

## 一般社団法人内科系学会社会保険連合事業報告

### 1. 運営委員会一覧

#### (1) 役員

	氏名	所属
理事長	小林 弘祐	北里研究所
副理事長	清水恵一郎*1	阿部医院
同	伊東 春樹*2	榊原記念病院
同	蝶木林直彦*3	聖カタリナ地域包括ケア病院
同	横谷 進*4	福島県立医科大学
同	高橋 和久*5	順天堂大学
理事	井田 正博	国立病院機構水戸医療センター
同	上村 直実	国立国際医療研究センター国府台病院
同	大西 洋	山梨大学
同	荻野美恵子	国際医療福祉大学
同	島田 朗	埼玉医科大学
同	平川 淳一	平川病院
同	古川 泰司	帝京大学
同	待鳥 詔洋	国立国際医療研究センター国府台病院
同	矢富 裕	東京大学
同	横手幸太郎	千葉大学
監事	工藤 翔二	公益財団法人結核予防会
同	清水 達夫	川越病院
名誉会長	齊藤 壽一	東京山手メディカルセンター
顧問	渥美 義仁	永寿総合病院
同	土器屋卓志	杏雲堂病院
同	宮澤 幸久	帝京大学

#### ※業務執行理事

	業務
*1 財務担当	資産および会計の業務に対する監督および助言等を行い、決算報告及び予算の提案等を行う
*2 新領域推進担当	新しい診療領域委員会の設置または解散等についての提案や検討を行う
*3 三保連シンポジウム担当	外保連、看保連と連携し、シンポジウムの企画、運営等を行う
*4 総務担当	現在および将来の課題に関する提案または検討等を行う
*5 診療報酬制度改革担当	診療報酬制度のあるべき姿について基本方針を立案し、提言等を行う

(2) 診療領域別委員会委員長

検査関連委員会	東條 尚子
放射線関連委員会	待鳥 詔洋
リハビリテーション関連委員会	近藤 國嗣
消化器関連委員会	村島 直哉
循環器関連委員会	池田 隆徳
内分泌・代謝関連委員会	田中 正巳
糖尿病関連委員会	島田 朗
腎・血液浄化療法関連委員会	川西 秀樹
血液関連委員会	神田 善伸
呼吸器関連委員会	西村 善博
神経関連委員会	長谷川泰弘
膠原病・リウマチ性疾患関連委員会	高崎 芳成
感染症関連委員会	小林 治
悪性腫瘍関連委員会	室 圭
精神科関連委員会	福田 正人
心身医学関連委員会	河合 啓介
小児関連委員会	横谷 進
女性診療科関連委員会	西 洋孝
内科系診療所委員会	近藤 太郎
在宅医療関連委員会	清水恵一郎
栄養関連委員会	島田 朗
病理関連委員会	佐々木 毅
アレルギー関連委員会	福永 興壺
内視鏡関連委員会	清水 伸幸
遠隔医療関連委員会	伊東 春樹

2. 活動報告

- (1) 理事会：6月1日
- (2) 運営委員会：6月15日
- (3) 社員総会：6月29日
- (4) 内保連・外保連合同 AI 診療検討委員会：4月5日，12月14日
- (5) 遠隔医療関連委員会：4月12日
- (6) 第21回三保連合同シンポジウム事前打ち合わせ：10月1日，12月6日
- (7) 第21回三保連合同シンポジウム：12月8日
- (8) 厚労省意見交換会（診療報酬改定ヒアリング）：8月2日
- (9) 中央社会保険医療協議会（公聴会）：1月21日

### 3. 「内保連」活動の二つの柱

内科系 138 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。

### 4. 令和 4 年度改定における内保連の基本方針（重点提案）

令和 4 年度改定においても、内保連の“「モノ（薬剤、材料、機器）」から「ヒト（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。

令和 4 年度改定においても、引き続きその立場から、以下の重点提案を定めた。

#### ○ 基本方針の項目

- (1) 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」に D 項目の追加
- (2) 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
- (3) 「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
- (4) 医療安全の推進（血液採取料、消化器軟性内視鏡安全管理料）
- (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) AI（人工知能）診療・診断の推進
- (11) 国民に役立つ医療技術の導入・強化（令和 4 年度内保連医療技術提案）

#### ○ 基本方針の概要

##### (1) 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」に D 項目の追加

現在の「重症度、医療・看護必要度」には内科系医師からみた該当患者の評価項目が不十分である。また、現行の判定基準は A～C 項目が個々にカットオフ値を持つようないわば縦割りの構造となっており、その構造が尺度の感度や特異度等を低下させている可能性がある。

##### 【提案】

- ・ 内科系医師からみた重症者の評価項目として、D 項目（内科系医療ニーズ）を新設すべきである。

- ・ A～D 項目の合計得点（カットオフ値 8.5 点）を用いて該当患者を判定すべきである。

## (2) 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

現行の診療報酬では投薬には処方料・処方箋料が設定されているが注射には処方料・処方箋料が存在しない。然しながら、医師に対するアンケート調査と DPC データをもとに、注射処方の負荷に関する分析を実施したところ、注射の処方技術に関連し、医師に対して診療の負荷および時間がかかっていることが確認された。

### 【提案】

- ・ 入院患者に対し、注射薬の投与開始日および追加投与（種類の異なる注射薬に限る）の行われた初日に算定する。
- ・ 当該日の注射薬の種類数が 6 種類以上の場合は、1 処方につき 50 点を、11 種類以上の場合は 1 処方につき 160 点を所定点数に加算する。注射薬の種類数は一般名で計算する。
- ・ 当該日において区分番号 G100 に掲げる薬剤および区分番号 G200 に掲げる特定保険医療材料を合算した点数が 10,000 点以上である場合は、1 処方につき 60 点を所定点数に加算する。

## (3) 「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

内保連では、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クとして取り纏め、以下を日本内科学会と共同提案した。

### 【提案】

- ・ 人工呼吸器装着時意思決定支援管理料  
人工呼吸管理の適応となる疾患の患者またはその家族に対し、現在の病状、人工呼吸器装着の目的及び方法、合併症、予想される経過、予後などについて、十分理解できるように 30 分以上説明し、かつ文書により提供した場合 500 点を算定する、なお急変時において家族などの代諾者に対し説明する場合は、説明の所要時間は問わない。

## (4) 医療安全の推進（血液採取量、消化器軟性内視鏡安全管理料）

### 【提案】

- ・ 血液採取量料（35 点→50 点）

ガイドライン遵守下での実働コストと報酬間の乖離は未だに大きく、安全な採血業務を広めるため、診療報酬上の評価を要望する。

- 消化器内視鏡安全管理料の新設

高額な自動洗浄機購入等の費用捻出が不可能で、用手洗浄を行っている施設も多いため、医療安全推進の立場から『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

【提案】

- 経皮的腎生検（2,000点→4,000点）

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、適切な治療介入を行うことが可能となる。

- 冠攣縮誘発薬物負荷試験の増点（6,200点→9,600点）

アセチルコリン負荷試験が適切に施行されることで冠攣縮性狭心症の診断率が向上し、適切な治療を行うことが可能となる。

(6) チーム医療の推進と医師負担の軽減

【提案】

- 在宅医療機器安全管理指導料（月1回170点、580点）

臨床工学技士による医療機器安全使用のための指導を推進する。なお医療機関以外の場所に赴いて実施した場合は580点を加算する。

- 心不全再入院予防指導管理料（月1回1,300点）

多職種が共同して、心不全患者に在宅での療養に必要な指導をチーム医療として行う。

- 精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（週2回300点→400点）

精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進され、平均在院日数の短縮につながる。

(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

【提案】

- 在宅医療機器安全管理指導料（月1回170点、580点）

臨床工学技士による医療機器安全使用のための指導を推進する。なお医療機関以外の場所に赴いて実施した場合は580点を加算する。

- 在宅血液透析管理加算（多職種による）

多職種による在宅血液透析患者の管理計画を作成し、その計画に基づき、透析機器の管理を行った場合、適切に評価する。

- 在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更（導入時 1 回 100 点）  
在宅酸素療法の際に、酸素供給装置または酸素チューブに火災時に作動する酸素供給遮断装置を付けることを義務化する。
- 在宅ターミナルケア加算（1,000 点）  
15 歳未満小児患者に対して死亡日及び死亡前 14 日以内に、2 回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算に加算する。

## II. 在宅で使用する機器の提案

### 【提案】

- 在宅ハイフローセラピー加算（5,000 点／月）  
治療上 HFT を必要とする在宅患者が安定的に HFT を利用できる環境の整備を行う。
- 排痰補助装置（1 回 60 点／日）  
自力での喀痰排出困難な神経筋疾患等の患者に対し、入院及び外来、在宅にて排痰補助装置を使用した場合に算定する。
- オンライン装置治療指導管理料（810 点）  
植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において遠隔治療を実施する場合に算定する。

## III. 入院から在宅への橋渡し機能を充実させる

### 【提案】

- 処方箋料（－40 点）  
院外処方（68 点）において、7 種類以上の投薬又は不安もしくは不眠の症状が有りうる患者に対して 1 年以上継続し、投薬を行った場合に減点する。
- 処方料（－29 点）  
院内処方（42 点）において、7 種類以上の投薬又は不安もしくは不眠の症状が有りうる患者に対して 1 年以上継続し、投薬を行った場合に減点する。
- 強化型在宅療養支援診療所のグループ内の訪問診療の実績評価（240 点）  
機能強化型連携型在宅療養支援診療所相互間で、看取り加算または電話初診・電話再診の算定を認める。

## (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

## 【提案】

- ・ 不妊症指導管理料  
不妊症患者の外来診療における、生活習慣の改善や妊娠しやすい性交渉のタイミングなどの指導に算定する。
- ・ 遺伝学的検査の適用拡大  
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が可能となる。
- ・ 要支援児童指導管理料  
養育過誤が確認された親への積極的な支援と、児童虐待による小児の生命予後改善のための児童相談所との連携を推進する。
- ・ 小児入院医療管理料  
小児入院医療における質の向上とチーム医療を推進する。
- ・ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し  
長期フォローを要する小児患者の疾患の特性に基づいた外来診療を充実させる。
- ・ 成人移行支援連携指導料 1, 2  
基礎疾患を有する小児患者に対する自律支援と成人診療科移行を推進する。

## (9) 遠隔医療の推進

### I. オンライン診療の健全な発展と普及

- ① オンライン診療料や関連する医学管理料の適正な発展
- ② 対象診療行為の拡大

## 【提案】

- ・ オンライン認知行動療法（週 1 回 480 点）  
オンラインを活用した認知行動療法を組み合わせた診療計画 16 回分を作成し、その計画に基づき、認知行動療法を行った場合に算定する。

### II. 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適正な発展と適切な点数や施設基準
- ② 回復期・維持期での活用の推進とリハビリテーションへの適用の推進

## 【提案】

- ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の算定要件ウの修正  
対象となる患者の AHI の見直しを提案する。
- ・ 遠隔心大血管リハビリテーションオンライン診療料  
心リハ実施経験を有する医療者が患者に対して心電図をリアルタイムで監視することで、オンラインでの実施を可能とする。

### III. 専門的支援の対象拡大

- 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

#### 【提案】

- ・ 遠隔連携診療料（てんかん）  
てんかん専門医療施設以外の医療機関の医師と、遠隔地のてんかん専門医がオンラインで連携して診療を行った場合に算定する。
- ・ 遠隔連携診療料（急性脳卒中）  
医療資源が乏しい地域において、急性期脳卒中が疑われる患者に対して、遠方の専門医がオンラインで診断・治療を行った場合に算定する。

### IV. 第4のプラットフォームの確立

- ① SaMD（Software as a Medical Device：プログラム医療機器）の適正な評価
- ② オンライン診療や遠隔モニタリングのICT基盤の適切な評価

### (10) AI（人工知能）診療・診断の推進

#### 【提案】

- ・ 人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（30点）  
人工知能臨床使用指針を遵守する場合の加算として、人工知能技術加算の創設を要望する。
- ・ 人工知能技術等を用いたデジタル画像再構成に対する加算料（70点）  
デジタル画像再構成技術により、被ばく量を低減する。
- ・ 病理診断管理加算3（220点）  
病理診断のダブルチェックを行った場合に、管理加算3として算定する。
- ・ AIを用いた放射線治療計画（2,500点）  
放射線治療管理料の注釈の新規追加として、人工知能迅速放射線治療計画加算の新設を要望する。

### (11) 国民に役立つ医療技術の導入・強化（内保連令和4年度診療報酬改定）

#### 【今回の内保連提案】

- ・ 技術提案：441件  
うち、未収載技術：171件 [共同提案：126件（74%）]  
うち、既収載技術：270件 [共同提案：207件（77%）]
- ・ 基本診療料：54件 [共同提案：35件（65%）]
- ・ 医薬品：18件

なお、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が行われた。

## 5. 第2回医療技術評価分科会報告

開催日：令和4年1月18日（火）

会 場：オンライン開催

議 題：1. 令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価について  
2. 医療技術の評価（案）について

### 【内保連提出提案の結果】

- (1) 医療技術評価分科会の評価（全441件中）
  - ① 医療技術評価分科会における評価対象となる技術 318件（72%）
  - ② 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案 123件（28%）
- (2) 医療技術評価分科会評価対象の内訳（全318件中）
  - ① 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 52件（16%）
  - ② 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 266件（84%）
- (3) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術の内訳（全52件中）
  - ① 提案について妥当性が示されている 14件（27%）
  - ② 評価すべき医学的な有用性が示されている 28件（54%）
  - ③ 提案の一部について評価すべき医学的な有用性が示されている 10件（19%）
- (4) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術の内訳（全266件中）
  - ① 再評価すべき医学的な有用性が十分示されていない 23件（9%）
  - ② 評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない 61件（23%）
  - ③ 別途評価を行うべき根拠が十分に示されていない 182件（68%）
- (5) 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案の内訳（全123件中）
  - ① 使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない 38件（31%）
  - ② 制度や指導管理、基本診療料等に関する提案 49件（40%）
  - ③ 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ない、制度や指導管理等に係る提案 24件（19%）
  - ④ 中医協総会において、当該提案の全部又は一部に係るテーマについて議論が行われている 12件（10%）

## 6. 「標準的医療説明 インフォームド・コンセントの最前線」発刊

書籍名：標準的医療説明 インフォームド・コンセントの最前線

出版社：株式会社医学書院

概要：令和元年に発刊した「標準的医療説明の手順書」が、臨床現場で好評であり、日常臨床の中でさらに広く使用され、より多職種の医療者による説明の役に立つよう、新たな項目を付け足すかたちで拡大版として「標準的医療説明 インフォームド・コンセントの最前線」を発刊した。

## 7. 内保連・外保連合同 AI 診療検討委員会

### (1) 委員一覧

	氏名
委員長	井田 正博
副委員長	土田 敬明
委員	佐々木 毅
同	清水 伸幸
同	田邊 稔
同	中田 典正
同	南学 正臣
同	古川 泰司
同	古田 淳一
同	三宅 正裕
オブザーバー	岩中 督
同	小林 弘祐

諸外国で急速に進む保健医療分野での AI 開発に遅れを取らぬよう、また国民に AI 導入によるメリットの迅速な享受や、デメリットを少なくするためには、診療現場目線でのより具体的な議論や提言を領域横断的に行うことが必要不可欠であり、本委員会にて引き続き協議を進めていく。

## 8. 第 512 回中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

中医協は令和 4 年度診療報酬改定に向けてオンラインで公聴会を開催した。

開催日時：令和 4 年 1 月 21 日（金）10 時 00 分～12 時 00 分

開催場所：オンライン開催

出席者：中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官

公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者 12 名

【意見発表の内容（小林弘祐：内科系学会社会保険連合理事長）】

現行の「重症度、医療・看護必要度」は内科系医師の負荷度が十分に評価されていないなどの点を指摘し、ビッグデータを基に D 項目と素点合計によるカットオフ値とを

提案すると共に、コロナ禍で最前線に立って闘っているのは内科系医師であるとし、この内科系医師のワークロードを評価する診療報酬の仕組みを要望した。

## 9. 刊行物

- (1) 標準的医療説明 インフォームド・コンセントの最前線（2021年8月）
- (2) 内視鏡試案<第1.4版>（2022年1月）

## 10. 新規加盟

- (1) 日本冠疾患学会（6月加盟）

## 11. 三保連合同シンポジウム

第21回三保連合同シンポジウム（主催：内保連）

テーマ：これからの医療～AI, 手術ロボット, 遠隔医療～

日時：令和3年12月8日18:00～20:30

会場：聖路加国際大学 アリス・C・セントジョンメモリアルホール  
（ZOOMにてLIVE配信）

講演：

- (1) 平澤 俊明（がん研究会有明病院）
- (2) 佐々木 毅（東京大学大学院医学系研究科）
- (3) 玉井 奈緒（東京大学大学院医学系研究科）
- (4) 瀬戸 泰之（東京大学大学院医学系研究科）
- (5) 井田 正博（独立行政法人国立病院機構水戸医療センター）
- (6) 総合討論 小林 弘祐（内保連理事長）  
岩中 督（外保連会長）  
山田 雅子（看保連代表理事）

## 12. 令和4年度社会保険診療報酬改定スケジュール

下記のスケジュールで提案書を提出した。

### 【提案書】

- (1) 医療技術提案書（未・既収載）
- (2) 基本診療料（A区分）提案書
- (3) 医薬品提案書（未・既収載）

### 【スケジュール】

令和3年

2月25日 提案書提出受付開始

4月30日 提案書提出締切

5月13日～26日 内保連役員によるヒアリング期間（提出学会とヒアリング）

～5月31日 提案書修正期間・修正提案書受付終了

- 6月8日 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 厚労省と学会間のヒアリング実施
- 8月2日 厚労省と内保連役員によるヒアリング

### 13. 今後の活動

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、25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。