

診療領域別委員会要旨

1. 検査関連委員会（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要望が多い。検査関連委員会でこれらすべてについて検討・議論することは困難であるので、今までと同様に各臓器・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いている。

今回検査関連委員会には、未収載項目 14 件（日本遺伝子診療学会、日本眼科学会、日本睡眠学会、日本動脈硬化学会、日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会の 6 学会より）、既収載項目 62 件（日本遺伝子診療学会、日本血栓止血学会、日本小児血液・がん学会、日本睡眠学会、日本透析医学会、日本動脈硬化学会、日本皮膚科学会、日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会、日本臨床腫瘍学会、日本臨床整形外科学会の 11 学会より）の計 76 件の提案書が提出された。広範囲であるため特別な調整は行わず、検査関連委員会内や他の領域別委員会と重複する提案について該当する学会に個別の調整をお願いした。

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 18 技術、既収載 34 技術、基本診療料 2 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：

人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピュータ断層撮影）

人工知能技術等を用いたデジタル画像再構成に対する加算

ネットワーク型画像管理加算

診断困難小児稀少疾患依頼読影料

日本核医学会：

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの

第 12 部 放射線治療 薬剤料の節立て

日本磁気共鳴医学会：

MRI 体内デバイス安全対策加算

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

画像誘導粒子線治療加算

粒子線治療における呼吸性移動対策加算

即時適応放射線治療加算
 AI を用いた放射線治療計画
 画像融合放射線治療計画加算（A：剛体、B：非剛体）
 治療管理料における呼吸性移動対策加算
 時間外放射線治療加算
 緊急時放射線治療加算

既記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 2 の見直し（2.5 の創設）
 画像診断管理加算 3 の見直し（4 の新設）
 画像診断加算（小児）（小児被ばく低減加算）
 コンピューター断層診断の増点
 遠隔画像診断管理加算 3 の廃止

日本核医学会：

「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」 不明熱の診断
 「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」 食道癌術前補助療法の再病期診断
 ポジトロン断層撮影（FDG-PET）、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（FDG-PET/CT）又は乳房用ポジトロン断層撮影による乳癌術前補助療法の治療効果判定
 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）
 内用療法用放射性医薬品を院内調製する場合、「放射性同位元素内用療法管理料における薬剤師配置が望ましい」を適用要件追加

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：

「1 回線量増加加算」の増点
 外来放射線治療診療料の算定要件の見直しと増点（医師の要件（放射線治療経験5年以上）の緩和）
 陽子線治療の適応拡大
 重粒子線治療の適応拡大
 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」
 組織内照射料の増点「M004 密封小線源治療 3 組織内照射 ロ 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」
 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（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）の算定方法の見直し
 遠隔放射線治療計画のテレワークとしての活用（常勤医の定義の見直し）
 画像誘導密封小線源治療加算の適応拡大
 「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
 体外照射用固定器具加算の特定医療材料としての扱いと装着手技料の追加
 画像誘導放射線治療（体表面の位置情報によるもの）の増点
 呼吸性移動対策加算の適応拡大
 頭頸部固定具の適応疾患に良性疾患を追加
 放射線治療「専従」加算
 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）
 強度変調放射線治療（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）の施設基準の見直し
 サイバーナイフによる三叉神経痛治療
 精度管理者・技師による画像誘導放射線治療（IGRT）
 経会陰的放射線治療用材料局所注入手技の技術区分変更
 経皮的金マーカー留置術の手技料追加、材料と合わせてM枠に移動
 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

基本診療料は以下の通りであった。

日本核医学会：

内用療法において放射線治療病室ではなく、適切な防護措置および汚染防止措置を講じて一般病室を使用した場合の、当該病室に対する管理加算

A225 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）

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検討のため、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には27学会が加盟している。今回の改定にむけては、オンライン会議を2回開催した。初回は各学会の要望提示と意見交換を行い、2回目は修正点を含めた内容確認と共同提案学会の取りまとめを行った。要望内容で分けると（診療報酬区分ではない）、①急性期リハビリテーション②回復期リハビリテーション③生活期リハビリテーション④内部疾患等リハビリテーション⑤指導・管理料等⑥先端のリハビリテーション等⑦検査⑧チーム医療と多岐にわたる項目が提出された。

主な提案書技術名を内容別に分けて下記に示す。

①未収載：脳卒中ケアユニットにおける休日リハビリテーション加算、指定感染症リハビリテーション・摂食機能療法の加算

既収載：外来リハビリテーションでの初期加算・早期加算の適応疾患の拡大、運動器リハビリテーショ

ン起算日の変更など

- ②既記載：回復期リハビリテーション：パーキンソン病およびその類縁疾患の急性増悪に対する回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション
基本診療料：回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に摂食嚥下ケア体制を
- ③未記載：生活期包括的リハビリテーション指導料
既記載：療養・就労両立支援指導料対象疾患の拡大、がん患者リハビリテーション料の外来患者拡大など
- ④未記載：透析リハビリテーション料
既記載：心大血管リハビリテーション料の対象疾患の拡大
- ⑤未記載：心不全再入院予防指導管理料、在宅心臓リハビリテーション指導管理料、補聴器適応難聴指導料、運動器の難治性慢性疼痛における集学的治療に対する慢性疼痛管理加算
既記載：高度腎機能障害患者指導加算の算定要件の拡大
基本診療料：栄養嚥下管理加算など
- ⑥既記載：運動量増加機器加算の要件拡大
基本診療料：特定機能リハビリテーション病棟入院料
- ⑦未記載：Trail Making Test 日本版、ABC 認知症スケール、摂食嚥下障害検査
- ⑧嚥下造影多職種連携評価加算、心大血管リハビリテーション料に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など

上記に加えて、リハビリテーションに関連した報酬の加点やオンライン関連、また機器・手技に関する要望もあった。近年、当委員会の要望内容は、項目数だけでなく、内容も幅広くなっている。これは、リハビリテーション治療を必要としている患者の広がりを反映していると考えられ、より適切なリハビリテーション治療が実施できるような改定となる事を期待したい。

4. 消化器関連委員会（委員長：村島直哉）

日本カプセル内視鏡学会	内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術
日本ヘリコバクター学会	ヘリコバクターピロリ菌の抗菌薬感受性試験
日本ヘリコバクター学会	抗壁細胞抗体検査
日本ヘリコバクター学会	坑内因子抗体検査
日本肝臓学会	超音波減衰法による肝脂肪化定量
日本肝臓学会	サルコペニアや脂肪性肝疾患診断時の BIA 法（インボディ）による体組成計測
日本肝臓学会	糖鎖欠損トランスフェリン（CDT）/トランスフェリン比
日本肝臓学会	自己免疫性肝炎における抗平滑筋抗体の測定
日本消化器内視鏡学会	経皮的胃壁腹壁固定法
日本消化管学会	食道多チャンネル・インピーダンス pH 測定検査
日本消化管学会	ベドリズマブ（生物学的製剤）の外来化学療法加算

2021年5月20日にWebによる合同ヒアリングを実施した。この表以外の関連学会からの参加はなかつ

た。学会作成のガイドラインに掲載されていることを確認し、概要図にも記載することとした。有用な技術であることを共有し、修正のうえ再提出することとなった。内保連からはこれ以外にも日本消化器内視鏡学会から画像加算が申請されている。

5. 循環器関連委員会（委員長：池田隆徳）

2022年度の診療報酬改定に向けて、2020年6月から新メンバーを加えて日本循環器学会（日循）保険診療委員会の活動を開始した。前回と同様に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加わっていただいた。内保連・循環器関連委員会加盟22学会から挙げられた第一次提案書を保険診療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。

メールでの審議を数回行い、内保連・循環器関連委員会を介した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、医療技術（未収載）16件、医療技術（既収載）18件、基本診療料（A区分）既収載2件、医薬品（既収載）1件の計37件を提案することになった。基本方針として、日本循環器学会は関連学会と共同提案をすることにし、関連学会から挙げられた提案書の順位付けを日本循環器学会がしないことにした。提案内容の内訳は、不整脈関連11件、小児循環器関連1件、高血圧関連2件、心臓リハビリ関連8件、心血管インターベンション関連3件、心エコー関連5件、心不全関連3件、動脈硬化関連1件、脈管関連1件、集中治療1件であった。2021年5月14日に内保連で行っていただいた循環器関連7学会10項目に対するWEBでのヒアリングで、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。アセチルコリン冠攣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受け、提案書を作成することにした。今後、重点項目については、厚労省のヒアリングを受ける方向で動いている。

「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）

令和4年度診療報酬改定に向けての申請は、日本内分泌学会からはなされていない。加盟学会である日本動脈硬化学会からは、既収載項目として、検査「超音波法によるアキレス腱厚の測定」の「算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）、項目設定の見直し」が提出されている。家族性高コレステロール血症の低い診断率が問題になっているが、本提案が受理されることによって診断率が向上し、本邦の脳・心血管病の発症率低下につながる事が期待される。また、日本女性医学学会からは未収載項目として、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会との共同提案で、「ホルモン補充療法（HRT）管理料」が提出された。内分泌疾患診療の基本となる血中ホルモン濃度の測定は、空腹や安静が要求されるなど、一般の採血と比べて現場の負担は大きい。医療安全推進に加えてこちらの観点からも、血液採取料のさらなる増点の実現することを強く希望する。

7. 糖尿病関連委員会（委員長：島田 朗）

令和4年度診療報酬改定に向けての申請としては、日本糖尿病学会より、周術期血糖管理、SGLT2 阻害薬使用中の1型糖尿病における血中ケトン体自己測定加算、糖尿病重症化予防データ解析指導管理（遠隔含む）料、が提出されている。また、日本老年医学会からは、日本糖尿病学会との共同提案として、認知機能・生活機能質問票（DASC-8）を用いた高齢者糖尿病管理目標値の設定と管理、が提出された。さらに、日本フットケア・足病医学会からは、運動器リハビリテーション料の対象疾患への糖尿病足病変の追記、が申請された。基本的に、特別な調整はなく、個々の学会からの申請の形とした。

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、日本フットケア・足病医学会、日本臨床栄養学会、日本臨床腎移植学会より構成され腎血液浄化関連の提案を行っている。

2022年度改定に対しては2021年1月27日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
 - 既) 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
 - 既) 血漿交換療法（技術料）の増点
 - 既) ABO 血液型不適合間の同種腎移植又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植に対する単純血漿交換
- ・日本移植学会
 - 既) 抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）
 - 医薬品) 抗ヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン
 - 医薬品) エベロリムス
- ・日本小児腎臓病学会
 - 未) リツキシマブ投与後のリンパ球表面マーカー（CD19 または CD20）測定
 - 既) 腎代替療法指導管理料
 - 医薬品) ミコフェノール酸モフェチル適応拡大
- ・日本腎臓学会
 - 未) 腎容積測定
 - 既) 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
 - 既) 経皮的腎生検
 - 既) 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
 - 医薬品) ミゾリビン適応拡大

- ・日本腎臓リハビリテーション学会
 - 既) 高度腎機能障害患者指導加算
 - 未) 透析リハビリテーション料
- ・日本透析医学会
 - 未) 在宅透析患者管理における遠隔管理加算
 - 未) 在宅血液透析管理加算 (多職種による)
 - 未) 血液透析アクセス日常管理加算
 - 未) 透析患者感染予防管理加算
 - 既) 人工腎臓、試行中の患者の HIV-1、2 抗体検査
- ・日本フットケア・足病医学会 (担当者参加なし)
 - 未) 下肢潰瘍処置
 - 未) 下肢潰瘍処置管理加算
 - 既) 運動器リハビリテーション料の対象疾患への糖尿病足病変の追記
基本診療既) 遠隔連携診療料の対象疾患への下肢末梢動脈疾患の追記
- ・日本臨床栄養学会
 - 未) 病院における管理栄養士の病棟配置に対する加算
 - 既) 血清セレン測定 (検査 D007 血液生化学検査)
- ・日本臨床腎移植学会
 - 既) 経皮的腎生検

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：神田善伸・副委員長：山口博樹)

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・免疫細胞療法学会 (旧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、日本臨床腎移植学会の 10 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、未収載 3 件、既収載 6 件の提案書を提出した。

令和 2 年度の申請で、「D 検査：JAK2 遺伝子変異解析」「B 医学管理：免疫抑制剤血中濃度測定 (1 剤毎)」「D 検査：免疫抑制療法およびがん化学療法時の B 型肝炎既往感染に関する一括スクリーニング」「D 検査：サイトメガロウイルス抗体」グロブリンクラス別ウイルス抗体価に組み込む、「D 検査：Bence Jones 蛋白定性 (尿)」「D 検査：B 型肝炎既往感染者における免疫抑制療法、がん化学療法中および治療後の HBV-DNA 量の定期的モニタリング」が承認された。また「D 検査：赤血球表面抗原検査」、「D 検査：ADAMTS13 インヒビター」の 2 項目に関しては増点が反映された。しかし「D 検査：トキソプラズマ症遺伝子診断検査」、「D 検査：HHV-6 DNA 定量検査」、「D 検査：CD34 陽性細胞測定 (末梢血幹細胞採取時)」、「B 医学管理料：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」「B 医学管理料：輸血関連情報提供料」、「C 在宅医療：輸血検査自動機器加算」、「K 手術：新設輸血管理料 (輸血管理料細

分化)」、「K手術：血液製剤院内分割加算」は重要と思われる申請ではあったが、承認されなかったため今回も同様に申請した。

今回は、通院治療が可能かつ在院期間を短縮できる皮下注射での化学療法薬が増加していることから、「外来化学療法加算」ならびに「連携充実加算」における加算査定項目として「皮下注射」の追加を申請した。また、一部の抗悪性腫瘍薬は長期間の持続点滴注射を必要とし、長期入院によるQOLの低下、病床の圧迫、入院費用の増加を招いている。そこで、通院での持続点滴注射を可能にするために、「携帯型精密輸液ポンプ加算」および「在宅悪性腫瘍等患者指導管理料」について申請した。通院治療におけるG-CSF製剤についても、在宅自己注射が可能になれば高額なPEG化G-CSF製剤に代わる安価で安全な選択肢となりえることから、「在宅自己注射指導管理料加算」にG-CSF製剤に対する適応拡大を申請した。

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、未掲載の事項等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 ②在宅医療の充実 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9件、既掲載14件、基本診療料（A区分）未掲載1件、基本診療料（A区分）既掲載2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19学会から提案されたものは総計で64件であり、その内訳は未掲載：19件、既掲載：32件、A区分未掲載：2件、A区分既掲載：10件、医薬品：1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、また新しい検査技術の導入として鳥抗原特異的IgG測定（イムノキャップ法）、アスペルギルス特異的IgG抗体検査、抗Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor（GM-CSF）抗体濃度測定、血清VEGF-D濃度の測定、過呼吸法による動的肺過膨張の評価などが挙げられ、また基本診療料（A区分）の新規提案として、院内感染症コンサルテーション加算、臨床倫理対策加算が提案されている。

一方既掲載では、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件拡大、遠隔医療の関連で在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における遠隔モニタリングの増点、外来緩和ケア管理料の算定要件拡大、安全精度管理下で行う終夜睡眠ポリグラフィーの算定要件追記、呼吸器リハビリテーション料の増点、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非小細胞肺癌に対する遺伝子検査の増点、経気管肺生検法（仮

想気管支鏡を用いた場合)の見直しについて、などが提案された。

また、基本診療料(A区分)既取載に関わる提案では、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呼吸ケアチーム加算、緩和ケア診療加算の要件拡大、結核病棟入院基本料の見直しなどが提案された。

さらに医薬品ではオクトレオチド酢酸塩皮下注 100 µg の胸腺腫瘍への適応疾患拡大が申請されている。

本委員会として「呼吸器領域の質の高い健全な診療を適正に行っていくために、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、患者への侵襲性は低いにもかかわらず、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取載が望まれる。

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、20 団体から未取載 55 件、既取載 95 件、A 区分未取載 4 件、A 区分既取載 8 件、医薬品 3 件の提案が行われ、このうち未取載 21 件、既取載 12 件、A 区分未取載 1 件、A 区分既取載 3 件、医薬品 1 件が神経関連委員会の審議に付された。また、神経関連委員会に直接審議要請がなかった案件でも、神経関連の提案と考えられるものについては同時に審議を行い、重複案件の調整、共同提案の調整を行った。特に「モノ(薬剤、材料、機器)からヒト(技術)へ」という内保連の基本スタンスに立脚した立場から、神経関連の各団体に共通する案件についてはできる限り共同提案とするよう配慮した。特に下記の 7 つの提案は 4 学会以上の共同提案となった案件であり、神経関連委員会においてその重要性が共有されたことを付記する。

* 医療技術未取載

1. Trail Making Test 日本版 (TMT-J)
2. 血清コレスタノール測定 (血液)
3. 公認心理師によるカウンセリング
4. ポジトロン断層撮影 (アミロイドイメージング)
5. ウェルナー症候群遺伝子診断
6. 難治性片頭痛・三叉神経自律神経性頭痛指導料

* 基本診療料 (A 区分) 未取載

1. 脳卒中ユニット (SU) 入院管理料

12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会 (委員長：高崎芳成)

令和 4 年度診療報酬改定への要望項目について報告する。

令和 4 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、日本臨床整形外科学会、日本運動器科および日本リハビリテーション学会等と協議し、1) 顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症に対するリツキシマブの外来化学療法加算、2) 治療薬変更時の抗シトルリン化ペプチド抗体 (抗 CCP 抗体) の複数回測定、3) ベーチェット病における HLA 型クラス I 検査、4) 全身性エリテマトーデス (SLE)

疑いの患者での抗核抗体と抗 DNA 抗体の同時測定、5) 運動器リハビリテーション (I) の適正評価、6) 骨粗鬆症における骨代謝マーカー測定要件の見直し、7) 外来リハビリテーションでの初期加算、早期加算の適応疾患の拡大などについて申請した。SLE 疑い患者での抗核抗体と抗 DNA 抗体の同時測定、ベーチェット病における HLA 型クラス I 検査は診断に必須な検査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。また顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症に対するリツキシマブの投与は高い専門性が求められ、関節リウマチ治療における生物学的製剤の点滴療法と同様に外来化学療法加算が認められるべきと考え、今回の申請を行った。

13. 感染症関連委員会（委員長：小林 治）

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。

2021 年度の診療報酬改定では、医療技術評価提案書未収載 21 件、既収載 47 件、基本診療料 (A 区分) 10 件を提出した。感染症分野は医療技術の高度化に伴う原因病原体の多様化の他、2019 年以来世界的な流行が収束しない COVID-19 対応でも明確になった様に、世論の迅速正確な病原診断技術導入の要求が課題となっている。一方で、医療現場における耐性菌対策と抗菌薬適正使用は本分野の横断的立場からの永続的な課題と考えている。以下に主な提案内容の概要を示す。

A) 医療技術

未収載のものとして、血清ペプシノゲンによる胃炎診断およびヘリコバクターピロリ除菌判定を提案し、受領された。また、慢性肉芽腫症の診断に用い、欧州では体外診断尿検査として実用化されている殺菌能検査を提案した。

既収載では、百日咳の早期診断法の提案、RS ウイルス抗原定性、グロブリンクラス別ウイルス抗体価人パルボウイルス B19 の算定要件の拡大、結核菌群拡散検出や抗酸菌核酸検出の点数の見直しを提案した。

B) 基本診療料

近年収支マイナスである結核病棟について、結核病棟入院基本料の点数の見直しを提案した。

また、薬剤師の ICT/AST 業務に係る過重労働に関する論文を根拠に、抗菌薬適正使用支援加算で ICT と AST との兼務を不可としつつ抗菌薬適正使用支援加算 2 の新設と加算額の増点を提出したが、病院薬剤師の不足から ICT/AST 兼務を提案した経緯もあるので、これを提案する件については現在学会理事会で検討中である。

14. 悪性腫瘍関連委員会（委員長：室 圭）

2020 年度改定に向けて、本委員会からは、日本臨床腫瘍学会が中心となり各種がん関連学会と共同提案している、II. 医療技術 (既収載) の「がんゲノムプロファイリング検査」を最優先提案 (太字下線でハイライト) とした以外、全体での順位付けは行わなかった。また、各学会からの提案を検討し、可能な限

り共同提案とする調整を図った。

最終的に、2022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) 人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピュータ断層撮影）（日本医学放射線学会）
- 2) 人工知能技術等を用いたデジタル画像再構成に対する加算（日本医学放射線学会）
- 3) ネットワーク型画像管理加算（日本医学放射線学会）
- 4) 診断困難小児稀少疾患依頼読影料（日本医学放射線学会）
- 5) 遺伝カウンセリングの適応拡大（日本遺伝カウンセリング学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本人類遺伝学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会、日本泌尿器科学会、日本膵臓学会）
- 6) マイクロアレイ染色体検査（日本遺伝カウンセリング学会、共同提案：日本人類遺伝学会）
- 7) がんゲノム医療における体細胞遺伝子検査および遺伝学的検査によって得られた二次的所見の管理料（日本遺伝子診療学会、共同提案：日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）
- 8) 遺伝学的検査陽性者の血縁者の遺伝カウンセリング（日本遺伝子診療学会、共同提案：日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）
- 9) M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの（日本核医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本内分泌学会、日本放射線腫瘍学会、日本肝胆膵外科学会）
- 10) M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの（日本核医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本泌尿器科学会、日本内分泌外科学会、日本放射線腫瘍学会）
- 11) 第12部 放射線治療 薬剤料の節立て（日本核医学会）
- 12) トキソプラズマ症遺伝子診断検査（日本血液学会、共同提案：日本造血・免疫細胞療法学会）
- 13) 遠隔分娩監視装置によるハイリスク妊婦管理料（日本産婦人科医会、共同提案：日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会）
- 14) リモートによるノンストレステスト（一連につき）点数の新設（日本産婦人科医会、共同提案：日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会）
- 15) 内視鏡電子画像管理加算（日本消化器内視鏡学会、共同提案：日本消化器病学会、日本カプセル内視鏡学会）
- 16) MRI 体内デバイス安全対策加算（日本磁気共鳴医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本放射線技術学会）
- 17) リンチ症候群診断目的の遺伝学的検査（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会）
- 18) 遺伝子パネルによる難病等の遺伝学的検査（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝カウンセリング学会、日本遺伝子診療学会、日本小児神経学会、日本先天代謝異常学会）

- 19) HHV-6 DNA 定量検査 (日本造血・免疫細胞療法学会、共同提案：日本血液学会、日本小児血液・がん学会)
- 20) 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、共同提案：日本血液学会、日本 TDM 学会)
- 21) 移植後キメリズム解析 STR 法 (日本造血・免疫細胞療法学会、共同提案：日本血液学会、日本小児血液・がん学会)
- 22) 頭皮冷却法 (日本乳癌学会)
- 23) 悪性腫瘍組織検査 IDH1/2 遺伝子変異 (日本脳神経外科学会、共同提案：日本病理学会、日本脳腫瘍学会、日本脳腫瘍病理学会)
- 24) 時間外緊急遠隔診療料 (日本脳神経外科学会、共同提案：日本脳卒中学会)
- 25) 髄液中胎盤性アルカリフォスファターゼ (PLAP) (日本脳神経外科学会、共同提案：日本間脳下垂体腫瘍学会)
- 26) 前立腺癌監視療法管理料 (日本泌尿器科学会)
- 27) 前立腺肥大症および過活動膀胱の特定疾患療養管理料への規定 (日本泌尿器科学会)
- 28) 特定薬剤治療管理料対象薬として「アキシチニブ」を追加 (日本泌尿器科学会、共同提案：日本薬学会)
- 29) 尿中クエン酸濃度 (日本泌尿器科学会、共同提案：日本尿路結石症学会)
- 30) 連携病理診断診療情報提供料 (日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会)
- 31) 病理診断デジタル化加算 (日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会)
- 32) 「M006」「放射線治療用材料装着技術料」の新規項目立て (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本泌尿器科学会、日本呼吸器内視鏡学会、日本乳癌学会)
- 33) Intrafractional IGRT 加算 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術学会)
- 34) 画像誘導粒子線治療加算 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学物理学学会、日本医学放射線学会、日本放射線技術学会)
- 35) 即時適応放射線治療加算 (日本放射線腫瘍学会)
- 36) AI を用いた放射線治療計画 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
- 37) 画像融合放射線治療計画加算 (A：剛体、B：非剛体) (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学物理学学会、日本医学放射線学会、日本放射線技術学会)
- 38) 治療管理料における呼吸性移動対策加算 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術学会)
- 39) 時間外放射線治療加算 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
- 40) 緊急時放射線治療加算 (日本放射線腫瘍学会)
- 41) 感染対策加算 (日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会)

- 42) 婦人科子宮頸部細胞診自動判定支援加算（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会）
- 43) 細胞診精度管理料（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会）
- 44) 国際標準病理診断管理加算（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会）
- 45) 閉鎖式接続器具を用いた抗悪性腫瘍剤投与（日本臨床腫瘍学会、共同提案：日本がん看護学会、日本臨床腫瘍薬学会、抗がん剤曝露対策協議会）
- 46) 特定薬剤治療管理料対象薬として「フルオロウラシル（5-FU）注射液」を追加（日本臨床腫瘍学会、共同提案：日本 TDM 学会）

II. 医療技術（既記載）

- 1) 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）
- 2) 画像診断管理加算 3 の見直し（4 の新設）（日本医学放射線学会）
- 3) 画像診断加算（小児）（小児被ばく低減加算）（日本医学放射線学会）
- 4) コンピューター断層診断の増点（日本医学放射線学会、共同提案：日本磁気共鳴医学会、日本放射線科専門医会・医会）
- 5) 遠隔画像診断管理加算 3 の廃止（日本医学放射線学会）
- 6) 体細胞遺伝子変異解析システム「オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システム」（日本遺伝子診療学会、共同提案：日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）
- 7) 難聴の遺伝学的検査（日本遺伝子診療学会、共同提案：日本耳鼻咽喉科学会、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）
- 8) 微生物核酸同定（日本遺伝子診療学会）
- 9) 「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」不明熱の診断（日本核医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本感染症学会、日本リウマチ学会、日本小児科学会）
- 10) 「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」食道癌術前補助療法の再病期診断（日本核医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本食道学会）
- 11) ポジトロン断層撮影（FDG-PET）、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（FDG-PET/CT）又は乳房用ポジトロン断層撮影による乳癌術前補助療法の治療効果判定（日本核医学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本乳癌学会）
- 12) 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（日本核医学会、共同提案：日本薬学会、日本病院薬剤師会）
- 13) 内用療法用放射性医薬品を院内調製する場合、「放射性同位元素内用療法管理料における薬剤師配置が望ましい」を適用要件追加（日本核医学会、共同提案：日本薬学会、日本病院薬剤師会）
- 14) 外来緩和ケア管理料（日本緩和医療学会）

- 15) がん患者指導管理料イ（日本緩和医療学会）
- 16) がん性疼痛緩和指導管理料（日本緩和医療学会）
- 17) 注射G通則6「外来化学療法加算」と注射G通則7「連携充実加算」における加算算定項目としての「皮下注射」の追加（日本血液学会）
- 18) D025 基本的検体検査実施料（1日につき）（日本血液学会）
- 19) F200 薬剤いわゆる「7種通減」対象薬剤からの抗悪性腫瘍薬の除外（日本血液学会）
- 20) WT1 mRNA（日本血液学会）
- 21) 赤血球・好中球表面抗原検査（日本血液学会、共同提案：日本臨床検査医学会、日本臨床衛生検査技師会）
- 22) 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（日本血液学会、共同提案：日本小児血液・がん学会、日本造血・免疫細胞療法学会）
- 23) 経皮的胃壁腹壁固定法（日本消化器内視鏡学会、共同提案：日本消化器病学会、日本臨床栄養代謝学会）
- 24) 携帯型精密輸液ポンプ加算（日本小児血液・がん学会、共同提案：日本血液学会）
- 25) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料（日本小児血液・がん学会、共同提案：日本血液学会）
- 26) がんゲノムプロファイリング検査（日本小児血液・がん学会）
- 27) BRCA1/2 遺伝子検査（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会、日本泌尿器科学会、日本膀胱学会）
- 28) 遺伝学的検査の適用拡大（日本人類遺伝学会、共同提案：日本__学会：小児科、遺伝子診療、遺伝カウンセリング、先天代謝異常、小児神経、小児リウマチ、小児栄養消化器肝臓、老年医、心臓リハビリテーション、リハビリテーション、形成外科、眼科、整形外科、皮膚科、周産期・新生児医、小児血液・がん、小児内分泌、小児循環器、小児外科、小児皮膚科、小児腎臓病、小児整形外科、小児呼吸器、新生児成育医、てんかん、動脈硬化）
- 29) 遺伝学的検査（遺伝性腫瘍）（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会、日本泌尿器科学会、日本膀胱学会）
- 30) 乳癌サーベイランス（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会）
- 31) 卵巣がんサーベイランス（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会）
- 32) 予防的卵巣卵管切除術（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、遺伝カウンセリング学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会）
- 33) マイクロサテライト不安定性検査（日本人類遺伝学会、共同提案：日本遺伝子診療学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本乳癌学会、日本

- 泌尿器科学会、日本腎臓学会)
- 34) 移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植）における情報通信機器を用いた遠隔面談への要件拡大（日本造血・免疫細胞療法学会、共同提案：日本血液学会、日本小児血液・がん学会、日本移植学会）
 - 35) K921-3【末梢血単核球採取（一連につき）】（日本造血・免疫細胞療法学会、共同提案：日本輸血・細胞治療学会、日本血液学会、日本小児血液・がん学会、日本再生医療学会、FIRM（再生医療イノベーションフォーラム））
 - 36) コーディネート体制充実加算（日本造血・免疫細胞療法学会）
 - 37) 周術期口腔機能管理後手術加算（日本造血・免疫細胞療法学会、共同提案：日本がん口腔支持療法学会）
 - 38) D409-2 センチネルリンパ節生検（片側）（日本乳癌学会）
 - 39) 悪性腫瘍組織検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システムへの「MET エクソン 14 スキッピング検査」項目の追加（日本肺癌学会、共同提案：日本呼吸器学会）
 - 40) 胸水中のヒアルロン酸濃度の測定（日本肺癌学会、共同提案：日本呼吸器学会）
 - 41) （肺）悪性腫瘍遺伝子検査（日本肺癌学会、共同提案：日本呼吸器学会、日本呼吸器外科学会、日本呼吸器内視鏡学会）
 - 42) （肺）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（日本肺癌学会、共同提案：日本呼吸器学会、日本呼吸器外科学会、日本呼吸器内視鏡学会）
 - 43) （肺）PD-L1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（日本肺癌学会、共同提案：日本呼吸器学会、日本呼吸器外科学会、日本呼吸器内視鏡学会）
 - 44) 電磁波温熱療法（日本ハイパーサーミア学会、共同提案：日本放射線腫瘍学会）
 - 45) 「B001-9 外来栄養食事指導料」の再発性尿路結石への適応拡大（日本泌尿器科学会、共同提案：日本尿路結石症学会）
 - 46) 病理診断料（日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会）
 - 47) 施設基準通知 第 84 の 3 100 分の 80 の廃止（日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会）
 - 48) 連携病理診断の体制強化 第 84 の 3 施設基準の見直し（日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会）
 - 49) 悪性腫瘍病理組織標本加算（日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会）
 - 50) がんゲノムプロファイリング検査のための病理組織標本作製等（日本病理学会、共同提案：日本臨床細胞学会）
 - 51) センチネルリンパ節生検（日本病理学会、共同提案：日本乳癌学会）
 - 52) 「1 回線量増加加算」の増点（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会）
 - 53) 外来放射線治療診療料の算定要件の見直しと増点（医師の要件（放射線治療経験 5 年以上）の緩和）（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学学会、日本放射線技術

- 学会、日本放射線技師会)
- 54) 陽子線治療の適応拡大 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本脳腫瘍学会、日本肺癌学会、日本食道学会、大腸癌研究会、日本肝臓学会、日本膵臓学会、日本泌尿器科学会、日本婦人科学会、日本癌治療学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 55) 重粒子線治療の適応拡大 (日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本肺癌学会、日本食道学会、大腸癌研究会、日本肝臓学会、日本膵臓学会、日本泌尿器科学会、日本婦人科学会、日本癌治療学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 56) 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」(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本産科婦人科学会)
 - 57) 組織内照射料の増点「M004 密封小線源治療 3 組織内照射 ロ 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」(日本放射線腫瘍学会)
 - 58) 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)(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会、日本看護協会)
 - 59) 強度変調放射線(intensity-modulated radiation therapy: IMRT)の算定方法の見直し(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 60) 遠隔放射線治療計画のテレワークとしての活用(常勤医の定義の見直し)(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会)
 - 61) 画像誘導密封小線源治療加算の適応拡大(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本産科婦人科学会)
 - 62) 「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(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 63) 体外照射用固定器具加算の特定医療材料としての扱いと装着手技料の追加(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会)
 - 64) 画像誘導放射線治療(体表面の位置情報によるもの)の増点(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 65) 呼吸性移動対策加算の適応拡大(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会)
 - 66) 頭頸部固定具の適応疾患に良性疾患を追加(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会)
 - 67) 放射線治療「専従」加算(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
 - 68) 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)(日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会、日本画像システム工業会)
 - 69) 強度変調放射線治療(intensity-modulated radiation therapy: IMRT)の施設基準の見直し(日

- 本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会)
- 70) サイバーナイフによる三叉神経痛治療（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会）
- 71) 精度管理者・技師による画像誘導放射線治療（IGRT）（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会）
- 72) 経会陰的放射線治療用材料局所注入手技の技術区分変更（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本泌尿器科学会）
- 73) 経皮的金マーカー留置術の手技料追加、材料と合わせてM枠に移動（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本泌尿器科学会）
- 74) 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（日本放射線腫瘍学会、共同提案：日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会）
- 75) 細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用）（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会）
- 76) 迅速細胞診（検査中の場合）、適応疾患の拡大（日本臨床細胞学会、共同提案：日本消化器内視鏡学会、日本病理学会）
- 77) 免疫染色、細胞診標本への適用拡大（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会）
- 78) 液状化検体細胞診加算の見直し（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会）
- 79) 迅速細胞診（検査中の場合）、乳腺、甲状腺への適用拡大（日本臨床細胞学会、共同提案：日本病理学会）
- 80) がんゲノムプロファイリング検査（日本臨床腫瘍学会、共同提案：日本癌治療学会、日本泌尿器科学会、日本肺癌学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）
- 81) 無菌調製処理料（日本臨床腫瘍学会、共同提案：日本がん看護学会、日本臨床腫瘍薬学会、抗がん剤曝露対策協議会）
- 82) UDP グルクロン酸転移酵素遺伝子多型（日本臨床腫瘍学会）

Ⅲ. 基本診療料（A区分）

- 1) RI内用療法において放射線治療病室ではなく、適切な防護措置および汚染防止措置を講じて一般病室を使用した場合の当該病室に対する管理加算（日本核医学会、共同提案：日本外科学会、日本内科学会、日本臨床腫瘍学会、日本肝胆膵外科学会、日本臨床外科学会）
- 2) A225 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）（日本核医学会）
- 3) 緩和ケア病棟入院料（日本緩和医療学会）

- 4) 臨床倫理支援（臨床倫理サポート体制充実加算）（日本肺癌学会）

IV. 医薬品

- 1) オキサリプラチン（L-OHP）（日本血液学会）
- 2) アレムツズマブ（遺伝子組換え）（日本血液学会）
- 3) メトトレキサート（日本造血・免疫細胞療法学会）
- 4) フルダラビンリン酸エステル（日本造血・免疫細胞療法学会）
- 5) メルファラン（日本造血・免疫細胞療法学会）
- 6) エトポシド（日本造血・免疫細胞療法学会）
- 7) オクトレオチド酢酸塩（日本肺癌学会）
- 8) パクリタキセル（日本臨床腫瘍学会）

15. 精神科関連委員会（委員長：福田正人）

精神科関連委員会は、18団体で構成されている（五十音順）：日本アルコール・アディクション医学会、日本高次脳機能障害学会、日本児童青年精神医学会、日本女性心身医学会、日本小児心身医学会、日本小児精神神経学会、日本心身医学会、日本心療内科学会、日本睡眠学会、日本精神科病院協会、日本精神神経学会、日本精神分析学会、日本総合病院精神医学会、日本てんかん学会、日本認知症学会、日本不安症学会、日本臨床神経生理学会、日本老年精神医学会。

人の心と暮らしの支援を中心とする精神科医療においては、「モノ（薬剤、材料、機器）からヒト（技術）へ」という内保連の基本スタンスの重要性が、内科や小児科における医療にも増して際立っている。そのため診療報酬改定への要望は、心と暮らしの支援を診療場面で実現するための「ヒト（技術）」についての要望が中心となった。精神科関連委員会においては、精神科の基幹学会である日本精神神経学会が中心的な役割を務めており、以下はその立場からの記載である。

1. 医療技術・未収載

「患者との関りに人手と労力を費やす」という「ヒト（技術）」のなかで、現在は保険診療として認められていない内容を、医療技術・未収載についての要望事項とした。具体的には以下の項目で、患者と関わるという形の医療について、保険診療として認め評価することを求めたものである。精神科訪問作業療法、アルコール関連疾患患者節酒指導料、精神科作業療法計画書の評価、D285 認知機能検査その他の心理検査、精神科包括的支援マネジメント料、DPCの医療機能評価係数IIで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みの導入。

2. 医療技術・既収載

すでに保険診療となっている医療技術のうちで、児童思春期・妊産婦・治療抵抗性統合失調症などより重点的な対応が必要なものについて、その重要性に応じた評価を求めたものを医療技術・既収載とした。具体的には以下の項目である。クロザピン血中濃度測定、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケアの児

児童思春期加算、ハイリスク妊産婦連携指導料 1、2、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 2、児童思春期精神科専門管理加算のイ、「通院・在宅精神療法」30分未満の増点、向精神薬の多剤減算、「通院・在宅精神療法」の算定要件の変更

3. 基本診療料・未収載

いわゆる総合病院における患者の精神的な支援および重度薬物依存症という、社会的に要請されている機能であるものの保険診療となっていないものについて、基本診療料・未収載としてその位置づけに相応しい評価を求めた。具体的には以下の項目である。重度薬物依存症入院医療管理加算、総合入院体制加算の精神病棟への適用、総合入院体制加算 2 & 3 における施設基準に標榜科としての精神科。

4. 基本診療料・既収載

内保連の基本方針「6. チーム医療の推進と医師負担の軽減」における重点項目であるリエゾン診療、ならびに精神科身体合併症、児童思春期精神科入院、摂食障害入院など、社会的ニーズが高いものの保険診療における評価が十分でないものについて、そのニーズに見合う評価への改定を求めた。具体的には以下の項目である。精神科リエゾンチーム加算に関する改定（点数の増加と週に算定可能な回数の増加）、精神科リエゾンチーム加算に関する改定（施設基準の中の医師要件の改定）、摂食障害入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科身体合併症管理加算対象疾患の見直し、地域移行機能強化病棟入院料

5. 他学会との共同提案

従来のように他学会との共同提案を進めた内容は、以下の項目であった。そのなかで例年と異なったのは、内保連としての取り組みである「重症度、医療・看護必要度」への D 項目追加と注射処方料について、日本内科学会と共同提案を行ったことである。2 項目とも精神科医療にすぐに適用されるものではないが、内保連の基本スタンスとしての「モノからヒトへ」という精神科医療にとっても重要な方向性の内容であり、「説明と同意」と合わせていずれ精神科医療へと拡大していくものと考えている。

医療技術・未収載は、注射処方料（日本内科学会）、臨床神経生理検査である統合失調症 MMN 検査（日本臨床神経生理学会）、児童思春期精神科連携指導料 3・児童思春期精神科チーム加算（日本児童青年精神医学会）、てんかん心理教育集団療法（日本てんかん学会）、視覚・空間についての代表的な神経心理検査である Trail Making Test 日本版（TMT-J）（日本高次脳機能障害学会）。

医療技術・既収載は、通院在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算（施設基準（5）診療所の施設基準の緩和）・通院在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算（施設基準（2）専任の常勤精神科医の削除）・通院在宅精神療法（日本児童青年精神医学会）、依存症集団療法 1・2 における専従者要件の拡大（公認心理師の追加）・依存症集団療法（日本アルコール・アディクション医学会）。

基本診療料・既収載は、「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（日本内科学会）、認知療法・認知行動療法（日本睡眠学会）

16. 心身医学関連委員会（委員長：河合啓介）

心身医学関連委員会の中で、心身医学の基幹学会である日本心身医学会と日本心療内科学会では合同会議を開催し、既収録6件 A 基本診療科2件 未収録0件の計8件の提案書を提出した。

「心身医学療法」の増点、「重症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行動療法」、「神経性やせ症に対する認知行動療法」「神経性過食症に対するガイドセルフヘルプ認知行動療法」といった各種認知行動療法の適用拡大、さらに「特定疾患カウンセリング」「オンライン診療料」の適応拡大、「摂食障害入院医療管理加算」の施設基準の緩和の提案書を、2021年5月24日に内保連のヒアリングを受けた後、厚生労働省に提出した。

ストレス疾患の代表とされる心身症（糖尿病、高血圧、気管支喘息、肥満症などのストレス関連疾患）には、心身両面から治療を行う心身医学療法は疾病の回復やQOLの改善に有用である。診療所では、心身症のほとんどに対して、生活習慣病に請求する特定疾患療養管理料が請求可能である。その一方、200床以上の病院では、特定疾患療養管理料が請求できない。心身医学療法は平成2年より据え置きのみであり、精神科通院精神療法とも大きな格差がある。200床以上の病院への心身医学療法への増点を強く要望する。

認知行動療法は、薬物療法と同等の効果があるといわれ、さらに効果の持続時間は、薬物療法より長期に有効である。「うつ病」、「PTSD」、「強迫性障害」、「社交不安障害」は、既に保険適用を受けている。今回、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、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に適用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学会横断的な提案と、各学会が担当する個別の医療技術提案が含まれる。

学会横断的な提案は、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も考慮し、各提案に最も関連の深い学会が分担して日本小児科学会と協力しながら提案書を作成した。このようにして提出された提案は以下の6件である。これらの提案は、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）の理念に沿うものである。

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、各学会から未収録17（15）件、既収録35（32）件、基本診療料6（5）件、医薬品3（3）件の提案が提出された（カッコ内は学会横断的提案を除いた件数）。

令和4年度診療報酬改定の提案書作成に当たっては、新型コロナウイルス感染症の流行により対面方式の会議が全く実施できなかったことが、大きな支障になった。とくに、学会横断的提案を中心として共同提案学会を募る作業が難しく、また、学会に個別の提案に関して情報共有を図る機会も持ちにくかった点が挙げられる。

■小児関連の学会横断的提案

No	区分	整理番号	提案名	提案学会名	共同提案学会数
①	未収載	245101	B 成人移行支援連携指導料 1 (小児医療機関) 1000 点 2 (成人医療機関) 500 点	日本小児科学会	9
②	未収載	251101	B 要支援児童指導管理料 (外来) 800 点 (入院) 2000 点	日本小児心身医学会	4
③	既収載	254201	B001 4 小児特定疾患カウンセリング料	日本小児精神神経学会	4
④	既収載	243201	L001-2 静脈麻酔	日本小児栄養消化器 肝臓学会	21
⑤	既収載	278202	D006-4 遺伝学的検査の適応拡大	日本人類遺伝学会	28
⑥	A 区分 既収載	A245201	A307 小児入院医療管理料	日本小児科学会	2

18. 女性診療科関連委員会（委員長：西 洋孝）

令和4年度診療報酬改定の要望項目とそのポイントについて述べるが、採択が難しいとされる医学管理料については、生活指導や選択肢のある治療等に対し、丁寧な説明と指導管理が有用であることを訴え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、不妊症指導管理料・ホルモン補充療法（HRT）管理料・不育症管理指導料の3項目を要望する。不妊症指導管理料は、不妊症女性に対するカウンセリング、ホルモン療法などの内科的治療と手術等の外科的治療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。不育症管理指導料は、不育症女性に対する不妊治療との兼ね合い等を含めたカウンセリング、種々の検査、ホルモン療法などの治療をトータル的に管理するためのものであり、不妊症指導管理料と同様に少子化対策の視点からの要望ともいえる。

「遠隔分娩監視装置によるハイリスク妊婦管理料」と「リモートによるノンストレステスト（一連につき）点数の新設」は、それぞれ前者は陣痛発来後、後者は陣痛発来前の子宮収縮曲線と胎児心拍数図を遠隔地で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、母児二つの命を護るためにも要望するものである。また、絨毛染色体検査は、多くの不育症患者のその原因検索に資することとなり、次回妊娠に向けて対応策を提示することが可能となり医療費を削減できる。

その他、細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用）・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、そして新規に婦人科子宮頸部細胞診自動判定支援加算・細胞診精度管理料・国際標準病理診断管理加算を、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。

○令和4年度社会保険診療報酬改定に際しては、あわせて4つの提案を行った。

○未掲載の医学管理等では2つの提案をした。

- 1) 慢性便秘症の特定疾患療養管理料：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。
- 2) 入院患者に関する診療情報提供料：緊急入院した患者に関する診療情報提供書を入院先からの求めに応じて作成し、送付した場合、当該の入院中1回に限り算定できるよう要望した。かかりつけの患者が緊急入院した際には、入院先医療機関から普段の診療情報提供を求められることが通常であり、求めに応じ、診療録をもとに然るべき診療情報提供書を作成している実態がある。

○既掲載では、投薬に関わる処方箋料と処方料についての点数見直しを提案した。それぞれ独立した項目として2つに分けての提案となった。

- 1) 処方箋料での減算撤廃：内科系医療機関が発行する処方箋では、高血圧症、糖尿病、高脂血症や心疾患等を合併する患者に対しては多剤併用が避けられないことがある。逆紹介などで、複数の医療機関を受診してきた患者をかかりつけ医として一元管理する場合、1処方につき7種類以上の内服薬を投与することが起こりうる。薬剤による副作用を起こさないよう、疾病の2次予防を行なっているのが実状である。かかりつけ医機能の推進に病院から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：処方箋料と同じく、処方料においても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。

20. 在宅医療関連委員会（委員長：清水恵一郎）

令和4年度内保連基本方針では、7.として「医療連携と在宅医療の推進」を挙げており、当委員会で在宅医療関連項目を担当している。

当委員会は23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、日本先天代謝異常学会、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んでいる特徴がある。

2022年度医療技術提案書を 1) 未収載 (35件)、2) 既収載 (48件)、3) 内保連から保険局医療課に直接手渡すもの (13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、施設要件の緩和) であった。

1) 未収載

未収載 35件中、C区分の在宅医療に適合した項目は、在宅医療機器安全指導料、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、在宅血液透析管理加算、在宅輸血管理料、在宅ターミナルケア加算、オンライン装置治療指導管理料、の8項目であった。

他の27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、今後は対象項目として検討する予定である。

2) 既収載

既収載 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、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

前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、13項目中10項目が直接に在宅医療に関連せず、入院基本料に関する内容であった。具体的には、処方箋料、処方料の減点要件の緩和と強化型在宅療養診療所のグループ内の訪問診療の実績評価が対象となっている。

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適切な評価を目指して、新規の医療技術の提案をする予定である。

21. 栄養関連委員会 (委員長：島田 朗)

令和4年度診療報酬改定に向けて、栄養に関連した申請としては、以下のものが提出された。

日本摂食嚥下リハビリテーション学会：嚥下調整食加算、摂食嚥下障害検査、摂食機能療法Ⅲ、栄養・摂食嚥下管理加算、オンライン診療に嚥下障害リハビリテーションを追加、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に摂食嚥下ケア体制を。

日本肥満学会：内臓脂肪量測定（腹部 CT 法）、「肥満症」病名による生活習慣病管理料の算定。

日本臨床栄養学会：血清セレン測定（検査 D007 血液化学検査）。

日本アルコール・アディクション医学会：アルコール関連疾患患者節酒指導料。

日本在宅医療連合学会：点滴皮下注（持続皮下輸液）、外来栄養食事指導料 2 の「当該保険医療機関以外」に認定栄養ケア・ステーションを含める、在宅患者訪問栄養食事指導料 2 の「当該保険医療機関以外」に認定栄養ケア・ステーションを含める。

本委員会については、分野が多岐にわたることもあり、特別な調整なく、基本的に個々の学会からの申請、という形で進めた。内保連のヒアリングは、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本肥満学会、日本臨床栄養学会からの要望があり、申請内容についての議論を行った。

22. 病理関連委員会（委員長：佐々木毅）

病理関連委員会からは、日本病理学会と日本臨床細胞学会からの要望について記載する。

1. 日本病理学会からの要望

<未収載要望>

*未収載 第 1 位要望 連携病理診断診療情報提供料

本要望は平成 30（2018）年、令和 2（2020）年にも第 1 位で提出された要望である。令和 2（2020）年診療報酬改定では「連携病理依頼書作成料」という技術名で提案したが、採用されなかった。この要望は「保険医療機関間の連携による病理診断（以下連携病理診断）」の際に、病理診断の委託元である医療機関側が作成し、病理診断の受託側医療機関側に提出することが義務化されている「別紙様式 44」を作成する「臨床医」の医療技術に診療報酬上での評価を求めるという提案である。一つの医療機関内での病理診断では、適宜電子カルテ等を参照できるため、依頼時に詳細な診療情報の提供は必ずしも必要ではないが、連携病理診断では依頼側医療機関の電子カルテ等の閲覧が不可能であり、別紙様式 44 による詳細な診療・臨床情報提供が質の高い病理診断を国民に提供するために不可欠である。この別紙様式 44 に記載が求められているのは、「標本もしくは画像の送付・送信側および受領・受信側医療機関名、所在地、電話番号、医師名、提出医サイン、標本の作製場所、患者氏名、患者住所、生年月日、職業、電話番号、保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解、傷病名、臨床診断・臨床経過、肉眼的所見（略図等）、病理材料のマクロ写真と切り出し図、検体採取日もしくは手術日、既往歴、家族歴、感染症の有無、治療情報、治療経過、現在の処方、病理診断に際しての要望」など多項目にわたる。いわゆる「紹介状」として保険収載されている「B009 診療情報提供料 I」と同程度の分量の詳細な記述が求められているにもかかわらず、B009 で算定される 250 点（2,500 円）の診療報酬が、別紙様式 44 では全く算定されない。そのため連携病理診断の際に別紙様式 44 の提出が依頼側臨床医の負担となり、連携病理診断が進まない大きな障害の 1 つとなっている。病理学会が目指してきた「すべての病理診断を医療機関で」を推し進めるためにも、また質の高い病理診断を連携病理診断でも国民に提供するためにも、この別紙様式 44 の診療報酬上の評価が必要であるとして要望した。

*未収載 第2位要望 病理デジタル化加算

デジタル病理画像を用いて保険医療機関間連携による病理診断（以下連携病理診断）を行った場合にデジタル病理画像の送信側および、受信側施設において加算を算定するという要望である。平成30年診療報酬改定でデジタル病理標本を活用して連携病理診断を行った場合に、病理診断料及び病理診断管理加算の請求が可能となった。しかしながら連携病理診断のためには、送信側では病理ホースライド画像診断補助装置が、受信側では病理診断のための高精細モニターの設置およびセキュアなネットワーク回線整備や機器保守費用など約2,000万円～4,000万円、維持管理費用に年間100万円程度の高額な投資が必要である。現在、保険診療上の担保がないため遠隔連携病理診断の最大の障害の1つとなっている。デジタル化の過渡期には、過去に画像診断において、「デジタル映像化処理加算」が算定されていた時期があり、このような加算はデジタル化を一気に推し進める原動力となりうるものである。特にコロナ禍で、デジタル病理診断、遠隔病理診断、ICTを活用した病理診断の普及は待たなしであり、患者に短期間で病理診断を提供するためにも、デジタル病理診断の普及は重要であり対応を求める要望である。

<既収載要望>

*既収載 第1位要望 病理診断料の毎回算定

この要望は、日本病理学会として、平成22年診療報酬改定より、毎回要望している要望であるが、なぜか「根拠がない」として一向に保険収載されない医師の技術料である。現在、病理医の技術である「病理診断料」は「1患者につき月1回のみ算定」となっている。例えば①月初めに胃生検を行い、それに対して病理診断を行った場合には病理診断料の算定が可能であるが、②月半ばに婦人科で生検を行い、病理診断をした際や③同月内に胃の手術検体の病理診断を行った場合に対しては、②と③については病理医の技術料である病理診断料の請求ができない（②、③は2回とも0点評価）。この要望は2020年に内保連として「不合理・矛盾点」の1つとして採択され、厚労省に提出された要望でもある。「第13部 病理診断」が「第3部検査 第2節病理学的検査」として扱われていた時代の「検査のマルメ」という悪しき負の遺産と考えるが、そもそも病理診断は病理医の技術料であり「マルメ」として評価されていることは、不合理以外の何物でもない。

*既収載 第2位・第3位要望 保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準通知「第84の3」の施設基準の見直し

第84の3の施設基準には「病理診断科診療所では、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は歯科医師で診断を行う体制が整備されていること」とされている。しかしながら、他診療科と同様に、1人でも診療所を立ち上げ地域医療、国民医療に貢献したいとの会員からの強い要望が従来からあり、また病理診断科を標榜している「病院」では、1人の常勤病理医でも連携病理診断を受託することが可能であるのに対して、病理診断科を標榜している病理診断科「診療所」では、1人では連携病理診断を受託することができないなどの不合理から、「病理診断科診療所における複数の常勤の医師による病理診断体制」の見直しを検討した。従来、病理診断科診療所の連携病理診断に複数の医師の勤務を

求めた背景には、病理診断科診療所は、ベテラン病理診断医により開業されることが多く、病理診断医の教育、育成、リクルートを担うことも求めてはどうかと検討されたことなどがある。ただ昨今の急速なインフラの進歩によりネットワークによるバーチャル環境・連携での教育などが可能になっていること、また複数、例えば2人のうち1人は若手の非常勤病理医として、直接に教育、育成することとしても当初の目的は達成できると考えられ、「1人病理医の場合には、病理診断科を標榜する医療機関との連携」または「非常勤病理医の雇用」を条件として認めることを要望し、すべての病理診断を医療機関で行うための受け皿としての病理診断科診療所の体制整備促進を計ることとした。またさらに、「第84の3」には「エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79の2に定める計算式により算出した数値が100分の80以下であること」という項目がある。これは連携病理診断の際に、受託している病理組織標本のうち衛生検査所で作製された病理組織標本の全数を分母とし、ある1か所の衛生検査所で作製された病理組織標本数を分子とした場合に、その値が100分の80以下であることという基準である。このような要件が定められた背景には「サービス付き高齢者向け住宅」における診療の斡旋・紹介を行う事業所に、診療報酬の一部が不適切に横流しされていたという反省事例が過去にあり、蹄鉄を踏まぬよう規制を求めたと当時の保険局医療課担当官から説明があった。しかし病理組織標本作製の衛生検査所への委託については、地域クリニック群は地域の衛生検査所1か所に標本作製を委託している場合も少なく、この場合、クリニック群の病理診断を受託する病理診断科診療所では、その1か所のみ衛生検査所で作製された病理組織標本のみで病理診断を受託することになり、地域連携・貢献を目的とした病理診断科診療所の立ち上げの大きな障害になっている。そこで今回、100分の80という要件の撤廃を既収載要望の第2位で、1人病理医での病理診断科の開業を第3位という上位で要望することとした。

*既収載 第4位要望 悪性腫瘍病理組織標本加算

現在、施設基準通知で保険医療機関間の連携による病理診断では算定できないことになっているが、これを連携病理診断でも算定可能とする要望。

*既収載 第5位要望 がんゲノムプロファイリング検査のための病理組織標本作成等

現在、がんゲノムプロファイリング検査にはそのほとんどの症例で病理組織標本が使用される。その標本作製するのが病理検査技師、十分な使用細胞割合を得るために病理組織標本の選定、トリミング、ダイセクション（マクロダイセクションやレーザーキャプチャーなどのマイクロダイセクション）を行うのは病理医である。がんゲノム医療の開始に伴い、病理学会のアンケートでは、約80%の施設でこれらに関する業務量が増え、さらに約40%の施設が「業務量増が負担となっている」と回答している。これは、病理検査技師や病理医の業務に対する診療報酬上の評価が全くないため、業務用評価がなされず、増員等が全くされていないという診療報酬上の問題に由来する。医療機関によっては、標本作製ができないという医療機関も出てきており、患者医療に不利益が発生している（腫瘍細胞を十分に確保するために、ときには100枚以上の病理標本を薄切するという業務も発生している）。対応が急務である。

*既記載 第6位要望 センチネルリンパ節生検

病理医不在病院等で、連携病理診断により、術中迅速診断でセンチネルリンパ節生検検体の迅速診断を行っている施設が多数存在するが、現在、連携病理診断によるセンチネルリンパ節生検では、センチネルリンパ節生検の手技量が請求はできないという留意事項通知があるために、実際には連携病理診断時にセンチネルリンパ節生検を行わない（3,000点または5,000点が各医療機関の完全な持ち出しになるため行えない）という医療機関もあり、患者医療に不利益が発生している。普及している連携病理診断によるセンチネルリンパ節生検でも算定できるようにする要望。

*既記載 第7位要望 人工知能を用いた病理診断支援プログラムによるW-チェックに対して「病理診断管理加算3」を要望

常勤病理医が勤務する保険医療機関のうち、約45%の医療機関が1人しか病理医が勤務していない「一人病理医医療機関」となっている。そのため最終診断である病理診断にダブルチェックがないまま患者に報告されることになっており、病理医の大きな精神的なストレスとなっている。また2人以上の病理医が勤務する医療機関では、病理医間のダブルチェックにより全体の約0.6%で何らかの病理診断の修正等が発生しているというデータがあり、病理診断のダブルチェックの有効性は論を俟たない。またこのようなデータから、多くの1人病理医は不安のため、しばしば直近の病理標本を再度見直して、確認する作業を行っており、勤務時間がどうしても長くなっている。もう1人の病理医に代わって人工知能（AI）による病理診断支援システムを活用し、一人病理医医療機関でダブルチェックを行った場合、より精度の高い病理診断を国民に提供することが可能となるとともに、医師の働き方改革にもつながる。1人病理医で算定されている「病理診断管理加算1=120点」と2人以上の病理医でW-チェック体制が整備されている医療機関で算定されている「病理診断管理加算2=320点」との間の保険点数「病理診断管理加算3=220点」として要望する。

以上、未記載要望2項目、既記載要望7項目が令和4年診療報酬改定における日本病理学会からの要望である。

2. 日本臨床細胞学会からの要望

<未記載要望>

*未記載 第1位要望 感染対策加算

感染性の高い検体を扱う際に感染防止のための適切な措置をとるための管理料である。入院患者に対する感染防止対策加算に対応する。

細胞診は子宮頸部細胞診のようにベッドサイドにおいて採取後速やかに処理されて感染性を失った状態で病理検査室に提出されるものと、喀痰、胸水、肺胞洗浄液など感染性を保ったまま病理検査室に運ばれ、処理されるものに大別される。喀痰、胸水、肺胞洗浄液など、一般的に感染性の高い検体の処理は安全キャビネットなど感染対策を十分にとって操作されるべきであるが、2021年5月の日本臨床細胞学会の調査では安全キャビネットを持っていない病理検査室が60%以上であった。臨床検査

技師への検体を介した感染を防止し、院内感染を予防するためにも安全キャビネットの設置を推進する必要がある。

感染力が高いと考えられる、喀痰、胸水、肺胞洗浄液、尿、腹水に対する感染対策加算を提案する。

*未収載 第2位要望 婦人科子宮頸部細胞診自動判定支援加算

臨床細胞学会では現在、細胞診陰性検体の10%以上について細胞検査士の鏡検によるランダム再鏡検を行って精度管理することを推奨しているが、細胞検査士が確保できないため、ランダム再鏡検ができていない施設が少なくない。また10%再鏡検が実施できている施設でも、残る90%の検体は1回のみ鏡検で報告されているのが実態である。本来であれば、医療機関での細胞診陰性検体では、すべての検体が再鏡検によって結果の確認が行われるべきである。実際に再鏡検が行われない細胞診陰性検体では見落とし事例も発生しており、医療訴訟に発展するなど、細胞診の精度管理は大きな問題となっており、国民に不利益、実害が生じている。現在、再鏡検のための細胞検査士に代わる「自動判定支援装置」として薬事承認を受けている医療機器がある一方で、診療報酬上の評価が全くないため、医療機関にほとんど普及していないという実態がある。婦人科頸部細胞診に特化して開発された自動判定支援装置は、現時点では細胞診断に用いることは困難であるが、細胞検査士の再鏡検に代わるものとして問題症例をピックアップすることは十分に可能である。本装置によりピックアップされた症例を、細胞検査士が再鏡検することで効率的な精度管理が可能となる。現実的な精度管理の実施方法として保険収載し、細胞診の精度を担保することを提案する。なお、保険医療機関における子宮頸癌検診検体や人間ドック検体については対象外である。

*未収載 第3位要望 細胞診精度管理料

平成24年改定で収載された病理診断管理加算は、精度管理的意味合いをなし、病理診断料を算定した場合に加算されている。全症例が診断扱いとなる組織診断では問題は生じないものの、細胞診の場合、診断料の算定できない比率が高く、これらは病理診断管理加算の対象外になっている。陽性・疑陽性か陰性かの結果は、あくまで最後の結論であって、そこに至る標本作製を含めた精度管理上のプロセスには本来何も違いはないはずで、大きな矛盾を抱えている。病理診断管理加算（細胞診）の発生しない細胞診検査において、診断精度を高める目的で細胞検査士によるダブルチェックを実施した細胞診検体について細胞診精度管理料を加算することを提案する。なお、病理診断管理加算（細胞診）、ならびに、婦人科子宮頸部細胞診自動判定支援加算（別途要望）を算定した場合には算定しない。

*未収載 第4位要望 国際標準病理診断管理加算

細胞診、病理検体の標本作製、診断に対して、国際標準化機構（日本では日本適合性認定協会のISO15189）の認定が進んでいる。がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、がん診療連携拠点病院などの指定においても国際標準化機構の認定を受けた病理検査室の設置が求められており、現在、多くの病院が病理検査室の施設認定を受けている（令和2年6月時点で94医療機関であっ

たが、令和3年6月時点では142医療機関に拡大)。しかし、内部および外部精度管理、試薬管理などその認定を維持するためには多くの労力や費用が必要である。検体検査における国際標準化検査管理加算に対応した、病理診断への管理加算の新設を提案する。

具体的には病理診断に関する国際標準化機構が定めた病理検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文章により報告した場合に所定の点数を加算することを提案する。

<既収載要望>

*既収載 第1位要望 細胞診断料の見直し、婦人科細胞診への適用拡大

平成22年度診療報酬改定において細胞診断料が初めて認められた。それまで、細胞の異型度を測るだけの検査とされてきた細胞診が、「疾患の診断が可能な技術」として認められたという点において画期的な出来事であった、この時、細胞診は婦人科領域の細胞診と、それ以外の細胞診に分けられ、細胞診断料の算定は婦人科以外に限定され、婦人科系細胞診は算定不可とされた。

しかし婦人科細胞診であっても、陽性・擬陽性症例については過去の検査履歴を含めて慎重に検討した上で医師が鏡検して疾患を診断している。そしてこの診断結果をもとに患者は手術、あるいは経過観察と治療方針が決定されている。これは婦人科以外の細胞診と同様である。すなわち、医師が行う診断行為である。検体の違いだけで診断料が算定されないことに何ら合理的な理由は見当たらない。

婦人科細胞診だけが診断料及び診断管理料もつかず、また、医師が診断行為を行っているにも関わらず、そのドクターフィーが算定されていないことは、婦人科細胞診の診断に対する責任の所在を不明瞭とし、精度管理に対する責任の所在をあいまいにしている。

これは細胞診を受ける多くの国民にとって大変な不利益になると考え、診療報酬上の評価が必要であるとして要望した。なお、本要望に関しては、2020年内保連からの「診療報酬における不合理・矛盾点」にも記載され、厚生労働省保険局医療課に提出されており、内保連としても大きな矛盾点として取り上げている。

*既収載 第2位要望 迅速細胞診（検査中の場合）、適応疾患の拡大

迅速細胞診は患者から採取された検体を速やかに標本作製し、染色、スクリーニング、診断までを5～15分で行ない、検査の終了までにその結果を報告する技術である。検査中の穿刺回数の削減や病理診断率の向上に貢献するのみならず、再検査の回数を減らすことから患者負担の軽減、医療費削減につながる技術である。令和2年改定では、超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）のみであった適応を超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）においても実施できるように適応拡大されたが、対象となる臓器はリンパ節、腹水に限定され、最も件数が多い原発巣を穿刺吸引した場合には適応とならなかった。EUS-FNAの対象となる臓器は胃、十二指腸、膵などであり、腹水、リンパ節はむしろ少ない。このため、実質的に算定できず、日常診療において不都合が生じている。そこで、適応をEUS-FNAにて病巣から採取した「組織穿刺液」を検鏡した場合を追加して、EUS-FNA全般を適応とすることを提案する。なお、本要望に関しても、2020年内保連からの「診療報酬における不

合理・矛盾点」にも記載され、厚生労働省保険局医療課に提出されており、内保連としても大きな矛盾点として取り上げている。

***既記載 第3位要望 免疫染色、細胞診標本への適用拡大**

すでに診断され、報告された細胞診標本、あるいは液状化検体細胞診の残りの検体を用いて免疫染色を行い、細胞の由来、性質を検索する技術である。

分子標的薬の開発により癌性胸膜炎や癌性腹膜炎を呈した患者であっても適切な抗癌剤の選択により長期生存が得られるようになってきた。治療方針、薬剤の選択のために免疫染色は必須の技術となっている。しかし進行がんの患者では診断に必要な組織検体を採取することが困難なことも多く、細胞診材料で免疫染色を行わざるを得ないこともあり、社会医学的にもニーズがきわめて高い。

さらに本技術はすでに採取された検体を用いることから、免疫染色のために改めて組織検体を採取することが不要となり、結果的に採取料、標本作製料を節約することが可能となる。

本技術は治療的にも、社会医学的にもニーズがきわめて高いことから、現行の N002 に規定する対象疾患ならびに標本に、細胞標本を追加すること、これに伴い、N002 のタイトルを、「免疫染色病理標本作製」に変更することを提案する。

***既記載 第4位要望 液状化検体細胞診加算の見直し**

平成 24 年度改正で液状化検体細胞診 (LBC) が初記載され、26 年度改正では婦人科材料 LBC が初回から算定可能となり、さらに、前回の改定で 36 点に引き上げられた。しかし婦人科以外の領域の LBC は 85 点である一方、婦人科材料では 36 点に抑えられている。LBC 標本作製のためのコストは 1 件当たり約 2,000 円という試算もあり、このため、LBC を採用している施設は全体の約 50% 程度にとどまっている。

2020 年、「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」が発表され、HPV 検査単独でのがん検診が推奨となった。HPV 単独検診では要精査対象者が増加すること、そしてこれまでよりもより早期の前がん病変患者が保険診療に入ってくることが予想される。今後より繊細な細胞診判定が求められることから、不適正標本の発生の少ない LBC 法の普及が求められている。

婦人科材料への液状化検体細胞診加算を、今回は医療費への影響を鑑み、他領域 LBC における収点数と同じ 85 点への増点を要望する。

***既記載 第5位要望 迅速細胞診 (検査中の場合)、乳腺、甲状腺への適用拡大**

検査時に、採取現場に臨床検査技師が出向し、患者から採取された検体を速やかに標本作製し、染色、スクリーニング、診断までを 5~15 分で行なって悪性細胞の有無を簡易報告することで、穿刺回数削減や病理診断率向上に貢献するのみならず、患者負担の軽減、医療費削減につながる技術である。現在、適応は、D415-2 超音波気管支鏡下吸引生検法 (EBUS-FNA) と超音波消化器内視鏡下吸引生検法 (EUS-FNA) のみである。しかしながら超音波ガイド下穿刺吸引生検法は乳腺、甲状腺などでも行われており、この分野では触診ではわからない微小な病変に対して行われる手技として有用である

とされている。医療安全面からも患者の安全性を確保するためには穿刺回数を1回でも少なくする必要がある。

本技術を用いて検査中に検体採取を確認することで穿刺回数を減らし、患者の安全性を確保することが可能である。そしてその結果、再検査が減少することから医療費の削減につながり、患者への肉体的精神的負担軽減にもつながる。迅速細胞診の乳腺及び甲状腺の穿刺吸引針生検への適応拡大を提案する。

23. アレルギー関連委員会（委員長：福永興壱）

アレルギー関連委員会加盟学会：9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、日本耳鼻咽喉科学会

令和4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4項目について内保連に申請した。

日本アレルギー学会

- 1) スパイログラフィー等検査 呼気ガス分析 既記載

日本小児アレルギー学会

- 2) 小児アレルギー疾患療養指導料 未記載
- 3) 小児食物アレルギー負荷検査 既記載

日本耳鼻咽喉科学会

- 4) アレルギー性鼻炎免疫療法指導管理料 未記載

24. 内視鏡関連委員会（委員長：清水伸幸）

2022年度診療報酬改定に際し、本委員会が関与する項目として、新規項目

- 1) 内視鏡電子画像管理加算
- 2) 内視鏡経口カプセル内視鏡留置術

改正項目

- 3) 経皮的胃壁腹壁固定法
- 4) 細菌培養同定検査（消化管からの検体）ほか

が提出されております。

- 1) に関しては内視鏡試案では画像管理は手技基本料に含まれており、適切な電子画像管理を行うこ

とにより受診者がどのような利益を享受できるかを明らかにすることで加算への道を開く必要があ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ので、厚労省へアピールをしやすい状況が整いました。

3) に関しては一般の手術的治療に対する優位性を説明することで採択の可能性が十分ある項目と期待しております。4) に関しては内視鏡試案内の総論部に記載されており、その点を厚労省の担当者がどのように判断するか注目しております。

なお、外保連経由ではバルーン内視鏡関連項目などに加えて、「人工知能による大腸内視鏡診断支援」が新規項目として提出されております。いよいよ人工知能の医療応用を保険診療として正式に認めていただく時期がまいりました。人工知能の医療応用が進んでいる他領域と連携をとりつつ、内保連外保連合同 AI 診療検討委員会の指示を仰ぎながら保険収載されるよう尽力してまいります。

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、肝胆膵、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、内視鏡試案の改定を進めております。委員会での議論を踏まえ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たいと考えております。

今後も、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、各項目のコーディングとしてSTEM7を適応すること、総論改定の議論を進めます。さらに、これからの改定で大きな論点となることが予想される人工知能の医療応用に関し、本委員会が担当する手技が多数関与してくると思われる、積極的に議論を重ねていく所存です。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、よろしくようお願い申し上げます。

25. 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）

遠隔医療関連委員会では各学会から以下の提案書が提出された。遠隔医療に関する医療技術の評価の歴史は始まったばかりであり、制度の変化も多い。一方で多くの学会で積極的に研究が進められ、今回は計 24 件の提案があった。遠隔医療への診療報酬の拡充が望まれる。

未収載では、以下の 12 技術だった。

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

リモートによるノンストレステスト（一連につき）点数の新設

日本心臓リハビリテーション学会：遠隔心大血管リハビリテーションオンライン診療料

日本頭痛学会：電子的頭痛ダイアリーによる難治性頭痛の遠隔 AI 診断・治療支援技術

日本透析医学会：在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算
日本糖尿病学会：糖尿病重症化予防データ解析指導管理（遠隔含む）料
日本脳神経外科学会：時間外緊急遠隔診療料
日本病理学会：連携病理診断診療情報提供料
病理診断デジタル化加算
日本不安症学会：オンライン認知行動療法
日本不整脈心電学会：
心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算（植込型心電図の場合）
カテーテルアブレーション遠隔支援システム

既収載では以下の10技術が提案された。

日本呼吸器学会：在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の注2および(6)の修正
日本神経学会：デジタル脳波判読の遠隔診断
日本頭痛学会：
オンライン診療における慢性頭痛性疾患の生活指導、薬物療法の療養管理料、片頭痛
群発頭痛患者のオンライン診療における在宅自己注射指導管理料
群発頭痛患者オンライン診療における在宅酸素療法指導管理
日本精神科病院協会：通院・在宅精神療法（オンライン診療時の算定）
日本てんかん学会：遠隔連携診療料
日本脳卒中学会：遠隔連携診療料（急性期脳卒中）
日本病理学会：センチネルリンパ節生検
日本不整脈心電学会：心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算（着用型自動除細動
器による場合）

基本診療料関連では以下の2技術が提案された。

未収載では、日本集中治療学会：遠隔ICU診療支援管理料

既収載では、日本摂食嚥下リハビリテーション学会：オンライン診療に嚥下障害リハビリテーショ
ンを追加