医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250201
申請技術名		神経学的検査
申請団体名		日本神経学会
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D239-3
再評価区分（1つ選択）		1-B 算定要件の見直し（施設基準）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		高額な機器を用いなくとも熟練した技術で、診断・治療に寄与する神経診察は時間、手間がかかるが、適切な診察は無駄な検査を省くことができ医療費の減少に寄与しておりその成果は正当に評価すべきであり現行300点から少なくともコスト調査により明らかとなった原価700点に技術料を加算した1000点への増点を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		内保連医療技術評価委員会の報告からも内科系診察において、とりわけ神経内科の診察特に初診時にかかる時間と労力は際立って長大であることが示されている。神経疾患は十分に熟練した神経内科医による系統だった神経診察を施行することにより、高額な機器を用いなくとも診断できる場合が多く、無駄な検査をさけることができる。系統だった神経診察にはエキスパートとしての十分な経験と極めて専門性の高い技術、施行時間、チャート作成の手間がかかりまさに内科的医療技術と言えるが、現行の診療報酬体系（300点）ではこのような内科的技術に対する評価は他の医療技術に対する評価（肛門鏡検査200点、通院在宅精神療法30分未満330点、生活習慣病管理料650点～1280点等）と比較しても非常に乏しく、物ではなく技術を評価するという観点から正等な評価となっていないため、再評価を希望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400
	後の点数（点）	1,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		現状でも算定しており普及性に大きな変化はない。平成21年度社会医療診療行為別調査結果より毎月同程度の請求があるものとして算定件数を参考にした。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	51,655
	後の人数（人）	51,655
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	619,860
	後の回数（回）	619,860
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	360,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成21年度社会医療診療行為別調査実績より年間60万人と推定し 60万人X10000円 ＝ 6億円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	現状の点数で同様に算定すると 60万人X4000円＝2.4億円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250202
申請技術名		脳血管疾患等リハビリテーション
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本リハビリテーション学会、日本神経治療学会）
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		H001
再評価区分（1つ選択）		1-C 算定要件の見直し（回数制限）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		特殊な疾患や病態では、通常は介護保険での継続的なリハビリテーションを受けていても、装具や補助器具、コミュニケーション機器の工夫などの作業療法、嚥下や言語障害のリハビリなど言語療法が必要となることがある。これらは通常の介護保険のリハビリテーションでは対応が難しい。このように、同一月に介護保険でリハビリテーションを受けている場合でも、医学的に必要性があり、かつ介護保険でのリハビリテーションでは対応困難なリハビリテーションの内容については医療保険におけるリハビリテーションを受けられるようにすべきである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		現在継続的に介護保険を利用してリハビリテーションを受けていると、医療保険でのリハビリテーションの請求ができない。しかし、実際には介護保険において特に作業療法士や言語聴覚士等の専門のリハビリスタッフは地域で不足しており、通常のリハビリは介護保険で行うとしても、特殊な評価や指導などは医療保険でのリハビリの併用が必要なことがある。そのような場合には介護保険でのリハビリテーションと医療保険でのリハビリテーションの併用を認めていただきたい。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		介護保険の通所リハビリが月間3000千件、600千人、内1%を対象とすると、年間360千件、72千人 但し1%の根拠が具体的にあるわけではない。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	72,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	360,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	7
（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（200字以内）	H001 1のイ 245点 通所リハビリ 約830円 2450－830＝1620円 2月に1回受診するとして、6回X 72000人X1620円＝7億
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250203
申請技術名		中枢神経磁気刺激法による誘発筋電図
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本臨床神経生理学会、日本臨床検査医学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D239-3
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		中枢神経磁気刺激による誘発筋電図は、中枢運動路を非侵襲的に客観的に測定し、運動障害の診断および病状の評価行うための、唯一の検査である。現状ではコストが実施料を上回っているため、必要な検査が多くの病院でできていない現状がある。 このため、保険料を現行400点より800点への増点を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		中枢神経磁気刺激による誘発筋電図は、体表から大脳運動野、脳幹、神経根の各レベルで運動路を非侵襲的に刺激し、検査したい筋肉から誘発筋電図を記録する方法である。中枢運動路の機能評価法の唯一のものである。運動障害の診断および病状の評価での有効性は確立され、臨床検査として広く一般病院にも取り入れられてきている。手技的には表面筋電図を貼付し筋電図を記録するもので、臨床検査技師でも施行が可能であるが、中枢神経を刺激する点、結果の解釈の点から医師の監督指導を要する。また複数筋を比較する必要があることが多く、人件費・消耗品費用などが保険点数を上回っているのが現状である。中枢運動路の病変が疑われる場合には必要な検査であり、保険点数が適正なレベルになれば件数が増加していくと予想される。このような状況に鑑み、検査のコスト、技術料などを考慮した適切なレベルの保険点数にすることが必要と考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400
	後の点数（点）	800
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		磁気刺激装置を設置している医療機関が、約250施設、実際に稼働している施設は170施設程度である。 現在の年間の患者は、施設により異なり20～150人、平均約50人。 増点により稼働施設の増加と設置施設の増加が見込まれる
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	8,500
	後の人数（人）	12,750
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	8,500
	後の回数（回）	12,750
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	6,800,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	稼働施設、設置施設の増加と、対象患者数の増加により検査医療費の増加が予想される。 しかし、本検査により運動障害の早期診断ができ、無駄な医療機関の受診や不必要な検査の削減が予想される。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	本検査により運動障害の早期診断および評価ができないため、無駄な医療機関の受診や、不要な検査が増加することが予想される。また、運動障害を客観的に捕えることができないため、正しい診断まで時間がかかてしまっている患者数を減らすことができない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	202
	技術名	MRI
提案の具体的な内容（150字以内）		中枢運動路の機能異常を客観的に検出することが可能であれば、診断のために画像検査を繰り返す必要が減少する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250204
申請技術名		人工呼吸器加算
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本神経治療学会、日本呼吸器学会、日本小児学科学会、日本小児神経学会
診療報酬区分（1つ選択）		C　在宅医療
診療報酬番号		C164
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の拡大も含め
提案の具体的な内容（400字以内）		本加算は機器のレンタル料やバッテリーおよび手動式肺人工蘇生器、回路等の付属品に対して設定されている。実際には現行の点数ではこれらを賄えず医療機関の負担（持ち出し）になっているため、現状の実勢価格に即した点数となるよう、①気管切開口を介した陽圧式人工呼吸療器加算　11000点　②鼻もしくは顔マスクを介した陽圧式人工呼吸器加算　9000点　③陰圧式人工呼吸器加算　11000点　に増点することを要求する。 また、身体障害者療護施設でもALS等人工呼吸器を使用している患者を受け入れることになっているが、実際には受け入れる施設は非常に少ない。その理由の一つとして、本加算が要求できず、施設の自己負担となってしまうなどの経済的負担がある。医療機関以外の生活施設にも療養の場を求めるのであれば、身体障害者療護施設にも本加算を認めるべきである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		人工呼吸器は酸素濃縮器4000点等に比して、生命に直結しリスクが高く、機器の管理や使用も複雑であり、はるかに機器管理メンテナンスに時間も手間もかかるにもかかわらず現在①③7480点、②6480点である。現状では①②については業者からの機器のレンタル料がかろうじてまかなえる程度であり、本体以外の付属品を含む点数は医療機関の持ち出しとなり、③にいたっては13万/月のレンタル料も賄えず、実質在宅での利用ができない。また、平成24年度に480点増点となったが、新たにバッテリーおよび手動式肺人工蘇生器等も含まれることとなり、実勢価格を反映したものではないため、ますます医療機関の負担が増えている。 また身体障害者療護施設では人工呼吸器加算がとれないことが受け入れ困難の理由の一つになっている。他の居宅施設や老人保健施設などと同様に、行っている医療処置についての点数を認めていただきたい。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	7,480
	後の点数（点）	11,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成21年度社会医療診療行為別調査算定状況は①9901、②14421、③33件/月であった。増点されればこれまで入院で治療されていた患者がより在宅に移行しやすくなり、在宅医の受け入れもよりスムーズになると思われる。仮に①②は現在入院中の患者が5%(①495②721）③は20例（合計1236例）が在宅移行したと考えて試算した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	24,355
	後の人数（人）	25,591
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	292,260
	後の回数（回）	307,092
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	360,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	①((110000-74800)X9901+495X110000)X12=48.4億円、②((90000-64800)X14421 + 721 X 90000)X12=51.4億円、③((110000-74800)X33+20X110000)X12=0.4億、合計100.2億円増、人工呼吸器装着患者の平均入院費は月額70万円であるので、1236X70万円X12= 103.8億減、増減は3.6億円減
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250205
申請技術名		排痰補助装置加算
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本小児神経学会）
診療報酬区分（1つ選択）		C 在宅医療
診療報酬番号		C170
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		現在入院中でない人工呼吸を行っている患者に保険適用が認められているが、多くの場合入院にて導入し、また人工呼吸を行っていない患者においても排痰および無気肺、呼吸器感染症の予防に有効な治療であるため、入院外来問わず、人工呼吸器の使用の有無を問わず、保険適用の拡大を提案する(人工呼吸器を使用している場合は加算で算定し、していない場合は、別途排痰補助指導管理料としても算定できるようにする)。また、現在認められている以外の排痰補助装置にも適応拡大を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		痰がらみの苦しみを解消でき、感染症を予防・改善することによりQOLは改善し、生存期間の延長に寄与する。米国・欧州各国および日本神経学会、日本呼吸器学会ガイドラインにて使用が奨励され、海外からの報告より効果も明らかである。この効果は人工呼吸器装着の有無にかかわらずみられ、排痰補助装置を使用することで、人工呼吸器装着を回避できる症例も多い。現在は在宅人工呼吸器装着患者のみしか適用となっていないが、入院患者の救命、感染症の予防、QOLにも有効であり、入院で試した後在宅導入することも多い。入院で使い慣れていない機器を在宅導入することは困難であり、普及の妨げにもなっている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成21年度社会医療診療調査での件数は546件/月であるが、約半数が導入を入院で行ったとしても対象患者数は変化なし、回数は在宅退院前の1ヶ月で使用するとすると546件増加。入院でのみ使用し、在宅導入しない場合を仮に100件/月として算定。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	546
	後の人数（人）	1,746
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	6,552
	後の回数（回）	8,298
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	30,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	予想増加対象患者数（8298-6552）X 1.8万円＝ 約3千万円増加、一方感染防御の効果があるため、数ヶ月に1回抗生物質を用いていたのを防げるとして一回の入院に40万円かかり、平均年1回入院すると仮定すると1746人X1X40万円＝7億円減額 となり増減なしまたはむしろ減少と予測する
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250206
申請技術名		経頭蓋ドプラ装置による脳血流速度連続測定
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本脳卒中学会、日本神経超音波学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D215-4 ロ
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当せず
提案の具体的な内容（400字以内）		経頭蓋ドプラ検査による脳血流速度連続測定は、脳卒中診療において特殊な場合のみ必要とする。患者に侵襲のない検査であるが、保険点数が低いこと、検査に熟練を要するため、一般診療には普及していない。このため、現行150点より、800点への増点を提案する

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		日本脳神経超音波学会でのアンケート調査によると、経頭蓋ドプラの主な使用方法は、脳外科領域では、くも膜下出血時の血管攣縮評価、内科領域では、血栓通過時に認められる栓子シグナの検索を主とし、原因不明の脳梗塞症例における右左短絡の検索や頸動脈狭窄時に検査し、それぞれ一施設での1年間の検査平均は脳外科・神経内科それぞれ20症例程度である。また、経頭蓋ドプラの機械は、栓子シグナル検出装置が装備され、1台約600万円と高額である。代替え検査としては、血管攣縮はMRA・3DCT・血管撮影、、栓子シグナルに関しては代替えの検査はないが、右左短絡の検査は経食道心エコーがある。検査は30分以上の時間を要し、血管の同定やプローブの固定に熟練を要する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	150
	後の点数（点）	800
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		増点により検査件数は倍増するが、代替え検査のMRIや経食道心エコー検査回数が減少する。650点増加しても、MRI・造影CT・経食道心エコーの点数差とほぼ同等のため、検査件数が倍増しても、保健点数の増減は無い。日本脳神経超音波学会の神経超音波認定士は現在105施設登録され、アンケートでの結果、脳卒中の診療に経頭蓋ドプラを使用しているのは2／3の70施設と考えられる。1施設あたり平均年間20症例。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,400
	後の人数（人）	2,800
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,400
	後の回数（回）	2,800
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	
	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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	現在行っている施設のみでは260000点の増点だが、件数が2倍になれば代替え検査が減り医療費の増減なく、さらに増えれば、医療費は軽減する。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	MRI・造影CT・経食道心エコーを行う件数が増えるため、更なる保険点数の増加となる
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	250207
申請技術名	身障療護訪問診療
申請団体名	日本神経学会（共同提案：日本在宅医学会、日本緩和医療学会）
診療報酬区分（1つ選択）	C 在宅医療
診療報酬番号	C001,C005
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）	在宅あるいは居住系施設入所者等に対する計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行う訪問診療や訪問看護は 現在身体障害者療護施設に対して認められていないが、ALSをはじめとした若年難病の方の受け入れ先となるべき身体障害者寮後施設における訪問診療・訪問看護を認めて欲しい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		身体障害者療護施設はALS個室の設定などもあり本来重度身体障害をもつ神経難病患者の生活の場のひとつして期待されているが、現在の医療提供体制では受け入れ困難なことが多い。在宅と同様必要時に訪問診療・訪問看護がうけれられれば、神経難病の受け入れも推進できると考える。在宅破綻した若年神経難病の方が行き場がない状況のなかで、非常に重要な生活の場となっていくと思われる。同様に生活の場として施設内看取りの希望も施設側も入所者側もあるが、他の居住系施設同様、がんの末期など訪問診療・訪問看護が認められれば施設の有効活用となると思われる
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		予想は困難であるが、このような点数がつくことで身体障害者療護施設での神経難病の受け入れが推進されると思われる。当初は少数と予想する。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	50
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	50
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	9,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	居住系施設入所者である患者の場合 200点 月4回訪問するとして、 訪問診療 4X12ヶ月 X 200点 X 10円 X 50人 ＝ 480万円 訪問看護 4X12ヶ月 X 430点 X 10円 X 50人 ＝ 1032万円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	但し、在宅から施設に移行する場合は増減なし、さらに入院が回避できるとすると年間50人分の入院費が必要なくなるため、入院費が月40万円として 40万X12ヶ月 X 50人 ＝ 2400万円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		身体障害者療護施設においても在宅と同様、必要時に訪問診療・訪問看護がうけれらるようにし、神経難病の受け入れや施設内看取りに対応する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		250208
申請技術名		難病患者リハビリテーション
申請団体名		日本神経学会（共同提案：日本リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		H006
再評価区分（1つ選択）		1-B 算定要件の見直し（施設基準）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		外来難病患者を対象にしたグループリハビリテーション。看護師、理学療法士、作業療法士の脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）または（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、または（Ⅱ）および呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、または（Ⅱ）における常勤従事者との兼任を可能としていただきたい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		難病患者の機能維持、向上のためにはリハビリテーションは重要であり、疾患によっては特にグループリハビリテーションが有効な場合がある。現在の難病患者リハビリテーション料はそれ故に保険収載されているが、施設基準が厳しく、実際に即したものになっていないため、制度はあっても使えないものになっている。難病患者数は少ないため、連日多数の難病患者を集めて集団リハビリテーションとして難病リハビリテーションを行ことは困難で、看護師および理学療法士または作業療法士が専従となっているため、例えば週1回に患者を集中させて難病リハビリテーションを行いたい場合、そのためだけに要員を確保しなければならないのは非現実的である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		予想は困難であるが、現在でも脳血管疾患等リハビリテーションを受けているかたが集団リハビリテーションに移行するだけと考えられるので増減なしとした。現在も行っているリハビリを、週に1日程度グループリハまたは難病に特化したプログラムに変換する施設がほとんどであると予想され、医療費の増減はないと思われる
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	0
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	0
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・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（200字以内）	該当しない
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	000
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	252101
申請技術名	シェロング起立試験
申請団体名	日本神経治療学会（共同提案：、日本神経学会、日本自律神経学会）
技術の概要 （200字以内）	肢位変換による血圧の測定による自律神経評価
対象疾患名	各種の自律神経異常を伴う神経疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	自律神経異常の評価に血圧の変動は欠かせない指標であり、自律神経異常を多く示す神経疾患の評価として血圧の検討は欠かせない臨床所見として重視され、診断と治療に極めて重要である。とくにこの肢位変化に伴う血圧変動の検討を手軽に行うことが臨床上とくに重要である

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		起立性低血圧の有無の評価は神経疾患とくに神経難病の臨床上でとくに重要な対象であり、疾患の診断と病理的判断の治療上への還元が疾患予後とくに治癒率、死亡率、QOLに大きく影響することは多くのこれまでの知見から証明され尽くされている
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		患者さんの能動的、受動的起立に際しての血圧変動の安全性にはリスク要因はみられない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		通常に行われている血圧測定の肢位の変化での比較がこの試験であり、技術的成熟度の差異は殆どみられないが、運動異常の高度な場合には診察者が巧みに介助すれば検査可能であり、専門性、基準などの問題はない
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		倫理性、社会的妥当性の問題はない
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	200,000
	・年間実施回数等（回）	2
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		Head-up tilting 試験は従来からこの関連試験として他種の検査と並行して行われていて、それなりの価値を認められてきているが、手技が複雑であり、簡便性からみてシェロング法には及ばない。安全性では何れも差異はなく、双方ともに夫々の特殊性を持つ
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	
	金額（円）	
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D　検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	80
	その根拠 （150字以内）	医師が診察の中で、あるいは看護師や理学療法士等が医師の指示・監督のもと検査を施行して10分程度で行えるところから。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

Schellong試験　概要図

体位変換試験

脊髄小脳変性症
パーキンソン病など

起立性低血圧なし

起立性低血圧あり

各種の自律神経検査
自律神経異常への治療

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	252201
申請技術名	在宅神経難病患者連携指導料（在宅患者連携指導料の特化型）
申請団体名	日本神経治療学会（共同提案：日本神経学会）
診療報酬区分（1つ選択）	C 在宅医療
診療報酬番号	C010 在宅患者連携指導料
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	在宅神経難病患者は長期の療養期間の間にその状態が変化しても専門医の診察を受ける機会がない。そこでかかりつけ医からの求めに応じ、専門医が往診し、在宅で両者が連携して診察した結果に基づき患者の治療方針決定や指導を行う。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		在宅神経難病患者は長期の療養期間の間にその状態が変化しても専門医の診察を受ける機会がない。それが不安となって、不要な救急受診などが起こり得る。そこでかかりつけ医からの求めに応じ、専門医が往診し、在宅で両者が連携して診察した結果に基づき患者の治療方針決定や指導を行う。これによって在宅神経難病患者は安心し、不要な救急受診を減らせる。現在は医師の併診が認められていないので、かかりつけ医だけの収入となり、専門医には何ら報酬がない状態である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	900
	後の点数（点）	1,800
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		在宅神経難病患者数万人のうち、病院受診へのアクセスが悪く、かかりつけ医と専門医の共同診を必要する患者を5,000人と想定し、各季1回として平均年4回の診察と予測した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	5,000
	後の人数（人）	5,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	4
	後の回数（回）	4
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,250,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	この事業によって予想される医療費増分は、9000×5,000×4＝180,000千円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	5,000人の半数は救急受診となるので、その1回分を2,000点とすると、2,500×20,000＝50,000千円。さらにその半数（1,250人）は3日間の入院となり、入院費を1日3,500点とすると、1,250×35,000×3＝131,250千円。救急と入院分を合わせると、計181,250千円となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	252202
申請技術名	経皮的血液ガス分圧測定
申請団体名	日本神経治療学会（共同提案：日本神経学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	D222
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	現在は新生児にしか認められていないが、神経筋疾患の呼吸不全の予後予測に睡眠時の血中CO2濃度の測定が重要であり、治療介入の判断基準になるため成人の呼吸不全に対しても適用として欲しい

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		呼吸筋麻痺をきたす神経筋疾患ではPaCO2異常を伴うため、PaCO2の測定が病態の把握や治療方針の決定に重要であるが、経皮PaCO2測定は成人では保険収載がされていない。現在は保険収載されている動脈血ガス分析にて、PaCO2測定を行っているが患者への苦痛を伴い、睡眠時測定ができないなどの問題点がある。連続測定により正確な予後予測が可能となり、従来の動脈血ガス分析のような苦痛を与えない方法として成人に対しても保険収載を希望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		想定される対象は血中二酸化炭素異常の合併が疑われる呼吸不全や睡眠時無呼吸症候群（肥満低換気症候群・Cheyne・Stokes呼吸）である。具体的には在宅酸素療法（HOT）患者総数12万人、NPPV患者1.8万人、高二酸化炭素血症を伴う睡眠時無呼吸症候群潜在患者約200万人中の約5%と考えると、総計約 20～25万人（男性：女性≒20万人：2万人）が対象になる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	200,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	24
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	432,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	対象20万人が平均月2回1時間以内測定したと仮定して20万人X100点X24/年=4.8億円 増額、動脈血液ガス分析を代用したと考えて20万人X190点X24回/年=9.12億円 減額 総計4.32億円減少（参考 現在の診療報酬）経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定1時間以内又は一時間につき100点、5時間以上一日600点、動脈血ガス分析:150点＋40点（動脈血採血）=190点×実施回数
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		海外で広く使用されており、国際規格（IEC60601-2-23）が定められている。成人、小児、新生児及び出産時の胎児を含め、認められている。生命維持に直結する判断を非侵襲的に行えるという点でQOLの向上に寄与する検査であり、適切な介入を適切な時期に行うことで生命予後も改善される
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	253101
申請技術名	経皮酸素ガス分圧連続測定（TcpO2－局所の虚血を反映する）
申請団体名	一般社団法人　日本心血管インターベンション治療学会
技術の概要 （200字以内）	クラーク型の酸素電極を下腿の皮膚上に装着し、皮膚組織から拡散する酸素分子を捉えて測定する。虚血の重症度診断・潰瘍の治癒予測・虚血肢切断の必要性評価及び治療効果の確認に利用する。
対象疾患名	末梢動脈閉塞症・閉塞性動脈硬化症・バージャー病・慢性足部潰瘍
保険収載が必要な理由 （300字以内）	閉塞性動脈硬化症をはじめとする重症下肢虚血は進行により著しい疼痛、難治性潰瘍、壊死を伴い、適切な治療時期を逸すると下肢や足趾の切断に至る。現状では四肢血圧測定（ABI/TBI）や皮膚灌流圧測定（SPP）による評価が行われているが、これらの方法には糖尿病患者における動脈内膜石灰化による偽性高値、安静時疼痛時の測定が不能、連続測定が不可等の制限も多い。一方で当該測定法は石灰化症例、安静時疼痛時における測定および連続測定が可能であり、早期における虚血発見、治療方針の決定に貢献するものと考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		以下のガイドライン全てにおいて当該測定法が指標とされている。 ① TASCⅡ (Inter-Socieyt Consensus for the Management of PAD)ガイドライン2007、② 下肢静脈性潰瘍診断ガイドライン#1.1 (Level Ⅰ)、③ 下肢糖尿病性潰瘍の診断ガイドライン1.1(Level Ⅰ)、④ 動脈不全潰瘍の診断のためのガイドライン1.1(Level ⅠA)、⑤ 動脈性潰瘍の補助療法のためのガイドライン6.B.1a(LevelⅡ B)、6.C.3 (LevelⅢC)、⑥ 糖尿病性潰瘍予防のガイドライン1.1(Level Ⅰ)、⑦ 下肢動脈性潰瘍予防のガイドライン2.1.a(LevelⅢ)、⑦ 末梢閉塞性動脈疾患の治療ガイドラインの糖尿病性足疾患診断、⑧ 血管炎症候群の診療ガイドライン
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		加温センサー（43～45℃）装着により4時間超の使用では装着部に低温熱傷の可能性があるが通常使用（60分以内）においての重篤な有害事象は無いと考えられる。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		・TASCⅡ(Inter-Society Consensus for the Management of PAD)、下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針Ⅱ検査欄（翻訳版：日本脈管学会）に記載。 ・技術度A：初期臨床研修医段階、施設基準：一般検査室（外保連試案2012）。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	193,985
	・年間実施回数等（回）	581,955
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		下肢・局所への現状の血流評価法としてのABI/TBI, SPPは非連続測定であり、酸素化能の評価の代替とはならない。当該装置は連続測定ならびに創傷部の酸素化状態を多ポイントにて測定することが可能である。また、潰瘍下肢測定時に痛みを伴うことなく局所酸素療法や高気圧酸素療法を評価することが可能な非侵襲性検査である。ABI/TBI、SPP：足指欠損の患者の測定は不能。 SPP：潰瘍下肢測定時に痛みを伴う
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	207-2
	技術名	血流量測定
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	7,000,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D　検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	935
	その根拠 （150字以内）	該当現行診療報酬区分（出典：外保連試案2012）：D2221・（D2222：2時間以上）。所要時間60分、施行医時間10分、人件費2,920円、検査室使用料868円、機器使用料5,570円として「1日あたり935円」点が妥当と考える。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

概要図：No.25301　経皮酸素ガス分圧連続測定（TcpO2－局所の虚血を反映する）
日本心血管インターベンション治療学会

経皮酸素ガス分圧連続測定（TcpO2－局所の虚血を反映する）

【技術の概要】

クラーク型の酸素電極を下腿の皮膚上に
装着し、皮膚組織から拡散する酸素分子を捉えて
測定することで、虚血の重症度診断・潰瘍の治癒予測・
虚血肢切断の必要性評価及び治療効果の確認を行う。

【対象疾患】

末梢動脈閉塞症・閉塞性動脈硬化症・
バージャー病・慢性足部潰瘍

◆塞性動脈硬化症の患者数：78,000人
（2002年：厚労省）

◆バージャー病患者数：8,000人
（2011年：免疫疾患調査研究班）

◆糖尿病腎症による透析患者数：107,985人
（2011年：日本透析医学会）

センサと皮膚の断面図

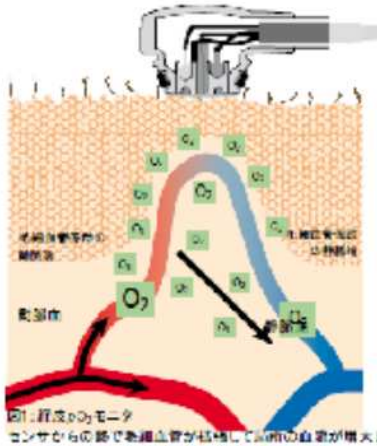


図1：経皮O_2モニタ
センサからの熱で動脈血管が拡張して血流の量が増大し、皮膚を通してセンサへO_2が拡散します。$tcpO_2$はセンサ内で電気化学的に測定されます。

出典：Franz von Wirth, Radiometer GmbH,
Annette Thomsen and Jesper Bryder-Jacobsen著
Radiometer Medical ApS.
Copyright c 2012 Radiometer Medical ApS, Denmark.）

【既存の治療法との比較：現状の下肢血流評価法としてのABI/TBI, SPPとの比較】

◆当該測定法は連続測定および創傷部の酸素化状態を多ポイントにて測定することが可能。
◆潰瘍下肢測定時に痛みを伴うことなく局所酸素療法や高気圧酸素療法を評価することが可能な非侵襲性検査である。
（ABI/TBI、SPP：足指欠損の患者の測定は不能。SPP：潰瘍下肢測定時に痛みを伴う）

【診療報酬上の取り扱い】

◆ D 検査　点数 935点 (1点10円)
D222経皮血液ガス分圧測定。所要時間60分、施行医時間10分、人件費2,920円、検査室使用料868円、機器使用料5,570円として
上記を妥当と考える。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		254201
申請技術名		心身医学療法（外来）
申請団体名		日本心身医学会
診療報酬区分（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		004
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		現状の心身医学療法は（外来）の診療費は、内科系心療内科標榜医では非常に低く抑えられており、その改善を求めて新たな施設基準を設けて増額を希望する。 初診500点、再来400点（30分以上）、330点（30分未満）（いずれも週1回）実施者は心療内科を標榜している精神科以外の診療施設で以下の施設基準を満たすもの。 施設基準：心療内科臨床歴3年以上の経験医が常勤、心療内科を標榜しており、個室診察室を常備、心理士が週3日以上勤務している施設

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		心身症患者は、背景に心理社会的ストレスがあり、その治療には主治医だけではなく心理士などのコメディカルスタッフの協力の下での強力な心理的なアプローチが必要であるが、現状では初診110点、再来80点である。一方で精神科を標榜している施設では通院在宅精神療法でも心身症は算定可能であり、初診500点再診400点である。しかしながら心療内科医はその歴史からも内科を中心とした一般科医が心身症を専門的に見ている施設も多く、その際には非常に低い心身医学療法料しか算定できずに極めて不平等になっている。心理士や個室診察室などの適切な心身医療を実践している心療内科施設の評価を改めてお願いしたい。施設基準を満たす施設は全国的にも数十施設にとどまり医療費の増大にはつながらない。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	110
	後の点数（点）	500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		年間対象患者数の変化　現在詳細不明であるが対象患者は50施設、300名/月で年間のべ15万名増 年間実施回数の変化　現在詳細不明であるが初診5000回、再診120000回増
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	400,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	予想される改定金額は5億500万円。 現行の心身医学療法では4150万円。 すでに通院在宅精神療法で診療している施設ではその額が更に減額となり医療費に与える影響は更に少ない。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	4,150万円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		特になし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	255101
申請技術名	和温療法
申請団体名	日本心臓病学会（共同提案：日本循環器学会、日本心不全学会）
技術の概要 （200字以内）	和温療法は、室内をほぼ均等の60℃に設定している遠赤外線均等乾式サウナ室にて、15分間の入浴後、30分間の安静保温を行う。深部体温は約1℃上昇。体酸素消費量の増加は0.3 mets程度。和温療法は心臓に対して減負荷療法であるので重症の慢性心不全にも応用可能である。最後に発汗量に見合う量（約200ml程度）を飲水させて脱水の予防を行う。
対象疾患名	慢性心不全（NYHAのII～IV度、但しNYHAのIV度は車椅子で移動可能な患者）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	保険適応として承認されている内科的非薬物療法には、運動療法と心臓再同期療法がある。遠赤外線均等乾式サウナ浴による和温療法は、我が国発の独創的かつ先進的な治療法で、2012年9月に高度先進医療に認定された。これまで10数年の間に500例以上の心不全患者に施行してきたが、副作用らしい副作用もなく（数例に出浴後立ちくらみを認めたのみ）、慢性心不全の非薬物療法として安全に施行できる有効な医療技術である。2010年に改定された日本循環器学会の「慢性心不全治療ガイドライン」にクラス1 として記載されている。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		心機能・血管機能の改善、自律神経異常の是正、神経体液性ホルモンの是正、不整脈の改善ならびに身体的・精神的なリラクゼーション効果を有する。息切れ、呼吸困難などの左心不全症状や、浮腫、食欲不振などの右心不全症状を軽減させ、抑うつ気分、不眠、便秘など心不全に随伴する臨床症状を改善する。和温療法を外来で週2回継続することで、心不全患者の再入院と死亡率を半減させる。また、日本循環器学会の慢性心不全治療ガイドライン（2010年度改訂版）に和温療法の有用性がクラスI として記載されている。
	エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		これまで30を超える施設で、500例を超える慢性心不全患者に和温療法が試みられてきたが、ごく稀に立ちくらみが見られたのみで、重大な副作用は一例もみられていない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		和温療法は20年以上にわたる研究実績の積み重ねにより、慢性心不全の治療法として完成度は高く、日本循環器学会や日本心臓病学会、日本心不全学会など循環器の主要学会でも認知されている。又、治療に携わる実施者の技術的問題は無く、循環器専門医が基本的な方法を修得することで、容易に使用が可能である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題点なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	30,000
	・年間実施回数等（回）	100
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		治療は一般に患者に我慢やストレスを与えるが、和温療法は「和む・温もり」療法であり、治療自体が心身のリラキゼーションや癒しを与える全人的治療で、革新的な治療法である。全身の血管機能を改善し血流を促進、心筋が高度に繊維化・変性した心不全例の臨床症状も有意に改善する。安全性に関して問題はない。CRT-D削減により5年間で40億円、QOL向上による再入院患者減少により5年間1800億円の削減が見込まれる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	599-3
	技術名	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	36,800,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	その他
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,500
	その根拠 （150字以内）	和温療法装置、初期設備費、人件費（医師、看護師または理学療法士）、リネンなど消耗品費を含めて和温療法の施行に関わる実施費用は、一回当たり13,540円となる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

概略図

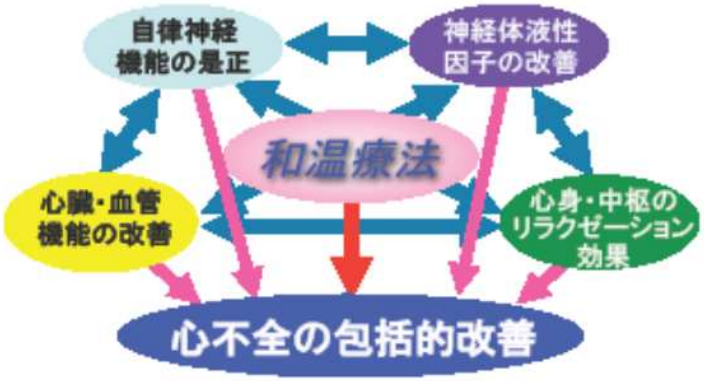
重症例を含む慢性心不全に有効な和温療法

[概要]

和温療法（60℃・15分間の遠赤外線均等乾式サウナ浴と浴後30分間の安静保温）は、慢性心不全に対して安全、有効、低コスト、患者に優しい治療法である。一般に治療は患者に痛み・がまんを強いるが、和温療法は治療自体が患者にとって癒しと心地良さを与える「和む・温もり」 療法である。

和温療法は 全身の適応をもたらす。治療対象は、拡張型心筋症や虚血性心筋症などによる中等症～重症の慢性心不全で、 難治性の重症心不全患者にも有効である。心不全に対する和温療法の有効性は、臨床症状（自覚症状）の改善、予後の改善、BNPの改善、6分間歩行距離の延長、心拡大の縮小などで評価できる。

和温療法の継続は、下図に示す如く、心不全の心臓・血管機能の改善、自律神経機能の是正、神経体液性因子の改善、心身のリラクゼーション効果など多彩な効果を引き出し、各々の改善は相互に効果を増幅させ、心不全を包括的に改善する。和温療法の継続（2回／週）は、治療抵抗性の難治性心不全患者に対しても日常生活を自力で過ごせる程回復させることも稀ではない。和温療法は、心不全を包括的に治療する日本発の革新的な治療法である。



点滴加療中の重症心不全患者
均等 60℃・15分間のサウナ浴

移動可能な小型の遠赤外線均等
乾式サウナ治療装置

毛布による30分間の安静保温

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		255201
申請技術名		トレッドミルまたはサイクルエルゴメータによる負荷心肺機能検査の増点
申請団体名		日本心臓病学会（共同提案：日本心臓リハビリテーション学会、日本循環器学会、日本リハビリテーション学会、日本心不全学会日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本心不全学会、日本臨床検査専門医会）
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D211
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		労作時の息切れや胸痛は循環器領域では最も頻度の高い主訴であり、運動制限因子の鑑別診断や、心臓病患者、呼吸器疾患患者の活動時の心肺機能の評価は重要である。特に、安定労作狭心症の鑑別診断には、ガイドラインにおいても根幹に位置する必須の検査法であり、更に高額な冠動脈CT検査やフカシンキンシンチグラフィー、冠動脈造影などの適応決定に不可欠である。しかし、現在に点数では原価割れを起こしているため、多くの施設において割愛されてより高価な検査法が用いられている傾向がある。.また本検査では、運動耐容能を評価することにより、重症度・予後が推測できる。本運動負荷試験は、準備や結果説明を含めて1件あたり30分～40分かかり、直接費用、人件費、機器・消耗品・検査室費用等を考慮し、現行の800点から1600点への増点を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		本負荷心肺機能検査は、安静時ではなく運動時の心肺機能を評価するということが特徴である。患者にとっては日常生活においてどのような、どの程度の症状がでるかが重要であり、それがさらなる検査や積極的な治療の必要があるかどうか判断する根拠となる。また病気の予後を推測でき、日常生活における許容活動範囲や、至適な運動量がわかる。適切な運動処方をし、運動を実施することにより、運動耐容能が向上するばかりでなく、心疾患の二次予防にもつながり、将来の医療費低下にもつながる。本検査は、準備や結果説明を含めて30分～40分かかり、直接費用は、人件費、機器・消耗品・検査室費用等から、内保連検査関連委員会の生体検査に関する調査結果では16.440円と算出された。これらを考慮し、1600点が妥当であると提案する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	800
	後の点数（点）	1,600
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		2011年度社会医療診療行為別調査で運動負荷試験は約33万件であり、2倍に増加すると予想し、医療費は16,000円（1,600点）×33万件で約52億円増加する。しかし負荷試験をしないでカテーテル治療を行っている不必要なカテーテル治療・入院が回避でき、約10万件のカテーテル検査（4000点）と入院（1泊2日3600点）が減らせるので、約76億円の減。よって差し引き20億円の減少となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	330,000
	後の人数（人）	660,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	330,000
	後の回数（回）	660,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	2,000,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2011年度社会医療診療行為別調査で運動負荷試験は約33万件であり、2倍に増加すると予想し、医療費は16,000円（1,600点）×33万件で約52億円増加する。しかし負荷試験をしないでカテーテル治療を行っている不必要なカテーテル治療・入院が回避でき、約10万件のカテーテル検査（4000点）と入院（1泊2日3600点）が減らせるので、約76億円の減。よって差し引き20億円の減少となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	本試験は比較的安価なスクリーニング検査であるが、採算割れを起こしているため、より高額な検査が行われており、冠動脈造影検査の頻度が増えて医療費が増大する。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	–
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	256201
申請技術名	心大血管疾患リハビリテーション料に関わる施設認定基準の見直し
申請団体名	日本心臓リハビリテーション学会（共同提案：日本循環器学会、日本心臓病学会、日本リハビリテーション医学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）	H リハビリテーション
診療報酬番号	H000
再評価区分（1つ選択）	1-B 算定要件の見直し（施設基準）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	1. 心大血管疾患リハ料（Ⅰ）（Ⅱ）を見直し、心大血管疾患リハを実施している時間帯のみに循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤でいる場合を（新Ⅰ）、非常勤であるが心大血管疾患リハを実施している時間帯のみいればよい場合を（新Ⅱ）、基幹病院から診療所でのリハを促進するための診療所での増点させたものを（新Ⅲ）に変更する（添付資料参照）。心大血管疾患リハ料（Ⅰ）1単位200点、（Ⅱ）100点を見直し、心大血管疾患リハ料（新Ⅰ）235点、（新Ⅱ）200点、（新Ⅲ）150点に変更する（添付資料参照）。 2. 専任職種部分を緩和し、作業療法士の追加を希望する（添付資料参照）。また心大血管疾患リハの経験を有する臨床検査技師は、医師の直接監視下でのみ、専任として心大血管疾患リハにおいて運動負荷機器の操作を担当する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		わが国における心大血管疾患リハの普及の遅れの原因の1つに厳格な現行施設基準がある。 1. 心大血管疾患リハは、有効性のエビデンスや安全性の証明がされているが、リハ料（Ⅱ）（1単位100点）の低さや心大血管疾患リハを実施している時間帯以外にも、循環器科又は心臓血管外科の常勤医師が必要であるという厳格な要件のために施設認定をあきらめる場合が多い。そこで、心大血管疾患リハ料（Ⅰ）（Ⅱ）を見直し、心大血管疾患リハ料（新Ⅰ）（新Ⅱ）（新Ⅲ）に変更する（添付資料参照）。 2. 作業療法士は呼吸リハや重症心不全患者のリハ（廃用症候群として）を行っているのに、心大血管疾患リハを扱えないことは理解しがたい。そこで、施設認定基準の専任職種を緩和し、作業療法士を追加する。また、心大血管疾患リハの経験を有する臨床検査技師は、医師の直接監視下でのみ、専任として心大血管疾患リハにおいて運動負荷機器の操作を担当する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	100
	後の点数（点）	150
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		対象患者数：2011年循環器疾患診療実態調査結果報告書に基づき、心大血管疾患リハ患者11.0万人が30%増加すると仮定すると14.3万人。1人当たり実施回数平均12回（2011年度実態調査）として、171.6万回になる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	110,000
	後の人数（人）	143,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,320,000
	後の回数（回）	1,716,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	4,460,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2011年循環器疾患診療実態調査結果報告書では心大血管疾患リハ料は8.8億円（11.0万人）。心大血管疾患リハ患者11.0万人が30%増加して14.3万人になり、1単位あたり平均25点増点したとして、増える医療費は25点×10円×（171.6-132.0万回）+8.8x(14.3-11.0/11.0)億円＝3.6億円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	リハによって入院期間を7日間短縮可能で年間41.6億円医療費減（入院一日あたり1800点×10円×7日間×（14.3-11.0）万人）。心筋梗塞後の心事故(死亡・再入院)率が年7%からリハにより年5%に低下。1件の心事故に投入される医療費を100万円とすると、100万円×（14.3-11.0）万人×(0.07－0.05＝6.6億円の医療費節減。合計で医療費は41.6+6.6＝48.2億円節減。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		257201
申請技術名		体外ペースメーキング術
申請団体名		日本心電学会
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		K596
再評価区分（1つ選択）		1-A　算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		現行ではペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーキングの実施日の間隔が1週間以内の場合にあってはペースメーカー移植術の点数のみの算定であるが、その間隔が1週間以内であっても体外ペースメーキング術として算定できるように改訂を提案する

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		現行ではペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーキングの実施日の間隔が1週間以内の場合にあってはペースメーカー移植術の点数のみの算定である。しかしながら体外ペースメーキングは、移植術前に心不全や失神を合併した患者には不可欠な治療でありたとえ体外ペーシング期間が1週間以内であったとしても手技料として加算されるべきである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療行為別調査から推定される経静脈電極ペースメーカー移植術の数は年間28000件であるが、そのうちの40%程度で移植術前に一時的な体外式ペースメーキング術を必要とする患者がいる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	377,440,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成23年社会医療行為別調査から推定される経静脈電極ペースメーカー移植術の数は年間28000件であるが、そのうちの40%程度で移植術前に一時的な体外式ペースメーキング術を必要とする患者がいる。 28000x0.4x33700=377,440,000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	0
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		257202
申請技術名		埋込型ループ式連続モニター装置移植術
申請団体名		日本心電学会
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		K597-3
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		診療報酬点数の現行1,260点から15,888点への上方修正

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		本移植術は、創傷処理(筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満))1,250点に基づいた技術料が査定されている。しかし本移植術は創傷処理だけではなく、患者に基づいた至適留置部位の決定、部位で心電図記録が良好に行えるか波高の測定、患者毎に最適な記録の設定などが必要である。また、植込み型であるため手技中の清潔の確保や感染対策のため、ペースメーカなどの植込みデバイスに準じた医療材料を用いた手技が行われる。従って現在は不適切な査定点数と考え再評価を申請する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,260
	後の点数（点）	15,888
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査によると植込み件数年間250件程度と算出された。植込み型心電計の原因不明の失神に対する有用性が認知され、植込み数の増加が予想されるため、年間400件と推定した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	250
	後の人数（人）	400
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	250
	後の回数（回）	400
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	60,402,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	158,880 x 400 = 63552000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	12,600 x 400 = 3150000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	2101
	技術名	ホルター心電図
提案の具体的な内容（150字以内）		植込み型心電計はホルター心電計に変わりうる検査手法である。社会医療診療行為別調査によるとホルター心電図は年間約120万件行われているが、現行の1500点から1490点に減点することにより、約1億2000万円減額となる。そのうち6000万円を植込み型心電計移植術増額に当てる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,500
	後の点数（点）	1,490

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		257203
申請技術名		埋込型ループ式連続モニター装置管理
申請団体名		日本心電学会
診療報酬区分（1つ選択）		B 医学管理等
診療報酬番号		D210-3
再評価区分（1つ選択）		3 項目設定の見直し（別の技術料として評価）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		診療報酬点数の項目設定を現行心電図検査90点から医学管理270点への変更

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		本検査は心電図検査90点に基づいた技術料が査定されている。しかし埋込型ループ式連続モニター装置はプログラマを使ったデータ再生、解析、また記録装置が記録したノイズに応じた感度調整等、必要に応じて患者毎に最適な記録の設定などが求められる。また、心電図の再生後には医師との問診が行われ、ペースメーカなどの植込みデバイスに準じた管理が求められるため、実作業との乖離が生じている。従って現行では検査に分類されているが、医学管理としての分類が妥当であり、再評価を申請する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	90
	後の点数（点）	270
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査によると植込み件数年間250件程度と算出された。植込み型心電計の原因不明の失神に対する有用性が認知され、植込み数の増加が予想されるため、年間400件と推定した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	250
	後の人数（人）	400
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	750
	後の回数（回）	1,200
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	2,160,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	400 x 3 x 2700 = 3,240,000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	400 x 3 x 900 = 1,080,000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	2101
	技術名	ホルター心電図
提案の具体的な内容（150字以内）		植込み型心電計はホルター心電計に変わりうる検査手法である。社会医療診療行為別調査によるとホルター心電図は年間約120万件行われているが、現行の1500点から1490点に減点することにより、約1億2000万円減額となる。減額の一部を埋込型ループ式連続モニター装置外来増額に当てる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,500
	後の点数（点）	1,490

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		257204
申請技術名		リアルタイム解析型心電図（体外型ループ式連続モニター装置）
申請団体名		日本心電学会
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D212
再評価区分（1つ選択）		3 項目設定の見直し（別の技術料として評価）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		今回申請する体外型ループ式連続モニター装置は、異常波形自動検出記録機能を備えたリアルタイム解析型心電図記録計であり、この機器を使用して7日以上の長期間異常波形の記録を取得した場合の技術料を別の技術料として評価して頂きたい。現行ではリアルタイム解析型心電図に区分されているが、人件費、機器導入費用及び消耗品である電極パッチ等のコストを考慮すると、7日間以上の連続使用を行った場合において500点の診療報酬のままでは採算があわない。従来のリアルタイム解析型心電図とは別の技術として評価し、外保連試案2012より計算したした点数1500点を要望する

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		現行ではリアルタイム解析型心電図の点数は、記録時間が8時間以上の場合は1回の使用に付き500点とされているが、失神・動悸等の原因として不整脈が疑われる患者に使用する場合においては、7日以上の連続使用よって初めて異常波形が捕捉出来る傾向にある。また異常波形のみを自動で検出することが可能な機器を使用することにより、波形補足までに再検査を要する割合を低減させることが出来る。しかし、人件費、機器導入費及び消耗品等を含めた使用時のコストは、7日間の連続使用時に92,563円と算出され、現行の診療報酬では十分な報酬を得られていない。当該検査の普及の為に評価を再考する必要があると考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	500
	後の点数（点）	1,500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		現在リアルタイム解析型心電図（体外型ループ式連続モニター装置）の普及は200題程度である、月に3回使用すると毎月600件の検査数となり、年間にすると7200件となる。今後この機器は300台程度に普及すると予想されるため、年間の検査件数は10800件程度と予想した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	7,200
	後の人数（人）	10,800
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	7,200
	後の回数（回）	10,800
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	126,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	10800 x 15000 = 162000000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	7200 x 5000 = 36000000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	2101
	技術名	ホルター心電図
提案の具体的な内容（150字以内）		体外型ループ式連続モニター装置はホルター心電計に変わりうる検査手法である。社会医療診療行為別調査によるとホルター心電図は年間約120万件行われているが、現行の1500点から1490点に減点することにより、約1億2000万円減額となる。その1億2000万円を体外型ループ式連続モニター装置増額に当てる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,500
	後の点数（点）	1,490

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	258101
申請技術名	心大血管リハビリテーション料に関わる重症心不全加算
申請団体名	日本心不全学会（日本リハビリテーション医学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会）
技術の概要 （200字以内）	心大血管疾患リハビリテーションの対象となる慢性心不全のうち基準を満たす重症心不全患者に対して、多職種チームによる心大血管リハビリテーションを実施した場合に毎回算定する。これにより、重症心不全患者の運動耐容能改善・QOL向上・在院日数短縮を図るとともに、従来方式における不採算性を軽減する。
対象疾患名	心大血管疾患リハビリテーションの対象となる慢性心不全のうち、基準を満たす重症心不全患者。
保険収載が必要な理由 （300字以内）	補助人工心臓装着中や静注強心薬投与中の重症心不全患者であっても、適切な心臓リハビリ実施により、運動耐容能向上・QOL改善・入院期間短縮が得られる。ところが重症心不全の運動療法では、心臓リハビリ担当医・看護師・理学療法士等に高度の熟練と注意深さが要求される上、高密度の医療スタッフ配置が必要である。しかし現状では、重症心不全患者の心大血管リハビリの点数は軽症患者と同一であって採算が取れないため、重症心不全の心臓リハビリは普及していない。重症心不全加算を新設することにより、重症心不全患者の心臓リハビリ実施を普及させ、運動耐容能改善・QOL向上・在院日数短縮を図る。

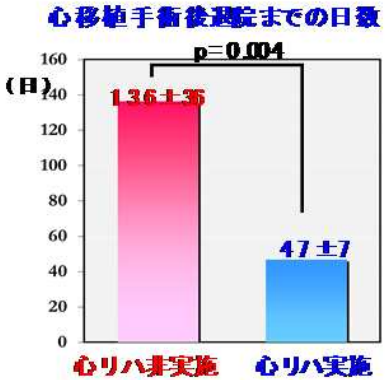
【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		①無作為割り付け試験のメタ解析で、心不全に対する運動療法により死亡・再入院率が低下し、その効果は重症心不全においても同等(BMJ 328: 189-192, 2004)。②無作為割り付け大規模臨床試験において、慢性心不全に対する運動療法により有害事象が増加することなく運動耐容能・QOLが改善（JAMA 2009; 301:1439-1450)。③わが国の左室機能高度低下(LVEF<25%)心不全症例で、心臓リハビリ実施により運動耐容能増加・血中BNP下降（Circ J 2011;75:1649-55)。④わが国の補助人工心臓装着重症心不全症例で、心臓リハビリ参加例の方が不参加例よりも心臓移植術後退院までの日数が短縮(日本心臓リハビリ学会誌 13:309-312,2008)。⑤心不全に対する心臓リハビリ・運動療法は、日本循環器学会ガイドラインにおいてクラスⅠとして強く推奨。
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		心不全の運動療法の大規模臨床試験では、運動療法実施群1159例の有害事象発生は非実施群1172例と有意差無し(JAMA 2009; 301:1439-1450)。わが国の左室機能高度低下心不全33例に対する3ヶ月間の心臓リハビリで、心停止・死亡事故は0例、心不全悪化による中断が1例(Circ J 2011;75:1649-55)。したがって、心不全の心臓リハビリは適切に実施されれば安全である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		心不全に対する心臓リハビリは、「慢性心不全治療ガイドライン」、「心血管疾患におけるリハビリガイドライン」で強く推奨され、平成18年に保険収載されている。日本心臓リハビリ学会認定心臓リハビリ指導士制度が整備され、これまでに約2600名の指導士が認定されている。重症心不全の心臓リハビリは通常より高密度のスタッフ配置を要するため、当加算は心大血管リハビリの施設基準(Ⅰ)取得施設でのみ算定可能とする。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		重症心不全の心臓リハビリは有効であるが、採算が取れず普及していない。重症心不全加算新設により、重症心不全の心臓リハビリを普及させ、運動耐容能・QOLの改善と在院日数短縮を図ることはきわめて妥当。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	2,000
	・年間実施回数等（回）	216,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		補助人工心臓装着中や静注強心薬投与中の重症心不全患者に対する心臓リハビリは有効であり、ガイドラインで推奨され保険収載されているが、スタッフの熟練・注意深さ・高密度配置が求められ、採算が取れないためほとんど普及していない。心大血管リハビリにおいて重症心不全加算を新設することにより、重症心不全患者の心臓リハビリを普及させ、運動耐容能改善・QOL向上・在院日数短縮を図ることが期待される。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	H リハビリテーション
	番号	H 000
	技術名	心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	292,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	H リハビリテーション
	妥当と思われる点数（点）(1点10円)	50
	その根拠 （150字以内）	現行の脳血管疾患リハ料(Ⅰ) 1単位245点に対し、心大血管疾患リハ料(Ⅰ)1単位200点と低い。重症心不全のリハはスタッフの熟練と高密度配置を要するので1単位につき50点の重症心不全加算を付ける。この結果、運動耐容能・QOLの改善と在院日数短縮が得られ、－2.92億円の医療費節減が期待できる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

【概要図】　心大血管リハビリに関わる重症心不全加算

【概要】
- 心大血管疾患リハの対象となる慢性心不全のうち基準を満たす重症心不全患者に対して、多職種チームによる心大血管リハを実施した場合に毎回算定する。
- これにより、重症心不全患者の運動耐容能改善・QOL向上・在院日数短縮を図るとともに、従来方式における不採算性を軽減する。

【対象疾患】
- 基準を満たす重症心不全患者（補助人工心臓装着中、静注強心薬投与中など）



【保険収載の必要性】
- 重症心不全患者であっても適切な心臓リハにより、運動耐容能向上・QOL改善・入院期間短縮が得られる。
- ただし重症心不全の心臓リハでは、熟練と注意深さが要求される上、高密度のスタッフ配置が必要。
- しかし現状では、重症心不全患者の心大血管リハの点数は軽症患者と同じで不採算につき、普及していない。
- 重症心不全加算の新設により、重症心不全患者の心臓リハを普及させ、運動耐容能改善・QOL向上・在院日数短縮を図る。

【技術的成熟度】
- 心大血管リハビリ施設基準あり。
- 学会認定の心臓リハビリ指導士制度あり。
- 重症心不全の心臓リハビリは高密度のスタッフ配置を要するため、当加算は心大血管リハビリ施設基準（Ⅰ）医療機関でのみ算定可能とする。

【効率性：予想影響額】
- 現行の脳血管疾患リハ料（Ⅰ）1単位245点に対し、心大血管疾患リハ料（Ⅰ）1単位200点と低い。
- 重症心不全のリハはスタッフの熟練と高密度配置を要するので、1単位につき50点の「重症心不全加算」を付ける。
- これにより、運動耐容能・QOLの改善と在院日数短縮が得られ、－2.92億円の医療費節減が期待できる。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		258201
申請技術名		トレッドミル/サイクルエルゴメータによる負荷心肺機能検査での連続呼気ガス分析加算の増点
申請団体名		日本心不全学会（共同提案：日本心臓リハビリテーション学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本リハビリテーション医学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		D211
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		負荷心肺機能検査は心肺疾患の重症度評価に有用である。これに呼気ガス分析を加えることにより、さらに詳細に病態が把握でき、病態の改善のための運動療法の最適な運動負荷量を設定する上で是非必要である。本検査では手技に専門性を必要とし、結果の解析や説明に平均30～40分ほど時間がかかり、また、呼気ガス分析には医師の他に臨床検査技師、看護師等の人手も要する。直接費用は、人件費、機器・消耗品・検査室費用等から、内保連検査関連委員会の生体検査に関する調査結果では6,370円と算出された。これらを考慮し、現行の100点から800点への増点を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		負荷心肺機能検査は心肺疾患の重症度評価に有用である。これに呼気ガス分析を加えることにより、さらに詳細に病態が把握でき、病態の改善のための運動療法の最適な運動負荷量を設定する上で是非必要である。本検査では手技に専門性を必要とし、結果の解析や説明に平均30～40分ほど時間がかかり、また、呼気ガス分析には医師の他に臨床検査技師、看護師等の人手も要する。直接費用は、人件費、機器・消耗品・検査室費用等から直接費用は、人件費、機器・消耗品・検査室費用等から、内保連検査関連委員会の生体検査に関する調査結果では6,370円と算出された。これらを考慮し、現行の100点から800点への増点を要望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	100
	後の点数（点）	800
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		呼気ガス分析加算回数は社会医療診療行為別調査では年間約12000回で、これが約3倍に増加すると予想する。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	12,000
	後の人数（人）	36,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	12,000
	後の回数（回）	36,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	2,560,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2011年度社会医療診療行為別調査で呼気ガス分析加算は約1.2万件であり、これが約3倍に増加すると予想し、8,000円（800点）×4万件で約3.2億円増加する。しかし心筋梗塞や心不全入院患者の評価に使われ、従来より4日間の早期退院につながり、年間28.8億円医療費が減少する（入院一日あたり1800点[18000円]×4日間×4万人＝28.8億円）。よって差し引き25.6億円の減少となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	運動負荷試験回数の増減はなく、入院期間は変わらない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	100
	後の点数（点）	800

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

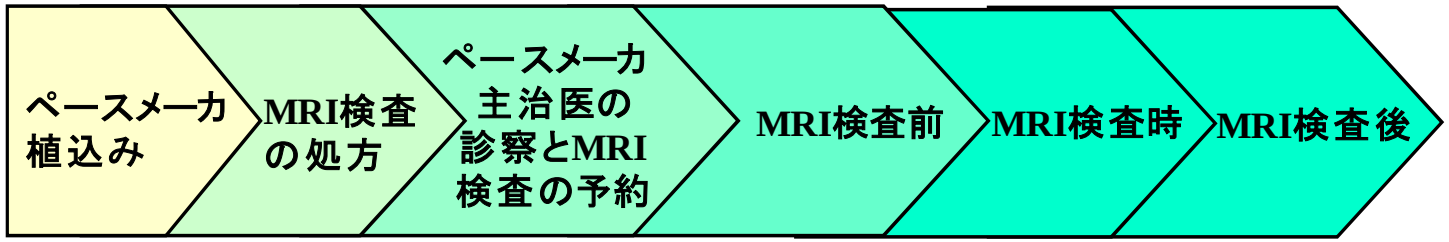
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	260101
申請技術名	MR対応ペースメーカー患者のMR撮像における安全加算
申請団体名	日本磁気共鳴医学会（一般社団法人）
技術の概要 （200字以内）	MRI対応植込み型心臓ペースメーカー装着患者の磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI）施行前後のペースメーカーの調節と、適応確認と記録、術中のモニタリングおよび術後の調節など安全確保のための技術加算
対象疾患名	MRI対応植込み型心臓ペースメーカー装着患者の磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI）検査
保険収載が必要な理由 （300字以内）	通常のMR検査と比較して、MRI対応植込み型心臓ペースメーカー装着患者のMRI施行には以下のような新たな適応条件の確認と適合基準の確認、術中確認が必要である。①検査前の循環器科医による診察および臨床工学士による調整、②放射線診断専門医によるによる適応最終判定、③MR検査前の診療放射線技師による適合条件の確認と記録、④放射線科医による検査中のパルスオキシメーターおよび心電図モニターの監視および⑤検査後の臨床工学士による調節と循環器科医による診察が必要となるため、通常のMRIと比較して、人員を要するので安全加算として360点を新設要望する。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		ペースメーカー装着患者のような心疾患を有する高齢患者では高血圧や高脂血症など動脈硬化因子があり脳血管障害を併発する頻度が高いので、MR撮像が可能となれば検出率の向上と早期診断が可能となる。また脊椎脊髄疾患や骨盤内臓器診断のMR診断が可能となるので、より特異度の高い所見が得られる。 MRI対応植込み型デバイス患者のMRI検査の施設基準（2012年8月策定、日本磁気共鳴医学会および日本不整脈学会ガイドライン） 。 MR対応型の安全性に関してはエビデンスレベルII
	エビデンスレベル	Ⅱ 1つ以上のランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		従来の植込み型心臓ペースメーカー装着患者ではMRI検査がすべて禁忌である（静磁場内でのPM機能不全停止による不整脈、心停止などの危険）。MRI対応植込み型PM装着患者では1.5テスラ装置によるMR検査が可能で、現時点で有害事象の報告はない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		施設基準として①放射線科と循環器科を標榜している病院であること。②1.5T MRI装置（通常の円筒型ボア装置）を有し、MRI対応植込み型デバイスの使用説明書に記載された条件で一貫して検査が行えるように設定できる装置であること、③日本磁気共鳴専門技術者（MRI専門技術者）あるいはそれに準ずる者が常時配置され、MRI装置の精度および安全を管理していること、など
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		倫理的問題はなし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	16,900
	・年間実施回数等（回）	2,636
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		従来の植込み型心臓ペースメーカー装着患者ではMRI適応疾患においてはCTで代替していたため、MRI検査が可能になれば出血急性期を除く中枢神経疾患（心原性塞栓症など脳梗塞急性期. 転移や神経膠芽腫など腫瘍性病変、脱髄疾患、変性疾患、下垂体疾患など）、脊髄病変、骨腫瘍骨髄病変、骨盤内病変診断の診断能が向上する（画像診断ガイドライン2013年版）
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	200
	技術名	コンピューター断層撮影
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	19,509,360
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	E 画像診断
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	360
	その根拠 （150字以内）	循環器科医による検査前チェックに15分、検査後チェックに5分、放射線科医による検査前適応および安全確認に5分を要する。外保連画像診断試案技術料C16000円/時間から新たに要する人件費は6650円となるが、既存の特定疾患治療管理料12心臓ペースメーカー指導管理料ロに準じて360点を要望。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	200
	技術名	コンピューター断層撮影
	具体的な内容 （150字以内）	MRを施行する場合CTを同時施行する必要はない症例が殆どである。ただしCTを代替してMRを施行するので、MR撮影料－CT撮影料の差額が増点となる。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

条件付きMRI対応ペースメーカのMRI検査フロー



	植込み時	検査処方	検査予約時	MRI検査前	検査時	検査後
ペースメーカ担当者 *1	IDカード発行を依頼し、患者へカード等のMRI検査時の留意事項の説明を行う	検査依頼科に対して、当該機器のMRI検査手順について周知徹底を行う	• IDカードを確認する • ペースメーカ関連条件を確認する • 検査予約を行う	• MRI検査時のペースメーカ設定（プログラミング）を判断する • プログラミングを指示する	• 検査直前にプログラミングを行う • 検査時に血行動態をモニターする	• ペースメーカのMRI検査時の設定を解除する • 担当医が設定解除を確認
MRI検査担当者 *2			• MRI検査適応判断を行う • 検査予約を受け付ける	• 問診 • IDｶｰﾄﾞ確認 • モニタリング装置と体外式除細動器を確認する	• デバイスの撮像条件に合わせてMRI検査を実施する	

*1 … 循環器科医師、臨床工学技士など　　*2 … 放射線医師、診療放射線技師など

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		260201
申請技術名		電子画像管理加算2の新設と増点
申請団体名		日本磁気共鳴医学会
診療報酬区分（1つ選択）		E　画像診断
診療報酬番号		第3節コンピューター断層撮影料　通則3
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		コンピュータ断層撮影診断（CT, MRI)においてはCTの多列化、MRの高磁場化により、高空間分解能撮像および広範囲撮像が可能となり、撮像画像データ量が急激に増加している。特に64列以上のCT装置,3テスラMR装置, PET-CT複合機においては高速撮像、広範囲撮像、高空間分解能撮像が可能となり、撮像データ量が増大しているため、汎用機以上に電子保管の為の費用がかかる。地域医療中核病院での高性能機種における電子画像加算について増点を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		画像データはその時点の形態学的情報を最も客観的に記録する。コンピューター断層撮影では連続性に容積データを記録するので検査後にも再現性が高い。これらデータの電子保管は従来のフィルムと比較して保存性に優れ長期にわたり保管できるため、生涯にわたる経時的比較や後の3次元データ再構成が可能となる。また電子データは複数施設間で効率的共同利用が可能で、機能別医療連携の基盤となる。医療機関間の重複検査も抑制する。64列以上CTおよび3TMRおよびPET－CTでは高空間分解能撮像、広範囲撮像、多シーケンス撮像が可能であるが、汎用機と比較してデータ量が3倍以上に増大するためサーバー経費が必要となる。基幹病院では蓄積サーバの他に大規模ネットワーク、多数の画像観察用モニタ等を配置したシステム構成のための費用が必要となり、サーバー更新時にも画像データ保管移行のための費用が発生する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	120
	後の点数（点）	150
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		24年3月の導入台数データから26年度4月の段階で、64列相当以上のCT装置は4000台（約40%）、3T以上MRは500台（約10%）が稼働していると予測される。上記施設基準を満たす医療機関約1200施設での対象撮像回数は社会医療診療行為別調査とあわせて電子画像管理加算全体のの35%と類推される。実施回数は増点による撮像回数増加はなく、自然増減のみと予測される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	22,310,000
	後の回数（回）	23,000,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	2,415,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	23,000,000x0.65x1200+23,000,000x0.35x1500=30,015,000,000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	23,000,000x1200=27,600,000,000 30,015,000,000-27,600,000,000=2,415,000,000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	フィルム代が削減できるが、すでに対象施設はほぼ電子化されている。
提案の具体的な内容（150字以内）		高性能装置では1回で必要な領域の広範囲撮像が可能でなので、撮影回数が減少するため、撮影料減額が予想される。基幹病院での電子保管およびデータ再現が長期にわたり保証され、医療機関間での重複検査が減少する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		261201
申請技術名		通院・在宅精神療法(16歳未満加算)
申請団体名		日本児童青年精神医学会
診療報酬区分(1つ選択)		I 精神科専門療法
診療報酬番号		002 2 注3
再評価区分(1つ選択)		1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容(400字以内)		『20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行なった場合[初診の日から起算して1年以内(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行なった保健医療機関において、16歳未満の患者に関して行った場合は2年以内)の期間に行なった場合に限る]は、所定点数に200点を加算する。』の算定要件の見直し。(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行なった保健医療機関において・・の施設基準の削除あるいは変更。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）(400字以内)		児童青年精神科医療の専門性に関する評価に問題がある。児童・思春期精神科入院医療管理料に係わる届け出を行っていない保健医療機関(例えば大学病院や総合病院、診療所など)で積極的に通院治療を行っている児童青年精神科医療の専門家に対する評価が無く、日本児童青年精神医学会会員の専門家から不公平感が噴出している。16歳未満の精神科治療は専門性が極めて高いため、施設基準を見直す必要がある。
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査より推計。また、平成22年5月に日本児童青年精神医学会の会員医療機関(10施設)にて行った調査より、同期間に於ける0～19歳の受診者数のうち、0～15歳の受診者数は85%であった。さらに、0～15歳の平均通院期間は2.2年であることから推計した。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	594,072
	後の人数(人)	594,072
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	1,044,216
	後の回数(回)	1,443,629
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	＋
	金額(円)	79,882,600
（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(200字以内)	2000×1443629=2887258000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	2000×1044216=2088432000　　2887258000-2088432000=79882600
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	261202
申請技術名	通院・在宅精神療法(20歳未満加算)
申請団体名	日本児童青年精神医学会
診療報酬区分（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	002 2 注3
再評価区分（1つ選択）	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	『20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行なった場合［初診の日から起算して1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行なった保健医療機関において、16歳未満の患者に関して行った場合は2年以内）の期間に行なった場合に限る］は、所定点数に200点を加算する。』の算定要件の見直し。［初診の日から・・・を、［精神科初診の日から・・・に改定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		初診料は「1傷病の診療継続中に他の傷病が発生した場合には、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する」と規定されている（診療点数早見表P.37 A 000 注3）。したがって、小児総合病院などで、慢性疾患により通院していた患者が、その疾患とは関連のない精神障害で精神科を初診した場合でも、初診料が算定できないために、通院・在宅精神療法の20歳未満加算も算定できないという事態に陥っている。したがって、精神疾患と関連性のない身体疾患で通院していたために、通院・在宅精神療法の20歳未満加算が算定できないことは、単科の精神科病院および診療所と、総合病院の精神科で診療報酬の格差が生じることになり、制度上の課題と考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査より推計。また、平成23年度の静岡県立こども病院と神奈川県立こども医療センターにおける調査結果により推計した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	231,528
	後の人数（人）	254,681
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	315,852
	後の回数（回）	347,437
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	63,170,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2000×347437=694874000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2000×315852=631704000　694874000-631704000=63170000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		261203
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I 009
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		20歳未満の精神科デイ・ケア1回につき200点の加算が必要である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		20歳未満に対する精神科デイ・ケアは、学校や専門機関（児童相談所、施設など）、家族との連携が重要であり、専門的な知識や技術を必要としている。また、有効な結果を導くためには、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り、多くの時間（関連機関との連携、情報交換、スタッフ間の協議や検討など）を要し専門性に対する適正な評価が必要である。20歳未満の精神科デイ・ケア1回につき200点加算の根拠として、診療報酬番号I002の通院・在宅精神療法 注3の加算点数と比べ、時間や人員配置の観点から同等以上の評価が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	200
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査より推計。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	7,908
	後の人数（人）	7,908
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	38,196
	後の回数（回）	38,196
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	76,392,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	5900×11016+7000×27180+2000×38196=331646400
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	5900×11016+7000×27180=255254400
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	261204
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（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I 008-2
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	20歳未満の精神科ショート・ケア1回につき100点の加算が必要である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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（児童相談所、施設など）、家族との連携が重要であり、専門的な知識や技術を必要としている。また、有効な結果を導くためには、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り、多くの時間（関連機関との連携、情報交換、スタッフ間の協議や検討など）を要し専門性に対する適正な評価が必要である。20歳未満の精神科ショート・ケア1回につき100点加算の根拠として、診療報酬番号I002の通院・在宅精神療法 注3の加算点数と比べ、時間や人員配置の観点から同等以上の評価が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	100
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年社会医療診療行為別調査より推計。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	3,864
	後の人数（人）	3,864
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	476,052
	後の回数（回）	476,052
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	476,052,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2750×11016+3300×314964+1000×476052=1545727200
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	2750×11016+3300×314964=1069675200
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	262101
申請技術名	冠攣縮性狭心症の診断におけるアセチルコリン、エルゴメトリンを用いた冠攣縮薬物誘発負荷試験
申請団体名	日本循環器学会（日本心臓病学会、日本心血管インターベンション学会）
技術の概要 （200字以内）	アセチルコリンあるいはエルゴメトリンの冠動脈内投与により血管反応性（機能的異常性）を評価する（概要図を参照）。
対象疾患名	冠攣縮性狭心症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	冠攣縮性狭心症は日本人に多く(全狭心症中の約40%、概要図を参照)、かつ虚血性心疾患全般にわたってその病態に深く関与しているため、重要な検査法の一つとして保険収載の必要があると考える。 治療薬としては既に承認済であり、検査薬としての適応拡大について2013年4月26日に要望書にて申請中。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン（Circ J.2008;72 （Suppl.IV):1195-1252)では、有用な診断法（クラスⅠ）として表記されている：感度93%. エビデンスレベルの記載はない.
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		虚血性不整脈合併の可能性があり、多施設共同登録研究では、冠攣縮誘発試験が施行された1244例中不整脈イベントは85例（6.8%)に認められたが、死亡例はなかった(Circ Arrhythm Electrophysiol. 2011;4:295-302)。虚血性不整脈に関しては、自然発作時の発生頻度と同程度である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		カテーテル検査に習熟した医師が行うことが望ましいと考えられる。施設基準は特に設ける必要はないと考える。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		安静時胸痛を有し，当疾患が疑われる患者に対し、発作時心電図等で診断確定に至る率が低い（約20%程度）ことから、冠攣縮薬物誘発負荷試験は有用な検査であり、倫理的、社会的にも妥当と考える。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,000
	・年間実施回数等（回）	100,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		既存の技術；診療報酬の区分番号　（なし） 技術名 （なし）
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	－
	技術名	－
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	600,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）(1点10円）	2,000
	その根拠 （150字以内）	冠動脈造影1400点(複数回：通常の倍数） ＋ 誘発試験(プログラム刺激法同等)600点
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	－
	技術名	－
	具体的な内容 （150字以内）	－
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

概要：冠攣縮薬物誘発負荷試験

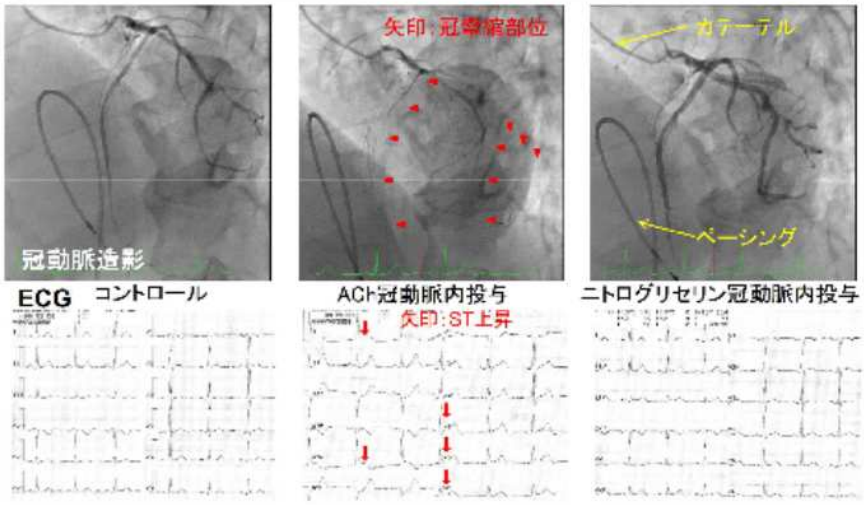
有効性：アセチルコリン負荷試験の感度と特異度：異型狭心症を対象とした検討では、121例中112例（93%）において、発作時の心電図より冠攣縮の発生が予測された162本の冠動脈中144本（89%）においてアセチルコリン投与により冠攣縮が誘発された（感度、89～93%）。一方、有意狭窄病変のない非定型的胸痛例を対象とした検討では86例中アセチルコリンにより冠攣縮が誘発された例はなかった（特異度、100%）。
冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン (Circ J.2008;72 (Suppl.IV):1195-1252)より。

安全性：多施設共同登録研究では、冠攣縮誘発試験が施行された1244例中不整脈イベントは85例に認められた（6.8%）が、死亡例はなかった（Circ Arrhythm Electrophysiol. 2011;4:295-302）。

診療報酬上の取り扱い：新設（重要な生理検査であるが、これまで保険収載されていなかった）。治療薬としては既に承認済であり、検査薬としての適応拡大について2013年4月26日に要望書にて申請中。

技術名：冠攣縮薬物誘発負荷試験

技術の概要：血圧・心電図の同時記録と共にアセチルコリン(Ach)を冠動脈内に投与する。一過性の徐脈に備えてペーシングを併用する。ニトログリセリン投与により攣縮は解除される。エルゴメトリンが使用される場合もある。対象疾患：狭心症



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	262102
申請技術名	「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」
申請団体名	日本循環器学会（共同提案：日本脈管学会、日本心臓病学会、日本心不全学会、日本動脈硬化学会）
技術の概要 （200字以内）	18FDGを投与後，PETカメラによってポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行い，心臓の炎症部位を診断する．
対象疾患名	大動脈炎症候群
保険収載が必要な理由 （300字以内）	FDG-PET検査の導入により診断精度が高まり，早期診断，早期治療が可能となることで治療薬の選択，外科的手術の適応決定など治療方針が変更され、QOLの改善と医療費の軽減が望める．

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		大動脈炎症候群におけるFDG-PETの診断能は，感度60～92%，特異度88～100%．これはMRI，Gaシンチグラフィの診断能をはるかに凌駕しており，また治療経過を反映する．早期診断が非常に困難な本疾患の診断にFDG-PETを追加することにより，治療方針が変更される．進行例では侵襲の大きい血管手術や免疫抑制療法など本疾患の治療体系が変化し，QOLの改善と医療費の軽減効果が見込まれる．臨床ガイドライン(日本循環器学会)では疾患活動性の指標としての意義に言及している．
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		安全性については，重大な懸念はない．FDG-PET検査13,766件における副作用の報告は4件で，重篤な副作用は報告されていない．
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		FDG-PETは平成14年4月1日から15疾患に対し保険適用．施設基準：核医学診断の経験を3年以上有し，かつ所定の研修を終了した常勤医師が1名，PET製剤の取り扱いに対し専門の知識及び経験を有する専任の放射線技師が1名いること．
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし．
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	200
	・年間実施回数等（回）	200
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		FDG-PETの診断能は感度60～92%，特異度88～100%．これはMRI，Gaシンチグラフィの診断能をはるかに凌駕．また治療経過を反映することも報告されている．予想影響額　　2億円　減、既存の技術；E100 シンチグラム[Gaシンチグラフィ] E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影[心筋血流SPECT]　D206 右心カテーテル
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	E　画像診断
	番号	E100
	技術名	E100 シンチグラム[Gaシンチグラフィ]
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	30,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	E　画像診断
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	8,625
	その根拠 （150字以内）	FDG-PET/CTの技術料（薬剤料を含む）は，86,250円である。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	E　画像診断
	番号	100
	技術名	シンチグラム
	具体的な内容 （150字以内）	Gaシンチグラフィ
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

技術名	「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」
技術の概要	^{18}FDG を投与後，PET カメラによってポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行い，心臓の炎症部位を診断する．
対象疾患名	大動脈炎症候群

診療報酬上の取り扱い　区分：E 画像　点数：E101-2　7,500 点、E101-3　8,625 点

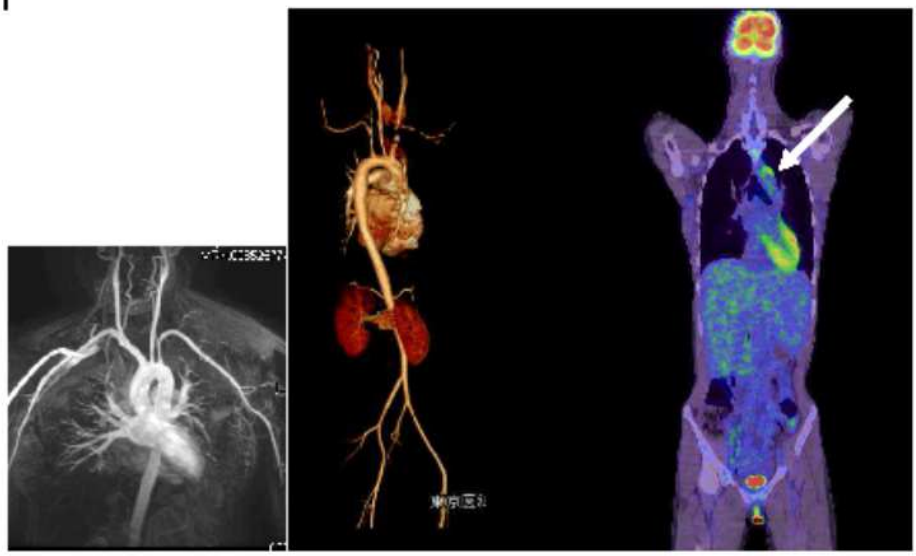
提案：ポジトロン断層撮影（FDG-PET/CT）を大動脈炎症候群（高安病）の診断に用いられるよう保険収載する。

従来の検査：血管の炎症を診断する画像診断は存在しない。造影 MRI も炎症に伴う変化を見ることができるが、それは炎症にと持った変化であり、臨床的有用性は確立していない。
また造影剤が必要とされる。
確定診断は病理学的もできず、診断は非常に困難であり、進行するまで診断ができない症例が多い。

FDG-PET/CT の利点：非侵襲、造影剤不要。感度 60～92%，特異度 88～100%と診断上の有用性が示されている。　ガイドラインでもその有用性が認められている。

患者への利点：早期の特異的診断が可能。→　早期治療により合併症が未然に防げる
→　ＱＯＬの改善、合併症の予防、延命。
→　高額な治療機器（ＩＣＤ，ＣＲＴなど）使用の回避による医療費軽減

実例：３枚は同じ症例の MRI、CT、FDG-PET である。左２者では血管の炎症についての診断ができない。PET を用いて初めて大動脈炎症候群と診断され、早期治療が可能であった。



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	262103
申請技術名	院外での12誘導心電図の記録と医療機関の読影料加算
申請団体名	日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会、日本心電学会、日本不整脈学会、日本冠疾患学会）
技術の概要 （200字以内）	救急車における12誘導心電図記録について、受け入れ医療機関で診断した場合の診断料
対象疾患名	救急車等における12誘導心電図記録を実施した救急傷病者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	救急医療において救急車に搭載された12誘導心電図記録を診療情報として救急外来あるいは入院治療に活用する機会が増え、その診断と記録の保存が求められている。現行の当該医療機関以外の医療機関で描写した心電図についての診断料（70点）と同様に保健収載を必要とする。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		急性心筋梗塞などの急性冠症候群や重症不整脈の12誘導心電図を救急車において記録し、その判断や記録を事前に当該医療機関に伝送することで、事前に診断が可能となり、搬入前から治療（特に再灌流療法）の事前準備（カテーテル治療室確保とチーム招集）が可能となり、治療までの時間が30分程度短縮し、転帰（死亡率の低下）の改善が認められている。そのため国際ガイドライン（国際蘇生連絡協議会勧告2010）また国内ガイドライン（JRC蘇生ガイドライン2010、救急蘇生法の指針2010医療従事者用）において救急隊員による12誘導記録と到着前の伝送が推奨されている。
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		院外における12誘導心電図記録による有害事象はない。記録による時間遅延は10分以内であり、到着後の治療までの時間短縮30分を考慮すると、利点が上回る
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		12誘導心電図の診断は、医師として基本的な技術であり確立している。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		院外での12誘導心電図記録の有効活用と、救急車での12誘導搭載は、オンラインメディカルコントロールや急性心筋梗塞の転帰改善が期待されることから社会的妥当性があると考えられる。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	50,000
	・年間実施回数等（回）	50,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		記録された12誘導心電図の事前伝送あるいは判読結果を通達することにより、急性心筋梗塞への適切な搬送と治療開始時間が短縮され、転帰改善が期待される。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	D208
	技術名	心電図検査
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	3,600,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	70
	その根拠 （150字以内）	現行の心電図診断料70点と同等
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	D208
	技術名	心電図診断料
	具体的な内容 （150字以内）	診断料を12誘導心電図に限定する（四肢誘導のみ、あるいはモニター心電図は対象外）
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	70

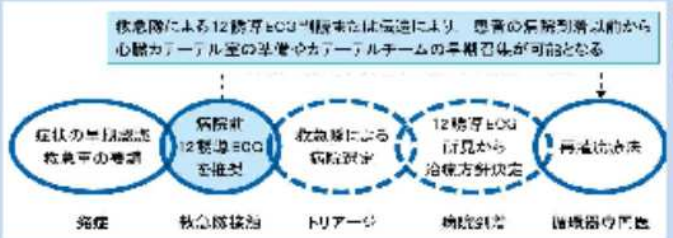
院外での12誘導心電図の記録と医療機関の読影料加算

【技術の概要】

救急車における12誘導心電図記録について、受け入れ医療機関で診断した場合の読影料

【背景と効果】

急性心筋梗塞（ST上昇型）の転帰改善には、発症から再灌流療法（カテーテル治療）までを2時間以内に実施することがガイドラインで勧告されている。その時間を短縮するため、救急隊の接触から再灌流療法までを90分以内とすることが勧められ、その方策として救急隊による12誘導心電図記録と、その事前伝送が勧められ、それにより治療準備とスタッフ招集が早まり、30分間の時間短縮が得られる(図)。



【対象疾患】

救急車等における12誘導心電図記録を実施した救急傷病者

【保険収載が必要な理由】

救急医療において救急車に搭載された12誘導心電図記録を診療情報として救急外来あるいは入院治療に活用する機会が増え、その診断と記録の保存が求められている。現行の当該医療機関以外の医療機関で描写した心電図についての診断料と同様に保険収載を必要とする。

【診療報酬上の取り扱い】

12誘導心電図診断料　70点

現行の当該医療機関以外の医療機関で描写した心電図についての診断料（70点）と同様の点数とする。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	262104
申請技術名	右心カテーテル留置下の運動負荷試験
申請団体名	日本循環器学会
技術の概要（200字以内）	右心カテーテルを透視下に留置後、呼気ガス分析計測を行いつつ、臥位エルゴメータで症候限界性の運動負荷試験を施行する。運動中は適宜、肺動脈とともに先端のバルーンを拡張して肺動脈楔入圧を測定し、また肺動脈より採血して動脈血ガス分析を行い混合静脈血酸素飽和度を測り、Fick法を使って心拍出量を算出する。
対象疾患名	肺高血圧症ーDanaport分類の1群より5群（肺動脈性、左心疾患によるもの、肺疾患によるもの、肺血栓塞栓症、その他）
保険収載が必要な理由（300字以内）	肺動脈圧は肺血管の約70%が障害されて始めて上昇し肺高血圧症として認識されることが知られている。従ってそれ以下の障害では労作時に息切れ等の症状を認めても異常を検出されず早期診断はきわめて難しい。膠原病性の肺高血圧症では早くから心エコー等でスクリーニングされるが確定診断に至らないことが多い。このような症例に対し右心カテーテル留置下運動負荷試験により、安静時の肺動脈圧は正常でも運動により正常以上に上昇し早期診断が可能となる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		従来は運動中の肺高血圧の程度を含めた肺循環の正常の応答に関する情報が不足しており、第4回肺高血圧症世界会議（2008年）では運動を使った肺高血圧症の診断は時期尚早とされた。その後運動中の正常肺循環応答に関する報告が蓄積し、第5回肺高血圧症世界会議（2013年）では運動中の肺循環の異常応答のクライテリアがガイドラインとして提出された。これを使用すれば、運動負荷中に肺血行動態を記録することにより、肺血管障害の程度が70%以下の潜在性肺血管障害も検出可能になると考えられる。
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		第3回肺高血圧症世界会議（2003年）では「運動時の平均肺動脈圧が30mmHgを超えると肺高血圧症とする」とのクライテリアがガイドラインとして採用されており、検査としての安全性は前提とされている。副作用は、カテーテル検査に伴うものとして血栓、不整脈、出血等、運動負荷によるものとして気分不快、不整脈などがあり得る。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		現状では多くの施設に普及しているものではないが、技術的には難しいものではないのでエルゴメータを付設できれば多くの施設で施行可能であろう。ただ、右心カテーテル評価、運動負荷試験に習熟した施設で施行される必要がある。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		日本では余り施行されて来なかったため認知度が低いが、ヨーロッパでは稀な検査ではないため、有用性、必要性が了解されれば普及するであろう。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	150
	・年間実施回数等（回）	150
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		現状では診断できない、肺血管障害領域が70%以下の潜在性早期肺高血圧症の診断が可能となる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	206-1
	技術名	右心カテーテル検査
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	3,600
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	4,600
	その根拠（150字以内）	高度な運動負荷試験でありその点数として1,000をプラスした。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	211
	技術名	呼気ガス分析を併用した運動負荷試験
	具体的な内容（150字以内）	施行頻度が減少する可能性がある。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	900
	後の点数（点）	800

早期肺高血圧症診断のための右心カテーテル留置下運動負荷試験

【技術の概要】右心カテーテルを透視下に留置後、呼気ガス分析、非侵襲的動脈酸素飽和度計測を行いつつ、臥位エルゴメータで症候限界性の運動負荷試験を施行する。運動中は適宜、肺動脈圧とともに先端のバルーンを拡張して肺動脈楔入圧を測定し、また肺動脈より採血して動脈血ガス分析を行い混合静脈血酸素飽和度を決定して、Fick法により心拍出量を算出する。

【背景】肺動脈圧は肺血管の約７０％が障害されて始めて上昇し肺高血圧症として認識されることが知られている。従ってそれ以下の障害では労作時に息切れ等の症状を認めても異常を検出されず早期診断はきわめて難しい。膠原病性の肺高血圧症では早くから心エコー等でスクリーニングされるが確定診断に至らないことが多い。このような症例に対し右心カテーテル留置下運動負荷試験により、安静時の肺動脈圧は正常でも運動により正常以上に上昇し早期診断が可能となる。

【対象疾患と意義】現状では診断できない、肺血管障害が７０％以下の潜在性早期肺動脈性肺高血圧症（安静時肺動脈圧正常）の診断が可能となる。

【診療報酬上の取り扱い】右心カテーテル検査（206-1）が3600点でこれに運動負荷試験を加算して4600点とする。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

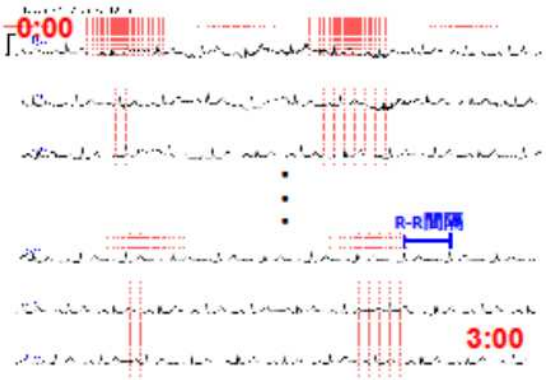
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	262105
申請技術名	心電図R-R間隔変動係数測定検査
申請団体名	日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会、日本心電学会、日本自律神経学会、日本不整脈学会）
技術の概要 （200字以内）	心臓副交感神経機能の検査である。健常人では心拍数が吸気時に増加し、呼気時に減少する呼吸性不整脈が存在する。副交感神経機能障害があると、心電図のR-R間隔により評価される呼吸性不整脈の変動が減少することが知られているため、自律神経機能障害の検査法として用いられている。
対象疾患名	糖尿病、起立性低血圧、脳血管障害、パーキンソン病その他の自律神経機能障害を呈する神経変性疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	通常の12誘導心電図検査が10心拍未満の記録により簡便に行うことができるのに対して、心電図R-R間隔変動係数測定検査は、実施前に15分ほどの安静が必要な上、100心拍以上を記録してR-R間隔の時間を加算、その平均値と標準偏差を計算して初めて算出が可能となる。このため、実施には解析プログラムを有する心電計が必要であり、より多くの時間と検者の手間が必要となる。最近、糖尿病による自律神経障害の検査として日常診療で実施される頻度も増えてきており、12誘導心電図検査より点数が高い別途の保険収載が妥当と思われる。

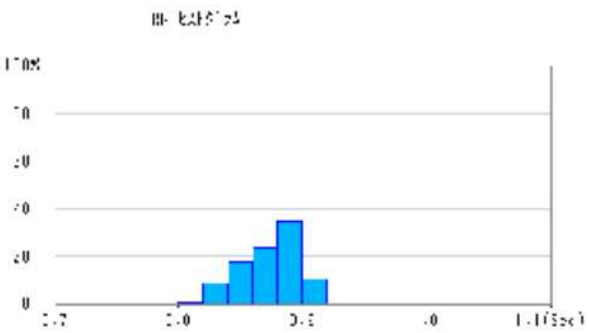
【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		検査法であるため介入試験などによるエビデンスの構築は難しいが、心臓副交感神経機能の検査として我が国でも20年以上前から行われ、現在では糖尿病その他の自律神経機能障害に関する確立された検査法として位置付けられている。心臓副交感神経機能の低下は心血管イベントの発症リスクとなることも示されており予後予測因子としての役割も有す。日本自律神経学会編の教科書「自律神経検査法」では20頁を使って記述されており、米国神経学会（American Academy of Neurology）のサブコミッティーにより1996年に発行された臨床自律神経機能検査に関する報告書でも、その筆頭に、確立された感度、特異度、安全性に優れた検査法として、深呼吸、Valsalva負荷、起立負荷による心拍数変動に関する記述がなされている。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		一般的な12誘導心電図と同様の非侵襲的な検査であり、検査実施時のリスクは特にない安全な検査である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		最近ではR-R間隔を自動加算し変動係数を計算する機能が標準装備されている心電計が市販されており、それらを用いれば技術的には難しくない。長時間の心電図記録となるため、不整脈を有する患者では時間がかかり、多発する患者での測定は不向きである。リスクを伴なわない検査であるため、実施に際しての施設基準は設けられていない。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	736,750
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		保険診療で実施できる自律神経機能障害検査には、膀胱内圧測定、涙液分泌検査などがあり、心血管系の自律神経機能障害検査としてはヘッドアップチルト試験が挙げられる。起立性調節障害、神経調節性失神などの検査法としては同検査法が心電図R-R間隔変動係数測定検査より適しているが、安全性と簡便さでは心電図R-R間隔変動係数測定検査が優っており、糖尿病患者の神経障害の有無のスクリーニング検査などにより適している。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	225-4
	技術名	ヘッドアップチルト試験
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	800,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	200
	その根拠 （150字以内）	同様の測定法を行う加算平均心電図による心室遅延電位測定検査が200点の点数となっており、不整脈への対処などによって平均的な所要時間は心電図R-R間隔変動係数測定検査のほうが長いものの、同じく200点が妥当と考える。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	－
	技術名	－
	具体的な内容 （150字以内）	－
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

心電図 R-R 間隔変動係数測定検査（概要図）



計測時間	= 3 分 0 秒
総拍数	= 298
心拍数	= 89/分
平均 R-R 間隔	= 0.671 秒
最大 R-R 間隔	= 0.737 秒
最小 R-R 間隔	= 0.667 秒
最大/最小	= 1.15%
SD	= 0.022 秒
CV	= 2.52 %



左上の図のように一定時間や心拍数（この場合は3分間）の心拍を記録し、100心拍のR-R間隔の平均値（M）と標準偏差（SD）を求めて下記の式より変動係数（CV）を算出する。

CV (%)=SD/M x 100

変動係数は年齢に応じて正常値が決まっている。

左下には、この77歳女性におけるR-R間隔の分布を示すヒストグラムを表示している。右上の計測値から、この症例の変動係数は2.52%と算出され、自律神経機能障害なしと判定される。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		262201
申請技術名		心臓カテーテル法による付加検査の増点
申請団体名		日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会、日本心血管インターベンション学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D 206
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	–
提案の具体的な内容（400字以内）		心臓カテーテル法による付加検査（血管内超音波：IVUS、血管内光断層撮影：OCT、血管予備能測定：FFR、血管内視鏡）は、冠動脈造影（CAG）で指摘された解剖学的狭窄に対し経皮的冠動脈インターベンション（PCI）が必要と判断された冠動脈病変の治療適応の可否ならびに治療評価に極めて有用である。しかし、手技に専門性を必要とし、画像等の解析・評価のため術者以外に機器に長けた専属スタッフの人手も要する。また本手技に必要なガイドワイヤー、Y字管付ガイドカテーテルなどの医療材料等は保険請求できず、現在の点数でも赤字にならざるを得ず普及の妨げとなっている。従って400点→500点へ加算増点により医療機関の直接費用の負担軽減となり、これらの付加検査が普及することにより不要なPCIの回避が期待でき、結果、医療費の削減が見込める。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		心臓カテーテル法による付加検査の1回あたりの医療機関の直接負担となる費用は、人件費・器機・消耗品費用の概算より約111500円（IVUS）、90000円（OCT）、83000円（FFR）、161000円（内視鏡）である。CAGの際、低侵襲の5F以下のイントロデューサー及び血管造影用カテーテルを使用することが一般的であるが、PCI治療の必要性の有無を評価する為に行われる付加検査では、6F以上のイントロデューサー及びY字管付ガイドカテーテルに交換する必要がある。しかし、付加検査によりPCIが回避された場合、交換後に使用したイントロデューサー（3010円）、ガイドカテーテル（19000円）及びY字管（12000円）等の材料費合計約34000円が算定できず、現在の加算点数でも赤字にならざるを得ない。加算点数増点により、付加検査がさらに普及し不要なPCIを避けることができ医療費の削減につながる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400
	後の点数（点）	500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		PCIを回避しうる可能性のある病変は急性冠症候群以外79%、多枝病変50%である。従って付加検査によってPCIを対象患者数は、PCI症例（2010年：239,173人、2014年：266,327人見込）のうち、2010年：239,173人×79%×50%＝94,473人、2014年：266,327人×79%×50%＝105,199人となる。実施回数は1人当たり1回行われ、将来的に変化なし。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	94,473
	後の人数（人）	105,199
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	94,473
	後の回数（回）	105,199
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	1,100,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	CAG上PCI要と判断した多枝病変患者に対する付加検査費用は約177億円：（平均医材費163千円＋手技料5千円）×105199人。付加検査により再狭窄抑制型冠動脈ステント留置（345千円）が1人当たり0.8本削減（FAME study）が見込め、約290億円削減：345千円×0.8本／人×105199人。400→500点に加算増点の場合、削減可能な医療費は290－177=113億円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	CAG上PCI要と判断した多枝病変患者に対する付加検査費用は約158億円：（医材163千円＋手技料4千円）×94473人。付加検査により再狭窄抑制型冠動脈ステント留置（345千円）が1人当たり0.8本削減、約260億円削減：345,000円×0.8本／人×94473人。増点されず現状維持の場合、削減可能な医療費は260－158=102億円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	–
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		–
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		262202
申請技術名		低体温療法の器材の診療報酬化
申請団体名		日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本脳低体温療法学会、日本蘇生学会）
診療報酬区分（1つ選択）		L　麻酔
診療報酬番号		008-2
再評価区分（1つ選択）		5　その他
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	必要器材の保険償還
提案の具体的な内容（400字以内）		低体温療法は、院外心停止での心拍再開例に使用を勧告されている方法であるが、温度管理を制御し安定した管理が必要である。また当初3日間での低体温療法で認可されているが、ガイドライン勧告で12-24時間の低体温維持とその後の復温ということで、短期間の実施となり、その機器類が高額で体表面に貼るパッドがディスポーザルで保険償還できないため病院の持ち出しとなり、低体温療法の1日12200点のみでは減価償却できない状況である。使用器材(体表面パッド等)の診療報酬化が必要である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		院外心停止、特に心室細動例において心拍再開し、昏睡状態にある症例で、32-34℃の低体温療法を12－24時間実施した場合には、無作為比較試験で非実施例に比べ社会復帰率が有意に高い（実施例：40-50%，非実施例：20-30%）。国際ガイドライン、国内ガイドライン（JRC蘇生ガイドライン2010)でクラスⅠの勧告である。広く普及を勧告する必要があるが、体表面冷却装置に必要なパッドが高額で保険償還がなく、普及を妨げている。初日の保険点数をあげてパッド費用を含むか、別途償還することが必要と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	12,200
	後の点数（点）	20,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		普及して効果を上げつつあるが、広く普及させるためには現在の点数とパッド費用がほぼ同等であり、高額機器を購入しても減価償却ない至らないのが現実である。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,500
	後の人数（人）	5,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,500
	後の回数（回）	5,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	50,000,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	－
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	unknown
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	－
	技術名	－
提案の具体的な内容（150字以内）		－
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		262203
申請技術名		T波オルタナンス(TWA)検査における連続呼気ガス分析加算
申請団体名		日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		D210-4
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	－
提案の具体的な内容（400字以内）		T波オルタナンス(TWA)検査時に連続呼気ガス分析を同時に施行した際、現診療報酬制度では、連続呼気ガス分析加算は「D211トレッドミルによる負荷心肺機能検査・サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査」に含まれ別に算定できないことから、T波オルタナンス検査時にも連続呼気ガス分析加算を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		TWAは心筋梗塞後や心筋症などの器質的心疾患における心臓性突然死の主たる原因である心室頻脈性不整脈発症の予測に有用である。一方、（運動）負荷心肺機能検査時の連続呼気ガス分析は、得られた最高酸素摂取量等の指標により、重症度判定、治療効果判定などを行う。したがってTWA検査中に連続呼気ガス分析を同時に行うことにより、致死性不整脈予知だけでなく重症度・治療効果判定をも行えるばかりでなく、別々に施行するよりもはるかに医療費を削減できる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	100
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		TWA検査は、大学病院あるいは大規模病院の約3分の1の施設で施行されていると推測される。対象患者数は1施設あたり年平均300例と推測され、一人の患者における年間試行回数はおおよそ2回と推定される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	25,500
	後の人数（人）	25,500
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	51,000
	後の回数（回）	51,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	410,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	TWA検査に連続呼気ガス分析を同時施行した場合、0.5億増加：100円（10点）×51000回。しかしこれまで別々に施行していた心肺運動負荷試験（連続呼気ガス分析）を省略できるため4.6億削減：(800+100点）×10×51000回。結果、医療費は4.6-0.5＝4.1億円削減となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	TWA検査に連続呼気ガス分析加算がつかない場合、当該技術（連続呼気ガス分析加算分）に直接費用はかからずとも、心肺運動負荷試験（連続呼気ガス分析）にて別評価するため間接的に4.6億円増加となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	－
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		－
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		262204
申請技術名		経皮的カテーテル心筋焼灼術（付加手技を伴う場合）
申請団体名		日本循環器学会（共同提案：日本心臓病学会、日本心電学会、日本不整脈学会）
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		K5951
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		現行の40,760点より、75,236点への増点を提案する。 要望点数（①＋②）：75,236点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：75,236点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		付加手技を要する経皮的カテーテル心筋焼灼術は、心房中隔穿刺による左房アブレーションまたは心嚢穿刺による心外膜アブレーションであり、通常以上に高い治療技術を要する治療法である。治療の現場では心電図解析およびカテーテル操作に複数の医師を必要とし、術時間も約5時間を要する。しかし現行の診療報酬点数は40760点と実態にそぐわない低い点数に設定されている。医学的、経済的、社会的に十分な評価がされていない懸念が強く、診療報酬再評価の必要があると考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	40,760
	後の点数（点）	75,236
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		日本不整脈学会主導のJ-CARAF調査結果より推定した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	12,000
	後の人数（人）	14,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	12,000
	後の回数（回）	14,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	15,182,160,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	予想される当該技術の医療費は、940450×14000　＝10,533,040,000円となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	外来再診料：600円/回(A), 処方箋料＋調剤: 500円/回(B), 薬価（最も安価な抗不整脈剤）: 200円/回(C), 心電図等検査: 1300円/回(D), 生化学検査: 110円/回(E), 月に一回の診察、3ヶ月ごとの心電図、生化学的血液検査を20年間継続したとする. {(A+B)×12＋C×365＋(D+E)×4} ×14000×20 = 25,715,200,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	–
	技術名	–
提案の具体的な内容（150字以内）		–
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	264101
申請技術名	全身温熱発汗試験
申請団体名	日本自律神経学会（共同提案：日本神経学会、日本神経治療学会）
技術の概要 （200字以内）	発汗検査用紙を身体に貼り、発汗部がヨード・デンプン反応によって黒色に変化することにより、発汗状態を視覚的に把握し、交感神経系障害の有無と部位、程度等を評価する。
対象疾患名	多系統萎縮症、パーキンソン病及び関連疾患、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群、ロス症候群
保険収載が必要な理由 （300字以内）	交感神経機能に関する重要な検査法であり、発汗障害が生じた部位を判定する。全身性の障害か、局所性の障害か、障害部位をみることで重症度と原因診断の絞り込みを行う。汗は透明であるが故に肉眼視だけでは発汗の様子を観察することができない。だからこそヨウ素でんぷん反応を用いて可視化して、発汗障害ひいては皮膚交感神経障害の部位を一目瞭然に示すことができる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		検査法であるためにランダム化比較試験はないが、本検査の結果にもとづいて発汗機能や交感神経障害レベルや程度に関する診断を進めていくことを推奨する文献がある。（自律神経機能検査　自律神経反射：発汗・皮膚血管系P.50-57, 自律神経症候の診察法P.89-93, 自律神経障害の病巣診断：発汗系P.111-113）
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		過度の体温上昇を防ぐため、深部体温をモニターし、かつ常に医師が付き添って被検者の状態を観察する必要がある。しかし、高体温のため検査を途中で中止することはきわめて稀(0.5%以下)である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		「自律神経機能検査」(日本自律神経学会編、第4版、2007)では交感神経機能評価のための基本的な項目として推奨されている検査である（ P.50, 89, 111）。発汗用紙作成は熟練性を要し、結果の解釈には高度の専門性と経験を要する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	2,000
	・年間実施回数等（回）	1~2
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		サーモグラフィに比べて、本方法は直接的に発汗を測定することができ、また検査の歴史も古い。それだけ知見が蓄積されている。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	12,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D　検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,500
	その根拠 （150字以内）	点数　技術料　1,250　点　　と　判断料　250点　　計　1,500点 検査技師の人件費10,000円＋ホスピタルフィー2,500円＋判断料2,500円
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

整理番号: 264101

技術名:全身温熱発汗試験

発汗障害によるうつ熱や熱中症を未然に診断したり、進行性自律神経障害の早期診断や治療効果の判定に重要な技術である。

全身にオブラートを貼ったヨードセロハン用紙を巻きつけ、体全体を加温する。出てきた水分でオブラートのでんぷんとヨードが反応して黒色に変化する。その色調変化の領域が発汗域と判定できる。全身性に発汗しているところと、無汗の部分の分布を調べることができ、発汗障害の診断にとって第一歩となる。

電気毛布でからだを温めながら発汗して変色した様子を全身的に写真撮影する。検査の準備と実施は検査技師が行い、異常があれば医師・看護師コールの体制をとる。

加温前

加温後

健常者での反応

純粋型自律神経不全症

後天性全身性無汗症

多系統萎縮症の胸部以下の無汗

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

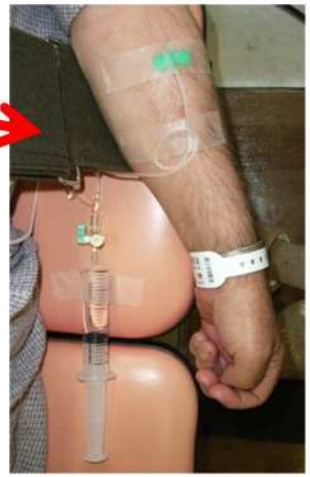
整理番号	264102
申請技術名	筋交感神経負荷テスト
申請団体名	日本自律神経学会（共同提案：日本神経学会、日本神経治療学会）
技術の概要 （200字以内）	静脈に採血用の留置針を刺してヘッドアップティルト試験を行い、ティルト前後での血中カテコラミン値の比較を行い、その背後にある 筋交感神経の賦活度を推定する。
対象疾患名	失神を来たして多系統萎縮症、家族性アミロイドニューロパチー、神経調節性失神などが疑われる病態。
保険収載が必要な理由 （300字以内）	平成24年にヘッドアップティルト試験が保険収載され、各種の失神を来たす疾患の鑑別が行いやすくなった。なかでも自律神経異常をきたす神経疾患では、ティルト前後での筋交感神経活動の賦活が乏しい。これを血中カテコラミンの反応不良ということで、間接的に評価することが可能であり、より詳しい病態解析につながり、ひいては次の治療ステップに移ることができる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		血圧を維持することに役立っている筋交感神経活動は、マイクロニューログラフィの手法でヒトの末梢神経から直接記録できる（自律神経機能検査 p.362, 2007）。しかしそれは侵襲的検査で、通常は使用されない。失神病態を解析するヘッドアップティルト試験で、この筋交感神経活動が正常な群とそうでない群が存在し、後者は筋交感神経活動そのものが低下する神経疾患である可能性が高い（自律神経機能検査 p.129, 2007）。この筋交感神経活動と血中カテコラミンはよく相関することから（國本雅也　臨床神経 30:37-40, 1990）、ティルト前後での血中カテコラミンを比較することから、筋交感神経の賦活度が判定できる（自律神経機能検査 p.134, 2007）。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		通常の静脈血採血レベルのリスクであり、ヘッドアップティルト試験自体はティルト中の失神発作に留意する。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		通常に行われている血圧測定の肢位の変化での比較がこの試験であり、技術的成熟度の差異は殆どみられないが、運動異常の高度な場合には診察者が巧みに介助すれば検査可能であり、専門性、基準などの問題はない
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		倫理性、社会的妥当性の問題はない
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	30,000
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		ヘッドアップティルト試験を行うだけでは、体液性の起立性低血圧か、神経原性かを区別することは困難であり、血中カテコラミンを測定することにより、筋交感神経活動の賦活が良好か否かの判定ができる（自律神経機能検査 p.134, 2007）。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	0
	技術名	0
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	200,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D　検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	500
	その根拠 （150字以内）	血中カテコラミン濃度（216点×2＝432点）、静脈採血用の留置針、生食、固定バンド。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	0
	技術名	0
	具体的な内容 （150字以内）	0
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

整理番号：264102
技術名：筋交感神経負荷テスト

ヘッドアップティルト試験の際に、前腕静脈に留置針を置いて、ティルト前後での血中カテコラミン濃度を測ることで、血圧維持に働いている筋交感神経活動の賦活度を測定。



- 前腕静脈に静脈ルートを確保し、ヘパリン生食で凝固しないようにする。
- ヘッドアップティルトの検査前後で血中カテコラミン用の採血を行う。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		265201
申請技術名		経皮的腎生検
申請団体名		日本腎臓学会（共同提案：日本高血圧学会、日本透析学会、日本小児腎臓学会、日本糖尿病学会、日本内科学会、日本臨床検査医学会）
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		D001-10
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容（400字以内）		現行の診療報酬では、D412 経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）1,600点である。本検査の手技および診断が熟練した医師の高い専門性を有した知識と技術のもとで実施されない限り、患者の生命を脅かす可能性がある。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、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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		透析予備群である慢性腎臓病（CKD）の患者数は約1300万人とされ、その早期発見、早期診断と治療介入が急務である。腎生検による病理診断が治療成功と予後改善に不可欠である（日本腎臓学会診療ガイド）。その効用は急速進行性糸球体腎炎、ループス腎炎、IgA腎症などで顕著である。しかるに現在の診療報酬1600点は、日本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38,931円の半分以下である。このために腎生検の実施が見送られた場合、適切な治療が行われずに透析導入となる患者が生じる。診療報酬の見直しにより腎生検が倍増すれば、透析導入回避も倍増し、透析医療費削減に寄与し、患者の生命予後およびQOL向上に貢献できる。既収載の検査技術料では経気管支肺生検が4,000点であるが、経皮的腎生検はこれと同等の臨床的有用性と熟練度を要すると考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,600
	後の点数（点）	4,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		エキスパート（腎臓学会評議員、指導医）へのアンケート調査
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	2,000
	後の人数（人）	4,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,000
	後の回数（回）	4,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	912,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	対象患者＝4000（人）　当該技術に係る医療費：4000人×40,000円＝1億6,000万円 4000名のうち透析を回避できた患者がその10%400名とすれば、透析を回避できなかった3,600名の年間透析医 療費が500万円x3,600人＝180億円 計181億6,000万円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	対象患者＝2000（人）　当該技術に係る医療費：2000人×16,000円＝7,200万円 2000名のうち透析を回避できた患者がその10%200名とすれば、再評価後の対象患者4000名とそろえて計算すると、透析を回避できなかった3,800名の年間透析医療費が500万円x3,800人＝190億円 計190億7,200万円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		該当なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		265202
申請技術名		自己抗体ANCAによる急速進行性糸球体腎炎に対する血漿交換療法
申請団体名		日本腎臓学会（共同提案：日本アフェレシス学会、日本透析医学会）
診療報酬区分（1つ選択）		J 処置
診療報酬番号		J 039
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容（400字以内）		現行の診療報酬では、肺出血または急速進行性糸球体腎炎を呈する抗白血球細胞質抗体（ANCA）関連血管炎に対する血漿交換療法は保険適応が得られていないが、全国の臨床現場ではその有効性から広く行われている治療である。 後述するように、最近高いエビデンスレベルの論文が報告されており、本疾患を血漿交換療法の適応に加えることを提案するものである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		肺胞出血または急速進行性糸球体腎炎（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、多くの疾患で施行されている。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、肺出血合併例での血漿交換施行を推奨しており、海外では標準的治療になっており、最近その有効性を示す高いエビデンスレベル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合併による死亡を減少させる効果も明らかとなっている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		わが国のRPGN患者数は年間1800名程度。このうちの約10%が肺出血を伴う。救命目的での実施のため全例が本療法の適応と考えられる。（年間180例程度）
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	180
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	1,800
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	14,800,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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 合計：　273,200,000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（200字以内）	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x36人＝180,000,000円 の透析医療費を要する。 合計：　288,000,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		265203
申請技術名		抗GBM自己抗体による急速進行性糸球体腎炎に対する血漿交換療法
申請団体名		日本腎臓学会（共同提案：日本アフェレシス学会、日本透析医学会）
診療報酬区分（1つ選択）		J 処置
診療報酬番号		J 039
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容（400字以内）		現行の診療報酬では、抗糸球体基底膜（抗GBM）抗体による急速進行性糸球体腎炎（Goodpasture症候群を含む）に対する血漿交換療法は保険適応が得られていないが、全国の臨床現場ではその有効性から広く行われている治療である。発生頻度の低い疾患のため、RCTによるエビデンスレベルの高い論文はないが、欧米では標準的治療となっており、本疾患を血漿交換療法の適応に加えることを提案するものである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		抗糸球体基底膜抗体型の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知られている。血漿交換と免疫抑制療法の併用は世界的に標準的治療となっており、発病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は常識となっている。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合併による死亡を減少させる効果も明らかとなっている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		※根拠（難治性疾患研究班資料） わが国のRPGN患者数は年間1800名程度。このうちの約5%が本疾患である。 この中で腎機能改善等を期待できる急速な腎機能悪化例50%程度が本療法の適応と考えられる（年間54例程度）。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	54
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	540
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	28,840,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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 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　106,160,000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（200字以内）	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
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	266101
申請技術名	MEN1遺伝学的検査
申請団体名	日本人類遺伝学会
技術の概要 （200字以内）	1)発端者診断;多発性内分泌腫瘍症1型の疑われる患者に対して，遺伝カウンセリングを施行し，同意を得た上で採血を行い，末梢血よりDNAを抽出する．PCR法を用いてMEN1遺伝子を増幅し，塩基配列をDNAシーケンサーにより解析する． 2)キャリア診断;既知の変異を有する多発性内分泌腫瘍症1型の血縁者に対して，上記1)と同様の手順で変異部位のみの遺伝子解析を行う．
対象疾患名	多発性内分泌腫瘍症1型が疑われるもの
保険収載が必要な理由 （300字以内）	多発性内分泌腫瘍症1型の原因遺伝子はMEN1遺伝子であり，本疾患の約90%以上に変異が証明される．家族歴や臨床所見から本疾患を確定的に診断することは困難であり，MEN1遺伝学的検査は本疾患の診断を行うために必須の検査である．本疾患の主病変である原発性副甲状腺機能亢進症・膵消化管内分泌腫瘍・下垂体に内分泌腫瘍に対する治療法や管理法は非遺伝性の場合と比べて大きく異なる．キャリア診断により変異が判明した場合は，血縁者のMEN1関連疾患に対する早期診断・早期治療が可能となり，治癒率の向上が期待される．以上より保険収載が必要である．

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		多発性内分泌腫瘍症1型は常染色体優性遺伝疾患であり，原因遺伝子はMEN1遺伝子である．約90%以上の症例に原発性副甲腺機能亢進症が，約60%に膵消化管内分泌腫瘍が，約50%に下垂体内分泌腫瘍が発症する．これら複数の内分泌腫瘍を発症している場合や，多発性あるいは若年で発症している場合が本検査の対象となる．90%以上の典型例にMEN1変異が証明される．本疾患の原発性副甲状腺機能亢進症に対しては，非遺伝性発症の場合と異なり，副甲状腺亜全摘あるいは全摘して一部を前腕に自家移植する手術が必要となる．また本疾患の膵消化管内分泌腫瘍は多発性であり，外科的治療の適応となる．肝転移などをひきおこした場合は，本疾患の予後を既定する因子となるため，本検査を行った上での早期診断・早期治療が欠かせない．クリニカルプラクティスガイドラインや多発性内分泌腫瘍症診療ガイドブックにおいて，本検査は強く推奨されている．
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		臨床遺伝専門医などによる適切な遺伝カウンセリングを行った上で，本検査を実施することが望まれる．遺伝学的検査の実施によって身体上の安全性を脅かすことはない．
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		本検査は，すでに先進医療として認められている．先進医療の施設基準としては，「内分泌代謝科専門医，外科専門医，耳鼻咽喉科専門医又は臨床遺伝専門医であること．当該療養について一年以上の経験を有すること．当該療養について，当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること．」があげられている．
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		臨床遺伝に関する倫理的問題がある．本疾患は常染色体優性遺伝形式をとる．変異が明らかになっている場合，キャリア診断による同胞や子供に遺伝しているリスクは50%である．
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	300
	・年間実施回数等（回）	300
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		本検査によりMEN1と判明した場合に，副甲状腺や膵消化管の手術では初回手術から多発性発生を考慮した手術を選択する．これによって再発率や再手術のリスクを低減することができ，医療費削減が期待される．遺伝性と判明した場合，血縁者に対して遺伝学的検査を実施し，遺伝性であった場合は本疾患に対する早期診断・早期治療が可能となり，治癒率の向上が期待できる．
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	該当なし
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	11,100,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	8,000
	その根拠 （150字以内）	試薬費、機器管理費用、人件費から算出． ・発端者診断;8,000点 ・キャリア診断;5,000点
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	該当なし
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

*MEN1*遺伝学的検査について

【技術の概要】

1）発端者診断

多発性内分泌腫瘍症1型（MEN1）の疑われる患者（発端者）に対し，図1のような流れで*MEN1*遺伝学的検査を行う．
検査方法：血液から抽出したDNAを用い*MEN1*遺伝子のみを増幅し（PCR法），その遺伝子の配列を調べる（図2，シーケンシング法）．さらに，正常な配列と比較して違い（変異）があるかどうか確認する．変異を認めた場合は，MEN1であることが確定する．

2）保因者診断

上記発端者診断で変異の見つかった患者の血縁者を対象とする．血縁者においても図1の流れで行う．変異を認めた場合は，MEN1に関連する臨床検査を行い，早期治療が可能となる.変異が認められなかった場合は，臨床検査は不要となる．

図1. *MEN1*遺伝学的検査の流れ

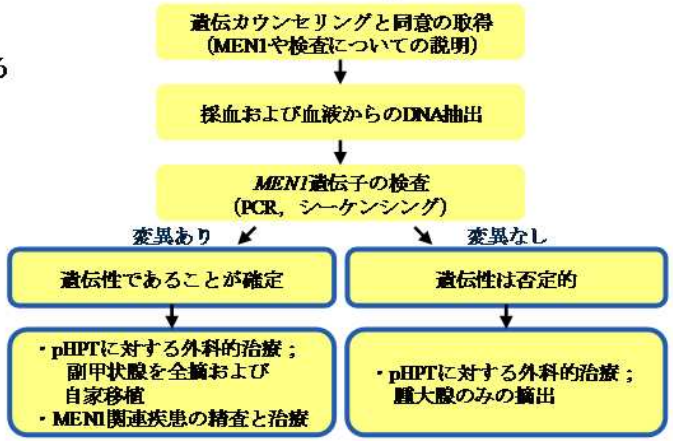
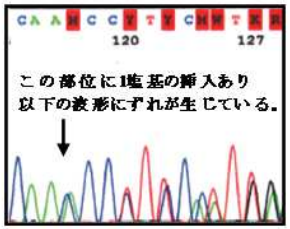


図2. DNAの配列
（変異を認めた例）



【既存の治療法との比較】

本遺伝学的検査により，それぞれの患者に応じた検査および治療法の選択が可能となる（図1）．遺伝性の場合，例えば副甲状腺手術では副甲状腺の全摘・前腕への副甲状腺移植を行うことで再発のリスクを著しく低減することができ（図3），複数回に渡って副甲状腺手術を実施する可能性はほぼなくなるため，患者の肉体的・経済的負担を大幅に軽減できる．
また，遺伝性と判明した患者の血縁者に本検査を実施し，遺伝性であった場合，血縁者のMEN1関連疾患に対する早期診断・早期治療が可能となり，治癒率の飛躍的向上が期待できる．

【対象疾患】

多発性内分泌腫瘍症1型（MEN1）の疑われる患者．
年間対象者は300人程度と考えられる．

【診療報酬上の取扱】

・検査技術に含まれる．
・すでに先進医療として承認を受けている．

図3. *MEN1*遺伝学的検査によりMEN1と判明した症例の副甲状腺摘出写真

遺伝子変異を認めた場合は，このように副甲状腺を4腺とも摘出し，一部を自家移植する手術となる．変異が認められない場合は腫大している1腺のみを切除することになる．

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	266102
申請技術名	RET遺伝学的検査
申請団体名	日本人類遺伝学会
技術の概要 （200字以内）	1）発端者診断；多発性内分泌腫瘍症2型あるいは甲状腺髄様癌が疑われる患者に対して遺伝カウンセリングを施行し，同意を得た上で採血を行い，末梢血DNAを抽出する．PCR法にて遺伝子増幅し，DNAシーケンサーにより塩基配列を解析する． 2）キャリア診断；既知の変異を有する多発性内分泌腫瘍症2型の血縁者に対して，上記1）と同様の手順で変異部位のみの遺伝子解析を行う．
対象疾患名	多発性内分泌腫瘍症2型および甲状腺髄様癌
保険収載が必要な理由 （300字以内）	甲状腺髄様癌には遺伝性と非遺伝性があるが，家族歴や臨床所見から遺伝性かどうかを鑑別することは難しく，RET遺伝学的検査により判別しなければならない．変異は特定の部位に多くみられるが，その部位の違いにより多発性内分泌腫瘍症2型か家族性髄様癌であるかがわかり，また甲状腺髄様癌の発症時期，褐色細胞腫や副甲状腺機能亢進症の発症頻度などが異なる．遺伝性と判明すれば，甲状腺髄様癌の手術では甲状腺全摘が必須である．甲状腺腫瘍ガイドラインや多発性内分泌腫瘍症診療ガイドブックにおいてもRET遺伝学的検査を行うことが強く推奨されており，保険収載が必要である．

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		多発性内分泌腺腫症2型（MEN2）および家族性甲状腺髄様癌(FMTC)は常染色体優性遺伝疾患であり，原因遺伝子はRET遺伝子である．本邦のMEN2あるいはFMTCの505例を集積解析したMENコンソーシアムデータによると，疾病特異的死亡率は4.8%であるが，生化学再発を含む甲状腺髄様癌の再発率は36.9%と高い．副腎褐色細胞腫で手術が施行された173例中101例（58.3%）は同時性あるいは異時性に両側副腎手術がなされている．RET変異の部位と臨床病型とは強く相関しており，変異の部位により各疾患の診断・治療・術後管理方針がそれぞれ決まり，早期発見・早期治療により疾病予後の向上が強く期待できる．甲状腺髄様癌の手術では甲状腺全摘が必須となる．甲状腺腫瘍ガイドライン2010年版と多発性内分泌腫瘍症診療ガイドブックにおいて，RET遺伝学的検査は強く推奨されている．
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		臨床遺伝専門医などによる適切な遺伝カウンセリングを行った上で，本検査を実施することが望まれる．遺伝学的検査の実施によって身体上の安全性を脅かすことはない．
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		本検査は学会等で認知され，先進医療に既認可．「専ら内科，小児科，外科，小児外科又は耳鼻咽喉科に従事し，当該診療科について五年以上の経験を有すること．総合内科専門医，内分泌代謝科専門医，小児科専門医，外科専門医，小児外科専門医，耳鼻咽喉科専門医又は臨床遺伝専門医であること．当該療養について一年以上の経験を有すること．当該療養について，当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること．」
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		臨床遺伝に関する倫理的問題がある．本疾患は常染色体優性遺伝形式をとる．変異が明らかになっている場合，キャリア診断による同胞や子供に遺伝しているリスクは50%である．
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	300
	・年間実施回数等（回）	300
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		本検査を行い検査・治療を行った場合，本検査を行わなかった場合と比べ，疾病再発率や再発に伴う検査・入院・再手術を低減できると考えられ，患者の身体的負担の減少や医療費削減に大きく寄与できる．遺伝性と判明した場合，血縁者に対して遺伝学的検査を実施し，遺伝性であった場合は本疾患に対する早期診断・早期治療が可能となり，治癒率の飛躍的向上が期待できる．
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	該当なし
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	5,640,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	8,000
	その根拠 （150字以内）	試薬費、機器管理費用、人件費等から算出。 ・発端者診断；8,000点 ・キャリア診断；5,000点
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	該当なし
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

*RET*遺伝学的検査について

【技術の概要】

1）発端者診断

多発性内分泌腫瘍症2型あるいは甲状腺髄様癌が疑われる患者（発端者）に対し，図1のような流れで*RET*遺伝学的検査を行う．

検査方法：血液からDNAを抽出し，*RET*遺伝子を増幅し（PCR法），シーケンシング法によりその遺伝子配列を解析する（図2）．さらに，正常配列と比較して変異の有無を確認する．変異が存在する場合は，多発性内分泌腫瘍症2型（MEN2）もしくは家族性髄様癌（FMTC）であることが確定する．

2）キャリア診断

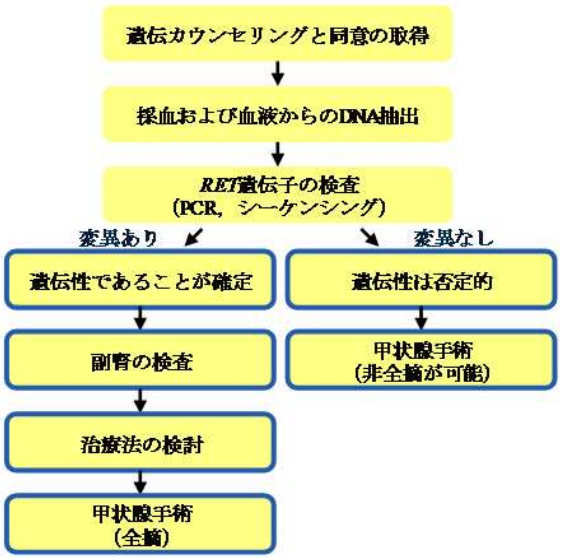
発端者診断で変異のみつかった患者の血縁者を対象として実施する．血縁者においても図1と同じ流れで行う．変異を認めた場合は，甲状腺・副腎・副甲状腺に対する臨床検査を行い，早期診断・早期治療が可能となる．変異が認められなかった場合は，臨床検査はまったく不要となる．

【既存の治療法との比較】

本遺伝学的検査により，それぞれの患者に応じた検査および治療法の選択が可能となる（図1）．甲状腺髄様癌で遺伝性の場合，甲状腺手術では初回手術で甲状腺全摘を行う必要がある．またMEN2で合併しうる副腎褐色細胞腫や副甲状腺機能亢進症などの併発についても精査した上で治療方針を決めていく必要がある．遺伝性の有無を鑑別して治療を行うことで再発リスクを著しく低減することができ，患者の肉体的・経済的負担を大幅に軽減できる．

また、MEN2では若年で甲状腺髄様癌を生じる傾向にある（図3）．遺伝性と判明した患者の血縁者に本診断を実施し，遺伝性であった場合，血縁者のMEN2関連疾患に対する早期診断・早期治療が可能となり，治癒率の飛躍的向上が期待できる．

図1. *RET*遺伝学的検査の流れ



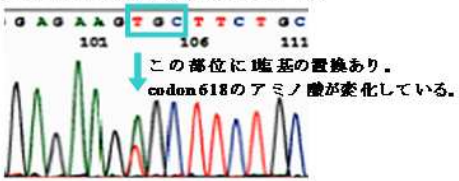
【対象疾患】

- 多発性内分泌腫瘍症2型あるいは甲状腺髄様癌を疑う患者．
- 年間対象者は300人程度と考えられる．

【診療報酬上の取扱】

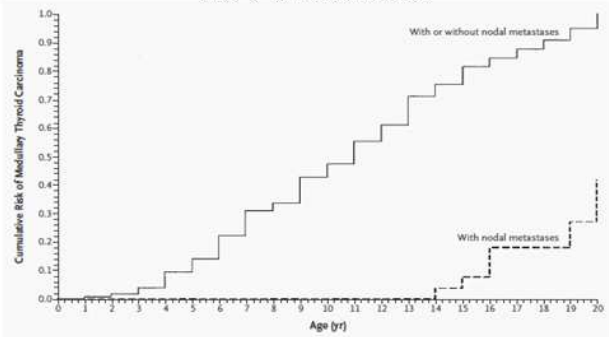
- 検査技術に含まれる．
- すでに先進医療として承認を受けている．

図2. DNAの配列（変異を認めた例）



RET exon 10 codon 618 TGC(Cys) to AGC(Ser)

図3. codon 634変異における0才から20才までの甲状腺髄様癌の発生リスク



Machens A, *et al.* 2003

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	267101
申請技術名	体外式衝撃波膵石破砕療法
申請団体名	日本膵臓学会（共同提案：日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会）
技術の概要 （200字以内）	膵管内結石を体外衝撃波療法（ESWL）によって破砕および除去し、膵液のうっ滞を解除することにより、頑固な疼痛の軽減、ならびに膵機能の温存を図る。
対象疾患名	主膵管または副膵管内に結石が存在し、腹痛を訴える慢性膵炎患者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	膵管内結石による急性膵炎で入院加療および手術が必要な慢性膵炎患者の数を抑制可能である。また治療の結果、特定疾患の重症急性膵炎として申請される医療給付を抑制可能である。さらに将来発生しうる膵性糖尿病の発生を抑制可能である。

【評価項目】

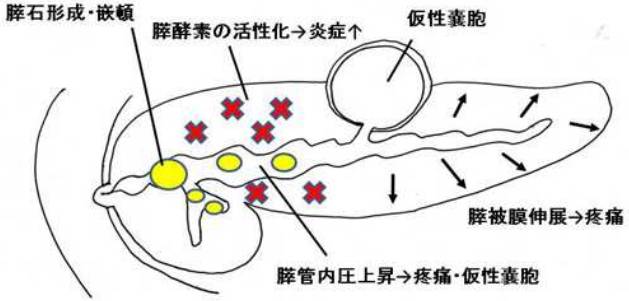
Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		(1)ESWLによる結石破砕効果は80～100%と報告されている（瀧徳人、日消誌、1997：94, 101-110、奥村文浩、膵臓、2009:24,56-61）。 (2)疼痛緩和率に関しても78～100%と極めて高い成績が得られている（鈴木裕、膵臓、2009：24,25-33、Guda NM, JOP 2005; 6: 6-12 5）。 (3)膵機能に関して外分泌機能が改善するという報告と変化ないという報告があるが悪化は抑制されている。 (4)ESWLによる砕石効果は88%～99%、排石効果は71%～82%と報告されている（Deviere J, Gastrointest Endosc Clin N Am 1998; 8:163-79）。 (5)ESWLは安全で効果的な治療法であると報告されている（Dumonceau JM, Gut 2007; 56: 545-52）。
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		(1) 急性膵炎の頻度は9%に認めるも、いずれも軽症であったと報告されている。 (2) 外科治療よりも合併症の報告は少なく,安全に施行できる手技である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		(1) 日本消化器衝撃波研究会、日本消化器病学会では、腹痛を有し、小結石、浮遊結石以外の膵管内結石に対する第一選択治療と位置づけている。 (2) 施設基準は明確にされていないが、良好な治療成績を得るためには一定数以上の症例数（10例以上）を経験することが望ましい。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		本治療法に対する倫理的な問題はない。膵管内結石により頑固な腹痛発作をきたし、入院加療が必要な慢性膵炎患者を無くすことができれば、社会保険医療としての実施は社会的に妥当と考える。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	3,000
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		手術療法および内視鏡治療、投薬治療に有する時間（入院、通院等）、患者への影響、人件費を考慮しても有効な治療である。手術療法による症状消失率は高いが、再発と合併症が問題となる。治療後の経過観察も3年以上必要である。有効性を考慮しても内視鏡治療と同等であり、侵襲度を考慮すると安全な治療である。（慢性膵炎の合併症に対する内視鏡治療ガイドライン）
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	K706
	技術名	膵管空腸吻合術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	673,260,000円
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	19,300　点
	その根拠 （150字以内）	類似技術のK699 胆石ESWLは 16,300点、腎・尿管結石は 19,300点であり、解剖学的に胆石治療に近い部位であるが、より熟練度を要すると考えられるため。また、代替技術との対比、消耗品・人件費・施設償還費から計算した。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

技術名：体外式衝撃波膵石破砕療法

先進性：従来、手術でしか行うことができなかった膵石の治療を非観血的に、しかも安全かつ確実に膵石を除去することを可能とした。

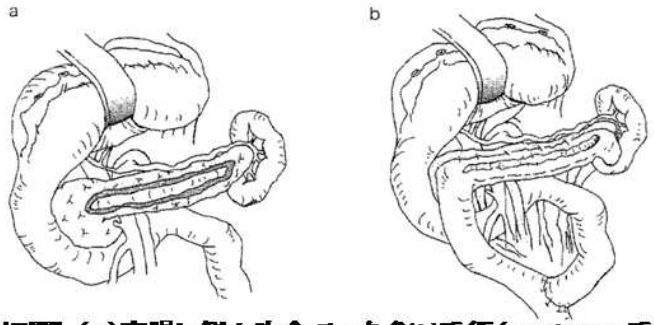
概要：膵管内結石を体外衝撃波療法(ESWL)によって破砕および除去し、膵液のうっ滞を解除することにより、頑固な疼痛の軽減、ならびに膵機能の温存を図る。

膵石の病態



慢性膵炎の経過中に膵石が形成されると膵管内圧が上昇し、膵酵素の活性化、膵被膜伸展から疼痛の惹起、仮性嚢胞形成の原因となり、さらに病態が悪化する。

従来の治療法



膵管を切開し(a)空腸に側々吻合でつなぐ(b)手術(Partington手術)

ESWLによる膵石治療効果

ESWLによる結石破砕療法では、超音波またはX線(探査方式)で膵石に焦点を合わせ、衝撃波を2000~3000発 照射することで、膵石を破砕する。

ESWL前の腹部単純X線検査

ESWL後の腹部単純X線検査

実際の効果

白矢印の膵石に焦点を合わせて破砕したところ、右のように消失した。下段のERCPでは尾側膵管の拡張が取れ、分枝内の膵石も減少していることが分かる。

ESWL前のERCP

ESWL後のERCP

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	268101
申請技術名	アクチグラフ
申請団体名	日本睡眠学会
技術の概要 （200字以内）	アクチグラフは、手首に装着し、得られた時系列的な体動記録を演算して睡眠覚醒を判定する軽量かつ携帯型の装置である。
対象疾患名	不眠症、概日リズム睡眠障害、中枢性過眠症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	適切な睡眠覚醒の評価により不適切な薬物処方を適正化し、高価な終夜睡眠ポリグラフィ(PSG)検査や反復睡眠潜時試験(MSLT)を代替する安価な簡易検査として本検査が重要である。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		アクチグラフは計測であるため、治療成績を算出することは不可能である。日本睡眠学会の睡眠障害治療診断ガイドラインにおいて、上位にランクされている技術である。2001年のJean-Louisらの報告によれば、39例の睡眠について睡眠覚醒状態をアクチグラフで1分毎に評価比較したところ、終夜睡眠ポリグラフでの評価との一致率は判定法にもよるが、約90%であったとしている。
	エビデンスレベル	Ⅱ 1つ以上のランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		腕時計型の軽量の装置を手首に装着するのみであり、副作用やリスクはない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		アクチグラフのデータから睡眠覚醒を判定するアルゴリズムは既に20年程度の歴史があり妥当性が実証されている方法である。本検査の施行では、基本的なPC操作以外に高度な専門性は要さず、特殊な施設基準等も考慮する必要はない。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題点なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,000
	・年間実施回数等（回）	100,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		睡眠の質的判定についてはPSG検査に劣るが、睡眠覚醒(量的)判定については同等で、さらに4週間迄の連続検査が可能なため不眠評価や薬効判定等に有効な方法である。PSG検査の1/8程度の費用で、最大でPSG検査10数回分以上の情報を得ることができる。追加の人件費はほぼ発生せず、収納スペースも僅かである。不眠症治療の適正化により医療費が削減される。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	237
	技術名	終夜睡眠ポリグラフィ検査
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	4,250,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）(1点10円)	点数14日まで40点／ 日、15-30日30点／日（但し最低1週間以上連続測定の要あり）点（1点10円）点数1週間以上の連続測定で有用な結果を得られる。
	その根拠（150字以内）	1台50万円/5年償却/250日≒40点で計算した。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	237
	技術名	終夜睡眠ポリグラフィ検査、反復睡眠潜時試験（MSLT）
	具体的な内容（150字以内）	「MSLT」と「アクチグラフ」検査が同一月に眠気判定の目的で行われた場合、「MSLT」検査のみを算定するものとする。「うつ病」の診断で行われる終夜睡眠ポリグラフ検査はバイアスの少ない状態で数日間以上、計測可能なアクチグラフによる計測の方が合理性及び費用の面で推奨されるため、削除可能である。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

「アクチグラフ」について

【技術の概要】

●手首に装着した加速度計により、睡眠覚醒状態の判別を行い、その質も測定する。
●日本睡眠学会のガイドラインやアメリカ睡眠学会の成書において、基本的な検査技法として位置づけられている。

【対象疾患】

●不眠症、概日リズム障害、中枢性過眠症
●通常の加療で改善しない難治性の不眠症を主たる対象とすると、年間対象患者数は10万人程度と考えられる。

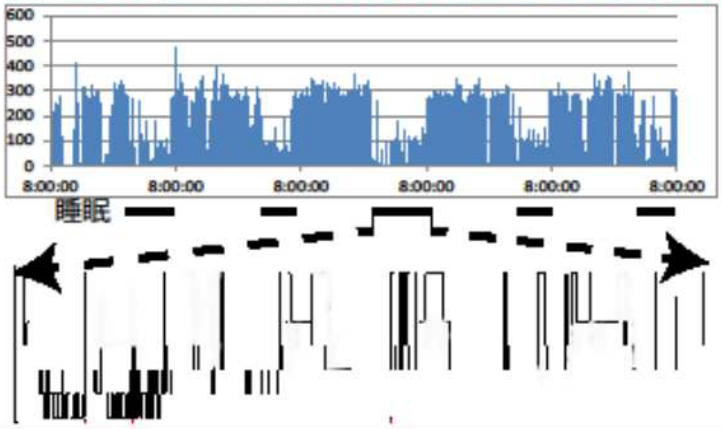
【アクチグラフ機器について】(下写真)

●重量20-50g程度の機器で装着感がほとんどなく、2-4週間程度の長期の連続測定が可能で、測定によるバイアスに影響されずに睡眠覚醒現象を観察することができる。

【終夜睡眠ポリグラフ(PSG)検査との比較】

●睡眠の質的判定についてはPSG検査に劣るが、睡眠覚醒(量的)判定については同等で、不眠や睡眠薬の薬効判定など複数日の観察を要する場合、眠気など覚醒時の観察を要する場合には、アクチグラフの方が有利である。

●アクチグラフ記録[連続５日間](上)とPSG記録[うち１夜](下)の関係を示す概念図。アクチグラフは連続数日間の記録に、PSGは主として１夜の記録に用いられる。アクチグラフでは覚醒時の活動状態測定も可能である。



【診療報酬上の取り扱い】

●D検査　●点数：14日まで40点/ 日,15-30日30点/日 (最低1週間以上連続測定要)1台50万円/5年償却/250日≒40点と計算した。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	268201
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（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I 003-2
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	不眠症に対する認知行動療法は、入院患者以外の不眠症の患者を対象として、認知の偏りを修正し、不眠症状の形成・持続に関連する行動を変容させる治療法である。本治療は、心理教育、睡眠衛生教育、睡眠制限療法、刺激制御法、筋弛緩法、認知療法などによって構成されるパッケージであり、最低30分以上のセッションを複数回実施することによって効果が発現する。全世界的には、軽症もしくは短期不眠に対しては速効性の高い睡眠薬治療が推奨されるが、慢性ないし重症例に対しては、認知行動療法が重視されている。本治療は、現在主に一部の睡眠医療を専門とする研究機関のみで実施されているが、その保険収載は本治療の普及とこれによる治療予後の改善、睡眠薬使用量の減少に大きく貢献するものである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		うつ病に対する認知行動療法は、すでに保険適応を得て汎用されており、薬物療法に対する代替療法ないし併用療法として、高い評価を得ている。不眠症に対する認知行動療法は、うつ病に対する認知行動療法に比べて開発の歴史は若干浅いが、高い治療効果が十分なエビデンスにより確認されている。また、耐性形成と依存・濫用リスクを有し、事故や作業エラー発現率を上昇させるベンゾジアゼピン系睡眠薬の高用量・長期使用を避けようという全世界的な方向に最も合致した治療として、不眠症に対する睡眠薬治療の代替療法の第一候補として広く認知されている。本治療の導入により、治療効果の向上と共に、薬剤費用を含めた医療コストの低減が大きく見込まれる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		治療を要する不眠症者は人口の5%程度だが、本治療の対象となる慢性・難治性不眠症は、その10%(50万人)程度と想定される。また、この群の患者の受診は年2万人程度と考えられる。各人に平均10回本治療が実施された場合、これにかかる経費が発生するが、従来の通院精神療法が不要となり、患者の30%で寛解・治療終結に至り寛解せずとも薬剤量が少なくとも半減することから、診察料と薬剤費用の抑制が見込まれる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（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
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,048,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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)
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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不眠症治療に要する医療費は同水準で持続する。しかし、薬剤費用(現在600億円)は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。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	268202
申請技術名	終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）
申請団体名	日本睡眠学会
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	D237終夜睡眠ポリグラフィー 2 1以外の場合
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	「D237-2 終夜睡眠ポリグラフィー」を 現行3,300点から7,550に増点する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		睡眠時無呼吸症候群（SAS）は様々な疾患を合併するが適切な治療を行えば、合併症が防げることが明らかとなっている。しかし、特に中等度SAS診断に重要な終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査が適切に取組む医療機関数が極めて少ないことが挙げられている。この理由として、人件費等のコストを考慮すると、現行の3,300点で査を実施することは困難で、多くの医療機関が検査の質を確保するために赤字にもかかわらず行っている状態であり、診療報酬で適切な評価がなされていないことは大きな問題である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	3,300
	後の点数（点）	7,550
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		現在の年間実施回数：約42,000件（H21年社会医療診療行為別調査より推計） 点数の増点により、コストが見合わないことから導入を忌避していた施設でのPSG検査導入、既に導入している施設での検査数増により3割程度増加すると予想した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	2,000,000
	後の人数（人）	2,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	42,000
	後の回数（回）	54,600
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	25,100,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	PSG検査の実施回数が3割程度増加すると予想される。また、検査数の増によって新たに顕在化しCPAP治療導入となる中等度以上SAS患者を10%と仮定すると、医療費への影響額は、PSG検査：(7550－3300)点×54600件×10円/点=23.2億円。CPAP治療：(54600-42000)件×10%×1260点×10円/点×12ヶ月＝1.9億円。より、合計25.1億円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	未治療のSAS患者は、医療費が1．8倍になるとの報告があり（Tarasiuk A 2008）、その要因は、循環系疾患治療のコスト、睡眠導入剤などが占める。適切な診断とCPAP治療の普及により、、睡眠導入剤の適切な使用と、将来、発症リスクの高い高血圧、心筋梗塞等の循環器疾患の予防、さらにはメタボリックシンドロームをはじめとする慢性疾患の治療費の減少が期待できる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		268203
申請技術名		終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）
申請団体名		日本睡眠学会
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		D237終夜睡眠ポリグラフィー 2 1以外の場合
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	小児加算
提案の具体的な内容（400字以内）		D237 終夜睡眠ポリグラフィー 13歳未満の検査の場合―小児加算2250点（合計9800点）を追加する

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		現在、日本睡眠学会認定医療機関で施行されるPSGは約2,5万件/年であるが、成人と同じ有病率の小児の検査は200件程度にすぎない。本検査は、通常1人の検者で成人患者1-3人が可能なのに対し、小児では1人に対し2人の検者が必要となり現行の診療報酬では検査費用を賄えず、普及が困難と考えられる。SASに対する医療は予防医学であり、身体や脳機能が発育中である小児に非可逆性の変化が出現する前に診断、治療を行うことは非常に重要である。そのためにPSGの点数見直しと適正な小児加算が必要と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	3,300
	後の点数（点）	9,800
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		再評価の理由で述べたように、小児の有病率は成人と同じなのだが実際の小児での検査では費用対効果が得られていないので、普及していない。見直しされた場合は睡眠専門施設を中心に検査が実施可能となり普及すると考えられる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	2,000,000
	後の人数（人）	2,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	200
	後の回数（回）	10,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	―
	金額（円）	2,436,902,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	患者数(200万―1万)人x10万円x2．15倍＋10000人x9.8万円―10000人x10万円x0.33＝42752009.8万円 現状と比較し、合計 ＝－2436901.2万円の：医療費の減額が見込まれる
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	現状のままだと、患者数(200万―200)人x10万円x2．15倍＋200人x3．3万円―200人x10万円x0.33＝42995700.0万円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		小児SASが未治療のままであると、その後医療費は215%に増加し、一方、治療介入がされるとそれ以後の医療費は1/3に減少すると報告されている（Tarasiuk 2004）。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	270101
申請技術名	群発頭痛の在宅酸素療法の適用拡大
申請団体名	日本頭痛学会（日本神経学会、日本神経治療学会）
技術の概要 （200字以内）	在宅酸素療法による群発頭痛の治療
対象疾患名	群発頭痛
保険収載が必要な理由 （300字以内）	強烈な痛みを伴う群発頭痛患者の社会活動性を向上させ、日常生活の苦痛を改善させるため、在宅酸素療法を保険適用として頂きたい。本療法はエビデンスレベルが比較的高く、さらに他の薬剤治療などでは、注意すべき副作用や使用しにくい身体状況の考慮も必要になるが、本療法は、火気などの注意のみで、薬剤用量調整の問題もないことなどとともに、頻回の注射を負担とする患者には、吸入という比較的侵襲の少ない方法の選択肢が増すことにも大きなメリットがあるものと思われる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		痛みのスコアを有意に低下させ，社会活動性を向上させる。 日本のエビデンスレベル：グレードB（行うことが推奨される） 欧州のエビデンスレベル：レベルA（信頼性あり）
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		管理等を在宅酸素療法に準じれば問題はない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		・日本頭痛学会および海外の学会でのエビデンスレベルは高い。 ・群発頭痛の正確な診断には専門的技術が必要。 ・施設基準は設ける必要あり。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		特に問題はない。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	10,000
	・年間実施回数等（回）	30
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		自由診療との差別化を図る意味で、群発頭痛指導管理料としての保険点数策定が必要であり、現行の睡眠時無呼吸症候群に対するCPAPと同様に保険点数を定めれば、入通院患者が減少し結果的に医療費削減が期待出来る。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	C 在宅医療
	番号	C 103
	技術名	在宅酸素療法指導管理料2.その他
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	753,500,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	C 在宅医療
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	2,500
	その根拠 （150字以内）	現行の「C103在宅酸素療法指導管理料2. その他」の2500点を月1回の割合（3ヶ月を超えない）で算定できるようにする。これにより医療者側が酸素販売業者とレンタル契約を結び，当該患者に業者が酸素発生器（約25000円/月）を貸し出し、その費用を医療者側に請求するという方法が取れる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	該当なし
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
	具体的な内容 （150字以内）	該当なし
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	該当なし
	後の点数（点）	該当なし

群発頭痛の在宅酸素療法の適用拡大

【技術の概要】

在宅酸素療法による群発頭痛の治療

【対象疾患】群発頭痛

我が国での推定患者数は約1万人/年、推定受診数はその10%程度の1000人程度と想定。

群発頭痛は一旦出現すると1～2ヵ月激しい頭痛を反復し、男性に多い。三叉神経痛と同等の最も強い痛みであり、特に若年～壮年期にかけて出現、群発期には就業が困難であり、一部の患者では入院加療をせざるを得なくなるなど社会的経済損失が大きい。

【既存の治療法との比較】

群発頭痛の酸素吸入量法は世界的に効果が認められており，現在日本で唯一保険適用されているスマトリプタン自己注射に比べ，薬価は低く，安全性も高い。

スマトリプタン自己注射では、添付文書にあるような、注意すべき副作用や使用しにくい身体状況の考慮も必要ではあるが、酸素であれば、火気などの注意だけで、薬剤用量調整の問題もないことなどとともに、注射を負担とする患者には吸入という比較的侵襲の少ない方法の選択肢が増す。

【診療報酬上の取り扱い】在宅医療　2,500点

現行の睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法を参考にした。これにより医療者側が酸素販売業者とレンタル契約を結び，当該患者に業者が酸素発生器（約25000円/月）を貸し出し、その費用を医療者側に請求するという方法が取れる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	271101
申請技術名	精密知覚機能検査
申請団体名	日本整形外科学会
技術の概要 （200字以内）	Semmes-Weinstein monofilament set（太さの異なる十数種類のmonofilament）を用いて知覚機能を定量的かつ精密に評価する。
対象疾患名	知覚神経障害（末梢神経切断・縫合術後、絞扼性神経障害、代謝性神経障害など）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法は本法以外に存在しない。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		Semmes-Weinstein test (SW-T)の有効性、再現性、反応性に問題がないことが複数論文にて報告されている。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		非侵襲検査であり、安全性に問題無し。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		当該領域の学術雑誌では、末梢神経切断・縫合術後、絞扼性神経障害の知覚機能評価では本法による評価は必須となっている。日本整形外科学会関連学会である日本ハンドセラピイ学会では、本法の技術普及、成熟のため、講習会を実施している。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		倫理的な問題も無く、社会的にも妥当である。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	10,000
	・年間実施回数等（回）	26,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		既存の該当する検査法は無い。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	0
	技術名	該当しない。
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	195,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	F 投薬
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	750
	その根拠 （150字以内）	既存の該当する検査法は無い。手技料を7,500円とし、回数が2.6万回とすると1.95億円の医療費が必要となる。しかしながら、保険の収載は本法の普及に繋がり、正確な障害の把握による適切な治療法の選択により、その結果として過剰な治療や入院期間、ならびに社会的損失を減少させる効果が見込める。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	0
	技術名	該当なし。
	具体的な内容 （150字以内）	該当なし。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

技術名：精密知覚機能検査

技術的特徴

Semmes-Weinstein monofilament set（太さの異なる十数種類のmonofilament）を用いて知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法。（図）。

概要

- 知覚障害部位や範囲を評価し、回復の過程や手指機能の実用性・知覚再教育の適否を評価するために実施する。絞扼性神経障害など末梢神経障害では、閾値を調べて結果をマッピングすることで、神経損傷レベルや程度を把握でき、早期より神経の変化を捉えることが可能である。
- このような、知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法は本法以外に存在しない。

図：太さの異なるフィラメントで刺激して、感じることのできた番号に応じて、指定された色（緑：触覚正常、青：触覚低下、紫：防御知覚低下、赤：防御知覚喪失、赤斜線：測定不能）でマッピングする。

海外での評価

Semmes-Weinstein test (SW-T)の有効性、再現性、反応性に問題がないことが複数論文にて報告されている。
代表的論文：Jerosch-Herold C: J Hand Surg Br 2005; 30: 252-64.（添付資料）

社会的効果

保険の収載は本法の普及に繋がり、正確な障害の把握による適切な治療法の選択により、その結果として過剰な治療や入院期間、ならびに社会的損失を減少させる効果が見込めると考えられる。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		271201
申請技術名		運動器リハビリテーション料（Ⅰ）と（Ⅱ）
申請団体名		日本整形外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		002-1, 2
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容（400字以内）		運動器外来リハ充実を目的に、運動器リハビリテーション（リハ）料（Ⅰ）届け出医療機関において、現状では入院中175点/単位から、外来で運動器リハ料（Ⅱ）165点となる。内容は同一水準のリハを実施していることから、外来患者においても継続して運動器リハ料（Ⅰ）を算定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		全く同一の治療内容・技術を提供する運動器リハにおいて、同一施設でリハを実施している場合においても、入院しているか外来通院であるかという、患者側の違いのみにより点数に格差を設けている現状があり、リハ病院、リハ科を標榜する施設であっても、セラピストの持ち単位を消費するという理由から診療報酬の低い運動器の診療そのものを軽視する傾向がみられ、さらに外来へと移行することで診療報酬が減少することから、外来通院リハそのものを敬遠する施設も少なくなく、運動器リハの実施継続が困難な場合も多い。このような状況を是正するため、運動器リハ料（Ⅰ）届出医療機関においては外来においても入院と同水準の診療報酬を算定できるようにする。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	165
	後の点数（点）	175
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		外来リハの診療報酬を入院と同水準とすることで、外来リハが充実する。これにより入院から外来に円滑に移行できることで、早期退院が可能となり、最終的には医療費の削減に繋がると期待される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	0
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	0
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	4,242,028,800
（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（200字以内）	運動器リハ料（Ⅱ）をすべて同（Ⅰ）と同じく175点／単位とした場合、平成23年度の年間実施単位数が42420288単位であるので、424202880点、4242028800円の増額が単純計算される。しかしながら、外来リハが充実し、入院患者が円滑に退院し外来に移行できることにより、実際には医療費削減に繋がることが期待できる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	H リハビリテーション
	番号	002-2
	技術名	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
提案の具体的な内容（150字以内）		現行では運動器リハ料（Ⅰ）届け出医療機関において、入院中175点/単位から、入院外では運動器リハ料（Ⅱ）165点となるが、今回の提案では外来においても継続して運動器リハ料（Ⅰ）を算定する。これに伴い、運動器リハ料（Ⅱ）は削除となると考えられる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	165
	後の点数（点）	175

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		271202
申請技術名		運動器リハビリテーションによる廃用症候群の適応拡大
申請団体名		日本整形外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		002
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		運動器リハビリテーション（リハ）届出医療機関で、脳血管リハの届出のない医療機関で、運動器の廃用症候群に対するリハを実施できるようにする。廃用症候群は全身の臓器に発生するが、関節拘縮、筋萎縮、さらには骨粗鬆症といった運動器の変化が廃用症候群の代表的な変化としてしばしば取り上げられている。臨床での問題とともに、最近では宇宙飛行士の運動器廃用が社会的にも広く知られており、この予防対策が宇宙医学の重点項目としてしばしば取り上げられている。高齢者に運動器の廃用症候群が発生するとロコモティブシンドロームをさらに増悪させるものであり、この改善・予防という観点からも、運動器の廃用予防はとくに重要となる。このような筋骨格系の廃用症候群に対しては、本来、その専門分野である運動器リハで対応すべきであり、保険診療においても運動器リハでの対応をすることを提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		廃用症候群は全身の臓器に発生するが、とくに、関節拘縮、筋萎縮、さらには骨粗鬆症といった運動器の変化が明らかになっており、これらが廃用症候群の代表的な変化としてしばしば取り上げられている。とくに高齢者に発生する筋骨格系廃用変化は、老化により発生する、ロコモティブシンドロームを悪化させるものである。関節拘縮、筋力低下・筋萎縮、骨粗鬆症などに対しては、その専門分野である運動器リハビリテーションで実施することは重要であり、ロコモティブシンドロームの改善・予防という観点からも、運動器リハで本来算定するべきものである。これによって、運動器廃用が改善・予防でき、最終的には医療費の削減に繋がるものと期待される。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	200
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		脳血管リハ基準のない施設で、運動器リハ（Ⅰ、Ⅱ）の申請施設で、点数は施設基準などを考慮して200点、運動器（Ⅲ）では100点とする。運動器リハへ適応を広げるもので、対象症例の変化はない。運動器リハ施設で運動器廃用の対応が可能になることで、運動器廃用の患者が減少し、医療費の削減に繋がると期待される。さらに高齢者では、ロコモの改善・予防にも繋がるため、社会的な貢献度も大きい。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	0
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	0
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	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（200字以内）	該当しない。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	運動器の専門家が診療をして、運動器リハで対応することにより、運動器の廃用患者が減少して、医療費の削減に繋がる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	H リハビリテーション
	番号	001
	技術名	該当しない。
提案の具体的な内容（150字以内）		該当しない。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		271203
申請技術名		運動器リハビリテーションのギプス除去時起算
申請団体名		日本整形外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		002
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容（400字以内）		骨折などで、上肢のギプスを施行した場合、利き腕の場合は利き手交換など直ちにADL訓練が必要になり、下肢では松葉杖を用いた歩行訓練などの運動器リハビリテーション（リハ）が必要となる。しかしながら、当該固定部位の関節可動域訓練等の実質的なリハ実施は、ギプス固定除去後より実施されるため、骨折等の外傷発生日、手術日を起算日とした場合、十分なリハが実施できない場合がある。このため、ギプス等の固定具除去日を、起算日することができるように提案するものである。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		骨折などで、上肢のギプスを施行した場合、利き腕の場合は利き手交換など直ちにADL訓練が必要になり、下肢では松葉杖を用いた歩行訓練などの運動器リハが必要となる。しかしながら、本格的な患肢のリハが実施されるのは、ギプスが除去された後である。受傷、もしくは手術日を起算日とした場合は、十分なリハが実施できずに、障害が残存したまま、算定期日終了を迎えることになる。このため、ギプス除去日を改めてリハの算定日とするものである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		ギプス包帯は約150000件／月であり、年間1800000件。長期リハが必要なのは全体の5%程度で90000件。ギプス固定期間4週として週3回一日2単位実施とし、2160000単位／患者。運動器リハ（Ⅱ）と（Ⅲ）を施行、その全体比率が3.5:2であることを勘案し、2916000000円必要。しかしながら、これにより、障害を防ぐことができ、最終的な医療費削減に繋がることが期待される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	90,000
	後の人数（人）	90,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	2,160,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	2,916,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	該当しない。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	ギプス包帯は約150000件／月であり、年間で1800000件。長期リハが必要になのは全体の5%程度であり、90000件。ギプス固定期間4週間として週3回一日2単位実施とし、2160000単位／患者。患者は外来で、運動器リハ（Ⅱ）と（Ⅲ）を施行、その全体比率が3.5:2であることを勘案し、2916000000円必要だが、実際には障害予防効果が期待でき、医療費削減に繋がることが期待される。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	0
	技術名	該当しない
提案の具体的な内容（150字以内）		該当しない
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272101
申請技術名	地域連携クリニカルパス加算
申請団体名	日本精神科病院協会
技術の概要 （200字以内）	精神保健福祉士、看護師、臨床心理技術者・薬剤師等が入院中の精神障害者に対し主治医の指示により早期退院にむけての評価会議をおこない、退院後のアウトリーチ(デイケア・訪問看護等)の調整、患者・家族に対する疾患教育及び心理教育を行う。
対象疾患名	精神疾患患者全般
保険収載が必要な理由 （300字以内）	平成25年度より精神疾患が医療計画に記載すべき疾患に加えられた。医療提供の観点では、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護事業者等が個々の機能に応じた連携を推進することが求められている。このため疾患の診断、治療、リハビリまでを含む一連の治療計画である地域連携クリニカルパスの導入が必要と考えられる。多職種によりクリニカルパスに基づく評価会議を開き情報共有をし、退院後のアウトリーチ（訪問看護・デイケア等）の調整や家族・本人に対する疾患教育及び心理教育を行い、さらに地域連携医療機関に対し、これらの情報提供並びに退院後の治療方針を共有することが重要となるため。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		患者及び家族が、入院中に疾患の理解をし、退院後に訪問看護を利用した場合、精神科病棟への総入院日数が2年間279日から74日に減少する。(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業　精神科看護における介入技術の明確化及び評価に関する研究　主任研究者　萱間真美)また、プレデイケアを頻回に行いデイケアについて理解をしたうえで退院すると、その後のデイケア利用率は38%から83%に増加する。
	エビデンスレベル	Ⅵ 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		特になし。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		精神保健福祉士、看護師、臨床心理技術者、薬剤師は精神疾患の特性を理解し、精神疾患の患者を地域社会で生活を支えるための援助技術について高度の訓練を受けているため、導入可能である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	340,000
	・年間実施回数等（回）	340,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		既存の技術；診療報酬の区分番号　なし　技術名　なし
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	55,530,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	Ⅰ　精神科専門療法
	妥当と思われる点数（点）(1点10円)	5,000
	その根拠 （150字以内）	評価会議及びアウトリーチ調整、教育に係る延10時間のコメディカルの人件費30,000円（10hr×3000円）にその他の経費を加えると約50,000円費用が必要であるため、5000点（退院時1回に限る）の評価を求める。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
	具体的な内容 （150字以内）	なし
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

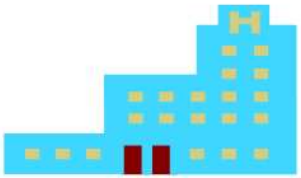
地域連携クリニカルパス加算

チーム医療による
退院促進技術の評価

評価会議

精神科訪問看護
精神科デイケア
障害福祉サービス等の利用

精神科医療機関



医師・精神保健福祉士・臨床心理技術者
看護師・作業療法士・薬剤師等

社会復帰施設
アパート

退院

地域連携
クリニカルパス
加算

【有効性】
患者及び家族が、入院中に疾患の理解をし、退院後に訪問看護を利用した場合、精神科病棟への総入院日数が2年間279日から74日に減少する。(厚労科研　精神科看護における介入技術の明確化及び評価に関する研究)また、プレデイケアを頻回に行いデイケアについて理解をしたうえで退院すると、その後のデイケア利用率は38%から83%に増加する。

再入院期間延長による
医療費の削減効果
555億円

多職種(精神保健福祉士、臨床心理技術者、看護師、作業療法士、薬剤師等)が入院中の精神障害者に対し主治医の指示により早期退院にむけての評価会議を施行する。

地域連携クリニカルパス加算 5,000点(退院時1回)

[対象患者] 精神病床に入院後1年未満で退院した患者数340,000人

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272102
申請技術名	精神科安全保護管理加算イ
申請団体名	日本精神科病院協会
技術の概要 （200字以内）	精神病棟入院患者に精神保健指定医が精神保健福祉法の規定にもとづき行う行動制限としての「隔離」
対象疾患名	行動制限が必要な精神疾患患者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、患者本人の医療または保護を図る目的で行われる診療行為である。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		隔離の治療的意義は、①刺激を遮断することによる効果、②薬物のコンプライアンスの向上による効果、③状態の把握を詳細にできるという効果、④他害の危険を防ぐ効果⑤自殺の危険を防ぐ効果⑥身体合併症を有する患者の検査及び治療への効果⑦治療抵抗性患者に対する効果等が報告されている。 （日本精神科病院協会雑誌2004VOL.23.NO.12）
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		他害の危険を防ぐ効果及び自殺の危険を防ぐ効果がある。注意深い臨床的観察と適切な医療が義務づけられており、精神保健福祉法の法令遵守と行動制限の最小化委員会の設置により、リスクは少なくなると考える。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		精神保健指定医による精神保健福祉法に則った「隔離」であり、医療保護入院等診療料での「行動制限最小化委員会ならびに精神科診療に携わる職員すべてを対象とした研修会が年2回程度実施されている。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		精神保健福祉法を遵守すること。隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	203,000
	・年間実施回数等（回）	
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		現在、行動制限の評価に精神科隔離室管理加算があるが、精神科隔離室管理加算は、隔離室を管理する加算となっており、隔離を実施することによる技術評価ではない。精神科隔離は精神症状により実施する治療的内容なもので、実施されることにより算定されるべきものである。精神科専門療法の項目として算定されるべきものである。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	その他
	番号	A229
	技術名	精神科隔離室管理加算
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	2,699,800,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	Ⅰ 精神科専門療法
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	300
	その根拠 （150字以内）	点数 300点（1点10円） 「精神科隔離管理料」は、精神科専門の療法で、医療技術として評価されるもので1月に14日を限度として1日につき300点の加算を要望する。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	A229
	技術名	精神科隔離室管理加算
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

精神科安全保護管理加算イ

精神保健福祉法の遵守

- 精神病棟入院患者に精神保健指定医が精神保健福祉法の規定にもとづき行う行動制限としての「隔離」
- 隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。

精神科安全保護管理加算イ　300点（1月14回を限度）

治療的意義 の評価

①刺激を遮断することによる効果、②薬物のコンプライアンスの向上による効果、③状態の把握を詳細にできるという効果、④他害の危険を防ぐ効果、⑤自殺の危険を防ぐ効果⑥身体合併症を有する患者の検査及び治療への効果⑦治療抵抗性患者に対する効果等が報告されている。

※現在、行動制限の評価に精神科隔離室管理加算があるが、精神科隔離室管理加算は、隔離室を管理する加算となっており、隔離を実施することによる技術評価ではない。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272103
申請技術名	精神科安全保護管理加算ロ
申請団体名	日本精神科病院協会
技術の概要 （200字以内）	精神病棟入院患者に精神保健指定医が精神保健福祉法の規定にもとづき行う行動制限としての「身体的拘束」
対象疾患名	行動制限が必要な精神疾患患者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、患者本人の医療患者本人の医療または保護を図る目的で行われる診療行為である。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		精神科医療における行動制限の最小化に関する研究 H11、12 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		他害の危険を防ぐ効果及び自殺の危険を防ぐ効果がある。注意深い臨床的観察と適切な医療が義務づけられており、精神保健福祉法の法令遵守と行動制限最小化委員会の設置により、リスクは少なくなると考える。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		精神保健指定医による精神保健福祉法に則った身体的拘束であり、医療保護入院等診療料での「行動制限最小化委員会ならびに精神科診療に携わる職員すべてを対象とした研修会が年2回程度実施されている。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		精神保健福祉法を遵守すること。隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	107,000
	・年間実施回数等（回）	
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		特になし。 既存の技術；診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし 特になし。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	5,358,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	Ⅰ 精神科専門療法
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	500
	その根拠 （150字以内）	身体的拘束を実施するにあたり、指定医による身体的拘束の必要性についての判断及び本人への告知が必要であり、さらに、実施中は看護師による15 分おきの観察と、医師による頻回な診察が必要となるため。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

精神科安全保護管理加算ロ

精神保健福祉法の遵守

- 精神病棟入院患者に精神保健指定医が精神保健福祉法の規定にもとづき行う行動制限としての「身体的拘束」
- 隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。

精神科安全保護管理加算ロ　500点

安全性の確保

患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く身体的拘束以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、患者本人の医療または保護を図る目的で行われる診療行為である。

精神保健福祉法において、厚生労働大臣の定める基準により医師の頻回の診察が必須の条件となっている。また静脈血栓塞栓予防のため看護師等が15分に一度浮腫、しびれ、麻痺、チアノーゼ等の有無、呼吸状態の観察、拘束帯の状態確認、自動他動運動の実施等を行いチェックリストへの記載を行っておりリスクは少ないと考えられる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272104
申請技術名	精神科病棟感染制御管理料
申請団体名	日本精神科病院協会
技術の概要 （200字以内）	病院感染症に脆弱な精神疾患患者に対して、病院感染の発生を防止し、早期発見・早期対応を行うことで蔓延を防ぐための技術。
対象疾患名	入院療養中の精神疾患患者全般
保険収載が必要な理由 （300字以内）	精神科の特性を考慮した感染制御技術の向上と標準化を推進することで、医療安全および医療の質の向上に寄与すると同時に、病院感染症発生を減らすことで医療費減少に繋がる経済対効果も期待できる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		米国や本邦において、病院感染症発生に伴う経済的損益は大きく、経済価値の観点からも感染制御活動の有用性が評価されている(日本内科学会雑誌; 95(9):322-236, 2007)。 ただし、精神科病院に関しては現在調査中であるが、山内らが提唱する地域内流行や施設内流行状況によって予め作成しておいた対策を迅速に展開しまん延を制御する「フェーズ別」対策(環境感染; 22: 247-252, 2007)は、現在、国立精神神経センター病院をはじめとする多くの施設で導入され効果的である。
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		病院感染症発生を防ぎ、患者や職員を守ることが目的であり、この技術そのものに対しては副作用や危険性はない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		感染対策に関わる専門資格を有し精神科で勤務する医療従事者からなる研究会において検討されてきている。精神科病棟における感染制御技術の向上と標準化のために、一定の施設基準を設けることが望ましい。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		精神科病院での病院感染症は社会的にも大きな問題となっており、社会的・倫理的に大いに評価されるべきものである。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	10,000
	・年間実施回数等（回）	3,650,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		・予想される当該技術に係る医療費： 10万人× 50円/日・回 × 365 = 18億2500万円 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費：1万人 × 27万円/人 × 1/2 = 13億5000万円(療養病床GAF40以下患者10万人のうち、年間10%が感染症に罹患するとして、1患者あたり27万円の追加費用を要し、感染対策に適切な対策を投じることで感染率が半減すると推測し算定)
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	その他
	番号	A234-2
	技術名	感染防止対策加算
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	475,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	Ⅰ 精神科専門療法
	妥当と思われる点数（点）(1点10円)	5
	その根拠（150字以内）	自己衛生管理が不十分な上に感染暴露源にもなり得る患者(GAF40以下)に対する手指衛生等の指導、二次感染予防のための環境整備の強化等、職員への感染暴露を防止するための感染防御具等、早期診断のための迅速診断検査等の感染対策に、一日5点の加算を要望。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容（150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

精神科病棟感染制御管理料

感染防止対策の充実

➢ 病院内感染症に脆弱な精神疾患患者に対して、病院内感染の発生を防止し、早期発見・早期対応を行うことで蔓延を防ぐための技術。

精神科病棟感染制御管理料　５点

自己衛生管理が不十分な上に感染暴露源にもなり得る患者(GAF40以下)に対する手指衛生等の指導、二次感染予防のための環境整備の強化等、職員への感染暴露を防止するための感染防御具等、早期診断のための迅速診断検査等の感染対策

※感染防止対策加算に比べ、精神疾患患者において実践的で有用

［主な施設基準］

① 院内感染対策委員会以外に、感染制御チーム(ICT)が稼働していること
② 院内感染の早期発見のために、発熱や下痢などの症候性サーベイランスを実施していること
③ 早期診断のための迅速診断検査が実施できる環境にあること
④ 院内蔓延阻止のために、フェーズ別対策などの対策が整備されていること

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272201
申請技術名		重度認知症患者デイ･ケア科 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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I105
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容（400字以内）		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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		夜間ケア加算は重度認知症患者デイケアに引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合、所定点数に加算ができる。精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の精神症状等の軽快及び生活機能の回復、生活リズムの安定を図り、在宅生活を維持できるよう精神科医師、作業療法士、精神保健福祉士、看護師等の複数の専門職の配置を必要とする。 又、施設面積基準を考慮し増点を提案する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	100
	後の点数（点）	490
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		対象患者数はH22年とH24年のデイケア算定延べ数の比を用いてH26年度を推計、夜間ケア実施回数はH24年度における夜間ケア加算算定数のデイケア算定総数に対する比を用いてH26年度を推計した。人数、回数ともに前：24年度、後：26年度推計とする。患者数、夜間ケア加算実施数は日本精神科協会調べ。人数、回数の試算根拠は詳細版に記す。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	800,808
	後の人数（人）	811,930
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	9,442
	後の回数（回）	9,743
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	37,992,800
（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（200字以内）	9742×490× 10 =47,735,800
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	9743× 100 × 10 =9,743,000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	I 精神科専門療法
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272202
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I012
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し（施設基準）、点数の見直し（増点）
提案の具体的な内容（400字以内）		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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		在院期間を短縮して在宅療養期間を延長する訪問看護の有効性は示されている。平成24年度改定において、多職種チーム医療としての精神科訪問看護・指導料の基準を、保健師・看護師中心の訪問看護ステーションの体系に画一的に合わせた結果、「精神科看護の専門性」や「多職種の参画」への評価が失われ、かつ実施上の従前の利便性は損なわれ、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）。平成24年度改定前の算定要件へと回復させる上述の是正が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	380
	後の点数（点）	450
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		H24年度改定前の算定状況に戻ると推察されるので、H23年6月（H23年度日精協医療経済実態調査）とH24年6月（H24年度日精協総合調査）の算定実人数、算定総件数、算定総点数から1年間全会員病院相当分を概算。手厚い複数名訪問が増える一方で、実施回数の減少の可能性があるが、精神科訪問看護・指導料実施病院は減少しないものと推測。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	517,325
	後の人数（人）	455,915
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,403,331
	後の回数（回）	1,371,982
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	209,246,982
（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（200字以内）	「平成23年度日精協医療経済実態調査」より、24年度改定前データからの試算 63,405,450〈総点数〉× 10〈円〉× 12〈月〉×907〈届出報告数〉／637〈算定報告数〉＝¥10,833,672,179
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	「平成24年度日精協総合調査」より 61,790,345〈総点数〉× 10〈円〉× 12〈月〉×907〈届出報告数〉／633〈算定報告数〉＝¥10,624,425,197
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272203
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(1つ選択)		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I 001-1
再評価区分(1つ選択)		2-A 点数の見直し(増点)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容(400字以内)		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16年間、見直しがない。最近では、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、そのための労力、時間、技能の獲得等の負担は16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(Ⅰ)の点数の見直し(増点)を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）(400字以内)		精神療法は、入院中と入院中以外で分けられ、入院中以外においてより高い評価がなされている。しかし、双方において求められる技能、時間、労力に関して差はないため、同等の評価がなされるべきである。さらに、最近の米国の文献において、精神療法は認知行動療法と同等の有効性を持つことが認められた。認知行動療法については入院中以外の患者に対して行った場合、精神療法よりもさらに高い評価となっているが、同等の有効性がある精神療法についても同様の評価とするべきである。 以下、参考文献(メタ解析)Cognitive-behavioral therapy versus other therapies:Redux,T.P.Baardseth(2013)
点数の見直しの場合	前の点数(点)	360
	後の点数(点)	500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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と考えられるため、厚生労働省が公表した平成23年社会医療診療行為別調査のデータをもとに算出した。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	
	後の人数(人)	
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	166,351
	後の回数(回)	166,351
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	＋
	金額(円)	232,891,400
（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(200字以内)	14O点X166351件＝23239140点
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	医療費の変化はない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272204
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(1つ選択)		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I 001-2 イ
再評価区分(1つ選択)		2-A 点数の見直し(増点)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容(400字以内)		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)は平成6年以降18年間、見直しがない。最近では、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)(入院の日から起算して6か月以内)における点数の見直し(増点)を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）(400字以内)		精神療法は、入院中と入院中以外で分けられ、入院中以外においてより高い評価がなされている。しかし、双方において求められる技能、時間、労力に関して差はないため、同等の評価がなされるべきである。さらに、最近の米国の文献において、精神療法は認知行動療法と同等の有効性を持つことが認められた。認知行動療法については入院中以外の患者に対して行った場合、精神療法よりもさらに高い評価となっているが、同等の有効性がある精神療法についても同様の評価とするべきである。 以下、参考文献(メタ解析)Cognitive-behavioral therapy versus other therapies:Redux,T.P.Baardseth(2013)
点数の見直しの場合	前の点数(点)	150
	後の点数(点)	330
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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と考えられるため、厚生労働省が公表した平成23年社会医療診療行為別調査のデータをもとに算出した。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	
	後の人数(人)	
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	150,371
	後の回数(回)	150,371
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	＋
	金額(円)	270,667,800
（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(200字以内)	180点X150371件＝27066780点
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	医療費の変化はない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272205
申請技術名		入院精神療法（Ⅱ）ロ
申請団体名		日本精神科病院協会
診療報酬区分（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I 001-2 ロ
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		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）は平成6年以降18年間、見直しがない。最近では、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）（入院の日から起算して6か月を超えた場合）における点数の見直し（増点）を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		精神療法は、入院中と入院中以外で分けられ、入院中以外において、より高い評価がなされている。しかし、双方において求められる技能、時間、労力に関して差はないため、同等の評価がなされるべきである。さらに、最近の米国の文献において、精神療法は認知行動療法と同等の有効性を持つことが認められた。認知行動療法については入院中以外の患者に対して行った場合、精神療法よりもさらに高い評価となっているが、同等の有効性がある精神療法についても同様の評価とするべきである。 以下、参考文献(メタ解析)Cognitive-behavioral therapy versus other therapies:Redux,T.P.Baardseth(2013)
点数の見直しの場合	前の点数（点）	80
	後の点数（点）	150
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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と考えられるため、厚生労働省が公表した平成23年社会医療診療行為別調査のデータをもとに算出した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	653,004
	後の回数（回）	653,004
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	457,102,800
（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（200字以内）	70点X653004件＝45710280点
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	医療費の変化はない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272206
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(1つ選択)	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I001
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容(400字以内)	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が、特に精神療法での慎重な対応が重要である。通院・在宅精神療法においては、20歳未満の患者に対して一定期間200点の加算がすでに認められており、入院精神療法においても同様の加算が認めされることを要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）(400字以内)		平成24年改定にて児童・思春期精神科入院医療管理加算が廃止され、児童・思春期精神科入院医療管理料が新設されたが、算定基準が厳しく殆どの医療機関が算定できていない。そのため、児童・思春期の受け皿が不足しており、マンパワー、施設基準が格段に劣るその他の精神病床でも入院を受け入れざるをえない状況となっている。児童・思春期の患者に対する精神療法の加算により、少しでも質の担保を図り、受け入れる病院の負担を軽減し、円滑な入院の流れを作ることができる。
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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24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24年6月末の20歳未満の入院患者数は629人で、そのうち、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定している病院の患者数を差し引いた人数は551人であった。年間実施回数は入院精神療法が平均一か月に4回行われていた。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	551
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	2,204
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	＋
	金額(円)	52,896,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	551人X4回X12ヶ月X200点＝5289600点
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	医療費の変化はない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272207
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（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I014
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	①医療保護入院等で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1,000点の算定 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 以上3点を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		○医療保護等の入院が必要な患者は、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や興奮、等の危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要である。そのため、精神保健指定医の業務や責任は重くなる一方である。 ○早期に任意入院へ変更するためには、常に状態の変化を観察し、頻回に治療計画を変更することが必要となり、また、治療計画に基づいた積極的な治療が必要である。現在のように入院中に1回の算定ではとてもこの業務をこなすことは出来ない。 ○精神保健福祉法の改正により、保護者制度が廃止され、家族の負担が指定医の負担に移行して指定医の治療に伴う負担が増加する。また、早期退院を目標に退院促進会議等を院内で開催する必要が出てくる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	300
	後の点数（点）	1,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		・新規入院患者数 695人×365日×40.5%＝102,738人 ・平均在院日数298.1日から、1人平均9.9月在院 ・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
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	102,738
	後の人数（人）	102,738
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	102,738
	後の回数（回）	1,017,106
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	1,551,343,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	前 102,738人×3,800円＝390,404,400円・・1 後 新規入院 102,738人×10,000円＝1,027,380,000円・・2 継続入院 914,368回×1,000円＝914,368,000円・・3 合計（2+3）1,941,748,000円・・4 よって、4-1＝+1,551,343,000円 入院形態変更時については不明
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272208
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（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I008-2,009,010,010-2
再評価区分（1つ選択）	1-C 算定要件の見直し（回数制限）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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）の算定回数は、デイ・ケア等を開始してから3年を超えた場合は、1週間に5日を限度として算定されるが、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。根拠として、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。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	
	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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272209
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I005
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）、点数の見直し（増点）
提案の具体的な内容（400字以内）		入院中の精神病患者に対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により集団内の相互作用を用いて対人場面の不安や葛藤の除去、精神症状の自己洞察等の病状の改善を図る療法。 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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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。また感情障害圏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。 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。1クール平均6回であるので年間86000件の1/6で約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カ月分の入院費約36億5000千万円が削減となる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	100
	後の点数（点）	350
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23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7198件であるので、年間約86000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137600件となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	14,300
	後の人数（人）	23,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	86,000
	後の回数（回）	137,600
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	3,100,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	年間約86000件の実施があるが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現在の2倍の実施数が見込まれる。よって（86000件×0.8×2）×350点で約5億の医療費増になる。1クール平均6回年間86000件の1/6で14000名が対象者とし、再入院が5人に1人減少するならば、2800人の約3カ月分の入院費約36億円が削減となり、差引31億円減少する。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし。
提案の具体的な内容（150字以内）		なし。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272210
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I006
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）、点数の見直し（増点）
提案の具体的な内容（400字以内）		入院中以外の精神病患者に対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により集団内の相互作用を用いて対人場面の不安や葛藤の除去、精神症状の自己洞察等の病状の改善を図る療法。 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】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		通院集団精神療法については、特に統合疾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、また感情障害圏にはリワークプログラム、アルコール依存症には断酒会などの活動を通して20、30人規模の通院集団精神療法の有用性が確立されている。さらに、現在6ヶ月の制限があるが慢性期も有効であり、期限の撤廃も必要である。そして、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。 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。1クール平均6回であるので年間72000件の1/6で12000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、2400人の約3カ月分の入院費約３１億円が削減となる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	270
	後の点数（点）	350
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23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6054件であるので、年間約72000件が実施されている。 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144000件となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	12,000
	後の人数（人）	12,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	72,000
	後の回数（回）	144,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	2,600,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	年間約72000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350点×144000件で約5億の医療費増になる。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72000件の1/6で12000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、2400人の約3カ月分の入院費約３１億円が削減となり、差引26億円減少する。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり2時間分程度の時間を要し、その人件費は約30,000円その他の経費を加えると約50,000円の費用がかかり、1クール平均15名実施したとすると患者1名につき3,500円、年間実施件数72,000件に対し約2億5000万円の費用がかかるが、現在の診療報酬270点では1億9000万円に過ぎず、約5000万円の不足となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし。
提案の具体的な内容（150字以内）		なし。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		202211
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I008
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）、点数の見直し（増点）
提案の具体的な内容（400字以内）		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。 1、2、および注1、2を抹消し、期間、回数、同一日算定の制限を撤廃する。 100点(6ヵ月以内)、75点(6ヵ月超)→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。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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て実施することが必要であるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが、示されている。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
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	150
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		不明
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	65,871
	後の回数（回）	105,394
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	585,453,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成23年社会医療診療行為別調査より推計し、期間等の撤廃により6割増すと推定。 8,863×0.6×12×（150−100）+57,008×0.6×12×（150−75）＝33,975,000
・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（200字以内）	「平成23年社会医療診療行為別調査」より算出 6月以内 8863回 × 12月 × 100点 × 10円 = 106356000 6月超 57008回 × 12月 × 75点 × 10円 = 513072000 合計 106356000 + 513072000 = 619428000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		入院生活技能訓練療法の期間撤廃及び点数のの増加は、訓練の回数を増やすことにより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
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272212
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（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I011-2
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	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。 複数職種の共同指導の評価として、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」を認めてもらいたい。 ○「管理栄養士」・・精神疾患の患者には、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」・・精神疾患の患者に対する服薬コンプライアンスは、必要で、その為にも退院後における薬剤師による薬剤指導は、患者又は家族等必要である。 ○「准看護師」・・「精神科退院前訪問指導料」は、退院後の療養上必要な指導、在宅療養に向けた調整を行うものであるが、入院中における看護スタッフとして「准看護師」は、何等「看護師」と比較して看護業務に支障はなく、精神科看護師不足を補うためにも「准看護師」の指導は必要である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を大幅に増加させることから、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術をさらに普及させることは重要である。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。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	380
	後の点数（点）	380
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		なし。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	19,296
	後の回数（回）	19,296
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・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（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	1,608*12*3,800=73,324,800
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272213
申請技術名		通院・在宅精神療法
申請団体名		日本精神科病院協会
診療報酬区分（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I002
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		精神科病院での通院・在宅精神療法2の点数引き上げ イ30分以上 400点⇒500点、ロ30分未満 330点 ⇒ 350点

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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を踏まえて、30分以上の通院・在宅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。医療観察法における指定通院医療機関のほぼ全てが精神科病院である、入院に関わる判断を求められる、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・在宅精神療法はその性質上高度の技術を要する。しかし、長期間診療所よりも不当に低く設定されていた精神科病院での通院・在宅精神療法の保険点数は、平成22年度改定で診療所の点数が引き下げされる形で診療所と同点数に留められてたままであり、精神科病院での「通院・在宅精神療法」に対する適切な評価が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400,330
	後の点数（点）	500,350
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		○実施回数①前の件数イ＋ロ=34093548回 イ30分以上の場合848165回 ロ30分未満の場合16198609回 ②後の件数①×1.01〈外来増加率〉= 34434483回
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	34,093,548
	後の回数（回）	34,434,483
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	4,128,765,458
（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（200字以内）	イ＋ロ=¥61,545,314,914 イ 30分以上の場合 ¥4,283,232,240 ロ 30分未満の場合 ¥57,262,082,674
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	イ＋ロ=¥57,416,549,456 イ 30分以上の場合 ¥3,426,585,792 ロ 30分未満の場合 ¥53,989,963,664
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	272214
申請技術名	通院・在宅精神療法（他科受診）
申請団体名	日本精神科病院協会
診療報酬区分（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I002
再評価区分（1つ選択）	1-B 算定要件の見直し（施設基準）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	他院入院中患者の他科受診時・対診時にも、通院・在宅精神療法を算定可能とする

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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発表されている。医療観察法における指定通院医療機関のほぼ全てが精神科病院である、入院に関わる判断を求められる、他医療機関からの専門診療を求めての他科受診、および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・在宅精神療法はその性質上高度の技術を要する。しかし、精神科病院の医師が他医療機関からの他科受診を受ける際、および他院対診時に「在宅」という文言による制限から精神療法を算定できない不合理が指摘されており、是正を要する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		不明
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272215
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（1つ選択）		I 精神科専門療法
診療報酬番号		I002
再評価区分（1つ選択）		2-A 点数の見直し（増点）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	精神疾患の5疾病5事業に伴う地域医療への貢献
提案の具体的な内容（400字以内）		精神科医療は入院収容から地域生活支援に治療の目的が変化し、地域で生活する精神疾患患者への木目細かなかかわりによって、症状の改善と、地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な手段となる。 現在、常時、外来患者に対応できる体制を必要とされる診療報酬項目は、精神科救急入院料等であるが、常時、診察の体制はとれなくても、休日・時間外で診察する機会は、患者の社会復帰が進むに従って増加してきている。保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜においてI002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。医師が必要と認める場合は、同一週に通院・在宅精神療法を 3回を限度に算定することができる。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		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。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	41,615,640
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		社会医療診療行為別調査（平成23年6月）によれば、精神科医療機関の診察料に係る時間外、休日、深夜加算の回数は年間合わせて126,100回であることから本加算は微増と思われる。早期介入、早期治療で重症化が予防出来、医療費の減少に寄与する。また、当該加算を算定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を条件とすることにより、適正に算定され医療費の過剰な増加はないと想定する。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	126,100
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	126,100
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	416,156,400
（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（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	202216
申請技術名	特定薬剤副作用管理加算
申請団体名	日本精神科病院協会
診療報酬区分（1つ選択）	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I001,I002
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	抗精神病薬を服用中の患者に対して薬原性錐体外路症状の重症度評価を評価尺度DIEPSSを用いて行い，薬物療法の適正化に向けた治療指針を決める技術。 現在，外来診療での算定に限られているが，入院後3ヶ月以内の患者における30分以上の精神療法を実施した場合についても月に1回の算定が望まれる。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		副作用の重症化や未然防止による患者のQOL改善の恩恵は絶大であり，医療経済的にも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が期待できるが，対象薬剤である抗精神病薬の大量投与は精神症状が重症な入院患者に多くみられるものの，精神病症状の改善に重点がおかれて治療が行われ，薬原性錐体外路症状は相対的に軽視されがちであるため，それらを防ぐためにも入院後3ヶ月以内の患者における30分以上の精神療法を実施した場合についても月に1回の算定が望まれる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	25
	後の点数（点）	25
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		普及性の変化はないと考えられるが，入院患者は重症例が多く，このため外来患者に比べて抗精神病薬の投与量が相対的に多いと考えられるため，当該医療技術の算定される患者数の頻度を，入院患者の10%（抗精神病薬服用中の入院患者の15%）程度と外来患者の頻度（1～2%）よりも高く設定した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	20,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	60,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	5,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	60,000回 x 25点 x 10円 = 15,000,000円 15,000,000 − 10,000,000(不適切な多剤大量投与の減少，他科受診や再発による再入院医療費の軽減等)= 5,000,000円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	当該医療技術の入院医療への導入により，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として，約10,000,000円の医療費の軽減が見積もられる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		272217
申請技術名		心大血管疾患等・脳血管疾患等・運動器・呼吸器リハビリテーション料
申請団体名		日本精神科病院協会
診療報酬区分（1つ選択）		H リハビリテーション
診療報酬番号		H000～H003
再評価区分（1つ選択）		1-C 算定要件の見直し（回数制限）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		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摘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。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		精神疾患と身体疾患を合併している患者でも、精神病床で精神・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、算定期限上限を超え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。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		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	前の人数（人）	27,216
	後の人数（人）	311,040
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	27,216
	後の回数（回）	311,040
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	730,944,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	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。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	273101
申請技術名	うつ病の精査・治療連携管理料、うつ病連携医療加算
申請団体名	日本精神神経学会
技術の概要 （200字以内）	医療計画策定指針では、かかりつけ医と精神科医療機関との連携によるうつ病の診断・治療の高規格化が求められている。このため、かかりつけ医と精神科医療機関との間の相互の紹介基準や治療計画を明確化することによる連携医療に対する双方向への加算、並びに、各医療施設とうつ病の集学的な診断・治療機能を有する精神科医療機関との連携によるうつ病の精査・治療連携に対する管理料等を算定できるようにする。
対象疾患名	うつ病、うつ状態、躁うつ病
保険収載が必要な理由 （300字以内）	平成24年3月に示された厚生労働大臣の告示により、精神疾患を加えた5疾病の医療計画を策定することが定められ、医療計画策定指針では、かかりつけ医と精神科医療機関との連携によるうつ病の診断・治療の高規格化が求められている。平成20年の厚労省の患者調査では、うつ病は104万人と多数であるが、抗うつ薬抵抗性のうつ病の鑑別診断並びに治療法が異なる双極性のうつ症状の診断と気分安定薬療法の施行及び自殺リスクの高い症例や再発を繰り返す症例への対応など専門性が求められるので、うつ病の診断・治療の高規格化を実現するためには医療連携が必須であり、保険収載による医療経済的な裏付けが不可欠である。

【評価項目】

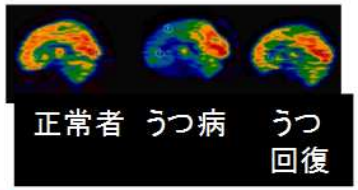
Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		うつ病予防・治療の日本委員会の調査では抗うつ薬の有効なうつ病症例は多くても約70%であり、30%以上が何らかの原因で抗うつ薬療法に支障を来たしている。また、光トポグラフィー検査のようにうつ症状の客観的補助診断法が先進医療で開発試験中であるように、うつ病の診断は世界的にも客観的な検査法がない中で行われているので、高い専門性が必要である。日本うつ病学会は診断と治療のガイドラインを提示し、日本精神神経学会でも向精神薬の適正使用についての注意喚起を行っている。自殺未遂したことのあるうつ病や躁うつ病患者はスエーデンでの25年の追跡調査の結果、男性で35%、女性で20%が自殺既遂死していると報告されているように、これらの疾患は自殺リスクがきわめて高い。クリティカルパスを用いた地域連携は実施されてはいないが、佐賀県ではかかりつけ医と精神科医療機関との間の相互の紹介基準を定めた連携事業を推進している。
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		早期診断治療に結びつき、自殺防止などに一層の安全性が担保される。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		うつ病の集学的な診断・治療機能を有する医療機関には精神科診断ボードを設置し、セコンドオピニオン外来や相談支援センターなどの体制を備えるとともに、鑑別診断のためのMRIやSPECTなどの画像検査及び神経心理検査などの検査解析体制が整備され、かつ重症うつ病治療に用いる修正型電気刺激療法が実施可能であるなど、診断・治療連携の拠点的な病院機能を有することとする。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		社会的妥当性が一層高くなり、倫理的には問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,000
	・年間実施回数等（回）	200,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		かかりつけ医と精神科医療機関との紹介・逆紹介の促進による円滑な連携並びにうつ病の集学的な診断・治療機能を有する医療機関と地域の医療機関との円滑な連携の構築が可能となる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	B　医学管理等
	番号	B009注11
	技術名	B009の診療情報提供料に、精神科以外の診療科がうつ病等の精神障害の疑いで精神科に紹介する場合に加算（注11）
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	138,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	750
	その根拠 （150字以内）	かかりつけ医と精神科医療機関双方の連携を促進するためB009の加算を増額（300点）するとともに、精神科医療機関からかかりつけ医への逆紹介にも加算できるようにし、加えてがん治療連携管理に相当する、うつ病の診断や治療における集学的な機能を有する医療機関の地域連携システム機能に対し加算（750点）。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

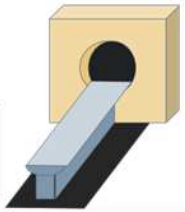
うつ病のかかりつけ医と精神科医との連携ならびにうつ病の集学的精査治療拠点との連携の構築とその連携医療加算や連携管理加算

精神科クリニック
精神科病院外来
総合病院などの
精神科外来

身体科からのICD-10でのうつ病エピソードに相当すること、貧困妄想などの妄想の疑い、躁うつ病疑い、自殺リスクの高まりのあることなどの情報提供を受け、患者の紹介、紹介受入並びに、うつ症状軽快後の逆紹介

かかりつけ身体科クリニック
総合病院身体科





うつ病の集学的精査・治療拠点病院

精神科診断ボードを設置し、セコンドオピニオン外来、相談センターなどの体制整備、脳画像検査、神経心理検査の実施体制整備、重症うつ病治療に対する修正型電気刺激療法の実施など、診断・治療連携の拠点的な病院機能。
連携医療機関との間での紹介受入と軽快後の逆紹介。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	273102
申請技術名	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料増点とクロザピン外来指導管理料加算
申請団体名	日本精神神経学会
技術の概要 （200字以内）	I 013で、治療抵抗性統合失調症へのクロザピン治療に対する指導管理料が認められたが、市販後3年を経過し、約40%に有効で、外来移行できる一方、副作用や無効で中止した症例が12%いる実態が明らかとなり、効果と負担を考慮するとI013を増額する必要がある。また、軽度改善で外来に移行している症例が20%以上おり、再入院率も高く、訪問看護や生活支援が必須となる。これらに外来指導管理料加算新設を要望する。
対象疾患名	治療抵抗性統合失調症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	約1300名の治療抵抗性統合失調症患者が約200医療施設で治療されているが、副作用や無効で中止した症例が12%であるという市販後の副作用報告がなされるのみで、臨床効果の報告はまだない。厚生労働省障害者対策事業研究班での2年間のデータベース解析では、PANSS評価での25%以上改善が37%で、68%が外来移行し、しかし、再入院率は40%と高く、クロザピン中止例は10%で、その33%が重篤な副作用により、67%が効果不十分ないし悪化であるという使用実態が明らかにされている。効果と負担を考慮すると指導管理料を増額する必要がある。また、外来移行後の訪問看護や生活支援が必須であることも明らかとなった。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		クロザピンは致死的な副作用のため、一時、製造販売や治験が世界中で中止となった抗精神病薬であるが、治療抵抗性統合失調症に対する療法としては有効性のエビデンスがあるのはクロザピンのみであるので、副作用モニタリングを徹底することを条件に承認されている薬剤である。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の報告では、クロールプロマジン換算で平均750mg投与されても治療抵抗性であった症例の約40%が中等度以上改善し、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、日本人の症例でもその有効性が明らかにされた。中止例は10%に及び、その33%が重篤な副作用により、67%が効果不十分ないし悪化であったことも報告されている。クロザピン適正使用委員会が承認した治療ガイドラインに沿って、登録された医療機関、医師、薬剤師、看護師により治療されている。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		わが国のクロザピン療法は、登録された医療機関、薬局、精神科医師、薬剤師、看護師が、定められた副作用モニタリングを実施し、副作用の早期発見と血液内科、糖尿病内科との連携した治療を行うことが定められており、世界で最も厳しい安全システムで実施されている。訪問看護や生活支援についてもクロザピン講習を受講し、登録された看護師と、経験のあるその他の医療者によって実施されるので、一層安全な外来療法が実施できる。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		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、第三者機関である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、精神科医師・薬剤師・看護師の認定を実施し、企業に対しても適正使用に務めるよう指導している。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		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。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,500
	・年間実施回数等（回）	212,400
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		常用量上限の非定型抗精神病薬を2種類以上使用しても治療抵抗性であった症例にクロザピンを投与して治療するが、実際にはそれ以前にその他の種々の抗精神病薬が使用されていることが多く、代替えの抗精神病薬はほぼ無効である。従来は電気刺激療法が用いられていたが、健忘を残すなどの副作用が高頻度に出現する。クロザピンは健忘を残すことはなく、治療抵抗性統合失調症に対し唯一、その有効性が認められている薬剤である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	Ⅰ 精神科専門療法
	番号	I 000
	技術名	修正型電気けいれん療法。治療抵抗性統合失調症に対するエビデンスのある治療法はクロザピン療法のみである。
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	106,200,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	Ⅰ 精神科専門療法
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	500
	その根拠（150字以内）	修正型電気けいれん療法が1回の入院で平均10回、30000点加算であるので、クロザピン療法の副作用リスクと有効性を勘案し、4か月入院で、60000点。外来支援活動への評価は精神科看護・指導料（1）に500点を加算。年間医療費341,000円を外来移行により半減以下にでき、医療経済的には軽減できる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容（150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

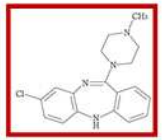
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料増点とクロザピン外来指導管理料加算

2009年7月～2013年2月

登録医療機関	登録患者	副作用による中止患者
200	1337	193

	中止に至った副作用の内容
顆粒球減少症、白血球減少症	158例（11.8 %）
無顆粒球症	13例（1.0 %）
心筋炎など	心筋症1例（0.1%）；心嚢液貯留3例；心膜炎1例（0.7%）
高血糖、糖尿病	中止143例（10.7%）
その他	脳波異常・けいれん：21症例（1.6%）

従来の抗精神病薬に治療抵抗性の統合失調症患者は約30%存在し、長期入院例が多い



TIME1992年7月6日号は、「クロザピンは重篤な副作用もあるが、治療抵抗性の統合失調症の多くの症例の暗闇からの脱出を手助けできている」

わが国の調査では抗精神病薬治療抵抗性統合失調症へのクロザピン療法で半年以内に60%が退院し、在宅

在宅での増悪時のアウトリーチや、普段からの多職種での当事者や家族の支援

クロザピン療法開始からの4カ月は原則入院

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	273103
申請技術名	小臨床心理・神経心理検査
申請団体名	日本精神神経学会
技術の概要 （200字以内）	感情障害や統合失調症などの精神疾患の診断には、広汎性発達障害などの発達障害との鑑別が必須となっており、うつ病から認知症への移行の問題もあるので、臨床心理評価・神経心理検査の役割は大きくなっている。摂食障害や解離性障害・強迫性障害などの神経心理学的評価も含めて、種々の精神疾患の診断妥当性を担保する補助的診断の推進のために、簡易な小臨床心理・神経心理検査を臨床の場に導入促進しようとするものである。
対象疾患名	広汎性発達障害、ADHD、不安障害、境界性パーソナリティ障害、強迫性障害、社交不安障害、解離性障害、摂食障害
保険収載が必要な理由 （300字以内）	①AQ日本語版(アスペルガー障害)、②WURS(ADHD)、③MCMI-Ⅱ(境界性パーソナリティ障害)、④MOCI邦訳版(強迫性障害)、⑤日本語版LSAS-J(社交不安障害)、⑥DES-Ⅱ(解離性同一性障害)、⑦EAT-26(摂食障害)の簡易な臨床心理評価や神経心理検査を実施することにより、精神疾患の診断の妥当性を担保できることになるので、一般精神科医療の水準を向上させるのに必須である。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		問診で診断している精神科臨床において、臨床診断の妥当性を担保し、器質的な精神疾患を鑑別するために、客観的な検査として脳画像検査と神経心理検査や心理検査の組み合わせて実施することが必須であるが、精神科の一般診療においては脳画像検査や臨床心理技術者による神経心理検査や複雑な心理検査の実施は困難である。しかし、これらの簡易な小臨床心理・神経心理検査は精神科の一般臨床の場で容易に活用できる特徴があり、診断の精度の向上を図るための打って付けの技術である。
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		支持的精神療法的に接しながら、簡易な小臨床心理・神経心理検査を実施するので、安全に実施でき、簡易版であるので、患者への負担もごく軽度であって、安全が担保される。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		これらの簡便な臨床心理評価・神経心理検査は個人検査用としてすでに標準化され、かつ確立されているので、精神科の一般臨床の場で十分活用できる。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		操作が容易な心理検査であるため、患者への負担が少なく施行できる。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,000
	・年間実施回数等（回）	100,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		臨床心理検査や神経心理検査が臨床上必須であるが、D285には認知症や発達遅滞の診断や重症度評価用の検査が多く収載されているものの、日常の精神科診療に適合した発達障害圏や神経症圏の診断補助となる認知機能評価法は収載されてはいない。収載を要望している、これらの小臨床心理・神経心理検査は臨床心理技術者がいなくても精神科の一般臨床の場で容易に活用でき、精神医療の全般的な水準の向上に資すること大である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	D285
	技術名	認知機能検査
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	80,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	80
	その根拠 （150字以内）	D285認知機能検査その他の心理検査 1, 操作の容易なものと同等であり、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するので、同額（80点）を要望する。これらの簡易な小臨床心理・神経心理検査を使用することで明確な診断・治療が行われるようになると、適切な治療に結びつくので、医療費の抑制につながる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

日常の精神科診療に適合した発達障害圏や神経症圏の診断補助となる小臨床心理・神経心理検査の保険収載

従来：
問診のみでの診断

問診に小臨床心理・神経心理検査解析を加味した診断

①AQ日本語版(アスペルガー障害)、②WURS(ADHD)、③MCMI-Ⅱ(境界性パーソナリティ障害)、④MOCI邦訳版(強迫性障害)、⑤日本語版LSAS-J(社交不安障害)、⑥DES-Ⅱ(解離性同一性障害)、⑦EAT-26(摂食障害)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号		273201
申請技術名		A230-3身体合併症加算の7日間の制限の撤廃、対象疾患の拡大と増点
申請団体名		日本精神神経学会（共同提案：日本総合病院精神医学会）
診療報酬区分（1つ選択）		B 医学管理等
診療報酬番号		A 230-3
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	1-C 算定要件の見直し（回数制限）並びに2-A 点数の見直し（増点）
提案の具体的な内容（400字以内）		平成24年3月の厚生労働大臣の告示や医政局長通知により、身体合併症を有する精神疾患の診断・治療が医療計画策定の最重要課題として位置付けられ、精神科医療の高規格化が求められている。平成24年度から一般病棟に入院する精神症状を呈する患者への精神科医療の提供に対する医療技術評価がなされたが（A230-4）、手厚い人員体制により、多職種が連携して、身体合併症を有する重症精神疾患患者に対応している精神病床での技術機能評価は十分ではない。現行の A230-3身体合併症加算には7日間の限定があるが、他診療科との連携が日常的に実施されている、精神科を有する一般病院や内科等を併設する精神科病院においては日数の限定は不要であり、その撤廃と適応疾患の拡大を要望する。7：1、10:1、15：1の看護基準と、40日以内、60日以内、90日以内の3段階の平均在院日数によって加算点数に差をつけて増点することを希望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		A230-3の別表に掲げられている対象疾患はいずれも重篤な身体疾患であるが、精神症状のために一般病床に移せない患者に対して、一般身体科との十分な連携が可能であり、なおかつ一般病院連携精神医学専門医相当の専門性を有している精神科医が配置されている精神病床を有する一般病院の精神病床や内科等を併設する精神科病院においてはこの日数の限定は不要であり、対象疾患の拡大も併せて要望する。措置入院などの自傷他害の恐れのある精神疾患の救急医療に対しては精神科救急入院料A311のように高額が設定されているのに、精神科救急医療と同等以上の手厚い人員体制により、他診療科と連携して、重篤身体合併症を有しながらも、その病から自身の身を守ることのできない重症精神疾患患者を精神病床で対応する医療を提供しても、低い点数に抑制されている。この高機能の精神科医療を評価するため、7日間の制限の撤廃と増点を要望するものである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	450
	後の点数（点）	1,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成22年のA230-3の加算実施回数が約35000であり、対象患者は年間約5000人。日本総合病院精神医学会の専門医制度である一般病院連携精神医学専門医は約500名が認定されており、相当の専門性を有している精神科医が勤務する精神病床を有する一般病院の精神病床や内科等を併設する精神科病院は各都道府県に必ず一か所以上設置されていて、普及している。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	5,000
	後の人数（人）	5,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	35,000
	後の回数（回）	105,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	105,000,000
（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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	大幅に増点しても、身体合併症医療を充実させることにより精神症状への好影響や回復への希望と意欲をもたせることになり、早期退院者の増加を見込むことができると、医療費の軽減に結びつくと推定できる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	