

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	218201
申請技術名	放射線治療病室管理加算（非密封線源を使用する放射線治療病室を対象とした増点）
申請団体名	日本核医学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合 過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 追加のエビデンスの有無	提案年度（西暦）： 2018年度 提案当時の技術名： 非密封放射線源治療病室入院料（特定入院料）：（医療課に相談した際に、特定入院料ではなく、放射線治療病室管理加算として提出するようにご教示いただいたため） 有
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号	A225
再評価区分（複数選択可） 「6 その他」を選んだ場合に記載	<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 新療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） カテゴリ毎の診療報酬の分離
技術の概要（200字以内）	放射線治療病室には密封小線源と非密封線源を使用する病室があり、密封小線源使用放射線治療病室は放射線の遮蔽設備が基本となるが、非密封線源使用放射線治療病室は遮蔽に加え、排気設備及び貯水槽を有する排水設備の設置が義務付けられており、維持管理に高額な費用を要する。現行の放射線治療病室管理加算を1密封小線源使用病室と2非密封線源使用病室に分けた上で、2非密封線源使用病室の場合につき増点を要望する。
再評価が必要な理由	非密封線源使用放射線治療病室（以下、RI治療病室）は医療従事者だけでなく患者の家族や一般公衆を含めた環境放射能の低減のためRI濃度を規制値以下にする専用の排気・排水設備の設置が医療法で義務付けられ、建設費用の外に当該設備の維持・管理に高額な費用を要する。現行の診療報酬で医療機関の負担を購うことができず稼働病床数は年々減少し絶対的に当該病室が不足している。初回の放射性ヨウ素（I-131）内用療法の実施が甲状腺全摘術後180日を超えると生存率が大きく減少する（死亡リスク：約4倍）（参考文献1）。当該治療を待つ患者が適切な時期に治療を受けられる状況を整えるにはRI治療病室の確保・増床が必要で、RI治療病室の入院料の適正な評価を必要とする。現行の放射線治療病室管理加算では密封と非密封の2種の病室が同点で評価されているため、非密封のRI治療病室に対する放射線治療病室管理加算2非密封線源使用病室の適切な評価をするため増点を要望する。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現行の放射線治療病室管理加算は密封小線源と非密封の治療用放射性同位元素に対するものが同じ点数で評価されている。しかし、密封小線源に比べて非密封の治療用放射性同位元素の放射線治療病室管理にかかる保守・運営費は非常に大きなコストがかかる。密封と非密封とを分けて評価し、非密封の治療用放射性同位元素に対する放射線治療病室管理加算の点数を増点することを要望する。
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	対象とする患者：甲状腺癌 技術内容：放射線治療病室に関する管理 告示 A225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 通知 当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A225
技術名	放射線治療病室管理加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	医療法に定める放射線治療病室には、密封小線源と非密封の治療用放射性同位元素を用いる病室があるが、現行の診療報酬ではそれらが混同して評価され、同じ点数となっている。RI内用療法に用いるRI治療病室は非密封の放射性医薬品で治療する際に使用する病室である。 RI治療病室（非密封）は、医療法施行規則等により厳しい規制の管理下にあり、事業所境界に漏洩する放射線量の規制、排気・排水設備の設置、汚染防止のための管理区域の設定、汚染物の廃棄施設の設置など、建設時の初期投資が高額である。さらに排気・排水設備の運転、フィルター交換、汚染物の引き取り費用など維持費も大きく、さらに、法令に定める施設内で使用可能な放射性同位元素の量的規制等により、年間に治療可能な患者数が制限されるため、一般的に採算性はよくない状況にあり、現行の診療報酬点数では到底まかなえない状況にある。こうした点に加えて治療に従事する医師及び看護師等の確保が困難である。とりわけ、国内のRI治療病室の整備状況は未だ乏しく、全国的に不足状態で治療のために治療病室を待つ多くの患者が存在している。国内のRI内用療法に用いる放射線治療病室の整備が急務となっている。医療機関にとって、放射線治療病室に対する財源となるのは入院基本料と放射線治療病室管理加算と考えられるが、現行の点数では到底まかなえない。

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>「第8回全国核医学診療実態調査報告書（2018）」（参考文献2）より、放射性ヨウ素（I-131）による入院治療の実施回数が2012年は2,880件（2,880人）で、2017年は2,845件（2,845人）であり、この5年間で年間対象患者数にほぼ変化がなかった。 全国的に治療病室あるいは治療医が不足しており、現状では治療可能な年間対象患者数は頭打ちと考えられる。 改定後すぐに当該病室や治療医が増えることはないため、年間対象患者数も変化がほとんどないと推定されるので、改定前後で2,845人とした。</p> <p>一方、当該加算の場合は、当該病室における入院に対して1日につき1回算定ができるので、「年間対象患者数×1患者当たりの平均入院日数」から年間実施回数計算される。 「放射性医薬品を投与された患者の退治について」（平成10年6月30日付け医業安発第70号厚生省医業安全局安全対策課長通知別添（以下「退出基準指針」という。）により、放射性ヨウ素（I-131）を投与された患者の放射線治療病室からの退出の制限が規定されている。 このため、現状の放射性ヨウ素（I-131）の平均投与量3.7GBqを投与された患者がこの退出基準指針に従って当該病室を退出するには早くても3日間で通常4日間の入院が必要とされ、実際のように運用されている。 放射線治療病室に4日間入院すると仮定すると当該加算は4回算定できることになるので、年間実施回数（年間算定回数）について、改定前も改定後も入院日数は変化がないので、2,845人×4回=11,380回とした。</p>																					
<p>年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）</p>	<p>2,845 2,845</p>																					
<p>年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）</p>	<p>11,380 11,380</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>甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010年版（参考文献3）においては、「CQ 43分化型甲状腺癌の局所再発・リンパ節転移・遠隔転移に対する放射性ヨード内用療法の治療効果はどのくらいか？」の記載があり、各転移領域に対して、それぞれ下記の推奨がなされている。これらの治療はすべて入院において行われており、基本的に転移巣に対する治療はすべて放射線治療病室における入院にて行われることが推奨されている。 推奨グレードC1/局所再発・リンパ節転移：I-131集積を認めても十分な効果が出ないことが多い。 推奨グレードA/肺転移：I-131集積が認められる場合は寛解も期待できる。 推奨グレードB/骨転移：予後改善につながる可能性がある。 甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018年版（一般には公開されていない）においても、同様の推奨がなされており、成熟した治療技術である。</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>・非密封放射線源を使用する放射線病室の構造設備基準を満たしている。 ・放射線に係る管理体制（被ばく防護、院内教育訓練等）が整えられている。</p> <p>・当該治療に係る放射線安全管理責任者（常勤の医師）が1名配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した看護師が適切に配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した診療放射線技師が配置されている。</p> <p>医療法施行規則における法令、並びに甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010年版（既公開）、2018年版（一般には公開されていない）、放射性ヨウ素内用療法に関するガイドライン（第5版）（参考文献4）等の関連学会におけるガイドライン並びに放射性ヨウ化（I-131）ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適正使用マニュアル（参考文献5）を用いて有効かつ安全に使用されている。</p>																					
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>特になし</p>																					
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>	<p>問題なし</p>																					
<p>⑧点数等見直しの場合 その根拠</p>	<p>見直し前 2,500</p> <p>見直し後 9,533</p> <p>全国平均2床なのでモデルケースとして2床で以下のように算出した。治療用放射性同位元素の治療病室には、密封小線源と同様に核種からの放射線による患者への被ばく防護のための維持費用に加えて、放射性ヨウ素（I-131）の特性による空気中及び排泄物等への拡散から発生する放射線から医療従事者及び公衆を被ばく防護するための保守費用が必要である。それらの年間費用を算出し、1床の1日当たりに必要な点数を算出した。</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分け</td> <td>毎週/年</td> <td>7,275,000円</td> </tr> <tr> <td>2. 作業環境測定及び空間線量測定</td> <td>12回/年</td> <td>1,824,000円</td> </tr> <tr> <td>3. 排水排気設備点検</td> <td>1回/年</td> <td>167,000円</td> </tr> <tr> <td>4. 放射線モニタ点検</td> <td>1回/年</td> <td>1,072,000円</td> </tr> <tr> <td>5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理</td> <td>1回/年</td> <td>434,000円</td> </tr> <tr> <td>6. 排気フィルター交換</td> <td>1回/年</td> <td>1,606,500円</td> </tr> <tr> <td>年間の保守費用</td> <td>合計</td> <td>12,378,500円</td> </tr> </table> <p>となり、1床当たりの年間の保守費用 6,189,250円・・・①となる。</p> <p>・治療後の病室壁等に吸着した放射性ヨウ素（I-131）からの放射線被ばくを防止するため、クーリングが必要であり、その間、治療出来ないために、治療病床 1床当たり 22件/年 とする。</p> <p>・1回の治療で放射線治療病室において退出基準の関係から4日間入院治療する。</p> <p>・密封小線源と同様に線源の核種から放射される放射線による患者への被ばく防護のための維持費用は、現行の放射線治療病室管理加算が該当するとして 2,500点=25,000円</p> <p>よって、</p> <p>☆ 1床の1日当たり必要な点数 = ① 6,189,250円 ÷ (22件×4日) + 25,000円 = 70,332円 + 25,000円 = 95,332円 = 9,533点</p>	1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分け	毎週/年	7,275,000円	2. 作業環境測定及び空間線量測定	12回/年	1,824,000円	3. 排水排気設備点検	1回/年	167,000円	4. 放射線モニタ点検	1回/年	1,072,000円	5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理	1回/年	434,000円	6. 排気フィルター交換	1回/年	1,606,500円	年間の保守費用	合計	12,378,500円
1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分け	毎週/年	7,275,000円																				
2. 作業環境測定及び空間線量測定	12回/年	1,824,000円																				
3. 排水排気設備点検	1回/年	167,000円																				
4. 放射線モニタ点検	1回/年	1,072,000円																				
5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理	1回/年	434,000円																				
6. 排気フィルター交換	1回/年	1,606,500円																				
年間の保守費用	合計	12,378,500円																				
<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</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>A</p> <p>特になし</p> <p>特になし</p>																					

	プラスマイナス	+
	予想影響額 (円)	800,355,400
⑩ 予想影響額	その根拠	<p>現在の放射線治療病室を用いたRI内用療法では、そのほとんどが放射性ヨウ素 (I-131) によるRI内用療法によるものである。当該治療では入院において2017年度には年間2,845回 (第8回全国核医学診療実態調査報告書 (2018) より) が実施された。</p> <p>放射線治療病室に平均4日間入院するとすると、 現行の放射線治療病室管理加算 (1日につき) が2,500点なので、 $2,500点 \times 2,845回 \times 4日 = 28,450,000点 = 28,450,000点 \times 10円 = 284,500,000円$ ……①</p> <p>運営管理維持費を含む9,533点に増点された点とすると、 $9,533点 \times 2,845回 \times 4日 = 108,485,540点 = 108,485,540点 \times 10円 = 1,084,855,400円$ ……② よって、 年間の医療費への影響 = ② - ① = $1,084,855,400円 - 284,500,000円 = 800,355,400円$</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		特になし
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	Delayed Initial Radioactive Iodine Therapy Resulted in Poor Survival in Patients with Metastatic Differentiated Thyroid Carcinoma: A Retrospective Statistical Analysis of 198 Cases. J Nucl Med 2011; 52: 683-689.
	2) 著者	東達也ら
	3) 概要 (該当ページについても記載)	683ページ 左欄 35行目。 688ページ 1~3行目 転移のある分化型甲状腺癌において、甲状腺全摘術後に放射性ヨウ素内用療法を行った198例の予後因子を解析し (平均観察期間5.4年、最長31.7年)、全摘手術後に初回放射性ヨウ素内用療法の開始が遅れると予後が悪化することを示し、初回放射性ヨウ素内用療法までの期間が180日を超えると、その後経過中の死亡率が4倍以上上昇することを明らかにした。 688ページ 上段 表2 「疾患特異的生存の予後因子の多変量解析」
⑭ 参考文献 2	1) 名称	第8回全国核医学診療実態調査報告書, RADIOISOTOPES, Vol167, 339-387 (2018)
	2) 著者	公益社団法人 日本アイソトープ協会 医学・薬学部会全国核医学診療実態調査専門委員会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	354ページ 左欄 中段 図12-2 甲状腺癌の非密封RIを用いた核医学治療症数の内訳 第7回 (2012) と第8回 (2017) の棒グラフの甲状腺癌 (入院) の値より
⑭ 参考文献 3	1) 名称	甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010年版
	2) 著者	日本内分泌外科学会、日本甲状腺外科学会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	<p>本ガイドライン2010年版の作成は「Minds診療ガイドライン作成の手引き2007」に準拠して行ったものであり、第2版の作成においても「Minds診療ガイドライン作成の手引き2014」に準拠し編集を進めた。 参照Mindsホームページ https://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0114/G0000387/0001</p> <p>153ページ 1~3行目 「CQ43 分化型甲状腺癌の局所再発・リンパ節転移・遠隔転移に対する放射性ヨード内用療法の治療効果はどのくらいか？」 153ページ 10~12行目 『甲状腺分化癌の局所再発・遠隔転移に対する治療は、有効な化学療法が存在しないため、内用療法に依存する』ことが多いと思われる。その有効性は転移部位により異なる。部位ごとに有効性を評価した。 153ページ 20~26行目 『肺転移は』、微小肺結節でI-131集積が認められる場合は内用療法の効果が最も期待できる状況であり、積極的に加療するのが望ましい。形態診断で病巣認識できない状態でI-131集積を示す場合は特にそうである。文献により差はあるものの、『治療が30-80%の確率で期待できる』。若年の肺転移に対する治療効果は一般に良好である。逆に、40歳を超える例や粗大結節型転移ではその効果は低下する。『I-131集積がある場合は、総じて肺転移患者の生命予後改善に寄与し集積があり治療後に病巣消失が得られた場合は15年89%と著しく良好』である。</p>
⑭ 参考文献 4	1) 名称	放射性ヨウ素内用療法に関するガイドライン (第6版)
	2) 著者	日本核医学会分科会 腫瘍・免疫核医学研究会、甲状腺RI治療委員会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	<p>1~2ページ 「甲状腺癌の放射性ヨウ素内用療法に関するガイドライン」 「甲状腺癌の放射性ヨウ素内用療法に関するガイドライン」は、厚生労働科学研究費補助金による「放射性医薬品の適正使用に関する研究」において作成した。当ガイドラインは放射線治療病室に入院して放射性ヨウ素内用療法を実施する場合に適用される。「(付) 患者さんの治療管理のための手引き」は、医薬安発第70号「放射性医薬品を投与された患者の退院に関する指針」およびICRPの勧告に則っていることから、患者周囲の第三者の被ばく防止という観点で、評価委員会として安全性の高い指針と評価された。</p>

1) 名称	放射性ヨウ化 (I-131) ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適正使用マニュアル
2) 著者	日本医学放射線学会、日本核医学会、日本甲状腺学会、日本甲状腺外科学会、日本核医学技術学会
⑩参考文献 5 3) 概要 (該当ページについても記載)	<p>3~4ページ</p> <p>本マニュアルは、I-131 標識ヨウ化ナトリウムカプセルを適用した内用療法を実施するにあたり、厚生労働省から発出された「放射性医薬品を投与された患者の退出について」(平成10年 6月30日、医薬安発第70号)が確実に遵守されること、また I-131 の取扱い時の安全性が確保されることを目的としてまとめた実施要綱である。この療法を安全に実施するためには、放射性医薬品の安全取扱い及び被ばく防止対策を徹底することが不可欠であり、国民や関係者に十分な説明と理解を得ることが最も重要である。治療用放射性医薬品に関する退出基準は、医療法に基づいて放射性医薬品を投与された患者が病院内の診療用放射性同位元素使用室および放射線治療病室から退出する際に適用されるものである。この退出基準は、国際放射線防護委員会 (ICRP) 勧告や国際原子力機関 (IAEA) の国際基本安全基準で述べられている放射線防護に関する要件を基本とし、欧米において実施されている事例を参考に定められた。</p> <p>2.2 実施施設の構造設備等に関する基準</p> <p>2.2.1 施設の構造設備等に関する基準 (法的要件)</p> <p>本療法に用いられる I-131 は、医療法施行規則等で「診療用放射性同位元素」と定義され、病院又は診療所に診療用放射性同位元素を備えようとする場合、あるいは備えている場合には、医療法第 15 条及び医療法施行規則第 24 条、第 28 条に基づき、当該病院又は診療所所在地の都道府県知事に使用する医師又は歯科医師の氏名及び放射線診療に関する経歴等のほか、診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施設、運搬容器及び廃棄施設、放射線治療病室の構造設備を届出なければならない。</p>

「放射線治療病室管理加算（非密封線源を対象とした増点）」について

【要望の概要】

放射線治療病室には密封線源と非密封線源を使用する病室があり、密封線源放射線治療病室は放射線の遮蔽設備が基本となるが、非密封線源放射線治療病室（以下、RI治療病室）は遮蔽に加え、排気設備及び貯水槽を有する排水設備の設置が義務付けられており、維持管理に高額な費用を要する。現行の放射線治療病室管理加算では2種の病室が同点で評価されているため、RI治療病室に対する放射線治療病室管理加算の増点を要望する。

【対象患者の治療実施回数】 対象疾患：甲状腺癌

ヨウ素131によるRI内用療法の入院治療の年間実施回数：2,845回（第8回全国核医学診療実態調査報告書（2018）より）

【現行の診療報酬点数】

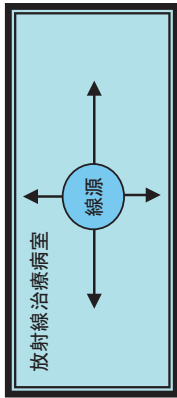
A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）
2,500点

現行の放射線治療病室管理加算は、密封小線源と非密封の治療用放射性同位元素に用いる病室で同じ点数となっている。
図にあるように、これらの放射線治療病室には明らかに保守・運営費に差があり、同じ点数では不合理であり、また、現行の点数では医療機関が維持運営していくには負担が大きく、当該RI内用療法の普及の妨げとなっており、結果として患者の便益を著しく阻害している。



大学病院の非密封線源用放射線治療病室

密封放射線源を使用する放射線治療病室

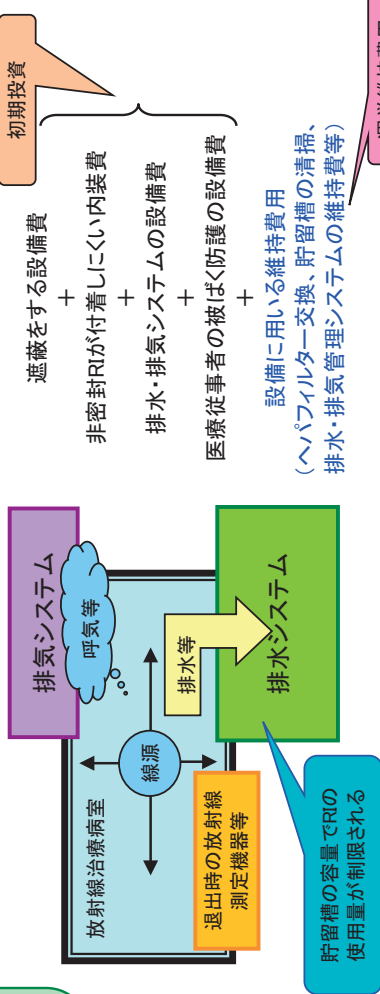


初期投資
遮蔽をする設備費



設備等に違いがあるが、診療報酬上では同じ評価

非密封放射線源 (RI内用療法) を使用する放射線治療病室



初期投資
遮蔽をする設備費
+
非密封RIが付着しにくい内装費
+
排水・排気システムの設備費
+
医療従事者の被ばく防護の設備費

設備に用いる維持費用
(へパフィルター交換、貯留槽の清掃、排水・排気管理システムの維持費等)

運営維持費用

【診療報酬上の取扱】

- ・ A 入院基本料等加算
- A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）
 - 1 非密封放射性同位元素を用いる場合 9,533点
 - 2 密封小線源を用いる場合 2,500点

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	221201
申請技術名	緩和ケア診療加算
申請団体名	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号	A226-2 1-A
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	
技術の概要（200字以内）	がん以外の緩和ケアとしてICU患者、呼吸不全、腎不全の適応拡大。
再評価が必要な理由	緩和ケアががん以外にも拡大、認知され始めており、末期心不全が前回緩和ケア診療加算対象となった。しかし、がん以外の緩和ケアとしてICU患者、呼吸不全、腎不全への緩和ケアの導入が新規知見にて文献的にも推奨されており適応拡大が必要である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	再評価すべきは、がん以外の緩和ケアとしてICU患者、呼吸不全、腎不全への緩和ケアの導入のエビデンスとなる新規知見にて出ているが診療報酬として適切に評価されていない。（参考文献1～5）
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"> ・対象とする患者：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おいて、緩和ケアを要する患者 ・技術内容：一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群、末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（「緩和ケアチーム」という）による診療が行われた場合に算定 ・点数や算定の留意事項：390点（1日につき）
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A226-2 1-A
技術名	緩和ケア診療加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	ICU患者での家族会議開催の上昇、在院日数削減、家族PTSDの減少（文献1、5）、呼吸器疾患へのATSの緩和ケアの標準医療としての提言、呼吸器疾患医療と緩和医療の統合（文献2、3）、腎不全への緩和ケアとしての多職種介入の導入（文献4）が新規知見にて文献的にも推奨されており適応拡大が必要
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年度社会医療診療行為別調査によると調査対象月の当該算定件数は31,069件/月、372,828件/年あった。適応対象を拡大するとするが、2017年度の日本緩和医療学会調査の緩和ケア利用割合は5.9%。これを暫定の利用率として、ICUは特定集中治療管理料1（7日以内）算定件数が830件/月×12月×0.059=587件/年、呼吸不全は2017年人口動態調査によるCOPD、間質性肺炎死亡者37,072人/年×0.059=2,187人/年、2017年度日本透析医学会調査によると腎不全患者は334,505人/年×0.059=19,735人/年。ICU、呼吸不全、腎不全想定対象当該算定患者数合計=587+2,187+19,735=22,509件/年。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 372,828 後の症例数（人） 395,337
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 372,828 後の回数（回） 395,337
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）	各疾患の診療ガイドライン、緩和ケア研修会修了者、がん以外においては日本緩和医療学会専門医、認定医

・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)	現状の施設要件に準ずる。
	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)	現状の施設要件に準ずる。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	各疾患の診療ガイドライン、緩和ケア研修会要点を遵守する。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		医師に対する緩和ケア研修会受講者であれば、がん患者の心身両面の基本的緩和ケアの評価と介入について習得しており、副作用やリスクについて安全に配慮した対応ができる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		国内外とも緩和ケアががん以外にも拡大、社会的認知され必要な医療とされている。末期心不全に加え、ICU患者、呼吸不全、腎不全への緩和ケアの導入が新規知見にて文献的にも推奨されており適応拡大が必要である。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	390
	見直し後	390
	その根拠	算定要件の変更要望であり、点数の見直しは無い。
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	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名 具体的な内容	特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額(円)	87,785,100
	その根拠	平成29年度社会医療診療行為別調査によると調査対象月の当該算定件数は31,069件/月、372,828件/年あった。適応対象を拡大するとするが、2017年度の日本緩和医療学会調査の緩和ケア利用割合は5.9%。これを暫定の利用率として、ICUは特定集中治療管理料1(7日以内)算定件数が830件/月×12月×0.059=587件/年、呼吸不全は2017年人口動態調査によるCOPD、間質性肺炎死亡者37,072人/年×0.059=2,187人/年、2017年度日本透析医学会調査によると腎不全患者は334,505人/年×0.059=19,735人/年、ICU、呼吸不全、腎不全想定対象当該算定患者数合計=587+2,187+19,735=22,509件/年増加。予想影響額は(372,828+22,509)×390点×10円=87,785,100円増
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		特になし
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		日本呼吸器学会
⑭参考文献1	1) 名称	The changing role of palliative care in the ICU.
	2) 著者	Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE.
	3) 概要(該当ページについても記載)	Crit Care Med. 2014 Nov;42(11):2418-28.
⑮参考文献2	1) 名称	An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses
	2) 著者	Paul N. Lanken, Peter B. Terry, Horace M. DeLisser, Bonnie F. Fahy, John Hansen-Flaschen, John E. Heffner, Mitchell Levy, Richard A. Mularski, Molly L. Osborne, Thomas J. Prendergast, Graeme Rucker, William J. Sibbald†, Benjamin Wilfond, and James R. Yankaskas, on behalf of the ATS End-of-Life Care Task Force
	3) 概要(該当ページについても記載)	Am J Respir Crit Care Med Vol 177, pp 912-927, 2008にてATSの公式ドキュメントとしても呼吸疾患患者の意思決定、疼痛、呼吸困難、精神心理的介入は必要であると記載。
⑯参考文献3	1) 名称	Integrated respiratory and palliative care leads to high levels of satisfaction: a survey of patients and carers
	2) 著者	Natasha Smallwood, Thomas Moran, Michelle Thompson, Peter Eastman, Brian Le and Jennifer Philip
	3) 概要(該当ページについても記載)	BMC Palliative Care 2019 18:7、非がん進行呼吸器疾患診療と緩和ケアの統合診療は患者とケアに高い満足度が得られる可能性がある。
⑰参考文献4	1) 名称	日本腎臓学会発作の診療ガイドライン-エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018
	2) 著者	日本腎臓病学会
	3) 概要(該当ページについても記載)	エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018 P88 CQ2 慢性腎臓病G3bの患者へ多職種チーム医療は透析導入遅延させる可能性あり。
⑱参考文献5	1) 名称	Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU.
	2) 著者	Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL, Ferguson S, Harvey C, Krupp AE, Lohmeier T, Repplinger MD, Westergaard RP, Jacobs EA, Roberts KF, Ehlenbach WJ.
	3) 概要(該当ページについても記載)	Intensive Care Med. 2016 Jan;42(1):54-62 ICU患者へ緩和ケア医回診を行うと、患者家族会議開催率が高まり、入院期間の短縮、家族のPTSD症状も減少した。

緩和ケア診療加算について

【既存の治療法との比較】

- ・ I C U 患者での家族会議開催の上昇、在院日数削減、家族 P T S D の減少
- ・ 呼吸器疾患への A T S の緩和ケアの標準医療としての提言、呼吸器疾患医療と緩和医療の統合の推奨
- ・ 腎不全への緩和ケアとしての多職種介入の導入などの新規知見にて文献的にも推奨されており、がん以外の緩和ケアの適応拡大が必要

がん以外の緩和ケアの普及

現状

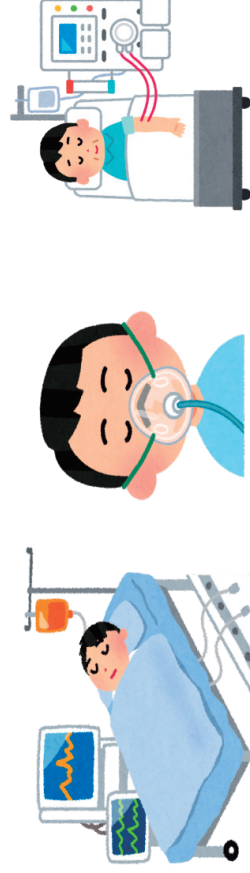
一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群、末期心不全、患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（「緩和ケアチーム」という）による診療が行われた場合に算定、390点/日。

提案

- ・ I C U 患者、呼吸不全、腎不全に適応拡大する。

緩和ケア診療加算改訂要旨

一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群、末期心不全、I C U、呼吸不全、腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（「緩和ケアチーム」という）による診療が行われた場合に算定



I C U 患者
腎不全

呼吸不全

呼吸不全

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	227201		
申請技術名	二類感染症入院診療加算		
申請団体名	日本結核病学会		
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有		
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2017年度 提案当時の技術名：二類感染症入院診療加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A210		
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		
技術の概要（200字以内）	入院診療加算にある二類感染症患者入院診療加算を結核入院患者および結核モデル病床に適用する。		
再評価が必要な理由	二類感染症患者入院診療加算は、「感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、所定点数に算入する」とある。結核は二類感染症であるが、現在、結核病床をもつ第二種感染症指定医療機関において二類感染症患者入院診療加算を算定できない。勧告入院となる結核患者は薬剤感受性検査が判明し、INH、RFP感受性が判明するまで多剤耐性結核であるか判明しないため、入院直後は、排菌量が高く感染性の高い時期となり、医療従事者への感染危険率は最も高い。医療従事者において結核未感染者が大半をしめる一方、患者年齢は高齢化し介護が密に必要となっており、結核病床に勤務する医療従事者の確保は年々厳しい状況となっている。院内感染対策や看護の濃厚さは、若年者が多数を占めた1990年代までと同様に考えることは不合理である。感染予防目的に隔離を目的とし、他医療機関から結核専門医療機関に紹介となるが、患者の基礎疾患や病状は多種多様となっている。N95マスクを装着し空気感染予防策を取りつつ病室で行う医療処置も多様となり医師や看護師は疲弊している。治療開始後排菌量が減少する30日まで、他二類感染症と同様の加算を再考していただきたい。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	入院勧告の対象となった感染性結核患者の入院日から30日を超えるまでの薬剤感受性が判明しない期間、多剤耐性結核と同様に二類感染症入院診療加算と同等の加算をお願いしたい。 根拠：入院時に最も結核菌の排菌量が多く、薬剤感受性も判明していないこと。 治療開始前から治療効果が得られるまでの期間にあたり、全身状態から看護や介護が濃厚であること。 外国人結核患者の急増で、言語や生活習慣の違いから最も医療・看護・介護に混乱があり、患者と近距離で接触する時間が長いこと。 有効性：結核病床における職員への結核感染のリスクが低下する。	
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	現状では多剤耐性結核患者にのみ難病患者等入院診療加算として入院期間中1日250点の加算が適用される。	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	A210	
技術名	二類感染症入院診療加算	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	現在、多剤耐性結核患者は2017年に52人心登録されているが、外国人が46%を占め、外国籍患者が占める割合は徐々に高くなっており、非英語圏である中国、ベトナム、ミャンマー等からの多剤耐性結核患者及び感染性肺結核患者が漸増している。また、結核既感染率は年々低下しており、現在80歳代で50%程度、若年者は1%前後である。そのため、院内感染対策は必須であるが、多剤耐性結核菌感染にたいする発病予防策は現在ない状況であり、医療従事者をめぐる環境は悪化している。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	2017年の新登録結核患者数が約16000人、うち肺結核が約13000人、7割が菌陽性結核であり、塗抹陽性は60%と推定した。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0人
	後の症例数（人）	8000人
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0回
	後の回数（回）	24000回

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）		加算であり技術の成熟度には関わらない。他者へ感染する危険が高く、勧告入院初期の薬剤感受性検査でRFP耐性が判明するまでの30日を経過するまでの間を加算期間とする。
・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)	結核指定医療機関である保険医療機関
	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)	なし
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	勧告入院日から30日経過するまでの期間とする。
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 (問題点があれば必ず記載)		倫理的にも社会的にも問題なし。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	プラス
	見直し後	600,000,000円
	その根拠	250点/、月30日、8000人として計算。
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	区分をリストから選択 特になし
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容	特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額(円)	600,000,000円
	その根拠	250点/、月30日、8000人として計算
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		なし
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		日本呼吸器学会 工藤翔二
⑭参考文献 1	1) 名称	治療・治療成績(結核年報2015シリーズ)
	2) 著者	結核予防会結核研究所
	3) 概要(該当ページについても記載)	1p、後期高齢者では、前期高齢者と比較し、重篤で介護度が高い症例が多かった。介助を要する症例が多く、MRSAの合併など多様な問題を抱えていた。高齢者肺結核症例は、病状、介護の点、菌陰性化後転院する症例が高率であり、一般医療機関施設、老人福祉施設への結核治療への理解が必須であると考えられた。
⑭参考文献 2	1) 名称	高齢者肺結核症例の問題
	2) 著者	佐々木結花、他
	3) 概要(該当ページについても記載)	733-737p 後期高齢者では、前期高齢者と比較し、重篤で介護度が高い症例が多かった。介助を要する症例が多く、MRSAの合併など多様な問題を抱えていた。高齢者肺結核症例は、病状、介護の点、菌陰性化後転院する症例が高率であり、一般医療機関施設、老人福祉施設への結核治療への理解が必須であると考えられた。
⑭参考文献 3	1) 名称	医療施設内結核感染対策について
	2) 著者	日本結核病学会予防委員会
	3) 概要(該当ページについても記載)	結核 2010;85:477-481 安全マスクの着用 結核感染を特に受けやすい救急処置や気管支鏡検査の操作時ならびに多剤耐性結核菌を排出する患者などの診療に際しては、結核菌が通過しないような微粒子用マスク(N95以上)の着用が強く望まれる。なお、使用の際には、顔によくフィットしており、リークがないことを確認しておく必要がある。医療者は結核病棟で診療する間、このマスクを装着し、ずれないように気を配りつつ医療行為を行う。
⑭参考文献 4	1) 名称	結核に関する特定感染症予防指針
	2) 著者	厚生労働省
	3) 概要(該当ページについても記載)	6、7P 結核患者の多くは高齢者であり、高齢者は身体合併症及び精神疾患を有する者が多いことから、結核に係る治療に加えて合併症に係る治療も含めた複合的な治療を必要とする場合があるため、治療形態が多様化している。重篤な合併症患者等については、結核病棟を有する第二種感染症指定医療機関など、中核的な病院や基幹病院の一般病床等において結核治療が行われることがあることから、国の定める施設基準・診療機能の基準等に基づき、適切な医療提供体制を構築することとする。 結核の治療に当たっては、適切な医療が提供されない場合、疾患の治療が阻害されるのみならず、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る可能性がある。このため、適切な医療が提供されることは、公衆衛生上も極めて重要であり、結核に係る適切な医療について医療機関への周知を行う必要がある。 医療現場においては、結核に係る医療は特殊なものではなく、まん延の防止を担保しながら一般の医療の延長線上で行われるべきであるとの認識の下、良質かつ適切な医療の提供が行われるべきである。このため、結核患者を診療する第二種感染症指定医療機関においては、結核患者に対して、特に法第十九条第一項及び第三項並びに第二十条第一項及び第二項の規定による入院の措置等(以下「入院措置等」という。)の必要な期間は、結核のまん延の防止のための院内感染予防措置を徹底した上で、患者の心理的負担にも配慮しつつ、中長期にわたる療養のために必要な環境の整備に努める。
⑭参考文献 5	1) 名称	平成29年 結核患者数について 厚生労働省
	2) 著者	厚生労働省
	3) 概要(該当ページについても記載)	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000175095_00001.html 13p 日本の結核に占める70歳以上の率が59%に上昇している。

結核症に対する二類感染症患者入院診療加算 適応の拡大

再評価申請理由 結核患者 背景・病態・重症度の変化
 結核患者における高齢者の割合が高率となり、認知症・臥床・摂食困難の患者、合併症を有する患者の増加、看護度の高度化が生じており、「行動が自立し、内服可能な患者」から「合併症管理、副作用管理、細かいモニタリング、介護が必要な重症患者」へ変化した。

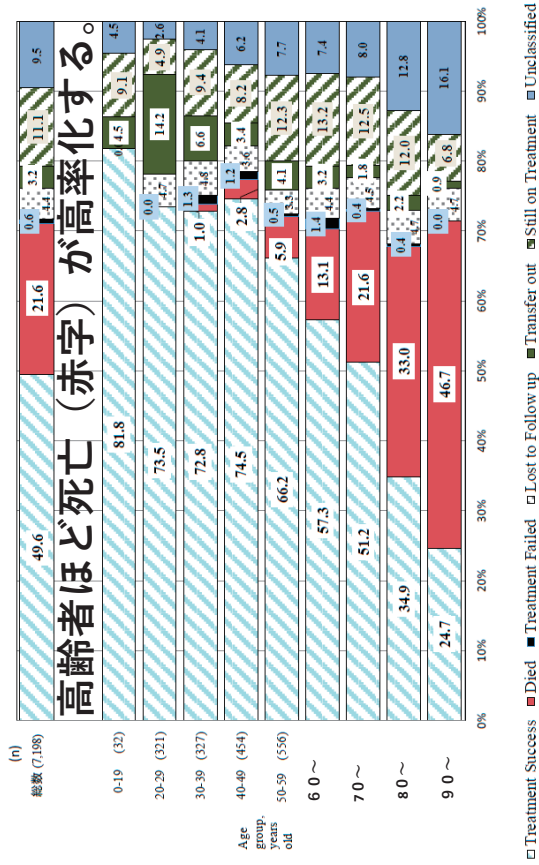
「結核に関する特定感染症予防指針2011改訂」より
 現在、我が国における結核患者は**高齢者であり、何らかの基礎疾患を有する者が多いことから、結核単独の治療に加えて合併症に対する治療も含めた複合的な治療を必要とする場合も多く、求められる治療形態が多様化している。**

「医療従事者への感染対策」・・・陰圧管理以外の感染防止対策は病院持ち出しとなる

ベッドサイドでの医療行為（中心静脈栄養、胃管挿入等）の増加、喀痰吸引、摂食介助、リハビリテーション、緩和ケアなど、多職種が結核病棟でN95マスクを装着し従事している。N95マスクは変形した場合廃棄する。メーカーは一人一日1枚を推奨し、その費用は膨大となる。また、6か月おきに結核感染のチェック（IGRAS:15480円/人）を要する。放射線技師によるポータブル撮影、生理検査技師による超音波検査、薬剤師による服薬支援、など、**以前なかった診療行為が増加している。**

二類感染症他疾患と同様に、**院内感染防止対策及び結核病棟における質の高い医療の維持目的**のために、**二類感染症患者入院診療加算の適応**（入院から30日間 250点/日）を申請する。

結核病棟は各医療機関で閉鎖が続いている。現在の結核病棟は、多彩な合併症を有する患者と、**介護ケア＋地域包括ケア病棟**となっており、空気感染対策に対する費用も膨大であることから、報酬上の支援がなければ成り立たない。



↑ 2014年結核患者年齢別治療成績

複十字病院結核病棟患者重症度2016

	病床利用率	独歩	護送	担送
7月	89.6	53.2	21.2	25.6
8月	90.9	50.1	22.9	27.0
9月	91.1	47.0	23.6	29.4
平均	90.5	50.1	22.6	27.3

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	227202	
申請技術名	栄養サポートチーム加算	
申請団体名	日本結核病学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2017年度 提案当時の技術名：栄養サポートチーム加算
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号	A233-2	
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	
技術の概要（200字以内）	<p>該当する結核病棟入院患者について栄養サポートチームのケアを受ける。ア 栄養管理計画による栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者 イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的とし、静脈栄養法を実施している患者 ウ 経口摂取への移行を目的とし、経腸栄養法を実施している患者 エ 栄養サポートチームが栄養治療により改善が見込めると判断した患者</p>	
再評価が必要な理由	<p>栄養サポートチームの目的は、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等を目的として、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（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。と定められており、栄養サポートチームの利益は既に多くの診療領域で認知されているため、加算が決定されたと認識される。高齢者、免疫抑制宿主、糖尿病等の、栄養的に不利な疾患を有している患者が入院している結核病棟において、結核病棟という理由のみで、栄養サポートチームの診療報酬が得られないことは、患者への必要性を厚生労働省が無視され、結核病棟に入院される患者を差別化していることになるため、再考願いたい。従来、排菌停止が早まるかという点のみ強調されてきて議論がされてきたが、入院患者の利益を考えると、栄養サポートを受けることがフレイル予防や全身状態の改善につながるために行われているサポートである。</p>	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>栄養サポートチームの恩恵を結核病棟入院患者が受けることを可能とし、かつ、診療報酬上お認めいただきたい。根拠</p> <p>1) 結核患者の約60%は70歳以上の高齢者であること。 2) 結核患者の13%は糖尿病を合併していること。 3) 結核発病は免疫低下によって生じるため、発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。</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>対象とする患者 ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者 イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者 ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者 エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者</p> <p>技術内容 ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診を患者一人当たり週1回開催する。 イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえ栄養治療実施計画を作成する。 ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し適宜フォローアップを行う。 エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行う。 オ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等と連携し、患者に対する治療及びケアを充実させる。</p> <p>点数 入院中回診し支持を行った場合週1回 200点加算 現行一般病棟で行われている算定と同様に扱う</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第1節 入院基本料
診療報酬番号（再掲）	A233-2
技術名	栄養サポートチーム加算

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等 	<p>根拠</p> <p>1) 結核患者の約60%は70歳以上の高齢者であること。</p> <p>2) 結核患者の13%は糖尿病を合併していること。</p> <p>3) 結核発病は免疫低下によって生じるため、発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。</p> <p>有効性</p> <p>栄養サポートチーム加算について有効であるために一般病棟では加算の対象となっている。結核患者が身体的に一般病棟の入院患者と栄養学的に異なるとは考え難い。また、栄養サポートは秋まで患者の全身状態の改善を目指したものであり、現在まで議論されてきた「排菌期間の短縮」を論点とするのは、人道上誤りである。</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>根拠</p> <p>1) 結核患者の患者は高齢化の一途をたどっており、約60%は70歳以上の高齢者であること。</p> <p>2) 結核発病は免疫低下によって発症が促進される。発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。</p> <p>2017年新規登録結核患者数は16789例、喀痰塗抹陽性である患者数は6359例、70歳以上の高齢者は64.5%を占め、特に栄養状態が悪化しやすい糖尿病患者は全結核患者の14%である。高齢者の重症度は不明であるが、現行複十字病院では高齢者の胃管やIVH管理例は病棟の10%程度であるため、70歳以上の高齢者数の10%程度が対象となると計算した。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人）</p> <p>0人</p>
<p>後の症例数（人）</p>	<p>400人</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回）</p> <p>0回</p>
<p>後の回数（回）</p>	<p>3600回</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>栄養サポートチームはあらかじめ他病棟において運用され、難易度は問題とならない。</p> <p>栄養サポートチームは完成された技術である。</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>既に病院内に作成された栄養サポートチームを運用するので新規の配置はない。</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>診療報酬にすでに定められた施設基準に従う。</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>問題なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>社会的に妥当であり、倫理的に問題ない。</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前</p> <p>0点</p>
<p>見直し後</p>	<p>200点</p>
<p>その根拠</p>	<p>一般病棟と同等</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</p> <p>区分をリストから選択</p> <p>特になし</p>
<p>番号</p>	<p>特になし</p>
<p>技術名</p>	<p>特になし</p>
<p>具体的な内容</p>	<p>特になし</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス</p> <p>プラス</p>
<p>予想影響額（円）</p>	<p>72,000,000円</p>
<p>その根拠</p>	<p>本邦の喀痰塗抹患者数 6359例 全結核患者のうち70歳以上の高齢者は60%であり、その約10%を対象とした。2カ月9回指導を受けることとした。</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>なし</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>日本呼吸器学会</p>

⑬参考文献1	1) 名称	高齢期の健康と科学的根拠に基づく支援対策の重要性(2016年7月19日 関東信越厚生局研修講義)
	2) 著者	桜美林大学老年学総合研究所 国立長寿医療研究センター 鈴木隆雄
	3) 概要(該当ページについても記載)	https://kouiseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/semina-siryou.pdf 高齢者は低栄養に陥りやすく、運動トレーニングとアミノ酸摂取によって、筋機能や運動機能が改善、筋量と筋力が共に改善する割合は、アミノ酸摂取によ2倍に、さらに運動とアミノ酸摂取を両方行うことにより4.9倍に増加する。アミノ酸摂取のサルコペニア対策における意義・効果を認めた。生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下など、フレイルの進行を予防する取組がより重要であり、高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。
⑭参考文献2	1) 名称	肺結核患者の入院時栄養評価
	2) 著者	武内海歌 他
	3) 概要(該当ページについても記載)	静脈経腸栄養 2013;28:131-136NH0近畿中央呼吸器疾患センター肺結核入院例374例中死亡退院率は6.7%であったが、アルブミン値別で3.5g/dL以上の高値群では0.9%、3.0~3.5g/dLの中間群10.3%、3.0g/dL未満の低値群21.3%であり、低値群は優位に死亡していた。
⑮参考文献3	1) 名称	初回治療肺結核患者の排菌陰性化遅延を予測する 入院時栄養因子の検討
	2) 著者	武内海歌、他
	3) 概要(該当ページについても記載)	結核 2013 ; 88:697 - 702 近畿中央胸部疾患センターに入院した初回治療TB患者554名を対象とし検討。菌陰性化遅延因子を検討した結果、入院時BMI18.5kg/m2未満, Alb3.0g/dL以下, CRPO.3 mg/dL以上, HbA1c (NGSP) 6.5%以上, RDA%エネルギー87%未満, 喀痰塗抹検査2+~3+が陰性化遅延因子として抽出された。TB患者の入院時栄養アセスメントは入院時HbA1c (NGSP), CRP, BMIを指標として陰性化遅延を予測できる可能性が示唆された。
⑯参考文献4	1) 名称	結核患者の入院時の栄養状態と退院時の転帰および 結核の長期予後の関係に関する前向き観察研究
	2) 著者	永田忍彦、他
	3) 概要(該当ページについても記載)	結核, 86, 453-457, 2011 NH0大牟田病院にて結核患者107名について入院時にBMI, 末梢血リンパ球数, アルブミン濃度, ツベルクリン反応の硬結径より栄養状態を評価し, 退院時の転帰および結核の最終予後との関係について前向きに調査した。入院時の栄養状態が悪いほど, すべての死因による死亡退院率, 結核が原因となった死亡退院率とも高率であった。低栄養状態の改善が結核患者の予後を改善する。
⑰参考文献5	1) 名称	NSTのアウトカム
	2) 著者	富永久美乃
	3) 概要(該当ページについても記載)	臨床栄養2014 ;124:53-58. くまもと森都総合病院(旧NTT西日本九州病院)NST内科チームでは, 高齢で, 感染にともなう発熱脱水, 食思不振による低栄養患者が多く, NSTが栄養治療により改善が見込めると判断した患者が64%を占める。少食で廃用症候群からなかなか抜け出せない患者も, NST介入により脱水改善摂取量の増加, リハビリテーションの促進につながられ, 介入終了時の改善は71%で, 推定摂取エネルギーおよび総リンパ球数に有意な改善が認められた。NST加算を開始した2011年度以降では, 平均在院日数が平均0.9日短縮し, 医療費減少に貢献すると考えられた。

結核病棟における栄養サポートチーム加算 適応拡大

目的 1)結核死亡例の減少 2)在院日数の減少による医療費削減 3)高齢者、糖尿病患者、免疫抑制疾患合併患者の予後改善

患者の現状) 70歳以上の高齢者は結核患者の約60%を占め、高齢化傾向が進んでいる。糖尿病合併者は14.5%存在する。栄養管理が必須な集団である。国立病院機構近畿中央病院における初回治療肺結核患者374例の血清アルブミン 3.0 g/dl未満と低値であった患者の割合は75例 (20.0%)であった。血清アルブミン値の低下は結核死亡率と関連し栄養状態の悪化が排菌期間の延長に関連すると推測されている。

導入の効果) 平均在院日数は68.8日であり、慢性感染症であり、急性期疾患より毎日の栄養摂取が患者に影響する。高齢者は経口摂取・内服困難で、誤嚥を生じ、胃管や中心静脈経路から栄養摂取を行う場合も多い。

NSTによる栄養管理は、歩行維持、予後改善につながり、菌陰性化の短縮で早期退院が図られ、在院日数の短縮化から医療費削減につながる。

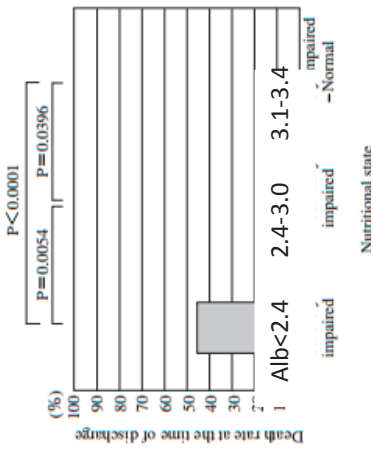
* 一般病棟入院の場合はNSTの恩恵を受けることができると公平化が保たれる。

呼吸器内科医が減少し、特に結核病床管理にあたる医師への負担は大きく、NSTにより医師負担の軽減が望める。

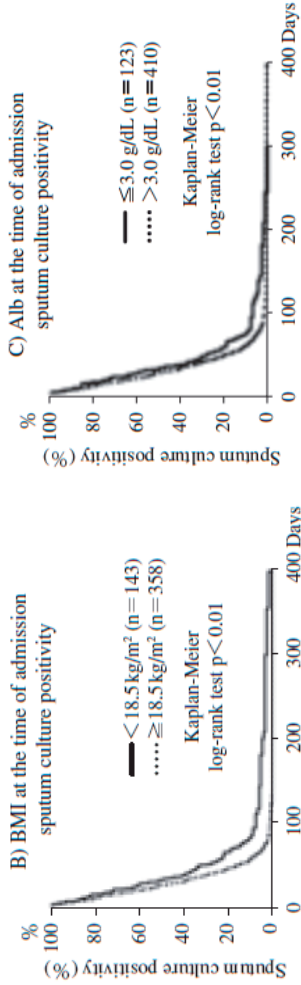
算定 対象患者に対し週一回栄養サポートチームのチーム加算適応拡大をお願いしたい。

効果) 栄養状態の改善が図られ、結核死亡率が減少し、在院日数の減少による医療費削減が期待できる。

血清アルブミン値と結核死亡率は関連する



「栄養状態が悪いと菌陰性化が遅延する」ので入院期間が延長する



永田 忍彦、他、結核患者の入院時の栄養状態と退院時の転帰および結核の長期予後の関係に関する前向き観察研究、結核,86, 453-457,2011.

武内海歌、鞍田三貴、林清二：初回治療肺結核患者の排菌陰性化遅延を予測する入院時栄養因子の検討、結核 88, : 697-702, 2013

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	227203
申請技術名	呼吸サポートチーム加算
申請団体名	日本結核病学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2017年度 提案当時の技術名：呼吸サポートチーム加算
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号	A242
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	
技術の概要（200字以内）	呼吸サポートチーム加算を結核病棟でも算定対象とする。対象は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であり、人工呼吸器装着状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者、当該病棟に入院後人工呼吸器を装着し装着日から1月以内の患者。人工呼吸器離脱の過程で、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
再評価が必要な理由	<p>一般病棟で算定可能な多職種による患者ケア加算を結核病棟でも算定可能とする。</p> <p>1) 入院によって患者が得られるケアを制限することは、医療従事者、患者、患者家族において、結核という疾患への差別感を増す結果となる。</p> <p>2) 肺結核は結核菌による肺炎であり、重症呼吸不全を生じることが報告されており、他肺炎と重症度では差がない。</p> <p>3) 肺結核患者の約60%が70歳以上の高齢者であり、肺結核による呼吸不全の重症化は起こりうる。主たる医師への負担軽減だけでなく多職種によるケアが患者の予後改善には有用である。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	呼吸サポートチーム加算の算定を結核病棟でも算定可能とする。 根拠 人工呼吸器を装着している患者の予後は、一般病棟であっても結核病棟であっても患者から考えると、予後改善目的で保険診療上許されるケアチームの指導を受けたい、という希望を有される。人工呼吸管理は患者の生命を左右する重大な処置であり、多職種による主治医へのサポートは、患者の救命に必須である。
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	<p>対象とする患者 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。</p> <p>技術内容 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。</p> <p>点数や算定の留意事項 一般病棟と同等に扱う。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A242
技術名	呼吸サポートチーム加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（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、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算すると定められている。一般病棟と同様に結核病棟でも気管内挿管をされたり呼吸管理が必要な患者が存在しており、一般病棟と同様に患者に対応することは、患者の予後改善に対し差別化しないためにも必須である。

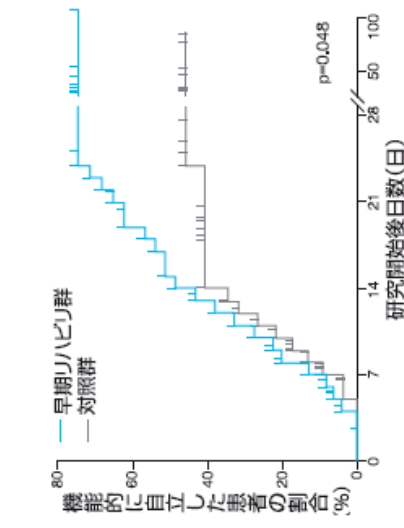
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	2017年新登録結核患者16789人、肺結核13011人、塗抹陽性肺結核患者6359人である。結核病床にはこの6359人が入院されるが、当科において例年年間約350人の入院で10名（3%）程度のみ人工呼吸管理を行う状況である。これを全国に換算すると180人となる。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 0人 後の症例数（人） 180人	
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 0人 後の回数（回） 720人	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	呼吸サポートチームは施設基準がすでに診療報酬上定まっており、結核病棟において同様なケアを行う。	
・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）	人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が保持されていること。 当該加算の対象患者のために呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。 病院勤務医の負担の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。 当該保健医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
	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）	既存のチームを結核病棟に招くものである。
	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 （問題点があれば必ず記載）	社会的倫理的に問題なし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前 0点 見直し後 150点 その根拠 一般病棟と同様	
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 区分をリストから選択 特になし 特になし 特になし 特になし	
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） 1,080,000円 その根拠 180人に月4回の加算が可能、720回/年とし1回150点で108000点/年となる。	
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	なし	
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	日本呼吸器学会 工藤翔二	
⑭参考文献1	1) 名称	Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure
	2) 著者	Morris, et al
	3) 概要（該当ページについても記載）	JAMA. 2016;315(24):2694-2702 人工呼吸器使用中の患者に対して理学療法を早期に導入した結果、鎮静期間が短く、早期の人工呼吸器からの離脱が図られた。
⑭参考文献2	1) 名称	日本呼吸リハビリテーション学会誌
	2) 著者	塩見 基、他
	3) 概要（該当ページについても記載）	2016年 26号 p316-322 呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、挿管による呼吸管理を行った患者より非挿管による呼吸管理患者が増加した。肺結核患者では挿管下人工呼吸器管理は、周囲への結核菌の飛散量を増やすだけでなく、高齢者や合併症による末期患者への適切な呼吸管理への助言が必須であると感られることから、この結果は呼吸ケアサポートチームの結核病等における必要性を示唆している。
⑭参考文献3	1) 名称	日本呼吸器リハビリテーション学会誌
	2) 著者	西浦直樹
	3) 概要（該当ページについても記載）	2012年22号 p391-397 呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、院内ヒアリハット事象が減少し、病院内インシデントが減少していることを示している。肺結核重症者に対するモニター管理、補液、薬剤投与など様々なチェックが必要であるが、限られた医療の中で、インシデント事例が生じてしまい、さらに医療者の疲弊を招く。しかし多職種サポートチームの活動により、医師の負担軽減がはかられるだけでなく、重症例の管理が安全に行われることとなるため、呼吸ケアサポートチームの結核病棟における必要性が示されている。

⑩参考文献4	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要 (該当ページについても記載)	
⑩参考文献5	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要 (該当ページについても記載)	

結核病棟における呼吸ケアサポーターチーム加算の適応拡大

- 目的 1)結核死亡例の減少 2)早期人工呼吸器離脱による医療費削減 3)人工呼吸器関連事故の防止
- 4)呼吸不全患者への専門医療の提供による一般病棟同様のケアの確保
- 算定 対象患者に対し週一回**150**点算定について適応を拡大いただきたい。

呼吸管理という高度な医療技術を早期にチーム医療として導入することで、適切な換気療法が選択され予後改善が図られ、また院内インシデントの減少から患者に大きく貢献する。



早期のリハビリによって人工呼吸患者のせん妄発生率や呼吸器装着時間が減少し、日常生活機能が早く回復することが複数の研究で支持されている。

2) Schweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373 (9678): 1874-82.

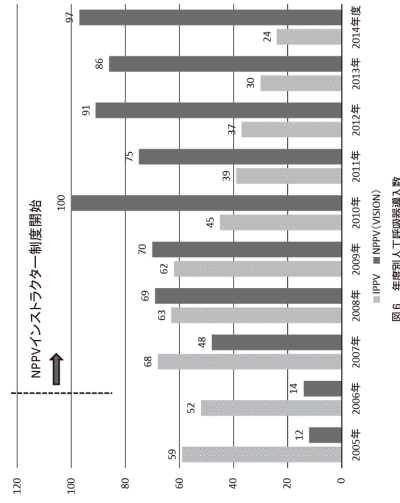
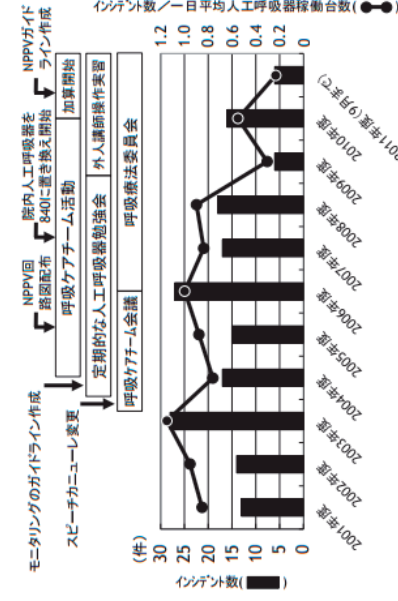


図6 年別NPPV導入数

呼吸ケアチームの活動開始で非挿管人工呼吸器症例が増加している。適切な選択が得られることが推測される。

塩見 基 他日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌2016；26：306-312



呼吸ケアチームの稼働により院内インシデントが明らかに減少している

西村直樹他 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌2012；22：391-397

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	231201
申請技術名	緩和ケア診療加算
申請団体名	日本呼吸器学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号	A226-2
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
「6 その他」を選んだ場合に記載	<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）
技術の概要（200字以内）	<p>A226-2の通知を次のように修正し、「末期呼吸不全」を適応疾患に含める： 「（1）本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全又は末期呼吸不全の患者のうち（略）（新設）（3）末期呼吸不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからキまでのいずれかの基準に該当するものをいう。（略）」 ※アからキまでの基準は「⑩その他」に記載。</p>
再評価が必要な理由	<p>A226-2緩和ケア診療加算の対象として、末期呼吸不全の患者を追加すべきと考える理由として、下記の5つが挙げられる。各項目の詳しい根拠等は「①再評価すべき具体的な内容」において記述する。</p> <p>1) 緩和ケアを必要とする呼吸不全の患者が多数存在する：日本では緩和ケアを必要とする潜在的なCOPD患者が年間およそ1万2千人と推計される。 2) 呼吸不全はがんと同様に身体的苦痛の頻度が高い：死亡6か月前のCOPD患者は、肺がん患者に比べて呼吸困難・ADL低下・抑うつ等の出現頻度が有意に高い。 3) 専門家の意見や学会のガイドライン等において緩和ケアが推奨されている：緩和ケアの臨床経験が豊富な日本の医師を対象とした調査において、非がん疾患の緩和ケアは必要だと思う、という回答が87%を占めている。 4) 呼吸不全に対する緩和ケアによるQOL等の改善が確認されている：呼吸困難の患者を対象としたRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせたサービスを実施した群では、通常治療を行ったコントロール群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善した。 5) 日本において呼吸不全に対する緩和ケアの先行事例が存在する：517施設の緩和ケアチームにおいて、非がんの患者を対象とした緩和ケアの依頼件数は年間3,564件あり、その内訳として、循環器疾患に次いで、呼吸器疾患が多く、非がんの依頼件数の15.8%を占めていた。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>以下の1)～5)に基づき、末期呼吸不全を緩和ケア診療加算の対象疾患として追加すべきと考える。</p> <p>1) 緩和ケアを必要とする呼吸不全の患者が多数存在する：2016年にホスピスを利用した米国メディケア受給者の疾患構成は、がん27.2%、心臓・循環器18.7%、認知症18.0%、呼吸器11.0%、脳卒中9.5%、その他15.6%であり、がん患者や心不全の患者だけでなく呼吸器を含む幅広い疾患の患者に対してホスピスサービスが提供されている（NHPCO 2017）。また、WHO（2014）の推計によると、WHO加盟国の2011年の死亡者のうち緩和ケアを必要とする疾患の上位は順に、循環器疾患38.5%、がん34.0%、COPD10.3%であった。日本では、COPDを死因とする死亡者数は年間18,523人であり（厚生労働省人口動態統計2017年）、WHOによるとCOPDを死因とする患者の約67%は緩和ケアを必要とすることから、日本では緩和ケアを必要とするCOPD患者は潜在的に年間約1万2千人と推計される。 2) 呼吸不全はがんと同様に身体的苦痛の頻度が高い：桂ほか（2003）によると、死亡6か月前のCOPD患者は、呼吸困難94%、ADL低下84%、全身倦怠感71%、食欲低下65%、抑うつ65%などの症状が確認され、肺がん患者に比べて、呼吸困難・ADL低下・抑うつ等の出現頻度が有意に高い（各々p<0.0001）ことが確認されている。 3) 専門家の意見や学会のガイドライン等において緩和ケアが推奨されている：緩和ケアの臨床経験が豊富な日本の医師111名を対象とした調査において、非がん疾患の緩和ケアは必要だと思うか、という設問に対して「よく思う」「非常によく思う」と回答した割合は87%を占めた（大阪ほか2018）。また、日本呼吸器学会や米国胸部学会等のガイドラインにおいて呼吸器疾患を対象とした緩和ケアの標準的な治療が確立されている。 4) 呼吸不全に対する緩和ケアによるQOL等の改善が確認されている：呼吸困難（MRC息切れスケール 2以上）を呈する患者を対象としたHigginson et al. 2014によるRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療を行ったコントロール群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善したことを報告（6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、p=0.048）。 5) 日本において呼吸不全に対する緩和ケアの先行事例が存在する：日本緩和医療学会の調査に参加した517施設の緩和ケアチームにおいて、2017年度に非がんの患者を対象とした緩和ケアの依頼件数は3,564件（全体の3.9%）あり、その内訳として、循環器疾患に次いで、呼吸器疾患が15.8%を占めていた。また、約6割の施設では緩和ケア診療加算を算定していない中でも、末期呼吸不全等の患者に対して日常的に緩和ケアを実施している実態が見て取れる。</p>
------------------------------	---

<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>【対象とする患者】 厚生労働省保険局通知（保医発0305第1号）において、「一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者」と規定されている。</p> <p>【技術内容】 緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定。緩和ケアチームは、「身体症状の緩和を担当する医師」、「精神症状の緩和を担当する医師」、「緩和ケアの経験を有する看護師」、「緩和ケアの経験を有する薬剤師」で構成される。</p> <p>【点数や算定の留意事項】 1日につき400点を算定。1日当たりの算定患者数は、1つの緩和ケアチームにつき概ね30人以内。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A226-2
技術名	緩和ケア診療加算
<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等 	<p>【治療率、死亡率やQOLの改善等】1) 次のエビデンスより、緩和ケアおよび呼吸ケアの提供がQOLの維持・改善に有効とされる:呼吸困難（MRC息切れスケール 2以上）を呈する患者105人を対象としたHigginson et al. 2014によるRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療を行ったコントロール群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善（6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、$p=0.048$）。</p> <p>2) 次のエビデンスより、緩和ケアおよび呼吸ケアの提供が生存率の維持・改善に有効とされる:呼吸困難（MRC息切れスケール 2以上）を呈する患者を対象としたHigginson et al. 2014によるRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群と通常治療群で生存率の有意な差（6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01）を確認。</p> <p>3) 次のエビデンスより、低用量の経口モルヒネの投与は呼吸困難の症状改善に有効とされる:安静時の呼吸困難を呈するCOPD等の患者48人を対象としたAbernethy et al. 2003によるランダム化クロスオーバー比較試験において、経口モルヒネを投与した群では、プラセボを投与したコントロール群と比較して、イ) 呼吸困難症状の緩和（視覚的評価スケールに基づく呼吸困難の程度の差が9.5mm, $p=0.006$）、ロ) 呼吸困難による睡眠障害の発生の少なさ（1 vs 8件、$p=0.039$）を確認。</p> <p>【学会のガイドライン上の位置づけ等】日本呼吸器学会ガイドライン（COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2018[第5版]）において、イ) 終末期COPDの判断として、「一般的に、増悪を繰り返し、2次的にADL低下を来した頃からをCOPDの終末期と判断することが多い」こと、ロ) 終末期COPDの呼吸困難に有効な薬物療法として、「進行したCOPD患者に対してモルヒネはその効果が確認されており、投与量を適切にコントロールすれば呼吸抑制の問題はほとんど発生しない」とされており、エビデンスに基づく診療基準が確立されている。</p> <p>また、米国胸部学会ガイドライン（An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical illnesses）、GOLD2019、ポーランド呼吸器学会ガイドライン等においても、呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの標準的な診療基準が確立されている。</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>【年間実施回数】 下記の【年間対象者数】と【対象者1人当たり実施回数】を掛け値:17,277回（2,187人 × 7.9回）を年間実施回数と推定する。</p> <p>【年間対象者数】 下記のイ)にロ)を乗じた人数:2,187人（37,072人 × 5.9%）を年間対象者数とする。</p> <p>イ) 緩和ケアを必要とする患者数:人口動態統計より、2017年のCOPDまたは間質性肺疾患を死因とする死亡者数は、37,072人。</p> <p>ロ) 実際に緩和ケアを受ける患者の割合:WHO（2014）によると、がん患者の約84%（COPD患者は約67%）で緩和ケアが必要とされているものの、日本緩和医療学会の調査によると2017年度における、がん患者の緩和ケアサービスの利用実績（割合）は5.9%にとどまっている。本推計では、呼吸器疾患の死亡者のうち、実際に緩和ケアサービスを受ける患者数をまずは現状ベースで見積もることとし、緩和ケアを受ける患者の割合を5.9%と仮定。</p> <p>【対象者1人当たり実施回数】 下記のハ)を二)で除した値:7.9回（43,560回 ÷ 5,540件）を対象者1人当たり実施回数とする。</p> <p>ハ) 緩和ケア診療加算の総算定回数:社会医療診療行為別統計（2017年6月審査分）より、緩和ケア診療加算の算定回数は43,560回。</p> <p>二) 緩和ケア診療加算の総算定件数:社会医療診療行為別統計（2017年6月審査分）より、緩和ケア診療加算の算定件数は5,540件。</p>
年間対象者数の変化	前の症例数(人) 0 後の症例数(人) 2,187
年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 17,277
<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>【学会等における位置づけ】 日本呼吸器学会ガイドライン（COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2018[第5版]）において、イ) 終末期COPDの判断として、「一般的に、増悪を繰り返し、2次的にADL低下を来した頃からをCOPDの終末期と判断することが多い」こと、ロ) 終末期COPDの呼吸困難に有効な薬物療法として、「進行したCOPD患者に対してモルヒネはその効果が確認されており、投与量を適切にコントロールすれば呼吸抑制の問題はほとんど発生しない」ことなどが記述されており、エビデンスに基づく診療基準が確立されている。</p> <p>また、米国胸部学会ガイドライン（An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical illnesses）、GOLD2019、ポーランド呼吸器学会ガイドライン等においても、呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの標準的な診療基準が確立されている。</p> <p>【難易度】 日本呼吸器学会ガイドライン（COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2018[第5版]）において、COPDでは「終末期の症状は、呼吸困難、咳、痰、喘鳴などの呼吸器症状に加え、疲労感、るいそう、睡眠障害、窒息への恐怖感、うつ状態、ADL低下、経済的負担、社会的孤立、身体障害、発熱と関係ない暑さ、せん妄状態、CO2ナルコーシスなど多彩である」と述べられており、緩和ケアを実践できる専門性が求められる。当該専門性については、現状の施設基準である「医師は（中略）症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること」を以て要件を充足できると考える。</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)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	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 他の要件)	日本呼吸器学会の診療ガイドライン (COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン2018[第5版])
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		<p>前述した研究において、緩和ケアに起因する重篤な副作用の記述は、確認できる範囲で見つからない。</p> <p>なお、安静時の呼吸困難を呈するCOPD等の患者48人を対象としたAbernethy et al.2003によるランダム化クロスオー バー比較試験において、経口モルヒネを投与した群では、プラセボを投与したコントロール群と比較して、副作用とし ての便秘の発生 (9 vs 1件、$p=0.021$) が報告されている。他方、日本緩和医療学会のガイドライン (がん疼痛の薬物療 法に関するガイドライン) において、モルヒネ等のオピオイドによる便秘等の副作用への治療基準が確立されている。</p>
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		<p>特に問題点は無し。</p> <p>WHO (2002) の定義では、「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、 痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を 予防し、和らげることを通して向上させるアプローチである」とし、「幅広い疾患に対して、緩和ケアが必要とされて いる。その対象については、緩和ケアを必要とする成人の大多数は、循環器疾患、がん、COPD、エイズ、糖尿病などの 慢性疾患を発症している」としている (WHO 2018)。</p> <p>また、末期呼吸不全の患者に対して緩和ケアチームの介入が行われることで、厚生労働省の「人生の最終段階におけ る医療とケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく患者の意思決定支援が行われる機会が増え、心肺蘇生術 などの積極的な治療を望まない等の患者の意思が、診療内容に適切に反映され得ると考える。</p>
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	400
	見直し後	400
	その根拠	算定要件の変更要望であり、点数の見直しは無い。
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	J 045
	技術名	人工呼吸
	具体的な内容	<p>緩和ケアチームの介入により、厚生労働省の「人生の最終段階における医療とケアの決定プロセスに関するガイド ライン」に基づく患者の意思決定支援が行われる機会が増え、副次的に、心肺蘇生術などの積極的な治療が患者の希望に 基づき減少することが想定され得る。</p> <p>仮に、「④普及性の変化」で示した年間実施回数17,277回のうち5割で、心肺蘇生術として人工呼吸を行うという選択 が減少すると仮定すると、約7千万円 (17,277回 × 50% × 819点 × 10円) の医療費低下が見込まれる。 上記のほか、中心静脈栄養、胃ろう、ICU入室などの減少による医療費低下が副次的に見込まれ得る。</p>
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額 (円)	- 0
	その根拠	<p>下記イ)およびロ)を踏まえることで、医療費は現状維持 (変化なし) と見込まれる。</p> <p>イ) 「④普及性の変化」より、年間実施回数は23,147回の増加が見込まれ、1回の点数は400点であるため、約7千万円の 増加 (17,277回 × 400点 × 10円)。</p> <p>ロ) 「⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術」より、約7千万円の減少。</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		なし
⑫その他		<p>技術の概要に述べた本技術の対象は次の通り (括弧内の文言を通知に挿入)。</p> <p>「(3) 末期呼吸不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからキまでのいずれかの基準に該当するものをい う。</p> <p>ア 呼吸不全に対して適切な治療が実施されていること。</p> <p>イ 適切な治療にかかわらず、慢性的に mMRC 4度の呼吸困難の症状に該当していること。</p> <p>ウ 過去1年以内に呼吸不全による急変時の入院が2回以上あること又は難治性気胸を合併していること。なお、「急変時 の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。</p> <p>エ $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$SpO_2 \leq 88\%$ 又は $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ のいずれかに該当していること。</p> <p>オ 肺疾患による右心不全を発症している状態であること。</p> <p>カ 医学的に終末期であると判断される状態であること。</p> <p>キ エ、オ又はカに準ずる場合」</p> <p>※上記の基準ウの「難治性気胸」の症例については、胸腔ドレナージの処置や胸膜癒着術を行っても改善が見込めない ケースが多く、ドレナージが続くために転院や帰宅ができず長期入院のまま亡くなることから、ウの前段の「過去1年以 内に呼吸不全による急変時の入院が『2回以上』あること」とは独立の条件とした。</p> <p>なお、参考までに、米国メディケアのホスピスケア (CPTコード:99377、99378) の算定対象となる呼吸器疾患の基準 は、予後6か月以内で下記①から⑥に該当する患者とされている (下記のうち④、⑤および⑥を満たさない場合でも、急 激な症状悪化や併存疾患によっては算定対象となる)。</p> <p>①安静時の呼吸困難、気管支拡張薬に対する反応不良及び機能的能力の低下 (ベッドから椅子への移動の援助など)、 ②末期肺疾患の進行 (気道感染や呼吸不全による、救急外来の受診増加または往診の増加、入院などのエビデンス)、 ③$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$SpO_2 \leq 88\%$ 又は $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$、④肺疾患による右心不全、⑤過去6か月間において10%以上の意図し ない体重減少、⑥安静時の頻脈 (100回/分以上)</p>

⑬ 当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本緩和医療学会
⑭ 参考文献 1	<p>1) 名称 An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial</p> <p>2) 著者 Higginson et al. Lancet Respir Med 2014; 2: 979-87</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載)</p> <p>目的: 呼吸困難を呈する患者に対して、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせたサービスを実施した際の効果を検証する。 対象: 呼吸困難 (MRC息切れスケールが2以上) の患者 比較: 治療群 緩和ケアおよび呼吸ケア 比較群 通常治療 方法: 呼吸困難を呈する患者 (COPD57名、がん21名、間質性肺炎19名、心不全5名、その他疾患3名) に対し、多施設共同、RCT、単盲検、平行群間比較形式で、通常治療の場合と緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した場合で、6週間後の医療関連QOLなどを比較。 結果: 緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施することで、通常治療の場合と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善 (6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、$p=0.048$)、非がんの患者84人について介入群とコントロール群で生存率の有意な差 (6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01) を確認。 付記: 臨床研究登録番号 (ClinicalTrials.gov) NCT01165034</p>
⑭ 参考文献 2	<p>1) 名称 Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea</p> <p>2) 著者 Abernethy et al. BMJ 2003; 327(6): 1-6</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載)</p> <p>目的: COPD等の患者に対して、経口モルヒネの投与による呼吸困難の症状緩和の効果を検証する。 対象: 呼吸困難を呈するオピオイドを投与したくない患者 比較: 治療群 モルヒネ 比較群 プラセボ 方法: 呼吸困難を呈する患者 (COPD:42名、がん:3名、運動ニューロン病:1名、拘束性肺疾患:2名) に対し、多施設共同、RCT、二重盲検、クロスオーバー形式 (各群について4日間) で、モルヒネ投与の場合とプラセボ投与の場合で、呼吸困難の程度、睡眠障害の発生状況などを比較。 結果: モルヒネを投与した群では、プラセボを投与した群と比較して、呼吸困難症状の緩和 (視覚的評価スケールに基づく呼吸困難の程度の差が9.5mm、$p=0.006$)、呼吸困難による睡眠障害の発生の少なさ (1 vs 8件、$p=0.039$) を確認。</p>
⑭ 参考文献 3	<p>1) 名称 慢性閉塞性肺疾患の終末期医療と緩和ケアの意義</p> <p>2) 著者 桂秀樹. 日本臨床 2003; 61(12): 2212-2219</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載)</p> <p>目的: COPDと肺がんについて、ターミナル期の臨床経過の比較を行う。 対象: COPD患者、非小細胞性進行肺がん患者 方法: 急性増悪で入院した患者 (COPD33名、肺がん39名) を対象に、死亡6か月前の臨床症状、死亡1か月前の治療内容などを比較。 結果: 死亡6か月前のCOPDでは呼吸困難94%、ADL低下84%、全身倦怠感71%、食欲低下65%、抑うつ65%、身体疼痛39%など多彩な症状が認められ、肺がんに比べて、呼吸困難・ADL低下・抑うつの出現頻度が有意に高いこと ($p<0.0001$) を確認。</p>
⑭ 参考文献 4	<p>1) 名称 わが国における非がん疾患に対する緩和ケアの現状: 日本緩和医療学会代議員を対象とした実態調査</p> <p>2) 著者 大坂巖ほか. Palliat Care Res 2018; 13(1): 31-37</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載)</p> <p>目的: 非がん疾患に対する緩和ケアについて実態調査を行う。 対象: 日本緩和医療学会代議員 方法: 日本緩和医療学会代議員196名を対象にインターネットアンケート調査を行い、非がん疾患の診療経験、緩和ケアに関する考え方、緩和ケアを実践するうえで困難感、必要な教育内容について選択式の質問を実施。 結果: 111名 (57%) より回答が得られ、回答者の99%は非がん疾患の診療を経験していた。非がん疾患の緩和ケアは必要だと思うか、という設問に対して「よく思う」「非常によく思う」と回答した割合は87%を占めた。非がん疾患に対する緩和ケアを初期臨床研修医に教育するうえで重要であると感じることの設問において、「非常に重要だと思う」の回答割合が高かった項目は、コミュニケーション、多職種チーム医療などであった。</p>
⑭ 参考文献 5	<p>1) 名称 Global Atlas of Palliative Care at the End of Life</p> <p>2) 著者 WHO. January 2014.</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載)</p> <p>目的: WHO加盟国全体および各地域における緩和ケアの需要量を推計する。 対象: WHO加盟国全体および6つの地域 (アフリカ地域、南北アメリカ地域、東南アジア地域、ヨーロッパ地域、東地中海地域、西太平洋地域) 方法: 1) 専門家へのアンケートにより、終末期に緩和ケアを必要とする疾患を定義。 2) 疾患毎の疼痛保有率に関する先行研究データに基づき、1)の各疾患の疼痛保有率を定義。 3) WHO加盟国の疾患毎の年間死亡者数に、2)を掛けることで、緩和ケアの需要量を推計。 結果: WHO加盟国全体で、緩和ケアを必要とする患者は年間2千万人 (うち1百万人は15歳以下の子供) と推計。</p>

緩和ケア診療加算の適応疾患に「末期呼吸不全」の患者を追加

○A226-2の通知を次のように修正し、「末期呼吸不全」を適応疾患に含める：

「(1) 本加算は、一般病棟に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全又は末期呼吸不全の患者（略）（新設）(3) 末期呼吸不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及び工からキまでの基準に該当するものをいう。ア 呼吸不全に対して適切な治療が実施されていること。イ 適切な治療にかかわらず、慢性的に mMRC 4度の呼吸困難の症状に該当していること。ウ 過去1年以内に呼吸不全による急変時の入院が2回以上あること又は難治性気胸を合併していること。



なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
 工 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{SpO}_2 \leq 88\%$ 又は $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ のいずれかに該当していること。
 才 肺疾患による右心不全を発症している状態であること。
 カ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

キ 工、才又はカに準ずる場合」

○以下の理由から、緩和ケア診療加算の対象として末期呼吸不全の患者を追加すべきと考えます。
 1) 緩和ケアを必要とする呼吸不全の患者が多数存在する：日本では緩和ケアを必要とする潜在的なCOPD患者が年間およそ1万2千人と推計される。

2) 呼吸不全はがんと同様に身体的苦痛の頻度が高い：死亡6か月前のCOPD患者は、肺がん患者に比べて呼吸困難・ADL低下・抑うつ
 の出現頻度が有意に高い。

3) 専門家の意見や学会のガイドライン等において緩和ケアが推奨されている：緩和ケアの臨床経験が豊富な日本の医師を対象とした調査において、非がん疾患の緩和ケアは必要だと思ふ、という回答が87%を占めている。

4) 呼吸不全に対する緩和ケアによるQOL等の改善が確認されている：呼吸困難の患者を対象としたRCTにおいて緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療の群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善した。

5) 日本において呼吸不全に対する緩和ケアの先行事例が存在する：517施設の緩和ケアチームにおいて非がんの患者を対象とした緩和ケアの依頼件数は年間3,564件あり、臨床現場では実施されている。内訳として循環器疾患に次いで呼吸器疾患が多い（15.8%）。

1. 呼吸困難を呈する患者を対象としたRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療の群と比較し、呼吸困難に関するQOLの有意な維持・改善、生存率の有意な差（6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01）が報告されている（Higginson et al.2014）。

2. 安静時の呼吸困難を呈するCOPD等の患者を対象としたランダム化クロスオーバー比較試験において、経口モルヒネを投与した群では、プラセボを投与したコントロール群と比較して、呼吸困難症状の緩和、呼吸困難による睡眠障害の発生、少なさ（1 vs 8件、 $p=0.039$ ）が報告されている（Abernethy et al.2003）。

介入群 対象群

Breathlessness support service group (n=42)	Control group (n=40)	Difference between breathlessness support service and control (95% CI)	p value	視覚的評価スケールに基づく呼吸困難の程度 (ランダム化クロスオーバー比較試験)		
				Morphine (n=38)	Placebo (n=38)	Mean improvement in dyspnoea scores on morphine compared with placebo
Primary outcome (CRQ mastery) [†]	4-15 (1-7)	3-5† (1-4)	0-048	40.1 (24)	47.7 (26)	6.6 (15)
		0-58 (0-01 to 1.15)	0-048	40.3 (23)	49.9 (24)	9.5 (19)
						P=0.011
						P=0.006

対照と比較し呼吸困難に関するQOLの維持・改善
 (Higginson et al.2014)

対照と比較し有意な呼吸困難症状の緩和
 (Abernethy et al.2003)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）		
整理番号 ※事務処理用	234201	
申請技術名	呼吸ケアチーム加算	
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018 提案当時の技術名：呼吸ケアチーム加算
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	A242	
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 checked="" 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	-
技術の概要（200字以内）	現在の算定対象の患者の拡大と呼吸ケアチームの看護師の基準緩和	
再評価が必要な理由	算定対象の患者を、「当該病棟において48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者と、人工呼吸器離脱後1月以内の患者」、および「当該病棟において人工呼吸器以外の呼吸療法器具を装着してから1月以内で、呼吸療法の器具選択と調整等の呼吸ケアを必要とする患者」に変更する。また、呼吸ケアチームの看護師の基準も「研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）」から「5年以上呼吸ケアの経験のある看護看護師」とする。	

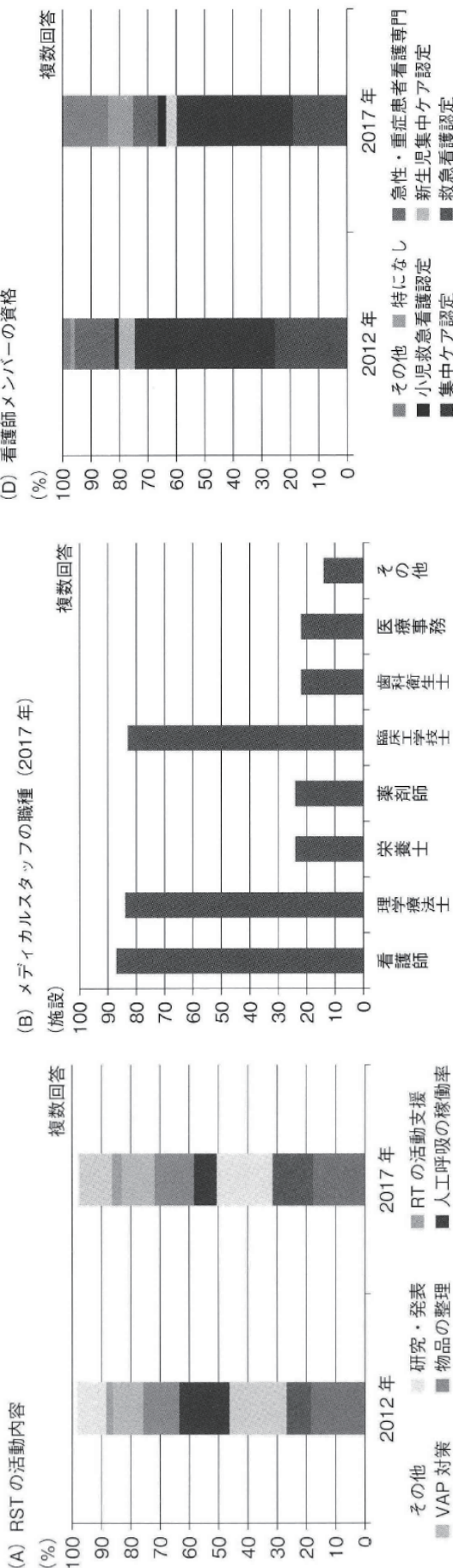
【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	呼吸ケアチーム（以下RST）の活動は、入院加算に収載される以前より行っている医療機関も少なくならずあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献する可能性があるため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。現在、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同によるプロジェクトチームにより、我が国のRSTの登録フォームを作成した。これにより日本のエビデンス（呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム）が明らかとなる。
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	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患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（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、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A242
技術名	呼吸ケアチーム加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	人工呼吸器装着期間・ICU在室日数・在院日数・死亡率・医療費・有害事象・人工呼吸器関連肺炎・せん妄・集中治療後症候群・ICU関連筋力低下の減少が報告されている。また、ICU関連合併症だけではなく、その後の生命予後に関しても有用な報告がある。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年6月度社会医療診療行為別統計からすると1ヶ月で870施設の申請があり、年間で870×12ヶ月=10,440施設、回数1381×12=16,572件の申請があったことになる。 16,572×12ヶ月=198,864点 普及性の変化より約3万回の実行数増加が見込まれる。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 10,440 後の症例数（人） 20,000
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 16,572 後の回数（回） 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）	日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」、「新生児集中ケア」、「救急看護」又は「小児救急看護」の研修看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 3学会合同呼吸療法士、呼吸ケア指導士、慢性呼吸器疾患看護

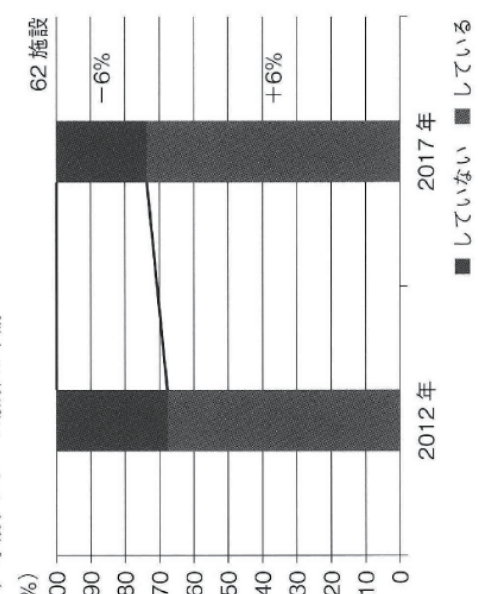
・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎 に記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	特になし
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチームが設置されていること。 1)人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師 2)人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師 3)人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士 4)呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士 2)に掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ 他の要件)	人工呼吸器バンドル、ABCDEバンドル、CDCガイドライン、CAUTIケアバンドル、日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン(PADケアバンドル)
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		早期離床の安全性は高いと考える。5267回の早期理学療法を施行した結果、34例(0.6%)に生理学的異常や安全性の問題が発生した。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直 しの場合	見直し前 見直し後	150 200
	その根拠	点数が業務実態と比べて低く、実施の障壁となっているため。
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	区分をリストから選択
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額(円)	60,000,000
その根拠	普及性的変化により3万回の実施回数が見込まれるため、200(点)×10(円)×3万(回)=6,000万円	
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		特になし
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		日本呼吸器学会、日本呼吸療法医学会
⑭参考文献1	1) 名称	Physical therapy for critically ill in the ICU
	2) 著者	Kayambu G, Boots R, Paratz J
	3) 概要(該当ページについても記載)	Crit Care Med 2013; 41:1543-1554 早期離床に関する10論文(790例:対照383例/介入407例)を対象としたメタ分析では、呼吸ケアチームの介入により、人工呼吸器装着期間・ICU在室日数・在院日数・身体機能・健康関連QOL・四肢筋力・呼吸筋力は改善するが、死亡率の改善は困難と報告されている。
⑭参考文献2	1) 名称	Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients.
	2) 著者	Hickmann CE, Castanares-Zapatero D, Bialais A et al
	3) 概要(該当ページについても記載)	Ann. Intensive Care (2016) 6:80 呼吸ケアチームによるICU入室24時間以内に早期離床した171例(のべ731回中、除外基準は22例(3%)、709回(86%)は早期離床可能)と対照群32例の比較では、死亡率、ICU在室日数、在院日数の有意な改善を認めた。
⑭参考文献3	1) 名称	A Systematic Review of Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU
	2) 著者	Lane D, Ferri M, Lemaire J et al
	3) 概要(該当ページについても記載)	Crit Care Med 41:2015-2029, 2013 ICU回診に関する43論文:35論文は量的研究、8論文は質的研究、κ値0.85~1①毎日の回診5~15分(75%)、多職種(84%)、ベッドサイド(56%)②多職種:医師、看護師、呼吸療法士、薬剤師、理学療法士、栄養士、MSW③回診内容:現病歴、既往歴、治療経過、検査データ、血ガス、薬剤観察、モニタリング→情報提供、投薬の調整、治療方針の統一④討論場所:ベッドサイド、カンファレンスルーム⑤チェックリスト・ガイドライン・電子カルテ:理解・ゴール・満足度の改善、会話の増加⑥効果:満足度・会話・チームの合意の改善、VAP・ICU在室日数・在院日数、死亡率・医療費・有害事象の減少、バリア(情報共有・医療職種の階層)の改善、IOMの6つの質(安全、効果、患者中心、適時、効率、公正)の改善が得られた。
⑮	1) 名称	RST全国実態調査の結果を踏まえて
	2) 著者	長谷川隆一・蝶名林直彦・水野太郎

⑩参考文献4	3) 概要 (該当ページについても記載)	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 23(1), 9-13, 2013 呼吸療法サポートチーム (RST) は人工呼吸の安全管理で期待されているが、定義や活動内容が定まっておらず、また有用性に関するデータが十分でなく、診療報酬もその活動に見合わないなどの問題を有する。これに対し日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会は合同でRST活動を支援する「RSTプロジェクト」を立ち上げ、まず現状把握のためのアンケート調査を行った。その結果RSTは大規模病院を中心に約6割の施設で行われ、勉強会の実施や病棟ラウンドなどを中心に活動を行っていること、医療安全が重視されるものの専任スタッフの配置はほとんどなく、マンパワー不足や適任者の選定、上層部の理解不足などが設立の障害であることが明らかとなった。また全体の2/3で呼吸ケアチーム加算が申請されていたが、反対に申請しない理由としてRSTが教育や長期人工呼吸管理のサポートなど診療報酬の条件に合わない活動を行っていることが示された。
⑩参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	RST実態調査アンケート報告(2017年版) 荒田 晋二・長谷川 隆一・飯田 有輝 他 人工呼吸35 (1) 93-99, 2018このアンケート結果を踏まえ、今回再びRST実態調査アンケートを行った。本アンケートでは91施設から回答があり、2012年のデータと比較した結果、RST活動の継続や拡大において現在の「呼吸ケアチーム加算」の課題が見えた。今後はRST認定・登録制度にてRSTの有用性を示し、それらの課題を解決する取り組みが必要である。呼吸ケアチームの編成条件と活動条件に関する要望と期待には乖離があり、①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大して欲しい。②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大して欲しい。③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能にして欲しい。④保険点数(現行150点、週1回)と期間(人工呼吸器装着48時間から1ヶ月以内)を拡大して欲しいなどの要望があった。⑤今後、両学会によるRST認定施設のエビデンスを集約し、我が国のRSTのデータを蓄積することにより、診療報酬改訂に結びつけていきたい。

現在の算定対象の患者の拡大と呼吸ケアチームの看護師の基準緩和



(F) 呼吸ケアチーム加算の申請



2017年のRST実態アンケート調査の報告をみると、呼吸ケアチームの編成条件と活動条件に関する要望と期待には乖離がある(人工呼吸 2018; 35: 93-99)。

- ①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大して欲しい。
- ②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大して欲しい。
- ③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能にして欲しい。
- ④保健点数(現行150点、週1回)と期間(人工呼吸器装着48時間から1ヶ月以内)を拡大して欲しい。
- ⑤日本呼吸ケアリハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会によるRST登録認定施設制度が2018年3月より開始され、我が国のRSTのデータを蓄積している。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	248201	
申請技術名	小児入院医療管理料	
申請団体名	日本小児科学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018, 2016, 2014, 2012 提案当時の技術名：同上
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号	307	
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 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	包括範囲の変更
技術の概要（200字以内）	小児入院医療管理料は小児の入院医療を支える主要な特定入院料である。包括範囲から入院料加算と医学管理料の一部を小児入院医療管理料の包括対象から除外していただけることと、特に非都市部で小規模の小児科診療を行い地域医療を支えている医療機関に対する評価を要望する。	
再評価が必要な理由	疾病構造の変化に伴い、小児の入院医療では医学の進歩に伴い胃腸炎、肺炎や気管支喘息といった急性期医療で入院を要する患者の比率の低下や入院期間の短縮が見られ、一方で慢性疾患、障害児者の急性疾患による重篤化や児童虐待を含む社会的対応を要するような、チーム医療や多職種連携を積極的に導入して対処することが必要とされる患者の割合が増加している。そのため、こうした状況に対して柔軟に対応して小児医療の質を向上させるために包括範囲の見直しが必要である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>小児入院医療管理料はもともと人件費割合が高いことで生じる病院会計上の不採算を改善する目的で平成12年に設定されたことを契機に、医療機関の機能・規模別に整備・調整されていった。チーム医療の推進はその後から広がっていったため、下記入院料加算は現在特定入院料の包括範囲に含まれている。</p> <p>【該当する入院料加算 他】 A224 無菌治療室管理加算、A225 放射線治療室管理加算、A226 重症皮膚潰瘍管理加算、A226-2 緩和ケア診療加算、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A231-2 強度行動障害入院医療管理加算、A231-4 摂食障害入院医療管理加算、A233-2 栄養サポートチーム加算、A242 呼吸ケアチーム加算、A244 病棟薬剤業務実施加算、A246 入退院支援加算、B005 退院時共同指導料2</p> <p>また、小児医療が急性期疾患主体であり、小児医療従事者の疲弊を回避することを目的に小児医療の集約化を図っていった結果、小児科を標榜する医療機関数は年々減少し、小児科の入院医療を提供できる医療機関がない医療圏が出現するくらいまでに整理されてきた。特に非都市部で人口が少ない地域の小児科は小児入院医療管理料3-5、もしくは小児入院医療管理料を持たない医療機関によって維持されている。日本小児科学会が調査した病院経営調査においても、新生児特定治療室管理料を算定している医療機関以外の経営は困難を伴うという結果が出ており、赤字経営を回避するための増点が必要と考えられる。</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>・対象とする患者：15歳未満（小児慢性特定疾患を有する患者であれば20歳未満） ・技術内容：入院1日当たり4,750点～2,206点を算定する。 小児入院医療管理料1～5には入院料加算の一部、医学管理料、検査、画像診断、精神科、処置費用等が包括されていて、これらの点数は算定できない。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A307
技術名	小児入院医療管理料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	地域医療計画
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	小児入院医療管理料を算定する患者数に変化はない。入院料加算を算定する患者数は小児入院医療管理料を算定する患者数の分だけ増加する。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） - 後の症例数（人） 147,200人
年間実施回数の変化等	前の回数（回） - 後の回数（回） 408,500回
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）	算定可能になることから、各医療機関でより積極的にチーム医療や多職種連携を必要とする患者に対して提供する医療の質が向上する。業務も医師から関係する専門職に一部タスクシフトさせることも可能である。

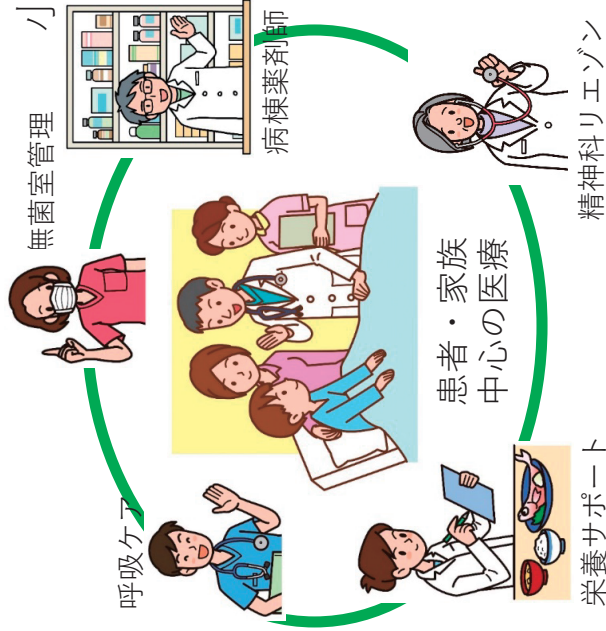
・施設基準 (技術の専門 性を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	小児科を標榜し、18歳未満の小児(小児慢性特性疾病罹患患者であれば20歳未満)を入院させること 項目によって緊急入院時患者数や手術件数などの項目が規定されている
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	管理料に応じて専従する小児科医師数や看護師配置を定めている
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		入院料加算の充実によりチーム医療の推進が進む結果、医療過誤やインシデントの減少が期待できる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直し の場合	見直し前	小児入院医療管理料3:3,670,4:3,060,5:2,145
	見直し後	小児入院医療管理料3:3,970,4:3,360,5:2,445
	その根拠	1床あたり年間100万円程度の増収が期待されるため、看護師をはじめチーム医療の推進に必要なコメディカルスタッフを増員することができる。
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	区分をリストから選択 該当なし
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額(円)	7,844,000,000
	その根拠	A224 無菌治療室管理加算 500件×14日間×3,000点=2.1億円 (平成30年度全国調査報告書) A225 放射線治療室管理加算 9,000件×2,500点=2.25億円 (平成29年社会医療診療行為別統計) A226 重症皮膚潰瘍管理加算 推定不能 A230-4 精神科リエゾンチーム加算 推定不能 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算 8,000人×10%×30日×300点=0.72億円(鳥取県調査より推計) A231-4 摂食障害入院医療管理加算 19,000人×10%×30日×200点=1.14億円(推計 10万人あたり15人) A233-2 栄養サポートチーム加算 2万人×4回×200点=1.6億円 (極低出生体重児 1万人、先天性心疾患 1万人/年出生を目安) A242 呼吸ケアチーム加算 10万件×5%×4回×150点=0.3億円 A244-2 病棟薬剤業務実施加算 10万件×80点=0.8億円(平成29年社会医療診療行為別統計) A246 入退院支援加算 10万件×10%×600点=0.6億円(平成29年社会医療診療行為別統計) A307 小児入院医療管理料3-5 35万件×300点=10.5億円(平成29年社会医療診療行為別統計)
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		なし
⑫その他		特記事項なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児科医会、日本外来小児科学会、日本てんかん学会、日本児童青年精神医学会、日本周産期・新生児医学会、日本小児アレルギー学会、日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児感染症学会、日本小児救急医学会、日本小児血液・がん学会、日本小児呼吸器学会、日本小児循環器学会、日本小児心身医学会、日本小児神経学会、日本小児腎臓病学会、日本小児精神神経学会、日本小児内分泌学会、日本新生児成育医学会、日本先天代謝異常学会、日本小児看護学会
⑭参考文献1	1) 名称	チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集
	2) 著者	厚生労働省 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ(チーム医療推進会議)
	3) 概要(該当ページについても記載)	医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応することを目的とした「チーム医療」が様々な場面で実践されており、小児医療に関するものも下記のとおりいくつか紹介されている。こうした取組を通じて医療関係者によるチーム医療の推進が期待されている。 例 子どもの入院支援チームの取組例 P58 他機関との連携による虐待予防・支援チーム P63 等
⑭参考文献2	1) 名称	小児病院におけるコンサルテーション・リエゾンの重要性と課題
	2) 著者	田中恭子(国立成育医療研究センター)ほか 日本小児科学会誌 122巻 11号 P1669-1676, 2018
	3) 概要(該当ページについても記載)	子どもの包括的アセスメントに関する解説あり 精神症状への対応、発達障害への対応、危機的対応や予防的対応について解説されており、患者のみならず親子関係の関与や対応方法についても触れられている。
⑭参考文献3	1) 名称	病院小児科における退院時の支援
	2) 著者	中村知夫(国立成育医療研究センター) 小児内科 50巻 11号 p1782-1789, 2018
	3) 概要(該当ページについても記載)	在宅医療を必要とする患者について、退院前カンファレンスの際に各職種が担うべき役割や将来展望を踏まえた計画立案の重要性などについて解説されている。

⑩参考文献 4	1) 名称	小児科病棟に長期入院した悪性疾患患者への発達支援
	2) 著者	鶴丸靖子(岡山大学病院 小児医療センター 小児科)ほか 日本小児科学会雑誌 122巻 10号 p1553-1562, 2018
	3) 概要 (該当ページについても記載)	自施設に小児血液・腫瘍性疾患で入院した患者さんに対して行った、原疾患以外の対応についてまとめたもの。患者の発達支援以外にも家族への支持的面接や他職種連携の重要性について解説されている。
⑩参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-

A307 小児入院医療管理料

算定包括範囲の見直しと
小児入院医療管理料3-5の増点

子どもたちを取り巻く
チーム医療の例



- ・ チーム医療の推進
- ・ 医師から多職種への
タスクシフティングの推進

地方における小児医療
確保のための対策

非都市部の小児科の課題

- ✓ 小児入院医療管理料3-5、もしくは小児入院医療管理料を持たない医療機関によって維持
- ✓ 集約化の限界(アクセスの問題も含め、現時点では国民のコンセンサスを得られていない)
- ✓ 開業小児科もいたため、外来や保健に関する機能も担う使命を有するにも関わらず低い医療的評価

→ 中小規模で入院機能を有する小児科のさらなる評価が必要

- A224 無菌治療室管理加算
- A225 放射線治療病室管理加算
- A226 重症皮膚潰瘍管理加算
- A230-4 精神科リエゾンチーム加算
- A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
- A231-4 摂食障害入院医療管理加算
- A233-2 栄養サポートチーム加算
- A242 呼吸ケアチーム加算
- A244 病棟薬剤業務実施加算
- A246 入院支援加算
- B005 退院時共同指導料2

小児医療の質の向上のため
包括除外が望まれる項目

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	248202		
申請技術名	入退院支援加算の見直し		
申請団体名	日本小児科学会		
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有		
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年 提案当時の技術名：退院支援加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A246		
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		
技術の概要（200字以内）	1. 入退院支援加算1の口の施設要件である「療養病棟入院基本料等の場合」の見直し		
再評価が必要な理由	小児科で退院困難で入退院支援加算の対象となる疾患または要因として悪性腫瘍、被虐待または十分な養育が受けられない状況、医療処置を必要とする児が想定される。特に悪性腫瘍や医療的処置を必要とする児は重症度が高いため、NICUからの退院の児と同様に療養型ではない病院小児科に転院してから自宅へ退院するケースが多い。より重症度の高い児の在宅医療の普及のためには、急変時にも対応できる地域の急性期病院の役割は大きく、診療報酬上の評価が重要と思われる。		

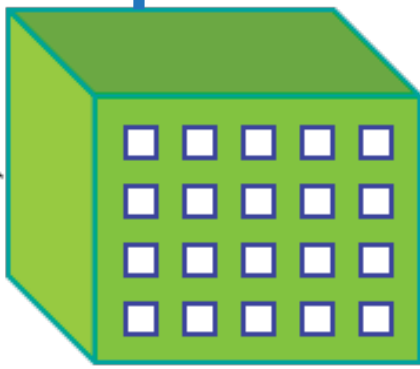
【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	在宅移行した医療的処置を必要とする児や悪性腫瘍の児などが安心して在宅で過ごすためには中間施設としての地域の中核病院の役割が大きい。病状が重篤な児が多いため療育型の医療施設では対応が困難であり、このような役割を担う急性期医療を担う医療施設を評価するために、入退院支援加算1を算定する病院のNICU以外から在宅移行支援目的で悪性腫瘍の児など退院困難な要因を要する児が転院した場合、転院先の医療施設が急性期病院であっても入退院支援加算1の口が算定できる事。 そして本項目で対象とする患者は小児の入院医療を担当する医療機関が在宅と高次医療機関との間を専門的知識を用いてつなぐことになることから、小児入院医療管理料の包括範囲から除外すべきである。	
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	入退院支援加算1を算定する保険医療機関からの転院を受け入れた患者に入退院支援を行った場合に、療養型の保険医療機関は入退院支援加算1の口（1200点）を算定できる。しかし療養型でない場合は算定ができない。そもそも小児医療においては一部の障害児者施設のみ療育型福祉施設として整備されているのみで、実際には地域の病院小児科の一部をその機能として担っており、現状に即しているとは言い難い。なお新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定する保険医療機関が入退院支援加算3を算定した患者の転院を受け入れ、入退院支援を行った場合は入退院支援加算3（1200点）を算定でき、この場合転送先は小児入院管理料算定施設でよいこととなっている。	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	A246	
技術名	入退院支援加算	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	小児の退院支援および在宅医療をすすめるためには、在宅移行支援を行う中間施設としての医療機関に対する診療報酬上の評価が必要である。重症度が高い医療処置を必要とする児や悪性腫瘍の児の退院支援はNICUや高度医療を提供する医療施設のみでは不十分であり、中間施設の役割を担う医療施設が増加する事により安心して在宅で過ごす事、在宅医療を受けながら復学する事なども可能となり、長期入院症例の減少が期待される。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	NICU長期入院児の年間発生数は220例（約2.2例/出生1万人）とされ、その55%（約120人）の症例は在宅支援体制が整わず退院できない。地域の急性期病院が中間施設としてNICUおよびNICU以外の高次医療機関からの退院困難患者を受け入れ、地域での支援体制を構築することが必要である。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	NICU長期入院児年間220例中30%（約66名）が在宅移行 悪性腫瘍の中では脳腫瘍は生存率が低く、年間200人近くが亡くなる。終末期を在宅で過ごす事は限られている。
	後の症例数（人）	支援体制の構築により、さらに55%（約120名）が在宅移行が可能になる可能性がある。大学病院などの高次機能病院でがんの治療を行い、終末期を迎えた子ども達が在宅で過ごすために地域の急性期病院が積極的に関わるようになることで200名が在宅で最期を迎える事ができる可能性がある。
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	0回
	後の回数（回）	200回

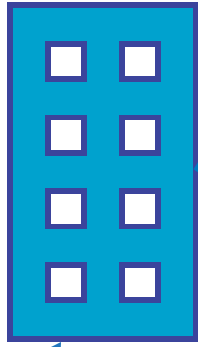
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		通常の小児科診療の一部である。経験は必要ではあるが特に専門性は必要としない。
・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	入退院支援加算1の口の施設要件の見直し
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	既存の要件に従う
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ の他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし 多職種による退院支援の検討が行われることにより、トラブルの発生頻度は理論上ながら低下が期待される
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		障害者総合支援法等の法令に従う
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	-
	見直し後	-
	その根拠	-
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	区分をリストから選択 該当なし
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額(円)	2,400,000円
	その根拠	約200名に対して1200点を計上すると上記金額が産出される。
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		特になし
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		日本小児科医会、日本外来小児科学会、日本てんかん学会、日本児童青年精神医学会、日本周産期・新生児医学会、日本小児アレルギー学会、日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児感染症学会、日本小児救急医学会、日本小児血液・がん学会、日本小児呼吸器学会、日本小児循環器学会、日本小児心身医学会、日本小児神経学会、日本小児腎臓病学会、日本小児精神神経学会、日本小児内分泌学会、日本新生児成育医学会、日本先天代謝異常学会、日本小児看護学会
⑭参考文献1	1) 名称	平成20年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」
	2) 著者	分担研究者 楠田 聡
	3) 概要(該当ページについて も記載)	NICU長期入院児の約55%(120名)は受け入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。
⑭参考文献2	1) 名称	NICU長期入院児在宅医療移行の受け入れに関する地域中核病院アンケート調査
	2) 著者	森脇浩一
	3) 概要(該当ページについて も記載)	日本小児科学会雑誌120巻1号P72-76 地域の中核病院へのアンケート調査によりNICU長期入院児の在宅移行のための受け入れが困難な理由のひとつに「診療報酬上の裏づけがない」ことがあげられている。
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)	-

A246 入退院支援加算

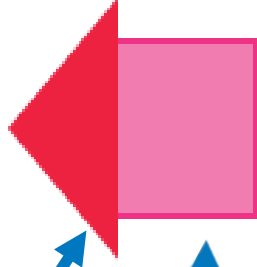
三次病院
(PICU, NICU)



地域の二次病院



在宅(自宅)



療養施設



【提案】
中核病院(三次病院)から
自宅退院していく中間
地点として、地域の二次
病院(小児入院医療管理料
算定医療施設)も1の口が
算定可能となることを
要望する

小児医療の場合一部の障害児者施設が
医療型/福祉型療育施設として存在するのみ

【提案】
入退院支援加算は小児入院医療管理料の
包括範囲外にしてみようことを要望する



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	252201	
申請技術名	ポジトロン断層撮影等（FDG-PET検査のDPC包括範囲からの除外）	
申請団体名	日本小児血液・がん学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：無し 提案当時の技術名：無し
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	その他	
診療報酬番号	E101-2、E101-3、E101-4、E101-5	
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	DPC包括範囲からの除外	
技術の概要（200字以内）	悪性腫瘍の多くは糖代謝が亢進してFDGを集積するためFDG-PETは代謝活性により診断する。よって糖代謝の亢進しているほぼ全てのがんでCT、MRI、従来の腫瘍シンチグラフィより高い診断精度を示す場合が多い。そのため他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合に有用である。またFDG-PETとCT、MRIとの融合画像によりそれぞれ単独で施行した場合より診断能の向上が得られる。	
再評価が必要な理由	<p>ポジトロン断層等のFDG-PET検査の医科診療報酬はFDG購入費や実施体制維持費等が考慮され高い点数が設定されている。具体的にはコンピューター断層撮影1,000点、磁気共鳴コンピューター断層撮影1,600点に比してポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（FDGを使用した場合）8,625点である。しかしDPC対象病院において入院患者のポジトロン断層等のFDG-PET検査の診療報酬は他の画像検査と同様に包括算定に含まれ、FDG購入費など高額な検査費用を必要とする点はDPC制度上特に考慮されていない。</p> <p>高悪性度非ホジキンリンパ腫、進行期固形腫瘍、小児がんなど臓器障害、播種性血管内凝固症候群、腫瘍崩壊症候群等の生命にかかわる種々のがん救急症の治療と並行して本画像診断による病期確定を実施する必要がある場合や検査時に鎮静を必要とする小児等、外来での実施が困難で入院で本画像診断を行った場合は高額な負担が発生して医療機関の経営悪化の一因となっている。また一部の施設では、入院患者の検査を全身CT等で代用している可能性がある。よってポジトロン断層等のFDG-PET検査の診療報酬上のこのような現状を改善するため、本画像診断のDPC制度下での包括評価から出来高評価への移行を希望する。</p>	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>以下の画像検査のDPC対象病院における実施に際して所定点数を出来高算定項目とする。</p> <p>E101-2 ポジトロン断層撮影 7,500点 E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 8,625点 E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点 E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点</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>・対象とする患者：悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。） ・技術内容：入院患者を対象とする場合も外来患者を対象とする場合も特段相違はない。 ・点数や算定の留意事項： E101-2 ポジトロン断層撮影 7,500点 E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 8,625点 E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点 E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点 DPC対象病院においては入院患者の上記一連のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（PET-CT）の診療報酬は包括算定に含まれており個別には請求できない。</p>
診療報酬区分（再掲）	その他
診療報酬番号（再掲）	E101-2、E101-3、E101-4、E101-5
技術名	ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影

<p>③再評価の根拠・有効性 ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等</p>	<p>日本核医学会の「FDG PET、PET/CT 診療ガイドライン 2018」では悪性腫瘍に対する臨床的意義に関して下記の目的での実施を推奨している。 (a) 治療前の病期診断 (b) 二段階治療を施行中の患者において、第一階段治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、たとえば術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における術前の病期診断、等 (c) 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断 (d) 手術、放射線治療などによる変形や癒痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合 (e) 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず他の画像診断等で腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合 (f) 悪性リンパ腫の治療効果判定</p> <p>癌治療学会ガイドラインでは頭頸部がん、肺癌、食道がん、肝がん、胆道がん、腎がん、骨軟部腫瘍の主に病期確定においてポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET-CT)実施を推奨している。小児腫瘍診療ガイドラインでは横紋筋肉腫の診断においてFDG-PETが推奨グレードBで、ユイグ肉腫の診断においては推奨グレードIAで実施が推奨されている。またNCCN ガイドラインではPET-CTが非ホジキンリンパ腫、ホジキンリンパ腫の病期決定に必須検査と位置づけられている。</p> <p>入院治療中であってもその意義は同様である。</p>	
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>日本核医学会PET核医学委員会のPET検査件数に関する2018年6月施行分のアンケート調査報告(第16報)では、回答施設235施設、うち病床を有する施設が213施設、DPC適応施設185施設(78.7%)、保険でも、自由診療でもない扱いの検査数が、FDG-PET実施件数の0.9%(301件)とされています(2015、2016、2017年報告では、0.8%(296件)、0.11%(400件)、0.8%(316件))。この中にDPC導入病院での入院中検査が含まれるとすると最大で年間約3,600件実施されている。現在も临床上必要な検査は実施されていると考えられるが一部全身CT等で代用されている可能性もあり本再評価が実施すると対象患者数、実施回数が増加する可能性は考慮される。</p>	
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数(人) 後の症例数(人)</p>	<p>約3,600人 約3,600人</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数(回) 後の回数(回)</p>	<p>約3,600回 約3,600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)</p>	<p>PETの2002年度の保険適用以来、特にがん領域の画像診断として一般的に使用される検査方法である。</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>ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。 ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。 (2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱に関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。</p> <p>FDG-PET検査における安全確保に関するガイドライン(厚生省井上-学会横断) 井上ら、核医学42(2):1-26, 2005、FDG-PET検査における撮像技術に関するガイドライン(日本核医学技術学会) 庄司ら、核医学技術27(5):425-456, 2007、 がんFDG-PET/CT撮像法ガイドライン(日本核医学技術学会) 福喜多ら、核医学技術29(2):195-235, 2009、 FDG PET、PET/CT診療ガイドライン2010、2012(日本核医学会) 犬戸ら、核医学 47(2):152-163, 2010</p>
<p>⑥安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>18F-FDG PET(PET/CT)検査は保険診療として日本全国で年間約50万件が施行されているが、薬剤に起因する副作用の報告はなく、極めて安全性の高い検査である。</p>	
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>今回の再評価は技術的な変更は伴わないため新たな倫理的、社会的問題は生じない。 一方ポジトロン断層等のFDG-PET検査の装置のないDPC対象病院から依頼される入院中外来検査を保険適合外として自費診療の扱いとしている施設も存在する。ポジトロン断層等のFDG-PET検査の保険適応疾患に罹患していても医療上必要性の高い検査が保険診療で受けられない状態となっている。ポジトロン断層等のFDG-PET検査がDPC制度下での包括評価から出来高評価への移行するとこのような問題点も解決する。</p>	
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 見直し後 その根拠</p>	<p>該当せず 該当せず 該当せず</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 具体的な内容</p>	<p>E - 特に無し 特に無し</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠</p>	<p>+ 約310,500,000円 年間最大で3,600回のFDG-PET検査がDPC導入病院にて入院実施されていると考え、それらがFDG-PET CT検査(8,625点)であると仮定して算出した。(4)で説明した理由により今後漸増する可能性はある。</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>特に無し</p>	
<p>⑫その他</p>	<p>特に無し</p>	

⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本核医学会	
⑭参考文献 1	1) 名称	FDG PET、PET/CT 診療ガイドライン 2018
	2) 著者	日本核医学会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	<p>13 - 15 ページ</p> <p>3. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)</p> <p>(1) 保険適用要件 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</p> <p>(2) 保険適用症例の選択基準 (a) 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること。 (b) 病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいはPET/CT 以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察、などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること。 (3) 臨床的意義</p> <p>悪性腫瘍は一般に糖代謝が充進しており、FDGを強く集積するものが多く、良性腫瘍は集積が低いものが多い。FDG PET、はCTやMRIなどと異なって病変の形態や大きさではなく、代謝活性に基づいて診断するのでCTやMRIよりも高い診断精度を示す場合が多く、また従来の腫瘍シンテグラフィよりも優れた診断能を有する。原理的には糖代謝の充進しているほとんどすべてのがんに対して有効と考えられる。</p> <p>保険適用疾患に関しては現在「悪性腫瘍 (早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)」とされている。従って早期胃癌以外であれば肉腫を含む全ての悪性腫瘍に保険適用可能である。一方適用要件は「他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。」とされている。具体的な検査目的としては以下である。 a) 治療前の病期診断。 b) 治療開始後の病期診断。 c) 転移・再発の診断。 d) 変形・瘢痕病変の再発診断。 e) 残存腫瘍の鑑別診断。 f) 悪性リンパ腫の治療効果判定</p> <p>本ガイドラインはMindsガイドラインライブラリには収載されていない。</p>
⑭参考文献 2	1) 名称	ISOTOPE NRWS 2017年2月号 PET検査件数に関するアンケート調査報告 第14報
	2) 著者	日本核医学会PET核医学委員会 日本アイソトープ協会 医学・薬学部会 ポジトロン核医学利用専門委員会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	FDG-Pet検査の目的別実施件数 (44ページ表8) 等を本文で引用。
⑭参考文献 3	1) 名称	ISOTOPE NRWS 2019年2月号 PET検査件数に関するアンケート調査報告 第16報
	2) 著者	日本核医学会PET核医学委員会 日本アイソトープ協会 医学・薬学部会 ポジトロン核医学利用専門委員会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	FDG-Pet検査の目的別実施件数 (48ページ表8) 等を本文で引用。

【提案内容】

ポジトロン断層撮影等 FDG-PET検査をDPC導入病院で入院患者に実施した場合、DPC包括範囲から除外して出来高評価とする。

● 臨床的には有効性の評価が定まった画像検査である。

● FDG購入費・管理費を考慮して保険診療点数が高額である。

- FDG-PET 7,500点
- FDG-PET CT 8,625点
- FDG-PET MRI 9,160点

● 入院での実施件数の概算では年間3,600件、310,500,000円。これらが実施施設の経済的負担となっている。

● 一部の施設では、入院患者の検査を全身CT等で代用している可能性がある。

【再評価による効果】

- 同検査を出来高評価へ変更することにより、実施施設の負担軽減が図られる。
- また適応疾患に適切に実施されるようになり、保険診療制度上も矛盾点が解消する。



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	265201	
申請技術名	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	
申請団体名	日本神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2019年1月 提案当時の技術名：超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	A212	
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	「1-A」選択のため対象外	
技術の概要（200字以内）	現行の算定要件の継続	
再評価が必要な理由	当該加算の算定対象は、平成24年度診療報酬改定において「15歳までに障害を受けた児(者)に対し算定する」とされ、後に「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジス患者又は神経難病患者等については、当面の間当該加算を算定できるものとする」と改められた経緯がある。「当面の間」については明確にされていないが、神経難病患者の入院医療に対応する医療機関への救済という観点から、次期診療報酬改定においても現行の算定要件を継続すべきである。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	日本慢性期医療協会の加盟病院で実施した調査において、平成24年度診療報酬改定によって「当面の間当該加算を算定できるもの」とされた「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジス患者又は神経難病患者等」を一定割合以上入院させることが施設基準で求められている障害者病棟もしくは特殊疾患病棟の利益率は、同じ慢性期医療である療養病棟に比べ低い傾向にあることが示されている(添付文献1)。さらに同調査では、筋ジス又は神経難病患者は、他の疾患に比べ患者1人当たりの利益率が有意に低く、それらは主に人件費の影響であり、当該加算を算定しない場合、難病患者の保険請求ベースでの利益率は平均で-4%になることが報告されている。すなわち、筋ジスや神経難病患者の入院医療に対応することは、現状の診療報酬制度では病棟運営の観点からは好ましいものではなく、当該加算の算定はそれを補填し、これらの患者の療養環境を確保するという役割の一端を担っていると言える。改定通知の一部見直しとして「当面の間当該加算を算定できる」とされたことは、関係者からの強い要望によって成されたものであり、前述した調査結果は必ずしも一部の医療機関に特有な傾向(または問題)ではないと考えられる。筋ジスや神経難病患者の入院医療に対する評価が手厚く見直されない限りは、これらの患者の入院療養の場を確保するためにも、次期診療報酬改定においても「当面の間」を継続することが不可欠である。
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	厚生労働大臣が定める重症の状態(介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が6月以上又は新生児期から継続している状態であることや、当該点数用の判定基準による判定スコアが一定以上であること)にある患者について、状態に応じて100点～800点/日を入院料に加算する。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A212
技術名	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	当該加算の算定は、病院経営の観点における神経難病患者等の入院療養の場の確保につながるため、医療経済的なアプローチによる、これらの患者および介護者のQoLを支える手段だと捉えられる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現行の算定要件の継続であるため、変化なし
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 392,652 後の症例数（人） 392,652

年間実施回数 の変化等	前の回数 (回)	10,984,320
	後の回数 (回)	10,984,320
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)		患者状態に対する評価点数であるため、該当しない
・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)	変更無し
	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)	変更無し
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ の他の要件)	変更無し
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 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	見直しではないため対象外
	見直し後	見直しではないため対象外
	その根拠	見直しではないため対象外
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	区分をリストから選択 該当なし
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
	具体的な内容	該当なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	現行の算定要件の継続であるため、変化なし
	予想影響額 (円)	該当なし
	その根拠	該当なし
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		なし
⑫その他		平成24年度診療報酬改定において当初示された「15歳までに障害を受けた児(者)に対し算定する」ということにつ いて、15歳未満に発症したことを医学的に特定することは困難であり、また、小児よりも成人患者の方が介護力に乏しい ケースが多く、かつ手間がかかると考えられるため、発症の年齢に拘わらず多くの人手間を要する患者状態を算定対象 とすべきである。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者 等		日本神経治療学会
⑭参考文献 1	1) 名称	神経難病患者の入院医療に関する経済的評価
	2) 著者	渡邊 智則・内田 智久・美原 盤
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	(添付文献1)5ページ: 日本慢性期医療協会の加盟病院で実施した調査において、「平成24年度診療報酬改定によっ て「当面の間当該加算を算定できるもの」とされた「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障 害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等」を一定割合以上入院させることが施設基準で求められている障害者病棟もしく は特殊疾患病棟の利益率は、同じ慢性期医療である療養病棟に比べ低い傾向にあることが示されている」を引用。
⑮参考文献 2	1) 名称	神経内科、65 (3) 309-315, 2006
	2) 著者	美原 盤・内田 智久・高橋陽子
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	平成18年度診療報酬改定における特殊疾患療養病棟廃止の問題点
⑯参考文献 3	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
⑰参考文献 4	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
⑱参考文献 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

- ・「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジス患者又は神経難病患者等」を一定割合以上入院させることが施設基準で求められている障害者病棟もしくは特殊疾患病棟の利益率は、同じ慢性期医療である療養病棟に比べ低い傾向にある。
- ・筋ジス又は神経難病患者は、他の疾患に比べ患者1人当たりの利益率が有意に低く、それらは主に人件費の影響であり、当該加算を算定しない場合、難病患者の保険請求ベースでの利益率は平均で-4%になっていることが報告されている。
- ・筋ジスや神経難病患者の入院医療に対応することは、現状の診療報酬制度では病棟運営の観点からは好ましいものではなく、当該加算の算定はそれを補填し、これらの患者の療養環境を確保するという役割の一端を担っていると言える。
- ・改定通知の一部見直しとして「当面の間当該加算を算定できるとされたことは、関係者からの強い要望によって成されたものであり、筋ジスや神経難病患者の入院医療に対する評価が手厚く見直されない限りは、これらの患者の入院療養の場を確保するためにも、次期診療報酬改定においても「当面の間」を継続することが不可欠である。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	265202
申請技術名	障害者施設等入院基本料
申請団体名	日本神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2019年1月 提案当時の技術名：障害者施設等入院基本料
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	A 第2部 第1節 入院基本料
診療報酬番号	A106
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"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input checked="" type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <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	「2-A」、「2-B」、「3」選択のため対象外
技術の概要（200字以内）	当該入院基本料における10対1入院基本料の施設基準に「筋ジスまたは難病患者のみを一定割合以上入院させている場合」を加え、それを満たす場合と満たさない場合で、入院基本料に段階制を用いる。また、それらの患者のレスパイトケア入院を一定以上の回転率を保ち、受入れている病棟を評価する。
再評価が必要な理由	入院患者層の違いにより、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている病棟ほど、採算性の確保のために、人件費を削るか、もしくはこれらの患者の入院対応を一定数以下に抑えるかという経営判断を強いられている。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>日本慢性期医療協会の加盟病院を対象にした調査において、筋ジス・難病、重度の意識障害、重度の障害を群別比較した結果、入院1日あたりの利益額は、筋ジス・難病群が-1,084円±436円、重度の意識障害は+1,765円±962円、重度の障害群は+351円±362円となり、筋ジス・難病群のみ利益額がマイナスになると報告されている（添付文献1）</p> <p>報告結果から、筋ジス・難病患者を多く受入れている病棟ほど利益額が低くなり、重度の意識障害または重度の障害を多く受入れている病院ほど一定の利益額を得られていると推測される。その結果、施設基準を満たしているながらも入院患者層の違いにより、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている病棟ほど、採算性の確保のために、人件費を削るか、もしくはこれらの患者の入院対応を一定数以下に抑えるかという経営判断を強いられている。前者については、経済的要因によって意図的にケアの質を低下させるものであり、医療機関として決して望ましいものではなく、後者については、受け入れ患者数を制御することは症例の絶対数が少ないこれらの疾患の特性に対する理解やケアの質の向上に対してデメリットになることは疑いようがない。現状の診療報酬制度では、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れていることへの経済的評価はなく、それらの患者の療養環境の向上を図るため、手厚い人員配置を敷いても、児童福祉法で規定された施設でない限り、最も点数の高い7対1入院基本料を算定することはできない。筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、それらの患者を一定数以上受入れている病院に対し、経済的評価を与えるべきである。一方、わが国の医療情勢を鑑みると、総合的な医療費の抑制の観点も重要であると考えられるため、「筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている」ものと従来の施設基準である「別に厚生労働大臣が定める重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を概ね7割入院させる」もので、入院料に段階制を導入し、前者を評価し、後者を引き下げることで、総合的な医療費の抑制も兼ねる。また、社会医療診療行為別統計（27年6月審査分）の結果では、障害者施設等入院基本料の算定数のうち約68%が10対1入院基本料であるため、多くの患者を受入れている10対1算定病院から対象にするべきである。また、それらの患者に対するケアの維持には、家族による協力が不可欠であるが、疾患の特殊性から介護疲れとなり、一度入院すると協力が得られなくなることが少なくない。そのため、レスパイトケアなどで一定の回転率を維持できている病棟ほど、家族の協力が得られていると考えられる。しかし、受入れる数が多いほど利益額が低下するため、一定数以上の受入れを抑えるという経営判断を余儀なくされている。従って、筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、レスパイトケア等の回転率を一定割合以上維持されている病棟を評価するべきである。</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>児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟であり、看護配置基準（7対1～15対1）に応じて1,588～978点の入院基本料が設定されている。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第1節 入院基本料
診療報酬番号（再掲）	A106
技術名	障害者施設等入院基本料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている病棟に対して経済的評価を与えることで、それらの患者へのケアの質を担保する仕組み作りが必要である。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		・筋ジス・難病の希少性から②を満たすことのできる病棟は少ないと考え、現在の10対1算定人数の1割と仮定した。 ・レスパイトケア入院に関する評価が成されていないため、上記と同様に1割とした。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	535,056
	後の症例数（人）	①481,550（1,279点に該当するもの） ②53,506（1,546点に該当するもの） ③53,506（50点に該当するもの）
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	13,647,336
	後の回数（回）	①12,282,602（1,279点に該当するもの） ②1,364,734（1,546点に該当するもの） ③1,364,734（50点に該当するもの）
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）		該当しない
・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)	①その他に記載した患者要件を満たす医療機関であれば、「筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの」の所定点数を算定することができる。 ②レスパイトケア入院を一定以上の回転率を維持している場合に、1日つき所定点数に加算する。
	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)	変更無し
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	①施設基準および算定要件として、「筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させている病棟」を追加する。「一定割合」は、60～70%辺りが適当と思われる。 ②1病床に対し、2回転程度が適当と思われる。
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 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直し の場合	見直し前	1,329点(10対1入院基本料)
	見直し後	①1,279点/日(筋ジス・難病、重度の意識障害・肢体不自由を概ね7割以上入院させるもの) ②1,546点/日(筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの) ③50点/日(レスパイトケア加算(仮称))
	その根拠	⑤に記載の通り
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	区分をリストから選択 該当なし
	番号	該当なし
	技術名 具体的な内容	該当なし 該当なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	-
	予想影響額（円） その根拠	2,497,461,288円 既存の10対1入院基本料において発生している医療費が、約151億円/月であることから、151億円×12ヶ月として、年間約1,813億円となる。 10対1入院基本料に段階制を用いて、従来の施設基準に該当される所定点数を引き下げた場合の年間医療費が約1,570億円であるため、差し引きで-243億円の医療費減となる。 増点される所定点数の算定延べ人数を、既存の算定延べ人数の1割程度と仮定すると、113,728人/月となるため、約+17億5千万円となり(1,546点×113,728人)、年間で約+210億円の医療費増となる。※数値は全て、社会医療診療行為別統計(27年6月審査分)を基に算出した。 レスパイトケア加算(仮称)の対象となり得る患者数を上記と同様に1割程度と仮定すると、約+5千6百万円/月(50点×113,728人)となり、年間で約+6億8千万円の医療費増となる。減少すると予想された医療費から増加すると予想された医療費を差し引くと、全体で、年間約-25億円の医療費減となる。
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		なし
⑫その他		見直し後の点数設定は、疾患別の入院1日あたりの平均利益額から求めた(添付文献1)。筋ジス・難病は-2,166円±969円であり、重度の意識障害、重度の障害は、+1,178円±734円であった。そのため、既存の10対1入院料からは、利益相当額の半額程度である50点を差し引き、1,279点と設定した。残りの約50点をレスパイトケア加算への財源とした。対して、「筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの」の所定点数は、ケアの質を担保するための経済的評価という観点から、マイナス部分を補填するため、所定点数に+216点とし、1,546点と設定した。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本神経治療学会
⑭参考文献1	1) 名称	神経難病患者の入院医療に関する経済的評価
	2) 著者	渡邊 智則・内田 智久・美原 盤
	3) 概要（該当ページについても記載）	(添付文献1) 4ページ：日本慢性期医療協会の加盟病院を対象にした調査において、「筋ジス・難病、重度の意識障害、重度の障害を群別比較した結果、入院1日あたりの利益額は、筋ジス・難病群が-1,084円±436円、重度の意識障害は+1,765円±962円、重度の障害群は+35円±362円となり、筋ジス・難病群のみ利益額がマイナスになると報告されている」を引用。

⑩参考文献 2	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
⑩参考文献 3	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
⑩参考文献 4	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
⑩参考文献 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

- ・筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている病棟ほど、採算性の確保のために、人件費を削るか、もしくはこれはこれらの患者の入院対応を一定数以下に抑えるかという経営判断を強いられている。
- ・現状の診療報酬制度では、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れていることへの経済的評価はなく、それらの患者の療養環境の向上を図るため、手厚い人員配置を敷いても、児童福祉法で規定された施設でない限り、最も点数の高い7対1入院基本料を算定することとはできない。
- ・筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、それらの患者を一定数以上受入れている病院に対し、経済的評価を与えるべきである。
- ・「筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている」と従来 of 施設基準である「別に厚生労働大臣が定める重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を概ね7割入院させる」もので、入院料に段階制を導入し、前者を評価し、後者を引き下げること、総合的な医療費の抑制も兼ねる。
- ・社会医療診療行為別統計(27年6月審査分)の結果では、障害者施設等入院基本料の算定数のうち約68%が10対1入院基本料であるため、多くの患者を受入れている10対1算定病院から対象にするべきである。
- ・筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、レスパイトケア等の回転率を一定割合以上維持されている病棟を評価するべきである。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	279201	
申請技術名	認知療法・認知行動療法	
申請団体名	日本睡眠学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2017 提案当時の技術名：認知療法・認知行動療法
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	I 003-2	
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		
技術の概要（200字以内）	現在、うつ病・不安障害を保険適応としている認知行動療法の対象として、慢性難治性の不眠症を加えることを提案する。慢性難治性の不眠症とは、1年以上に亘って抗不安薬・睡眠薬の多剤併用の処方がなされている症例を想定している。	
再評価が必要な理由	不眠症に対する認知行動療法は、全世界的に薬物療法に比肩する効果を有することが確認されており、しかも睡眠薬治療にみられるような副作用が無いこと、本治療有効例では睡眠薬を確実に減薬できるという大きな利点を有する。本治療は、厚生労働科学研究により作成された「睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン」においても、不眠治療を適正化する上での意義が強調されている。本治療については、最近マニュアルが整備され、国内多施設で行ったランダム化比較試験においても好ましい結果が得られたこと、睡眠薬の多剤併用ならびに長期使用による依存形成リスクを抑制するという意味でも最重要ツールと考えられることから、保険収載が必須であると考えられる。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現在認知行動療法は現在うつ病を中心とした気分障害および不安障害に対して適応されているが、これを慢性難治性の不眠症にも適応可能としていただきたい。本治療実施にあたっては、適切な治療計画ののっとり、マニュアルに準拠して専門医が30分以上施行することを条件として、通常6回（最高8回）まで算定可能（現行点数に準拠）とすることが望ましい
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：うつ病等の気分障害 ・技術内容：一連の治療計画のもとで、専門医が認知行動療法を実施 ・留意事項：厚生労働科学班研究で作成したマニュアルに準拠して30分以上実施、16回まで算定可能（420点）
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料
診療報酬番号（再掲）	I 003-2
技術名	不眠症のための認知行動療法
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	本治療の不眠症に対する効果は70～80%に達し、寛解治療最終例も20～30%に達する。また、副作用が無く、合併する抑うつ症状を低減できること、再発抑制効果が薬剤より優れていることが明らかにされている。本治療について、AMED研究で作成されたマニュアルが、現在日本睡眠学会でも採用されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	健康保険組合連合会が、医療保障総合政策調査・研究基金事業として施行した政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ（エビデンスや費用対効果の視点を踏まえた外来における医薬品処方や指導管理料のあり方に関する実態調査、平成29年10月）に基づいて概算すると、抗不安薬・睡眠薬合計で3種類以上の処方が1年間以上継続されている慢性難治性の不眠症を抱えている患者は、少なくとも見積もっても、10,000名にのぼると考えられる。年間10,000名の慢性難治性不眠症患者に対して6回程度、本治療が実施された場合、その経費が発生するが、従来の通院精神療法が不要となり、患者の30%で寛解・治療最終に至る。また寛解せずとも薬剤量の半減が期待できる。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	200 10,000
年間実施回数 前の回数（回） 後の回数（回）	1,200 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）	認知行動療法に用いる技法・技術は、完全に確立・固定されている。日本睡眠学会では本治療の有用性を高く評価し、学会主催のセミナーを定期的実施している。本治療実施は専門的技術を要するため、セミナー受講と必要に応じてスーパーバイズ（Webによるシステムを既にAMED研究班で確立）を受けることが必要となる。

・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)	不眠症状は、精神症状と強い相互関連性を有するため、精神科標榜が必要であるが、これ以外の特定の施設要件は無い。
	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)	睡眠医療に習熟し、不眠症のための認知行動療法習得のためのセミナーを受講した(アドバンスコース修了)精神科医師もしくは看護師が必要である。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	上述の「睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン」ならびに不眠症の認知行動療法マニュアルに準拠することが求められる。また、不眠症への認知行動療法の位置づけと実施手順を理解・習熟するためには、睡眠学会が主催ないし公認した講習会への受講が義務付けられる。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		うつ病での認知行動療法と同様、患者自身の継続の意志が希薄な場合中止例が発生するが、本治療に特異的な副作用は存在せず、むしろ睡眠薬治療による副作用や依存形成リスクを回避できる点で、不眠症治療の安全性の向上が期待される。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		本治療導入により、睡眠薬に要する医療費削減が強く期待できるとともに、薬剤依存の抑制、睡眠薬の持ち越し効果による事故と作業エラーの抑制が見込まれ、社会的貢献度も極めて高いと考える。
⑧点数等見直し の場合	見直し前 見直し後 その根拠	なし なし 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	A
	番号 技術名	I-002 通院・在宅精神療法
	具体的な内容	増額：4,200円×6回×10,000人=252,000,000円 減額①(診察料)：3,300円×24回×10,000人=792,000,000円 減額②(薬剤費)：
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	マイナス 865,000,000
	その根拠	増額：4,200円×6回×10,000人=252,000,000円 減額①(診察料)：3,300円×24回×10,000人=792,000,000円 減額②(薬剤費)： 年間50,000円×7,000人(70%)×1/2=175,000,000円(薬剤量半減) 年間50,000円×3,000人(30%)=150,000,000円(治療終結)
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		なし
⑫その他		米国Medicare、英国NHSでは不眠症への適応で記載されており、カナダ、オーストラリアでも保険収載されている。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本心身医学会、日本心療内科学会、日本不安症学会
⑭参考文献1	1) 名称	Sleep Medicine
	2) 著者	Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, Inoue Y, Watanabe N, Yamadera W, Uchimura N, Tachimori H, Kamei Y, Mishima K.
	3) 概要(該当ページについても記載)	Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. Sleep Medicine 2018; 50: 105-112.
⑭参考文献2	1) 名称	Sleep and Biological Rhythms
	2) 著者	Okajima I, Inoue Y.
	3) 概要(該当ページについても記載)	Efficacy of cognitive behavioral therapy for comorbid insomnia: a meta-analysis. 2018; 16: 21-35.
⑭参考文献3	1) 名称	Sleep and Biological Rhythms
	2) 著者	Yamadera W, Sato M, Harada D, Iwashita M, Aoki R, Obuchi K, Ozone M, Itoh H, Nakayama K.
	3) 概要(該当ページについても記載)	Comparisons of short term efficacy between individual and group cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. 2013; 11(3): 176-184.
⑭参考文献4	1) 名称	Sleep and Biological Rhythms
	2) 著者	Okajima I, Komada Y, Inoue Y.
	3) 概要(該当ページについても記載)	A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. 2011; 9: 23-24.
⑭参考文献5	1) 名称	Psychiatry Research
	2) 著者	Okajima I, Nakama M, Nishida S, Usui A, Hayashida K, Kanno M, Nakajima S, Inoue Y
	3) 概要(該当ページについても記載)	Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia. 2013; 210(2): 515-521.

申請技術名：不眠症のための認知行動療法

A基本診療料提案(保険既収載)

申請団体名：日本睡眠学会

対象	慢性難治性の不眠症 1年以上に亘って抗不安薬・睡眠薬の多剤併用の処方となされている症例 調査※1から概算すると、年間1万人が該当する。
概要	不眠症に対する認知行動療法は、全世界的に薬物療法に比肩する効果を有すること が確認されている。薬物療法にみられる副作用が無いこと、本治療有効例では、睡眠 薬を確実に減薬できるという大きな利点を有する。
有効性	本治療の不眠症に対する効果は70～80%に達し、寛解治療終結例も20～30%に達す る。また、副作用が無く、合併する抑うつ症状を低減できること、再発抑制効果が薬剤 より優れていることが明らかにされている。国内多施設で行ったランダム化比較試験 ※2において好ましい結果が得られ、マニュアルも整備されている。
安全性	本治療に特異的な副作用は存在せず、むしろ睡眠薬治療による副作用や依存形成リ スクを回避できる点で、不眠症治療の安全性の向上が期待される。
妥当性	睡眠薬に要する医療費削減が強く期待できるとともに、薬剤依存の抑制、睡眠薬の持 ち越し効果による事故と作業エラーの抑制が見込まれ、社会的貢献度も極めて高い。

※1：健康保険組合連合会：医療保障総合政策調査・研究基金事業として施行した政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅱ．
エビデンスや費用対効果の視点を踏まえた外来における医薬品処方や指導管理料のあり方に関する実態調査．平成29年10月．

※2：Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, Inoue Y, Watanabe N, Yamadera W, Uchimura N, Tachimori H, Kamei Y, Mishima K.:

Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. Sleep Medicine 2018; 50: 105-112.

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未記載）

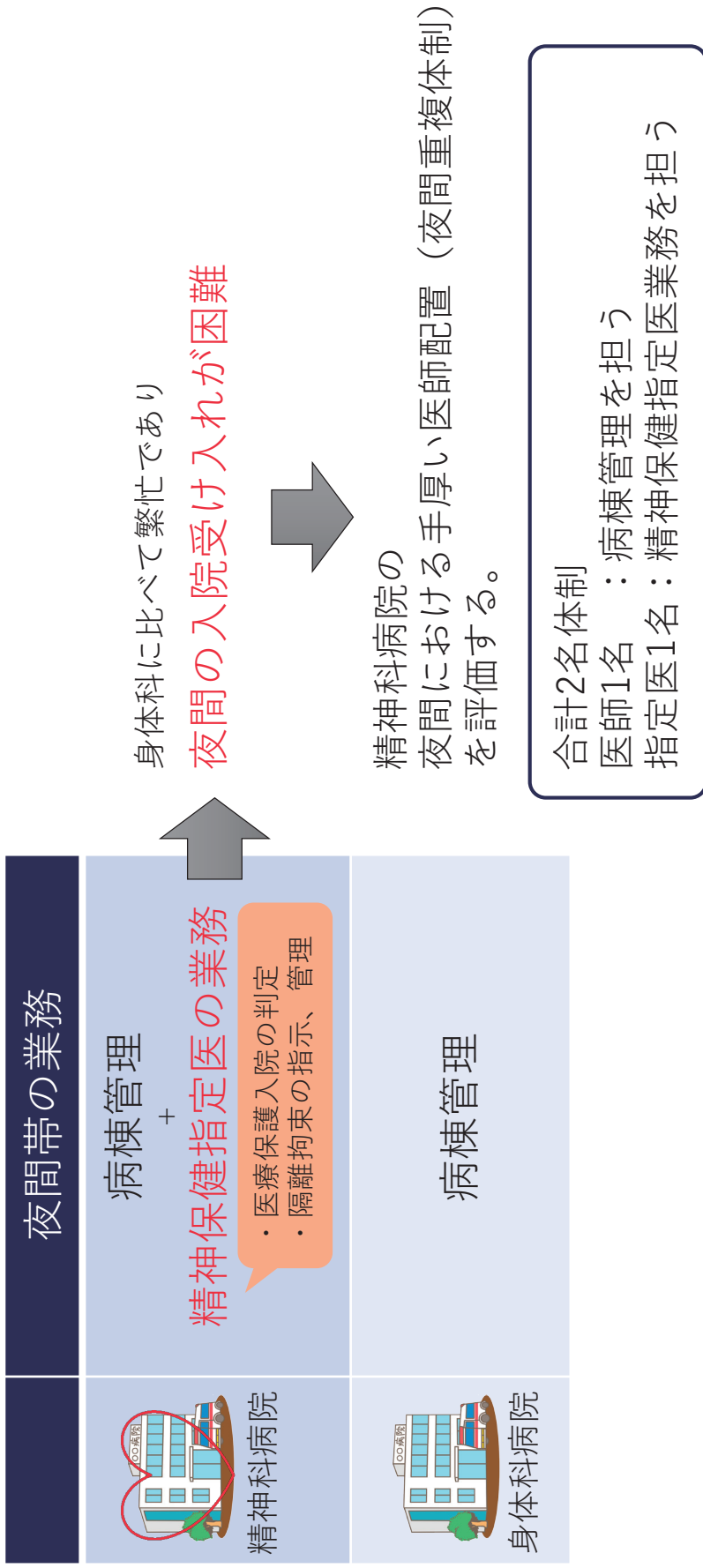
整理番号 ※事務処理用	284101
申請技術名	夜間重複体制加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合 過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 追加のエビデンスの有無	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名： 有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	夜勤帯において、精神保健福祉法を執行するための指定医と入院者管理するための医師の双方を勤務させる体制を評価する。
対象疾患名	精神疾患全般
保険記載が必要な理由（300字以内）	精神科病棟について、精神保健福祉法の執行という業務と病棟の管理とは異なる業務であり、一人の医師で双方同時に対応するのは困難である。そのため、それぞれの業務に専念する医師を夜勤する体制を評価する。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	精神科病棟入院患者
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	精神科病棟に当直医を複数配置する。一人は精神保健指定医師とし、主として精神保健法の執行にあたる。もう一名は通常の病棟管理に当たる。
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分 なし なし なし 既存の治療法・検査法等の内容 一人の医師の当直勤務が通例である。
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	当直時間帯に急性期患者の新規入院が容易となる。既存の入院患者に対してより一層緻密な医療に専念できる。
⑤④の根拠となる研究結果	特になし
エビデンスレベル	6
⑥普及性 年間対象患者数（人） 国内年間実施回数（回）	34,468 2,068,084
※患者数及び実施回数の推定根拠等	第3回NDBより精神科救急入院料の算定回数、2,068,084回から精神科救急入院料の平均在院日数60日（診療報酬改定結果検証部会（第48回）（平成27年10月27日）参考）を割り戻し対象患者数を算出した。
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	日常的な業務を分担することであるので容易である。
・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） 精神的要件 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） 精神科病床100床以上の病院あるいは精神科病床が20%以上を占める病院のうち、精神科救急事業に参加している病院 1名の精神保健法指定医師を含む2名の医師
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	通常の病棟のリスクは軽減される。
⑨倫理性・社会的妥当性（問題点があれば必ず記載）	倫理的にも社会的にも望ましい。

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	A 20 増員される医師の人的費の一部
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 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - -
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠	+ 413,616,800 ⑥の回数×20点×10円
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）		なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況		3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		-
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑯参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（第48回）（平成27年10月27日） 検-3-1「適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査」における報告書（案）の概要 - P5 図表 24 平均在院日数（全体）（精神科救急入院料の平均在院日数：H25 60日・H26 59.9日）
⑯参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -
⑯参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -
⑯参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -

夜間重複体制加算



精神科における
夜間の入院受け入れ率 UP!

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	284102	
申請技術名	栄養マネジメント加算	
申請団体名	日本精神科病院協会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	栄養マネジメント加算は、当該保険医療機関に常勤の管理栄養士を配置し、認知症治療病棟入院料に入院する患者（以下「入院患者」という。）全員に対して栄養ケアマネジメントを行うことを評価したものである。	
対象疾患名	なし	
保険収載が必要な理由（300字以内）	栄養マネジメント加算は、老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）において別に届け出ることにより算定可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）においては加算項目が設定されておらず、別に算定できない。栄養マネジメント加算を認知症治療病棟入院料の注加算に追加することで、入院患者の継続的な栄養管理を推進することが可能となることにより入院患者の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。	

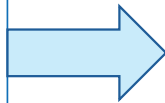
【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	認知症治療病棟入院料に入院する全ての患者												
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	<p>栄養ケアマネジメントについて、以下の事項を実施すること。</p> <p>イ 入院患者ごとの低栄養状態のリスクを、当該病棟入院時に把握すること（以下「栄養スクリーニング」という。）。</p> <p>ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、入院患者ごとの解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」という。）。</p> <p>ハ 栄養アセスメントを踏まえ、医師、管理栄養士、看護職員等が共同して入院患者ごとに、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成したケア計画については、栄養ケアマネジメントの対象となる入院患者又はその家族等に説明し、同意を得ること。</p> <p>ニ 栄養ケア計画に基づき、入院患者ごとに栄養ケアマネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば速やかに当該計画を修正すること。</p> <p>ホ 入院患者ごとの栄養状態に応じて、定期的に入院患者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入院患者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入院患者ごとの栄養ケア計画に記載すること。当該モニタリング間隔の設定に当たっては、低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者（経管栄養法から経口栄養法への変更等）については、概ね2週間ごと、低栄養状態のリスクが低い者については、概ね3月ごとに行うこと。なお、低栄養状態のリスクが低い者も含め、少なくとも1回、体重を測定するなど、入院患者の栄養状態の把握を行うこと。</p> <p>ヘ 入院患者ごとに、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。</p>												
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>区分をリストから選択</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </table>	区分	区分をリストから選択	特になし	番号	—	—	技術名	—	—	既存の治療法・検査法等の内容	—	—
区分	区分をリストから選択	特になし											
番号	—	—											
技術名	—	—											
既存の治療法・検査法等の内容	—	—											
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	既に老人性認知症疾患療養病棟においては栄養ケアマネジメントの実施により低栄養状態の改善、適切な栄養状態の継続が図られており、その効果が実証されている。												
⑤④の根拠となる研究結果	④と同様												
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択	特になし											
⑥普及性	<p>年間対象患者数(人)</p> $32,260人 \times 0.7 = 22,582人$ <p>国内年間実施回数(回)</p> $22,582人 \times 365日 = 8,242,430人$												
※患者数及び実施回数の推定根拠等	平成29年度 630調査（H29.6.30現在）より、認知症治療病棟入院料の在院患者数は32,260人、うち7割が届出・算定すると推定し、年間対象患者数を算出。 当該加算は1日につき所定点数を算定することから、年間実施回数は、22,582人×365日となる。												
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	既に老人性認知症疾患療養病棟において実施されており、その成熟度は高い。												

・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)	定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。
	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)	当該保険医療機関に、常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	・入院患者の栄養状態を認知症治療病棟入院料の入院時に把握し、医師、管理栄養士、看護職員が共同して、 栄養ケア計画を作成していること。 ・当該栄養ケア計画に基づき栄養管理を行うとともに、入院患者の栄養状態を定期的に記録していること。 ・入院患者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用等のリスクなし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	A A314認知症治療病棟入院料の注加算の追加 14点(1日につき) 既に老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)にて実施され、その所定単位が14単位であることより
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択 特になし
	番号 技術名	— —
	具体的な内容	—
予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額(円)	1,153,940,200円
	その根拠	⑥年間実施回数(8,242,430人)×140円より
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)		—
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への収載状況		3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特 徴(例:年齢制限)等		
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		—
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		—
⑯参考文献1	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—

栄養マネジメント加算（認知症治療病棟入院料 注加算の追加）

老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）では算定が可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）では算定できない項目を認知症治療病棟入院料の注加算に追加し加算項目の統一化を図ることにより、認知症治療病棟入院料の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。



（新）栄養マネジメント加算 14点（1日につき）

栄養マネジメント加算は、当該保険医療機関に常勤の管理栄養士を配置し、認知症治療病棟入院料に入院する患者（以下「入院患者」という。）全員に対して栄養ケアマネジメントを行うことを評価する。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	284103
申請技術名	低栄養リスク改善加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 提案年度（西暦）： 提案当時の技術名： 追加のエビデンスの有無 有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	低栄養状態にある認知症治療病棟入院料入院患者（以下「入院患者」という。）又は低栄養状態のおそれのある入院患者に対して、多職種が共同して入院患者の栄養管理をするためのカンファレンスを行い、低栄養状態の改善を行うための計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行うことにより、低栄養リスクの改善を図る。
対象疾患名	低栄養状態の者又は低栄養状態のおそれのある者
保険収載が必要な理由（300字以内）	低栄養リスク改善加算は、老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）において現に栄養マネジメント加算を算定している場合であって、低栄養リスク加算の要件を満たす場合に算定可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）においては加算項目が設定されておらず、別に算定できない。低栄養リスク改善加算を認知症治療病棟入院料の注加算に追加することで、低栄養状態又は低栄養状態のおそれのある入院患者のリスク改善が図られ、入院患者の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	低栄養状態にある入院患者又は低栄養状態のおそれのある入院患者												
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態にある入院患者又は低栄養状態のおそれのある入院患者に対して、医師、管理栄養士、看護師等の職種が共同して、入院患者の栄養管理をするためのカンファレンスを行い、入院患者ごとに低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成した場合であって、当該計画に従い、医師の指示の下で管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から6月以内の期間に限り、1月につき所定点数を加算する。ただし、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。 ・低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理が、当該計画が作成された日から起算して6月を超えた期間に行われた場合であっても、低栄養状態の改善等が可能な入院患者であって、医師の指示に基づき継続して栄養管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。 ・月1回以上カンファレンスを行い、栄養ケア計画を月1回以上見直すこと。 ・栄養ケア計画に基づき、食事観察を週5回以上行うこと。 												
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>区分をリストから選択</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </table>	区分	区分をリストから選択	特になし	番号	—	—	技術名	—	—	既存の治療法・検査法等の内容	—	—
区分	区分をリストから選択	特になし											
番号	—	—											
技術名	—	—											
既存の治療法・検査法等の内容	—	—											
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	既に老人性認知症疾患療養病棟においては低栄養リスク改善加算の実施により低栄養状態の改善が図られており、その効果が実証されている。												
⑤④の根拠となる研究結果	④と同様												
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択 特になし												
⑥普及性	年間対象患者数（人） 30,260人 国内年間実施回数（回） 30,260人×6月＝181,560人												
※患者数及び実施回数の推定根拠等	平成29年度 630調査（H29.6.30現在）より、認知症治療病棟入院料の在院患者数は32,260人、うち7割が届出・算定すると推定すると、32,260人×0.7＝22,582人が対象となる。一方、病院報告（平成30年12月分概数）によると、精神病床の平均在院日数は272.1日であることから、年間365/272＝1.34回入院することになることから、年間対象患者数は22,582人×1.34より30,260人となる。 当該加算は1月に1回6月を限度として算定できることから、年間実施回数は、30,260人×6月となる。												
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	既に老人性認知症疾患療養病棟において実施されており、その成熟度は高い。												

・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) その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等)	定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。
	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)	当該保険医療機関に、常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
	⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	副作用等のリスクなし
	⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
	⑩希望する診 療報酬上の取 扱 妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	A A314認知症治療病棟入院料の追加 300点(1月につき 6月を限度として算定) 既に老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)にて実施され、その所定単位が300単位であることより
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 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
予想影響額 その根拠	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	+ 90,780,000円 6年間実施回数×300点より算出
	⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)	-
	⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への取扱い状況	3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
	※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上 の特徴(例:年齢制限)等	
	⑬当該技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない
	⑭その他	-
	⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	-
⑯参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても 記載)	- - -
⑯参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても 記載)	- - -
⑯参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても 記載)	- - -
⑯参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても 記載)	- - -
⑯参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても 記載)	- - -

低栄養リスク改善加算（認知症治療病棟入院料 注加算の追加）

老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）では算定が可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）では算定できない項目を認知症治療病棟入院料の注加算に追加し加算項目の統一化を図ることにより、認知症治療病棟入院料の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。



（新）低栄養リスク改善加算 300点（月1回）

低栄養状態にある認知症治療病棟入院料入院患者（以下「入院患者」という。）又は低栄養状態のおそれのある入院患者に対して、多職種が共同して入院患者の栄養管理をするためのカンファレンスを行い、低栄養状態の改善を行うための計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行うことにより、低栄養リスクの改善を図る。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	284104
申請技術名	退院後訪問指導加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 追加のエビデンスの有無
技術の概要（200字以内）	退院後訪問指導加算は、認知症治療病棟入院患者（以下「入院患者」という。）の退院後30日以内に当該入院患者の居宅を訪問し、当該入院患者及びその家族等に対して療養上の指導を行う。
対象疾患名	特になし
保険収載が必要な理由（300字以内）	退院後訪問指導加算は、老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）において算定可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）においては加算項目が設定されておらず、別に算定できない。退院後訪問指導加算を認知症治療病棟入院料の注加算に追加することで、退院後の療養上の指導の実施が可能となることにより入院患者の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。

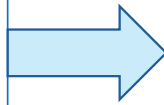
【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	認知症治療病棟入院料より退院する患者												
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の退院後30日以内に入院患者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り算定する。 当該加算は訪問日に算定する。 当該加算は、次の場合には算定できない。 <ul style="list-style-type: none"> a 退院して病院又は診療所へ入院する場合 b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 c 死亡退院の場合 当該加算は、入院患者及びその家族等のいずれにも行うこと。 当該加算を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載する。 												
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>区分をリストから選択</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </table>	区分	区分をリストから選択	特になし	番号	—	—	技術名	—	—	既存の治療法・検査法等の内容	—	—
区分	区分をリストから選択	特になし											
番号	—	—											
技術名	—	—											
既存の治療法・検査法等の内容	—	—											
・新規性、効果等について③との比較	既に老人性認知症疾患療養病棟においては退院後訪問指導が実施されており、その効果が実証されている。												
⑤ ④の根拠となる研究結果	④と同様												
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択	特になし											
⑥普及性	年間対象患者数(人) 30,260人 国内年間実施回数(回) 30,260回												
※患者数及び実施回数の推定根拠等	平成29年度 630調査（H29.6.30現在）より、認知症治療病棟入院料の在院患者数は32,260人、うち7割が算定すると推定すると、32,260人×0.7=22,582人が対象となる。一方、病院報告（平成30年12月分概数）によると、精神病床の平均在院日数は272.1日であり、年間365/272=1.34回入院することになることから、年間対象患者数は22,582人×1.34より30,260人となる。 当該加算は1入院につき1回限り算定できることから、年間実施回数は、30,260人となる。												
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	既に老人性認知症疾患療養病棟において実施されており、その成熟度は高い。												

<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>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>・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>特になし</p> <p>・入院患者の退院後30日以内に入院患者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り算定する。 ・当該加算は訪問日に算定する。 ・当該加算は、次の場合には算定できない。 a 退院して病院又は診療所へ入院する場合 b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 c 死亡退院の場合 ・当該加算は、入院患者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ・当該加算を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載する。</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>副作用等のリスクなし</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>問題なし</p>
<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p>	<p>妥当と思われる診療報酬の区分 A A314認知症治療病棟入院料の追加 点数(1点10円) 460点(退院後1回) その根拠 既に老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)にて実施され、その所定単位が460単位であることより</p>
<p>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 区分をリストから選択 特になし</p> <p>番号 -</p> <p>技術名 -</p> <p>具体的な内容 -</p>
<p>予想影響額</p>	<p>プラスマイナス + 予想影響額(円) 139,196,000円 その根拠 6年間実施回数(30,260人)×4,600円より</p>
<p>⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)</p>	<p>-</p>
<p>⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への取組状況</p>	<p>3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。</p>
<p>※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等</p>	
<p>⑬当該技術の先進医療としての取扱</p>	<p>d. 届出はしていない</p>
<p>⑭その他</p>	<p>-</p>
<p>⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>-</p>
<p>⑯参考文献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>⑯参考文献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>⑯参考文献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>⑯参考文献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>⑯参考文献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>

退院後訪問指導加算（認知症治療病棟入院料 注加算の追加）

老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）では算定が可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）では算定できない項目を認知症治療病棟入院料の注加算に追加し加算項目の統一化を図ることにより、認知症治療病棟入院料の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。



（新）退院後訪問指導加算 460点（退院後1回）

退院後訪問指導加算は、認知症治療病棟入院患者（以下「入院患者」という。）の退院後30日以内に当該入院患者の居宅を訪問し、当該入院患者及びその家族等に対して療養上の指導を行う。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	284105
申請技術名	排せつ支援加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 追加のエビデンスの有無
技術の概要（200字以内）	排せつに介護を要する認知症治療病棟入院患者（以下「入院患者」という。）であって、適切な対応を行うことにより、排せつに介護を要する状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師等が共同して、入院患者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該計画に基づく支援を継続して実施する。
対象疾患名	特になし
保険収載が必要な理由（300字以内）	排せつ支援加算は、老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）において現に算定可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）においては加算項目が設定されておらず、別に算定できない。排せつ支援加算を認知症治療病棟入院料の注加算に追加することで、排せつに介護を要する状態の軽減が図られることにより入院患者の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。

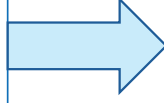
【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	排せつに介護を要する入院患者であって、適切な対応を行うことにより排せつに介護を要する状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した患者
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	排せつに介護を要する入院患者であって、適切な対応を行うことにより、排せつに介護を要する状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師等が共同して、入院患者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定点数を算定する。
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分 番号 技術名 — 既存の治療法・検査法等の内容 —
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	既に老人性認知症疾患療養病棟においては排せつ支援加算の実施により排せつに介護を要する状態の改善が図られており、その効果が実証されている。
⑤ ④の根拠となる研究結果	④と同様
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択 特になし
⑥普及性	年間対象患者数(人) 8,646人 国内年間実施回数(回) 8,646人×6月=51,876人
※患者数及び実施回数の推定根拠等	平成29年度 630調査（H29.6.30現在）より、認知症治療病棟入院料の在院患者数は32,260人、うち2割が算定すると推定すると、32,260人×0.2=6,452人が対象となる。一方、病院報告（平成30年12月分概数）によると、精神病床の平均在院日数は272.1日であり、年間365/272=1.34回入院することになることから、年間対象患者数は6,452人×1.34より8,646人となる。 当該加算は1月に1回6月を限度として算定できることから、年間実施回数は、8,646人×6月となる。
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	既に老人性認知症疾患療養病棟において実施されており、その成熟度は高い。
・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） 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） 特になし 特になし 排せつに介護を要する入院患者であって、適切な対応を行うことにより、排せつに介護を要する状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師等が共同して、入院患者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定点数を算定する。

⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	副作用等のリスクなし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
⑩希望する診療報酬上の取扱	<p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠</p> <p>A A314認知症治療病棟入院料の注加算の追加 100点(1月につき6月を限度として算定) 既に老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)にて実施され、その所定単位が100単位であることより</p>
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<p>区分 番号 技術名 具体的な内容</p> <p>区分をリストから選択 特になし - -</p>
予想影響額	<p>プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠</p> <p>+ 51,876,000円 ⑥年間実施回数×100点より算出</p>
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)	-
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への取扱い状況	<p>3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。</p>
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等	
⑬当該技術の先進医療としての取扱	d. 届出はしていない
⑭その他	-
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	-
⑯参考文献1	<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>
⑯参考文献2	<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>
⑯参考文献3	<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>
⑯参考文献4	<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>
⑯参考文献5	<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>

排せつ支援加算（認知症治療病棟入院料 注加算の追加）

老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）では算定が可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）では算定できない項目を認知症治療病棟入院料の注加算に追加し加算項目の統一化を図ることにより、認知症治療病棟入院料の治療効果がUPし、早期治療・早期退院が促進される。



（新）排せつ支援加算 100点（月1回）

排せつに介護を要する認知症治療病棟入院患者（以下「入院患者」という。）であって、適切な対応を行うことにより、排せつに介護を要する状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師等が共同して、入院患者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該計画に基づく支援を継続して実施する。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	284201
申請技術名	精神急性期医師配置加算【1-B 算定要件の拡大】
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）： 提案当時の技術名： 追加のエビデンスの有無 有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号	249
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	
技術の概要（200字以内）	精神科急性期医師配置加算の算定要件の拡大
再評価が必要な理由	精神科急性期医師配置加算は、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神科病棟において、医師を厚く配置することを評価した報酬である。急性期病棟では、100床あたり医師数が多い方が平均在院日数は短縮しており、急性期病棟へ医師を重点配置することにより早期退院が期待されるための加算である。しかし、現在は精神科救急入院料1と同レベルの新規入院患者のうち60%以上を3ヶ月以内の自宅へ移行させるという厳しいルールになっている。せめて精神科救急入院料2と同レベルの新規入院患者のうち40%以上を3ヶ月以内に自宅へ移行させるというように算定要件を拡大して頂きたい。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科急性期医師配置加算は、精神科急性期治療入院病棟入院料1において、医師を16：1で配置した場合の評価として平成26年度改定にて新設された。精神科急性期医師配置加算の届出病院を毎年6月で比べると平成26年32%で27年は53.3%と大きく伸びたが、28年は57.6%、29年は60%と伸びが鈍っている。精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置を実現するため、新規入院患者のうち60%以上を3ヶ月以内に自宅へ移行させるルールを40%以上に算定要件を拡大して頂きたい。
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	精神科急性期医師配置加算算定病棟の入院患者 精神科急性期治療病棟における高水準医師配置
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	249
技術名	精神急性期医師配置加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	参考文献1より、精神科急性期医師配置加算を算定する病院（高配置病棟）と精神科急性期医師配置加算を算定しない病院（低配置病棟）と比較すると、高配置病棟では入院長期化割合は21%低くなり、再入院割合も10%低いことがわかった。このように高配置病棟を増やすことにより精神医学的評価の質の向上となり効率的な治療選択、患者満足度の向上がみられる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科急性期治療入院病棟入院料1における、精神科急性期医師配置加算算定病棟は60%に過ぎないが算定要件を拡大することにより80%へ増えたと考え。平成29年6月精神科急性期医師配置加算は210,815人であり、60%から80%へ増えた場合281,086人となる。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	2,529,780 3,373,032
年間実施回数 前の回数（回） 後の回数（回）	2,529,780 3,373,032
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）	精神科急性期治療病棟においては、医師の配置を厚くすることにより、入院の長期化割合が低くなり再入院割合も低いことが知られている。また患者満足度の向上も認められる。
・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） 精神科急性期治療入院病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算算定病棟 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） 精神科急性期治療入院病棟入院料1において、医師を16：1で配置した場合 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 (問題点があれば必ず記載)	特になし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前 見直し後 その根拠 なし なし 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	区分をリストから選択 特になし
	番号	—
	技術名 具体的な内容	— —
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額 (円) その根拠	マイナス 6,553,749,600 281,086人—210,825人=70,271人の増加が考えられる。 70,271人×500点×10円×12か月=4,216,260,000円の増額。 しかし参考文献1では精神科急性期治療病棟へ医師を高水準配置することにより入院長期化割合が21%低くなり、再入院割合も10%低くなるとされている。 281,086人×(21%+10%)=87,136人 この数に精神科急性期治療病棟入院料1、医師配置加算算定病棟の90日超の1030点を掛けると 87,136人×1030点×10円×12ヶ月=10,770,009,600円となる。両者の差は、6,553,749,000円である。
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	特になし	
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	Association of high psychiatrist staffing with prolonged hospitalization, follow-up visits, and readmission in acute psychiatric units: a retrospective cohort study using a nationwide claims database
	2) 著者	奥村泰之 (一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 主任研究員) 杉山直也 (公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長) 野田寿恵 (公益財団法人復康会 あたみ中央クリニック 所長) 佐方信夫 (一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 主任研究員)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	雑誌名: Neuropsychiatric Disease and Treatment 14:893-902, 2018. 精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置は、入院長期化の抑制、退院後受診率の向上、再入院の抑制に関連しセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を活用し2014年10月から2015年9月まで大学病院等を除く精神科病院の精神科急性期治療病棟に新規入院した患者について追跡した。 精神科急性期医師配置加算を算定する病院は92病院で対象患者数は13,138名(高配置病棟)。 一方精神科急性期医師配置加算を算定していない病院は98病院で対象患者数は11,540名(低配置病棟)。 それぞれの患者群で入院長期化(在院90日超の入院)、退院90日以内の精神科外来への受診回数、退院90日以内の精神科病床への再入院の状況の評価した。高配置病棟患者群では在院90日超となる割合は21%低く、退院90日以内の精神科外来への受診回数は6%多く、退院90日以内に精神科病床へ再入院する割合は10%低かった。 これにより高水準の医師配置は、入院の長期化の抑制、退院後の受診率の向上、再入院の抑制と関連することが明らかになった。 高水準の医師配置を経済的に誘導する施策は、医療の質向上に寄与するだけでなく、国全体における精神科病床への総入院日数の減少につながる可能性がある。
⑮参考文献2	1) 名称	精神科急性期の医師配置水準と治療成績の関連
	2) 著者	奥村泰之 (公益財団法人東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 心の健康プロジェクト主席研究員) 杉山直也 (公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	週間医学界新聞 第3277号 2018年6月18日 精神科急性期医療の医師配置は、16対1と48対1が混在しているが、医師高配置の方が入院期間、再入院、受診行動にも好影響を与えている。医療資源の効果的・効率的な活用に最適な体制が必要である。
⑯参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

⑩参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
⑩参考文献5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

精神科急性期医師配置加算の算定要件の拡大

- ✓精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置加算は、入院の長期化の抑制、退院後の受診率向上、再入院の抑制につながる
- ✓精神科急性期治療病棟の医師配置加算病棟では、新規入院者の60%以上を3カ月以内に自宅等へ移行するのが要件となっており、それは精神科救急入院料1と同等であり、医師配置加算病棟の数が延びない原因と考える



新規入院者の60%以上を3カ月以内に自宅等へ移行する要件を
精神科救急入院料2と同等の40%以上へと要件拡大して頂きたい

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	284202		
申請技術名	精神急性期医師配置加算【2-A 点数の見直し（増点）】		
申請団体名	日本精神科病院協会		
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無		
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	249		
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		
技術の概要（200字以内）	精神科急性期医師配置加算の増点		
再評価が必要な理由	<p>精神科急性期医師配置加算は、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神科病棟において、医師を厚く配置することを評価した報酬である。</p> <p>施設基準を満たし常勤医を入院患者16人に対し1人以上配置した場合、精神科急性期医師配置加算として1日500点加算できる。しかし医師を増員することは経済的負担も大きいことから現在精神科急性期治療病棟入院料1を算定している病棟の内、医師配置加算届出病院の割合は6割程にとどまっている。</p> <p>精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置は、入院の長期化の抑制、退院後受診率の向上、再入院の抑制と関連することは明らかになっており、増点により医師配置加算届出病院が増加することも期待される。</p>		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科急性期医師配置加算は、精神科急性期治療入院病棟入院料1において、医師を16：1で配置した場合の評価として平成26年度改定にて新設された。精神科急性期医師配置加算の届出病院を毎年6月で比べると平成26年32%で27年は53.3%と大きく伸びたが、28年は57.6%、29年は60%と伸びが鈍っている。精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置を実現するため、1日500点の加算を800点へ増点する必要があると考える。	
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	精神科急性期医師配置加算算定病棟の入院患者 精神科急性期治療病棟における高水準医師配置	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	249	
技術名	精神急性期医師配置加算	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	参考文献1より、精神科急性期医師配置加算を算定する病院（高配置病棟）と精神科急性期医師配置加算を算定しない病院（低配置病棟）と比較すると、高配置病棟では入院長期化割合は21%低くなり、再入院割合も10%低いことがわかった。このように高配置病棟を増やすことにより精神医学的評価の質の向上となり効率的な治療選択、患者満足度の向上がみられる。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現在、精神科急性期治療病棟入院料1における急性期医師配置加算の届出病院は60%に過ぎないが、増点により増加を期待するものの現在の数字で影響を考えてみた。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	2,529,780
	後の症例数（人）	2,529,780
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,529,780
	後の回数（回）	2,529,780
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）	精神科急性期治療病棟においては、医師の配置を厚くすることにより、入院の長期化割合が低くなり再入院割合も低いことが知られている。また患者満足度の向上も認められる。	

・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)	精神科急性期治療入院病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算算定病棟
	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)	精神科急性期治療入院病棟入院料1において、医師を16:1で配置した場合
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ 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 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	500
	見直し後	800
	その根拠	精神科救急入院料1(入院後30日以内)は3557点であり、精神科急性期治療病棟入院料1(入院後30日以内)は1984点で精神科急性期医師配置加算500点を加えても2484点にすぎない。救急入院料1と比べ、ハード面や外来機能においては劣っているが、新規入院患者の6割以上は3カ月以内に自宅等へ移行するなど急性期治療の機能においては十分な役割をはたしている。両者を比べても800点の加算は妥当と考える。
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	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	マイナス 488,247,540
	その根拠	平成29年6月精神科急性期医師配置加算は210,815件である。500点を800点に増点すると210,815人×(800点-500点)×10円×12ヶ月=7,589,340,000円 文献1により高医師配置病棟では低医師配置病棟に比べ、入院長期化割合が21%低くなり、再入院割合も10%低いとすれば、210,815人×(21%+10%)=65,353人 この数に精神科急性期治療病棟入院料1、医師配置加算算定病棟の90日超1030点を掛けると65,353人×1030点×10円×12ヶ月=8,077,587,540円となる。両者の差は、4,88,247,540円である。
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		特になし
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	Association of high psychiatrist staffing with prolonged hospitalization, follow-up visits, and readmission in acute psychiatric units: a retrospective cohort study using a nationwide claims database
	2) 著者	奥村泰之(一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 主任研究員) 杉山直也(公益財団法人 復康会 沼津中央病院 院長) 野田寿恵(公益財団法人 復康会 あたみ中央クリニック 所長) 佐方信夫(一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 主任研究員)
	3) 概要(該当ページについても記載)	雑誌名: Neuropsychiatric Disease and Treatment 14:893-902, 2018. 精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置は、入院長期化の抑制、退院後受診率の向上、再入院の抑制に関連しセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用し2014年10月から2015年9月まで大学病院等を除く精神科病院の精神科急性期治療病棟に新規入院した患者について追跡した。 精神科急性期医師配置加算を算定する病院は92病院で対象患者数は13,138名(高配置病棟)。 一方精神科急性期医師配置加算を算定していない病院は98病院で対象患者数は11,540名(低配置病棟)。 それぞれの患者群で入院長期化(在院90日超の入院)、退院90日以内の精神科外来への受診回数、退院90日以内の精神科病床への再入院の状況の評価した。高配置病棟患者群では在院90日超となる割合は21%低く、退院90日以内の精神科外来への受診回数は6%多く、退院90日以内に精神科病床へ再入院する割合は10%低かった。 これにより高水準の医師配置は、入院の長期化の抑制、退院後の受診率の向上、再入院の抑制と関連することが明らかになった。 高水準の医師配置を経済的に誘導する施策は、医療の質向上に寄与するだけでなく、国全体における精神科病床への総在院日数の減少につながる可能性がある。

⑩参考文献 2	1) 名称	精神科急性期の医師配置水準と治療成績の関連
	2) 著者	奥村泰之 (公益財団法人東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 心の健康プロジェクト主席研究員) 杉山直也 (公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	週間医学界新聞 第3277号 2018年6月18日 精神科急性期医療の医師配置は、16対1と48対1が混在しているが、医師高配置の方が入院期間、再入院、受診行動にも好影響を与えている。医療資源の効果的・効率的な活用に最適な体制が必要である。
⑩参考文献 3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
⑩参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
⑩参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

精神科急性期医師配置加算の増点

- ✓精神科急性期治療病棟における高水準の医師配置は、入院の長期化の抑制、退院後の受診率向上、再入院の抑制につながる
- ✓精神科救急入院料1は3557点であり、精神科急性期治療病棟入院料1は急性期医師配置加算を加えても2484点にすぎない



新規入院者の60%以上を3カ月以内に自宅等へ移行するという

急性期治療の機能は同程度と考えると急性期医師配置加算は

500点→800点の増点が妥当と考える



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	284203	
申請技術名	持続性抗精神病注射薬剤の特定入院料算定における包括除外	
申請団体名	日本精神科病院協会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号	A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314, A318	
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		
技術の概要（200字以内）	<p>持続性抗精神病注射薬剤（以下「LAI」という。）は外来のみならず、入院治療においてもアドヒアランスの改善や認知機能に対する効果を有する等有用であるが、特定入院料においては包括されLAIの使用が抑制されている。そこで、クロザピンと同様にLAIを包括範囲から除外し、特定入院料に入院中でも算定可能となるよう要望する。</p>	
再評価が必要な理由	<p>LAIのメリットとしては、</p> <ul style="list-style-type: none"> 統合失調症によるアドヒアランス対策に有効である。 薬学経済的視点より、LAIは薬剤量の軽減につながる可能性がある。 治療抵抗性統合失調症に対して、LAIは有効性がある。 DSP等の副作用の出現率が低い。 再発予防効果がある。 単剤化しやすい。 社会生活を維持しやすい。 認知機能に対する効果がある。 医療経済的視点でみると、医療費が減少する。 <p>一方、LAIのデメリットとしては、</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬価が高い。 特定入院料（包括病棟）において薬剤料が包括されていることから、LAIの使用が経済的視点からみると抑制される傾向にある。 <p>LAIは薬価が高く、LAI使用量が増加すればするほど薬剤費が増加するものの、LAI投与による効果（入院期間の短縮及び再入院期間の延長効果）により、結果的には医療費を削減することができることから、特定入院料（A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314及びA318）におけるLAI薬剤料の出来高算定化を要望するものである。</p>	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p><医療費の増加（薬剤費の増加）> 増加額：+45.9億円/年…① 単価の高いLAI投与の患者が特定入院料（A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314及びA318）で増加 ・LAI薬価が高い（1日LAI単価1,535円。1日経口単価26.3円） ・LAI出来高算定により、特定入院料でLAIの使用患者が増加する（利用率0%→10.5%）</p> <p><医療費の減少> 減少額：-112.5億円/年…② 入院期間がLAI投与により短縮（年1人当たり115日入院日数が減少することによる効果）</p> <p><医療費影響額（①-②）> : -66.6億円/年</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	<ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 統合失調症の患者（LAIの適応患者） 技術内容及び点数や算定の留意事項 特定入院料（A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314及びA318）におけるLAI薬剤費は特定入院料に含まれており、別に算定できない。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314, A318
技術名	<p>A309 特殊疾患病棟入院料2 A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A312 精神療養病棟入院料 A314 認知症治療病棟入院料 A318 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p>において、LAIの出来高算定を可能にすることを要望するものである。</p>

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等 	<p>特定入院料（A309, A311, A311-2, A311-3, A311-4, A312, A314及びA318）でのLAIの出来高算定（包括除外）が可能になると、特定入院料の入院患者（特定入院料におけるLAI対象患者数：第3回NDBより77,964人）の10.5%（第3回NDB 注射薬（入院）データよりLAI非定型薬を添付文書上の用量どおりに使用したと仮定して算出した人数：8,186人）でLAIが使用され、その分、医療費が増加するが、LAI投与による効果により、入院期間が短縮され、外来期間が延長される。経口非定型薬の薬価よりLAI非定型薬のほうが高額であるため、その分医療費が増加するが、外来1日単価（日本精神科病院協会 平成29年度医療経済実態調査より：8,292円）のほうが入院1日単価（第3回NDBより各特定入院料ごとの1日入院単価を算出）よりも低額のため、入院期間が短縮されればされるほど医療費は減少し、医療費増加分よりも医療費減少額が上回るため、結果的にLAI使用促進により総じて医療費が減少する。</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>特定入院料においてLAIの出来高算定が可能となった場合、1日8,186人の患者（年間入院日数142日、外来通院日数223日）にLAIが新たに投与され、年間45.9億円医療費が増加する。</p> <p>一方、LAI投与の効果で、年間平均115日間入院期間が短縮される。各特定入院料における1日入院単価から外来単価を減じ、対象患者8,186人の入院期間が115日短縮されると、医療費の減少額は年間112.5億円となる。</p> <p>結果、医療費の増加分（45.9億円）を医療費の減少分（112.5億円）が上回るため、結果的にはLAI投与患者が増えれば増えるほど医療費が削減される。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人） 0人</p> <p>後の症例数（人） 8,186人</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回） 0回</p> <p>後の回数（回） 2,987,890人（8,186人×365日）</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>特になし</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） 特になし</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） 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） 特になし</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>特になし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性（問題点があれば必ず記載）</p>	<p>特になし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 —</p> <p>見直し後 —</p> <p>その根拠 —</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 区分をリストから選択 特になし</p> <p>番号 —</p> <p>技術名 —</p> <p>具体的な内容 —</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス —</p> <p>予想影響額（円） 6,660,006,810</p> <p>その根拠 「①再評価すべき具体的な内容」欄を参照</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>特になし</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>—</p>
<p>⑭参考文献 1</p>	<p>1) 名称 病院報告（平成30年10月分概数）</p> <p>2) 著者 厚生労働省</p> <p>3) 概要（該当ページについても記載） 3. 平均在院日数 精神病床 256.7日（257日）</p>
<p>⑭参考文献 2</p>	<p>1) 名称 Changes in length of hospital stay before and after the administration of a long-acting injection in patients with schizophrenia: Mirror-image study</p> <p>2) 著者 Hidenobu Suzuki, MD, PhD, Hiroyuki Hibino, MD and Yuichi Inoue, MD</p> <p>3) 概要（該当ページについても記載） Psychiatry and Clinical Neurosciences 2016; 70: P253-255 (要旨)</p> <p>入院期間は、LAI導入前159.0±202.1日、導入後87.9±237.4日で、導入後が有意に短期であった(P<0.0001) →この結果から、退院係数として159.1/87.9=1.81を使用して計算。</p>

⑩参考文献 3	1) 名称	シュミレーションにおける諸条件の整理
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
⑩参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
⑩参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の特定入院料算定における包括除外

現行

下記特定入院料において、持続性抗精神病注射薬剤（以下「LAI」という。）は包括され、別に算定できない。

- ・特殊疾患病棟入院料2
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・認知症治療病棟入院料
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性・慢性期精神病注射薬剤（以下「LAI」という。）は包括され、別に算定できない。
- ・精神科救急入院料
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料
- ・地域移行機能強化病棟入院料
- ・精神科養病棟入院料
- ・精神科急性・慢性期精神病棟入院料



LAIを投与すると、薬剤費は経口薬より高薬価のため医療費が増加するが、入院期間の短縮効果（外来期間の延長効果）により、結果的に医療費は減少する。

LAI投与群



(内訳)

入院期間の短縮効果（年257日が142日、**115日間短縮**）

年間1人当たり**534,488円**（142日×3,764円）減少する

薬剤費の増加（LAI入院1日単価1,535円、年142日入院）

年間1人当たり**217,970円**（142日×1,535円）増加する

結果、医療費影響額（薬剤費の増加-入院期間の短縮）**-316,518円**



経口投与群



1日経口単価26.3円（医療費の増減なし）

年間医療費影響額

-66.6億円

特定入院料におけるLAI対象者8,186人の年間医療費影響額は、1人当たり142日で-316,518円なので、1人当たり365日では-813,585円。8,186人の場合、-6,660（百万円）となる。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）		
整理番号 ※事務処理用	284205	
申請技術名	オンライン診療料	
申請団体名	日本精神科病院協会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	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 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		
技術の概要（200字以内）	オンライン診療では患者の急変に対する対応が難しいので、入院も含めて24時間対応することが対面診療以上に求められる。そこで、24時間対応加算としてひと月あたり300点の加算をすることを要望したい。オンライン診療では通院・在宅精神療法が算定できない。オンライン診療の算定は、現状ではハードルが高いので、もっと点数を要望してもよいのではないかと。（精神科病院だけで算定できるような）24時間対応加算など。	
再評価が必要な理由	オンライン診療は平成30年度に制度化された。まだ試行段階で、診療報酬自体がコストに見合わないこともあるが、顔を合わせない分、急性増悪に対する対応に留意する必要がある。そこで入院も含めた24時間対応することの体制を評価するため。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	急変に対応するための入院も含めた24時間対応できることに対して、一回の診療料を加算する。
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	在宅療養かつ通院困難なものに対して月に一回オンライン診療料70点。また、それに加え、オンライン医学管理料100点が請求できる。
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料
診療報酬番号（再掲）	3
技術名	オンライン診療
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	大規模無作為比較試験によって遠隔精神医療の有効性は実証されており、多くの小規模試験でもこの結論が裏づけられている（Day et al. 2002; Ruskin et al. 2004; O'Reilly et al. 2007）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現状では診療報酬が低すぎて却って普及が難しい。外来診療に近い報酬が保証されると外来診療からオンライン診療に患者が流れ、却って総医療費が抑制もされる。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	100 10,000
年間実施回数 前の回数（回） 後の回数（回）	1,200 120,000
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）	診療のガイドラインがそろそろできようかという段階で、まだまだ成熟しているとは言えない。
・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）
	24時間入院や往診も含めた即時対応ができる精神科医療機関 複数名の精神保健指定医 今後定められる精神科オンライン診療のガイドラインに沿っていること

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	電子的な安全性をガイドラインで確保する必要あり
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	倫理的・社会的妥当性をガイドラインで確保する必要あり
⑧点数等見直し の場合	見直し前 170 見直し後 470 その根拠 24時間入院往診対応加算として
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 I 精神科専門療法 番号 2 技術名 通院・在宅精神療法 具体的な内容 オンライン診療に置き換えることによる算定回数の減少
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) 962,640,000 その根拠 オンライン診療料算定による増額と、それに伴う通院・訪問診療の減少による減額があり、結果として影響額はマイナスとなる。 ・現在オンライン診療料を算定している患者(推定100名)について 年間8回のオンライン診療の額が増加するので (※オンライン診療料算定のためには、3か月に一回は対面診療が必要なため、年間12回ではなく8回) +300点×10円×年間8回×100名 = 2,400,000円 ・オンライン診療が有効であるが、通院ないし訪問診療のみを利用している患者(推定9900名)について 年間12回の通院ないし訪問診療の8回分が、オンライン診療に置き換わるとし 通院を6000名、訪問診療を3900名とすると +470点×10円×年間8回×9900名 = 372,240,000円 - (再診料72点+通院・在宅精神療法660点)×10円×年間8回×6000名 = -351,360,000円 - (精神科在宅患者支援管理料2500点+通院・在宅精神療法660点)×10円×年間8回×3900名 = -985,920,000円 すべて合計すると、-962,640,000円となる。 上記では、通院を月1回=年12回で計算しているが、実際は月1.5回程度であるから これも鑑みると更なる減額となる。
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	なし
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 Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. 2) 著者 O'Reilly R, et. al 3) 概要(該当ページについても記載) 遠隔治療が対面治療と同等に効果的であると示されている。 Psychiatr Serv. 2007 Jun;58(6):836-43.
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) -

オンライン診療料

精神科においては
 症状による 意欲低下・ひきこもりなどにより
 医療機関に通院できなくなる患者が少なくない。

そんな場合は



オンライン診療料を導入すれば

- ・ 訪問診療や通院・在宅精神療法より低い診療報酬で
- ・ 入院を防ぐことができ
- 医療費削減に繋がる！

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	285101	
申請技術名	重度薬物依存症入院医療管理加算	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：重度薬物依存症入院医療管理加算
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	施設基準に適合した病棟に入院した薬物依存症患者に対して、医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者・作業療法士等多職種チームによる薬物依存症に対する集中的かつ多面的な認知行動療法を基本とする心理社会的専門治療を計画的に提供する。	
対象疾患名	薬物依存症	
保険収載が必要な理由（300字以内）	アルコール依存症に対しては重度アルコール依存症入院医療管理加算があるが、治療に一層の人手・時間・労力を要する薬物依存症の入院治療に対する加算はなく、職員配置等に困難を来している。一方、薬物依存症に対して有効な認知行動療法の開発により、外来では平成28年度から依存症集団療法が新設された。更なる薬物再乱用防止のためには、入院中から同様の治療を行って断薬の意思を高め、外来治療に繋げることが重要である。2016年6月刑の一部執行猶予制度が施行され薬物依存症患者の増加が予測される中、当該加算の新設により治療機関の整備・治療法の普及が進み薬物再乱用の防止が図られ、刑務所費用等の削減が見込まれる。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	入院治療を要する薬物依存症患者	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	入院治療を要する薬物依存症患者に対して、医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）を含む治療計画を作成し、医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術職・作業療法士等多職種チームがその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。合併症の治療のみを目的として入院した場合には算定できない。	
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	1
	番号	006 - 2
技術名	依存症集団療法	
既存の治療法・検査法等の内容	薬物依存症の患者で入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として算定。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	依存症集団療法は、薬物依存症外来患者のみが対象であるが、実際に治療導入の契機となる場合は入院治療であることも少なくない。入院治療中から心理教育プログラムや再発防止スキルトレーニングを提供し退院後の外来治療に繋げることが重要であり、そのための薬物依存症入院治療プログラム整備が求められている。認知行動療法をもとにした薬物依存症の入院治療が外来治療継続や断薬率を高めることが示唆されている。	
⑤ ④の根拠となる研究結果		「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」（厚生労働科学研究、研究代表者：松本俊彦、平成22年度～平成24年度）では、「入院治療と運動した認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」（研究分担者：成瀬暢也）の中で入院治療と外来治療が連動した包括的な薬物依存症再発予防プログラムを含む治療システムを充実させることにより、治療からの脱落を防ぎ、断薬率を高めることが示唆されたことと結論付けている。
	エビデンスレベル	4
⑥普及性	年間対象患者数(人)	2,000人
	国内年間実施回数(回)	40,000回

<p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>	<p>アルコールを除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害による、一日当たりの入院患者数：1,675人（「精神保健福祉資料平成25年度版」）。一方、わが国で認知行動療法を主とする心理社会的治療を入院治療で提供している施設は、10施設程度と思われる。明確な根拠となりうる資料やデータは現在のところ上記に限られるが、平成28年6月より「薬物使用の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予制度」が運用開始となったため、年間対象患者数の増加が見込まれる。</p>
<p>⑦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>・ワークブック等を用いた認知行動療法：薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）が開発され、平成28年度からは外来で依存症集団療法として保険収載されたこともあり徐々に普及しつつある。 ・現行の国立精神神経医療研究センター精神保健研究所・独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターにおける薬物依存症研修と同等の内容の研修を修了した医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者・作業療法士等が治療を行うこととする。</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>・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>精神科を標榜する保険医療機関</p> <p>①精神保健指定医2名以上の配置②薬物依存症に係る、現行の国立精神神経医療研究センター及び日本アルコールアディクション医学会が主催する薬物依存症に対する集団療法に係る研修を修了した医師1名以上及び看護師・精神保健福祉士・作業療法士または臨床心理技術者のそれぞれ1名以上の配置。ただし医師以外の職種については、少なくともいずれか1名が前記研修を修了していること。</p> <p>特になし。</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>副作用等のリスクはない。</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>	<p>「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（内閣府平成25年）において、薬物依存症に対する医療資源の拡充の必要性が国家的な課題であると明記されている。また、平成25年制定の「薬物使用の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」に基づき、平成28年6月以降刑務所から多数の薬物依存症患者が出所することが見込まれている。近年は危険ドラッグ使用による社会問題が増加して法改正が重ねられており、薬物依存症患者の再乱用率が高いことから、薬物依存症治療の体制整備は急務である。</p>
<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p> <p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円）</p> <p>その根拠</p>	<p>B 300点</p> <p>重度アルコール依存症入院医療管理加算では30日以内1日につき200点、31日以上60日以内100点となっている。薬物依存症患者の平均プログラム入院期間は約4週間程度と短く、その間アルコール依存症患者に比べて情動の変化も大きく退院後の生活に向けた支援も多岐にわたり、多職種チームによる手厚い精神科的専門治療を要する。治療期間と治療に要するマンパワーを勘案し30日以内1日300点とした。</p>
<p>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</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択 特になし</p> <p>なし なし なし</p>
<p>予想影響額</p> <p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額（円）</p> <p>その根拠</p>	<p>— 120,000,000</p> <p>年間の予想対象患者数2,000人に20日ずつ算定したとして、2,000人×20回×3,000円=1億2千万円。一方で治療継続によって再入院する者が減少するため、長期的には医療コスト面でも改善される。また、社会的には違法薬物再使用による受刑者が減り、コスト削減につながる。</p>
<p>⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）</p>	<p>なし</p>
<p>⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況</p>	<p>3）調べていない 1）を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。</p>
<p>※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等</p>	<p>なし</p>
<p>⑬当該技術の先進医療としての取扱</p>	<p>d. 届出はしていない</p>
<p>⑭その他</p>	<p>特になし。</p>
<p>⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会、日本精神科病院協会、国立精神医療施設長協議会、全国自治体病院協議会、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所松本俊彦薬物依存研究部部长</p>

⑩参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」(厚生労働科学研究、研究代表者：松本俊彦)平成22年度～平成24年度総合報告書 成瀬暢也 「入院治療と連動した認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」(21項～)の中で、入院治療と外来治療が連動した包括的な薬物依存症再発予防プログラムを含む治療システムを充実させることにより、治療からの脱落を防ぎ、断薬率を高めることが示唆されたと結論付けている。
⑩参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	精神経誌, 112: 665-671, 2010 成瀬暢也 入院治療の目的は、①治療の動機付け・疾病教育・情報提供、②解毒の治療・精神病状態の治療、③リハビリ施設や自助グループへのつなぎ、に集約される。(665項)
⑩参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	日本アルコール・薬物医学会誌, 45: 452-463, 2007 今村扶美、松本俊彦ら 医療観察法病棟用に改定したSMARPPのワークブックを用いて医療観察法病棟入院中の物質使用障害患者に対して動機づけを高める介入を行い、病識の獲得や自己効力感を高めることが確認されている。(461項)
⑩参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	精神医学, 54: 921-930, 2012 今村扶美、松本俊彦ら この論文でも、医療観察法病棟用に改定したSMARPPのワークブックを用いて医療観察法病棟入院中の物質使用障害を併存する28名の患者に対して介入を行い、自己効力感を高めるとともに、抗酒剤の服用率や自助グループへの参加同意率の顕著な上昇が確認されている。(921項)
⑩参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	精神科治療学, 19: 1333-1340, 2004 成瀬暢也、高澤和彦 埼玉県立精神医療センターでの物質依存症治療プログラムの概要を述べ、規則正しい入院生活を通して行動修正を進めることの意義、多職種によるチームアプローチの重要性に言及している。

重度薬物依存症入院医療管理加算【30日以内300点(1日につき)】

薬物依存症の入院患者に対し、習熟した医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム(SMARPP等)を含む治療計画を作成し、医師・看護師・技術職等がその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。

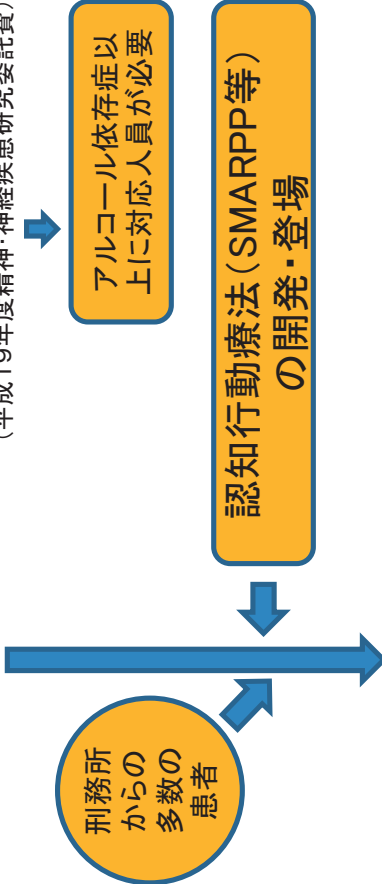
背景・概要

- わが国には薬物依存症専門医療機関が極めて少ない：「依存症に対する医療及びその回復支援に関する検討委員会」(厚労省)
- 「第五次薬物乱用防止五か年戦略」(平成30年)：「薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止」が戦略目標の一つ
- 近年危険ドラッグ問題が一大社会問題化、度重なる法改正
- 「薬物使用の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」(平成25年)：平成28年6月より薬物依存のある保護観察対象者が多数出所
- 薬物依存症に対する認知行動療法(SMARPP等)の開発
⇒薬物の再乱用防止のため、薬物依存症の治療体制整備が喫緊の課題
⇒診療報酬上の加算による専門治療の強化ならびに普及が必要

薬物依存症対応病院数の圧倒的少なさ

理由：

- ・トラブルが多い(47.2%)
- ・人格障害の併存が多い(45.1%)
- ・治療のドロップアウトが多い(30.1%)
(平成19年度精神・神経疾患研究委託費)



アルコール依存症以上に対応人員が必要

認知行動療法(SMARPP等)の開発・登場

ワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム(SMARPP等)を含む治療計画を作成し、習熟した医師・看護師・技術職等がその計画に則って治療を行う

薬物依存症の治療＝薬物再乱用の防止
(莫大な刑務所費用等の削減)

内容：薬物依存症入院患者について、習熟した医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム(SMARPP等)を含む治療計画を作成し、習熟した医師・看護師・技術職等がその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。

対象：薬物依存症入院患者

効果：薬物依存症患者の薬物再乱用の防止、莫大な年間刑務所費用の削減

診療区分：A200台 入院基本料等加算

希望点数：30日以内300点(1日につき)

必要性：アルコール依存症に関しては重度アルコール依存症管理加算が収載されているが、アルコール依存症以上に人手・時間・労力を要する薬物依存症治療に対しては診療報酬上の手当てがなく、対応可能な医療機関が極めて少ない中、職員配置等に困難を来している。

近年、薬物依存症に対する認知行動療法(SMARPP等)が開発されており、当該加算の新設によって治療体制整備・治療法の普及が進み、社会的にも薬物再乱用の防止が図られ、経済的にも刑務所費用等の削減が見込まれる。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未記載）

整理番号 ※事務処理用	285102
申請技術名	「精神科長期入院患者」に対して病状に応じた適切な治療を提供するために、「精神科医療必要度」の評価を導入すべきである。
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 提案年度（西暦）： 提案当時の技術名： 追加のエビデンスの有無 有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	1年以上の長期入院患者については、病状が軽度から重度の人まで混在している。特に重度の人達に対して、手厚い対応が行われていない現状があり、病状を正しく評価する必要がある。
対象疾患名	全ての精神科疾患
保険記載が必要な理由（300字以内）	日本精神神経学会 システム委員会が会員に対して行った調査では、重度の入院患者に対して手厚い治療が行われるように改善する必要があると85%以上が回答した。現在、「重度かつ慢性」について、4つの軸から判定が行われるようになり、病状の評価は大きく進歩した。この結果を基本として、長期入院患者の「精神科医療必要度」評価する方法を開発し、それぞれの病状に応じて人員配置に厚みを加える工夫が必要である。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	入院患者の重症度に応じて看護師などの配置数を考慮するケアミックス法を導入すべきである。
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	-
③対象疾患に 対して現在行 われている技 術（当該技術 が検査等で あって、複数 ある場合は全 て列挙するこ と）	区分 番号 技術名 既存の治療法・検査法等の内容 区分をリストから選択 特になし
・新規性、効果等について③との比較	-
⑤④の根拠となる研究結果	-
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択 特になし
⑥普及性 年間対象患者数（人） 国内年間実施回数（回） ※患者数及び実施回数の推定根拠等	-
⑦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）
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	-
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	-

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	区分をリストから選択	特になし
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 具体的な内容	区分をリストから選択	特になし
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠		
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）			
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等			
⑬当該技術の先進医療としての取扱		いずれか一つをリストから選択	特になし
⑭その他			
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし	
⑯参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）		
⑯参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）		
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）		
⑯参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）		
⑯参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）		

精神科長期入院患者（1年以上）に対して、病状に応じた適切な医療を提供するために、「精神科医療必要度」の評価を実施する。

長期入院患者について「重度かつ慢性」の評価が行われるようになったが、その病状に応じた適切な医療が提供されることが必要である。重症で処遇の難しい患者については高い人員配置のもとで手厚い医療が提供されるべきである。長期入院患者においても病状に応じた医療の提供を行うためには「重度かつ慢性」で得られた知見を利用しながら「精神科医療必要度」による症状評価と診療報酬が連動したシステムを導入する必要がある。

病棟内の患者の重症度（精神科医療必要度）の割合に応じた人員配置を行うケアミックス方式の導入が望ましい。

「重度かつ慢性」を基本とした「精神科医療必要度」の例

	A	B	C
1	BPRS合計点(1. 45点未満、2. 75点未満、3. 75点以上)	1	2 3
2	行動障害(1. 2点以下の項目だけ、2. 3・4点項目あり、3. 4・5点項目又は重大な社会的逸脱行為の可能性がある)	2	2 3
3	生活障害(1. 1・2点の項目、2. 3点の項目、4点項目1つのみ、3. 4点2つ以上・5点の項目あり)	2	3 3
4	合併症項目(水中毒、繰り返されるイレウス、繰り返される肺炎、その他精神病床での治療が必要な合併症)(1・2・3点)	0	2 2
	合計点	5	9 11

精神科医療必要度 1(1~4)、2(5~7)、3(8~9)、4(10点以上)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

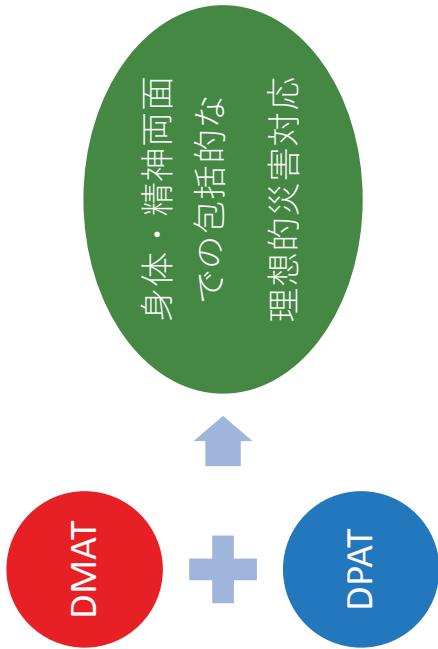
整理番号 ※事務処理用	285201	
申請技術名	DPCの機能評価係数II「災害」の項目へ、DPATチームの評価を組み入れること	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	区分をリストから選択	特になし
診療報酬番号	特になし	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 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 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	
技術の概要（200字以内）	DPCの機能評価係数II「災害」の項目へ、DMATだけでなく、DPATチームの評価を組み入れる。	
再評価が必要な理由	<p>昨今、明らかに大規模災害が増え、対応が急務になっている。今までは身体面での救助は災害派遣医療チーム（DMAT）が対応しており、2013年からは災害派遣精神医療チーム（DPAT）が広島土砂水害から、熊本地震、西日本豪雨など様々な災害に対して精神医療・保健の対応している。東日本大震災でも精神面のサポートチームは発災後1年近く活動し、地域の復興を支援してきた。被災者の精神的な支援だけでなく、被災した行政職員などの支援者支援も地域を支える重要な業務と認識されている。しかし、現在、機能評価係数ではDPATは入っていないため、体制整備に金銭的なサポートはなく、各病院の自己負担になっており、実際に精神対応できるチームは地域によって格差が出始めている。今後、南海トラフ地震や、首都直下地震が30年の間に80%起きると言われている現状で、DPATチーム数は不足を指摘され、今後DPATを全国で地域差なく増やす必要がある。また精神科病院リストからのデータで南海トラフ地震防災対策推進地域指定市町村の精神病床数約15万床に対して、全国の災害拠点病院精神病床数はわずか約1万1000床しかなく、もしこの規模の災害が起こった場合、精神科患者で身体合併症が発生した場合には圧倒的に対応できないことが想定されている。平時から精神科入院患者の身体合併症の対応においては、精神科医が不在の総合病院では対応が困難である事は以前より指摘されている。この点でもDPATのトレーニングを受けた精神科医はリエゾン・コンサルテーション技術が高く、日常の診療から精神科以外の診療科と連携を上手にとるスキルがある。このため、この施策を行う事により、DPATには精神科医が必須なので、精神科医の災害拠点病院、一般病院（総合病院）における雇用が高まり、平時からの身体・精神連携が強固になると予想される。</p> <p>そして以前からの問題として、特に急性期の精神科対応が必要であるが、救急病院、一般病院（総合病院）において、人的、金銭的補助がないため、DPATの配置はまだ少なく、平時、災害時ともに、身体疾患と精神疾患の併存する小児期から高齢期の患者は多く存在するが、対応するリエゾン精神医療に対応できる精神科医のみならず精神医療コーディネカルの人材が圧倒的に少ない事がいわれている。このため、今回DPCの機能評価係数II「災害」の項目へ、DMATだけでなく、DPATチームの評価を組み入れることにより、平時、災害時における災害精神対応が充足する可能性が高い。このため再評価が必要と考える。</p>	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	DPCの機能評価係数II「災害」の項目へ、DMATだけでなく、DPATチームの評価を組み入れる。	
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	現在はDMATの指定（0.25P）となっているところへ、DPATの指定（0.25P）を追加する。	
診療報酬区分（再掲）	区分をリストから選択 特になし	
診療報酬番号（再掲）	特になし	
技術名	DPATの指定	
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	DPAT活動記録や過去の災害対応の文献から、災害時の精神的対応が災害拠点病院、一般病院（総合病院）において重要性が繰り返し主張されている。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成28年熊本地震におけるDPAT支援の概要から、避難所での相談延件数は1,966件で、女性が65.7%、16～64歳までが41%を占めていた。不安症状が38.6%と一番多く、精神疾患では48%が神経症圏であった。また、被災地行政職の支援者支援は500件を越え、現在の災害対応において災害精神対応は普及してきている。精神科病院リストのデータで南海トラフ地震防災対策推進地域指定市町村の精神病床数約15万床に対して、全国の災害拠点病院精神病床数はわずか約1万1000床しかなく、もしこの規模の災害が起こった場合、精神科患者で身体合併症が発生した場合には対応できないことが以前からすでに想定され、喫緊の問題である事が明示されている。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	-
	後の症例数（人）	-

年間実施回数 の変化等	前の回数 (回)	-
	後の回数 (回)	-
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)		厚生労働省でDPATマニュアルができ、年々バージョンアップされてきている。これは熊本地震などの実際の対応で対応出来た事、出来なかった事をフィードバックし、より現実的な災害精神対応について年々成熟・進歩している。また災害医療チームの標準診療日報J-SPEEDというシステムにおいても、精神面での評価表が世界で初めて入り、今後世界保健機関 (WHO) でもこれが使用されていく。災害時は身体的対応だけでなく、精神的対応を同時に行う事が世界的にも標準化されてきている。
・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)	精神科病院、災害拠点精神科病院、災害拠点病院など、DPATを有する病院
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経過年数等)	精神科医、看護師、ロジスティック担当者 (事務職員、ソーシャルワーカー、心理士、薬剤師など)
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	厚生労働省DPATマニュアルに準じたチーム作りを行う事。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		隊員の安全性に関しては、国、各都道府県、政令指定都市の医政局担当部局、障害福祉課相当部局が、補償に関して配慮されている。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		阪神淡路大震災以降、社会的には災害時のこころのケアは極めて標準的な対応として、平時から災害時まで必要不可欠な対応となっている。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	-
	見直し後	-
	その根拠	-
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	区分をリストから選択 特になし
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額 (円)	-
	その根拠	-
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		なし
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		日本総合病院精神医学会
⑭参考文献 1	1) 名称	厚生労働省DPAT活動マニュアル ver. 2.0
	2) 著者	厚生労働省DPAT事務局
	3) 概要 (該当ページについても記載)	https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/3.pdf 先遣隊では精神保健指定医が必須、看護師、業務調整員が必要。大学付属病院、国立病院、公立病院などの職員で構成する事が可能。
⑭参考文献 2	1) 名称	災害時のメンタルヘルス 4 リエゾン・総合病院での支援
	2) 著者	酒井明夫、丹羽真一、松岡洋夫監修 佐藤茂樹著
	3) 概要 (該当ページについても記載)	p142-146 基幹的な災害拠点病院、総合病院に精神科が設置されていないが、災害時には精神疾患対応が必須。災害拠点病院、総合病院への精神科への支援が不可欠。
⑭参考文献 3	1) 名称	厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究日本大震災の精神医療における被災とその対応
	2) 著者	松本 和紀・松岡 洋夫編
	3) 概要 (該当ページについても記載)	宮城県の直後期から急性期を振り返り、避難所、精神科病院からの身体合併症患者の増加と対応に困窮した。
⑭参考文献 4	1) 名称	災害精神医学入門
	2) 著者	高橋晶、高橋祥友 編
	3) 概要 (該当ページについても記載)	p84 災害時に精神科医が一般病院、災害拠点病院に派遣して、搬送された精神科疾患の患者の対応をする事が必須。
⑭参考文献 5	1) 名称	災害支援者支援
	2) 著者	高橋晶 編
	3) 概要 (該当ページについても記載)	p133-155 被災行政職員、派遣行政職員、DMATなどの支援者も高い災害ストレスを抱え、この対応にDPATが対応した。平時からのメンタルヘルス対応や支援者支援が不可欠。DPATはこの対応スキルを持ち、支援する。

DPCにDPATが入るとメリットしかない



心身ともにバランスの良い災害対応につながる

平時の医療でも最前線の災害拠点病院・総合病院で災害時のDPAT体制整備が進む

平時からの同院での精神科医・精神対応コメディカルの人材育成・雇用・他病院とのネットワーキングが進む

平時と災害時の総合病院身体・精神医療のすべての質の改善につながる

東日本大震災での
災害拠点病院・総合病院

＜精神病床＞

- ・避難所、精神科病院からの身体合併症患者が激増
- ・県外搬送は困難でここで対応するしかなかった
- ・入院患者：高齢者、認知症、身体合併症に伴うせん妄、アルコール離脱せん妄、双極性障害の躁転、支援者の発症、肺炎、消化管出血、骨折、脱水、けいれん等が急増し、身体・精神医療必要
- ・精神科病床の死亡者数増加

＜リエゾン＞

- ・トリアージゾーンで対応できない精神疾患（緑タグで多動・対応困難）
- ・高齢者が多く、認知症や入院後せん妄を呈して不穏、徘徊、大声
- ・自殺企図が多く、腹部などの切創、過量服薬などにより救急搬送

- ・精神科医が不在のため、混乱を極めた
- ・普段からDPAT精神科医がいる事が得策

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究
東日本大震災の精神医療における被災とその対応
～宮城県の直後期から急性期を振り返る～
松本 和紀・松岡 洋夫編 より一部改編

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	285202
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
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合 過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 追加のエビデンスの有無	提案年度（西暦）：2015年度より毎年度提出 提案当時の技術名：栄養サポートチーム加算 有
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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	
技術の概要（200字以内）	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（根拠や有効性等について記載）	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（以下「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。そこで、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。その後、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）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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3,150回、年50,270回増加する。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	算定者なし 50,270
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	算定者なし 50,270

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）	<p>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</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） 現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様</p> <p>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</p>
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 （問題点があれば必ず記載）	問題なし
⑧点数等見直しの場合	<p>見直し前 200 見直し後 200 見直し前後で変化なし（不変）</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>区分をリストから選択 特になし</p> <p>番号 — 技術名 — 具体的な内容 —</p>
⑩予想影響額 その根拠	<p>プラスマイナス —</p> <p>予想影響額（円） 66,410,000</p> <p>（増加する医療費（栄養サポートチーム加算の算定による医療費増加分）） ・増加する医療費は、下記参考文献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、年間実施回数50,270回 1回2,000円（200点）＝100,540,000円の支出</p> <p>（減少する医療費（薬剤費）） ・算定病床数は、下記参考文献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、年間37,800床より、月平均3,150床（37,800/12）。 ・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、3,150床×53,000円＝166,950,000円の経費削減効果が見込まれる。</p> <p>（結果） 上記より、年間予想影響額は、100,540,000円－166,950,000円＝－66,410,000円となる。</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	なし
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、日本精神科病院協会
⑭参考文献1	<p>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</p>
⑮参考文献2	<p>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</p>
⑯参考文献3	<p>1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要（該当ページについても記載） —</p>
⑰参考文献4	<p>1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要（該当ページについても記載） —</p>
⑱参考文献5	<p>1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要（該当ページについても記載） —</p>

栄養サポートチーム加算について (Nutrition Support Team:NST)

- 一般病床（平成22年改定で新設：週1回200点 1チーム概ね30人まで）及び療養病床（平成24年改定で新設：入院日から起算して6ヶ月以内、入院2月以降は月1回に限り算定可）においては算定ができるものの、精神病床においては算定が認められていない。
- 非定型抗精神病薬登場後、統合失調症の陽性症状、陰性症状、認知機能への幅広い効果や錐体外路症状の少なさを精神科医が実感し、結果として患者のQOLの改善をもたらし、幅広く使用されるようになったが、その一方で、副作用として食欲亢進・体重増加に再び注目が集まったのも非定型抗精神病薬の登場後である。
- 食欲亢進・体重増加の副作用は生活習慣病である肥満や糖尿病、メタボリックシンドロームの温床となり、これらの予防はQOLの向上や健康な生活を実現するために重要である。NSTによる多職種による栄養指導は、これらの予防に効果的かつ有用であるのにもかかわらず、精神病床においては算定ができない状況である。NSTは病床種別に関わらず有用なものであることから、精神病床でのNST加算が算定可能となるよう、強く要望するものである。
- 米田ら（臨床精神薬理 16:1193-1200,2013）によると、2002年以降にデイケア通所中の外来患者41名に10年にわたりNSTを実施したところ、BMI、空腹時血糖値、空腹時トリグリセリド値、空腹時総コレステロール値の全てにおいて有意に減少し、メタボリックシンドロームの罹患率についても2005年14.6%であったものが2011年7.3%に改善し、NST実施10年後に全ての調査項目が改善している。
- 継続的なNSTの施行によるメタボリックシンドロームの罹患率の改善は生活習慣病の発症リスクを軽減し、治療費を抑えることに貢献する。
- 現時点で精神科病床におけるNST実施可能病床数は15,000床、算定回数にして月3,150回程度と思われる。加算が認められることによって算定病床数が増加し、算定回数が増加したとしても、生活習慣病のリスクの軽減、合併症の減少等の効果が期待でき、結果薬剤使用量の減少など、治療費を抑えることができるため、結果的に医療コストを抑えることができる。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）		
整理番号 ※事務処理用	285203	
申請技術名	精神科救急入院料病床数規制の見直し	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	区分をリストから選択 特になし	
診療報酬番号	-	
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 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	
技術の概要（200字以内）	精神科救急入院料病床数は300床以上の病院では20%未満とされているが、地域の人口当たり数に変更すべきである。	
再評価が必要な理由	現在の精神医療において、精神科救急入院料病床の役割は極めて重要である。できうれば、全国のすべての都道府県に配置されるべきである。他方では、病床数が過剰とも思われる地域では、救急病床の質の低下が認められる。この点からすれば、人口100万人当たり150床程度に寄生することが好ましい。	

【評価項目】	
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	-
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	-
診療報酬区分（再掲）	区分をリストから選択 特になし
診療報酬番号（再掲）	-
技術名	-
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 後の症例数（人）
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）
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	-	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	-	
⑧点数等見直し の場合	見直し前 見直し後 その根拠	
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 具体的な内容 プラスマイナス	区分をリストから選択 特になし
⑩予想影響額	予想影響額(円) その根拠	精神科救急入院料病労を全国的に偏在なく配置することは有用であると思われる。
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	-	
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 2) 著者 3) 概要 (該当ページについ ても記載)	
⑮参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについ ても記載)	
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについ ても記載)	
⑰参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについ ても記載)	
⑱参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについ ても記載)	

精神科救急入院料病床数規制の見直し

- 精神科救急入院料病床数は、300床以上の病院の場合にはその20%以下と規定されている。病床数について一定の規制は必要であるが、精神科救急病床を全国的に偏在なく、広く配置することを目標とすれば、当該病院の病床数を基準として規制することではなく、地域（都道府県、または、2次医療圏）の人口に応じて当該病床数の上限を定めるべきである。
- 現在（2016）136施設（5,700床）で、年間約3万4千人の入院医療を行っている。「精神科救急医療体制整備事業」では、年間約4万2千人が受診し、そのうち41%（1万7千人）が入院加療となっている。救急入院料病床には、人口100万人あたり年間約2.5千人の入院受け入れ能力が期待される。これをもとにすれば、人口100万人当たり150床程度の人口割に変更すべきである。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	285204	
申請技術名	精神科急性期治療病床数の規制の見直し	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	区分をリストから選択	特になし
診療報酬番号	-	
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 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	
技術の概要（200字以内）	精神科急性期病床数規制の見直し	
再評価が必要な理由	精神科入院医療では、急性期において質の高い医療が提供されて、その結果、短期間で地域に戻れるようにすることは重要である。特に、医師配置を16対11にすることは医療の質を高めることに効果的である。急性期治療では精神科救急入院料病床がすぐれているが、救急棟だけで急性期治療を行うことは不可能であり、このために、急性期治療病床の拡大が必要である。現在の300床以上の病院ではその20%以下にとどめるという規制案は撤廃されるべきである。また、不幸にも入院中に死亡された入院患者については、退院率の算定から除外することが必要である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科病床が300床以上の病院では、「急性期治療病床」その、20%以下にすべきであるという規制は、精神科急性期医療を抑制することになるので、撤廃すべきである。	
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	-	
診療報酬区分（再掲）	区分をリストから選択	特になし
診療報酬番号（再掲）	-	
技術名	-	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-	
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	-	
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	-	
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	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	
⑧点数等見直し の場合	見直し前 見直し後 その根拠
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 具体的な内容 プラスマイナス
⑩予想影響額	区分をリストから選択 特になし 予想影響額(円) その根拠
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	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者 等	日本精神科病院協会
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)
⑮参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについて も記載)
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについて も記載)
⑰参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについて も記載)
⑱参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについて も記載)

精神科急性期治療病床数規制の見直し

- 全国で年間に入院する患者数は約40万人であるが、現状で精神科救急・急性期治療病床で治療できるのは、最大年間8万5千人にとどまっている。質の高い急性期治療（医師配置16対1）を促進するためには、精神科急性期治療病床数は300床以上の病院の場合にはその20%以下としている規制を早急に撤廃すべきである。
- この規制の撤廃によって多くの精神科病院が急性期治療（医師配置加算の）を強化することになり、入院治療の短期化を実現することにもつながるであろう。また、不幸にも入院中に死亡された患者数については、退院率を計算する入院数から除外することも必要である。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	285205		
申請技術名	看護職員夜間配置加算		
申請団体名	日本精神神経学会		
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無		
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A207-4		
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 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		
技術の概要（200字以内）	精神科救急入院料病棟において夜間の看護職員の配置を手厚くすることは、患者の治療や人権への配慮、病棟の安全管理面からも重要なことである。しかし現在の施設基準は実態にあわないので再評価を希望する		
再評価が必要な理由	「夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制」イ～へ に関して、単科精神科病院では実施困難な条件である		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	施設基準のうち、下に示す（4）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備について実際の状況と見合わない ニ の看護業務把握のシステムについては、一般科と異なり、精神科での看護必要度を測る指標が明確にされていないので、これを明確にすべきである ホ 看護補助者の条件について、地方都市では看護師よりも補助者の確保が困難な状況を考慮すべきである ヘ 単科精神科病院では院内保育所設置に見合う職員数がおらず、現実的ではない 精神科救急病棟入院料病棟では実際に夜間の看護師を手厚く配置している病院も多く、実態に合わせることを要望する	
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	看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備 イ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に「従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の金もの開始時刻の間が11時間以上 ロ 3交代勤務又は変則3交代勤務の病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務開始時刻の概ね2.4時間後以降となる勤務偏性 ハ 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下 ニ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤帯に運用した実績 ホ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上 ヘ 当該保険医療期間において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	A207-4	
技術名	看護職員夜間配置加算	
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	-
	後の症例数（人）	-

年間実施回数 の変化等	前の回数 (回)	-
	後の回数 (回)	-
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)	「看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備」の条件を撤廃し、実際に夜勤看護師を多く配置している医療 機関を評価する
	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)	-
	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		問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理的に問題なし。精神医療技術の向上や精神障害者の人権擁護の観点からも妥当である。
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	-
	見直し後	-
	その根拠	点数の見直しは不要
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	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	-
	予想影響額 (円)	-
	その根拠	-
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		-
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	精神科病棟の臨床経験が10年以上あるベテラン看護師が精神科救急病棟の勤務中に患者の対応において感じるストレス についての研究 救急病棟に入院する認知症患者への新たな看護介入再考の必要性
	2) 著者	六田良彦 (医療法人社団青山会青木病院)
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	日本精神科看護学術集誌 58(2) 166 - 170, 2015 精神科救急病棟は、時間外・休日・夜間受診年間200件以上受け入れる義務があり、新規の入院患者が多いことや3か月 以内の退院など患者の出入りが多いことが考えられた。研究参加者は役割を遂行していく中でただ目の前の患者の対応 を行うのではなく、病棟ベッド管理・必要な人員補充が得られないという患者の人権を守る擁護者、調整者としての役 割実践を行う中で患者対応にストレスを感じていると考察できる。
⑮参考文献 2	1) 名称	精神科救急病棟における看護の役割と課題
	2) 著者	鈴木雄幸 (東京都立府中病院精神科)
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	精神科救急 3(): 22-31, 2000. 24時間の持続点滴をしている患者、循環器疾患でモニター監視の必要がある患者、自殺企図のある患者、老年期で移動 時に介助が必要な患者等が混在し、事故防止に手を取られる上に、救急患者が入院すると精神運動興奮状態などにも対 応が必要である。夜間帯の看護業務は救急の状況に大きく左右され、救急入院が続くと病床の患者への援助が後退して しまうことが大きな問題となっている。また、夜間救急では深夜帯の時間の外来及び入院が多く、病床患者への援助も 併せて業務量の多さから医師、看護職の身体的な疲労も問題である。
⑯参考文献 3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	-
⑰参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	-
⑱参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについ ても記載)	-

看護職員夜間配置加算

上記を算定するため、「夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制」イ〜へ に関して、単科精神科病院では以下のように極めて困難な条件であるので検討を願いたい。

- ・イロについては、将来勤務時間インターバル制度が法制化される可能性がある。るので条件の緩和は求めない。
- ・二の看護業務把握のシステムについては、一般科と異なり、精神科での看護必要度を測る指標が明確にされていないので、これを明確にすべきである
- ・ホの看護補助者の条件について、地方都市では看護師よりも補助者の確保が困難である
- ・へについて、単科精神科病院では院内保育所設置に見合う職員数がいらない

実際に定数以上の夜勤看護師を配置している病棟には加算を認めるべきではないだろうか。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	285206	
申請技術名	精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料の施設基準の見直し	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号	A311、A311-2	
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 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		
技術の概要（200字以内）	上記入院料の施設基準に「措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、自宅へ移行すること。」とあるが、死亡退院患者も除外基準に含める。	
再評価が必要な理由	一般病棟における7対1病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では死亡退院患者は在宅復帰率の計算から除外されているが、上記入院料では分母に含め分子からは除外となっている。これによって、死亡リスクが高い高齢患者の入院が円滑に進んでいない。一般化同様にこれらを除外することによって、高齢患者の入院が円滑になることが予想される。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	-
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	-
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A311、A311-2
技術名	精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 後の症例数（人）
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）
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	-
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	-
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分 区分をリストから選択 特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠
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	-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本精神科病院協会
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) 中医協総会資料 (中医協 総-1 29.10.18) P45 (一般病棟等における「在宅復帰率」の算出方法)
⑮参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)
⑰参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)
⑱参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)

精神病棟と一般病棟等の在宅復帰等の算出方法

H29.10.18の中医協総会の資料にもあるように、一般病棟では死亡退院は退院率の計算に含まれていない。よって、精神科救急・急性期病棟でも含むべきではないと考える。

$$\boxed{\text{在宅への移行の割合}} = \frac{\text{(分子)}}{\text{(分母)}}$$

【精神病棟】

精神保健福祉士配置
加算（精神病棟入院
料・精神療養病棟入
院料）

入院から1年以内に
・患者
・介護老人保健施設
・精神障害者施設
のいずれかに退院

精神科救急入院料
精神科急性期治療
病棟入院料
精神科救急・合併
症入院料

入院日から3ヶ月以
内に
・患者
・介護老人保健施設
・精神障害者施設
のいずれかに退院

措置入院・鑑定入
院・医療観察法入院
患者を除いた当該病
棟の入院患者

措置入院・鑑定入
院・医療観察法入院
患者を除いた新
規入院患者

【一般病棟等】

7対1病棟

・自宅
・居住系介護施設等
・地域包括ケア病棟
・回リハ病棟(加算+)
・有床診療所(加算+)
・介護老人保健施設(加
算+)

※死亡退院・転棟
患者(自院)・再入院
患者除く

7対1病棟から退
棟した患者

※死亡退院・転棟
患者(自院)・再入院
患者を除く

地域包括ケア病棟

・自宅
・居住系介護施設等
・地域包括ケア病棟
・回リハ病棟(加算+)
・有床診療所(加算+)
・介護老人保健施設
(加算+)

※死亡退院・再入
院患者除く

地域包括ケア病棟
から退棟した患者

※死亡退院・再入
院患者を除く

回リハ病棟

・自宅
・居住系介護施設等

※死亡退院・再
入院患者・急性
増悪患者除く

回リハ病棟から
退棟した患者

※死亡退院・転
棟患者(自院)・再
入院患者・急性
増悪患者除く

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	288201	
申請技術名	回復期リハビリ入院料に摂食嚥下障害対策を	
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：回復期リハビリテーション病棟1入院料算定施設基準
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
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	—	
技術の概要（200字以内）	回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に、摂食嚥下障害に対する包括的ケアを有することという要件を追加する。「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」	
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（根拠や有効性等について記載）	回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に、「摂食嚥下障害に対する包括的ケア体制の確保」を追加する。具体的には「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）	A 第2部 第3節 特定入院料
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入院料1の施設基準項目に嚥下障害対策を
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	<p>I. 回復期リハビリテーション病棟入院料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棟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。</p> <p>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	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。

年間対象者数の変化	前の症例数 (人) 後の症例数 (人)	9,150,000 6,405,000
年間実施回数の変化等	前の回数 (回) 後の回数 (回)	9,154,637 6,408,245
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)		摂食嚥下障害に対する、嚥下造影や嚥下内視鏡を用いた評価及び多職種によるリハビリテーションアプローチの具体的な方法はすでに多くの成書でも述べられており、脳卒中患者のリハビリテーションの専門施設である回復期病棟では十分可能である。
・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)	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。 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。 特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		回復期リハビリテーション病棟1は、本邦で最もレベルの高いリハビリテーション医療を専門的に提供できる場として位置付けられており、多くの症例で必要な摂食嚥下リハビリテーションについても当然カバーしていることが望まれる。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	2025 2025 点数が変わるものではない
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 具体的な内容	区分をリストから選択 なし なし なし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額 (円) その根拠	マイナス 5,876,495,000 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9153419件の3割に生じると考える。214点×0.3×9153419=約587,649,500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も考えられる。それはそれで医療の質の向上に寄与する、
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		なし
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		日本リハビリテーション医学会
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)	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、佐藤浩二 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)
⑮参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	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 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、胃壊造設、循環器疾患、消化管出血の順が多かった。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)
⑯参考文献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、加賀谷斉、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例を検討し、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)
⑰参考文献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病棟の比較 富井康宏、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)

⑩参考文献 5	1) 名称	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
	2) 著者	北山藍、宮崎泰広、大沢愛子、他4名
	3) 概要 (該当ページについても記載)	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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	288202	
申請技術名	オンライン診療料に嚥下障害診療を追加	
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：なし 提案当時の技術名：なし
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択 —
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	A003 オンライン診療料（月1回）	
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"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <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		
技術の概要（200字以内）	A003オンライン診療料 月1回 70点 の算定可能な患者として、「C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち、摂食嚥下障害を有する患者」を追加する。在宅患者の摂食嚥下障害症例に対し、オンライン診療で摂食嚥下の評価指導（訓練・姿勢・食形態・介助方法等）を行う。	
再評価が必要な理由	嚥下障害のある症例ではその他のADLも低い事が多く、オンライン診療を対面診療と組み合わせることは、患者家族の通院負担に大いに貢献する。また、摂食嚥下障害の場合には、リラックスした環境での観察や、自宅のベッドや座位の環境での指導をすることが重要であり、オンライン診療ではその利点もある。さらに、嚥下障害で在宅療養している症例には、家族のみならず訪問看護師や訪問リハビリテーションスタッフも関与していることが多い。老人ホームなどの居住施設の場合にはスタッフが関与している。対面診療のための通院であれば、これらのスタッフは時間の関係から同行・参加する事が困難だが、オンライン診療であれば、在宅関連スタッフも医師の指導を直接聞くことができ、質疑も可能なので、その後の患者の療養・介護に寄与するところが大きい。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	オンライン診療料を算定可能な患者として、「C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち、摂食嚥下障害を有する患者」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	オンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者である。
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料
診療報酬番号（再掲）	A003 オンライン診療料（月1回）
技術名	オンライン診療料に嚥下障害診療を追加
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	2019年1月31日の規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループ参考資料によると、日本オンライン診療研究会によるアンケート調査結果では、認められるのであれば実施したい項目として、嚥下指導が挙げられている。また、第20回医療・介護ワーキンググループ（平成30年9月18日）の資料1でも、オンライン診療の実例として、14歳の重度心身障害児（弁が、反復性気管支炎・嚥下障害）が示されており、全介助であるため通院負担が軽減され大変感謝されたと報告されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	第2回NDBオープンデータによると、C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は年間374173件である。1患者が週に6単位、年間50週利用したとして、利用者数は約1250名である。このうち、摂食嚥下障害があり、オンライン診療の規定（3か月に1回受診）が可能で、かつ周囲にオンライン診療可能な医療機関のある場合に利用者となる。一方、2019年1月31日の規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループ参考資料によると、日本オンライン診療研究会によるアンケート調査結果では、オンライン診療を3か月以内に行った医療機関は108施設、平均が月6回であった。なお、嚥下障害指導を現在オンラインでトライアルしていることを学会・研究会等で示しているのは2医療機関である。以上より、今回診療報酬改定にて嚥下障害指導が対象となった場合でも、初年度は10医療機関で4名程度、年間8回ずつと推定される。4×8×10=320件
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 0人 後の症例数（人） 40人
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 0回 後の回数（回） 320回

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）	嚥下障害指導は往診でも外来診療でも行われて技術は確立している。オンライン診療自体については、オンライン診療の指針があり、見直しも行われつつある。
・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） 耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・歯科等で、摂食機能療法、嚥下内視鏡・嚥下造影等の嚥下評価の実績があり、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定し、かつ、オンライン診療の指針に従っている施設 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） 嚥下障害診療の経験を有する、医師（歯科医師）・言語聴覚士・看護師等が多職種連携診療を行っていること。 その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） オンライン診療の指針に従う。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特に問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	特に問題なし。患者家族の通院負担を軽減するばかりではなく、実効性のある、かつ在宅を支援する多職種との連携も行われうる、より質の高い診療になりうる。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠 ー ー ー
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 具体的な内容 区分をリストから選択 特になし なし なし なし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠 プラス 224,000円 70点×320回
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	特になし
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	日本遠隔医療学会、日本オンライン診療研究会
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） ー ー ー
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） ー ー ー
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） ー ー ー
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） ー ー ー
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） ー ー ー

A003オンライン診療料（月1回70点）算定可能患者に、「C006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち、摂食嚥下障害を有する患者」を追加

背景

在宅生活で摂食嚥下障害を有する症例は他のADLも低い

- リクライニング車いすなどで移動介助量が多い症例も多い
- 専門的評価のできる医療機関への受診はしばしば高額になる
- 障害児者などで筋緊張が受診時には亢進することも

現状

医療機関の受診だけでは十分といえない

- 専門的検査（嚥下造影や内視鏡）は可能
- 限られた時間で本人家族も緊張
- 在宅と違う環境でパフォーマンスが違うことがある

結論

オンライン診療の併用で通院負担は軽減&診療の質向上

- ①リラックスした在宅の環境での遠隔診察が可能
- ②在宅に関わる多職種が診療に参加できる
- ③評価の上でも、またその後の実効性の上でも利点が多い

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未記載）

整理番号 ※事務処理用	290101	
申請技術名	総合入院体制加算を精神病棟に適用及び加算2&3の施設基準に精神科標榜を必須化	
申請団体名	日本総合病院精神医学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2016、2018 提案当時の技術名：総合入院体制加算1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
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	精神病棟を有し、総合入院体制加算1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	
対象疾患名	精神病棟に入院する全ての精神疾患	
保険記載が必要な理由（300字以内）	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ると考えることが出来る。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申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	総合入院体制加算1を取得している総合病院精神科病棟に入院している全ての患者。又一般病床に入院中で精神的対応を必要とする患者も対象となる		
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	総合入院体制加算1を算定している病院でも、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。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。		
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	区分をリストから選択	特に無し
	番号 技術名	特に無し 特に無し	
既存の治療法・検査法等の内容	特に無し		
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	一般医療と精神医療の連携を促進し、医療の質と効率を高める。		
⑤ ④の根拠となる研究結果	特に無し		
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択	特に無し	
⑥普及性	年間対象患者数（人）	平均入院患者数200人（1施設あたり）と推定	
	国内年間実施回数（回）	不詳	
※患者数及び実施回数の推定根拠等	平成28年度総合病院基礎調査により推定		
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	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。		

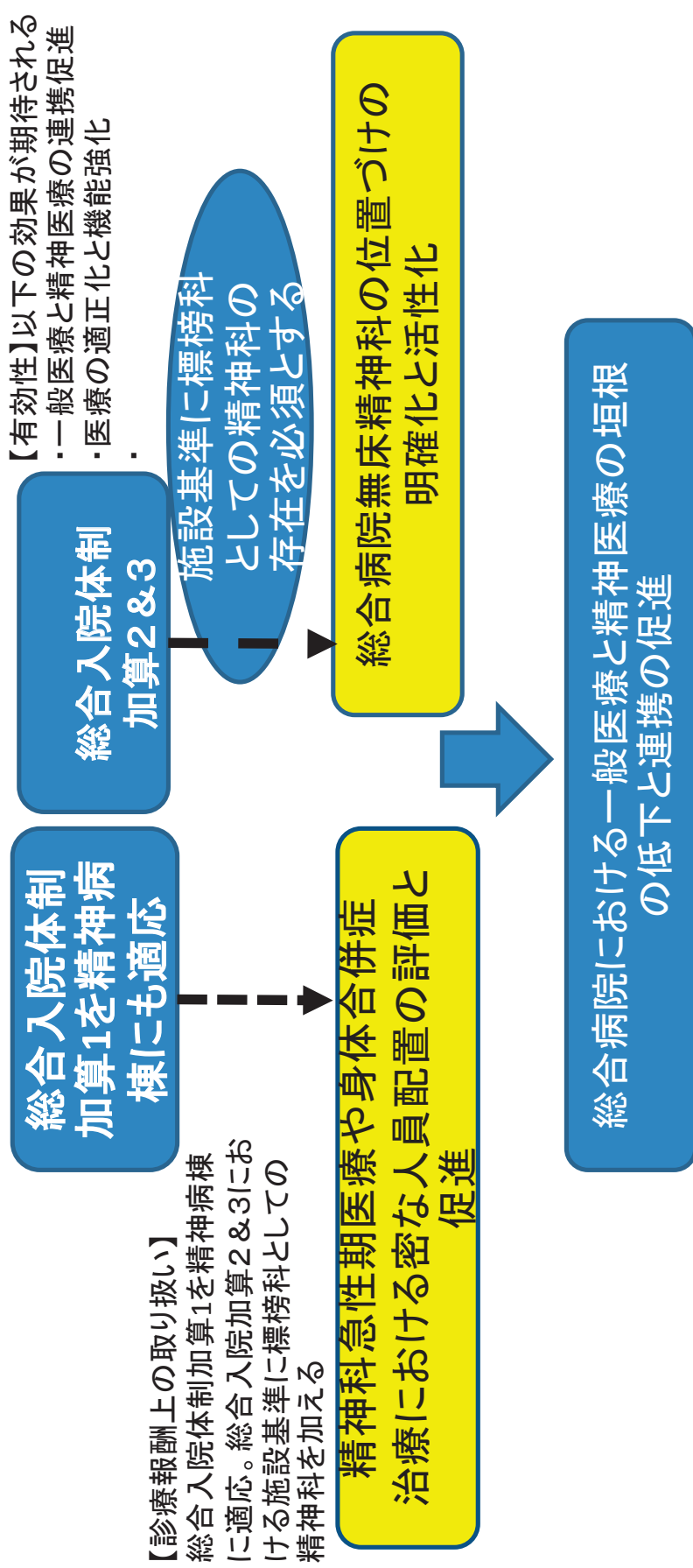
<p>・施設基準 (技術の専門性を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること</p> <p>・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること</p> <p>・病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること</p> <p>・急性期医療に係わる実績を相当程度有していること</p> <p>・当該医療機関の屋内で禁煙</p> <p>*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>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p>	<p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠</p>	<p>A 一日一人あたり240点(14日間) 現在の一般病床での基準が上記</p>
<p>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 具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択 特に無し 特に無し 特に無し</p>
<p>予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠</p>	<p>プラス 1,128,960,000 総合入院体制加算1取得施設42(平成30年9月)。240(点)×14×10×40×200×42=1,128,960,000</p>
<p>⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)</p>		<p>特に無し</p>
<p>⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への取扱い状況</p>		<p>3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。</p>
<p>※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等</p>		<p>無し</p>
<p>⑬当該技術の先進医療としての取扱</p>		<p>d. 届出はしていない</p>
<p>⑭その他</p>		<p>特に無し</p>
<p>⑮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>⑯参考文献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>総合病院・大学病院精神科は診療報酬改定によりどう変わったのか?—院内での評価などについて— 小石川比良来 精神科治療学34(3);319-324,2019 平成30年度診療報酬改定が総合病院や大学病院に及ぼした影響を説くと共に総合入院体制加算の持つ意味と問題点を明らかにし、加算2と加算3における標榜科としての精神科の重要性を説いた。</p>
<p>⑯参考文献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>特に無し 同上 同上</p>
<p>⑯参考文献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>特に無し 同上 同上</p>
<p>⑯参考文献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>特に無し 同上 同上</p>
<p>⑯参考文献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>特に無し 同上 同上</p>

概要図「総合入院体制加算1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」

【提案概要】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

【対象疾患】総合病院の精神病棟に入院する患者。

【既存の評価法との比較】
全く新しい評価法のため比較対象無し



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	290102	
申請技術名	精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること	
申請団体名	日本総合病院精神医学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2018 提案当時の技術名：精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	総合病院では、精神科医は、院内の中央診療設備（放射線、検査、薬局など）を駆使し他科医師と一体となって診療に当たっており、一般病棟と区別されて算定される根拠に乏しいため合算して算定すべきである。	
対象疾患名	精神病棟に入院する全ての精神疾患	
保険収載が必要な理由（300字以内）	総合病院の臨床現場では、精神科は院内の中央診療設備（放射線、検査、薬局など）を共有しながら、他科医師との密接な関係の元で診療を行っている。また、医療の高度化という大きな流れの中で、種々の精神的諸問題（例えば癌患者の妊孕性温存に伴う精神科的問題など）が生じており、益々精神科及びその病床の存在感が高まっている。他科医師と精神科医の垣根は極めて低くスタッフ間の意識も同様である。精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすることは合理性を持つと考えられる。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	総合病院の中に存在する精神病床	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	総合病院の臨床現場では、精神科は院内の中央診療設備（放射線、検査、薬局など）を共有しながら、他科医師との密接な関係の元で診療を行っている。また、医療の高度化という大きな流れの中で連携を密にする必要は益々高まっており、精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすることは合理的である。	
③対象疾患に 対して現在行 われている技 術（当該技術 が検査等で あって、複数 ある場合は全 て列挙するこ と）	区分 番号 技術名	区分をリストから選択 特に無し 特に無し
	既存の治療法・検査法等の内容	特に無し
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	総合病院の臨床現場では、精神科は院内の中央診療設備を共有しながら、他科医師との密接な関係の元で診療を行っている。また、医療の高度化の中で連携を密にする必要は益々高まっており、精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすることは合理的。	
⑤④の根拠となる研究結果	特に無し	
⑥普及性 ※患者数及び実施回数の推定根拠等	年間対象患者数（人）	不明
	国内年間実施回数（回）	不明
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	総合病院の臨床現場では、精神科は院内の中央診療設備（放射線、検査、薬局など）を共有しながら、他科医師との密接な関係の元で診療を行っている。また、医療の高度化という大きな流れの中で、種々の精神的諸問題（例えば癌患者の妊孕性温存に伴う精神科的問題など）が生じており、益々精神科及びその病床の存在感が高まっている。他科医師と精神科医の垣根は極めて低くスタッフ間の意識も同様であり連携の技術は高いレベルとなっている。	
・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）	一般病棟入院基本料を算定する一般病院内部の精神病床
	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）	医師も看護師も一般病棟と同じ基準で配置
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はない。	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特に問題なし	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	特に問題なし	

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	区分をリストから選択 特に無し	特に無し
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 具体的な内容	区分をリストから選択 特に無し 特に無し 特に無し	特に無し
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠	不明 不明 不明	
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）		特に無し	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況		3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		特に無し	
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない	
⑭その他		特に無し	
⑮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	
⑯参考文献 1	1) 名称	特に無し	
	2) 著者	同上	
	3) 概要（該当ページについても記載）	同上	
⑯参考文献 2	1) 名称	特に無し	
	2) 著者	同上	
	3) 概要（該当ページについても記載）	同上	
⑯参考文献 3	1) 名称	特に無し	
	2) 著者	同上	
	3) 概要（該当ページについても記載）	同上	
⑯参考文献 4	1) 名称	特に無し	
	2) 著者	同上	
	3) 概要（該当ページについても記載）	同上	
⑯参考文献 5	1) 名称	特に無し	
	2) 著者	同上	
	3) 概要（該当ページについても記載）	同上	

概要図「精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること」

【提案概要】総合病院では、精神科医は、院内の中央診療設備（放射線、検査、薬局など）を駆使し他科医師と一体となって診療に当たっており、一般病棟と区別されて算定される根拠に乏しいため合算して算定すべきである。



一般病棟入院基本料

7対1	1591
10対1	1332
13対1	1121
15対1	960
18対1	(一)

精神病棟入院基本料7

対1	(一)
10対1	1271
13対1	946
15対1	824

精神病棟を一般病棟入院基本料に合算

試算によれば活動的な総合病院精神科では合算しても一般病棟入院基本料に影響せず

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	290201
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
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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	
技術の概要（200字以内）	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H30年9月の時点で189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（根拠や有効性等について記載）	現在の点数で得られる診療報酬上の平均収入は158×1.5=237万円前後程度であり、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を300点から400点に増点することが必要である。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）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A230-4
技術名	精神科リエゾンチーム加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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30年9月時点で189に達した。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	17×4×12×137=111792 17×4×12×189=154224
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	17×2×4×12×137=223584 17×2×4×12×189=308448
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30年9月時点で189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）</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>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精神科病院または一般病院での精神医療に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>診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>		<p>特に問題なし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 見直し後</p> <p>その根拠</p>	<p>300点 400点</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</p> <p>書号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択</p> <p>特に無し</p> <p>特に無し</p> <p>特に無し</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額（円）</p> <p>その根拠</p>	<p>プラス</p> <p>147,816,900(円)</p> <p>237（万）×（4÷3-1）×189=14781.69（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>特に無し</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</p> <p>2) 著者</p> <p>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）</p> <p>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</p> <p>2) 著者</p> <p>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</p> <p>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158万と低かった。その後点数は、専従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</p> <p>2) 著者</p> <p>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ガイドブック</p> <p>秋山剛、宇佐美しおり編</p> <p>不詳</p>
<p>⑭参考文献4</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>特に無し</p> <p>同上</p> <p>同上</p>
<p>⑭参考文献5</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>特に無し</p> <p>同上</p> <p>同上</p>

概要図「精神科リエゾンチーム加算の改定(点数の増加&週に算定可能な回数増加)」

【提案概要】精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進されることは明らかであり、平均在院日数の短縮にもつながる。但し一回の点数が300点と低く専従職員一人分の給与にも遠く及ばない。点数を400点に増点すると共に困難例の対応に報いるため週2回まで算定可能とする

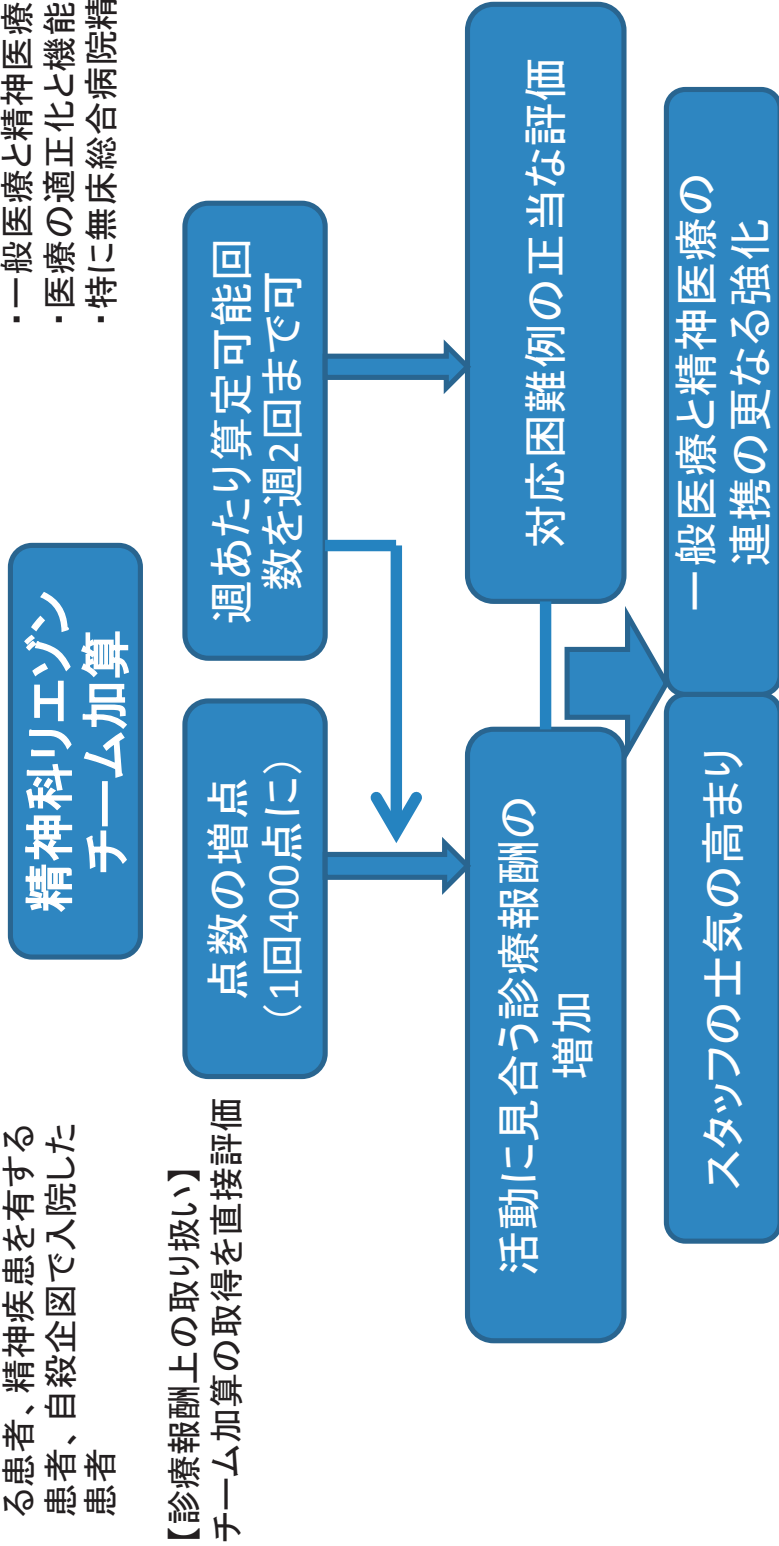
【対象疾患】

一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを呈する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者

【既存の評価法との比較】

【有効性】以下の効果が期待される

- 一般医療と精神医療の連携促進
- 医療の適正化と機能強化
- 特に無床総合病院精神科の強化



【診療報酬上の取り扱い】

チーム加算の取得を直接評価

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	290202
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（施設基準の中の医師要件の改定）
申請団体名	日本総合病院精神医学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 追加のエビデンスの有無
提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：	無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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 type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <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	施設基準の中の専任医師要件の見直し
技術の概要（200字以内）	精神科リエゾンチーム加算取得に際しての専任医師を常勤医のみに限定する。
再評価が必要な理由	精神科リエゾンチームの活動の対象となる患者は一般病院の中で絶えず出現し、又介入した場合でも症状が変動し迅速な対応を必要とする場合が多い。それに対し速やかに対応し医療の質を上げていくためには、チームリーダーの役割を期待されるチームの専任医師が常勤医である事は不可欠である。又救急医療センターをもつ無床の精神科を考慮してみれば容易に判明することであるが、リエゾンチームの精神科医が常勤医であれば自殺企図患者に対する適切かつ迅速なアプローチが可能となる。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科リエゾンチームの活動の対象患者は一般病院の中で絶えず出現し、又介入した場合でも症状が変動し迅速な対応を必要とする場合が多い。それに対し速やかに対応し医療の質を上げていくためには、チームリーダーの役割を期待されるチームの専任医師が常勤医である事は不可欠である
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	・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）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A230-4
技術名	精神科リエゾンチーム加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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、二回の改定を経て加算取得施設は順調に増加し平成30年9月時点で189に達した。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 後の症例数（人）
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）
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30年9月時点で189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。

概要図「精神科リエゾンチーム加算医師要件の改定(専任医師を常勤医のみとする)」

【提案概要】精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進されることは明らかであり、平均入院日数の短縮にもつながる。但し専任医師を常勤医のみとすることでリエゾンチームの活動性を高め連携の更なる強化を図る

【対象疾患】

一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを呈する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者

【既存の評価法との比較】でリエゾンチームの活動性を高め連携の更なる強化が期待される

【有効性】以下の効果が期待される

- ・一般医療と精神医療の連携促進
- ・医療の適正化と機能強化
- ・特に無床総合病院精神科の強化

精神科リエゾン
チーム加算

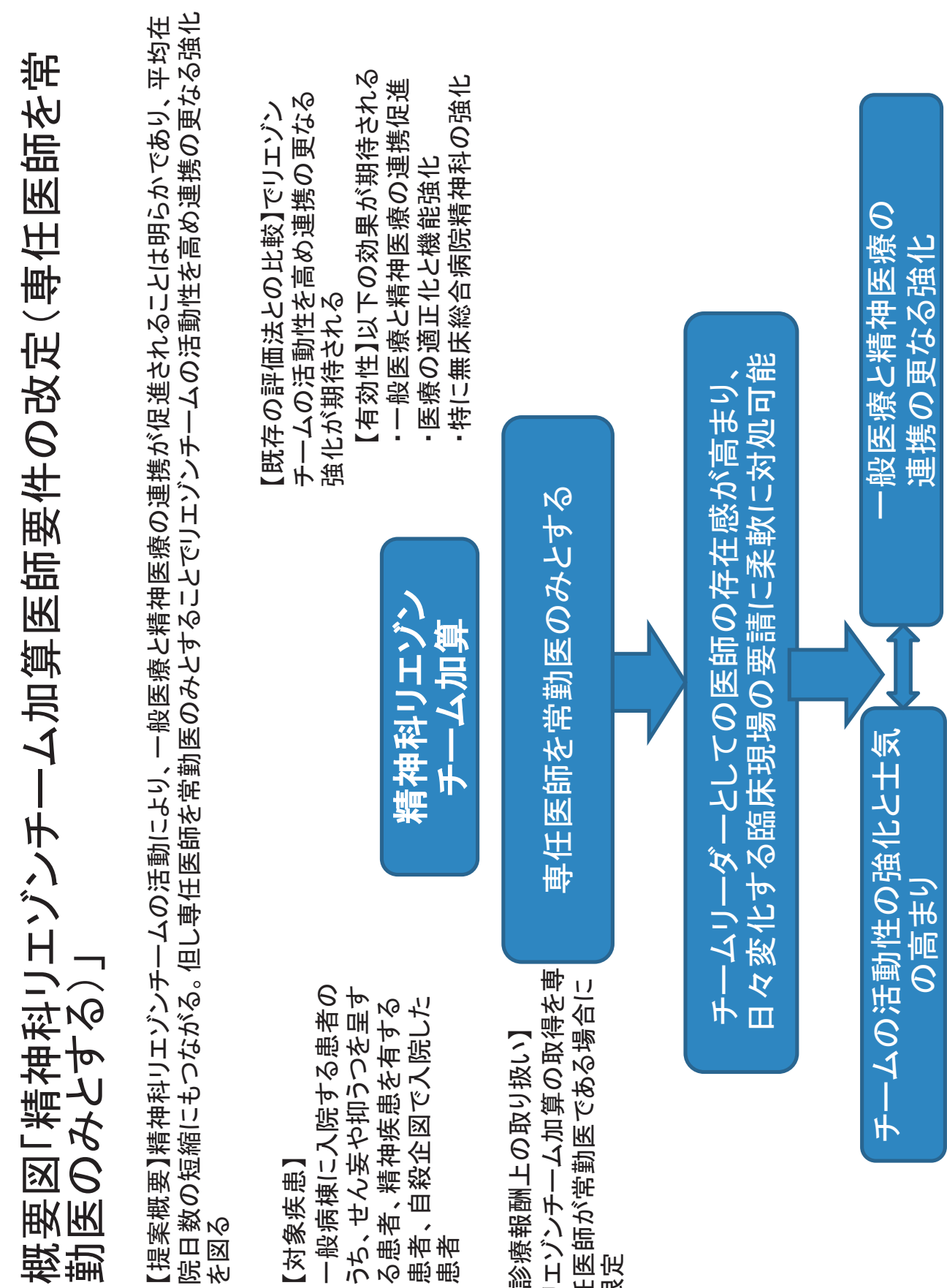
【診療報酬上の取り扱い】
リエゾンチーム加算の取得を専任医師が常勤医である場合に限定

専任医師を常勤医のみとする

チームリーダーとしての医師の存在が高まり、日々変化する臨床現場の要請に柔軟に対処可能

チームの活動性の強化と士気
の高まり

一般医療と精神医療の
連携の更なる強化



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	290203	
申請技術名	10対1入院基本料の平均在院日数要件の改定	
申請団体名	日本総合病院精神医学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018 提案当時の技術名：10対1入院基本料の平均在院日数要件
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第2部 第1節 入院基本料	
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		
技術の概要（200字以内）	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、退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）する場合には40日から60日以内でも算定可能とする。但しその場合の点数は1109点とする。	
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（根拠や有効性等について記載）	10対1入院基本料の平均在院日数要件を二段階に分け、40日以内は従来通りの点数とし、40日から60日の間では退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）することを必須条件として、10対1と13対1の間にあるものとして点数を1109点と算定する。	
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）	A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号（再掲）	A103	
技術名	精神病棟入院基本料のうち、10対1入院基本料	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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実績より、10対1においては、60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	2017年総合病院精神医学会の調査ではデータが得られた133施設中10対1が32施設、13対1が91施設である。平均在院日数を60日以内とすると、少なくとも40%は40～60日以内に入り、新しく設定する10対1の新基準に移行できると推定される。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	220（施設）×40（人）×32÷133=2117
	後の症例数（人）	220（施設）×40（人）×（32+45）÷133=5094
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	該当せず
	後の回数（回）	該当せず
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）	医師、看護師、精神保健福祉士などの人的資源を豊富に配置することで、早期の退院に向けてのチーム医療を実現する技術が蓄積されてきている。	

・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)	精神科病棟
	退院調整部門を設置(看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従)することを必須とする。
	特に無し
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特に問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	特に問題なし
⑧点数等見直 しの場合	見直し前 1271点 見直し後 1271点(平均在院日数40日以内)、1109点(平均在院日数40~60日) その根拠 10対1を算定する病院が増えても、退院調整部門の設置で平均在院日数の短縮が可能となる。
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 区分をリストから選択 番号 特に無し 技術名 無し 具体的な内容 無し
⑩予想影響額	プラスマイナス プラス 予想影響額(円) 1,645,037,590(円) その根拠 1105(点)×50×40×220×45÷133=164,503,759(点)
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	特に無し
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FAXI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 平成29年総合病院精神医学会基礎調査と診療報酬問題委員会独自実態調査を交えた入院基本料の基礎データ 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) 平成29年総合病院精神科基礎調査において回答が得られた有床施設のうち、入院基本料として7対1、10対1、13対1を取得しており精神科病棟平均在院日数が判明した133施設中の13対1・91施設を対象として平均在院日数を調査し、49%が10対1に移行可能であることを明らかにした。
⑭参考文献3	1) 名称 特に無し 2) 著者 同上 3) 概要(該当ページについて も記載) 同上
⑭参考文献4	1) 名称 特に無し 2) 著者 同上 3) 概要(該当ページについて も記載) 同上
⑭参考文献5	1) 名称 特に無し 2) 著者 同上 3) 概要(該当ページについて も記載) 同上

概要図「入院基本料10対1の平均在院日数要件の改定」

【提案概要】10対1入院基本料の平均在院日数要件を二段階に分け、40日以内は従来通りの点数とし、40日から60日の間では退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）することを必須条件として点数を1109点と算定する。

【既存の評価法との比較】特に無し

【対象疾患】精神科病棟で治療される精神疾患患者

入院基本料10対1の平均在院日数要件改定

【診療報酬上の取り扱い】平均在院日数要件を40日以内は従来通りの点数とし、40日から60日の間では退院調整部門を設置することを必須条件として点数を1109点とする

40日以内：従来通り1271点

40日～60日：退院調整部門設置を条件に1109点

多くの人的資源の投入を必要とする精神科急性期や身体合併症医療で退院調整部門の設置があれば平均在院日数が短縮

臨床の実態に即応した診療報酬評価が可能となり現場の士気がアップ

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	290204
申請技術名	精神科救急・合併症入院料の改定（増点及び施設基準の改定など）
申請団体名	日本総合病院精神医学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料
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	
技術の概要（200字以内）	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 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精神科入院基本料で算定になっているが、10対1精神科入院基本料での算定に変更する
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にあり、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（根拠や有効性等について記載）	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平成30年9月1日現在で全国で12施設を数えるのみでここ3年以上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にあり、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。
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 ◎対象身体疾患 ・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・重症急性肝炎 ・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） ◎算定外患者は入院基本料15対1で算定
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A311-3
技術名	精神科救急・合併症入院料
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	・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。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	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いる。全国で12施設を数えるのみ（平成30年9月現在）でこのままではなかなか増えていかない。

年間対象者数の変化	前の症例数 (人) 後の症例数 (人)	380 380
年間実施回数の変化等	前の回数 (回) 後の回数 (回)	無し 無し
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。しかし施設基準が厳しく、平成30年9月段階で12施設の取得に留まっており、普及しないことが学会でも問題視されている
・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) 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)	・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 ・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) ・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 ・当該各病棟内に2名以上の常勤精神保健福祉士が配置 ・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
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 (問題点があれば必ず記載)		特に無し
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	871 1271 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、10対1で対応するのが妥当。
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 具体的な内容	区分をリストから選択 特に無し 同上 同上
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額 (円) その根拠	プラス 203,563,800 (12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)×10×55×300×0.23×12=203,563,800 (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		特に無し
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 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)
⑮参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	特に無し 無し 無し
⑯参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	特に無し 無し 無し
⑰参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	特に無し 無し 無し
⑱参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	特に無し 無し 無し

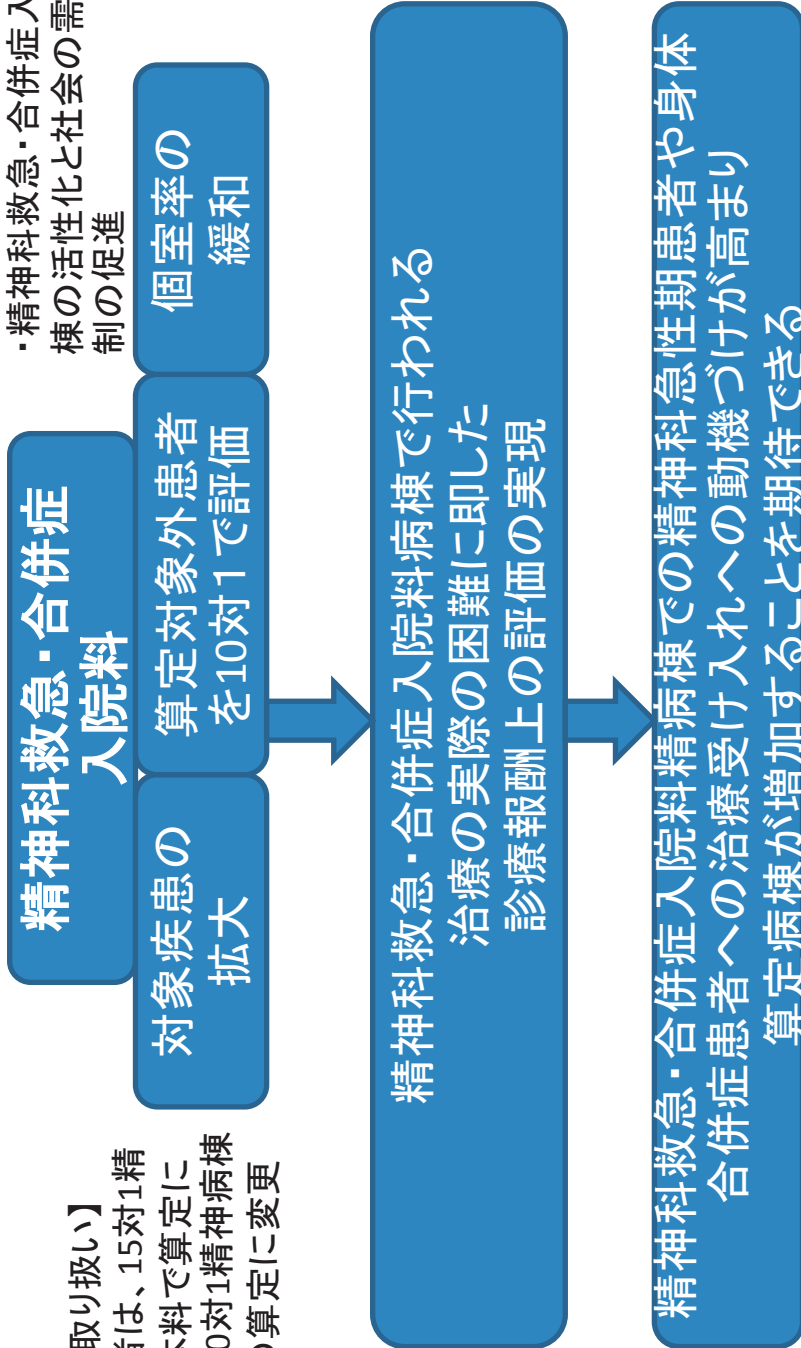
概要図 「精神科救急・合併症入院料の改定」

【提案概要】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
 2) 算定要件の改定：対象身体疾患の見直し3) 算定対象外患者を10対1精神科病棟入院基本料での算定に変更

【既存の評価法との比較】特に無し

【対象疾患】一般身体科医の協力の下で精神科病棟で治療される身体合併症患者

【診療報酬上の取り扱い】算定対象外患者は、15対1精神科病棟入院基本料で算定になっているが、10対1精神科病棟入院基本料での算定に変更する



【有効性】以下の効果が期待される
 ・精神科救急・合併症入院料算定病棟での治療の実態に即した適正評価
 ・精神科救急・合併症入院料算定病棟の活性化と社会の需要に応じる体制の促進

精神科救急・合併症入院料精神科病棟での精神科急性期患者や身体合併症患者への治療受け入れへの動機づけが高まり算定病棟が増加することを期待できる

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	290205
申請技術名	身体合併症管理加算対象疾患・算定期間の見なおし
申請団体名	日本総合病院精神医学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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 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	加算の算定期間の延長
技術の概要（200字以内）	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だが、診療報酬上適切に評価するために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する。具体的内容としては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）
再評価が必要な理由	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する。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<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する。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。</p> <p>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
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>◎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>

診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A230-3
技術名	身体合併症管理加算
③再評価の根拠・有効性 ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等	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。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	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
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	1200 1300
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	10 14
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。
・ 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>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>
・ 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	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
・ 明確なガイドラインは存在していない	
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 （問題点があれば必ず記載）	特になし
⑧点数等見直しの場合 見直し前 見直し後 その根拠	225 450 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な根拠があると考えられる。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<p>区分 番号 技術名 具体的な内容</p> <p>区分をリストから選択 特になし 特になし 特になし</p>
⑩予想影響額 予想影響額（円） その根拠	+ 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	特になし
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）	<p>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</p> <p>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）</p>

⑩参考文献 2	1) 名称	特に無し
	2) 著者	同上
	3) 概要 (該当ページについても記載)	同上
⑩参考文献 3	1) 名称	特に無し
	2) 著者	同上
	3) 概要 (該当ページについても記載)	同上
⑩参考文献 4	1) 名称	特に無し
	2) 著者	同上
	3) 概要 (該当ページについても記載)	同上
⑩参考文献 5	1) 名称	特に無し
	2) 著者	同上
	3) 概要 (該当ページについても記載)	同上

概要図「精神科身体合併症管理加算の対象及び算定期間の改定」

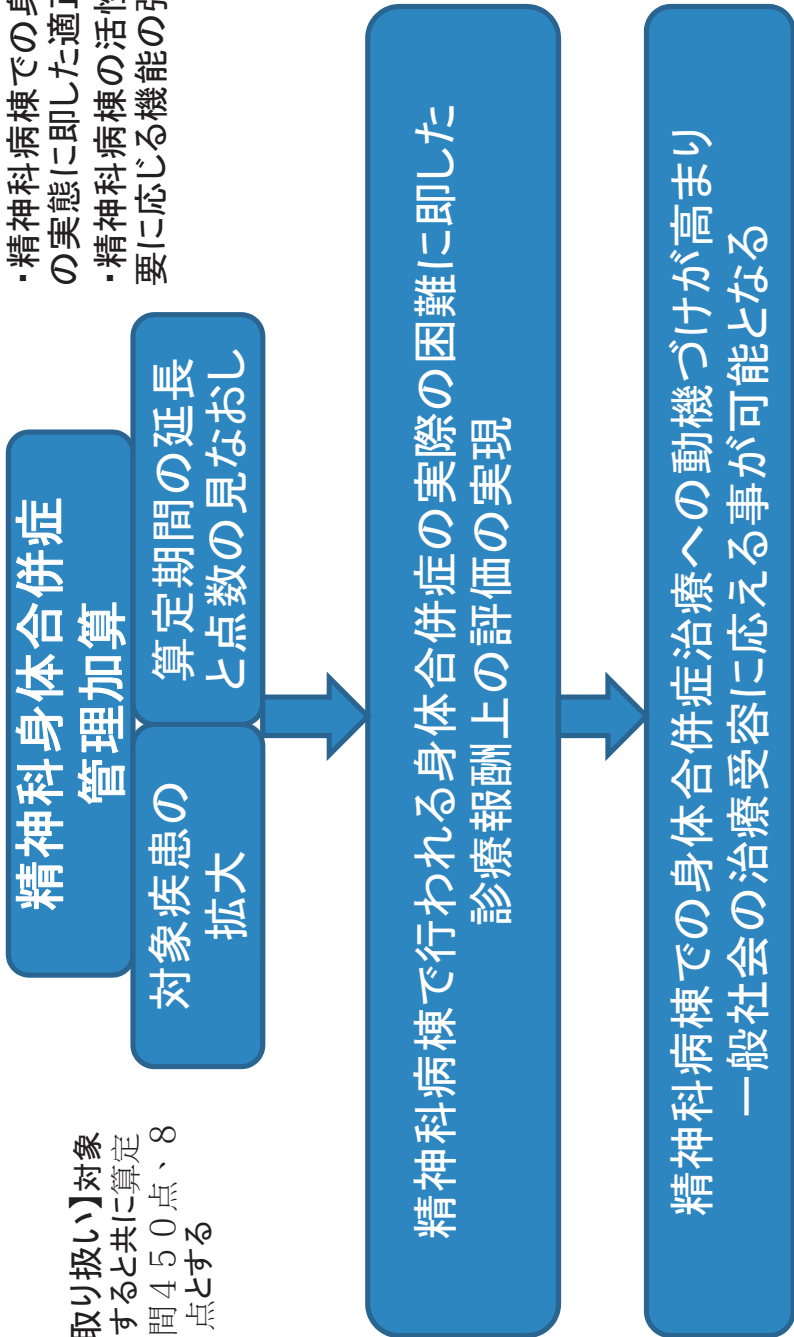
【提案概要】精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確だが、診療報酬上適切に評価するた
めに。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することにより臨床の現実に見合うものとする。具体的
内容としては①算定期間の見直し：10日間から14日間に延長し、全て1日450点とする。②対象身体疾患の見直し(具
体的内容は提案書に記載)

【対象疾患】一般身体科医の
協力の下で精神科病棟で治
療される身体合併症患者

【診療報酬上の取り扱い】対象
疾患の範囲を拡大すると共に算定
期間を入院後7日間450点、8
～10日間225点とする

【既存の評価法との比較】特に無し

【有効性】以下の効果が期待される
・精神科病棟での身体合併症治療
の実態に即した適正評価
・精神科病棟の活性化と社会の需
要に応じる機能の強化



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	294101
申請技術名	てんかん診療連携拠点病院加算
申請団体名	日本てんかん学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 追加のエビデンスの有無
技術の概要（200字以内）	提案年度（西暦）：2017年 提案当時の技術名：てんかん診療連携拠点病院加算
対象疾患名	てんかん、けいれん性疾患、反復する意識障害及び認知・記憶障害を示す疾患
保険収載が必要な理由（300字以内）	てんかんの専門診療体制を整備するには、専門的な知識と経験を備えた医師、てんかん発作のビデオ脳波記録に対応可能な看護体制、及び外科適応症例を診断する為の高度な画像診断機器を必要とする。また我が国のてんかん医療の質の向上のために、各地域に診療拠点施設を置き、それらの施設が中心となり地域の診療連携体制の構築や教育活動を行うことが求められているてんかん診療拠点機関には診療報酬上の手当が必要である。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	てんかん、けいれん発作、意識障害発作、認知障害発作、すべての年齢（新生児、乳幼児、小児、成人、高齢者）
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	平成30年度から本格的に開始となったてんかん地域診療連携体制整備事業に連動し、てんかん医療の地域拠点施設の形成を目指す。一定の施設基準に合致したてんかん診療拠点病院の入院料に入院初日に加算。
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分 番号 技術名 特になし なし なし 既存の治療法・検査法等の内容
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	現在、入院基本料等加算でてんかんを対象としたものはない。
⑤ ④の根拠となる研究結果	NAEC（米国てんかんセンター協会）、NICEを含む各国のガイドラインには、てんかんの診断と治療における専門施設（てんかんセンター）の重要性が指摘されている。てんかん医療の質の向上により、誤った診断による過剰な診療の減少と、外科治療等の専門医療によるてんかんの治療及び患者QOLの向上が期待できる（2つのRCT:Wiebe2001, Engel2010）。[小児の外科適応例では1患者あたり約660万円の増分費用対効果（ICER）が見込め（Ontario report 2012）、社会経済学的効果は大きい。]
エビデンスレベル	1b
⑥普及性	年間対象患者数（人） 国内年間実施回数（回）
※患者数及び実施回数の推定根拠等	300,000 10,000 国内の難治てんかん患者数は約30万人と推定される。このうち外科治療を必要とする患者は年間約1000人と推定され、拠点施設に入院する患者数は、鑑別診断症例を含め年間約10,000人と推定される。
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	てんかん地域診療連携体制整備事業に連動し、てんかんの地域医療における拠点形成を目指す。

・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)	てんかん地域診療連携体制整備事業に基づくてんかん診療拠点機関として認定された施設
	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)	てんかん診療拠点機関の施設要件を満たすこと
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	なし
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		てんかん発作に起因する事故や突然死を減少させ、患者本人のリスクを減らす。てんかん発作による自動車 事故等、地域社会のリスクを減少させる。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし。発作が抑制されず自動車運転事故を起こす可能性がある患者が、適切な診断、治療、指導を受け られる体制を整備することは、地域社会のリスクを減らす上で必要条件である。
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	A 400 がん診療連携拠点病院加算(400点)を参考
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択 特になし
	番号 技術名 具体的な内容	なし なし 入院基本料等加算でてんかんを対象としたものはない。
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	マイナス 2,000,000,000
	その根拠	(増) 4000円×1万人=4,000万円。 (減) てんかん外科手術(年間300人の小児てんかん外科手術の増)による増分費用対効果660万円×300人= 19億8000万円+非てんかん発作患者の鑑別(新入院患者の10%)による不要な検査と薬剤費の減少1人あたり 月5000円×12ヶ月×1000人=6000万円、計20億4000万円の減。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)		なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の 特徴(例:年齢制限)等		なし
⑬当該技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		てんかん地域診療連携体制整備事業に連動
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本神経学会(池田昭夫)、日本脳神経外科学会(塩川芳昭)、日本小児神経学会(中川栄二)、日本臨床 神経生理学学会(中里信和)
⑯参考文献1	1) 名称	Essential services, personnel, and facilities in specialized epilepsy centers-Revised 2010 guidelines
	2) 著者	Labiner DM, et al.
	3) 概要(該当ページについても 記載)	米国の全国てんかんセンター協会(NAEC)によるてんかんの三次及び四次診療施設(てんかんセンター)の備 えるべき施設基準に関するガイドライン。三次診療施設は長期ビデオ脳波記録、神経画像検査、神経心理検 査、及びてんかん外科治療が行える事が必要であり、薬物治療の専門家、てんかん専門看護師、リハビリ テーションスタッフ、及び複数の診療科による包括治療が行えることが必要(5ページ目)。
⑯参考文献2	1) 名称	The epilepsies: diagnosis and management of the epilepsies in adults in primary and secondary care
	2) 著者	National Institute for Clinical Excellence
	3) 概要(該当ページについても 記載)	次のような患者は三次診療施設に紹介する必要がある。即時の紹介が必要な患者: 1) 発達及び行動障害の 増悪例、2) てんかん症候群が確定できない例。速やかな紹介が必要な患者: 1) 抗てんかん薬治療で2年 間の発作消失が得られない例、2) 2剤以上の抗てんかん薬を使っても発作抑制が得られない例、3) 認容 できない薬剤の副作用例、4) 一側性の脳病変を有する例、5) 心理的・精神的合併障害を有する例、6) 発 作型及びてんかん症候群の診断に疑義がある例(14ページ目)。

⑬参考文献3	1) 名称	A randomised, controlled trial of surgery for temporal lobe epilepsy
	2) 著者	Wiebe S, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	RCTにより側頭葉てんかんに対する外科治療 (前側頭葉切除術) が発作予後及びQOLに関し薬物治療の継続に比べ有意に良好である事が示された。80例の成人の側頭葉てんかん患者が外科治療群 (40例) と内科治療群 (40例) に無作為に割り付け1年間追跡した結果、発作消失例は外科治療群で58%、内科治療群で8%であった (P<0.001) (1ページ目)。
⑭参考文献4	1) 名称	Early Surgical Therapy for Drug-Resistant Temporal Lobe Epilepsy
	2) 著者	Engel JJr, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	内側側頭葉てんかん患者に対する早期手術の有用性をRCTにより検証した。難治のてんかん発作が生じて2年以内の12歳以上の側頭葉てんかん患者38例を外科治療群 (15例) と内科治療群 (23例) に無作為に割り付け2年間追跡した結果、発作消失例は外科治療群で11例、内科治療群ではゼロと明らかに外科治療群が勝った (P<0.001)。QOLについても外科治療群が有意に改善した (P=0.01 (1ページ目))。
⑮参考文献5	1) 名称	Epilepsy care in Ontario: an economic analysis of increasing access to epilepsy surgery
	2) 著者	Bowen JM, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	[てんかん外科治療の経済効果につき文献データより検討した。その結果、成人及び小児のてんかん外科適応例では経済的効果がみこまれ、特に小児の外科適応例において、外科治療は内科治療の継続に比べQALY換算で、25,020から69,451カナダドル上昇すると見積もられた (5-6ページ目)。]

てんかん地域診療連携体制整備事業

てんかん診療連携拠点病院加算 400点

概要
都道府県毎に設置されたてんかん診療拠点機関に入院したてんかん診断患者に加算。

必要性
てんかん地域診療連携体制整備事業の目的である地域におけるてんかん連携体制の構築とてんかんの啓発およびてんかん医療の向上を図ることが目的。我が国のてんかん医療の質の向上のために、各地域に設置されたてんかん診療拠点施設が中心となり地域の診療連携体制の構築や教育活動を行うことが求められているてんかん診療拠点機関には診療報酬上の手当が必要である。

てんかん診療
拠点機関

てんかん専門
医療施設

てんかん専門診断管理料 700点 (年1回)

概要
てんかん専門医療機関が、てんかんの専門診療を目的に紹介され、てんかんの診断を行い治療計画書作成を行った場合に算定。

必要性
多くは長期の病歴を有するてんかんの診断には広範囲にわたる詳細な問診と、発達、就学、就労、自動車運転など様々な生活上の問題を列挙した上で、てんかん専門医による**総合的長期的治療計画の作成**が求められる。このプロセスは高質なてんかん診療には必須であるが、長時間の労力を費すため、相応の手当が必要。発作が抑制されず自動車運転事故を起こす可能性のある患者が、早期に専門施設で適切な診断、治療、指導を受けられる体制を整備する必要がある。

てんかん紹介料連携加算 200点

プライマリアケアと専門医療施設間の円滑な診療連携体制を整備するために、診療情報書作成に診療報酬上の手当を行う。てんかんの早期の的確な診断と治療、及び療養指導を目指す。

一般医療施設
診療所

一般医療施設
診療所

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）	
整理番号 ※事務処理用	705201
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	日本脳卒中学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2017 提案当時の技術名：脳卒中ケアユニット入院医療管理料
	追加のエビデンスの有無 有
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料
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 checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <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
技術の概要（200字以内）	1）「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」の基準の継続に加え、「神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師を常時1名以上配置」および「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を常時1名以上配置」の3種類に変更する。 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。344の二次医療圏のすべてに十分なSCU病棟の設置が必要である。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（根拠や有効性等について記載）	SCU加算の医師配置条件を、①「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」等の要件を、同基準の継続に加え、②「神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師を常時1名以上配置」および③「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を常時1名以上配置」の3段階に変更する。すべての二次医療圏に十分なSCU病床を配置することが可能となる。ただし、必要に応じて遠隔医療（常時連絡が可能で、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が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）によるサポート体制があることを条件とする。また、現行の脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のみならず、ガイドラインで示された発症48時間以内の高リスクTIAに対し迅速かつ的確な管理を行うことで、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）	A 第2部 第3節 特定入院料
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 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	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）とされる（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、速やかに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る（添付文書2）。いずれも日本脳卒中学会ガイドライン2015（添付文書3、4）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	現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。現在脳卒中ケアユニット入院医療管理料を認められた病棟で治療を受けているのは、わずかに20000人強（厚生労働省医療施設調査より）である。当該病床が増加し、TIAも対象となることで対象患者は実数で10万人増加し、発症件数の40%が脳卒中ケアユニット入院医療管理料の対象となると仮定した。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 20205 後の症例数（人） 120000
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 282870 後の回数（回） 1680000

<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るべき多職種治療であり、均霑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)</p>	<p>変更なし 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。 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か年計画」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5）。</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 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>なし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合 見直し前 見直し後 その根拠</p>	<p>5804 現在の基準を満たす場合は5804点を継続。「神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師を常時1名以上配置」場合を4804点、「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を常時1名以上配置」場合を3804点とする。 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であり、これとは別にtPA静注医療体制のある施設要件、血管内治療および高度の脳外科的治療が常時可能な基準を満足する施設は、別に加算を設け、両者合わせて救命救急入院料10000点程度となることを限度に設定が妥当。脳卒中心臓病5か年計画では、前者を一次脳卒中センター、後者を包括的脳卒中センターと定義している。</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>区分をリストから選択 該当なし 番号 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容 該当なし</p>
<p>⑩予想影響額 プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠</p>	<p>マイナス 1,200,000,000 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、そのうち5万人が「神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師を常時1名以上配置」SCUで、5万人が「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を常時1名以上配置」SCUでの治療を受けると仮定する。10万人が最大14日間SCUでの治療を受けると仮定すると、これに伴い脳卒中ケアユニット入院医療管理自体の医療費は603億円増加する。一方、当該病床で治療することで死亡または介護を要する患者が21%減少すると期待できる。すなわち、年間29万人発症し、約46%の13万人が要介護または死亡となっているが、それを2.7万人減らすことが期待でき、その分の医療費が削減された。さらに在院日数の短縮も得られる。急性期病棟での在院日数が2日短縮されれば、45億円（1日22730円x2日x10万人）、急性期以降で570億円（在宅に帰れず療養型病院に入院する患者が2.7万人減ると仮定し、1患者の医療費を210万円として算出）程度の医療費が削減されると仮定すると、これらを差し引きした7結果として、12億円の医療費削減が見込まれる。実際はSCUに最大14日間入院することは稀であり、医療費削減効果はより高くなると考えられる。</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>なし</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>日本神経学会、日本神経治療学会、日本脳神経外科学会</p>
<p>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）</p>	<p>Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, The Cochrane Collaboration Stroke Unit Trialists' Collaboration 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>
<p>⑮参考文献2 1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）</p>	<p>Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison Peter M Rothwell, et al. TIAでは、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率が高く、速やかに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る。</p>

⑩参考文献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 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、自宅復帰率の増加、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)。
⑩参考文献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ABC2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)。
⑩参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	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。

脳卒中ケアユニット(SCU)入院医療管理料について

現状

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

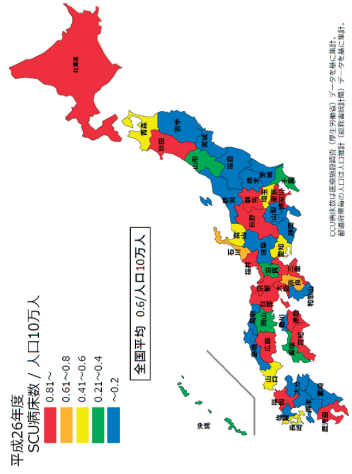
医師配置要件：医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。

課題

- ・脳卒中はCommon Diseaseであり、各医療圏でスムーズに多職種による急性期治療が必要である。

- ・SCUにおける多職種治療は高価な薬剤や機器は不要で、全ての型の脳卒中中に有効であり、急性期脳卒中治療の基本である(グレードA)がSCUの分布には大きな偏りがある(下図)。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られる施設が基本的に有するべき多職種治療であり、均霑化を図ることが必要である。

- ・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、速やかに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、行う様強く勧められている(グレードA)。



医師配置要件	SCU加算3	SCU加算2	SCU加算1
遠隔医療(常時連絡が可能で、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信できる体制)	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を常時1名以上配置 アルテプラーゼ静注療法に適応がある患者に対しては、あらかじめ病院内で取り決めた他保険機関の医師が遠隔医療を用いて迅速に当該医師の診断治療を補助し、必要な場合に当該専任の医師が保除医療機関に赴くこと等についても遠隔医療で専門的な助言などを受けられる体制が確保されていること。	神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師を常時1名以上配置 夜間又は休日であって、上記担当医が院外にいる場合、あらかじめ病院内で取り決めた他保険医療機関の医師が遠隔医療を用いて迅速に当該医師の診断治療を補助し、必要な場合に当該専任の医師が保除医療機関に赴くこと等についても遠隔医療で専門的な助言などを受けられる体制が確保されていること。	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を常時1名以上配置 夜間又は休日であって、上記担当医が院外にいる場合、遠隔医療を用いて、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。
上記以外の基準(看護体制、機材等)	現行通り	現行通り	現行通り
診療報酬上の取扱い	1日につき3804点、発症14日まで(ただしTIAは発症2日まで) 遠隔医療支援医療機関は1日2000点	1日につき4804点発症14日まで(ただしTIAは発症2日まで) 遠隔医療支援医療機関は1日1000点	1日につき5804点発症14日まで(ただしTIAは発症2日まで)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	705202
申請技術名	超急性期脳卒中加算(入院初日)
申請団体名	日本脳卒中学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合 過去に提案した年度及び技術名 (直近の技術のみ記載) 追加のエビデンスの有無	提案年度(西暦): 2017 提案当時の技術名: 超急性期脳卒中加算(入院初日) 有 静注血栓溶解(rt-PA)療法適正治療指針第三版(改訂)、脳卒中治療ガイドライン2015 2017追補版(改訂)
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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	記載すべき内容なし
技術の概要 (200字以内)	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rt-PA静注療法を行った場合に入院初日に限り所定点数に加算する。脳梗塞後の完全自立が約10%増加する治療法であるにも関わらず施行率が脳梗塞全体の約6%と低い。脳卒中ケアユニットを有する施設での施行を普及させることにより死亡率の低下、在院日数の短縮、自宅退院率の増加が期待できる。
再評価が必要な理由	rt-PA静注療法の施行施設を増やすことにより施行率の向上が期待できる。現在の施設基準は「10年以上の経験を有する専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師が配置されている」であり、当該技術の管理を行う脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準「神経内科また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」との乖離が生じており基準を合わせる必要がある。今回同時に申請している脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「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を常時1名以上いること」が採用になれば超急性期脳卒中加算の施設基準も合わせるべきである。また、夜間または休日や、二次医療圏内に脳卒中ケアユニットのない地域においては院外での医療情報送受信による基準を設けることで施行施設を増やすことが出来る。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 (根拠や有効性等について記載)	脳梗塞の標準的治療となったtPA静注療法の普及のために脳卒中ケアユニットの施設基準に合わせて施設基準を拡大することが必要である。また日本脳卒中学会等の関係学会が行ってきた脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会はe-learningや日本脳卒中学会が承認する講習会へ移行するため「日本脳卒中学会等の関係学会が承認する脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講している」に変更する。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする患者: 脳梗塞と診断された患者 ・技術内容: 発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を静脈内投与する ・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(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、組織プラスミノ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ノ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行い、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t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。 ・入院初日のみ12000点
診療報酬区分(再掲)	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
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、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	<ul style="list-style-type: none"> ・rt-PA静注療法の施行率は全脳卒中の6.4%、退院時死亡率6.1%、日常生活自立割合46.6%(2012~2015日本脳卒中データバンク、第44回日本脳卒中学会発表) ・脳卒中治療ガイドライン2015追補2017で強く推奨されている(グレードA) ・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、NNTB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(<90min); 4.3(91-180min); 5.9(181-270min)。

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>わが国の年間脳梗塞発症数は20～30万人と推定されている。発症25万人の6%が本療法を享受していると推定し、施設基準の拡大により5%程度実施回数が増加することを見込んでいる。rt-PA静注の施設基準緩和によりrt-PA静注療法施行率の向上が期待され、医療費の減少が望まれる。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人） 250000 後の症例数（人） 250000</p>
<p>年間実施回数 の変化等</p>	<p>前の回数（回） 15000 後の回数（回） 16000</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>	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年から実施されているt-PA静注療法は一般治療となった。日本脳卒中学会は重要な急性期治療法の一つとして普及を推進している。 ・脳卒中と循環器病克服5カ年計画ではt-PA静注療法実施率10%の実現が目標になっている。 ・脳梗塞の診断と適応外の判断に専門性を必要とするので、専任医師もしくは常時連絡可能な多施設専任医師の判断が重要である。 ・脳卒中ケアユニットがない地域ではtelemedicineによる本療法の普及が必要である。
<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>(1) 専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を5年以上有するものに限る）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が承認する脳梗塞rt-PA適正使用に係る講習会を受講している。ただし、夜間又は休日において、脳卒中の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して上記連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、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である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療期間内に、脳卒中の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保する。さらに、脳卒中ケアユニットのない地域において、学会の定めた施設基準（静注血栓溶解（rt-PA）療法適正使用指針 第三版）を満たす施設において、他施設の脳卒中ケアユニット専任で、経験5年以上の神経内科又は脳神経外科の医師が常時連絡が可能で、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、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である体制が確保されている。（同時に申請している脳卒中ケアユニットの施設基準が採用された場合はその内容に準じる。）(2) 以下は現行通り。</p> <p>常勤の医師を1名以上配置する（二次医療圏内に脳卒中ケアユニットのない施設においては必ずしも必要ではない）。医師以外は現行通り。</p> <p>静注血栓溶解（rt-PA）療法適正使用指針 第三版 脳卒中治療ガイドライン2015 追補版</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>血腫形成を伴う出血性梗塞1.5%、退院時死亡6.1%（2012～2015日本脳卒中データバンク、第4回日本脳卒中学会発表）</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>適応例に対してrt-PA静注療法を行わないことで脳梗塞患者に対して不利益が発生する可能性がある</p>
<p>⑧点数等見直し の場合</p>	<p>見直し前 12000 見直し後 12000 その根拠 管理内容に変更はないため</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 区分をリストから選択 該当なし 番号 なし 技術名 なし 具体的な内容 なし</p>
<p>⑩予想影響額 その根拠</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額（円） マイナス 30,000,000</p> <p>施設基準の拡大により対象となる患者数は年間1,000人増加する。これに伴い医療費は120,000,000円増加する。一方で、治療効果により入院期間の短縮が期待できる。急性期および回復期の在院日数が短縮するため少なく見積もっても、医療費が1人あたり150,000円で計150,000,000円減少すると推定する。これらを差し引きした結果として、30,000,000円の医療費削減が見込まれる。さらに介護費用の削減も期待できる。</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>なし</p>

⑫その他	<p>・2018年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立した。本法律を運用するために急性期医療の適切な実施が求められている。脳梗塞急性期医療においてrt-PA静注療法は重要な治療法である。</p> <p>・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は喫緊の課題である。同時に、脳卒中急性期の多職種医療、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。</p>
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
⑭参考文献1	<p>1) 名称 静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正使用指針 第三版</p> <p>2) 著者 日本脳卒中学会 脳卒中医療向上・社会保険委員会 静注血栓溶解療法指針改訂部会 (部会長 豊田一則)</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載) 治療を行う施設が示されている。脳卒中遠隔診療 (telemedicine) で安全なrt-PA静注療法が行うことができることが示されている。(15ページ)</p>
⑮参考文献2	<p>1) 名称 Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2014; 384: 1929-1935</p> <p>2) 著者 Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al.</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載) RCTの統合解析により、rt-PA静注療法は年齢や重症度に関係なく有効である。発症後より早期のrt-PA静注療法が転帰良好につながる。(1929-1935ページ)</p>
⑯参考文献3	<p>1) 名称 日本脳卒中治療ガイドライン2015 追補2017</p> <p>2) 著者 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載) 脳卒中急性期の症例は、専従の専門医療スタッフが持続したモニター監視下で、濃厚な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行う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静注療法の施行率の上昇、死亡率および再発率の低下、在院期間の短縮、自宅退院率の増加、長期的なADLとQOLの改善を図ることができる。(21ページ)</p>
⑰参考文献4	<p>1) 名称 Specific needs for telestroke networks for thrombolytic therapy in Japan. J Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23: 811-816</p> <p>2) 著者 Imai T, Sakurai K, Hagiwara Y, et al.</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載) わが国においてrt-PA静注療法のためにtelemedicineの需要があることを示している。(811-816ページ)</p>
⑱参考文献5	<p>1) 名称 Comparison of tissue plasminogen activator administration management between Telestroke Network hospitals and academic stroke centers: the Telemedical Pilot Project for Integrative Stroke Care in Bavaria/Germany. Stroke 2006; 37: 1822-1827</p> <p>2) 著者 Audebert HJ, Kukla C, Vatankeh B, et al.</p> <p>3) 概要 (該当ページについても記載) telemedicineと脳卒中センターの比較では症候性頭蓋内出血、死亡率に有意差はなかった。(1822-1827ページ)</p>

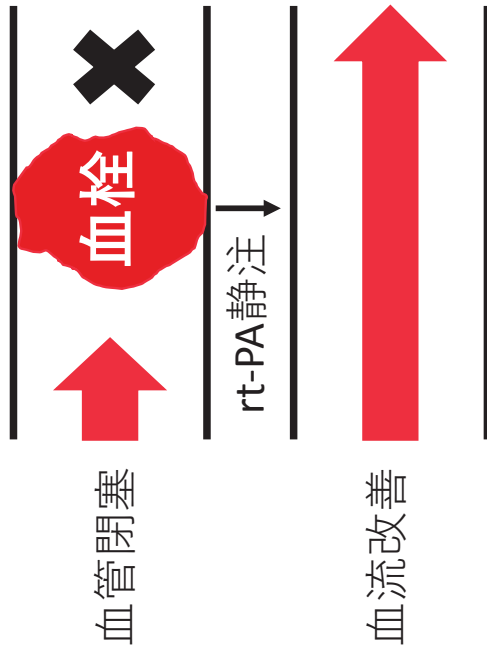
超急性期脳卒中加算(入院初日)について

【技術の概要】

- ・ 基準を満たす施設においてrt-PA静注療法を行う。

【対象疾患】

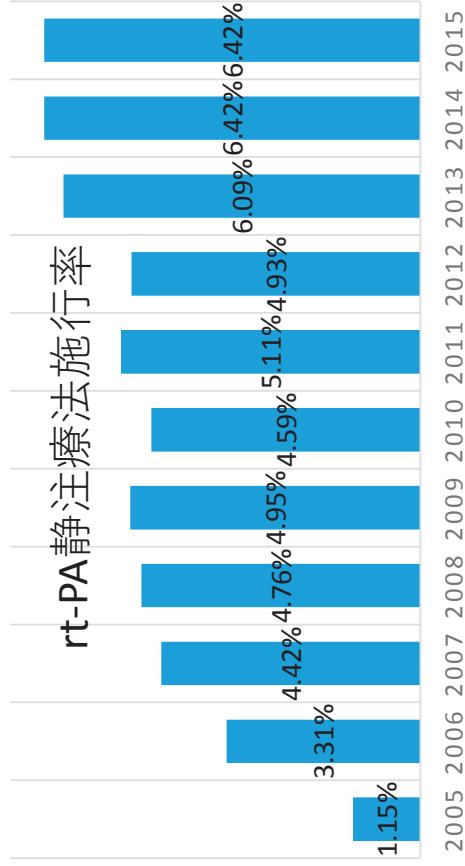
- ・ 発症4.5時間以内の脳梗塞
- ・ 脳卒中データベースによると平成27年度の脳梗塞全体におけるrt-PA静注療法施行率は6.4%である。



脳梗塞には rt-PA静注療法が有効

【rt-PA静注療法の施行率は低い】

日本脳卒中データベースより引用



【施設基準の拡大】

- ・ 脳卒中診療経験：10年→5年（脳卒中ケアユニット入院医療管理料に準じる）
- ・ Telemedicineの活用（地方では普及が必要）

【診療報酬上の取扱】

- ・ 入院初日のみ12000点
- ・ 脳梗塞の診断と適応外判定に診療経験必要

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	707101
申請技術名	臨床倫理診療加算
申請団体名	特定非営利活動法人日本肺癌学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載） 追加のエビデンスの有無
	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名： 有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	患者・家族と医療者との間で抱える当事者だけでは解決困難な倫理的問題に対して、院内指針に基づいて、病院内で多職種にて構成されたチームが、依頼を受け、事例を把握し、検討を行い、最終的に助言や支援を行う。
対象疾患名	癌の終末期を含むすべての疾患（倫理的な課題を抱える患者・家族、医療者）
保険収載が必要な理由（300字以内）	日本病院機能評価機構による病院機能評価で高い評価を受けることにより臨床倫理委員会または臨床倫理コンサルテーションを病院内に設置する施設が増えてきたが、その実際の活動は十分ではない。臨床倫理の取り組みに実務的な人員を割り、活動を維持していくためには診療報酬がぜひ必要と考える。

【評価項目】

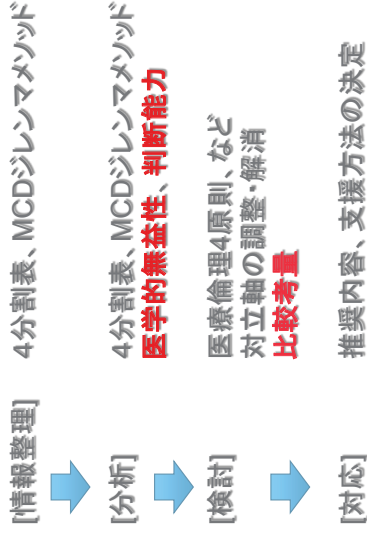
①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	臨床倫理的な課題を抱える、すべての疾患の患者・家族、または医療者
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	施設基準に適合した保険医療機関において、依頼された患者・家族、医療者に対して、多職種チームが共同して助言を行った場合に、週に1回算定する。
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分 特になし 該当なし 該当なし 既存の治療法・検査法等の内容 該当なし
・新規性、効果等について③との比較	医療紛争の抑制、過剰医療などの不適切な医療の抑制の効果が期待される。
⑤ ④の根拠となる研究結果	特になし
エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択 特になし
⑥普及性 年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回) ※患者数及び実施回数の推定根拠等	20 20000 申請者の施設での活動内容から算定
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	臨床倫理の活動は、求められている大きさに比較して取り組みが成熟しているとは言い難い。取り組みが進まない理由として、診療報酬が無いことは大きい。
・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）
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	日本病院機能評価機構の行う病院機能評価で、1.1.6項目および2.1.11項目がA評価以上であること 常勤医師1名以上、常勤看護師2名以上。東京大学CBELや日本臨床倫理学会などが開催する研修などを修了していること。 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を遵守する。
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	臨床倫理コンサルテーションへの依頼の“副作用”としては、個人情報保護の問題が挙げられるかもしれない。ただ緩和ケアチームへの依頼、精神科リエゾンチームへの依頼と同じであり、医療者として配慮はできる。 臨床倫理コンサルテーション活動が形骸化すれば倫理的に問題である。

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	A 400 緩和ケア診療加算と同等と考えた
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 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし 該当なし 該当なし 該当なし
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠	- 不詳 診療報酬算定により医療費は増加するが、その効果として医療紛争の抑制、過剰医療の抑制となることが期待され、全体としてマイナスの影響であると予想する。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）		該当なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		該当なし
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		該当なし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑯参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	臨床倫理コンサルテーションの立ち上げから1年間の取り組み 金田浩由紀、西田圭一郎、文岡礼雅、佐藤幸代、川畑ユミ子 施設内での臨床倫理コンサルテーションの立ち上げからの取り組みについての報告。（臨床倫理 2018年、6巻、p32-37）
⑯参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	Ethics committee and ethics consultation. Aulisio MP. 倫理コンサルテーションの概要（Encyclopedia of Bioethics, 3rd ed. p841-847）
⑯参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	Development of clinical ethics in the UK: a nation wide survey. Slowther AM, McClimans L, Price C. 英国臨床倫理ネットワークに登録されているサービスの調査（J Med Ethics, 2012 38(4), p210-214）
⑯参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	Report of 255 clinical ethics consultation and review of the literature. Swetz KM, Crowley ME, Hook G, et al. 米国Mayo Clinicでの倫理コンサルテーションのまとめ（Mayo Clin Proc, 2007 82(6), p686-691）
⑯参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	日本における倫理コンサルテーションの現状に関する調査 長尾式子、瀧本禎之 2004年時の国内の倫理コンサルテーションの実態調査（生命倫理 2005 15(1), p101-106）

代表的な倫理的ジレンマ

- 患者(家族)が有益な治療を拒否
- 患者(家族)が適応のない治療を要求
- 守秘義務/個人情報保護の問題
- 患者の意思決定能力が不明
- 患者の意思決定能力が不十分
- 意思決定能力のない患者に身寄りがない
- 患者と家族の意見不一致
- 患者(家族)が治療の中止を希望
- 患者(家族)が治療の差し控えを希望
- 家族が本人への病名告知を望まない
- 患者(家族)が意思決定をしない
- 応召義務に抵触する可能性

臨床倫理的問題の検討の方法



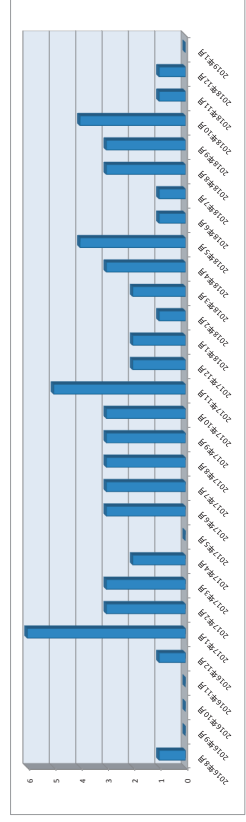
医療倫理 4 原則

(医療において、その他よりも優先される価値)

- **自律尊重原則**
患者の自律的な意思決定を尊重せよ
- **無危害原則**
患者に危害を及ぼすことを避けよ
- **善行原則**
患者に利益をもたらせ
- **公正・正義原則**
利益とリスク・費用を公平に配分せよ

当院での依頼件数

期間：2016年8月～2019年1月
依頼件数：64件



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	725201	
申請技術名	新規発症及び再発・再燃した難病疾患、もしくは急性増悪の難病疾患において回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象の拡大	
申請団体名	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号	308	
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		
技術の概要（200字以内）	心身機能障害のある難病疾患において、新規発症および再発・再燃もしくは、急性増悪する場合は少なくはなく、急性期薬物治療後、入院による集中的リハビリテーションを提供し、すみやかな家庭復帰、社会復帰を目標とするものである。リハビリテーション科医師、もしくは研修を受けた医師が必要と判断した患者に対して、集中的な入院リハビリテーションを実施すること。	
再評価が必要な理由	難病患者は進行性のため、社会参加を継続させるためにも、長期的な視点にて適宜リハビリテーション治療が必要と考える。特に、心身機能障害のある難病疾患では、新規発症および再発・再燃もしくは、急性増悪する場合は少なくはなく、これら急性期の病状からすみやかに、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象として、リハビリテーション医療を実施する必要がある。現在は、外来患者対象とした難病リハビリテーション料があるが、実施できる施設は限定的である。全国的に広まっている回復期リハビリテーション病棟を利用し、集中的な入院リハビリテーション治療を実施することで、すみやかな家庭復帰、社会復帰を容易にするものとする。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	心身機能障害を呈する指定難病疾患は進行性で、その経過においては急性再発・再燃、増悪を繰り返すことが多い。社会参加および地域での生活を維持していくためにも、適宜、すみやかなリハビリテーション治療を提供する必要がある。
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	心身機能障害を呈する指定難病疾患を対象とする。回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象として、急性再発・再燃した場合は、算定上限数150日以内の、1週間でFIMにおいて5点以上低下を認める急性増悪した場合は、算定上限数90日以内の回復期リハビリテーション病棟入院料としてリハビリテーションを実施する。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	308
技術名	新規発症および再発・再燃した難病疾患もしくは急性増悪の難病疾患において回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象の拡大
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	神経難病に対するリハビリテーション治療は普遍的に行われており、学術的にも有効性は認められている（パーキンソン病診療ガイドライン2018、脊髄小脳変性症・多系統萎縮症診療ガイドライン2018など）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年社会医療診療行為別統計（平成29年6月審査分）において、パーキンソン病の実施件数17,554、回数503,054、点数：114,866,590であった。それを12倍にしたものが以下の数値である。また、1月に1件の延べ回数は、28.7回（503,054/17554）で、1月あたりのリハ実施患者数は611.6人（17554/28.7）となり、指定医療費（指定難病）受給者証所持者数（パーキンソン病）127,536人（平成29年末）において、0.48%で、指定医療費受給者証所持者数全体では、4283人と推測される。ただし、指定難病の中でも心身機能障害を呈するものと考えると実際はさらに少ないと推測される。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 4283人／年 後の症例数（人） 4283人／年
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 6,036,648／年 後の回数（回） 6,036,648／年
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）	難病疾患の知識を持ち、そのリハビリテーション治療を理解できる専門医が必要となる。主にリハビリテーション科、神経内科、整形外科、小児科等の専門医が中心となる。

・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)	リハビリテーション科(現在の要件)
	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)	回復期リハビリテーション病棟に準じる。また、リハビリテーション科、整形外科、神経内科、小児科の専門医のいずれかが勤務している病院・施設であること。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全上に問題ない。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直し の場合	見直し前	特になし
	見直し後 その根拠	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	A
	番号	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
	技術名	特になし
	具体的な内容	特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	659,863,080 (13,783,990,800-718,536,000)
	その根拠	パーキンソン病においての実施件数:17,554件、回数:503,054回、点数:114,866,590点1年間にパーキンソン病患者に行われる医療行為(平成29年社会医療診療行為別統計 平成29年6月審査分)である。実施件数(延べ患者数:17,554×12=210,648、回数:503,054×12=6,036,648、点数:114,866,590×12=1,378,399,080 (年間医療費:約137.8億)となり、1月に1件(人)の延べ回数:503,054/17,554=約28.7回/月/件、1月あたりのリハ実施の患者数:17,554/28.7=611.6人/日となる。仮に、前述の人数において、12週間の集中リハビリテーションを行った場合の医療費で、仮に4か月実施しても、年間総医療費は7億円/年で(245点×6単位×5日/週×16週 1176000円×611=718,536,000円)、実質137億円の医療費は軽減する。また、難病受給者登録数から当該リハビリテーション料の対象数を算出すると、指定難病受給者証所持者数の総数892,445人(平成29年度末)で、1月あたりのリハ実施したパーキンソン病患者実数/全受給者数611/892,445=0.000685である。全体の0.069%が1月以内にリハを実施しており、新規発症、悪化時にリハ介入必要数であり、全体総数からみても当該のリハ料算定対象となる数は極小さいと推測される。
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		特になし
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		日本神経学会、日本整形外科学会、日本小児神経学会、日本神経治療学会
⑭参考文献1	1) 名称	The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Mov Disord.</i> 2008;23(5):631-640
	2) 著者	Goodwin VA, Richards SH, Taylor RS, et al
	3) 概要(該当ページについても記載)	14論文のメタ解析の結果では、パーキンソン病に対する運動療法は身体機能、健康関連QOL、筋力、バランス、歩行速度の改善に有効であることが示された。(エビデンスレベルI)
⑭参考文献2	1) 名称	Intensive rehabilitation treatment in early Parkinson's disease: a randomized pilot study with a 2-year follow-up. <i>Neurorehabil Neural Repair.</i> 2015;29(2):123-131.
	2) 著者	Frassitta G, Maestri R, Bertotti G, et al
	3) 概要(該当ページについても記載)	薬物治療を行っているパーキンソン病患者を2群にわけ、一方に1年ごとに28日間の集中リハビリテーションを行った。運動群では、2年後の評価スコアは改善していた。コントロール群では変化なかった。集中リハビリテーションにより運動機能低下の進行を遅らせ、薬物をふやすことも遅らせる可能性があり、神経保護作用の可能性が示唆された。(エビデンスレベルII)
⑭参考文献3	1) 名称	Cerebellar ataxia rehabilitation trial in degenerative cerebellar diseases.
	2) 著者	Miyai I, Ito M, Hattori N, et al
	3) 概要(該当ページについても記載)	脊髄小脳変性症に対して、4週間の入院リハビリテーションを行い、SARA (Scale for the Assessment and Rating of Ataxia)、歩行の評価で改善を認め、その効果は6~12か月維持された。(エビデンスレベルII)、
⑭参考文献4	1) 名称	脊髄小脳変性症・多系統萎縮症診療ガイドライン2018
	2) 著者	監修: 日本神経学会・厚生労働省「運動失調症の医療基盤に関する調査研究班」
	3) 概要(該当ページについても記載)	小脳失調を主体とする脊髄小脳変性症に対して、バランスや歩行に対する理学療法を集中的に行うと、小脳失調や歩行が改善する(推奨 グレード1B) P258

⑩参考文献5	1) 名称	多発性筋炎・皮膚筋炎治療ガイドライン
	2) 著者	編集 厚生労働省科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）自己免疫疾患に関する調査研究班 多発性筋炎・皮膚筋炎分科会
	3) 概要（該当ページについても記載）	慢性期のリハビリテーションは炎症の悪化を伴わず筋力回復に有効である可能性があり、行うことが勧められる（推奨度B） P 34

技術名 新規発症及び再発・再燃した難病疾患、もしくは急性増悪の難病疾患において回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象の拡大

神経難病患者の症状増悪時期にリハビリテーション科、神経内科、神経外科、小児（神経）科の各専門医が必要と判断した患者に対し、心身機能障害のある指定難病疾患を、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象として、新規発症および再発・再燃した場合は、算定上限数150日以内の、1週間でFIMにて5点以上低下を認める急性増悪した場合は、算定上限数90日以内の回復期リハビリテーション病棟入院料としてリハビリテーションを実施する。

対象患者

心身機能障害のある指定難病疾患患者を対象とし、新規発症および再発・再燃もしくは、急性増悪の状態にある者

必要性とその効果

難病患者は進行性のため、社会参加を継続させるためにも、長期的な視点にて適宜リハビリテーション治療が必要と考える。特に、心身機能障害のある難病疾患では、新規発症および再発・再燃もしくは、急性増悪する場合は少なく、これら急性期の病状からすみやかに、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象として、リハビリテーション医療を実施する必要がある。現在は、外来患者対象とした難病リハビリテーション料があるが、実施できる施設は限定的である。全国的に広まっている回復期リハビリテーション病棟を利用し、集中的な入院リハビリテーション治療を実施することで、増悪の軽減、身体機能・ADLの悪化を減じることが可能となり、すみやかな家庭復帰、社会復帰を容易にするものと考えられる。さらに、集中的な入院リハビリテーションの効果についての報告は、パーキンソン病、脊髄小脳変性症においてみられ、前者では身体機能、健康関連QOL、筋力、バランス、歩行速度の改善に有効とされ、早期において運動機能低下の進行を遅らせ、薬物をふやすことも遅らせる可能性を示唆され、後者においては、6～12か月の持続したと報告されている。一般に身体機能の障害が進行した状態でも、専門性の高い医療保険下でのリハビリテーション実施の優先性は高く、神経難病に関して、最新薬物治療と同時にリハビリテーションが介入することにより、さらに身体機能向上、ADL改善に貢献できると考える。

診療報酬区分： A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料 （脳血管リハビリテーション料もしくは、運動器リハビリテーション料）

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	733201	
申請技術名	地域包括診療加算	
申請団体名	日本臨床内科医会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2015 提案当時の技術名：地域包括診療加算
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	A001	
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		
技術の概要（200字以内）	地域包括診療加算は、届出診療所で対象患者（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、又は認知症のうち2疾患以上の疾患を有する患者に療養指導及び診療等を行った場合に再診時に算定できる（1-35点、2-28点）。	
再評価が必要な理由	地域包括診療加算は、届出診療所で対象患者（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、又は認知症のうち2疾患以上の疾患を有する患者に療養指導及び診療等を行った場合に再診時に算定できるが、算定要件が厳しいので要件緩和を希望する。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	24時間、365日対応要件の緩和。
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、技術内容、算定上の留意点は従前どおり
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料
診療報酬番号（再掲）	A001
技術名	地域包括診療加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	地域包括診療加算は、届出診療所で対象患者に療養指導及び診療等を行った場合に再診時に算定できるが、算定要件が厳しいので要件緩和を希望する。算定緩和により当該患者に対して有効な医療の提供が可能となる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	地域包括診療加算は地域の医療機関での普及が進んでいない。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	一般診療上の数%程度 変化なし
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	従来どおり 前回と同様
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）	技術の成熟度は低いが、学会における位置づけは重要であり、難易度は高い。
・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） 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）
	施設基準は一定の研修を受け、厚生局に届出をした医療機関で保健・医療・福祉に対する高い知識を要求される。 常勤医師2名以上、24時間対応、在宅療養支援診療所、専門的な研修の受講、主治医意見書の作成、行政との連携で介護保険に係る。患者を全人的に対応する。 保険診療の基本的知識の習得、医会診療報酬点数表の理解

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	安全性の問題は認めない
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	説明と同意を基本として、倫理的・社会的な問題は解消される
⑧点数等見直し の場合	見直し前 無し 見直し後 無し その根拠 変化なし
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 A 番号 A001 技術名 再診料 具体的な内容 受診回数の減少 プラスマイナス 変化なし
⑩予想影響額 その根拠	予想影響額(円) 不明 受診の程度による
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	特になし
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	無し
⑭参考文献1	1) 名称 診療点数早見表 2) 著者 月刊/保険診療 2018年4.5月合併号 3) 概要(該当ページについても記載) 事務連絡、参考 P48-52、
⑮参考文献2	1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要(該当ページについても記載) —
⑯参考文献3	1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要(該当ページについても記載) —
⑰参考文献4	1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要(該当ページについても記載) —
⑱参考文献5	1) 名称 — 2) 著者 — 3) 概要(該当ページについても記載) —

地域包括診療加算の見直し

• (新) 地域包括診療加算 2

18点

- 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること。
- 以下の**いずれか**を満たしていること。
 - 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。
 - 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。
 - 在宅療養支援診療所であること

(参考)

- 時間外対応加算 1：診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。
- 時間外対応加算 2：診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜および休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	733202	
申請技術名	時間外対応加算	
申請団体名	日本臨床内科医会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2015 提案当時の技術名：時間外対応加算
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	A001	
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	名称の変更	
技術の概要（200字以内）	患者が初診以降に医療機関を受診した際に、24時間、365日の連携体制をとっている医療機関を評価する加算である。	
再評価が必要な理由	患者が初診以降に医療機関を受診しやすいように、24時間、365日の連携体制をとっている医療機関を評価する加算である。患者側からは、時間内に受診しているのに、時間外加算を算定するのはおかしいとの指摘があり、本来の趣旨を周知するためにも、「時間外対応体制加算」と名称変更を希望します。名所変更により、患者と医師とのコミュニケーションが良好になり、診療の効果が上がる。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	時間外対応体制加算と名称変更	
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、技術内容、算定上の留意点は従前どおり	
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号（再掲）	A001	
技術名	時間外対応加算	
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	時間外対応体制加算と名称変更することにより、患者と医療関係者間のトラブルが減少する	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	診療上の受診数、費用に変化はない	
年間対象者数の変化 前の症例数（人）	変化なし	
後の症例数（人）	変化なし	
年間実施回数の変化等 前の回数（回）	従来どおり	
後の回数（回）	前回と同様	
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）	学会における位置づけは重要であり、難易度は高くない	
・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）	一定の研修を受け、厚生局に届出をした医療機関
	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）	人員配置の要件は無い
その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	保険診療の基本的知識の習得	

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	安全性の問題は認めない
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	説明と同意を基本として、倫理的・社会的な問題は解消される
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠
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 具体的な内容
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠
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	特になし
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	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)

時間外対応加算を時間外対応体制加算に要望する理由

時間外対応加算は、診療所の標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに**応じる体制を整備**するとともに、対応者、**緊急時の対応体制**、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に周知していることにより、再診時に算定可能である。

したがって、時間内に受診しても当該患者に対しては、時間外対応加算の算定は可能であり、誤解を避けるために、「**時間外対応体制加算**」と名称変更を要望する。

時間外に受診した場合は、時間外加算が別に設定されており、混乱することは無いと思われる。