

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	275201
申請技術名	クロザピン療法に関するI 013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の増点とI 016精神科重症患者早期集中支援管理料の算定要件の緩和
申請団体名	日本精神神経学会
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I 013並びにI 016
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	現在、登録患者が3000症例、登録医療関係者は8000名で、260例が副作用で投与を中止するなど安全に治療が進み、約40%が有効で、約70%が半年で外来移行しているが、再入院率も高く、外来支援の充実が求められている。I 013の点数の増点とI 016の回数制限の緩和を要望する。
【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	クロザピンは致死的な副作用のため、一時、製造販売が世界中で中止されたが、治療抵抗性統合失調症に対し有効な唯一の薬剤であるので、クロザピン患者モニタリングシステム(OPMS)に全症例を登録し安全性を確保しながら治療することを条件に承認されている。持続型抗精神病薬注射療法とはリスクもベネフィットも格段の差があるにも関わらず、同じ範疇の抗精神病特定薬剤治療指導管理料として保険収載されている。また、精神科重症患者早期集中支援管理料は6か月に限り、月1回を限度に算定することになっているが、クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対し部分的な改善例も含めて地域移行を可能としているので、この管理料の算定要件を見直し、安定的に地域で生活可能な支援を実現していただきたい。
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)	無顆粒球症、心筋炎、糖尿病の早期発見のため、クロザピン投与開始後4か月は原則入院加療とし、通院中も定期的に採血検査をしているので、全登録者の16%が副作用のために投与を中止して重大事に至らず、安全に治療が実施されている。しかも部分改善の症例でも家族の看護が可能となり地域生活をしているが、再入院率は40%と高い。それでもクロザピン投与前に比して、再入院回数と入院日数は著明に減少しており、在宅移行者の20%は作業所通所か就労している。しかし、現行の保険点数では配置義務のあるコーディネーターの経費にも満たないし、外来での支援体制の強化が再入院防止、就労支援に結びつくカギとなっている。
点数等の見直しの場合	見直し前 I 013:月1回500点、I 016:6か月に限り、月1回算定 見直し後 入院中は1日500点に増点し、外来での支援管理料の算定期間を2年に延長し、月2回まで算定可能とする。
再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	厚生労働省障害者対策研究事業費による研究班での2年間のデータベース解析では対象症例の約40%が厳密な臨床評価尺度での評価で中等度以上改善し、臨床的総合評価での改善は60%に及び、60%以上が外来に移行し、その15%は作業所に通所ないし就労するなど、その著明な有効性が示される。一方、再入院率は40%と高い。日本臨床精神神経薬理学会作成のガイドラインに則って検査しながら治療しており、これらの効果と負担を考慮し、医療経済的な効果も勘案すると保険点数を大幅に増額する必要があり、また、外来での支援強化による再入院防止を図ることが求められている。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	指導管理料が保険収載された平成24年当時、対象者は1500名だったが、平成27年2月で3200名となり、治療がすすんで、退院者も増加している。
・年間対象患者数の変化	前の入数(人) 1,500 後の入数(人) 3,200
・年間実施回数の変化等	I 013:12回、I 016:6回 I 013:120回、I 016:48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)	厚生労働省によるクロザピンの製造販売の承認条件として設置が義務付けられたクロザピン適正使用委員会は日本精神神経学会、日本臨床精神薬理学会、日本統合失調症学会、日本血液学会、日本糖尿病学会、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会からの選出委員と法律家、倫理の専門家で構成され、施設認定、精神科専門医師・コーディネーター・管理薬剤師・看護師の認定を実施し、製造販売企業に対しても適正使用に務めるよう指導している。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 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)
	クロザピン処方日に血液検査で、白血球数と血糖値が確認できる検査室を有する施設で、血液内科と糖尿病内科と連携できている施設
	クロザピン適正使用ガイドラインに精通し、クロザピン適正使用委員会が承認した精神科専門医2名、管理薬剤師2名、コーディネーター1名が配置されていること。
	日本臨床精神神経薬理学会が作成し、クロザピン適正使用委員会が承認したクロザピン適正使用ガイドラインに則って使用する。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	市販後調査の報告は重篤な副作用などのための中止症例が全登録者の16%であり、白血球減少症・顆粒球減少症、糖尿病、心筋炎・心筋症などの重篤な副作用が生じているが、適切に中止し、副作用の治療が実施され、安全にクロザピン療法は実施されている。
⑥倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	クロザピン適正使用委員会が承認した患者・家族への同意説明文書にもとづいて、書面での同意書を得て治療を開始している。患者の申し出による中止例も少数ながらあり、倫理的な配慮はなされている。

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。) ・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) ----- 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	----- 治療抵抗性統合失調症でクロザピン療法が施行されなければ、膨大な入院費を要することは明らかであり、クロザピン療法で60%が在宅になり、そのうちの20%は作業所通所か、就労していることを考えると、その経済効果が計り知れない。 ----- クロザピンの代替え療法としては修正型電気けいれん療法があり、平均10回で、30000点であり、クロザピン療法は副作用のリスクも高く、4か月原則入院であることを勘案し、 $30000 \div 120 = 250$ の2倍としているが、電気痙攣療法は削減されることになる。また、外来症例はI 016の適用となる症例が多いと考えられ、その算定要件の緩和は再入院の防止に結びつくので、医療費の削減となる。 ----- 40%に及ぶ再入院による入院医療費の削減ができなくなる。
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	I 精神科専門療法 I 000 ----- 精神科電気痙攣療法。これは減点や削除の必要はないが、クロザピン療法の普及で自然に実施件数が減少していく。実際、厚生労働省障害者対策研究事業費による研究班での検討では、クロザピン使用施設における修正型電気けいれん療法は激減している。
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	275202
申請技術名	光トポグラフィー検査2「抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの」の増点と施設基準の見直し
申請団体名	日本精神神経学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D236-2-2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	光トポグラフィー検査は世界に先駆けてICDのF2（統合失調症圏）とF3（気分障害圏）のうつ症状の鑑別補助の客観的検査として保険収載され、うつ病診断の妥当性を担保でき、精神科薬物療法の適正使用に寄与し、抗うつ薬の使用を大幅に減らす効果が期待できる検査法であるが、施設基準が厳しく設定されたため、活用されていない。
〔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	光トポグラフィー検査は精神科診断の精緻化と抗うつ薬の適正使用に大きな効果が期待されたが、その適応はうつ病として治療している患者であって治療抵抗性であるか、うつ病と統合失調症又は双極性障害の鑑別を要する患者に限られ、修正型電気けいれん療法の実施件数や精神科救急医療体制への協力など、先進医療の時にはなかった施設基準が設定されている。また、臨床検査技師の配置は必須であるが、脳波検査よりも点数が低く設定されていて、その経費にも当たらない。脳外科手術の術前検査と点数に大きな差異がある。
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）	光トポグラフィー検査はF2統合失調症圏とF3感情障害圏のうつ症状の鑑別補助の客観的検査として保険収載されており、精神科診断の精緻化への貢献が期待される。また、治療法の異なる単極性うつ病と双極性うつ病の鑑別により、抗うつ薬の使用を減らす効果も期待される。客観的な補助診断検査を用いた精神科診断の精緻化を図ろうとしている医療機関が増加することこそ、精神科医療改革の推進につながると言える。
点数等の見直しの 見直し前 場合 見直し後	通常：200、地域の精神科救急医療体制確保に協力している精神保健指定医が行うと400。 670
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21年から先進医療として、20以上の医療研究機関が参加し、健康対照約1000名、精神疾患約600名の解析結果ではうつ病（75%）、双極性・統合失調症（85%）で判別していることを明らかにしている。これらの成績はTakizawa et al, (2014) Neuroimaging-aided differential diagnosis of the depressive state. Neuroimage. 85:498-507としてまとめられている。うつ病診断の妥当性を客観的補助検査で担保することで、適切な薬物選択を可能にし、治癒率、入院日数、自殺による死亡率にも好ましい影響を及ぼすことになる。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	大学病院や総合病院は精神科診断の精緻化のために導入することが予想されるが、光トポグラフィー検査機器の普及にも依存する。
・年間対象患者数 前の人（人） 後の人（人） 変化	平成24年7月から平成25年6月までに、先進医療では1959人を検査 なし
・年間実施回数 前の回数（回） 後の回数（回） 変化等	1,959 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）	独立行政法人国立精神・神経医療研究センターでの技術研修修了者が検査を担当することが義務づけられているので、技術の成熟度に問題となることはない。
・施設基準 （技術の専門性等） 踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること	脳器質疾患の鑑別ができる施設であることは当然であるが、神経内科か脳外科かが併設されている施設が必要はなく、他施設の神経内科か脳外科かが鑑別していれば良いとすべきである。また、修正型電気けいれん療法の実施実績も、地域の精神科救急医療体制への協力の施設基準も不適切であり、削除すべきである。
・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）	精神保健指定医ではなく、日本精神神経学会専門医が一人で十分である。臨床検査技師の配置は従来通りで良い。
・その他 （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件）	福田正人らの編著書の「精神疾患とNIRS検査法」や「NIRS臨床波形判読法」などの成書の出版がなされている。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	光トポグラフィー検査は近赤外光を使用し、酸素化ヘモグロビンと脱酸素化ヘモグロビンに対する吸光度の差から、神経活動に伴う局所脳血液量の変化を測定するものであり、安全性は担保されている。
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	患者自身や家族から書面での同意を得て実施しており、倫理的な配慮はなされている。
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） 算定不能
（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 れる当該技術にか かる医療費	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
	光トポグラフィー検査機器の普及にも依存するので、算定が不可能であるが、影響は微々たるものであることは間違いない。 双極性うつ病の初回病相と単極性うつ病とは、問診では区別できないが、両者の治療法は異なり、抗うつ薬の単独投与をした場合に、躁病相を誘発し、治療の長期化を招き、時に入院加療を要することになり、医療費の増大を招く。また、軽症のうつ状態は認知行動療法が推奨されているが、臨床的な重症度とともに、光トポグラフィーでの脳機能に変化のある症例に適切に抗うつ薬を使用することにより、抗うつ薬使用の大幅な減量が可能となるはずである。しかし、施設基準が緩和、適正化されないと抗うつ薬剤費は高いままで減少しない。

⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えられる 医療技術の番号 技術名	その他 - -
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	275203
申請技術名	A233-2栄養サポートチーム加算
申請団体名	日本精神神経学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A233-2
再評価区分（複数選択可）	<input 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	既存項目である栄養サポートチーム（以下「NST」という。）加算の算定対象となっていない精神病床への適応拡大を要望する。
〔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NST加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治療促進及び感染症等の合併症予防を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「NST」という。）が診療することを評価したものであり、算定対象は新設された平成22年改定時には一般病棟や専門病院の7対1、10対1入院基本料のみであったが、平成24年改定時には一般病棟の13対1、15対1入院基本料、専門病院の13対1入院基本料及び療養病棟入院基本料（入院日から起算して6ヶ月以内のみ、入院2月以降は月1回に限り）においても算定可能となり、対象範囲が拡大された経緯がある。特に、療養病棟が算定可能となったのは、平成23年12月7日中医協総会（第211回）において示された1例報告によるものであった。その当時、精神病床についても適応拡大の検討がなされ、多くの出席委員が賛成していたが、療養病棟のようなエビデンスが示されていないという理由で今後の検討課題となった経緯がある。今回、療養病棟と同様に精神病床での1例報告をお示し、精神病床への適応拡大を要望するものである。
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）	栄養サポートチーム加算の精神病床への適応拡大
点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	200点（週1回） 200点（週1回） ※不変
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例報告でご紹介する医療機関は、精神病床399床の医療機関で、平成18年より全精神病床の入院患者を対象にNSTを実施している。平成18年度と平成25年度の低栄養改善率を比較すると、72.5%（H18年度）から85.1%（H25年度）と改善を示し、また、抗MRSA薬購入金額も月額361,700円（H20年度）から月額158,800円（H25年度）、抗菌薬購入金額も月額622,800円（H20年度）から月額464,700円（H25年度）と減少し、H20年度の抗MRSA薬及び抗菌薬の月額平均を100とした場合、H25年度において、それぞれ43.9、74.6と減少し、年間購入金額を約440万円抑制することができた。このように、低栄養状態の改善のみならず、それに伴う医薬品購入額の減少という、医療経済効果も確認できた（別紙参照）。1床当たり年11,000円の薬剤購入費を抑制することに成功したことになる。
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（下記「引用データ」を参照） 大学病院・総合病院以外の精神科民間病院 精神科民間病院病床数⑤×NST稼働施設に対する精神科民間病院の割合②×精神病棟入院基本料病床数の割合⑥×平均病床利用率③より、 $290,378床 \times 2\% \times 48.06\% \times 88.1\% = 2,458人$ が年間対象患者数と考えられる。 大学病院・総合病院の精神病床 精神病床を有する大学・総合病院1病院当たりのNST加算対象病床数は、⑨/⑧より、 $77,476床 / 139病院 = 557床$ 。大学・総合病院1病院当たりの実NST稼働病床数は61床⑦より、算定可能病床数（557床）に対する実算定病床数（61床）の割合は、11%である。 よって、大学・総合病院における精神病床11,000床⑩の11%にあたる1,200床が新たに算定可能となる病床数であり、平均病床利用率③を加味すると、年間対象患者数は $1,200 \times 88.1\% = 1,057人$ と考えられる。 よって、合わせて2,458人+1,057人より、約3,500人が年間対象患者数と考えられる。 ・年間実施回数（下記「引用データ」を参照） 平均在院日数284.7日④より、 $3,500人 \times 284.7日 = x$ 、 $x = 4,500回$ 「引用データ」 日本静脈経腸栄養学会 NST稼働認定施設数（H27.3.31現在）：1,479病院、うち、精神病床を有する民間病院数：30病院…①より、NST稼働施設に対する精神科民間病院の割合は2%…②である。 厚生労働省 平成25（2013）年医療施設（動態）調査・病院報告（H25.10.1現在）より、精神病床の平均病床利用率：88.1%…③、平均在院日数：284.7日…④ 日本精神科病院協会 平成26年度会員名簿（H26.7.1現在）より、会員病院数：1,206病院、会員精神病床数：290,378床…⑤のうち、精神病棟入院基本料病床数（の割合）は139,553床（48.06%…⑥） 総合病院精神医学会（H27.2現在） NST稼働精神科有床の大学・総合病院数：242病院、うち、NST稼働病床数：14,846床より、1病院当たりの平均稼働病床数：61床…⑦ 医療介護情報局（H26.7現在） 精神病床を有する大学・総合病院のうち、NST加算届出病院数：139病院…⑧のうち、NST加算対象病床数（一般病棟+療養病棟）：77,476床…⑨、精神病床数：11,002床…⑩
・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） 3,500 後の人数（人） 3,500 前の回数（回） 0 後の回数（回） 4,500

<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>医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修を修了した常勤医師並びに日本静脈経腸栄養学会が認定した教育施設において、合計40時間の実施修練を修了した常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士(うち1人は専従)から構成される栄養サポートチームが当該医療機関内に設置されている必要がある(現行のNST加算の算定要件と同様)。</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>現行のNST加算の算定要件と同様</p> <p>現行のNST加算の算定要件と同様</p> <p>現行のNST加算の算定要件と同様</p>
<p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>栄養サポートを多職種で実施するものであり、副作用等のリスクはない。</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「プラス又はマイナス費」の影響(年間)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>50,000,000円</p> <p>年間実施回数4,500回 1回2,000円(200点) 1人当り9回算定(1月目:4回、2月以降6月まで月1回で5回 計9回)より、年額4,500人×2,000円×9回=81,000,000円の支出</p> <p>・大学病院・総合病院以外の精神科民間病院(上記「引用データ一覧」を参照) 1施設当たり400万円の薬剤購入金額が減少した場合、30病院①×400万円=120,000,000円の経費節約効果が見込まれる。</p> <p>・大学病院・総合病院の精神科病床 1床当たり年11,000円の薬剤購入金額が減少した場合、1,057人×11,000円=11,627,000円の経費節約効果が見込まれる。</p> <p>上記より、薬剤購入金額の抑制効果は、年131,627,000円となり、支出額(81,000,000円)を差し引いても約50,000,000円の支出削減となる。</p>
<p>⑧関連して減点や区分別除が可能と考えられる医療技術、技術名</p>	<p>その他 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>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>日本総合病院精神医学会</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	275204
申請技術名	入院精神療法
申請団体名	日本精神神経学会
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	0012
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	算定期間の延長
提案の概要	入院精神療法（Ⅱ）イを入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合を、1年以内の期間に改める。それに伴いロを入院の日から起算して1年を超えた期間に行った場合に改める。
【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	入院精神療法（Ⅱ）イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合150点 入院精神療法（Ⅱ）ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合80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）	厚生労働省は、「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」の取りまとめ（平成24年6月28日）で「入院患者は「重度かつ慢性」を除き1年で退院させる方針」と公表している。このために医師を中心に多職種連携による早期退院に向けた治療を行っており、医師の負担は増大している。また、入院日から6カ月で点数が下がる事についてのエビデンスは乏しく、1年以内の期間について評価すべきである。
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	なし
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科を診療する医師として修練を積んだ医師でなければ行うことは困難である。
・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） 245,000 後の入数（人） 245,000 前の回数（回） 約10,000,000 後の回数（回） 約10,000,000
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）	入院精神療法はこれまで盛んに行われており、入院期間を長期化させないためにはさらに重要となってくる。
・施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	変更なし
・施設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	変更なし
・（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） ・その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特になし
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）	24,224,400,000
（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	当改定を行うことで入院日から起算して6月～1年までの患者の入院精神療法の点数が73,080,000点増加する。しかし厚生労働省の掲げている平成24年6月から29年6月までの5年間で、長期入院患者を18%以上削減する目標から換算した1年分の退院患者数は、約20万人の3.6%で年間7200人となり、この患者が外来での治療に移行できる。この7200人の入院医療費（入院単価1440点/日）と通院医療費（通院1回/月、デイケア(大)5回/週）の差年間2,495,520,000点が削減される。よって、その差2,422,440,000点が削減できる。
・増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	7200人が長期入院に移行すると、その入院費が年間2,495,520,000点かかる。
⑧関連して減点や区分別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	275205
申請技術名	D-236-3脳磁図の対象疾患の適応拡大
申請団体名	日本精神神経学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D 236-3
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input 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	該当しない
提案の概要	精神疾患の診断や治療評価は問診にもとづいて行われており、客観的な脳機能評価にもとづく臨床検査法は、平成26年度より保険収載された光トポグラフィー検査のみである。空間分解能と時間分解能に優れた脳磁図（MEG）は非侵襲であるため、精神疾患の診断補助の検査法として優れたものである。現在、脳磁図はてんかんや中枢神経疾患について保険適用となっているが、これをうつ病・双極性障害・統合失調症について保険算定できるよう適用拡大することを要望する。適用拡大により、精神疾患の早期診断や客観的な治療効果判定が可能となる。
【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	原発性及び続発性てんかん、中枢神経疾患を対象とした場合には、感覚障害及び運動障害の鑑別診断を目的として算定可能であり、またてんかんの患者を対象とした場合には、手術部位の診断や手術方法の選択を含めた治療方針の決定を目的とした場合に算定可能である。1患者につき1回のみ算定でき、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること、あるいは鑑別診断等を目的として行ったために手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとされている。
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）	てんかんや中枢神経疾患と同様に、うつ病・双極性障害・統合失調症も脳機能失調のために感覚障害を呈することがあるので、これらの疾患を鑑別診断の対象に含めて、保険算定できるよう適用拡大する。
点数等の見直しの 場合	見直し前 該当しない 見直し後 該当しない
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	精神疾患の診断や治療評価は問診により得られる臨床精神病理学的な情報にもとづいて行われてきており、客観的な脳機能評価にもとづく臨床検査法が確立していない現状が続いている。わが国においては、光トポグラフィー検査が先進医療を経て平成26年度より保険収載され、抑うつ状態の鑑別診断補助として世界で初めて実用化された。光トポグラフィー検査に比して空間分解能、時間分解能ともに優れた脳磁図（MEG）は、PETやSPECTIにおける放射能や、MRIにおける強磁場のような侵襲がないという特徴を有した脳機能検査法であり、精神疾患の診断補助の検査法として優れたものである。PubMedを用いてレビューした石井らの報告では、過去23年間で統合失調症95編、気分障害23編、発達障害29編、認知症71編、わが国からも統合失調症4編、気分障害2編、認知症2編が報告され、健常対照との有意差や精神疾患間の有意差が認められるようになってきており、精神疾患の客観的な補助診断法としての有用性が示唆されている（臨床神経生理学 41:29-45, 2013）。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成23年度の社会医療診療行為別調査では、全国26施設で月平均37名の患者に脳磁図測定が行われており、年間444名と報告されている。精神科医療施設において、MEG検査を実施し、または、しようとしている施設は20か所であり、それぞれ研究報告しているが、保険請求してはいない。
・年間対象患者数の 変化	前の人（人） 0 後の人（人） 100
・年間実施回数の 変化等	前の回数（回） 0 後の回数（回） 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）	日本臨床神経生理学会のガイドライン（臨床神経生理学 33:69-86, 2005）により検査方法は標準化されている。脳波の基本知識を要するため日本臨床神経生理学会の認定医資格と同程度の専門性（臨床経験5年程度）を持つ医師が行うこととする。
・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	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） 脳波の基本知識を要するため日本臨床神経生理学会の認定医資格と同程度の専門性（臨床経験5年程度）を持つ医師が複数在籍する施設で行われることとする。 脳波の基本知識を要するため日本臨床神経生理学会の認定医資格と同程度の専門性（臨床経験5年程度）を持つ医師が検査技師などの技術職員とともに行うこととする。
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）	特記事項なし 問題なし

<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。)</p> <p>・予想される当該技術に係る医療費</p> <p>・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</p> <p>金額(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</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>10,200,000</p> <p>脳磁図の精神神経疾患への適応拡大により、早期診断と客観的な治療効果判定が可能となり、診断・評価の精緻化が実現できる。そうした精神症状の早期改善と慢性化の予防により、精神疾患への適用拡大によっても医療費は軽減できる。</p> <p>該当しない</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</p> <p>番号</p> <p>技術名</p>	<p>D_ 検査</p> <p>なし</p> <p>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>2. なし(別紙、添付文書ともに不要)</p>
<p>⑩その他</p>		<p>なし(別紙、添付文書ともに不要)</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>日本臨床神経生理学会 中里信和</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	278201
申請技術名	嚥下調整食を、栄養食事指導料の対象となる特別食、入院時食事療養費の特別食に、追加
申請団体名	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	B001(外来、入院栄養食事指導料)、C009(在宅患者訪問栄養食事指導料)、入院時食事療養費の告示
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	嚥下調整食(嚥下障害のある患者に、嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物の内容・形態・性状を調整した食事)を、外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の対象となる特別食、および、入院食事療養費の特別食加算の対象となる特別食に、追加する。 嚥下調整食の対象とできるのは、脳疾患、神経筋疾患、頭頸部疾患などに基づく嚥下障害のある患者であって、誤嚥性肺炎を生じた患者、嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査で誤嚥や明らかな咽頭残留を認める患者、経過・状態・嚥下機能スクリーニング検査結果などから、食物・水分の有意な誤嚥が疑われる患者とする。

【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	対象患者は嚥下障害患者。技術内容は食事形態の調整にかかるものおよび適切な食形態の作成方法の指導や市販介護食品の選び方などの栄養指導。点数や算定の留意事項として、嚥下調整食は特別な材料や調理技術がかかるものにも係らず特別食加算の対象となっていない。また、栄養指導料の算定対象になっていないため嚥下障害患者の能力に適した食事の選び方などの指導が行われていない場合が多く、食事による誤嚥性肺炎の可能性がある。
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)	嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物・水分の内容・形態・性状を調整した嚥下調整食を提供し、また、これについて指導することは、 1) 口から食べることの再開や促進を可能とし身体機能と栄養状態の改善を図るという重要な治療的意味を持ち、 2) これにより人工的栄養補給(胃瘻および経鼻経管栄養)の中止や回避を可能とする効果も有し、 3) 誤嚥性肺炎および誤嚥による呼吸障害の発症を減少させるという予防的意味も、大きい。 嚥下調整食の作製にかかる費用は人的費用だけで1食につき平均160円と算定されている。 特別食加算の対象となる特別食に「嚥下調整食」を加えることによって、嚥下調整食の普及をはかることが必要である。また、嚥下障害のある患者が適切な嚥下調整食を家庭等において摂取することによる、在宅生活の維持等を促進するために、「嚥下調整食」を栄養食事指導料算定の対象とすることが必要である。
点数等の見直しの 場合	見直し前 0 見直し後 76円/食
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	摂食嚥下障害の病態認識の深まりやリハビリテーションの進歩によって、摂食訓練や摂食時の姿勢調整などととも、食事・水分の内容・形態・性状(texture)を適切なものに調整すること(diet modification、food texture modification)が、誤嚥とそれによる肺炎や呼吸障害を防止しながら、口からの食事・水分の摂取を促進・継続できるようにするために有用であることは経験的に確認され、それを裏付ける多くの調査研究も報告され、共通認識されてきている(例: JM Garcia, E Chambers: Managing Dysphagia Through Diet Modification. Evidence-based help for patients with impaired swallowing. AJN 2010;110,26-33, 他、文献数45)。アメリカでは National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care(2003)、英国ではDysphagia Diet Food Texture Description(2012、開始は2002年)、オーストラリアではAustralian standardised definitions and terminology for texture-modified foods food texture modification(2010)などとして、嚥下調整食の段階別基準化が行われている。英国のRoyal College of Physicians, British Society of Gastroenterologyによるworking partyの報告(Oral feeding difficulties and dilemmas-A guide to practical care, particularly towards the end of life.2010)においてdietary modifications of food and fluidsの重要性が述べられていることは、嚥下調整食の有効性、必要性が世界的に認識されていることを示す。 有効性に関する多くの報告があるが、そのエビデンスレベルはII~Vである。 日本においては、嚥下調整食を物性の安定したものに変更することで、誤嚥性肺炎の発症率が10.3%から5.7%に減少したことが報告された(加藤ら、筑波大学附属病院における嚥下調整食改定前後の適正評価~STの視点から~、国立大学リハビリテーション療法士学術大会誌 35: 35-37, 2014)。 柘下らの報告(柘下淳、大越ひろ、前田広土、高橋浩二、藤島一郎、藤谷順子: 嚥下調整食の作製にかかる費用の調査、日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 15, 209-213, 2011)によると、1食当たりの嚥下食の作製に要する時間は、ゼリー状食品では主食48分、副食63分、ペースト状食品では、主食59分、副食85分、咀嚼対応食では、主食65分、副食94分であった。さらに、得られた結果をもとに、国立病院機構に勤務して5年目の管理栄養士の基本給をもとに算出すると、嚥下食1食当たりの作製にかかる人件費は、ゼリー状食品では主食109円、副食114円、ペースト状食品では主食77円、副食100円、咀嚼対応食では主食38円、副食53円であった。このように、嚥下食の作製には時間と高度な調理技術がかかるにも関わらず、特別食加算の対象となっていない。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	国立長寿医療研究センターによる平成23年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書」より、摂食嚥下障害者の割合は、一般病床で13.6%、回復期病床で31.6%(一般+回復期=22.6%)、医療療養型病床で58.7%である。厚生労働省による平成25年医療施設(動態統計)より、病院の病床数は1,573,772床(うち、一般病床 897,380床、療養病床 328,195床)であることから、一般病床で897,380×22.6%=202,807人、療養病床で328,195×58.7%=192,650人、合計約40万人が嚥下障害であることが推察される。山脇らの報告(2010)によると、嚥下障害のある入院患者の約4割が形態調整が必要な経口からの栄養摂取をしており、経管栄養を併用している患者を含めると、約半数が経口からの栄養摂取をしている嚥下障害患者である。これらのことから、約20万人が嚥下調整食加算の対象であると考えられる。
・年間対象患者数 の 変化 ・年間実施回数の 変化等	前の回数(人) 200,000 後の回数(人) 200,000 前の回数(回) 365日×3回 後の回数(回) 365日×3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>	<p>摂食嚥下障害の重症度に応じての段階的な食事の形態性状の調整の方法は、日本において多種類のゲル化剤やとろみ剤の開発および食材料面の発展とも相まって、そのノウハウが蓄積され、確立されつつある。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会において、嚥下調整食分類2013を策定している。この基準では、国内の病院・施設・在宅医療および福祉関係者が共通して使用できることを目的とし、食事(嚥下調整食)およびとろみについて、段階分類を示している。</p>
<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> <p>入院時食事療養費への特別食加算、外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料については、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士等による、嚥下障害にかかわるチームが存在すること。</p> <p>入院時食事療養費への特別食加算、外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料については、嚥下障害について、客観的に認められる一定の知識と経験を有するスタッフが、上記のチームの構成メンバーであること。在宅訪問栄養食事指導料については、嚥下障害について客観的に認められる一定の知識と経験を有する管理栄養士によること。</p> <p>個々の患者への詳細な摂食嚥下機能の評価を基礎に検討され、嚥下調整食が提供、指導されなければならない</p>
<p>⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>現状よりは誤嚥のリスクが約5%低減する。</p>
<p>⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)</p>	<p>安全性を確保しながら、口から食べることを飲むことを、促進し維持するためのものであり、倫理的にも社会的にも妥当である。</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>10,000,000,000</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 (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 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p>	<p><入院食事療養費の特別食加算> 20万人につき1日3回の特別食加算(1食を現行の76円とした場合)を算定すると、年間、76円/食×3食/日×200,000人×365日=166億円の医療費増となる。(実質は160円/食)</p> <p><栄養食事指導料> 入院栄養食事指導料(130点) 20万人×1300円×12回/年=31.2億円 外来栄養食事指導料(130点)の合計で、1,300円×120,000回=156,000,000円 在宅訪問栄養食事指導料(530点)の合計で、5300円×5000回=26,500,000円 入院食事療養費特別食加算、入院栄養食事指導料、外来栄養食事指導料、在宅訪問栄養食事指導料を合計して、年間約200億円の医療費増となる。</p> <p>肺炎は日本人の死因の第3位であり、約12万人が肺炎により死亡している(厚生労働省「平成25年人口動態統計(確定数)の概況」)。この肺炎のうち、70歳以上では6割以上、80歳以上では8割以上が誤嚥性肺炎であることが示されている(Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, Sato K, Sekizawa K, Matsuse T, High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. Journal of the American Geriatrics Society. 56, 577-579,2008)。肺炎の1年間の入院患者数は、急性期病院の調査では死亡者の9倍の100万人であり、肺炎の治療費は70万円/1人と示されている(全日本病院協会「主な疾患に必要な医療費」)。これらより、肺炎にかかる医療費は、100万人×70万円=7,000億円/年と推察される。</p> <p>栄養状態・機能状態の改善、早期退院、誤嚥性肺炎の減少、胃瘻・経鼻経管栄養の減少、在宅生活の維持などに資する経済効果により、増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は減少する。</p> <p>嚥下調整食を物性の安定したものに変更することで、誤嚥性肺炎の発症率が10.3%から5.7%に減少したことが報告(加藤ら, 2014)されていることから、7,000億円×(10.3-5.7%)=約300億円の医療費節約効果が期待される。</p> <p>さらに、嚥下調整食により、胃瘻を含む経管栄養を減らすことができる。すなわち、それにかかる医療費や毎日の検査、手技、看護が削減でき総合的に医療費の減少をもたらすことになる。</p> <p>また、口から食べることが継続できるという意味で、患者のQOL向上に資する有用性が経済効果とともに考慮されるべきである。</p>
<p>⑧関連して減点や区分別除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>その他 なし 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>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>日本リハビリテーション医学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本脳卒中学会</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	278202
申請技術名	鼻腔栄養法における間歇的経管栄養法加算
申請団体名	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
診療報酬区分	J 処置
診療報酬番号	J120
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	既存項目である鼻腔栄養で評価されているもののうち、嚥下障害を呈する患者に口腔からの栄養・水分を適時注入する方法はその技術や手間を考慮しても臨床上有効であり、加算項目を設定して既存項目より高い評価とする。
【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	申請技術である間歇的経管栄養法は嚥下障害を呈する脳血管障害患者、癌患者、小児発達障害患者等に対し、栄養・水分を必要時に管を挿入することで注入する方法であるが、従来は既収載の鼻腔栄養として、一日何回挿入・抜去しても60点を算定している。
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）	間歇的経管栄養法は、鼻腔栄養に比べて一日に複数回の管の挿入と抜去を行うため、管の挿入は各回に行わない通常の鼻腔栄養法よりも技術と手間を要する。一方で間歇的経管栄養法は、①経鼻経管留置に伴う不潔による誤嚥性肺炎発症を起さず、②不快感による経鼻チューブの自己抜去を予防するための患者の抑制・拘束をしないで済むために人権的に望ましい上に抑制・梗塞に伴う不穏や認知症の進行の悪循環に陥らない、③嚥下障害のリハビリ期において、経鼻経管留置よりも嚥下機能の回復を促進すること、④食道に先端を置いた場合には、胃に留置した場合よりもより生理的な蠕動運動を起し、下痢を起さずに短時間で注入することができることが知られている。さまざまな面で患者の回復とQOL改善に寄与し、臨床に非常に有効な手技である。
点数等の見直しの 場合	見直し前 一日60点 見直し後 一日180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	鼻腔経管留置による嚥下機能の阻害については日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌、2006年第1号に記載されている。一日複数回チューブの挿入を行うことによる嚥下機能の改善、経口摂取への移行、胃瘻が回避される可能性があることに関しては日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌2006年第2号、Medicina 2001年第4号に報告がある。脳血管障害で回復期リハビリ棟に入棟した嚥下障害患者を、経鼻胃経管栄養法が施行された398例（NG群）と間欠的経管栄養法が施行された114例（ITF群）に分けて比較した多施設検討では、退院時に3食経口摂取のみで栄養摂取可能となった割合はITF群が有意に多く、嚥下障害スケールの改善にも有意差があり、入院から直接訓練開始までの日数、入院から食事の経口摂取開始までの日数いずれも有意に、ITF群の方が短かった。（Jpn J Compr Rehabil Sci 2015; 6: 1-5.）また、経鼻経管留置から間欠的方法に変更することで拘束の中止が可能となり、本人家族のQOLが向上した事例も報告されている。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	病院入院中の嚥下障害患者数は27,659人とのデータがある（HAZOP誤嚥・嚥下障害のリスクマネージメント2009）。その中で間歇的経管栄養法の対象となるのは、1年で2,000人程度と推定される。 前（人） 200 後（人） 2,000 前（回） 6,000 後（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）	鼻腔チューブ挿入・抜去技術は摂食嚥下リハビリテーションにおいては標準的な技術であるが、誤挿入予防のための確認行為は必要とされる。間歇的経管栄養法は一日に3回程度行うことで手間と時間は要する。日本摂食嚥下リハビリテーション学会ではチューブ留置に伴う弊害排除と嚥下機能促進のため、本技術を推奨しているが、手間と時間を要すること、加算が無いことなどから普及が制限されている
施設要件 （標準科、手術件数、検査や手術の体制等）	リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、神経内科、脳外科、小児科等で摂食嚥下リハビリテーションに精通している医師のいること。間歇的経管栄養法導入時、食道憩室等の禁忌条件のないことを透視下で確認する。また、その際にチューブの挿入長、位置などを確認することができる。
施設基準 （技術の専門性等）	当該技術に精通したリハビリテーション科、耳鼻咽喉科、神経内科、脳外科、小児科医師などの医師が1名以上いること、摂食嚥下リハビリテーションに習熟した言語聴覚士または専門看護師（摂食嚥下リハビリテーション学会認定士など）のいること。
人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること）	日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会による「訓練法のまとめ（2014年）」（日摂食嚥下リハ会誌 18(1):55-89, 2014）
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	食道憩室や食道潰瘍症例には禁忌とされている。また誤挿入防止には、挿入後の空気の聴診による確認が有効である。
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) 12,000,000
（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	2000人に対して、平均20日間、管の留置による鼻腔栄養（1日60点）の代わりに行なうと想定して、（1800—600円）×20日×2,000人＝48,000,000円増加。一方、これによりその20分の1の100人の誤嚥性肺炎を防ぐことができれば、600,000×100＝60,000,000円の減少。差し引きで、1200万円の医療費の減となる。 管の留置による誤嚥性肺炎発症者を100人とする600,000×100＝60,000,000円。胃瘻増設者約26万人（胃瘻増設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究H22）中、約2000人が間歇的経管栄養法が適応とすると2000人×50,000円（胃瘻増設＋交換など年間管理費）＝100,000,000円の医療費がかかり、計160,000,000円の医療費となる

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	その他 なし 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		
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児神経学会・日本リハビリテーション医学会	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

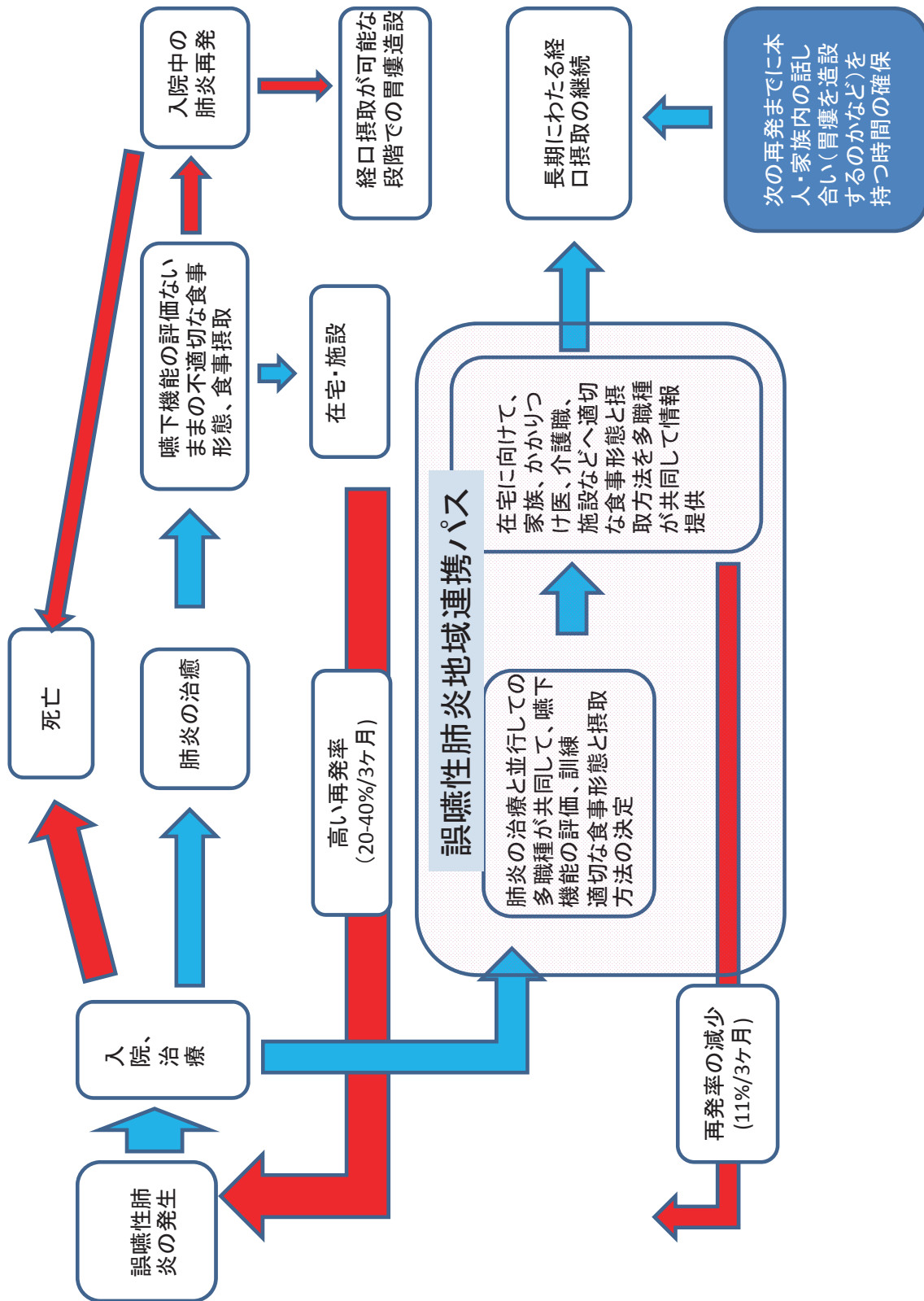
整理番号	278203
申請技術名	「地域連携診療計画退院時指導料」の対象疾患に誤嚥性肺炎を追加（誤嚥性肺炎地域連携パ
申請団体名	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
診療報酬区分	B 医学管理等
診療報酬番号	B005-2
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	「地域連携診療計画退院時指導料」の対象疾患に誤嚥性肺炎を追加する。誤嚥性肺炎で入院した患者に対して、摂食・嚥下機能を評価したうえで、適切な食事形態、姿勢、摂取方法、口腔ケアを、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士などの多職種が共同して、退院時に、家族および、地域において、当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護サービス事業者等に、当該患者に係る診療情報を提供した場合に、この算定を可能とする。

【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	現在の地域連携診療計画管理料の対象疾患：大腿骨頸部骨折及び脳卒中 技術内容：地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。点数900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）	高齢者人口の増加に伴い、誤嚥性肺炎患者が急増している。誤嚥性肺炎患者の多くは摂食・嚥下障害を合併しており、抗生物質投与にて一時的に肺炎が治癒し退院となっても、再発を繰り返す例が多い。このような患者に対して、摂食・嚥下機能を評価したうえで、適切な食事形態、姿勢、摂取方法、口腔ケアなどを指導することによって、誤嚥性肺炎の発生を減少させることが可能である（Robbins J. Ann Intern Med. 2008、日本呼吸器学会成人市中肺炎ガイドライン、等）。一部の医療機関においては、退院時に家族や地域医療機関、介護サービス事業者などに摂食・嚥下障害への対応情報を提供しているが、まだ十分に普及してはいない。誤嚥性肺炎の再発を防止、減少させるために、誤嚥性肺炎で入院した医療機関による摂食嚥下機能の適切な評価と地域機関への情報提供を、診療報酬の対象とし、その普及をはかることが必要である。
点数等の見直しの 場合	見直し前 なし 見直し後 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	①50歳以上の認知症あるいはパーキンソン病患者で嚥下造影にてさらさらの液体を誤嚥した515例に対して1.とろみのない液を顎を引いた姿勢で引用した群、2.ネクター状のとろみ付液を摂取した群、はちみつ状のとろみ付液を摂取した群にわけ、3ヶ月間の肺炎の累積発現率を調査したところ、全体での肺炎発現率は11%で各群間の差はなかったが、過去の同様の対象者の発現率の報告（20-40%）より低かった（Robbins J. Ann Intern Med. 2008）。 ②日本呼吸器学会 成人市中肺炎ガイドライン 誤嚥性（大量誤嚥をのぞく）肺炎の診断、治療ならびに予防が示されている。検査は、簡易検査；飲水試験、反復唾液嚥下試験、簡易嚥下誘発試験、詳しい検査；単純X線検査、嚥下造影検査、鼻腔咽喉頭ファイバースコープ検査、シンチグラフィが示され、誤嚥の予防としては1. 飲食の意識付け、誤嚥予防の体位保持、2. 口腔ケア、3. ACE阻害薬による嚥下障害の改善、4. 胃瘻造設、気管食道離断術（適応は厳格に検討）と示されている。 なお、摂食・嚥下障害への介入効果のRCTは、介入しない対照群を用いることが倫理的に困難のため行われていない
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	山脇らによる日本における摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎の頻度等による大規模調査によれば、病院内総患者に示す誤嚥性肺炎の割合は1.6%と報告されている。（HAZOP誤嚥・嚥下障害のリスクマネジメント 2009年）日本年間総入院患者数は約3000万人である。このため対象患者は480000人、そのうち10%が実施されるとして48000人とした
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	前の回数(人) 480,000 後の回数(人) 480,000 前の回数(回) 0 後の回数(回) 48,000
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）	嚥下機能障害や誤嚥のリスクの評価と、誤嚥を軽減・防止するための条件（食物水分の形態、摂食時の姿勢など）の確認のために行われる、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査（鼻咽腔咽喉頭ファイバー検査）の方法は確立されたものであり、学会による標準手順も提示されている。この評価に基づく、対応方法、指導方法についても、多くの知見と経験が蓄積されてきている。 これらの評価、指導を適切に行うためには、相応の経験が必要である。
・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） 内科、呼吸器内科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、小児科などの専門医で、誤嚥性肺炎ならびに摂食・嚥下機能障害の評価（嚥下造影、嚥下内視鏡など）・治療に関して相応の経験を有する医師が勤務しており、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士等が共同して情報提供が可能な施設 嚥下障害について十分な治療経験を有する内科、呼吸器内科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、小児科などの専門医が1名以上、ならびに言語聴覚士が常勤していること なし

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	嚥下造影や鼻咽腔喉頭ファイバー検査のリスクはあるが、不適切な食事投与よりは低い
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	誤嚥性肺炎の発生を減らすためのものであり、倫理的・社会的妥当性は高い
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。) ・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	3,408,000,000 山脇らによる日本における摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎の頻度等による大規模調査によれば、病院入院総患者に示す誤嚥性肺炎の割合は1.6%と報告されている。(HAZOP誤嚥・嚥下障害のリスクマネジメント 2009年) 日本年間総入院患者数は約3000万人である。このため対象患者は480000人、そのうち10%が実施されるとして48000人とした48,000人にこの指導料を算定すると、9000円×48,000(人)=432,000,000円の医療費増となる。 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 、適切な指導が行われることにより約10%の誤嚥性肺炎の再発率低下が予測される。誤嚥性肺炎の入院治療費を80万円として算定すると、80,000円×4,800人=2,880,000,000円の医療費減となる。
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 その他 なし 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	日本リハビリテーション医学会、日本呼吸器学会

誤嚥性肺炎 地域連携診療計画退院時指導料のイメージ



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	279201
申請技術名	先天性代謝異常検査(有機酸、脂肪酸、カルニチン、ムコ多糖分析)
申請団体名	日本先天代謝異常学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D010-8
再評価区分(複数選択可)	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input 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	現在検査機関が保険医療機関と定められているが、加えて学会が認定した施設に施設基準を拡大していただきたい。

【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	臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィ・マススペクトロメトリ等を用いた有機酸及び脂肪酸等の分析、タンデムマスを用いた血中カルニチン分析又はムコ多糖体分画の定量検査等により、疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定する。 点数 1200点 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。
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)	現在検査機関が保険医療機関と定められている。現在この施設基準が適応できる検査施設はごく少なく、全国の必要な検査数に対応できない。このため検査成績の報告が遅れ、患者の治療などが遅延してしまう恐れが生じている。検査機器が薬事法の審査を通過していないため、検査の質に対する十分な配慮が必要と考えられる。このため日本先天代謝異常学会が品質管理について十分な審査をした検査施設に、施設基準を拡大していただければ、敏速で正確な検査結果を患者に報告できるものと考えられる。
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	現在日本先天代謝異常学会のホームページにて診療指針を公開している。 先天代謝異常検査は新生児マススクリーニングにて発見された患者に多く行われる。新生児マススクリーニングにて発見された患者の死亡率やQOLの改善は、厚労省所管の島根大学の山口教授の研究班にてすでに報告されている。
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	前の人数(人) なし 後の人数(人) なし
・年間実施回数の 変化等	前の回数(回) なし 後の回数(回) 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)	極めて専門性の高い検査であるので、検査施設の品質管理については学会などが関与する必要がある。
・施設要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等)	保険医療機関でない場合は、十分な品質管理上の実績があることが必要。
・施設基準 (技術の専門性等 を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること)	人的配置の要件 (医師、看護師等の 職種や人数、専門性 や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件)
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査であり患者への危険性はないものと考えられる。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題はないと考えられる。
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) 9600万円
(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 1013年の厚労省の統計によると先天代謝異常検査の検査数はわずか88である。この後2014年の改定が行なわれたが、全国の状況を見てもこの検査が保険診療で行い難い環境にあると思われる。 全国のこれら検査の必要数は年間約10000件と考えられているので、このうち保険にて行われる検査が8割と考えると、医療費増多は9600万円である。 タンデムマスによるカルニチン測定に関して述べれば、有機酸血症、脂肪酸代謝異常症ならびに原発性、二次性カルニチン欠損症の確定診断がより早期に確定するため、不要な他の検査にかかる費用を削減できる可能性がある。タンデムマス検査によってムダな検査が大幅に省略できる。1人あたり5万円以上削減できる。他の検査も同様なことが言える。
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 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	なし
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	279202
申請技術名	遺伝学的検査 尿素サイクル異常症
申請団体名	日本先天代謝異常学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D006-04
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「16 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	先天性尿素サイクル異常症を遺伝学的検査の適応疾患として認可していただきたい。
〔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	遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。適応疾患がアからヤまで記載されているが、先天性尿素サイクル異常症はあげられていない。 点数 3880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）	先天性尿素サイクル異常症は日本においては極希少疾患である。その診断において特にカルマミリン酸同棲酵素1欠損症とNアセチルグルタミン酸合成酵素欠損症は遺伝子診断においてしか鑑別できないのが現状である。たとえばオルニチントランスカルバミラーゼ欠損症の重症度の判定は、一般的な生化学検査では評価できないことが多い。これまで多くの遺伝子異常が報告されているので、患者の遺伝子異常が判明すれば、推測できる患者の重症度に応じた治療管理が可能になる。他の疾患にて同様なことが言えるものとする。
点数等の見直しの場合	見直し前 3880点 見直し後 3880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	現在日本先天代謝異常学会のホームページにて診療指針を公開している。 近年の先天性尿素サイクル異常書の死亡率の改善とQOLの向上に関してはKidoらの論文で報告されている。 Kido J, et al. Long-term outcome and intervention of urea cycle disorders in Japan. J Inherit Metab Dis. 35:777-85, 2012
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	不変
・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) 50 後の人数(人) 50 前の回数(回) 50 後の回数(回) 50
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)	一般的な遺伝子検査の技術はすでに確立されていると考える。
・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 1(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 尿素サイクル異常症の病態を熟知した医師がいること。 人的配置の要件 1(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 1(遵守すべきガイドライン等その他の要件)
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査なので患者にはリスクはない。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	患者にICを行い承諾書をいただくことは当然のことである。 遺伝カウンセリングが必要なことも言うまでもない。
⑦予想される医療費へ影響(年間)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) 約250万円 遺伝学的検査にかかる保険点数と遺伝カウンセリングに関わる保険点数分(月1回500点)の医療費が増多する。 各症例の遺伝子異常により、治療管理体制を整えることにより、不要な入院や外来回数を削減することができるものとする。 増点しないことによる医療費の変動はない。
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 なし 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	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	279203
申請技術名	遺伝学的検査 ニーマンピックC型
申請団体名	日本先天代謝異常学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D006-04
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「16 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	ニーマンピックC型を遺伝学的検査の適応疾患として認めていただきたい。

【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	<p>遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。適応疾患がアからヤまで記載されているが、ニーマンピックC型はあげられていない。</p> <p>点数 3880点</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>ニーマンピック病C型の治療薬としてプレーザベス(ミグルスタット)が平成25年11月に承認となり、神経症状の治療が可能な疾患の一つとなった。ニーマンピック病C型の診断は、細胞内に遊離のコレステロールが蓄積していることをフィリピン染色でスクリーニングし、原因遺伝子であるNPC1およびNPC2遺伝子変異を同定することで確定診断される。現在、培養線維芽細胞を用いたフィリピン染色とPCR法DNAシーケンス法による遺伝子診断は、限られた施設でしか行われていないが、平成20年4月より、治療可能なムコ多糖症Ⅰ型およびⅡ型、ゴーシェ病、ファブリ病、ポンペ病(D006-4 遺伝学的検査のケからス)では、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による検査が、保健収載されており、同様に治療が可能になったニーマンピック病C型の「培養細胞を用いたフィリピン染色とPCR法およびDNAシーケンスによる遺伝学的診断」が保健収載されるべきであると考えます。</p>								
点数等の見直しの 場合	見直し前 3880点 見直し後 3880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	<p>最近厚労省の慈恵医大衛藤名誉教授主任研究のライソゾーム病の難病研究班において診断の指針が出された。</p> <p>ニーマンピック病C型の治療薬が平成25年11月に承認となり、治療が可能な疾患の一つとなった。このため患者の早期診断と早期治療がより重要なものになった。</p>								
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	<p>平成24年11月にプレーザベス(ミグルスタット)がニーマンピック病C型の治療薬として承認され、平成24年4月までに1施設(鳥取大学医学部附属病院)での検査が10件で診断例が1例であったことから、年間100例と推計。</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>100</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>100</td> </tr> </table>	前の人数(人)	100	後の人数(人)	100	前の回数(回)	100	後の回数(回)	100
前の人数(人)	100								
後の人数(人)	100								
前の回数(回)	100								
後の回数(回)	100								
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>ニーマンピック病C型の診断は当該技術に習熟し、先天代謝異常症の診断の専門機関で行われる事が望ましいとされている。(Molecular Genetics and Metabolism 98(2009) 250-254)</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>施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>細胞培養が可能で、蛍光顕微鏡と撮影装置、PCR法、DNAシーケンス法のできる設備を備えた施設 遺伝カウンセリングを実施できる体制にあること。</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>培養技術を習得し、培養細胞にコレステロールが蓄積しやすく、異常が検出しやすい条件を理解している指導者がいること、遺伝学的検査に習熟した指導者がいること</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>遺伝学的検査に関するガイドラインが遺伝医学関連学会より出されている。</p>								
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査なので患者にはリスクはない。								
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	<p>患者にICを行い承諾書をいただくことは当然のことである。</p> <p>遺伝カウンセリングが必要なことも言うまでもない。</p>								
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。)	<p>プラス又はマイナス 金額(円) 約500万円</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</p> <p>遺伝学的検査にかかる保険点数と遺伝カウンセリングに関わる保険点数分(月1回500点)の医療費が増加する。</p> <p>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>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>増点しないことによる医療費の変動はない。</p>								

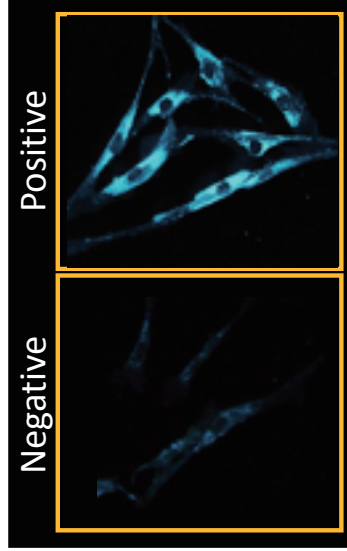
⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えられる 医療技術の番号 医療技術の技術名	その他 なし なし
⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	1. あり(別紙に記載、添付文書を添付する)
⑩その他	なし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児神経学会

「ニーマンピック病C型の遺伝学的検査」について

【技術の概要】

ニーマンピック病C型は、コレステロールの細胞内輸送障害より、細胞内の遊離型コレステロールが蓄積する疾患である。

その診断は、細胞内の遊離コレステロール蓄積の有無をファイリピン染色でスクリーニングし、NPC1およびNPC2遺伝子変異を同定する事で行われる。



培養皮膚線維芽細胞によるファイリピン染色

【対象疾患】

ニーマンピック病C型

本疾患は稀少難病であるが、治療薬承認に伴い検査実施数は現在増加しており、年間対象患者は100人程度と考えられる。

【診療報酬上の取り扱い】

- D 検査
- 4000点

現在治療薬が保険収載されているライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型およびⅡ型、ゴーシェ病、ファブリー病、ポンペ病では、遺伝学的検査が保険収載されており（D006-4 遺伝学的検査のケからス）、ニーマンピック病C型におけるファイリピン染色、DNAシークエンス法はD006-4のケからスの遺伝性疾患の酵素活性測定、DNAシークエンス法又は培養法は同等の検査であると考えられるため。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	280201
申請技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(点数の増点、週に算定可能な回数の増加)
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-4
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	<p>H24年度から精神科リエゾンチーム加算が新設されたが、施設基準が厳しく、保険点数も一件につき週一回200点と非常に少なく、H26年11月の時点で算定している施設は全国で57施設であり、この2年間で増えたのは19施設に留まる。総合病院精神科の機能を充実させるためには活動に見合う点数にする必要がある。実際に稼働させてみるとこの点数で得られる診療報酬上の収入は100万円前後程度であり、専従のコメディカルを一人確保する額には程遠いのが現状である。この現状を乗り越え、リエゾンチームを普及させていくには最低でも現在の点数の2倍の400点が必要である。</p> <p>あるいは対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考えれば、週におけるチーム加算の算定回数を2回まで認めてもらいたい(この場合、点数自体は据え置き)</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>・一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者</p> <p>・上記患者への全人的サポートを実現するために医師、看護師他のコメディカルからなるリエゾンチームを形成して治療に当たる。</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>現在の点数で得られる診療報酬上の収入は100万円前後程度であり、専従のコメディカルを一人確保する額には程遠いのが現状である。この現状を乗り越え、リエゾンチームを普及させていくには最低でも現在の点数の2倍の400点が必要である。</p> <p>あるいは対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考えれば、週におけるチーム加算の算定回数を2回まで認めてもらいたい(この場合、点数自体は据え置き)</p>
点数等の見直しの 場合	<p>見直し前 200</p> <p>見直し後 400</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>一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえでリエゾンチームの有用性は実証されている。実際に総合病院における精神科機能の充実を目指して、H24年度から精神科リエゾンチーム加算が新設されたが、施設基準が厳しく、保険点数も一件につき週一回200点と非常に少ないため、リエゾンチームを新設する病院が少ないのが問題となっている。 *学会のガイドライン等:「精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案」(厚生労働省障害者総合福祉推進事業指定課題25・精神科リエゾンチーム活動ガイドラインの作成について成果物)</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	なし
・年間実施回数の 変化等	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)	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)	<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	なし
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	なし

	プラス又はマイナス	+
⑦予想される医療費へ影響(年間)	金額(円)	71,424,000(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 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	H24年度厚労科研のデータと実働中のリエゾンチームの数を元に試算。 H27年4月から実施する施設を62とする(12人/週/一施設、2回/人、年間約10施設の割合で増加と仮定)。 $12人 \times 4(週) \times 4000(円) \times 12月 \times 62 = 1億4284万8千円$ $12人 \times 4(週) \times 2000(円) \times 12月 \times 62 = 7142万4千円$
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 - 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		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	280202
申請技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(施設基準特に看護師要件の改訂)
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-4
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選択した場合に記載
提案の概要	<p>H24年度から精神科リエゾンチーム加算が新設されたが、施設基準が厳しい(H24年11月末時点で38施設)。総合病院精神科の機能を充実させるためには、チーム増加の大きな障害となっている看護師要件の緩和が必要である。具体的には下記のように変更して頂きたい。</p> <p>1) 看護師要件の専任を専任ないし専従に変更 2) リエゾンチームの構成員として認められる看護師要件の中に以下の条件を満たす方たちを加える</p> <p>i. 看護系大学院修士課程を修了した者(専門看護師コース以外)で臨床経験3年以上の看護師 ii. 看護師数が満たるまでは(今後5年間程度)、臨床経験3年以上で、専門学会が開催する研修(50時間程度、研修プログラム検討中)を修了した者</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	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえでのリエゾンチームの有用性は実証されている。実際に総合病院における精神科機能の充実を目指して、H24年度から精神科リエゾンチーム加算が新設されたが、施設基準が厳しく、保険点数も一件につき週一回200点と非常に少ないため、リエゾンチームを新設する病院が少ないのが問題となっており平成26年11月でも57を数えるに留まっている。
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)	なし
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	現在チームの看護師として認められているのは、精神看護専門看護師、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、精神科認定看護師に限定されているが、H25年6月現在でそれぞれ144人、55人、345人、513人となり1000人を越えているが、教職に就いているものや単科の精神科病院で勤務している看護師が多いという実態を踏まえて計算するとリエゾンチームで機能できる可能性のある看護師数は最大でも280人程度であると判断できる。これでは到底現場の要請に応えない。視点を広げて、過去5年間で臨床現場に在る大学院修了の看護師数は現時点で1243名といわれるが、この人達の中で3年以上の臨床経験を備えた人を採用すれば精神科リエゾンチームの看護師数を増やすことができる。また、専門看護師でなくとも十分な実務経験と臨床的スキルを持っていれば十分にリエゾンチームで通用することができることを示す論文もあり、上記2) - ii の要件を満たす看護師を一定期間リエゾンチームの看護師として認めることも臨床現場の要請にかなうものであると判断できる。
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	前の人数(人) なし 後の人数(人) なし
年間実施回数の 変化等	前の回数(回) なし 後の回数(回) 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)	厚労省の補助金を得て活動している「リエゾンチーム活動ガイドライン作成チーム」による試行的研修がH25年2月に2日間にわたって開催された。その後も日本総合病院精神医学会と日本精神保健看護学会の共催により年に2回の割合でリエゾンチーム研修会が開催されており、参加者の熱意の高さが確認されている。
施設基準 (技術の専門性等 を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること)	施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の 体制等) 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) 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)	なし

	プラス又はマイナス	+
⑦予想される医療費へ影響(年間)	金額(円)	なし
(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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費	なし
取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	なし
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分番号 技術名	その他 - なし
⑩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)
⑪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	280203
申請技術名	精神病棟入院基本料(10対1)の要件(平均在院日数)改定
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A103
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input 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)
「その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	精神病棟入院基本料のうち、10対1入院基本料の平均在院日数要件を40日から60日に改定すること。

【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	10対1入院基本料の平均在院日数要件は40日以内であり極めて厳しいものであり、2012年の総合病院基礎調査では28施設しか算定できていない。
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)	なし
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	地域の中核病院である総合病院精神科は、急性期医療、身体合併症医療を担っている。人員配置、精神疾患特性を考慮していただきたい。10対1を算定できる施設が増えるとしても、人員配置が手厚くなることで、早期退院が可能となり、医療費は変化なしと推測される。DPC対象病院における精神疾患の必要入院日数のエビデンス(中医協資料)より、10対1においては、60日が妥当である。
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	前の人(人) なし 後の人(人) なし
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) なし 後の回数(回) 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)	なし
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 1(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 1(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 1(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 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)	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) なし
(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 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 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 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	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	280204
申請技術名	精神科救急・合併症入院料の改定
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A311-3
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	1) 基本点数の増点:30日以内 3,760点(+200点)、31日以上 3,328点(+200点) 2) 施設基準の改定:施設基準の個室率(合併症ユニットを含む)の5割以上を4割以上に緩和すること 3) 算定要件の改定 対象身体疾患の見直し 4) 算定対象外患者は、15対1精神科入院基本料で算定することになっているが、10対1精神科入院基本料での算定に変更すること

【評価項目】									
①現在の診療報酬上の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 技術内容 点数や算定の留意事項 								
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>精神科救急・身体合併症治療の重要性については医療計画の実施に当たっての指針にも述べられているが、現行の入院料のままでは、適切な診療が確保できるとは言い難いケースも数多くある。基本点数を増点するとともに個室率の変更などを通して、臨床現場の疲弊を招かないようにすることが医療計画の円滑な実施に当たっても重要な意味を持つ。また、対象となる身体疾患も限られており、見直しが求められる。当学会の基礎調査に基づく対象疾患の見直し案は下記のようになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫、肺塞栓、気胸、膿胸、血胸)の患者 心臓・脈管系疾患(New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈、解離性大動脈瘤、深部静脈血栓症)の患者 消化器系疾患(急性腹症<消化管出血、イレウス等>、炎症性腸疾患)の患者 腎疾患(急性腎不全、ネフローゼ症候群、透析導入時および維持透析)の患者 神経・筋疾患(急性期の脳血管障害、専門医の診療を要する神経・筋疾患)の患者 血液系疾患(専門医による管理を必要とする状態に限る)の患者 重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌・代謝疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者 膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る)の患者 骨折(脊椎または下肢骨の骨折および手術または直達・介達牽引を要する骨折)の患者 重篤な栄養障害(Body Mass Index 13未満)の患者 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者 全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)の患者 重症貧血(Hb6.0以下)の患者 悪性症候群、横紋筋融解症の患者 広範囲(半肢以上)熱傷の患者 重度の褥瘡(ステージⅢ以上)の患者、重症薬疹 手術、姑息的治療(ステント挿入など)、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者 手術室での手術を必要とする状態の患者 悪性腫瘍の疑い(精神科病院からの転院の場合のみ)の患者 ・合併症妊娠・出産 <p>さらに、精神科救急・合併症入院料は10:1看護配置が基本となっており、算定対象外患者も10:1精神科入院基本料で算定すべきと考える。</p>								
点数等の見直しの場合	<table border="0"> <tr> <td>見直し前</td> <td>30日以内 3560点、31日以上3128点</td> </tr> <tr> <td>見直し後</td> <td>30日以内 3760点、31日以上3328点</td> </tr> </table>	見直し前	30日以内 3560点、31日以上3128点	見直し後	30日以内 3760点、31日以上3328点				
見直し前	30日以内 3560点、31日以上3128点								
見直し後	30日以内 3760点、31日以上3328点								
再評価の根拠・有効性	<ul style="list-style-type: none"> 治癒率、死亡率、QOLの改善等 学会のガイドライン等 <p>日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査(総計518例)のデータに基づく。現行の対象疾患表には神経・筋疾患や心臓・脈管系疾患などで多くの重要な疾患が漏れており、また精神科棟での入院加療を必要とする精神科身体合併症診療には約30日程度の入院期間を必要としていたという重要なデータがある。</p>								
③普及性の変化	<p>※下記のように推定した根拠</p> <p>現在算定施設10施設、平均40床とすると400床。平均在院日数を40日として年間患者数400床×365日/40日=3650人。算定増加病床100床として、100床×365/40日=912人</p> <table border="0"> <tr> <td>・年間対象患者数の変化</td> <td>前の人数(人) 3,650</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後の人数(人) 4,472</td> </tr> <tr> <td>・年間実施回数の変化等</td> <td>前の回数(回) なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後の回数(回) なし</td> </tr> </table>	・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 3,650		後の人数(人) 4,472	・年間実施回数の変化等	前の回数(回) なし		後の回数(回) なし
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 3,650								
	後の人数(人) 4,472								
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) なし								
	後の回数(回) なし								
④技術の成熟度	<ul style="list-style-type: none"> 学会等における位置づけ 難易度(専門性等) <p>なし</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)	<table border="0"> <tr> <td>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</td> <td>なし</td> </tr> </table>	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)	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)	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)	なし
⑦予想される医療費へ影響(年間) 金額(円)	<p>プラス又はマイナス +</p> <p>①100床(増床分)×365日×3760点(今回の要請点数)×10(円)=137240万</p> <p>②300床(算定病床)×365日×(3760-3560)点×10(円)×1.1(算定患者増加分加算)=24090万</p> <p>①+②=137242万</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>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 なし</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 なし</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 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	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	280205
申請技術名	精神科身体合併症管理加算対象疾患・算定期間の見直し
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A230-3
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input 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>精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとした。具体的内容としては下記ようになる。</p> <p>① 算定期間の見直し：10日間から14日間に延長し、全て1日450点とする。</p> <p>② 対象身体疾患の見直し（具体的内容は下記に記載）</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	7日以内 450点、8日以上10日以内 225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）	<p>精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。加算の算定期間を延長するとともに対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとした。具体的内容としては下記ようになる。</p> <p>① 算定期間の見直しと点数の増点：10日間から14日間に延長し、全て1日450点とする。</p> <p>② 対象身体疾患の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、肺塞栓、気胸、膿胸、血胸）の患者 ・心臓・脈管系疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈、解離性大動脈瘤、深部静脈血栓症）の患者 ・消化器系疾患（急性腹症＜消化管出血、イレウス等＞、炎症性腸疾患）の患者 ・腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群、透析導入時および維持透析）の患者 ・神経・筋疾患（急性期の脳血管障害、専門医の診療を要する神経・筋疾患）の患者 ・血液系疾患（専門医による管理を必要とする状態に限る）の患者 ・重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌・代謝疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者 ・膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）の患者 ・骨折（脊椎または下肢骨の骨折および手術または直達・介達牽引を要する骨折）の患者 ・重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満）の患者 ・意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者 ・全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）の患者 ・重症貧血（Hb6.0以下）の患者 ・悪性症候群、横紋筋融解症の患者 ・広範囲（半肢以上）熱傷の患者 ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・手術、姑息的治療（ステント挿入など）、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者 ・手術室での手術を必要とする状態の患者 ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ）の患者 				
点数等の見直しの場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: right;">見直し前</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">7日以内 450点、8日以上10日以内 225点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">見直し後</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">14日以内 450点</td> </tr> </table>	見直し前	7日以内 450点、8日以上10日以内 225点	見直し後	14日以内 450点
見直し前	7日以内 450点、8日以上10日以内 225点				
見直し後	14日以内 450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	日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査（総計518例）のデータに基づく。現行の対象疾患表には神経・筋疾患や心臓・脈管系疾患などで多くの重要な疾患が漏れており、また精神科病棟での入院加療を必要とする精神科身体合併症治療には約30日程度の入院期間を必要としていたという重要なデータがある。				
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	年間6万人入院の5%、一病院当たり、年間10人対象患者が増加すると推計				
・年間対象患者数の変化 前の回数（人） 後の回数（人）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: right;">前の回数（人）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">1,200</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">後の回数（人）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">1,300</td> </tr> </table>	前の回数（人）	1,200	後の回数（人）	1,300
前の回数（人）	1,200				
後の回数（人）	1,300				
・年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: right;">前の回数（回）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">7日（450点）、8日～10日（225点）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">後の回数（回）</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">14日（450点）</td> </tr> </table>	前の回数（回）	7日（450点）、8日～10日（225点）	後の回数（回）	14日（450点）
前の回数（回）	7日（450点）、8日～10日（225点）				
後の回数（回）	14日（450点）				

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)	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)
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)	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。)	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 ・当該技術の保険取 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
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	280206
申請技術名	医師事務作業補助体制加算
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A207-2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
提案の概要	<p>これまで精神病棟においては、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に医師事務作業補助体制加算が認められてきた。しかし、行われている業務の性質から見て、精神科病棟入院基本料（10対1、13対1）を取っている病棟も適応とすることをお願いしたい。</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	なし
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）	急性期病院内の精神病棟における医師事務作業補助員の配置に対して、一般病棟と同様の評価を希望する。総合病院精神科においても勤務医の負担軽減が必要である。そのために人員配置を手厚くし、精神・身体急性期治療を行っている病棟に対しては、一般病棟と同様の評価をお願いしたい。
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	なし
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	100施設（50床）、年間入院300人/一施設と推定
・年間対象患者数の 変化	前の人数（人） なし 後の人数（人） なし
・年間実施回数 の変化等	前の回数（回） なし 後の回数（回） 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）	なし
・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） なし
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） なし その他 （遵守すべきガイド ライン等その他の要 件） 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）	なし

	プラス又はマイナス	+
⑦予想される医療費へ影響(年間)	金額(円)	入院初日のみ25対1補助体制加算で4900円 50床の病棟で年間300人の新入院患者があれば、 $4900 \times 300 = 1470000$ 100施設で1億4700万
(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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費	なし
取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	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
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	280207
申請技術名	精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A100
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>精神病棟は一般病院に併設されていても精神病棟入院基本料で算定し、一般病棟入院基本料では算定されない。少なくとも下記の条件にある精神科病棟は一般病棟入院基本料に合算して評価して頂きたい</p> <p><合算できる精神科病棟の要件></p> <p>① その精神科病棟が16対1医師配置を行っていること ② 看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと ③ 精神科病棟の病床数が60床以下であること ④ その精神科病棟の平均在院日数が60日以下であること</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	なし
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)	精神病棟は一般病院に併設されていても精神病棟入院基本料で算定し、一般病棟入院基本料では算定されない。他の診療科は全て診療科毎の算定ではなく一般病棟として合算され算定されており、精神病棟だけが合算から除外される合理的根拠はない。一定の条件を備えた精神科病棟は一般病棟入院基本料に合算して評価して頂くことで一般病棟に併設された精神科病棟の合理的評価が可能となるとと思われる。
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	合算可能とすることで人員の確保と治療の士気の確保が可能となり、患者の利益にかなう体制となる。
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	前の人数(人) なし 後の人数(人) なし
・年間実施回数の 変化等	前の回数(回) なし 後の回数(回) 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)	なし
・施設基準 (技術の専門性等 を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること)	施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等) 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) 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)	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。)	増点した場合に予想 される当該技術にか かる医療費 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 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 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	280208
申請技術名	総合入院体制加算を精神病棟に適応すること、更に総合入院体制加算2における標榜科としての精神科の存在を必須とすること
申請団体名	日本総合病院精神医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A200
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	精神病棟を有し、総合入院体制加算を算定している病院は、精神病棟も一般病棟と等しく適応の範囲内とすること。
【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	なし
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)	本加算を算定している病院であっても、精神病棟における算定は認められていない。施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられるため、そのように評価することで現場の士気は高まり、総合病院における一般医療と精神医療の連携も促進されると考えることが出来る。
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	なし
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	総合入院体制加算1は4施設(50床、年間入院200人/一施設)、総合病院入院体制加算2は200施設(50床、年間入院200人/一施設)と推定
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) なし 後の人数(人) なし
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) なし 後の回数(回) 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)	なし
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 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 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)	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。)	プラス又はマイナス 70000万 金額(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 総合入院体制加算1:4(施設)×200(人)×2500×14=2800万、総合病院入院体制加算2:は200(施設)×200(人)×1200×14=67200万(入院病床は50床、年間入院数は200人/1施設とした。根拠は2012年総合病院精神科基礎調査)。合計70000万
・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 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 その他 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	282201
申請技術名	小児心臓超音波検査技術料算定
申請団体名	日本超音波医学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	215-3イ
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
提案の概要	4歳以下の乳幼児において鎮静剤使用による鎮静化での心エコー検査を実施した場合、これまでの経胸壁心エコー法880点に120点を加算し、1000点への増点を提案する。
〔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	乳幼児に心エコー検査を施行するにあたっては複雑な先天性心疾患を診断するために鎮静が重要であるが、いかに安全に鎮静を行うかが問題がある。さらに十分な安全を確保することが重要である。①使用する薬剤はトリクロホスナトリウム20-80mg/kg(最大2g)頓服、または抱水クロラール30-50mg/kg座薬頓用とすること、②鎮静中は経皮的酸素飽和度モニターを装着し心エコー術者は絶えずモニターを監視すること、③経皮的酸素飽和度モニターによる血中酸素飽和度および心拍数が値を示さないとき、また鎮静前より酸素飽和度で10%以上の低下、心拍数が60/分以下の除脈を示すときは直ちにPALS有資格者を招集できる体制であること、④酸素投与、気道確保、陽圧呼吸、鎮静拮抗薬、心肺蘇生に必要な薬剤、除細動器、等の設備・物品の準備が直ちにできる必要がある。
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)	4歳以下の乳幼児においては鎮静への協力が得られることはほとんどない。さらに、小児の複雑型先天性心疾患の十分な形態・血行動態評価を行うためには、成人より長い検査時間が必要である。このため4歳以下の乳幼児に対する心エコー検査において十分な検査評価を得るためには、鎮静剤による鎮静が必要である。小児の鎮静に際しては適切なモニター管理が必要であり、さらに小児への薬剤投与のためには看護師の介助も必要で、人手が必要となる。このように、4歳以下の乳幼児では、成人に比べて心エコー検査を施行にあたり、人手と時間がかかることから1000点が妥当な評価であると提案する。
点数等の見直しの 場合	見直し前 880 見直し後 1,000
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	全米の鎮静時の有害事象調査(Cote et al. Pediatrics 2000 106:633-644)では、minimal sedationの代表的薬剤である抱水クロラールでも13例の致死性的または重篤な神経後遺症が報告されている。小児におけるより安全な鎮静の指針は日本小児循環器学会にて準備中である。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成23年社会医療診療行為別調査、0-4歳の経胸壁心エコー回数より推計。また社会生活統計指標2007から出生数が年間約6.7%減少していると考えられるため、当該技術を必要とする患者も6%程度減少するものと考えられる。
・年間対象患者数の 変化	前の人(人) 194,664 後の人(人) 182,984
・年間実施回数の 変化等	前の回数(回) 194,664 後の回数(回) 182,984
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)	乳幼児の心疾患の診断・管理において心エコー検査は必須の検査であるが、複雑型先天性心疾患などの正確な評価ができるためには、高度な専門知識の取得を要する。
・施設要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等)	小児科を標榜する施設
・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)	小児の鎮静および小児の心肺蘇生法に精通した小児科専門医およびPALS資格取得者が常勤する施設
・その他 (遵守すべきガイド ライン等その他の要 件)	鎮静中は経皮的酸素飽和度モニターにて小児の状態を監視でき、万一の急変時に際しては速やかに対処できる施設マニュアルの準備ができていない施設。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	極めてまれに過度の鎮静による呼吸停止、血圧低下などが起こる可能性がある。
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 費へ影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円) 116,796,800
(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	194,664症例に対して心エコー検査を施行した場合、182,984x1000x10 = 1,829,840,000 円となる。
・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
	194,664症例に対して心エコー検査を施行した場合、182,984x880x10 = 1,463,872,000 円となるが、不十分な安全体制による事故による損失は勘案されていない。
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 D 検査 215-3イ 胸壁心エコー法
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	日本小児循環器学会、日本小児科学会、日本未熟児新生児学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	284201
申請技術名	長期脳波ビデオ同時記録検査2
申請団体名	日本てんかん学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D235-3
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input 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	なし
提案の概要	一定の基準を満たした専門医療機関において、看護師あるいは脳波技師による集中監視下に行われ、得られた検査結果が適正に解析された場合、長期脳波ビデオ同時記録検査2を算定する。
【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	長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかん発作型診断又は手術前後に行った場合、患者1人につきそれぞれ5日間を限度として算定する。1日につき900点、平成24年は年間約3200件（検査実日数は不明）であった（平成25年社会医療診療行為別調査）。
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）	本検査は、24時間以上数日間連続して脳波とビデオを同時記録し、てんかん発作時の脳波と発作症状を記録するもので、発作時には看護師あるいは脳波技師が直ちにベッドサイドに駆けつけ、発作症状の確認と患者の安全の確保を行う必要があり、終夜睡眠ポリグラフィー以上の集中監視を必要とする。検査の安全性と精度を確保する為には人件費の裏付けが不可欠である。一定の基準を満たした専門医療機関において、看護師あるいは脳波技師による集中監視下に行われ、得られた検査結果が適正に解析された場合、長期脳波ビデオ同時記録検査2を算定する。
点数等の見直しの 場合	見直し前 900 見直し後 長期脳波ビデオ同時記録検査2：6,500点、既存の長期脳波ビデオ同時記録検査は900点で据置き。
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27年度に始まるてんかん地域診療連携体制整備事業に連動した再評価の提案である。本検査は、てんかんの確定診断（非てんかん発作との鑑別、発作型診断）、及び外科治療の術前評価に不可欠な検査であるが、診療点数が低すぎるため十分な体制を備えた診療拠点施設が整備され難い現状がある。てんかんの専門医療施設で行われる本検査が、てんかんの確定診断に有用であることのエビデンスレベルはI（Krumholz A et al. 2007）。アメリカてんかん学会、日本てんかん学会を含む各国のガイドラインには、てんかんの診断と治療における本検査の重要性が指摘されている（Labiner DM et al. 2010）。てんかん医療の質の向上により、誤った診断による過剰な診療の減少と、外科治療等によるてんかんの治癒及び患者QOLの向上が期待できる。小児の外科適応例では1患者あたり約660万円の増分費用対効果（ICER）が見込めると報告されている（Ontario report 2012）。全国の主要てんかんセンター13施設における内保連コスト調査では、本検査に必要な費用が1日あたり平均値 21万8千円、中央値 8万4千円であった。また、諸外国における同様のコスト調査によると、最低額のオーストラリアでも92,400円以上であり、最高額のフランスでは342,000～512,400円であった。これらのデータを考慮し、1日6500点が妥当と考えた。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現在、てんかん診療拠点病院の基準を満たす施設は全国に約20ある。各々が平均5床の検査用ベッドを有すると仮定すると、年間50週で5床×50週×20施設＝5,000人（回）の検査を行うことが可能となる。
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	前の人数（人） 3,200 後の人数（人） 5,000 前の回数（回） 3,200 後の回数（回） 5,000
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）	平成27年度に始まるてんかん地域診療連携体制整備事業と連動する。現在、診療拠点病院の基準を満たす施設は全国に約20施設あり、地方自治体とともに地域診療連携体制事業を行える体制にある。また、てんかん外科治療を行うことのできる施設が約40施設、日本てんかん学会専門医訓練施設が約130施設ある。今後、これらの施設が連携し、全国の拠点病院を形成することが見込まれる。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 I（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 1) てんかん診療連携拠点病院加算を取得していること。2) てんかんの長期脳波ビデオ同時記録を行うことが可能な専用設備を有していること。3) 得られた検査結果が適正に解析され、診療録に記載されること。 II 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） 1) 病院の病棟を単位として行うものであること。2) 検査期間中は看護師あるいは脳波技師によるてんかん発作の常時監視と迅速な対応が可能な体制が取られていること。3) 監視を行う看護師あるいは脳波技師の数は、常時、当該検査を行っている患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。4) 長期脳波ビデオ同時記録検査を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。5) 当該病棟において、常勤の脳波技師が一名以上配置されていること。6) 日本てんかん学会専門医あるいは長期脳波ビデオ同時記録の判読経験が5年以上の医師が1名以上当該医療機関に在籍していること。7) 長期ビデオ脳波記録の経験を1年以上有する看護師及び脳波技師が各1名以上当該医療機関に在籍していること。 III その他 I（遵守すべきガイドライン等その他の要件） NAECガイドライン（Labiner DM et al. 2010）。日本てんかん学会認定研修施設認定基準。全国てんかんセンター協議会正会員要件。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	発作による転倒・転落・外傷、発作後もろうろ状態による暴力行為、減薬によるてんかん重積状態、あるいは突然死（一般に年間1000人に1人程度と言われている）などが発生しうる。安全確保の観点から看護師あるいは脳波技師による監視が必要であり、そのための人件費確保が不可欠である。

⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	常時のビデオ監視におけるプライバシーの保護。自動車運転に関わる正確なてんかんの診断と適切な治療を受けられる体制を整備することは、地域社会のリスクを減らす上で必要条件である。
⑦予想される医療プラス又はマイナス 費へ影響(年間) 金額(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 入に伴い減少又は 増加すると予想され る医療費	7,200,000,000 (増)本検査 65,000円×5,000人×4日 = 13億円 (減)1/4(1,250人)が生涯(40年)にわたり不要な薬剤を中止できるとして、 1,250人×-150,000円×40年 = -75億円 1/2(2,500人)が発作による救急医療が生涯2回 不要になるとして、 2,500人×-200,000円×2回 = -10億円 以上を合計して、-85億円 従って、13億円-85億円 = 72億円の減額となることが予想される。 増点しない場合に予 想される当該技術に かかる医療費 9,000円×3200件×4日 = 1億1千520万円 ※現行の検査、解析体制がどれだけ医療費削減に寄与しているかの試算は困難である。
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 その他 なし なし(既存の長期脳波ビデオ同時記録検査は拠点施設以外で本検査を行う為に不可欠)
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	平成27年度からのてんかん地域診療連携体制整備事業に連動。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等	日本神経学会(池田昭夫理事)、日本臨床神経生理学会(上坂和義理事)、日本小児神経学科(田角勝理 事)、日本脳神経外科学会(伊達 勲理事)

「長期脳波ビデオ同時記録2」について

【技術の概要】

てんかん発作の記録を目的とし、数日間、脳波とビデオを同時記録
H27年度に始まるてんかん地域診療連携体制整備事業と連動し、
てんかん診療拠点病院で施行

本検査を行う特殊病棟



【対象疾患】

てんかんおよびてんかんを疑わせる発作性の症状をきたす疾患
年間対象患者は5,000人程度

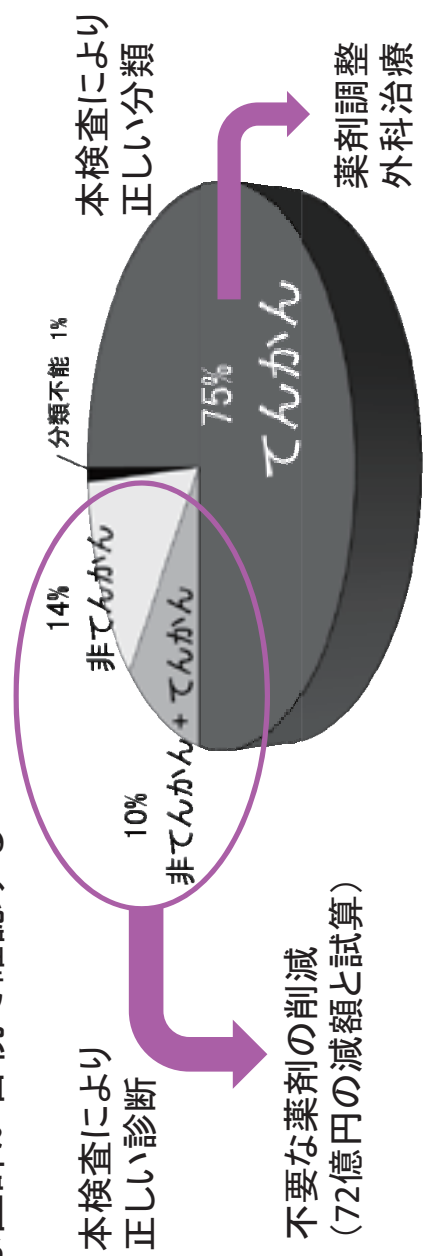
【既存の検査との比較】

既収載の「長期脳波ビデオ同時記録検査」とは異なり、
①看護師あるいは脳波技師による24時間体制の集中監視下に行う
②全データを脳波技師または医師が目視で確認する

【診療報酬上の取扱】

D 検査
1日6,500点

※内保連コスト調査による
本検査に必要な費用
1日 84,000円
(13施設の中央値)



薬剤調整
外科治療

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	284202
申請技術名	脳波検査判断料2
申請団体名	日本てんかん学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D238
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)
「16 その他」を選んだ場合に記載	特になし。
提案の概要	施設基準に合致した施設において脳波が判読された場合、現行点数180点を400点へ増額。他施設で記録された脳波記録を判読し結果を還元する場合を含む。

【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	脳波検査等の種類又は回数に関わらず月1回に限り180点、他の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は1回につき70点を算定する。H24年の全国の脳波検査判断料の件数は約94万件で他施設の脳波の判読は約4,600件(平成25年社会医療診療行為別調査)。
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	脳波検査はてんかんの診断には不可欠だが、脳波の判読には経験と知識が必要であり、脳波が判読できる専門医の数は限られている。少ない専門医を有効に活用し、地域医療における脳波検査の質を高め、正確な診断により不要な脳波検査を抑制するため、一定の基準に合致した施設で行われる脳波判読料を増額し、一般の施設で記録された脳波記録の判読と結果の還元が行えるようにする。 180 400(脳波検査判断料2)、130(既存の脳波検査判断料)
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	自動車運転の可否の判断等に際しての脳波検査の正確性が求められている。脳波判読の正確性は脳波の専門医を取得していること、脳波を判読する時間が多いこと、脳波の判読数が多いことで増す(Williams GW et al. Interobserver variability in EEG interpretation. Neurology 1985;35:1714-19)。現在、臨床で使用されている脳波計の70%がデジタル脳波システムとなり、記録された脳波を、直接ネットワークを介してあるいはCD-ROMを媒体として専門施設で判読することが可能となっている。
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	全国のてんかん患者数は100万人、初発例は年間10万人、難治てんかんの患者は30万人。20万人が年1度、専門施設で脳波判読を受けると推定(5万人は脳波判読のみ)。非専門施設での脳波検査数は約10万件減少すると推定。 前の人数(人) 1,000,000 後の人数(人) 900,000(うち専門施設20万人、非専門施設70万人) 前の回数(回) 1 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) 施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) ・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	脳波判読の技術を習得するには、卒後5年以上が必要。日本臨床神経生理学会の脳波専門医資格取得には卒後5年以上、学会歴3年以上で、専門医試験を受ける。てんかん専門医資格は基本診療科の専門医の取得とてんかん専門医認定訓練施設での3年以上の研修の後、専門医試験を受ける。 標榜科:小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科、心療内科。てんかん専門診断管理料の施設要件を満たす施設。当該医療機関は、地域ごとに作成されたてんかんの診療連携計画に登録し、てんかんの専門診療施設として、診療連携パスに参加すること。 1)脳波の判読経験が5年以上の医師が1名以上当該医療機関に在籍し脳波判読に関わっていること(日本臨床神経学会脳波専門医、日本てんかん学会専門医、日本小児神経学会専門医日本神経学会専門医、日本脳神経外科学会専門医及び日本精神神経学会専門医で本基準に対応する医師はこれに相当する)。2)脳波検査に関して1年以上の経験を積んだ技師が1名以上当該医療機関に在籍し脳波検査に関わっていること。 構成員はてんかん診療連携拠点病院等により開かれる定期的な教育研修に参加すること。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査の判読料のためリスクはない。
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	金額(円) 90,000,000 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 4000円×20万件+1300円×70万件=8億円+9億1千万円=17億1千万円 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 1800円×100万件=18億円
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 D 検査 番号 D238 技術名 脳波検査判断料
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	増点により脳波判読の遠隔診断システムの普及が見込まれる。H27年度からのてんかん地域診療連携体制整備事業に連動
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本神経学会(池田昭夫理事)、日本小児神経学科(田角 勝理事)、日本臨床神経生理学会(湯本真人理事)、日本脳神経外科学会(伊達 勲理事)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	284203
申請技術名	脳波検査2
申請団体名	日本てんかん学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D238
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）
「16 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	てんかん専門診療を行う施設基準に合致した施設において脳波検査が行われた場合、現行点数600点を1000点へ増額。
【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	現在の脳波検査には適応疾患及び施設基準は指定されていない。同時に8誘導以上の記録を行った場合に算定し、睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は250点を加算する。他の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は1回につき70点。H25年の全国の脳波検査数は約64万件でうち約69%は睡眠賦活なしで行われている（平成25年社会医療診療行為別調査）。
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）	脳波検査はてんかんの診断には不可欠だが、脳波検査の判読には経験と知識が必要であり、脳波が判読できる専門医の数は限られている。また脳波検査でてんかんと診断するには睡眠賦活が必須である（資料1）。少ない専門医を有効に活用し、地域医療における脳波検査の質を高め、正確な診断により不要な脳波検査を抑制するため、一定の基準に合致した施設で行われる脳波検査料を増額する。
点数等の見直しの 場合	見直し前 600 見直し後 1000（脳波検査2）
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	自動車運転の可否の判断等に際しての脳波検査の正確性が求められている。しかし、過呼吸や光刺激等の負荷が不十分であったり、検査時間が短過ぎて異常所見がとらえられないなど、偽陰性の問題が指摘されている。一方で、非特異的所見や雑音などの混入により、非てんかん症例をてんかんと誤診するなどの偽陽性の問題も指摘されている。脳波判読の正確性は脳波の専門医を取得していること、脳波を判読する時間が多いこと、脳波の判読数が多いことと増す（Williams GW et al. Interobserver variability in EEG interpretation. Neurology 1985;35:1714-1719）。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	全国のてんかん患者数は100万人、うち初発例は年間10万人、難治てんかんの患者は30万人。15万人が平均年1度、専門施設で脳波検査を受けると推定。正確な診断により不要な脳波検査が全体で10万件減少すると推定。
・年間対象患者数 の前（人） の变化 後（人）	1,000,000 900,000（うち専門施設15万人、非専門施設75万人）
・年間実施回数 の前（回） の变化 後（回）	1 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）	脳波判読の技術を習得するには、卒業5年以上が必要。日本臨床神経生理学会の脳波専門医資格取得には卒業5年以上、学会歴3年以上で、専門医試験を受ける。てんかん専門医資格は基本診療科の専門医の取得とてんかん専門医認定訓練施設での3年以上の研修の後、専門医試験を受ける。
・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>標榜科：小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科、心療内科。てんかん専門診断管理料の施設要件を満たす施設。当該医療機関は、地域ごとに作成されたてんかんの診療連携計画に登録し、てんかんの専門診療施設として、診療連携パスに参加すること。</p> <p>1) 脳波の判読経験が5年以上の医師が1名以上当該医療機関に在籍し脳波判読に関わっていること（日本臨床神経学会脳波専門医、日本てんかん学会専門医、日本小児神経学会専門医日本神経学会専門医、日本脳神経外科学会専門医及び日本精神神経学会専門医で本基準に対応する医師はこれに相当する）。2) 脳波検査に関して1年以上の経験を積んだ技師が1名以上当該医療機関に在籍し脳波検査に関わっていること。</p> <p>1) 脳波の記録時間を最低30分とする、2) 施設の構成員はてんかん診療連携拠点病院等により開かれる定期的な教育研修に参加すること、3) 他施設で行われた脳波の判読や講習会の開催等を行うことで地域の脳波検査の質の向上を図る事。</p>
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	確立された非侵襲的検査のため検査自体のリスクはないが、検査中にてんかん発作が起こる可能性は除外できない。
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） 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	<p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 1万円×15万件＋6000円×75万件＝15億円＋45億円＝60億円</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 6000円×100万件＝60億円。</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 番号 技術名	D 検査 D235 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む）
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	H27年度からのてんかん地域診療連携体制整備事業に連動。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本神経学会（池田昭夫理事）、日本小児神経学会（田角 勝理事）、日本脳神経外科学会（伊達勲理事）

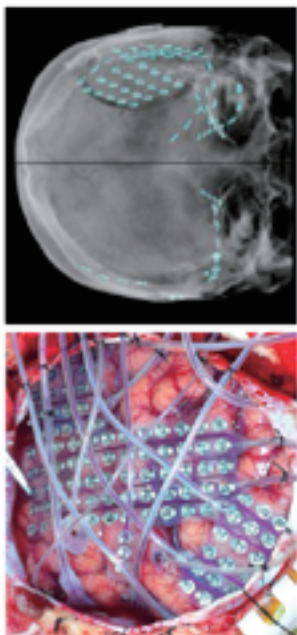
医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	284204
申請技術名	長期継続頭蓋内脳波検査
申請団体名	日本てんかん学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	235-2
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「16 その他」を選んだ場合に記載	なし
提案の概要	現行 500 点より 7,000 点への増点を提案する。
【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>・対象:難治性てんかん患者</p> <p>・硬膜下電極または深部電極を用いて頭蓋内脳波を測定</p> <p>・患者1人につき 14日間を限度として、1日500点を算定</p> <p>・施設基準(脳神経外科を標榜する病院、脳神経外科常勤医師が1名以上配置されている)に適合する保険医療機関</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)	算定点数を1日500点から1日7,000点に増点。
点数等の見直しの 場合	見直し前 500 見直し後 7,000
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>1. 手術で留置した頭蓋内電極を用いるため、被検者の安全確保や電極管理に要する医療スタッフの件費や材料費は、頭皮脳波(1日900点)や睡眠ポリグラフ(1日3,300点)に比較して明らかに大きい。</p> <p>2. 記録電極数とデータ量がきわめて多く、記録に要するメディアや結果解析に携わる医療スタッフの件費も頭皮脳波や睡眠ポリグラフに比較して明らかに大きい。</p> <p>3. 国内主要7施設における内保連コスト調査において平均値・中央値とも70,000円であった。</p>
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	当検査は、高度の専門性を要する検査であり、対象となる薬剤抵抗性てんかんの患者数、施行施設数とも大きな変化はないと推定される。学会調査によれば1人平均10日、1施設年間平均5人、全国での施設数は約20である。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 100 後の人数(人) 100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 1,000 後の回数(回) 1,000
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)	長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんに対する外科的治療の適応や手術法・治療範囲決定のために必要である。これは国内外でガイドライン等にも明記されている(日本てんかん学会、日本神経学会など)。本検査は、難治性てんかんに対する外科的治療の十分な経験を有する施設において行われる高度に専門的な技術である。国内で年間5件以上の検査を行っている施設は20施設未満である。
・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>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p> <p>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>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p> <p>その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> <p>施設基準の変更なし(脳神経外科、常勤脳神経外科医1名以上)</p>
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	長期継続頭蓋内脳波検査中には、頭蓋内感染・創部感染・頭蓋内出血・てんかん発作の重症化などのリスクがある。これらのリスクの頻度は1~4%である(Epilepsy: A Comprehensive Textbook. 2nd ed. Chapter 17)。これらのリスクは早期発見によって適切に対処すればほとんどは回復可能であるが、対処の遅延や不適切な対処により生命の危険もある。被検者の安全確保や電極管理に十分な労力を必要とする所以である。
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) 3,000,000
(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
・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
	<p>増点分37,000円×1000回/年 = 37,000,000円/年の増加。</p> <p>なお、⑩その他に記したように、ほとんどの算定は現行の500点ではなく、他の項目(睡眠ポリグラフなど)で算定されていると考えられるため、増点分は 7,000-3,300 = 3,700点 = 37,000円とした。</p> <p>増点しないことによる1人あたりの合併症発生率を 4%と見積もり、1件の合併症発生による医療費増加分を 10,000,000円と見積ると、10,000,000円/人 × 100 人/年 × 0.04 = 40,000,000円/年の減少。</p>

⑧関連して減点や区分 削除が可能と考えられる 医療技術の番号 技術名	その他 なし 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	社会医療診療行為別調査では2013年に全国で5件35日しか算定されていない。あまりに点数が低い他項目で算定していると思われる。実態を反映していないだけでなく、医療事故などが発生した場合には問題となりがねない。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本脳神経外科学会(伊達勲理事)、日本神経学会(池田昭夫理事)、日本臨床神経生理学会(上坂和義理事)、日本小児神経学科(田角勝理事)

「長期継続頭蓋内脳波」の増点について

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



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



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



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

1日あたり（最大14日）
現行 500点
↓
7,000点

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	285201
申請技術名	人工腎臓
申請団体名	一般社団法人、日本透析医学会
診療報酬区分	J 処置
診療報酬番号	J038
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	J038人工腎臓「注8：区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限る。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りではない」の算定の上限を、「週3回の人工腎臓では管理困難な高度の心不全を有する患者に対し1月に16回に限り算定可能」とする

【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	J038人工腎臓では月当たりの回数制限14回が存在する。技術内容の変更・点数の変更はない。
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）	現状の週3回の人工腎臓は間歇的治療であり、しかも中2日の透析間隔時に心不全の増悪が見られ死亡率、入院率が増加している。高度の心不全を有する透析患者では月あたり16回に透析回数を増加することにより体液管理が可能となり心不全増悪の予防ができる。
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	血液透析の持つ間歇的治療の悪影響を軽減する。中2日の透析間隔による死亡率、入院率の上昇を抑えることができ、予後改善が認められる(資料1-5)。それにより高度の心不全を有する患者(NYHA 3度位上)の入院率・死亡率の低減が計れる。★曜日による入院数:資料5(患者458名の5年間の入院調査)の図1より月・火曜と他曜の入院数差算定。月・火曜日平均272回、他曜日平均133回。差139回/5年=6回/年/100名月・火曜日で入院が多い。★曜日による死亡少:アメリカ透析データ(USRDS 資料3)では死亡リスク、月・火曜日對他曜日は22.1 対 18 /100person-year。日本欧米の血液透析比較試験(DOPPS 資料4)の日本データでは死亡率月曜日17.9%と他曜日平均13.7%。★日本透析医学会血液透析処方ガイドライン(資料6)では管理困難な高血圧症例には透析時間・回数の増加を推奨している。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	NYHA3度以上で、週3回のHDではコントロール困難で、1年間に一度以上心不全で入院を要する症例は3～6% (9,500～19,000名、平均14000名)と推定される(資料7,8)
・年間対象患者数の変化	1前の人(人) 14,000 後の人(人) 14,000
・年間実施回数の変化等	1前の回数(回) 2,184,000 後の回数(回) 2,520,000
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)	すでに既存技術であり確立している
・施設基準(技術の専門性等) を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること	施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等) 無 人的配置の要件 (医師、看護師等の 職種や人数、専門性 や経験年数等) 無 その他 (遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件) European Best Practice Guidelines on haemodialysis 2007、日本透析学会血液透析ガイドライン、他 (http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1637.html)
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	これまでの技術と同じであり担保されている
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	なし
⑦予想される医療費の影響(年間)	金額(円) + 6,300,720,000 (影響額算出の根拠 を記載する。) 14000名が月あたり2日透析回数が増加することにより年間12ヶ月x2回x14000名x2195点=7,375,200,000円 増。しかし14000名で年間840回入院回数減少する。更に死亡リスクが35%減少することにより年間480名死亡 減少する(日本透析医学会統計調査による年間粗死亡率9.8%(資料9)であり、35%減少で14,000名では480名 減)。総計1,320回入院が減少。入院費用1,320回x814,000円=1,074,480,000円が減(全国健康保険協会資 料、資料10、一入院平均1ヶ月814,000円)。差し引き6,300,720,000円増加する
・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 回数の増加がない場合、医療費の変化はない
⑧関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分 番号 技術名 その他 人工腎臓は血液透析の第一の処置であり、代替えとなる技術、減点・削除が可能な項目はない。
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	公益社団法人日本透析医会

概要図：血液透析回数14回より16回への必要性

- 現行の血液透析は週3回が原則であり、そのため必ず2日間の透析間隔が発生する。この不均一性が最大透析間隔中に体液過剰、尿毒素の上昇を来たし、死亡・入院を増加させる。
- 図1、月水金HD症例は月曜日に、火木土症例は火曜日に心停止・心疾患死亡が増加する(文献1)
- 図2、アメリカ透析データでも週最初の透析日に死亡が増加している(文献3)
- 図3、本邦においても入院頻度が月曜日・火曜日に多いことが示されている(文献5)

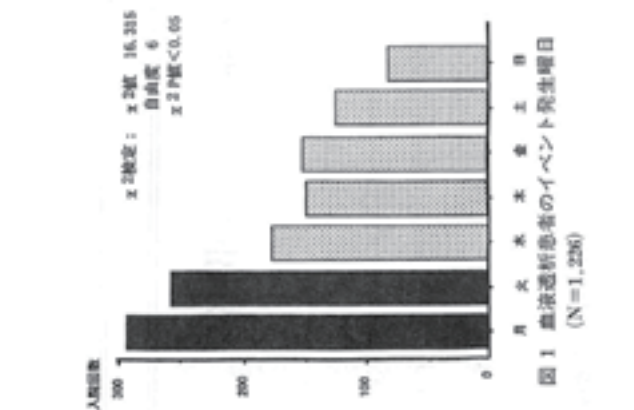
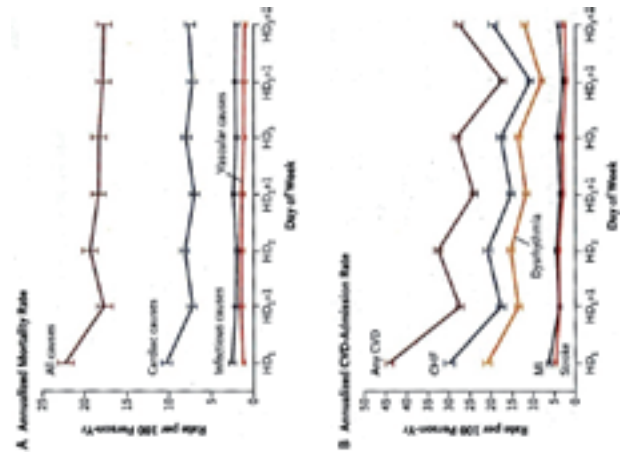
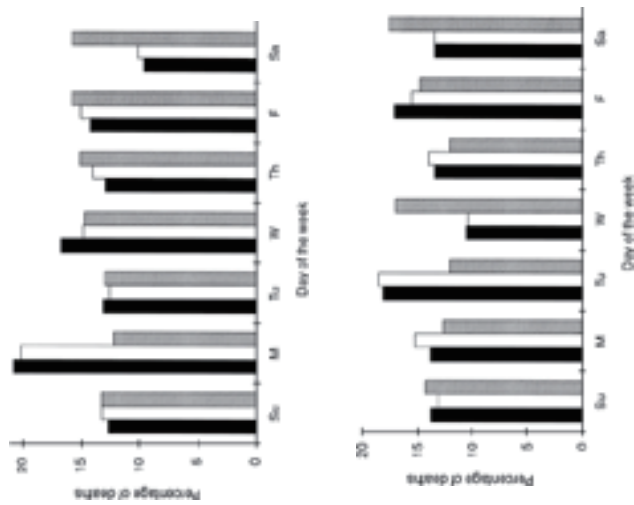


図1, Bleyer AJ et al, Kidney Intern 1999 図2, Foley RN et al. N Eng J Med 2011

図3, 原田欣子 他 腎と透析2001

文献

- 1, Bleyer AJ et al, *Kidney Intern* 1999; 55: 1553-1559
- 2, Bleyer AJ et al, *Kidney Intern* 2006; 69: 2268-2273
- 3, Foley RN et al. *N Eng J Med* 2011; 365:1099-107
- 4, Zhang H et al. *Kidney Int* 2012; 81:1108-1115
- 5, 原田欣子 他 腎と透析 別冊2001, HDF療法' 01 102-105
- 6, 日本透析医学会編、わが国の慢性透析療法の現況2011年12月31日現在CDR版 表
1720
- 7, 日本透析医学会編、図説わが国の慢性透析療法の現況2011年12月31日現在、図表20
- 8, 全国健康保険協会 人工透析に関する分析(平成22年4～8月) P12、
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/resources/content/66365/20101227-184232.pdf>