

2020 年度診療報酬改定結果

診療領域別委員会総括

1. 検査関連委員会	2 頁
2. 放射線関連委員会	2 頁
3. リハビリテーション関連委員会	3 頁
4. 消化器関連委員会	5 頁
5. 循環器関連委員会	6 頁
6. 内分泌・代謝関連委員会	6 頁
7. 糖尿病関連委員会	8 頁
8. 腎・血液浄化療法関連委員会	9 頁
9. 血液関連委員会	10 頁
10. 呼吸器関連委員会	11 頁
11. 神経関連委員会	12 頁
12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会	13 頁
13. 感染症関連委員会	14 頁
14. 悪性腫瘍関連委員会	16 頁
15. 精神科関連委員会	18 頁
16. 心身医学関連委員会	22 頁
17. 小児関連委員会	22 頁
18. 女性診療科関連委員会	26 頁
19. 内科系診療所委員会	28 頁
20. 在宅医療関連委員会	28 頁
21. 栄養関連委員会	29 頁
22. 病理関連委員会	32 頁
23. アレルギー関連委員会	35 頁
24. 内視鏡関連委員会	35 頁
25. 遠隔関連委員会	36 頁

2020 年度診療報酬改定結果 診療領域別委員会総括

1. 検査関連委員会（委員長：米山彰子）

検査については、診療報酬の見直しや新規掲載の希望が多い。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 点を提案した。

その結果 35 点に増点された。医療費への影響を考えるとやむを得ない増点幅とも考えられるが、まだ実際にかかっているコストには足りず、医療安全や感染対策の観点から今後も十分な診療報酬上の評価を求めていきたい。

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掲載 1 6 技術、既掲載 3 3 技術、A 区分 1 提案であった。各学会の提出技術数は、以下の通り。

日本医学放射線学会	未掲載技術	4 技術、既掲載技術	2 技術
日本磁気共鳴医学会	未掲載技術	1 技術、既掲載技術	2 技術
日本核医学会	未掲載技術	1 技術、既掲載技術	6 技術、A 区分 1 提案
日本放射線腫瘍学会	未掲載技術	1 1 技術、既掲載技術	2 3 技術
日本ハイパーサーミア学会		既掲載技術	1 技術

このうち、令和 2 年度診療報酬改定において、以下の要望が評価され、要望の一部もしくは全部が診療報酬改定に反映された。

○未掲載技術

日本磁気共鳴医学会

全身（広範囲）MRI による悪性腫瘍（原発巣および転移）の診断

○既掲載技術

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）

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）

ポジトロン断層撮影 2 18FDG を用いた場合

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
体幹部定位放射線治療の適応拡大

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
放射線治療用手技の技術区分変更とスペ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

放射線関連委員会では、これらの保険収載技術について、今後の適正な保険診療の実施を支援するとともに、保険収載されなかった技術についても、今後の保険収載等の可能性について、さらなる検討を行う。

3. リハビリテーション関連委員会（委員長：近藤国嗣）

2020 年診療報酬改定に向けて、リハビリテーション関連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。共同提案があった技術は多岐にわたるが、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。内部障害では慢性心不全に対する和温療法、呼吸器リハビリテーション料の実施職種に言語聴覚士の追加、イノベーション的技術では運動量増加機器使用リハビリテーション加算、摂食嚥下関連技術では摂食嚥下支援加算が反映された。主な改定内容を下記に示す。

1. 心不全に対する遠赤外線温熱療法

入院中であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して 30 日を限度として、週 5 回に限り所定点数を算定できることとなった。

2. リハビリテーション総合計画評価料への運動量増加機器加算

運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて脳血管疾患等リハビリテーションを行った場合、運動量増加機器加算として月 1 回所定点数に加算できることとなった。

3. 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価（摂食嚥下支援加算）

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価が見直され、摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対し、摂食嚥下支援加算として週 1 回所定点数に加算できることとなった。

4. リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和（言語聴覚士の追加）

呼吸器リハビリテーション料の実施職種および難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士が追加された。

5. がん患者リハビリテーション料の見直し

外来患者への拡大は認められなかったが、対象患者について、がんの種別による規定が削除され、実施される治療等による要件となった。

6. 療養・就労両立支援指導料の見直し

対象となる疾患に脳血管疾患、肝疾患、指定難病が追加され、また対象となる企業側の連携先が拡大された。

なお、当委員会としての要望案ではなかったが、疾患別リハビリテーションが、医師の具体的な指示

の下で行われる場合に限り、リハビリテーション実施計画書の作成前に算定できるようになった点、回復期リハビリテーション病棟入院料算定に発症等からの期間が削除された点は特記すべき項目である。

未収載		
1	Trail Making Test 日本版 (TMT-J)	×
2	安全入浴指導管理料	×
3	慢性心不全に対する和温療法	△
4	心不全再入院予防指導管理料	×
5	心大血管疾患リハビリテーション在宅療法指導管理料	×
6	透析リハビリテーション料	×
7	摂食嚥下障害検査	△
8	栄養・摂食嚥下管理加算	
9	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	×
10	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	×
11	ABC 認知症スケール (ABC-DS)	×
12	運動量増加機器使用リハビリテーション加算	△
13	包括リハビリテーション指導料	×
既収載		
1	呼吸器リハビリテーション料 (増点)	×
2	呼吸器リハビリテーション料 (言語聴覚士による実施)	○
3	脳血管疾患等リハビリテーション	×
4	難病患者リハビリテーション	×
5	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	摂食機能療法Ⅲ	×
7	嚥下造影多職種連携評価加算	△
8	嚥下調整食加算	
9	脳卒中例、意識障害例に対する嚥下機能評価を伴った摂食機能療法	×
10	療養・就労両立支援指導料	△
11	がん患者リハビリテーション	×
12	L100 神経ブロック (ボツリヌス毒素使用)	×
保健局医療課 A 区分		
1	呼吸ケアチーム加算	×
2	回復期リハ入院料に摂食嚥下障害対策を	×
3	オンライン診療料に嚥下障害診療を追加	×
4	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	×
5	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	×

4. 消化器関連委員会（委員長：村島直哉）

内保連に提出した診療技術提案書および保険採用の有無については、下記のとおりである。

1. MR エラストグラフィー／未収載	不採用
2. ナビゲーションシステムを用いた RFA 時の加算／未収載	採用
3. 消化器軟性内視鏡安全管理料／未収載	不採用
4. 内視鏡的胃食道逆流防止術／未収載	不採用
5. 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／既収載	一部採用 減額もあり
6. EUS-FNA 時における迅速細胞診の適用拡大／既収載	採用
7. 24 時間食道内多チャンネルインピーダンス pH モニタリング／未収載	不採用
8. 大腸カプセル内視鏡検査の算定要件の見直し／既収載	採用
9. 除菌療法前の感受性試験／未収載	不採用
10. 自己免疫性胃炎疑い例での抗壁細胞抗体／未収載	不採用
11. 自己免疫性胃炎疑い例での抗内因子抗体測定／未収載	不採用
12. 血清ペプシノゲンによる胃炎診断／未収載	不採用
13. 血清ペプシノゲンによる除菌診断／未収載	不採用
14. 血清ガストリンの胃炎診断への応用（H.pylori 関連胃炎、自己免疫性胃炎の鑑別）／既収載 不採用	
15. 内視鏡検査未施行者に対する非侵襲性ピロリ菌検査／既収載	不採用
16. H. pylori 検査の検査の組み合わせ、回数の制限の撤廃／既収載	不採用

講評

MR エラストグラフィーは、肝臓学会一押しの提案であったが、高額な機器を使用したオプション検査であった点が不採用の原因の可能性はある。内視鏡安全管理料は内視鏡学会から長年提案されている技術であるが、内視鏡の消毒が他者への完全な感染予防になることを証明するエビデンスレベルの高い臨床研究は、洗浄機が普及している今日ではできない。また、最近論文化された総説で、感染防御は永遠の課題とされ様々な取り組みがなされている。最新の感染防御策を追求する必要がある。ピロリ菌関連については、治療体系がほぼ確立している現状では不採用が続いている。

これ以外に、理由はわからないが検体検査で肝炎関連の検査点数がわずかに減点されているのが目立つ。

抗ミトコンドリア抗体定量	200 から 194 点
抗ミトコンドリア抗体定性 半定量	新設 186 点
HCV コア蛋白	111 から 108 点に
HCV 抗体	111 から 108 点に
HBc 抗体	114 から 111 点に
HCV 群測定	233 から 227 点に
HBV コア抗原定量	274 から 266 点に
HBe 抗原抗体	107 から 104 点に
AFP	107 から 104 点に

エラスターゼ	129 から 126 点に
PIVKA II	143 から 139 点に (ただし二か所に記載)
CA125	148 から 144 点に

診療技術は画期的な診療技術が確立されたときにできるだけ早期に提案することが望ましいと思われる。

5. 循環器関連委員会 (委員長：池田隆徳)

2020 年度の診療報酬改定に向けて行われた内保連の循環器関連委員会の活動を報告する。本委員会には現在 21 学会が加盟している (この内、7 学会は新規加盟)。2018～2019 年にかけて 2 度委員会を開催し、各学会の保険診療に係わる現状と提案について協議した。本委員会の中核をなす日本循環器学会の健保対策委員会では、2018 年度より委員構成を見直し新しい体制を敷いた。それは内保連の循環器関連委員会に加盟している主要 8 学会の保険委員長もしくは副委員長に委員に就いていただいたことである。この委員会は年に 4 回委員会を開催していることから、内保連の循環器関連委員会と加えて計 8 回、2020 年診療報酬改正に向けての協議がなされ、万全の体制の基で今回の提案に望んだ。

循環器関連委員会としては、基本的スタンスとして提案を希望する加盟学会が主提案学会となり、日本循環器学会は共同提案学会という立場で申請する方針とした。最終的に医療技術評価「未収載」で計 18 件 (内訳：日本小児循環器学会 10 件、日本不整脈心電学会 3 件、日本心臓リハビリテーション学会 2 件、日本高血圧学会 2 件、日本心臓病学科 1 件)、医療技術評価「既収載」で計 9 件 (内訳：日本小児心臓病学会 4 件、日本心血管インターベンション学会 2 件、日本心臓リハビリテーション学会 1 件、日本心エコー図学会 1 件、日本動脈硬化学会 1 件) を提案することにした。提案書を提出する前には、対策として内保連のヒアリング、その後の厚労省のヒアリングを受けて、提案書のブラッシュアップを行った。

結果として承認されたのは、(一部反映された提案を含めて) 医療技術評価「未収載」においては 18 件中 9 件 (50% ; 内保連全体では 17%)、医療技術評価「既収載」においては 11 件中 4 件 (36% ; 内保連全体では 15%) と、内保連の他委員会および 2018 年度診療報酬改定の本委員会と比べてもまずまずの結果ではあった。しかしながら、承認率は向上したものの、提案どおりに承認された項目は少なく、「未収載」については適用された保険点数が低く、「既収載」については一部反映するに留まった。2020 年度から循環器病対策基本法が施行される中で、循環器疾患患者への安心・安全な医療および健康寿命の延伸を図るため、適正に保険診療が行われるよう、今後はさらに戦略を練って希望どおりの承認がなされるようにしていきたいと考えている。

6. 内分泌・代謝関連委員会 (委員長：田中正巳)

2020 年度改定において、「線維芽細胞増殖因子 23 の測定」、「急性副腎機能不全 (副腎クリーゼ) 時のヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤投与に対する在宅自己注射指導料」、「家族性高コレステロール血症に対する血漿交換療法」に関する要望が反映されたことは大きな成果であったと考えられる。

1. 医療技術 (未収載)

「外来栄養食事指導料」、「入院栄養食事指導料」は提案が一部反映された。2020 改定では当該保険医療機関の医師の指示に基づいて、自院の管理栄養士 (外来栄養食事指導料 1) に加えて、他の医療機関

および栄養・ケアステーションの管理栄養士が対面で栄養指導を行った場合でも算定が可能（外来栄養食事指導料 2）になった。また、自施設の管理栄養士による指導に限られるが、2 回目以降の外来栄養食事指導において ICT（情報通信技術）（電話を含む）を用いた場合でも 180 点の算定が可能（対面で行った場合は 200 点）になった。そして、在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、入院中の栄養管理に関する情報提供に対する評価として「栄養情報提供加算 50 点」が新設された。退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に算定できる。一方、アルツハイマー型認知症管理料と慢性便秘症管理料は 2020 改定には反映されなかった。

血清中の線維芽細胞増殖因子 23（FGF23）の測定（CLEIA 法）は要望通り反映された。FGF23 関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断の補助を目的として、診断時においては 1 回を限度として、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に 1 回、薬剤性の場合には被疑薬中止後に 1 回を限度として算定する。その場合、1,25-ジヒドロキシビタミン D₃、25-ヒドロキシビタミン D と合算して 788 点が算定できる。一方、海綿骨スコア（TBS）は反映されなかった。

2. 医療技術（既記載）

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・増点についての要望は反映されなかった。

急性副腎機能不全（副腎クリーゼ）時のヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤投与に対する在宅自己注射指導管理料は、2020 改定では要望通りに反映された。令和 2 年 4 月 1 日よりヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤が、在宅自己注射が可能な薬剤として保険収載された。対象となる薬剤はソル・コーテフ注射用 100mg とサクシゾン注射用 100mg/サクシゾン注射用 300mg であり、在宅自己注射指導料に加えて、シリンジと注射針を処方した場合には、C153 注入器用注射針加算 2 を算定することができる。

家族性高コレステロール血症に対する血漿交換療法に関しては、一部要望が反映された。保険適応判断のための検査項目が総コレステロールから LDL コレステロールへと変更されたとともに、薬物療法で LDL コレステロールがある程度下がった症例に対しても血漿交換の保険適応が認められた。すなわち、算定の要件が以下のように変更された。

「当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症に対する血漿交換療法は、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週 1 回を限度として算定する。ア 空腹時定常状態の血清 LDL コレステロール値が 370mg/dL を超えるホモ接合体の者、イ 薬物療法を行っても血清 LDL コレステロール値が 170mg/dL 以下に下がらないヘテロ接合体の者」

3. 保険診療課

「地域包括診療加算」、「時間外対応加算」は一部要望が反映された。夜間・休日の問い合わせや診療に対し、自院単独で常時対応できる体制（時間外対応加算 1）、自院単独で対応できる体制（時間外対応加算 2）に加えて、自院又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制（時間外対応加算 3）が新設された。地域包括診療推進の観点から重要と考えられる。

ICT、病診連携、地域医療、在宅医療などに関して、徐々にではあるが成果を得られつつある。新型

コロナウイルス感染収束後の医療環境も含めて、新たな状況に適した医療活動が安全に推進できるよう、今後も要望を継続していきたい。

7. 糖尿病関連委員会（委員長：渥美義仁）

糖尿病関連委員会は、日本産婦人科医会、日本フットケア・足病医学会、日本糖尿病学会、日本臨床栄養学会、日本病態栄養学会、日本老年医学会の6学会が加盟している。加盟学会からは、未掲載11件、既掲載7件の、計18件の提案を提出した。

1. 未掲載提案

糖尿病関連委員会加盟学会から提出された未掲載提案について、“糖尿病”に関連する提案の採用はなかった。

提出学会名	区分	技術名	改定結果
日本産婦人科医会	病理診断	胎児心エコー法の遠隔診断料	×
日本産婦人科医会	検査	分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料	×
日本産婦人科医会	医学管理等	妊娠糖尿病連携管理料	×
日本産婦人科医会	医学管理等	更年期管理料	×
日本産婦人科医会	医学管理等	月経困難症管理料	○
日本産婦人科医会	医学管理等	地域医療連携体制加算	×
日本糖尿病学会	医学管理等	糖尿病重症化予防データ解析指導管理（遠隔）料	×
日本臨床栄養学会	医学管理等	外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料	×
日本臨床栄養学会	医学管理等	病院における管理栄養士の病棟配置に対する加算	×
日本老年医学会	検査	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	×
日本老年医学会	検査	ABC 認知症スケール（ABC-DS）	×

2. 既掲載提案

糖尿病関連委員会加盟学会から提出された既掲載提案について、“糖尿病”に関連する提案の採用は2件あった。

提出学会名	区分	技術名	改定結果
日本産婦人科医会	検査	人格検査（エジンバラうつ病質問票）	×
日本産婦人科医会	検査	認知機能検査その他の心理検査	×
日本産婦人科医会	病理診断	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作成	×
日本糖尿病学会	在宅医療	持続血糖測定器加算（SAP療法について）の算定要件見直し	○
日本糖尿病学会	在宅医療	持続血糖測定器加算（リアルタイムCGM）の適応条件の見直し	○
日本糖尿病学会	検査	糖負荷試験（静脈）追加法（インスリン感受性評価）	×
日本臨床栄養学会	検査	血清セレン測定（検査D007血液生化学検査）	×

3. 採用された提案について（糖尿病関連）

1) 日本糖尿病学会 既収載 持続血糖測定器加算（SAP 療法について）の算定要件見直し

C152 2

改定前	改定後
<p>1 2個以下の場合 1,320点</p> <p>2 4個以下の場合 2,640点</p> <p>3 5個以下の場合 3,300点</p> <p>注1. 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第1款の所定点に加算する。</p>	<p><u>1 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合</u></p> <p>イ 2個以下の場合 1,320点</p> <p>ロ 3個又は4個の場合 2,640点</p> <p>ハ 5個以上の場合 3,300点</p> <p><u>2 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合</u></p> <p>イ 2個以下の場合 1,320点</p> <p>ロ 3個又は4個の場合 2,640点</p> <p>ハ 5個以上の場合 3,300点</p> <p>注1. 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点に加算する。</p>

2) 日本糖尿病学会 既収載 持続血糖測定器加算(リアルタイム CGM) の適応条件の見直し

C152 2

改定前	改定後
-記載無し-	(1)イ (ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清Cペプチドが0.5 ng/mL未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象が起きている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

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・足病医学会、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委員会で検討の結果以下の提案を行ったが、診療報酬改定への反映は限定

的であった。

- ・ 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）、血漿交換療法（増点について）：いずれも全く反映されなかった。
- ・ 日本小児腎臓病学会：MLACD45 ゲーティング検査：全く反映されなかった。
- ・ 日本腎臓学会：経皮的腎生検、一部要望が反映され、D412-2 経皮的腎生検法 2,000 点として増点されたが、要望とはかけ離れた点数であった。

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：いずれも全く反映されなかった。

- ・ 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：いずれも全く反映されなかった。
- ・ 日本臨床栄養学会：血清セレン測定：全く反映されなかった。
- ・ 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）については要望通り 4000 点の加算として反映された。

免疫抑制剤血中濃度測定（1 剤毎）：一部加算として要望が反映されたが、実臨床に必ずしもすぐわない結果であった。

- ・ 日本透析医学会：導入期加算の見直し：一部要望が反映され、導入期加算 2 の増点を得られたが施設基準が厳しくなり算定可能施設が限定される。

腎代替療法指導管理料：透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合に施設された。しかし施設基準が厳しくなり算定可能施設が限定される。

人工腎臓回数は正、血液透析アクセス日常管理加算、透析患者への HIV 検査、在宅透析への遠隔モニタリング加算：いずれも全く反映されなかった。

- ・ 2018 年の改定に引き続き透析関連が中医協で論議され、適正化の対象となった。その結果、人工腎臓技術料の減点、バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化として手術技術料の大幅な減点が行われた。
- ・ 日本急性血液浄化学会：提案項目はなかったが、急性血液浄化療法に係る要件の見直しとして、持続緩徐式血液濾過法と吸着式血液浄化法の適応基準が厳格化され、対象症例の限定化がされた。

腎・血液浄化関連に関しては前回改定に引き続き厳しい評価となった。今後、各学会におけるエビデンスの構築とともに外保連加盟学会を含めた学会間の協力体制の構築が必要であろう。

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。

令和 2 年度改訂に関しては血液関連委員会から未収載 9 件、既収載 41 件、保険局医療課 1 件の提案書を提出した。

1. 未収載

日本血液学会から申請をあげた「D 検査：JAK2 遺伝子変異解析（提案書番号 226103）」に関しては要望通り反映された(D 検査 006-16)。また日本移植学会から申請をあげた「D 検査：免疫抑制剤

血中濃度測定（1 剤毎）（提案書番号 208101）に関しては B 医学管理等 001-2 として反映されたが、ミコフェノール酸モフェチルとエベロリムスの血中濃度加算を各月に一度ずつ行えるように申請をしたが、ミコフェノール酸は 6 か月に一度、エベロリムスは 4 か月に一度の加算に限定された。

その他日本血液学会から申請をあげた「D 検査：血清 IL-6 測定（提案書番号 226101）」、「D 検査：トキソプラズマ症遺伝子診断検査（提案書番号 226102）」、日本造血細胞移植学会から申請をあげた「D 検査：HHV-6 DNA 定量検査（提案書番号 291101）」に関しては、使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できないためマルチプレックスによる先進医療「多項目迅速ウイルス PCR 法によるウイルス感染症の早期診断」として「先進として継続」という結果であった。また日本造血細胞移植学会から申請をあげた「B 医学管理料等：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（提案書番号 291102）」、「D 検査：移植後微生物核酸同定・定量検査（提案書番号 291103）」「B 医学管理等：自家末梢血幹細胞移植安全管理加算（提案書番号 291104）」、日本リンパ網内系学会から申請をあげた「N 病理診断：In situ hybridization 法を用いた病理標本での EB ウイルスの検出検査（提案書番号 726101）」は全く反映されなかった。

2. 既記載

日本リンパ網内系学会から申請をあげた「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（提案書番号 726202）」は要望どおり、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「3」の HB s 抗原、HB s 抗体及び「6」の HB c 抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者 1 人につきそれぞれ 1 回に限り算定できるようになった。また日本臨床検査医学会から申請をあげた中で血液関連委員会に係る以下 2 項目は要望どおり反映された（「D 検査：サイトメガロウイルス抗体（提案書番号 728223）」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）（提案書番号 728221）」（D 検査 015-21）の経過措置として、保険収載廃止）。

日本リンパ網内系学会から申請をあげた「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（提案書番号 726203）」に関しては D: 検査 23 に反映をされ、B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」の HBV 核酸定量を行った場合は、月 1 回を限度として算定できるようになった。しかし治療中及び治療終了後 1 年以内に限定がついた点で、一部要望が反映されていない点があった。また日本臨床検査医学会から申請をあげた中で血液関連委員会に係る以下の 2 項目に関しては増点が反映された（「D 検査：赤血球表面抗原検査（提案書番号 728225）」、「D 検査：ADAMTS13 インヒビター（提案書番号 729210）」）。

日本臨床検査医学会から申請をあげた中で血液関連委員会に係る「D 検査：ADAMTS13 活性（提案書番号 729209）」の増点は全く反映されなかった。

3. 保険局医療課

日本小児血液・がん学会から申請をあげた「その他：ポジトロン断層撮影等（FDG-PET 検査の DPC 包括範囲からの除外）」に関しては全く反映されなかった。

10. 呼吸器関連委員会（委員長：西村善博）

前回、平成 30 年度改定では、介護保険との 6 年に 1 度の同時改定であり、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定であったが、今回の診療報酬改定は、それらをさらに進めるとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めることに主眼が置かれた。

日本呼吸器学会会員からの提案案件は、医療技術未収載 5 件、既収載 6 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 16 学会から提案されたものは総計で 115 件であり、その内訳は未収載 23 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、呼吸器内科専門医に対する呼吸不全加算、外来呼吸ケア管理料が挙げられ、学会としても強く要望したが、いずれも反映されなかった。

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について、一部要望が反映された。前者では、「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2 月を限度として来院時に算定することができる。」と下線部が改定された。また、施設基準の一部「緊急時の対応を行う際の必要な体制が整備されていること」が削除された。加点はなかった。後者の在宅酸素療法関連では、①本加算の算定条件でモニタリングが必須とされている項目から「血圧」が除外され「機器の使用時間及び酸素流量」が挿入、施設基準で「緊急時の対応を行う際の必要な体制が整備されていること」が削除されたが、加点はなかった。

その他、喘息に対する呼気 NO 測定増点、時間内歩行試験、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については反映されなかった。

呼吸器学会以外の呼吸器領域の提案では呼吸ケア・リハビリテーション学会から提案された「呼吸器リハビリテーション料（言語聴覚士による実施）」が反映されたが、「呼吸器リハビリテーション料（増点）」、「外来呼吸ケア管理料」、「呼吸ケアチーム加算」などは反映されなかった。日本結核・非結核性抗酸菌症学会から提案の「栄養サポートチーム加算」が反映されたが、「アスペルギルス沈降抗体」、「多剤耐性結核手術における感染防止加算」等は反映されなかった。その他、経気管支凍結生検法（5,500 点）が新設され（呼吸器内視鏡学会提案）、経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）：5,000 点（新設）

（呼吸器内視鏡学会（外保連経由）提案）、終夜睡眠ポリグラフ検査における安全制度管理下で行うものの新設（4,760 点）（睡眠学会）、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（2 回目以降の当該検査の費用は、所定点数の 100 分の 90）（肺癌学会）などである。

今回の結果、呼吸器領域にとっては厳しいものとなったが、今後、確かなエビデンスがあり、学会のガイドライン等が、比較的早い時期に準備されていることが診療報酬承認の大きな条件ではあるものの、医療政策の方向性に沿った診療報酬提案を作成していくことが、重要であることが再認識された。

11. 神経関連委員会（委員長：長谷川泰弘）

神経関連委員会では、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。また委員会参加学会間で共同提案作業を進め、重要案件について

共通認識を得た。その結果以下の案件が要望通りあるいは一部要望通り認められた。

I. 医療技術（未収載）案件

1. 要望通り反映された案件

- ・ D 703103 施行頻度の高い認知症重症度尺度 Clinical Dementia Rating (CDR)

2. 一部要望が反映された案件

- ・ H リハビリテーション 003-2 運動量増加機器使用リハビリテーション加算
*実施計画書への加算として反映された。
- ・ D234 4 単線維筋電図（一連につき）
*3000点で要望したが1500点で認められた。
- ・ A 基本診療料 II-11 オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者が追加された。

3. 要望が反映されなかった案件の総括

5学会以上で共同提案とした、Trail Making Test 日本版 (TMT-J)、血清コレステロール測定(血液)、てんかん専門診断管理料、てんかん紹介料連携加算、ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)、血中アミロイドβ関連ペプチドアッセイが反映されなかった。今回の改訂作業の中で、測定法の薬機承認が確認されないものについてはほぼ門前払いとなった事は残念であった。

II. 医療技術（既収載）

1. 要望通り反映された案件

- ・ J 処置 J034-2 経鼻栄養・薬剤投与 チューブ挿入術
*パーキンソン病に対する DuoDOPA の治療において朗報となった

2. 一部要望が反映された案件

- ・ D 検査 006-18 遺伝学的検査(遺伝性腫瘍)
*評価:提案した複数の遺伝子の遺伝学的検査のうち、BRCA1/2 遺伝子検査のみが保険収載された。
- ・ D 検査 006-4 遺伝学的検査(難病等)
*指定難病に係る遺伝学的検査が保険収載された。
- ・ D 検査 236-3 脳磁図
- ・ J 処置 039 (17) 血漿交換療法(家族性高コレステロール血症)
*総コレステロールから LDL コレステロールへの変更の要望が認められた。
- ・ B 医学管理等 001-9 療養・就労両立支援指導料
*身体および精神障害者手帳取得患者への拡大はなかったが、急性発症した脳卒中患者、難病患者への適応が拡大された
- ・ H リハビリテーション 007-2 がん患者リハビリテーション
*外来患者への対象拡大はなかった。一部のがん患者については、がん患者リハビリテーション料の算定ができなかったが、すべてのがん患者へ適応が拡大された。

3. 要望が反映されなかった案件

排痰補助装置治療、慢性痛に対する認知療法・認知行動療法、長期継続頭蓋内脳波検査(1日

につき)は、反映されなかった。

III. 医学管理

難治性疾患を取り扱うことの多い神経関連委員会では医学管理料の改訂に期待するところが大きい、あくまで意見を述べる機会を得ているのが現状で、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、障害者施設等入院基本料、てんかん診療連携拠点病院加算、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、超急性期脳卒中加算、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、地域包括診療加算等の要望が反映されることはなかった。

12. 膠原病・リウマチ性疾患関連委員会 (委員長：高崎芳成)

2020年度診療報酬改定への要望とその結果について報告する。

平成32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、5) 成人Still病(AOSD)での血清フェリチン値の測定、6) 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、7) リンパ増殖性疾患(LPD)における可溶性インターロイキン-2レセプター測定等の要望を行った。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。

その結果、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が採択され、関節リウマチにおける生物学的製剤と同様の加算のみが認められた。

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・非結核性抗酸菌症学会、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。

これらの提案の中で、要望通り反映されたものは、未収載0件、既収載4件、一部要望が反映されたものが、未収載2件、既収載2件という結果であった。また保険局医療課宛て(A基本診療料)3件のうち1件のみ要望通り反映された。以下に要望が反映された提案について記す。

1) D023-17 微生物核酸同定・定量検査に、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出が新設される(日本臨床微生物学会)

本検査は、保険診療上、「感染症診療を専ら担当する常勤医師(専ら感染症診療経験が5年以上ある者に限る)が1名以上」、または「臨床検査を専ら担当する常勤医師(具体的には勤務時間の大部分、検体検査結果の判断補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営、院内検査に用いる

検査機器および試薬の管理についても携わる医師を意味し、この経験が5年以上ある者に限り)が1名以上」配置されている保険医療機関に限り実施できる。本検査は、A300【救命救急入院料】、A301【特定集中治療室管理料】、A301-4【小児特定集中治療室管理料】、A302【新生児特定集中治療室管理料】、A303【総合周産期特定集中治療室管理料】の2「新生児集中治療室管理料」を算定する患者で、「重症呼吸器感染症と診断した、または疑われる場合」に、病原微生物の検索のために使用した場合は1回に限り算定できる。本検査を実施するには、細かな要件を満たす必要があるが、呼吸器感染症病原体20種類の同定を短時間(1時間)に、極めて高精度に行える検査が保険適応となったことで、抗菌薬の適正使用につながるものと期待される。

2) D019 細菌薬剤感受性検査に薬剤耐性菌検出と抗菌薬併用効果スクリーニングが新設される(日本臨床微生物学会、日本化学療法学会)

薬剤耐性菌検出50点(要望は70点)は基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ(ESBL)産生、メタロβ-ラクタマーゼ産生、AmpC産生等の薬剤耐性因子の有無の確認を行った場合に算定する。また抗菌薬併用効果スクリーニング150点は、多剤耐性グラム陰性桿菌が検出された際に、チェックボード法により、抗菌薬の併用効果の確認を行った場合に算定する。各医療機関の負担で実施されていた薬剤耐性菌スクリーニングに点数がついたことで、薬剤感受性検査に基づいた的確な治療を進めることが可能になった。

3) C161 注入ポンプ加算の算定要件見直し(日本小児感染症学会)

免疫グロブリンの皮下注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たが、2月に2回に限り算定できるようになった。

4) 栄養サポートチーム加算の見直し(日本結核・非結核性抗酸菌症学会)

栄養サポートチーム(NST)加算が、結核病棟においても算定可能となった。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、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た。二類感染症入院診療加算、呼吸サポートチーム加算の対象には認められなかった。

5) その他

① D023-3 淋菌核酸検出における女性尿検体への適応拡大(日本感染症学会:淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。これまで男子尿を含み、女子尿を含まないとされてきたが、女性尿検体の適応が追加され、「(尿検体を含む)」と改められた。)、② D012-33 大腸菌血清型別の新設(日本臨床微生物学会:従来の大腸菌血清型別は大腸菌を疑った場合に型別を実施し、型によって毒素の確認を実施していたが、新設法でははじめに毒素を確認したうえで血清型別を実施することになった。)、③ D018 細菌培養同定検査のうち血液または穿刺液のみ5点増点(日本臨床微生物学会)、④ サイトメガロウイルス抗体(日本臨床検査医学会:グロブリンクラス別ウイルス抗体価(D012-40)に組み込まれた。)

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。抗菌薬の適正使用に結びつく起因微生物の同定検査は、今後

の診療に不可欠な技術と考えられる。PCR-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)、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)、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)、RS 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)、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)、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)など今回認められなかった提案は再提出を目指すことにする。また難治性感染症を繰り返す原発性免疫不全症の早期診断・治療、感染予防は感染症診療にとって重要な課題である。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)については、欧州で体外診断用試薬として認証されたものがあるので、次の診療報酬改定時に保険適応を目指したい。

14. 悪性腫瘍関連委員会(委員長:室 圭)

悪性腫瘍関連委員会は、日本医学放射線学会、日本造血細胞移植学会、日本胃癌学会、日本乳癌学会、日本遺伝子診療学会、日本脳神経外科学会、日本核医学会、日本肺癌学会、日本緩和医療学会、日本ハイパーサーミア学会、日本癌治療学会、日本泌尿器科学会、日本血液学会、日本病態栄養学会、日本産婦人科医会、日本病理学会、日本消化器内視鏡学会、日本婦人科腫瘍学会、日本小児血液・がん学会、日本放射線腫瘍学会、日本磁気共鳴医学会、日本臨床細胞学会、日本人類遺伝学会、日本臨床腫瘍学会の計24学会からなる。2020年度の診療報酬改定では、悪性腫瘍関連項目について、上記各学会から医療技術評価提案未収載34件、既収載52件、保険局医療課(A基本診療料)4件、医薬品再評価6件を提出した。うち、2学会以上の共同提案となったものは、医療技術評価提案未収載3件、既収載4件、保険局医療課(A基本診療料)1件、医薬品再評価2件であった。

これらの提案の中で、要望通り反映されたものは、未収載1件、既収載9件、一部要望が反映されたものが、未収載0件、既収載4件という結果であった。また保険局医療課(A基本診療料)4件のうち要望通り反映されたもの、一部要望が反映されたものはいずれも0件であった。以下に要望が反映された提案について記す。

<要望通り反映されたもの、未収載1件>

1) JAK2 遺伝子検査

測定方法は、アレル特異的定量 PCR(AS-qPCR)法で行う。留意事項として、(1)本検査は、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成の所定点数を準用して算定する。(2)本検査は、骨髄液又は末梢血を検体とし、アレル特異的定量 PCR 法により、真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助を目的として、JAK2V617F 遺伝子変異割合を測定した場合に、患者1人につき1回、D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,504点を算定できる。(3)本検査、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査又は「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

<要望通り反映されたもの、既収載9件>

1) 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)

新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った

場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

2) 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））

虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。7,500点を算定できる。

3) 微生物核酸同定・定量検査、HPV 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)算定要件の拡大

HPV 核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が ASC-US と判定された患者又は過去に区分番号 K867 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号 K867-3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号 K867-4 に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り 360点算定できる。

4) EUS-FNA 時の ROSE 適用拡大

手術中の場合（1手術につき） 450点、検査中の場合（1検査につき） 450点算定できる。

5) 病理診断管理加算

(1) 組織診断料 450点については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製、区分番号 N001 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号 N003 に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製又は区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製又は区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

(2) 細胞診断料 200点については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号 N003-2 に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号 N004 に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

(3) 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号 N000 から N004 までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

(4) 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 病理診断管理加算 1

①組織診断を行った場合 120 点

②細胞診断を行った場合 60 点

ロ 病理診断管理加算 2

①組織診断を行った場合 320 点

②細胞診断を行った場合 160 点

(5) 組織診断料 450 点については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製の 1 又は区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150 点を所定点数に加算する。

6) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 4 種抗体加算

免疫染色 4 種抗体加算に「原発不明癌」と「原発性脳腫瘍」を追加する。

7) 体幹部定位放射線治療の適応拡大

定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動脈静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径 5 センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、3 個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌又は膵癌、直径 5 センチメートル以下の転移性脊椎腫瘍、5 個以内のオリゴ転移及び脊髄動脈奇形（頸部脊髄動脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は 1 回のみ算定する。定位放射線治療の場合、一連の放射線治療につき、63,000 点、定位放射線治療以外の場合、8,000 点算定できる。

8) 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

「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌又は悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

9) 迅速細胞診（検査中の場合）、適応疾患の拡大

迅速細胞診は、手術、気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）又は内視鏡検査（膵癌又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1 手術又は 1 検査につき 1 回算定する。

15. 精神科関連委員会（委員長：福田正人）

今回の診療報酬改定を概観すると、今後の精神科医療をどのように導くかという厚生労働省の方向性が強く打ち出されたものと受け止められる。その方向性が医療計画との関連で総論的に示されているだけでなく、個別の算定項目として具体化されていることが特徴である。ただ、新型コロナウイルス感染症の社会状況のために実地での説明会と質疑が行われていないため、個別の算定項目の詳細に明らかでないところがあり、現場の診療において個別の算定項目がどう運用されるかの検証は、これからになる。

今後の精神科医療の方向性という点では、この間の新型コロナウイルス感染症についての社会状況が重要となっていくであろう。東日本大震災を始めとする自然災害の経験は、災害精神医療の重要性を明らかにしただけではなく、精神科医療が本来どのような姿であるべきかを改めて思い起こさせた。「災害に備えるとは、平常時から実行することである」という、被災現場で悪戦苦闘した医療関係者の簡潔で力強いメッセージは、その端的な表現である。今回の新型コロナウイルス感染症の流行と蔓延が、そうした形で今後の精神科医療のあり方に結びついていくことを期待したい。

1. 精神科の外来医療・在宅医療について

1.1. 精神科在宅患者支援管理料

精神科在宅患者支援管理料の「ハ」が廃止され新たな枠組みとなったが、大きな問題がある。その目的として、平成 30 年度改定では「精神疾患患者に対する訪問支援の充実」であったものが、令和 2 年度診療報酬改定においては、「適切な精神科在宅医療の推進」という文言に変わってしまった。

第一に、全体的に設けられた「2 年間」という期限が、慢性の患者を長期に在宅医療でケアすることもある現在の地域精神医療の実態にそぐわないという課題である。2 年を経過した時点において、更新できる手続きを検討すべきである。例えば長期入院患者については、平成 30 年度改定では、「1 のイ (3,000 点 6 ヶ月算定) → 1 のロ (2,500 点 7 か月目以降) 期限なしで算定」であったものが、令和 2 年度改定では「1 のイ (3,000 点 6 ヶ月算定) → 3 (2,030 点 7 か月目以降) 2 年以内に限り算定」と、期間が短縮され、点数も下がっており、地域移行・地域生活支援の低下を招くと考えられる。

第二に、「ハ」が廃止になったことで、長期引きこもりの患者や、医療中断事例など、地域で訪問診療のニーズがありながら、多職種チームが当初から関わるのが難しい患者への対応が困難になるという課題である。精神科医による単独訪問診療についての評価への配慮が必要である。

今年になって生じた新型コロナウイルス感染症の流行の社会状況において、医療機関への来院を恐れて新たに引きこもり状態になっている患者が相当数見られ、また電話診療やオンライン診療では、十分なサポートが困難な患者もある。また、単身で外来受診が可能なことが時にはあるものの、継続的な在宅支援の必要性の比重が大きい患者は多い。こうした社会状況を考慮し、従来の「ハ」での訪問診療を今年度も引き続き行えるようにすることは喫緊の課題である。

2. 精神科病院の入院医療について

2.1. 精神科救急入院料

精神科救急入院料の算定を病床数の 2 割を限度とする病床制限について、以下の 3 点の理由から撤廃について検討が必要である。

第一は、それが地域の精神科医療の在り方についての基本方針と、方向性を異にするものと考えられるからである。今回の改定は、病院ごとに 2 割は救急、残りは他の機能に誘導することとなり、病院ごとに完結型の精神科医療を求めるものと言える。地域において医療機関の機能分化を促進し、ネットワークの中で精神科医療の質の向上を実現するという地域の精神科医療の在り方に逆行するものになってしまう。

第二は、この改定が病床数の削減に結びつかないからである。精神科救急病床は 2 割以下と規定されているので、精神科救急病床を多く必要とする病院は、総病床数を多く（精神科救急病床

の5倍)有する必要があることになってしまい、精神科救急をおこないつつ必要性が低くなった病床や人材を地域医療や他の機能に転化させることを困難にしてしまう。

第三は、働き方改革の方向性と逆行するからである。精神科医療を必要とする危機にあるどのような患者の救急受診に常時対応型で24時間365日対応して、入院を受け続けるには、医師や看護師等の人員を多く必要とする。救急外来における看護師の3交代や救命救急における医師の交代勤務は増えてきているが、そうした勤務体制が精神科救急では実現できていない。こうした人員配置が行えるような病床設定が必要である。

3. 総合病院の入院医療について

3.1. 精神科急性期医師配置加算

算定要件に、「身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上(直近3か月間の平均)診察している」とあるが、せん妄や抑うつについてはその治療のみでなく予防が重要であることを鑑みると、「予防のために」精神科医が介入を行った場合にも件数として計上できるよう検討が必要である。

3.2. 救急患者精神科継続支援料

本項目は、自殺未遂者医療という意義を有するものであるが、診療報酬のうえでは精神科リエゾンチーム加算の延長としての位置づけとなっている。そのため、多職種による危機介入、所定の心理教育実施、入院中と入院以外を合わせて7回の面接と所定の詳細な診療録記載について加算合計が1,245点であり、1回あたり200点に満たない低額の設定となっている。新型コロナウイルス感染症の流行という社会状況により自殺を図る国民が増えることが懸念されているため、早急な充実が求められる。

3.3. 身体合併症加算

電解質異常については意識障害を伴う場合のみが算定可能で、意識障害を伴わない電解質異常は身体合併症加算の対象外になっているが、水中毒による低ナトリウム血症など意識障害を伴わない段階での電解質異常に対する予防的な対応についても身体合併症加算の対象とすべきである。

3.4. ハイリスク妊産婦連携指導料

同一の内容の指導料が、精神科で算定すると750点、産婦人科で算定すると1000点と、患者が入院している診療科により点数が異なっているので、いずれの場合も1000点に統一すべきである。

3.5. 摂食障害加算

BMIが13未満の場合には、身体合併症加算と同時に算定できることは現場の実情に見合ったものであるが、BMIが11未満の極度の重症例は治療について患者の納得や協力が得られないことがほとんどであるため、身体面の治療についても精神面への治療についても多大な労力と時間を要することから、より高い加算を検討すべきである。

また BMI がどの程度であっても、体重減少に伴う身体的な状況が重篤であるために入院加療を必要と判断されるが、本疾患の病状により病識が形成されず本人同意がとれず、やむを得ず医療保護入院が必要な摂食障害の場合には、上記と同様に身体面の治療についても精神面への治療についても多大な労力と時間を要し、入院について家族の理解を得るためにもかなりの労力と時間を要することから、医療保護入院等診療料に加えて何らかの加算を検討すべきである。

4. 児童思春期精神医療

4.1. 通院・在宅精神療法

20 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の加算 350 点は 1 年が、16 歳未満の患者に対しての児童思春期精神科専門管理加算 500 点は 2 年が限度となっているが、病状が深刻であるほど通院・在宅精神療法には長期を要するので、算定期間の限度は撤廃すべきである。

4.2. 精神科ショート・ケア、デイ・ケア

児童思春期の患者については、成人以上の格別の関わりが必要であり、家庭機能が十分でない場合にその補完の役割を担う必要もあることから、児童思春期の患者についての加算を設けるべきである。

4.3. 小児特定疾患カウンセリング料

18 歳未満の患者を対象として 4 カテゴリーの精神疾患について算定できるものである。従来は小児科医と心療内科医が算定できるものであったものを、今回の改定ではそれに加えて小児科医と心療内科医の指示にもとづいて公認心理師が行った場合にも算定できることになった。児童思春期精神医療は小児科医や心療内科医とともに精神科医も担っている医療であるので、精神科医および精神科医の指示にもとづいて公認心理師が行った場合にも算定できることは当然である。さらに、この小児特定疾患カウンセリング料の算定は 2 年が限度となっているが、病状が深刻であるほどカウンセリングには長期を要するので、2 年の限度は撤廃すべきである。

5. 新型コロナウイルス感染症について

今回の診療報酬改定には、新型コロナウイルス感染症についての内容は盛り込まれていないが、この流行にもとづく社会状況を踏まえて、次回改訂を待たずに検討すべき内容が指摘できる。

第一は、新型コロナウイルス感染症に罹患した精神疾患患者の治療の場の確保に関連する診療報酬である。感染症病床や一般病床での治療が困難な精神疾患患者、特に措置入院や医療保護入院の患者を治療する場合における診療報酬の検討が必要となる。例えば、新型コロナウイルス感染症を罹患した精神疾患患者が入院となった場合、一般病床（急性期一般 7 対 1）においては基本料に加算・臨時的措置を加えて 1 日 4100 点（14 日以内）が算定できるのに対して、精神病床においては人員配置が充実していても初診患者で 1 日 2711 点（14 日以内）、他院入院患者の転院では 1 日約 1300 点となってしまっている。また、精神科救急患者が入院となった場合、新型コロナウイルスの PCR 検査や CT などの脳画像検査などを行うために、入院時には精神科救急病棟以外に入院となり、経過観察により鑑別診断ができて翌々日以降に精神科救急病棟に移ってもその

入院料が算定できないという問題がある。さらに、精神疾患を想定して帰国者・接触者外来を精神科医療機関が引き受けた場合について診療報酬が設定されていないことについても是正が必要である。

第二は、新型コロナウイルス感染症の罹患予防や院内感染予防に関連する診療報酬である。精神疾患の診療のためには、診断のためにも治療のためにも患者との長時間の面接（会話）が必須であり、また他患者との対人関係の経験が重要である。精神疾患の病状のために罹患予防の行動を十分とれなかったり、院内感染予防を行えない患者は多く、精神疾患であることが新型コロナウイルス感染症のリスク要因のひとつとなっている。そうしたことを踏まえて、罹患予防のための外来での対応や院内感染予防のための病棟での対応についての診療報酬の仕組みが必要である。

第三は、精神科において院内感染が生じた場合に対応できる診療報酬である。精神病床において院内感染が発生した場合、精神疾患の病状のために院内感染への対応が困難であるいっぽうで患者どうしの接触が多いという、精神科医療独自の困難がある。そうした状況を少しでも改善できるための診療報酬の仕組みが必要である。

第四は、医療従事者の新型コロナウイルス感染リスクに対応する診療報酬の配慮である。精神疾患患者はその病状のために、医療従事者にマスクのないまま接近し怒声・唾吐き・暴力などを行う場合があるため、医療従事者が通常の感染予防対策をとれない場合があり、新型コロナウイルスへの感染リスクが高まる。そうした精神疾患の病状を考慮した、医療従事者の感染リスクに対応する診療報酬の配慮が必要である。

第五は、新型コロナウイルス感染症の流行が社会状況にもたらす影響に関連した内容である。新型コロナウイルス感染症の流行が長期化すると、震災など自然災害の慢性期と同じような精神的・心理的な影響が社会に生じ、うつ病、アルコールやギャンブルやゲームの依存症、ひきこもり、自殺、虐待、DV など、さまざまな精神疾患や精神的な社会問題が生じると予測される。そうした社会的状況に対応を可能とするような診療報酬の仕組みが必要と考えられる。

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（「心療内科外来チーム診察料」という新規技術を巡る提案を行った。既収載 6 件（「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」などの認知行動療法の適用拡大、および「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、「心身医学療法」の増点を求める提案書を提出したが、今回はすべて却下された。

今後の方針としては、とりわけ治療に難渋し、思春期女性の死因としてもっとも多いとされる思春期やせ症、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痛に対し、欧米先進諸国ではつとに認められている認知行動療法の保険適用の拡大を求めていきたい。

17. 小児関連委員会（委員長：横谷 進）

1. 全体の総括

小児関連委員会（加盟 22 学会）からは、未収載 26 件、既収載 27 件、A 区分 3 件の、計 56 件の提案を提出した。それらの提案に関する 2020 年度診療報酬改定の結果を表に示した（表 1.）。

2020 年度診療報酬改定は厳しい結果であったが、内保連全体と比べれば、採択された提案の割合

は今回も比較的高い割合を維持した。各学会の努力により医療技術提案書の内容を高め、ヒアリングの機会を有効に利用できてきたことと関連があると推測している。

表 1. 小児関連委員会加盟学会から提出された提案の診療報酬改定への反映の結果

	未収載	既収載	A 区分	合計	内保連合計
提出提案数	26	27	3	56	515
要望通り反映された	6 (23%)	4 (15%)	0 (0%)	10 (18%)	45 (9%)
要望通り／一部 要望が反映された	13 (50%)	9 (33%)	0 (0%)	22 (39%)	103 (20%)

2. 最重点提案

小児関連委員会では、小児医療に広く関わる 6 提案（先天性心疾患の移行医療に関わる提案を 1 つに数えた）を最重点提案と位置づけ、1 提案 1 学会の担当で提出した。結果は表にまとめた通りで、提案通りに採択されたものはなく、次回以降に向けて準備を重ねるべきである。その中で、遺伝学的検査については対象疾患がこれまでの 75 疾患から 64 疾患が追加されて 139 疾患となった。ただし、小児慢性特定疾病に指定されているが、難病に指定されていない疾患については追加の対象にならなかった。

表 2. 最重点提案と改定結果

	所属学会番号	提出学会名	提案書番号	区分		技術名	改定結果*
既収載	253	日本小児救急医学会	253101	B	医学管理等	ハイリスク小児連携指導料	×
	257	日本小児循環器学会	257108	B	医学管理等	成人先天性心疾患入院指導管理料	×
	257	日本小児循環器学会	257109	B	医学管理等	成人先天性心疾患外来指導管理料	×
未収載	248	日本小児科学会	248201	L	麻酔	静脈麻酔	その他
	259	日本小児精神神経学会	259201	B	医学管理等	小児特定疾患カウンセリング料	その他
	278	日本人類遺伝学会	278202	D	検査	遺伝学的検査（難病等）	△
A 区分	248	日本小児科学会	248201	A	307	小児入院医療管理料	×

*改定結果は、○:要望通り反映された、△:一部要望が反映された、×:全く反映されなかった

3. 各学会からの提案

各学会から提出された医療技術評価提案と改定結果は、表にまとめた通りである（表 3.~5.）。

表 3. 未収載医療技術提案と改定結果（網掛けは最重点提案の再掲）

所属学会番号	提出学会名	提案書番号	区分	技術名	改定結果*
--------	-------	-------	----	-----	-------

244	日本児童青年精神医学会	244101	D	検査	適応行動尺度 (Vineland-II 日本版)	○
249	日本小児アレルギー学会	249101	B	医学管理等	小児アレルギー疾患療養指導料	×
250	日本小児栄養消化器肝臓学会	250101	D	検査	カプセル内視鏡留置術を併用した小腸カプセル内視鏡	×
251	日本小児感染症学会	251101	D	検査	殺菌能検査	×
253	日本小児救急医学会	253101	B	医学管理等	ハイリスク小児連携指導料	×
254	日本小児呼吸器学会	254101	D	検査	小児在宅呼吸管理パルスオキシメータ加算	△
255	日本小児神経学会	255101	D	検査	顆粒球のフローサイトメトリーによる CD16 測定	×
256	日本小児心身医学会	256101	D	検査	思春期解離体験尺度 A-DES (Adolescent dissociative experiences scale)	その他
257	日本小児循環器学会	257101	K	手術	心筋電極を用いた両心室ペースメーカー移植術	△
257	日本小児循環器学会	257102	K	手術	心筋電極を用いた両心室ペースメーカー交換術	△
257	日本小児循環器学会	257103	K	手術	心筋電極を用いた植込型除細動器移植術	△
257	日本小児循環器学会	257104	K	手術	心筋電極を用いた植込型除細動器交換術	△
257	日本小児循環器学会	257105	K	手術	心筋電極を用いた両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	△
257	日本小児循環器学会	257106	K	手術	心筋電極を用いた両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	△
257	日本小児循環器学会	257107	C	在宅医療	カテコラミン誘発多形性心室頻拍の遺伝子診断	×
257	日本小児循環器学会	257108	B	医学管理等	成人先天性心疾患入院指導管理料	×
257	日本小児循環器学会	257109	B	医学管理等	成人先天性心疾患外来指導管理料	×
257	日本小児循環器学会	257110	K	手術	経皮的閉鎖肺動脈弁穿通・拡大術	○
260	日本小児内分泌学会	260101	D	検査	FGF23 測定	○
269	日本新生児成育医学会	269101	D	検査	プレネイタルカウンセリング加算	×
289	日本先天代謝異常学会	289101	D	検査	尿中有機酸分析	○
289	日本先天代謝異常学会	289102	D	検査	血中極長鎖脂肪酸検査	○
289	日本先天代謝異常学会	289103	D	検査	タンデムマス分析	○
294	日本てんかん学会	294101	B	医学管理等	てんかん専門診断管理料	×
294	日本てんかん学会	294102	B	医学管理等	てんかん紹介料連携加算	×
294	日本てんかん学会	294103	I	精神科専門療法	てんかん心理教育療法	×

*改定結果は、○:要望通り反映された、△:一部要望が反映された、×:全く反映されなかった

表 4. 既掲載医療技術提案と改定結果（網掛けは最重点提案の再掲）

所属学会番号	提出学会名	提案書番号	区分		技術名	改定結果*
244	日本児童青年精神医学会	244201	I	精神科専門療法	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)の緩和	×
244	日本児童青年精神医学会	244202	I	精神科専門療法	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)の緩和	×
244	日本児童青年精神医学会	244203	I	精神科専門療法	通院在宅精神療法 算定要件の拡大(算定期間)	×
247	日本小児科医会	247201	B	医学管理等	小児かかりつけ診療料	△
247	日本小児科医会	247202	B	医学管理等	診療情報提供料(I)	△
248	日本小児科学会	248201	L	麻酔	静脈麻酔	その他
249	日本小児アレルギー学会	249201	D	検査	小児食物アレルギー負荷検査	×
249	日本小児アレルギー学会	249202	B	医学管理等	喘息治療管理料	×
250	日本小児栄養消化器肝臓学会	250201	D	検査	第3節生体検査料 通則2に内視鏡検査を追加適用(収載)	○
251	日本小児感染症学会	251201	C	在宅医療	C161 注入ポンプ加算の算定要件見直し	○
251	日本小児感染症学会	251202	D	検査	グロブリンクラス別ウイルス抗体価ヒトパルボウイルス B19	×
251	日本小児感染症学会	251203	D	検査	RS ウイルス抗原定性	×
255	日本小児神経学会	255201	C	在宅医療	排痰補助装置治療	×
255	日本小児神経学会	255202	C	在宅医療	在宅小児経管栄養法指導管理料	×
257	日本小児循環器学会	257201	J	処置	窒素吸入療法	×
257	日本小児循環器学会	257202	D	検査	胎児心エコー法	○
257	日本小児循環器学会	257203	E	画像診断	先天性心疾患の血行動態診断に用いた場合のMRI 心臓加算の増点	×
257	日本小児循環器学会	257204	K	手術	経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	×
258	日本小児腎臓病学会	258201	D	検査	MLACD45 ゲーティング検査	×
259	日本小児精神神経学会	259201	B	医学管理等	小児特定疾患カウンセリング料	その他
260	日本小児内分泌学会	260201	C	在宅医療	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	○
278	日本人類遺伝学会	278201	D	検査	遺伝学的検査(遺伝性腫瘍)	△

278	日本人類遺伝学会	278202	D	検査	遺伝学的検査（難病等）	△
289	日本先天代謝異常学会	289201	D	検査	血中ガラクトース検査	×
294	日本てんかん学会	294201	D	検査	脳磁図	△
294	日本てんかん学会	294202	D	検査	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	×
294	日本てんかん学会	294203	D	検査	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	×

*改定結果は、○:要望通り反映された、△:一部要望が反映された、×:全く反映されなかった

表 5. 保険局医療課提出提案（A 区分）と改定結果（網掛けは最重点提案の再掲）

所属学会番号	提出学会名	提案書番号	区分		技術名	改定結果*
248	日本小児科学会	248201	A	307	小児入院医療管理料	×
248	日本小児科学会	248202	A	246	入退院支援加算の見直し	×
252	日本小児血液・がん学会	252201	その他	E101-2、 E101-3、 E101-4、 E101-5	ポジトロン断層撮影等 (FDG-PET 検査の DPC 包 括範囲からの除外)	×

*改定結果は、○:要望通り反映された、△:一部要望が反映された、×:全く反映されなかった

18. 女性診療科関連委員会（委員長：西 洋孝）

令和 2 年度診療報酬改定への主要望項目とそのポイントは以下の通りである。

日本産科婦人科学会より、子宮内膜症管理料、高年妊婦分娩加算、母体・胎児集中治療室加算の新設を、微生物核酸同定・定量検査：HPV 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 算定要件の拡大および項目設定の見直しを要望した。日本産婦人科医会からは、胎児心エコー法の遠隔診断料、分娩監視装置による諸検査の遠隔診断料、妊娠糖尿病連携管理料、更年期管理料、月経困難症管理料、地域医療連携体制加算の新設を、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、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の改正を要望した。日本女性医学学会からはホルモン補充療法(HRT)管理料の新設を要望した。日本臨床細胞会からは、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)の新設を、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)、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。日本感染症学会からは、淋菌核酸検出における女性尿検体の適応、微生物核酸同定・定量検査(2.淋菌核酸検出, クラミジア・トラコマチス核酸検出 4.淋菌核酸およびクラミジア・トラコマチス同時核酸検出)の改正を要望した。日本頭痛学会からは、医薬品(既記載)として葉酸の適応疾患の拡大を要望した。要望項目の採否結果は下記の通りである。

要望項目の採否結果

【医療技術評価（未収載）】

- 子宮内膜症管理料
- ×高年妊婦分娩加算
- ×母体・胎児集中治療室加算
- ×胎児心エコー法の遠隔診断料
- ×分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料
- 妊娠糖尿病連携管理料
- ×更年期管理料
- 月経困難症管理料
- ×地域医療連携体制加算
- ×ホルモン補充療法(HRT)管理料
- ×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)

【医療技術評価（既収載）】

- 微生物核酸同定・定量検査 HPV 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 算定要件の拡大、項目設定の見直し
- ×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
- ×免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製
- ×細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用拡大）
- 病理組織標本作成、セルブロック法によるもの、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
- 淋菌核酸検出における女性尿検体の適応
- ×微生物核酸同定・定量検査 2.淋菌核酸検出, クラミジア・トラコマチス核酸検出 4.淋菌核酸およびクラミジア・トラコマチス同時核酸検出

【医薬品（既収載）】

- ×葉酸に「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

少子化対策の一環としても妊娠・出産・子育てという一連の流れを包括的に支援していくことが重要であるが、今回の改定で特筆すべきは、子宮内膜症管理料と月経困難症管理料が合わさった形で婦人科特定疾患治療管理料 250 点が新設されたことである。また、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2 (150 点) が新設され、分娩後 12 週間の間に 1 回算定可となった。これまで算定が困難であった産婦人科診療の医学管理料が認められたということは、大きな前進である。HPV 核酸検出・細胞診同時算定に関しても、子宮頸部円錐切除後もしくはレーザー照射治療後の患者は同時算定が可能となったことも評価できる。ただし、中高年女性の QOL に密接に関わる、更年期管理料やホルモン補充療法 (HRT) 管理料が認められなかったことは遺憾である。

ところで、妊産婦の診療体制の改善には引き続き取り組むこととなったが、妊婦加算は点数表から削除された。そのうえで診療情報提供料（III）150点が新設され、産科医療機関と他の医療機関との連携を強化することが図られた。産科関連では分娩監視装置による諸検査とノンストレステストが増点となった。一方、高年妊婦分娩加算や母体・胎児集中治療室加算が認められず、過疎地域等での産科遠隔診療推進のために要望していた超音波と胎児心拍数監視の遠隔診断料・判断料も認められなかった。遠隔医療に関しては、時代の要請も強く次回以降も強く要望していくことが肝要と思われる。

以上、今回の診療報酬改定は産婦人科医療を取り巻く厳しい状況を解決するには不十分な結果であったが、財源の限られた厳しい査定状況において産婦人科領域にも一定の配慮があったものと評価できる。女性診療科関連領域の今回の改訂は過去のそれと比較して概ね良好の結果といえるかもしれない。更なる診療報酬増点の実現に向けて、地道に活動を進めていく必要があると考える。

19. 内科系診療所委員会（委員長：近藤太郎）

当委員会から行った10提案については、いずれも認められませんでした。

未収載分として

- × アルツハイマー型認知症管理料
- × 慢性便秘管理料
- × 電子カルテ加算

既収載分として

- × 特定疾患療養管理料の算定のあり方
- × 診療情報提供料（患者・家族用）の追加

投薬での点数の見直し

- × 処方箋料での減算撤廃
- × 処方料での減算撤廃

在宅医療関連

- × 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

その他

- × 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の要件緩和
- × 「時間外対応加算」の名称「時間外対応体制加算」への変更

その一方、投薬関係では増点がありました。

すなわち、

調剤料において、1回の処方に係る調剤につき、

内服薬・頓服薬で9→11点、外用薬で6→8点に増点されました。

処方箋料において、

一般名処方加算1で6→7点、一般名処方加算2で4→5点に増点されました。

院内処方、院外処方ともに増点されたことは診療報酬において大きなことと言えます。

認められなかった10項目については、引き続き交渉を続けていきたい。

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。

在宅医療関連項目は、第 1 編 医科診療報酬点数表において、第 2 章 特掲診療科 第 2 部在宅医療に相当する分野である。

2020 年度医療技術提案書を 1) 未収載（32 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（11 件）、の 3 区分に整理し、厚労省に提出している。

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）と増点であった。

1) 未収載

未収載 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。要望していた在宅ハイフローセラピー指導管理料と在宅ハイフローセラピー装置加算は、C107 在宅人工呼吸指導管理料の中の、エ 気道内分泌物吸引装置に位置付けられ採用されなかった。在宅医療機器安全指導料は注意事項として従前の管理指導料に包括されているとの事で採用されていない。

在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算については、C103 在宅酸素療法指導管理料における遠隔モニタリング加算と同様の評価をお願いしたが、要件が明確でなかったため採用されていない。今後、情報通信機器の適切な使用を機に再度要望を予定している。

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が、採用に至らなかった。

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、C170 排痰補助装置加算、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たが、いずれの項目も要望する内容の採択は無かった。

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新規の点数設定と関連疾患の増加が望ましい。

4) 総括

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かったが、採用に至らなかった。在宅の分野でも診療報酬の適正化と包括化の傾向がありますが、内保連より地域医療の現状を踏まえた要望書の提出により、診療報酬の減額を抑える効果もあり、直近での採用に至らない状況でも要望書提出は継続が望ましいと考えています。

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積極的に行きたい。

21. 栄養関連委員会（委員長：渥美義仁）

糖尿病関連委員会は、日本アルコール・アディクション医学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本在宅医療連合学会、日本小児栄養消化器肝臓学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、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、日本老年医学会の12学会が加盟している。加盟学会からは、未掲載22件、既掲載25件の、A区分は3件の計50件の提案を提出した。

1. 未掲載提案

栄養関連委員会加盟学会から提出された未掲載提案について、本委員会に関連する提案の採用はなかった。

提出学会名	区分	技術名	改定結果
日本アルコール・アディクション医学会	医学管理等	アルコール関連疾患患者節酒指導料	×
日本アルコール・アディクション医学会	精神科専門療法	ギャンブル障害の標準的治療プログラム	△
日本呼吸器学会	在宅医療	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	×
日本呼吸器学会	処置	呼吸器内科専門医 呼吸不全加算	×
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	医学管理等	外来呼吸ケア管理料	×
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	在宅医療	在宅医療機器安全管理指導料	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	医科・歯科連携経口摂取改善加算	×
日本在宅医療連合学会	その他	医療機関からの退院日と入院中外泊日の訪問看護	×
日本在宅医療連合学会	医学管理等	在宅移行支援加算の新設	×
日本在宅医療連合学会	医学管理等	退院時共同指導料1、2に新たな加算をつける	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	栄養サポート専任医師配置加算	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	在宅人工呼吸療法導入調整時安全指導加算	×
日本小児栄養消化器肝臓学会	検査	カプセル内視鏡留置術を併用した小腸カプセル内視鏡	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	検査	摂食嚥下障害検査	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	医学管理等	栄養・摂食嚥下管理加算	×

日本糖尿病学会	医学管理等	糖尿病重症化予防データ解析指導管理（遠隔）料	×
日本肥満学会	画像診断	内臓脂肪量測定（腹部CT法）	×
日本肥満学会	医学管理等	「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	医学管理等	外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料	×
日本臨床栄養学会	医学管理等	病院における管理栄養士の病棟配置に対する加算	×
日本老年医学会	検査	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	×
日本老年医学会	検査	ABC認知症スケール（ABC-DS）	×

2. 既記載提案

栄養関連委員会加盟学会から提出された既記載提案について、本委員会に関連する提案の採用はなかった。

提出学会名	区分	技術名	改定結果
日本呼吸器学会	在宅医療	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	△
日本呼吸器学会	在宅医療	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	△
日本呼吸器学会	検査	時間内歩行試験	×
日本呼吸器学会	検査	呼気ガス分析	×
日本呼吸器学会	在宅医療	在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更	×
日本呼吸器学会	処置	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	×
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	リハビリテーション	呼吸器リハビリテーション料（増点）	×
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	リハビリテーション	呼吸器リハビリテーション料（言語聴覚士による実施）	○
日本在宅医療連合学会	在宅医療	複数の訪問看護ステーションが同一日に訪問した場合の扱い。	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	訪問看護と訪問診療・往診の関係	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	訪問看護療養費における同一日の訪問看護と訪問リハビリ	×
日本在宅医療連合学会	処置	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法での内視鏡費用について	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	往診の点数の評価	×
日本在宅医療連合学会	医学管理等	退院時共同指導料 1、2 の算定対象拡大	×
日本在宅医療連合学会	在宅医療	同一日の訪問診療・往診と緊急訪問看護の併算定	×

日本在宅医療連合学会	医学管理等	療養情報提供加算要件緩和	×
日本小児栄養消化器肝臓学会	検 査	第 3 節生体検査料 通則 2 に内視鏡検査を追加適用 (収載)	○
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	リハビリテーション	摂食機能療法Ⅲ	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	画像診断	嚥下造影多職種連携評価加算	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	そ の 他	嚥下調整食加算	×
日 本 糖 尿 病 学 会	在宅医療	持続血糖測定器加算 (SAP 療法について) の算定要件見直し	○
日 本 糖 尿 病 学 会	在宅医療	持続血糖測定器加算 (リアルタイム CGM) の適応条件の見直し	○

3. A 区分提案

栄養関連委員会加盟学会から提出された A 区分提案について、本委員会に関連する提案の採用はなかった。

提出学会名	区分	技術名	改定結果
日 本 呼 吸 器 学 会	入院基本料等加算	緩和ケア診療加算	×
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	入院基本料等加算	呼吸ケアチーム加算	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	特定入院料	回復期リハ入院料に摂食嚥下障害対策を	×
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	再 診 料	オンライン診療料に嚥下障害診療を追加	×

22. 病理関連委員会 (委員長：佐々木毅)

1. 日本病理学会からの要望

<採用された要望>

*既収載第 2 位要望 病理診断管理加算

病理診断管理加算の医師の経験年数に関して、従来は病理診断を専ら担当した年数が、7 年以上と 10 年以上であったが、病理研修プログラム等の変更により、5 年以上と 7 年以上とすることを要望したが、要望通りに採用された。

*既収載第 4 位要望 免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製 4 種抗体加算

免疫染色を 4 種抗体以上行った場合に免疫染色 4 種抗体加算の対象に「原発部明癌」と「原発性脳腫瘍」を追加することを要望したが要望通りに収載された。なお、免疫染色 4 種抗体加算の点数が 1,600 点から 1,200 点に引き下げとなった。

<不採用となった要望>

*未収載第 1 位要望 遠隔病理依頼書作成料

遠隔病理診断を依頼する場合に厚労省が提案した「別紙様式 44」の遠隔病理依頼書の作成が依頼側の臨床医に義務付けられているが、診療情報提供書 (I) が 250 点の技術評価がなされているのに対して、診療情報提供書と同程度の労力を有する遠隔病理依頼書である別紙様式 44 には技術料の評価がない。平成 28 年、平成 30 年、令和 2 年の改定において、3 期連続で上位申請しているが今回も実現しなかった。

*未収載第 2 位要望 分子病理診断料

ゲノム医療開始にあたり、遺伝子パネル検査ではパラフィン包埋ホルマリン固定病理組織標本（以下 **FFPE** 標本）を用いるが、遺伝子パネル検査では腫瘍含有量を十分得ることが重要であり、**FFPE** 標本のエリア指定等を病理医がマクロあるいはマイクロダイセクションで行っている。さらに検出された遺伝子変異の病理組織診断との整合性、病理学的意義の確認などに対して、病理医の技術が必要となり技術料を要望したが収載されなかった。

*未収載第3位要望 病理診断デジタル化加算

遠隔病理診断を行う際には、通常のスライドガラス標本をデジタル化するために特殊な機器（バーチャルスライドスキャナー）が必要となるが、これらの機器に対する診療報酬での対応が全くなされていず、遠隔病理診断普及の大きな障害となっている（医療機器として薬事承認を受けている機器もあるが、ネットワークインフラの構築も含め導入コストに約1,500万円~4,000万円、維持管理費用に年間100万円程度かかる。その出所となる診療報酬がない）。400床以上の急性期病院でも約32%が常勤病理医不在病院であり、これらの医療機関では遠隔病理診断を活用することで、患者が遠隔病理診断を享受できる機器等があるにもかかわらず、その機器を導入するためのコストが診療報酬上で評価されていないため、術中迅速診断を受けられないなど患者に不利益が生じている。この件も複数年、要望を続けているが今回も収載されなかった。

*未収載第4位要望 病理診断安全対策加算

病理検体採取時、病理標本作製工程における検体の取違えが現在でも後を絶たない。それを防止するためにバーコード等を用いたトラッキングシステムが開発されているにも関わらず、その導入あるいは維持管理費用拠出のための財源が診療報酬上では確保されていず、諸外国に比較して日本では導入が非常に遅れている。これまでも要望した項目であるが、今回も収載にはならなかった。

*未収載第5位要望 オンライン病理診断料

近年、病理診断の説明を病理医から直接受けたいという求めが多くなっている。すでに特定機能病院等を中心に病理医による病理診断外来が対面診療で実施されている。しかしながら遠隔連携病理診断を行っている医療機関、特に術後間もない患者や離島在住者にあつては診断した病理医が勤務する医療機関に、患者本人が移動して対面で説明を聞くことは困難でもある。IT技術の発達により、オンライン診療でも対面診療と同等の患者への診断と説明が可能であり、**D to P with D**としての形式での診療報酬を要望したが、病理診断はあくまで**D to D**という理解のもと、収載はされなかった。

*未収載第6位要望 ワンデイパソロジー

特殊な機器を用いて病理組織標本作製を迅速に行う技術で、通常**FFPE**標本が検査を行った同日内に行えるようになった。例えば午前中に消化器内視鏡検査を行った場合に生検検体であれば、午後には病理診断結果を患者に伝えることが可能となっている。このためには特殊な機器が必要であり、その導入やランニングコスト、保守費用が必要となり、その保険適応を求めたが収載はならなかった。

*既収載第1位要望 悪性腫瘍組織検査の第13部への移動

悪性腫瘍組織検査は現在「第3部検査」にあるが、若干の例外を除いて、すべて**FFPE**標本を用いる検査であるため第13部病理診断への移動を要望したが実現はしなかった。

*既収載第3位要望 病理診断料毎回算定

病理診断料の算定は1患者につき月1回のみ算定となっている。例えば月初めに胃生検を行い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、月半ばに婦人科で生検を行い病理診

断をした際や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、病理医の技術料である病理診断料の請求ができない。これも複数年連続で要望しているが、今回の改定でも認められなかった。

*既収載第5位要望 サイトケラチン19 (KRT19) mRNA検出

本技術は、One-Step Nucleic Acid Amplification 法(OSNA 法)と呼ばれる手法で、摘出された乳癌、大腸癌、胃癌および肺癌のリンパ節中の CK19mRNA を検出する技術である。乳癌においては主にセンチネルリンパ節の病理組織学的検索の代用法として、術中センチネルリンパ節転移診断の実臨床で活用されているが、術中迅速の点数を算定することが出来ないため、ランニングコスト等が病院の持ち出しとなっている。乳癌学会の診療ガイドラインでも推奨されている技術であるが、保険収載されていないがために十分な普及がなされていず、保険収載を求めたが採用とならなかった。

2. 日本臨床細胞学会からの要望

<採用となった要望>

*既収載第2位要望 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

従来は、「悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する」であったが、今回の診療報酬改定では適応疾患の拡大を要望し、「胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫」の4疾患が適応疾患に加えられた。

*既収載第3位要望 迅速細胞診(検査中の場合)、適応疾患の拡大

従来は、「手術又は気管支鏡検査(超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る)の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術又は1検査につき1回算定する」であったがこれに「又は内視鏡検査(膀胱癌又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る)」が加えられた。しかしながら、気管支鏡検査および超音波内視鏡下で腫瘍そのものの穿刺液を採取した場合での保険収載も要望したが、これは採用されなかった。なお、膀胱癌、胃粘膜下腫瘍において超音波内視鏡下に腹水やリンパ節の穿刺を行うことはなく、腫瘍そのものの穿刺吸引細胞診を行うのが通常であるが、それが対象とならなかったことで実際に採用されたといつてよいかは疑問である(現在厚労省保険局医療課に疑義照会中)。

<不採用となった要望>

*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)

現在、婦人科細胞診では細胞診断料が算定できない。その一方で婦人科以外の細胞診検体では医師が診断した場合には細胞診断料が算定されている。婦人科細胞診検体には、他の細胞診断同様、診断目的で採取されるものも含まれているが、その際でも細胞診断料が算定できない。医師の技術である「診断」が、検体の種別によって差別化されているのは不当であり、以前から保険収載を要望しているが、今回も不採用となった。

*既収載第4位要望 免疫染色、細胞診標本への適用拡大

細胞診標本に対しての免疫染色の有用性に関しては、すでに関係諸学会からガイドライン等が発刊されエビデンスも確立されている。今回は、組織標本作製しにくい悪性中皮腫、胃癌、大腸癌、卵巣癌、肺癌など腹腔、胸腔の悪性腫瘍、悪性リンパ腫、脳腫瘍等の体腔への播種症例に関して、

細胞診塗抹標本/LBC 標本において免疫染色を実施した場合の保険点数評価を求めたが、採用されなかった。

*既収載第5位要望 液状化検体細胞診加算の見直し

液状化検体細胞診(LBC)に関しては、従来、婦人科検体の場合は初回から算定できるものの、婦人科以外の検体では初回からの算定は認められてない。一方、その他の検体では2回目以降の場合に85点が算定できるが、婦人科検体の場合には36点と同じ液状化検体細胞診という技術に対して、統一性のない技術評価となっている。今回は、これらの矛盾点を解消するべく、婦人科検体でも85点の評価、その他の検体でも初回からの算定を要望したが、ともに採用されなかった。

*未収載第1位要望 細胞診精度管理料

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、標本作製における一連の精度の質を高める目的で、精度管理管理料の創設を要望したが、採用されなかった。

*未収載第2位要望 頸部細胞診陰性標本、判定支援加算(精度管理加算)

日本臨床細胞学会では、細胞診標本は細胞検査士による10%以上のダブルチェックを推奨しているが、細胞検査士の1回の鏡検で報告されている陰性症例は少なくなく、精度保障、特に感度や偽陰性の点で問題となっている。このため特に件数が多い婦人科頸部細胞診の一次鏡検陰性症例に対して、陽性の可能性のある視野を抽出できる特殊な機械で画像処理による判定支援を行った場合、あるいは自動抽出された22視野について、細胞検査士が検鏡することによって、その判定を支援する特殊なプログラムを用いることで、偽陰性を減らし、陰性症例の精度を保障することができる等に対して保険収載を要望したが、実現しなかった。

23. アレルギー関連委員会(委員長:岡田千春)

2020年度診療報酬改定にむけてアレルギー関連委員会で調整を経て5提案(アレルギー学会2提案、日本小児アレルギー学会3提案)を提出した。

残念ながら、いずれの提案も今回の診療報酬改定に反映されなかった。

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
- 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)

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
- 4) 小児食物アレルギー負荷検査
- 5) 喘息治療管理料

2022年度改訂にむけて提案の再調整、医学的な有用性の知見の集積を行っていく。

24. 内視鏡関連委員会(委員長:清水信幸)

2020年度診療報酬改定に対し、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

が提出されました。

新規項目は残念ながら採択に至りませんでした。

改正項目ですが、前回の報告でも記載した通り、4)に関しては前回の改訂要望で、ダブルバルーン内視鏡が7000点から7800点に増点、シングルバルーン内視鏡が3000点から5000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される危険性が危惧されておりました。今回の改定では、シングルバルーン内視鏡は5000点から6800点と増点され、ダブルバルーン内視鏡は7800点から6800点に減点された形になっております。今後、総論における『安全管理料』などの項目設定には全体の点数引下げ等が起こらぬよう、熟慮が求められると考えられますので、慎重に対応する所存です。

- 5) に関しては第3部 検査 第3節 生体検査料 の通則2で内視鏡検査が追加されました。

なお、外保連経由で内視鏡に関連する項目は技術新設7項目、技術改正7項目が申請され、新設要望項目7項目中4項目

- 1) 経気管支凍結生検法 : D415-5 : 5500点 (要望 15618点)
- 2) 回腸囊ファイバースコピー : D312-2 : 550点 (要望 1000点)
- 3) 腹腔鏡下十二指腸局所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)
: K654-4 : 30000点 (要望 30000点)
- 4) 内視鏡的乳頭切開術 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの
: K687 3 : 31700点 (要望 98133点)

改正要望項目7項目中4項目

- 1) 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法
: K526-4 : 14510→22100点 (要望 42321点)
- 2) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ粘膜切除術
早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術
: K653 3 : 21370点 (要望 30000点)
- 3) 腹腔鏡下胃局所切除術 内視鏡処置を併施するもの
: K654-3 1 : 26500→28500点 (要望 35000点)
- 4) 小腸結腸内視鏡的止血術 バルーン内視鏡加算
: K722 : 3500点

が採択され、内視鏡分野の新たな術式を中心に、一定の評価が頂けたものと感じております。

25. 遠隔医療関連委員会 (委員長: 伊東春樹)

本委員会は令和元年度の要望書提出以降に設置された。本委員会の参加学会からの要望の反映状況について報告する。内保連からの提案によらない遠隔医療関連の診療報酬の変化が多く、今後の要望作成に影響あると考えられるので、併せて概況を報告する。

1) 一部要望が反映された案件

- ・ 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(日本呼吸器学会)について、算定要件に要望が反映された。
- ・ 電子的頭痛ダイアリーによる難治性頭痛の遠隔診断、治療支援技術(日本頭痛学会)について、オンライン診療料の算定対象となった。

両件共に、中央社会保険医療協議会総会において、当該提案に係るテーマについて議論が行われた。

(令和 2 年度診療報酬、<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000587370.pdf> , P.41 日本呼吸器学会、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 及び P.44 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診断、治療支援技術)

2) 反映されなかった案件

以下は反映されなかった案件を列記する。

- ・ 胎児心エコー法の遠隔診断料(日本産婦人科医会)
- ・ 分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料(日本産婦人科医会)
- ・ 在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算(日本透析医学会)
- ・ 糖尿病重症化予防データ解析指導管理 (遠隔) 料(日本糖尿病学会)
- ・ オンライン病理診断料(日本病理学会)
- ・ 心臓ペースメーカー指導管理料遠隔加算の範囲 (ILR 等診断機器に対するもの) (日本不整脈心電学会)
- ・ 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算(日本呼吸器学会)
- ・ 神経学的検査 (遠隔診断) (日本神経学会)
- ・ 認知療法・認知行動療法(日本不安症学会)

3) 本年度に遠隔医療関連で改定された重要項目

以下の各項が、内保連提案ではなく変更・追加された。いずれも技術評価による要望が難しい事項である。遠隔医療に関する要望のあり方を考える材料としたい。

- ・ オンライン診療料の算定要件の中で、開始前の対面診療月数の短縮 (6 ヶ月から 3 ヶ月)、へき地での柔軟な運用 (初診、通院実績ない施設からの実施) など、実態に合わせた算定要件の変更があった。算定要件の厳しさが本委員会の中でも指摘されている。
- ・ オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直された (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000592346.pdf>、第 450 回資料 総-3 P.286、オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す)。オンライン診療における医学管理の扱い方が確定していないと考えられる。
- ・ オンライン診療による医学管理として、外来栄養食事指導料、ニコチン依存症管理料、在宅自己注射指導管理料などが追加された。医学管理の対象拡大の参考としたい。
- ・ 難病等のオンライン診療に関して、かかりつけ医と共同で遠隔の専門医が連携する場合に、情報提供が、遠隔連携診療料(500 点)として評価された。Doctor to Patient with Doctor 形態の遠隔医療への評価での算定などがあるか、追跡したい。

