

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	282209
申請技術名	重度認知症患者デイケア料 夜間ケア加算
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	015
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
提案の概要	重度認知症患者デイケア料・夜間ケア加算 現行100点より490点への増点を提案する。
再評価が必要な理由	平成27年に認知症学会が行った、全国の重度認知症患者デイケア(以下、認知症デイケア)の実態調査では、8時間程度のロングケアを導入すべきとした意見は、回答病院の24.1%もあった。それに反して、実施に重度認知症患者デイケア夜間ケア加算を算定している施設はほとんどなかった。その理由の一つに点数の低さが原因される。認知症デイケアの最大の特徴である精神科医やリハビリ専門職などの多職種がBPSDを示す認知症者に対応する点を考えると、点数の正当化は大きなポイントになると考えられる。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	夜間ケア加算の適正点数の試算として 試算方法 ① 求める夜間ケア加算点数をXとする。 ② 現行の精神科デイケア(700点)と重度認知症デイケア(1040点)の点数を比較する。 * 比較対象の施設面積基準を統一するために、精神科デイケアは大規模型を扱うものとする。 ③ 現行の精神科ナイトケアと重度認知症夜間ケア加算の点数を比較する。 * ただし、基準となる最低必要時間が精神科は4時間、重度認知症は2時間と異なるので、両方とも2時間あたりの点数として計算する。 * 重度認知症の方は、精神科ナイトケアと比較対象となる施設基準がないので、夜間ケア加算点数を扱うものとする。 ④ 精神科ナイトケアと夜間ケア加算の間で、患者一人あたり施設面積基準がことなるので、面積比率を調整する。 ・700点(精神科デイ)：1040点(認知症デイ)＝270点(精神科ナイト)：X点(認知症夜間) ・X(認知症夜間)＝401点 ・401点 × 4㎡ ÷ 3.3㎡ ≒ 490点
②現在の診療報酬上の取扱い	・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 ・認知症患者であり、「認知症高齢者の日常生活自立度」でMランクの人 ・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、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	015
技術名	重度認知症患者デイケア料 夜間ケア加算

<p>③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等</p>	<p>認知症治療における睡眠や概日リズムのコントロールの重要性について</p> <p>認知症高齢者では、不眠症、概日リズム睡眠障害、レム睡眠行動障害などの睡眠障害が高頻度に認められ、睡眠障害がせん妄や夜間徘徊などの行動障害を引き起こす要因となることが指摘されている。また認知症は転倒リスクを高めることが知られているが、不眠はさらに転倒リスクを高める。認知症高齢者の睡眠障害に対する薬物療法は、転倒リスクの上昇などの副作用から最終手段とされており、高照度療法や認知行動的介入などの非薬物療法的介入が第一選択とされている。</p> <p>アルツハイマー病及びアルツハイマー型老年認知症(ADと統一記載)ではアセチルコリン、セロトニン、ドーパミン、ノルアドレナリン、ソマトスタチンなどの睡眠覚醒及び概日リズムを駆動する神経核・神経伝達系の起始神経核の障害もしくは神経伝達物質の変化のため、睡眠障害の合併頻度が極めて高い。AD患者の睡眠脳波では、睡眠段階1、2などの浅い睡眠、中途覚醒回数、中途覚醒時間の増加がみられ、徐波睡眠の減少や中途覚醒の増加は発症早期から認められ、総睡眠時間及び睡眠効率は著しく減少する。これらの睡眠構築の異常は病期の進行につれてより顕著になり、重度のAD患者ではわずか連続1時間程度の覚醒もしくは睡眠状態さえ維持することができない。加えてAD患者では、睡眠時呼吸障害、周期性四肢運動障害、むずむず脚症候群、レム睡眠行動障害などの種々の睡眠障害が高い頻度で合併する。また、うつ病や疼痛などの睡眠障害を引き起こす疾患やその治療薬の副作用、生物時計の機能低下など複合的な要因によって不眠や過眠が生じる。夜間不眠、および覚醒時に随伴して生じる徘徊、焦燥、興奮、暴力行為などの行動障害は家族および介護者を疲弊させ、在宅介護を困難にし、施設入所に至る最大の事由の一つとなっている。</p>								
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p> <p>・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等</p>	<p>・日本精神科病院協会会員病院における【重度認知症患者デイケア料】算定施設の増加(H27-H28) ・日本認知症学会実態調査より、調査実施年における重度認知症患者デイケア 夜間ケア加算の実施施設はなかったのだが、意識調査では、24%の施設が8時間ロングケアを実施すべきと回答している。</p> <table border="1" data-bbox="225 779 518 869"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>1,319</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>288,138</td> </tr> </table>	前の人数(人)	0	後の人数(人)	1,319	前の回数(回)	0	後の回数(回)	288,138
前の人数(人)	0								
後の人数(人)	1,319								
前の回数(回)	0								
後の回数(回)	288,138								
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>重度認知症患者デイケアを利用する患者は著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。</p> <p>○ 重度認知症患者デイケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、60㎡以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0㎡を基準とする。</p> <p>○ 重度認知症患者デイケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備している。</p> <p>○ 重度認知症患者デイケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。</p> <p>ア:精神科医師及び専従する3人の従事者(作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人)の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日25人を限度とする。</p> <p>イ:アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者(作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人)の8人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。</p> <p>ウ:夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。</p> <p>エ:夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。</p> <p>特になし</p>								
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>なし</p>								
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>問題なし</p>								

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	100
	見直し後	490
⑧点数等の見直し の場合	見直し後の点数の 根拠	<p>夜間ケア加算の適正点数の試算として 試算方法</p> <p>① 求める夜間ケア加算点数をXとする。</p> <p>② 現行の精神科デイケア(700点)と重度認知症デイケア(1040点)の点数を比較する。 * 比較対象の施設面積基準を統一するために、精神科デイケアは大規模型を扱うものとする。</p> <p>③ 現行の精神科ナイトケアと重度認知症夜間ケア加算の点数を比較する。 * ただし、基準となる最低必要時間数が精神科は4時間、重度認知症は2時間と異なるので、 両方とも2時間あたりの点数として計算する。 * 重度認知症の方は、精神科ナイトケアと比較対象となる施設基準がないので、 夜間ケア加算点数を扱うものとする。</p> <p>④ 精神科ナイトケアと夜間ケア加算の間で、患者一人あたり施設面積基準がことなるので、 面積比率を調整する。</p> <p>・700点(精神科デイ):1040点(認知症デイ)=270点(精神科ナイト):X点(認知症夜間) ・X(認知症夜間)≒401点 ・401点 × 4㎡ ÷ 3.3㎡ ≒ 490点</p>
	⑨関連して減点や 削除が可能と考えら れる医療技術	区分 番号 技術名
⑩予想される医療 費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	1,123,738,200
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	<p><定義></p> <p>①1か所のデイケアの1日の平均利用者数:26人 ②重度認知症デイケアの施設数:148施設(H28年度)、144(H27年度) ③年間実施可能日数:312日(6日 × 52週 = 312日) ④1利用者あたりの1週間における利用日数:4.2日 ⑤1利用者あたりの1年間における利用日数:218.4日(④×52週) 参考文献2、3より</p> <p><国内年間実施回数変化></p> <p>①26人 × ②148施設 × ③312日 × 24% = ⑥288,138回(小数点以下四捨五入)</p> <p><年間対象患者数></p> <p>⑥288,138回 ÷ ⑤218.4日 = 1,319人(小数点以下四捨五入)</p> <p>(490-100)点 × 10円/点 × 288,138回 = 1,123,738,200円</p>
⑪算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者	医科点数表の解釈(平成28年4月) 社会保険研究所
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	1015 重度認知症患者デイケア料 p.721
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者	Dementia Japan 29(2015) 全国の重度認知症患者デイケアの実態調査 日本認知症学会
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	・1か所の重度認知症患者デイケアの1日の利用者数 ・1利用者の週当たりの平均利用日数 ・週当たりのデイケア実施日数 605-614ページ
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者	公益社団法人 日本精神科病院協会 平成28年度会員名簿 公益社団法人 日本精神科病院協会
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	・重度認知症デイケア届出病院 262, 263ページ
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者	-
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者	-
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	-

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	282210
申請技術名	精神科訪問看護・指導料
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	1012
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6」その他を選んだ場合に記載	-
提案の概要	①30分未満と30分以上の区分を廃止すること ②保健師又は看護師が准看護師と複数名訪問看護を行う場合の加算点数を450点に戻すこと ③精神保健福祉士同士・作業療法士同士の複数名訪問看護加算を算定可能とすること ④訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月について、医療機関の精神保健福祉士や作業療法士が訪問看護を行った場合は、算定可能とすること
再評価が必要な理由	保健師・看護師中心の枠組みだけでなく、精神保健福祉士や作業療法士等の慢性期精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な「精神科看護の専門性」や「多職種チームの参画」への評価が失われ、かつ実施における利便性が損なわれているため。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	精神科訪問看護・指導料は、精神障害者の地域生活を支える医療の充実のために不可欠な精神科専門療法であり、在院期間を短縮して在宅療養期間を延長する有効性がされている。しかし、多職種チーム医療として実績を残していた精神科訪問看護・指導料の基準を、保健師・看護師中心の訪問看護ステーションの体系に画一的に合わせた結果、診療報酬上のマイナス要因として以下の問題点が生じている。 ①実施時間30分未満、30分以上の区分が設けられ、複数名訪問看護加算の算定要件が30分以上の場合に限定されていること②保健師又は看護師が准看護師と共に精神科訪問看護・指導を行う場合の評価が従前の450点から380点に引き下げられたこと③従来精神科訪問看護で行われてきた精神保健福祉士同士や作業療法士同士の複数名訪問が評価されなくなったこと(保健師・看護師中心の算定要件へと硬直化) ④訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月について、医療機関の精神保健福祉士や作業療法士が訪問看護を行った場合は、算定可能とすること 保健師・看護師中心の枠組みだけでなく、慢性期精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な「精神科看護の専門性」や「多職種チームの参画」への評価が失われ、かつ実施における利便性が損なわれており、算定要件の回復・是正が必要である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士が精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患者を訪問し個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導を行う。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	1012
技術名	精神科訪問看護・指導料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	訪問看護によって、総入院期間が開始前2年間での平均279日から開始後2年間での74日へと短縮し、約200日在宅療養期間が延長するとの査問らによる厚労科研(精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究)が平成24年度改定では重く取り上げられた。ところが、同じ改定で、精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な「精神科看護の専門性」や「多職種によるチーム医療」への評価が失われ、かつ実施における従前の利便性が著しく損なわれており、「入院医療中心から地域生活中心へ」との「精神医療福祉の改革ビジョン」(H16.9月厚労省)で示された基本的方向性を逆行させないための是正が必要である。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	不明
・年間対象患者数(前の人数(人))	0
・変化(後の人数(人))	10

・年間実施回数 変化等	前の回数(回) 後の回数(回)	0 0
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	施設の要件 I(標榜科、手術件 数、検査や手術の 体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の 職種や人数、専門 性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイド ライン等その他の要 件)	准看護師以外は、国家試験有資格者が実施する。 精神科を標榜している保健医療機関 精神科の医師、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 特に無し。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		-
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし。
⑧点数等の見直し の場合	見直し前 見直し後 見直し後の点数の 根拠	380 450 精神科において准看護師の役割は重要で、保健師・看護師と同様の評価をされるべきであるため。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他 無し。
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	- 0 -
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		特に無し。
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		無し。
⑭参考文献1	1)名称 2)著者 3)概要(該当ペ ージについても記 載)	- - -
⑭参考文献2	1)名称 2)著者 3)概要(該当ペ ージについても記 載)	- - -
⑭参考文献3	1)名称 2)著者 3)概要(該当ペ ージについても記 載)	- - -
⑭参考文献4	1)名称 2)著者 3)概要(該当ペ ージについても記 載)	- - -
⑭参考文献5	1)名称 2)著者 3)概要(該当ペ ージについても記 載)	- - -

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	282211
申請技術名	医療保護入院等診療料
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	014
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	I 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院（以下「医療保護入院等」という。）の在院者に毎月算定（100点） II 医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に算定（1,000点） III 行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に出席する看護職員の委員会に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含める 以上3点を要望する。
再評価が必要な理由	平成29年4月以降に予定されている精神保健福祉法（以下「法」という。）改正に伴い、措置入院医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備によって増大する業務（退院支援計画の作成、退院後生活環境相談員の選任と退院後の生活環境に関する相談指導業務の増大）及び平成26年法改正における医療保護入院の保護者制度廃止に伴う保護義務者との連絡調整や退院後の生活環境に関する相談支援業務の増大等、これらの法改正に伴う業務が増大するにも関わらず、その財政措置は全く考慮されていない状況である。さらに、これらの入院者は病識がないため治療の必要性が理解できず、治療の拒絶や他患者や職員への暴力などの危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要であるにも関わらず、その対価が入院中に1回に限り300点という報酬ではあまりにも低いと言わざるを得ない。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	I 入院2月以降100点（月1回）算定 II 医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に1,000点算定 III 行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に出席する看護職員の委員会に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めること
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者 医療保護入院等に係る入院患者 ・技術内容 精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に算定 ・点数や算定の留意事項 1 当該入院期間中に1回に限り算定 300点 2 算定する場合にあつては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する 3 算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月1回）評価を行うこと 4 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること 5 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	014
技術名	医療保護入院等診療料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	早期に退院を促進させるためには、医療保護入院等患者の状態の変化を常に観察し、観察に基づく治療計画の見直しや、治療計画に基づいた積極的な治療が不可欠となるとともに、医師、看護師、精神保健福祉士等、多職種で入院形態が適正であるかを検討する機会が必要である。早期退院を目標に退院促進委員会を開催し、行動制限のみならず、入院形態が適正かについても検討する必要がある。 精神病院において、医療保護入院等の患者のため、入院中の処遇が適正かを検討する委員会と退院促進委員会の開催は、一般科と重要度が異なり、高いものである。このため、行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に参加する病棟看護職員が、委員会・会議に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めることを要望する。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	I 2月目から100点算定する場合、病院報告(H28.10分概数)より 平均在院日数 精神病床 274.5日(9.15ヶ月)から、1患者が年8.15ヶ月(8.15回)算定すると仮定すると、年間実施回数は、125,400人×8.15回=1,022,010回となる。 II 社会医療診療行為別調査(H27.6審査分) 医療保護入院等診療料 月算定回数10,450より、年125,400回 III 入院形態変更の頻度は不明。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 125,400 後の人数(人) 125,400
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 125,400 後の回数(回) 1,022,010
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	特になし。
施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	なし。
施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること(現行どおり)。 1 現行どおり。 2 医療保護入院料等に係る患者に対する退院促進を行うため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成される委員会(退院促進委員会)を設置し、入院形態が適正かどうかの評価を行うこと。(行動制限最小化委員会と退院促進委員会は、同時開催可能とする。)
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	問題なし。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし。
⑧点数等の見直しの場合	見直し前 0 見直し後 100 見直し後の点数の根拠 特になし。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 子 番号 他 技術名 他 プラス又はマイナス金額(円) + 1,899,810,000
⑩予想される医療費へ影響(年間)	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 社会医療診療行為別調査(H27.6審査分)より 医療保護入院等診療料 算定回数10,450回より年間算定回数は、10,450回×12ヶ月=125,400回 よって、 現行の年間診療報酬額は、125,400回×3,000円=376,200,000円(a) 病院報告(H28.10分概数)より 平均在院日数 精神病床 274.5日(9.15ヶ月)から 入院時医療費分:125,400人×10,000円=1,254,000,000円(b)となる。 継続入院の医療費分:100点の算定回数は平均在院日数9.15ヶ月より、1人当り8.15回となることから、 1人当りの年間支出増加額は、8,150円となる。よって、125,400回×8,150円=1,022,010,000円(c) よって、本提案により増加する医療費は(b+c-a)より1,899,810,000円となる。 ※入院中に入院形態の変更が行われる頻度については不明
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	なし。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし。
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)

⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当 ページについて 記載)	----- ----- ----- -----
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当 ページについて 記載)	----- ----- ----- -----

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	282212
申請技術名	入院集団精神療法
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	005
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「その他」を選択した場合に記載 適応疾患の拡大、対象者の拡大
提案の概要	入院集団精神療法の6ヶ月以内の制限を撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。
再評価が必要な理由	当該療法に携わる人員とその時間に対し、適切な診療報酬上の評価がなされておらず、他の精神科専門療法に比べても診療報酬上の評価が低いため。

評価項目	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	参考文献1の通り、集団精神療法の効果は明らかであるが、その実施はガイドラインに基づき疾患、病期、患者本人又は家族などの要因によりプログラムが分かれ、そのそれぞれに対し専門知識を有するスタッフが加わり行われるが、現在の診療報酬はそれに見合うものとなっていないため。さらに、ガイドラインでは急性期、リハビリテーション期、長期入院患者、外来患者とプログラムが分かれており、6カ月の期限があることは不合理であるため。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	入院中の患者(統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等)について、6カ月に限り週2回を限度として算定する。入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
診療報酬区分再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号再掲	005
技術名	入院集団精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	本技術の有用性については参考文献1に示す。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成27年6月一ヶ月間の全国での入院集団精神療法の実施件数が5856件であるので、年間約70000件が実施されている。当技術により5人に1人の再入院が抑えられるため2割程度の減少が予想される。また、6ヶ月の制限がなくなると年間で2倍の実施が予想されるため年間約112000件となる。
・年間対象患者数(前)の人数(人)	14,300
・変化(後)の人数(人)	23,000
・年間実施回数(前)の回数(回)	70,000
・変化(後)の回数(回)	112,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後さらなる発展が期待できる技術である。
・施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神科を標榜している保険医療機関である。
・施設基準(技術の専門性等)を踏まえ、必要と(医師、看護師等の考えられる要件、職種や人数、専門性を、項目毎に記載、性や経験年数等)すること	精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
・その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	100
	見直し後	350
	見直し後の点数の 根拠	医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり1時間30分程度の時間を要し、その人件費は約22,000円その他の経費を加えると約35,000円の費用がかかり、1クール平均10名実施したとすると患者1名につき3,500円、年間実施件数137600件に対し約5億円の費用がかかるが、現在の診療報酬100点では1億4000万円に過ぎず、約3億6000万円の不足となる。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他 - -
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	- 3,130,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	年間約83000件の実施があるがさまざまなエビデンスより5人に1人の再発が抑えられるため、2割程度の減少が予想される。また、6ヶ月の制限を撤廃したことにより現在の2倍の実施数が見込まれる。よって83000件×0.8×2×350点=83000件×100点で約3.8億の医療費増になる。1クール平均6回であるので年間83000件の1/6で14000名が対象者とし、その再入院が5人に1人減少するならば、2800人の約3ヵ月分の入院費約36億円が削減となり、差引32.2億円減少する。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑭参考文献1	1) 名称	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書
	2) 著者	下原直彦(国立療養所菊池病院)、池上研(熊本大病院)、吉田顕二(国立療養所菊池病院)
	3) 概要(該当ページについても記載)	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 統合失調症患者・家族に対する心理教育とその治療効果の検討(P.221-226) 統合失調症患者10~15名程度に対して集団精神療法を行うことで統合失調症の再入院が約4分の1に減少する。また気分障害や慢性期精神疾患に対する有用性も確立している。さらに精神疾患は家族のサポートが重要であり、家族に対し集団精神療法も用いた心理教育を行うことは、再発、再入院のリスクを減少させる。
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	282213
申請技術名	通院集団精神療法
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	006
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6」その他を選んだ場合に記載	適応疾患の拡大、対象者の拡大
提案の概要	通院集団精神療法の人数の制限と、期限は撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え家族を含める。
再評価が必要な理由	当該療法に携わる人員とその時間に対し、適切な診療報酬上の評価がなされていないため。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	参考文献1の通り、集団精神療法の効果は明らかであるが、その実施はガイドラインに基づき疾患、病期、患者本人又は家族などの要因によりプログラムが分かれ、そのそれぞれに対し専門知識を有するスタッフが加わり行われるが、現在の診療報酬はそれに見合うものとなっていないため。さらに、ガイドラインでは急性期、リハビリテーション期、長期入院患者、外来患者とプログラムが分かれており、6か月の期限があることは不合理であるため。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	入院中の患者以外の患者（統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等）について、6か月に限り週2回を限度として算定する。 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	006
技術名	通院集団精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	本技術の有用性については参考文献1に示す。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成27年6月一ヶ月間の全国での通院集団精神療法の実施件数が3396件であるので、年間約40000件が実施されている。6ヶ月の制限がなくなると年間2倍の実施が予想されるため年間80000件となる。
・年間対象患者数の変化	前の人數(人) 12,000 後の人數(人) 12,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 40,000 後の回数(回) 80,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後もさらなる発展が期待できる技術である。
施設要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科を標榜している保険医療機関である。
施設基準（技術の専門性等） 人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。 特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし

⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし
⑧点数等の見直し の場合	見直し前 270 見直し後 350 見直し後の点数の 根拠 医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり2時間分程度の時間を要し、その人件費は約30,000円その他の経費を加えると約50,000円の費用がかかり、1クール平均15名実施したとすると患者1名につき3,500円、年間実施件数32,000件に対し約1億2000万円の費用がかかるが、現在の診療報酬270点では8600万円に過ぎず、約3400万円の不足となる。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名 その他
⑩予想される医療費へ 影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) 1,076,000,000 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 に記載する。) 医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり2時間分程度の時間を要し、その人件費は約30,000円その他の経費を加えると約50,000円の費用がかかり、1クール平均15名実施したとすると患者1名につき3,500円、年間実施件数32,000件に対し約1億2000万円の費用がかかるが、現在の診療報酬270点では8600万円に過ぎず、約3400万円の不足となる。
⑪算定要件の見直し等によって、 新たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等	特になし
⑭参考文献1	1) 名称 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書 2) 著者 下原宜彦(国立療養所菊池病院)、池上研(熊本大病院)、吉田颯二(国立療養所菊池病院) 3) 概要(該当ページについても記載) 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 統合失調症患者・家族に対する心理教育とその治療効果の検討(P.221-226) 統合失調症患者10~15名程度に対して集団精神療法を行うことで統合失調症の再入院が約4分の1に減少する。また気分障害や慢性期精神疾患に対する有用性も確立している。さらに精神疾患は家族のサポートが重要であり、家族に対し集団精神療法も用いた心理教育を行うことは、再発、再入院のリスクを減少させる。
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	282214
申請技術名	入院生活技能訓練療法
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分 診療報酬番号	I 精神科専門療法 008
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	①期間を撤廃し、点数を増点する。 100点(6か月以内)、75点(6か月超)→150点 ②「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」内容については、不合理であり撤廃すべきである。
再評価が必要な理由	①「入院生活技能訓練療法」は認知行動療法の一つで、精神科における強力な心理社会的介入方法である。地域移行に支援する場合、入院中に社会生活機能の回復を不可欠であり、入院の日から6か月超の入院患者に対する点数が低くなるのは不合理で、長期入院患者に対する入院生活技能訓練こそが必要となる。 ②「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」実際に患者の看護行為であるのに時間に参入しないのは不合理である。
評価項目	
①再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	入院生活技能訓練療法の理論は、行動療法、社会的学習理論、統合失調症の疾患モデルから構成される。精神疾患の再発は、生活上のストレスが患者の対処機能を凌駕することが理由のひとつに挙げられているが、入院生活技能療法による対処能力や力量の向上は、防御因子を強め、転帰の改善を図ることができる。従来からの研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせることが必要であるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが示されている。 「入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。」という項目は撤廃すべきである。精神障害者の新規入院患者のうち約6割は、3か月未満で、約9割は、1年未満で退院している状況である。新規入院患者の1割が1年以上入院する患者で4.7万人いて一方、1年以上の長期入院患者が約20万人おり、退院する1年以上の入院者は4.8万人と1年以上入院者の数の動きがない状況である。今後の方向性として、現在の長期入院者の地域移行の取り組みを推進するにあたって社会生活機能の回復と病状の改善は必須である。以上の観点から期限によって点数を減らすのではなく、期間に関係なく評価されるべきである。 また、「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」内容については、不合理である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	(1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。 (2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある2人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の1人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとすることが必要である。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。 (3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回を限度として算定できる。 (4) 1人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。 (5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。
診療報酬区分 診療報酬番号 技術名	I 精神科専門療法 008 入院生活技能訓練療法

<p>③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等</p>	<p>従来の研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせる必要があるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが示されている。</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等</p>	<p>入院の日から6月以内と6か月超の平成27年診療行為別調査の回数より推定 0 0 (7,331+42,670)回×12ヶ月=600,012回 (7,331+42,670)回×12ヶ月=600,012回</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) ・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要とすることを) ・施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) ・人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等) ・その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による 特になし 特になし 特になし</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>問題なし。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)</p>	<p>問題なし。</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 -</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分番号 技術名 - -</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) + 384,030,000 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 42,670回×12ヶ月×(150-75)点×10円/点=384,030,000円 平成27年社会医療診療行為別調査より算出</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>特になし</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練(展望〈特集〉精神障害者援助とSST) 2) 著者 安藤信雄 池淵恵美 3) 概要(該当ページについても記載) わが国の精神保健分野における社会生活技能訓練(SST)の本格的な導入は、1988年の米国UCLAのLieberman来日から始まった。その後約15年の発展経過をSSTの普及状況に関する6回のアンケート調査にもつき検討した。その結果、(1)SSTは生活行動の改善を目標にデイケアを中心に開始され、(2)診療報酬化(1994年)以後は医療機関だけでなく非医療機関においても実施施設数の増加がみられ、(3)対象の拡大(統合失調症以外の気分障害や神経症、さらに司法など医療以外の対象へ)と技法の多様化(基本訓練モデルに加えて各種モジュールも実施)の傾向が認められた。普及の過程で生じた誤解や批判について検討し、普及におけるSST普及協会の役割を検討した。SSTに関連した研究報告の経年推移を検討し、研究の動向を概括した。今後のわが国の地域ケアへの転換に関連して、生活の場での行動改善、長期入院患者の退院促進等にSSTが寄与すべきことを考察した(抄録より)</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 持続性の統合失調症を有する人へのSST:心理社会的作業療法との効果の比較 2) 著者 Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, et al. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry, 1998; 155: 1087-1091. 3) 概要(該当ページについても記載) この研究は統合失調症外来患者をSSTを実施する群と心理社会的作業療法を実施する群にランダムに割り付け、どちらの群も6ヶ月間にわたって週4回(1回3時間)の介入を行ってその効果を測定しました。その結果、SST群はIndependent Living Skills Survey(自立生活技能を測定する尺度)の得点が向上していました。この尺度は、日常生活での技能の使用を反映すると言われているため、SSTは、(検査得点だけでなく)実社会で用いる社会生活技能が実際に改善されたと結論されています。この研究では、SSTが社会機能の改善に効果的であるという結果の他に、SSTによって向上された技能の維持(持続性)も心理社会的作業療法群と比較して優れていたこと、SSTは特別な専門家でも効果的に実施することができたという結果が示されています。</p>

<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>----- ----- -----</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>----- ----- -----</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>----- ----- -----</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	282215
申請技術名	精神科退院前訪問指導料
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	011-2
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	精神科退院前訪問指導料は、複数職種の間共同指導の評価がなされているが、管理栄養士、薬剤師、准看護師の共同指導は認められていない。 精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師の関与は有用性が高いことから、この3職種においても算定可能とするよう、要望する。
再評価が必要な理由	再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を増加させる事から、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術を更に普及させることは重要である。3職種の追加は医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師の関与は有用性が高いことから、この3職種においても算定可能としてもらいたい。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者 精神科を標榜する保健医療機関に入院している精神疾患を有する者 ・技術内容 対象患者の円滑な退院のため、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が患者又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業者等と連携しつつ、退院後の療養に必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。 ・点数や算定の留意事項 1 当該入院期間中3回(入院期間が6月を超えると見込まれる患者については6回)算定 380点 2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合には、320点を所定点数に加算する 3 精神科退院前訪問指導を行った場合には、指導内容の要点を診療録等に記載する等
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	011-2
技術名	精神科退院前訪問指導料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を増加させる事から、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術を更に普及させることは重要である。3職種の追加は医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。 ・管理栄養士 精神疾患を有する患者には、食生活の乱れによる糖尿病等が多く、退院後における食生活の指導が患者又は家族等に必要である ・薬剤師 精神疾患を有する患者に対する服薬コンプライアンスは退院後の社会生活維持に重要である。退院前に薬剤師から患者又は家族等に薬剤指導を行う意義は大きく、必要である。 ・准看護師 退院後の療養に必要な指導や在宅療養に向けた調整は、看護師のみならず、准看護師でも十分可能であり、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p> <p>・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等</p>	<p>社会医療診療行為別調査(H27.6審査分) 精神科退院前訪問指導料 2,165件 共同訪問指導加算(再掲) 1,466件より 年間実施回数は、2,165件×12カ月=25,980件、うち、1,466件×12ヶ月=17,592回が共同訪問指導。 (全件数の67.7%)</p> <p>前の人(人) 0 後の人(人) 0 前の回数(回) 17,592 後の回数(回) 17,592</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>特になし。</p> <p>施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 精神的科を標榜する保険医療機関である。</p> <p>人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等) 特になし。</p> <p>その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合に算定できる。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>問題なし。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>問題なし。</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 変化なし。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名 その他 -</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) 0 その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 上記3職種の算定が可能となった場合でも、年間実施回数は変化しない。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>なし。</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>なし。</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1)名称 外来統合失調症患者を対象とした栄養サポートチームによる栄養指導の実践と10年後の結果 2)著者 井戸由美子、中村友紀、田頭優、高谷義信、佐谷誠司、岡村武彦、米田博 3)概要(該当ページについても記載) 臨床精神薬理 Vol.16 No.8, 2013 PP1193-2000</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）																																											
整理番号	282216																																										
申請技術名	通院・在宅精神療法(通院精神療法)																																										
申請団体名	日本精神科病院協会																																										
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし ----- (提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)																																										
診療報酬区分	I 精神科専門療法																																										
診療報酬番号	I002																																										
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) ----- 「6 その他」を選んだ場合に記載																																										
提案の概要	病院における通院精神療法口の点数引き上げ (1)30分以上 400点⇒500点 (2)30分未満 330点 ⇒ 350点																																										
再評価が必要な理由	30分以上の通院精神療法は認知行動療法(500点)と同等に評価すべきである。																																										
【評価項目】																																											
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	30分以上の通院精神療法は認知行動療法(500点)と同等に評価すべきである。また、長期間不当に存在していた精神科病院と診療所における点数格差は、平成22年度改定での診療所点数の引き下げで解消されたにすぎない。しかし、医療観察法における指定通院医療機関の殆どが精神科病院であり、入院に関わる判断や他医療機関への対診を求められるなど、精神科病院での通院精神療法はより高度の技術を要するだけ評価される必要がある。																																										
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象患者は外来患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のため社会生活を営むことが著しく困難なもの。それに対して、精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法である。																																										
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	I 精神科専門療法 I002 通院・在宅精神療法(通院精神療法)																																										
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	近年様々な技法による精神療法の有効性が実証されるなか、良質の精神療法は認知行動療法と同等の有効性をもつことを示すメタ解析も広く知られるところである(Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux, T.P.Baardseth,201)。																																										
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	H27年 社会診療行為別調査より <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>回数</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)通院精神療法 30分以上</td> <td>261281</td> <td>104512400</td> </tr> <tr> <td>(2)通院精神療法 30分未満</td> <td>3371588</td> <td>1112624040</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>回数</th> <th>病診比率</th> <th>月</th> <th>年間実施回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 261281</td> <td>× 0.35</td> <td>× 12</td> <td>= 1097380.2</td> </tr> <tr> <td>(2) 3371588</td> <td>× 0.36</td> <td>× 12</td> <td>= 14565260.16</td> </tr> </tbody> </table> 外来増加率 年間実施回数 (1)・(2)合計 (1097380.2 + 14565260.16) × 1.05 = 16445772.38 <病診比率> 「平成21年社会医療行為別調査」より <table border="1"> <thead> <tr> <th>病院算定回数</th> <th>病院算定回数</th> <th>診療所算定回数</th> <th>病診比率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 49369</td> <td>÷ (49369 + 91357)</td> <td></td> <td>= 0.35081648</td> </tr> <tr> <td>(2) 1127429</td> <td>÷ (1127429 + 1984991)</td> <td></td> <td>= 0.362235495</td> </tr> </tbody> </table> <外来増加率> 「平成25年医療施設調査 病院報告」より 外来年間延べ患者数 精神科病院 <table border="1"> <thead> <tr> <th>平成25年</th> <th>平成20年</th> <th>平成20年</th> </tr> <tr> <th>人</th> <th>人</th> <th>人</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(20778378 - 19751155)</td> <td>÷ 19751155</td> <td>= 0.05200825</td> </tr> </tbody> </table>		回数	点数	(1)通院精神療法 30分以上	261281	104512400	(2)通院精神療法 30分未満	3371588	1112624040	回数	病診比率	月	年間実施回数	(1) 261281	× 0.35	× 12	= 1097380.2	(2) 3371588	× 0.36	× 12	= 14565260.16	病院算定回数	病院算定回数	診療所算定回数	病診比率	(1) 49369	÷ (49369 + 91357)		= 0.35081648	(2) 1127429	÷ (1127429 + 1984991)		= 0.362235495	平成25年	平成20年	平成20年	人	人	人	(20778378 - 19751155)	÷ 19751155	= 0.05200825
	回数	点数																																									
(1)通院精神療法 30分以上	261281	104512400																																									
(2)通院精神療法 30分未満	3371588	1112624040																																									
回数	病診比率	月	年間実施回数																																								
(1) 261281	× 0.35	× 12	= 1097380.2																																								
(2) 3371588	× 0.36	× 12	= 14565260.16																																								
病院算定回数	病院算定回数	診療所算定回数	病診比率																																								
(1) 49369	÷ (49369 + 91357)		= 0.35081648																																								
(2) 1127429	÷ (1127429 + 1984991)		= 0.362235495																																								
平成25年	平成20年	平成20年																																									
人	人	人																																									
(20778378 - 19751155)	÷ 19751155	= 0.05200825																																									

・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 後の人数(人)	0 0
・年間実施回数の変化等	前回数(回) 後回数(回)	15,662,640 16,445,772
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	施設の要件 I(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) II(人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経歴年数等)) III(その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件))	精神科医療の土台として、世界中で確立されている。 精神科を標榜する保険医療機関(病院) 精神科を担当する病院医師 5分超の時間を掛けて精神療法を実施すること
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		-
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし。
⑧点数等の見直しの場合	見直し前	400
	見直し後	500
	見直し後の点数の根拠	30分以上の通院精神療法は認知行動療法(500点)と同等に評価すべき。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分番号 技術名	その他 無し。
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス金額(円) その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	0 -
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		特に無し。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		無し。
⑭参考文献	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	282217
申請技術名	通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	002
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	精神疾患の5疾病5事業に伴う地域医療への貢献
提案の概要	<p>精神科医療は入院収容から地域生活支援に治療の目的が変化し、地域で生活する精神疾患患者への木目細なかかわりによって、症状の改善と、地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な手段となる。</p> <p>現在、常時、外来患者に対応できる体制を必要とされる診療報酬項目は、精神科救急入院料等であるが、常時、診察の体制はとれなくても、休日・時間外で診察する機会は、患者の社会復帰が進むに従って増加してきている。保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜においてI002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。医師が必要と認める場合は、同一週に通院・在宅精神療法を3回を限度に算定することができる。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること。</p>
再評価が必要な理由	精神疾患の5疾病5事業に伴う地域医療への貢献
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	<p>初診料、再診料に対する時間外加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急病等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられているものである。精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合(強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等)が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である、とともに、精神科医にとって極めて手のかかる、また精神的エネルギーを消耗する診療行為であり、適切な手当が必要である。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という)又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びびてんかんのため社会生活を営むことが著しく困難なもの(患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族)に対して、精神科を担当する医師(研修医を除く)が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。</p>
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	002
技術名	通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	<p>精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合(強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等)が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である。</p>

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>H27年 社会診療行為別調査より算定回数 初診料 時間外加算 110062 再診料 時間外加算 129265 合計 239327</p> <p>H27年医療施設調査より 外来患者のうち4%が精神科 239327回×4%×12月=117620(年間実施回数:年間対象患者数)</p> <p>H27年 社会診療行為別調査より算定回数 初診料 休日加算 527837 初診料 深夜加算 154075 再診料 休日加算 124153 再診料 深夜加算 21858 合計 827923</p> <p>H27年医療施設調査より 外来患者のうち4%が精神科 827923回×4%×12月=406893(年間実施回数:年間対象患者数)</p>
<p>・年間対象患者数(前の人(人)) の变化 (後の人(人)) ・年間実施回数の(前回数(回)) 变化等 (後回数(回))</p>	<p>0 時間外加算117620/休日・深夜加算406893 0 時間外加算117620/休日・深夜加算406893</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) 施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) ・施設基準 (技術の専門性等)人的配置の要件を踏まえ、必要と(医師、看護師等の職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神科を標榜する保健医療機関の精神科を担当する医師が行うので成熟度、難易度は高い</p> <p>精神科を標榜している保険医療機関である。</p> <p>保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜において1002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。</p> <p>例外的に患者の都合による乱用に対する適切な指導が必要と思われる。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>リスクは殆ど伴わない。勤務医負担の軽減となる。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>問題なし。</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合 見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>0 時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。 特になし</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名 その他 -</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円) + 6,659,557,312</p> <p>時間外加算 (350+200+165)(点)×117620(年間実施回数)×10(円)=840984898(円)</p> <p>休日・深夜加算 (700+400+330)(点)×406893(年間実施回数)×10(円)=5818572414(円)</p> <p>合計 840984898+5818572414=6659557312(円)</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>無し</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	282218
申請技術名	特定薬剤副作用評価加算
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	001.002
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	抗精神病薬服用患者に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた評価を行い、薬物療法の適正化を行う技術。現在、外来診療での算定に限られているが、これを入院3ヶ月以内の入院精神療法 I 実施時にも適応拡大する。
再評価が必要な理由	新世代の抗精神病薬の中には、薬原性錐体外路症状に脆弱な双極性気分障害や治療抵抗性うつ病への使用が増加しており、入院初期にこれらの薬剤による副作用が問題となることがふえてきているため。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	新世代の抗精神病薬の中には、薬原性錐体外路症状に脆弱な双極性気分障害や治療抵抗性うつ病への使用が増加しており、入院初期にこれらの薬剤による副作用が問題となることがふえてきているため、これまで外来診療に限られていた特定薬剤評価加算を入院初期3ヶ月以内に入院精神療法 I を行った際に限って適応拡大し、25点を加算することが望まれる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者： 統合失調症、双極性気分障害、老年期精神障害など抗精神病薬が治療薬として投与される精神疾患患者全般。 ・技術内容： 薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行って、抗精神病薬療法を適正化し、副作用の軽減と安定した精神状態を保てるようにする。 ・点数や算定の留意事項： 外来診療の際に通院精神療法IIを実施した際に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行った場合、月1回に限り25点が算定可能。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	001.002
技術名	特定薬剤副作用評価加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	ここ数年間に抗精神病薬の適応範囲がこの副作用に脆弱性の高い気分障害圏へ広がっていることから、当該技術の適応範囲の拡大が入院患者へ広がることが求められている。抗精神病薬の使用の適正化による医療費の減額は翌年度以降にも及ぶこと、副作用の重症化や未然防止による減額も見込まれるため、当該技術の算定方法の調整により医療費への影響は調整できるものと考えられる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神病院入院中の患者数約20万人のうち10%（抗精神病薬服用中の入院患者の15%）にあたる対象患者数約2万人に対し、入院後3ヶ月以内に30分以上の精神療法を実施した場合について月1回算定する。
・年間対象患者数（前の人（人））	0
・変化（後の人（人））	20,000
・年間実施回数（前（回））	0
・変化（後の回数（回））	60,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	薬原性錐体外路症状DIEPSSは、日本語版をはじめ、英語版、ロシア語版、中国語版、ドイツ語版、スペイン語版など世界の主要言語に翻訳され世界中で用いられている標準的な評価尺度である。この評価尺度についての系統的な訓練を受けた精神科医、精神科薬物療法認定薬剤師はわが国で約8000名である。
施設要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科、精神神経科を標榜する医療機関。
施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	精神科医師または適切なトレーニングを受けた精神科薬物療法認定薬剤師。
その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	実施前に薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）の評価研修を受講することが望ましい。

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	トレーニングを受けた精神科専門医などが15～20分程度の診断面接により行われる評価手法であり、評価そのものに対しては副作用や危険性はない。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	錐体外路症状はすべての抗精神病薬にみられる副作用であり、評価は臨床的・社会的に必要なものと認知され、倫理的な問題も存在しない。
⑧点数等の見直し の場合	見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 -
⑨関連して減点や 削除が可能と考えら れる医療技術	区分番号 技術名 その他 - - - - -
⑩予想される医療 費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) 5,000,000 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。) 60,000回 x 25点 x 10円 = 15,000,000円 15,000,000 - 10,000,000(不適切な多剤大量投与の減少、他科受診や再発による再入院医療費の軽減等)= 5,000,000円
⑪算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	本技術で使用される薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSは、現在、世界の20言語に翻訳され、30カ国以上の現地語で評価が可能な世界標準の臨床評価尺度であり、開発国日本での更に広い普及とエビデンスの構築が望まれる。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代 表的な研究者等	なし
⑭参考文献1	1) 名称 The longitudinal trends in the relationship between drug-induced extrapyramidal symptoms and personal and social performance in a population of the patients with schizophrenia 2) 著者 Park IJ, Jung DC, Hwang SS, Jung HY, Yoon JS, Kim CE, Ahn YM, Kim YS 3) 概要(該当ページについても記載) A latent growth model. Psychiatry Res. 2016 Apr 30;238:33-39.
⑭参考文献2	1) 名称 Effects of Shakuyaku-Kanzo-to on Extrapyramidal Symptoms During Antipsychotic Treatment 2) 著者 Ota T, Miura I, Kanno-Nozaki K, Hoshino H, Horikoshi S, Fujimori H, Kanno T, Mashiko H, Yabe H 3) 概要(該当ページについても記載) A Randomized, Open-Label Study. J Clin Psychopharmacol. 2015 Jun;35(3):304-307.
⑭参考文献3	1) 名称 The influence of switching from risperidone to paliperidone on the extrapyramidal symptoms and cognitive function in elderly patients with schizophrenia 2) 著者 Suzuki H, Gen K, Inoue Y, Hibino H, Mikami A, Matsumoto H, Mikami K 3) 概要(該当ページについても記載) a preliminary open-label trial. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Jan;18(1):58-62.
⑭参考文献4	1) 名称 Effects of risperidone and olanzapine dose reduction on cognitive function in stable patients with schizophrenia 2) 著者 Takeuchi H, Suzuki T, Remington G, Bies RR, Abe T, Graff-Guerrero A, Watanabe K, Mimura M, Uchida H 3) 概要(該当ページについても記載) an open-label, randomized, controlled, pilot study. Schizophr Bull. 2013 Sep;39(5):993-998.
⑭参考文献5	1) 名称 Triiodothyronine may be possibly associated with better cognitive function and less extrapyramidal symptoms in chronic schizophrenia. 2) 著者 Ichioka S, Terao T, Hoaki N, Matsushita T, Hoaki T 3) 概要(該当ページについても記載) Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2012 Oct 1;39(1):170-174.

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	282219
申請技術名	疾患別リハビリテーション料(加算)
申請団体名	日本精神科病院協会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	H リハビリテーション
診療報酬番号	000~003
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	<p>医療計画に精神疾患が加わり5疾病5事業となって施策が進められていくが、身体合併症、うつ病、認知症などについての対応強化が謳われている。しかし、精神疾患をもつ患者のリハビリテーションは、一般病床での実施が難しく、自殺未遂患者や認知症高齢者がICUなどのベッドを長期利用せざるをえない状況がある。また、リハビリテーションを実施できても精神症状が障壁となり、より長期の期間を要する傾向があるが、精神科棟で時間をかければ障害のない人と同様に回復する可能性はあると報告されている。しかし、精神疾患があり、精神科医療と並行してリハビリテーションを実施するのには、専門的かつ、経験的に高度なテクニックが必要であり、その労力は非常に多大である。そのため、疾患別リハビリテーションの実施1単位につき、15点の加算をつけ、その医療技術に対しての加算を行うことを要望したい。</p>
再評価が必要な理由	<p>現在精神科での長期入院者では2割の方が身体合併症や身体的機能低下のために退院が出来ない状況に置かれている。この状況を改善するには、ADLの改善が必須であり、理学療法士等の個別介入が必要である。</p>

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	疾患別リハビリテーションの単位(1単位20分)につき15点の加算を追加して行う。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在の診療報酬では、疾患別リハに対して単位につき加算は早期加算のみであり、精神疾患などの治療を並行して行う高度な医療技術に対しての評価は反映されていない。
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	H リハビリテーション 000~003 疾患別リハビリテーション料(加算)
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	精神疾患患者の身体障害に対するリハビリテーションの有効性は、各学会で既に報告されており、特に骨折(多発外傷)、大腿骨頸部骨折・転子部骨折については、明確なアウトカムを得ている。期間はかかるものの、精神疾患がない患者とADL点数上は同等レベルに近いアウトカムを得ることが出来る。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	全体像については、把握できていないため、平川病院をモデルケースとして換算する。実際には、平川病院よりも単位数・セラピスト数は少ない病院が圧倒的に多く、施設基準としても点数としてはより低くなる。また、理学療法士の場合、精神科で勤務している理学療法士は全体0.2%に過ぎない。一方で加算がつくことでセラピストを配置しやすくなる可能性があり、今後増加していく見込みはある。
・年間対象患者数 前の人数(人) の変化 後の人数(人) ・年間実施回数の 前の回数(回) 変化等 後の回数(回)	27,216 27,216 27,216 27,216
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	精神科治療と身体合併症治療をスタッフが共同して行うには、高度なスキルと限定的な環境が必要なことも多いため、精神保健指定医のいる精神科病床にて行われるものに限って行うことが望ましい。また、実施するために研修会などへの参加を奨励し、必要なスキルの獲得が必要である。

<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神科、リハビリテーション科 疾患別リハビリテーションに準じる。 病棟には精神保健指定医が診察できる状況がある。 リハビリテーションを実施するものは、適切な研修への参加が必要と思われる。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>身体リハビリテーションを行うことにより、ADL向上が見込まれるため、むしろ安全性は向上することが見込まれる。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>		<p>精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くいるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関与していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。また、精神疾患があっても身体リハビリテーションを受けることが出来ることは、倫理上も妥当である。</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>0 0 -</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p>	<p>その他 - -</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>+ 4,082,400 年間実施数を27216名と仮定した場合、15点の加算がつくことで4082400円の増加が想定されている。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>なし</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>大腿骨頸部骨折患者の歩行機能とその予測に関する検討 理学療法科学, 32(1): 29-34, 2017 上岡 紗映、加藤 宗規 7年3ヶ月間に当院で大腿骨頸部骨折の術後リハを受けた87名について年齢などの基礎情報と歩行能力について調査し重回帰分析を行った。また、予測式からの予測と、開始時FIMからの予測を組み合わせ検討した。受傷前歩行が可能であれば、一般病院でのリハが実施困難でも45.5%の患者が歩行再獲得した。また、予後予測式についても検討し、2つの予測で基準を満たした場合、自立の正答率は87.5%であった。予測の正答率は比較的高く、有用であると考えられた。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>精神疾患患者の自殺行為後の外傷に対する理学療法 理学療法学34巻Suppl.p473 佐々木紗映、林光俊、平川淳一 1年半に精神科病棟に入院した11名の精神疾患に多発外傷を合併した患者のアウトカムについて調査し、パーサルインデックスで平均68.2点から95.9点まで向上していたが、入院は平均8.4ヶ月と長期化する傾向があった。しかし、自宅退院へつなげられている症例もいるため、精神・身体両面に同時に介入することに意義がある。</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>飛び降りによる多発外傷患者に対する理学療法のアウトカム、第33回東京都理学療法学会抄録集P39 奥出聡、濱田賢二、篠塚信行、林光俊、平川淳一 平成18年から25年10月までの期間に精神科病棟にリハビリ目的で入院した自殺企図による外傷患者97名のうち、飛び降りにより多発外傷を受傷した患者64名を対象に調査を行った。障害数は延べ298件、脳損傷を含む頭部外傷14件、脊髄損傷7件、切断2件、臓器損傷22件、骨折245件、軟部組織損傷などその他外傷は8件で1人当たりの外傷数は平均4.5±2.2件であった。入院時FIMは74.3±27.7点で退院時は108.1±22.4点で有意に向上していた。退院先は自宅が44件と最も多く、精神科への再入院は12例、介護施設などの施設入所7例、療養型病院への転院1例で、リハビリ終了後に地域に変えることが出来た患者が多かった。</p>

⑭参考文献4	1) 名称 ----- 精神神経科的管理を要した整形外科疾患,整形外科と災害外科,36:(2)677-681,1987 2) 著者 ----- 平野真子ら 3) 概要(該当ページについても記載) ----- 高度の精神障害を有する患者は、一般病棟での管理は困難で特有の様々な問題が生じる。その治療には精神科医と整形外科医が協力して当たることが必要であり、治療上の合併症は多いものの、十分な精神管理が出来れば整形外科疾患の予後は決して悪いものではない。
⑭参考文献5	1) 名称 ----- 2) 著者 ----- 3) 概要(該当ページについても記載) -----

<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <hr/> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神・身体の重複障害を持つ患者への対応については、技術・知識の成熟度が必要である他、適切に精神科医のフォローがある状態が好ましいため、一定の施設基準は必要である。</p> <hr/> <p>精神科が標榜されており、当該患者が精神科病棟に入院していること。</p> <hr/> <p>リハビリテーション実施時に、適宜精神科医のサポートが受けられる状況にあること。 理学療法士又は作業療法士が行うものであること。</p> <hr/> <p>精神・身体の重複損傷に対して対応するための知識・技術を補完するため、必要とされる研修会へ参加すること。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>運動機能の向上に伴い、転倒予防や、身体機能低下の予防が期待できるほか、より多くの医療スタッフが精神・身体状況に目を配ることになるため、医療における安全性はより向上する。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くいるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関係していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 -</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分番号 技術名</p> <p>その他 該当する医療技術はない 該当する医療技術はない</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円)</p> <p>+ 730,944,000</p> <p>その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p> <p>全体像が把握できていないため、平川病院をモデルケースとして、概算。施設基準は最も高い点数にて算出しているが、多くの病院はより低い基準で行っていると予想されるため、さらに金額は下がる可能性あり。全体としては把握が出来ないが、ADLが上がらないことで、看護・介護への負担が増え、機械浴の導入や、今後病院の改修などが必要になってくるケースがあると考えられる。また、ADLが上がれば退院できる可能性がある患者の在院期間もADLが低いままでは長くなることが予測される。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特に無し。</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>無し。</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p> <p>大腿骨頸部骨折患者の歩行機能とその予測に関する検討,理学療法科学, 32(1): 29-34, 2017 上野 紗映, 加藤 宗規 7年3ヶ月間に当院で大腿骨頸部骨折の術後リハを受けた87名について年齢などの基礎情報と歩行能力について調査し重回帰分析を行った。また、予測式からの予測と、開始時FIMからの予測を組み合わせ検討した。受傷前歩行が可能であれば、一般病院でのリハが実施困難でも45.5%の患者が歩行再獲得した。また、予測式についても検討し、2つの予測で基準を満たした場合、自立の正答率は87.5%であった。予測の正答率は比較的高く、有用であると考えられた。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p> <p>精神疾患患者の自殺行為後の外傷に対する理学療法,理学療法学34巻Suppl.p473 佐々木紗映, 林光俊, 平川淳一 1年半に精神科病棟に入院した11名の精神疾患に多発外傷を合併した患者のアウトカムについて調査し、バーサルインデックスで平均68.2点から95.9点まで向上していたが、入院は平均8.4ヶ月と長期化する傾向があった。しかし、自宅退院へつなげられている症例もいるため、精神・身体両面に同時に介入することに意義がある。</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p> <p>飛び降りによる多発外傷患者に対する理学療法のアウトカム,第33回東京都理学療法学会大会抄録集,P39 奥出聡, 濱田賢二, 篠塚信行, 林光俊, 平川淳一 平成18年から25年10月までの期間に精神科病棟にリハビリ目的で入院した自殺企図による外傷患者97名のうち、飛び降りにより多発外傷を受傷した患者64名を対象に調査を行った。障害数は延べ298件、脳損傷を含む頭部外傷14件、脊髄損傷7件、切断2件、臓器損傷22件、骨折245件、軟部組織損傷などその他外傷は8件で1人当たりの外傷数は平均4.5±2.2件であった。入院時FIMは74.3±27.7点で退院時は108.1±22.4点で有意に向上していた。退院先は自宅が44件と最も多く、精神科への再入院は12例、介護施設などの施設入所7例、療養型病院への転院1例で、リハビリ終了後に地域に変えることが出来た患者が多かった。</p>

⑭参考文献4	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	精神神経科的管理を要した整形外科疾患,整形外科と災害外科,36:(2)677-681,1987 平野真子ら 高度の精神障害を有する患者は、一般病棟での管理は困難で特有の様々な問題が生じる。その治療には精神科医と整形外科医が協力して当たることが必要であり、治療上の合併症は多いものの、十分な精神管理が出来れば整形外科疾患の予後は決して悪いものではない。
⑭参考文献5	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283201
申請技術名	精神科重症患者早期集中支援管理料(1016：特掲診療料、精神科専門療法)
申請団体名	公益社団法人 日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	1016
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	当該管理料の適応患者の拡大、および、管理料の増額
再評価が必要な理由	(1)この手法による在宅患者の治療は非常に有効で、再入院率は著しく低下している。しかし、対象となる患者が厳しく限定されている(1年以上の長期入院であった者、再入院を繰り返している者についても、過去3ヶ月以内に非自発入院をしている者など)。かなり有効性が認められ、また、措置入院退院後の患者についても手厚い支援が求められている現状を鑑みても、事例の適応拡大は喫緊の課題である。(2)管理料1,800点は、あまりにも廉価であるので増額が必要。また、事例が重症である場合には、初期(在宅医療開始から3ヶ月以内)においては、月2回以上の訪問診療を要する場合が少なくなく、このような状況に見合った管理料の設定が必要である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	(1)この手法による在宅患者の治療は非常に有効で、再入院率は著しく低下している。このために、当該直近の入院が措置入院又は緊急措置入院である者、さらに、再入院を繰り返している者についても、直近2年間に3回以上の非自発的入院を繰り返している者まで拡大して欲しい。(2)管理料1,800点は、あまりにも廉価であるので増額が必要。また、事例が重症である場合には月2回以上の訪問診療を要する場合が少なくなく、このような状況に見合った管理料の増額が必要である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者:「1年以上入院した患者又は入退院を繰り返す者(直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3ヶ月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る」。管理料:単一建物診療患者1人の場合(月1回)。
診療報酬区分_再掲 診療報酬番号_再掲 技術名	I 精神科専門療法 1016 精神科重症患者早期集中支援管理料
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	(1)この手法を行っている医療機関は20医療機関程度と少数であるが、実施している医療機関のデータは、1年以内の再入院率は3分の1程度にまで低下しており、有効性は明らかである。(2)さらに、措置入院患者の退院後のフォローを充実させる観点からも、対象患者については、措置入院を行った者とする必要がある。(3)頻回入院患者については、諸外国のACT事例を参考とすると、2年以内に3回以上の入院が標準的である。(4)管理料については、一般科の在宅訪問診療を参考とした。特に、在宅医療開始直後(3ヶ月以内)については、月に2回以上の訪問診療が必要と認められる事例が少なくない。この点からも、月2回の訪問診療必要例についても見直す必要がある。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数 ・年間実施回数 ・変化等	前の人(人) 60人(20施設) 後の人(人) 180人(60施設) 前回数(回) 360回(月1回算定) 後回数(回) 1,040回(月1回算定)
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	既にモデル事業でその効果については実証され、実施後もその効果は認められている。
施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	精神科を標榜する保険医療機関が「長期入院者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者に対し、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が計画的な管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催する(集中支援管理料1)。また、これとは別に訪問看護ステーションと連携して定期的な訪問診療を行うことができる(集中支援管理料2)。 精神科重症患者早期集中支援管理料1の算定においては、常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士の各1名からなる専任チームが設置され、いずれか1名が以上が当該医療機関において専従であること。 月に1回以上の訪問診療、週に2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導。上記のチームが週に1回以上カンファレンスを実施し、うち、月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センターと共同して会議を開催する。

⑥安全性・副作用等のリスクの内容と頻度	多職種による連携が24時間にわたって行われている	
⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護等を行う。さらに、措置入院患者の退院後のフォローが容易になる。	
⑧点数等の見直しの場合	見直し前	1,800
	見直し後	管理料1:2,520点(訪問診療月1回実施)、管理料2:3,800点(訪問診療月2回実施)
	見直し後の点数の根拠	管理料1では、訪問診療が月1回であるが、多職種カンファレンスが週1回、保健所等との共同開催が月1回行われる。特に重症者・リスクの高い場合には月に2回の訪問診療が必要である。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名	その他 - -
⑩予想される医療費へ影響(年間)	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	再入院率が3分の1になったと仮定すると、120人が3ヶ月間入院する費用(約3億6000万円)が節減される。管理費の増大分(7,200円×1040回、半数が月2回訪問分は2万円×500回、合計約1,750万円)は僅かである。
	⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	-	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	-	
⑭参考文献1	1) 名称	精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割(平成25年度地域保健総合推進事業)
	2) 著者	日本公衆衛生協会
	3) 概要(該当ページについても記載)	68頁:考察及び提言
⑭参考文献2	1) 名称	精神障害者アウトリーチ推進事業と保健師への期待
	2) 著者	重間真美
	3) 概要(該当ページについても記載)	保健師ジャーナル(医学書院)、68(4)、2012-4
⑭参考文献3	1) 名称	精神病床の利用状況調査結果報告
	2) 著者	伊藤雅臣、松原三郎
	3) 概要(該当ページについても記載)	PDF版として、検索可能
⑭参考文献4	1) 名称	精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究
	2) 著者	安西 信雄
	3) 概要(該当ページについても記載)	http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu-Kikakuka/0000122522.pdf
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283202
申請技術名	精神科重症患者早期集中支援管理料(1016:特掲診療料、精神科専門療法)(医療中断例)
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし ----- (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	016
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
提案の概要	当該管理料の対象者に医療中断者を含める。(前項要望適応患者の拡大、施設対象を診療所にまで拡大、および、管理料の増額に加える)
再評価が必要な理由	医療中断を未然に防ぐような連携、診療体制の構築は喫緊の課題である。医療中断により、病状悪化、遷延化し、社会復帰に難渋し、多大なる労力がかかる。医療中断例を早期に同定し、地域保健福祉機関との連携によるアウトリーチを可能にする体制が必要である。

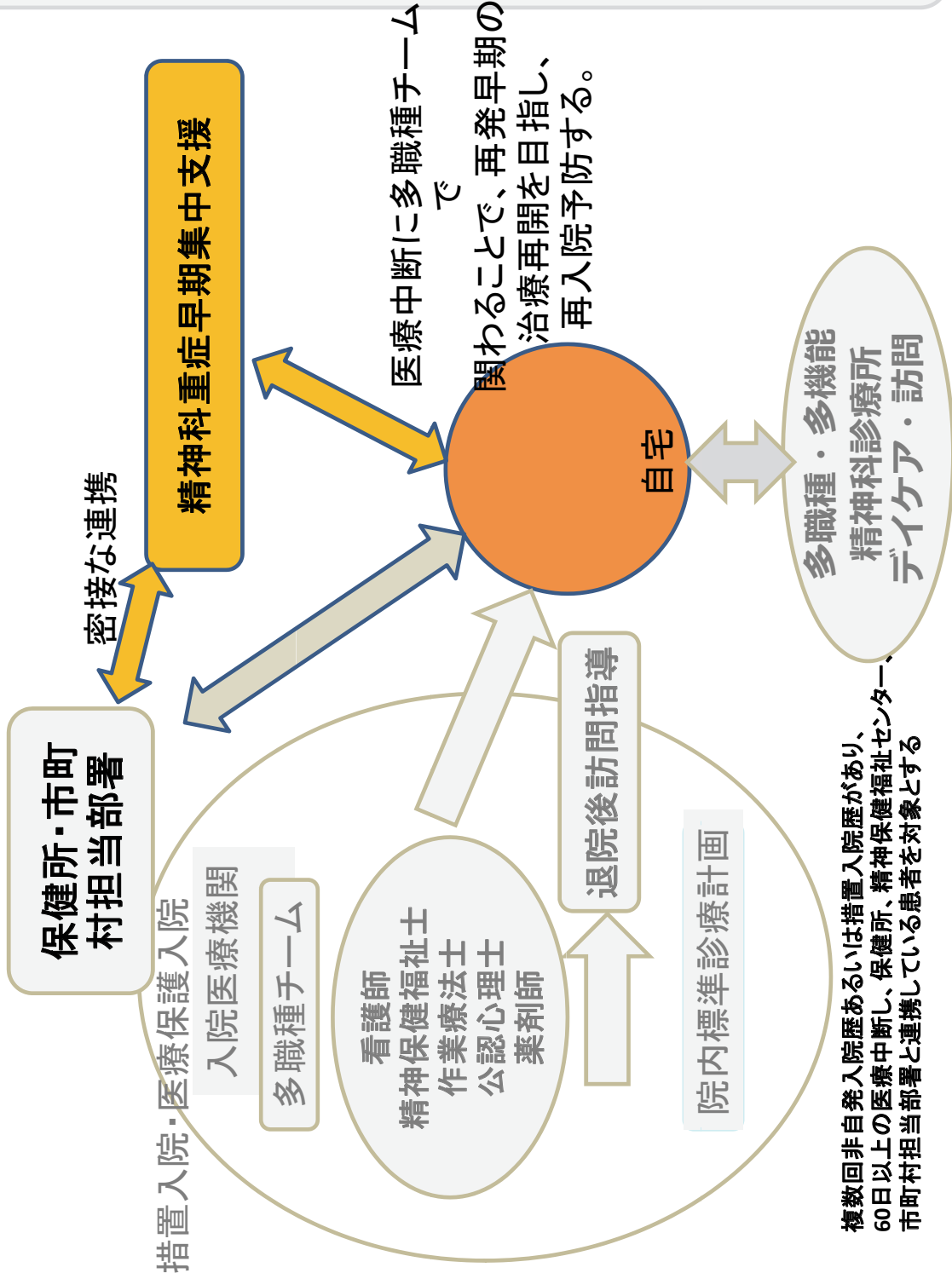
【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	複数回非自発入院歴あるいは措置入院歴があり、60日以上医療中断し、保健所、精神保健福祉センター、市町村担当部署と連携している患者を対象とする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者:「1年以上入院した患者又は入退院を繰り返す者(直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3ヶ月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る」。管理料:単一建物診療患者1人の場合1,800点(月1回)
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	I 精神科専門療法 016 -
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	(1)この手法を行っている医療機関数は20機関程度と少数であるが、実施している医療機関のデータは、1年以内の再入院率は3分の1程度にまで低下しており、有効性は明らかである。(2)さらに、措置入院患者の退院後のフォローを充実させる観点からも、対象患者を措置入院を行った者とする必要がある。(3)頻回入院患者については、諸外国のACT事例を参考とすると、2年以内に3回以上の入院が標準的である。(4)管理料については、一般科における在宅訪問診療を参考とした。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	対象患者の要件緩和、管理料の増額によって、参加施設は約3倍にふえるものと推定した。
・年間対象患者数の変化 前の人数(人) 0 後の人数(人) 100 ・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 0 後の回数(回) 2,400	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	地域内における、アウトリーチを主体とする精神科医療の充実が喫緊の課題である。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	-

⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	-	
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	1,800
	見直し後	0
	見直し後の点数の 根拠	-
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他
⑩予想される医療費へ 影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	52,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	保健所の医療中断による訪問件数は、年間2人/1万人(鎌倉保健所から推計)である。算定施設が60施設が活動すると、1施設の対象範囲が1医療圏(50万人)として、100人となる。その結果、訪問回数を年間24回として、2万円×100人×24回=4800万円であるが、再入院を3分の1として、3ヶ月間入院すると、1億円の節減されるので、医療費は5200万円削減されることになる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		-
⑭参考文献1	1) 名称	平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成24年度調査) 訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査 結果概要(速報)(案)
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献2	1) 名称	第56巻第5号「厚生」2009年5月 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施割合の変化と関連要因
	2) 著者	萱間 真美
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

精神科重症早期集中支援管理料

地域各種・福祉・社会参加・就労支援・介護機関



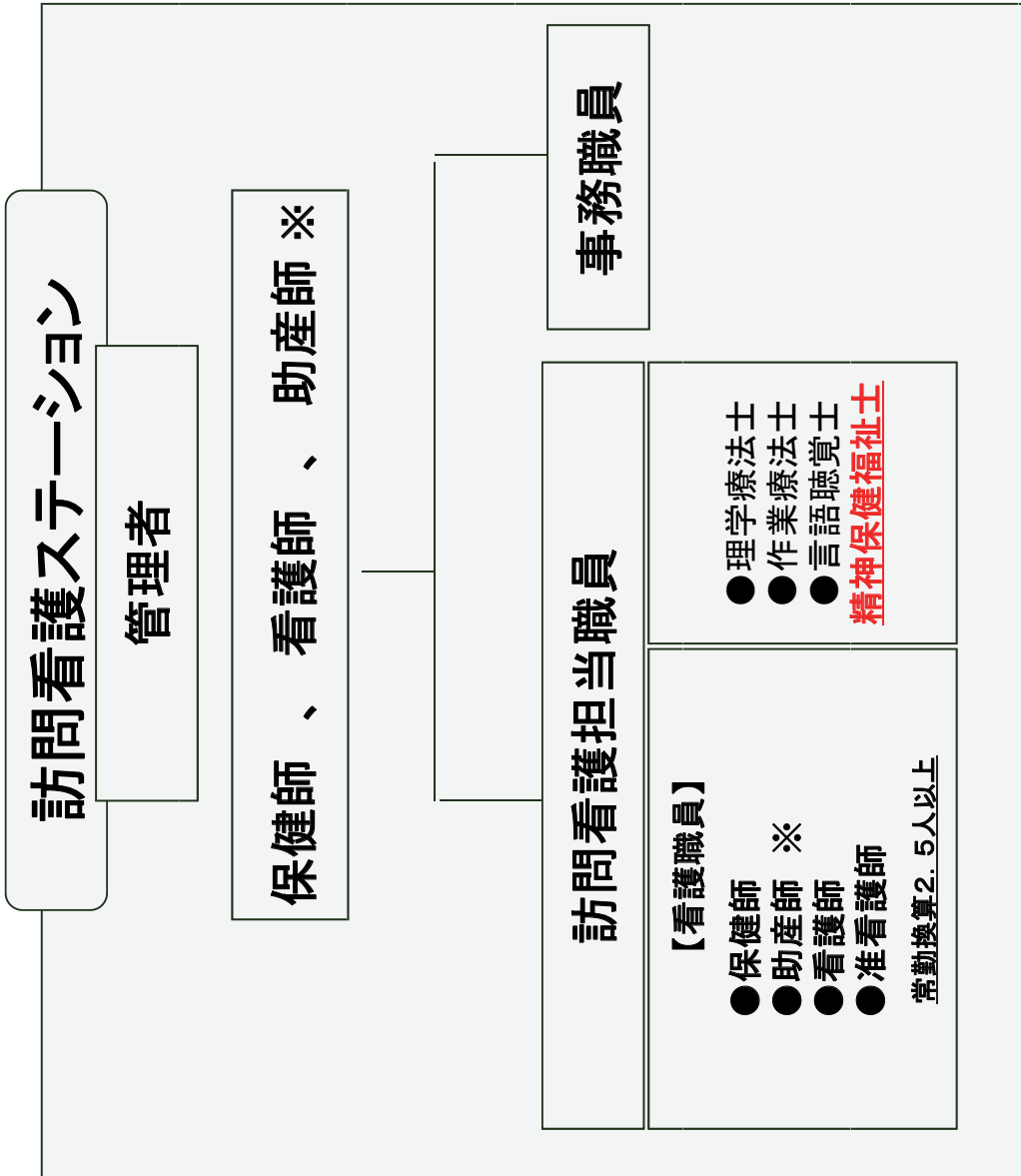
医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283203
申請技術名	精神科訪問看護・指導料（I012特掲診療料・精神療法）
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	012
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） 「6 その他」を選んだ場合に記載
提案の概要	精神科患者に対して積極的に訪問看護を行っている訪問看護ステーション（精神科訪問看護指示書による訪問が70%以上）においては、精神保健福祉士が単独で訪問することを評価する。
再評価が必要な理由	精神保健福祉士の活動が評価されることで、医療機関、福祉機関との連携がより円滑に行え、社会資源、制度利用（福祉施設の利用や、住環境に対する問題、就労や家族に対する問題等に対応、）が進み、社会参加を促す。

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の活動を評価する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	上述
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	012
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	上述
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	対象者、保険点数、算定回数については、特に変化はない。
・年間対象患者数 前の人数(人)	0
・年間対象患者数 後の人数(人)	0
・年間実施回数 前の回数(回)	0
・年間実施回数 後の回数(回)	0
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	-
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と 考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士に加え、精神保健福祉士を評価する。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	-

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	0
	見直し後の点数の 根拠	0
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他
⑩予想される医療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	0
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	現在精神保健福祉士協会で訪問看護ステーションを対象にアンケート調査を行っており、報告をまとめる予定である。全国訪問看護事業協会調査によると、平成26年において、精神疾患の利用者が50%以上の事業所は、約160箇所存在する。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		-
⑭参考文献1	1)名称	精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究(平成27年度障害者対策総合研究事業)
	2)著者	萱間真美
	3)概要(該当ページについても記載)	精神科訪問看護の実施状況の調査(p39~59)
⑭参考文献2	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ページについても記載)	-

精神科訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士評価



精神保健福祉士の活動が評価されることで、医療機関、福祉機関との連携がより円滑に行え、社会資源、制度利用(福祉施設の利用や、住環境に対する問題、就労や家族に対応する問題等に対応)が進み、社会参加を促す。精神科患者に対して積極的に訪問看護を行っている訪問看護ステーション(精神科訪問看護指示書による訪問が70%以上)においては、精神保健福祉士が単独で訪問することを評価する

※ 健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションのみ

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283204
申請技術名	クロザピン療法に関するI 013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の増点とI 016精神科重症患者早期集中支援管理料の算定要件の緩和
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力 (提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I 013並びにI 016
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	現在までの全登録患者5000症例に対し、2000名の精神科専門医を含む10000名の登録医療関係者が治療にあたっており、厚生労働省研究事業でのデータベース解析では約40%が有効、60%以上が半年で外来移行しており、入院から地域への政策課題が実現している。普及拡大による長期入院者の減少が期待されるが、医療者の負担も大きいので、I 013の点数の増点と、再入院率もまだ高く、外来支援の充実が求められているので、I 016の制限の緩和を要望する。
再評価が必要な理由	クロザピンは致死的な副作用のため、一時、製造販売が世界中で中止されたが、治療抵抗性統合失調症に有効唯一の薬剤であることが判明し、クロザピン患者モニタリングシステム(OPMS)に全症例を登録し安全に治療することを条件に承認されている。持続型抗精神病薬注射療法とはリスクもベネフィットも格段の差があるにも関わらず、同じ範疇の抗精神病特定薬剤治療指導管理料として保険収載されている。また、精神科重症患者早期集中支援管理料は6か月に限り、月1回を限度に算定することになっているが、クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対し部分的な改善例も含めて地域移行を可能としているので、この管理料の算定要件を見直し、安定的に地域で生活可能な支援を実現できるようにしていただきたい。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	無顆粒球症、心筋炎、糖尿病の早期発見のため、クロザピン投与開始後4か月は原則入院加療とし、通院中も定期的に採血検査をしているので、顆粒球減少症での中止が255症例/5000症例となっており、全登録者の16%が副作用のために投与を中止して重大事に至らず、安全に治療が実施されている。しかも部分改善の症例でも家族の看護が可能となり地域生活をしているが、再入院率は40%と高い。それでもクロザピン投与前に比して、再入院回数と入院日数は著明に減少しており、在宅移行者の15%は作業所通所か就労している。しかし、現行の保険点数では配置義務のあるコーディネーターの経費にも満たない。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・点数や算定の留意事項:I 013: 月1回500点、I 016: 6か月に限り月1回算定
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	I 013並びにI 016
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	厚生労働省障害者対策研究事業費による研究班のデータベース解析では上述のように、厳密なPANSSを用いた臨床評価で著明な有効性が示されている。一方、再入院率は40%と高い。英国NICEのガイドラインでは治療抵抗性と判断したら、早期にクロザピン療法を開始することを推奨しているが、わが国での統合失調症に対するクロザピン投与率は欧米の3~4%に留まっており、欧米並みの普及を図るべきことを厚生労働省精神障害保健課は資料に明記し、地域精神保健医療体制の高度化を目指している。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	指導管理料が保険収載された平成24年当時、対象者は1500名だったが、平成28年12月で5000名となり、治療がすすんでいて、退院者も増加している。 I 013については、導入前12回、導入後120回 I 016については、導入前6回、導入後48回
・年間対象患者数の変化 前の人数(人) 後の人数(人) ・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 後の回数(回)	1,500 5,000 0 0
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	厚生労働省の承認条件として設置義務の課されたクロザピン適正使用委員会は日本精神神経学会、日本臨床精神薬理学会、日本統合失調症学会、日本血液学会、日本糖尿病学会から選出された委員の他、薬剤師、法律家、倫理の専門家で構成され、施設認定、精神科専門医師・コーディネーター・管理薬剤師・看護師の認定を実施し、平成28年末で、精神科専門医師2000名、管理薬剤師2500名、看護師・コーディネーター6000名を登録承認し、適正で円滑なCPMS運営に寄与している。

<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 1(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 1(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経過年数等) その他 1(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>クロザピン処方日に血液検査で、白血球数と血糖値が確認できる検査室を有する施設で、血液内科と糖尿病内科と連携できている医療機関で、クロザピン適正使用委員会の登録承認の得られている施設。</p> <p>クロザピン適正使用ガイドラインに精通し、クロザピン適正使用委員会が承認した精神科専門医2名、管理薬剤師2名、コーディネーター1名が最低限配置されていること。</p> <p>日本臨床精神神経薬理学会が作成し、クロザピン適正使用委員会が承認したクロザピン適正使用ガイドラインに則って使用する。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>市販後調査の報告では重篤な副作用などのための中止症例が全登録者の16%であり、白血球減少症・顆粒球減少症、糖尿病、心筋炎・心筋症などの重篤な副作用が生じているが、適切に中止し、副作用の治療が実施されており、安全にクロザピン療法は実施されている。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>		<p>クロザピン適正使用委員会が承認した患者・家族への同意説明文書にもとづいて、書面での同意書を得て治療を開始している。患者の申し出による中止例も少数ながら存在し、倫理的な配慮はなされている。</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>0 0 1013:月1回500点、1016:6か月に限り、月1回算定から、入院中は1日500点に増点し、外来での支援管理料の算定期間を2年に延長し、月2回まで算定可能とする。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分番号 技術名</p>	<p>1 精神科専門療法 1000 精神科電気痙攣療法。これは減点や削除の必要はないが、クロザピン療法の普及で自然に実施件数が減少している。実際、厚生労働省障害者対策研究事業費による研究班での検討では、クロザピン使用施設における修正型電気けいれん療法は激減し、医療経済的負担が増大していると報告している。</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>- 0 治療抵抗性統合失調症でクロザピン療法が施行されなければ、膨大な入院費を要することは明らかであり、クロザピン療法で60%が在宅になり、そのうちの15%は作業所通所か、就労していることを考えると、その経済効果が計り知れない。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>-</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>全国自治体病院協議会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283205
申請技術名	院内標準診療計画加算(精神病棟入院基本料10対1、13対1、特定機能病院7対1)
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	016
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	精神科急性期入院治療を行っている、7対1、10対1、13対1入院料病棟においても、院内標準診療計画加算を算定可能とする。
再評価が必要な理由	平成26年度改定では、急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料1(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)の算定患者のうち、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいた医療を提供した場合の評価が新設された。同じく、急性期精神医療を担う、精神科病棟入院料7対1、10対1、13対1においても、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分(感情)障害の患者に対して、算定可能とすることにより、退院促進が進むと考える。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	精神病棟7対1と10対1では、平均在院日数が40日、13対1では、80日であり、精神科特定入院料病棟と同様の急性期精神疾患を対象としており、多職種による退院支援は有効である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分(感情)障害の患者に対して、入院日から7日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が60日以内に退院した場合に、退院時1回200点を加算することができる。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	016
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	精神科特定入院料病棟(精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料)においては、既に退院促進の効果が認められおり、同様の急性期医療を担う精神病棟7対1、10対1、13対1も効果が期待できる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神病棟7対1(200床)と10対1(1850床)では平均在院日数が40日、13対1(2150床)では、80日であり、年間入院者数は、7対1は、1800人、10対1は16650人、13対1は、10000人で合計28450人、そのうち対象患者は、2割として、約5600回となる。
・年間対象患者数の変化 前の人数(人) 0 後の人数(人) 5,600	
・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 0 後の回数(回) 5,600	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	-
施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神病棟入院料7対1、10対1、13対1
施設基準(技術の専門性等)人的配置の要件を踏まえ、必要と(医師、看護師等の職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること)性や経験年数等)その他 !(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種の配置 特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし
⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	特になし

⑧点数等の見直しの場合	見直し前	200
	見直し後	200
	見直し後の点数の根拠	-
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分番号	その他
	技術名	-
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス金額(円)	320,000,000
	その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	5600×2000円=約1千100万円、入院単価が2万円/日として、3日間入院期間が短縮されると想定すると、2万円×5600×3=約3億3千万円の節減となり、総計約3億2千万円の削減になる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	⑫その他	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

精神科院内標準診療計画加算（急性期出来高病床で算定可能とする）

急性期治療（＜90日）

入院基本料（精神病棟）	7対1 入院基本料	10対1 入院基本料	13対1 入院基本料
平均在院日数	40日以内		80日以内

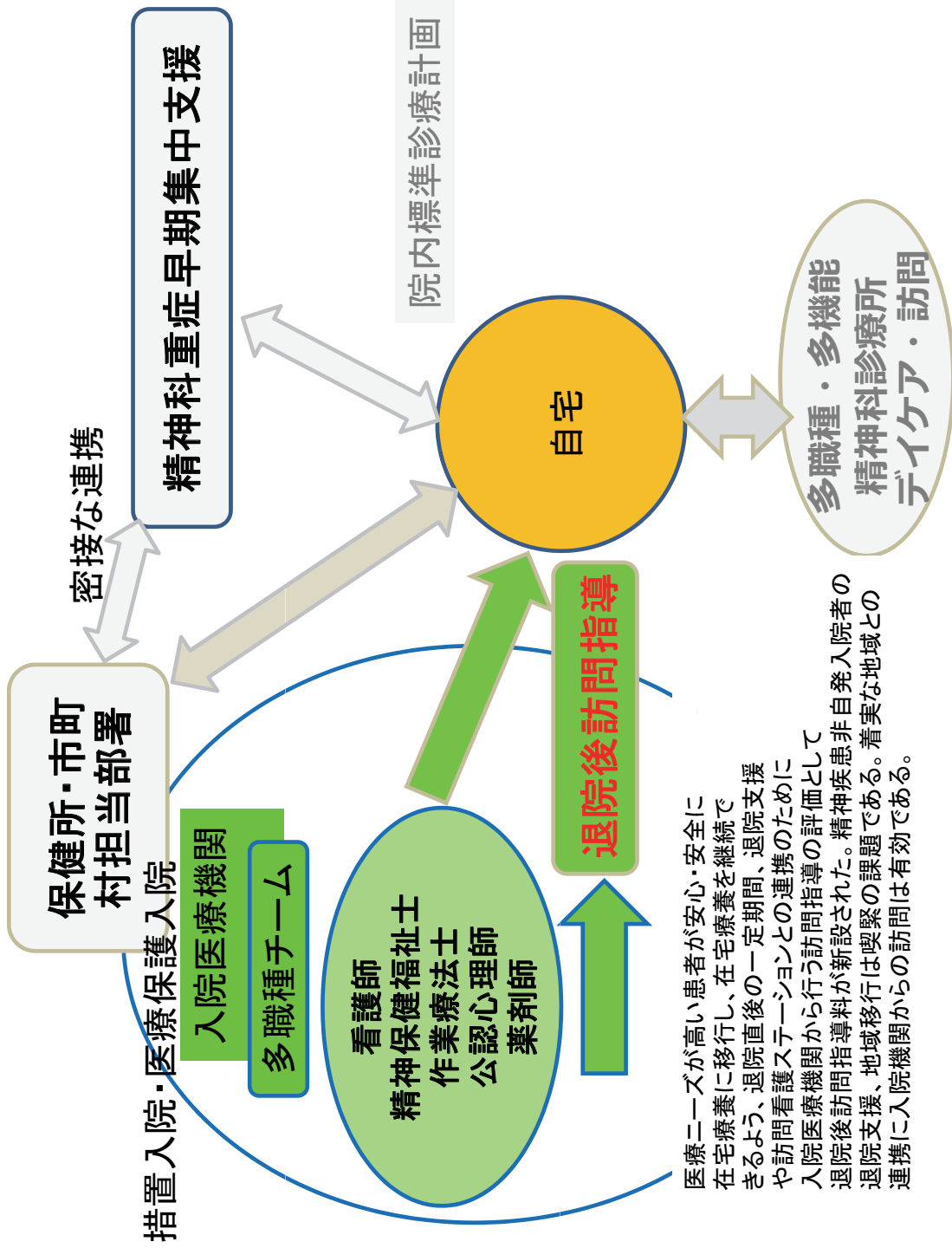
急性期出来高病床
多職種参加による急性期診療計画（クリティカルパス）を策定
 主治医、病棟看護師、精神保健福祉士（専従）
 兼任：臨床心理士、作業療法士、薬剤師、栄養士、
 その他：相談支援専門員、本人・家族、地域保健師
 月に2回のカンファレンスを開催し、進捗状況を確認し合う

院内標準 診療計画加算	入院日から7日以内に医師、看護師、精神保健福祉士が共同 で、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行 い、60日以内に退院した場合、所定点数に加算	+200点/退院時1回
対象者	①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分（感情）障害	

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	0
	見直し後の点数の 根拠	-
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号	その他
	技術名	-
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	0
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	保健所の医療中断による訪問件数は、年間2人/1万人(鎌倉保健所から推計)である。我が国の人口が12000万人であることから、対象者数は、2万4千人/年となる。2回訪問が平均と考え、48000回の訪問を行うとすると、5800×48000回=約2億8千万円、うち10分の1が再入院(3か月間×50万×2千400人=36億を防げると考え、医療費33億の削減となる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	⑫その他	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		-
⑭参考文献1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

退院後訪問指導料

地域各種・福祉・社会参加・就労支援・介護機関



医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できよう、退院直後の一定期間、退院支援や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として退院後訪問指導料が新設された。精神疾患非自発入院者の退院支援、地域移行は喫緊の課題である。着実な地域との連携に入院機関からの訪問は有効である。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283207
申請技術名	A233-2 栄養サポートチーム加算
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A233-2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	保険既収載技術である、A233-2 栄養サポートチーム加算の算定対象となっていない精神病床への適応拡大を要望する。
再評価が必要な理由	精神病床においても、栄養サポートチーム加算の実施の有用性が高いため。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	栄養サポートチーム加算の実施により、精神病床においても抗MRSA薬及び抗菌薬の薬剤購入額の有意な減少及び誤嚥性肺炎の治癒・未治癒の人数を集計した結果、NST介入群において、治癒の人数が有意に多く、未治癒の人数が有意に少なかった等の有意性が確認された。ゆえに、精神病床においても栄養サポートチームの実施は有用であるため、栄養サポートチーム加算を算定できるよう、要望する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	申請技術である栄養サポートチーム加算（医科「NST加算という。」）は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチームが診療することを評価したものであり、算定対象は新設された平成22年改定時には一般病棟や専門病院の7対1、10対1入院基本料のみであったが、平成24年改定時には一般病棟の13対1、15対1入院基本料、専門病院の13対1入院基本料及び療養病棟入院基本料（入院日から起算して6ヶ月以内のみ、入院2月以降は月1回に限り）においても算定可能となり、対象範囲が拡大された経緯がある。特に、療養病棟が算定可能となったのは、平成23年12月7日中医協総会（第211回）において示された1例報告によるものであった。その当時、精神病床についても適応拡大の検討がなされ、多くの出席委員が賛成していたが、療養病棟のようなエビデンスが示されていないという理由で今後の検討課題となったため、平成28年改定時、療養病棟と同様に精神病床での1例報告をお示しし、精神病床への適応拡大を要望したが、採択されなかった経緯がある。 そこで、平成30年の要望に向けて、NST介入効果をより明確にできるよう、NST介入群と非介入群での比較調査を行い、抗MRSA薬及び抗菌薬購入額及び誤嚥性肺炎の改善率を調査した。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A233-2
技術名	栄養サポートチーム加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	NST介入群と非介入群での比較調査を実施した結果、抗MRSA薬購入額月額218,800円（H26年）から月額11,000円 $P<0.001$ （H27年）及び抗菌薬購入額月額270,600円（H26年）から月額195,700円 $P<0.05$ （H27年）と有意に減少し、年間購入額を1床当たり53,000円抑制することができた。また、誤嚥性肺炎の改善率についても、介入群・非介入群における治癒・未治癒の人数を集計し、 χ^2 乗検定を行った結果、有意差が認められた（ $\chi^2=4.05,P<0.05$ ）。このように、誤嚥性肺炎の改善のみならず、NST実施に伴って医薬品購入額を抑制することができるという、医療経済効果も確認できた（⑭参考文献1 別紙「要望事項」3ページから4ページ）。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	・月当たり実施回数は、⑭参考文献2「NST加算 年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」より、月3,575回（年42,900回）増加する。
・年間対象患者数 前の人（人）	0
の变化 後の人（人）	42,900
・年間実施回数 前の回数（回）	0
变化等 後の回数（回）	42,900
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修を修了した常勤医師並びに日本静脈経腸栄養学会が認定した教育施設において、合計40時間の実施修練を修了した常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士（うち1人は専従）から構成される栄養サポートチームが当該医療機関内に設置されている必要がある（現行のNST加算の算定要件と同様）。

・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		栄養サポートを多職種でチームとなって実施するものであり、副作用等のリスクはない。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし
⑧点数等の見直しの場合	見直し前	200
	見直し後	200
	見直し後の点数の根拠	見直し前後で変化なし(不変)。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名	その他
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス金額(円)	103,675,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	(増加する医療費) 年間実施回数42,900回 1回2,000円(200点)＝85,800,000円の支出 (減少する医療費(薬剤費)) ・算定病床数は、⑭参考文献2「NST加算 年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」より、3,575床。 ・1床当たり年53,000円の薬剤購入額の抑制が見込まれることから、3,575床×53,000円＝189,475,000円の経費節約効果が見込まれる。 (結果) 上記より、薬剤購入金額の抑制効果は、年189,475,000円となり、支出額額 年85,800,000円を差し引いても103,675,000円の支出削減が見込める。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		なし。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本総合病院精神医学会
⑭参考文献1	1)名称	別紙
	2)著者	直江寿一郎
	3)概要(該当ページについても記載)	別紙「要望事項」3ページ及び4ページ参照
⑭参考文献2	1)名称	別紙
	2)著者	
	3)概要(該当ページについても記載)	別紙「年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」参照
⑭参考文献3	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献4	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献5	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当ページについても記載)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	283208
申請技術名	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
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力 (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D236-2 2
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
提案の概要	光トポグラフィー検査は、抑うつ症状を有してうつ病として治療を行っている患者について、双極性障害や統合失調症との鑑別診断を行ううえでの補助検査として保険収載され、うつ病診断の妥当性の担保や精神科薬物療法の適正使用への寄与によりうつ病などの診療の向上をもたらす効果が期待できる検査法であるが、施設基準が厳しく設定されているため、活用が十分ではない。
再評価が必要な理由	光トポグラフィー検査が平成26年に保険収載されてから約3年が経過し、初期の慎重な基準の妥当性について、保険診療としての実績にもとづいた見直しが必要な時期となってきた。またこの間、光トポグラフィー検査データについてのメタ解析の結果および抗うつ薬治療や自殺念慮などについての新しいデータが発表されたため、信頼性と有用性についての評価が可能となっており、それらにもとづいて保険診療における再評価が適切な時期となってきた。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	光トポグラフィー検査はF2統合失調症圏とF3感情障害圏のうつ症状の鑑別補助の客観的検査として保険収載されており、精神科診断の精緻化への貢献が期待される。また、治療法の異なる単極性うつ病と双極性うつ病の鑑別により、抗うつ薬の使用を減らす効果も期待される。客観的な補助診断検査を用いた精神科診断の精緻化を図ろうとしている医療機関が増加することこそ、精神科医療改革の推進につながると言える。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	光トポグラフィー検査は精神科診断の精緻化と抗うつ薬の適正使用に大きな効果が期待されたが、その適応はうつ病として治療している患者であって治療抵抗性であるか、うつ病と統合失調症又は双極性障害の鑑別を要する患者に限られ、また臨床検査技師の配置は必須であるが、脳波検査よりも点数が低く設定されていて、その経費にも当たらない。脳外科手術の術前検査と点数に大きな差異がある。
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	D236-2 2
技術名	光トポグラフィー検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	「従来、国内多施設研究においてうつ病75%、双極性・統合失調症85%の正判別の報告があったが(Neuroimage 85:498-507, 2014)、うつ病におけるeffect sizeが0.74であるとするメタ解析論文が日本精神神経学会の英文学会誌に発表され(Psychiatry Clin Neurosci 69:22-33, 2015)、また未服薬うつ病患者についての治療経過に伴う縦断的な所見が報告され(PLoS ONE 10:e0120828, 2015)、さらにうつ病において自殺念慮を反映することが報告された(J Affect Disord 181:9-17, 2015)。これらの新しい結果にもとづく、うつ病診断の妥当性を客観的補助検査で担保することで、適切な薬物選択を可能にし、治癒率、入院日数、自殺による死亡率にも好ましい影響を及ぼすことになる。」
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	先進医療であった平成24年7月から平成25年6月の期間の実施数は1959件であった。要件の変更により普及が進み、2.5倍程度への増加が見込まれる。
・年間対象患者数 前の人数(人)	1,959
の変化 後の人数(人)	5,000
・年間実施回数の 前の回数(回)	1,959
変化等 後の回数(回)	5,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	独立行政法人国立精神・神経医療研究センターでの技術研修修了者が検査を担当することが義務づけられているので、技術の成熟度に問題となることはない。

<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>脳器質疾患の鑑別ができる施設であることは当然であるが、神経内科か脳外科かが併設されている施設の必要はなく、他施設の神経内科か脳外科かが鑑別していれば良いとすべきである。また、修正型電気けいれん療法の実施実績も、地域の精神科救急医療体制への協力の施設基準も不適切であり、削除すべきである。</p> <p>精神保健指定医ではなく、日本精神神経学会専門医が一人で十分である。臨床検査技師の配置は従来通りで良い。</p> <p>検査法については、「精神疾患とNIRS検査法」や「NIRS臨床波形判読法」「精神疾患の脳画像ケースカンファレンスー診断と治療へのアプローチ」などの成書の出版がなされている。保険診療についての解説としては、日本精神神経学会の学会誌に総説が掲載されている(精神神経学雑誌 117:79-93, 2015)。実際の運用における注意点については、日本うつ病学会が声名「双極性障害およびうつ病の診断における光トポグラフィー検査の意義について」を発表している(2016年11月)。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>光トポグラフィー検査は近赤外光を使用し、酸化ヘモグロビンと脱酸化ヘモグロビンに対する吸光度の差から、神経活動に伴う局所脳血流量の変化を測定するものであり、安全性は担保されている。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>		<p>患者自身や家族から書面での同意を得て実施しており、倫理的な配慮はなされている。</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>400 670 本検査を脳外科手術の術前検査に使用した場合、670点の為。</p>
<p>⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p>	<p>D_検査 D236-2 光トポグラフィー</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>0 0</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>-</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>-</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>(1)名称 (2)著者 (3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>[NIRS波形の臨床判読] 心の健康に光トポグラフィー検査を応用する会編、福田正人 監修 2011, 中山書店 保険診療として行う光トポグラフィー検査について詳しく解説するとともに、具体的なデータの例を示して検討を行うとともに、さらに実施に必要な書類などを紹介して、検査を実施する手引となっている。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1)名称 (2)著者 (3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>[Near-infrared spectroscopy for examination of prefrontal activation during cognitive tasks in patients with major depressive disorder: A meta-analysis of observational studies] Zhang H, et al. Psychiatry Clin Neurosci 69:22-33, 2015(日本精神神経学会の英文学会誌) 保険診療において用いられている光トポグラフィー検査にもとづくデータを報告している14の原著論文をメタ解析して、effect sizeとして非寛解患者 0.74、寛解患者 0.75を報告し、その有用性について議論している。</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>(1)名称 (2)著者 (3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>「抑うつ状態の鑑別診断補助」としての光トポグラフィー検査ー精神疾患の臨床検査を保険診療として実用化する意義 福田正人 精神神経学雑誌 117:79-93, 2015 (日本精神神経学会の和文学会誌) 保険診療としての光トポグラフィー検査について解説するとともに、実施における注意点、診療における位置づけ、検査として実用化されたことの意義を概説している。</p>

⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	[A longitudinal functional neuroimaging study in medication-naïve depression after antidepressant treatment] Tomioka H, et al. PLoS ONE 10:e0120828, 2015 抗うつ薬による治療歴のないうつ病患者を対象に、未服薬時と抗うつ薬治療時の光トポグラフィー検査所見を縦断的に比較し、前頭部のデータは変化がなく、側頭部のデータは臨床症状の変化と関連することを示している。
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	[Suicidal ideation is associated with reduced prefrontal activation during a verbal fluency task in patients with major depressive disorder] Pu S, et al. J Affect Disord 181:9-17, 2015 Hamiltonうつ病評価尺度で自殺念慮を評価すると、自殺念慮があるうつ病患者は自殺念慮がないうつ病患者よりも光トポグラフィー検査データが小さく、その程度が自殺念慮の強さと相関することを示している。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	283209
申請技術名	通院精神療法（初診時連携加算）精神科専門療法I002
申請団体名	日本精神神経学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし （提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	002
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記入	-
提案の概要	初診または他医療機関退院後3ヶ月以内の患者に対して、保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部署と連携し、地域連携（多機関）カンファレンスを開催している場合、初診以降3ヶ月間に350点加算を可能とする。
再評価が必要な理由	精神科外来診療において、多職種による診療、および地域連携のニーズは高まっており、特に入院に依存しない精神疾患の治療体制の構築は喫緊の課題である。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	精神科外来診療においては、多機関（入院医療機関、保健所、精神保健福祉センター、福祉機関等）との連携は、社会参加、安定した社会生活を進めるために重要であり、多職種の関わりの評価が必要である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	外来に看護師、精神保健福祉士等を配置している精神科医療機関で、初診時、保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部署との地域連携カンファレンスを開催している場合、初診後3ヶ月間は、通院在宅精神療法に350点の加算を行う。
診療報酬区分 再掲	I 精神科専門療法
診療報酬番号 再掲	002
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	外来の多職種、多機能を評価し、地域連携を進めるため
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	横浜市金沢区（人口20万人）において、多機能、多職種診療所は、1箇所であり、同対象の患者は、年間約20名であった。人口20～40万人に1箇所、多機能・多診療所が機能することを想定し、1人/1万人と想定して、1万2千人が、月に2回通院すると、計6回になる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人） 0 後の人数（人） 12,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回） 0 後の回数（回） 72,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	-
施設要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	-
施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	-
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	-

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	330
	見直し後	350
	見直し後の点数の 根拠	多職種診療体制の構築のための人件費として考えた。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他 - -
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	+ 504,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	横浜市金沢区(人口20万人)において、多機能・多職種診療所は、1箇所であり、同対象の患者は、年間約40名であった。人口20~40万人に一箇所、多機能・多診療所が機能することを想定し、2人/1万人と想定して、2万4千人が、月に2回通院すると、計6回になるので、24000×3500×6=504,000,000円
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬	⑫その他	2. なし(別紙、添付文書ともに不要) -
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		-
⑭参考文献1	1)名称 2)著者	- -
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	なし
⑭参考文献2	1)名称 2)著者	- -
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献3	1)名称 2)著者	- -
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献4	1)名称 2)著者	- -
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献5	1)名称 2)著者	- -
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-

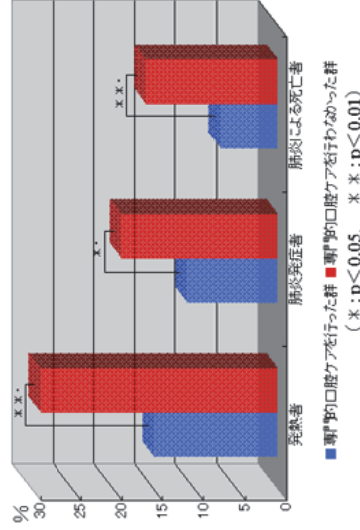
医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	285201
申請技術名	摂食機能療法に療養型医療機関用の2を追加
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	H リハビリテーション
診療報酬番号	004 注1
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	算定要件の異なるIIを追加する
提案の概要	<p>嚥下障害患者の経口摂取に向けたリハビリテーションへの取組みを評価し、促進させるため、現行の摂食機能療法(30分以上185点)をIとし、新たに摂食機能療法II(20分以上、150点)を設ける。</p> <p>摂食機能療法IIは「A101療養病棟入院基本料を算定している病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できる」とする。</p>
再評価が必要な理由	<p>摂食嚥下障害を有する患者の中には、耐久性の低下や摂食量の低下等から30分連続しての介入は困難で、口腔ケアを中心に20分程度で終了する場合があります。現状の摂食機能療法では算定できない。重度の嚥下障害患者を対象とすることも想定して、算定時間を短縮した摂食機能療法IIを追加することで、今まで介入を諦めていた重症者への介入を促進し、経口摂取率の向上や誤嚥性肺炎発生率の減少が見込まれる。</p> <p>また、医療療養病棟において摂食嚥下リハの該当となる患者が多くみられるが、現行の摂食機能療法では、医療療養病棟に転入院した時点で算定開始から3ヶ月が経過していることが多い。月4回の制限がある中で介入となることが多い。</p>
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	<p>摂食機能療法(30分185点)を、摂食機能療法Iとし、新たに摂食機能療法II(20分150点)を追加する。摂食機能療法の仕組みが経口摂取率の向上や誤嚥性肺炎の予防につながることは、これまでに多く報告されている。しかし、現行の仕組みでは、重度嚥下障害患者で経口摂取を開始を目指し訓練を開始する患者や、医療療養病棟患者への対応が不十分とならざるを得ない。そのような中でも、摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会において、重度嚥下障害患者や医療療養病棟入院患者が経口摂取可能になったという報告が毎年なされている。</p> <p>また、提案のごとく、医療療養病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できるようにすることで、転機時に摂食嚥下機能を再評価することが可能となり、経口摂取移行率の向上や一部経口摂取とすることや口腔ケアの介入が徹底されることで誤嚥性肺炎の発症率の低下、並びに患者のQOLの向上等が期待できる。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 技術内容 点数や算定の留意事項 <p>・摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。</p> <p>・185点</p> <p>・対象患者に「内視嚥下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであった。医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの」が加えられた。</p>
診療報酬区分 再掲	H リハビリテーション
診療報酬番号 再掲	004 注1
技術名	摂食機能療法
③再評価の根拠・有効性(治癒率、死亡率、QOLの改善等、学会のガイドライン等)	<p>医療・介護関連肺炎のガイドラインでは、口腔ケアが肺炎発症の頻度を半数に減らすと言われており[1]、積極的な口腔ケアを行うことで、肺炎罹患率やそれに伴う死亡率を下げる事ができると考えられる。</p> <p>また、平成23年摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書によると、医療療養病棟における摂食嚥下障害者の割合が58.7%と高く、経静脈栄養・経管栄養の割合が83.1%、胃瘻患者が72%とそれぞれ高い割合になっている[2]。</p> <p>一方、胃瘻患者の経口摂取について、専門的な対応が可能な場合には経口摂取不可と考えられた症例が一人も存在しない、といった報告[3]や、経口摂取に戻る可能性のあった患者が24.3%であったが、そのうちの23.8%に対して摂食嚥下訓練が実施されていなかったとする報告[4]がある。</p> <p>つまり、医療療養病棟転入院時に集中的な介入が行えると経口摂取に移行したり、何らかの形で経口摂取を行うことが出来るようになる可能性が考えられるにもかかわらず、現状では医療療養病棟において十分な摂食嚥下訓練が行われていない実態がある。転入院時から集中的な介入が可能になることで、経口摂取に移行出来たり、当該患者のQOLの向上が期待できる。本摂食・嚥下リハビリテーション学会の学術大会においても、医療療養病棟(維持期等)で経口摂取に移行した症例報告が毎年なされるなど、その必要性が示唆される。</p> <p>また、医療療養病棟へ転入院して60日とするのは、前田らの報告[5]を根拠とする。</p>

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p> <p>・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等</p>	<p>平成26年4月～平成27年3月の1年間の摂食機能療法の算定回数は7,830,339回(第1回NDBオープンデータ;厚生労働省)とのデータがある。全病床数(約156万床)に対して、医療療養病棟は約21万床であり、単純計算で1054000回、医療療養病棟において摂食機能療法が算定されていると仮定。 その数字を12月、4回(月の算定回数)で除すと対象患者数が22000人となる。 変化後は、医療療養病棟が約21万床とし、文献[4]のデータより、摂食機能療法の対象と考えられる患者数は 210,000(床)×0.243=51,030人となる。 51,030(人)×60(日)+51,030×104(日)=8,368,920(回)×2=16,737,840(回) ※後の回数は、【2月毎日算定、3月～4回算定】を算出した(医療療養病棟の平均在院日数164日→年間2回転と仮定)。</p> <p>前の人数(人) 22,000 後の人数(人) 51,030 前の回数(回) 1,054,000 後の回数(回) 16,737,840</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>摂食機能療法による嚥下障害患者への介入実績は様々な形で報告されている。</p> <p>これまでの摂食機能療法に同じ。</p> <p>これまでの摂食機能療法に同じ。</p> <p>これまでの摂食機能療法に同じ。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>これまでの摂食機能療法に同じ。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)</p>	<p>これまでの摂食機能療法に同じ。</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 185 見直し後 150</p> <p>見直し後の点数の根拠</p> <p>現行の30分以上の介入のところを20分以上とし、より介入機会を得られ易くする。その分、150点と低めの点数とする。医療療養病棟において、積極的な取組みを行っている病院を評価する。 現在、摂食機能療法以外のリハビリテーション料は1単位20分で算定している。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p> <p>その他 なし なし</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) 35,000,000,000</p> <p>その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p> <p>介護施設において口腔ケア実施により肺炎発症率が半数に減ったという報告[4]があり、65歳以上の肺炎の医療費は2596億円/年(平成25年度国民医療費の概況;厚生労働省より)であるため、その1/2で約1200億円の一。少なく見積もって1/4になったと仮定すると600億円の一。 上記④の算定回数に150点(全て低い方のⅡと仮に設定する)を乗すると約250億円の一。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>-</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本リハビリテーション医学会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes 2) 著者 Yoneyama T, et al. 3) 概要(該当ページについても記載) J Am Geriatr Soc. 2002;50:430-433.嚥下機能検査を行い、嚥下障害を認める患者に対しては、口腔ケア、摂食・嚥下リハビリ、薬物治療(ACE阻害薬、シロスタゾールなど)、鎮静剤・睡眠剤などの減量・中止、就寝時の上半身軽度挙上などで誤嚥の防止を図る。特に口腔ケアは常在細菌量の減少が期待でき、不顕性誤嚥による肺炎発症頻度を半数に減らすことが可能である。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書 2) 著者 独立行政法人国立長寿医療研究センター 研究代表者 才藤栄一 3) 概要(該当ページについても記載) 【10ページ】摂食・嚥下障害者の割合:医療療養病棟で58.7%が嚥下障害あり。 【13ページ】摂食・嚥下障害者における経静脈栄養・経管栄養の割合:医療療養病棟で83.1% 【14ページ】医療療養病棟の胃瘻患者の割合:72%</p>

⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	胃瘻患者の経口摂取再開への道筋を考える～在宅療養中の胃瘻患者への摂食・嚥下リハビリテーションの実際～ 戸原 玄、阿部 仁子、中山 潤利、和田 隆子、佐藤 光保、井上 統温、植田 耕一郎 デンタルハイジーンVol.33 No.10 2013.10 多くの患者が胃瘻造設後に療養型病院や在宅へ転院、退院する。退院後の経口摂取の可否について、退院後に専門的な対応が可能な場合には、経口摂取不可と考えられた症例は一人も存在しなかった(図4)。【1116ページ】
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	平成24年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 胃ろう造設及び造設後の転機等に関する調査研究事業 一般社団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 【ページviii】 5.造設後の摂食・嚥下訓練、経口摂取の状況 (1)病院の状況 2行目～:調査対象者のうち経口摂取に戻る可能性のあった患者は24.3%であったが、そのうちの23.8%に対して摂食・嚥下訓練が実施されていなかった。
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	経管栄養患者に対する嚥下訓練の効果 前田 敏男・毛利 郁朗・竹村 修 日本臨床内科医学会誌 第21巻第1号 2006(平成18)年6月 医療療養型病棟における報告。 嚥下訓練の効果のあった例は訓練開始60日以内にゼリーの経口摂取が可能になったところから、この時期が訓練の効果予測に重要と考えている。

「摂食機能療法」への「摂食機能療法IIの追加」について

【現状】摂食機能障害を有する患者に対し、30分以上行った場合に限り、1月4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。



専門的口腔ケアで肺炎発症率を半数に減らせる。

重度摂食嚥下障害患者は耐久性低下や摂食量低下等から30分連続しての介入は困難で、口腔ケアを中心に20分程度で終了する場合があります。現行では算定不可。

医療療養病棟患者の58.7%が摂食嚥下障害者。

訓練が必要な患者の23.8%に対して摂食嚥下訓練が実施されていない。

医療療養病棟への入院は、介護を要する疾患発症から60日が経過している場合も約10%存在する(次ページ参照)。

【要望】摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合(Ⅰ, 185点)、もしくは20分以上行った場合(Ⅱ, 150点)として、(以下略)。また、**A101療養病棟入院基本料を算定している病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できる。**

今まで介入を諦めていた重症者への介入を促進し、経口摂取率の向上や誤嚥性肺炎発生率の減少が見込まれる。

医療療養病棟転入院時に集中的な介入をすることで、摂食嚥下障害患者の経口摂取再開が可能となり、QOLの向上が期待できる。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	285202
申請技術名	嚥下造影多職種連携評価
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	E000 透視診断
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	加算を新たに設定する
提案の概要	既存の透視診断料は110点であるが、嚥下造影に際し、複数科の医師・歯科医師、あるいは言語聴覚士・看護師・栄養士・歯科衛生士など多職種が同席し、造影結果を評価し方針を相談した場合、情報の集約・多角的な評価・カンファレンス機能を持つことにより患者治療を促進するものとして「多職種連携加算」を設けて高く評価する。
再評価が必要な理由	嚥下造影検査の診断においては、単に現在の病態・重症度を評価したり手術適応を判断するのみならず、この病態に応じた適切な訓練方法、経口摂取の可否、適切な食形態、適切な代償方法、を判断し、本人家族への結果説明の他に、訓練に携わる言語聴覚士等への指示、看護師への指示、食事を提供し栄養指導を行う管理栄養士への指示などが検査の後に必要で、しばしばタイムラグを生じる。専門的な施設が実施しているように、複数科の医師(耳鼻科・リハ科など)、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が検査に同席して参画することで、今後の診療について多角的な視点でのカンファレンスが行え、指示の実施までのタイムラグも最少に、そして誤解の無い深いレベルでの情報伝達が可能となり、患者診療の質は向上する。多職種が同席するにはそれなりの時間調整等が必要であるため、加算を設けてこれを評価する。

【評価項目】

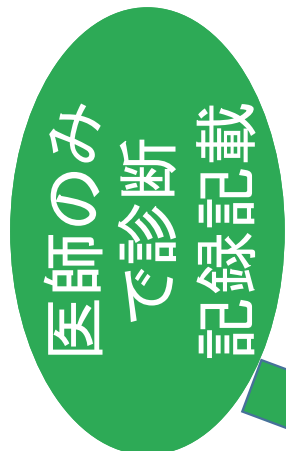
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	嚥下造影検査の実施にあたり、複数科の医師(耳鼻科・リハ科など)、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が同席し、医師が透視結果の診断を行う場に参画した場合、「透視診断」「他科の医師」「言語聴覚士(またはその施設において摂食機能療法を実施するリハ職)」「看護師」「管理栄養士」のうち2部門以上が参加したときに加算を認める。ただし、言語聴覚士(またはその施設において摂食機能療法を実施するリハ職)または管理栄養士は必ず含まなければならない。嚥下造影検査の診断結果の記録に、同席した職種・氏名の記載を行う。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	透視診断料は110点である。そのほかに、造影剤の注入手技として、嚥下造影240点が算定される。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	E000 透視診断
技術名	嚥下造影多職種連携評価加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	嚥下造影に多職種が同席する方が様々な点で有効であることは知られている。嚥下造影検査の診断においては、単に現在の病態・重症度を評価したり手術適応を判断するのみならず、この病態に応じた適切な訓練方法、経口摂取の可否、適切な食形態、適切な代償方法、を判断し、本人家族への結果説明の他に、訓練に携わる言語聴覚士等への指示、看護師への指示、食事を提供し栄養指導を行う管理栄養士への指示などが検査の後に必要で、しばしばタイムラグを生じる。専門的な施設が実施しているように、複数科の医師(耳鼻科・リハ科など)、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が検査に同席して参画することで、今後の診療について多角的な視点でのカンファレンスが行え、指示の実施までのタイムラグも最少に、そして誤解の無い深いレベルでの情報伝達が可能となり、患者診療の質は向上する。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	嚥下造影の診療報酬の算定件数は、57587件(年、外来+入院、厚労省第1回NDBオープンデータより)であり、この中で、全医療施設が全回にわたり加算を算定するとは限らない。耳鼻咽喉科領域の構造的な嚥下障害の診断や経過観察など、医師のみでの診断で適切な場合も存在する。まさに摂食機能療法を実施している症例で、かつ、多職種連携の可能となっている施設での算定となる。嚥下造影の現在の算定件数のうち、20%がこの加算を請求すると推定する。
年間対象患者数(前)の人数(人)	0
変化(後)の人数(人)	11,500
年間実施回数の(前)の回数(回)	0
変化等(後)の回数(回)	11,500

<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>嚥下造影については、1980年代より実施され、国内外で類似した評価記入用紙が公表されている。</p> <p>これまでの嚥下造影に同じ。</p> <p>これまでの嚥下造影に同じ。</p> <p>これまでの嚥下造影に同じ。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>これまでの嚥下造影に同じ。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>特になし</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 210 見直し後の点数の根拠 管理栄養士は30分の指導で260点を算定可能、言語聴覚士は少なくとも30分の摂食機能療法で180点を算定できる職種であり、約15分の嚥下造影にこれら2職種の同席を可能にするには130点+90点相当の換算閑散となる。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分番号 技術名 その他 なし なし</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) 139,500,000 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 多職種が参画することにより、さまざまな質の改善が期待されるが、食形態指示のタイムラグの解消のみを取り上げても、対象症例において、従来は1日以上要していた食形態の変更が即日可能になった場合、1日早い退院につながる。11500症例の半分の約5000症例において、1日ずつ入院期間が短くなると仮定すると、1日分の入院費用(推定3000点)と加算点数210点との差の5000名分は13950000点となる。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>

既収載 E 画像診断 E000

嚥下造影における透視診断料 110点

同席の上での検査・診断

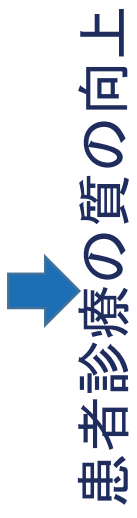


診断する内容は多岐

- 口腔咽頭喉頭食道の解剖学的評価
- 機能的評価
- 嚥下機能の評価とその病態
- 誤嚥のリスク・重症度
- 適切な訓練方法
- 適切な代償方法
- 適切な食形態
- 経口摂取の可否
- 嚥下機能改善手術の適応



情報の集約・多角的視点
 伝達のタイムラグの消失
 より詳細な指示理解の実現
 多職種カンファレンス機能
 教育的効果も高い



多職種連携評価加算の新設を

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	285203
申請技術名	回復期リハビリテーション病棟1入院料算定施設基準に嚥下障害への包括的ケア体制を
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A308-1
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	回復期リハビリテーション病棟1入院料1の施設基準（イ～ヌ）に、摂食嚥下障害に対する包括的ケアを有することを追加する。
再評価が必要な理由	本邦において肺炎は2011年に死亡原因第3位となった後も増加し、平成27年には全体の9.4%を占めた。肺炎の75%以上が高齢者であり、その内の70%が誤嚥性肺炎とも言われ、超高齢化社会を迎える本邦では摂食嚥下障害対策が公衆衛生および医療費削減の面で急務である。回復期リハビリテーション病棟に対象となる疾患は脳卒中や大腿骨頸部骨折などの下肢骨折患者が中心となるが、高率に摂食嚥下障害を起こす脳卒中のみならず、大腿骨頸部骨折でも摂食嚥下障害を認めることが多い。対象疾患・患者年齢層からすると今後増加する可能性が高く、摂食嚥下障害ケアの充実が望まれる。しかし、多くの施設では摂食嚥下障害に対応できる包括的体制はできていないのが現状であり、摂食嚥下障害ケアの充実を促進するために不十分な場合は入院費を減算することを保険収載する必要がある。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	回復期リハビリテーション病棟1入院料1の施設基準（イ～ヌ）に、「摂食嚥下障害患者に対して、①医師（同一施設内に歯科医師が常勤する場合は歯科医師でも可）、言語聴覚士、看護師、栄養士からなる摂食嚥下回診とカンファレンスが週1回以上、②多段階の嚥下調整食の提供、③嚥下造影検査ないし嚥下内視鏡検査が必要に応じて1週間以内に施行できる体制があること」を追加する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在の回復期リハビリテーション病棟1入院料1の施設基準には摂食嚥下ケアに関する項目はない。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A308-1
技術名	回復期リハビリテーション病棟1入院料1の施設基準項目の追加
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	I. 回復期リハビリテーション病棟1入院料1の施設基準に包括的摂食嚥下ケアを加える根拠。 回復期リハビリテーション病棟の対象となる疾患は脳卒中と大腿骨頸部骨折に代表されるが、脳卒中中に高率に摂食嚥下障害が合併することは周知の事実であり、大腿骨頸部骨折患者においても40%強の率で摂食嚥下障害を有するという報告もある[Orthopedics. 2016 Jan-Feb;39(1):e93-97]。その結果として、回復期リハビリテーション病棟において摂食嚥下訓練の対象となる患者は、30-55%と高率かつ増加傾向にある[文献1]。また施設基準改定による回復期リハビリテーション病棟入院患者重症化にともない摂食嚥下障害も重症化しており、肺炎・胃瘻造設が回復期から急性期病院へ転院する最大原因となっている[文献2]。しかし、平成28年回復期リハビリテーション病棟協会による現状調査によると、言語聴覚士の配置は病棟専従平均0.99人（理学療法士5.30人・作業療法士3.61人）と手薄であり、摂食機能療法は有効患者数32356人に対して29284人（90.5%）が1回も施行されていないなど十分な摂食嚥下ケアが行われていないのが現状である。よって、回復期リハビリテーション病棟における摂食嚥下ケアを充実させることは必要かつ急務である。 II. 各項目の必要性 ①摂食嚥下回診やカンファレンスなど多職種参加サポートチームの介入は有効である[文献3]が、回復期リハビリテーション病棟では摂食嚥下障害に対して医師や看護師の関わりが少ないことが問題点として挙げられている[文献4]。 ②嚥下調整食は摂食嚥下ケアの大きな柱であり、現状でも取り入れている施設は多い。しかし、その種類・性状は様々であり[文献4]、嚥下調整食の全体的な質および有効性を確かにするためには学会主導の統一した指標に沿う必要である。 ③現制度では嚥下造影検査ないし嚥下内視鏡検査などの嚥下機能検査のコストが保証されておらず、行われていない施設も多いのが、回復期リハビリテーション病棟においてもベットサイドにおける嚥下機能評価だけでは正確な評価は困難であり[文献5]、嚥下機能検査が入院1週間以内に施行できる体制が必要である。

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟1の入院料は厚労省第1回NBDオープンデータによると年間9154637件算定(平均在院日数72.7日とすると915万人)されており、全国の回復期病棟の約25%が1を取得している。このうち、7割の病棟が新しい基準での1を取得可能または取得するべく体制作りをすると仮定する。</p>
<p>・年間対象患者数の変化 前の人數(人) 9,150,000 後の人數(人) 6,405,000</p>	
<p>・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 9,154,637 後の回数(回) 6,408,245</p>	
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>施設の要件 I(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>施設の基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要とされる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>N.A</p> <p>嚥下機能検査が入院後1週間以内に施行できる体制が必要である。</p> <p>サポートチームへは、理学療法士・作業療法士・歯科衛生士などの職種も参加することが望ましいが、ここでは医師(歯科医師が常勤していればそれに代えることも可)・看護師・言語聴覚士・管理栄養士は必須とする。</p> <p>多段階の嚥下調整食は「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」に準じる必要がある。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>N.A</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>本邦において肺炎は2011年に死亡原因第3位となった後も増加し、平成27年には全体の9.4%を占めた。肺炎の70%が誤嚥性肺炎とも言われ、摂食嚥下障害対策が公衆衛生および医療費削減の面で急務である。</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p> <p>見直し前 2,025 見直し後 2,025 見直し後の点数の根拠</p>	<p>点数が変わるものではない</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分番号 技術名</p>	<p>その他 - N.A</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>プラス又はマイナス(金額)(円)</p> <p>Iその根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>- 587,650,000</p> <p>回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定施設の3割が2の算定しかできなくなると仮定して、差額214円分が、現在の算定件数9153491件の3割に生じると考える。214点×0.3×9153419=約587650000点 ただし、各施設の努力により、数年で過渡期は解消されると考えられる。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本リハビリテーション医学会</p>
<p>⑭参考文献1</p> <p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟の言語聴覚療法患者の変遷と課題 外山稔、森淳一、佐藤浩三</p> <p>回復期リハビリテーション病棟に入院した4717例を調査。摂食・嚥下障害は平均37%(2003~2005年:33.5~39.8%)から55%(2007~2009年:51.0~59.5%)と増加した。 (言語聴覚療法、第9巻第1号 pp38-47、2012)</p>
<p>⑭参考文献2</p> <p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>回復期リハビリテーション病院における転院症例の特徴 田中正一</p> <p>回復期リハビリテーション病棟に入院した2921名中、急性期病院に転院した患者は628名。転院理由は肺炎、胃瘻造設、循環器疾患、消化管出血の順に多かった。症状や合併症の急性増悪は入院後32.2±35.8日(中央値21.0日)に生じていた。 (臨床リハ、第23巻第7号、pp654-659、2014)</p>

⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	急性期総合病院における嚥下回診の有用性 溝越恵里子、加賀谷登、小口和代、他9名 急性期総合病院において多職種による嚥下回診を行った摂食嚥下障害患者473例を検査し、嚥下回診により栄養摂取状況、臨床的重症度分類、食事形態の有意な改善を得ることができ、その有用性が明らかになった。 (Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science、第7巻、2016)
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	都市部二次医療圏における脳卒中患者の嚥下評価と栄養管理の実態 急性期病院と回復期リハビリ病棟の比較 冨井康宏、上原敏志、上ノ町かおり、他4名 都市部二次医療圏において、脳卒中急性期治療および回復期リハビリテーションを担う17施設に対し、嚥下障害患者の食事、評価とリハビリに関する調査を行った。回答を得た13施設全施設が多種類(中央値:5種類[範囲:2~7種類])の嚥下食を使用していた。また、嚥下評価を医師、言語聴覚士、看護師の3職種すべてが行っていたのは38%の施設であり、23%の施設では医師は行っていなかった。 (日本摂食嚥下リハ学会誌 第14巻第3号、pp258-264、2010)
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	摂食状況の変化とベッドサイドにおける嚥下機能評価の推移 北山藍、宮崎泰広、大沢愛子、他4名 回復期リハビリテーション病棟に入院し、経口摂取が可能となった22名のベッドサイドにおける嚥下機能評価(BSA)を検討した。経口摂取開始は嚥下造影検査で判断した。BSAが異常であっても経口摂取可能となることがあり、嚥下造影検査で詳細に検討する必要があるとした。

「摂食嚥下障害に対する包括的ケア」を 回復期リハ病棟入院料1施設基準の一つに！

背景

回復期リハ病棟での摂食嚥下ケアの重要性

- ・ 肺炎による死亡数の増加と高齢化に伴う誤嚥性肺炎の増加
- ・ 回復期リハ病棟には摂食嚥下障害患者が30%以上存在する
- ・ 肺炎・胃瘻造設が回復期から急性期病院へ転院する最大原因

現状

回復期リハ病棟での摂食嚥下障害ケアが不十分

- ・ 言語聴覚士の配置が手薄
- ・ 90%の患者に摂食機能療法がおこなわれていない
- ・ 医師を含めた多職種によるケア体制が不十分
- ・ 嚥下造影・嚥下内視鏡など嚥下機能検査が普及していない

結論

回復期リハ病棟での包括的な摂食嚥下ケアが必要!!

- ①多職種からなる摂食嚥下回診・カンファレンス
- ②多段階の嚥下調整食の提供
- ③嚥下造影・嚥下内視鏡が施行できる体制

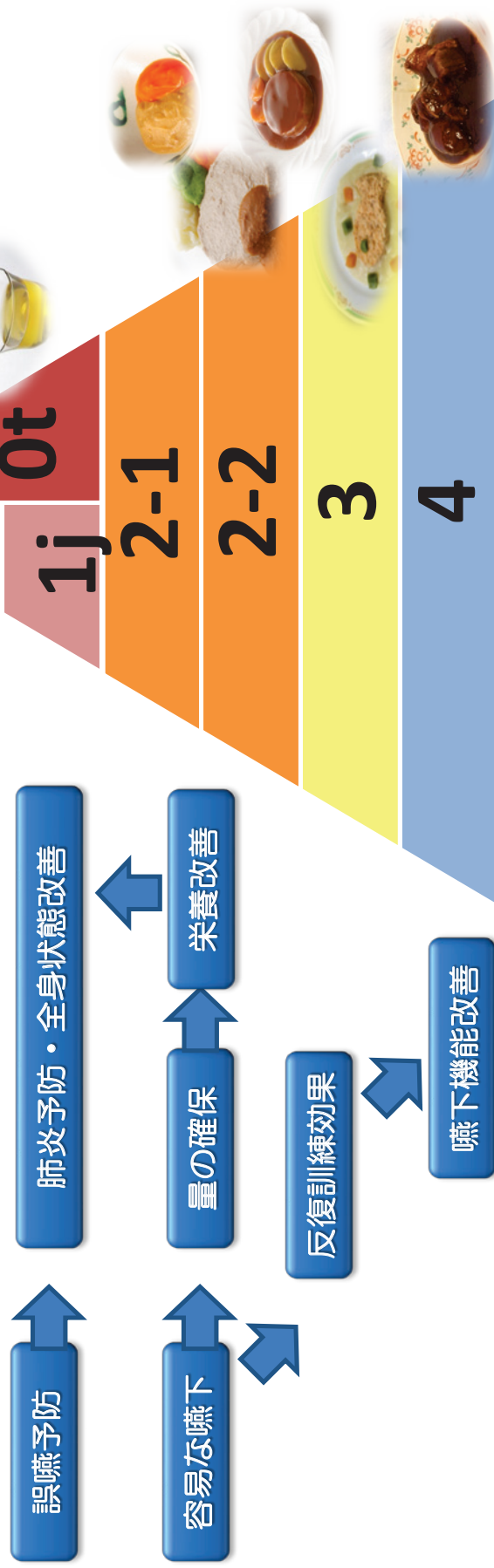
医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）					
整理番号	285204				
申請技術名	嚥下調整食を特別食加算の対象に				
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会				
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力				
診療報酬区分	その他				
診療報酬番号	特別食加算				
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)				
「6 その他」を選んだ場合に記載					
提案の概要	<p>嚥下調整食(嚥下障害のある患者に、嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物の内容・形態・性状を調整した食事)を、特別食加算の対象となる特別食に追加する。</p> <p>嚥下調整食の対象とできるのは、嚥下障害のある患者であって、誤嚥性肺炎を生じた患者、嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査等で誤嚥や明らかな咽頭残留を認める患者、経過・状態・嚥下機能スクリーニング検査結果などから、食物・水分の有意な誤嚥が疑われる患者とする。</p>				
再評価が必要な理由	<p>嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物・水分の内容・形態・性状を調整した嚥下調整食を提供し、また、これについて指導することは、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 口から食べることの再開や促進を可能とし身体機能と栄養状態の改善を図るという重要な治療的意味を持ち、 2) これにより人工的栄養補給(胃瘻および経鼻経管栄養)の中止や回避を可能とする効果も有し、 3) 誤嚥性肺炎および誤嚥による呼吸障害の発症を減少させるという予防的意味も、大きい。 <p>嚥下調整食の作製にかかる費用は人的費用だけで1食につき平均160円と算定されている。</p>				
【評価項目】					
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	<p>摂食嚥下障害の病態認識の深まりやリハビリテーションの進歩によって、摂食訓練や摂食時の姿勢調整などとともに、食事・水分の、内容・形態・性状(texture)を適切なものに調整すること(diet modification, food texture modification)が、誤嚥とそれによる肺炎や呼吸障害を防止しながら、口からの食事・水分の摂取を促進・継続できるようにするために有用であることは、経験的に確認され、それを裏付ける多くの調査研究も報告され、共通認識されてきている1)。</p> <p>1) JM Garcia,E Chambers.Managing Dysphagia Through Diet Modification. Evidence-based help for patients with impaired swallowing.AJN 2010;110,26-33</p>				
②現在の診療報酬上の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 特になし				
診療報酬区分 再掲	その他				
診療報酬番号 再掲	特別食加算				
技術名	嚥下調整食				
③再評価の根拠・有効性	<ul style="list-style-type: none"> ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 <p>アメリカでは National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care,2003、英国ではDysphagia Diet Food Texture Description,2012(開始は2002年)、オーストラリアではAustralian standardised definitions and terminology for texture-modified foods food texture modification 2010などとして、嚥下調整食の段階別基準化が行われていることや、例えば、英国のRoyal College of Physicians,British Society of Gastroenterologyによるworking partyの報告2)においてdietary modifications of food and fluids の重要性が述べられていることは、嚥下調整食の有効性、必要性が世界的に認識されてきていることを示す。</p> <p>2) Oral feeding difficulties and dilemmas-A guide to practical care,particularly towards the end of life.2010</p>				
④普及性の変化	※下記のように推定した根拠				
年間対象患者数の変化	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>12,000</td> </tr> </table>	前の人数(人)	0	後の人数(人)	12,000
前の人数(人)	0				
後の人数(人)	12,000				
年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>4,380,000</td> </tr> </table>	前の回数(回)	0	後の回数(回)	4,380,000
前の回数(回)	0				
後の回数(回)	4,380,000				
⑤技術の成熟度	<ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) <p>摂食嚥下障害の重症度に応じての段階的な食事の形態性状の調整の方法は、日本において多種類の粘度調整剤の開発など食材料面の発展とも相まって、そのノウハウが蓄積され、確立され、栄養指導料には反映されている。</p> <p>日本摂食・嚥下リハビリテーション学会において、嚥下調整食学会基準案2013を策定している。</p>				

<p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>入院時食事療養費への特別食加算については、医師、歯科医師、管理栄養士、言語聴覚士等による、嚥下障害にかかわるチームが存在すること。 入院時食事療養費への特別食加算については、嚥下障害について、客観的に認められる一定の知識と経験を有するスタッフが、上記のチームの構成メンバーであること。 個々の患者への詳細な摂食嚥下機能の評価を基礎に検討され、学会分類2013に基づいた構成による嚥下調整食が提供、指導されなければならない。</p>
<p>⑥安全性・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>従来よりも専門的な対応が可能となりリスクは低減することが見込まれる</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)</p>		<p>特になし</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>0 8 他の特別食加算と同様。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p>	<p>その他 なし なし</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>9,600,000 加算による医療費の増大は、350400000と仮定できるが、これによる誤嚥性肺炎の減少や、早期経口摂取達成による入院期間の1日減少が実現すると仮定すると、1日入院費用12000名で1日3000点と考え、その差額は(3000×12000)－(8×12000名×365日)となる。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>日本栄養士会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Managing Dysphagia Through Diet Modification. Evidence-based help for patients with impaired swallowing.AJN 2010;110,26-33 JM Garcia,E Chambers 摂食嚥下障害者に対して、嚥下訓練や摂食時の姿勢調整などとともに、食事・水分の、形態や性状を適切なものに調整することで、誤嚥による肺炎を防止しながら、口からの食事・水分の摂取を促進・継続できるようにするために有用である。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Managing Dysphagia Through Diet Modification. Evidence-based help for patients with impaired swallowing.AJN 2010;110,26-33 JM Garcia,E Chambers 他職種により嚥下障害者に適切な栄養補給を進めることは有用である。とくに経口から食事と水分補給を行うことは人間の尊厳性の維持という点からも重要である。</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence a randomaized trial Ann Inter Med 2008 148(7):509-518 JoAnne Robbins et.al. RCTにて、500名以上の患者にとろみつき液体を投与した場合とあごひき姿勢で液体を飲んだ場合の有用性を検討した研究にて、とろみつき液体はあご引き姿勢で液体を飲む場合と同じくらいの誤嚥性肺炎発症抑制効果があったと報告されている。</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>

誤嚥予防と経口摂取能力の改善に寄与する 嚥下調整食を特別食として診療報酬の対象に

単にミキサーにかける だけでなく
嚥下機能障害に適した

やわらかさ・まとまり・はりつきにくさ
味や外観による意欲向上 適切な感覚刺激



学会分類2013模式図

医療技術再評価提案書（保険既記載技術用）	
整理番号	286201
申請技術名	先天性代謝異常検査(有機酸、脂肪酸、ムコ多糖分析など)
申請団体名	日本先天代謝異常学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D010-8
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	現在検査機関が保険医療機関と定められているが、加えて学会が認定した施設に施設基準を拡大していただきたい。
再評価が必要な理由	現在検査機関が保険医療機関と定められている。現在この施設基準が適応できる検査施設はごく少なく、全国の必要な検査数に対応できない。このため検査成績の報告が遅れ、患者の治療などが遅延してしまう恐れが生じている。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	検査機器が薬事法の審査を通過していないため、検査の質に対しての十分な配慮が必要と考えられる。このため日本先天代謝異常学会が品質管理について十分な審査をした検査施設に、施設基準を拡大していただければ、敏速で正確な検査結果を患者に報告できるものとする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィー・マススペクトロメトリー等を用いた有機酸及び脂肪酸等の分析、タンデムマスを用いた血中カルニチン分析又はムコ多糖体分画の定量検査等により、疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定する。 点数 1,176点 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	D010-8
技術名	先天性代謝異常検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	現在日本先天代謝異常学会のホームページにて診療指針を公開している。 先天代謝異常検査は新生児マススクリーニングにて発見された患者に多く行われる。新生児マススクリーニングにて発見された患者の死亡率やQOLの改善は、厚労省所管の島根大学の山口教授の研究班にてすでに報告されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	なし
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 0 後の人数(人) 0
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 0
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	極めて専門性の高い検査であるので、検査施設の品質管理については学会などが関与する必要がある。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 保険医療機関でない場合は、十分な品質管理上の実績があることが必要。
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等） なし
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） 検査結果は報告する前に専門医のチェックを受けることを必要とする。

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査であり患者への危険性はないものと考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題はないと考えられる。
⑧点数等の見直し の場合	見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の 根拠 なし
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名 D_検査 なし なし
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス (金額(円)) + 96,000,000 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等	日本小児神経学会
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載) 新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015 診断と治療社(東京), 2015 日本先天代謝異常学会 先天性代謝異常症検査のうち、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症における尿中有機酸分析の重要性は各疾患のガイドラインに記載されている。この検査なしでは診断できず、当該疾患においては必須の検査である。
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）									
整理番号	286202								
申請技術名	遺伝学的検査 ニーマンピックC型								
申請団体名	日本先天代謝異常学会								
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし								
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)								
診療報酬区分	D 検査								
診療報酬番号	D006-04								
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)								
「6 その他」を選んだ場合に記載									
提案の概要	ニーマンピックC型を遺伝学的検査の適応疾患として認可していただきたい。								
再評価が必要な理由	ニーマンピック病C型の治療薬としてプレーザベス(ミグルスタット)が平成25年11月に承認となり、神経症状の治療が可能な疾患の一つとなった。平成20年4月より、治療可能なムコ多糖症 I 型および II 型、ゴーシェ病、ファブリ病、ポンベ病(D006-4 遺伝学的検査のケからス)では、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による検査が保険収載されており、同様に治療が可能になったニーマンピック病C型の「培養細胞を用いたフィリピン染色とPCR法およびDNAシーケンスによる遺伝学的診断」が保険収載されるべきであると考えます。								
【評価項目】									
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	ニーマンピック病C型は、細胞内に遊離のコレステロールが蓄積していることをフィリピン染色でスクリーニングし、原因遺伝子であるNPC1およびNPC2遺伝子変異を同定することで確定診断される。現在、培養線維芽細胞を用いたフィリピン染色とPCR法DNAシーケンス法による遺伝子診断は、限られた施設で行われていないが、診断に不可欠であり、保険収載が望まれる。								
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。適応疾患がアからヤまで記載されているが、ニーマンピックC型はあげられていない。 点数 3,880点								
診療報酬区分再掲 診療報酬番号再掲 技術名	D 検査 D006-04 遺伝学的検査								
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	厚生所管の慈恵医大衛藤名誉教授主任研究のライソゾーム病の難病研究班において診断の指針が出された。 ニーマンピック病C型の治療薬が平成25年11月に承認となり、治療が可能な疾患の一つとなった。このため患者の早期診断と早期治療がより重要なものになった。								
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成24年11月にプレーザベス(ミグルスタット)がニーマンピック病C型の治療薬として承認され、平成24年4月までに1施設(鳥取大学医学部附属病院)での検査が10件で診断例が1例であったことから、年間100例と推計。								
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>100</td> </tr> </table>	前の人数(人)	100	後の人数(人)	100	前の回数(回)	100	後の回数(回)	100
前の人数(人)	100								
後の人数(人)	100								
前の回数(回)	100								
後の回数(回)	100								
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	ニーマンピック病C型の診断は当該技術に習熟し、先天代謝異常症の診断の専門機関で行われる事が望ましいとされている。(Molecular Genetics and Metabolism 98(2009) 250-254)								
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 細胞培養が可能で、蛍光顕微鏡と撮影装置、PCR法、DNAシーケンス法のできる設備を備えた施設 遺伝カウンセリングを実施できる体制にあること。 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 培養技術を習得し、培養細胞にコレステロールが蓄積しやすく、異常が検出しやすい条件を理解している指導者がいること、遺伝学的検査に習熟した指導者がいること。 その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件) 遺伝学的検査に関するガイドラインが遺伝医学関連学会より出されている。								

⑥安全性・副作用等のリスクの内容と頻度	検査であり患者への危険性はないものと考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	遺伝学的検査であるため、十分に患者に説明し、承諾書をいただく。遺伝カウンセリングが必要である。遺伝学的検査としてのガイドラインを遵守すれば問題はないと考えられる。
⑧点数等の見直しの場合	見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 なし
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 D_検査 番号 なし 技術名 なし
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス金額(円) + 5,000,000 その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 遺伝学的検査にかかる保険点数と遺伝カウンセリングに関わる保険点数分(月1回500点)の医療費が増多する。遺伝子診断により早期の診断ができれば、不要な検査や治療の医療費が削減できる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児神経学会
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	287201
申請技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(点数の増加&週に算定可能な回数の増加)
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-4
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	特に無し
提案の概要	精神科リエゾンチーム加算の一件当たりの点数を300点から400点に増点するとともに週あたりに算定可能な回数を1回から2回に増加する。
再評価が必要な理由	H28年度改訂では精神科リエゾンチーム加算の一件につき週一回200点から300点に増点され、更に本加算が精神科急性期医師配置加算の施設基準の一つと相まってリエゾンチーム加算取得施設の総数はH28年12月の時点で132と大幅に増加したが、無床の総合病院精神科の存在を考慮すれば、やはりこの加算のみで専従のコメディカルを一人確保する額は最低限必要であると考えられる。点数を300点から400点に増点するとともに対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考えて、週におけるチーム加算の算定回数を2回まで認めてもらいたい。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	現在の点数で得られる診療報酬上の収入は100万円前後程度であり、専従のコメディカルを一人確保する額には程遠いのが現状である。この現状を乗り越え、リエゾンチームを普及させていくには最低でも現在の点数の2倍の400点が必要である。 あるいは対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考えれば、週におけるチーム加算の算定回数を2回まで認めてもらいたい(この場合、点数自体は据え置き)
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者 上記患者への全人的サポートを実現するために医師、看護師他のコメディカルからなるリエゾンチームを形成して治療に当たる。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A230-4
技術名	—
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえでのリエゾンチームの有用性は実証されている。 *学会のガイドライン等:「精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案」(厚生労働省障害者総合福祉推進事業指定課題25・精神科リエゾンチーム活動ガイドラインの作成について成果物)
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科リエゾンチーム加算が認められて以後、前回改定を経て加算取得施設は順調に増加し平成28年10月時点で137に達した。当学会の調査では1チームあたり対象患者は約17名、介入回数は約2回(算定可能なのは1回)となる。平成29年4月以後更に数は増加し200に近づくと推測される。
・年間対象患者数 前の人(人)	116,450
の変化 後の人(人)	170,000
・年間実施回数の 前回数(回)	50
変化等 後回数(回)	100
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	精神科リエゾンチーム加算が認められて以後、前回改定を経て加算取得施設は順調に増加し平成28年10月時点で137に達した。日本総合病院精神医学会を中心にリエゾンチームへの注目度は高く、当学会は学会専門医をリエゾン精神科専門医とした。今後の技術的進化も期待できる。

<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること</p> <p>①5年以上の経験を有する専任の精神科医②精神科などの経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師③精神科病院などでの精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人</p> <p>精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案(厚労省平成24年度障害者総合福祉推進事業成果物)が参考となる。</p>
<p>⑥安全性</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>300 400</p> <p>日本総合病院精神医学会がアンケート調査から、現在の点数では年間で158万×1.5=237(万)にしかならず、常勤職員一人すら到底雇用する水準ではない。一回の点数を400点に増点し、更に算定可能な回数を現実に即し週二回まで認めることで、平均して、最低で316万、最大で632万に達するため常勤職員一人の雇用に十分な水準に達する。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p>	<p>その他 - -</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>+ 299,310,000</p> <p>237(万)×400÷300=316(万)、もし週二回算定が認められれば316×2=632万/チーム。チーム数が今後も順調に伸び、仮に200チームとなると仮定すると総医療費は312×200=62400(万)~632×200=124800(万)。現在の医療費推計は237(万)×137=32469(万)</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>特に無し</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>日本精神神経学会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案(厚労省平成24年度障害者総合福祉推進事業成果物) 小石川比良来、見野耕一ら</p> <p>リエゾンチーム医療の定義、リエゾンチーム活動の実際、スタッフに向けた活動、具体的局面の介入、地域に向けた活動などを日本で始めてまとめ上げ、一般医療と精神医療の連携に向けて精神科リエゾンチーム活動の持つ意味を明らかにした。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>精神科リエゾンチームの実態に関するアンケート調査結果 日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会</p> <p>平成27年6月時点で精神科リエゾンチーム加算を取得していた59施設中、活動実態が明確な50施設を対象にアンケート調査を行い23施設からの回答を得た。その結果を元に一施設当たりの平均年間収入が158万と低く、専任職員一人すら到底雇える水準になく、またひとりあたりの週当たり介入回数が約2回であることを明らかにした。(厚労省医療課提出済み)</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>- - -</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	287202
申請技術名	精神病棟入院基本料(10対1)の要件(平均在院日数)の改定
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A103
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載 特になし
提案の概要	精神病棟入院基本料のうち、10対1入院基本料の平均在院日数要件を40日から50日に改定すること。
再評価が必要な理由	10対1入院基本料の平均在院日数要件は40日以内で極めて厳しいものであり、2016年に日本総合病院精神医学会有床委員会が行った全国調査では29施設しか算定できていない。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	10対1入院基本料の平均在院日数要件を40日から50日に改定する
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神病棟入院基本料のうち、10対1入院基本料の平均在院日数要件は40日以下となっており、極めて厳しく臨床現場に大きな負荷を与えるものである。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A103
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	地域の中核病院である総合病院精神科は、急性期医療、身体合併症医療を担っている。人員配置、精神疾患特性を考慮していただきたい。10対1を算定できる施設が増えるとしても、人員配置が手厚くなることで、早期退院が可能となり、医療費は変化なしと推測される。DPC対象病院における精神疾患の必要入院日数のエビデンス(中医協資料)より、10対1においては、50日が妥当である。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	2016年全国調査では10対1が29施設、13対1が74施設である。平均在院日数を50日以内とすると少なくとも 10%は10対1に移行できると推定される。
・年間対象患者数の変化	前の人(人) 1,160 後の人(人) 1,480
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 0
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	特になし
施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	特になし
施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	・当該病棟で、1日に看護を行う看護職員の数、常時当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増す毎に1以上であること。 ・当該病棟で、看護職員の最少必要数の7割以上が看護師であること ・当該病棟の入院患者の平均在院日数が40日以内→50日以内に変更すること ・当該病棟で新規入院患者のうちGAF尺度での判定が30以下の患者が5割以上
その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特に遵守すべきガイドライン等は無い。

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特に無し
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特に無し
⑧点数等の見直し の場合	見直し前 ----- 0 -----
	見直し後 ----- 0 -----
	見直し後の点数の 根拠 ----- 特に無し -----
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 ----- その他 ----- 番号 ----- ----- 技術名 ----- -----
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) ----- +41,600,000 ----- その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。) 精神病棟入院基本料:10対1 1271点、13対1 946点。13対1取得病院の74施設のうち約1割強の8 施設が10対1に移行すると仮定すると増加する医療費は (1271-946)×10×8×40×0.8×50= 41,600,000(円)*この場合病床数を40床、稼働率は8割としている。
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	特に無し
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等	日本精神神経学会
⑭参考文献1	1) 名称 ----- 有床施設全国調査 ----- 2) 著者 ----- 早川達郎(日本総合病院精神医学会有床委員長) -----
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)
	日本総合病院精神医学会2015年度基礎調査の結果とFAXによる回答を元に全国の有床施設の実態調査を行い、 合計217施設からの回答をえて、7対1が12施設、10対1が29施設、13対1が74施設、15対1が65施設に上ること などを明らかにした。
⑭参考文献2	1) 名称 ----- ----- 2) 著者 ----- -----
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)

⑭参考文献3	1) 名称 ----- ----- 2) 著者 ----- -----
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)

⑭参考文献4	1) 名称 ----- ----- 2) 著者 ----- -----
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)

⑭参考文献5	1) 名称 ----- ----- 2) 著者 ----- -----
	3) 概要(該当ペ ージについても記 載)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	287203
申請技術名	精神科救急・合併症入院料の改定（施設基準の緩和）
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A311-3
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	特に無し
提案の概要	1) 施設基準の改定：施設基準の個室率（合併症ユニットを含む）の5割以上を4割以上に緩和すること。及び措置要件年20件以上を年10件以上とすること 2) 算定要件の改定：対象身体疾患の見直し 3) 算定対象外患者は、15対1精神病棟入院基本料で算定することになっているが、10対1精神病棟入院基本料での算定に変更すること
再評価が必要な理由	精神科救急・身体合併症治療の重要性については医療計画の実施に当たっての指針にも述べられており、精神科救急・合併症入院料算定施設はH28年10月1日現在で全国で9施設を数えるのみでここ3年以上もの間全く増えていない。最も大きな原因はこの入院料は精神科救急入院料を元に作られているため現場の実態に即していないことあり、それが典型的に認められるのが措置要件の多さと個室率の高さである。また対象となる身体疾患も限られており、見直しが求められる。当学会の基礎調査に基づく対象疾患の見直し案は別記の様になる。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	1) 施設基準の改定：施設基準の個室率（合併症ユニットを含む）の5割以上を4割以上に緩和すること 2) 算定要件の改定：対象身体疾患の見直し ◎対象疾患の追加 ・深部静脈血栓症 ・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症） ・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない） ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・専門医による管理を必要とする神経・筋疾患（重症筋無力症など） ・炎症性腸疾患 ・膿胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など） ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ） ・慢性腎不全の維持透析の患者 3) 算定対象外患者は、15対1精神病棟入院基本料で算定することになっているが、10対1精神病棟入院基本料での算定に変更すること

<p>②現在の診療報酬上の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 技術内容 点数や算定の留意事項 <p>診療報酬区分 再掲 -----</p> <p>診療報酬番号 再掲 -----</p> <p>技術名 -----</p>	<p>◎対象患者</p> <p>◎対象身体疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫)の患者 心疾患(New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)の患者 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者 重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者 重篤な栄養障害(Body Mass Index 13未満の摂食障害)の患者 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者 全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)の患者 急性腹症(消化管出血、イレウス等)の患者 悪性症候群、横紋筋融解症の患者 広範囲(半肢以上)熱傷の患者 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態 手術室での手術を必要とする状態の患者 合併症妊娠、出産 膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る。)の患者 間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓 劇症肝炎・重症急性膵炎 末期の悪性腫瘍・重篤な血液疾患(頻回に輸血を要する状態等) 急性かつ重篤な腎疾患(急性腎不全等) <p>◎算定外患者は入院基本料15対1で算定</p> <p>その他 -----</p> <p>A311-3 -----</p>
<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> 治癒率、死亡率、QOLの改善等 学会のガイドライン等 	<p>・日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査(総計518例)のデータに基づく。現行の対象疾患表には神経・筋疾患や心臓・脈管系疾患などで多くの重要な疾患が漏れており、また精神病棟での入院加療を必要とする精神科身体合併症治療には約30日程度の入院期間を必要としていたという重要なデータがある。</p>
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p> <p>年間対象患者数(前の人数(人)) -----</p> <p>変化(後の人数(人)) -----</p> <p>年間実施回数(前回数(回)) -----</p> <p>変化等(後回数(回)) -----</p>	<p>精神科救急合併症入院料は病棟スタッフも技術的熟練度も増しているが、施設基準が厳しく普及しないことが学会でも問題視されており、実際全国で9施設を数えるのみでこのままでは増加の目途がたない。</p> <p>380 -----</p> <p>380 -----</p> <p>0 -----</p> <p>0 -----</p>
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> 学会等における位置づけ 難易度(専門性等) <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神科救急合併症入院料は平成22年以降存在感を増し、入院料取得の病棟スタッフも技術的熟練度も増しているが、施設基準が厳しく普及しないことが学会でも問題視されている</p> <p>・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急医療センターを有している病院の病棟単位で行うもの・主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること・精神科救急合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されそれにふさわしい構造設備を有していること</p> <p>・当該保健医療期間内に常勤精神科医5名以上(うち精神保健指定医3名以上)</p> <p>・当該病棟内での常勤医師数は当該病棟の入院患者数が16又はその端数をますごとに1以上</p> <p>・当該各病棟内に2名以上の常勤精神保健福祉士が配置</p> <p>・当該各病棟では日勤帯以外の時間帯にあっては看護師が常時二人以上配置</p> <p>特に遵守すべきガイドラインはない。</p>
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>特に無し</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>特に無し</p>

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	871
	見直し後	1,271
	見直し後の点数の 根拠	元々精神科救急合併症入院料は10対1の施設基準を前提に設定されており、非算定例に対しては15対1の入院基本料ではなく10対1の入院基本料で対応するのが、人的配置の手厚さを考えれば合理性がある。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分	その他
	番号	-
⑩予想される医療費へ影響(年間)	技術名	-
	プラス又はマイナス 金額(円)	+
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	152,672,850 現在の精神病棟入院基本料は10対1で1271点、15対1で824点。現在救急合併症入院料を取得している病院に緊急アンケート調査を実施し算定対象外患者が約23%に達することが判明。従って算定式は下記ようになる(9病棟、各45床、入退院者数各300人、平均在院日数55日として算定。(1271-824) × 10 × 55 × 300 × 0.23 × 9 = 152,672,850(円)
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		日本精神神経学会
⑭参考文献1	1) 名称	精神科身体合併症診療の実態調査
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会
	3) 概要(該当ページについても記載)	日本総合病院精神医学会有床委員会に所属する計31施設を対象としたアンケート調査を行い、入院から退院まで経過した518例の身体合併症(専門医の診察を必要とするレベル)について調査し結果を解析し、明らかに含めるべき対象疾患(例えば深部静脈血栓症など)の存在や必要とする入院期間などのデータを明らかにした。(平成27年厚労省医療課ヒアリングに提出済み)
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	287204
申請技術名	身体合併症管理加算対象疾患・算定期間の見直し
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-3
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	特に無し
提案の概要	<p>精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとしたい。具体的内容としては下記ようになる。</p> <p>① 算定期間の見直し：10日間から14日間に延長し、全て1日450点とする。 ② 対象身体疾患の見直し（具体的内容は下記に記載）</p>
再評価が必要な理由	<p>精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとしたい。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	<p>精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとしたい。具体的内容としては下記ようになる。</p> <p>① 算定期間の見直しと点数の増点：10日間から14日間に延長し、全て1日450点とする。 ② 対象身体疾患の見直し</p> <p>◎対象疾患の追加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・深部静脈血栓症 ・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症） ・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない） ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・専門医による管理を必要とする神経・筋疾患（重症筋無力症など） ・炎症性腸疾患 ・膿胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など） ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ） ・慢性腎不全の維持透析の患者
-----------------------------------	---

<p>②現在の診療報酬上の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 <p>診療報酬区分 再掲 -----</p> <p>診療報酬番号 再掲 -----</p> <p>技術名 -----</p>	<p>◎対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫)の患者 ・心疾患(New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)の患者 ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者 ・重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者 ・重篤な栄養障害(Body Mass Index 13未満の摂食障害)の患者 ・意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者 ・全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)の患者 ・急性腹症(消化管出血、イレウス等)の患者 ・悪性症候群、横紋筋融解症の患者 ・広範囲(半肢以上)熱傷の患者 ・手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者 ・透析導入 ・手術室での手術を必要とする状態の患者 ・膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る。)の患者 ・間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓 ・劇症肝炎・重症急性膵炎・末期の悪性腫瘍、 ・重篤な血液疾患(頻回に輸血を要する状態等) ・急性かつ重篤な腎疾患(急性腎不全等)、 <p>◎算定期間 入院後7日間 450点、8～10日間 225点</p> <p>その他 -----</p> <p>A230-3 -----</p> <p>-----</p>
<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 	<p>日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査(総計518例)のデータに基づく。現行の対象疾患表には神経・筋疾患や心臓・脈管系疾患などで多くの重要な疾患が漏れており、また精神科棟での入院加療を必要とする精神科身体合併症治療には約30日程度の入院期間を必要としていたという重要なデータがある。</p>
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p> <p>・年間対象患者数 前の人數(人) -----</p> <p>の变化 後の人數(人) -----</p> <p>・年間実施回数 前の回数(回) -----</p> <p>变化等 後の回数(回) -----</p>	<p>年間6万人入院の5%、一病院当たり、年間10人対象患者が増加すると推計</p> <p>1,200 -----</p> <p>1,300 -----</p> <p>10 -----</p> <p>14 -----</p>
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) <p>施設基準 (技術の専門性等)を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること</p> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神科身体合併症管理加算の登場以来多くの時間が経過しており、精神科病棟における一般身体科医との連携も成熟度を増している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科を標榜する保健医療機関の病院であること ・精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること <p>当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること</p> <p>明確なガイドラインは存在していない。</p>
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>特に問題なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>問題なし</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p> <p>見直し前 -----</p> <p>見直し後 -----</p> <p>見直し後の点数の根拠 -----</p>	<p>225 -----</p> <p>450 -----</p> <p>下記調査で身体合併症患者の平均在院日数は28.1日であり、治療経過を考えれば8～10日までの点数225点を14日まで450点とすることは合理的根拠があると考えられる。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分番号 -----</p> <p>技術名 -----</p>	<p>その他 -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	+ 30,600,000 14日間の算定日数が認められた場合、増加する医療費は年間1200×3×2250円+1200×4×4500円+100件×14日×4500円=3060万円
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		特に無し
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神神経学会
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	精神科身体合併症診療の実態調査～精神科身体合併症管理加算の検討 日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会 日本総合病院精神医学会有床委員会に所属する計31施設を対象としたアンケート調査を行い、入院から退院まで経過した518例の身体合併症(専門医の診察を必要とするレベル)について調査結果を解析し、明らかに含めるべき対象疾患(例えば深部静脈血栓症など)の存在や必要とする入院期間などのデータを明らかにした。(平成27年厚労省医療課ヒアリングに提出済み)
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	287205
申請技術名	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
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A200
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「1-C その他」を選んだ場合に記載	特に無し
提案の概要	精神病棟を有し、総合入院体制加算を算定している病院は、精神病棟も一般病棟と等しく適応の範囲内とすること。また総合入院加算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
再評価が必要な理由	総合入院体制加算1を算定している病院であっても、精神病棟における算定は認められていない。施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられるため、そのように評価することで現場の士気は高まり、総合病院における一般医療と精神医療の連携も促進されたと考えることができる。また総合入院体制2や3の施設要件の中に精神科リエゾンチーム加算や認知症ケアチーム加算という言葉は入っているが、標榜科としての精神科という言葉は入っていない。このことは一般医療と精神医療の連携の重視に大きな阻害要因となっていると思われる。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	精神病棟を有し、総合入院体制加算を算定している病院は、精神病棟も一般病棟と等しく適応の範囲内とすること。また総合入院加算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
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在は総合入院体制加算1を算定している病院であっても、精神病棟における算定は認められていない。また総合入院体制2や3の施設要件の中に精神科リエゾンチーム加算や認知症ケアチーム加算という言葉は入っているが、標榜科としての精神科という言葉は入っていない
診療報酬区分_再掲	その他
診療報酬番号_再掲	A200
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	総合入院体制加算1を算定している病院であっても、精神病棟における算定は認められていない。施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられるため、そのように評価することで現場の士気は高まり、総合病院における一般医療と精神医療の連携も促進されたと考えることができる。また総合入院体制2や3の施設要件の中に精神科リエゾンチーム加算や認知症ケアチーム加算という言葉は入っているが、標榜科としての精神科という言葉は入っていない。このことは一般医療と精神医療の連携の重視に大きな阻害要因となっていると思われる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	総合入院体制加算1取得病院の数は4(平成28年3月)から34(平成28年10月)に増加した。また総合入院体制加算2取得施設は54、加算3取得施設は260に達している(いずれも平成28年10月)。
・年間対象患者数 1前の人数(人)	160
の变化 後の回数(人)	1,360
・年間実施回数 1前の回数(回)	0
変化等 後の回数(回)	0

<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>	<p>総合病院における一般医療と精神医療の連携を大いに促進するものとして、総合入院体制加算の存在は重大さを増し、また精神科リエゾンチーム加算の重要性が前面に出てきたことで精神科の重要度も増してきたと考える。</p>
<p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> <p>・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること ・病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること ・急性期医療に係わる実績を相当程度有していること ・当該医療機関の屋内で禁煙 * その他に総合入院体制加算1では精神科病棟を有することや疾患に関しての細かい実績要件が各加算毎に存在する。</p> <p>総合入院体制加算2や3では精神科リエゾンチーム加算ないしは認知症ケア加算Ⅰの取得が問題であり、それに見合う人員配置が要請されている。</p> <p>遵守すべきガイドラインは存在していない。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>特に問題なし</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 200</p> <p>見直し後の点数の根拠 施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられるため、そのように評価することで現場の士気は高まり、総合病院における一般医療と精神医療の連携も促進される</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名 その他</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) + 228,480,000</p> <p>その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 1人一日240点、加算1算定施設34、各施設精神病床数40床、年間入院者数200人として算定。従って増加する医療費は240×10×200×14×34=228,480,000</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本精神神経学会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	287206
申請技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(看護師要件の改定)
申請団体名	日本総合病院精神医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-4
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選択した場合に記載	特に無し
提案の概要	チームを構成する看護師は選任あるいは専従でも可とする。但し、看護師が専従である場合には、現在専従構成要因とされている精神保健福祉士、作業療法士等は専任とする。
再評価が必要な理由	H24年度から精神科リエゾンチーム加算が新設されたが、精神科リエゾンチームの中で最も大きな役割を持ち、時間的にも費やす時間が多くなる可能性を持っているのは、特定の資格をもち精神科臨床経験を持つ看護師であることは、リエゾナーズの例を見ても明らかである。従って看護師要件は選任あるいは専従どちらかでも可とするのが臨床の現実になっている。但し看護師が専従の場合は、現在専従構成要因とされている精神保健福祉士、作業療法士等は専任とするのが人件費負担の面から見ても合理性を持っている。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	、精神科リエゾンチームの中で最も大きな役割を持ち、時間的にも費やす時間が多くなる可能性を持っているのは、特定の資格をもち精神科臨床経験を持つ看護師であることは、リエゾナーズの例を見ても明らかである。従って看護師要件は選任あるいは専従どちらかでも可とするのが臨床の現実になっている。但し看護師が専従の場合は、現在専従構成要因とされている精神保健福祉士、作業療法士等は専任とするのが人件費負担の面から見ても合理性を持っている。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	◎精神科リエゾンチームの人的構成要件 i. 5年以上も経験を有する専任の精神科医 ii. 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 iii. 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人。
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	その他 A230-4 -
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	精神科リエゾンチームの中で最も大きな役割を持ち、時間的にも費やす時間が多くなる可能性を持っているのは、特定の資格をもち精神科臨床経験を持つ看護師であることは、リエゾナーズの例を見ても明らかである。従って看護師要件は選任あるいは専従どちらかでも可とするのが臨床の現実になっている。但し看護師が専従の場合は、現在専従構成要因とされている精神保健福祉士、作業療法士等は専任とするのが人件費負担の面から見ても合理性を持っている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科リエゾンチーム加算取得病院の数は平成28年度診療報酬改定の影響で大きく増え、平成28年10月段階で137に達した。今後も加算取得に当たって障害となっていた有資格看護師の数の増加が予想されるため、リエゾンチームの数の増加とそれに伴う経験の集積及び共有による質の向上が期待できる。当学会の調査では1チームあたり対象患者は約17名、介入回数は約2回(算定可能なのは1回)となる。平成29年4月以後更に数は増加し200に近づくと推測される。
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	前の人数(人) 116,450 後の人数(人) 170,000 前の回数(回) 50 後の回数(回) 100

<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>	<p>精神科リエゾンチーム加算取得病院の数は平成28年度診療報酬改定の影響で大きく増え、平成28年10月段階で137に達した。今後も加算取得に当たって障害となっていた有資格看護師の数の増加が予想されるため、リエゾンチームの数の増加とそれに伴う経験の集積及び共有による質の向上が期待できる。日本総合病院精神医学会や日本精神保健看護学会でも重要視している。</p>
<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p>	<p>当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること</p>
<p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>①5年以上の経験を有する専任の精神科医②精神科などの経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師→専従ないし専任に変更③精神科病院などでの精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人</p>
<p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案(厚労省平成24年度障害者総合福祉推進事業成果物)が参考にされている</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 算定不能</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名 その他</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス金額(円) 0 その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 算定不能</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特に無し</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本精神神経学会</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案(厚労省平成24年度障害者総合福祉推進事業成果物) 2) 著者 小石川比良委、見野耕一ら 3) 概要(該当ページについても記載) リエゾンチーム医療の定義、リエゾンチーム活動の実際、スタッフに向けた活動、具体的局面の介入、地域に向けた活動などを日本で始めてまとめ上げ、一般医療と精神医療の連携に向けて精神科リエゾンチーム活動の持つ意味を明らかにした。チームの中での看護師の役割の重要性についても詳細な説明を加えた。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	289201
申請技術名	小児心臓超音波検査技術料算定
申請団体名	日本超音波医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	215-3 イ
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	4歳以下の乳幼児において鎮静剤使用による鎮静化での心エコー検査を実施した場合、これまでの経胸壁心エコー法880点に120点を加算し、1000点への増点を提案する。
再評価が必要な理由	乳幼児に心エコー検査を施行するにあたっては複雑な先天性心疾患を診断するために鎮静が重要であるが、いかに安全に鎮静を行うかが問題がある。さらに十分な安全を確保することが重要である。①使用する薬剤はトリクロロスナトリウム20-80mg/kg(最大2g)頓服、または抱水クロラール30-50mg/kg座薬頓用とすること、②鎮静中は経皮的酸素飽和度モニターを装着し心エコー術者は絶えずモニターを監視すること、③経皮的酸素飽和度モニターによる血中酸素飽和度および心拍数が値を示さないとき、また鎮静前より酸素飽和度が10%以上の低下、心拍数が60/分以下の除脈を示すときは直ちにPALS有資格者を招集できる体制であること、④酸素投与、気道確保、陽圧呼吸、鎮静拮抗薬、心肺蘇生に必要な薬剤、除細動器、等の設備・物品の準備が直ちにできる必要がある。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	4歳以下の乳幼児においては鎮静への協力が得られることはほとんどない。さらに、小児の複雑型先天性心疾患の十分な形態・血行動態評価を行うためには、成人より長い検査時間が必要である。このため4歳以下の乳幼児に対する心エコー検査において十分な検査評価を得るためには、鎮静剤による鎮静が必要である。小児の鎮静に際しては適切なモニター管理が必要であり、さらに小児への薬剤投与のためには看護師の介助も必要で、人手が必要となる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者:4歳以下の乳幼児 技術内容:鎮静剤投与によるモニター監視下に施行する心臓超音波検査 留意事項:モニター監視下の検査である看護師の介助など人手が必要
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	215-3 イ
技術名	小児心臓超音波検査技術料算定
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	全米の鎮静時の有害事象調査(Cote et al. Pediatrics 2000 106:633-644)では、minimal sedationの代表的薬剤である抱水クロラールでも13例の致命的または重篤な神経後遺症が報告されている。小児におけるより安全な鎮静の指針は日本小児循環器学会にて準備中である。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成23年社会医療診療行為別調査、0-4歳の経胸壁心エコー回数より推計。また社会生活統計指標2007から出生数が年間約6.7%減少していると考えられるため、当該技術を必要とする患者も6%程度減少するものとする。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 194,664 後の人数(人) 182,984
・年間実施回数	前の回数(回) 194,664 後の回数(回) 182,984
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	乳幼児の心疾患の診断・管理において心エコー検査は必須の検査であるが、複雑型先天性心疾患などの正確な評価ができるためには、高度な専門知識の取得を要する。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 小児科を標榜する施設 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 小児の鎮静および小児の心肺蘇生法に精通した小児科専門医およびPALS資格取得者が常勤する施設 その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 鎮静中は経皮的酸素飽和度モニターにて小児の状態を監視でき、万一の急変時に際しては速やかに対処できる施設マニュアルの準備ができていない施設。

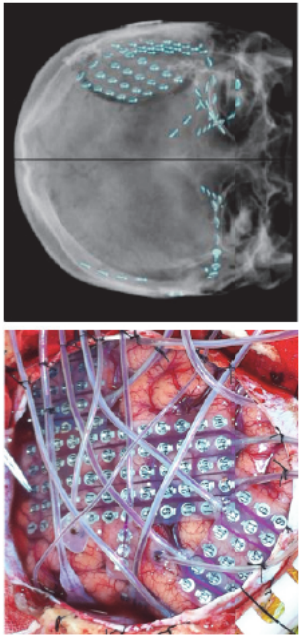
⑥安全性・副作用等のリスクの内容と頻度	極めてまれに過度の鎮静による呼吸停止、血圧低下などが起こる可能性がある。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特になし
⑧点数等の見直しの場合	見直し前 880 見直し後 1,000 見直し後の点数の根拠 4歳以下の乳幼児では、成人に比べて心エコー検査を施行にあたり、人手と時間がかかることから1000点が妥当な評価であると提案する。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 D_検査 番号 215-3イ 技術名 経胸壁心エコー
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) 219,580,800 その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) 平成23年社会医療診療行為別調査、0-4歳の経胸壁心エコー回数より推計した182,984症例に対して心エコー検査を施行した場合、 $182,984 \times 1000 \times 10 = 1,829,840,000$ 円となる。このうち増加分は $182,984 \times 120 \times 10 = 219,580,800$ 円となる。出生率が減少しているの今後予想される医療費は減少すると推定される。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児循環器学会、日本小児科学会、日本未熟児新生児学会
⑭参考文献1	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 概要(該当ページについても記載) 特になし
⑭参考文献2	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 概要(該当ページについても記載) 特になし
⑭参考文献3	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 概要(該当ページについても記載) 特になし
⑭参考文献4	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 概要(該当ページについても記載) 特になし
⑭参考文献5	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 概要(該当ページについても記載) 特になし

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	291201
申請技術名	長期継続頭蓋内脳波検査
申請団体名	日本てんかん学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	235-2
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	現行 500 点より 7,000 点への増点を提案する。
再評価が必要な理由	1. 手術で留置した頭蓋内電極を用いるため、被検者の安全確保や電極管理に要する医療スタッフの人員費や材料費は、頭皮脳波(1日900点)や睡眠ポリグラフ(1日3,300点)に比較して明らかに大きい。 2. 記録電極数とデータ量がきわめて多く、記録に要するメディアや結果解析に携わる医療スタッフの人員費も頭皮脳波や睡眠ポリグラフ(1日3,300点)に比較して明らかに大きい。 3. 国内主要7施設における内保連コスト調査において平均値・中央値とも70,000円であった。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	算定点数を1日500点から1日7,000点に増点。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象: 難治性てんかん患者 ・硬膜下電極または深部電極を用いて頭蓋内脳波を測定 ・患者1人につき14日間を限度として、1日500点を算定 ・施設基準(脳神経外科を標榜する病院、脳神経外科常勤医師が1名以上配置されている)に適合する保険医療機関
診療報酬区分_再掲	D 検査
診療報酬番号_再掲	235-2
技術名	長期頭蓋内脳波検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	1. 手術で留置した頭蓋内電極を用いるため、被検者の安全確保や電極管理に要する医療スタッフの人員費や材料費は、頭皮脳波(1日900点)や睡眠ポリグラフ(1日3,300点)に比較して明らかに大きい。 2. 記録電極数とデータ量がきわめて多く、記録に要するメディアや結果解析に携わる医療スタッフの人員費も頭皮脳波や睡眠ポリグラフ(1日3,300点)に比較して明らかに大きい。 3. 国内主要7施設における内保連コスト調査において平均値・中央値とも70,000円であった。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	当検査は、高度の専門性を要する検査であり、対象となる薬剤抵抗性てんかんの患者数、施行施設数とも大きな変化はないと推定される。学会調査によれば1人平均10日、1施設年間平均5人、全国での施設数は約20である。
年間対象患者数の変化	前の回数(回) 100 後の回数(回) 100
年間実施回数の変化等	前の回数(回) 1,000 後の回数(回) 1,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんに対する外科的治療の適応や手術法・治療範囲決定のために必要である。これは国内外でガイドライン等にも明記されている(日本てんかん学会、日本神経学会など)。 本検査は、難治性てんかんに対する外科的治療の十分な経験を有する施設において行われる高度に専門的な技術である。国内で年間5件以上の検査を行っている施設は約20施設である。

<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p> <p>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p> <p>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>長期継続頭蓋内脳波検査中には、頭蓋内感染・創部感染・頭蓋内出血・てんかん発作の重症化などのリスクがある。これらのリスクの頻度は約10%以上である(参考文献参照)。これらのリスクは早期発見によって適切に対処すればほとんどは回復可能であるが、対処の遅延や不適切な対処により生命の危険もある。被検者の安全確保や電極管理に十分な労力を必要とする所以である。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>		<p>なし</p>
<p>⑧点数等の見直し の場合</p>	<p>見直し前 見直し後 見直し後の点数の根拠</p>	<p>500 7,000 国内主要7施設における内保連コスト調査において平均値・中央値とも70,000円であった。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名</p>	<p>その他 なし なし</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>3,000,000 増点した場合: 増点分37,000円×1000回/年 = 37,000,000円/年の増加。(⑩その他に記したように、ほとんどの算定は現行の500点ではなく、他の項目(睡眠ポリグラフィーなど)で算定されていると考えられるため、増点分は 7,000-3,300 = 3,700点 = 37,000円とした。) / 増点しない場合: 増点しないことによる1人あたりの合併症発生率を 4% と見積もり、1件の合併症発生による医療費増加分を 10,000,000円と見積もると、10,000,000円/人 × 100 人/年 × 0.04 = 40,000,000円/年。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>		<p>なし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>日本脳神経外科学会(伊達勲理事)、日本神経学会(池田昭夫理事)、日本臨床神経生理学会(上坂和義理事)、日本小児神経学科(田角勝理事)</p>
<p>⑭参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Pitfalls in ictal EEG interpretation Gaspard N, et al. 頭蓋内脳波記録では、質の高い電極や記録システムを使用しないことによって、誤まった診断を下し、誤った部位の脳を切除する危険性がある(S38-S40)。</p>
<p>⑭参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>The clinical effectiveness and cost-effectiveness of technologies used to visualise the seizure focus in people with refractory epilepsy being considered for surgery: a systematic review and decision-analytical model Burch J, et al. 頭蓋内脳波記録の臨床的有用性と対費用効果についてシステム化レビュー。論文全体が有用だが、特にP3, P4, P19, P48, P51。</p>
<p>⑭参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Guideline Twelve: Guidelines for Long-Term Monitoring for Epilepsy American Clinical Neurophysiology Society 長時間頭蓋内脳波記録に関する人的、設備的、技術的基準が簡潔にまとめられている。</p>
<p>⑭参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Major and minor complications in extraoperative electrocorticography: A review of a national database Rolston JD et al. 長時間頭蓋内脳波記録の合併症率について。米国の National database によれば約10%である。P27。</p>
<p>⑭参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)</p>	<p>-</p>

「長期継続頭蓋内脳波」の増点について

長期継続頭蓋内脳波 = 専門的技術（国内外で推奨検査として既に確立している）



手術で挿入した頭蓋内電極を使用
 最大250極の脳波を24時間持続記録
 ↓
 頭蓋内脳波を解析してかんかん焦点を同定
 ↓
 焦点切除などの治療手術



1. 被験者の安全確保と電極管理
2. 多チャンネル脳波データの記録と解析
3. 経費は1日あたり70,000円
 (国内主要7施設での内保連コスト調査による)

**電極管理や脳波解析を怠れば
 合併症・医療事故・その後の治療手術の転帰の
 悪化につながる！**

**1日あたり（最大14日）
 現行 500点
 ↓
 7,000点**

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	292201
申請技術名	人工腎臓
申請団体名	一般社団法人日本透析医学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	J 処置
診療報酬番号	038
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	無
提案の概要	J038人工腎臓「注8:区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限る。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者に対してはこの限りではない」の算定の上限を、「週3回の人工腎臓では管理困難な高度の心不全を有する患者に対し1月に16回に限り算定可能」とする
再評価が必要な理由	現状の週3回の人工腎臓は間歇的治療であり、しかも中2日の透析間隔時に心不全の増悪が見られ死亡率、入院率が増加している。高度の心不全を有する透析患者では月あたり16回に透析回数を増加することにより体液管理が可能となり心不全増悪予防、死亡率・入院率の低減が計れる。とくに高度の心不全症例の在宅管理の選択肢の拡大が予想される。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	J038人工腎臓「注8:区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限る。の算定の上限を、「週3回の人工腎臓では管理困難な高度の心不全を有する患者に対し1月に16回に限り算定可能」とする
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象:慢性血液透析患者、J038人工腎臓1~3「注8:区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限る。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者に対してはこの限りではない」
診療報酬区分 再掲	J 処置
診療報酬番号 再掲	038
技術名	人工腎臓
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	★血液透析では中2日の透析間隔(金～月に死亡・入院率が上昇している。曜日による死亡率:アメリカ透析データ(USRDS 文献1)では死亡リスク月・火曜日対他曜日=22.1対18/100person-year。日本欧米の血液透析比較試験(DOPPS 文献2)の日本データでは死亡率月曜日17.9%と他曜日平均13.7%。★Yamadaら論文では日本の導入期透析患者でEF<30%は1.4%でその1年死亡率は30%であり予後不良である(文献3)★透析回数を増加させることにより中2日の透析間隔が少なくなり高度の心不全を有する症例の予後改善が予想される★日本透析医学会血液透析処方ガイドライン(文献4)では「心不全兆候や透析中の血行動態が不安定な症例」には透析時間・回数の増加を推奨している。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	NYHA 3度以上かつ心エコー左室駆出分画ejection fraction (EF)30%以下で、週3回のHDではコントロール困難で、1年間に一度以上心不全で入院を要する症例は文献3より1~2%(2015年末の慢性HD患者313,724人(文献5)の内3100~6200名、平均4700名)と推定される。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 4,700 後の人数(人) 4,700
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 789,600 後の回数(回) 902,400
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	すでに既存技術であり確立している
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 無 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 無 その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) European Best Practice Guidelines on haemodialysis 2007、日本透析学会血液透析ガイドライン(http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1637.html)

⑥安全性・副作用等のリスクの内容と頻度	これまでの技術と同じであり担保されている
⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	無
⑧点数等の見直しの場合	見直し前 0 見直し後 0 見直し後の点数の根拠 0
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分番号 その他 無 技術名 人工腎臓は血液透析の第一の処置であり、代替えとなる技術、減点・削除が可能な項目はない。
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス金額(円) + 406,820,000 その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。) ④より4700名が対象、現状4700名x2175点(J035-1口4-5時間)x12か月x14回=17,173,800,000円、★回数月16回への増加、4700名x2010点(J035-1イ4時間未満、増加の多くは短時間と推定のため)x12か月x2回=2,267,280,000円増加、しかし死亡率30%が透析患者平均死亡率の9.6%(文献5)に改善するとすると4700名で死亡数959名減少、死亡透析患者平均入院費用194万(DPCデータより抽出参考資料)より1,860,460,000円減少 ★差し引き406,820,000円増加
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他	なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	公益社団法人日本透析医学会
⑭参考文献1	1) 名称 N Engl J Med 2011;365:1099-107.:Long Interdialytic Interval and Mortality among Patients Receiving Hemodialysis 2) 著者 Robert N. Foley, M.B., David T. Gilbertson, Ph.D., Thomas Murray, M.S., and Allan J. Collins, M.D. 3) 概要(該当ページについても記載) アメリカ透析データ(USRDS)で曜日による死亡入院数を解析し、死亡と入院リスクが第一透析曜日(月・火)に多くなっており(p1104fig1)、死亡率は第一曜日対他曜日=22.1 対 18 /100person-yearの差であることを示し、最大透析間隔がリスクであることを証明した。
⑭参考文献2	1) 名称 Kidney International (2012) 81, 1108-1115:Dialysis outcomes and analysis of practice patterns suggests the dialysis schedule affects day-of-week mortality 2) 著者 Zhang H, Schaubel DE, Kalbfleisch JD, Bragg-Gresham JL, Robinson BM, Pisoni RL, Canaud B, Jadoul M, Akiba T, Saito A, Port FK, Saran R, Friedrich K, Port3 and Rajiv Saran 3) 概要(該当ページについても記載) 血液透析患者の国際比較試験であるDialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)を解析し、曜日による死亡数の日本、米国、EU比較ではいずれの地域でも第一透析日に死亡率が高く、日本では死亡率月曜日17.9%と他曜日平均13.7%であり(p1110,fig 2,3)、最大透析間隔の死亡へのリスクを示した
⑭参考文献3	1) 名称 Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5:1793-8.:Prognostic value of reduced left ventricular ejection fraction at start of hemodialysis therapy on cardiovascular and all-cause mortality in end-stage renal disease patients. 2) 著者 Yamada S, Ishii H, Takahashi H, Aoyama T, Morita Y, Kasuga H, Kimura K, Ito Y, Takahashi R, Toriyama T, Yasuda Y, Hayashi M, Kamiya H, Yuzawa Y, Maruyama S, Matsuo S, Matsubara T, Murohara T. 3) 概要(該当ページについても記載) 日本の導入期透析患者を心エコー左室駆出分画EFで分類しその予後を見た。EF<30%は導入透析患者の1.4%であり、その1年死亡率他のEF群に比して不良であり、1年生存率は30%と予後不良である(p1795 Table 2, Fig 1, 2)。心機能不良は生命予後のリスク因子である。
⑭参考文献4	1) 名称 透析会誌46 :587~632, 2013:一般社団法人日本透析医学会維持血液透析ガイドライン:血液透析処方 2) 著者 一般社団法人日本透析医学会 3) 概要(該当ページについても記載) 日本透析医学会透析処方ガイドライン、第5章—III透析スケジュール(p620)では「通常の血液透析では管理困難な兆候を有する症例。(1)心不全兆候を認める、または透析中の血行動態が不安定な症例」に対して「透析時間の増加、回数の増加を考慮すべき」としている。
⑭参考文献5	1) 名称 わが国の慢性透析療法の現況2015年12月31日現在 2) 著者 日本透析医学会 3) 概要(該当ページについても記載) 日本透析医学会統計調査データ、透析患者総数324,986人の内血液透析患者313,724人(p2)。年別粗死亡率9.6%(p26) ファイルが大きいため一部のみ抽出、 http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html よりダウンロード可能

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	293201
申請技術名	D231-2 皮下連続式グルコース測定
申請団体名	日本糖尿病学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	231-2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	現行の施設基準(1)に以下に述べる要件を加える。
再評価が必要な理由	<p>糖尿病の日々の治療目標のひとつに、血糖変動の安定化が挙げられる。当該技術は、これまで見逃されていた夜間の低血糖や食後の急激な血糖変動を、時間軸をもって把握することができる。</p> <p>しかし、診療所での当該技術の施設基準の届出数はわずか59件であった。重症低血糖リスクのあるインスリン療法を行っている糖尿病患者は10万人いるといわれているなか、多くの患者が通院しているであろう診療所で実施できていない。その理由に「常勤の医師が2名以上配置されていること」が考えられた。そのため、常勤の医師が1名の施設においても当該技術を算定可能とするため、施設基準の緩和を希望する。</p>
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	<p>当該検査は血糖変動をモニタリングし、無自覚性の低血糖や高血糖を視覚的にとらえるものである。施設基準の定めのない血糖自己測定器と同様のモニタリングデバイスであり、検査自体は複数の専門的医師の関与が必要な有害事象を招かず、また重大な不具合の報告もない。海外においてもこの使用について人員要件はない（新参考文献1）。</p> <p>慢性疾患である糖尿病の管理では、患者の当該疾患について責任を持つ医療機関が、十分な専門知識と経験に基づき継続的に患者と患者背景に見合った個別の治療目標を共有したうえで血糖及び患者の全身状態をコントロールすることが重要である。かつ、無自覚性低血糖は運転免許の更新時に申告が必要な疾患となっており、低血糖の改善、重症化予防は社会的な課題でもある。</p> <p>そのため、医師の負担軽減や他の医療従事者の専門性発揮のため、チーム医療でタスクシェアリングを行っている医療機関においても当該技術が算定されるように、施設基準の人的配置に要件を追加する。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>当該検査は血糖プロフィールを必要とする1型糖尿病患者、および血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者に対して、所定の期間内で皮下にグルコース濃度測定電極を留置し血糖変動を観察するものである。これに対する施設基準は、</p> <p>(1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。</p> <p>(2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。</p>
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	231-2
技術名	皮下連続式グルコース測定（一連につき）

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 	<p>当該検査は、より多くの低血糖状態を発見し、かつHbA1cの低下をもたらす(参考文献2)ことが証明されており、アメリカ臨床内分泌学会では検査使用のガイドラインが設けられている(新規参考文献1)。現在の施設基準の届出数は病院662件、診療所59件(2016年10月中医協総会資料)で圧倒的に後者での実施が低い。この理由としては、専門の知識を持つ糖尿病専門医が在籍する診療所は349件あるが、そのうちで常勤の医師が1名のみ所属する診療所は339件(97.1%)と大部分をしめることが一因として挙げられる。</p> <p>診療所に通院する糖尿病患者には当該検査受診の機会が喪失されており、無自覚性の低血糖や高血糖を改善しないまま治療下にあるものが多数存在すると考えられる。</p> <p>また、運転免許関連では、安全な運転に支障のある一定の病気として無自覚性の低血糖症が挙げられており(新規参考文献3)、虚偽の申請による免許の更新などには罰則が設けられている。特に地方においては車が必須の移動手段という場合もあり、日常生活の必要性からも低血糖の早期発見、重症化予防のために適切な運用が必要である。</p> <p>そこで、国内の糖尿病治療に従事する保険医療機関に広く分布する日本糖尿病療養指導士(日本糖尿病療養指導士認定機構2016年6月時点19,062名)の活用を策す。</p> <p>この資格は、糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を持ち、医師の指示の下で患者に療養指導を行うことのできる熟練した経験を有する者を指し(日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページより)、糖尿病透析予防指導管理料の施設基準にも同等の人員が指定されている。これが所属する診療所でも、現行の条件1と同等の専門性が担保できると考えられる。</p> <p>また、健康被害に関わる有害事象の件数はM社センサの3年間の出荷総数17万4870本のうち8件(発生率0.0046%)であり、重大な健康被害につながった事例はない。</p>								
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p> <p>・年間対象患者数の変化</p> <p>・年間実施回数の変化等</p>	<p>再評価による対象患者数に変化はないが、実施回数は増加すると想定される。</p> <table border="1" data-bbox="507 772 1391 869"> <tr> <td>前の回数(人)</td> <td>100,000</td> </tr> <tr> <td>後の回数(人)</td> <td>100,000</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>8,076</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>11,772</td> </tr> </table>	前の回数(人)	100,000	後の回数(人)	100,000	前の回数(回)	8,076	後の回数(回)	11,772
前の回数(人)	100,000								
後の回数(人)	100,000								
前の回数(回)	8,076								
後の回数(回)	11,772								
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) <p>施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要とされる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>本学会の出版する「糖尿病治療ガイドライン2016年」では、2型糖尿病と特定の1型糖尿病において当該技術はHbA1cの改善に有用であり、特に夜間の無自覚性低血糖の検出に有効である。この使用に関してのリスクなどは記載されていない。</p> <p>特になし</p> <p>糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。</p> <p>もしくは、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、糖尿病指導に従事した経験を2年以上有し、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行ったものであって、適切な研修を修了した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。</p> <p>ア. 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。</p> <p>イ. 糖尿病患者への基礎知識、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。</p> <p>ウ. 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師等が行う演習が含まれるものであること。</p> <p>エ. 通算して10時間以上のものであること。</p> <p>持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。</p>								
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>使用するグルコースセンサは在宅医療機器として確立された技術と同様のものであるため難易度は全く高くない。</p>								
<p>⑦倫理性・社会的妥当性</p> <p>(問題点があれば記載)</p>	<p>特になし</p>								
<p>⑧点数等の見直しの場合</p>	<table border="1" data-bbox="507 1534 1391 1653"> <tr> <td>見直し前</td> <td>700</td> </tr> <tr> <td>見直し後</td> <td>700</td> </tr> <tr> <td>見直し後の点数の根拠</td> <td>特になし</td> </tr> </table>	見直し前	700	見直し後	700	見直し後の点数の根拠	特になし		
見直し前	700								
見直し後	700								
見直し後の点数の根拠	特になし								
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<table border="1" data-bbox="507 1653 1391 1720"> <tr> <td>区分番号</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特になし</td> </tr> </table>	区分番号	その他	技術名	特になし		特になし		
区分番号	その他								
技術名	特になし								
	特になし								
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>その根拠(⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<table border="1" data-bbox="507 1720 1391 1780"> <tr> <td>プラス又はマイナス金額(円)</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>49,452,000</td> </tr> </table> <p>社会診療医療行為別調査2016年版より算出した2015年の当該技術の年間実績はおよそ8,076件/年であり、当該技術の2015年10月届出施設数は741件であった。1施設あたり年間10.9回の実施と試算された。緩和で拡大される糖尿病の経験を持つ医師が1名のみ所属する施設数339件(A社調査)に、推定年間実施回数(339件×10.9回)を1回の医療費(検査700点+センサ6,380円)で積算しプラスされる医療費の金額を算出した。</p>	プラス又はマイナス金額(円)	+		49,452,000				
プラス又はマイナス金額(円)	+								
	49,452,000								

①算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
②その他	-
③当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児内分泌学会
⑭参考文献1	<p>1) 名称 PROCEEDING FROM THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY CONSENSUS CONFERENCE ON GLUCOSE MONITORING</p> <p>2) 著者 The Glucose Monitoring Consensus Conference Writing Committee</p> <p>3) 概要(該当ページについても記載) アメリカ臨床内分泌学会が2015年に発行したグルコースモニタに関するコンセンサスステートメントであり、技術の詳細、患者ケア、経済効果などについて記載している。 8頁目“Patient Access to CGM Technology”の項目では、施設基準による実施施設に条件を付ける文言は見当たらず、むしろ低血糖を改善するために強化インスリン療法をしている患者に当該技術を強く勧める文言が表現されている。</p>
⑭参考文献2	<p>1) 名称 Continuous Subcutaneous Glucose Monitoring in Children With Type 1 Diabetes</p> <p>2) 著者 H. Peter Chase et al.</p> <p>3) 概要(該当ページについても記載) この研究は、強化インスリン療法中のコントロール不良の1型糖尿病患者において、当該技術がHbA1cを改善させ、夜間低血糖を検出するのかどうかを調査した。 3頁目“RESULTS”より、血糖自己測定のみを使用した患者群と当該技術を使用した患者群を比較したところ、当該技術を使用した群において有意差を持ってHbA1cが改善し、低血糖イベントが減少した。特に夜間低血糖を検出できたのは当該技術のみであった。</p>
⑭参考文献3	<p>1) 名称 警察庁丁運発第146号平成28年9月30日 一定の病気等に係る運転免許関係事務に関する運用上の留意事項について</p> <p>2) 著者 警察庁交通局運転免許課長</p> <p>3) 概要(該当ページについても記載) 運転免許の拒否等又は取消し事由等となる自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのある病気として、28頁目以降、「4.無自覚性の低血糖症」が挙げられている。 また、医師の診断が運転免許の拒否または取り消しに関わる項目として「以下のいずれかの場合には拒否等は行わない。 a 医師が「意識の消失その他自動車等の安全な運転に支障を及ぼす症状(以下「意識消失等」という。)の前兆を自覚できており、)運転を控えるべきとはいえない」旨の診断を行った場合 b 医師が「意識消失等の前兆を自覚できないことがあるが、運転中における意識消失等を防止するための措置が実行できると認められることから、)運転を控えるべきとはいえない」旨の診断を行った場合」と記載されている。</p>
⑭参考文献4	<p>1) 名称 -</p> <p>2) 著者 -</p> <p>3) 概要(該当ページについても記載) -</p>
⑭参考文献5	<p>1) 名称 -</p> <p>2) 著者 -</p> <p>3) 概要(該当ページについても記載) -</p>

技術（D231-2皮下連続式グルコース測定）の概要図

対象疾病：糖尿病

診療報酬上の扱い：

【D231-2 皮下連続式グルコース測定（一連につき） 700 点】

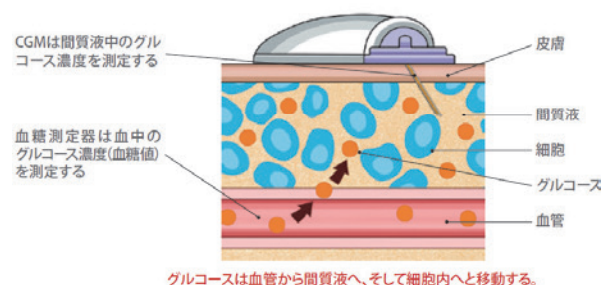
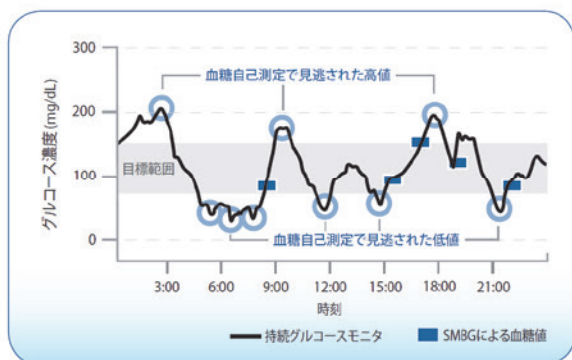
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【施設基準】

(1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
(2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

技術の概要：

従来の検査などでは把握できない血糖自己測定（以下SMBG）の合間のグルコース（血糖）変動の傾向を発見し、その変動を修正することによって、より良い血糖コントロールの実現に近づけるための治療に活かすことを目的としている。



装着例

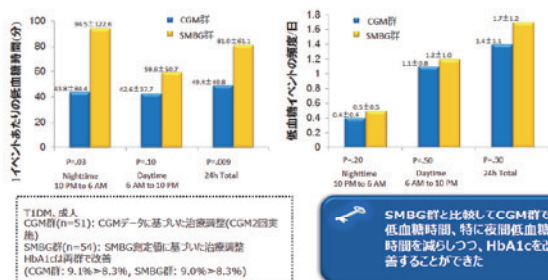


皮下の間質液中グルコース濃度は血糖値に比例する

- ✓ 皮下に留置されたセンサは間質液と呼ばれる血管と細胞の間の液に含まれるグルコース濃度を測定する。SMBGは毛細血管中のグルコース濃度（血糖値）を測定する。
- ✓ グルコース（主に炭水化物由来）は血管から出て皮下の間質液を通過して細胞に到達する。皮下の間質液で記録されたグルコース濃度は毛細血管で記録された血糖値より5～15分遅れる。

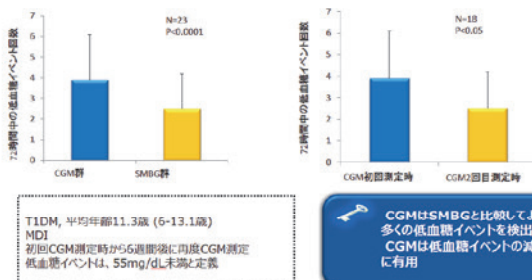
有効性：

Tanenberg Study: CGMは低血糖リスクを増大させることなく、HbA1cを改善するのに有用であることが示唆された



Tanenberg R et al.
Use of the continuous glucose monitoring system to guide therapy in patients with insulin-treated diabetes. A randomized controlled trial.
Diabetologia. 2004 Dec;17(12):1521-1526.

Schlaffl Study: CGMは低血糖検出に有効であり、低血糖イベント減少に有用であることが示唆された



Schlaffl R et al.
The Continuous Glucose Monitoring System (CGMS) in type 1 diabetic children in the way to reduce hypoglycemic risk.
Diabetes Metab Res Rev. 2002; 18: 324-329.

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	293202
申請技術名	C152-2 持続血糖測定器加算
申請団体名	日本糖尿病学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	（提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	C 在宅医療
診療報酬番号	152-2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	現行の施設基準(1)に以下に述べる要件を加える。
再評価が必要な理由	<p>糖尿病の日々の治療目標のひとつに、血糖変動の安定化が挙げられる。当該技術はこれまで見逃されていた夜間の低血糖や食後の急激な血糖変動を、時間軸をもって把握することができる。</p> <p>当該技術は算定の留意事項に「持続皮下インスリン療法を行っている者」とあるように、持続皮下インスリン療法（C152間歇注入シリンジポンプ加算）と当該技術を同時に使用するものである。C152に施設基準は設けられていない。しかし当該技術は共に評価提案書を出すD231-2と同様の施設基準が設けられている。</p> <p>診療所での施設基準の届出数はわずか59件であった。多くの診療所に通う患者で持続皮下インスリン療法を行っている者は、当該技術を算定することができない。その理由に「常勤の医師が2名以上配置されていること」が考えられた。そのため、常勤の医師が1名の施設においても当該技術を算定可能とするため、施設基準の緩和を希望する。</p>
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	<p>当該技術は血糖変動をモニタリングし、無自覚性の低血糖や高血糖を視覚的にとらえるものである。施設基準の定めのない血糖自己測定器と同様のモニタリングデバイスであり、技術自体は複数の専門的医師の関与が必要な有害事象を招かず、また重大な不具合の報告もない。海外においてもこの使用について人員要件はない（新参考文献1）。</p> <p>慢性疾患である糖尿病の管理では、患者の当該疾患について責任を持つ医療機関が、十分な専門知識と経験に基づき継続的に患者と患者背景に見合った個別の治療目標を共有したうえで血糖及び患者の全身状態をコントロールすることが重要である。かつ、無自覚性低血糖は運転免許の更新時に申告が必要な疾患となっており、低血糖の改善、重症化予防は社会的な課題でもある。</p> <p>そのため、医師の負担軽減や他の医療従事者の専門性発揮のため、チーム医療でタスクシェアリングを行っている医療機関においても当該技術が算定されるように、施設基準の人的配置に要件を追加する。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者及び2型糖尿病患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者に対して、皮下に血糖測定電極を留置し血糖変動を持続的に観察するものである。これに対する施設基準は、</p> <p>(1) 糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。</p> <p>(2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。となっている。</p>
診療報酬区分 再掲	C 在宅医療
診療報酬番号 再掲	152-2
技術名	持続血糖測定器加算

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 	<p>当該技術は、より多くの低血糖状態を発見し、かつHbA1cの低下をもたらすことが証明されており(新参考文献2)、アメリカ臨床内分泌学会及び日本糖尿病学会においてもガイドラインが設けられている(新規参考文献1)。特に、既存の血糖自己測定では検出の難しかった、突発性の無自覚性低血糖や食後の高血糖の検出に優れている。</p> <p>現在の施設基準の届出数は病院662件、診療所59件(2016年10月中医協総会資料)で圧倒的に後者での実施が低い。この理由としては、専門の知識を持つ糖尿病専門医が在籍する診療所は349件あるが、そのうちで常勤の医師が1名のみ所属する診療所は339件(97.1%)と大部分をしめることが一因として挙げられる。</p> <p>診療所に通院する糖尿病患者には当該検査受診の機会が喪失されており、無自覚性の低血糖や高血糖を改善しないまま治療下にあるものが多数存在すると考えられる。</p> <p>また、運転免許関連では、安全な運転に支障のある一定の病気として無自覚性の低血糖症が挙げられており(新規参考文献3)、虚偽の申請による免許の更新などには罰則が設けられている。特に地方においては車が必須の移動手段という場合もあり、日常生活の必要性からも低血糖の早期発見、重症化予防のために適切な運用が必要である。</p> <p>そこで、国内の糖尿病治療に従事する保険医療機関に広く分布する日本糖尿病療養指導士(日本糖尿病療養指導士認定機構2016年6月時点19,062名)の活用を策す。</p> <p>この資格は、糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を持ち、医師の指示の下で患者に療養指導を行うことのできる熟練した経験を有する者を指し(日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページより)、糖尿病透析予防指導管理料の施設基準にも同等の人員が指定されている。これが所属する診療所でも、現行の条件1と同等の専門性が担保できると考えられる。</p> <p>また、健康被害に関わる有害事象の件数はM社センサの3年間の出荷総数17万4870本のうち8件(発生率0.0046%)であり、重大な健康被害につながった事例はない。</p>												
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p> <table border="1"> <tr> <td>・年間対象患者数の変化</td> <td>前の人数(人)</td> <td>4,774</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後の人数(人)</td> <td>4,774</td> </tr> <tr> <td>・年間実施回数の変化等</td> <td>前の回数(回)</td> <td>5,448</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後の回数(回)</td> <td>26,100</td> </tr> </table>	・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	4,774		後の人数(人)	4,774	・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	5,448		後の回数(回)	26,100	<p>再評価による対象患者数に変化はないが、実施回数は増加すると想定される。</p>
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	4,774											
	後の人数(人)	4,774											
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	5,448											
	後の回数(回)	26,100											
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) <hr/> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要とされる要件を、項目毎に記載すること)</p> <table border="1"> <tr> <td>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</td> <td>糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。 もしくは、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、糖尿病指導に従事した経験を2年以上有し、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行ったものであって、適切な研修を修了した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア. 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。 イ. 糖尿病患者への基礎知識、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。 ウ. 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師等が行う演習が含まれるものであること。 エ. 通算して10時間以上のものであること。</td> </tr> <tr> <td>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</td> <td>持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。</td> </tr> </table>	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	特になし	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。 もしくは、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、糖尿病指導に従事した経験を2年以上有し、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行ったものであって、適切な研修を修了した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア. 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。 イ. 糖尿病患者への基礎知識、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。 ウ. 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師等が行う演習が含まれるものであること。 エ. 通算して10時間以上のものであること。	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。	<p>本学会の出版する「糖尿病治療ガイドライン2016年」では、1型と2型の糖尿病患者においてこの技術はHbA1cの改善に有用であり、更に低血糖頻度の減少にも有用である。この使用に関してのリスクなどは記載されていない。</p>						
施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	特になし												
人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。 もしくは、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、糖尿病指導に従事した経験を2年以上有し、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行ったものであって、適切な研修を修了した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア. 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。 イ. 糖尿病患者への基礎知識、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。 ウ. 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師等が行う演習が含まれるものであること。 エ. 通算して10時間以上のものであること。												
その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。												
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>使用するグルコースセンサは在宅医療機器として確立された技術と同様のものであるため難易度は全く高くない。</p>												
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>特になし</p>												
<p>⑧点数等の見直し の場合</p> <table border="1"> <tr> <td>見直し前</td> <td>1,320</td> </tr> <tr> <td>見直し後</td> <td>1,320</td> </tr> </table> <p>見直し後の点数の根拠</p>	見直し前	1,320	見直し後	1,320	<p>特になし 上記欄が文字入力不可のため、当欄に技術料を記入する</p> <p>1 2個以下の場合 1,320 点 2 4個以下の場合 2,640 点 3 5個以上の場合 3,300 点</p>								
見直し前	1,320												
見直し後	1,320												

⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名	その他 特になし 特になし
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) その根拠 1(⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	+ 136,737,900 社会診療医療行為別調査2016年版より算出した2015年の当該技術の年間実績はおよそ57,288件/年であり、当該技術の2015年10月届出施設数は741件であった。1施設あたり年間77回の算定と試算された。緩和で拡大される糖尿病の経験を持つ医師が1名のみ所属する施設数339件(A社調査)に、推定年間実施回数(339件×77回)を1回の医療費(5個以上3,300点+プログラム付きシリンジポンプを用いてトランスミッターを使用した場合は3,230点)で積算し、プラスされる医療費の金額を算出した。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児内分泌学会
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	PROCEEDING FROM THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY CONSENSUS CONFERENCE ON GLUCOSE MONITORING The Glucose Monitoring Consensus Conference Writing Committee アメリカ臨床内分泌学会が2015年に発行したグルコースモニタに関するコンセンサスステートメントであり、技術の詳細、患者ケア、経済効果などについて記載している。 8頁目“Patient Access to CGM Technology”の項目では、施設基準による実施施設に条件を付ける文言は見当たらず、むしろ低血糖を改善するために強化インスリン療法をしている患者に当該技術を強く勧める文言が表現されている。
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	Effectiveness of Sensor-Augmented Insulin-Pump Therapy in Type 1 Diabetes Richard M. Bergenstal et al. この研究は、血糖コントロール良好な1型糖尿病患者を当該技術を実施した介入群と、インスリン頻回注射療法の従来法群を1年後のHbA1cで比較検討した。 “RESULTS”より、HbA1cについては従来法より-1.21%と非常に大きな減少を得(Figure 2)、重症低血糖頻度については従来法よりも有意差をもって低下し(ADVERSE EVENTS)、高血糖頻度についても従来法よりも有意差をもって低下した(Table 2)。
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	警察庁丁運発第146号平成28年9月30日 一定の病気等に係る運転免許関係事務に関する運用上の留意事項について 警察庁交通局運転免許課長 運転免許の拒否等又は取消し事由となる自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのある病気として、28頁目以降、「4.無自覚性の低血糖症」が挙げられている。 また、医師の診断が運転免許の拒否または取り消しに関わる項目として「以下のいずれかの場合には拒否等は行わない。 a 医師が「(意識の消失その他自動車等の安全な運転に支障を及ぼす症状(以下「意識消失等」という。)の前兆を自覚できており、)運転を控えるべきとはいえない旨の診断を行った場合 b 医師が「(意識消失等の前兆を自覚できないことがあるが、運転中における意識消失等を防止するための措置が実行できると認められることから、)運転を控えるべきとはいえない旨の診断を行った場合」と記載されている。
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	-

技術（C152-2持続血糖測定器加算）の概要図

対象疾病：糖尿病

診療報酬上の扱い：

【C152-2 持続血糖測定器加算】

1 2個以下の場合 1,320 点

2 4個以下の場合 2,640 点

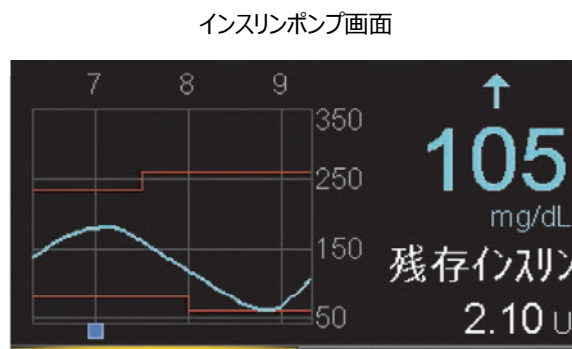
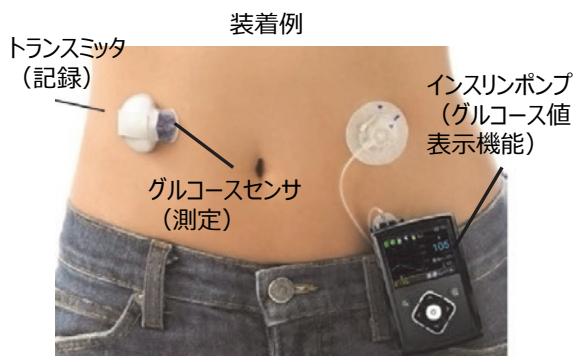
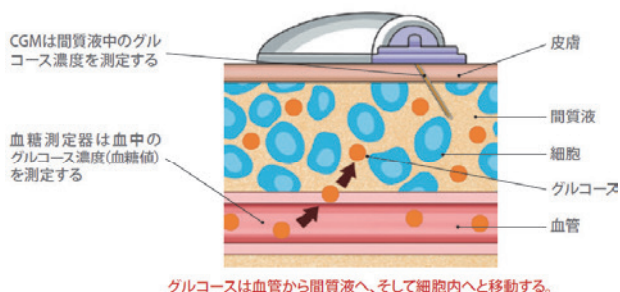
3 5個以上の場合 3,300 点

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款の所定点数に加算する。

2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

技術の概要：

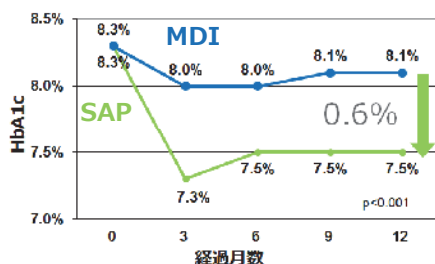
インスリンポンプ療法と併用する（SAP）ことでインスリンポンプの画面に、「血糖値の参考値となるセンサグルコース値」をリアルタイムに表示し、グラフや値などで、血糖の変動傾向を確認することができる測定機能です。



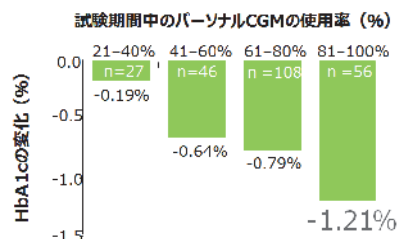
皮下の間質液中グルコース濃度は血糖値に比例する

- ✓ 皮下に留置されたセンサは間質液と呼ばれる血管と細胞の間の液に含まれるグルコース濃度を測定する。SMBGは毛細血管中のグルコース濃度（血糖値）を測定する。
- ✓ グルコース（主に炭水化物由来）は血管から出て皮下の間質液を通過して細胞に到達する。皮下の間質液で記録されたグルコース濃度は毛細血管で記録された血糖値より5～15分遅れる。

有用性:血糖コントロールが不良である1型糖尿病患者において、SAP療法とインスリン頻回注射療法を比較検討



低血糖の発生頻度を増加させることなくHbA1cを低下させた。



センサ使用率が増えるほど、HbA1cは低下する。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	293203
申請技術名	人工臓臓検査の施設基準(血液検査)緩和
申請団体名	日本糖尿病学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	231
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	人工臓臓検査の施設基準で、当該医療機関内で常時実施可能が求められる検査の中に、実施困難あるいは不可能な検査が含まれ人工臓臓の利用が妨げられている。利用促進のため点数見直しを要望する。
再評価が必要な理由	人工臓臓はインスリン抵抗性などの検査目的で用いられてきた。平成28年の改訂で処置にも適応が拡大したが、検査と処置とも施設基準の検査の中に、ケトン体、グルカゴンなど大学病院の日勤帯でも外注で対応している項目がある。また、人工臓臓の安全確保としても、血沈、HbA1c、アミラーゼ、総窒素、総コレステロール、無機リン、カルシウムなどは、24時間測定の実用性は低いと考える。これらの検査項目の24時間測定ができないために、人工臓臓を所持していても、施設基準を満たさないために保険請求していない施設もある。人工臓臓検査が必要な患者に広く用いられるために、施設基準の検査項目を見直して簡略化することを要望する。

【評価項目】

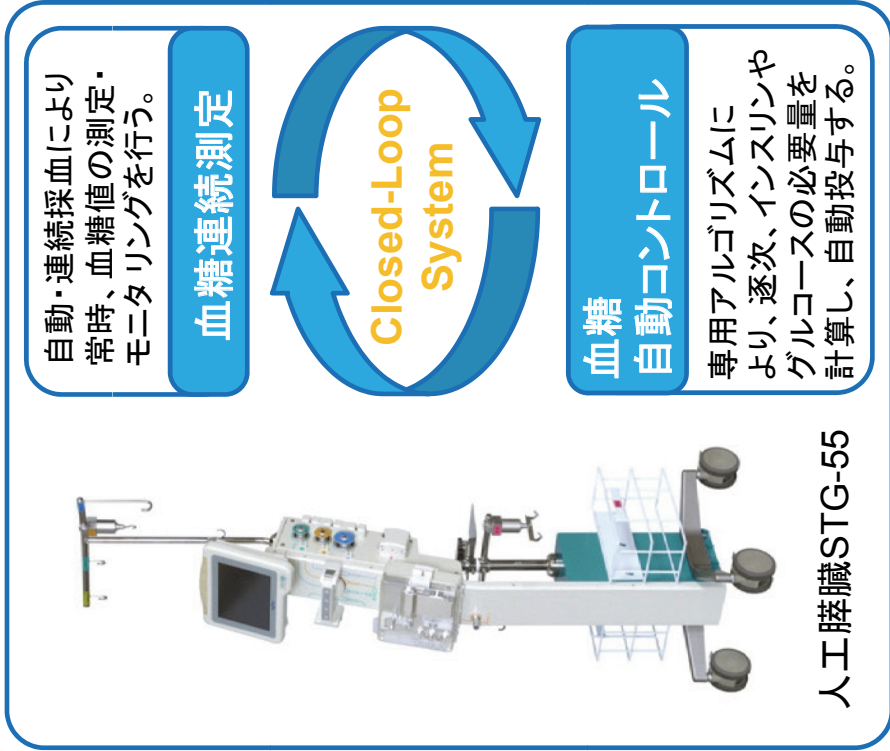
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	アンモニア、ケトン体、グルカゴン、血沈、HbA1c、浸透圧、アミラーゼ、総窒素、総コレステロール、無機リン、カルシウムを必要条件から省く。あるいは、24時間施設内で測定を必要としないようにする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象患者は、透析時の血糖管理、難治性低血糖、インスリン抵抗性の難治性糖尿病のインスリン感受性テストおよび血糖管理の患者で、人工臓臓以外の血糖調整が困難な患者。静脈に留置したカテーテルから血液を吸引して血糖を測定し、設定した血糖を維持するようにインスリンあるいはブドウ糖を注入する機器である。一連で5,000点である。
診療報酬区分再掲 診療報酬番号再掲 技術名	D 検査 231 人工臓臓検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	アンモニア、ケトン体、グルカゴン、血沈、HbA1c、アミラーゼ、浸透圧、総窒素、総コレステロール、無機リン、カルシウムの測定は人工臓臓検査に必要ではないと考える。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成27年の診療報酬調査によると月に7名であるが、請求しない場合が多い。
・年間対象患者数(前の人(人)) の変化(後の人(人)) ・年間実施回数の(前の回数(回)) 変化等(後の回数(回))	150 300 84 200
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	専門性が高く、難易度も高い。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 当施設で常時できる検査としては、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット、グルコース、アミラーゼ、尿素窒素、ナトリウム、クロール、カリウム、カルシウムで十分と考える。 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 変更不要 その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) なし

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	穿孔部の内出血、ラインのトラブル、低血糖、高血糖などが想定される。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	なし	
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	0
	見直し後の点数の 根拠	-
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	その他
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	+ 10,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	84名の実施患者数が200人増加したとして計算。5万×200人=1000万円/年間
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献2	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献3	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献4	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献5	1)名称	-
	2)著者	-
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	-

技術名：人工膵臓検査 施設基準見直しとDPC病院での包括外請求

○技術の現状と問題点：

人工膵臓が検査と治療に、前回改定で分かれたが、施設基準の検査が必要性に乏しいと考えられるものと、外注で24時間施設内では対応できない項目があり、利用が進んでいない。また、DPC病院で検査として包括されていることが、検査実施の壁となっている。



○検査対象疾患名：

- ・インスリン抵抗性の把握が治療上重要な患者など。

○常時施設内で測定できることが施設基準となっている

アンモニア、ケトン体、グルカゴン、血沈、HbA1c、浸透圧、アミラーゼ、総窒素、総コレステロール、無機リン、カルシウムの測定は人工膵臓検査に必要ではない、あるいは常時院内測定は不可能と考えられる項目であるので施設基準から除くよう要望する。

○診療報酬上の取扱

5,000点であるが検査としてDPC病院では包括されている。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	293204
申請技術名	抗IA-2抗体測定 of 制限廃止
申請団体名	日本糖尿病学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input checked="" type="checkbox"/> 提案実績あり <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	008-34
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	糖尿病の診断がついた30歳以上の患者においても、抗IA-2抗体の測定を可能とする。また、抗GAD抗体が陽性であっても抗IA-2抗体の測定を可能とする。
再評価が必要な理由	30歳以上発症の糖尿病患者においても、抗GAD抗体陰性で抗IA-2抗体陽性患者が多数存在する。また、急性発症1型糖尿病の発症時には複数の膵島関連自己抗体が陽性となるので、1型の診断に年齢制限を廃止することは有用である。緩徐進行1型糖尿病で複数の膵島関連自己抗体が陽性であれば、病気の進行(インスリン分泌の低下)がより短期間で起こることが多いので、疾患の進行予測にも有用である。よって、GAD抗体陽性の有無と年齢による制限を廃止する価値が高い。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	糖尿病の診断がついた30歳以上の患者においても、抗IA-2抗体の測定を可能とする。また、抗GAD抗体が陽性であっても抗IA-2抗体の測定を可能とする
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	すでに糖尿病と診断が確定し、かつ、抗GAD抗体の結果、陰性が確認された30歳未満の患者に対して、1型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。なお、当該検査の算定に当たっては、その理由および医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。点数は213点である。
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	008-34
技術名	抗IA-2抗体
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	抗GAD抗体陰性かつIA-2抗体陽性糖尿病の全国調査の198例では、発症年齢は27±19歳で、症例の40%が30歳以上であった。(参考資料1 三浦論文)また、自己免疫性1型糖尿病での抗GAD抗体は82%が陽性、IA-2抗体が58%が陽性で、その他も組み合わせることで診断率は94%まで高まる。膵島関連自己抗体を1種類だけ測定した場合は見逃す例がある。日本糖尿病学会の急性発症1型糖尿病の診断基準は、膵島関連自己抗体が陽性であることを診断判定の一つに入れている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	1型糖尿病の正確な患者数は把握困難であるが、若年では年間2000名前後と考えられる。ただし、糖尿病患者の初診時にGAD抗体を検査し、緩徐進行1型を含めて鑑別診断することが一般化しているため、正確な診断を得るために検査数は増加する可能性がある。GAD抗体月1.7万から抗IA1を月5千、年間6万と想定。
・年間対象患者数の変化 前の人(人) 60,000 後の人(人) 変化なし	
・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 492 後の回数(回) 増加	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	専門医は急性発症1型糖尿病と緩徐進行1型の正確な診断を期すために現在でも行っており、技術は成熟している。
施設要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	特になし
施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	特になし
人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	特になし
その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	問題なし

⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	0
	見直し後の点数の 根拠	-
⑨関連して減点や 削除が可能と考えら れる医療技術	区分 番号 技術名	D_検査 008-15 抗GAD抗体
⑩予想される医療 費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	+ 100,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	現在年間約500検体であるが、抗GAD抗体月1.7万から考えて、月5千検体、年間6万検体とすると約1億円増加。
⑪算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1) 名称	第5回1型糖尿病研究会抄録
	2) 著者	三浦準之助
	3) 概要(該当ペー ジについても記 載)	抗GAD抗体陰性かつIA-2抗体陽性糖尿病の全国調査の198例では、発症年齢は27±19歳で、症例の40%が30歳以上であった。(文献1 三浦論文)また、自己免疫性1型糖尿病での抗GAD抗体は82%が陽性、IA-2抗体が58%が陽性で、その他も組み合わせることで診断率は94%まで高まる。屏東関連自己抗体を1種類だけ測定した場合は見逃す例がある。
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ペー ジについても記 載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ペー ジについても記 載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ペー ジについても記 載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ペー ジについても記 載)	-

医療技術再評価提案書（保険既記載技術用）	
整理番号	701201
申請技術名	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
申請団体名	一般社団法人日本脳卒中学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力 （提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A301-3
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	記載の必要なし
提案の概要	1) 現行の医師配置要件を地域医療機関の規模に応じて、加算1、加算2、加算3と精緻化し均質化を図る。2) 脳卒中ケアユニットで管理すべき緊急症と考えられる発症48時間以内の高リスクTIAも入院の適応に加える。
再評価が必要な理由	脳卒中ケアユニットにおける多職種治療は、死亡率の低下、在院日数の短縮、自宅退院率の増加に有効で、規模の大小はあれ脳卒中急性期患者受け入れ施設は備えるべき診療体制である。しかし今日SCU加算病棟は、全国でわずか131施設しかなく、47都道府県のうち15県で当該病床が配置されていない。問題解決のために、平成24年度改定、平成28年度改定で条件がやや緩和されたが、現行基準の「5年以上の経験」等では、実質的に免許取得後8年目以上の医師でないと対象にならず、当該病床空白県がいずれも医師総数1万人未満であることから均質化は困難である。tPA静注に加え血管内治療の有効性が証明された今日、SCUの基準はSCUのみに限定してこれを緩和し、tPA静注、血管内治療などの治療手技の基準はこれとは別に評価すべきである。また早期の診断治療が転帰を改善する高リスクTIA（一過性脳虚血発作）を対照疾患に加えるべきである。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	SCU加算の医師配置条件を、「もっぱら神経内科又は脳神経外科の診療に従事する専任の医師が常時1名以上いる」に変更する。現行の脳梗塞、脳出血、くも膜下出血にガイドラインで示された発症48時間以内の高リスクTIAを加えて、脳卒中への移行を阻止する必要がある。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象：ア脳梗塞、イ脳出血、ウくも膜下出血 技術：専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合 留意点：発症後14日を限度 医師配置要件：医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日であって、上記担当医が院外にいる場合、常時連絡が可能で、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療に必要な情報を直ちに送受信できる体制*を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上の専任医師が常時1名以上いればよい。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A301-3
技術名	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	SCUにおける多職種治療は、全ての型の脳卒中に有効で、11人治療すれば1人効果を得る（NNT=11）とされ（添付文書1）、高リスクTIAでは、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率は4-5%と高く、集中的に検査を行い治療を行うことにより脳梗塞移行を阻止することができ、いずれも日本脳卒中学会ガイドライン2015（添付文書2、3）で行う様強く勧められている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	1施設当りの当該病床数は、中医協資料より引用した。再評価後の対象病院数は、地方厚生局の医療機関届出情報における施設基準の取得状況に基づいて設定した。当該病床の運用によりリハビリを含む入院日数が30%減少するとされていることから（添付文書2）、急性期病棟および回復期リハビリ病棟の入院日数および医療費を厚労省が公開しているDPCデータおよび回復期リハビリ病棟協会の資料から推計し、当該病床で治療を行う患者の人数分それぞれ30%削減した。
・年間対象患者数 前の回数(人)	20,205
の変化 後の回数(人)	138,777
・年間実施回数 前の回数(回)	282,872
変化等 後の回数(回)	1,942,882

<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>	<p>難度のある技術ではなく、規模の大小にかかわらず脳卒中急性期患者を受け入れる施設が基本的に有すべき多職種治療であり、均質化を図ることが目的の改訂を要望するものである。</p>
<p>施設要件 I(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 I(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 I(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>変更なし</p> <p>脳卒中ケアユニットの有用性に関するエビデンスは、多職種による医療行為の密度の高さであるため、医師配置については「もっぱら神経内科又は脳神経外科の診療に従事する専任の医師が常時1名以上配置されていること」でエビデンス通りの機能を発揮することが可能である。tPA静注等高度な医療を考慮して加算を3類型とする(概要図)。</p> <p>本件については、厚労省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」、同「脳卒中に係るワーキンググループ」でも議論されている。また日本脳卒中学会、日本循環器学会等による「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」でも、tPA静注、血管内治療などは各々「一次脳卒中センター」、「包括的脳卒中センター」としてSCUとは別に評価すべきものとしている(添付文書4)。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>なし</p>
<p>⑧点数等の見直しの場合</p> <p>見直し前</p> <p>見直し後</p> <p>見直し後の点数の根拠</p>	<p>5,804</p> <p>5,804</p> <p>現行の脳卒中ケアユニット加算要件から、医師基準を緩和するものの、遠隔医療でこれを補うことにより同等の質を担保できる。現行体制をSCU加算1、それ以下の配置をSCU加算2、3とする。遠隔医療の提供者側と折半することとなるため、当該保険医療機関のいしで遠隔医療を行う加算1では5804点、支援の複雑性を鑑み、SCU加算2は4804点、加算3は3804点、加算2、3の1000点、2000点は遠隔医療支援側の点数とすべき(概要図)。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分 番号 技術名</p>	<p>その他 000 該当なし</p>
<p>⑩予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)</p>	<p>プラス又はマイナス 金額(円)</p> <p>34,471,506,016</p> <p>当該病床が増加することで対象患者は実数で10万人増加し、これに伴い医療費は670億円増加、一方、当該病床で治療することで在院日数が短縮するため、急性期病棟で46億円、回復期リハビリ病棟で966億円の医療費が削減される。これらを差し引きした結果として、345億円の医療費削減が見込まれる。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑫その他</p>	<p>わが国において、脳卒中は介護が必要となった要因の第一位であり、国民のQoLの維持・向上と併せて医療・介護保険財源の確保のためにも脳卒中对策の充実喫緊の課題である。同時に、脳卒中医療の地域格差を解消するためにも、当該基準の見直しによる脳卒中对策の普及・充足は不可欠である。</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本脳神経外科学会、日本神経学会、日本リハビリテーション学会、日本脳神経血管内治療学会、公益社団法人日本脳卒中協会、厚労省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」同脳卒中に係るワーキンググループ</p>
<p>⑭参考文献1</p> <p>1)名称</p> <p>2)著者</p> <p>3)概要(該当ページについても記載)</p>	<p>Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, The Cochrane Collaboration</p> <p>Stroke Unit Trialists' Collaboration</p> <p>脳卒中ユニットケアでの多職種治療は、死亡(OR 0.81, 95%CI 0.69-0.94)、死亡または施設入所 (OR 0.78, 95% CI 0.68-0.89)、死亡または要介護 (OR 0.79, 95% CI 0.68-0.90)を有意に減少させ、その効果は年齢、性、初期重症度、脳卒中の型にも関係なく有効である。(サマリーページ)</p>

⑭参考文献2	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	脳卒中治療ガイドライン2015 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会 21-22ページ、Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU): 脳卒中急性期の症例は、脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療をすることにより、rt-PA静注療法の施行率上昇、死亡率、再発率mの低下、在院期間の短縮、自宅ふっきるつの増が、長期的な日常生活動作とQOLの改善を図ることができる(グレードA)。
⑭参考文献3	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	脳卒中治療ガイドライン2015 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会 p81-84、TIAの急性期治療と再発:TIAと診断すれば、可及的速やかに発症機序を評価し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始するよう強く勧められる(グレードA)。発症48時間以内でABCD2スコア4点以上、繰り返すTIA、MRI拡散協調画像病変、有意な責任血管病変または心房細動合併例は、速やかな病態評価と治療が必要である(グレードC1)。
⑭参考文献4	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	脳卒中と循環器病克服5カ年計画 日本脳卒中学会 日本循環器学会 p36-医療体制の充実:患者が脳卒中の場合は、可能な限り早期にrt-PA製剤の投与が可能な施設である1次脳卒中センター(primary stroke center)(表1)に搬送され、適切な治療を受けることができる仕組みを構築することが重要である。各地域において、脳卒中に対する血管内治療を常時施行可能な施設(包括的脳卒中センター)をハブとして、rt-PA投与が原則として常時可能な施設(1次脳卒中センター)や、脳卒中専門医・専門病院と連携して初期対応を行う施設から構成される脳卒中治療ネットワークの整備を進める。これにより、脳卒中発症から4.5時間以内にrt-PA治療開始が可能な体制を構築し、rt-PA治療実施率10%の実現を目指す。
⑭参考文献5	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)	該当なし 該当なし 該当なし

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	701202
申請技術名	超急性期脳卒中加算(入院初日)
申請団体名	一般社団法人日本脳卒中学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A205-2
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」の変更と対をなすもの
提案の概要	別に提案している「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」1、2、3の条件をみたく施設でtPA静注療法を行うものとするを追記する。また「投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞tPA適正使用に係る講習会を受講していること。」の文言は「治療指針第二版一部改訂」の文言と合わせて、「投与を行う保険医は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習を受講していること。」に変更。
再評価が必要な理由	脳卒中ケアユニットにおける多職種治療は、死亡率の低下、在院日数の短縮、自宅退院率の増加に有効で、中小病院であっても脳卒中急性期患者受け入れ施設は備えるべき診療体制である。しかし今日SCU加算病棟は、全国でわずか131施設しかなく、15県は当該病棟が配置されていない。このため抜本的改正が必須であり、別に「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を管理料1、2、3と精緻化することを提案している。これに合わせ、各管理料の施設の超急性期脳卒中加算(入院初日)も改訂を要し提案するものである。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」1、2、3は、遠隔医療も可として均質化を図るべく提案している。本来tPA静注は、何らかの脳卒中ケアユニットを有する施設で行うべきであり、加算要件に「脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定していること」を加え、ICU、HCU等での使用を評価しないこととする。これによりSCU設置のインセンティブをつける。また、「治療指針第二版一部改訂」の文言と合わせて、「投与を行う保険医は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習を受講していること。」に変更する。学会ではE-learningなど講習会以外の方法も考慮に入れていることによる変更である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞発症後4.5時間以内の患者 ・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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料 等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。(1)当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 (2)投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。 (3)投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞tPA適正使用に係る講習会を受講していること。
診療報酬区分、再掲	その他
診療報酬番号、再掲	A205-2
技術名	超急性期脳卒中加算(入院初日)
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	tPA静注療法で1人のbenefitを受ける患者をうるために必要な治療数、NNTBIは4-6とされる。ただし時間依存性があり、治療開始時間が早いほどこの数値は少ない、3.6(< 90 min); 4.3(91 - 180 min); 5.9(181 - 270 min)。ガイドラインではグレードAで推奨してきたところである。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	当該加算の年間算定数は8200件である。tPA静注の施設基準緩和によりtPA静注数の拡大が期待され、医療費の減少が望まれるが、超急性期脳卒中加算自体は施設要件を変えないため大きな増加はないものと思われる。むしろ各脳卒中ケアユニット加算施設の質を高めるインセンティブとなることが期待される。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 8,200 後の人数(人) 10,000
・年間実施回数	前の回数(回) 8,200 後の回数(回) 10,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	現行と変わらない。

・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	現行と変わらない。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	現行と変わらない。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	rt-PA(アルテプラゼ)静注療法 適正治療指針 第二版(2016年9月一部改訂) 脳卒中治療ガイドライン2015
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		現行のとおり
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		現行のとおり
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	12,000
	見直し後	12,000
	見直し後の点数の根拠	加算要件の文言を変えるのみである。
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号	その他 000
	技術名	該当なし
⑩予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)	34,471,506.016
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、影響額算出の根拠を記載する。)	脳卒中ケアユニット入院管理料と抱き合わせるべき変更であり、当該病床の増加で対象患者は実数で10万人増加し、これに伴い医療費は670億円増加、一方、当該病床で治療することで在院日数が短縮するため、急性期病棟で46億円、回復期リハビリ病棟で966億円の医療費が削減される。これらを差し引きした結果として、345億円の医療費削減が見込まれる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		わが国において、脳卒中は介護が必要となる要因の第一位であり、国民のQoLの維持・向上と併せて医療・介護保険財源の確保のためにも脳卒中对策の充実喫緊の課題である。同時に、脳卒中急性期多職種医療、tPA静注療法の均質化を図るためにも、当該基準の見直しを要する。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本脳神経外科学会、日本神経学会、日本リハビリテーション学会、日本脳神経血管内治療学会、公益社団法人日本脳卒中協会、厚生省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」同脳卒中に係るワーキンググループ
⑭参考文献1	1) 名称	Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, The Cochrane Collaboration
	2) 著者	Stroke Unit Trialists' Collaboration
	3) 概要(該当ページについても記載)	脳卒中ユニットケアでの多職種治療は、死亡(OR 0.81, 95%CI 0.69-0.94)、死亡または施設入所(OR 0.78, 95% CI 0.68-0.89)、死亡または要介護(OR 0.79, 95% CI 0.68-0.90)を有意に減少させ、その効果は年齢、性、初期重症度、脳卒中の型にも関係なく有効である。(サマリーページ)
⑭参考文献2	1) 名称	脳卒中治療ガイドライン2015
	2) 著者	日本脳卒中学会、脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 概要(該当ページについても記載)	21-22ページ、Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU): 脳卒中急性期の症例は、脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療をすることにより、rt-PA静注療法の施行率上昇、死亡率、再発率の低下、在院期間の短縮、自宅ふっくるつの増が、長期的な日常生活動作とQOLの改善を図ることができる(グレードA)。
⑭参考文献3	1) 名称	脳卒中治療ガイドライン2015
	2) 著者	日本脳卒中学会、脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 概要(該当ページについても記載)	p81-84、TIAの急性期治療と再発:TIAと診断すれば、可及的速やかに発症機序を評価し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始するよう強く勧められる(グレードA)。発症48時間以内でABCD2スコア4点以上、繰り返すTIA、MRI拡散協調画像病変、有意な責任血管病変または心房細動合併例は、速やかな病態評価と治療が必要である(グレードC1)。

⑭参考文献4	1) 名称	脳卒中と循環器病克服5年計画
	2) 著者	日本脳卒中学会 日本循環器学会
	3) 概要(該当ページについても記載)	p36-医療体制の充実: 患者が脳卒中の場合は、可能な限り早期にrt-PA製剤の投与が可能な施設である1次脳卒中センター(primary stroke center)(表1)に搬送され、適切な治療を受けることができる仕組みを構築することが重要である。各地域において、脳卒中に対する血管内治療を常時施行可能な施設(包括的脳卒中センター)をハブとして、rt-PA投与が原則として常時可能な施設(1次脳卒中センター)や、脳卒中専門医・専門病院と連携して初期対応を行う施設から構成される脳卒中治療ネットワークの整備を進める。これにより、脳卒中発症から4.5時間以内にrt-PA治療開始が可能な体制を構築し、rt-PA治療実施率10%の実現を目指す。
⑭参考文献5	1) 名称	該当なし
	2) 著者	該当なし
	3) 概要(該当ページについても記載)	該当なし

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	701203
申請技術名	認知機能検査その他の心理検査
申請団体名	一般社団法人日本脳卒中学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし （提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D285
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	N/A
提案の概要	脳卒中発症時とその後1年毎の臨床心理士によるモントリオール認知機能評価法日本語版（MoCA-J）を用いた認知機能スクリーニングの評価算定が必要である。
再評価が必要な理由	脳卒中後には5人に1人が認知症を発症すること、さらに若年性認知症の筆頭原因が血管性認知症であることから、より早期の認知症診断がより適切な認知症進行予防に直結する。特に脳血管性認知症に対する早期の介入に進行予防効果が期待されることが認知症疾患診療ガイドライン2017の「血管性認知症」の項（猪原・富本執筆）にも記載されている。したがって、脳卒中後の評価に有用性が高いモントリオール認知機能評価法日本語版（MoCA-J）を用いた臨床心理士による脳卒中患者の認知機能スクリーニングに対して適切な算定が必要である。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	脳卒中後の認知症評価のために昨今使用される頻度が高まったモントリオール認知機能評価法日本語版（MoCA-J）は、実施しても算定が行われない。しかし、脳卒中後の認知症を早期に診断し早期に介入することが認知症を低減させることは、日本神経学会・認知症疾患診療ガイドライン2017の「血管性認知症」の項に記載されている通りである。したがって、脳卒中発症時とその後の定期的な認知機能評価は、認知症患者の低減と医療費の削減に直結することから、脳卒中患者の認知機能スクリーニングに対しては適切な算定が必要であると考えられる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	脳卒中による入院患者もしくは脳卒中既往のある外来患者に対し、臨床心理士、公認心理師、または医師（脳卒中専門医もしくは認知症専門医が望ましい）がモントリオール認知機能評価法日本語版（MoCA-J）を用いて認知機能スクリーニングを行ったとき算定できる。現行の、D285 認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なものを、を参考とし80点、年一回算定可能。
診療報酬区分 再掲	D 検査
診療報酬番号 再掲	D285
技術名	認知機能検査その他の心理検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	脳卒中治療ガイドライン2015（日本脳卒中学会、他）、認知症疾患診療ガイドライン2017「血管性認知症」の項
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数：前の人数（人） の変化 の後の人数（人） ・年間実施回数の前の回数（回） 変化等の後の回数（回）	脳卒中新規発症30万人、その内で10%の患者に施行が予想される。 0 30,000 0 30,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	日本語マニュアルが整備されており、臨床心理士（または公認心理師）の施行は容易。特許による使用制限なし。
施設要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	臨床心理士が勤務する病院、診療所
施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	臨床心理士
その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	MoCA-Jの日本語マニュアルあり（ http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Japanese_2010.pdf ）。認知症疾患診療ガイドライン2017

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	臨床心理士の施行による評価の正確性を担保する必要がある	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	なし	
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	80
	見直し後の点数の 根拠	現行の、D285 認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なもの、を参考とした
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号	D 検査 D285
	技術名	3「操作と処理が極めて複雑なもの」のうち、ADASの一部
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	- 4,800,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	現状では、脳血管性認知症の診断にもD285.3「操作と処理が極めて複雑なもの」(480点)に含まれるADASが行われている。しかしながら、ADASは主に記憶障害を評価する検査であるため、アルツハイマー病の認知症評価には有効であるものの脳血管性認知症には有用性が低い。一方、MoCA-Jは空間認知記憶や作業記憶を評価でき、脳血管性認知症のスクリーニングに優れることから、ADASの代わりにMoCA-Jを用いることで医療費を削減しながら脳血管性認知症の診断能を向上させることが出来る。脳卒中中の2%にADASが行われている(年間6,000人 x 4,800円)と少なく見積もっても、上記の医療費の削減が期待できる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)	
⑫その他	なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本認知症学会、日本神経学会、富本秀和(三重大学神経内科教授)	
⑭参考文献1	1) 名称	血管性認知症の再考: 神経変性性認知症と脳血管障害の関連
	2) 著者	猪原匡史(老年精神医学雑誌27:1297-1301, 2016)
	3) 概要(該当ページについても記載)	認知症を神経細胞の機能異常といういわば「単純系」に落とし込んで理解しようとする立場が限界を迎え、認知症研究にパラダイムシフトが求められている。脳は全身の2.5%の重量でありながら、全身の20%近い血液を必要とする臓器であり、循環障害は認知症に直結する。神経変性疾患に合併する脳血管病変すなわち「混合型」変化を的確にとらえ、適切に治療することがアルツハイマー型認知症も含めた全認知症の予防につながる可能性が示唆されている。
⑭参考文献2	1) 名称	Understanding and preventing the development of post-stroke dementia
	2) 著者	Ihara M, Kalaria RN. (Expert Rev. Neurother. 2014;14(9):1067-1077.)
	3) 概要(該当ページについても記載)	脳血管性認知症の様々な病型を示し、その診断には、MoCA-Jが優れることを示した(論文2ページ目)。
⑭参考文献3	1) 名称	Greater suitability of the Montreal Cognitive Assessment against the Mini-Mental State Examination in the detection of vascular cognitive impairment.
	2) 著者	Ihara M, Okamoto Y, Takahashi R. (J Stroke Cerebrovasc Dis 2013;22(6):737-741)
	3) 概要(該当ページについても記載)	脳血管性認知症の診断には、従来認知機能スクリーニングに頻繁に用いられるミニメンタルステート検査法(MMSE)よりもMoCA-Jの方が優れることを示した。
⑭参考文献4	1) 名称	Association of Physical Activity with the Visuospatial/Executive Functions of the Montreal Cognitive Assessment in Patients with Vascular Cognitive Impairment.
	2) 著者	Ihara M, Okamoto Y, Hase Y, Takahashi R. (J Stroke Cerebrovasc Dis 2013; 22(7):e146-151)
	3) 概要(該当ページについても記載)	頭部MRIで大脳白質病変を認める患者の認知機能をMoCA-Jを用いて評価すると、その結果が歩行距離や歩数とよく相関することが明らかとなった。6か月間の外来指導を行い、歩数が改善した患者の認知機能は、歩数が改善しなかった患者と比べて良好に保たれることが明らかとなった。
⑭参考文献5	1) 名称	脳血管障害による認知機能障害
	2) 著者	猪原匡史(老年精神医学雑誌22:53-59, 2011)
	3) 概要(該当ページについても記載)	脳血管障害により、軽度認知障害から認知症(血管性認知症)まで、重症度の異なる認知機能障害が生じることが知られており、それらはvascular cognitive impairment(VCI)と総称される。アルツハイマー病においてすら、血管リスクの是正を行うことが認知機能障害の進展予防につながるとされており、「目の前の患者の認知機能障害にどの程度の血管因子の寄与があるのか」という視点から認知機能障害をとらえ、できるかぎり早期に血管性危険因子の是正を開始する必要がある。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	701204
申請技術名	救急医療管理加算 1
申請団体名	一般社団法人日本脳卒中学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし （提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A205
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	N/A
提案の概要	対象症候として「コ. 重篤な神経脱落症候（運動障害、言語障害など）」を追加する。
再評価が必要な理由	救急隊は病院前評価すなわちシンシナティースケールなどで運動障害や言語障害が突発した症例を緊急搬送する体制となっている。これらの多くは「イ 意識障害または昏睡」や「ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」とはかぎらず、JCSI桁程度の意識障害のものも多い。現在の加算対象とならないこれらの症例も緊急症であり、直ちに原因精査を含めて増悪、再発防止策を講じなければならない。「カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）」に準じて「重篤な神経脱落症候（運動障害、言語障害等）」を追加する必要がある。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	対象症候として「コ. 重篤な神経脱落症状（運動障害、言語障害など）」を追加する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現行では加算対象となっていないが、救急搬送要件としてシンシナティースケール異常があれば救急搬送を受ける仕組みとなっている。提案の意識障害ではなく重篤な神経脱落症状のある患者は加算対象となっていない。
診療報酬区分 再掲	その他
診療報酬番号 再掲	A205
技術名 再掲	なし
③再評価の根拠・有効性等 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	システムティックな集約した急性期脳卒中への救急対応により死亡率低下と入院費用削減が期待できる（参考文献1）。一過性脳虚血発作は救急棟入院により入院期間短縮と入院費用削減が期待できる（参考文献2）。虚血性脳卒中では来院45分以内の頭部画像評価および判読や適切な症例選択後の血栓溶解療法施行が重要な救急管理の評価尺度となっている（参考文献3）。急性期脳出血は神経疾患を専門とした集中治療室管理により費用対効果削減が期待される（参考文献4）。急性期脳出血において早期からの積極的降圧療法により90日後の機能転帰が改善する可能性がある（参考文献Anderson GS, et al. N Engl J Med 2013;368:23555-65. Wang X, et al. Cerebrovasc Dis 2015;39:242-248.）。急性期脳梗塞の適切な緊急対応により血栓溶解療法症例の増加、費用対効果改善が見込まれる（参考文献5）。急性期脳梗塞に対して適切な症例選択のもと血栓回収療法を行うと入院費用削減が期待できる（参考文献Shireman TI, et al. Stroke;48:379-387.）。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現在必ずしも血栓溶解療法や血栓回収療法の施行率は高くない。本対象例を適切に緊急対応し
・年間対象患者数の変化	前の回数(人) 0 後の回数(人) 8,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 8,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	急性期脳卒中への迅速かつ適切な救急対応整備は脳卒中学会の重要課題の1つである。脳卒中診療の経験がある医師（日本脳卒中学会専門医、脳神経外科専門医、救急学会専門医、神経内科専門医）が行うことが望ましい。

・施設基準 (技術の専門性 等を踏まえ、必要 と考えられる 要件を、項目毎 に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の 体制等)	救急医療管理加算の対象疾患を診療する病院(現行通り)
	人的配置の要件 (医師、看護師等 の職種や人数、専 門性や経験年数 等)	現行通り
	その他 (遵守すべきガイ ドライン等その他 の要件)	適切な救急対応、急性期治療、専門病棟での管理など脳卒中治療ガイドライン2015を遵守する
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		なし
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	900
	見直し後の点数の 根拠	救急医療管理加算1に準ずる
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分	B 医学管理等
	番号	なし
	技術名	なし
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	- 8,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏ま え、影響額算出の 根拠を記載す る。)	本管理料の対象となる患者数は年間8000人と推定する。8000人に適切な救急対応をすることにより再発抑制、合併症予防、死亡率低下、急性期治療による症状改善により少なく見積もっても全患者の10%で入院期間が1日以上短縮が期待できる。1日の医療費を100000円と仮定すると80000000円の医療費抑制が期待できる。よってマイナス80000000円以上と推定した。
⑪算定要件の見直し等によって、 新たに使用される医薬品、医療機 器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		日本脳神経外科学会、日本脳血管内治療学会、日本脳卒中協会、代表的研究者:豊田一則氏(国立循環器病研究センター)
⑭参考文献1	1) 名称	Impact on Clinical and Cost Outcomes of a Centralized Approach to Acute Stroke Care in London: A Comparative Effectiveness Before and After Model. PLoS One 2013;8:e70420
	2) 著者	Hunter RM, et al.
	3) 概要(該当 ページについて も記載)	英国のロンドンにおいて集約した急性期脳卒中への救急対応を行ったところ12%の死亡率低下、主に入院期間の短縮により90病日で年間5.2百万ポンド(6438人当たり)の医療費削減が出来た。静注血栓溶解療法の施行率は5%から12%まで増加した。(4~5頁に記載)
⑭参考文献2	1) 名称	Impact of an emergency department observation unit transient ischemic attack protocol on length of stay and cost. J Stroke Cerebrovasc Dis 2012;21:673-8.
	2) 著者	Nahab F, et al.
	3) 概要(該当 ページについて も記載)	一過性脳虚血発作患者を救急病棟で迅速かつ適切に評価し病態に応じて入院精査加療を行うことで、20.8時間の入院期間短縮が出来た。また1643ドルの医療費削減につながった。(675頁に記載)
⑭参考文献3	1) 名称	A systematic review and critical appraisal of quality measures for the emergency care of acute ischemic stroke. Ann Emerg Med 2014;64:235-244.
	2) 著者	Sauser K, et al.
	3) 概要(該当 ページについて も記載)	米国のガイドラインで推奨されている急性期脳卒中の救急管理評価指標のシステムティックレビューと専門家による評価を行った。来院45分以内の頭部画像評価および判読や適切な症例選択後の血栓溶解療法施行が重要な救急管理の評価尺度となっている。(238-239頁、表1)

⑭参考文献 4	1) 名称	Cost-effectiveness of transfers to centers with neurological intensive care units after intracerebral hemorrhage. Stroke 2015;46:58-64.
	2) 著者	Fletcher JJ, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	脳出血患者を神経疾患を専門とする集中管理が出来る病棟で管理することにより入院費用が削減できる可能性がある。(60-61頁の結果)
⑭参考文献 5	1) 名称	Cost-Effectiveness of Optimizing Acute Stroke Care Services for Thrombolysis. Stroke 2014; 45:553-562.
	2) 著者	Penaloza-Ramos MC, et al. Stroke 2014;45:553-562.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	急性期脳卒中に適切に救急対応して画像評価を迅速に行うことで血栓溶解療法の症例数が増加し、費用対効果改善が見込まれる。(555-559頁の結果)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	701205
申請技術名	脳卒中早期の摂食機能療法
申請団体名	一般社団法人日本脳卒中学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし （提案実績ありの場合） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし（時点修正等のみ） <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり（追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること）
診療報酬区分	H リハビリテーション
診療報酬番号	H004
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	N/A
提案の概要	「急性期脳卒中例、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」の項目を追加する。
再評価が必要な理由	脳卒中例に対する摂食開始の判断は、不用意に行えば誤嚥性肺炎を引き起こし、無用な入院の長期化医療費の増大を招く。わが国を含む世界の脳卒中治療ガイドラインでは、脳卒中急性期症例に対し適切な嚥下機能評価を行い、その結果に基づいた包括的な介入が推奨されている。脳卒中例、意識障害例における食事開始時の嚥下機能評価は医師や看護師、言語聴覚士によって、慎重なモニタリング下での実施が必要である。現行の摂食機能療法の算定要件では、治療開始日から3月は1日につき算定できるものの、実施時間は30分以上と定められている。算定要件のこの実施時間は、病態が不安定で意識レベルが変動しやすく、注意・集中力が不十分な脳卒中急性期患者の嚥下機能評価および経口摂取訓練には適していない。
【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する）	医師、看護師あるいは言語聴覚士による、酸素分圧モニター、心拍数、嚥下状態の観察など、嚥下機能評価及び嚥下体操などの基礎的訓練を含めた脳卒中急性期症例への経口摂取訓練は、発症2週間以内は実施時間にかかわらず、毎回算定できる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、摂食機能療法の有効性が期待できるもの。・嚥下機能検査（飲水テスト、フードテスト）、嚥下体操、経口摂取訓練など。・185点、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに効果判定を行う、訓練内容と治療開始日を診療録に記載する。摂食機能療法は30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度に算定できる。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については1日につき算定できる。
診療報酬区分 再掲	H リハビリテーション
診療報酬番号 再掲	H004
技術名	脳卒中早期の摂食機能療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	脳卒中治療ガイドライン2015 p16、p277
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	脳卒中患者で嚥下に問題のある症例は、年間7000例程度と考えられるが、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を要するものは年間1000例程度と予測される。
・年間対象患者数 前の人数(人)	0
の 変化 後の人数(人)	1,000
・年間実施回数 前の回数(回)	0
変化等 後の回数(回)	14,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	嚥下機能評価（飲水テスト、フードテスト）や嚥下体操などの基礎的訓練、経口摂取訓練の手技や留意点は摂食嚥下リハビリテーションの標準的な知識・技術として確立されている。脳卒中急性期という特殊な病態の症例への施行は算定要件中の特に実施時間の制限のため、十分には行われていない。

・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること)	施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の 体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の 職種や人数、専門 性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイ ドライン等その他の要 件)	特定集中治療室の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 脳卒中急性期治療及び摂食嚥下リハビリテーションに精通した神経内科やリハビリテーション科、耳鼻科、 歯科等の医師が1名以上いること、脳卒中看護や摂食嚥下リハビリテーションに熟達した看護師、言語聴覚 士がいること。 日本摂食嚥下リハビリテーション学会訓練法のまとめ(2014版)
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		これらの加算がないことがリスクを高めており、リスクは大幅に軽減する。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		なし
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	0
	見直し後	185
	見直し後の点数の 根拠	現行および、H003-2リハビリテーション総合計画評価を参考にした
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名	H リハビリテーション なし なし
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	20,000,000
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	1000例の高度の嚥下障害例に急性期14日間嚥下障害に配慮した対応をとった場合、1人10日間延べ 10000回の算定が行われた場合、1850万円の医療費増大となるが、7割以上の症例に誤嚥性肺炎の発症 予防が期待され、無用な抗生剤(3000円/日*10日*700例=2100万円の医療費減、入院日数10日以上 の短縮が見込まれる。
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		日本脳卒中学会、日本脳卒中協会
⑭参考文献1	1)名称	訓練法のまとめ(2014版)
	2)著者	日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	摂食嚥下リハビリテーションにおける種々の訓練(飲食物を用いない基礎的な訓練から、飲食物を用いる経口摂取訓 練まで)について、その意義、対象者、具体的方法、注意点について述べ、参考文献を付している。 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌Vol.18、No.1、p58-89、2014
⑭参考文献2	1)名称	脳卒中急性期からはじめる早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果
	2)著者	小山珠美、黄金井裕、加藤基子
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	脳卒中急性期において、入院当日からの包括的なプログラムにより実施される摂食嚥下リハビリテーションは、早期 経口摂取の再獲得を高め、経口摂取移行率を増加させた。また、肺炎合併症の予防、退院時嚥下能力グレードの改 善に寄与することが示唆された。 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌Vol.16、No.1、p20-31、2012
⑭参考文献3	1)名称	急性期脳卒中患者に対する口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション介入の効果
	2)著者	片山正輝、酒井克彦、三條祐介、他
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	摂食嚥下リハビリテーションパスの導入による早期からの口腔管理と舌運動訓練も含めた嚥下訓練が、経口摂取、 肺炎予防の予後改善に寄与している可能性が示唆された。 脳循環代謝Vol.27、p243-247、2016
⑭参考文献4	1)名称	急性期病院における摂食嚥下リハビリテーションの有効性
	2)著者	松岡真由、中西恭子、渡部啓孝
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	急性期病院において有効な嚥下リハを実施するためには、嚥下性(誤嚥性)肺炎の発症防止の対応、適切な嚥下評 価にもとづいた食餌レベルの選定等が必要であった。訓練実施については原因疾患の病態安定前後によって内容を 考慮することが必要であった。入院中に適切な訓練期間を提供し、転院先でも継続した嚥下リハが行えるように連携 することが求められた。 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌Vol12、No2、p124-134、
⑭参考文献5	1)名称	空欄
	2)著者	空欄
	3)概要(該当ペ ージについても記 載)	空欄

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	703201
申請技術名	中皮腫における免疫染色の細胞診検体への拡大
申請団体名	特定非営利活動法人 日本肺癌学会
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり <input checked="" type="checkbox"/> 提案実績なし 「提案実績あり」を選んだ場合に入力 (提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	N 病理診断
診療報酬番号	004-3
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	中皮腫におい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免疫染色を行った場合に加算する。
再評価が必要な理由	2015年にInternational mesothelioma interesting group (IMIG)より、細胞診による中皮腫診断のガイドラインが発表され、細胞診所見が特徴的な所見であり、セルブロック法を用いて中皮のマーカ-2種と癌腫のマーカ-2種および悪性であることを示すマーカ-を検討すれば、生検を行わなくても中皮腫と診断し、治療できることが発表された。しかし、我が国では、細胞診所見が中皮腫として典型的であっても、セルブロック法の免疫染色が保険適応外であるため、確定診断がつかない。わが国でも、セルブロックによる中皮腫の確定診断を行ない、適切な治療を行い、また、石綿健康被害救済法あるいは労災補償を受けるために、セルブロック法による免疫染色の保険適応が必要である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	セルブロックによる中皮腫の確定診断を行うために、セルブロック法による免疫染色に2,000点を加算する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	悪性中皮腫が疑われる症例を対象とする。セルブロックにより4種類以上の抗体を用いた免疫染色を行い、中皮腫の鑑別診断を行った場合に2,000点を加算する。
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	N_病理診断 004-3 セルブロックによる免疫染色
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	生検標本では悪性中皮腫と確定診断をするためには、中皮のマーカ-2種と癌腫のマーカ-2種を検討し確定診断が行われる。この場合、通常の免疫染色400点に1,600点が加算される。日本肺癌学会悪性胸膜中皮腫病理診断の手引きによると、中皮腫と腺癌の鑑別、および中皮腫と反応性中皮の鑑別には、セルブロックを含む細胞診標本で免疫染色を検討することが推奨される。中皮腫症例の中間生存期間は化学療法を受けなかった場合は4か月で、受けた場合は12か月である(Clin Epidemiol. 2016; 8: 743-750)。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	* 中皮腫による死亡数(1,504人/年)(2015年人口動態統計) * うち、胸水貯留を示す症例は約2/3の約1,000人 * 悪性中皮腫の頻度はセルブロック全体の7%程度(臨床細胞学会社保委員会データ) よって、年間の増加回数は、1,000/0.07=14,285回/年
年間対象患者数の変化 ・前の人(人) 0 ・後の人(人) 14,285 年間実施回数の変化等 ・前の回数(回) 0 ・後の回数(回) 14,285	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	細胞診専門医/病理専門医ならびに細胞検査士/臨床検査技師のもとに実施されるので問題ない。
施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 免疫染色を実施しうる現行の病理診断実施施設であれば容易に遂行可能 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 免疫染色を実施しうる現行の病理診断実施施設であれば容易に遂行可能 その他 特記なし !(遵守すべきガイドライン等その他の要件)

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	問題ない	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題ない	
⑧点数等の見直し の場合	見直し前	860
	見直し後	2,860
⑧点数等の見直し の場合	見直し後の点数の 根拠	組織診で中皮腫の免疫染色により鑑別診断を行った場合に、2,000点が加算される。セルブロックによる中皮腫の確定診断には、免疫染色が必要であり、同様の点数を加算する。
⑨関連して減点や 削除が可能と考えら れる医療技術	区分	N 病理診断
	番号	問題ない
⑩予想される医療 費へ影響(年間)	技術名	問題ない
	プラス又はマイナス 金額(円)	+
⑩予想される医療 費へ影響(年間)	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	285,700,000
⑪算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬		免疫染色(2,000点)として算出すると、 14,285 × 2,000点 × 10円 = 285,700,000円/年増加 ただし、細胞診検体で免疫組織染色が保険診療下で可能になれば、早期診断例が増え、進行中皮腫に対す る医療費(化学療法や緩和ケア)が削減できる。
⑫その他		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑬当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等		現在、高齢者あるいは進行例などで生検を受けることができない中皮腫症例は、適切な治療を受けることが できず、労災補償、石綿健康被害救済法による補償も受けることができない。セルブロック法による免疫染色の 保険適応により、これらの不利益が解消される。
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	一般社団法人 日本呼吸器学会 理事長 橋本修 Guidelines for the cytopathological diagnosis of epithelioid and mixed-type malignant mesothelioma. Complementary statement from the International Mesothelioma Interest Group, also endorsed by the International Academy of Cytology and the Papanicolaou Society of Cytopathology. Acta Cytologica 2015;59:2-16. Hirpe A, et al. 上皮型および二相型悪性中皮腫の細胞診断のためのガイドラインである(国際中皮腫研究グループ・国際細胞診学会、 パパニコロウ細胞診研究会による)。細胞診所見が特徴的な所見であり、セルブロック法を用いて中皮のマーカー2種と 癌腫のマーカー2種および悪性であることを示すマーカーを検討すれば、生検を行わずとも中皮腫と診断し、治療でき る(3、8ページ)。また、早期に中皮腫を診断することが可能で、有効な治療を受けることができる(3ページ)。
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	悪性胸膜中皮腫病理診断の手引き(第1.0版、2013年10月1日) 日本肺癌学会編 中皮腫と腺癌の鑑別、および中皮腫と反応性中皮の鑑別に、セルブロックを含む細胞診標本で免疫染色を検討すること が推奨される(9ページ)。
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	EBMの毛法による肺癌診療ガイドライン2016年 日本肺癌学会編 以前は胸水細胞診による中皮腫の診断は難しいと考えられていたが、補助的診断法を追加することにより胸水細胞診に よる胸膜中皮腫の診断率は感度は向上した。中皮腫と反応性中皮過形成の鑑別には、セルブロックを含む細胞診標本 で免疫染色などを検討することが勧められる(添付したパワーポイントの12、13、23、25枚目)。
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	-
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ペ ージについても記 載)	-