

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版																																																												
9	提出スケジュール 1. 提出期限	(1)検査提出ファイル 対象データの提出期限は次の通りである。 <table><tr><th>対象となる月</th><th>郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)</th><th>オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)</th></tr><tr><td>2023年4、5月の各月の提出用データ</td><td>2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ</td><td>2023年10月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2023年10、11、12月の各月の提出用データ</td><td>2023年 1月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2024年1、2、3月の各月の提出用データ</td><td>2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで</td></tr></table> ※原則として3か月分を一括して提出スケジュールの提出期限までにデータを提出する。 ※施設コードが年度途中で変更となった場合であっても、当年度内のデータ提出は変更前の施設コードを使用する。 ※配送による提出の場合、インターネットで検索した際に表示される配達事業者への引き渡し日（以下、「引渡」等という。）が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 ※オンラインによる提出の場合、データ提出する際の「アップロード日時」が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 (2)検査提出後のデータチェック 各医療機関のデータの訂正提出後、DPC調査事務局より再確認が必要と思われる症例について、集計結果とともにデータの再確認依頼を各医療機関個別に書面にて連絡する。 <table><tr><th>対象期間</th><th>郵送による提出期限</th><th>オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)</th></tr><tr><td>第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2023年12月4日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年12月11日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2024年 3月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2024年 6月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr></table> ※データチェック再確認依頼は提出期限の3週間前を目途に事務局からメールにて連絡する。 ※調査2回のデータ再確認依頼については、分科等の都合により提出期限が12日（オンラインによる提出にあたっては、12月11日の12時00分00秒まで）となっていることに留意すること。 ※施設コードが年度途中で変更となった場合であっても、当年度内のデータ提出は変更前の施設コードを使用する。 ※配送による提出の場合、「引渡」等に表示される日時が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 ※オンラインによる提出の場合、データ提出する際の「アップロード日時」が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。	対象となる月	郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)	2023年4、5月の各月の提出用データ	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ	2023年10月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで	2023年10、11、12月の各月の提出用データ	2023年 1月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで	2024年1、2、3月の各月の提出用データ	2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで	対象期間	郵送による提出期限	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)	第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで	第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年12月4日（水） 12時00分00秒まで	2023年12月11日（水） 12時00分00秒まで	第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 3月2日（水） 12時00分00秒まで	2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで	第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 6月2日（水） 12時00分00秒まで	2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで	(1)検査提出ファイル 対象データの提出期限は次の通りである。 <table><tr><th>対象となる月</th><th>郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)</th><th>オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)</th></tr><tr><td>2023年4、5月の各月の提出用データ</td><td>2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ</td><td>2023年10月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 10月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2023年10、11、12月の各月の提出用データ</td><td>2023年 1月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 1月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>2024年1、2、3月の各月の提出用データ</td><td>2023年 4月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 4月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr></table> ※原則として対象となる月分を一括して提出スケジュールの提出期限までにデータを提出する。 ※施設コードが年度途中で変更となった場合であっても、当年度内のデータ提出は変更前の施設コードを使用する。 ※配送による提出の場合、インターネットで検索した際に表示される配達事業者への引き渡し日（以下、「引渡」等という。）が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 ※オンラインによる提出の場合、データ提出する際の「アップロード日時」が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 (2)検査提出後のデータチェック 各医療機関のデータの訂正提出後、DPC調査事務局より再確認が必要と思われる症例について、集計結果とともにデータの再確認依頼を各医療機関個別に書面にて連絡する。 <table><tr><th>対象期間</th><th>郵送による提出期限</th><th>オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)</th></tr><tr><td>第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2023年 9月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2023年12月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2024年 3月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr><tr><td>第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック</td><td>2024年 6月22日（水） 12時00分00秒まで</td><td>2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで</td></tr></table> ※データチェック再確認依頼は提出期限の3週間前を目途に事務局からメールにて連絡する。 ※調査2回のデータ再確認依頼については、分科等の都合により提出期限が12日（オンラインによる提出にあたっては、12月11日の12時00分00秒まで）となっていることに留意すること。 ※施設コードが年度途中で変更となった場合であっても、当年度内のデータ提出は変更前の施設コードを使用する。 ※配送による提出の場合、「引渡」等に表示される日時が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。 ※オンラインによる提出の場合、データ提出する際の「アップロード日時」が提出期限を過ぎると連絡扱いとなるため留意すること。	対象となる月	郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)	2023年4、5月の各月の提出用データ	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ	2023年10月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 10月21日（水） 12時00分00秒まで	2023年10、11、12月の各月の提出用データ	2023年 1月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 1月21日（水） 12時00分00秒まで	2024年1、2、3月の各月の提出用データ	2023年 4月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 4月21日（水） 12時00分00秒まで	対象期間	郵送による提出期限	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)	第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年 9月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで	第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年12月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで	第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 3月22日（水） 12時00分00秒まで	2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで	第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 6月22日（水） 12時00分00秒まで	2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで
対象となる月	郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)																																																													
2023年4、5月の各月の提出用データ	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ	2023年10月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2023年10、11、12月の各月の提出用データ	2023年 1月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2024年1、2、3月の各月の提出用データ	2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 4月2日（水） 12時00分00秒まで																																																													
対象期間	郵送による提出期限	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)																																																													
第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月2日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年12月4日（水） 12時00分00秒まで	2023年12月11日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 3月2日（水） 12時00分00秒まで	2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 6月2日（水） 12時00分00秒まで	2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
対象となる月	郵送による提出期限 (希望する医療機関のみ)	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)																																																													
2023年4、5月の各月の提出用データ	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで	2023年 7月2日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2023年6、7、8、9月の各月の提出用データ	2023年10月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 10月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2023年10、11、12月の各月の提出用データ	2023年 1月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 1月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
2024年1、2、3月の各月の提出用データ	2023年 4月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 4月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
対象期間	郵送による提出期限	オンラインによる提出期限 (希望する医療機関のみ)																																																													
第1回：2023年5月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年 9月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 9月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第2回：2023年8月分までの提出データに基づくデータチェック	2023年12月22日（水） 12時00分00秒まで	2023年 12月11日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第3回：2023年12月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 3月22日（水） 12時00分00秒まで	2024年 3月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
第4回：2024年3月分までの提出データに基づくデータチェック	2024年 6月22日（水） 12時00分00秒まで	2024年 6月21日（水） 12時00分00秒まで																																																													
10	提出スケジュール 1. 提出期限	(3)検証用レセプトの提出 ・概要 DPC 調査事務局から依頼を実施する病院に対して、D ファイル(DPC 対象病院のみ)、入院 EF 統合ファイル及び様式 1 と、レセプト内容との整合性のチェックを実施するため、検証用レセプトを提出する。レセプトとの不整合があった場合又は再確認が必要と思われる点があった場合はデータの再提出又は確認結果の提出を求める。不整合又は再確認が必要となる点があった場合のみ病院個別に連絡する。	(3)検証用レセプトの提出 ・概要 依頼を実施する病院に対して、Dファイル(DPC対象病院のみ)、入院EF統合ファイル及び様式1と、レセプト内容との整合性のチェックを実施するため、検証用レセプトを提出する。レセプトとの不整合があった場合又は再確認が必要と思われる点があった場合は、データもしくはレセプトの再提出又は確認結果の提出を求める。不整合又は再確認が必要となる点があった場合のみ病院個別に連絡する。																																																												
10	提出スケジュール 2. データ提出方法	・留意事項 ・レセプトは表紙の他、続紙も必要。続紙はのり付けせず表紙とホチキスやクリップで留めること。 ・レセプトのコピーは患者氏名や保険記号・番号部分(表紙、続紙とも)を消してコピーを作成する。 ・レセプトの余白に必ず施設コード(9桁)、データ識別番号(表紙、続紙とも)を記載のこと。 ・DPC 調査事務局から指定されたデータ識別番号に該当する入院医科保険レセプト(指定月のみ)は全て提出のこと。 ・指定されたレセプト以外は提出しないこと(DPC 調査事務局から指定されたもののみ提出する)。 ・レセプト全体が見えるようにコピーすること。見切れや汚れ、文字が薄い等でレセプト内容の判読ができない場合は、レセプトの再提出を求める。 ・レセ電算請求、オンライン請求を行っている病院についても紙レセプトに出力して提出する。	留意事項 ・調査実施説明資料に準じた提出方法で提出すること。 ・レセプトは表紙の他、続紙も必要。続紙はのり付けせず表紙とホチキスやクリップで留めること。 ・レセプトのコピーは患者氏名や保険記号・番号部分(表紙、続紙とも)を消してコピーを作成する。 ・レセプトの余白に必ず施設コード(9桁)、データ識別番号(表紙、続紙とも)を記載のこと。 ・指定されたデータ識別番号に該当する入院医科保険レセプト(指定月のみ)は全て提出のこと。 ・指定されたレセプト以外は提出しないこと(指定されたもののみ提出する)。 ・レセプト全体が見えるようにコピーすること。見切れや汚れ、文字が薄い等でレセプト内容の判読ができない場合は、レセプトの再提出を求める。 ・レセ電算請求、オンライン請求を行っている病院についても紙レセプトに出力して提出する。																																																												
11	提出スケジュール 2. データ提出方法	(2) 配送によるデータ提出 ② 配達事業者から DPC 調査事務局への対面による受け渡し時、DPC 調査事務局側で受領印を含むサインが必要となる方法であること。 ・下記の事業者及び配達形態のうち可否が○印のいずれかのサービス(2つの要件をいずれも満たす配送方法であることを事務局側が確認できたもの)を利用すること。該当する事業者及び形態以外の方法を利用した場合、条件を満たしていないことから、「遅延に該当する」と取り扱う	(2) 配送によるデータ提出 ② 配達事業者からDPC 調査事務局への受け渡しが対面であること(郵便受けへの配達是不可) ・下記に掲載の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。該当する事業者及び形態以外の方法を利用した場合、条件を満たしていないことから、「遅延に該当する」と取り扱う。																																																												

頁	更新箇所	2024年5月31日版	2025年4月1日版																																																																																																																												
11	提出スケジュール 2. データ提出方法	<table><tr><th>配達事業者</th><th>配達形態</th><th>可否</th><th>備考</th></tr><tr><td>佐川急便株式会社</td><td>飛脚メール便</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>宅配便・航空便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>飛脚特定信書便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>飛脚ジャストタイム便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td>西濃運輸株式会社</td><td>宅配便・航空便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td>日本通運株式会社</td><td>宅配便・航空便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td>福山通運株式会社</td><td>宅配便・航空便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td>ヤマト運輸株式会社</td><td>クロネコゆうメール</td><td>×</td><td>配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>ネコポス</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>クロネコゆうパケット</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>宅急便コンパクト</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>宅配便・航空便</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td>日本郵便株式会社</td><td>普通郵便</td><td>×</td><td>配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>特定記録郵便</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>簡易書留</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>書留</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>ゆうパック</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>配達時間帯指定郵便(普通)</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>配達時間帯指定郵便(書留)</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>レターパックライト</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>レターパックプラス</td><td>○</td><td></td></tr><tr><td></td><td>ゆうパケット</td><td>×</td><td>配達方法の要件②を満たしていないため</td></tr><tr><td></td><td>スマートレター</td><td>×</td><td>配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため</td></tr></table>	配達事業者	配達形態	可否	備考	佐川急便株式会社	飛脚メール便	×	配達方法の要件②を満たしていないため		宅配便・航空便	○			飛脚特定信書便	○			飛脚ジャストタイム便	○		西濃運輸株式会社	宅配便・航空便	○		日本通運株式会社	宅配便・航空便	○		福山通運株式会社	宅配便・航空便	○		ヤマト運輸株式会社	クロネコゆうメール	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため		ネコポス	×	配達方法の要件②を満たしていないため		クロネコゆうパケット	×	配達方法の要件②を満たしていないため		宅急便コンパクト	○			宅配便・航空便	○		日本郵便株式会社	普通郵便	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため		特定記録郵便	×	配達方法の要件②を満たしていないため		簡易書留	○			書留	○			ゆうパック	○			配達時間帯指定郵便(普通)	×	配達方法の要件②を満たしていないため		配達時間帯指定郵便(書留)	○			レターパックライト	×	配達方法の要件②を満たしていないため		レターパックプラス	○			ゆうパケット	×	配達方法の要件②を満たしていないため		スマートレター	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため	<table><tr><th>配達事業者</th><th>配達形態</th></tr><tr><td>佐川急便株式会社</td><td>宅配便・航空便</td></tr><tr><td></td><td>飛脚特定信書便</td></tr><tr><td></td><td>飛脚ジャストタイム便</td></tr><tr><td>西濃運輸株式会社</td><td>宅配便・航空便</td></tr><tr><td>日本通運株式会社</td><td>宅配便・航空便</td></tr><tr><td>福山通運株式会社</td><td>宅配便・航空便</td></tr><tr><td>ヤマト運輸株式会社</td><td>宅急便コンパクト</td></tr><tr><td></td><td>宅急便・航空便</td></tr><tr><td>日本郵便株式会社</td><td>簡易書留</td></tr><tr><td></td><td>書留</td></tr><tr><td></td><td>ゆうパック</td></tr><tr><td></td><td>配達時間帯指定郵便(書留)</td></tr><tr><td></td><td>レターパックプラス</td></tr></table>	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
配達事業者	配達形態	可否	備考																																																																																																																												
佐川急便株式会社	飛脚メール便	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	宅配便・航空便	○																																																																																																																													
	飛脚特定信書便	○																																																																																																																													
	飛脚ジャストタイム便	○																																																																																																																													
西濃運輸株式会社	宅配便・航空便	○																																																																																																																													
日本通運株式会社	宅配便・航空便	○																																																																																																																													
福山通運株式会社	宅配便・航空便	○																																																																																																																													
ヤマト運輸株式会社	クロネコゆうメール	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため																																																																																																																												
	ネコポス	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	クロネコゆうパケット	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	宅急便コンパクト	○																																																																																																																													
	宅配便・航空便	○																																																																																																																													
日本郵便株式会社	普通郵便	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため																																																																																																																												
	特定記録郵便	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	簡易書留	○																																																																																																																													
	書留	○																																																																																																																													
	ゆうパック	○																																																																																																																													
	配達時間帯指定郵便(普通)	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	配達時間帯指定郵便(書留)	○																																																																																																																													
	レターパックライト	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	レターパックプラス	○																																																																																																																													
	ゆうパケット	×	配達方法の要件②を満たしていないため																																																																																																																												
	スマートレター	×	配達方法の要件①、②をいずれも満たしていないため																																																																																																																												
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																																																																																																																														
14	提出スケジュール 2. データ提出方法	＜共通＞ ・形式チェック機能で生成された「提出用データ」を提出したか。 ＜初回提出の場合＞ ・3か月分揃っているか。 ・提出データの年月は合っているか。 ＜初回提出後のデータチェックの場合＞ ・エクセルファイル「確認ファイル一覧表」は入っているか。	＜共通＞ ・形式チェック機能で生成された「提出用データ」を提出したか。 ＜初回提出の場合＞ ・対象となる月分揃っているか。 ・提出用データの年月は合っているか。 ＜初回提出後のデータチェックの場合＞ ・エクセルファイル「確認ファイル一覧表」は入っているか。																																																																																																																												
15	提出スケジュール 3. 調査に関する連絡	(3) 施設名、住所の変更 施設名、住所の変更は下記のとおり ① DPC対象病院、DPC準備病院 「DPC対象病院等名称変更届」(別紙16)を地方厚生(支)局へ提出する。 詳細は通知「DPC制度への参加等の手続きについて」を参照すること。	(3) 施設名、住所の変更 施設名、住所の変更は下記のとおり ① DPC対象病院、DPC準備病院 「DPC対象病院又はDPC準備病院の名称の変更又は所在地の変更(至近の距離の場合)に係る変更届」(別紙16)を地方厚生(支)局へ提出する。 詳細は通知「「DPC制度への参加等の手続きについて」の一部改正について」(保医発1129第11号厚生労働省保険局医療課長通知)を参照すること。																																																																																																																												

Ⅱ 各様式と入力要領

17	データ提出に係る通則的事項	【2024年6月分以降の提出用データの作成方法】 提出用に関する「提出用データ」と形式チェック機能で用いる「チェック用データ」を生成させる作成方法をとる。 2024年6月分以降のチェックは、以下のフローに則り提出用データを生成し提出することとする。	【2024年6月分以降の提出用データの作成方法】 提出用に関する「提出用データ」と形式チェック機能で用いる「チェック用データ」を生成させる作成方法をとる。 2024年6月分以降のチェックは、以下のフローに則り提出用データを生成し提出することとする。
18	データ提出に係る通則的事項	【出力されるファイル名】 2024年6月分以降は、形式チェック機能稼働後、「提出用データ」と「チェック用データ」が同時に生成される。 提出用データ：DPC調査事務局に提出するデータ チェック用データ：次月分以降の形式チェック機能にのける際に使用するデータ	【出力されるファイル名】 2024年6月分以降は、形式チェック機能稼働後、「提出用データ」と「チェック用データ」が同時に生成される。 提出用データ：DPC調査事務局に提出するデータ チェック用データ：次月分以降の形式チェック機能にのける際に使用するデータ

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版
30	様式1	※14:回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料を含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した期間が様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合は入力する。入棟日が2024年6月1日以降の場合に必須とする ※N:死亡退院の場合以外は入力する	※14:回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料を含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した期間が様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合は入力する。ただし、各連番の指す期間中に死亡したため測定不能の場合は除く。入棟日が2024年6月1日以降の場合に必須とする ※N:死亡退院の場合以外は入力する ※O:FIM0020 FIM/入棟中 ①入棟中測定日が"99999999"以外の場合は入力する
63	様式1 ・A001040 患者プロフィール/褥瘡	Q&A Q:褥瘡がない場合はどうすればいいか。 A:⑥ 入院中の褥瘡の最大深度等の日付に"99999999"を入力する。③、④ 入院時・退院時の褥瘡の有無又は⑤ 入院中の褥瘡の最大深度等には、"0000000"を入力する。	Q&A Q:褥瘡がない場合はどうすればいいか。 A:③、④ 入院時・退院時の褥瘡の有無、⑤ 入院中の褥瘡の最大深度等には"0000000"を、⑥ 入院中の褥瘡の最大深度等の日付には"99999999"を入力する。
66	様式1 ・A004030 栄養情報		Q&A Q:事前の栄養スクリーニングで低栄養のリスクがなく、GLIM基準による評価が行われなかった場合は、0で入力するの A:調査項目としてGLIM基準による評価が必要となる。1桁目は"0"とし、GLIM基準に基づいて各桁の評価を行うこと。
67	様式1 ・A004040 転倒・転落	https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf#page=16	https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24_Ltejun_20240621.pdf#page=19
67	様式1 ・A004040 転倒・転落		Q&A Q:乳幼児の転倒についても転倒回数にカウントするのか。 A:食院内で定められた基準で、医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告がなされているものはカウントする。
94	様式1 ・FIM0020 FIM/入棟中	回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した期間が様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合に入力する。 回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟への入棟日(診療報酬上の起算日。以下、FIM0020Iについては同様。)から2週目までのFIMについて連番を"1"、入棟日から3～4週目までについて連番"2"とし(以降、下表【各連番の指す期間】を参照)、最大"12"まで入力する。	回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した期間が様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合に入力する。ただし、各連番の指す期間中に死亡したため測定不能だった場合は除く。 ー入院において、回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟への入棟日から2週目までのFIMについて連番を"1"、入棟日から3～4週目までについて連番"2"とし(以降、下表【各連番の指す期間】を参照)、最大"12"まで入力する。連番の指す期間は上記入院料等を算定する期間のみで数える。
95	様式1 ・FIM0020 FIM/入棟中	各連番の指す期間におけるFIMの測定日を入力する。測定日に死亡したため評価不能の場合は入力不要とする。各連番の指す期間中に複数測定している場合は、その期間における最新の測定日について入力する。	各連番の指す期間におけるFIMの測定日を入力する。各連番の指す期間中に複数測定している場合は、その期間における最新の測定日について入力する。各連番の指す期間中に測定日が存在しない場合は"99999999"を入力する。

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版																															
95	様式1 ・FIM0020 FIM/入棟中	② 入棟中のFIM得点 入棟中測定日に測定したFIMについてFIM0010 FIM0010 FIM ③、④ 入棟時・退棟時のFIM得点と同様に入力する。表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。	② 入棟中のFIM得点 (FIM0020 FIM/入棟中 ①入棟中測定日が”99999999”以外の場合は入力) 入棟中測定日に測定したFIMについてFIM0010 FIM/入退棟日 ③、④ 入棟時・退棟時のFIM得点と同様に入力する。表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。																															
95	様式1 ・FIM0020 FIM/入棟中	Q&A Q：転棟又は退院後、入棟日（診療報酬上の起算日）から7週目に回復期リハビリテーション病棟に再度入棟した。7週目なので連番“4”からとなるが、連番 “1” ～ “9” はどのように入力するのか。 A：様式1 開始日から様式1 終了日の期間中に、当該測定日が存在しない場合においても連番は“1”から作成する。様式1 開始日から様式1 終了日の期間中に、各連番の指す期間中の測定日が存在しない場合については、①入棟中測定日は一律“99999999”とする。また、①入棟中測定日が“99999999”のときは②入棟中のFIM得点は入力不要とする。 よって、連番“1”～ “9”は、①入棟中測定日“99999999” ②入棟中のFIM得点 入力なし とする。	Q&A Q：退棟日のFIMを入力してもよいのか。 A：入力しても構わない。ただし、各連番の指す期間中に他の測定日がある場合、退棟日を最新の測定日として採用しないこと。 Q&A Q：回復期リハビリテーション病棟へ7/1入院、急性疾患により7/22に一般病棟へ転棟し、7/25に回復期リハビリテーション病棟へ転棟したあと8/7に退院した場合、どのように入力するか。 A：下記の通り <table><tr><th></th><th>連番</th><th>入棟中測定日</th><th>入棟中のFIM得点</th></tr><tr><td rowspan="3">親様式1-①</td><td>1</td><td>7/1～7/14の期間の測定日</td><td>左記の測定日の得点</td></tr><tr><td>2</td><td>7/15～7/21, 7/25～7/31の期間の測定日</td><td>〃</td></tr><tr><td>3</td><td>8/1～8/7の期間の測定日</td><td>〃</td></tr><tr><td rowspan="3">子様式1-②</td><td>1</td><td>7/1～7/14の期間の測定日</td><td>〃</td></tr><tr><td>2</td><td>7/15～7/21の期間の測定日</td><td>〃</td></tr><tr><td>3</td><td>“99999999”</td><td>入力なし</td></tr><tr><td rowspan="2">子様式1-③</td><td>2</td><td>7/25～7/31の期間の測定日</td><td>左記の測定日の得点</td></tr><tr><td>3</td><td>8/1～8/7の期間の測定日</td><td>〃</td></tr></table> 子様式1-③の連番1については、連番1の期間が様式1開始日～様式1終了日の範囲外となるため、①入棟中測定日には”99999999”を入力し、②入棟中のFIM得点の入力は不要となる。		連番	入棟中測定日	入棟中のFIM得点	親様式1-①	1	7/1～7/14の期間の測定日	左記の測定日の得点	2	7/15～7/21, 7/25～7/31の期間の測定日	〃	3	8/1～8/7の期間の測定日	〃	子様式1-②	1	7/1～7/14の期間の測定日	〃	2	7/15～7/21の期間の測定日	〃	3	“99999999”	入力なし	子様式1-③	2	7/25～7/31の期間の測定日	左記の測定日の得点	3	8/1～8/7の期間の測定日	〃
	連番	入棟中測定日	入棟中のFIM得点																															
親様式1-①	1	7/1～7/14の期間の測定日	左記の測定日の得点																															
	2	7/15～7/21, 7/25～7/31の期間の測定日	〃																															
	3	8/1～8/7の期間の測定日	〃																															
子様式1-②	1	7/1～7/14の期間の測定日	〃																															
	2	7/15～7/21の期間の測定日	〃																															
	3	“99999999”	入力なし																															
子様式1-③	2	7/25～7/31の期間の測定日	左記の測定日の得点																															
	3	8/1～8/7の期間の測定日	〃																															
101	様式1 ・M040031 救急医療入院患者/P/F比	・M040031 救急医療入院患者/P/F比 「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が040130に定義される傷病名になる場合、又は「A000020入院情報 ⑤予定・救急医療入院」が“333”の救急医療入院(呼吸不全で重篤な状態)、“323”の救急医療入院(呼吸不全で重篤な状態に準ずる状態)の場合、又は「A000020入院情報 ⑤予定・救急医療入院」が“334”の救急医療入院(心不全で重篤な状態)、“324”の救急医療入院(心不全で重篤な状態に準ずる状態)の場合は入力必須となる。	・M040031 救急医療入院患者/P/F比 「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が040130に定義される傷病名になる場合、又は「A000020入院情報 ⑤予定・救急医療入院」が“333”の救急医療入院(呼吸不全で重篤な状態)、“323”の救急医療入院(呼吸不全で重篤な状態に準ずる状態)の場合、“334”の救急医療入院(心不全で重篤な状態)、“324”の救急医療入院(心不全で重篤な状態に準ずる状態)の場合は入力必須となる。																															
101	様式1 ・M040031 救急医療入院患者/P/F比		Q&A Q：P/F比について、F10を算出していない場合に、〈酸素飽和度－酸素分圧換算表〉のような換算式を用いてもよいのか。 A：検査を行なっておらずF10の値が分からない場合は、換算表や概算式を用いた値でも構わない。																															
109	様式1 ・M170030 退院に向けた会議の開催状況	③ 当該患者の退院に向けた会議への参加職種 以下の桁数と職種の対応に従い、各職種が当該患者の退院に向けた会議に参加した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目までについては、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の参加人数を記載する。 入院期間が1年以上の患者の場合は、退院日から過去1年の間に行われた退院に向けた会議における、各職種が参加した回数を入力する、参加回数が9回以上の場合は9を入力し、参加回数が不明な場合の取扱いはいは“a”を入力する。	③ 当該患者の退院に向けた会議への参加職種 以下の桁数と職種の対応に従い、各職種が当該患者の退院に向けた会議に参加した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目までについては、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の参加回数を記載する。 入院期間が1年以上の患者の場合は、退院日から過去1年の間に行われた退院に向けた会議における、各職種が参加した回数を入力する、参加回数が9回以上の場合は9を入力し、参加回数が不明な場合の取扱いはいは“a”を入力する。																															

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版
109	様式1 ・M170030 退院に向けた会議の開催状況		Q&A Q：オンラインで実施した会議も対象となるのか。 A：対象となる。
110	様式1 ・M170040 個別支援の実施状況		Q&A Q：集団作業療法は含まれないのか。 A：集団作業療法という形式であっても、「当該個別支援に係る時間を予め設けた上で実施され、かつ診療録に当該個別支援の内容が記載されているもの」であれば、含めてよい。 Q&A Q：本人・精神保健福祉士・障害福祉サービス等事業所（介護給付）の3者で面談を行った場合、「M170060 障害福祉サービス等の連携に関する情報 ②障害福祉サービス等事業所（介護給付）との面談回数」と重複してカウントして良いのか。 A：カウントして問題ない。 Q&A Q：電話やオンラインでの実施も回数に含めるのか。 A：電話やオンラインでの実施を含めず、直接会って行われたもののみで数える。 Q&A Q：作業療法士による個別作業療法の実施回数は、精神科の作業療法のみを数えるのか。また、リハビリの実施単位数を数えるのか。 A：リハビリの種類を問わず、実際に実施された回数とする。例えば、一度に 8 単位のリハビリを実施したのであれば 1 回とする。午前に 1 単位、午後一度に 2 単位のリハビリを実施したのであれば、それぞれを 1 回とし、計 2 回と数える。
110	様式1 ・M170050 外出又は外泊の実施状況	③ 患者の患家等への訪問に同行した職種 以下の桁数と職種の対応に従い、②において入力した入院中に患者が患家等を訪問した回数のうち、各職種が入院中の当該患者と共に患家等を訪問した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目については、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の参加人数を記載する。 入院期間が1年以上の患者の場合、退院日から過去1年の間の訪問回数を入力する。9回以上の場合は“9”を、訪問回数が不明な場合は“a”を入力する。	③ 患者の患家等への訪問に同行した職種 以下の桁数と職種の対応に従い、②において入力した入院中に患者が患家等を訪問した回数のうち、各職種が入院中の当該患者と共に患家等を訪問した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目までについては、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の訪問した回数を記載する。 入院期間が1年以上の患者の場合、退院日から過去1年の間の訪問回数を入力する。9回以上の場合は“9”を、訪問回数が不明な場合は“a”を入力する。
111	様式1 ・M170050 外出又は外泊の実施状況		Q&A Q：入退院支援を精神保健福祉士が行っている場合等、複数の職種に該当する職員が可行した場合はどのように数えるか。 A：診療実態に応じて計上すること。例の場合は、精神保健福祉士として同行した場合は 8 桁目、入退院支援部門の職員として同行した場合は 8 桁目に計上する。

頁	更新箇所	2024年5月31日版	2025年4月1日版
111	様式1 ・M170050 外出又は外泊の実施状況		Q&A Q：2泊3日の外泊を行った場合、1回と数えるのか。あるいは、2泊しているので2回と数えるのか。 A：1回とする。日数によらず、回数を入力する。
112	様式1 ・M170060 障害福祉サービス等の連携に関する情報		Q&A Q：本人・精神保健福祉士・障害福祉サービス等事業所（介護給付）の3者で面談を行った場合、「M170040 個別支援の実施状況 ④精神保健福祉士による個別相談支援の実施回数」と重複してカウントして良いのか。 A：カウントして問題ない。 Q&A Q：面談回数には電話やオンライン面談も含めるのか。 A：電話やオンライン面談を含めず、直接会って行われる面談のみで数える。
114	様式1 ・M180010 SOFA スコア/特定集中治療室		Q&A Q：F/F比について、FiO₂を算出していない場合に、〈酸素飽和度－酸素分圧換算表〉のような換算式を用いてもよいのか。 A：検査を行なっておらずFiO₂の値が分からない場合は、換算表や概算式を用いた値でも構わない。
116	様式1 ・M180020 pSOFAスコア/特定集中治療室		Q&A Q：F/F比について、FiO₂を算出していない場合に、〈酸素飽和度－酸素分圧換算表〉のような換算式を用いてもよいのか。 A：検査を行なっておらずFiO₂の値が分からない場合は、換算表や概算式を用いた値でも構わない。
133	様式3	入力方法 ＊ 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイル（Microsoft社のOffice（Excel 2016,2019,2021（各バージョン32bit））が必要）を別途配布する。 ＊ エクセルファイルの各シートには以下に記載する入力方法に従って入力し提出すること。 【様式3－1】 1 入力方法 (1)施設コード、施設名 施設コード、施設名を入力する。	入力方法 事務局から配布するDPCデータ提出支援ツールを用いて入力を行う。 【調査年月欄】 1 入力方法 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの欄に入力する。指定している場合を除き、空白（Null）は不可とする。 (1)施設名 施設名を入力する。
133	様式3	(4)調査年月 調査年月を入力する。 例)2024年10月分の様式3であれば「202410」を選択する。	(4)調査年月 自動入力のため入力不要

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版
133	様式3	(5) 許可病床数 医療法上の許可病床数を入力する。なお、入力値は医療法許可病床種別別（一般、精神、感染症、結核、療養）で入力する。 ※ 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの黄色の欄に入力する。空白（Null）は不可とする。	(1) 許可病床数 医療法上の許可病床数を入力する。なお、入力値は医療法許可病床種別別（一般、精神、感染症、結核、療養）で入力する。 ※ 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの欄に入力する。空白（Null）は不可とする。
134	様式3	(8) 届出入院料 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの黄色または山吹色の欄に入力する。空白（Null）は不可とする。 入院料ごとに届け出ている病床数を数値で入力する。（特定入院料と入院基本料を届け出ている場合は、「事例」を参照） A3075小児入院医療管理料5、A4001短期滞在手術等基本料1、入院基本料加算は算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。 算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。 A100一般病棟入院基本料（夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A102結核病棟入院基本料（重症患者割合特別入院基本料、夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A103精神病棟入院基本料（夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A106 障害者施設等入院基本料（夜勤時間超過減算）、A308-3地域包括ケア病棟入院料（注9～注12に係る届出を行う病棟）を算定する場合は「○」、算定しない場合は「×」を入力する。 届出病床のうち非稼働病床数 ※6は届出病床のうち、地方厚生（支）局へ届出を行っていない非稼働病床数を入力する。	(8) 届出入院料 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの欄に入力する。空白（Null）は不可とする。 入院料ごとに届け出ている病床数を数値で入力する。（特定入院料と入院基本料を届け出ている場合は「事例」を参照） A3075小児入院医療管理料5、A4001短期滞在手術等基本料1、入院基本料加算は算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。 算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。 A100一般病棟入院基本料（夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A102結核病棟入院基本料（重症患者割合特別入院基本料、夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A103精神病棟入院基本料（夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料）、A106 障害者施設等入院基本料（夜勤時間超過減算）、A308-3地域包括ケア病棟入院料（注10～注13に係る届出を行う病棟）を算定する場合は「○」、算定しない場合は「×」を入力する。 「届出病床のうち非稼働病床数 ※5」は届出病床のうち、地方厚生（支）局へ届出を行っていない非稼働病床数を入力する。
135	様式3	(1) 入院基本料加算等 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの山吹色の欄に入力する。なお、空白（Null）は不可とする。 算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。	(1) 入院基本料加算等 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの欄に入力する。なお、空白（Null）は不可とする。 算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。
135	様式3	(1) 入力欄について 様式3の入力データフォーマットの黄色の欄に入力する。空白（Null）は不可とする。 (2) 届出 調査年月時点の入院料等の情報について入力する。 算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。 ただし、経過措置のもうけられている入院料における2024年6～9月分においては、令和6年3月31日において、現に当該入院料等の届出を行っている場合で、以下の経過措置期間中については、それぞれの値を入力する。 ① 重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとする経過措置期間中であれば、「○（経過措置1）」を入力する。 ② 令和6年度診療報酬改定前（以下、改定前）の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ、特定集中用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ又はハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価しても差し支えないとする経過措置期間中であれば、「○（経過措置2）」を入力する。 なお、経過措置を適用せず、令和6年度に新たに当該入院料の届け出を行っている場合には「○」とする。	1 入力方法 (1) 入力欄について 様式3の入力データフォーマットの欄に入力する。空白（Null）は不可とする。 (2) 届出 調査年月時点の入院料等の情報について入力する。 算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。
135	様式3	(3) 評価票 届出欄に「○」、「○（経過措置1）」または「○（経過措置2）」とした場合に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価をしている場合は「1」を入力し、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価をしている場合は「2」を入力する。届出欄に「×」とした場合は「×」を入力する。 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価についても同様にを入力する。 なお、改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の評価については「1」と入力する。	(3) 評価票 届出欄に「○」とした場合に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価をしている場合は「1」を入力、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価をしている場合は「2」を入力する。届出欄に「×」とした場合は「×」を入力する。 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価についても同様にを入力する。

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版
136	様式3	(4) 入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数 ① A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料以外の入力欄について 届出欄に「○」(「○(経過措置1)」、「○(経過措置2)」含む)とした場合は、重症度、医療・看護必要度に係る評価における入院患者の直近3か月の入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数を入力する。 また、特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料 一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料 7対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料)について、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、「基準①」、「基準②」の行について直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 特に高い基準を満たす患者の割合と一定程度高い基準を満たす患者の割合が施設基準において定められていない入院料については、「基準」の行へ直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 例えば、一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1において、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、10月であれば7～9月の「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。 届出欄に「×」、「○(経過措置1)」で直近3か月に改定前の評価票で評価している場合は、入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 なお、届出欄に「○(経過措置1)」とし、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は改定後の重症度、医療・看護必要度に係る評価における入院患者の直近3か月の状況を入力しても問題ない。	(4) 入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数 ① A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料以外の入力欄について 届出欄に「○」とした場合は、重症度、医療・看護必要度に係る評価における入院患者の直近3か月の入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数を入力する。 特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料 一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料 7対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料)については、「基準①」、「基準②」の行について直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 特に高い基準を満たす患者の割合と一定程度高い基準を満たす患者の割合が施設基準において定められていない入院料については、「基準」の行へ直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 例えば、一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1の場合は、10月であれば7～9月の「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。 届出欄に「×」の場合は、入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。
136	様式3	② A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の入力欄について 届出欄に「○」(「○(経過措置1)」、「○(経過措置2)」含む)とした場合は直近1か月の状況を入力する。 また、特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(ハイケアユニット入院医療管理料)について、直近1か月に改定後の評価票で評価している場合は、「基準①」、「基準②」の行について、直近1か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 届出欄に「×」とした場合は入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。	② A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の入力欄について 届出欄に「○」とした場合は直近1か月の状況を入力する。 また、特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(ハイケアユニット入院医療管理料)については、「基準①」、「基準②」の行について、直近1か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。 届出欄に「×」とした場合は入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。

頁	更新箇所	2024年5月31日版	2025年4月1日版
136	様式3	Q&A Q：急性期一般入院科6の基準を満たす患者の延べ数はどのように入力すればいいか。 A：基準が定められている急性期一般入院科1～5と同じ定額で評価する。評価票は任意で「1」（Ⅰの場合）または「2」（Ⅱの場合）を選択する。 定額：施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類に「入院患者の状況」として記載する際の患者数の定額 Q&A Q：令和6年3月31日時点で現に届出を行っており、令和6年9月30日までは一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとされている入院料を算定している。令和6年9月30日までは経過措置を利用し、10月に届出をする予定である。どのように入力すればいいか。 A：6～9月分は届出欄に「O（経過措置1）」を入力する。評価票欄は6～9月分は評価内容に準じて「1」または「2」を選択する。 入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。（「基準」「基準の」「基準の」いずれも） 10月分以降は、届出欄に「O」を入力し、届け出に準じて評価票は「1」または「2」を入力する。 特に高い基準、一定程度高い基準の患者割合が施設基準に定められている入院科においては、「基準の」「基準の」の行に、7～9月（直近3か月）の改定後の評価票で評価した入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数をそれぞれ基準欄に記載の基準に則り入力する。（「基準」の行については入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」とする） 特に高い基準、一定程度高い基準の患者割合が施設基準に定められていない入院科においては、「基準」の行に、7～9月（直近3か月）の改定後の評価票で評価した入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数を入力する。（「基準の」「基準の」がある場合、入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」とする） Q&A Q：令和6年3月31日時点で現に届出を行っており、令和6年9月30日までは改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこととする入院料を算定している。7月より改定後の評価票での評価する予定である。どのように入力すればいいか。 A：6月分は届出欄に「O（経過措置2）」と入力し、評価票は届けに基づいて「1」（Ⅰの場合）または「2」（Ⅱの場合）を選択する。延べ数は改定前の評価票で評価した直近3か月の値を「基準」の行に入力する。「基準の」「基準の」の行には「0」と入力する。7月分以降は届出欄に「O」、評価票は届けに基づいて「1」（Ⅰの場合）または「2」（Ⅱの場合）を選択する。延べ数は以下のように直近3か月の値を入力する。 （「基準」に値を入力し、「基準の」「基準の」の行は「0」と入力） ・7月：評価票は「1」または「2」、4～6月（直近3月）の改定前の評価票で評価した値 ・8月：評価票は「1」または「2」、5、6月の改定前の評価票で評価した値+7月の改定後の評価票で評価した値 ・9月：評価票は「1」または「2」、6月の改定前の評価票で評価した値+7、8月の改定後の評価票で評価した値 ・10月：評価票は「1」または「2」、7～9月（直近3か月）の改定後の評価票で評価した値	Q&A Q：6月1日より新たに急性期一般入院科5を算定している場合は、どのように入力すればいいか。 A：届出欄は6月分より「O」とし、届出した際に様式10に記載した延べ数を記載する。 Q&A Q：急性期一般入院科6の基準を満たす患者の延べ数はどのように入力すればいいか。 A：基準が定められている急性期一般入院科2～5と同じ定額で評価する。評価票は任意で「1」（Ⅰの場合）または「2」（Ⅱの場合）を選択する。 定額：施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類に「入院患者の状況」として記載する際の患者数の定額
137	様式3	（1）入力欄について 様式3の入力データフォーマットの青色の欄に入力する。入力する調査年月と調査対象期間は以下のとおりとする。入力しない場合または入力月以外は空白（Null）とすること。 調査年月: 202409 (2024年9月) 調査対象期間: 2024年6月～2024年9月 調査年月: 202412 (2024年12月) 調査対象期間: 2024年10月～2024年12月 調査年月: 202503 (2025年3月) 調査対象期間: 2025年1月～2025年3月 例えば、2024年9月には2024年6月～2024年9月までの情報を入力する。	（1）入力欄について 様式3の入力データフォーマットの青色の欄に入力する。入力する調査年月と調査対象期間は以下のとおりとする。入力しない場合または入力月以外は空白（Null）とすること。 調査年月: 202505 (2025年5月) 調査対象期間: 2025年4月～2025年5月 調査年月: 202509 (2025年9月) 調査対象期間: 2025年6月～2025年9月 調査年月: 202512 (2025年12月) 調査対象期間: 2025年10月～2025年12月 調査年月: 202603 (2026年3月) 調査対象期間: 2026年1月～2026年3月 例えば、2025年9月には2025年6月～2025年9月までの情報を入力する。

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版
138	様式3	(3)褥瘡 ① 褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の発生患者数 調査対象期間において、入院期間中に新たに褥瘡(DSIGN-R分類におけるd2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)が発生した患者数を入力する。褥瘡の原因は問わない。 DESIGN-R分類については、A001030 患者プロファイル/褥瘡(療養病棟)の③、④入棟時・退棟時の褥瘡の有無の表を参照すること。	(3)褥瘡 ① 除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数 調査対象期間において、入院期間中に新たに褥瘡(DSIGN-R分類におけるd2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)が発生した患者数を入力する。褥瘡の原因は問わない。 DESIGN-R分類については、A001030 患者プロファイル/褥瘡(療養病棟)の③、④入棟時・退棟時の褥瘡の有無の表を参照すること。
139	様式3		Q&A Q：同じ患者が一調査期間中に複数回入院しており、それぞれ褥瘡発生患者に該当している場合、どのように計上すればよいか。 A：「①除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数」については患者単位での集計となるため複数回該当した場合であっても1人と数える。 「②除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数」についてはそれぞれの入院期間の延べ数を合算する。
144	Hファイル	【データ仕様(概要)】 ・施設コード:(ヘッダ) 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。(様式1と同一) ・病棟コード:(ヘッダ) 病院独自コード(10桁以下)とする。退院時の病棟コードではなく、実施日毎にセットすること。 ・データ識別番号(ヘッダ) データを識別するための固有番号で、複数回入退院があっても同一のコードとする。様式1と同一の番号とする。 ・退院年月日:(ヘッダ) 当月末時点において、当該入院がいまだ入院中の場合は、ゼロ8桁'00000000'とする。 ・入院年月日:(ヘッダ) 当該入院日を8桁(yyyymmdd)で入力する。 ・実施年月日:(ヘッダ) 当該実施年月日を8桁(yyyymmdd)で入力する。 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ「A モニタリング及び処置等」、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0012、ASS0013、ASS0021) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価Ⅰ「A モニタリング及び処置等」、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0041、ASS0051) 「特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ「A モニタリング及び処置等」、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0061、ASS0062、ASS0071) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・重症度、医療・看護必要度に係る評価票の判定対象:(TAR0010) Hファイル作成対象入院料を届出ている病床に入院した全患者について作成必須とする。	【データ仕様(概要)】 ・施設コード:(ヘッダ) 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。(様式1と同一) ・病棟コード:(ヘッダ) 病院独自コード(10桁以下)とする。退院時の病棟コードではなく、実施日毎にセットすること。 ・データ識別番号(ヘッダ) データを識別するための固有番号で、複数回入退院があっても同一のコードとする。様式1と同一の番号とする。 ・退院年月日:(ヘッダ) 当月末時点において、当該入院がいまだ入院中の場合は、ゼロ8桁'00000000'とする。 ・入院年月日:(ヘッダ) 当該入院日を8桁(yyyymmdd)で入力する。 ・実施年月日:(ヘッダ) 当該実施年月日を8桁(yyyymmdd)で入力する。 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ「A モニタリング及び処置等」、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0013、ASS0021) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0051) 「特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ「A モニタリング及び処置等」、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ「B 患者の状況等」:(ASS0062、ASS0071) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。 ・重症度、医療・看護必要度に係る評価票の判定対象:(TAR0010) Hファイル作成対象入院料を届出ている病床に入院した全患者について作成必須とする。

頁	更新箇所	2024年5月31日版	2025年4月1日版																																																																								
148	Hファイル	<table><tr><td>ASS0012</td><td>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ「A モニタリング及び処置等」</td><td>※1</td><td>エ</td><td>－</td><td>1</td><td>○</td><td>創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）</td><td>①～④に関して 0：なし 1：あり の2桁の数字 例 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>○</td><td>呼吸ケア（喀痰吸引）のみの場合を除く</td><td>0：なし 1：あり</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td>○</td><td>注射薬剤3種類以上の管理</td><td>0：なし 1：あり</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>－</td><td>空欄</td><td>空欄</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>○</td><td>シリンジポンプの管理</td><td>0：なし 1：あり</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>○</td><td>輸血や血液製剤の管理</td><td>0：なし 1：あり</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>○</td><td>専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療、⑥ ドレナージの管理、⑦ 無菌治療室での治療）</td><td>⑤⑥⑦に関して 0：なし 1：あり の3桁の数字 例 ⑤放射線治療のみ該当した場合→100</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td>○</td><td>救急搬送後の入院</td><td>0：なし 1：あり</td></tr></table> ○：必須 ※1：一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～5の届出を行っている場合を除く。）、地域一般入院料1）、10 対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対1 専門病院入院基本料、10 対1 専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）を重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた評価により届け出ている病棟に入院している患者（産科患者、15歳未満の小児患者は除く）に対して令和6年度度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。	ASS0012	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ「A モニタリング及び処置等」	※1	エ	－	1	○	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	①～④に関して 0：なし 1：あり の2桁の数字 例 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10						2	○	呼吸ケア（喀痰吸引）のみの場合を除く	0：なし 1：あり						3	○	注射薬剤3種類以上の管理	0：なし 1：あり						4	－	空欄	空欄						5	○	シリンジポンプの管理	0：なし 1：あり						6	○	輸血や血液製剤の管理	0：なし 1：あり						7	○	専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療、⑥ ドレナージの管理、⑦ 無菌治療室での治療）	⑤⑥⑦に関して 0：なし 1：あり の3桁の数字 例 ⑤放射線治療のみ該当した場合→100						8	○	救急搬送後の入院	0：なし 1：あり	
ASS0012	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ「A モニタリング及び処置等」	※1	エ	－	1	○	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	①～④に関して 0：なし 1：あり の2桁の数字 例 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10																																																																			
					2	○	呼吸ケア（喀痰吸引）のみの場合を除く	0：なし 1：あり																																																																			
					3	○	注射薬剤3種類以上の管理	0：なし 1：あり																																																																			
					4	－	空欄	空欄																																																																			
					5	○	シリンジポンプの管理	0：なし 1：あり																																																																			
					6	○	輸血や血液製剤の管理	0：なし 1：あり																																																																			
					7	○	専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療、⑥ ドレナージの管理、⑦ 無菌治療室での治療）	⑤⑥⑦に関して 0：なし 1：あり の3桁の数字 例 ⑤放射線治療のみ該当した場合→100																																																																			
					8	○	救急搬送後の入院	0：なし 1：あり																																																																			
148	Hファイル	※2：一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床未満の保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合を除く）、許可病床数が200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている場合を除く。）、地域一般入院料1）、10対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対1 専門病院入院基本料、10 対1 専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）及び地域包括医療病棟入院料を重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた評価により届け出ている病床に入院している患者（産科患者、15歳未満の小児患者を算定する患者は除く）に対して令和6年度度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。	※1：一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床未満の保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合を除く）、許可病床数が200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている場合を除く。）、地域一般入院料1）、10対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対1 専門病院入院基本料、10 対1 専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）及び地域包括医療病棟入院料を重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた評価により届け出ている病床に入院している患者（産科患者、15歳未満の小児患者を算定する患者は除く）に対して一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。																																																																								
149	Hファイル	※3：一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料又は地域一般入院料1のみ）、7 対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、10 対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対1 専門病院入院基本料、10 対1 専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び地域包括医療病棟入院料を重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡを用いた評価により届け出ている病床に入院している患者（産科患者、15歳未満の小児患者は除く）に対して作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。	※2：一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料又は地域一般入院料1のみ）、7 対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、10 対1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対1 専門病院入院基本料、10 対1 専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床に入院している患者（産科患者、15歳未満の小児患者は除く）に対して作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。																																																																								

頁

更新箇所

150

Hファイル

2024年5月31日版

ASS0041

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A モニタリング及び処置等」

※4

エ

ー

1

-

空嚥

空嚥

2

○

輸液ポンプの管理

0：なし
1：あり

3

○

動脈圧測定（動脈ライン）

0：なし
1：あり

4

○

シリンジポンプの管理

0：なし
1：あり

5

○

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

0：なし
1：あり

6

○

人工呼吸器の管理

0：なし
1：あり

7

○

輸血や血液製剤の管理

0：なし
1：あり

8

○

肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

0：なし
1：あり

9

○

特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO、IMPELLA）

0：なし
1：あり

○：必須

※4：救命救急入院科2及び4、並びに特定集中治療室管理科を離れ出ている治療室に入室している患者（短期滞在手術等基本料を算定する患者は除く）に対して令和6年度診療報酬改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度1を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。

151

Hファイル

2025年4月1日版

ASS0061

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A モニタリング及び処置等」

※6

エ

ー

1

○

創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）

①～④に関して
0：なし
1：あり
の2桁の数字

例
①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10

2

○

蘇生術の施行

0：なし
1：あり

3

○

呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

0：なし
1：あり

4

○

点滴ライン同時3本以上の管理

0：なし
1：あり

5

○

心電図モニターの管理

0：なし
1：あり

6

○

輸液ポンプの管理

0：なし
1：あり

7

○

動脈圧測定（動脈ライン）

0：なし
1：あり

8

○

シリンジポンプの管理

0：なし
1：あり

9

○

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

0：なし
1：あり

10

○

人工呼吸器の管理

0：なし
1：あり

11

○

輸血や血液製剤の管理

0：なし
1：あり

12

○

肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

0：なし
1：あり

13

○

特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO、IMPELLA）

0：なし
1：あり

○：必須

※6：救命救急入院科1及び3、並びにハイケアユニット入院医療管理科を離れ出ている治療室に入室している患者（短期滞在手術等基本料を算定する患者は除く）に対して令和6年度診療報酬改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度1に係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日（0時から24時の間の外泊）、退院日（入院した日に退院した場合は除く）については作成不要とする。

頁	更新箇所	2024年5月31 日版	2025年4月1 日版																																																												
151	Hファイル	※7:救命救急入院料1及び3、並びにハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入室している患者(短期滞在手術等基本料を算定する患者は除く)に対して令和6年度診療報酬改定後のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日(0時から24時の間の外泊)、退院日(入院した日に退院した場合は除く)については作成不要とする。	※4:救命救急入院料1及び3、並びにハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入室している患者(短期滞在手術等基本料を算定する患者は除く)に対してハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日(0時から24時の間の外泊)、退院日(入院した日に退院した場合は除く)については作成不要とする。																																																												
153	Kファイル	1. 作成方法 Kファイル生成用データよりDPCデータ提出支援ツールのKファイル生成機能を用いてKファイルを生成する。(DPCデータ提出支援ツールの配布時期は本資料、「提出データの概要」【配布予定ソフト】参照)。生成方法についてはKファイル生成機能マニュアルを参照のこと。生成されたKファイルの内容は絶対に編集しないこと。	1. 作成方法 Kファイルは、Kファイル生成用データをDPCデータ提出支援ツールに取り込み、提出用データを出力する際に自動作成される。(DPCデータ提出支援ツールの配布時期は本資料、「提出データの概要」【配布予定ソフト】参照)。																																																												
Ⅲ 関係資料																																																															
185	EF統合ファイル	・解釈番号: (E-9、F-10、EF-10) 点数表コード(K600等)で、病院のマスタが対応できる場合にうめる。 先進医療に係る項目を行った場合には、下記例の通り明記する。‘Z2’又は‘Z3’より始まる解釈番号については、先進医療に係る項目でのみ用いること。 (例: 第2項陽子線治療(整理番号2)を行った場合、Z2002と入力。) (例: 第3項陽子線治療(整理番号22)を行った場合、Z3022と入力。)	・解釈番号: (E-9、F-10、EF-10) 点数表コード(K600等)で、病院のマスタが対応できる場合にうめる。 先進医療に係る項目を行った場合には、下記例の通り明記する。‘Z2’又は‘Z3’より始まる解釈番号については、先進医療に係る項目でのみ用いること。 (例: 第2項陽子線治療(整理番号1)を行った場合、Z2001と入力。) (例: 第3項陽子線治療(整理番号10)を行った場合、Z3010と入力。)																																																												
186	EF統合ファイル	なお、先進医療に係る項目を行った場合、行為明細点数に先進医療について徴収した特別の料金の金額を記載する。 先進医療に係る項目を記載する際は以下の通りとする。 (例: 陽子線治療(整理番号22)を実施し、特別の料金として2,500,000円徴収した場合) <table><tr><th>データ区分(F-5)</th><th>順序番号(F-6)</th><th>行為明細番号(F-7)</th><th>レセプト電算処理システム用コード(F-9)</th><th>解釈番号(F-10)</th><th>診療明細名称(F-11)</th><th>行為明細点数(F-14)</th><th>円点区分(F-17)</th></tr><tr><td>80</td><td>0025</td><td>001</td><td>810000001</td><td>Z3022</td><td>先進医療</td><td>2,500,000</td><td>1</td></tr></table> ※データ区分は80とし、診療明細名称に記載する内容は任意とする。 <table><tr><th>データ区分(E-5)</th><th>順序番号(E-6)</th><th>レセプト電算処理システム用コード(E-8)</th><th>解釈番号(E-9)</th><th>診療行為名称(E-10)</th><th>行為点数(E-11)</th><th>円点区分(E-14)</th></tr><tr><td>80</td><td>0025</td><td>810000001</td><td>Z3022</td><td>先進医療</td><td>2,500,000</td><td>1</td></tr></table>	データ区分(F-5)	順序番号(F-6)	行為明細番号(F-7)	レセプト電算処理システム用コード(F-9)	解釈番号(F-10)	診療明細名称(F-11)	行為明細点数(F-14)	円点区分(F-17)	80	0025	001	810000001	Z3022	先進医療	2,500,000	1	データ区分(E-5)	順序番号(E-6)	レセプト電算処理システム用コード(E-8)	解釈番号(E-9)	診療行為名称(E-10)	行為点数(E-11)	円点区分(E-14)	80	0025	810000001	Z3022	先進医療	2,500,000	1	なお、先進医療に係る項目を行った場合、行為明細点数に先進医療について徴収した特別の料金の金額を記載する。 先進医療に係る項目を記載する際は以下の通りとする。 (例: 陽子線治療(整理番号10)を実施し、特別の料金として2,500,000円徴収した場合) <table><tr><th>データ区分(F-5)</th><th>順序番号(F-6)</th><th>行為明細番号(F-7)</th><th>レセプト電算処理システム用コード(F-9)</th><th>解釈番号(F-10)</th><th>診療明細名称(F-11)</th><th>行為明細点数(F-14)</th><th>円点区分(F-17)</th></tr><tr><td>80</td><td>0025</td><td>001</td><td>810000001</td><td>Z3010</td><td>先進医療</td><td>2,500,000</td><td>1</td></tr></table> ※データ区分は80とし、診療明細名称に記載する内容は任意とする。 <table><tr><th>データ区分(E-5)</th><th>順序番号(E-6)</th><th>レセプト電算処理システム用コード(E-8)</th><th>解釈番号(E-9)</th><th>診療行為名称(E-10)</th><th>行為点数(E-11)</th><th>円点区分(E-14)</th></tr><tr><td>80</td><td>0025</td><td>810000001</td><td>Z3010</td><td>先進医療</td><td>2,500,000</td><td>1</td></tr></table>	データ区分(F-5)	順序番号(F-6)	行為明細番号(F-7)	レセプト電算処理システム用コード(F-9)	解釈番号(F-10)	診療明細名称(F-11)	行為明細点数(F-14)	円点区分(F-17)	80	0025	001	810000001	Z3010	先進医療	2,500,000	1	データ区分(E-5)	順序番号(E-6)	レセプト電算処理システム用コード(E-8)	解釈番号(E-9)	診療行為名称(E-10)	行為点数(E-11)	円点区分(E-14)	80	0025	810000001	Z3010	先進医療	2,500,000	1
データ区分(F-5)	順序番号(F-6)	行為明細番号(F-7)	レセプト電算処理システム用コード(F-9)	解釈番号(F-10)	診療明細名称(F-11)	行為明細点数(F-14)	円点区分(F-17)																																																								
80	0025	001	810000001	Z3022	先進医療	2,500,000	1																																																								
データ区分(E-5)	順序番号(E-6)	レセプト電算処理システム用コード(E-8)	解釈番号(E-9)	診療行為名称(E-10)	行為点数(E-11)	円点区分(E-14)																																																									
80	0025	810000001	Z3022	先進医療	2,500,000	1																																																									
データ区分(F-5)	順序番号(F-6)	行為明細番号(F-7)	レセプト電算処理システム用コード(F-9)	解釈番号(F-10)	診療明細名称(F-11)	行為明細点数(F-14)	円点区分(F-17)																																																								
80	0025	001	810000001	Z3010	先進医療	2,500,000	1																																																								
データ区分(E-5)	順序番号(E-6)	レセプト電算処理システム用コード(E-8)	解釈番号(E-9)	診療行為名称(E-10)	行為点数(E-11)	円点区分(E-14)																																																									
80	0025	810000001	Z3010	先進医療	2,500,000	1																																																									
187	EF統合ファイル	・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設定する。なお、DPCに係る特定入院料等に包括される診療項目に関しては、特定入院料等を算定しない場合の点数を記載する(詳細は後述の「入院料に包括される診療項目の扱い」を参照)。また、持参薬に関しても点数を記載する(詳細は後述の「持参薬の扱い」を参照)。 行為、薬剤、材料のレコード(②入院料包括項目区分が「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(②入院料包括項目区分が「0」で③持参薬区分が「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(②入院料包括項目区分が「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設定する。 行為に関して、加算がある場合には、加算分のレコードには、加算分の点数を設定すること。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。	・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設定する。なお、DPCに係る特定入院料等に包括される診療項目に関しては、特定入院料等を算定しない場合の点数を記載する(詳細は後述の「入院料に包括される診療項目の扱い」を参照)。また、持参薬に関しても点数を記載する(詳細は後述の「持参薬の扱い」を参照)。 行為、薬剤、材料のレコード(②入院料包括項目区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「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(②入院料包括項目区分が「0」で③持参薬区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「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(②入院料包括項目区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「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。																																																												

頁	更新箇所	2024年5月31日版	2025年4月1日版										
190	EF統合ファイル	なお、包括項目として出力する入院基本料は、特定入院料等に係る算定要件に該当しない患者が当該治療室又は病棟に入院した場合に算定することとされている入院基本料等とする。 例1)救命救急入院料の包括項目として出力する入院基本料 算定要件に該当しない患者が当該治療室に入院した場合に算定する入院基本料 例2)回復期リハビリテーション病棟入院料の包括項目として出力する入院基本料 当該病棟が一般病棟であるときは、一般病棟特別入院基本料 当該病棟が療養病棟であるときは、療養病棟入院基本料1又は2の入院料1	なお、包括項目として出力する入院基本料は、特定入院料等に係る算定要件に該当しない患者が当該治療室又は病棟に入院した場合に算定することとされている入院基本料等とする。 例1)救命救急入院料の包括項目として出力する入院基本料 算定要件に該当しない患者が当該治療室に入院した場合に算定する入院基本料 例2)回復期リハビリテーション病棟入院料の包括項目として出力する入院基本料 当該病棟が一般病棟であるときは、一般病棟特別入院基本料 当該病棟が療養病棟であるときは、療養病棟入院基本料1又は2の入院料27										
191	EF統合ファイル	【基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料に包括される診療行為の扱い】 基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料を算定する場合、当該実施料及び当該診断料に包括される診療項目も記載する。 基本的検体検査実施料に包括される検査項目(例:血液学的検査等)を実施した場合は、個々の細かい検査内容(D0051 赤血球沈降速度(ESR))も併せて記載することとする。また、記録する検査のうち、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 など)については、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)の最終レコードに設定する。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は、レコード毎に点数を設定しなければならないので注意すること。 出来高実績点数(F-18、EF-16)については、基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料を算定しないとした場合に医科点数表に準じて計算した点数(出来高換算した点数)を設定し行為明細区分情報(F-19、EF-17)の6桁目に「1」を設定する。 2024年9月診療分までは任意入力とし、当該包括項目区分は「0」を設定して良い。 基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料に包括される項目は医科点数表を参照すること。	【基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料に包括される診療行為の扱い】 基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料を算定する場合、当該実施料及び当該診断料に包括される診療項目も記載する。 基本的検体検査実施料に包括される検査項目(例:血液学的検査等)を実施した場合は、個々の細かい検査内容(D0051 赤血球沈降速度(ESR))も併せて記載することとする。また、記録する検査のうち、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 など)については、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)の最終レコードに設定する。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は、レコード毎に点数を設定しなければならないので注意すること。 出来高実績点数(F-18、EF-16)については、基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料を算定しないとした場合に医科点数表に準じて計算した点数(出来高換算した点数)を設定し行為明細区分情報(F-19、EF-17)の6桁目に「1」を設定する。 基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料に包括される項目は医科点数表を参照すること。										
203	外来EF統合ファイル	【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】 (1) 下記に挙げる【対象医学管理料等】に包括される診療項目(薬剤、特定保険医療材料を含む)については、【対象医学管理料等】を算定しないとし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)を追加で出力する。この際、行為明細区分情報の医学管理料等包括項目区分(F-19、EF-17⑥)に「1」を設定する。 【対象医学管理料等】 B001-15 慢性維持透析患者外来医学管理料 B001-2 小児科外来診療料(1日につき) B001-2-9 地域包括診療料(月1回) B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回) B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき) B001-3 生活習慣病管理料 B001-4 手術前医学管理料 C002 在宅時医学総合管理料(月1回) C002-2 施設入居時等医学総合管理料(月1回) C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】 (1) 下記に挙げる【対象医学管理料等】に包括される診療項目(薬剤、特定保険医療材料を含む)については、【対象医学管理料等】を算定しないとし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)を追加で出力する。この際、行為明細区分情報の医学管理料等包括項目区分(F-19、EF-17⑥)に「1」を設定する。 【対象医学管理料等】 B001-15 慢性維持透析患者外来医学管理料 B001-2 小児科外来診療料(1日につき) B001-2-9 地域包括診療料(月1回) B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回) B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき) B001-3 生活習慣病管理料(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)										
203	外来EF統合ファイル 4. 外来特有の診療行為の取扱い		(3) 長期収載品の選定療養の取り扱い ○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(名称が「(選)」から始まるもの)を出力することを基本原則とする。										
210	外来EF統合ファイル 基準単位	<table><tr><td>160</td><td>1分娩当り</td></tr><tr><td>161</td><td>2年</td></tr></table>	160	1分娩当り	161	2年	<table><tr><td>160</td><td>1分娩当り</td></tr><tr><td>161</td><td>2年</td></tr><tr><td>162</td><td>年度</td></tr></table>	160	1分娩当り	161	2年	162	年度
160	1分娩当り												
161	2年												
160	1分娩当り												
161	2年												
162	年度												