

(令和元年度第7回)
入院医療等の調査・評価分科会

令和元年9月19日(木)

1. 診療実績データの提出にかかる評価
2. 短期滞在手術等基本料
3. 入院患者の評価指標等

- データ提出加算
- 提出データ評価加算

1 データ提出加算1：入院データのみ提出

- 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：入院データ＋外来データを提出

- 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2 提出データ評価加算

20点を所定点数に加算する

- 厚生労働省が実施する「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。
- 入院中に1回に限り、退院時に算定する。
- 施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については提出データ評価加算として、20点を所定点数に加算する。(データ提出加算2を算定する場合に限る)

データ提出加算の届出を行う体制

A245 データ提出加算

厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価。
提出されたDPCデータは公開データや第三者提供に利用される。

※DPC導入の影響評価に係る調査：診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査で、医療機関毎に平均在院日数や症例数等の診療に関するデータを厚生労働省ホームページ上で公開している。

○施設基準等

- (1)「A207診療録管理体制加算」の届出を行っている(またはそれに準じた)保険医療機関であること。
- (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」に適切に参加できる体制を有すること。
- (3)調査実施説明資料に定められた提出期限(最大年8回)に従って原則3ヶ月分データを一括して提出する。遅延が認められた場合、当該月の翌々月は当該加算は算定できない。
- (4)「適切なコーディングに関する委員会」の年2回以上の開催。

○実際に必要な体制(例)

- ・DPCデータの各ファイルを機械的に作成するためのシステム導入及び運用コスト
 - レセコンから情報を書き出す機能(EFファイル/様式1等)
 - その他医療情報システムから情報を書き出す機能(様式1/Hファイル等)

提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	病態等の情報	様式1	
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来)	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

※上記の様式、ファイル作成方法は
2019年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

データ提出加算に係る届出が要件されている入院料

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

平成26年度※1

7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

平成28年度※1

10対1入院基本料(当時)

※2

一般病棟

特定機能病院

専門病院

平成30年度※1

回復期リハビリテーション
病棟入院料※3

療養病棟入院基本料※3

急性期一般入院料2~7
※4

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

6 向精神薬や抗菌薬をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

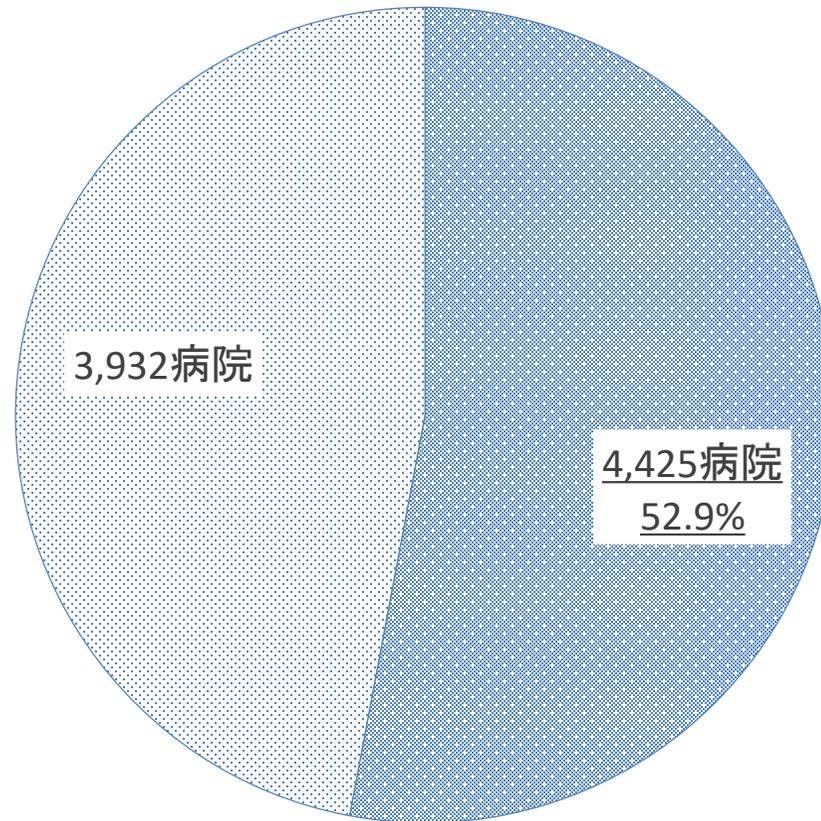
(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。

8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

データ提出加算を算定する病院：全医療機関

- 全病院8,357病院（平成30年12月末日時点）のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院（52.9%）。

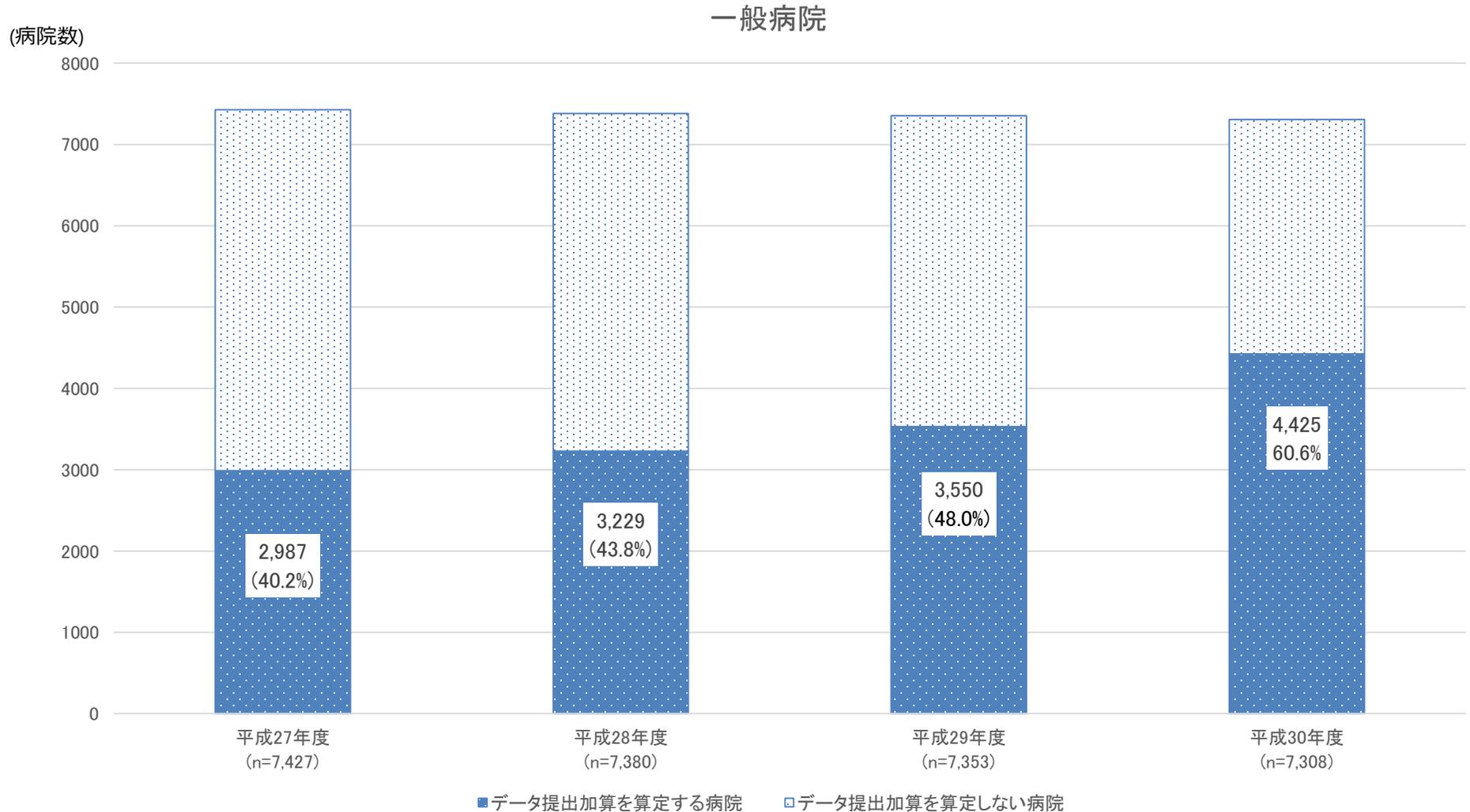


■ データ提出加算を算定している病院

□ データ提出加算を算定していない病院

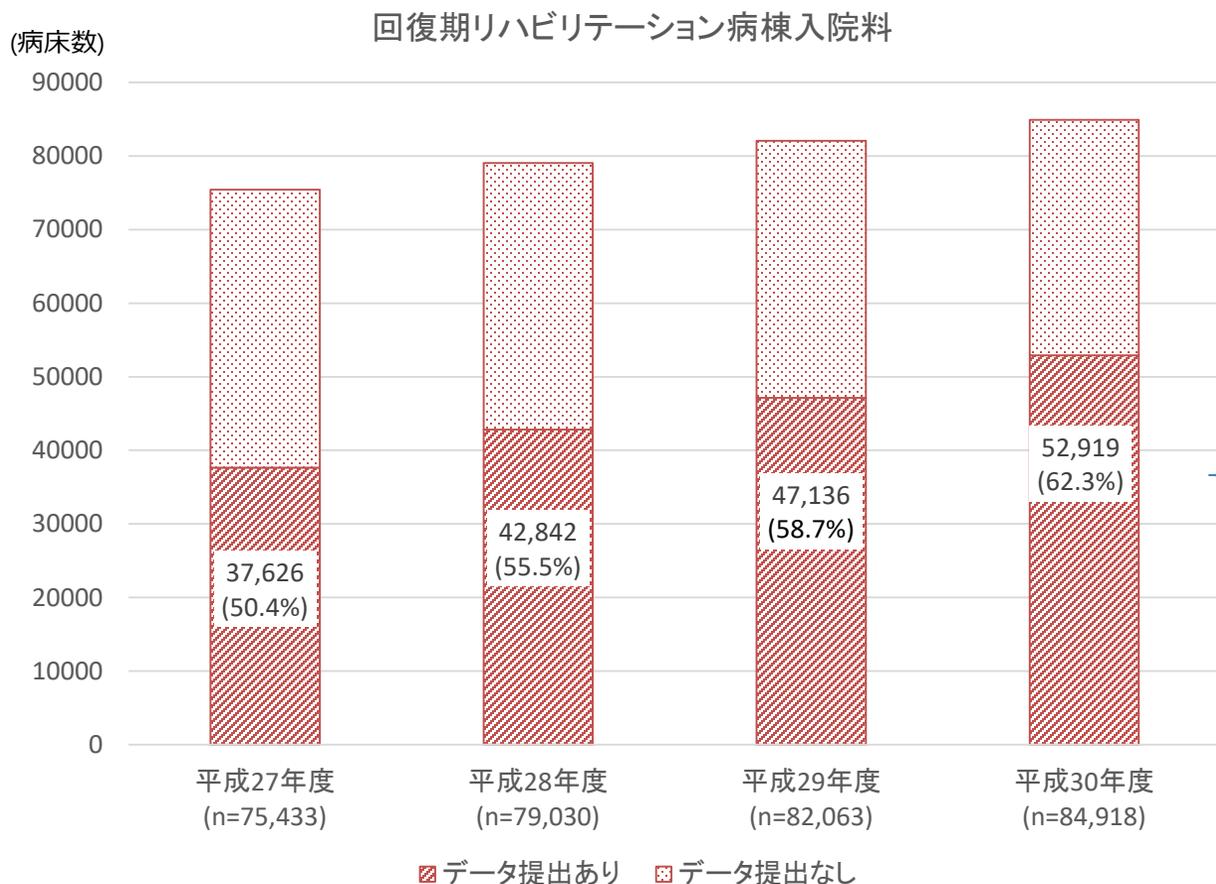
データ提出加算を算定する病院：一般病院

○ 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



データ提出加算を算定する病床：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病棟入院料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は62.3%である。

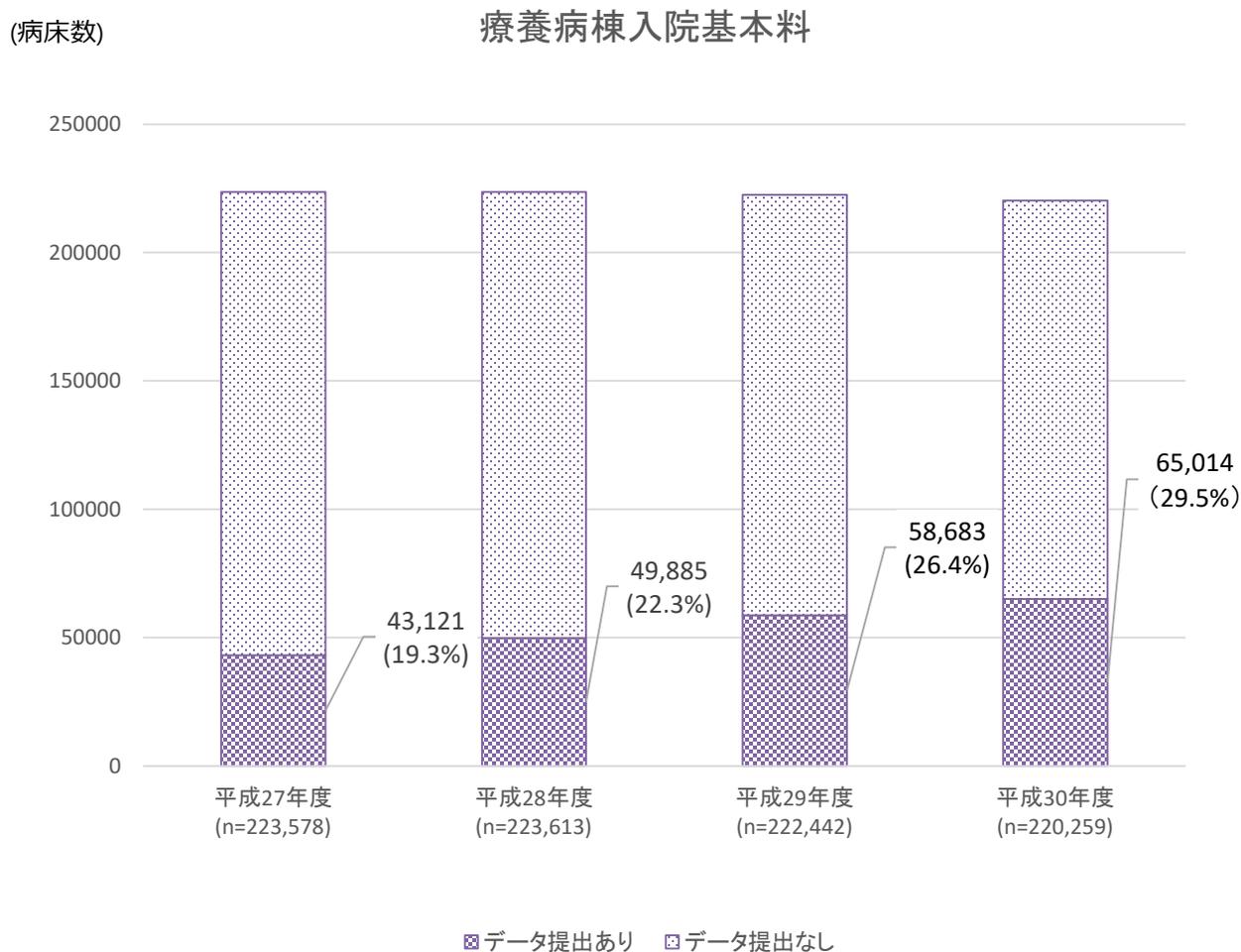


入院料別の内訳
(データ提出加算算定病床：
62.3%)

入院料	データを提出する病床数/ 当該入院料の 総病床数	データを提出する割合
回リハ1	23,759/ 35,816	66.3%
回リハ2	10,780/ 16,029	67.3%
回リハ3	11,997/ 20,213	59.4%
回リハ4	4,075/ 7,859	51.9%
回リハ5	998/ 1,948	51.4%
回リハ6	1,310/ 3,058	42.8%

データ提出加算を算定する病床：療養病棟入院基本料

○ 療養病棟入院基本料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、29.5%である。



入院料別の内訳
(データ提出加算算定病床：29.5%)

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
療養 1	57,466/172,148	33.4%
療養 2	7,548/32,277	23.4%
注11	-/14,429	-%
注12	-/970	-%
特別	-/435	-%

平成30年度診療報酬改定後のデータ提出加算に係る現況

- ・平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。
- ・これらの病院には、許可病床数等に応じた経過措置(1年又は2年)が設けられている。

許可病床数等 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
7対1、10対1（許可病床200床数以上）、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
10対1（許可病床数200床未満）、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須 ただし、平成31年3月31日まで経過措置		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 ただし、平成31年3月31日まで経過措置 (※)	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回リハ5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

平成30年度期中において、新たに設定した経過措置について

- 許可病床数によって、データ提出加算が要件化されている入院料がある（回復期リハビリテーション病棟入院料5、6、療養病棟入院基本料）。
- データ提出加算が要件となる入院料で主に構成される病院（A病院）がある一方、データ提出加算が要件とならない入院料で主に構成される病院（B病院）も存在する。
- B病院にはデータの提出を行う体制を構築できていない病院も存在していることから、新たに経過措置を設けることとした。

医療機関A：許可病床数200床以上

データ提出加算が要件となる入院料
：200床以上



データ提出加算が要件
とならない入院料

データを提出する範囲

医療機関B：許可病床数200床以上

データ提出加算が要件となる入院料
：200床未満



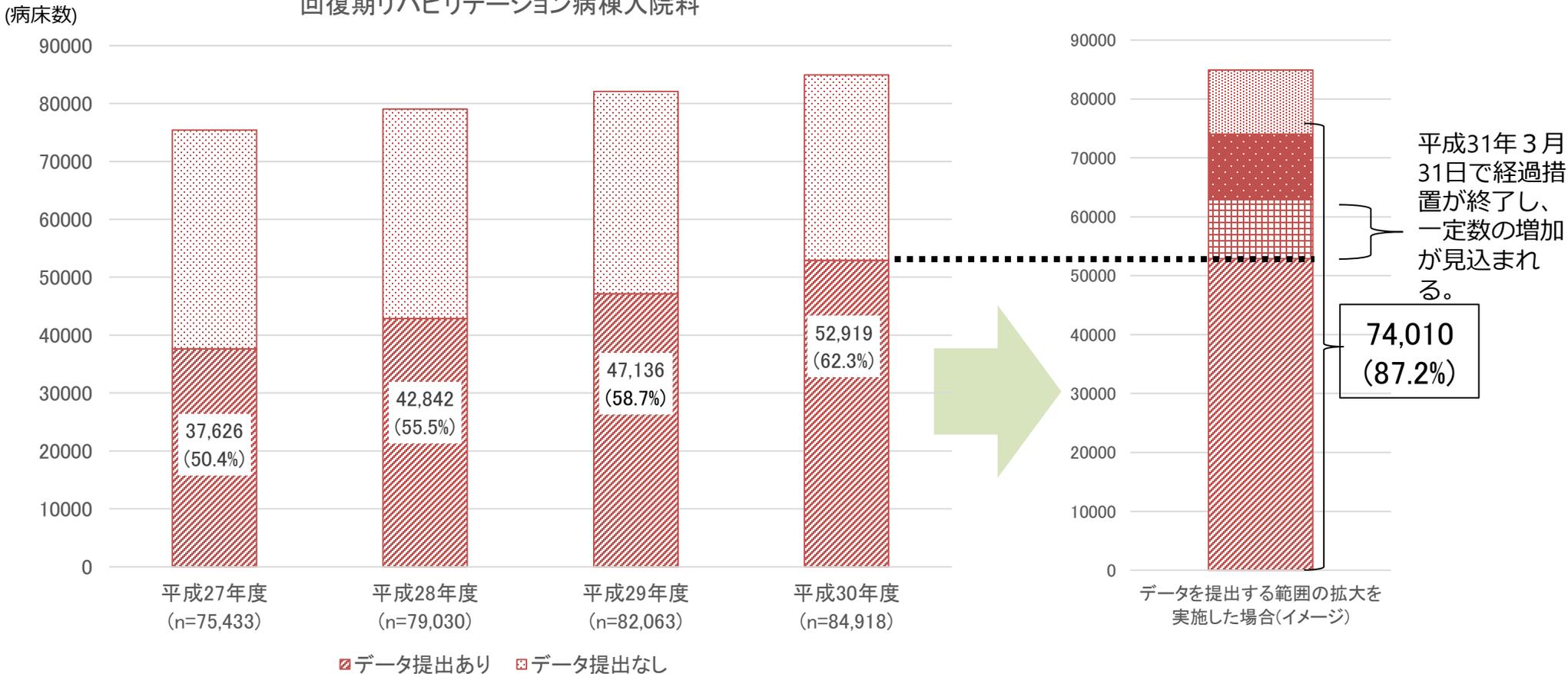
データ提出加算が要件とならない
入院料

令和2年3月31日
までの経過措置の
対象とした。

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。

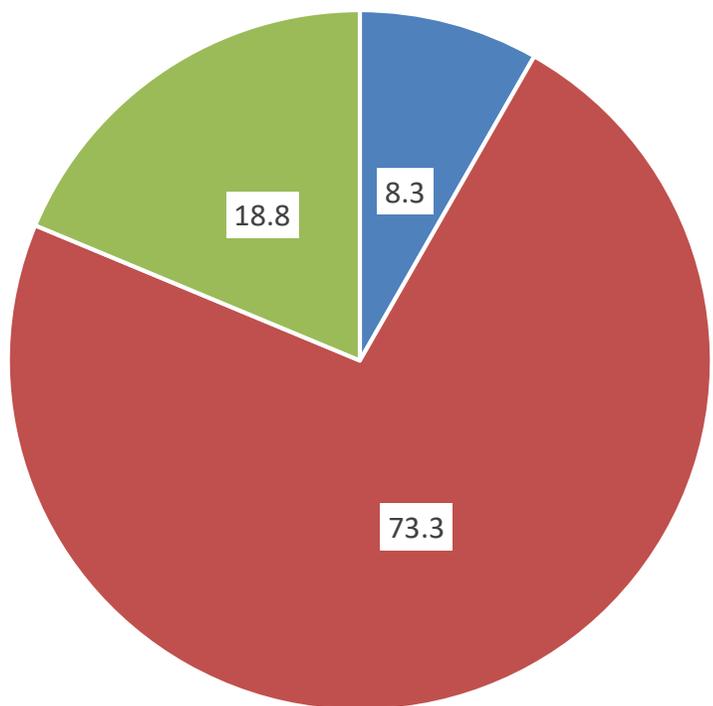
回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関の許可病床規模別の分布

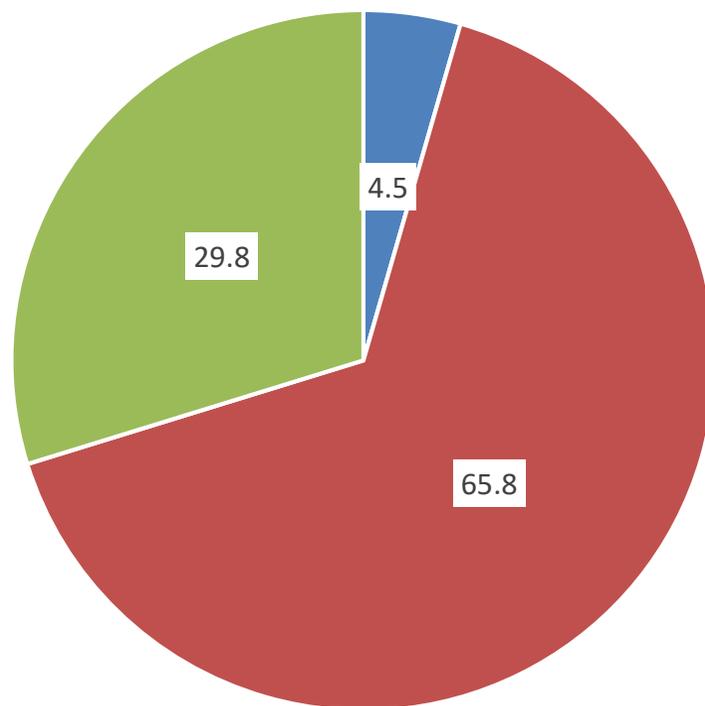
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数 (%)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数 (%)



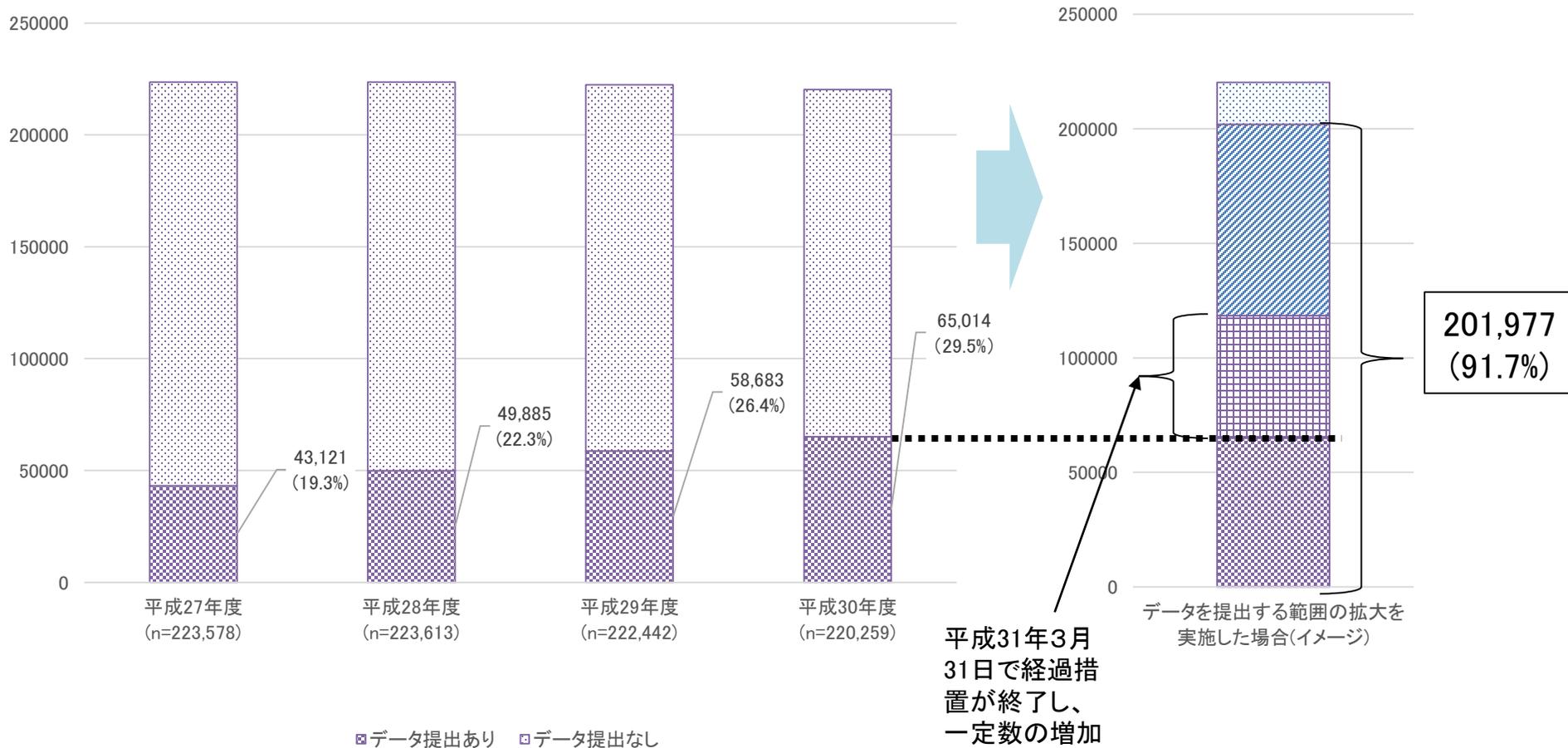
■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

データ提出加算が要件となる病床の拡大（イメージ）

- 療養病棟入院基本料を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は91.7%となる見込みである。

療養病棟入院基本料

(病床数)



出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

入院料毎の電子カルテ等の導入やデータ提出加算の算定状況

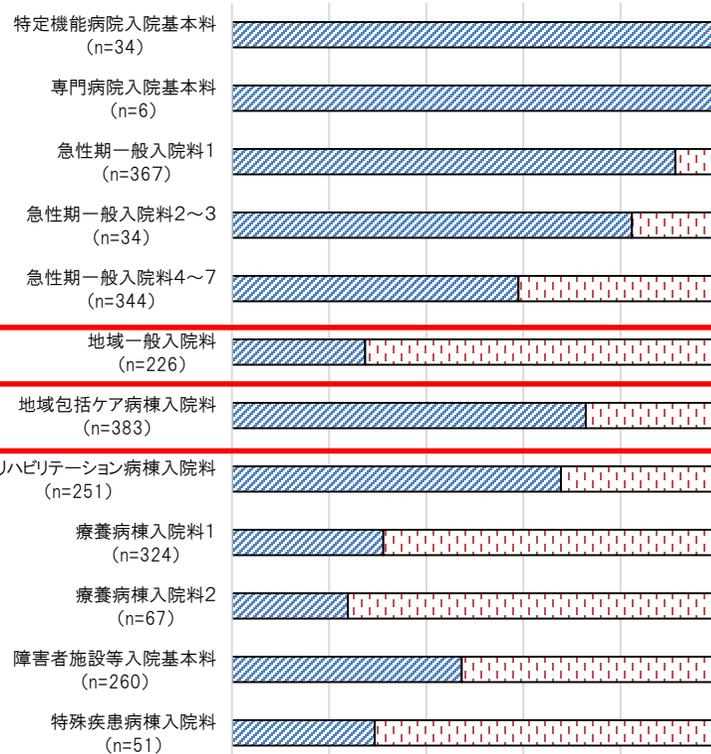
データ提出の算定状況(平成30年9月時点)

- ・ データ提出加算を算定している地域一般入院料: 0床/58,786床
- ・ データ提出加算を算定している障害者施設等入院基本料: 7,962床/68,421床
- ・ データ提出加算を算定している特殊疾患病棟入院料: 326床/12,876床

電子カルテの導入状況

■ 導入している □ 導入していない

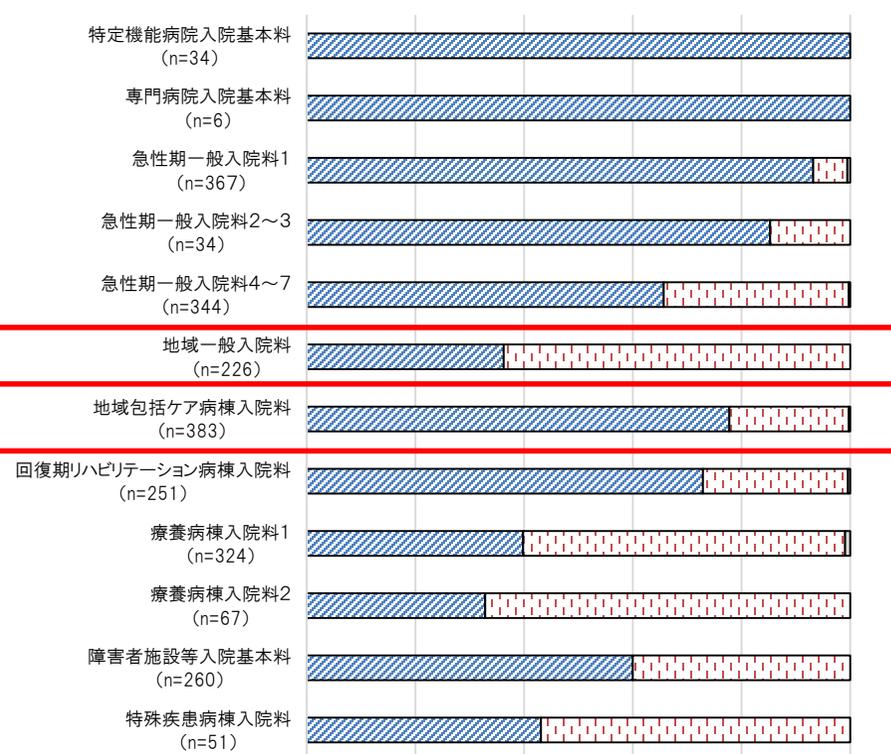
0% 20% 40% 60% 80% 100%



オーダリングシステムの導入状況

■ 導入している □ 導入していない □ 無回答

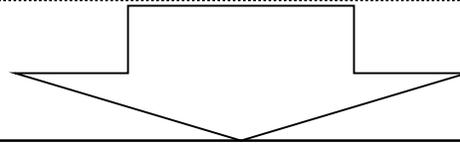
0% 20% 40% 60% 80% 100%



データ提出を要件とする対象について(案)

【現状・課題】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料については、データ提出を要件とする対象が段階的に拡大してきたところ。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料については、現在、経過措置となっている入院料まで含めた場合、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟を概ねカバーすることが見込まれる。
- 療養病棟入院基本料については、算定する病院のうち、200床未満の占める割合が高く、入院料全体をカバーするには至っていない。
- データを提出するための体制である電子カルテの導入状況やオーダリングシステムの導入状況は、入院料毎にばらつきが見られる。



【論点】

- 回復期リハビリテーション病棟5、6と療養病棟入院基本料の200床未満について、データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出を要件とする対象の範囲についてどのように考えるか。
- 現在対象となっていない地域一般入院基本料等について、電子カルテの導入状況等を踏まえ、データ提出の取扱いについてどのように考えるか。

提出項目の概要

- ・ 様式1には、退院した患者毎の病態等の情報が含まれる。
- ・ 全ての患者がデータを提出する対象であり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1には、急性期の診療内容、重症度の項目の他、回復期や慢性期に特有の項目も追加している。

(例)

すべての患者で 必須の項目	急性期の病棟や特定の疾患等で 必須の項目	回復期、慢性期や精神病棟で 必須の項目
性別	がん初発/再発	要介護度(療養)
入退院年月日	TNM分類	要介護情報(療養)
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)		

提出項目の例

- 要介護情報については、低栄養等の有無のみをデータとして提出することとしている。
- 他方、「入院医療等の調査」では、栄養摂取の状況については、詳細に調査し、分析を行っている。

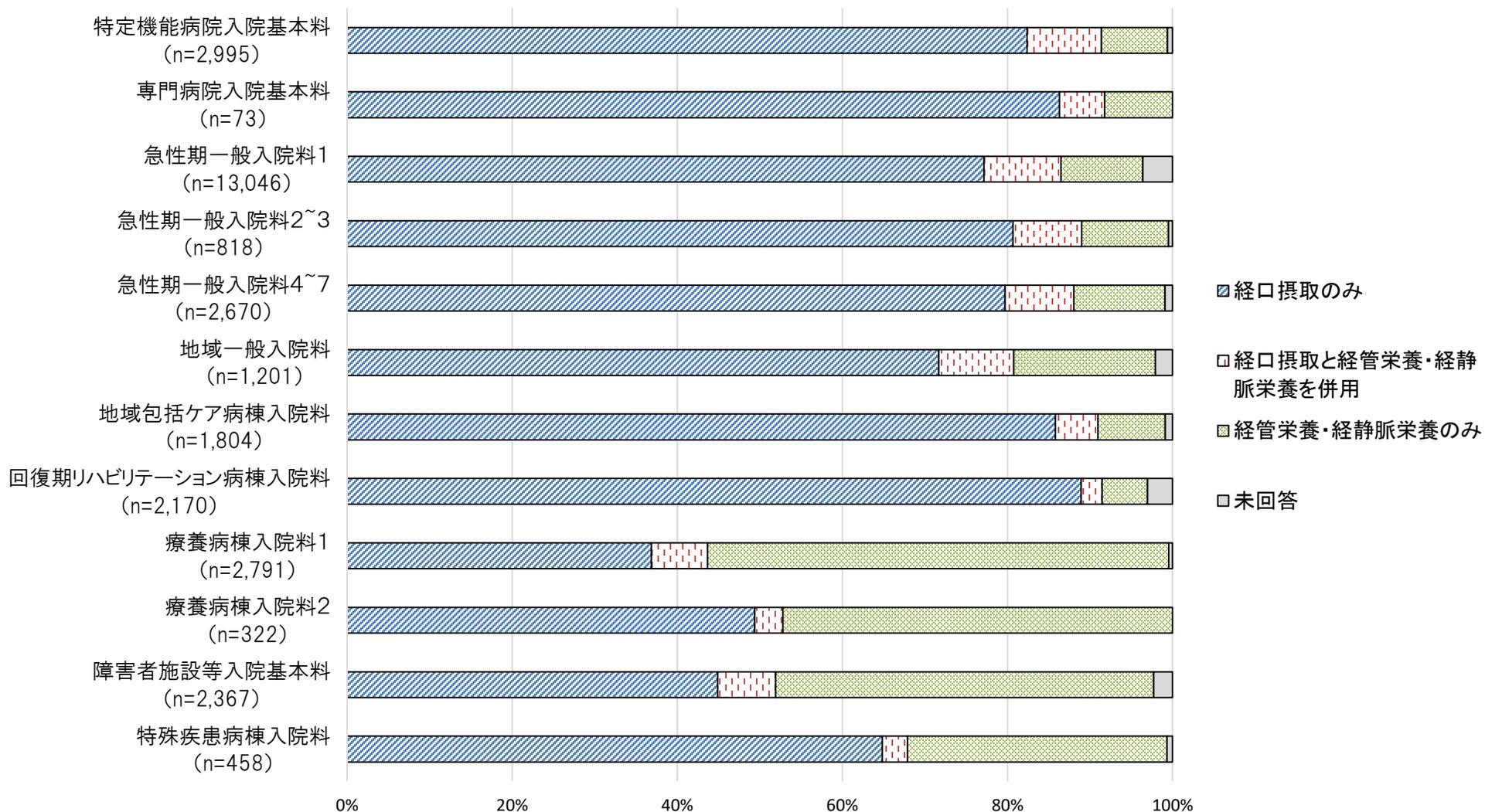
	項目名	内容
要 介 護 情 報	算定開始時	8桁の数字を入力
	算定終了時	8桁の数字を入力
	低栄養の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	低栄養の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合

(参考) 平成30年度入院医療等の調査 入院患者票

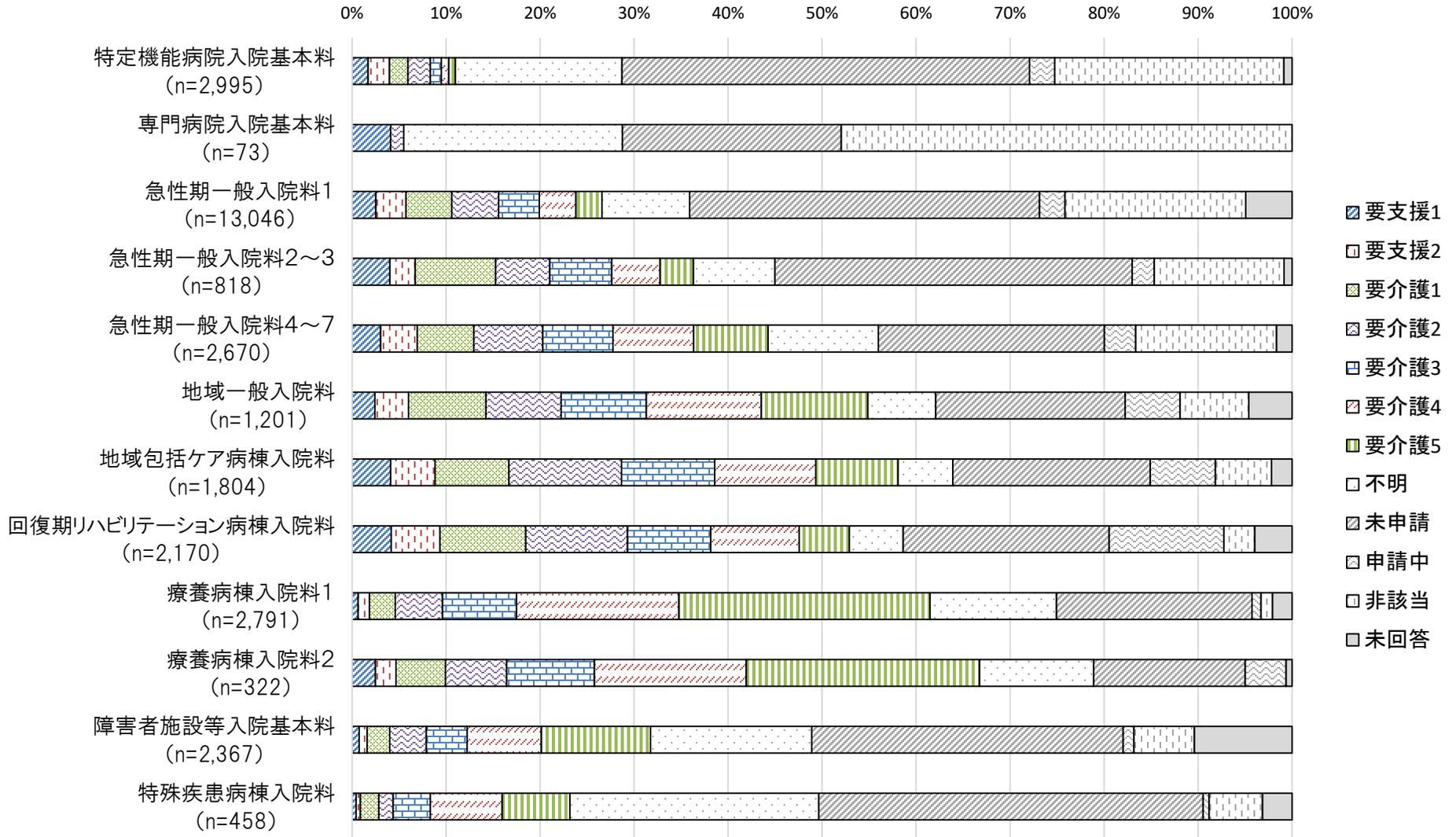
10 栄養摂取の状況 (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「01」を選択した場合に回答》	
【新設】9-1 嚥下調整食の 必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

○ 摂食・嚥下機能障害のある患者について、栄養摂取の方法が複数あり、入院料によって状況が異なっている。

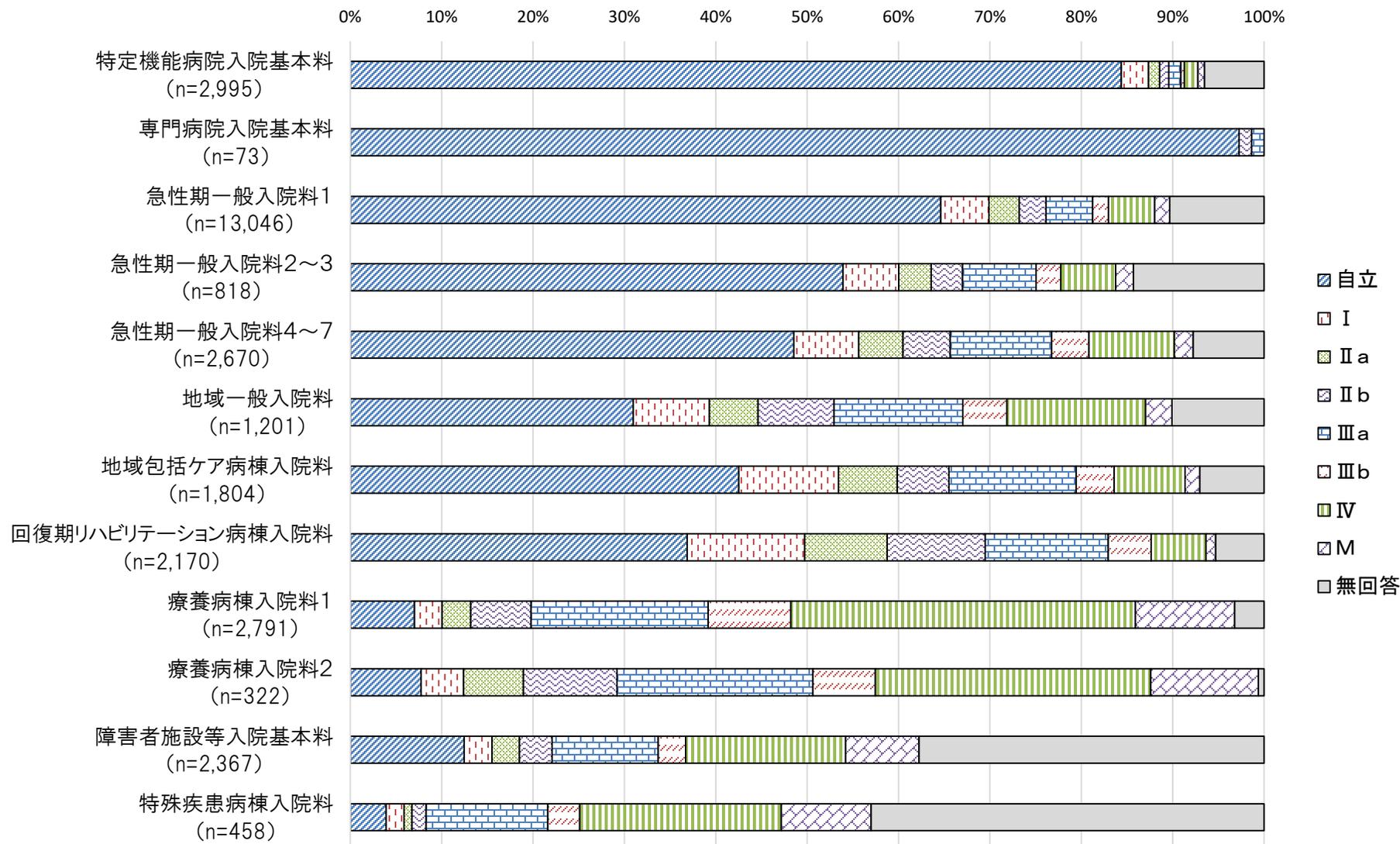
栄養摂取の状況別割合



要介護度別の患者割合



認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合



提出するデータの入力項目について(案)

(入力を必須とする項目について)

- 現在、すべての患者について、ADLスコアを入力することが必須の項目となっている。
- 他方、FIMは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した場合のみ、となっている。要介護度や要介護情報は、療養病棟入院基本料を算定した場合のみ、となっている。
- 急性期の病棟においても、早期からリハビリが実施されていることや、入退院支援や高齢化の観点から、入院医療の適切な評価のため、データ入力を必須とする項目についてどのように考えるか。

(入力項目の追加や、内容の見直し)

- データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資する入力項目の追加や内容の見直しについてどのように考えるか。
- 入力項目を追加するにあたっては、データ入力にあたり新たに把握するなどの負担の有無や、収集するデータの正確性が重要である。データ提出加算以外で既に把握されている項目や、入力を求める対象となる病棟や患者をどのようにするかも含め、検討する必要があるのではないか。

- データ提出加算
- 提出データ評価加算

A245 注2 提出データ評価加算

- 平成30年度診療報酬改定にて新設した。
- 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 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。

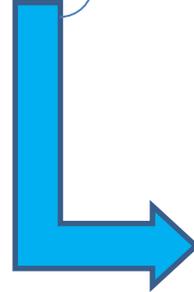
提出データ評価加算の算定状況

- データ提出加算1および2を算定する病院は3,907病院である。
- 提出データ評価加算を算定する病院は2,200病院であり、データ提出加算2を算定する病院の90%以上が当該加算を算定している。

データ提出加算2、提出データ評価加算

データ提出加算を算定する病院:3,907病院

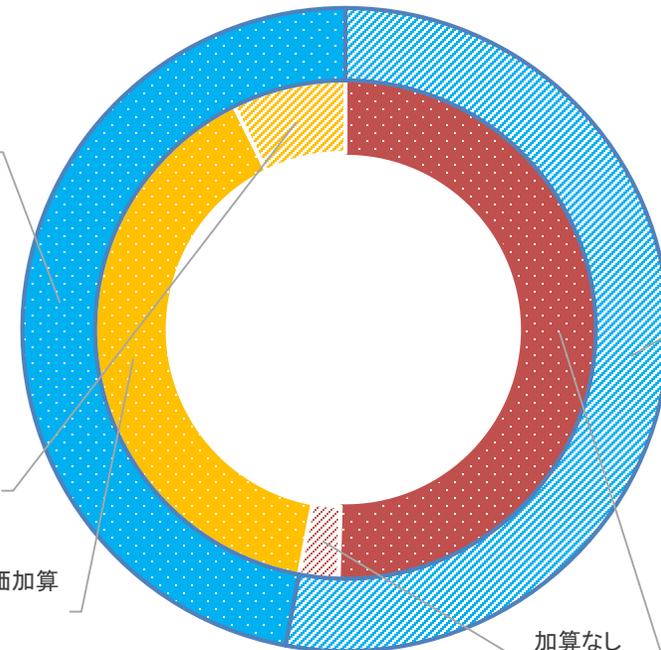
データ提出加算1:1,466病院
データ提出加算2:2,441病院



データ提出加算2 口
1148

加算なし
179

提出データ評価加算
あり
969



データ提出加算2 イ
1293

加算なし
62

提出データ評価
加算あり
1231

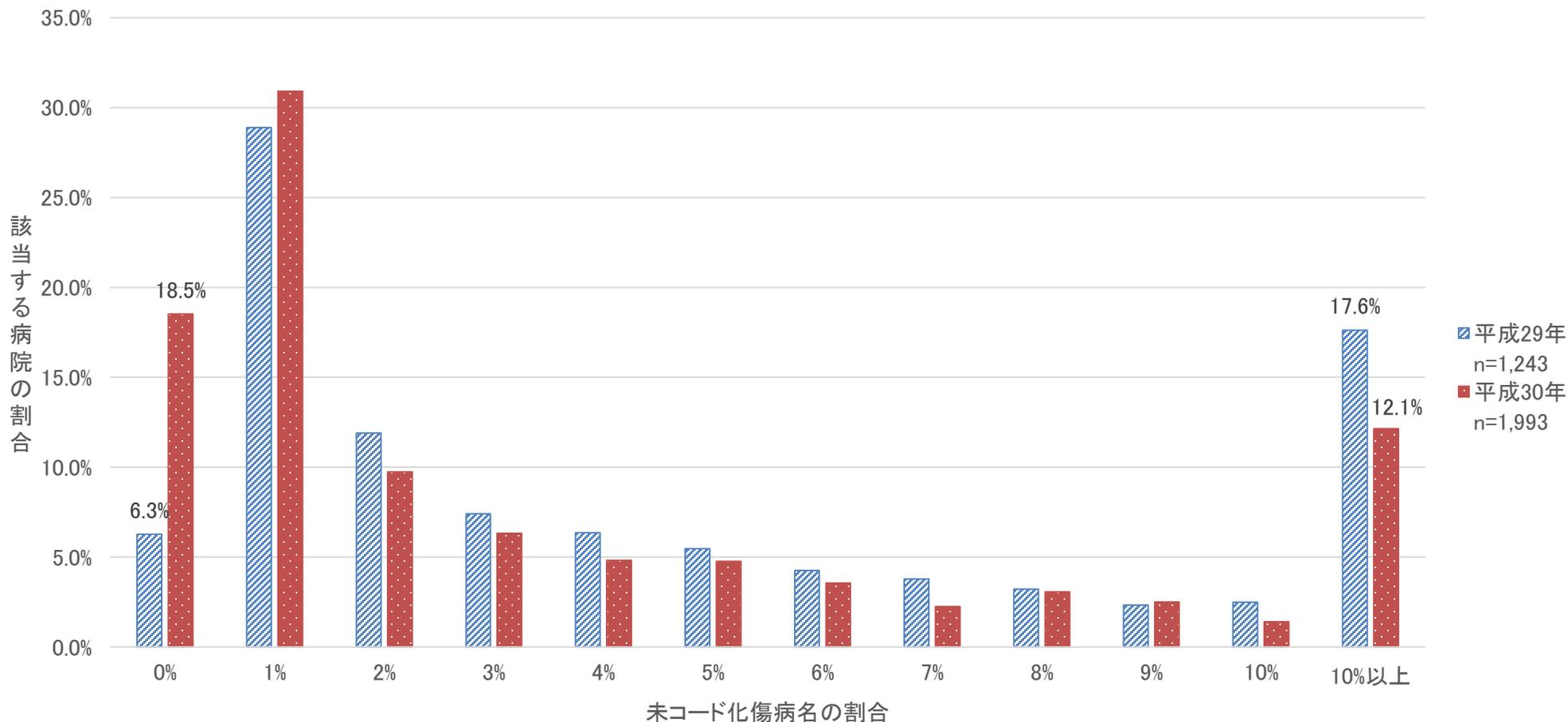
※ イ: 許可病床数が200床以上の病院の場合
口: 許可病床数が200床未満の病院の場合

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。

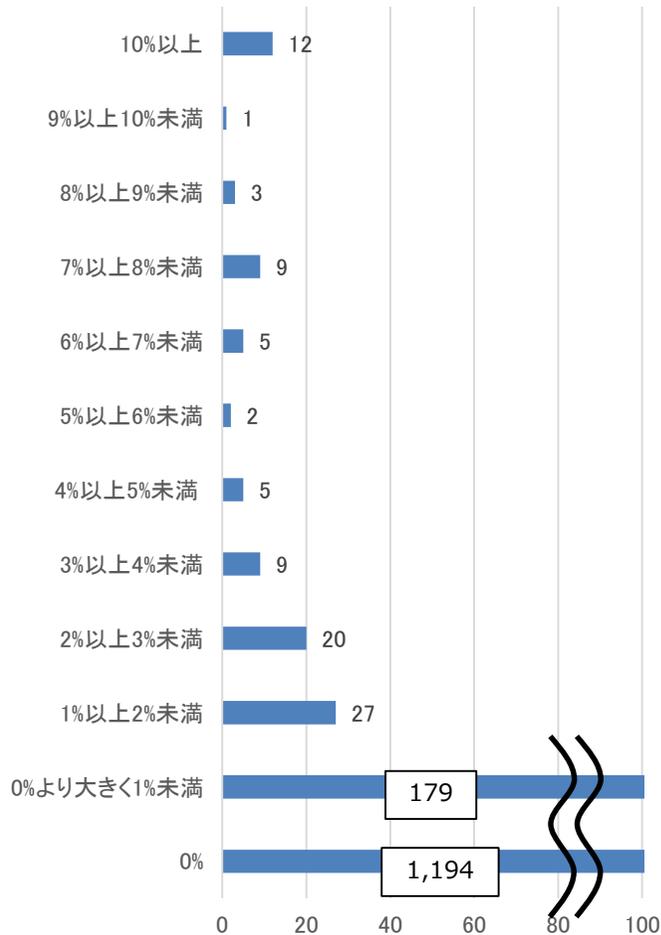
未コード化傷病名の割合別の出現頻度



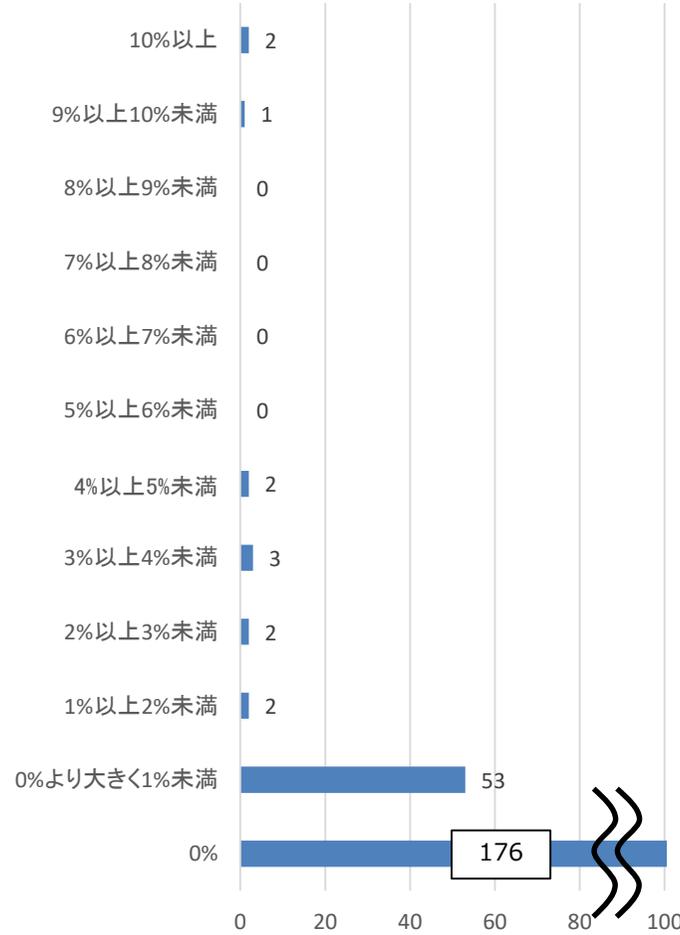
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（様式1）

○ 様式1における未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

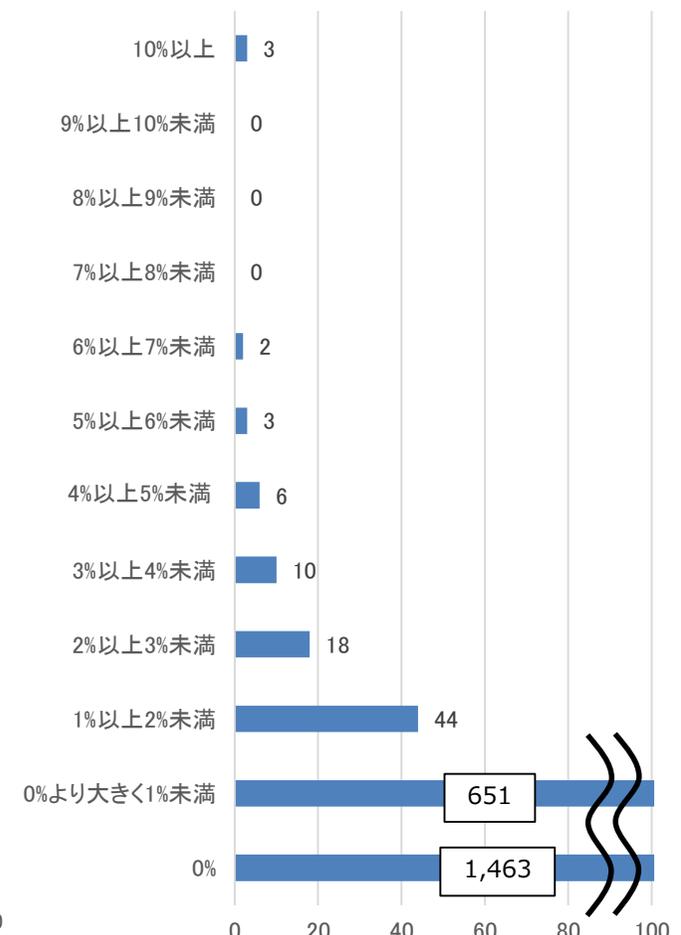
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
（データ提出加算1を算定する医療機関
n=1,466）



様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
（データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算なし) n=241）



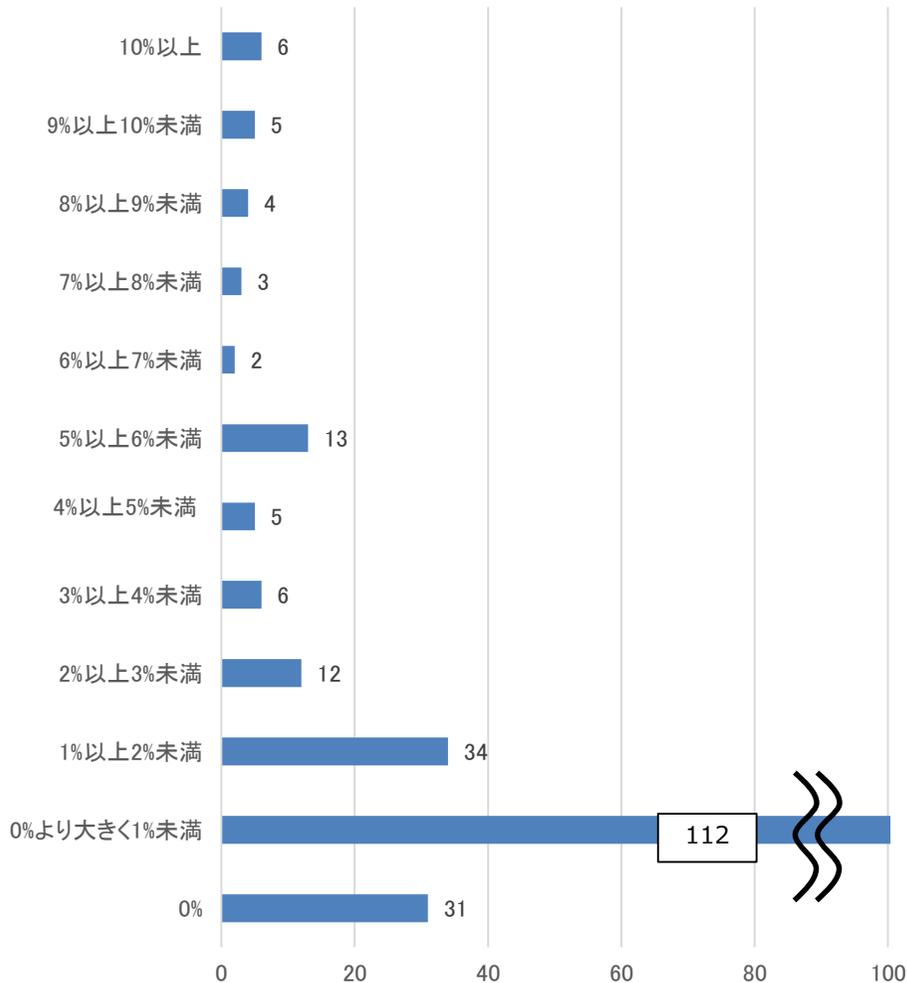
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
（データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算あり) n=2,200）



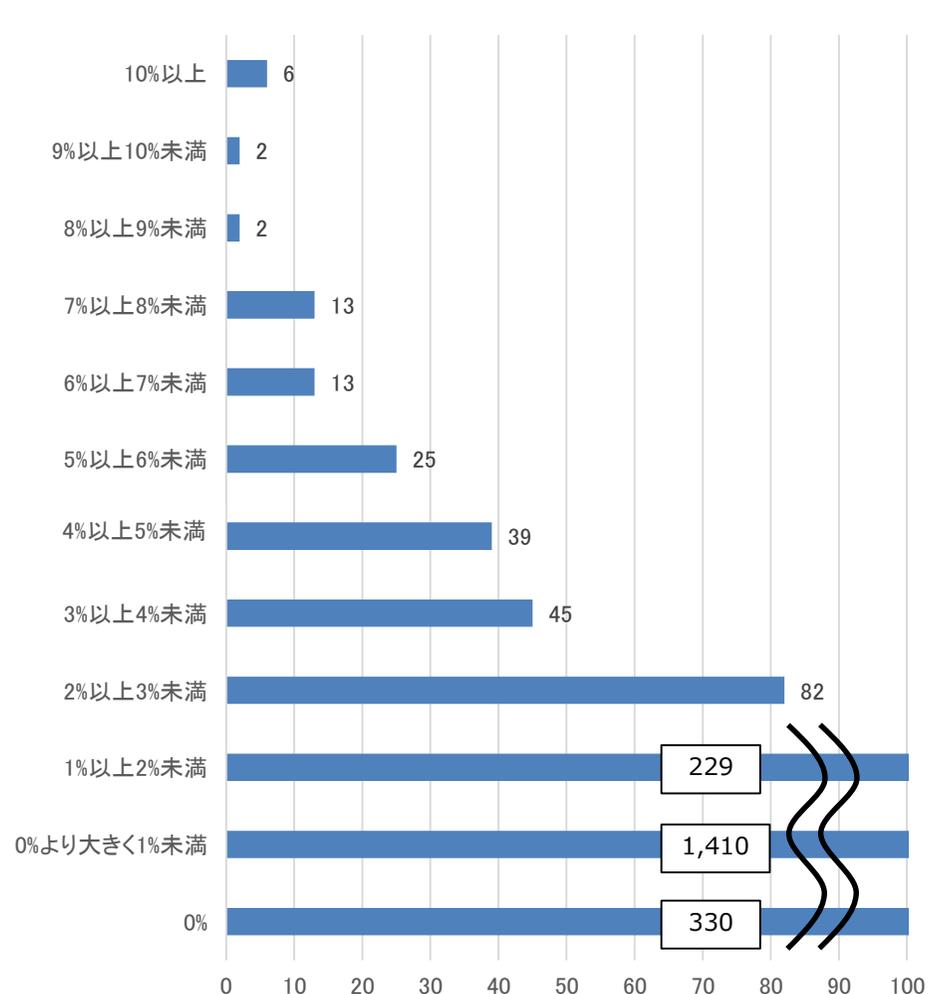
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（外来EFファイル）

○ 外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

外来EF：未コード化傷病名の割合・医療機関数（データ提出加算2を算定する医療機関（提出データ評価加算なし） n=231）



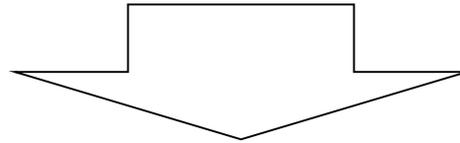
外来EF：未コード化傷病名の割合・医療機関数（データ提出加算2を算定する医療機関（提出データ評価加算あり） n=2,196）



提出データ評価加算の見直しについて(案)

【現状・課題】

- 提出データ評価加算を平成30年度診療報酬改定において新設したところ、平成29年から平成30年にかけて、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は、5.0%から4.0%に減少した。
- 様式1の未コード化傷病名の割合は、提出データ評価加算の算定の有無に関わらず、データ提出加算を算定するほぼ全ての病院において基準(1割未満)を満たしている。
- 外来EFファイルの未コード化傷病名については、様式1と比較すると、割合がやや高い傾向が見られるものの、データ提出加算を算定するほぼ全ての病院において基準を満たしている。



【論点】

- 未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、更に未コード化傷病名の割合を減らす観点から、どのような対応が考えられるか。

1. 診療実績データの提出にかかる評価
2. 短期滞在手術等基本料
3. 入院患者の評価指標等

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。

手術

日帰り

1泊2日

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

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)

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2

入院外(出来高)

短期滞在手術等基本料3

・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1): 820,948件
(うち、短期滞在手術等基本料1: 11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施: 914,091件
(うち、短期滞在手術等基本料2: 79件。短期滞在手術等基本料3: 23,469件。)

短期滞在手術等基本料の概要

短期滞在手術(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術)を行うための環境及び当該手術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

(次の要件を満たす必要あり)

- 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
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方 厚生 局等 への 届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定 の取 扱	短期滞在手術等基本料1、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び 10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院 医療管理料を算定する場合を除き, 全て短期 滞在手術等基本料3を算定 ・6日目以降においても入院が必要な場合の 費用は, 出来高算定 ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可

短期滞在手術等基本料の経緯①

平成12年 短期滞在手術等基本料1, 2の新設

医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術基本料を新設

- ・ 短期滞在手術基本料 1 (日帰り手術)
対象手術:入院当日に退院する眼内レンズ挿入術、乳腺腫瘍摘出術等 13種類
- ・ 短期滞在手術基本料 2 (1泊2日入院による手術)
対象手術:入院の翌日までに退院する顎下線腫瘍摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術等 16種類

平成20年 短期滞在手術等基本料3の新設

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式として追加

- ・ 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日入院による手術)
 - 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。)に係る5日以内の入院を対象とする。
 - 2 包括対象
 - ・入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。
 - ・検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置 等

平成26年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として**本点数を算定する**。また、本点数のみを算定した患者は**平均在院日数の計算対象から除く**。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

平成26年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の追加

- 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
- 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
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法
- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- 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)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 □ 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
- K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満
- 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
- K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上
- K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術等基本料の経緯④

平成28年 短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

平成30年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の削除

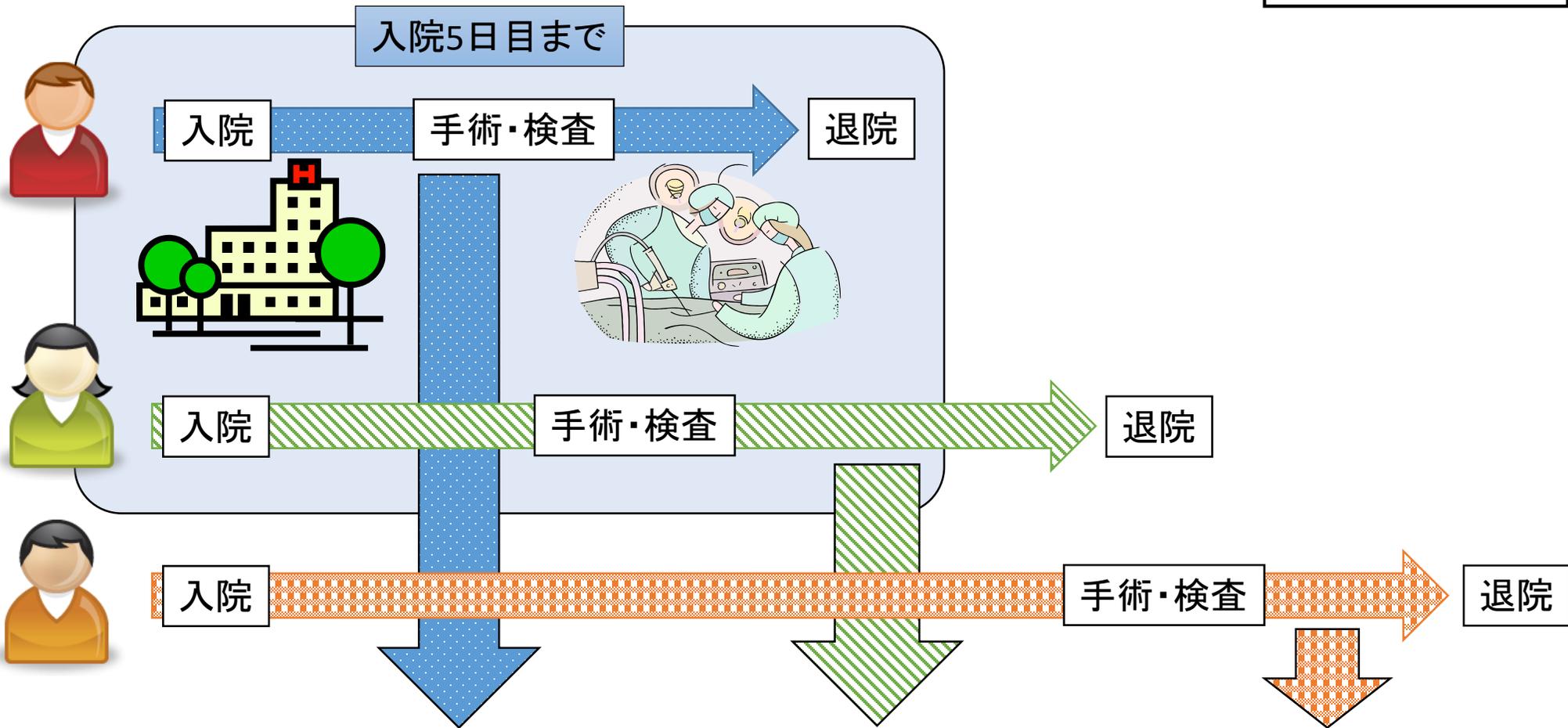
以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止した。

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	

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ

診調組 入-1(改)

29.10.18



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。

短期滞在手術等基本料が算定できる手術

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2, 856点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:4, 918点 (生活療養を受ける場合:4, 890点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満, 長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法, 皮膚有毛部切除術, その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後嚢切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満, 長径5cm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)
K653 1 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
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩, 股, 膝, 胸鎖, 肘, 手, 足, 肩鎖, 指(手, 足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯, 膝側副靭帯, 指(手, 足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合, 両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法, 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの, その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの, その他のもの
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D237 1,2,3 終夜睡眠ポリグラフィー
D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口 水晶体再建術(片側),(両側)
K474 1 乳腺腫瘍摘出術
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術(23,655点), 硬化療法, 高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満, 長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

短期滞在手術等基本料に包括されている検査等

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2, 856点

- ・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)

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:4, 918点 (生活療養を受ける場合:4, 890点)

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く)

- ・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)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

- ・入院基本料(特別入院基本料等を除く)
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算, 医療安全対策加算, 感染防止対策加算, 患者サポート体制充実加算及びデータ提出加算を除く)
- ・医学管理等(手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る)

- ・検査(内視鏡検査等を除く)

- ・画像診断(画像診断管理加算1並びに2並びに動脈造影カテーテル法を除く)

- ・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(薬剤料に限る)

- ・精神科専門療法(薬剤料に限る)

- ・処置(人工腎臓を除く)

- ・病理診断(病理標本作製料に限る)

- ・手術

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 外来における手術の実施回数は年々増加(平成28年:780,935回 平成29年:809,397回 平成30年:820,948回)しており、平成30年においては外来手術全体の47%を占める。
- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、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、DPC対象病院では、算定不可とした。

※(平成29年5月→平成30年5月)

○短期滞在手術等基本料1

- ・短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加(9,917回→11,335回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(212,853回→234,140回)。
- ・平成26年以降の実績から、対象手術の多くで外来での実施率の上昇傾向がみられる。

○短期滞在手術等基本料2

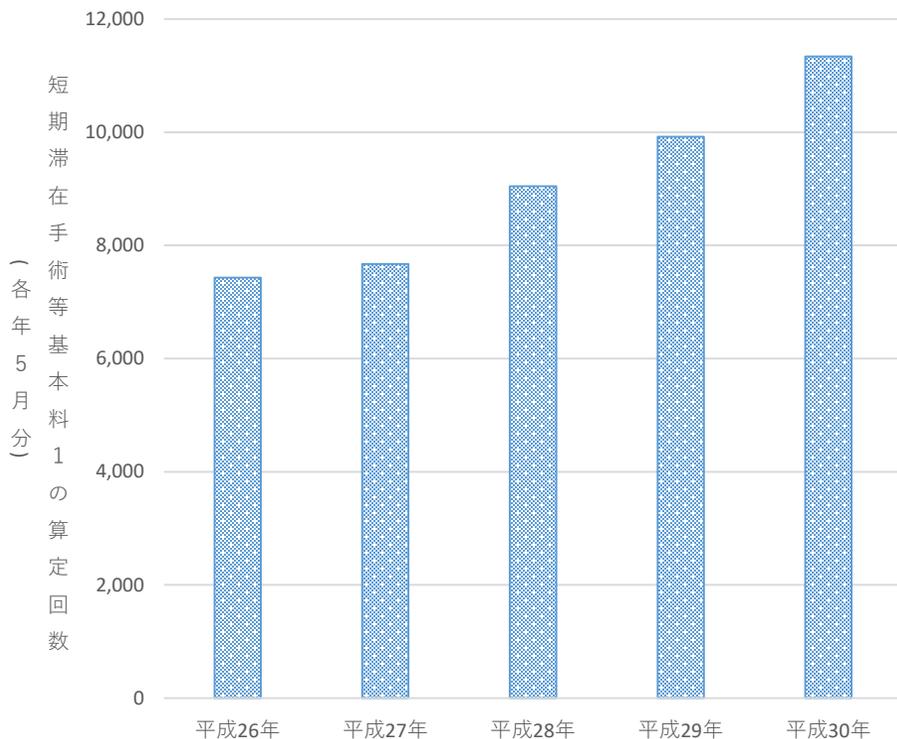
- ・短期滞在手術等基本料2の算定回数は減少(92回→79回)。
- ・対象手術の実施回数は増加している(19,887回→27,538回)。
- ・全ての対象手術において、平均在院日数が2日を大きく上回る。

○短期滞在手術等基本料3

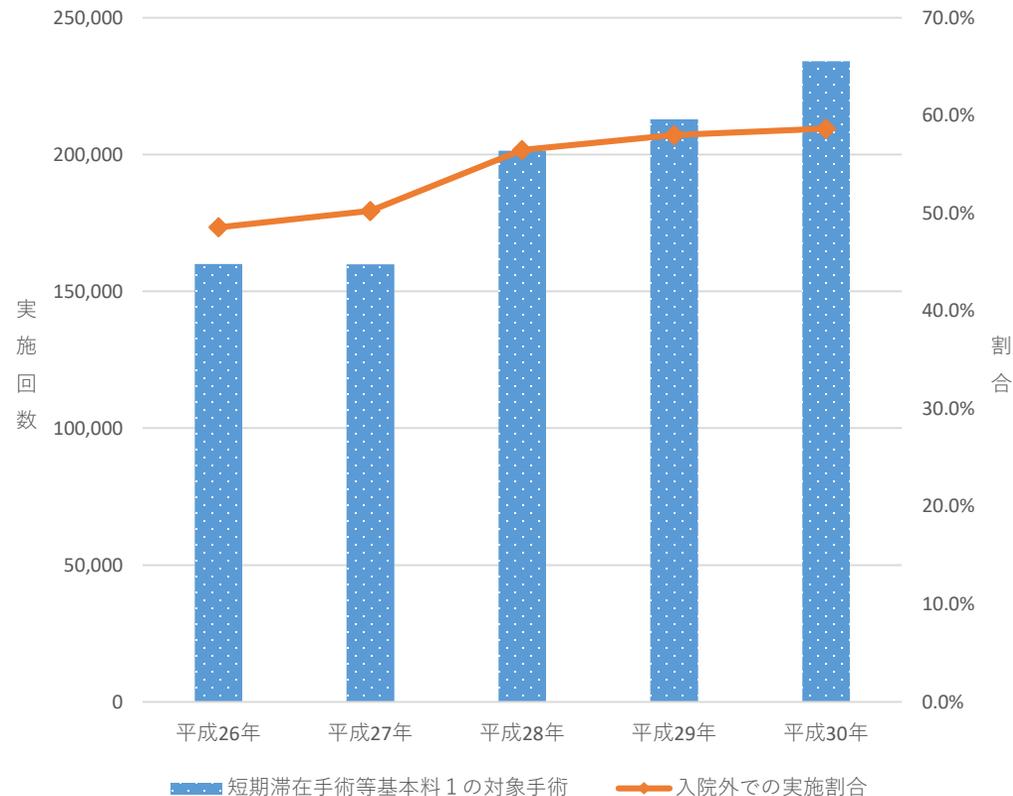
- ・短期滞在手術等基本料3の算定回数は減少(99,716回→23,469回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(274,877回→292,312回)。
- ・対象手術には、入院外で実施される割合が高いものがある。
- ・外来での実施率が低い手術についても、外来で実施することができる症例が存在している可能性がある。

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の算定実績



短期滞在手術等基本料1対象手術の実績



○ 短期滞在手術等基本料1の対象手術の内、実施回数が多い上位3つ

手術名称	平成30年5月の回数	入院外の回数/総数
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	126,050	55.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	94,393	64.8%
皮膚, 皮下腫瘍摘出術 (露出部、露出部以外を含む)	4,216	59.8%
上記以外の手術	9,481	39.3%
総数	234,140	58.6%

短期滞在手術等基本料2の平成29年と平成30年の比較

短期滞在手術等基本料2	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等基本料2		それ以外		総数		短期滞在手術等基本料2		それ以外	
Kコード名称	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	145	11.94	0-		145	11.94	171	14.31	0-		171	14.31
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	349	8.71	0-		349	8.71	290	7.60	0-		290	7.60
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	23	5.91	0-		23	5.91	25	4.60	0-		25	4.60
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	2,142	10.90	0-		2,142	10.90	2,150	11.44	0-		2,150	11.44
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,725	6.88	0-		1,725	6.88	1,832	6.81	0-		1,832	6.81
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	9	9.78	0-		9	9.78	8	5.25	0-		8	5.25
半月板縫合術	82	20.68	0-		82	20.68	69	21.09	0-		69	21.09
関節鏡下半月板縫合術	8,985	16.20	1	2.00	8,984	16.20	14,654	16.70	0-		14,654	16.70
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	16	31.19	0-		16	31.19	18	25.67	0-		18	25.67
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	240	32.99	0-		240	32.99	230	32.50	0-		230	32.50
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	3,104	13.29	0-		3,104	13.29	3,204	12.98	0-		3,204	12.98
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	236	18.92	0-		236	18.92	201	17.85	0-		201	17.85
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	51	18.86	0-		51	18.86	65	22.09	0-		65	22.09
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	456	11.80	0-		456	11.80	504	10.52	0-		504	10.52
顎下腺腫瘍摘出術	863	7.97	0-		863	7.97	817	7.98	0-		817	7.98
顎下腺摘出術	1,878	8.24	0-		1,878	8.24	1,881	7.86	0-		1,881	7.86
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,794	8.34	0-		7,794	8.34	7,953	8.07	0-		7,953	8.07
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	928	9.25	0-		928	9.25	1,006	9.78	0-		1,006	9.78
腹腔鏡下胆嚢摘出術	102,768	10.21	149	1.96	102,619	10.23	106,864	10.00	3	2.00	106,861	10.00
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	29,783	5.73	13	2.00	29,770	5.74	32,109	5.68	0-		32,109	5.68
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,668	9.66	0-		12,668	9.66	13,645	9.73	0-		13,645	9.73
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	16,015	8.12	31	1.90	15,984	8.13	13,116	8.34	8	2.00	13,108	8.34
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)							5,984	7.62	1	2.00	5,983	7.62
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	33,832	6.78	4	2.00	33,828	6.78	38,868	6.71	0-		38,868	6.71
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	3,040	8.73	1	2.00	3,039	8.74	2,673	8.30	0-		2,673	8.30
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	152	6.34	0-		152	6.34	170	6.66	0-		170	6.66
尿失禁手術 その他のもの	1,821	6.06	0-		1,821	6.06	1,911	5.78	0-		1,911	5.78
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	47,542	6.90	99	1.95	47,443	6.91	48,710	6.82	0-		48,710	6.82

短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数等

短期滞在手術等基本料2 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	127	13.9	16.6
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	225	7.2	9.0
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	18	3.6	2.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	1,575	10.9	13.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,448	6.6	8.0
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	6	5.5	4.3
半月板縫合術	54	21.7	23.1
関節鏡下半月板縫合術	10,804	16.5	12.2
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	11	26.6	25.0
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	191	30.7	28.5
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	2,563	12.7	17.2
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	171	17.3	12.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	57	22.3	18.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	420	10.2	9.3
顎下腺腫瘍摘出術	806	8.0	4.8
顎下腺摘出術	1,856	7.8	2.9
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,088	7.9	5.4
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	730	8.7	5.8
腹腔鏡下胆嚢摘出術	96,583	9.6	11.1
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	30,058	5.6	3.9
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,493	9.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	7,520	7.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	3,198	6.8	6.9
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	34,424	6.5	7.7
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	2,428	8.0	10.9
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	144	5.6	3.0
尿失禁手術 その他のもの	1,740	5.7	3.0
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	46,784	6.7	4.1

短期滞在手術等基本料3の平成29年と平成30年の比較

短期滞在手術等基本料3	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等基本料3		それ以外		総数		短期滞在手術等基本料3		それ以外	
手術名称	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	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(携帯用装置を使用した場合)	25,542	22.39	1,474	8.05	24,068	23.27	27,354	22.10	80	3.65	27,274	22.16
終夜睡眠ポリグラフィー(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)	365	14.81	131	2.36	234	21.79	282	15.82	21	2.05	261	16.93
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	70,890	3.56	66,348	2.11	4,542	24.80	73,313	3.49	13,150	2.14	60,163	3.79
小児食物アレルギー負荷検査	37,356	1.34	35,531	1.25	1,825	3.03	40,744	1.33	3,077	1.09	37,667	1.35
前立腺針生検法	115,991	3.32	108,576	2.57	7,415	14.40	113,769	3.37	7,975	2.56	105,794	3.43
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	10	5.10	9	5.33	1	3.00	4	9.75	0-		4	9.75
関節鏡下手根管開放手術	2,606	4.65	2,177	3.20	429	12.04	3,175	4.28	774	3.14	2,401	4.65
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	346	3.18	338	2.71	8	23.25	502	3.02	17	2.59	485	3.04
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)	420,444	3.47	356,155	2.69	64,289	7.81	429,382	3.38	55,425	2.46	373,957	3.52
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)	48,582	7.21	41,991	6.16	6,591	13.88	59,793	6.55	3,520	7.98	56,273	6.46
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	4,265	7.99	1,497	4.26	2,768	10.01	4,302	7.41	17	6.82	4,285	7.41
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	108	11.82	47	6.91	61	15.61	113	13.74	0-		113	13.74
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	4,251	4.51	3,544	3.36	707	10.28	4,264	4.57	365	2.86	3,899	4.74
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	36,875	13.04	27,398	3.22	9,477	41.44	39,012	12.97	5,799	3.02	33,213	14.71
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	5,107	3.77	4,319	3.21	788	6.86	4,399	3.60	903	2.78	3,496	3.81
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	586	3.58	392	2.56	194	5.65	470	3.74	90	2.44	380	4.04
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,945	3.79	1,338	2.69	607	6.20	1,737	3.69	219	2.72	1,518	3.83
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,958	4.90	3,639	2.69	319	30.11	3,574	4.55	136	2.60	3,438	4.63
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,306	2.47	3,186	2.43	120	3.53	3,180	2.45	137	2.31	3,043	2.46
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,521	2.47	2,459	2.43	62	3.97	2,305	2.51	120	2.45	2,185	2.51
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	68,484	6.13	62,423	5.03	6,061	17.47	68,297	6.12	10,157	6.06	58,140	6.13
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,681	3.34	2,447	2.67	234	10.32	2,960	3.27	21	3.05	2,939	3.28
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	2,990	2.63	2,861	2.60	129	3.22	3,221	2.63	45	2.51	3,176	2.63
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,290	2.66	2,217	2.61	73	3.90	2,315	2.71	21	2.57	2,294	2.71
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,877	5.21	39,705	4.75	2,172	13.70	46,936	5.16	4,610	5.03	42,326	5.17
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	354,701	4.29	322,139	2.75	32,562	19.48	365,556	4.22	74,929	2.54	290,627	4.65
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	35,834	5.28	31,946	3.44	3,888	20.45	41,011	5.36	5,404	3.33	35,607	5.67
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	6,602	4.34	5,333	2.62	1,269	11.60	5,702	3.88	1,820	2.46	3,882	4.55
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	21,571	3.63	19,073	2.45	2,498	12.65	20,941	3.52	3,987	2.53	16,954	3.75
子宮頸部(腔部)切除術	27,077	3.31	26,513	3.22	564	7.44	27,576	3.23	993	3.07	26,583	3.24
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,300	3.41	4,865	3.17	435	6.20	5,771	3.42	596	2.97	5,175	3.47
ガンマナイフによる定位放射線治療	10,266	4.89	9,068	3.39	1,198	16.26	10,582	5.01	1,163	3.38	9,419	5.21

短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等

短期滞在手術等基本料3 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
終夜睡眠ポリグラフィー(携帯用装置を使用した場合)	21,071	20.0	23.42
終夜睡眠ポリグラフィー(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)	245	13.7	24.48
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	58,140	3.1	7.67
小児食物アレルギー負荷検査	36,514	1.3	1.83
前立腺針生検法	104,775	3.3	5.69
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	4	9.8	2.06
関節鏡下手根管開放手術	2,200	4.1	6.30
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	485	3.0	5.48
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)	368,693	3.5	3.36
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)	55,642	6.3	5.82
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	3,973	7.5	7.85
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	111	13.7	20.26
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	3,815	4.5	5.23
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	30,646	11.8	25.68
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	3,326	3.6	4.11
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	313	4.2	9.09
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,405	3.8	6.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,429	4.6	16.00
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,043	2.5	1.13
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,179	2.5	0.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	56,713	5.8	7.10
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,937	3.3	9.59
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	3,172	2.6	0.83
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,292	2.7	1.35
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,876	5.1	4.08
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	281,318	4.2	8.46
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	34,649	5.2	8.67
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	3,455	3.7	8.09
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	16,252	3.4	6.36
子宮頸部(腔部)切除術	26,536	3.2	1.71
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,132	3.4	1.98
ガンマナイフによる定位放射線治療	9,187	5.2	9.99

出典：平成30年DPCデータ

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計
※DPC対象病院の症例に限る

短期滞在手術等基本料3の実施状況の経年変化

名称 (複数項目ある場合は 共通部分まで)	平成26年				平成27年				平成28年				平成29年				平成30年			
	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)
	入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院		
		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	
終夜睡眠ポリグラフィー※2	18,227	4,742	5,615	64%	19,102	4,348	5,334	66%	20,442	4,330	5,378	68%	818	3,201	5,403	9%	922	3,167	1,352	17%
小児食物アレルギー負荷検査※2	1,795	9	1,642	52%	1,812	13	1,678	52%	2,031	8	2,282	47%	2,525	10	2,840	47%	2,574	4	324	89%
前立腺針生検法	1,341	1,154	7,851	13%	1,352	1,009	7,961	13%	1,184	907	7,434	12%	1,144	924	7,907	11%	1,309	8,911	791	12%
関節鏡下手根管開放手術	389	98	144	62%	366	85	156	60%	304	66	204	53%	419	87	262	55%	470	252	91	58%
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	4	73	31	4%	4	86	33	3%	10	73	34	9%	10	88	26	8%	18	140	7	11%
水晶体再建術	53,415	17,844	32,886	51%	54,111	14,926	33,562	53%	60,099	14,902	35,710	54%	65,570	20,647	36,832	53%	71,683	53,819	9,422	53%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	534	65	217	65%	512	70	205	65%	528	91	251	61%	467	64	253	60%	449	305	27	57%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	6,149	2,834	※1	68%	6,532	2,834	※1	70%	7,126	1,251	1,889	69%	8,097	1,376	2,205	69%	9,162	3,134	714	70%
下肢静脈瘤手術	2,875	323	890	70%	2,213	166	723	71%	2,236	165	656	73%	1,969	175	518	74%	1,842	505	109	75%
鼠径ヘルニア手術	291	1,398	7,630	3%	295	1,041	6,681	4%	294	987	6,115	4%	369	872	6,113	5%	382	6,044	1,077	5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	-	223	2,387	-	-	204	2,454	-	66	229	2,965	2%	66	294	3,741	2%	130	3,840	446	3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	18,596	4,193	18,197	45%	21,274	3,665	20,478	47%	49,057	6,588	27,872	59%	54,553	6,471	28,124	61%	62,606	28,658	7,997	63%
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,408	492	587	57%	1,318	471	580	56%	1,383	457	686	55%	1,326	516	582	55%	1,456	804	321	56%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	1,538	2,515	※1	38%	1,355	2,280	※1	37%	1,372	288	1,927	38%	1,353	286	1,747	40%	1,343	1,425	445	42%
子宮頸部(腔部)切除術	123	205	2,029	5%	117	160	1,983	5%	94	129	2,010	4%	96	118	2,067	4%	95	2,013	124	4%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	10	44	365	2%	17	45	331	4%	15	49	345	4%	-	979	369	-	25	406	68	5%
ガンマナイフによる定位放射線治療	32	980	※1	3%	29	942	※1	3%	54	159	715	0	73	196	727	7%	86	864	154	8%

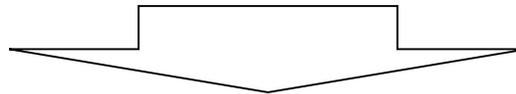
※1 当該年は短期滞在手術等基本料3の対象外

※2 平成30年の回数に、DPC病院における実施回数は計上されていない

短期滞在手術等基本料について

【現状・課題】

- 短期滞在手術等基本料1
 - ・当該基本料の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加が認められる。
- 短期滞在手術等基本料2
 - ・当該手術を実施する症例の平均在院日数は2日を大きく上回っている。
- 短期滞在手術等基本料3
 - ・対象手術には、入院外で実施される割合が高いものが含まれる。
 - ・当該基本料の導入当時と比べ、外来で手術を実施する回数は増加しているが、当該基本料の対象手術となっていることで、入院にて実施するインセンティブとなっている可能性が考えられる。



【論点】

- 短期滞在手術の評価の在り方についてどのように考えるか。

1. 診療実績データの提出にかかる評価
2. 短期滞在手術等基本料
3. 入院患者の評価指標等

中医協基本問題小委員会

（8月28日）

- 地域包括ケア病棟の入院患者の約3割が疾患別リハビリテーションを実施していないことについて、理由を含め検討してほしい。
- 手術の実施割合について、地域包括ケア病棟に入院中の実施がどの程度あるのか分析してほしい。
- リハビリテーション実績指数がいずれの入院料でも上昇していることについて、どのような要因が考えられるか検討してほしい。

入院医療等の調査・評価分科会

（診療情報・指標等作業グループ）

- 平成30年度改定で新たに追加した基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「心電図モニター」である割合が多いが、そのような患者についてさらに分析してはどうか。
- いずれの基準にも該当しない状態から基準②のみに該当する状態に移行した患者については、基準非該当日における各項目の該当状況を分析してはどうか。
- 入院中のB項目の該当状況の変化について、手術等の有無を含めて分析してはどうか。
- 入棟時から退棟時のFIM得点の変化が増加している時期と、発症から入棟までの期間が短縮している時期とが異なることを踏まえ、引き続き検討が必要ではないか。

（9月5日）

- 中心静脈栄養の長期留置については、感染対策が必要ではないか。
- 入棟時のFIM得点が低下傾向であることについて、発症から入棟までの時期が早まったことだけでは、説明しきれない要因があるのではないか。



これらの指摘を踏まえ、追加で分析を行った。

- **重症度、医療・看護必要度**
- 医療区分・ADL区分
- FIM
- その他

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅰ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A 1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）										
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険	
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
	モニター	7.6%	1.2%	1.6%	0.6%	0.3%	1.7%	1.1%	2.8%	4.4%	0.4%	
	点滴3本	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	呼吸ケア	2.6%	0.4%	0.6%	0.0%	1.3%	1.0%	0.4%	1.2%	0.0%	0.1%	
	創傷処置	2.4%	0.4%	1.5%	0.2%	0.0%	0.3%	0.2%	1.0%	1.5%	0.9%	

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,食事,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.1%	0.5%	0.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	シリンジポンプ	0.1%	0.9%	0.0%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
	モニター	3.4%	3.0%	3.0%	9.2%	3.0%	4.0%	0.7%	1.0%	0.9%	1.3%
	点滴3本	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	3.1%	1.7%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	0.7%	0.4%	1.2%	1.0%
	創傷処置	1.4%	1.2%	1.7%	3.9%	0.1%	2.0%	1.9%	1.5%	0.4%	3.6%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.8%
	シリンジポンプ	0.3%
	モニター	50.7%
	点滴3本	0.4%
	呼吸ケア	23.6%
	創傷処置	24.2%

※A1点+B3点の患者における割合(n=1,379人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=51,000人日)

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	11.9%	0.4%	2.5%	0.0%	0.0%	5.3%	1.2%	4.1%	1.2%	0.4%
	点滴3本	1.6%	0.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	創傷処置	0.4%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
	呼吸ケア	0.0%	1.6%	2.0%	5.3%	0.0%	0.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.6%
	創傷処置	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%	0.0%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.6%
	シリンジポンプ	1.2%
	モニター	62.8%
	点滴3本	4.7%
	呼吸ケア	20.5%
	創傷処置	10.3%

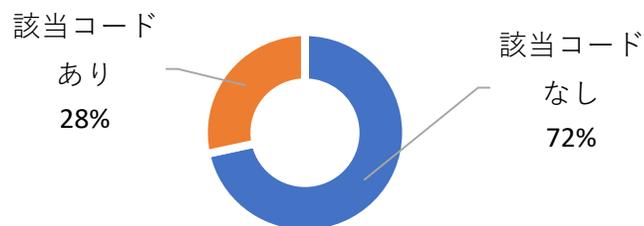
※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

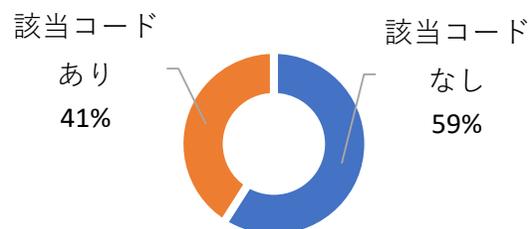
基準②のみに該当する患者の状態（必要度Ⅰ）

- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、必要度Ⅱで対応するレセプト電算処理システム用コードの該当の有無をみたところ、「該当コードなし」の患者が約6～7割であった。
- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者について、1日あたり資源投入量をみたところ、資源投入量がゼロである患者が約4～5割であった。

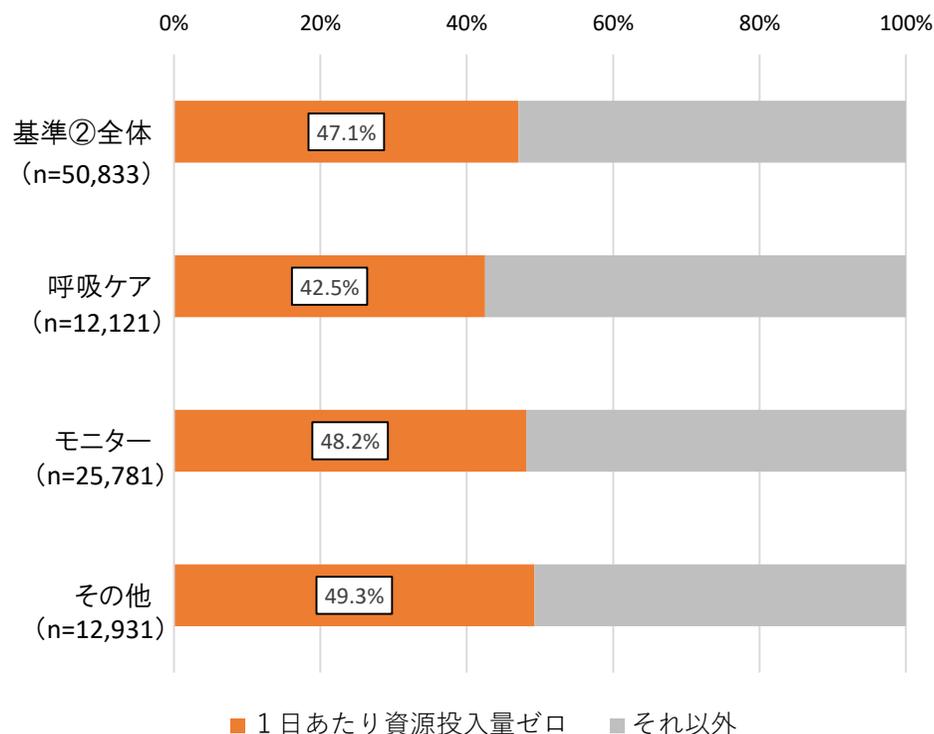
A 1点が「呼吸ケア」の患者の
対応する処置コードの該当状況 (n=12,121)



A 1点が「心電図モニター」の患者の
対応する処置コードの該当状況 (n=25,781)



1日あたり資源投入量がゼロの割合

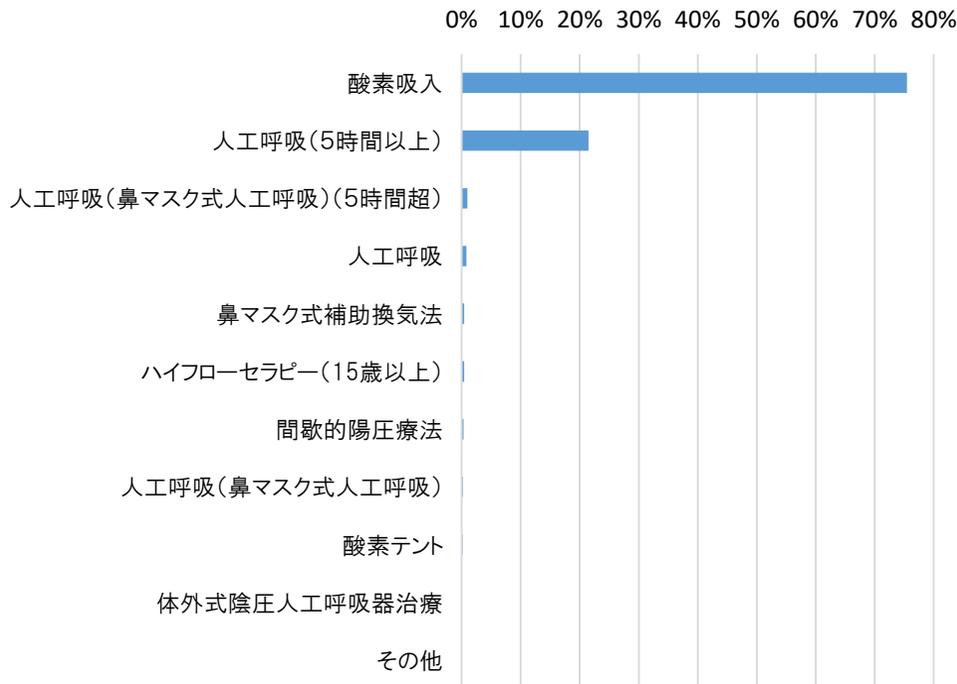


基準②のみに該当する患者の状態（必要度Ⅱ）

○ 必要度Ⅱで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、該当するレセプト電算処理システム用コードの内訳をみたところ、それぞれ「酸素吸入」と「呼吸心拍監視(14日超)」の占める割合が多かった。

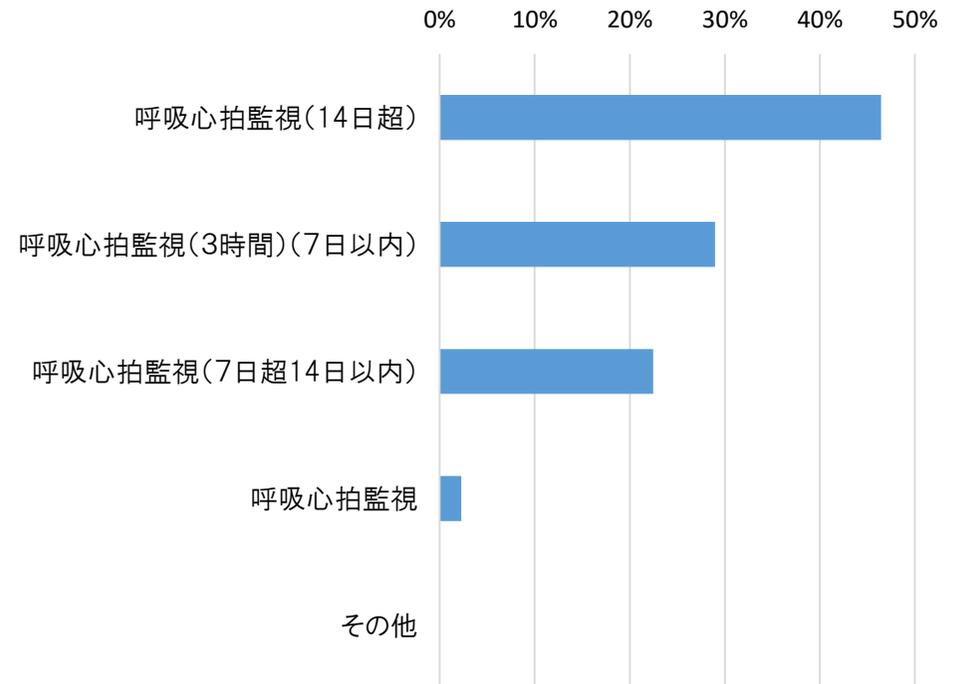
A1点が「呼吸ケア」の患者の
該当する処置コード

(n=2,805)



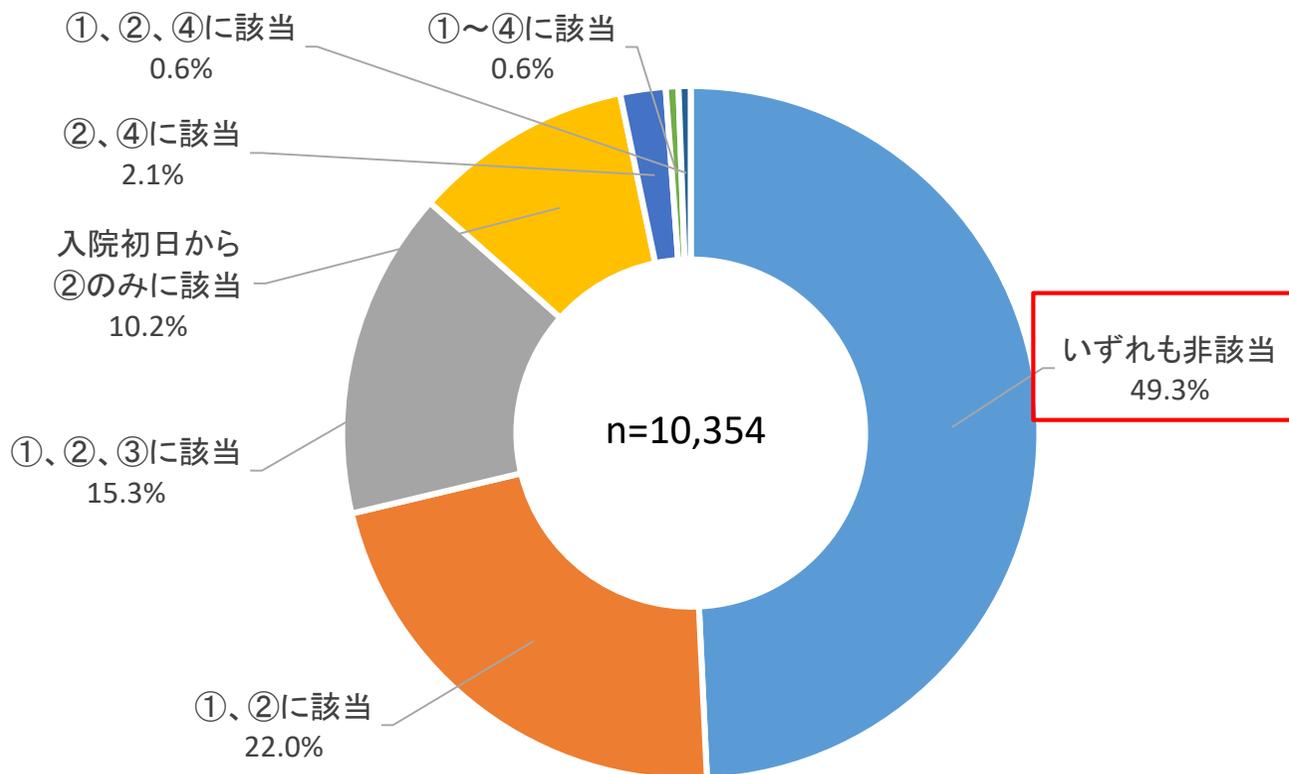
A1点が「心電図モニター」の患者の
該当する処置コード

(n=8,579)



○ 入院期間中に基準②のみに該当する日があった患者について、基準②のみに該当する直前の該当状況を見ると、「いずれも非該当」の患者が最も多く、約半数であった。次いで、「①、②に該当」の患者が多かった。

新基準②に該当する直前の基準該当の状況

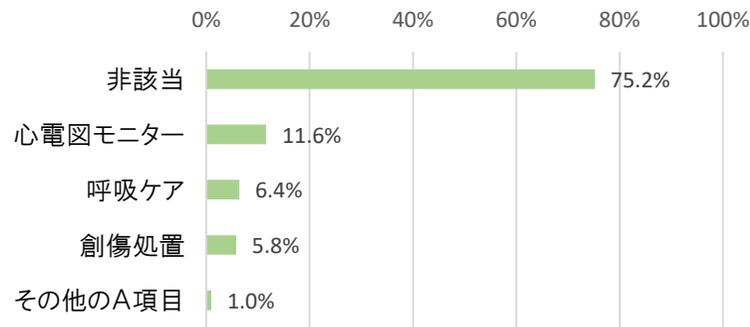


基準①: A2点かつB3点以上
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上
 基準③: A3点以上 基準④: C1点以上

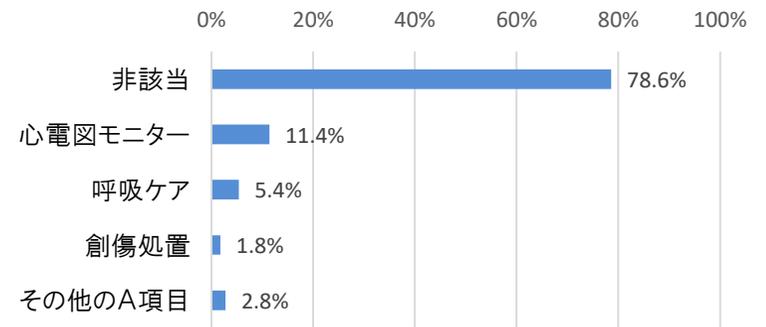
基準②に該当する直前の状況（基準非該当日の各項目の状況）

○ 「いずれの基準も非該当」の状態から、「基準②のみに該当」に移行した患者について、基準非該当日の各項目の該当状況をみると、A項目は「非該当」が最も多く約8割を占めたが、B項目は「口腔清潔」が最も多く約8割、「診療・療養上の指示が通じる」は約5～6割を占めた。

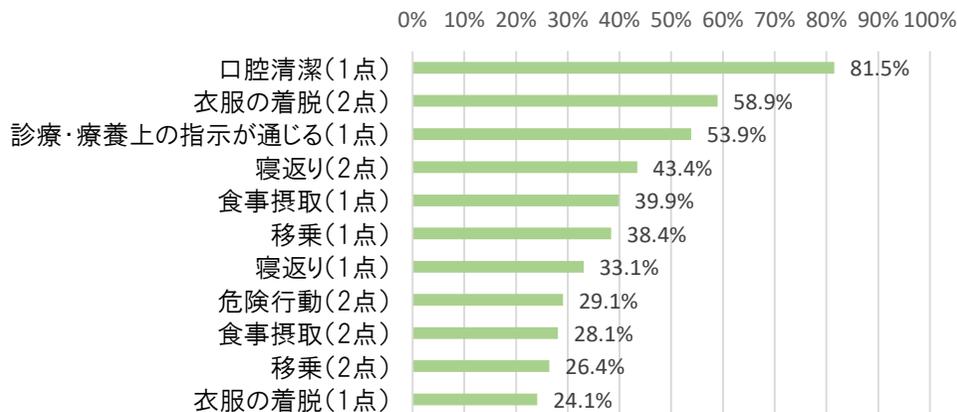
A項目の該当状況(必要度Ⅰ)



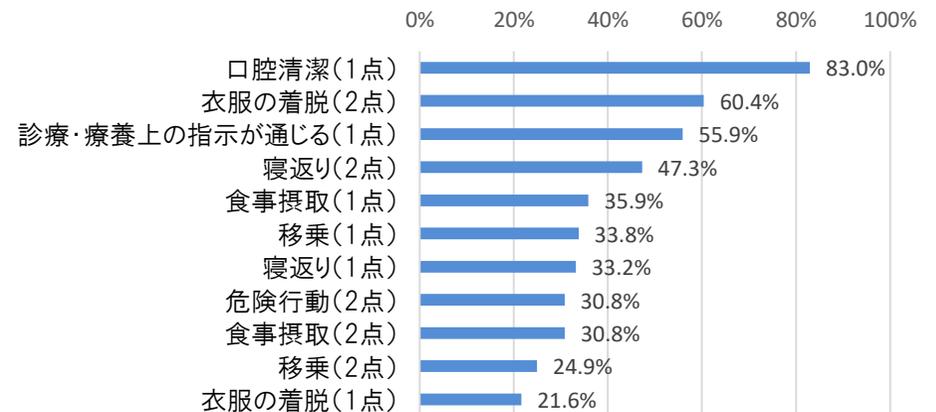
A項目の該当状況(必要度Ⅱ)



B項目の該当状況(必要度Ⅰ)



B項目の該当状況(必要度Ⅱ)

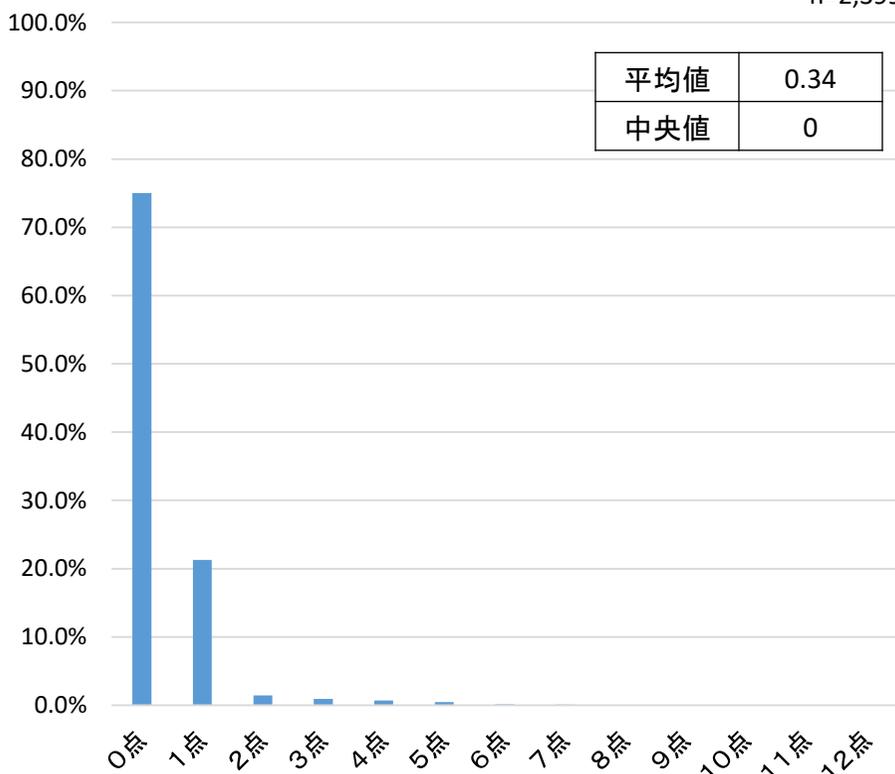


入院中のB項目の該当状況の変化

○ 入院期間中のB項目の合計点の最大値と最小値の差を、手術のあり／なしでわけてみると、「手術あり」の患者よりも、「手術なし」の患者の方がB項目の点数の差が大きい傾向にあり、それぞれ0点、1点の患者が最も多かった。

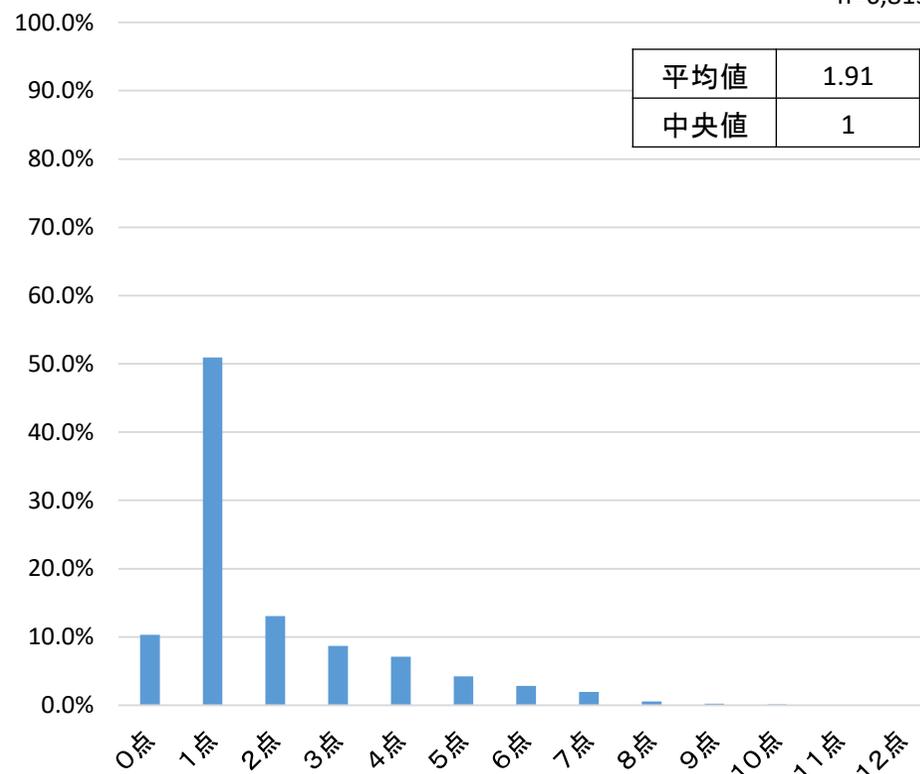
手術あり

n=2,399



手術なし

n=6,813



※調査期間中に入院を完了した患者について、B項目の合計点数の最大値と最小値の差を集計

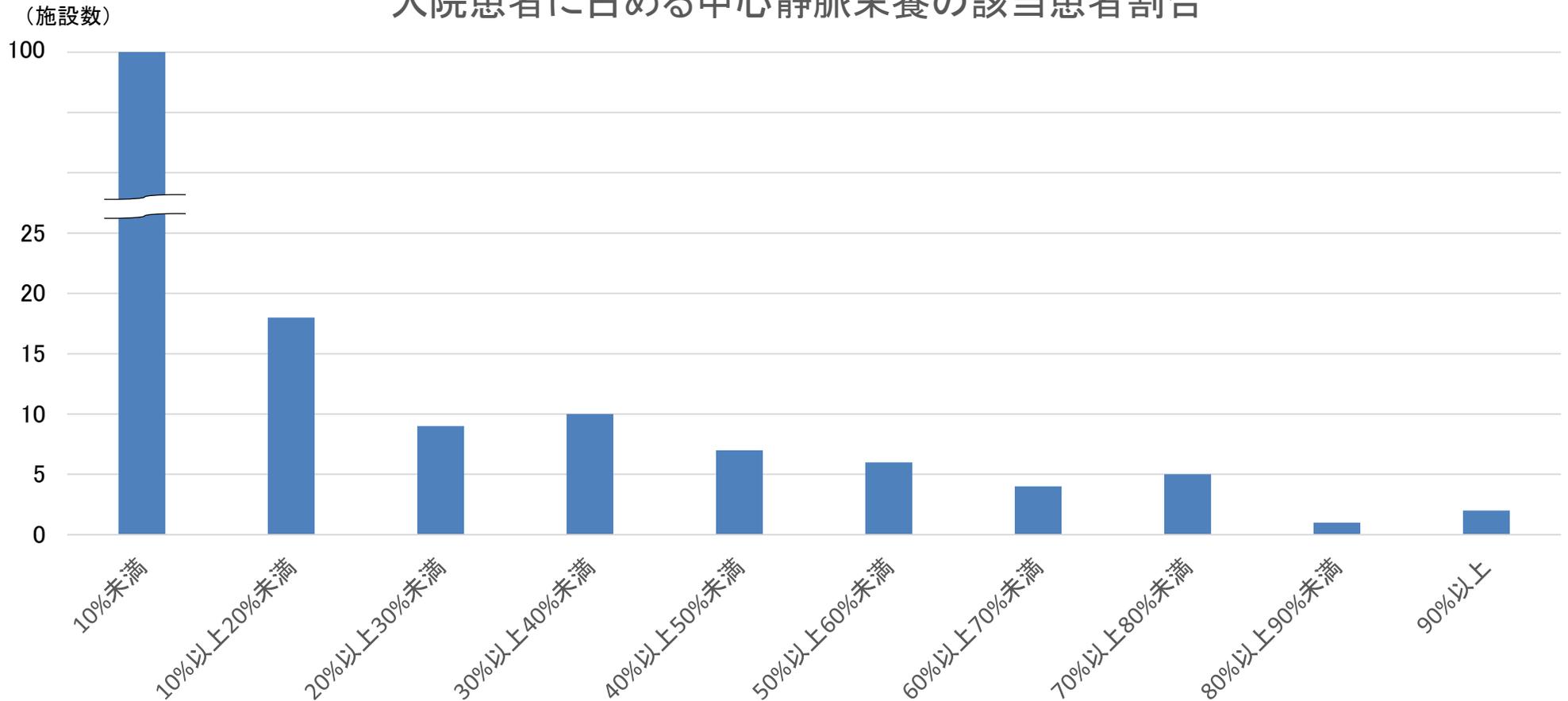
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票A） ※入院中にKコードの算定があった患者を「手術あり」、算定がない患者を「手術なし」としている ※nは患者数(人)

- 重症度、医療・看護必要度
- 医療区分・ADL区分
- FIM
- その他

中心静脈栄養の該当患者割合の分布

○ 中心静脈栄養の該当患者割合については、10%未満の施設が最も多かったが、50%以上の施設も存在していた。

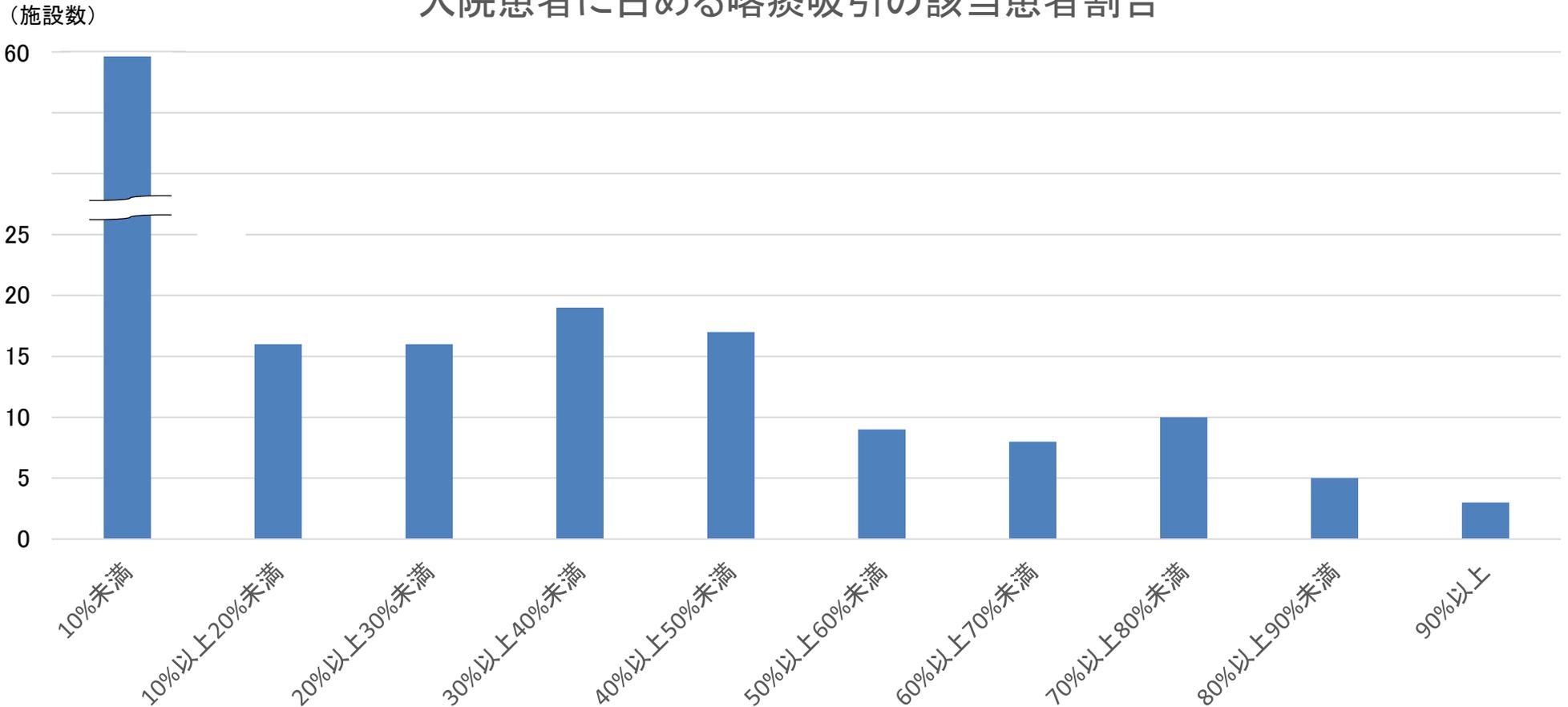
入院患者に占める中心静脈栄養の該当患者割合



喀痰吸引の該当患者割合の分布

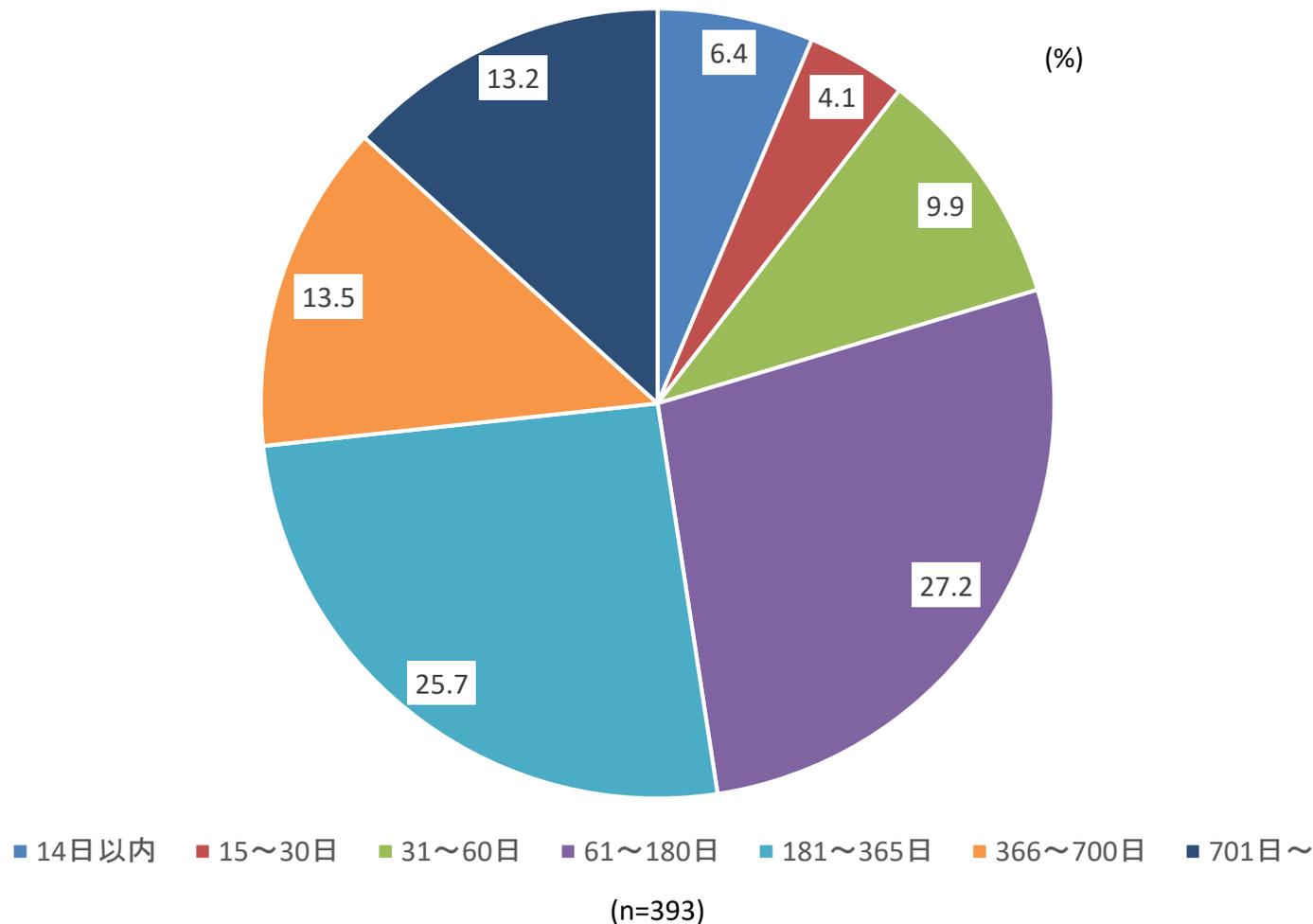
○ 喀痰吸引の該当患者割合については、10%未満の施設が最も多かったが、50%以上の施設も存在していた。

入院患者に占める喀痰吸引の該当患者割合



入棟時及び基準日に中心静脈栄養の該当がある 患者の在院期間

○ 入棟時及び調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間の分布は以下のとおりであった。



- 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。

安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のためのプラクティカルガイド2017(2017年6月改訂)(抜粋)
公益社団法人 日本麻酔科学会 安全委員会 安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のため手引き改訂 WG作成

XI. 中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策

感染予防に関する推奨

⑧ 留置期間

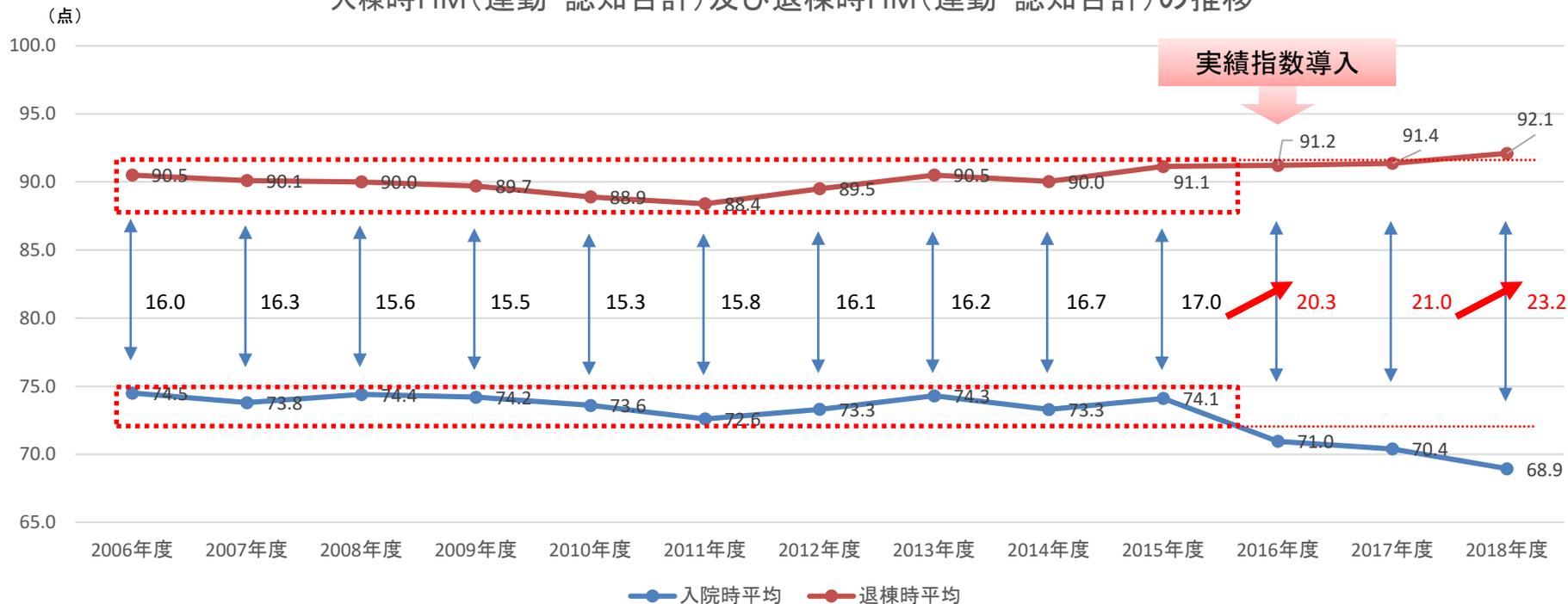
中心静脈カテーテルの留置期間は、臨床的必要性に基づいて決めればよい。カテーテル留置期間が長いほど感染のリスクは高まるが、留置期間の目安はない。使用継続の必要性を毎日評価し、不要になったらカテーテルを抜去する。留置したまま、使用しないとカテーテル関連血流感染の原因となる。定期的に中心静脈カテーテルを入れ替えても、カテーテル関連血流感染の頻度は低下しない。ガイドワイヤーを用いて中心静脈カテーテルを交換する場合も新しく穿刺しなおして交換する場合も、感染率に差はない。ガイドワイヤーを使ったカテーテル入れ替えを3日毎の交換と7日毎の交換で比較した場合で、カテーテル先端のコロニー形成に有意差は認められていない。カテーテル穿刺部位は毎日、感染徴候がないか確認し、感染徴候がある場合はカテーテルを抜去し、留置部位を変更する。カテーテル関連感染症が疑われた場合は、ガイドワイヤーを使ってカテーテルを交換するより、穿刺部位を変更したほうがよい。

- 重症度、医療・看護必要度
- 医療区分・ADL区分
- **FIM**
- その他

入退棟時FIM及びFIM利得の年次推移

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM利得(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



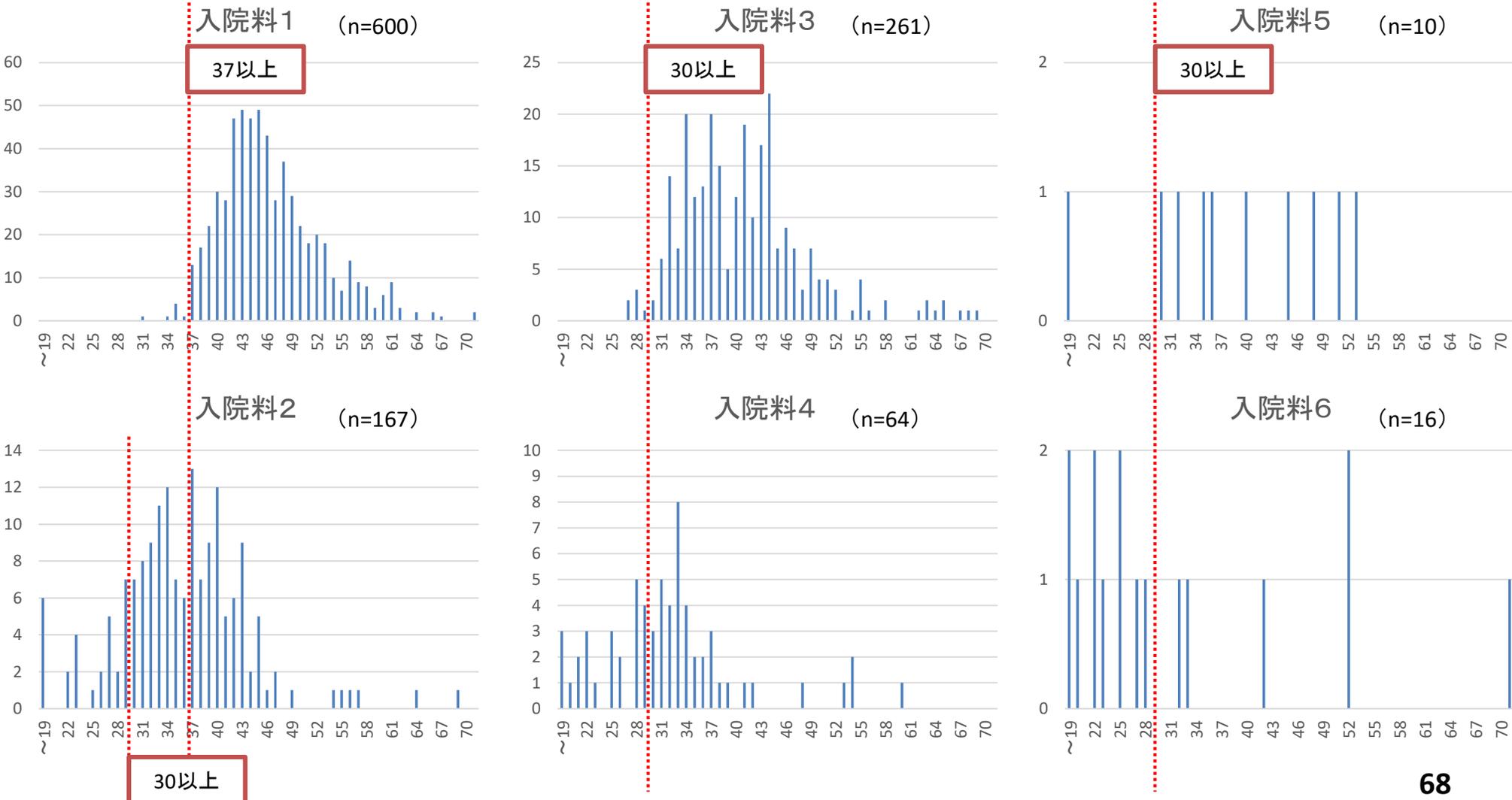
実績指数導入

(参考)発症から入棟までの日数



入院料ごとのリハビリテーション実績指数

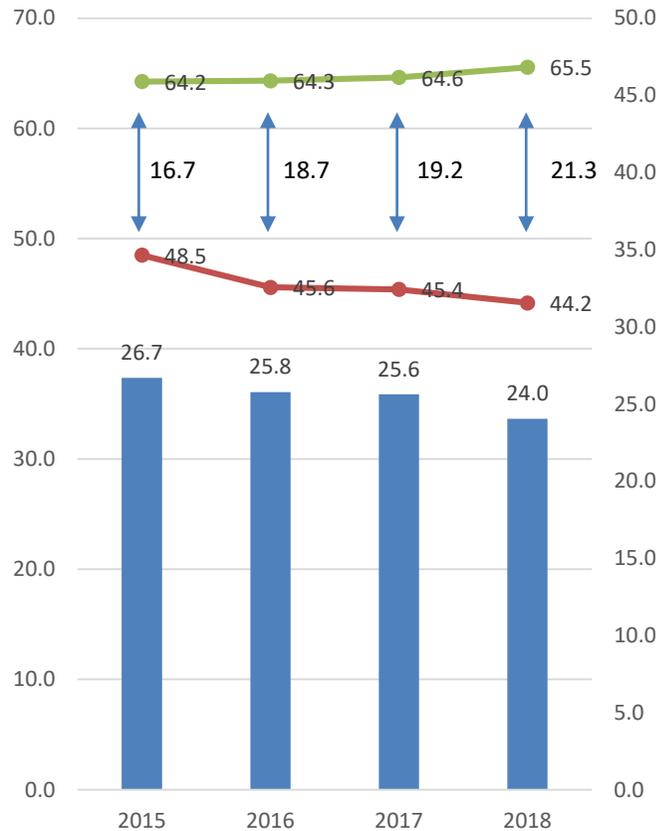
○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。



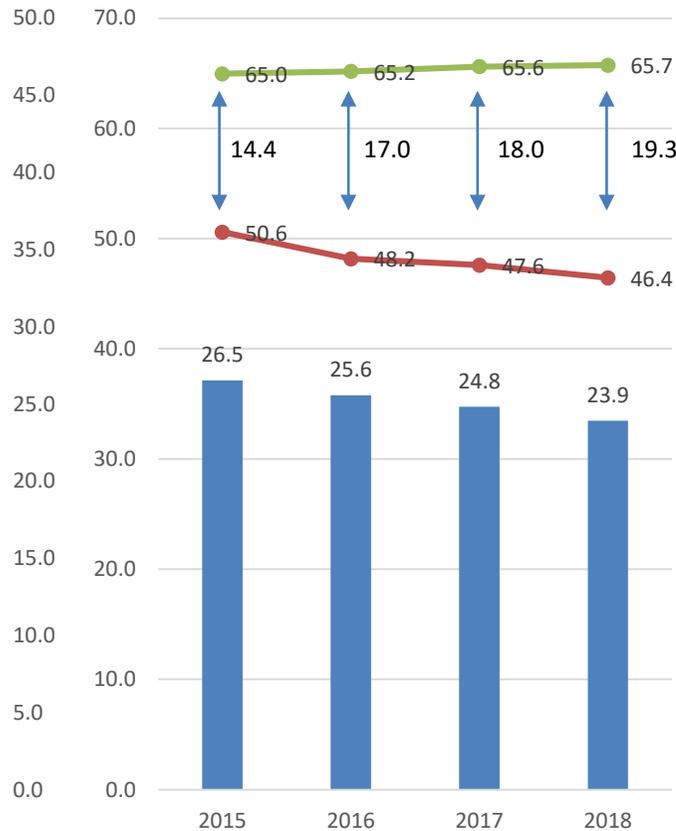
入退棟時FIM及びFIM（運動項目）の変化について

○ 入院料別に、入棟時のFIMをみると、入院料1～4においては、経年的に減少傾向であった。また、入退棟時のFIMの変化をみると、入院料1～4においては、経年的に増加傾向であった。

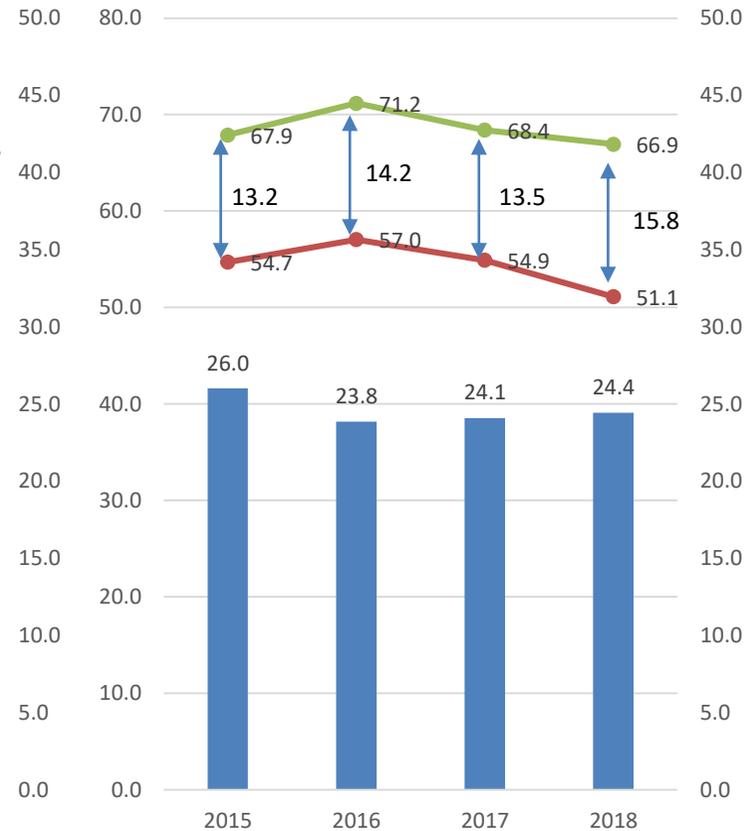
入院料1・2



入院料3・4



入院料5・6



■ 発症から入棟までの日数
● 入棟時平均
● 退棟時平均

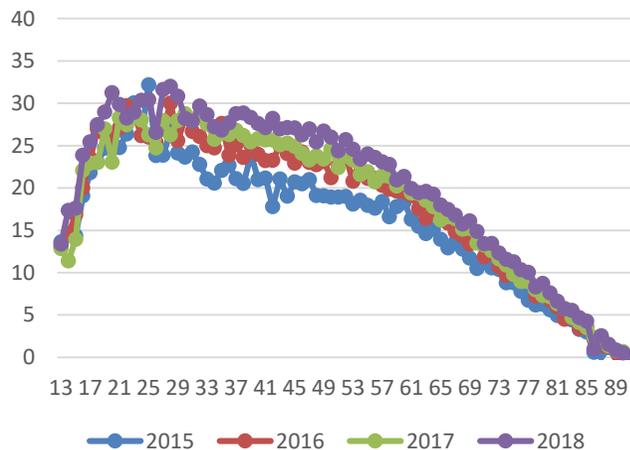
■ 発症から入棟までの日数
● 入棟時平均
● 退棟時平均

■ 発症から入棟までの日数
● 入棟時平均
● 退棟時平均

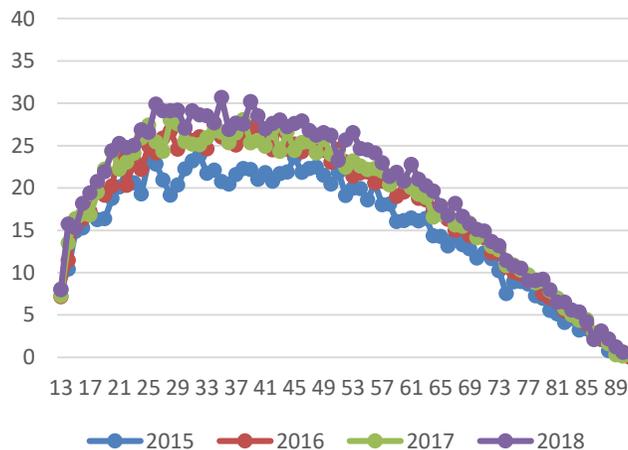
疾患区分ごとのFIM（運動項目）の変化について

○ 疾患区分ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

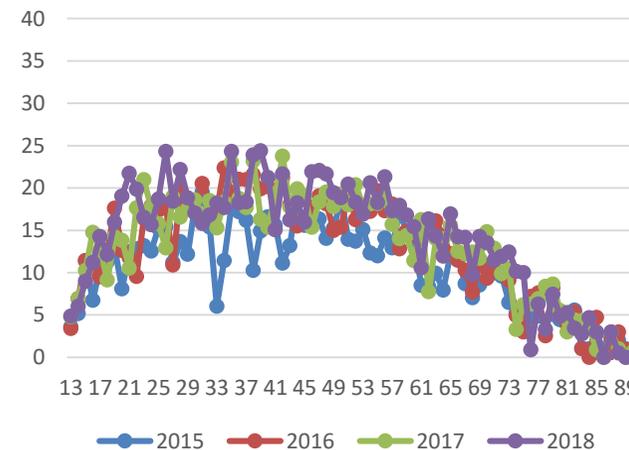
脳血管疾患(平均値)



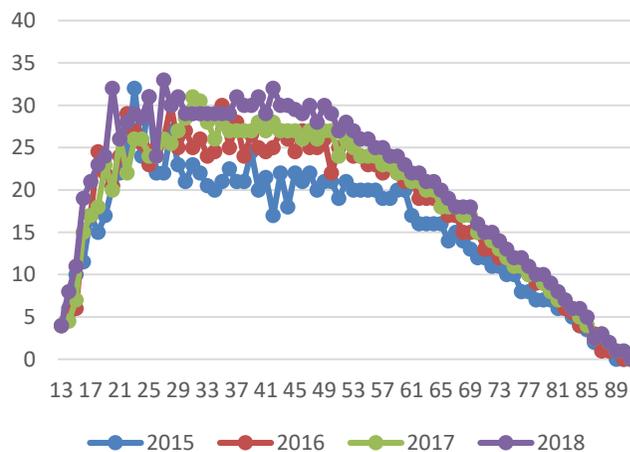
整形外科疾患(平均値)



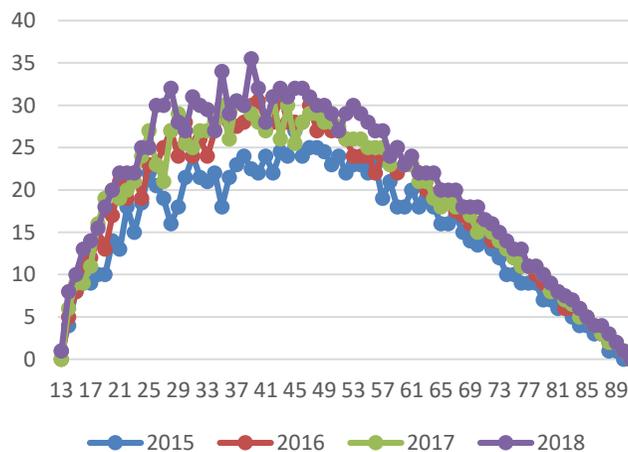
廃用症候群(平均値)



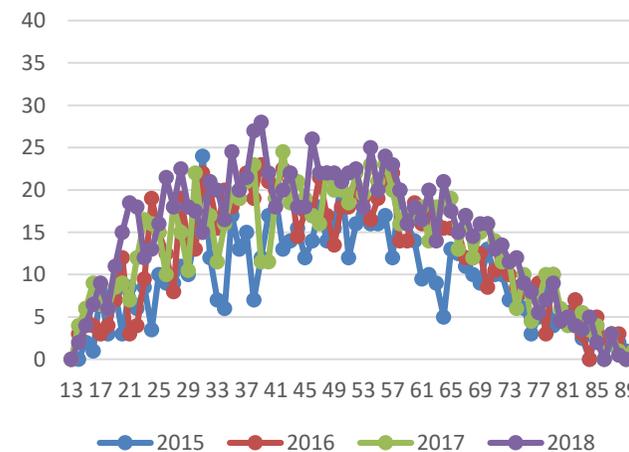
脳血管疾患(中央値)



整形外科疾患(中央値)



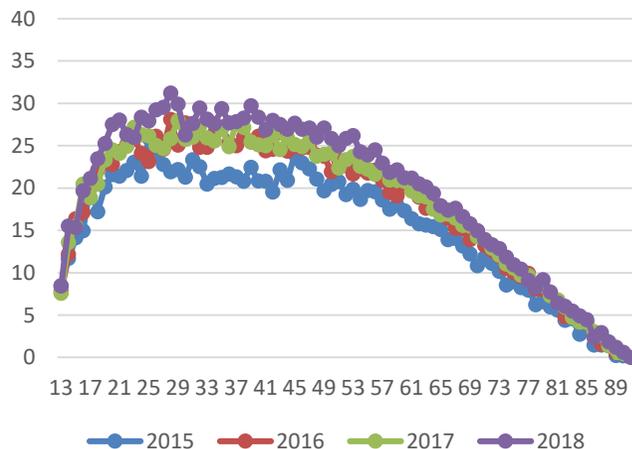
廃用症候群(中央値)



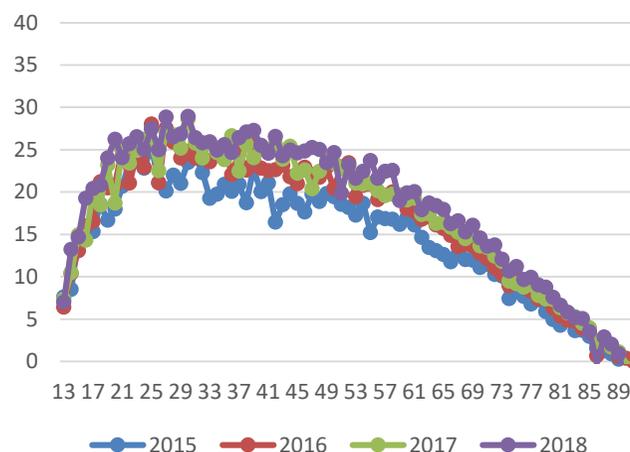
入院料ごとのFIM（運動項目）の変化について

○ 入院料ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

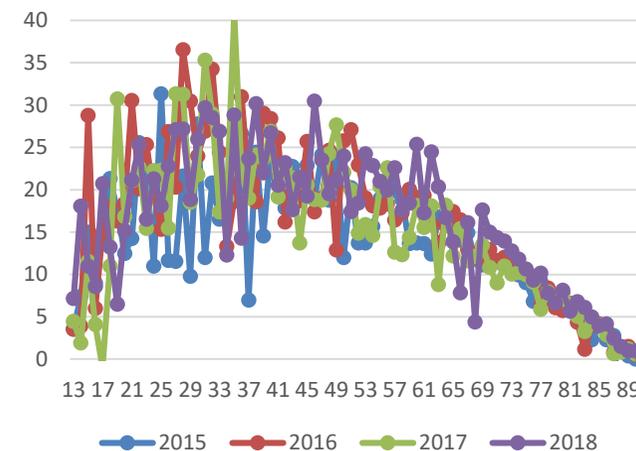
入院料1・2(平均値)



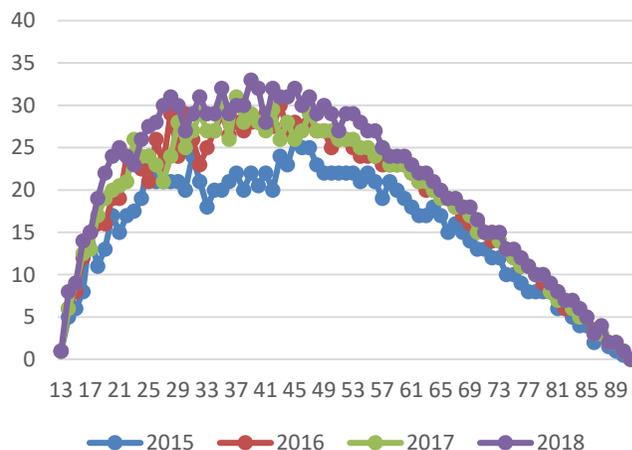
入院料3・4(平均値)



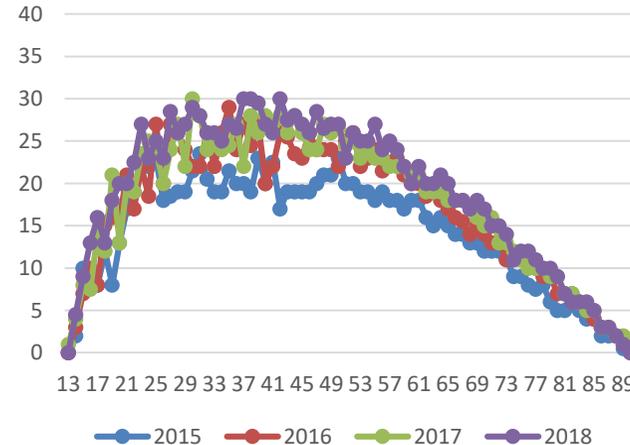
入院料5・6(平均値)



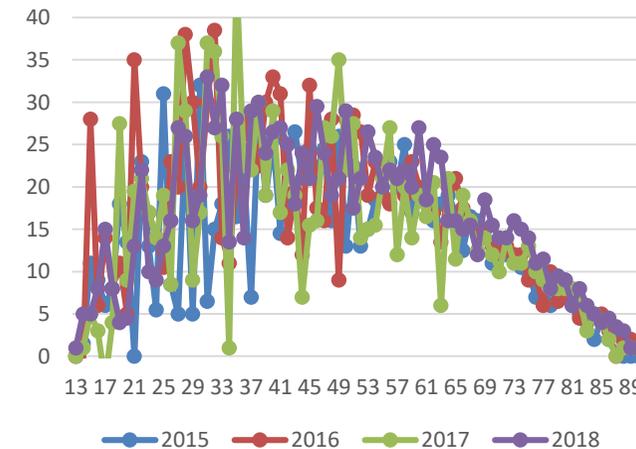
入院料1・2(中央値)



入院料3・4(中央値)



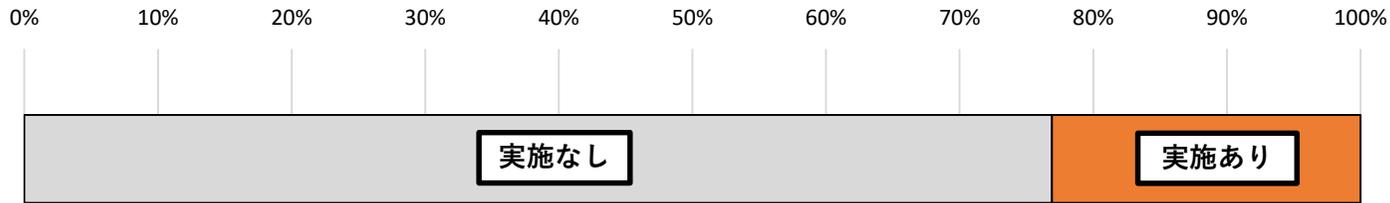
入院料5・6(中央値)



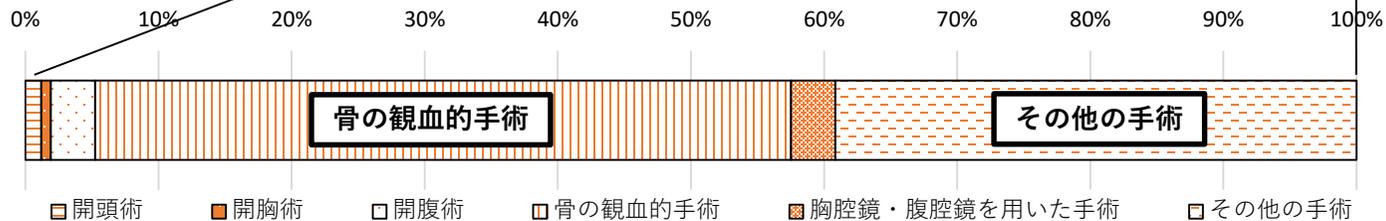
- 重症度、医療・看護必要度
- 医療区分・ADL区分
- FIM
- その他

○ 入院中の手術の実施状況を見ると、「実施あり」は約4分の1であった。実施した手術の種類を見ると、「骨の観血的手術」「その他の手術」の順に多かった。

入院中の手術の実施状況 (n=1,785)



実施した手術の種類 (n=419)

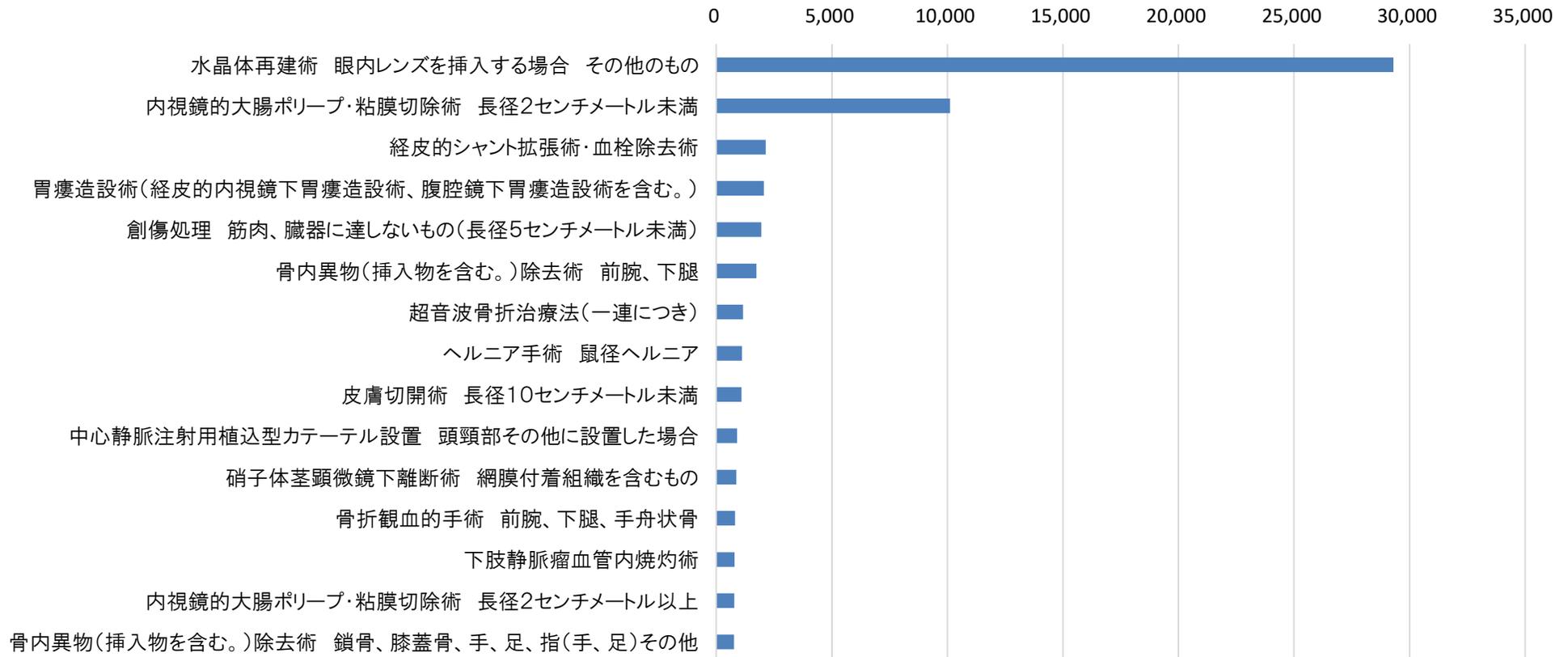


※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む
※無回答を除く

地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在を除く）

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

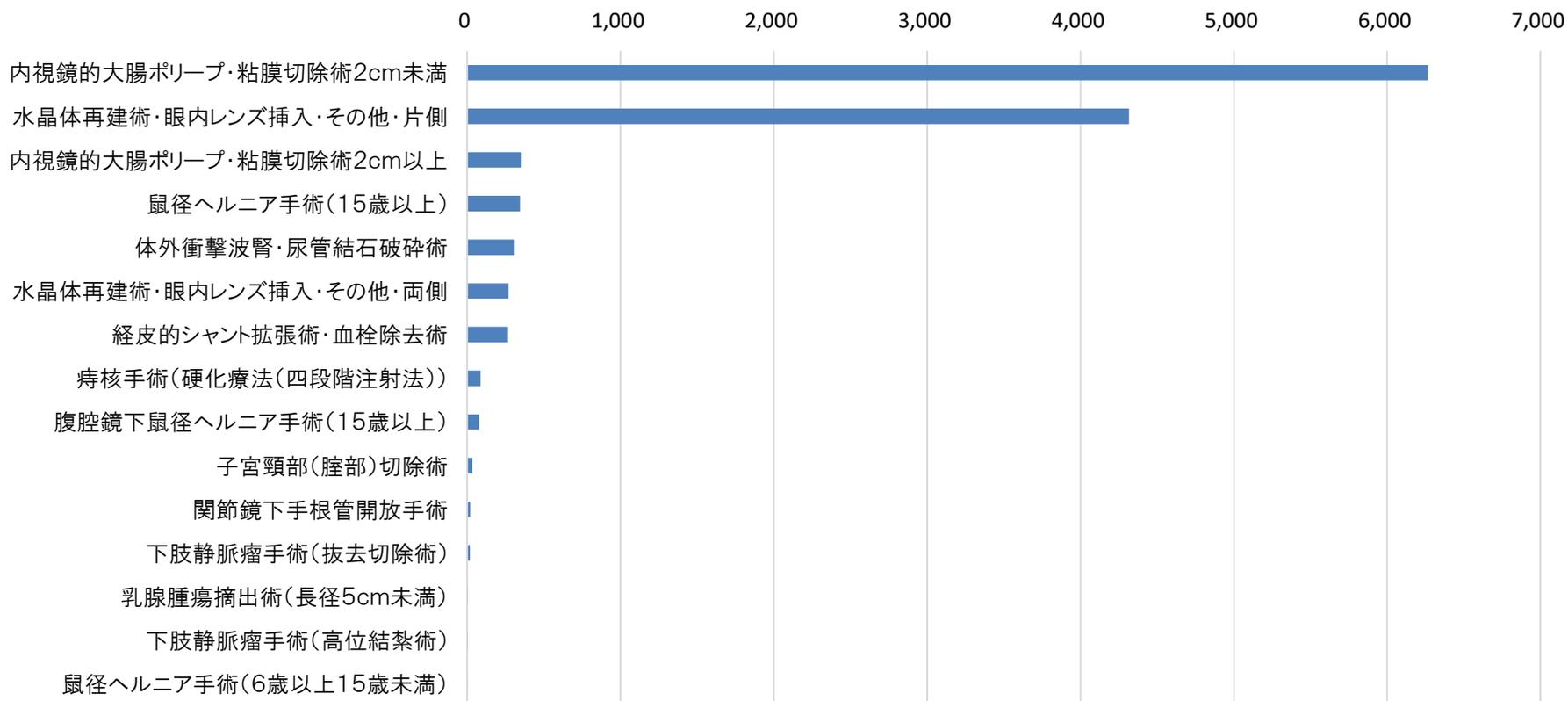
地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（上位15件）



地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在3）

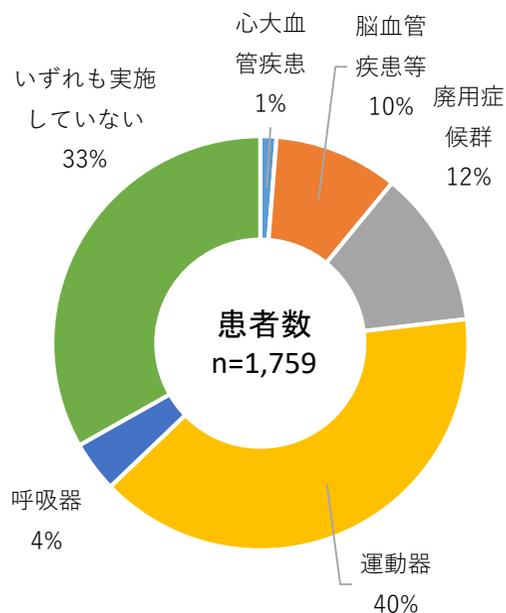
- 地域包括ケア病棟において実施される、短期滞在手術等基本料3の対象手術をみると、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(2cm未満)」が最も多く、次いで、「水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)」が多かった。

地域包括ケア病棟において実施される短期滞在3（上位15件）

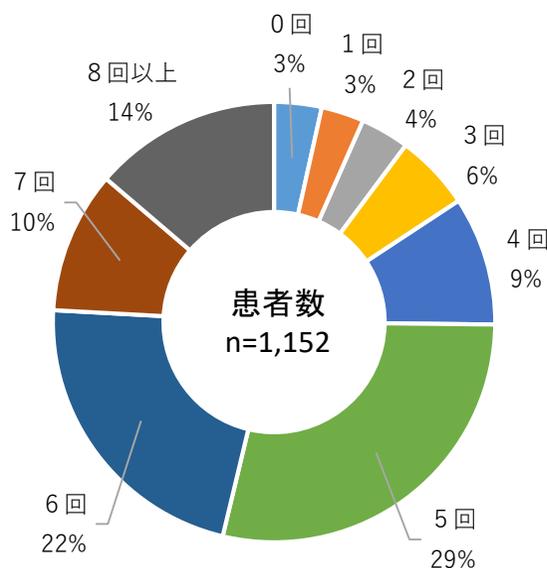


- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

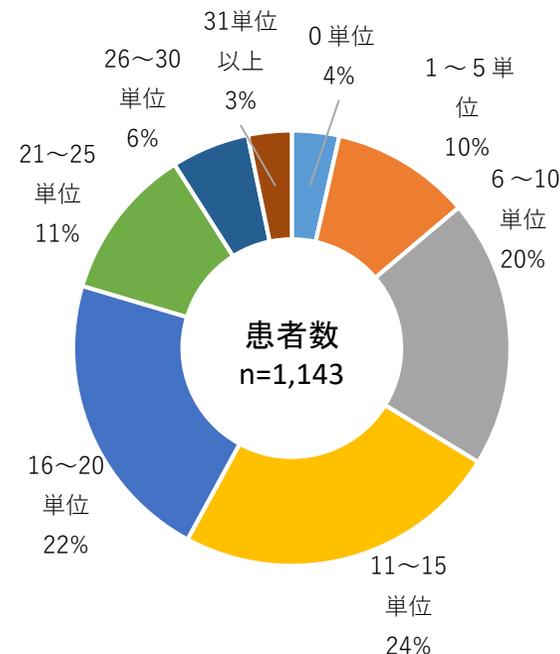
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)



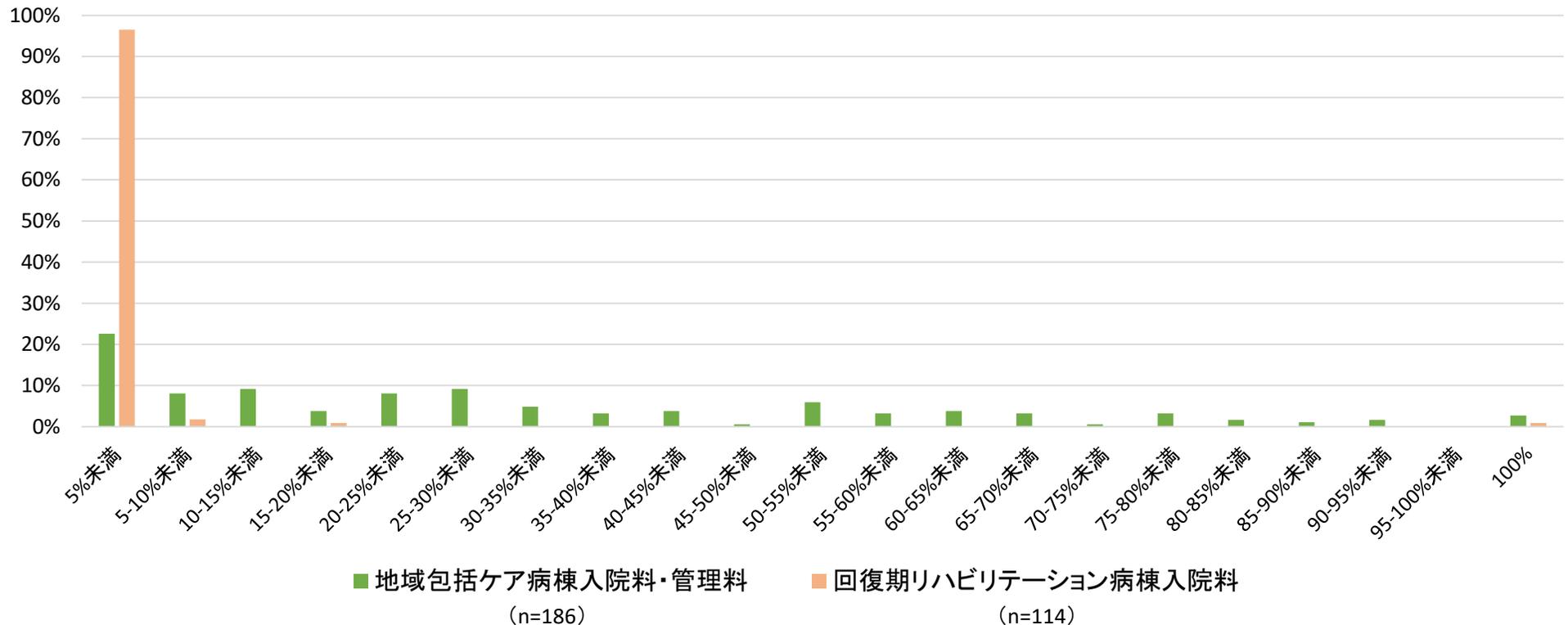
疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



施設ごとのリハビリの実施状況

○ リハビリテーションを実施していない患者の割合を施設ごとにみると、回復期リハビリテーション病棟入院料では「5%未満」の施設がほとんどだが、地域包括ケア病棟入院料・管理料ではばらつきがみられた。

リハビリを実施していない患者の割合（施設別）



參考資料

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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	心電図モニターとの管理	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、 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(2日間)	なし	—	あり

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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、 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

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (療養病棟入院基本料「注12」に 規定される点数)
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	30対1以上
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上		
データ提出	200床以上の病院は必須			
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90/100を算定	療養病棟入院料2の 80/100を算定

療養病棟入院料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL区分1	1,468点	1,230点	814点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL区分1	1,403点	1,165点	750点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

(参考)回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数(実績指数の対象となるものに限る)が10名以上

②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を用いる

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

<実績指数の計算対象>

○報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)

○ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各 7～1点の7段階評価 (合計: 126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点											認知項目 計35～5点						
合計 126～18点																	84

(参考) ADLスコア

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる		
整容	1 顔／髪／歯／ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

(参考) 回復期リハビリテーション病棟における「重症者」の定義について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院時の日常生活機能評価が10点以上の者を「重症者」と定義しており、入院料1及び2においては、新規入院患者のうち30%以上が、入院料3及び4においては、新規入院患者のうち20%以上が「重症者」であることを、それぞれの入院料の要件としている。

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
症状安静の指示	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	できる	見守り・一部介助が必要	できない
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	できる	できない	
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	

※ 得点:0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。