令和6年度診療報酬改定
厚労省ヒアリング

8月9日(水)15時～16時

一般社団法人日本内科学会
一般社団法人内科系学会社会保険連合

日本内科学会(提案書)

• ［703101］注射処方料	3
• ［703102］人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	9

内科系学会社会保険連合(内保連基本方針)

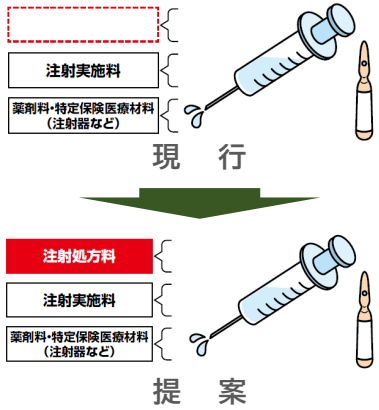
• 「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	23
• 医療安全の推進(血液採取料、消化器軟性内視鏡安全管理料)	26
• チーム医療の推進と医師負担の軽減	27
• 医療連携と在宅医療の推進	28
• 妊娠・周産期医療の重視(ライフサイクルの包括的な支援１　家族もささえる医療へ)	29
• 小児医療の重視(ライフサイクルの包括的な支援２　病院外とも連携する医療へ)	29
• 遠隔医療の推進	31
• AI(人工知能)診療・診断の推進	32

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
703101	注射処方料	日本内科学会

【技術の概要】

薬物療法において、医師が、患者の疾患・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。



【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。

【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 内保連負荷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・日別に診療の負荷を分析したところ、「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が**新たに開始された注射薬がありの日」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1万点以上の日」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 %)

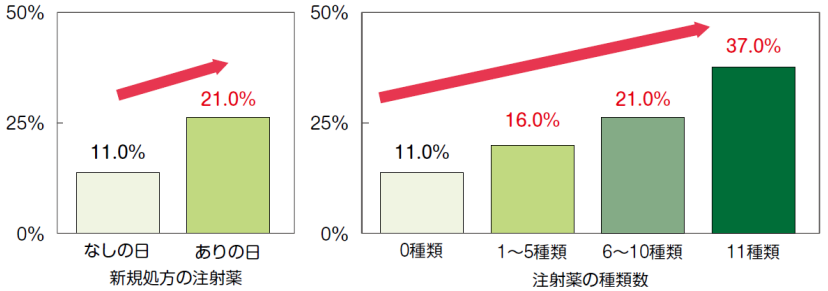
(4)「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」は、それ以外の日と比較して主治医の負荷が有意に高い。(図表2)

(5) 投与している「注射の種類数が多い日」ほど、主治医の負荷が有意に高い。

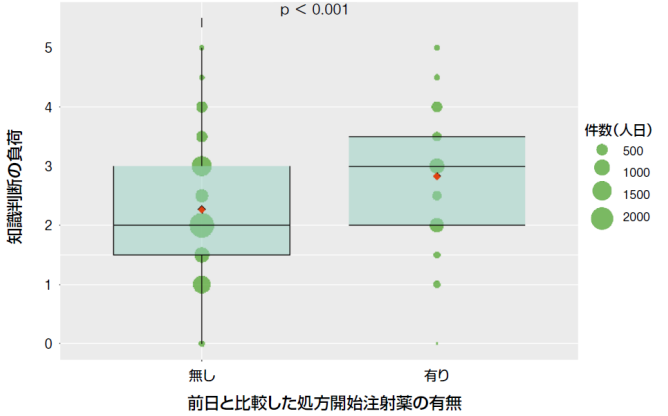
(6) 患者の年齢や疾患等の交絡因子を調整した場合も、「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」および「注射の種類数が多日」は、治療方針決定にかかる所要時間に関連する独立因子である。

※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。

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 知識判断の負荷との関係



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

整理番号　※事務処理用		703101	
提案される医療技術名		注射処方料	
申請団体名		日本内科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	01内科	
	関連する診療科（２つまで）	20小児外科	
		21精神科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	注射処方料	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数： 195		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および特定保険医療材料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。	
対象疾患名		注射処方を必要とするすべての疾患	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 294		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。一方、「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。内保連による「内科系医療技術負荷度調査」において入院医療の「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、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明らかになった。「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おり、適正な評価が必要である。	

【評価項目】

①提案される医療技術の対象・疾患、病態、症状、年齢等		入院中かつ注射薬の投与を必要とする患者	
②提案される医療技術の内容・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		（方法）医師が、患者の疾患・病態、注射薬の効能・副作用及び注射に伴う費用・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。 （実施頻度・期間）注射の投与を開始した日および種類の異なる注射薬を追加投与した日に実施。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	G	
	番号	－	
	医療技術名	－	
	既存の治療法・検査法等の内容	薬物療法における「注射の処方技術」は内科系治療の非常に重要な要素であり、本提案の対象患者に対して医師は専門的知識等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という行為を行っている。しかしながら、投薬については現行の診療報酬で処方料および処方箋料が設定されているが、注射については処方料・処方箋料に相当する評価が存在しない。 外来における「投薬」の処方技術の評価は、医薬兼業から医薬分業に転換する際の政策の一部として導入されたという歴史的経緯がある。その一方、医師が自ら医療施設内で行ってきた「注射」については医薬分業の対象外であったため、「注射の処方技術」については評価が行われないまま今日に至っている(参考文献２)。近年では、抗がん剤等の分野で高額な薬剤が承認されるなど、内科系医師に求められる「注射の処方技術」は高度化・複雑化の一途を辿っており、「注射の処方技術」に対する適正な評価が急務となっている。	

<table>
<tr><td colspan="2">④有効性・効率性
・新規性、効果等について③との比較
・長期予後等のアウトカム</td><td>注射薬は現在3,662品目(※１)存在すること、また、入院患者１人あたり約2.9回の注射処方が行われていること(※２)から、「注射の処方技術」は有効かつ必要不可欠な医療技術といえる。

主治医の担当患者別・日別に診療の負荷を見ると、「注射の処方技術」との関連性として以下(１)～(６)が確認されている(詳細は⑤「④の根拠となる研究結果等」で詳述)。
(１)「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬がありの日」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%)
(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%)
(３)「注射の薬剤料および材料料が１万点以上の日」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荷が有意に高い。
(５) 投与している「注射の種類数が多い日」ほど、主治医の負荷が有意に高い。
(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　薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について（令和3年4月1日適用）
※２　「⑥普及性」より、注射処方料の算定要件の注１の算定回数は入院患者１人あたり約2.9回と試算される。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑤　④の根拠となる研究結果等</td><td>研究結果</td><td>主治医に対するアンケート調査（N=11,056）とDPCデータを用いた内科系学会社会保険連合による後ろ向きコホート研究において以下(１)～(６)の研究結果が報告された（参考文献１）。
(１)「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」の回答割合：21% vs 11%、χ二乗検定より$p<0.001$）。
(２)「注射の種類数」と、主治医の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」の回答割合：０種類のとき11%、１～５種類のとき16%、６～10種類のとき21%、11種類以上のとき37%、フィッシャーの正確確率検定より$p<0.001$）。
(３)「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（０点の日を除く）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」の回答割合：17% vs 25%、フィッシャーの正確確率検定より$p<0.05$）。
(４) アンケート回答日のうち「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主治医にかかる知識判断の負荷（「0点:実施なし」を含む5点満点評価）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$p<0.001$）。
(５) 投与している「注射の種類数」が多い日ほど、主治医にかかる知識判断の負荷が有意に高い（中央値：０種類のとき2.0、１～５種類のとき2.5、６～10種類のとき3.0、11種類以上のとき3.5、p for trend<0.001）。
(６)「主治医の治療方針決定にかかる所要時間が30分以上であるか否か」をアウトカムとし、患者属性として入院時年齢・性別・BMI・救急車による搬送の有無・DPC６桁別疾患等を調整したロジスティック重回帰分析を行った結果、「前日と比較した処方開始注射薬の有無」および「注射の種類数」は、治療方針決定にかかる所要時間に関連した独立因子であった（「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、無しの日と比較したオッズ比が1.97、「注射の種類数」が１～５種類の日は０種類の日と比較したオッズ比が1.26、同様に６～10種類の日のオッズ比は1.77、11種類以上の日のオッズ比は3.03）。

また、同研究においてDPCデータのみから得られる説明変数をもとに負荷度ランク（内科系医師の診療負荷を示す尺度）を予測する機械学習モデルの構築を行った結果、「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬の有無」および「注射の種類数」は、変数重要度（variable importance）が高く、これらの変数は内科系医師の負荷との関連性が非常に高いことが示唆された。</td></tr>
<tr><td>ガイドライン等での位置づけ</td><td>2b
ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）：内保連グリーンブックver.2 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑥普及性</td><td>年間対象患者数(人)</td><td>全国の年間新規入院患者(約14,810,000人)のうち注射を投与した患者</td></tr>
<tr><td>国内年間実施回数（回）</td><td>42,950,000回</td></tr>
<tr><td colspan="2">※患者数及び実施回数の推定根拠等</td><td>【算定要件の注１の算定回数】
入院患者約63万人を対象とした内保連の調査(※１)において、「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬」が有りの延べ日数は約184万日。当該延べ日数は注射処方料の算定要件の注１に相当するため、入院患者１人あたりの算定回数は約2.9回(184万日÷63万人)となる。
令和3年度の全国の医療機関の推計新規入院件数約1,481万人(※２)より、全国における１年間の算定回数は4,295万回(1,481万人×2.9回)と見込まれる。

【算定要件の注２の算定回数】
同調査(※１)において、「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬」が有りの延べ日数のうち、注射の種類数が「６～10種類」であった日数は約51万日、「11種類以上」であった日数は約26万日。入院患者１人あたりの算定回数は「６～10種類」が約0.8回(51万日÷63万人)、「11種類以上」が約0.4回(26万日÷63万人)となる。
令和3年度の全国の医療機関の推計新規入院件数約1,481万人(※２)より、全国における１年間の算定回数は、「６～10種類」の加算が1,185万回(1,481万人×0.8回)、「11種類以上」の加算が592万回(1,481万人×0.4回)と見込まれる。

【算定要件の注３の算定回数】
同調査(※１)において、「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬」が有りの延べ日数のうち、「注射の薬剤料および特定保険医療材料料を合算した点数が10,000点以上」であった日数は約4.4万日。入院患者１人あたりの算定回数は約0.07回(4.4万日÷63万人)となる。
令和3年度の全国の医療機関の推計新規入院件数約1,481万人(※２)より、全国における１年間の算定回数は104万回(1,481万人×0.07回)と見込まれる。

※１ 内保連グリーンブックver.2 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言（参考文献１）
※２ 令和３年度 医療費の動向 ―MEDIAS―</td></tr>
</table>

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		各種診療ガイドラインにおいて内科系医療技術の大きな柱として注射処方が位置付けられている。 治療難易度に応じて各種専門医資格が設定されている。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	特になし（投薬のF100 処方料と同様）
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	特になし（投薬のF100 処方料と同様）
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特になし（投薬のF100 処方料と同様）
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		医療機能評価機構の公開データベースにおいて「注射処方」という検索語で検索した結果、110件の医療事故情報が確認された(2023年3月時点)。うち94件は確認ミスまたは連携ミスに起因するリスク事象であった。「注射の処方技術」は高度な専門的知識が求められるだけでなく、看護師等との適切な連携が求められる。医師にとって非常に負荷の大きな業務であることから、診療報酬上での適正な評価が必要である。
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題点はなし。 注射による治療技術の進歩にともない、診療報酬改定のたび新しい薬剤や医療機器は評価の対象として追加されているが、それを用いる医師の高度な知識や技術の評価はなされていない。医療の健全な発展のためにも、注射処方技術の評価は必須と考えられる。
⑩希望する診療報酬上の取扱い	妥当と思われる診療報酬の区分	G
	点数（１点10円）	100点(算定要件の注１) 算定要件の注２の６～10種類の場合の加算は50点、11種類以上の場合の加算は160点 算定要件の注３の加算は60点
	その根拠	先行研究に基づく試算（下記参照）より、医師が注射処方を行うためには以下(１)～(３)の時間がかかることから、算定要件の注１の点数は100点、注２の６～10種類の場合の加算は50点、11種類以上の場合の加算は160点、注３の加算は60点と設定した。 (１) 算定要件の注１にかかる時間: 先行研究に基づく試算(１)より、注射処方無しと比べて＋7.4分(5.2分＋2.2分) (２) 算定要件の注２にかかる時間: 先行研究に基づく試算(２)より、１～５種類の場合と比べて６～10種類の場合＋3.5分、11種類以上の場合＋12.6分 (３) 算定要件の注３にかかる時間: 先行研究に基づく試算(３)より、注射の薬剤料および材料料の合計が１万点未満の場合と比べて＋4.8分 【先行研究に基づく試算(※１、２)】 (１)「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かかる所要時間の加重平均値が5.2分長い。また、「注射の種類数」が１～５種類の日は、０種類の日と比較して治療方針決定にかかる所要時間の加重平均値が2.2分長い。 (２)「注射の種類数」が６～10種類の日は、１～５種類の日と比較して治療方針決定にかかる所要時間の加重平均値が3.5分長い。同様に、11種類以上の日は12.6分長い。 (３)「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（０点の日を除く）と比較して治療方針決定にかかる所要時間の加重平均値が4.8分長い。 ※１ 内保連グリーンブックver.2 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言（参考文献１） ※２ 15分以下は7.5分、15～30分は22.5分、30～60分は45分、60～90分は75分、90分以上は90分と仮定
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	59,000,000,000
	その根拠	「⑥普及性」および「⑩希望する診療報酬上の取扱い」を基に、算定要件の注１～３の医療費を試算すると、下記(１)～(３)の結果となる。これらを足し合わせると590億円と見込まれる。 (１) 算定要件の注１の医療費: 100点×4,295万回/年＝約430億円/年 (２) 算定要件の注２の医療費: ６～10種類の場合 50点×1,185万回/年＝ 約59億円/年 11種類以上の場合 160点× 627万回/年＝約95億円/年 (３) 算定要件の注３の医療費: 60点× 110万回/年＝ 約6億円/年
	備考	—
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 （主なものを記載する）		特になし（処方技術に対する評価であるため）

⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況	1）収載されている	1）を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※　該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	RBRVS（アメリカのメディケアで用いられている医師の技術料の評価システム）では、診療行為ごとに「医師の作業負荷（Work RVU）」が相対評価され、各診療行為の点数の構成要素となっている。診療行為には注射も含まれる。医師の作業負荷は、当該サービスの提供にかかる時間、技能的な労力、身体的な労力、精神的な労力、知識判断のストレスを基に評価がなされる。医薬品・材料費は含まない。メディケアでは、注射の内容等に応じて医師の作業負荷に係る償還額が変わる仕組みである。 RBRVSの一例（CPTコード、RVUの値は2023年時点の数値） ・96372(Therapeutic, prophylactic or diagnostic injection, sc or im), Work RVU: 0.17 ・96373(Therapeutic, prophylactic or diagnostic injection, intra-arterial), Work RVU: 0.17 ・96374(Therapeutic, prophylactic or diagnostic intravenous push; single or initial substance or drug), Work RVU: 0.18 ・96375(Therapeutic, prophylactic or diagnostic iv push, new substance/drug), Work RVU: 0.10 ・96377(Applicaton on-body injector), Work RVU: 0.17 ・96360(IV infusion, hydration, 31 minutes to 1 hour), Work RVU: 0.17 ・96361(IV infusion, hydration; each additional hour), Work RVU: 0.09 ・96365(IV infusion, for therapy/ prophylactic/ diagnostic, initial, up to 1 hr), Work RVU: 0.21 ・96366(IV infusion for therapy/prophylaxis/diagnosis; each additional hour), Work RVU: 0.18 ・96367(Additional sequential infusion of a new drug/substance, up to 1 hr), Work RVU: 0.19 ・96368(Concurrent infusion), Work RVU: 0.17 ・96401(Chemo administration, subcutaneous or intramuscular; non-hormonal anti-neoplastic), Work RVU: 0.21 ・96402(Chemo administration, subcutaneous or intramuscular; hormonal anti-neoplastic), Work RVU: 0.19 ・96409(Chemo administration, intravenous push, single or initial substance/drug), Work RVU: 0.24 ・96411(IV push, each additional chemo substance/drug), Work RVU: 0.20 ・96413(Chemo administration, intravenous infusion; up to 1 hour, single or initial substance or drug), Work RVU: 0.28 ・96415(Chemo administration, intravenous infusion; each additional hour), Work RVU: 0.19 ・96417(Chemo iv; each additional sequential infusion (different substance/drug) up to 1 hour), Work RVU: 0.21 ・96420(Chemotherapy, intra-arterial, push technique), Work RVU: 0.17	
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない	
⑭その他	なし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	内科系学会社会保険連合	
⑯参考文献１	1）名称	入院における注射の処方と負荷の関係性
	2）著者	一般社団法人 内科系学会社会保険連合
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	内保連グリーンブックver.2 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言、2022年、11月、p.21-30,36-37,56
	4）概要	当該研究では、主治医に対して実際の入院患者における日別の診療の負荷についてアンケート調査を実施した。アンケートの回答結果およびアンケート対象患者のDPCデータをもとに主治医にかかる注射処方の負荷について定量的な分析を行った。
⑯参考文献２	1）名称	薬物療法における内科系技術評価―歴史的考察と今日の問題点　薬物療法における医師の技術評価
	2）著者	内科系学会社会保険連合
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	日本内科学会雑誌、2014年、pp.2968-70
	4）概要	薬物療法における医師の技術評価に関して、「歴史的背景」「今日の処方技術評価の問題点」「処方技術評価の重要性」等が述べられている。
⑯参考文献３	1）名称	Medicare RBRVS 2023: The Physicians' Guide
	2）著者	American Medical Association
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	American Medical Association、2023
	4）概要	RBRVS（アメリカのメディケアで用いられている医師の技術料の評価システム）について取りまとめている。
⑯参考文献４	1）名称	―
	2）著者	―
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	―
	4）概要	―
⑯参考文献５	1）名称	―
	2）著者	―
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	―
	4）概要	―

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号	703101

提案される医療技術名	注射処方料
申請団体名	日本内科学会

※　薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和５年（2023年）８月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※　医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
※　該当する製品の添付文書を添付すること。
※　薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
※　記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載 （※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－
－	－	－	－	－
－	－	－	－	－

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

特になし

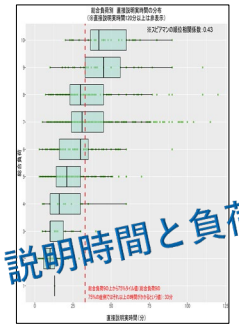
令和6年度診療報酬改定に関する提案について

令和5年3月24日（金）15時30分～

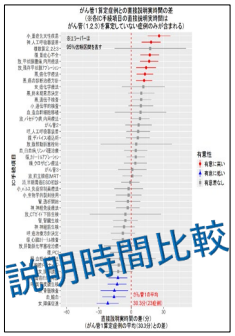
「説明と同意」を評価し、指導管理料を拡大し「意思決定支援管理料」を新設

一般社団法人内科系学会社会保険連合

これまでの経緯



説明時間と負荷



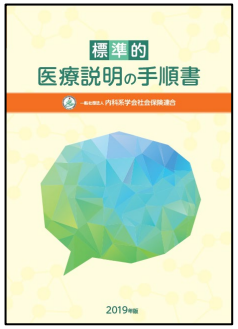
説明時間比較

・総合負荷
・難易度
・ｴｷｽﾊﾟｰﾄ
　ｵﾋﾟﾆｵﾝ

下記の10領域
12治療および
検査が抽出

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）



【診療報酬制度における評価優先度が高い１２項目】

・小児領域	重症先天性疾患、遺伝学検査
・神経領域	人工呼吸器装着
・呼吸器領域	人工呼吸器装着
・循環器領域	重症心不全、カテーテルアブレーション
・腎臓領域	透析開始
・消化器領域	早期胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術治療前
・精神科領域	クロザピン療法
・血液領域	造血幹細胞移植
・放射線領域	甲状腺腫瘍に伴う内用療法
・悪性腫瘍領域	遺伝子検査

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

令和４年度改定提案

提案書番号：299102／日本内科学会

「人工呼吸器装着時意思決定支援管理料」

◆**共同提案学会：**日本呼吸器学会、日本呼吸器療法医学会

◆**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。

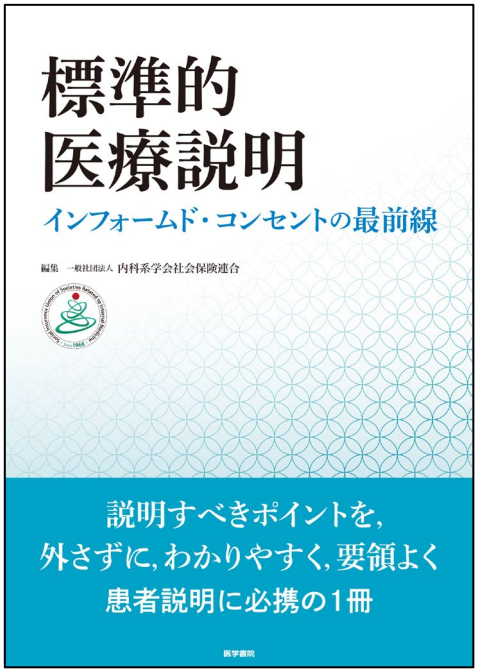
30分以上説明し文書により提供した場合

・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、費用等

標準的医療説明　インフォームド・コンセントの最前線

○ 書籍情報

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
発行日：2021年8月15日発行
編　集：一般社団法人　内科系学会社会保険連合
発行者：株式会社　医学書院
頁　数：368頁
定　価：5,940円(税込)　　(参考資料3－1)執筆者一覧：目次



○ 関連情報

本書を医学書院の総合診療データベース「今日の診療」に収載
(今日の診療：https://www.igaku-shoin.co.jp/b2b/todaysdt)

医学書院刊行の「医学界新聞」に記事を寄稿　　(参考資料3－2)医学界新聞記事
(https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2021/3443_03)

医学書院販売ページ：https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/108894

○ 「説明と同意」委員会　委員一覧（敬称略）

委員長　：　蝶名林直彦
副委員長：　横谷　　進（小児科関連）
副委員長：　荻野美恵子（神経関連）
委　員　：　安藤　正志（悪性腫瘍関連）
委　員　：　小松　則夫（血液関連）
委　員　：　岸　　一馬（呼吸器関連）
委　員　：　浦岡　俊夫（消化器関連）
委　員　：　寺井　和生（循環器関連）
委　員　：　酒井　　謙（腎臓関連）
委　員　：　西　　洋孝（女性診療科関連）
委　員　：　待鳥　詔洋（放射線関連）
委　員　：　福田　正人（精神神経関連）
委　員　：　髙崎　芳成（膠原病・リウマチ性疾患関連）
委　員　：　田中　正巳（内分泌代謝疾患関連）
委　員　：　齋藤　義弘（感染症関連）
委　員　：　河合　啓介（心身医学関連）
委　員　：　福永　興壱（アレルギー関連）

2018年度診療報酬改定

2022年度

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。

すべての医療者が必要十分な医療説明ができ，患者が迷いなくその医療を選択し受療することができるように.

令和6年度改定　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　：ARDS診療ガイドライン2016 日本呼吸器学会・日本呼吸療法医学会・日本集中治療学会等「ARDSのような重症疾患に対しては、変化する病態を十分考慮したうえで、治療の見通しと危険性をわかりやすく説明し、予後に関して客観的なdataを使用して説明することが望ましい」とされている。

◆保険収載が必要な理由：

近年、呼吸器関連のいくつかの学会のガイドラインにおいて、呼吸不全に陥った患者に対する人工呼吸器装着に際し、患者およびその家族に病状の説明をわかりやすく行い、治療方針決定に必要な統計学的データを示し治療開始の意思決定を支援すべきであることが述べられている。具体的には患者本人は呼吸困難や意識障害などの症状もあり、主に患者家族が意思決定の主対象者となる場合も多いが、医師のみならず多職種による説明と同意が必要になる。内容は治療の見通しや危険性・装着後の予後等がポイントとなるが、説明により装着しない選択もあり得る。

内保連による調査では、平均の直接説明時間はおよそ1例あたり30分～50分でありさらに説明のための準備や説明後の処理時間も必要とされ、多くの例で医療者への強い身体的・精神的負荷が加わっていることが明らかとなった。

従来の診療報酬は、人工呼吸器装着の技術に対するものであり、本提案の「治療説明」に対する評価ではないため、本提案のの採択を強く希望する。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
703102	人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	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、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**

【診療報酬上の取り扱い】

B　医学管理　500点/回

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

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。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

整理番号　※事務処理用		703102	
提案される医療技術名		人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	
申請団体名		日本内科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	01内科	
	関連する診療科（２つまで）	02呼吸器内科	
		12神経内科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数： 153		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。	
対象疾患名		急性呼吸不全あるいは慢性呼吸不全の急性増悪をきたした患者で、気管挿管あるいは非侵襲的管理（NPPV）の対象患者	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 293		現在の人工呼吸にかかわる診療報酬は、呼吸管理そのものの「医療技術」に対するものであり、本提案の内容である患者あるいは家族に対する人工呼吸器装着に関する意思決定支援としての「説明技術」に対するものではない。 また内保連による調査では、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、また近年高齢者の中には呼吸器装着を望まない患者もおり,さらに呼吸管理の選択肢として挿管のみならずマスクを用いるNPPVやハイフローセラピーの方法が加わり、患者あるいは家族と医療者が生命に直結する医療選択になってきたからである（参考文献３）。	

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		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、すなわち肺炎などによる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。年齢制限は特にない。	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）		人工呼吸療法の開始前に、患者本人あるいは本人の意思が確認できない場合には家族（代諾者）に対して、病院内のしかるべき場所で30分以上の時間をかけて治療と検査内容を説明する。説明の内容は「標準的医療説明の手順書」にその詳細が書かれているが、それを参考にして主治医から行うものであり、最終的には文書によって同意を確認する。場合により看護師あるいはコメディカルの医療者が同席したほうが良い場合もある。説明の手順としては ①現在の病状・病態の説明 ②治療（検査）目的 ③治療（検査）法の概略と効果 ④治療（検査）中あるいは後に起こりえる主な副作用・合併症 ⑤本治療（検査）を受けなかった場合に考えられる結果⑥本治療（検査）以外の治療（検査）法について〔代替治療（検査）〕⑦治療（検査）にかかる費用の順で、わかりやすく丁寧に説明する、なお本支援料は、あくまでも治療・検査の開始前に行われるものであり、また複数回行われた場合でも、月毎に1回以上算定することは不可とする	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	J	A,K
	番号	J045,A301,K386	
	医療技術名	「人工呼吸」　「特定集中室治療管理料」　「気管切開術」	
	既存の治療法・検査法等の内容	急性呼吸不全や慢性呼吸不全の増悪に対する上記の診療報酬はすでに治療が行われている状態に対し、それを診療報酬的に評価して設定されているものであるが、人工呼吸療法を開始する前に、それを実施するかどうかの患者意思確認のための医療説明に対しては、診療報酬評価がなく、また実際に人工呼吸器装着を行わなかった場合には上記の報酬が加算できないこととなり、その場合診療報酬的に不合理という状況である。したがって現場では患者への説明が時間的、質的に不十分になる傾向が強く、そのために患者の望まない状態で呼吸器の装着が開始されることがあり得る、また当然患者自身や家族等の満足度も低下した状態で治療が継続することとなる。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		【治療等の方針の意思決定における有効性】:「本日受けた説明は、あなたが検査や診療方針を選択するにあたり、役に立ちましたか（立ちますか）」という設問に対し「そう思う」と回答した患者またはその家族は、人工呼吸器装着（呼吸器領域）では100%であった。なお患者の理解度・および満足度に関して上記の内保連調査で、呼吸器装着前に行なった説明に対しても「よく分かった）及び「だいたい分かった」と回答した患者は86%であり、また説明に対して非常に満足している」64%、『やや満足している」36%と回答しており、医療説明の有用性が裏付けられた成績と考える。【効率性】正確な効率性（費用対効果等）に関する国内先行研究は見当たらなかったが、海外研究（Veroff et al. 2013）によるランダム化比較試験では、次の様に、強化された意思決定支援は医療費の節約をもたらしうるとしている:『強化された意思決定支援を受けた患者群は、通常の意思決定支援を受けた患者群との比較で入院が12.5%少なく、選択の余地がある手術の実施は9.9%少ない（選択の余地がある心臓手術の実施は20.9%少ない）」	

⑤　④の根拠となる研究結果等	研究結果	下記に挙げたグリーンブックが根拠となるが、本検討は内保連がIC Studyとして1年以上に亘り全国約90の医療機関で実施された多施設共同の前向き観察研究である。エキスパートオピニオンにより保険収載すべき優先度が高いとされた11の内科領域・40のIC手続項目（説明を行う検査・治療）について、医師、患者、診療科にそれぞれアンケートを実施し、インフォームド・コンセント手続きの実態を把握、分析している。分析対象となった調査票は、医師1,038件、患者751件、診療科77件であった。結果として、神経領域における人工呼吸器装着においては直接説明時間は平均約50分であり、また説明準備に要した延べ時間は平均30分強であった。その直接説明時間は「がん患者指導管理料1」を算定している症例との比較において有意に長い結果であった。また呼吸器領域・神経領域双方の領域における人工呼吸器装着においては、いずれも5割以上の症例が総合負荷9以上であり、既に医療者へ与える総合負荷と直接説明時間とはよく相関関係のあることが示されているので、人工呼吸器装着のための説明時間は多くの症例で30分以上であることが推定される。	
		2a	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	ARDS診療ガイドライン2016 日本呼吸器学会・日本呼吸療法医学会・日本集中治療学会等「ARDSのような重症疾患に対しては、変化する病態を十分考慮したうえで、治療の見通しと危険性をわかりやすく説明し、予後に関して客観的なdataを使用して説明することが望ましい」とされている。さらに呼吸ケア・リハ学会から出される、呼吸器疾患終末期治療に関するガイドラインにて、装着前の説明の重要性が強調されている。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	約10万人	
	国内年間実施回数（回）	約10万回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		人工呼吸器装着のために必要となる処置として「気管切開」または「気管内挿管」の実施件数は、1か月で約各2498件、7491件である（平成27年社会医療診療行為別統計）。その50%に引き続き人工呼吸管理が行われると仮定すると年間約6万件さらに非侵襲的人工呼吸実施数は侵襲的人工呼吸実施数の50%程度であるため、非侵襲的人工呼吸の年間の新たな実施回数は3万件程度と推計する。したがって、侵襲・非侵襲合わせた年間の新たな人工呼吸器装着回数は9万回程度と見積もれる。説明の結果、人工呼吸器を装着しないケースがあることを考慮し、年間の説明の実施回数は約10万件程度と推計した。	

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		【成熟度】「標準的医療説明～インフォームドコンセントの最前線～」が医学書院から2021年に発刊されており、そこには当初から内保連の「説明と同意委員会」のメンバーであった、各領域の先生がたの協力を得て、内科系のみならず、小児科系・産婦人科系・放射線治療に至る検査・治療81項目についての標準的医療説明を記載されています。また作年度にはその内容が、DVDとなり今日の治療指針などと同格に、全国の大学・一般総合病院に約２万部以上が,すでに配布されており、医療説明の重要性が認識されてきている。【難易度】グリーンブックのおけるICStudyに際し説明の難易度に対して6段階の評価を行った、即ち: A. 一般臨床医（卒後2～4年）、B. 認定内科医（5年）、C. 各領域専門医（10年）、 D. Subspecialtyの専門医、基本領域の専門医更新者や指導医（15年）、E. 特殊技術を有する専門医（15年）、F. 多職種カンファレンスが必要　である。呼吸器関連での人工呼吸器装着ではいずれもその85%がC,D,E,Fに属し、また神経領域の装着では100%がC,D,E,Fに属しており、呼吸器専門医レベル以上の医師が説明を行っている実態であることが確認された。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	人工呼吸を開始しようとする施設 として、わが国では集中治療室（ICU）あるいはHCUが多く、その場合は救急部あるいは麻酔科が担当することが多い、一方、病棟での開始の場合は、呼吸器科あるいは神経内科担当の場合が多いが、当該科の担当医師が開始する場合もあるが、その際は下記の人的配置条件を基準とすべきである。
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	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。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	参考資料2；標準的医療説明（医学書院）あるいは参考資料3、DVD「今日の診療指針プレミアム」参考資料4「より良いインフォームド・コンセント（IC）のために」（内科専門医会発行）、その他、関係学会が作成したガイドラインがある場合はこれに準じて説明する。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		可及的速やかに人工呼吸器が装着されなければならない場合は、本加算における説明時間の条件は外される、また説明を十分行うことによる直接的副作用等のリスクは特にない。なお説明内容に関して、気胸やNPPV装着時の誤嚥性肺炎等の呼吸器装着の合併症及び離脱できなかった場合等についての説明を十分行う必要があり（上記「標準的医療説明」はこの点を詳細に記載）逆にこれらのことを踏まえて、正確に呼吸器装着するかどうかの意思決定の判断が、患者及び家族によってなされるようになる。
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		近年医療訴訟件数が著しく増加しているが、その多くは医療者からの説明の不十分であったことに起因する場合が多いとされる、今回上記「標準的医療説明」成書 の「インフォームドコンセントと法律ｐ18～21および倫理学ｐ26～30」に記載されている通り、患者に説明と同意を過不足なく行うことは、不要な医療訴訟を減らしまた患者の自律的決定権を尊重し、患者が医療者に対して持つべき権利や信頼を確保する意味から社会的妥当性は極めて高いものと考える
⑩希望する診療報酬上の取扱い	妥当と思われる診療報酬の区分	B
	点数（１点10円）	500点
	その根拠	【根拠】IC Study（内保連2017ｐ.32）において、インフォームド・コンセントの手続きにおける1回の説明実時間は、今回調査した中での「がん患者指導管理料１」算定症例との比較で神経疾患に対する人工呼吸器装着では19.2分だけ長いとの結果が出ている(p ＜ 0.05)。また呼吸器疾患に対する人工呼吸器装着における説明時間は、同様に「がん患者指導管理料１」算定症例との比較で、有意差は認めなかった。既にがん患者に対し医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書により患者に提供した場合、がん患者指導管理料（B001）として500点が特定疾患治療管理料として加算されているが、このことと同等ないしこれ以上の時間を用し、すなわち医療者への負荷を伴う説明に対して評価を行うべきと考えるからである。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
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	その他（右欄に記載する。）　特になし
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	現在人工呼吸にかかわる診療報酬は、呼吸管理そのものに対する「医療技術」であり、本提案の内容である当該治療に先立つ患者またはその家族に対する意思決定支援としての説明技術に対するものではないため、削除すべき代替項目ではない。なお在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅人工呼吸に関する指導管理を行う場合は本管理料を算定せず、C107在宅人工呼吸指導管理料を算定する。
予想影響額	プラスマイナス	減（－）
	予想影響額（円）	75億円
	その根拠	本説明を行うべき患者数はすでに記載したように全体で　約10万人である、したがって、それらの対象に説明をした場合本管理料全額では　約5億円となる。しかし人工呼吸器装着前に、装着した場合の合併症やその予後も含めて十分説明した後では、対象患者あるいは家族の約1割すなわち約1万人が終末期医療を選択して、人工呼吸を行わずそのまま治療継続されると考えられる。入院で1回の人工呼吸管理に要する医療費に関しては、機器加算、在院日数、人件費等すべて含めると約80万円相当であることがわかっており、それが減額因子となる、すなわち　5億円―80万円×1万人＝―75億円となる。
	備考	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 （主なものを記載する）		特になし
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		1）収載されている　1）を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※　該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		米国CMSにおいて、ベストプラクティスの普及促進を目的とし、Shared Decision Making（SDM）をどのように忙しい臨床現場の中に取り込み促進していくかについて、研究も兼ねたプログラムを進めている。具体的なプログラムは、「患者の意向によって実施の有無が影響を受けやすい疾患(preference-seisitive conditions)」についてShared Decision Makingが行われた際に、1回につき$50が支払われる、なお対象となった疾患としては以下のような病態である：安定した状態の虚血性心疾患、変形性股関節症、変形性膝関節症、椎間板ヘルニア・脊髄狭窄、限局性前立腺がん、良性前立腺過形成（前立腺肥大）。（参考文献5）
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない

⑭その他		非がん性呼吸器疾患　緩和ケア指針2021
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		内科系学会社会保険連合 代表的研究者；神戸大学法学部名誉教授：　丸山英二、　東京大学医療経済政策学：田倉智之 共同提案学会（表紙記載以外の学会）：日本感染症学会、日本アレルギー学会、日本臨床内科医会、
⑯参考文献１	１）名称	内保連グリーンブック　「説明と同意」に関する調査報告と提言　Ver1.□
	２）著者	一般社団法人内科系学会社会保険連合, 2017.
	３）雑誌名、年、月、号、ページ	2017年5月1日
	４）概要	○説明時間：　全症例における1回の説明実時間は平均32.4分であった。小児重症先天性疾患、人工呼吸器装着（神経領域）、重症心不全における説明は、がん患者指導管理料１算定症例との比較で説明実時間がそれぞれ26.2分、19.2分、16.2分有意に長かった（いずれもp＜0.05）。（p20-21,p34） ○時間外：勤務時間外の延べ時間は、重症心不全で平均83.5分であり、調査対象のIC手続項目中で最も長く、次に小児重症先天性疾患で平均67.8分、人工呼吸器装着（神経領域）で平均43.7分であった。（p24） ○急変：小児重症先天性疾患、呼吸器領域・人工呼吸器装着の症例の40%強は、説明実施時点で急変状況であった。(p28) ○難易度：小児重症先天性疾患、人工呼吸器装着（呼吸器・神経両領域）、重症心不全のいずれも、難易度Dが以上である症例の割合は、がん患者指導管理料1算定症例（約25%）と同程度またはそれ以上であった。（p25,p27） ○総合負荷（説明行為の時間的、精神的負荷に対する総合的な指標）：人工呼吸器装着（神経・呼吸器両領域）、重症心不全では過半数の症例で9以上であった。（p26） ○患者側人数：複数の患者側対象者への説明が行われていた症例の割合は、小児重症先天性疾患で83%、人工呼吸器装着（呼吸器領域）で79%、人工呼吸器装着（神経領域）で87%、重症心不全で89%であった。（p31） ○補助説明者：医療者側において補助説明者1人以上が付いていた症例の割合は、小児重症先天性疾患で34%、人工呼吸器装着（呼吸器領域）で74%、人工呼吸器装着（神経領域）で69%、重症心不全で59%であった。（p32） ○治療等の方針決定における有効性：受けた説明の治療等の方針の意思決定における有効性を問う設問に対し、有効であった旨の回答をした患者またはその家族は、人工呼吸器装着（呼吸器領域）で100%、小児重症先天性疾患、人工呼吸器装着（神経領域）、重症心不全でいずれも約90%であった。（p52） ○患者満足度：受けた説明に対する満足度を問う設問に対し、満足している旨の回答をした患者またはその家族は、人工呼吸器装着（呼吸器領域）で100%、小児重症先天性疾患、人工呼吸器装着（神経領域）、重症心不全でいずれも80%以上であった。（p54） ○患者理解度：受けた説明に対する理解度を問う設問に対し、理解できた旨の回答をした患者またはその家族は、小児重症先天性疾患、人工呼吸器装着（呼吸器・神経両領域）、重症心不全のいずれも約90%であった。（p51） ○IC Study（内保連2017）の研究協力者は112名、研究協力施設（診療科）は108であった。（ｐⅴ-ⅷ）。
⑯参考文献２	１）名称	標準的医療説明～インフォームドコンセントの最前線～」 DVD:今日の診療プレミアム　2022　（医学書院）
	２）著者	内科系社会保険連合「説明と同意」委員会メンバー他
	３）雑誌名、年、月、号、ページ	2021年　DVD：(2022)
	４）概要	内科系疾患のみならず小児科系・産婦人科系・放射線治療に至る検査・治療81項目について、標準的な医療説明のモデルを、各領域の専門医により記載したものである。本書により一般臨床医は、患者に対して必要十分な説明が的確に行え、患者の満足度が向上するのみならず、その総論には医療説明の倫理的・法律的・経済的な意義が記載されており、医療訴訟を未然に防ぎ患者の自律的な意思決定を適格に支援することが期待される。さらに文書による同意取得のモデル版も添付されている。
⑯参考文献３	１）名称	非がん性呼吸器疾患　緩和ケア指針2021
	２）著者	日本呼吸器学会・日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会合同非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針作成委員会
	３）雑誌名、年、月、号、ページ	2021年
	４）概要	抜粋　ページ；44～51　2.急性呼吸不全ないし急性増悪時の緩和ケアとして　　「呼吸不全に陥った場合・・コード設定としては挿管のみならずNPPVの実施についても事前意思確認が望ましく、それに基づくコードカテゴリー別の目標を・・」「NPPVと同様に目標を明確に設定してハイフローセラピーを行うべきである」
⑯参考文献４	１）名称	「より良いインフォームド・コンセント（IC）のために」
	２）著者	日本内科学会（認定内科専門医会編）
	３）雑誌名、年、月、号、ページ	2003年9月20日
	４）概要	2003年発刊の、内科系診療実務における具体的なインフォームド・コンセントの例を示した本である。インフォームド・コンセントの基本形、考え方、重要場面での留意点、問題提起等（p1-68）、およびインフォームドコンセント実施についての医師の注意事項と解説、患者への説明文書の実例、同意書等（p69-436）が示されている
⑯参考文献５	１）名称	Beneficiary Engagement and Incentives: Shared Decision Making (SDM) Model
	２）著者	The Centers for Medicare & Medicaid Services.
	３）雑誌名、年、月、号、ページ	
	４）概要	米国CMSによるShared Decision Making促進に向けた大規模なプログラム。Shared Decision Makingが患者中心の医療に資するというだけではなく費用対効果にも優れるという先行研究の蓄積がプログラム実施の背景にある。研究対象施設にて、安定した状態の虚血性心疾患、変形性股関節症、変形性膝関節症、椎間板ヘルニア・脊髄狭窄、限局性前立腺がん、良性前立腺過形成（前立腺肥大）の患者に対してShared Decision Makingが行われた際に、1回につき$50が支払われる。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号	703102

提案される医療技術名	人工呼吸器装着時意思決定支援管理料
申請団体名	日本内科学会

※　薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和５年（2023年）８月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※　医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
※　該当する製品の添付文書を添付すること。
※　薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
※　記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載 （※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－
－	－	－	－	－	－

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
－	－	－	－	－
－	－	－	－	－
－	－	－	－	－

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

特になし

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

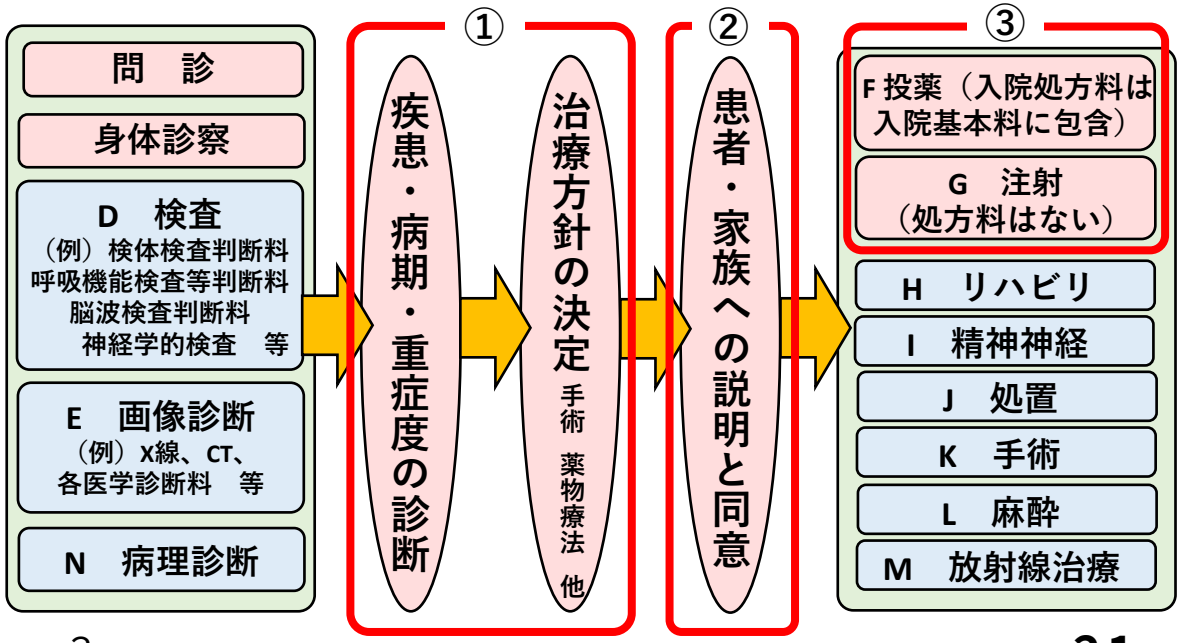
現行診療報酬体系における
内科系技術評価に関する基本的な課題

現行診療報酬体系における
医師技術の評価

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



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、より正当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	配　点		
		0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	ー
（省略）				
A7	緊急に入院を必要とする状態	なし	ー	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	該当なし	1つ該当	2つ該当
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	ー	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	ー

※1：現行のC項目と重複するレセプト電算コード、旧A4「心電図モニターの管理」のレセプト電算コード、薬剤、特定器材を除く。

※2：薬剤、特定器材を除く。

※3：A3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。

現行の基準	提案する基準
以下のいずれかに該当 ・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 **4** 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いなが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。
	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点以上としたときに顕著となった。
A9	臨床的妥当性	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。
	統計的根拠	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	臨床的妥当性	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。
	統計的根拠	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

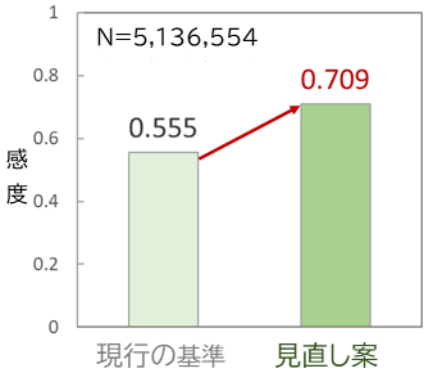
【対象疾患】

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るため、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。

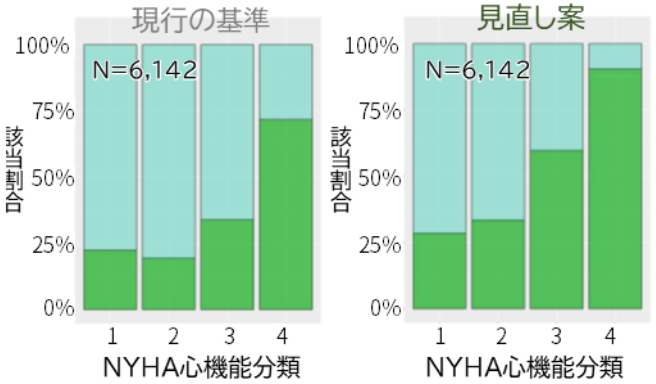
【既存制度との比較、有効性】

- 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用いた。

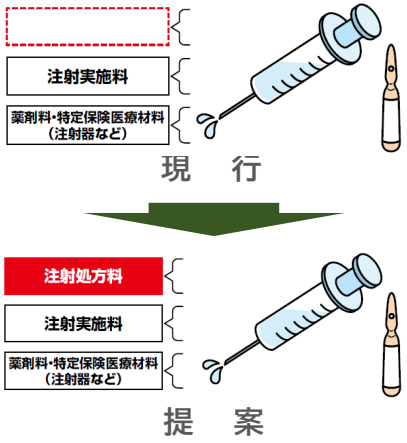
※3：死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類。

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、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。

【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。

【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　内保連負荷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・日別に診療の負荷を分析したところ、「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が**新たに開始された注射薬がありの日」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1万点以上の日」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 %）

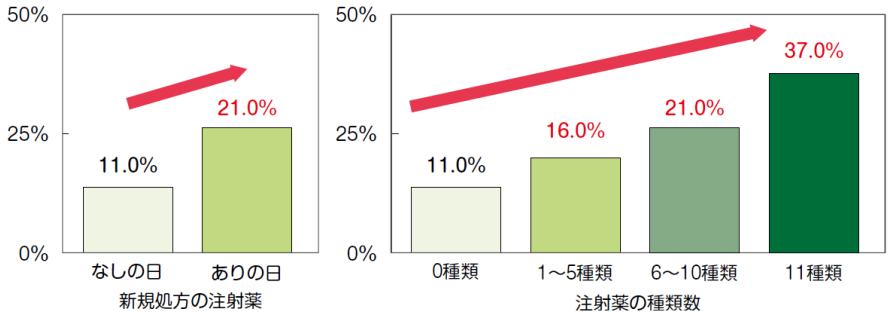
(4)「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」は、それ以外の日と比較して主治医の負荷が有意に高い。（図表2）

(5) 投与している「注射の種類数が多い日」ほど、主治医の負荷が有意に高い。

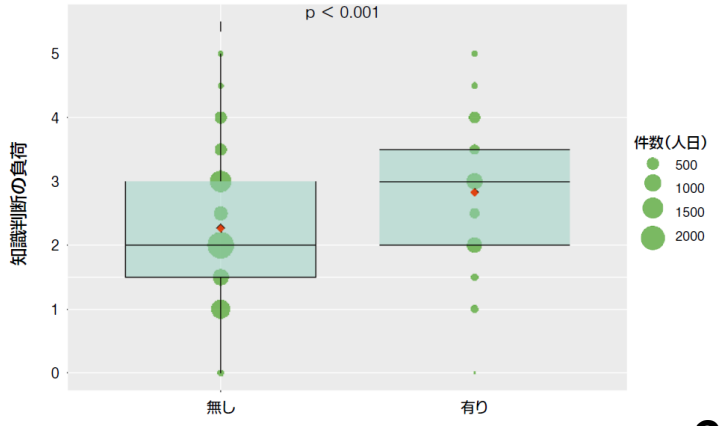
(6) 患者の年齢や疾患等の交絡因子を調整した場合も、「注射薬の投与開始日および種類の異なる注射薬の追加投与が行われた日」および「注射の種類数が多日」は、治療方針決定にかかる所要時間に関連する独立因子である。

※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。

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　知識判断の負荷との関係



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

共同提案 日本呼吸器学会、日本呼吸療法医学会、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**

【診療報酬上の取り扱い】

B　医学管理　500点/回

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

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。

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

【技術の概要】	【診療報酬上の取り扱い】
静脈血管よりの血液採取	D 400 血液採取　1静脈：現行37点を**50点に増点**

【既存の治療法との比較】

- 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、改定後も採血一件あたり約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（肝炎ウィルス、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が消失する。事前の不必要な感染症チェックをなくす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コストを代替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

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

【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勘案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。

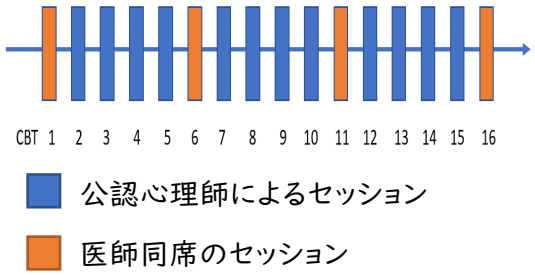
【診療報酬上の取り扱い】

Ｉ003-2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。**

【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



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

【技術の概要】

rtCGM、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。

【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**の加算をつける。オンラインによる指導も可とする。

【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の研修内容は進歩するSAP、HCLに対して十分でない。
➡組織化した指導で安全かつ効率的な治療が充実する。

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

【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。

【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。

【既存の治療法との比較】

現状では医療機器メーカーが、自社製品の使用上の注意点や停電時の対応を説明してるが、メーカーは自社製品しか説明できず、複数機器はむつかしい。医療機器のスペシャリストである臨床工学技士が院内外で患者・家族への指導に携わることで、在宅医療で使用される医療機器の安全管理の向上が見込める。

【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。

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

【技術の概要】

多職種（呼吸器内科医、放射線科医、病理医）による集学的な合議（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。

【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。

【診療報酬上の取り扱い】

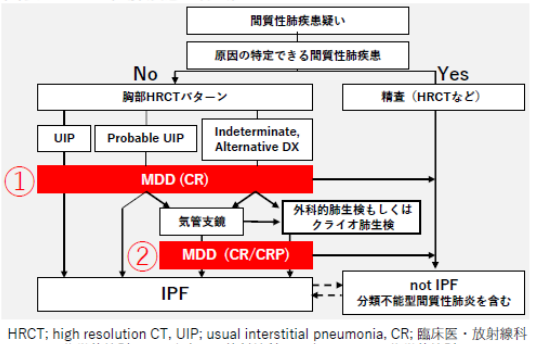
B医学管理等

びまん性肺疾患集学的合議評価提供料

イ　病理検体がない場合　6,640点　…①

ロ　病理検体がある場合　8,220点　…②

図表1 びまん性肺疾患の診断フロー



HRCT; high resolution CT, UIP; usual interstitial pneumonia, CR; 臨床医・放射線科医による集学的検討, CRP;臨床医・放射線科医・病理医による集学的検討.

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3 1,285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) $PaCO_2$ 45mmHg以上55mmHg未満

(ロ) $PaCO_2$ 55mHg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

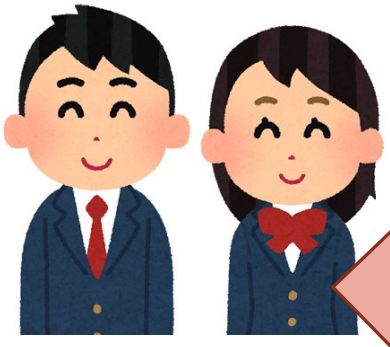
ハイリスク児の家族への適切な精神的サポートによる親子関係の形成促進
➡A272102/日本新生児成育医学会/ハイリスク児成育支援料

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

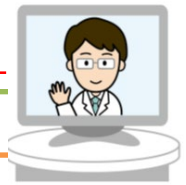
9. 遠隔医療の推進

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)がビデオ通話が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

適応対象の適切な拡大

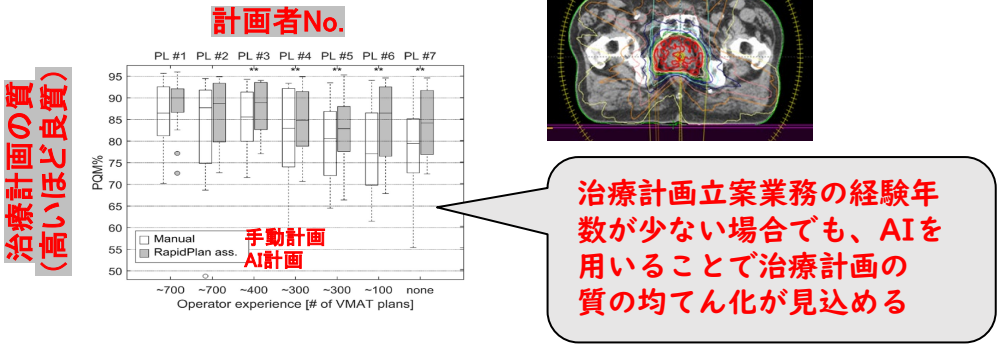
医療供給・需要の実態に即した対象の拡大

遠隔医療の適切な発展

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！

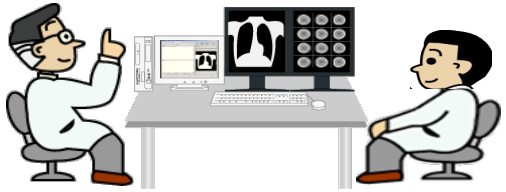
【有効性及び診療報酬上の取扱い】
有効性
- ①治療計画の質の改善による局所制御率の向上、副作用の低減、②患者の治療開始までの待ち時間の短縮、③治療成績向上による医療費の抑制（27.8億円の減額）が可能となる。
- また、医師等の働き方改革のみならず、放射線治療の質のダブルチェック、ヒューマンエラー対策にも寄与する。

診療報酬上の取り扱い
- 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エ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ー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エ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、ソフトウエ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むけた議論も行っている。
これらに向けた指針の改訂を令和6年度内に実施予定。

診療報酬上の取り扱い
画像診断管理加算2の施設基準に関係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