

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 261201 |
| 申請技術名 | 精神科デイ・ケア |
| 申請団体名 | 日本児童青年精神医学会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I 009 |
| 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） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | なし |
| 提案の概要 | 20歳未満の精神科デイ・ケア1回につき200点の加算 |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 対象とする患者：精神疾患を有するもの。技術内容：社会生活技能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療をするものである。患者1人あたり1日につき6時間を標準とする。点数や算定の留意事項：外来患者に限り算定するが、退院を予定されているものに対しては退院支援の一環として、当該他の医療機関に入院中1回に限り算定できる。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 20歳未満に対する精神科デイ・ケアは、学校や専門機関、家族との連携が重要であり、多くの専門職（作業療法士、看護師、看護補助者、臨床心理技術者、精神保健福祉士や保育士など）とのチーム医療が必須である。また、連携には多くの時間を要し高度な専門性に対する適正な評価が必要である。200点加算の根拠として、通院・在宅精神療法20歳未満加算点数（350点）と比べ同等の評価が必要である。 |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | 小規模なもの 590点、大規模なもの 700点 小規模なもの 790点、大規模なもの 900点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 20歳未満のデイ・ケアを施行している学会会員の医療機関は41のみ（平成26年年6月の調査）で極めて少ない。有効性は、症状の軽減や消失、社会性の獲得が可能である。仲間集団ができるまで成長すると、就労への意欲や、就労してからのさまざまなストレスに耐える力が向上する事が実証されている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 20歳未満のデイ・サービス（福祉）が広く普及しているが、20歳未満の精神科デイ・ケア（医療）はデイ・ケア全体人数の1～2%であり、アウトリーチが叫ばれる中、極めて不足している。（平成25年の社会医療診療行為別調査より） |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | 前の人数（人） 237（人）×12（ヵ月）≒2844（人）〔小規模〕、583（人）×12（ヵ月）≒6996（人）〔大規模〕 後の人数（人） 変化なし 前回数（回） 最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合、週5回を限度 後回数（回） 変化なし |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 20歳未満の精神科デイ・ケアでは、児童青年精神医療の現場で長年培われてきた学校や専門機関（児童相談所、施設など）、家族との連携方法や環境調整、関連する多職種との連携やチーム医療が必須かつ重要である。極めて高い専門性を有し、適正な評価が必要である。 |
| ・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 I（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） II（医師、看護師等の人的配置の要件） III（職種や人数、専門性や経験年数等） その他 I（遵守すべきガイドライン等その他の要件） 精神科を標榜し、通院・在宅精神療法20歳未満加算を算定している医療機関。 現在の人員配置要件と同じ 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 問題なし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | プラス又はマイナス金額（円） + 200（増点）×10（円）×（237+583）（人）×2（月2回施行として）×12（ヵ月）≒39,360,000（円） 増点した場合、39,360,000（円）の医療費増額となる。 増点しない場合、医療費の変化なし |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分 番号 技術名 その他 なし 減点や削除が可能ない医療技術はなし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書とも不要） |
| ⑩その他 | 特になし |
| ⑪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 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|--|--|
| 整理番号 | 261202 |
| 申請技術名 | 精神科ショート・ケア |
| 申請団体名 | 日本児童青年精神医学会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I 008-2 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | なし |
| 提案の概要 | 20歳未満の精神科ショート・ケア1回につき100点の加算 |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 対象とする患者：精神疾患を有するもの。技術内容：社会生活技能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療をするものである。患者1人あたり1日につき3時間を標準とする。点数や算定の留意事項：外来患者に限り算定するが、退院を予定されているものに対しては退院支援の一環として、当該他の医療機関に入院中1回に限り算定できる。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） 点数等の見直しの場合 | 20歳未満に対する精神科ショート・ケアは、学校や専門機関、家族との連携が重要であり、多くの専門職（作業療法士、看護師、看護補助者、臨床心理技術者、精神保健福祉士や保育士など）とのチーム医療が必須である。また、連携には多くの時間を要し高度な専門性に対する適正な評価が必要である。100点加算の根拠として、通院・在宅精神療法20歳未満加算点数（350点）と比べ同等の評価が必要である。 小規模なもの 275点、大規模なもの 330点 小規模なもの 375点、大規模なもの 430点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 20歳未満のショート・ケアを施行している学会会員の医療機関は36のみ（平成26年6月の調査）で極めて少ない。有効性は、症状の軽減や消失、社会性の獲得が可能である。仲間集団ができるまで成長すると、就労への意欲や、就労してからのさまざまなストレスに耐える力が向上する事が実証されている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | 20歳未満のデイ・サービス（福祉）が広く普及しているが、20歳未満の精神科ショート・ケア（医療）はショート・ケア全体人数の5%（小規模）・3%（大規模）であり、極めて不足している。（平成25年の社会医療診療行為調査） 286（人）×12（カ月）＝3432（人）（小規模）、337（人）×12（カ月）＝4044（人） 変化なし 最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合、週5回を限度 変化なし |
| ④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） | 20歳未満の精神科ショート・ケアでは、児童青年精神医療の現場で長年培われてきた学校や専門機関（児童相談所、施設など）、家族との連携方法や環境調整、関連する多職種との連携やチーム医療が必須かつ重要である。極めて高い専門性を有し、適正な評価が必要である。 精神科を標榜し、通院・在宅精神療法20歳未満加算を算定している医療機関。 現在の人員配置要件と同じ 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等リスクの内容と頻度 | 問題なし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし |
| ⑦予想される医療費へ影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | プラス又はマイナス 金額（円） 100（増点）×10（円）×（286+337）（人）×2（月2回施行として）×12（カ月）＝14,952,000（円） 増点した場合、14,952,000（円）の医療費増額となる。 増点しない場合、医療費の変化なし |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分番号 技術名 その他 なし 減点や削除が可能な医療技術はなし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | 特になし |
| ⑪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 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|--|--|
| 整理番号 | 262201 |
| 申請技術名 | 経皮的動脈弁置換術 |
| 申請団体名 | 日本循環器学会 |
| 診療報酬区分 | K 手術 |
| 診療報酬番号 | 555-2 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 経皮的動脈弁置換術は保険点数は現在37,430点であり外科的弁置換術の85,550点と比べ低い。経皮的動脈弁置換術は通常の外科的弁置換術と同等の治療効果が見込まれ、かつより多くの人員を要するため保険点数の見直し（増点）を提案する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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 | 申請技術である経皮的動脈弁置換術（TAVR）は通常の外科的手術が困難、あるいはハイリスクである重度大動脈弁狭窄症の患者に対し、透視下にカテーテルを用いて新しく大動脈弁を留置する技術である。治療に際しては要件を満たしたハイブリッド手術室での施行や外科内科麻酔科などよりなるハートチームでの施行が義務付けられており、通常の外科的な大動脈弁置換術よりも高度の設備・人員が求められる。 |
| ②再評価すべき具体的な内容（根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 経皮的動脈弁置換術の治療成績は外科的な弁置換術とくらべ同等の成績が報告されているが、対象とする患者はより重篤であり、治療に際してもより高度の設備、人員が求められている。よって経皮的動脈弁置換術の保険点数は少なくとも従来の外科的弁置換術と同等とするほうが妥当と考える。 |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | 37,430 85,550 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 米国での臨床試験では外科的弁置換術のできない患者に対しては薬物療法とくらべ大幅な生命予後の改善、また外科手術ハイリスク症例に関しては外科的弁置換術と同等の治療効果が報告されている。実施施設についてはTAVR関連学会協議会により施設基準が厳しく定められており通常の外科手術よりも要求される基準は高い。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 保険点数の再評価により対象患者数や実施回数が増えるものではない。年間対象患者については平成26年が約1000例の経皮的動脈弁置換術が施行されたと報告されている。 |
| ・年間対象患者数の変化 前の人（人） 後の人（人） ・年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回） | 1,000 1,000 1,000 1,000 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 上述のようにTAVR関連学会協議会が厳しく施設基準を定めており、通常の外科的な大動脈弁置換術よりも要求される施設、術者のレベルは高い。下記に施行認定に必要とされる要件を記す。 （ http://j-tavr.com/guideline.html より転記） |
| 施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） | 開心術が可能な手術室で設置型透視装置を備えていること（ハイブリッド手術室）。また必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。ハイブリッド手術室として以下の基準が必要である。 ・空気清浄度 class II 以上。 ・設置型透視装置を備える。 ・速やかに開胸手術に移行可能である。 術中経食道心エコー検査が実施可能であること。 経皮的心臓補助装置、緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。 施設として、麻酔科医/体外循環技術認定士の緊急動員に配慮すること。 各施設においてTAVR開始に当たっては、現地調査（インスペクション）による施設認定を必須とする。 |
| ・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） | 心臓血管外科専門医基幹施設であること。 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設であること。 日本循環器学会認定専門医研修施設であること。 心臓血管外科専門医が3名以上在籍すること。 循環器専門医が3名以上在籍すること。 日本心血管インターベンション治療学会専門医が1名以上在籍すること。 実際の手技に当たっては、循環器専門医と心臓血管外科専門医がそれぞれ1名以上参加すること。 上記基準のメンバーを含めたハートチームが、手術適応から手技および術前術中術後管理にわたりバランスよく機能していること。 手術実績としては下記が要求される 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）が年間20例以上あること。 冠動脈に関する血管内治療（PCI）が年間100例以上あること。 大動脈に対するステントグラフト治療（TEVARまたはEVAR）が年間10例以上あること。 経食道心エコー検査が年間200例以上行われていること。 またJACVSDにデータを全例登録し、国の指導のもと、TAVR関連学会協議会が中心となり、データベースを作成することが定められている。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 最も危惧される合併症は弁輪破裂、弁移動、冠動脈閉塞などであり頻度は1-2%程度であるものの緊急で開胸手術に移行できる体制が必要とされる。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし。 |

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ⑦予想される医療費への影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | プラス又はマイナス金額(円) + 4,812,000,000 | 平成26年度の経皮的動脈弁置換術は約1000例施行された、よって1手術あたり48120点増点した場合上述のように4,812,000,000円の増額となる。 増点しない場合医療費の増大はない |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分 番号 技術名 | その他 なし 増点により減額可能な項目はない。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | | 日本心血管インターベンション治療学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会 |

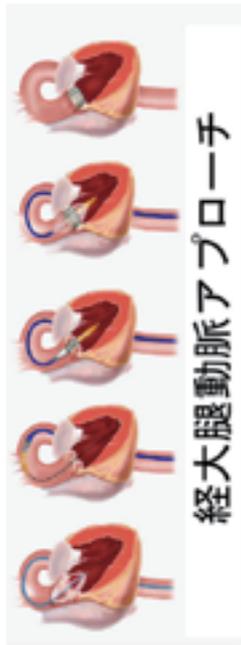
概要図イメージ

【技術】

「経皮的動脈弁置換術(TAVI)」

【技術の概要】

経皮的に大腿動脈もしくは心尖部からカテーテルを挿入し動脈弁置換術を施行する。施行の際にはハイブリッド手術での施行や、外科、内科、麻酔科などよりなるハートチームの編成が要求される。

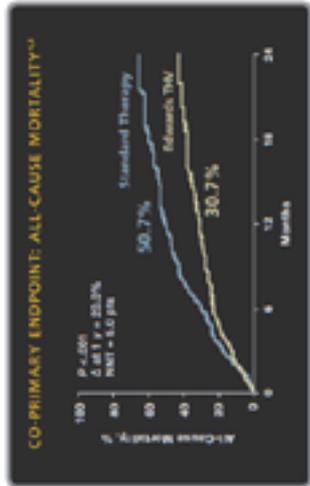


【対象疾患】

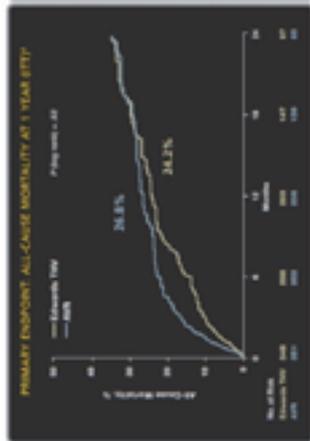
- ・重度大動脈弁狭窄症
 - ・通常の外科的置換術が困難、あるいはハイリスクと考えられる症例が対象となる。
- 平成26年度は約1000例に対して施行された。

【既存の治療法との比較及び有効性】

海外で行われた臨床試験薬物治療、バルーン拡張術と比べた研究ではTAVIを施行した患者さんは生存率の大幅な改善を認めている。



薬物治療との比較



外科手術との比較

手術と比べた場合に経カテーテル大動脈弁置換術は人工心肺を使用せず、胸部に大きな切開を加えないため早期離床が可能であり、入院期間も短くて済む。治療成績は同等と報告されている。

【診療報酬上の取扱い】

- ・K 手術 555-2
- 現在の37,430点から外科的弁置換術と同等の85,550点への改定を提案する。

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|--|--|
| 整理番号 | 262202 |
| 申請技術名 | 在宅肺高血圧症患者指導管理料 |
| 申請団体名 | 日本循環器学会 |
| 診療報酬区分 | C 在宅医療 |
| 診療報酬番号 | 111 |
| 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」を選んだため該当しない |
| 提案の概要 | 現在、C111在宅肺高血圧症患者指導管理料は、「携帯型精密輸液ポンプ」によるプロスタグランジンI2製剤の投与等に関する医学管理について算定可能である。吸入用プロスタグランジンI2製剤（2014年12月に承認申請）の保険収載（予定）を受け、「携帯型精密ネブライザー」による同剤の投与等に関する医学管理についても算定可とする。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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、C111在宅肺高血圧症患者指導管理料は、在宅において、肺高血圧症患者自らが「携帯型精密輸液ポンプ」を用いてプロスタグランジンI2製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行った場合に算定可能である。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 吸入用プロスタグランジンI2製剤（2014年12月承認申請）の保険収載（予定）を受け、「携帯型精密ネブライザー」を用いたプロスタグランジンI2製剤の投与について、当該指導管理料を算定可能とする必要がある。 |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 点数の見直しはない 見直し後 点数の見直しはない |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 「携帯型精密ネブライザーを用いたプロスタグランジンI2製剤の投与」（以下、当該技術）は、現在当該指導管理料によって評価されている「携帯型精密輸液ポンプを用いたプロスタグランジンI2製剤」（以下、既存技術）と同様に、NYHA/WHO機能分類クラスⅢまたはⅣの肺高血圧症において有効性が示されており（資料1：AIR試験；Olschewski H, et al. N Engl J Med 2002;347:322-9）、米国の2007年ACCPガイドライン（資料2）及び欧州の2009年ESC/ERSガイドライン（資料3）で、同機能分類の肺動脈性肺高血圧症患者において推奨されている。既存技術から当該技術への切り替えは、安全で実行可能であり、切り替え後長期間にわたって病状を維持できる可能性を示した報告もある（資料4：Channick R, et al. Pulm Circ 2013; 3: 381-8）。また当該技術は既存技術に比して低侵襲であり、日常生活の制限が少ないため、QOLの向上が期待できる。当該技術においても、現在当該指導管理料によって評価されている技術と同様に、在宅において患者自らが機器を用いて投与するものであり、投与方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行う必要がある。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 当該技術は既存技術の一部を置き換えると考えられるため、再評価によって対象患者数や実施回数は変化しない。平成23年、24年、25年社会医療診療行為別調査によると、「C111在宅肺高血圧症患者指導管理料」の算定件数は、それぞれ76、77、98件であったことから、当該指導管理料の対象患者数を100人と推測した（2以上の在宅療養指導管理を行っている場合は主たる指導管理の所定点数のみにより算定することから、当該指導管理料対象患者数と、C168携帯型精密輸液ポンプ加算の対象患者数は必ずしも一致しない）。当該指導管理料は月1回の算定であるため、年間実施回数は100人×12ヵ月＝1200回となる。 |
| 年間対象患者数の 変化 | 前の人（人） 100 後の人（人） 100 |
| 年間実施回数 の変化等 | 前の回数（回） 1,200 後の回数（回） 1,200 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 前述の通り、米国の2007年ACCPガイドライン（資料2）及び欧州の2009年ESC/ERSガイドライン（資料3）では、NYHA/WHO機能分類クラスⅢまたはⅣの肺動脈性肺高血圧症において当該技術が推奨されている。本邦の「肺高血圧症治療ガイドライン（2012年改訂版）」（資料5）において、肺高血圧症の治療は「十分な経験を有する専門医、または専門医と共同で実施されるべきである」とされている。また、当該技術においては、在宅での患者による薬剤投与が想定され、投与方法、注意点、緊急時の措置等について十分に患者に説明し、適切な医学管理を行う必要がある。 |
| 施設基準 （技術の専門性等） | 施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の 体制等） 特になし |
| （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） 上述の通り、「肺高血圧症治療ガイドライン（2012年改訂版）」（資料5）を鑑み、肺高血圧症治療につき十分な経験を有する専門医、または専門医と共同で実施されるべきである。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 前述の「肺高血圧症治療ガイドライン（2012年改訂版）」（資料5） 当該技術においては肺に直接薬剤を達するため、全身性の副作用の軽減が期待でき、また既存技術で見られるような感染症等のリスクを避けることができる。上記AIR試験を含む多くの試験でイロブロスト吸入療法は安全で忍容性も良好であることが示されている。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし。 |

| | | |
|--|---|--|
| ⑦予想される医療費への影響(年間) | プラス又はマイナス金額(円) | -0 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 増点しないため、該当しない 実施回数は変化しないと推測されるため、当該指導管理料に係る費用は変化しない |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分番号 技術名 | その他 特になし 特になし |
| ⑨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 | | 1. あり(別紙に記載、添付文書を添付する) |
| ⑩その他 | | 特になし |
| ⑪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 |

「在宅肺高血圧症患者指導管理料」について

【技術の概要】

- 現在は「携帯型精密輸液ポンプ」によるプロスタグランジン₁₂製剤の投与等に関する医学管理について算定可能。
- 吸入用プロスタグランジン₁₂製剤（2014年12月に承認申請）の保険収載（予定）を受け、「携帯型精密ネブライザー」による同剤の投与等に関する医学管理についても算定可とすることを要望（算定要件の拡大）。

【対象疾患】

- 肺動脈性肺高血圧症
社会医療診療行為別調査から推計すると、年間対象患者は100人程度と考えられる。本算定要件の拡大によって対象患者数は変化しないと推測。

【既存の治療法との比較】

- 両技術とも、同程度の重症度の患者において、有効性が示されており、欧米のガイドラインで推奨されている
- 既存技術に比べ当該技術は低侵襲であり、日常生活の制限が少なく、QOLの向上が期待できる。
- 当該技術では、既存技術で懸念されるカテーテル留置や持続皮下注に伴う有害事象がなく、また全身性の副作用の軽減が期待できる。

【診療報酬上の取扱い】

- C在宅医療
- 1,500点
（点数の見直しは要望しない）



携帯型精密ネブライザー

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|------------------|--|
| 整理番号 | 266201 |
| 申請技術名 | 自己抗体による急速進行性糸球体腎炎(RPGN)に対する血漿交換療法 |
| 申請団体名 | 日本腎臓学会 |
| 診療報酬区分 | J 処置 |
| 診療報酬番号 | J 039 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 自己抗体、抗白血球細胞質抗体(ANCA)および抗糸球体基底膜(抗GBM)抗体による急速進行性糸球体腎炎(RPGN)に対し、血漿交換療法の適応を拡大することにより、これらの病態における救命率の向上と、腎死症例の減少を図る。 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------|-----------------|---------|--------------------|---------|-----------------|---------|-----------------------|
| 【評価項目】 | | | | | | | | | |
| ①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>現在、同様の自己抗体によるRPGNでは全身性ループス(SLE)が適応になっている。最近では薬物治療の進歩により、SLEでRPGNを呈する患者は減少し、RPGNのほとんどはANCAまたは抗GBM抗体によるものであり、これらの疾患は薬物による治療では生命予後および腎予後がきわめて不良であるが、血漿交換療法の適応はない。</p> <p>・対象とする患者： 年間でANCA180例、抗GBM抗体54例程度。わが国のRPGN患者数は年間1800名程度(難治性疾患研究班資料)、RPGN症例の約10%が肺出血を伴い、そのほとんどがANCAによるものであり、救命のため血漿交換療法の適応と考えられる。また、RPGNの約5%が抗GBMにより、この中で急速な腎機能悪化例は50%程度である。</p> <p>・技術内容： 血漿交換療法は種々の自己免疫性疾患に対する治療法としてすでに確立している。今回提案する疾患では、単純血漿交換療法と二重濾過血漿分離交換法(DFPF)が適用される。</p> <p>・処置点数： SLEのRPGNに対する血漿交換療法に準じる。施行回数： 後述のANCAIにおけるRCTの治療プロトコールを参考に2週間に7回を1クールとし、治療抵抗例では2クールまでを提案する。</p> | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | <p>近年、RPGNのほとんどはANCAまたは抗GBM抗体によるものである。</p> <p>・肺出血またはRPGNを呈するANCA関連血管炎は、薬物治療のみでは高率に死亡または透析導入に至る。血漿交換療法は既に確立された治療法であり、厚生労働省難治性疾患研究班・日本腎臓学会のRPGN診療指針によれば、肺出血合併例での血漿交換施行が推奨されており、海外では標準的治療(米国のガイドライン参照)になっている。生命予後と腎予後を改善する有効性を示すRCTの論文も報告されている(後述)。また、血漿交換の併用により、ステロイドや免疫抑制薬の減量が可能となり、過剰免疫抑制に伴う感染症死を減少させる効果も示されている。</p> <p>・抗GBM抗体型のRPGNは、頻度の少ない疾患であるが、無治療で90%以上が死亡または末期腎不全に至る。希少疾患のため、多数例でのRCT研究はないが、多くの臨床研究で早期の抗糸球体基底膜抗体の除去により、救命あるいは腎死を回避できることが報告されている。血漿交換と免疫抑制療法の併用は世界的に標準的治療(米国のガイドライン参照)となっており、発症早期の血漿交換による救命あるいは透析回避の効果が高いことが明らかになっている。厚生労働省難病研究班・日本腎臓学会のRPGN診療指針によれば、発症早期で、急速な腎障害の進行、肺出血の合併があれば標準治療として推奨している。また、血漿交換の併用により、ステロイドや免疫抑制薬の減量が可能となり、過剰免疫抑制に伴う感染症死を減少させる効果も明らかとなっている。</p> | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 見直し後 | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <p>ANCAおよび抗GBM抗体によるRPGNは有病率が低いが、薬物治療抵抗性で致死率も高く、救命できた場合でも高率に維持透析療法に至る予後不良の疾患である。</p> <p>・治癒率、死亡率、QOLの改善</p> <p>ANCAによるRPGNでは、RCT(J Am Soc Nephrol 2007; 18: 2180)で発症3か月において透析なしでの生存率の20%改善(p=0.02)、発症12か月での24%の有意な維持透析の減少、また最近のメタ解析(Am J Kidney Dis 2011; 57: 566)で維持透析のリスクの36%の減少(p=0.006)の効果が示されている。</p> <p>抗GBM抗体型のRPGNは頻度の少ない疾患であるが、無治療で90%以上が死亡または末期腎不全に至る。多くの臨床研究(希少疾患のため、RCTの成績はない)で早期の抗糸球体基底膜抗体の除去により、救命あるいは腎死を回避できることが示唆されている(Ann Intern Med 2001; 134: 1033)。血漿交換と免疫抑制療法の併用は米国のガイドライン(次項参照)で推奨されており、発症早期の血漿交換による救命あるいは透析回避の効果が示されている。厚生労働省難病研究班・日本腎臓学会のRPGN診療指針によれば、発症早期で、急速な腎障害の進行、肺出血の合併があれば標準治療として推奨されている。</p> <p>・学会のガイドライン</p> <p>米国アフェリシス学会による血漿交換療法のガイドライン(J Clin Apher 2013; 28: 145) ANCAでの血漿交換の推奨度： 透析を要す例(1A)、肺出血(1C)、透析前(2C)、抗GBM抗体での推奨度： 透析施行例で肺出血なし(2B)、肺出血(1C)、透析導入前(1B)</p> <p>厚生労働省難治性疾患克服研究事業： ANCA関連血管炎の診療ガイドライン(2014年改訂版) 重篤な腎障害(血清クレアチニン値5.7mg/dL以上)ではステロイド、シクロフォスファミドに加え血漿交換療法(推奨A、2週間以内に4L交換を7回)、肺出血を合併する場合は同様で推奨C。</p> | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | <p>保険適応になれば、重症の腎不全(血清クレアチニン値5.7mg/dL以上)あるいは肺出血を伴う患者は免疫抑制療法と血漿交換療法の併用が選択できるようになるため、血漿交換療法併用の適応となる患者数を推計して試算した。</p> | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>ANCA 0、抗GBM抗体 0</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>ANCA 180、抗GBM抗体 54</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>ANCA 0、抗GBM抗体 0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>ANCA 1、800、抗GBM抗体 540</td> </tr> </table> | 前の人数(人) | ANCA 0、抗GBM抗体 0 | 後の人数(人) | ANCA 180、抗GBM抗体 54 | 前の回数(回) | ANCA 0、抗GBM抗体 0 | 後の回数(回) | ANCA 1、800、抗GBM抗体 540 |
| 前の人数(人) | ANCA 0、抗GBM抗体 0 | | | | | | | | |
| 後の人数(人) | ANCA 180、抗GBM抗体 54 | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | ANCA 0、抗GBM抗体 0 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | ANCA 1、800、抗GBM抗体 540 | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| <p>④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>・学会における位置づけ ANCAおよび抗GBM抗体によるRPGNIは腎臓疾患の中でもっとも治療が困難な疾患のひとつである。 ・専門性 腎臓学会、透析医学会、あるいはアフェレンス学会の専門医がいる施設での治療が推奨される。血漿交換の施行は熟練した臨床工学技士による運転あるいは指導が推奨される。</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>腎臓科または血液浄化療法科(透析科)、膠原病科がある施設</p> <p>医師：腎臓学会認定専門医または透析医学会認定専門医、アフェレンス学会認定専門医が1名以上 臨床工学技士：臨床経験3年以上、できればアフェレンス学会認定専門臨床工学技士が1名以上</p> <p>厚生労働省難治性疾患克服研究班の難治性血管炎に関する調査研究班および進行性腎障害に関する調査研究班によるANCA関連血管炎の診療ガイドライン(2014年改訂版)、米国アフェレンス学会による血漿交換療法のガイドライン(J Clin Apher 2013; 28: 145)</p> |
| <p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p> | <p>体外循環治療に伴う一過性の血圧低下、アレルギー反応などが5%程度に生じる可能性があるが、補液や薬物治療で容易に対処可能である。</p> |
| <p>⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p> | <p>薬物治療単独で救命できない、あるいは維持透析に至る危険性のある患者において代替治療がほかにないため、十分な説明と同意を行った後に血漿交換療法を行うことは、倫理的・社会的に問題はない。</p> |
| <p>⑦予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費</p> | <p>プラス又はマイナス金額(円)</p> <p>86,840,000円</p> <p>・ANCAによるRPGNの場合(1名平均10回施行したとして計算) 血漿交換技術料(50k)+フィルター(29k)+置換液代(25k)=104000円/回、1人10回 患者数180人 104000 * 10 * 180 = 187,200,000円 90名が透析を平均1ヶ月施行、400,000円/月とし、400,000 * 90 * 1 = 36,000,000円 10名が維持透析になった場合、5,000,000円 * 10人 = 50,000,000円 の透析医療費を要する。 合計： 273,200,000円</p> <p>・抗GBM抗体によるRPGNの場合 血漿交換技術料(50k)+フィルター(29k)+置換液代(25k)=104000円/回 一人あたり10回 患者数54人 104000 * 10 * 54 = 56,160,000円 54名が透析を平均1ヶ月施行、400,000円/月とし、400,000 * 54 * 1 = 21,600,000円 10例が救命されたが維持透析になった場合、5,000,000円/年 * 10人 = 50,000,000円 の透析医療費を要する。 合計 127,760,000円 ・総計 400,960,000円</p> <p>・ANCAによるRPGNの場合 50%の患者(90名)が透析を平均3ヶ月施行すると、400,000円/月として400,000 * 90 * 3 = 108,000,000円 180名中20%(36名)の患者が救命され、透析導入となった場合、5,000,000円 * 36人 = 180,000,000円 の透析医療費を要する。 合計： 288,000,000円</p> <p>・抗GBM抗体によるRPGNの場合 全員の患者(54名)が透析を平均3ヶ月施行すると、400,000円/月として400,000 * 54 * 3 = 64,800,000円 54例の50%27例が救命され、維持透析に至ったとすると、5,000,000円/年 * 27 = 135,000,000円 合計： 199,800,000円 ・総計 487,800,000円</p> |
| <p>⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> | <p>区分 番号 技術名</p> <p>その他 特になし</p> |
| <p>⑨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>1. あり(別紙に記載、添付文書を添付する)</p> |
| <p>⑩その他</p> | <p>特になし</p> |
| <p>⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p> | <p>日本透析医学会、日本アフェレンス学会、日本小児腎臓病学会</p> |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 266202 |
| 申請技術名 | 経皮的腎生検 |
| 申請団体名 | 日本腎臓学会 |
| 診療報酬区分 | D 検査 |
| 診療報酬番号 | D412 |
| 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) |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 経皮的腎生検は超音波エコーによる観察下で後腹膜にある腎臓に生検針を刺して、腎組織を採取する検査である。腎臓は体深部に存在し、かつ血流量の多い臓器のため、表在性の組織の採取と異なり、熟練した医師が高い専門性を有した知識と技術のもとで行わないと大出血の事故を生じる危険性がある。このため、専門性と熟練技術を勘案した診療報酬に改定すべきと考え、手技のリスクと技術の熟練度を勘案して、既収載技術の経気管支肺生検に準じた増点を提案する。 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|-------|---------|-------|
| 【評価項目】 | | | | | | | | | |
| ①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>現在の診療報酬では、D412 経皮的針生検法1,600点である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ネフローゼ症候群や急速進行性糸球体腎炎、ループス腎炎、IgA腎症など ・超音波エコーによる観察の下、背部から生検針を刺して腎組織を採取し、光学顕微鏡による組織診断および、蛍光抗体法による免疫組織検査、電子顕微鏡による微細構造の組織変化を観察する。 ・透視、心電図検査及び超音波検査を含む。 | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬1600点は、日本腎臓学会教育施設での実態調査による実費用38,931円の半分以下である。 ・要求される技術の熟練性を考慮すれば、表在性の組織の採取に対する技術料1,600点は適正な技術料とは考えにくい。超音波内視鏡下穿刺吸引生検法、あるいは経気管支肺生検法などの検査と同等の熟練した技術を要する検査と考えられるので、これらの検査料4,000点と同額に増点を提案する。 | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | <p>1,600点</p> <p>4,000点</p> | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <ul style="list-style-type: none"> ・腎臓学会教育施設での実態調査(必要人員数と拘束時間に基づく)による実費用は、術者人件費17,685円、助手人件費8,860円、看護師人件費2,860円、材料費6,666円、合計38,931円である。 ・患者数約1300万人とされるCKDの早期発見、早期診断が急務である。疾患の正しい病理診断が治療の成功と予後改善に不可欠であり、腎生検による確定診断を要する。診療報酬の見直しにより腎生検が倍増すれば、透析導入を回避できる患者数が倍増し、透析医療費削減に寄与するとともに、患者の生命予後およびQOL向上に貢献できる。 | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | <p>検査技術料の増点がなされれば、これまで負の経済的因子によって躊躇されていた腎生検の件数が倍増すると予測される。</p> | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の回数(人)</td> <td>3,000(成人2,000、小児1,000)</td> </tr> <tr> <td>後の回数(人)</td> <td>6,000(成人4,000、小児2,000)</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>3,000</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>6,000</td> </tr> </table> | 前の回数(人) | 3,000(成人2,000、小児1,000) | 後の回数(人) | 6,000(成人4,000、小児2,000) | 前の回数(回) | 3,000 | 後の回数(回) | 6,000 |
| 前の回数(人) | 3,000(成人2,000、小児1,000) | | | | | | | | |
| 後の回数(人) | 6,000(成人4,000、小児2,000) | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | 3,000 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 6,000 | | | | | | | | |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | <ul style="list-style-type: none"> ・日本腎臓学会における位置付け：慢性腎臓病および急性腎障害において疾患の正しい病理診断が治療の成功と予後改善に不可欠であり、腎生検による確定診断を要する。 ・難易度：経験年数10年以上の腎臓専門医による実施を要する。 | | | | | | | | |
| ・施設基準(技術の専門性等) ・施設要件(標準科、手術件数、検査や手術の体制等) ・施設基準(技術の専門性等) ・施設要件(医師、看護師等の考えられる要件(職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること) ・施設要件(医師、看護師等の考えられる要件(職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること)) ・施設要件(医師、看護師等の考えられる要件(職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること)) | <p>内科、小児科、泌尿器科、外科のいずれかで腎臓専門医が常勤であること、検査の重篤な合併症発生時のカテーテルによる腎動脈塞栓術あるいは緊急手術が行える体制を要する。</p> <p>経験年数10年以上の腎臓専門医(内科、泌尿器科、外科のいずれか)が常勤であること。助手を務める経験年数3~5年の医師が常勤でいること。看護師による補助を要する。</p> <p>日本腎臓学会の慢性腎臓病および急性腎障害診療ガイドののっとり検査が実施されること</p> | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | <p>経皮的腎生検の有用性と安全性はすでに確立しており、熟練した腎臓専門医が行うことを遵守すれば、問題は少ない。</p> | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | <p>治療効果が検査のリスクを上回ると判断される患者に対して、説明と同意の上、実施される検査であり、倫理的・社会的に問題はない。</p> | | | | | | | | |
| ⑦予想される医療費△影響(年間)金額(円) (影響額算出の根拠を記載する。) | <p>130,800,000</p> <p>対象患者=6,000(人) 当該技術に係る医療費:6,000人×40,000円=2億4,000万円 6,000名のうち透析を回避できた患者がその10%600名とすれば、透析を回避できなかった5,400名の年間透析医療費が500万円×5,400人=270億円 ・計272億4,000万円</p> <p>対象患者=3,000(人) 当該技術に係る医療費:3,000人×16,000円=4,800万円 3,000名のうち透析を回避できた患者がその10%300名とすれば、再評価後の対象患者6000名とそろえて計算すると、透析を回避できなかった5,700名の年間透析医療費が500万円×5,700人=285億円 ・計285億4,800万円</p> | | | | | | | | |
| ⑧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</p> <p>その他 特になし</p> | | | | | | | | |
| ⑨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>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p> | | | | | | | | |
| ⑩その他 | <p>特になし</p> | | | | | | | | |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | <p>日本小児腎臓病学会</p> | | | | | | | | |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 266203 |
| 申請技術名 | 血中ヒアルロン酸測定 |
| 申請団体名 | 日本腎臓学会 |
| 診療報酬区分 | D 検査 |
| 診療報酬番号 | D007-43 |
| 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） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | |
| 提案の概要 | 稀少腎疾患であるcollagenofibrotic gloemruloopathy（膠原線維性糸球体症）の診断に血中ヒアルロン酸測定が有用であり、かつ治療効果の判定指標になりうる可能性がある。検査適応疾患への追加を希望する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 現行では、血中ヒアルロン酸は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | Collagenofibrotic glomerulopathy（膠原線維性糸球体症）は遺伝性を示す腎稀少疾患の一つであり、診断は腎生検による。この疾患の血中ヒアルロン酸が極めて高く、正常値の1000倍以上を示し、腎移植後には正常化する事も2014年に報告された。現行保険点数適応は慢性肝炎のみとなっているが本疾患の診断と治療経過の判定にも保険点数が適応されることで、臨床的に極めて有用である。 なし なし collagenofibrotic gloemruloopathy（膠原線維性糸球体症）の病因論と治療法が確立されておらず、血中ヒアルロン酸測定が病因説明と治療法確立に役立つ。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の前（人） の变化 後の人数（人） ・年間実施回数の前（回） 变化等 後の回数（回） | Collagenofibrotic glomerulopathy（膠原線維性糸球体症）は、学会などの症例報告から、年間腎生検にて2-3例の報告がみられ、現在100例程度が本邦に存在していると推測される。 100例 110例 100-200回 110-220回 |
| ④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 （遵守すべきガイド ライン等その他の要 件） | 測定法も技術的に完成されたものである。 腎生検ができる一般病院 通常の病棟、外来での検査体制で対応可能 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 末梢血採血であり、安全性には問題はない。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 倫理的に患者プライバシーを侵害する検査ではなく問題はない。 |
| ⑦予想される医療費 （影響額算出の根拠 を記載する。） ・予想される当該技 術に係る医療費 ・当該技術の保険収 載に伴い減少又は 増加すると予想され る医療費 | プラス又はマイナス 金額[円] 184,000～368,000円/年 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 予想される医療費への影響は、稀少疾患であり、検査回数も少ないため、大幅な医療費コスト増加にはつながらない。予想される検査回数からしても年間、184,000～368,000円程度の医療費増加である。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合は、医療費の変化はない。 |
| ⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えら れる医療技術、技術名 | その他 特になし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | なし |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 266204 |
| 申請技術名 | 難治性ネフローゼ症候群に対するLDLアフェレシス(LDL-A)療法 |
| 申請団体名 | 日本腎臓学会 |
| 診療報酬区分 | J 処置 |
| 診療報酬番号 | J 039 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6」その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | LDLアフェレシス療法(LDL-A)は巣状糸球体硬化症(FGS)以外のネフローゼ症候群に対しても、尿蛋白の減少をはじめとする治療効果を有することについては従来から多くの報告が蓄積されている。近年では前向きコホート研究であるPOLARIS研究によってもFGS症例と非FGS症例の間に治療有効性の差が見られなかったことが確認され、ネフローゼ症候群診療ガイドライン2014でも、高コレステロール血症を伴う難治性ネフローゼ症候群への適用が推奨されている。しかし、LDL-Aの保険適用はFGSに限られており、治癒の可能性があっても臨床ではFGS以外の症例にLDL-Aを適用することは難しい状況にある。通常の治療法だけでは末期腎不全への進行を免れない患者を救済し、医療費の増大を抑制することを目的として、通常の薬物療法に抵抗性を示し難治性に至るネフローゼ症候群をLDL-Aの適用疾患に追加することを提案する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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LDL-A療法は、体外循環により血中のコレステロールを選択的に吸着除去する多孔質セルロースビーズを担体としたデキストラン硫酸をリガンドとしたカラムを用いて血漿中のLDLコレステロールを除去する、血液浄化療法の1つであり、診療報酬上では、J039血漿交換療法に含まれる診療技術である。 その対象患者は、家族性高コレステロール血症の患者、閉塞性動脈硬化症(薬剤投与によっても高脂血症が継続している患者を含む)、ネフローゼ症候群等の疾患を含む、すべての難治性高コレステロール血症の患者であり、本技術の実現に欠くことのできない医療機器(吸着カラム)の医薬品医療機器等法上の製造販売承認における使用目的、効能または効果においても、そのように記載されている。 本技術に関する保険診療上の対象疾患については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」通知の「J039 血漿交換療法(1)」掲載されており、その対象疾患にネフローゼ症候群は掲載されていない。しかし、J039の対象疾患について同(1)に、家族性高コレステロール血症の患者、閉塞性動脈硬化症と合わせて、ネフローゼ症候群を呈する疾患の1つである巣状糸球体硬化症(FGS)が記載され、「従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dL以下に下がらない」難治症例に対して保険診療が行われている。すなわち、FGS以外の原疾患(膜性腎症、膜性増殖性糸球体腎炎、微小変化型ネフローゼ症候群、半月体形成性糸球体腎炎、紫斑病性腎炎、ループス腎炎、IgA腎症等)では、たとえたとえ薬物療法の効果が得られずネフローゼ状態が持続し難治性に至る場合であってもJ039が適用できない状況になっている。これらの症例に対しては、通常の薬物療法に加えてステロイドパルス療法やミゾリピン、アザチオプリン、ミコフェノール酸モフェチル、シクロフォスファミド、最近ではリツキシマブ等承認、未承認を問わず様々な薬物療法が追加されるが、必ずしも奏功するとは限らず、漫然とした投与継続は患者や医療者を疲弊させるだけでなく、保険財政も圧迫している。さらにネフローゼ状態が持続すれば多くの症例で末期腎不全に至り、維持透析を導入せざるを得なくなるが、こうなると患者、保険財政ともさらに大きな負担が加わることになる。 また、難治性ネフローゼ症候群患者に対してJ039の診療の適否を判断するために、医学的には大きな意味を持たないFGSの鑑別診断を行う必要が生じており、そのため、原則として腎生検が必要となっている。このことは、患者に対する侵襲、及び医療者の負担を大きくしており、医療倫理上、保険財政上の効率性の観点からも問題になっている。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | LDL-A療法は、巣状糸球体硬化症以外の難治性症例に対しても有効性を示すことが多くの学会発表や論文、さらに昨年発表されたエビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2014においても認められているにも拘らず、保険診療上の適用疾患は「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」通知「J039 血漿交換療法(15)」に記載されている通り巣状糸球体硬化症に限定されており、それ以外の原疾患を有するネフローゼ症候群では、LDL-A療法により尿蛋白を減少させ、ネフローゼ状態から離脱できる可能性が損なわれている。そこで現在「当該治療の対象となる巣状糸球体硬化症は」となっており、巣状糸球体に限定されている適用疾患に難治性ネフローゼ症候群を追加し、「当該治療の対象となる巣状糸球体、及び難治性ネフローゼ症候群は」とすることにより、本来LDL-A治療の恩恵が受けられるべき患者が須らくLDL-A治療を受けることができるように保険適用疾患を拡大すべきであると考えられる。 |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 なし 見直し後 なし |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 初期の薬物療法に抵抗性を示すネフローゼ症候群に対するLDL-A治療の有効性を検討したPOLARIS研究における治療直後の尿蛋白値を指標とした有効性評価は、現在保険収載されている巣状糸球体硬化症(FGS)症例の有効症例率(14/27=51.9%)と、未収載の非FGS症例の有効症例率(12/22=54.5%)がほぼ同等という結果が得られた[Ther Res 2002;33:211-214(レベル4)](B)。この結果を受けて、厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業(難治性疾患克服研究事業)「進行性腎障害に関する調査研究」において作成された「エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2014」で、難治性ネフローゼ症候群の尿蛋白減少に対して、LDL-Aは有効であると推奨された(推奨グレードC1)。また最近、このガイドラインに明記されていないが、LDL-A治療前後の尿蛋白値の変化は、FGS症例で6.47 ± 2.98 g/日(治療前)→3.26 ± 3.13 g/日(治療後)、非FGS症例では6.13 ± 3.41 g/日(治療前)→3.89 ± 4.01 g/日(治療後)とほぼ同等であったこと[Clin Exp Neph Published online: 17 June 2014](C)も報告されている。このガイドラインの作成において査読学会として参加した当学会では、エビデンスに基づいて作成された診療ガイドラインに従って治療が行われることは、医療の質の確保の観点と患者の安全性確保、患者からの医療への信頼の確保から重要と考えており、エビデンスに基づいて作成された診療ガイドラインに記載の診療技術は保険収載されるべきと強く考える。なお、本ガイドラインにおいて医薬品医療機器等法に基づく製造販売承認に関する制約がある技術を除くすべての技術は、既に保険収載されている。 |

| | |
|--|--|
| <p>③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p> | <p>新規発症難治性ネフローゼ症候群は年間1000例強と推定される。このうちの5%にLDL-Aが適用されるとすると現行の約150人に50人の新規適用例が加わり200名となると考えられる。1人当たりの平均実施回数は約10回(POLARIS研究の場合、登録症例の平均実施回数は9.6回であった)と考えられるので年間実施回数は2000回となる。</p> |
| <p>・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等</p> | <p>前の人(人) 150 後の人(人) 200 前の回数(回) 1,500 後の回数(回) 2,000</p> |
| <p>④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> | <p>LDL-A療法は、前述のように「エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2014」(A)において「LDL アフェレシスは、高LDL コレステロール血症を伴う難治性ネフローゼ症候群の尿蛋白減少に対し有効であり推奨する(推奨グレードC1)」とされている。また、「ネフローゼ症候群診療指針」(D)における巣状分節性糸球体硬化症の診療指針では、薬物療法に対する補助療法の1つとしてステートメント及び治療アルゴリズムに記載され、本文中でも「4)LDL アフェレシス療法/前述のごとく、難治性ネフローゼ症候群においては、持続する脂質異常症を改善させることによって免疫療法の効果が促進され、かつ糸球体硬化病変の進行抑制や腎機能保持効果をもたらすことが期待される。これに関連して、巣状糸球体硬化症におけるLDL アフェレシス療法の有効性を示す結果が各種臨床研究で報告されている。すでに保険認可された治療法であり、各種治療に抵抗性だった症例がLDL アフェレシスを契機に治療反応性が良くなる場合があるので、高LDL コレステロール血症を伴う難治症例に対しては試みるべき治療法である。」と推奨されている。さらに同診療指針では、微小変化型ネフローゼ症候群の診療指針において「また、保険では巣状分節性糸球体硬化症にしか適用されていないが、ステロイド抵抗性 MCNS に対して LDL 吸着療法を行い寛解が得られた症例が報告されている」と薬物治療に抵抗性を示す難治症例に対しても有効であることが紹介されている。この他、「エビデンスに基づくCKDガイドライン2013」においても「CQ 7 巣状分節性糸球体硬化症の尿蛋白減少にLDL アフェレシスは推奨されるか? /LDL アフェレシスは高LDL コレステロール血症を伴うステロイド抵抗性の巣状分節性糸球体硬化症の尿蛋白減少に有効である可能性があり、考慮してもよい。(推奨グレードC1)」として推奨されている。</p> <p>また本療法は、1986年に家族性高コレステロール血症、1992年に閉塞性動脈硬化症及び巣状糸球体硬化症に対して保険収載され、30年近い臨床適用の実績があり、有効性情報、安全性情報とも多大な蓄積がある成熟した技術であると考えられる。</p> <p>難易度としては、拡大する患者に対して行うLDL-A療法に行われる処置は、既存の対象患者に対して行うLDL-A療法と同じ技術的内容であり、かつ、患者に対する医学的管理についても同じ内容である。</p> <p>体外循環治療に必要な設備を有している施設であることが必要であるが、血液浄化療法を行っている施設であれば現在でも問題なく治療が行われているので施設基準を設定するまでの必要性はない。</p> <p>LDL-A治療に関わる医師、臨床工学技士、看護師はは体外循環療法に経験を有し、有害事象発生時の対処法を理解していることが必要である。</p> <p>「エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2014」 「ネフローゼ症候群診療指針」 「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013」</p> |
| <p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p> | <p>LDL-A療法施行時のアンジオテンシン変換酵素阻害剤の併用は重篤な血圧低下を引き起こすため禁忌である。前述のように本治療法は30年近い臨床使用の実績があり、安全性情報が蓄積されているため、重篤な副作用の発生は基本的に回避されると考えられる。</p> |
| <p>⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p> | <p>問題なし。</p> |
| <p>⑦予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費</p> | <p>プラス又はマイナス 金額(円) 546,100,000円(リボソーパーの場合) 577,200,000円(二重膜濾過法の場合)</p> <p>LDL吸着療法(リボソーパー)の場合 血漿交換技術料(4,200点)+吸着カラム(8,700点)+血漿分離膜(2,830点)+賦活液(50点)=15,780点/回、1人10回 患者数 50人 15,780点×10×50=7,890,000点(78,900,000円) 二重膜濾過血漿交換療法(プラズマフロー、カスケードフロー)の場合 血漿交換技術料(4,200点)+血漿分離器(2,910点)+血漿成分分離器(2,450点)=9,560点/回、1人10回 患者数 50人 9,560点/回×10×50=47,800,000円</p> <p>難治性となるネフローゼ症候群の50%が透析導入に至り、LDL-Aによって約半数の症例が改善し透析導入を免れるとすると、年間12.5人の難治性ネフローゼ症候群患者の透析導入を抑制することになる。これらの症例の透析医療費は、5,000,000円/年/人×12.5人=62,500,000円/年となる。透析に至った患者の平均余命を10年と仮定すると透析医療費の総額は625,000,000円となる。</p> |
| <p>⑧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 特になし</p> |
| <p>⑨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>1. あり(別紙に記載、添付文書を添付する)</p> |
| <p>⑩その他</p> | <p>特になし</p> |
| <p>⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p> | <p>日本アフェレシス学会、日本透析医学会</p> |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|---|
| 整理番号 | 270201 |
| 申請技術名 | 終夜睡眠ポリグラフィー |
| 申請団体名 | 日本睡眠学会 |
| 診療報酬区分 | D 検査 |
| 診療報酬番号 | D237 |
| 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 | 記載の必要なし |
| 提案の概要 | D237終夜ポリグラフ検査は、睡眠時無呼吸症候群(SAS)、過眠症、不眠症などの睡眠障害の診断に行われている。2014年の睡眠障害国際分類改訂によりSASの診断法にも大きな改訂が行われ、欧米では合併症のないSASなど条件を満たす場合は携帯用装置を用いた検査が主流となりコスト削減と医療資源の有効利用が進んでいる。一方、リスクの高い合併症のあるSAS(ASVの適応例など)や過眠症などの睡眠障害患者の診断では、睡眠医療専門の検者による終夜監視、及び介入が、正確な診断と検査の安全管理に不可欠である。現在、本邦では監視、介入が不十分なため診断がつかず複数回の検査を複数の医療機関で行われている場合も少なくない。従って、D237 1の適応基準の厳格化によるコスト削減、医療資源の有効利用、さらにD237 3のうち終夜監視を必要とする適応基準を明確にし、監視加算を親切する、算定要件と点数の見直しを要望する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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：SASを含むすべての睡眠障害。 技術内容：睡眠時の呼吸状態、動脈血酸素飽和度、脳波、筋電図などを測定する検査。 D237 終夜睡眠ポリグラフィー D237 3 1及び2以外の場合 3,300 点 |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | D237 3 1及び2以外の場合 3,300 点の適応基準を、D237 1及び2において診断困難であったSAS、およびD237 1及び2において、無呼吸指数が30未満(従来は40)の場合で診断目的、あるいはCPAP治療の適応診断が必要な場合とする。 さらに、D237 3 1及び2以外の場合 3,300 点において施設基準を満たし、てんかん等、行動異常を伴うSASや中枢性過眠症において安全管理、検査の正確性のため終夜監視をおこなった場合に、監視加算を新設する |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 D237 終夜睡眠ポリグラフィー D237 3 1及び2以外の場合 3,300 点 見直し後 D237 終夜睡眠ポリグラフィー D237 3 1及び2以外の場合 3,300 点 D237 4 3において終夜監視を行った場合 監視加算1000点で合計4300点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 米国睡眠学会のシステマティックレビューによるガイドライン(Kushida et al. Practice Parameters for the Indications for Polysomnography and Related Procedures: An Update for 2005. SLEEP, Vol. 28, No. 4, 2005)で、終夜睡眠ポリグラフィーが診断法のスタンダードとされている。一方、終夜ポリグラフ中の有害事象は0.2%に認められ、予防には監視と介入が必要とされている。(Kolla etc.:J of Clin. Sleep Med. 9; 1201-1205, 2013) |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 現在のD237 3の年間実施回数6492件のうち無呼吸指数が30以上40未満と推定される1100件の検査が削減される。一方、終夜監視検査は全検査の1300件と推定され監視加算の対象となる。(推定数は日本睡眠学会認定医師86名を対象とした調査より推定した。) |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | 前の回数(回) 6492件 後の回数(回) 5392件(このうち1300人が監視加算) 前の回数(回) 6492件 後の回数(回) 5392件(このうち1300人が監視加算) |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 日本睡眠学会は睡眠医療について、医師、検査技師、施設の認定基準をもうけている。監視加算の算定には日本睡眠学会認定施設あるいは同等の基準を満たすこととする |
| 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) | 日本睡眠学会認定施設基準 1)睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害の医療を行う学会認定医療機関とは、それらの医療を総合的かつ専門的に行う診療部門(診療科、センターなど)であり、それらの医療に係る医師2名あるいは歯科医師2名(そのうちの1名は常勤の学会認定医あるいは学会認定歯科医であること)、または、学会認定医(常勤)1名あるいは学会認定歯科医(常勤)1名と学会認定検査技師(常勤)1名(計2名)、および、その他の必要とする職員(臨床検査技師、看護師など)によって運営されること。 2)睡眠ポリグラフ検査のための設備とその施設の安全管理マニュアルを有すること。 3)睡眠ポリグラフ検査は、学会認定医、学会認定歯科医または学会認定検査技師が行うこと、あるいは、その指導のもとで、医師、歯科医師、臨床検査技師、看護師等の有資格者が行うこと。 4)睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害の医療のために利用できる病床を有すること。 5)睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害の診断と治療のために必要とする他の専門的な診療部門(内科、神経科、精神科、小児科、耳鼻咽喉科、歯科、口腔外科、レントゲン科など)、および、臨床医学的検査部門との密接な連携を有すること。 6)学会認定医療機関・認定委員会は、その学会認定を受けることを申請した医療機関が上記の諸条件を備えているかどうかを審査し(申請医療機関の視察を含む)、A型あるいはB型の学会認定医療機関(病院の診療部門、センターなど)を認定する。 7)睡眠障害の全般(睡眠障害の国際的診断分類第3版 ICDSD-3 の診断カテゴリーによる)を診療の対象とし、睡眠ポリグラフ検査(MSLTを含む)を年間50症例以上およびMSLT検査を年間5症例以上行えることを条件とする。 |
| 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) | 睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害の医療を行う学会認定医療機関とは、それらの医療を総合的かつ専門的に行う診療部門(診療科、センターなど)であり、それらの医療に係る医師2名あるいは歯科医師2名(そのうちの1名は常勤の学会認定医あるいは学会認定歯科医であること)、または、学会認定医(常勤)1名あるいは学会認定歯科医(常勤)1名と学会認定検査技師(常勤)1名(計2名)、および、その他の必要とする職員(臨床検査技師、看護師など)によって運営されること。 睡眠検査は患者3人に対し、学会認定医師、歯科医師、技師1人が、終夜監視し必要時に介入できるようにする。 |
| その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件) | 睡眠ポリグラフ検査のための設備とその施設の安全管理マニュアルを有すること。 |

| | |
|--|--|
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 終夜ポリグラフ中の有害事象は0.2%に認められ、監視と介入が解決策とされている。(Kolla etc.:J of Clin. Sleep Med. 9; 1201-1205, 2013)具体的には、循環器合併症やてんかん等、行動異常を伴うSASや中枢性過眠症においては検査の正確性、安全管理に終夜監視が必要となる |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | なし |
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) | プラス又はマイナス 金額(円) |
| (影響額算出の根拠を記載する。) | 36300000円 |
| ・予想される当該技術に係る医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 5392件×33000円+1100×720+1300件×監視加算10000円=19885600円 |
| ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 6492件×33000円=214236000円 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分 番号 技術名 その他 記載の必要なし 記載の必要なし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 記載の必要なし |

D237 終夜睡眠ポリグラフィー

| | | | | |
|------|---|---------------|--|------|
| D237 | 1 | 携帯用装置を使用した場合 | 720 | |
| | | D237 1 | 携帯用装置を使用した場合 | 720 |
| D237 | 2 | 多点感圧センサー..... | 250 | |
| | | D237 2 | 多点感圧センサー..... | 250 |
| D237 | 3 | 1及び2以外の場合 | 3,300 | |
| | | D237 3 | ↑ 1及び2において診断困難であったSAS、無呼吸指数が30未満の場合で診断目的、あるいはCPAP治療の適応診断が必要な場合とする。 | 3300 |
| | | D237 4 | 3において施設基準を満たし、てんかん等、行動異常を伴うSASやASVの適応例、中枢性過眠症において安全管理、検査の正確性のため終夜監視をおこなった場合、監視加算1000点を加える。 | 4300 |

（*日本睡眠学会認定施設あるいは準ずる基準を満たす場合のみ算定可能）

D237 1,2でAHIが20以上40未満で、D237 3に回っていた例のうち、AHIが30以上40未満の16.9%がD237 1だけで診断される。
 一方、D237 3で診断がつかず、複数の医療機関で検査を繰り返し返す例を、常時監視下での検査により安全に正確に診断が可能となる

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 270202 |
| 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 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 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） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | 記載の必要なし |
| 提案の概要 | 現在、うつ病のみを保険適応としている認知行動療法の対象として、慢性難治性不眠症を加えることを提案する |

【評価項目】

| | |
|--|--|
| ①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） |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 現在認知行動療法は現在うつ病を中心とした気分障害にのみ適応されているが、これを慢性難治性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、適切な治療計画にのっとり、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、10回まで算定可能（現行点数に準拠）とすることが望ましい |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 記載の必要なし 見直し後 記載の必要なし |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 本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。本治療の重要性は、厚生労働科学班研究で作成された睡眠薬の適正使用ガイドラインにおいても強調されている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 年間慢性・難治性不眠症患者20,000人に対し平均10回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・治療終結に至る。また寛解せずとも薬剤量の半減が期待できる。 |
| ・年間対象患者数の変化 | 前の人（人） 0 後の人（人） 20,000 |
| ・年間実施回数の変化等 | 前の回数（回） 0 後の回数（回） 200,000 |
| ④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、現在パッケージとして確立・固定されている。軽症例は、webなどの簡易版でも対応可能だが、慢性・難治例の本治療実施は専門的技術を要する。 |
| ・施設要件 （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。 |
| ・施設基準（技術の専門性等） を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること | 精神科医師とともに、認知行動療法実施を補助する臨床心理士を有することが望ましい。 |
| ・その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） | 厚生労働省班研究により作成された睡眠薬適正使用ガイドラインならびに同班研究により作成された運用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。 |
| ⑤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。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 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。 |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） | プラス又はマイナス金額（円） 1,048,000,000 増額：4,200円×10回×20,000人＝840,000,000円 減額①（診察料）：3,300円×24回×20,000人＝1,584,000,000円 減額②（薬剤費）： 年間40,000円×14,000人（70%）×1/2＝280,000,000円（薬剤量半減） 年間4,000円×6,000人（30%）＝24,000,000円（治療終結） |
| ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 減点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 現時点では、不眠症に対する認知行動療法は保険収載されていないので、本治療が適応収載されない場合には、不眠症治療に要する医療費特に薬剤費用（現在600億円）が上昇し続けていることを考えると、医療費は確実に増加するものと考えられる。 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分 なし 番号 なし 技術名 なし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | 米国Medicare、英国NHSでは不眠症への適応で収載されており、オーストラリアでも保険収載されている。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | なし |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 270203 |
| 申請技術名 | 閉塞性睡眠時無呼吸症候群における口腔内装置治療の調整のための簡易型睡眠検査 |
| 申請団体名 | 日本睡眠学会 |
| 診療報酬区分 | D 検査 |
| 診療報酬番号 | D237-1 D238 |
| 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） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | なし |
| 提案の概要 | 睡眠医療において使用されている簡易型睡眠検査装置を歯科における口腔内装置治療の調整に適応を拡大する |
| 【評価項目】 | |
| ①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 | 閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に就寝時に口腔内装置を装着し簡易型睡眠検査を行う。適切な口腔内装置を選択し使用後の調整を行うために検査によって呼吸運動・気流・いびき音・筋電図・酸素飽和度・体位等を測定する。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 歯科医師は臨床的に精度の高い治療を提供することが可能となり適切な睡眠医療が行われる。患者にとっては紹介元医療機関と歯科を相互に受診する回数が減少し治療満足度も高くなることが予想される。簡易睡眠検査の結果をカルテに添付し、また検査結果を紹介元の医療機関へ報告することによって、患者の時間的負担が軽減し、医療費の抑制や医療機関の人的コストも有効に活用することが期待される。 |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 0 見直し後 720点+180点=900点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | Practice Parameters for the Treatment of Snoring and Obstructive Sleep Apnea with Oral Appliances: An Update for 2005 SLEEP, Vol. 29, No. 2, 2006 閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置に関する治療ガイドライン Journal of Oral Sleep Medicine Vol.1 No.1 2014 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 平成25年社会医療診療行為別調査より推計（睡眠時無呼吸症候群咬合床・摂食機能療法に伴う舌接触補助床14998例、うち睡眠時無呼吸症候群を10000とし年間実施回数推計のため12倍した。） |
| ・年間対象患者数の変化 | 前の人（人） 120,000 後の人（人） 100,000 |
| ・年間実施回数の変化等 | 前の回数（回） 0 後の回数（回） 1 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 当該技術の睡眠歯科医療に習熟した歯科医師であること。（6年以上の臨床経験、2年以上の睡眠歯科医療の臨床経験、3年以上の日本睡眠学会歴等）・睡眠医療についての幅広い知識と睡眠時無呼吸症候群、歯ぎしりの診療能力を有する。日本睡眠学会認定歯科医師の資格を有する。 |
| ・施設要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） | 簡易検査機器（医療承認済み）を有していること |
| ・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） 機器の取り扱いに精通し、関連する学会の所定の研修を受け、睡眠歯科医療、各種検査に精通していること。日本睡眠学会等の研修を受けていることが望ましい。 |
| ・その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） | 簡易睡眠検査装置の取り扱いや解析、睡眠ポリグラフ検査等の睡眠医療に必要な検査を実施し、睡眠ポリグラフ記録を判読する能力を有すること。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 睡眠医療において一般的に使用されている簡易型携帯用睡眠検査装置であり、安全性は確立されている。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 特になし |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） | プラス又はマイナス 0 |
| （影響額算出の根拠を記載する。） | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 |
| ・予想される当該技術に係る医療費 | なし |
| ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 なし 技術名 なし |
| ⑨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 | 1. あり（別紙に記載、添付文書を添付する） |
| ⑩その他 | 特になし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 日本睡眠歯科学会 |

技術名：閉塞性睡眠時無呼吸症候群における

口腔内装置治療の簡易型睡眠検査の歯科への適応

技術の概要：在宅において就寝時に口腔内装置を装着し、簡易睡眠検査を行う。検査によって呼吸運動・気流・いびき音・心電図・酸素飽和度・体位等を測定し閉塞性睡眠時無呼吸症候群治療の口腔内装置の調整が必要かどうかを判断する。

対象疾患名：閉塞性睡眠時無呼吸症候群・いびき

現在当該疾患に対して行われている治療との比較：治療評価は、医科において終夜睡眠ポリグラフィ検査もしくは簡易睡眠検査によって行われているため、歯科においては比較される検査は存在しない。

有効性：医科において行われている検査であり有効性は認められている。

診療報酬上の取り扱い：D237-1 終夜睡眠ポリグラフィ（1携帯用装置を使用した場合），D238脳波検査判断料 720点+180点=900点

鼻カニューレ：気流、いびき音

本体：手首や胸に装着する。
胸に装着するタイプは呼吸運動、体位を測定可能。



SpO₂: 動脈血酸素飽和度

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|------------------|--|
| 整理番号 | 274201 |
| 申請技術名 | 重度認知症患者デイ・ケア料 夜間ケア加算 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1015 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 重度認知症患者デイケア科・夜間ケア加算 現行100点より490点への増点を提案する。 |

【評価項目】

| | |
|--|---|
| <p>①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>・認知症患者であり、「認知症高齢者の日常生活自立度」でMランクの人</p> <p>・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。</p> |
| <p>②再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)</p> | <p>夜間ケア加算の適正点数の試算として 試算方法</p> <p>① 求める夜間ケア加算点数をXとする。</p> <p>② 現行の精神科デイケア(700点)と重度認知症デイケア(1040点)の点数を比較する。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 比較対象の施設面積基準を統一するために、精神科デイケアは大規模型を扱うものとする。 <p>③ 現行の精神科ナイトケアと重度認知症夜間ケア加算の点数を比較する。</p> <ul style="list-style-type: none"> * ただし、基準となる最低必要時間が精神科は4時間、重度認知症は2時間と異なるので、両方とも2時間あたりの点数として計算する。 * 重度認知症の方は、精神科ナイトケアと比較対象となる施設基準がないので、夜間ケア加算点数を扱うものとする。 <p>④ 精神科ナイトケアと夜間ケア加算の間で、患者一人あたり施設面積基準がことなるので、面積比率を調整する。</p> <p>・700点(精神科デイ) : 1040点(認知症デイ) = 270点(精神科ナイト) : X点(認知症夜間)</p> <p>・X(認知症夜間) = 401点</p> <p>・401点 × 4㎡ ÷ 3.3㎡ = 490点</p> |
| <p>点数等の見直しの場合</p> <p>見直し前 見直し後</p> | <p>100 490</p> |
| <p>再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <p>認知症治療における睡眠や概日リズムのコントロールの重要性について</p> <p>認知症高齢者では、不眠症、概日リズム睡眠障害、レム睡眠行動障害などの睡眠障害が高頻度に認められ、睡眠障害がせん妄や夜間徘徊などの行動障害を引き起こす要因となることが指摘されている。また認知症は転倒リスクを高めることが知られているが、不眠はさらに転倒リスクを高める。認知症高齢者の睡眠障害に対する薬物療法は、転倒リスクの上昇などの副作用から最終手段とされており、高照度療法や認知行動的介入などの非薬物療法的介入が第一選択とされている。</p> <p>アルツハイマー病及びアルツハイマー型老年認知症(ADと統一記載)ではアセチルコリン、セロトニン、ドーパミン、ノルアドレナリン、ソマトスタチンなどの睡眠覚醒及び概日リズムを駆動する神経核・神経伝達系の起始神経核の障害もしくは神経伝達物質の変化のため、睡眠障害の合併頻度が極めて高い。AD患者の睡眠脳波では、睡眠段階1、2などの浅い睡眠、中途覚醒回数、中途覚醒時間の増加がみられ、徐波睡眠の減少や中途覚醒の増加は発症早期から認められ、総睡眠時間及び睡眠効率は著しく減少する。これらの睡眠構築の異常は病期の進行につれてより顕著になり、重度のAD患者ではわずか連続1時間程度の覚醒もしくは睡眠状態さえ維持することができない。加えてAD患者では、睡眠時呼吸障害、周期性四肢運動障害、むずむず脚症候群、レム睡眠行動障害などの種々の睡眠障害が高い頻度で合併する。また、うつ病や疼痛などの睡眠障害を引き起こす疾患やその治療薬の副作用、生物時計の機能低下など複合的な要因によって不眠や過眠が生じる。夜間不眠、および覚醒時に随伴して生じる徘徊、焦燥、興奮、暴力行為などの行動障害は家族および介護者を疲弊させ、在宅介護を困難にし、施設入所に至る最大の事由の一つとなっている。</p> |
| <p>③普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p> | <p>重度認知症患者デイケアを算定している病院数 H24年=126病院</p> <p>夜間ケア加算実施病院率 H24年=3病院/89病院=3.37%</p> <p>H24年度 夜間ケア加算推定実施病院=126病院×3.37%=4.2病院</p> <p>H24年度 1病院あたり月夜間回数47,667回/3病院=15,889回/月</p> <p>H24年度 4.2病院の回数=66,734回</p> <p>H22年度:47,014人(6月)×12=564,168人/年 日精協資料</p> <p>H24年度:47,667人(6月)×12=572,004人/年 日精協資料</p> <p>H26年度:572,004÷564,168×(66,734×12ヶ月)=811,930人/日(推計)</p> <ul style="list-style-type: none"> * 夜間実施回数 <p>H24年度:9,442回/年(実数:H24年6月の値562回×(4.2÷3)≒787に12を乗じた)</p> <p>H24年度におけるデイケア利用者数に対する夜間実施回数は</p> <p>9,442÷800,808×100≒1.2%なので、</p> <p>H26年度:811,930×1.2%≒9,743回/年</p> |
| <p>年間対象患者数の変化</p> <p>前の人(人) 後の人(人)</p> <p>年間実施回数の変化</p> <p>前の回数(回) 後の回数(回)</p> | <p>800,808 811,930</p> <p>9,442 9,743</p> |

| | |
|---|---|
| <p>④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <hr/> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <hr/> <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> <hr/> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> | <p>重度認知症患者デイケアを利用する患者は著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。</p> <hr/> <p>○ 重度認知症患者デイケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、60㎡以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0㎡を基準とする。</p> <p>○ 重度認知症患者デイケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備している。</p> <p>○ 重度認知症患者デイケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。 ア:精神科医師及び専従する3人の従事者(作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人)の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日25人を限度とする。 イ:アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者(作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人)の8人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。 ウ:夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。 エ:夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。</p> <hr/> <p>なし</p> |
| <p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p> | <p>副作用なし</p> |
| <p>⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p> | <p>問題なし</p> |
| <p>⑦予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費</p> | <p>プラス又はマイナス 金額(円) +</p> <p>37,997,700</p> <hr/> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 9743 × 490 × 10=47,740,700</p> <hr/> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 9743 × 100 × 10=9,743,000</p> |
| <p>⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分番号 技術名</p> | <p>その他</p> <hr/> <p>無し</p> |
| <p>⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p> | <p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p> |
| <p>⑩その他</p> | <p>認知症における4つパス</p> <p>日本精神科病院協会(以下、日精協という)、将来ビジョン戦略会議認知症医療検討チーム(以下、将来ビジョンという)および高齢者医療・介護保険委員会(以下、高齢者委員会という)では従来から精神科の認知症医療の透明化を図る目的で多職種を対象としたモデルパスの作成に取り組んできた。まず、将来ビジョンでは、急性期認知症入院クリニカルパスや重度認知症患者デイケアクリニカルパスを作成している。高齢者委員会では急性期認知症クリニカルパスの各職種に向けたサブパスを作成したほか、平成23年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業指定課題番号26番「精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、被災地支援につながるモデル連携パスの作成に関する調査について」応募をし、退院支援クリニカルパス(A)、(B)と地域連携パス「オレンジ手帳」を作成した。</p> <p>重度認知症患者デイケアクリニカルパスは中核症状の進行・周辺症状の軽減による日常生活の自立・生活の質の向上を図り、家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護を目的とした。①利用前(達成目標:家族・本人の希望を確認)、②利用開始時(達成目標:全身状態を把握し、プログラムを立案する)、③開始後1ヶ月後からは達成目標:治療計画評価立案を行い、3ヶ月、6ヶ月、1年と見直していく。④途中中止になったときは中止の原因(入院等)を明確にしておく。これらを目標として多職種(医師、精神保健福祉士、看護師、介護士、作業療法士、心理技術者がそれぞれの業務を行い、情報の集約を行う。</p> <p>認知症においてQOLに悪影響を及ぼす精神症状は、極論すればすべての認知症患者やMCILレベルの人々が抱えるリスクであり、かかりつけ医等と十分な情報交換をすることが重要である。早期において認知症と診断されれば、地域連携パス「オレンジ手帳」を運用し、必要とあれば重度認知症患者デイケアクリニカルパスを運用する。上述したように重度認知症デイケアには重要な患者情報が集約されていることが多く、治療介護機能とともに有用な情報源でもある。</p> |
| <p>⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p> | <p>井上 智子、内山 真、木倉 貴政、三島 和夫</p> |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 274202 |
| 申請技術名 | 精神科訪問看護・指導料 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I 012 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 30分未満と30分以上の区分を廃止すること 保健師又は看護師が准看護師と複数名訪問看護を行う場合の加算点数を450点に戻すこと 精神保健福祉士同士・作業療法士同士の複数名訪問看護加算を算定可能とすること（保健師・看護師主体と硬直化した算定要件を、従来の多職種チームを尊重した要件へと戻す） |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士が精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患者を訪問し個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導を行う。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 精神科訪問看護・指導料は、精神障害者の地域生活を支える医療の充実のために不可欠な精神科専門療法であり、在院期間を短縮して在宅療養期間を延長する有効性がされている。しかし、平成24年度改定では、多職種チーム医療として実績を残していた精神科訪問看護・指導料の基準を、保健師・看護師中心の介護保険対応の訪問看護ステーションの体系に画一的に合わせた結果、診療報酬上のマイナス要因として以下の問題点が生じている。 ①実施時間30分未満、30分以上の区分が新たに設けられ、複数名訪問看護加算の算定要件が30分以上の場合に限定されたこと ②保健師又は看護師が准看護師と共に精神科訪問看護・指導を行う場合の評価が従前の450点から380点に引き下げられたこと ③従来精神科訪問看護で行われてきた精神保健福祉士同士や作業療法士同士の複数名訪問が評価されなくなったこと（保健師・看護師中心の算定要件へと硬直化） 介護保険の枠組みに合わせることを強いられた結果、慢性期精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な「精神科看護の専門性」や「多職種チームの参画」への評価が失われ、かつ実施における従前の利便性が損なわれており、平成24年度改定前の算定要件へと回復・是正が必要である。 |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 380 見直し後 450 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 訪問看護によって、総入院期間が開始前2年間での平均279日から開始後2年間での74日へと短縮し、約200日在宅療養期間が延長するとの査間らによる厚労科研（精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究）が平成24年度改定では重く取り上げられた。ところが、同じ改定で、精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な「精神科看護の専門性」や「多職種によるチーム医療」への評価が失われ、かつ実施における従前の利便性が著しく損なわれており、「入院医療中心から地域生活中心へ」との「精神医療福祉の改革ビジョン」（H16.9月厚労省）で示された基本的方向性を逆行させないための是正が必要である。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 不明。 |
| ・年間対象患者数の変化 | 前の入数（人） - 後の入数（人） - |
| ・年間実施回数の変化等 | 前の回数（回） - 後の回数（回） - |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 准看護師以外は、国家試験有資格者が実施する。 |
| ・施設基準（技術の専門性等） | 精神科を標榜している保険医療機関 |
| を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること | 精神科の医師、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 |
| （「その他」(遵守すべきガイドライン等その他の要件)） | 特に無し。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | - |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 特に無し。 |

| | | |
|--|--------------------------|---------------------|
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) | プラス又はマイナス金額(円) | 不明。 |
| ・予想される当該技術に係る医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 | ー |
| ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | ー |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分番号 技術名 | その他 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | | 無し。 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|--|--|
| 整理番号 | 274203 |
| 申請技術名 | 入院精神療法（Ⅰ） |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | Ⅰ 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | Ⅰ 001-1 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input 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） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 既存項目である入院精神療法（Ⅰ）は、週3回までの回数制限があるが、難易度や臨床上の有用性を考慮し、回数制限の撤廃を要望する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症、及びてんかんのあるものに対し、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へ導く治療方法である。入院の日から起算して3か月以内の期間に精神保健指定医が30分以上行った場合に、週3回を限度として算定する。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） 点数等の見直しの 場合 見直し前 見直し後 | 精神療法は、精神科治療における重要な専門療法である。しかしながら、入院精神療法（Ⅰ）は平成8年新設以降18年間、見直しが無い。最近では、平均在院日数の短縮、向精神薬の多剤併用の見直し、早期退院と再入院の予防のため、より密度が濃く、質の高い精神療法が求められ、それを実践している。入院後3か月以内は特に重要で、毎日の精神療法を必要とする患者もおり対応しているが、診療報酬では1週間に3回までしか認められていない。現状に見合うよう、回数制限を撤廃することが妥当である。 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 多剤併用については、平成26年度診療報酬改定において、1回の処方において4種類以上の抗精神病薬、4種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬を投与した場合、処方せん料、処方料、薬剤料の減算、及び精神科継続外来支援・指導料の算定ができなくなっており、そのための努力が求められている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 平成25年度社会医療診療行為別調査において、1か月の精神療法Ⅰの算定回数が176,129回である。年間だと2113548回になると推測する。新規入院は約40万人であり、1割の4万人の患者が週5回の精神療法を3か月受けると予測した。また、その場合、10日間の入院期間の短縮が期待できると考えた。 |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | 前の入数（人） 40000人 後の入数（人） 40000人 前の回数（回） 2,113,548回 後の回数（回） 3,553,548回 |
| ④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） | 精神保健指定医が実施する 精神科を標榜する保険医療機関 精神保健指定医が勤務していること 特記事項なし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 副作用のリスクのない安全な治療である |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 倫理社会的な問題はない。 |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される当該技術に係る医療費 | プラス又はマイナス金額（円） 6,172,772,800円 $3,553,548回 \times 360点 \times 10 = 4万人 \times 精神科急性期治療病棟入院料(1,655点) \times 10 \times 10日$ 変化はない |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書とも不要） |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 無し。 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | | | | | | | | | |
|---|--|---------|--------|---------|--------|---------|------------|---------|------------|
| 整理番号 | 274204 | | | | | | | | |
| 申請技術名 | 入院精神療法（Ⅱ）イ | | | | | | | | |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 | | | | | | | | |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 | | | | | | | | |
| 診療報酬番号 | I 001-2 イ | | | | | | | | |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input 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） | | | | | | | | |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - | | | | | | | | |
| 提案の概要 | <p>既存項目である入院精神療法（Ⅱ）イ（入院の日から起算して6か月以内）は、週2回までしか算定が認められていないが、臨床上の有用性を考慮し、回数制限の撤廃を要望する。</p> <p>また、当該療法を入院精神療法（Ⅰ）と同一週に行なった場合、算定不可とされているが、合理性を考慮して、同一週に行なった場合でも算定できるように要望する。</p> | | | | | | | | |
| 【評価項目】 | | | | | | | | | |
| ①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>入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症、及びてんかんのあるものに対し、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へ導く治療方法である。入院の日から起算して6月以内の期間に行なった場合に週2回を限度として算定する。なお、入院精神療法（Ⅰ）と同一週に行われた場合、これを算定できない。</p> | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | <p>精神療法は、精神科治療における重要な専門療法である。しかしながら、入院精神療法（Ⅱ）イ（入院の日から起算して6か月以内）は平成6年以降18年間、見直しがない。最近では、平均在院日数の短縮、向精神薬の多剤併用の見直し、早期退院と再入院の予防のため、より密度が濃く質の高い精神療法が求められ、それを実践しており、そのための技能、時間、労力の負担は18年前に比べると格段に増加している。そのため、入院精神療法（Ⅱ）イ（入院の日から起算して6か月以内）の点数の回数制限の撤廃が妥当である。</p> <p>また、既存項目では入院精神療法（Ⅰ）と同一週に当該療法を行った場合、算定不可とされているが、精神療法を集中的に行う必要がある場合でも、状況により敢えて30分を超えないということは日常的にあり、これを治療として全く評価しないのは不合理である。入院精神療法（Ⅰ）と同一週に行なった場合でも算定できるようにすべきである。</p> | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 見直し後 | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <p>多剤併用については、平成26年度診療報酬改定において、1回の処方において4種類以上の抗精神病薬、4種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬を投与した場合、処方せん料、処方料、薬剤料の減算、及び精神科継続外来支援・指導料の算定ができなくなっており、そのための努力が求められている。</p> | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | <p>平成25年度社会医療診療行為別調査において、1か月の精神療法（Ⅱ）イの算定回数が159,059回であるので、1年では1,908,708回と推測した。年間の新規入院は約40万人であり、1割の4万人の患者が週5回の精神療法を6か月受けると想定した。また、その場合、治療により10日間の入院期間の短縮が期待できると考えた。</p> | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の人数（人）</td> <td>40000人</td> </tr> <tr> <td>後の人数（人）</td> <td>40000人</td> </tr> <tr> <td>前の回数（回）</td> <td>1,908,708回</td> </tr> <tr> <td>後の回数（回）</td> <td>3,039,059回</td> </tr> </table> | 前の人数（人） | 40000人 | 後の人数（人） | 40000人 | 前の回数（回） | 1,908,708回 | 後の回数（回） | 3,039,059回 |
| 前の人数（人） | 40000人 | | | | | | | | |
| 後の人数（人） | 40000人 | | | | | | | | |
| 前の回数（回） | 1,908,708回 | | | | | | | | |
| 後の回数（回） | 3,039,059回 | | | | | | | | |
| ④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>精神科を診療する医師として修練を行った医師でなければ行うことは困難である。</p> | | | | | | | | |
| ・施設要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） ・施設基準 （技術の専門性等） を踏まえ、必要と 考えられる要件を、 項目毎に記載する こと） | <p>精神科を標榜する保険医療機関</p> <p>精神保健指定医その他の精神科を担当する医師が勤務していること</p> | | | | | | | | |
| ・（遵守すべきガイドライン等その他の要件） | 特記事項なし | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 副作用のリスクのない安全な治療である | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 倫理社会的な問題はない | | | | | | | | |
| ⑦予想される医療費へ影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | <p>プラス又はマイナス 金額（円）</p> <p>1,222,588,500円</p> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 3,039,059回 × 150点 × 10 - 4万人 × 834点（15:1精神科棟入院基本料 + 180日以内加算） × 10 × 10日</p> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 変化はない</p> | | | | | | | | |

| | | |
|--|-----------------|------------------------------|
| ⑧関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術 | 区分 番号 技術名 | その他 ----- ----- 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬 | | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等 | | 無し。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 274205 |
| 申請技術名 | 入院精神療法（Ⅱ）口 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I 001-2口 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 既存項目である入院精神療法（Ⅱ）口は、週2回までしか認められていないが、急性増悪した患者への対応や、地域移行促進の観点から、回数制限の撤廃を要望する。 |

【評価項目】

| | |
|---|---|
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症、及びびらんかんのあるものに対し、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へ導く治療方法である。入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合に週1回を限度（重度の精神障害者の場合は2回）として算定する。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 精神療法は、精神科治療における重要な専門療法である。しかしながら、入院精神療法（Ⅱ）口は、平成6年以降18年間、見直しが無い。最近では、平均在院日数の短縮、向精神薬の多剤併用の抑制、早期退院と再入院の予防のため、より密度が濃く質の高い精神療法が求められ、それを実践しており、そのための技能、時間、労力の負担は18年前に比べて格段に増加している。特に急性増悪した患者、地域移行を推進している患者においては、入院後6月を超えていても、頻回の精神療法が必要であるが、現行では週に2回までしか認められていない。そのため、入院精神療法（Ⅱ）口の回数制限の撤廃が妥当である。 |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | - |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 多剤併用については、平成26年度診療報酬改定において、1回の処方において4種類以上の抗精神病薬、4種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬を投与した場合、処方せん料、処方料、薬剤料の減算、及び精神科継続外来支援・指導料の算定ができなくなっており、そのための努力が求められている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 平成25年社会医療診療行為別調査によると、当該精神療法は、1か月に686278回行われており、これを1年で換算すると5764735200回となる。1年以上の長期入院患者は、約20万人おり、このうち急性増悪や退院支援の対象患者が5%存在するならば、1万人に対して、1週に5回の当該精神療法を3か月程度行うことになる。その回数は600000回となる。これまで、週2回までは認められているので、増加するのは、360000回である。 |
| ・年間対象患者数の変化 前の人（人） 後の人（人） ・年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回） | - - 57,643,735,200 57,644,095,200 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 精神科を診療する医師として修練を行った医師でなければ行うことは困難である。 |
| ・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） | 精神科を標榜する保険医療機関 精神保健指定医その他の精神科を担当する医師が勤務していること 特に無し。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 副作用のリスクのない安全な治療である。 |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 倫理社会的な問題はない |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | プラス又はマイナス 金額（円） 288,000,000円 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 $360,000 \text{回} \times 80 \text{円} \times 10 = 288,000,000 \text{円}$ ただし、当該治療を行うことにより、退院が促進されれば、医療費の減少に大きく貢献することになる。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 変化なし |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 無し。 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 274206 |
| 申請技術名 | 入院精神療法（20歳未満） |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I 001 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 提案の概要 | 入院精神療法を児童・思春期精神疾患患者に対して行う場合、その難易度と臨床上的有用性を考慮し、加算の算定を要望する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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 | 既存項目の入院精神療法において児童・思春期精神疾患患者に対する配慮は全くない。一方、通院・在宅精神療法では、一定期間350点の加算が認められている。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 児童・思春期の患者に対しては、疾患の治療のみならず自我の成長を促し、自殺や自傷行為等の衝動行為を防ぐなど様々な配慮が必要である。特に、薬物療法に頼らずに治療を行うことが多いため、精神療法の重要性は成人よりもさらに増す。通院・在宅精神療法においては、平成26年度改定においてその点に配慮して見直しがあった。しかし、入院精神療法においてその配慮はないばかりか、1%程度の医療機関しか届出していない児童・思春期精神科入院医療管理料を算定出来なければ、児童・思春期精神疾患の入院治療に対する診療報酬上の配慮は何もない。せめて、入院精神療法において、児童・思春期の患者の治療に対して加算を行うべきである。 |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 0点 見直し後 350点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 平成26年度改定において、通院・在宅精神療法については、その労力に対しての見直しがあり、20歳未満の患者に対して児童相談所等と連携し、保護者等への適切な指導を行った上で当該療法を行った場合、一定期間350点の加算が認められた。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 加算が普及しても対象患者の人数、回数は現状と変化はないことから、日本精神科病院が平成26年に会員病院を対象に行った総合調査のデータを基に算出した。平成26年6月末の20歳未満の入院患者数は700人であったため、年間では対象患者は8400人と推計する。また、月平均の精神療法は、約4回であった。 |
| ・年間対象患者数の 変化 | 前の人（人） 0人 後の人（人） 8400人 |
| ・年間実施回数の 変化等 | 前の回数（回） 0回 後の回数（回） 33600回 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | 児童・思春期の精神医療に関し経験を有する精神科医が行う必要がある |
| ・施設基準 （技術の専門性等） を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること | 施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等） 精神科を標榜する保険医療機関 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） その他 児童・思春期の精神医療に関し経験を有する精神科医が行うこと （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件） 特に無し。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 副作用のない安全な治療である |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 倫理社会的問題はない |
| ⑦予想される医療 費への影響（年間） （影響額算出の根拠 を記載する。） | プラス又はマイナス 金額（円） 700人×4回×12ヶ月×350点×10 = 117,600,000円 |
| ・予想される当該技 術に係る医療費 | 増点した場合に予想 される当該技術にか かる医療費 |
| ・当該技術の保険収 載に伴い減少又は 増加すると予想され る医療費 | 増点しない場合に予 想される当該技術に かかる医療費 0円 |
| ⑧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 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新た に使用される医薬品、医療機器又は 体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等 | 無し。 |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|---|
| 整理番号 | 274207 |
| 申請技術名 | 医療保護入院等診療料 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | I014 |
| 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 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 |
| 提案の概要 | ①措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院（以下「医療保護入院等」という。）の在院者に毎月算定（100点） ②医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に算定（1,000点） ③行動制限最小化委員会及び退院促進会議に出席する看護職員の委員会・会議に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含める 以上3点を要望する |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | ・対象とする患者 医療保護入院等に係る入院患者 ・技術内容 精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に算定 ・点数や算定の留意事項 1 当該入院期間中に1回に限り算定 300点 2 算定する場合にあつては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する 3 算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月1回）評価を行うこと 4 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること 5 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | ①入院2月以降100点（月1回）算定 ②医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に1,000点算定 ③行動制限最小化委員会及び退院促進会議に出席する看護職員の委員会・会議に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めること |
| 点数等の見直しの 場合 | ①入院中1回300点 ②なし ①入院時1,000点、2月以降100点 ②入院形態変更時1,000点 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | ①少なくとも月1回の開催が必須の行動制限最小化委員会での定期的な評価においては、医師のみならず、看護師、精神保健福祉士等、多職種で検討・評価するため、行動制限の適正化に効果があるものの、医療従事者の負担は大きい。これに加え、精神保健福祉法の改正が平成26年4月に施行され、保護者制度廃止に伴い、保護義務を負う者に連絡を取ったり、医療保護入院の必要性を説明したりと、今まで以上に手間が増え、精神科病院及び精神保健指定医の負担が増加しているが、対価は考慮されていない状況である。さらに、医療保護入院等が必要な患者は病識がないため治療の必要性を理解できず、治療の拒絶や他患者や職員への暴力などの危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要であることを考えると、入院中に1回に限り300点という報酬では対価が低いと言わざるを得ない。 ②早期に退院を促進させるためには、医療保護入院等患者の状態の変化を常に観察し、観察に基づく治療計画の見直しや、治療計画に基づいた積極的な治療が不可欠となるとともに、医師、看護師、精神保健福祉士等、多職種で入院形態が適正であるかを検討する機会が必要である。早期退院を目標に退院促進会議（退院促進会議）を開催し、行動制限のみならず、入院形態が適正かについても検討する必要がある。 ③精神科病院において、医療保護入院等の患者のため、入院中の処遇が適正かを検討する委員会と退院促進会議の開催は、一般科と重要度が異なり、高いものである。このため、行動制限最小化委員会及び退院促進会議に参加する病棟看護職員が、委員会・会議に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めることを要望する。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 社会医療診療行為別調査（H25.6審査分） 医療保護入院等診療料 診療実日数10,989より 年間では10,989人×12ヶ月＝131,868人となる。 病院報告（H26.12分概数）より 平均在院日数 精神病床 280.7日（9.4ヶ月）から年間実施回数は、 131,868人×9.4ヶ月＝1,239,560回となる。 入院形態変更の頻度は不明。 |
| ・年間対象患者数の 変化 | 前の回数（人） 131,868 後の回数（人） 131,868 |
| ・年間実施回数 の変化 | 前の回数（回） 131,868 後の回数（回） 1,239,560 |

| | |
|--|--|
| <p>④技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>施設の基準 (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>特になし。</p> <p>なし。</p> <p>常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること(現行どおり)</p> <p>①現行どおり ②医療保護入院料等に係る患者に対する退院促進を行うため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成される会議(退院促進会議)を設置し、入院形態が適正かどうかの評価を行うこと。</p> |
| <p>⑤安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等リスクの内容と頻度 | <p>問題なし。</p> |
| <p>⑥倫理性・社会的妥当性</p> <ul style="list-style-type: none"> (問題点があれば記載) | <p>問題なし。</p> |
| <p>⑦予想される医療費への影響(年間)</p> <p>プラス又はマイナス金額(円)</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> | <p>+</p> <p>2,030,767,200</p> <p>①社会医療診療行為別調査(H25.6審査分)より 医療保護入院等診療料 診療実日数10,989日より年間対象患者数(年間件数)は、10,989日×12ヶ月=131,868人 よって、 現行の年間診療報酬額は、131,868人×3,000円=395,604,000円(a) 病院報告(H26.12分概数)より 平均在院日数 精神病床 280.7日(9.4ヶ月)から 入院時医療費分:131,868人×10,000円=1,318,680,000円(b)の増加。 継続入院の医療費分:100点の算定回数は平均在院日数9.4ヶ月より、1人当り8.4回となることから、 1人当りの年間支出増加額は、8,400円となる。よって、131,868人×8,400円=1,107,691,200円(c) よって、本提案により増加する医療費は(b+c-a)より2,030,767,200円となる。 ②退院促進会議にて入院形態の変更が行われる頻度は不明</p> <p>なし。</p> |
| <p>⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分番号</p> <p>技術名</p> | <p>その他</p> <p>-</p> <p>無し。</p> |
| <p>⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p> | <p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p> |
| <p>⑩その他</p> | <p>なし。</p> |
| <p>⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p> | <p>無し。</p> |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|---|--|
| 整理番号 | 274208 |
| 申請技術名 | 精神科デイ・ケア等 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1008-2.1009.1010.1010-2 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 精神科デイ・ケア等の算定開始日について、入退院や通所中断後のデイ・ケア等の再開の際は、算定開始日を新たにリセットできるように要望する。 |
| 【評価項目】 | |
| ①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 | 精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア（以下「デイ・ケア等」という）は精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループ毎に治療するもの。実施させる内容、種類に関わらずその実施時間は患者1人当たり1日につきショートケアは3時間、デイケアは6時間、ナイトケアは4時間（午後4時以降）、デイナイトケアは10時間を標準とする。ショートケア・デイケアの大規模なものについては多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成する必要がある。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | デイ・ケア等の算定回数は、開始してから3年を超えた場合は、1週間に5日を限度とされるが、途中で入退院があった場合、又、デイ・ケア等が中断された場合でも週5回までに制限を受けることは不合理である。入退院後、デイ・ケア等に通所することで次の再入院までの期間が延長される、すなわちデイ・ケア等の再入院防止効果が示されている。また、デイ・ケア等に通所開始後間もなく中断した患者にとって、その後の本格的通所再開日こそが、通所開始日とみなされるのが治療的には当然である。 |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 - 見直し後 - |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 再入院患者の地域残留率は、デイケア等を実施している群とデイケア等を実施していない通院群との比較において、前者の方が高い、すなわち長く地域生活を送れることが示されている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 現在の規定において通所3年超の患者に対し、週6回以上算定する場合の患者数及び実施回数を示すデータが存在しないため。 |
| ・年間対象患者数の 変化 | 前の人数（人） 不明 後の人数（人） 不明 |
| ・年間実施回数の 変化等 | 前の回数（回） 不明 後の回数（回） 不明 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） | - |
| ・施設要件 （標準科、手術件 数、検査や手術の体 制等） | 精神科を標榜している保険医療機関において、当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。 |
| ・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） 精神科医師及び専従する従事者 |
| ・その他 （遵守すべきガイド ライン等その他の要 件） | 3 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。 ○「注3」については、入院等により当該療法を中断した患者にあっては、当該療法を再開した日をもって、新たな起算日とする。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | - |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 特に無し。 |
| ⑦予想される医療 費へ影響（年間） | 金額（円） 不明 |
| （影響額算出の根拠 を記載する。） | 増点した場合に予想 される当該技術にか かる医療費 不明 |
| ・予想される当該技 術に係る医療費 | 不明 |
| ・当該技術の保険収 載に伴い減少又は 増加すると予想され る医療費 | 増点しない場合に予 想される当該技術に かかる医療費 不明 |
| ⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えら れる医療技術 | 番号 無し。 |
| ⑨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 | 無し。 |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等 | 無し。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 274209 |
| 申請技術名 | 精神科デイ・ケア等(プレ・デイ・ケア) |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 008-2 注5,009 注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 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) |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 入院中の患者の精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの算定回数を6回に拡大する。 |

| 【評価項目】 | |
|---|--|
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 入院中の患者であって、退院を予定している者 入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 入院中に精神科ショート・ケア又はデイ・ケアを利用することで退院後のデイケア利用率が約45%上昇する。また、退院後に精神科ショート・ケア又はデイ・ケアを利用することで再入院が約6%抑制できる。 |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 見直し後 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 特に無し。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | H25.6月の算定件数が約150万件であるので年間1800回の算定がされている。 今後この技術が普及し、年間退院患者9000万人のうち認知症以外の約60000万人が利用すると仮定した。 |
| ・年間対象患者数の変化 | 前の人数(人) 1,800 後の人数(人) 60,000 |
| ・年間実施回数の変化等 | 前の回数(回) 1,800 後の回数(回) 360,000 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 精神科ショート・ケア及び精神科デイ・ケアは近年盛んに実施されており、その効果については日本精神神経学会等の各種学会においても盛んに研究発表され示されている。 |
| ・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 I(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) II(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 | 精神科を標榜する医療機関 |
| ・施設基準 | 現行の精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの人員配置に準ずる。 |
| ・施設基準 | 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | なし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 問題なし |
| ⑦予想される医療費への影響(年間) | プラス又はマイナス 金額(円) 5,414,220,000 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) | ブレディケアを行うとプレディケアを行わない場合より退院後のデイケア利用率が45%増加するので、60000人のうち27000人増加する。デイケアを利用すると利用しない場合より再入院率が約6%減少するため27000人のうち1620人が再入院しないで済む。1620人分の年間医療費6,667,920千円が減少する。 |
| ・予想される当該技術に係る医療費 | 当該技術の算定回数が358200回増えるため1,253,700千円医療費が増加するため、合計5,414,220千円減少する。 |
| ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 |
| ⑧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 なし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | なし |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|--|--|
| 整理番号 | 274210 |
| 申請技術名 | 入院集団精神療法 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 005 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input 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 checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | 適応疾患の拡大、対象者の拡大 |
| 提案の概要 | 入院集団精神療法の6ヶ月以内の制限を撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。 |
| 〔評価項目〕 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 入院中の患者(統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等)について、6か月に限り週2回を限度として算定する。入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 入院集団療法については、厚生労働省精神神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」によると統合失調症の再入院が約四分の一に減少すると報告されている。また感情障害やアルコール依存症にも入院集団精神療法の有効性は確立している。さらに、慢性期も有効であるため6ヶ月の制限についての撤廃が必要である。精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対しても入院集団精神療法を行うことにより疾病の理解を深め援助方法を学ぶことにより疾病の改善と再発予防に大きな効果が期待できる。 |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 100 見直し後 350 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 入院集団療法によって、厚生労働省精神神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」によると統合失調症の再入院が約四分の一に減少すると報告されている。また感情障害にも有効性は確立している。さらに、精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対しても入院集団精神療法を行うことにより疾病の理解を深め援助方法を学ぶことにより疾病の改善と再発予防に大きな効果が期待できる。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 平成25年6月一ヶ月間の全国での入院集団精神療法の実施件数が6898件であるので、年間約83000件が実施されている。当技術により5人に1人の再入院が抑えられるため2割程度の減少が予想される。また、6ヶ月の制限がなくなると年間で2倍の実施が予想されるため年間約132800件となる。 |
| ・年間対象患者数の変化 | 前の人数(人) 14300? 後の人数(人) 23000? |
| ・年間実施回数の変化等 | 前の回数(回) 83,000 後の回数(回) 132,800 |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後もさらなる発展が期待できる技術である。 |
| ・施設基準 (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 I(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 精神科を標榜している保険医療機関である。 人的配置の要件 I(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。 その他 I(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 特になし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 問題なし |
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) | プラス又はマイナス 金額(円) 3,130,000,000 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) | 年間約83000件の実施があるがさまざまなエビデンスより5人に1人の再発が抑えられるため、2割程度の減少が予想される。また、6ヶ月の制限を撤廃したことにより現在の2倍の実施数が見込まれる。よって83000件×0.8×2×350点=83000件×100点で約3.8億の医療費増になる。1クール平均6回であるので年間83000件の1/6で14000名が対象者とし、その再入院が5人に1人減少するならば、2800人の約3ヵ月分の入院費約36億円が削減となり、差引32.2億円減少する。 |
| ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり1時間30分程度の時間を要し、その人件費は約22,000円その他の経費を加えると約35,000円の費用がかかり、1クール平均10名実施したとすると患者1名につき3,500円、年間実施件数137600件に対し約5億円の費用がかかるが、現在の診療報酬100点では1億4000万円に過ぎず、約3億6000万円の不足となる。 |
| ⑧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 なし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | なし |

| 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用） | |
|--|--|
| 整理番号 | 274211 |
| 申請技術名 | 通院集団精神療法 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 006 |
| 再評価区分（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input 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 checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「1-C その他」を選んだ場合に記載 | 適応疾患の拡大、対象者の拡大 |
| 提案の概要 | 通院集団精神療法の人数の制限と、期限は撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え家族を含める。 |
| 【評価項目】 | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 入院中の患者以外の患者（統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等）について、6か月に限り週2回を限度として算定する。 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 通院集団精神療法については、特に統合失調症においては厚生労働省精神神経疾患研究「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」においても10～15人を対象とした有用性が報告され、また感情障害、アルコール依存症にも有用性が確立されている。さらに、慢性期にも有効であるため、6ヶ月の制限について撤廃の必要である。精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対して通院集団精神療法を通して疾患の改善、再発の予防に大きな効果が期待できる。 270 350 通院集団精神療法については、特に統合失調症においては厚生労働省精神神経疾患研究「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」においても10～15人を対象とした有用性が報告されている。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の前の人数（人） の変化 後の人数（人） ・年間実施回数の前の回数（回） 変化等 後の回数（回） | 平成25年6月一ヶ月間の全国での通院集団精神療法の実施件数が2687件であるので、年間約32000件が実施されている。6ヶ月の制限がなくなると年間2倍の実施が予想されるため年間64000件となる。 12,000 12,000 32,000 64,000 |
| ④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） | 集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後さらなる発展が期待できる技術である。 精神科を標榜している保険医療機関である。 精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。 特になし |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 特になし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし |
| ⑦予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | プラス又はマイナス 1,076,000,000 年間約32000件の実施があり、6ヶ月の制限を撤廃したことにより現在の2倍の実施数が見込まれる。よって64000件×350点-32000件×270点で約1.4億円の医療費増になる。しかし、5人に1人の再発が抑えられる。1クール平均6回であるので年間32000件の1/6で約5000名が対象者とし、その再入院が5人に1人減少するならば、1000人の約3ヵ月分の入院費約13億円が削減となり、差引11.6億円減少する。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 なし |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし（別紙、添付文書ともに不要） |
| ⑩その他 | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | なし |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|----------------------|---|
| 整理番号 | 274212 |
| 申請技術名 | 入院生活技能訓練療法 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1008 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「1」「6」「その他」を選んだ場合に記載 | |
| 提案の概要 | <p>入院患者に対して、認知行動療法の理論と技法に基づき、服薬習慣、再発徴候への対処技能、基本生活技能、対価関係保持能力等の確保をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法である。</p> <p>期間を撤廃し、点数を増点する。 100点(6か月以内)、75点(6か月超)→150点 「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」内容については、不合理であり撤廃すべきである。</p> |

【評価項目】

| | |
|---|---|
| ①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>(1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。</p> <p>(2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある2人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の1人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとする必要がある。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。</p> <p>(3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回を限度として算定できる。</p> <p>(4) 1人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。</p> <p>(5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法士の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。</p> <p>(6) 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。</p> <p>(7) 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。</p> <p>(8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。</p> |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | <p>入院生活技能訓練療法の理論は、行動療法、社会的学習理論、統合失調症の疾患モデルから構成される。精神疾患の再発は、生活上のストレスが患者の対処機能を凌駕することが理由のひとつに挙げられているが、入院生活技能療法による対処能力や力量の向上は、防御因子を強め、転帰の改善を図ることができるとされる。従来からの研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせる必要があるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが示されている。「入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。」という項目は撤廃すべきである。精神障害者の新規入院患者のうち約6割は、3か月未満で、約9割は、1年未満で退院している状況である。新規入院患者の1割が1年以上入院する患者で4.7万人いて一方、1年以上の長期入院患者が約20万人おり、退院する1年以上の入院者は4.8万人と1年以上入院者の数の動きがない状況である。今後の方向性として、現在の長期在院者の地域移行の取り組みを推進するにあたって社会生活機能の回復と病状の改善は必須である。以上の観点から期限によって点数を減らすのではなく、期間に関係なく評価されるべきである。また、「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」内容については、不合理である。</p> |
| 点数等の見直しの場合 | <p>見直し前</p> <p>1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 100点 2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 75点 注1 入院中の患者について、週1回を限度として算定する。 2 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>見直し後</p> <p>150点 注1 入院中の患者について、週1回を限度として算定する。</p> |
| 再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <p>従来からの研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせる必要があるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが示されている。</p> |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | なし |
| ・年間対象患者数の変化 | <p>前の人数(人) - 後の人数(人) -</p> |
| ・年間実施回数の変化等 | <p>前の回数(回) (7,866+44,901)回 × 12ヶ月 = 633,204回 後の回数(回) (7,866+44,901)回 × 12ヶ月 = 633,204回</p> |

| | |
|--|---|
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | なし |
| 施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) | なし |
| 施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) | なし |
| 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) | 特に無し。 |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | なし |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 特に無し。 |
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) | + |
| 金額(円) | 451,305,000円 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 $(7,866+44,901)\text{回} \times 12\text{ヶ月} \times 150\text{点} \times 10\text{円}/\text{点} = 949,80,6000\text{円} \dots ④$ ④-③=451,305,000円 |
| | 平成25年社会医療診療行為別調査より算出 $7,866\text{回} \times 12\text{ヶ月} \times 100\text{点} \times 10\text{円}/\text{点} = 94,362,000 \dots ①$ ④-①=7,866回 $44,901\text{回} \times 12\text{ヶ月} \times 75\text{点} \times 10\text{円}/\text{点} = 404,109,000\text{円} \dots ②$ ①+②=498,501,000円…③ |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 - 番号 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 無し。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|---------------------|--|
| 整理番号 | 274213 |
| 申請技術名 | 精神科退院前訪問指導料 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1011-2 |
| 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） |
| 提案の概要 | 精神科退院前訪問指導料は、複数職種の共同指導の評価がなされているが、管理栄養士、薬剤師、准看護師の共同指導は認められていない。 精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師の関与は有用性が高いことから、この3職種においても算定可能としてほしい。 |

| 【評価項目】 | | | | | | | | | |
|--|--|---------|---|---------|---|---------|--------|---------|--------|
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | ・対象とする患者 精神科を標榜する保健医療機関に入院している精神疾患を有する者 ・技術内容 対象患者の円滑な退院のため、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が患者又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業者等と連携しつつ、退院後の療養に必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。 ・点数や算定の留意事項 1 当該入院期間中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者については6回）算定 380点 2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合には、320点を所定点数に加算する 3 精神科退院前訪問指導を行った場合には、指導内容の要点を診療録等に記載する等 | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 （根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する） | 精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師の関与は有用性が高いことから、この3職種においても算定可能としてほしい。 | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの 場合 見直し前 見直し後 | 380点 380点（変更なし） | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を増加させる事から、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術を更に普及させることは重要である。3職種の追加は医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。 ・管理栄養士 精神疾患を有する患者には、食生活の乱れによる糖尿病等が多く、退院後における食生活の指導が患者又は家族等に必要である ・薬剤師 精神疾患を有する患者に対する服薬コンプライアンスは退院後の社会生活維持に重要である。退院前に薬剤師から患者又は家族等に薬剤指導を行う意義は大きく、必要である。 ・准看護師 退院後の療養に必要な指導や在宅療養に向けた調整は、看護師のみならず、准看護師でも十分可能であり、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。 | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 社会医療診療行為別調査（H25.6審査分）精神科退院前訪問指導料 2,119件より 難関実施回数は、2,119件×12ヶ月＝25,428回 年間対象患者数や年間実施回数は、上記3職種の算定が可能となっても変化しないと考えられる。 | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black;">前の人数（人）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">後の人数（人）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">前の回数（回）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">25,428</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">後の回数（回）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">25,428</td> </tr> </table> | 前の人数（人） | - | 後の人数（人） | - | 前の回数（回） | 25,428 | 後の回数（回） | 25,428 |
| 前の人数（人） | - | | | | | | | | |
| 後の人数（人） | - | | | | | | | | |
| 前の回数（回） | 25,428 | | | | | | | | |
| 後の回数（回） | 25,428 | | | | | | | | |
| ④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） | 特になし 精神科を標榜する保健医療機関である 特になし 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合に算定できる | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 問題なし。 | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載） | 問題なし。 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--------------------------|-----|------------------|
| ⑦ 予想される医療費への影響(年間) | プラス又はマイナス金額(円) | + | 0 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 不変 | |
| ・予想される当該技術に係る医療費 | 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 不変 | |
| ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | | | |
| ⑧ 関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分番号 技術名 | その他 | 無し。 |
| ⑨ 算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | | 2. | なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩ その他 | | なし | |
| ⑪ 当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | | 無し。 | |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|------------------|--|
| 整理番号 | 274214 |
| 申請技術名 | 通院・在宅精神療法(通院精神療法) |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1002 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 病院における通院精神療法口の点数引き上げ (1)30分以上 400点⇒500点 (2)30分未満 330点 ⇒ 350点 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|---------------|------------------|---------------------|--------------|------------------|---------------------|---------|------------|----|------|---|--------|------------|--------|------|-----------|-------------|--------|------|---------------|-----------|----------------------------------|-------------|
| 【評価項目】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 対象患者は外来患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティー障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のため社会生活を営むことが著しく困難なもの。それに対して、精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 30分以上の通院精神療法は認知行動療法(500点)と同等に評価すべきである。また、長期間不当に存在していた精神科病院と診療所における点数格差は、平成22年度改定での診療所点数の引き下げで解消されたにすぎない。しかし、医療観察法における指定通院医療機関の殆どが精神科病院であり、入院に関わる判断や他医療機関への対診を求められるなど、精神科病院での通院精神療法はより高度の技術を要するだけ評価される必要がある。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 30分以上 400点、30分未満 330点 見直し後 30分以上 500点、30分未満 350点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 近年様々な技法による精神療法の有効性が実証されるなか、良質の精神療法は認知行動療法と同等の有効性をもつことを示すメタ解析も広く知られるところである(Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux, T.P.Baardseth,201)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | H25年 社会診療行為別調査より <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td>回数</td> <td>点数</td> </tr> <tr> <td>(1) 通院・在宅精神療法 30分以上</td> <td>251440</td> <td>100576000</td> </tr> <tr> <td>(2) 通院・在宅精神療法 30分未満</td> <td>3317188</td> <td>1094672040</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>回数</td> <td>病診比率</td> <td>月</td> <td>年間実施回数</td> </tr> <tr> <td>(1) 251440</td> <td>× 0.35</td> <td>× 12</td> <td>= 1056048</td> </tr> <tr> <td>(2) 3317188</td> <td>× 0.36</td> <td>× 12</td> <td>= 14330252.16</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>(1)・(2)合計</td> <td>(1056048 + 14330252.16) × 1.05</td> <td>= 2217700.8</td> </tr> </table> <病診比率> 「平成21年社会医療行為別調査」より 病院算定回数 病院算定回数 診療所算定回数 (1) 49369 ÷ (49369 + 91357) = 0.35081648 (2) 1127429 ÷ (1127429 + 1984991) = 0.362235495 <外来増加率> 「平成25年医療施設調査 病院報告」より 外来年間延べ患者数 精神科病院 平成25年 平成20年 平成20年 人 人 人 (20778378 - 19251155) ÷ 19251155 = 0.05200825 | | 回数 | 点数 | (1) 通院・在宅精神療法 30分以上 | 251440 | 100576000 | (2) 通院・在宅精神療法 30分未満 | 3317188 | 1094672040 | 回数 | 病診比率 | 月 | 年間実施回数 | (1) 251440 | × 0.35 | × 12 | = 1056048 | (2) 3317188 | × 0.36 | × 12 | = 14330252.16 | (1)・(2)合計 | (1056048 + 14330252.16) × 1.05 | = 2217700.8 |
| | 回数 | 点数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) 通院・在宅精神療法 30分以上 | 251440 | 100576000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) 通院・在宅精神療法 30分未満 | 3317188 | 1094672040 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 回数 | 病診比率 | 月 | 年間実施回数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) 251440 | × 0.35 | × 12 | = 1056048 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) 3317188 | × 0.36 | × 12 | = 14330252.16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)・(2)合計 | (1056048 + 14330252.16) × 1.05 | = 2217700.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>30分以上1056048</td> <td>30分未満14330252.16</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>30分以上1056048</td> <td>30分未満14330252.16</td> </tr> </table> | 前の回数(回) | 30分以上1056048 | 30分未満14330252.16 | 後の回数(回) | 30分以上1056048 | 30分未満14330252.16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | 30分以上1056048 | 30分未満14330252.16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 30分以上1056048 | 30分未満14330252.16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 精神科医療の土台として、世界中で確立されている。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・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) | 精神科を標榜する保険医療機関(病院) 精神科を担当する病院医師 5分超の時間を掛けて精神療法を実施すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 転移・逆転移等の医師・患者関係における心理力動現象が生じるが、治療の転機ともなり得る。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 特に無し。 |
| ⑦予想される医療費への影響(年間) 金額(円) | + 3,922,098,432 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 年間実施回数 点 円 医療費 (1) 1056048 × 500 × 10 = 5280240000 (2) 14330252.16 × 350 × 10 = 50155882560 イ □ (1)・(2)合計 5280240000 + 50155882560 = 55436122560 年間実施回数 点 円 医療費 (1) 1056048 × 400 × 10 = 4224192000 (2) 14330252.16 × 330 × 10 = 47289832128 イ □ (1)・(2)合計 4224192000 + 47289832128 = 51514024128 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 無し。 |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 無し。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 274215 |
| 申請技術名 | 通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1002 |
| 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 type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | 精神疾患の5疾病5事業に伴う地域医療への貢献 |
| 提案の概要 | 精神科医療は入院収容から地域生活支援に治療の目的が変化し、地域で生活する精神疾患患者への目細かなかかりによって、症状の改善と、地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な手段となる。現在、常時、外来患者に対応できる体制を必要とされる診療報酬項目は、精神科救急入院料等であるが、常時、診察の体制はとれなくても、休日・時間外で診察する機会は、患者の社会復帰が進むに従って増加してきている。保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜において1002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。医師が必要と認める場合は、同一週に通院・在宅精神療法を3回を限度に算定することができる。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること。 |

| | |
|---|---|
| 【評価項目】 | |
| ①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 | 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という)又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんのため社会生活を営むことが著しく困難なもの(患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族)に対して、精神科を担当する医師(研修医を除く)が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。 |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 初診料、再診料に対する時間外加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急病等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられているものである。精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合(強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等)が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である、とともに、精神科医にとって極めて手のかかる、また精神的エネルギーを消耗する診療行為であり、適切な手当が必要である。 |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 0 見直し後 時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。 |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合(強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等)が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である。 |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | H25年 社会診療行為別調査より算定回数 初診料 時間外加算 110062 再診料 時間外加算 129265 合計 239327 H25年医療施設調査より 外来患者のうち4%が精神科 $239327回 \times 4\% \times 12月 = 117620(年間実施回数:年間対象患者数)$ H25年 社会診療行為別調査より算定回数 初診料 休日加算 527837 初診料 深夜加算 154075 再診料 休日加算 124153 再診料 深夜加算 21858 合計 827923 H25年医療施設調査より 外来患者のうち4%が精神科 $827923回 \times 4\% \times 12月 = 406893(年間実施回数:年間対象患者数)$ |
| 年間対象患者数の変化 | 前の回数(人) 0 後の回数(人) 時間外加算117620/休日・深夜加算406893 |
| 年間実施回数の変化等 | 前の回数(回) 0 後の回数(回) 時間外加算117620/休日・深夜加算406893 |

| | |
|--|--|
| <p>④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p> <p>施設の要件 (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、専門性や経歴年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> | <p>精神科を標榜する保健医療機関の精神科を担当する医師が行うので成熟度、難易度は高い</p> <p>精神科を標榜している保険医療機関である。</p> <p>保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜において1002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。</p> <p>例外的に患者の都合による乱用に対する適切な指導が必要と思われる。</p> |
| <p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p> | <p>リスクは殆ど伴わない。勤務医負担の軽減となる。</p> |
| <p>⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p> | <p>問題なし。</p> |
| <p>⑦予想される医療費へ影響(年間)</p> <p>プラス又はマイナス金額(円)</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <p>・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費</p> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> | <p>+</p> <p>6,659,557,312</p> <p>時間外加算 (350+200+165)〈点〉×117620〈年間実施回数〉×10〈円〉=840984898〈円〉</p> <p>休日・深夜加算 (700+400+330)〈点〉×406893〈年間実施回数〉×10〈円〉=5818572414〈円〉</p> <p>合計 840984898+5818572414=6659557312〈円〉</p> <p>0</p> |
| <p>⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p> <p>区分番号 技術名</p> | <p>その他 - 無し。</p> |
| <p>⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p> | <p>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p> |
| <p>⑩その他</p> | <p>特に無し。</p> |
| <p>⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p> | <p>特に無し。</p> |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 274216 |
| 申請技術名 | 特定薬剤副作用評価加算 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | I 精神科専門療法 |
| 診療報酬番号 | 1001.1002 |
| 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) |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | 抗精神病薬服用患者に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた評価を行い、薬物療法の適正化を行う技術。現在、外来診療での算定に限られているが、これを入院3ヶ月以内の入院精神療法I実施時にも適応拡大する。 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|---------|-----------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| 〔評価項目〕 | | | | | | | | | |
| ①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、双極性気分障害、老年期精神障害など抗精神病薬が治療薬として投与される精神疾患患者全般。 ・技術内容：薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行って、抗精神病薬療法を適正化し、副作用の軽減と安定した精神状態を保てるようにする。 ・点数や算定の留意事項：外来診療の際に通院精神療法IIを実施した際に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行った場合、月1回に限り25点が算定可能。 | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 新世代の抗精神病薬の中には、薬原性錐体外路症状に脆弱な双極性気分障害や治療抵抗性うつ病への使用が増加しており、入院初期にこれらの薬剤による副作用が問題となることがふえてきているため、これまで外来診療に限られていた特定薬剤評価加算を入院初期3ヶ月以内に入院精神療法Iを行った際に限って適応拡大し、25点を加算することが望まれる。 | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | 25 25 | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | ここ数年間に抗精神病薬の適応範囲がこの副作用に脆弱性の高い気分障害圏へ広がっていることから、当該技術の適応範囲の拡大が入院患者へ広げることが求められている。抗精神病薬の使用の適正化による医療費の減額は翌年度以降にも及ぶこと、副作用の重症化や未然防止による減額も見込まれるため、当該技術の算定方法の調整により医療費への影響は調整できるものと考えられる。 | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 精神科入院中の患者数約20万人のうち10%（抗精神病薬服用中の入院患者の15%）にあたる対象患者数約2万人に対し、入院後3ヶ月以内に30分以上の精神療法を実施した場合について月1回算定する。 | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>20,000</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>60,000</td> </tr> </table> | 前の回数(回) | 0 | 後の回数(回) | 20,000 | 前の回数(回) | 0 | 後の回数(回) | 60,000 |
| 前の回数(回) | 0 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 20,000 | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | 0 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 60,000 | | | | | | | | |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 薬原性錐体外路症状DIEPSSは、日本語版をはじめ、英語版、ロシア語版、中国語版、ドイツ語版、スペイン語版など世界の主要言語に翻訳され世界中で用いられている標準的な評価尺度である。この評価尺度についての系統的な訓練を受けた精神科医、精神科薬物療法認定薬剤師はわが国で約8000名である。 | | | | | | | | |
| ・施設基準(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、精神神経科を標榜する医療機関。 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) 精神科医師または適切なトレーニングを受けた精神科薬物療法認定薬剤師。 その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 実施前に薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)の評価研修を受講することが望ましい。 | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | トレーニングを受けた精神科専門医などが15~20分程度の診断面接により行われる評価手法であり、評価そのものに対しては副作用や危険性はない。 | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載) | 錐体外路症状はすべての抗精神病薬にみられる副作用であり、評価は臨床的・社会的に必要なものと認知され、倫理的問題も存在しない。 | | | | | | | | |
| ⑦予想される医療費への影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) | <table border="1"> <tr> <td>プラス又はマイナス金額(円)</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>金額(円)</td> <td>5,000,000</td> </tr> <tr> <td>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費</td> <td>60,000回 × 25点 × 10円 = 15,000,000円</td> </tr> <tr> <td>減点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</td> <td>15,000,000 - 10,000,000(不適切な多剤大量投与の減少、他科受診や再発による再入院医療費の軽減等) = 5,000,000円</td> </tr> </table> | プラス又はマイナス金額(円) | + | 金額(円) | 5,000,000 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 60,000回 × 25点 × 10円 = 15,000,000円 | 減点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 15,000,000 - 10,000,000(不適切な多剤大量投与の減少、他科受診や再発による再入院医療費の軽減等) = 5,000,000円 |
| プラス又はマイナス金額(円) | + | | | | | | | | |
| 金額(円) | 5,000,000 | | | | | | | | |
| 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 60,000回 × 25点 × 10円 = 15,000,000円 | | | | | | | | |
| 減点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 15,000,000 - 10,000,000(不適切な多剤大量投与の減少、他科受診や再発による再入院医療費の軽減等) = 5,000,000円 | | | | | | | | |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | その他 無し。 | | | | | | | | |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) | | | | | | | | |
| ⑩その他 | 本技術で使用される薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSは、現在、世界の14言語に翻訳され、30カ国以上の現地語で評価が可能な世界標準の臨床評価尺度であり、開発国日本での更に広い普及とエビデンスの構築が望まれる。 | | | | | | | | |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 関係学会：一般社団法人日本精神科評価尺度研究会、日本精神科救急学会、日本臨床精神神経薬理学会。代表的研究者：稲田 俊也（公益財団法人神経研究所 副所長 附属晴和病院 副院長） | | | | | | | | |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|-------------------|--|
| 整理番号 | 274217 |
| 申請技術名 | 疾患別リハビリテーション料(加算) |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | H リハビリテーション |
| 診療報酬番号 | H000～H003 |
| 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) |
| 「16 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | <p>医療計画に精神疾患が加わり5疾病5事業となって施策が進められていくが、身体合併症、うつ病、認知症などについての対応強化が謳われている。しかし、精神疾患をもつ患者のリハビリテーションは、一般病床での実施が難しく、自殺未遂患者や認知症高齢者がICUなどのベッドを長期利用せざるをえない状況がある。また、リハビリテーションを実施できても精神症状が障壁となり、より長期の期間を要する傾向があるが、精神病棟で時間をかければ障害のない人と同様に回復する可能性はあると報告されている。しかし、精神疾患があり、精神科医療と並行してリハビリテーションを実施するのには、専門的かつ、経験的に高度なテクニックが必要であり、その労力は非常に多大である。そのため、疾患別リハビリテーションの実施1単位につき、15点の加算をつけ、その医療技術に対しての加算を行うことを要望したい。</p> |

【評価項目】

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 現在の診療報酬では、疾患別リハに対して単位につき加算は早期加算のみであり、精神疾患などの治療を並行して行う高度な医療技術に対しての評価は反映されていない。 | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | 疾患別リハビリテーションの単位(1単位20分)につき15点の加算を追加して行う。 | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの 場合 | 見直し前 0点 見直し後 15点 | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 精神疾患患者の身体障害に対するリハビリテーションの有効性は、各学会で既に報告されており、特に骨折(多発外傷)については、明確なアウトカムを得ている。期間はかかるものの、精神疾患がない患者とADL点数上は同等レベルに近いアウトカムを得ることが出来る。 | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 全体像については、把握できていないため、平川病院をモデルケースとして換算する。実際には、平川病院よりも単位数・セラピスト数は少ない病院が圧倒的に多く、施設基準としても点数としてはより低くなる。また、理学療法士の場合、精神科で勤務している理学療法士は全体0.2%に過ぎない。一方で加算がつくことでセラピストを配置しやすくなる可能性があり、今後増加していく見込みはある。 | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>27,216</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>27,216</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>27,216</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>27,216</td> </tr> </table> | 前の人数(人) | 27,216 | 後の人数(人) | 27,216 | 前の回数(回) | 27,216 | 後の回数(回) | 27,216 |
| 前の人数(人) | 27,216 | | | | | | | | |
| 後の人数(人) | 27,216 | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | 27,216 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 27,216 | | | | | | | | |
| ④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) | 精神科治療と身体合併症治療をスタッフが共同して行うには、高度なスキルと限定的な環境が必要なことも多いため、精神保健指定医のいる精神科病棟にて行われるものに限って行うことが望ましい。また、実施するために研修会などへの参加を奨励し、必要なスキルの獲得が必要である。 | | | | | | | | |
| ・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> | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 精神科、リハビリテーション科 疾患別リハビリテーションに準じる。病棟には精神保健指定医が診察できる状況がある。 リハビリテーションを実施するものは、適切な研修への参加が必要と思われる。 | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 身体リハビリテーションを行うことにより、ADL向上が見込まれるため、むしろ安全性は向上することが見込まれる。 精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くいるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関与していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。また、精神疾患があっても身体リハビリテーションを受けることが出来ることは、倫理上も妥当である。 | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| ⑦予想される医療費への影響(年間) | プラス又はマイナス 金額(円) | + 4082400円 |
| (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 | 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 | 年間実施数を27216名と仮定した場合、15点の加算がつくことで4082400円の増加が想定されている。 0 |
| ⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 | 区分 番号 技術名 | その他 該当する技術はない 該当する技術はない |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | | なし |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | | なし。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|------------------|---|
| 整理番号 | 274218 |
| 申請技術名 | 疾患別リハビリテーション料(算定期限超え除外) |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | H リハビリテーション |
| 診療報酬番号 | H000~H003 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | <p>医療計画に精神疾患が加わり5疾病5事業となって施策が進められていくが、身体合併症、うつ病、認知症などについての対応強化が謳われている。しかし、精神疾患をもつ患者のリハビリテーションは、一般病床での実施が難しく、自殺未遂患者や認知症高齢者がICUなどのベッドを長期利用せざるをえない状況がある。また、リハビリテーションを実施できても精神症状が障壁となり、より長期の期間を要する傾向があるが、精神病棟で時間をかければ障害のない人と同様に回復する可能性はあると報告されている。今後65歳以上で維持目的としたリハビリテーションが医療保険内で行えなくなるという方針が示されている。精神疾患を持つ患者の介護保険施設への移行は困難であり、患者の回復への希望を掴み取る結果となることは明白である。そこで、精神病棟の精神疾患を持つ患者のリハビリテーションは、この算定期限のある対象疾患から除外することを要望したい。</p> |

【評価項目】

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------|--------|---------|-------------|---------|--------|---------|---------|
| ①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項 | 現在の診療報酬上は身体疾患がある患者に対しての身体リハビリテーションとして位置づけられており、精神疾患を合併しているかどうかについては記載がない。 | | | | | | | | |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | <p>実際には、精神疾患をもともと持っている患者が新しく身体疾患を合併するケースや、身体疾患を受傷したこと付随して精神疾患を発症するケースもある。このようなケースの多くは、精神科医がいない、または、精神科病棟でない精神科治療が不十分で、結果身体リハに対してのコンプライアンスも低下し、ADLとしては低いままの生活を余儀なくされる。しかし、精神科医のもと、精神科としての専門的な治療を並行して行えば、精神疾患を持っていてもADLを改善することは可能である。しかしながら、ADLが向上するのに時間を要する場合も散見されるため、算定期限日数を超過してしまう場合がある。算定日数制限を超過して算定できる疾患が設定されているが、その中に精神疾患の存在は記載がないため、一定の基準を満たした場合には、精神疾患がある場合は算定期限を超過してもリハビリテーションが実施できるように変更することを要望したい。</p> | | | | | | | | |
| 点数等の見直しの場合 | 見直し前 見直し後 | | | | | | | | |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | 精神疾患と身体疾患を合併している患者でも、精神病棟で精神・身体双方のスタッフが協業することで、身体的ADLを上げることができることは既に報告されている。しかし、算定期限内では収まりきらず、精神疾患の影響で長期化する傾向がある。その為、算定期限上限を超過して疾患別リハビリテーションを実施できる要件の中に、精神病棟入院中の精神疾患を持つ患者を入れ、長期的な治療を提供できるように要望したい。これによって、ひいてはより多くの入院患者に対して地域移行の支援に向けた医療が可能となる。 | | | | | | | | |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | 精神科に勤務する理学療法士数は、概算にて全理学療法士数の0.1%程度である。その為、提供できるリハビリテーションそのものは現状多くないのが現状である。そのため、増加に関しては大きいものにはならない予定である。 | | | | | | | | |
| ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 | <table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>27,216</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>311,040</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>27,216</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>311,040</td> </tr> </table> | 前の人数(人) | 27,216 | 後の人数(人) | 311,040 | 前の回数(回) | 27,216 | 後の回数(回) | 311,040 |
| 前の人数(人) | 27,216 | | | | | | | | |
| 後の人数(人) | 311,040 | | | | | | | | |
| 前の回数(回) | 27,216 | | | | | | | | |
| 後の回数(回) | 311,040 | | | | | | | | |
| ④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>精神・身体の重複障害を持つ患者への対応については、技術・知識の成熟度が必要である他、適切に精神科医のフォローがある状態が好ましいため、一定の施設基準は必要である。</p> <p>精神科が標榜されており、当該患者が精神科病棟に入院していること。</p> <p>リハビリテーション実施時に、適宜精神科医のサポートが受けられる状況にあること。</p> <p>理学療法士又は作業療法士が行うものであること。</p> <p>精神・身体の重複損傷に対して対応するための知識・技術を補完するため、必要とされる研修会へ参加すること。</p> | | | | | | | | |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | 運動機能の向上に伴い、転倒予防や、身体機能低下の予防が期待できるほか、より多くの医療スタッフが精神・身体状況に目を配ることになるため、医療における安全性はより向上する。 | | | | | | | | |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | 精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くなるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関与していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。 | | | | | | | | |
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) | <table border="1"> <tr> <td>プラス又はマイナス</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>金額(円)</td> <td>730,944,000</td> </tr> </table> <p>全体像が把握できていないため、平川病院をモデルケースとして、概算。施設基準は最も高い点数にて算出しているが、多くの病院はより低い基準で行っていると予想されるため、さらに金額は下がる可能性あり。</p> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> | プラス又はマイナス | + | 金額(円) | 730,944,000 | | | | |
| プラス又はマイナス | + | | | | | | | | |
| 金額(円) | 730,944,000 | | | | | | | | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| ⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えられる 医療技術 番号 医療技術 技術名 | その他 該当する医療技術はない 該当する医療技術はない |
| ⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 | 2. なし(別紙、添付文書ともに不要) |
| ⑩その他 | 特に無し。 |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | 無し。 |

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

| | |
|---|--|
| 整理番号 | 274219 |
| 申請技術名 | ADL維持向上等体制加算 |
| 申請団体名 | 日本精神科病院協会 |
| 診療報酬区分 | その他 |
| 診療報酬番号 | A-100 |
| 再評価区分(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない) |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載 | - |
| 提案の概要 | <p>現在、精神疾患は5大疾病とされ、日本の多くの病床数を占めるとともに、高齢化や長期入院について問題視されている。しかし、身体リハビリテーションは疾患別リハビリテーションの施設基準の取得が必要で、多くの病院で必要性がありながらも、基準の取得に至っていないことが予測される。また、特に新規入院患者や急性期～回復期の患者に関しては、病院での精神科治療中に転倒や廃用などにてADLが低下し、退院の妨げになることもままあり、改善の必要性がある。そこで、26年度に新設されたADL維持向上等体制加算を精神科急性期・入院基本料算定病棟にも拡大し、ADL低下をきたす前に予防的にかかわり、スムーズに退院に至れるようなかかわりが出来るように要望する。</p> |
| 【評価項目】 | |
| ①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>疾患別リハビリテーションは、すでに障害として発症していないと算定できない他、施設基準が設けられており、多くの精神科では身体リハビリテーションの専門的なアプローチを受けることが出来ない状況にある。</p> |
| ②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する) | <p>26年度に新設されたADL維持・向上等体制加算(1日1名25点、新規入院から14日のみ算定可能)を、精神科急性期病棟、精神科救急・合併症病棟、精神科基本入院料算定病棟に拡大し適応する。</p> |
| 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後 | <p>0 1日1名25点、新規入院から14日のみ算定可能</p> |
| 再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 | <p>身体合併症発症、転倒予防、廃用性症候群予防になるため、精神科治療終了後スムーズに地域移行を促進できると考えられる。</p> |
| ③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 | <p>概算については、中医協より発表されている「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の速報案について」を参照し、算出した。ベッド数については、平成22年度施設基準届出を参照した。(対象病棟合計170,584病床、1病棟40床と換算し、4264.6病棟、新規入院患者数11.8人)</p> |
| ・年間対象患者数の変化 前の入数(人) 後の入数(人) ・年間実施回数の変化等 前の回数(回) 後の回数(回) | <p>0人 603867.4人 0回 8454143.6回</p> |
| ④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>専門的な知識・技術を取得しているほか、精神保健指定医など適切に精神科専門スタッフとの連携が取れる必要がある</p> |
| ・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) | <p>精神科急性期治療病棟、精神科救急・合併症病棟、精神科基本入院料算定病棟の新規入院患者について、入院から数えて14日めまで算定可能。</p> |
| ・人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) | <p>実施は原則として理学療法士・作業療法士が行う。 担当する理学療法士・作業療法士については、実施について必要と思われる研修会などへの参加が必要である。</p> |
| ⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 | <p>主に運動指導や生活指導を行うため、病棟内の安全性は向上し、特に廃用予防、転倒予防につながると考えられる。</p> |
| ⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載) | <p>スムーズに退院へつながる可能性が高まるため、身体的なADLの低さが原因で退院できないなど、社会的入院を予防でき、患者の地域移行・地域定着に大きく貢献できると思われる。</p> |
| ⑦予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される当該技術に係る医療費 | <p>プラス又はマイナス 金額(円) 211,353,590 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 上記点数が+で計上されるようになるが、長期入院・入院延長が予防できることが予想されるため、全体的なコスト削減につながる可能性がある。</p> |
| ⑧関連して減点や区分削除が可能と考えられる医療技術 技術名 | <p>その他 該当なし 該当なし</p> |
| ⑨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>2. なし(別紙、添付文書とも不要)</p> |
| ⑩その他 | <p>特に無し。</p> |
| ⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等 | <p>無し。</p> |