

病床機能報告に関する
電子レセプト作成の手引き

— 歯 科 —

令和2年4月

厚生労働省

凡 例

- 1 本手引きに掲げる事例は、令和2年4月現在の病床機能報告に係る電子レセプトへの記録方法を示しています。
- 2 本手引きは、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に提出する電子レセプトの記録方法を示しています。
- 3 本手引きは、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(歯科用)(以下「記録条件仕様」という。)に基づく記録方法を示したもので、記録内容は例示です。
- 4 本手引きは、病床機能報告用マスター及び歯科診療行為マスターを使用し、記載しています。
- 5 本手引きは、病床機能報告に係る記録に限定して記載しています。その他の診療行為、医薬品及び特定器材等の記録方法については、記録条件仕様、各種マスター及びマスターファイル仕様説明書を合わせて参照してください。

目 次

第1章	記録条件仕様に基づく記録	
1	病床機能報告に係る病棟情報の記録	1
2	病床機能報告における医科診療行為レコードの記録方法	1
3	各レコード項目	1
第2章	記録方法	
1	レコード構成	3
2	負担区分	5
3	回数及び算定日情報	5
第3章	記録に係る注意事項	
1	診療年月	6
2	生年月日及び算定日情報	7
第4章	病棟情報の記録に関するQ&A	8
別表		
1	診療識別コード	1 1
2	負担区分コード	1 2

第1章 記録条件仕様に基づく記録

1 病床機能報告に係る病棟情報の記録

病床機能報告用マスターに収載している「診療行為コード」（以下「病棟コード」という。）を医科診療行為レコードに記録します。

2 病床機能報告における医科診療行為レコードの記録方法

病床機能報告に限り、「記録要否」欄が「○」の箇所は記録必須、「×」の箇所は記録不可です。

項 目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	算定日情報		(37)	(38)
	レコード識別情報	診療識別	負担区分	診療行為コード	数量データ	点数	回数	1日の情報	2日の情報	～	30日の情報	31日の情報	
モード	英数	数字	英数	数字	数字	数字	数字	数字	数字			数字	数字
最大 バイト数	2	2	1	9	8	7	3	3	3			3	3
項目形式	固定	可変	固定	固定	可変	可変	可変	可変	可変			可変	可変
記録要否	○	○	○	○	×	○	○	○					

3 各レコード項目

(1) レコード識別情報

「SI」を記録します。

(2) 診療識別

「90」入院基本料又は「92」特定入院料・その他を記録します。

(3) 負担区分

負担区分コード（別表2）を記録します。

負担区分コードの選択については、「第2章 記録方法」で説明します。

(4) 診療行為コード

病棟コードを記録します。

(5) 数量データ
記録しません。

(6) 点数
「0」を記録します。

(7) 回数
算定日情報の「1日の情報」から「31日の情報」の合計値を記録します。
記録する値及び「(8)～(38)の算定日情報」との関係については「第2章 記録方法」で説明します。

(8)～(38) 算定日情報

医科診療行為レコードフォーマットの項番(8)から項番(38)の該当する箇所に「1」を記録します。

該当しない箇所は、記録しません。（「0」も記録しない。）

上記(7)の回数との関係については「第2章 記録方法」で説明します。

第4章 病棟情報の記録に関するQ&A

No.	質問	回答
1	妊娠等により自費で入院中の患者及び労災保険により入院中の患者について、入院基本料の算定がなく、健康保険の対象となる疾患を診療した場合、病棟情報の記録は必要か。	一連の入院期間中に診療報酬請求が発生するレセプトについて、全ての入院期間を対象に病棟情報を記録する。ただし、一連の入院期間中であっても、当月に請求する診療報酬が発生しない場合は、病棟情報を記録しない。なお、病棟情報の記録が必要な場合の診療識別については、「90」又は「92」を記録する。
2	外泊した場合、外泊日の病棟情報の記録は必要か。	必要である。
3	特定集中治療室（ICU）等に入院中の患者が急性期の一般病棟に転棟した場合、転棟日の病棟情報の記録は高度急性期と急性期の病棟コードをそれぞれ記録するのか。	転棟した日の病棟コードは転棟先の病棟情報を記録する。 【P.3 参照】
4	「A400 短期滞在手術等基本料2及び3」は、診療報酬点数表において入院料等に区分されており、原則、1回に限り算定する。2日以上入院した場合、病棟情報の記録方法は如何か。	全ての入院期間を対象に病棟情報を記録する。
5	「A400 短期滞在手術等基本料1」を入院外レセプトで請求した場合、病棟情報の記録は必要か。	不要である。
6	医療保険と公費医療の併用分レセプトの場合、負担区分の記録方法は如何か。	病棟情報を記録する診療行為レコードの負担区分は、算定する入院料等と同じ負担区分を記録する。なお、入院料等の算定がない場合は、レセプト種別に対応する負担区分を記録する。 【P.5 参照】
7	有床診療所の入院レセプトにも病棟情報の記録が必要か。	不要である。

No.	質問	回答
8	<p>病棟コードの記録位置について、入院基本料（あるいは特定入院料）が含まれた診療の直後に記録することが困難な場合、診療識別「90」（又は「92」）を記録した診療行為レコードの最終行に、まとめて記録することによいか。</p>	<p>診療識別「90」（又は「92」）を記録した診療行為レコードの最終行に続けて、同一病棟コード単位に回数をまとめて記録しても差し支えない。</p>
9	<p>回復期機能病棟に、療養病棟が満床などの理由で、リハビリを目的としない患者が入院した場合、入院料は療養病棟入院基本料を算定するが、病床機能報告では</p> <p>①回復期機能病棟</p> <p>②慢性期機能病棟</p> <p>のどちらの病棟を記録するのか。</p>	<p>当該病棟が有する機能に対応した①回復期機能病棟を記録する。</p>

別 表

別表1 診療識別コード

コード名	入 院		入 院 外			
	コード	診療識別	コード	診療識別		
診療識別コード (歯科)	0 1	全体に係る識別コード	1 1	初診		
	1 1	初診	1 2	再診		
	1 3	管理	1 3	管理・リハ		
	1 4	在宅	2 1	投薬・注射		
	2 1	投 薬	内服	3 1	X線検査	
	2 2		屯服	4 1	処 置 ・ 手 術	処置・手術 1
	2 3		外用	4 2		処置・手術 2
	2 4		調剤	4 3		処置・手術 3
	2 6		麻毒	4 4		処置・手術 (その他)
	2 7		調基	5 4	麻酔	
	3 1	注 射	皮下筋肉内	6 1	補 歯 綴 冠 修 復 ・ 欠 損	修復・補綴 1
	3 2		静脈内	6 2		修復・補綴 2
	3 3		その他	6 3		修復・補綴 3
	3 9	薬剤料減点	6 4	修復・補綴 (その他)		
	4 0	処置	8 0	全体のその他		
	5 0	手術	9 9	摘要		
	5 4	麻酔				
	6 0	検査・病理				
	7 0	画像診断				
	8 0	その他				
	9 0	入 院	入院基本料			
	9 2		特定入院料・その他			
	9 7	食事療養・生活療養・標準負担額				
	9 9	全体に係る識別コード				

網掛けのコードは、原則、使用しません。

別表2 負担区分コード

		負担区分コード	医保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保 と 公費 又 は 公費 と 公費 の 併 用	1者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	2者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
		K			○		○
		L				○	○
	3者	4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
R			○	○	○		
S			○	○		○	
T			○		○	○	
U				○	○	○	
4者	V	○	○	○	○		
	W	○	○	○		○	
	X	○	○		○	○	
	Y	○		○	○	○	
	Z		○	○	○	○	
5者	9	○	○	○	○	○	

- ・○は請求点数のある管掌（法別）である。
- ・国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医保を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。