

平成27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；田中 正巳
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；小松 則夫
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
23. アレルギー関連委員会；岡田 千春

I. 会議開催

- (1) 例会：第117回；平成27年6月2日
第118回；平成27年11月17日

- (2) 代表・副代表会議：平成27年5月12日、10月27日
- (3) 運営会議：平成27年5月26日、11月10日
- (4) 合宿討議：第7回；平成27年7月25日～26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27年6月9日、10月6日
- (6) 内保連・厚生労働省打合せ：平成27年4月14日
- (7) 厚生労働省ヒヤリング：平成27年8月11日
- (8) 三保連シンポジウム：第14回；平成27年9月17日
- (9) 領域別委員会等；精神科関連委員会；平成27年4月7日
在宅関連委員会；平成27年5月20日
- (10) 内保連・外保連打合せ：平成27年4月6日、5月25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28年(2016年)改定における内保連の基本方針

日本経済の再生に向けた3本目の矢である成長戦略「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」の取り組みのうちの「戦略市場創造プラン」において、『国民の「健康寿命」の延伸』がテーマの1つとされている。内保連は、その中で「③病气やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会の実現」を目指して努力している。その良質な医療の実現に重要なのは、医療チームの技術であることは言うまでもなく、2014年12月、内保連の当面している課題を、日本内科学会雑誌103巻12号に特集「内科系診療

における技術評価—「もの」から「技術」への転換を目指して」として纏めた。

平成27年（2015年）1月、内保連は厚生労働省に対して、「ものから技術へ」をテーマとして、「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」とする1972年中医協（中央社会保険医療協議会）建議に立ち戻ることを前提に、平成28年度（2016年度）改定では、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して、以下8項目の平成28年診療報酬改定における内保連の基本方針を提案した。

1. 内科系高度急性期医療を評価して、「特定内科診療」をII群病院実績要件3へ導入および高度急性期病院の機能評価に導入すること。
2. 内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、特掲診療料「注射」に「処方料」を新設すること。
3. 医療法第1条の4第2項に基づく「説明と同意」を評価して、時間と労力を特に要する事項について、「がん患者指導管理料」等に準じて「指導管理料」を増設すること。
4. 血液採取料（20点）の抜本的増点（2010年、日本臨床検査振興協議会医療政策委員会は採血1件あたりの平均コストを約490円とした）など医療安全を推進すること。
5. 評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価。
6. 医療連携と在宅医療の推進のために、大腿骨頸部骨折、脳卒中に限られている地域連携診療計画管理料の対象疾患を急性虚血性心疾患などへも拡大すること（診療情報提供書料の対象を産業医へも拡大して社会復帰を推進すること、院外処方率70%に達し多剤処方抑制の意義が減る一方、多数医療施設への通院など弊害をもたらす処方せん料7剤以上規定を撤廃すること（なお、2014年度改定で新設された「地域包括診療料」では、4疾病が7剤規制の対象外となった）、等）。
7. チーム医療を推進して医師負担を軽減すること（「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、「栄養サポートチーム加算」の結核病床、精神病床への拡大、放射線治療計画によるチーム加算、等）。
8. 国民に役立つ医療技術の導入・強化と有効性を失った技術の見直しを図ること。

IV. 国民に役立つ医療技術の導入・強化と有効性を失った技術の見直し

内保連では以下の日程で、平成28年度（2016年度）医療技術提案の取り纏めを行った。2014年12月10日第一次学会（125学会）提案項目（含む順位付け）の取り纏め、2015年1月18日代表・副代表（7名）会議で基本方針を討議、1月～2月 領域別委員会（22領域）で学会間の調整・順位付け等の検討、3月～4月 第二次学会提案（詳細付き）の取り纏め、5月～6月 内保連代表・副代表による領域・学会ヒヤリング実施、6月19日 厚労省へ未記載技術119件、既記載技術286件を提出。7月～8月 厚生労働省保険局医療課による各学会のヒヤリングが実施され、医学管理等（医療課直接手渡し分）52件、医薬品（食品医薬品局宛て）48件は、内保連のヒヤリングに際して直接手渡した。また、引き続き小児医療の改善を図る立場から、医学管理から特掲診療各部に及ぶ小児科領域に関して、前回と同様に一括・再掲して取り纏め、さらに日本産科婦人科学会、日本精神神経学会の関連提案を少子化対策の視点から纏めて新たに提案した。さらに、近年、疾病診断の根幹を担う病理診断（特掲診療第13部：病理診断）の多くが、医療機関ではない登録衛生検査所等で実施されており、病理専門医の絶対的不足の進行など、深刻化している病理診断に関わる保険診療体制の改善を、喫緊の課題として取り上げた。

今回の技術提案の特徴は、①従来から提案内容の重複、不整合を避けるため、複数学会による共同提案を推進してきたが、今回は未記載技術の55%、既記載技術の58%、医学管理等の73%が、2つ以上の共同提案であったこと。②これまで各学会で提案項目の順位付けが行われてきたが、今回初めて領域別委員会において、国民医療の視点から関連学会の枠を超えた領域別順位付けが検討され、22領域別委員会のうち12領域で順位付けが実施されたこと。③国民に役立つ医療技術の導入・強化だけでなく、既に有効性を失った技術の抽出作業も進めており、今回は検査関連委員会から検体検査31項目について保険記載の廃止を提案した。なお、内保連と外保連（外科系学会社会保険委員会連合）は内視鏡に関する合同ワーキンググループを立ち上げ、内視鏡関連の技術提案を平成30年度（2018年度）改定に向けた、共同提案を準備している。

V. 「特定内科診療」と内保連グリーンブックVer. 1

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ver.1 2013を刊行した。

2016年度の診療報酬改定に向け、DPC制度改革の骨格が明らかになり、II群要件に内保連の提唱する「特定内科診療」の診療実績を導入するほか、機能評価係数IIに「重症患者への対応機能」に着目した係数を新設することなどが、14日に開かれた診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会で固まった。

▽II群要件に、内保連（内科系学会社会保険連合）による「特定内科診療（2014年度版）」の考え方を導入する

後者は、「内科系疾患を多く診ている病院」についても適切な評価を行うための見直しで、具体的には、▽重症脳卒中▽髄膜炎・脳炎▽重症筋無力症クラーゼーなど25疾患の診療実績を、II群要件の1つである「高度な医療技術の実施」に組み込む。

現在、「高度な医療技術の実施」要件は、(3a)手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(3b)DPC算定病床当たりの外保連手術指数(3c)手術実施症例件数—の3項目について、それぞれ一定の基準を満たすこととされているが、ここに、特定内科診療の(3A)月間症例数(3B)月間100床当たり症例数(3C)症例割合(特定内科診療が総入院症例に占める割合)—の3項目を加える。

したがって「高度な医療技術の実施」要件を評価する項目は都合6つになるが、6項目すべてについて一定基準を満たすことが求められるかどうかは今後の議論に委ねられる。厚生労働省保険局医療課の担当者は「6項目のうち、5項目あるいは4項目が一定基準を満たせば『高度な医療技術の実施』要件をクリアしている、との考え方もあり得る」としている。

II群要件の他の項目（診療密度、医師研修の実施、重症患者に対する診療の実施）については、細部調整以外は行われない見込みである。

VI. 説明と同意の評価

研究分担者（敬称略・順不同）

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、代表：工藤翔二

「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) 研究計画書

本資料（以下、「追補版」）は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（以下、「指針」）にある事項のうち、IRB申請上参考になると思われる点について付記したものである。

各種用語の定義は「IC Study調査マニュアル（以下、「マニュアル」）」および指針を参照されたい。

なお、本調査への協力に関する説明と同意については「本研究参加依頼についての説明と同意」とし、検査や診断等に関する説明と同意と区別しているので留意されたい。

1. 研究組織の概要

本研究は多施設共同研究である。主たる研究機関、研究統括責任者、研究分担者、研究協力施設（者）、ならびに研究に係る費用はそれぞれ以下の通りである。

- ・主たる研究機関：聖路加国際病院
- ・研究統括責任者：蝶名林直彦（内保連「説明と同意」委員会委員長）
- ・研究分担者：内科系社会保険連合「説明と同意」委員会委員のうち、各領域担当者および研究アドバイザー
- ・研究協力施設および研究協力者：内科系社会保険連合「説明と同意」委員会委員によって研究実施の依頼を受け、かつ研究協力を行う施設および医師
- ・研究に係る費用 内保連が負担するものとする。

2. 研究対象者の選定方針

本研究の研究対象者は、患者本人もしくはその代諾者、ならびにIC手続実施者の三者である。それぞれの研究対象者の選定方針は下記の通りとする。

- ・患者
- ・研究計画書「6. 対象者の選択」①選択基準を参照
- ・代諾者
- ・対象IC手続を受け、患者の意思決定を代行できる方としてIC手続実施者が適当と判断した者。
- ・「本研究参加依頼についての説明と同意」の代諾者も兼ねる。
- ・IC手続実施者
- ・患者にIC手続を行う上で必要な能力、適性を備えていると研究協力者が判断した医師

3. 16歳未満の未成年等を研究対象者とすることが

必要な理由

本研究では、代諾者や小児科患者等へのIC手続きの負荷の実態も調査するため。

4. 代諾者への説明事項

「説明と同意 調査ご協力のお願い」の事項を説明する（当該事項には、患者が選定された理由も含む）。

5. 研究の科学的合理性の根拠

- ・ IC手続き内容、および実施時間測定の客観性の確保
- ・ IC手続実施者が原則として説明すべき項目および実施時間の標準的な測定手順については、それぞれ研究計画書およびマニュアルで別途定め、標準化を図っている。
- ・ IC手続きの専門性等についての指標の客観性の確保
- ・ 本研究では、説明行為の難易度および総合負荷を評価する項目を設けているが、それぞれ、田倉および高橋によって提案された「難易度」と「総合負荷」の定義を用い、指標の客観性と妥当性確保に留意している。

6. 指針を遵守した「本研究参加依頼についての説明と同意」の取り方

本研究は指針における「侵襲を伴わない研究」の「介入を行う研究」に該当し、必ずしも文書で本研究参加依頼についての説明と同意を受けることを要しない。

患者もしくは代諾者に対して口頭で本研究参加依頼についての説明と同意を受ける際には、「説明と同意 調査ご協力のお願い」の内容を説明するとともに、当該患者等が拒否できる機会を保障する。

患者もしくは代諾者に対して文書で本研究参加依頼についての説明と同意を受ける際には、当該文書に沿って説明するとともに、当該患者等が拒否できる機会を保障する。

IC手続実施者に対しては、研究協力者から当該IC手続実施者に対し、口頭で研究計画書の内容等を説明するとともに、当該IC手続実施者が研究への参加を拒否する機会を保障する。

7. 個人情報等の取扱い

本研究は個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法）に準拠して実施される。患者もしくは代諾者が患者記入票を投函する際には、無記名で投函することとし、返信用封筒にその旨を記載する。本研究においては、連結不能匿名化された調査票が使用される。これにより、調査票に個人情報保護法上の個人情報が含まれることは

ない。

個人情報に該当する研究協力者の連絡先の収集は、同意書にて同意書を得た上で実施する。

本研究によって収集された情報については、個人情報保護法の適用の有無にかかわらず、その取扱いに細心の注意を払うこととする。

その他の本研究における個人情報の保護方針については研究計画書「10. 個人情報の保護」（7ページ）を参照のこと。

8. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスクおよび利益、これらの総合的評価並びに当該負担およびリスクを最小化する対策

患者もしくは代諾者に対する身体的な負担としてアンケート項目の記入が挙げられるが、負担が最小限になるように設問を簡易な選択式とし、設問数を抑えている。

IC手続実施者に対する負担としては、所要時間の把握およびアンケート項目の記入が挙げられるが、いずれも数分間で実施可能と想定される。

9. 調査票および調査票に含まれる情報等の保管

本研究で得られた診療科調査票および医師記入票については、委託業者（(株)健康保険医療情報総合研究所）に送付するまでの間は研究協力者が責任を持って厳重に保管するものとする。

患者および研究協力者から委託業者に送付された調査票は、委託業者が下記の規定に基づき運用管理を行う。

- ・ 調査票の利用者
- ・ 委託業者内での調査票の利用者は、研究計画書「5. 研究組織（データ収集・集計および解析担当）」に記載された担当者および当該担当者の直接監視下にある者とする。
- ・ 委託業者内における調査票の運用管理方法
- ・ 提出された調査票については委託業者執務スペース内の鍵のついたキャビネットに保存し、鍵は上記の担当者が厳重に管理するものとする。
- ・ 利用場所
- ・ 調査票および調査票に含まれる情報（以下、当該業務関連データとする）の利用場所は、委託業者内の執務スペースに制限する。委託業者の全ての執務スペースへの入室は、入館証を交付された者および当該入館証を交付された者に付き添われた者に限定され、入館証によって制御されている。なお、打ち合わせや発送作業等のために委託業者内の執務スペース以外の区画においても当該業務関連データの一時的な利用を行うことがあるが、当該業務関連データの保管、当該業務関

連情報資産の利用・保管は行わない。

なお、委託業者はプライバシーマーク JISQ15001 (2006準拠)、JIS Q27001 (2008準拠) の認証を取得しており、各認証の規程を遵守することとする。

10. 調査票および調査票に含まれる情報等の破棄
本研究で得られる調査票は連結不可能匿名化され、かつ調査票には個人情報に含まれていないため、個人が特定できる情報は扱わない。
本研究で得られた調査票および調査票に含まれる情報(集計・分析時に作成したすべての中間生成物を含む)については、委託業者内で研究終了後5年後にすべて破棄するものとする。
11. 研究協力施設の長への報告内容および方法
各協力施設内の取り決めに従う。
なお、研究統括責任者への報告内容および方法は、別途マニュアルに記載する。
12. 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反および個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況
本研究については、内保連からの研究資金以外、企業や営利を目的とした団体からの資金の提供を受けておらず、研究実施の透明性や結果の信頼性が損なわれることはない。
また、本研究の委託業者は本研究の結果によって利益を得る立場にはないため、本研究と委託業者との間にも利益の相反は存在しない。
13. 研究に関する情報公開の方法
本研究の成果は、個人が特定できない形で公開することがある。当該事項については「説明と同意 調査ご協力のお願い」に記載されている。
14. 研究に関する業務の一部を委託する場合には、当該業務内容および委託先の監督方法
本アンケート調査の結果は連結不可能匿名化されており、かつアンケート項目に個人情報は含まれない。研究統括責任者および副委員長は、委託業者との定期的な打ち合わせ等を持つことにより、業務の遂行状況について監督を行う。
15. 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合には、その旨と同意を受ける時点において想定される内容

本研究の調査票および調査票に含まれる情報(集計・分析時に作成したすべての中間生成物を含む)は、本研究の目的以外では使用することは無い。

16. 対象者の選択

①選択基準

当該施設の入院あるいは外来において以下の検査あるいは治療が、初めて行われる場合に対象者となるが、特に年齢や性別は問わない

実際の施行に当たっては、除外基準に触れない患者を連続的に登録していく方法がとられる。

【対象となる領域別検査あるいは治療】

悪性腫瘍：①癌化学療法②終末期意志決定③癌の診断・治療方針④遺伝子検査

血液疾患：①造血幹細胞移植②白血病・リンパ腫治療③骨髄検査④輸血

呼吸器疾患：①人工呼吸器装着②癌治療方針決定③気管支鏡生検④胸腔ドレナージ

消化器疾患：早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術

①初診時もしくは治療直前②外来再診時

小児科疾患：①遺伝学的検査②生物学的製剤使用③重症先天性疾患の説明④パルス・免疫抑制薬療法

神経疾患：①人工呼吸器装着②神経筋生検③神経免疫療法

循環器疾患：①心臓カテーテル検査②カテーテルアブレーション③経皮的冠動脈インターベンション④デバイス植え込み術⑤重症心不全

腎臓関連：①透析開始②血漿交換療法③腎臓生検

女性診療科関連：①癌化学療法②排卵誘発③陣痛促進

放射線関連：①CTガイド下肺生検②肝動脈化学塞栓治療③腹部動脈塞栓術④甲状腺腫瘍に伴う内用療法⑤パセドウ病に行う内用療法⑥残存甲状腺に行うアブレーション⑦前立腺癌に対する強度変調放射線治療

精神神経関連：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、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。

今回は、診断難易度と治療方針決定難易度をMDC01から18まで全ての疾患について、全領域別委員会および関連する学会をお願いをし、同様の作業をいただいている。

病名・治療方針決定難易度の今後の進め方は下記の通りである。

1. エクセルの赤で塗られた疾患の難易度を該当する領域別委員会であつていただく。
2. 難易度は以下の指針で行う。
 - ①難易度は別添の内保連難易度表を参考にAからE (F) まで名に難易度 (案) をつける (領域別委員会と協議して決定。その際、学会間の調整も行う。基本的にはエキスパートオピニオンで決める)
 - ②Fに関しては多職種で協議して病名・治療方針を決定する必要があるものを難易度とは別に記入していただく。すなわちE+F、D+Fなど

③領域ごとに難易度が正規分布するようにする (A10%、B20%、C40%、D20%、E10%になるように割り振る)

3. その後、赤の委員会で決定した内容を黄色の委員会に提示し調整したうえ内保連難易度最終案とする。
4. エクセルの緑の疾患は外保連にお願いして該当する学会で難易度をつけていただく。その案をもとに黄色の委員会で調整する。
5. 最終的には、難易度を内保連代表副代表会議、運営会議、例会で承認していただく。
6. その案を、外保連に提出し承認されたものを難易度 (最終版) とする。

VIII. 新規加盟

- (1) 日本遺伝カウンセリング学会
- (2) 日本泌尿器科学会
- (3) 日本カプセル内視鏡学会
- (4) 日本小児リウマチ学会

IX. 三保連合同シンポジウム

- (1) 第14回
テーマ：平成28年診療報酬改定に期待するもの
～三保連の連携と重点的な要求の工夫～

日 時：平成27年9月17日 (木) 18時～20時

会 場：御茶ノ水ソラシティ

講 演

- (1) 内保連の目指す診療報酬改定
工藤 翔二内保連代表
- (2) 平成28年度診療報酬改定における看保連の要望
任 和子看保連理事
- (3) 外保連手術試案の新しい評価軸
川瀬 弘一外保連会長補佐
- (4) 総合討論

内保連難易度 (診断難易度、治療方針決定難易度)

難易度に対する身分		経験年数
A	一般臨床医I	2.4年
B	内科認定医レベル/一般臨床医II	5年
C	各領域の専門医 (呼吸器内科専門医など)	10年
D	より高度な技能を有する専門医 (気管支鏡専門医など)	15年
E	さらに特殊な技能を有する専門医 (難病・希少疾患など)	15年

*多職種のカンファレンスで診断・治療方針を決める必要があるものをFとする

X. 合宿討議

1. 第7回

日時：7月25日(土)：18時～21時～7月26日(日)；

9時～12時

7月25日(土)

診療報酬上の取り組むべき課題と今後の方向性(病理)

7月26日(日)

内保連として平成28年改定の議論

2. 第8回

日時：平成28年2月6日(土)18時～21時～7日(日)；9時～12時

2月6日(土)

(1) 高額医薬品をめぐる考え方

(2) 「病名と治療方針決定の難易度」の現状報告

2月7日(日)

(1) 現在の保険改定の積み残し

(2) IC調査の現状報告

XI. 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

XII. 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のできるだけ避け、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) レスビ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。

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。

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（既収載）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

XIII. 平成28年診療報酬改定スケジュールの件

次頁のスケジュールで提案書を提出することとした。

XIV. 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、

特定内科診療 25 疾患

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30 以上)	010040x199x\$\$x (入院時JCS30 以上) 010060x199x\$\$x (入院時JCS30 以上)	出血と梗塞 JCS30 以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x (入院時JCS100 以上, もしくは処置 2 ありのうち人工呼吸あり) 150050 (該当DPC6 桁全て) (入院時JCS10 以上, もしくは人工呼吸あり)	処置 2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (ICD G700 のみ)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$\$x (処置 2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$\$x (処置 2 あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	処置 2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx1xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) のうち J045 人工呼吸あり	処置 2 (人工呼吸あり)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1xx (処置 2 あり)	処置 2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮乏症候群, ARDS	040250xx99x\$xx (処置 2 あり) (J045 人工呼吸あれば可 PGI2 のみは除く)	処置 2 (人工呼吸あり)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置 15 あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$x (処置 2 あり SPECT・シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置 15 あり)	人工呼吸or緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$\$x (処置 2 あり中心静脈注射のみ除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置 15 あり) 050190xx99x\$xx (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD I822 を除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし, 処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置 2 (人工呼吸, PMX 等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$x1x\$ (手術あり/なし, 処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD K85 のみ)	処置 2 (人工呼吸, CHDF 等)
16	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (DPC6 桁全て)	診断名あればすべて
17	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x (処置 2 あり/なし) (ICD E055 のみ)	診断名, 手術なし
18	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx (処置 2 あり/なし) (ICD E272 のみ)	診断名あればすべて
19	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須)	診断名と腎生検
21	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須)	診断名と腎生検
22	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910, C920, C950 のみ)	化学療法, 実症例数
23	悪性リンパ腫	130020xx\$\$x3xx 130030xx99x\$\$x (化学療法あり) 130030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD 絞りなし)	化学療法, 実症例数
24	再生不良性貧血	130080 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし)	実症例数
26	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし) (リハビリ実施必須)	リハビリ
27	薬物中毒	161070 (DPC6 桁全て) (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置 2 (人工呼吸・PMX 等) あり
28	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置 23 あり) (ICD 絞りなし)	処置 23 (PMX・CHDF) あり

※各特定内科診療に指定した診断群分類はDPC対象外コードを含む

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。