

令和三年度

第1回社員総会

令和3年6月29日(火) 18時～

一般社団法人内科系学会社会保険連合

— 報告事項 —



開会の挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・小林弘祐

報告事項

1. 診療領域別委員長交代の件	(小林弘祐)・・・・・・・・・・3
2. 令和4年度診療報酬改定提案書受領状況の件	(小林弘祐)・・・・・・・・・・4
3. 内保連基本方針の件	(小林弘祐)・・・・・・・・・・5
4. 医療技術負荷度調査委員会の件	(高橋和久)・・・・・・・・・・20
5. 「説明と同意」委員会の件	(蝶名林直彦)・・・・・・・・41
6. 内保連外保連合同AI診療検討委員会の件	(井田正博)・・・・・・・・46
7. 退会の件	(小林弘祐)・・・・・・・・48
8. その他	

審議事項 ≪別冊≫

第1号議案. 令和2年度事業報告の件	(横谷進)・・・・・・・・・・3
第2号議案. 令和2年度決算報告、監査報告の件	(清水恵一郎、工藤翔二)・・・・20
第3号議案. 令和3年度事業計画の件	(小林弘祐)・・・・・・・・・・26
第4号議案. 令和3年度予算案の件	(清水恵一郎)・・・・・・・・28
第5号議案. 新規加盟申請の件	(小林弘祐)・・・・・・・・29
第6号議案. その他	

閉会の挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・小林弘祐

1. 診療領域別委員長交代の件

下記の通り、診療領域別委員会委員長変更願いを4件受領いたしました。

1) 栄養関連委員会

〔前任〕 渥美 義仁

〔後任〕 ^{しまだ あきら} 島田 朗（埼玉医科大学内分泌糖尿病内科）

2) 糖尿病関連委員会

〔前任〕 渥美 義仁

〔後任〕 ^{しまだ あきら} 島田 朗（埼玉医科大学内分泌糖尿病内科）

3) 感染症関連委員会

〔前任〕 齋藤 義弘

〔後任〕 ^{こばやし おさむ} 小林 治（国立がん研究センター中央病院感染症部）

4) 血液関連委員会

〔前任〕 小松 則夫

〔後任〕 ^{かんだ よしのぶ} 神田 善伸（自治医科大学附属病院）

2. 令和4年度診療報酬改定提案書受領状況の件

○ 令和4年度診療報酬改定スケジュール

2020年			2021年						
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
第一次提案書受付		診療領域別委員会開催		最終提案書受付			内保連ヒアリング	提案書提出	厚労省ヒアリング (案内・開催)*
▶ 10/5第一次提案書受付開始(～12/10)			▶ 2/25最終提案書受付開始(～4/30)			▶ 5/7最終提案書提出確認①			
			▶ 3/31最終提案書受付中間報告			▶ 5/19最終提案書修正期間通知②			
						▶ 6/2最終提案書確定通知			
▶ 12/10第一次提案書集計報告			▶ 4/22内保連ヒアリング案内			▶ 5/12最終提案書修正期間通知①			
						▶ 5/13最終提案書提出確認②			
						▶ 5/24最終提案書提出確認③			

▶ 運営委員会宛 ▶ 加盟学会宛 ▶ 運営委員会と加盟学会宛

*厚労省ヒアリングは学会事務局に直接連絡が届きます

○ 令和4年度診療報酬改定最終提案書および医薬品再評価提案書受領件数

技術提案(合計) 444件

- ・未収載技術 174件 [共同提案* 129件(74%)]
- ・既収載技術 270件 [共同提案* 207件(77%)]

基本診療料 57件 [共同提案* 35件(61%)]

医薬品 18件

参考：令和2年度改定

技術提案(合計) 468件

- ・未収載技術 193件 [共同提案 131件 (68%)]
- ・既収載技術 275件 [共同提案 194件 (71%)]
- 医学管理等 47件 [共同提案 28件 (60%)]
- 医薬品 52件

* 共同提案：他学会との共同提案で提出された提案件数

3. 内保連基本方針の件

令和4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。

次ページより内保連基本方針

令和4年度
診療報酬改定に
対する

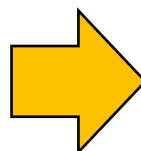


内保連基本方針

一般社団法人内科系学会社会保険連合

内保連の基本スタンス

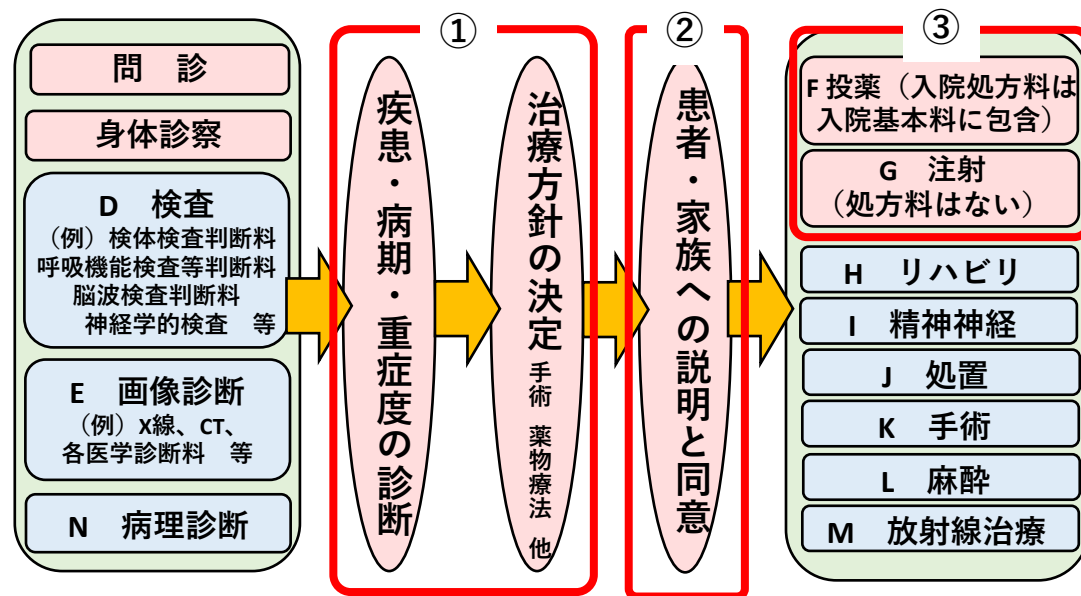
モノ（薬剤,材料,機器）からヒト（技術）へ



現行診療報酬体系における 内科系技術評価に関する基本的な課題

- ① 問診と診察、諸検査成績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して治療方針を決定する基本的な**診断技術**を評価すること
- ② 疾患・病態診断と治療方針に関わる患者家族への**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「投薬」、「注射」、外来、入院を問わず適正に評価すること

現行診療報酬体系における 医師技術の評価



令和4年度内保連基本方針

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）

1. 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」にD項目の追加

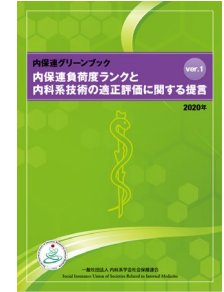
(診療報酬区分番号：A-100 入院基本料)

(背景) 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) 「重症度、医療・看護必要度」に対して次を提案する。

(1) 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。

(2) **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。



提案書番号：A299201／日本内科学会／重症度、医療・看護必要度D項目

(1) D項目（内科系医療ニーズ）

- 医療技術負荷度調査（内保連）で活用した数百の変数のなかから、**臨床的側面と統計学的評価を加味し、最終的にD項目を選出した。**
- D項目案には、**医師の負荷と関連性が深い、もしくは予後の予測性能の向上に関係する項目**を選出した。
- 現場の負荷を考え、EFファイルから算出可能な項目で構成した。

D項目案 (ver.2 ※EFファイルから算出可能)

No.	項目	配点		
		0点	1点	2点
1	検査の出来高換算点数	0点	1～599点	600点以上
2	画像診断の出来高換算点数	0～299点	300点以上	—
3	使用した注射の種類数	0～5種類	6～10種類	11種類以上
4	薬効分類331（血液代用剤）の処方有無	なし	あり	—
5	特定器材の算定有無	なし	—	あり
6	当該日の処方開始注射薬の有無	なし	あり	—

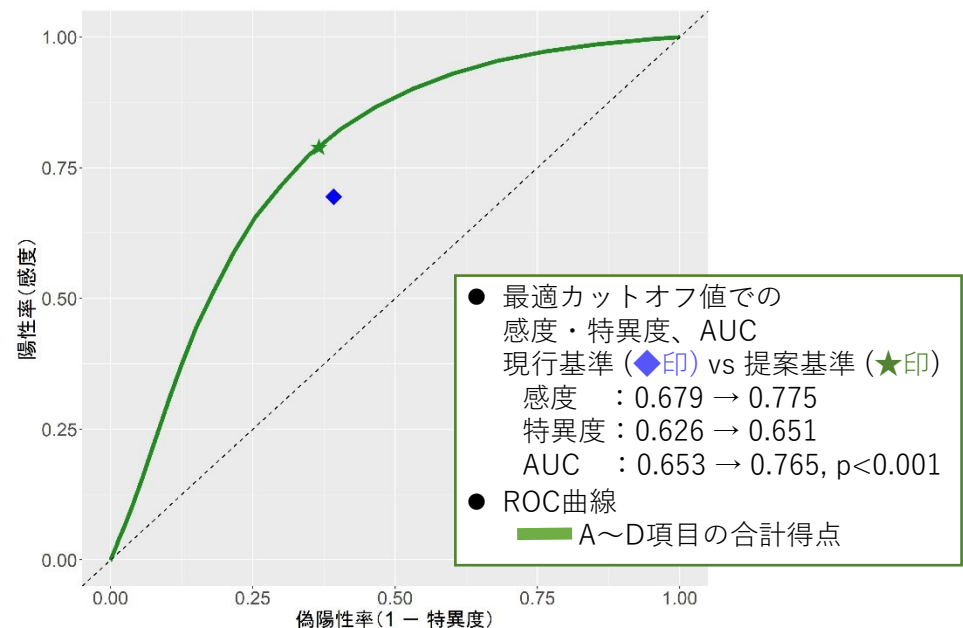
(2)-1 提案基準（A～D項目の合計得点）

- A～C項目とA～D項目の合計得点の比較において、D項目追加により**生理学的スコア（SOFAスコア）との相関係数が高まる**（手術有群：0.279→0.282、手術無群：0.445→0.475）など、重症度指標を用いた評価で良好な結果を示した。

(2)-2 提案基準（A～D項目の合計得点、カットオフ値8.5点）

- 死亡退院の予測を目的変数としたROC曲線において、A～D項目の合計得点を用いた提案基準は、現行の基準と比べて**AUCが有意に高く、感度・特異度も高かった**
(感度：0.679→0.775、特異度：0.626→0.651、AUC：0.653→0.765, $p<0.001$)。
- 提案基準の最適カットオフ値は8.5点であった。

死亡退院を目的変数としたROC曲線（2020年度）



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

(診療報酬区分番号：注射料 GXXX 100点)

- (背景) ● 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**。
● 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) ● **注射の処方技術**を適正に評価するため、下記を算定要件とする**注射処方料（仮称）**の創設を提案する。
(1) 入院中の患者に対し、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。
(2) 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。
(3) 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。

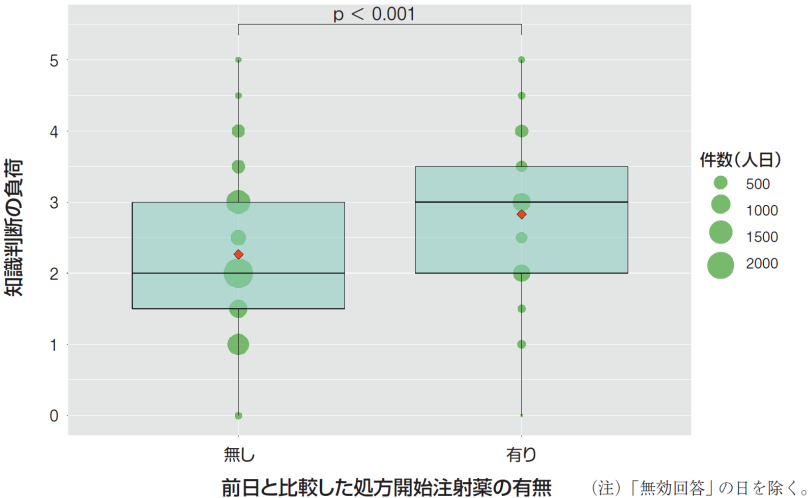


提案書番号：299101／日本内科学会／注射処方料

算定要件(1)の根拠：

- 「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬」が有りの日は、無しの日と比較して知識判断の負荷（「0点：実施なし」を含む10段階評価）が有意に高い（中央値：3.0 vs 2.0、ウィルコクソンの順位和検定より $p<0.001$ ）。

処方開始注射薬の有無別 知識判断の負荷との関係

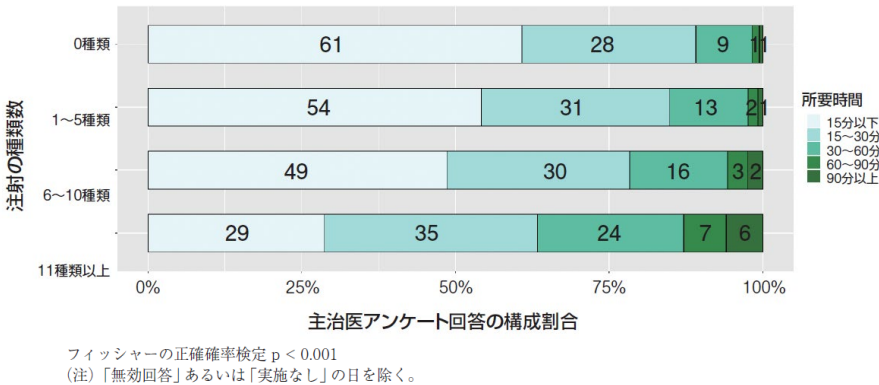


- 「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬」が有りの日は、無しの日と比較して治療方針決定に係る所要時間が有意に長い（30分以上の回答割合：21% vs 11%、 χ^2 検定 $p<0.001$ ）。

算定要件(2)の根拠：

- 投与している「注射の種類数」が多い日ほど、知識判断の負荷が有意に高い（中央値：0種類るとき2.0、1～5種類るとき2.5、6～10種類るとき3.0、11種類以上るとき3.5、 p for trend <0.001 ）。
- 「注射の種類数」と治療方針決定に係る所要時間には有意な関連性があり、種類数が多い日ほど、所要時間が長い（「30分以上」の回答割合：0種類るとき11%、1～5種類るとき16%、6～10種類るとき21%、11種類以上るとき37%、フィッシャーの正確確率検定 $p<0.001$ ）。

注射の種類数別 治療方針決定に係る所要時間との関係



算定要件(3)の根拠：

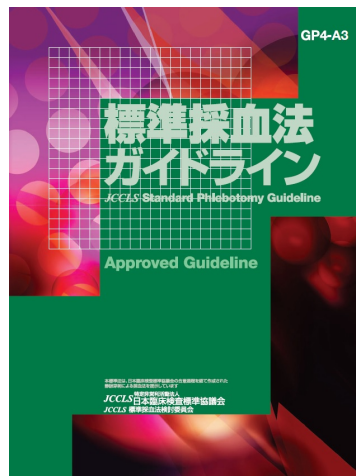
- 「注射の薬剤料および材料料の合計が1万円以上の日」は、それ以外の日（0点の日を除く）と比較して治療方針決定に係る所要時間が有意に長い（30分以上の回答割合：17% vs 25%、フィッシャーの正確確率検定 $p<0.05$ ）。

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）

血液採取料(現行35点)の増点

提案書番号：726202／日本臨床検査医学会／血液採取・静脈

- 前回改定で30点から35点に増点された。
しかし、まだ安全な採決を行うための人・モノに見合う評価となっていない。

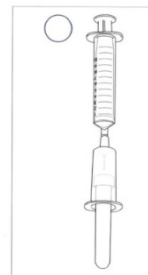


病院検査室で採血を行う際に遵守されているガイドラインコストに反映される要因3点

- 翼状針の使用
- 患者毎の手袋交換
- 注射器採血時の分注用器具の使用



患者と医療従事者の安全確保



- 採血1件あたりの平均コストは約500円。
- 現行35点では採血1件あたり約150円以上の大幅な赤字。

医療安全推進の目的から現行35点から50点への増点を要望する

消化器軟性内視鏡安全管理料の新設

○ 感染症に対して消化器軟性内視鏡検査が高い安全性をもって運用されるよう、日本消化器内視鏡学会等によるガイドラインに基いた要件を満たした施設での洗浄・消毒作業に対する新たな保険収載の要望

I. 内視鏡洗浄・消毒の過去と現状

グルタールアルデヒド等を用いた用手洗浄は不十分な洗浄・消毒によるピロリ菌やB型肝炎ウイルスの感染や医療従事者の健康被害を



引き起こし、より安全な自動洗浄器を用いた洗浄・消毒が模索された結果、学会指導施設では90%以上が自動洗浄器を使用している。一方、一般医家ではコスト負担が大きい理由で用手洗浄が多いのが現状である。

II. 消化器内視鏡学会によるガイドラインの歴史

1996年に内視鏡学会と内視鏡技士会による『内視鏡の洗浄・消毒に関するガイドライン』が発表されて以降、自動洗浄器と消毒剤の改善に伴って改訂され、2018年に自動洗浄器と高水準消毒薬を推奨する『消化器内視鏡の洗浄・消毒の標準化に向けたガイドライン』が公開されている。

III. 安全な内視鏡診療のための診療報酬改定を

自動洗浄器の購入費用と消毒剤の維持費用が高額であり、高精度の洗浄・消毒を行うための費用を捻出することが困難となっている施設では用手洗浄を行っており、今後、精度の高い内視鏡洗浄・消毒のためには自動洗浄器を用いた『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

経皮的腎生検の増点(2,000点→4,000点)
増点により、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、適切な治療介入がなされないことに起因する透析導入を抑制でき、差し引き**159億円以上の医療費削減が可能となる。**

経皮的腎生検

提案書番号：276202／日本腎臓学会



血液透析480万円/年

早期治療介入⇒高い寛解率

冠攣縮誘発薬物負荷試験の増点(6,200点→9,600点)
増点によりアセチルコリン負荷試験が適切に施行され冠攣縮性狭心症の診断率が向上する。
適切な治療が行われることで患者の症状・予後改善し、差し引き**27億円以上の医療費増加を防ぐことが期待できる。**

冠攣縮性狭心症の診断における冠攣縮誘発薬物負荷試験

提案書番号：261201／日本心血管インターベンション治療学会

検査時に必須の体外式ペースメーカや電極カテーテル、追加で使用する造影剤を拠出できず不採算のため、年間27,000名の患者が検査を受けていない

 診断が確定しないまま不適切な薬物治療が長期にわたり継続され、症状が改善しない **一人当たりの薬価代1万5千円/年**

 スtentを入れてみよう **不必要なPCIがやみくもに施行されている**
PCI入院1回100万円

 また入院だ **症状再燃のために入院し、繰り返して冠動脈造影が行われる**
P入院・検査1回14万円

増点により標準化すれば

- 病態が明確になり症状改善
 - 運動制限が解除され健康増進
 - 高リスクの抽出で突然死予防
 - 適正な治療で医療費削減
- 

6. チーム医療の推進と医師負担の軽減

《現在のチーム医療》



《理想のチーム医療》



◆ 231103／日本呼吸ケア・リハビリテーション学会／在宅医療機器安全管理指導料

臨床工学技士による医療機器の安全な使用のための指導が行われた場合に月1回を限度に170点を算定する。患者の居宅等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。なお導入月のみ月2回まで算定できる。

◆ 266102／日本心臓リハビリテーション学会／心不全再入院予防指導管理料

心臓リハの経験のある医師、理学療法士、作業療法士または慢性心不全認定看護師の資格を有する看護師など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い、月1回に限り1300点を算定する。

◆ A285202／日本精神神経学会／精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望

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促進され、平均在院日数の短縮につながることから精神科リエゾンチーム加算の点数を300点から400点に増点し、週あたりに算定可能な回数を1回から2回に増やす。

7. 医療連携と在宅医療の推進

I. 在宅でさらに充実した医療を目指す

231103／日本呼吸ケア・リハビリテーション学会／在宅医療機器安全管理指導料

臨床工学技士による医療機器の指導が行われた場合に月1回を限度に170点を算定する。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。



295103／日本透析医学会／在宅血液透析管理加算（多職種による）

多職種により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、定期的に訪問し、透析機器の管理を行った場合、適切に評価する。



II. 在宅で使用する機器の提案

231101／日本呼吸ケア・リハビリテーション学会／在宅ハイフローセラピー加算

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（5,000点/月）。



258205／日本神経学会／排痰補助装置

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、1日につき1回の60点を算定する。



259203／日本神経治療学会／オンライン装置治療指導管理料

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、当該治療に係る指導管理を対面時と同様に算定（810点）を認める。



229206／日本呼吸器学会／在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更

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。在宅酸素療法導入時に保険点数100点を1回に限り増点する。



245201／日本小児科学会／在宅ターミナルケア加算

小児の終末期医療の質を担保するために、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して、1000点を更に加算する。



III. 入院から在宅への橋渡し機能を充実させる

733201／日本臨床内科医会／処方箋料

投薬のため処方内容を記載した院外処方箋を交付（68点）するが、7種類以上の投薬又は不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続し、投薬を行った場合減点（40点）する。



733202／日本臨床内科医会／処方料

投薬のため院内処方（42点）するが、この際、7種類以上の投薬又は不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続し、投薬を行った場合減点（29点）する。



236208／日本在宅医療連合学会／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

機能強化型連携型在宅療養支援診療所相互間で診療実績に関わらず、看取り加算または電話初診・電話再診の算定（240点）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

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

➡234101／日本産科婦人科学会／不妊症指導管理料

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

➡278202／日本人類遺伝学会／遺伝学的検査の適用拡大

養育過誤が確認された親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

➡251101／日本小児心身医学会／要支援児童指導管理料

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の推進

➡245101／日本小児科学会／成人移行支援連携指導料1,2

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の充実

➡254201／日本小児精神神経学会／小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児入院医療における質の向上とチーム医療の推進

➡A245201／日本小児科学会／小児入院医療管理料

成育基本法
の考え方

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

- ・診療行為別の点数を反映する点数
- ・遠隔診療の実態に即して活用できる報酬体系
- ・必要とする患者への適用を妨げない施設基準

2. 対象診療行為の拡大

◎推進する提案：713105／日本不安症学会／オンライン認知行動療法



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

◎推進する提案：229202／日本呼吸器学会／
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

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

◎推進する提案：266101／日本心臓リハビリテーション学会／
遠隔心大血管リハビリテーション



III. 専門的支援対象の拡大

1. 遠隔連携診療料の整備・拡充と必要な診療段階での利用促進

◎推進する提案：294201／日本てんかん学会／遠隔連携診療料

2. 専門医療支援の拡大と超急性期医療の支援の促進

◎推進する提案：704201／日本脳卒中学会／
遠隔連携診療料（急性期脳卒中）



IV. 第4の診療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

- ・治療アプリ等の適切な評価と報酬の配分

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

- ・IoTのサイバーセキュリティなど、新たなホスピタルフィーの評価

基本理念に沿った
制度の拡充

医療供給・需要の
実態に即した対象の
拡大

適切な医療技術評価

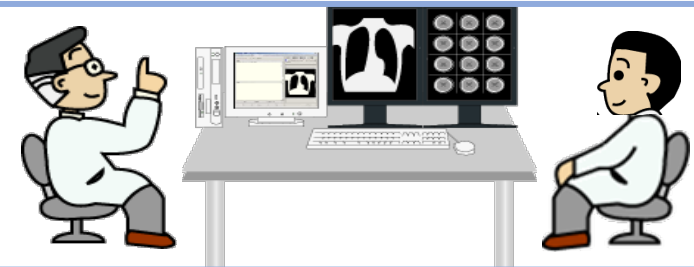
新しい基盤技術の
推進

遠
隔
医
療
の
節
度
あ
る
推
進

10. AI（人工知能）診療・診断の推進

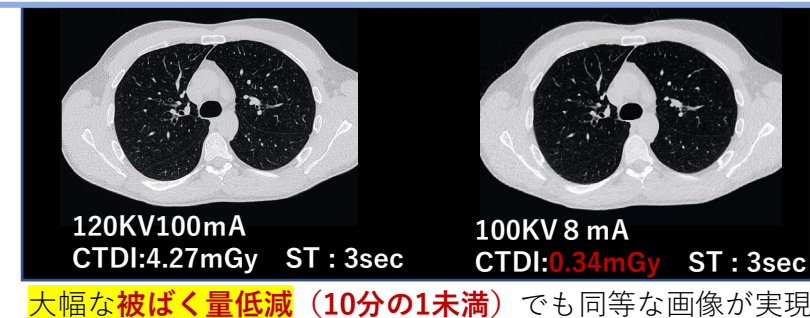
204101／日本医学放射線学会／人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピュータ断層撮影）

人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断を実施した際に、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（30点）の創設を要望する。



204102／日本医学放射線学会／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

従来のCT検査と比べて、被ばく量を大幅に抑えて得られた画像データを人工知能等のデジタル再構成技術を用いることで、画像の質を劣化することなく、従来得られた画像と同等以上の精度の高い診断結果を提供する。（デジタル画像再構成技術による被ばく低減の加算70点）



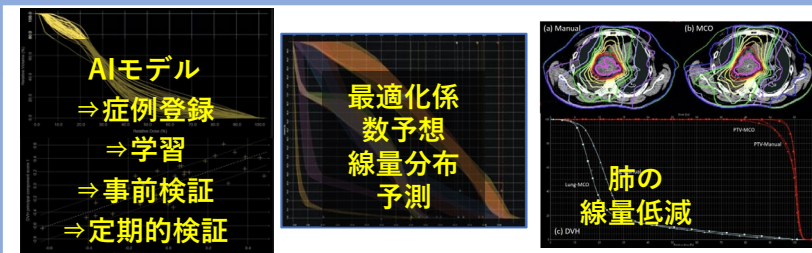
712207／日本病理学会／病理診断管理加算3（人工知能による病理診断支援）

一人病理医等の病理診断支援として、人工知能を用いた病理診断支援システムで病理診断のダブルチェック行った場合に、管理加算3（220点）として算定する。



719105／日本放射線腫瘍学会／AIを用いた放射線治療計画

AI技術を利用することで、治療計画用CT撮像後1週間以内に、迅速に放射線治療を開始した場合、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として2,500点の新設を要望する。



医学の進歩・有用性(国民医療への貢献)からの提案

技術提案(合計) 444件

・未収載技術 174件 [共同提案* 129件(74%)]

・既収載技術 270件 [共同提案* 207件(77%)]

基本診療料 57件 [共同提案* 35件(61%)]

医薬品 18件

提案項目の学会順位付けの実施

*共同提案：他学会との共同提案で提出された提案件数

参考：令和2年度改定

技術提案(合計) 468件

・未収載技術 193件 [共同提案 131件(68%)]

・既収載技術 275件 [共同提案 194件(71%)]

医学管理等 47件 [共同提案 28件(60%)]

医薬品 52件

4. 医療技術負荷度調査委員会の件

1. 研究体制（委員会委員）一覧

委員長：高橋 和久

副委員長：荻野美恵子

委員：古川 泰司（検査関連）

委員：小早川雅男（消化器関連）

委員：宮内 靖史（循環器関連）

委員：山口 博樹（血液関連）

委員：亀井 大悟（腎・血液浄化療法関連）

委員：佐々木治一郎（呼吸器関連）

委員：長谷川泰弘（神経関連）

委員：米田 博（精神科関連）

委員：田村 直人（膠原病・リウマチ性疾患関連）

委員：増田 敬（小児関連）

研究アドバイザー：荘島宏二郎（大学入試センター）

調査事務局：PRRISM(株式会社健康保険医療情報総合研究所)

2. 活動履歴（概要）

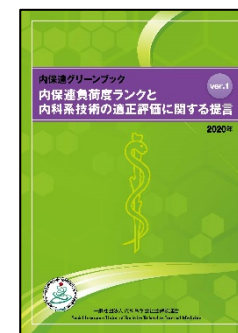
・委員会（会議）：合計14回（2018年3月15日～2020年9月2日）

・書籍発行：[『内保連グリーンブック 内保連負荷度ランクと内科系技術の適性評価に関する提言』](#)（2020年12月）

3. 令和4年度診療報酬改定提案

・[A299201／日本内科学会／重症度、医療・看護必要度](#)

・[299101／日本内科学会／注射処方料](#)





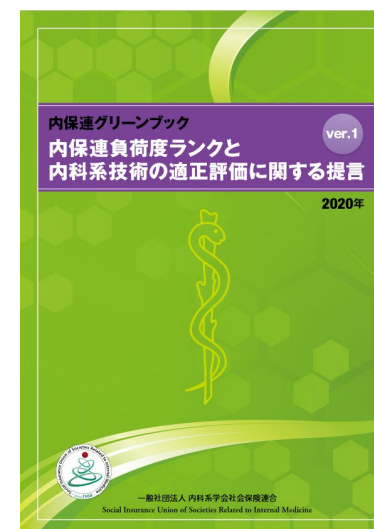
医療技術負荷度調査

(日本内科学会、日本小児科学会、日本精神神経学会、内科系学会社会保険連合)

2022年度診療報酬改定での2つの提案

1. 重症度、医療・看護必要度に関する提言
2. 注射料処方に関する提言

2021年3月



一般社団法人 内科系学会社会保険連合
Social Insurance Union of Societies Related to Internal Medicine

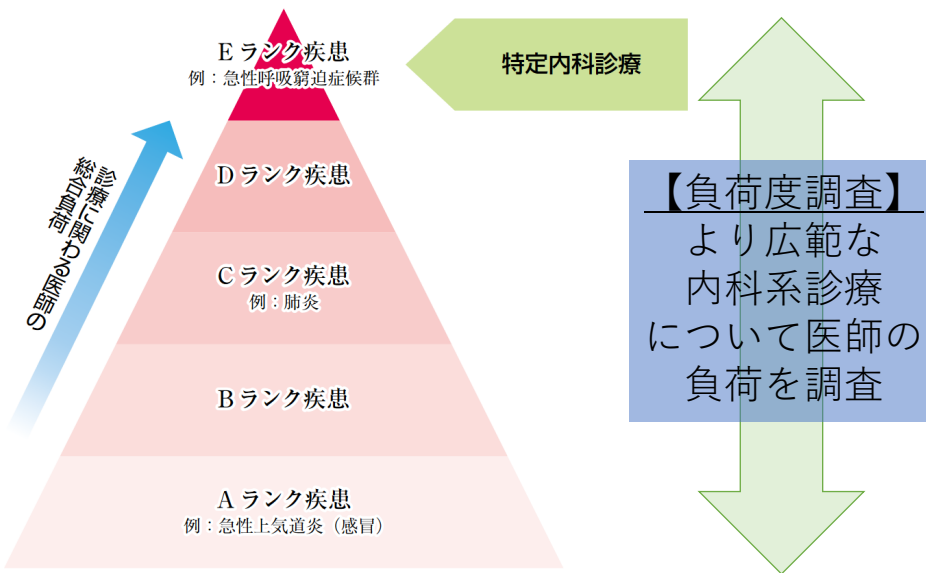


- 負荷度調査の概要および決定した負荷度ランク
- 重症度、医療・看護必要度に関する提言
- 注射料処方に関する提言

負荷度調査の概要

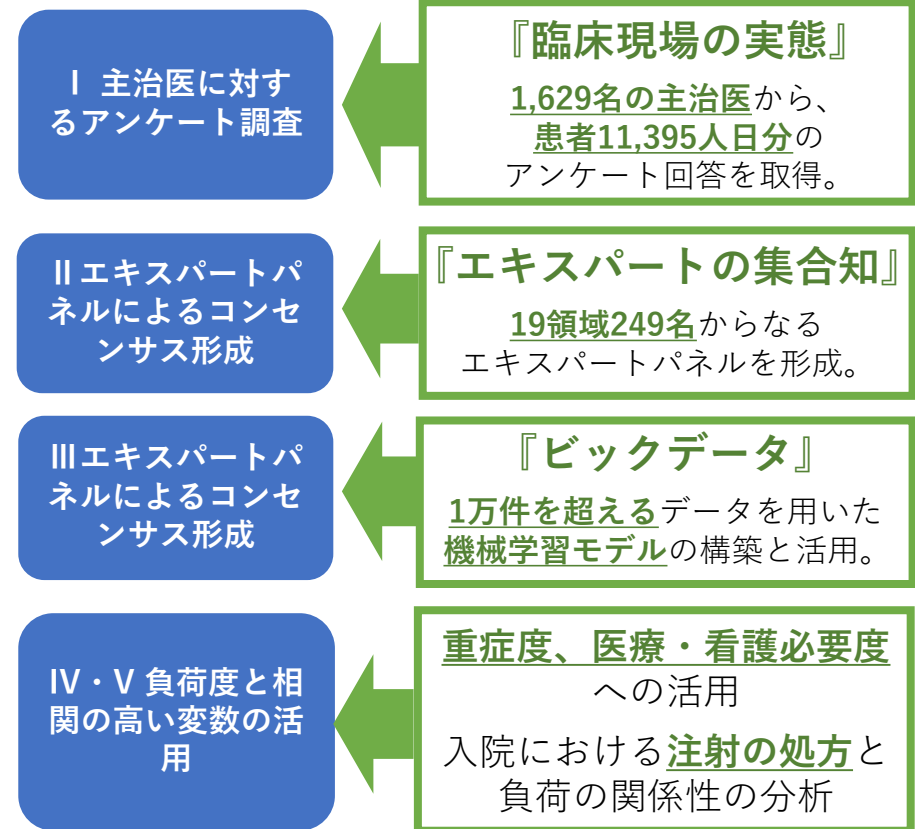
本研究の目的

- 評価体系の確立されていないものも含む、**より広範な内科系診療**について、内科系医師の診療過程の**負荷を定量的に測定**するとともに、医師の診療の負荷に影響を与える**要因等を調査**すること。



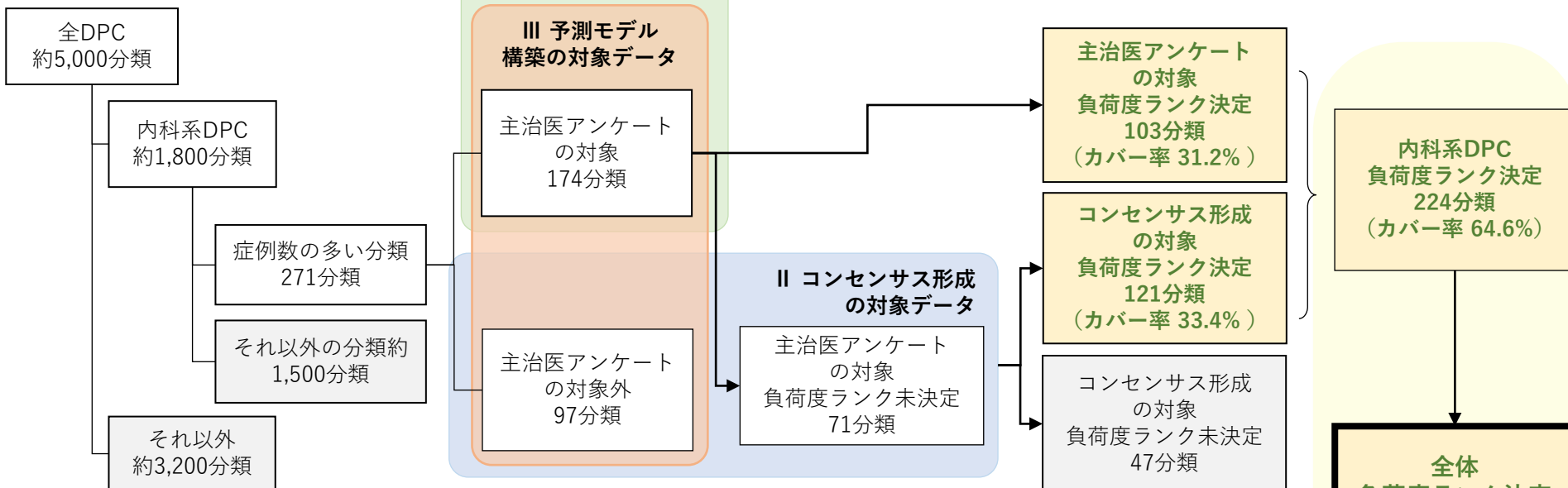
内保連（2013）「内科系技術についての診療報酬評価に関する提案 ver.1」

調査の概要



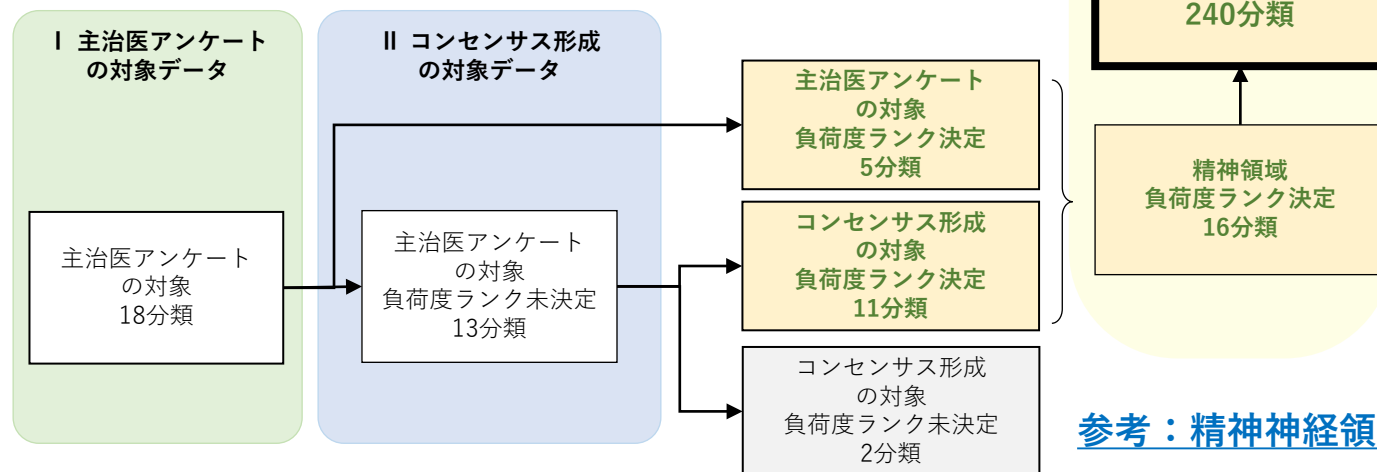
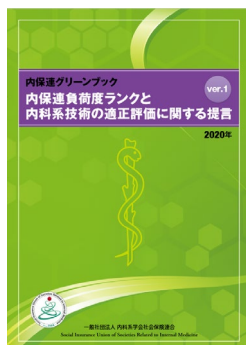
負荷度ランク決定の流れ

DPC分類



240分類 (DPC 224分類、
精神神経領域16分類)
の負荷度ランクを決定。

精神神経領域



参考：精神神経領域

※1: 「症例数の多い分類」とは、本研究で収集した内科系DPCの約80%の症例数をカバーする分類。

※2: 「精神神経領域」とは、既存のDPC分類および精神科領域特有の患者の重症度等に関する条件を加味した本研究独自の精神神経領域用の患者分類。

※3: 「カバー率」とは、今回決定した負荷度ランクで内科系DPCに該当する症例をどの程度網羅できるか試算した値（平成30年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」を基にした）。

決定した負荷度ランク

- 本研究の結果、「主治医アンケート」および「エキスパートパネルによるコンセンサス形成」によって、**240分類（DPC 224分類、精神神経領域16分類）**の負荷度ランクを決定した（全ての一覧は「内保連グリーブック2020」を参照）。
- 決定した負荷度ランクは**入院患者の約6割5分をカバー**できる分類数であった。

負荷度ランク一覧（抜粋）

DPCコード	対象疾患・手術・処置等	負荷度 ランク
130100xxxxx4xx	播種性血管内凝固症候群 手術処置等2 4あり	E
040040xx9903xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 3あり	E
180010x0xxx3xx	敗血症（1歳以上） 手術処置等 2 3あり	E
010060x2990411	脳梗塞（脳卒中発症3日目以内、かつ、JCS10未満） 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 4あり 定義副傷病 1あり 発症前Rankin Scale 0、1又は2	D
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術処置等 2 なし 定義副傷病 なし	D
010061xxxxx0xx	一過性脳虚血発作 手術・処置等 2 なし	C
040040xx9900xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術処置等 1 なし 手術処置等 2 なし	C
040100xxxxx00x	喘息 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	B
040200xx99x00x	気胸 手術なし 手術処置等 2 なし 定義副傷病 なし	B
080020xxxxxxxx	带状疱疹	A



- 負荷度調査の概要および決定した負荷度ランク
- **重症度、医療・看護必要度に関する提言**
- 注射料処方に関する提言

重症度、医療・看護必要度に関する提言（背景・提言）

背景

- 現時点のA～C項目には、**内科系医師からみた重症さや手間のかかり具合の視点**が十分に盛り込まれているとはいえない。
- 尺度の値について、**表現のレンジが狭い**。
 - 重症度、医療・看護必要度は、療養病床から急性期病床まですべてを一貫して評価できる尺度として期待でき、改良が望まれる。
- 重症患者の**判定方法やカットオフの設定方法**に課題がある。
 - 現行の基準※は、A～C項目が個々にカットオフ値を持つ構造であり、その構造が感度・特異度を低下させている可能性がある。
 - 具体的な目的関数を用いてカットオフ値を決定しているわけではなく、定量的な側面からの設定根拠に乏しい。

提言

- これら評価項目および判定基準の開発アプローチとして、**『目的関数を据えた尺度の開発』**を提案する。
- 内科系医療ニーズとして**『D項目』**を新設すべきである。
- D項目を追加した新たな重症患者の判定方法として、**『A～D得点の素点合計を用いた判定基準』**を使用すべきである。

※：現行の基準では、A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上、C得点が1点以上のいずれかに該当すれば重症と判定される。

予測モデルにより分かった負荷と相関する重要変数

変数重要度（ゲイン）の上位20



- 予測モデルを構築する中で、「検査の出来高点数」「前日と比較した処方開始注射薬の有無」「注射の種類数」などの要素が負荷度ランクの予測に重要であることが分かった。



- これらの要素の重要性を多角的に検証するため、以下の分析を行った。
 - 重症度、医療・看護必要度への活用
 - 入院における注射の処方と負荷の関係性の分析

*1 日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状 ―都道府県別・二次医療圏別データ集―（2018年度版）」の定義を参考に、各調査協力施設の属する二次医療圏を3形態（大都市型・地方都市型・過疎地域型）に分類した指標

*2 DPC分類毎における平日と土日祝の1日当たり検査実施人数の比

重症度、医療・看護必要度に関する提言（提案項目・基準）

D項目案（ver.2 ※EFファイルから算出可能な項目のみに絞ったもの）

No.	D項目（内科系医療ニーズ）	配点		
		0点	1点	2点
1	検査の出来高換算点数	0点	1～599点	600点以上
2	画像診断の出来高換算点数	0～299点	300点以上	—
3	使用した注射の種類数	0～5種類	6～10種類	11種類以上
4	薬効分類331（血液代用剤）の処方有無	なし	あり	—
5	特定器材の算定有無	なし	—	あり
6	当該日の処方開始注射薬の有無	なし	あり	—

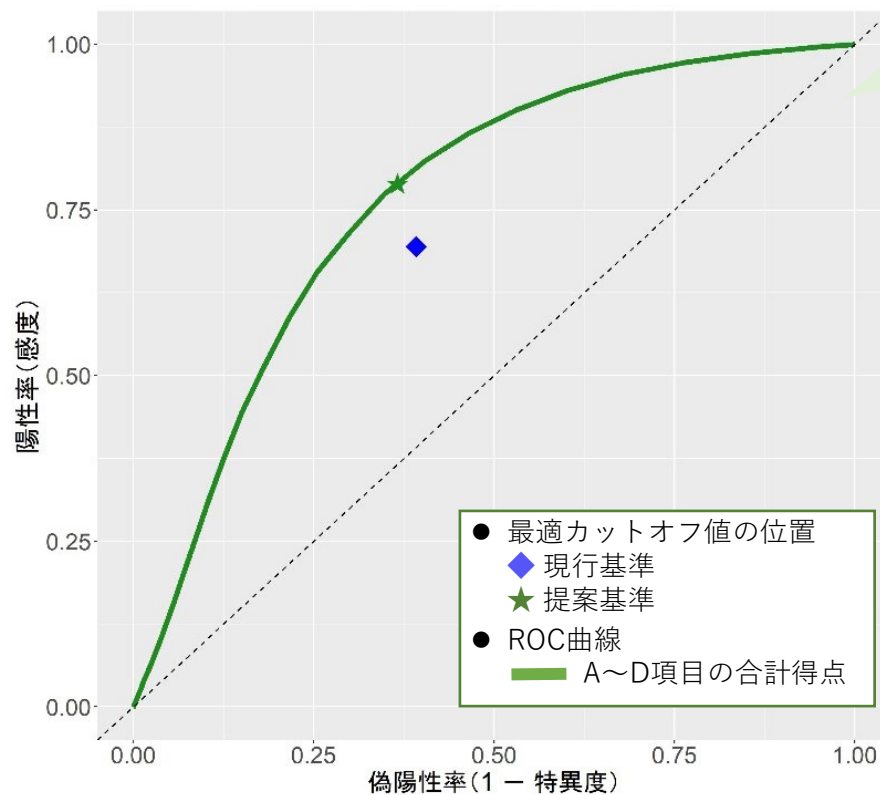
重症患者の基準案

現行基準	提案基準
【重症度、医療・看護必要度】 [基準] 次のいずれかに該当する患者。 ● A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 ● A得点が3点以上の患者 ● C得点が1点以上の患者	【重症度、医療・看護必要度】 [基準] A～D得点の素点合計が8.5点以上の患者。 ただし、C得点は3倍※¹したものを合計する。

※1：現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため3倍とした。

重症度、医療・看護必要度に関する提言（根拠）

死亡退院を目的変数としたROC曲線（2020年度）

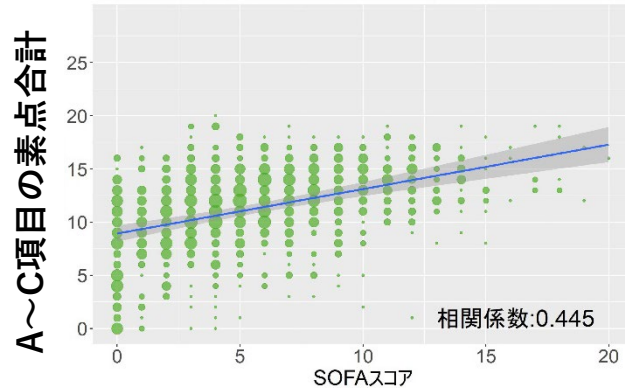


- 死亡退院の予測性能の評価において、D項目追加モデル（提案基準）は、既存モデル（現行の制度基準）に比べて、**AUCが有意に高く、感度・特異度も高かった。**

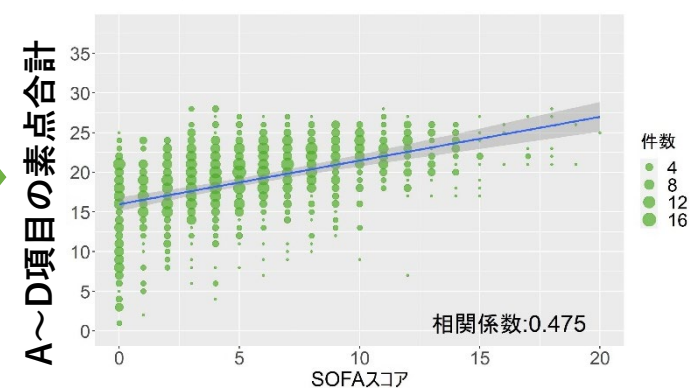
- 感度 : 0.679 → 0.775
- 特異度 : 0.626 → 0.651
- AUC : 0.653 → 0.765, $p < 0.001$

- D項目追加により生理学的スコア（SOFAスコア）との**相関係数が高まった**（0.445→0.475）。

D項目追加前後でのSOFAスコアとの相関関係（2020年度、手術なし）



D項目追加



「重症度、医療・看護必要度」にD項目（内科系医療ニーズ）を追加した評価基準の提案

（既収載）

- ◆ 提出学会 : 日本内科学会
- ◆ 共同提案学会（案） : 日本精神神経学会、日本小児科学会、内科系学会社会保険連合
- ◆ 区 分 : A 基本診療料
- ◆ 提案のエビデンス : 論文等で公開はないが、調査済みデータを用いる
- ◆ 再評価区分 : 算定要件の拡大（施設基準）、項目設定の見直し



◆ 技術の概要 :

「重症度、医療・看護必要度」について、内科系医師からみた重症者の評価尺度として、D項目（内科系医療ニーズ）を新設する。併せて、次の基準にて「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者を判定する。

[基準]

A～D得点の素点合計が8.5点以上の患者。

ただし、C得点は3倍したものを合計する（現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため）。

◆ 保険収載が必要な理由 :

現行の「重症度、医療・看護必要度」のA～C項目には、内科系医師からみた重症さや手間のかかり具合の視点が十分に盛り込まれているとはいえない。また、現行の重症者の基準は、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。

当該背景に対して、内保連医療技術負荷度調査において、450万件を超える大規模データを用いたD項目および提案基準の開発を行った。その結果、死亡退院を目的関数としたROC曲線では、提案基準は現行基準と比べて、AUCが有意に高く、感度・特異度も高かった。また、生理学的スコア（SOFAスコア）との相関係数が高まるなど他の重症度指標を用いた評価でも良好な結果を示した。

以上のことより、「重症度、医療・看護必要度」へのD項目の新設、およびA～D項目の素点合計を用いた重症者の判定方法を提案する。



- 負荷度調査の概要および決定した負荷度ランク
- 重症度、医療・看護必要度に関する提言
- **注射料処方に関する提言**

注射処方料に関する提言

背景

- 内科系治療の基本である薬物療法における「注射の処方技術」に対しては、その重要性の一方、**診療報酬上の評価が基本的に行われていない**。

提言

- 「注射の処方技術」を診療報酬において適正に評価するため、**注射処方料（仮称）の算定要件**の新設を提言する。

（GXXX 注射料）注射処方料

100点

- 入院中の患者に対し、注射薬の投与開始日または追加投与（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。

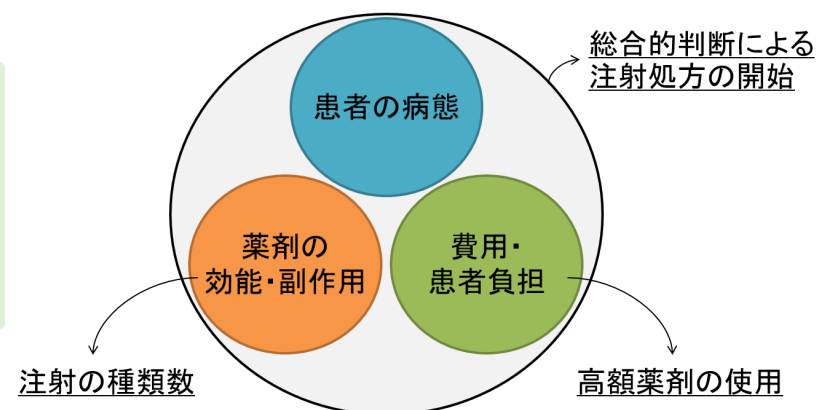
注射処方料の定義および分析方法

注射処方の定義

- 医師が、**患者の病態**、**注射薬の効能・副作用**および**注射に伴う費用・患者負担**等を総合的に勘案し、専門的知識に基づいて注射薬の種類、量、投与方法等を決定すること

分析に用いた指標

- 前日と比較した処方開始注射薬の有無
- 注射の種類数
- 高額薬剤（注射の薬剤料および材料料合計が1万点以上）への該当有無



分析に用いたデータ

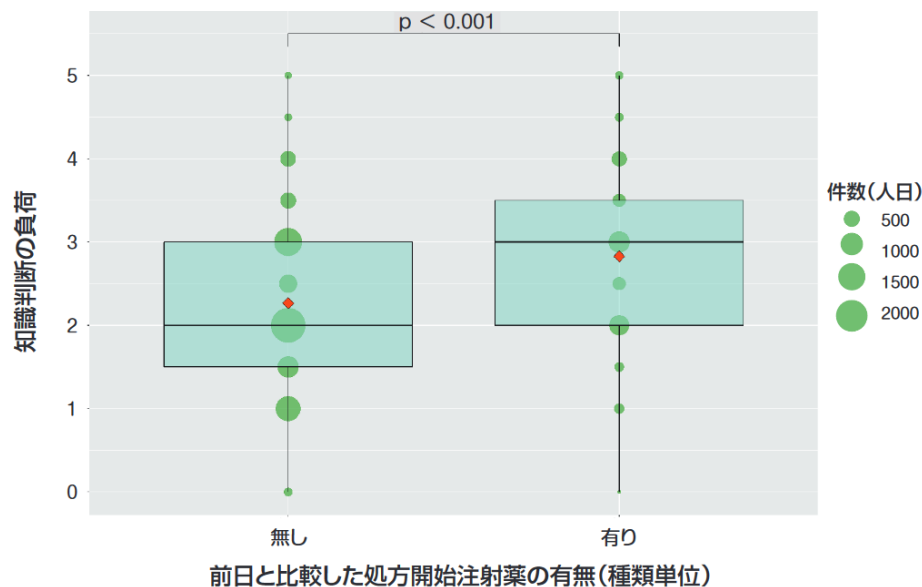
- 主治医に対するアンケート（**約1万件**）とDPCデータをもとに、注射処方の負荷に関する分析を実施した。

注射処方料に関する提言（根拠 1）

知識判断の負荷との関係

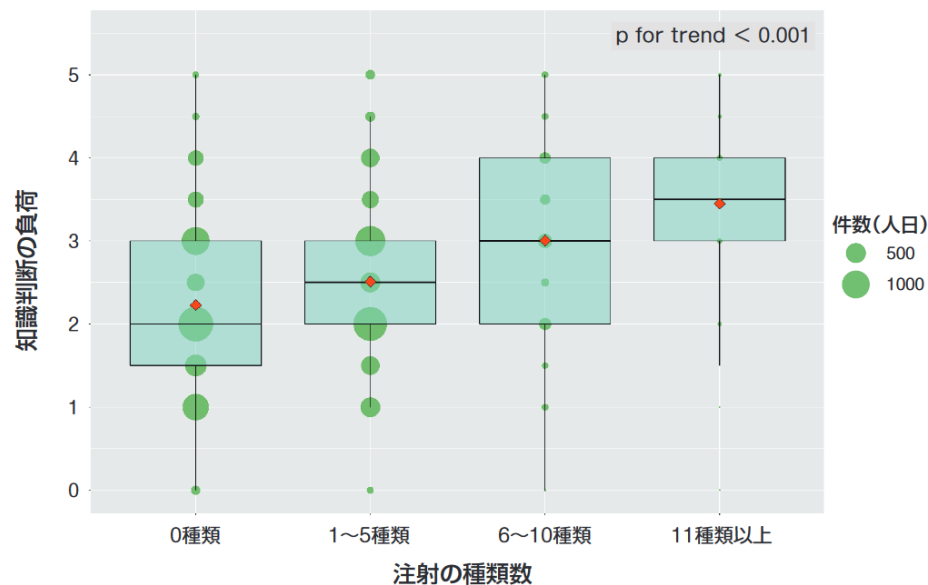
- 前日と比較して**処方**が新たに開始された**注射薬が有りの日**は、無しの日と比較して知識判断の負荷が**有意に高かった** ($p < 0.001$)。
- 投与している**注射の種類数が多い日**ほど、知識判断の負荷が**有意に高かった** ($p \text{ for trend} < 0.001$)。

処方開始注射薬の有無別 知識判断の負荷との関係



(注)「無効回答」の日を除く。

注射の種類数別 知識判断の負荷との関係

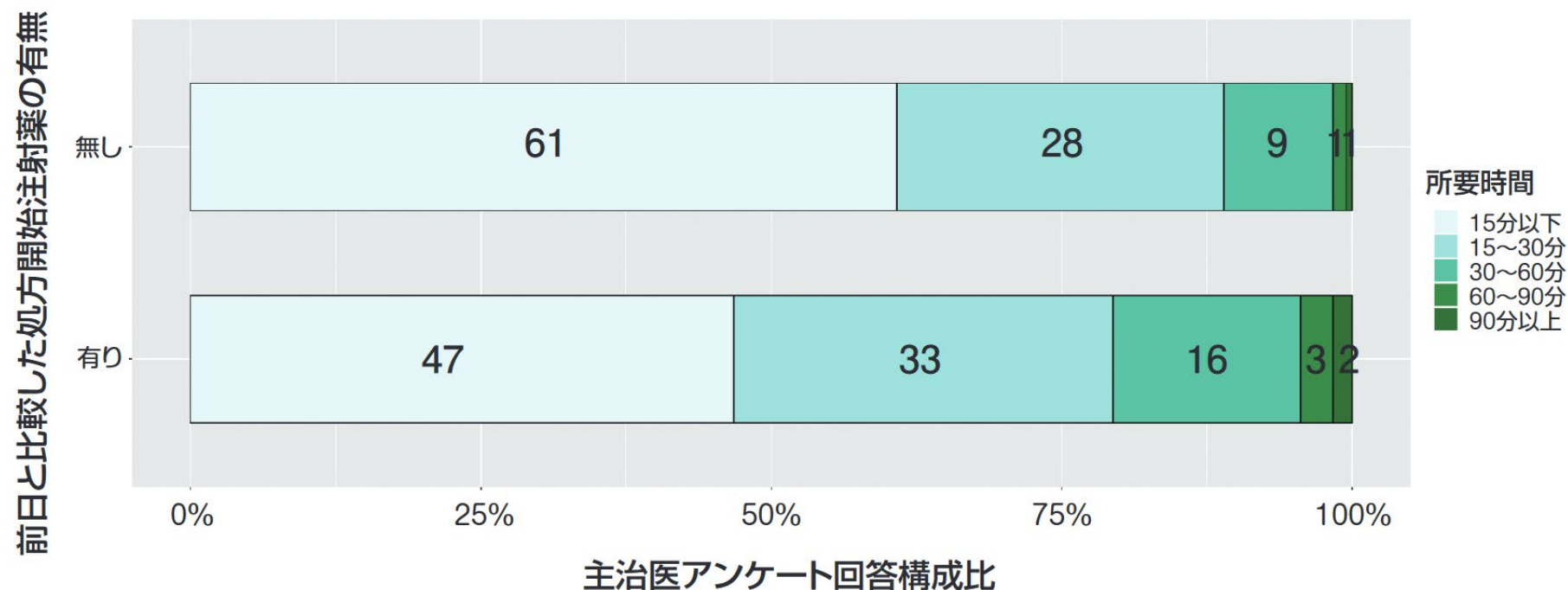


(注)「無効回答」の日を除く。

注射処方料に関する提言（根拠 2）

治療方針決定に係る所要時間との関係

- 前日と比較して**処方**が**新たに開始された注射薬がある日**は、無しの日と比較して治療方針決定に係る所要時間が**有意に長かった**（ $p < 0.001$ ）。



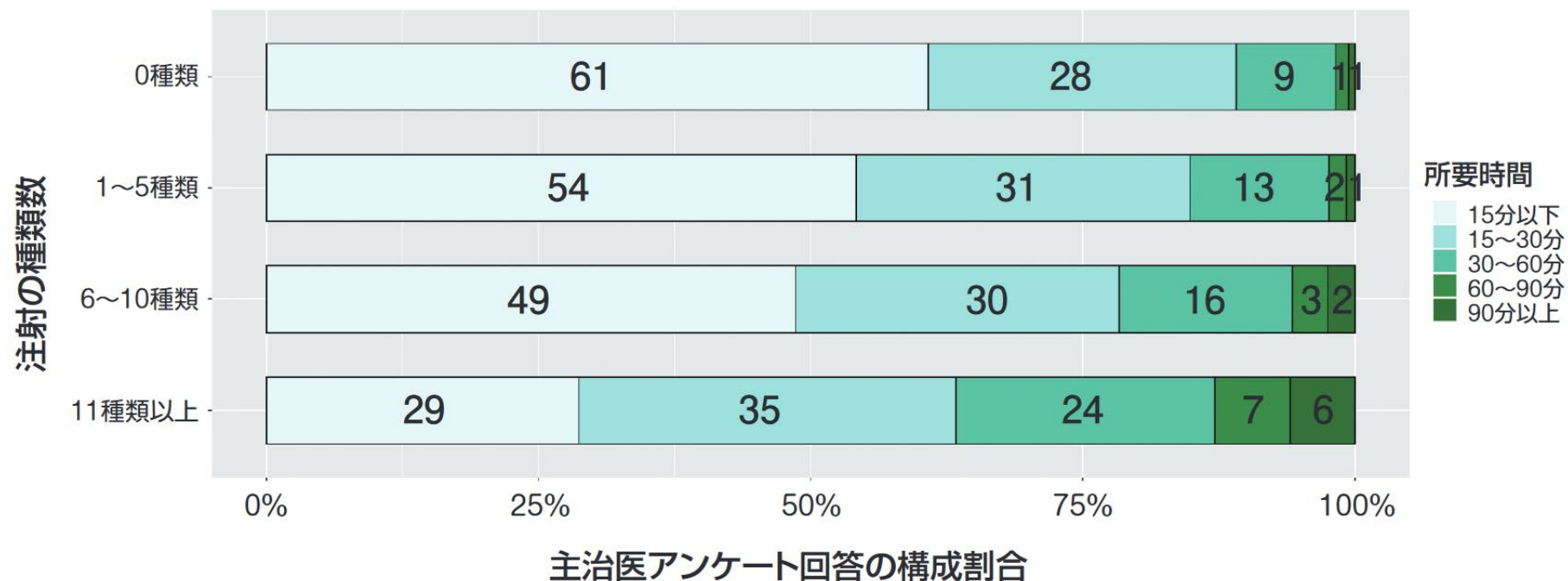
χ^2 検定 $p < 0.001$

(注) 「無効回答」あるいは「実施なし」の日を除く。

注射処方料に関する提言（根拠 3）

治療方針決定に係る所要時間との関係

- 注射の種類数が多い日ほど、治療方針決定に係る所要時間が有意に長かった（ $p < 0.001$ ）。



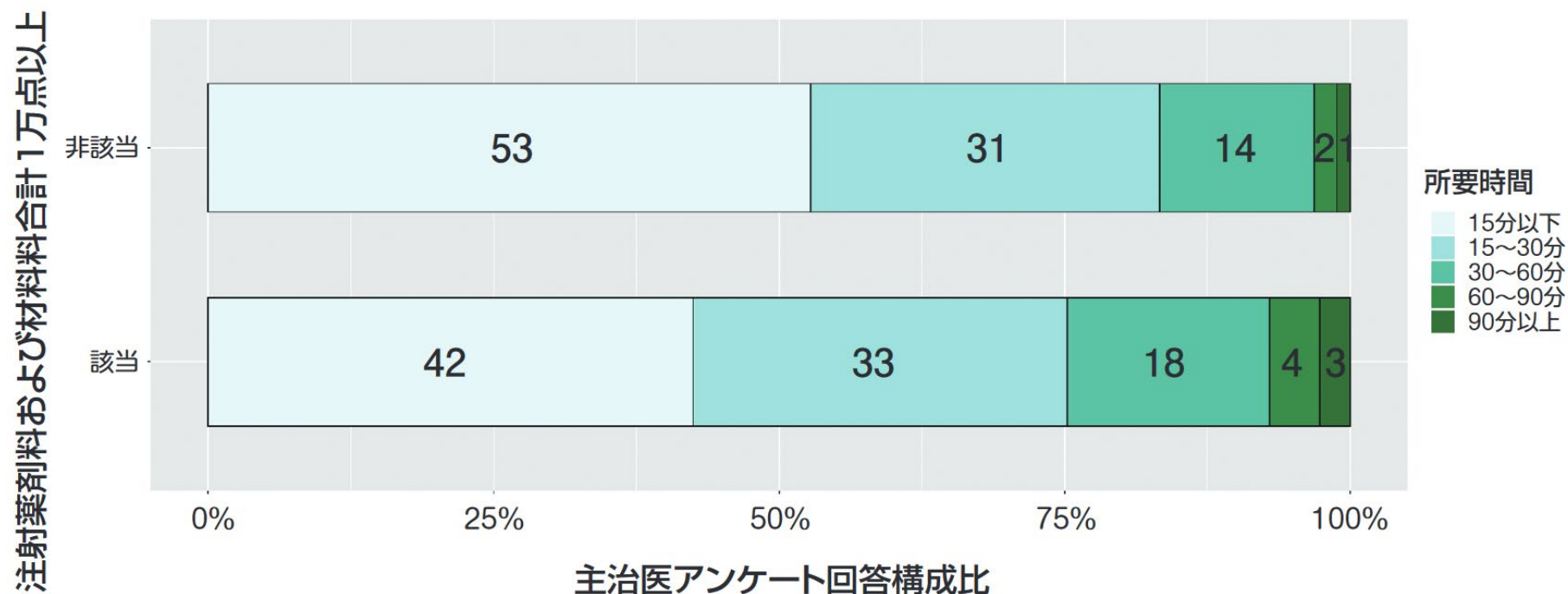
フィッシャーの正確確率検定 $p < 0.001$

（注）「無効回答」あるいは「実施なし」の日を除く。

注射処方料に関する提言（根拠4）

治療方針決定に係る所要時間との関係

- 注射の薬剤料および材料料の合計が**1万点以上の日**は、それ以外の日と比較して、治療方針決定に係る所要時間が**有意に長かった**（ $p < 0.05$ ）。



フィッシャーの正確確率検定 $p < 0.05$

(注) 「無効回答」、「実施なし」あるいは「注射薬剤料および材料料合計0点」の日を除く。

注射処方料に関する提言（根拠5）

治療方針決定に係る所要時間との関係

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05

	オッズ比		
	モデル1	モデル2	モデル3
(Intercept)	0.08 ***	0.19 *	0.18 *
注射の種類数2:1～5種類	1.17	1.11	1.26 *
注射の種類数3:6～10種類	1.59 ***	1.51 **	1.77 ***
注射の種類数4:11種類以上	2.90 ***	2.62 ***	3.03 ***
当該日の処方開始注射薬の有無有り	2.01 ***	2.07 ***	1.97 ***
注射薬剤料および材料料合計1万点以上該当	1.03	1.11	1.34
入院時年齢1:1歳未満		1.44	1.56
入院時年齢2:1歳以上6歳未満		0.67 *	0.90
入院時年齢3:6歳以上15歳未満		1.11	1.26
入院時年齢5:65歳以上75歳未満		0.68 ***	0.67 ***
入院時年齢6:75歳以上		0.87	0.83
性別		0.94	0.88
BMI2:普通体重		1.13	1.08
BMI3:肥満		1.18	1.08
入院経路院内出生		0.23 *	0.18 *
入院経路家庭から入院		0.56	0.54
入院経路介護施設に入所中		0.42	0.45
入院経路他病院から入院		0.41	0.42
予定救急入院		1.12	1.10
救急車による搬送の有無		1.33 **	1.24 *
自傷行為・自殺企図の有無		1.17	0.97
認知症自立度判定2:認知症該当		0.72 **	0.65 **
認知症自立度判定3:登録なし		0.66 ***	0.67 ***
CCIスコア2:3～7		1.03	1.18
CCIスコア3:8以上		0.82	0.71
入院時ADLスコア2:12点以上		0.86	0.90
入院時ADLスコア3:不明あり		1.05	1.09
入院時JCS_意識レベル2:JCS2桁		0.39 **	0.40 **
入院時JCS_意識レベル3:JCS3桁		1.70 *	1.48
その他(DPC6桁別疾患)			省略

【アウトカム】

- 治療方針決定に係る所要時間の回答が「30分以上」のとき = 1
- 治療方針決定に係る所要時間の回答が「30分未満」 = 0

患者属性等の交絡因子を調整した場合でも、下記の指標は「治療方針決定に係る所要時間が30分以上」となる確率が有意に高い。

- 注射の種類数（vs 0種類）
- 処方開始注射薬（vs 無し）

注射処方料

(未収載)

- ◆ 提出学会 : 日本内科学会
- ◆ 共同提案学会 (案) : 日本精神神経学会、日本小児科学会、内科系学会社会保険連合
- ◆ 区 分 : G 注射
- ◆ 提案のエビデンス : 論文等で公開はないが、調査済みデータを用いる
- ◆ 対象疾患名 : すべての疾患



◆ 技術の概要 :

GXXX 注射処方料

- 注1 入院中の患者に対し、注射薬の投与開始日及び追加投与（種類の異なる注射薬に限る。）の行われた初日に算定する。
- 2 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点を加算する。
 - 3 当該日の注射の薬剤および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点を加算する。

◆ 保険収載が必要な理由 :

近年は抗がん剤等の分野で高額な薬剤が承認されるなど、内科系治療の基本である薬物療法における「注射の処方技術」は高度化・複雑化の一途を辿っている。しかしながら、「注射の処方技術」に対してはこれまで診療報酬上の評価が基本的に行われていない状況にある。

内保連医療技術負荷度調査において入院医療における「注射の処方技術」に関する医師の診療負荷を分析した結果より、処方開始注射薬の有無や薬剤の種類数などは、医師の「知識判断の負荷」あるいは「治療方針決定に係る所要時間」と有意な関連性を持つことが報告された。また、同調査において交絡因子を調整した場合も、処方開始注射薬の有無や薬剤の種類数は「治療方針決定に係る所要時間」に関連した独立因子であった。

「注射の処方技術」は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から、「注射の処方技術」を診療報酬において適正に評価することが必要である。

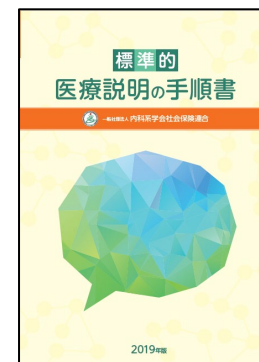
5. 「説明と同意」委員会の件

○ 委員一覧

委員長	： 蝶名林直彦	委 員	： 西 洋孝（女性診療科関連）
副委員長	： 横谷 進（小児科関連）	委 員	： 待鳥 詔洋（放射線関連）
副委員長	： 荻野美恵子（神経関連）	委 員	： 福田 正人（精神神経関連）
委 員	： 安藤 正志（悪性腫瘍関連）	委 員	： 高崎 芳成（膠原病・リウマチ性疾患関連）
委 員	： 小松 則夫（血液関連）	委 員	： 田中 正巳（内分泌代謝疾患関連）
委 員	： 岸 一馬（呼吸器関連）	委 員	： 齋藤 義弘（感染症関連）
委 員	： 浦岡 俊夫（消化器関連）	委 員	： 河合 啓介（心身医学関連）
委 員	： 寺井 和生（循環器関連）	委 員	： 福永 興吉（アレルギー関連）
委 員	： 酒井 謙（腎臓関連）		

1) 『標準的医療説明』の執筆について

- ・ 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～**
- ・ 概要：2019年に発刊した『[標準的医療説明の手順書](#)』の改定版
- ・ 委託先：株式会社医学書院
- ・ 発行：2021年8月末予定



2) 「意思決定支援管理料」の継続提案（令和4年度診療報酬改定提案）について

- ・ [299102／日本内科学会／人工呼吸器装着時意思決定支援管理料](#)
- ・ 区分：未収載
- ・ 過去提出年度：2018年度改定、2020年度改定

2020年度提案「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

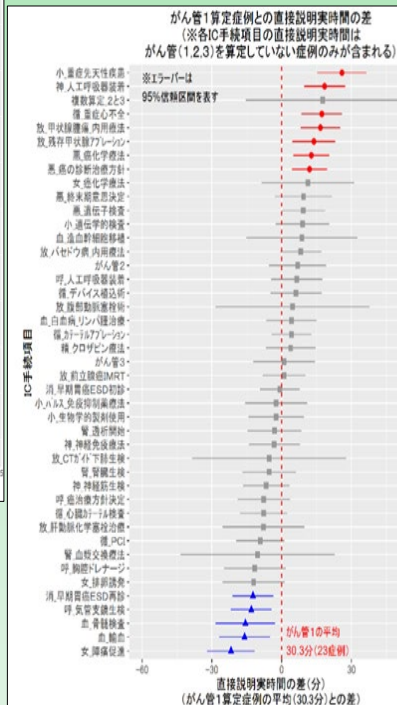
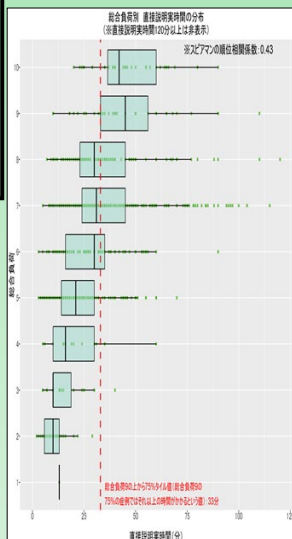
日本内科学会提案

内保連グリーンブック 2017年 説明と同意に関する調査報告と提言

説明時間と医療者への
負荷は相関している

説明時間比較
癌患者指導管理料との比較で
も有意に長いものがある

医療者への負荷度



内保連による実態調査が40項目の検査または治療に関し、全国約90の病院（127診療科）を対象に平成27年10月から平成28年11月にかけて実施され、約1,000症例の調査票を回収した。

・総合負荷
・難易度
・リスク

右記の11領域
13治療および
検査が抽出

指導管理料としての評価が必要

いずれも現状の病状、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500点を算定する。

・小児領域
・神経領域
・呼吸器領域
・循環器領域
・腎臓領域
・消化器領域
・精神科領域
・血液領域
・放射線領域
・悪性腫瘍領域

重症先天性疾患
遺伝学検査
人工呼吸器装着
人工呼吸器装着
重症心不全
カテーテルアブレーション
透析開始
早期胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術治療前
クロザピン療法
造血幹細胞移植
甲状腺腫瘍に伴う内用療法
遺伝子検査

- 1.小児重症先天性疾患療養意思決定支援管理料
- 2.小児遺伝学検査前意思決定支援管理料
- 3.人工呼吸器装着時意思決定支援管理料
- 4.重症心不全治療前意思決定支援管理料
(但し重症心不全とは、48時間の持続カテコラミン投与の必要な患者とする)
- 5.カテーテルアブレーション前意思決定支援管理料
- 6.透析導入前意思決定支援管理料
- 7.内視鏡的粘膜下層剥離術前意思決定支援管理料
(早期胃がんに対する)
- 8.クロザピン療法前意思決定支援管理料
- 9.造血幹細胞移植前意思決定支援管理料
- 10.内用療法前意思決定支援管理料(甲状腺腫瘍に対する)
- 11.悪性腫瘍に対する網羅的遺伝子検査前意思決定支援管理料

※なお7・9・10・11の4種の悪性腫瘍の説明に関してがん患者
指導管理料は同日に算定できないものとする

標準的
医療説明
の手順書

十分な説明と同意により患者の
自律的意思決定
が促進され
真に必要とされる
医療が期待される

2018年度診療報酬改定

B001 特定疾患治療管理料

5 小児科療養指導料 注5 (注の追加)500点(新設)

7 難病外来指導管理料 注5 (注の追加)500点(新設)

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。

2020年度診療報酬改定

B001-31 腎代替療法指導管理料 500点 (新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。

2. 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

B001-23 二 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点(新設)

届出医療機関で、D006-18「2」BRCA1/2遺伝子検査(血液を検体とするもの)の実施前に文書で説明を行った場合に算定できる。

D006-19 がんゲノムプロファイリング検査

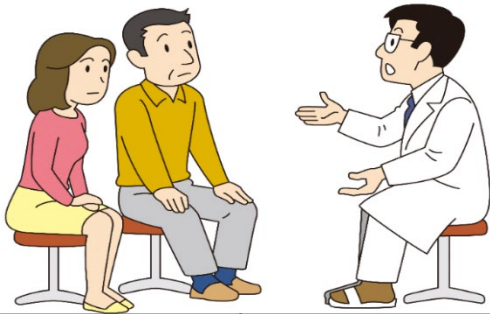
1 検体提出時 8,000点と、2.結果説明時48,000点 と分けて設定あり

2.の項目の補足として、データを外部(C-CAT)に提出する際には、「医療関係団体が定める「インフォームド・コンセント手順書」を遵守し、患者からの同意取得について適切な手続きを確保する」とされている。

2022年度提案「人工呼吸器装着時意思決定支援管理料」500点/回 日本内科学会

共同提案；日本呼吸器学会、日本呼吸療法医学会、内科系学会社会保険連合

対象；肺炎・ARDSなどの急性呼吸不全及び慢性呼吸不全の増悪によって、人工呼吸管理の適応となる患者、ただし侵襲的（挿管下）・非侵襲的（NPPV）呼吸管理の両者を含む



30分以上説明し文書により提供した場合

- ・現在の病状・病態・人工呼吸器装着の目的および方法
- ・合併症；気胸・血圧低下・感染症・誤嚥性肺炎、不耐性（NPPVの場合）等
- ・呼吸器をつけなかった場合の経過・予後、費用等

	NPPV (鼻マスク型)	従来呼吸器 (気管挿管有)
気道確保	不完全（自発呼吸停止時原則使用不可）	完全
回路の漏れ	許容	通常なし
発声・食事	可能	不可能
鎮静	通常不要	必要
離脱	比較的容易	慎重
人工呼吸器装着に関連する肺炎	少ない	ありえる
ベッドサイドケア	多い（特に初期）	比較的少ない

但し急変時、家族などの代諾者に対して説明する場合は、所用時間を問わない



- ・ **医療の質的効果**；医療者への高負荷の適切な評価および、患者と**家族の満足度向上**→**医療訴訟件数減少**の可能性
- ・ **経済的効果**；呼吸器装着せず**緩和ケアのみ**を行う場合→約75億円の**医療費削減効果**

人工呼吸器装着時意思決定支援管理料

(未収載)

- ◆ **提出学会** : 日本内科学会
- ◆ **共同提案学会（案）** : 日本呼吸器学会、日本呼吸器療法医学会、内科系学会社会保険連合
- ◆ **区 分** : B 医学管理等
- ◆ **提案のエビデンス** : 論文等で公開はないが、調査済みデータを用いる



- ◆ **対象疾患名 :**
急性呼吸不全及び慢性呼吸不全の増悪によって、人工呼吸管理の適応となる患者、ただし侵襲的（挿管下）、非侵襲的（NPPV）呼吸管理のどちらも含まれる。
- ◆ **技術の概要 :**
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。
- ◆ **保険収載が必要な理由 :**
呼吸不全は生命予後を決定する重大な因子であることに論を待たないが、救命のため酸素化と換気のための人工呼吸器装着を行うかどうかの判断は、正確には医療者側からの病態説明とともに、それを受けた患者側の意思決定の双方が必要十分な条件である。
内保連での調査（グリーンブック）によると、呼吸器装着時の説明時間は、平均33分であり、これはがん患者指導料1（500点）を算定している症例と比べ有意に長く、さらに神経・呼吸器領域における装着では5割以上の症例で医療者への総合負荷が高かった。
また近年高齢者の中には呼吸器装着を必ずしも望まない患者の存在していることも事実であり、望まない装着を避ける必要から十分な説明と同意が必要となり、また医療経済的にも貢献できる。
なお最近人工呼吸管理後の選択肢としてハイフローセラピーや気管切開下在宅療法など多様であり、説明の難易度も高まっている。

6. 内保連外保連合同AI診療検討委員会の件

1. 委員会委員一覧

役職	氏名	所属	担当分野
委員長	井田 正博	水戸医療センター放射線科	放射線（内保連・外保連）
副委員長	土田 敬明	国立がんセンター中央病院内視鏡部	内視鏡（外保連）
委員	佐々木 毅	東京大学大学院医学系研究科	病理（内保連）
委員	清水 伸幸	山王病院外科	内視鏡（外保連）
委員	田邊 稔	東京医科歯科大学肝胆膵外科	肝胆膵外科（外保連）
委員	中田 典生	東京慈恵会医科大学	超音波（外保連）
委員	南学 正臣	東京大学大学院医学系研究科	腎臓内科（内保連）
委員	藤本 学	大阪大学皮膚科	皮膚科（外保連）
委員	古川 泰司	帝京大学医学部附属病院中央検査部	検査（内保連）
委員	待鳥 詔洋	国立国際医療研究センター国府台病院	放射線（内保連）
委員	三宅 正裕	京都大学眼科	眼科（外保連）
オブザーバー	岩中 督	地方独立行政法人埼玉県立病院機構	外保連会長
オブザーバー	小林 弘祐	北里研究所	内保連理事長

2. 委員会設置要綱（概要）

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必要があるため、内保連と外保連が合同で有識者を選出し、本委員会を設置した。

本委員会では令和4年度診療報酬改定に向け、AIの実用化が早いと考えられる「放射線」、「超音波」、「眼科」、「皮膚科」、「内視鏡」、「病理」の6領域と、「手術支援」について重点的に検討し、医師主導の開発によるAIの臨床導入や、厚生労働省と共同で協議を進めていく。

委員会活動報告

3. 会議開催一覧

会議	開催日	内容
第1回	2020年7月8日	キックオフ、委員会要項（方針）の確認
第2回	2020年9月18日	既存の関連ガイドラインなどの説明、薬機法の承認等の説明
第3回	2020年10月13日	病理、内視鏡のプレゼン
第4回	2020年11月10日	眼科、臨床検査のプレゼン、機械学習における評価指標説明
第5回	2020年12月23日	皮膚科プレゼン、第一次提案書AIおよび人工知能に関わる提案確認
第6回	2021年1月19日	重要提案の確認、外保連試案での評価基準のすり合わせ等
第7回	2021年2月10日	重要提案の概要図確認およびプレゼン
第8回	2021年4月5日	委員会まとめ、重要提案のプレゼンおよび承認等

4. 委員会重要提案

- ・人工知能による大腸内視鏡診断支援（日本内視鏡学会）
- ・人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（日本医学放射線学会）
- ・AIを用いた放射線治療（日本放射線腫瘍学会）
- ・人工知能病理診断支援加算（日本病理学会）

左記詳細：[内保連基本方針10](#)

7. 退会の件

日本アルコール関連問題学会より退会届を受領いたしました。
これにより内保連加盟学会数は137学会となります。

日本アルコール関連問題学会

- | | |
|----------|------------------------------|
| 1. 退会年月日 | 令和3年3月31日 |
| 2. 退会理由 | アルコール・アディクション医学会と提案内容が重複するため |
| 3. 備考 | なし |

