

個別事項(その17)

短期滞在手術等基本料、データ提出加算

1. 短期滞在手術等基本料について
2. データ提出加算について

1. 短期滞在手術等基本料について

1-1. 概要

1-2. 短期滞在手術等基本料1について

1-3. 短期滞在手術等基本料3について

短期滞在手術等基本料の概要

- 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。（共通の要件）
- 1 手術室を使用していること
 - 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
 - 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
届出	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料，薬材料，特定保険医療材料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の実施に係る診療報酬の算定方法には、出来高算定の場合のほか、DPC/PDPSによる算定の場合、定型的な検査、画像診断等を包括した短期滞在手術等基本料による算定の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。

手術

日帰り

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

短期滞在手術等基本料3

外来(出来高)

【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○:算定可能、×:算定不可

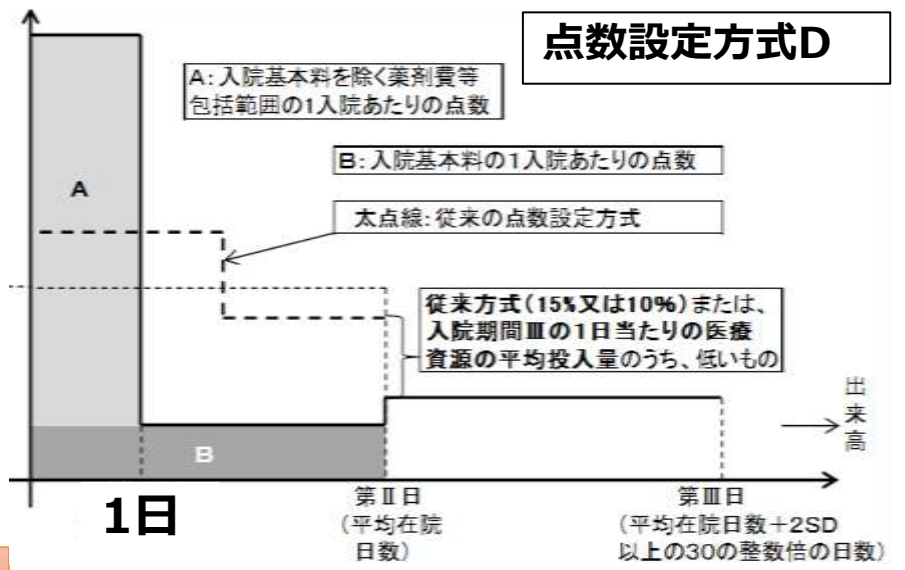
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

➤ DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

➤ DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

➤ ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

➤ 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

➤ 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料1の見直し

- ▶ 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点

【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

(改)イ 麻酔を伴う手術を行った場合 **2,947点**

(改)ロ イ以外の場合 **2,718点**

【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術 (全身麻酔を伴うものに限る。) が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- ▶ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）。
- ▶ 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料2の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行

【短期滞在手術等基本料2】

短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点
 （生活療養を受ける場合にあつては、 5,046点）

改定後

(削除)

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
 K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 2 その他のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

短期滞在手術等基本料1の対象手術等 (15項目(R2改定後) → 38項目(R4改定後))

[D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン\(GH\)\(一連として\)](#)

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

[K048 骨内異物\(挿入物を含む。\)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指\(手、足\)その他\(手に限る。\)](#)

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

[K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指\(手、足\)\(手に限る。\)](#)

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

[K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの\(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。\)](#)

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの

[K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの](#)

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

[K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満](#)

[K743 痔核手術\(脱肛を含む。\) 2 硬化療法\(四段階注射法によるもの\)](#)

[K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術\(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。\)](#)

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

診調組 入-1
5.9.29

短期滞在手術等基本料3の対象手術等 (19項目(R2改定後) → 57項目(R4改定後))

D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの

D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

K030 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

1. 短期滞在手術等基本料について

1-1. 概要

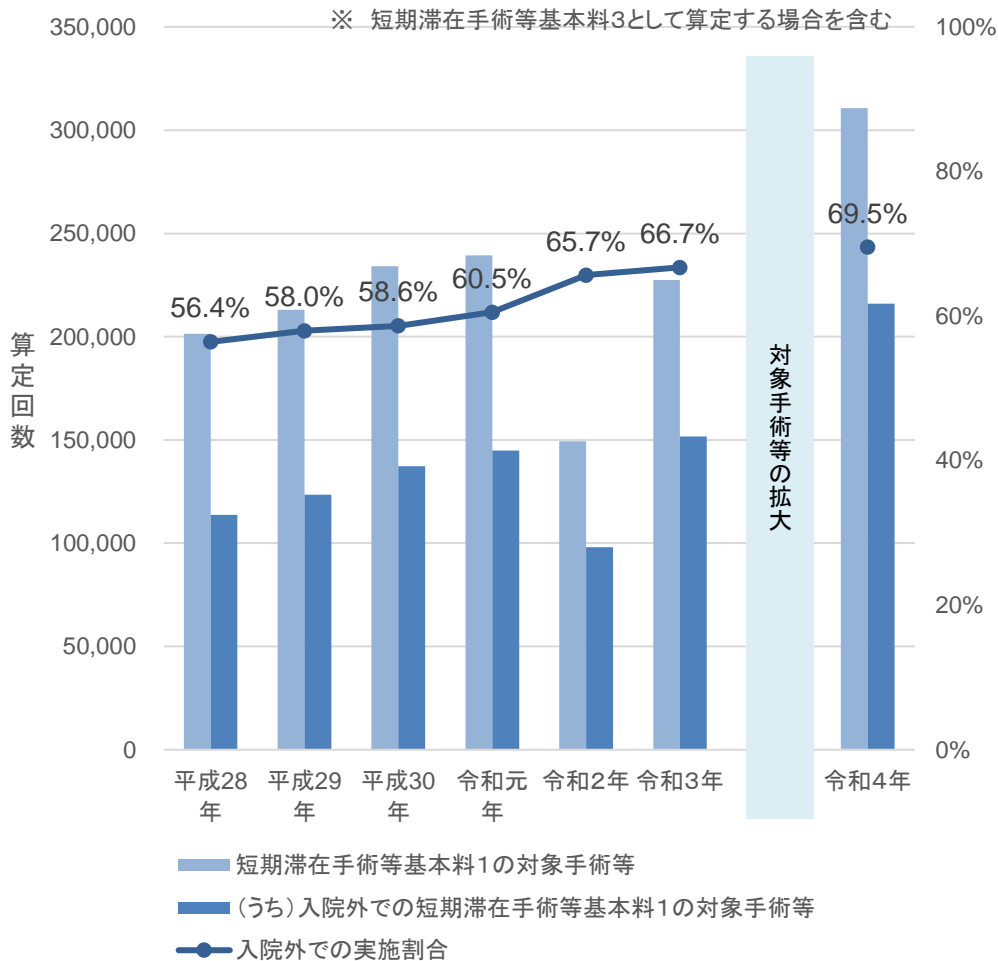
1-2. 短期滞在手術等基本料1について

1-3. 短期滞在手術等基本料3について

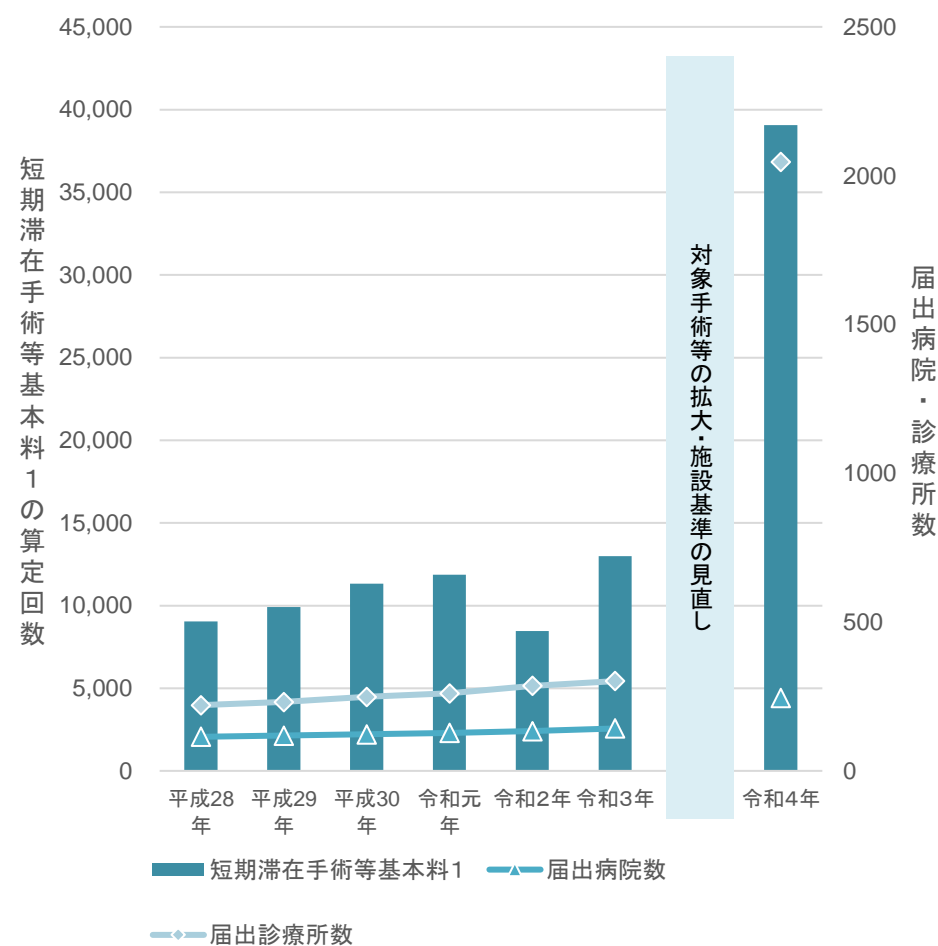
短期滞在手術等基本料1の年次推移

- 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数及び届出病院・診療所数は、いずれも令和4年度改定を経て増加している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績



短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数①

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
- 入院外での実施割合については、手術等によりばらつきがみられる。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	算定回数				入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1	
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径4センチメートル以上 *	579	-	1,794	2	75.6%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 *	690	-	1,486	1	68.3%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径12センチメートル以上 *	273	-	89	0	24.6%
腋臭症手術 皮弁法	345	-	1,028	178	77.8%
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	0	-	1	0	100.0%
腋臭症手術 その他のもの	2	-	2	0	50.0%
半月板切除術	5	-	0	0	0.0%
関節鏡下半月板切除術	2,015	-	20	3	1.1%
手根管開放手術	1,086	-	1,989	101	65.8%
関節鏡下手根管開放手術	328	103	634	29	60.6%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの	1,160	-	218	235	28.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	67,950	9,067	39,660	62,927	57.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合	347	13	125	132	41.7%
水晶体再建術 計画的後嚢切開を伴う場合	38	-	0	0	0.0%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	362	43	344	41	48.7%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	294	22	48	3	13.9%
気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	34	-	3	0	8.1%
気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	16	-	0	0	0.0%
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術	344	-	5	3	2.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	27,579	7,961	95,302	16,437	75.9%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	1,271	-	35	11	3.5%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ツリウムレーザーを用いるもの	139	-	0	0	0.0%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 その他のもの	79	-	0	0	0.0%

出典: 令和5年3月NDBデータ * 短期滞在手術等基本料1の対象となる場合は6歳未満に限る。

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合が50%を超える項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。)

手術等名称	算定回数				入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1	
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)	215	35	236	8	49.4%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	141	31	150	4	47.2%
ガングリオン摘出術(手)	70	11	205	13	72.9%
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	94	38	605	946	92.2%
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	620	30	956	731	72.2%
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,728	157	4,327	3,324	80.2%
眼瞼下垂症手術 その他のもの	825	79	2,348	1,770	82.0%
翼状片手術 弁の移植を要するもの	422	103	1,031	1,114	80.3%
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	41	13	38	125	75.1%
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	720	113	217	701	52.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3,531	910	10,160	3,212	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1の実施後3月以内に実施する場合	778	177	2,088	592	73.7%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	156	35	73	40	37.2%
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	55	9	795	571	95.5%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	77	19	88	24	53.8%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,127	136	1,156	2,379	73.7%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	323	66	274	621	69.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	756	254	970	829	64.0%
肛門ポリープ切除術	326	23	305	125	55.2%
肛門尖圭コンジローム切除術	37	10	185	24	81.6%
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	53	28	129	6	62.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	201	6	128	40	44.8%

出典: 令和5年3月NDBデータ

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合が50%を超える項目は橙色で強調表示している。

病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数①

- 病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
- そのうち、一部の対象手術等では、病院における入院外での実施割合が低くなっている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。)

手術等名称	病院における算定回数				病院での入院外での実施割合	(参考) 全医療機関での入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1		
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径4センチメートル以上 *	571	-	683	2	54.5%	75.6%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 *	674	-	593	1	46.8%	68.3%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径12センチメートル以上 *	268	-	28	0	9.5%	24.6%
腋臭症手術 皮弁法	327	-	26	2	7.9%	77.8%
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	0	-	0	0	-	100.0%
腋臭症手術 その他のもの	2	-	2	0	50.0%	50.0%
半月板切除術	4	-	0	0	0.0%	0.0%
関節鏡下半月板切除術	1,748	-	0	0	0.0%	1.1%
手根管開放手術	1,028	-	1,683	83	63.2%	65.8%
関節鏡下手根管開放手術	288	103	425	20	53.2%	60.6%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	57,023	9,067	8,964	5,046	17.5%	57.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの	1,102	-	40	35	6.4%	28.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合	328	13	30	16	11.9%	41.7%
水晶体再建術 計画的後嚢切開を伴う場合	38	-	0	0	0.0%	0.0%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	354	43	279	20	43.0%	48.7%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	282	22	30	1	9.3%	13.9%
気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	34	-	3	0	8.1%	8.1%
気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	16	-	0	0	0.0%	0.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	24,558	7,961	44,954	3,870	60.0%	75.9%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	1,235	-	0	0	0.0%	3.5%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 その他のもの	72	-	0	0	0.0%	0.0%

出典: 令和5年3月NDBデータ * ただし、短期滞在手術等基本料1の対象となる場合は6歳未満に限る。

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合について、全医療機関に比して差が大きい項目は黄色で強調表示している。

病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。)

手術等名称	病院における算定回数				病院での入院外での実施割合	(参考) 全医療機関での入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1		
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)	212	35	184	8	43.7%	49.4%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	133	31	129	4	44.8%	47.2%
ガングリオン摘出術(手)	68	11	128	6	62.9%	72.9%
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	85	38	390	141	81.2%	92.2%
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	607	30	440	94	45.6%	72.2%
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,600	157	1,001	181	40.2%	80.2%
眼瞼下垂症手術 その他のもの	745	79	866	146	55.1%	82.0%
翼状片手術 弁の移植を要するもの	325	103	391	130	54.9%	80.3%
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	32	13	15	22	45.1%	75.1%
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	626	113	78	58	15.5%	52.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3,370	910	6,092	1,180	63.0%	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1の実施後3月以内に実施する場合	744	177	1,168	230	60.3%	73.7%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	145	35	15	6	10.4%	37.2%
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	46	9	341	11	86.5%	95.5%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	73	19	44	4	34.3%	53.8%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,041	136	356	60	26.1%	73.7%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	294	66	133	16	29.3%	69.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	336	254	92	2	13.7%	64.0%
肛門ポリープ切除術	235	23	35	0	11.9%	55.2%
肛門尖圭コンジローム切除術	29	10	28	1	42.6%	81.6%
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	47	28	50	1	40.5%	62.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	193	6	1	2	1.5%	44.8%

出典:令和5年3月NDBデータ

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合について、全医療機関に比して差が大きい項目は黄色で強調表示している。

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りに対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞
在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制
でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するス
ペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の1日入院での実施割合

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院症例のうち、1日入院(同一の日に入院及び退院した場合(※))の割合は、DPC対象病院で4.5%、出来高病院では10.8%であった。
(※) 短期滞在手術等基本料1を算定する場合は含まれない。

	DPC対象病院	出来高病院
短在1対象手術等を実施した入院数	763,658	246,528
うち、短在1対象手術等を実施した1日入院数(割合)	34,354 (4.5%)	26,711 (10.8%)

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の在院日数別の実施割合

診調組 入-1
5.9.29

○ 短期滞在手術等基本料1の主な対象手術等について、入院から5日以内に当該手術等を実施した入院症例に占める1日入院、1泊2日入院、2泊以上入院の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

対象手術等	DPC対象病院				出来高病院			
	5日以内 の入院症 例数	割合			5日以内 の入院症 例数	割合		
		1日	1泊2日	2泊以上		1日	1泊2日	2泊以上
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	309,512	6.6%	41.2%	52.1%	91,468	15.5%	48.7%	35.8%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	2,995	1.0%	21.3%	77.7%	319	8.5%	49.8%	41.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	21,226	19.3%	53.4%	27.4%	7,893	33.1%	51.1%	15.8%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	1,297	3.0%	36.4%	60.6%	389	19.8%	42.2%	38.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	224,012	0.9%	67.8%	31.3%	81,111	3.6%	74.7%	21.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,350	17.2%	56.3%	26.4%	2,137	14.8%	60.9%	24.3%

1. 短期滞在手術等基本料について

1-1. 概要

1-2. 短期滞在手術等基本料1について

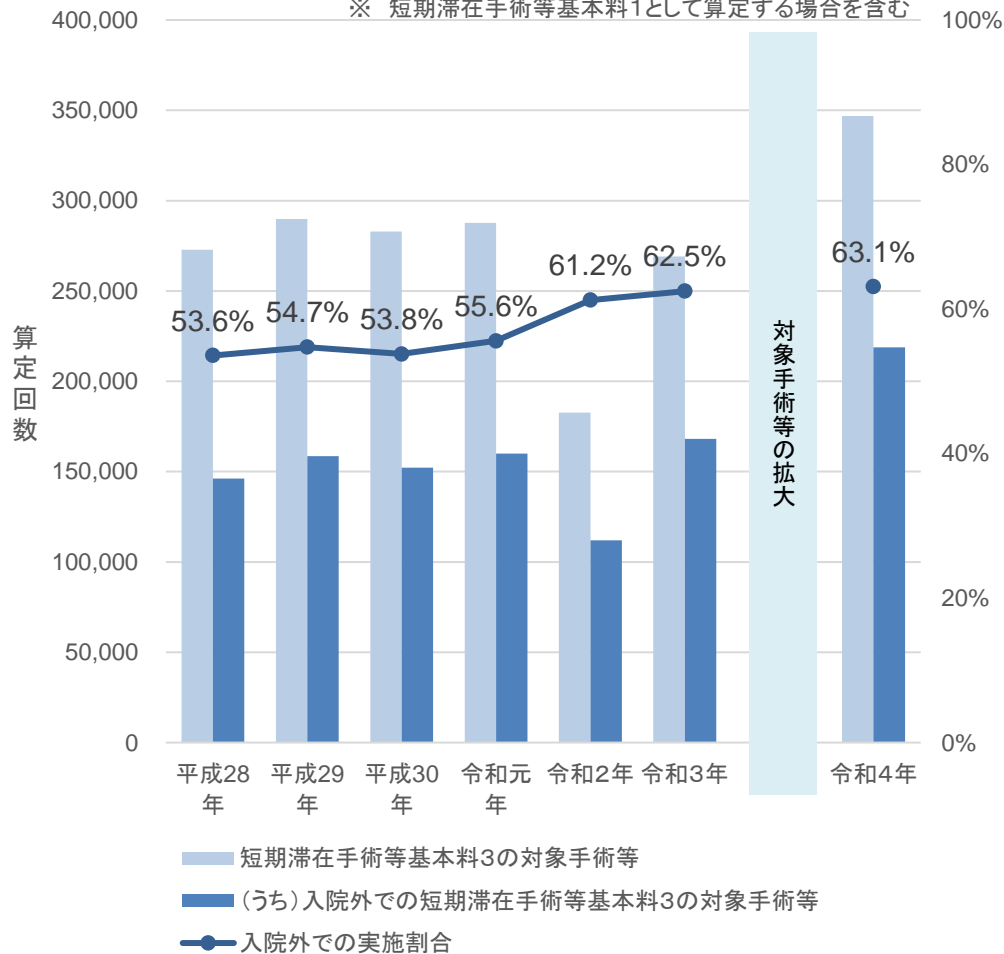
1-3. 短期滞在手術等基本料3について

短期滞在手術等基本料3の年次推移

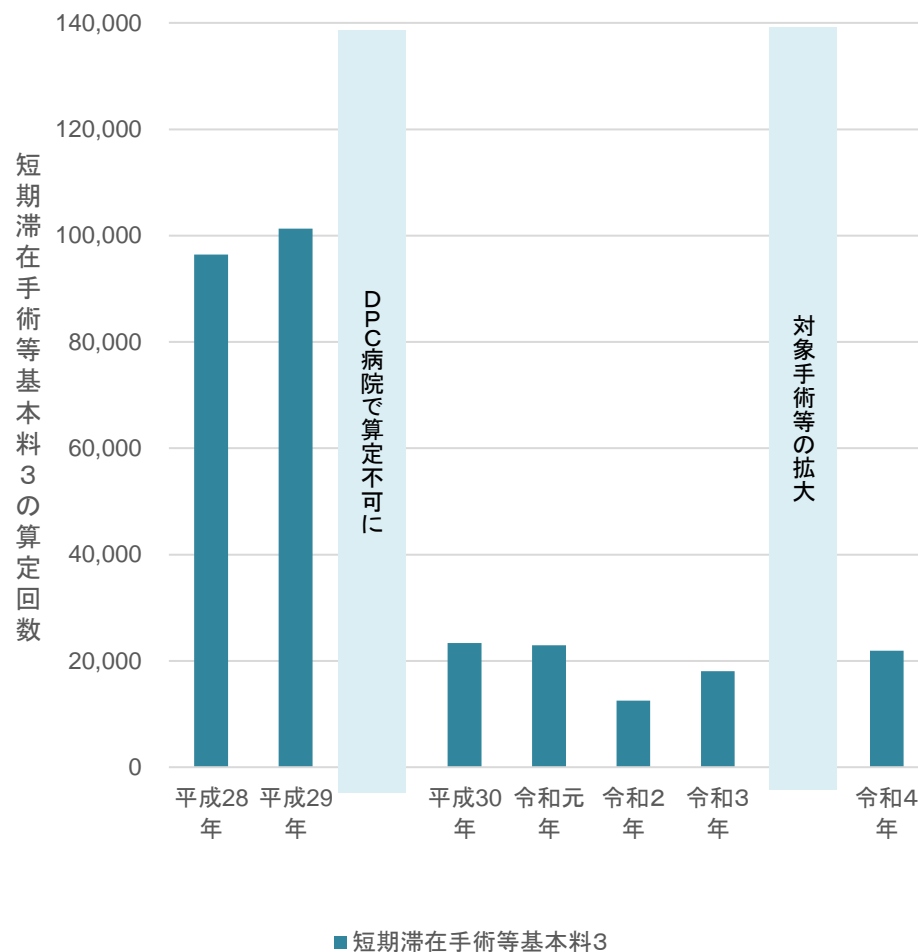
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況①

診調組 入-1
5.9.29

- 令和4年度改定以前より短期滞在手術等基本料3の対象となっていた手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	短期滞在手術等基本料3		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
小児食物アレルギー負荷検査	3,187	1.04	2,727	1.10
前立腺針生検法 その他のもの	8,171	2.51	9,550	2.43
関節鏡下手根管開放手術	975	3.19	1,035	3.69
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	107	2.01	108	2.02
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	77,058	2.60	83,975	2.47
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	5,765	4.92	7,493	4.76
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	400	3.21	319	2.88
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	8,115	2.75	7,893	2.76
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	1,535	3.21	1,602	3.05
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	580	3.06	389	2.99
下肢静脈瘤手術 硬化療法	153	2.14	139	1.34
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	162	1.89	180	1.89
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	125	3.00	59	2.49
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	62	2.24	40	2.20
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	64	2.50	40	2.60
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	9,266	5.60	9,245	5.42
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	27	2.74	30	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	45	2.64	44	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	27	2.81	21	2.24
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	5,619	4.97	7,418	4.76
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	79,045	2.44	81,111	2.40
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	5,839	3.21	6,115	3.11
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,119	2.38	2,137	2.31
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	4,897	2.28	3,892	2.16
子宮頸部(腔部)切除術	1,181	3.02	1,027	3.05
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,521	3.19	1,561	3.47

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況②

診調組 入-1
5.9.29

- 令和4年度改定より新たに短期滞在手術等基本料3の対象となった手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その1

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 安全精度管理下で行うもの	345	2.14	724	2.09
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 その他のもの	11,478	2.38	10,703	2.07
反復睡眠潜時試験(MSLT)	227	2.03	213	2.08
内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験 成長ホルモン(GH)(一連につき)	394	3.09	180	2.51
経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術	585	3.20	729	3.02
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)	319	3.41	263	3.26
骨折観血的手術(手舟状骨)	291	3.74	250	4.49
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(前腕)	4,734	4.34	3,680	3.57
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(鎖骨)	1,835	4.28	1,350	3.69
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	331	3.43	255	2.93
ガングリオン摘出術(手)	178	3.61	131	2.78
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	191	2.13	314	2.08
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	391	2.52	315	2.27
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,437	2.95	1,485	2.59
眼瞼下垂症手術 その他のもの	768	2.67	884	2.33
翼状片手術 弁の移植を要するもの	771	2.93	948	2.84
斜視手術 後転法	533	3.53	467	2.80
斜視手術 前転法及び後転法の併施	504	2.83	581	2.61
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	106	3.78	146	3.60
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	539	2.62	1,017	2.15
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(片側)	177	2.99	163	2.99
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(両側)	3	15.33	1	6.00

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況③

診調組 入-1
5.9.29

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その2

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
鼓膜形成手術	110	3.01	65	2.92
鼻骨骨折整復固定術	127	3.86	136	2.95
喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	326	3.72	101	5.50
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	253	4.75	199	3.69
大伏在静脈抜去術	339	4.38	279	2.37
下肢静脈瘤血管内焼灼術	3,056	2.22	1,743	2.09
下肢静脈瘤血管内塞栓術	270	1.77	663	1.46
肛門ポリープ切除術	218	3.61	269	2.81
肛門尖圭コンジローム切除術	216	1.92	161	2.14
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	191	2.38	212	2.11
顕微鏡下精索静脈瘤手術	140	2.05	73	2.00
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの	400	2.81	559	2.43
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 その他のもの	834	2.51	701	2.37
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの	373	2.90	408	2.84
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 その他のもの	316	2.79	283	2.51
腹腔鏡下卵管形成術	115	4.32	92	4.14

出典:DPCデータ(各年度1年分)

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
 ※ 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料についての課題と論点

(短期滞在手術等基本料1)

- 令和4年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価及び麻酔科医の配置に係る要件の見直しを行うとともに、短期滞在手術等基本料1の対象手術等の追加を行った。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数は令和4年度改定を経て増加しており、届出診療所数が増加している一方、届出病院数の増加幅は小さい。
- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、短期滞在手術等基本料1を算定する場合を含む入院外での実施割合にはばらつきがみられている。
- 病院において、全医療機関に比し入院外での実施割合が低い短期滞在手術等基本料1の対象手術等が存在する一方で、短期滞在手術等基本料1の対象手術等が「1日入院」として実施される例が一定程度存在する。

(短期滞在手術等基本料3)

- 令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術等に加えることとした。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等については、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。
- これまでの診療報酬改定においては、診療実態等に合わせ、対象手術等及びその評価について、見直しを実施している。



【論点】

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外での実施状況のばらつきや病院での実施状況を踏まえ、一定程度治療法が標準化され、入院外での実施が期待される手術等の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等の年次推移も踏まえ、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院が可能となる手術等の評価のあり方について、どのように考えるか。

1. 短期滞在手術等基本料について
2. データ提出加算について

2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

2-2. 提出データ評価加算について

2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ただし、特定入院料(区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。)のみの届出を行う保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

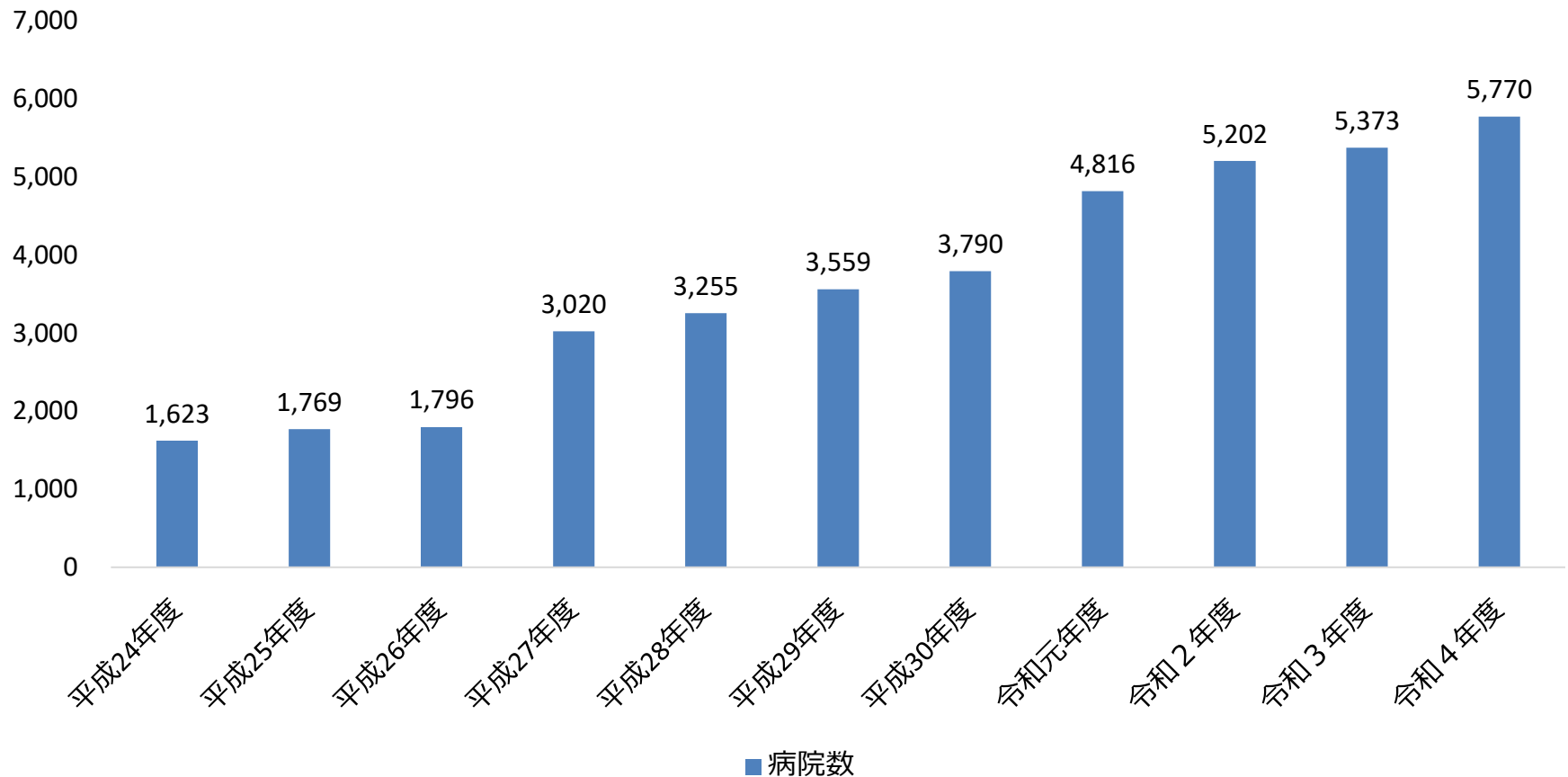
- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～6 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	平成30年度以降 データの提出が必須(経過措置③)	令和2年度以降 データの提出が必須(経過措置③)
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料(13対1) 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置③)	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置②及び③)
精神科救急急性期医療入院料	令和4年度以降データの提出が必須(経過措置③及び④)	

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

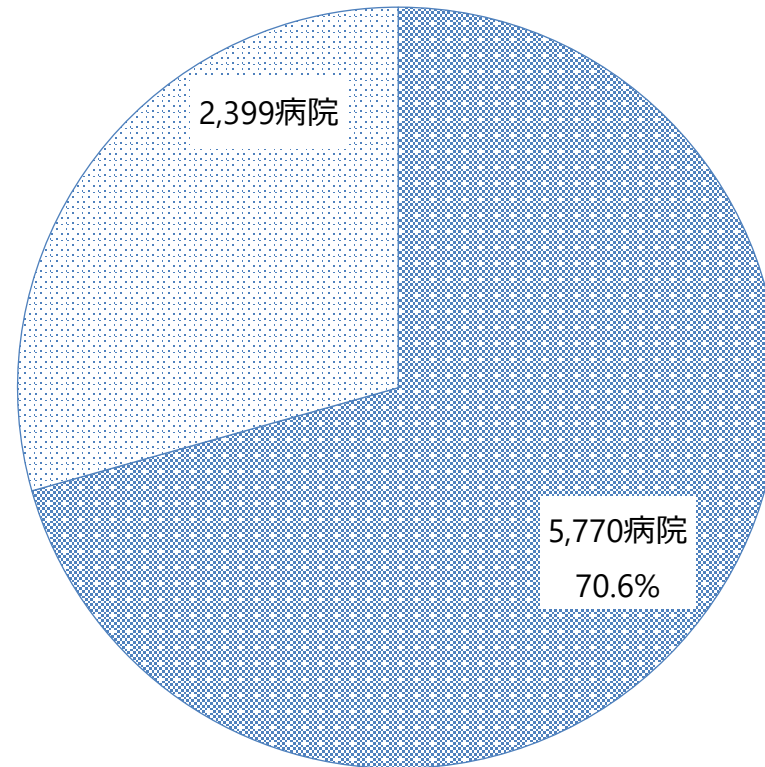
データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

- 令和4年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届け出ている病院の割合は、70.6%であった。（令和2年7月時点は63.0%）



■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出ている病院でない病院

DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合 ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通 IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID、 被保険者番号等

様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象であり、病棟グループ(「一般病棟グループ」、「精神病棟グループ」、「その他病棟グループ」)ごとに作成する。
- データ提出加算を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、様式1の内容の拡充を行ってきている。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

○ 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■ 要介護情報

➤ 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

➤ 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

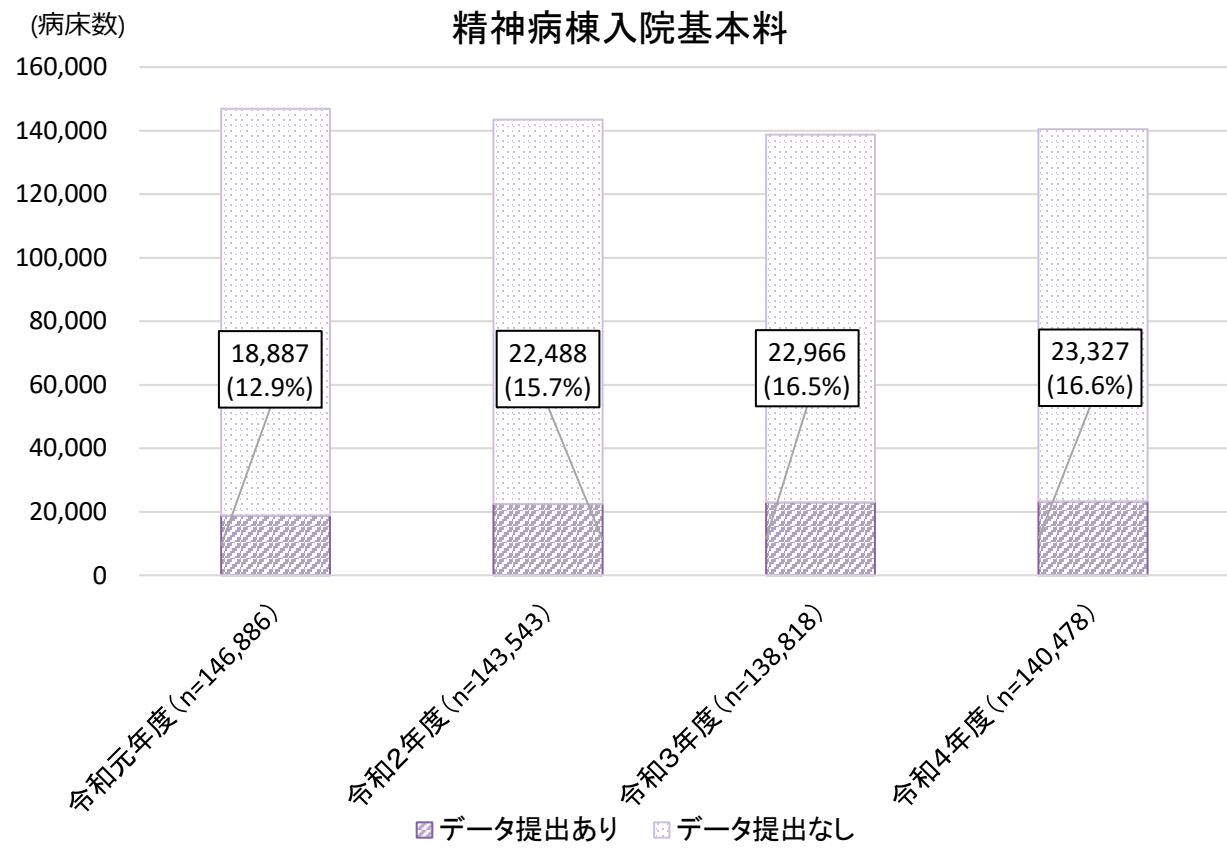
- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。)

➤ 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

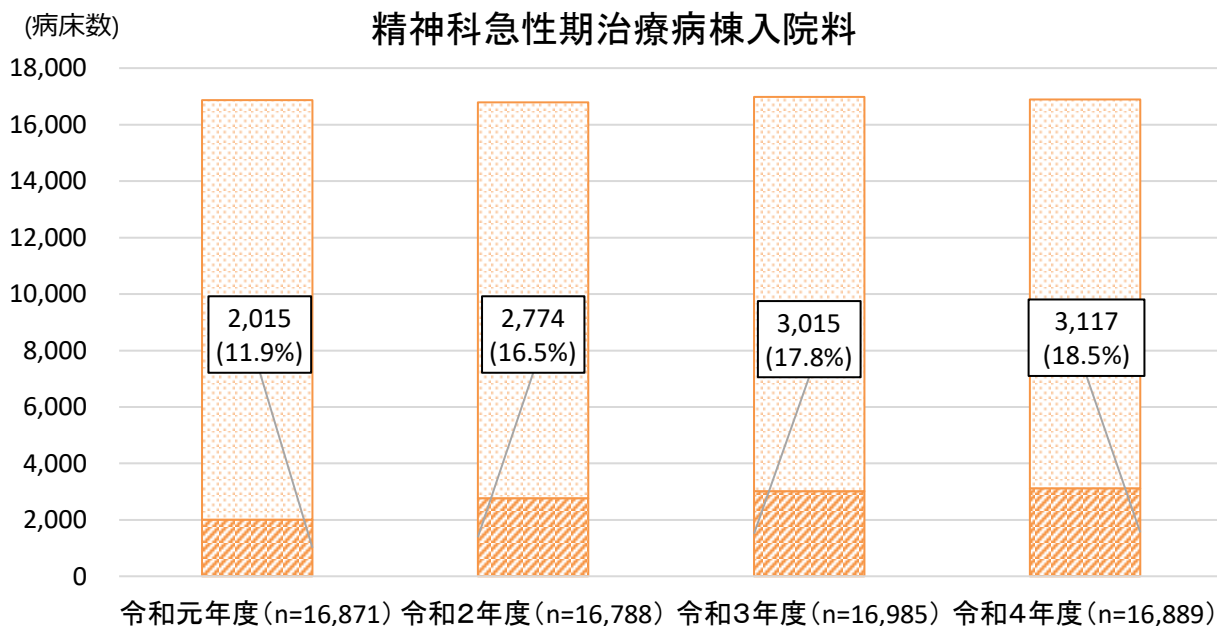
○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、16.6%を占めていた。



入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神病棟	23,327/ 140,478	16.6%

DPCデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料

- 精神科急性期治療病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、18.5%を占めていた。

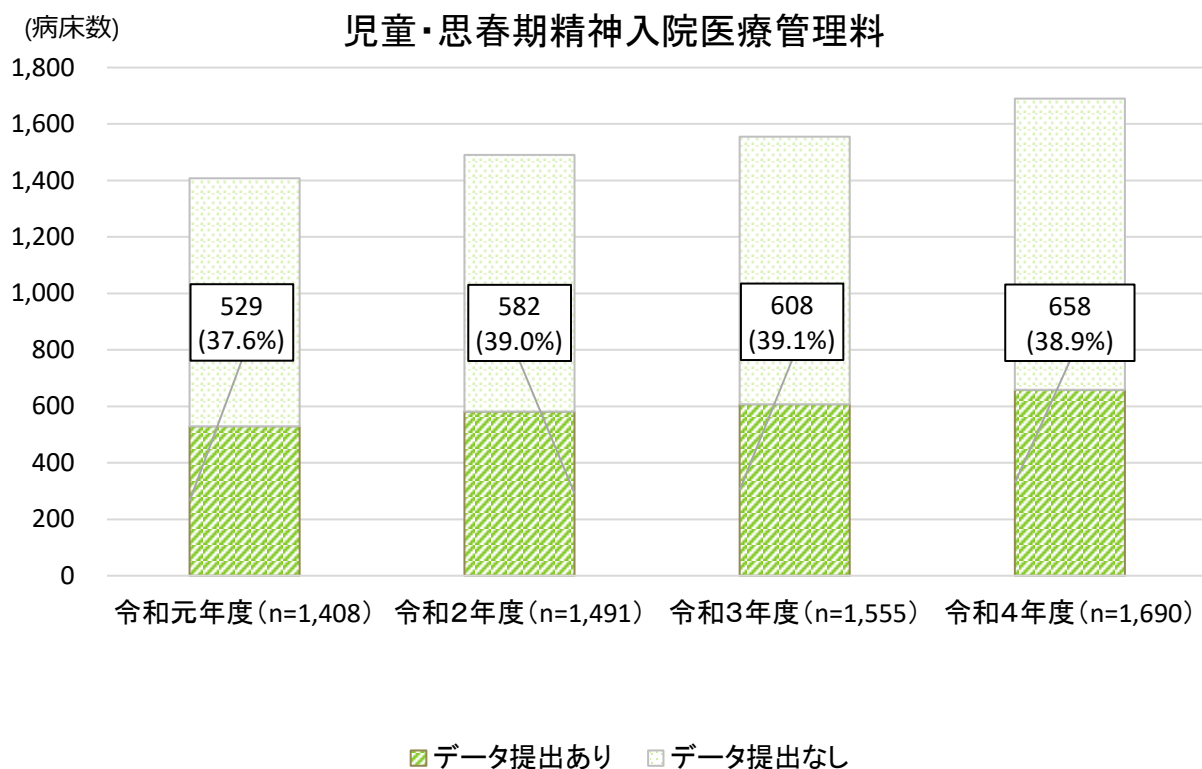


入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神科急性期1	3,031 / 16,560	18.3%
精神科急性期2	86 / 329	26.1%

■ データ提出あり □ データ提出なし

DPCデータを提出している病床：児童・思春期精神科入院医療管理料

○ 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、38.9%を占めていた。



入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
児童・ 思春期	658/ 1,690	38.9%

2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

2-2. 提出データ評価加算について

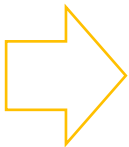
2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

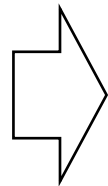
提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

- 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関(入院及び外来データを提出する場合に限る)において算定可能とする。

現行

提出データ評価加算 20点
 [算定要件]
 イ データ提出加算2を算定する医療機関であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。



改定後

提出データ評価加算 **40点**
 [算定要件]
 イ データ提出加算**2口**を算定する病院であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場
合 ロ その他のもの
22,411点

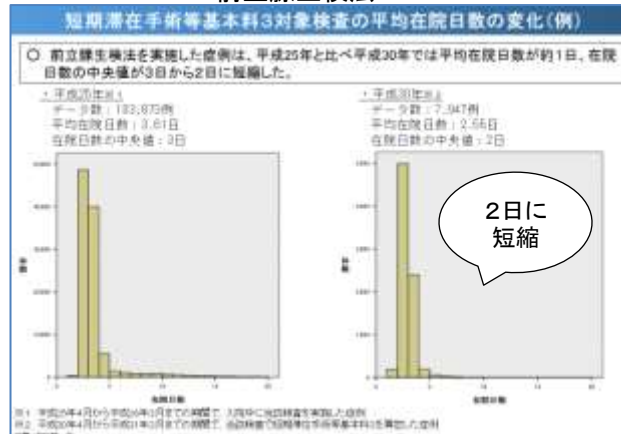
改定後(例)

D413 前立腺生検法
10,309点

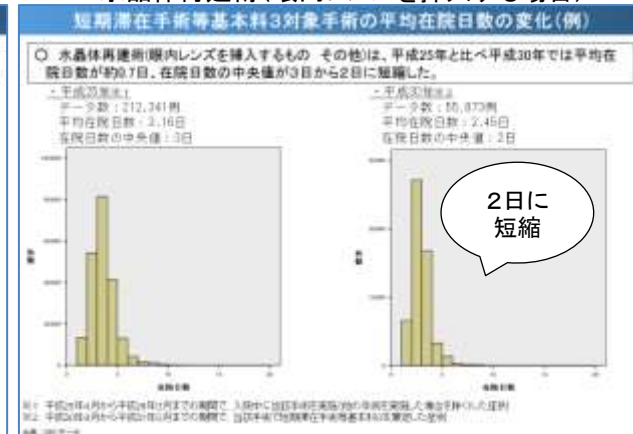
K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場
合 ロ その他のもの
19,873点

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法



水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

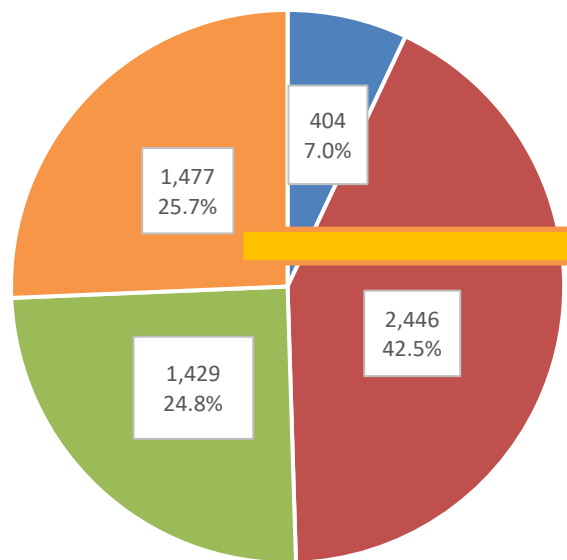


- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

提出データ評価加算の算定状況

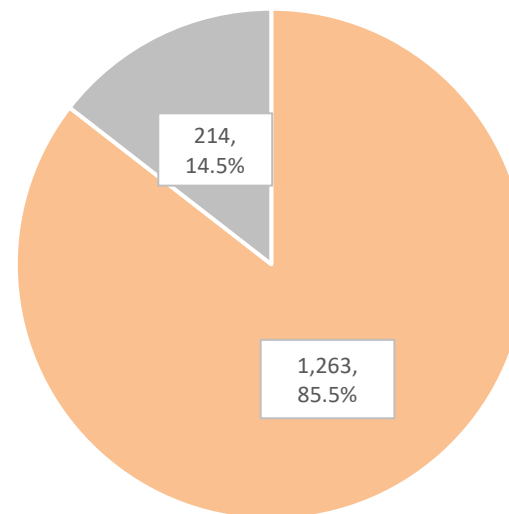
- 令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、提出データ評価加算の算定が可能なデータ提出加算2口を算定する医療機関は1,477施設(25.7%)であった。
- 提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設であり、データ提出加算2口を算定する医療機関の85.5%を占めている。

データ提出加算の算定種別施設数 (n=5,756)



- 1イ(入院データのみ、200床以上)
- 1ロ(入院データのみ、200床未満)
- 2イ(入院+外来データ、200床以上)
- 2ロ(入院+外来データ、200床未満)

データ提出加算2口の算定施設数 (n=1,477)



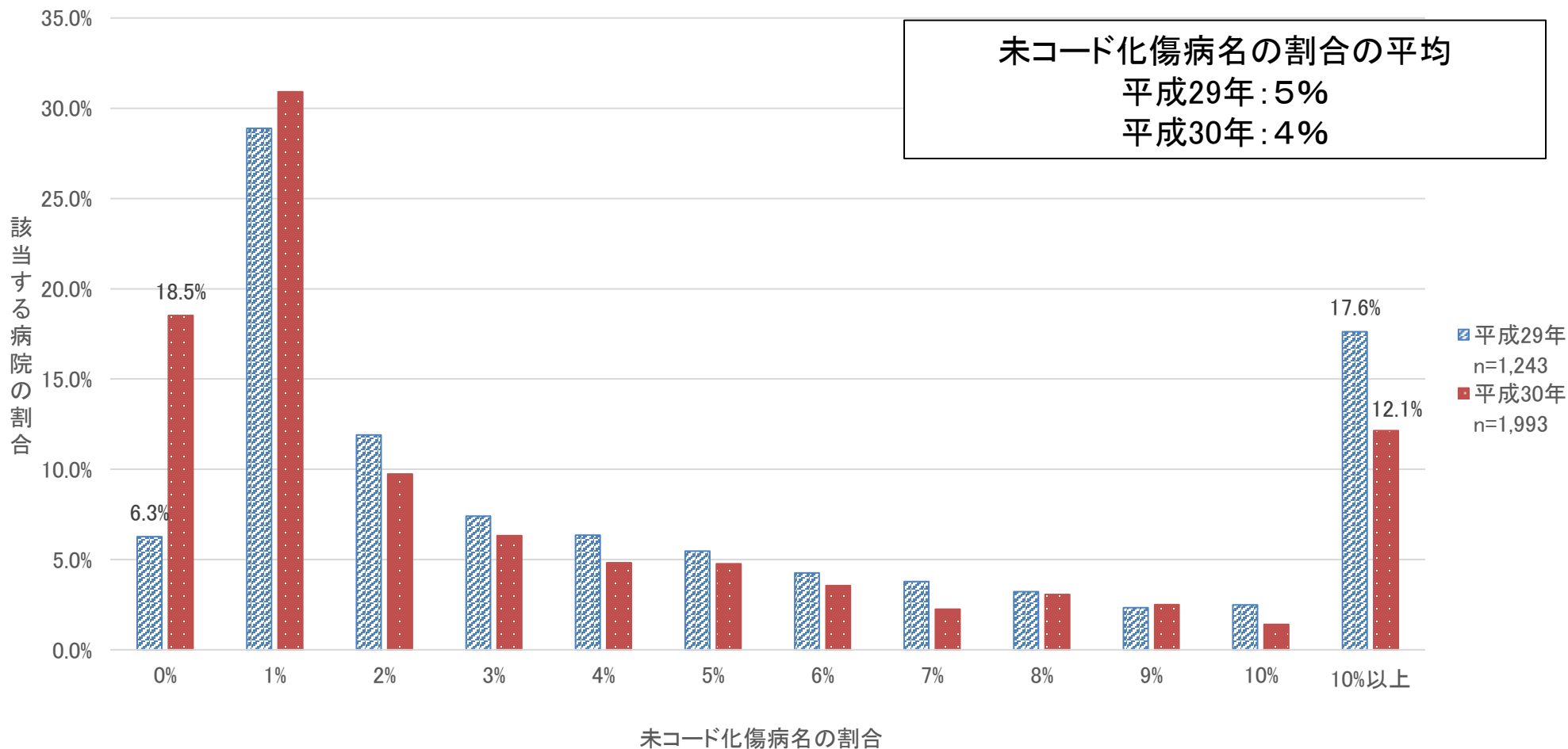
- 提出データ評価加算算定有
- 提出データ評価加算算定無

未コード化傷病名の割合(医科の診療報酬明細書)

○ 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。

○ 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度



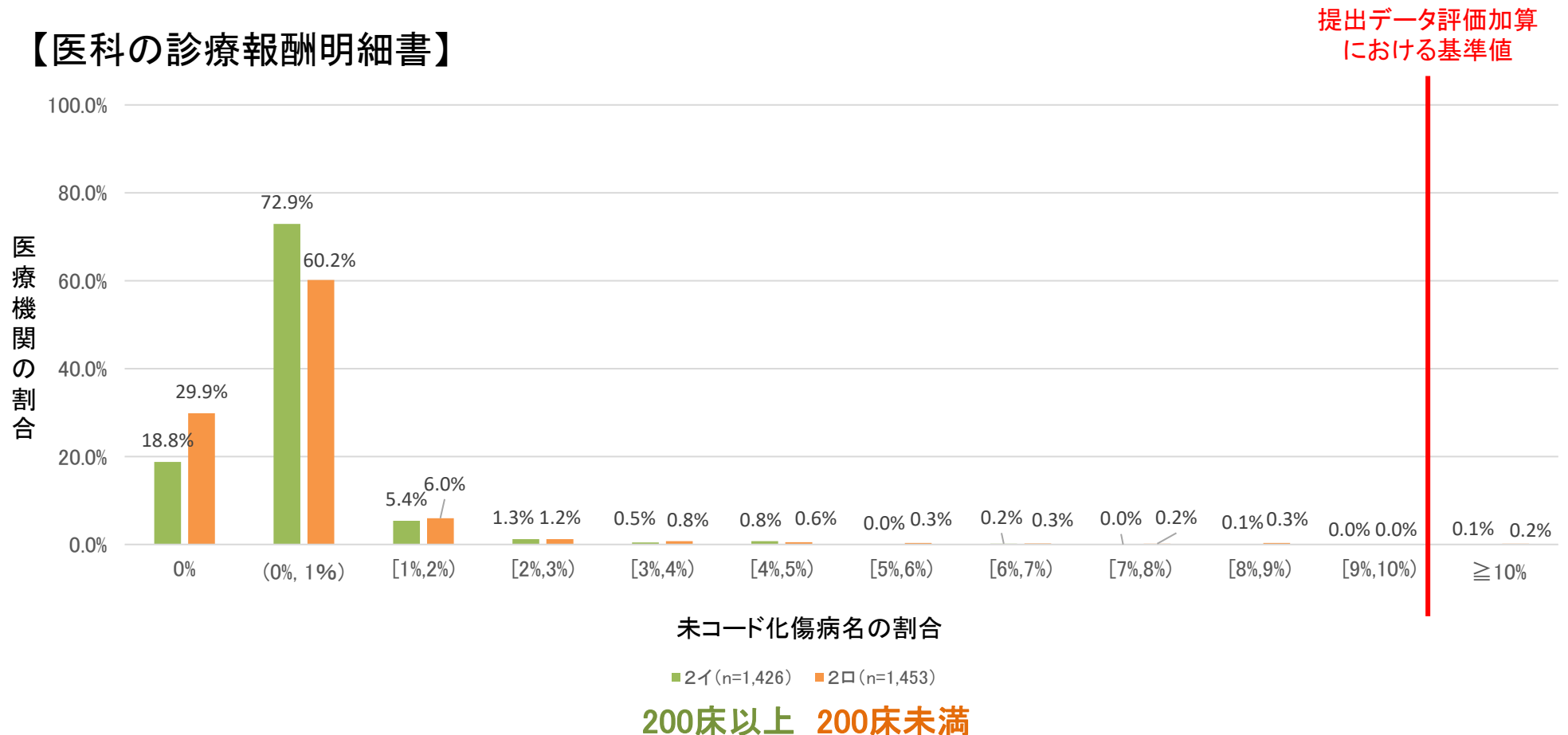
未コード化傷病名の割合

未コード化傷病名の割合(医科診療報酬明細書)

診調組 入-1(改)
5 . 9 . 2 9

○ 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.9%、99.8%が、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合に係る基準(10%未満)を満たしていた。

【医科の診療報酬明細書】

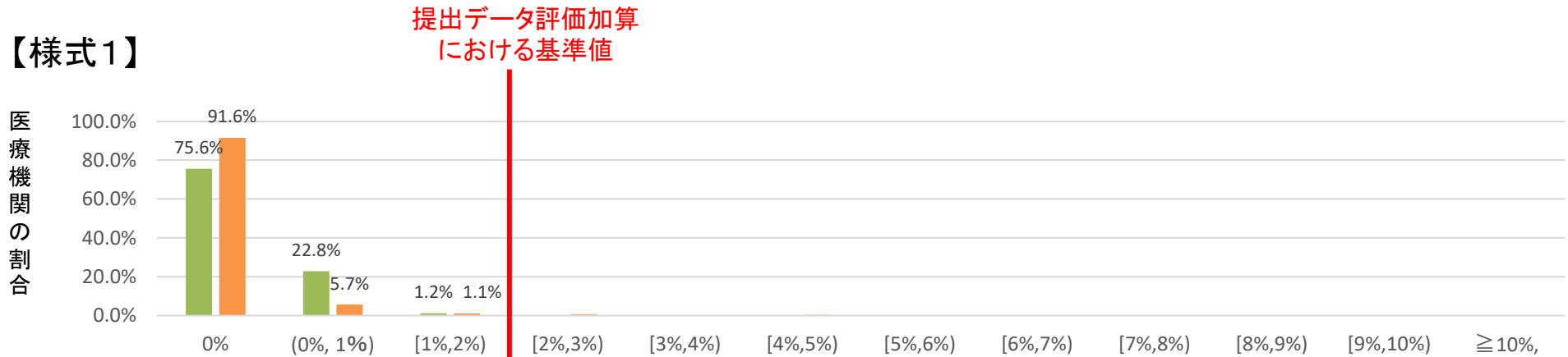


未コード化傷病名の割合(様式1、外来EFファイル)

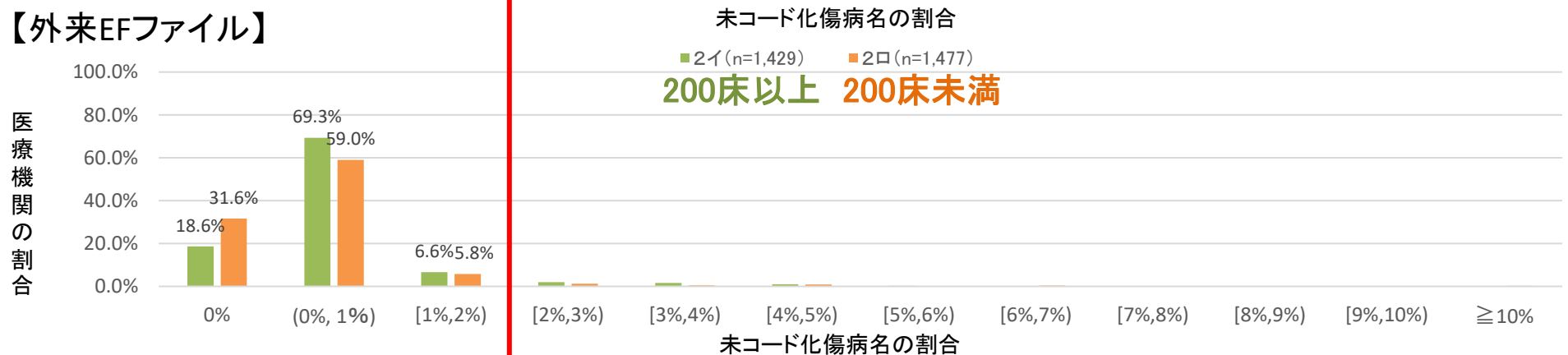
診調組 入-1(改)
5 . 9 . 2 9

- 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.6%、98.4%が、様式1における未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。
- また、令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ94.5%、96.4%が、外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。

【様式1】



【外来EFファイル】



2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

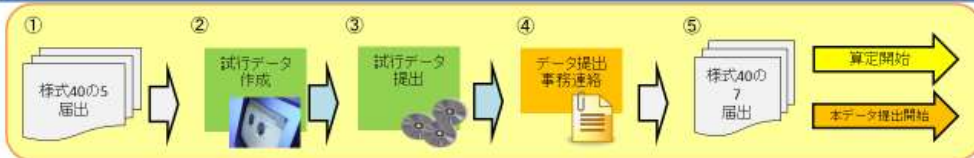
2-2. 提出データ評価加算について

2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

データ提出加算に係る届出のスケジュールについて

- 新規にデータ提出加算の届出を行う場合、施行データの作成・提出等に係るプロセスを経る必要があることから、実際に加算の届出を完了し、算定を開始するまでに一定期間を要することとなる。

データ提出加算算定開始までの流れ



①様式40の5の届出

データの提出を希望する病院は、様式40の5を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和5年度における届出の期限は、令和5年5月22日、8月21日、11月20日、令和6年2月20日。

②試行データの作成、③試行データの提出

様式40の5の届出期限である月の翌月から起算して2月分(4回目のスケジュールを除く。次頁参照。)の試行データをDPC調査事務局が提供するDPCデータ提出支援ツールにより作成し、指定する期日までにDPC調査事務局に提出する(厚生労働省が様式40の5を受領後、DPC調査事務局から各病院の連絡担当者宛に案内メールを送信する。)

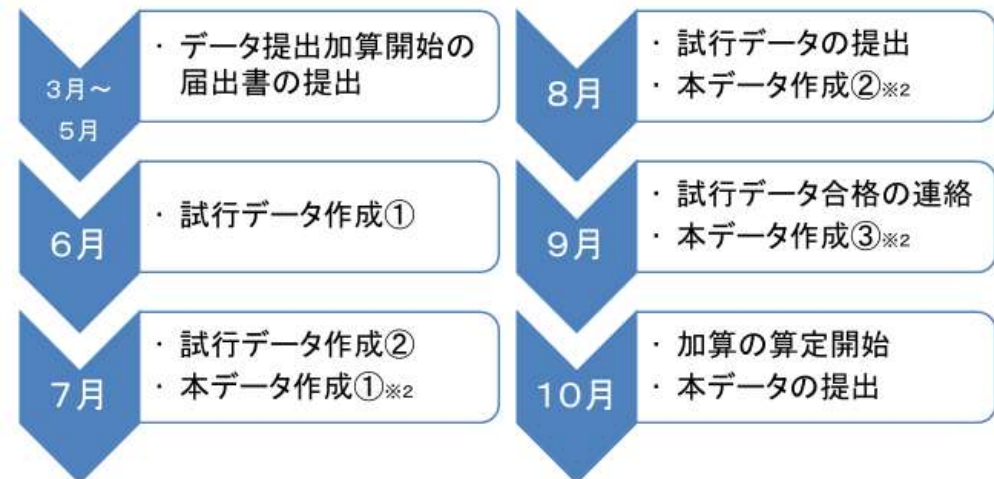
④データ提出事務連絡

試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、DPC調査事務局を通じて保険局医療課から各医療機関の担当者あてに電子メールにて事務連絡(データ提出事務連絡)を送信する。

⑤様式40の7の届出以降

様式40の7を用いて、地方厚生(支)局長あて届出を行う。届出が受理された翌月の1日から加算開始となり、届出が受理された月の属する四半期から本データを提出することとなる。(加算算定開始月と本データ提出開始月の取り扱いは異なる)
なお、DPCデータ提出支援ツールにおける本データ作成用の形式チェック機能は、厚生労働省が様式40の7を受領後、DPC調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛に案内メールを送信する。

データ提出のスケジュール(新規にデータ提出加算の届出を行う場合)^{※1}



※1 1年度中に4回、当該加算に係る募集を行っており、図は年度の初回に最短でデータ提出加算を算定するスケジュール。試行データに不備が無かった場合において、データ提出加算開始の届出書の提出からデータ提出加算を算定するまでには、6ヶ月間以上必要。

※2 初回のデータ提出に向けたデータ。

新規に入院基本料の届出を行う場合等の取扱いについて

- 令和2年度診療報酬改定においては、看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているにも関わらず、データ提出加算に係る届出要件を満たさないことにより、急性期一般入院基本料が算定できない場合がありうることを踏まえ、以下の場合に限り、急性期一般入院料7（現在は6）について、1年間に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすこととした。
 - 新規に保険医療機関を開設し、入院基本料の届出を行う場合
 - 急性期一般入院基本料を届け出ている医療機関であって、データ提出の遅延等の累積によりデータ提出加算が算定できなくなる場合
- 一方、令和2年度診療報酬改定以降、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲が拡大してきている中で、地域一般入院基本料や療養病棟入院基本料についての取り扱いについては、規定されていない。

新規に急性期一般入院料1を届け出る場合

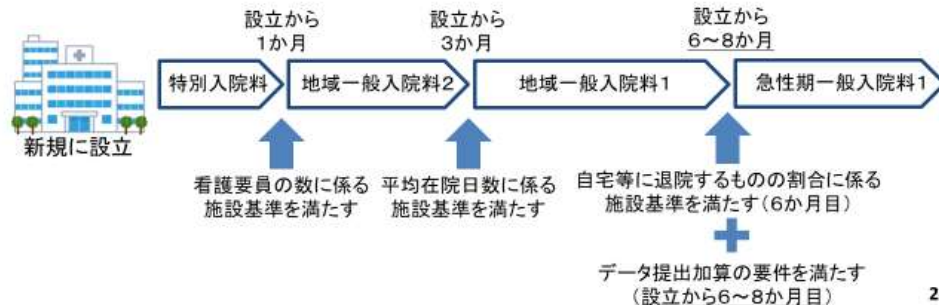
中医協 総-2
元-11-22

- 急性期一般入院基本料等は、施設基準においてデータ提出加算を届出していることが要件となっている。そのため、新たに急性期一般入院料1等の基本料等を算定する場合、データ提出加算の要件を満たすために、6~8ヶ月程度の期間を要する。

新規に急性期一般入院基本料を届出る/病院を設立する際に必要な要件と算出に用いる数値

- ・看護要員の数 : 月平均1日当たりの看護要員の数
- ・平均在院日数 : 直近3ヶ月間の数値
- ・重症度、医療・看護必要度 : 直近3月において、入院している患者全体に占める基準を満たす患者の割合
- ・自宅等に退院するものの割合 : 直近6ヶ月間において、当該病棟から自宅等に退院するものの割合

※上記の要件と実績期間に基づき急性期一般入院料1を届出するまでのスケジュール(例)



20

データ提出加算が算定できなくなる理由

中医協 総-2
元-11-22

- データ提出加算が算定できなくなる理由として、
 - ・診療録管理体制加算の施設基準を満たさなくなる場合
 - ・データ提出の遅延等が、年度中に累積して3回認められた場合
(平成30年度で遅延等が認められた医療機関数は、1回:270 2回:13 3回:1)等がある。

(データ提出加算の施設基準)

- ・診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う医療機関は、診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たすこと。
- ・各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

(参考)A207 診療録管理体制加算

- 1 診療録管理体制加算1 100点
- 2 診療録管理体制加算2 30点

(施設基準)

- ・患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ・診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ・診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ・入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

22

データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

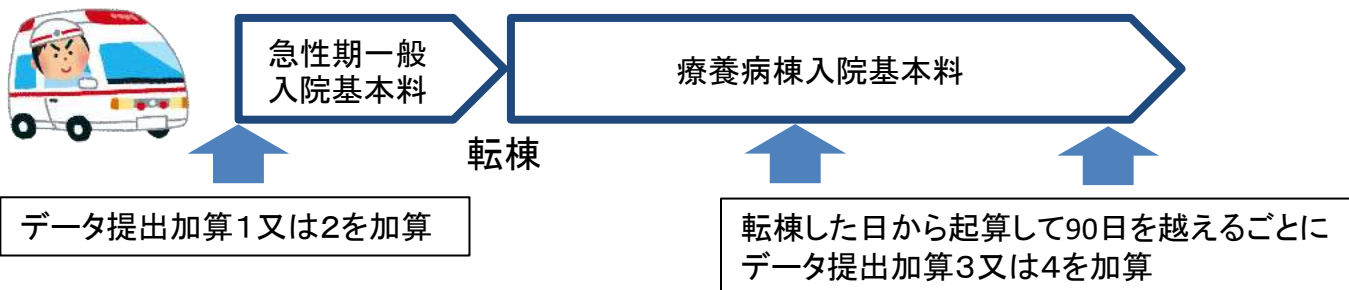
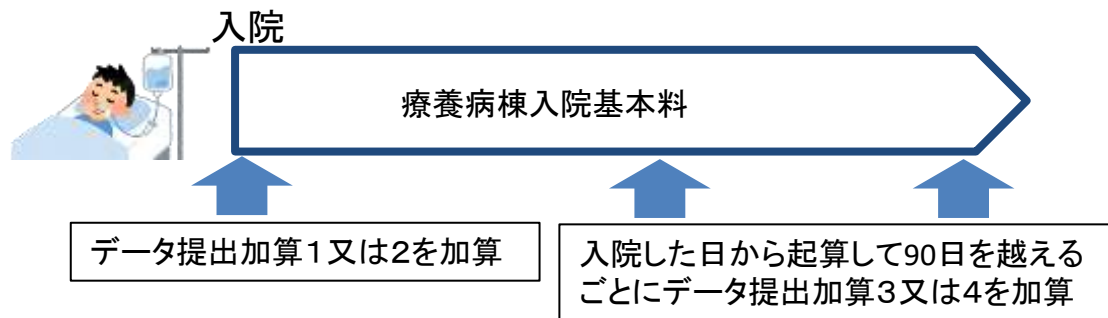
➤ データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

改定後

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。**



➤ 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

データ提出加算についての課題と論点

(データ提出加算の現状等について)

- ・ データを用いた診療実績の適切な評価のため、累次の診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきており、令和4年7月時点で、全ての病院のうち70.6%がデータ提出加算を届け出ている。
- ・ 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。
- ・ データ提出を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、様式1の内容の拡充が行われてきており、令和6年度診療報酬改定に向けた議論においても栄養関連項目のあり方等について議論が行われている。
- ・ データ提出加算の届出が要件となっていない入院料のうち、届出数の増加がみられるものも存在する。

(提出データ評価加算について)

- ・ 提出データ評価加算は、未コード化傷病名の割合の観点から一定の質が確保されたデータの提出を評価しており、データ提出加算2を算定する許可病床数200床未満の医療機関に限り算定可能としている。
- ・ 令和5年3月時点で、許可病床数の区分によらず、データ提出加算2を算定するほぼ全ての医療機関が、医科診療報酬明細書及びDPCデータの様式1・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた。

(新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて)

- ・ 看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているにも関わらず、データ提出加算に係る届出要件を満たさないことにより、急性期一般入院基本料が算定できない場合がありうることを踏まえ、新規に保険医療機関を開設する場合やデータ提出の遅延等の累積によりデータ提出加算を算定できなくなった場合に、1年間に限り、急性期一般入院料6について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすこととしている。
- ・ 一方、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきている中で、地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料における取り扱いについては規定されていない。



【論点】

- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出に係る評価及びデータ提出を要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
- 提出データ評価加算の取扱いについて、未コード化傷病名の割合に係る現状も踏まえ、どのように考えるか。
- データ提出加算の届出を要件としている地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料を新たに届け出る場合等の取扱いについて、急性期一般入院基本料における取り扱いを踏まえ、どのように考えるか。