

令和6年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」にかかるFAQ

ID	大項目	区分	項目	質問	回答	掲載日
1	様式1	QA	調査実施説明資料P.2等 改定日(2024年6月1日)を跨ぐ症例の様式1について	2024年5月に入院し、2024年6月に退院した患者の6月の様式1において、提出条件の変更があった「M040031 救急医療入院患者/P/F比」の場合に入力条件は、2023年度の条件になるのか、2024年度の条件になるのか。	様式1終了日が2024年6月1日以降であれば、2024年度の調査仕様に基づいて入力する。このとき、改定を跨ぐ症例については未入力でも問題ない。	11/29
2	様式1	QA	調査実施説明資料P.68 A004030 栄養情報 ⑨入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施	事前の栄養スクリーニングで低栄養のリスクがなく、GLIM基準による評価が行われなかった場合は、0で入力するのか。	当該項目における栄養アセスメントとは、職種に関係なく、広く栄養状態に関する評価を行うことを指し、使用するスクリーニングツールの種類や、GLIM基準の使用の有無は問わない。栄養管理計画書や栄養スクリーニングシート等で栄養面のリスク判定(評価)が行われていれば、栄養アセスメントが行われたとみなしてよい。	11/29
3	様式1	QA	調査実施説明資料P.71 A004050 身体的拘束 ②身体的拘束日数	身体的拘束の定義は、医科点数表における定義と同様と考えて良いか。	そのとおり。	11/29
4	様式1	QA	調査実施説明資料P.104 M040031 救急医療入院患者/P/F比 ② 救急受診時のP/F比 ⑥ 治療室又は病棟入室時のP/F比	P/F比について、FiO2を算出していない場合に、(酸素飽和度－酸素分圧換算表)のような換算式を用いてもよいのか。	検査を行なっておらずFio2の値が分からない場合は、換算表や概算式を用いた値でも構わない。	11/29
5	様式1	QA	調査実施説明資料P.104 M040031 救急医療入院患者/P/F比 ② 救急受診時のP/F比 ③ 救急受診時の酸素投与の有無 ⑤ 救急受診時の呼吸補助の有無	左記の項目では、(A000020入院情報 ⑤)予定・救急医療入院が「3**」の場合は入力)とあるが、救急医療入院に当たる「3**」の場合は必ず入力しなければいけないのか。	調査実施説明資料のP35のとおり、※20の条件を満たしたうえで、※0の条件も満たす場合に入力すること。 医療資源を最も投入した傷病のICD10コードが040130に当たる場合として入力する場合、予定・救急医療入院が333、323、334、324以外であることも想定されるため、このような記載になっている。 「M050011 心不全患者/NYHA」や「M050041 心不全患者/結構動態的特徴」についても、同様の記載となっている。	11/29
6	様式1	QA	調査実施説明資料P.112 M170040 個別支援の実施状況	M170040の説明において「当該個別支援」とあるので、集団作業療法は含まないとの解釈になるのか。	集団作業療法という形式であっても、「当該個別支援に係る時間を予め設けた上で実施され、かつ診療録に当該個別支援の内容が記載されているもの」であれば、含めてよい。	11/29
7	様式1	QA	調査実施説明資料P.112 M170040 個別支援の実施状況 ④ 精神保健福祉士による個別相談支援の実施回数 調査実施説明資料P.113 M170060 障害福祉サービス等の連携に関する情報 ② 障害福祉サービス等事業所(介護給付)との面談回数	本人・精神保健福祉士・障害福祉サービス等事業所(介護給付)の3者で面談を行った場合、左記項目のそれぞれの回数に計上して良いのか。	それぞれの回数に計上してよい。 なお、M170040 ④については、仕様のとおり、「当該個別支援に係る時間を予め設けた上で実施され、かつ診療録に当該個別支援の内容が記載されているもの」に限ることに留意する。	11/29
8	様式1	QA	調査実施説明資料P.112 M170050 外出又は外泊の実施状況 ③ 患者の患家等への訪問に同行した職種	当院では、主に入院支援を行っているのが精神保健福祉士である。6桁目と8桁目のどちらに計上すれば良いか。	複数の職種に該当する職員については、診療実態に応じて計上すること。精神保健福祉士として同行した場合は6桁目、入院支援部門の職員として同行した場合は8桁目に計上する。	11/29
9	様式1	QA	調査実施説明資料P.112 M170050 外出又は外泊の実施状況 ④ 入院中に患者が外泊を行った回数	「入院中に患者が外泊を行った回数」について、2泊3日の外泊を行った場合、1回と数えるのか。あるいは、2泊している2回と数えるのか。	日数によらず、回数を入力する。 2泊3日の外泊であれば、それで1回となる。	11/29
10	様式1	記載の修正	調査実施説明資料P.66 A001040 患者プロフィール/褥瘡Q&A	■記載の修正■ Q: 褥瘡がない場合はどうすればいいか。 A: ⑥ 入院中の褥瘡の最大深度等の日付に“99999999”を入力する。③、④ 入院時・退院時の褥瘡の有無又は⑤ 入院中の褥瘡の最大深度等には、“0000000”を入力する。	次版にて以下のように修正する。 A: 褥瘡がない場合は、⑥に“99999999”、③④⑤に“0000000”を入力する。 ※③～⑥すべてに入力すること。	11/29
11	様式1	QA	調査実施説明資料P.97 FIM0020 FIM/入棟中 ① 入棟中測定日② 入棟中のFIM得点	6/11に回復期リハビリテーション病棟に入棟、6/28に退棟した場合、FIM0020 FIM/入棟中の入力は、 ・入棟日～2週目は6/1～6/14までの測定で入力 ・3～4週目は6/15～6/28までの測定で入力 と思っています。 実際の測定日は6/1、6/14、6/18、6/28となりました。 ・入棟時のFIM得点として6/1の評価得点を入力 ・入棟日～2週目として6/14の評価得点を入力 ・3～4週目は入力不要 ・退棟時のFIM得点として6/28の評価得点を入力 という解釈で正しいか。	・入棟時のFIM得点として6/1の評価得点をFIM0010 FIM/入退棟日の① 入棟日③ 入棟時のFIM得点へ入力。 ・入棟日～2週目として6/14の評価得点をFIM0020 FIM/入棟中の連番1の① 入棟中測定日② 入棟中のFIM得点へ入力。 ・3～4週目として6/18の評価得点をFIM0020 FIM/入棟中の連番2の① 入棟中測定日② 入棟中のFIM得点へ入力。 ・退棟時のFIM得点として6/28の評価得点をFIM0010 FIM/入退棟日の② 退棟日④ 退棟時のFIM得点へ入力。 とする。	11/29
12	様式1	記載の修正	調査実施説明資料P.112 M170030 退院に向けた会議の開催状況 ③ 当該患者の退院に向けた会議への参加職種	以下の桁数と職種の対応に従い、各職種が当該患者の退院に向けた会議に参加した回数を、それぞれの桁数に入力する。 なお、2桁目から7桁目までについては、入院支援部門の職員を除いた当該職種の参加人数を記載する。	次版にて以下のように修正する。 以下の桁数と職種の対応に従い、各職種が当該患者の退院に向けた会議に参加した回数を、それぞれの桁数に入力する。 なお、2桁目から7桁目までについては、入院支援部門の職員を除いた当該職種の参加回数を記載する。	11/29

令和6年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」にかかるFAQ

ID	大項目	区分	項目	質問	回答	掲載日
13	様式1	記載の修正	調査実施説明資料P.112 M170050 外出又は外泊の実施状況 ③ 患者の患者等への訪問に同行した職種	以下の桁数と職種の対応に従い、②において入力した入院中に患者が患者等を訪問した回数のうち、各職種が入院中の当該患者と共に患者等を訪問した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目については、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の参加人数を記載する。	次版にて以下のように修正する。 以下の桁数と職種の対応に従い、②において入力した入院中に患者が患者等を訪問した回数のうち、各職種が入院中の当該患者と共に患者等を訪問した回数を、それぞれの桁数に入力する。なお、2桁目から7桁目までについては、入退院支援部門の職員を除いた当該職種の訪問した回数を記載する。	11/29
14	様式3	QA	様式3フォーマット「様式3-1」 A307 小児入院医療管理料 プレイルーム、保育士等加算(注2の加算)の入力欄	診療報酬決定により、施設基準がイとロに分かれたがどのように入力すればいいか。	イ 保育士1名の場合とロ 保育士2名以上の場合のいずれか一方に該当あれば○、いずれにも該当なければ×としてください。	11/29
15	様式3	QA	様式3フォーマット「様式3-3」 A300 救命救急入院料1、3の入力欄	改定後のハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度を用いて評価している。【基準①】と【基準②】を入力する欄は必要ではないか。	改定後評価票を使用する場合は、「基準」の欄に改定後のハイケアユニット入院医療管理料の施設基準における基準②を満たす患者を入力してください。	11/29
16	様式3	QA	様式3フォーマット「様式3-3」 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の入力欄	6月の様式3-3の入力について。A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料は「経過措置1」と入力します。「基準」行、「基準①」、「②」行はどのように入力するのか。	「基準」行、「基準①」、「②」行とともに、「0」を入力してください。 改定前の評価票で評価した値を「基準」行、改定後の評価票で評価した値を「基準①」、「②」行に入力してください。 なお、「基準」行に評価を入力した場合は「基準①」、「②」を「0」とし、「基準①」、「②」行に評価を入力した場合は「基準」行を「0」とする。	11/29
17	様式3	記載の修正	調査実施説明資料P.139 【様式3-3】 Q&A 1つ目	Q:急性期一般入院料6の基準を満たす患者の延べ数はどのように入力すればいいか。 A:基準が定められている急性期一般入院料1〜5と同じ定義で評価する。評価票は任意で「1」(Iの場合)または「2」(IIの場合)を選択する。	次版にて以下のように修正する。 A:基準が定められている急性期一般入院料 2〜5と同じ定義で評価する。	11/29
18	Hファイル	記載の修正	調査実施説明資料P.151 Hファイル ASS0012	※1:一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1〜5の届出を行っている場合を除く。)、地域一般入院料1)、10対1特定機能病院内入院基本料(一般病棟のみ)、7対1専門病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び地域包括ケア病棟入院料(医療管理料も含む)を重症度、医療・看護必要度Iを用いた評価により届け出ている病床に入院している患者(産科患者、15歳未満の小児患者は除く)に対して令和6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Iに係る評価票を用いて評価している場合に作成する。なお、外泊日(0時から24時間の間の外泊)、退院日(入院した日に退院した場合は除く)については作成不要とする。	次版にて以下のように修正する。 ※1:一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料(許可病床数200床以上の急性期一般入院料1、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料2〜5の届出を行っている場合を除く。)、・・・作成不要とする。	11/29
19	Hファイル	QA	調査実施説明資料P.152 ASS0013 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「FA モニタリング及び処置等」	一般病棟用の評価票IのA項目でASS0013のペイロード番号3が「空欄」となっている。「注射薬剤3種類以上の管理」のHファイルへの出力は不要ということでしょうか。	そのとおり。 下記通知の、ヘッダーではなく、PDF全体で見たときの274ページ目の下部の注)を参照 <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6年3月5日保医発0305第5号> https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252053.pdf	11/29
20	入院EFファイル	記載の修正	調査実施説明資料P.193 ・出来高実績点数:(F-18、EF-16)	---略--- 行為、薬剤、材料のレコード(②入院料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為点数と一致すること。 薬剤レコード(②入院料包括項目区分が「0」で③持参薬区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為薬剤料と一致すること。 材料レコード(②入院料包括項目区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為材料料と一致すること。 ---略---	次版にて以下のように修正する。 ---略--- 行為、薬剤、材料のレコード(②入院料包括項目区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為点数と一致すること。 薬剤レコード(②入院料包括項目区分が「0」で③持参薬区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為薬剤料と一致すること。 材料レコード(②入院料包括項目区分が「0」で⑥基本的検体検査実施料及び基本的エックス線診断料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為材料料と一致すること。 ---略---	11/29
21	入院EFファイル	記載の修正	調査実施説明資料P.196 【入院料に包括される診療項目の扱い】 例2)	例2)回復期リハビリテーション病棟入院料の包括項目として出力する入院基本料 当該病棟が一般病棟であるときは、一般病棟特別入院基本料 当該病棟が療養病棟であるときは、療養病棟入院基本料1又は2の入院料!	次版にて以下のように修正する。 例2)回復期リハビリテーション病棟入院料の包括項目として出力する入院基本料 当該病棟が一般病棟であるときは、一般病棟特別入院基本料 当該病棟が療養病棟であるときは、療養病棟入院基本料1又は2の入院料2!	11/29
22	入院EFファイル	記載の修正	調査実施説明資料P.197 【医療区分・ADL区分の扱い】	例)医療区分3の「1 24時間持続して点滴を実施」に関して出力する場合は「82000096」を設定 ADL区分評価の「ADLa ベッド上の可動性 3点」に関して出力する場合は「820000201」を設定	次版にて以下のように修正する。 例)医療区分3の「1 24時間持続しての点滴」に関して出力する場合は「820000247」を設定 ADL区分評価の「ADLa ベッド上の可動性 3点」に関して出力する場合は「820000201」を設定 なお、2024年度(2024年6月以降)は改定後のレセ電算を原則使用すること。	11/29

令和6年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」にかかるFAQ

ID	大項目	区分	項目	質問	回答	掲載日
23	外来EFファイル	記載の修正	調査実施説明資料P209 【医学管理料等に包括される診療項目の扱い】	【対象医学管理料等】 B001-15 慢性維持透析患者外来医学管理料 B001-2 小児科外来診療料(1日につき) B001-2-9 地域包括診療料(月1回) B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回) B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき) B001-3 生活習慣病管理料 B001-4 手術前医学管理料 C002 在宅時医学総合管理料(月1回) C002-2 施設入居時等医学総合管理料(月1回) C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	次版にて以下のように修正する。 【対象医学管理料等】 B001-15 慢性維持透析患者外来医学管理料 B001-2 小児科外来診療料(1日につき) B001-2-9 地域包括診療料(月1回) B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回) B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき) B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ) B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) B001-4 手術前医学管理料 C002 在宅時医学総合管理料(月1回) C002-2 施設入居時等医学総合管理料(月1回) C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	11/29
24	外来EFファイル	QA	調査実施説明資料P209 4. 外来特有の診療行為の取扱い	2024年10月から施行される「長期収載品の選定療養」について、 外来EFファイルへの出力の仕方はどのように行うか。	長期収載品を選定療養として処方した場合(患者が希望した場合)は、請求体系と同様に新規に明示されるレセプト電算処理システム用コードが「670」始まりの「(選)0」のコードを出力することを基本原則とする。なお、院外処方において一般名処方を行った場合、薬価基準収載医薬品コードの上9桁が一般名コードの上9桁と一致する医薬品コードの中で任意のものを使用することから、「670」始まり以外の通常のレセプト電算処理システム用コードを出力する。	11/29
25	様式3	記載の修正	調査実施説明資料P.142 【補助票】(3)褥瘡①	① 褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の発生患者数	(3)褥瘡の①と②については、令和7年度から医療の質指標として公開対象となる項目であり、①が分子、②が分母となる予定。分子分母の整合性を明示するために、次版にて以下のように修正する。 ① 除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数	11/29
26	様式3	QA	調査実施説明資料P.142 【補助票】(3)褥瘡	6月に入院し、入院時刻から24時間を経過したあとに院内でd2以上の褥瘡発生。1度退院したが6月中に再入院となり、再び入院時刻から24時間を経過したあとに院内でd2以上の褥瘡発生。この患者は、除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数 において2人となるのか。	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数は患者単位での集計であり、いずれの入院期間も6~9月の調査対象期間に含まれるため、1人と数える。入院患者延べ数においては、それぞれの入院期間の延べ数を合算する。	11/29
27	様式1	QA	A004040 転倒・転落 ② 転倒・転落回数 ③ インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落	当該項目について、「院内での転倒・転落の回数を入力する」と記載されています。乳幼児は歩いているときによく転びますが、これらについてのカウントはどのように考えればよいか。	貴院内で定められた基準で、医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告がなされているものは含めていただきたい。	11/29
28	様式1	QA	M170060 障害福祉サービス等の連携に関する情報 ② 障害福祉サービス等事業所(介護給付)との面談回数 ④ 障害福祉サービス等事業所(訓練等給付)との面談回数 ⑥ 障害福祉サービス等事業所(相談支援)との面談回数	面談回数には電話やオンライン面談も含めるのか。	左記項目の面談については、電話やオンライン面談を含めず、直接会って行われる面談のみで数える。 「M170040 個別支援の実施状況」における②から⑤の個別支援についても同様とする。 なお、「M170030 退院に向けた会議の開催状況」の「② 当該患者の退院に向けた会議の開催回数」については、オンライン会議等を含めても良い。	11/29
29	様式1	QA	M170040 個別支援の実施状況 ③ 作業療法士による個別作業療法	作業療法の実施回数は、精神科の作業療法のみを数えるのか。また、リハビリの実施単位数と考えればよいか。	リハビリの種類は問わず、実際に実施された回数とする。たとえば、一度に3単位のリハビリを実施したのであれば1回とする。午前1単位、午後一度に2単位のリハビリを実施したのであれば、それぞれを1回とし、計2回と数える。	11/29
30	様式1	記載の修正	FIM0020 FIM/入棟中	<変更部分を抜粋> 回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟への入棟日(診療報酬上の起算日。以下、FIM0020については同様。)から2週目までのFIMについて連番を“1”、入棟日から3~4週目までについて連番“2”とし(以降、下表【各連番の指す期間】を参照)、最大“12”まで入力する。	次版にて以下のように修正する。 一入院において、回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院医療管理料含む)又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟への入棟日から2週目までのFIMについて連番を“1”、入棟日から3~4週目までについて連番“2”とし(以降、下表【各連番の指す期間】を参照)、最大“12”まで入力する。連番の指す期間は、上記入院料等を算定する期間のみで数える。 Q&A Q: 回復期リハビリテーション病棟へ7/1入院し、急性疾患により7/22に一般病棟へ転床して、7/25に回復期リハビリテーション病棟へ転床したあと、8/7に退院した場合、どのように入力するか。 A: 連番1:7/1 ~7/14 連番2:7/15~7/21、7/25~7/31 ※一般病棟期間を含めない 連番3:8/1 ~8/7 連番に対応する期間は、親子様式1とも上記ようになる。様式1開始日から様式1終了日までの期間と重なる連番の期間に、FIMの測定があればその日付と得点を入力する。なければ、①入棟中測定日を“99999999”とし、②入棟中のFIM得点は 入力なし とする。親子様式1ともに連番は“1”から入力する。	11/29
31	EFファイル	記載の修正	・解釈番号:(E-9、F-10、EF-10) 行為明細点数:(F-14、EF-14)	(例:第2項陽子線治療(整理番号2)を行った場合、Z2002と入力。) (例:第3項陽子線治療(整理番号22)を行った場合、Z3022と入力。)	次版にて以下のように修正する。 (例:第2項陽子線治療(整理番号1)を行った場合、Z2001と入力。) (例:第3項陽子線治療(整理番号10)を行った場合、Z3010と入力。) なお、行為明細点数に記載の文言も修正する。	11/29