

レセプト電算処理システム マスターファイル仕様説明書

平成 2 5 年 ~~3~~ 4 月

編集 社会保険診療報酬支払基金

(1) 傷病名マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
21	特定疾患等対象区分	数字	2	固定	当該傷病名が特定疾患療養管理料等の算定対象であるか否かを表す。 00：算定対象外 03：皮膚科特定疾患指導管理料()算定対象 04：皮膚科特定疾患指導管理料()算定対象 05：特定疾患療養管理料算定対象 07：てんかん指導料算定対象 08：特定疾患療養管理料又はてんかん指導料算定対象
22	収載年月日	数字	8	固定	当該傷病名を基本マスターに収載した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
23	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報を変更した情報が適用となる日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
24	廃止年月日	数字	8	固定	当該傷病名の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止傷病名でない場合は「99999999」である。
25	傷病名基本名称 (変更情報)	数字	1	固定	当該項目の内容に変更があったことを表す。 0：当該項目に変更なし 1：当該項目に変更あり
26	傷病名省略名称 (変更情報)	数字	1	固定	
27	傷病名カナ名称 (変更情報)	数字	1	固定	
28	採択区分 (変更情報)	数字	1	固定	
29	病名交換用コード (変更情報)	数字	1	固定	
30	ICD-10-1 (変更情報)	数字	1	固定	
31	ICD-10-2 (変更情報)	数字	1	固定	
32	歯科傷病名省略名称 (変更情報)	数字	1	固定	
33	難病外来区分 (変更情報)	数字	1	固定	
34	歯科特定疾患区分 (変更情報)	数字	1	固定	
35	単独使用禁止区分 (変更情報)	数字	1	固定	
36	保険請求外区分 (変更情報)	数字	1	固定	
37	特定疾患等区分 (変更情報)	数字	1	固定	
38	移行先病名管理番号	数字	8	固定	
39	歯科傷病名省略名称	漢字	40	可変	歯科領域の傷病名について歯科診療報酬明細書に使用できる略称を収録している。
40	予備	英数	10	可変	未使用：省略
41	予備	数字	8	固定	未使用：省略
42	歯科傷病名省略名称桁数	数字	2	可変	「歯科傷病名省略名称」の桁数を表す。

(2) 修飾語マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
1	変更区分	数字	1	固定	マスター内容の異動状況を表す。 0：前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	マスター種別	英数	1	固定	「Z」を記録する。 (修飾語マスターであることを表す。)
3	修飾語コード	数字	4	固定	修飾語ごとに設定した番号 0001～7999：傷病名の接頭語に使用 8000～8999：傷病名の接尾語に使用 9000～9999：歯科部位コードに予約(現在なし)
4	予備	数字	1	可変	未使用：記録を省略
5	予備	数字	3	可変	未使用：記録を省略
6	修飾語名称桁数	数字	2	可変	「修飾語名称」の桁数を表す。
7	修飾語名称	漢字	40	可変	漢字：20桁
8	予備	英数	24	可変	未使用：記録を省略
9	修飾語カナ名称桁数	数字	2	可変	「修飾語カナ名称」の桁数を表す。
10	修飾語カナ名称	漢字	60	可変	漢字：30桁
11	予備	数字	1	固定	未使用：記録を省略
12	修飾語名称 (変更情報)	数字	1	固定	当該項目の内容に変更があったことを表す。 0：当該項目に変更なし 1：当該項目に変更あり
13	修飾語カナ名称 (変更情報)	数字	1	固定	
14	収載年月日	数字	8	固定	当該修飾語を基本マスターに収載した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
15	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報を変更した情報が適用となる日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
16	廃止年月日	数字	8	固定	当該修飾語の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止修飾語でない場合は「99999999」である。
17	修飾語管理番号	数字	8	固定	「ICD-10対応電子カルテ用標準病名マスター」の「修飾語テーブル」の収載項目と同一内容である。
18	修飾語交換用コード	英数	9	可変	「ICD-10対応電子カルテ用標準病名マスター」の「修飾語テーブル」の収載項目と同一内容である。 他施設との情報交換を想定して設定されたコード。 なお、本コードは現在4桁になっているが、将来の拡張性を考慮して9桁の可変長としている。

(3) 歯式マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
1	変更区分	数字	1	固定	マスター内容の異動状況を表す。 0：前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	マスター種別	英数	1	固定	「F」を記録する。 (歯式マスターであることを表す。)
3	歯式コード	英数	6	固定	歯種、状態、部分からなる歯式ごとに設定した番号
	歯種		(4)		「右側上顎中切歯」等を表す。(別紙29)
	状態		(1)		「支台歯」等を表す。(別紙30)
	部分		(1)		「遠心頬側根」等を表す。(別紙30)
4	予備	数字	3	可変	未使用：記録を省略
5	歯式名称	漢字	100	可変	漢字：50桁
6	変更年月日	数字	8	固定	マスター情報を変更した基本マスターの情報 が適用となる 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
7	廃止年月日	数字	8	固定	当該歯式の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止歯式でない場合は「99999999」である。

複数の歯式コードの並び順は、右遠心から右上近心、左上近心から左上遠心、右下遠心から右下近心、左下近心から左下遠心へ並べて記載する。

乳歯または過剰歯が同部位に永久歯と並存する場合は、二つの歯式コードを の規則に則って並べて記載する。

【傷病名部位のコーディングイメージ】

上顎右6番、4番を支台歯にした5番欠損歯 (6)5(4) MT

歯式名称	歯種(4桁)	状態(1桁)	部分(1桁)	歯式コード(歯種+状態+部分)
上顎右6番支台歯	1016(上顎右6のコード)	3(支台歯)	α(部分指定なし)	101630
上顎右5番欠損	1015(上顎右5のコード)	2(欠損歯)	α(部分指定なし)	101520
上顎右4番支台歯	1014(上顎右4のコード)	3(支台歯)	α(部分指定なし)	101430

5250001 + 101630 + 101520 + 101430

5250001 : 欠損歯の傷病名コード

注1 歯式コード(6桁)は、歯種(4桁(別紙29))、状態(1桁(別紙30))及び部分(1桁(別紙30))の組合せによるものであるが、保険請求に使用できる組合せは別紙31のとおりである。

注2 歯種コード「1000(口腔全体)、1001(上顎歯列)、1002(下顎歯列)、1003(右側上顎臼歯)、1004(上顎前歯)、1005(左側上顎臼歯)、1006(左側下顎臼歯)、1007(下顎前歯)、1008(右側下顎臼歯)、1010(右上顎歯列)、1020(左上顎歯列)、1030(左下顎歯列)、1040(右下顎歯列)」については、歯式を表現するためではなく、口腔全体や上顎歯列といった口腔内のブロックを表現するための任意コードであり、「状態コードが0、1、2」及び「部分コード0」の組合せのみ記録可能とする。

(例) 100000と記録した場合 レセプト表示 口腔全体歯牙部
100010と記録した場合 レセプト表示 口腔全体部
100020と記録した場合 レセプト表示 口腔全体欠損部

(4) 医薬品マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
17	後発品	数字	1	固定	当該医薬品が、診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品を表す。 0：後発品以外 1：後発品
18	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を記録
19	歯科特定薬剤	数字	1	固定	当該医薬品が、歯科特定薬剤であるか否かを表す。 0：歯科特定薬剤以外 1：歯科特定薬剤
20	造影(補助)剤	数字	1	固定	当該医薬品が造影剤又は造影補助剤であるか否かを表す。 0：造影剤、造影補助剤以外 1：造影剤 2：造影補助剤
21	注射容量	数字	5	可変	当該医薬品が注射薬の場合、その容量(単位はmL)を表す。(当面は、20mL以上の医薬品について記録する。)
22	収載方式等識別	数字	1	固定	当該医薬品の薬価基準収載方式の分類を表す。 0：1から8以外の医薬品 1：日本薬局方収載医薬品(局方品) 2：局方で生物学的製剤基準医薬品 3：局方で生薬 6：生物学的製剤基準医薬品 7：生薬 8：1から7以外の統一名収載品
23	商品名等関連	数字	9	可変	当該医薬品が商品名医薬品(非告示品)の場合、その統一名収載品(告示品)の医薬品コードを記録する。 なお、商品名医薬品でない場合は「0」である。
24	旧金額				
	金額種別	数字	1	固定	旧金額に記録された金額等の種別を表す。 0： 旧金額 なし薬価基準改定時及びそれ以降に新設された医薬品 1：金額 3：薬剤使用量省略(歯科用のみ) 7：減点 金額種別の詳細は「別紙17」を参照
25	旧金額	数字	10	可変	薬価基準改定前の金額について 、整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
26	漢字名称変更区分	数字	1	固定	漢字名称の異動状況を表す。 0：漢字名称に変更がない場合 1：漢字名称が変更となった場合
27	カナ名称変更区分	数字	1	固定	カナ名称の異動状況を表す。 0：カナ名称に変更がない場合 1：カナ名称が変更となった場合
28	剤形	数字	1	固定	剤形区分を表す。 1：内用薬 3：その他 4：注射薬 6：外用薬 8：歯科用薬剤
29	予備	英数	49	可変	未使用：省略

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
30	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報を変更した情報が適用となる日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
31	廃止年月日	数字	8	固定	当該医薬品の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止医薬品でない場合は「99999999」である。
32	薬価基準コード	英数	12	可変	当該医薬品に係る薬価基準コードを表す。
33	公表順序番号	数字	9	可変	医薬品コード集の登載順序番号を記録する。 薬価基準改定時の収載順を記録する。
34	経過措置年月日又は商品名医薬品コード使用期限	数字	8	可変	薬価基準収載医薬品が告示により経過措置品目となった場合又は薬価基準未収載の商品名医薬品コードを廃止する場合、使用期限を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、これらに該当しない場合は「0」である。
35	基本漢字名称	漢字	200	可変	官報告示における「品名」を表す。 漢字：100桁

(5) 特定器材マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1	変更区分	数字	1	固定	マスター内容の異動状況を表す。 0：前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 3：新規 5：変更 9：廃止
2	マスター種別	英数	1	固定	「T」を記録する。 (特定器材マスターであることを表す。)
3	特定器材コード	数字	9	固定	
	区分 番号		(1) (8)		特定器材コードを表す「7」を設定 特定器材ごとに設定した番号
4 5 6 7	特定器材名・規格名				特定器材名と規格名とを合成したものを記録する。
	漢字有効桁数	数字	2	可変	「漢字名称」の桁数を表す。
	漢字名称	漢字	6 4	可変	漢字：3 2桁
	カナ有効桁数	数字	2	可変	「カナ名称」の桁数を表す。
7	カナ名称	英数カ	2 0	可変	
8 9 10	単位				単位コードについては「別紙1」を参照
	コード	数字	3	可変	単位が設定されていない場合は「0」である。
	漢字有効桁数	数字	1	固定	未使用の場合：「0」を記録
10	漢字名称	漢字	1 2	可変	漢字：6桁 未使用の場合：省略
11 12	新又は現金額				
	金額種別	数字	1	固定	新又は現金額に記録された金額等の種別を表す。 0：廃止特定器材 1：金額（整数部7桁、小数部2桁） 2：購入価格 4：金額（整数部のみ） 5：%加算 9：乗算割合 金額種別の詳細は「別紙18」を参照
12	新又は現金額	数字	1 0	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
13	名称使用識別	数字	1	固定	0：マスターファイルに登録された名称を使用する。 1：マスターファイルに未登録の特定器材において、商品名等医療機関で登録した名称を使用する。
14	年齢加算区分	数字	1	固定	0：年齢加算に関係のない特定器材 1：年齢加算又は年齢加算が算定可能な特定器材 * 胸部又は腹部単純撮影の乳幼児加算及びフィルム料

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
上下限年齢					
15	下限年齢	英数	2	固定	当該特定器材が算定可能な年齢の下限値を表す。 算定可能な年齢 下限年齢 下限年齢に制限のない場合は「00」である。
16	上限年齢	英数	2	固定	当該特定器材が算定可能な年齢の「上限値+1」を表す。 算定可能な年齢 < 上限年齢 上限年齢に制限のない場合は「00」である。 新生児にのみ算定可能な場合は「AA」である。
旧金額					
17	金額種別	数字	1	固定	旧金額に記録された金額等の種別を表す。 0 : 旧金額 なし材料価格基準改定時及びそれ以降に新設された特定器材 1 : 金額 (整数部7桁、小数部2桁) 2 : 都道府県購入価格 4 : 金額 (整数部のみ) 5 : %加算 9 : 乗算割合 金額種別の詳細は「別紙18」を参照
18	旧金額	数字	10	可変	材料価格基準改定前の金額について、整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
19	漢字名称変更区分	数字	1	固定	漢字名称の異動状況を表す。 0 : 漢字名称に変更がない場合 1 : 漢字名称が変更となった場合
20	カナ名称変更区分	数字	1	固定	カナ名称の異動状況を表す。 0 : カナ名称に変更がない場合 1 : カナ名称が変更となった場合
21	酸素等区分	数字	1	固定	酸素又は窒素に関するものであるか否かを表す。 0 : 酸素、窒素、酸素補正率及び高気圧酸素加算以外 1 : 酸素補正率及び高気圧酸素加算 2 : 定置式液化酸素貯槽 (CE) 3 : 可搬式液化酸素容器 (LGC) 4 : 大型ボンベ 5 : 小型ボンベ 9 : 窒素
22	特定器材種別 (1)	数字	1	固定	点数算定方法の種別を表す。 0 : $\begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \\ 10\text{円} \end{array}$ により算定する特定器材 2 : $\begin{array}{c} \updownarrow \\ \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \\ 10\text{円} \end{array}$ により算定する特定器材 (酸素、窒素) 3 : $\begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \\ 50\text{円} \end{array}$ により算定する特定器材 (高線量率イリジウム) 4 : $\begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \\ 1,000\text{円} \end{array}$ により算定する特定器材 (コバルト) ⇕ : 四捨五入

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
23	上限価格	数字	1	固定	当該特定器材の金額に酸素の上限価格の設定がされていることを表す。 0：下記以外 1：上限価格の設定がされている場合
24	上限点数	数字	7	可変	当該特定器材（眼底カメラ検査用インスタントフィルム）が算定可能な上限点数を表す。上限点数の設定されない場合は「0」である。
25	予備	英数	85	可変	未使用：省略
26	公表順序番号	数字	9	可変	特定器材コード集の登載順序番号を記録する。 材料価格基準改定時の収載順を記録する。 なお、9桁の先頭1桁目が「3」は歯科特定器材、「4」は調剤特定器材、それ以外は医科特定器材、画像診断フィルム及び酸素補正率等を表す。
27	廃止・新設関連	数字	9	可変	廃止・新設の関連を表す9桁の同一番号を記録する。
28	変更年月日	数字	8	固定	マスターの情報を変更した基本マスターの情報が適用となる 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
29	経過措置年月日	数字	8	固定	当該特定器材の経過措置年月日を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、経過措置でない場合は「00000000」である。
30	廃止年月日	数字	8	固定	当該特定器材の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止特定器材でない場合は「99999999」である。
	告示番号				特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）に基づき付番する。 なお、材料価格基準に基づかないもの（酸素等）は「0」である。
31	別表番号	数字	2	可変	詳細は「別紙32」参照。
32	区分番号	数字	3	可変	材料価格基準の区分。
33	DPC適用区分	数字	1	固定	慢性腎不全で定期的 に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に当たって使用する保険医療材料について、当該特定器材が診断群分類（DPC）点数表の所定点数に含まれるか否かを表す。 0：DPC点数表に含まれる特定器材（包括評価対象） 1：出来高部分で算定可能な特定器材 なお、人工腎臓及び腹膜灌流で使用する保険医療材料以外の場合は「0」である。
34	予備	英数	10	可変	未使用：省略
35	予備	英数	10	可変	未使用：省略
36	予備	英数	10	可変	未使用：省略
37	基本漢字名称	漢字	300	可変	官報告示における「名称」を表す。 詳細は「別紙33」を参照。 漢字：150桁

(7) 医科診療行為マスター

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動状況を表す。 0：前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 3：新規 5：変更 9：廃止 廃止とは、当該コードが使用できなくなったことを示す。次回以降の提供マスターには出力されない。
2	マスター種別	英数	1	固定	「S」を記録する。 (医科診療行為マスターであることを表す。)
3	診療行為コード	数字	9	固定	
	区分 番号		(1) (8)		1：医科 診療行為項目ごとに設定した番号
4	診療行為省略名称				審査用出力紙レセプトに表示される名称(省略名称)を記録する。
	省略漢字有効桁数	数字	2	可変	「漢字名称」の桁数を表す。
	省略漢字名称	漢字	64	可変	漢字：32桁
	省略カナ有効桁数	数字	2	可変	「カナ名称」の桁数を表す。
7	省略カナ名称	英数カ	20	可変	
8	データ規格コード	数字	3	可変	数量データの記録が必要な診療行為の場合、当該診療行為の算定単位を表す。 データ規格コードについては「別紙1」を参照 数量データの記録が不要な診療行為の場合は、「0」を記録する。
9	データ規格名				データ規格コードの名称(単位)を記録する。 データ規格コードについては「別紙1」を参照
	漢字有効桁数 漢字名称	数字 漢字	1 12	固定 可変	未使用の場合：「0」を記録 漢字：6桁 未使用の場合：省略
11	新又は現点数				
	点数識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：廃止診療行為 1：金額 3：点数(プラス) 4：都道府県購入単価(点数) 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数(マイナス) 点数識別の詳細は「別紙19」を参照
12	新又は現点数	数字	10	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
13	入外適用区分	数字	1	固定	当該診療行為の記録可能なレセプト適用範囲が入院レセプトであるか又は入院外レセプトであるかの別を表す。 0：入院・入院外レセプトともに記録可能な適用される診療行為 1：入院レセプトのみに記録可能な適用される診療行為 2：入院外レセプトのみに記録可能な適用される診療行為

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
2 1	医療観察法対象区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が医療観察法において算定可能であるか否かを表す。</p> <p>0：医療観察法点数表の適用外の診療行為 1：入院のみに出来高部分で算定可能な診療行為 2：外来（通院）のみに出来高部分で算定可能な診療行為 3：入院、外来（通院）共に出来高部分で算定可能な診療行為 4：医療観察法専用の診療行為</p>
2 2	看護加算	数字	2	可変	<p>当該診療行為が看護加算に関するものであるか否かを表す。</p> <p>看護加算コードについては「別紙3」を参照</p>
2 3	麻酔識別区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為がマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔であるか否かを表す。</p> <p>0：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の診療行為 1：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 1 2：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 2 3：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 3 4：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 4 5：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 5 8：マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の加算（硬膜外麻酔併施加算以外） 9：硬膜外麻酔併施加算</p>
2 4	入院基本料加算区分	数字	3	可変	<p>当該診療行為が入院基本料加算の算定可否チェックに関するものであるか否かを表す。</p> <p>入院基本料加算区分コードについては「別紙7」を参照</p>
2 5	傷病名関連区分	数字	2	可変	<p>当該診療行為が傷病名と関連するものであるか否かを表す。</p> <p>00：03～09以外の傷病名と関連しない診療行為 03：皮膚科特定疾患指導管理料（ ） 04：皮膚科特定疾患指導管理料（ ） 05：特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算（処方料）特定疾患処方管理加算（処方せん料）長期投薬加算（処方料）長期投薬加算（処方せん料） 07：てんかん指導料 09：難病外来指導管理料</p>
2 6	医学管理料	数字	2	可変	<p>当該診療行為が医学管理料等に関するものであるか否かを表す。ただし、2以上の医学管理等を行っている場合に、主たる医学管理等の所定点数を算定する背反条件のあるものに限り、コードを設定している。</p> <p>医学管理等コードについては「別紙5」を参照</p>

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
27	実日数	数字	1	固定	当該診療行為の算定回数が診療実日数と関連するものであるか否かを表す。 0：1～4以外の診療実日数と関連しない診療行為 1：算定回数が診療実日数以下の診療行為 2：初診料、再診料、外来診療料等 3：入院基本料、特定入院料 4：外泊
28	日数・回数	数字	1	固定	「27.実日数」の細分群を表し、次のように区分する。 対象診療行為及びチェック条件については「別紙11」を参照

項番	実日数	日数・回数	対象診療行為
1	0	0	実日数チェックを行わない診療行為
2	1	0	当該診療行為の算定回数が実日数以下のチェックを行う診療行為
3	2	1	初診料
4		2	再診料、外来診療料自体、又は再診料、外来診療料が含まれる診療行為
5	3	3	入院基本料、特定入院料
6	4	0	外泊

29	医薬品関連区分	数字	1	固定	当該診療行為が医薬品と関連するものであるか否かを表す。 0：1～4以外の医薬品と関連しない診療行為 1：麻薬加算、毒薬加算、覚せい剤加算、向精神薬加算、麻薬注射 3：神経ブロック（神経破壊剤使用） 4：生物学的製剤加算
----	---------	----	---	----	---

30	きざみ値				当該診療行為がきざみ値により算定するものであるか否かを表す。 きざみ値計算対象としてコード設定する基準は、原則として摘要レコード（診療行為）の「数量データ」欄（以下、項番30内において「データ」という。）の値により算定点数が3段階以上であり、同一点数となるデータの幅及びきざみごとに加算される点数が一定のものに対してきざみ値計算対象コードと判断する。 なお、きざみ値計算対象としてコード設定されているものの一部については、きざみ値によらないコードが併せてコード設定されている場合もある。 0：きざみ値により算定しない診療行為（「項番12：新又は現点数」により算定する。） 1：きざみ値により算定する診療行為		
	31	下限值	数字	8		可変	データの下限值を表す。 下限値の制限がない場合は「0」である。
	32	上限値	数字	8		可変	データの上限值を表す。 上限値の制限がない場合は「99999999」である。
	33	きざみ値	数字	8		可変	点数のきざみ単位を表す。
	34	きざみ点数	数字	10		可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
35	上下限エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為に係るデータが「下限値 - きざみ値」以下又は「上限値」を越えた場合の対処方法を表す。 上下限エラー処理は「0」～「3」の4つの値を持ち、「下限値 - きざみ値」以下の場合の条件、及び「上限値」を超えた場合の条件を両方共に満たす値を設定する。 上下限エラー処理の設定条件は「別紙16」を参照

データ範囲	上下限エラー処理			
	0	1	2	3
データ (下限値 - きざみ値)	基本点数	基本点数	点数算定せず (返戻)	点数算定せず (返戻)
(下限値 - きざみ値) < データ 下限値	基本点数	基本点数	基本点数	基本点数
下限値 < データ 上限値	点数算定式1	点数算定式1	点数算定式1	点数算定式1
上限値 < データ	点数算定式1 (警告)	点数算定式2	点数算定式1 (警告)	点数算定式2

点数算定式1

$$\text{基本点数} = \begin{matrix} \updownarrow \\ \text{基本点数} + \end{matrix} \frac{\text{データ} - \text{下限値}}{\text{きざみ値}} \times \text{きざみ点数} \begin{matrix} \updownarrow \\ \end{matrix}$$

点数算定式2

$$\text{基本点数} = \begin{matrix} \updownarrow \\ \text{基本点数} + \end{matrix} \frac{\text{上限値} - \text{下限値}}{\text{きざみ値}} \times \text{きざみ点数} \begin{matrix} \updownarrow \\ \end{matrix}$$

↑↑ : 切上げ

↑↓ : 四捨五入

36	上限回数				当該診療行為の算定可能回数を表す。 算定回数に制限がない場合は「0」である。
	上限回数	数字	3	可変	
37	上限回数エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為の算定回数が、上限回数を超えた場合の処理方法を表す。 0 : 上限回数を確認する。 1 : 上限回数にて算定する。
38	注加算				注加算が算定可能な診療行為(基本項目)と、その注加算を関連付けるため、基本項目と注加算項目に任意の同一番号を記録する。 「項番68: 告示等識別区分(1)」で「7(加算項目)」注加算に区分されているにもかかわらず、注加算コードが設定されていない事例を「別紙14」に示す。
	注加算コード	数字	4	可変	
39	注加算通番	英数	1	固定	1つの診療行為に対して同時算定が可能な注加算の通番には異なる番号を記録する。 基本項目は「0」である。 注加算項目は「1」～「9」、「A」～「Z」(昇順、アルファベット順)である。 注加算コードと注加算通番の関連は「別紙15」を参照

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
50	検査等実施判断区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が検査等の実施料又は判断料に関するものであるか否かを表す。</p> <p>0：検体検査、生体検査、核医学診断、コンピューター断層診断、病理診断の実施料・判断料以外の診療行為</p> <p>1：検体検査実施料、生体検査実施料、核医学撮影診断実施料、コンピューター断層撮影診断実施料、病理診断標本作製料に係る診療行為</p> <p>2：検体検査判断料、生体検査判断料、核医学診断料、コンピューター断層診断料、病理診断料、病理判断料に係る診療行為</p>
51	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	<p>当該診療行為が検査等の場合、判断料・診断料又は判断料・診断料を算定できるグループ区分を表す。</p> <p>00：検体検査、生体検査、核医学診断及びコンピューター断層診断、病理診断以外の診療行為</p> <p>01：尿・糞便等検査</p> <p>02：血液学的検査</p> <p>03：生化学的検査（ ）</p> <p>04：生化学的検査（ ）</p> <p>05：免疫学的検査</p> <p>06：微生物学的検査</p> <p>08：基本的検体検査</p> <p>11：呼吸機能検査</p> <p>13：脳波検査</p> <p>14：神経・筋検査</p> <p>15：ラジオアイソトープ検査</p> <p>16：眼科学的検査</p> <p>31：核医学診断（E101-2、E101-3）</p> <p>32：核医学診断（それ以外）</p> <p>33：コンピューター断層診断</p> <p>40：病理診断</p> <p>41：病理診断（組織診断）</p> <p>42：病理診断（細胞診断）</p> <p>40：病理診断は41：病理診断（組織診断） 42：病理診断（細胞診断）を含む。</p>
52	逓減対象区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が算回数による逓減計算の対象となるか否かを表す。</p> <p>0：逓減計算の対象とならない診療行為及び逓減計算の対象となる注加算</p> <p>1：逓減計算の対象となる診療行為及び逓減コード</p>
53	脊髄誘発電位測定等加算区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が脊髄誘発電位測定等加算を算定できるものであるか否かを表す。</p> <p>0：脊髄誘発電位測定等加算が算定できない診療行為</p> <p>1：脊髄誘発電位測定等加算自体又は脊髄誘発電位測定等加算が算定可能な診療行為</p>
54	頸部郭清術併施加算区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が頸部郭清術併施加算を算定できるものであるか否かを表す。</p> <p>0：頸部郭清術併施加算が算定できない診療行為</p> <p>1：頸部郭清術併施加算自体又は頸部郭清術併施加算が算定可能な診療行為</p>

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
55	自動縫合器加算区分	数字	1	固定	当該診療行為が自動縫合器加算を算定できるものであるか否かを表す。 0：自動縫合器加算が算定できない診療行為 1：自動縫合器加算（2500点）自体又は自動縫合器加算（2500点）が算定可能な診療行為
56	外来管理加算区分	数字	1		当該診療行為が外来管理加算を算定できないものであるか否かを表す。 0：1，2以外の外来管理加算の要件を満たす場合、算定できる診療行為 1：算定した場合に外来管理加算が算定できない診療行為 2：外来管理加算
57	旧点数				
	点数識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：診療報酬改定時及びそれ以降に新設された廃止診療行為 1：金額 3：点数（プラス） 4：都道府県購入単価（点数） 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数（マイナス） 点数識別の詳細は「別紙19」を参照
58	旧点数	数字	10	可変	診療報酬改定前の点数について、整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
59	漢字名称変更区分	数字	1	固定	漢字名称の異動状況を表す。 0：漢字名称に変更がない場合 1：漢字名称が変更となった場合
60	カナ名称変更区分	数字	1	固定	カナ名称の異動状況を表す。 0：カナ名称に変更がない場合 1：カナ名称が変更となった場合
61	検体検査コメント	数字	1	固定	当該診療行為が、検体検査の検体コメントであるか否かを表す。 0：検体コメント以外 1：検体コメント
62	通則加算所定点数対象区分	数字	1	固定	通則加算を行う場合において、所定点数として取扱うか否かを表す。 0：所定点数として取扱う診療行為及び通則加算 1：所定点数として取扱わない基本診療行為
63	包括逡減区分	数字	3	可変	逡減対象検査等のグループ区分を表す。 包括逡減区分コードについては、「別紙20」を参照
64	超音波内視鏡加算区分	数字	1	固定	当該診療行為が超音波内視鏡加算を算定できるものであるか否かを表す。 0：超音波内視鏡加算が算定できない診療行為 1：超音波内視鏡加算自体又は超音波内視鏡加算が算定可能な診療行為
65	入院基本料区分	数字	2	可変	当該診療行為が入院基本料に関するものであるか否かを表す。 入院基本料区分コードについては「別紙6」を参照

項番	項目名	形式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
66	点数欄集計先識別 (入院)	数字	3	可変	当該診療行為の入院レセプトにおける点数欄への集計先を表す。 点数欄集計先コードについては「別紙2」を参照 入院レセプトで使用不可の診療行為は「0」である。
67	自動吻合器加算区分	数字	1	固定	当該診療行為が自動吻合器加算を算定できるものであるか否かを表す。 0：自動吻合器加算が算定できない診療行為 2：自動吻合器加算(5500点)自体又は自動吻合器加算(5500点)が算定可能な診療行為
68	告示等識別区分(1)	数字	1	固定	コンピュータ運用上の取扱い(電子レセプト磁気媒体に記録する際の取扱い)を表す。 1：基本項目(告示) 3：合成項目 5：準用項目(通知) 7：加算項目(告示) 9：通則加算項目 点数表の解釈と異なるマスター設定の事例を「別紙9」に示す。
69	告示等識別区分(2)	数字	1	固定	点数表上の取扱いを表す。 1：基本項目 3：合成項目 7：加算項目
70	地域加算	数字	1	固定	当該診療行為が地域加算に関するものであるか否かを表す。 0：地域加算に関係しない診療行為 1：1級地地域加算 2：2級地地域加算 3：3級地地域加算 4：4級地地域加算 5：5級地地域加算 6：6級地地域加算
71	病床数区分	数字	1	固定	当該診療行為が病床数に関するものであるか否かを表す。 0：病床数に関係しない診療行為 1：許可病床(1~99床) 2：許可病床(100~199床) 3：許可病床(0~199床) 4：許可病床(200床以上) 5：一般病床(0~199床) 6：一般病床(200床以上)
72 ~ 81	施設基準 ~		40		先頭項目から使用し、最大10項目まで使用可能である。
	施設基準コード	数字	(4)	可変	当該診療行為が施設基準に関するものであるか否かを表す。 施設基準コードについては「別紙4」を参照
82	超音波凝固切開装置等 加算区分	数字	1	固定	当該診療行為が超音波凝固切開装置等加算を算定できるものであるか否かを表す。 0：超音波凝固切開装置等加算が算定できない診療行為 1：超音波凝固切開装置等加算自体又は超音波凝固切開装置等加算が算定可能な診療行為

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
83	短期滞在手術	数字	1	固定	当該診療行為が短期滞在手術基本料を算定できるものであるか否かを表す。 0：1～6以外の短期滞在手術基本料が算定できない診療行為 1：短期滞在手術基本料1 2：短期滞在手術基本料2 3：短期滞在手術基本料1が算定可能な診療行為（手術） 4：短期滞在手術基本料2が算定可能な診療行為（手術） 5：短期滞在手術基本料3 6：短期滞在手術基本料3が算定可能な診療行為（手術）
84	歯科適用区分	数字	1	固定	当該診療行為が歯科診療において算定可能であるか否かを表す。 0：歯科診療で算定できない診療行為 1：歯科診療で算定できる診療行為
85	コード表用番号 （アルファベット部）	英数	1	可変	点数表の区分番号のアルファベット部を記録する。 なお、介護老人保健施設入所者に係る診療料、医療観察法、入院時食事療養、入院時生活療養及び標準負担額については「-」（ハイホン）を、点数表に区分設定がないものは「*」を記録する。
86	告示・通知関連番号 （アルファベット部）	英数	1	可変	当該診療行為が準用項目の場合、準用元のコード表用番号のアルファベット部を設定する。 準用項目以外は、未使用。
87	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報 が適用となるを変更及び追加した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、公表されない項目（基本名称等）を変更した場合についても日付は変更される。
88	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
89	公表順序番号	数字	9	可変	コード表用番号による診療行為コード集の登載 順序番号を記録する。 ただし、診療報酬改定以降新設されるコードについては「0」を記録。
	コード表用番号 （アルファベット部を除く）				コード集への登載順序を決定するため、 医科点数表の章、部、区分番号（アルファベット部を除く）及び項番に基づき付番する。 コード表用番号の設定については「別紙8」を参照
90	章	数字	1	固定	
91	部	数字	2	可変	
92	区分番号	数字	3	可変	
93	枝番	数字	2	可変	
94	項番	数字	2	可変	
	告示・通知関連番号 （アルファベット部を除く）				当該診療行為が準用項目の場合、準用 先元 のコード表用番号（アルファベット部を除く）を設定する。 準用項目以外は、未使用。
95	章	数字	1	固定	未使用の場合：「0」を記録
96	部	数字	2	可変	未使用の場合：「0」を記録
97	区分番号	数字	3	可変	未使用の場合：「0」を記録
98	枝番	数字	2	可変	未使用の場合：「0」を記録
99	項番	数字	2	可変	未使用の場合：「0」を記録

(8) 歯科診療行為マスター

(ア) 基本テーブル

項番	項目名	形 式			内 容
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 3：新規 5：変更 9：廃止
2	マスター種別	英数	1	固定	「H」を記録する (歯科診療行為マスターであることを表す)
3	診療行為コード	数字	9	固定	
	区分 番号		(1) (8)		3：歯科 診療行為項目ごとに設定した番号
4	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
7	項番	数字	2	固定	項番
8	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
10	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称(省略名称) 漢字：32桁
11	新又は現点数				
	点数等識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：廃止診療行為 1：金額 3：点数(プラス) 4：都道府県購入単価(点数) 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数(マイナス) 点数識別の詳細は「別紙19」を参照
12	点数等	数字	10	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
13	旧点数				
	点数等識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：診療報酬改定時及びそれ以降に新設された 廃止 診療行為 1：金額 3：点数(プラス) 4：都道府県購入単価(点数) 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数(マイナス) 点数識別の詳細は「別紙19」を参照
14	点数等	数字	10	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。

項番	項目名	形 式			内 容
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
15	入外適用区分	数字	1	固定	当該診療行為の適用範囲が記録可能なレセプト入院レセプトであるか又は入院外レセプトであるかを表す。 0：入院・入院外レセプトともに記録可能な適用される診療行為 1：入院レセプトのみに記録可能な適用される診療行為 2：入院外レセプトのみに記録可能な適用される診療行為
16	後期高齢者医療適用区分	数字	1	固定	当該診療行為の適用範囲が社会保険であるか又は後期高齢者医療であるかの別を表す。 0：社会保険・後期高齢者医療ともに適用される診療行為 1：社会保険のみに適用される診療行為 2：後期高齢者医療のみに適用される診療行為
17	時間加算区分	数字	1	可変	当該診療行為が時間加算であるか否かを表す。 0：下記以外の診療行為 1：時間外加算（注加算又は通則加算）診療行為 2：休日加算（注加算又は通則加算）診療行為 3：初診料の休日加算（注加算）診療行為 4：深夜加算（注加算又は通則加算）診療行為 5：時間外特例加算（注加算又は通則加算）診療行為 7：夜間加算（注加算）診療行為
18	病院・診療所区分	数字	1	固定	当該診療行為の適用範囲が病院であるか又は診療所であるかを表す。 0：病院・診療所ともに適用される診療行為 1：病院のみに適用される診療行為 2：診療所のみに適用される診療行為
19	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
20	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
21	入院基本料区分	数字	2	可変	当該診療行為が入院基本料に関するものであるか否かを表す。 入院基本料区分コードについては「別紙6」を参照
22	地域加算	数字	1	固定	当該診療行為が地域加算に関するものであるか否かを表す。 0：地域加算に関係しない診療行為 1：1級地域加算 2：2級地域加算 3：3級地域加算 4：4級地域加算 5：5級地域加算 6：6級地域加算
23	傷病名関連区分	数字	2	固定	当該診療行為が傷病名と関連するものであるか否かを表す。 00：05、10以外の傷病名と関連しない診療行為 05：特定疾患処方管理加算（処方料）特定疾患処方管理加算（処方せん料）長期投薬加算（処方料）長期投薬加算（処方せん料） 10：歯科特定疾患療養管理料

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
24	医薬品関連区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が医薬品と関連するものであるか否かを表す。</p> <p>0：1～4以外の医薬品と関連しない診療行為</p> <p>1：麻薬加算、毒薬加算、覚せい剤加算、向精神薬加算、麻薬注射</p> <p>3：神経ブロック（精神破壊剤使用）</p> <p>4：生物学的製剤加算</p>
25	病床数区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が病床数に関するものであるか否かを表す。</p> <p>0：病床数に関係しない診療行為</p> <p>1：許可病床（1～99床）</p> <p>2：許可病床（100～199床）</p> <p>3：許可病床（0～199床）</p> <p>4：許可病床（200床以上）</p> <p>5：一般病床（0～199床）</p> <p>6：一般病床（200床以上）</p>
26	届出	数字	2	可変	<p>当該診療行為がレセプト「届出」欄に関するもの届出を必要とするものであるか否かを表す。</p> <p>0：レセプト「届出」欄に関連しない診療行為届出を必要としない</p> <p>1：クラウン・ブリッジ維持管理料</p> <p>2：在宅療養支援歯科診療所</p> <p>3：歯科外来診療環境体制加算</p> <p>4：う蝕歯無痛的窩洞形成加算</p> <p>5：歯周組織再生誘導手術</p> <p>6：歯科治療総合医療管理料</p> <p>7：在宅患者歯科治療総合医療管理料</p> <p>8：歯科診療特別対応連携加算</p> <p>9：手術時歯根面レーザー応用加算</p> <p>10：歯科技工加算</p> <p>11：明細書発行体制等加算</p> <p>12：広範囲顎骨支持型補綴物埋入手術</p>
27	未来院	数字	1	固定	<p>未来院請求時において算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>0：未来院請求時において算定できない診療行為</p> <p>1：未来院請求時において算定可能な診療行為</p>
28	短期滞在手術	数字	1	可変	<p>当該診療行為が短期滞在手術基本料を算定できるものであるか否かを表す。</p> <p>0：1～6以外の短期滞在手術基本料が算定できない診療行為</p> <p>1：短期滞在手術基本料1</p> <p>2：短期滞在手術基本料2</p> <p>3：短期滞在手術基本料1が算定可能な診療行為（手術）</p> <p>4：短期滞在手術基本料2が算定可能な診療行為（手術）</p> <p>5：短期滞在手術基本料3</p> <p>6：短期滞在手術基本料3が算定可能な診療行為（手術）</p>

項番	項目名	形 式			内 容
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
29	特記事項	数字	1	固定	<p>特記事項「40(50/100)」の記録が必要となる6歳未満の乳幼児加算、特別対応加算及び訪問診療加算であるか否かを表す。</p> <p>0：1以外の特記事項「40」の記録を必要としない診療行為</p> <p>1：特記事項「40」の記録が必要となる6歳未満の乳幼児加算、特別対応加算及び訪問診療加算及び訪問診療加算を含む診療行為</p>
30	検査等実施判断区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が検査等の実施料又は判断料に関するものであるか否かを表す。</p> <p>0：検体検査、生体検査、核医学診断、コンピューター断層診断、病理診断の実施料・判断料以外の診療行為</p> <p>1：検体検査実施料、生体検査実施料、核医学撮影診断実施料、コンピューター断層撮影診断実施料、病理診断標本作製料に係る診療行為</p> <p>2：検体検査判断料、生体検査判断料、核医学診断料、コンピューター断層診断料、病理診断料、病理判断料に係る診療行為</p>
31	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	<p>当該診療行為が検査等の場合、判断料・診断料又は判断料・診断料を算定できるグループ区分を表す。</p> <p>00：検体検査、生体検査、核医学診断及びコンピューター断層診断、病理診断以外の診療行為</p> <p>01：尿・糞便等検査</p> <p>02：血液学的検査</p> <p>03：生化学的検査（ ）</p> <p>04：生化学的検査（ ）</p> <p>05：免疫学的検査</p> <p>06：微生物学的検査</p> <p>08：基本的検体検査</p> <p>11：呼吸機能検査</p> <p>13：脳波検査</p> <p>14：神経・筋検査</p> <p>15：ラジオアイソトープ検査</p> <p>16：眼科学的検査</p> <p>31：核医学診断（医科点数表E001-2、E103-3）</p> <p>32：核医学診断（それ以外）</p> <p>33：コンピューター断層診断</p> <p>40：病理診断</p> <p>41：病理診断（組織診断）</p> <p>42：病理診断（細胞診断）</p> <p>40：病理診断は41：病理診断（組織診断）、42：病理診断（細胞診断）を含む。</p>
32	逡減対象区分	数字	1	固定	<p>当該診療行為が算定回数による逡減計算の対象となるか否かを表す。</p> <p>0：逡減計算の対象とならない診療行為及び逡減計算の対象となる注加算</p> <p>1：逡減計算の対象となる診療行為及び逡減コード</p>
33	包括逡減区分	数字	3	可変	<p>逡減対象検査等のグループ区分を表す。</p> <p>包括逡減区分コードについては、「別紙20」を参照</p>

項番	項目名	形 式			内 容
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
34	基準適合識別				
	適合区分	数字	1	固定	当該診療行為が 基準を満たさない場合、点数加算又は 逡減して算定することができる診療行為 であるか否かを表す。 0： 点数加算又は逡減して算定することができる 診療行為以外の 診療行為 1：逡減コード自体 2： 基準を満たさない場合、患者年齢に関わらず点数加 算又は逡減して算定することができる診療行為 3：患者年齢が1歳未満のとき点数加算又は逡減して算 定できる診療行為 4：加算コード自体
35	対象施設基準	数字	4	可変	基準を満たさない場合、点数加算又は逡減して算定 することができる診療行為 について設定した施設基準に関するも のであるか否かを表す。施設基準コードについては「別 紙4」を参照
36 ～ 45	施設基準 ~ 施設基準コード	数字	4	可変	当該診療行為が 施設基準に関するものであるか否か を 表す。 施設基準コードについては「別紙4」を参照
46	通則加算グループ	英数	4	固定	基本・通則加算対応テーブルの参照先グループを表す。
47	基本加算グループ	英数	4	固定	基本・基本加算対応テーブルの参照先グループを表す。
48	注加算グループ	英数	4	固定	基本・注加算対応テーブルの参照先グループを表す。
49	手技・材料加算グループ	英数	4	固定	手技・材料加算対応テーブルの参照先グループを表す。
50	算定回数限度テーブル関連 識別	数字	1	固定	算定回数限度テーブルとの関連の有無 0：関連なし 1：関連あり
51	きざみテーブル関連識別	数字	1	固定	きざみテーブルとの関連の有無 0：関連なし 1：関連あり（きざみ数量1の記録が必要） 2：関連あり（きざみ数量1、2の記録が必要）
52	年齢制限テーブル関連識別	数字	1	固定	年齢制限テーブルとの関連の有無 0：関連なし 1：関連あり
53	併算定背反テーブル関連識 別	数字	1	固定	併算定背反テーブルとの関連の有無 0：関連なし 1：関連あり
54	実日数テーブル関連識別	数字	1	固定	実日数テーブルとの関連の有無 0：関連なし 1：関連あり
55	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
56	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
57	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報 が適用となる マスター情報を変 更した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表 す。
58	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月 2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」 である。
59	予備1	数字	10	可変	未使用：「0」を記録
60	予備2	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

項番	項目名	形 式			内 容
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
61	予備 3	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
62	予備 4	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
63	予備 5	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
64	公表順序番号	数字	9	可変	告示番号による診療行為コード集の登載順序番号を記録する。

(イ) 基本・通則加算対応テーブル

項番	項目名	形 式			解説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0: 異動なし 前マスターの内容と同じであることを表す。 1: 抹消 2: 復活 3: 新規 5: 変更 9: 廃止
2	グループ番号	英数	4	固定	加算グループ毎に設定する番号
3 ~6	通則加算項目				
	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
	診療行為コード	数字	9	固定	項番2のグループに加算される診療行為コード
	診療行為名称				項番2のグループに加算される診療行為名称
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字: 100桁
	加算識別	数字	2	固定	項番2のグループに加算される診療行為の中で、併算定が可能なもの毎に設定する識別コード
7	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
8	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
9	予備	数字	3	可変	未使用:「0」を記録

(ウ) 基本・基本加算対応テーブル

項番	項目名	形 式			解説
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	グループ番号	英数	4	固定	加算グループ毎に設定する番号
3 ~6	基本加算項目				
	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
	診療行為コード	数字	9	固定	項番2のグループに加算される診療行為コード
	診療行為名称				項番2のグループに加算される診療行為名称
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
	加算識別	数字	2	固定	項番2のグループに加算される診療行為の中で、併算定が可能なもの毎に設定する識別コード
7	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
8	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(エ) 基本・注加算対応テーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	グループ番号	英数	4	固定	加算グループ毎に設定する番号
3 ~6	注加算項目				
	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
	診療行為コード	数字	9	固定	項番2のグループに加算される診療行為コード
	診療行為名称				項番2のグループに加算される診療行為名称
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
	加算識別	数字	2	固定	項番2のグループに加算される診療行為の中で、併算定が可能なもの毎に設定する識別コード
7	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
8	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(オ) 手技・材料加算対応テーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	グループ番号	英数	4	固定	加算グループ毎に設定する番号
3 ~6	材料				
	手技・材料加算 コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
	診療行為コード	数字	9	固定	項番2のグループに加算される診療行為コード
	診療行為名称				項番2のグループに加算される診療行為名称
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
	加算識別	数字	2	固定	項番2のグループに加算される診療行為の中で、併算定が可能なもの毎に設定する識別コード
7	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
8	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(カ) 算定回数限度テーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0 : 異動なし 前マスターの内容と同じであることを表す。 1 : 抹消 2 : 復活 3 : 新規 5 : 変更 9 : 廃止
2	診療行為コード	数字	9	固定	レコード毎に設定するユニークなコード
3	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
	項番	数字	2	固定	項番
7	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
8	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
9	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称（省略名称） 漢字：32桁
10	算定単位	数字	3	固定	単位コード一覧（別紙1）を参照
11	算定回数限度	数字	3	可変	当該診療行為の算定可能回数を表す。
12	上限回数エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為の算定回数が、上限回数を超えた場合の処理方法を表す。 0 : 上限回数を確認する。 1 : 上限回数にて算定する。
13	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更 した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
14	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
15	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(キ) きざみテーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	診療行為コード	数字	9	固定	レコード毎に設定するユニークなコード
3	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
4	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
5	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
6	項番	数字	2	固定	項番
7	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
8	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
9	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称（省略名称） 漢字：32桁
10	点数等識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：廃止診療行為 1：金額 3：点数（プラス） 4：都道府県購入単価（点数） 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数（マイナス） 点数識別の詳細は「別紙19」を参照
11	点数	数字	10	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
12	きざみ単位	数字	3	可変	きざみの単位を表す（「分」等） 単位コード一覧（別紙1）を参照
13	きざみ下限値	数字	8	可変	データの下限值を表す 下限値の制限がない場合は「0」である。
14	きざみ上限値	数字	8	可変	データの上限值を表す 上限値の制限がない場合は「99999999」である。
15	きざみ値	数字	8	可変	きざみ単位に対応した数量を表す。
16	きざみ点数	数字	10	可変	整数部7桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切る。
17	きざみ上下限エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為に係るデータが「下限値 - きざみ値」以下又は「上限値」を越えた場合の対処方法を表す。 上下限エラー処理は「0」～「3」の4つの値を持ち、「下限値 - きざみ値」以下の場合の条件、及び「上限値」を超えた場合の条件を両方共に満たす値を設定する。 上下限エラー処理の設定条件は「別紙16」を参照

(キ) きざみテーブル

項番	項目名	形式			解説	
		モード	最大 バイト	項目 形式		
		上下限エラー処理				
	データ範囲		0	1	2	3
	データ (下限値 - きざみ値)		基本点数	基本点数	点数算定せず (返戻)	点数算定せず (返戻)
	(下限値 - きざみ値) < データ 下限値		基本点数	基本点数	基本点数	基本点数
	下限値 < データ 上限値		点数算定式 1	点数算定式 1	点数算定式 1	点数算定式 1
	上限値 < データ		点数算定式 1 (警告)	点数算定式 2	点数算定式 1 (警告)	点数算定式 2
	<p>点数算定式 1</p> $\text{基本点数} = \begin{matrix} \updownarrow \\ \text{基本点数} \end{matrix} + \begin{matrix} \uparrow \\ \text{データ} - \text{下限値} \\ \text{きざみ値} \end{matrix} \times \begin{matrix} \uparrow \\ \text{きざみ点数} \end{matrix}$ <p>↑↑ : 切り上げ ⇄ : 四捨五入</p> <p>点数算定式 2</p> $\text{基本点数} = \begin{matrix} \updownarrow \\ \text{基本点数} \end{matrix} + \begin{matrix} \uparrow \\ \text{上限値} - \text{下限値} \\ \text{きざみ値} \end{matrix} \times \begin{matrix} \uparrow \\ \text{きざみ点数} \end{matrix}$ <p>↑↑ : 切り上げ ⇄ : 四捨五入</p>					
18	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となる マスター 情報を変更した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。	
19	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。	
20	予備	数字	3	可変	未使用:「0」を記録	

(ク) 年齢制限テーブル

項番	項目名	形 式			解説
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	診療行為コード	数字	9	固定	レコード毎に設定するユニークなコード
3	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
6	項番	数字	2	固定	項番
7	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
8	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
9	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称（省略名称） 漢字：32桁
10	下限年齢	英数	2	固定	当該診療行為が算定可能な下限年齢を表す。 （算定可能な年齢 下限年齢） 下限年齢に制限がない場合は「00」 新生児を除いて算定可能な場合は「AA」
11	上限年齢	英数	2	固定	当該診療行為が算定可能な年齢の「上限値+1」を表す。 （算定可能な年齢 < 上限年齢） 上限年齢に制限がない場合は「00」 数字2桁以外の取り扱いは以下のとおり AA：生後28日 B3：3歳に達した日の翌月の1日 BF：15歳に達した日の翌月の1日
12	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
13	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
14	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(ケ) 併算定背反テーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	診療行為コード	数字	9	固定	レコード毎に設定するユニークなコード
3 4 5 6	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
	項番	数字	2	固定	項番
7	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
8	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
9	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称（省略名称） 漢字：32桁
10 ～ 99	背反1～10				
	算定可否	数字	1	固定	項番2・3の診療行為に対する算定可否 0：算定不可 1：算定可 2：どちらか一方算定可
	診療行為コード	数字	9	固定	項番2・3の診療行為と背反関係にある診療行為コード
	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
	項番	数字	2	固定	項番
	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
	診療行為名称				項番2・3の診療行為と背反関係にある診療行為名称
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
	省略名称	漢字	64	可変	審査用出力紙レセプトに表示される名称（省略名称） 漢字：32桁
	100	変更年月日	数字	8	固定
101	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
102	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
103	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録
104	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(コ) 実日数関連テーブル

項番	項目名	形 式			解 説
		モード	最 大 バイト	項 目 形 式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動内容 0：異動なし前マスターの内容と同じであることを表す。 1：抹消 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止
2	診療行為コード	数字	9	固定	レコード毎に設定するユニークなコード
3	告示番号				「A000」等の告示番号
	区分	英数	1	固定	告示番号のアルファベット部
	区分番号	数字	3	固定	告示の区分番号
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番
6	項番	数字	2	固定	項番
7	加算コード	英数	5	固定	基本診療行為に対する加算項目毎に設定するコード
8	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：100桁
9	省略名称	漢字	64	可変	告示・通知に基づく診療行為名称 漢字：32桁
10	実日数	数字	1	固定	当該診療行為の算定回数が診療実日数と関連するものであるか否かを表す。 0：診療実日数と関連しない診療行為 1：算定回数が診療実日数以下の診療行為 2：初診料、再診料、外来診療料等 3：入院基本料、特定入院料 4：外泊
11	日数・回数	数字	1	固定	「10.実日数」の細分辭表を表し、次のように区分する。 対象診療行為及びチェック条件については「別紙11」を参照
項番	実日数	日数・回数	対 象 診 療 行 為		
1	0	0	実日数チェックを行わない診療行為		
2	1	0	当該診療行為の算定回数が実日数以下のチェックを行う診療行為		
3	2	1	初診料		
4		2	再診料、外来診療料自体、又は再診料、外来診療料が含まれる診療行為		
5	3	3	入院基本料、特定入院料		
6	4	0	外泊		
12	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの情報が適用となるマスター情報を変更した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
13	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」である。
14	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を記録

(9) 調剤行為マスター

項番	項目名	形式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1	変更区分	数字	1	固定	マスター内容の異動状況を表す。 0：前マスターの内容と同じであることを表す。 3：新規 5：変更 9：廃止 廃止とは、当該コードが使用できなくなったことを示す。
2	マスター識別	英字	1	固定	「M」を記録する。 (調剤行為マスターであることを表す。)
3	調剤行為コード	数字	9	固定	
	区分 番号		(1) (8)		4：調剤 調剤行為項目ごとに設定した番号
4	調剤行為名称				出力紙レセプトに表示される名称(省略名称)を記録する。
	漢字有効桁数	数字	2	可変	「漢字名称」の桁数を表す。
	漢字名称	漢字	64	可変	漢字：32桁
	カナ有効桁数	数字	2	可変	「カナ名称」の桁数を表す。
7	カナ名称	英数カ	20	可変	
8	レセプト表示用記号 コード	数字	2	固定	加算料及び薬学管理料について、紙レセプトに表示する記号に対し付されたコードを記録する。 レセプト表示用記号コードは、「別紙23」を参照。
9	レセプト表示順番号	数字	2	固定	レセプト表示用記号を出力紙レセプトに表示する場合の表示順を記録する。 加算料及び薬学管理料以外の場合は「00」である。
10	新又は現点数点数識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0：変更区分が廃止の場合 3：点数 5：%加算 8：整数倍点数
11	調剤数量計算フラグ	数字	1	固定	当該調剤行為が調剤数量により算定するものであるか否かを表す。 0：調剤数量により算定しない調剤行為 1：調剤数量により算定する調剤行為

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
5 3	上下限年齢				
	下限年齢	英数	2	固定	当該調剤行為が算定可能な年齢の下限値を表す。 算定可能な年齢 下限年齢 下限年齢に制限のない場合は「00」である
5 4	上限年齢	英数	2	固定	当該調剤行為が算定可能な年齢の「上限値+1」を表す。 算定可能な年齢 < 上限年齢 上限年齢に制限のない場合は「00」である。 新生児にのみ算定可能な場合は「AA」である。
5 5	薬学管理料区分	数字	1	固定	調剤を行っていない月に前月以前の調剤に対する薬学管理料の算定可否を表す。 0：算定できない薬学管理料 1：算定可能な薬学管理料
5 6	告示等識別区分(1)	数字	1	固定	電算処理システム上の取扱い(磁気媒体に記録する際 の取扱い)を表す。 1：告示 3：合成 7：注加算
5 7	告示等識別区分(2)	数字	1	固定	点数表上の取扱いを表す。 1：告示 3：合成 7：注加算
5 8	旧点数				
	旧点数点数識別	数字	1	固定	当該点数の種別を表す。 0： 変更区分が廃止の場合調剤報酬改定時及びそれ以降に 新設された調剤行為 3：点数 5：%加算 8：整数倍点数
5 9	旧点数	数字	9	可変	改正前調剤報酬改定前の 点数について、下2桁を小数点以下とする9桁の数字で表す。
6 0	変更年月日	数字	8	固定	基本マスターの 情報を変更した情報が適用となる 日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、公表されない項目を変更した場合についても日付は変更される。
6 1	廃止年月日	数字	8	固定	当該調剤行為が廃止された日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 廃止年月日とは当該コードの使用が可能な最終年月日である。 なお、廃止調剤行為でない場合は「99999999」である
6 2	公表順序番号	数字	9	可変	調剤行為コード集の登載順序番号を記録する。コード表用番号による順序番号を記録する。
6 3	コード表用番号	数字	10	固定	コード集への登載順序を決定するため、付番する。調剤報酬点数表の節、区分番号及び項番に基づき付番する。
6 4	告示・通知関連番号	数字	10	固定	当該調剤行為が準用項目の場合、準用元のコード表用番号を設定する。 準用項目以外は「0000000000」である。
6 5	異動関連	数字	9	可変	コードの統合、分離等の関連付けを示すコードを表す。 なお、翌月のマスターに切替える際には初期化する。

コード	名称
0169	長期継続頭蓋内脳波検査
0170	補聴器適合検査
0172	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）又は及び脳刺激装置交換術
0173	放射線治療専任加算
0175	一般病棟入院基本料
0177	一般病棟入院基本料（特別入院基本料）
0178	療養病棟入院基本料1
0179	療養病棟入院基本料（特別入院基本料）
0180	結核病棟入院基本料
0182	結核病棟入院基本料（特別入院基本料）
0183	精神病棟入院基本料
0185	精神病棟入院基本料（特別入院基本料）
0186	特定機能病院入院基本料（一般病棟）
0188	特定機能病院入院基本料（結核病棟）
0190	特定機能病院入院基本料（精神病棟）
0192	専門病院入院基本料
0194	障害者施設等入院基本料
0198	有床診療所入院基本料
0199	有床診療所療養病床入院基本料
0200	有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料）
0201	総合入院体制加算
0206	診療録管理体制加算
0207	精神病棟入院時医学管理加算
0208	一類感染症患者入院医療管理料
0209	特殊疾患入院医療管理料
0214	短期滞在手術基本料1
0215	短期滞在手術基本料2
0217	脊髄刺激装置植込術又は及び脊髄刺激装置交換術
0224	緩和ケア診療加算
0231	プレイルーム、保育士等加算
0233	地域連携小児夜間・休日診療料1
0234	光トポグラフィー
0235	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図
0236	画像診断管理加算1
0237	画像診断管理加算2
0238	遠隔画像診断
0239	ポジトロン断層撮影
0243	エタノールの局所注入（甲状腺）
0320	高エネルギー放射線治療
0325	ポジトロン断層（100分の80）
0364	基幹型臨床研修病院入院診療加算
0365	ハイケアユニット入院医療管理料
0369	医療保護入院等診療料
0370	両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術

コード	名称
0704	集団コミュニケーション療法料
0705	強度変調放射線治療（IMRT）
0707	医師事務作業補助体制加算（25対1）
0708	医師事務作業補助体制加算（50対1）
0709	医師事務作業補助体制加算（75対1）
0710	医師事務作業補助体制加算（100対1）
0713	特殊疾患病棟入院料1
0714	特殊疾患病棟入院料2
0715	精神科救急入院料1
0716	精神科救急入院料2
0717	認知症治療病棟入院料1
0718	認知症治療病棟入院料2
0721	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
0725	コンタクトレンズ検査料1
0727	無菌製剤処理料
0728	外来化学療法加算1
0729	外来化学療法加算2
0730	心大血管疾患リハビリテーション料（ ）
0731	心大血管疾患リハビリテーション料（ ）
0732	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）
0733	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）
0734	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）
0737	呼吸器リハビリテーション料（ ）
0738	呼吸器リハビリテーション料（ ）
0739	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）
0740	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療のものを除く）
0741	生体部分肺移植術
0742	両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術
0743	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
0744	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術又は、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
0745	同種死体腎移植術
0746	生体腎移植術
0747	焦点式高エネルギー超音波療法
0748	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
0749	外来放射線治療加算
0750	テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製
0751	地域連携診療計画管理料
0755	明細書発行体制等加算
0756	救急医療管理加算
0757	医師事務作業補助体制加算（15対1）
0758	医師事務作業補助体制加算（20対1）
0761	強度行動障害入院医療管理加算
0762	重度アルコール依存症入院医療管理加算
0763	摂食障害入院医療管理加算

コード	名称
0818	検体検査管理加算(2)
0819	検体検査管理加算(3)
0820	検体検査管理加算(4)
0822	胎児心エコー法
0823	皮下連続式グルコース測定
0824	内服・点滴誘発試験
0825	センチネルリンパ節生検1
0826	外傷全身CT加算
0827	抗悪性腫瘍剤処方管理加算
0828	運動器リハビリテーション料(1)
0829	運動器リハビリテーション料(2)
0830	運動器リハビリテーション料(3)
0831	がん患者リハビリテーション料
0833	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算
0834	治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるもの)
0835	乳がんセンチネルリンパ節加算1
0836	乳がんセンチネルリンパ節加算2
0837	経皮的動脈遮断術
0838	ダメージコントロール手術
0839	腹腔鏡下肝切除術
0840	膀胱水圧拡張術
0841	麻酔管理料1
0842	麻酔管理料2
0843	画像誘導放射線治療(IGRT)
0844	テレパソロジーによる術中迅速細胞診
0845	有床診療所入院基本料(看護配置加算1)
0846	有床診療所入院基本料(看護配置加算2)
0847	有床診療所入院基本料(夜間看護配置加算1)
0848	有床診療所入院基本料(夜間看護配置加算2)
0849	リハビリテーション総合計画評価料
0850	センチネルリンパ節生検2
0852	CT撮影(16列以上64列未満マルチスライス型機器)
0853	CT撮影(4列以上16列未満マルチスライス型機器)
0854	一般病棟看護必要度評価加算
0857	一般病棟看護必要度評価加算(専門病院)
0858	有床診療所一般病床初期加算
0859	救急・在宅等支援療養病床初期加算
3001	時間外対応加算1
3002	時間外対応加算3
3003	看護必要度加算1(一般病棟・特定機能病院・専門病院入院基本料)
3004	看護必要度加算2(一般病棟・特定機能病院・専門病院入院基本料)
3006	看取り加算(有床診療所入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料)
3007	有床診療所療養病床入院基本料(一般病床入院患者)
3008	有床診療所入院基本料(療養病床入院患者)

コード	名称
3145	精神科救急・合併症入院料(栄養管理経過措置)
3146	児童・思春期精神科入院医療管理料(栄養管理経過措置)
3147	精神療養病棟入院料(栄養管理経過措置)
3148	認知症治療病棟入院料1(栄養管理経過措置)
3149	認知症治療病棟入院料2(栄養管理経過措置)
3150	特定一般病棟入院料1(栄養管理経過措置)
3151	特定一般病棟入院料2(栄養管理経過措置)
3152	亜急性期入院医療管理(特定一般病棟入院料)(栄養管理経過措置)
3153	療養病棟入院基本料1(特定一般病棟入院患者)(栄養管理経過措置)
3154	植込型補助人工心臓(非拍動流型)
3155	時間外対応加算2
3156	50対1急性期看護補助体制加算
3157	75対1急性期看護補助体制加算
3158	診療所療養病床療養環境加算
3159	後発医薬品使用体制加算2
3160	データ提出加算1(200床未満)
3161	データ提出加算2(200床未満)
3162	回復期リハビリテーション病棟入院料2
3163	回復期リハビリテーション病棟入院料3
3164	亜急性期入院医療管理料
3165	退院調整加算(精神療養病棟入院料)
3166	退院調整加算(認知症治療病棟入院料)
3167	移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後患者指導管理料)
3168	在宅療養支援診療所(3)
3169	在宅療養支援病院(3)
3170	脳磁図
3171	MRI撮影(1.5テスラ以上 3テスラ未満 の機器)
3172	認知療法・認知行動療法2
3173	透析液水質確保加算1
3174	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
3175	植込型補助人工心臓(拍動流型)
3176	定位放射線治療呼吸性移動対策加算(その他)
3177	保険医療機関間の連携による病理診断
3178	植込型心電図検査
3179	植込型心電図記録計移植術
3180	植込型心電図記録計摘出術
3181	手術(医科通則5・6、歯科通則4)
3182	療養病棟入院基本料1(一般病棟入院患者)
3183	療養病棟入院基本料1(一般病棟入院患者)(栄養管理経過措置)
3184	骨導補聴器植込術及び骨導端子交換術
3185	重傷者加算1(精神療養病棟入院料)

「実日数」、「日数・回数」項目の設定対象診療行為及びチェック条件

項番	実日数	日数・回数	対象診療行為	チェック条件
1	0	0		実日数チェックを行わないもの
2	1	0		当該診療行為の回数が診療実日数以下のチェックを行う。 当該診療行為の「回数」 実日数
3	2	1	初診（初診（同日複数診療科）を除く） 小児科外来診療料（初診時）	入院外レセプトの場合、初診回数と再診又は外来診療回数の累積回数（「日数・回数」が“1”及び“2”の「回数」の総和）と診療実日数のチェックを行う 旧総合病院以外の入院外レセプト 初・再診（外来診療）累積回数 診療実日数 旧総合病院の入院外レセプト 初・再診（外来診療）累積回数 診療実日数
4		2	再診（同日再診を除く） 電話等再診（同日電話等再診を除く） 外来診療料（同日外来診療料を除く） 小児科外来診療料（再診時） 開放型病院共同指導料（1） 在宅患者訪問診療料 退院時共同指導料1 ハイリスク妊産婦共同管理料（1） 等 （その他入院外レセプトにおいて再診料を含んでいるもの）	
5	3	3	入院基本料 特定入院料（DPC適用区分2、3、4を除く）	入院レセプトの場合、入院基本料等の累積回数（「実日数」・「日数・回数」が“3・3”及び“ 4・0 ”の「回数」の総和）と診療実日数のチェックを行う。
6	4	0	外泊	

注加算コードによらず別の専用フラグでチェックを行っている項目

告示等識別区分(1)に**注加算「7(加算項目)」**として設定されているコードには、原則として、基本項目との算定可否チェックを行うために注加算コードが設定されているが、下記の項目については算定対象となる基本項目が複数存在することから、例外として注加算コードを設定せず、複数の基本項目に共通に使用できるように別の専用フラグでチェックを行うようにしている。

項番	項目名	注加算コードの代わりの設定項目	チェック内容
20	画像等手術支援加算	画像等手術支援加算	当該専用フラグにより、算定可否チェックを行う。
24	入院基本料加算	入院基本料加算区分	当該専用フラグにより、別に背反条件を設定し、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術基本料と入院基本料加算との算定可否チェックを行う。
46	処置乳幼児加算	処置乳幼児	当該専用フラグにより、算定可否チェックを行う。
47	極低出生体重児加算	極低出生体重児	
53	脊髄誘発電位測定加算	脊髄誘発電位測定	
54	頸部郭清術併施加算	頸部郭清術	
55	自動縫合器加算	自動縫合器	
64	超音波内視鏡検査加算	超音波内視鏡加算	
67	自動吻合器加算	自動吻合器	
82	超音波凝固切開装置等加算	超音波凝固切開装置等	

注1 上表中の項番は、診療行為マスターの項番を表している。

注2 項番47及び項番54は通則加算項目であるが、加算対象基本項目が限定されているため、専用フラグによる算定可否チェックを行っている。

特定器材マスターの「金額種別」

1 金額種別とは、当該特定保険医療材料等（以下「特定器材」という。）の金額計算を行うために使用する情報であり、「新又は現金額」または「旧金額」と対で使用する。

2 「新又は現金額」の「金額種別」

~~(1) 0 : 廃止特定器材~~

~~— 廃止対象特定器材であることを示す。変更区分が「前マスターの内容と同じ」である場合、既に廃止済みの特定器材であることを示す。~~

~~— なお、廃止特定器材の場合、「新又は現金額」の記録内容は意味をもたない。~~

~~(2) (1) 1 及び 4 : 金額~~

「新又は現金額」に、当該特定器材の材料価格が記録されていることを示す。

~~(3) (2) 2 : 購入価格~~

当該特定器材の材料価格が保険医療機関における購入価格によるものであることを示す。

「新又は現金額」には値を設定することができないため、初期値の「0.00」が設定されている。

~~(4) (3) 5 : %加算~~

「6歳未満の乳幼児に対する胸部又は腹部単純撮影時のフィルム料1.1倍」及び「酸素補正率1.3倍」の場合、対象特定器材の材料価格に加算する割合を示す。

「新又は現金額」には、加算割合が百分率で設定されている。

(参考)「新又は現金額」の記録例

・フィルム料(乳幼児)加算.....「10.00」(10%加算)

・酸素補正率1.3(1気圧).....「30.00」(30%加算)

~~(5) (4) 9 : 乗算割合~~

高気圧酸素治療を行った場合の気圧数を記録するためのコードである。

気圧数は医療機関から提出される磁気レセプトに記録されているため、「新又は現金額」には初期値の「0.00」が設定されている。

3 「旧金額」の「金額種別」

(1) 0 : 「旧金額」なし

当該特定器材が新規特定器材であるため、「旧金額」の記録がないことを示す。

(2) 1 及び 4 : 金額

「旧金額」に、当該特定器材の材料価格が記録されていることを示す。

(3) 2 : 購入価格

当該特定器材の材料価格が保険医療機関における購入価格によるものであることを示す。

「旧金額」には値を設定することができないため、初期値の「0.00」が設定されている。

診療行為マスターの「点数識別」

1 点数識別とは、点数表の解釈で示されている各種点数算定を行うために使用する情報であり、「新又は現点数」または「旧点数」と対で使用する。

2 「新又は現点数」の「点数識別」

~~(1) 0：廃止診療行為~~

~~医療費改正等により廃止対象となった診療行為であることを示す。変更区分が「0：前マスターの内容と同じ」である場合、既に廃止済みの診療行為であることを示す。~~

~~なお、廃止診療行為の場合、「新又は現点数」の記録内容は意味をもたない。~~

~~(2) (1) 1：金額~~

「新又は現点数」に、食事療養費及び標準負担額が単位「金額」で記録されていることを示す。

~~(3) (2) 3：点数（プラス）~~

「新又は現点数」に、療養の給付の診療行為が単位「点数」で記録されていることを示す。

~~(4) (3) 4：都道府県購入価格（点数）~~

生体移植における提供者の療養費用等、所定点数が確定していない診療行為であることを示す。

「新又は現点数」には値を設定することができないため、初期値の「0.00」が設定されている。

(参考) 点数識別が「都道府県購入単位（点数）」となっているコード例

- ・生体皮膚移植加算
- ・生体部分肝移植（提供者の療養上の費用）
- ・生体部分肺移植（提供者の療養上の費用）
- ・生体腎移植（提供者の療養上の費用）
- ・骨髄移植（提供者の療養上の費用）
- ・治験分控除後包括点数
- ・公害補償法控除後包括点数

~~(5) (4) 5：%加算~~

「所定点数の100分の 〇〇 に相当する点数を加算する」となっている注加算及び通則加算の加算割合を示す。

「新又は現点数」には、加算割合が百分率で設定されている。

~~(6) (5) 6：%減算~~

「所定点数の100分の 〇〇 に相当する点数により算定する」となっている注加算及び通則加算の逡減割合を示す。

「新又は現点数」には、逡減対象部分の割合が百分率で設定されている。

(参考) 点数識別が「%減算」となっているコード例

- ・検査逡減等、点数逡減して算定できる診療行為
- ・2以上の手術の50%併施加算
- ・外泊

- ・定数超過入院基本料減額
- ・標欠

(参考) %減算の点数計算の考え方

例 超音波検査(Aモード法...150点)を同一患者、同一月に3回実施した場合(2回目以降は、100分の90に相当する点数により算定)

マスター内容

コード	漢字名称	点数識別	点数
160072110	超音波(Aモード法)	3:点数	150.00
160000190	検査逡減	6:%減算	10.00

レセプト記録内容

60	01	超音波(Aモード法)	150 × 1
	02	超音波(Aモード法) 検査逡減	135 × 2

点数算定式

1回目	150点
2, 3回目	$150点 - (150点 \times \frac{10\%}{100}) = 135点$

~~(7)~~(6) 7: 減点診療行為

特定入院料等に包括される診療行為から、治験及び公害補償法の対象となる各診療行為を合算して減点するためのコードである。

「新又は現点数」には値を設定することができないため、初期値の「0.00」が設定されている。

(参考) 点数識別が「減点診療行為」となっているコード例

- ・ 包括点数の治験減点分
- ・ 包括点数の公害補償法減点分

~~(8)~~(7) 8: 点数(マイナス)

入院基本料の入院期間に応じた減算、厚生労働大臣が定める基準を実施していない場合の減算等、減算算定する診療行為であることを示す。

「新又は現点数」には減算する「点数」が設定されている。

2 「旧点数」の「点数識別」

(1) 0: 医療費改正及び留意事項通知の一部訂正等により新設された診療行為であることを示す。

(2) 1: 金額

「旧点数」に、食事療養費及び標準負担額が単位「金額」で記録されていることを示す。

(3) 3: 点数(プラス)

「旧点数」に、療養の給付の診療行為が単位「点数」で記録されていることを示す。

(4) 4: 都道府県購入価格(点数)