

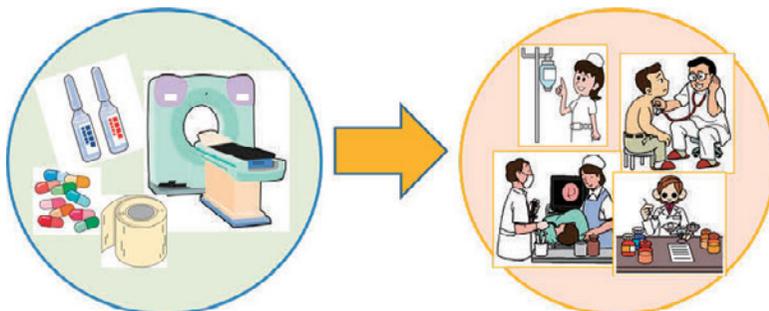
平成30年度診療報酬改定に 対する基本方針

一般社団法人内科系学会社会保険連合

平成29年5月10日

内保連の基本的スタンス

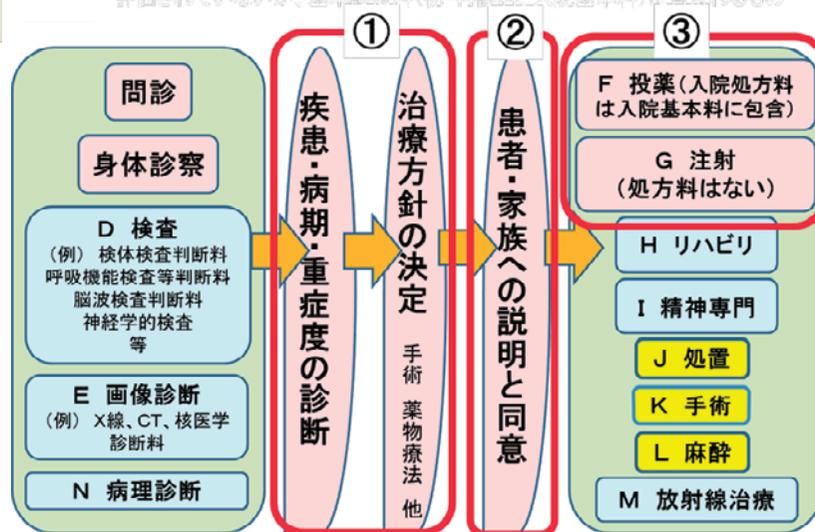
モ / (薬剤,材料,機器) からヒト (技術) へ



現行診療報酬体系における 内科系技術評価に関する基本的な課題

- I. 問診と診察、諸検査成績から得られた患者情報を総合して疾患・病態を診断し、病期や重症度を判断して治療方針を決定する基本的な**診断技術**を評価すること
- II. 疾患・病態診断と治療方針に関わる患者家族への**説明と同意**に関して、一定の基準の下に適正に評価すること
- III. 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ること

現行診療報酬体系における医師技術の評価



平成30年度診療報酬改定に対する内保連の基本方針

超高齢社会における医療費増大の抑制と「地域包括ケア」構築推進の中で、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。

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(C項目に「特定内科診療」を追加)
2. 「説明と同意」を評価し、「指導管理料」の増設 (内保連「説明と同意試案」)
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
4. 医療安全の立場から血液採取料評価の見直し(2010年検査4団体調査、2017年検査関連委員会調査)、内視鏡消毒料の新設と技術評価の見直し (2016年内保連・外保連「内視鏡試案」)
5. 標準的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
6. チーム医療の推進と医師負担の軽減
7. 医療連携と在宅医療の推進
8. 妊娠・周産期・小児医療の重視
9. 遠隔医療の推進
10. 国民に役立つ医療技術の導入・強化(平成30年度内保連医療技術提案)

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(「特定内科診療」を追加)

平成28年度改定
(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】
A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上

【A項目】

- 創傷処置(①創傷の処置(消毒の処置を除く。), ②消毒の処置)
- 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)
- 点滴ライン同時3本以上の管理
- 心電図モニターの管理
- シリンジポンプの管理
- 輸血や血液製剤の管理
- 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抗血栓薬の持続点滴の使用、
 - ⑩ドレーナージの管理、⑪無菌治療室での治療
- 救急搬送後の入院

【B項目】

- 寝返り (削除) 起き上がり
- (削除) 座位保持 10 移乗
- 口腔清潔 12 食事摂取
- 衣服の着脱 14 診療・療養上の指示が通じる 15 危険行動

【C項目】

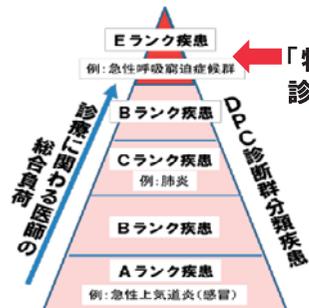
16. 開頭手術 17. 開胸手術
18. 開腹手術 19. 骨の手術
20. 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21. 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
22. 救命等に係る内科的治療
 - ①経皮的血管内治療②経皮的心臓カテーテル等の治療③侵襲的消化器治療

背景

- [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、22.救命等に係る内科的治療はKコードの処置のみ。
- このままだと、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する。
- 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。あるいは、[D項目]として新設する。



「特定内科診療」

- 「特定内科診療」25疾患・病態は、121所属学会、21領域別委員会の検討を経て絞り込まれた。
- 598病院3,473,539症例中「特定内科診療」に属する急性疾患・病態は52,338症例(1.5%)。
- 28年改定では、II群病院実績要件3に取り込まれた。

「特定内科診療」に絞り込まれた25疾患・病態

<p>【神経】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 重症脳卒中(出血・梗塞) ● 髄膜炎・脳炎・脳症 ● 重症筋無力症クリーゼ ● てんかん重症状態 <p>【呼吸器】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 気管支喘息重症状態 ● 間質性肺炎急性増悪 ● 急性呼吸器疾患出血性疾患 ● 急性呼吸器疾患候群(AARDS) <p>【循環器】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 急性心筋梗塞 ● 急性心不全 ● 肺動脈大動脈瘤 ● 肺塞栓症 <p>【消化器】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 胆症肝炎 ● 重症急性肝炎 	<p>【内分泌・代謝】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病性ケトアシドーシス ● 甲状腺クリーゼ ● 副腎クリーゼ <p>【腎】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 難治性ネフローゼ症候群 ● 急速進行性糸球体腎炎 <p>【血液】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 急性白血病 ● 急性リンパ腫 ● 再生不良性貧血 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 薬物中毒 ● 頸椎損傷損傷 ● 敗血症性ショック
---	---

2. 「説明と同意」を評価し、指導管理料を拡大し、「意思決定支援管理料」を新設

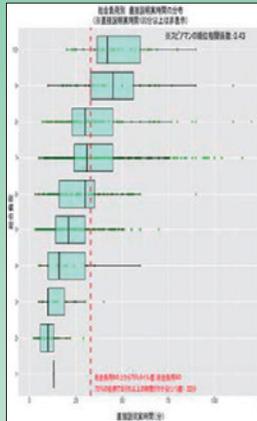
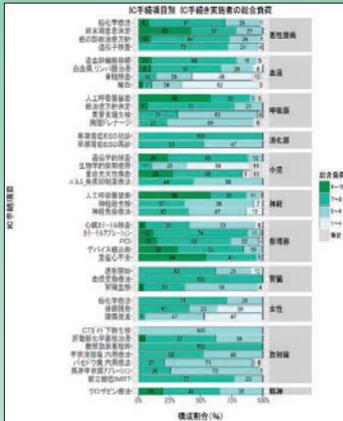
日本内科学会共同提案

内保連グリーンブック 2017年 説明と同意に関する調査報告と提言

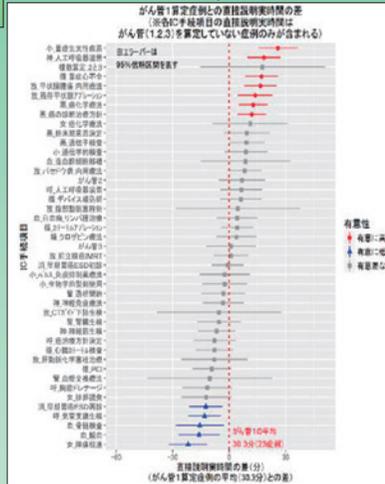
内保連による実態調査が40項目の検査または治療に関し、全国約90の病院(127診療科)を対象に平成27年10月から平成28年11月にかけて実施され、約1,000症例の調査票を回収した。

説明時間と医療者への負担は相関している

医療者への負担度



説明時間比較
癌患者指導管理料との比較でも有意に長いものがある



・総合負荷
・難易度
・エキスパートオピニオン
から下記13の説明が抽出された。

- ・小児科領域 重症先天性疾患
- ・神経領域 人工呼吸器装着
- ・呼吸器領域 人工呼吸器装着
- ・循環器領域 重症心不全
- ・悪性腫瘍領域 遺伝子検査
- ・小児科領域 遺伝学的検査
- ・循環器領域 カテーテルアブレーション
- ・放射線領域 甲状腺腫瘍に伴う内用療法
- ・血液領域 造血幹細胞移植
- ・腎臓領域 透析開始
- ・精神領域 クロザピン療法
- ・女性診療科領域 癌化学療法
- ・消化器領域 早期胃がんに対する内視鏡的粘膜炎層剥離術
- 初診時もしくは治療直前

更に3提案
に絞り込み

提言：指導管理料としての評価が必要

いずれも現状の病状、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算定する。ただし後2者では急変時には説明の所要時間を問わない。

- 1.小児重症先天性疾患療養意思決定支援管理料—— 500点
(但し遺伝カウンセリングとは同時算定不可)
- 2.人工呼吸器装着時意思決定支援管理料—— 500点
(但し在宅人工呼吸指導管理料とは同時算定不可)
- 3.重症心不全治療意思決定支援管理料—— 500点
(但し重症心不全とは、48時間の持続カテコラミン投与の必要な患者とする)



3. 内科系治療の基本である薬物療法における特掲診療料「注射」に処方料を新設すること

内保連の主張：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ること
(2013年内保連「薬物療法における医師の技術評価」)

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

<「注射」の処方>

<現行の「注射」技術には「処方」評価がない>

注射薬の調剤：「調剤料」として評価 注射手技：「注射料」として評価

●経口・注射等の投与経路に関わらず、抗悪性腫瘍剤投与に対する技術評価として「がん薬物療法管理料」を新設
(平成30年度要望：日本臨床腫瘍学会ほか)

<他の解決策例>

- 入院患者（注射を伴う）に1日1人1回「注射処方料100点」を設定
- 薬価が一定額を超える注射薬に「注射処方料」を設定
- 抗がん剤、抗菌薬、輸液等に「注射処方料」を設定

4. 医療安全の推進

●血液採取料(現行25点)の増点



2015年 日本臨床検査医学会
44施設調査では平均コスト616円



2010年に日本臨床検査振興協議会医療政策委員会(日本臨床検査医学会ほか4団体が組織)が実施した大規模採血コスト実態調査では、採血1件あたりの平均コストは約490円。



素手から1人ごと手袋交換へ



注射器から翼状針へ



●内視鏡消毒料の新設と技術評価の見直し (2016年内保連・外保連「内視鏡試案」)



古い方法

事前来院
全ての病原体の検査
は不可能なので肝炎、
エイズ、梅毒(のみの)
血液検査

陰性



簡易消毒

陽性



高レベル消毒



事前来院血液検査をしない。全ての患者が何らかの病原体をもっているという前提とする

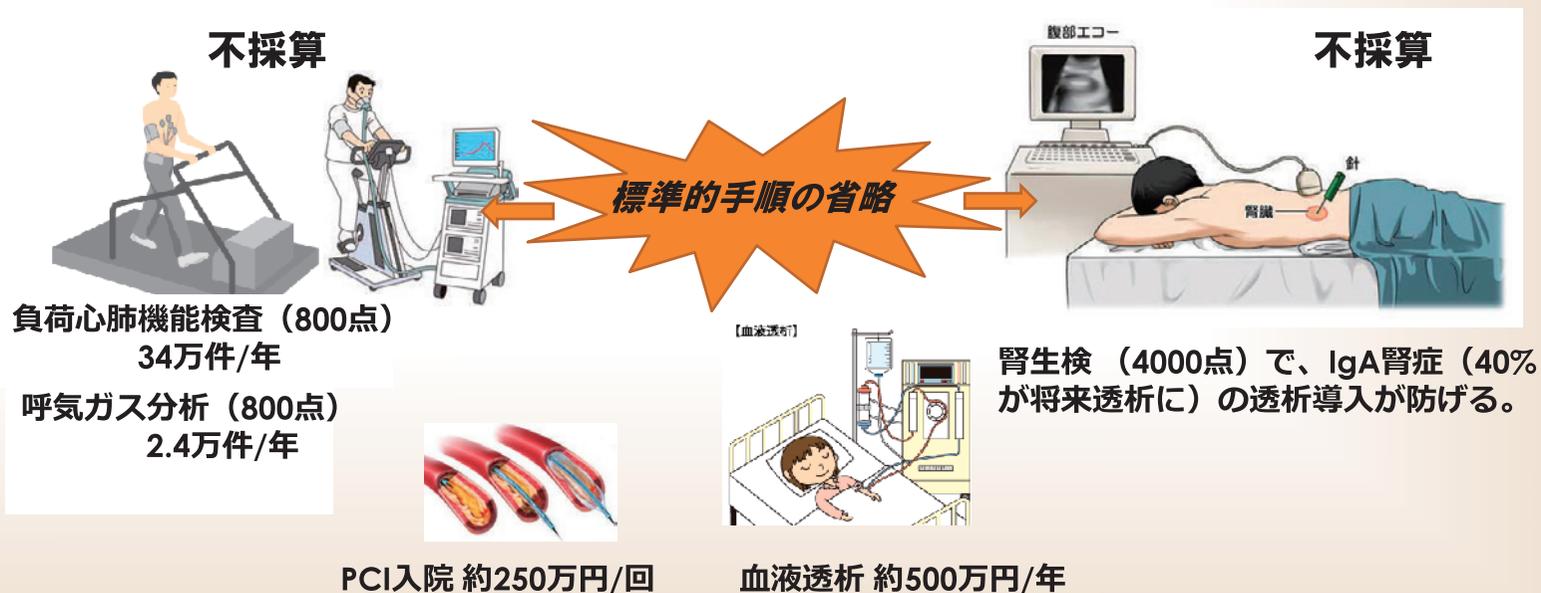
しかし、上の方法では感染症が血液検査で解らない場合が、あります。専門家が、この問題を時間をかけて議論し以下のような現在の消毒ガイドラインが完成しました。解り易く言うなら「レストランで食事をする時に感染症の血液検査をする店はない。食器を必ず洗うのだから」ということです



全ての患者に毎回検査後に高レベル消毒(5分)をする。これで肝炎、エイズ梅毒などは死滅する

5. 標準的手順が省かれ医療費を高騰させている生体検査の見直し

- 経皮的腎生検の増点(1600点→4000点)
腎生検は、IgA腎症を始めとする腎炎の確定診断として必要。この検査が不採算のため省略され、免疫抑制治療などが遅れて血液透析に至る例や不適切な治療が行われている例もある。
- 負荷心肺機能検査の増点(1200点→1600点)と連続呼気ガス分析(加算100点→加算800点)で、差し引き20億円以上の削減：心筋梗塞・心不全入院患者の2日間の早期退院、心大血管リハビリが促進され、更に医療費の削減が期待できる。



6. チーム医療の推進と医師負担の軽減

I. チーム医療のメンバーに関する算定要件見直し

- 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）

適応拡大

- 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・精神科病床への拡大(算定要件の見直し)

II. 増点

- 呼吸ケアチーム加算

III. 連携を作る

- 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



I. 在宅でより充実した医療を目指す



●**地域包括リハビリテーション指導料**
 在宅で漫然としたリハ継続が行われている→医師・理学療法士によるリハ評価・指導が必要(在宅維持期リハ研修を受けた医療者で3か月に1度算定、地域包括ケアや介護予防の観点から重要)

●**処方せん料**
 7種類以上の内服薬処方時の点数逓減性→高齢者では複数疾患を合併していることが多いため、点数逓減の廃止

●**癌患者の在宅医療の充実**
 ①がん患者リハビリテーション (週2回、3か月間)
 入院患者のみに適応→在宅でも適応することで癌患者の復職・介護負担軽減

②がん薬物療法管理料 現状は経口剤指導の場合は注射剤の約10分の1の評価→ 外来で用いる経口剤の患者指導に対し注射剤と同様の評価

●**強化型在宅支援施設の算定要件について**
 算定要件に看取り実績のみ→指定難病4件以上を追加

- 指導管理料 増設**
- ・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

II. 在宅で使用する機器の提案

III. 入院から在宅への橋渡し機能を充実させる

- 救急搬送診療料 (新生児)**
 ドクターカーに医師が同乗して重症新生児を搬送する場合、従来の新生児加算や往診とは別途評価する
- 退院支援加算2(脳卒中地域医療連携パス算定)**
- 栄養摂取情報提供書作成加算(管理栄養士が行った場合)**
- てんかん診療連携拠点病院加算 及びてんかん紹介料加算**
- 急性心筋梗塞の地域連携診療計画管理料・指導料**



●**慢性期のハイフローセラピー**
 進行下HOT患者ではNPPVを併用されるが、侵襲性から受け入れられない場合が多い
 →間欠的にハイフロー機器を使用して換気改善・QOLの改善させ増悪を予防する。

●**気管内持続吸引加算**
 在宅で気管切開患者が誤嚥し頻回に肺炎発症→特殊カニューレ(ダブルサクシオンカニューレ)で専用吸引器で持続吸引を行うことにより防止できる

●**小児在宅呼吸管理パルスオキシメータ加算**
 小児のHOT・在宅NPPV患者で、生体把握が困難→連続的にSpO2のDATAを収集して把握しておくことは増悪の早期発見ができNICU等の長期入院を避けられる。

●**経管栄養カテーテル交換法**
 現在入院のみ算定→初回を除き在宅でも算定、そのための受診や入院を減少

在宅人工呼吸療法

8. 妊娠・周産期・小児医療の重視



●妊娠・出産・子育て 一連の流れを包括的に支援

- ▶ 貧困や児童虐待等、社会的困難を抱える家族に支援を行う医療チームに対する評価(退院支援加算の適応拡大、入院時虐待対応加算の新設)
- ▶ 小児入院医療における質の向上とチーム医療の推進(小児入院医療管理料における包括範囲の見直し)
- ▶ 長期フォローを要する小児患者外来診療の充実(小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大)
- ▶ 小児におけるかかりつけ医の確保(小児かかりつけ診療料の見直し)
- ▶ アレルギーを有する患者の生活指導の充実(小児アレルギー疾患療養指導管理料の新設)
- ▶ 基礎疾患を有する小児患者に対する成人診療科移行の推進(小児疾患成人移行推進加算)
- ▶ 周産期医療における地域連携の推進(救急搬送診療料の適応拡大)
- ▶ 精神疾患を抱える妊産婦に対する入院医療の充実(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

●デジタルパソロジーによる遠隔病理診断

(日本病理学会)

病理医の不足の中で医療水準向上に寄与
女性病理医活躍の機会拡大に寄与

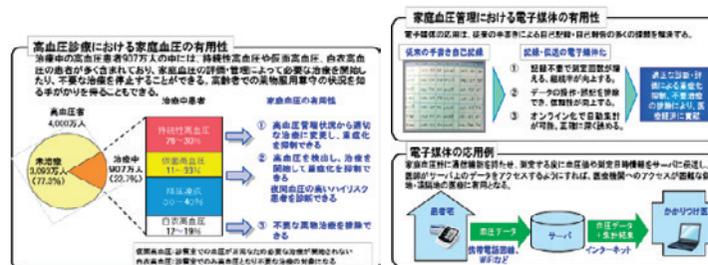


●電子媒体記録あるいはデータ伝送

システムによる夜間血圧測定

(日本高血圧学会)

脳・心血管疾患死亡の低減等に寄与



●遠隔放射線治療計画

(日本放射線腫瘍学会)

放射線治療医の不足の中で、夜間・休日の緊急照射(脊椎転移による脊髄横断症状等)の確保に寄与

●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

(日本呼吸器学会、日本睡眠学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本心不全学会)

●「画像管理加算3」の新設による夜間・休日

画像診断の確保(日本医学放射線学会)



10. 国民に役立つ医療技術の導入・強化

医学の進歩・有用性(国民医療への貢献)からの提案

技術提案 444件

未収載技術 156件 [共同提案 97件(62%)]

既収載技術 288件 [共同提案 162件(56%)]

医学管理等 59件 [共同提案 32件(54%)]

医薬品 46件

提案項目の学会順位付けおよび領域別順位付け(一部)の実施

参考:28年度改定

未収載技術119件(共同65件)
既収載技術286件(共同166件) } 405件

医学管理等52件(共同38件)

医薬品48件