

令和2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」

記入要領

(病院用)

－ 目次 －

《重要なお知らせ》	1
1 報告の概要	2
2 報告様式 1 への記入の手引き	10
① 基本票	11
② 施設票	13
③ 病棟票	20
3 報告エラーの種類	65

《重要なお知らせ》

1. 報告様式の入手に係る見直し事項

調査専用サイトの WEB フォーム上から直接、報告様式に入力および提出していただく形式に変更いたしました。調査専用サイトにログインした後、貴医療機関の ID、医療機関名があらかじめ入力された WEB フォーム上にて入力・提出を行っていただきます。詳細は「報告マニュアル<②手順編>」の p8~をご覧ください。

昨年度までのように電子ファイルを入手いただくことはできませんので、ご注意ください。

調査専用サイトへは、厚生労働省ホームページ上の専用ページに記載されたリンクより、アクセスしてください。

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

※（厚生労働省ホームページ>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>医療>病床機能報告）

2. 報告様式の提出に係る見直し事項

（1）提出方法の変更

報告様式は、WEB フォーム上で直接入力されたものについては、そのまま WEB フォーム上で送信することにより提出することができます。

紙媒体を選択された方は、紙媒体送付時に同封されている返信用封筒により郵送していただく提出方法となります。なお、FAX による報告様式のご提出は受け付けておりません。

1 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において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、都道府県による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、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではありません。

また、今回の病床機能報告において、いずれの医療機能を選択した場合であっても、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 2 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」の様式をご提出いただく必要があります。なお、都道府県からの報告に基づき、WEB フォーム上ではいずれかの報告様式が予め表示されていますが、令和 2 年 7 月 1 日時点の区分と異なっている場合は事務局までお問合せください。

また、貴院において医科レセプト、歯科レセプトそれぞれで診療報酬請求を行っている場合であっても、報告様式 1 は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

「**2** 報告様式 1 への記入の手引き」をご参照のうえ、各項目をご記入いただき、報告マニュアルのスケジュールに従って、以下の手順で報告様式 1 をご作成およびご提出ください。

① 調査専用サイトの WEB フォーム上で作成・提出する場合

調査専用サイトの WEB フォーム上で報告内容をご入力いただきます。誤りがある可能性がある場合、画面内にエラーメッセージが表示されますので、報告内容に誤りがないか確認してください。

入力後は、提出ボタンをクリックしてご提出ください。なお、記入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。

② 紙媒体に記入して作成・提出する場合

報告マニュアルの手順に従って紙媒体を入手してください。記入した紙媒体の報告様式は、紙媒体に同封されている返信用封筒にてご提出ください。

報告様式1（病院用） 記入要領

WEBフォームでの入力から提出までの流れ

- ① 「報告マニュアル②手順編」に記載の方法で、調査専用サイトにログインします。

ログイン後の画面

厚生労働省 令和2年度病床機能報告 xxx病院 ログアウト

ホーム 調査票管理 報告状況確認

ホーム

重要なお知らせ

2020年10月1日更新(令和2年度病床機能報告開始のお知らせ)

各種資料

マニュアル

記入要領

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

2020/09/14

報告をはじめ

「重要なお知らせ」では、事務局からのお知らせを掲載しています。ログイン時には必ずご一読ください。

「各種資料」では、最新のマニュアルや記入要領等の資料をご確認いただけます。

画面右の「報告をはじめ」をクリックすると、報告様式の作成画面になります。

- ② 「報告をはじめ」をクリックすると、基本票の入力画面が現れます。画面の表示に沿って、入力を進めてください。

基本票の入力画面

厚生労働省 令和2年度病床機能報告 Hospital (メール未登録) メールアドレス更新 ログアウト

ホーム 調査票入力 調査票閲覧 報告/状況確認

ホーム > 基本票編集

ナビゲーションメニュー

リンクを押すと見出しも移動します

01. 基本情報 2

02. 一般病床・療養病床に入院した患者の有無

03. 病棟コード・病棟名

基本票 施設票 病棟票 印刷

色の凡例: ボタン押下で選択入力 入力不可

保存

現在入力中の調査票がハイライトされます。

01. 基本情報

1. 医療機関名

貴院名

開発テスト病院

ID (報告マニュアル送付状に記載の8桁コード)

Hospital

令和2年7月1日時点の情報を入力してください。なお、医療機関名等、一部の項目は予め入力されています。

2. 医療機関住所

郵便番号 必須

00002300 - 0001

住所検索

都道府県 必須

東京都

市区町村/番地 必須

千代田区皇居

建物名

入力が必須の項目は「必須」というアイコンが表示されます。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

- ③ 基本票「03. 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。

基本票：病棟の入力画面

03. 病棟コード・病棟名入力

1. 病棟コード・病棟名【貴院において、令和2年10月1日時点で一般病床・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No.	医療機能	病棟コード ※6桁目以降を入力	病棟名
<input type="checkbox"/> 1	2. 急性期 19062 <input type="button" value="医療機能を選択する"/>	0001	東病棟
<input type="checkbox"/> 2	2. 急性期 19062 <input type="button" value="医療機能を選択する"/>	0002	南病棟

基本票の病棟の入力では、まず「医療機能を選択する」ボタンをクリックし、入力したい病棟の医療機能を選択します。

病棟毎に設定した任意の下 4 桁を入力します。

「医療機能を選択する」ボタンをクリックするとこのような画面が現れるので、報告マニュアル④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。

病棟票の削除・追加は右下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。**

※病棟票の追加・削除は画面上部の保存ボタンを押すまで、内容は確定されません。

医療機能を選択する

- 高度急性期 19061
- 急性期 19062
- 回復期 19063
- 慢性期 19064

- ④ 一通り入力が完了したら、必ず保存ボタンを押して入力内容を保存します。

基本票の入力画面

厚生労働省 令和2年度病床機能報告

Hospital (メール未登録) メールアドレス更新 ログアウト

ホーム 調査票入力 調査票閲覧 報告/状況確認

ホーム > 基本票編集

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

基本票 施設票 病棟票 印刷

色の凡例: ボタン押下で選択入力 入力不可

01. 基本情報 2

02. 一般病床・療養病床に入院した患者の有無

03. 病棟コード・病棟名

01. 基本情報

医療機能名

入力完了したら、必ず保存ボタンを押します。

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。

報告様式1（病院用） 記入要領

- ⑤ 施設票も同様に、画面の表示に従って入力を進めてください。

施設票の入力画面

厚生労働省 令和2年度病床機能報告

Hospital (メール未登録) メールアドレス更新 ログアウト

ホーム > 施設票編集

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

00. 基本情報
01. 設置主体
02. 職員数
03. D P C群の種類
04. 承認の有無
05. 診療報酬の届出の有無
06. 看取りを行った患者数
07. 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
08. 救急医療の実施状況
09. 医療機器の台数
10. 退院調整部門の設置状況

基本票 施設票 病棟票 印刷 保存

色の凡例: ボタン押下で選択入力不可

00. 基本情報

1. 医療機関名

貴院名
開発テスト病院

ID (報告マニュアル送付状に記載の8桁コード)
Hospital

01. 設置主体

1. 設置主体【令和2年10月1日時点】を選択してください。

(1) 設置主体 **必須**

設置主体を選択する

02. 職員数

1. 職員数【令和2年10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。

施設全体の職員数《一部自動計算により算出》 **必須**

- ⑥ 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る項目があります。自動計算される項目を手動で入力することはできませんので、ご注意ください。

施設票：職員票の入力画面

02. 職員数

1. 職員数【令和2年10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。

施設全体の職員数《一部自動計算により算出》 **必須**

※(4)~(11)、(14)~(15)は自動算出されるため入力不要です。

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。

職種				
(2) 医師	0	人	0	人
(3) 歯科医師	0	人	0	人
(4) 看護師	0	人	0	人
(5) 准看護師	0	人	0	人
(6) 看護補助師	0	人		
(7) 助産師	0	人		

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たら保存ボタンをクリックし、病棟票の入力へ進みます。

報告様式1（病院用） 記入要領

- ⑧ 病棟票タブでは、まず病棟票の一覧が表示されます。ここで表示される病棟票の数は、基本票で作成された病棟票の数と一致します。もし病棟票の追加・削除を行いたい場合は、一旦基本票に戻って病棟票の追加・削除の操作を行ってください。

病棟票の一覧表示画面

病棟No	病棟コード	病棟名	入力不備	更新日時
1	190620001	3階西・A病棟	6	2020/09/16 21:07:21
2	190620002	3階東・B病棟	0	2020/09/16 23:14:02
3	190620003	4階中央・C病棟	0	2020/09/16 23:14:02

基本票で作成した病棟票一覧が表示されます。病棟 No.をクリックすると、各病棟票の入力画面に移動します。

- ⑦ 病棟 No の列にある数字をクリックすると、各病棟票の入力画面に移動します。複数の病棟票を作成する必要がある医療機関では、作成している病棟を間違えないよう、病棟コード・病棟名を確認してください。

各病棟票の入力画面

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

- 00. 基本情報
- 01. 医療機能
- 02. 許可病床数
- 03. 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
- 04. 病棟部門の職員数
- 05. 主とする診療科
- 06. 入院患者の状況
- 07. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況
- 08. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況
- 09. 分娩件数
- 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

基本票 施設票 病棟票 印刷
保存

色の凡例： ボタン押下で選択入力 入力不可

00. 基本情報

1. 医療機関名

真院名
開発テスト病院

ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁コード）
Hospital

2. 病棟情報

病棟コード
190620001

病棟名
東病棟

建物の建築時期
西暦 2010 年
※建物が完成した年について記入してください。
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。

建物の構造
 構造を選択する
※建物の構造について、当てはまる項目を選択してください。
複数の構造が混在している場合は、最大の構造を選択してください。

作成している病棟の病棟コード・病棟名を確認してください。

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。

基本票・施設票と同様に、画面の表示に従って入力を進めてください。

報告様式1（病院用） 記入要領

- ⑨ 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る場合があります。入力が必要であると思われるのに入力できない場合は、関連する他の項目の入力内容をもう一度ご確認ください。

一定条件下で入力可能となる項目の例

2025年10月1日迄の変更予定	→	変更後の機能	変更予定年月
<input type="checkbox"/> 変更予定あり		<input type="text"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
		<input type="button" value="機能を選択する"/>	

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。

- ⑩ すべての病棟票の入力を行い、保存が完了したら、報告内容の提出を行います。

報告状況確認画面

提出後、事務局で報告内容の確認が行われ、特に問題がなければ受理されます。不明な点等がある場合、事務局から照会を行う場合があります。

報告様式 1（病院用） 記入要領

■ 昨年度からの報告項目の主な変更点について

- 令和 2 年度病床機能報告では、主に以下の報告項目について内容の変更を行っています。詳細は、「**2** 報告様式 1 への記入の手引き」をご確認ください。

≪ 病棟票関連の項目 ≫

- ・「リハビリテーションの提供状況」に関して、入退院時の患者の ADL 評価に用いる日常生活機能評価を機能的自立度評価法（FIM）に置き換えてもよいこととなりました。本項目の報告においては、評価した患者の総数に加え、FIM による評価を行った患者の内数を記入してください。

■ 「報告様式 1」、「記入要領」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。すべてご記入し、すべてご提出ください（紙媒体は用紙が別れていますのでご注意ください）。
- 診療所用の報告様式 1 は①基本票、②施設票、③病棟票」が一体となっています。
- 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仕組みを設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力の上、計算結果をご確認ください。
- また、他の項目への入力結果からご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自動的にグレーになる仕組みを設けています。グレーになった項目への入力は不要です。

① 基本票：

- ・ 貴院の医療機関名称や、事前に送付する報告マニュアル送付状に記載されている ID（8 桁）、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についてご記入いただきます。

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記入いただきます。

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記入いただきます。
- ・ 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 2 年 3 月 5

報告様式 1（病院用） 記入要領

日保医発 0305 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」が一致するようご留意ください。

(4) 報告様式 1 の報告期限

- 報告様式 1 の締め切りは 11 月 30 日 (月) です。
- なお、提出された報告において不備が確認された場合、不備内容を専用ページ上に表示します。データ不備の修正については、12 月 31 日 (木) までに当該報告様式の全てを再提出してください (※切直前のご提出の場合、事務局におけるご確認が翌月になることがあります)。紙媒体で提出された場合は、事務局よりお電話または FAX で照会予定です。

(5) 疑義照会窓口

- 報告作業などに関しご不明点等ございましたら、下記事務局までご連絡ください。
- 内容を正確に把握するため、電話または FAX でお問い合わせください。メールでの受付は行っておりません。
- FAX でのお問い合わせの際は、医療機関 ID (注 1)、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。
- 本記入要領、報告マニュアルをはじめとする関連資料をご参照のうえ、それでも分からない場合のみお問い合わせください。
- WEB フォームによる報告に変更となったため、報告方法についてのお問合せが多く発生すると予想されます。報告期限間際は回答にお時間をいただく場合がありますので、送付資料等をご参考いただきながら、お早めに報告に着手いただきますようお願い申し上げます。

(注 1) 医療機関 ID は 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ます。

厚生労働省「令和 2 年度病床機能報告」事務局

(受託先：株式会社三菱総合研究所)

疑義照会窓口

電話 (フリーコール) **0120-989-459** [平日 9:30～17:30 受付]

FAX **03-6826-5060** [24時間受付]

※ 番号はよくご確認のうえ、お間違いのないようご注意ください

2 報告様式 1 への記入の手引き

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

一般事項

- ・報告内容についてお問合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 等について必ずご記入ください。
- ・数字を記入する欄で「2. 許可病床数・稼働病床数」、「3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」は「0」の場合は「0」を必ず記入してください（例えば、「2. 許可病床数・稼働病床数」で当該病棟が一般病床である場合、療養病床は無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- ・上記以外の項目について無記入の場合はゼロとみなします。

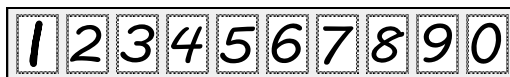
WEB フォーム上の入力における留意事項

- ・WEB フォームでは、記入に不備がある場合、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、「3 報告エラーの種類」を参照）。
- ・必須項目が未記入であるか、もしくは記入内容の見直しが必要になりますので、メッセージの内容をご確認のうえ、記入・修正を行ってください。

紙媒体の留意事項

- ・数字を記入する欄には、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁には何もご記入いただかなくてかまいません。
- ・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にカギをつける



4の上部が閉じている(9と混同)



0か6か不明



枠から数字がはみ出ている

「基本票」の記入要領

- 本項目では、貴院の医療機関名称や、事前に送付する報告マニュアル送付状に記載されているID（8桁）、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記入ください。

1. 貴院名	貴院の医療機関名称をご確認ください。
2. ID（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医療機関ID（数字8桁）と相違ないか、ご確認ください。
3. 医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
4. 報告担当者	報告内容についてお問合せを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アドレスをご記入ください。
5. 入院患者の有無 診療報酬請求の状況	今年度に限り、本項目は任意の入力項目となります。
① 一般病床または療養病床に入院した患者の有無 〔(1)欄〕	令和2年6月に貴院の一般病床または療養病床に入院した患者の有無をご記入ください。 なお、一般病床または療養病床に入院した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等、診療報酬請求を行っていない患者についても含めて有無をご判断ください。
② ①のうち、一般病床または医療療養病床に入院した患者の有無 〔(2)欄〕	上記①のうち、令和2年6月に貴院の一般病床または医療療養病床（ <u>介護療養病床を除く</u> ）に入院した患者の有無をご記入ください。
③ ②の入院患者の6月診療分について7月審査の診療報酬請求の有無 〔(3)欄〕	上記②の入院患者のうち、令和2年6月に貴院の一般病床または医療療養病床に入院した患者について、6月診療分に係る7月審査の診療報酬請求の有無をご記入ください。 介護療養病床における入院のみであるために入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関については、「2. 無し」をご記入ください。
④ ③の診療報酬請求時のレセプト種別 〔(4)欄〕	上記③の診療報酬請求時に「全てまたは一部を電子レセプトにより請求」したか、「全て紙レセプトにより請求または診療報酬の請求無し」であったかについて、ご記入ください。「電子レセプトにより請求」とは、オンラインまたは電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））で請求を行っている場合を指します。
⑤ 6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトへの病棟コードの入力有無 〔(5)欄〕	6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトについて、「病棟コード」（一般病床または療養病床分）の入力有無をご記入ください。

報告様式1（病院用） 記入要領

6. 病棟コード・病棟名

貴院において、令和2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。

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）。

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。

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月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床または療養病床分）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。

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、病棟ごとに報告様式1・2を作成する際に共通となる病棟コード（「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）。

② 「施設票」 記入の手引き

「施設票」の記入要領

- 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（精神病床のみの病棟等）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。

ID・貴院名

報告マニュアル送付状に記載されている医療機関ID（数字8桁）、及び貴院名を必ずご記入ください。

1. 設置主体

〔(1)欄〕

令和2年7月1日時点の貴院の設置主体をご記入ください。

「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。

2. 職員数

常 勤

常勤職員とは、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）をご記入ください。

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)

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

なお、非常勤職員が月単位で管理を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。

職員の数え方

職員数は、有給・無給を問わず令和2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日の欠勤者であっても、雇用されていれば計上します。なお、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。

報告様式1（病院用） 記入要領

また、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を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外とします。

【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となります。

【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」をはじめとする既存の調査等の内容を転記する方法と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）がある場合には非常勤職員として計上してください。

【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】

例えば、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については、看護補助者として計上します。

【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、専ら当該部門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）職員数をいいます。

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うものとします（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」となってしまっても構いません。

例えば、手術室とその他の部門を勤務時間の5割ずつで兼務している場合や、6割と4割で兼務している場合は、この2つの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カ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、当該医療施設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）については、計上しません。

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

報告様式1（病院用） 記入要領

介護休業を取得している者については、計上します。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上します（休業中の者は含めない）。

休業中で代替者がいない者については、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】

勤務時間でご判断いただき、1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、非常勤職員として計上してください。

【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】

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。

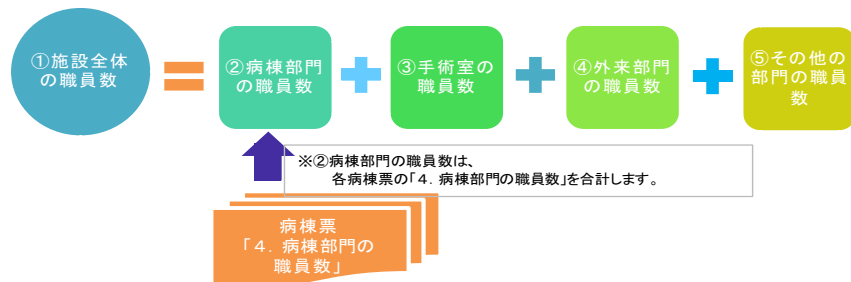
①施設全体の職員数 [(2)～(15)欄]

令和2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・非常勤職員毎にご記入ください。

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記入ください。

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 [(16)～(25)欄]

令和2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」においてご記入いただきます。

③手術室の職員数 [(26)～(35)欄]

令和2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・非常勤職員毎にご記入ください。

④外来部門の職員数 [(36)～(45)欄]

令和2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・非常勤職員毎にご記入ください。

⑤その他の部門の職員数 [(46)～(55)欄]

令和2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・非常勤職員毎にご記入ください。

「その他の部門」は、例えば、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、退院調整部門、薬剤部門、リハビリ部門、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） 記入要領

3. DPC群の種類 [(56)欄]

令和2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記入ください。

4. 承認の有無 [(57)～(58)欄]

令和2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記入ください。

5. 診療報酬の届出の有無

①総合入院体制加算の届出の有無 [(59)欄]

令和2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記入ください。

②在宅療養支援病院の届出の有無 [(60)欄]

令和2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記入ください。

③在宅療養後方支援病院の届出の有無 [(61)欄]

令和2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記入ください。

6. 看取りを行った患者数 [(62)～(67)欄]

在宅療養支援病院の届出を行っている場合、令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間の実施状況についてご記入ください（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（通知）令和2年3月5日保医発0305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」と同一の報告内容になります）。

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いいます。

また、直近1年間に在宅療養を担当した患者とは、現に在宅医療に関わる医師がおり、他の保険医療機関等と在宅支援連携体制を構築している場合も含め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、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又は家族に対して説明の上、文書により提供している患者であって、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患者をいいます。

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むものをいいます。

なお、貴院で死亡した患者については、「（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。また、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「（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

令和2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記入ください。

報告様式1（病院用） 記入要領

[(68)欄]

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いいます。

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
[(69)欄]

令和2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記入ください。

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いいます。

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
[(70)欄]

令和2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記入ください。

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いいます。

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条に規定する休日（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、体育の日（スポーツの日）、山の日、敬老の日、秋分の日、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めます。

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、当該標準によることが困難な医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとします。

診察後直ちに入院となった患者延べ数

診察後直ちに入院となった患者延べ数とは、入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した患者の延べ数をいいます。

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

報告様式1（病院用） 記入要領

救急車の受入	<p>場合は、患者延べ数に計上してください。</p> <p>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いいます。</p> <p>なお、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院にて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、検査や処置の結果として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。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、防災ヘリにより出動した場合は計上してください。</p>
患者延べ数の数え方	<p>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人と数えてください。</p> <p>また、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合において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。</p>
① 休日に受診した患者延べ数 [(71)～(72)欄]	<p>令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間の休日に受診した患者延べ数をご記入ください。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カウントしてください。</p> <p>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ご記入ください。</p> <p>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については、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。</p>
② 夜間・時間外に受診した患者延べ数 [(73)～(74)欄]	<p>令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間の夜間に受診した患者延べ数をご記入ください。</p> <p>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ご記入ください。</p> <p>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」には計上しないでください。また、夜間に往診を行った患者については、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。</p>
③ 救急車の受入件数 [(75)欄]	<p>令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間の救急車の受入件数についてご記入ください。</p> <p>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、他院にて対応不能であり搬送された場合は計上してください。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、防災ヘリにより出動した場合は計上してください。</p> <p>救急車の受入件数については、休日、夜間か否かに関わらず、受入件数</p>

報告様式1（病院用） 記入要領

を計上してください。

9. 医療機器の台数

①CTの台数 [(76)~(79)欄]

令和2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の台数について、それぞれご記入ください。

なお、例えば、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 [(80)~(82)欄]

令和2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の台数について、それぞれご記入ください。

③その他の医療機器の台数 [(83)~(92)欄]

令和2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、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）の台数について、それぞれご記入ください。

10. 退院調整部門の設置状況

① 退院調整部門の有無 [(93)欄]

令和2年7月1日時点の退院調整部門の設置の有無についてご記入ください。

なお、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、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行う部門をいいます。

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に関係なく、また、当該部門の業務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否かに関わらず、判断するものとします。

②退院調整部門に勤務する職員数 [(94)~(99)欄]

退院調整部門の設置をしている場合、令和2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について、専従職員・専任職員毎にご記入ください。

なお、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いいます。

また、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いいます（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）職員数については、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、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）をご記入ください。

職種別職員数の記入にあたって、看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師をいいます。

また、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記入ください。

③「病棟票」 記入の手引き

「病棟票」の記入要領

- 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記入ください。
- 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、精神病棟だけの病棟等、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2年3月5日保医発 0305 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健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。

- 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項にもと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

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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 2 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 2 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、無記入のものはゼロとみなします。
ただし、「2. 許可病床数・稼働病床数」、「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」を必ず記入してください。

ID・貴院名

報告マニュアル送付状に記載されている医療機関ID（数字8桁）、及び貴院名を必ずご記入ください。

病棟コード・病棟名

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

医療機能の選択にあたっての考え方については、「報告マニュアル①」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。

報告様式1（病院用） 記入要領

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】

「報告マニュアル①」（4頁の具体的な項目名を参照）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、「報告マニュアル①」（4頁の具体的な項目名を参照）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、「報告マニュアル①」（4頁の具体的な項目名を参照）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2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年7月1日時点の機能」としてご記入ください。

【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年7月1日時点の機能」をご回答のうえ、自由記入欄に「○年○月に○○病棟、○○病棟を統合予定」とご記入ください。

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年7月1日時点の機能」を各病棟につきご回答ください。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。

①2020（令和2）年7月1日時点の機能 [(1)欄]

令和2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、ご記入ください。

②2025年7月1日時点の機能 [(2)欄]

2025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、ご記入ください。

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、ご記入ください。

【「2025年7月1日時点の機能」において、7.「介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2025年7月1日時点の移行予定先】 [(3)欄]

2025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、「介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2025年7月1日時点の移行予定先について、「1. 介護医療院」／「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、ご記入ください。

なお、具体的な移行先が決まっていない場合であっても、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、

報告様式1（病院用） 記入要領

<p>【2025年7月1日迄に変更予定がある場合】 〔(4)欄〕</p>	<p>今後の移行先が限定されるものではありません。</p> <p>2025年7月1日時点の機能の実現に向けて、2025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、変更前後の機能および変更予定年月についてご記入ください。</p>
<p>【令和2年7月1日時点で休棟中の場合】</p>	<p>「①2020（令和2）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、ご記入ください。</p> <p>「②2025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、また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。</p>
<p>【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）】</p>	<p>「①2020（令和2）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つ選択してご記入ください。</p> <p>「②2025年7月1日時点の機能」については、報告時点で休棟・廃止予定または一般病床・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、ご記入ください。一方、当該病棟を休棟していない、また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つ選択してご記入ください。</p>
<p>2. 許可病床数・稼働病床数 〔(5)～(10)欄〕</p>	<p>令和2年7月1日時点の当該病棟の許可病床数、令和元年7月1日～令和2年6月30日の稼働病床数を病床種別毎にご報告ください。</p> <p>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記入ください。</p> <p>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。稼働病床数、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。</p> <p>「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。</p> <p>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。</p>
<p>許可病床数</p>	<p>許可病床数とは、令和2年7月1日時点で、医療法第7条第1項から第3項にもとづいて開設許可を受けている病床数をいいます。</p> <p>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記入ください。</p>
<p>稼働病床数・過去1年間に一度も入院</p>	<p>稼働病床数とは、許可病床数から令和元年7月1日～令和2年6月30日の過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数を除いた病床数をいいます。</p>

報告様式 1 (病院用) 記入要領

患者を収容しなかった病床数

【人間ドックでベッドを使用した場合】

稼働病床数にカウントしてください。

※ 稼働病床の欄には、医療計画上の参考とするため、許可病床数から令和2年7月1日現在で過去1年間、患者の収容を行っていない病床数を除いた実稼働病床数についてご報告いただきます。

※ 過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数は、許可病床数から、過去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差し引いて算出してください。

2025年7月1日時点の予定病床数

報告時点において、当該病棟の2025年7月1日時点の予定病床数をご記入ください。

医療法上の経過措置に該当する病床

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」とご記入ください。

【稼働病床数の合計が0床である場合の理由】

当該病棟の稼働病床数の合計が0床である場合、その理由をご記入ください。

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 [(11)~(31)欄]

当該病棟の一般病床・療養病床において令和2年7月1日時点で算定している入院基本料・特定入院料をご記入ください。

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記入ください。

なお、当該病棟において病室単位で「41.特殊疾患入院医療管理料」、「45.小児入院医療管理料4」、「57.地域包括ケア入院医療管理料1」、「58.地域包括ケア入院医療管理料2」、「59.地域包括ケア入院医療管理料3」、「60.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記入ください。

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、(11)欄に「40床」、(12)欄に「10床」とご記入ください。

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記入ください。

「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

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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2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2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記入ください。

令和2年7月1日時点の1病棟単位が令和2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】」にご記入ください。

令和2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記入ください。

4. 病棟部門の職員数 [(32)~(42)欄]

当該病棟における令和2年7月1日時点の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

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2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せず、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、当該診療報酬の施設基準の要件を満たす職員数をご記入ください。

常 勤

常勤職員とは、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）をご記入ください。

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）

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

報告様式 1 (病院用) 記入要領

5. 主とする診療科 [(43)欄]

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、内科または外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、「44.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つまで診療科をご記入ください。

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記入ください。

6. 入院患者数の状況 [(44)~(49)欄]

令和元年7月1日～令和2年6月30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。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」と記入してください。

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】

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。

【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。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

新規入棟患者

新規入棟患者とは、令和元年7月1日～令和2年6月30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。また令和元年7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
- 11 01に準ずる状態
- 12 02に準ずる状態
- 13 03に準ずる状態
- 14 04に準ずる状態
- 15 05に準ずる状態
- 16 06に準ずる状態
- 17 07に準ずる状態
- 18 08に準ずる状態
- 19 09に準ずる状態
- 20 その他の重症な状態

在棟患者延べ数

在棟患者延べ数は、令和元年7月1日～令和2年6月30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せん。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せん。

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)。

令和元年7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せんが、令和元年7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2又は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、令和元年7月1日～令和2年6月30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。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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、令和元年7月1日以前から入棟していた患者であっても、令和元年7月1日～令和2年6月30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。

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
(令和元年7月1日～令和2年6月30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
令和元年 6月27日												
令和元年 6月28日	入院											
令和元年 6月29日												
令和元年 6月30日												
令和元年 7月1日										1人		
令和元年 7月2日	退棟	入棟		1人			1人			1人	※2	
令和元年 7月3日											1人	
令和元年 7月4日		退棟	入棟			1人	1人				1人	※2
令和元年 7月5日												1人
令和元年 7月6日	入棟		退棟	※1				1人		※2		1人
令和元年 7月7日										1人		
令和元年 7月8日	退棟						※1			1人		
令和元年 7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 [(50)～(67)欄]

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、令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間となります。

【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。

【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。

【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。

【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】

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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。

【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。

【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

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記入ください。

報告様式1（病院用） 記入要領

[(68)~(72)欄]

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、令和元年7月1日～令和2年6月30日の1年間となります。

貴院と特別な関係にある施設により在宅医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。

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、(60)「家庭へ退院」～(67)「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。

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。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。

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。

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。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

9. 分娩件数 [(73)欄]

令和2年6月の1か月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。

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 [(74)～(104)欄]

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、項目ごとに令和2年6月の1か月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。経過措置を適用している医療機関は令和2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記入ください。

また、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を必ずいずれか1つを選び、ご記入ください。

【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】

- ① A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
- ② A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
- ③ A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
- ④ A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
- ⑤ 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
- ⑥ B患者の状況等に係る「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「1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
- ⑦ A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」またはAモニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」またはC手術等の医学的状況に係る得点が「1点以上」の患者の割合またはB患者の状況等に係る「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「1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

（38頁の測定方法を参照）

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2又は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

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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、または令和2年7月1日以降に行い、令和2年6月の1か月間の評価を行っていない場合は、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】

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

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
[(105)欄]

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記入ください。

① リハビリテーションを実施した患者の割合

令和2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の届出の有無をご記入ください。

令和2年6月の1か月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記入ください。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

[(106)欄]

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

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

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、分子には含めないでください。

②平均リハ単位数 [(107)欄]

令和2年6月の1か月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記入ください。

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

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

令和元年7月1日～令和2年6月30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記入ください。

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。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、それぞれ内数をご記入ください。

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

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4点以上)

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。

報告様式1（病院用） 記入要領

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

- 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

[(108)～(110-1)欄]

- ⑧ 前月までの6か月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

- 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

- ⑩ リハビリテーション実績指数
[(111)～(113)欄]

令和元年1月1日～令和2年6月30日の6か月間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記入ください。

また、令和2年1月1日～令和2年6月30日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、あわせてご記入ください。

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（通知）令和2年3月5日 保医発0305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「⑧前月までの6か月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」、「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」、「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記入してください。

【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、貴院で令和元年7月1日～令和2年6月30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、過去1年間分の状況を令和2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2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間をご記入ください。

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、「令和元年7月1日～令和2年6月30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記入ください。

【令和2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2年7月1日に許可病床数の変更を伴う病棟の再編・見直しを行ったことで、令和2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」としてご記入ください。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

報告様式 1 の末尾における「病棟の再編・見直しにより過去一年間分の報告が困難な場合」の過去1年間の間に病棟再編・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】

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記入ください。

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（通知）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	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	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
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

報告様式1 (病院用) 記入要領 診療報酬改定後 (令和2年4月1日以降)

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 7①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 7①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 2 又は 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。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って、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めない。

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めない。

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-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 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、動静脈シヤント、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。

スワンガ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に含める。

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。

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、ポビ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。

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。

1 3 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。

1 4 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。

1 5 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。

1 6 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。

1 7 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。

1 8 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。

1 9 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。

2 0 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。

2 1 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。

2 2 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。

2 3 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。

2 4 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DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は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Ⅱ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、A8「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、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「点滴ライン同時3本以上の管理」及びA6「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(通知) 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。

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（通知）平成30年3月5日 保医発0305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	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、 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	なし		あり
				A得点

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

C 手術等の医学的状況		0点	1点
16	開頭手術（7日間）	なし	あり
17	開胸手術（7日間）	なし	あり
18	開腹手術（4日間）	なし	あり
19	骨の手術（5日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（2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
			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、

- ・ A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合計点数を記載する。
- ・ Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。
- ・ Cについては、評価日において実施された手術等の合計点数を記載する。

報告様式1（病院用） 記入要領

診療報酬改定前（令和2年3月31日以前）

・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、 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
				A得点

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

C 手術等の医学的状況		0点	1点
16	開頭手術（7日間）	なし	あり
17	開胸手術（7日間）	なし	あり
18	開腹手術（4日間）	なし	あり
19	骨の手術（5日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療、②経皮的な心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療）	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、

- ・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、「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」に基づき評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

・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

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 2 又は 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って、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めない。
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めない。

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-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 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、動静脈シヤント、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。
 スワンガ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 心電図モニターの管理

【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、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。

【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。

① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用は、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、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休業中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、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、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護職員等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、特別な内服管理を要する患者に対し、看護職員等によるその管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。

看護職員等により、患者に対して、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。

抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休業中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③ 麻薬の使用 (注射剤のみ)

【定義】

麻薬の使用は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

注射薬の投与方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休業中は含めない。

④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【定義】

麻薬の内服、貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服、貼付、坐剤を使用した場合で、看護職員等による内服、貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

看護職員による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理 (肛門又は膣への挿入) が発生しており、特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。看護職員等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服、貼付、坐剤の使用の確認、及び内服、貼付、坐剤の使用後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服、貼付、坐剤の使用の確認、内服、貼付、坐剤の使用後の副作用の観察をしていれば含める。

麻薬を内服した当日、貼付が行われている日、又は坐剤を使用した当日のみを含めるが、休業中は含めない。

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に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護職員等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。
 内服については、看護職員等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。
 看護職員等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。
 免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。
 ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)

【定義】

昇圧剤の使用は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。
 昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)

【定義】

抗不整脈剤の使用は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り抗不整脈剤の使用の対象に含める。
 抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬、血小板凝固阻害薬、血栓溶解薬等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。
 抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していたすべての日を評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

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含める。
 体外へ直接誘導する場合は評価し、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、翌日まで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. 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。
4. 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。
5. 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。

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。

10 移乗

【項目の定義】

移乗時の介助の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】

「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。

1 1 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、ポビ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。

1 2 食事摂取

【項目の定義】

食事介助の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】

「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ず、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。

1 3 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

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。

1 4 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。

1 5 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. 第 2 章第 10 部第 1 節第 1 款から第 11 款に掲げる手術を実施した場合、又は、経皮的血管内治療として t-PA 療法を実施した場合であって、各項目の定義に該当する場合について評価する項目である。手術等の実施が当該医療機関内であれば、評価の対象場所に含める。
2. 第 2 章第 3 部に掲げる検査又は第 9 部に掲げる処置に引き続き C 項目の定義に該当する手術等を実施した場合は評価の対象となるが、検査又は処置のみを実施した場合には評価の対象とはならないものであること。
3. C 項目の評価については、医師又は看護職員の判断により行われるものであること。
4. 同一入院中の同一日に複数の手術等を実施し、該当項目が複数となる場合は、主たる病名に起因する該当項目で評価を行うこと。
5. 同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能であるものであること。ただし、同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。
6. 手術領域が複数にわたる場合には、主たる領域で評価を行うものであること。

7. 選択肢の判断基準に示された術当日からの期間については、術当日を含む日数であること。

1 6 開頭手術

【項目の定義】

開頭手術は、開頭により頭蓋内に達する方法により手術が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 7 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 7 日間のことをいう。

【判断に際しての留意点】

穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない。

1 7 開胸手術

【項目の定義】

開胸手術は、胸壁を切開し胸腔に達する方法 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む) により手術が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 7 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 7 日間のことをいう。

【判断に際しての留意点】

胸腔鏡下に行われた手術は含めない。

1 8 開腹手術

【項目の定義】

開腹手術は、腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む) により手術が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 4 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 4 日間のことをいう。

【判断に際しての留意点】

腹腔鏡下に行われた手術は含めない。

1 9 骨の手術

【項目の定義】

骨の手術は、骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術 (指 (手、足) の手術は除く)、関節置換・骨頭挿入に係る手術、下肢・骨盤の骨接合に係る手術 (指 (足) は除く)、脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 5 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 5 日間のことをいう。

2 0 胸腔鏡・腹腔鏡の手術

【項目の定義】

胸腔鏡・腹腔鏡手術は、胸腔鏡下に胸腔に達する手術 (縦隔に達するものも含む) 又は腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む) が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 3 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 3 日間のことをいう。

2 1 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

【項目の定義】

全身麻酔・脊椎麻酔の手術は、16 から 20 の定義に該当しないもので、全身麻酔下又は脊椎麻酔下に手術が行われた場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より 2 日間を超えた場合をいう。

「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 2 日間のことをいう。

2 2 救命等に係る内科的治療

【項目の定義】

救命等に係る内科的治療は、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のいずれかの緊急

性が高くかつ侵襲性の高い内科的治療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」 項目の定義に該当する治療が実施されなかった場合及び当該治療当日より 2 日間を超えた場合をいう。

「あり」 項目の定義に該当する治療が実施された場合に、当該治療当日より 2 日間のことをいう。

【選択肢の判断】

救命等に係る内科的治療に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 経皮的血管内治療

【定義】

経皮的血管内治療は、経皮的な脳血管内治療、t-PA 療法、冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部のステントグラフト挿入術又は選択的血管塞栓による止血術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

検査のみの場合は含めない。

② 経皮的心筋焼灼術等の治療

【定義】

経皮的心筋焼灼術等の治療は、経皮的心筋焼灼術、体外ペースメーカーリング術、ペースメーカー移植術又は除細動器移植術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない。また、体外ペースメーカーリング術については、1 入院中に初回に実施した日から 2 日間までに限り評価を行う項目である。

③ 侵襲的な消化器治療

【定義】

侵襲的な消化器治療は、内視鏡による胆道・膵管に係る治療、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法又は緊急時の内視鏡による消化管止血術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

検査のみの場合、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。また、緊急時の内視鏡による消化管止血術は、緊急に内視鏡下で消化管止血を実施した場合に評価を行う項目であり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について 1 入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

参考：<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000205633.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(通知) 平成 30 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 2 号)

報告様式 1 (病院用) 記入要領

○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(通知) 令和2年3月5日 保医発 0305 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2又は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) 記入要領

「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つ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) 記入要領

「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】

「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の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、ポビ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。

報告様式 1 (病院用) 記入要領

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の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活に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) 記入要領

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。

1 3 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。

3 報告エラーの種類

「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。

データの不備があった場合に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。

■ 昨年度からの主な変更点について

- ・WEB フォーム上で報告する形式となったため、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。必須項目には「必須」というアイコンが表示されますので、そちらも合わせてご確認ください。

《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 ・想定しない入力値によるエラー（桁数、数値以外、既定外） ・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
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） 記入要領

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"> ・ 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. 医療機器の台数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入力値が 0 より小さいエラー ・ 医療機器の台数に小数点以下が記載されているエラー
10 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 ・ 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 ・ 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、再掲の 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) 記入要領

≪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	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー ◆「2025年7月1日迄に変更予定あり」に関する整合性チェック ・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2020年6月以前、または2025年8月以降の年月が記入されているエラー
2. 許可病床数・稼働病床数	<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） ・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 ◆許可病床数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数が、内訳（稼働病床数、過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数）よりも小さいエラー ◆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）よりも小さいエラー ◆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）よりも小さいエラー ◆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、稼働病床が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、稼働病床が1床以上であることによるエラー ◆1病棟当たりの稼働病床数が60床超の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・1病棟当たりの稼働病床数が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) 記入要領

報告項目	報告エラーの種類
<p>3. 算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数</p>	<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床また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41、45、57～60の病床数を含む）が、当該病棟において病室単位で41、45、57～60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
<p>4. 病棟部門の職員数（職種別、常勤、非常勤）</p>	<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
<p>5. 主とする診療科</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・未報告によるエラー ・「44.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 ・「44.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
<p>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）</p>	<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）より小さいエラー ・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>◆稼働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、稼働病床が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、稼働病床が1床以上であることによるエラー ・在棟患者延べ数が稼働病床数と比較して明らかに大きいエラー

報告様式 1 (病院用) 記入要領

報告項目	報告エラーの種類
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 ◆新規入棟患者数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・新規入棟患者数が、内訳（院内の他病棟からの転棟、家庭からの入院、…、その他）より小さいエラー ・新規入棟患者数が、内訳（院内の他病棟からの転棟、家庭からの入院、…、その他）の合計と一致しないエラー ◆退棟患者数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・退棟患者数が、内訳（院内の他病棟へ転棟、家庭へ退院、…、その他）より小さいエラー ・退棟患者数が、内訳（院内の他病棟へ転棟、家庭へ退院、…、その他）の合計と一致しないエラー
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 ・患者数に小数点以下が記載されているエラー ◆当該病棟から退院した患者数の内訳チェック <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・当該病棟から退院した患者数が、「7. ②退棟患者数」から「7. ②のうち、院内の他病棟へ転棟した患者数」を差し引いた人数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 <ul style="list-style-type: none"> ・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2又は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、または令和2年7月1日以降に行い、令和2年6月の1か月間の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) 記入要領

報告項目	報告エラーの種類
11. リハビリテーションの状況	<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 47～52 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