

診療領域別委員会要旨

1. 検査関連委員会（委員長：米山彰子・副委員長：東條尚子）

検査については、診療報酬の見直しや新規収載の希望が多い。今回も各学会から多数の提案書が提出された。検査関連委員会でこれらすべてについて検討・議論し重点項目を抽出することは困難であるので、各臓器・診療分野に関連した検査はその委員会で取り扱っていただきたい旨をお願いした。検査関連委員会では領域横断的に用いられる技術について取り上げることとし、今回も前回に引き続き「血液採取」を重点項目とした。現状 30 点であるが、臨床検査振興協議会のコスト調査の結果に基づき 50 点を提案している。医療安全や感染対策の観点からも十分な診療報酬上の評価を求めたい。

2. 放射線関連委員会（委員長：待鳥詔洋）

放射線関連委員会では、各学会からの提案書の提出は未収載 16 技術、既収載 33 技術であった。未収載技術は以下の通りであった。

日本医学放射線学会：

ビッグデータ画像診断管理加算、画像診断報告書未確認問題対策、小児被ばく低減のための画像診断管理加算、人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算

日本核医学会：第 12 部 放射線治療 薬剤料の節立て

日本放射線腫瘍学会：

「M006」「放射線治療用材料装着技術料」の新規項目立て、Intrafractional IGRT 加算、時間外休日放射線治療加算、MRI を用いた即時適応強度変調放射線治療加算、画像誘導粒子線治療加算、画像誘導呼吸性移動対策加算、密封小線源治療（M004）への SAVI アプリケーター加算、密封小線源治療（M004）へのオンコススマートカテーテル加算、画像融合放射線治療計画加算（A：剛体、B：非剛体）、外来放射線治療加算及び特定入院料等の 5% 控除の対象に密封小線源治療を追加、AI を用いた放射線治療計画

既収載技術は以下の通りであった。

日本医学放射線学会：

画像診断管理加算の改変（MRI 装置の医療安全に関する要件追加）、画像診断管理加算の改変（地方の中核病院等の要件緩和）

日本核医学会：

ポジトロン断層撮影等（PET 検査における新生児加算、乳幼児加算及び幼児加算）、核医学診断（他院が撮影した画像に対する核医学診断料の算定）、ポジトロン断層撮影 2 18FDG を用いた場合（一連の検査につき）（心臓サルコイドーシスの診断（疑い例を含む））、ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳

房用ポジトロン断層撮影（薬剤師配置）、ポジトロン断層撮影等 施設共同利用率の緩和、ポジトロン断層撮影等（PET 検査における術前補助療法の治療効果判定の追加）、放射線治療病室管理加算（非密封線源を使用する放射線治療病室を対象とした増点）

日本ハイパーサーミア学会：電磁波温熱療法

日本放射線腫瘍学会：

強度変調放射線治療（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）の施設基準の見直し、外来放射線治療診療料の算定要件の見直し（医師の要件（放射線治療経験5年以上）の緩和）、体幹部定位放射線治療の適応拡大、婦人科がん腔内照射管理料の増点と毎回算定「M000 放射線治療管理料 2 腔内照射を行った場合」、婦人科がん腔内照射料の増点「M004 密封小線源治療 2 腔内照射 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合」、M004 密封小線源治療 注8 画像誘導密封小線源治療加算の増点・適応拡大、陽子線治療の適応拡大、重粒子線治療の適応拡大、外来放射線照射診療料における専門認定看護師加算（有資格看護師配置の場合の増点）、強度変調放射線治療（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）の算定方法の見直し、医療機器安全管理料2の見直し（専任から専従へ、対象に小線源治療も追加）、「直線加速器による定位放射線治療」と「体外照射」の同時算定、放射線治療スタッフの常勤換算、放射線治療「専従」加算、外来放射線治療加算対象への密封小線源治療追加、体外照射（X線、電子線）と粒子線治療の同時算定、サイバーナイフによる三叉神経痛治療、前立腺癌小線源治療シード点数の増点について、放射線治療用手技の技術区分変更と気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術の評価、放射線治療用手技の技術区分変更と経皮的放射線治療用金属マーカー留置術の評価、放射線治療用手技の技術区分変更とスパーサ留置手技の評価、各種技術に対するスタッフの兼務についての整合性の調整、耐用期間を過ぎた放射線治療装置による高精度照射の減点

放射線関連委員会では、これら技術等の提案書について、中央社会保険医療協議会医療技術評価分科会での診療報酬上の評価のため、内保連を通して厚生労働省保険局医療課へ提出することが妥当と考える。

3. リハビリテーション関連委員会（委員長：近藤国嗣）

リハビリテーション関連委員会では当初、未収載10項目、既収載13項目、医学管理料等7項目の技術名が各学会より提出された。本委員会では、学会ごとに技術案に関する内容の説明を行い、委員会内で情報を共有したうえで、技術名ごとに共同提案学会を集約した。下記に3学会以上の共同提案学会があった技術名を順に示す。

I. 未収載

- ①日本心臓リハビリテーション学会「心不全再入院予防管理料；11学会」
- ②同学会「心大血管疾患リハビリテーション在宅療法指導管理料；7学会」
- ③日本リハビリテーション医学会「運動量増加機器使用リハビリテーション加算；5学会」
- ④日本心臓病学会「慢性心不全に対する和温療法；4学会」
- ⑤日本摂食嚥下リハビリテーション学会「摂食嚥下障害検査；3学会」
- ⑥同学会「栄養・摂食

嚥下管理加算；3学会」

II. 既記載

- ①日本心臓リハビリテーション学会「心大血管リハビリテーション料に関わる施設基準の拡大：追加専任従事者としての臨床検査技師の活用とチーム医療の強化；6学会」②日本腎臓リハビリテーション学会「高度腎機能障害患者指導加算（適用疾患等の拡大）；4学会」③日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「呼吸器リハビリテーション料（言語聴覚士による実施）（算定要件の拡大）；4学会」④日本小児神経学会「排痰補助装置治療（適応疾患等の拡大、項目設定の見直し、その他）；4学会」⑤日本摂食嚥下リハビリテーション医学会「嚥下調整食加算（適用疾患等の拡大）；3学会」⑥日本リハビリテーション医学会「療養・就労両立支援指導料（適応疾患等の拡大）；3学会」⑦同医学会「神経ブロック（ボツリヌス毒素使用）（点数の見直し）；3学会」

III. 保険局医療課手渡し

- ①日本リハビリテーション医学会「新規発症及び再発・再燃した難病疾患、もしくは急性増悪の難病疾患において回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象の拡大；4学会」②日本脳卒中学会「脳卒中ケアユニット入院医療管理料；3学会」

最終的に共同提案学会があった技術名は未記載7項目、既記載11項目、保険局医療課手渡し2項目と多く、各学会間でのリハビリテーション関連医療技術への認識が共有化されたと考えられる。なお、共同提案学会があった技術は多岐にわたるが、今回は内部障害のリハビリテーションに関する技術、イノベーション的技術、摂食嚥下障害関連技術については提案学会以外からの共同提案が多く得られた。

4. 消化器関連委員会（委員長：村島直哉・副委員長：小早川雅男）

提案書作成プロセスについて

各参加学会から第一次提案書を提出していただき、それをもとに、領域別委員会で提案の妥当性や外保連との整合性を検討した。まず使用する医薬品等の薬事承認が得られているかを確認し、承認されていないものは共同提案から除いた。次にエビデンスの高いものは優先順位が高いものとし、委員会で議論ののち、各学会に持ち帰っていただき学会ごとに優先順位を決定した。近年は採択率が低下しており、提案を絞る学会が多く、未記載においては肝臓学会2提案、消化器内視鏡学会2提案、小児栄養消化器肝臓学会1提案、ヘリコバクター学会5提案、臨床内科医会3提案などとなった。消化器病学会からの直接提案はなかったが、エビデンスが高い提案については共同提案とし、補強を図った。同様の作業を既記載においても行った。今回は、臨床内科医会など包括的な提案を提出している参加学会に関しては、消化器として明らかに関連している項目について、消化器病学会から共同提案として提案させていただいた。その後理事との面談にて提案書の吟味を受け、最終提案書を内保連に提出した。

5. 循環器関連委員会（委員長：池田隆徳・副委員長：野出孝一）

2020年度診療報酬改定に向けて、2018年6月に新メンバーによる日本循環器学会（日循）健保対策委員会が発足した。循環器関連学会の中で保険診療の改定において活動的な学会の保険委員長もしくは主要な委員に、構成メンバーとして健保対策委員会に入っていた。その後、幾度となく委員会を開催し、関連学会から挙げられた第一次提案書を健保対策委員会で詳しく吟味し、内保連としての申請が妥当と判断され、提出することへの意見の一致を見た項目について提出した。

2019年2月15日に内保連・循環器関連委員会を開催し、21学会参加による提案書の最終調整を行った。そこで、提案内容が重複している場合はその調整を行った。最終的には医学管理料からの転記を含めて医療技術（未収載）16件、医療技術（既収載）20件、医薬品（既収載）2件の計38件を提案することになった。今回は、順位付けをしない方針であることを打診されていたため、日循としては各項目を公平に提案している。提案内容の内訳は、不整脈関連17件、小児循環器関連12件、高血圧関連4件、心臓リハビリ関連3件、心血管インターベンション関連1件、心エコー関連2件、心不全関連1件、動脈硬化関連1件、和温療法1件であった。2019年5月13日に内保連で行っていただいた循環器関連6学会10項目に対するヒアリングで、指摘された事項を提案書に反映させ、申請内容についてのブラッシュアップを行った。なお、特定集中治療室（CCU）加算については、日循救急医療制度検討会において内容の検討を行っている段階にあり、2020年度改定に向けた提案の提出という点では難しいことが報告され、提案項目として取り下げることを選定した。アセチルコリン収縮誘発試験の増点要求に関しては、内保連の伊東副理事長の指導を直接受け、内容を修正して申請した。

2018年12月に、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し、日本脳卒中学会と日本循環器学会が主となって、「脳卒中と循環器病克服5カ年計画」が稼働している。大きな視野から今回、循環器関連学会から申請させていただいた項目が採択されることを望む。

6. 内分泌・代謝関連委員会（委員長：田中正巳）

内分泌・代謝関連委員会に属する14学会からの提案は総計53件であり、その内訳は医療技術評価（未収載）10件、医療技術（既収載）33件（うち日本精神神経学会14件）、保険医療課10件（うち日本精神神経学会8件）であった。医薬品の提出は未収載、既収載ともになかった。

1. 医療技術（未収載）

日本臨床栄養学会から提出された外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料、病院における管理栄養士の病棟配置に対する加算、日本臨床内科医会から提出されたアルツハイマー型認知症管理料、慢性便秘症管理料の4件（いずれも区分は医学管理等）は、他の多くの関連委員会からも提案された。必要性の高さがうかがえる。

FGF23（線維芽細胞増殖因子23）測定が、日本小児内分泌学会から日本内分泌学会、日本小児内分泌学会との共同で提案されている。対象疾患は低リン血症性くる病と骨軟化症である。FGF23はこれらの疾患を引き起こす原因物質であり、血中FGF23濃度の上昇は、骨変化や低リン血症がFGF23によることを強

く示唆する。2015年に日本内分泌学会、日本骨代謝学会および厚生労働省難治性疾患克服研究事業 ホルモン受容体機構異常に関する調査研究班が共同で作成した「くる病・骨軟化症の診断マニュアル」には、鑑別診断のため血清 FGF23 濃度を測定することが重要であると記載されている。FGF23 測定は診断と治療方針の決定に関わる重要な検査として、保険収載が必要である。(なお、FGF23 測定は令和元年10月1日付けで保険収載された。)

日本骨粗鬆症学会から、海綿骨スコア (TBS) (区分は検査) が提出されている。

2. 医療技術 (既収載)

神経性やせ症、過食症に対する認知行動療法の算定要件の拡大や増点が、日本心身医学会から日本心療内科学会との共同で提案されている。治療に難渋するとともに専門的な対応が迫られるこれらの疾患に対して、十分な診療報酬上の評価を要求する。

急性副腎皮質機能不全 (副腎クリーゼ) 時のヒドロコルチゾン製剤投与に対する在宅自己注射指導が、日本小児内分泌学会から日本内分泌学会との共同で提案された。診療報酬区分は在宅医療である。急性副腎皮質機能不全は治療の遅れにより致命的になり得るにもかかわらず、ヒドロコルチゾンの在宅自己注射は保険診療上認められていない。米国、英国など多くの先進国では、患者自身および家族による緊急時の在宅自己注射が診療ガイドラインでも推奨されており、すでに標準的な治療となっている。患者が医療機関に搬送される前の投与が可能になれば、救命率の上昇および重篤な後遺症の回避に繋がると考えられる。

日本動脈硬化学会から日本アフェレシス学会との共同で、家族性高コレステロール血症に対する血漿交換が処置、項目設定の見直しとして提出されている。

3. 保険医療課

日本臨床内科医会から提出された地域包括診療加算と時間外対応加算は、他に10の関連委員会からも提出されており、多くの委員会共通の要望であった。

8. 腎・血液浄化療法関連委員会 (委員長: 川西秀樹)

腎・血液浄化療法関連委員会は腎臓病患者の増加・高齢化・重症化に伴い関連学会数も増加し、現在は日本アフェレシス学会、日本移植学会、日本フットケア・足病学会、日本急性血液浄化学会、日本小児腎臓病学会、日本腎臓学会、日本腎臓リハビリテーション学会、日本透析医学会、日本病態栄養学会、日本腹膜透析医学会、日本臨床栄養学会より構成され腎血液浄化関連の提案を行っている。

2020年度改定に対しては2018年11月に委員会を開催し各学会からの提案を検討・調整の結果以下の提案を行った。技術料の新設・適応拡大と検査適応拡大が主であり、各学会で可能な限り共同提案の調整を行った。

- ・日本アフェレシス学会: 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 (増点について)
- ・日本小児腎臓病学会: MLACD45 ゲーティング検査

- ・日本腎臓学会：
経皮的腎生検、薬物治療抵抗性・進行性原発性ネフローゼ症候群に対する LDL アフェレシス療法、重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対する LDL アフェレシス (LDL-A) 療法、腎容積測定加算
- ・日本腎臓リハビリテーション学会：透析リハビリテーション料、高度腎機能障害患者指導加算
- ・日本臨床栄養学会：血清セレン測定
- ・日本移植学会、抗 HLA 抗体検査 (スクリーニング検査・抗体特異性同定検査)
- ・日本透析医学会：
人工腎臓回数は正、血液透析アクセス日常管理加算、HIV 検査、導入期加算の見直し、在宅透析への遠隔モニタリング加算

今後、関連学会の提案が採択されるため更なる密接な協力関係の構築を行う所存である。

9. 血液関連委員会 (委員長：小松則夫)

内保連に属する血液関連委員会は日本移植学会、日本血液学会、日本血栓止血学会、日本小児血液・がん学会、日本造血細胞移植学会、日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会、日本リンパ網内系学会、日本輸血・細胞治療学会の9学会から構成されている。血液関連委員会からは、以下の通り、未掲載3件、医薬品8件の提案書を提出した。

平成30年度の申請で、難病指定をされている血栓性血小板減少性紫斑病に対しての診断に重要と考えられる「ADAMTS13 活性測定」と「ADAMTS13 インヒビター力価測定」が承認された。またその治療において「血漿交換療法の施行回数」を実臨床での必要性に合わせて「血小板数が正常化して2日後まで連日行う」ことが承認された。しかし前回の申請では治療有効性がある医薬品の「リツキシマブ」に関しては承認されなかったため今回も同様に申請した。

また「血清 IL6 定量」や「JAK2 V617F 定性」は、疾患の診断を明確にして高額な治療薬の適正使用にもつながり医療費削減の一助にもなり得ると考え今回申請した。

それ以外に関しても全国の専門医のいる医療施設における実臨床ではすでに多く行われているものの、点数、適応疾患などが十分でない事項について重要と思われる内容を申請した。

10. 呼吸器関連委員会 (委員長：西村善博)

提案書作成プロセスについて

呼吸器領域の提案案件としては、これまで、①在宅医療の充実 ②呼吸器領域における新しい機器や技術を取り入れていくこと ③安全かつ効率の良いチーム医療を推進していくこと ④通信技術や情報処理の進歩を医療に採り入れて、遠隔医療を推進していくことなどを主な視点とし検討されてきたが、それらに加えて会員より提案案件を広く募り、未掲載・既掲載等案件を作成し、呼吸器領域の合同委員会において検討を行った。

日本呼吸器学会会員からの提案案件は、医療技術未掲載5件、既掲載10件、医薬品1件であったが、呼吸器関連委員会としては最終的に18学会から提案されたものは総計で119件であり、その内訳は未掲載

27件、既収載77件、主に医学管理に関わる提案10件、医薬品5件であった。

新規提案としては、在宅医療関係では在宅ハイフローセラピー指導管理料および在宅ハイフローセラピー装置加算、外来呼吸ケア管理料、在宅医療機器安全管理指導料、小児アレルギー疾患療養指導料、また新しい検査技術の導入としてメサコリンによる気道過敏性検査、病原体遺伝子検出検査（呼吸器）、アスペルギルスの沈降抗体検査などが挙げられ、またチーム医療形成として集中治療における早期からの呼吸器リハビリテーションの導入などが提案されている。

一方既収載では、遠隔医療の関連で在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2における遠隔モニタリング、在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の増点、喘息に対する呼気NO測定増点、時間内歩行試験や肺機能検査での肺気量分画測定（安静換気量測定及び最大換気量測定を含む）、フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む）、機能的残気量測定、肺拡散能力検査の増点など、臨床現場に即したより適正な機器加算や適用拡大等が挙げられた。また、重症例で行われる特発性肺線維症（特発性間質性肺炎）の急性増悪に対する吸着式血液浄化法、肺癌診療でしばしば問題となるEGFR遺伝子検査（血漿）保険算定におけるT790M血漿検査回数制限の緩和について、などが提案された。

また、医学管理に関わる提案では、がん診療とともに臨床現場では重要な慢性呼吸器疾患に対する緩和ケア診療加算の適応拡大や呼吸サポートチーム加算や栄養サポートチーム加算などが提案された。

さらに医薬品ではアジスロマイシンやシタフロキサシンなどの非定型抗酸菌症への適応疾患拡大などが強く申請されている。

本委員会として「呼吸器領域の健全な診療を行っていくために、真に患者に必要な医療は何か」という患者のための軸を外さないよう医療費の有効利用を国と共に推進していかねばならない。上記の提案は、患者への低い侵襲性にもかかわらず、精度の向上した検査や治療手技であり、エビデンスと費用対効果の視点も踏まえ早期の保険収載が望まれる。

11. 神経関連委員会（委員長：長谷川泰弘・副委員長：白石 眞）

神経関連委員会は22学会で構成され、遠隔医療の推進の必要性、神経領域、特に難病関連既収載医薬品の適応拡大の必要性についての認識が共有された。また委員会では、内容が共通する案件について共同提案とするよう配慮した。特に5学会以上の共同提案となった案件は以下の通りで、神経関連委員会において問題が共有されたことを付記する。

I. 医療技術（未収載）

1. Trail Making Test 日本版（TMT-J）
2. 血清コレスタノール測定（血液）
3. 単線維筋電図
4. てんかん専門診断管理料
5. てんかん紹介料連携加算
6. ポジトロン断層撮影（アミロイドイメージング）
7. 施行頻度の高い認知症重症度尺度 Clinical Dementia Rating（CDR）

8. 血中アミロイドβ関連ペプチドアッセイ
9. 運動量増加機器使用リハビリテーション加算

II. 医療技術（既収載）

1. 排痰補助装置治療
2. 慢性痛に対する認知療法・認知行動療法
3. 遺伝学的検査（遺伝性腫瘍）
4. 遺伝学的検査（難病等）
5. 脳磁図
6. 長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）

III. 医学管理

1. てんかん診療連携拠点病院加算
2. 新規発症及び再発・再燃した難病疾患、もしくは急性増悪の難病疾患において回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象の拡大

12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会（委員長：高崎芳成）

2020年度診療報酬改定への要望項目について報告する。

2020年度診療報酬改定においては日本リウマチ学会、日本整形外科学会ならびに日本臨床整形外科学会と協議し、1) 強直性脊椎炎・乾癬性関節炎・反応性関節炎疑いにおけるHLA型クラスI検査、2) 感染症リスクを有する真菌感染症におけるβDグルカン測定、3) 全身性エリテマトーデスに対するベリムマブの外来化学療法加算B、4) SLE疑い患者での抗核抗体と抗DNA抗体の同時測定などについて申請した。強直性脊椎炎の脊椎関節炎の公的診断基準の一項目として採択されているHLA-B27の検査については、必須項目でありながら保険適応が認証されておらず日常診療の場で支障を来している。また、生物学的製剤の副作用予防におけるβDグルカン測定、SLEの早期診断における抗核抗体と抗DNA抗体の同時測定も的確な診療を行うために重要な案件と考え、今回の申請を行った。

13. 感染症関連委員会（委員長：齋藤義弘）

感染症関連委員会は、日本化学療法学会、日本感染症学会、日本小児感染症学会、日本エイズ学会、日本環境感染学会、日本結核病学会、日本呼吸器学会、日本泌尿器科学会、日本産婦人科医会、日本臨床内科医会、日本臨床微生物学会、日本医真菌学会、日本ヘリコバクター学会、日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会の15学会からなる。2020年度の診療報酬改定では、医療技術評価提案書未収載13件、既収載32件、医薬品再評価10件、保険局医療課（A基本診療料）3件を提出した。

感染症分野では、抗菌薬の多用により抗菌薬がきかない耐性菌の出現がみられ、耐性菌対策が喫緊の課題となっている。適切な培養検査を行い、薬剤感受性に基づいた的確な治療を進めることがこれまで以上に重要になっている。また最近の核酸増幅技術の進歩によって、起因微生物の同定や薬剤耐性遺伝子の有

無を簡便かつ迅速に検査できるようになってきている。

主な提案内容を以下に示す。

A) 医療技術

1) 抗菌薬の適正使用に結びつく起因微生物の同定検査として、以下の提案を行なった。

- ①病原体遺伝子検出検査（呼吸器）の新設（中等症以上の呼吸器感染症患者に対する多項目遺伝子検査）
- ②淋菌、クラミジア・トラコモナス核酸検出（女性尿検体、肛門直腸検体を対象検体に追加する提案）
- ③PCR-インベーター法を用いた *Mycoplasma genitalium* の同定（非淋菌非クラミジア性尿道炎患者における起因菌の同定）
- ④ニューモシスチス肺炎の診断のための病原体核酸増幅検査（より迅速かつ高感度な診断）
- ⑤アスペルギルス沈降抗体（アスペルギルス抗原検査には偽陰性が多いため）
- ⑥RS ウイルス抗原検査（現行の1歳未満を3歳未満の乳幼児にまで適応を拡大する）
- ⑦尿中アデノウイルス DNA PCR 定量（臓器移植後のアデノウイルス感染症の診断）
- ⑧イムノクロマト法によるマラリア迅速検査（未承認診断薬であるが、簡便に診断でき海外でも汎用されている）

2) 薬剤耐性菌の検査

薬剤感受性検査と積極的な耐性菌スクリーニング検査の結果に基づき正確に判断することによって、効果的な抗菌薬の選択が可能となる。診療報酬で認められている従来の薬剤感受性検査だけでは不十分で、各医療機関の負担で検査（ESBL、CRE などの検出）が実施されているのが現状である。かかる費用を適切に賄えるように以下の提案を行なった。

- ①薬剤濃度5段階以上の2倍希釈系列を用いた細菌薬剤感受性検査（ブレイクポイントに基づいた適切な抗菌薬の選択のため）
- ②多剤耐性菌に対する併用薬スクリーニングのためのチェッカーズボード法（抗菌薬の相乗効果の確認のため）
- ③病原体遺伝子検出・薬剤耐性遺伝子検出検査
- ④ヘリコバクターピロリ菌の抗菌薬感受性試験（クラリスロマイシン耐性株増加に伴う除菌率低下を回避するため培養検査だけでなく感受性検査も必要）

3) 難治性感染症を繰り返す原発性免疫不全症の早期診断、感染予防は感染症分野では耐性菌対策と並ぶ重要な問題である。

- ①C161 注入ポンプ加算の算定要件見直し（免疫グロブリンの皮下注製剤を在宅で自己注射する場合、医療機関から精密自己注射が可能な注入ポンプを貸与する代わりに月に1回この加算の算定が認められているが、2月に2回に限り算定できるよう見直す提案で、患者のQOLの向上と医療

費削減につながる)

- ②殺菌能検査（蛍光プローブを用いて好中球の殺菌能をフローサイトで測定するもので、慢性肉芽腫症などの診断に用いられている標準的な検査。欧州で体外診断用試薬として認証されたものがある）

B) 医薬品再評価

非結核性抗酸菌症、多剤耐性結核感染症に対して使用できる薬剤は非常に限られている。そこでアジスロマイシン、イミペネム/シラスタチン、シタフロキサシンの非結核性抗酸菌への適応拡大、リネズリドの多剤耐性結核菌への適応拡大、シタフロキサシン、ミノサイクリン、リファブチンのヘリコバクターピロリ菌の除菌療法（3次除菌や除菌難治例など）への適応疾患拡大などを提案した。

C) 保険局医療課（A 基本診療料）

結核病棟には多彩な身体合併症や精神疾患を有する高齢者の割合が増えているが、一般病棟で通常実施されているサポートが結核病棟では受けられないという問題が生じている。結核病棟に入院している患者への二類感染症入院診療加算、栄養サポートチーム加算、呼吸サポートチーム加算を日本結核病学会から提案した。

いずれの提案も感染症診療において不可欠な診療技術、治療薬、加算であり、十分な診療報酬上の評価が望まれる。

14. 悪性腫瘍関連委員会（委員長：室 圭）

2020年度改定に向けて、各悪性腫瘍関連学会と協議の結果、本委員会としては、今回、全体での順位付けは行わず、各学会の要望内容をお互い把握して共同提案可能なものを整理して提案調整することとなった。

2020年度診療報酬改定へ向けて、提案項目としては以下の通りとなった。

I. 医療技術提案（未収載）

- 1) トキソプラズマ症遺伝子診断検査（共同提案学会：日本血液学会、日本造血細胞移植学会）
- 2) がんゲノム診断技術料（共同提案学会：日本臨床腫瘍学会、日本人類遺伝学会）
- 3) IDH1/2 遺伝子変異病理組織標本作製（共同提案学会：日本脳神経外科学会、日本病理学会）

II. 医療技術（既収載）

- 1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（共同提案学会：日本産婦人科医会、日本病理学会）
- 2) ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（2 18FDG を用いた場合）（共同提案学会：日本小児血液・がん学会、日本医学放射線学会、日本核医学会）
- 3) 遺伝学的検査（共同提案学会：日本人類遺伝学会、日本乳癌学会）

- 4) 電磁波温熱療法（類似提案：日本ハイパーサーミア学会、日本放射線腫瘍学会）

Ⅲ. 医薬品

- 1) ミコフェノール酸モフェチル（共同提案学会：日本血液学会、日本造血細胞移植学会）
2) ジクロフォスファミド水和物（共同提案学会：日本血液学会、日本造血細胞移植学会）

Ⅳ. 医学管理料

- 1) 携帯型精密輸液ポンプ管理料対象薬としてブリナツモマブ製剤の追加（共同提案学会：日本小児血液・がん学会、日本造血細胞移植学会）

15. 精神科関連委員会（委員長：三國雅彦）

精神科関連委員会には18学会、1協会が参加し、未収載技術提案43件、既収載技術提案68件、医学管理料関連11件を要望しているが、複数の関連委員会に属している学会も少なくなく、また独自に活動する団体もあるので、精神科関連委員会として提案順位の調整を行うことは困難であり、これまで一度も調整できなかった。しかし、今回は幸いにも領域別関連委員会としての調整の役割を果たすことができ、安堵している。偏に関係各位に篤く御礼申し上げる次第であり、これも、60年以上に渡る精神科入院医療の低規格化という低迷の元凶である精神科特例を如何に脱却して、患者：医師比48：1の慢性期精神科療養病床での長期入院者を社会復帰させ、地域での急性増悪時の応急体制を構築して、再入院しないで済むようにし、急性期精神科医療をなんとか高規格化、高機能化していきたいという各精神科関連学会の総意があって初めて可能になったといえる。

近年、これらの点に関する国の施策が平成16年のグランドデザインに沿って大幅に進展してきていることも、この調整を可能にした大きな要因であると考えられる。すなわち2014年の厚生労働大臣告示「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」に呼応した、数次の診療報酬改定によって、患者：医師比16：1配置のすべての精神科病棟で認められた「精神科急性期医師配置加算」や、脳機能解析法による精神疾患の診断補助は世界的にみても未だ保険収載されていない現状の中で、わが国では「光トポグラフィー検査2抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの」が導入され、また入院治療後の地域移行・地域生活支援の充実に向けての取り組みを評価する「精神科在宅患者支援管理料」や「精神科重症患者支援管理連携加算」などにより、精神科医療の高規格化・高機能化が推進され、精神疾患患者の入院から地域への政策課題が実現に向けて加速され、精神科病院の機能分化も促進されてきている。

2020年度の領域別の精神科関連委員会での未収載技術の要望1位は日本精神神経学会と日本アルコール・アディクション医学会が要望している「重度薬物依存症入院医療管理加算」である。わが国は違法薬物の使用を取り締まることにより、薬物事犯を抑制することに成功している世界でも極めて稀な国であるが、WHOの国際疾病分類で精神疾患と規定されている薬物依存症に対する精神科医療の整備は著しく遅れている。覚醒剤事犯の再犯率は65%で、一般刑法犯の47%に比較して高率であり、行刑施設での再犯防止訓練・教育だけに頼ることができないことが明確となり、2015年に「薬物事犯者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が施行された。この執行猶予期間中、保護観察の下で、処遇プログラムを受けなが

ら地域で生活し、地域の関係諸機関の連携した働きかけを経験することによって再犯防止を図るというものである。覚醒剤依存症者への「犯罪者」のレッテルが余りにも大きく、自業自得と扱われやすいが、しかし、実際には生きにくさを抱え、中には虐待や性被害に遭っている方々も多く、精神科での入院治療や回復支援を必要としている方々も多い。この専門医療施設が全国に10カ所、専門医が数10名ほどで、この状況が20年変わっていない（精神医学57巻12号、2015）。2014年度診療報酬改定でA231として、児童・思春期精神疾患、行動障害、重度アルコール依存症、摂食障害の入院医療管理加算が新規も含めてまとめられ、整備されたが、重度薬物依存症はこの時にも認められなかった。本要望は入院を要する薬物依存症者に対し施設基準に適合した専門医療施設で医師が作成した薬物再乱用防止プログラムを含む治療計画に沿って、所定の研修を修了した医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士などの多職種チームが治療を進めるものであり、薬物依存症治療に精通した医療者の育成にも資するものである。

未記載技術の要望順位2位は日本総合病院精神医学会が要望している「DPCの医療機能評価係数Ⅱに精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること」である。医療計画策定が定められている5疾病にはがん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病とともに精神疾患が加えられており、しかも、がん罹患や脳卒中後のうつ病や適応障害の好発、心筋梗塞後のうつ病の併存による生命予後の悪化、糖尿病と精神疾患の合併によるそれぞれの予後への悪影響などが明確になっているように、一般科と精神科との医療連携の普及が必須となっている。本要望は一般病床に入院している、うつ病、不安障害、せん妄などの精神症状を呈している身体疾患患者や重篤な身体疾患を合併している精神疾患患者に対する全人的なサポートを実施する精神科リエゾンチームの活動の一層評価に関連するものである。DPCが適応されている病院の精神科病床にさえDPCは適応されておらず、退院までの精神科的な寄与の実態が把握されていない現状において、この要望が認められると、一般科と精神科との医療連携が及ぼす平均在院日数の短縮、医療費の削減等への影響の実態が明らかとなり、一般科と精神科との医療連携の普及に大きく寄与できるといえる。

次に、医学管理料等の枠組みに応募し、精神科関連委員会での要望順位1位となっていた、日本精神神経学会が要望している「精神科包括的支援マネジメント料」はその後の内保連事務局との協議で、未記載技術提案に変更された。上述したように、近年の数次の診療報酬改定により、中・重度の精神障害者の入院治療後の地域移行・地域生活支援の充実の実現に向けた多職種協働の取り組みが促進されてきているが、なお一層の充実のためには多職種協働による包括的支援マネジメントが必須であり、その中心となるケア会議については時間や手間がかかるにもかかわらず、診療報酬上の評価がなされていない。入院後の共通の評価法を取り入れた生活機能評価、治療計画、退院支援のための多職種によるケア会議、退院後の地域ケア担当者、学校、職場などとの会議の評価を要望するものである。一般病床における入退院支援加算や措置入院患者に対する入退院支援の加算が保険収載されているので、それらを適応拡大し、従来の院内標準計画診療管理加算や退院時の共同指導料なども包括したケアマネジメント料として評価し、入院中並びに退院後の支援を円滑に推進できるようにしていただきたい。

未記載の第3位の要望は日本高次脳機能障害学会が提案している「Trail Making Test日本版（TMT-J）」で、紙面に散在する数字や平仮名を指示にしたがって、できるだけ早く結んでいく認知機能テストであり、国際的に広く用いられている。この日本語版では日本語での標準化を行い、20～89歳の年齢別の判別評価

法も明確化されており、軽度認知障害、認知症、高次脳機能障害の認知機能評価に不可欠であり、自動車運転適正に関する医学的評価法のひとつでもあり、社会的ニーズも極めて高く、早急な保険収載が望まれる。また、第4位の要望は日本アルコール・アディクション医学会や日本精神神経学会が要望している「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」である。統合型リゾート（IR）整備推進法案（カジノ法案）が2016年12月に成立し、地域選定などの準備が進められる一方、わが国のギャンブル障害の診療体制の整備が求められている。この標準的治療プログラムはギャンブル障害者に対する認知行動療法の新規技術であり、カジノ法案の審議中に懸念されたギャンブルへの依存の増加に対する精神科診療体制の整備の推進に資するものである。第5位の要望は日本精神神経学会が要望している「精神科多職種チーム医療による回復期治療の強化」である。精神病床での入院1年越えは長期入院のまさにリスクファクターであるが、1年以内の地域移行の強化策は現行、精神保健福祉士の配置加算のみである。入院3か月越えが1年越えのリスクファクターとなるので、3か月を越えた症例につき、精神科医、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者などの多職種が「回復期治療計画」を策定し、月2回以上のカンファレンスを実施し、1年以内の地域移行率に応じた加算を要望するものであり、長期入院への移行率を低下させることができると期待される。

一方、既収載の要望順位1位は日本総合病院精神医学会と日本精神神経学会が要望している「精神科リエゾンチーム加算に関する増点や算定可能回数の増加の改定」並びに「同施設要件の改定」である。上述の「DPCの医療機能評価係数Ⅱに精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること」で詳述したように、これらの活動の普及は一般科と精神科との医療連携の一層の活性化に寄与できる。既収載の第2位は日本児童青年精神医学会と日本精神神経学会とが要望している「通院在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算の診療所の施設基準の緩和」であり、地域で診療を継続して行くと、16歳以上の患者が増加するが、施設基準にある過去6か月間に当該療法を実施した患者の50%以上が16歳未満であることとなっているため、算定できなくなる診療所が増えてしまう。これを初診患者の50%以上が16歳未満に改定することで、児童思春期精神科医療が一層活性化していくことが期待できる。第3位は日本精神科病院協会が要望している「精神科急性期医師配置加算の増点改定並びに算定施設基準の改定」である。この16:1の医師配置に関する要望は上述した精神科特例を廃止していく施策を推進することになることは論を俟たない。第4位は日本精神神経学会が要望している「DPCの機能評価係数Ⅱ「災害」の項目へ、DMATだけでなくDPATチームの指定の評価を組み入れること」であり、上述のとおり、精神病床にDPCが適応されていないために、DPCの地域医療係数の加算にDMATを評価しても、DPATを加えていないという片手落ちとなっている。第5位は日本精神神経学会と日本精神科病院協会が要望している「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の増点改定」である。わが国でクロザピン療法が開始されて、10年になるが、同療法を受けている患者は約9,000名とまだ普及しているとはいえない。しかし、2,700名の精神科医、3,500名の管理薬剤師、9,800名の看護師や病院事務職員、700名の院外の保険薬局薬剤師など、計16,700名が研修を受けて登録して医療を担当し、顆粒球減少症や心筋炎・心筋症などの副作用での死亡例はこの10年間で零である。また、多くの長期入院者が治療対象となっている中で、2年以内にその70%が退院しているという報告もあり、病院から地域へという国の大方針がここでは実現している。しかし、クロザピン導入初期には心筋炎・心筋症、無顆粒球症などのリスクが高く、その他、肝障害、泌尿器系疾

患、心電図異常、脳波異常などのリスクもあって、種々のモニタリングが必要であり、また、外来治療症例が増えるなかで、診療所の薬剤師配置の基準の緩和の要望も強い。内保連の説明と同意のタイムスタディや標準的医療説明の手順書の出版に際し、精神科関連委員会はクロザピン療法を取り上げて参加し、がん告知と同等の時間・人員を要していることを明らかにしている。長期入院者の地域移行促進にきわめて重要な技術である同療法の一層の普及にはこれらの要望の実現が必須である。

以上の要望の他、精神科関連委員会の各学会から、うつ病等患者に対するかかりつけ医との連携加算の新設、てんかん専門診断管理料の新設、精神病棟入院基本料10対1の平均在院日数60日の設定、結核病床と精神病床には認められていない栄養サポートチームの適応拡大、光トポグラフィーの施設要件の緩和、小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大などが要望されている。

最後に、精神科関連委員会は内保連を通じて、精神科七者懇談会DPC小委員会とともに保険局医療課に対して直接、「DPC適用病院の精神病床へのDPC適用」を要望している。これは医療法施行規則第10条三の一般病床と精神病床の区分に由来する一般身体科と精神科との格差そのものであり、DPCでの退院症例の詳細な報告に基づく精神科医療実態の解析に資する良質のビッグデータが、みすみす失われているといえる。これらの是正の流れを一層推進していただけるように要望する。

16. 心身医学関連委員会（委員長：山岡昌之）

心身医学関連委員会からは、未収載1件、既収載6件、計7件の提案書を提出した。

未収載については、「心療内科外来チーム診察料」といった新規技術を巡る提案を行った。一方、既収載については、「神経性やせ症に対する認知行動療法」、「過敏性腸症候群に対する認知行動療法」、「慢性疼痛に対する認知療法・認知行動療法」、「神経性過食症に対するセルフヘルプ認知行動療法」、といった認知行動療法の適用拡大、および、「心身医学療法」の増点、さらに、「過敏性腸症候群治療管理料」という治療管理料の適用拡大を求める提案書を、2019年5月20日に内保連のヒアリングを受けた後、厚労省に提出した。

とりわけ、治療に難渋し、思春期女性の死因として最も多いとされる神経性やせ症、および、QOLと労働生産性を著しく低下させる過敏性腸症候群と慢性疼痛に対し、先進国では既に認められている認知行動療法の保険適用の拡大を強く要望する。

17. 小児関連委員会（委員長：横谷 進）

小児関連委員会で扱う提案には、小児医療全体に関わる包括的な提案と、各学会が担当する個別の医療技術提案が含まれる。

包括的な提案は、日本小児科学会が中心になるが、当局に直接に説明できる学会あたりの提案数が限られることから、日本小児科学会とともに関連の深い学会が分担して提案書を作成した。このようにして提出された提案は以下の6件である。

2018年12月8日に成立した「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（略称）成育基本法は、「次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んじられ、妊娠期からの切れ目のない支援を受けながら、

その心身の健やかな成育の確保」を目的としている。これらの提案は、そうした理念をもって包括的な前進を図るための提案として位置づけることができる。

また、加盟する22学会が担当する個別の医療技術提案についても、学会間で互いの理解を深め適切な提案が提出できるように努力した。最終的に、各学会から未掲載26(24)件、既掲載29(26)件、医療課宛4(3)件、医薬品1件の提案が提出された(カッコ内は包括的提案を除いた件数)。

■小児関連の包括的提案

区分	学会番号	提案書提出学会名	共同提案 学会数	医療技術名
未掲載	253	日本小児救急医学会	1	ハイリスク小児連携指導料
	257	日本小児循環器学会	2	成人先天性心疾患入院指導管理料 成人先天性心疾患外来指導管理料
既掲載	248	日本小児科学会	20	静脈麻酔
	259	日本小児精神神経学会	4	小児特定疾患カウンセリング料
	278	日本人類遺伝学会	15	遺伝学的検査(難病等)
医療課宛	248	日本小児科学会	20	小児入院医療管理料

18. 女性診療科関連委員会(委員長:西 洋孝)

2020年度診療報酬改定の要望項目とそのポイントは以下の通りである。

医学管理料については、生活指導、関連検査、選択肢のある治療等に丁寧な説明と指導管理が有用であることを訴え、採択が難しいとされるため繰り返し要望している。また、可能な限り多くの学会と協調し評価につなげたいと考えている。医学管理料は、妊娠糖尿病連携管理料、子宮内膜症指導管理料、月経困難症管理料、ホルモン補充療法(HRT)管理料、更年期管理料、細胞診精度管理料の6項目を要望する。子宮内膜症管理料や月経困難症管理料は、生殖年齢の女性の生活の質を低下させる両疾患をカウンセリングやホルモン療法などの内科的治療と手術療法で医学管理を行うことで、働き盛りのこの世代の女性の社会活動をサポートするものとして国民の要請にも合致するものとする。特に子宮内膜症管理料は、不妊症と密接に関わりのある子宮内膜症をトータル的に管理するためのものであり、少子化対策の視点からの要望ともいえる。ホルモン補充療法(HRT)管理料や更年期管理料は、更年期症候群や卵巣欠落症候群が対象となるが、女性の生活の質を低下させる両疾患をカウンセリングやホルモン療法を含む適切な治療で医学管理をすることで、女性の社会的活躍をサポートすることができる。

「胎児心エコー法の遠隔診断料」と「分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料」は、それぞれ胎児心エコーの画像、子宮収縮曲線と胎児心拍数図を遠隔地にて判断するためのものであり、保険収載されれば産婦人科専門医のいない地域における母胎のwell-beingの確認が可能となり、産科医療過疎地域の妊婦への多大な福音となる。両者とも妊娠中の母体や胎児の健康状態の管理に不可欠であり、地域医療連携体制加算とともに母児二つの命を護るためにも要望するものである。また、少子化対策からも妊娠糖尿病連携管理料に加えて高年妊婦分娩加算、母体・胎児集中治療加算を要望し、葉酸の「妊娠可能年齢の女性にバルプロ酸を投与する際の補充療法」の適応疾患の拡大を行い、催奇形率の低下をはかることとした。産褥婦のメンタルケアの拡充のために、人格検査(エジンバラうつ病質問票)、認知機能検査その他の心理検査の

算定要件の拡大と増点を要望することとした。

その他、淋菌核酸検出における女性尿検体の適応、淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出、淋菌核酸およびクラミジア・トラコマチス同時核酸検出、HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の算定要件の拡大と項目設定の見直しを要望する。

細胞診精度管理料、頸部細胞診陰性標本、判定支援加算（精度管理加算）、細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用拡大）、病理組織標本作製（セルブロック法によるもの）の適応疾患の拡大、免疫染色（細胞診標本）の適用拡大、液状化検体細胞診加算の見直しは、日本臨床細胞学会を中心に要望する。

19. 内科系診療所委員会（委員長：近藤太郎）

○内科系診療所委員会は7学会（日本小児科学会、日本小児科医会、日本東洋医学会、日本内科学会、日本病院会、日本環境感染学会、日本臨床内科医会）で構成されている。

○2020年度社会保険診療報酬改定に際しては10の提案を行った。

未収載の医学管理等では3つの提案をした。

1) アルツハイマー型認知症管理料：

認知症の患者さんが増加しているなか、生活指導と服薬指導、多職種連携によるBPSDの予防・軽減への対応も重要であり、対象疾患に追加することを要望した。

2) 慢性便秘管理料：

便通異常をきたす疾患が特に高齢者に増加し、QOLの低下を招いている。「慢性便秘症診療ガイドライン」に準拠した診療で、専門的な管理を行う場合の新規管理料の設定を要望した。

3) 電子カルテ加算：

患者情報を電子カルテに入力することにより、医療機関相互での検査結果・処方状況等の情報を共有でき、疾患管理に極めて有効である。同時に医療統計として活用できる電子カルテ加算を要望した。

○既収載では、医学管理等の項目設定の見直しを提案した。

1) 特定疾患療養管理料の算定のあり方：患者の受診動向の変化等から長期処方一般化し、当該管理料の月2回の算定が不可能となっている。月1回の増点を要望した。

2) 診療情報提供料（患者・家族用）の追加：かかりつけ医が通院患者に係る全ての診療内容をまとめ、患者本人又は家族に診療情報提供書として交付できれば、患者の急変時搬送時や、旅先での状態悪化時、災害時における有効な医療情報源となりうる。

○投薬での点数の見直し

1) 処方箋料での減算撤廃：病院からのかかりつけ医への逆紹介を進めるためにも、7種類以上の内服薬処方時の処方箋料の減算の撤廃を要望した。

2) 処方料での減算撤廃：病院からのかかりつけ医への逆紹介を進めるためにも、7種類以上の内服薬処方時の処方料の減算の撤廃を要望した。

○在宅医療での点数の見直し

- 1) 在宅時医学総合管理料（処方箋を交付しない場合の加算）の増点：院内処方では在宅時医学総合管理料を算定する場合の加算は月 300 点である。複数の疾患の薬剤管理、そして毎月の残薬調整など薬剤師の役割をも担う状況では、多くの場合が経費の持ち出しとなるため、加算の増点を要望した。

○その他

- 1) 既記載の再診料の区分「地域包括診療加算」における 365 日 24 時間連絡体制確保について、要件の緩和を要望した。
- 2) 「時間外対応加算」の名称変更を要望
 時間内に受診している患者から、この加算を算定することはおかしいとの指摘がある。24 時間 365 日の連携体制を整えている医療機関であることを明示し、本来の趣旨を周知するためにも、「時間外対応体制加算」と名称変更を希望した。

20. 在宅医療関連委員会（委員長：清水恵一郎）

当委員会は 22 学会（日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸療法医学会、日本在宅医学会、日本循環器学会、日本小児科学会、日本小児呼吸器学会、日本小児神経学会、日本小児循環器学会、日本小児腎臓病学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本新生児成育医学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本透析医学会、日本内科学会、日本泌尿器科学会、日本腹膜透析医学会、日本リハビリテーション医学会、日本臨床栄養学会、日本臨床内科医会、日本老年医学会）で構成され、要望内容の対象者が小児から高齢者まで広範囲に及ぶ。

2020 年度医療技術提案書を 1) 未記載（32 件）、2) 既記載（48 件）、3) 内保連から保険局医療課に直接手渡すもの（11 件）、の 3 区分に整理し、厚労省に提出した。

提案書の内容の傾向は、算定要件の拡大（適用疾患等、施設基準の緩和）であった。

1) 未記載

未記載 32 件中、C 区分の在宅医療に適合した項目は、在宅ハイフローセラピー指導管理料および在宅ハイフローセラピー装置加算、在宅医療機器安全指導料、在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算の 3 項目であった。他の 29 項目の中には、直接在宅医療との関連が無い項目も含まれていたが、B 区分の医学管理等の意思決定支援管理料は在宅での適用も考えられるので、今後も課題としていきたい。

2) 既記載

既記載 48 件中 C 区分の在宅医療に適合した項目は 11 項目で、C001 在宅患者訪問診療料 1、C001 在宅患者訪問診療料 2、C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料、C003 在宅がん医療総合診療料、C005 在宅患者訪問看護・指導料、C103-1、C103-2 在宅酸素療法指導管理料、

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料、C107-2 在宅持続陽圧呼吸法指導管理料、C170 排痰補助装置加算、の11項目であった。

共通するのは、算定要件の拡大（施設基準の見直し、適用疾患等の拡大、増点）であり、保険点数設定時と医療環境や疾患の病態の変化を反映していると思われる。

3) 内保連から保険局医療課に直接手渡すもの

今回から新区分として基本診療料のA区分が新規に設定されたが、11項目中10項目が入院基本料に関する内容であった。唯一関連すると思われる、A003 オンライン診療料は在宅医療の領域よりは、外来の延長としての評価であり、今後、オンライン診療、遠隔診療と在宅医療の関係を明瞭にしての点数設定が望ましい。

在宅医療関連委員会では、要望内容の対象者が小児から高齢者まで広範囲に及び、在宅医療の技術では関連機器管理の評価の改善希望が多い。

今後、高齢・多死社会を支えるために、退院前後の病診連携の推進と安定した在宅医療を円滑に行うための技術の適切な評価を要望し、在宅医療の参画医療機関の増加を目指して、新規の医療技術の提案をする予定である。

22. 病理関連委員会（委員長：佐々木毅）

2018年6月26日に開催された2018年度第1回社員総会にて、黒田一氏より佐々木毅への委員長の交代が承認された。

2020年診療報酬改定においては、診療領域別委員会内での順位調整は行わないという方針のもと、病理関連委員会は、悪性腫瘍関連委員会（委員長：藤原康弘氏）と重複していたこともあり、今回は悪性腫瘍関連委員会に出席して病理関連委員会としての要望の確認を行った。本委員会からは、未収載技術の要望としては、「連携病理依頼書作成料」「分子病理診断料」「病理診断デジタル化加算」「病理診断安全対策加算」「オンライン病理診断料」「ワンデイパソロジー」「細胞診精度管理料」「頸部細胞診陽性標本 判定支援加算（精度管理加算）」の8項目を提出した。また既収載技術の要望に関しては「悪性腫瘍組織検査の第13部病理診断への移動」「病理診断管理加算の医師要件の緩和」「病理診断料毎回算定」「免疫染色 4種抗体加算の疾患適応拡大」「サイトケラチン19（KRT19）mRNA検出」「細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用拡大）」「病理組織標本作製、セルブロック法によるもの、適応疾患の拡大」「迅速細胞診（検査中の場合）、適応疾患の拡大」「免疫染色、細胞診標本への適用拡大」「液状化検体細胞診加算の見直し」を要望した。なお、これら要望のうち「連携病理依頼書作成料」や「病理診断料毎回算定」「婦人科細胞診での細胞診断料の算定」などは、繰り返しの要望であり、日本病理学会および臨床細胞学会が特に強く要望している項目である。

23. アレルギー関連委員会（委員長：岡田千春）

アレルギー関連委員会加盟学会：8学会

日本アレルギー学会、日本小児アレルギー学会、日本呼吸器学会、日本皮膚科学会、日本眼科学会、日

本臨床内科医会、日本小児科医会、日本臨床栄養学会

2020年改定に向けて、アレルギー関連委員会を開催し、各学会からの診療報酬改定要望を取りまとめ、検討の結果以下の5項目について内保連に申請した。

日本アレルギー学会

- | | |
|--|-----|
| 1) 食物依存性運動誘発アナフィラキシーの診断確定のための食物負荷試験 | 未収載 |
| 2) 気道過敏性検査（メサコリン吸入負荷によるスパイロメータでの1秒量測定） | 未収載 |

日本小児アレルギー学会

- | | |
|-------------------|-----|
| 3) 小児アレルギー疾患療養指導料 | 未収載 |
| 4) 小児食物アレルギー負荷検査 | 既収載 |
| 5) 喘息治療管理料 | 既収載 |

なお、日本アレルギー学会から申請予定であった「アレルギー免疫療法（減感作療法）治療管理料」は、日本耳鼻咽喉科学会との調整によって、日本耳鼻咽喉科学会から外保連を通じて申請することとなり、内保連からの申請は行わなかった。

24. 内保連外保連合同内視鏡委員会（委員長：清水伸幸 日本消化器内視鏡学会・副委員長：高橋典明 先生 日本呼吸器内視鏡学会）

2020年度診療報酬改定に際し、本委員会が関与する項目は、内保連経由で、

新規項目

- 1) 消化器軟性内視鏡安全管理料
- 2) 内視鏡的胃食道逆流防止術
- 3) カプセル内視鏡留置術を併用した小腸カプセル内視鏡

改正項目

- 4) シングルバルーン内視鏡とダブルバルーン内視鏡の再統一
- 5) 第3節生体検査料 通則2に内視鏡検査を追加適用が提出されております。

1) に関しては、内視鏡試案では安全管理は手技基本料に含まれているため、今後は洗浄とともに別建ての加算項目を立てるか検討が必要になると考えております。2) に関しては新規術式として内視鏡試案に掲載いたしました。3) は検査試案に掲載予定となっております。

4) に関しては前回の改定要望で、ダブルバルーン内視鏡が7,000点から7,800点に増点、シングルバルーン内視鏡が3,000点から5,000点に増点されており、再統一を強く要望することでシングルバルーン

への統一や平均化が危惧されます。5) に関しては手技加算の項目でも言及しております。

本委員会は、『内視鏡試案 第1版』を発刊した『内視鏡における適正な診療報酬に関するワーキンググループ』を発展的に解消し、『内保連外保連合同内視鏡委員会』として設立された委員会です。昨年度は検査・処置・手術試案から積み残し項目の移行、新規項目の追加を中心に、2020年度診療報酬改定に対する内視鏡試案1.3版を発刊する準備を行いました。今後も診療報酬改定要望に合わせて内視鏡試案を2年ごとに改定・精緻化することを中心に活動してまいります。本委員会では内視鏡関連手技の専門性を考慮してワーキンググループ（耳鼻咽喉、呼吸器、消化管、肝胆脾、泌尿器、女性器、脊椎・関節、心臓・血管、神経、および総論）を立ち上げ、試案の改定を進めております。これまでの委員会での議論を踏まえて試案項目の追加や改正についての細則を決定して試案の精緻化を進め、診療報酬改定に対して影響力のある試案であり続けるよう努めてまいります。

本委員会は内保連のみならず外保連の委員にも参画をお願いしております。内保連の活動方針を踏襲しつつ、外保連各委員会活動の良い点も取り入れながら、委員会として発展させていく所存です。

今後は、新規項目の追加や既存項目の改正、医療材料等マスタの改定とともに、各項目のコーディングとしてSTEM7を適応すること、総論の改定の議論を進めたいと考えております。さらに、次回改定では大きな問題となることが予想されるAIに関し、本委員会が担当する手技に大きく関与してくると思われる、積極的に議論を進めていきたいと思っております。委員をはじめとする関係諸先生方のお力添えを賜りたく、よろしくお願い申し上げます。