

医政地発 0517 第 1 号
平成 29 年 5 月 17 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

— 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
(公 印 省 略)

平成 29 年度病床機能報告のための電子レセプトへの病棟情報の記録について

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 13 の規定に基づき、病院又は診療所であって一般病床又は療養病床を有するもの（以下「病床機能報告対象病院等」という。）は、毎年 7 月 1 日時点における病床の機能と 6 年後の病床の機能の予定、入院患者に提供する医療の内容等を都道府県知事に報告すること（以下、当該制度を「病床機能報告制度」という。）としている。

病床機能報告制度においては、病床機能報告対象病院等が簡便な方法により報告することが可能となるよう、入院患者に提供する医療の内容の報告等において、電子レセプトを活用している。平成 28 年度の病床機能報告制度からは、病床の機能分化・連携に資するよう、入院患者に提供する医療の内容を病棟単位で把握することとしており、平成 28 年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、電子レセプトへの病棟コードの記録を開始したところである。

電子レセプトへの病棟コードの記録についての趣旨、内容、留意事項等については、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成 28 年 3 月 25 日付け医政地発 0325 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により通知しているところであるので、平成 29 年度における病床機能報告制度の実施に向け、当該通知の内容について、貴管下の保険医療機関及び保険者に対し、再度、周知徹底を図らねたい。

医政地発 0325 第 1 号

平成 28 年 3 月 25 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長

（ 公 印 省 略 ）

病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）」が施行され、これにより改正された医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 13 に基づき、一般病床又は療養病床を有する医療機関は、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向、提供している医療の内容等を、都道府県に報告（以下「病床機能報告制度」という。）することとなっている。

今般、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 28 年厚生労働省告示第 52 号）等が公示され、平成 28 年 4 月 1 日より適用されることに併せ、病床機能報告制度において、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第 1 条第 1 項に規定する電子情報処理組織の使用による費用の請求及び光ディスク等を用いた費用の請求（以下「電子レセプト」という。）への病棟情報（以下「病棟コード」という。）の記録が開始される。

電子レセプトへの病棟コードの記録についての趣旨、内容、留意事項等は、下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び保険者に対し、周知徹底を図られたい。

記

第 1 電子レセプトへの病棟情報の記録の趣旨

病床機能報告制度においては、医療機関が簡便な方法により報告が可能となるよう、入院患者に提供する医療の内容の項目については、電子レセプトを活用しているところ

であるが、現状の病床機能報告制度では、当該情報について病棟単位で把握することができず、具体的な分析を行うことが困難であった。

そのため、入院患者に提供する医療の内容を病棟単位で把握が可能となるよう、平成28年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、電子レセプトに病棟コードの記録を開始する。

これにより、平成28年度病床機能報告より、報告項目について、病棟単位での分析が可能となり、今後、病床機能報告制度の改善に向けた検討を進めるとともに、地域において、当該情報を関係者間で共有することで、機能分化・連携に資するものとなる。

第2 電子レセプトへの病棟情報の記録の内容

1 記録の対象となる医療機関

一般病床及び療養病床を有する病院であって、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている医療機関。なお、有床診療所については、1病棟として取り扱うため、病棟コードの記録は不要とする。

2 具体的な記録方法

6月診療分であって7月請求分である入院分の診療報酬請求において、入院基本料等を算定する病棟を基本として、当該病棟の病棟コードを電子レセプトに記録する。

なお、自費等で入院している患者については、一連の入院期間中に診療報酬請求が発生しない場合は病棟コードの記録はないが、診療報酬請求が発生する場合には、入院基本料等の算定の有無に関わらず、6月診療分であって7月請求分である入院分の電子レセプトに病棟コードを記録すること。

電子レセプトへの具体的な記録方法については、別添「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」を参考にされたい。

なお、電子レセプトへの病棟コード記録に係る「病床機能報告用マスターファイル」及び「病床機能報告用マスターファイル仕様」、並びに本通知に添付する「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」については、病床機能報告制度ホームページに掲載している。

対象となる医療機関は、当該ホームページを参照の上、各病棟に対応する病棟コードを管理すること。

(病床機能報告制度ホームページ)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

第3 適用日

平成 28 年度病床機能報告から適用（6 月診療分であって 7 月請求分である入院分の電子レセプトから病棟コードを記録）。

なお、レセプトコンピュータ等の関係から、6 月診療分であって 7 月請求分である入院分の電子レセプトに限定して病棟コードを記録することが困難な場合は、平成 28 年 4 月診療分以降、6 月診療分以外の電子レセプトにも病棟コードを記録することとして差し支えない。

第4 留意事項

電子レセプトに記録された病棟コードは、審査支払機関を通じて医療保険者に提供されることとなるが、当該病棟コードは病床機能報告制度の運用のために導入するものであり、診療報酬の審査支払に利用することのないようご留意いただきたい。

別添 1

病床機能報告に関する
電子レセプト作成の手引き

— 医 科 —

平成 2 8 年 4 月

厚生労働省

凡 例

- 1 本手引きに掲げる事例は、平成28年3月4日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(医科用)(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、平成28年3月4日現在公表されている病床機能報告用マスター及び医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診療行為レコードの記録方法	1
3 各レコード項目	2
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)	(10)	(11)	(12)	(13)
	コメント												
	①		②		③								
	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	コメントコード	文字データ	コメントコード	文字データ	コメントコード	文字データ
モード	英数	数字	英数	数字	数字	数字	数字	数字	漢字	数字	漢字	数字	漢字
最大バイト数	2	2	1	9	8	7	3	9	100	9	100	9	100
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	可変	可変
記録要否	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×

項目	(14)	(15)			(43)	(44)
	算定日情報					
	1日の情報	2日の情報	~		30日の情報	31日の情報
モード	数字	数字			数字	数字
最大バイト数	3	3			3	3
項目形式	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「(14)～(44)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)～(13) コメント

診療行為レコードフォーマットの項番(8)から項番(13)は記録しません。

(14)～(44) 算定日情報

診療行為レコードフォーマットの項番(14)から項番(44)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	特定集中治療室管理料（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	他の保険医療機関で臓器を摘出した臓器提供者のレセプトは、移植を行う医療機関において移植患者のレセプトに添付して請求する。この場合、臓器提供者の病棟情報の記録は必要か。	不要である。
7	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】

No.	質問	回答
8	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。
9	精神病床に入院している場合も病棟情報の記録が必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
10	6月診療分以外のレセプトにも病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。 【P.6 参照】
11	8月請求以降に、返戻再請求や月遅れ請求として6月診療分のレセプトを請求する場合も、病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
12	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でよいか。	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。
13	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 ①回復期機能病棟 ②慢性期機能病棟 のどちらの病棟を記録するのか。	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。

別 表

別表1 診療識別コード

コード名	コード	入院	入院外	
診療識別コード (医科)	01	全体に係る識別コード		
	11	初診		
	12		再診	
	13	医学管理		
	14	在宅		
	21	投 薬	内服	
	22		屯服	
	23		外用	
	24		調剤	
	25			処方
	26		麻毒	
	27		調基	
	28		その他	
	31		注 射	皮下筋肉内
	32	静脈内		
	33	その他		
	39	薬剤料減点		
	40	処置		
	50	手術		
	54	麻酔		
	60	検査・病理		
	70	画像診断		
	80	その他		
	90	入 院	入院基本料	
	92		特定入院料・その他	
	97	食事療養・生活療養・標準負担額		
	99	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。

病床機能報告に関する
電子レセプト作成の手引き

— D P C —

平成28年4月

厚生労働省

凡 例

- 1 本手引きに掲げる事例は、平成28年3月4日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（DPC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、平成28年3月4日現在公表されている病床機能報告用マスター及び医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。
- 6 総括対象医科レセプトに関する病床機能報告に係る記録については、「病床機能報告に係る電子レセプトの作成手引き 医科」を併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診療行為レコードの記録方法	1
3 各レコード項目	2
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)	(10)	(11)	(12)	(13)
	コメント												
	①			②				③					
	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	コメントコード	文字データ	コメントコード	文字データ	コメントコード	文字データ
モード	英数	数字	英数	数字	数字	数字	数字	数字	漢字	数字	漢字	数字	漢字
最大バイト数	2	2	1	9	8	7	3	9	100	9	100	9	100
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	可変	可変
記録要否	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×

項目	(14)	(15)		(43)	(44)
	算定日情報				
	1日の情報	2日の情報	~	30日の情報	31日の情報
モード	数字	数字		数字	数字
最大バイト数	3	3		3	3
項目形式	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「(14)～(44)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)～(13) コメント

診療行為レコードフォーマットの項番(8)から項番(13)は記録しません。

(14)～(44) 算定日情報

診療行為レコードフォーマットの項番(14)から項番(44)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	特定集中治療室管理料（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	他の保険医療機関で臓器を摘出した臓器提供者のレセプトは、移植を行う医療機関において移植患者のレセプトに添付して請求する。この場合、臓器提供者の病棟情報の記録は必要か。	不要である。
7	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】

No.	質問	回答
8	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。
9	精神病床に入院している場合も病棟情報の記録が必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
10	6月診療分以外のレセプトにも病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。 【P.6 参照】
11	8月請求以降に、返戻再請求や月遅れ請求として6月診療分のレセプトを請求する場合も、病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
12	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でよいか。	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。
13	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 ①回復期機能病棟 ②慢性期機能病棟 のどちらの病棟を記録するのか。	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。

別 表

別表1 診療識別コード

コード名	コード	D P C	医科入院	入院外（臓器提供者）		
診療識別コード (D P C)	0 1	全体に係る識別コード				
	1 1	初 診				
	1 2				再 診	
	1 3	医 学 管 理				
	1 4	在 宅				
	2 1	投 薬	内 服			
	2 2		屯 服			
	2 3		外 用			
	2 4		調 剤			
	2 5					処 方
	2 6		麻 毒			
	2 7		調 基			
	2 8		投薬その他			
	3 1		注 射	皮下筋肉内		
	3 2	静脈内				
	3 3	注射その他				
	3 9	薬剤料減点				
	4 0	処 置				
	5 0	手 術				
	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 3	診断群分類				
	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。

病床機能報告に関する
電子レセプト作成の手引き

— 歯 科 —

平成28年4月

厚生労働省

凡 例

- 1 本手引きに掲げる事例は、平成28年3月4日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、平成28年3月4日現在公表されている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	特定集中治療室管理料（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	他の保険医療機関で臓器を摘出した臓器提供者のレセプトは、移植を行う医療機関において移植患者のレセプトに添付して請求する。この場合、臓器提供者の病棟情報の記録は必要か。	不要である。
7	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】

No.	質問	回答
8	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。
9	精神病床に入院している場合も病棟情報の記録が必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
10	6月診療分以外のレセプトにも病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。 【P.6 参照】
11	8月請求以降に、返戻再請求や月遅れ請求として6月診療分のレセプトを請求する場合も、病棟情報の記録は必要か。	不要である。ただし、記録しても差し支えない。
12	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でよいか。	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。
13	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 ①回復期機能病棟 ②慢性期機能病棟 のどちらの病棟を記録するのか。	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。

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
	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。