

令和7年度 第1回社員総会

本資料

令和7年6月19日（木）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. 令和6年度事業報告の件	(横谷進)・・・・・・・・	P.5
第2号議案. 令和6年度決算報告、監査報告の件	(蝶名林直彦、工藤翔二)・・・・	P.12
第3号議案. 令和7年度事業計画の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.17
第4号議案. 令和7年度予算案の件	(蝶名林直彦)・・・・・・・・	P.18
第5号議案. 新規加盟の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.19
1) 一般社団法人 日本遺伝子細胞治療学会		
2) 一般社団法人 日本精神科救急学会		
3) 日本認知療法・認知行動療法学会		

報告事項

1. 診療領域別委員会委員長交代の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.24
2. 令和6年度診療報酬改定報告書の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.25
3. 令和8年度診療報酬改定提案書の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.28
4. 日本内科学会(内保連)からの提案の件	(高橋和久・蝶名林直彦)・・・・	P.30
5. 三保連合同シンポジウム開催報告の件	(待鳥詔洋)・・・・・・・・	P.58
6. 三保連合同シンポジウム提言手交の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	P.61
7. 内保連基本方針の件	(小林弘祐)・・・・・・・・	別添2

閉会の挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・小林弘祐

審議事項

第 1 号議案. 令和 6 年度事業報告の件

一般社団法人内科系学会社会保険連合事業報告

1. 運営委員会一覧

(1) 役員

	氏名	所属
理事長	小林 弘祐	北里大学名誉教授
副理事長	蝶名林直彦*1	聖カタリナ地域包括ケア病院
	横谷 進*2	福島県立医科大学
	古川 泰司*3	帝京大学
	高橋 和久*4	順天堂大学
	待鳥 詔洋*5	国立国際医療研究センター国府台病院
理事	明石 嘉浩	聖マリアンナ医科大学
	井田 正博	国立病院機構水戸医療センター
	上村 直実	国立国際医療研究センター国府台病院
	大西 洋	山梨大学
	荻野美恵子	国際医療福祉大学
	小早川雅男	福島県立医科大学
	近藤 太郎	近藤医院
	島田 朗	埼玉医科大学
	南学 正臣	東京大学
	平川 淳一	平川病院
	横手幸太郎	千葉大学
監事	伊東 春樹	榊原記念クリニック
	工藤 翔二	公益財団法人結核予防会
名誉会長	齊藤 壽一	東京山手メディカルセンター
顧問	渥美 義仁	永寿総合病院
	清水恵一郎	阿部医院
	清水 達夫	川越病院
	土器屋卓志	今村総合病院
	宮澤 幸久	帝京大学

※業務執行理事

	業務
*1 財務担当	資産および会計の業務に対する監督および助言等を行い、決算報告及び予算の提案等を行う
*2 総務担当	現在および将来の課題に関する提案または検討等を行う
*3 新領域推進担当	診療領域委員会の新規設置または解散等についての提案や検討を行う
*4 診療報酬制度改革担当	診療報酬制度のあるべき姿について基本方針を立案し、提言等を行う

*5 三保連シンポジウム担当	外保連, 看保連と連携し, シンポジウムの企画, 運営等を行う
----------------	---------------------------------

(2) 診療領域別委員会委員長

検査関連委員会	東條 尚子
放射線関連委員会	待鳥 詔洋
リハビリテーション関連委員会	近藤 國嗣
消化器関連委員会	村島 直哉
循環器関連委員会	的場 聖明
内分泌・代謝関連委員会	田中 正巳
糖尿病関連委員会	島田 朗
腎・血液浄化療法関連委員会	川西 秀樹
血液関連委員会	神田 善伸
呼吸器関連委員会	室 繫郎
神経関連委員会	漆谷 真
膠原病・リウマチ性疾患関連委員会	高崎 芳成
感染症関連委員会	小林 治
悪性腫瘍関連委員会	室 圭
精神科関連委員会	松尾 幸治
心身医学関連委員会	河合 啓介
小児関連委員会	大山 昇一
女性診療科関連委員会	西 洋孝
内科系診療所委員会	近藤 太郎
在宅医療関連委員会	清水恵一郎
栄養関連委員会	島田 朗
病理関連委員会	佐々木 毅
アレルギー関連委員会	今井 孝成
内視鏡関連委員会	清水 伸幸
遠隔医療関連委員会	伊東 春樹

2. 活動報告

- (1) 理事会：4月23日, 12月16日
- (2) 社員総会：5月10日
- (3) 説明会：1月24日*
- (4) 合宿討議：9月21日
- (5) 診療領域別委員会：(検査) 2月4日*, (リハビリ) 1月9日*, 2月12日*, (循環器) 1月28日*, (呼吸器) 12月23日, (神経) 1月28日*, (精神科) 2月26日*, (小児) 12月23日, 3月31日, (在宅医療) 2月7日*, (アレルギー) 1月22日*, (内視鏡) 7月5日, 10月18日

(6) 第23回三保連合同シンポジウム：3月6日*

(7) 厚労省打ち合わせ：11月29日

*令和7年

3. 「内保連」活動の二つの柱

内科系146学会によって構成される一般社団法人内科系学会社会保険連合（以下、「内保連」）はわが国の世界に誇るべき国民皆保険制度を守りつつ、医学医療の進歩に寄与すべき学術団体（学会）の責務として、二つの大きな柱のもとに活動を推進してきた。

「内保連」活動の柱の第一は、2年ごとに見直される診療報酬改定において、主に特掲診療料の各部において保険診療に取り込まれるべき医学の進歩に対応した新たな医療技術と、修正されるべき技術評価について加盟学会の意見を取りまとめ、提案することである。

そして、第二の活動の柱は、現行の診療報酬体系のなかで評価されていない、あるいは評価不十分な内科系医師の技術評価の確立である。

4. 令和6年度診療報酬改定における総括

(1) 令和6年度医療技術提案提出件数

○ 技術提案：415件

- ・ 未収載技術 146件（共同提案 112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%）

(2) 加盟学会総括

○ 未収載医療技術：146件

- ・ 要望通り反映された：4件（3%）
- ・ 一部要望が反映された：10件（7%）
- ・ 全く反映されなかった：126件（86%）
- ・ その他：6件（4%）

○ 既収載医療技術：269件

- ・ 要望通り反映された：30件（11%）
- ・ 一部要望が反映された：34件（13%）
- ・ 全く反映されなかった：200件（74%）
- ・ その他：5件（2%）

○ 医療技術全体：415件

- ・ 要望通り反映された：34件（8%）
- ・ 一部要望が反映された：44件（11%）
- ・ 全く反映されなかった：326件（78%）
- ・ その他：11件（3%）

- 基本診療料：43 件
 - ・ 要望通り反映された：1 件（2%）
 - ・ 一部要望が反映された：4 件（9%）
 - ・ 全く反映されなかった：38 件（89%）

(3) 内保連基本方針の総括

◆ 反映および一部反映された項目

- 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）
 - 血液採取料の増点：D400 37 点⇒40 点
- 医療連携と在宅医療の推進
 - 在宅ハイフローセラピー装置の増点：
 - C174 1,600 点⇒自動給水加湿チャンバーを用いる場合は 3,500 点，それ以外の場合は 2,500 点
- 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）
 - 抗ミューラー管ホルモン測定用件の緩和：
 - D008 調整卵巣刺激療法の治療方針決定を目的とした場合にのみ認められていたが、算定要件が緩和した。
 - 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（1 日につき）の新設：
 - A302-2 14,539 点
- 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）
 - 小児特定疾患カウンセリング料の見直し：
 - B001 4 初診料の増点，算定可能期間の延長，遠隔診療への対応
 - 遺伝学的検査（難病領域）の適応拡大：
 - D006-4 アレキサンダー病、神経線維腫症など指定難病を中心に遺伝学的検査の適応拡大が得られた。
- AI（人工知能）診療・診断の推進
 - 人工知能使用指針に準拠した施設を評価（対象医療機関の拡大）：
 - 新たに創設された画像診断管理加算 3 の施設基準に「関係学会の定める指針に基づいて，人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っている。」と記載された。

◆ 反映されなかった項目

- 「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
- 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

- 「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
- チーム医療の推進と医師負担の軽減
- 遠隔医療の推進

5. 令和6年度診療報酬改定「報告と提言」重症度、医療・看護必要度に関する検証結果
令和6年度診療報酬改定での重症度、医療・看護必要度の変更が、令和4年度の基準と比べ、内科系症例（手術なし症例）の負荷をどの程度反映しているかを評価した。

○ 結果の概要

1) 該当患者割合の変化

- ・ 手術なし症例の該当患者割合が約3割減少（21.0%→15.0%）
- ・ 手術あり症例の該当患者割合は約1割減少（44.2%→39.7%）

改定により、手術なし症例と手術あり症例との差が広がった。

2) 差が広がった大きな要因は以下の2点であった。

- ・ 判定基準の変更（急性期一般入院料1からB項目の削除）
- ・ A7(救急搬送後の入院；5日から2日）の変更

一方でC項目（手術等の医学的状況）での差は縮まった。

一部の配点が3点となったA6（専門的な治療・処置）の変更は、必ずしも負荷度の高い内科系症例（E、Dランク*）の評価にはなっていなかった。

*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正評価に関する提言ver.1 ver.2）より

3) 内保連負荷度Eランクとの関連

急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めた（Dランクも同様）。

4) 重症度の評価

NYHA等で重症度の低い患者が増加し、高い患者が減少した。

○ 総評

今回の改定は負荷度の高い内科系症例（手術なし症例）をあまり評価していない。

○ 提言

- 判定基準に負荷度の高い内科系症例（手術なし症例）への配慮を希望する。
- A7手術なし症例の救急搬送後の入院日数の激変緩和を提言する。
- A6に負荷度の高い内科系症例（E、Dランク）の評価を提言する。

○ 詳細

QRコード	URL
	https://www.naihoren.jp/wp-content/uploads/2024/10/8fe13c711f6d9091a8a107d5be3bf0de-1.pdf

6. 新規加盟

- (1) 日本医療情報学会（5月加盟）
- (2) 日本再生医療学会（5月加盟）
- (3) 日本臨床薬理学会（5月加盟）

7. 三保連合同シンポジウム

第24回三保連合同シンポジウム（主催：内保連）

テーマ：令和8年度診療報酬改定に期待するもの－三保連の重点要求項目－

日 時：令和7年3月6日（木） 18：00～19：30

会 場：東京国際フォーラム ガラス棟 会議室G701（Web配信なし）

プログラム：

1 開会の挨拶

小林 弘祐（内保連理事長 北里大学名誉教授）

2 講演

1) 働き方改革を踏まえた大学病院の苦難に対する今後の改革プラン
相良 博典（昭和大学医学部内科学講座教授）

2) 令和8年度診療報酬改定に期待するもの－外保連の重点要求項目－
渡邊 雅之（外保連実務委員長 がん研有明病院副院長）

3) 令和8年度診療報酬改定に期待するもの－看保連の重点要求項目－
萩原 綾子（日本小児看護学会診療報酬検討委員会委員長 神奈川県立精神医療センター副院長兼看護局長）

3 総合討論

小林 弘祐（内保連理事長）

山田 雅子（看保連代表理事）

瀬戸 泰之（外保連会長）

4 閉会の挨拶

待鳥 詔洋（内保連副理事長 国立国際医療研究センター国府台病院）

8. 令和 8 年度社会保険診療報酬改定スケジュール

下記のスケジュールを予定している.

【スケジュール】

令和 7 年

2 月下旬 提案書提出受付開始

4 月下旬 提案書提出締切

4 月下旬～5 月中旬 内保連役員によるヒアリング期間（提出学会とヒアリング）

～5 月下旬 提案書修正期間・修正提案書受付終了

6 月初旬 内保連医療技術提案書／医薬品提案書 厚労省に提出

7 月～8 月 厚労省と学会間のヒアリング実施

7 月～8 月 厚労省と内保連役員によるヒアリング

9. 今後の活動

内保連の活動は通年である. 通年的な活動の柱は, 2 年ごとに行われる診療報酬改定への内保連としての提案であり, 診療報酬改定直後の総括に引き続き, 次回改定への要望取りまとめが翌年春までに行われる. 要望の質を高めるために, 各診療領域別委員会の活動を積極的に進める.

内科系技術評価に関するものとして, 「説明と同意」, 「注射処方評価」及び「診断技術評価」を継続して提案し, AI の動向も視野に入れつつ取り組みを進める.

また, 「三保連合同シンポジウム」, 「内保連・外保連意見交換会」の活動を積極的に進める.

以上

令和 6 年度会計決算報告

貸借対照表

令和 7年 3月31日現在

(単位：円)

勘 定 科 目			当年度	前年度	増減
資産の部	流動資産	(現 金)			
		み ず ほ 銀 行	54,131,428	43,320,580	10,810,848
		(流 動 性 預 金)	54,131,428	43,320,580	10,810,848
		(固 定 性 預 金)			
		(預 金)	54,131,428	43,320,580	10,810,848
		〔 現 金 預 金 〕	54,131,428	43,320,580	10,810,848
		〔 営 業 債 権 〕			
		〔 有 価 証 券 〕			
		〔 棚 卸 資 産 〕			
		〔その他流動資産〕			
	【 流 動 資 産 】		54,131,428	43,320,580	10,810,848
	固定資産	〔 有 形 固 定 資 産 〕			
		〔 無 形 固 定 資 産 〕			
		〔投資その他の資産〕			
		【 固 定 資 産 】			
【 繰 延 資 産 】					
【 資 産 の 部 】		54,131,428	43,320,580	10,810,848	
負債の部		未 払 金	369,600	439,697	△ 70,097
		預 り 金	10,225	9,198	1,027
		【 流 動 負 債 】	379,825	448,895	△ 69,070
	【 固 定 負 債 】				
	【 引 当 金 】				
	【 負 債 の 部 】		379,825	448,895	△ 69,070
純資産の部		【繰越利益剰余金】	53,751,603	42,871,685	10,879,918
		【当期純損益金額】	10,879,918	9,802,036	1,077,882
		【 純 資 産 の 部 】	53,751,603	42,871,685	10,879,918
	【負債・純資産の部】		54,131,428	43,320,580	10,810,848

損益計算書

期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日まで

(単位：円)

勘定科目		当年度	前年度	増減
	会費収入	29,200,000	28,600,000	600,000
	印税収入	374,372	472,494	△ 98,122
	(純売上高)	29,574,372	29,072,494	501,878
売上原価	(仕入高)			
	(材料費)			
	(労務費)			
	(外注加工費)			
	(経費)			
	[当期製品製造原価]			
(売上原価)				
[売上総利益金額]		29,574,372	29,072,494	501,878
販売費及び一般管理費	支払報酬料	637,748	837,672	△ 199,924
	旅費交通費	85,610	111,290	△ 25,680
	通信費	36,104	25,389	10,715
	事務管理費	6,000,000	6,000,000	0
	H P 保守料	369,600	431,750	△ 62,150
	会議費	2,652,029	231,874	2,420,155
	消耗品費	36,740	38,820	△ 2,080
	印刷費	0	2,444,722	△ 2,444,722
	新聞図書費	611,820	5,060	606,760
	委託費	8,167,980	8,489,455	△ 321,475
	租税公課	77,868	70,000	7,868
	支払手数料	46,780	43,500	3,280
	雑費	6,245	66,550	△ 60,305
	[販売費及び一般管理費]	18,728,524	18,796,082	△ 67,558
【営業損益金額】		10,845,848	10,276,412	569,436
	受取利息	34,070	418	33,652
	[営業外収益]	34,070	418	33,652
	雑損失	0	474,731	△ 474,731
	[営業外費用]	0	474,731	△ 474,731
【営業外損益金額】		34,070	△ 474,313	508,383
【経常損益金額】		10,879,918	9,802,099	1,077,819
【特別利益】				
【特別損失】				
【特別損益金額】				
【税引前当期純損益金額】		10,879,918	9,802,099	1,077,819
法人税、住民税及び事		0	63	△ 63
【当期純損益金額】		10,879,918	9,802,036	1,077,882

財務諸表に対する注記

1. 重要な会計方針
 - (1) 消費税等の会計処理
 - ・消費税等の会計処理は、税込方式によっている。
2. 特定資産
該当なし
3. 担保に供している資産
該当なし
4. 固定資産の取得価額、減価償却類型等および当期末残高
該当なし
5. 債権の債権金額、貸倒引当金の当期末残高および当該債権の当期末残高
貸倒引当金の計上をしていない
6. 保証債務等の偶発債務
該当なし
7. 満期保有目的の内訳ならびに帳簿価額、時価および評価損益
該当なし
8. 補助金等の内訳ならびに交付者、当期の増減額および残高
該当なし
9. 指定正味財産から一般正味財産への振替額の内訳
該当なし
10. 関連当事者との取引の内容
該当なし
11. 重要な後発事象
該当なし
12. リース取引関係
該当なし

付属明細書

1. 特定資産の明細
該当なし
2. 引当金の明細
該当なし

監査報告書

令和7年5月23日

一般社団法人内科系学会社会保険連合
理事長 小林 弘祐 殿

一般社団法人内科系学会社会保険連合

監事 工藤 翔二



監事 伊東 春樹



令和6年4月1日から令和7年3月31日までの事業報告における一般社団法人内科系学会社会保険連合の事業報告、決算書類、これらの付属明細書、その他理事の職務執行の監査について、次の通り報告いたします。

1. 監査の方法及びその内容

各監事は、理事会その他の重要な会議に出席し、会計帳簿、会計書類、重要な決裁文書及び報告書を閲覧し、当法人の理事等から、職務の状況等の報告を受け、随時説明を求めました。

2. 監査の結果

- (1) 事業報告及び付属明細書は法令及び定款に従い当法人の状況を正しく表示しています。
- (2) 理事の職務に関し、不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実はありません。
- (3) 当法人の業務の適正を確保するために必要な体制の整備等についての理事会の決議の内容は相当です。
- (4) 決算書類とその付属明細書は当法人の財産及び損益の状況をすべての重大な点において適正に表示しています。

以上

第3号議案. 令和7年度事業計画の件

1. 会議(理事会、運営委員会、社員総会、合宿討議、専門委員会 等)の開催

<定例会議>

- ・ 第1回理事会、運営委員会、社員総会 : 令和7年5月～6月
- ・ 第2回理事会 : 令和7年冬

<臨時会議・行事>

- ・ 夏季合宿討議 : 令和7年夏
- ・ 厚労省ヒアリング : 令和7年8月ごろ
- ・ 三保連合同シンポジウム : 時期未定、次々回は看保連主催にて開催予定
- ・ 各種委員会 : 不定期開催

2. 調査・研究

- ・ 検査関係における医療DXのコード化について
- ・ SamD (software as a medical device)

3. 令和8年度診療報酬改定作業

<令和8年度診療報酬改定提出書類>

- ・ 医療技術評価分科会に提出される内容のもの(B～N区分)
- ・ 内保連から保険局医療課に提出するもの(A区分) → 保険局医療課長に手渡し
- ・ 薬剤の適応拡大等の提案について厚労省医薬・生活衛生局 医薬品審査管理扱いとなるもの

<その他>

- ・ 内保連ヒアリングの実施
- ・ 厚労省ヒアリングの実施
- ・ 令和8年度診療報酬改定提案書冊子の作成(CD-Rなし)
- ・ 中央社会保険医療協議会および医療技術評価分科会の報告

第4号議案. 令和7年度予算案の件

収入

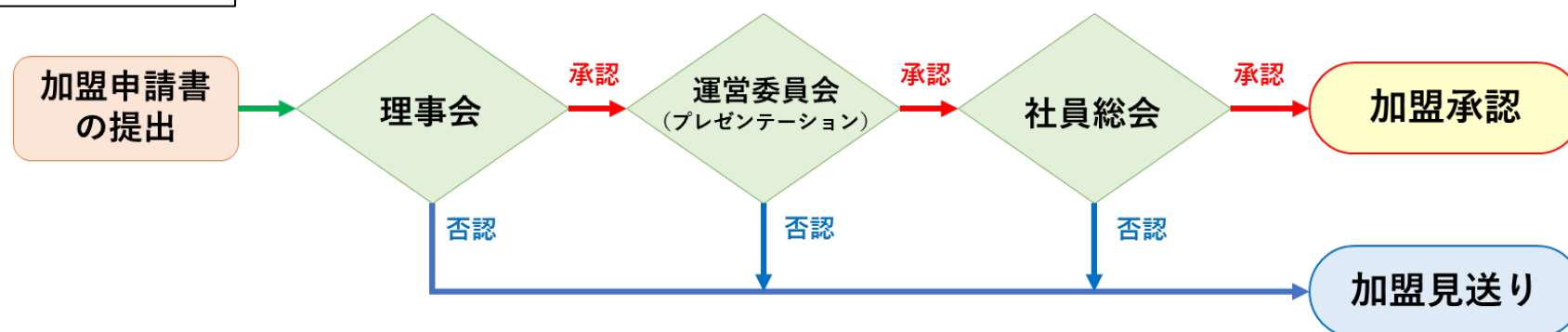
勘定科目	今年度予算	前年度予算	前年度の予算との差	(参考)前々年度予算	備考
会費	29,200,000	28,600,000	600,000	28,400,000	1学会200,000円×146学会
印税	197,000	216,000	△ 19,000	86,400	書籍(『標準的医療説明』)
受取利息	3,000	200	2,800	200	
収入合計	29,400,000	28,816,200	583,800	28,486,600	

支出

勘定科目	今年度予算	前年度予算	前年度の予算との差	(参考)前々年度予算	備考
支払報酬料	800,000	1,300,000	△ 500,000	1,800,000	日当、謝金、講演料 等
旅費交通費	600,000	1,000,000	△ 400,000	1,600,000	
通信費	50,000	70,000	△ 20,000	60,000	書籍・年会費請求書送料 等
事務管理費	6,000,000	6,000,000	0	6,000,000	日本内科学会への業務委託費
ホームページ保守費	500,000	500,000	0	600,000	
会議費	3,700,000	5,000,000	△ 1,300,000	3,600,000	理事会、運営委員会、社員総会、領域別委員会 等
消耗品費	250,000	250,000	0	350,000	
新聞図書費	600,000	50,000	550,000	50,000	書籍、雑誌の購入、Web記事年間購読料 等
印刷費	2,500,000	70,000	2,430,000	4,200,000	名刺、資料印刷 等
委託費	14,000,000	17,000,000	△ 3,000,000	11,000,000	調査代行、会計業務、会議運営 等
租税公課	100,000	100,000	0	100,000	都民税の均等割
支払手数料	100,000	150,000	△ 50,000	120,000	振込手数料 等
雑費	200,000	500,000	△ 300,000	500,000	
予備費	0	3,000,000	△ 3,000,000	3,000,000	
支出合計	29,400,000	34,990,000	△ 5,590,000	32,980,000	

前年繰越	54,131,428	43,738,170		33,486,749	
------	------------	------------	--	------------	--

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。

(参考資料) [内保連定款・運営委員会規則・会員規則](#)

補足説明

新規加盟学会においては必ずしも診療領域別委員会に加盟する決まりはないが、分野の近い学会が加盟している委員会がある場合、診療報酬改定提案において重複や齟齬がないように、診療領域別委員会の加盟を推奨する案内を行っている。

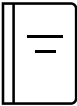
令和7年度新規加盟申請:3学会

- 1) 一般社団法人日本遺伝子細胞治療学会
- 2) 一般社団法人日本精神科救急学会
- 3) 日本認知療法・認知行動療法学会

加盟申請情報は次頁より掲載いたします。プレゼンテーション資料は別添資料をご参照ください。

学会名	一般社団法人 日本遺伝子細胞治療学会		
設立年月日	2021年 9月 7日（法人登記日）		
代表者氏名	森下 竜一（もりした りゅういち）大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学・寄附講座教授		
事務局	〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル（株）毎日学術フォーラム内		
会員数	437人（医師の割合62%）		
学術集会の開催	年 1回	学会誌の発刊	年 12回
保険委員会	委員長 米満 吉和（九州大学大学院薬学研究院・教授） 2023年4月に設置され、年2回の委員会を開催している。 また最近では遺伝子治療製品の医療機関への普及が始まり、医療施設でのカルタヘナ関連法への対応などを含めた専門性の高い知識・経験が求められるようになってきたことから、臨床系の学会（現在は製品の対象疾患の専門家学会である日本小児神経学会）とワーキンググループを立ち上げ、月1回の会議を開催して診療報酬保険収載に向けた準備を進めている。		
加盟希望理由	2021年以降、遺伝子治療製品としてゾルゲンスマ®等がわが国でも承認され、今後複数の製品が承認・保険収載されることが見込まれている。遺伝子治療製品は、主として希少疾患が対象となる一方で、従来の医薬品と比較して極めて高い治療効果を示すことから、適切な診療体制を整備することが重要である。 一方、遺伝子治療製品の取扱いには、いわゆるカルタヘナ関連法を順守する必要があるが、厳格な拡散防止措置、医療スタッフならびに患者およびその家族への教育・指導に、医療機関には大きな人的・経済的負担がかかっており、今後更に増加が見込まれる遺伝子治療製品を広く適切に普及させる上での重要な課題となっている。 当学会は、遺伝子治療の基礎から臨床の専門家を広く擁する横串学会であり、疾患専門学会（日本小児神経学会等）と連携してこの問題解決のための活動を開始している。当学会は医療機関の遺伝子治療診療体制・技術等への診療報酬保険収載の実現を企図しており、内科系疾患に対応する貴連合への加盟を希望する。		

学会名	一般社団法人 日本精神科救急学会		
設立年月日	1997年 7月 19日		
代表者氏名	杉山 直也（すぎやま なおや） 公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長		
事務局	〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル 株式会社春恒社 学会事業部内		
会員数	1,081人（医師の割合72.1%）		
学術集会の開催	年 1回	学会誌の発刊	年 1回
保険委員会	委員長 藤田 潔 理事 2015年、2022年 精神科救急医療ガイドライン発刊 2020年11月 精神科救急入院料の病床制限に関する反対声明発表。 2023年 5月精神科救急・急性期入院料に関する精神科医療体制加算における令和6年度からの認知症疾患が除外された事に対し、公益社団法人日本老年精神医学会と一般社団法人日本精神科救急学会共同声明発表。 2023年10月 クロザピン治療は「救急・急性期」の医療とは何ら関連せず、急性期医師配置加算において治療患者数を当該病棟に課すことは要件として不適當である声明発表。 厚生労働科学研究の調査協力、政策提言・・・他		
加盟希望理由	精神科急性期治療病棟管理料(1996年)・精神科救急入院料(2002年)の新設により、当学会のコンセプトが(診療報酬)制度として具現化され、「精神科入院の平均在院日数短縮」、「病棟の多職種配置」、「他の医療機関との積極的連携等」が実現しました。一方、制度の見直しでは救急入院料において「認知症や自殺念慮を有さないうつ病の可算が認められない」、「権利制限の大きい非自発入院(医療保護入院や措置入院など)の入院割合が一定以上必要」、「治療抵抗性統合失調症に用いるクロザピン処方患者数が一定以上」などの急性期重症患者治療や国際認識にそぐわない基準が存在し、多くの課題が残されています。また高齢化が進む中で一般科と精神科との連携は今後重要になっていくと思われます。精神科救急疾患を患う方々に対してより良質な医療サービスを提供することによる社会貢献を目指し、一般社団法人内科系学会社会保険連合への加盟を申請いたします。		



学会名	日本認知療法・認知行動療法学会（法人格なし）		
設立年月日	2001年 10月 26日		
代表者氏名	藤澤 大介（ふじさわ だいすけ） 慶応義塾大学・准教授		
事務局	〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル（株）毎日学術フォーラム内		
会員数	1,564人（医師の割合23％）		
学術集会の開催	年 1回	学会誌の発刊	年 2回
保険委員会	委員長 中尾 智博（九州大学・教授） 年2回、定例委員会を開催し、保険診療に関する協議を行っている。また、保険診療について会員を対象とした各種調査を行い、データの収集と分析を行っている。		
加盟希望理由	本会は認知行動療法の応用と実施、有効性に関する学術的検討を行ってきた学会である。 認知行動療法の主たる実践の場は精神医学領域であるが、その対人支援の方法としての有効性から、一般医学、臨床心理学、看護学、作業療法学、ソーシャルワークといった幅広い領域で用いられるようになっている。認知行動療法の普及において適正な診療報酬の実現は重要な要素であり、今回貴連合への加盟を希望します。		

報告事項

1. 診療領域別委員会委員長交代の件

2025 年 5 月 8 日

一般社団法人内科系学会社会保険連合
理事長 小林 弘祐 殿

内分泌・代謝関連委員会
委員長 田中 正巳

内分泌・代謝関連委員会委員長変更願い

内分泌・代謝関連委員会、委員長を下記の通り交代いたしたく変更願いを提出いたします。
何卒宜しくお願い致します。

記

[前 任]
氏名：田中 正巳

[後 任]
氏名：横田 健一（よこた けんいち）
所属：聖マリアンナ医科大学 代謝内分泌内科

以上

2. 令和6年度診療報酬改定報告書の件

○ 医療技術評価報告書について

中医協答申書附帯意見として、「診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること」とあり、医療技術を対象として、関係学会から報告書の提出を求めることが令和7年2月19日の中医協総会において承認された。

本報告書は、関係学会からの毎改定時の新規提案案件とは別に、令和6年度診療報酬改定において保険適用された医療技術のうち「ガイドライン等で記載あり」及びレジストリの登録が要件化された技術について、関係学会へ提出を求め、分科会における再評価の対象とするものとなる。

○ 報告対象提案

内保連加盟学会のうち、30学会53件の提案書が報告書提出対象として、厚生労働省より提示された。
(参考: 前回改定時の報告対象提案は25学会48件の提案書)

(参考資料2-1) [2月3日 医療技術評価分科会 資料](#)

○ 提出について

全30学会より53件の報告書をご作成いただき、
厚生労働省保険局医療課宛に6月4日(水)に郵送(レターパック)にて提出済みとなります。
提出一覧につきましては、次ページよりご参照ください。

2. 令和6年度診療報酬改定報告書の件 報告書提出一覧

整理番号	医療技術名	主たる報告団体名
201201	抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法	日本アフェレシス学会
204101	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)	日本医学放射線学会
204201	画像診断管理加算2の見直し(2.5の創設)	日本医学放射線学会
215207	シンチグラムおよびシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(放射性医薬品管理者配置)	日本核医学会
215208	「ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)」の心臓サルコイドーシスへの適応拡大	日本核医学会
221104	肝腫瘍診断・治療のための画像ナビゲーションシステム	日本肝臓学会
232201	在宅ハイフローセラピー装置加算	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
235105	在宅心不全患者指導管理料	日本在宅医療連合学会
236201	流産検体の染色体検査	日本産科婦人科学会
244202	食道内多チャンネルインピーダンス・pH測定検査	日本消化管学会
247201	外来栄養食事指導料	日本小児アレルギー学会
247202	入院栄養食事指導料	日本小児アレルギー学会
255101	経皮的心房中隔欠損作成術スタティック法	日本小児循環器学会
256102	顆粒球のフローサイトメトリーによるCD16測定	日本小児神経学会
259202	WISC-R知能検査	日本小児精神神経学会
259203	全訂版田中ビネー知能検査	日本小児精神神経学会
270201	血流予備量比コンピューター断層撮影	日本心血管インターベンション治療学会
272201	アルブミン非結合型ビリルビン	日本新生児成育医学会
273201	難治性高コレステロール血症を随伴する薬物治療抵抗性ネフローゼ症候群に対するLDLアフェレシス療法	日本腎臓学会
276201	肺高血圧症を心大血管リハビリテーションの対象疾患に含める	日本心臓リハビリテーション学会
286201	抗ミュー管ホルモン測定要件の緩和	日本生殖医学会
287201	経頭蓋磁気刺激療法	日本精神科病院協会
294101	特定薬剤治療管理料対象薬として「ブスルファン注射液」を追加	日本造血・免疫細胞療法学会
704201	遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	日本内分泌学会
705201	セルブロック法による病理組織標本作製および免疫染色(免疫抗体法)(乳癌の追加)	日本乳癌学会
705202	D409-2センチネルリンパ節生検(片側)	日本乳癌学会
705203	遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対するリスク低減乳房切除術(施設基準の変更)	日本乳癌学会
706101	ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)	日本認知症学会
713101	皮膚貼付試験	日本皮膚科学会
717203	迅速細胞診(検査中の場合)	日本病理学会
717209	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製における遺伝カウンセリング加算の算定	日本病理学会
724204	医療機器安全管理料2の密封小線源治療への拡大	日本放射線腫瘍学会
724213	頭頸部固定具の適応に良性疾患の追加	日本放射線腫瘍学会
724214	強度変調放射線治療の同部位1日2回目(2時間以上の間隔)	日本放射線腫瘍学会
724215	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会
724216	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会

2. 令和6年度診療報酬改定報告書の件

整理番号	医療技術名	主たる報告団体名
728203	関節リウマチ治療における生物学的製剤・JAK阻害薬に変更時の抗シトルリン化ペプチド(CCP)抗体定性、定量測定	日本リウマチ学会
728204	成人発症スティル病に対するアクテムラ点滴療法の外来化学療法算定	日本リウマチ学会
731201	細菌培養同定検査(口腔・気道又は呼吸器からの検体)	日本臨床検査医学会
731203	血液採取・静脈	日本臨床検査医学会
731204	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のもの)	日本臨床検査医学会
731205	細菌培養同定検査(消化管からの検体)	日本臨床検査医学会
731206	細菌培養同定検査(血液および穿刺液)	日本臨床検査医学会
731207	細菌培養同定検査(泌尿器又は生殖器からの検体)	日本臨床検査医学会
731208	細菌培養同定検査(その他の部位からの検体)	日本臨床検査医学会
731209	細菌薬剤感受性検査1菌種	日本臨床検査医学会
731210	細菌薬剤感受性検査2菌種	日本臨床検査医学会
731211	細菌薬剤感受性検査3菌種以上	日本臨床検査医学会
732201	血小板凝集能	日本臨床検査専門医会
732203	末梢血液像(鏡検法)・特殊染色加算	日本臨床検査専門医会
732204	骨髓像・特殊染色加算	日本臨床検査専門医会
733204	液状化検体細胞診加算の見直し	日本臨床細胞学会
737202	二次性骨折予防継続管理料Ⅰ:算定施設要件の緩和	日本臨床整形外科学会

3. 令和8年度診療報酬改定提案書の件

技術提案(合計) 391件

・未収載技術 154件 [共同提案 *106件(69%)]

・既収載技術 237件 [共同提案 *161件(68%)]

基本診療料 39件 [共同提案 *28件(72%)]

医薬品 9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6年度改定

技術提案(合計) 415件

・未収載技術 146件 [共同提案 112件(77%)]

・既収載技術 269件 [共同提案 177件(66%)]

基本診療料 43件 [共同提案 30件(70%)]

医薬品 26件

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総 - 7
7 . 4 . 9

令和7年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和8年 1月 2月 3月

■中医協総会

キックオフ

・医療機関を
取り巻く状況
・医療提供体制

その1シリーズ

その2以降シリーズ

諮問・答申・
附帯意見

■専門部会

・診療報酬改定結果検証部会

総会報告

調査票等の検討 7年度調査実施

秋 総会報告

・薬価専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

薬価調査実施

総会報告

・保険医療材料専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

材料価格調査実施

総会報告

・費用対効果評価専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

■小委員会など

・診療報酬調査専門組織

・入院・外来医療等の
調査・評価分科会

議論

とりまとめ
総会報告

・医療技術評価分科会

技術提案書募集

提案書評価

先進医療会議

とりまとめ

総会報告

・調査実施小委員会

医療経済実態調査 実施

公表

1

※なお、令和8年度診療報酬改定に向けては、分科会からの報告は総会へ行い、総会でその内容について議論を深めることとする。

4. 日本内科学会（内保連）からの提案の件

令和7年3月に開催された日本内科学会理事会において、蝶名林副理事長および高橋副理事長が担当する内保連から、日本内科学会を主学会として以下の3件を主提案として提出する提案がなされ、日本内科学会理事会で承認されました。

<A区分>

提案書番号	提出学会名	技術名
A706201 ~203	日本内科学会	「重症度、医療・看護必要度」における評価見直しに関する提案 (A、B、C案の3案にて、現在厚労省と共同で検討中)

<未収載>

提案書番号	提出学会名	技術名
703101	日本内科学会	注射処方料
703102	日本内科学会	人工呼吸器装着前意思決定支援料

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706201	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案	日本内科学会

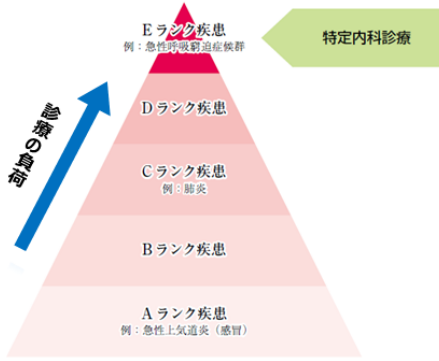
【技術の概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系疾患で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタ（別紙7別表1）に追加する（診療行為48項目、医薬品（一般名）15種、図表1参照）。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品（一部抜粋）

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え） 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



【診療報酬上の取扱】 A-100 入院基本料

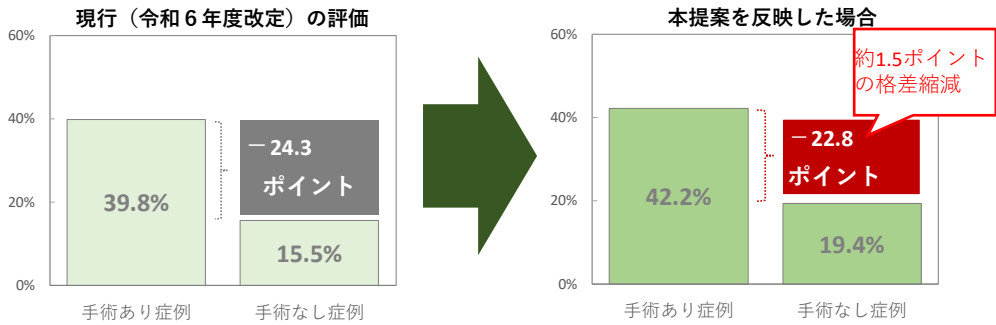
【対象疾患】

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。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.9ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+10.8ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。
 ※2：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）			
整理番号 ※事務処理用		A706201	
提案される医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」における評価項目の見直しに関する提案	
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）	00なし	
		00なし	
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６年度	
	提案当時の医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号			
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		内科系症例における診断や治療の複雑さが「重症度、医療・看護必要度」において適正に評価できるよう、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（別添6 基本診療料の施設基準等に係る別紙7の別表1）に、添付1に記載の診療行為及び医薬品を追加する。	
文字数： 145			
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行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おらず、「医療ニーズ」が適切に評価されていない。基準を満たす該当患者の割合が、内科系疾患で入院する患者と、外科系疾患で入院する患者との間で大きな差があることに、その課題が浮き彫りになっている（内保連医療技術負荷度調査において450万件超のDPCデータを用い分析を行ったところ、該当患者の割合は内科系患者（手術なし症例）の15.5%に対し外科系患者（手術あり症例）では39.8%で、同じ療養担当規則で入院の可否を決めているにも関わらず倍以上の差が開く結果となった。この格差は過去2回の改定のたびに広がってきた。） 今般、97施設から収集した上記DPCデータを用いて、内科系の負荷度の高いDPC分類（＝内保連負荷度ランクE及びDに該当するDPC分類）の症例において頻回に行われる傾向にある診療行為及び使用される傾向にある医薬品を特定の上、これらの特定した診療行為及び医薬品について、関連領域の専門家がモラルハザードの懸念が少ないことや補足する項目が無いかな等を確認し、それらを重症度、医療・看護必要度の評価対象に追加して該当割合の変化をシミュレーションした。シミュレーションの結果、該当患者の割合は内科系患者19.4%、外科系患者42.2%となり、過去2回の改定で広がった格差の縮小が認められたとともに、内保連負荷度ランクE及びDの該当割合がそれぞれ10.8、4.2%ポイント改善した。入院の判断は、療養担当規則に基づき入院が「療養上必要があると認められる場合」に行われるゆえに、内科系が外科系に対して一貫して安易に入院による加療をしていることは想定しづらく、このような状態が続くと、手術をしない内科系の患者に対して適切な医療資源の投入が困難となり、粗診粗療による国民の不利益につながるおそれがある。	

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	1) 具体的な内容： 添付文書①の診療行為及び医薬品を評価対象に追加 2) 根拠 ・選定にあたり、次のような点を考慮した：①内保連の保有するビッグデータを用いて、データに格納されている診療行為及び医薬品について算定回数を算出し、医療技術負荷度調査（内保連）で決定した医師の負荷が高いDPC分類（負荷度ランクD、E）において実施される割合が高い診療行為及び医薬品を選定した、②領域のエキスパートの医師に、臨床的な観点からみた負荷の実態に照らして選定が妥当かどうか、補足する項目が無いかな、またモラルハザード等が発生しないかの観点からレビューを依頼し、対象を精査した、③外来でも頻回に行われる診療行為・医薬品を除いた。 ・当学会の大規模データでシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 42.2% vs 19.4%）。 3) その他 ・令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、内科系医師の負荷が高いDPC分類においてどのような影響を与えたか内保連で評価を行ったところ、急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めていた。（参考文献1） ・独立行政法人福祉医療機構が公開した「2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果」において、急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についての意見として、内科系急性期病院には厳しいという意見が散見された。（参考文献3）

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・対象とする患者： 「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。 ・技術内容： 現行の急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1では、次の割合①と割合②に該当する患者割合がいずれも定められた基準値を満たす必要がある。今回のシミュレーションでは（割合①）に該当する患者の割合を集計した。 [基準] （割合①）A項目3点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合 （割合②）A項目2点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合
診療報酬区分（再掲）		A 第2部 第1節 入院基本料
診療報酬番号（再掲）		
医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目見直しに関する提案
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取、及びデータ分析の2つの観点から妥当性について検証を行った。 1) 医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取 別添①に示された診療行為及び医薬品については、内保連負荷度ランクで実施割合が高いDPC分類で実施されていたものを集計、選定したうえで、それぞれについて内科系の各領域のエキスパートから意見を聴取し、患者への侵襲度が高い又は適用がかなり限定される等でモラルハザード（過剰な実施、軽症者への実施等）が誘発されにくい項目であることを確認した。 2) データ分析 内保連実施の内科系負荷度調査で構築した大規模データベース（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）でシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 42.2% vs 19.4%）。
	ガイドライン等での位置づけ	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		当該医療技術の導入によって、年間対象患者数や年間実施回数が増加するものではない。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし
	見直し後の症例数（人）	変化なし
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし
	見直し後の回数（回）	変化なし
⑤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）		・内科系医師の負荷が高いDPC分類については、内保連医療技術負荷度調査で決定した負荷度ランクD、EのDPC分類であり、内科系医師にとって高負荷の症例であるという点について専門家の間で十分なコンセンサスが得られている。（参考文献2） ・各項目の妥当性については負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。 ・該当患者割合のシミュレーションについては、参加の97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされる患者（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）の大規模なリアルワールドデータを対象とした。 ・追加される項目群は内科系医療技術の根幹にあたるもので、医師の手間や難易度と相關する。
・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）	現行と同様。
	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）	現行と同様。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 入院医療における内科系診療の空洞化を防ぎ得る提案であり、その観点からも安全性の向上に寄与すると考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		入院するかどうかの判断は療養担当規則によって行われており、手術の有無のみで該当患者の割合に2倍以上の差がつくことは想定しづらく、格差は尺度の性質に起因するところが大きいと考えられる。 A項目見直しを含む本提案基準は、手術ありの症例と手術なしの症例の該当者割合の格差縮小と、内科系医師の負荷の適正な評価に結びつくもので、粗診粗療を防ぎ医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当せず。
	見直し後	該当せず。
	その根拠	該当せず。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—

⑩予想影響額	プラスマイナス	不変（0）
	予想影響額（円）	－
	その根拠	当該医療技術は、重症度、医療・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、財政中立である。
	備考	－
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬はない。
⑫その他		無
⑬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
⑭参考文献 1	1) 名称	令和6年度診療報酬改定 報告と提言 ～重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について
	2) 著者	内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p21～24
	4) 概要	内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化について
⑭参考文献 2	1) 名称	内保連グリーンブックver. 1 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
	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. 1 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、2020年、12月、pxviii～xxii
	4) 概要	内保連負荷度ランクについての解説
⑭参考文献 3	1) 名称	2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果
	2) 著者	独立行政法人福祉医療機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p65～66
	4) 概要	今次改定における急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についてのアンケート
⑭参考文献 4	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	
⑭参考文献 5	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	

※⑬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。

【A区分提案専用】当該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

提案される医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目の見直しに関する提案
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薬を使用した技術は、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7年（2025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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—

【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

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706202	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案	日本内科学会

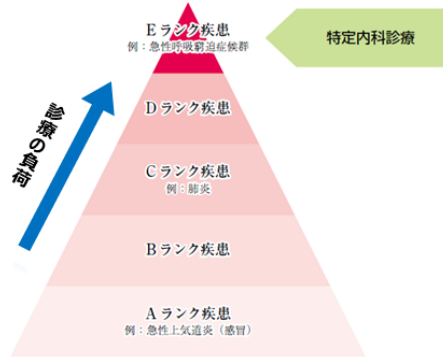
【技術の概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系疾患で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタ（別紙7別表1）に追加する（診療行為42項目、医薬品（一般名）15種、図表1参照）。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品（一部抜粋）

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え） 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブロードアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



【診療報酬上の取扱】 A-100 入院基本料

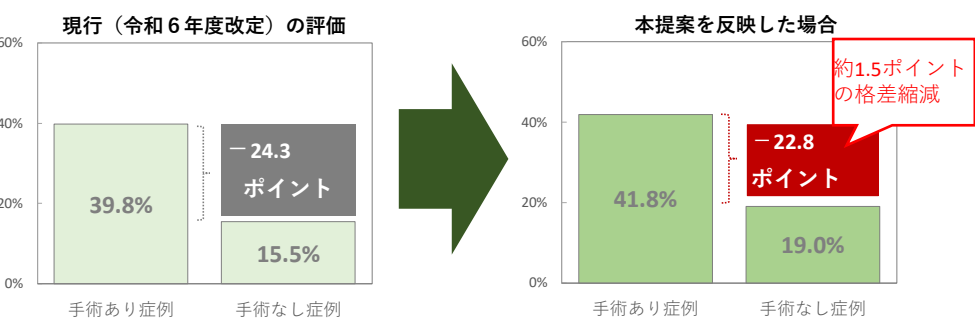
【対象疾患】

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。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）			
整理番号 ※事務処理用		A706202	
提案される医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」における評価項目の見直しに関する提案	
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）	00なし	
		00なし	
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６年度	
	提案当時の医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号			
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）		内科系症例における診断や治療の複雑さが「重症度、医療・看護必要度」において適正に評価できるよう、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（別添6 基本診療料の施設基準等に係る別紙7の別表1）に、添付1に記載の診療行為及び医薬品を追加する。	
文字数： 145			
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行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おらず、「医療ニーズ」が適切に評価されていない。基準を満たす該当患者の割合が、内科系疾患で入院する患者と、外科系疾患で入院する患者との間で大きな差があることに、その課題が浮き彫りになっている（内保連医療技術負荷度調査において450万件超のDPCデータを用い分析を行ったところ、該当患者の割合は内科系患者（手術なし症例）の15.5%に対し外科系患者（手術あり症例）では39.8%で、同じ療養担当規則で入院の可否を決めているにも関わらず倍以上の差が開く結果となった。この格差は過去2回の改定のたびに広がってきた。） 今般、97施設から収集した上記DPCデータを用いて、内科系の負荷度の高いDPC分類（＝内保連負荷度ランクE及びDに該当するDPC分類）の症例において頻に行われる傾向にある診療行為及び使用される傾向にある医薬品を特定の上、これらの特定した診療行為及び医薬品について、関連領域の専門家がモラルハザードの懸念が少ないことや補足する項目が無いかな等を確認し、それらを重症度、医療・看護必要度の評価対象に追加して該当割合の変化をシミュレーションした。シミュレーションの結果、該当患者の割合は内科系患者19.0%、外科系患者41.8%となり、過去2回の改定で広がった格差の縮小が認められたとともに、内保連負荷度ランクE及びDの該当割合がそれぞれ7.3、4.2%ポイント改善した。入院の判断は、療養担当規則に基づき入院が「療養上必要があると認められる場合」に行われるゆえに、内科系が外科系に対して一貫して安易に入院による加療をしていることは想定しづらく、このような状態が続くと、手術をしない内科系の患者に対して適切な医療資源の投入が困難となり、粗診粗療による国民の不利益につながるおそれがある。	

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	1) 具体的な内容： 添付文書①の診療行為及び医薬品を評価対象に追加 2) 根拠 ・選定にあたり、次のような点を考慮した：①内保連の保有するビッグデータを用いて、データに格納されている診療行為及び医薬品について算定回数を算出し、医療技術負荷度調査（内保連）で決定した医師の負荷が高いDPC分類（負荷度ランクD、E）において実施される割合が高い診療行為及び医薬品を選定した、②領域のエキスパートの医師に、臨床的な観点からみた負荷の実態に照らして選定が妥当かどうか、補足する項目が無いかな、またモラルハザード等が発生しないかの観点からレビューを依頼し、対象を精査した、③外来でも頻に行われる診療行為・医薬品を除いた。 ・当学会の大規模データでシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 41.8% vs 19.0%）。 3) その他 ・令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、内科系医師の負荷が高いDPC分類においてどのような影響を与えたか内保連で評価を行ったところ、急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めていた。（参考文献1） ・独立行政法人福祉医療機構が公開した「2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果」において、急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についての意見として、内科系急性期病院には厳しいという意見が散見された。（参考文献3）

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・対象とする患者： 「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。 ・技術内容： 現行の急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1では、次の割合①と割合②に該当する患者割合がいずれも定められた基準値を満たす必要がある。今回のシミュレーションでは（割合①）に該当する患者の割合を集計した。 [基準] （割合①）A項目3点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合 （割合②）A項目2点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合
診療報酬区分（再掲）		A 第2部 第1節 入院基本料
診療報酬番号（再掲）		
医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目見直しに関する提案
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取、及びデータ分析の2つの観点から妥当性について検証を行った。 1) 医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取 別添①に示された診療行為及び医薬品については、内保連負荷度ランクで実施割合が高いDPC分類で実施されていたものを集計、選定したうえで、それぞれについて内科系の各領域のエキスパートから意見を聴取し、患者への侵襲度が高い又は適用がかなり限定される等でモラルハザード（過剰な実施、軽症者への実施等）が誘発されにくい項目であることを確認した。 2) データ分析 内保連実施の内科系負荷度調査で構築した大規模データベース（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）でシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 41.8% vs 19.0%）。
	ガイドライン等での位置づけ	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		当該医療技術の導入によって、年間対象患者数や年間実施回数が増加するものではない。
年間対象患者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし
	見直し後の症例数（人）	変化なし
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし
	見直し後の回数（回）	変化なし
⑤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）		・内科系医師の負荷が高いDPC分類については、内保連医療技術負荷度調査で決定した負荷度ランクD、EのDPC分類であり、内科系医師にとって高負荷の症例であるという点について専門家の間で十分なコンセンサスが得られている。（参考文献2） ・各項目の妥当性については負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。 ・該当患者割合のシミュレーションについては、参加の97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされる患者（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）の大規模なリアルワールドデータを対象とした。 ・追加される項目群は内科系医療技術の根幹にあたるもので、医師の手間や難易度と相關する。
・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）	現行と同様。
	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）	現行と同様。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 入院医療における内科系診療の空洞化を防ぎ得る提案であり、その観点からも安全性の向上に寄与すると考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		入院するかどうかの判断は療養担当規則によって行われており、手術の有無のみで該当患者の割合に2倍以上の差がつくことは想定しづらく、格差は尺度の性質に起因するところが大きいと考えられる。 A項目見直しを含む本提案基準は、手術ありの症例と手術なしの症例の該当者割合の格差縮小と、内科系医師の負荷の適正な評価に結びつくもので、粗診粗療を防ぎ医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当せず。
	見直し後	該当せず。
	その根拠	該当せず。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—

⑩予想影響額	プラスマイナス	不変（0）
	予想影響額（円）	－
	その根拠	当該医療技術は、重症度、医療・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、財政中立である。
	備考	－
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬はない。
⑫その他		無
⑬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
⑭参考文献 1	1) 名称	令和6年度診療報酬改定 報告と提言 ～重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について
	2) 著者	内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p21～24
	4) 概要	内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化について
⑭参考文献 2	1) 名称	内保連グリーンブックver. 1 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
	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. 1 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、2020年、12月、pxviii～xxii
	4) 概要	内保連負荷度ランクについての解説
⑭参考文献 3	1) 名称	2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果
	2) 著者	独立行政法人福祉医療機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p65～66
	4) 概要	今次改定における急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についてのアンケート
⑭参考文献 4	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	
⑭参考文献 5	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	

※⑬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。

【A区分提案専用】当該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 A706202
提案される医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目の見直しに関する提案
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薬を使用した技術は、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7年（2025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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—

【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

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706203	「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	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	配 点		
		0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	—
A7	緊急に入院を必要とする状態	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 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	—	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項目と重複するレセプト算コード、旧A4「心電図モニター」のレセプト算コード、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。

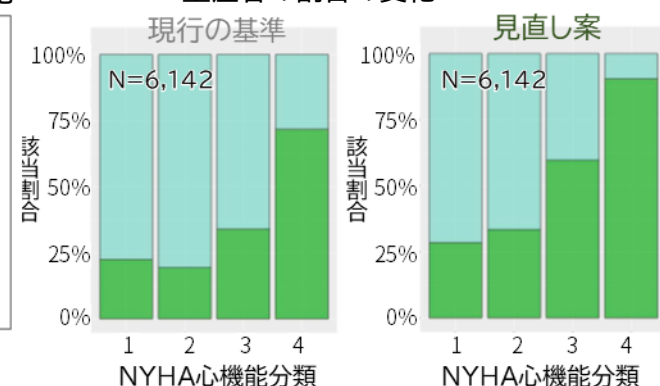
【既存制度との比較、有効性】

- 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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）			
整理番号 ※事務処理用		A706203	
提案される医療技術名		「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	
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）	22小児科	
		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	「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	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号		A100	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）		患者の医療ニーズを適切に評価できるよう、重症度、医療・看護必要度のA項目に下記の項目を追加する。 ・検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性 ・特定器材の使用の判断 ・注射処方の方針決定の複雑性 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。 基準は「A項目2点以上かつB項目3点以上又はA項目4点以上又はC項目1点以上」とする。	
文字数：194			
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行A～C項目について、急性期入院医療における患者の状態や医療ニーズに応じたより適切な評価を行えるようにするため、医師からみた重症さや手間のかかり具合の視点をA項目に盛り込むべきである。 A項目に上記3項目を追加したところ、死亡退院を被説明変数とした性能評価では感度が0.555から0.709に向上した。また、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類を用いた性能評価でも、改善傾向を示した。	

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	1) A 項目の追加 【追加項目】 ・A8 検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性・・・下記①②で評価する。いずれか1つに該当する場合は1点、両方該当する場合は2点 ①検査の出来高換算点数600点以上（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画像診断の出来高換算点数300点以上（薬剤、特定器材を除く。） ・A9 特定器材の使用の判断・・・2点（特定器材の使用の有無で評価。全ての特定器材を対象とする） ・A10 注射処方の方針決定の複雑性・・・1点（当該日の処方開始注射薬の有無で評価。現行のA3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。） 【臨床的根拠】 ・実際に診療を行っている医師らに臨床的な観点からみた負荷の実態と、評価が加わる（変更される）ことによる患者のメリットについて、専門家に評価を行ってもらい明確なメリットがあることを確認した。 【統計的根拠】 ・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、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について候補を選出し、百を超えるシミュレーションを元に決定した。 ・死亡退院、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類等による評価を行い、明確な改善がみられた。 ・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。 2) A～C項目の合計得点による重症度、医療・看護必要度に係る該当患者の基準の使用 【基準】 A項目の最大取得点数が10点から15点に増加するため、現行基準の「A項目3点以上」を「A項目4点以上」に変更する。「A項目2点以上かつB項目3点以上」「C項目1点以上」の基準はそのままとする。 【統計的根拠】 ・死亡退院の予測を被説明変数として尺度評価を行った結果、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。また、感度と陽性的中率の総合的な評価（F値）についても0.132→0.143に改善した。

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・対象とする患者： 「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。 ・技術内容： 現行の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」は、モニタリング及び処置等（A項目）、患者の状態等（B項目）及び手術等の医学的状态（C項目）の3項目で構成され、次の基準で該当患者を判定している。 【基準】 ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点4点以上 ・C得点1点以上 そして、上記基準を満たす該当患者割合を要件として、入院基本料等を定めている。 例）急性期一般入院料Ⅰ：28%（重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合） ・点数や算定の留意事項： 次の入院基本料等の算定に用いられている。 急性期一般入院料Ⅰ～Ⅵ、Ⅶ対Ⅰ入院基本料（特定、専門）、看護必要度加算Ⅰ～Ⅲ（特定、専門）、Ⅶ対Ⅰ入院基本料（結核）、総合入院体制加算Ⅰ～Ⅲ、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算Ⅰ、地域包括ケア病棟入院料、及び特定一般病棟入院料の注7。 例）急性期一般入院料Ⅰ：1,650点、急性期一般入院料Ⅱ：1,619点	
診療報酬区分（再掲）		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号（再掲）		A100	
医療技術名		「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	
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がされない非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。 1) A項目（モニタリング及び処置等）の評価項目を見直すべき根拠（参考文献1、参考文献2より） ①A8（「検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性」）の根拠： 【臨床的妥当性】・検査における診断初期の鑑別診断は多岐にわたり、医師の知識的判断の負担が非常に高い。 ・合併症の多い患者や重症度の高い致死性疾患などでも頻回の検査が必要となる。 ・造影剤使用などにおいて医師は事前に禁忌事項等を詳細に検討して患者の了承を得る必要があり相応の負担がかかる。 ・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。 【統計的妥当性】・検査の出来高換算点数が600点以上、画像診断の出来高換算点数が300点以上の患者について、治療方針決定にかかる所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。 ②A9（「特定機材の使用の判断」）の根拠： 【臨床的妥当性】・特定機材を用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担が比較的高い患者が多い。 【統計的妥当性】・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。 ・特定器材を使用している患者について、治療方針決定にかかる所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。 ③A10（「注射処方の方針決定の複雑性」）の根拠： 【臨床的妥当性】・注射処方の内容は、患者の病状だけでなく併存症やアレルギー歴、検査結果や薬物相互作用などの様々な要因の分析と、多職種・診療科間の連携という複雑な過程により決定される。 【統計的妥当性】・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。 2) 見直ししたA項目～C項目の得点による「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者の基準を用いるべき根拠 ・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。陽性適中率（0.075→0.080）、F値（0.132→0.143）についても改善が認められた。 以上1）、2）より、本提案をもとにA項目を見直した場合、患者の状態や医療内容に応じた適切な医療資源の評価が改善され非効率な医療や粗診粗療の防止につながると考えられる。	
	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。）	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（上記の資料をベースに提案項目の一部見直しを行ったのが本提案書である。）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		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。 よって変化なしと推定した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし	
	見直し後の症例数（人）	変化なし	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし	
	見直し後の回数（回）	変化なし	
⑤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）		・全日本病院協会や日本医師会、厚労省保険局医療課、医系議員の方々と意見交換を行い、現場の負担を考え、提案項目はEFファイルから算出可能な項目で構成した。 ・各項目の妥当性について負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。尺度評価については、参加の97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされる患者（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）のデータを対象とした。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。 ・追加される項目群はいずれも患者の重症度や症状の複雑性を反映するものである。	
・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）	現行と同様。	
	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）	現行と同様。	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。	

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 追加される項目群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り、医師の負荷が適切に評価されること で安全性の向上に寄与すると考えられる。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		A項目見直しを含む本提案基準は、死亡退院、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類などの各指標を用いた性能評価において改善傾向を示している。本提案基準を用い重症者を判定した場合、医療ニーズが高い患者について、現行基準より漏れが少なく判定が行われることが期待できる。 A11の対象薬剤の定義はA3と同一であり、本項目の追加で不要な処方によるモラルハザードは発生しにくいと考えられる。 また本提案は粗診粗療及び非効率な医療を防ぎ、医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。	
⑧点数等見直しの 場合	見直し前	該当せず。	
	見直し後	該当せず。	
	その根拠	該当せず。	
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術（当該医療 技術を含む）	区分	区分をリストから選択	—
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
⑩予想影響額	プラスマイナス	不変（0）	
	予想影響額（円）	—	
	その根拠	当該医療技術は、重症度、医療・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、財政中立である。	
	備考	—	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬はない。	
⑫その他		無	
⑬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	
⑭参考文献 1	1）名称	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	
	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、pp. 2-13, 34-35	
	4）概要	重症度、医療・看護必要度の改良に関する提言を行っている。本提案でA項目に追加すべきとしている3項目それぞれについて、概念の整理、臨床的な観点からみた項目変更の根拠および患者のメリット、データ分析からみた項目変更の根拠、具体的な評価方法を記載している。	
⑭参考文献 2	1）名称	内保連グリーンブック 2022年 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 Ver. 2追加資料 概要図および医療技術提案書（2023年8月2日版）に係る追加集計について	
	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	—	
	4）概要	参考文献 1 をもとに、本提案にあわせた統計的根拠の再集計、および各指標の評価を行った。	
⑭参考文献 3	1）名称	—	
	2）著者	—	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	—	
	4）概要	—	
⑭参考文献 4	1）名称	—	
	2）著者	—	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	—	
	4）概要	—	
⑭参考文献 5	1）名称	—	
	2）著者	—	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	—	
	4）概要	—	

※⑬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。

【A区分提案専用】当該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

提案される医療技術名	「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
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薬を使用した技術は、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）
特になし	-	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-	-

【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）
特になし	-	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-	-

【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）
特になし	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-
特になし	-	-	-	-

【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

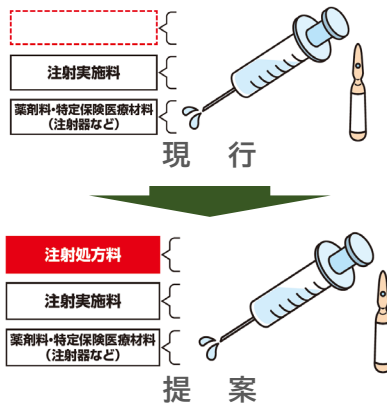
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
706101	注射処方料	日本内科学会

【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。



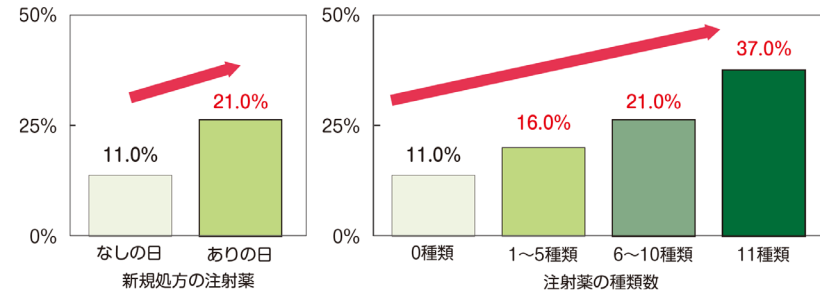
【診療報酬上の取扱い】注射処方料 100点

- 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、1処方につき50点を、11種類以上の場合、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。

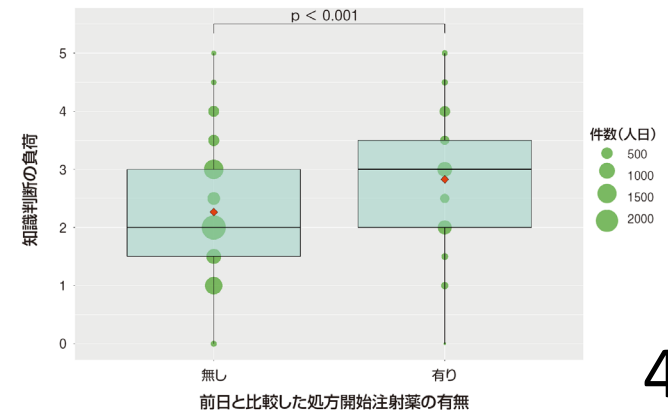
【既存の治療法との比較、有効性】 出典：内保連 グリーンブック ver.2 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言より

- 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る日」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「注射の種類数が多い」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。

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



※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。

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		706101	
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）	00なし	
		00なし	
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６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）		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。	
文字数：195			
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）		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。	
文字数：294			

【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も、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。	
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		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る日」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。	

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	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^2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1万円以上」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・DPC 6 析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。	
	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。）	2b 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
⑥普及性	年間対象患者数（人）	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	
	国内年間実施回数（回）	42,950,000回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		【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—	

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1万円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円	
	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 706101

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7年（2025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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—

【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	

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
706102	人工呼吸器装着前意思決定支援料	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】 呼吸不全患者に対して人工呼吸器装着直前に患者または家族に対し行う説明と文書同意取得

- 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

【対象疾患】 急性呼吸不全 (重症肺炎やARDS (急性呼吸窮迫症候群) 等) 及び、慢性呼吸不全の増悪 (間質性肺炎やCOPDの増悪、神経筋疾患による慢性呼吸不全増悪等) により人工呼吸管理の適応となる患者、ただしその状態でこれから行われる呼吸管理の方法としては侵襲的 (挿管下) あるいは非侵襲的 (NPPV及びハイフローセラピー) 呼吸管理のどちらも含まれる。

【既存の治療法との比較】

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

説明時間と医療者への負荷は
相関している

【資料】
79学会、約90施設、100診療科への調査結果

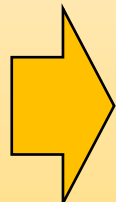
がん管1算定症例との直接説明実時間の差 (※各IC手術項目の直接説明実時間はがん管(1.2.3)を算定していない症例のみが含まれる)

【これまでに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 : がんに対する文書説明
- ・B001-31 腎代替療法指導管理料 500点 _
慢性腎臓病に対する治療法の選択

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

B 人工呼吸器装着前意思決定支援料 500点/回
なお本管理料は原則として当該治療の導入直前であり、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。



- ・**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:**
医療者への高負荷の適切な評価
→ 約75億円の医療費削減効果

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		706102	
提案される医療技術名		人工呼吸器装着前意思決定支援料	
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6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）		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。	
文字数：153			
対象疾患名		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）及び非侵襲的（NPPV及びHFNC）呼吸管理のどちらにも含まれる。	
保険収載が必要な理由（300字以内）		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I（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いる。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4p. 44～51）。	
文字数：300			

【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&ハイフローセラピー）呼吸管理のどちらにも含まれる。年齢制限は特にならない。	
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、毎月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、治療説明に要した時間や労力に対する診療報酬の対価が全く無となってくる。したがって現場では患者への説明が時間的、質的に不十分かつ不正確になる傾向が強く、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しばしばあり得る、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たとしている：「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方き観察研究である。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手術項目（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。
	ガイドライン等での位置づけ	位置づけをリストから選択
2a		
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（令和5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令和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併格に、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】グリーンブックにおける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。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。
・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5：標準的医療説明（医学書院）あるいはDVD「今日の診療指針プレミアム」参考資料2「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。なおハイフローセラピーに関しては、呼吸ケアリハ学会を中心に、学会誌にその説明の概要が記載されており（富井啓介他；日本呼吸ケア・リハ学会誌28(2)：291-297, 2019）また海外においてもガイドラインが作成されている。（Rochwerg et al.; Intensive Care Med 46:2226-2237, 2020）The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: a clinical practice guideline)
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はない。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	B
	点数（1点10円）	500点/回/月
	その根拠	【根拠】IC Study（内保連2017 p. 34）（参考文献1）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要し、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。）		無し
	番号	無し		
	技術名	無し		
	具体的な内容	無し		
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	なし		
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		人工呼吸装着に関する説明については、その費用対効果を論じたものは見当たらないが、米国CMSにおいてはAffordable Care Act Section 3021の下、ベストプラクティスの普及促進を目的とし、Shared Decision Making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。プログラムの対象となった施設において、次に挙げる「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-sensitive 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：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）。年間15万回規模の支払いとなっている。（参考文献3）		
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		特になし		
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		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	成書、2017		
	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。（p v-viii）		
⑯参考文献 2	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	成書 2003		
	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。		

⑩参考文献 3	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	Health Affairs 32, no. 2 (2013):285-293
	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だけで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。
⑩参考文献 4	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・日本呼吸ケア・リハ学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021作成委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	成書 2021
	4) 概要	呼吸不全患者（非がん性疾患）の緩和医療指針について、上記両学会のコアメンバーによって、具体的に標準的な症状緩和の指針が記載されている、特にp44～51において呼吸管理による症状緩和の適応や方法が記載されており、NPPVは慢性呼吸不全患者に対しては挿管による人工呼吸に劣らず呼吸困難やQOLの改善を示しており、またハイフローセラピーの章では、急性呼吸不全・慢性呼吸不全とも挿管移行率が低く、特にその非侵襲性からNPPVの装着困難な症例には適応であるとされている。なおいずれの機器治療も装着直前には、事前意思決定確認が重要であるとの記載がある。
⑩参考文献 5	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～
	2) 著者	蝶名林直彦、荻野美恵子、横谷進、岸一馬、浦岡俊夫、小松則夫、酒井謙、福田正人、西洋孝、待鳥詔洋、安藤正志、井部俊子、田倉智之、寺井和生、田中正巳、高崎芳成、河合啓介 斉藤義弘、福永興彦 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	医学書院、2021.
	4) 概要	医療説明に対し、まず総論として俯瞰的立場から、その歴史、法律、経済また倫理的にその意義を解説している。その後各論として、内科系疾患のみならず小児疾患、産婦人科疾患を含め、説明の難易度の高い40疾病および41の医療手技についてその標準的説明のモデルが、最新の医療知識を反映させ各領域の専門医によって記載されている。

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 706102

提案される医療技術名	人工呼吸器装着前意思決定支援料
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7年（2025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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—	—

【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）
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—
特になし	—	—	—	—

【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	

5. 第24回三保連合同シンポジウム開催報告の件

日 時:令和7年3月6日(木) 18:00~19:30

会 場:東京国際フォーラム ガラス棟 G701

テーマ:令和8年度診療報酬改定に期待するものー三保連の重点要求項目ー

内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、看護系学会等社会保険連合の三団体合同で「第24回三保連合同シンポジウム」を開催した。

内保連からは相良博典氏(全国医学部長病院長会議会長)が医師の働き方改革に伴う人員確保と財政支援の必要性を訴えた。外保連からは、渡邊雅之氏が加算要件の厳格化や人員減少による課題を指摘した。看保連からは萩原綾子氏が、看護職の働きやすさや人員体制の課題を提起した。

総合討論では、医療機関の経営難と補助の不安定さが共有され、最後に、三保連は診療報酬の包括的引き上げを提言として発表した。

【演者】

内保連:相良 博典

外保連:渡邊 雅之

看保連:萩原 綾子

【総合討論】

内保連理事長 小林 弘祐

外保連会長 瀬戸 泰之

看保連代表理事 山田 雅子

【司会】

内保連副理事長 待鳥 詔洋



第24回 三保連合同シンポジウム

令和8年度診療報酬改定に期待するもの －三保連の重点要求項目－

日時 2025年3月6日(木)18:00～19:30

会場 東京国際フォーラム ガラス棟 G701

参加 事前参加登録なし

一般社団法人
看護系学会等
社会保険連合より

萩原 綾子

(日本小児看護学会診療
報酬検討委員会委員長／
神奈川県立精神医療セン
ター副院長 兼 看護局長)

一般社団法人
内科系学会
社会保険連合より

相良 博典

(全国医学部長病院長
会議会長／
昭和大学病院病院長)

一般社団法人
外科系学会社会
保険委員会連合より

渡邊 雅之

(外保連実務委員長／
がん研有明病院副院長)

<問い合わせ先>

〒113-8433 東京都文京区本郷3丁目28番8号 日内会館5階
一般社団法人日本内科学会内 一般社団法人内科系学会社会保険連合
E-mail: info@naihoren.jp

病院経営の現状と令和8年度診療報酬改定に期待する具体的提言

令和7年3月6日

1. 現状の課題

新型コロナウイルス感染症の後も物価高騰の影響により、日本の病院経営は深刻な状況にあります。「第24回医療経済実態調査」（令和5年）によると、一般病院の経常利益率は医療法人平均で3.3%、公立病院平均で-7.1%となり、「2024年度病院経営定期調査」によると、赤字病院の割合は前年の23.0%から55.4%に急増しました。特定機能病院についても、診療報酬の適正評価や財政的支援の強化が求められており、高度医療の提供を維持するための対策が必要です。この経営悪化により医療提供体制の維持が困難になっている現状があり、国民の医療アクセスに重大な影響を及ぼす懸念があります。

2. 診療報酬改定の重要性

- 診療報酬引き上げと技術への適正評価：物価上昇や人件費増加への対応として、診療報酬の引き上げが必要です。同時に、従来の「もの」偏重の報酬体系から「技術」重視への転換を図り、医師の技術を適切に評価すべきです。これは国民皆保険を守るためにも不可欠です。
- 人的資源の効率的・効果的な配置：医療従事者の不足が深刻化している中、効率的かつ効果的な人員配置の実現が求められます。施設基準の緩和や、専門性の高い看護師の配置を柔軟にすることで、患者に質の高い医療および看護を効率よく提供できる体制を整えることが必要です。
- 病院経営安定化のための財政的支援：地域医療を支える医療機関に対する財政的支援を強化し、地域格差を是正すべきです。また、感染症対応や救急医療といった重要分野に重点的な資源配分を行い、持続可能な医療提供体制を構築することが必要です。

3. 提言の要点

令和8年度診療報酬改定において、以下の解決策を強く要望します。

- 診療報酬の包括的な引き上げを通じて、病院経営を安定化させること。
- 医師の技術や専門性に応じた報酬評価を推進し、技術重視の報酬体系を導入すること。
- 専門性の高い看護師が効率的に働けるよう、専任・専従の枠組みを見直すこと。
- 地域医療を担う医療機関への財政的支援を強化し、地域格差を是正すること。
- 薬の安定供給を図り、円滑な医療提供を確保すること。
- 高額な輸入製品の利用について、財政的な支援を行うこと。
- 感染症対応や救急医療といった重要分野に重点的な資源配分を行い、医療提供体制の持続可能性を確保すること。

本提言は、医師や看護師の技術を適正に評価し、病院経営を立て直すことで、国民全体が質の高い医療を享受できる環境を確保するために必要不可欠なものです。医療はすべての国民に保障されるべき基本的権利であり、これ以上の医療崩壊を防ぐため、提言内容の速やかな実行を強く求めます。

一般社団法人内科系学会社会保険連合 理事長 小林 弘祐
一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合 会長 瀬戸 泰之
一般社団法人看護系学会等社会保険連合 代表理事 山田 雅子

6. 三保連合同シンポジウム提言手交の件

令和7年4月15日(火)、厚生労働省保険局医療課において、「第24回三保連合同シンポジウム」における提言を、厚生労働省に対し正式に手交いたしました。

本提言は、令和7年3月6日(木)に開催された三保連合同シンポジウムにおいて、内保連・外保連・看保連の三団体(以下「三保連」)が共同して取りまとめたものであり、令和8年度診療報酬改定に向けた重要な意見を含んでおります。当日は、厚生労働省保険局の 鹿沼 均 局長、同医療課の 林 修一郎 課長に対し、三保連を代表する下記3名が、提言を直接お渡しいたしました。

今後においても、三団体は引き続き緊密に連携し、現場の実情を的確に反映した提言を通じて、持続可能で質の高い医療提供体制の構築に貢献してまいります。

【手交日時・場所】

日時: 令和7年4月15日(火)

場所: 厚生労働省 保険局医療課

【出席者(敬称略)】

<厚生労働省>

保険局長 鹿沼 均

医療課長 林 修一郎

<三保連>

内保連理事長 小林 弘祐

外保連会長 瀬戸 泰之

看保連代表理事 山田 雅子



令和7年3月6日

厚生労働省 厚生労働大臣 福岡 資麿 殿

厚生労働省 保険局長 鹿沼 均 殿

厚生労働省 医療課長 林 修一郎 殿

病院経営の現状と令和8年度診療報酬改定に期待する具体的提言

1. 現状の課題

新型コロナウイルス感染症の後物価高騰の影響により、日本の病院経営は深刻な状況にあります。「第24回医療経済実態調査」（令和5年）によると、一般病院の経常利益率は医療法人平均で3.3%、公立病院平均で-7.1%となり、「2024年度病院経営定期調査」によると、赤字病院の割合は前年の23.0%から55.4%に急増しました。特定機能病院についても、診療報酬の適正評価や財政的支援の強化が求められており、高度医療の提供を維持するための対策が必要です。この経営悪化により医療提供体制の維持が困難になっている現状があり、国民の医療アクセスに重大な影響を及ぼす懸念があります。

2. 診療報酬改定の重要性

- 診療報酬引き上げと技術への適正評価：物価上昇や人件費増加への対応として、診療報酬の引き上げが必要です。同時に、従来の「もの」偏重の報酬体系から「技術」重視への転換を図り、医師の技術を適切に評価すべきです。これは国民皆保険を守るためにも不可欠です。
- 人的資源の効率的・効果的な配置：医療従事者の不足が深刻化している中、効率的かつ効果的な人員配置の実現が求められます。施設基準の緩和や、専門性の高い看護師の配置を柔軟にすることで、患者に質の高い医療および看護を効率よく提供できる体制を整えることが必要です。
- 病院経営安定化のための財政的支援：地域医療を支える医療機関に対する財政的支援を強化し、地域格差を是正すべきです。また、感染症対応や救急医療といった重要分野に重点的な資源配分を行い、持続可能な医療提供体制を構築することが必要です。

3. 提言の要点

令和8年度診療報酬改定において、以下の解決策を強く要望します。

- 診療報酬の包括的な引き上げを通じて、病院経営を安定化させること。
- 医師の技術や専門性に応じた報酬評価を推進し、技術重視の報酬体系を導入すること。
- 専門性の高い看護師が効率的に働けるよう、専任・専従の枠組みを見直すこと。
- 地域医療を担う医療機関への財政的支援を強化し、地域格差を是正すること。
- 薬の安定供給を図り、円滑な医療提供を確保すること。
- 高額な輸入製品の利用について、財政的な支援を行うこと。
- 感染症対応や救急医療といった重要分野に重点的な資源配分を行い、医療提供体制の持続可能性を確保すること。

本提言は、医師や看護師の技術を適正に評価し、病院経営を立て直すことで、国民全体が質の高い医療を享受できる環境を確保するために必要不可欠なものです。医療はすべての国民に保障されるべき基本的権利であり、これ以上の医療崩壊を防ぐため、提言内容の速やかな実行を強く求めます。

一般社団法人内科系学会社会保険連合 理事長 小林 弘祐
一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合 会長 瀬戸 泰之
一般社団法人看護系学会等社会保険連合 代表理事 山田 雅子