

## 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）

#### ①平成 30 年度改定に際しての検査関連委員会要旨

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、今回は、メール審議にて前回に引き続き「血液採取」を重点項目とした。現状 25 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 62 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優先順位

1. 血液採取

### 2. 放射線関連委員会（委員長：土器屋卓志）

放射線関連委員会（画像診断、核医学、放射線治療）からは下記のような提案がなされた。

日本医学放射線学会からは、画像診断における適正管理を目的とする画像診断管理加算 2 の見直しと遠隔画像診断の活用も含めた夜間・休日対応や専門医による医療被ばく管理を条件とする新画像診断管理加算が提案された。また、本学会が中心となり全国規模での画像診断データベースを構築し、標準化や被ばく管理を含めたネットワーク型画像管理加算の提案のほか、人工知能を活用した画像診断技術の知識を有する専門医のいる施設においてネットワーク型の画像診断データベースを使用した画像診断管理システムが実施された際の新たな算定項目が提案された。

日本核医学会からはアルツハイマー病の診断に極めて有用な老人斑を画像化するアミロイドイメージング (PET)、心筋血流を評価するアンモニア PET における負荷試験の評価、PET 検査の施設基準に薬剤師の配置を追加が複数学会からの共同提案として提出された。

また、非密封放射線源治療病室数の維持・病床数の確保による甲状腺癌の放射性ヨウ素 (131I) 内用療法の適宜適切な実施のために、特定入院料として非密封放射線源治療病室入院料を新設することが提案された。

日本放射線腫瘍学会から未収載：1 件、既収載：21 件、医学管理：4 件を提案した。そのうち主たる提案内容は、既収載のうちの①画像誘導放射線治療加算に関する新技術に応じた細分化、②少分割照射の適応拡大、③直線加速器による定位放射線治療の適応拡大、④子宮頸癌の腔内照射関連（画像誘導小線源治療を含む）の増点、④強度変調放射線治療の施設基準の見直し、⑤放射線治療の晩期合併症に対する高血圧素療法の見直し、および医学管理のうちの⑤外来放射線照射診療料の制度見直しと有資格看護師配置の場合の増点である。①④による新技術の普及は腫瘍への線量集中性を増すことで再発や有害事象を減らし、

②③は照射回数を減少させ、⑤は晩期有害事象の切り札であり、⑥は患者への安心感を増すと同時に有害事象を低減させることが可能であり、これらの全ては医療費を削減できる効果を有する。

その他、強度変調放射線治療の普及のために施設基準の見直しを提案した。

### 3. リハビリテーション関連委員会（委員長：石川誠）

かつて、リハ医療サービスの提供は悲しいほど少なく、寝たきりの発生を阻止するには量的にあまりにも乏しい時代が続いていた。しかし、この10数年間、リハ医療に対する診療報酬上の評価は改定の都度、手厚くなされ、これに理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）の養成数の急増が加わり、医療現場ではリハ医療サービスは特別なサービスではなく、当たり前の医療サービスへと変化していった。近年、診療報酬算定費におけるリハ医療の占める割合は、入院・入院外いずれにおいても増加が顕著であり、すでにリハ医療の量を問題にする時代は終焉し、質を重視する時代に変化しつつある。すなわち、リハ医療は量から質の評価への転換期となっているのである。また、前回の診療報酬改定では、リハ医療全般にわたりドラスティックな改定が実施されたことから、今回の改定は診療報酬・介護報酬同時改定であるとはいえ、リハ医療に関しては小規模な改定に止まることが予測される。

リハ関連委員会は20の医学会により校正されるが、以上の点を十分に勘案し、各ジャンル別に優先順位をつけた要望をまとめた。

#### I. 医療技術未収載項目

- ①地域包括リハビリテーション指導料
- ②機能的電気刺激装置使用加算
- ③心大血管疾患リハビリテーション料に関わる重症心不全加算の新設
- ④集中治療室における早期リハビリテーション加算
- ⑤脳卒中急性期における休日リハビリテーション加算
- ⑥高齢者外来総合機能検査
- ⑦朝温泉を用いた慢性閉塞性肺疾患への温泉療法
- ⑧閉塞性動脈硬化症に対する炭酸泉療法

#### II. 医療技術既収載項目

- ①難病患者リハビリテーション
- ②療養病床における摂食機能療法
- ③摂食機能療法
- ④心大血管疾患リハ料に関わる内容に個別的教育指導を含める件
- ⑤維持期リハビリテーションの条件付き継続
- ⑥ギブス等固定時のリハ料起算日の変更（運動器リハのギブス除去時を起算日）
- ⑦トレッドミル/サイクルエルゴメータによる負荷心肺機能検査での連続呼気ガス分析加算の増点

#### III. 医薬品⇒特になし。

#### IV. 医学管理料

- ① ADL 維持向上加算の算定条件の見直し
- ② 栄養・摂食嚥下管理加算
- ③ 回復期リハ対象患者にパーキンソン病の急性増悪
- ④ 入院時食事療養費における嚥下調整食の評価（算定要件の拡大）
- ⑤ 小児科療養指導料
- ⑥ 栄養摂取情報提供書作成加算
- ⑦ 温泉療養指導管理料

議論が集中した点は、改定毎に話題に上る、維持期リハビリテーションの13単位の算定廃止についてであった。平成24年から再三にわたり廃止が延長されてきたこともあり、一部のさらに延長すべきという意見もあったが、条件付きでの継続要望にまとまった。

また、通常、リハの技術料は診療報酬の第7章のリハビリテーションの章に含まれる項目がメインであるが、ここでは一部、検査・処置に該当する項目もリハビリテーションに関係しているため要望項目に掲げた。

#### 4. 消化器関連委員会（委員長：村島直哉）

2016年度は、各学会から技術提案書案の提出を受け、委員会として内保連から提出すべき案件を抽出し、かつ提案順位を全学会参加のもとで委員会を開催し、議論して決定した。

このタイミングで、上村代表が理事となったため、新代表村島直哉・新副代表小早川雅男を選出した。

その後に正式な提案書を各学会で作成し、代表がチェックしたのち内保連理事とのヒアリングを経て内保連事務局に提出した。

	要望項目	未・既	主学会
①	BRTO	未	日本消化器病学会
②	大腸カプセル内視鏡の適応拡大	既	日本カプセル内視鏡学会
③	MR エラストグラフィ検査	未	日本肝臓学会
④	H. pylori 除菌療法前の抗菌薬感受性試験	未	日本ヘリコバクター学会
⑤	食道インピーダンス	未	日本消化管学会
⑥	フォリフィリノックス	既	日本膀胱学会
⑦	CAM 耐性と判明している患者での一次除菌からの二次除菌レジメンの使用	既	日本ヘリコバクター学会
⑧	HCV genotype 検査	未	日本肝臓学会
⑨	パクリタキセル注射剤（アルブミン懸濁型）/アブラキサシ 100mg	既	日本膀胱学会
⑩	食道内圧測定の高レゾリューションマノメトリー	既	日本消化管学会
⑪	カルニチン血中濃度測定検査	未	日本肝臓学会
⑫	薬物過敏症（ペニシリンアレルギー含む）での除菌療法	未	日本ヘリコバクター学会
⑬	HEV-RNA 検査	未	日本肝臓学会
⑭	血清ペプシノーゲン測定	未	日本ヘリコバクター学会

⑮	ファイブロスキャン CAP 法	既	日本肝臓学会
⑯	三次除菌療法	未	日本ヘリコバクター学会
⑰	除菌判定時 UBT 値カットオフに近い場合の追加検査	既	日本ヘリコバクター学会
⑱	検査回数や組合せの制限撤廃	既	日本ヘリコバクター学会
⑲	CYP2C19 遺伝子多型の測定	未	日本ヘリコバクター学会

並行して、内保連外保連共同委員会である内視鏡委員会に参加し、内視鏡試案第一版として11月21日に出版した。出来上がった試案の改定作業にさっそく取り掛かり、清水委員長のもとに会合を重ねている。

高橋理事の診断難易度調査には根引浩子担当が、蝶名林理事のIC調査には浦岡俊夫担当が参画し、代表副代表がチェックして内保連に提出した。

## 5. 循環器関連委員会（委員長：代田浩之）

平成30年度改定に向けては、2016年12月2日に同委員会の主要メンバーで構成する「日本循環器学会 健保対策委員会・日本心臓病学会保険および新医療対策委員会合同委員会」（以下健保対策委員会）を開催し、平成30年度改定に向けての基本方針を確認するとともに内保連連携WGを立ち上げた。

2017年1月10日に内保連連携WGを開催し、提案された各学会からの内保連第一次提案書全体に目を通した上で、提案内容の調整を行うとともに医療技術（未収載、既収載）、保険局医療課（医学管理）、医薬品それぞれの分野での提案書順位付けを行った。

この内容をもとに、2017年1月26日循環器関連委員会を開催した。この段階で、医療技術未収載4件、既収載5件、医学管理4件、医薬品1件を特に取り上げて順位付けし、重点項目とした。

4月12日の内保連ヒアリングでは、9学会出席のもと上記の案件について詳細な説明を行ったが、その後の内保連からの指示により、医学管理案件のうち2つを医療技術未収載として提案することとなり、6月9日に開催された健保対策委員会で別表の内容で承認された。

今後厚労省ヒアリングが予定されているが、今回は日本循環器学会・日本心臓病学会・日本心不全学会・日本心臓リハビリテーション学会の4学会がまとまってひとつの時間を頂戴して、これまでの議論を踏まえて循環器関連領域での大きな視野から今回選択した案件について説明する予定である。

## 6. 内分泌・代謝関連委員会（委員長：田中正巳）

「医薬品」では日本小児内分泌学会と日本内分泌学会との共同提案が2件あった。1件は、インスリン、クロニジン、L-dopaをGH負荷試験に使用する診断薬として適応拡大しようというものである。もう1件は、ヒドロクロロチアジドを腎性尿崩症へ適応拡大しようというものである。これらの案件は日本小児内分泌学会から254-3、4、5、6として提出されている。また日本内分泌学会は、日本アルコール・アディクション学会との共同で「アルコール関連疾患患者節酒指導料」の提出を検討していた。本案件は日本アルコール・アディクション学会から日本精神神経学会、日本アルコール関連問題学会、国立精神医療施設長協議会との共同で、「未収載」として提出されている（提案書番号203101）。

当関連委員会所属の13学会のうち、日本感染症学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本小児内分泌学会、日本心身医学会、日本心療内科学会、日本精神神経学会、日本動脈硬化学会から、それぞれ

の関連委員会を通して提案書が提出されている。

## 7. 糖尿病関連委員会（委員長：渥美義仁）

次回 30 年改訂には、①リアルタイムの持続グルコース測定が承認され広く利用されることが予想される、従来の血糖自己測定（SMBG）のさらなる活用も糖尿病合併症重症化予防には極めて大事である、このように増大するグルコース中心のデータの整理解析に糖尿病療養指導士（CDEJ）の役割増大が必要である。その質を担保した上でのチーム医療を評価する。②入院糖尿病患者に対する糖尿病診療を専門とする医師へのコンサルテーション負荷が増しているので評価を求める。③CGM の施設要件緩和、④IA2 検査の年齢制限撤廃、⑤入院患者対象の CGM センサーの算定、人工臓器の施設基準緩和など提案している。

## 8. 腎・血液浄化療法関連委員会（委員長：川西秀樹）

内保連に属する腎・血液浄化療法関連委員会は日本透析医学会、日本腎臓学会、日本小児腎臓病学会、日本アフェレシス学会、日本腹膜透析医学会、日本急性血液浄化学会、日本移植学会で構成されているが、合同委員会を開催して、診療報酬改定へ向けての提案項目をまとめている。以下に各学会の提案事項を列記する。

日本透析医学会

◇高度の心不全症例に対する月当たりの透析回数を 16 回への増加

日本アフェレシス学会

◇血漿交換療法の増点。

◇慢性心不全に対するアフェレシス療法・免疫吸着療法の提案

日本移植学会

◇HLA 型クラス I、II DNA タイピング、抗 HLA 抗体・抗ドナー抗体検査の算定拡大

◇特定薬剤治療管理料の増点：免疫抑制剤の多剤測定定量の増点

日本小児腎臓病学会

◇小児難治性ネフローゼに対するミコフェノール酸モフェチル適応拡大

日本腎臓学会

◇ANCA 関連腎炎へのアフェレシス療法への適応拡大

◇難治性ネフローゼに対する LDL アフェレシス療法

◇経皮的腎生検の増点（小児腎臓病学会共同提案）

◇ミゾリビンの IgA 腎症への適応拡大

## 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血液学会、日本小児血液・がん学会、日本造血細胞移植学会、日本輸血・細胞治療学会、日本リンパ網内系学会の 5 学会から構成されている。血液関連委員会からは、以下のとおり、未収載 7 件、既収載 6 件、保険局医療課 2 件、医薬品 3 件の提案書を提出した。

今年度は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と治療に重要と考えられる未

収載の「ADAMTS13 活性測定」と「ADAMTS13 インヒビター力価測定」、医薬品の「リツキシマブ」を昨年と同様に申請した。これらに加え既収載の「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」ことを申請した。

また、「化学療法、および生物活性製剤で治療するリンパ腫患者の治療前のB型肝炎感染スクリーニング一括検査」やリンパ腫患者の病期分類・治療効果判定対しての「ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 (PET-CT)」などの医療費削減の一助にもなり得る事項を申請した。

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、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：小林弘祐）

呼吸器領域の提案案件としては、今回の改定が医療保険と介護保険の同時改定であることを踏まえ、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などを主な視点とし、加えて通信技術や情報処理の進歩を医療に取り入れて、遠隔医療を推進していくこととして、未収載・既収載等案件を作成し、呼吸器領域の合同委員会において順位付けを行った。

最終的に15学会から提案されたものは総計で77件であり、その内訳は未収載18件、既収載50件（内臨床検査医会：28件）、主に医学管理に関わる提案3件、医薬品6件であった。

新規提案としては、在宅医療の充実として在宅CPAPの遠隔モニタリング、慢性期のハイフローセラピー、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、アスペルギルスの沈降抗体検査などがあげられ、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の導入などが提案されている。

一方既収載では気管支ファイバースコープの増点、多学会から共同提案のあった急性期のハイフローセラピーの増点、喘息に対する呼気NO測定増点、時間内歩行試験やCPAP療法の算定要件拡大、また肺機能検査でのFVカーブの増点など、臨床現場に即したより適正な機器加算や適用拡大等があげられた。

また、医学管理に関わる提案では、RSTや睡眠ポリグラフィー・摂食障害管理のための管理料増点などが提案された。さらに医薬品ではアミノグリコシド系薬剤とくにアミカシンの結核や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。

昨今国民の医療費は膨大に膨らみ、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なければならない。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：亀井聡）

神経関連委員会は15学会がある。2017年1月7日に神経関連委員会を開催し、討議した結果、優先項目は下記のようになった。基本的に厳しい査定状況の中で、受理される可能性の高い順、多くの神経領域の医師が享受できる順になっている。

## I 医療技術未収載

1. NMDA 抗体検査料 日本神経免疫学会（共同提案学会：日本てんかん学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本小児神経学会）
2. VGKC 抗体検査料 日本神経免疫学会（共同提案学会：日本てんかん学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本小児神経学会）
3. ポジトロン断層撮影（アミロイドイメージング）日本認知症学会（共同提案学会：日本核医学会、日本神経学会、日本老年精神医学会）
4. 排痰補助装置 日本小児神経学会（共同提案学会：日本神経学会、日本神経治療学会、日本呼吸器学会）
5. 脳卒中急性期多職種医療加算 日本脳卒中学会（共同提案学会：日本神経学会、日本神経治療学会、日本リハビリテーション医学会）

## II 医療技術既収載

1. 歩行運動処置 日本神経治療学会（共同提案学会：日本神経学会、日本リハビリテーション医学会、日本高次脳機能障害学会）
2. 単純疱疹ヘルペス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 日本神経学会（共同提案学会：日本感染症学会、日本神経治療学会、日本神経免疫学会、日本小児神経学会）
3. HAM（HTLV-I associated myelopathy）における HTLV-I 核酸検査 日本神経学会（共同提案学会：日本感染症学会、日本神経治療学会、日本神経免疫学会、日本小児神経学会、日本 HTLV-VI 学会）
4. 組織試験採取、切採法（筋生検術）日本神経学会（共同提案学会：日本小児神経学会、日本リウマチ学会）
5. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 日本脳卒中学会（共同提案学会：日本神経学会、日本神経治療学会）

## III 医学管理料

1. 神経難病の人工呼吸器加算（仮称）日本神経学会（共同提案学会：日本神経治療学会、日本小児神経学会）
2. てんかん専門診断管理料 日本てんかん学会（共同提案学会：日本神経学会・日本脳神経外科学会・日本小児神経学会）
3. 認知症療養専門指導料 日本認知症学会（共同提案学会：日本神経学会、日本老年精神医学会）
4. 障害者施設等入院基本料 日本神経学会（共同提案学会：日本神経治療学会、日本小児神経学会）
5. てんかん紹介料加算 日本てんかん学会（共同提案学会：日本神経学会、日本神経治療学会、日本脳神経外科学会、日本小児神経学会）

## IV 医薬品

1. A 型ボツリヌス毒素 日本頭痛学会（共同提案学会：日本神経学会・日本神経治療学会）
2. クロピドグレル 日本脳卒中学会（共同提案学会：日本神経学会・日本神経治療学会）
3. ドパストン注 日本神経学会（共同提案学会：日本神経治療学会・日本小児神経学会）
4. リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤 日本神経学会（共同提案学会：日本神経免疫学会・日本神経治療学会）

## 5. タクロリムス水和物 日本神経免疫学会（共同提案学会：日本神経免疫学会）

その後、各学会で提案書の名称変更、提出先の変更（たとえば保険局医療課→未収載など）、共同提案の学会の変更、取り下げなどがあり、最終的に神経関連委員会での推奨順位は下記の表に示すようになった。

## 12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会（委員長：高崎芳成）

### 概要

本委員会は今回の改定に当たり、日本リウマチ学会、日本整形外科学会および日本臨床整形外科学会等の関連学会と協議の上、日常診療上障害となっている問題点を解決するために、8項目（B医学管理等1項目、D検査7項目）の提案を行った。

B医学管理等については先般より提案している関節リウマチに対する生物学的製剤注射の管理料で、一連の製剤を安全かつ有効に使用するためにはリウマチ専門医としての相応の技術が求められ、これに対する技術料を要望するものである。一方、D検査では1) 強直性脊椎炎・乾癬性関節炎・反応性関節炎におけるHLA ABC ローカス測定、2) リンパ増殖性疾患における可溶性IL-2受容体測定、3) 関節炎患者におけるIgM型抗パルボB19抗体価の測定、4) 治療薬変更時のCCP抗体の複数回測定、5) SLE抗核抗体、6) dsDNA同時算定、および7) 成人スチル病の血清フェリチン算定を提案した。いずれも日常診療の場で迅速で的確な鑑別診断と治療の管理上重要な案件で今回の改定により見直されることが期待される。

### 優先順位

- 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) 在宅自己注射指導管理料の製剤適応拡大
- 3) リンパ増殖性疾患における可溶性インターロイキン-2レセプター測定
- 4) 関節炎患者におけるIgM型抗パルボB19抗体価の測定
- 5) 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
- 6) ベーチェット病におけるHLA型クラスI検査
- 7) 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
- 8) 成人still病（AOSD）における血清フェリチン値の測定

## 13. 感染症関連委員会（委員長：豊永義清）

所属学会8学会中、今回は日本感染症学会、日本結核病学会、日本小児感染症学会、日本臨床微生物学会、日本ヘリコバクター学会から未収載17件、既収載21件、および医薬品再評価8件の提案書を提出した。重点項目は各5項目との内保連から要望であったが、各学会の要望もあり、未収載、既収載、医薬品はいずれも6件となっている。

細菌感染症治療は、起因菌の検出、同定そして薬剤の感受性検査が基本である。近年、骨髄移植をはじめとする臓器移植の増加、HIVを含む重篤なウイルス感染の増加を背景に多剤耐性菌による感染症の増加も周知の事実である。

未記載では日本小児感染症学会からのIgGサブクラス分画、IgG3の測定を重点項目の1位にしている。易感染・反復感染を起こす患者ではIgGサブクラス欠損症の早期診断こそ免疫グロブリン補充を行い、感染症予防が可能となる唯一の手段であることから重点項目としたものである。前回から継続して提案した日本感染症学会からの“薬剤感受性検査に基づくMBL産生菌検査”、及び“ESBL産生菌検査”が前述した多剤耐性菌感染増加に対応するものである。ヘリコバクター学会からヘリコバクターピロリ菌の感受性試験の算定を提出している。これも耐性菌の増加の問題であり、近年のクラリスロマイシンの耐性株増加からの提案である。もう一つは、ピロリ菌の除去成否診断であるが、ペプシノゲンI、IIを測定するという従来から行われている検査が算定されていなかったことで、重点項目としている。また、臨床微生物学会からの微生物核酸同定・定量検査の迅速診断時の加算である。現在は検査自体に点数はついていないが、自施設で検査が可能であっても高価なランニングコストのために数件まとまった後に行うなど迅速に行われていないことより算定条件を付けくわえ適切な検査を行う方向を確立させたいとのことである。

既記載は日本小児感染症学会から前回と同様の“ヒトメタニューモウイルス抗原定性”、“プロカルシトニン定量”の2件を提出している。ヒトメタニューモウイルスは乳幼児の細気管支炎を引き起こすウイルスであるが、現在では胸部X線撮影後の検査をという条件がある。これは、すべての施設では不可能な要件なのでこのX線という条件の撤廃を求めている。プロカルシトニンは現在では敗血症の診断に行うといふことを、診断後の重篤度判定にも検査ができるようにという要望なのであり、抗菌剤使用中止の判断にもなりうるという重要な提案と考えている。日本感染症学会からは淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出の女性尿検体での算定を求めている。その他に日本臨床微生物学会から3件を提出している。細菌培養同定検査、細菌薬剤感受性検査の点数の見直しの2件と更に特記すべきは大腸菌血性型別の算定条件の縮小である。

医薬品の再評価では日本結核病学会から3件、ヘリコバクター学会から1件、2学会共同で1件が提案されている。順にアミカシン、モキシフロキサシン、リネゾイド、ミノサイクリン、そして共同提出のシタフロキサシンである。

以上の提案書の項目の主な要旨を示している。いずれも、感染症診断・治療には不可欠な技術と考えている。適切な厚労省の判断を希望している。

#### 14. 悪性腫瘍関連委員会（委員長：藤原康弘）

悪性腫瘍関連委員会からは、各学会保険委員会等からの提出を受けた内保連事務局の整理により既記載1件、医学管理料等1件、未記載1件の検討を指示された。いずれも日本臨床腫瘍学会が主たる提案者であったため、優先順位付けは日本臨床腫瘍学会からの要望に添った形で行うにとどめ、悪性腫瘍関連委員会を開催しての検討は行わなかった。4月24日の内保連代表・副代表ヒアリングに臨み、優先順位一位の既記載「がん薬物療法管理料」の増点ならびに減点については、医療課長手渡しルートが望ましいとの判定を受け、そのような対応にする予定である。

## 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17学会が参加しているが、各学会は複数の関連委員会にも属しており、また独自の活動を明言する団体もあるので、精神科関連委員会として提案の順位などの調整を行うことは今回も困難であった。内保連の平成30年度診療報酬改定の基本方針に沿って精神科関連各学会からの要望について略述し、関係各位のご理解とご支援をこころからお願い申し上げたい。

内保連の平成30年度の基本方針は内科系高度急性期医療の評価が第一であり、急性期の重篤な、特定内科診療25疾患に対する技術評価の要望を実現し、「モノ（薬剤、材料、機器）からヒト（技術）」への変換を求めることである。この特定内科診療25疾患のうち、脳炎・脳症で顕著な精神症状を伴う症例ならびに急性心筋梗塞でうつ病を併存する症例は的確な精神科診断の有無で生存率や後遺症の程度に大きな差を生むリスクがあり、また顕著な精神症状を呈する側頭葉てんかんの重積状態、自殺企図歴を有する薬物中毒などにも適切な対応が必須となるので、日本精神神経学会はこれらに対応可能な大学病院や総合病院の高度急性期精神医療を担うハイケアユニット（Psychiatric High Care Unit）に対する入院医療管理料の新設を要望している。また、10対1、13対1、特定機能病院7対1で精神病棟入院基本料を算定している精神科病棟での院内標準診療計画に基づく診療に対する評価の加算を要望するとともに、総合入院体制加算を精神病棟に適用すること、更に総合入院加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすることを要望している。平成28年度改定で患者：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のように、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是正の流れを一層推進していただきたい。

一方、約30万の精神病床の大半は未だに患者：医師比が48：1であり、昭和25年の精神衛生法（現、精神保健福祉法）施行により自宅監置が禁じられたものの、第二次世界大戦直後のわが国は民間の精神科病院を急増させる以外に対応の方策がなく、その負の遺産をいまだに引き継いでいるが、平成26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」の実現には、一般の精神科病院の機能分化を一層促進し、平成30年度改定では、16：1医師配置の精神科急性期治療病棟において、引き上げられた看護基準の下での多職種チームによる良質かつ適切な精神医療の提供を可能にし、一年越え入院を出さずに長期入院者の減少を図る活動を評価する精神科急性期集約的治療病棟入院料の新設を要望している。また、精神科回復期に焦点を当てた院内標準診療計画に基づく退院促進を目指す診療に対する評価として精神科回復期院内標準診療計画加算を要望している。

内保連の平成30年度の基本方針の第二には医療連携と在宅医療の推進が掲げられているが、精神科病院の平均在院日数は確実に減少し、精神疾患患者の地域移行が一段と進んでいる状況に対応した在宅精神科医療における安心安全を確保するため、I016 精神科重症患者早期集中支援管理料の適応患者の拡大（医療中断者を含めた）、施設対象の精神科診療所への拡大並びに大幅な増点を要望している。また、I012 精神科訪問看護・指導料に関して、精神科訪問看護指示書による訪問が70%以上の訪問看護ステーションの精神保健福祉士の単独での訪問に適応拡大することを要望している。加えて、平成28年度改定で実現した、退院直後の訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導の評価であるB007-2退院後訪問指導料の対象疾患を精神疾患非自発性入院者に拡大するとともに、訪問可能な職種として、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理士に拡大することを要望している。

また、内保連の基本方針の医療連携の項目では、入院から在宅への橋渡し機能を充実させるため、てんかん診療連携拠点病院加算とてんかん紹介料加算が明記されており、日本てんかん学会の提案そのものである。これはうつ病診療においても同様であって、うつ病はその身体症状のために内科を初診する症例が60%を占め、婦人科や脳外科を初診する症例も多く、精神科をいきなり初診することは少ないので、平成26年の大臣告示ではうつ病の早期発見・治療のためのかかりつけ医と精神科医との医療連携の強化並びにうつ病等の精神疾患が自殺の主要因の一つであることから、精神医療の質の向上を図ることを謳っている。また、うつ病診断の不適切な拡大と抗うつ薬の処方頻度の増加が問題視されているが、問診のみで行われている精神科診断が世界標準であるものの、わが国はうつ症状の鑑別補助として光トポグラフィ検査を保険収載し、客観的補助検査により診断の妥当性を検討することを認めた世界で唯一の国である。要望している「うつ病のかかりつけ医と精神科医の連携における、かかりつけ医への逆紹介に対する精神科医連携加算並びにうつ病の精査・治療連携管理料」はうつ病の早期発見・治療のためのかかりつけ医と精神科医との医療連携、並びにうつ病の診断の精緻化と治療抵抗性症例に対応する医療連携を推進しようとするものである。

内保連の基本方針では「妊娠・周産期・小児医療の重視」を挙げているが、日本産科婦人科学会や日本小児科学会と日本精神神経学会とが共同提案している「産科・小児科・精神科の連携による地域でのハイリスク妊産婦や母子のメンタルケアの共同指導管理料並びに早期集中支援管理料」は平成27年3月に閣議決定された内閣府の少子化社会対策に対する医療の側からの提案の一部であり、平成28年度改定ではハイリスク妊娠に精神疾患が追加され、精神症状を呈する妊産婦が入院中に精神科医と産科医並びに助産師、精神保健福祉士などが多職種チームを作って診療に当たることに診療報酬上の評価がなされたが、平成30年度改定では外来でのハイリスク妊産婦や母子のメンタルケアに関して産科医や小児科医が精神科医と十分な連携体制をとって診療に当り、地域での緊急対応が必須な状況ではアウトリーチによる妊産婦早期集中支援を行う態勢を構築することに対する評価をお願いするものであり、日本産婦人科医会が提案している「産後うつ状態、産後うつ病の予防と治療に伴う産婦人科、精神科、小児科連携のための紹介元加算・紹介先診療加算」の新設要望とも軌を一にするものである。

精神疾患患者の地域移行推進の阻害要因の一つとして、抗精神病薬に対する治療抵抗性を獲得してしまっている統合失調症の存在が明確になっており、「クロザピン療法に関するI 013の増点とI 016の算定要件の緩和」を求める声が精神科関連委員会の他、精神科七者懇談会の諸団体の中でも頗る大きくなっている。実際、内保連の基本方針とし、日本内科学会と共同提案している、「説明と同意」を評価し、指導管理料の増点、「意思決定支援管理料」の新設提案の根拠となっている内保連グリーンブック2017の「説明と同意に関する調査」に関して、精神科領域ではクロザピン療法時の調査を実施し、がん患者指導管理料との比較で、同等性が認められている。

内保連の基本方針の最後に、チーム医療の推進が掲げられ、A 233-2 栄養サポートチーム加算の算定対象となっていない結核病棟や精神病床への適応拡大の要望が掲げられており、精神科関連委員会の要望そのものであって、この点でも格差是正をお願いしたい。

その他の精神科関連学会からの主な要望項目は以下のとおりである。わが国は違法薬物の使用を取り締まることで、薬物事犯を抑制することに成功している世界でも稀な国であるが、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に対する精神科医療の整備は著しく遅れている現状にあり、「重度薬物依存症入院医療管理加算」を未収載技術として要望している。また、「アルコール関連疾患患者節酒指導料」、「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』の増点と施設基準の見直し」、「脳磁図の対象疾患の適応拡大」、I002 通院精神療法の初診時連携加算、ASEBA 日本語版（メンタルヘルス質問紙）の保険収載を要望している。その他、日本てんかん学会は「amplitude-integrated EEG による長期脳波記録検査」や「てんかんリハビリテーション療法」の保険収載を求める一方、日本神経学会とともに、抗 NMDA 受容体抗体陽性自己免疫性脳炎の診断の保険収載を求めている。日本精神科病院協会は「精神科病棟感染制御管理料」、「重症認知症患者デイケア料リハビリテーション加算」など、日本認知症学会は「アミロイドイメージング・ポジトロン断層撮影」などを要望している。日本小児精神神経学会は乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（M-CHAT）や適応行動尺度（Vineland-II 日本版）を、日本不安症学会は思春期解離体験尺度 A-DES（Adolescent dissociative experiences scale）や子ども版解離評価表（The child Dissociative Checklist（CDC）、Version3.0）などを未収載技術として要望している。日本児童青年精神医学会は児童思春期精神科専門管理加算の算定期間と施設基準の見直し、「精神科デイケア」「精神科ショートケア」の適応拡大、日本総合病院精神医学会は「精神科リエゾン加算」や「精神科救急・合併症入院料」の算定要件の改定、「精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること」などを要望している。

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。また、DPC の機能評価係数 II に精神科リエゾンチーム加算の存在を評価項目に組み入れることを要望している。

## 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 2 件、既収載 3 件、保険局医療課 1 件の計 6 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」、「通院集団心身医学療法」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、「神経性過食症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」といった認知行動療法の適応拡大、および、「心身医学療法」の増点、さらに、保険局医療課へは、「摂食障害外来管理加算」という提案書を、平成 29 年 4 月 3 日に内保連代表のヒアリングを受け大幅修正した後、厚労省に提出した。治療に難渋し極めて専門的で特異な対応が求められる摂食障害に対する医療費を適正なものにして頂くこと、また、新たに、認知行動療法の保険適応の拡大として先進国では既に認められている、神経性過食症と慢性疼痛を加えて頂くことを強く要望する。

## 17. 小児関連委員会（委員長：横谷進）

小児医療にかかわる総括的な提案は、日本小児科学会が中心になって行うことから、小児関連委員会では、加盟する 21 の学会から提案された医療技術評価を中心に互いの理解を深め、適切な提案が提出できるように努力した。最終的に、各学会から未収載 29 件、既収載 21 件、医療課あて 5 件、医薬品 12 件の提案を提出した。

また、各学会が用意した医療技術評価提案（一次提案の段階）の中から重点提案の選定を行った。それ

らの提案書を関連委員会内で検討して、重複した提案や似た提案を学会同士の協力で精力的に整理した。そうした作業を経て、未掲載、既掲載等のカテゴリー間の移動が一部に生じたことにより、未掲載の上位順位の提案が多くなった。最終的な結果は、以下の通りである。

■医療技術評価提案（未掲載）：

1. 小児在宅人工呼吸指導管理料 パルスオキシメーター加算
2. 要支援児童対応体制加算
3. 血中カルニチン2分画検査（酵素サイクリング法）
4. 成人移行期患者共同管理料
5. 遊離脂肪酸測定
6. 小児アレルギー疾患療養指導管理料
7. 新生児行動評価（neonatal behavioral assessment scale）N-BAS
8. aEEG（amplitude-integrated EEG）による長期脳波記録検査

■医療技術評価提案（既掲載）：

1. 小児特定疾患カウンセリング料
2. ヒトメタニューモウイルス抗原定性
3. ハイフローセラピー加算
4. 排痰補助装置治療
5. 小児食物アレルギー負荷検査
6. 在宅患者訪問看護・指導料

## 18. 女性診療科関連委員会（委員長：白須和裕）

再要望をしているものが多いが、採択のハードルが高いといわれている医学管理料に関連した項目については、繰り返しの要望で生活指導、関連検査や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評価につなげたいと考えている。

平成30年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。

ノンストレステスト判断料、分娩監視装置判断料は子宮収縮曲線と胎児心拍数図を連続的に記録する分娩監視装置を用いた生体検査に生体検査判断料を要望するものである。ノンストレステストは妊娠中の胎児の健康状態や切迫早産での子宮収縮の管理に、分娩監視装置は分娩開始後の胎児の状態や陣痛の強弱のモニタリングに不可欠であり、母児二つの命を護るためにも注意深い監視・分析が求められることから生体検査判断料が算定可能な検査とすることを要望するものである。

観血的手術に対するHIV術前検査は、HIV感染の現状を考慮して、HIV検査を観血的手術のHBやHCVと同様基本的術前感染症検査として算定できるよう要望するものである。子宮頸部円錐切除後のHPV検査は現状、細胞診のベセスダ分類がASC-USと判定された患者のみが対象となっているHPV核酸検出を、子宮頸部の円錐切除治療を行った後の病変の残存・再発の早期発見のための検査として有用性が高いこと

から対象拡大を求めるものである。HTLV-1 PCR 検査は前回の改定で新しく HTLV-1 核酸検出として保険適用となったが、検査コストから不採算であることが判明したので増点を要望する。

医学管理料は、5 項目を要望する。産後うつ病の予防と治療に産婦人科、精神科、小児科が連携して多職種参加も得てチーム医療として共同管理を行うことへの評価は、前回改定での日本産科婦人科学会と日本精神神経学会との共同提案から対象を産後メンタルケアに絞るとともに日本小児科学会にも共同提案に加わったの要望となった。ホルモン補充療法（HRT）管理料、子宮内膜症管理料は、前者は更年期障害や卵巣欠落症状、後者は月経困難症や不妊の原因となる子宮内膜症が対象となるが、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は、女性の社会活躍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。不妊症指導管理料と反復・習慣流産指導管理料は、前は結婚、妊娠・出産から子育てまで切れ目のない支援として少子化対策パッケージの中で要望したものであるが、今回はそれぞれ単独に少子化対策の視点からの要望となる。

基本診療料領域での要望項目となるが、妊婦の偶発合併症（急性気管支炎やインフルエンザ、急性膀胱炎など）での薬物療法時には胎児への影響を考慮しながら薬剤選択を慎重に行う必要がある。妊娠という特別な状態での薬物療法の技術に対して初・再診料の加算を要望する（医療課提出）。

## 19. 内科系診療所委員会（委員長：清水恵一郎）

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、日本在宅医学会、日本臨床内科医会）で構成されており、平成 30 年度診療報酬改定に際して、日常診療に大きな障害となっている 8 項目（B 医学管理等 4 項目、C 在宅医療 2 項目、F 投薬 2 項目）に対して改善を求めて提案を行った。高齢患者が地域で安心して生活していくためには、地域包括ケアシステムの確立と、身近なかかりつけ医の存在が必須である。かかりつけ医機能を評価した「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」は常勤が 3 名から 2 名に緩和されたとはいえ、24 時間対応等の算定要件がきびしいため参画する医療機関が少数であり、地域住民に適切な医療の提供が出来ないため、要件の緩和を求めている。最重点項目は、複数疾患を有する患者を病診連携により病院からの逆紹介を診療所で引き受ける際に多品目・多剤処方が多いため、薬剤管理の手間が増加するにも拘らず、7 剤以上の薬剤の処方せん料及び処方料が 90/100 に逡減される矛盾の解消である。

薬剤管理の手間がかかる患者に対して、処方せん料・処方料の逡減は病院から退院して診療所の管理となる際に、大きなマイナス要因となり、地域包括ケアシステムの根幹である病診連携を阻害するものである。現在、逆紹介患者の実態調査が進行中であり、早急に資料を提出の予定である。

## 20. 在宅医療関連委員会（委員長：清水恵一郎）

当委員会は 17 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、日本小児科学会、日本小児呼吸器学会、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、日本てんかん学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本リハビリテーション医学会、日本臨床内科医会、日本老年医学会、日本在宅医学会）で構成され、病院に入院中の患者が退院後シームレスに在宅医療に移行できるように病態別に検討を行った。

特に、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について検討を行ったが、要望内容の対象者が小児から高齢者まで広範囲に及ぶため、焦点を絞って今回は呼吸器関連を中心に順位づけを行っている。

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く、特に、呼吸器におけるハイフローセラピーと去痰・排痰について新規の管理料の提案を行った。在宅医療推進のため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とともに、今後、在宅医療を中心的に支える在宅療養支援診療所・病院の要件緩和も要望している。

## 21. 栄養関連委員会（委員長：渥美義仁）

栄養関連委員会には、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児呼吸器学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本てんかん学会、日本糖尿病学会、日本動脈硬化学会、日本肥満学会、日本病態栄養学会、日本臨床栄養学会と幅広い学会が参加している。要望は、栄養の過剰と不足、内臓脂肪のCT検査から関連職種の技能評価、チーム医療など幅広く出されている。対象も小児から高齢者と大きく異なることもあり、委員会として意見集約は困難であり各学会からの要望を提出している。

## 22. 病理関連委員会（委員長：黒田一）

2016年12月15日「病理関連委員会」に日本臨床細胞学会が加盟した。

日本病理学会および日本臨床細胞学会が共同提案したものは「D004-2 悪性腫瘍組織検査等のN病理診断への移動」と「セルブロック法、見直し」についてである。

今回既記載要望案として重要と考えているのは以下の1、2、3の要望である。

現在病理診断に際して、「診療情報の提供」に診療報酬がなく、登録衛生検査所から医療機関への病理診断の移行がほとんど進んでいない（登録衛生検査所に病理検体を提出した場合は臨床医に病理判断料が算定）。「別途様式44」は診療情報提供書と同程度の情報量の提供となっており、他の診療情報提供書と同様「診療情報提供料（I）」の算定を要望する。また、各種規約や診療ガイドラインに準拠した標準的な病理診断のためには、多数切片を作製して病理診断を確定する必要があるが、病理組織診断料の診療報酬上の評価が充分ではなく、悪性腫瘍手術検体の病理診断料の再評価が必要である。前回の診療報酬改定で、セルブロック法による標本作製が保険収載されたが、掲載箇所はN004細胞診の項目であった。実務的に細胞診とあわせて実施することが多く、細胞標本と誤解される一面はあるが、標本作製上は組織標本に該当するので、現在の分類体系は修正すべきと考える。

未記載要望案として重要と考えているのは以下の1、2の要望である。

婦人科頸部細胞診陰性標本について機械による自動判定を行うことにより米国では、子宮頸部細胞診において陽性例の検出率が上がることが報告されており、子宮頸部細胞診の標準的方法となっている。細胞検査士が、再度、全視野または全標本を検鏡しないでよいように支援するため、効率的に陰性例の精度を保障することができる。

2014年に保険医療機関間の連携による病理診断が保険収載されたが、TAT（報告日数）が1-3日程度多くかかり、患者医療に十分に貢献できていない。解決策としては、ICTを活用したバーチャルスライドスキャナー（以下VS）での転送病理デジタル画像による遠隔連携病理診断が有効であるが、普及のためには保険収載での支援が必須である。なおVSは2017年米国FDAで医療機器として認可された。

### 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は、平成28年に以下の7団体の学会により発足した。

アレルギー関連委員会加盟学会：7団体

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

#### I. アレルギー関連委員会発足の経緯

従来、アレルギー疾患領域の診療報酬改定要望は、呼吸器関連委員会等の既存領域委員会の要望項目の一部として行われてきた。しかし、食物アレルギー、食物依存性運動誘発アナフィラキシーの診断確定の誘発負荷試験など既存の領域からの申請が不適切として見送られる事態が発生してきた。この問題に対応するため、既存の領域委員会、内科系学会社会保険連合事務局と協議を重ね、アレルギー領域を対象とした新たな領域関連委員会を立ち上げることが最適解との結論に至った。日本アレルギー学会が中心となり所属学会の調整を行い、平成28年6月、内科系社会保険連合に承認されアレルギー関連委員会が正式に発足した。

#### II. 平成30年度診療報酬改定要望

平成28年から委員会にて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6項目について内科系社会保険連合に申請した。

日本アレルギー学会

- 1) 検査 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）
- 2) 検査 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誘発負荷試験
- 3) 医学管理等 アレルギー性鼻炎舌下免疫療法指導管理料
- 4) 検査 アスペルギルス沈降抗体

※3) は当初アレルギー免疫療法指導管理料としていたが今回は「鼻炎」とした。

日本小児アレルギー学会

- 5) その他 小児アレルギー疾患療法指導管理料

日本小児科医会

- 6) 医学管理等 食物負荷試験の制限の緩和