

平成30年(2018年)診療報酬改定に向けた内保連提案について

内保連理事長 工藤翔二

内科系133学会で構成される内保連(内科系学会社会保険連合)は、わが国の国民皆保険制度を守りつつ、医学医療の進歩に寄与すべき学会の責務として、隔年の診療報酬改定に際して技術提案を行うとともに、現行診療報酬体系における内科系技術評価の確立を目指して活動してきた。平成30年(2018年)診療報酬改定に向けた内保連提案の提出にあたって、その概要を述べる。

I. 平成28年(2016年)改定の評価

28年度診療報酬改定では、「物から技術へ」を基本方針に掲げ、改定に臨んだ。内保連としての7項目の基本要望、及び学会内及び領域別委員会で順位付けた医療技術405件(未収載119件、既収載286件)、医学管理等52件、医薬品48件を、内保連内ヒヤリングを経て提出した。あわせて、有効性を失っている技術(検体検査31項目)について、保険収載廃止を提案した。また、緊急提案として小児科領域に関する一括提案、日本産科婦人科学会及び日本精神神経学会の共同提案、病理診断に関わる保健医療体制の改善提案を行った。

28年改定は全体として、ネットではマイナスだが、本体改定率はプラス0.49%であった。基本要望では、内保連が強く要望した「特定内科診療」25疾患の、DPCII群病院の実績要件3への落とし込みと評価方法が、基本的に「内保連グリーンブッカー—内科系技術についての診療報酬評価に関する提案ver.1」(2013年12月)の通りとなった。また、「精神科身体合併症管理加算」、「精神科救急・合併症入院料」で、身体合併症として「特定内科診療」から5疾患が新たに加わった。その他の基本要望では、医療安全の推進で血液採取料、点滴注射料が増点されたが、内保連が主張する「注射」処方料は新設されなかった。生体検査では、負荷心肺機能が増点、シャトルウォーキングテストが新設された。緊急提案した病理診断では、保険医療機関の連携による病理診断が新設された。

内保連が提案した、405件の医療技術提案について、中医協医療技術評価分科会では、102件(未収載24件、既収載78件)が「新規保険収載等の評価を行う優先度が高いと考えられる技術」とされ、28年度改定に反映された。医療技術分科会では、他に「医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術」、「医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術」、「中央社会保険医療協議会総会において一部又は全部が議論された提案」として理由が記載されたことにより、細部について各領域及び学会で検討し、今後の提案に活かすこととした。

医学管理等に関しては52件を医療課長手渡しとして提案した。基本診療料(初再診料、入院基本料等)では基本的に増点はなかったが、要件の精緻化がなされ、結核病棟入院基本料の入院期間加算の見直(30日~60日の増点)等、一部に成果を見た。「医学管理」では認知症地域包括診療料が新設され、「在宅医療」では在宅療養指導管理材料加算の要件が厳格化されるなど、成果があった。医療技術評価分科会の対象外とされるこれら医療課長手渡し分については、引き続き厚労省とのすり合わせを強める必要がある。

(2)

医薬品については、48件を医薬品食品局に提出した。医療技術評価分科会で、「使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない」とされた医薬品については、従来の公知申請制度の活用を推進するとともに、「治療薬として承認されている医薬品の試験薬としての一括承認」について、医薬・生活衛生局（旧医薬食品局）医薬品診査管理課と相談の結果、各学会から「医療の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」に個別に要望することとなった。

Ⅱ. 平成30年（2018年）改定における内保連の基本方針（重点提案）

平成30年度改定においても、内保連の「物」から「技術」へという基本方針を貫き、超高齢化社会における医療費増大の抑制と「医療・介護の一体改革」推進のなかで、国民皆保険を守る立場から、もの偏重の診療報酬体系から技術重視への転換をめざす。

内保連は、昭和33年に始まる現行診療報酬体系には、診断から治療に至る診療過程における内科系技術評価に基本的な欠陥のあることを指摘し、その是正を一貫して主張してきた（「現行診療報酬体系における内科系技術評価に関する見解」2013年4月、「内保連グリーンブック—診断の技術評価（診断・治療方針決定難易度）ver.1」2016年12月）。平成30年改定においても、引き続きその立場から、以下のような重点提案を定めた。

1. 内科系高度急性期医療の評価：一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の見直し

28年改定で加わった〔C項目〕には、待機手術を含め殆どの手術が評価されている一方で、22.救命等に係る内科的治療もKコードの処置のみとなっている。このままでは、7:1入院基本料を算定できる急性期病院は外科系病院となり、急性期の重篤な内科疾患を診る診療体制が弱体化し、7:1を維持するための手術入院と内科系疾患の入院制限などモラルハザードも危惧される。

【提案】〔C項目〕の22.救命等に係る内科的治療、あるいは23.を新設し、「特定内科診療」を組み入れるか、〔D項目〕として新設すること。

2. 「説明と同意」を評価し、「指導管理料」の新設

内保連は、患者の自己決定権に対する意識の高まりの中で重要性を増している「説明と同意（インフォームドコンセント）」に関わる医療側の負荷を調査し、「内保連グリーンブック—「説明と同意」に関する調査報告と提言 ver.1」（2017年5月）、及び「インフォームド・コンセントの医療者への負荷の実態に関する検討（IC Study）」データ」（2017年5月）として取り纏め、以下を日本内科学会と共同提案した。

【提案】内保連による実態調査から、いずれも現在の病状、当該治療の目的および方法、検査・治療を受けることによる利益と不利益、合併症、今後の経過、費用などを、30分以上説明し文書により提供した場合に、指導管理料として算定する。

3. 内科系治療の基本である薬物療法における処方技術の評価—「注射処方料」ゼロの是正

内保連は、内科系治療技術の根幹である薬物療法に関する医師の技術評価に、特掲診療料「注射」に処方評価がないなど、重大な欠陥があることを指摘し（「薬物療法における医師の技術評価」2013年4月）、薬物療法における処方技術を「投薬」、「注射」、外来、入院を問わず適正に評価すべきであることを主張してきた。高額医薬品導入によって「モノ」と「技術」の不均衡はさらに拡大しており、とくに、抗悪性腫瘍剤投与に対する技術評価は喫緊の課題である。

【提案】特掲診療料「注射」に処方料を新設すること。その第一歩として、経口・注射等の投与経路にかかわらず、抗悪性腫瘍剤投与に関わる技術評価として、「がん薬物療法管理料」を新設。

4. 医療安全の立場から血液採取料評価の見直し、及び内視鏡消毒料の新設と技術評価の見直し

血液採取料については、採血に係る平均コスト調査（2017年検査関連委員会調査）と現行の点数の間には大きな乖離がある。内視鏡消毒料については、高レベル消毒を行うことで肝炎、エイズ、梅毒などは死滅することが明らかとなり、内保連・外保連「内視鏡試案」（2016年）の中に消毒ガイドラインとして盛り込まれた。現状の内視鏡検査前の感染症スクリーニングも不要となり、無駄な医療費が削減できる。

【提案】血液採取料の増点、内視鏡消毒料の新設。

5. 標準の手順が省かれ医療費を増加させている生体検査の見直し

生体検査点数が低く不採算な標準の手順が省かれることによってもたらされる、適切な治療の遅れや、無用な侵襲的画像診断・カテーテル治療等を是正すべきであり、28年改定に引き続き要望する。

【提案】経皮的腎生検、負荷心肺機能検査や連続呼気ガス分析の増点。

6. チーム医療の推進と医師負担の軽減

①チーム医療のメンバーに関する算定要件見直し：

【提案】D211-3「時間内歩行試験」の理学療法士・作業療法士による実施、心臓リハビリにおける臨床検査技師の活用、精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（看護師要件の改定）、A233-2「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」の結核病床・精神病床への拡大。

②増点：

【提案】呼吸ケアチーム加算。

③連携の拡大：

【提案】ハイリスク糖尿病患者院内連携管理料、心療内科外来チーム診察料、輸血チーム医療加算、放射線治療計画によるチーム加算。

7. 医療連携と在宅医療の推進

①在宅でより充実した医療を目指す：

【提案】地域包括リハビリテーション指導料の新設、7種類以上の内服薬処方時の点数逡減性廃止、癌患者の在宅医療の充実：がん患者リハビリテーション・がん薬物療法管理料の見直し、強化型在宅支援施設の算定要件見直し、指導管理料新設：成人先天性心疾患外来指導管理料・難病外来指導管理料・外来緩和ケア管理料・在宅人工呼吸療法安全管理料。

②在宅で使用する機器の提案：

【提案】慢性期のハイフローセラピー、気管内持続吸引加算、小児在宅呼吸管理パルスオキシメーター加算、経管栄養カテーテル交換法などの新設。

③入院から在宅への橋渡し機能の充実：

【提案】救急搬送診療料、退院支援加算2、栄養摂取情報提供書作成加算、てんかん診療連携拠点病院加算などの新設。

8. 妊娠・周産期・小児医療の重視—妊娠・出産・子育てを一連の流れとして包括的に支援

【提案】退院支援加算の適応拡大、入院時虐待対応加算の新設、小児入院医療管理料における包括範囲の

(4)

見直し、小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大、小児かかりつけ診療料の見直し、小児アレルギー疾患療養指導管理料の新設、小児疾患成人移行推進加算、救急搬送診療料の適応拡大、精神科身体合併症管理加算の算定日数延長

9. 遠隔医療の推進

【提案】①デジタルパソロジーによる遠隔病理診断、②遠隔放射線治療計画、③「画像管理加算3」の新設による夜間・休日画像診断の確保、④電子媒体記録あるいはデータ伝送システムによる夜間血圧測定、⑤在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2に対する遠隔モニタリング加算などの新設

Ⅲ. 国民に役立つ医療技術の導入・強化—中医協医療技術評価分科会への内保連技術提案

内保連では以下の日程で、平成30年度（2017年度）医療技術提案の取り纏めを行ってきた。2016年12月9日厚労省30年改定に関する基本方針ヒヤリング、12月10日第一次学会（130学会）提案項目（含む順位付け）の取り纏め、2015年1月21-22日理事会合宿会議で基本方針検討、1月31日領域別委員会（23領域）提出締め切り（領域別順位付け）、2月13日書式の決定及び告知、3月31日提案書最終締め切り、4月理事による内保連内領域別ヒヤリング、5月22日内保連医療技術提案書/医薬品提案書を厚労省へ提出、6月13日理事会で決定、6月20日運営委員会で決定、7月厚生労働省保険局医療課による各学会のヒヤリング、7月25日内保連/内科学会厚労省ヒヤリング、医学管理料等手渡し。

今回の内保連提案は、技術提案444件（未収載技術156件、既収載技術288件）、医学管理等59件、医薬品46件であり、提案内容の重複や不整合を避けるために複数学会による共同提案を推進し、未収載技術62%、既収載技術56%、医学管理等54%、複数学会の共同提案であった。また、各学会で提案項目の順位付けだけでなく、可能な領域では領域別順位付けが行われた。

関係各位におかれては、以下に纏められた内保連提案に、ご理解を賜るよう切に望むものである。