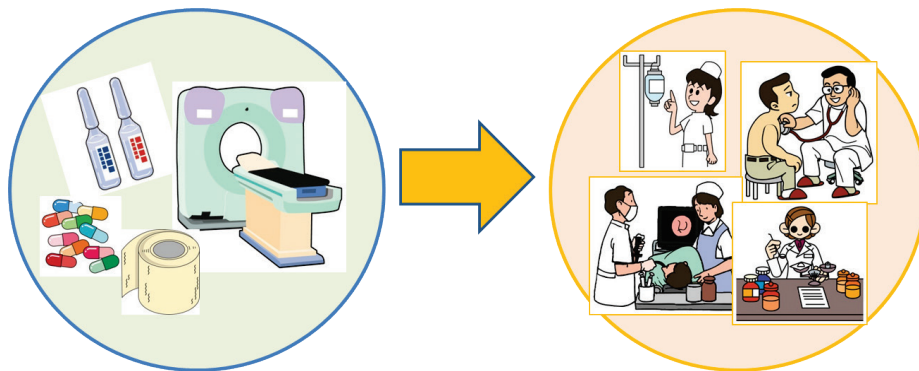


# 2020年度診療報酬改定に 対する基本方針

一般社団法人内科系学会社会保険連合  
2019年7月20日

# 内保連の基本的スタンス

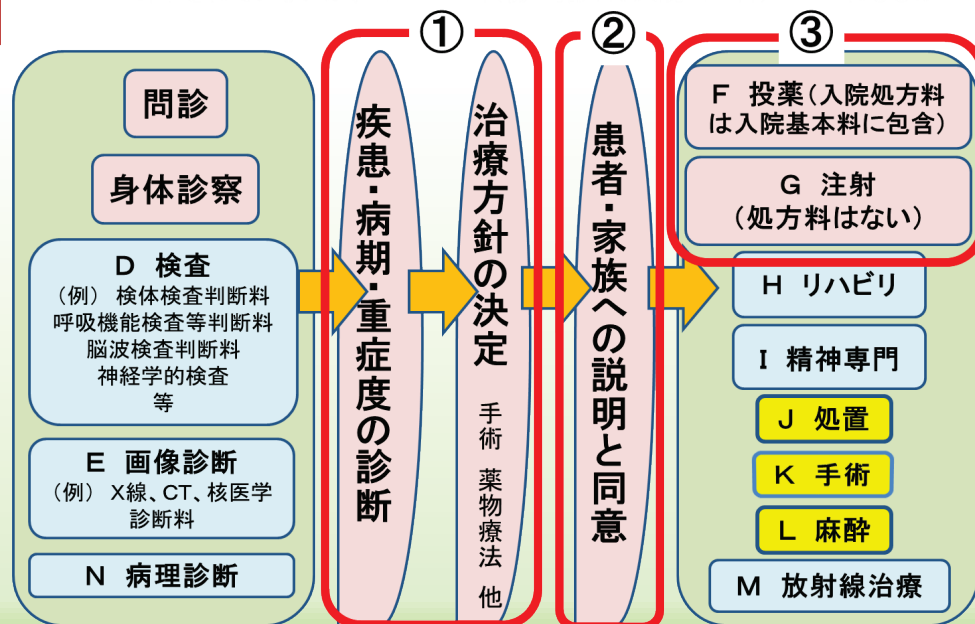
## モノ（薬剤,材料,機器）からヒト（技術）へ



### 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



# 2020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. 「特定内科診療」の評価：  
一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」に『特定内科診療』を追加
2. 「説明と同意」を評価し、指導管理料を拡大し、「意思決定支援管理料」を新設
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. 医療安全の推進
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
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(2020年度内保連医療技術提案)

# 1. 「特定内科診療」の評価

一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」に『特定内科診療』を追加

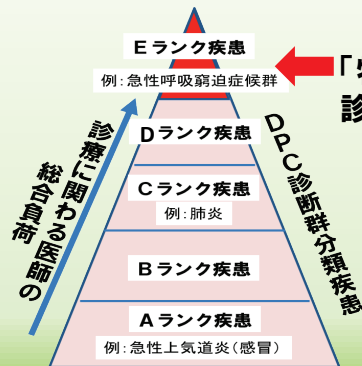
## 背景

- [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

「特定内科診療」を[D項目]として新設し、該当基準を「以下のいずれかを満たすこと1)A得点2点以上かつB得点3点以上 2)A得点3点以上 3)C得点1点以上 4)D項目1点以上」とする。

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	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	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)	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(5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・脊髄麻酔の手術(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経皮的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり	—



- 「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

- [神経]
  - 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
- [呼吸器]
  - 気管支喘息重症状態
  - 間質性肺炎急性増悪
  - 慢性閉塞性肺疾患急性増悪
  - 急性呼吸窮迫症候群(ARDS)
- [循環器]
  - 急性心筋梗塞
  - 急性心不全
  - 解離性大動脈瘤
  - 肺塞栓症
- [消化器]
  - 劇症肝炎
  - 重症急性膵炎
- [内分泌・代謝]
  - 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
- [腎]
  - 難治性ネフローゼ症候群
  - 急速進行性糸球体腎炎
- [血液]
  - 急性白血病
  - 悪性リンパ腫
  - 再生不良性貧血
- [その他]
  - 薬物中毒
  - 頭椎頸髄損傷
  - 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

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

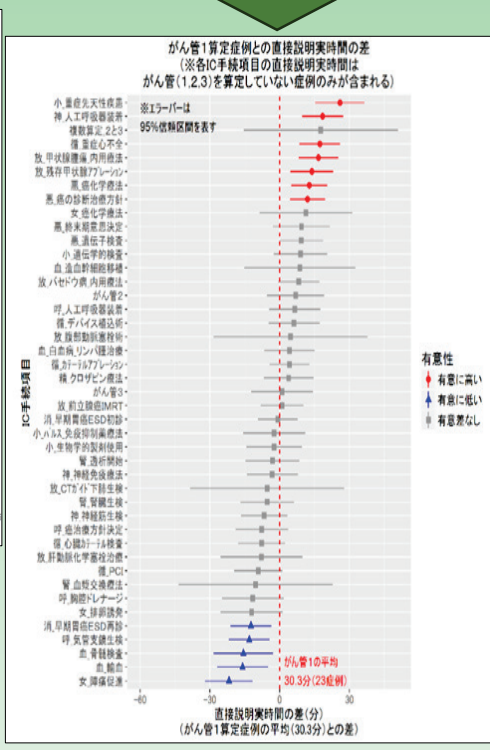
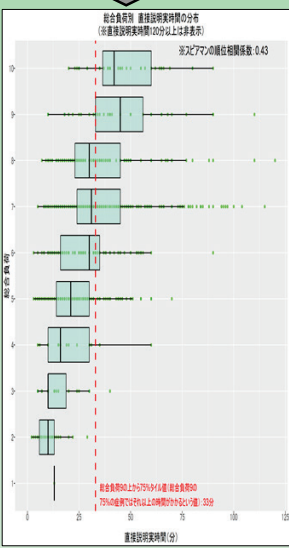
・総合負荷  
・難易度  
・エキスパートオピニオン } 右記の10領域  
12治療および  
検査が抽出

- ・小児領域 重症先天性疾患 遺伝学検査
- ・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 カテーテルアブレーション
- ・腎臓領域 透析開始
- ・消化器領域 早期胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術治療前
- ・精神科領域 クロザピン療法
- ・血液領域 造血幹細胞移植
- ・放射線領域 甲状腺腫瘍に伴う内用療法
- ・悪性腫瘍領域 遺伝子検査

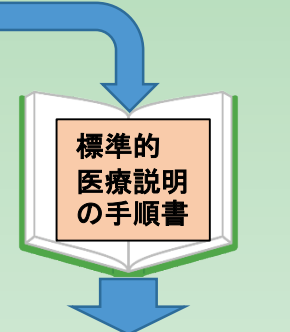
指導管理料としての評価が必要

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500点を算定する。

医療者への負荷度



1. 小児重症先天性疾患療養意思決定支援管理料
  2. 小児遺伝学検査前意思決定支援管理料
  3. 人工呼吸器装着時意思決定支援管理料
  4. 重症心不全治療前意思決定支援管理料 (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)
  5. カテーテルアブレーション前意思決定支援管理料
  6. 透析導入前意思決定支援管理料
  7. 内視鏡的粘膜下層剥離術前意思決定支援管理料 (早期胃がんに対する)
  8. クロザピン療法前意思決定支援管理料
  9. 造血幹細胞移植前意思決定支援管理料
  10. 内用療法前意思決定支援管理料 (甲状腺腫瘍に対する)
  11. 悪性腫瘍に対する網羅的遺伝子検査前意思決定支援管理料
- ※なお7・9・10・11の4種の悪性腫瘍の説明に関してがん患者指導管理料は同日に算定できないものとする



十分な説明と同意により患者の自律的意思決定が促進され真に必要なとされる医療が期待される



# 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>

注射指示及び実施記録

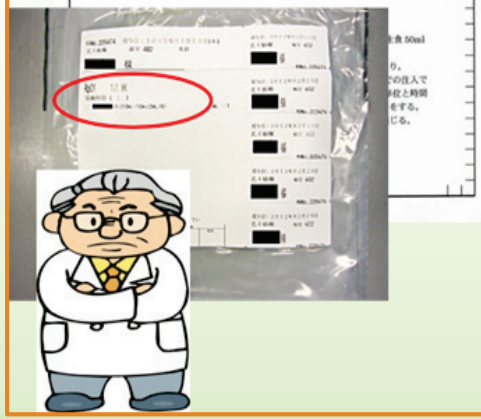
患者ID: 00000000	患者名: 田中 秀敏	生年月日: 平成15年02月27日
科: 内科	病室: 内科	医師: 田中 秀敏
処方科: 内科	処方日: 平成15年02月27日	処方時間: 10:00
処方内容:	処方薬名:	処方量:
1. 注射薬名(規格・用法)	1日投与回数	1回投与量
① 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
② 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
③ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
④ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑤ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑥ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑦ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑧ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑨ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑩ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑪ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑫ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑬ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑭ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑮ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑯ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑰ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑱ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑲ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
⑳ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉑ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉒ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉓ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉔ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉕ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉖ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉗ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉘ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉙ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉚ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉛ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉜ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉝ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉞ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㉟ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊱ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊲ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊳ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊴ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊵ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊶ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊷ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊸ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊹ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊺ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊻ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊼ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊽ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊾ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量
㊿ 注射薬名	1日投与回数	1回投与量

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

<他の解決策例>

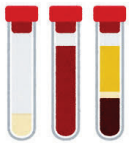
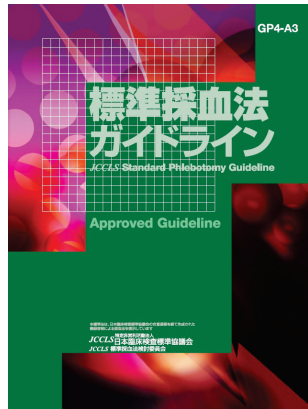
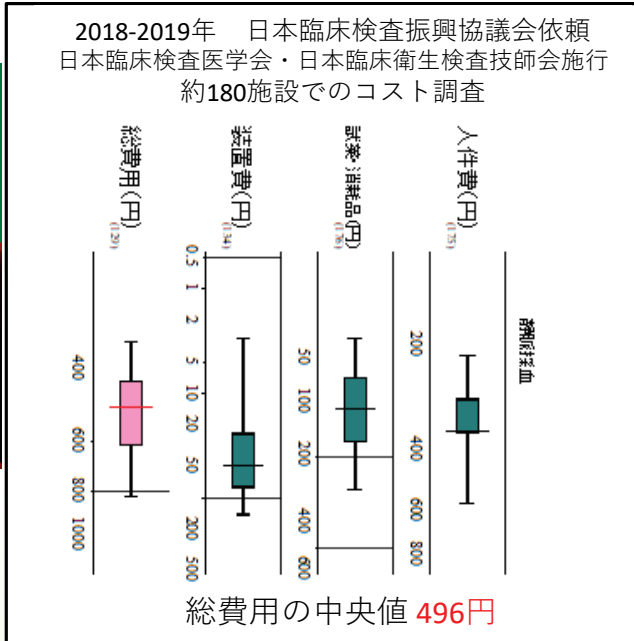
- 入院患者（注射を伴う）に1日1人1回「注射処方料100点」を設定
- 薬価が一定額を超える注射薬に「注射処方料」を設定
- 抗がん剤、抗菌薬、輸液等に「注射処方料」を設定



# 4. 医療安全の推進

## ●血液採取料(現行30点)の増点

平成30年改訂で、25点から30点に増点された。  
しかし、まだ安全な採血を行うための人・モノに見あう評価となっていない。



病院検査室で採血を行う際に遵守されている  
ガイドライン (本年改訂)  
コストに反映される要因2点

- 翼状針の使用
  - 感染対策安全装置推奨
- 患者毎の手袋交換



患者の  
医療従事者の

安全  
確保

## ●消化器軟性内視鏡安全管理料の新設

消化器軟性内視鏡検査が高い安全性をもって運用されるよう、  
内視鏡学会等が策定したガイドラインに基づいた施設要件を  
満たした環境での洗浄・消毒作業に対する保険収載の要望

### I. 内視鏡洗浄・消毒の過去と現状

1990年代まで使用されていたグルタルアルデヒド等を用いた  
用手洗浄は不十分な洗浄・消毒によるピロリ菌やB型肝炎  
ウイルスの感染や医療従事者の健康被害を引き起こし、



より安全な自動洗浄器を用いた洗浄・消毒が模索された結果、  
学会指導施設では90%以上が自動洗浄器を使用している。  
一方、一般医家ではコスト負担が大きい理由で  
用手洗浄が多いのが現状である。

### II. 消化器内視鏡学会によるガイドラインの歴史

1996年に内視鏡学会と内視鏡技師会による『内視鏡の洗浄・  
消毒に関するガイドライン』が発表されて以降、自動  
洗浄器と消毒剤の改善に伴って改訂され、2018年に自動洗  
浄器と高水準消毒薬を推奨する『消化器内視鏡の洗浄・消  
毒標準化にむけたガイドライン』が公開された。

### III. 安全な内視鏡診療のための診療報酬改定を

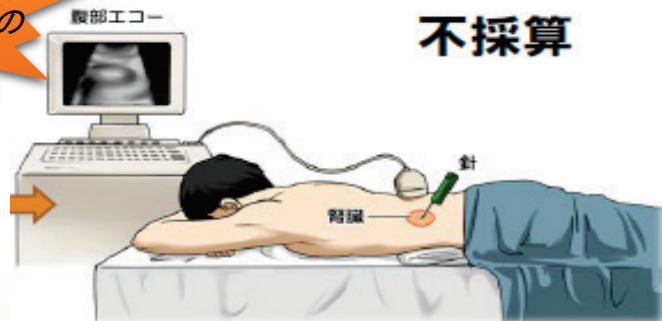
自動洗浄器の購入費用と消毒剤の維持費用が高額であり、  
高精度の洗浄・消毒を行うための費用を捻出することが困  
難となっている施設では用手洗浄を行っており、今後、  
精度の高い内視鏡洗浄・消毒のためには自動洗浄器を用いた  
『消化器軟性内視鏡安全管理料』の新設が必要である。

# 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(1,600点→4,000点)により、IgA腎症を始めとする多くの指定難病の確定診断に必須である腎生検が適切に施行されることで、適切な治療介入がなされないことに起因する透析導入を抑制でき、差し引き**158億円以上の医療費削減が可能となる。**

冠攣縮誘発薬物負荷試験の増点(6,000点→7,600点)により、アセチルコリン負荷試験がガイドラインに基づき適切に施行され冠攣縮性狭心症の診断率が向上する。適切な治療が行われることで**患者の症状・予後を改善し、医療費削減が可能となる。**

標準的手順の省略



【血液透析】



腎生検(4,000点)で、指定難病であるIgA腎症の透析導入が防げる。

3年以内の治療介入により90%寛解

腎生検での確定診断

早期治療介入⇒高い寛解率

検査時に必須の体外式ペースメーカや電極カテーテルを抛出できず不採算のため、年間27,000名の患者が検査を受けていない

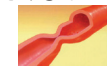


診断が確定しないまま不適切な薬物治療が長期にわたり継続され、症状が改善しない

一人当たりの薬価代1万5千円/年



ステントを入れてみよう



不必要なPCIがやみくもに施行されている

PCI入院1回100万円



症状再燃のために入院し、繰り返して冠動脈造影が行われる

また入院だ

入院・検査1回14万円

増点により適正に実施させるようになれば

- 病態が明確になり症状改善
- 運動制限が解除され健康増進
- 高リスクの抽出で突然死予防





# 6. チーム医療の推進と医師負担の軽減

在宅



成人先天性心疾患外来指導管理（外来）  
（医師あるいは看護師）

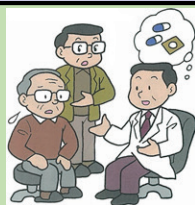


在宅で使用している生命維持管理装置に対して臨床工学技士が訪問もしくは遠隔管理を行う場合の加算

多職種によるてんかん患者在宅療養指導管理料

外来

かかりつけ医との連携加算（うつ病等患者）



難病患者地域連携支援料

心臓リハビリにおける臨床検査技師の活用



入院

免疫チェックポイント阻害剤投与時の多診療科連携加算



妊娠糖尿病連携管理料



プレネイタルカウンセリング加算

在宅人工呼吸導入時説明（臨床工学技士）

呼吸ケアチーム加算（障害者施設）

緩和ケア診療加算（末期呼吸不全追加チームとして社会福祉士追加等）

医師間連携

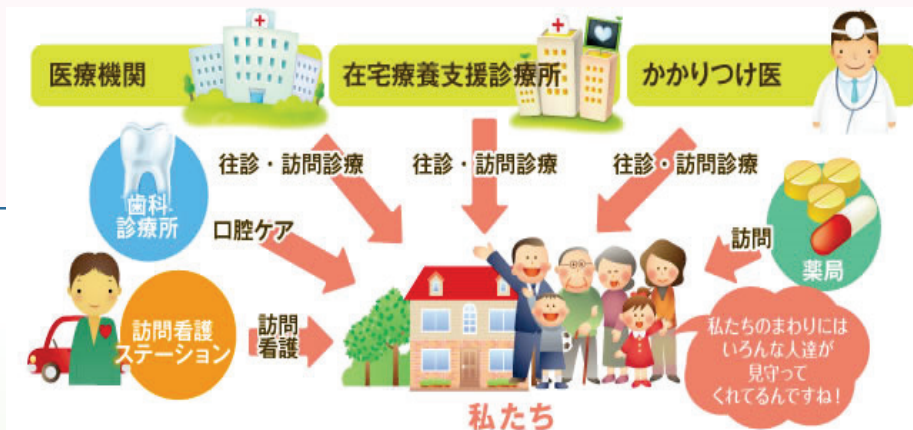
医師の働き方改革の推進

多職種連携

# 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、処方料  
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く、服薬管理の向上とかかりつけ医機能推進のため点数逓減の廃止、病院より逆紹介の患者は最重要課題である
- 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薬の約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薬と同様の評価
- 在宅オンライン診療の推進 (ICTの推進)  
定期的通院困難な患者のため、該当疾患の増加、要件緩和を要す
- 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

- 慢性期のハイフローセラピー  
進行下HOT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改善・QOLを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(ダブルサクションカニューレ)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憎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



## 在宅オンライン診療

### 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、救急車での従来の新生児加算とは別途評価する。
- 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(連携パス)

# 8. 妊娠・周産期・小児医療の重視



## ●妊娠・出産・子育てから成人移行まで 一連の流れを包括的に支援

精神疾患や心理的問題をかかえた妊婦から出生した児の、各種関連機関等と連携したサポート

➡ハイリスク小児連携指導料の新設  
退院支援加算の見直し

小児慢性特定疾病・難病の精密な診断と最適な医療の提供

➡遺伝学的検査の対象疾患拡大

基礎疾患、とくに先天性心疾患を有する小児患者に対する成人診療科移行の推進

➡成人先天性心疾患外来指導管理料  
成人先天性心疾患入院指導管理料

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見直し

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の包括範囲の見直し

# 9. 遠隔医療の推進

## オンライン診療の健全な発展と普及

1. 対面診療との比較からの脱却 = 生活に高度に介入できる診療技術の推進
2. 「オンライン診療料+加算」の構造に沿った発展
  - ・ 診療行為別の点数を反映する加算
  - ・ 遠隔診療の実態に即して活用できる報酬体系
  - ・ 必要とする患者への適用を妨げない施設基準
3. 対象診療行為の拡大
  - ・ 神経学的検査(遠隔診断)
  - ・ オンライン認知行動指導料
  - ・ 在宅精神療法
  - ・ オンライン診療料の対象に嚙下障害診療を追加



## 遠隔モニタリングの適切な成長と普及

1. 遠隔モニタリングの診療実態に適合した加算への改定
  - ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2に於ける遠隔モニタリング加算
  - ・ 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算
2. 対象診療行為の拡大
  - ・ 心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔加算の範囲(ILR等診断機器)
  - ・ 糖尿病重症化予防データ解析指導管理(遠隔)料
  - ・ 電子的頭痛ダイアリーによる難治性頭痛の遠隔診断,治療支援技術
  - ・ 分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料



## 専門的支援の対象の拡大

1. 専門的支援(Doctor to Doctor)への診断料の整備と拡充
2. 対象診断料の拡大
  - ・ 胎児心エコー法の遠隔診断料



基本理念に沿った制度の拡充

医療供給・需要の実態に即した対象の拡大

適切な医療技術評価

遠隔医療の節度ある推進

# 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 468件

未収載技術 193件 [共同提案 131件(68%)]

既収載技術 275件 [共同提案 194件(71%)]

基本診療料 47件 [共同提案 28件(60%)]

医薬品 52件

提案項目の学会順位付けの実施

参考:2018年度改定

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