

<2024年5月21日版からの更新箇所>

| 頁                  | 更新箇所                            | 2024年5月21日版  | 2024年5月31日版   |
|--------------------|---------------------------------|--|---|
| <b>I 概要とスケジュール</b> |                                 |  |   |
| 7                  | 1. 様式1(患者属性や病態等の情報)<br>(1) 対象範囲 | <p>※2: 診療報酬改定年度において新規にDPC準備病院となった医療機関のうち、診療報酬改定の前年度において様式40の5の届出を行っていない医療機関については診療報酬改定年度の6月1日以降の入院症例を対象として様式1を作成する。また、DPC対象病院及びDPC準備病院でないデータ提出加算算定病院(以下、出来高算定病院という。)については、様式40の5の届出後に作成する試行データ作成対象月の初月1日以降の入院症例であって、診療報酬改定年度の6月1日から翌年3月31日の間に退院又は転棟した症例を対象として該当月の様式1を作成する。</p> | <p>※2: 診療報酬改定年度において新規にDPC準備病院となった医療機関のうち、診療報酬改定の前年度において様式40の5の届出を行っていない医療機関については診療報酬改定年度の6月1日以降の入院症例を対象として様式1を作成する。また、DPC対象病院及びDPC準備病院でないデータ提出加算算定病院(以下、出来高算定病院という。)については、<b>様式40の7の届出後、本データ作成開始対象の該当四半期の初月1日以降の入院症例</b>であって、当該年度の6月1日から翌年3月31日の間に退院又は転棟した症例を対象として該当月の様式1を作成する。</p> |
| <b>II 各様式と入力要領</b> |                                 |  |   |
| 112                | M170030 退院に向けた会議の開催状況           | <p>① 入棟後に初めて行われた、当該患者の退院に向けた会議の実施日<br/>病棟(病床)に入棟後に初めて行われた当該患者の退院に向けた会議の実施日を入力する。<br/>YYYY(西暦4桁)MM(月2桁)DD(日2桁)の値(計8桁)を入力する。<br/>例 実施年月日が2024年6月10日 → 20240610</p>   | <p>① 入棟後に初めて行われた、当該患者の退院に向けた会議の実施日<br/>病棟(病床)に入棟後に初めて行われた当該患者の退院に向けた会議の実施日を入力する。<br/>YYYY(西暦4桁)MM(月2桁)DD(日2桁)の値(計8桁)を入力する。<br/>例 実施年月日が2024年6月10日 → 20240610<br/>当該患者の退院に向けた会議を実施していない、又は不明な場合は「99999999」を入力する。</p>   |

| 頁   | 更新箇所      | 2024年5月21日版  | 2024年5月31日版  |
|-----|-----------|--|--|
| 135 | 様式3の仕様の追加 | <p><b>様式 3</b></p> <p>様式3は「施設情報」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等に係る加算の算定状況及び各病棟の主たる算定入院料状況、重症度、医療・看護必要度に係る入院患者の状況及び病棟コードの算定状況等を把握するために必要なデータである。</p> <p><b>入力方法</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイル (Microsoft社のOffice (Excel) が必要) を後日配布するとともに後日書末に掲載する。</li> <li>* エクセルファイルの各シートには後日記載する入力方法に従って入力し提出すること。</li> </ul> <p>上記のとおり様式3は後日配布するが、現時点（2024年3月8日時点）において新規項目（様式3-5）として掲載する予定の項目を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○院内での転倒・転落の発生件数</li> <li>○インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数</li> <li>○入院患者延べ数</li> <li>○褥瘡（d2(真皮までの損傷)以上の損傷）の発生患者数</li> <li>○入院患者延べ数（除外条件に該当する患者を除く）<br/>（除外条件）<br/>・自縊り入院の患者<br/>・入院時に既に褥瘡が発生している患者<br/>・前の計測期間で褥瘡が発生し、そのまま継続して入院している患者</li> <li>※いずれも四半期毎の集計値を入力する<br/>例 7、8、9月の集計値を10月の様式3に、10、11、12月の集計値を1月の様式3に入力する。<br/>なお、本年度調査では任意入力とするが、本項目の入力は機能評価係数IIの評価対象となる。</li> </ul> | <p><b>様式 3</b></p> <p>様式3は「施設情報」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等に係る加算の算定状況及び各病棟の主たる算定入院料状況、重症度、医療・看護必要度に係る入院患者の状況及び病棟コードの算定状況等を把握するために必要なデータである。</p> <p><b>入力方法</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイル (Microsoft社のOffice (Excel 2016, 2019, 2021 (各ページ32bit)) が必要) を別途配布する。</li> <li>* エクセルファイルの各シートには以下に記載する入力方法に従って入力し提出すること。</li> </ul> <p><b>【様式3-1】</b></p> <p>1 入力方法</p> <p>(1) 施設コード、施設名<br/>施設コード、施設名を入力する。</p> <p>(2) 病院情報URL<br/>DPC対象病院又はDPC準備病院であって、機能評価係数IIの地域医療指數で評価される「病院情報の公表」を自院のホームページで公表している場合にURLを入力する。DPC対象病院又はDPC準備病院以外は入力不要とする。<br/>※参考：【「病院情報の公表」に関する資料】<a href="https://www01.prism.com/dpc/2023/byoinjoho/byoinjoho_koukai05.html">https://www01.prism.com/dpc/2023/byoinjoho/byoinjoho_koukai05.html</a></p> <p>(3) 開設者コード<br/>1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係 5. 医療法人 6. 個人 7. その他の法人<br/>国立：独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構又は独立行政法人地域医療機能推進機構が開設する病院、国立高度専門医療研究センターとする。<br/>公立：都道府県立、市町村立、地方独立行政法人とする。<br/>公的：日赤、済生会、北関東社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会とする。<br/>社会保険関係：健康保険組合又はその連合会、共済組合又はその連合会、国民健康保険組合とする。<br/>医療法人：医療法第39条の規定に従つて医療法人（社会医療法人は含まれない）とする。<br/>個人：個人とする。<br/>その他の法人：公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療法人、会社、社会医療法人など1～6に該当しない法人とする。</p> <p>(4) 調査年月<br/>調査年月を入力する。<br/>例：2024年10月分の様式3であれば「202410」を選択する。</p> <p>(5) 許可病床数<br/>医療法上の許可病床数を入力する。なお、入力値は医療法許可病床種別別（一般、精神、感染症、結核、療養）で入力する。<br/>※ 調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの黄色の欄に入力する。空白（Null）は不可とする。</p> <p>(6) 届出病床数<br/>届出病床数を入力する。<br/>調査年月の「届出病床数」を記載する。「届出病床数」は、保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。<br/>※ 1 病床総数：※2 医療保険届出病床数+※3 その他病床数+※4 休止病床数<br/>※ 2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計<br/>※ 3 その他病床数：建物ベッド等※2、※4に含まれない病床数<br/>※ 4 休止病床数：地方厚生局へ届出を行っている休止病床数<br/>※ 5 医療保険届出病床のうち非稼働病床数：医療保険届出病床のうち、地方厚生（支）局へ届出を行っていない非</p> |

| 頁    | 更新箇所       | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版   |      |           |      |      |            |     |
|------|------------|-------------|---|------|-----------|------|------|------------|-----|
|      |            |             | <p>稼働病床数。調査上の定義は「医師・看護師等の職員の不足やノロウィルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受け入れを休止している病床であって、地方厚生（支）局に休止を届ける予定のない病床。」となる。</p> <p>(7) その他の事項について<br/>     「2 その他の事項について」を参照すること。<br/>     基本的に年度中は追加を実施しない予定であるが、変更がある場合はその旨を連絡する。</p> <p>(8) 届出入院料<br/>     調査年1月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの黄色または山吹色の欄に入力する。空白（Null）は不可とする。<br/>     入院料ごとに届け出ている病床数を数値で入力する。（特定期限と入院基本料を届け出ている場合は、「事例」を参照）<br/>     A3075小児入院医療管理料5、A4001短期滞在手術等基本料1、入院基本料加算は算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。<br/>     算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。<br/>     A100一般介護入院基本料（夜勤時間超過算、夜勤時間特別別入院基本料）、A102精神疾患入院基本料（重症患者割合特別別入院基本料、夜勤時間超過算、夜勤時間特別別入院基本料）、A103精神疾患入院基本料（夜勤時間超過算、夜勤時間特別別入院基本料）、A106 障害者施設等入院基本料（夜勤時間超過算）、A308-3地域包括ケア病棟入院料（注9～注12に係る届出を行う病棟）を算定する場合は「○」、算定しない場合は「×」を入力する。<br/>     届出病床のうち非稼働病床数 ※6は届出病床のうち、地方厚生（支）局へ届出を行っていない非稼働病床数を入力する。<br/>     ※入院基本料（A100～A106）には特定入院料（A300～A310）を算定する病床は含まない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>事例</b></p> <p>医療保険総数が500床であり、届出入院料はA301特定集中治療室管理料が10床、その他が急性期一般入院料1のとき、該当場所に以下のよう記載すること。</p> <table border="0"> <tr> <td>A100</td> <td>急性期一般入院料1</td> <td>490床</td> </tr> <tr> <td>A301</td> <td>特定集中治療室管理料</td> <td>10床</td> </tr> </table> </div> <p>2 その他の事項について<br/>     現在設定なし。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 改装のため休床としている病床があるが病床数には加えるのか<br/>     A : 届け出ている休床数については、「休止病床数」に計上する。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 小児入院医療管理料5は病床数という概念がない。どのように入力するのか<br/>     A : 「○」と入力する。</p> </div> | A100 | 急性期一般入院料1 | 490床 | A301 | 特定集中治療室管理料 | 10床 |
| A100 | 急性期一般入院料1  | 490床        |   |      |           |      |      |            |     |
| A301 | 特定集中治療室管理料 | 10床         |   |      |           |      |      |            |     |

| 頁 | 更新箇所 | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版  |
|---|------|-------------|--|
|   |      |             | <p>【様式3-2】</p> <p>(1) 入院基本料加算等<br/>調査年月1日時点の情報を様式3の入力データフォーマットの山吹色の欄に入力する。なお、空白（N u 1 1）は不可とする。<br/>算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。<br/>※1 区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、実際に臨床研修を実施している月に限り「○」とする。<br/>※2 区分番号D026に掲げる検体検査管理加算については、入院中の患者について算定した場合に「○」を入力する。</p> <p>(2) 0000 看護職員処遇改善評価料、0102 入院料ベースアップ評価料<br/>地方厚生局長等に届け出ている算定可能な看護職員処遇改善評価料又は入院料ベースアップ評価料について、その区分に従い、「1」～「165」の値を入力する。届け出のない場合、「0」を入力する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q: ハイリスク分陥管理加算について、施設基準の届出はしているが、4月には算定が1件もなかった場合はどうなるのか。<br/>A: 算定の実績ではなく、算定可能かどうかで判断する。この場合は「○」となる。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q: 看護職員処遇改善評価料の区分について、6月に算出し直した結果、区分に変更があったので届出を行い、7月から新たな区分で算定する予定である。いつから変更後の区分を入力するのか。<br/>A: 算定を開始する7月から変更後の区分を入力する。</p> </div> <p>【様式3-3】</p> <p>1 入力方法</p> <p>(1) 入力欄について<br/>様式3の入力データフォーマットの黄色の欄に入力する。空白（N u 1 1）は不可とする。</p> <p>(2) 届出<br/>調査年月時点の入院料等の情報をについて入力する。<br/>算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。<br/>ただし、経過措置のものされている入院料における2024年6~9月分においては、令和6年3月31日において、現に当該入院料等の届出を行っている場合で、以下の経過措置期間については、それぞれの値を入力する。<br/>           ① 重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとする経過措置期間中であれば、「○（経過措置1）」を入力する。<br/>           ② 令和6年度診療報酬改定前（以下、改定前）の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I・II、特定集中用の重症度、医療・看護必要度I・II又はハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価しても差し支えないとする経過措置期間中であれば、「○（経過措置2）」を入力する。<br/>           なお、経過措置を適用せず、令和6年度に新たに当該入院料の届け出を行っている場合には「○」とする。</p> <p>(3) 評価票<br/>届出欄に「○」、「○（経過措置1）」または「○（経過措置2）」とした場合に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価をしている場合は「1」を入力し、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIに係る評価をしている場合は「2」を入力する。届出欄に「×」とした場合は「×」を入力する。<br/>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度I・II、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度I・IIの評価についても同様に入力する。<br/>なお、改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の評価については「1」と入力する。</p> |

| 頁 | 更新箇所 | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版   |
|---|------|-------------|---|
|   |      |             | <p>(4) 入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数</p> <p>① A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料以外の入力欄について<br/>届出欄に「〇」(「〇(経過推置1)」、「〇(経過推置2)」含む)とした場合は、重症度・医療・看護必要度に係る評価における入院患者の直近3か月の入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数を入力する。<br/>また、特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料 一般病棟7 対1入院基本料、専門病院入院基本料 7対1 入院基本料、地域包括医療病棟入院料)について、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、「基準①」、「基準②」の行について直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準を満たす患者の延べ数」の行には「基準を満たす患者の延べ数」を入力する。<br/>特に高い基準を満たす患者の割合と一定程度高い基準を満たす患者の割合が施設基準において定められていない入院料については、「基準」の行へ直近3か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。<br/>例えば、一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1において、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、10月であれば7～9月の「基準①」、「基準②」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。<br/>届出欄に「×」、「〇(経過推置1)」で直近3か月に改定前の評価票で評価している場合は、入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。<br/>なお、届出欄に「〇(経過推置1)」とし、直近3か月に改定後の評価票で評価している場合は、入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は改定後の直重症・医療・看護必要度に係る評価における入院患者の直近3か月の状況を入力しても問題ない。</p> <p>② A300 救命救急入院料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301 特定集中治療室管理料(重症患者対応体制強化加算含む)、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の入力欄について<br/>届出欄に「〇」(「〇(経過推置1)」、「〇(経過推置2)」含む)とした場合は直近1か月の状況を入力する。<br/>また、特に高い基準(基準①)を満たす患者の割合と一定程度高い基準(基準②)を満たす患者の割合が施設基準において定められている入院料(ハイケアユニット入院医療管理料)について、直近1か月に改定後の評価票で評価している場合は、「基準①」、「基準②」の行について、直近1か月の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数を入力し、「基準」の行の入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。<br/>届出欄に「×」とした場合は入院患者延べ数及び基準を満たす患者の延べ数は「0」と入力する。</p> <p>2. 注意</p> <p>施設基準における基準を満たす患者の割合を算出する際と同様の方法で、入院患者延べ数、入院患者延べ数のうち基準を満たす患者の延べ数を入力する。<br/>入院患者延べ数のうち基準を満たす患者の延べ数+入院患者延べ数=基準を満たす患者の割合になるようにする。<br/>臓卒中ケアユニット入院医療管理料等の施設基準において患者の基準が定められていない場合は、急性期一般入院基本料等と同じ基準で評価する。<br/>重症患者対応体制強化加算は施設基準における「特殊な治療法等」に該当する患者の割合を算出する際と同様の方法で、入院患者延べ数、入院患者延べ数のうち基準を満たす患者の延べ数を入力する。<br/>入院患者延べ数のうち基準を満たす患者の延べ数+入院患者延べ数=「特殊な治療法等」に該当する患者の割合になるようとする。<br/>病棟又は病室が2つ以上あり、それぞれにおいて該当患者割合を測定している場合は合算して入力する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">Q&amp;A</p> <p>Q : 6月1日より新たに急性期一般入院料5を算定している場合は、どのように入力すればいいか。<br/>     A : 届出欄は6月分より「〇」とし、届出した際に機種10に記載した延べ数を記載する。</p> </div> |

| 頁 | 更新箇所 | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版   |
|---|------|-------------|---|
|   |      |             | <p><b>Q&amp;A</b></p> <p><b>Q : 急性期一般入院料 6 の基準を満たす患者の延べ数はどのように入力すればいいか。</b><br/> <b>A : 基準が定められている急性期一般入院料 1~5 と同じ定義で評価する。評価票は任意で「1」(I の場合) または「2」(II の場合) を選択する。</b><br/> <b>定義 :</b>施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類に「入院患者の状況」として記載する際の患者数の定義</p> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p><b>Q : 令和 6 年 3 月 31 日時点で現に届出を行っており、令和 6 年 9 月 30 日までは一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとされている入院料を算定している。令和 6 年 9 月 30 日までは経過措置を利用し、10 月に届出をする予定である。どのように入力すればいいか。</b><br/> <b>A : 6~9 月分は届出欄に「〇(経過措置 1)」を入力する。評価票欄は 6~9 月分は評価内容に準じて「1」または「2」を選択する。<br/>     入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」と入力する。(「基準」、「基準①」「基準②」いずれも)<br/>     10 月分以降は、届出欄に「〇」を入力し、届け出に基づいて評価票は「1」または「2」を入力する。</b></p> <p>特に高い基準、一定程度高い基準の患者割合が施設基準に定められている入院料においては、「基準①」、「基準②」の行に、7~9 月（直近 3 か月）の改定後の評価票で評価した入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数をそれぞれ基準欄に記載の基準に則り入力する。(「基準」の行については入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」とする)<br/>     特に高い基準、一定程度高い基準の患者割合が施設基準に定められていない入院料においては、「基準」の行に、7~9 月（直近 3 か月）の改定後の評価票で評価した入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数を入力する。(「基準①」「基準②」がある場合、入院患者延べ数、基準を満たす患者の延べ数はそれぞれ「0」とする)</p> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p><b>Q : 令和 6 年 3 月 31 日時点で現に届出を行っており、令和 6 年 9 月 30 日までは改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこととする入院料を算定している。7 月より改定後の評価票での評価する予定である。どのように入力すればいいか。</b><br/> <b>A : 6 月分は届出欄に「〇(経過措置 2)」と入力し、評価票は届けに基づいて「1」(I の場合) または「2」(II の場合) を選択する。延べ数は改定前の評価票で評価した直近 3 か月の値を「基準」の行に入力する。「基準①」「基準②」の行には「0」と入力する。7 月分以降は届出欄に「〇」、評価票は届けに基づいて「1」(I の場合) または「2」(II の場合) を選択する。延べ数は以下のように直近 3 か月の値を入力する。</b></p> <p>(「基準」に値を入力し、「基準①」「基準②」の行は「0」と入力)<br/>     - 7 月 : 評価票は「1」または「2」、4~6 月（直近 3 月）の改定前の評価票で評価した値<br/>     - 8 月 : 評価票は「1」または「2」、5、6 月の改定前の評価票で評価した値 + 7 月の改定後の評価票で評価した値<br/>     - 9 月 : 評価票は「1」または「2」、6 月の改定前の評価票で評価した値 + 7、8 月の改定後の評価票で評価した値<br/>     - 10 月 : 評価票は「1」または「2」、7~9 月（直近 3 か月）の改定後の評価票で評価した値</p> |

| 頁                          | 更新箇所             | 2024年5月21日版        | 2024年5月31日版  |       |                  |                    |                 |       |                            |       |       |       |    |                   |       |       |       |    |                          |       |       |       |    |
|----------------------------|------------------|--------------------|--|-------|------------------|--------------------|-----------------|-------|----------------------------|-------|-------|-------|----|-------------------|-------|-------|-------|----|--------------------------|-------|-------|-------|----|
|                            |                  |                    | <p style="text-align: center;"><b>【様式3-4】</b></p> <p>(1) 病棟情報<br/>該調査年月1日時点に届出ている入院料とそれに組付く病棟コードの組合せ、及び病床数を全て入力する。<br/>※様式3-4の届出病床数の合計が様式3-1の医療保険届出病床数の合計と同じになるまで、上から詰めて入力する。</p> <p>① 届出入院料及び届出病床数<br/>「別表1、届出入院料の種類」より選択した入院料コードと届出病床数を入力する。</p> <p>② 病床機能報告の病棟コード<br/>病床機能報告制度と同様の病棟コード（1906以降の5桁）を入力する。<br/>直近の病床機能報告の時点から届出入院料等が変更になっている場合は、病床機能報告制度と同じルールで新たに算定した病棟コードを入力する。<br/>なお、精神病床、結核病床、感染症病床については「99999」を入力する。また、入院料を届出でない休棟（休床）中の病棟（病床）は入力不要。<br/>※参考：【病床機能報告】 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html</a></p> <p>③ 入院EFファイル及びHファイルの病棟コード<br/>届出病床のうち、当該調査年月に入院EFファイル及びHファイルで使用している病棟コードはすべて入力する。<br/>Hファイル作成対象外の病棟（病床）の場合はHファイルの病棟コードは「9999999999」を入力する。</p> <p>例）一般病棟を60床（うち、急性期一般入院料1が50床、特定集中治療室管理料3が10床）、<br/>回復期リハビリテーション病棟入院料2を60床届出している場合</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>届出入院料</th> <th>病床機能報告の<br/>病棟コード</th> <th>入院EFファイルの<br/>病棟コード</th> <th>Hファイルの<br/>病棟コード</th> <th>届出病床数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A1001イ 一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1</td> <td>19008</td> <td>10001</td> <td>00000</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>A3013 特定集中治療室管理料3</td> <td>19008</td> <td>10002</td> <td>00000</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>A3082 回復期リハビリテーション病棟入院料2</td> <td>19008</td> <td>30001</td> <td>90800</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q：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は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされ、1日の入院料を算定できるが、この場合の病棟コードは、通常算定する専用病床の入院料とは別の病棟コードを使用している。この病棟コードも入力が必要か。</p> <p>A：入力不要。届出する病床に組づく病棟コードのみ入力する。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q：地域包括ケア病棟入院料を算定していた患者が、算定要件に該当しなくなり、一般病棟特別入院料を算定することになった。<br/>地域包括ケア病棟入院を算定する期間と一般病棟特別入院基本料を算定する期間で使用する病棟コードを別にしてよいか。</p> <p>A：同一病床に対して、複数の病棟コードを使用することは不可。<br/>注1）複数の病床に対して、同一の病棟コードを使用することは可能です。<br/>　　但し、入院EFファイルの病棟コードは、原則、看護体制の1単位につき1病棟コードとする。<br/>注2）同月内で1病床、1病棟コードが保たれていればよく、各月1日に病棟コードを変更することは差し支えない。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q：「入院EFファイルの病棟コード」「Hファイルの病棟コード」はどこで確認したらよいか。<br/>A：「入院EFファイルの病棟コード」「Hファイルの病棟コード」は各ファイルに病棟コードの項目があるのでそちらを確認し、設定しているコードを入力する。</p> </div> | 届出入院料 | 病床機能報告の<br>病棟コード | 入院EFファイルの<br>病棟コード | Hファイルの<br>病棟コード | 届出病床数 | A1001イ 一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1 | 19008 | 10001 | 00000 | 50 | A3013 特定集中治療室管理料3 | 19008 | 10002 | 00000 | 10 | A3082 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 19008 | 30001 | 90800 | 60 |
| 届出入院料                      | 病床機能報告の<br>病棟コード | 入院EFファイルの<br>病棟コード | Hファイルの<br>病棟コード  | 届出病床数 |                  |                    |                 |       |                            |       |       |       |    |                   |       |       |       |    |                          |       |       |       |    |
| A1001イ 一般病棟入院基本料 急性期一般入院料1 | 19008            | 10001              | 00000  | 50    |                  |                    |                 |       |                            |       |       |       |    |                   |       |       |       |    |                          |       |       |       |    |
| A3013 特定集中治療室管理料3          | 19008            | 10002              | 00000  | 10    |                  |                    |                 |       |                            |       |       |       |    |                   |       |       |       |    |                          |       |       |       |    |
| A3082 回復期リハビリテーション病棟入院料2   | 19008            | 30001              | 90800  | 60    |                  |                    |                 |       |                            |       |       |       |    |                   |       |       |       |    |                          |       |       |       |    |

| 頁 | 更新箇所 | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版   |
|---|------|-------------|---|
|   |      |             | <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 病床機能報告制度の病棟コードについて、届出を要しない病床の変更があった場合や病床機能報告前の病床についてはどのように入力すればいいか。</p> <p>A : 当月の情報で病床機能報告すると仮定して入力する。実際に届け出た内容と相違があっても構わない。</p> <p><b>【補助票】</b></p> <p><u>本補助票は様式1の「A004040_転倒・転落」、「A001040_患者プロファイル/被爆」に係る項目の代替となる調査である。様式1と同様、いずれも任意入力であるが、本項目の入力は機能評価係数IIの評価対象となる。</u></p> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 様式1で入力する場合、様式3での入力は不要と考えてよいか。<br/>A : そのとおり。</p> <p>(1) 入力欄について<br/>様式3の入力データフォーマットの青色の欄に入力する。入力する調査年月と調査対象期間は以下のとおりとする。<br/>入力しない場合または入力月以外は空白（Null）とすること。</p> <p>調査年月 : 202409 (2024年9月) 調査対象期間 : 2024年6月～2024年9月<br/>調査年月 : 202412 (2024年12月) 調査対象期間 : 2024年10月～2024年12月<br/>調査年月 : 202503 (2025年3月) 調査対象期間 : 2025年1月～2025年3月</p> <p>例えば、2024年9月には2024年6月～2024年9月までの情報を入力する。</p> <p>(2) 転倒・転落<br/> ① 転倒・転落の発生件数<br/>調査対象期間中ににおいて、入院期間中に発生した転倒・転落の件数を入力する。<br/>同一患者における複数回の転倒・転落はそれぞれカウントすること。</p> <p>② インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数<br/>「①転倒・転落の発生件数」で報告されたもののうち、調査対象期間中のインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。</p> <p>インシデント影響度分類レベルについては、様式1のA004040_転倒・転落③インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の下の表を参照。</p> <p>③ 入院患者延べ数<br/>調査期間中の各日における「24時現在での入院患者数+退院患者数」を合計した数を入力する。<br/>1人の患者が5日間入院したら「5人日」すなわち、「5」とカウントする。<br/>日帰り入院の患者は入院日の24時には在院していないが、当日の退院患者に含まれるので「1」とカウントする。</p> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 入院患者延べ数に限界はあるか。<br/>A : すべての入院患者が対象で、医科レセプトのみの患者等限界はない。</p> <p><b>Q&amp;A</b></p> <p>Q : 様式1の「A004040_転倒・転落」の入力仕様と異なるということか。<br/>A : そのとおり。様式1へ入力する場合は様式1の調査仕様に基づいて入力すること。</p> |

| 頁   | 更新箇所              | 2024年5月21日版  | 2024年5月31日版   |
|-----|-------------------|--|---|
|     |                   |  | <p>(3) 損傷</p> <p>① 損傷 (d2(真皮までの損傷)以上の損傷) の発生患者数<br/>調査対象期間において、入院期間中に新たに損傷 (DESIGN-R分類におけるd2(真皮までの損傷)以上) が発生した患者数を入力する。損傷の原因は問わない。<br/>DESIGN-R分類については、A001030 患者プロファイル/損傷 (疾患病棟) の③、④入院時・退院時の損傷の有無の表を参照すること。</p> <p>② 除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数<br/>以下の患者を除外した上で調査期間中の各日における「24時現在での入院患者数+退院患者数」を合計した数を入力する。1人の患者が5日間入院したら「5人日」すなわち、「5」とカウントする。</p> <p>※除外対象患者</p> <p>a) 日帰り入院、同日入退院の患者<br/>b) 入院時間から24時間以内に発生した損傷 (d1, d2, D3, D4, D5, DT1, U) を持つ患者<br/>c) 入院時すでに損傷 (d1, d2, D3, D4, D5, DT1, U) のいずれかの損傷保有者が記録されていた患者<br/>d) 調査対象期間 (2024年5月31日以前も含む) より前に損傷 (d1, d2, D3, D4, D5, DT1, U) の院内発生が確認され、継続して入院している患者</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Q&amp;A</p> <p>Q : 標式1の「A001040 患者プロファイル/損傷」の入力仕様と異なるということか。<br/>A : そのとおり。標式1へ入力する場合は標式1の調査仕様に基づいて入力すること。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Q&amp;A</p> <p>Q : 複数損傷を持つ患者の場合、一番深いものを1と計上すればよいか。<br/>また、調査期間内に同じ患者がd2以上の損傷を3回確認しても1と計上するのか。<br/>A : 患者単位であるため、いずれの場合も1と計上する。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Q&amp;A</p> <p>Q : 入院期間が9/1～11/30で調査対象期間が10月～12月の場合、以下についてどのように入力するのか。<br/>A : 例1) 初回 d2以上の損傷発生日が9/15、2回目の d2以上の損傷発生日が10/15の場合<br/>9月分(調査年月 202409)に「損傷あり」1人と計上し、損傷 (d2(真皮までの損傷)以上の損傷) の発生患者数1人とする。入院患者延べ数は9/1から9/30までの30人日と計上する。なお、2回目の損傷は既に9月分(調査年月 202409)で計上されているため、12月分(調査年月 202412)には計上しない。<br/>例2) 初回 d2以上の損傷発生日が10/3、2回目の d2以上の損傷発生日が10/10の場合<br/>患者単位で計上するため 12月分(調査年月 202412)に「損傷あり」1人と計上し、損傷 (d2(真皮までの損傷)以上の損傷) の発生患者数1人とする。入院患者延べ数は10/1から11/30までの61人日と計上する。</p> </div> |
| 148 | ① 看護必要度判定対象       | 評価対象外であれば当該実施日に該当するものを下記表から選び入力する。複数該当する場合は値の小さいものを優先する。DPC対象病院については、当項目に限り短期滞在手術等基本料3を算定できることと仮定して入力すること。   | 評価対象外であれば“0”を入力し、評価対象外であれば当該実施日に該当するものを下記表から選び入力する。各評価票の手引きにおいて記載がある評価対象外の理由を選択することとし、その上で複数該当する場合は値の小さいものを優先する。DPC対象病院については、当項目に限り短期滞在手術等基本料3を算定できることと仮定して入力すること。  |
| 148 | ① 看護必要度判定対象 Q&A修正 | <p>Q: 2024年度改定に伴い、一般病棟用は短期滞在手術等の場合も看護必要度の対象になりました。短期滞在手術を実施した場合TAR0010は、「1:短期滞在手術等基本料算定症例」と「0:重症度・医療・看護必要度判定対象」のどちらを選択するのか。<br/>A: 複数に該当する場合は番号の小さい方を選択する仕様です。評価対象であり、かつ短期滞在手術等基本料の症例であれば、「0:重症度・医療・看護必要度判定対象」を優先して選択ください。</p> | <p>Q: 2024年度改定に伴い、一般病棟用は短期滞在手術等の場合も看護必要度の対象になりました。短期滞在手術を実施した場合TAR0010は、「1:短期滞在手術等基本料算定症例」と「0:重症度・医療・看護必要度判定対象」のどちらを選択するのか。<br/>A: 評価対象であれば“0”を選択すること。</p>  |

| 頁             | 更新箇所              | 2024年5月21日版 | 2024年5月31日版   |
|---------------|-------------------|-------------|---|
| 148           | ① 看護必要度判定対象 Q&A追加 |             | <p>Q:一般病棟用の評価票において、15歳未満の短期滞在手術等基本料3算定患者である場合、どの値を選択するのか。<br/>           A:短期滞在手術等基本料算定症例は一般病棟用の評価票において評価対象外とはならないので”2”を選択すること。</p> |
| <b>Ⅲ 関係資料</b> |                   |             |   |
|               |                   |             |   |