

平成 22 年度
内科系学会社会保険連合報告

代 表 齋藤 寿一

副代表

(内科系) 工藤 翔二 小林 弘祐 鈴木 則宏 高橋 進

(小児科系) 安田 正

(検査系) 宮澤 幸久

(精神科系) 清水 達夫

(リハビリ系) 吉永 勝訓

監 事 浦部 晶夫 土器屋卓志

顧 問 國島 修

1. 会議開催の件

(1) 例会：第 106 回；1 月 25 日 第 107 回；7 月 14 日

(2) 運営会議：1 月 19 日，7 月 7 日

各委員長会議：11 月 17 日

(3) あり方検討委員会：3 月 26 日，6 月 2 日

(4) 内科系医療技術評価検討会：9 月 22 日

(5) 領域別委員会委員長会議：11 月 17 日

(6) 検査関連委員会：5 月 26 日，11 月 10 日

循環器 WG：6 月 30 日，9 月 18 日

消化器 WG：5 月 26 日

呼吸器 WG：5 月 26 日

神経・精神 WG：9 月 20 日，11 月 12 日

(7) 小児科関連委員会：7 月 27 日

(8) リハビリテーション関連委員会：12 月 2 日

2. 新規加盟の件

日本外来小児科学会，日本小児腎臓学会，日本急性血液浄化学会，日本臨床微生物学会，日本高次脳機能障害学会，日本神経免疫学会，日本小児栄養消化器肝臓学会の加盟が承認され，加盟学会は 108 学会である。

3. 副代表交代の件

川城副代表に変わり，小林弘祐（北里大学）が新たに就任した。

4. 三保連の件

総合テーマ これからの診療報酬制度：包括化と精緻化

日 時：平成 22 年 9 月 18 日（土）14 時～17 時 20 分

会 場：ベルサール八重洲 3 階（Room1+2+3）

【プログラム】

開会の挨拶（14 時～14 時 5 分）

齊藤寿一（内保連代表）

基調講演（14時5分～15時）

座長：齊藤寿一

『これからの診療報酬制度：行政の立場から』

演者：迫井 正深（厚生労働省保険局医療課企画官）

シンポジウム（15時～16時15分）

司会：齊藤寿一，山口俊晴（外保連会長），井部俊子（看保連代表）

1. 内科系医療の立場から（20分）

工藤 翔二（内保連副代表）

追加発言（15分）

DPCの包括化と精緻化

高橋 進（内保連副代表）

2. 外科系医療の立場から（20分）

岩中 督（外保連会長補佐・手術委員長）

3. 看護の立場から（20分）

嶋森好子（日本糖尿病教育・看護学会 理事長）

休憩（15分）

総合討論（16時30分～17時15分）

閉会の言葉（17時15分～17時20分）

齊藤寿一

5. 医療ニーズの高い医療機器等に関する要望書の提出について

平成22年5月日付けで厚生労働省医政局経済課から、加盟学会に周知していただきたいとの要望があり、関係学会に通知した。

募集期間

平成22年4月30日（金）～平成23年3月31日（木）

(1) 第1回締め切り 平成22年6月15日（火）

(2) 第2回締め切り 平成22年9月30日（木）

(3) 第3回締め切り 平成23年1月31日（月）

提出された学会は下記の通りである（内保連に連絡された学会）。

①日本消化器病学会

製品名：Given AGILE Patency Capsule

適応疾患：小腸の狭窄、狭小化が既知もしくは疑われるクローン病等の小腸疾患を有する患者

②日本消化器病学会

製品名：PillCam COLON 2

適応疾患：大腸のポリープやその他の病変が疑われる患者

③日本消化器病学会

製品名：バイポーラ RFA システム CelonPOWER

適応疾患：肝悪性腫瘍

④日本アレルギー学会・日本小児アレルギー学会

製品名：呼気一酸化窒素濃度測定装置

適応疾患：気管支喘息患者

⑤日本臨床腫瘍学会

製品名：Bard E-Luminexx Vascular Stent

適応疾患：重症閉塞性動脈硬化症

6. 内保連活動のあり方についてのアンケート

昨年の政権交代を経て、今回の平成 22 年度診療報酬改定のプロセスについては厚生労働省と中央社会保険医療協議会（中医協）における診療報酬改定の進め方にも大きな変化が認められた。このような動向を踏まえて、106 学会が加盟する内保連の今後の活動についても様々な改革が必要である。

今回、内保連では社会保険制度に立脚した我が国の内科系医療について、(1) 全般的問題点、(2) 内科系診療行為を適切に反映した診療報酬点数設定のためのエビデンスのあり方、(3) 現在は診療報酬点数に十分に反映されていない専門医制度についての意見、および (4) 今後の内保連活動のあり方、の四点について平成 22 年 5 月にアンケートを実施した。

106 学会に発送し、回答が寄せられた学会は 79、回収率は 74.5% である。

主な点は下記の通りである。

内科系医療において改善されるべき点や問題点にはどのようなものが考えられますか。（複数回答可）

- | | |
|----------------------------------|----------|
| (1) 内科系各分野の専門性が適切に診療報酬に反映されていない。 | 73 件 92% |
| (2) 当直勤務など医師は過重労働の状態である。 | 51 件 65% |
| (3) 内科系医療を形成するチーム医療の評価が不十分である。 | 43 件 54% |
| (4) 研究や研修により自己研鑽するゆとりがない。 | 31 件 39% |
| (5) 入院基本料が低すぎる。 | 30 件 38% |

7. あり方委員会

「内科系技術の評価に関わる調査：内保連としての取り組み」について
内科系技術評価を DPC に反映するという発想について

(1) DPC が出来高を基準として、それを元に入院期間ごとに点数を按分している構造である以上、従来の出来高で評価をされていない内科系技術を DPC だけに組み入れるのは難しい。DPC に絞らず、出来高に内科系技術評価の項目を加え、それが認められた後に DPC の出来高部分に手術と同じように組み入れるのが、今の制度では妥当ではないか。つまりそれが内科系の doctor fee の評価部分になる。

ただ、それまでに至る手法として、調査対象に DPC の MDC18 分類の各疾患を参考にするのは可能である。ただ、同じ分類でも現行の DPC では重症度が必ずしも反映されておらず、例えば、肺炎でも、抗生物質内服投与程度で、念のために様子見で入院させている軽症から、ICU に入院するような重症まで様々であるが、DPC ではうまく分かれていない。そのために、実際の調査では多くの困難も予想される。

DPC で別枠評価可能なのは、機能評価係数である。ここに専門医の数などを加味して、評価してもらうように要望することは可能である。その根拠作りも可能である。

本格的に内科系技術評価を考えるためには、内科系技術の分類をまず作成してみる。各学会の専門医の習得技術一覧表を集めれば可能である。

(2) 医師の専従時間の算出、難易度の算出、デルファイ法

この手法は前回やって、うまくいかなかった部分で、各診療科内では可能であっても、診療科間での整合性・不釣り合いの是正がきわめて困難だった。デルファイ法も本来合意形成のための主観的な手法で、客観性があるかどうか疑問がある。

また、最近では、医師の立場ではなく、国民の立場での有用性を議論しなければ、説得力に乏しいと危惧する。アウトカム指標を提示する方向が必要である。

(3) 検討に向けた切り口

外保連が第三者に評価されている背景は、次の 2 点とされる。内科系の領域でも、それらを参考にしつつ統一的な議論と根拠を積み上げていくことが肝要と推察する。特に、以下の 1) で示す、技術の定義、技術の体系とそれに伴う、難易度、コスト、効用値の算出は専門医、臨床現場が中心となる必要があり、内保連への期待が高いと推察される。

● 外科分野の診療技術の網羅的な体系を構築したこと

● 外科技術の評価の考え方と一定の根拠を示したこと

1) 内科技術の体系化

内科系技術の評価を行うためには、その体系化（診療ニーズに対する技術特性、技術項目と相互関係など）を最初に行うことが重要である（それが無くては、先駆的な評価手法を持ってきても十分な効果が上がらない）。一般に、診療報酬に向けた議論は、下記のような流れになると考えられるが、体系化はそのスタートラインとして必須と言える。

● 「診療報酬の現行評価のチェックの流れ」⇒ いわゆる mapping のアプローチ

①内科系技術を定義する（特性・範囲）

②内科技術を体系化する（相互の関係）

③ 現状はどの部分（報酬項目）で評価されているか整理する。

④ 現状はどの程度評価（報酬点数）されているのか確認する。

（注）①と②は、症例・技術の多様性が大きい場合、技術評価をすべき対象を絞り込む

● 「内科系技術の適正価値を算出する流れ」⇒ いわゆる valuation のアプローチ

1) 技術難易度を算出する（提供者の負担の定量化）

2) 診療コストを算出する（医療資源消費の定量化）

3) 社会的効用を算出する（アウトカムの影響の定量化）

(2) 新たな手法の導入

手法はあくまでもツールであり、前述の定義や体系のフレームが確立されていることが必用条件である。そのような前提の中で、純粋な技術論としては、

下記のようないくつかの方法論が考えられる。

1) 領域間のバランス補正のブリッジング

⇒ バイアスを除去し多次元を扱えるモンテカルロシミュレーション法など

2) 難易度を適切な大きさに貨幣価値に変換

⇒ 需要と供給のモデルも考慮した専門職の賃金水準設定の理論の構築など

3) 技術料を適正化するコンビネーション指標

⇒ 技術難易度，診療コスト，社会アウトカム（臨床経済パフォーマンス）の融合など

8. 「特定内科系診療」の要望について

(1) 要望の内容

内科系学会社会保険連合（内保連、加盟 111 学会、総会員数（673,533）は、保険診療点数表に内科系技術を評価する部として「特定内科診療」を新設することを要望する。

(2) 要望の理由

現行の保険診療報酬体系において、外科系技術の基軸となっている手術は「第 10 部 手術」として診療報酬点数表にそれぞれの点数が明示されている。一方、内科系技術については検査、処置あるいは管理加算などの点数の一部に散在して包含されているとはみられるものの、問診や診察にはじまる診断と治療選択から患者への説明に至る知識と経験を踏まえた一連の内科系診療活動の基盤となる技術への評価が報酬上の漏れとなっているとみられる場合が少なくない。

この「評価漏れ」は現行の診療報酬体系上の空白項であり、大きな瑕疵であると考えられる。診療報酬の構成からみて、評価漏れと判断される技術の占める比重が、無視できないほど大きい診療について、これを「特定内科診療」と位置づけ診療報酬点数表の上で妥当な点数配分を行うことは、歪みのない国民皆保険制度を維持する上で喫緊の課題である。内科系診療行為の適切な評価は地域で内科系医師を確保し、その診療活動を促すインセンティブを維持する上で必須である。

さらに医学教育や卒後研修など、基本的診療技術の体得を重視する教育・研修の現場においても、これらの職能教育の成果が診療報酬上で適切に評価されていることは、次代の医療を担う医師の育成環境としても不可欠である。我が国の医療制度の根幹に関わる、内科系診療技術の評価のために新たな部として「特定内科診療」を新設することを喫緊の課題として要望する。

制度は各専門学会からのエビデンスに基づいて構築する。

9. 検査関連委員会

生体検査への内保連検査関連委員会としての取り組みについて

概要

呼吸，循環，消化器，神経・精神の 4 分野の検査項目について，(1) 臨床的有用性，(2) 検査の難易度，専門性，実施者への負荷，(3) 医療スタッフの拘束時間，(4) 機器や設備の 4 つの観点から対象検査を相対評価し，総合的に増点

を求める項目（10-20%以内）、減点あるいは廃止しても良い項目を検討する。増点を求める項目については、コスト調査を行い、要望点数の根拠とする。

この案をもとに、各ワーキンググループで討議の上、検討していくことになった。具体的な評価基準については更に検討・修正が必要であること、特に臨床的有用性の評価については、診療ガイドライン等への採用の有無など、より具体的な評価基準を設定する。

(1) 消化器 WG の参加学会について

日本消化器病学会と日本消化器内視鏡学会は、内保連の生体検査消化器 WG には参加しないことで決議された。今後、消化器 WG の他のメンバーである日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会が、超音波検査、内視鏡検査を除く消化器系検査項目について総合評価をまとめる方針である。

(2) WG リーダーおよびサブリーダーは下記の通りで、各 WG で会議を開催した。

①循環器 WG

リーダー：伊東春樹 サブリーダー：吉野秀朗

②神経・精神 WG

リーダー：吉井文均 サブリーダー：荻野美恵子

③呼吸器 WG

リーダー：鈴木 勉 サブリーダー：望月博之

(3) 総合評価の集計とコスト調査項目の決定

循環器 WG、呼吸器 WG、神経・精神 WG から提出された総合評価（A, B, C, D）の集計が提示された。複数 WG から提出された項目で、評価が分かれた項目については上位の評価を採用した（例えば、評価 A と評価 B に評価が異なる場合は評価 A とした）。その結果、総合評価 A は 26 項目（18.7%）、B は 93 項目（66.9%）、C は 15 項目（10.8%）、D は 5 項目（3.6%）であった。

集計結果と各 WG の要望をふまえ、評価 A の 26 項目の中からコスト調査項目が決定された。

(4) コスト調査の実施方法について

コスト調査の実施方法について以下の説明があった。

コスト調査は、人件費、機器費用（保守・修理等含む）、消耗品費を含め、水道光熱費、地代、建物代は含まない。人件費は、職種別に固定の平均給与額を用いる（参考：人事院 平成 22 年度国家公務員給与の概要ならびに総務省 期末・勤勉手当）。計算は臨床検査振興協議会で検体検査のコスト算出に用いたソフトを使う。

(5) 今後の予定

12 月初めまでにコスト調査協力予定施設（現在 36 施設）にコスト算出ソフトを配布、その際にコスト調査可能な項目の確認をする。その後実施施設が少ない検査項目は再度 WG メンバーの施設および臨床検査医学会会員の施設に追加協力を依頼する。

調査・入力したデータを平成 23 年 1 月 31 日までに提出してもらい、集計する。

調査結果は、各学会からの提案書への反映、提案書に対する厚生労働省のヒアリングで役立てるとともに、「生体検査の診療報酬見直しについての提言」と

してとりまとめ、内保連からの提言として厚生労働省に提出していただくよう働きかけることを全員一致で確認した。

検査のコスト調査 実施要項

1. 回答いただきたい項目：

調査票にある項目のうち院内実施している項目

2. コスト算出ソフト：

A & T 社（臨床検査振興協議会）が協議会に提供したアプリケーションソフトを用いる。協力施設には、アプリケーションソフトと説明書を送付する。

3. 必要なデータ：

詳細は A & T 社の解説書（協力施設に後日配布）参照

①人件費：共通の固定値を使う

②業務配分：実態調査が必要

③試薬・消耗品代

④装置費

（場所代は算入しない。水道・光熱費も算入しない。）

4. コストの算出：

コスト算出ソフトに必要なデータを入力し、各項目のコストと内訳を算出する。

10. 平成 24 年度診療報酬改定の件

スケジュールが下記の通り申し合わせされた。

(1) 提案書第一次提出期限：12 月 10 日（金）

①医療技術評価提案書（保険未収載）

技術名・技術の概要・対象疾患名・保険収載の必要性のポイントを記載して提出すること。

●提出数：46 学会 182 項目（重複含む）

②医療技術評価提案書（既収載）

技術名・診療報酬区分・診療報酬番号・技術の概要・再評価区分・具体的な内容記載して提出すること。

●提出数：49 学会 196 項目（重複含む）

③医薬品評価提案書（保険未収載・既収載）

薬品名・一般名・商品名・薬品の区分概要・再評価区分・具体的な内容

④医薬品再評価提案書（保険未収載医薬品用）（概要版）

技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、本用紙を用いること。

●提出数：8 学会 38 項目（重複含む）

⑤医療課長宛

●提出数：3 学会 16 項目（重複含む）

なお、提案書書式はホームページに掲載している。

（参考資料：平成 22 年度提出書式と記載要領）

(2) 最終締切：平成 23 年 4 月 11 日（月）

- 概要版・詳細版にすべての項目に記載して提出すること，
- (3) 各委員会での最終調整締切：平成 23 年 5 月 10 日（火）
 - (4) 厚生労働省提出：平成 23 年 6 月 20 日（月）
 - (5) 代表・副代表によるヒアリングを 5 月頃に実施する予定である。

10. 今後の活動について

平成 24 年度改定に向けた提案書の作成，三保連の活動，内科系の技術料の検討，各委員会の活動を継続的に行う。