

令和5年度 病床機能報告

報告様式1

- 「Ⅰ 各病棟の病床が担う医療機能」及び
- 「Ⅱ その他の具体的な項目」の
- 「①構造設備・人員配置等に関する項目」

確認・記入要領

(病院用)

(第1.0版)

目次

《重要なお知らせ》	1
I. 報告の概要	2
(1) 報告の目的	2
(2) 一般病床・療養病床を有する病院における報告の対象	2
(3) 報告様式1作成・提出の進め方	2
(4) 報告期限	22
(5) 問い合わせ窓口	23
II. 報告様式1の確認・記入の手引き	25
(1) 「基本票」の確認・記入要領	26
(2) 「施設票」の確認・記入要領	27
(3) 「病棟票」の確認・記入要領	35
1. 医療機能等	36
2. 許可病床数・最大使用病床数等	40
3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数	41
4. 病棟部門の職員数	42
5. 主とする診療科	43
6. 入院患者数の状況	43
7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況	46
8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	47
9. 分娩件数	48
10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	49
11. リハビリテーションの状況	51
参考	55
III. 報告エラーについて	84
IV. よくあるご質問	90

《重要なお知らせ》

報告内容に係る見直し事項

- ・ 病棟票「3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」の「回復期リハビリテーション病棟入院料6」が削除となりました。
- ・ 病棟票「10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」の評価票が変更となりました。
- ・ 施設票「2. 職員数」と病棟票「4. 病棟部門の職員数」に「救急救命士」が追加となりました。
- ・ 施設票「10. 医療機器の台数」に「マンモグラフィ」が追加となりました。
- ・ 施設票「10. 医療機器の台数」の「強度変調放射線治療器」が「強度変調放射線治療器（IMRT）」に報告項目名が変更となりました。
- ・ 施設票「10. 医療機器の台数」の「内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）」が「内視鏡手術用支援機器」に報告項目名が変更となりました。

I. 報告の概要

(1) 報告の目的

本報告は、平成 26 年度より開始された病床機能報告制度に基づき、一般病床・療養病床を有する医療機関から、「病棟単位」を基本として当該病床で担っている医療機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をあわせてご報告いただきます。本報告は都道府県の地域医療構想の策定等に資する資料を得ることを目的としています。

なお、地域医療構想における病床の必要量は、医療機関内での病棟の構成や病棟単位の患者の割合等を正確に反映したものではないため、必ずしも病床機能報告の病床数と数値が一致するわけではありません。

また、本報告でいずれの医療機能を選択した場合でも、診療報酬の入院料等の選択に影響を与えるものではありません。

(2) 一般病床・療養病床を有する病院における報告の対象

一般病床・療養病床を有する病院の報告様式 1 には、「病院用」と「有床診療所用」の 2 種類があります。

令和 5 年 7 月 1 日時点で、既に病院ではなく有床診療所に移行している医療機関は、「病院用」ではなく「有床診療所用」の報告様式をご提出いただく必要があります。都道府県からの報告に基づき、G-MIS 上の WEB フォーム上ではいずれかの報告様式が既に表示されていますが、令和 5 年 7 月 1 日時点の区分と異なっている場合は厚生労働省「令和 5 年度 病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）までお問い合わせください。

また、貴院において医科レセプト、歯科レセプトの両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式 1 は医科と歯科を合わせてご報告ください。

(3) 報告様式 1 作成・提出の進め方

「II. 報告様式 1 の確認・記入の手引き」ご参照のうえ、各項目についてご確認、ご報告いただき、『令和 5 年度病床機能報告 報告マニュアル〈②手順編〉』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式 1 の作成と提出をお願いします。

①G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーが表示されます。エラーが表示された場合は、「III. 報告エラーについて」を参考に、報告内容を修正してください。

入力後は保存のうえ、「報告」ボタンをクリックしてご提出ください。なお、報告漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※深夜の 2:00～5:00 はシステムのメンテナンスが行われるため、病床・外来機能

報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

②紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈②手順編〉』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、受付から5～10営業日程度を要する場合があります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

G-MIS 上の WEB フォームでの入力から提出までの流れ

- 『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈②手順編〉』の「4-1. 報告様式等の入手」に記載の方法で、G-MISにログインし、図1の画面に移りましたら、[病床機能報告]をクリックします。

図1 G-MIS ログイン後のホーム画面



- 図2の画面に移った後、タイトルの報告様式名をクリックすると、報告様式1基本票の入力画面に移ります。

図2 病床機能報告リストビュー画面



報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ③ 画面（図3）の【編集】ボタンをクリックしてから、画面に沿って入力を進めてください。項目に必須項目、任意項目、報告不要な項目があります。必須項目には項目横に「*」が表示され、報告不要な項目は回答欄がグレーアウトされます。

図3 閲覧画面（基本票）

【編集】ボタンをクリックしてから入力を進めてください。

ページ左にあるナビゲーションメニューでは、各項目に移動できる他、エラーがある項目とエラーの数を確認することができます。

医療機関名等一部の項目は予め入力されています。令和5年7月1日時点の情報と異なる場合は、制度運営事務局にご連絡ください。（画面上では修正できない項目があります）

入力が必須の項目は項目横に*が表示されます。

基本票「02. 病棟コード・病棟名入力」では各病棟の病棟コードと病棟名を入力します。

図4 編集画面（基本票）

1. 病棟コード・病棟名（貴院において、令和5年7月1日時点まで一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の病棟コード及び名称を入力してください。）

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。（特殊入院治療管理料4、小児入院治療管理料4、地域包括ケア入院治療管理料1~4を算定する場合は除く。）

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病棟であって、令和5年6月診療分であって令和5年7月診療分の入院レセプトに一般病床または療養病床の入院に係る「病棟コード」を記録済みの場合、電子レセプトに記録済みの病棟コード（「1906****」の9桁コード）をご記入ください。上記以外の診療報酬・病棟名、以下の病棟機能報告ホームページに掲載されている「病棟機能報告に関する電子レセプト対応の手引き」をはじめとする通知及びスタッフファイル等に参照のうえ、病棟コード（「1906****」の9桁コード）を確定しご記入ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuitechousei/k0000055891.html>（厚生労働省ホームページ）お問い合わせ先は「お問い合わせ先」欄よりお問い合わせください。

病棟No.	医療機能	病棟コード	病棟名
1	1. 高度急性期 19061	0001	病棟1
2	2. 急性期 19062	0002	病棟2

基本票の病棟の入力では、まず【医療機能】をクリックし、入力したい病棟の医療機能を選択します。『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル（①基本編）』の考え方にに基づき、最もふさわしい医療機能の一つを選択します。

病棟毎に設定した任意の下4桁を入力します。

病棟票の削除・追加はこのボタンで行います。ここで入力した情報は、病棟票と連携されます。病棟票の入力を行っている場合は、誤って削除しないようご注意ください。

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ④ 入力完了したら、**【保存】** ボタンをクリックして**入力内容を保存**します。ただし、保存後は保存前のデータに戻すことはできません。

図5 閲覧画面（基本票）



- ⑤ 「**病棟票**」タブを選択すると、図6のとおり病棟票の一覧が表示されます。**【詳細】** ボタンをクリックすると、各病棟票の入力画面に移ります。

※ここで表示される病棟票は基本票で作成された病棟票と一致します。**病棟名の編集や病棟票の追加・削除等は、一旦基本票の入力フォームに戻って操作を行ってください。**

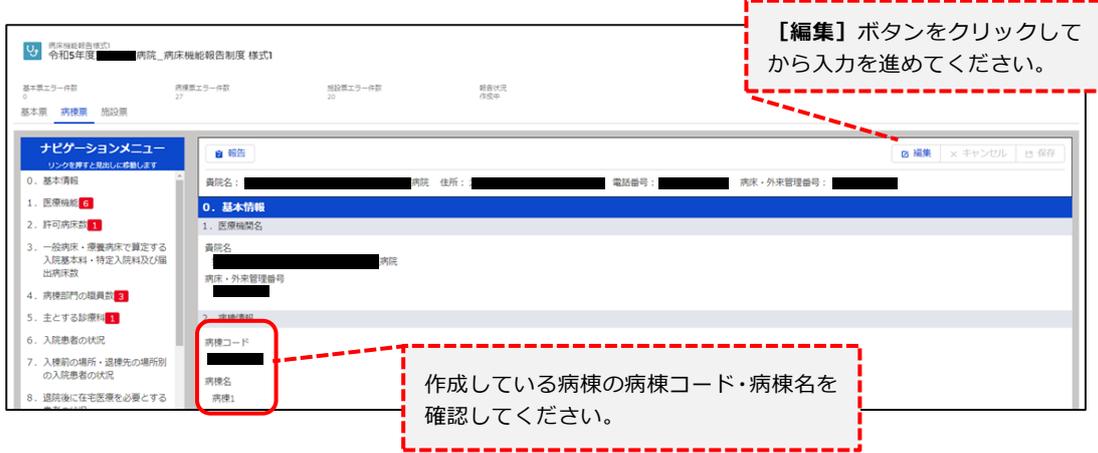
図6 病棟票一覧表示画面（病棟票）



報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ⑥ 複数の病棟票がある医療機関では、画面の病棟コード・病棟名を確認した上で、入力してください。
基本票と同様に【編集】ボタンをクリックしてから入力を進めてください。

図8 閲覧画面（各病棟票）



3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数【令和5年7月1日時点】

(14) 当該病棟において届出を行っている入院料等1~64	→	届出病床数 (40、44、55~58の病床数を含む) 0 床
(15) 当該病棟において病室単位で40、44、55~58の届出を行っている場合、その該当番号	→	届出病床数 0 床
(16) 当該病棟において病室単位で40、44、55~58の届出を行っている場合、その該当番号	→	届出病床数 0 床
(17) 介護療養病床において療養型介護療養施設サービス費等の届出病床数		0 床
(18) 診療報酬上及び介護報酬上の入院料の届出なし【自動計算により算出】		0 床

自動計算される項目は計算された結果の値が表示されます。（入力はできません）

6. 入院患者の状況【令和4年4月1日~令和5年3月31日の1年間】

※一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、在宅医療施設、院内で出生した正産位新生児、生後の入院に併せて入院した健康な新生児又は乳児、公費負担児童、労災保険制度や労働福祉事業としての児童、自動員、治療、人間ドック、その後の自由診療等での入院者、介護療養病床への入院患者についても、新規入院患者数として数えさせていただきます。
※入院後の1日目の入数・退院のみを数え、同一病棟での再入院・再退院は数えませんが、また、DPC対象病棟、同一の入院料を算定する病棟間の転院であっても、新規入院患者・退院患者として数えてください。
※1入院1単位と考え、入院期間が満了される再入院患者等についても新規入院患者・退院患者として数えてください。

(48) ① 新規入院患者数（単位：人）【令和4年4月1日~令和5年3月31日の1年間】《自動計算により算出》

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ⑦ 一部の項目では、他の項目の入力内容が一定の条件を満たす必要があります。入力できない場合は、関連する他の項目の入力内容を再度ご確認ください。

図9 一定条件下で入力可能となる項目の例（編集画面（病棟票））

(5) 変更予定の情報
▲上記項目において「2025年7月1日時点の機能の実現」に向けて、それ以前に変更予定がある場合は、下のチェックボックスにチェックを入れて、変更後の機能、その変更予定年月を入力してください。

2025年7月1日迄に変更予定あり → 変更後の機能 変更予定年月
西暦 年 月

例えばこのような項目では、「**変更予定あり**」にチェックが入ると「**変更予定年月**」が入力できるようになります。

病棟票の入力が完了しましたら、図10右上の【**保存**】ボタンをクリックして**入力内容を保存します**。ただし、保存後は保存前のデータに戻すことはできません。すべての病棟票の入力を行い、保存が完了しましたら、施設票の入力へ進みます。

図10 編集画面（各病棟票）

ナビゲーションメニュー
リンクを参照して抽出しお探しいたします

0. 基本情報
1. 医療機能
2. 許可病床数
3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び臨

病院名: [] 住所: [] 電話番号: [] 病床・外来管理番号: []

0. 基本情報
1. 医療機能名
病院名: [] 病院

入力が完了しましたら、【**保存**】ボタンをクリックします。

- ⑧ 施設票も同様に、【**編集**】ボタンをクリックしてから入力を進めてください。

図11 閲覧画面（施設票）

「**施設票**」のタブをクリックすると施設票の入力ができます。

基本票 エラー非表示 病棟票 エラー非表示 施設票 エラー非表示 報告状況 作成中

基本票 病棟票 **施設票**

ナビゲーションメニュー
リンクを参照して抽出しお探しいたします

0. 基本情報
1. 設置主体
2. 職員数
3. D P C 群の種類
4. 承認の有無
5. 診療報酬の届出の有無
6. 奮取りを行った患者数
7. 三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無
8. 救急医療の実施状況

報告
病院名: [] 住所: [] 電話番号: [] 病床・外来管理番号: []

0. 基本情報
1. 医療機能名
病院名: [] 病院
病床・外来管理番号: []

1. 設置主体【令和5年7月1日時点】
* (1) 1. 厚生労働省

【**編集**】ボタンをクリックしてから入力を進めてください。

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ⑨ 施設票では、職員数等を入力する一部の項目について、施設票や病棟票のその他の入力項目から自動計算されます。自動計算される項目は編集できません。

図 12 閲覧画面（施設票）

2. 職員数【令和5年7月1日時点】
 ※2つの部門を兼務している職員については、専ら当該部署で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該部門で勤務する）職員数を計上し、それ以外は外来部門に計上してください。

① 施設全体の職員数
※一般病棟・療養病棟以外の病棟部門は、「その他の部門の職員数」にご計上ください。一般病棟・療養病棟以外も含めた施設全体の合計数と一致するように計上し、各部門間において職員数の重複がはじき込まれずに入力ください。（一部自動計算により算出）

*施設全体の職員数
※(4)～(11)、(14)～(19)は自動計算されるため入力不要です。

	常勤 従事者の実人数	非常勤 従事者の常勤換算（小数点第2位四捨五入）
(2) 医師	21 人	22 人
(3) 歯科医師	31 人	32 人
(4) 看護師	0 人	0 人
(5) 准看護師	0 人	0 人
(6) 看護補助者	0 人	0 人
(7) 助産師	0 人	0 人
(8) 理学療法士	0 人	0 人

自動計算される項目がある設問では、その旨が記載されています。

自動計算される項目は入力することができず計算された結果の値が表示されます。

施設票の入力が完了しましたら【保存】ボタンをクリックして入力内容を保存します。ただし、保存後は保存前のデータに戻すことはできません。

図 13 編集画面（施設票）

基本票エラー件数 0 病棟票エラー件数 241 施設票エラー件数 12 報告状況 作成中

基本票 病棟票 施設票

ナビゲーションメニュー
リンクを押すと見出しに移動します

0. 基本情報
 1. 設置主体
 2. 職員数
 3. DPC

0. 基本情報
 1. 医療機関名
 貴院名

入力完了しましたら、【保存】ボタンをクリックします。

編集 キャンセル 保存

- ⑩ 保存が完了しましたら【報告】ボタンをクリックして入力した内容を報告します。

図 14 報告前 閲覧画面（基本票）

基本票エラー件数 0 病棟票エラー件数 17 施設票エラー件数 0 報告状況 作成中

基本票 病棟票 施設票

ナビゲーションメニュー
リンクを押すと見出しに移動します

01. 基本情報
 02. 病棟コード・病棟名

01. 基本情報
 1. 医療機関名
 貴院名

【報告】ボタンをクリックして、報告を行います。

報告 編集 キャンセル 保存

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

エラーがない場合は、下記の画面が表示されますので【報告する】ボタンをクリックして報告完了となります。

報告項目にエラーがある場合は、下記の警告画面が表示されます。【キャンセル】ボタンをクリックすると報告画面に戻りますので、ナビゲーションメニューのエラー項目件数をご確認の上エラー内容を修正してください。

ナビゲーションメニューにエラー項目件数が表示されます。該当項目をクリックの上修正をしてください。

【報告後に修正したい場合】

報告後の修正は、報告期間内であれば【取戻し】ボタンをクリックすることで編集できます。修正後は【保存】ボタンをクリックした上で、再度報告を完了してください。

図 15 報告後 閲覧画面（基本票）

報告様式1（病院用） 1. 報告の概要

下記ポップアップの【取戻し】ボタンをクリックして入力した内容を取戻します。

【取戻し】ボタンをクリックするとポップアップが表示されるので【取戻し】ボタンをクリックしてください。

取戻し	
取戻しを実行します。	
<input type="button" value="取戻し"/>	<input type="button" value="× キャンセル"/>

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

【PDF ファイルのダウンロード方法】

- 1) 図 16 の画面より PDF ファイルをダウンロードしたい報告様式をクリックしてください。

図 16 病床機能報告リストビュー画面



- 2) 図 17 右上の【帳票出力】ボタンをクリックしてください。

図 17 報告前 閲覧画面（病棟票）



報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- 3) 図 18 下部の [ZIP ファイルダウンロード] ボタンをクリックしてください。帳票に数値の「0」を表示しないにチェックをいれると、出力される帳票において、「0」で登録されている数値項目を空白で表示することができます。必要に応じてご活用ください。

図 18 ZIP ファイル出力画面（例：報告様式1）

ZIPファイル出力

以下のファイルをZIP化してダウンロードします。
※編集中の項目は保存するまで反映されません。
また、ファイル名に設定される日時は「ZIPファイルダウンロード」ボタン押下時刻です。
ZIPファイルダウンロード中に報告データが変更された場合には
変更が反映された状態で出力される可能性もございますのでご注意ください。

病床_様式1基本票_施設票
病床_様式1病棟票
※病棟票は、登録した病棟ごとにファイルが作成されます。

当該画面でダウンロード可能な
報告様式名が表示されます。

上記ファイルをダウンロードする場合は「ZIPファイルダウンロード」ボタンを、
元の画面に戻る場合は「キャンセル」ボタンを押してください。

帳票に数値の「0」を表示しない
(選択すると値が「0」で登録されている数値項目を空白で表示します)

[ZIPファイルダウンロード](#) [× キャンセル](#)

【ZIP ファイルダウンロード】 ボタンを
クリックしてください。

- 4) 下記ポップアップの [OK] ボタンをクリックしてください。報告様式の詳細画面に戻ると Windows のダウンロードフォルダに ZIP ファイルが保存されています。

ダウンロード確認

■■■■ 病床_様式1 ■■■■ 病院_20220822214106.zipをダウンロードします。

OK

【ZIP ファイルダウンロード】 ボタンをクリック
するとダウンロード確認画面が表示されるので
【OK】 ボタンをクリックしてください。

※提出された報告内容において疑義が確認された場合、制度運営事務局から問い合わせ及び修正依頼を行うことがあります。

※報告期間以降に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

※開発中の画面のため、実際の画面とは異なる場合があります。

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

【報告状況の確認】

図 19 の画面より各報告様式の報告状況をご確認いただくことが可能です。対応状況に応じて「未作成」、「作成中」、「報告済み」と表示されます。

図 19 病床機能報告リストビュー画面

厚生労働省 G-MIS
医療機関等情報支援システム

各種資料
令和5年度_病床機能報告報告マニュアル<ご参考用>
令和5年度_病床機能報告報告マニュアル<ご参考用>
令和5年度_病床機能報告_報告様式1 記入要領 (報告用紙参照)
令和5年度_病床機能報告_報告様式2 記入要領 (報告用紙参照)
令和5年度_病床・外来機能報告ダッシュボードマニュアル

病床・外来機能報告 報告フォーム
以下の連絡が必要な連絡先は病床・外来機能報告 報告フォームから申請してください。
病床・外来機能報告 報告フォーム
・質問・問合せ
・緊急対応や変更情報
・変更し忘れ

報告状況について
以下の連絡が必要な連絡先は病床・外来機能報告 報告フォームから申請してください。
・未作成：報告が作成されていない状態です。報告画面に遷移し、報告内容の入力をお願いします。
・作成中：報告が作成途中の状態です。すべての報告項目を入力し、「報告ボタン」から登録をお願いします。
・報告済み：報告が完了している状態です。修正を行う場合は、取戻しの実施をお願いします。

※病床・外来機能報告が報告対象外の場合、一部のグラフは表示されません。

すべて選択

タイトル	病床・外来管理番号	エラーあり/なし	報告状況
令和5年度_〇〇〇〇_病床機能報告制度 様式1	〇〇〇〇〇〇〇〇	なし	作成中

すべて表示

すべて選択

タイトル	病床・外来管理番号	エラーあり/なし	報告状況
令和5年度_〇〇〇〇_病床機能報告制度 様式2	〇〇〇〇〇〇〇〇	あり	作成中

すべて表示

ダッシュボード
病床・外来機能報告ダッシュボード(医療機関)

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

【報告期間終了後の差戻し依頼の連絡】

- ① 図 20 の画面より「病床・外来機能報告 問合せフォーム」をクリックしてください。

図 20 病床機能報告リストビュー画面



報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

② 「病床・外来機能報告 問合せフォーム」にて【新規】ボタンをクリックしてください。登録いただいた問い合わせが全て表示されます。なお、対応状況が「3：完了」の問い合わせは修正できません。

対応状況は、下記のパターンがあります。

1：未対応

制度運営事務局がまだ登録内容を確認していない状態です。
(登録内容編集可能)

2：対応中

制度運営事務局が登録内容を確認し、対応を行っている状態です。
(登録内容編集可能)

3：完了

登録者に連絡が行われ、問い合わせが終了している状態です。
(登録内容編集不可)

図 21 病床・外来機能報告 問合せフォーム



報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

③ 病床・外来機能報告 問合せ内容選択画面にて「3. 差戻し依頼」を選択し、[次へ] ボタンをクリックしてください。[キャンセル] ボタンをクリックすると画面が閉じます。

使用用途と期間は以下の通りです。

- 1：質疑・照会（使用期間：令和5年9月21日～令和6年1月31日23:59）
病床・外来機能報告の報告項目について疑義が発生した場合は、こちらから制度運営事務局にご連絡ください。
- 2：報告対象外医療機関申告書（使用期間：令和5年9月21日～11月16日23:59）
自院が病床・外来機能報告の報告対象外である場合は、こちらから制度運営事務局にご連絡ください。
- 3：差戻し依頼（使用期間：令和5年12月1日～12月26日23:59）
病床・外来機能報告の報告結果を申請すると、差戻しを行わない限り修正することができません。再編集を行いたい場合は、こちらから制度運営事務局にご連絡ください。

図 22 病床・外来機能報告 問合せ内容選択画面

The screenshot shows a web form titled '新規病床・外来機能報告 問合せフォーム'. Under the heading 'レコードタイプを選択' (Select Record Type), there are three radio button options: '1. 質疑・照会', '2. 報告対象外医療機関申告書', and '3. 差戻し依頼'. The third option is selected. At the bottom right, there are two buttons: 'キャンセル' (Cancel) and '次へ' (Next). A red dashed box highlights the '3. 差戻し依頼' option and the '次へ' button, with a text box containing the instruction: 「3. 差戻し依頼」を選択し、[次へ] ボタンをクリックしてください。

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ④ 病床・外来機能報告 問合せ入力画面にて各項目を入力し、[保存] ボタンをクリックしてください。保存時に、入力内容のチェック処理がかかります。エラーが表示された際は、エラー内容を確認し、入力内容の修正をお願いします。一度、「病床・外来機能報告 問合せフォーム」に登録いただいた内容は削除できません。誤登録等の理由で「病床・外来機能報告 問合せフォーム」の内容を取り消したい場合は、「病床・外来機能報告 問合せフォーム」の「1. 質疑・照会」よりご連絡ください。（該当の問い合わせの対応状況を「3：完了」にいたします。）

※見出し項目先頭に（*）がある項目（氏名（ふりがな）、氏名、電話番号、差戻しが必要な様式）は入力・選択必須

図 23 病床・外来機能報告 問合せ入力画面

新規病床・外来機能報告 問合せフォーム: 3. 差戻し依頼

対応状況
1. 未対応

基本情報

* 氏名（ふりがな）
氏名
部署名
電話番号
FAX番号
e-mail

差戻し依頼

* 差戻しが必要な様式を選択してください

選択可能
1. 病床機能報告様式1
2. 病床機能報告様式2
3. 外来機能報告様式1
4. 外来機能報告様式2

選択済み

* 差戻し依頼理由

その他
備考

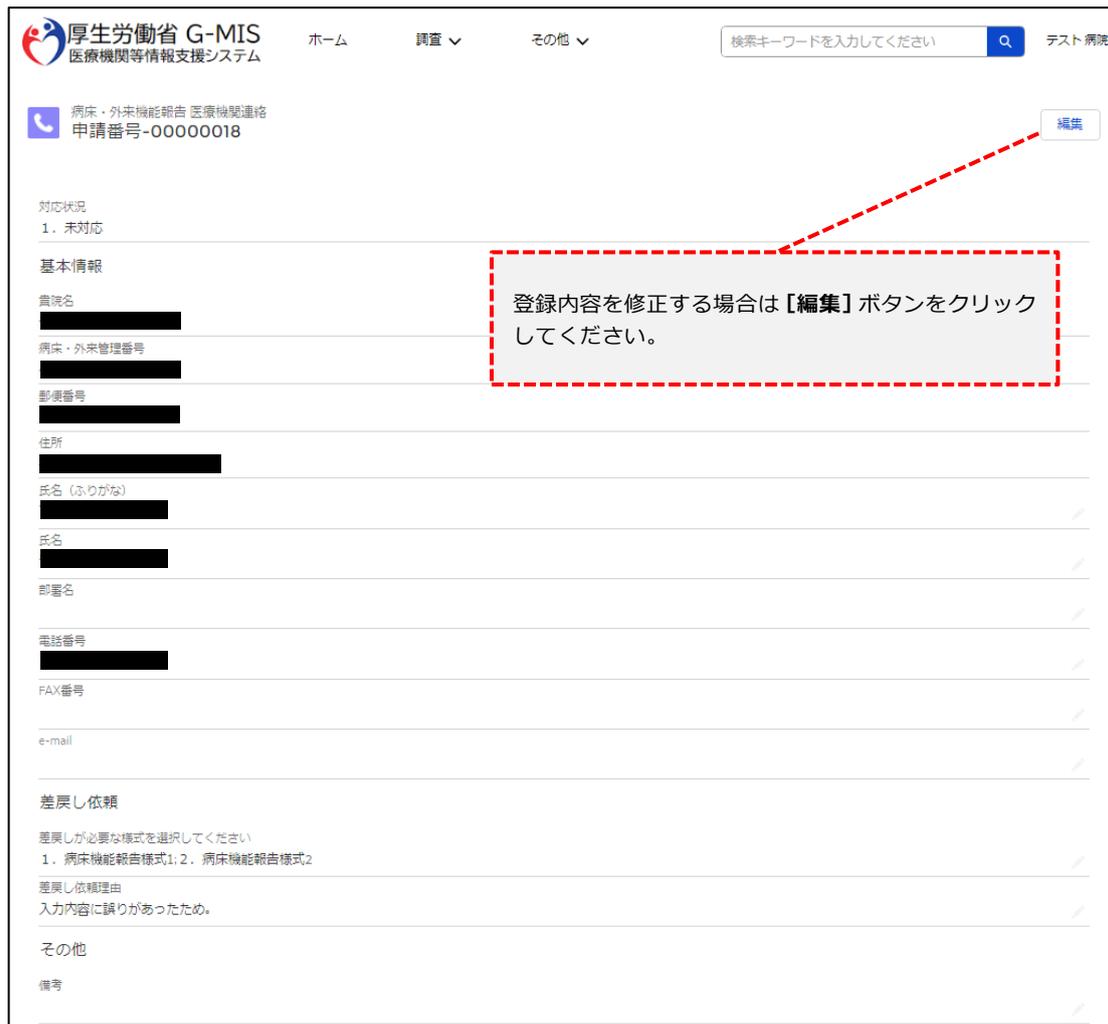
必須項目を入力し、【保存】ボタンをクリックしてください。

キャンセル 保存 & 新規 保存

報告様式1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

- ⑤ 病床・外来機能報告 問合せ詳細画面にて登録内容を確認してください。登録内容を修正する場合は【編集】ボタンをクリックすると病床・外来機能報告 問合せ入力画面に戻ります。登録内容に修正がない場合は、ブラウザのタブを閉じてください。タブを閉じる際には、誤ってWindowsのブラウザを閉じないようご注意ください。

図 24 病床・外来機能報告 問合せ詳細画面



厚生労働省 G-MIS 医療機関等情報支援システム

ホーム 調査 ▼ その他 ▼

検索キーワードを入力してください

テスト病院

病床・外来機能報告 医療機関連絡
申請番号-00000018

編集

対応状況
1. 未対応

基本情報

施設名
[Redacted]

病床・外来管理番号
[Redacted]

郵便番号
[Redacted]

住所
[Redacted]

氏名 (ふりがな)
[Redacted]

氏名
[Redacted]

部署名
[Redacted]

電話番号
[Redacted]

FAX番号
[Redacted]

e-mail
[Redacted]

差戻し依頼

差戻しが必要な様式を選択してください
1. 病床機能報告様式1: 2. 病床機能報告様式2

差戻し依頼理由
入力内容に誤りがあったため。

その他
備考
[Redacted]

登録内容を修正する場合は【編集】ボタンをクリックしてください。

- ⑥ 申告完了については「病床・外来機能報告 問合せフォーム」よりご確認ください。

報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

■ 「報告様式 1」について

- 病院用の報告様式 1 は①基本票、②施設票、③病棟票で構成されています。すべてご記入のうえ、ご提出ください（紙媒体は用紙が分かれていますのでご注意ください）。
- 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。
- 他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① 基本票：

- ・ 貴院の医療機関名称や、病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、一般病床・療養病床を有する病棟名等をご報告いただきます。

② 施設票：

- ・ 施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等をご報告いただきます。
- ・ 設置主体、医療機器の台数では、令和 4 年度病床機能報告でご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。あらかじめ入力（プレプリント）されている内容に変更や誤りがある場合は、正しく入力し直してください。

③ 病棟票：

- ・ 一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況等をご報告いただきます。
- ・ 建物の建築時期、建物の構造、許可病床数（一般病棟、医療法上の経過措置に該当する病床、療養病床、医療療養病床）、主とする診療科では、令和 4 年度病床機能報告でご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。あらかじめ入力（プレプリント）されている内容に変更や誤りがある場合は、正しく入力し直してください。
- ・ 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の 1 単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料 4、地域包括ケア入院医療管理料 1～4 を算定する場合は除く。

- ・ 紙媒体を用いる医療機関においては、本項目の記載にあたり、上記の「基本票」で記入した「病棟コード」「病棟名」と各病棟票 1 枚目の「病棟コード」「病棟名」

報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

が一致するようご注意ください。

■ 報告における留意点

- 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、[報告] ボタンを押すことにより提出いただけます。

(4) 報告期限

- 報告期限は 11 月 30 日 23:59 です。

報告内容に不備を確認した場合、制度運営事務局より問い合わせさせていただくことがあります。報告期限直前に報告された場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。

報告様式 1（病院用） Ⅰ. 報告の概要

(5) 問い合わせ窓口

- 病床機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話にてご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「病床・外来機能報告 問合せフォーム」あるいはFAXにてご連絡ください。「病床・外来機能報告 問合せフォーム」での問い合わせ方法については『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈②手順編〉』の【病床・外来機能報告 問合せフォーム「1. 質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。
- FAXでお問い合わせの場合は、病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。
- お問い合わせいただく前に本資料『令和5年度病床機能報告 確認・記入要領』と『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉』、『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈②手順編〉』をはじめとする関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ 厚生労働省のHPよりダウンロードできます。

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

- 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。
- 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

（注）病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

報告様式 1 (病院用) Ⅰ. 報告の概要

問い合わせ窓口 厚生労働省「令和5年度病床・外来機能報告」事務局

委託先

報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）

※ 病床・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、病床・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください

G-MISに関するお問い合わせ：厚生労働省 G-MIS 事務局

※ ユーザー名、G-MIS の画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください

電話（フリーダイヤル） 0120-142-305 [平日9:00~17:00 受付]

※ 報告開始日である10月1日（日）は、9:00~17:00の受付を予定しています

FAX（制度運営事務局専用） 03-3273-8677 [24時間受付]

※ FAXの場合は病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください

病床・外来機能報告 問合せフォーム（G-MISサイトの連絡フォーム） [24時間受付]

※ 電話、FAXの開設期間は令和5年9月20日9:00~12月27日17:00です

※ 「病床・外来機能報告 問合せフォーム」の開設期間は令和5年9月21日9:00~令和6年1月31日23:59です

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。

音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。

問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II. 報告様式 1 の確認・記入の手引き

報告様式 1 の各項目の報告にあたっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

一般事項

- ・ 報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、報告に係るご担当者の氏名及び電話番号、FAX 番号、e-mail 等を必ずご報告ください。
- ・ 各項目について 未回答の場合はゼロとみなします。

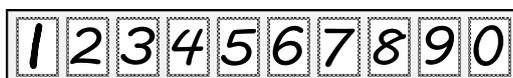
G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- ・ G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます（詳細は「Ⅲ. 報告エラーについて」をご参照ください）。
- ・ 必須項目が未入力あるいは、エラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

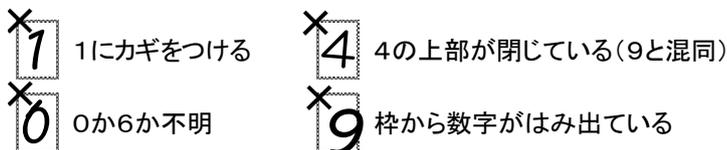
紙媒体の留意事項

- ・ 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁にはご記入いただく必要はありません。
- ・ 紙媒体の報告様式 1 に数字を記入する際は下記の例に従ってください。

< 数字記入例 >



< 悪い記入例 >



(1) 「基本票」の確認・記入要領

■ 貴院の医療機関名称や、病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、一般病床・療養病床を有する病棟名について、施設管理者及び事務部門の担当者をご報告ください。

1. <u>貴院名</u>	令和5年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
2. <u>病床・外来管理番号</u> (送付状に記載の8桁コード)	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
3. <u>医療機関住所</u>	令和5年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
4. <u>報告担当者</u>	報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mailアドレスをご報告ください。
5. <u>病棟コード・病棟名</u>	<p>貴院において、令和5年7月1日時点で一般病床・療養病床を有するすべての入院病棟について、病棟コード、病棟名称を「病棟No. 1」～「病棟No. 60」にご記入ください。</p> <p>なお、病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定する場合は除く）。</p> <p>また、病棟名は、貴院の任意の名称をご記入ください。同じ病棟名の病棟が複数存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。</p> <p>病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、6月診療分で7月審査分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）を記録頂いた場合、電子レセプトに記録頂いた病棟コード（「1906*****」の9桁コード）をご記入ください。</p> <p>上記以外の医療機関・病棟は、病床機能報告制度ホームページに掲載されている「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」等の通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟コード（「1906*****」の9桁コード）を選定しご記入ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。</p>

(2) 「施設票」の確認・記入要領

- 本項目では、施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等について、施設管理者及び事務部門の担当者をご記入ください。
- 施設票では、一般病床・療養病床を有していない病棟部門（精神病床だけの病棟、感染症病床だけの病棟、結核病床だけの病棟等）も含めて、施設全体の数値をご記入ください。
- 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードをお持ちの医療機関においても、**医科と歯科を合わせた施設全体の数値**をご記入ください。
- 人数や件数など数字を記入する欄のうち、無記入のものはゼロとみなします。

<p>病床・外来管理番号・貴院名 (送付状に記載の 8 桁コード)</p>	<p>9 月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている病床・外来管理番号、及び貴院名を必ずご報告ください。なお、病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。</p>
<p>1. 設置主体 [(1) 欄]</p>	<p>令和 5 年 7 月 1 日時点の貴院の設置主体をご報告ください。 「19. 公益法人」には、「公益財団法人」も含まれます。 「20. 医療法人」には「特定医療法人」、「社会医療法人」、「特別医療法人」、「財団医療法人」、「社団医療法人」も含まれます。</p>
<p>2. 職員数</p> <p style="padding-left: 20px;">常 勤</p> <p style="padding-left: 20px;">非 常 勤</p>	<p>常勤職員とは、雇用形態にかかわらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた 1 週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。</p> <p>非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員を指します。貴院の 1 週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。</p> <p>例：1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週 2 日（各日 3 時間）勤務の看護師が 1 人と、週 3 日（各日 5 時間）勤務の看護師が 2 人いる場合</p> <p style="padding-left: 20px;">(所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません)</p> $\text{非常勤看護師数} = \frac{(2 \text{ 日} \times 3 \text{ 時間} \times 1 \text{ 人}) + (3 \text{ 日} \times 5 \text{ 時間} \times 2 \text{ 人})}{40 \text{ 時間}} = 0.9 \text{ 人}$ <p>なお、非常勤職員が月単位で管理されている場合には、1 か月の所定労働時間を用いて、1 か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。</p>

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ②施設票

職員の数え方

職員数は、有給・無給を問わず令和5年7月1日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。

- ・7月1日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。
- ・7月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。
- ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。

【報告対象の職種】

報告対象となる職種は、報告様式に記載されている職種のみであり、報告様式に記載がない職種（事務職員等）の職員数は報告対象外です。

【医師数、歯科医師数の報告】

医師数、歯科医師数の報告にあたっては、「病院報告」等の既存の調査等の内容を転記して差し支えありません。なお、医師として診療行為の実施有無に関わらず、医師免許を有する者を計上してください。

【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】

正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、他院での診察時間を除いて常勤換算した人数を非常勤職員に計上してください。

【当直医を外部に委託している場合の報告】

当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤職員に計上してください。

【保有している資格と従事している業務が異なる職員の扱い】

他の資格を有しているものの看護補助業務を行っている職員は、看護補助者として計上してください。

【複数の部門を兼務している職員の扱い】

各部門の職員数とは、当該部門専任で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該部門で勤務する）職員数を指します。

複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱ってください（外来部門で勤務していない場合であっても外来部門の職員数に計上してください）。複数部門における勤務時間数により職員数を按分していただく必要はありません。また、ある部門における職員数が「0人」となっても問題ございません。

例えば、手術室とその他の部門を勤務時間の5割ずつ兼務している場合や、6割と4割で兼務している場合は、当該2部門における職員数は0人とした上で、外来部門に計上してください。また、3か所以上の部門を均等に兼務している場合、あるいは、職員が病棟部門、外来部門、手術室をローテーションで勤務する等して管理されており、いずれの部門においても勤務時間が8割未満となる場合（勤務時間の概ね8割以上を勤務する部門がない場合）は、外来部門のみに計上し、他の部門の職員数は0人としてください。

【長期にわたって勤務していない職員、産前・産後休暇や育児休暇中の職員の扱い】

7月1日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。

ただし、労働基準法（昭和22年法律第49号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）で定める育児休業

及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。

休業中で代替者がいない者は、7月1日時点で所属している部門の職員数に計上しますが、特定の部門に所属していない場合は「その他の部門の職員数」に計上してください。

【短時間勤務の常勤職員の扱い】

勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、非常勤職員に計上してください。

【同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設（訪問看護ステーション等）の職員の扱い】

同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設の職員数は含めないでください。

①施設全体の職員数
[(2) ~ (16) 欄]

令和5年7月1日時点の「施設全体」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

なお、「①施設全体の職員数」は、各病棟票の「4. 病棟部門の職員数」、「③手術室の職員数」、「④外来部門の職員数」、「⑤その他の部門の職員数」の合計数と一致するように計上し、各部門間において職員数の重複がないようご報告ください。

①施設全体の職員数の考え方

※職員数にエラーが出た場合、下記の計算式に則り再度計算をしてください。



②病棟部門の職員数
[(17) ~ (27) 欄]

令和5年7月1日時点の「病棟部門」の職種別の職員数は、各病棟票の「4. 病棟部門の職員数」においてご報告いただきます。

③手術室の職員数
[(28) ~ (38) 欄]

令和5年7月1日時点の「手術室」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

④外来部門の職員数
[(39) ~ (49) 欄]

令和5年7月1日時点の「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

⑤その他の部門の職員数
[(50) ~ (60) 欄]

令和5年7月1日時点の病棟部門、手術室、外来部門以外の「その他の部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

「その他の部門」は、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、入院調整部門、退院調整部門、薬剤部門、リハビリテーション部門、訪問看護部門、医事部門、管理部門、健診（人間ドック）部門、一般病床・療養病床以外の病床（ただし、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に配置されている職員数は病棟票の「4. 病棟部門の職員数」に計上してください）等が該当します。

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ②施設票

<p>3. DPC群の種類 [(61) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点におけるDPC制度（DPC/PDPS）の対象病院か否か、対象病院である場合にいずれの医療機関群に該当するかについてご報告ください。</p>
<p>4. 承認の有無 [(62) ~ (63) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における特定機能病院の承認の有無、地域医療支援病院の承認の有無をご報告ください。</p>
<p>5. 診療報酬の届出の有無</p>	
<p>①総合入院体制加算の届出の有無 [(64) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における地方厚生（支）局長への総合入院体制加算の届出の有無をご報告ください。</p>
<p>②急性期充実体制加算の届出の有無 [(65) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における地方厚生（支）局長への急性期充実体制加算の届出の有無をご報告ください。</p>
<p>③精神科充実体制加算の届出の有無 [(66) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における地方厚生（支）局長への精神科充実体制加算の届出の有無をご報告ください。</p>
<p>④在宅療養支援病院の届出の有無 [(67) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養支援病院の届出の有無をご報告ください。</p>
<p>⑤在宅療養後方支援病院の届出の有無 [(68) 欄]</p>	<p>令和5年7月1日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養後方支援病院の届出の有無をご報告ください。</p>
<p>6. 看取りを行った患者数 [(69) ~ (74) 欄] ※「月別」は任意</p>	<p><u>在宅療養支援病院の届出を行っている場合</u>、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の実施状況をご報告ください（月別の報告は任意。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日 保医発0304第3号）様式11の3「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書（新規・7月報告）」における「I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について」と同一の報告内容です）。</p> <p>看取りを行った患者数とは、診療報酬の算定の有無に関わらず、死亡診断を行った患者を指します。</p> <p>また、在宅療養を担当した患者とは、以下を全て満たした場合を指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現に在宅医療に関わる医師がいる ・他の保険医療機関等と在宅支援連携体制を構築して緊急時の連携体制及び24時間往診が可能な体制等を確保している ・連絡先電話番号等の緊急時の注意事項等について事前に患者または家族に対して説明の上、文書により提供している ・直近1年間に訪問診療、往診等の在宅医療に係る診療を行った <p>連携医療機関とは、事前に緊急時の受入を届け出ている医療機関であり在宅支援連携体制についても含みます。</p> <p>貴院で死亡した患者は、「(2) 医療機関での死亡者数」の「上記(2)のうち、連携医療機関での死亡者数」に計上してください。</p>

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ②施設票

介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者は、「(1) 医療機関以外での死亡者数」の「上記(1)のうち、自宅以外での死亡者数」に計上してください。

7. 三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無

①三次救急医療施設の認定の有無
[(75) 欄]

令和5年7月1日時点の三次救急医療施設の認定の有無についてご報告ください。

なお、三次救急医療施設とは、重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定したものを指します。

貴院が三次救急医療施設であるかが不明である場合には、都道府県のホームページをご参照ください。

②二次救急医療施設の認定の有無
[(76) 欄]

令和5年7月1日時点の二次救急医療施設の認定の有無についてご報告ください。

なお、二次救急医療施設とは、救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したものを指します。

また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含めます。

貴院が二次救急医療施設であるかが不明である場合には、都道府県の医療計画をご確認いただくか、都道府県の担当者にご連絡のうえご確認ください。

③救急告示病院の告示の有無
[(77) 欄]

令和5年7月1日時点の救急告示病院の告示の有無についてご報告ください。

なお、救急告示病院とは、「救急病院等を定める省令」(昭和39年2月20日厚生省令第8号)に基づいて都道府県知事が救急病院である旨等を告示したものを指します。

8. 救急医療の実施状況 休日

休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日(元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日)、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日を指します。また、祝日の振替休日は休日を含みます。

夜間・時間外

夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間(休日を除く)を指します。

なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降(土曜日の場合は、午前8時前と正午以降)及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。

ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。

診察後直ちに入院と

診察後直ちに入院となった患者延べ数は、入院治療を必要とする重症患

報告様式1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ②施設票

なった患者延べ数

者救急医療を提供した患者の延べ数を指します。

救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等で死亡した場合は、患者延べ数に計上してください。

救急車の受入

救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。

病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能であり搬送された場合（他院に救急搬送されたものの、検査や処置の結果対応不能と判断されて搬送された場合、他院入院中の患者が他院で対応不能な疾患を発症したため搬送された場合等）は計上してください。現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。

また、公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。

患者延べ数の数え方

同一人物が、同日に2回来院した場合は2人とカウントしますが（3回来院した場合は3人、4回来院した場合は4人等）、同一回の来院で複数診療科を受診した場合には1人と計上してください。

患者あるいはその看護に当たっている者から電話等で治療上の意見を求められて指示し再診料を算定した場合は、患者延べ数に計上してください。

①休日に受診した患者延べ数

[(78) ~ (79) 欄]

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の休日に受診した患者延べ数をご報告ください。なお、休日の定義は、貴院の診療日・診療時間に関わらず、上記の記載に従って患者延べ数を月毎に計上してください。

1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。

また、そのうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせて月毎にご報告ください。

なお、休日の夜間に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上してください。また、休日に往診を行った患者も計上してください。休日に訪問診療を行った患者は、計上しないでください。

②夜間・時間外に受診した患者延べ数

[(80) ~ (81) 欄]

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の夜間に受診した患者延べ数を月毎にご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。うち、診察後直ちに入院となった患者延べ数も、あわせて月毎にご報告ください。

なお、休日の夜間に受診した患者は「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上し、「夜間・時間外に受診した患者延べ数」に計上しないでください。夜間に往診を行った患者は、計上してください。夜間に訪問診療を行った患者は、計上しないでください。

③救急車の受入件数

[(82) 欄]

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の救急車の受入件数について月毎にご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。

なお、救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者の受け入れをいいます。また、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合は計上し

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ②施設票

てください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。

救急車の受入件数は、休日、夜間に関わらず計上してください。

9. 施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数

[(83) ~ (84) 欄]

※「最小使用病床数」は任意

許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数をご記入ください（最小使用病床数の報告は任意）。一般病床、療養病床についてのみ数えて、**精神病床、結核病床、感染症病床は除いて**ご記入ください。

施設全体の最大使用病床数は、許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に施設全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。

施設全体の最小使用病床数は、許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に施設全体で最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。

※各病棟の最大使用病床数・最小使用病床数の報告値を単純に足し上げるものではありません。

【例】 許可病床数 病棟A：50床、病棟B：40床

[正] 施設全体の最大使用病床数：85床（1/11時点）

・病棟Aの使用病床数：47床（1/11時点）

・病棟Bの使用病床数：38床（1/11時点）

[誤] 施設全体の最大使用病床数：88床

・病棟Aの最大使用病床数：49床（3/1時点）

・病棟Bの最大使用病床数：39床（10/19時点）

なお、使用した病床数には、コロナ患者受入れに備えて確保している空床の病床数、コロナ対応に係る感染管理・人員確保等のために休床した病床数も含めます（令和4年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床に限る）。

10. 医療機器の台数

①CTの台数

[(85) ~ (88) 欄]

1台の医療機器が複数の機能を有する場合、主たる医療機器の台数を集計してください。

令和5年7月1日時点のマルチスライスCT（64列以上、16列以上64列未満、16列未満）、その他のCTの台数をそれぞれご報告ください。

なお、マルチスライスCTの「64列以上」を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「16列以上64列未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「64列以上」に台数を計上してください。

②MRIの台数

[(89) ~ (91) 欄]

令和5年7月1日時点の3テスラ以上、1.5テスラ以上3テスラ未満、1.5テスラ未満のMRIの台数をご報告ください。

③その他の医療機器の台数

[(92) ~ (102) 欄]

令和5年7月1日時点の血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器（IMRT）、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器、マンモグラフィの台数をご報告ください。

11. 退院調整部門の設置状況

①退院調整部門の有無

[(103) 欄]

令和5年7月1日時点の退院調整部門の設置の有無をご報告ください。退院調整部門とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検

②退院調整部門に勤務する職員
〔(104)～(109)欄〕

討、退院後の必要なサービスの紹介等を行う部門を指します。

退院調整部門の設置の有無は、退院調整加算の算定の有無や、当該部門の業務内容が入院患者の退院に係る調整に関する業務に限定されているかに関わらず、ご判断ください。

退院調整部門の設置をしている場合、令和5年7月1日時点の退院調整部門に勤務する職種別の職員数を、専従職員・専任職員毎にご報告ください。

専従職員とは、常勤・非常勤を問わず、原則として入院患者の退院に係る調整に関する業務のみに従事している者を指します。

専任職員とは、常勤・非常勤を問わず、退院調整業務とその他の業務を兼務している者を指します(例：午前の3時間は病棟の看護業務に従事するが、午後の5時間は退院支援室等での業務に従事する者等を指します)。

専任(他部署の業務を兼務している)職員数は、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の1週間の所定労働時間を基本として小数点第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご報告ください。

看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

MSW(メディカルソーシャルワーカー)の職員数については、そのうち社会福祉士の資格を有する者の人数もあわせてご報告ください。

(3) 「病棟票」の確認・記入要領

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況等についてご報告ください。
- 報告の対象となる病棟の範囲は、許可病床として一般病床・療養病床を有する病棟のみとなります。医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、介護保険の対象である介護療養病床における医療等を行う病床を有する病棟についても「病棟票」を作成してください。また、休棟中の病棟であっても許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は、「病棟票」を作成してください。ただし、精神病床だけの病棟、感染症病床だけの病棟、結核病床だけの病棟等、一般病床・療養病床を有さない病棟は記入不要となります。
- 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発 0304 第2号）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定する場合は除きます。

- なお、1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下が標準とされています。
- 上記の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められます。
- 高層建築等の場合に、複数階（原則として2つの階）を1病棟として認めることは差し支えありませんが、3つ以上の階を1病棟とすることは、一定の要件（※）を満たしている場合に限り、特例として認められます。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができます。さらに、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限り、医療法上で規定する構造設備の基準は遵守すること等を前提に、一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができます。

※ いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ③病棟票

- なお、病床機能報告制度では、医療法第7条第1項から第3項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となりますので、基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。
- また、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床を有する病棟の場合、職員数の項目では、当該病棟全体の職員数をご記入ください。病床数や入院患者数等、それ以外の項目については、一般病床・療養病床のみ対象としてご報告ください。
- 病棟票は、令和5年7月1日時点の病棟単位でご報告いただくことから、令和5年7月2日以降に新規に設置された病棟は報告対象外となります。
- 人数や件数など数字を記入する欄のうち、未回答のものはゼロとみなします。
ただし、「2. 許可病床数・最大使用病床数等」、「3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」、「10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」、「11. リハビリテーションの状況」について「0」の場合は「0」を必ずご記載してください。

病床・外来管理番号・
貴院名

（送付状に記載の8桁コード）

病棟コード・病棟名等

9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている病床・外来管理番号、及び貴院名を必ずご報告ください。なお、病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

当該病棟の病棟コード、病棟名を必ずご記入ください。なお、WEBフォームでは基本票で入力した内容が自動的に転記された病棟票が作成されます。

建物の建築時期については、当該病棟の建物が完成した年（西暦）を記入してください。建物が増改築されている場合は、増改築した部分としていない部分のどちらか面積の大きい方について、回答してください。この報告は任意項目（回答できない場合は空欄可）の扱いとします。

建物の構造については、当てはまる番号を一つ記入してください。複数の構造が混在している場合は、面積の最も大きい構造を記入してください。この報告は任意項目（回答できない場合は空欄可）の扱いとします。

1. 医療機能等

医療機能の選択にあたっての考え方については、『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉』を参照してください。

高度急性期機能

高度急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能をいいます。

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能をいいます。

回復期機能

回復期機能とは、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管

疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能をいいます。

※回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、現状において、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択することができます。

慢性期機能

慢性期機能とは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能及び長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能をいいます。

医療機能の選択に関する留意点

【高度急性期・急性期に関連する医療を全く提供していない病棟の場合】

『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉』（2-4. 医療機能の選択における留意点）に掲げる高度急性期・急性期に関連する医療行為を全く提供していない場合は、高度急性期機能及び急性期機能以外の医療機能を適切に選択してください。

なお、『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉』（2-4. 医療機能の選択における留意点）に掲げる医療を全く提供していないにもかかわらず、高度急性期機能又は急性期機能と報告される場合は、『令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉』（2-4. 医療機能の選択における留意点）に掲げるもの以外にどのような医療行為を行ったのかを別途、ご報告いただく必要があります。

【令和5年7月1日時点での病棟を今後病院の建て替えや病棟再編により分割する場合】

現病棟を構成する各ベッドの機能に着目し、分割時の病床数が多い方の機能のご予定を「2025（令和7）年7月1日時点の機能」としてご報告ください。

【病棟を統合する予定、病院が統合される予定である場合】

病棟を統合する予定である場合は、統合される予定の全ての病棟につき、同一の「2025（令和7）年7月1日時点の機能」をご回答のうえ、自由記入欄に「〇年〇月に〇〇病棟、〇〇病棟を統合予定」とご報告ください。

また、病院が統合される予定である場合も同様に、現時点での「2025（令和7）年7月1日時点の機能」を各病棟につきご報告ください。その際、自由記入欄にご状況を詳細にご記入くださいますようお願いいたします。

【医療保険の対象でない医療を提供している場合】

医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等、また、介護保険の対象である介護療養病床における医療等を提供している場合も、主に担っている機能を1つ選択してご報告ください。

①2023（令和5）年7月1日
時点の機能
〔（1）欄〕

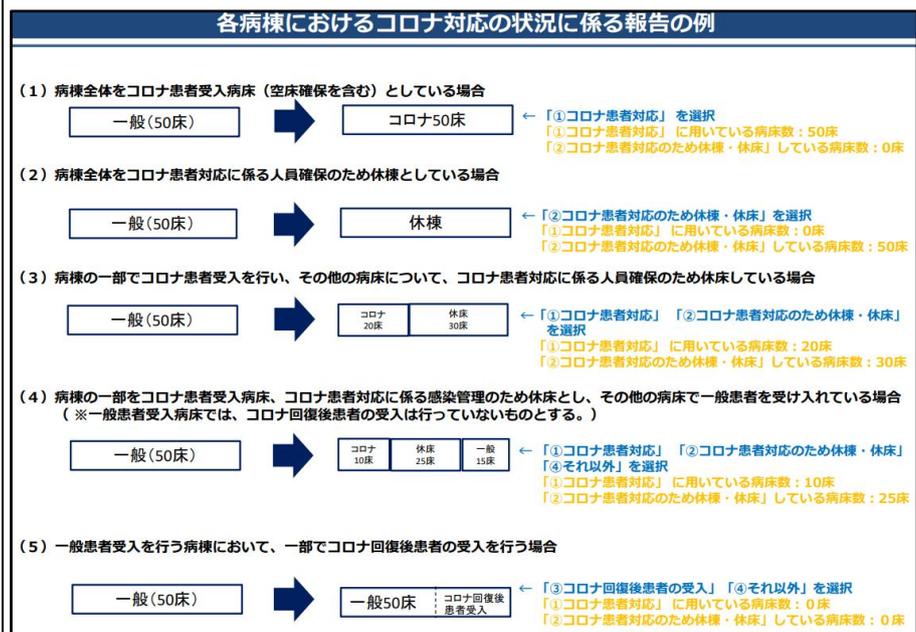
令和5年7月1日時点で当該病棟が担う医療機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／回復期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断で必ずいずれか1つを選び、ご報告ください。

②当該病棟におけるコロナ対応の状況について
〔（2）欄〕

令和5年7月1日時点の当該病棟におけるコロナ対応の状況について、「1. コロナ患者（疑似症患者含む）対応を行っている」／「2. コロナ患者（疑似症患者含む）対応のために休棟・休床している」／「3. コロナ回復後の患者の受入を行っている」／「4. それ以外（地域における役割分担の協議を踏まえた一般医療の提供など）」の中から、該当するものすべてにチェックを入れてください。また、「1. コロナ患者（疑似症患者含む）対応を行っている」及び「2. コロナ患者（疑似症患者含む）対応のために休棟・休床している」についてチェックを入れた場合は、その病床数をご報告ください。

「コロナ患者（疑似症患者含む）対応を行っている」とは、当該病棟において、実際にコロナ患者を受け入れている病床、コロナ患者受入に備えて確保している空床（令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床）を有する場合を指します。

「コロナ患者（疑似症患者含む）対応のために休棟・休床している」とは、当該病棟がコロナ対応に係る感染管理・人員確保等のために休棟・休床（令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床）の対応を行っている場合を指します。



③2025（令和7）年7月1日時点の機能
〔（3）欄〕

2025（令和7）年7月1日時点で当該病棟が担う予定の医療機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／回復期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断でいずれか1つを選び、ご報告ください。

介護保険施設等へ移行予定である場合には、当該選択肢を選び、ご報告ください。

④【「2025（令和7）年7月1日時点の機能」において、「7. 介護保険施設等

2025（令和7）年7月1日時点の機能において当該病棟が担う病床の機能の予定について、「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2025（令和7）年7月1日時点の移行予定先について、「1. 介護

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ③病棟票

へ移行予定」を選択した場合、2025（令和7）年7月1日時点の移行予定先】
〔（4）欄〕

医療院」／「2. 介護老人保健施設」／「3. 介護老人福祉施設」／「4. 1～3以外の介護サービス」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。

なお、具体的な移行先が決まっていなくても、1～4の中から現在の考えに最も近いものを選択してください。今回の報告をもって、今後の移行先が限定されるものではありません。

【2025（令和7）年7月1日迄に変更予定がある場合】
〔（5）欄〕

2025（令和7）年7月1日時点の機能の実現に向けて、2025（令和7）年7月1日までに機能の変更予定がある場合は、本項目にチェックを入れて、変更後の機能および変更予定年月についてご報告ください。

【令和5年7月1日時点で休棟中の場合】

「①2023（令和5）年7月1日時点の機能」について、休棟中であって医療機能の選択が困難である場合には、「5. 休棟中（今後再開する予定）」／「6. 休棟中（今後廃止する予定）」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。

「③2025（令和7）年7月1日時点の機能」については、再開の予定がある場合は、「1. 高度急性期機能」～「4. 慢性期機能」からいずれか1つ選択してください。再開の予定がない場合、休棟継続、又は再開の予定が未定である場合に、医療機能の選択が困難である場合には、「5. 休棟予定」をお選びください。廃止予定である場合には、「6. 廃止予定」をお選びください。

【病棟を今後休棟または廃止する予定、一般病床・療養病床以外の病床種別に変更する予定の場合（介護保険施設等への移行の場合を除く）】

「①2023（令和5）年7月1日時点の機能」については、現時点の機能を「1. 高度急性期機能」～「4. 慢性期機能」からいずれか1つ選択してご報告ください。

「③2025（令和7）年7月1日時点の機能」については、報告時点で休棟・廃止予定又は一般病床・療養病床以外の病床種別に変更する予定（介護保険施設等への移行の場合を除く）であって、医療機能の選択が困難である場合には、「5. 休棟予定」／「6. 廃止予定」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。一方、当該病棟を休棟していない、又は休棟後に再開を予定している場合には、「1. 高度急性期機能」～「4. 慢性期機能」からいずれか1つ選択してご報告ください。

2. 許可病床数・最大使用病床数等

[(6) ~ (13) 欄]

※「最小使用病床数」は任意

令和5年7月1日時点の当該病棟の許可病床数、許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の最大使用病床数等を病床種別毎にご報告ください。

また、療養病床については、そのうち医療療養病床数もあわせてご報告ください。

なお、療養病床がすべて介護療養病床である場合は、医療療養病床数は「0床」とご記入ください。また、療養病床がすべて医療療養病床である場合は、「②療養病床」と「上記②のうち、医療療養病床」は同一の病床数をご記入ください。介護療養病床数は、自動計算にて算出されますので、あわせてご確認ください。

「上記②のうち、医療療養病床」については、介護療養病床において医療保険による給付を行った場合であっても、当該病床は介護療養病床として扱い、医療療養病床の病床数には計上しないでください。

「③医療法上のコロナ特例により増床した病床」がある場合はご報告ください。ない場合は「0床」とご記入ください。

「医療法上のコロナ特例により増床した病床」とは、新型コロナウイルス感染症患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者に関する診断及び治療に係る病床の確保のため、医療法第7条の2第7項の規定又は医療法第30条の4第10項の規定に基づく医療法施行令第5条の3第2項の規定に基づき、協議を行い許可された病床の数を指します。

1病棟当たりの病床数は、原則として60床以下が標準とされていますが、病床数の標準を上回っていることについて、やむを得ない理由があり、認められている場合には、該当項目にチェックを入れてください。

なお、使用した病床数には、コロナ患者受入れに備えて確保している空床の病床数、コロナ対応に係る感染管理・人員確保等のために休床した病床数も含めます。(令和4年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床に限る。)

許可病床数

許可病床数とは、令和5年7月1日時点で、医療法第7条第1項から第3項に基づいて開設許可を受けている病床数をいいます。

許可病床数は、基準病床数制度で特例とされている特定の病床等も含めてご記入ください。また、休床中の病床も含めてご報告ください。

最大使用病床数・最小使用病床数

※「最小使用病床数」は任意

許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の最大使用病床数・最小使用病床数をご記入ください(最小使用病床数の報告は任意)。

最大使用病床数は、許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。

最小使用病床数は、許可病床数のうち令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。

【人間ドックでベッドを使用した場合】

使用病床数にカウントしてください。

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ③病棟票

2025 (令和 7) 年 7 月
1 日時点の予定病床
数

医療法上の経過措置
に該当する病床

【最大使用病床数の合
計が 0 床である場合の
理由】

報告時点において、当該病棟の 2025 (令和 7) 年 7 月 1 日時点の予定病床数をご報告ください。

医療法上の経過措置に該当する病床とは、平成 13 年 3 月 1 日時点で既に開設許可を受けている一般病床であって、6.3㎡/床 (1 人部屋) ・ 4.3㎡/床 (その他) となっている病床をいいます。

なお、病室の床面積は、医療法施行規則第 3 章第 16 条第 1 項第 3 号において「イ 病院の病室及び診療所の療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者一人につき六・四平方メートル以上とすること。」、「ロ イ以外の病室の床面積は、内法による測定で、患者一人を入院させるものにあつては六・三平方メートル以上、患者二人以上を入院させるものにあつては患者一人につき四・三平方メートル以上とすること。」とされていますが、経過措置が設けられています。

該当する病床が無い場合は、「0 床」と回答ください。

当該病棟の「最大使用病床数」の合計が 0 床である場合、その理由をご報告ください。

3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数

[(14) ~ (34) 欄]

当該病棟の一般病床・療養病床において令和 5 年 7 月 1 日時点で算定している入院基本料・特定入院料をご報告ください。

また、届出病床数として、上記で選択した入院料等を算定するものとして地方厚生 (支) 局長に届け出ている病床数をご報告ください。

なお、当該病棟において病室単位で「40. 特殊疾患入院医療管理料」、「44. 小児入院医療管理料 4」、「55. 地域包括ケア入院医療管理料 1」、「56. 地域包括ケア入院医療管理料 2」、「57. 地域包括ケア入院医療管理料 3」、「58. 地域包括ケア入院医療管理料 4」の届出を行っている場合は、該当番号と、上記の病床数のうち当該届出の病床数を再掲であわせてご報告ください。例えば、一般病棟 (一般病棟急性期一般入院料 2) 40 床のうち、地域包括ケア入院医療管理料 1 届出病床が 10 床ある場合は、(14) 欄に「40 床」、(15) 欄に「10 床」とご回答ください。

さらに、介護療養病床において療養型介護療養施設サービス費等 (療養型介護療養施設サービス費・療養型経過型介護療養施設サービス費・ユニット型療養型介護療養施設サービス費・ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費・認知症疾患型介護療養施設サービス費・認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費・ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費) の届出を行っている病床数をご報告ください。

「診療報酬上及び介護報酬上の入院料の届出なし」の病床数については、当該病棟における許可病床数から、入院基本料・特定入院料の届出病床数と、介護療養病床において療養型介護療養施設サービス費等の届出を行っている病床数を差し引いた病床数が、自動計算にて算出されますので、あわせてご確認ください。

【令和 5 年 7 月 2 日以降に当該病棟の届出内容に変更があった場合】

令和 5 年 7 月 2 日以降、現在までに当該病棟の届出内容に変更があった場合は、届出内容を変更した年月日、変更後の入院基本料・特定入

院料、病床数についてもご報告ください。

令和5年7月1日時点の1病棟単位が令和5年7月2日以降に複数の病棟単位となる場合には、それぞれの変更後の入院基本料・特定入院料、病床数をご記入ください。変更後の病棟単位が3病棟を超える場合、4病棟目以降については病棟票末尾の「その他、ご報告にあたっての特記事項【自由記入欄】」にご報告ください。

令和5年7月2日以降に当該病棟の病床をすべて休床とした場合には、各項目の病床数欄に「0床」とご記入のうえ、「診療報酬上及び介護報酬上の入院料の届出なし」に当該病棟の病床数をご報告ください。

4. 病棟部門の職員数

〔(35)～(46)欄〕

当該病棟における令和5年7月1日時点の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

病棟部門の職員とは、専ら当該病棟で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該病棟で勤務する）職員をいいます。

また、当該病棟における一般病床・療養病床の職員数をご記入いただく際、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に配置されている職員数については、病棟票で計上してください。

なお、病棟票における「病棟」の単位の考え方から、看護職員配置は原則0人にはなりません。令和5年7月1日時点で当該病棟に入院患者がいない場合、あるいは、当該病棟での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる看護職員のみの場合等、看護職員配置が0人となる場合には、該当項目にチェックを入れてください。

【複数の病棟を兼務している職員の扱い（「施設票」の確認・記入要領「職員の数え方」を参照）】

複数の病棟で業務を行い、各病棟での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱うものとします。複数病棟における勤務時間で職員数を按分する等はず、施設票「2. 職員数 ④外来部門の職員数」に計上してください。

ただし、例えば、同一フロアに一般病棟とハイケアユニットが混在しており、病棟部門の職員が兼務している場合、当該診療報酬の職員数をご報告ください。

常 勤

常勤職員とは、雇用形態にかかわらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。

非 常 勤

非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員をいいます。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合（所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません）

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{(2 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}) + (3 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 2 \text{人})}{40 \text{時間}} = 0.9 \text{人}$$

5. 主とする診療科

[(47) 欄]

令和 5 年 7 月 1 日時点の当該病棟で主とする診療科をご記入ください。

該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。なお、読み替えが困難な場合は、「44. その他の診療科」をご選択ください。

なお、主とする診療科とは、当該病棟の 5 割を超える患者を診る診療科をいいます。いずれの診療科も 5 割以下の場合は、「45. 複数の診療科で活用」を選択のうえ、当該病棟の患者を多く診ている順に最大上位 3 つまで診療科をご報告ください。

当該病棟の 5 割を超える患者を診る診療科と、標榜する診療科が一致しない場合も、実績にもとづき前者の診療科をご記入ください。

休棟中の病棟につきましては、休棟前の状況もしくは再開予定を踏まえてご報告ください。

6. 入院患者数の状況

[(48) ~ (53) 欄]

※「月別」は任意

令和 4 年 4 月 1 日～令和 5 年 3 月 31 日の 1 年間の新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数についてご記入ください（月別の報告は任意）。過去 1 年間に新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数がない病棟については、「0 人」と回答してください。

新規入棟患者については、そのうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者、予定外の救急医療入院以外の入院患者、予定外の救急医療入院の患者の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。

なお、あらかじめ日時が決められた入院のみを「予定入院」とし、それ以外は「予定外入院」としてください。また、産科において、分娩の受け入れを予定していたものの、陣痛で緊急入院した場合には、予定外入院としてください。

【一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、介護療養病床への入院患者の扱い】

新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数にカウントしてください。

【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】

1 入院 1 単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数に数えてください。

【院内出生の扱い】

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ③病棟票

院内出生は「上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者」に計上してください。

【救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合の扱い】

救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。

【一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に入院する患者の扱い】

当該患者は、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。ただし、一般病床・療養病床との移動が生じた場合は、移動した時期を基準としてカウントしてください。

【日帰り入院の扱い】

入院基本料を算定している場合は新規入院患者数・在棟患者数・退院患者数に含めてください。

【死産の扱い】

死産の届出を行ったものについては、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。

新規入棟患者

新規入棟患者とは、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に当該病棟に新しく入院した患者及び他病棟から当該病棟に移動した患者をいいます。入院後の当該病棟への1回目の入棟のみを数え、同一病棟への再入棟は数えません。また令和4年4月1日以前から入棟していた患者も含まれません。当該医療機関を退院後、当該病棟に再入院した患者は数えてください。

なお、病棟票における「病棟」の単位に従い、DPC対象病棟間、同一入院料を算定する病棟間の転棟であっても、新規入棟患者に計上してください。当該病棟に特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定している病室がある場合、当該病棟内からの当該病室への入室は、新規入棟患者に含まれません。また、同一病棟内に医療療養病床と介護療養病床がある場合も、当該病棟内における病床間の移行は、新規入棟患者に含まれません。

院内の他病棟からの転棟患者

新規入棟患者のうち、院内の他病棟からの転棟患者については、予定入院・予定外入院、救急医療入院・救急医療入院以外にかかわらず、「上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者」欄へ計上してください。

救急医療入院

救急医療入院とは、次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたものを指します（A205救急医療管理加算の患者要件と同一）。救急医療入院か否かは、救急医療管理加算の算定の有無に関係なく、患者状態像のみで判断するものとします。

- 01 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 02 意識障害又は昏睡
- 03 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 04 急性薬物中毒
- 05 ショック
- 06 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 07 広範囲熱傷
- 08 外傷、破傷風等で重篤な状態

- 09 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- 10 01に準ずる状態
- 11 02に準ずる状態
- 12 03に準ずる状態
- 13 04に準ずる状態
- 14 05に準ずる状態
- 15 06に準ずる状態
- 16 07に準ずる状態
- 17 08に準ずる状態
- 18 09に準ずる状態
- 19 その他の重症な状態

在棟患者延べ数

在棟患者延べ数は、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数をいいます。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めます。また、当該病棟に入院した日に退院又は死亡した患者を含めます。

他の病棟へ転棟した場合、転棟した日は転棟前の病棟における入院として在棟患者延べ数に計上してください(転棟先の病棟では、転棟日は在棟患者延べ数に含めません)。

令和4年4月1日以前から入棟していた患者は、在棟患者延べ数に含めますが、令和4年4月1日以前の入院日数分は計上しないでください。

短期滞在手術等基本料3を算定している患者は、診療報酬の算定日に関わらず、当該病棟に入院している間は在棟患者延べ数に計上してください。

退棟患者

退棟患者とは、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に当該病棟から退棟した患者(死亡退院を含む)及び他病棟に移動した患者をいいます。入院後の1回目の当該病棟からの退棟のみを数え、同一病棟からの再退棟は数えません。ただし、再退棟で死亡退院の場合は数えます。また、令和4年4月1日以前から入棟していた患者であっても、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に退棟した患者は計上してください。

なお、病棟票における「病棟」の単位に従い、DPC対象病棟間、同一入院料を算定する病棟間の転棟であっても、退棟患者にご計上ください。当該病棟に特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定している病室がある場合、当該病室からの当該病棟内への退室は、退棟患者に含まれません。また、同一病棟内に医療療養病床と介護療養病床がある場合も、当該病棟内における病床間の移行は、退棟患者に含まれません。

報告様式1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ③病棟票

新規入棟患者数、退棟患者数、在棟患者延べ数のカウント方法
(令和4年4月1日～令和5年3月31日)

	入退院の状況			新規入棟患者数			退棟患者数			在棟患者延べ数		
	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟
令和4年3月28日												
令和4年3月29日	入院											
令和4年3月30日												
令和4年3月31日												
令和4年4月1日										1人		
令和4年4月2日	退棟	入棟					1人			1人	*2	
令和4年4月3日											1人	
令和4年4月4日		退棟	入棟			1人		1人		1人	*2	
令和4年4月5日												1人
令和4年4月6日	入棟		退棟	*1				1人		*2		1人
令和4年4月7日										1人		
令和4年4月8日	退棟						*1			1人		
令和4年4月9日												

報告対象期間

上記期間における患者Aの計上人数

	A病棟	B病棟	C病棟
新規入棟患者数	0人	1人	1人
退棟患者数	1人	1人	1人
在棟患者延べ数	4人	2人	2人

【計上における留意点】
 ※1: 「新規入棟患者数」/「退棟患者数」には当該入院中での、当該病棟への再入棟または当該病棟からの再退棟は計上しません。
 (1回目の入棟/退棟が報告対象期間外であって「新規入棟患者数」/「退棟患者数」に計上されていない場合でも、上記の取り扱いは変わりません。)
 ※2: 病棟を転棟した場合、転棟日の「在棟患者延べ数」の計上については、転棟前の病棟において計上し、転棟先の病棟においては計上しません。

7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況

[(54) ~ (71) 欄]
 ※「月別」は任意

新規入棟患者数、退棟患者数について、入棟前の場所別、退棟先の場所別にご記入ください。WEBフォームでご回答の場合は、入棟前の場所別、退棟先の場所別の内訳の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。

なお、新規入棟患者数及び退棟患者数の考え方は、上記の「6. 入院患者数の状況」と同様になります。

報告対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間となります(月別の報告は任意)。

【他の病院、診療所へ外来受診後、紹介されて入院した患者の扱い】

「上記①のうち、家庭からの入院」として患者数を計上してください(月別の報告は任意)。

【助産所からの入棟・入院の扱い】

「上記①のうち、その他」として患者数を計上してください(月別の報告は任意)。

【社会福祉施設からの入棟・入院の扱い】

「上記①のうち、介護施設・福祉施設からの入院」に計上してください(月別の報告は任意)。

【一入院期間中に同一病棟に複数回入棟、同一病棟から複数回退棟している患者の扱い】

1回目の入棟のみを「①新規入棟患者数」及び入棟前の場所別の患者数に計上してください。また、1回目の退棟のみを「②退棟患者数」及び退棟先の場所別の患者数に計上してください(月別の報告は任意)。

【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】

1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても「①新規入棟患者数」及び入棟前の場所別の患者数、「②退棟患者数」及び退棟先の場所別の患者数に計上してください(月別の報告は任意)。

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ③病棟票

【入棟前の場所の定義】

施設名	該当項目
介護療養型医療施設	他の病院、診療所からの転院
介護老人保健施設	介護施設・福祉施設からの入院
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	介護施設・福祉施設からの入院
養護老人ホーム	介護施設・福祉施設からの入院
軽費老人ホーム	介護施設・福祉施設からの入院
有料老人ホーム	介護施設・福祉施設からの入院
認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業	介護施設・福祉施設からの入院
社会福祉施設	介護施設・福祉施設からの入院
養護盲老人ホーム	介護施設・福祉施設からの入院
老人短期入所施設	家庭からの入院
老人デイサービスセンター	家庭からの入院
老人福祉センター	家庭からの入院
小規模多機能型居宅介護	家庭からの入院
サービス付き高齢者向け住宅	家庭からの入院

【退棟先の場所の定義】

施設名	該当項目
介護療養型医療施設	他の病院、診療所へ転院
介護老人保健施設	介護老人保健施設に入所
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	介護老人福祉施設に入所
社会福祉施設（第一種社会福祉事業を行う施設）	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
養護老人ホーム	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
軽費老人ホーム	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
有料老人ホーム	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
社会福祉施設	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
養護盲老人ホーム	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
老人短期入所施設	家庭へ退院
老人デイサービスセンター	家庭へ退院
老人福祉センター	家庭へ退院
小規模多機能型居宅介護	家庭へ退院
サービス付き高齢者向け住宅	家庭へ退院

8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

[(72) ~ (76) 欄]

※「月別」は任意

当該病棟から退院した患者について、在宅医療を必要とするか否かをご判断のうえ、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定の状況別に患者数をご報告ください。

なお、当該病棟から退院した患者数の考え方は、上記の「6. 入院患者数の状況」の「退棟患者」と同様になります。

報告対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間となります（月別の報告は任意）。

同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設により在宅医

報告様式1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ③病棟票

療を提供する予定の場合は、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」に計上してください(月別の報告は任意)。

また、8.における「①当該病棟から退院した患者数」は、上記の「7. - ②退棟患者数」のうち、(64)「家庭へ退院」～(71)「その他」の患者数の合計と一致します。

退院後に在宅医療を必要としない患者、死亡退院した患者は、8.の「上記①のうち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」に計上してください(月別の報告は任意)。

7.の「上記②のうち、他の病院、診療所へ転院」した患者、「上記②のうち、介護老人保健施設に入所」した患者については、貴院からの転院・退院時に、その後1か月以内の在宅医療の実施予定が把握できている場合には、在宅医療の実施予定の状況別に患者数を計上してください(月別の報告は任意)。転院先の他の病院、診療所からの退院日、介護老人保健施設からの退所日が不明である場合には、転院時点では在宅医療を必要としないと考えられることから、8.では「上記①のうち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」に該当するものとして計上してください(月別の報告は任意)。

在宅医療を必要とする患者

在宅医療を必要とする患者とは、以下のいずれかの在宅医療を必要とする患者を指します。

・訪問診療

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うもの。

同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設から訪問診療を実施した患者については、患者延べ数に含めないでください。

・医師・歯科医師以外の訪問

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者(公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内)が訪問して実施されるもの。

※公的介護保険については、居宅サービス、介護予防サービスのうち「訪問看護」「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」また、地域密着型サービスのうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス(訪問看護を利用する者に限る)」を利用した場合に限ります。

なお、往診のみ必要とする患者、あるいは、上記の在宅医療が行われておらず、外来で受診しながら自宅にて在宅酸素療法や自己注射等を行う患者は、在宅医療を必要とする患者には含まれません。

また、在宅医療の範囲は、在宅患者、介護保険の事業基準に基づき指定された養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等の入居者、介護保険法に規定する短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)・複合型サービス(宿泊サービス)・認知症対応型共同生活介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)・介護予防認知症対応型共同生活介護等のサービスを受けている患者となります。

9. 分娩件数

[(77) 欄]

※「月別」は任意

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の分娩を行った件数(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く)についてご記入ください(月別の報

告は任意)。

なお、双生児の場合、経膈分娩については2件、帝王切開については1件としてください。

10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合

[(78) ~ (105) 欄]
 ※基準を満たす患者の割合について、「月別」は任意

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を測定することが算定の要件となっている入院基本料(注加算含む)・特定入院料・入院基本料等加算の届出を行っている場合、当該病棟において届出を行っている一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法(「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅱ」)について、月別にいずれか1つを選び、ご報告ください(必須)。

その上で、項目ごとに令和4年4月1日~令和5年3月31日の1年間の在棟患者延べ数について「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅱ」を用いて評価を行い、以下の各基準を満たす患者の割合をご記入ください(月別の報告は任意)。経過措置を適用している医療機関は令和4年度診療報酬改定前の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅱ」を用いて評価を行い、以下の各基準を満たす患者の割合をご報告ください(月別の報告は任意)。

経過措置として、令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟(許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る)については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなします。また、令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料1~5、7対1入院基本料(結核、特定機能病院(一般病棟)、専門病院)、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなします。

【1年間の場合】(小数点第2位を四捨五入)(単位:%)

$$\text{当該基準を満たす患者の割合} = \frac{\text{各月の当該基準を満たす患者数の合計}}{\text{当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数}} \times 100$$

【月別の場合(報告は任意)】(小数点第2位を四捨五入)(単位:%)

$$\text{当該月の当該基準を満たす患者の割合} = \frac{\text{当該月の当該基準を満たす患者数}}{\text{当該月の当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数}} \times 100$$

【項目】

- 急性期一般入院基本料、地域一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特定一般病棟入院料(注7以外)、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1の届出を行っている場合

- ・地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料（注7）の届出を行っている場合
- ・総合入院体制加算の届出を行っている場合

【基準】

- ①Aモニタリング及び処置等に係る得点が「1点以上」の患者の割合
- ②Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」の患者の割合
- ③Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」かつB患者の状況等に係る得点が「3点以上」の患者の割合
- ④Aモニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」の患者の割合
- ⑤C手術等の医学的状況に係る得点が「1点以上」の患者の割合
- ⑥Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」かつB患者の状況等に係る得点が「3点以上」又はAモニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」又はC手術等の医学的状況に係る得点が「1点以上」の患者の割合（参考「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法」を参照）

なお、当該病棟の入院患者が、産科及び15歳未満の小児の患者のみの場合等、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合の対象外となる患者のみの場合、DPC対象病院において短期滞在手術等基本料3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行い、かつ、入院した日から起算して5日までに退院した場合は、項目10のご記入は不要になりますので、該当項目にチェックを入れてください。

また、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」あるいは「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」を測定する特定入院料の場合は、ご記入は不要になります。

【地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料の注7の届出を行っている場合】

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料の注7では、B得点の評価を行っていないことから、本設問10のうちB得点が基準に組み込まれている項目については、任意項目（回答できない場合は空欄可）の扱いとします。

※各患者割合に関する基準については、それぞれの診療報酬上の基準に関わらず、設問に記載された得点以上の患者の割合を回答してください。

【産科及び15歳未満の小児の患者の扱い】

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、産科及び15歳未満の小児の患者数は含めないでください。

【短期滞在手術等基本料を算定している患者の扱い】

当該患者は除外して計算してください。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、6日以降においても入院が必要な場合には、4泊5日までの期間は分子・分母に含めず、6日以降の一般病棟入院基本料を算定する期間は分子・分母に含めてください。

【退院した日の扱い】

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、退院した日については、分子・分母のいずれにも含めないでください。

なお、診療報酬における考え方に従い、入院日の退院については、分子・分母のいずれにも含めてください。入院日の死亡退院についても、入院料を算定する場合は分子・分母に含めてください。

【転棟患者の扱い】

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ③病棟票

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、転棟患者は、診療報酬における考え方に従い、転入日は分子・分母に含めてください。また、転出日は、分子・分母に含めないでください。

【一般病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に入院する患者の扱い】

当該患者は除外して計算してください。

11. リハビリテーションの状況

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟のみ必須でご記入ください。それ以外の病棟においては任意でご報告ください。

体制強化加算 1 又は 2 (回復期リハビリテーション病棟入院料) の届出の有無
[(106) 欄]

令和 5 年 7 月 1 日時点における地方厚生 (支) 局長への回復期リハビリテーション病棟入院料における体制強化加算 1 又は 2 の届出の有無をご報告ください。

① リハビリテーションを実施した患者の割合
[(107) 欄]
※ 「月別」 は任意

令和 4 年 4 月 1 日～令和 5 年 3 月 31 日の 1 年間の在棟患者延べ数について、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して疾患別リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数の割合をご報告ください (月別の報告は任意)。

【1年間の場合】 (小数点第2位を四捨五入) (単位: %)

$$\text{リハビリテーションを実施した患者の割合} = \frac{\text{各月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数の合計}}{\text{当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数}} \times 100$$

【月別の場合 (報告は任意)】 (小数点第2位を四捨五入) (単位: %)

$$\text{当該月のリハビリテーションを実施した患者の割合} = \frac{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}{\text{当該月の当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数}} \times 100$$

なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分子には含めないでください。

報告様式1（病院用） II. 確認・記入の手引き ③病棟票

②平均リハ単位数
〔(108)欄〕
※「月別」は任意

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間に疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数について、当該病棟において疾患別リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数で除した1日当たりリハビリテーション提供単位数をご報告ください（月別の報告は任意）。

【1年間の場合】（小数点第2位を四捨五入）（単位：単位）

$$\text{平均リハ単位数} = \frac{\text{各月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数の合計}}{\text{厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}$$

【月別の場合（報告は任意）】（小数点第2位を四捨五入）（単位：単位）

$$\text{当該月の平均リハ単位数} = \frac{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数}}{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}$$

なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分母には含めないでください。分母は、上記の「11. ①リハビリテーションを実施した患者の割合」の分子と同様になります。

③過去1年間の総退院患者数

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間の総退院患者数について、リハビリテーションを要する状態にある患者あるいはリハビリテーションを実施した患者か否かに関わらず、当該病棟から退院した患者数をご報告ください。

また、11. における「③過去1年間の総退院患者数」は、「8. ①当該病棟から退院した患者数」と一致します。

④上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法(FIM)得点で55点以下であった患者数

また、そのうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法(FIM)得点で55点以下であった患者数、さらにそのうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には4点以上)又はFIM総得点で12点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には16点以上)改善していた患者数についても、あわせてご記入ください(月別の報告は任意)。

※「月別」は任意
⑤上記④のうち、機能的自立度評価法(FIM)得点で55点以下の患者数

なお、日常生活機能評価に置き換えてもよいこととなったFIMによる評価を行った患者数については、それぞれ内数をご報告ください(月別の報告は任意)。

※「月別」は任意
⑥上記④のうち、入院時に比較して退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が3点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には

なお、死亡退院した患者、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示令和元年厚生労働省告示第43号 別表第1(医科点数表)第2部「通則5」)に規定する入院期間が通算される再入院の患者については、計上しないでください。

4点以上)又はFIM総得点で12点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には16点以上)改善していた患者数

※「月別」は任意

⑦上記⑥のうち、FIM総得点で12点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には16点以上)改善していた患者数

※「月別」は任意

〔(109)～(113)欄〕

⑧前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数

【令和4年4月、令和4年7月、令和4年10月、令和5年1月】の回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数、そのうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数についてご報告ください。

また、【令和4年4月、令和4年7月、令和4年10月、令和5年1月】のリハビリテーションの提供実績にもとづくリハビリテーション実績指数についても、小数点第一位まで(小数点第二位を四捨五入)を、あわせてご報告ください。

⑨上記⑧のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数

なお、本設問11の⑧～⑩は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日 保医発0304第1号)様式45「回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数等に係る報告書」における「⑥月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数」、「⑦⑧のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数」、「⑩リハビリテーション実績指数」と同一の報告内容になります。

施設全体でのみリハビリテーション実績指数を算出しており、病棟単位でのリハビリテーション実績指数を算出できない場合には、対象となる病棟票に同一のリハビリテーション実績指数を報告してください。

【病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合】

病棟票の報告内容について、貴院で令和4年4月1日～令和5年7月1日の期間内に病棟の再編・見直し(病棟の建て替え・移転等に伴う許可病床数の変更)を行ったことで、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間分の状況を令和5年7月1日時点の病棟単位で報告することが困難な場合は、本項目にチェックを入れて、令和5年7月1日時点の病棟単位で「月単位」で報告が可能な過去の期間をご報告ください。報告年は「和暦」でご記入ください。

なお、期間内における許可病床数の変更を伴わない再編・見直しや休棟・休床の実施は、本項目には該当しません。

病棟票における上記の設問のうち、「令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間」の状況を報告する項目では、ご記入いただいた対象期間における状況についてご報告ください。

【令和5年7月1日に病棟の再編・見直しを行った場合の報告】

令和5年7月1日に許可病床数の変更を伴う病棟の再編・見直しを行っ

報告様式 1 (病院用) II. 確認・記入の手引き ③病棟票

たことで、令和5年7月1日時点の病棟単位で過去の期間の報告が困難な場合は、該当する項目は「0」としてご報告ください。

報告様式1の末尾における「令和4年4月1日～令和5年7月1日の間に病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合」の「令和4年4月1日～令和5年7月1日の間に病棟再編・見直しあり」にチェックを入れ、報告可能な対象期間は空欄でご回答ください。

【その他、ご報告にあ
たっての特記事項】
[任意(117)欄]

ご報告にあたって、その他特記事項がございましたら自由記入欄にご報告ください。

参考

○一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法

(「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (令和4年3月4日 保医発 0304 第2号) 別添6 別紙7)

・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
7	救急搬送後の入院(5日間)	なし		あり
				A得点

B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施		評価
	0点	1点	2点	0	1	
8 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない			点
9 移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
10 口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点
11 食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
12 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
13 診療・療養上の 指示が通じる	はい	いいえ				点
14 危険行動	ない		ある			点
						B得点

C 手術等の医学的状況		0点	1点
15	開頭手術 (13日間)	なし	あり
16	開胸手術 (12日間)	なし	あり
17	開腹手術 (7日間)	なし	あり
18	骨の手術 (11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療 (5日間) (①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査 (2日間)	なし	あり
23	別に定める手術 (6日間)	なし	あり
			C得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

- ・ A (A 6 ①から④まで及び⑥から⑨までを除く。) については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。
 - ・ A (A 6 ①から④まで及び⑥から⑨までに限る。) 及びCについては、評価日において、別紙1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。
 - ・ Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。
- ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用 (注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)、 ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療)	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態 (5日間)	なし		あり
				A得点

B 患者の状況等		患者の状態			介助の実施		評価		
		0点	1点	2点	0	1			
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	=	点		
9	移乗	自立	一部介助	全介助			実施なし	実施あり	点
10	口腔清潔	自立	要介助				実施なし	実施あり	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助			実施なし	実施あり	点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助			実施なし	実施あり	点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
14	危険行動	ない		ある					点
							B得点		

C 手術等の医学的状況		0点	1点
15	開頭手術 (13日間)	なし	あり
16	開胸手術 (12日間)	なし	あり
17	開腹手術 (7日間)	なし	あり
18	骨の手術 (11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療 (5日間) (①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査 (2日間)	なし	あり
23	別に定める手術 (6日間)	なし	あり
		C得点	

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

- ・A及びCについては、評価日において、別表1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
- ・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料 (許可病床数 200 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料 1 の届出を行っている場合及び許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料 2 から 5 までのいずれかの届出を行っている場合を除く。)、7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (結核病棟に限る。)) 及び専門病院入院基本料)、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。)) 及び専門病院入院基本料)、地域一般入院料 1、総合入院体制加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料)、看護補助加算 1 (地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料)、一般病棟看護必要度評価加算 (専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われる場合)) を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。) を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者 (基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。) 及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等 (A 項目)、患者の状況等 (B 項目) 並びに手術等の医学的状況 (C 項目) について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所には含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A6「専門的な治療・処置等」①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

【項目の定義】

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。

「あり」 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であつて、外部

から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。
 ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含まない。
 また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含まない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R2020 分類 d2 以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。
 ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
 DESIGN-R2020 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）

【項目の定義】

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーミングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
 「あり」 呼吸ケアを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
 呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
 人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
 NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。
 なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 注射薬剤3種類以上の管理

【項目の定義】

注射薬剤3種類以上の管理は、注射により投与した薬剤の種類数が3種類以上であって、当該注射に係る管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 注射により投与した薬剤が3種類に満たない場合をいう
 「あり」 注射により投与した薬剤が3種類以上の場合をいう。

【判断に際しての留意点】

施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入個所の数は問わない。
 注射薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）の薬剤に限り、評価の対象となる。ただし、血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。
 なお、厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には、1種類として数えること。また、健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない。

4 シリンジポンプの管理

【項目の定義】

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に

評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5 輸血や血液製剤の管理

【項目の定義】

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

6 専門的な治療・処置

【項目の定義】

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」 専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

【判断に際しての注意点】

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊（電離作用）により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放

射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。
 外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。
 外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。
 放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所を含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

7 救急搬送後の入院

【項目の定義】

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。

入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B9「移乗」、B10「口腔清潔」、B11「食事摂取」、B12「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

8 寝返り

【項目の定義】

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」 ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

【判断に際しての留意点】

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

9 移乗

【項目の定義】

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

（患者の状態）
「自立」 介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。
「一部介助」 患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」 1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。
（介助の実施）
「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

10 口腔清潔

【項目の定義】

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

【選択肢の判断基準】

（患者の状態）
「自立」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「要介助」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

（介助の実施）

「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の磨砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

11 食事摂取

【項目の定義】

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

【選択肢の判断基準】

（患者の状態）

「自立」 介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」 1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

12 衣服の着脱

【項目の定義】

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

【選択肢の判断基準】

（患者の状態）

「自立」 介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」 衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

13 診療・療養上の指示が通じる

【項目の定義】

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

【判断に際しての留意点】

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

14 危険行動

【項目の定義】

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

【選択肢の判断基準】

「ない」 過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

【判断に際しての留意点】

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

15 開頭手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 13 日間の場合、「あり」とする。

16 開胸手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 12 日間の場合、「あり」とする。

17 開腹手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 7 日間の場合、「あり」とする。

18 骨の手術【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

19 胸腔鏡・腹腔鏡の手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

20 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

21 救命等に係る内科的治療

【選択肢の判断基準】

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

22 別に定める検査

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から2日間の場合、「あり」とする。

23 別に定める手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から6日間の場合、「あり」とする。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。

ただし、A7「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価

対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。

2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
5. A3「注射薬剤3種類以上の管理」及びA5「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

B 患者の状況等

必要度 I における記載内容を参照のこと。

C 手術等の医学的状況

必要度 I における記載内容を参照のこと。

参考：<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984045.pdf>

（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日 保医発0304第2号））

コード一覧につきましても、こちらの『別添6別紙7別表1』をご確認ください。

○一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法

(「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (令和 2 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 2 号) 別添 6 別紙 21)

・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等		0 点	1 点	2 点
1	創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時 3 本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニター管理	なし	あり	
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③ 麻薬の使用 (注射剤のみ) ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤管理 (注射剤のみ) ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージ管理 ⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8	救急搬送後の入院 (5 日間)	なし		あり
				A 得点

B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施		評価
	0 点	1 点	2 点	0	1	
9 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない			点
10 移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
11 口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点
12 食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
13 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点
14 診療・療養上の 指示が通じる	はい	いいえ				点
15 危険行動	ない		ある			点
						B 得点

C 手術等の医学的状況		0点	1点
16	開頭手術 (13 日間)	なし	あり
17	開胸手術 (12 日間)	なし	あり
18	開腹手術 (7 日間)	なし	あり
19	骨の手術 (11 日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5 日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5 日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療 (5 日間) (①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査 (2 日間)	なし	あり
24	別に定める手術 (6 日間)	なし	あり
			C 得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

- ・ A (A 7 ①から④まで及び⑥から⑨までを除く。) については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。
 - ・ A (A 7 ①から④まで及び⑥から⑨までに限る。) 及び C については、評価日において、別紙 1 に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A 又は C 項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。
 - ・ B については、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。
- ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時 3 本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニター管理	なし	あり	
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③ 麻薬の使用 (注射剤のみ) ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤管理 (注射剤のみ) ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージ管理 ⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8	救急搬送後の入院 (5 日間)	なし		あり
				A 得点

B 患者の状況等		患者の状態			介助の実施		評価		
		0点	1点	2点	0	1			
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×		=	点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし		実施あり	点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし		実施あり	点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし		実施あり	点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし		実施あり	点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある			点		
								B得点	

C 手術等の医学的状況		0点	1点
16	開頭手術 (13日間)	なし	あり
17	開胸手術 (12日間)	なし	あり
18	開腹手術 (7日間)	なし	あり
19	骨の手術 (11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療 (5日間) (①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査 (2日間)	なし	あり
24	別に定める手術 (6日間)	なし	あり
			C得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

- ・ A及びCについては、評価日において、別表1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
- ・ Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

< 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料 (許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料 (急性期一般入院料 7 を除く。) の届出を行っている場合を除く。)、7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (結核病棟に限る。) 及び専門病院入院基本料)、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。) 及び専門病院入院基本料)、地域一般入院料 1、総合入院体制加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料)、看護補助加算 1 (地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料)、一般病棟看護必要度評価加算 (専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われる場合) を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。) を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び D P C 対象病院において短期滞在手術等基本料 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者 (基本診療料の施設基準等第十の三 (3) 及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。) は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等 (A 項目)、患者の状況等 (B 項目) 並びに手術等の医学的状況 (C 項目) について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時間の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。

医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項並びにC項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目及びC項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。評価においては、後日、第三者が検証を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

項目ごとの記録を残す必要はなく、モニタリング及び処置等（A項目）や患者の状況等（B項目）、手術等の医学的状況（C項目）等について診療録及び看護記録等に記載すること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

【項目の定義】

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。

「あり」 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であつて、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等について

は、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。
 ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含まない。
 また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含まない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R 分類 d2 以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。
 ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含まない。また、陰圧閉鎖療法は含まない。

【参考】

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
 DESIGN-R 分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)

【項目の定義】

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
 「あり」 呼吸ケアを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
 呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
 人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
 NPPV (非侵襲的陽圧換気) の実施は人工呼吸器の使用に含める。
 なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含まない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含まない。

3 点滴ライン同時 3 本以上の管理

【項目の定義】

点滴ライン同時 3 本以上の管理は、持続的に点滴ライン (ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路) を 3 本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 同時に 3 本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
 「あり」 同時に 3 本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
 2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
 スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA (自己調節鎮痛法) による点滴ライン (携帯用を含む) は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニター管理

【項目の定義】

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
 「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理

【項目の定義】

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理

【項目の定義】

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 専門的な治療・処置

【項目の定義】

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」 専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

【判断に際しての注意点】

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射(腔内照射、小線源治療)を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器(リニアック)による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所を含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管(ドレーン)を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻(PEG)を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管(パッドが連結されている場合を含む)を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

8 救急搬送後の入院

【項目の定義】

救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

9 寝返り

【項目の定義】

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」 ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

【判断に際しての留意点】

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

10 移乗

【項目の定義】

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

（患者の状態）

「自立」 介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」 患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」 1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができる（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

11 口腔清潔

【項目の定義】

口腔内を清潔にするための一連の行為が 1 人でできるかどうか、1 人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

【選択肢の判断基準】

(患者の状態)
「自立」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが 1 人でできる場合をいう。
「要介助」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
(介助の実施)
「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

12 食事摂取

【項目の定義】

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

【選択肢の判断基準】

(患者の状態)
「自立」 介助・見守りなしに 1 人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為 (小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等) が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」 1 人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。
(介助の実施)
「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

食事の種類は問わず、一般 (普通) 食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して 1 人で行った場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合「一部介助」とする。
医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

13 衣服の着脱

【項目の定義】

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要として着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

【選択肢の判断基準】

(患者の状態)
「自立」 介助なしに 1 人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
自助具等を使って行うことができる場合も含む。
「一部介助」 衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

【判断に際しての留意点】

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

14 診療・療養上の指示が通じる

【項目の定義】

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が 1 回でもみられた場合をいう。

【判断に際しての留意点】

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

15 危険行動

【項目の定義】

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去 1 週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

【選択肢の判断基準】

「ない」 過去 1 週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」 過去 1 週間以内に危険行動があった場合をいう。

【判断に際しての留意点】

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策もたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策もたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C 手術等の医学的状況

C 項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

16 開頭手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 13 日間の場合、「あり」とする。

17 開胸手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 12 日間の場合、「あり」とする。

18 開腹手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 7 日間の場合、「あり」とする。

19 骨の手術【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

22 救命等に係る内科的治療

【選択肢の判断基準】

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

23 別に定める検査

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から 2 日間の場合、「あり」とする。

24 別に定める手術

【選択肢の判断基準】

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 6 日間の場合、「あり」とする。

< 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料 1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算 1（地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び D P C 対象病院において短期滞在手術等基本料 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I（以下「必要度 I」という。）における記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度 I における記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度 I における記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B 項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A 8「緊急に入院を必要とする状態」については、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、当該コードを評価対象に含めない。
2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台（投薬）、30 番台（注射）、50 番（手術）及び 54 番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
5. A 3「点滴ライン同時3本以上の管理」及びA 6「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

B 患者の状況等

必要度 I における記載内容を参照のこと。

C 手術等の医学的状況

必要度 I における記載内容を参照のこと。

参考：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603890.pdf>

（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 2 号））

コード一覧につきましても、こちらの『別添 6 別紙 7 別表 1』をご確認ください。

報告様式 1 (病院用) 参考

○日常生活機能評価の測定方法

(「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (令和4年3月4日 保医発 0304 第2号) 別添6別紙21)

・日常生活機能評価票

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
		合計得点	点

※ 得点：0～19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

・日常生活機能評価票 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示

【項目の定義】

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

【選択肢の判断基準】

報告様式1（病院用） 参考

「なし」 床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」 床上安静の指示がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ 30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

【項目の定義】

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

【選択肢の判断基準】

「できる」 いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」 評価時間帯を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

【判断に際しての留意点】

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り

【項目の定義】

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」 ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

【判断に際しての留意点】

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり

【項目の定義】

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」 介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中で自分でできて最も最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

【判断に際しての留意点】

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持

【項目の定義】

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

【選択肢の判断基準】

報告様式1（病院用） 参考

「できる」 支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」 支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」 支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

【判断に際しての留意点】

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

6 移乗

【項目の定義】

移乗時の介助の状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」 介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。
「一部介助」 患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。
「全介助」 1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法

【項目の定義】

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「介助を要しない移動」 杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」 搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

【判断に際しての留意点】

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔

【項目の定義】

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「介助あり」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

【判断に際しての留意点】

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の磨砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9 食事摂取

【項目の定義】

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

報告様式1（病院用） 参考

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」 介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、介助は発生しないため「介助なし」とする。

「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」 1人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

【判断に際しての留意点】

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱

【項目の定義】

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」 介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」 衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

【判断に際しての留意点】

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

11 他者への意思の伝達

【項目の定義】

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

【選択肢の判断基準】

「できる」 常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」 患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」 どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

【判断に際しての留意点】

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

12 診療・療養上の指示が通じる

【項目の定義】

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

【判断に際しての留意点】

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果

報告様式 1 (病院用) 参考

的に、診察・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

13 危険行動

【項目の定義】

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

【選択肢の判断基準】

「ない」 過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

【判断に際しての留意点】

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

III. 報告エラーについて

「報告様式1」では、報告様式の各項目について、主に以下のエラーチェックを行っています。

データに不備がある場合はエラーメッセージが表示されますので、内容をご確認のうえ、修正を行ってください。明らかなエラーを含む場合、そのまま提出できないことがあります。また、必須項目には「*」が表示されます。

＜基本票における報告エラー＞

報告項目	報告エラーの種類
病棟コード・病棟名	<ul style="list-style-type: none"> ◆病棟コード <ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー ・重複によるエラー ◆病棟名 <ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー

＜施設票における報告エラー＞

報告項目	報告エラーの種類
1. 設置主体	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー
2. 職員数（部門別、職種別、常勤、非常勤）	<ul style="list-style-type: none"> ・職員数が0人より小さいエラー ・常勤職員数に小数点以下が記載されているエラー
3. DPC群の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー
4. 承認の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー
5. 診療報酬の届出の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー
6. 看取りを行った患者数（在宅療養支援病院の届出をしている場合のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ・死亡者数に小数点以下が記載されているエラー
7. 三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー

報告様式 1（病院用） III. 報告エラーについて

報告項目	報告エラーの種類
8. 救急医療の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未報告によるエラー ・ 入力値が0より小さいエラー ・ 患者延べ数に小数点以下が記載されているエラー ・ 救急車の受入件数に小数点以下が記載されているエラー ・ 休日に受診した患者延べ数が、内訳（診察後直ちに入院となった患者延べ数）よりも小さいエラー ・ 夜間・時間外に受診した患者延べ数が、内訳（診察後直ちに入院となった患者延べ数）よりも小さいエラー
9. 施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床数に小数点以下が記載されているエラー
10. 医療機器の台数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器の台数に小数点以下が記載されているエラー
11. 退院調整部門の設置状況	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 退院調整部門の有無 <ul style="list-style-type: none"> ・ 未報告によるエラー ・ 退院調整部門が「1. 有り」であるものの、退院調整部門に勤務する職員数が記載されていないエラー ◆ 退院調整部門に勤務する職員数 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入力値が0より小さいエラー ・ 専従職員数に小数点以下が記載されているエラー ・ 退院調整部門に勤務する職員数のうち、MSW の職員数と比較して、MSW のうち社会福祉士の資格を有する者の職員数が大きいエラー

報告様式 1 (病院用) III. 報告エラーについて

≪病棟票における報告エラー≫

報告項目	報告エラーの種類
1. 医療機能等	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー ◆「2025（令和7）年7月1日迄に変更予定あり」に関する整合性チェック <ul style="list-style-type: none"> ・チェックの記載があるものの、変更後の機能、変更予定年月が未報告によるエラー ・変更予定年月が2023（令和5）年6月以前、又は2025（令和7）年8月以降の年月が記入されているエラー ◆「①2023（令和5）年7月1日時点の機能」と「②当該病棟におけるコロナ対応状況について、該当するものを全て選択し、1、2についてはその病床数を記入してください。」欄に関する整合性チェック <ul style="list-style-type: none"> ・①で「5. 休棟中（今後再開する予定）」又は「6. 休棟中（今後廃止する予定）」が選択されている場合に、②で「1. コロナ患者（疑似症患者を含む）対応を行っている」又は「3. コロナ回復後の患者の受入を行っている」が選択されているエラー
2. 許可病床数・最大使用病床数等	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー（病床数が0床の場合は「0」と記入） ・病床数に小数点以下が記載されているエラー ◆一般病床数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床の許可病床数が、内訳（医療法上の経過措置に該当する一般病床数）より小さいエラー ◆療養病床数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・療養病床の許可病床数が、内訳（医療療養病床数、介護療養病床数）より小さいエラー ◆過去1年間の在棟患者延べ数との整合性チェック <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間の在棟患者延べ数（「6. 入院患者数の状況」）の入力値が1人以上である場合、最大使用病床数が0床であることによるエラー ・過去1年間の在棟患者延べ数（「6. 入院患者数の状況」）の入力値が0人である場合、最大使用病床数が1床以上であることによるエラー ◆1病棟当たりの最大使用病床数が60床超の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・1病棟当たりの最大使用病床数が60床を超えているものの、「やむを得ない理由があり、認められている場合にチェックを入れる項目」が未記入であることによるエラー

報告様式 1（病院用） III. 報告エラーについて

報告項目	報告エラーの種類
3. 算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー（届出病床数が0床の場合は「0」と記入） ・入力値が0より小さいエラー ・病床数に小数点以下が記載されているエラー ・「届出病床数」が1床以上である場合に「算定する入院料」が未記入によるエラー ・「算定する入院料」が記入されている場合に「届出病床数」が0床又は未記入によるエラー ・当該入院料を算定するものとして届出を行っている病床数（選択肢 40、44、55～58の病床数を含む）が、当該病棟において病室単位で40、44、55～58の届出を行っている病床数より小さいエラー <p>◆許可病床数と届出病床数の整合性チェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数が、届出病床数（内訳：一般病床又は医療療養病床における入院料等1～64、介護療養病床における療養型介護療養施設サービス費等）より小さいエラー ・介護療養病床の許可病床数が、介護療養病床における療養型介護療養施設サービス費等の届出病床数より小さいエラー ・許可病床数が、届出病床数（内訳：一般病床又は医療療養病床における入院料等1～64、介護療養病床における療養型介護療養施設サービス費等）と診療報酬上及び介護報酬上の入院料の届出を行っていない許可病床数の合計と一致しないエラー
4. 病棟部門の職員数（職種別、常勤、非常勤）	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ・常勤職員数に小数点以下が記載されているエラー ・看護職員配置が0人であるものの、「看護職員が0人となる場合にチェックを入れる項目」が未記入であることによるエラー ・看護職員配置が1人以上であるものの、「看護職員が0人となる場合にチェックを入れる項目」にチェックが記載されていることによるエラー
5. 主とする診療科	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー ・「45.複数の診療科で活用」を選択している場合に内訳の診療科が未報告、1つの診療科のみ記載、あるいは同一の診療科が複数記載されているエラー ・「45.複数の診療科で活用」を選択していない場合に上位1位～3位の診療科が記載されているエラー
6. 入院患者数の状況（新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数）	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ・患者数に小数点以下が記載されているエラー <p>◆新規入棟患者数の内訳チェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規入棟患者数が、内訳（予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者、予定外の救急医療入院以外の入院患者、予定外の救急医療入院の患者）の合計と一致しないエラー <p>◆最大使用病床数との整合性チェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間の在棟患者延べ数の入力値が1人以上である場合、最大使用病床数が0床であることによるエラー ・過去1年間の在棟患者延べ数の入力値が0人である場合、最大使用病床数が1床以上であることによるエラー
7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ・患者数に小数点以下が記載されているエラー

報告様式 1（病院用） III. 報告エラーについて

報告項目	報告エラーの種類
8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ◆当該病棟から退院した患者数の内訳チェック ・当該病棟から退院した患者数が、内訳（退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）、退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者、退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者）より小さいエラー ・当該病棟から退院した患者数が、内訳（退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）、退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者、退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者）の合計と一致しないエラー
9. 分娩件数	<ul style="list-style-type: none"> ・入力値が0より小さいエラー ・分娩件数に小数点以下が記載されているエラー
10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	<ul style="list-style-type: none"> ◆各基準を満たす患者割合 ・患者割合が0%より小さい、又は100%を超えているエラー ・各基準を満たす患者の割合間で比較して、大小関係の整合性が取れないことによるエラー <p>注：「患者割合」の記入欄が無記入の場合は当該病棟における各基準の患者割合を0%とみなすことにより、報告が任意となる3つの条件「当該病棟の入院患者が一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合の対象外となる患者のみの場合」、「当該病棟の入院患者が、DPC対象病院において短期滞在手術等基本料3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行い、かつ、入院した日から起算して5日までに退院した場合」、「当該尺度による測定が算定の要件となっている入院基本料（注加算含む）・特定入院料・入院基本料等加算の届出を行っていない場合、又は令和5年4月1日以降に届出を行い、令和4年4月1日～令和5年3月31日の間で1度も評価を行っていない場合」のいずれにおいてもチェック項目が未記入であるにもかかわらず、未報告であることによるエラーチェックは行わない。</p>

報告様式 1 (病院用) III. 報告エラーについて

報告項目	報告エラーの種類
<p>11. リハビリテーションの状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆体制強化加算 1 又は 2 (回復期リハビリテーション病棟入院料) の届出の有無 <ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟において算定する入院基本料・特定入院料として「3. 算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」の選択肢 46~50 の届出を行っている場合、未報告によるエラー ◆リハビリテーションの提供状況 <ul style="list-style-type: none"> ・入力値が 0 より小さいエラー ・患者数に小数点以下が記載されているエラー ・平均リハ単位数が過大となっていることによるエラー ・過去 1 年間の総退院患者数が、内訳 (入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法 (FIM) 得点で 55 点以下であった患者数) より小さいエラー ・入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法 (FIM) 得点で 55 点以下であった患者数が機能的自立度評価法 (FIM) 得点で 55 点以下の患者数より小さいエラー ・入院時の日常生活機能評価が 10 点以上であった患者数が、内訳 (入院時に比較して退院時 (転院時を含む) の日常生活機能評価が 3 点以上 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の場合には 4 点以上) 又は FIM 総得点で 12 点以上 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の場合には 16 点以上) 改善していた患者数) より小さいエラー ・入院時に比較して退院時 (転院時を含む) の日常生活機能評価が 3 点以上 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の場合には 4 点以上) 又は FIM 総得点で 12 点以上 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の場合には 16 点以上) 改善していた患者数が FIM 総得点で 12 点以上 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の場合には 16 点以上) 改善していた患者数より小さいエラー ◆リハビリテーション実績指数の状況 <ul style="list-style-type: none"> ・入力値が 0 より小さいエラー ・患者数に小数点以下が記載されているエラー ・前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数が、内訳 (リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数) より小さいエラー

IV. よくあるご質問

No	ご質問	回答
1	報告様式に選択肢がない算定はどのように扱えばよいか。	令和4年度の診療報酬改定により変更になった貴院の届出をご確認の上、報告様式内の選択肢をご選択ください。
2	報告様式に選択肢がないもの（経過措置等）はどのように回答すればよいか。	令和4年度の診療報酬改定により変更になった貴院の届出をご確認の上、報告様式内の選択肢をご選択ください。
3	過去の自院の病床・外来機能報告の報告結果を確認したい。	厚生労働省の病床・外来機能報告ホームページから過去の報告データの一部が確認できます。