～(296)	一般病床・療養病床における「K601 人工心肺（1日につき）1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K601 人工心肺（1日につき）1（初日）」、「K601 人工心肺（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑫血漿交換療法(297)	一般病床・療養病床における「J039 血漿交換療法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑬吸着式血液浄化法(298)	一般病床・療養病床における「J041 吸着式血液浄化法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑭血球成分除去療法(299)	一般病床・療養病床における「J041−2血球成分除去療法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

6. 救急医療の実施状況	
①院内トリアージ実施料(300)	一般病床・療養病床における「B001−2−5院内トリアージ実施料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
②夜間休日救急搬送医学管理料(301)～(302)	一般病床・療養病床における「B001−2−6夜間休日救急搬送医学管理料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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報告ください。
③救急医療管理加算1及び2(303)～(305)	一般病床・療養病床における「A205 救急医療管理加算（1日につき）1及び2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A205 救急医療管理加算（1日につき）1」、「A205 救急医療管理加算（1日につき）2」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 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 6,900 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処置の休日加算1及び2 ⑤処置の時間外加算1及び2 ⑥処置の深夜加算1及び2(306)～(308)	緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、レセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑦手術の休日加算1及び2 ⑧手術の時間外加算1及び2 ⑨手術の深夜加算1及び2(309)～(311)	緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914 からK917ー5までに掲げるものを除く。）を行った場合において、レセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑩在宅患者緊急入院診療加算(312)～(315)	一般病床・療養病床における「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）1、2及び3」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）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）」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）2（連携医療機関である場合（1の場合を除く））」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）3（1及び2以外の場合）」のレセプト件数についてもそれぞれご報告ください。 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。
⑪救命のための気管内挿管(316)	一般病床・療養病床における「J044 救命のための気管内挿管」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑫体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(317)	一般病床・療養病床における「J044−2体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑬非開胸的心マッサージ(318)～(320)	一般病床・療養病床における「J046 非開胸的心マッサージ1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「J046 非開胸的心マッサージ1（30 分までの場合）」、「J046 非開胸的心マッサージ2（30 分を超えた場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。

⑭カウンターショック(321)～(323)	一般病床・療養病床における「J047 カウンターショック（１日につき）１及び２」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「J047 カウンターショック（１日につき）１（非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合）」、「J047 カウンターショック（１日につき）２（その他の場合）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑮心膜穿刺(324)	一般病床・療養病床における「J048 心膜穿刺」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑯食道圧迫止血チューブ挿入法(325)	一般病床・療養病床における「J049 食道圧迫止血チューブ挿入法」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑰早期栄養介入管理加算(326)	一般病床・療養病床における早期栄養介入管理加算の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 早期栄養介入管理加算とは、医科診療報酬点数表に「早期栄養介入管理加算」の記載があるものを言います。

7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況	
①入退院支援加算１(327)～(329)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算１（退院時１回）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A246 入退院支援加算（退院時１回）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報告ください。 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入退院支援加算２(330)～(332)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）２」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A246 入退院支援加算（退院時１回）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報告ください。 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小児加算（入退院支援加算１・２の算定患者が 15 歳未満の場合）(333)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）１」又は「A246 入退院支援加算（退院時１回）２」の状況において、当該算定患者が 15 歳未満である場合の、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 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入退院支援加算３(334)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）３」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
⑤入院時支援加算１(335)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 、③褥瘡の危険因子の評価、④栄養状態の評価、⑤服薬中の薬剤の確認、⑥退院困難な要因の有無の評価、⑦入院中の治療・検査の説明、⑧入院生活の説明、までを全て実施して療養支援計画書を作成した場合の、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 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入院時支援加算２(336)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握、③入院生活の説明を実施して療養支援計画書を作成した場合の当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 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救急・在宅等支援病床初期加算、在宅患者支援療養病床初期加算、有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算、有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算(337)～(341)	一般病床・療養病床における「救急・在宅等支援病床初期加算」、「有床診療所急性期患者支援病床初期加算」、「有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算」、「有床診療所在宅患者支援病床初期加算」、「有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A100 一般病棟入院基本料」及び「A317 特定一般病棟入院料」における「救急・在宅等支援病床初期加算」、「A108 有床診療所入院基本料」における「有床診療所急性期患者支援病床初期加算」及び「有床診療所在宅患者支援病床初期加算」、「A109 有床診療所療養病床入院基本料」における「有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算」及び「有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 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急性期患者支援（療養）病床初期加算及び在宅患者支援（療養）病床初期加算(342)～(344)	一般病床・療養病床における「急性期患者支援病床初期加算」、「急性期患者支援療養病床初期加算」、「在宅患者支援病床初期加算」及び「在宅患者支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。

	また、「A308-3地域包括ケア病棟入院料」における「急性期患者支援病床初期加算」、「在宅患者支援病床初期加算」のレセプト件数、算定回数の総数、「A101 療養病棟入院基本料」における「急性期患者支援療養病床初期加算」、「在宅患者支援療養病床初期加算」のレセプト件数、算定回数の総数についてもご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑨地域連携診療計画加算(入退院支援加算)(345)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算1及び2」における「地域連携診療計画加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑩退院時共同指導料2(346)	一般病床・療養病床における「B005 退院時共同指導料2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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。
⑪介護支援等連携指導料(347)	一般病床・療養病床における「B005-1-2介護支援等連携指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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。
⑫退院時リハビリテーション指導料(348)	一般病床・療養病床における「B006-3退院時リハビリテーション指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
⑬退院前訪問指導料(349)	一般病床・療養病床における「B007 退院前訪問指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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。
⑭二次性骨折予防継続管理料(350)	一般病床・療養病床における「B001-34 二次性骨折予防継続管理料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。「イ二次性骨折予防継続管理料1」、「ロ二次性骨折予防継続管理料2」、「ハ二次性骨折予防継続管理料3」のいずれも報告対象としてください。

8. 全身管理の状況	
①中心静脈注射(351)	一般病床・療養病床における「G005 中心静脈注射(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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(352)～(357)	一般病床・療養病床における「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 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報告ください。 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、算定回数もご報告ください。 なお、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ計上してください。
③酸素吸入(358)	一般病床・療養病床における「J024 酸素吸入(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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時間を超えた場合)(359)	一般病床・療養病床における「D225 観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)2(1時間を超えた場合(1日につき))」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑤ドレーン法、胸腔もしくは腹腔洗浄(360)～(366)	一般病床・療養病床における「J002 ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)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。)」及び歯科診療報酬点数表における「I009-3 歯科ドレーン法(ドレナージ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「J002 ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)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、歯科診療報酬点数表における「I009-3歯科ドレーン法(ドレナージ)」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 さらに、「J002 ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)1(持続的吸引を行うもの)」、「J002 ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)2(その他のもの)」のレセプト件数、算定回数もご報告ください。 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)(367)	一般病床・療養病床における「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、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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(368)～(385)	一般病床・療養病床における「J038 人工腎臓（1日につき）」、「J042 腹膜灌流（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また「J038 人工腎臓（1日につき）1（慢性維持透析を行った場合1）、2（慢性維持透析を行った場合2）、3（慢性維持透析を行った場合3）及び4（その他の場合）」、「J042 腹膜灌流（1日につき）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報告ください。 さらに、「J038 人工腎臓（1日につき）1、2及び3」のそれぞれについては「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報告ください。
⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)	一般病床・療養病床における「J043-4経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。

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(387)～(405)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H000 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、及び（Ⅱ）」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H002 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H003 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、及び（Ⅱ）」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」としてご報告ください。 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニホの合計値をご報告ください。 ・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） ・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニの合計値をご報告ください。 ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） ・運動器リハビリテーション料（Ⅲ） ・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） ・呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハの合計値をご報告ください。 ・運動器リハビリテーション料（Ⅰ） ・運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 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障害児（者）リハビリテーション料(406)～(409)	一般病床・療養病床における「H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H007 障害児（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」としてご報告ください。 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がん患者リハビリテーション料(410)	一般病床・療養病床における「H007-2がん患者リハビリテーション料（1単位）」について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「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」としてご報告ください。 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認知症患者リハビリテーション料(411)	一般病床・療養病床における「H007-3認知症患者リハビリテーション料（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「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報告ください。 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急性期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）(412)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「急性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、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。

	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早期リハビリテーション加算(リハビリテーション料)(413)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「早期リハビリテーション加算(1単位につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 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早期離床・リハビリテーション加算 (414)	一般病床における「A300 救命救急入院料」、「A301 特定集中治療室管理料」、「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」、「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」及び「A301-4 小児特定集中治療室管理料」における「早期離床・リハビリテーション加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 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。 ※システム上「⑦早期離床・リハビリテーション加算(特定集中治療室管理料)(414)」と表示されますが、本項目は、「⑦早期離床・リハビリテーション加算」と読み替えてご報告ください。
⑧初期加算(リハビリテーション料)(415)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「初期加算(1単位につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑨摂食機能療法(416)～(418)	一般病床・療養病床における「H004 摂食機能療法(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 また、「H004 摂食機能療法(1日につき)1(30 分以上の場合)」、「H004 摂食機能療法(1日につき)2(30 分未満の場合)」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑩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)(419)	一般病床・療養病床における「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5」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、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑪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)(420)	一般病床・療養病床における「H003-2リハビリテーション総合計画評価料」における「入院時訪問指導加算(入院中1回)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

10. 長期療養患者の受入状況	
①褥瘡対策加算(療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料)(421)～(423)	「A101 療養病棟入院基本料(1日につき)」及び「A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)」における「褥瘡対策加算 1及び2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「褥瘡対策加算1」、「褥瘡対策加算2」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 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(424)	一般病床・療養病床における「J001-4重度褥瘡処置(1日につき)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
③重症皮膚潰瘍管理加算(425)	一般病床・療養病床における「A226 重症皮膚潰瘍管理加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

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(426)	一般病床・療養病床における「A210 難病等特別入院診療加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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特殊疾患入院施設管理加算(427)	一般病床・療養病床における「A211 特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
③超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(428)	一般病床・療養病床における「A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 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(429)	一般病床・療養病床における「A231-2強度行動障害入院医療管理加算(1日につき)」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

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)(430)	一般病床・療養病床における「A233-2栄養サポートチーム加算(週1回)」における「歯科医師連携加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

②周術期口腔機能管理後手術加算(431)	一般病床・療養病床における診療報酬点数表「第 10 部手術」の通則 17 あるいは歯科診療報酬点数表「第 9 部手術」の通則 16 に掲げる「周術期口腔機能管理後手術加算」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
③周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)(432)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
④周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(433)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
⑤周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)(434)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-9 周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

13. 当該病棟における医療機能の報告の再確認	
①報告項目３～６及び８の合計(435)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の実施状況」、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」、「5. 重症患者への対応状況」、「6. 救急医療の実施状況」及び「8. 全身管理の状況」におけるレセプト件数について合計値が自動計算され、記載されています。 紙媒体をご利用の場合は、下記(436)～(440)欄のそれぞれについてレセプト件数を算出後、それらの合計値をご報告ください。
「3. 幅広い手術の実施状況」(436)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の実施状況」における「①手術総数(172)」のレセプト件数の値が自動的に転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「3. 幅広い手術の実施状況」における「①手術総数(172)」のレセプト件数の値を転記ください。
「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」(437)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(178)」、「②病理組織標本作製(179)」～「⑱精神疾患診断治療初回加算(救命救急入院料)(264)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(178)」、「②病理組織標本作製(179)」～「⑱精神疾患診断治療初回加算(救命救急入院料)(264)」のレセプト件数について、合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「5. 重症患者への対応状況」(438)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(265)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)(266)」～「⑭血球成分除去療法(299)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(265)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)(266)」～「⑭血球成分除去療法(299)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「6. 救急医療の実施状況」(439)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(300)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(301)」～「⑰早期栄養介入管理加算(326)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(300)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(301)」～「⑰早期栄養介入管理加算(326)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「8. 全身管理の状況」(440)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(351)」、「②呼吸心拍監視(352)」～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(351)」、「②呼吸心拍監視(352)」～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
②2026(令和8)年7月1日時点の機能(441)～(442)	病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、令和7年4月から令和8年3月診療分の電子の入院レセプトに「病棟コード」(一般病床又は療養病床分)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)をご報告ください。
③2040 年7月1日時点の機能(443)	当該病棟における 2040 年7月1日時点において想定されている病床機能をご回答ください。
④上記③で「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先(444)	上記③において、「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択された場合、2040 年7月1日時点において想定されている移行先をご回答ください。
【2040 年7月1日以前に医療機能の変更予定が有る場合】(445)	上記③の「2040 年7月1日時点の機能の実現」に向け、それ以前(2040 年7月1日より前)に当該病棟の病床機能に変更予定がある場合、「2040 年7月1日迄に変更予定あり」欄にチェックを入れ、その病床機能を上記②の選択肢より番号を選び、「変更後の機能」欄にご報告ください。また、変更予定の年月についてもご回答ください。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】	
任意 (462)	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回答欄にご記載ください。

（3） 「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報告ください。

3. 幅広い手術の個別の実施状況	
◎個別の手術の実施状況[「②病棟票」3.「①手術総数」(172)欄の内訳]	一般病床・療養病床における個別の手術の実施状況について、前述の「手術総数」と同様の考え方に基づき、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、以下の記入例のとおり、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、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 なお、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。 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。 制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医科診療行為マスター・歯科診療行為マスターに準じて、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。 手術名は同一項番内の診療行為名称のうち一つが表示されます。このため、表示されている手術名が実際に実施した手術の名称と異なるように見える場合がありますが、表示名のみで手術の該当・非該当を判断したり、表示名を実際の手術名に変更したりしないでください。 手術の該当・非該当は、表示されている名称ではなく、コード（区分番号、枝番、項番、イロハ等を含む）に基づいて判断してください。
◎個別の全身麻酔の手術の実施状況[「②病棟票」3.「②全身麻酔の手術総数」(173)欄の内訳]	一般病床・療養病床における個別の全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「個別の手術」と同様の考え方に基づき、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、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 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」又は「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、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。 制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、「L007 開放点滴式全身麻酔」又は「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。 手術名は同一項番内の診療行為名称のうち一つが表示されます。このため、表示されている手術名が実際に実施した手術の名称と異なるように見える場合がありますが、表示名のみで手術の該当・非該当を判断したり、表示名を実際の手術名に変更したりしないでください。 手術の該当・非該当は、表示されている名称ではなく、コード（区分番号、枝番、項番、イロハ等を含む）に基づいて判断してください。

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

【例１：Ｋ000 創傷処理、 １ 筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）の場合】

・診療行為コードの構成

K000 創傷処理	
	１ 筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）
	（以下略）

※プレプリントでは、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）」と入力されています。
※枝番、項番内訳がない診療行為については、枝番、項番内訳は記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号		枝番	項番	イロハ等	名称
K	0 0 0	－		001		創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径５cm未満）

	１年間	４月	…
レセプト件数	10	2	
算定日数	10	2	
算定回数	10	2	

【例２：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２.５センチメートル未満）の場合】

・診療行為コードの構成

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２.５センチメートル未満）
	（以下略）

※プレプリントでは、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）」と入力されています。
※枝項番内訳がない診療行為については、項番内訳は記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号		枝番	項番	イロハ等	名称
K	0 0 0	－	02	001		小児創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径２.５cm未満）

	１年間	４月	…
レセプト件数	0	0	
算定日数	0	0	
算定回数	0	0	

【例３：Ｋ142-2 脊椎側彎症手術、 ２ 矯正術、イ 初回挿入　の場合】

・診療行為コードの構成

K142-2 脊椎側彎症手術	
	1 固定術
	2 矯正術
	イ　初回挿入
	ロ　交換術
	ハ　伸展術

※プレプリントでは、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）」と入力されています。
※枝番、項番を誤って逆に記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号		枝番	項番	イロハ等	名称
K	1 4 2	－	02	002	イ	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）

	１年間	４月	…
レセプト件数	3	0	
算定日数	3	0	
算定回数	3	0	

（4）「医療機関機能票」の確認・記入要領

■ 医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認・ご報告ください。

■ 医療機関機能票では、一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の1年間の診療実績についてご報告ください。

医療機関・病床・外来管理番号	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
病院・有床診療所の種別	令和8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）の種別をご報告ください。

■レセプト件数	レセプト件数とは、1か月ごとに提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）に規定する診療報酬明細書１枚を１件とし、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号、平成 30 年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。 「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（DiagnosisProcedureCombination/Per-DiemPaymentSystem））」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、令和6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基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。 なお、算定件数は算定回数のことを指します。

1. 救急医療の提供状況	
① 下り搬送の実績 (1)	下り搬送の実績として、令和7年４月１日～令和8年3月 31 日の1年間の「救急患者連携搬送料」のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
	※システム上「1. 救急搬送の受け入れ件数」、「① 救急搬送の受入実績」と表示されますが、本項目は、「1. 救急医療の提供状況」、「① 下り搬送の実績」と読み替えてご報告ください。

2. 手術に関する実績	
① 手術・処置の件数（手術は全身麻酔を伴うものに限る）(2)～(16)	令和7年４月１日～令和8年3月 31 日の1年間の手術・処置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」の診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 「① 手術・処置の件数」における手術は、全身麻酔を伴うものに限り計上してください。 なお、各項目に該当する具体的な診療行為コードについては、別表 『医療機関機能票 「2. 手術に関する実績」の集計定義』を参照してください。
頻度の高い手術	過年度の全国の診療実績における頻度の高い手術について、貴院での実施状況をご報告ください。
全身麻酔手術 (17)～(46)	全身麻酔手術のうち上位 30 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
消化管内視鏡治療 (47)～(51)	消化管内視鏡治療のうち上位 5 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
心臓カテーテル治療 (52)～(56)	心臓カテーテル治療のうち上位 5 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。

2. 手術に関する実績	
脳血管カテーテル治療 (57)～(59)	脳血管カテーテル治療のうち上位 3 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（全身麻酔の有無を問わない） (60)～(74)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の各手術・治療における時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（「Ⅱ.報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項を除く。）をご報告ください。 「② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数」における手術・処置は、全身麻酔の有無を問いません。 なお、各項目に該当する具体的な診療行為コードについては、別表 『医療機関機能票「2. 手術に関する実績」の集計定義』を参照してください。
③ 分娩件数 (75)～(77)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の帝王切開件数について、（予定）、（緊急）それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、帝王切開件数（緊急）のうち、時間外加算又は休日加算又は深夜加算を算定したレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 ※システム上「夜間加算」と表示されますが、本項目は、「深夜加算」と読み替えてご報告ください。

3. 高齢者等への医療の提供状況	
① 外来のリハビリテーション実施状況（疾患別リハビリテーション料等） (78)～(105)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の外来における「心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）」、「心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）」、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）」、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）」、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）」、「廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）」、「廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）」、「廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）」、「運動器リハビリテーション料（Ⅰ）」、「運動器リハビリテーション料（Ⅱ）」、「運動器リハビリテーション料（Ⅲ）」、「呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）」、「呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）」、「障害児（者）リハビリテーション料（6歳未満の患者の場合）」、「障害児（者）リハビリテーション料（6歳以上 18 歳未満の患者の場合）」、「がん患者リハビリテーション料」、「認知症患者リハビリテーション料」、「難病患者リハビリテーション料」、「摂食機能療法（30 分以上の場合）」、「摂食機能療法（30 分未満の場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 外来のリハビリテーションとは、入院外の患者に対して各種リハビリテーション料を算定したものを指します。なお、退院日に実施したリハビリテーションであっても、レセプト上、入院中の診療として取り扱われるものは計上しないでください。 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」としてご報告ください。 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニホの合計値をご報告ください。 ・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） ・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニの合計値をご報告ください。 ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） ・運動器リハビリテーション料（Ⅲ） ・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） ・呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハの合計値をご報告ください。 ・運動器リハビリテーション料（Ⅰ） ・運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
② 在宅復帰等に向けた取組 (106)～(110)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在宅復帰等に向けた取組にかかる加算の算定状況をご報告ください。
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
排尿自立支援加算	「排尿自立支援加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
栄養サポートチーム加算	「栄養サポートチーム加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
摂食嚥下機能回復体制加算	「摂食嚥下機能回復体制加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

4. 高齢者施設等との連携状況	
① 高齢者施設等との連携実績 (111)～(112)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の高齢者施設等との連携実績にかかる加算の算定状況をご報告ください。
協力対象施設入所者入院加算	「協力対象施設入所者入院加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
介護保険施設等連携往診加算	「介護保険施設等連携往診加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

5. 在宅医療の提供状況	
① 在宅医療の実績 (113)～(136)	在宅医療の実績として、訪問診療の実績、往診の実績、訪問看護の実績（医療機関自身の提供実績）、訪問看護の実績（同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績）、訪問リハビリテーションの実績（医療機関自身の提供実績）をご報告ください。 なお、介護報酬レセプトおよび訪問看護レセプトを用いて集計する項目は、プレプリントの対象外です。各医療機関において、実績値をご報告ください。
訪問診療の実績	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の訪問診療の総数のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、「在宅患者訪問診療料Ⅰ」「在宅患者訪問診療料Ⅱ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
往診の実績	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「往診料」および「特別往診」のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、「往診料」または「特別往診」のうち、算定時に合わせて「緊急加算」「夜間休日加算」「深夜加算」を算定した場合、レセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
訪問看護の実績（医療機関自身の提供実績）	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「在宅患者訪問看護指導料」、「同一建物居住者訪問看護・指導料」、「退院後訪問指導料」、「訪問看護費ロ」、「介護予防訪問看護費ロ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問看護の実績（医療機関自身の提供実績）(123)」は、(124)～(128)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、医療機関自身の提供実績をご報告ください。
訪問看護の実績（同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績）	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「訪問看護基本療養費」、「訪問看護費イ」、「介護予防訪問看護費イ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問看護の実績（同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績）(129)」は、(130)～(132)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績をご報告ください。
訪問リハビリテーションの実績（医療機関自身の提供実績）	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」、「訪問リハビリテーション費」、「介護予防訪問リハビリテーション費」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問リハビリテーションの実績（医療機関自身の提供実績）(133)」は、(134)～(136)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、医療機関自身の提供実績をご報告ください。
② 在宅療養患者の受入状況 (137)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在宅療養患者の受入状況として、「在宅患者緊急入院診療加算」のレセプト件数、算定回数をご報告ください。