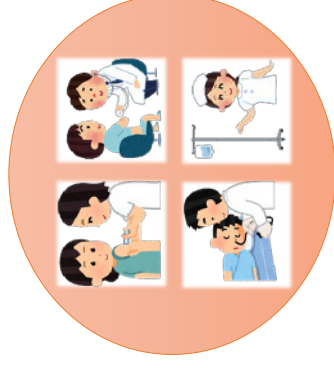


令和六年度 診療報酬改定に 対する 内保連基本方針

一般社団法人内科系学会社会保険連合



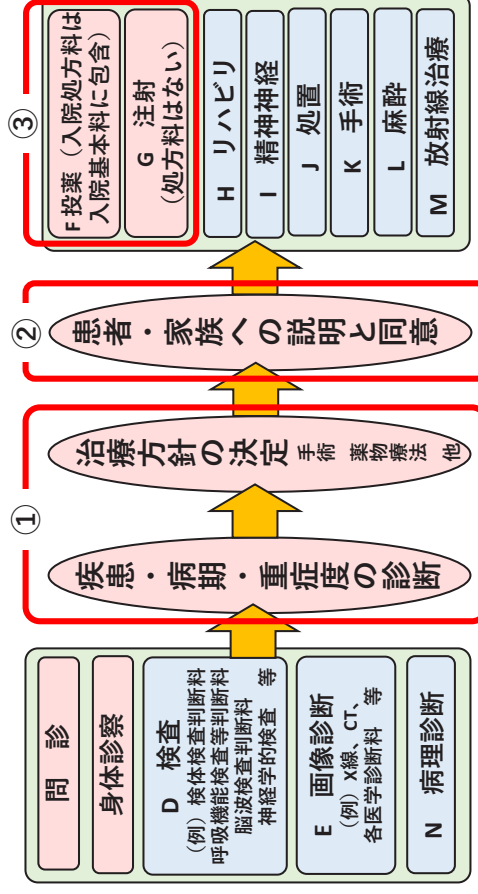
内保連の基本スタンス モノ(薬剤,材料,機器)からヒト(技術)へ



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



令和六年度内保連基本方針

1. 「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目及び評価基準の見直しに関する提案
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. チーム医療の推進と医師負担の軽減
6. 医療連携と在宅医療の推進
7. 妊娠・周産期医療の重視
8. 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（令和六年度内保連医療技術提案）

1.「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目及び評価基準の見直しに関する提案

提案書番号:A703201/日本内科学会

【技術の概要】

- 患者の医療ニーズを適切に評価するために、重症度、医療・看護必要度のA項目に、図表1のA8～A10を追加する。追加項目はいずれも**医師の手間のかかり具合から、患者の重症度や症状の複雑性を反映するものである**。
- これらの追加項目はいずれもEFファイルから算出可能であり、追加することで、より正當に重症の患者を見分けることができる。

図表1 A項目の評価項目見直し案(赤字が既存項目からの変更点)

No	項目	0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	—
A7	緊急入院を必要とする状態 (省略)	なし	—	あり
A8	検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性 ①検査の出来高換算点数が600点以上※1 ②画像診断の出来高換算点数が300点以上※2	該当	1つ	2つ
A9	特定器材の使用の判断 (特定器材の使用の有無で評価)	なし	—	あり
A10	注射処方の方針決定の複雑性※3 (当該日の処方開始注射薬の有無で評価)	なし	あり	—

※1: 現行のC項目と重複する(セブT、電算コード、IEA4「心電図モニター」の管理コード、薬剤、特定器材を除く。
※2: 薬剤、特定器材を除く。
※3: 注射薬類3種類以上の管理の対応外薬剤を除く。

現行の基準	提案する基準
以下のいずれかに該当	以下のいずれかに該当
・A項目2点以上かつB項目3点以上	・A項目2点以上かつB項目2点以上かつC項目3点以上
・A項目3点以上	・A項目4点以上
・C項目1点以上	・C項目1点以上

- 追加項目は内保連負荷度調査※1の結果をもとに抽出し、各種重症度パラメータとの相関を検証※2するとともにエキスパートによる臨床的観点からも妥当性を検証したものである。主たる提案根拠は以下の通り。

A8	臨床的妥当性	合併症の多い患者や重症度の高い疾患ほど、遅滞なく病状の変化を把握し対処しなければ救命できない。そのため、頻回の検査が必要となる。また同様に画像診断にて早急な原因の特定、治療効果の判定を行わないから方針決定を行うため重症な患者ほど画像診断を行うことになる。
A9	統計的根拠	検査や画像の出来高換算点数と医師の時間的拘束の負荷に相関がみられ、特に検査では600点以上、画像では300点以上とときに顕著となった。特定器材を使用している患者は、急性腎不全や末期腎不全、呼吸不全、意識障害、循環不全など診療の負荷が比較的高い患者が多い。
A10	臨床的妥当性	特定器材を使用している患者の割合は死亡日が近づくにつれ増加する傾向がみられた。
A10	統計的根拠	注射薬を新たに処方する際には、患者の状態や検査結果の把握を行い、治療決定における複雑なプロセスを経て、初めて注射治療が決定される。処方開始注射薬がある日は、医師の治療方針決定に係る所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。

【診療報酬上の取扱】 A-100 入院基本料

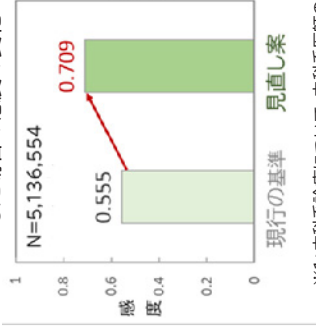
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。該当患者の割合は本提案によって変化し得るが、病棟の機能分化のための指標として用いる場合、該当患者割合の基準値を調整することができ、割合が増加したとしても急性期病棟の増加につながるわけではない。

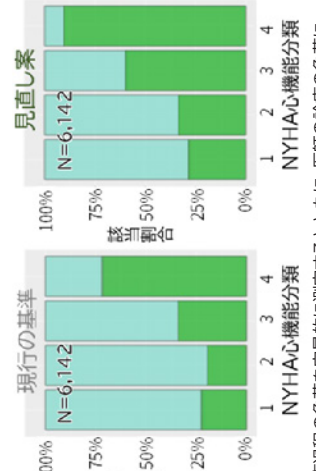
【既存制度との比較、有効性】

- 現行の項目・基準と比較した結果、重症者を重症と判定できる能力が向上した。
(1) 死亡退院の発生を判定できる能力(感度)は、**0.555→0.709と改善した**。
(図表2参照)
- (2) その他の重症度指標※3との相関についても既存制度よりも改善傾向を示し、例えばNYHA心機能分類では明確な改善がみられた。(図表3参照)

図表2 死亡退院を目的変数とした場合の感度の変化



図表3 NYHA心機能分類の各段階に対応する重症者の割合の変化



※1: 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明らかにするために行われた調査。広範なDPCデータを収集して分析するとともに、1,629人の主治医に対し患者11,395人の実際のエピソードについて負荷等の調査を行った。

※2: 検証にあたっては、参加した97施設のDPCデータ(対象期間:2018年4~9月退院分、N=5,136,554人日、外科系の症例も含む)を対象とした。一部の分析では内保連グリーンブック2020の主治医に対するアンケート調査のデータも利用した。

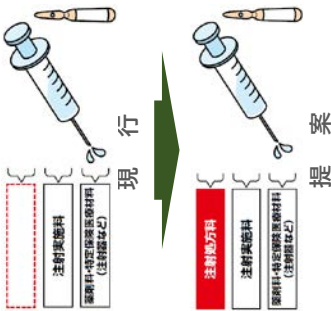
※3: 死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類。

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

提案書番号:703101 / 日本内科学会 / 注射処方料

【技術の概要】

薬物療法において、医師が、患者の疾患・病態・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、組み合わせ、量、投与方法等を決定することは内科系治療の基本である。しかしながら、注射については投薬の処方料に相当する評価が存在しないため、注射処方に関する技術評価を新設すべきである。



【対象】 入院中かつ注射薬の投与を必要とする患者。

【既存の治療法との比較、有効性】

出典:内保連 グリーンブック ver.2 内保連負担度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言より

● 内保連で収集したデータ※1を用い、主治医の担当患者別・日別に診療の負担を分析したところ、「注射の処方技術」との関連性として以下(1)～(6)が確認された。

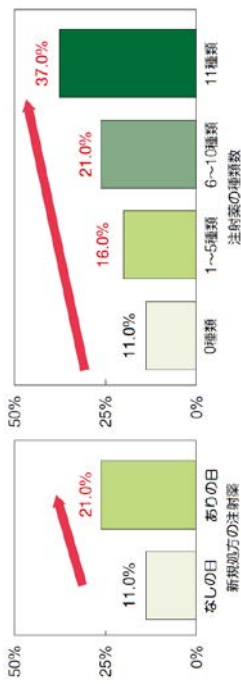
- (1) 「前日と比較して処方薬が新たに開始された注射薬が多い日」は、「なしの日」と比較して主治医の治療方針決定にかかる所要時間が有意に長い。(30分以上かかったケースの割合:21% vs 11%、図表1左)
- (2) 「注射の種類数」と治療方針決定にかかる所要時間には有意な関連性があり、種類数が多い日ほど、所要時間が長い。(30分以上かかったケースの割合:0種類...11%、1～5種類...16%、6～10種類...21%、11種類以上...37%、図表1右)
- (3) 「注射の薬剤料および材料料が1万円以上の日」は、「そうでない日」と比較して主治医の治療方針決定にかかる所要時間が有意に長い。(30分以上かかったケースの割合:25% vs 17%)
- (4) 「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」は、それ以外の日と比較して主治医の負担が有意に高い。(図表2)
- (5) 投与している「注射の種類数が多い日」ほど、主治医の負担が有意に高い。
- (6) 患者の年齢や疾患等の交絡因子を調整した場合も、「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」および「注射の種類数が多い日」は、治療方針決定にかかる所要時間に関連する独立因子である。

※1 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。

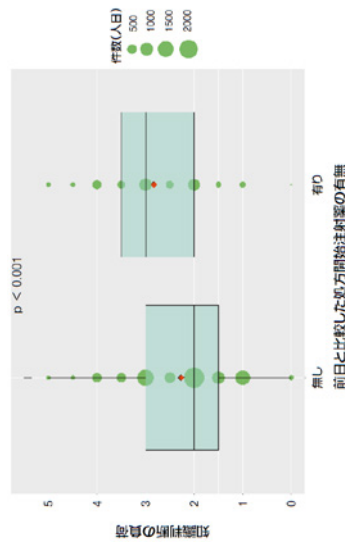
【診療報酬上の取扱】 注射処方料 100点

- 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。
- 注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。
- 注3 当該日の注射の薬剤料及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。

図表1 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



図表2 処方開始注射薬の有無別 知識判断の負担との関係



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

提案書番号:703102/日本内科学会/人工呼吸器装着時意思決定支援管理料

共同 日本呼吸器学会、日本呼吸療法医学会、
提案 日本呼吸ケア・リハ学会、内科系学会社会保険連合

【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。



【対象疾患】

急性呼吸不全及び、慢性呼吸不全の増悪により人工呼吸管理の適応となる患者、即ち肺炎などによるARDS（急性呼吸窮迫症候群）間質性肺炎やCOPDの増悪、神経筋疾患による慢性呼吸不全など、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。年齢制限はない。



【これまでの経緯と準備状況】

【平成30年度改定:承認された意思決定支援管理料】

- B001 特定疾患治療管理料
- 5 小児科療養指導料 500点(新設)
- 7 難病外来指導管理料 500点(新設)

【令和2年度改定:承認された意思決定支援管理料】

- B001-23 がん患者指導管理料 300点
- 【内容】がんに対する文書説明
- B001-31 腎代替療法指導管理料 500点_新設
- 【内容】慢性腎臓病

【有用性】

- ・ 医療の質的效果;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
- ・ 経済的效果;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

【診療報酬上の取り扱い】

B 医学管理 500点/回

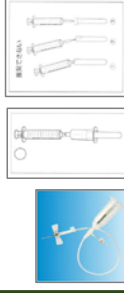
呼吸器装着の説明に関しては、医師としては臨床経験5年以上であり、かつ呼吸器専門医、呼吸療法専門医、また看護師を含む多職種が混在する場合にはケア・リハ学会の呼吸ケア指導士、3学会合同呼吸療法認定士、救急治療専門看護師あるいは慢性呼吸器疾患認定看護師等が入っていることが望ましい。

なお、本管理料は原則として当該治療や検査の導入直前であり、また回数に関してひと月に複数回行っても1回として算定する

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)

提案番号:731203/日本臨床検査医学会/血液採取・静脈

<p>【技術の概要】 静脈血管よりの血液採取</p>	<p>【診療報酬上の取り扱い】 D 400 血液採取 静脈:現行37点を50点に増点</p>
<p>【既存の治療法との比較】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 日本臨床検査振興協議会にて、2019年に大規模な採血コストの実態調査を実施した。 □ その結果、採血1件あたりの平均コストは約500円であった。また、2009年、2014年に学会が行った調査の結果と合わせ、同一医療機関で、この8年の間に検査にかかる費用が14%程度増加していることが明らかになった。 □ 前回の診療報酬改定で、採血の保険点数は30点から35点に増点になったが、改定後も採血1件あたり約150円以上という大幅な赤字が発生している。 □ 医療安全推進の目的から、適正な評価をお願いしたい。 	



提案番号:245101/日本消化器内視鏡学会/消化器軟性内視鏡安全管理料

【技術の概要】 消化器内視鏡受診者の感染症チェック(肝炎ウイルス、梅毒、HIV)を行う代わりに、消化器内視鏡検査・手術終了後に、消化器内視鏡学会等が作成した「消化器内視鏡の洗浄・消毒標準化にむけたガイドライン」に基づき、高水準消毒を可能とする消毒薬剤である「過酢酸」・「フタラール」・「グルタラール」のいずれかを用いた洗浄消毒を自動洗浄・消毒装置を用いて行い、さらに洗浄消毒の実施履歴を残す。

【対象疾患】 軟性内視鏡検査が使用される全ての消化器疾患

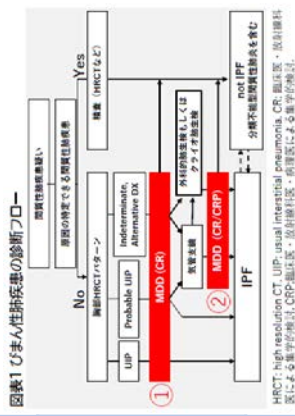
【既存の洗浄・消毒法との比較】 現在、消化器内視鏡検査・処置・治療を行う患者に対しては、使用後の内視鏡を介した院内感染を予防する目的で、感染症チェックが行われている。しかし、高水準消毒を用いた内視鏡洗浄を行うことで、次の内視鏡受診者への既知の感染症伝播の危険性が消失する。また、内視鏡診療の医療従事者は適切な個人防護具を着用する必要があるが、内視鏡診療を介した既知の感染症伝播の危険性が消失する。事前の不必要な感染症チェックをなくすることで医療費削減につながり、現在でも多くの施設で行われている高水準消毒および個人防護具の個人防護具の着用を是正するためにも保険収載を要望する。保険収載により、不適切な内視鏡の洗浄消毒・保管管理、さらには不適切な内視鏡診療時の個人防護具の着用を是正することで安全な消化器内視鏡診療が実現できる。

【診療報酬上の取扱】 高水準消毒薬を用いた自動洗浄機による内視鏡洗浄を行った際に管理料として100点を要望する。



5. チーム医療の推進と医師負担の軽減

<p>提案番号:718201/日本不安症学会/公認心理師による認知行動療法実施料</p>	<p>【技術の概要】 医師の指示のもと、公認心理師等が患者ごとにその背景や病状を動察した認知行動モデルに基づく介入方法を策定し、認知行動療法(CBT)を実施した場合に算定する。</p>	<p>【診療報酬上の取り扱い】 I 003-2 認知療法・認知行動療法(1日につき) 心理的な面接指導の質を担保するためには、修士課程修了相当の国家資格が必要なため350点(1単位40分)を要望する。</p> <p>【対象と既存の治療法との比較】 □ 対象:うつ病、社交不安症、パニック症、強迫症、PTSD、過食症等を有する患者 □ 比較:現状医師のみ:480点、医師+看護師:350点</p>	<p>提案番号:232102/日本呼吸ケア・リハビリテーション学会/在宅医療機器点検指導料</p> <p>【技術の概要】 臨床工学技士が医療機器の使用上の注意点や災害等の停電時における対処方法を指導する。</p> <p>【対象疾患】 COPDや神経筋疾患等で在宅で、人工呼吸器と酸素濃縮器等を併用している患者が対象であり約9,500人程度である。</p> <p>【診療報酬上の取り扱い】 看護師が行った場合、B001-13在宅療養指導料:170点/月、C005在宅患者訪問看護指導料:580点であり、これに準ずるものとする。</p>
<p>提案番号:700102/日本糖尿病学会/糖尿病先進機器データ管理料</p>	<p>【技術の概要】 rCGM、isCGM、インスリンポンプ利用者の内、必要な患者にモニタリングやダウンロードデータ活用等の組織化した指導を行い、低血糖・高血糖予防とコントロール改善など適正使用を達成する。</p> <p>【対象と既存の治療法との比較】 ①C150-7は機器加算で指導技術を十分評価していない。 →組織化したモニタリングやデータ指導で安全と合併症予防を達成する。 ②C152-2の研究内容は進歩するSAP、HCL1に対して十分でない。 →組織化した指導で安全かつ効果的な治療が充実する。</p>	<p>【診療報酬上の取り扱い】 糖尿病患者が行う血糖自己測定、持続血糖測定検査、皮下持続インスリン注入ポンプの高度化など、IT化に伴い増大データの解析・指導をチームすなわち糖尿病診療を熟知する医師、看護師、薬剤師などで行った場合、200点の加算も可とする。 オンラインによる指導も可とする。</p>	<p>提案番号:230101/日本呼吸器学会/びまん性肺疾患集学的合議評価提供料</p> <p>【技術の概要】 多職種(呼吸器内科医、放射線科医、病理医)による集学的合議(MDD; multidisciplinary discussion)による診断を経た上で、患者に説明した場合に算定。</p> <p>【対象患者】 肺線維症(IPF)を伴うその他の間質性肺疾患が疑われ、自覚症状、他覚的検査から推測される病状発症から3ヶ月以上が経過した患者。 (年間6,600人) 非IPF患者への高額な抗線維化薬の処方回避により、1.8億円の純減効果。</p>



6. 医療連携と在宅医療の推進

I. 入院から在宅への橋渡し機能を充実させる

提案番号:235208 / 日本在宅医療連合学会 / 専門医療往診加算

【技術の概要】 通院困難な患者に対して、普段在宅医学管理をしている医師からの求めに応じて、以下のような領域を専門とする標ぼう医の往診を必要とする。

【対象疾患】 人工呼吸器装着患者など通院困難な患者で、下記の専門領域を標ぼうする医師の医療を必要とする患者。

1.皮膚科医	2.整形外科医	3.眼科医	4.耳鼻科医	5.産婦人科医
6.神経内科医	7.外科医	8.泌尿器科医	9.精神科医	10.麻酔科医

【有効性及び診療報酬上の取扱い】 C 000 往診料
現在褥瘡認定看護師が自宅へ訪問した場合月一回だが在宅患者訪問看護・指導料31,285点が算定できる。一方皮膚科医が往診しても720点。人工呼吸器装着患者の中耳炎や角膜炎などは耳鼻科医や眼科医などを標ぼうする医師でなければ対応困難な疾患のため、これを人件費等から1,440点に増点する(すなわち従来の往診料に専門医療往診加算として720点を加算する)。

II. 在宅で使用する機器の充実

提案番号:232201 / 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(HFNC)装置加算

【技術の概要】 加温加湿/高流量ガスを供給する呼吸療法でありHOT適応のCOPD患者が対象

【対象疾患】 在宅酸素療法を実施しているCOPD患者で、所定の自覚症状を有し、以下のいずれかに該当
(イ) PaCO₂ 45mmHg以上55mmHg未満
(ロ) PaCO₂ 55mmHg以上であって在宅人工呼吸療法不適
(ハ) 夜間の低換気による低酸素血症がある

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

C 174 在宅ハイフローセラピー装置加算

昨年末我が国からも本法の有用性のエビデンスが発出されているが、現行の装置・材料加算ではHFNCのコスト(本体や回路・加湿器など)を含め約35,000円/月)がカバーできず、供給業者の事業継続に支障をきたす水準である。指導管理料は据え置き、装置加算のみ1,600点→3,400点に増点する(自動給水チャージンバー使用の場合は4,400点)。

III. 在宅でさらに充実した医療を目指す

提案番号:230201 / 日本呼吸器学会(共同提案:日本緩和医療学会) / 外来緩和ケア管理料(呼吸不全)

【技術の概要】

終末期の末期呼吸不全患者で身体的・精神的な症状を持つ者に対して、その在宅療養の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護、リハビリテーションなどを在宅医中心のチームで行う。

【対象疾患】

現状(外来緩和ケア管理料算定要件):がん、後天性免疫不全症候群、末期心不全

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

B 001-24 外来緩和ケア管理料 290点 (算定要件の適応見直し)

外来緩和ケア管理料の対象疾患に末期呼吸不全(COPD、間質性肺疾患:ILD、気管支拡張症、誤嚥性肺炎など)の追加(年間の対象患者数は782人程度と推定)および「末期心不全」→「心不全ステージC以上かつNYHA重症度分類II度以上」に変更する。

7. 妊娠・周産期医療の重視(ライフサイクルの包括的な支援 1 家族もささえる医療へ)

卵巣予備能の評価に基づく検査や治療の選択による効率よい妊娠成立

➡286201/日本生殖医学会/抗ミュラー管ホルモン測定要件の緩和

不妊症患者への精神的支援によるメンタルヘルスおよび妊娠率の改善

➡286102/日本生殖医学会/不妊治療カウンセリング料

こころの不調や悩みにカウンセリングを通じてしっかりサポート

➡236101/日本産科婦人科学会/周産期メンタルヘルス・カウンセリング料

医療機関受診が難しい妊婦の自宅での胎児心拍モニタリング

➡237101/日本産科婦人科医会/遠隔分娩装置によるハイリスク妊婦管理料

新生児に最適な栄養源である母乳を安全に使用し、母乳栄養を更に推進

➡A241101/日本周産期・新生児医学会/母乳栄養管理加算

より重篤な疾患の新生児への適切な体制による医療提供

➡A272101/日本新生児成育医学会/重症新生児対応体制強化加算

ハイリスク児の家族への適切な精神的サポートによる親子関係の形成促進

➡A272102/日本新生児成育医学会/ハイリスク児成育支援料



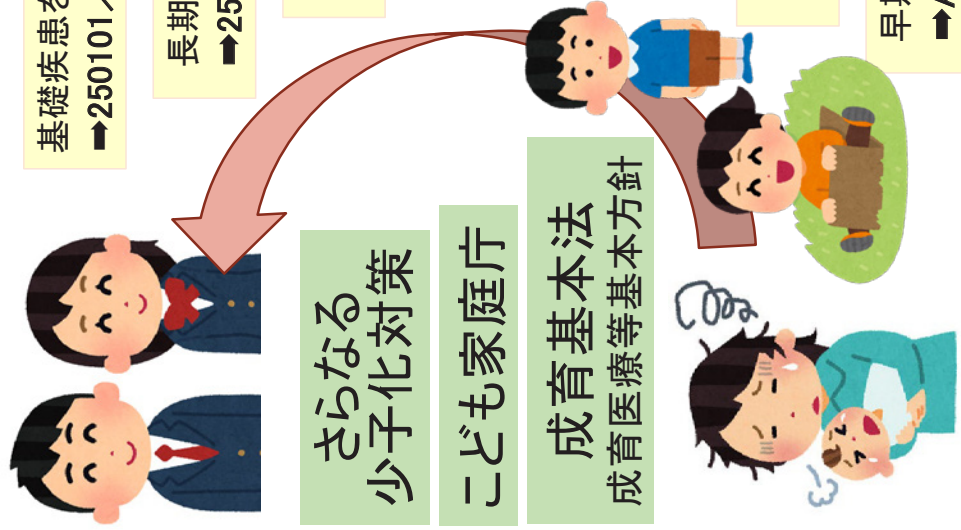
さらなる
少子化対策

こども家庭庁

成育基本法
成育医療等基本方針



8. 小児医療の重視(ライフサイクルの包括的な支援 2 病院外とも連携する医療へ)



さらなる
少子化対策

こども家庭庁

成育基本法
成育医療等基本方針

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
➡250101 / 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
➡250201 / 日本小児科学会 / 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
➡A250201 / 日本小児科学会 / 小児入院医療管理料

シームレスな在宅医療の推進
➡250202 / 日本小児科学会 / 在宅患者共同診療料

要支援児童や慢性疾患を持つ子どもが、専門病院から地域のかかりつけ医に診療の場を移す際の診療情報共有の評価
➡249101 / 日本小児科医会 / 要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料

小児慢性特定疾病・指定難病の精密な診断と最適な医療の提供
➡280202 / 日本人類遺伝学会 / 遺伝学的検査(難病領域)の適用拡大

早期からポジショニングや痛みを緩和するケアを行い神経発達を促進
➡A250102 / 日本小児科学会 / 新生児発達支援充実加算

9. 遠隔医療の推進

オンライン診療の健全な発展と普及

提案番号:298201/日本てんかん学会/遠隔連携診療料

【技術の概要】

患者(P)が対面診療を受ける際に、遠隔地のてんかん専門医(D)がビデオ通話可能な情報通信機器を用いて、当該地の医師(D')と連携して診療を行う。

【診療報酬上の取り扱い】

- ①遠隔地のてんかん専門医(D)の施設基準を「てんかん診療拠点機関」に限定 → 「てんかん専門医」へ拡大
- ②診断確定後の適応を「知的障害を有するてんかん」に限定 → 「てんかん」へ拡大(知的障害の有無は不問)

遠隔モニタリングの適切な成長と普及

提案番号:243201/日本循環器学会/遠隔心大血管リハビリテーションオンライン管理指導料

【技術の概要】

入院中の前期回復期に経験した心大血管リハビリテーション(心リハ)を外来で継続することが困難な患者を対象に、情報通信機器を用い患者と直接双方向のコミュニケーションにより、外来心リハと同様の運動指導、危険因子管理、患者教育を包括的に指導する。(心リハ施設基準Iの認定施設) → 再入院率の低下がもたらされる

【診療報酬上の取り扱い】

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の適応拡大
情報通信機器を用いた再診料73点、心リハは1日3単位(615点)、週に3回まで
機器管理加算 月800点を上限

専門的支援の対象の拡大

提案番号:707102/日本脳神経外科学会/時間外緊急遠隔診療料

【技術の概要】

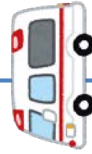
時間外の脳卒中救急診療において、院内の初期対応医と院外の脳卒中の専門医が、モバイルICTを利用して診療情報を共有し、緊急での処置・手術等の要否を判断し、治療方針を決定する。

→時間外緊急時に院外専門科医師からの指導、医療の質向上と当直体制緩和、医師の働き方改革への寄与

【診療報酬上の取り扱い】

B 医学管理等 200点

遠隔医療の適切な発展



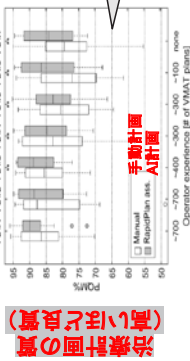
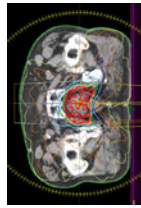
適応対象の適切な拡大
医療供給・需要の実態に即した対象の拡大

10. AI(人工知能)診療・診断の推進

提案番号:724102 / 日本放射線腫瘍学会 / AIを利用した放射線治療の管理加算

【技術の概要】

放射線治療計画にAI技術を使用した際、適切にAIを管理している場合の加算として、「人工治療技術を用いた放射線治療計画立案の管理に対する加算」を提案する。



【対象疾患】

強度変調放射線治療(IMRT)による体外照射を実施する患者

【既存の治療法との比較】

- IMRTなどの高精度治療は通常照射と比較し、準備に時間を要するたため、治療開始が1~2週間後となる→ AIの適切な利用により改善!
- IMRTの治療計画は計画者の熟練度によって差が生じる→ AIの適切な利用により質を担保!

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

有効性

- ①治療計画の質の改善による局所制御率の向上、副作用の低減、②患者の治療開始までの待ち時間の短縮、③治療成績向上による医療費の抑制(27.8億円の減額)が可能となる。
 - また、医師等の働き方改革のみならず、放射線治療の質のダブルチェック、ヒューマンエラー対策にも寄与する。
- 診療報酬上の取扱い
- 放射線治療管理料の注釈の新規追加として、**放射線治療人工知能管理加算(600点)**の新設を提案する。

提案番号:204101 / 日本医学放射線学会 / 人工知能使用指針を準拠した施設を評価(対象医療機関の拡大)

【技術の概要】

日本医学放射線学会ではガイドラインに準拠している医療機関を認証し、使用される画像診断系ソフトウェアを登録する仕組みも開始した。特定機能病院だけではなく**一般医療機関でも適切な管理を実施する必要がある**が、今回改定では、対象施設を拡大し、**画像診断管理加算2などの施設基準に対しても、ガイドライン要件を盛り込む。**

【対象疾患】

画像診断専門医が、単純撮影やコンピュータ断層撮影を実施した患者において、併せて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**画像診断の質を担保する取り組み(安全管理・精度管理等) 行っている**場合に算定。



【既存の治療法との比較】

薬機法上承認を得たソフトウェアは臨床使用に特段の問題はないとされているが、製品によって情報の企画が異なり、医師はこれらの情報を基に最終診断するため、**診断の質を担保するには、使用者の教育や啓発等を含め適切な管理が必要である。**

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

有効性

学会のデータを用い、ソフトウェアの第三者性能評価試験を実施することも議論中また、一般医療機関での実施等におけた議論もしている。これらに向けた指針の改訂を令和6年度内に実施予定。

診療報酬上の取扱い

画像診断管理加算2の施設基準に係る学会の指針に準拠する旨記載の上、**40点増点する。**

11. 国民に役立つ医療技術の導入・強化(内保連令和六年度診療報酬改定提案)

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)	416件
・ 未収載技術	147件 [*共同提案 113件(77%)]
・ 既収載技術	269件 [*共同提案 178件(66%)]
基本診療料	43件 [*共同提案 30件(77%)]
医薬品	26件

*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:令和四年度改定

技術提案(合計)	441件
・ 未収載技術	171件 [*共同提案 129件(75%)]
・ 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