

令和4年度

第2回社員総会

本資料

令和4年11月9日（水）18時



一般社団法人
内科系学会社会保険連合

議 案

開会の挨拶・・小林弘祐

審議事項

- 第1号議案. 新規加盟申請の件 (小林弘祐)・・・・・・・・ 4
- 1)一般社団法人 日本神経消化器病学会

報告事項

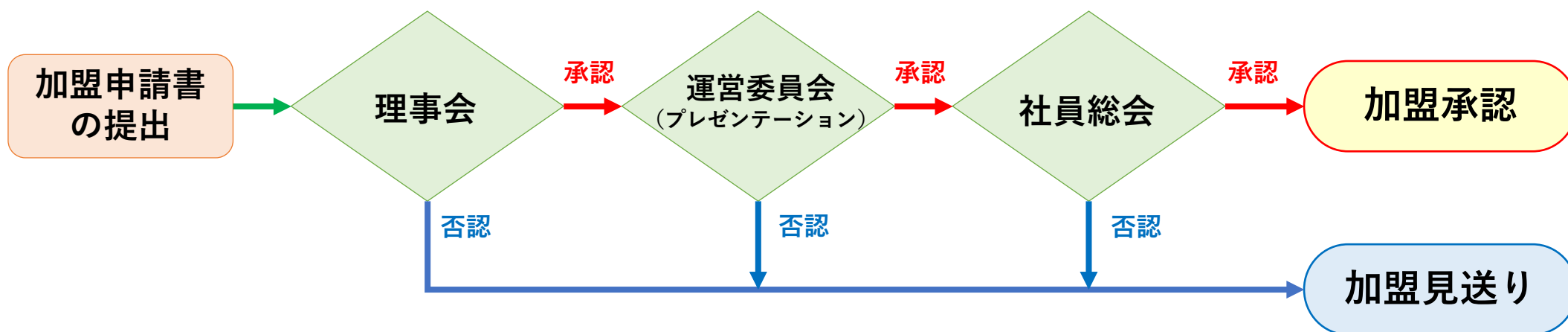
1. 診療領域別委員会委員長交代の件 (小林弘祐)・・・・・・・・ 16
2. 医療技術負荷度調査委員会の件 (高橋和久)・・・・・・・・ 17
3. 令和6年度改定に向けたスケジュールの件 (小林弘祐)・・・・・・・・ 34
- 1)全体スケジュール(仮)
- 2)令和6年度改定提案意向調査
- 3)診療領域別委員会へのお願い
4. 日本医師会 社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦の件 (小林弘祐)・・・・・・・・ 39

閉会の挨拶・・小林弘祐

審議事項

第1号議案. 新規加盟申請の件

内保連加盟申請の流れ



《定款》

第6条 (入会)

この法人に入会しようとする学会は、書面により理事長に申込をしなければならない。

2 理事長は、前項の申込があったときは、理事会及び運営委員会において出席者の過半数の議決を経て社員総会に諮り、入会を認めるか否かを決する。なお、社員総会においては、出席した会員の議決権の3分の2以上の賛同を得なければならない。

3 理事長は、入会の可否の決定について、これを当該申込者に通知するものとする。

http://www.naihoren.jp/modules/about/index.php?content_id=2

一般社団法人 日本神経消化器病学会より加盟申請書を受領いたしました。

加盟申請書および学会プレゼンテーション資料は次頁より掲載いたします。

1) 一般社団法人 日本神経消化器病学会

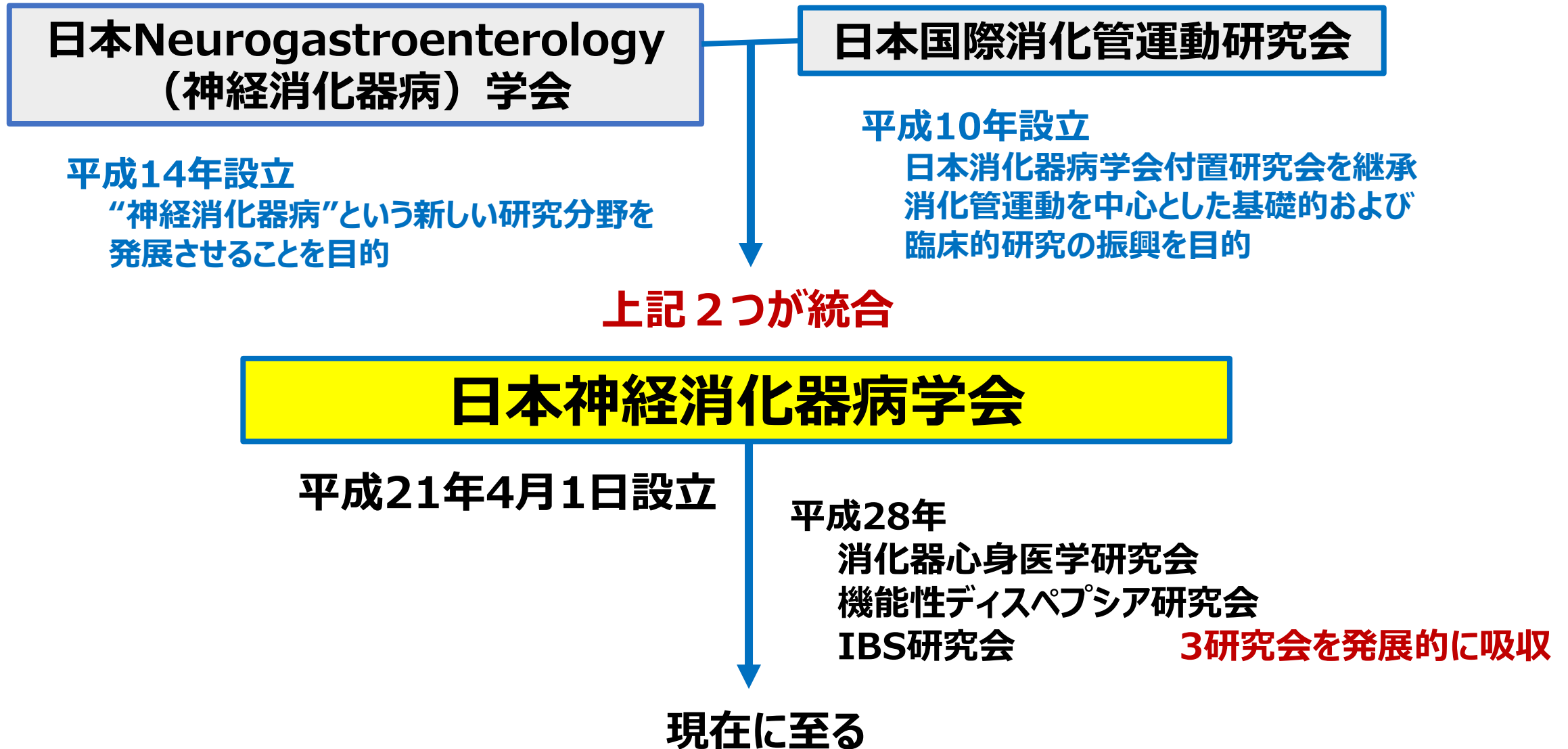
学会名	一般社団法人 日本神経消化器病学会
設立年月日	2009年 4月 1日
法人格	有
代表者氏名	三輪 洋人（兵庫医科大学 名誉教授／川西市立総合医療センター 総長）
事務局	〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1-1 兵庫医科大学 消化器内科学講座 内
会員数	326名（会員における医師の割合 89.6%）
学術集会の開催	年 1回
学会誌の発刊	有（年 4回）
保険委員会	有 保険委員長 神谷 武（名古屋市立大学大学院次世代医療開発学・教授） 年 1回、定例委員会を開催し、保険診療、薬事的問題に関する協議を行っている。 また適宜臨時委員会や、会員アンケートを行い、データの収集、分析を行っている。

加盟希望理由

本会は機能性消化管疾患を中心に、その病態の解明、治療法の開発や、病態に関連した消化管運動について学術的検討を行ってきた学会である。この中で消化管運動機能検査の分野は、内保連加盟の学会では日本消化器病学会、日本消化管学会が主に補っているが、両学会とも消化器・消化管の幅広い種々の分野に対応する会員数の多い学会である。本会は消化管運動機能領域に比較的特化した学会で、両学会と協同することでこの分野に対して今以上に補うことが可能になると思われる。

PHモニタリング、インピーダンスを含めた食道運動機能検査の診療報酬改定、胃排出能、X線不透過マーカーによる大腸通過時間測定法をはじめとする各種消化管運動機能検査の実用化の要望（保険収載およびその後の診療報酬改定等）を実現させるためにも、日本消化器病学会、日本消化管学会はじめ内科系の諸学会との連携を強化し、適正な診療報酬の実現を図っていきたいと考える。

日本神経消化器病学会の歩み



一般社団法人 日本神経消化器病学会

(Japanese Society of Neurogastroenterology and Motility)

理事長：三輪 洋人
(兵庫医科大学名誉教授/川西市立総合医療センター総長)

事務局：兵庫県西宮市武庫川町1-1
兵庫医科大学消化器内科 内

会員数：326人 (令和4年8月現在)
医師の割合 89.6%

一般社団法人 日本神経消化器病学会 (Japanese Society of Neurogastroenterology and Motility)

各種委員会： 人事委員会，総務委員会，会則委員会
薬事・保険委員会，学術委員会

学術集会開催： 年1回
(市民公開講座，学会セミナーも年1回開催)

学会誌： Journal of Neurogastroenterology and Motility
年4回 発刊

一般社団法人 日本神経消化器病学会

(Japanese Society of Neurogastroenterology and Motility)

**目的：神経消化器の臓器機能相関という新しい観点から消化器および神経系の機能性および器質性疾患の発症・進展治癒機構を解析し、その統合的理解を試みることにより、基礎的・臨床的に消化器および神経系疾患を解明し、その治療に寄与する。
神経消化器病という新しい研究分野を発展させることを目的とする。**



機能性消化管疾患を中心に、その原因、病態解明、治療法の開発や病態に関連した消化管運動について学術的検討を行ってきた学会

本学会が対象の中心とする、代表的な消化管疾患

胃食道逆流症（逆流性食道炎，非びらん性逆流症）

食道アカラジア，機能性ディスぺプシア

胃不全麻痺（特発性，続発性），慢性膵炎

**過敏性腸症候群（便秘型，下痢型），慢性便秘症
等 多数**

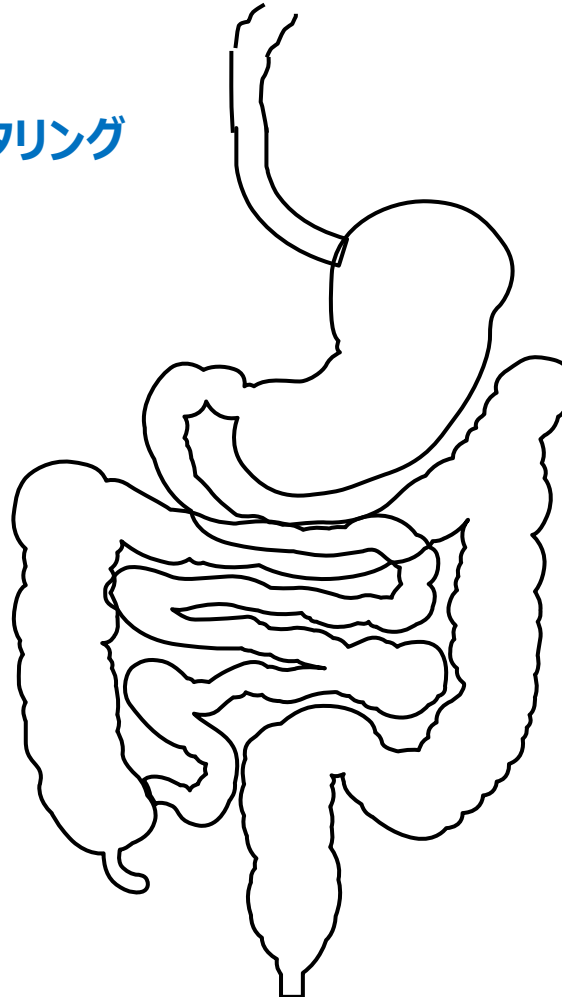
主な消化管運動機能検査

食道

高解像度食道内圧検査 (HRM)
多チャンネルインピーダンス/ pHモニタリング
食道バリウム造影 等

小腸・大腸

口-盲腸通過時間
ラクツロース水素呼気試験法
シネMRI法
内圧測定
大腸通過時間
X線不透過マーカ法
ワイヤレスカプセル 等



胃

胃排出能
ラジオアイソトープ法
X線不透過マーカ法
13C呼気試験法
超音波法
アセトアミノフェン法
MRI法 等

胃電図
バロスタット
ドリンクテスト

直腸

バロスタット

本会が、内科系学会として内保連に加盟を希望する理由



日本神経消化器病学会では、消化管運動機能検査について主な分野として対応しているが、これら検査は、現状わが国ではほとんど実臨床に応用されていない。

すでに保険収載されている検査の診療報酬改定、まだ保険未収載の多くの各種消化管運動機能検査の実用化の要望

（保険収載およびその後の診療報酬改定等）を実現させるためにも、内科系の諸学会との連携を強化し、適正な診療報酬の実現を図っていききたいと考える。

一般社団法人 日本神経消化器病学会

(Japanese Society of Neurogastroenterology and Motility)

薬事・保険委員会

年1回、定期委員会を開催し、
保険診療、薬事的問題に関する
協議を行っている。
また、協議事項がある場合は、
臨時の委員会も適宜開催し
協議を行っている。
必要に応じて保険診療について
アンケートを行い、データ収集、
分析を行っている。

<薬事・保険委員会メンバー>

委員長	神谷 武	(名古屋市立大学)
副委員長	眞部 紀明	(川崎医科大学)
委員	鳥居 明	(鳥居内科クリニック)
委員	稲森 正彦	(横浜市立大学)
委員	大島 忠之	(兵庫医科大学)
委員	金澤 素	(東北大学)

報告事項

1. 診療領域別委員会委員長交代の件

下記の通り、診療領域別委員会委員長変更願いを2件受領いたしました。

1) 循環器関連委員会

[前任] 池田 隆徳

みうら しんいちろう

[後任] 三浦 伸一郎 (福岡大学医学部心臓・血管内科学)

2) アレルギー関連委員会

[前任] 福永 興吉

いまい たかのり

[後任] 今井 孝成 (昭和大学医学部小児科学講座)

2. 医療技術負荷度調査委員会の件

○ 医療技術負荷度調査委員会 委員一覧

委員長	： 高橋 和久	委 員	： 長谷川泰弘（神経関連）
副委員長	： 荻野美恵子	委 員	： 米田 博（精神科関連）
委 員	： 古川 泰司（検査関連）	委 員	： 田村 直人（膠原病・リウマチ性疾患関連）
委 員	： 小早川雅男（消化器関連）	委 員	： 増田 敬（小児関連）
委 員	： 明石 嘉浩（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）	研究アドバイザー	： 荘島宏二郎（大学入試センター）
委 員	： 佐々木治一郎（呼吸器関連）	調査事務局	： PRRISM（株）健康保険医療情報総合研究所

○ 令和4年度 活動履歴(概要)

- ・ 5月31日(火) 第15回負荷度調査委員会
- ・ 8月4日(木) 第16回負荷度調査委員会
- ・ 9月20日(火) 第17回負荷度調査委員会

○ 参考 令和4年度診療報酬改定時の活動

<令和4年度診療報酬改定時 提出提案書>

- ・ 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

<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ver.1』（2020年12月）

➡ 現在、ver.2作成中

既存モデルおよび提案モデル(案)の項目定義の概要

<配点定義>

A項目(モニタリング及び処置等) (名称案:A項目「●●●●」)		既存モデル (2022年度)	提案モデル(案)	提案モデル(案)の備考
1	創傷処置	・なし:0点 ・あり:1点	既存モデルと同じ	
2	呼吸ケア	・なし:0点 ・あり:1点	既存モデルと同じ	
3	注射薬剤3種類以上の管理 (提案モデルの名称案:「注射処方の複雑性」)	・なし:0点 ・あり:1点	・0種類:0点 ・1～2種類:1点 ・3種類以上:2点	既存モデルのA項目と重複するレセプト電算コード、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。
4	シリンジポンプの管理	・なし:0点 ・あり:1点	既存モデルと同じ	
5	輸血や血液製剤の管理	・なし:0点 ・あり:2点	既存モデルと同じ	
6	専門的な治療・処置(①～⑪)	・なし:0点 ・あり:2点	既存モデルと同じ	
7	緊急に入院を必要とする状態	・なし:0点 ・あり:2点	既存モデルと同じ	
8	名称案:「検査の選択・結果判断・推論の複雑性」 (前回提案名称:「検査の出来高換算点数」)		・0点:0点 ・1～599点:1点 ・600点以上:2点	既存モデルのC項目と重複するレセプト電算コード、旧A4「心電図モニター」のレセプト電算コード、薬剤、特定器材を除く。
9	名称案:「画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性」 (前回提案名称:「画像診断の出来高換算点数」)		・0～299点:0点 ・300点以上:1点	薬剤、特定器材を除く。
10	名称案:「特定器材の使用の判断」 (前回提案名称:「特定器材の算定有無」)		・なし:0点 ・あり:2点	全ての特定器材を対象とする。
11	名称案:「注射処方の方針決定の複雑性」 (前回提案名称:「当該日の処方開始注射薬の有無」)		・なし:0点 ・あり:1点	対象とするレセプト電算コードは提案モデル(案)のA3と同じとする。

B項目(患者の状態等)	既存モデル (2022年度)	提案モデル(案)
～(略)～	～(略)～	既存モデルと同じ

C項目(手術等の医学的状況)	既存モデル (2022年度)	提案モデル(案)
～(略)～	～(略)～	既存モデルと同じ

(参考)既存の「重症度、医療・看護必要度」の項目

(配点)				
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし		あり
				A得点

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)	なし	あり
		C得点	

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない				点	
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
10	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり	点	
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ					点	
14	危険行動	ない		ある				点	
B得点									

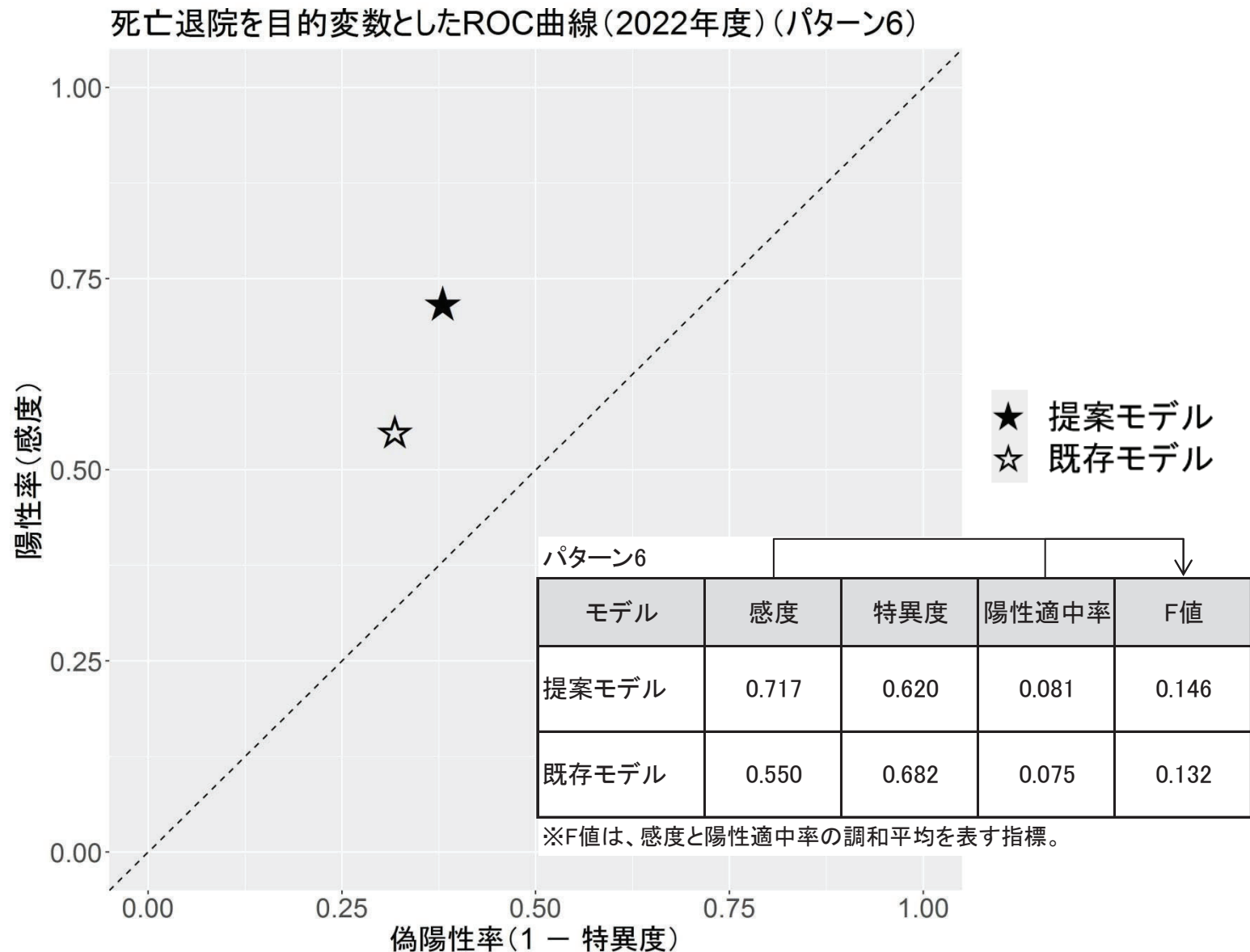
(出典)厚生労働省「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日)

既存モデルおよび提案モデル(案)のカットオフ定義の概要と結果のサマリ

	既存モデル (2022年度)	提案モデル(案)に対するカットオフの候補案				
		候補1 (感度優先) <パターン6>	候補2 (中間案) <パターン8>	候補3 (特異度配慮) <パターン9>	候補4 (Ver.1の手法) <素点合計版*>	候補5 (C項目を6倍) <素点合計版*>
カットオフ定義	以下いずれかに該当 ・A項目2点以上かつ B項目3点以上 ・A項目3点以上 ・C項目1点以上	以下いずれかに該当 ・A項目3点以上かつ B項目3点以上 ・A項目6点以上 ・C項目1点以上	以下いずれかに該当 ・A項目4点以上かつ B項目3点以上 ・A項目6点以上 ・C項目1点以上	以下いずれかに該当 ・A項目4点以上かつ B項目3点以上 ・A項目7点以上 ・C項目1点以上	A、B、C項目の合計 得点が9点以上 ※C項目の得点は既存 モデルの「A項目3点以 上」と合わせるため、3 倍とする。	A、B、C項目の合計 得点が8点以上 ※C項目の得点は6倍 とする。
(カッコ内は既存モデルとの差)						
感度	0.550	0.717 (+0.167)	0.649 (+0.099)	0.626 (+0.076)	0.693 (+0.143)	0.764 (+0.214)
特異度	0.682	0.620 (-0.062)	0.655 (-0.027)	0.674 (-0.008)	0.715 (+0.032)	0.612 (-0.070)
F値	0.132	0.146 (+0.014)	0.144 (+0.012)	0.146 (+0.014)	0.178 (+0.046)	0.152 (+0.020)
該当患者割合の差の差 (手術無し症例における提 案モデルと既存モデルの 差) vs (手術有り症例にお ける提案モデルと既存モデ ルの差)		+9.6ポイント vs +4.9ポイント ⇓ +4.7ポイント	+5.2ポイント vs +2.3ポイント ⇓ +3.0ポイント	+3.0ポイント vs +0.9ポイント ⇓ +2.1ポイント	+5.5ポイント vs -9.7ポイント ⇓ +15.1ポイント	+13.2ポイント vs +3.7ポイント ⇓ +9.5ポイント
メリット		・候補4、候補5に 次いで、内科系病 院が恩恵を受けや すい。	・候補4、候補5、候 補1に次いで内科 系病院が恩恵を 受けやすい。 ・候補1に比べると 特異度の低下幅 が小さいため、厚 労省への説明の ハードルはやや下 がる可能性。	・感度が上がり、か つ特異度は既存 モデルとほぼ同程 度を維持できるた め弱点が少なく、 候補1および2と 比べると厚労省へ の説明のハードル は低い可能性。	・手術有り症例と無し症例の該当割合の格 差が最も縮み、内科系病院が最も恩恵を 受けやすい。	
デメリット		・当該候補は特異度が下がるため厚労省 の意向と合わない可能性。前回改定では 特異度を上げる方向への見直し(「心電図 モニター管理」の削除)が行われている。 ・概ね全ての病院で既存モデルよりも該当 患者割合が上昇するため、急性期一般入 院料1等の施設基準の引上げが行われ る可能性。	・他の候補と比べて 内科系病院の受 ける恩恵が少ない。 ・候補1および2と 比べてA項目の カットオフを高め に設定しているた め一部の病院から 反発が出る可能 性。 ・提案に削りシロが 少ない。	・素点合計について厚労省への説明の ハードルがやや高い可能性。 ・既存のC項目1点で該当していた患者の一 定割合が非該当になることにより、外科系 病院の納得を得ることが難しい可能性。		

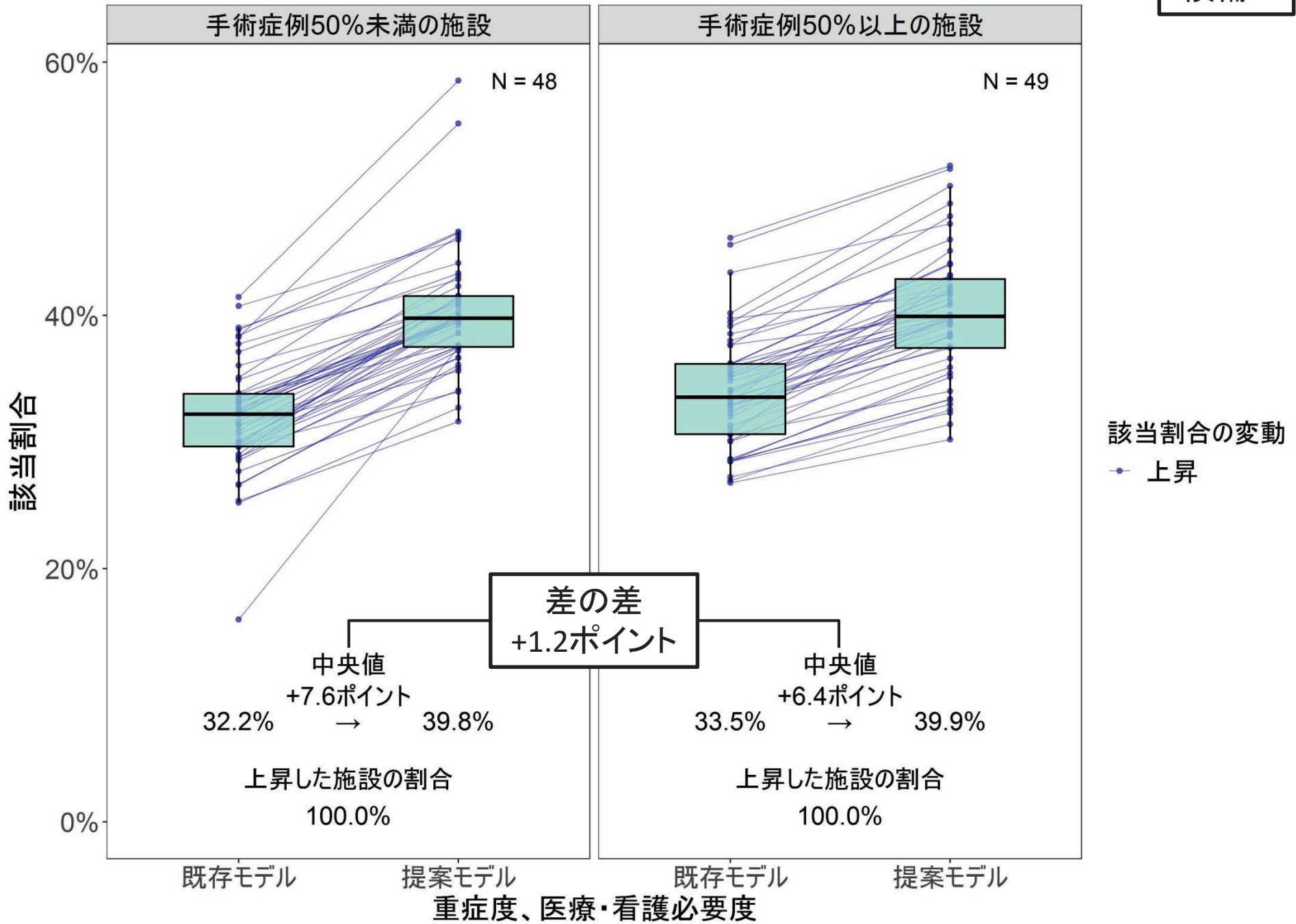
候補1

既存モデルおよび提案モデル(案)の性能評価



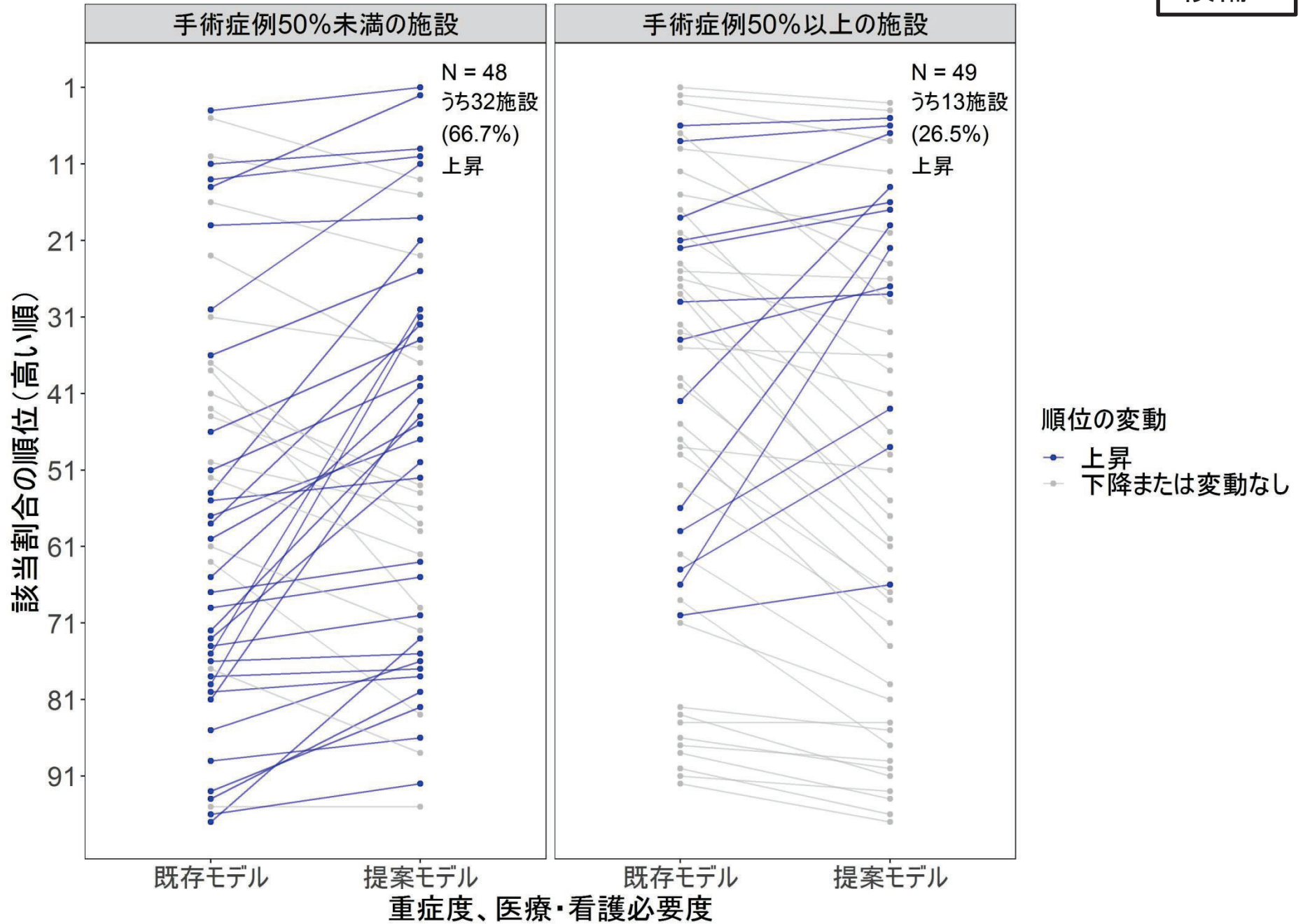
候補1

施設別 重症度、医療・看護必要度の該当割合シミュレーション(パターン6)

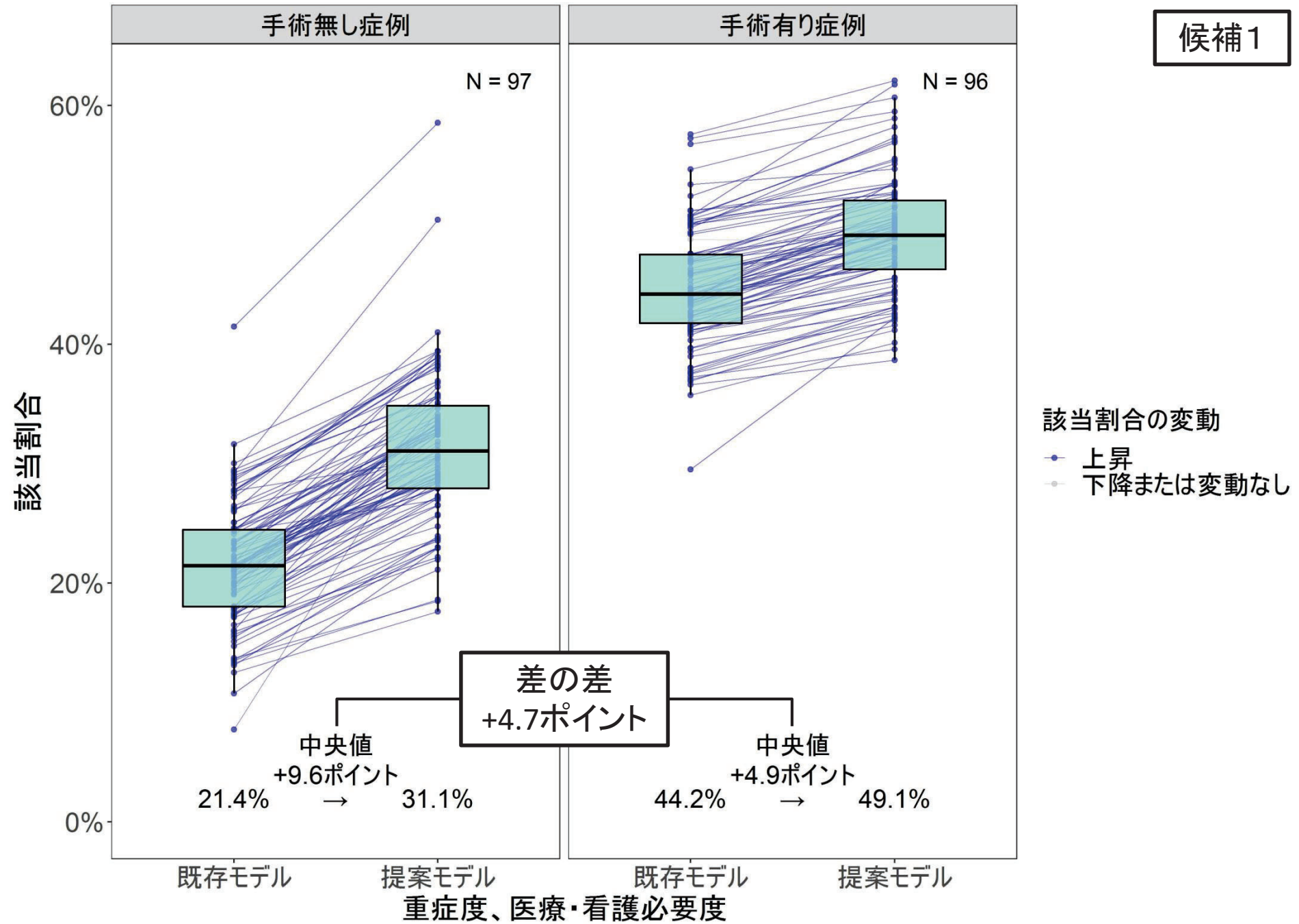


施設別 重症度、医療・看護必要度の該当割合順位のシミュレーション(パターン6)

候補1



施設別・手術有無別 重症度、医療・看護必要度の該当割合シミュレーション(パターン6)

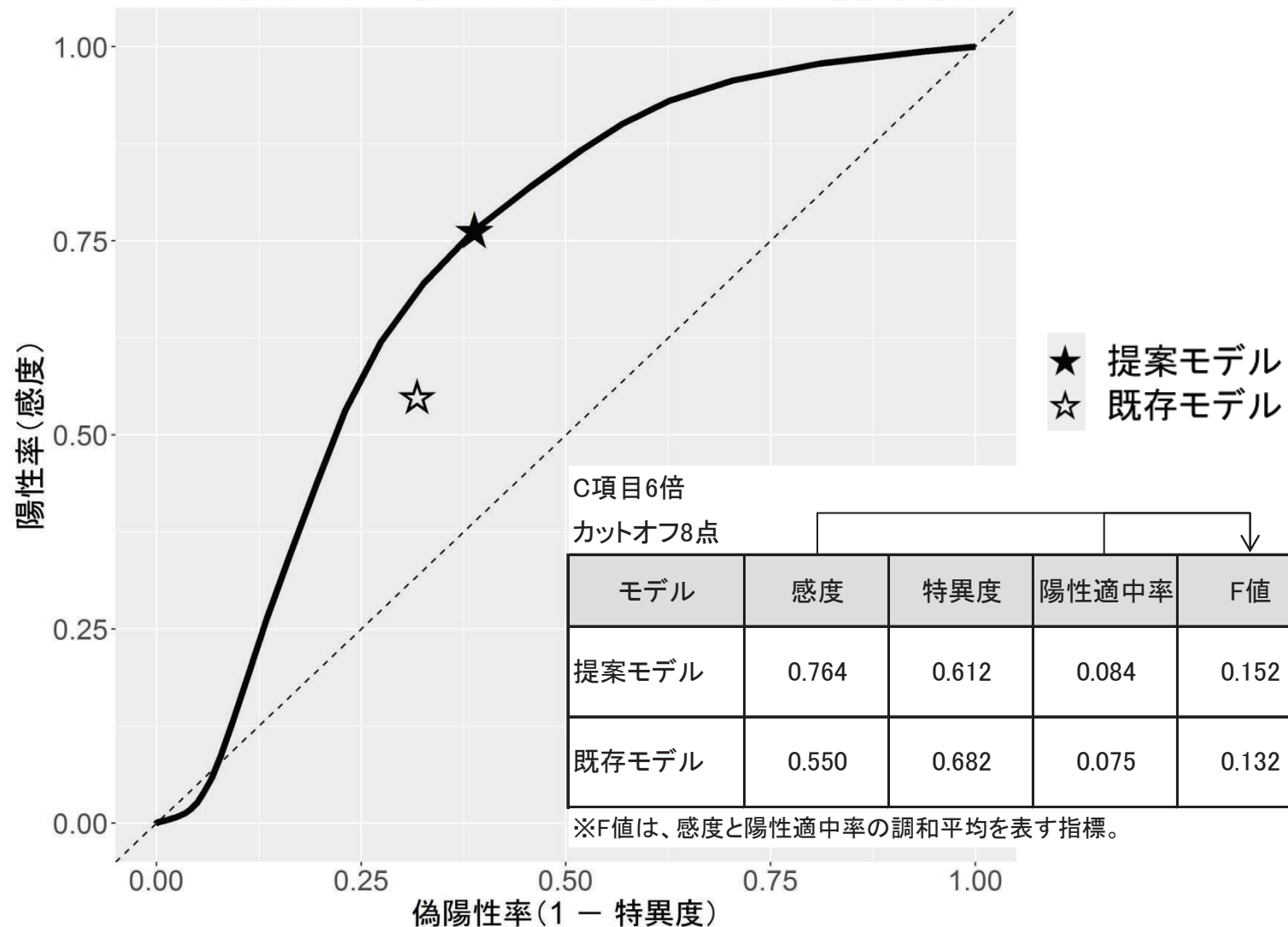


候補5

既存モデルおよび提案モデル(案)の性能評価

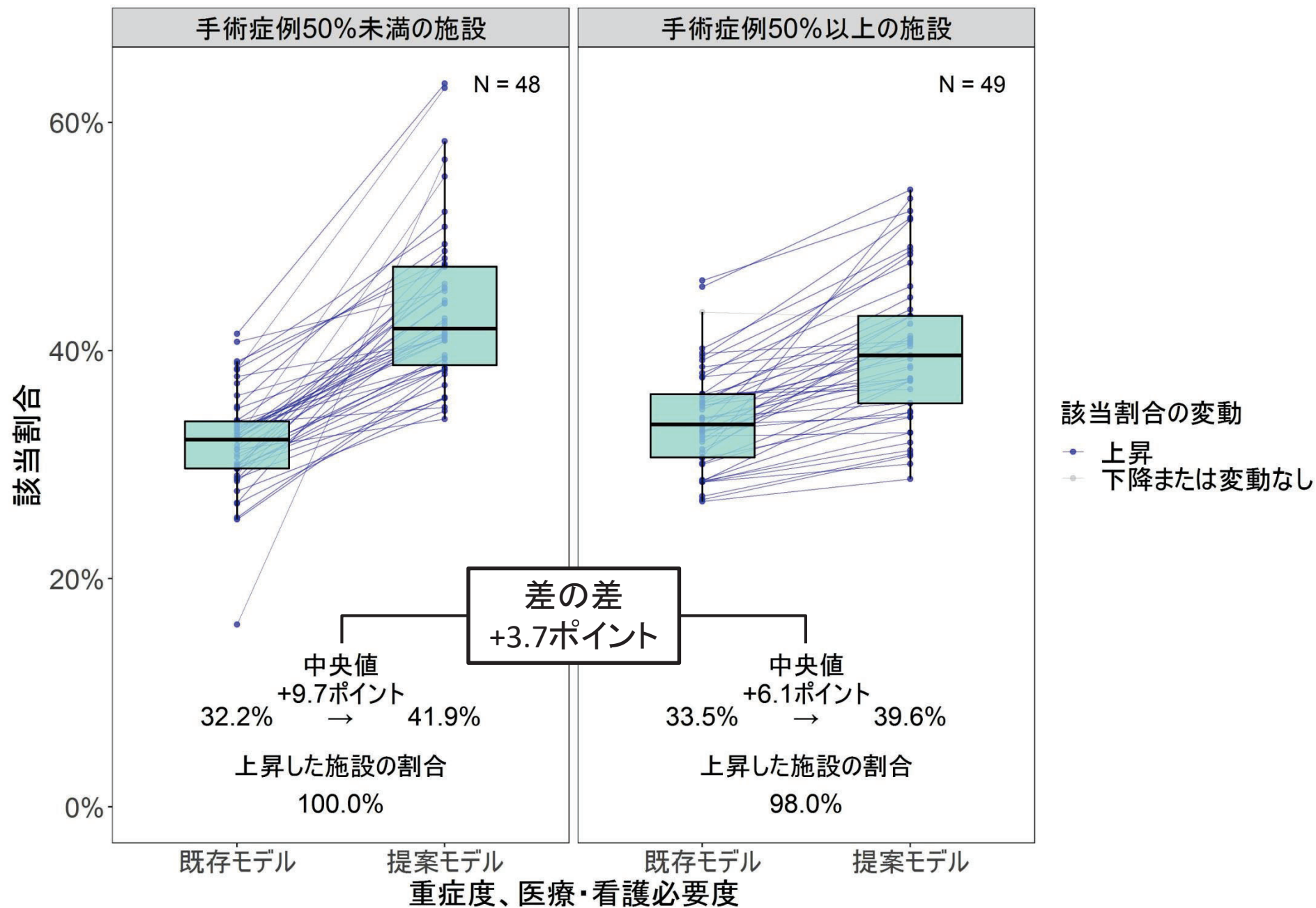
死亡退院を目的変数としたROC曲線(2022年度)(素点合計版)

※★は「素点合計8点以上」をカットオフ値とした場合の陽性率・偽陽性率を表す。



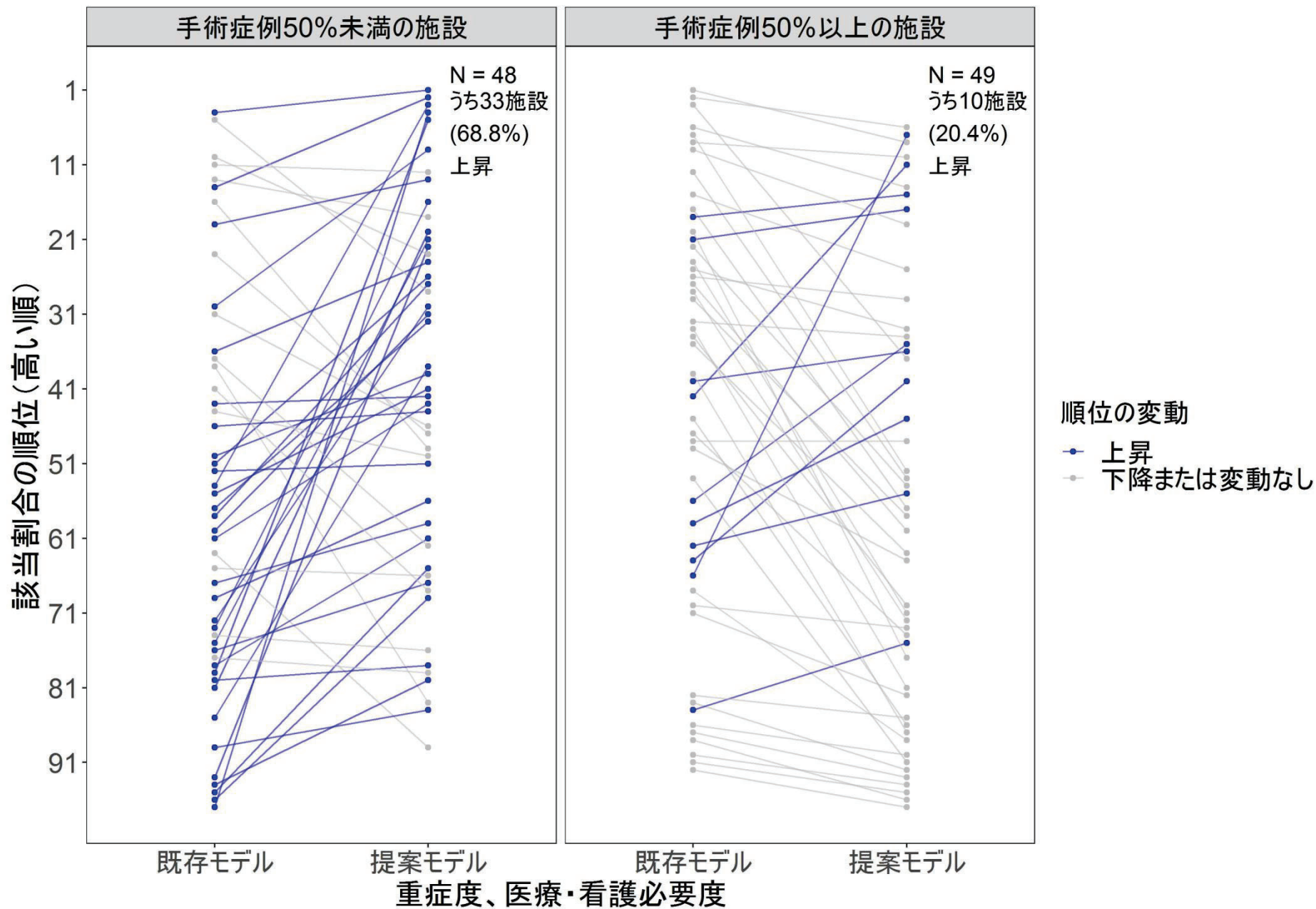
候補5

施設別 重症度、医療・看護必要度の該当割合シミュレーション
(素点合計版_カットオフ8点)



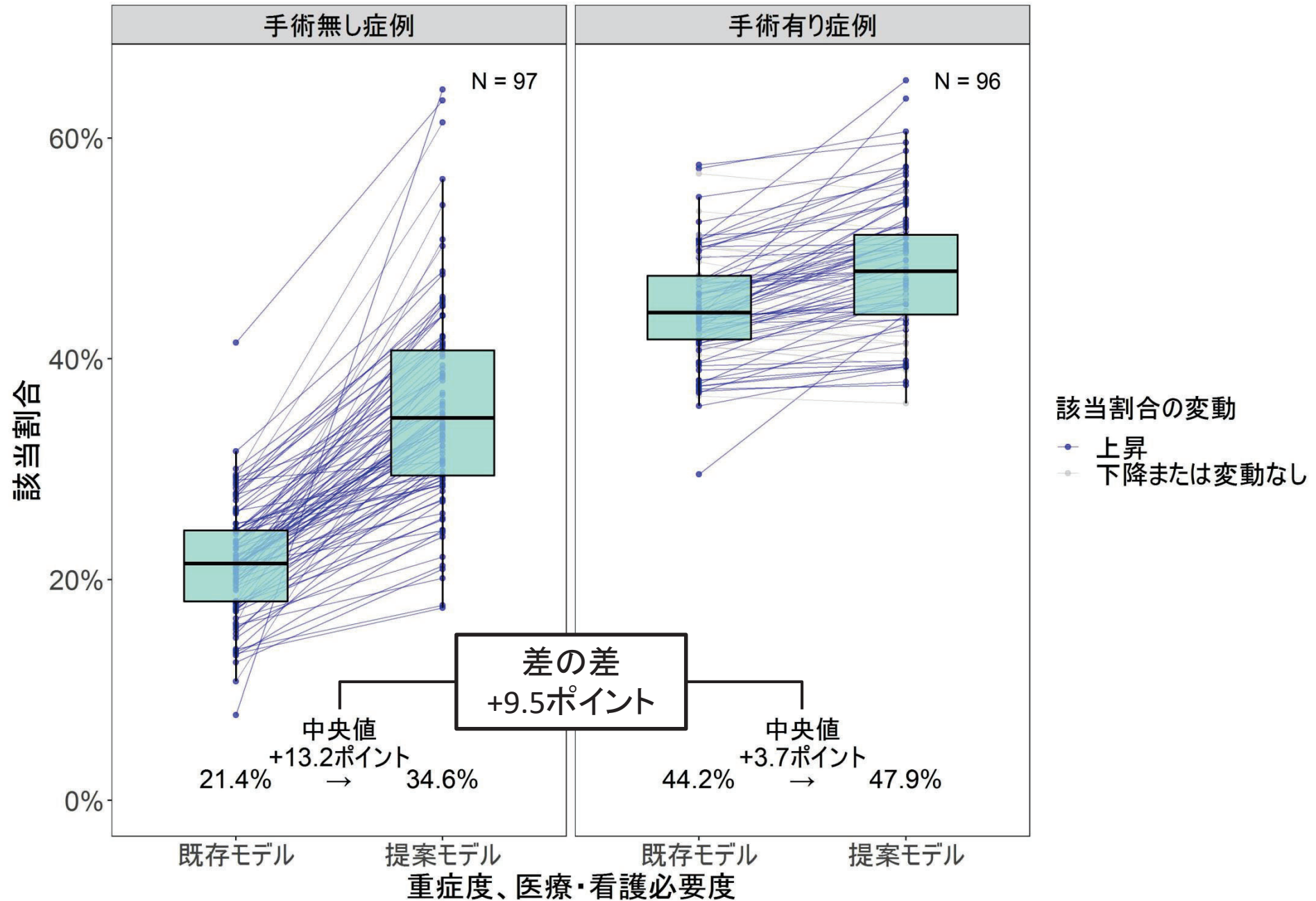
候補5

施設別 重症度、医療・看護必要度の該当割合順位のシミュレーション
(素点合計版_カットオフ8点)



施設別・手術有無別 重症度、医療・看護必要度の該当割合シミュレーション
 (素点合計版_カットオフ8点)

候補5



負荷度 GB ver.2 構成案

クリーム色背景は ver.1 で手薄だった内容

- はじめに ← 国民の利益視点を強調
- ご挨拶
- エグゼクティブサマリ
- 研究・検討体制 ← 委員会、事務局等の紹介。研究協力施設・組織・研究協力者一覧は割愛。
- ~~用語の定義~~ ← 新規調査をしていないので削除？馴染みのない用語は適宜脚注で対応。
- 負荷度と相関の高い変数の活用（必要度）
 - ◇ 背景・目的 ← ver2 に至った背景等を述べる。国民の利益視点を再確認。
 - ◇ 方法
 - (1) 専門家による臨床的な観点等からの検討
 - (2) データ分析
 - データ
 - 評価指標等（個別項目に対する指標、尺度全体の指標）
 - ◇ 結果
 - (1) 専門家による臨床的な観点等からの個別項目の検討結果
 - 新 A 項目
 - 基本的な考え方 ← 既存 A 項目の概念拡張の必要性
 - A に追加すべき項目 1
 - ◇ 追加が必要な根拠：項目の概念、名称に込めた意味合い、項目とすることの意義。臨床的な観点や患者メリット含めて、委員の先生方に項目ひとつにつき半ページほど執筆いただきたい（内容的妥当性の担保）
 - ◇ 追加すべき各項目の妥当性（グラフ 1、2 個抜粋、残りは参考資料に）
 - A に追加すべき項目 2 …
 - (2) 尺度全体としての評価結果（既存より改善する旨） ← より平易な表現で
 - 参考として、素点合計の表も比較対象として追加
 - ◇ 考察 ← より平易な表現で
- 負荷度と相関の高い変数の活用（注射）【再掲】
- 提言 ← より平易な表現で。国民の利益視点到適う点。
 - ◇ 重症度、・・・に関する提言
 - ◇ 注射処方料に関する提言
- おわりに
- 参考資料 ← 残りの個別項目の分析結果を入れる。

提案1

医療ニーズの正しい評価のために

制作：一般社団法人内科系学会社会保険連合

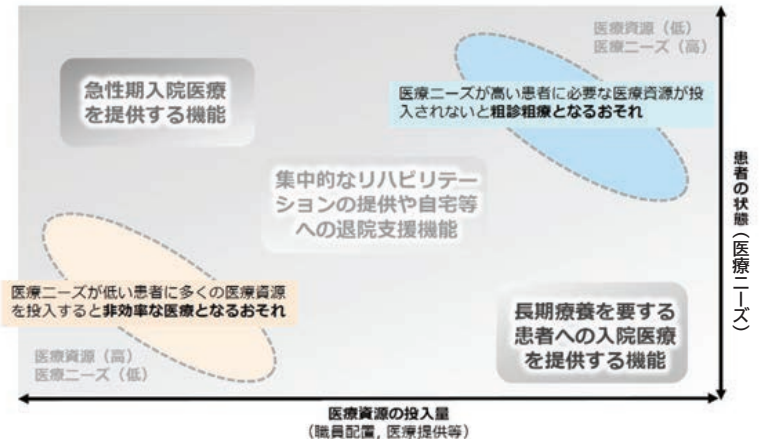
※一般社団法人内科系学会社会保険連合(以下、内保連)は、原則として内科系の学会が加盟する連合体です。

医療ニーズとは？

個々の患者さんの状態を「医療ニーズ」といい、質が高く効率的な医療体制を構築するためには、「医療ニーズ」に応じて必要な医療従事者の配置や医療提供を行うことが必要とされています。

「医療ニーズ」よりも過剰に医療従事者を配置したり医療を提供してしまうと、非効率な医療となり医療費や保険料の増大を招きます。反対に、「医療ニーズ」に対応しきれない配置や医療資源の投入では粗診粗療による医療の質の低下を招きます。

入院医療の評価の基本的な考え方(イメージ)



(厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」をもとに内保連作成)

現在、どのような問題があるの？

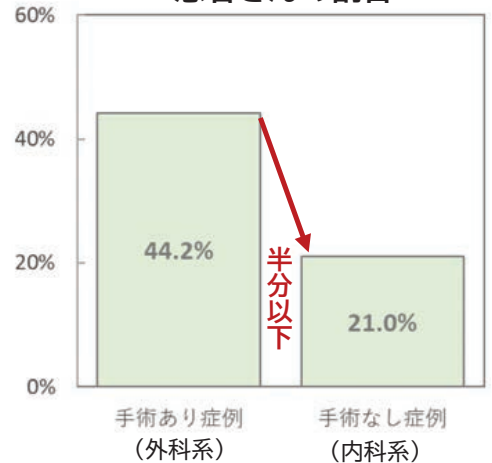
入院患者さんの医療ニーズを測る指標に「**重症度、医療・看護必要度**」という指標があります。この指標で一定の基準を満たす患者さんは重症者と判定されます。重症者の割合によって入院料の高低が決定されています。

しかしながら、右のグラフのように内科系の患者さんは外科系の患者さんと比べ、重症者と判定される割合が半分以下と極端に低い状況にあります。この傾向は高度急性期をになう大学病院や特定機能病院でも同様にみられます。

内科系の病気だからといって、安易に入院させて治療しているわけではありません。現在の「重症度、医療・看護必要度」では内科系患者の医療ニーズの実態が正しく評価されていないのです。

この状態が今後も続いていくと、内科系の入院患者さんに対して、**適正な医療従事者の配置や医療の提供が継続できなくなるおそれがあります**。

重症者と判定される患者さんの割合



(内保連作成)

そこで、裏面のような改善案を提案します！

医療ニーズを評価する「ものさし」を改善するには？

入院患者さんの重症度を測る指標である看護必要度には内容別にA～C項目があります。これまで看護の処置やモニタリングを評価してきた「A項目」に、内科系患者さんの重症さや症状の複雑さを反映できる項目を追加することを提案します。

現行		見直し案	
A項目	処置・モニタリング	項目の バランス改善	新A項目 処置・モニタリング 並びに診断や内科治療の複雑性
B項目	患者の状況等	現行通り	B項目 患者の状況等
C項目	手術等の医学的状況	現行通り	C項目 手術等の医学的状況

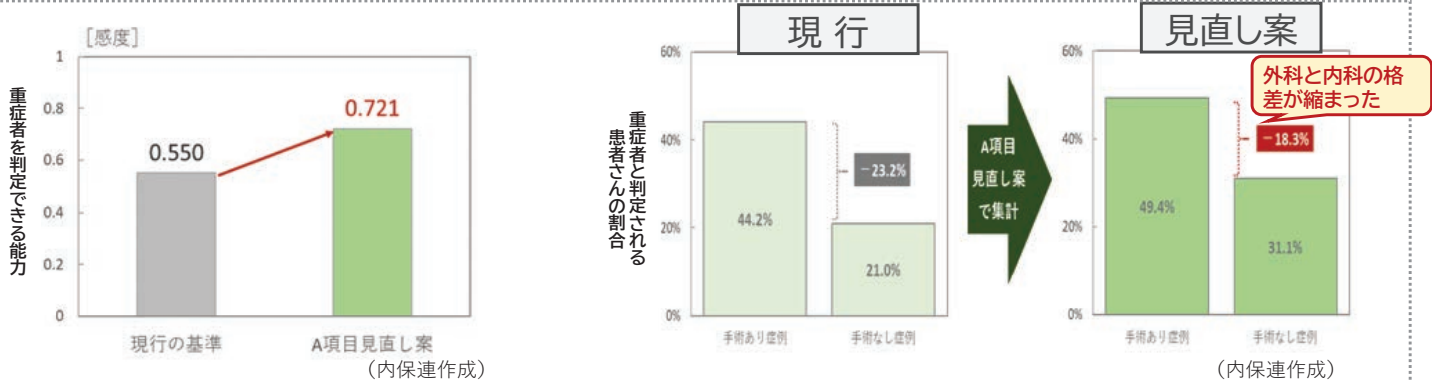
「A項目」に内科系患者さんの重症さを反映する項目を追加することで、内科系患者さんの重症さに応じた適正な医療の提供が期待できます。

既存のA項目	変更・追加項目案	
創傷措置		
呼吸ケア		
注射薬剤3種類以上の管理	注射薬剤の種類数に起因する複雑性	変更
シリンジポンプの管理		
輸血や血液製剤の管理	検査の選択・結果判断・推論の複雑性	追加
専門的な治療・処置	画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性	
緊急に入院を必要とする状態	特定器材の使用の判断	
	注射処方の方針決定の複雑性	

提案の根拠は？ 国民にとってどのようなメリットがある？

内保連で収集したデータ※1を使って、現在の重症度、医療・看護必要度との違いを比較※2したところ、重症者を判定できる能力や、内科系患者と外科系患者の重症者の格差が縮まりました。

※1:対象期間:97病院から収集したDPCデータ。2018年4～9月退院分、N=5,136,554人日 ※2:死亡退院した症例を重症とし、感度を評価



①重症な人を重症と判定できる能力 (感度)が向上しました。

②内科系患者と外科系患者の重症患者の判定の格差が縮まりました。

患者さんの「医療ニーズ」がより正しく評価されるようになり、患者さんに必要とされる医療の提供につながります。

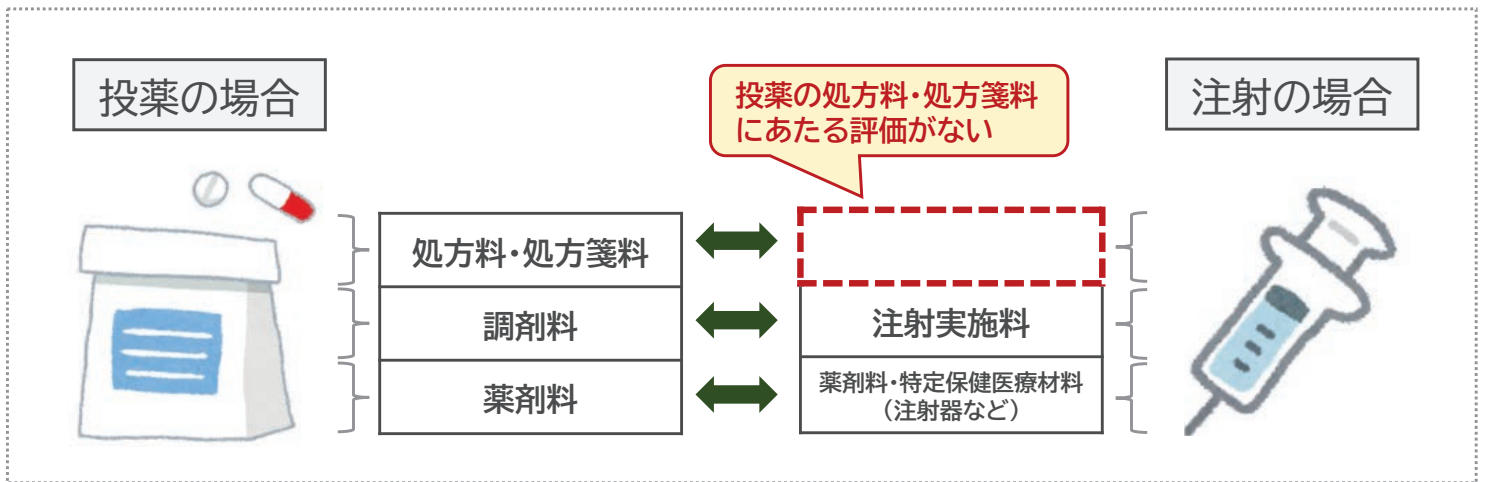
提案2

注射技術の正しい評価のために

注射技術の評価について、何が問題なの？

医師が患者さんにお薬等使って治療をする際、錠剤等を用いる「投薬」と注射薬を用いる「注射」の二つに大きく分けられます。このうち「投薬」については、医師が薬の内容を考えて処方方を指示したことに対する評価として、処方料や処方箋料などが算定されます。

一方で「注射」については、「投薬」の処方料に相当する評価が存在しません。医師が時間をかけて薬の内容や組み合わせ、副作用のリスクを検討して治療方針を決定したとしても、何も評価がされていないのです。「注射」による治療が日進月歩で高度化、複雑化する一方、その処方は技術として評価の対象になっていないのです。

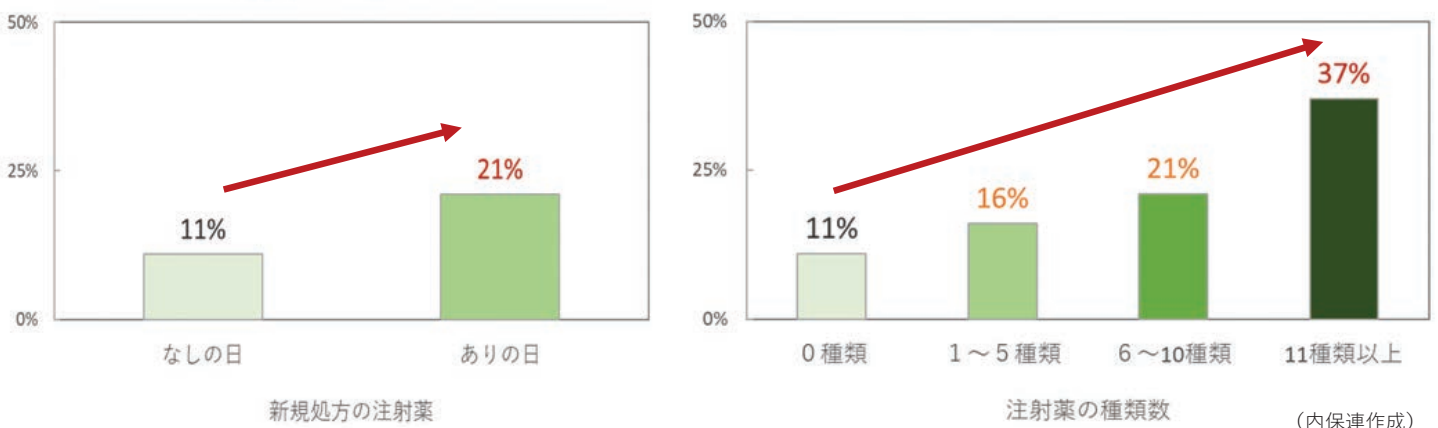


医師は注射の決定に時間をかけているの？

内保連で収集したデータ※を使って、医師が治療方針の決定にかけた時間について分析したところ、新規処方の注射薬がある日や注射の種類が多い場合に、時間をかけている傾向があることが分かりました。内科系の医師は、新しく注射する患者さんや注射の種類が多い患者さんに対し、時間をかけて慎重に治療方針の判断を行っているといえます。

※:DPC病院96施設から収集した2018年4~9月退院分の症例について、主治医1,629名に行ったアンケートの調査結果に基づく

治療方針の決定に30分以上の時間がかかったケースの割合



そこで、裏面のような改善案を提案します！

注射技術を正しく評価するためには？

患者さんの病態を考慮したうえで、投与を慎重に判断をしなければならないのは注射も投薬も同じです。そこで、診療報酬に**注射の処方**を決定する際の**評価**を新設することを提案します。

注射の処方決定する際の評価(注射処方料)の案

- 入院中の患者さんに対し、注射薬の投与開始または追加投与の行われた初日に100点を算定する。
- 注射を開始または追加したとき、注射薬の種類数が6種類以上になったときは50点を、11種類以上になった場合は160点を加算する。
- 薬剤や特定保健医療材料の合計が10,000点以上になった場合は、60点を加算する。

現行

注射実施料
薬剤料・特定保健医療材料 (注射器など)



提案

注射処方料
注射実施料
薬剤料・特定保健医療材 料(注射器など)



国民にとってどのようなメリットがある？

注射による治療技術が進歩するなか、新しい薬剤や医療機器は、診療報酬改定のたび評価の対象として追加されています。しかしながら、薬剤や医療機器についての評価だけを増やしても、それを用いる医師の高度な知識や技術も同時に評価しなければ、医療の健全な発展は望めません。



注射処方料を導入し医師の知識や判断の評価をすることで、
技術の発展に即した治療を患者さんに還元しやすくなります。

3. 令和6年度改定に向けたスケジュールの件

- 1) 全体スケジュール(仮)
- 2) 令和6年度改定提案意向調査
- 3) 診療領域別委員会へのお願い

1) 全体スケジュール (仮)

○ 令和6年度診療報酬改定スケジュール (厚労省の指示によってスケジュールが変更になる可能性があります。)

2022年			2023年						
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
提案意向調査		診療領域別委員会開催		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*
▶ 10月中旬 提案意向調査受付開始 (~12月7日まで)			▶ 2月下旬 提案書受付開始			▶ 5月中旬 提案書修正期間 ▶ 5月下旬 提案書最終確認			
▶ 12月中旬以降 各診療領域別委員会で提出調整			▶ 内保連ヒアリング実施提案の選定						
内保連事務局 からのご案内		・12月中旬 意向調査結果報告			・3月下旬 提案書受付中間報告		・6月上旬 提案書提出報告 ・4月下旬 内保連ヒアリング案内		

▶ 加盟学会 ▶ 診療領域別委員会

* 厚労省ヒアリングは学会事務局に直接連絡が届きます。

○ 提案書の提出フローについて

例年通り、各学会の提案書は内保連に提出いただき、内保連から厚労省に纏めて提出いたします。

内保連加盟学会
提案書

内保連事務局



厚生労働省

提案書の種類	提出先
医療技術評価提案書(未収載)	厚労省保険局医療課
医療技術評価提案書(既収載)	
医療技術評価提案書(基本診療料)	
医薬品再評価提案書	厚労省医薬・生活衛生局 医薬品審査管理課

2) 令和6年度改定 提案意向調査

例年、「第一次提案書」として実施していましたが、「第一次提案書」の提出により、厚労省で審査が行われると勘違いをし、「最終提案書」を提出し忘れる学会がありました。そのため、今回改定から下記の通りに名称を変更いたします。なお、実施内容は例年通りとなります。

旧：〇〇年度改定 第一次提案書

新：〇〇年度改定 **提案意向調査**

○ 目的

令和6年度診療報酬改定に向け、加盟学会の要望項目に関する意向調査及び、他学会との調整を目的として、現時点での提出予定提案を集計すること。

○ 提出区分

未収載：B医学管理料～N病理

既収載：B医学管理料～N病理

A区分：基本診療料

医薬品：再評価が必要な医薬品の要望

○ 留意事項

- 今回提出を見送っても、2月下旬受付開始の提案書を提出することは可能です。
- 提案数に上限はございませんが、多ければ多いほど良いというわけではございません。
- 重複提案は認められません。
(例) 内保連内で異なる学会から同じ提案を提出、内保連と外保連に同じ提案をそれぞれ提出、等。
- A区分と医薬品は現状、最終的な厚労省ヒアリングが実施される保証はございません。
- 提案意向調査は、厚労省には提出いたしません。

○ 提案意向調査入力項目

項目名	未掲載	既掲載	備考
1 学会番号	○	○	指定の学会番号
2 提出学会名	○	○	法人格名は不要
3 提案に該当する診療領域別委員会	▲	▲	該当が無い場合は、入力不要
4 共同提案学会名	▲	▲	該当が無い場合は、入力不要
5 学会内優先順	○	○	暫定順位可
6 申請提案名	○	○	例)意思決定支援管理料
7 区分	○	○	B医学管理料～N病理(A区分入力不要)
8 診療報酬番号	×	○	未掲載は入力不要
9 技術の概要(200字以内)	○	○	実際の提案書も200字以内
10 対象疾患名	○	×	例)急性呼吸不全、感染症 等
11 エビデンス	○	○	選択式
12 ガイドラインの有無	○	○	有の場合は、対象のガイドラインも記載
13 再評価区分	×	○	複数選択可
14 保険掲載が必要な理由(400字以内)	○	○	実際の提案書も400字以内程度

(参考資料3-1) [令和4年度改定第一次提案書](#)

3) 診療領域別委員会へのお願い

令和6年度改定における提案書につきまして、診療領域別委員会にて以下の確認と選出をお願いいたします。

- ・ 提案意向調査を踏まえた、領域ごとの内容確認
- ・ 内保連ヒアリング候補提案の選出

○ 提案意向調査を踏まえた、領域ごとの内容確認（12月中旬～2月中旬を予定）

- 内保連からの提出提案書の中で重複するものはないか。（重複した場合は、共同提案とするなど調整）
- 提出提案の中で矛盾する提案はないか。
（〇〇学会は増点を希望しているが、△△学会は減点を希望している、等）
- その他、領域として提案書に提出による影響が大きく、諸団体との検討が必要なもの等の検討。

上記内容について各領域別委員会にて委員会の開催やメール審議を行い、ご調整をお願いいたします。

(参考資料3-2) [運営委員会規則・補足事項](#)

○ 内保連ヒアリング候補提案の選出

例年と同様に、厚労省との最終ヒアリングの練習として、内保連ヒアリングを実施いたします。
この内保連ヒアリングでヒアリングを希望する候補提案を5提案ご選出いただきます。（詳細は後日ご連絡）

○ 参考 前回開催の内保連ヒアリングについて

- ・ 開催日時(前回)：5月13日～5月27日
- ・ 開催時間(前回)：各診療領域別委員会ごとに90分(1提案につきプレゼン5～10分、フィードバック5分目安)
- ・ 役員人数(前回)：1領域あたり2～3名
- ・ 役員構成(前回)：学会と厚労省のヒアリングは必ずしも厚労省側が提案分野に詳しいとは限らないため、役員の構成につきましても、下記のように人数優先で対応させていただきました。
例)・ 専門分野1名、専門分野外1～2名 ・ 専門分野外2～3名

日医発第 1458 号（保険）

令和 4 年 1 0 月 2 5 日

内科系学会社会保険連合

理事長 小林 弘祐 殿

日本医師会

会長 松本 吉郎

（公印省略）

日本医師会 社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦について（依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

貴会におかれましては、平素より本会の会務遂行にあたり、種々ご高配いただき厚くお礼申し上げます。

さて、本会では諸般の基本的諸問題を検討するために、今期も各種委員会を設置し、会務を推進したいと考えております。つきましては、貴会より上記の委員会の委員：適任者 1 名のご推薦をいただきたくお願い申し上げます。

なお、お忙しいところ恐縮ではございますが、11月9日（水）までに日本医師会医療保険課宛にご回報下さいますよう重ねてお願い申し上げます。

敬具

<担当事務局>

日本医師会 医療保険課：石川

〒113-8621 文京区本駒込 2-28-16

電話：03-3946-2121/FAX：03-3946-6295

E-mail：hoken@po.med.or.jp

