

2026年3月31日時点

2025年5月30日時点からの変更は赤字

2026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

2026年3月31日

目 次

2025年度からの主な変更点	5
2026年度調査データの取扱いについて	7
I 調査概要	9
I-1. 調査の流れ	9
I-2. 提出する様式ファイルの概要	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	14
1. 提出用ファイル作成	14
2. 提出方法	14
3. 提出スケジュール	14
I-4. 調査に関する連絡について	15
1. 事務局から医療機関への連絡	15
2. 連絡担当者、医療機関名、住所の変更	15
I-5. 調査に関する問い合わせについて	15
II 各様式ファイル作成要領	16
II-1. 外来様式1（患者属性や病態等の情報）	16
1. 調査対象範囲  再掲	16
2. 様式ファイル作成方法	18
3. 項目の入力要領	20
II-2. 外来様式3	58
1. 調査対象範囲	58
2. 様式ファイル作成方法	58
3. 収集する項目	58
II-3. 外来EF統合ファイル	60
1. 調査対象範囲	60
2. 様式ファイル作成方法	60
3. 項目の入力要領	61
II-4. 外来Kファイル	61
1. 調査対象範囲	61
2. 様式ファイル作成方法	61
3. 項目の入力要領	62
II-5. 各様式ファイル作成時の留意事項	63
III 提出方法	64
III-1. 提出の原則と重要事項	64
1. 提出の原則	64
2. 提出遅延等の取扱いと留意事項	64
III-2. オンラインによる提出	65
1. オンライン提出の利用開始について	65
2. オンラインによる提出時の留意事項	65
III-3. 配送による提出	65
1. 配送方法要件	66
2. 提出媒体要件	67
3. 配送による提出時の留意事項	67
4. 配送による提出先	68
IV 関係資料	69

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	<p>「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。</p> <p>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。</p> <p>ICD-10の選択には「疾病、傷害及び死因の統計分類提要、ICD-10（2013年版）準拠」を使用して入力すること。</p> <p>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）</p> <p>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/</p>
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月診療分から翌年3月診療分までを1単位とした期間。

変更履歴

更新日付	変更内容
2026年3月31日	初版

2025 年度からの主な変更点

変更箇所		内容		参照箇所
		旧 (2025 年度)	新 (2026 年度)	
調査対象加算の名称変更、新設		【旧名称】 外来データ提出加算 (新設)	【新名称】 充実管理加算 【新設】 外来データ提出加算	9 ページ
調査対象範囲	充実管理加算 (令和8年度改定前の外来データ提出加算)	【令和8年度改定前の外来データ提出加算】 特定の加算等の算定有無に関わらず、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)を主病と医師が判断した患者	【充実管理加算】 特定の加算等の算定の有無に関わらず、以下の①又は②の一方でも該当する患者 ①糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症のうち1疾患以上有すると医師が判断した患者 ②要介護・要支援の患者 ただし、充実管理加算のみを届け出ている医療機関(2026年5月31日時点で令和8年度改定前の外来データ提出加算を届け出ている医療機関を含む。)においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症を主病とすると医師が判断した患者を必須とし、これ以外の患者は任意とする。	11 ページ、 16 ページ
外来様式 1	共通	身長・体重(GPF0001) 喫煙歴(CPFS001) 介護情報(CN00001) 入院の状況(GH00001)	削除	-
		新設	認知症情報(CMD0001) 要介護度情報(CNC0001)	22 ページ、 32~33 ページ
	充実管理加算、外来データ提出加算	【以下の調査項目の削除：コード全体】 糖尿病の診断年月(LMDM002) 血糖コントロール・慢性合併症(LMDM003) 高血圧症の診断年月(LMHTN02) 血圧(LMHTN03) 脂質異常症の診断年月(LMDL002) リスク分類・LDL コレステロール(LMDL003) 脳卒中の有無(初発)※初発が不明な場合は、最も過去の既往(LMHCA01) 脳卒中(LMHCA01 以外)(LMHCA02) 急性冠症候群の有無(初発)※初発が不明な場合は、最も過去の既往(LMHACS1)	削除	-

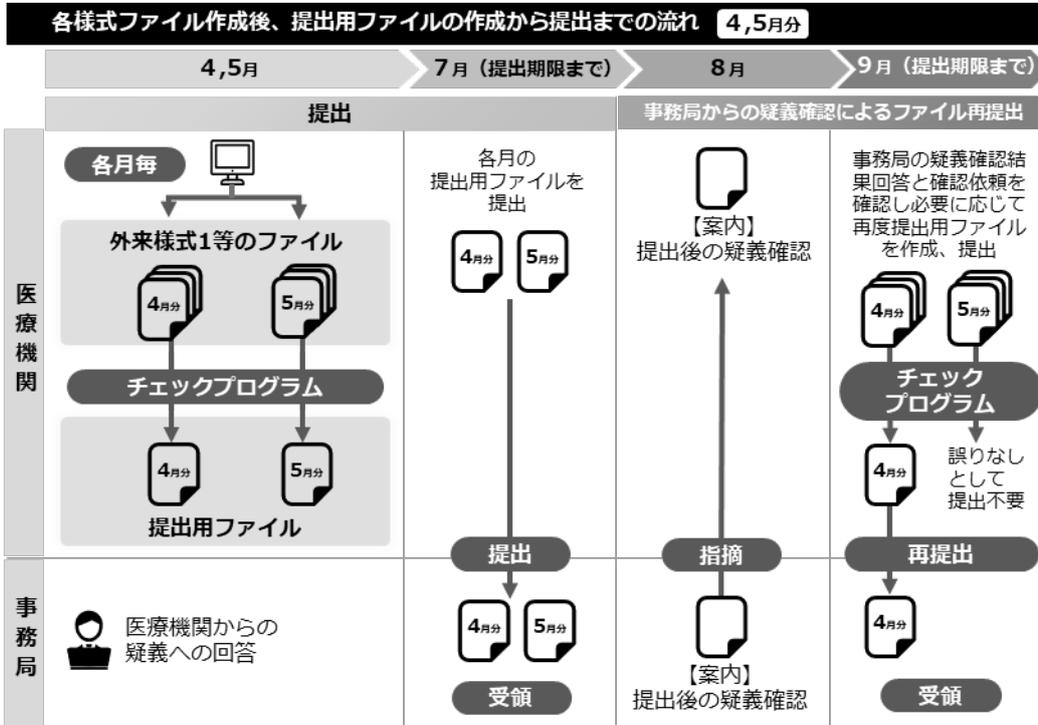
		<p>急性冠症候群 (LMHACS1 以外) (LMHACS2)</p> <p>急性大動脈解離の有無 (初発)※初発が不明な場合は、最も過去の既往 (LMHAAD1)</p> <p>急性大動脈解離 (LMHAAD1 以外) (LMHAAD2)</p> <p>高尿酸血症 (LMHH001)</p> <p>【以下の調査項目の削除：一部のペイロード番号】</p> <p>心不全の有無 (LMHMF01) 心不全の診断年月 (ペイロード番号 2)</p> <p>慢性腎臓病の有無 (LMHCKD1) 慢性腎臓病の診断年月 (ペイロード番号 2)</p>		
		新設	<p>生活習慣病管理料の主病 (LSKT001)</p> <p>脳卒中の有無 (LMHCA03)</p> <p>急性冠症候群の有無 (LMHACS3)</p> <p>介護保険情報 (LNC0001)</p> <p>特定健診 (特定健康診査) の受診の有無 (LSME001)</p>	24～25 ページ、38～40 ページ
	在宅データ提出加算	<p>【以下の調査項目の削除：コード全体】</p> <p>褥瘡 (HPS0005)</p> <p>がんの傷病 (HPCD001)</p> <p>がんの Staging 分類 (HPCS001)</p> <p>がんの NRS (HPCNRS1)</p> <p>【以下の調査項目の削除：一部のペイロード番号】</p> <p>排泄 (HPS0003) ブリストルスケール (ペイロード番号 2)</p>	削除	-
		<p>【調査項目名変更】</p> <p>患者の状態 (HPS0001) 患者の状態 (ペイロード番号 1)</p>	患者の状態 (HPS0001) 患者の状態 (別表第 8 の 2 (8 の 2 に関連する調査)) (ペイロード番号 1)	28 ページ、50 ページ
		新設	患者の状態 (HPS0001) 患者の状態 (別表第 8 の 3) (ペイロード番号 2)	28 ページ、51 ページ
外来様式 3	●届出情報	新設	機能強化加算、在宅医療充実体制加算	59 ページ
提出方法		記載の追加	III-1. 提出の原則と重要事項	64 ページ

2026 年度調査データの取扱いについて

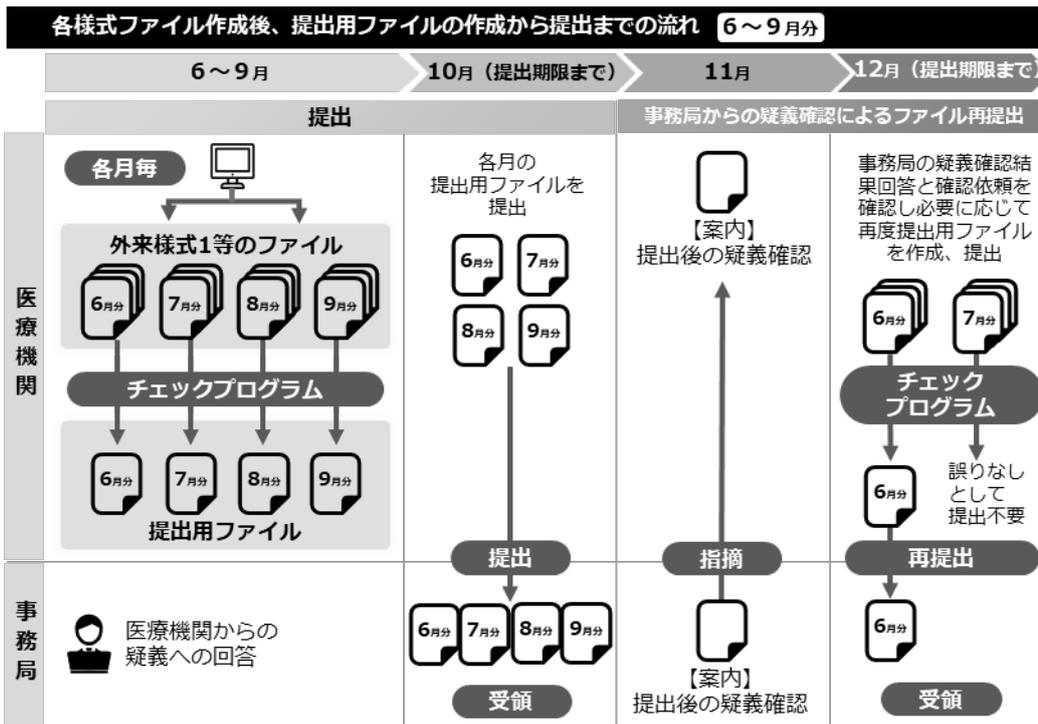
2026年4月、5月分の調査データについては、2025年度調査実施説明資料に基づいて作成し、2026年6月分以降から2026年度調査実施説明資料に基づき作成することとする。

※提出スケジュールは、「I-3 3 提出スケジュール」の項を参照。

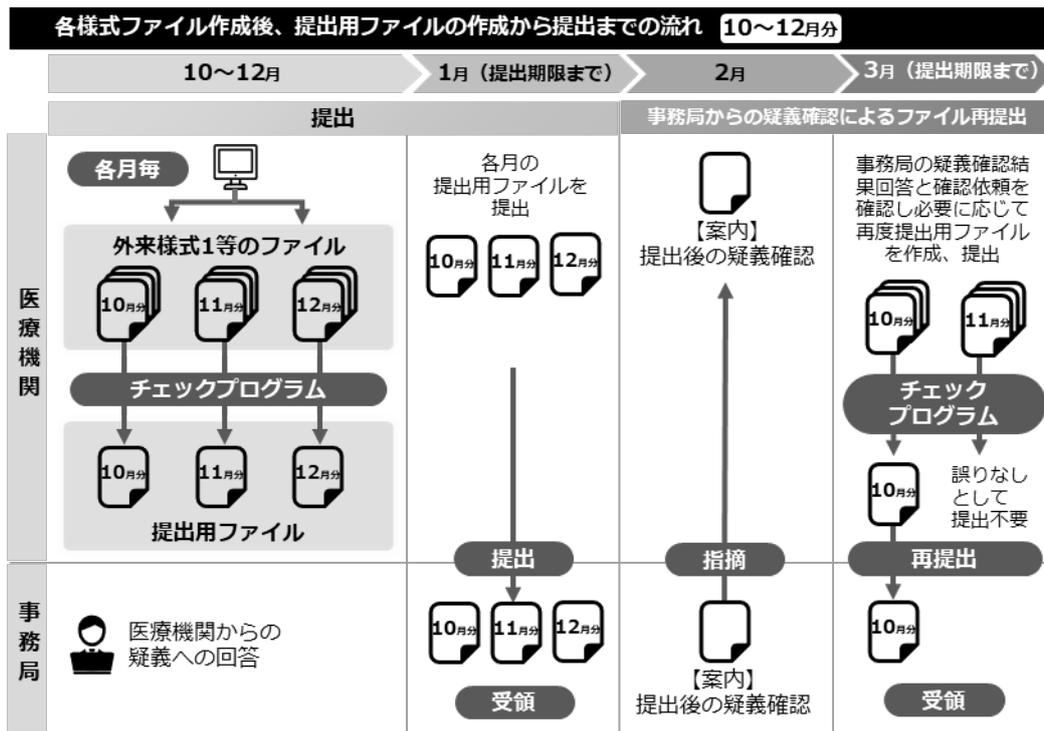
■2026年4月、5月分は、2025年度調査実施説明資料に基づいて作成し7月に提出



■2026年6月から9月分は、2026年度調査実施説明資料に基づいて作成し10月に提出



■2026年10月から12月分は、2026年度調査実施説明資料に基づいて作成し2027年1月に提出



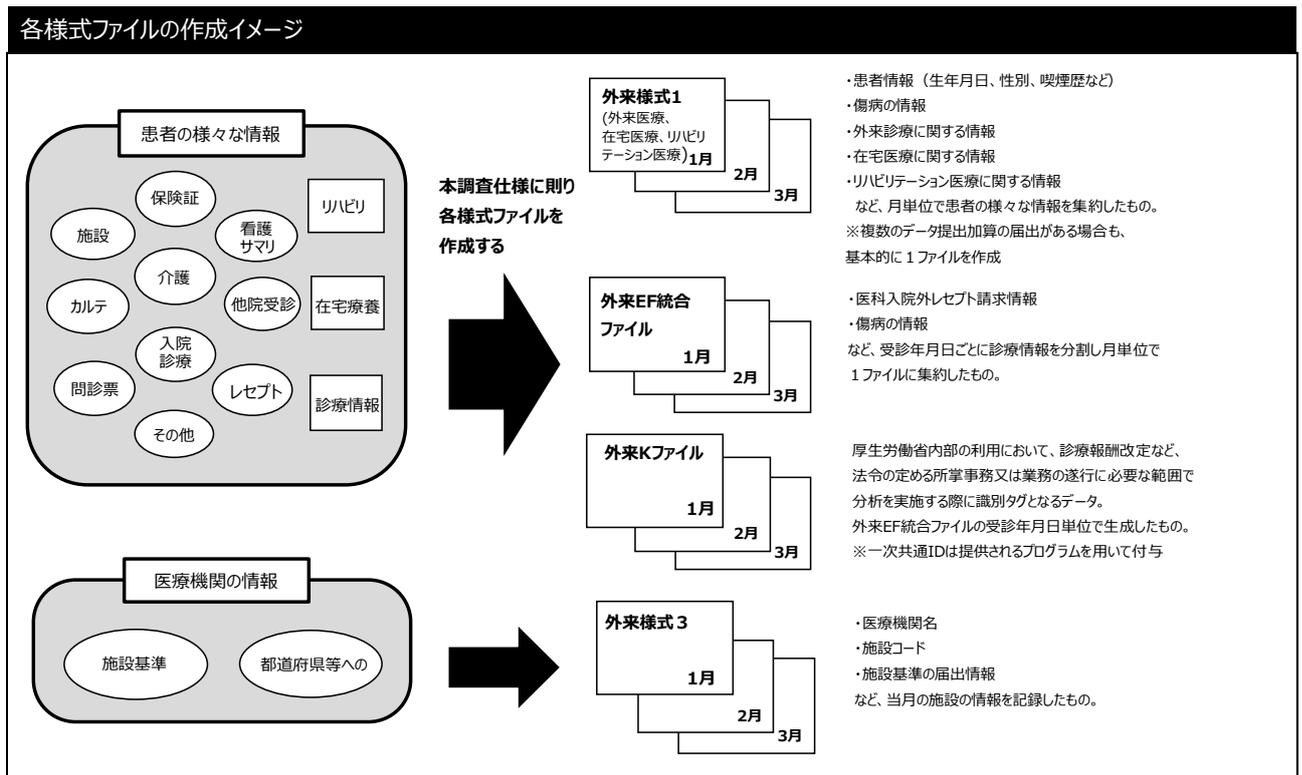
■2027年1月から3月分は、12月までと同様の取り扱いとする。

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、令和8年度診療報酬改定において、区分番号「A001」再診料の注13及び区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の注4に規定する外来データ提出加算（以下「外来データ提出加算」という。）、区分番号「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4及び区分番号「B001-3-3」生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する充実管理加算（以下「充実管理加算」という。）、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5（在宅時医学総合管理料の注13を準用する。）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7、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7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形式と異なる内容であった場合、提出方法が定められた方法と異なっていた場合は、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ないこと並びに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

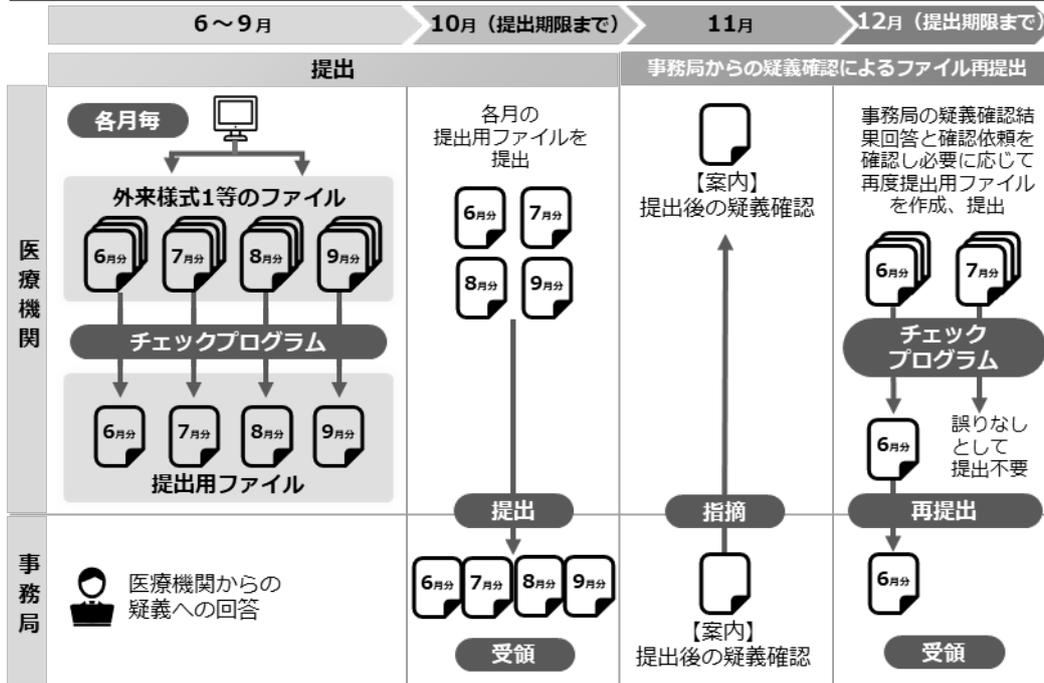


■各様式ファイル作成

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が、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 6～9月分



【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ない場合に1か月に1ファイル自動作成される。今年度の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まとめて、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「2026年度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と各様式の調査対象範囲は以下となる。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

様式分類	調査対象範囲
外来様式 1	<p>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が対象である。 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^{※1}から 2027年3月31日の間に受診をした患者 ^{※1} 本年度4月1日時点ですでに本調査に参加している医療機関においては 2026年4月1日 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</p>
外来データ提出加算又は充実管理加算を届け出ている医療機関	<p>特定の加算等の算定の有無に関わらず、以下の①又は②の一方でも該当する患者^{※2} ^①糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症のうち1疾患以上有すると医師が判断した患者 ^②要介護・要支援の患者 ただし、充実管理加算のみを届け出ている医療機関（2026年5月31日時点で令和8年度改定前の外来データ提出加算を届け出ている医療機関を含む。）においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症を主病とすると医師が判断した患者を必須とし、これ以外の患者は任意とする。 ^{※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。</p>
在宅データ提出加算を届け出ている医療機関	<p>特定の加算等の算定有無に関わらず、訪問診療を行っている患者^{※3} ^{※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。</p>
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	<p>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^{※4} 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 ^{※4} 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。</p>
外来 EF 統合ファイル	<p>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いても差し支えない。</p>
外来様式 3	<p>医療機関の施設基準の届出状況が対象である。</p>
外来 K ファイル	<p>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、データは日ごとに作成をする。</p>

各様式ファイルの内容は以下となる。

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できる方法）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（データ識別番号）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。

様式分類	内容	作成単位	入力される内容	匿名化の要否
外来様式1	患者別匿名化情報	患者別	性別、生年月日、病名などの患者属性や病態等の情報	要
外来EF統合ファイル	患者別匿名化情報かつ診療報酬請求情報： 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 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	患者別	診療行為、薬剤、材料、点数など	要
外来様式3	医療機関情報	医療機関単位別	施設情報、病床数、届出状況など	-
外来Kファイル	3情報（生年月日、カナ氏名、性別）を基に生成した共通IDに関する情報	患者別	患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通ID	-

- ・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。

■ 基本知識

- ・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 103点」と記録されるものがEファイル。「BIL/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。

※1 充実管理加算、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。

2026年6月分以降のファイル作成に使用する以下のプログラムを、事務局から後日配布する。

※2026年4月、5月分は、2025年度調査実施説明資料に基づいて作成するため、2025年度のプログラムを利用する。

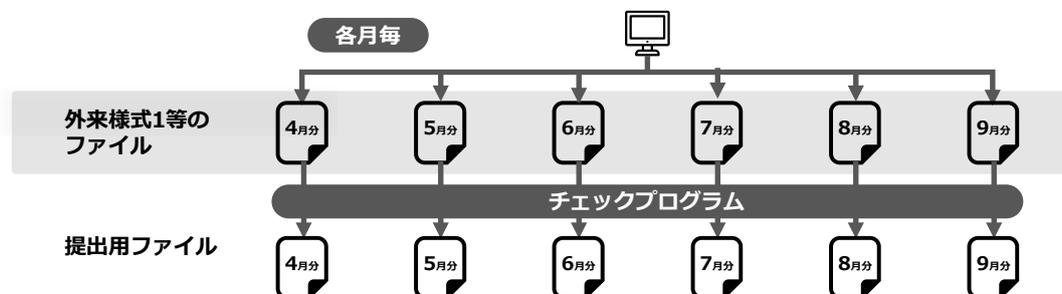
配布予定ソフトウェア	プログラム（機能）	リリース予定時期	利用について
外来様式1入力支援ソフト	外来様式1入力支援プログラム	調査事務局ホームページに順次掲載	任意
外来データ提出支援ツール	外来EFファイル統合プログラム		任意
	様式3作成プログラム		必須
	外来Kファイル生成プログラム		必須
	チェックプログラム		必須
	提出ファイル作成プログラム		必須

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

調査年度内に、計 8 回の提出期限が設けられており、この提出期限ごとにデータ提出遅延等に該当するかの判定が行われる。

提出対象	オンラインによる提出期限
2026年4、5月の各月の提出	2026年7月30日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2026年7月29日(水)
第1回疑義確認	2026年9月24日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2026年9月18日(金)
2026年6、7、8、9月の各月の提出	2026年10月29日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2026年10月28日(水)
第2回疑義確認	2026年12月24日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2026年12月23日(水)
2026年10、11、12月の各月の提出	2027年1月28日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2027年1月27日(水)
第3回疑義確認	2027年3月25日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2027年3月24日(水)
2027年1、2、3月の各月の提出	2027年4月30日(金)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2027年4月28日(水)
第4回疑義確認	2027年6月24日(木)12時00分00秒まで ※配送による提出期限:2027年6月23日(水)

※疑義確認の案内は、提出期限の3週間前を目途に事務局からメールで連絡する。対象データ範囲は、当該メールに記載する。

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。

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

※担当者は原則2名まで登録とする。メールが届かない等の事態を考慮し、異なるメールアドレスの登録を推奨する。

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ない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**施設コード**、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

充実管理加算、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）

当該加算の算定開始月の属する四半期^{*1}から2027年3月31日の間に受診をした患者

※1 本年度4月1日時点ですでに本調査に参加している医療機関においては2026年4月1日

（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

それぞれの加算の調査対象となる患者については、以下のとおり。

■充実管理加算、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）

特定の加算等の算定の有無に関わらず、以下の①又は②の一方でも該当する患者^{*2}

①糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症のうち1疾患以上有すると医師が判断した患者

②要介護・要支援の患者

ただし、充実管理加算のみを届け出ている医療機関（2026年5月31日時点で令和8年度改定前の外来データ提出加算を届け出ている医療機関を含む。）においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症を主病とすると医師が判断した患者を必須とし、これ以外の患者は任意とする。

※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データのみ作成する。

Q：外来医療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、そのうち3回が生活習慣病に関わる受診であり、他の2回は風邪などによる受診であった。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。

なお、充実管理加算のみを届け出ている医療機関（令和8年度改定前の外来データ提出加算を届け出ている医療機関を含む。）においては、外来医療に係る調査の対象となる患者のうち、当該月に生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）に関わる受診が一切なかった患者は作成しなくてもよい。

また、外来データ提出加算を届け出ている医療機関においては、当該月に調査対象となる疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症）に関わる受診が一切なかった患者のうち、要介護・要支援ではない患者は作成しない。

■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）

特定の加算等の算定の有無に関わらず、訪問診療を行っている患者^{*3}

※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データのみ作成する。

Q：往診のみ行った月に関してデータ作成は必要か。

A：訪問診療を行っていないのであれば不要である。

■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※⁴

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

※⁴ 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	○	(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
	○	(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
	○	(3) 受診年月	0～9 からなる 6 桁の数字 YYYYMM 例 2026 年 6 月→202606
2. ペイロード部	○	(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。（表「ペイロード項目一覧」－「コード」参照）
	○	(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。
	※	(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。22 ページ以降の表「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。 内容が規定されていない場合や情報がない場合は、空欄（Null）とする。
	※	(4) ペイロード番号2	
	※	(5) ペイロード番号3	
	※	(6) ペイロード番号4	
	※	(7) ペイロード番号5	
	※	(8) ペイロード番号6	
	※	(9) ペイロード番号7	
	※	(10) ペイロード番号8	
※	(11) ペイロード番号9		

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。

米印の付いた、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	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件等有	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	▲	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

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
99999999	0000000200	202308	CD00001	1	1	E00	4280005						慢性うっ血性心不全

99999999	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2023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

ペイロードコードは大きく「共通」、「生活習慣病等」、「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、**充実管理加算**、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、当該月（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**充実管理加算**、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、当該月に1患者につき1つ作成する。例えば CPP0001 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、**充実管理加算**、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、当該月（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**充実管理加算**、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	作成対象となる加算
C	共通	基本情報として、全ての加算
L	生活習慣病等	充実管理加算 、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）
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
CMD0001	認知症情報	○	-	1	○	認知症の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
CNC0001	要介護度情報	※1	-	1	○	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
				2	※A	日常生活自立度(高齢者情報)	1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M
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	※C	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

※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、入力する。

※A：CMD0001 認知症情報【ペイロード番号1】認知症の有無が「1.有」の場合、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、入力する。

※C：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、かつ【ペイロード番号9】傷病名が疑い病名の場合に入力する。

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）

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 2026 年 6 月 1 日→20260601
				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	※E	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	原死因傷病名

○：必須 ▲：ある場合必須

※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、かつ原死因傷病名を把握している場合に入力する。

※E：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、かつ【ペイロード番号 9】 傷病名が疑い病名の場合に入力する。

生活習慣病等							
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）

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 2026 年 6 月 1 日→20260601
				2	○	初診/再診	1. 初診 2. 再診
				3	※F	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
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	※G	自院管理の有無	0. 無 1. 有
LMHTN01	高血圧症の有無	○	-	1	○	高血圧症の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
				2	※H	自院管理の有無	0. 無 1. 有
LMDL001	脂質異常症の有無	○	-	1	○	脂質異常症の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
				2	※I	自院管理の有無	0. 無 1. 有
LSKT001	生活習慣病管理料の主病	※2	-	1	○	生活習慣病管理料の主病	1. 脂質異常症 2. 高血圧症 3. 糖尿病

○：必須 ▲：ある場合必須

※2：当該月に生活習慣病管理料（I）又は生活習慣病管理料（II）を算定している場合、入力する。

※F：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、入力する。

※G：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、入力する。

※H：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、入力する。

※I：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、入力する。

生活習慣病等							
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）

LMHCA03	脳卒中の有無	○	-	1	○	脳卒中の有無	0. 無 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
LMHACS3	急性冠症候群の有無	○	-	1	○	急性冠症候群の有無	0. 無 1. 心筋梗塞 2. 不安定狭心症 9. 不明
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
LMHCKD1	慢性腎臓病の有無	○	-	1	○	慢性腎臓病の有無	0. 無 1. 有 9. 不明
LNC0001	介護保険情報	※3	-	1	○	介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	0. 無もしくは作成から49か月以上 1. 12か月以内の間に作成 2. 13か月以上48か月以内の間に作成
LSME001	特定健診（特定健康診査）の受診の有無	※4	-	1	○	特定健診の受診の有無	0. 無 1. 有
				2	※J	特定健診の受診年月	0~9からなる6桁の数字 YYYYMM 例 2026年6月→202606

○：必須 ▲：ある場合必須

※3：LNC0001 要介護度情報【ペイロード番号1】要介護度が「1. 要支援1」～「8. 申請中」の場合、入力する。

※4：年齢が40歳以上75歳未満の患者の場合、入力する。

※J：LSME001 特定健診（特定健康診査）の受診の有無【ペイロード番号1】特定健診の受診の有無が「1. 有」の場合、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）

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 2026 年 6 月→202606
				2	○	療養を行っている場所	入力要領を参照
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
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
HCVD001	訪問の主傷病	○	-	1	○	自院診断の有無	0. 無 1. 有
				2	※K	ICD10 コード	訪問診療、訪問看護の当月の主病に対する ICD10
				3	※K	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				4	※L	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	主傷病名
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

※K：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、入力する。

※L：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、かつ【ペイロード番号 9】傷病名が疑い病名の場合に入力する。

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）

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	※M	ICD10 コード	主傷病に対する ICD10
				5	※M	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				6	※N	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	主傷病名
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
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	※○	ICD10 コード	往診の契機となった傷病に対する ICD10
				4	※○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※P	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	契機となった傷病名

○：必須 ▲：ある場合必須

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

※N：HCH0001 入院の状況【ペイロード番号3】受診先が「1. 自院」の場合、かつ【ペイロード番号9】主病名が疑い病名の場合に入力する。

※○：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、入力する。

※P：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、かつ【ペイロード番号9】傷病名が疑い病名の場合に入力する。

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）

HPS0001	患者の状態	○	-	1	○	患者の状態（別表第8の2（8の2に関連する調査））	入力要領を参照
				2	○	患者の状態（別表第8の3）	入力要領を参照
HPS0002	バーセルインデックス	○	-	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 例 1211111100
HPS0003	排泄	○	-	1	○	排泄の状況	0. 無 1. 人工肛門
HPS0004	排尿	○	-	1	○	排尿の状況	0. 無 1. 留置カテーテル 2. 人工膀胱
HPS0006	低栄養	○	-	1	○	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	○	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	○	経管・経静脈栄養の状況	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須

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）

RR00001	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 2026 年 6 月 1 日→20260601
				2	○	初診の有無	1. 初診 0. 初診以外
				3	※Q	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
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 2026 年 6 月 1 日→20260601
				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 2026 年 6 月 1 日→20260601
				3	※R	標準的算定日数を超えた年月日	標準的算定日数を超えた年月日を入力 0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2026 年 6 月 1 日→20260601
				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	※S	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	リハビリテーション実施計画書の算定病名
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 2026 年 6 月 1 日→20260601
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
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

※Q：RR00001 外来受診情報【ペイロード番号2】初診の有無が「1. 初診」の場合、入力する。

※R：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】標準的算定日数を超えた場合、入力する。

※S：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9】傷病名が疑い病名の場合、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”となってしまう、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：原則不可。システムの変更等で、止むを得ず変更する場合は、事務局に相談すること。

なお、データ識別番号は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。

●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2026年6月 → 202606

(4) ペイロード項目【共通】の留意事項

●CPP0001 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、月日が分かっている生年月日が不明の場合は「00000000」とする。

例 : 2026年のある日に推定年齢40歳の場合 → 「19850000」(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 **普段生活の拠点としている** 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。

●**CMD0001 認知症情報**

・**ペイロード番号1 認知症の有無**

自院・他院を問わず、認知症の診断がされている患者には“1”を、認知症と診断されていない患者（疑い病名を含む。）は“0”、不明な場合は“9”を入力する。

●**CNC0001 要介護度情報**

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、入力する。
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 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

・ペイロード番号2 日常生活自立度（高齢者情報）

「CMD0001 認知症情報 ペイロード番号1 認知症の有無」が“1”の場合、入力する。

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”、Ⅴの場合は“5”を入力する。

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。
Ⅴ	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。

●CD00001 診断情報/傷病

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。飛び番又は重複がないようにする。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して入力する。**要介護・要支援の患者においては主治医意見書の診断名がレセプトの傷病にある場合は、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”の場合、入力する。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”の場合、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1 自院管理の有無」が“1”の場合、かつ「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合に、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。

●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”の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2026年8月10日 → 20260810

・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”の場合、かつ原死因傷病名を把握している場合に「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”の場合、かつ原死因傷病名を把握している場合に入力する。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5 修飾語コード

「ペイロード番号1 当月中の終診情報」が“4”の場合、かつ「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合に、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”の場合、かつ原死因傷病名を把握している場合に入力する。原死因傷病名は日本語で入力する。

Q&A

Q : 当月中は終診となっていなかったが、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【生活習慣病等】の留意事項

●LR00001 外来受診情報

調査対象の患者が受診をした日ごとに作成する。

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。同日に複数科を受診した場合や複数回来院した場合は、連番を分けずに入力する。なお、飛び番又は重複がないようにする。連番の使用は“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2026年6月10日 → 20260610

・ペイロード番号2 初診/再診

受診日において、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、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、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	肝胆膵外科	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		

Q&A

Q : 同日複数科受診した場合の診療科コードはどのようにすればよいか。

A : **糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症**を診察した診療科を選択する。

上記の疾患のうち、複数の診察をした場合は、主たるものの診療を担当した医師の診療科を選択する。

なお、**糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症**以外の傷病で受診した日については、受診した傷病を担当した医師の所属する診療科コードを入力する。

●LMDM001 糖尿病の有無

・ペイロード番号1 糖尿病の有無

自院・他院を問わず、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（疑い病名を含む。）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”の場合、入力する。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。

●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・他院を問わず、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（疑い病名を含む。）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”の場合、入力する。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。

●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・他院を問わず、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（疑い病名を含む。）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”の場合、入力する。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。

●LSKT001 生活習慣病管理料の主病

当該月に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定している場合、入力する。

・ペイロード番号1 生活習慣病管理料の主病

脂質異常症を主病とする場合は“1”、高血圧症を主病とする場合は“2”、糖尿病を主病とする場合は“3”を入力する。

選択する主病は、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定している場合は、算定している生活習慣病管理料（Ⅰ）の主病と一致させる。生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定している場合は、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合と同様に主病を決定して選択する。

●**LMHCA03 脳卒中の有無**

・**ペイロード番号1 脳卒中の有無**

当該患者の既往を含む脳卒中の有無を下記区分に従い入力する。脳卒中の疑いの場合は“0”とする。

値	病名区分
0	無
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

●**LMHACS3 急性冠症候群の有無**

・**ペイロード番号1 急性冠症候群の有無**

当該患者の既往を含む急性冠症候群の有無を下記区分に従い入力する。急性冠症候群の疑いの場合は“0”とする。

値	病名区分
0	無
1	心筋梗塞
2	不安定狭心症
9	不明

●**LMHHF01 心不全の有無**

・**ペイロード番号1 心不全の有無**

当該患者の既往を含む心不全の有無を下記区分に従い入力する。心不全の疑いの場合は“0”とする。

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

●**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む慢性腎臓病の有無を下記区分に従い入力する。慢性腎臓病の疑いの場合は“0”とする。

値	区分
0	無
1	有
9	不明

●LNC0001 介護保険情報

「CNC0001 要介護度情報 ペイロード番号1 要介護度」が“1”～“8”の場合、入力する。

・ペイロード番号1 介護保険制度における主治医意見書の作成の有無

当該患者の介護保険制度における主治医意見書の自院での作成状況について、下記区分に従い入力する。

値	区分
0	無もしくは作成から49か月以上
1	12か月以内の間に作成
2	13か月以上48か月以内の間に作成

●LSME001 特定健診（特定健康診査）の受診の有無

年齢が40歳以上75歳未満の患者の場合、入力する。

・ペイロード番号1 特定健診の受診の有無

当該月を含め直近6か月以内に、自院・他院を問わず特定健診の受診があれば“1”を、受診がなければ“0”を入力する。他院で特定健診を受診している場合、実施した医療機関からの診療情報提供書や患者が持参した特定健診結果など、客観的に受診していることが確認できる場合に“1”とする。

・ペイロード番号2 特定健診の受診年月

「ペイロード番号1 特定健診の受診の有無」が“1”の場合、入力する。

当該月を含め直近6か月以内の特定健診を受診した年月を入力する。

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2026年6月 → 202606

(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・他院を問わず、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。

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2026年6月 → 202606

例 在宅療養を始めた年が2026年で月が不明 → 202600

例 在宅療養を始めた年が不明 → 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”の値を入力する。当該月の途中で転居等をしている場合は、最後の訪問診療日に療養を行っている場所について入力する。

値	区 分	定 義
1	戸建て・マンション・アパート・団地等	1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又は外来受診日等）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又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2026年6月10日 → 20260610

？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。

？Q&A

Q：入院していた患者に対して、退院前のカンファレンスで退院後の診療計画を策定し、退院後に訪問診療を開始した。退院前のカンファレンスを実施した日を入力するのか。

A：入力する。

●HCVMT01 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、飛び番又は重複がないようにする。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2026年6月10日 → 20260610

? 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

? Q&A

Q：同居家族のいる患者の居宅へ訪問し、1人へ訪問診療を行った場合は「“1”の単一建物診療患者が1人の場合」でよいか。

また、同居の患者2人へ訪問診療を行った場合に、1人は再診料を算定したがどれを選択するのか。

A：1人へ訪問診療を行った場合は「“1”の単一建物診療患者が1人の場合」とする。

また、同居の患者2人へ訪問診療を行っている場合、算定によらず「“2”の単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合」を入力する。

●HCVNS01 訪問看護の状況

当該月に医療保険にて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、飛び番又は重複がないようにする。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2026年6月10日 → 20260610

? 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。

? Q&A

Q：訪問看護ステーションが訪問看護にてリハビリテーションを行った場合は入力するのか。

A：医療保険にて実施した場合は入力する。介護保険適用の訪問看護および訪問リハビリテーションの入力は不要。

・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 自院診断の有無」が“1”の場合、入力する。

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 自院診断の有無」が“1”の場合、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1 自院診断の有無」が“1”の場合、かつ「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合に、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・他院を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、飛び番又は重複がないようにする。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・他院を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2026年6月10日 → 20260610

・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”の値を入力する。

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ない場合に選択する。

・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”の値を入力する。

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、飛び番又は重複がないようにする。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 主病名」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。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）を入力する。

例 入院年月日が2026年6月01日 → 20260601

例 入院年月日が2026年6月で日が不明 → 20260600

例 入院年月日が2026年で月日が不明 → 20260000

例 入院年が不明 → 00000000

・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2026年6月10日 → 20260610

・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”の場合、入力する。

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”の場合、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3 受診先」が“1”の場合、かつ「ペイロード番号9 主病名」が疑い病名である場合に、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

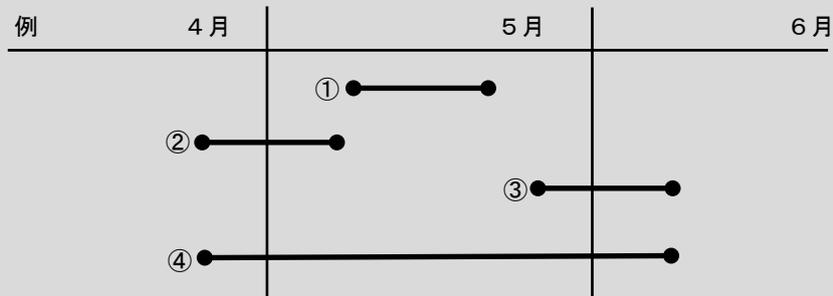
入院時の主傷病名を入力する。

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、データは原則として3か月分をまとめて提出するため、当月に入力できなかった場合でも各月を初めて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、飛び番又は重複がないようにする。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。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）を入力する。

例 入所日が2026年6月10日 → 20260610

例 入所日が2026年6月で日が不明 → 20260600

例 入所日が2026年で月日が不明 → 20260000

例 入所年が不明 → 00000000

・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2026年6月10日 → 20260610

・ペイロード番号3 短期入所利用サービス

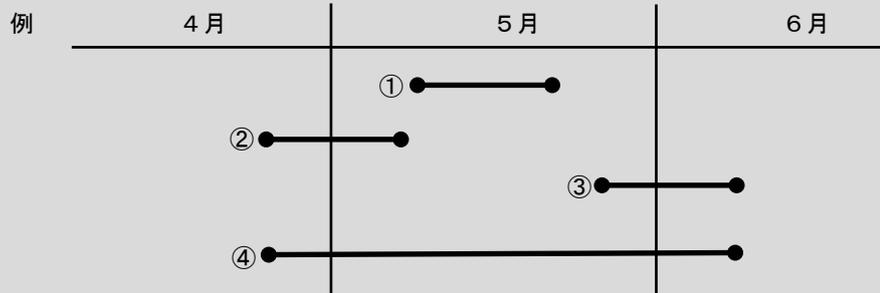
短期入所利用サービス先について、該当する“1”～“6”、“9”の値を入力する。

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のような入退所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、データは原則として3か月分をまとめて提出するため、当月に入力できなかった場合でも各月を初めて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

当該月に自院・他院を問わず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、飛び番又は重複がないようにする。連番の使用は“31”を上限とする。

「HPRE001 訪問診療開始前の往診または外来受診」に入力している往診日については、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2026年6月10日 → 20260610

・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”の場合、入力する。

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”の場合、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5 修飾語コード**

「ペイロード番号2 主たる訪問診療を行う医療機関」が“1”の場合、かつ「ペイロード番号9 傷病名」が疑い病名である場合に、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

・ペイロード番号1 患者の状態 (別表第8の2 (8の2に関連する調査))

当該月において最新の状態 (最終受診時の状態) について、区分に該当があれば、「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。全て「無し」の場合は“0000000000000” (“0”を13桁)を入力する。

桁目	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	在宅自己連続携帯式腹膜灌(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救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ブ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、在宅における気管切開に関する指導管理を行っている状態
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	ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態	在宅において、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

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。

・ペイロード番号2 患者の状態（別表第8の3）

当該月において最新の状態（最終受診時の状態）について、区分に該当があれば、「有り」の“1”を、該当がなければ「無し」の“0”を、値を連ねて7桁で入力する。全て「無し」の場合は“0000000”（“0”を7桁）を入力する。

桁目	区 分	定義
1	要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態	介護保険法第7条に規定する要介護状態区分における要介護3、要介護4若しくは要介護5である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態。
2	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が見られ、介護を必要とする認知症の状態	医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅢ以上と診断した状態。
3	頻回の訪問看護を受けている状態	週1回以上訪問看護を受けている状態。
4	訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態	訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置 ^{※1} を受けている状態。
5	介護保険法第八条第十一项に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態	特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第五条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置 ^{※1} を受けている状態。
6	麻薬の投薬を受けている状態	医師から麻薬の投薬を受けている状態。
7	その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	以下のいずれかに該当する患者の状態。 <ul style="list-style-type: none"> ・脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者 ・出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 ・「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 ・訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置^{※2}を行っている患者

※1 特掲診療料の施設基準等第四の一の六（3）に掲げる処置のうち、ヨからレまで及びツからフまでに規定する処置を除く。

※2 特掲診療料の施設基準等第四の一の六（3）に掲げる処置のうち、ヨからコマまでに規定する処置をいう。

●HPS0002 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

当該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”の値を連ねて入力する。“9”は、どうしても分からない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。

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”の場合は“1211111100”と入力する。

●HPS0003 排泄

・ペイロード番号1 排泄の状況

当該月において、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。

●HPS0004 排尿

・ペイロード番号1 排尿の状況

当該月において、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。

●HPS0006 低栄養

・ペイロード番号1 低栄養の有無

当該月において、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

当該月において、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。

(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、飛び番又は重複がないようにする。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 2026 年 6 月 10 日 → 20260610

・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、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。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	肝胆膵外科	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		

●RCDD0001 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）ごとにレコードを作成する。当月に複数の実施計画書に基づくリハビリテーションを実施している場合は、複数のレコードの作成が必要となる。

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する場合は、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2026年6月10日 → 20260610

・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2026年6月10日 → 20260610

・ペイロード番号3 標準的算定日数を超えた年月日

標準的算定日数を超えた時のみ入力する。

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

？Q&A

Q：12月分以降を入力する際に、すでに11月以前に標準的算定日数を超えていれば入力するのか。

A：入力する。

？Q&A

Q：標準的算定日数を超えた場合に、標準的算定日数内の期間と同様に所定点数を算定できる患者においても、標準的算定日数を超えている場合は年月日を入力するのか。

A：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に、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 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2026年6月10日 → 20260610

例 退院年月日が2026年6月で日付が不明 → 20260600

例 退院年月日が2026年で月が不明 → 20260000

● **RPADL01 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**

当該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”の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”の場合は“1211111100”と入力する。

※ “9”は、どうしても分からない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

当該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。

例えば、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ない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
	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	
認知項目	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：ADL訓練 |
| 10 桁目：IADL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

2026年7月分の外来様式3であれば“202607”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。」とする。

●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ありであれば“1”、なしであれば“0”を選択する。

届出があり、各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える医療機関（機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に限る）においては“2”を選択する。

・機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料、在宅医療充実体制加算の届出状況

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。

A000 初診料 注10 機能強化加算

A001 再診料 注12

イ 地域包括診療加算1

ロ 地域包括診療加算2

B001-2-9 地域包括診療料

1 地域包括診療料1

2 地域包括診療料2

C000 往診料 注8 在宅医療充実体制加算

・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

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2

ハ 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いても差し支えない。

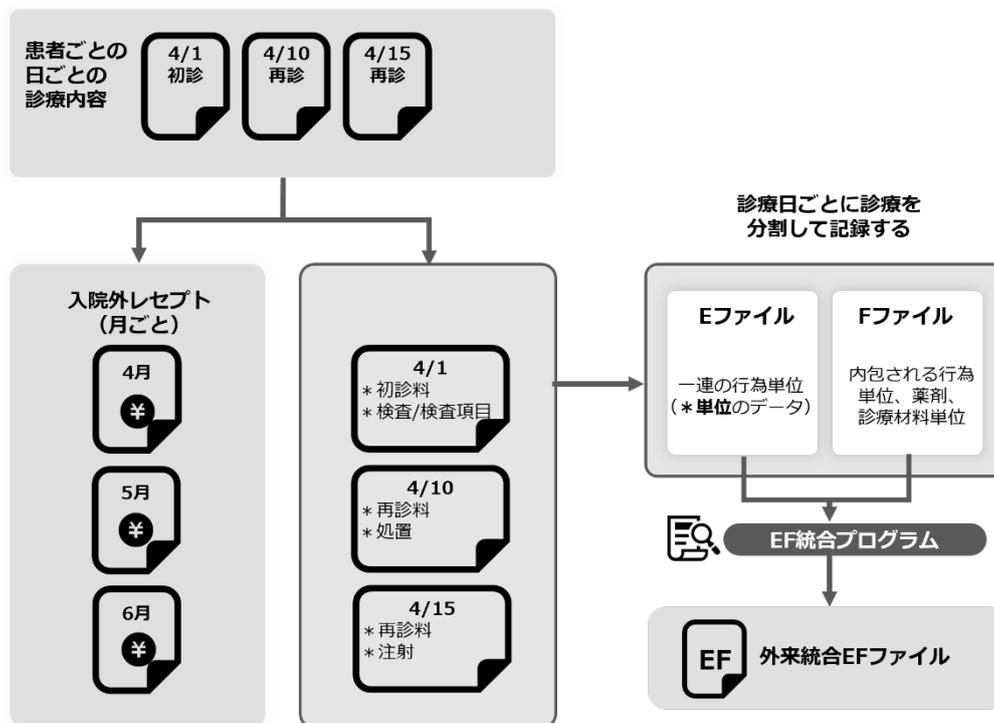
2. 様式ファイル作成方法

(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外来 EF ファイル統合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、事務局の提供する外来 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。

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、データは日ごとに作成をする。

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とする必要がある。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

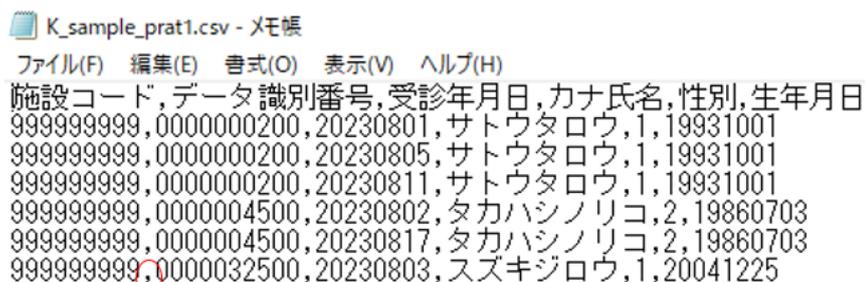
カンマ区切り形式とは、カンマで区切ったデータの方式である。

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



K_sample_prat1.csv - メモ帳

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

999999999,0000000200,20230801,サトウタロウ,1,19931001

999999999,0000000200,20230805,サトウタロウ,1,19931001

999999999,0000000200,20230811,サトウタロウ,1,19931001

999999999,0000004500,20230802,タカハシノリコ,2,19860703

999999999,0000004500,20230817,タカハシノリコ,2,19860703

999999999,0000032500,20230803,スズキジロウ,1,20041225

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+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 2026年6月1日の場合、20260601
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&A

- Q**：英字で名前が入力されている患者がいるが、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	デ	ド
バ	ビ	ブ	ベ	ボ	パ	ピ	プ	ペ	ポ	ヴ				
ァ	ィ	ゥ	ェ	ォ	ッ	ャ	ュ	ョ	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、**医療機関コード**が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、データ識別番号の変更は、**原則不可。止むを得ず変更する場合は、事務局に相談すること。**

III 提出方法

本章では、ファイル提出の原則及び重要事項について説明したのち、「オンライン」、「配送」による提出について説明を行う。

III-1. 提出の原則と重要事項

1. 提出の原則

ファイルの提出はオンラインでの提出を原則とする。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。

2. 提出遅延等の取扱いと留意事項

①遅延等の取扱い

以下の場合にデータ提出（疑義確認に係る提出も含む。）の遅延等に該当する。

1. 遅延もしくは未提出：定められた提出期限までにデータの提出がされていない
2. 提出方法不備：定められた提出方法で提出されていない
3. 提出データ不備：定められた形式で提出されていない。（提出すべきデータが格納されていない、または不足している場合を含む。）

②上記状況が累積した場合の取扱い

当該調査年度内にデータの提出に遅延等が累積して3回認められた場合には、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出（様式7の12の提出）を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から外来データ提出加算等が算定できなくなることに留意すること。

③留意事項

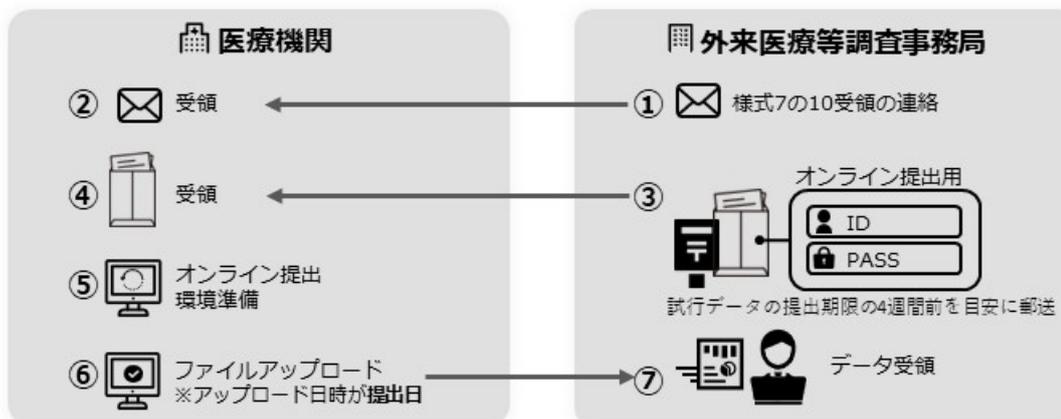
- ・チェックプログラムで生成された提出用ファイルのファイル名は変更せずに提出すること。
- ・「提出日」が新しいものを最新の提出用ファイルとして取り扱う。
- ・同一年月の提出用ファイルが同じ提出日に複数回提出された場合は、提出用ファイルの更新日時が新しい方を最新の提出用ファイルとして取り扱う。
- ・事務局から調査期間終了の連絡があるまでは、提出したファイルは医療機関にて保管すること。
- ・指定の提出方法以外の方法によるデータの差し換え依頼、提出用ファイルの返却依頼等は受け付けない。

III-2. 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

事務局で様式7の10を受領した後、様式7の10に記載された担当者の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な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



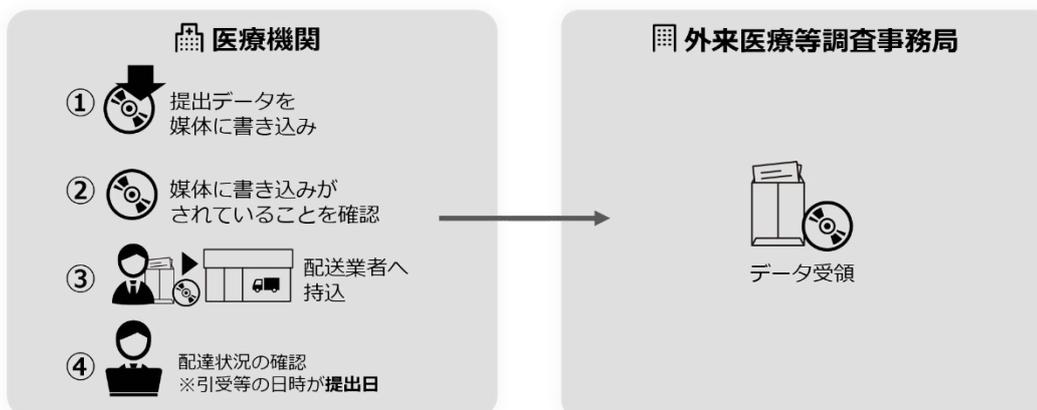
- ・①～⑤の手順は初回のみ必要となる。

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データ転送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依頼等は受け付けない。

III-3. 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」をインターネット上で送付側（医療機関）・受領側（事務局）の両者が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受け渡しが対面で行われること（郵便受けへの配達は不可）。

・下記に掲載する事業者及び配達形態のいずれかのサービスを利用すること。下記の該当する事業者及び配達形態以外の方法を利用した場合は、「提出方法不備」（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
佐川急便株式会社	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	宅急便コンパクト
	宅急便・航空便
日本郵便株式会社	簡易書留
	書留
	ゆうパック
	配達時間帯指定郵便（書留）
	レターパックプラス

2. 提出媒体要件

・提出媒体の要件は以下とする。

項目	適合	留意点
媒体の種類	CD-R、DVD-R、DVD+R	記録データの変更・削除ができないメディアを選ぶこと。USBメモリ、SDカードは認めない。
容量・速度	指定なし	データのサイズが収まるものであれば不問。
媒体ラベル記載内容	施設コード、施設名	媒体のラベル（盤面）に直接記載すること。 ※媒体から施設が分かるように記載すること。
筆記具	油性マジック等	筆圧で記録面を傷つけないよう、柔らかなペン先を使用すること。ボールペン、シャープペンシルは不可。
貼り付けラベル	CD/DVD専用ラベル	専用品を使用すること。剥がれや回転不良の原因となるため、ラベルライター（テプラ等）及び事務用シールは不可。
印字方法	プリンターによる直接印字	インクジェット対応媒体を使用し、盤面に印刷すること。
梱包容器	プラスチックケース	不織布ケース等の使用は避けること。

3. 配送による提出時の留意事項

（1）提出時の留意事項

・提出時の留意事項は以下とする。

項目	内容	
提出媒体の要件	初期化・互換性	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すること。
	ウイルスチェック	書き込み後、必ず最新のソフトでウイルスチェックを行うこと。
	読み取り確認	作成したPCとは別のPCでも、ファイルが存在し読み取れることを必ず確認すること。
	提出枚数	原則1媒体。1枚に収まらない場合に限り、2媒体への分割を認める。
ファイルの保存ルール	保存場所	媒体内のルートディレクトリ（直下）に保存すること。
	データの確認	複数月分を提出する際は、全ての該当月が格納されているか確認すること。
	重複禁止	同一年月の提出用ファイルを複数保存しないこと。
	ファイルの混在	各月の 提出用と再提出用のファイルが同一媒体内に混在していても構わない。
	バックアップ	提出したデータは、医療機関側で必ずバックアップを保管すること。
配送・受領のルール	提出方法	「1. 配送方法要件」を 満たす 配送方法 である こと（バイク便・持ち込み・メール添付は一切受付不可）。
	到着確認	事務局からの受領連絡はなし。医療機関が自ら配送記録等で確認すること。

（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のファイルを、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「提出遅延」扱いとなり、『調査データ提出の遅延等』に該当するものとなるため、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

ストアへの持ち込みやレターパックプラスにおけるポスト投函等) 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」としては認めない。

※配送とオンラインで提出期限日が異なるため、留意すること。

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 關係資料

「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4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。

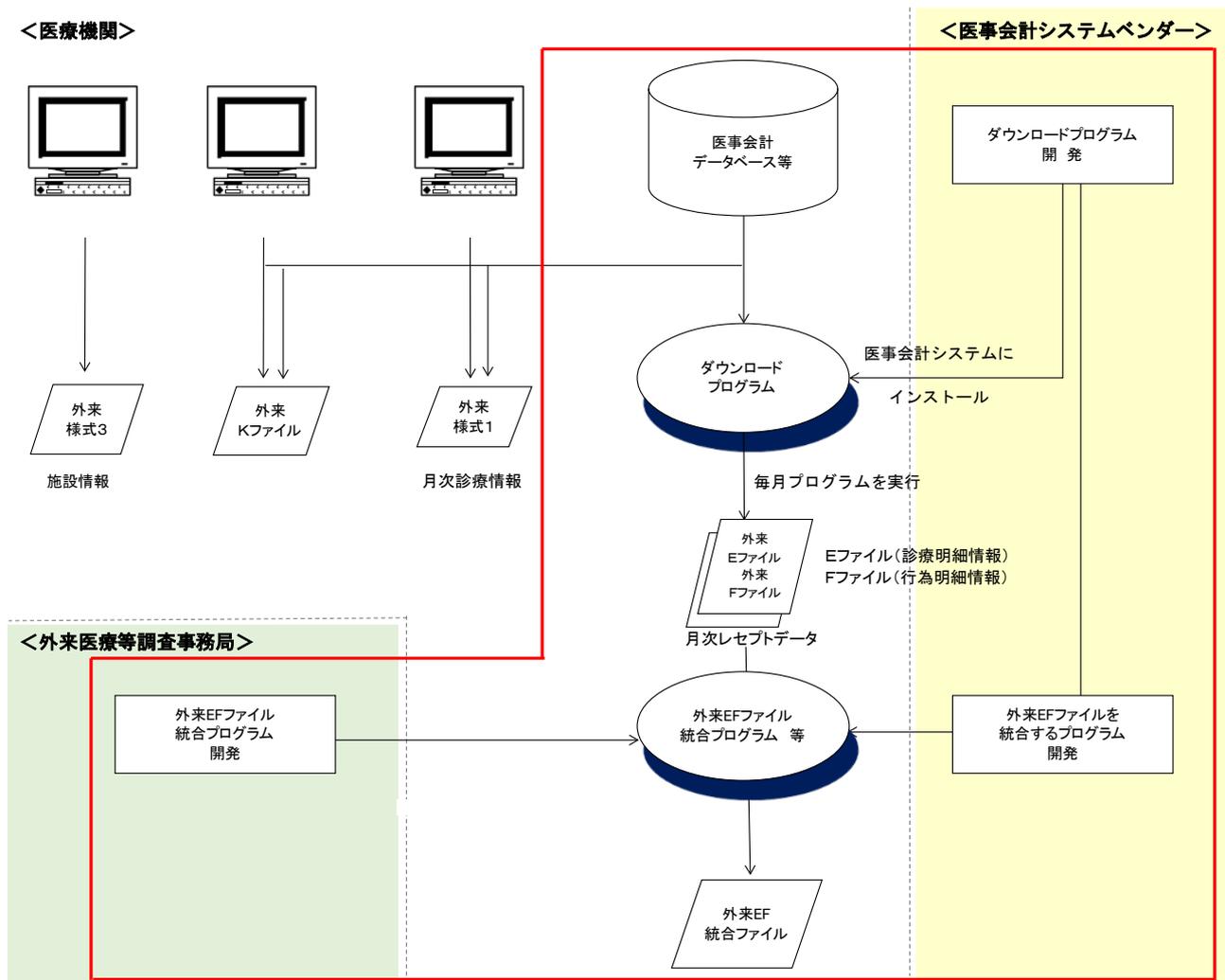
2026年3月31日

「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包含される診療行為等を、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して厚生労働大臣が定め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して厚生労働大臣が定める事項、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。

EF1 施設コード～EF7 行為明細番号までで一意（キー情報）となるため、重複しないように留意すること。

・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	麻毒	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)

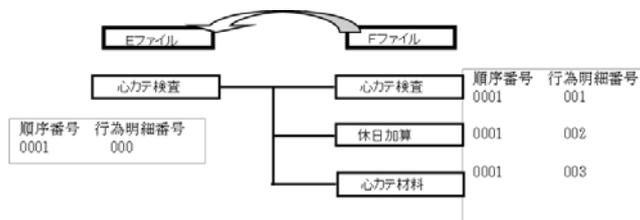
データ識別番号及びデータ区分の分類毎に一連の行為若しくは傷病を最大のレコードとして「0001」から順に採番する。同一診療行為の場合も、外来受診日別に別のレコードとして作成する。同一月内は連続番号で採番することとし、月が変わった際は番号を振り直す。

外来受診年月日内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)

Eファイル相当については行為明細番号「000」とし、Fファイルの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—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。コメントコード(レセプト電算コード“81000000”)については、任意の単位コードを入力するか、「000」と入力する。

・ 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)	900
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桁であるので、これを超えない変更は可能である。

・ 病棟コード：(E-22、 EF-28)

「999999999」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桁以内で任意
- ・ EF-25 レセプト科区分：2桁の数字（00～99）
- ・ EF-26 診療科区分：3桁の数字（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）
- B001-2-11 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（Ⅰ）
- B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）
- 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。

- 長期収載品を選定療養として処方した場合は、請求体系と同様に別に明示されたレセプト電算処理システムコードが「67」から始まるコード（名称に「（選）」が付与されているもの）を出力することを基本原則とする。

（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の仕様である。

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照すること。

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-1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、左詰めを入力。
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、左詰めを入力。
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	肝胆膵外科	520	内分泌リウマチ科	650
糖尿病科	400	糖尿内科	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	皮膚泌尿器科
	19	皮膚科
	20	泌尿器科
	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	μCi	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	μg	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	プリスター	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
	1110	〃・〃・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
	1120	〃・〃・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
	1130	〃・〃・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	
1140	〃・〃・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	

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
	1155	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・ 入院
	1156	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ その他 ・ 入院外
	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	_____

e) 外来EFフアイル作成例

- 【処方】
 ① タガメット錠200mg 2錠
 ロキソニン錠60mg 3錠
 ムスカラム錠100mg 3錠 14日分
 ② マイザー軟膏0.05% 50g

【院内投与の場合】

EF-3	EF-4	EF-5	EF-6	EF-7	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-24
生年月日 (西暦)	外来受診 年月日	デー タ区 分	順序番号	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	20260605	21	0001	000	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0	0		12	12	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	001	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1	0	001000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	002	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1	0	001000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	003	620006145		ムスカラム錠100mg	3	016	30.3	1	12	001000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0002	000	120000710		調剤料(内服薬)	0	000	0	0	0	001000000000	9	0	0	1	20260605
19500401	20260605	21	0002	001	120000710		調剤料(内服薬)	0	000	9	0	9	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	23	0001	000	620625401		マイザー軟膏0.05%	0	000	0	0	0		113	113	0	1	20260605
19500401	20260605	23	0001	001	620625401		マイザー軟膏0.05%	50	033	1125	1	113	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	23	0002	000	120001010		調剤料(外用薬)	0	000	0	0	0		6	0	0	1	20260605
19500401	20260605	23	0002	001	120001010		調剤料(外用薬)	0	000	6	0	6	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	25	0001	000	120001210		処方料(その他)	0	000	0	0	0		42	0	0	1	20260605
19500401	20260605	25	0001	001	120001210		処方料(その他)	0	000	42	0	42	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	27	0001	000	120001810		調基(その他)	0	000	0	0	0		8	0	0	1	20260605
19500401	20260605	27	0001	001	120001810		調基(その他)	0	000	8	0	8	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260600	SY	0001	000	0091005		胃腸炎	0	0	0	1	0		0	0	0	1	20260600
19500401	20260600	SY	0001	001	0091005		胃腸炎	0	0	0	1	0	001110000000	0	0	0	1	20260600
19500401	20260600	SY	0002	000	8840829		腰痛症	0	0	0	1	0		0	0	0	1	20260420
19500401	20260600	SY	0002	001	8840829		腰痛症	0	0	0	1	0	001100000000	0	0	0	1	20260420

※: 外来EFフア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」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-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-24
生年月日 (西暦)	外来受診 年月日	デー タ区 分	順序番号	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	20260605	21	0001	000	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0	0		0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	001	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1	0	111000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	002	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1	0	111000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	21	0001	003	620006145		ムスカラム錠100mg	3	016	30.3	1	0	111000000000	0	0	0	14	20260605
19500401	20260605	23	0001	000	620625401		マイザー軟膏0.05%	0	000	0	0	0		0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	23	0001	001	620625401		マイザー軟膏0.05%	50	033	1125	1	0	111000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260605	80	0001	000	120002910		処方せん料(その他)	0	000	0	0	0		68	0	0	1	20260605
19500401	20260605	80	0001	001	120002910		処方せん料(その他)	0	000	68	0	68	001000000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260600	SY	0001	000	0091005		胃腸炎	0	0	0	1	0		0	0	0	1	20260605
19500401	20260600	SY	0001	001	0091005		胃腸炎	0	0	0	1	0	001110000000	0	0	0	1	20260605
19500401	20260600	SY	0002	000	8840829		腰痛症	0	0	0	1	0		0	0	0	1	20260420
19500401	20260600	SY	0002	001	8840829		腰痛症	0	0	0	1	0	001100000000	0	0	0	1	20260420

※: 院外処方薬の「EF-17 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-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)

- 例) (減)オルメテック錠20mg 2錠
 ティオバン錠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
 カルプロック錠16mg 1錠
 ラジックス錠40mg 1錠
 セラ錠25mg 1錠
 アンカロン錠100 100mg 1錠
 ジルテック錠10 10mg 2錠
 ワルファリンカリウム錠 1mg 5錠
 薬剤料逓減(90/100)(内服薬) 1
 Δ234 x 1

EF-5 データ区分	EF-6 順序番号	EF-7 行為明細番号	EF-9 レセプト電算コード	EF-10 解釈番号	EF-11 診療細名称	EF-12 使用量	EF-13 基準単位	EF-14 明細点数・金額	EF-15 円点区分	EF-16 出来高実績点数	EF-17 行為明細区分情報	EF-18 行為点数	EF-19 行為薬剤料	EF-20 行為材料料	EF-21 行為回数
21	0001	000	620001906		オルメテック錠20mg	0	000	0	0	0	001000000000	86	86	0	14
21	0001	001	820000047		(減)	0	000	0	0	0	001000000000	0	0	0	14
21	0001	002	620001906		オルメテック錠20mg	2	016	246.6	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0001	003	610443044		ティオバン錠80mg	2	016	218.2	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0001	004	612170710		ノルバスク錠5mg	2	016	109	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0001	005	621932501		ラジレス錠150mg	2	016	289.8	1	86	001000000000	0	0	0	14
21	0002	000	612140702		アーチスト錠10mg	0	000	0	0	0	001000000000	19	19	0	14
21	0002	001	612140702		アーチスト錠10mg	1	016	62.4	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0002	002	610470002		カルプロック錠16mg	1	016	62.5	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0002	003	620000168		ラジックス錠40mg	1	016	14.7	1	0	001000000000	0	0	0	14
21	0002	004	620005824		セラ錠25mg	1	016	47.7	1	19	001000000000	0	0	0	14
21	0003	000	612120358		アンカロン錠100 100mg	0	000	0	0	0	001000000000	37	37	0	14
21	0003	001	612120358		アンカロン錠100 100mg	1	016	369.5	1	37	001000000000	0	0	0	14
21	0004	000	610421327		ジルテック錠10 10mg	0	000	0	0	20	001000000000	20	20	0	14
21	0004	001	610421327		ジルテック錠10 10mg	2	016	204.6	1	20	001000000000	0	0	0	14
21	0005	000	613330001		ワルファリンカリウム錠 1mg	0	000	0	0	5	001000000000	5	5	0	14
21	0005	001	613330001		ワルファリンカリウム錠 1mg	5	016	48	1	5	001000000000	0	0	0	14
21	0006	000	630010002		薬剤料逓減(90/100)(内服薬)	0	000	0	0	0	001000000000	-234	-234	0	1
21	0006	001	630010002		薬剤料逓減(90/100)(内服薬)	0	000	-2342.2	1	-234	001000000000	0	0	0	1
SY	0001	000	8833421		高血圧症	0	0	0	1	0	001000000000	0	0	0	1
SY	0001	001	8833421		高血圧症	0	0	0	1	0	001000000000	0	0	0	1