

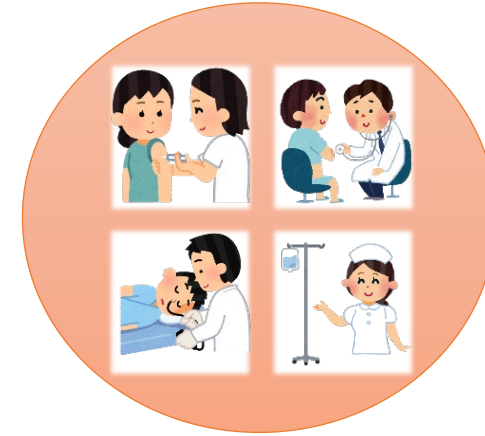
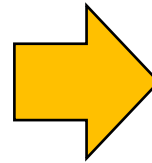
令和八年度
診療報酬改定に
対する



内保連基本方針

一般社団法人内科系学会社会保険連合

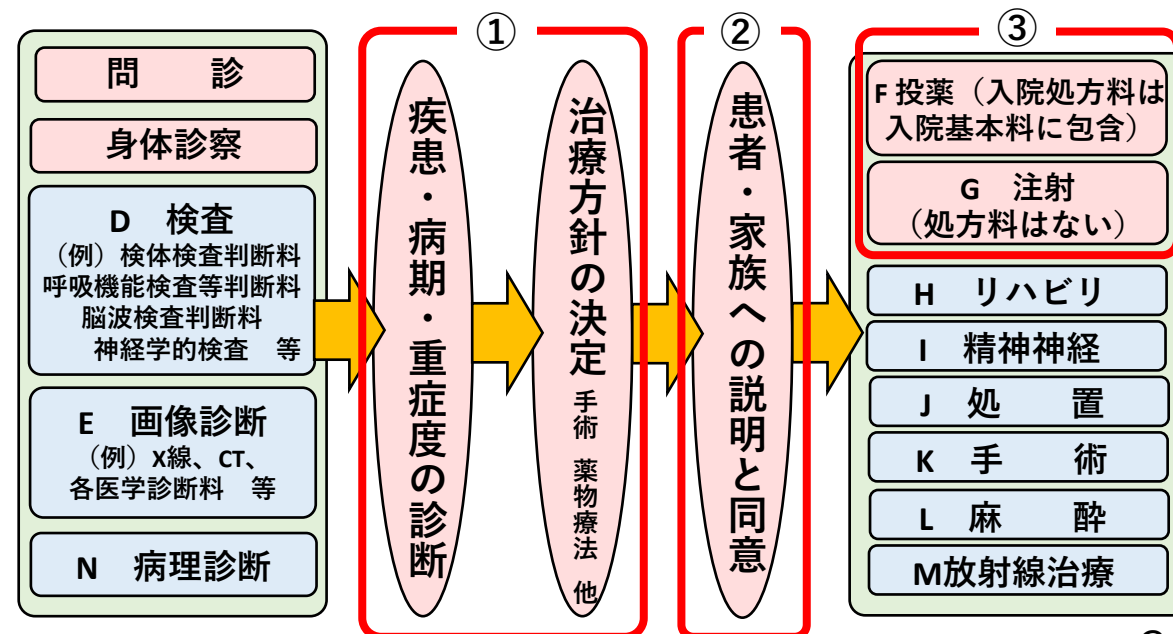
内保連の基本スタンス モノ(薬剤,材料,機器)からヒト(技術)へ



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



令和八年度内保連基本方針

1. 「重症度、医療・看護必要度」の見直しに関する提案（A, B, C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、「人工呼吸器装着前意思決定支援料」を新設
4. 医療安全の推進
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. 予後改善の重視
10. 遠隔医療の推進
11. AI（人工知能）診療・診断の推進
12. 医療DXの推進
13. 国民に役立つ医療技術の導入・強化（令和八年度内保連医療技術提案）

1. 「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案(A案)

提案書番号:A706101／日本内科学会

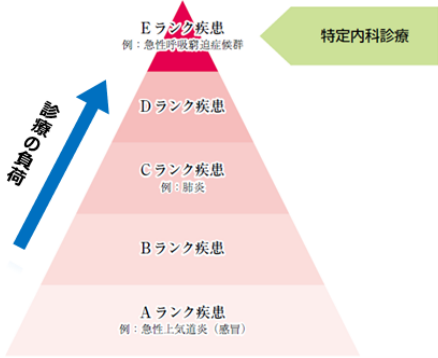
【技術の概要】

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。



※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)。

【診療報酬上の取扱】 A-100 入院基本料

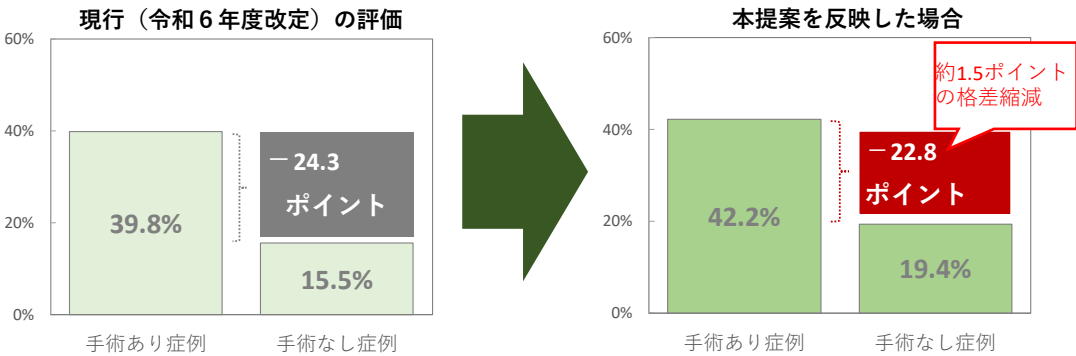
【対象疾患】

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. 「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(B案)

提案書番号:A706102／日本内科学会

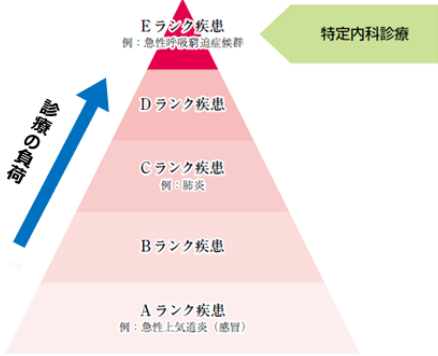
【技術の概要】

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。



※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)。

【診療報酬上の取扱い】 A-100 入院基本料

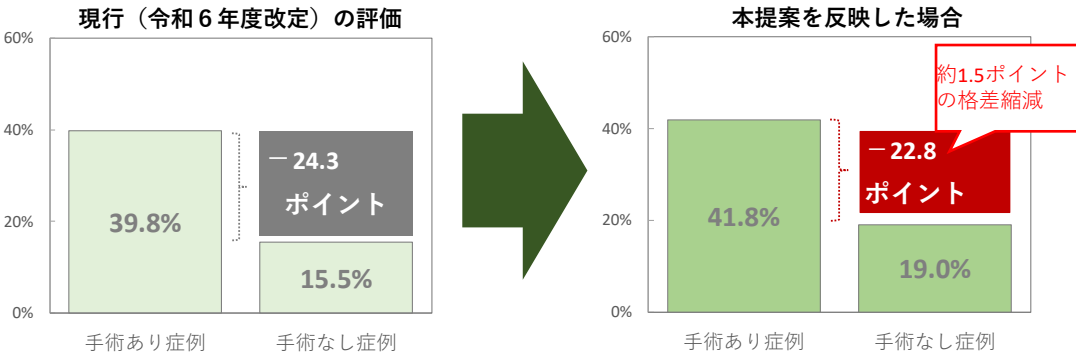
【対象疾患】

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. 「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(C案)

提案書番号:A706103／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

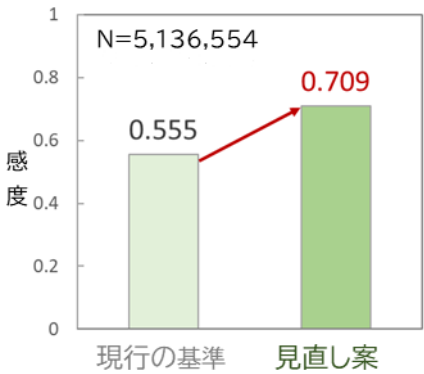
【対象疾患】

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。

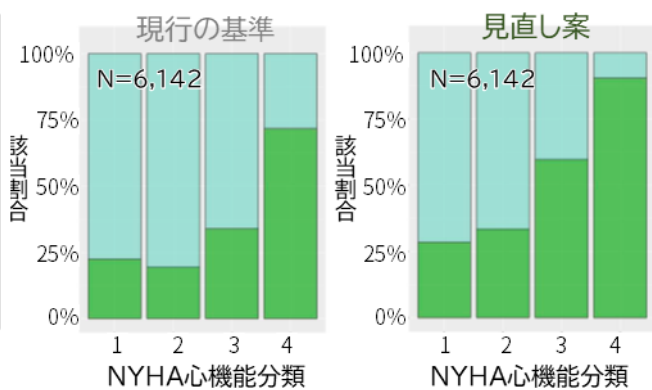
【既存制度との比較、有効性】

- 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



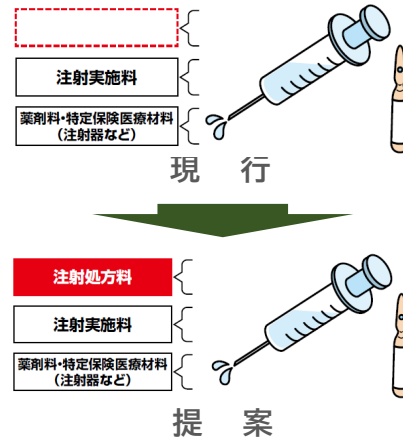
※1: 内科系診療について、内科系医師の診療過程の負荷を定量的に測定するとともに、医師の診療の負荷に影響を与える要因等を明らかにするために行われた調査。広範なDPCデータを収集して分析するとともに、1,629人の主治医に対し患者11,395人の実際のエピソードについて負荷等の調査を行った。
※2: 検証にあたっては、参加した97施設のDPCデータ(対象期間:2018年4～9月退院分、N=5,136,554人日、外科系の症例も含む)を対象とした。一部の分析では内保連グリーンブック2020の主治医に対するアンケート調査のデータも用いた。
※3: 死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器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:706101／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。

【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

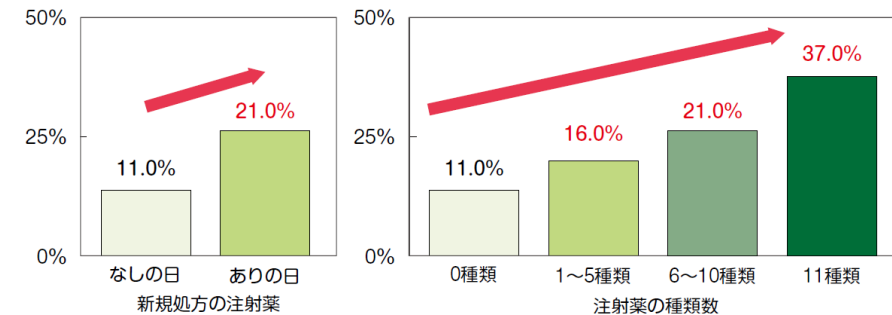
- 内保連で収集したデータ※1を用い、主治医の担当患者別・日別に診療の負荷を分析したところ、「注射の処方技術」との関連性として以下(1)～(6)が確認された。
- (1) 「前日と比較して処方が新たに開始された注射薬がある日」は、「なしの日」と比較して主治医の治療方針決定にかかる所要時間が有意に長い。(30分以上かかったケースの割合:21% vs 11%、図表1左)
- (2) 「注射の種類数」と治療方針決定にかかる所要時間には有意な関連性があり、種類数が多い日ほど、所要時間が長い。(30分以上かかったケースの割合: 0種類…11%、1～5種類…16%、6～10種類…21%、11種類以上…37%、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「注射の種類数が多い日」は、治療方針決定にかかる所要時間に関連する独立因子である。

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

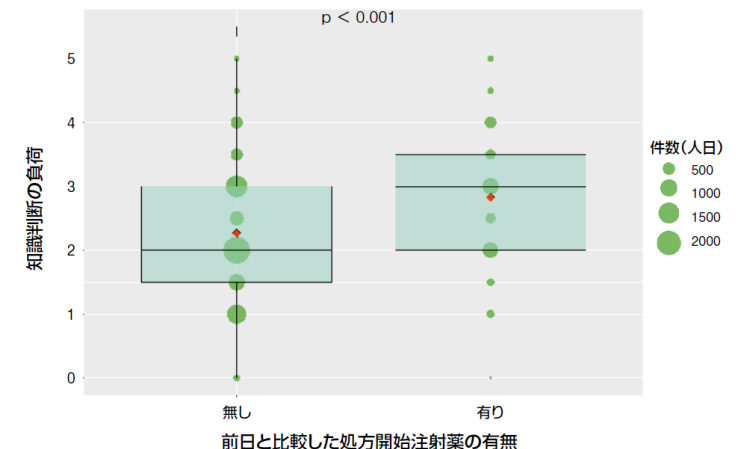
【診療報酬上の取扱】 注射処方料 100点

- 注1 入院中の患者に対し、注射薬の投与開始日及び追加投与(種類の異なる注射薬に限る。)の行われた初日に算定する。
- 注2 当該日の注射薬の種類数が6種類以上の場合、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料を合算した点数が10,000点以上である場合は、1処方につき60点を加算する。

図表1 治療方針の決定に30分以上の時間がかかったケースの割合



図表2 処方開始注射薬の有無別 知識判断の負荷との関係



3. 「説明と同意」を評価し、指導管理料を拡大し、「人工呼吸器装着前意思決定支援料」を新設

提案書番号:706102／日本内科学会／人工呼吸器装着前意思決定支援料

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】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】

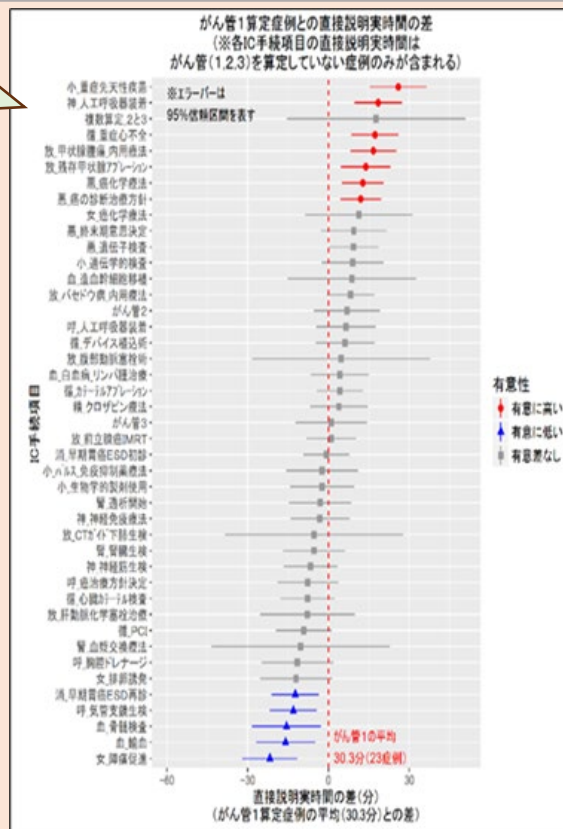
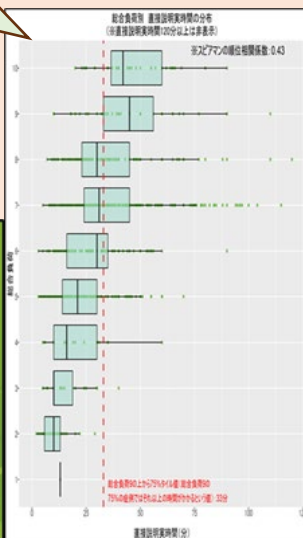
説明時間比較

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



【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

4. 医療安全の推進

703101	周術期血糖管理料	日本糖尿病学会
--------	----------	---------

■ 技術の概要

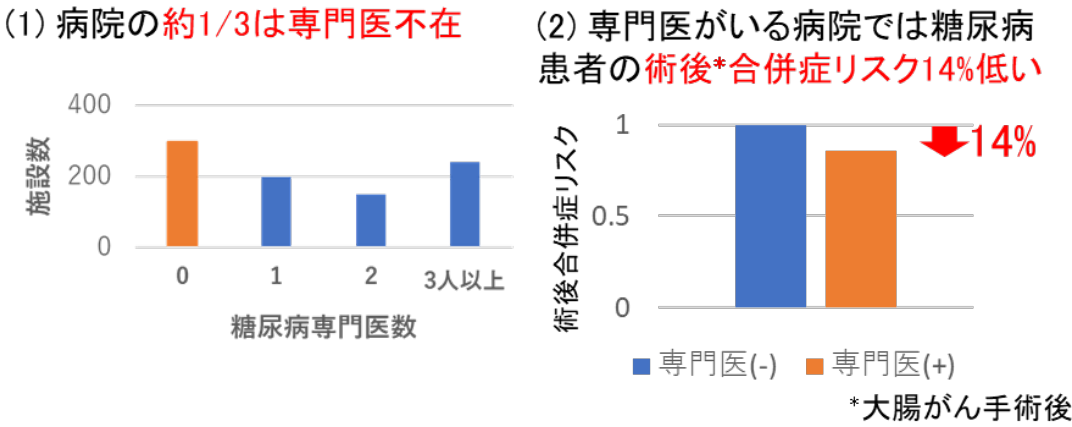
本管理料は、糖尿病を有する患者に対し、糖尿病を専門とする医師とその他医療従事者からなる医療チームが手術前後（概ね2週間程度を目安）に集中的な血糖管理を行うことで、術後合併症の発生を抑制し、患者の予後改善を図ることを目的とした新たな診療報酬項目である。

■ 希望する診療報酬上の取扱い

- 周術期血糖管理料 2,720点
- 注1: 周術期の患者に対し、周術期血糖管理を行った初日に算定する。
- 注2: 周術期血糖管理とは、チーム医療（糖尿病内科または内分泌代謝の専門医、看護師、薬剤師、栄養士等の多職種連携から構成される）により、周術期の血糖管理計画を策定・実施することとする。
- 注3: 原則として手術前後2週間程度を周術期とする。

■ 有効性

糖尿病学会学術調査研究として、糖尿病専門医数データと全国急性期病院DPCデータを病院毎に連結させ、下記の知見を得た。



A741201	抗菌薬適正使用体制加算	日本臨床内科医会
---------	-------------	----------

■ 再評価が必要な理由

直近6か月において使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬の使用比率等を求めているが、呼吸器内科を専門とする医療機関では肺非結核性抗酸菌症という慢性呼吸器感染症を多数診療していることも多く、標準的治療としてマクロライド(CAMやAZM)を含めた複数の抗菌薬の長期投与を行っていること、また副鼻腔気管支症候群・気管支拡張症・びまん性汎細気管支炎に対して低用量マクロライド(EMやCAMの)長期投与を行っていること、この二つの要因でAccess抗菌薬の使用比率は極端に低くなってしまふ。急性感染症に絞って統計をとっていただかないと不適切と考えられるため再評価が必要である。

■ 希望する診療報酬上の取扱い

現行	改定案
[施設基準] (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。	[施設基準] (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近6か月における急性感染症病名に対して使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上であること (肺非結核性抗酸菌症、副鼻腔気管支症候群・気管支拡張症・びまん性汎細気管支炎に対するマクロライド系抗菌薬の使用を除外する)。

5. チーム医療の推進と医師負担の軽減

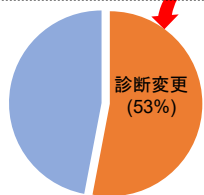
提案書番号:232101／日本呼吸器学会／間質性肺疾患集学的合議評価提供料

- ・ 間質性肺疾患は、治療法や予後が異なる多様な疾患が含まれており、正しい診断に基づく、適切な治療介入がきわめて重要である。
- ・ 間質性肺疾患患者は、最近増加傾向にある（厚労省NDBデータにおいて、10年間で有病率が約2倍）。
- ・ 間質性肺疾患は、日本人の死因の第9位（23,825人）（COPDは第15位 16,941人）【2023年、人口動態統計】。
- ・ 間質性肺疾患は、予後不良な難病、希少疾患が多く、診断がきわめて難しい。



間質性肺疾患の診断においては、国内外のガイドラインでは、呼吸器内科医、胸部専門放射線診断医、肺専門病理医の三者が合議する（多職種集学的合議評価、MDD【Multidisciplinary Discussion】）が強く推奨されている。

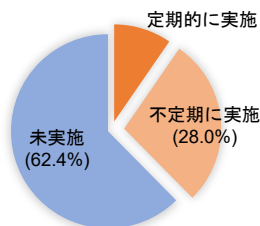
MDDによる施設診断の変更



2つの大規模研究（AMED）にて、施設診断（各施設の呼吸器内科単独による診断）の53%がMDDによって変更されることが示された。

- ・ したがって、我が国の間質性肺炎患者の一部は、正しい診断に基づく、適切な治療介入が行われていない可能性を示唆する。

呼吸器専門機関施設におけるMDDの実施率



- ・ 一方で、我が国のMDD診断の実施率は、呼吸器専門機関施設においても40%未満（定期的に実施は10%未満）【2021年、日本呼吸器学会の調査】。

【技術の概要】

間質性肺疾患患者に対し、呼吸器内科医、胸部専門放射線診断医、肺専門病理医の三者が、診断に必要な臨床情報、画像情報（胸部CTなど）、病情報（外科的肺生検など）を共有し、MDDを行い、診断し、かつ推奨する治療や患者管理を提案する技術。

【対象疾患】

肺生検（外科的肺生検、または経気管支凍結肺生検）を実施した間質性肺疾患（年間 約3,000人）



【診療報酬上の取扱い】

間質性肺疾患集学的合議評価提供料（B医学等管理等） 8,940点

（呼吸器内科医、胸部専門放射線診断医、肺専門病理医の3領域のMDD認定医が事前の個別評価、および合議に必要な時間等を合算して算定した。）

【有効性および既存の治療法との比較】

- ・ MDD診断は、既存の非MDD診断（各領域の専門医による単独の診断）と比較し、診断の精度、確信度を大きく高められる。
- ・ MDD診断による診断精度の向上は、正しい診断に基づく適切な治療介入につながり、本邦の間質性肺疾患の診療の向上に大きく貢献する。
- ・ 我が国におけるきわめて低いMDD実施率を高め、診断の均てん化に寄与する。
- ・ MDDによって正しい診断を行うことで、医療費削減が見込まれる（特発性肺線維症をモデルケースとした概算で、年間約1.8億円の医療費削減につながる）。

6. 医療連携と在宅医療の推進

234101 在宅高濃度酸素ハイフローセラピー 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

■ 提案内容

- 呼吸困難軽減・QOL維持に有用な非侵襲的呼吸管理法として、院内で広く使用されるハイフローセラピーは、在宅でも酸素濃縮器と専用機器により同様に実施可能。
- これにより、侵襲的人工呼吸を望まない重度低酸素血症・終末期患者の在宅療養が可能となる。

■ 既存の治療法との比較

既存治療	本技術による治療
● 入院でハイフローセラピー ⇒自宅に帰れないまま看取り ● 在宅で通常の酸素療法 ⇒呼吸困難強くQOL不良	□ 在宅で高濃度酸素ハイフローセラピー ⇒症状緩和、QOL維持でき 自宅看取り可能



■ 有効性及び診療報酬上の取扱い

間質性肺炎急性増悪において本技術を用いて平均予後2ヶ月のうちの最後の1ヶ月間を在宅療養および在宅看取りができたとする、

A. 費用増加:

- 1) 自動給水つき在宅ハイフローセラピー (2400点+100点+3500点)+酸素濃縮器4000点
 - 2) 在宅ターミナルケア加算 5,500点、 3) 在宅看取り加算 3,000点、
 - 4) 在宅患者訪問診療料 888点 × 12(週3回4週間)=10,656点、
 - 5) 在宅緩和ケア充実診療所加算 1,000点、6) 死亡診断加算 200点
- 合計 30,356点

B. 費用減少: そのままDPC病院で1ヶ月HFNCを継続して看取ったとする、

DPC点数(間質性肺炎)手術・処置等Ⅰなし、入院期間Ⅲ 1971点×30 = 59,130点

C. プラスマイナス 59,130-30,356 = 28,774点の減少(1名あたり)

741201 こころの連携指導料(Ⅰ) 日本臨床内科医会

■ 提案内容

- 内科側施設基準の要件明確化: 「自殺対策等 又は アルコール依存症に関する研修受講医配置」へ見直し
- スクリーニング尺度「AUDIT」例示追加

■ 提案理由・効果

1. 届出・算定実績の低迷(理念未達)
(内科側: 411施設/月112件、精神科側: 934施設/月102件)
2. アルコール依存症への活用が理念に合致
 - ・ 孤独・孤立に伴う疾患、自殺リスク大(WHOも早期介入推奨)
 - ・ 内科外来3,537人調査: 7.4%が依存症疑い
 - ・ 内科・精神科連携により断酒率↑、入院率↓
3. 対象研修の実施可能性向上
 - ・ 自殺対策研修: 年間200~300名規模
 - ・ アルコール依存症eラーニング: 年間1,000名超
4. 早期発見+5,885人、効果額+1.25億円/年見込

■ 技術的整備状況

- ・ スクリーニング: AUDIT/AUDIT-C(国内マニュアル整備済)
- ・ 研修: アルコール依存症eラーニング整備済(通知掲載済)



7. 妊娠・周産期医療の重視

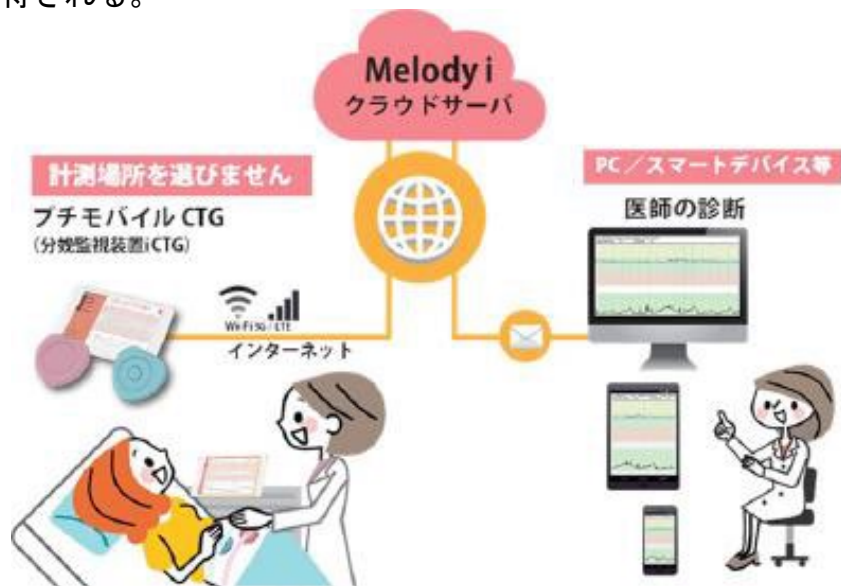
提案書番号:239101／日本産婦人科医会／遠隔分娩監視装置によるハイリスク妊婦管理料

【技術の概要】

分娩監視装置が小型化し、スマートホンで記録を患者の自宅から医療機関へ転送することが可能になった。医療機関への頻回の通院や入院が困難な環境にある妊婦に対して、自宅での遠隔ノンストレステストによって適切な周産期管理を行う。

【既存の治療法との比較】

機器を妊婦に貸し出し、自宅から定期的に医療機関へ子宮収縮や胎児心拍数の記録を転送してもらうことで、医療機関への入院をせずに、自宅安静・加療中の状況を客観的に確認し適切な産科管理を行うことが可能になる。妊婦にとっても医療機関側にとっても有益な方法で、妊婦の負担を軽減し、不要な入院を減らし医療費の削減が期待される。



【対象疾患】

ノンストレステストの適応疾患の患者で、在宅での管理を必要とする妊婦

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

診療報酬上の区分：B医学管理等

点数：600点 週1回算定

ノンストレステストの費用

＋遠隔の利用にかかる費用＋医学管理料



分娩監視装置iCTG (医療機器認証番号：第230AFBZX00024000号)

胎児心拍数
陣痛図

セット内容

- ・トランスデューサ（超音波・陣痛）各1個
- ・タブレット（iPad）/ 制御用ソフトウェア 1台
- ・マタニティトランスデューサベルト（ピンク、イエロー）各1本
- ・超音波モニタ用ゲル 1本
- ・充電用アダプタケーブル（タブレット、トランスデューサ）各1式
- ・モバイルバッグ 1個

© Melody International Ltd. 2018

医療機器承認番号 230AFBZX00024000

8. 小児医療の重視

249101 成人移行支援連携指導料1,2

日本小児科学会

■ 既存の治療法との比較

難病外来指導管理料、小児科療養指導料では、多職種チームによる小児医療機関内での取り組みに対する評価が得られない。

■ 対象疾患

日本小児科学会が公表している「移行期医療における疾患別ガイド」に載っている疾患、および各学会で独自に移行期医療のガイドを策定している疾患

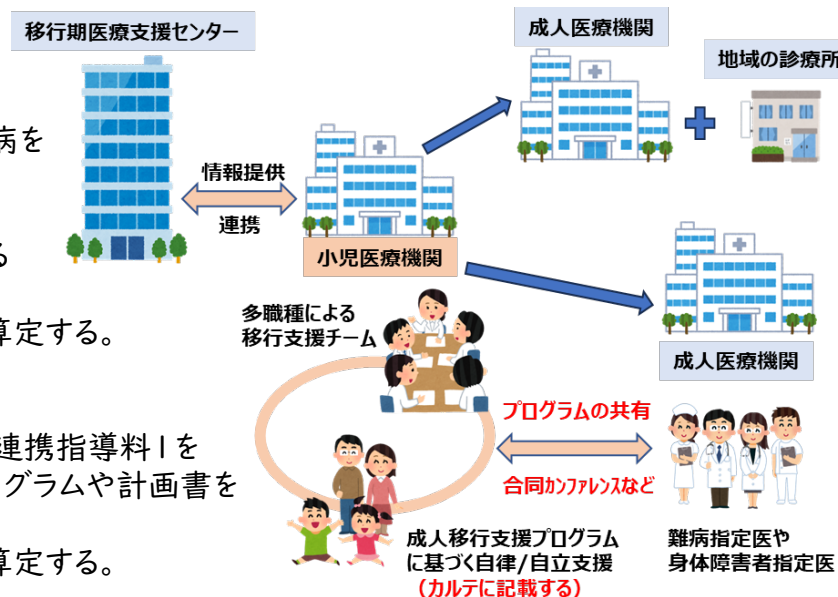
■ 希望する診療報酬上の取扱い

成人移行支援連携指導料1(小児医療機関)

移行期医療における方針が示されている小児慢性特定疾病を持つ患者に対し、自律(自立)支援と成人診療への移行を目的として、多職種による成人移行支援チームが、成人移行支援プログラムに基づいて成人移行支援に関する計画書の策定を行い、成人移行支援を行った場合に、**患者一人につき2年間に限り月1回を限度として500点を算定する。**

成人移行支援連携指導料2(成人医療機関)

難病指定医あるいは身体障害者指定医が、成人移行支援連携指導料1を算定した患者を受入れ、成人移行支援連携指導料1のプログラムや計画書を共有して診療を行った場合に、受入れた成人医療機関毎に**患者一人につき1年間に限り月1回を限度として500点を算定する。**



【日本小児科学会、日本小児看護学会、JACHRI共同作成】

283202 遺伝学的検査の適用拡大(難病領域)

日本人類遺伝学会

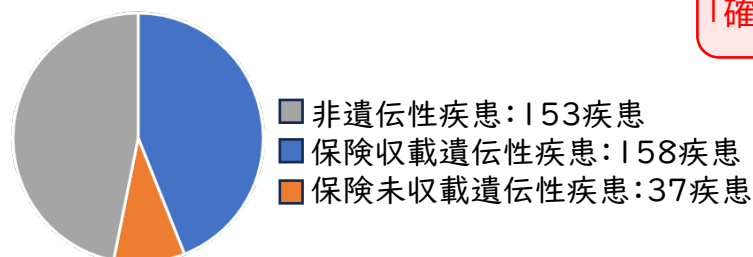
■ 提案技術の概要

遺伝学的検査結果は診断に直結する。①臨床的妥当性、②臨床的有用性、③分析的妥当性(日本医学会ガイドライン)を満たす難病等(指定難病)17疾患の遺伝学的検査を、D006-4適用施設基準を満たす保険医療機関が実施した場合にはそれを算定する。特に診断確定に遺伝学的検査が必須であるレット症候群、ウェルナー症候群、ロウ症候群等を重視する。

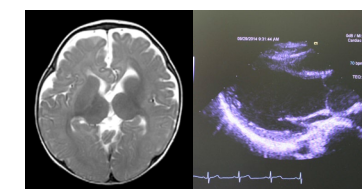
■ 対象疾患

①臨床的妥当性、②臨床的有用性、③分析的妥当性(日本医学会ガイドライン)を満たす指定難病17疾患の遺伝学的検査を、D006-4適用施設基準を満たす保険医療機関が実施した場合にはそれを算定する。

指定難病348疾患における遺伝学的検査の保険適用状況



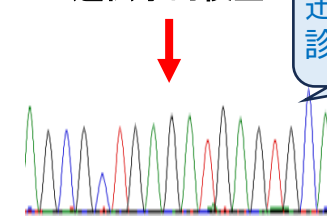
■ 既存の治療法との比較



検査を重ねても「確定」に至らず

既存検査法
● MRI
● 血液生化学
● 心電図
● 心エコー
● 皮膚生検
● 骨髄検査
● 特殊生化学
● ……

遺伝学的検査



迅速で確実な診断の「確定」

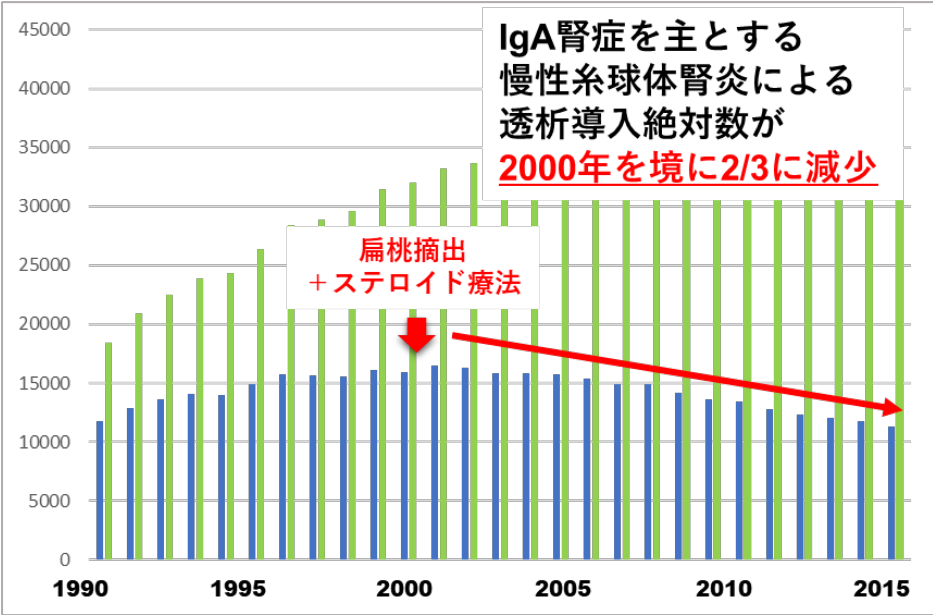
9. 予後改善の重視

■再評価すべき具体的な内容

- 腎生検は腎疾患確定診断・治療方針決定に不可欠な検査である。
- 出血リスクや技術的難易度が高く、専門医指導下でのチーム医療が必須。
- 日本腎臓学会ガイドブックに準拠し、全国で安全性確保の取り組みが実施されている。
- 実態調査で1件当たり実費用40,965円、現行報酬2,000点はこれを大きく下回る。
- 手技の難易度・リスクを踏まえ、経気管支肺生検並みの4,000点への増点が妥当。

■希望する診療報酬上の取扱い

見直し前	2,000点
見直し後	4,000点 (各医療施設での持ち出しのため、実費用に見合う4,000点に増点を提案)
期待される効果	腎生検点数の見直しにより適切な早期診断と治療が普及し、末期腎不全や透析導入を抑制。 →結果として長期的に-15,920,000,000円の医療費削減が期待される。



■再評価すべき具体的な内容

- 24時間蓄尿は煩雑で感染対策上も課題、簡便な代替法が必要。
- 尿蛋白/Cr比は希釈・濃縮補正が可能で1日蛋白排泄量推定に有用。
- CKD診療ガイドで尿蛋白/Cr比評価と定期測定的重要性が明記。
- 尿試験紙定性法では陰性例でも見逃しが多く感度に課題。
- 尿蛋白/Cr比は診断、重症度評価、治療効果判定に不可欠。

■希望する診療報酬上の取扱い

見直し前	再診時、尿定性検査に加えて、尿蛋白や尿クレアチニン測定を行っても、尿糞便判定量が請求できるのみである。
見直し後	再診時、腎疾患判定加算(尿蛋白/クレアチニン比を測定した場合) 22点程度を年4回程度 できる(それ以上の回数の場合には従来通り尿・糞便等検査判断料に含める)ように提案したい。
期待される効果	CKD未診断率の低下、適切な診療の促進を通じ、CKD重症化による末期腎不全患者の減少や心血管イベント抑制。 →国民のQOLの向上と医療費抑制(-20,000,000,000円)を達成する。

我が国の慢性腎臓病(CKD)の現状	
維持透析患者数	約34万人
推定年間医療費	約1.5兆円
推計CKD(慢性腎臓病)患者数	2,000万人(成人の5人に1人)

CKD診療の概念の基本 (TOKD診療ガイド2012)より

1. CKDの定義および重症度分類

(1)CKDの定義

①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか。特に0.15 g/gCr以上の蛋白尿(30 mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要

②GFR<60 mL/分/1.73 m²

①、②のいずれか、または両方が3カ月以上持続する

10. 遠隔医療の推進

271201 遠隔心大血管リハビリテーション管理指導料(オンライン診療料)

日本心臓リハビリテーション学会

■技術の概要

入院中に心リハを経験したが外来継続が困難な患者に対し、認定施設の専門職が情報通信機器を活用し、外来心リハと同様の運動指導・危険因子管理・患者教育を双方向で実施する。

■有用性 2021年ガイドライン

対象を選んで行う
遠隔心臓リハビリ
テーションの推奨と
エビデンスレベル

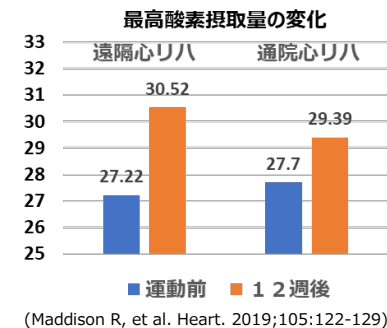
	推奨クラス	エビデンスレベル
心疾患の予後を改善する	IIa	B
運動耐容能を改善する	IIa	B
冠動脈疾患のリスク因子を改善する	IIa	B
従来の外来通院型と同等の総医療費抑制効果がある	IIa	B

■予想影響額

海外RCTで再発・再入院抑制による
マイナス234億円の医療費抑制効果



遠隔心リハの効果は
今までの通院心リハと同等

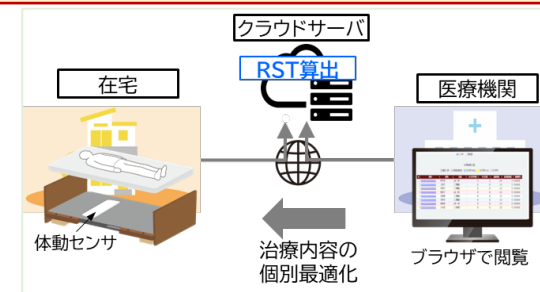


272101 RSTガイドによる心不全増悪の早期検出と治療管理の新設

日本心不全学会

■技術の概要

夜間の呼吸安定時間は、在宅心不全患者の寝具に設置した体動センサの信号から毎朝自動算出され、医療機関で毎日遠隔モニタリングできる。RSTの20秒未満への低下から、潜在性心不全増悪（体重や症状等が増悪する前）を検出でき、早期の治療介入を可能にする。治療介入によりRSTが30秒以上に回復できれば入院を回避することができる。



■有効性及び診療報酬上の取扱い

- 在宅心不全患者のRSTを毎日モニタリングし、低下時には来院調整するための人件費として2,000点/月、また機器加算として2,000点/月が必要。
- 本技術により年間48億円（48万円×1万人）が必要となるが、対象患者での2年に1回の心不全入院（費用：100万円/回）を回避できるようになるため、1年あたり50億円の入院費用が削減できる。よって、少なくとも年間2億円以上の医療費が削減できる。

727212 遠隔放射線治療計画加算の見直し

日本放射線腫瘍学会

■技術の概要

遠隔放射線治療計画：

セキュリティが担保されたネットワーク回線等を利用し、遠隔地から放射線治療計画を実施する技術

➤ 今回、**非常勤施設かつ緊急時利用限定を削除**することを提案する。

■診療報酬上の取扱い

✓ 遠隔放射線治療計画加算：2,000点

- ➔ （非常勤施設）緊急時利用限定を削除し通常照射に適応拡大
- ➔ （常勤医1名施設）加算は算定しないがIMRT施設基準の一部に追加

■有効性

- ✓ 効果：医師働き方改革、患者の照射待機期間短縮、コロナ対策、など
- ✓ 予想影響額：**1.4億円の医療費増額（ただし、遠隔技術の普及による安全な放射線治療提供体制の均てん化が見込める。）**



11. AI(人工知能)診療・診断の推進

提案書番号:244101／日本消化器内視鏡学会／上部消化管内視鏡検査(AI診断支援あり)

【技術の概要】

上部消化管内視鏡検査中にAIを用いた画像診断支援プログラムを使用して、見落としを回避し胃腫瘍の検出率を向上させる

【対象疾患】

胃上皮性腫瘍

参考: 内視鏡画像診断支援ソフトウェア

内視鏡検査中に内視鏡映像の静止を伴う操作を行うことで病変検出支援機能が動作、AIが解析を開始して結果をモニターに表示する。

観察者は本ダブルチェック機能により、診断精度を向上させることができる。



<https://www.ai-ms.com/news/product/20241219> より引用

【類似技術の有効性】

上部内視鏡検査あたりの胃腫瘍見逃し率が有意に低下し、治療介入の遅れの回避により、胃がんによる死亡数が低下する可能性がある(表2)

表2. タンデムRCTの結果※2

	通常観察先行群 (n=905)	AI併用観察先行群 (n=907)	P値
主要評価項目 胃腫瘍見逃し率	27.3%	6.1%	0.015
副次評価項目 胃腫瘍検出率	3.5%	4.9%	0.165
副次評価項目 陽性的中率	8.4%	25.0%	<0.0001

【既存の治療法との比較】

AI併用により、熟練医*の診断精度を上回ることが期待できる(表1)

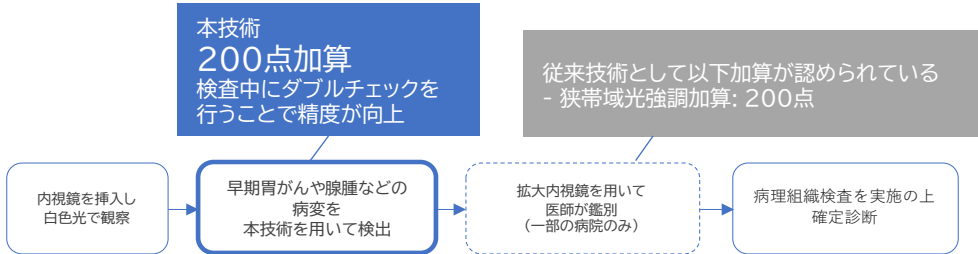
*専門医資格を有し、直近5年間の上部内視鏡検査を200件/年実施

表1. 性能評価試験の結果※1

	熟練医	熟練医+AI
感度	66.4%	83.5%
特異度	90.8%	92.9%

【診療報酬上の取扱い】

「D308胃・十二指腸ファイバースコープ」において本技術を用いた際、「病変検出支援プログラム加算」として1症例ごとに200点を加算。



※1内視鏡画像診断支援ソフトウェア gastroAI 添付文書

※2 Wu L et al. Effect of a deep learning-based system on the miss rate of gastric neoplasms during upper gastrointestinal endoscopy: a single-centre, tandem, randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021 Sep;6(9):700-708.

12. 医療DXの推進

提案書番号:211101／日本医療情報学会／サイバーセキュリティ対策向上加算

【技術の概要】

医療DXを推進する医療機関が、サイバーセキュリティ対策とサイバーセキュリティ人材配置を実現するため、医療機関を「指導的な立場の医療機関」、「自施設の情報システムを守ることができる医療機関」、「他施設や事業者の助けを借りて情報システムを守る医療機関」に分類し、「指導的な立場の医療機関」が他医療機関を支援、指導することで、地域の医療機関が広くサイバーセキュリティ対策向上を図る仕組みを提案する。

【対象疾患】

適切なサイバーセキュリティ対策を講じ、自施設の医療情報システムを守ると共に、医療DXを推進する全ての医療機関

【既存の治療法との比較】

サイバーインシデント

超短期：救急医療等が提供できず、命を救う機会が奪われかねない
緊急性の高い患者の搬送で公費支出がかさむ

短期：患者情報のダークウェブ等への漏洩による患者への直接被害
透析等の診療継続ができず、遠隔地への患者搬送が必要になる

中長期：過去の診療記録が失われ、継続診療に不具合が生じる
デジタルフォレンジック・システム復旧・BCP復旧中の大幅減収等で財政的に医療継続が困難になり、医療機関が失われかねない

サイバーセキュリティ対策強化に向けた施策

- 「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」の整備
- 「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」への対応

サイバーセキュリティ対策強化に向けた医療機関の課題

- 医療情報システム安全管理責任者のスキルセットが定義されていない
- サイバーセキュリティ人材が不足・対策費用の確保が困難

【現状】・不十分なセキュリティ対策・医療機関ごとの対策レベルにバラつき

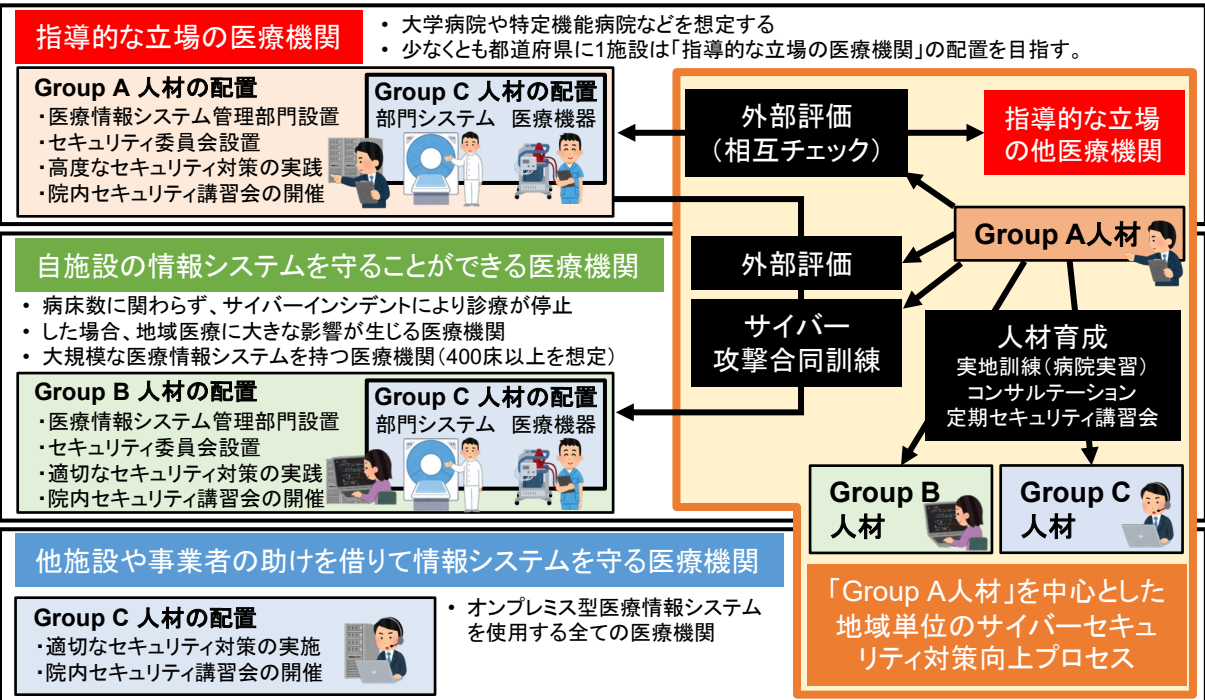
医療機関の役割に応じた情報セキュリティ人材の配置と医療機関間連携（外部評価、人材育成）による対策レベルの引き上げと均質化

サイバーセキュリティ対策を強化する患者へのメリット

- 自身の診療情報の紛失、漏えいリスクを下げることができる
- 診療情報を活用した医療提供を安定して受けることができる
- 医療情報システムを活用した安全な医療を継続して受けることができる
- 医療DXが推進され、クラウドサービスを使った良い医療が提供される。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

安全な地域医療の継続性確保に資する医療機関における情報セキュリティ人材の育成と配置に関する研究（厚労科研 令和5～6年度）



	医療情報システムに対する知識の担保	情報セキュリティに対する知識の担保
Group A人材	「上級医療情報技師」相当の資格・知識	「情報処理安全確保支援士」相当の資格・知識
Group B人材	「医療情報技師」相当の資格・知識	「情報セキュリティマネジメント試験」相当の知識
Group C人材	「医療情報基礎知識検定試験」相当の知識	「ITパスポート試験」相当の知識

医療機関		配置すべき人材	加算	保険点数
指導的な立場の医療機関		Group A+C人材	加算1	入院初日：750点
自施設の情報システムを守ることができる医療機関		Group B+C人材	加算2	入院初日：175点
他施設や事業者の助けを借りて情報システムを守る医療機関	病院（入院）	Group C人材	加算3	入院初日：75点
	病院・クリニック（外来）		加算4	外来患者：月6点

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) 389件

- ・未収載技術 154件 [共同提案 *106件(69%)]
- ・既収載技術 235件 [共同提案 *160件(68%)]

基本診療料 41件 [共同提案 *28件(68%)]

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