

令和8年6月30日変更

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

今回の公表では別紙7－8施設基準コード関連情報
(2 名寄せコード一覧)は未対応

令和8年度版

編集 社会保険診療報酬支払基金

目 次

各種レコードの記録内容に関する事項

1	マスターファイル体系	
(1)	マスターファイルの種類と収載内容	1
(2)	収載項目の例外事項	1
(3)	使用方法が特殊なコード	2
2	マスターファイルの形式	6
3	マスターファイルのレコード情報表記仕様	
(1)	傷病名マスター（旧傷病名管理ファイル）	7
(2)	修飾語マスター	1 2
(3)	歯式マスター	1 4
(4)	医薬品マスター	1 6
(5)	特定器材マスター	2 0
(6)	コメントマスター	2 4
(7)	医科診療行為マスター	2 6
(8)	歯科診療行為マスター	5 0
	ア 基本テーブル	5 0
	イ 基本・通則加算対応テーブル	5 9
	ウ 基本・基本加算対応テーブル	6 0
	エ 基本・注加算対応テーブル	6 1
	オ 手技・材料加算対応テーブル	6 2
	カ 算定回数限度テーブル	6 3
	キ きざみテーブル	6 4
	ク 年齢制限テーブル	6 7
	ケ 併算定背反テーブル	6 9
	コ 実日数関連テーブル	7 1
(9)	調剤行為マスター	7 3
(10)	訪問看護療養費マスター	8 0
	ア 基本テーブル	8 0
	イ 基本・基本加算対応テーブル	8 7
	ウ 算定回数限度テーブル	8 8
	エ 併算定背反テーブル	8 9
	オ 施設基準テーブル	9 1

別紙関係

別紙 1-1	傷病名マスターの補足説明	9 2
別紙 1-2	傷病名マスターの収載内容の変更等に関する取扱い	9 3
別紙 2	修飾語マスターの収載内容の変更等に関する取扱い	9 6
別紙 3-1	歯種コード一覧	9 8
別紙 3-2	状態コード一覧、部分コード一覧	1 0 0
別紙 4-1	単位コード一覧	1 0 1
別紙 4-2	医薬品マスターの「金額種別」	1 0 2
別紙 5-1	特定器材マスターの「金額種別」	1 0 3
別紙 5-2	特定保険医療材料の別表番号一覧	1 0 4
別紙 5-3	特定器材マスターの基本漢字名称	1 0 5
別紙 6-1	コメントパターンの種類と記録方法	1 0 6
別紙 6-2	レセプト編集情報の設定事例	1 1 0
別紙 7-1	診療行為マスターの「点数識別」	1 1 1
別紙 7-2	点数欄集計先コード一覧	1 1 3
別紙 7-3	看護加算コード一覧	1 1 4
別紙 7-4	項番 2 7 「実日数」と項番 2 8 「日数・回数」の設定条件と対象診療行為	1 1 5
別紙 7-5	きざみ値の上下限エラー処理	1 1 6
別紙 7-6	項番 3 8 「注加算コード」の設定対象外項目	1 1 8
別紙 7-7	項番 3 8 「注加算コード」と項番 3 9 「注加算通番」の相関関係	1 1 9
別紙 7-8	施設基準コード関連情報	1 2 0
別紙 7-9	医科点数表等に規定のない診療行為コード	1 7 2
別紙 7-1 0	包括逡減区分コード一覧	1 7 3
別紙 7-1 1	医科点数表等の規定と異なるコードの設定	1 7 5
別紙 7-1 2	コード表用番号の付番方法	1 7 9
別紙 7-1 3	点数表区分番号の設定例	1 8 0
別紙 7-1 4	物価対応料グループ区分コード一覧	1 8 1
別紙 7-1 5	歯科物価対応料グループ区分コード一覧	1 8 9
別紙 8	歯科診療行為マスターの構成と活用方法	1 9 3
別紙 9-1	レセプト表示用記号コード表	1 9 8
別紙 9-2	点数計算	2 0 1
別紙 9-3	調剤行為種類（2）コード表	2 0 4
別紙 9-4	施設基準コード	2 0 6
別紙 9-5	剤形コード表	2 0 8
別紙 9-6	項番 5 1 「注加算コード」と項番 5 2 「注加算通番」	2 0 9
別紙 1 0-1	告示番号の付番方法	2 1 0
別紙 1 0-2	訪問看護療養費マスターの「金額識別」	2 1 1
別紙 1 0-3	職種等コード一覧	2 1 2

別紙１０－４ 訪問看護療養費種類コード一覧	2 1 3
別紙１０－５ 施設基準コード一覧	2 1 5

ファイルレイアウト

傷病名マスター（旧傷病名管理ファイル）	2 1 8
修飾語マスター	2 2 0
歯式マスター	2 2 1
医薬品マスター	2 2 2
特定器材マスター	2 2 4
コメントマスター	2 2 6
医科診療行為マスター	2 2 7
歯科診療行為マスター	2 3 1
ア 基本テーブル	2 3 1
イ 基本・通則加算対応テーブル	2 3 3
ウ 基本・基本加算対応テーブル	2 3 4
エ 基本・注加算対応テーブル	2 3 5
オ 手技・材料加算対応テーブル	2 3 6
カ 算定回数限度テーブル	2 3 7
キ きざみテーブル	2 3 8
ク 年齢制限テーブル	2 3 9
ケ 併算定背反テーブル	2 4 0
コ 実日数関連テーブル	2 4 1
調剤行為マスター	2 4 2
訪問看護療養費マスター	2 4 4
ア 基本テーブル	2 4 4
イ 基本・基本加算対応テーブル	2 4 6
ウ 算定回数限度テーブル	2 4 7
エ 併算定背反テーブル	2 4 8
オ 施設基準テーブル	2 4 9

1 マスターファイル体系

(1) マスターファイルの種類と収載内容

レセプト電算処理システムで使用するマスターファイルの種類と収載内容は、次のとおりである。

項番	マスターファイル名	コード桁数	収 載 内 容
1	傷病名マスター	数字7桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る傷病名コード及び傷病名コードを補足する情報を収載する。
2	修飾語マスター	数字4桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る修飾語コード及び修飾語コードを補足する情報を収載する。
3	歯式マスター	英数6桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る歯式コード及び歯式コードを補足する情報を収載する。
4	医薬品マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る医薬品コード及び医薬品コードを補足する情報を収載する。
5	特定器材マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る特定器材コード及び特定器材コードを補足する情報を収載する。
6	コメントマスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係るコメントコード及びコメントコードを補足する情報を収載する。
7	医科診療行為マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る診療行為コード及び診療行為コードを補足する情報を収載する。
8	歯科診療行為マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る歯科診療行為コード及び歯科診療行為コードを補足する情報を収載する。
9	調剤行為マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンライン又は光ディスク等による請求に係る調剤行為コード及び調剤行為コードを補足する情報を収載する。
10	訪問看護療養費マスター	数字9桁	厚生労働大臣が定めるオンラインによる請求に係る訪問看護療養費コード及び訪問看護療養費コードを補足する情報を収載する。

(2) 収載項目の例外事項

下表に掲げる例外項目は、コード収載先マスターファイルに収載する。

項番	例外項目	コード収載先 マスターファイル
1	「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法（平成17年厚生労働省告示第365号）」（以下「医療観察診療報酬点数表」という。）に規定する診療行為	医科診療行為マスター 訪問看護療養費マスター
2	「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）」（以下「診断群分類（DPC）点数表」という。）に規定する別に厚生労働大臣が定める病院において加算又は減算対象の診療行為	医科診療行為マスター
3	検体検査の検体名	

項番	例外項目	コード収載先 マスターファイル
4	「保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第496号)」に規定する診療行為	医科診療行為マスター、 歯科診療行為マスター
5	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法(平成18年厚生労働省告示第104号)」に規定する入院基本料等を減点する診療行為(以下「標欠・超過」という。)	
6	「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)」に規定する入院時食事療養費及び入院時生活療養費(以下「食事療養費及び生活療養費」という。)	医科診療行為マスター、 歯科診療行為マスター、 特定器材マスター
7	「健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額(平成8年厚生省告示第203号)」に規定する食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額(以下「標準負担額」という。)	
8	「酸素及び窒素の価格(平成2年厚生省告示第41号)」に基づく酸素及び窒素(以下単に「酸素」又は「窒素」という。)	

(3) 使用方法が特殊なコード

診療報酬請求における記載事項や点数計算等を的確に行うため、使用方法が特殊なコードは、次のとおりである。

項番	コード名称等	マスター 種別	内 容
1	** 未コード化傷病名 **	傷病名	傷病名マスターに収載していない傷病名を記録するためのコードである。 電子レセプトに、当該傷病名コードと併せて傷病名を文字列で記録する。
2	薬剤料減点 (合算薬剤料上限超)	医薬品	特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が、別に厚生労働大臣が定める上限の点数を超える場合、上限点数を超えた点数を減点するためのコードである。
3	薬剤料減点 (湿布薬剤料上限超)	医薬品	入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合に、超過分に係る薬剤料を減点するためのコードである。
4	薬剤料通減(90/100) (内服薬)	医薬品	1処方につき7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。)を行った場合に、所定点数を90/100に相当する点数に通減するためのコードである。電子レセプトに所定点数の10/100に相当する点数を記録する。
5	薬剤料通減(80/100) (向精神薬多剤投与)	医薬品	1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬をやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合に、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ病及び抗精神病薬に係る薬剤料を所定点数の80/100に相当する点数に通減するためのコードである。電子レセプトに所定点数の20/100に相当する点数を記録する。

項番	コード名称等	マスター種別	内 容
6	薬剤料通減（４０／１００） （紹介率が低い大病院３０日以上投薬）	医薬品	紹介率及び逆紹介率の低い大病院において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が３０日以上 の投薬を行った場合に、所定点数の４０／１００に相当する点 に通減するためのコードである。電子レセプトに所定点数の６ ０／１００に相当する点数を記録する。
7	薬評（内用薬） 薬評（注射薬） 薬評（外用薬）	医薬品	「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療 養（平成１８年厚生労働省告示第４９５号）」第１条第４号又 は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合に、調剤レセプト に当該医薬品と他の医薬品を区分して記録するためのコードで ある。
8	フィルム料（乳幼児）加算	特定器材	６歳未満の乳幼児に対して胸部又は腹部単純撮影を行った場 合、フィルムの材料単価に、１．１を乗じるためのコードであ る。
9	酸素補正率１．３（１気圧）	特定器材	当該年度の酸素の価格（前年の購入単価）に、酸素補正率 （１．３）を乗じるためのコードである。
10	高気圧酸素加算	特定器材	高気圧酸素治療を行った場合、酸素補正率（１．３）に気圧 数を乗じるために、気圧数を記録するコードである。
11	高線量率イリジウム及びコバル ト	特定器材	高線量率イリジウムは購入価格の１／５０の点数、コバルト は購入価格の１／１，０００の点数にするためのコードであ る。
12	眼科学的検査用フィルム	特定器材	眼科学的検査で使用したフィルムの費用を電子レセプトに記 録するコードである。
13	眼科学的検査用インスタントフ ィルム	特定器材	眼科学的検査で使用したインスタントフィルムの費用を電子 レセプトに記録するコードである。 １回当たりの上限点数を設定しており、「単価」×「使用 量」から計算した１回当たりの点数が上限点数を超過した場 合、上限点数に置換するコードである。
14	検査等で使用したガスの費用	特定器材	呼吸循環機能検査等で使用したガス（ＣＯ、ＣＯ ₂ 、Ｈｅ 等）の費用を電子レセプトに記録するコードである。
15	現像料	特定器材	眼科学的検査で使用した現像の費用及び内視鏡検査で写真診 断を行った場合の現像料を電子レセプトに記録するコードであ る。
16	送料	特定器材	内視鏡検査で写真診断を行った場合の送料を電子レセプトに 記録するコードである。
17	動物使用検査で使用した動物の 費用	特定器材	動物使用検査で使用した動物の費用を電子レセプトに記録す るコードである。
18	（薬評）	コメント	「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療 養（平成１８年厚生労働省告示第４９５号）」第１条第４号又 は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合に、電子レセプト に当該医薬品と他の医薬品を区分して記録するためのコードで ある。
19	（器評）	コメント	「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療 養（平成１８年厚生労働省告示第４９５号）」第１条第５号に 規定する医療機器を使用又は支給した場合に、電子レセプトに 当該医療機器を他の特定保険医療材料と区分して記録するた めのコードである。

項番	コード名称等	マスター 種別	内 容
20	(加評)	コメント	「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）」第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合に、電子レセプトに当該再生医療等製品を他の再生医療等製品と区分して記録するためのコードである。
21	(検選) (リハ選) (精選)	コメント	「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」に規定する回数を超えて行った診療であって、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等（平成18年厚生労働省告示第498号）」の第7号の5に規定する診療報酬の請求である場合に、電子レセプトに記録するためのコードである。
22	検体検査の検体名	医科診療 行為	検体検査に検体名を組み合わせるためのコードである。 診療行為マスターに収載する検体を表すコードは「別紙7-9」のとおりである。
23	手術前医学管理料による2枚以上撮影	医科診療 行為	手術前医学管理料に含まれる写真診断及び撮影と同時に、2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合の第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影のコードである。
24	短期滞在手術等基本料による2枚以上撮影	医科診療 行為	短期滞在手術等基本料1に含まれる写真診断及び撮影と同時に、2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合の第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影のコードである。
25	%加算の注加算、通則加算	医科・ 歯科診療 行為	「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」の「別表第1 医科診療報酬点数表」（以下「医科点数表」という。）及び「厚生労働省関連通知」（以下「医科点数表等」という。）又は同「別表第2 歯科診療報酬点数表」（以下「歯科点数表」という。）及び「厚生労働省関連通知」（以下「歯科点数表等」という。）に「所定点数の〇〇／100に相当する点数を加算して算定する。」と規定する診療行為の所定点数を、百分率（〇〇／100）で加算するためのコードである。電子レセプトに、診療行為コードと当該コードを組み合わせるためのコードである。
26	診療行為の通減	医科・ 歯科診療 行為	医科点数表等又は歯科点数表等に「所定点数の〇〇／100に相当する点数により算定する。」と規定する診療行為の所定点数を、百分率（〇〇／100）で通減するためのコードである。 電子レセプトに、診療行為コードと当該コードを組み合わせるためのコードである。
27	治験分控除後包括点数	医科・ 歯科診療 行為	「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）」第1条第2号、第1条の第3号又は第1条の第3号の2に規定する治験（以下「治験」という。）において、特定入院料等の点数から保険請求できない診療行為等の所定点数を差し引いた後の点数を記録するためのコードである。 保険請求できない診療行為等の内訳は、コメントコードで記録する。

項番	コード名称等	マスター 種別	内 容
28	包括点数の治験減点分	医薬品・ 医科・ 歯科診療 行為	治験において、特定入院料等の包括点数から保険請求できない診療行為等の1か月分の総点数を減点するためのコードである。 保険請求できない診療行為等の内訳は、コメントコードで記録する。
29	公害補償法控除後包括点数	医科・ 歯科診療 行為	「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく療養の給付と公害健康被害の補償等に関する法律に基づく療養の給付との調整について（平成10年3月31日老健第70号・保険発第51号）」に基づき、特定入院料等の包括点数から保険請求できない診療行為等の所定点数を差し引いた後の点数を記録するためのコードである。 保険請求できない診療行為等の内訳は、コメントコードで記録する。
30	包括点数の公害補償法減点分	医科・ 歯科診療 行為	「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく療養の給付と公害健康被害の補償等に関する法律に基づく療養の給付との調整について（平成10年3月31日老健第70号・保険発第51号）」に基づき、特定入院料等の包括点数から保険請求できない診療行為等の1か月分の総点数を減点するためのコードである。 保険請求できない診療行為等の内訳はコメントコードで記録する。
31	同一部位同時画像診断	歯科診療 行為	同一部位に同時撮影を行った場合、1枚目の写真診断及び撮影の点数を減点するためのコードである。
32	単純撮影（その他の場合）による全顎撮影	歯科診療 行為	単純撮影（その他の場合）により上下顎の全顎撮影を行った場合、1枚目及び2枚目を所定点数、3枚目及び4枚目を50/100の点数で算定するためのコードである。
33	画像診断を包括する診療行為による2枚以上の画像診断	歯科診療 行為	手術前医学管理料等、写真診断及び撮影を含む診療行為と同時に、2枚以上のフィルムを使用して同一の方法によりの撮影を行った場合の第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影のコードである。
34	%減算	調剤行為	「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」の「別表第3 調剤報酬点数表」（以下「調剤点数表」という。）及び「厚生労働省関係通知」（以下「調剤点数表等」という。）に「所定点数の〇〇/100に相当する点数により算定する。」と規定する調剤行為の所定点数を、百分率（〇〇/100）で減算するためのコードである。電子レセプトに、調剤行為コードと当該コードを組み合わせで記録する。
35	%加算	訪問看護 療養費	「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」の「別表」に「所定額の〇〇/100に相当する額を加算する。」と規定する訪問看護療養費の額を、百分率（〇〇/100）で減算するためのコードである。電子レセプトに、訪問看護療養費コードと当該コードを組み合わせで記録する。

2 マスターファイルの形式

- (1) 項目間の区切り文字は「,」（カンマ）とする。
- (2) 各項目の値は、モード（「数字」、「英数」及び「漢字」）に関わらず、引用符「"」（ダブルクォーテーション）を前後に付す。
- (3) 最大バイトは引用符「"」を除いたバイト数であり、小数部がある値は、小数点及び小数以降の数字を含む。
- (4) 0バイトの文字列（Null）の場合は、引用符「"」を続けて記録する。

3 マスターファイルのレコード情報表記仕様

傷病名マスターに収載する傷病名等の表記に関する事項は、「別紙1－1」のとおりである。

(1) 傷病名マスター（旧傷病名管理ファイル※注1）

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注2	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 「9：廃止」は、当該コードが旧傷病名管理ファイルに移行したことを表す。
2	マスター種別	英数	1	固定		「B」を設定する。 (傷病名マスターであることを表す。)
3	傷病名コード	数字	7	固定	○	傷病名ごとに重複しない番号を設定する。 「ICD10対応標準病名マスター」における「病名基本テーブル」の「レセ電算コード」項目と同一内容である。
4	移行先コード	数字	7	固定		傷病名コードの廃止に伴い、傷病名コードの移行先がある場合に、移行先の傷病名コードを表す。 傷病名コードの廃止に伴う異動情報の取扱い「別紙1－2」のとおりである。
傷病名称						
5	傷病名基本名称桁数	数字	2	可変		項番6「傷病名基本名称」の文字数を表す。
6	傷病名基本名称	漢字	60	可変	○	漢字：30文字 「ICD10対応標準病名マスター」における「病名基本テーブル」の「病名表記」項目と同一内容である。
7	傷病名省略名称桁数	数字	2	可変		項番8「傷病名省略名称」の文字数を表す。
8	傷病名省略名称※注3	漢字	40	可変	○	漢字：20文字 傷病名基本名称のうち20文字を超える傷病名を、省略して表記する。 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
9	傷病名カナ名称桁数	数字	2	可変		項番10「傷病名カナ名称」の文字数を表す。
10	傷病名カナ名称	英数 カナ	100	可変	○	全角英数カナ：50文字 項番6「傷病名基本名称」のカナ名称を表す。 「ICD10対応標準病名マスター」における「病名基本テーブル」の「病名表記カナ」項目と同一内容である。

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注2	内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式		
1 1	病名管理番号	数字	8	固定	○	「ICD10対応標準病名マスター」の「病名基本テーブル」の収載項目と同一内容である。
1 2	採択区分	数字	1	固定	○	
1 3	病名交換用コード	英数	4	固定	○	
1 4	予備	英数	5	可変		未使用：省略
1 5	予備	英数	5	可変		未使用：省略
1 6	ICD-10-1 (2013) ※注4	英数	5	可変	○	基礎疾患のICD-10(2013)分類番号を表す。 「ICD10対応標準病名マスター」における「病名基本テーブル」の「ICD10-2013」項目と同一内容である。
1 7	ICD-10-2 (2013) ※注4	英数	5	可変	○	症状発現のICD-10(2013)分類番号を表す。 「ICD10対応標準病名マスター」における「病名基本テーブル」の「ICD10-2013複数分類コード」項目と同一内容である。
1 8	予備	英数	5	可変		未使用：省略
1 9	単独使用禁止区分	数字	2	固定	○	当該傷病名を単独で記録することを禁止する傷病名であることを表す。 00：部位等修飾語との組み合わせが必須の傷病名以外 01：部位等修飾語との組み合わせが必須の傷病名
2 0	保険請求外区分	数字	1	固定	○	保険請求の対象外となる傷病名であることを表す。 0：保険請求対象外の傷病名以外 1：保険請求対象外の傷病名
2 1	特定疾患等対象区分	数字	2	固定		特定疾患療養管理料等の算定対象となる傷病名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（Ⅰ）算定対象 04：皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）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

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注2	内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式		
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。 なお、収載年月日は、「20020601（平成14年6月1日）」以降に収載した傷病名に設定している。
23	変更年月日	数字	8	固定		当該傷病名の情報に変更等が生じた場合、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※注5	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、廃止した傷病名コード以外は「99999999」を設定する。
25	傷病名基本名称 (変更情報)	数字	1	固定		該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
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	予備	数字	1	固定		未使用：「0」を設定する。
31	予備	数字	1	固定		
32	歯科傷病名省略名称 (変更情報)	数字	1	固定		該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
33	難病外来対象区分 (変更情報)	数字	1	固定		
34	歯科特定疾患対象区分 (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	特定疾患等対象区分 (変更情報)	数字	1	固定		
38	移行先病名管理番号	数字	8	固定	○	廃止した傷病名に移行先の傷病名がある場合、移行先の病名管理番号を表す。
39	歯科傷病名省略名称 ※注6	漢字	40	可変	○	歯科レセプトに使用できる歯科領域の傷病名の略称を表す。 「標準歯科病名マスター」における「歯科病名基本テーブル」の「レセプト表記略称名」項目と同一内容である。
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

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注2	内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式		
4 2	歯科傷病名省略名称桁数	数字	2	可変		項番39「歯科傷病名省略名称」の文字数を表す。
4 3	難病外来対象区分	数字	2	固定		難病外来指導管理料の算定対象となる傷病名か否かを表す。 00：算定対象外 09：難病外来指導管理料算定対象
4 4	歯科特定疾患対象区分	数字	2	固定		歯科特定疾患療養管理料の算定対象となる傷病名か否かを表す。 00：算定対象外 10：歯科特定疾患療養管理料算定対象
4 5	ICD-10-1 (2013) (変更情報)	数字	1	固定		該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
4 6	ICD-10-2 (2013) (変更情報)	数字	1	固定		該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり

注1 傷病名マスターと旧傷病名管理ファイルの仕様は同一である。

注2 「共通区分」欄は、一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）が提供する「ICD10対応標準病名マスター」の「病名基本テーブル」又は「標準歯科病名マスター」の「歯科病名基本テーブル」の収載項目と同一内容に「○」を付している。

注3 項番8の「傷病名省略名称」は、「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様」（以下「記録条件仕様」という。）の「傷病名（SY）レコード」に掲げる「傷病名称」項目の「モード（漢字）」及び「最大バイト数（40バイト）」に基づき、20文字を超える傷病名基本名称を20文字以内の表記に省略して設定する。

注4 項番16「ICD-10-1（2013）」には基礎疾患のICD-10分類番号を、項番17「ICD-10-2（2013）」には症状発現のICD-10分類番号を設定する。

(例) 糖尿病性白内障

「ICD-10-1（2013）」には糖尿病のICD-10分類番号「E143」を、「ICD-10-2（2013）」には白内障のICD-10分類番号「H280」を設定する。

注5 項番24「廃止年月日」項目に使用期限を記録した傷病名コードは、旧傷病名管理ファイルに収載する。

注6 項番39の「歯科傷病名省略名称」は、歯科レセプトに使用が認められている「歯科診療における傷病名」の略称又は項番8の「傷病名省略名称」を設定する。

注7 レセプトに使用する傷病名は、下表を参考に利用者の任意で選択する。

点数表	傷病名基本名称	傷病名省略名称	歯科傷病名省略名称
医科（D P C）	○	○	×
歯 科	○	○	○

※ ○は使用可、×は使用不可を表す。

(2) 修飾語マスター

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注1	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 「9：廃止」は、当該コードが旧修飾語管理ファイルに移行したことを表す。
2	マスター種別	英数	1	固定		「Z」を設定する。 (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	○	修飾語ごとに重複しない番号を設定する。 0001～7999：傷病名の接頭語に使用 (0001～1000は現在なし) 8000～8999：傷病名の接尾語に使用 9000～9999：歯科部位コード (現在なし) 「ICD10対応標準病名マスター」における「修飾語テーブル」の「レセ電算修飾語コード」項目と同一内容である。
4	予備	数字	1	可変		未使用：省略
5	予備	数字	3	可変		未使用：省略
6	修飾語名称桁数	数字	2	可変		項番7「修飾語名称」の文字数を表す。
7	修飾語名称	漢字	40	可変	○	漢字：20文字 「ICD10対応標準病名マスター」における「修飾語テーブル」の「修飾語表記」項目と同一内容である。
8	予備	英数	24	可変		未使用：省略
9	修飾語カナ名称桁数	数字	2	可変		項番10「修飾語カナ名称」の文字数を表す。
10	修飾語カナ名称	英数 カナ	60	可変	○	全角英数カナ：30文字 項番7「修飾語名称」のカナ名称を表す。 「ICD10対応標準病名マスター」における「修飾語テーブル」の「修飾語表記カナ」項目と同一内容である。
11	予備	数字	1	固定		未使用：省略

項番	項 目 名	形 式			共通 区分 ※注1	内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式		
1 2	修飾語名称 (変更情報)	数字	1	固定		該当項目の変更有無を表す。
1 3	修飾語カナ名称 (変更情報)	数字	1	固定		0 : 当該項目の内容に変更なし 1 : 当該項目の内容に変更あり
1 4	収載年月日	数字	8	固定		当該修飾語を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。 なお、収載年月日は、平成15年4月1日（西暦2003年4月1日）以降に収載した修飾語に設定している。
1 5	変更年月日	数字	8	固定		当該修飾語の情報に変更等が生じた場合、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。
1 6	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、廃止した修飾語コード以外は「99999999」を設定する。
1 7	修飾語管理番号	数字	8	固定	○	「ICD10対応標準病名マスター」の「修飾語テーブル」の収載項目と同一内容である。
1 8	修飾語交換用コード	英数	9	可変	○	
1 9	修飾語区分	英数	8	可変	○	項番7「修飾語名称」を次の区分により、先頭2桁目で分類する。 * 1 * * * * * : 部位（頭部、頸部等） * 2 * * * * * : 位置（左、右等） * 3 * * * * * : 病因（外傷性、感染症等） * 4 * * * * * : 経過表現（急性、慢性等） * 5 * * * * * : 状態表現（悪性、良性等） * 6 * * * * * : 患者帰属（胎児、老人性等） * 7 * * * * * : その他（高度、生理的等） * 8 * * * * * : 接尾語 * 9 * * * * * : 歯科用（未収録）

注1 「共通区分」欄は、一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）が提供する「ICD10対応標準病名マスター」の「修飾語テーブル」の収載項目と同一内容に「○」を付している。

注2 修飾語コードの新設等に伴う異動情報の取扱いは「別紙2」のとおりである。

(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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「F」を設定する。 (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、状態及び部分の組み合わせによる歯式ごとに重複しない番号を設定する。
	歯種		(4)		歯の種別を表す。 歯種コードは、「別紙3-1」のとおりである。
	状態		(1)		歯の状態を表す。 状態コードは、「別紙3-2」のとおりである。
	部分		(1)		歯の部分を表す。 部分コードは、「別紙3-2」のとおりである。
4	予備	数字	3	可変	未使用：省略
5	歯式名称	漢字	100	可変	漢字：50文字
6	変更年月日	数字	8	固定	当該歯式の情報に変更等が生じた場合、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、廃止した歯式コード以外は「99999999」を設定する。

※ ① 複数の歯式コードの並び順は、右上遠心から右上近心、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。

② 乳歯又は過剰歯が同部位に永久歯と並存する場合は、前①に則り、2つの歯式コードを並べて記録する。

【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	0：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	0：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	0：部分指定なし	101430

5250001 + 101630 + 101520 + 101430

※ 5250001：欠損歯の傷病名コードである。

注1 「歯式コード(6桁)」は、「歯種(4桁)」、「状態(1桁)」及び「部分(1桁)」を組み合わせたコードで設定する。

なお、歯種コードは「別紙3-1」、状態コード及び部分コードは「別紙3-2」のとおりである。

注2 次の歯種コードは、歯式を表現するために設定したものではなく、口腔全体や上顎歯列等の口腔内のブロックを表現するために任意で記録するコードである。

状態コードが「0」、「1」及び「2」、部分コードが「0」の組み合わせの場合に限り記録を可能とする。

歯種コード	歯 種
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

(記録例)

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	
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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「Y」を設定する。 (医薬品マスターであることを表す。)
3	医薬品コード	数字	9	固定	
	区分		(1)		医薬品コードを表す「6」を設定する。
	番号		(8)		医薬品ごとに重複しない番号を設定する。
4 5 6 7	医薬品名・規格名				医薬品名と規格名を組み合わせた名称を設定する。
	漢字有効桁数	数字	2	可変	項番5「漢字名称」の文字数を表す。
	漢字名称	漢字	6 4	可変	漢字：3 2 文字 医薬品名と規格名を組み合わせた名称が3 2 文字を超える場合は、省略した名称を表す。
	カナ有効桁数	数字	2	可変	項番7「カナ名称」の文字数を表す。
	カナ名称	英数 カナ	2 0	可変	半角英数カナ：2 0 文字 項番5「漢字名称」のカナ名称を表す。
8 9 10	単位				単位コードは「別紙4－1」のとおりである。
	コード	数字	3	可変	単位が設定されていない場合は「0」を設定する。
	漢字有効桁数	数字	1	固定	項番10「漢字名称」の文字数を表す。 未使用の場合：「0」を設定する。
	漢字名称	漢字	1 2	可変	漢字：6 文字 未使用の場合：省略
11	新又は現金額				
	金額種別	数字	1	固定	項番12「新又は現金額」に設定した金額等の種別を表す。 1：金額 3：薬剤使用量省略（歯科に限る。） 7：減点 金額種別の詳細は「別紙4－2」のとおりである。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
1 2		新又は現金額	数字	1 3	可変	整数部「1 0桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。 なお、医薬品は所定単位の投与量から点数を計算するため、医薬品の規格単位を最小単位にした金額を設定する。
1 3		予備	数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
1 4		麻薬・毒薬・覚醒剤原料・向精神薬	数字	1	固定	麻薬、毒薬、覚醒剤原料又は向精神薬に係る対象医薬品であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の医薬品 1：麻薬 2：毒薬 3：覚醒剤原料 5：向精神薬
1 5		神経破壊剤	数字	1	固定	神経破壊剤に係る対象医薬品であるか否かを表す。 0：神経破壊剤以外 1：神経破壊剤
1 6		生物学的製剤	数字	1	固定	生物学的製剤加算に係る対象品目の医薬品であるか否かを表す。 0：生物学的製剤加算対象品目以外 1：生物学的製剤加算対象品目
1 7		後発品	数字	1	固定	医科点数表等に規定する加算等の算定対象となる後発医薬品であるか否かを表す。 0：後発医薬品以外 1：後発医薬品
1 8		予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 9		歯科特定薬剤	数字	1	固定	歯科特定薬剤に係る対象医薬品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
2 0		造影（補助）剤	数字	1	固定	造影剤又は造影補助剤に係る対象医薬品であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の医薬品 1：造影剤 2：造影補助剤
2 1		注射容量	数字	5	可変	当該医薬品が注射薬の場合（当分の間、2 0 m L以上の注射薬に限る。）、その容量（m L）を表す。 なお、輸血用血液製剤（解凍人赤血球液を除く。）は、輸血料の算定において、基準となる容量を設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大バイト	項目形式	
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：局方品で生物学的製剤基準医薬品 3：局方品で生薬 6：生物学的製剤基準医薬品 7：生薬 8：「1」から「7」以外の統一名収載医薬品
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、統一名収載医薬品（告示品）の医薬品コードを設定する。 なお、商品名医薬品でない場合は「0」を設定する。
24	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
25	予備	数字	13	可変	未使用：「0」を設定する。
26	漢字名称変更区分	数字	1	固定	該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
27	カナ名称変更区分	数字	1	固定	
28	剤形	数字	1	固定	当該医薬品の剤形を表す。 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
30	変更年月日	数字	8	固定	当該医薬品の情報に変更等が生じた場合、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、廃止した医薬品コード以外は「99999999」を設定する。
32	薬価基準収載医薬品コード	英数	12	可変	当該医薬品の薬価基準収載医薬品コードを表す。 なお、当該医薬品が商品名医薬品（非告示品）の場合、該当する統一名収載品（告示品）の薬価基準収載医薬品コードを設定する。
33	公表順序番号	数字	9	可変	薬価基準に収載する当該医薬品の順番を設定する。 なお、薬価基準改定後に新設された医薬品は「0」を設定する。
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、経過措置期限又は使用期限がない医薬品は「0」を

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					設定する。
35	基本漢字名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 当該医薬品の「品名」を表す。
36	薬価基準収載年月日	数字	8	可変	2023年3月以降に薬価基準に収載された告示品目について、適用となる日付を西暦「4桁」、月「2桁」及び日「2桁」の8桁で表す。 なお、上記以外の医薬品は「0」を設定する。
37	一般名コード	英数	12	可変	一般名処方マスタの「一般名コード」を表す。 なお、一般名処方マスタにない医薬品は省略する。
38	一般名処方の標準的な記載	漢字	200	可変	漢字：100文字 一般名処方マスタの「一般名処方の標準的な記載」を表す。 なお、一般名処方マスタにない医薬品は省略する。
39	一般名処方加算対象区分	英数	1	固定	一般名処方マスタの「一般名処方加算対象」を表す。 0：一般名処方マスタにない医薬品 1：一般名処方マスタに「加算1」と示された医薬品 2：一般名処方マスタに「加算1、2」と示された医薬品
40	抗HIV薬区分	英数	1	固定	抗HIV薬であるか否かを表す。 0：「1」以外の医薬品 1：抗HIV薬
41	長期収載品関連	数字	9	可変	項番42が「2：対象医薬品（患者希望）」の場合、項番42が「1：対象医薬品（医療上必要があると認める場合等）」である同医薬品の医薬品コードを設定する。 なお、上記以外の医薬品は「0」を設定する。
42	選定療養区分	数字	1	固定	長期収載品の選定療養に係る対象医薬品であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の医薬品 1：対象医薬品（医療上必要があると認める場合等） 2：対象医薬品（患者希望）

(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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「T」を設定する。 (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		(1)		特定器材コードを表す「7」を設定する。
	番号		(8)		特定器材ごとに重複しない番号を設定する。 なお、先頭8から始まるコード（「8*****」）は労災レセプト電算処理マスター専用のコードである。
4 5 6 7	特定器材名・規格名				特定器材名と規格名を組み合わせ名称等を設定する。
	漢字有効桁数	数字	2	可変	項番5「漢字名称」の文字数を表す。
	漢字名称	漢字	6 4	可変	漢字：3 2 文字 特定器材名と規格名を組み合わせ名称が3 2 文字を超える場合は、省略した名称を表す。
	カナ有効桁数	数字	2	可変	項番7「カナ名称」の文字数を表す。
	カナ名称	英数 カナ	2 0	可変	半角英数カナ：2 0 文字 項番5「漢字名称」のカナ名称を表す。
8 9 10 11	単位				単位コードは「別紙4－1」のとおりである。
	コード	数字	3	可変	単位を設定していない場合は「0」を設定する。
	漢字有効桁数	数字	1	固定	項番10「漢字名称」の文字数を表す。 未使用の場合：「0」を設定する。
	漢字名称	漢字	1 2	可変	漢字：6 文字 未使用の場合：省略
11	新又は現金額				
	金額種別	数字	1	固定	項番12「新又は現金額」に設定した金額等の種別を表す。 1：金額（整数部10桁、小数部2桁） 2：購入価格 5：%加算 9：乗算割合 金額種別の詳細は「別紙5－1」のとおりである。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
1 2		新又は現金額	数字	1 3	可変	整数部「1 0桁」、小数点「1桁」、小数部「2桁」の組み合わせで設定する。
1 3	予備		数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 4	年齢加算区分		数字	1	固定	当該特定器材が年齢加算（胸部又は腹部単純撮影の乳幼児加算及びフィルム料）の加算対象であるか否かを表す。 0：年齢加算に関係のない特定器材 1：年齢加算自体又は年齢加算を算定可能な特定器材
1 5	上下限年齢					
		下限年齢	英数	2	固定	当該特定器材を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「0 0」を設定する。
1 6		上限年齢	英数	2	固定	当該特定器材を算定可能な年齢の「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「0 0」を、新生児に限り算定可能な場合は「AA」を設定する。
1 7	予備		数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 8	予備		数字	1 3	可変	未使用：「0」を設定する。
1 9	漢字名称変更区分		数字	1	固定	該当項目の変更有無を表す。 0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
2 0	カナ名称変更区分		数字	1	固定	
2 1	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：「1」から「9」以外の特定器材 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
2 2	特定器材種別		数字	1	固定	点数算定方法の種別を表す。 0：$\begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \\ \hline 10\text{円} \end{array}$により算定する特定器材 2：$\begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{購入価格} \\ \updownarrow \end{array}$により算定する特定器材

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					10円 (酸素、窒素) 3 : $\begin{array}{c} \uparrow \\ \text{購入価格} \\ \downarrow \end{array} \frac{\quad}{50円} \begin{array}{c} \uparrow \\ \downarrow \end{array}$ により算定する特定器材 (高線量率イリジウム) 4 : $\begin{array}{c} \uparrow \\ \text{購入価格} \\ \downarrow \end{array} \frac{\quad}{1,000円} \begin{array}{c} \uparrow \\ \downarrow \end{array}$ により算定する特定器材 (コバルト) $\updownarrow$: 四捨五入
23	上限価格	数字	1	固定	酸素に係る上限価格の有無を表す。 0 : 上限価格の設定なし 1 : 上限価格の設定あり
24	上限点数	数字	7	可変	算定可能な特定器材（眼科学的検査用インスタントフィルム）の上限点数を表す。 なお、上限点数に制限がない場合は「0」を設定する。
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	材料価格基準に記載する順番を設定する。 なお、先頭「1桁目」が「3」は、材料価格基準の別表ⅣからⅦに掲げる特定保険医療材料（歯科）、「4」は、材料価格基準の別表Ⅷに掲げる特定保険医療材料（調剤）、それ以外は特定保険医療材料（医科）、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	特定器材コードの廃止又は新設に伴い、コードの移行先がある場合、移行先の特定器材コードを表す。 なお、コードの移行先がない場合は「0」を設定する。
28	変更年月日	数字	8	固定	当該特定器材の情報に変更等が生じた場合、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、経過措置期限がない特定器材は「00000000」を設定する。
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、廃止した特定器材コード以外は「99999999」を設定する。
31	告示番号				材料価格基準の別表及び区分の番号を付番する。 なお、材料価格基準に規定がない特定器材（酸素等）は「0」を設定する。
	別表番号	数字	2	可変	別表番号の詳細は「別紙5-2」のとおりである。
	区分番号	数字	3	可変	材料価格基準の区分を設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
33	DPC適用区分	数字	1	固定	診断群分類（DPC）点数表に規定する点数に含まれる特定器材であるか否かを表す。 0：診断群分類（DPC）点数表に含まれる特定器材（包括評価対象） 1：DPCレセプトの出来高部分で算定可能な特定器材 なお、慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流で使用する特定器材以外は「0」を設定する。
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	漢字：150文字 材料価格基準等に収載する「名称」を表す。 基本漢字名称の設定基準は「別紙5-3」のとおりである。
38	再製造単回使用医療機器	数字	3	固定	再製造単回使用医療機器であるか否かを表す。 000：再製造単回使用医療機器以外 001：体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型） 002：体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型） 003：心腔内超音波プローブ（再製造・標準型） 004：心腔内超音波プローブ（再製造・磁気センサー付き）

(6) コメントマスター

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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「C」を設定する。 (コメントマスターであることを表す。)
3	区分	数字	1	固定	コメントコードを表す「8」を設定する。
4	パターン	数字	2	可変	当該コメントの電子レセプトへの使用方法を表す。 10：症状の説明等、任意の文字列情報を記録する。 20：定型のコメント文を設定する。 30：定型のコメント文に、一部の文字列情報を記録する。 31：定型のコメント文に一部の診療行為コード（医科）を記録する。 40：定型のコメント文に、一部の数字情報を記録する。 42：定型のコメント文に、一部の数字情報（数値として扱うものに限る。）を記録する。 50：定型のコメント文に、一部の年月日情報（和暦年月日）を記録する。 51：定型のコメント文に、一部の時刻情報（時間及び分を4桁）で記録する。 52：定型のコメント文に、一部の時間（分）情報（先頭を0埋めした5桁）を記録する。 53：定型のコメント文に、一部の日時情報（日、時間及び分を6桁）で記録する。 80：定型のコメント文に、一部の年月日情報（和暦年月日）及び一部の数字情報（数値として扱うもの（先頭を0埋めした8桁）に限る。）を記録する。 90：処置、手術及び画像診断等を行った部位を、修飾語（部位）コードを使用して記録する。 コメントパターンの説明と使用方法是「別紙6－1」のとおりである。
5	一連番号	数字	6	可変	パターンごとに重複しない番号を記録する。
6	コメント文				
	漢字有効桁数	数字	3	可変	項番7「漢字名称」の文字数を表す。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
7		漢字名称	漢字	300	可変	漢字：150文字
8		カナ有効桁数	数字	2	可変	項番8「カナ名称」の文字数を表す。
9		カナ名称	英数 カナ	20	可変	半角英数カナ：20文字 項番7「漢字名称」のカナ名称を表す。
10 ～ 17		レセプト編集情報 ①～④		16		コメントコードのパターンが「40」の場合に使用する。 先頭項目から使用し、最大4項目まで使用可能である。 コメントコードのパターンが「40」以外の場合は、すべて「0」を設定する。 レセプト編集情報の設定事例は「別紙6－2」のとおりである。
		カラム位置	数字	(2)	可変	記録した数字情報の編集位置を表す。
		桁数	数字	(2)	可変	カラム位置から編集する数字情報の文字数を表す。
18		予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
19		予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
20		選択式コメント識別	数字	1	固定	選択式コメントであるか否かを表す。 0：選択式以外のコメント 1：選択式コメント
21		変更年月日	数字	8	固定	当該コメント情報に変更等が生じた場合、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。
22		廃止年月日	数字	8	固定	当該コメント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、廃止したコメントコード以外は「99999999」を設定する。
23		コメントコード	数字	9	固定	コメントごとに重複しない番号を設定する。 なお、先頭「8」（固定）＋項番4「パターン」＋項番5「一連番号」（ゼロパディングした6桁）を組み合わせた番号となる。
24		公表順序番号	数字	9	可変	記載要領別表Ⅰを例にコメントの順序番号を設定する。
25		予備	数字	1	可変	未使用：省略
26		予備	数字	1	可変	未使用：省略
27		予備	数字	1	可変	未使用：省略
28		予備	数字	1	可変	未使用：省略
29		予備	数字	1	可変	未使用：省略
30		予備	数字	1	可変	未使用：省略

(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 2：復活 3：新規 5：変更 9：廃止 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「S」を設定する。 (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		(1)		診療行為コードを表す「1」を設定する。
	番号		(8)		診療行為ごとに重複しない番号を設定する。
4	診療行為省略名称				出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
	省略漢字有効桁数	数字	2	可変	項番5「省略漢字名称」の文字数を表す。
	省略漢字名称	漢字	6 4	可変	漢字：3 2文字
	省略カナ有効桁数	数字	2	可変	項番7「省略カナ名称」の文字数を表す。
	省略カナ名称	英数 カナ	2 0	可変	半角英数カナ：2 0文字 項番5「省略漢字名称」のカナ名称を表す。
8	データ規格コード	数字	3	可変	記録条件仕様に規定する診療行為レコードの「数量データ」欄に（以下、「数量データ」という。）記録が必要な診療行為の算定単位を表す。 数量データの記録が不要な診療行為は、「0」を設定する。 データ規格コードの単位コードは「別紙4－1」のとおりである。
9	データ規格名				データ規格コードの名称（単位）を設定する。 データ規格コードの名称は「別紙4－1」のとおりである。
	漢字有効桁数	数字	1	固定	項番10「漢字名称」の文字数を表す。 未使用の場合：「0」を設定する。
	漢字名称	漢字	1 2	可変	漢字：6文字 未使用の場合：省略

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 1	新又は現点数 点数識別	数字	1	固定	項番 1 2 「新又は現点数」に設定した点数等の種別を表す。 1 : 金額 3 : 点数 (プラス) 4 : 購入価格 (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 7 - 1」のとおりである。
1 2	新又は現点数	数字	1 0	可変	整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。
1 3	入外適用区分	数字	1	固定	当該診療行為を記録可能なレセプトの種別 (入院又は入院外) を表す。 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 入院レセプトに限り記録可能な診療行為 2 : 入院外レセプトに限り記録可能な診療行為
1 4	後期高齢者医療適用区分	数字	1	固定	当該診療行為の保険適用区分 (医療保険又は後期高齢者医療) を表す。 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 医療保険に限り適用される診療行為 2 : 後期高齢者医療に限り適用される診療行為
1 5	点数欄集計先識別 (入院外)	数字	3	可変	入院外レセプトの点数欄に集計する診療行為の集計先を表し、入院外レセプトに使用する診療行為以外は「0」を設定する。 点数欄集計先コードは「別紙 7 - 2」のとおりである。
1 6	包括対象検査	数字	2	可変	検査の項目数に応じて点数を算定する包括対象の診療行為であるか否かを表す。 0 : 「1」から「1 4」以外の診療行為 1 : 血液化学検査の包括項目 2 : 内分泌学的検査の包括項目 3 : 肝炎ウイルス関連検査の包括項目 5 : 腫瘍マーカーの包括項目 6 : 出血・凝固検査の包括項目 7 : 自己抗体検査の包括項目 8 : 内分泌負荷試験の包括項目 9 : 感染症免疫学的検査のうち、ウイルス抗体価 (定

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					性・半定量・定量) 10：感染症免疫学的検査のうち、グロブリンクラス別ウイルス抗体価 11：血漿蛋白免疫学的検査のうち、特異的 I g E 半定量・定量 13：悪性腫瘍遺伝子検査（処理が容易なもの） 14：悪性腫瘍遺伝子検査（処理が複雑なもの） 15：悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）（ROS1 融合遺伝子検査、ALK 融合遺伝子検査、RAS 遺伝子検査、BRAF 遺伝子検査、HER2 遺伝子検査（大腸癌に係るもの）、マイクロサテライト不安定性検査、EGFR 遺伝子検査（血漿）） 16：悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）（METex14 遺伝子検査、NTRK 融合遺伝子検査、HER2 遺伝子検査（肺癌に係るもの））
17	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
18	DPC適用区分	数字	1	固定	診断群分類（DPC）点数表に規定する点数に含まれる診療行為であるか否かを表す。 0：診断群分類（DPC）点数表に規定する点数に含まれる診療行為（包括評価対象） 1：DPCレセプトの出来高部分で算定可能な診療行為 2：DPC専用（特定機能病院が使用する診療行為） 3：DPC専用（「2」及び「4」以外の診療行為） 4：DPC専用（専門病院が使用する診療行為） 9：診断群分類（DPC）点数表の適用外となる診療行為（包括評価対象外）
19	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又は診療所であるか否か、また、DPC対象病院に適用されない診療行為かを表す。 0：「1」から「2」以外の診療行為 1：病院に限り適用される診療行為 2：診療所に限り適用される診療行為
20	画像等手術支援加算	英数	1	固定	画像等手術支援加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」から「7」以外の診療行為 1：ナビゲーションによる支援加算（2,000点）を算定可能な診療行為 2：実物大臓器立体モデルによる支援加算（ロ：イ以外・2,000点）を算定可能な診療行為 3：ナビゲーション又は実物大臓器立体モデルによる支援加算（ロ）（共に2,000点）を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	
					4：患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（2，000点）を算定可能な診療行為 5：ナビゲーション又は患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（共に2，000点）を算定可能な診療行為 6：実物大臓器立体モデル（ロ）又は患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（共に2，000点）を算定可能な診療行為 7：実物大臓器立体モデルによる支援加算（イ：複雑先天性心疾患の患者・18，000点）を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：「1」、「2」、「4」及び「7」以外の診療行為 1：ナビゲーションによる支援加算自体 2：実物大臓器立体モデルによる支援加算（ロ）自体 4：患者適合型手術支援ガイドによる支援加算自体 7：実物大臓器立体モデルによる支援加算（イ）自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
21	医療観察法対象区分	数字	1	固定	医療観察診療報酬点数表において算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「4」以外の診療行為 1：入院に限り出来高部分で算定可能な診療行為 2：入院外（通院）に限り出来高部分で算定可能な診療行為 3：入院及び入院外（通院）に出来高部分で算定可能な診療行為 4：医療観察診療報酬点数表に規定する診療行為
22	看護加算	数字	2	可変	看護加算に関する診療行為であるか否かを表す。 看護加算コードは「別紙7－3」のとおりである。
23	麻酔識別区分	数字	1	固定	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「9」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 6：神経ブロック併施加算（厚生労働大臣が定める患者） 7：臓器移植術加算・神経ブロック併施加算（イ以外）・非侵襲的血行動態モニタリング加算・術中脳灌流モニタリング加算

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					8：術中経食道心エコー連続監視加算 9：硬膜外麻酔併施加算
24	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
25	傷病名関連区分	数字	2	可変	傷病名を算定要件とする診療行為であるか否かを表す。 0：「3」から「9」以外の診療行為 3：皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ） 4：皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ） 5：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（処方箋料） 7：てんかん指導料 9：難病外来指導管理料
26	予備	数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
27	実日数	数字	1	固定	算定回数が診療実日数に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「4」以外の診療行為 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	項番27「実日数」を細分化する情報を、下表に基づき設定する。 設定条件と対象診療行為は「別紙7－4」のとおりである。

項番	実日数	日数・回数	対 象 診 療 行 為
1	0	0	当該診療行為の算定回数と実日数の確認を要しない診療行為
2	1	0	当該診療行為の算定回数が実日数以下である確認を要する診療行為
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

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
29	医薬品関連区分	数字	1	固定	医薬品の種類を算定要件とする診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「4」以外の診療行為 1：麻薬等加算、麻薬注射加算 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				
	きざみ値計算識別	数字	1	固定	きざみ値により算定する診療行為であるか否かを表す。 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 きざみ値による計算対象の診療行為は、原則、数量データの値により算定する点数が3段階以上あり、同一点数の数量データの範囲ときざみ値ごとに加算する点数が一定である診療行為を設定の対象とする。 なお、「1：きざみ値により算定する診療行為」を設定した診療行為のうち、一部の診療行為は、上記の基準を満たさない場合がある。
	下限値	数字	8	可変	数量データの下限値を表す。 下限値に制限がない場合は「0」を設定する。
	上限値	数字	8	可変	数量データの上限値を表す。 上限値に制限がない場合は「99999999」を設定する。
	きざみ値	数字	8	可変	項番34「きざみ点数」を適用する数量データの単位を表す。
	きざみ点数	数字	10	可変	整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。
35	上下限エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為の数量データが「下限値－きざみ値」以下又は「上限値」を超えた場合の処理を表す。 上下限エラー処理は、下表の区分により「0」から「3」の値を設定する。 上下限エラー処理の設定条件は「別紙7－5」のとおりである。
		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	点数算定せず

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					(返戻) (返戻)
	(下限値－きざみ値) < データ ≤ 下限値			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
	上限値 < データ			点数算定式 1 (警告)	点数算定式 2 (警告)
【点数算定式 1】 $\text{基本点数} = \text{基本点数} + \frac{\text{データ} - \text{下限値}}{\text{きざみ値}} \times \text{きざみ点数}$ 【点数算定式 2】 $\text{基本点数} = \text{基本点数} + \frac{\text{上限値} - \text{下限値}}{\text{きざみ値}} \times \text{きざみ点数}$ ↑↑ : 切上げ ↑↓ : 四捨五入					
3 6	上限回数	数字	3	可変	当該診療行為の算定可能な回数を表す。 算定回数に制限がない場合は「0」を設定する。
	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 : 上限回数を算定する。
注加算					
3 8	注加算コード	数字	4	可変	注加算が算定可能な診療行為（基本項目、合成項目及び準用項目）と注加算を関連付ける任意の同一番号を設定する。 項番 6 8 「告示等識別区分（1）」に「7 : 加算項目」を設定している診療行為のうち、注加算コードを設定せずに専用の項目を設定して算定可否を判定する診療行為は「別紙 7－6」のとおりである。
3 9	注加算通番	英数	1	固定	1つの診療行為に対して同時に算定が可能な注加算に、異なる番号を設定する。 注加算が算定可能な診療行為（基本項目、合成項目及び準用項目）に「0」を、注加算である診療行為に「1」から「9」及び「A」から「Z」（昇順、アルファベット順）を設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					注加算コードと注加算通番の関連は「別紙 7-7」のとおりである。
40	通則年齢	数字	1	固定	年齢に関する通則加算及び注加算（医科点数表区分番号 E002 に掲げる撮影の注 2 に限る。以下この項番において「年齢に関する注加算」という。）を算定可能な診療行為であるかを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：年齢に関する通則加算を算定できない診療行為 1：年齢に関する通則加算を算定可能な診療行為 2：年齢に関する注加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：年齢に関する通則加算以外の診療行為 1：年齢に関する通則加算自体 2：年齢に関する注加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番 68 「告示等識別区分（1）」を参照。
41	上下限年齢				
	下限年齢	英数	2	固定	当該診療行為を算定可能な年齢の下限値を表す。 算定可能な年齢 $\geq$ 下限年齢 下限年齢に制限がない場合は「00」を設定する。 数字 2 桁以外の設定値は、以下を用いる。 AA：生後 28 日 B3：3 歳に達した日の翌月の 1 日 B6：6 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 BK：20 歳に達した日の翌月の 1 日
42	上限年齢	英数	2	固定	当該診療行為を算定可能な年齢の「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」を設定する。 数字 2 桁以外の設定値は、以下を用いる。 AA：生後 28 日 AE：生後 90 日 B3：3 歳に達した日の翌月の 1 日 B6：6 歳に達した日の翌月の 1 日 MG：未就学児 BF：15 歳に達した日の翌月の 1 日 BK：20 歳に達した日の翌月の 1 日
43	時間加算区分	数字	1	固定	時間外加算等に関する診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：「1」から「7」以外の診療行為 1：時間外加算等を算定可能な診療行為（「合成項目」を

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					含む。) 2：休日加算自体 3：初診料の休日加算に係る診療行為 4：深夜加算自体 5：時間外特例加算自体 6：夜間・早朝加算自体 7：夜間加算自体 <加算項目、通則加算項目> 0：「1」から「9」以外の診療行為 1：時間外加算自体 2：休日加算自体 3：初診料の休日加算自体 4：深夜加算自体 5：時間外特例加算自体 6：夜間・早朝加算自体 7：夜間加算自体 8：時間外、深夜、時間外特例加算（手術又は1,000点以上の処置）（注加算又は通則加算）自体 9：休日加算（手術又は1,000点以上の処置）（注加算又は通則加算）自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
基準適合識別					
44	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、逡減した点数を算定する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」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、逡減した点数を算定する診療行為
45	対象施設基準	数字	4	可変	基準を満たさない場合、逡減した点数を算定する診療行為の算定要件が、施設基準に関するものであるか否かを表す。 施設基準コードは「別紙7－8」のとおりである。
46	処置乳幼児加算区分	数字	1	固定	処置乳幼児加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」から「5」以外の診療行為 1：3歳未満乳幼児加算（処置）（110点）を算定可能な診療行為 2：3歳未満乳幼児加算（処置）（55点）を算定可能な診療行為 3：6歳未満乳幼児加算（処置）（110点）を算定可能

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					な診療行為 4：6歳未満乳幼児加算（処置）（83点）を算定可能な診療行為 5：6歳未満乳幼児加算（処置）（55点）を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：「1」から「5」以外の診療行為 1：3歳未満乳幼児加算（処置）（110点） 自体 2：3歳未満乳幼児加算（処置）（55点） 自体 3：6歳未満乳幼児加算（処置）（110点） 自体 4：6歳未満乳幼児加算（処置）（83点） 自体 5：6歳未満乳幼児加算（処置）（55点） 自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
47	極低出生体重児加算区分	数字	1	固定	極低出生体重児加算（手術）（400%）又は新生児加算（手術）（300%）を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：「1」以外の診療行為 1：極低出生体重児加算（手術）（400%）又は新生児加算（手術）（300%）を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：「1」以外の診療行為 1：極低出生体重児加算（手術）（400%）又は新生児加算（手術）（300%） 自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
48	入院基本料等減算対象識別	数字	1	固定	入院基本料等減算の対象となる診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の診療行為 1：選定療養、他医療機関受診、標欠、定数超過及び外泊による減算の対象となる入院基本料 2：標欠及び定数超過による減算の対象となる入院期間加算 3：選定療養（15%減算）の減算コード 自体 4：他医療機関受診（5%、10%、15%、20%、35%又は40%減算）又は外泊（85%又は70%減算）の減算コード 自体 5：定数超過（10%又は20%減算）又は標欠（10%、15%、2%又は3%減算）の減算コード 自体

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
49	ドナー分集計区分	数字	1	固定	臓器提供者に要した費用を臓器受容者のレセプトに加算する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「6」以外の診療行為 1：生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算 2：造血幹細胞移植（提供者の療養上の費用）加算 3：生体皮膚移植（提供者の療養上の費用）加算 4：生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算 5：生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算 6：生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算
50	検査等実施判断区分	数字	1	固定	検査及び画像診断等の実施料又は判断料に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：検体検査実施料、生体検査実施料、核医学撮影料、コンピューター断層撮影料又は病理標本作製料に関する診療行為 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、病理診断料又は病理判断料に関する診療行為
51	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	検査及び画像診断等の判断料又は診断料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 0：「1」から「42」以外の診療行為 1：尿・糞便等検査 2：血液学的検査 3：生化学的検査（Ⅰ） 4：生化学的検査（Ⅱ） 5：免疫学的検査 6：微生物学的検査 8：基本的検体検査 11：呼吸機能検査 13：脳波検査 14：神経・筋検査（筋電図検査） 15：ラジオアイソトープ検査 16：眼科学的検査 17：遺伝子関連・染色体検査判断料 18：神経・筋検査（その他） 31：核医学診断（「E101-2」から「E101-5」） 32：核医学診断（「31：核医学診断」以外） 33：コンピューター断層診断 40：病理診断 ※ 41：病理診断（組織診断） 42：病理診断（細胞診断）

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					※ 「４０：病理診断」は、「４１：病理診断（組織診断）」及び「４２：病理診断（細胞診断）」を含む。
５２	逡減対象区分	数字	１	固定	算定回数によって逡減計算の対象となる診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> ０：逡減計算の対象とならない診療行為 １：逡減計算の対象となる診療行為 <加算項目、通則加算項目> ０：逡減コード以外の診療行為 １：逡減コード自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番６８「告示等識別区分（１）」を参照。
５３	脊髄誘発電位測定等加算区分	数字	１	固定	脊髄誘発電位測定等加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：脊髄誘発電位測定等加算（１ 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合）を算定可能な診療行為 ２：脊髄誘発電位測定等加算（２ 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合）を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：脊髄誘発電位測定等加算（１ 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合）自体 ２：脊髄誘発電位測定等加算（２ 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合）自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番６８「告示等識別区分（１）」を参照。
５４	頸部郭清術併施加算等区分	数字	１	固定	頸部郭清術併施加算等を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：頸部郭清術併施加算及び頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定可能な診療行為 ２：頸部郭清術併施加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：頸部郭清術併施加算自体

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					2：頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
55	自動縫合器加算区分	数字	1	固定	自動縫合器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：自動縫合器加算又は自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）を算定できない診療行為 1：自動縫合器加算を算定可能な診療行為 3：自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）を算定可能な診療行為 4：自動縫合器加算又は自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：自動縫合器加算又は自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）以外の診療行為 1：自動縫合器加算自体 3：自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
56	外来管理加算区分	数字	1	固定	外来管理加算を算定できない診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：外来管理加算を算定できない診療行為 2：外来管理加算自体 <加算項目、通則加算項目> 「0」を設定する。 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
57	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
58	予備	数字	10	可変	未使用：「0」を設定する。
59	漢字名称変更区分	数字	1	固定	当該項目の変更有無を表す。
60	カナ名称変更区分	数字	1	固定	0：当該項目の内容に変更なし 1：当該項目の内容に変更あり
61	検体検査コメント	数字	1	固定	検体検査の検体を補足する検体コメントであるか否かを表す。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					0：検体コメント以外の診療行為 1：検体コメント 検体検査コメントは、「別紙7－9」のとおりである。
6 2	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、所定点数の対象となる診療行為であるか否かを表す。 0：所定点数の対象となる診療行為 1：所定点数の対象とならない診療行為
6 3	包括通減区分	数字	3	可変	点数を通減する対象検査等のグループ区分を表す。 包括通減区分コードは、「別紙7－10」のとおりである。
6 4	超音波内視鏡検査加算区分	数字	1	固定	超音波内視鏡検査加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：超音波内視鏡検査加算を算定できない診療行為 1：超音波内視鏡検査加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：超音波内視鏡検査加算以外の診療行為 1：超音波内視鏡検査加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番6 8「告示等識別区分（1）」を参照。
6 5	予備	数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
6 6	点数欄集計先識別 (入院)	数字	3	可変	入院レセプトの点数欄に集計する診療行為の集計先を表し、入院レセプトに使用する診療行為以外は「0」を設定する。 点数欄集計先コードは「別紙7－2」のとおりである。
6 7	自動吻合器加算区分	数字	1	固定	自動吻合器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：自動吻合器加算（5，500点）を算定できない診療行為 2：自動吻合器加算（5，500点）を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：自動吻合器加算（5，500点）以外の診療行為 2：自動吻合器加算（5，500点）自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番6 8

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					「告示等識別区分（１）」を参照。
68	告示等識別区分（１）	数字	1	固定	診療行為コードを電子レセプトに記録する際の診療行為の取扱い（種別）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 9：通則加算項目 医科点数表等の規定と異なる設定をしている事例は「別紙 7-11」のとおりである。
69	告示等識別区分（２）	数字	1	固定	医科点数表等に規定する診療行為の取扱い（種別）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	地域加算に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の診療行為 1：1級地地域加算自体 2：2級地地域加算自体 3：3級地地域加算自体 4：4級地地域加算自体 5：5級地地域加算自体
71	病床数区分	数字	1	固定	病床数に関連する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「8」以外の診療行為 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） 7：許可病床（400床未満） 8：許可病床（400床以上）
72 ～ 81	施設基準①～⑩		40		施設基準を要する診療行為に、先頭から最大10項目まで施設基準コードを設定する。
	施設基準コード	数字	(4)	可変	施設基準を要する診療行為であるか否かを表す。 施設基準コードは「別紙 7-8」のとおりである。
82	超音波凝固切開装置等加	数字	1	固定	超音波凝固切開装置等加算を算定可能な診療行為であるか

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
	算区分				否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：超音波凝固切開装置等加算を算定できない診療行為 1：超音波凝固切開装置等加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：超音波凝固切開装置等加算以外の診療行為 1：超音波凝固切開装置等加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番 6 8「告示等識別区分（１）」を参照。
8 3	短期滞在手術	数字	1	固定	短期滞在手術等基本料 1 を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「3」以外の診療行為 1：短期滞在手術等基本料 1 3：短期滞在手術等基本料 1 を算定可能な診療行為（手術）
8 4	歯科適用区分	数字	1	固定	歯科診療において算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：歯科診療において算定できない診療行為 1：歯科診療において算定可能な診療行為
8 5	コード表用番号 （アルファベット部）	英数	1	可変	医科点数表の区分番号のアルファベット部を設定する。 なお、「医科点数表の第 3 章に掲げる介護老人保健施設入所者に係る診療料」、「医療観察診療報酬点数表に規定する診療行為」、「入院時食事療養及び入院時生活療養」及び「標準負担額」は「－」（ハイフン）を、医科点数表に区分番号の設定がない診療行為は「＊」を設定する。
8 6	告示・通知関連番号 （アルファベット部）	英数	1	可変	医科点数表に規定する診療行為を準用する診療行為の場合、準用元の項番 8 5「コード表用番号（アルファベット部）」を設定する。 準用項目以外の場合：未使用
8 7	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
8 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、廃止した診療行為コード以外は「9 9 9 9 9 9 9」を設定する。
8 9	公表順序番号	数字	9	可変	項番 9 0 から 9 4 の「コード表用番号」による順序番号を

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					設定する。
	コード表用番号（アルファベット部を除く）				医科点数表の章、部、区分番号（アルファベット部は除く。）及び項番に基づき設定する。 コード表用番号の設定は「別紙 7-12」のとおりである。
90	章	数字	1	固定	
91	部	数字	2	固定	
92	区分番号	数字	3	固定	
93	枝番	数字	2	固定	
94	項番	数字	3	固定	
	告示・通知関連番号 （アルファベット部を除く）				医科点数表に規定する診療行為を準用する場合、準用元の項番 90 から 94 の「コード表用番号（アルファベット部は除く。）」を設定する。 準用項目以外の場合：未使用
95	章	数字	1	固定	未使用の場合：「0」を設定する。
96	部	数字	2	固定	未使用の場合：「00」を設定する。
97	区分番号	数字	3	固定	未使用の場合：「000」を設定する。
98	枝番	数字	2	固定	未使用の場合：「00」を設定する。
99	項番	数字	2	固定	未使用の場合：「00」を設定する。
100 ～ 111	年齢加算①～④		52		当該診療行為に算定可能な年齢に関する注加算の診療行為コードを表し、最大4つまでの年齢範囲を設定する。 数字2桁以外の設定値は、以下を用いる。 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 BK：20歳に達した日の翌月の1日 例1：「140011110 胃洗浄」の場合 下限年齢①：「00」 上限年齢①：「03」 注加算診療行為コード①：「140049170：3歳未満乳幼児加算（処置）（110）」 例2：「160064510 心カテ（左心）」の場合 下限年齢①：「00」 上限年齢①：「AA」 注加算診療行為コード①：「160185970 新生児加算（心カテ）（左心）」 下限年齢②：「AA」 上限年齢②：「03」 注加算診療行為コード②：「160186070 乳幼児

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					加算（心カテ）（左心）（3歳未満）」
	下限年齢	英数	(2)	固定	当該診療行為に注加算の算定が可能な場合、記録された注加算診療行為コードの下限年齢を表す。 未使用の場合：「00」を設定する。
	上限年齢	英数	(2)	固定	当該診療行為に注加算の算定が可能な場合、記録された注加算診療行為コードの上限年齢を表す。 未使用の場合：「00」を設定する。
	注加算診療行為コード	数字	(9)	可変	年齢に関する注加算の診療行為コードを記録する。 未使用の場合：「0」を設定する。
112	予備	数字	9	可変	未使用の場合：「0」を設定する。
113	基本漢字名称	漢字	128	可変	漢字：64文字 医科点数表等に基づく診療行為の名称を設定する。
114	副鼻腔手術用内視鏡加算	英数	1	固定	副鼻腔手術用内視鏡加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：副鼻腔手術用内視鏡加算を算定できない診療行為 1：副鼻腔手術用内視鏡加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：副鼻腔手術用内視鏡加算以外の診療行為 1：副鼻腔手術用内視鏡加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
115	副鼻腔手術用骨軟部組織 切除機器加算	英数	1	固定	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算を算定できない診療行為 1：副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算以外の診療行為 1：副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
116	長時間麻酔管理加算	英数	1	固定	長時間麻酔管理加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モトバ	最大 バイト	項目 形式	
					<基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：長時間麻酔管理加算を算定可能な診療行為 2：L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超え、長時間麻酔管理加算を算定する場合に実施している必要がある手術 <加算項目、通則加算項目> 0：長時間麻酔管理加算以外の診療行為 1：長時間麻酔管理加算自体 ※ 「基本項目」及び「合成項目」等の種別は、項番68「告示等識別区分（1）」を参照。
117	点数表区分番号	英数	30	可変	「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名」（厚生労働省告示第95号）に収載されている区分番号等を設定する。 また、医科点数表「第2章 第10部 手術」に掲げる診療行為については、「別紙7-13」を例に設定する。 なお、当該区分番号において、診療報酬改定後に保険適用となる診療行為は設定の対象外とする。
118	モニタリング加算	英数	1	固定	非侵襲的血行動態モニタリング加算を算定可能な診療行為であるか否か又は術中脳灌流モニタリング加算自体を表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：非侵襲的血行動態モニタリング加算を算定可能な診療行為 2：非侵襲的血行動態モニタリング加算を算定する場合に実施している必要がある手術 <加算項目、通則加算項目> 0：「1」及び「3」以外の診療行為 1：非侵襲的血行動態モニタリング加算自体 3：術中脳灌流モニタリング加算自体
119	凍結保存同種組織加算	英数	1	固定	凍結保存同種組織加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：凍結保存同種組織加算を算定できない診療行為 1：凍結保存同種組織加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：凍結保存同種組織加算以外の診療行為 1：凍結保存同種組織加算自体
120	悪性腫瘍病理組織標本加算	英数	1	固定	悪性腫瘍病理組織標本加算の算定要件を満たす診療行為であるか否かを表す。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					<基本項目、合成項目、準用項目> 0 : 「1」以外の診療行為 1 : 悪性腫瘍病理組織標本加算を算定する場合に実施している必要がある診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0 : 悪性腫瘍病理組織標本加算以外の診療行為 1 : 悪性腫瘍病理組織標本加算自体
121	創外固定器加算	数字	1	固定	創外固定器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0 : 創外固定器加算を算定できない診療行為 1 : 創外固定器加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0 : 創外固定器加算以外の診療行為 1 : 創外固定器加算自体
122	超音波切削機器加算	数字	1	固定	超音波切削機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0 : 超音波切削機器加算を算定できない診療行為 1 : 超音波切削機器加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0 : 超音波切削機器加算以外の診療行為 1 : 超音波切削機器加算自体
123	左心耳閉鎖術併施区分	数字	1	固定	左心耳閉鎖術（開胸手術）を算定するにあたり、併せて実施する必要のある診療行為か否かを表す。 0 : 「1」から「4」以外の診療行為 1 : 左心耳閉鎖術（開胸手術）自体 2 : 左心耳閉鎖術（開胸手術）を算定するにあたり併せて実施する必要のある診療行為 3 : 左心耳閉鎖術（胸腔鏡下）自体 4 : 左心耳閉鎖術（胸腔鏡下）を算定するにあたり併せて実施する必要のある診療行為
124	外来感染対策向上加算等	英数	1	固定	外来感染対策向上加算等を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					1：外来感染対策向上加算等（医学管理料等）を算定可能な診療行為 2：外来感染対策向上加算等（在宅医療）を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：「1」から「A」以外の診療行為 1：外来感染対策向上加算（医学管理料等）自体 2：連携強化加算（医学管理料等）自体 3：サーベイランス強化加算（医学管理料等）自体 4：外来感染対策向上加算（在宅医療）自体 5：連携強化加算（在宅医療）自体 6：サーベイランス強化加算（在宅医療）自体 7：抗菌薬適正使用体制加算（医学管理料等）自体 8：抗菌薬適正使用体制加算（在宅医療）自体 9：発熱患者等対応加算（医学管理料等）自体 A：発熱患者等対応加算（在宅医療）自体
125	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算	数字	1	固定	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：耳鼻咽喉科乳幼児処置加算を算定できない診療行為 1：耳鼻咽喉科乳幼児処置加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：耳鼻咽喉科乳幼児処置加算以外の診療行為 1：耳鼻咽喉科乳幼児処置加算自体
126	耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	数字	1	固定	耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算を算定できない診療行為 1：耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算以外の診療行為 1：耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算自体
127	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	数字	1	固定	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算を算定できない診療

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					行為 1：切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算を算定可能な診療行為 2：切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算自体
128	看護職員処遇改善評価料等	英数	1	固定	看護職員処遇改善評価料又は入院ベースアップ評価料を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：看護職員処遇改善評価料等を算定可能な診療行為 2：看護職員処遇改善評価料等自体
129	外来・在宅ベースアップ評価料（1）	英数	1	固定	外来・在宅ベースアップ評価料（1）を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「8」以外の診療行為 1：外来・在宅ベースアップ評価料（1）1（初診時）を算定可能な診療行為 2：外来・在宅ベースアップ評価料（1）1（初診時）自体 3：外来・在宅ベースアップ評価料（1）2（再診時）を算定可能な診療行為 4：外来・在宅ベースアップ評価料（1）2（再診時）自体 5：外来・在宅ベースアップ評価料（1）3（訪問診療時）イを算定可能な診療行為 6：外来・在宅ベースアップ評価料（1）3（訪問診療時）イ自体 7：外来・在宅ベースアップ評価料（1）3（訪問診療時）ロを算定可能な診療行為 8：外来・在宅ベースアップ評価料（1）3（訪問診療時）ロ自体
130	外来・在宅ベースアップ評価料（2）	英数	1	固定	外来・在宅ベースアップ評価料（2）であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：外来・在宅ベースアップ評価料（2）（初診又は訪問診療）自体 2：外来・在宅ベースアップ評価料（2）（再診時）自体
131	再製造単回使用医療機器使用加算	数字	3	固定	再製造単回使用医療機器使用加算であるか否かを表す。 000：再製造単回使用医療機器使用加算以外 001：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型））自体 002：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型））自体 003：再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					プローブ（再製造・標準型）自体 〇〇４：再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波 プローブ（再製造・磁気センサー付き））自体
132	物価対応料区分	英数	1	固定	物価対応料に関する診療行為であるか否かを表す。 〇：「１」及び「２」以外の診療行為 １：物価対応料自体 ２：物価対応料に関する診療行為
133	物価対応料グループ区分	英数	3	固定	物価対応料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 物価対応料グループ区分コードは「別紙７－１４」のとおりである。
134	臓器移植実施体制確保加算	英数	1	固定	臓器移植実施体制確保加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 〇：臓器移植実施体制確保加算を算定できない診療行為 １：臓器移植実施体制確保加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 〇：臓器移植実施体制確保加算以外の診療行為 １：臓器移植実施体制確保加算自体
135	内視鏡手術用支援機器加算	英数	1	固定	内視鏡手術用支援機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 〇：内視鏡手術用支援機器加算を算定できない診療行為 １：内視鏡手術用支援機器加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 〇：内視鏡手術用支援機器加算以外の診療行為 １：内視鏡手術用支援機器加算自体
136	遠隔電子処方箋活用加算等	英数	1	固定	遠隔電子処方箋活用加算等加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 〇：遠隔電子処方箋活用加算等を算定できない診療行為 １：遠隔電子処方箋活用加算等を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 〇：遠隔電子処方箋活用加算等以外の診療行為 １：遠隔電子処方箋活用加算自体 ２：医療提供機能連携確保加算自体

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
137	外科医療確保特別加算	英数	1	固定	外科医療確保特別加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：外科医療確保特別加算を算定できない診療行為 1：外科医療確保特別加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：外科医療確保特別加算以外の診療行為 1：外科医療確保特別加算自体
138	予備	数字	1	可変	未使用：省略
139	予備	数字	1	可変	未使用：省略
140	予備	数字	1	可変	未使用：省略
141	予備	数字	1	可変	未使用：省略
142	予備	数字	1	可変	未使用：省略
143	予備	数字	1	可変	未使用：省略
144	予備	数字	1	可変	未使用：省略
145	予備	数字	1	可変	未使用：省略
146	予備	数字	1	可変	未使用：省略
147	予備	数字	1	可変	未使用：省略
148	予備	数字	1	可変	未使用：省略
149	予備	数字	1	可変	未使用：省略
150	予備	数字	1	可変	未使用：省略

(8) 歯科診療行為マスター

歯科診療行為マスターは、基本テーブルと診療行為の算定要件等を設定した9つのテーブルで構成し、各テーブル間のコードの関連付けや活用方法等は、「別紙8」のとおりである。

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「H」を設定する。 (歯科診療行為マスターであることを表す)
3	歯科診療行為コード	数字	9	固定	
	区分		(1)		歯科診療行為コードを表す「3」を設定する。
	番号		(8)		診療行為の項目ごとに重複しない番号を設定する。
4 5 6 7	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。
8	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
9 10	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に規定する診療行為の名称を設定する。
	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
11	新又は現点数				
	点数等識別	数字	1	固定	項番12「点数等」に設定した点数等の種別を表す。 1：金額 3：点数（プラス） 4：購入価格（点数） 5：%加算

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
1 2						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 7 - 1」のとおりである。
		点数等	数字	1 0	可変	整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。
1 3	予備		数字	1	固定	未使用 : 「0」を設定する。
1 4	予備		数字	1 0	可変	未使用 : 「0」を設定する。
1 5	入外適用区分		数字	1	固定	当該診療行為を記録可能なレセプトの種別 (入院又は入院外) を表す。 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 入院レセプトに限り記録可能な診療行為 2 : 入院外レセプトに限り記録可能な診療行為
1 6	後期高齢者医療適用区分		数字	1	固定	当該診療行為の保険適用区分 (医療保険又は後期高齢者医療) を表す。 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 医療保険に限り適用される診療行為 2 : 後期高齢者医療に限り適用される診療行為
1 7	時間加算区分		数字	1	固定	時間外加算、夜間加算、深夜加算及び休日加算等に関する診療行為であるか否かを表す。 0 : 「1」から「9」以外の診療行為 1 : 時間外加算自体 2 : 休日加算自体 3 : 初診料の休日加算自体 4 : 深夜加算自体 5 : 時間外特例加算自体 6 : 夜間・早朝加算自体 7 : 夜間加算自体 8 : 時間外、深夜、時間外特例加算 (手術又は1, 0 0 0点以上の処置) (注加算又は通則加算) 自体 9 : 休日加算 (手術又は1, 0 0 0点以上の処置) (注加算又は通則加算) 自体
1 8	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又は診療所であるか否かを表す。 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 病院に限り適用される診療行為 2 : 診療所に限り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	
19	看護加算	数字	2	可変	看護加算に関する診療行為であるか否かを表す。 看護加算コードは「別紙7-3」のとおりである。
20	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
21	予備	数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
22	地域加算	数字	1	固定	地域加算に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の診療行為 1：1級地地域加算自体 2：2級地地域加算自体 3：3級地地域加算自体 4：4級地地域加算自体 5：5級地地域加算自体
23	傷病名関連区分	数字	2	可変	傷病名を算定要件とする診療行為であるか否かを表す。 0：「5」及び「10」以外の診療行為 5：特定疾患処方管理加算（処方料）、特定疾患処方管理 加算（処方箋料） 10：歯科特定疾患療養管理料
24	医薬品関連区分	数字	1	固定	医薬品の種類を算定要件とする診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「4」以外の診療行為 1：麻薬等加算、麻薬注射加算 3：神経ブロック（神経破壊剤使用） 4：生物学的製剤加算
25	病床数区分	数字	1	固定	病床数に関連する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」から「8」以外の診療行為 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） 7：許可病床（400床未満） 8：許可病床（400床以上）
26	届出	数字	2	可変	歯科レセプトの「届出」欄に関連する診療行為であるか否かを表す。 0：レセプト「届出」欄に関連しない診療行為 1：クラウン・ブリッジ維持管理料 17：歯科初・再診料

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
27	未来院	数字	1	固定	未来院請求において算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：未来院請求において算定できない診療行為 1：未来院請求において算定可能な診療行為
28	短期滞在手術	数字	1	固定	短期滞在手術等基本料を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「3」以外の診療行為 1：短期滞在手術等基本料1 3：短期滞在手術等基本料1を算定可能な診療行為（手術）
29	特記事項	数字	1	固定	歯科レセプトの「特記事項」欄に「40（加算）」の記録を要する乳幼児加算（6歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療加算であるか否かを表す。 0：「1」以外の診療行為 1：「特記事項」欄に「40」の記録を要する乳幼児加算（6歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算を含む診療行為
30	検査等実施判断区分	数字	1	固定	検査及び画像診断等の実施料又は判断料に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：検体検査実施料、生体検査実施料、核医学撮影料、コンピュータ断層撮影料又は病理標本作製料に関する診療行為 2：検体検査判断料、生体検査判断料、核医学診断料、コンピュータ断層診断料、病理診断料又は病理判断料に関する診療行為
31	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	検査及び画像診断等の判断料又は診断料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 0：「1」から「42」以外の診療行為 1：尿・糞便等検査 2：血液学的検査 3：生化学的検査（Ⅰ） 4：生化学的検査（Ⅱ） 5：免疫学的検査 6：微生物学的検査 8：基本的検体検査 11：呼吸機能検査 13：脳波検査 14：神経・筋検査（筋電図検査） 15：ラジオアイソトープ検査

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					16：眼科学的検査 17：遺伝子関連・染色体検査判断料 18：神経・筋検査（その他） 31：核医学診断 （「E101-2」から「E101-5」） 32：核医学診断（「31：核医学診断」以外） 33：コンピューター断層診断 40：病理診断 ※ 41：病理診断（組織診断） 42：病理診断（細胞診断） ※ 「40：病理診断」は、「41：病理診断（組織診断）」及び「42：病理診断（細胞診断）」を含む。
32	通減対象区分	数字	1	固定	算定回数によって通減計算の対象となる診療行為であるか否かを表す。 <基本項目> 0：通減計算の対象とならない診療行為 1：通減計算の対象となる診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：通減コード以外の診療行為 1：通減コード自体 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
33	包括通減区分	数字	3	可変	通減する対象検査等のグループ区分を表す。 包括通減区分コードは「別紙7-10」のとおりである。
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、通減した点数を算定する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：通減コード自体 2：基準を満たさない場合、通減した点数を算定する診療行為
	対象施設基準	数字	4	可変	基準を満たさない場合、通減した点数を算定する診療行為の要件が、施設基準に関するものであるか否かを表す。 施設基準コードは「別紙7-8」のとおりである。
36 ～	施設基準①～⑩				施設基準を要する診療行為に、先頭から最大10項目まで施設基準コードを設定する。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
45		施設基準コード	数字	4	可変	施設基準を要する診療行為であるか否かを表す。 施設基準コードは「別紙7－8」のとおりである。
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番号を表す。
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番号を表す。
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番号を表す。
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番号を表す。
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を表す。 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を表す。 0：関連なし 1：関連あり（診療行為数量データ1の記録が必要） 2：関連あり（診療行為数量データ1、2の記録が必要） きざみ値による計算対象の診療行為は、原則、記録条件仕様に規定する歯科診療行為レコードの「診療行為数量データ1」（6歳未満の自己血貯血又は自己血輸血の場合は「診療行為数量データ2」を含む。）欄（「きざみテーブル」内において「数量データ」という。）の値により算定する点数が3段階以上あり、同一点数の数量データの範囲ときざみ値ごとに加算する点数が一定である診療行為を設定の対象とする。
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を表す。 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を表す。 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を表す。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					0：関連なし 1：関連あり
55	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
56	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
57	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
59	長時間麻酔管理加算	英数	1	固定	長時間麻酔管理加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目> 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：長時間麻酔管理加算を算定可能な診療行為 2：医科点数表のL008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超え、長時間麻酔管理加算を算定する場合に実施している必要がある手術 <加算項目、通則加算項目> 0：長時間麻酔管理加算以外の診療行為 1：長時間麻酔管理加算自体
60	悪性腫瘍病理組織標本加算	英数	1	固定	悪性腫瘍病理組織標本加算の算定要件を満たす診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」以外の診療行為 1：悪性腫瘍病理組織標本加算を算定する場合に実施している必要がある診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：悪性腫瘍病理組織標本加算以外の診療行為 1：悪性腫瘍病理組織標本加算自体
61	看護職員処遇改善評価料等	英数	1	固定	看護職員処遇改善評価料又は入院ベースアップ評価料を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：看護職員処遇改善評価料等を算定可能な診療行為 2：看護職員処遇改善評価料等自体
62	歯科外来・在宅ベース	英数	1	固定	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（1）を算定可能な診

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
	アップ評価料（１）				療行為であるか否かを表す。 ０：「１」から「８」以外の診療行為 １：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（初診時）を算定可能な診療行為 ２：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（初診時）自体 ３：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（再診時等）を算定可能な診療行為 ４：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（再診時等）自体 ５：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（歯科訪問診療時）イを算定可能な診療行為 ６：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（歯科訪問診療時）イ自体 ７：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（歯科訪問診療時）ロを算定可能な診療行為 ８：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）（歯科訪問診療時）ロ自体
6 3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）	英数	1	固定	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）であるか否かを表す。 ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）（初診又は歯科訪問診療）自体 ２：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）（再診時等）自体
6 4	歯科物価対応料区分	英数	1	固定	歯科物価対応料に関する診療行為であるか否かを表す。 ０：「１」及び「２」以外の診療行為 １：歯科物価対応料自体 ２：歯科物価対応料に関する診療行為
6 5	歯科物価対応料グループ区分	英数	3	固定	歯科物価対応料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 歯科物価対応料グループ区分コードは「別紙 7－15」のとおりである。
6 6	公表順序番号	数字	9	可変	歯科点数表に規定する区分番号等に基づき診療行為の順序番号を設定する。
6 7	予備	数字	1	可変	未使用：「０」を設定する。
6 8	予備	数字	1	可変	未使用：「０」を設定する。
6 9	予備	数字	1	可変	未使用：「０」を設定する。
7 0	予備	数字	1	可変	未使用：「０」を設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
7 1	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
7 2	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
7 3	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
7 4	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
7 5	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
7 6	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。

イ 基本・通則加算対応テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番46「通則加算グループ」に設定したコードを表す。
通則加算項目					
3	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
4	歯科診療行為コード	数字	9	固定	項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な歯科診療行為コードを設定する。
5	診療行為名称				項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な診療行為名称を設定する。
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
6	加算識別	数字	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、併算定が可能な診療行為を単位ごとに識別コードを設定する。
7	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

ウ 基本・基本加算対応テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番47「基本加算グループ」に設定したコードを表す。
3	基本加算項目				
	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
	歯科診療行為コード	数字	9	固定	項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な歯科診療行為コードを設定する。
	診療行為名称				項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な診療行為名称を設定する。
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	加算識別	数字	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、併算定が可能な診療行為を単位ごとに識別コードを設定する。
7	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

エ 基本・注加算対応テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番48「注加算グループ」に設定したコードを表す。
3	注加算項目				
	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
	歯科診療行為コード	数字	9	固定	項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な歯科診療行為コードを設定する。
	診療行為名称				項番2「グループ番号」に対応する診療行為に加算可能な診療行為名称を設定する。
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	加算識別	数字	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、併算定が可能な診療行為を単位ごとに識別コードを設定する。
7	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

オ 手技・材料加算対応テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番49「手技・材料加算グループ」に設定したコードを表す。
手技・材料加算項目					
3	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
4	歯科診療行為コード	数字	9	固定	項番2「グループ番号」に対応した診療行為に加算可能な歯科診療行為コードを設定する。
5	診療行為名称				項番2「グループ番号」に対応した診療行為に加算可能な診療行為名称を設定する。
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
6	加算識別	数字	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、併算定が可能な診療行為を単位ごとに識別コードを設定する。
7	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

カ 算定回数限度テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	歯科診療行為コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した歯科診療行為コードを設定する。
3 4 5 6	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。
7	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
8 9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
10	算定単位	数字	3	固定	単位コード一覧は「別紙4-1」のとおりである。
11	算定回数限度	数字	3	可変	当該診療行為の算定可能な回数を表す。
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を表す。 0：上限回数を確認する。 1：上限回数を算定する。
13	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
15	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

キ きざみテーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	歯科診療行為コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した歯科診療行為コードを設定する。
3 4 5 6	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。
7	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
8 9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
10	点数等識別	数字	1	固定	項番11「点数」に設定した点数等の種別を表す。 0：廃止診療行為 1：金額 3：点数（プラス） 4：購入価格（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7-1」のとおりである。
11	点数	数字	10	可変	整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 2	きざみ単位	数字	3	可変	数量等の単位（「分」等）を表す。 単位コード一覧は「別紙4－1」のとおりである。
1 3	きざみ下限値	数字	8	可変	数量データの下限値を表す。 下限値の制限がない場合は「0」を設定する。
1 4	きざみ上限値	数字	8	可変	数量データの上限値を表す。 上限値の制限がない場合は「9 9 9 9 9 9 9」を設定する。
1 5	きざみ値	数字	8	可変	項番1 6「きざみ点数」を適用する数量データの単位を表す。
1 6	きざみ点数	数字	1 0	可変	整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。
1 7	きざみ上下限エラー処理	数字	1	固定	当該診療行為の数量データが「下限値－きざみ値」以下又は「上限値」を超えた場合の処理を表す。 きざみ上下限エラー処理は、下表の区分により「0」から「3」の値を設定する。 きざみ上下限エラー処理の設定条件は「別紙7－7」のとおりである。

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

$$\text{基本点数} = \begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{基本点数} \end{array} + \begin{array}{c} \uparrow \\ \text{データ} - \text{下限値} \\ \hline \text{きざみ値} \end{array} \times \begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{きざみ点数} \end{array}$$

点数算定式2

$$\text{基本点数} = \begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{基本点数} \end{array} + \begin{array}{c} \uparrow \\ \text{上限値} - \text{下限値} \\ \hline \text{きざみ値} \end{array} \times \begin{array}{c} \updownarrow \\ \text{きざみ点数} \end{array}$$

$\begin{array}{c} \uparrow\uparrow \\ \text{: 切り上げ} \end{array}$

$\begin{array}{c} \updownarrow\updownarrow \\ \text{: 四捨五入} \end{array}$

1 8	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
-----	-------	----	---	----	---

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
20	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

ク 年齢制限テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	歯科診療行為コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した歯科診療行為コードを設定する。
3 4 5 6	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。
7	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
8 9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
9	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
10	下限年齢	英数	2	固定	当該診療行為を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） 下限年齢に制限がない場合は「00」を設定する。 数字2桁以外の設定値は、以下を用いる。 AA：生後28日
11	上限年齢	英数	2	固定	当該診療行為を算定可能な年齢の「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」を設定する。 数字2桁以外の設定値は、以下を用いる。 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

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 2	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
1 3	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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
1 4	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

ケ 併算定背反テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	歯科診療行為コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した歯科診療行為コードを設定する。
3 4 5 6	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番設定する。
7	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
8 9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
10 ～ 99	背反1～10				
	算定可否	数字	1	固定	項番2「歯科診療行為コード」に対する算定可否を表す。 0：算定不可 1：算定可 2：どちらか一方算定可
	歯科診療行為コード	数字	9	固定	項番2「歯科診療行為コード」と背反関係にある歯科診療行為コードを設定する。
	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
		加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
		診療行為名称				項番2「歯科診療行為コード」と背反関係にある診療行為の名称を設定する。
		基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
		省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
100	変更年月日		数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。
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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。
102	予備		数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
103	予備		数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
104	予備		数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

コ 実日数関連テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	歯科診療行為コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した歯科診療行為コードを設定する。
3 4 5 6	告示番号				歯科点数表に規定する診療行為の区分番号及び項番（「A000」等）を設定する。
	区分	英数	1	固定	区分番号のアルファベット部を設定する。
	区分番号	数字	3	固定	区分番号（アルファベット部を除く。）を設定する。
	枝番	数字	2	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	3	固定	項番を設定する。
7	加算コード	英数	5	固定	加算項目ごとに重複しないコードを設定する。 加算コードの構成は、「別紙8」の3のとおりである。
8 9	診療行為名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 歯科点数表等に基づく診療行為名称を設定する。
	省略名称	漢字	64	可変	漢字：32文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
10	実日数	数字	1	固定	算定回数が診療実日数に関する診療行為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	項番10「実日数」の細分化する情報を、下表に基づき設定する。 設定条件と対象診療行為は「別紙7-4」のとおりである。

項番	項 目 名	形 式			内 容																																		
		モード	最大 バイト	項目 形式																																			
	<table><tr><th>項番</th><th>実日数</th><th>日数・回数</th><th colspan="2">対 象 診 療 行 為</th></tr><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td colspan="2">当該診療行為の算定回数と実日数の確認を要しない診療行為</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td colspan="2">当該診療行為の算定回数が実日数以下である確認を要する診療行為</td></tr><tr><td>3</td><td rowspan="2">2</td><td>1</td><td colspan="2">初診料</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td><td colspan="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</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td><td>3</td><td colspan="2">入院基本料、特定入院料</td></tr><tr><td>6</td><td>4</td><td>0</td><td colspan="2">外泊</td></tr></table>					項番	実日数	日数・回数	対 象 診 療 行 為		1	0	0	当該診療行為の算定回数と実日数の確認を要しない診療行為		2	1	0	当該診療行為の算定回数が実日数以下である確認を要する診療行為		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	
	項番	実日数	日数・回数	対 象 診 療 行 為																																			
	1	0	0	当該診療行為の算定回数と実日数の確認を要しない診療行為																																			
	2	1	0	当該診療行為の算定回数が実日数以下である確認を要する診療行為																																			
	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																																			
1 2	変更年月日	数字	8	固定	当該診療行為の情報に変更等が生じた場合、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。																																		
1 3	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、廃止した歯科診療行為コード以外は「99999999」を設定する。																																		
1 4	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。																																		

(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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター識別	英数	1	固定	「M」を設定する。 (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		(1)		調剤行為コードを表す「4」を設定する。
	番号		(8)		調剤行為ごとに重複しない番号を設定する。
4	調剤行為名称				出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
	漢字有効桁数	数字	2	可変	項番5「漢字名称」の文字数を表す。
	漢字名称	漢字	6 4	可変	漢字：3 2文字
	カナ有効桁数	数字	2	可変	項番7「カナ名称」の文字数を表す。
	カナ名称	英数 カナ	2 0	可変	半角英数カナ：2 0文字 項番5「漢字名称」のカナ名称を表す。
8	レセプト表示用記号コード	数字	3	固定	出力紙レセプト等に出力する加算料及び薬学管理料の記号に対応したコードを設定する。 レセプト表示用記号コードは、「別紙9－1」のとおりである。
9	レセプト表示順番号	数字	3	固定	出力紙レセプト等に出力する記号の表示順を設定する。 加算料及び薬学管理料以外の場合は「0 0 0」を設定する。
1 0	新又は現点数点数識別	数字	1	固定	項番1 2「新又は現点数（基本点数）」に設定した点数等の種別を表す。 3：点数（プラス） 5：%加算 6：%減算 7：分数減算 8：整数倍点数 9：点数（マイナス） なお、「6：%減算」において、複数の医療機関から交付された処方箋を同時に受付けた場合の点数計算は、「別紙9－2の1」のとおりである。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 1	調剤数量計算フラグ	数字	1	固定	調剤数量により算定する調剤行為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
1 2 1 3 1 4 1 5 1 6 1 7 1 8	点数計算		2 9		点数の計算方法は「別紙 9－2 の 2～4」のとおりである。
	新又は現点数(基本点数)	数字	(9)	可変	下 2 桁を小数点以下とする 9 桁の数字で設定する。
	きざみ値計算識別	数字	(1)	固定	きざみ値により計算を行う調剤行為であるか否かを表す。 0：きざみ計算を行わない調剤行為 1：きざみ計算を行う調剤行為 きざみ値による計算の対象調剤行為の基準は、原則、記録条件仕様に規定する調剤情報レコードの「調剤数量」欄（以下「点数計算」の項において、単に「調剤数量」という。）の値により、同一点数のデータの範囲ときざみ値ごとに加算する点数が一定である調剤行為を設定対象とする。
	下限値	数字	(3)	固定	調剤数量の下限値を表す。 下限値に制限がない場合は「0 0 0」を設定する。
	上限値	数字	(3)	固定	調剤数量の上限値を表す。 上限値に制限がない場合は「9 9 9」を設定する。
	きざみ値	数字	(3)	可変	項番 1 7 「きざみ点数」を適用する単位を表す。
	きざみ点数	数字	(9)	可変	下 2 桁を小数点以下とする 9 桁の数字で設定する。
	上下限エラー処理	数字	(1)	固定	「0」を設定し、調剤数量と項番 1 4 「下限値」及び項番 1 5 「上限値」の値に応じた点数計算を行う。 なお、点数の計算方法は、「別紙 9－2」のとおりである。
	減算項目				
1 9	減算行為区分	数字	1	固定	調剤基本料の減算等に関する調剤行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「9」以外の調剤行為 1：調剤基本料の減算自体 9：分割調剤の減算自体
2 0	減算対象行為区分	数字	1	固定	減算対象の調剤行為であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の調剤行為 1：減算行為区分「1」の減算対象となる調剤行為 4：減算行為区分「9」の減算対象となる調剤行為 5：減算行為区分「1」及び「9」の減算対象となる調剤行為

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
2 1	調剤行為識別区分	数字	2	固定	調剤点数表等に規定する調剤行為の識別区分を表す。 1 0 : 調剤基本料 1 1 : 調剤基本料加算 1 2 : 調剤基本料減算 2 0 : 薬剤調製料 2 1 : 薬剤調製料加算 2 2 : 薬剤調製料減算 3 0 : 薬学管理料 3 1 : 薬学管理料加算 3 2 : 薬学管理料減算 4 2 : 調剤基本料・薬剤調製料・薬学管理料減算 4 3 : 調剤管理料 4 4 : 調剤管理料（時間外等加算） 4 5 : 外来服薬支援料 2 5 0 : その他
2 2	包括識別区分	数字	1	固定	調剤点数表等に規定する調剤行為の包括識別区分を表す。 0 : 「1」及び「2」以外の調剤行為 1 : 包括の調剤行為自体 2 : 包括対象の調剤行為
2 3 2 4 2 5 2 6 2 7	予備				
	予備	数字	3 8	可変	未使用：「0」を設定する。
	予備	数字	9	可変	未使用：「0」を設定する。
	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
	予備	数字	9	可変	未使用：「0」を設定する。
2 8	調剤行為種類（1）	数字	1	固定	調剤点数表等に規定する調剤行為の区分を表す。 1 : 調剤基本料 2 : 薬剤調製料 3 : 加算料 4 : 薬学管理料 5 : 調剤基本料加算 6 : 調剤基本料減算 7 : その他
2 9	調剤行為種類（2）	数字	2	固定	調剤行為の種類を表す。 調剤行為種類（2）コードは、「別紙9－3」のとおりである。
3 0	後期高齢者適用区分	数字	1	固定	当該調剤行為の保険適用区分（医療保険又は後期高齢者医療）を表す。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					0：「1」及び「2」以外の調剤行為 1：医療保険に限り適用される調剤行為 2：後期高齢者医療に限り適用される調剤行為
31 ～ 40	施設基準①～⑩		30		先頭から最大10項目まで、施設基準コードを設定する。
	施設基準コード	数字	(3)	固定	施設基準を要する調剤行為であるか否かを表す。 施設基準コードの設定方法は「別紙9-4」のとおりである。
41	レセプト単位背反区分コード	数字	2	固定	レセプト単位で同時に算定できない調剤行為を、識別するためのコードを設定する。 同時に算定できる調剤行為は「00」を設定する。
42	処方箋受付回単位背反区分コード	数字	2	固定	処方箋受付回単位で同時に算定できない調剤行為を、識別するためのコードを設定する。 同時に算定できる調剤行為は「00」を設定する。
43	調剤単位背反区分コード	数字	2	固定	調剤行為単位で同時に算定できない調剤行為を、識別するためのコードを設定する。 同時に算定できる調剤行為は「00」を設定する。
44	麻薬・毒薬・覚醒剤原料・向精神薬	数字	1	固定	麻薬、毒薬、覚醒剤原料又は向精神薬と関連する調剤行為であるか否かを表す。 0：「1」から「5」以外の調剤行為 1：麻薬 2：毒薬 3：覚醒剤原料 5：向精神薬
45	時間加算区分	数字	1	固定	時間加算を算定可能な調剤行為であるか否かを表す。 <基本項目> 0：時間加算を算定できない調剤行為 1：時間加算を算定可能な調剤行為 <注加算項目> 0：「1」から「6」以外の調剤行為 1：時間外加算自体 3：休日加算自体 4：深夜加算自体 5：時間外特例加算自体 6：夜間・休日等加算自体

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
					<その他の項目> 8：基本項目、注加算項目以外の調剤行為 ※ 「基本項目」及び「注加算項目」の種別は、項番56 「告示等識別区分（1）」を参照。
46	剤形	数字	1	固定	剤形に関する調剤行為であるか否かを表す。 剤形コードは、「別紙9－5」のとおりである。
47	レセプト単位				
	上限回数	数字	2	固定	レセプト単位で調剤行為の算定可能な回数を表す。 算定回数に制限がない場合は「00」を設定する。
	上限回数エラー処理	数字	1	固定	算定回数が上限回数を超えた場合の処理方法を表す。 0：算定回数を確認する。 1：上限回数にて算定する。 2：上限回数を確認する。
49	処方箋受付回単位				
	上限回数	数字	2	固定	処方箋受付回1回当たりの算定可能な調剤行為の回数を表す。 算定回数に制限がない場合は「00」を設定する。
	上限回数エラー処理	数字	1	固定	当該調剤行為の算定回数が、上限回数を超えた場合の処理を表す。 0：算定回数を確認する。 1：上限回数にて算定する。
51	注加算				
	コード	数字	4	可変	注加算が算定可能な調剤行為（基本項目）と、その注加算（注加算項目）を関連付ける任意の同一番号を設定する。
	通番	英数	1	固定	同時に算定可能な注加算に、異なる番号を設定する。 なお、同時に算定できない注加算には同一番号を設定する。 基本項目は「0」を、注加算項目は「1」から「9」及び「A」から「Z」を設定する。 注加算コードと注加算通番の関係は「別紙9－6」のとおりである。
53	上下限年齢				
	下限年齢	英数	2	固定	当該調剤行為を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

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
5 4		上限年齢	英数	2	固定	下限年齢に制限がない場合は「00」を設定する。 当該調剤行為を算定可能な年齢の「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」を、新生児に限り算定可能な場合は「AA」を設定する。
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、算定可能な薬学管理料であるか否かを表す。 0：算定できない薬学管理料及び薬学管理料以外の調剤行為 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	電子レセプトに記録する際の当該調剤行為の種別（取扱い）を表す。 1：基本項目（告示） 3：合成項目 7：注加算項目
5 7	告示等識別区分（2）		数字	1	固定	調剤点数表に規定する調剤行為の種別（取扱い）を表す。 1：基本項目（告示） 3：合成項目 7：注加算項目
5 8	予備		数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
5 9	予備		数字	9	可変	未使用：「0」を設定する。
6 0	変更年月日		数字	8	固定	当該調剤行為の情報に変更等が生じた場合、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。
6 1	廃止年月日		数字	8	固定	当該調剤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、廃止した調剤行為コード以外は「99999999」を設定する。
6 2	公表順序番号		数字	9	可変	項番63「コード表用番号」に基づく順序番号を設定する。
6 3	コード表用番号		数字	10	固定	調剤点数表の節、区分番号及び項番に基づき設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
6 4	告示・通知関連番号	数字	1 0	固定	調剤点数表に規定する調剤行為の点数を準用する調剤行為（以下「準用項目」という。）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、「0 0 0 0 0 0 0 0 0 0」を設定する。
6 5	異動関連	数字	9	可変	調剤報酬改定において、調剤行為の統合又は細分化等があった場合、従前の調剤行為コードを設定する。 なお、次回のマスター更新時に、「0」を設定する。

(10) 訪問看護療養費マスター

訪問看護療養費マスターは、基本テーブルと訪問看護療養費の算定要件等を設定した5つのテーブルで構成する。

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	マスター種別	英数	1	固定	「R」を設定する。 (訪問看護療養費マスターであることを表す。)
3	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	
	区分		(1)		訪問看護療養費コードを表す「5」を設定する。
	番号		(8)		訪問看護療養費ごとに重複しない番号を設定する。
4	告示番号				告示番号の設定は「別紙10-1」とおりである。
	区分番号	数字	2	固定	区分番号を設定する。
	枝番	数字	1	固定	区分番号の枝番を設定する。
	項番	数字	2	固定	項番を記録する。 注番号は「00」を設定する。
7	訪問看護療養費名称				
	基本名称	漢字	200	可変	漢字：100文字 名称を設定する。
	省略名称有効桁数	数字	2	可変	項番9「省略名称」の文字数を表す。
	省略名称	漢字	128	可変	漢字：64文字 出力紙レセプト等に出力する名称（省略名称）を設定する。
	省略カナ名称有効桁数	数字	2	可変	項番11「省略カナ名称」の文字数を表す。
11	省略カナ名称	英数カナ	20	可変	半角英数カナ：20文字
12	データ規格コード	数字	3	可変	記録条件仕様に規定する訪問看護療養費レコードの「数量データ」欄に（以下、「数量データ」という。）記録が必要な訪問看護療養費の算定単位を表す。 数量データの記録が不要な訪問看護療養費は、「0」を設定する。 データ規格コードの単位コードは「別紙4-1」とおりである。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 3	データ規格名				
	漢字有効桁数	数字	1	固定	項番 1 4 「漢字名称」の文字数を表す。 未使用の場合：「0」を設定する。
	漢字名称	漢字	1 2	可変	漢字：6 文字 未使用の場合：省略
1 5	新又は現金額				
	金額識別	数字	1	固定	項番 1 6 「新又は現金額」に設定した金額等の識別を表す。 1：金額 3：点数（プラス） 5：%加算 金額識別の詳細は「別紙 1 0－2」のとおりである。
	新又は現金額	数字	1 0	可変	整数部「7 桁」、小数点「1 桁」及び小数部「2 桁」の組み合わせで設定する。
1 7	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 8	予備	数字	1 0	可変	未使用：「0」を設定する。
1 9	きざみ値				
	きざみ値計算識別	数字	1	固定	きざみ値により算定する訪問看護療養費であるか否かを表す。 0：きざみ値により算定しない訪問看護療養費 1：きざみ値により算定する訪問看護療養費
	下限値	数字	8	可変	数量データの下限値を表す。 下限値に制限がない場合は「0」を設定する。
	上限値	数字	8	可変	数量データの上限値を表す。 上限値に制限がない場合は「9 9 9 9 9 9 9」を設定する。
	きざみ値	数字	8	可変	項番 2 3 「きざみ金額」を適用する数量データの単位を表す。
	きざみ金額	数字	1 0	可変	整数部「7 桁」、小数点「1 桁」及び小数部「2 桁」の組み合わせで設定する。
	上下限エラー処理	数字	1	固定	当該訪問看護療養費の数量データが「下限値－きざみ値」以下又は「上限値」を超えた場合の処理を表す。
2 5	上下限年齢				
	下限年齢	英数	2	固定	当該訪問看護療養費を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 下限年齢に制限がない場合は「0 0」を設定する。

項番	項目名		形式			内 容
			モード	最大バイト	項目形式	
26		上限年齢	英数	2	固定	当該訪問看護療養費を算定可能な年齢の「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」を設定する。
27	後期高齢者医療適用区分		数字	1	固定	当該訪問看護療養費の保険適用区分（医療保険又は後期高齢者医療）を表す。 ０：「１」及び「２」以外の訪問看護療養費 １：医療保険に限り適用される訪問看護療養費 ２：後期高齢者医療に限り適用される訪問看護療養費
28	医療観察法対象区分		数字	1	固定	医療観察診療報酬点数表において算定可能な訪問看護療養費であるか否かを表す。 ０：「１」以外の訪問看護療養費 １：医療観察診療報酬点数表に規定する訪問看護療養費
29 ～ 43	職種区分①～⑮		数字	30	固定	先頭から最大１５項目まで、職種等コードを設定する。
	職種等コード			(2)		当該訪問看護療養費を算定可能な職種等コードか否かを表す。 職種等コードは「別紙１０－３」のとおりである。
44	実施回数区分		数字	1	固定	記録条件仕様に規定する訪問看護療養費レコードの「同日訪問回数」欄に訪問看護回数コードの記録が必要な訪問看護療養費か否かを表す。 ０：記録が不要な訪問看護療養費 １：訪問看護回数コード「０１」から「０３」のいずれかの記録が必要な訪問看護療養費 ２：訪問看護回数コード「０２」の記録が必要な訪問看護療養費 ３：訪問看護回数コード「０３」の記録が必要な訪問看護療養費
45	訪問看護指示区分		数字	1	固定	訪問看護指示書に基づく指定訪問看護（医療観察訪問看護）が行われた場合に区分の記録が必要な訪問看護療養費か否かを表す。 ０：訪問看護指示の記録が不要な訪問看護療養費 １：訪問看護指示の記録が必要な訪問看護基本療養費 ３：訪問看護指示の記録が必要な精神科訪問看護基本療養費 ５：訪問看護指示の記録が必要な医療観察訪問看護基本料

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
4 6	特別訪問看護指示区分	数字	1	固定	特別訪問看護指示書に基づく指定訪問看護（医療観察訪問看護）が行われた場合に区分の記録が必要な訪問看護療養費か否かを表す。 0：特別訪問看護指示の記録が不要な訪問看護療養費 2：特別訪問看護指示の記録が必要な訪問看護基本療養費 4：特別訪問看護指示の記録が必要な精神科訪問看護基本療養費 6：特別訪問看護指示の記録が必要な医療観察訪問看護基本料
4 7	加算単独算定区分	数字	1	固定	単独算定可能な加算か否かを表す。 0：単独算定可能な加算以外 1：単独算定可能な加算
4 8	加算グループ	英数	4	固定	基本・加算対応テーブルの参照先グループ番号を表す。
4 9	施設基準グループ	英数	4	固定	施設基準テーブルの参照先グループ番号を表す。
5 0	基本・加算対応テーブル 関連識別	数字	1	固定	基本・加算対応テーブルとの関連の有無を表す。 0：関連なし 1：関連あり
5 1	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を表す。 0：関連なし 1：関連あり
5 2	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を表す。 0：関連なし 1：関連あり
5 3	レセプト表示欄	数字	2	固定	出力紙レセプト等に出力する表示欄の番号を設定する。
5 4	レセプト表示項	数字	2	固定	出力紙レセプト等に出力する表示項の番号を設定する。
5 5	レセプト表示連番	数字	3	固定	出力紙レセプト等に出力する表示項ごとの連番を設定する。
	レセプト表示用記号①～⑩				

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
5 6	レセプト表示用 記号①	数字	1	固定	1日に1回指定訪問看護（医療観察訪問看護）を行った場合、レセプトの日付の欄に「○」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
5 7	レセプト表示用 記号②	数字	1	固定	特別訪問看護指示書、精神科特別訪問看護指示書又は医療観察精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護（医療観察訪問看護）を行った場合、レセプトの日付の欄に「△」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
5 8	レセプト表示用 記号③	数字	1	固定	1日に2回指定訪問看護（医療観察訪問看護）を行った場合、レセプトの日付の欄に「◎」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
5 9	レセプト表示用 記号④	数字	1	固定	1日に3回以上指定訪問看護（医療観察訪問看護）を行った場合、レセプトの日付の欄に「◇」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 0	レセプト表示用 記号⑤	数字	1	固定	長時間訪問看護加算、長時間精神科訪問看護加算又は医療観察長時間訪問看護加算を算定した場合、レセプトの日付の欄に「□」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 1	レセプト表示用 記号⑥	数字	1	固定	複数名訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算又は医療観察複数名訪問看護加算を算定した場合、レセプトの日付の欄に「▽」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 2	レセプト表示用 記号⑦	数字	1	固定	以下の場合、レセプトの日付の欄に「☆」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。

項番	項 目 名		形 式			内 容
			モード	最大 バイト	項目 形式	
						ア 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合 イ 専門管理加算を算定した場合で、緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った場合 0：印字しない 1：印字する（アの場合） 2：印字する（イの場合）
6 3		レセプト表示用 記号⑧	数字	1	固定	訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した場合、レセプトの日付の欄に「▲」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 4		レセプト表示用 記号⑨	数字	1	固定	緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算又は医療観察精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合、レセプトの日付の欄に「▼」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 5		レセプト表示用 記号⑩	数字	1	固定	包括型訪問看護療養費を算定する場合、レセプトの日付の欄に「●」を印字する訪問看護療養費か否かを表す。 0：印字しない 1：印字する
6 6	公表順序番号		数字	9	可変	訪問看護療養費を規定する区分番号等に基づき訪問看護療養費の順序番号を設定する。
6 7	訪問看護療養費種類		数字	2	固定	審査支払機関で使用する訪問看護療養費の種類を表す。 訪問看護療養費種類コードは「別紙 1 0－4」のとおりである。
6 8	予備		数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
6 9	予備		数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モト	最大 バイト	項目 形式	
7 0	予備	数字	2	可変	未使用：「0」を設定する。
7 1	変更年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費の情報に変更等が生じた場合、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 2	廃止年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費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、廃止した訪問看護療養費コード以外は「9 9 9 9 9 9 9 9」を設定する。

イ 基本・基本加算対応テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番48「加算グループ」に設定したコードを表す。
加算項目					
3	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	項番2「グループ番号」に対応する訪問看護療養費に加算可能な訪問看護療養費コードを設定する。
4	省略名称	漢字	128	可変	漢字：64文字 項番2「グループ番号」に対応する訪問看護療養費に加算可能な訪問看護療養費名称の省略名称を設定する。
5	加算識別	数字	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、併算定が可能な訪問看護療養費を単位ごとに識別コードを設定する。
6	変更年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費の情報に変更等が生じた場合、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	当該訪問看護療養費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、廃止した訪問看護療養費コード以外は「99999999」を設定する。
8	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

ウ 算定回数限度テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した訪問看護療養費コードを設定する。
3	省略名称	漢字	128	可変	漢字：64文字 訪問看護療養費名称の省略名称を設定する。
4	上限回数				
	算定単位	数字	3	可変	単位コード一覧の値を設定する。
	算定単位名称	漢字	12	可変	漢字：6文字 算定単位名称を設定する。
	上限回数	数字	3	可変	当該訪問看護療養費の算定可能な回数を表す。 なお、算定回数に制限がない場合は「0」を設定する。
7	上限回数エラー処理	数字	1	固定	当該訪問看護療養費の算定回数が、上限回数を超えた場合の処理を表す。 0：上限回数を確認する。 1：上限回数を算定する。
8	変更年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費の情報に変更等が生じた場合、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。
9	廃止年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費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、廃止した訪問看護療養費コード以外は「99999999」を設定する。
10	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

エ 併算定背反テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した訪問看護療養費コードを設定する。
3	省略名称①	漢字	128	可変	漢字：64文字 訪問看護療養費名称の省略名称を設定する。
背反					
4	背反区分	数字	1	固定	背反の条件を表す。 0：算定不可 1：算定可 2：どちらか一方算定可
5	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	項番2「訪問看護療養費コード」と背反関係にある訪問看護療養費コードを設定する。
6	省略名称②	漢字	128	可変	漢字：64文字 項番2「訪問看護療養費コード」と背反関係にある訪問看護療養費名称の省略名称を設定する。
7	背反単位	数字	1	固定	項番2と項番5の「訪問看護療養費コード」が背反となる単位を設定する。 1：1日につき 2：同一月 3：同時 4：暦週
8	特例条件	数字	1	固定	背反条件に特別な条件がある場合に設定する。 0：条件なし 1：条件あり

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
9	変更年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費の情報に変更等が生じた場合、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。
10	廃止年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費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、廃止した訪問看護療養費コード以外は「99999999」を設定する。
11	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
12	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
13	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。

オ 施設基準テーブル

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	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 「9：廃止」は、当該コードが使用できなくなったことを表す。 次回のマスター更新時に、当該コードを削除する。
2	グループ番号	英数	4	固定	基本テーブルの項番49「施設基準グループ」に設定したコードを表す。
3	訪問看護療養費コード	数字	9	固定	基本テーブルに対応した訪問看護療養費コードを設定する。
4	省略名称	漢字	128	可変	漢字：64文字 訪問看護療養費名称の省略名称を設定する。
5	施設基準	数字	4	可変	当該訪問看護療養費コードが算定可能な施設基準コードを4桁の数字で設定する。 施設基準コードは「別紙10-5」のとおりである。
6	施設基準識別	英数	2	固定	項番2「グループ番号」の同一コード内で、届出を要する施設基準を単位ごとに識別コードを設定する。
7	変更年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費の情報に変更等が生じた場合、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。
8	廃止年月日	数字	8	固定	当該訪問看護療養費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、廃止した訪問看護療養費コード以外は「99999999」を設定する。
9	予備	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。