

内保連説明会

第2部 資料

令和7年1月24日（金）



一般社団法人
内科系学会社会保険連合

内保連加盟学会一覧（146学会）

日本アフェシス学会	日本産科婦人科学会	日本児童青年精神医学会	日本脳神経超音波学会
日本アルコール・アディクション医学会	日本産婦人科医会	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	日本脳卒中学会
日本アレルギー学会	日本在宅医療連合学会	日本循環器学会	日本肺癌学会
日本医学放射線学会	日本周産期・新生児医学会	日本女性心身医学会	日本ハイパーサーミア学会
日本胃癌学会	日本集中治療医学会	日本女性医学学会	日本泌尿器科学会
日本移植学会	日本消化管学会	日本自律神経学会	日本皮膚科学会
日本医真菌学会	日本消化器内視鏡学会	日本腎臓学会	日本肥満学会
日本遺伝カウンセリング学会	日本消化器病学会	日本腎臓リハビリテーション学会	日本病院会
日本遺伝子診療学会	日本小児アレルギー学会	日本人類遺伝学会	日本病態栄養学会
日本遺伝性腫瘍学会	日本小児栄養消化器肝臓学会	日本膵臓学会	日本病理学会
日本医療情報学会	日本小児科医会	日本睡眠学会	日本不安症学会
日本運動器科学会	日本小児科学会	日本頭痛学会	日本腹膜透析医学会
日本遠隔医療学会	日本小児感染症学会	日本性感感染症学会	日本不整脈心電学会
日本温泉気候物理医学会	日本小児救急医学会	日本整形外科学会	日本フットケア・足病医学会
日本化学療法学会	日本小児血液・がん学会	日本生殖医学会	日本婦人科腫瘍学会
日本核医学会	日本小児呼吸器学会	日本精神科病院協会	日本ヘリコバクター学会
日本カプセル内視鏡学会	日本小児神経学会	日本精神神経学会	日本放射線腫瘍学会
日本環境感染学会	日本小児心身医学会	日本精神分析学会	日本脈管学会
日本冠疾患学会	日本小児循環器学会	日本成人先天性心疾患学会	日本輸血・細胞治療学会
日本感染症学会	日本小児腎臓病学会	日本脊髄障害医学会	日本腰痛学会
日本肝臓学会	日本小児精神神経学会	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	日本リウマチ学会
日本緩和医療学会	日本小児内分泌学会	日本先天代謝異常学会	日本リハビリテーション医学会
日本外来小児科学会	日本小児リウマチ学会	日本総合病院精神医学会	日本臨床栄養学会
日本眼科学会	日本心エコー図学会	日本造血・免疫細胞療法学会	日本臨床検査医学会
日本癌治療学会	日本神経学会	日本超音波医学会	日本臨床検査専門医会
日本急性血液浄化学会	日本神経消化器病学会	日本痛風・尿酸核酸学会	日本臨床細胞学会
日本血液学会	日本神経治療学会	日本てんかん学会	日本臨床腫瘍学会
日本結核・非結核性抗酸菌症学会	日本神経免疫学会	日本透析医学会	日本臨床神経生理学会
日本血栓止血学会	日本心血管インターベンション治療学会	日本糖尿病学会	日本臨床腎移植学会
日本高血圧学会	日本心身医学会	日本東洋医学会	日本臨床整形外科学会
日本高次脳機能学会	日本新生児成育医学会	日本動脈硬化学会	日本臨床内科医会
日本呼吸器学会	日本心臓血管内視鏡学会	日本内科学会	日本臨床微生物学会
日本呼吸器内視鏡学会	日本心臓病学会	日本内分泌学会	日本臨床薬理学会
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	日本心臓リハビリテーション学会	日本乳癌学会	日本リンパ腫学会
日本呼吸療法医学会	日本心不全学会	日本認知症学会	日本老年医学会
日本骨粗鬆症学会	日本心療内科学会	日本脳神経外科学会	日本老年精神医学会
日本再生医療学会	日本磁気共鳴医学会		

内保連役員

理事長

小林 弘祐 (北里大学名誉教授)

副理事長

蝶名林直彦 (聖カタリナ地域包括ケア病院)

高橋 和久 (順天堂大学)

横谷 進 (福島県立医科大学)

待鳥 詔洋 (国立国際医療研究センター国府台病院)

古川 泰司 (帝京大学)

理事

明石 嘉浩 (聖マリアンナ医科大学)

近藤 太郎 (近藤医院)

井田 正博 (国立病院機構水戸医療センター)

島田 朗 (埼玉医科大学)

上村 直実 (国立国際医療研究センター国府台病院)

南学 正臣 (東京大学)

大西 洋 (山梨大学)

平川 淳一 (平川病院)

荻野美恵子 (国際医療福祉大学)

横手幸太郎 (千葉大学)

小早川雅男 (福島県立医科大学)

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)

土器屋卓志 (今村総合病院)

清水恵一郎 (阿部医院)

宮澤 幸久 (帝京大学医学部名誉教授)

清水 達夫 (川越病院)

プログラム

開会の挨拶

小林 弘祐

【第1部：講演会】

費用対効果評価制度等の診療報酬に関する話題提供

木下 栄作（厚生労働省 保険局医療課 医療技術評価推進室長）

【第2部：説明会】

1. 診療領域別委員会委員長交代の件 小林 弘祐
2. 診療領域別委員会副委員長の設置の件 小林 弘祐
3. 社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦の件 小林 弘祐
4. 内保連「報告と提言」重症度、医療・看護必要度に関する検証結果の件 高橋 和久
5. 提案書の作成の件 待鳥 詔洋
6. 三保連シンポジウムの件 待鳥 詔洋

閉会の挨拶

小林 弘祐

第1部 講演会



一般社団法人 内科系学会社会保険連合

Social Insurance Union of Societies Related to Internal Medicine

演者：^{きした}木下 ^{えいさく}栄作

所属：厚生労働省 保険局医療課 医療技術評価推進室長

略歴：平成15年3月 鹿児島大学医学部卒業
平成16年10月 厚生労働省入省医政局総務課に配属
平成19年4月 保険局総務課医療費適正化対策推進室
平成20年7月 健康局総務課生活習慣病対策推進室
平成21年11月 健康局結核感染症 課
平成23年4月 岐阜県健康福祉部保健医療課
平成25年4月 雇用均等・児童家庭局母子保健課
平成27年4月 医政局地域医療計画課
平成29年7月 医政局総務課
平成30年7月 保険局医療課
令和2年 9月 広島県健康福祉局 局長
令和5年 7月 保険局医療課医療技術評価推進室長

第2部

説明会



一般社団法人 内科系学会社会保険連合

Social Insurance Union of Societies Related to Internal Medicine

1. 診療領域別委員会委員長交代の件

下記の通り、診療領域別委員会委員長変更願いを3件受領いたしました。

1) 循環器関連委員会

[前任] 三浦 伸一郎

ま と ば さ と あ き

[後任] 的場 聖明 (京都府立医科大学)

2) 神経関連委員会

[前任] 北川 一夫

う る し た に ま こ と

[後任] 漆谷 真 (滋賀医科大学)

3) 精神科関連委員会

[前任] 福田 正人

ま つ お こ う じ

[後任] 松尾 幸治 (埼玉医科大学病院)

2024年7月1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

循環器関連委員会
委員長 三浦 伸一郎

循環器関連委員会委員長変更願い

循環器関連委員会、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：三浦 伸一郎

[後 任]

氏名：的場 聖明（まとば さとあき）

所属：京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科

以上

2024年10月30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

神経関連委員会
委員長 漆谷 真

神経関連委員会委員長変更願い

神経関連委員会、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：北川一夫

[後 任]
氏名：漆谷 真（うるしたに まこと）
所属：国立大学法人滋賀医科大学 内科学講座脳神経内科

以上

2024年8月29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

精神科関連委員会
委員長 福田正人

精神科関連委員会委員長変更願い

精神科関連委員会、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：福田正人

[後 任]

氏名：松尾幸治（まつお こうじ）

所属：埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科

以上

2. 診療領域別委員会副委員長設置の件

○ 副委員長の設置について

現状、副委員長の設置については各委員会にて任意となっているが、本連合の定款に倣い、事故があった場合を想定して副委員長の設置を必須とする。

《定款》

第34条 4 各委員会に委員長1名を置き、理事会の推薦に基づき、理事長が委嘱する。副委員長は委員長の指名により選任される。

[参考:診療領域別委員会 委員長・副委員長一覧]

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

※ 内視鏡関連委員会は、外保連と合同の委員会となり、外保連より委員長(現在は清水伸幸先生)、内保連より副委員長(現在は高橋典明先生)が選出されている。

3. 日本医師会 社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦の件

日医発第 1338 号（保険）
令和 6 年 11 月 5 日

内科系学会社会保険連合
理事長 小林 弘祐 殿

日本医師会
会長 松本 吉郎
(公印省略)

日本医師会 社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦について（依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

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

さて、本会では診療報酬上の諸課題を検討するために今期も標記委員会を設置し、次期診療報酬改定に向けた対応等を推進して参りたいと考えております。

つきましては、貴会より上記の委員会の委員として適任者 1 名のご推薦をいただきたくお願い申し上げます。

なお、お忙しいところ恐縮ではございますが、11月20日（水）までに日本医師会医療保険課宛にご回報下さいますようお願い申し上げます。

敬具

<担当事務局>

日本医師会 医療保険課：進藤

〒113-8621 文京区本駒込 2-28-16

電話 03-3946-2121/FAX:03-3946-6295

E-mail : hoken@po.med.or.jp

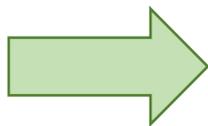


令和6年度診療報酬改定

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

内保連HPにて
公開しております



<https://www.naihoren.jp/wp-content/uploads/2024/10/8fe13c711f6d9091a8a107d5be3bf0de-1.pdf>

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

令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、令和4年度の基準に比べ、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判定基準の変更（急性期一般入院料IからB項目の削除）、A7（救急搬送後の入院；5日から2日）の変更であった。
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。
- 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手術なし症例をあまり評価していなかった。

提言

- 判定基準に負荷度の高い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に負荷度の高い手術なし症例（E、Dランク）の評価を提言する。

*負荷度ランクについては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）を参照のこと



4. 内保連「報告と提言」重症度、医療・看護必要度に関する検証結果の件

令和6年度診療報酬改定 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について

目的

令和6年度改定における重症度、医療・看護必要度の変更について、従来の令和4年度の基準との該当患者の割合を比較することで、内科系の負荷がどの程度評価されるようになったかを検証する。

(参考) 令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の主要な変更点

評価項目	A1 創傷処置	重度褥瘡処置に係る診療行為を対象から除外
	A3 注射薬剤3種類以上の管理	7日間を評価日数の上限とする
	A6 専門的な治療・処置	①抗悪性腫瘍剤の使用、③麻薬の使用、⑦昇圧剤の使用、⑧抗不整脈剤の使用、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩無菌室での治療を 2点⇒3点に変更
	A7 救急搬送後の入院/ 緊急に入院を必要とする状態	評価日数を5日⇒2日に変更
	C 手術等の医学的状況	対象手術及び評価日数の見直し
判定基準	該当患者割合の基準の見直し	
他	急性期一般入院料1、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において、 B項目を含む条件(A項目2点以上かつB項目3点以上)を除外	
他	短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を、評価対象者に追加	

手段

1. 調査対象

内保連負荷度調査で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る患者のデータを使用した※。

(※：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)

2. 検証方法

令和4年度と令和6年度の重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合の差異を比較した。

具体的には次のような集計を行った。

- ① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化
- ② 各種指標（NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScale）と該当患者割合の関係の変化、死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価
- ③ 内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

なお、本分析における該当患者の判定基準は、急性期一般入院料1の施設基準に用いられる基準とした。

○判定基準の定義(急性期一般入院料1)	
令和4年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目2点以上かつB項目3点以上 または ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上
令和6年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上

← B項目が削除

注)令和6年度版では判断基準として「A項目2点以上またはC項目1点以上」という基準も別途設けられているが、本検証では上記の判定基準を満たす患者を該当患者とした。

令和6年度診療報酬改定 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について

結果

① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化について【スライド9～11参照】

急性期一般入院料1の基準における**内科系症例(手術なし症例)の該当患者割合は約3割減少した**(21.0%⇒15.0%)。手術あり症例含む全体では2割弱の減少であった(32.7%⇒27.0%)。

減少の要因としては、第一に判定基準からのB項目の除外、次いでA7(救急搬送)の評価期間の短縮の影響が大きかった。評価項目単体でみた場合、A6(専門的治療・処置)の項目の一部が2点から3点になった点については、内科系症例の該当患者は全体と比べても増加していたが、判定基準(B項目の除外)まで含めると、全体よりも減少割合が大きくなるという結果となった。

② 各種指標との関係や死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価について【スライド12～17参照】

心不全の重症度を表すNYHA心機能分類において、重症度が最も低い患者の該当患者割合は約5%増えた一方、重症度が最も高い患者の該当患者割合は約7%減少した。呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScaleも同様の傾向を示していた。

また、死亡退院した患者を重症患者とみなした場合の性能評価についても、重症患者でない者のうち該当患者ではなかった者の割合(特異度)は上昇したものの、重症患者のうち該当患者だった者の割合(感度)、該当患者のうち重症患者だった者の割合(陽性適中率)、重症患者を判別する能力と正確さの総合的な評価(F値)は低下した。

概して、重症と軽症を判別する指標としての性能が低下した可能性がある。

③ 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【スライド18～21参照】

内保連の調査により診療負荷が高いとされた診断群分類(DPC)※について、白血病など該当患者割合が増加した診断群分類もあったが、過半数の分類で該当患者割合が減少した。

内科系疾患においては、診療負荷の高い診断群分類においても患者が該当しにくくなったといえる。

(※：内保連負荷度ランクでDとEの診断群分類)

総評(まとめ)

A6(専門的な治療・処置)の見直しで内科系においてよく行われる治療・処置が2点から3点となり、一部の症例が評価されるようになったものの、改定全体としてみた場合、現行の重症度、医療・看護必要度が患者の重症度を適正に評価できているとは言い難い。

今後の取り組みとしては、

- 医療従事者の総合負荷(身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間からみた負担)への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度の中でより適切に行われるための方策を策定していく。
- 上記の方策を実現可能なものとするため、加盟する内科系学会を代表して、関係各所に働きかけていく。

の2点を推進していくのはどうか。

以上

令和6年度診療報酬改定
重症度、医療・看護必要度に関する検証結果

令和6年10月18日

一般社団法人 内科系学会社会保険連合

目 次

1. 検証結果の概要	3
2. 検証結果についての総評	4
3. 令和6年度改定の概略	5
4. 改定検証の概要	6
5. 結果	9
6. 今後の取り組み	22

1. 検証結果の概要

令和6年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度の見直しの影響を、内保連として97病院のDPCデータを用いて独自に検証したところ、以下のような結果が得られた。

- B項目の除外、A7（救急搬送）の評価期間の短縮が要因で、急性期一般入院料1の基準における**内科系症例（手術なし症例）の該当患者割合は約3割減少した（21.0%⇒15.0%）**。手術あり症例含む全体では2割弱の減少であった（32.7%⇒27.0%）。【スライド9～11参照】
 - B項目の除外、A7（救急搬送）は全体と比べて内科系の症例に影響が大きく、**もともと低かった内科系症例の該当患者割合が、より大きく落ち込んだ**。
- 心不全の重症度を表すNYHA心機能分類において、**重症度が最も低い患者の該当患者割合は約5%増えた一方、重症度が最も高い患者の該当患者割合は約7%減少した**。その他呼吸器Hugh-Jones分類等も同様の傾向を示した。【スライド12～17参照】
 - **重症と軽症を判別する、指標としての性能が低下した可能性がある**。
- 内保連の調査により診療負担が高いとされた診断群分類（DPC）との関係について、白血病など該当患者割合が増加した診断群分類もあったが、**過半数の分類で該当患者割合が減少した**。【スライド18～21参照】
 - 内科系疾患においては、**診療負担の高い診断群分類においても患者が該当しにくくなっている**。

2. 検証結果についての総評

A6（専門的な治療・処置）の見直しで内科系でよく行われる治療・処置が3点となり、一部の症例が評価されるようになったものの、改定全体としてみた場合、現行の重症度、医療・看護必要度が患者の重症度を適正に評価できているとは言い難い。

- 高齢者救急のあり方についての議論を発端とし、出来高換算による医療資源投入量の多寡を議論の主軸として、B項目の除外とA7（救急搬送）の評価期間の短縮が併せて行われたが、結果として内科系の該当患者割合が全体と比して大きく減少することとなった。**出来高換算点数に偏った根拠によって見直しを行うと、適正な病棟の機能分化につながらない可能性がある。**
- 検証では、NYHA心機能分類との関連性など、重症の患者を重症と判定する、指標としての性能が低下していることが示唆されている。**今後の改定においては、患者の重症度やそれに対応した医療資源の確保という観点も交えた、より包括的な検討を行うべきである。**
- 当連合の定めた、内科系の診療負荷の高い診断群分類において、過半数の分類で該当患者割合が減少した。診療負荷の高い症例が評価されなくなると将来的に適正な医療従事者の配置や医療の提供を継続できなくなる恐れがあるため、**重症度、医療・看護必要度に、医師の実際の負荷が反映されているのかを改めて問う必要がある。**

3. 令和6年度改定の概略

- 令和6年度診療報酬改定において、医療機関の機能分化および患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しが以下のように行われた。

○令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の主要な変更点

評価項目	A 1 創傷処置	重度褥瘡処置に係る診療行為を対象から除外
	A 3 注射薬剤 3 種類以上の管理	7 日間を評価日数の上限とする
	A 6 専門的な治療・処置	①抗悪性腫瘍剤の使用、③麻薬の使用、⑦昇圧剤の使用、⑧抗不整脈剤の使用、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑪無菌室での治療を 2 点⇒3 点に変更
	A 7 救急搬送後の入院/ 緊急に入院を必要とする状態	評価日数を 5 日⇒2 日に変更
	C 手術等の医学的状況	対象手術及び評価日数の見直し
判定基準	該当患者割合の基準の見直し	
	急性期一般入院料 1、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 において、 B項目を含む条件（A項目 2 点以上かつB項目 3 点以上）を除外	
他	短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を、評価対象者に追加	

4. 改定検証の概要

- 目的
 - 令和6年度改定における重症度、医療・看護必要度の変更について、従来の令和4年度の基準との該当患者の割合を比較することで、内科系の負荷がどの程度評価されるようになったかを検証する。具体的には次の「検証方法」に示した集計分析を実施する。
- 調査対象
 - 内保連負荷度調査※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る患者のデータ（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）。

※：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調査するため、内科系学会社会保険連合が実施した一連の研究・分析のこと。「主治医に対するアンケート」、「エキスパートパネルに対するアンケート」およびDPCデータ分析をもとに行われた。

4. 改定検証の概要

• 検証方法

- 前述の調査対象より以下の集計を実施し、令和4年度と令和6年度の該当患者割合の差異を比較した。
 - ① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化
 - ② 各種指標（NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScale）と該当患者割合の関係の変化、死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価
 - ③ 内保連負荷度ランク（スライド18の注参照）と該当患者割合の関係の変化
- 本分析における該当患者の判定基準は、急性期一般入院料1の施設基準に用いられる基準とした。具体的には以下の表のとおり。

○判定基準の定義（急性期一般入院料1）

令和4年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目2点以上かつ B項目3点以上 または ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上 	B項目が削除
令和6年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上 	

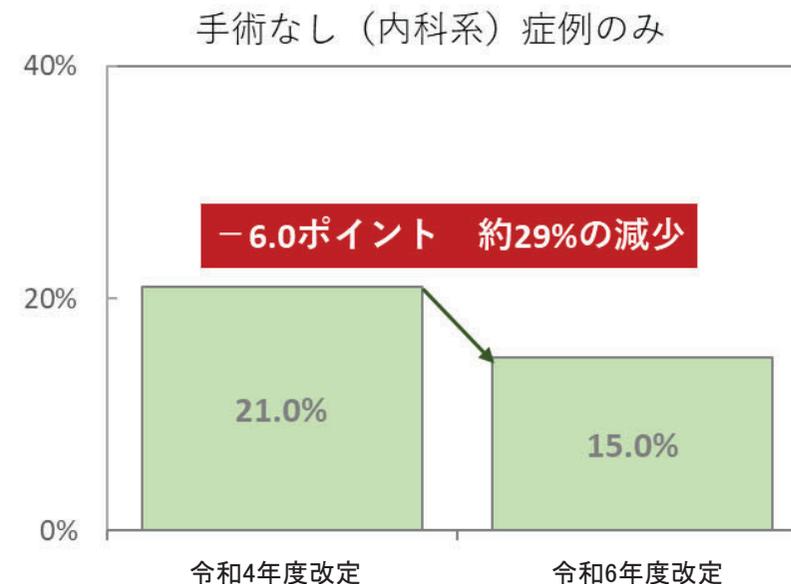
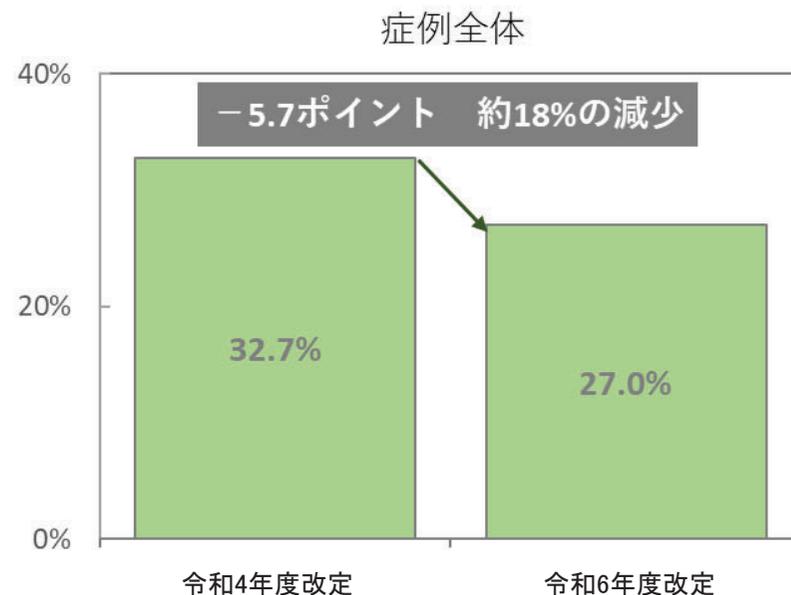
注) 令和6年度版では判断基準として「A項目2点以上またはC項目1点以上」という基準も別途設けられているが、本検証では上記の判定基準を満たす患者を該当患者とした。

4. 改定検証の概要

- 検証の限界について
 - 改定の検証にあたっては、今回用いたデータは内保連負荷度調査で収集したDPCデータ（対象期間：平成30年4～9月）であるため、下記の点に留意されたい。
 1. データの年次が古いため、看護必要度の評価対象となる薬剤や手技のうち、データ収集当時存在しなかった新薬や新技術等を評価できない。
 2. 悉皆調査でないため、検証結果にサンプリングバイアスがかかり得る。
 3. 看護必要度の評価対象となる薬剤や手技について、データ収集当時と現在では治療のトレンドが変わっている場合、バイアスになり得る。
- 集計委託先
 - 集計は(株)健康保険医療情報総合研究所に委託した。

5. 結果①：該当患者割合の変化

- 令和6年度の評価項目と判定基準で集計した場合と、令和4年度の評価項目と判定基準で集計した場合を比較すると、該当患者の割合は－5.7ポイントの減少となった。（32.7%⇒27.0%）
 - うち手術なし（内科系）の症例の該当患者割合については、もともと全体より11.7ポイント下回っていたものが、**全体の減少幅より大きい－6.0ポイントの減少となり、3割近い減少となった。（21.0%⇒15.0%）**



5. 結果①：該当患者割合の変化

- 減少割合を評価項目・判断基準ごとに個別にみていった場合、最も減少が大きかったものは判断基準の改定（-6.7ポイント）、次いでA7（救急搬送後の入院）の改定（-2.8ポイント）で、いずれも**全体と比べて手術なし症例のみ（内科系のみ）の減少割合の方が大きかった。**

分析条件のパターン		評価項目	判断基準	短期滞在手術の患者	該当患者割合（施設別中央値）			
					分析対象全体	令和4年度版との差	手術なし症例のみ	令和4年度版との差
比較対象（グリーンブックver.2と同様の集計）		令和4年度版	令和4年度版	含まない	32.7%		21.0%	
評価項目は改定せず、判断基準のみ改定した場合		令和4年度版	令和6年度版	含まない	27.0%	-5.7%	14.3%	-6.7%
判断基準は改定せず、評価項目を改定した場合	評価項目のみ改定し、判断基準を改定しない場合	令和6年度版	令和4年度版	含まない	30.1%	-2.6%	19.2%	-1.8%
	A1のみ改定した場合	左記項目のみ令和6年度版※			32.7%	0.0%	20.9%	-0.1%
	A2のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A3のみ改定した場合	同上			31.5%	-1.2%	19.7%	-1.3%
	A4のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A5のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A6のみ改定した場合	同上			34.4%	1.6%	22.9%	1.9%
	A7のみ改定した場合	同上			30.5%	-2.3%	18.2%	-2.8%
	Cのみ改定した場合	同上			31.5%	-1.2%	21.0%	0.0%

※：「分析条件のパターン」で指定した項目のみ令和6年度版で、それ以外は令和4年度版の評価項目。たとえば「A1のみ改定した場合」は、A1のみ令和6年度版、それ以外は令和4年度版の評価項目で集計を行っている。

5. 結果①：該当患者割合の変化

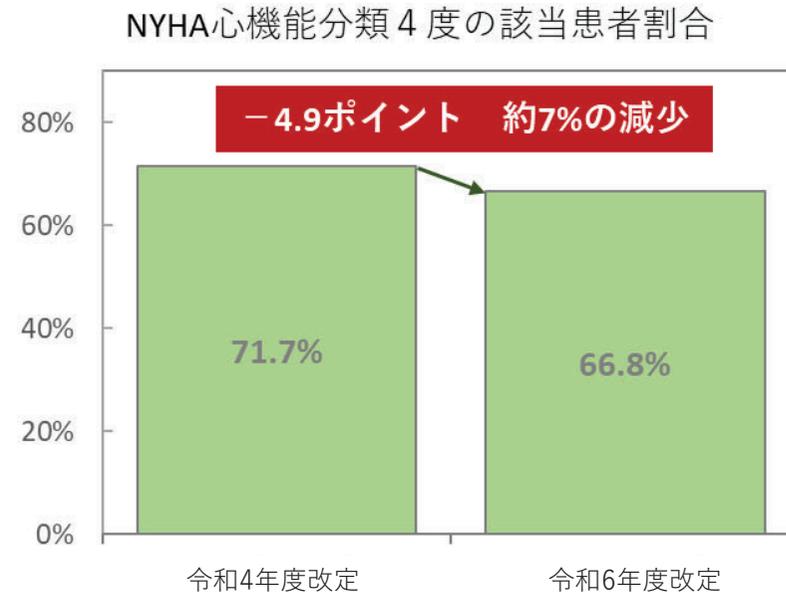
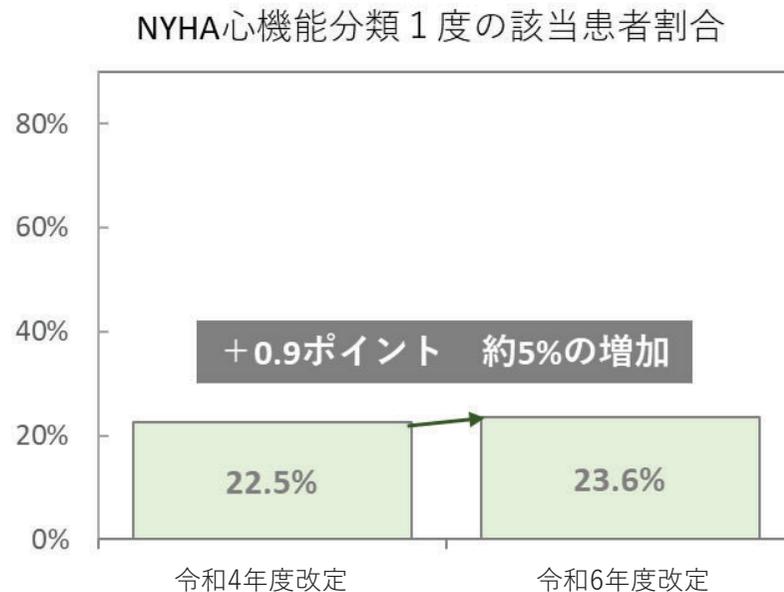
- 一部の配点が3点となったA6項目（専門的な治療・処置）の変更については、評価項目のみでみた場合、全体と比べても該当患者割合は増加していた（+1.9ポイント）。その一方で、判定基準まで含めると全体よりも減少割合が大きくなるという結果となった。

分析条件のパターン		評価項目	判定基準	短期滞在手術の患者	該当患者割合（施設別中央値）			
					分析対象全体	令和4年度版との差	手術なし症例のみ	令和4年度版との差
比較対象（グリーンブックver.2と同様の集計）		令和4年度版	令和4年度版	含まない	32.7%		21.0%	
判定基準は改定せず、評価項目を改定した場合	A6のみ改定した場合	左記項目のみ 令和6年度版※	令和4年度版	含まない	34.4%	1.6%	22.9%	1.9%
判定基準・評価項目ともに改定した場合	A6のみ改定した場合	左記項目のみ 令和6年度版※	令和6年度版	含まない	30.1%	-2.6%	17.7%	-3.3%

※：「分析条件のパターン」で指定した項目のみ令和6年度版で、それ以外は令和4年度版の評価項目。たとえば「A1のみ改定した場合」は、A1のみ令和6年度版、それ以外は令和4年度版の評価項目で集計を行っている。

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- NYHA心機能分類※と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、**最も重症である4度の患者（安静にしているでも心不全症状・狭心症状が生じる患者）の該当割合の減少幅が1～3度と比較して大きくなっていった。**



※：ニューヨーク心臓協会が作成した心機能分類(法)。数値が大きくなるほど心不全の症状の程度が強いことを示す。

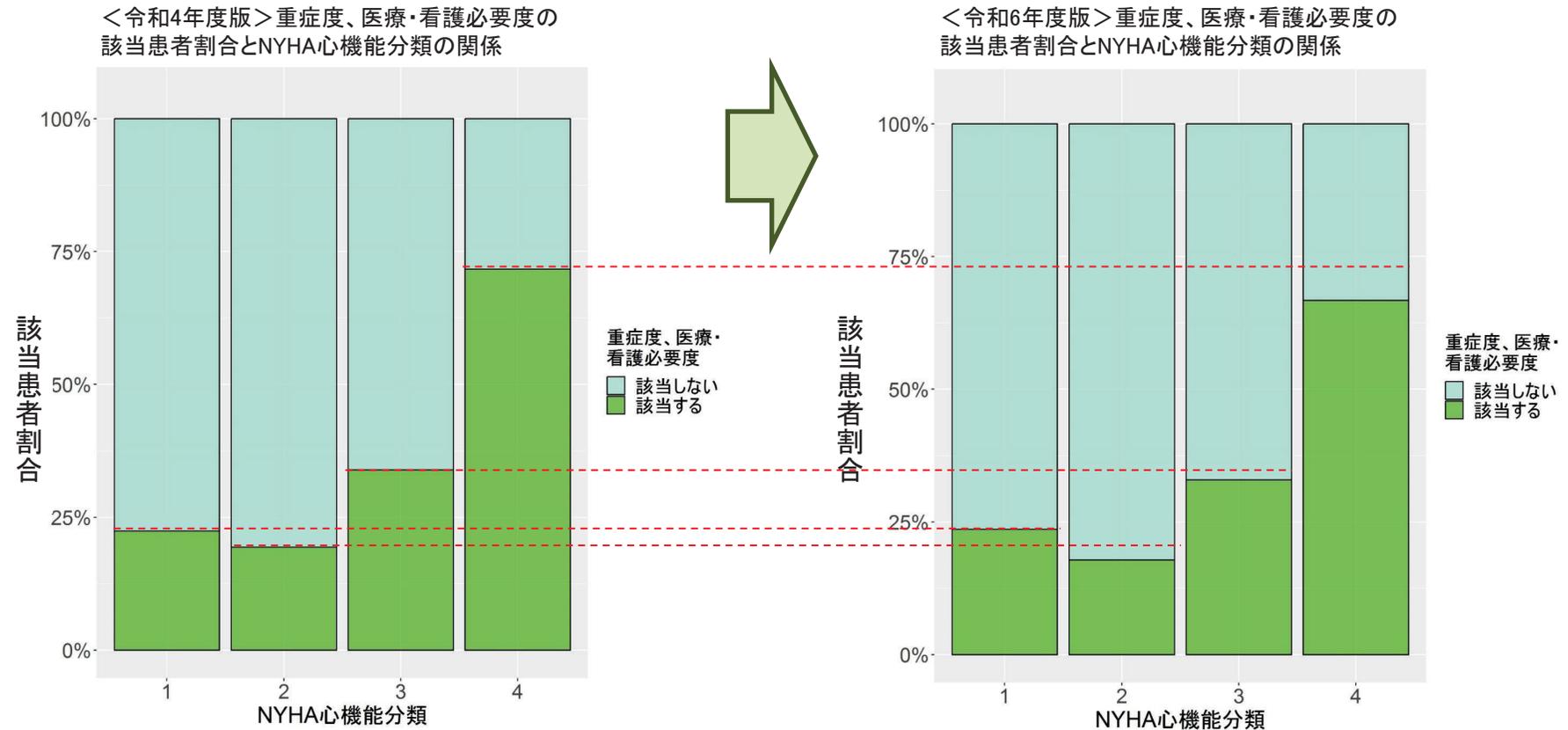
1度と4度の患者の詳細な定義は次のとおり。

1度…「身体活動に制限のない心疾患患者（心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常の身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状はきたさない。）」

4度…「身体活動を制限し安静にしているでも心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。

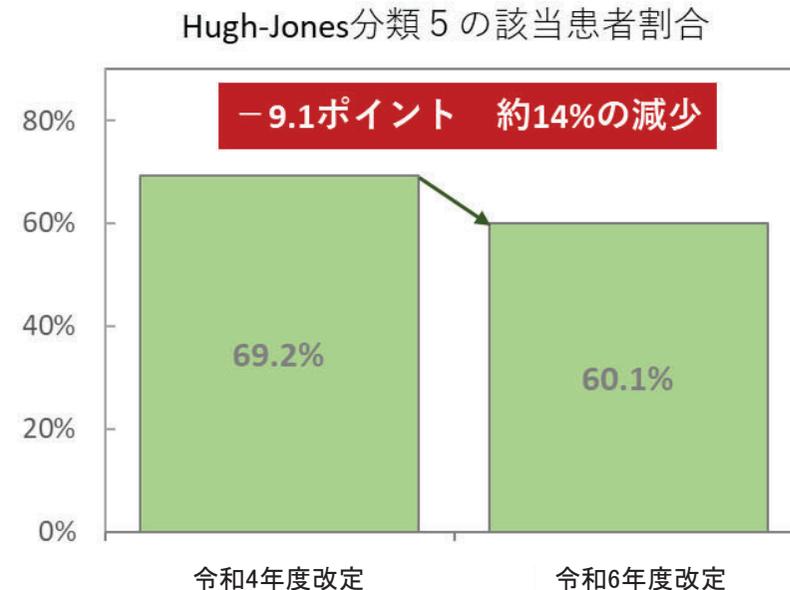
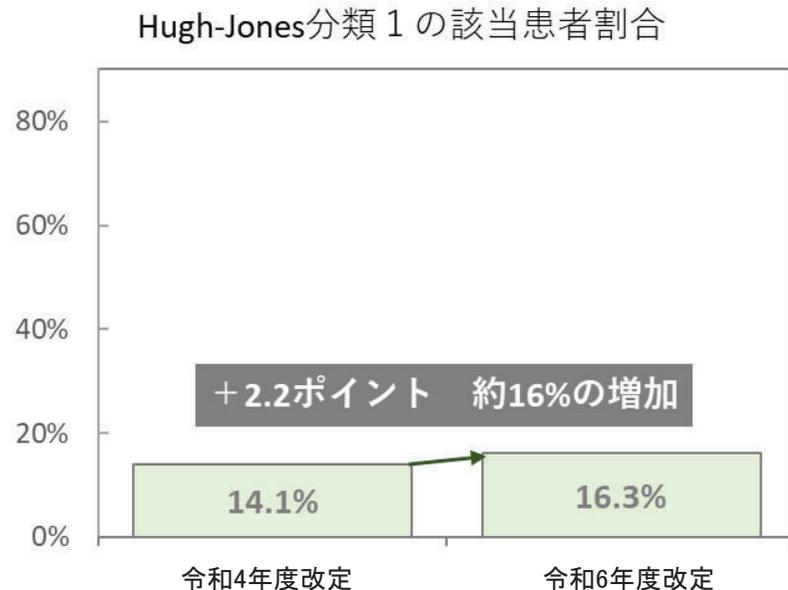
（心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。）」

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化



5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

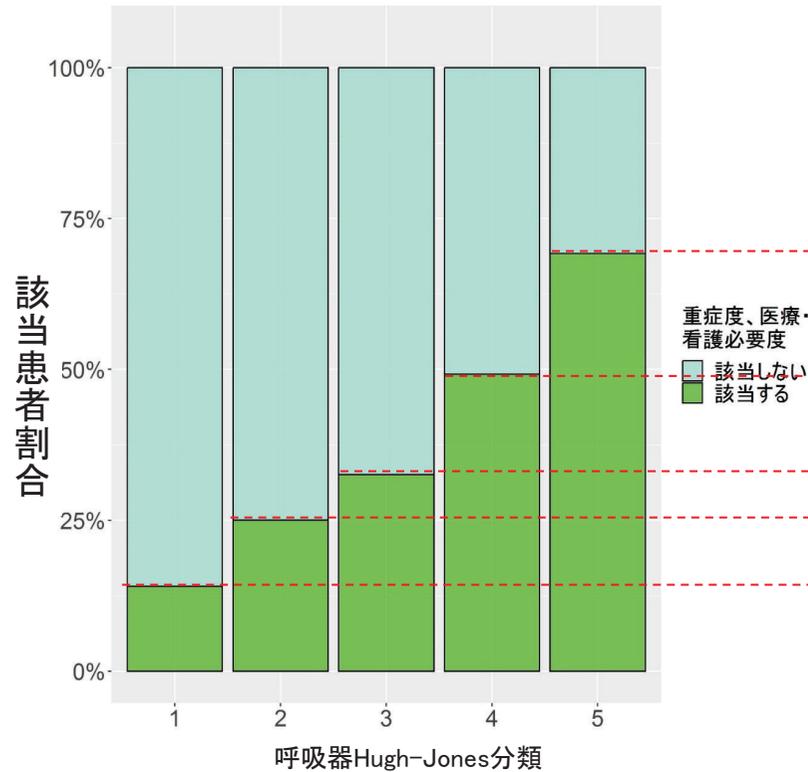
- 呼吸器Hugh-Jones分類※と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、最も重症である分類5の患者（会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない患者）の該当割合の減少幅が、分類1～4と比較して大きくなっていった。



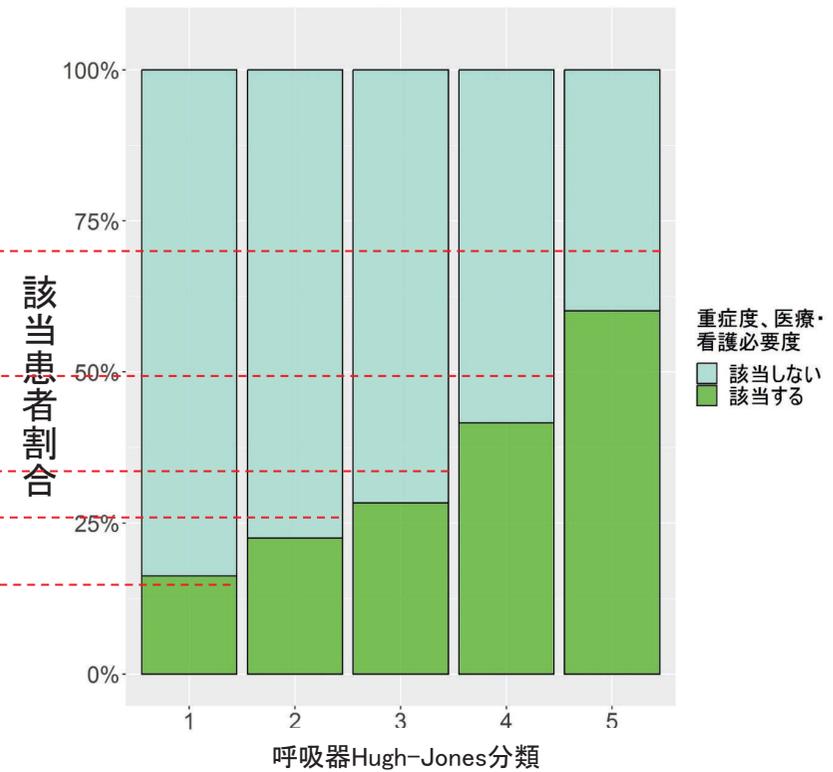
※：呼吸器疾患患者の運動機能と呼吸困難からみた評価基準で、数値が大きくなるほど生活の障害の程度も大きくなる。
 分類1度と分類5の患者の詳細な定義は次のとおり。
 分類1…「同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段昇降も健康者並みにできる。」
 分類5…「会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない。」

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

＜令和4年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合と呼吸器Hugh-Jones分類の関係

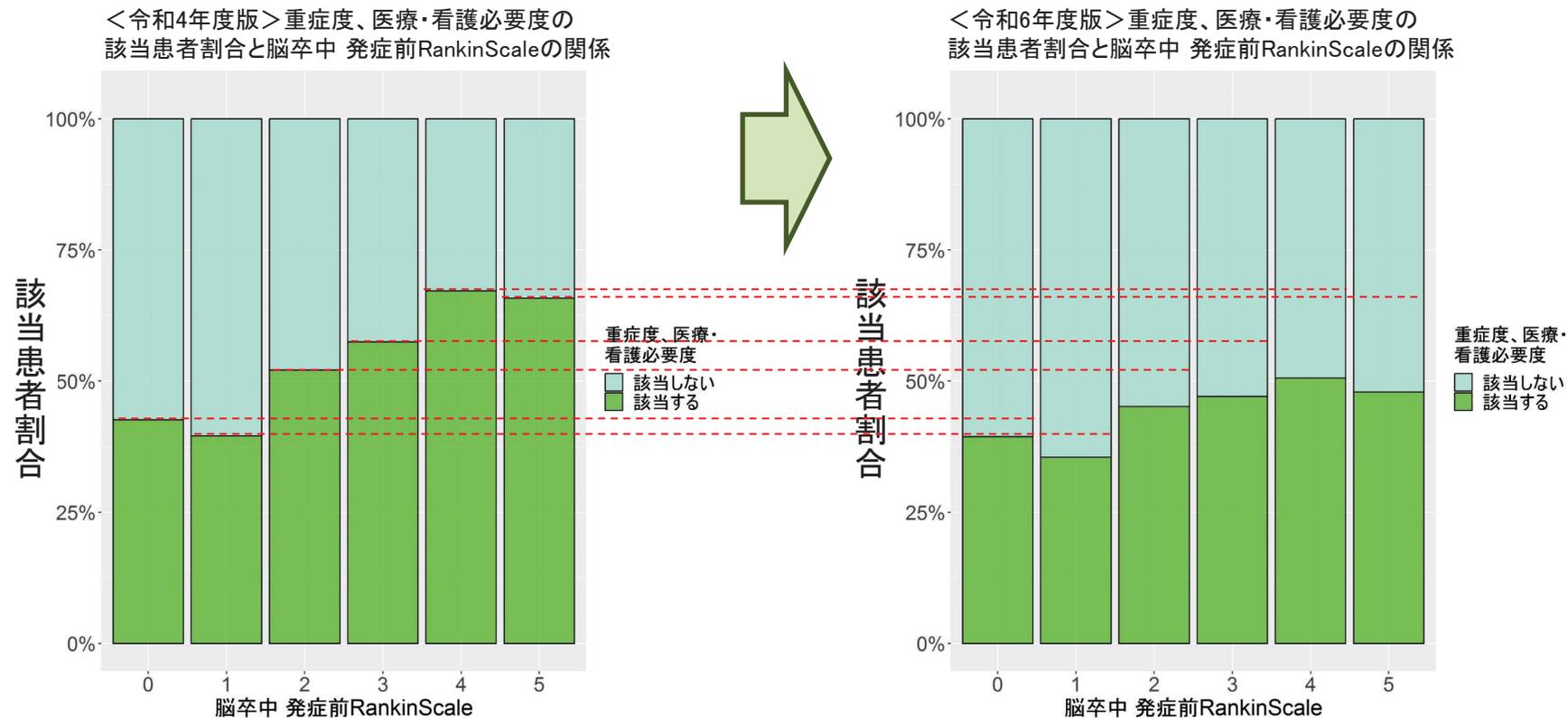


＜令和6年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合と呼吸器Hugh-Jones分類の関係



5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

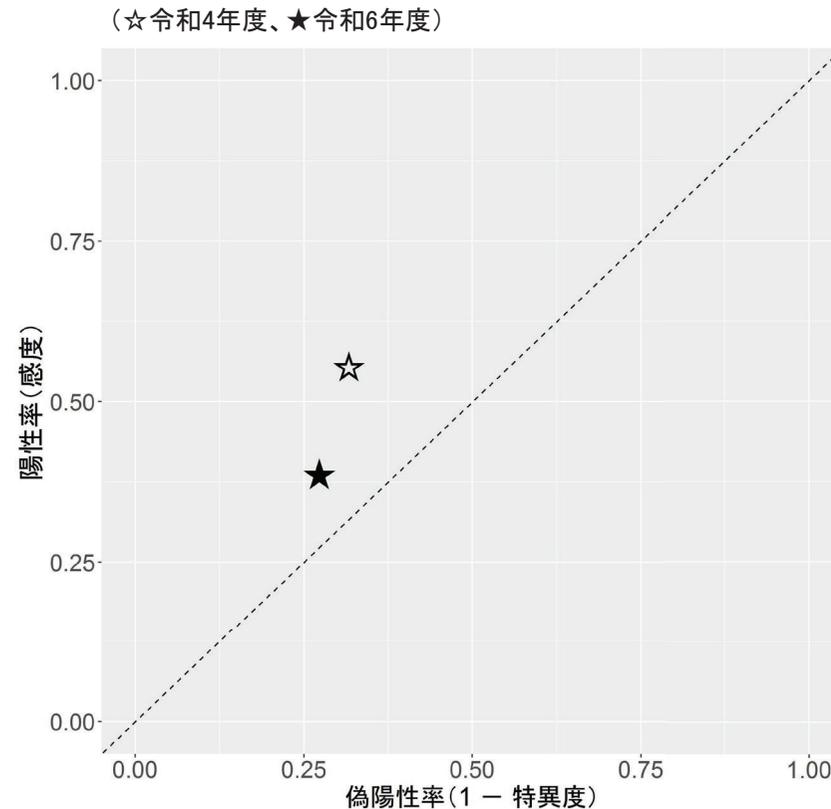
- 脳卒中発症前RankinScale*と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、**重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）を示す5の患者で該当患者割合の減少幅が最も大きかった。**



5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- 死亡退院した患者を重症患者とみなした場合の性能評価を行うと、令和4年度と比較して、感度、陽性適中率、F値※が低下していた。

※：感度は重症患者（死亡退院だった患者）のうち該当患者だった者の割合。重症患者を重症と判定する能力を示す。
陽性適中率は該当患者のうち重症患者だった者の割合、F値は重症患者を判別する能力と正確さの総合的な評価を示す。
特異度は重症患者ではなかった者のうち該当患者ではなかった者の割合。重症でない患者を重症でないと判定する能力を示す。



指標	2022	2024	増減
感度	0.555	0.387	-0.168
特異度	0.683	0.727	+0.044
陽性 適中率	0.075	0.062	-0.013
F値	0.132	0.106	-0.026

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

- DPCコード別に、改定前後における該当患者割合の変化をみると、内保連負荷度ランク※の高い（D、Eランク）診断群分類の該当患者割合は、37分類中28分類が減少し、9分類で該当患者割合が増加した。
 - 急性白血病についてはEランク、Dランクともに20ポイント以上増加した。**A6（専門的な治療・処置）の見直しに起因するとみられる。**

※：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。Eランクは負荷度が最も高い分類で、Dランクはそれに次ぐ分類。負荷度ランクは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。詳細については「内保連グリーンブック 内保連負荷度ランクと内科系技術の適性評価に関する提言ver.1」(<https://www.naihoren.jp/activity/558/>)を参照のこと。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクEランクの診断群分類と該当患者割合の関係

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日)※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
010040x099000x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10未満） 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	E	23,779	15.0%	4.8%	-10.2%
040040xx9903xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 3あり	E	9,709	17.0%	13.4%	-3.5%
040081xx99x10x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 あり 定義副傷病 なし	E	3,552	36.0%	19.1%	-16.9%
050130xx97020x	心不全 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	E	10,687	35.3%	31.0%	-4.4%
050130xx99020x	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	E	12,760	30.3%	24.4%	-5.9%
110280xx02x1xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 動脈形成術、吻合術 その他の動脈等 手術・処置等2 1あり	E	17,026	11.6%	14.4%	+2.9%
130010xx97x2xx	急性白血病 手術あり 手術・処置等2 2あり	E	39,382	41.6%	65.5%	+23.9%
130030xx97x3xx	非ホジキンリンパ腫 手術あり 手術・処置等2 3あり	E	14,826	29.7%	33.0%	+3.3%
130030xx97x40x	非ホジキンリンパ腫 手術あり 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	E	27,333	26.5%	32.3%	+5.8%
130100xxxxx4xx	播種性血管内凝固症候群 手術・処置等2 4あり	E	11,308	50.6%	40.0%	-10.6%
180010x0xxx2xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等2 2あり	E	12,970	34.1%	21.2%	-13.0%
180010x0xxx3xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等2 3あり	E	7,043	45.4%	31.2%	-14.2%

※：短期滞在手術の患者も含む。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクDランクの診断群分類と該当患者割合の関係①

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日) ※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
010040x199x00x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10以上） 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	9,434	20.2%	7.3%	-12.9%
010060x2990411	脳梗塞（脳卒中発症3日目以内、かつ、JCS10未満） 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 1あり 発症前Rankin Scale 0、1又は2	D	10,156	26.1%	22.8%	-3.4%
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	69,591	27.4%	9.8%	-17.5%
040110xxxxx0xx	間質性肺炎 手術・処置等2 なし	D	40,912	25.3%	20.1%	-5.2%
050030xx97000x	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	18,811	43.7%	35.4%	-8.3%
050030xx97030x	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 3あり 定義副傷病 なし	D	3,873	30.8%	24.9%	-6.0%
050080xx99101x	弁膜症（連弁膜症を含む。） 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 あり	D	74	27.0%	27.0%	+0.0%
050130xx97000x	心不全 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	15,005	34.7%	27.9%	-6.8%
050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	55,569	26.4%	18.6%	-7.8%
050130xx9901xx	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 1あり	D	10,433	28.5%	20.2%	-8.3%
050130xx9910xx	心不全 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし	D	14,772	32.2%	29.0%	-3.2%
050130xx99120x	心不全 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	D	7,241	29.1%	28.4%	-0.7%
050161xx99000x	解離性大動脈瘤 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	5,399	11.1%	4.4%	-6.7%
060060xx97100x	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等1 あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	13,474	52.5%	42.5%	-10.1%
06007xxx97x00x	膵臓、脾臓の腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	14,321	46.9%	37.7%	-9.2%

※：短期滞在手術の患者も含む。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクDランクの診断群分類と該当患者割合の関係②

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日) ※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
06007xxx99051x	脾臓、脾臓の腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 5あり 定義副傷病 あり	D	151	17.9%	25.8%	+7.9%
060210xx9710xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術あり 手術・処置等 1 あり 手術・処置等 2 なし	D	6,807	48.2%	34.7%	-13.5%
070560xx99x00x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 手術なし 手術・処置等 2 なし 定 義副傷病 なし	D	35,008	5.5%	4.2%	-1.2%
070560xx99x01x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 手術なし 手術・処置等 2 なし 定 義副傷病 あり	D	4,850	5.3%	4.4%	-0.9%
110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群 手術なし 手術・処置等 2 なし	D	10,705	10.1%	16.8%	+6.7%
130010xx99x2xx	急性白血病 手術なし 手術・処置等 2 2あり	D	2,709	17.5%	47.3%	+29.8%
130030xx99x30x	非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等 2 3あり 定義副傷病 なし	D	9,872	16.0%	22.9%	+7.0%
130040xx99x5xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 手術なし 手術・処置等 2 5あり	D	11,471	14.9%	9.3%	-5.6%
130060xx97x40x	骨髄異形成症候群 手術あり 手術・処置等 2 4あり 定義副傷病 なし	D	8,200	29.6%	29.0%	-0.7%
180010x0xxx0xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等 2 なし	D	17,317	24.3%	12.5%	-11.8%

※：短期滞在手術の患者も含む。

6. 今後の取り組み

「2. 検証結果についての総評」で述べたように、重症度、医療・看護必要度について、今後も出来高換算点数を主軸に見直しを行った場合、適正な病棟の機能分化につながらず、ひいては被保険者である国民の不利益につながる恐れがある。見直しにあたっては、患者の容体やそれに対応した医療資源の確保という観点も交え、より精緻な議論を行うべきであり、当連合としては以下のような取り組みを推進していく。

- **医療従事者の総合負荷（身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間からみた負担）への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度の中でより適切に行われるための方策を策定していく。**
- **上記の方策を実現可能なものとするため、加盟する内科系学会を代表して、関係各所に働きかけていく。**

以上

5. 提案書の作成の件

○ 令和8年度 診療報酬改定スケジュール (厚労省の指示によってスケジュールが変更になる可能性があります。)

令和6年(2024年)			令和7年(2025年)						
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
提案意向調査		診療領域別委員会開催		提案書受付			内保連 ヒアリング	提案書 提出	厚労省 ヒアリング*
▶ 10月21日 提案意向調査受付開始			▶ 2月下旬 提案書受付開始			▶ 5月中旬 提案書修正期間			
			▶ 12月中旬以降 各診療領域別委員会で提出調整			▶ 5月下旬 提案書最終確認			
						▶ 内保連ヒアリング実施提案の選定			
内保連事務局 からのご案内		・12月5日 意向調査結果報告			・3月下旬 提案書受付中間報告		・6月上旬 提案書提出報告		
							・4月下旬 内保連ヒアリング案内		

▶ 加盟学会

▶ 診療領域別委員会

* 厚労省ヒアリングは学会事務局に直接連絡が届きます。

提案書（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

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		221104	
提案される医療技術名		肝腫瘍診断・治療のための画像ナビゲーションシステム	
申請団体名		一般社団法人日本肝臓学会	
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）	04消化器内科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		リストから選択	
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2年度	
	提案当時の医療技術名	ナビゲーションシステム(フュージョンイメージング)を用いたラジオ波治療	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要 (200字以内) 文字数：197		肝腫瘍に対する肝生検、局所治療は主に腹部エコー下に施行される。一方でCT/MRIでは視認できるものの腹部エコーでは視認し困難なことがしばしばある。磁気センサーで位置を合わせ、リアルタイムで超音波画像の断面位置に対応したCT/MRI画像が同期表示されるのがナビゲーションシステム(フュージョンイメージング)である。この技術により通常超音波で同定困難な肝悪性腫瘍を安全で確実に治療することができる	
対象疾患名		肝腫瘍	
保険収載が必要な理由 (300字以内) 文字数：249		現在、肝細胞癌に対するラジオ波焼灼療法(RFA)と同時に施行する画像ナビゲーションシステムの活用についてのみ加算が認められている。近年、根治性の高さからRFAに代わりマイクロ波焼灼療法(MWA)の件数が増加している。RFA同様にMWAもナビゲーションシステムの活用で正確かつ安全な治療が可能となる。RFAやMWAの治療支援以外にも腫瘍の位置確認に広く活用される機会が増えており、経皮的肝腫瘍生検などの際にも活用されている。同手技はRFAに加えてMWAや肝腫瘍生検の技術料として評価される必要がある。	

提案書（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

【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		肝悪性腫瘍（肝細胞癌、転移性肝癌など）	
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）		肝細胞癌または転移性肝癌に対するMWAまたは肝腫瘍生検において約1/4(25%)の結節が通常超音波画像で視認性が不良と報告されている。これについてフュージョンシステムにより超音波画像と同期したCT/MRIを描出し、参照しながら穿刺行為を行う。	
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	K	D
	番号	K697-3（1-口および2-口）、D412	
	医療技術名	K697-3:肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(1. 2cm以内のもの-口その他のもの, 2. 2cmを超えるもの-口その他のもの) D412:経皮的針生検	
	既存の治療法・検査法等の内容	K697-3:肝悪性腫瘍に対して経皮的に通常超音波画像でラジオ波焼灼を施行する D412:肝悪性腫瘍を疑う病変に対して経皮的に通常超音波画像で生検する	
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		通常超音波画像で視認性が不良な肝癌において、ナビゲーション（フュージョンイメージング）を用いることによりRFA・組織採取の成功率が上昇し、RFAでは局所再発が減少し生検では診断能が向上する。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	参考文献①-⑤	
	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。）	3 Bモードで描出が困難な肝細胞癌に対する治療ガイドとして有用である

提案書（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

⑥普及性	年間対象患者数(人)	1,000人
	国内年間実施回数(回)	1,000回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		厚生労働省のNDBIにおいてMWAは2020年に1700件施行。最近では200件/年の増加が見られる。そのため2022年以降は2000件/年の施行が予想され、同程度の肝腫瘍生検があることが推測される。このうち25%が腫瘍同定困難であることを予想すると1000件が対象となる
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)		肝癌診療ガイドラインでは局所療法は3cm3個以内肝癌に推奨されており、専門性は高く技術と経験が必要であるが、国内で広く普及している。
・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)	内科か外科、あるいは放射線科を標榜し、ナビゲーションに必要な磁気センサーを搭載したハイエンドの超音波診断装置が利用可能であること。局所療法・肝腫瘍生検に習熟した医師が施行可能であること。
	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)	肝悪性腫瘍の局所療法・肝腫瘍生検およびハイエンドの超音波診断装置に精通した内科医、外科医、放射線医
	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
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用のリスクは無い
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理性・社会的妥当性に問題なし

提案書（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

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	K	
	点数（1点10円） その根拠	Kについては17610点、Dについては1800点 現行のマイクロ波治療保険点数(17410点)、経皮的針生検法(1600点)に磁気センサーのカバー代(500-1000円)および技術料を合算した200点を追加した。	
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。）	なし
	番号 技術名	なし なし	
	具体的な内容	なし	
予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	93,050,000円(9305万円)	
	その根拠	腫瘍の同定が困難な症例が再発時に受ける治療17410点×500件と生検サンプリングエラー症例における再生検1600点×500件の削減効果が見込まれる（9505万円）。一方で新たに1000件に加算が増加することが見込まれるため200万円の増額となることが推測される。以上より9305万円の削減効果が期待できる。	
	備考	特になし	
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）	超音波診断装置		
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）への掲載状況	2) 調べたが掲載を確認できない	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	特になし		
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	特になし		

提案書（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

⑩参考文献1	1) 名称	肝癌診療ガイドライン 2021年版
	2) 著者	日本肝臓学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	肝癌診療ガイドライン 2021年版、169ページ
	4) 概要	造影超音波やfusion imagingはBモードで描出が困難な肝細胞癌に対する治療ガイドとして有用である。
⑩参考文献2	1) 名称	Efficacy and Safety of Fusion Imaging in Radiofrequency Ablation of Hepatocellular Carcinoma Compared to Ultrasound: A Meta-Analysis
	2) 著者	Tao Jie, Feng Guoying, Tang Gang, Shi Zhengrong, Li Maoping
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Front Surg. 2021;8:728098
	4) 概要	メタ解析によりフュージョンイメージを使用した場合、腫瘍の平均径が15mm以上の患者の1年および2年局所再発の割合を減少させることが示された。さらに、腫瘍の平均径が15mm未満の患者では手術合併症を低減することが示された
⑩参考文献3	1) 名称	Real-time US-CT/MR fusion imaging for percutaneousradiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma
	2) 著者	Su Joa Ahn, Jeong Min Lee, Dong Ho Lee, Sang Min Lee, Jung-Hwan Yoon, Yoon Jun Kim, Jeong-Hoon Lee, Su Jong Yu, Joon Koo Han
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Hepatol. 2017;66:347-354
	4) 概要	5cm以下肝癌216症例において、フュージョンイメージングを用いた場合有意に通常Bモード単独と比し腫瘍の視認性およびラジオ波治療施行可能率は良好であった。フュージョンイメージングを用いたラジオ波治療ではBモードで視認性が低い腫瘍と高い腫瘍で治療成功率に有意差は認めなかった。
⑩参考文献4	1) 名称	Image Guidance in Ablation for Hepatocellular Carcinoma: Contrast-Enhanced Ultrasound and Fusion Imaging
	2) 著者	Minami Y, Kudo M.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Front Oncol. 2021;11:593636.
	4) 概要	フュージョンイメージングを用いた肝癌ラジオ波治療の治療成績をまとめたreviewである。5つの論文でのBモード描出不良の肝癌に対するナビゲーション（フュージョンイメージング）を用いたラジオ波治療成功率は94-100%であった。
⑩参考文献5	1) 名称	Clinical utility of multipolar ablation with a 3-D simulator system for patients with liver cancer
	2) 著者	Masashi Hirooka, Yohei Koizumi, Yusuke Imai, Yoshiko Nakamura, Atsushi Yukimoto, Takao Watanabe, Osamu Yoshida, Yoshio Tokumoto, Masanori Abe and Yoichi Hiasa
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of Gastroenterology and Hepatology 2017;32:1852-1858
	4) 概要	焼灼形状はナビゲーションを使うことにより有意に球体に近く、無再発生存率は1.5年で55.5%から82.4%に改善した。

概要図（令和4年度社会保険診療報酬改定時）

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
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

【保険収載が必要な理由】 現在、肝細胞癌に対するラジオ波焼灼療法(RFA)と同時に施行する画像ナビゲーションシステムの活用についてのみ加算が認められている。近年、根治性の高さからRFAに代わりマイクロ波焼灼療法(MWA)の件数が増加している。RFA同様にMWAもナビゲーションシステムの活用で正確かつ安全な治療が可能となる。RFAやMWAの治療支援以外にも腫瘍の位置確認に広く活用される機会が増えており、経皮的肝腫瘍生検などの際にも活用されている。同手技はRFAに加えてMWAや肝腫瘍生検の技術料として評価される必要がある。

【技術の概要】

事前に患者のCTまたはMRIを画像サーバーからDICOM経由で超音波装置に取り込む

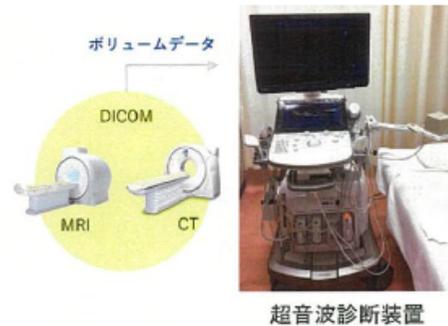
患者に超音波機器の磁気センサーを近づけ、位置センサーを取り付けたプローブを用いて軸合わせをする



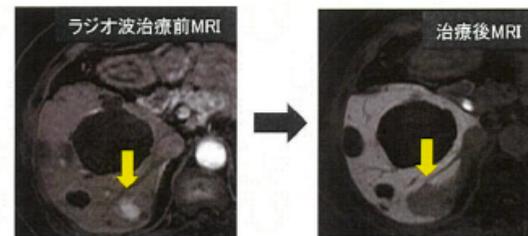
位置センサーを装着したプローブ



MRIやCTの取り込み画像を参照しながらさらに血管などで位置を合わせ、最終的にはMRI/CT画像データを同期させながら超音波ガイド下でのラジオ波治療が可能



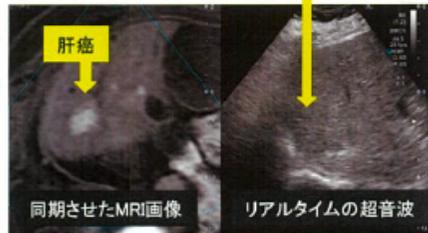
【実際の治療前後画像】



通常超音波では同定できない肝癌が完全焼灼されている

【実際の画面】

通常超音波では同定困難



MRIで発見されたが超音波では同定困難な肝癌に対してフュージョンイメージングを用いて経皮的ラジオ波治療を施行

【対象疾患】

肝悪性腫瘍（肝細胞癌、転移性肝癌など）

【診療報酬状の取り扱い】 MWA,肝腫瘍生検で本法を使用した場合の加算案（200点）

診断法	保険点数(点)	件数/年	提案(点)
MWA	17410	2,000	17610
肝腫瘍生検	1600	2,000	1800

* 200点の理由：磁気センサーのカバー代(500-1000円)および技術料を合算した200点を追加した。

【既存治療との比較・有効性】

厚生労働省のNDBにおいてMWAは2020年に1700件施行。最近では200件/年の増加が見られる。そのため2022年以降は2000件/年の施行が予想され、同程度の肝腫瘍生検があることが推測される。このうち25%が腫瘍同定困難であることを予想すると1000件が対象となる。

本法を使用しなかった場合、不十分な治療による追加MWA治療（推定500件）や再生検（推定500件）が必要になる。

腫瘍の同定が困難な症例が再発時に受けるMWA治療17410点×500件と生検サンプリングエラー症例における再生検1600点×500件の削減効果が見込まれる（9505万円）。一方で新たに1000件に加算が増加することが見込まれるため200万円の増額となることが推測される。以上より9305万円の削減効果が期待できる。

6. 三保連合同シンポジウムの件

- 会議名 : 第24回三保連合同シンポジウム
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-
開催日時 : 2025年3月6日(木) 18:00~20:00
開催形式 : 現地開催(Webなし)
会場 : 東京国際フォーラム ガラス棟 会議室G701

事前受付はございません。

当日は多数の方のご来場をお待ちしております。

<プログラム>

- 18:00~18:05 1. 開会の挨拶
18:05~18:20 2. 内保連講演(令和8年度診療報酬改定に期待するもの)
18:20~18:35 外保連講演(令和8年度診療報酬改定に期待するもの)
18:35~18:50 看保連講演(令和8年度診療報酬改定に期待するもの)
18:50~19:25 3. 総合討論、質疑応答 ※ 総合討論、質疑応答の前に舞台転換あり
19:25~19:30 4. 閉会の挨拶



© TOKYO INTERNATIONAL FORUM CO., LTD.