

# 平成26年度 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

代表 工藤 翔二

副代表 渥美 義仁 伊東 春樹 小林 弘祐  
清水 達夫 高橋 和久 蝶名林直彦  
宮澤 幸久

監事 小田原雅人 土器屋卓志

名誉代表 齋藤 寿一

顧問 高橋 進

## [委員会・委員長]

### 横断的課題に関する委員会

1. 内科系技術評価委員会；委員長；小林 弘祐
2. DPC委員会；委員長；工藤 翔二
3. 在り方委員会；委員長；高橋 和久

### 診療領域別委員会

1. 検査関連委員会；委員長；米山 彰子
2. 放射線関連委員会；委員長；土器屋卓志
3. リハビリテーション関連委員会；委員長；石川 誠
4. 消化器関連委員会；委員長；上村 直実
5. 循環器関連委員会；委員長；平山 篤志
6. 内分泌・代謝関連委員会；委員長；成瀬 光栄
7. 糖尿病関連委員会；委員長；渥美 義仁
8. 栄養関連委員会；委員長；渥美 義仁
9. 腎・血液浄化療法関連委員会；  
委員長；高橋 進 副委員長；川西 秀樹
10. 血液関連委員会；委員長；北村 聖
11. 呼吸器関連委員会；委員長；門田 淳一
12. 神経関連委員会；委員長；亀井 聡
13. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会；  
委員長；高崎 芳成
14. 感染症関連委員会；委員長；豊永 義清
15. 悪性腫瘍関連委員会；委員長；藤原 康弘
16. 精神科関連委員会；委員長；三國 雅彦
17. 心身医学関連委員会；委員長；石川 俊男
18. 小児関連委員会；委員長；横谷 進
19. 女性診療科関連委員会；委員長；白須 和裕
20. 内科系診療所委員会；委員長；清水恵一郎
21. 在宅医療関連委員会；委員長；清水恵一郎
22. 病理関連委員会；委員長；黒田 一

## I. 会議開催

- (1) 例会：第115回；平成26年5月27日  
第116回；平成26年10月28日
- (2) 代表・副代表会議：平成26年5月13日，10月14日

(3) 運営会議：

平成26年5月20日，10月21日

(4) 合宿討議：

第5回；平成26年7月26日～27日，

第6回；平成27年1月17日～18日

(5) 説明と同意委員会：平成26年10月7日

(6) 内保連・厚生労働省意見交換会：平成27年1月20日，

(7) 三保連シンポジウム：第12回；平成26年9月9日

(8) 日内会誌座談会：平成26年8月12日

(7) 領域別委員会等

循環器関連委員会：平成26年11月29日，平成27年2月7日

神経関連委員会：平成27年1月11日

小児関連委員会：平成26年7月30日，平成27年1月28日

腎・血液浄化関連委員会：平成26年4月11日，11月21日

感染症関連委員会：平成26年5月12日，平成27年1月27日

リハビリテーション関連委員会：平成27年1月15日，2月13日，3月13日

内視鏡WG：平成26年4月30日，10月6日，平成27年1月29日

## II. 「内保連」活動の二つの柱

内科系125学会によって構成される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26年診療報酬改定に関する見解

2014年診療報酬改定は本体+0.73%とされるが、消費税増税補填分を除けば+0.10%と、2010年の+1.55%、

2012年の+1.38%と比較して10分の1以下と著しく低いものであった。これは、薬価引き下げによる財源（過去2回の診療報酬改定では約5,000億円）が本体の引き上げに充当されなかったことに起因している。

内保連は、『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』、『薬物療法における医師の技術評価』のなかで、内保連の技術評価に関わる基本的立場を明らかにし、平成26年改定にあたっては、診療報酬の本体プラス改定と、内科系技術に焦点を当てた487件（未収載140、既収載225、医療管理料74、医薬品再評価提案48件）を要望し、薬事承認が障壁となっている負荷試験および微生物検体検査の薬事システムの改善、調査に基づく生体検査の再評価、小児医療に関わる包括的要望を別途提出した。しかし、結果は免疫組織化学染色・免疫細胞化学染色など未収載31件、小児のヘッドアップティルト試験など既収載7件の採択に留まり、2010年、2012年と比べてきわめて低い採択率となった。しかも、検体検査をはじめ多くの既収載項目で減点されており、“病院崩壊”が叫ばれた2000年代の事態が、2回の診療報酬プラス改定で、ようやく快方に向かいつつあるときに、再び崩壊の危機をもたらしかねない改定として、強い危惧を感じている。

今回、消費税引き上げへの対応策として基本診療料が増点（初診料+12点、再診療・外来診療料+3点、入院基本料+2%程度）されたが、引き上げ額の妥当性は別として、医師技術の評価を包含する基本診療料の相対的比率を高める方向性自体は是とする。同様の方向として、血液採取料が4点増点され20点とされたことを評価するが、検査関連4団体による大規模採血コスト実態調査（2010年）による490円からみると40.8%に過ぎない。

今回の改定で従来の診療報酬改定との最も大きな変更点として、前述の薬価引き下げによる財源が本体の引き上げに充当されなかったことがある。内保連は、診療報酬評価を『もの』から『人（技術）』への転換を重視しており、内科系治療技術の基本である薬物療法に関しては、特掲診療料「投薬」における入院処方料は入院基本料に含まれ、「注射」においては外来・入院を問わず処方料そのものが存在しないことを指摘してきた。国民医療費の22%を占める医薬品費の薬価引き下げによる財源は、注射処方料の新設など処方技術の適正評価をはじめとして、医療技術の評価に関わる本体引き上げに充当されるべきである。今回の改定の重点課題は「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」とされ、2025年の地域包括ケアシステム構築への誘導に多くが振り向けられており、内保連の目指す方向とどのように整合するかは慎重に検討する必要がある。

内保連は、入院基本料には包含が困難で内科治療上極めて労力を要する26の重篤な急性疾患・病態の診療を“特定内科診療”というカテゴリーとして抽出し、DPC/PDPSの医療機関群におけるII群病院の内科系実績要件として評価されるよう「内保連グリーンブック」にまとめた。次回改定に向けて、その実現に力を注ぐつもりである。

#### IV. 内科系技術の評価

今日の診療報酬体系において、外来診療における初・再診料、入院診療における入院基本料等の基本診療料が、どのような根拠で決定されているかは明らかではない。感冒と白血病が同じ初・再診料、入院基本料でよいのか。また、薬物療法においては、「入院基本料に含まれる」とされる入院医療における投薬処方料、注射に係わる処方技術評価が存在しないこと、不眠患者への睡眠薬投与も、肺炎患者への抗生物質投与も、悪性腫瘍への抗がん剤レジメン決定も同じ評価でよいのか。これらの評価プロセスは、まったく見えていない。さらに、患者・家族への説明と同意は、「外来化学療法管理加算」等の算定要件として一部評価されているものの、それ自体には明確な評価はなく、特に、治療の有益性と危険性を十分説明したうえで患者・家族が治療法を選択する際の意思決定支援に関係した活動への評価は全くされていない。

内科系技術の適正な評価がなされるためには、現行診療報酬体系の以下の3項目の基本的見直しと是正が必要であると考えられる。すなわち、1. 問診と診察、諸検査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する基本的な診断技術の評価すること、2. 疾患・病態診断と治療方針に係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、3. 薬物療法における処方技術を適正に評価することを提案する。

#### V. 「特定内科診療」と内保連グリーンブックVer. 1

外科系学会社会保険委員会連合は、主に外科系技術について、外保連試案として継続的に情報発信をし、一部は診療報酬の枠組みに採用されるに至っている。外保連試案では終始一貫、対象を網羅してコード化などで分類した上で算定評価を行うというアプローチを取っているが、内科系技術はその対象が膨大であり、病名だけでもICD-10で22,224件、MEDIS v.3.14（2014年10月1日改訂）病名基本テーブルで24,535件もあり、また、同一の病名であっても、その病態はさまざまであり、すべてを調査することは不可能である。さらに入院患者では、手術と違って時間調査が困難を極める。

そこで、内保連では、内科系技術評価法の1つとし



て、内科系疾患・病態で、入院基本料には包含が困難で、誰がみても治療上極めて労力を要する26の重篤な急性疾患・病態の診療を抽出し、これを“特定内科診療”として現行診療報酬体系に位置づけることを目指した。

これまで、II群病院は、大学病院本院等であるI群病院に準ずる病院という位置づけであり、そのような高機能のII群病院の実績要件に外科系技術のみを評価し、内科系技術を評価していないことは、大きな問題点として内科系医師には認識されていた。

そこで、厚生労働省保険局医療課とも相談しながら、内保連のII群病院の実績要件に関する提案と調査を行い、2013年12月に内保連グリーンブックver1. 2013を刊行した。

その後、2016年改定に向けて、II群病院の内科系技術の実績要件についてDPC評価分科会で議論するかに思われたが、昨今の議論の行方は不透明であり、例えば診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会の診調組D-2 26.9.5に基づいた議論では、II群の基本的な考え方については、医療提供体制全体の見直しの方針等を踏まえ検討する必要がある、という意見や、II群の選定要件の基準値として独自の絶対値を作るべきではないか、という意見を挙げて、II群の病院は地域における機能を要件として、それを満たす病院としてはどうか、とか、そのための絶対値による基準値の選定については引き続き検討することとしてはどうか、という対応策を挙げている。

つまり、II群病院の選定に地域における機能を要件として、これまでのI群病院に準ずるとする立場からの転換を示唆している。

2025年問題という少子高齢化社会を迎え、厚労省は一般病床を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4区分へ機能分化を進め、高度急性期病院を減らす方針であり、新設の「総合入院体制加算1」の算定病院が高度急性期と思われ、小さい県では1カ所、それ以外の都道府県では2次医療圏に1カ所程度が想定されている。

もし、II群病院の議論が、今後、高度急性期病院の議論とリンクするのであれば、この高度急性期病院の要件に特定内科診療の対象疾患を加えることを新たに提案したい。

## VI. 説明と同意の評価

委員長：蝶名林直彦、副委員長：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、神経関連：荻野美恵子、循環器関連：及川恵子、腎臓関連：熊谷裕生、女性診療科関連：白須和裕、放射線関連：土器屋卓志、代表：工藤翔

### 二

説明と同意、インフォームドコンセント（IC）の保険収載の可能性について調査する予定である。現状の診療報酬の項目の中には、かなりICに関係したことが、全ての領域で多数含まれている。現行でも、すでに診療報酬の算定要件の中に入っているものもあり、多くは内容的にも形式的にも含まれていないことが多い。

聖路加国際病院では10年前から電子カルテの中にテンプレートを用い、患者さんのICを行う際に、医療者としてどういう職種の方が参加し、また対象は、ご本人・ご家族構成を記入し、更にもその内容は、選択形式で、例えば人工呼吸器装着に関する説明の場合、気管挿管をするかどうか、心マッサージをするか、気管切開をするか、また透析や輸血を含む代表的な10項目の選択肢を作成した。

その結果、最近10年間のまとめは、大体、年間3,000例から7,000例位のIC数の集計があり、その中の区分としてどのような臨床各科の方々が行っているのか、あるいは昼間だけではなく、夜間使用がどのくらいであるかも調査した。

その結果、ICを保険収載するにあたって大体3つのパターンがある。1つ目は、外来で行う病名の説明や、疾病の簡単な治療法、検査法の説明といったような5分以内の説明。あとの2つは入院で、1つ目は、医師が1人以上で15分以内くらいの説明、肺ガンの化学療法の効果と予定、あるいはCOPDに対する在宅酸素療法の説明、そのようなことをある程度詳しく、15分くらいかけて行う説明。2つ目は、例えば人工呼吸器をつけている患者さんで、予後が非常に重篤であり、その治療方針に関して、医師以外にも看護師、あるいはコ・メディカルを含めた30分前後の非常に時間をかけた説明。大別すると以上の3パターンに分かれる。内容的には当院では書式があるが、説明に要した時間や内容別にはまだ完全に集計はしていない。

従って、今後の方向性は、

1番目は、現行で収載になっているもの、例えば在宅医療のカウンセリングについての診療報酬、あるいは救急医療に関する管理料。こういう中には一部、ICが算定要件として入っているが、それ以外の多くは入っていない。現行の診療報酬体系で、ICに関する説明が算定要件に入っているかどうかの調査は相当大変であるが、現在1項目ずつの調査が終了した。

2番目は、患者と家族の同意というステップが、ほとんどの診療の経緯にあるので、ICがどの程度の内容で、例えばその説明にはどの位の時間を要しているか、どういう方々が必要かを、アンケート的に調査をしていく作業が、今後しばらく必要である。これから、外

科系、内視鏡関連、場合によっては看保連という看護師関係も少し入るかもしれないが、そういう方々に、いま現状ではどうなっているかということをお願いする予定である。

3番目は、この患者説明・同意という領域は、医療の中でも非常に裾野の広い領域であるので、倫理社会的なさまざまな立場の方から話を聞き、この内容について勉強会を開き、ワーキンググループを作る予定である。

今後は、書式に時間のファクターと参加者を追加し、全国であと3、4カ所位代表的な病院で、万を越すようなデータを集めることが重要になる。

今後の活動の具体的な方法

#### (1) 対象項目の決定

〈現状把握〉

内保連内での調整

内視鏡関連委員会での実態調査

内科系癌関連学会での実態調査

【例】臨床腫瘍学会 肺癌学会 消化器病学会

外保連との連携—手術前の説明の実態

看保連との連携

集中治療学会等での実態

緩和ケア学会での実態

#### (2) 調査の内容

対象となる検査・処置・治療

説明に要する時間

説明に参加する職種及び人数

文書取得の有無

11領域の調査項目

領域別調査項目

#### (3) 調査領域

##### 1. 悪性腫瘍関連 (担当者; 安藤正志)

- ①化学療法開始 (変更時を含む)
- ②終末期意思決定 (DNAR含む)
- ③がんの診断・治療方針 (告知も含む)
- ④遺伝子検査 (BRCA12 (乳癌)), UGTA1 (CPT-11) など)

##### 2. 血液関連 (担当者; 小松則夫)

- ①造血幹細胞移植
- ②白血病・リンパ腫治療 (小児領域含む)
- ③骨髄検査
- ④輸血の同意

##### 3. 呼吸器関連 (担当者; 岸一馬)

- ①人工呼吸器装着
- ②癌治療方針決定
- ③気管支鏡生検 (EBUS含む)
- ④胸腔ドレナージ

##### 4. 消化器関連 (担当者; 浦岡俊夫)

- ①早期胃癌に対するESD (粘膜切除術) (初診時・ESD前・外来再診時)

##### 5. 小児科関連 (担当者; 横谷進)

- ①遺伝子検査 (染色体検査含・保険収載有限)
- ②生物学的製剤 (ACTH・GHも含む)
- ③重症先天性疾患の説明
- ④パルス療法 (免疫抑制薬含む)

##### 6. 神経関連 (担当者; 荻野美恵子)

- ①人工呼吸器開始
- ②神経・筋生検
- ③神経免疫療法

##### 7. 循環器関連 (担当者; 及川恵子)

- ①心臓カテーテル検査
- ②カテーテルアブレーション
- ③経皮的冠動脈形成術
- ④デバイス植え込み術
- ⑤重症心不全

##### 8. 腎臓関連 (担当者; 熊谷裕生)

- ①透析開始 (終了も含む)
- ②血漿交換療法 (アフエレス)
- ③腎臓生検

##### 9. 女性診療科関連 (担当者; 白須和裕)

- ①癌化学療法
- ②排卵誘発
- ③陣痛促進

##### 10. 放射線関連 (担当者; 土器屋卓志)

- ①血管を含む塞栓術 (脳血管アンギオを含む)
- ②CT下生検
- ③前立腺がん放射線療法
- ④甲状腺内用療法

##### 11. 精神科関連 (担当者; 三國雅彦)

- ①クロザピン療法

## VII. 診断の技術評価

内科の技術は、病名を、いわゆる診断をつける技術、治療方針決定の技術、そして、それを患者・家族へ説明し、同意をし、そして最終的には、投薬あるいは注射で治療を行うという、その全てに対して技術の評価が認められるべきであり、それがいわゆる総合負荷である。従って、ひとつの疾患についてひとつの総合負荷があるわけではなく、それに病態を勘案してランク付けをしようという作業をこれから行う予定である。

ひとつの例が、DPCのMDC04である。呼吸器系疾患で、6桁のDPCコードごとに並べてあり、その右側に各疾患コードに対応するICDの名称が書かれてあり、その左側の箇所には、病名、診断難易度、治療方針決定



難易度、総合負荷と記入されている箇所を埋める作業を行う。また、14桁のDPCコードには治療の負荷も含めたものになっているので、総合負荷についてはここに記入する。診断、治療方針決定難易度、総合負荷のレベルはAからEの5段階あり、Eが特定内科診療に該当する。なお、Fは基本的には他職種あるいは他の領域の専門医の意見を聞かないとなかなか診断と治療が難しい。例えば肺ガンで言えば、手術なのか、あるいは内科系の治療なのか、放射線と化学療法との併用なのか、非常に悩むケースが多くある。そのような場合には、カンファレンスで治療方針を決定する。例えば、040010の最初で、縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜悪性腫瘍については、病名の診断難易度はDであるが、治療方針決定になると、カンファレンスが必要なのでFとなる。

呼吸器からはじめることになったので、MDC04の6桁のDPCコードの難易度を領域別の呼吸器関連委員会の全ての加盟している関連学会に調査を依頼し、その結果をとりまとめた。難しい点は、呼吸器関連学会でも、例えばガンを取り扱う学会は、ガンの難易度を上げてくるとか、呼吸器学会ではCOPDが高い難易度になるとか、いろいろと差があるので、議論をし、最終的に難易度を決定した(表1:108頁)。

今後は、診断難易度と治療方針決定難易度、総合負荷をMDC01からはじまり全ての疾患について、領域別委員会の先生方をお願いをし、同様の作業をしていただく予定である。現在、内保連には22の領域別委員会があり、全ての領域別委員会の先生に作業をお願いするかどうかが今後、議論がわかれるところであるが、領域別委員会の委員長に、委員の選出をお願いし、この作業のワーキンググループを設置させていただく予定である。また、MDCの内容によっては、調査の協力をすでに外保連に依頼した(表2:109頁)。

## VIII. 日本内科学会雑誌内保連特集号

内科系診療における技術評価—「もの」から「技術」への転換をめざして

“内科学は、広範な臨床医学の基礎となるべきものであり、臨床の場において疾病の病態と原因を明らかにする医学であるとともに、疾病を発見、診断し、薬物療法をはじめとする適切な治療によって疾病を癒し、患者を社会復帰せしめる医療技術である。”これは、日本内科学会が1998年に定めた『日本における内科医の在り方の理念』の冒頭からの抜粋である。この内科系の医療技術が、わが国の保険医療の中でどのように評価されているかについては、国民医療はもとより医学教育においても重要な意味をもっている。

「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受ける

ことができる日本の国民皆保険制度が、世界に類のない誇るべき制度であることは言うまでもない。わが国の保険医療では、1958年(昭和33年)の「新医療費体系」に始まる診療報酬点数表によって、医療行為ごとにその評価が定められている。いわば公定価格である。

しかし、この公定価格は現在までのところ、「技術」ではなく「もの」の評価に偏っている。内保連は、「もの」ではなく「技術」の大切さを基本的な立場として、半世紀以上にわたって保険医療に用いられてきた診療報酬点数表の中に、「診断」、「説明と同意」、「薬物療法における処方」をはじめ内科系技術評価の上で根幹的な欠点があることを指摘し、2013年4月に2つの文書(「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」、「薬物療法における医師の技術評価」)をもって明確にした(いずれも内保連ホームページに掲載、本特集号に再録)。

明治以来、今日までの医薬分業の歴史的な過程で、現行の特掲診療料「投薬」における処方料・処方箋料が設けられている。しかし、入院における「投薬」処方料は入院基本料に含まれるとされており、「注射」に関しては処方技術の評価する受け皿すら存在していない。これは診療報酬点数表が設けられた1950年代には、今日の使い捨て注射針や注射器、輸液セットなどにみる製造技術や消毒・滅菌技術が未発達であったこと、「注射」が薬物療法の主役となる病院医療における近年の発展の過程で、処方技術に関心が向けられず取り残されたことによる。今日、高額薬剤の前に、「注射」における技術評価は、影も形もないのが現状である。

2014年診療報酬改定で、16点(160円)であった血液採取料が20点(200円)に増点された。これでも検査関連4団体の原価計算からすれば40%に過ぎない。しかし、わずか4点の増点に要した医療費は70億円にのぼると聞く。「注射」処方に「投薬」並みの評価を与えるとすれば、数千億円ではきかないかもしれない。

2014年改定では、「もの」と「技術」の視点から、もう一つ重大な変化がみられた。薬価切り下げ分が診療報酬本体に回されなかったことである。1958年の「新医療費体系」の最大の特徴は、「もの」と「技術」の分離とされる。それは、薬価、医療材料を診療報酬とは別に定めることであった。これによって1965年(昭和40年)には、5324品目、薬価ベースで約11%が引き下げられ、うち3%が医師の技術料に振り替えられた。さらに、1972年(昭和48年)には、「薬価引き下げによって生じる余裕は技術料を中心に上積みする」という中医協建議がなされ、7236品目、薬剤費ベース3.9%を引き下げ、うち1.7%が技術料(医療費)に振り替えられた。以来、薬価切り下げ分(2010年改定で約5000億円、2012年で約5500億円)は、診療報酬本体の増額

表1 MDC04 呼吸器系疾患

診断・治療方針決定の難易度の部

疾患コード	疾患名 (ICD名称)	病名診断難易度 (A—E(F))	治療方針決定難易度 (A—E(F))	ICD名称<疾患コードに対応する傷病名>
040010	縦隔悪性腫瘍, 縦隔・胸膜の悪性腫瘍	D	F	C37 胸腺の悪性新生物
				C381 前縦隔の悪性新生物
				C382 後縦隔の悪性新生物
				C383 縦隔の悪性新生物, 部位不明
				C388 心臓, 縦隔および胸膜の悪性新生物, 心臓, 縦隔および胸膜の境界部病巣
				C39\$ その他および部位不明確の呼吸器系および胸腔内臓器の悪性新生物
				C771 胸腔内リンパ節の悪性新生物
				C781 縦隔の続発性悪性新生物
				C783 中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物
				D150 胸腺の良性新生物
				D384 胸腺の性状不詳または不明の新生物
040020	縦隔の良性腫瘍	D	E	D152 縦隔の良性新生物
				D174 胸腔内臓器の良性脂肪腫性新生物 (脂肪腫を含む)
				D383 縦隔の性状不詳または不明の新生物
				E320 胸腺の過形成遺残
				E329 胸腺の疾患, 詳細不明
				Q341 先天性縦隔のう〈囊〉胞
040030	呼吸器系の良性腫瘍	D	E	D142 気管の良性新生物
				D143 気管支および肺の良性新生物
				D144 呼吸器系の良性新生物, 部位不明
				D381 気管, 気管支および肺の性状不詳または不明の新生物
				D386 呼吸器の性状不詳または不明の新生物, 部位不明
040040	肺の悪性腫瘍	D	F	C33 気管の悪性新生物
				C34\$ 気管支および肺の悪性新生物
				C780 肺の続発性悪性新生物
				D021 気管の上皮内癌
				D022 気管支および肺の上皮内癌
				D024 呼吸器系の上皮内癌, 部位不明
040050	胸壁腫瘍, 胸膜腫瘍	E	F	C384 胸膜の悪性新生物
				C450 胸膜中皮腫
				C452 心膜中皮腫
				C782 胸膜の続発性悪性新生物
				D190 胸膜の中皮腫組織の良性新生物
				D382 胸膜の性状不詳または不明の新生物
040070	インフルエンザ, ウイルス性肺炎	A	A	J10\$ インフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ
				J11\$ インフルエンザ, インフルエンザウイルスが分離されないもの
				J12\$ ウイルス肺炎, 他に分離されないもの

にとって重要な財源となっていた。しかし、今回の2014年改定では、この薬価切り下げ分が診療報酬本体に回されず、診療報酬本体の増額はそれまでの10分の1にも満たないことになった。この財源喪失の影響はきわめて甚大であるだけでなく、薬価という「もの」を切

り下げた分を「技術」評価に振り向けることの是非を、改めて問う必要がある。

内科系技術は、定量的評価が難しい。現在、内保連は、診断・治療方針決定の難易度と総合負荷、説明と同意の実態把握とともに、「入院基本料には包含が困難

表2 各MDCごとの担当（案）

MDC	担当内保連領域別委員会	内保連領域別委員会委員長	担当外保連関連学会
MDC01：神経系疾患 MDC02：眼科系疾患 MDC03：耳鼻咽喉科系疾患 MDC04：呼吸器系疾患 MDC05：循環器系疾患 MDC06：消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 MDC07：筋骨格系疾患	神経関連委員会  (呼吸器関連委員会：SASのみ) 呼吸器関連委員会 循環器関連委員会 消化器関連委員会 (神経関連委員会) (膠原病・リウマチ性疾患関連委員会)	亀井 聡  門田 淳一 平山 篤志 上村 直実	眼科学会 耳鼻科学会    整形外科学会
MDC08：皮膚・皮下組織の疾患 MDC09：乳房の疾患 MDC10：内分泌・栄養・代謝に関する疾患	内分泌・代謝関連委員会 糖尿病関連委員会	成瀬 光栄 渥美 義仁	皮膚科学会 乳癌学会
MDC11：腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患 MDC12：女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 MDC13：血液・造血器・免疫臓器の疾患 MDC14：新生児疾患、先天性奇形 MDC15：小児疾患 MDC16：外傷・熱傷・中毒	腎・血液浄化療法関連委員会 女性診療科関連委員会 血液関連委員会 小児関連委員会 小児関連委員会 悪性腫瘍関連委員会	高橋 進  北村 聖 横谷 進 横谷 進 藤原 康弘	泌尿器学会 産婦人科学会   熱傷学会 or 外科学会 整形外科学会 or 外傷学会 or 熱傷学会 or 救急学会
MDC17：精神疾患 MDC18：その他	精神科関連委員会 心身医学関連委員会 ?	三國 雅彦  ?	

で内科治療上極めて労力を要する」26の重篤な急性疾患・病態の診療を“特定内科診療”というカテゴリーとして抽出（「内保連グリーンブック」）、DPC/PDPSの医療機関群におけるII群病院の内科系実績要件や「高度急性期病床」の要件としての評価を求めている。

本特集号は、会員数10万人を擁する日本内科学会と125学会を擁する内保連が、診療報酬と内科系技術評価を取り上げた初めての試みである。

#### IX. 新規加盟

- (1) 日本下肢・救済足病学会
- (2) 日本脊髄障害医学会
- (3) 日本フットケア学会

#### X. 三保連合同シンポジウム

- (1) 第13回  
テーマ：医療と介護の連携  
日 時：平成26年9月9日（火曜日）18：30～20：30  
会 場：聖路加看護大学 アリス・C・セントジョン・メモリアルホール

##### ①基調講演

「医療と介護の連携の道すじ」

吉田 学（厚生労働省大臣官房審議官医療介護連携担当）

##### ②講 演

- (1) 内保連より（20分）  
清水恵一郎（内保連 内科系診療所委員会・在宅医療関連委員会委員長）
- (2) 外保連より（20分）  
山口 俊晴（外保連会長）
- (3) 看保連より（20分）  
林 優子（看保連理事）
- (4) 全体討論

#### XI. 合宿討議

1. 第5回  
日時：7月26日（土）：18時～21時  
～27日（日）：9時～12時  
7月26日（土）  
(1) 診断群分類各疾患の「総合負荷」調査の推進  
(2) CCPマトリックス  
7月27日（日）  
(1) 説明と同意調査の推進
2. 第6回



日時：平成27年1月17日（土）18時～21時  
～18日（日） 9時～12時

1月17日（土）

- (1) 説明と同意（IC）  
講演と今後の討議

1月18日（日）

- (1) 「病名と治療方針決定の難易度」
- (2) 内保連として平成28年改定骨子の議論

## XII. 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。

- (1) 「説明と同意」評価に関する三保連合同検討
- (2) 「基本診療料」に係わる要望の受け皿
- (3) 生体検査のコーディング
- (4) 診断群分類各疾患の「診断難易度」, 「総合負荷」等の調査
- (5) 平成28年改定に向けた共同提案項目の検討
- (6) 生体検査試案作成および内視鏡関連要望について、内保連と外保連の共同推進

## XIII. 内視鏡関連ワーキンググループの件

内視鏡試案の考え方

1. 軟性管腔内視鏡検査（処置、治療）までの一般的な流れ

外来問診、診察 → 検査（治療）の必要性判断  
→ 検査（処置、治療）説明、検査（処置、治療）予約、インフォームドコンセント → 検査（処置、治療）のための患者来院 → 検査（処置、治療）前の問診、診察 → 必要書類の確認  
→ 前処置 → 内視鏡室への誘導 → 検査（処置、治療）環境の準備 → 検査（処置、治療）施行 → 検査（処置、治療）報告書の作成  
→ 検査（処置、治療）後バイタルチェック → 検査（処置、治療）後のリカバリーへの誘導 → 次の検査（処置、治療）のための片付け → リカバリーでの患者観察 → 検査（処置、治療）後注意点の説明 → 患者帰宅 → 検査（処置、治療）結果のための外来診察

この中で、検査（処置、治療）前の問診、診察から検査（処置、治療）後注意点の説明までを内視鏡検査（処置、治療）技術の試案の守備範囲とする。

原則

内視鏡試案は、軟性管腔内視鏡を用いた、消化器、呼吸器、泌尿器、女性器、頭頸部領域における検査（Dコード）、処置（Jコード）、手術（Kコード）を対象とする社会医療診療行為横断的な

試案とする。

大枠としては、内視鏡手技料+内視鏡診断料+洗浄消毒料を内視鏡技術料とする。

同じ技術であっても、症例や施設、状況に応じて変動するもの（重症度、年齢、補助者等、時間外休日深夜、前処置、鎮静・麻酔、画像等技術支援、検体採取、画像保管、など）は、加算の考え方を採用する。

軟性内視鏡試案に記載する試案技術料＝手技基本料+診断基本料+洗浄消毒基本料

実際の試案技術料＝

((手技基本料×重症度加算×年齢加算×障害者加算+前処置加算+鎮静麻酔加算+ナビゲーション加算+検体採取加算)+(診断基本料+画像保管管理料)+洗浄消毒基本料))×時間外休日深夜加算+全身管理のための薬剤費(酸素、二酸化炭素含む)

となるのが理想である。

2. 手技と診断の技術度について

内視鏡技術の構成要素である、検査（挿入および観察）、処置、治療と診断を、画像診断試案のように、明確に時間や技術度で分けることは難しい。しかし、内視鏡検査を例に挙げれば、現診療報酬体系でも、他院で撮影されたものに対する診断料を算定できることから、画像診断、報告書作成を診断料（技術度、医師束縛時間から算出）として基本構成要素とする。（挿入、観察を自ら行わず、検査画像に対して診断を行う場合も想定した。）なお、診断に要する時間は、挿入、観察を自ら行わず、医師1名が検査画像に対して診断を行う時間と規定した。

3. 人件費算出のための所要時間について

人件費は、外保連方式に則って、その検査（処置、治療）1例のための総所要時間（医療従事者が患者に関わる時間）、施行医の束縛時間、協力医師数と束縛時間、看護師数と束縛時間、技師数と束縛時間、より構成し、諸費用の計算は外保連の人件費の算出方法を用いる（総所要時間、人数、等、の算出方法は実態調査の中央値とする）。

検査（処置、治療）の時間算出は、患者来院後、簡単な問診、必要書類の確認、検査（処置、治療）前バイタルチェック、内視鏡室への誘導、検査（処置、治療）の準備、検査（処置、治療）、検査（処置、治療）後バイタルチェック、検査（処置、治療）後のリカバリーへの誘導、検査（処置、治療）後の説明、次の検査（処置、治療）のための片付け、までの時間とする（鎮静を用いない、もしくは、最小限鎮静の場合に要する時間を



採用、必ず中等度以上の鎮静を使用する場合でも鎮静の導入、鎮静の回復のための時間は含めない(鎮静・麻酔管理加算としてすでに考慮されている).).

#### 4. 室使用料について

外保連検査試案を参照にA-Fに分類し、実態調査に基づき中央値として使用される検査(処置、治療)室を算定する。内視鏡検査、治療のため手術室を利用することもあるが、全身麻酔が内視鏡室でかけられる環境があれば、手技的には内視鏡室で行えることが殆どを思われるため、手術室の使用料は規定しない。通常手術室を使うことが殆どの手技についても、生体検査A-Fに当てはめて算定する。

室使用料は手技基本料の構成要素となるため、実態調査に基づき、中央値となる室使用料を用いる(一つの内視鏡技術が様々な環境(部屋)で行われる可能性があるが、このバリエーションは診療報酬に反映させない。明らかにコストやアウトカムに違いがあり、他の要素(鎮静麻酔加算や重症度加算など)では反映できないが、部屋の違いを試案に反映させた方がいい場合は、違う技術として扱う。(例えば、内視鏡的食道狭窄拡張術(拡張バルーンによる)(B)、内視鏡的食道狭窄拡張術(拡張バルーンによる)(D)など)

#### 5. 医療器具・機器費について

使用する内視鏡機器一式(ベットなど従来の備付機器は除く)を、検査試案の医療機器の使用料の算定方法を参照に作成した。機器の使用料については、使用するプロセッサやスコープの性能・グレードを反映させるだけの根拠がないため、最低限の区分とした。

エックス線透視やエックス線CTなどを併用して軟性内視鏡を行う技術については、外保連の放射線画像検査試案ワーキンググループの定めるものを別途、算定することとした。(例えば、ERCPであれば、R11 45-2020 (DIC)、など)

なお、老巧化した医療器具・機器で行う技術の評価については今後の検討課題とする。

#### 6. 医療材料・薬剤費について

外保連検査試案の医療材料の精緻化のルールに則って精緻化を行う(実態調査)。なお、この際、鎮静・麻酔や補液などの目的で投与される薬品や点滴等に必要医療材料については記載せず、これらは鎮静・麻酔料として別途検討するものとする。

薬品については、その検査処置治療に必要な不可欠なもの(内視鏡を介して、検査(処置、治療)

部位に投与、撒布するものや経静脈的に投与する造影剤、増感剤などを記載する。薬品は後発品などもあるため、商品名では対応が難しく、一般名で対応したほうが現実的ではあるが、価格の計算ができないため、最頻用される商品名で計算する。

処置具についても、できれば一般名で対応したほうがよいが(ガイドワイヤー、高周波ナイフ、先端キャップ、オーバーチューブなど)、上記、薬品と同様の理由により、最頻用される商品名で計算する。セット化できるものはセット化する。

#### 7. 加算について

今回の軟性内視鏡試案の基本料として含めないが、総論的に加算を考慮したほうがよいものについても、その加算方法についての考え方も含めて、参考として記載した。なお、専門医加算の必要性を要求する声も多いが、技術料はあくまでそれぞれの試案技術の中央値的な技術度で評価し(基本料の人件費に含む)、技術レベルの高い医師は、検査(処置、治療)を数多くこなすことができる、中央値より早く終了することができるなどのメリットがあることから、算定しない。

##### 7.1 重症度加算(人件費と医療材料、医療機器、ASA分類など)

検査(処置、治療)前に的確に患者の状況を評価した場合、2度までは手技基本料を不変とするが、それ以降は手技基本料に3度1.5、4度2、5度3を乗ずることができる。

##### 7.2 年齢を考慮した加算(小児、超高齢者)(人件費と医療材料、医療機器)

##### 7.3 補助者等を必要とする場合の加算(車いす、ストレッチャー、高次脳機能障害者、など)(人件費と医療材料、医療機器)

##### 7.4 時間外休日深夜加算(人件費)

##### 7.5 前処置加算(上部、下部(小腸)、呼吸器、耳鼻咽喉科、泌尿器、女性器別で人件費、医療材料)

##### 7.6 鎮静・麻酔加算(人件費と医療材料、医療機器)

鎮静・麻酔については、外保連麻酔試案に従い、別に請求する。しかし、麻酔試案では深鎮静までの言及であり、内視鏡の場合は、軽度鎮静、中等度鎮静で行うことが多く、施行医、協力医師とは別に、麻酔に専属の医師もしくは看護師が1名配属され、呼吸循環器系のモニターが行われている場合に限り、鎮静・麻酔管理料として、外保連麻酔試案の深鎮静管理料の、20%(軽度鎮静)、50%(中等度鎮静)の費用を手技料として加算する。局所麻酔のみの検査、治療では、局所麻酔料

は前処置に含まれると考える。薬剤を使用した場合は、薬価基準の定めるところにより算定できる（ジアゼパムやプロポフォールなど）。投与した酸素、二酸化炭素、等も実費を算定できる。

7.7 検体採取加算（生検、細胞診、内容液採取）（人件費、医療材料）

本加算は、検体採取までの費用を想定しており、検体を病理学的に診断するために行われる様々な加工（固定用のホルマリンやろ紙なども含めて）については病理診断料のほうで考慮頂く。これ以上の費用が想定される場合は、この加算の考え方は用いず、別の試案技術名を作成することで対処する（例えば超音波内視鏡下吸引生検など）

8. 画像等技術支援加算

検査、処置、治療において画像等技術支援を行った場合の技術支援分の費用については、別途、算定する。特にナビゲーションによるものについては、外保連の放射線画像検査試案ワーキンググループの定めるものを算定する。

9. 画像保存管理加算（医療機器（サーバー、部門システム）、医療材料）

電子媒体で画像を記録保存し、院内で常時参照可能であり、他院への紹介時などに電子媒体で画像を提供できる体制が整備されている場合は、5年以上保管することを条件に、100円を内視鏡診断料の加算として算定する。

その他

- ・実地診療においては、通常観察、検体採取、処置、治療が、1連の診療行為で行われることが多いが、この場合の技術料の算定については、より上位の技術料1つのみを算定する。
- ・本試案で技術名が煩雑となっている現状については（例えば、小腸内視鏡検査（バルーン法）（光デジタル法拡大なし）・経口、など）、将来的にコーディング作業を行う必要がある。
- ・病変を発見した際の加算、適切に治療した場合の加算、など、成功報酬的な概念は、医療コストを客観データとして作成した本試案を参照に、今後の検討課題とする。
- ・本試案は軟性管腔内視鏡を定めたものであるが、第2版以降は、同様の考え方で技術料算定が可能な硬性管腔内視鏡技術に対しても門戸を広げることを考慮する。

XIV. 平成28年診療報酬改定における内保連の基本方針—ものから技術へ—

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内科系技術重視への転換をめざす。また、薬価引き下げ分を「ものから技術への移行」へめざす。

1. 「特定内科診療（25疾患）」のII群病院、高度急性期病院への導入

「内保連」グリーンブック

内科系技術評価法の1つとして、内科系疾患・病態で、入院基本料には包含が困難と考えられ、誰がみても内科治療上極めて労力を要する26の重篤な急性疾患・病態（ただし、重症度については人工呼吸器使用など別に定義）の診療を抽出し、これを“特定内科診療”として現行診療報酬体系に位置づけることを目指した。他にも内科系技術が必要な重篤な疾患・病態は数多くあることは認識しているが、軽い病態が含まれる事をできるだけ避け、確実に重篤な疾患・病態に絞り込んだ。

内科系技術評価に関するこの取り組みを公表するにあたり、外保連試案にあわせて名称を内保連試案とすると、対象を網羅してコード化などで分類した上で算定評価を行うという外保連試案のアプローチを連想し、誤解を招きかねない。そこで、内保連では、グリーンブック ver. 1として世に問うこととした。

今後、さらに多角的な視点から内科系技術を調査・分析し、内科系技術が正当に評価していただけるように努力し、版を重ねて行きたい。

2. 薬物療法における処方技術評価の改善

特掲診療料「注射」に処方料を新設すべき

内保連の主張：薬物量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。

(1) 入院延べ日数は4億7千万人日（平成25年度厚生労働省 医療費の動向）

(2) 注射（入院）の「処方料」を1日1人1回、100点として、4,700億円

実施に当たっては、抗がん剤、免疫抑制薬、生物製剤100点、それ以外70点など

(3) 注射（外来）については、件数について別途調査が必要。

3. 「説明と同意」を評価し、「指導管理料」の増設  
医療法第1条の4題項

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

平成24年に内保連調査では、診療報酬点数早見表に含まれる「説明と同意」は777項目ある。それに基づき、下記の項目等について時間・難易度・総合負荷を調査する予定である。

- (1) 遺伝病の診断・治療方針の説明、指導管理
- (2) 終末期対応の説明と同意
- (3) レスピレータ装着の説明と同意
- (4) 心疾患の退院時心蘇生法指導（患者家族）
- (5) 不妊症、反復習慣流・死産患者の指導管理
- (6) 発達障害時指導管理 など

#### 4. 医療安全の推進

医療安全は患者のみならず、医療者にとっても重要な課題であり、その推進が求められる。

血液採取料は200円でよいか。

26年改定では16点から20点に増点。(700億円とも云われる。49点にするにはさらに507億円が必要)

#### 5. 医療連携と在宅医療の推進

- (1) B005-2 地域連携診療計画管理料(大腿骨頸部骨折、脳卒中)の対象疾患拡大  
例：急性心筋梗塞、結核、血友病、てんかん、等の専門医との連携強化

- (2) B009 診療情報提供書料の対象拡大  
例：職場「産業医」への評価（癌など社会復帰の支援）

- (3) 外来DOTS加算（服薬支援計画に基づく結核対面服薬指導）

#### 6. チーム医療の推進と医師負担の軽減

- (1) 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（算定要件の見直し）

- (2) A233-2「栄養サポートチーム加算」の結核病床への拡大（算定要件の見直し）

- (3) 放射線治療計画によるチーム加算

- (4) 臨床心理士による神経心理検査の評価（国家資格取得後？）

#### 7. 国民に役立つ医療技術の導入（新規）・是正（既取載）と有効でない技術の見直し

- (1) 3, 4, 5, 6に該当する提案の抽出と検討

- (2) 医学の進歩

有用性（国民医療への貢献）

費用とリスク（例：虚血性心疾患の運動負荷試験）

- (3) すでに有効性を失っている技術の抽出

## XV. 平成28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。

平成28年度診療報酬提案書提出スケジュール

	医療技術提案書	医薬品提案書	医学管理料等
平成26年4月～5月	内保連第115回例会		
	三保連		
平成26年10月	内保連第116回例会		
平成26年12月10日	第一次提案書提出	第一次提案書提出	第一次提案書提出
	(提出する項目のみ、学会内での順位を決定する)	(提出する項目のみ、学会内での順位を決定する)	(提出する項目のみ、学会内での順位を決定する)
平成27年2月20日	領域別委員会検討締切(各領域での順位を決定する)	領域別委員会検討締切(各領域での順位を決定する)	領域別委員会検討締切(各領域での順位を決定する)
平成27年2月～3月	書式の決定及び告知		
平成27年4月10日	提案書最終締切	提案書最終締切	提案書最終締切
平成27年4月～5月	内保連第117回例会		
平成27年5月～6月	内保連ヒアリング	内保連ヒアリング	内保連ヒアリング
平成27年6月10日	厚労省提出	厚労省提出	
平成27年6月			運営会議で決定
平成27年7月			代表・副代表会議で決定
平成27年7月			厚労省に提出
平成27年8月	厚労省ヒアリング		



医療技術評価分科会が今回扱うのは医科では、「医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）」までです。ただし、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部医学管理等の中で、評価及び再評価すべきエビデンスをもって提案できる技術も対象に加えることとする。医学管理等の提案は、原則として、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるものに限る。点数表でそれぞれの提案の位置付けをご確認下さい。

従って、平成28年度診療報酬改定に向けての提案書は3部建てとなります。

- ①上記の医療技術評価分科会に提出される内容のもの、
  - ②医学管理料等、
  - ③薬剤の適用拡大等の医薬食品局扱いとなるもの、
- の3種です。

## XVI. 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、22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、「注射処方評価」への取り組みなどの活動を積極的に進める。

また、「三保連」、「内保連・外保連意見交換会」の活動を積極的に進める。

---