

リハビリテーションの充実①

回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点



(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

[施設基準](回復期リハビリテーション病棟入院料1のみ記載)

回復期リハビリテーション病棟入院料1

- ① 看護配置常時13対1以上 (看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 看護補助者常時30対1以上
- ③ 専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の社会福祉士等1名以上
- ④ 在宅復帰率7割以上
- ⑤ 新規入院患者の3割以上が重症の患者であること
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度」A項目1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

リハビリテーションの充実②

早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、早期リハビリテーションの評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

14日以内の期間

(新) ① リハビリテーション科の医師が

勤務している医療機関の場合 75点

② その他の場合 30点

15日以上30日以内の期間 30点

[算定要件]

○心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料については治療開始日から起算して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

○脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

生活の質に配慮した歯科医療

歯の保存に資する技術の評価

➤ 歯周病に関する技術の評価の見直し

スケーリング【歯石の除去】(3分の1顎につき):64点 → 66点

スケーリング・ルートプレーニング【歯石の除去及び歯根面の滑沢化】(1歯につき)

前歯:58点 → 60点、小臼歯:62点 → 64点、大臼歯:68点 → 72点

歯周病安定期治療の実施間隔の見直しや歯周外科手術の評価の引き上げ ほか

➤ 歯内療法(歯の神経等の治療)に関する評価の見直し

抜髄【歯の神経の除去】(1歯につき)単根管:220点 → 228点

感染根管処置【細菌感染した歯質や神経の除去】(1歯につき)単根管:130点 → 144点

根管貼薬処置【根管に薬剤を貼付】(1歯1回につき)単根管:20点 → 26点 ほか

障害者歯科医療の充実

➤ 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算 → 歯科診療特別対応加算

※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化

歯科固有の技術の見直し等

患者の視点に立った歯科医療の充実

- 歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関の評価の見直し

外来診療環境体制加算(初診料の加算): 30点 → 28点

(新) 再診時外来診療環境体制加算(再診料の加算) 2点

歯科固有の技術の適切な評価

- 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

初期う蝕早期充填処置【う蝕の進展を防止するための治療】: 120点 → 122点

窩洞形成【う蝕治療のために歯の形態を整える治療】単純なもの: 54点 → 60点

う蝕歯即時充填形成【う蝕に罹患した歯を1日で行う治療】(1歯につき): 120点 → 126点

金属歯冠修復【失われた歯の形態・機能を回復する治療】(1個につき): 445点 → 454点 ほか

- 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

印象採得【入れ歯作製のための歯型どり】(1個につき) 歯冠修復 連合印象: 60点 → 62点

有床義歯【入れ歯作製】総義歯(1顎につき): 2,060点 → 2,100点

有床義歯修理【入れ歯の修理】(1床につき): 220点 → 224点 ほか

医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価（スライド33枚目）

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 手術料の引き上げ（スライド34枚目）

「外保連試案第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

3. 内科的技術の評価（スライド34枚目）

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

4. 先進医療からの保険導入（スライド34枚目）

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設（スライド34枚目）

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

医療技術の適切な評価②

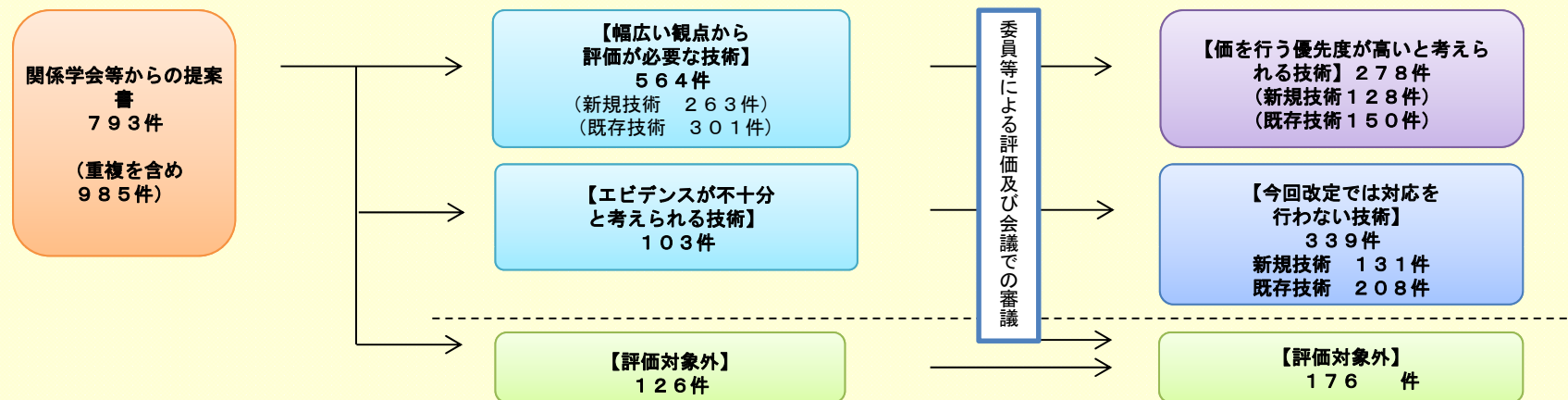
医療技術評価分科会での検討

1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術;コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術;血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

➤ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

医療技術の適切な評価③

手術料や内科的な技術等の評価

2. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試案第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカー留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

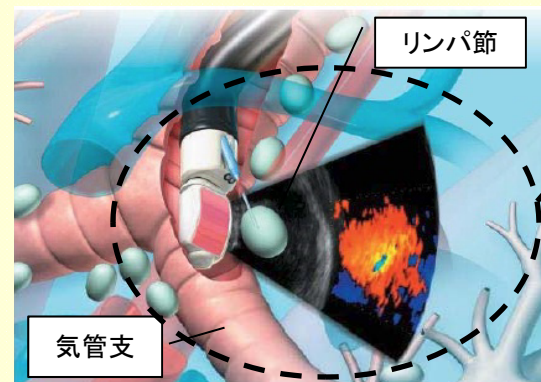
新たな医療技術の具体的な例

新しい医療技術の例

➤技術名:コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



イメージ図:リンパ節穿刺の場合

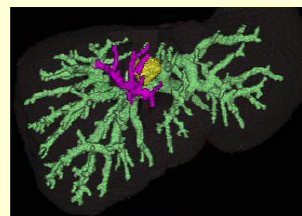
- 検査の方法
- ①超音波内視鏡の挿入
 - ②病変を描出
 - ③病変を穿刺し、検体を採取
 - ④病理診断の実施

➤技術名:肝切除術における画像支援ナビゲーション

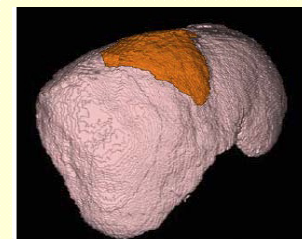
技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

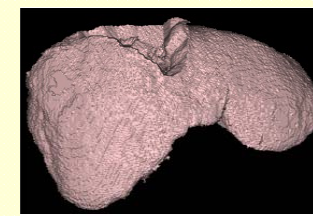
手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



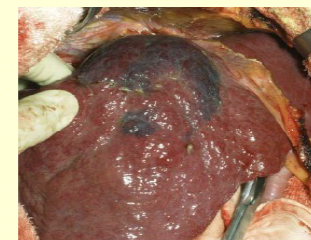
肝がん(黄)と
担がん領域の門脈枝(紫)



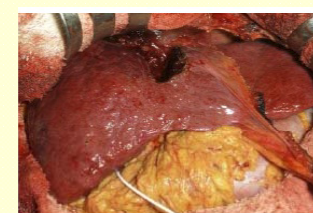
担がん門脈領域予想図(橙)



担がん領域切除後予想図



担がん門脈領域(青)



担がん領域切除後

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

➤ (新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

明細書無料発行の推進

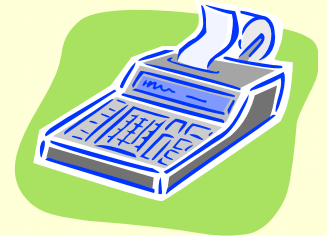
明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

↓
400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。等

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考> 看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 2 1,911点

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

[施設基準]（亜急性期入院医療管理料1、2共通）

- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率6割以上であること

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止

定額報酬設定方法の変更

制度
創設時

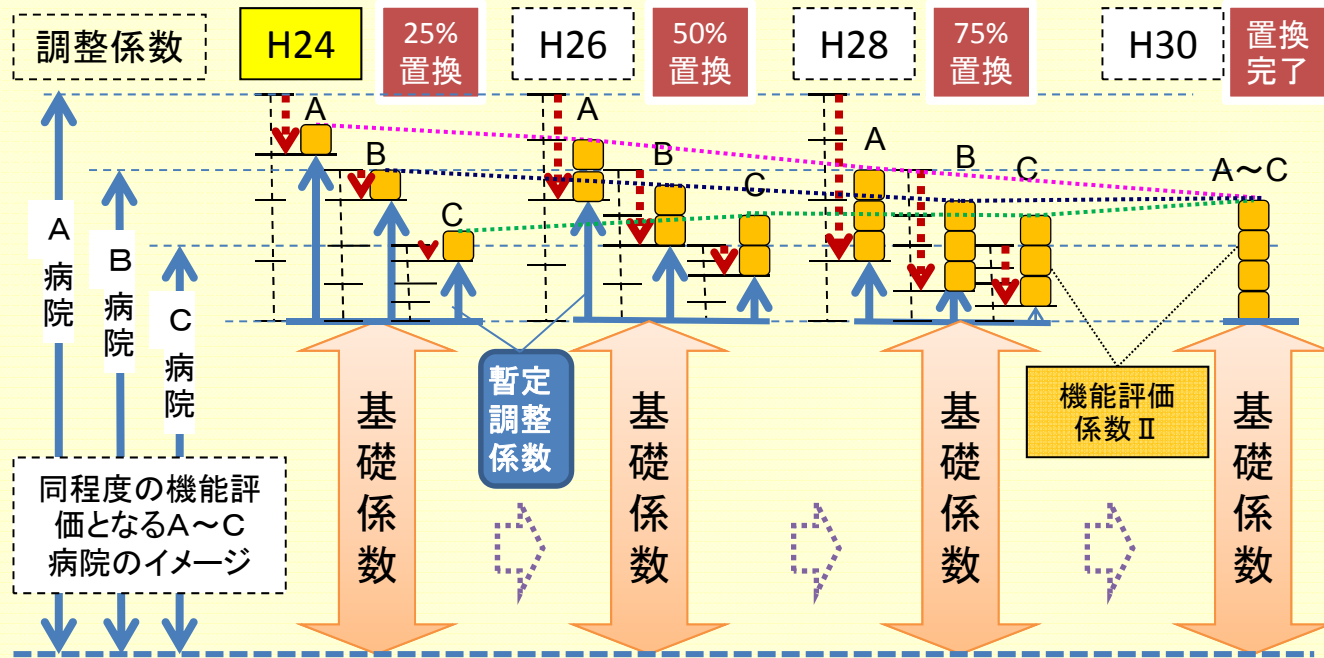
病院毎に過去の報酬
水準を維持(調整係数)

今後、段階的・計画的に移行
(平成30年度に完了)

病院群別の平均水準
(基礎係数)

+

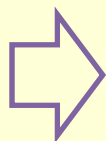
病院毎の診療実績
(機能評価係数Ⅱ)



病院群の設定(DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群)

DPC対象病院

約1500病院



Ⅰ群

Ⅱ群

Ⅲ群

大学
病院
本院
80
病院

一定の
要件(※)
を満たす
約80
病院

Ⅰ・Ⅱ群
以外
約1300
病院

DPC病院Ⅱ群の要件

(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

以下の実績要件1～4を全て満たす病院
(特定機能病院は実績要件2を除く)

【実績要件1】 診療密度

【実績要件2】 医師研修の実施

【実績要件3】 高度な医療技術の実施

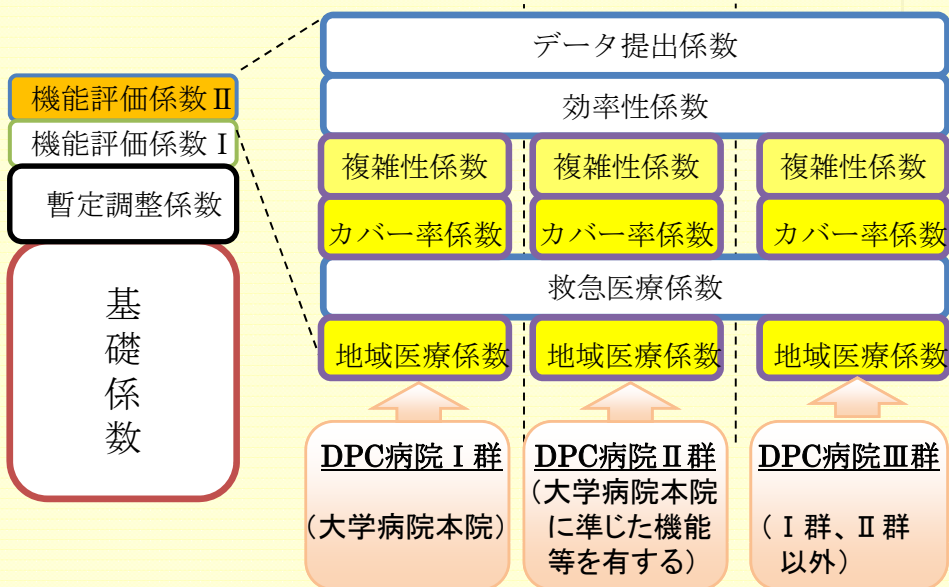
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

- 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

Ⅰ・Ⅱ群は救命救急センターを重点評価

Ⅲ群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: Ⅲ群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の定量評価指数を導入
(地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
 - ・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
 - ・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)