

一般社団法人内科系学会社会保険連合事業報告

役員および診療領域別委員会委員長

理事長	工藤	翔二					
副理事長	小林	弘祐					
理事	渥美	義仁	伊東	春樹	上村	直実	清水 達夫
	高橋	和久	蝶名	林直彦	宮澤	幸久	横谷 進
監事	土器屋	卓志	横手	幸太郎			
名誉会長	齋藤	寿一					
顧問	高橋	進					

運営委員会（診療領域別委員会委員長）

1. 検査関連委員会；米山 彰子
2. 放射線関連委員会；大西 洋
3. リハビリテーション関連委員会；近藤 國嗣
4. 消化器関連委員会；村島 直哉
5. 循環器関連委員会；代田 浩之
6. 内分泌・代謝関連委員会；田中 正巳
7. 糖尿病関連委員会；渥美 義仁
8. 腎・血液浄化療法関連委員会；川西 秀樹
9. 血液関連委員会；小松 則夫
10. 呼吸器関連委員会；小林 弘祐
11. 神経関連委員会；亀井 聡
12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会；高崎 芳成
13. 感染症関連委員会；豊永 義清
14. 悪性腫瘍関連委員会；藤原 康弘
15. 精神科関連委員会；三國 雅彦
16. 心身医学関連委員会；山岡 昌之
17. 小児関連委員会；横谷 進
18. 女性診療科関連委員会；西 洋孝
19. 内科系診療所委員会；清水恵一郎
20. 在宅医療関連委員会；清水恵一郎
21. 栄養関連委員会；渥美 義仁
22. 病理関連委員会；黒田 一
23. アレルギー関連委員会；岡田 千春
24. 内視鏡関連委員会（内保連・外保連合同）；清水 伸幸

I. 会議開催

- (1) 第1回理事会：6月13日
第2回理事会：10月31日
- (2) 第1回運営委員会：6月20日
第2回運営委員会：11月7日
- (3) 第1回社員総会：6月27日
第2回社員総会：11月14日
- (4) 第11回合宿討議：7月1日～2日
第12回合宿討議：2月3日～4日
- (5) 説明と同意委員会：2月22日，7月18日，11月18日
- (6) 第16回三保連合同シンポジウム：2月9日
第17回三保連合同シンポジウム：10月30日
- (7) 第9回内保連・外保連意見交換会：10月30日
- (8) 三保連事務局会議：3月16日

II. 「内保連」活動の二つの柱

内科系133学会によって構成される一般社団法人内科系学会社会保険連合(以下、「内保連」)はわが国の世界に誇るべき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術団体(学会)の責務として、二つの大きな柱のもとに活動を推進してきた。

「内保連」活動の柱の第一は、2年ごとに見直される診療報酬改定において、主に特掲診療料の各部において保険診療に取り込まれるべき医学の進歩に対応した新たな医療技術と、修正されるべき技術評価について加盟学会の意見を取りまとめ、提案することである。

そして、第二の活動の柱は、現行の診療報酬体系のなかで評価されていない、あるいは評価不十分な内科系医師の技術評価の確立である。

III. 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“「モノ」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ー診断の技術評価(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（C項目に「特定内科診療」を追加

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

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カー「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＜第1版＞」（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

生体検査点数が低く不採算な標準的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逓減性廃止，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

IV. 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（2018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、2017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 [共同提案：97件（62%）]
診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 21件（13%）
- ・既収載技術：288件 [共同提案：162件（56%）]
診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 82件（28%）

●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。

V. 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬

平成25年に各学会に「薬事承認のない医療材料・機器・薬品を用いた医療技術に関する調査」を行った。その結果、30件余りの案件が寄せられたが、内保連としては平成26年改定の要望には盛り込まず、各学会で対応していただくこととした。

平成30年度改定に向けて、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課に一括承認などの可能性について相談し、各学会から個別に申請を出して欲しいとのことだった。また、いわゆる公知申請において「海外で承認されていること」は必ずしも必要条件ではないとの説明もあった。

各学会は、各々の項目について、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」への申請を検討して頂くこととした。すでに一部の案件については担当学会から提出され、手続きが進行中とのことである。

下記URLを参照の上、検討いただくこととした。

■医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（厚労省）

<http://ur0.link/B8bp>

■医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬の今後の要望募集について（厚労省）

—募集対象・募集期間・作成方法・提出方法— <http://ur0.link/B8bu>

VI. 説明と同意の評価

研究分担者

委員長；蝶名林 直彦 副委員長（神経関連）；荻野 美恵子
悪性腫瘍関連；安藤 正志 血液関連；小松 則夫 呼吸器関連；岸 一馬
消化器関連；浦岡 俊夫 小児科関連；横谷 進 循環器関連；及川 恵子
腎臓関連；酒井 謙 女性診療科関連；白須 和裕 放射線関連；土器屋 卓志
精神神経関連；三國 雅彦 理事長；工藤 翔二

内保連による、内科系診療の「説明と同意」の手続きに対する報酬のあり方に関する調査研究の報告書として、2017年5月1日に『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』を発刊した。本研究は「説明と同意」に関する2つの調査から成るが、二次調査では内保連傘下の医療機関（約90施設・100診療科）において、「説明と同意」の手続きに係る医師を始めとする医療者への負荷等や患者の理解度等の実態を調査した。これらの結果等に基づき、診療報酬制度における評価の優先度が高い治療・検査として13項目を選定し、特に小児科領域「重症先天性疾患」、神経領域・呼吸器領域「人工呼吸器装着」および循環器領域「重症心不全」について、診療報酬制度における評価の具体案の検討を先行的に行った。当該項目については、いずれも「がん患者指導管理料1」との比較で直接説明実時間が有意に長いこと等に鑑み、下記の診療報酬を新設し、500点を算定することを提案した。

- 小児重症先天性疾患療養意思決定支援管理料
- 人工呼吸器装着時意思決定支援管理料
- 重症心不全治療意思決定支援管理料

2018年2月7日中医協総会における、診療報酬改定に係る答申の状況にて、「意思決定支援管理料」の提案による影響または関連が考えられるものとして、下記の事項があった。

【小児科療養指導料】（注の追加）

注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

【難病外来指導管理料】（注の追加）

注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

「人工呼吸器導入時相談支援加算」は、「意思決定支援」という用語こそ使われていないものの、呼吸器疾患・神経疾患における人工呼吸器装着前のICへの評価として、内保連が提案した「人工呼吸器装着時意思決定支援管理料」と概ね合致するものと推測する。

Ⅶ. 診断と治療方針決定の難易度と医療技術負荷度調査

医療行為は、疾患の「診断と治療方針の決定」に始まる。医師は、患者を前にして発病から受診に至る症状経過、既往歴・家族歴等を問診し、身体診察を行い、必要な検査を指示し、その結果を評価する。これらの患者情報をもとに、医師は今日の医学的知見に照らして、あり得る疾患を想起し、類似の疾患を鑑別するという過程（臨床推論）を経て診断に至る。さらに、疾患の重症度や広がり（臨床病期）等を判断して、その患者に最も適切と考えられる治療方針を決定する。内保連では、現在までに診断と治療方針決定の難易度を2016年にグリーンブックにまとめて発刊した。

それに引き続き内科系医療技術に係る医療者の負荷を総合的かつ体系的に定量評価することを目的として、「医療技術負荷度調査」（以下、本調査）を実施することとなった。内保連ではこれまでも内科系医療技術の評価に関する事業として、医療技術に係る医療者への負荷を推定する取り組みを進めてきた。この取り組みの一環として、2013年には医師に対する調査等を基に最も総合負荷度が高いEランク26疾患の「特定内科診療」を選定し、調査の成果を「内保連グリーンブック Ver.1」として刊行している。

本調査は、こうした過去の取り組みを踏まえ、内科系疾患・病態すべての総合負荷度を評価することにした（AからEランク）。内科系疾患の退院症例に対して協力いただく病院では、調査に協力いただく主治医を対象に、当該主治医が担当した患者実態調査を基に、疾患・病態に係る内科系医師の負荷を診断群分類ごとに定量評価することを目的としている。本調査のうちサンプリングされた退院症例に関し負荷等を回答していただくとともに、DPCデータを提出していただく。その後、本調査の調査委員会及び事務局において統計解析を行い、各疾患・病態に係る医療者の負荷度を定量的、体系的に推定する。今後、DPC対象病院から調査協力病院の参加を募り、各病院内での倫理審査を経て調査に参加していただく。

なお、本調査の実施に当たり、調査協力病院の参加を募る際、日本内科学会、日本小児科学会、日本精神神経学会に支援いただき、内保連と連盟とさせていただく。

Ⅷ. 新規加盟

- (1) 日本産婦人科医会
- (2) 日本心臓血管内視鏡学会

Ⅸ. 第17回三保連合同シンポジウム

テーマ：医療における働き方改革：医療現場からの提言に向けて

日時：平成29年10月30日（月）18時～20時

会場：フクラシア東京ステーション会議室 K

講演

- (1) 内保連：蝶名 林直彦
- (2) 外保連：松井 喜郎
- (3) 看保連：木村 弘江

(4) 特別発言：松居 喜郎

(5) 総合討論：工藤 翔二 岩中 督 井部 俊子

X. 内保連、外保連、看保連（三保連）共同提言書

平成 29 年 11 月 6 日、三保連合同シンポジウムをふまえ、提言書（下記）を厚生労働大臣、厚生労働省保険局長、保険局医療課長、メディア等に提出した。

【提言書】

安心・安全で、患者目線の適切な医療を今まで通り提供していくために、内保連、外保連、看保連は医療者の働き方改革に関する合同シンポジウムを開催し、以下に提言を取りまとめた。関係する行政機関が連携し、これらの提言を採択することを望むものである。

1. 医師の過重労働、長時間労働を防ぎ、夜間休日においても適切な医療を提供するためには、医師の交代制勤務の導入が不可欠であり、そのために必要な医師数を確保する必要がある。また業務を支援、補佐する医師事務作業補助者をはじめとする他職種の人員も増やす必要がある。
2. 看護師に適切なワークライフバランスを提供し、離職者を少なくするとともに適切な夜勤体制を維持するためには、十分な看護師数の確保と看護師を支援する補助者が不可欠である。
3. 医師の労務環境改善に伴う地域医療、救急医療の崩壊を防ぐためには、地域医療や救急医療に携わる医師に十分なインセンティブを提供することが必要である。
4. 熱意ある若い医師・看護師のスキルを限られた時間で向上させ、医療の質を担保するためには、効率の良い教育体制の構築が不可欠である。そのためには、指導者に対しても十分な支援による業務負担の軽減が必要である。

これらの提言を実行するためには、現状の財源規模では明らかに不十分であり、今後医療現場への更なる追加財源の投入が不可欠である。次期診療報酬のマイナス改定は、医療崩壊を導きかねず強く反対する。

外科系学会社会保険委員会連合（外保連） 岩中 督
内科系学会社会保険連合（内保連） 工藤 翔二
看護系学会等社会保険連合（看保連） 井部 俊子

XI. 合宿討議

1. 第 11 回

日 時：平成 29 年 7 月 1 日（土）；18 時～21 時

平成 29 年 7 月 2 日（日）；9 時～12 時

テーマ：①三保連シンポジウムテーマ「医師の労働時間について」、②平成 30 年度改定内保連基本方針について、③グリーンブック「診断・治療方針決定」の診療報酬への落とし込みについて、④内科系疾患治療の総合負荷度調査（「特定内科診療」の裾野）について

2. 第 12 回

日 時：平成 30 年 2 月 3 日（土）；18 時～21 時

平成 30 年 2 月 4 日（日）；9 時～12 時

テーマ：①内保連医療技術の負荷度調査について、②「説明と同意」委員会進捗状況について、③平成 30 年度第 13 回内保連合宿について、④平成 29 年度第 2 回診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会について、⑤「第 18 回三保連合同シンポジウム」について、⑥次年度内保連役員選出について、⑦内保連定款（第 26 条）の変更について

X II. 第 9 回内保連・外保連意見交換会の件

今後の協力体制の具体策について検討がなされ、今後も継続的に行うことが確認された。

また、財務省の財政制度等審議会財政制度分科会が 2018 年度診療報酬改定を 2%台半ば以上マイナスとすべきだという考えを 10 月 25 日に打ち出したことについて、内保連・外保連では医療の質を担保する観点などから、改革の前提として診療報酬のプラス改定が必須であることが同調された。

X III. 内保連・外保連合同内視鏡委員会の件

内視鏡試案は 2013 年 1 月 22 日に行われた準備委員会で藤城光弘先生（日本消化器内視鏡学会）を座長に、高橋典明先生（日本呼吸器内視鏡学会）を副座長に選出し、軟性管腔内視鏡を用いた、検査・処置・手術を対象とする横断的な試案作成を目指すという基本方針のもと、活動を行っていた『内視鏡における適切な診療報酬に関するワーキンググループ』により作成された。今後、内視鏡における適正な診療報酬点数要望のために大きな力を発するものと確信している。

その後、2018 年度診療報酬改定に向けて、また今後もさらに発展していく内視鏡関連手技の実態に見合った試案として改定を重ねるため、『内視鏡における適切な診療報酬に関するワーキンググループ』を発展的に解消して、『内保連・外保連合同内視鏡関連委員会』を設立し、清水伸幸先生（日本消化器内視鏡学会）を委員長とすることが内保連、外保連で承認された。

内視鏡試案の第 1 版は、「外保連試案 2016」出版後にでき上がった関係で、別冊として提供されたが、「内視鏡試案＜第 1. 2 版＞」は「外保連試案 2018」に掲載され、今後も外保連試案改定に合わせて、改訂・精緻化を進めていくこととなる。

本委員会では各手技の専門性を考慮してワーキンググループを立ち上げ、耳鼻咽喉・呼吸器・消化管・肝胆膵・泌尿器・女性器の 6 グループに分かれて試案の精緻化を進めることとなった。その後、「脊椎・関節」「心臓・血管（循環器）」を新たに立ち上げ、さらに、内視鏡試案の考え方や除菌滅菌等全体に関与していただくための「総論」グループを作って試案の改定を進めている。試案各項目は検査・処置・手術試案より移行したものがほとんどである。

まだまだ走り始めたばかりで、改良すべきところも多々あるが、これまでの委員会での議論を踏まえて総論部分等の積み残し課題をはじめとし、皆様に活用していただける試案となるように努めていきたいと考えている。

XIV. 2020年診療報酬改定スケジュールの件

下記のスケジュールで提案書を提出することとした。

医療技術提案書（未・既掲載）、医学管理料等（医療課手渡し）、医薬品提案書
2018年

12月 第一次学会(133学会)提案書(項目のみ 学会順位付け)

2019年

1月～2月 合宿会議（理事会）で基本方針検討
領域別委員会(23領域)検討締切（領域別順位付け）

2月中旬 書式の決定及び告知

3月下旬 提案書最終締切

4月 理事による内保連内領域別ヒヤリング

5月下旬 内保連医療技術提案書／医薬品提案書 厚労省に提出

7月～8月 医学管理料等 厚労省ヒヤリング時に提出
厚労省と学会とのヒヤリングの実施

XV. 今後の活動の件

内保連の活動は通年である。通年的な活動の柱は、2年ごとに行われる診療報酬改定への内保連としての提案であり、診療報酬改定直後の総括（6月頃）に引き続き、次回改定への要望取りまとめが翌年春までに行われる。要望の質を高めるために、24領域別委員会の活動を積極的に進める。

内科系技術評価に関するものとして、「説明と同意」の推進、「診断群分類各疾患の〔総合負荷〕調査」の推進を図る。

「注射処方評価」及び「診断技術評価」は今後AIの動向も視野に入れつつ取り組みを進める。

また、「三保連合同シンポジウム」、「内保連・外保連意見交換会」の活動を積極的に進める。