

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284206
申請技術名	入院精神療法（Ⅱ）口
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：入院精神療法（Ⅱ）口
	追加のエビデンスの有無
	無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	001-2口
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	既存項目である入院精神療法（Ⅱ）口について、急性増悪した患者への対応や地域移行促進の観点から、入院して6月を超えていても対象となる患者に当該療法を行った場合に増点を要望する。
再評価が必要な理由	入院精神療法（Ⅱ）口は平成6年以降25年間、見直しがないが、最近では出来るだけ早い地域移行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、労力の負担は格段に増加している。特に急性増悪した患者、地域移行を推進している患者においては、入院が6月を超えたものであっても密度の濃い精神療法が求められている。したがって、このような患者を対象に精神療法を行う場合については点数の見直し（増点）を要望する。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	入院が6月を超えた場合でも、急性増悪した患者、地域移行を推進している患者においては、入院精神療法（Ⅱ）口は150点を算定する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へ導く治療方法である。入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合に週1回を限度（重度の精神障害者の場合は2回）として80点を算定する。
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	001-2口
技術名	入院精神療法（Ⅱ）口
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	参考文献Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux, T. P. Baardseth (2013)において、精神療法は、認知行動療法と同等の効果が得られるとの報告であり、I 003-2認知療法・認知行動療法が500点算定出来ることを鑑みれば、入院精神療法にさらなる増点を検討するべきである。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	1年以上の長期入院患者は、約20万人おり、このうち急性増悪や退院支援の対象患者が5%存在するならば、1万人に対して、1週に2回の当該精神療法を3か月程度行うことになる。その回数は240000回となる。
年間対象者数の変化 前の症例数（人）	該当なし
	後の症例数（人）
	10,000
年間実施回数の変化等 前の回数（回）	該当なし
	後の回数（回）
	240,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神保健指定医である

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	精神病床であること	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	常勤の精神科医が勤務していること	
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ の他の要件)	特記事項なし	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用のない安全な治療である	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理社会的な問題はない	
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	80	
	見直し後	150	
	その根拠	急性増悪や退院支援の対象患者に対して3月以内の期間、当該療法を行う場合は、入院精神療法(Ⅱ)イと同等の150点を算定すべきである。	
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択	特になし
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	減点や削除が可能となる医療技術は無い	
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス	
	予想影響額(円)	168,000,000	
	その根拠	該当患者に週2回の精神療法を追加した場合、240000回×(150点-80点)×10円の医療費が増加する。	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		特になし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	
⑭参考文献1	1) 名称	Cognitive-behavioral therapy versus other therapies(2013)	
	2) 著者	Redux, T. P. Baardseth	
	3) 概要(該当ページについても記載)	精神療法は認知行動療法と同等の有効性を持つ Clinical Psychology Review Volume 33, Issue 3, April 2013, Pages 395-405	
⑭参考文献2	1) 名称	—	
	2) 著者	—	
	3) 概要(該当ページについても記載)	—	
⑭参考文献3	1) 名称	—	
	2) 著者	—	
	3) 概要(該当ページについても記載)	—	
⑭参考文献4	1) 名称	—	
	2) 著者	—	
	3) 概要(該当ページについても記載)	—	
⑭参考文献5	1) 名称	—	
	2) 著者	—	
	3) 概要(該当ページについても記載)	—	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284206

申請技術名	入院精神療法（Ⅱ）口
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

入院精神療法（Ⅱ） □



入院精神療法（Ⅱ） □は入院6か月以上の患者を対象に行う

病状が増悪した場合は、更に密度の濃い精神療法を実施するが、それに対する評価は無い

地域移行の準備時期も不安定になりやすい

入院6月以上経過していても、急性増悪の患者、地域移行を推進している患者に対して行う精神療法は、増点すべき
(80点→150点)

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284207	
申請技術名	入院精神療法（I）20歳未満加算	
申請団体名	日本精神科病院協会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：入院精神療法（I）
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	I	
診療報酬番号	1	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1～5のいずれも該当しない)	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要 (200字以内)	入院精神療法を児童・思春期の患者に対して行う場合、その難易度と臨床上的有用性を考慮し、加算の算定を要望する。	
再評価が必要な理由	児童・思春期の患者に対する通院・在宅精神療法においては、平成26年度と28年度の連続した改定においてその点に配慮して見直しがあった。しかし、入院精神療法においてその配慮はないばかりか、1%程度の医療機関しか届出していない児童・思春期精神科入院医療管理料を算定出来なければ、児童・思春期精神疾患の入院治療に対する診療報酬上の配慮は何もない。せめて児童・思春期の患者に対する入院精神療法に対して点数の増点を行うべきである。通院・在宅精神療法については、20歳未満の患者に対して60分以上当該療法を行った場合1200点が認められている。より攻撃性が高く、さらに重症の患者である入院患者に対して行っている60分以上の精神療法については、同等以上の評価を与えるべきである。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 (根拠や有効性等について記載)	20歳未満の患者に60分以上の入院精神療法を行った場合には1月に1回に限り1200点の加算を算定する
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	児童・思春期の患者に対して入院精神療法を行う場合の配慮はない
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	1
技術名	入院精神療法（I）
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	平成26年度改定において、通院・在宅精神療法については、その労力に対しての見直しがあり、20歳未満の患者に対して当該療法を行った場合、一定期間350点の加算が認められた。また、28年度改定においても児童・思春期精神科入院医療管理料の届出等を行っている医療機関においては、16歳未満に対しては一定期間の間500点、20歳未満の患者に60分以上の当該療法を行った場合には1回に限り1200点の加算が新設された。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年度の630調査によると、6月30日に入院している20歳未満の患者2387人のうち、児童・思春期精神科入院医療管理料以外の病棟に入院している患者は1493人であった。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	該当なし 17,916
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	該当なし 17,916
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	児童・思春期の精神医療に習熟した精神科医が行う必要がある。

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神病床において算定できる。ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料の届出を行っている病棟は除く。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	児童・思春期の精神医療に習熟した精神科医が常勤していること
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特記事項なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用のない安全な治療である
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理社会的な問題はない
⑧点数等見直し の場合	見直し前	加算点数なし
	見直し後	1200
	その根拠	通院・在宅精神療法については、20歳未満の患者に対して60分以上当該療法を行った場合1200点が認められている。入院においては攻撃性や自己破壊的行為など対応により慎重さが求められる症状を抱えていることが多いため、精神療法は外来よりも技術的に高度であると考えられる。従って、20歳未満の患者に対する60分以上の入院精神療法については同等以上の評価を与えるべきである。
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	-
	具体的な内容	減点や削除が可能となる医療技術は無い
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額(円)	214,992,000
	その根拠	1493人×年間12回×1200点×10
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献 1	1) 名称	入院治療の観点から—東京都立小児総合医療センターでの入院治療の実際—
	2) 著者	宮崎健祐
	3) 概要(該当ページについても記載)	児童青年精神医学とその近接領域Vol157、No4、P24~30 高機能PDD患者が入院に至る理由として攻撃性や自己破壊的行動が最も多くみられる
⑭参考文献 2	1) 名称	児童精神科に入院する思春期年代の子どもの攻撃性の特徴 三重看護学誌2011、13、
	2) 著者	土田幸子、長江美代子
	3) 概要(該当ページについても記載)	P83-92 入院児童は攻撃性の高い思春期児と比較して攻撃万能感が優位に高い
⑭参考文献 3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284207

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

入院精神療法（Ⅰ） 20歳未満加算

児童・思春期入院医療管理料には、20歳未満の患者の約半数が入院

労力に対する点数の配慮あり

半数の患者はその他の精神病床に入院している

点数の配慮なし



児童・思春期入院医療管理料でない病棟で治療しても、患者に対して特別の労力は必要！それを評価して加算をつけるべき！



医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284208
申請技術名	重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	15
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	<p>現行100点より490点への増点を提案する。 夜間ケア部分の人件費が賸えない。</p>
再評価が必要な理由	<p>平成27年に認知症学会が行った、全国の重度認知症患者デイケア（以下、認知症デイケア）の実態調査では、8時間程度のロングケアを導入すべきとした意見は、回答病院の24.1%もあった。それに反して、実施に重度認知症患者デイケア夜間ケア加算を算定している施設はほとんどなかった。その理由の一つに点数の低さが原因される。認知症デイケアの最大の特徴である精神科医やリハビリ専門職などの多職種がBPSDを示す認知症者に対応する点を考えると、点数の正当化は大きなポイントになると考えられる。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>夜間ケア加算の適正点数の試算として 試算方法</p> <p>① 求める夜間ケア加算点数をXとする。 ② 現行の精神科デイケア（700点）と重度認知症デイケア（1040点）の点数を比較する。 * 比較対象の施設面積基準を統一するために、精神科デイケアは大規模型を扱うものとする。 ③ 現行の精神科ナイトケアと重度認知症夜間ケア加算の点数を比較する。 * ただし、基準となる最低必要時間数が精神科は4時間、重度認知症は2時間と異なるので、両方とも2時間あたりの点数として計算する。 * 重度認知症の方は、精神科ナイトケアと比較対象となる施設基準がないので、夜間ケア加算点数を扱うものとする。 ④ 精神科ナイトケアと夜間ケア加算の間で、患者一人あたり施設面積基準がことなるので、面積比率を調整する。 ・ 700点（精神科デイ）：1040点（認知症デイ）＝270点（精神科ナイト）：X点（認知症夜間） ・ X（認知症夜間）≒401点 ・ 401点 × 4㎡ ÷ 3.3㎡ ≒ 490点</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>・認知症患者であり、「認知症高齢者の日常生活自立度」でMランクの人 ・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。</p>
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	15
技術名	重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等 	<p>認知症高齢者では、不眠症、概日リズム睡眠障害、レム睡眠行動障害などの睡眠障害が高頻度に認められ、睡眠障害がせん妄や夜間徘徊などの行動障害を引き起こす要因となることが指摘されている。また認知症は転倒リスクを高めることが知られているが、不眠はさらに転倒リスクを高める。認知症高齢者の睡眠障害に対する薬物療法は、転倒リスクの上昇などの副作用から最終手段とされており、高照度療法や認知行動的介入などの非薬物療法的介入が第一選択とされている。</p> <p>アルツハイマー病及びアルツハイマー型老年認知症（ADと統一記載）ではアセチルコリン、セロトニン、ドーパミン、ノルアドレナリン、ソマトスタチンなどの睡眠覚醒及び概日リズムを駆動する神経核・神経伝達系の起始神経核の障害もしくは神経伝達物質の変化のため、睡眠障害の合併頻度が極めて高い。AD患者の睡眠脳波では、睡眠段階1、2などの浅い睡眠、中途覚醒回数、中途覚醒時間の増加がみられ、徐波睡眠の減少や中途覚醒の増加は発症早期から認められ、総睡眠時間及び睡眠効率は著しく減少する。</p> <p>これらの睡眠構築の異常は病期の進行につれてより顕著になり、重度のAD患者ではわずか連続1時間程度の覚醒もしくは睡眠状態さえ維持することができない。加えてAD患者では、睡眠時呼吸障害、周期性四肢運動障害、むずむず脚症候群、レム睡眠行動障害などの種々の睡眠障害が高い頻度で合併する。また、うつ病や疼痛などの睡眠障害を引き起こす疾患やその治療薬の副作用、生物時計の機能低下など複合的な要因によって不眠や過眠が生じる。夜間不眠、および覚醒時に随伴して生じる徘徊、焦燥、興奮、暴力行為などの行動障害は家族および介護者を疲弊させ、在宅介護を困難にし、施設入所に至る最大の事由の一つとなっている。</p>
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本精神科病院協会会員病院における【重度認知症患者デイケア料】算定施設の増加（H29-H30） ・ 日本認知症学会実態調査より、調査実施年における重度認知症患者デイケア 夜間ケア加算の実施施設はなかったのだが、意識調査では、2.4%の施設が8時間ロングケアを実施すべきと回答している。
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人）</p> <p>該当なし</p> <p>後の症例数（人）</p> <p>7689</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回）</p> <p>該当なし</p> <p>後の回数（回）</p> <p>403002</p>
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性等） 	<p>重度認知症患者デイケアを利用する患者は著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。</p>
<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>・ 施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>○ 重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、60㎡以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0㎡を基準とする。</p> <p>○ 重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備している。</p> <p>○ 重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。</p> <p>ア：精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日25人を限度とする。</p> <p>イ：アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の8人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。</p> <p>ウ：夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。</p> <p>エ：夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。</p> <p>特になし</p>
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>問題なし</p>
<p>見直し前</p> <p>見直し後</p>	<p>100</p> <p>490</p>

⑧点数等見直しの場合	その根拠	<p>夜間ケア加算の適正点数の試算として 試算方法</p> <p>① 求める夜間ケア加算点数をXとする。 ② 現行の精神科デイケア（700点）と重度認知症デイケア（1040点）の点数を比較する。 * 比較対象の施設面積基準を統一するために、精神科デイケアは大規模型を扱うものとする。 ③ 現行の精神科ナイトケアと重度認知症夜間ケア加算の点数を比較する。 * ただし、基準となる最低必要時間数が精神科は4時間、重度認知症は2時間と異なるので、両方とも2時間あたりの点数として計算する。 * 重度認知症の方は、精神科ナイトケアと比較対象となる施設基準がないので、夜間ケア加算点数を扱うものとする。 ④ 精神科ナイトケアと夜間ケア加算の間で、患者一人あたり施設面積基準がことなるので、面積比率を調整する。 ・ 700点（精神科デイ）：1040点（認知症デイ）＝270点（精神科ナイト）：X点（認知症夜間） ・ X（認知症夜間）≒401点 ・ 401点 × 4㎡ ÷ 3.3㎡ ≒ 490点</p>
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠	+ 1571707800 <定義> ①重度認知症デイケア算定数＝1,679,175 ②1利用者あたりの1週間における利用日数：4.2日 ③1利用者あたりの1年間における利用日数（②4.2×52週） <年間対象患者数> ①1,679,175÷③218.4日＝7,689人（小数点以下四捨五入） <年間実施回数> ①1,679,175×24%＝403,002 （490-100）点 × 10円/点 × 403,002回 ＝1,571,707,800円
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	医科点数表の解釈（平成30年4月） 社会保険研究所 I015 重度認知症患者デイケア料 p、778
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	Dementia Japan 29 (2015) 全国の重度認知症患者デイケアの実態調査 日本認知症学会 ・1利用者の週あたりの平均利用日数（p605-614）
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	- - -

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284208

申請技術名	重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算

ロングケア対応への評価

(旧) 夜間ケア加算 100点(1日につき)

(新) 夜間ケア加算 490点(1日につき)

<算定要件>

○重度認知症デイケアを25人限度で実施している施設ではさらに専従の従事者を一人加え5人の従事者とする。

○重度認知症デイケアを50人限度で実施している施設ではさらに専従の従事者を二人加え10人の従事者とする。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284209	
申請技術名	精神科訪問看護・指導料【1-A 算定要件の拡大(適応疾患の拡大)】	
申請団体名	日本精神科病院協会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名(直近の技術のみ記載)	提案年度(西暦) : 提案当時の技術名 :
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	I	
診療報酬番号	12	
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要(200字以内)	精神科訪問看護・指導料の対象となる精神疾患に認知症を追加する。	
再評価が必要な理由	認知症も明記される形で精神疾患が5疾病5事業に掲げられているおり、精神科在宅患者支援管理料では認められているにもかかわらず認知症を主病名とした訪問看護が医療保険で実施できないことは不合理であり、認知症を対象疾患に含めることを要望する。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠や有効性等について記載)	利用者の増加、症状の不安定な方への積極的な地域移行を推進していることから、精神科訪問看護の需要は高まっている。認知症者の看護には、① 中核症状、BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する看護、② 睡眠、食事等生活リズムの調整、③ コミュニケーションの支援、④ 家族等介護者支援、⑤ 環境整備、事故防止のケアが必要であり、この対応には精神科専門医療機関からの精神科訪問看護が必要である。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神疾患のある利用者とその家族が対象。現行では認知症は精神科訪問看護の対象外となっており、介護保険での対応となっている。	
診療報酬区分(再掲)	I	
診療報酬番号(再掲)	12	
技術名	精神科訪問看護指導料	
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	平成26年度改定では、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す症状が不安定な患者の地域移行を推進するため、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価(精神科重症者早期周知支援管理連携加算)が新設された。精神科重症者早期周知支援管理連携加算は、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を週2回以上実施した場合に、月1回に限り6月を限度として、1人の利用者に対し1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定することができる。重度の認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者が対象。認知症患者へのケアの重要性はこれらの改定でも周知の通りであり、今後、認知症患者の入院も多くなることは明らかであり、そこから「入院から在宅生活」を進めていくためには、精神科専門医療機関からの精神科訪問看護が必要である。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現在の規定において、認知症は対象外となっており、そのデータが存在しないため。	
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	現行の規定において、認知症は対象外となっており、詳細な対象症例数は不明。
	後の症例数(人)	介護保険訪問看護利用症例数のデータが存在しないため、今後の医療保険訪問看護利用者数も不明である。
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	現行の規定において、認知症は対象外となっており、年間実施はなし。
	後の回数(回)	介護保険訪問看護利用症例数のデータが存在しないため、今後の医療保険訪問看護利用者数も不明である。

⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神科医療機関において認知症の外来での治療、在宅生活の相談、急性期における入院対応を行っており、高度な治療技術を持った訪問看護師を有している。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	副作用等のリスクはリスクはなし。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	倫理性・社会的妥当性について問題はなし。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬はなし。
⑫その他	厚生労働省2016年「介護サービス施設・事業所調査」の概況から、介護保険による訪問看護利用者の要介護度が上がるほど、利用頻度が高くなり、重度者では認知症患者の割合が高くなるのがわかる。高齢化の進展の中で、認知症患者への訪問看護の需要が高まることは必須である。この対応に介護保険だけでなく、精神科専門医療機関からの医療保険での精神科訪問看護を行うことは必要と考える。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	特になし
⑭参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）
⑭参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）
⑭参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）
⑭参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）
⑭参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284209

申請技術名	精神科訪問看護・指導料【1-A 算定要件の拡大(適応疾患の拡大)】
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

「精神科訪問看護・指導料」について

申請技術名：精神科訪問看護・指導料

区分：I 精神科専門治療

診療報酬番号：I 012

1-A 算定要件の拡大(適応疾患の拡大)

【技術の概要】

精神科訪問看護・指導料の対象となる精神疾患に認知症を追加する。

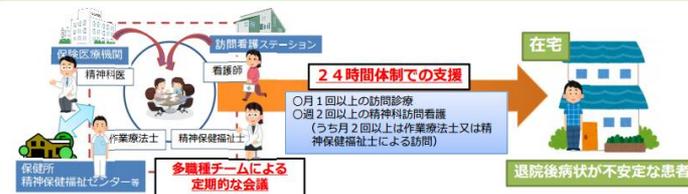
【再評価が必要な理由】

認知症も明記される形で精神疾患が5疾病5事業に掲げられているおり、精神科在宅患者支援管理料では認められているにもかかわらず認知症を主病名とした訪問看護が医療保険で実施できないことは不合理であり、認知症を対象疾患に含めることを要望する。



精神科重症患者早期集中支援管理料

精神科重症患者早期集中支援管理料は、長期入院患者又は入退院を繰り返す、病状が不安定な患者に対し、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価。



算定要件	訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する
対象患者	以下①～④のすべてを満たす者。 ①1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。 ②統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者。 ③精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)。
施設基準	①常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。(作業療法士は非常勤でも可) ②24時間当診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

【再評価すべき具体的な内容】

利用者の増加、症状の不安定な方への積極的な地域移行を推進していることから、精神科訪問看護の需要は高まっている。認知症者の看護には、①中核症状、BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する看護、②睡眠、食事等生活リズムの調整、③コミュニケーションの支援、④家族等介護者支援、⑤環境整備、事故防止のケアが必要であり、この対応には精神科専門医療機関からの精神科訪問看護が必要である。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	284210
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
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	14
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1～5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要 (200字以内)	I 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院（以下「医療保護入院等」という。）の在院者に毎月算定（100点） II 医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に算定（1,000点） III 行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に出席する看護職員の委員会に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含める 以上3点を要望する。
再評価が必要な理由	今後、精神保健福祉法（以下「法」という。）が改正された場合、措置入院医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備によって増大する業務（退院支援計画の作成、退院後生活環境相談員の選任と退院後の生活環境に関する相談指導業務の増大）及び平成26年法改正における医療保護入院の保護者制度廃止に伴う保護義務者との連絡調整や退院後の生活環境に関する相談支援業務等、これらの法改正に伴う業務が増大する、しているにもかかわらず、その財政措置は全く考慮されていない状況である。さらに、これらの入院者は病識がないため治療の必要性が理解できず、治療の拒絶や他患者や職員への暴力などの危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要であるにも関わらず、その対価が入院中に1回に限り300点という報酬ではあまりにも低いと言わざるを得ない。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	I 入院2月以降100点（月1回）算定 II 医療保護入院等での新規入院時と、入院中の入院形態変更時に1,000点算定 III 行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に出席する看護職員の委員会に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めること
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者 医療保護入院等に係る入院患者 ・技術内容 精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に算定 ・点数や算定の留意事項 1 当該入院期間中に1回に限り算定 300点 2 算定する場合にあつては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する 3 算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月1回）評価を行うこと 4 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること 5 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	14
技術名	医療保護入院等診療料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	早期に退院を促進させるためには、医療保護入院等患者の状態の変化を常に観察し、観察に基づく治療計画の見直しや、治療計画に基づいた積極的な治療が不可欠となるとともに、医師、看護師、精神保健福祉士等、多職種で入院形態が適正であるかを検討する機会が必要である。早期退院を目標に退院促進委員会を開催し、行動制限のみならず、入院形態が適正かについても検討する必要がある。 精神病院において、医療保護入院等の患者のため、入院中の処遇が適正かを検討する委員会と退院促進委員会の開催は、一般科と重要度が異なり、高いものである。このため、行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に参加する病棟看護職員が、委員会・会議に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含めることを要望する。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	I 2月目から100点算定する場合、病院報告（H30.12分概数）より 平均在院日数 精神病床 272.1日（9.07ヶ月）から、1患者が年8.07ヶ月（8.07回）算定すると仮定すると、年間実施回数は、第3回NDBオープンデータより130,505回のため、130,505回×8.07回=1,053,175回となる II 第3回NDBオープンデータより130,505回/年（入院時）。入院中の入院形態変更頻度は不明	
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 130,505 後の症例数（人） 130,505	
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 130,505 後の回数（回） 1,053,175	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	特になし	
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	なし
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	常勤の精神保健指定医が当該保険医療機関に1名以上配置されていること（現行どおり）
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	1 現行どおり。 2 医療保護入院料等に係る患者に対する退院促進を行うため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成される委員会（退院促進委員会）を設置し、入院形態が適正かどうかの評価を行うこと（行動制限最小化委員会と退院促進委員会は、同時開催可能とする。）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	問題なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	問題なし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	当該入院中1回に限り300点
	見直し後	入院時1,000点、翌月より1月に1回100点。その他、入院中の入院形態変更時1回に限り1,000点
	その根拠	法改正により医療機関が行う業務が増大したが、それに対する経済的措置が全くなされていないため。入院時と入院中の入院形態変更に伴う精神保健指定医の診察判断には時間を要するとともに、法の規定による診療録記載義務や入院届などの書類作成が課せられており、その対価として1,000点の要望は妥当性が高いと考える。毎月退院促進委員会を開催し、最低でも医師、看護師及び精神保健福祉士等が参加して入院形態の適正判断を行うことに対する対価として、1患者当たり100点の要望は妥当性が高いと考える
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額（円）	1,966,710,350
	その根拠	第3回NDBオープンデータより 医療保護入院等診療料 年間算定回数は130,505回。よって、現行の年間診療報酬額は、130,505回×3,000円=391,515,000円(a) 病院報告（H30.12分概数）より 平均在院日数 精神病床 272.1日（9.07ヶ月）から 入院時：130,505回×10,000円=1,305,050,000円(b)となる。 継続入院の医療費分：100点の算定回数は平均在院日数9.07ヶ月より、1人当り8.07回（入院月の翌月より毎月1回算定）となることから、 1人当りの年間支出増加額は、8,070円となる。よって、130,505回×8,070円=1,053,175,350円(c) よって、本提案により増加する医療費は(b+c-a)より1,966,710,350円（1,967百万円）となる。 ※入院中に入院形態の変更が行われる頻度については不明
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	なし	
⑫その他	なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし	
⑭参考文献1	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要（該当ページについても記載）	—
⑭参考文献2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要（該当ページについても記載）	—
⑭参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要（該当ページについても記載）	—
⑭参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要（該当ページについても記載）	—
⑭参考文献5	1) 名称	—
	2) 著者	—

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284210

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

医療保護入院等診療料 評価項目の追加（3項目）

現行（平成16年改定にて新設）

医療保護入院等診療料は、精神保健福祉法に規定する任意入院以外の入院形態で入院した患者について、行動制限最小化委員会を月1回開催すること、行動制限一覧性台帳の整備等の要件を満たすことにより当該入院中1回に限り300点を算定できる。

精神保健福祉法（以下「法」という。）

平成26年法改正

- ① 医療保護入院 保護者制度廃止
→同意者との連絡調整や退院後の生活環境に関する相談支援業務等の業務の増大

今後法改正が予定されている事項

- ② 措置入院の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備
→退院支援計画の作成や、退院後生活環境相談員の選任と退院後の生活環境に関する相談支援業務等の業務の増大

法改正に伴う①、②等の業務の増大に対する経済的補填と、委員会に参加する看護要員の病棟勤務時間への算入を要望する。

医療保護入院等診療料

- 1,000点 入院時及び入院形態変更時（当該入院中1回） ※ 増点及び入院形態変更時の算定の追加
- 100点 入院2月目以降（月1回） ※ 法改正に伴う業務増大に対する経済的措置
- 行動制限最小化委員会及び退院促進委員会に出席する看護要員の委員会に要する時間を、看護要員の勤務時間数に含める。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	284211	
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	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：入院集団精神療法
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	I	
診療報酬番号	5	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
「6 その他」を選んだ場合に記載	適応疾患の拡大、対象者の拡大	
技術の概要（200字以内）	入院集団精神療法の6ヶ月以内の制限を撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。	
再評価が必要な理由	当該療法に携わる人員とその時間に対し、適切な診療報酬上の評価がなされておらず、他の精神科専門療法に比べても診療報酬上の評価が低いため。また、家族に疾病教育等の集団精神療法を実施することの有効性が診療報酬上も反映されるように。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	参考文献1の通り、集団精神療法の効果は明らかであるが、その実施はガイドラインに基づき疾患、病期、患者本人又は家族などの要因によりプログラムが分かれ、そのそれぞれに対し専門知識を有するスタッフが加わり行われるが、現在の診療報酬はそれに見合うものとなっていないため。さらに、ガイドラインでは急性期、リハビリテーション期、長期入院患者、外来患者とプログラムが分かれており、6カ月の期限があることは不合理であるため
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	入院中の患者であって精神疾患のものに対して、6カ月に限り週2回を限度として算定する 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	5
技術名	入院集団精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	本技術の有用性については参考文献1に示す
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年社会医療診療行為別統計によると、6月の実施件数が5,182件であるので、年間約62,180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2倍の実施が予想されるため年間約99500件となる
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 12500 後の症例数（人） 19900
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 62180 後の回数（回） 99500
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後もさらなる発展が期待できる技術である
施設の要件 ・施設基準（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 性を踏まえ、必要と考えられる要件を項目毎に	精神科を標榜している保険医療機関である 人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） 精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する

記載すること)	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	100
	見直し後	350
	その根拠	医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり1時間30分程度の時間を要し、その人件費にその他の経費を加えると少なくとも見積もっても約30,000円の費用がかかる。1回で仮に最大15名実施したとしても参加者1人当たりの経費が2000円と、100点では大幅な採算割れとなる。350点は継続的に9名参加して、何とか採算が取れるレベルである
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	マイナス 4,200,000,000
	その根拠	年間99,500件の実施があるがさまざまなエビデンスより5人に1人の再発が抑えられるため、再入院患者は2割程度の減少が予想される。また、6ヶ月の制限を撤廃したことにより現在の2倍の実施数が見込まれる。よって99,500件×0.8×2×350点(=55,720,000点)-62,180件×100点で約3.5億円の医療費増になる。1クール平均5回ずつ参加すると想定して年間99,500件の1/5で19,900名が対象人数で、その再入院が5人に1人減少するならば、3980人の約3カ月分の入院費(3980×382,238円×3)約45億6千万円が削減となり、差引約42億円の医療費が削減される
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑭参考文献1	1) 名称	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書
	2) 著者	下原宜彦(国立療養所菊池病院)、池上研(熊本大病院)、吉田顕二(国立療養所菊池病院)
	3) 概要(該当ページについても記載)	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 統合失調症患者・家族に対する心理教育とその治療効果の検討(P.221-226) 統合失調症患者10~15名程度に対して集団精神療法を行うことで統合失調症の再入院が約4分の1に減少する。また気分障害や慢性期精神疾患に対する有用性も確立している。さらに精神疾患は家族のサポートが重要であり、家族に対し集団精神療法も用いた心理教育を行うことは、再発、再入院のリスクを減少させる。
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284211

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

入院集団精神療法

点数の見直し・算定可能期間の見直し・対象者の拡大

(旧) 入院集団精神療法 100点(1日につき)

(新) 入院集団精神療法 350点(1日につき)

<算定要件>

入院中の患者について、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り算定する。

6ヶ月以内の制限を撤廃

入院中の患者について、週2回に限り算定する。

患者

対象者の拡大

患者及び家族

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284212	
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	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：通院集団精神療法
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	I	
診療報酬番号	6	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
「6 その他」を選んだ場合に記載	適応疾患の拡大、対象者の拡大	
技術の概要（200字以内）	通院集団精神療法の人数の制限と、期限は撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え家族を含める。	
再評価が必要な理由	当該療法に携わる人員とその時間に対し、適切な診療報酬上の評価がなされていないため。また、家族に疾病教育等の集団精神療法を実施することの有効性が診療報酬上も反映されるように。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	参考文献1の通り、集団精神療法の効果は明らかであるが、その実施はガイドラインに基づき疾患、病期、患者本人又は家族などの要因によりプログラムが分かれ、そのそれぞれに対し専門知識を有するスタッフが加わり行われるが、現在の診療報酬はそれに見合うものとなっていないため。さらに、ガイドラインでは急性期、リハビリテーション期、長期入院患者、外来患者と治療ステージ別にプログラムが分かれており、6カ月の期限があることは不合理であるため
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	入院中の患者以外の患者であって、精神疾患のものに対して、6カ月に限り週2回を限度として算定する 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	6
技術名	通院集団精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	本技術の有用性については参考文献1に示す
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年社会医療診療行為別統計によると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2,464件であるので、年間29,500件が実施されている。1人の患者が1クール平均5回参加するので、対象患者数は5900人と推計される。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59000件となる
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 5900 後の症例数（人） 10,800
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 29500 後の回数（回） 59000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	集団精神療法は海外では20世紀初めより実施されており、日本においても戦後から多くの精神科医療機関で実施されて実績をあげている。また、日本精神神経学会、日本集団精神療法学会等において盛んに研究発表されており、今後もさらなる発展が期待できる技術である
施設の要件 ・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を項目毎に）	精神科を標榜している保険医療機関である
人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する

記載すること)	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	270
	見直し後	350
	その根拠	医師1名、精神保健福祉士等1名が準備を含め1回あたり2時間程度の時間を要し、その人件費にその他の経費を加えると約40,000円の費用がかかり、1回で最大の10名に実施したとして患者1名につき4,000円の経費が必要で大幅な採算割れとなる。通院・在宅精神療法を併算できない現在の診療報酬270点では採算割れするのが実態である
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	マイナス
	予想影響額(円)	2,300,000,000
	その根拠	年間29,500件の実施があるがさまざまなエビデンスより5人に1人の再発が抑えられるため、再入院患者は2割程度の減少が予想される。よって59000件×350点(=20650000点)-29,500件×270点(=7,965,000点)で、この増点だけでは約1億2千700万円の医療費増になる。一方、10,800人の再入院が5人に1人減少するならば、2160人の約3カ月分の入院費(2160×382,238円×3)約24億7千万円が削減となり、差引約2.3億円のマイナスと推計される
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		無し
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑭参考文献1	1) 名称	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書
	2) 著者	下原宜彦(国立療養所菊池病院)、池上研(熊本大病院)、吉田顕二(国立療養所菊池病院)
	3) 概要(該当ページについても記載)	統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 統合失調症患者・家族に対する心理教育とその治療効果の検討(P.221-226) 統合失調症患者10~15名程度に対して集団精神療法を行うことで統合失調症の再入院が約4分の1に減少する。また気分障害や慢性期精神疾患に対する有用性も確立している。さらに精神疾患は家族のサポートが重要であり、家族に対し集団精神療法も用いた心理教育を行うことは、再発、再入院のリスクを減少させる
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284212

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

通院集団精神療法

点数の見直し・算定可能期間の見直し・対象者の拡大

(旧) 通院集団精神療法 270点(1日につき)

(新) 通院集団精神療法 350点(1日につき)

<算定要件>

入院中の患者以外の患者について、6ヶ月を限度として週2回に限り算定する。

6ヶ月以内の制限を撤廃

入院中の患者以外の患者について、週2回に限り算定する。

患者

対象者の拡大

患者及び家族

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284213
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
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：入院生活技能訓練療法
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	8
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。
再評価が必要な理由	生活技能訓練は、認知行動療法の一つで、精神科における強力な心理社会的な介入方法であり、継続的な治療が必要で6か月の期間で点数を引き下げようとする評価は不合理である。特に1年以上の入院患者の退院率が低くなっているのは、社会適応能力の低下も考えられる。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>入院患者に対して、認知行動療法の理論と技法に基づき、服薬習慣、再発徴候への対処技能、基本生活技能、対人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ことから期間を撤廃し、点数を増点する。100点（6か月以内）、75点（6か月超）→150点</p> <p>「当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。」内容については、不合理であり撤廃すべきである</p> <p>同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できなくなっているが、入院生活機能訓練療法と入院精神療法、の組み合わせは効果があるものである。入院精神療法には算定要件があり、同日算定できるようになったとしても、入院せ院療法が増加することはない</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>(1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。</p> <p>(2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある2人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の1人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとする必要がある。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。</p> <p>(3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回を限度として算定できる。</p> <p>(4) 1人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。</p> <p>(5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。</p> <p>(6) 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。</p> <p>(7) 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。</p> <p>(8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。</p>
診療報酬区分（再掲）	I 精神科専門療法
診療報酬番号（再掲）	8
技術名	入院生活技能訓練療法

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none">・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等・ 学会のガイドライン上の位置づけ等	<p>生活機能訓練を行った人々の対人関係や生活技術、生活行動などの社会機能が向上したというような報告が多数なされている。しかし、わが国においては、SST(入院生活技能訓練療法)の効果に関して、(ランダム化されていない)比較研究は見られるものの、ランダム化比較試験による研究はまだ数少ないというのが現状。</p> <p>我が国におけるSSTのランダム化比較研究としては、2002年にAnzaiらが発表した研究において、統合失調症の入院患者32名をSST群(社会生活問題解決モデルの地域への再参加モジュールを行う群)と作業療法プログラムを行う群にランダムに割り付け、結果を比較したところ、SST群でより退院が促進され、服薬自己管理および症状自己管理に関する知識およびスキルが向上し、1年後のフォローアップ時にもこの効果が認められていたとの結果が報告されている</p>
---	---

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	統合失調症の入院患者32名をSST群(社会生活問題解決モデルの地域への再参加モジュールを行う群)と作業療法プログラムを行う群にランダムに割り付け、結果を比較したところ、SST群でより退院が促進され、服薬自己管理および症状自己管理に関する知識およびスキルが向上し、1年後のフォローアップ時にもこの効果が認められていたとの結果が報告されている。退院を促進し、生活スキルを得ることにより再入院率が引き下げられる	
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	なし
	後の症例数(人)	なし
年間実施回数 の変化等	前の回数(回)	6か月以内 7365×12か月=88,380回 6か月超 35,857回×12か月=430,284回 合計517,464回
	後の回数(回)	517,464回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	「当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。」とあるが、当該療法実施時間は、実際患者に対して従事者に関わっており、その時間を除くことは不合理である
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	なし
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	「入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。」とあるが、入院生活技能訓練療法と入院精神療法の組み合わせは、治療的に意味がある。服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらす訓練と同時に精神療法を行うことは、効果がある
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前	88,380×100点+430,281×75点=41,109,300点
	見直し後	517,464×150点=77,619,600点
	その根拠	6か月以内50点増、6か月超の点数を75点増とする
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択 特になし
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額(円)	315,103,000円
その根拠	88,380人×6か月以内50点増、430,281人×6か月超の点数を75点増とする	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	特になし	
⑫その他	なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	一般社団SST普及協会	
⑭参考文献1	1) 名称	精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練
	2) 著者	安西信雄, 池淵恵美
	3) 概要(該当ページについても記載)	退院が促進され、服薬自己管理および症状自己管理に関する知識およびスキルが向上し、1年後のフォローアップ時にもこの効果が認められていたとの結果が報告
⑭参考文献2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—

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

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284213

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

1008 入院生活技能訓練療法

期間の撤廃と点数の増点が必要。退院促進と再入院率の減少になるよ。

患者さんの生活技能訓練を実施しているのに「従事している時間」を含めないのはおかしいね。

入院精神療法、を同時に行うのはとても効果がありますよ。



看護師/准看護師
(看護)



精神保健福祉士
(ケースワーク)



公認心理師
(心理療法)



作業療法士
(作業療法)



看護補助者

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284214
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
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	011-2
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止
	<input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数
	<input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	精神科退院前訪問指導料は、複数職種の間共同指導の評価がなされているが、管理栄養士、薬剤師、准看護師及び公認心理師の共同指導は認められていない。精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師及び公認心理師の関与は有用性が高いことから、この四職種においても算定可能とするよう、要望する。
再評価が必要な理由	再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を増加させる事から、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術を更に普及させることは重要である。4職種の追加は医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科退院前訪問指導において、管理栄養士、薬剤師、准看護師及び公認心理師の関与は有用性が高いことから、この4職種においても算定可能としてほしい
②現在の診療報酬上の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 精神科を標榜する保健医療機関に入院している精神疾患を有する者 技術内容 対象患者の円滑な退院のため、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が患者又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業者等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。 点数や算定の留意事項 <ol style="list-style-type: none"> 当該入院期間中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者については6回）算定 380点 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合には、320点を所定点数に加算する 精神科退院前訪問指導を行った場合には、指導内容の要点を診療録等に記載する
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	011-2
技術名	精神科退院前訪問指導料
③再評価の根拠・有効性	<p>再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を増加させる事から、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術を更に普及させることは重要である。4職種の追加は医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士 精神疾患を有する患者には、食生活の乱れによる糖尿病等が多く、退院後における食生活の指導が患者又は家族等に必要である 薬剤師 精神疾患を有する患者に対する服薬コンプライアンスは退院後の社会生活維持に重要である。退院前に薬剤師から患者又は家族等に薬剤指導を行う意義は大きく、必要である。 准看護師 退院後の療養上必要な指導や在宅療養に向けた調整は、看護師のみならず、准看護師でも十分可能であり、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。 公認心理師 退院前からの心理教育や心理カウンセリングは、患者のみならず、退院後をサポートする家族等の心理的サポートの面から見ても有用なものである
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	第3回NDBオープンデータより、精神科退院前訪問指導料における注2 共同訪問指導加算の年間算定回数は17,919回である。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 17,919 後の症例数（人） 17,919
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 17,919 後の回数（回） 17,919
⑤技術の成熟度	特になし

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284214

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科退院前訪問指導料

現行の訪問スタッフ

「保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士」のみとなっている。



保健師
(保健指導)



看護師
(看護)



作業療法士
(作業療法)



精神保健福祉士
(ケースワーク)

薬剤師の追加により、服薬指導、准看護師の追加により看護、管理栄養士の追加により栄養指導、公認心理師の追加により心理療法の実施が可能となり、治療効果がアップすることにより入院予防が図られ、結果的に医療費が削減される。

要望

「薬剤師、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士、管理栄養士又は公認心理師」（4職種の追加）を要望。



薬剤師
(服薬指導)



保健師
(保健指導)



看護師
(看護)



准看護師
(看護)



作業療法士
(作業療法)



精神保健福祉士
(ケースワーク)



管理栄養士
(栄養指導)



公認心理師
(心理療法)

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284215
申請技術名	通院・在宅精神療法における時間外・休日・深夜加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	2
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	精神疾患の5疾病5事業に伴う地域医療への貢献
技術の概要（200字以内）	通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算の追加を要望する
再評価が必要な理由	近年、入院患者の在宅移行が進んだ結果、在宅患者に対する肌理の細かい対応が求められるようになってきている。時間外や休日の対応においてもニーズが増え、常時の診察の体制が無い医療機関においても、それぞれの努力によって対応しているところが増えてきているが、その負担は大きく、そのための手当てが必要である。そこで、診療時間以外の時間、休日または深夜に、入院の可能性がある患者に対して、入院設備のある医療機関において精神保健指定医が1002通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外では所定点数に100分の40、休日および深夜では100分の80をそれぞれ加算することを要望する。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	診療時間以外の時間、休日または深夜に、入院の可能性がある患者に対して、入院設備のある医療機関において精神保健指定医が1002通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外では所定点数に100分の40、休日および深夜では100分の80をそれぞれ加算することを要望する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	通院・在宅精神療法において、時間外・休日・深夜の対応についての手当ては存在しない
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	2
技術名	通院・在宅精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	入院医療機関におけるかかりつけ機能が強化され、地域で暮らす患者が安心して過ごせるようになる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成29年医療施設調査によると、ほぼ毎日夜間時間外の精神科救急の対応をしている病院は、610件、ほぼ毎日以外626件である。前者は610件×365日にて222,650件、後者は輪番制で救急を受け入れていると思われるので、週に1回と仮定すると、626件×52日にて32,552件。合計して255,202件の急患を引き受けている。平成29年の630調査では、入院3か月以内の患者が73,764人なので、3で除すと1か月以内の患者が24,588人となるので、年間の新規入院は24,588×12=295,056人となる。つまり外来のみの受診はほとんどない。当該療法が追加されることで、1%程度は外来のみの患者が増えると思われる。255,202件×1%=2552件。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 該当なし 後の症例数（人） 2,552
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 該当なし 後の回数（回） 2,552
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	入院の可能性がある患者に対応する必要があることから、精神保健指定医でないと対応できない

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神病床を持つ医療機関
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	精神保健指定医が常勤していること
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特記事項なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用のない安全な治療である
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理社会的な問題はない
⑧点数等見直し の場合	見直し前	加算点数なし
	見直し後	264
	その根拠	330点×0.8
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	-
	具体的な内容	該当する医療技術はない
⑩予想影響額	プラスマイナス	プラス
	予想影響額(円)	6,737,280
	その根拠	2552件×330点×0.8×10
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284215

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

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算



入院から在宅へ移行した患者は、症状が不安定になりやすいため、休日・時間外の診察のニーズがある

時間外でもかかりつけに診てもらいたい

時間外でも近くの病院で診察を受けたい



精神科では救急に対応できる体制がある病院は少ない



急を要するときは、かかりつけ病院に診てもらいやすい体制が必要！
救急体制がない精神科病院での時間外診察は精神療法の加算をつけるべき

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	284216
申請技術名	特定薬剤副作用評価加算
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：特定薬剤副作用評価加算
追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	I
診療報酬番号	002、002-2
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	抗精神病薬服用患者に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた評価を行い、薬物療法の適正化を行う技術。現在、外来診療での算定に限られているが、これを積極的に薬物療法を実施する入院3ヶ月以内の入院精神療法 I 実施時にも適応拡大する。
再評価が必要な理由	積極的に抗精神病薬主体の薬物療法を導入する入院初期は、薬原性錐体外路症状が出現し易い時期である。くわえて、新世代の抗精神病薬の中には、薬原性錐体外路症状に脆弱な双極性気分障害や治療抵抗性うつ病への使用が増加しており、入院初期にこれらの薬剤による副作用が問題となることがふえてきているため。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	新世代の抗精神病薬の中には、薬原性錐体外路症状に脆弱な双極性気分障害や治療抵抗性うつ病への使用が増加しており、入院初期にこれらの薬剤による副作用が問題となることがふえてきているため、これまで外来診療に限られていた特定薬剤評価加算を入院初期3ヶ月以内に入院精神療法（I）を行った際に限って適応拡大し、25点を加算することが望まれる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする患者：統合失調症、双極性気分障害、老年期精神障害など抗精神病薬が治療薬として投与される精神疾患をもつ通院患者 ・技術内容：薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行って、抗精神病薬療法を適正化し、副作用の軽減と安定した精神状態を保てるようにする。 ・点数や算定の留意事項：外来診療で通院・在宅精神療法30分以上、あるいは精神科継続外来支援・指導料を実施した際に薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いた臨床評価を行った場合、月1回に限り25点が算定可能。
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	002、002-2
技術名	特定薬剤副作用評価加算
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	ここ数年間に抗精神病薬の適応範囲がこの副作用に脆弱性の高い気分障害圏へ広がっていることから、当該技術の適応範囲の拡大が入院患者へ広げることが求められている。抗精神病薬の使用の適正化による医療費の減額は翌年度以降にも及ぶこと、副作用の重症化や未然防止による減額も見込まれるため、当該技術の算定方法の調整により医療費への影響は調整できるものと考えられる。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	H29年度社会医療行為別診療統計によると、入院精神療法（I）の6月算定件数が182,712件で、1年間では2,192,544件と見込まれる。一方、外来での特定薬剤副作用評価加算の算定件数は、通院在宅精神療法30分以上270,967件+1200件=272,167件中、7,306件、精神科継続外来支援・指導料109,791件中1,252件であり、合わせると381,958件中8,558件の算定割合（0.0224）である。つまり、入院精神療法（I）における算定件数は、2,192,544件×0.0224=49,113件と推計される。日精協の調査では、入院精神療法（I）1人1月当たり算定回数は6.694回であることから、実人数にして、49,113÷6.694=7,337人と推計される。
年間対象者数の変化 前の症例数（人） 後の症例数（人）	該当なし 7,337
年間実施回数の変化等 前の回数（回） 後の回数（回）	該当なし 49,113
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	薬原性錐体外路症状DIEPSSは、日本語版をはじめ、英語版、ロシア語版、中国語版、ドイツ語版、スペイン語版など世界の主要言語に翻訳され世界中で用いられている標準的な評価尺度である。この評価尺度についての系統的な訓練を受けた精神科医、精神科薬物療法認定薬剤師はわが国で約8000名である。

・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神科を標榜する入院機能を持つ医療機関。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	精神保健指定医
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	実施前に薬原性錐体外路症状評価尺度 (DIEPSS) の評価研修を受講することが望ましい。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		トレーニングを受けた精神科専門医などが15~20分程度の診断面接により行われる評価手法であり、評価そのものに対しては副作用や危険性はない。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		錐体外路症状はすべての抗精神病薬にみられる副作用であり、評価は臨床的・社会的に必要なものと認知され、倫理的な問題も存在しない。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	- - -
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額 (円) その根拠	プラス 12,278,246 49,113回 x 25点 x 10円 = 12,278,250円
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		無し
⑫その他		本技術で使用される薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSは、現在、世界の20言語に翻訳され、30カ国以上の現地語で評価が可能な世界標準の臨床評価尺度であり、開発国日本での更に広い普及とエビデンスの構築が望まれる。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献 1	1) 名称	The longitudinal trends in the relationship between drug-induced extrapyramidal symptoms and personal and social performance in a population of the patients with schizophrenia
	2) 著者	Park IJ, Jung DC, Hwang SS, Jung HY, Yoon JS, Kim CE, Ahn YM, Kim YS
	3) 概要 (該当ページについても記載)	A latent growth model. Psychiatry Res. 2016 Apr 30;238:33-39.
⑭参考文献 2	1) 名称	Effects of Shakuyaku-Kanzo-to on Extrapyramidal Symptoms During Antipsychotic Treatment
	2) 著者	Ota T, Miura I, Kanno-Nozaki K, Hoshino H, Horikoshi S, Fujimori H, Kanno T, Mashiko H, Yabe H
	3) 概要 (該当ページについても記載)	A Randomized, Open-Label Study. J Clin Psychopharmacol. 2015 Jun;35(3):304-307.
⑭参考文献 3	1) 名称	The influence of switching from risperidone to paliperidone on the extrapyramidal symptoms and cognitive function in elderly patients with schizophrenia
	2) 著者	Suzuki H, Gen K, Inoue Y, Hibino H, Mikami A, Matsumoto H, Mikami K
	3) 概要 (該当ページについても記載)	a preliminary open-label trial. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Jan;18(1):58-62.
⑭参考文献 4	1) 名称	Effects of risperidone and olanzapine dose reduction on cognitive function in stable patients with schizophrenia
	2) 著者	Takeuchi H, Suzuki T, Remington G, Bies RR, Abe T, Graff-Guerrero A, Watanabe K, Mimura M, Uchida H
	3) 概要 (該当ページについても記載)	an open-label, randomized, controlled, pilot study. Schizophr Bull. 2013 Sep;39(5):993-998.
⑭参考文献 5	1) 名称	Triiodothyronine may be possibly associated with better cognitive function and less extrapyramidal symptoms in chronic schizophrenia.
	2) 著者	Ichioaka S, Terao T, Hoaki N, Matsushita T, Hoaki T
	3) 概要 (該当ページについても記載)	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2012 Oct 1;39(1):170-174.

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284216

申請技術名	特定薬剤副作用評価加算
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

特定薬剤副作用評価加算

算定要件の拡大

特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回に限り)

<算定要件>

- 抗精神病薬を服用中の患者に対して、客観的な指標(DIEPSS)を用いて、薬原性錐体外路症状の評価を行った場合算定する。

外来

- 通院・在宅精神療法
(30分以上の場合に算定可能)
- 精神科継続外来支援・指導料



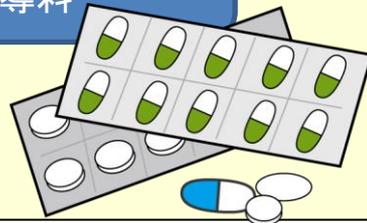
入院

- 入院精神療法(I)
入院後3ヶ月以内に30分以上行った場合に算定可能

算定要件の拡大

外来

- 通院・在宅精神療法
(30分以上の場合に算定可能)
- 精神科継続外来支援・指導料



医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284217
申請技術名	疾患別リハビリテーション料（加算）
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：疾患別リハビリテーション料（加算）
追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	H
診療報酬番号	000～003
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	精神疾患をもつ患者のリハビリは、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等のベッドを長期利用せざるをえない状況がある。また、リハビリを実施できても精神症状が障壁となり、より長期の期間を要する傾向があるが、精神科棟で時間をかければ障害のない人と同様に回復する可能性はあると報告されている。精神科専門療法と並行してリハビリを実施するには、専門的かつ、経験的に高度なテクニックが必要。
再評価が必要な理由	現在精神科での長期入院者では2割の方が身体合併症や身体的機能低下のために退院が出来ない状況に置かれている。この状況を改善するには、ADLの改善が必須であり、理学療法士等の個別介入が必要である。

【評価項目】

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

は寺を増よえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	疾患別リハビリテーションに準じる。 病棟には精神保健指定医が診察できる状況がある。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		身体リハビリテーションを行うことにより、ADL向上が見込まれるため、むしろ安全性は向上することが見込まれる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くいるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関与していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。また、精神疾患があっても身体リハビリテーションを受けることが出来ることは、倫理上も妥当である。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	- - -
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	プラス 4,082,400 年間実施数を27216名と仮定した場合、15点の加算がつくことで4082400円の増加が想定されている。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		無し
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑭参考文献 1	1) 名称	大腿骨頸部骨折患者の歩行機能とその予測に関する検討, 理学療法科学, 32(1): 29-34, 2017
	2) 著者	上菌 紗映, 加藤 宗規
	3) 概要(該当ページについても記載)	7年3ヶ月間に当院で大腿骨頸部骨折の術後リハを受けた87名について年齢などの基礎情報と歩行能力について調査し重回帰分析を行った。また、予測式からの予測と、開始時FIMからの予測を組み合わせ検討した。受傷前歩行が可能であれば、一般病院でのリハが実施困難でも45.5%の患者が歩行再獲得した。また、予後予測式についても検討し、2つの予測で基準を満たした場合、自立の正答率は87.5%であった。予測の正答率は比較的高く、有用であると考えられた。
⑭参考文献 2	1) 名称	精神疾患患者の自殺行為後の外傷に対する理学療法, 理学療法科学34巻Suppl. p473
	2) 著者	佐々木 紗映, 林 光俊, 平川 淳一
	3) 概要(該当ページについても記載)	1年半に精神科病棟に入院した11名の精神疾患に多発外傷を合併した患者のアウトカムについて調査し、バーサルインデックスで平均68.2点から95.9点まで向上していたが、入院は平均8.4ヶ月と長期化する傾向があった。しかし、自宅退院へつなげられている症例もいるため、精神・身体両面に同時に介入することに意義がある。
⑭参考文献 3	1) 名称	飛び降りによる多発外傷患者に対する理学療法のアウトカム, 第33回東京都理学療法学会大会抄録集, P39
	2) 著者	奥出 聡, 濱田 賢二, 篠塚 信行, 林 光俊, 平川 淳一
	3) 概要(該当ページについても記載)	平成18年から25年10月までの期間に精神科病棟にリハビリ目的で入院した自殺企図による外傷患者97名のうち、飛び降りにより多発外傷を受傷した患者64名を対象に調査を行った。障害数は延べ298件、脳損傷を含む頭部外傷14件、脊髄損傷7件、切断2件、臓器損傷22件、骨折245件、軟部組織損傷などその他外傷は8件で1人当たりの外傷数は平均4.5±2.2件であった。入院時FIMは74.3±27.7点で退院時は108.1±22.4点で有意に向上していた。退院先は自宅が44件と最も多く、精神科への再入院は12例、介護施設などの施設入所7例、療養型病院への転院1例で、リハビリ終了後に地域に変えることが出来た患者が多かった。
⑭参考文献 4	1) 名称	精神神経的管理を要した整形外科疾患, 整形外科と災害外科, 36(2): 677-681, 1987
	2) 著者	平野 真子ら
	3) 概要(該当ページについても記載)	高度の精神障害を有する患者は、一般病棟での管理は困難で特有の様々な問題が生じる。その治療には精神科医と整形外科医が協力して当てる必要があり、治療上の合併症は多いものの、十分な精神管理が出来れば整形外科疾患の予後は決して悪いものではない。
	1) 名称	精神疾患患者に合併した大腿骨頸部骨折に対する人工骨頭置換術の治療成績 一公的医療機関における連続51症例の検討
	2) 著者	吉田 滋之, 牛田 正宏, 齋藤 正彦

⑩参考文献 5

3) 概要 (該当ページについても記載)

受傷機転は転倒が44例、飛び降りが1例、不詳6例。入院までの期間は平均10日、最長36日、入院から手術までの期間は平均7.4日、最長22日であった。合併する精神疾患は投合失調症29例、認知症11例、うつ病3例、てんかん性精神病、精神発達遅滞、アルコール依存症、薬物依存症各2例であった。51例の全例で骨折以外の身体的基礎疾患を有していた。術後に受傷前の歩行機能を獲得したのは43例(66.7%)で、受傷前の水準より低下したものの16例(31.4%)、改善したものの1例(1.9%)であった。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284217

申請技術名	疾患別リハビリテーション料（加算）
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

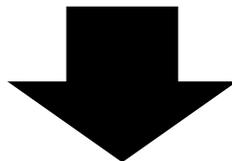
--

技術名：疾患別リハビリテーション料（加算）

【現状】

現在精神科での長期入院者では2割の方が身体合併症や身体的機能低下のために退院が出来ない状況に置かれている。この状況を改善するには、ADLの改善が必須であり、理学療法士等の個別介入が必要である。

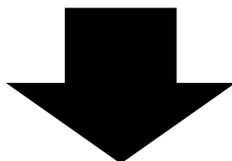
しかし



【問題点】

- ・精神特性を理解した理学療法士が少ない
- ・労力は非常に多大で現行の疾患別リハビリテーション料では賄いきれない。

そこで



【現在当該疾患に対して行われている治療との比較・有効性（問題解決の提案）】

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。大腿骨頸部骨折・転子部骨折については、精神疾患のない患者についての先行研究と比較して、有意差がないものも報告されている。精神科専門療法と並行してリハビリを実施するには、専門的かつ、経験的に高度なテクニックが必要である一方、その労力は非常に多大である。そのため、**精神疾患の知識のある理学療法士が個別に疾患別リハビリテーションを実施した場合に疾患別リハビリテーションの単位(1単位20分)につき15点の加算を算定出来るようにする。**

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	284218
申請技術名	疾患別リハビリテーション料（算定期限超え除外）
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：疾患別リハビリテーション料（算定期限超え除外）
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	H
診療報酬番号	000～003
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	精神疾患をもつ患者のリハビリは、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等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。
再評価が必要な理由	上菌らは、「7年3ヶ月間に当院で大腿骨頸部骨折の術後リハを受けた87名について年齢などの基礎情報と歩行能力について調査し重回帰分析を行った。また、予測式からの予測と、開始時FIMからの予測を組み合わせ検討した。受傷前歩行が可能であれば、一般病院でのリハが実施困難でも45.5%の患者が歩行再獲得した。また、予後予測式についても検討し、2つの予測で基準を満たした場合、自立の正答率は87.5%であった。予測の正答率は比較的高く、有用であると考えられた。」と報告しており、一般病院でリハビリに載らなかった精神疾患患者でもリハビリを実施することで歩行を再獲得できることを示している。しかし、歩行が自立した患者のリハビリ実施期間は平均175日であり、長期化する傾向がある。身体的ADLを上げることができることで、地域移行の支援に向けた医療が可能となることから、精神疾患が経験のある指定医により診断されている場合には、算定期限を超えて算定を可能として頂きたい。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	実際には、精神疾患をもともと持っている患者が新しく身体疾患を合併するケースや、身体疾患を受傷したことで付随して精神疾患を発症するケースもある。このようなケースの多くは、精神科医がいない、または、精神科病棟でないで精神科治療が不十分で、結果身体リハに対してのコンプライアンスも低下し、ADLとしては低いままの生活を余儀なくされる。しかし、精神科医のもと、精神科としての専門的な治療を並行して行えば、精神疾患を持っていてもADLを改善することは可能である。しかしながら、ADLが向上するのに時間を要する場合も散見されるため、算定期限日数を超過してしまう場合がある。算定日数制限を超えて算定できる疾患が設定されているが、その中に精神疾患の存在は記載がないため、一定の基準を満たした場合には、精神疾患がある場合は算定期限を超えてもリハビリテーションが実施できるように変更することを要望したい。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在の診療報酬上は身体疾患がある患者に対しての身体リハビリテーションとして位置づけられており、精神疾患を合併しているかどうかについては記載がない。
診療報酬区分（再掲）	H
診療報酬番号（再掲）	000～003
技術名	疾患別リハビリテーション料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	精神疾患と身体疾患を合併している患者でも、精神病棟で精神・身体双方のスタッフが協業することで、身体的ADLを上げることができることは既に報告されている。しかし、算定期限内では収まりきらず、精神疾患の影響で長期化する傾向がある。その為、算定期限上限を超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。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科に勤務する理学療法士数は、概算にて全理学療法士数の0.1%程度である。その為、提供できるリハビリテーションそのものは現状多くないのが現状である。そのため、増加に関しては大きいものにはならない予定である。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 27,216 後の症例数（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
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神・身体の重複障害を持つ患者への対応については、技術・知識の成熟度が必要である他、適切に精神科医のフォローがある状態が好ましいため、一定の施設基準は必要である。

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神科が標榜されており、当該患者が精神科病棟に入院していること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	リハビリテーション実施時に、適宜精神科医のサポートが受けられる状況にあること。 理学療法士又は作業療法士が行うものであること。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	精神・身体の重複損傷に対して対応するための知識・技術を補完するため、必要とされる研修会へ参加すること。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		運動機能の向上に伴い、転倒予防や、身体機能低下の予防が期待できるほか、より多くの医療スタッフが精神・身体状況に目を配ることになるため、医療における安全性はより向上する。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		精神科では患者の高齢化やそれに伴う身体合併症の多さも問題になっている。また、自殺未遂により多発外傷を負う患者が多くいるものの、その受け入れ先がなく、救命救急センターのベッド不足に間接的に関与していると思われる。そのため、精神科で身体合併症に対して対応できることは、社会的にも妥当性がある。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	- - -
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	プラス 730,944,000 全体像が把握できていないため、平川病院をモデルケースとして、概算。施設基準は最も高い点数にて算出しているが、多くの病院はより低い基準で行っていると予想されるため、さらに金額は下がる可能性あり。全体としては把握が出来ないが、ADLが上がらないことで、看護・介護への負担が増え、機械浴の導入や、今後病院の改修などが必要になってくるケースがあると考えられる。また、ADLが上がれば退院できる可能性がある患者の在院期間もADLが低いままでは長くなることが予測される。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		無し
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		無し
⑭参考文献 1	1) 名称	大腿骨頸部骨折患者の歩行機能とその予測に関する検討, 理学療法科学, 32(1): 29-34, 2017
	2) 著者	上菌 紗映、加藤 宗規
	3) 概要(該当ページについても記載)	7年3ヶ月間に当院で大腿骨頸部骨折の術後リハを受けた87名について年齢などの基礎情報と歩行能力について調査し重回帰分析を行った。また、予測式からの予測と、開始時FIMからの予測を組み合わせ検討した。受傷前歩行が可能であれば、一般病院でのリハが実施困難でも45.5%の患者が歩行再獲得した。また、予後予測式についても検討し、2つの予測で基準を満たした場合、自立の正答率は87.5%であった。予測の正答率は比較的高く、有用であると考えられた。
⑭参考文献 2	1) 名称	精神疾患患者の自殺行為後の外傷に対する理学療法, 理学療法科学34巻Suppl. p473
	2) 著者	佐々木 紗映、林 光俊、平川 淳一
	3) 概要(該当ページについても記載)	1年半に精神科病棟に入院した11名の精神疾患に多発外傷を合併した患者のアウトカムについて調査し、パーサルインデックスで平均68.2点から95.9点まで向上していたが、入院は平均8.4ヶ月と長期化する傾向があった。しかし、自宅退院へつなげられている症例もいるため、精神・身体両面に同時に介入することに意義がある。
⑭参考文献 3	1) 名称	飛び降りによる多発外傷患者に対する理学療法のアウトカム, 第33回東京都理学療法学会大会抄録集, P39
	2) 著者	奥出 聡、濱田 賢二、篠塚 信行、林 光俊、平川 淳一
	3) 概要(該当ページについても記載)	平成18年から25年10月までの期間に精神科病棟にリハビリ目的で入院した自殺企図による外傷患者97名のうち、飛び降りにより多発外傷を受傷した患者64名を対象に調査を行った。障害数は延べ298件、脳損傷を含む頭部外傷14件、脊髄損傷7件、切断2件、臓器損傷22件、骨折245件、軟部組織損傷などその他外傷は8件で1人当たりの外傷数は平均4.5±2.2件であった。入院時FIMは74.3±27.7点で退院時は108.1±22.4点で有意に向上していた。退院先は自宅が44件と最も多く、精神科への再入院は12例、介護施設などの施設入所7例、療養型病院への転院1例で、リハビリ終了後に地域に変えることが出来た患者が多かった。
⑭参考文献 4	1) 名称	精神神経的管理を要した整形外科疾患, 整形外科と災害外科, 36: (2) 677-681, 1987
	2) 著者	平野 真子ら
	3) 概要(該当ページについても記載)	高度の精神障害を有する患者は、一般病棟での管理は困難で特有の様々な問題が生じる。その治療には精神科医と整形外科医が協力して当ることが必要であり、治療上の合併症は多いものの、十分な精神管理が出来れば整形外科疾患の予後は決して悪いものではない。
	1) 名称 2) 著者	精神科における身体合併症の問題 精神病院合併症病棟と大学病院との比較調査から 梶原 一郎

⑩参考文献 5

3) 概要 (該当ページについても記載)

精神科合併症病棟では大学病院精神科へ合併症のため入院した場合と比較しても、他の精神科一般病棟と比較しても長期入院の傾向があった。精神科合併症病棟の入院長期化の理由として、精神症状、身体症状、家族の受け入れ態勢の3要因が挙げられ、老化の問題が大きく影響していた。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284218

申請技術名	疾患別リハビリテーション料（算定期限超え除外）
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

技術名：疾患別リハビリテーション料（算定期限超え除外）

精神科を標榜している病院において、精神科一般病棟に入院しており、精神疾患を持つ患者を疾患別リハビリテーションの算定期限を超えてもよい疾患に加える。

（要件）

1. 精神科を標榜している保健医療機関へ入院している患者を対象とする。
医師の指導監督のもと、研修をうけた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が算定できるものとする。
2. リハビリテーション実施時に、適宜精神科医のサポートが受けられる状況にあること。
3. 当該患者が精神科一般病棟に入院していること。
4. 療法士は、精神・身体の重複損傷に対して対応するための知識・技術を補完するため、必要とされる研修会へ参加すること。

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較・有効性】

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。大腿骨頸部骨折・転子部骨折については、精神疾患のない患者についての先行研究と比較して、有意差がないものも報告されている。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。

表1 精神疾患を合併した大腿骨頸部骨折・転子部骨折患者の概要

	n	全対象者		
		自立群	非自立群	
n	87	33	54	
年齢	71±12	66±13	73±10	**
男性／女性	33/54	12/21	12/42	*
診断名				
統合失調症	34	10	24	*
うつ病・双極性感情障害	16	10	6	**
アルコール依存症	8	5	3	*
認知症	19	6	13	n.s.
その他	11	3	8	n.s.
リハビリテーション実施日数	153 (82-209)	175 (86-214)	102 (44-186)	n.s.
リハビリテーション開始時のFIM(歩行)	2(1-4)	4(2-5)	1(1-2)	**

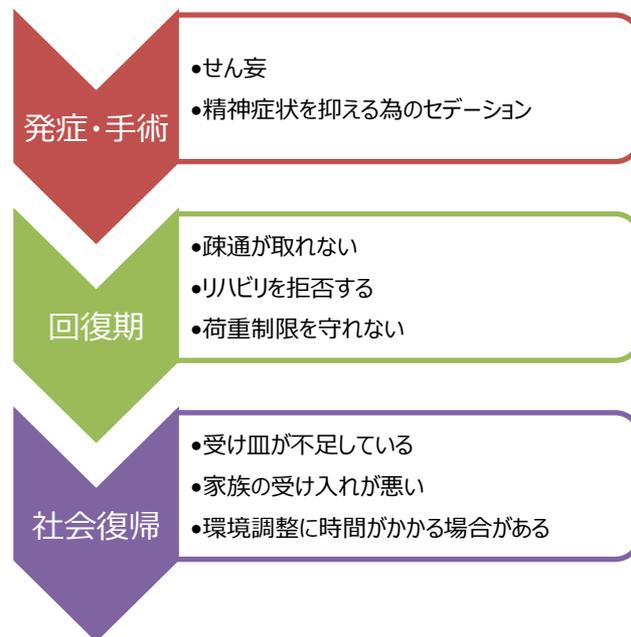


図1 発症から社会復帰までのリハビリテーション阻害因子例

発症から社会復帰までの時期に様々な阻害要因がある。時間をかければ精神疾患が無い患者と同様に回復するが、時間がかかる。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	284219
申請技術名	精神科訪問看護・指導料【1-B 算定要件の拡大(施設基準)】
申請団体名	日本精神科病院協会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名 (直近の技術のみ記載)
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	12
再評価区分 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要 (200字以内)	人員配置について、「精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）」における指示を受ける者に、公認心理師を追加すべきである。
再評価が必要な理由	今般、公認心理師が国家資格化された。この資格は6年間の学校教育に加え、精神科での実習や国家試験合格が求められている。質的にはこの診療報酬が要件としている職種に遜色がない。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 (根拠や有効性等について記載)	公認心理師もこの診療報酬が算定できるようにすること。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神疾患を持つ患者に対して、精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。
診療報酬区分 (再掲)	I 精神科専門療法
診療報酬番号 (再掲)	12
技術名	精神科訪問看護・指導料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	公認心理師はできたばかりの資格であるためエビデンスは存在しない。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	患者数自体は変わらないが、公認心理師が訪問することで回数は増える。
年間対象者数の変化	前の症例数 (人)
	後の症例数 (人)
年間実施回数 の変化等	前の回数 (回)
	後の回数 (回)
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度 (専門性等)	心理学的治療を患家で行うに過ぎないので、成熟していると言える。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を項目毎に)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)
	精神科を標榜する医療機関 正看護師に加え、精神保健指定医師が勤務すること

記載すること)	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	一般社団法人東京臨床心理士会倫理ガイドライン
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全である
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	- - -
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし 特になし 特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	+ 325,602,375 公認心理師が訪問可能となることで、約5%の回数増加が見込まれる。 25種類ある精神科訪問看護・指導料において $\Sigma(\text{点数} \times 10\text{円} \times \text{回数}) \times 5\%$ を影響額として算出。 $6,512,047,490\text{円} \times 5\% = 325,602,374.5\text{円} \approx 325,602,375\text{円}$
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		無し
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		無し
⑭参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

284219

申請技術名	精神科訪問看護・指導料【1-B 算定要件の拡大(施設基準)】
申請団体名	日本精神科病院協会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をみれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科訪問看護・指導料

現在の訪問スタッフは

「保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士」でありそれぞれ役割を持って訪問している。



保健師
(保健指導)



看護師/准看護師
(看護)

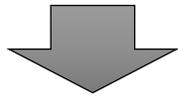


作業療法士
(作業療法)



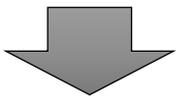
精神保健福祉士
(ケースワーク)

この訪問スタッフに、公認心理師を追加する。



4+2 = 6年の教育を受けるので、
他の職種に比べて遜色ない

心理療法の実施が可能になる + スタッフ人員増加



- ・ 治療効果UP
- ・ 入院予防となり、医療費削減



公認心理師
(心理療法)

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285101	
申請技術名	精神科包括的支援マネジメント料	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
技術の概要（200字以内）	非自発的入院患者などに対し、生活全般を総合的にアセスメントし入院治療計画を策定する。これに従い短期集中的に治療を行い、退院に向けての包括的支援計画を策定し多職種によるチーム会議にて方針を共有する。退院1か月後、その後3か月毎をめぐり、他機関との定期的包括支援会議を行いながら支援計画を作成、修正していく。これら一連の管理を評価する	
対象疾患名	精神疾患全般	
保険収載が必要な理由（300字以内）	精神科以外の一般科ではNSTや認知症ケアチームなど多職種協働に関する評価がされているが、精神科での多職種協働によるチーム医療が退院支援において再入院を抑制できることが明確になってきているにもかかわらず、評価されていない。 協働の場であるカンファレンスについてもその効果は明らかだが、時間や手間がかかる上に診療報酬上の裏付けもないため、なかなか開催できない現状がある。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	精神疾患で入院または外来通院者（退院後1年以内）で、包括的支援マネジメント導入基準（別紙1）のC基準に1つでも該当した者		
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	対象となった者に対し、 ①A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題からなる総合アセスメントシート（別紙2）に基づき、アセスメントを実施。 ②医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等からなる多職種によるチーム会議の開催 ③支援計画の作成 ④計画に基づく入院3ヶ月以内の短期集中的な管理 ⑤退院時に地域の相談専門員や就労継続支援事業所等を交えた包括支援会議の開催 ⑥包括的支援計画の作成 ⑦退院一か月後、その後3か月に一回、他機関と定期的包括支援会議と計画作成 ⑧地域定着(概ね1年以内)をメドに包括的マネジメントを終結する。		
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	区分をリストから選択	特になし
	番号 技術名	- -	
	既存の治療法・検査法等の内容	該当なし	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	①福祉サービス利用による地域定着率の増加 ②再入院予防 ③就労者の増加		
⑤ ④の根拠となる研究結果	川副泰成：精神科医療機関における多職種連携によるケースマネジメント、「精神科」、VOL33、NO3、2018 外来患者に対するケースマネジメント導入群と非導入群の特徴を探索的に検証。その結果、ケースマネジメント導入群において、地域福祉サービス(特に就労継続B型や地域活動支援センター、手帳の取得)につながっていた。		
	エビデンスレベル	5	
⑥普及性	年間対象患者数(人)	-	
	国内年間実施回数(回)	-	
※患者数及び実施回数の推定根拠等			

<p>⑦技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） 	<p>特になし</p>
<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> <p>標榜科：精神科</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来に専任の医師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 ・地域福祉サービス等と連絡会などを開催するなど、連携が取れていること。 <p>厚生労働行政推進調査事業「精神障害者の地域生活支援を推進する研究」(研究代表者：藤井千代)で作成したマニュアルに準拠すること</p>
<p>⑧安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>該当なし</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>-</p>
<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p>	<p>妥当と思われる診療報酬の区分</p> <p>点数(1点10円)</p> <p>その根拠</p> <p>B 医学管理等</p> <p>1300点</p> <p>カンファレンス時間60分とし、人件費分(医師、看護師、OT、精神保健福祉士等) 1187点+プラン作成費100点=1287点</p>
<p>関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p> <p>C 在宅医療</p> <p>A246 入退院時支援加算 A311 院内標準診療計画加算 I011 精神科退院指導料 I002-2 精神科継続外来支援・指導料 I002-3 救急患者精神科継続支援料</p> <p>入退院時支援加算 1200点~190点 院内標準診療計画加算 200点 精神科退院時指導料 320点~520点 精神科継続外来支援・指導料 55点 救急患者精神科継続支援料 135点~435点</p> <p>A246 入退院時支援加算：患者が安心・納得して退院して、早期に住み慣れた地域で療養や生活が継続できるよう、施設間の連携を推進する。退院支援計画を作成し、患者等に指導を行う。 A311 院内標準診療計画加算：精神科救急病棟や急性期治療病棟において、多職種が共同して計画を作成し、一定期間に退院した場合算定するというもの。 I011 精神科退院指導料：入院期間が一ヶ月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、多職種が共同して、退院後に必要な保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合算定する。 I002-2 精神科継続外来支援・指導料：入院中の患者以外の患者について、医師及び多職種が患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況等、療養生活環境を整備するための支援を行った場合算定する。 I002-3 救急患者精神科継続支援料：精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したのに対して、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合算定する。</p>
<p>予想影響額</p>	<p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額(円)</p> <p>その根拠</p> <p>マイナス</p> <p>24,890,270,000</p> <p>○平成29年度厚生労働省「患者調査」資料では、精神疾患を有する外来患者数は389.1万人とされている。このうち病院に通院している患者は約41%であり、包括的支援マネジメントを提供できる診療所は数少ないことから、影響額の計算上は病院に通院する患者(159.5万人と推定)を対象とする。 ○藤井、川副ら※)の研究によると「包括的支援マネジメント」の必要者割合は外来患者の約10%と言われている。このことから、包括的支援マネジメントの対象者数は、約16万人と考えられる。 ○包括的支援マネジメントの頻度は、①退院前、②退院一ヶ月後、③退院三ヶ月後、④退院六ヶ月後、⑤一年後の計5回カンファレンスと計画作成を最低限とし、一回あたり1300点、一人当たり6500点となるため、1年間で総額16万人×65000円=1,040,000万円の医療費が必要となる。 ○一方で、1年間に精神科病院から退院する患者は33.6万人と推計され(平成28年3月退院者28000人より推計)、現状ではそのうち40%が1年以内に再入院する。包括的支援マネジメントを先行的に実施している旭中央病院の1年間の再入院率(統合失調症圏のみ)は約14%であり、包括的支援マネジメントの実施により仮に再入院率が30%となった場合、33200人が再入院を避けることができることになる。 ○精神科病床への新規入院者(再入院を含む)の平均在院日数は129日であり(精神保健福祉資料より)、精神科病床のうち最多を占める15対1の入院基本料824点/日を基準とすると、1年間で33200×8240円×129日=3,529,027万円の医療費を抑制することができる。</p>

⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	特になし	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況	3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。	
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		
⑬当該技術の先進医療としての取扱	d. 届出はしていない	
⑭その他	-	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本精神科病院協会、 厚生労働行政推進調査事業「精神障害者の地域生活支援を推進する研究」 国立精神・神経医療研究センター：研究代表者 藤井千代	
⑯参考文献 1	1) 名称	精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較
	2) 著者	山口創生他：国立精神・神経医療研究センター
	3) 概要（該当ページについても記載）	「精神医学」第61巻、第一号、P81～P91、2019 【概要】外来患者におけるケースマネジメントの対象患者と非対象患者の特徴を探索的に検証し、ケースマネジメント導入基準アセスメントにおいて、両群の間に有意さを認めた。
⑯参考文献 2	1) 名称	包括的支援マネジメントの必要性に関する精神科通院患者の特徴
	2) 著者	鈴木浩太等：国立精神・神経医療研究センター
	3) 概要（該当ページについても記載）	「臨床精神医学」第48巻、第一号、P125～P131、2019 【概要】包括的支援マネジメントを活用して、その必要な精神障害者の特徴をあきらかとした。
⑯参考文献 3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑯参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑯参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 285101

申請技術名	精神科包括的支援マネジメント料
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科包括的支援マネジメント料

【現状の問題点】

精神科医療は、医師による診療だけでは成立しない。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士、薬剤師などがその専門性を生かし包括的な治療を提供することが重要で、そのような多職種協働によるチーム医療こそが精神科医療の特徴である。しかし例えばチームでの協働作業の場であるケア会議については、時間や手間がかかるにもかかわらず、評価されていない。

退院後の丁寧な支援により、再入院を抑制できることも明らかとなっているが、外来診療においても、障害保健福祉サービスの利用や就労支援をスムーズに行うためには、地域の相談専門員やサービス事業所、職場、学校等を交えた情報共有のための会議が重要である。しかし入院同様、時間や手間がかかるにもかかわらず、評価されていない。

障害福祉サービスの利用に際しては相談支援が実施されているが、医療と福祉の連携は依然不十分であり、精神障害の特性を踏まえた医療的ニーズをより重視したケースマネジメントのあり方に関する検討が必要である。

特に中重度の精神障害者に対しては、入院中から多職種協働による会議を行い、退院後もシームレスな対応が継続するよう地域の専門職との会議を定期的開催する必要がある。

【内容】

中重度の精神障害者(医療サービスの必要性が高い人、例えば非自発的入院、頻回の入院)へ、多職種チームによるアセスメントと治療計画を作成するための「多職種チーム会議」を実施し、計画に基づく質の高い医療継続支援と必要なサービスの提供を行う。また相談専門員やサービス事業者、行政、学校、職場等他機関を交えた「包括的支援会議」を実施し、情報共有のしくみを評価する。

アセスメント方法については、現在、厚生労働行政推進調査事業「精神障害者の地域生活支援を推進する研究」(研究代表者：藤井千代)において、「包括的支援マネジメントのマニュアル」を作成中である。

入院3か月までの診療報酬を手厚くすることにより、早期退院が実現し、また退院後の支援を認めることで短期間での再入院も抑制できる。

【希望する点数】

入院後に行われる多職種による生活機能のアセスメント、治療計画から退院支援のためのケア会議を行った場合に、入院後3か月まで毎月500点

退院後も同様なマネジメントを行った場合、退院後6ヶ月まで毎月300点

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285102	
申請技術名	精神科多職種チームによる回復期治療の強化	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	精神科入院治療では、急性期での退院が出来なくても、1年以内に退院となることが重要である。現在、1年時点での残留率は12%であるが、この数値を在宅移行率で8%以下となることを目指すものである。そのためには、多職種チームが本人を交えてカンファレンスを繰り返す体制を作ることが重要であることが見込まれる	
対象疾患名	精神疾患全般	
保険収載が必要な理由（300字以内）	精神科回復期の治療を強化するために、現在は「精神保健福祉士配置加算（A103-7）」があるだけで、重要な治療期間であるにもかかわらず有効な施策が行われていない。回復期の治療強化では、多職種チームが活発に活動することが重要であり、その中では、専従：指定医、Ns、PSW、専属：OT、薬剤師、公認心理師、さらには、相談支援事業者などが加わって本人も含めて多職種カンファレンスを繰り返す（月に1回以上）。その成果では、在宅移行率が92～95%に到達することを目標とする。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	急性期で退院できなかった全ての精神疾患を対象とする。		
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	-		
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	B	医学管理等
	番号	A103	
技術名	精神保健福祉士配置加算		
既存の治療法・検査法等の内容	精神保健福祉士が専従で配置されて地域移行を促進する。		
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	目標は退院ではなく、在宅への移行であり、ハードルは高い。しかも、急性期から連続して1年以内に92～95%の在宅移行を条件としている		
⑤ ④の根拠となる研究結果	平成19年度厚生労働科学研究 伊豫雅臣班「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」での成果		
エビデンスレベル	5		
⑥普及性	年間対象患者数(人)	900	
	国内年間実施回数(回)	828	
※患者数及び実施回数の推定根拠等	全国で30病棟が実施すれば、30人×30＝900（このうち92%の成果）		
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	回復期治療の充実は、これまで強く求められてきた。		
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	全ての病棟が該当する。	
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	専従：指定医、Ns、PSW、専属：OT、薬剤師、公認心理師、さらに、必要に応じて相談支援事業者などが加わる。	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	1年目の在宅移行率が92%～95%	

⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	-
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	-

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	B	医学管理等
	点数（1点10円）	50/ day	
	その根拠	精神保健福祉士配置加算よりも高い	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	B	医学管理等
	番号	A103-7	
	技術名	精神保健福祉士配置加算	
	具体的な内容	-	
予想影響額	プラスマイナス	-	
	予想影響額（円）	-	
	その根拠	残留率の低下が実現すれば、長期療養者については改善できる。	
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）			
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況			
		3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等			
⑬当該技術の先進医療としての取扱			
		d. 届出はしていない	
⑭その他			
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等			
		特になし	
⑯参考文献1	1) 名称	厚生労働省科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究 平成19年度 総括・分担研究報告書	
	2) 著者	伊豫雅臣 他	
	3) 概要（該当ページについても記載）	http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=2007_P9-31_30056A	
⑯参考文献2	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要（該当ページについても記載）	-	
⑯参考文献3	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要（該当ページについても記載）	-	
⑯参考文献4	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要（該当ページについても記載）	-	
⑯参考文献5	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要（該当ページについても記載）	-	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 285102

申請技術名	精神科多職種チームによる回復期治療の強化
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科多職種チームによる回復期治療の強化

入院後1年時点での退院率（平均残存率）は12%と依然として高い。「重度かつ慢性」を除いて、1年以内の退院を促進するためには、精神科回復期における多職種チーム中心の治療集中的にできるように見直し、同時に相談支援事業者等と連携して地域移行促進できるようにする。これにより、長期入院への移行が**8%以下にまで低下**させることを目的とする。

精神科急性期治療（90日以内）
医師(16:1)、Ns(10:1)
+PSW.
急性期クリティカルパス

精神科回復期（91日～1年未満）の強化
急性期治療でも退院に至らなかった患者の1年以内の退院を目指す。多職種チーム（本人、常勤：指定医、専従：Ns・PSW、専属：OT、薬剤師、公認心理師、必要に応じて相談支援事業者）が毎月事例ごとにカンファレンスを実施する。（アウトカムを評価する必要がある）

長期在院患者
（重度かつ慢性）
精神科医療必要度に応じた人員基準

アウトカムの評価：対象患者の1年以内の在宅移行率が92%で100点/日。95%で150点/日が精神保健福祉士配置加算に加えて加算される。

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285103	
申請技術名	精神科作業療法計画策定・管理料	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF）を活用し、残存している機能と障害されている機能をアセスメントした上で、残存能力を明確化し、段階的訓練によってその能力の回復を促す精神科作業療法計画の作成による質の高い介入を評価する。	
対象疾患名	精神疾患すべて	
保険収載が必要な理由（300字以内）	精神科作業療法には、患者の精神機能を見極め、社会生活の参加に向け、IADL・就労など能力の回復を計画的に促す役割が求められるが、以前として病院内での生活を維持するレクリエーションや院内作業が提供され、地域生活移行に向けた効果的な作業療法が必ずしも提供されているとはいえない。また、評価や作業療法計画を立案していない医療機関もある。精神患者の地域生活の継続を推進するためには、これまでの作業療法を見直し、より質の高い効果的な作業療法の提供がされるよう見直す必要がある。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	すべての精神疾患患者が対象												
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	<p>一般病院では、以下の手法による「生活行為向上マネジメント」がリハビリテーション総合実施計画書の中に生活行為向上アセスメントの技法が取り入れられた。また、高齢者の領域では、通所リハビリテーションの中にその考え方が取り入れられている。</p> <p>今回、精神科作業療法計画の作成に関して、下記のツールを活用し、立案する。</p> <p>①「興味関心チェックリスト」を用いて、精神患者の生活の希望と生活の実態を明らかとする。</p> <p>②ICFを活用した精神科生活機能アセスメントを用いて、精神症状を悪化させる生活上の阻害要因を特定し、残存能力と代償能力を明らかにすることで特徴的な行動とその対処方法、訓練することによる調理や掃除、金銭管理、就労などのIADLを中心とした生活機能の自立の可能性を見立てる。</p> <p>③生活上の阻害要因に対する行動変容や特徴的な行動に対する対人技能訓練、IADLを中心とした生活行為の自立を段階的かつ反復的に訓練を組み立て、目標達成に向け、必要な時間の訓練時間や場所を明記した精神科作業療法計画を立案する。</p> <p>④精神科作業療法計画に基づき、本人の望む生活に向けて、急性期は月1回ごと、回復期は3か月ごと、維持期は6か月に一回見直しを行い、計画を立案、継続的管理を行う。</p> <p>⑤患者の状態に応じ、適切に評価した上で、精神科作業療法計画に基づき実施された場合は、実施時間が2時間を標準にかかわらず、精神科作業療法が算定できるようにする。</p>												
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>I</td> <td>精神科専門療法</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>I_007</td> <td></td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>精神科作業療法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td colspan="2">一単位25名に対して、標準二時間の精神科作業療法を提供する。</td> </tr> </table>	区分	I	精神科専門療法	番号	I_007		技術名	精神科作業療法		既存の治療法・検査法等の内容	一単位25名に対して、標準二時間の精神科作業療法を提供する。	
区分	I	精神科専門療法											
番号	I_007												
技術名	精神科作業療法												
既存の治療法・検査法等の内容	一単位25名に対して、標準二時間の精神科作業療法を提供する。												
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	<p>現在、精神科作業療法では評価・計画もなく、病院内での気晴らしとしての集団によるレクリエーションや院内作業が提供され、地域生活移行に向けた計画的な作業療法が必ずしも提供されているとはいえない。精神科作業療法計画を立案し、管理することで、地域生活の自立を目標にIADL・就労などを訓練した場合、再入院を防止し、精神障害者の身の回りの自立だけではなく、精神障害者自身が自分の能力を理解した上で就労などの社会参加を促すことができる。</p>												

⑤ ④の根拠となる研究結果	<ul style="list-style-type: none"> 生活行為向上マネジメントを用いて個別介入を行うことで、社会生活技能が改善され妄想等による自己認識の不適切さといった精神・心理的側面の改善もみられる。 作業療法で地域生活の自立を目標に計画を立案し、IADL・就労などを訓練した場合、再入院する割合が低い。
エビデンスレベル	3 非ランダム化比較試験による
⑥普及性	-
年間対象患者数(人)	-
国内年間実施回数(回)	-
※患者数及び実施回数の推定根拠等	-
⑦技術の成熟度	生活行為向上マネジメントについては、(一社)日本作業療法士協会において、マニュアルの作成および学生教育システムへの導入、事例登録制度による指導者養成などが行われている。精神科作業療法計画についても同様のしくみを構築する予定。
<ul style="list-style-type: none"> 学会等における位置づけ 難易度(専門性等) 	-
<ul style="list-style-type: none"> 施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) 	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 精神科標榜
<ul style="list-style-type: none"> 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 	<ul style="list-style-type: none"> (一社)日本作業療法士協会が開催する精神科作業療法計画作成研修を受講すること
<ul style="list-style-type: none"> その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 	-
⑧安全性	-
<ul style="list-style-type: none"> 副作用等のリスクの内容と頻度 	-
⑨倫理性・社会的妥当性	-
(問題点があれば必ず記載)	-

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	I 350 評価・訂正に概ね1時間を要するため。 ※一口当たり日給料（410,000円/日÷20日）÷6時間=2,417÷2,500円	精神科専門療法
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -	
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠	- - -	
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）		-	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		-	
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない	
⑭その他		-	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし	
⑯参考文献 1	1) 名称	統合失調症者に対する生活行為向上マネジメントによる個別作業療法の効果 -不等価2群事前事後テストデザインによる介入研究-	
	2) 著者	高坂 駿、今井 忠則	
	3) 概要（該当ページについても記載）	第51回日本作業療法学会, SS10-4 生活行為向上マネジメントを用いて個別介入を行うことで、社会生活技能が改善され妄想等による自己認識の不適切さといった精神・心理的側面の改善もみられる。	
⑯参考文献 2	1) 名称	統合失調症患者の再入院に関わる要因	
	2) 著者	島田岳、小林 正義、西 麻耶 他	
	3) 概要（該当ページについても記載）	作業療法, 3(1), 2015 退院後1年の転帰とその要因を検討。入院中の目標指向的な個別作業療法と退院後の良好な外来通院と服薬遵守が再入院の予防に有効である。	
⑯参考文献 3	1) 名称	精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者の回復状況-作業療法参加状況との関連	
	2) 著者	古川 愛実、田中 真、澄川 幸志 他	
	3) 概要（該当ページについても記載）	作業療法35(1), 2016 入院時よりも退院時のほうが作業療法参加頻度は高く、時間も長く、集団への参加も増加する。回復過程と状態像に合わせた関わりが必要である。	
⑯参考文献 4	1) 名称	精神科作業療法と地域定着支援のつながりの検証：退院時の予測とその後の生活を知って	
	2) 著者	苅山 和生、山田 睦、山本 恵理子	
	3) 概要（該当ページについても記載）	臨床作業療法11(6), 2015 回復期中期から後期にかけて、個別で時間的に柔軟な対応を行うことにより地域定着支援につながる。	
⑯参考文献 5	1) 名称	統合失調症の認知機能を改善する個別作業療法の実践	
	2) 著者	島田 岳、西 麻郁、吉田 朋孝、他	
	3) 概要（該当ページについても記載）	作業療法ジャーナル50(1), 2016 個別性の高い目標指向的アプローチにより、主体的・能動的な行動が促進され、認知機能障害と精神症状の改善に好影響を与える。	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 285103

申請技術名	精神科作業療法計画策定・管理料
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

質の高い精神科作業療法計画の策定に対する評価

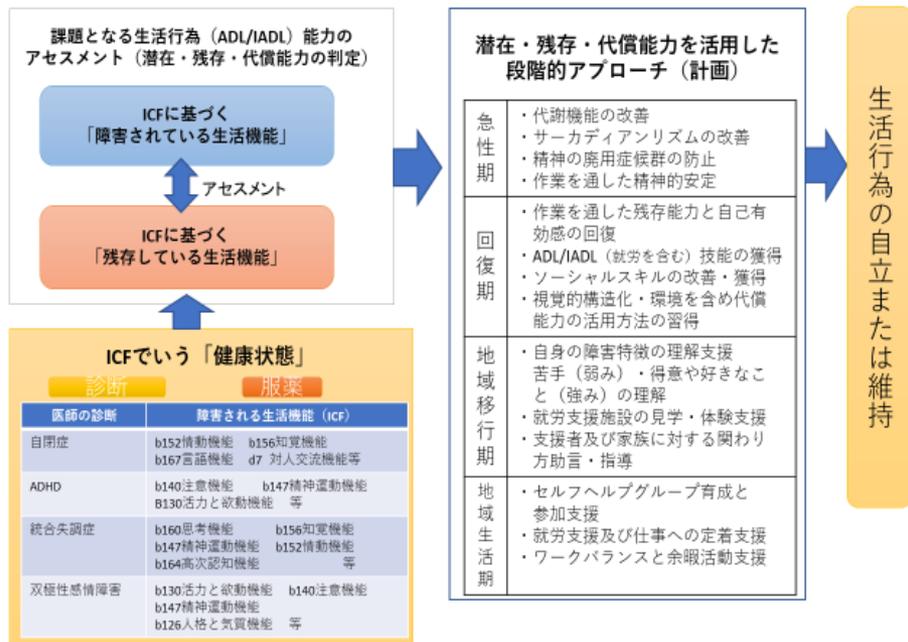
【現状と課題】

- 精神科作業療法は患者の応用的動作能力や社会適応能力の回復を図る非薬物療法として診療報酬上認められている。作業療法は、IADL・就労など能力の回復を計画的に促す役割が求められるが、現状では作業療法評価・計画もなく、病院内での気晴らしとしてのレクリエーションや院内作業が提供され、地域生活移行に向けた計画的な作業療法が必ずしも提供されているとはいえない。
- 一方、作業療法で地域生活の自立を目標に計画を立案し、IADL・就労などを訓練した場合、再入院する割合が低い。
- また、「作業療法の実施時間は患者あたり1日につき2時間を標準」となっているが、救急から地域移行へと進められる中で、状態の安定しない急性期や退院後のフォローアップなど、個別の精神科作業療法計画を策定するためには、現状のフレームの中で実施は難しく、別途策定にかかる時間及び評価が必要である。
- 精神患者の地域生活の継続を推進するためには、これまでの作業療法を見直し、計画に基づく新たな状態別の柔軟な実施が必要である。

【対策と要望】

- 地域生活に対する適切な目標設定に基づく作業療法計画を立案し、退院に向けて作業療法を状態に合わせて管理していることを評価。
- 精神科作業療法計画を作成し、急性期は月1回ごと、回復期は3か月ごと、維持期は6か月に一回見直しを行う。
- 患者の状態に応じ、適切に評価した上で、精神科作業療法計画に基づき実施された場合は、実施時間が2時間を標準にかかわらず、算定できるよう柔軟な対応ができるようにする。

生活行為の自立に向けた精神科作業療法計画のあり方



精神科作業療法計画の実際

年齢：30歳代 性別：女 疾患名：妄想性障害		本人の目標：仕事が出来ようになり、普通の人と同じように結婚できるようになりたい。	
生活機能の評価			
障害されている生活機能 (弱み)		残存している生活機能 (強み)	
b152 情動の範囲が狭く、人との情緒的交流が苦手 b167 非言語の入出力ともに苦手 b710 以上から基本的な悪いやり方や尊敬などの対人交流が苦手 b164 認知の柔軟性が低く、常同的こだわりが強い		b126 異面目 b117 知的に高い d210 課題の遂行機能は高い d230 決まった枠の中で組み立てると日課や日常生活の遂行できる d350 はっきり意志表示ができる	
残存・潜在能力のアセスメント結果			
他者の思いが理解できず、他者との交流が難しいものの、服薬された人間関係であれば、その中で意思表示をしながら、対人交流も対応できるかもしれない。ただし、周りの理解は必要。予期せぬことに対応できないが、行動パターンを決めると、作業遂行能力は高いので、本人の病気や特性を支援者が理解すれば、就労支援施設への社会適応は可能か。			
	急性期	回復期	退院支援期
作業療法 の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ 服用症候群の予防 ○ 意識・睡眠・活力と欲動機能の改善 ○ 評価と作業療法計画立案 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 睡眠、注意や記憶、思考機能の回復 ○ 日課の管理・遂行機能の回復 ○ ストレスと心理的欲求への対処の獲得 ○ 対人交流技術の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ストレスと心理的欲求の対処方法の確認 ○ セルフケアの獲得 ○ 就労能力の評価と支援
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主に病棟内での運動プログラム (60分) ○ 生活の目標と評価に基づく国際生活機能分類 (ICF) を活用した強みと弱みのアセスメント、作業療法での練習内容の本人との合意 ○ 入院の振り返り 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人のしたい作業を利用した練習 ○ 入院生活及び作業療法課題の遂行練習 ○ ソーシャルスキルトレーニング ○ 集団での運動プログラム 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人のしたい作業を利用した練習 ○ 調理・金銭管理等のセルフケアの練習 ○ ソーシャルスキルトレーニング ○ 職業適性検査や就労に向けた支援の情報提供、ハローワークとの連携
本人の 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活機能の強みと弱みを理解した上で、自分プランの作成 ○ 運動プログラムへの参加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ セルフモニタリングノートの記載 ○ プログラムへの参加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ クライシスプランの作成 ○ プログラムへの参加
主な 連携	○ 院内カンファレンスで支援方針の確認・共有		



医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285104	
申請技術名	かかりつけ医との連携加算（うつ病患者等に対するかかりつけ医との連携加算）	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2016年 2018年 提案当時の技術名：うつ病のかかりつけ医と精神科医の連携における、かかりつけ医への逆紹介に対する精神科医連携加算並びにうつ病の精査・治療連携管理料
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	うつ病等の精神障害の疑いにより精神科医連携加算を算定されて紹介された患者を診察し、適切な療養上の指導や諸投薬についての情報提供など治療方針等を示した情報提供を行った場合には、精神科医にもかかりつけ医等連携加算を新設する。	
対象疾患名	うつ病 うつ状態等	
保険収載が必要な理由（300字以内）	一般医がかかりつけ患者にうつ病等の精神疾患の疑いを持った場合、自殺企図等疾患の重大性が明らかな場合だけでなく、一見すると軽症に見えるが実は自殺の危機が迫っている場合もある。精神疾患を疑った場合にはまず精神科医に紹介し、適切な治療方針を立てることが重要である。そのうえで紹介元のかかりつけ医での診療を患者が望めば、かかりつけ医にたいして治療方針や患者・家族への対応方法、病状悪化時の対応等を記載した情報提供を精神科医が行うことが連携治療のためにも、かかりつけ医の対応力向上のためにも必要だが、診療報酬上の評価がかかりつけ医にのみついており、普及の妨げとなっている	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	うつ病、うつ状態等 学童期から高齢者まで全年齢が対象	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	患者の診察に30分から60分を要し、情報提供書の作成にやはり60分程度を要する。1度で完結することもあるが、実際には3～6か月のあいだで複数回の情報提供が必要な場合もある	
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	B
	番号	B005-10-2
・新規性、効果等について③との比較	技術名	ハイリスク妊産婦連携指導料2
	既存の治療法・検査法等の内容	精神科医が産科医および自治体と連携して診療および療養上必要な指導を行った場合、患者一人につき月1回算定 750点
⑤ ④の根拠となる研究結果	-	
⑥普及性	エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択 特になし
	年間対象患者数(人)	年間1000名程度の利用が期待できる
※患者数及び実施回数の推定根拠等	国内年間実施回数（回）	患者一人につき、平均2回の算定として、年間2000回程度
		自殺既遂者の10倍程度自殺未遂者はいると推定されているので年間20～30万人の自殺未遂者がいると推定される。その中で1000名程度が連携加算によって適切な医療に繋がることが期待できる
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神科医としての専門性が必要	
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載する）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	大病院の精神科、精神科病院 精神科診療所
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	精神科医に加えて、精神保健福祉士、公認心理士、精神科診療に熟練した看護師等によるチーム医療が行える施設が望ましい。

と)	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	日本うつ病学会治療ガイドライン等を参考にする事
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	B
	点数（1点10円）	450点
	その根拠	かかりつけ医から精神科医への紹介時に点数が診療情報提供書料250点プラス連携加算200点である
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	I
	番号	I 002
	技術名	通院・在宅精神療法
	具体的な内容	一部の軽症うつ病の診療を精神科医の指導によってかかりつけ医が行うことで、精神科専門療法の算定が減少する
予想影響額	プラスマイナス	-
	予想影響額（円）	780,000,000円
	その根拠	450点×年間2000回とすると、900万円必要だが、1000人が精神科で1年間通院すれば、月当たり2回通院したとして一人年間で24回通院すると、24回×1000人×330点で年間7億9千200万円の精神科専門療法に要する費用となるので、差し引き、7億8千万円程度の医療費削減につながる。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	特になし	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への掲載状況	3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	なし	
⑬当該技術の先進医療としての取扱	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本精神科診療所協会	
⑯参考文献 1	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要（該当ページについても記載）	
⑯参考文献 2	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要（該当ページについても記載）	
⑯参考文献 3	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要（該当ページについても記載）	
⑯参考文献 4	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要（該当ページについても記載）	
⑯参考文献 5	1) 名称	なし
	2) 著者	
	3) 概要（該当ページについても記載）	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 285104

申請技術名	かかりつけ医との連携加算（うつ病患者等に対するかかりつけ医との連携加算）
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

うつ病等患者に対するかかりつけ医との連携加算 日本精神神経学会

【技術の概要】

- うつ病等の精神障害の疑いにより精神科医連携加算を算定されて紹介された患者を診察し、適切な療養上の指導や諸投薬についての情報提供など治療方針等を示した情報提供を行った場合には、精神科医にもかかりつけ医等連携加算を新設する

【対象疾患】

- うつ病 うつ状態等学童期から高齢者まで全年齢が対象

【診療報酬上の取扱】

- B 医学管理等 点数 450点
(かかりつけ医から精神科医への紹介時の点数が、診療情報提供書料250点プラス連携加算200点であるので。)

【既存の診療報酬上の項目】

- ハイリスク妊産婦連携指導料
(精神科医が産科医および自治体と連携して診療および療養上必要な指導を行った場合、患者一人につき月1回算定 750点)

【医療費削減への影響】

- 一部の軽症うつ病の診療を精神科医の指導によってかかりつけ医が行うことで、精神科専門療法の算定の減少が期待できる。
- 450点×年間2000回とすると、900万円必要だが、1000人が精神科で1年間通院すれば、月当たり2回通院したとして一人年間で24回通院すると、24回×1000人×330点で年間7億9千200万円の精神科専門療法に要する費用となるので、差し引き、7億8千万円程度の医療費削減につながる。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285201
申請技術名	精神科在宅患者支援管理料
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	I016
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要(200字以内)	当該管理料1、(イ)の適応患者の拡大、および、管理料の増額 (ロ)行政と会議の簡素化
再評価が必要な理由	<p>(1) この手法による在宅患者の治療は非常に有効で、再入院率は著しく低下している。しかし、対象となる患者が厳しく限定されている(1年以上の長期入院であった者、再入院を繰り返している者についても、過去3ヶ月以内に非自発入院をしている者など)。かなり有効性が認められ、また、措置入院退院後の患者についても手厚い支援が求められている現状を鑑みても、事例の適応拡大は喫緊の課題である。(2) 管理料3,000点は、あまりにも廉価であるので増額が必要。また、事例が重症である場合には、初期(在宅医療開始から3ヶ月以内)においては、月2回以上の訪問診療を要する場合が少なくなく、このような状況に見合った管理料の設定が必要である。</p> <p>医療中断を未然に防ぐような連携、診療体制の構築は喫緊の課題である。医療中断により、病状悪化、遷延化し、社会復帰に難渋し、多大なる労力がかかる。医療中断例を早期に同定し、地域保健福祉機関との連携によるアウトリーチを可能にする体制が必要である。(3) 行政との会議にスタッフ一堂が集まることは非効率的である。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠や有効性等について記載)	(1) この手法による在宅患者の治療は非常に有効で、再入院率は著しく低下している。このために、当該直近の入院が措置入院又は緊急措置入院である者、さらに、再入院を繰り返している者についても、直近2年間に3回以上の非自発入院を繰り返している者まで拡大して欲しい。中断者：60日以上医療中断し、保健所、精神保健福祉センター、市町村担当部署と連携している患者を対象とする。管理料3,000点は、あまりにも廉価であるので増額が必要。また、事例が重症である場合にはクロザピンの使用例など月2回以上の訪問診療を要する場合が少なくなく、このような状況に見合った管理料の増額が必要である。(2) 行政との1月1回の会議にはチームの担当者が出席する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者：「1年以上入院した患者又は入退院を繰り返す者(直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3ヶ月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る」。管理料1(イ)、：単一建物診療患者1人の場合3,000点(月1回)。
診療報酬区分(再掲)	I
診療報酬番号(再掲)	I016
技術名	精神科在宅患者支援管理料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	(1) この手法を行っている医療機関は20医療機関程度と少数であるが、実施している医療機関のデータは、1年以内の再入院率は3分の1程度にまで低下しており、有効性は明らかである。(2) さらに、措置入院患者の退院後のフォローを充実させる観点からも、対象患者については、措置入院を行った者とする必要がある。(3) 頻回入院患者については、諸外国のACT事例を参考とすると、2年以内に3回以上の入院が標準的である。(4) 管理料については、一般科の在宅訪問診療を参考とした。特に、在宅医療開始直後(3ヶ月以内)については、月に2回以上の訪問診療が必要と認められる事例が少なくない。この点からも、月2回の訪問診療必要例についても見直す必要がある。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-
年間対象者数 前の症例数(人)	60人(20施設)

の変化	後の症例数（人）	180人（60施設）・中断例100人（60施設）
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	360回（月1回算定）
	後の回数（回）	1040回（月1回算定）・中断例2400回（月1回数）
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		既にモデル事業でその効果については実証され、実施後もその効果は認められている。
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科を標榜する保険医療機関が「長期入院者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者に対し、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が計画的な管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催する（集中支援管理料1）。また、これとは別に訪問看護ステーションと連携して定期的な訪問診療を行うことができる（集中支援管理料2）
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	精神科重症患者早期集中支援管理料1の算定においては、常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士の各1名からなる専任チームが設置され、いずれか1名が以上が当該医療機関において専従であること。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	月に1回以上の訪問診療、週に2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導。上記のチームが週に1回以上カンファレンスを実施し、うち、月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センターと共同して会議を開催する。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		多職種による連携が24時間にわたって行われている
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護等を行う。さらに、措置入院患者の退院後のフォローが容易になる。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	管理料3000点（月1回算定）
	見直し後	管理料4000点（訪問診療月2回実施）
	その根拠	管理料1では、訪問診療が月1回であるが、多職種カンファレンスが週1回、保健所等との共同開催が月1回行われる。特に重症者・リスクの高い場合、クロザピン服用者には月に2回の訪問診療が必要である。
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択 特になし
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	削減 2800万円
	その根拠	再入院率が3分の1になったと仮定すると、120人が3ヶ月間入院する費用（約3億6000万円）が節減される。管理費の増大分（半数が月2回訪問分は1万円×500回、合計約500万円）は僅かである。 中断例：保健所の医療中断による訪問件数は、年間2人/一万人（鎌倉保健所から推計）である。算定施設が60施設が活動すると、一施設の対象範囲が1医療圏（50万人）として、100人となる。その結果、訪問回数を年間24回として、3万円×100人×24回＝7200万円であるが、再入院を3分の1として、3ヶ月間入院すると、1億円の節減されるので、医療費は2800万円削減されることになる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		-
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		-
⑭参考文献1	1) 名称	精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割（平成25年度地域保健総合推進事業）
	2) 著者	日本公衆衛生協会
	3) 概要（該当ページについても記載）	68頁：考察及び提言

⑩参考文献 2	1) 名称	精神障害者アウトリーチ推進事業と保健師への期待
	2) 著者	萱間真美
	3) 概要 (該当ページについても記載)	保健師ジャーナル (医学書院)、68 (4)、2012-4
⑩参考文献 3	1) 名称	精神病床の利用状況調査結果報告
	2) 著者	伊豫雅臣、松原三郎
	3) 概要 (該当ページについても記載)	PDF版として、検索可能
⑩参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-
⑩参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285201

申請技術名	精神科在宅患者支援管理料
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科在宅患者支援管理料

対象患者:1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者。



1. 対象者について、
 - 1) **直近の2年間に3回以上の非自発入院を繰り返している。**
 - 2) 複数回非自発入院歴あるいは措置入院歴があり、60日以上 of 医療中断し、保健所、精神保健福祉センター、市町村担当部署と連携している。
2. 算定期間について、**1年間とする。**
3. 構成メンバーとして、公認心理師を加える。
4. 行政との会議は、チーム一堂ではなく、担当者が出席することで可能とする。
5. 管理料について、重症者には月2回訪問が必要であり、
管理料1:3000点(月1回訪問診療)
管理料2:**4000点(月2回訪問診療)**とする。
(治療抵抗性統合失調症治療クロザピンでは、2週間に一度の血液検査観察を要する)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285202
申請技術名	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合 過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：平成28年度（2016年） 提案当時の技術名：クロザピン療法に関するI 013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の増点とI 016精神科重症患者早期集中支援管理料の算定要件の緩和
追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	I013
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	クロザピンは治療抵抗性統合失調症に有効で国際的にも推奨されているが、我が国での使用頻度は極端に少ない。導入後1カ月以内に生じる重篤な身体合併症のため敬遠されていると考えられるので、導入直後の点数を手厚くする。また常勤薬剤師のいないクリニックでもこれが算定できるようにする。コンサルトを受けた内科も評価することで合併症への対応を円滑にする
再評価が必要な理由	現在の診療報酬は、クロザピン導入に関わるリスクに見合わないため。 常勤薬剤師のいないクリニックでは算定できないため 顆粒球減少症など重篤な身体合併症が生じた際、コンサルトをうけた内科医の評価が必要なため

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・無顆粒球症（導入後6か月以内にほとんどが出現）や心筋炎（導入後1ヶ月間にリスクが高い）などの重篤な身体合併症の存在と、これに対する頻回のモニタリングのため、精神科の日常臨床では大変手間がかかり、これがクロザピンが敬遠される理由である。また合併症が発生したときは一般科へ転棟・転院する必要があることが多く、精神科での診療報酬上の裏付けはなくなる。 ・特に導入後1か月間の身体的モニタリングは精神科医師には負担となることが多いため、病院内に多職種による委員会を設置し、クロザピン治療に対し主治医に助言・指導を行える体制を作り、本剤による治療の促進を図る。 ・現在の施設基準では常勤薬剤師のいない精神科クリニックでは算定できない。紹介元の病院に設置する委員会に報告書を提出することでクリニックでも算定できるようにする ・顆粒球減少や高血糖などが生じ、他の医療機関内科にコンサルトする場合、これが円滑に行われ、さらに内科の方にもその内容を記録する必要がある。内科側にもこの指導管理料がとれるようにする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象：クロザピンを投与している統合失調症患者 届出を行った医療機関で、対象者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、薬剤を投与したときに月1回500点算定可。 施設基準：当該保険医療機関で、統合失調症の治療、診断を行うために十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師を配置
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	I013
技術名	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-
年間対象者数の変化 前の症例数（人）	8399人（2019年4月現在）
後の症例数（人）	28399人

年間実施回数 の変化等	前の回数（回） - 後の回数（回） -		
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		現状と変化なし	
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	<ul style="list-style-type: none"> ・CPMS（クロザリル患者モニタリングサービス）登録され、多職種による院内クロザピン委員会が設置された病院 ・多職種による院内クロザピン委員会を設置し、クロザピン導入の適応や同意取得の確認を行う。同委員会は副作用などのモニタリングについて適切な助言・指導を行う。 ・主治医はクロザピン導入後、所定の書式で副作用や効果について報告する。毎週採血が必要な導入後26週までは毎週、それ以降は隔週とする。 ・同委員会はCPMS登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMSコーディネータ業務担当者などを含む構成員によって、少なくとも月に1回以上開催し、クロザピンの治療状況を適切に把握する。 ・薬剤師の勤務しない診療所においてクロザピンを使用する場合は、紹介医療機関等のクロザピン委員会に報告する ・身体合併症に関してコンサルトを受けた内科医師はその内容と対応方法を診療録に記載し、主治医とクロザピン委員会に書面で報告する。 	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	CPMS登録医（常勤医師）、クロザリル管理薬剤師（常勤薬剤師）、CPMSコーディネータ業務担当者	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	-	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		現状と変化なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特になし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前	500点/月	
	見直し後	500点/週（4週まで）、300点/週（26週まで）、300点/隔週（それ以降）、 コンサルトを受けた内科：300点/1回	
	その根拠	クロザピン使用後26週までは、毎週1回は採血し（それ以降は2週に1回）、継続の可否を判定しているため、採血の度に算定することはクロザピンを使用するモチベーションになる	
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択	特になし
	番号	-	
	技術名	-	
	具体的な内容	-	
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	マイナス 3,000,000,000	
	その根拠	<p>「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業）によると、クロザピン適応のある長期入院患者は2.8万人と推計している。現在8399人がクロザピンを使用しているため、あと20000人に対しクロザピンを使用すると仮定し、そのうち副作用のため50%が脱落、残りが継続できたとする。現在行われている分は無視すると、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・増点によりかかる経費は、500×4（4週まで）+300×22（26週まで）+300×13（52週まで）=12500（点） 12万5千円×1万人=12億5千万円 となる ・これに対し、参考文献⑤より、長期入院患者の70%が外来へ移行できるならば、一人あたりの年間の入院費を400万円と見積もっても、400万円×1万人×0.7=280億円の医療費削減 <p>せいぜい10%しか外来へ移行できなかったとしても、400万人×1万人×0.1=40億円 であり、30億円近い医療費削減になる</p>	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		-	
⑫その他		-	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神科病院協会	

⑩参考文献 1	1) 名称	当院における病床削減の取り組み ～クロザピン治療と精神科救急病棟の相乗効果
	2) 著者	水野謙太郎 (医療法人如月会若草病院)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	精神科救急 20: 55-58, 2017. 精神障害者の生活の場を入院医療中心から地域生活中心への移行を目指す「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が厚生労働省より提示されて10年以上が経過した。厚生労働省の統計では2013年に1年以上入院している患者数は19.2万人、2012年の新規入院者のうち1年以上入院している患者数も4.5万人と推定されており、その3分の2は統合失調症患者が占めている。若草病院(以下、当院)では以前から外来中心の医療を目指した取り組みを行ってきたが、筆者が法人理事長となった2010年からの5年間で、稼働病床数を174床から106床まで削減した。そして、病床削減による人的資源を退院患者の生活支援に活用することで、治療システムの改革を行った。これにはクロザピン治療と精神科救急入院料病棟(精神科救急病棟)の相乗効果が大きく影響をしている。

⑩参考文献 2	1) 名称	クロザピンはどのくらい早いタイミングで導入可能か?
	2) 著者	榎本哲郎, 伊藤寿彦, 早川達郎, 塚田和美 (国立国際医療研究センター国府台病院精神科)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	精神科救急 18: 35-39, 2015. クロザピンは治療抵抗性統合失調症に使用する抗精神病薬である。「治療抵抗性」の定義から, 日本においては統合失調症に使用する抗精神病薬として最速で3番目に使用できる薬剤である。「病歴が長い症例に対するクロザピンの効果」国府台病院(以下, 当院)では2012年10月時点で治療抵抗性統合失調症55例にクロザピンを導入した。この55例は, 平均罹病期間(±標準偏差)が18.8(±9.8)年と病歴の長い症例であった。全症例に対してクロザピン導入前日以前治療薬(抗精神病薬)を中止し, クロザピンを単剤で投与した。クロザピンを1ヵ月以上継続できた症例(n=51)では, クロザピン開始時と比較し, 1ヵ月後, 3ヵ月後, 6ヵ月後, 12ヵ月後にBrief Psychiatric Rating Score(BPRS)総点の平均値は有意に減少していた。また1ヵ月後と比較して6ヵ月後, 12ヵ月後もBPRS総点の平均値は有意に減少していた。
⑩参考文献 3	1) 名称	当院の重度かつ慢性入院棟における退院促進の取り組み
	2) 著者	矢田勇慈 (岡山県精神医療センター)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	日本社会精神医学会雑誌 25(4): 381-381, 2016. 重度かつ慢性統合失調症患者の地域移行を絶え間なく続けるためには, 早期より全人的にケースを把握し, 個別性に合わせた多職種チーム医療を実践することが重要である。岡山精神医療センターでは, クロザピンの均てん化など生物学的予後の改善を図るとともに, 地域生活能力の向上や退院先の確保など心理社会的なケアを重視し, 職員の増員, 専属配置を行った。今回は, 試行錯誤する当入院棟の具体的な取り組みとして早期アセスメントカンファレンス, 入院患者自助グループ活動, 地域産業との地続きの交流など, 構造面での退院促進のエッセンスについて発表する。また, 治療抵抗性統合失調症の地域移行に大きな可能性を与えるクロザピンは実臨床ではしばしば導入が遅れている。しかし, クロザピンを試さずして漫然と重度かつ慢性が続くことは避けるべきである。
⑩参考文献 4	1) 名称	精神保健介入効果研究
	2) 著者	Dennis A. Revicki
	3) 概要 (該当ページについても記載)	Schizophrenia Frontier 1(1): 43-49, 2000. 精神保健介入効果研究は臨床的, QOL, 医療費の各介入効果に及ぼす治療の影響に焦点を当てる。さまざまな試験から得られた根拠によって, clozapineが費用効果の高い神経遮断薬抵抗性精神分裂病の治療薬であることが指摘される。
⑩参考文献 5	1) 名称	治療抵抗性統合失調症55例に対するclozapine使用経験
	2) 著者	榎本哲郎, 伊藤寿彦, 関根慶輔, 安井玲子他 (国立国際医療研究センター国府台病院精神科)
	3) 概要 (該当ページについても記載)	精神神経学雑誌115(9)953-966, 2013 入院中の55例にクロザピンを導入。45例がクロザピン継続中で40例(73%)が外来通院中と, 極めて高い外来移行率が達成できた。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285202

申請技術名	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
クロザリル25mg錠、クロザピン、ノバルティス・ファーマー	22100AMX00660000	2009年6月1日	治療抵抗性統合失調症	87.7円	
クロザリル100mg錠、クロザピン、ノバルティス・ファーマー	22100AMX00661000	2009年6月1日	治療抵抗性統合失調症	309.2円	

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

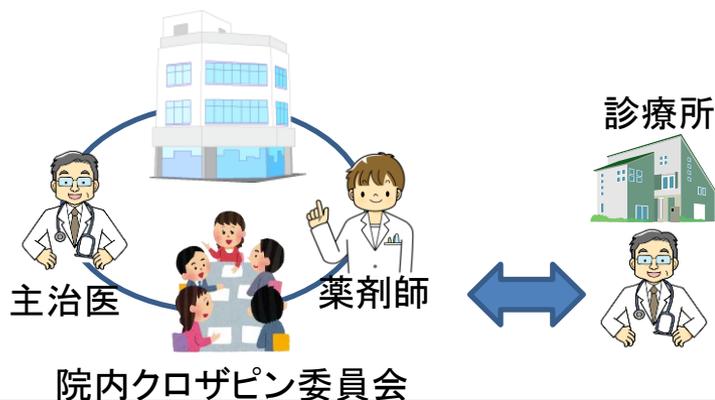
【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料

【現状と問題点】

- ・クロザピンは治療抵抗性統合失調症に有効であり、国際的なガイドラインでも推奨されているが、我が国での使用頻度は極端に少なく、長期入院患者のうち30%を占める治療抵抗性統合失調症患者の1.8%、新たに入院する患者の1%未満に過ぎない。
- ・クロザピンの使用が敬遠される理由に、無顆粒球症（導入後6か月以内にほとんどが出現）や心筋炎（導入後1ヶ月間にリスクが高い）などの重篤な身体合併症の存在と、これに対する頻回のモニタリングにある。合併症が発生したときは一般科へ転棟・転院する必要があり、精神科での診療報酬上の裏付けはなくなる。
- 特に導入後1か月間の身体的モニタリングは精神科医師には負担となることが多いため、病院内に多職種による委員会を設置し、クロザピン治療に対し主治医に助言・指導を行える体制を作り、本剤による治療の促進を図る。
- ・現在の施設基準では、薬剤師のいない診療所はこれを算定できない



【対象】 CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)登録され、多職種による院内クロザピン委員会が設置された病院。同委員会にはCPMS登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMSコーディネータ業務担当者などを含む構成員によって、少なくとも月に1回以上開催し、クロザピンの治療状況を適切に把握する。薬剤師の勤務しない診療所においてクロザピンを使用する場合は、紹介医療機関等のクロザピン委員会に報告するものとする。

【期待される効果】

クロザピン導入早期の診療報酬を手厚くし、クロザピン導入を促進することで、多剤併用患者が減ること、長期在院患者の地域移行が進むことにより、結果として精神科入院治療における診療報酬の減少が見込まれる。(約30億円)

【希望する点数】

1094	導入後4週間	毎週500点
	導入後5～26週間	毎週300点
	それ以降	隔週300点

多職種による院内クロザピン委員会を設置し、クロザピン導入の適応や同意取得の確認を行う。同委員会は副作用などのモニタリングについて適切な助言・指導を行う。主治医はクロザピン導入後、所定の書式で副作用や効果について報告する。毎週採血が必要な導入後26週までは毎週、それ以降は隔週とする。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285203
申請技術名	精神科ショート・ケア、デイ・ケア（児童思春期）
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018 提案当時の技術名：精神科デイケア、精神科ショートケア
	追加のエビデンスの有無 有
診療報酬区分	I
診療報酬番号	008-2、009
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	20歳未満に対する精神科ショート・ケア、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）と専門職の配置を要す。1002の通院・在宅精神療法 注3の加算点数（350点）と同様の加算が必要である。
再評価が必要な理由	20歳未満に対する精神科ショート・ケア、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、公認心理師、精神保健福祉士や保育士など）による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。診療報酬番号1002の通院・在宅精神療法 注3の加算点数（350点）と比し、高度の専門的技術、時間や人員配置の観点から同等以上の評価、加算が必要である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	20歳未満の精神科デイ・ケア、ショート・ケアは、本人のみならず親への指導や関連機関（学校や児童相談所など）との連携が重要であり、児童思春期精神医療に精通した専門スタッフの人員配置と高度の専門性を必要とする。多くの施設では、スタッフを増員し専用のスペースを使用するなど特別な対応を行っている。その有効性を示す文献もある（文献1, 2, 3）。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	【対象とする患者】精神疾患を有するもの【技術内容】地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につきショート・ケアでは3時間をデイケアでは6時間を標準とする。【点数や算定の留意事項】ショート・ケアでは小規模なもの275点、大規模なもの330点。デイケアでは小規模なもの590点、大規模なもの700点。最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	008-2、009
技術名	精神科ショート・ケア、デイ・ケア（児童思春期）
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	日本児童青年精神医学会会員医療機関に対する調査により、20歳未満に対する専門職種のチーム医療と高度の専門的技術による精神科デイ・ケアの有効性が示されている（文献2, 3）。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	20歳未満の放課後等デイ・サービス（福祉）が広く普及しさまざまな問題も指摘されるなか、医療的ケアが必要な場合も多い。一方、20歳未満の精神科デイ・ケア・ショートケア（医療）は精神科デイ・ケア・ショートケア全体の約1%にすぎず、（5573/572627：1か月分実施回数）外来治療・地域生活支援の重要性が指摘される中、極めて不足している。（平成29年の社会医療診療行為別統計）：数字は、ショートケア小規模・大規模とデイケア小規模・大規模の合計を示す。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 17,832 後の症例数（人） 17,832
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 66,876 後の回数（回） 66,876

⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	日本児童青年精神医学会会員医療機関に対する調査により、20歳未満に対する専門職種のチーム医療と高度の専門的技術による精神科デイ・ケアの有効性が示されている（文献1、2）。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	精神科を標榜し、通院・在宅精神療法20歳未満加算を算定している医療機関で、精神科ショート・ケア、デイ・ケアの施設基準を満たすもの 上記の人員配置基準 特になし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	特になし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	なし（現在、加算はない）
	見直し後	350（175）
	その根拠	20歳未満の通院・在宅精神療法を行った場合350点の加算があるが、デイ・ケアの場合同等以上の人員配置と専門性が必要にもかかわらず、評価されていないため評価の整合性がない。（ショートケアはその半分の加算が必要）
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額（円）	196,749,000
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	その根拠	デイケア：加算点数×10×（小規模と大規模の1ヵ月診療実日数）×12ヵ月：350×10×（3796）×12=159432000 ショートケア：加算点数×10×（小規模と大規模の1ヵ月診療実日数）×12ヵ月：175×10×（1777）×12=37317000 高卒男性の生涯賃金24000万と概算すると年間1名社会復帰に相当。
⑫その他	なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし	
⑭参考文献1	1) 名称	日本児童青年精神医学会、日本精神科病院協会
	2) 著者	児童青年精神医学会 医療経済に関する委員会 アンケート調査2 平成30年10月
	3) 概要（該当ページについても記載）	児童青年精神医学会 医療経済に関する委員会 スライド10 回答のあった40施設のうち19施設で、デイまたはショートケアを実施。うち16施設で20歳未満を受け入れていた。71%で専用施設または、空間を分けるなどしており、16施設で中学生以下を10施設で小学生以下を、2施設で就学前を受け入れていた。 65%で基準以上のスタッフを配置し、職種は、看護師、心理士の順に多かった。 20歳未満の利用者は、半数の施設で1日平均10人以下であり、実患者数はほとんどの施設で10人以下であった。 30%の施設では発達障害以外の実患者が6名以上おり、内訳はF4、F3、F2の順であった。
⑮参考文献2	1) 名称	不登校症例の後方視的調査から考える児童思春期デイケアの役割 児童青年精神医学とその近接領域 58巻3号 Page398-408 2017
	2) 著者	木下 弘基, 奥山 玲子, 河合 健彦, 鎌田 隼輔

⑩参考文献 2

3) 概要 (該当ページについても記載)

P398 結果と考察より：デイケアの利用を継続できた群は学校復帰率、GAF、高校進学率が高く、予後が良好であると考えられた。対して、デイケアを中断した群は予後が悪く、青年期のひきこもりにつながる可能性も示唆された。本研究から児童思春期デイケアの役割として、(1)危機状態に陥った際の一時避難所、(2)安心できる居場所、(3)外界へ挑戦する際の安全基地の3点が考えられた。デイケアを利用することによって、子どもたちは危機状態から一時避難所を利用し、安心できる居場所を得、仲間と交流し活力を取り戻していき、再登校など外界へのチャレンジをしたり、進路と向き合ったりするようになる。

⑬参考文献 3	1) 名称	〈シンポジウム2〉 児童青年精神医療とデイケア（療育）児童青年精神医学とその近接領域 53巻 4号 Page430-449 2012
	2) 著者	司会 市川 宏伸 中村 和彦 シンポジスト 中島 洋子 大嶋 正浩 田中 哲 米田 衆介
	3) 概要（該当ページについても記載）	P430-431：児童青年精神医療 にとってデイケアは重要である。幼児期のデイケアでは虐待予防を視野に入れ、子どもへの発達支援、親支援が重要。療育では改善しない行動障害や併存症に対して、医療的なケアも必要である。思春期デイケアでは、発達障害が多く不登校児が対象となり、必要な時に認め、支える人がいることを実感し、人として生きていく最低限のことを身につける。実年齢、生活状況、社会適応のレベルなど子どもにあった様々なプログラムが必要。家族の養育機能の低下に伴いデイケアの必要性が大きくなり、存在を受容される環境、居場所の提供と、自己形成と仲間関係の構築、そして家族機能の回復の支援が重要。思春期以降のデイケアでは、発達障害は従来の統合失調を主体とするデイケアとは方法論において差異があり、就労を目標とし、SSTや心理教育を通して社会の中での最小限のコミュニケーション能力、行動する能力を身につける。
⑭参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑮参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285203

申請技術名	精神科ショート・ケア、デイ・ケア（児童思春期）
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

- 近年地域における児童精神科医療の必要性が高まっている。
 - **発達障害の診断・支援ニーズの高まり**
 - **虐待・いじめ等への医学的対応**
 - **教育・保健・福祉機関等への助言、指導**
- 一方で、地域における児童精神科医療施設は種々の問題から機能面の弱さを抱えている。

3. 児童・思春期デイ・ケア、ショート・ケアの評価

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアへの

通院・在宅精神療法 注3の加算と同様の加算の新設

地域における児童精神科医療施設に対して診療報酬上の評価を行うことで、多機能化やコメディカル配置による業務の分担・効率化が可能となる。

・地域連携体制の強化

・中重症者に対する地域での対応力の強化

地域で、児童・思春期精神疾患患者を支え、社会機能を維持するデイケア・ショートケアの取り組みを評価する。

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チーム医療が必須。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）と専門職配置を要す。個別・集団療法や家族対応を行い、継続的支援を行う。地域で、児童・思春期精神疾患患者を支え、社会機能を維持する。アウトリーチやコーディネーター機能を担う。

 **地域における児童思春期患者の支援体制の強化**

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285204
申請技術名	精神科デイケアの機能分化を進める～うつ病リハビリテーションデイケア～
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	008-2、009（精神科ショートケア 及び 精神科デイケア）
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止
	<input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数
	<input checked="" type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	うつ病に特化したデイケアでは、現状の配置職員数では不十分で、訓練された専門家を加配する必要がある。
再評価が必要な理由	うつ病のリハビリテーションでは、精神科デイケア、ショートケアへの参加は極めて効果的である。しかし現状の精神科デイケア、ショートケアでは、配置される職員数は少なく、十分なプログラム内容や確保や個人面接（認知行動療法など）を行うことができない。このために、多くの施設では、公認心理師や精神保健福祉士などを加配して、リハビリテーションプログラム（リワークプログラム）の充実に努めているのが現状である。また、専門プログラムの導入により大きな成果を上げていることも事実である。「疾患別等専門プログラム加算」は週に1回200点に過ぎず、継続的に専門プログラムを行うためには、デイケアでは常勤2名、ショートケアでは常勤1名の給与に相当する診療報酬点数の加算が必要と考えられる。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	うつ状態のために休職している労働者が復職しても、再休職リスクが大きい（参考文献1）ことを背景に、うつ病リハビリテーション（以下、リワークプログラム）が開発された。通常治療群と比較してリワークプログラム群では復職後の就労継続期間が有意に長く、プログラムに再休職予防効果があることのエビデンス（参考文献2, 3, 4）が示されている。また、医療経済的研究においても復職後の労働生産性も改善し（参考文献4）、また、プログラムを実施しても再休職予防効果による社会的コストが削減されることが報告（参考文献5）されている。しかしながら、リワークプログラムを実施するためにはプログラムを充実させるためにスタッフの加配が必要であり、大規模デイケアでは常勤2名分（50万円/月）の加配、ショートケアでは常勤1名分（25万円/月）の加配が必要である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者：うつ病、双極性障害、発達障害等による抑うつ状態のために休職中の患者、技術内容：デイケアを利用した集団での心理療法や行動療法を多用した心理社会療法による精神科リハビリテーション、点数や算定の留意事項：日本うつ病リワーク協会の実施する施設認定を受けた施設に限定して算定可能とする。
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	008-2、009（精神科ショートケア 及び 精神科デイケア）
技術名	精神科デイケア、ショートケアの中で別枠で実施されるうつ病専門リハビリテーション（リワーク）プログラム
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	うつ病などによる休職者の復職後の就労予後は、通常治療によると復職6か月後の復職継続率は44.1%であった（参考文献1）が、リワークプログラム利用者では復職後1年時点で83.2%（参考文献2）であり、プログラム利用者と非利用者の比較で統計学的に有意差があった（参考文献2, 3）。また、復職後1年時点での労働生産性はアブセンティズム、プレゼンティズムともに有意な改善を示し（参考文献4）、リワークプログラムの費用と効果に関してプログラム利用群は日利用群と比較してリワークプログラムに関する医療費が追加的に発生するものの、直接費用としての社会サービス費用や間接費用である罹病費用などの社会的コストが削減されていた（参考文献5）

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>現在、168医療機関の精神科デイケアでうつ病リハビリテーションプログラムが実施されており、1施設平均の利用者は25人である。算定要件を日本うつ病リワーク協会認定施設に限定すると、2020年段階で最大70施設程度になると予測される。加算の算定根拠として専門職（GP、PSW、OT、Ns）のうちデイケアでは2名が、また、ショートケアでは1名が加配できるように、1か月間に40～50万円/人の人件費と想定すれば、デイケアでは+100点/日。ショートケアでは+50点/日と試算出来た。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人） 4200 後の症例数（人） 2700</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回） 192 後の回数（回） 192</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）</p>	<p>医療機関においてリワークプログラムを実施している施設が集まって作る日本うつ病リワーク協会（以下、協会）の前身団体であるうつ病リワーク研究会は2015年に設立され、昨年一般社団法人化した。全国の会員施設数は現在211施設で、そのうち168施設がデイケアでリワークプログラムを行っているが、それぞれ高い成果を上げている。協会では年1回の年次大会を全国持ち回りで開催している他、スタッフ養成のための研修会を実施、昨年度からはスタッフと施設の認定を開始している。</p>
<p>施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）</p> <p>・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p> <p>人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）</p> <p>その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）</p>	<p>通常の精神科デイケアの中で、別枠の専門デイケアとして実施されていることが最低条件であるが、加えて以下の日本うつ病リワーク協会（以下、協会）の施設認定基準を満たす施設でのみ算定可能とする。協会の施設認定基準は2018年に作成され、試行期間を経て2019年4月より本格的な認定に入る。認定ガイドラインは大項目として第Ⅰ領域が構造（①施設概要、②導入手順、③プログラム内容）、第Ⅱ領域としてスタッフ（①スタッフ配置と医師の関わり、②教育・研修）、第Ⅲ領域が運営（①出欠席管理、②評価、③連携、④情報公開）について書面審査ならびにサーベイヤーによる実地審査（2日）を経て認定される。</p> <p>協会の調査によると、現状の精神科デイケアの配置人員（看護師、作業療法士等4名）に、平均2.4人（公認心理師や精神保健福祉士）を加配しているため、デイケアでは2人の加配（公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士のうちから）が求められる。上記のように協会の認定施設であればスタッフ認定を受けたスタッフが配置されており、技術の成熟度は一定レベル以上にあるスタッフが配置される。</p> <p>協会によるスタッフ認定に関しては、次の3資格が定められている。①リワーク認定スタッフ：協会が行う基礎コース（1日）と専門コース（2日）を受講、リワークプログラム専従経験が1年以上、②リワーク専門スタッフ：認定スタッフで実地研修（3日間）とレポートが義務付けられる、③指導スタッフ：専門スタッフで個別指導と認定委員会の審査に合格した者、と定められており、①及び②のスタッフがいることが上述の施設認定基準に含まれている。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>多くのうつ病患者がリハビリプログラムを受けることなく職場復帰し、休職中あるいは復職後に疲弊して自殺に追い込まれている現状が数多く認められる。うつ病リハビリテーションプログラムは、集団プログラムで実施されることにより仲間によるピアサポート機能が強く、自殺事例は極めて少ないことから、多くの患者を救うことが出来る。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>	<p>-</p>
<p>⑧点数等見直しの場合 その根拠</p>	<p>見直し前 590 見直し後 690</p> <p>現在の精神科デイケア（小規模）では590点/日（6時間）であるが、職員2名を加配するために（+100点）が必要である。ショートケア（小規模）では275点/日（3時間）であるが、職員1名を加配するために（+50点）が必要である</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術</p>	<p>区分 区分をリストから選択 特になし 番号 - 技術名 - 具体的な内容 -</p>
<p>⑩予想影響額 その根拠</p>	<p>プラスマイナス + 予想影響額（円） 336000000</p> <p>精神科デイケア、ショートケアの中で別枠で実施されるうつ病専門リハビリテーション（リワーク）プログラムが+100点で25人/日、1月間に16回、12か月間、70施設（認定された施設数の予測）</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>-</p>
<p>⑫その他</p>	<p>-</p>

⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本うつ病リワーク協会（代表者 五十嵐良雄）
⑭参考文献 1 1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）	うつ病勤労者の復職成功者と復職失敗者の差異の検討 堀輝、香月あすか、守田義平、吉村玲児、中村純 精神科治療学 28(8):1063-1066, 2013 休職中のうつ病勤労者37例を対象に、復職後6ヶ月時点で就労継続できている対象者を復職成功例、休職や退職に至った対象者を復職失敗例とし、復職時における精神症状、社会適応度、認知機能の差異を検討した。復職後6ヶ月時点の復職継続率は44.1%であった。うつ病勤労者の復職における継続率は非常に低く、通常治療のみでは継続的な社会復帰にはなかなか至らない。精神症状の改善のみならず、対人関係などにも視点を向ける必要性があると考えられた。またリワークプログラムの有効性をはじめとした検討を行うことで、うつ病勤労者の復職成功率・継続率を高めていく必要があると考えられた。

⑩参考文献 2	1) 名称	リワークプログラム利用者の復職後1年間の就労継続性に関する大規模調査
	2) 著者	五十嵐良雄、大木洋子、林俊秀
	3) 概要 (該当ページについても記載)	厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)) 障害者の就労移行を促進するための研究 平成28年度分担研究報告書 85医療機関5014人のリワークプログラム利用者の復職後1年間の就労継続性を後方視的に検討した。その結果、リワークプログラムからの脱落率は20.5%、復職1年後の就労継続推定値は83.2%であった。また、リワークプログラム利用者と非利用者446人について、傾向スコアによるマッチングにより属性のバランスを揃え比較した結果、リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性は、非利用者と比較して有意に良好であり、リワークプログラムの再休職予防の効果が示唆された。
⑩参考文献 3	1) 名称	リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する効果研究
	2) 著者	大木洋子、五十嵐良雄
	3) 概要 (該当ページについても記載)	産業精神保健 20(4):335-345, 2012 精神疾患による休職者556人を対象に、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較した。その結果、556人全体、および傾向スコアによるマッチングにより属性を揃えた90人についても、リワークプログラム利用者が非利用者と比較して、復職後の就労継続性が有意に良好であり、リワークプログラムの再休職予防の効果が示唆された。
⑩参考文献 4	1) 名称	リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究～気分障害による長期休職者の復職後の労働生産性に関する研究～
	2) 著者	山内慶太、大木洋子、五十嵐良雄
	3) 概要 (該当ページについても記載)	厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)) 障害者の就労移行を促進するための研究 平成28年度分担研究報告書 リワークプログラムを利用した気分障害による長期休職者180人を対象に、復職後1年間の労働生産性について前向き調査を行った。復職時点において、臨床的症状は見られない程度に回復しており、復職後1年を通して症状は安定していた。また労働生産性については、absenteeism、presenteeismともに有意な改善が見られた。
⑩参考文献 5	1) 名称	リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究～復職後の再休職・失職により生じた社会的コストの推計
	2) 著者	山内慶太、大木洋子、堀輝、五十嵐良雄
	3) 概要 (該当ページについても記載)	厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)) 障害者の就労移行を促進するための研究 平成26年度分担研究報告書 p107-114 大うつ病性障害による長期休職者50人を対象とし、復職後1年間に再休職・失職することにより生じた社会的コストについて、社会的立場から推計した。リワークプログラム利用群と非利用群を傾向スコアによるマッチングを行いその属性のバランスを整えた上で比較した。復職後の就労状況の比較については、リワークプログラム利用群が有意に就労継続性が良好であった。社会的コストについては、直接費用として社会サービス費用および医療費、間接費用は雇病費用を対象者を個別に推計した。その結果、リワークプログラムはその利用にかかる医療費が追加的に発生するものの、社会的コストの削減につながっていた。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285204

申請技術名	精神科デイケアの機能分化を進める～うつ病リハビリテーションデイケア～
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

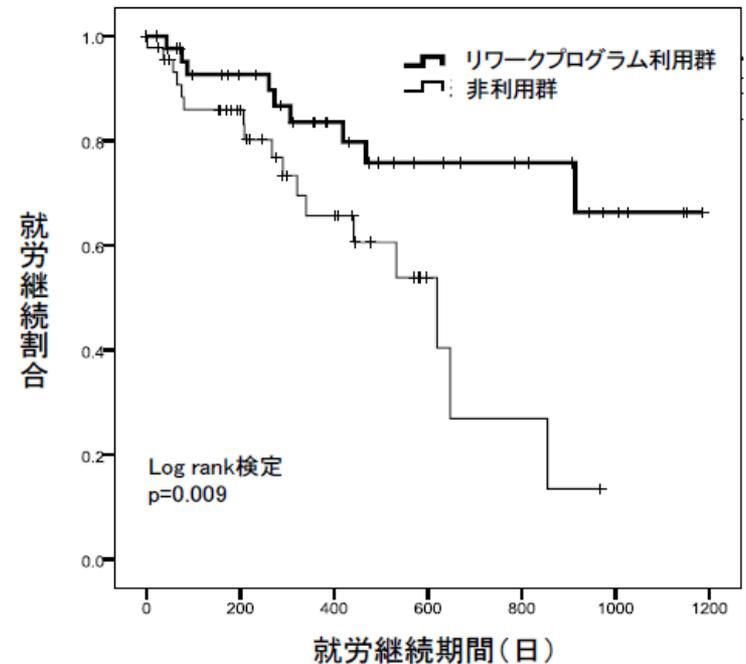
【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

うつ病リハビリテーション（リワークプログラム）を強化するために 精神科デイケア・ショートケアの中で人員の加配が必要である。

☆わが国では、生涯のうちに約15人に1人がうつ病を経験し、その約4分の1が医療機関を受診している。働く人達が過労やストレスのためうつ病となった場合には、その状態から回復することは決して容易ではない。そのためには精神科専門医を受診し、同時に専門医療チームによるうつ病リハビリテーション（リワークプログラム）を利用することが望ましい。リワークプログラムは、精神科デイケアとは別のスペースで、専門医療チームが個別・集団精神療法を行いながら回復を支援するものであるが、その機能を維持するために精神科ショートケアであっても、「2.1～2.7人」の人員加配を余儀なくされている。

専門プログラム加算（+200点）だけでなく、加配によする人件費のために加算（+200点/日）が早急に必要である。



復職後の就労継続性の比較

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285205	
申請技術名	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	I 精神科専門療法	
診療報酬番号	B005-10-2	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点	
再評価が必要な理由	ハイリスク妊産婦連携指導料【1】 1,000点（産婦人科が算定） ハイリスク妊産婦連携指導料【2】 750点（精神科が算定） 【2】を【1】と同額の750点から1,000点に増点	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	産婦人科医算定点数と精神科医算定点数に格差があるのは、連携に同等のことを行うことに対する整合性がない
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象患者：産婦人科と連携が必要なハイリスク
診療報酬区分（再掲）	I 精神科専門療法
診療報酬番号（再掲）	B005-10-2
技術名	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	平成30年度改正において新設されたが、産婦人科と精神科が同等に連携するのに点数に差があるのは整合性がとれていない
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】を算定している精神科医数
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 100 後の症例数（人） 100
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 12 後の回数（回） 12
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神科医の指導の基で行うため問題なし
施設の要件 ・施設基準（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	なし

は寺を増よえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	なし	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		なし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	750	
	見直し後	1000	
	その根拠	産婦人科点数と同等とする	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択	特になし
	番号	-	
	技術名	-	
	具体的な内容	-	
⑩予想影響額	プラスマイナス	+	
	予想影響額(円)	3000000	
	その根拠	2,500円×100人×12ヶ月=3,000,000円	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		-	
⑫その他		-	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神神経科診療所協会 千葉県精神神経科診療所協会	
⑯参考文献 1	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑯参考文献 2	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑯参考文献 3	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑯参考文献 4	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑯参考文献 5	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285205

申請技術名	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点

- ハイリスク妊産婦連携指導料【1】 1,000点
(産婦人科が算定)
- ハイリスク妊産婦連携指導料【2】 750点
(精神科が算定)

 【2】を【1】と同額の750点から1,000点に
増点

※ 産婦人科医算定点数と精神科医算定点数に格差があるのは、連携に同等のを行うことに対しての整合性がない

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285206	
申請技術名	退院後訪問指導料（医学管理料B007-2）	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	B	
診療報酬番号	B007-2	
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	平成28年度改定では、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導の評価として退院後訪問指導料が新設された。精神疾患非自発性入院者を対象して加えること、訪問可能な職種として、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師を加えることを要望する。	
再評価が必要な理由	医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導の評価として退院後訪問指導料が新設された。精神疾患非自発性入院者の退院支援、地域移行は喫緊の課題である。着実な地域との連携に入院機関からの訪問は有効である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	1. 対象に精神疾患（非自発入院者）を加える。 2. 訪問可能な職種として、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師を加える	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神疾患非自発入院者、現在の退院後訪問指導料を同じ算定方法、点数を要望する。	
診療報酬区分（再掲）	B	
診療報酬番号（再掲）	B007-2	
技術名	退院後訪問指導料（医学管理料B007-2）	
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	精神疾患非自発入院者の医療中断を防ぎ、再発予防の取り組みは重要である。	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	-	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	-
	後の症例数（人）	-
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	5
	後の回数（回）	5
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	-	
施設基準（技術の専門性）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	-

は寺を増よえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	精神病棟に従事する看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	保健所の医療中断による訪問件数は、年間2人/一万人(鎌倉保健所から推計)である。我が国の人口が12000万人であることから、対象者数は、2万4千人/年となる。2回訪問が平均と考え、48000回の訪問を行うとすると、5800×48000回=約2億8千万円、うち10分の1が再入院(3か月間×50万×2千400人=36億を防げると考え、医療費33億の削減となる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		
⑫その他		
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285206

申請技術名	退院後訪問指導料（医学管理料B007-2）
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

退院後訪問指導料

退院後訪問指導料(現行;入院機関からの訪問が、580点/回、1か月間、5回まで)

1. 対象に精神疾患(非自発性入院)を加える。
2. 訪問可能な職種として、精神保健福祉士、作業療法士を加える。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285207	
申請技術名	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	I 精神科専門療法	
診療報酬番号	I 002	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点	
再評価が必要な理由	平成30年度改正において、入院精神医療の向上を目的として「入院精神療法(1)」が360点から400点(+40点)に増点された 外来精神医療の向上を目的として、「通院・在宅精神療法」30分未満を330点から350点(+20点)に増点	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	20点増点の別根拠：基礎点数が330点で20才未満加算が350点で加算の方が点数が高いのは保険点数整合性に合致しません。そこで、基礎点数を加算点数と同点にして下さい。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	精神科診療所及び病院外来に通院する精神疾患患者
診療報酬区分（再掲）	I 精神科専門療法
診療報酬番号（再掲）	I 002
技術名	通院・在宅精神療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	平成9年に392点であった通院・在宅精神療法は、その後特別理由なく減点され平成22年には330点まで減点(-16%)
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	「通院・在宅精神療法」を算定している外来精神科医数
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 5000 後の症例数（人） 5000
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 60000 後の回数（回） 60000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	精神科医の指導の基で行うため問題なし

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	なし	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	なし	
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ の他の要件)	なし	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		社会的妥当性が高まる	
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	330	
	見直し後	350	
	その根拠	外来精神医療の充実 (今後は精神障害を持っていても住み慣れた地域で再燃・再発による入院を防ぐため医療スタッフの充実による費用)	
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択	特になし
	番号	-	
	技術名	-	
	具体的な内容	-	
⑩予想影響額	プラスマイナス	+	
	予想影響額(円)	1200000000	
	その根拠	5,000人(外来精神科医)×20日(月の診療日数)×50名(1日の外来患者数)×12ヶ月×20点(増点分)=1,200,000,000円(12億円)	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし(別紙、添付文書ともに不要)	
⑫その他		-	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神神経科診療所協会 千葉県精神神経科診療所協会	
⑭参考文献1	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑭参考文献2	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑭参考文献3	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑭参考文献4	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	
⑭参考文献5	1) 名称	-	
	2) 著者	-	
	3) 概要(該当ページについても記載)	-	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285207

申請技術名	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

「通院・在宅精神療法」30分未満の増点

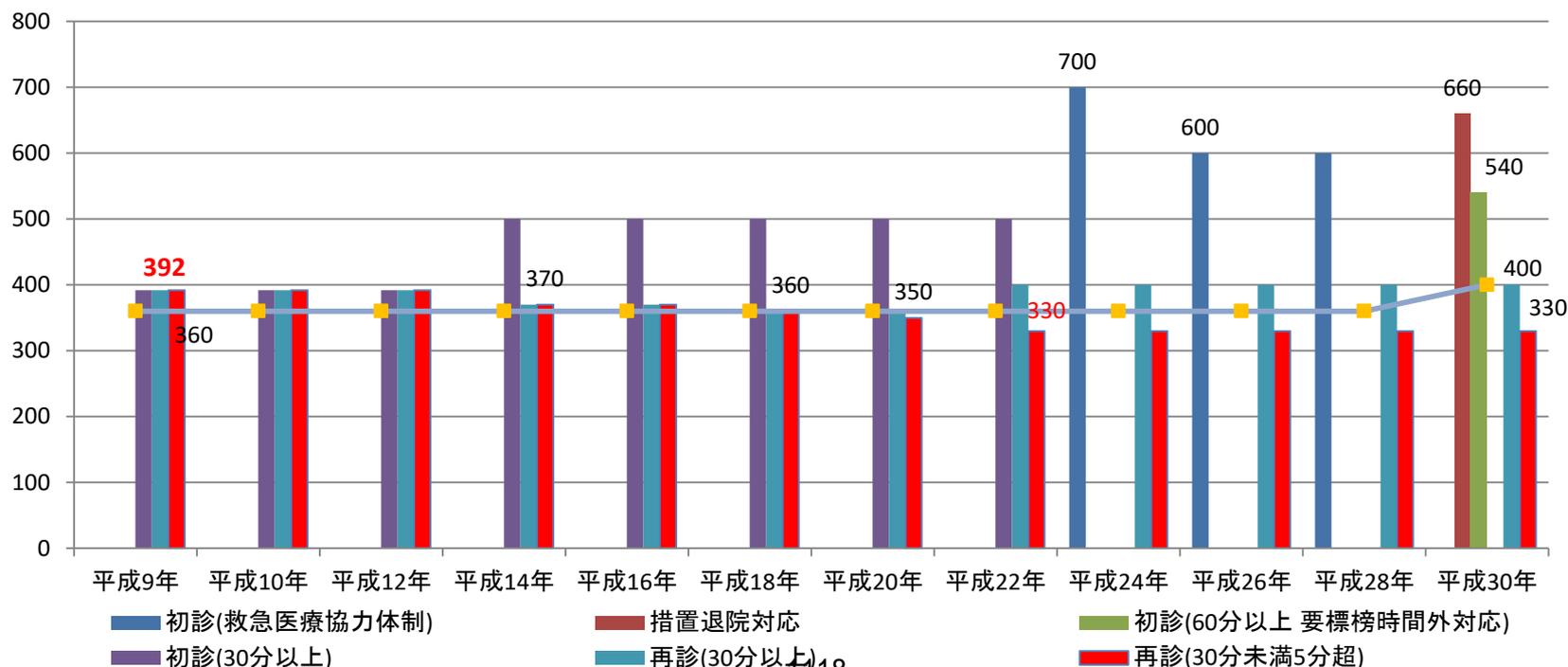
平成30年度改正において、入院精神医療の向上を目的として「入院精神療法(1)」が360点から400点(+40点)に増点された

➡ 外来精神医療の向上を目的として「通院・在宅精神療法」30分未満を330点から350点(+20点)に増点

20点増点の別根拠：基礎点数が330点で20才未満加算が350点で加算の方が点数が高いのは保険点数整合性に合致しません。

そこで、基礎点数を加算点数と同点にして下さい。

通院精神療法 診療報酬点数推移



医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285208
申請技術名	向精神薬の多剤減算
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無
	有無をリストから選択
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	-
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
	向精神薬の多剤減算における種類・数の強化停止と現行処方料・処方箋料に対する多剤減算の強化
技術の概要（200字以内）	向精神薬の多剤減算における種類・数の強化停止と現行処方料・処方箋料に対する多剤減算の強化
再評価が必要な理由	<p>平成28年度及び平成30年度改正で行われた、向精神薬の多剤減算をこれ以上行わない。 平成28年度及び平成30年度に行われた外来における多剤減算で、外来精神医療における薬物療法は極めて適正化されている。 これ以上多剤減算が行われると、入院に至らず症状が安定している外来通院患者が減薬により症状が増悪し、最悪の場合入院に至る恐れがある。 また、外来薬物療法のみ多剤減算が行われているが、入院薬物療法に多剤減算が行われないことは外来⇔入院といった切れ目のない精神科治療の整合性がとられていない。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>外来における多剤減算 外来・入院の処方量の整合性から 退院時処方箋で多剤減算となる場合、当月の入院精神療法の考慮をして下さい。 多剤で退院した場合、外来にて減算されない数まで減らすのは極めて困難です。 処方箋料・処方料の多剤減算を現行から50/100算定として下さい（多剤処方の抑制強化のため）。 平成30年度における多剤減算要件で外来精神医療による処方箋は極めて適正化されています。これ以上の種類、数の強化による減算は障害を持っていても薬物療法により地域で安心して生活している患者さんに対して減量により再発再燃による入院に至る可能性が強化されます。しかし全体的に多剤処方は少なくなっていないのも事実です。 これは、多剤減算点数が少ないため、それを無視して多剤投与を続けているケースが多くみられるためです。 これでは改正毎に薬剤の種類、数を少なくしても実際の効果は少ないと思われます。 多剤減算による真の効果を求めるためには、多剤投与時の処方箋料、処方箋料の減算のより強化が必要と思われます（多剤投与の場合の減算点は出来る限り0に近づけるのがよい）。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	外来において、抗精神病薬2種、抗うつ剤2種、抗不安剤及び睡眠薬併せて3種までで、それを超えるものは処方料・処方箋料減算
診療報酬区分（再掲）	I 精神科専門療法
診療報酬番号（再掲）	-
技術名	向精神薬の多剤減算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	多剤減算において、処方箋料・処方料の減算を強化することで多剤投与が減少する
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	通院・在宅精神療法における処方発行枚数は600,000枚
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 5000

	後の症例数（人）	500
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	60000000
	後の回数（回）	60000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		精神科医の指導の基で行うため問題なし
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等）	なし
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等）	なし
	その他 （遵守すべきガイドライン等そ の他の要件）	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		論理性が高まる
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	28
	見直し後	14
	その根拠	多剤処方抑制の強化
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	該当なし
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	840000000
	その根拠	5,000人（外来精神科医）×20日（月の診療日数）×50人（1日の患者数）×12（ヶ月）×14点=840,000,000（8億4千万円の削減）
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし（別紙、添付文書ともに不要）
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神神経科診療所協会 千葉県精神神経科診療所協会
⑭参考文献 1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑭参考文献 2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑭参考文献 3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑭参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑭参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285208

申請技術名	向精神薬の多剤減算
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

向精神薬の多剤減算

- 平成28年度及び平成30年度改正で行われた、向精神薬の多剤減算をこれ以上行わない
- 平成28年度及び平成30年度に行われた外来における多剤減算で、外来精神医療における薬物療法は極めて適正化されている
- これ以上多剤減算が行われると、入院に至らず症状が安定している外来通院患者が減薬により症状が増悪し、最悪の場合入院に至る恐れがあるまた、外来薬物療法のみ多剤減算が行われているが、入院薬物療法に多剤減算が行われないことは外来⇔入院といった切れ目のない精神科治療の整合性がとられていない

多剤減算 向精神薬多剤処方抑止目的強化のため下記を要望

外来における多剤減算

- 外来・入院の処方量の整合性から
 - ➡ 退院時処方でも多剤減算となる場合、当月の入院精神療法の考慮をして下さい
 - ➡ 多剤で退院した場合、外来にて減算されない数まで減らすのは極めて困難です
- 処方箋料・処方料の多剤減算を現行から50/100算定として下さい
(多剤処方の抑制強化のため)
- 平成30年度における多剤減算要件で外来精神医療による処方量は極めて適正化されています。これ以上の種類、数の強化による減算は障害を持っていても薬物療法により地域で安心して生活している患者さんに対して減量により再発再燃による入院に至る可能性が強化されます。しかし全体的に多剤処方は少なくなっていないのも事実です
- これは、多剤減算点数が少ないため、それを無視して多剤投与を続けているケースが多くみられるためです
- これでは改正毎に薬剤の種類、数を少なくしても実際効果は少ないと思われます
- 多剤減算による真の効果を求めるためには、多剤投与時の処方箋料、処方箋料の減算のより強化が必要と思われます
(多剤投与の場合の減算点は出来る限り0に近づけるのがよい)

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285209
申請技術名	通院・在宅精神療法の算定要件変更
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無
	有無をリストから選択
診療報酬区分	I 精神科専門療法
診療報酬番号	I 002
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
	通院・在宅精神療法の算定要件変更
技術の概要（200字以内）	通院・在宅精神療法の算定要件を「精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師」から小児科療養指導料・皮膚科及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料等と同等に「精神科を担当する医師」「他の診療科を併せ標榜するもの」にあっては精神科を専任する医師が行った場合に限り算定するものであり、同一医師が該当保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない」と追加して下さい。
再評価が必要な理由	非精神科医（身体科医）による通院・在宅精神療法の算定が増加しています。 （千葉県調査では、精神科を標榜する医院259施設のうち27%が非精神科医により算定されている） これにより、外来精神医療の質の低下をもたらす精神疾患を持つ患者様の不利益に通じています。 そのため、通院・在宅精神療法が精神科を専任する医師のみが算定できる様にして下さい。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	平成29年度千葉県保健福祉部障害者福祉推進課の発表する精神科を標榜する医院の総数は259施設。千葉県の調査の内27%が非精神科医（身体科医）により算定されています。現在、日本精神科診療所協会においても全国調査が行われており（結果は後日開示）、全国的でも非精神科医の数は千葉県調査と同様に30%前後と思われます。これを、本来の精神科医のみが算定できる様に改定したい。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	通院・在宅精神療法を算定している精神科外来患者
診療報酬区分（再掲）	I 精神科専門療法
診療報酬番号（再掲）	I 002
技術名	通院・在宅精神療法の算定要件の変更
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	年間633億円の精神科医療費の削減
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	非精神科医による算定人数は、千葉県調査では診療所協会会員数と同等。千葉県調査は全国調査とほぼ一致すると思われ、日本精神神経科診療所協会会員数が1,600名のため同数とした。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）
	1600
年間実施回数等の変化	後の症例数（人）
	-
年間実施回数等の変化	前の回数（回）
	12000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	後の回数（回）
	-
	精神科医の指示の基で行うため問題なし

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	標榜科：精神科
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	なし
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ の他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	-
	見直し後 その根拠	見直しなし
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	なし
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	63,360,000,000
	その根拠	日本の外来精神医療医は、通院・在宅精神療法を算定している中で診療所協会会員が約30%、 非会員が約30%、その他非精神科医が30%(千葉県調査より推測)。 日本精神神経科診療所協会が1,600名のため、非精神科医もほぼ同様な数いると思われる。 通院・在宅精神療法を算定した場合、3,300円(330点)。 外来日20日/月・50名/日の患者に算定するとして、3,300円×20×50=3,300,000円(330万円/月)。 年間330万円×12ヶ月=39,600,000円(3,960万円/年)。 非精神科医が1,600名として、39,600,000円×1,600名=63,360,000,000円(633億円)。 上記の金額が、不適切請求をしていると思われる非精神科医(身体科医)による通院・在宅精神療法を 算定不可とした場合に削減できる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神神経科診療所協会 千葉県精神神経科診療所協会
⑭参考文献1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-
⑭参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要(該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285209

申請技術名	通院・在宅精神療法の算定要件変更
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をみれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

通院・在宅精神療法の算定要件変更

- 年々、非精神科医(身体科医)が通院・在宅精神療法を算定する数が増えている
- 精神科教育を受けていない非精神科医による算定は外来精神医療の質の低下を招いている
- 平成29年度千葉県保健福祉部障害者福祉推進課提出資料によれば、千葉県で「精神科」を標榜する医院は259施設
- 千葉県精神神経科診療所協会調査では

近々に日本精神神経科診療所協会でも、全国で同様の調査をする予定(結果は後日報告)
上記結果でも30%前後は非精神科医算定になるとされる

通院・在宅精神療法の算定要件を「精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師」から小児科療養指導料・皮膚科特定疾患指導管理料・耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料等と同等に「精神科を担当する医師」「他の診療科を併せ標榜するもの」にあつては精神科を専任する医師が行った場合に限り算定するものであり、同一医師が該当保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できないと変更して下さい(これにより633億円削減可能です)

精神科医療費633億円削減根拠

- 日本の外来精神科医は、精神神経科診療所協会員:約30%、非会員:約30%、非精神科医:約30%と想定される
- 日本精神神経科診療所協会員が1,600名のため、非精神科医もほぼ同様数いると思われる
- 通院・在宅精神療法を算定した場合 \rightarrow 3,300円(330点)
- 外来日 \rightarrow 20日/月・50名/日の患者に算定するとして \rightarrow $3,300円 \times 20 \times 50 = 3,300,000円$ (330万円/月) 月間 $330万円 \times 12ヶ月 = 3,960,000円$ (3,960万円/年)
- 非精神科医が1,600名として \rightarrow $1,600名 \times 3,960万円 = 63,360,000円$ (633億円)

上記の金額が、不適切請求をしていると思われる非精神科医(身体科医)による通院・在宅精神療法を算定不可とした場合に削減できる

(内訳)

精神科医が診療しているとみなされる施設

- ①県発表の精神保健指定医(自己申告) \rightarrow 106施設
 - ②公的機関(保健福祉センター等) \rightarrow 33施設
 - ③千葉県精神科診療所協会会員(96名)で県発表の精神保健指定医リストに掲載されてない施設 \rightarrow 25施設(4名が非指定医(うっかり失効等))
- 当会非会員で精神科を行っていると思なされる施設 \rightarrow 24施設
計188施設・①

精神科を標榜しているが精神科を担当する医師が通院精神療法を算定していないと思なされる施設

特別養護老人施設に併設されていると思われるクリニック \rightarrow 16施設

身体科等の他科が精神科を標榜している施設 \rightarrow 55施設

内科・・・30施設 在宅・・・10施設 小児科・・・5施設

神経内科・・・4施設 透析・・・1施設 リウマチ・・・1施設

整形外科・・・1施設 眼科・・・1施設 婦人科・・・1施設 老人ホーム・・・

1施設 計71施設・② ①+②=259施設

(結果)

・259施設の千葉県における精神科を標榜しているクリニックのうち

精神科以外の身体科等が算定・・・71施設 (27%)

※神奈川県・・・28%が非精神科医(神精診調査結果より)

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285210	
申請技術名	精神科訪問看護・指導料（I012特掲診療料・精神療法）	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	I	
診療報酬番号	I 012	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	精神科患者に対して積極的に訪問看護を行っている訪問看護ステーション（精神科訪問看護指示書による訪問が70%以上）においては、精神保健福祉士が単独で訪問することを評価する	
再評価が必要な理由	精神保健福祉士の活動が評価されることで、医療機関、福祉機関との連携がより円滑に行え、社会資源、制度利用（福祉施設の利用や、住環境に対する問題、就労や家族に対する問題等）に対応、が進み、社会参加を促す。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の活動を評価する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	上述
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	I 012
技術名	精神科訪問看護・指導料
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	上述
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	対象者、保険点数、算定回数については、特に変化はない。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） - 後の症例数（人） -
年間実施回数等の変化	前の回数（回） - 後の回数（回） -
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	-
施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285210

申請技術名	精神科訪問看護・指導料（I012特掲診療料・精神療法）
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

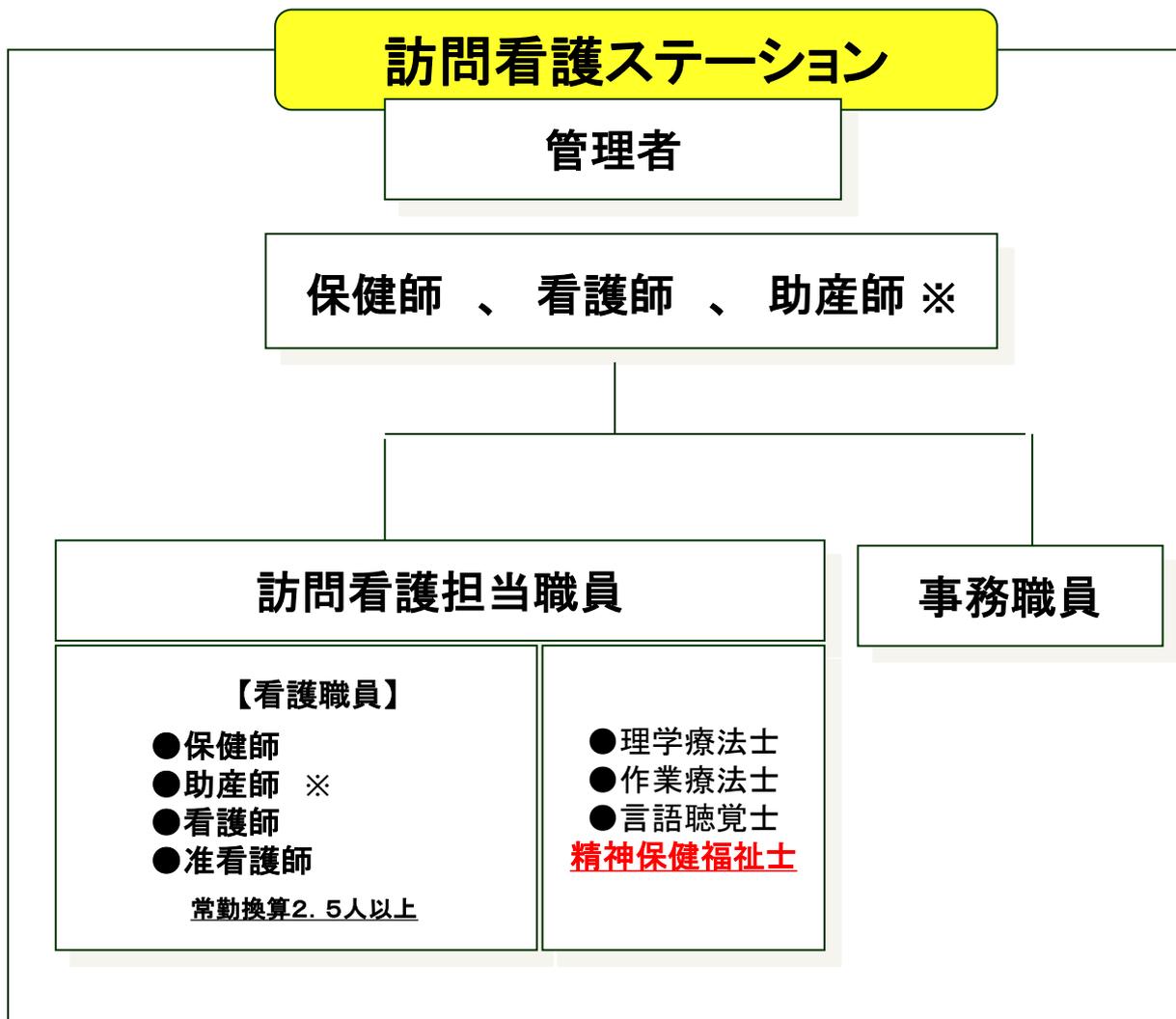
【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

精神科訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士評価



精神保健福祉士の活動が評価されることで、医療機関、福祉機関との連携がより円滑に行え、社会資源、制度利用(福祉施設の利用や、住環境に対する問題、就労や家族に対する問題等に対応)が進み、社会参加を促す。

精神科患者に対して積極的に訪問看護を行っている訪問看護ステーション(精神科訪問看護指示書による訪問が70%以上)においては、精神保健福祉士が単独で訪問することを評価する

※ 健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションのみ

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285211	
申請技術名	光トポグラフィー	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	D	
診療報酬番号	D236-2	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	施設基準として「精神科又は心療内科及び神経内科又は脳神経外科を標榜する保健医療機関であること。」「神経内科又は脳神経外科において常勤の医師が配置されていること。」とあるが、これを削除する。	
再評価が必要な理由	光トポグラフィーを用いての抑うつ状態の鑑別診断は、治療の短期化や治療に用いる薬の削減等においても有用である。 本検査を行うにあたり、器質的疾患を除外するため神経内科又は脳神経外科を標榜しその常勤医師を配置することとなり、この技術を一番必要とする単科精神科医療機関での利用が進んでいない。器質的疾患の除外であれば他医療機関との連携や画像診断等により精神科医師でも可能である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	施設基準として「精神科又は心療内科及び神経内科又は脳神経外科を標榜する保健医療機関であること。」「神経内科又は脳神経外科において常勤の医師が配置されていること。」とあるが、これを削除する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>【対象とする患者】抑うつ状態を有し、器質的疾患が除外されており、うつ病の治療を行っているが治療抵抗性、統合失調症・双極性障害が疑われる症状を呈する等、鑑別が必要な患者。</p> <p>【技術内容】脳の前頭葉や側頭葉の血流について、光装置を用いて頭の表面から計測し脳活動状態をグラフ化しうつ病の鑑別診断等を行う。</p> <p>【点数や算定の留意事項】イ：地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 400点、ロ：イ以外の場合 200点</p>
診療報酬区分（再掲）	D 検査
診療報酬番号（再掲）	D236-2
技術名	光トポグラフィー
③再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	-
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	この技術を導入している保健医療機関は全国で約50施設程度と少数である。本施設基準の削除により実施医療機関が増えることが予想されるが、検査機器の価格が高額であり現状診療報酬点数で償却を行うことは困難であるため著しい増加はないものと予想される。 平成29年社会医療診療行為別統計（厚労省）H29.6審査分によると2抑うつ症状の鑑別診断の実施件数はイ）減算なし42件、イ）減算あり91件、ロ）減算なし0件、ロ）減算あり1件であった。これを年間に換算すると、イ）減算なし504件、イ）減算あり1092件、ロ）減算なし0件、ロ）減算あり12件となる。 これが倍増したと仮定した。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 1600人 後の症例数（人） 3200人
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 1600人 後の回数（回） 3200人
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	光トポグラフィーを実施しその結果を用いて抑うつ状態の鑑別診断を行うには、専門の技術が必要である。施設基準においても、国立精神・神経医療研究センターでの所定の研修を修了した常勤医師の配置が義務付けられている。
・施設基準	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 精神科又は心療内科及び神経内科又は脳神経外科を標榜

(技術の専門
性等を踏ま
え、必要と考
えられる要件
を、項目毎に
記載するこ
と)

人的配置の要件
(医師、看護師等の職種や人
数、専門性や経験年数等)

当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医が2名以上勤務、神経内科又は脳神経外科の常勤医師を配置、常勤の臨床検査技師を配置、国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を修了した常勤医師を1名以上配置

と)	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	- - -
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 特になし - - -
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	プラス 8,424,000円 実施医療機関が増え、実施件数が増えたと仮定
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		特になし
⑫その他		光トポグラフィーを用いての補助診断が進ことで遷延性うつ病患者の診断が確定し、適切な治療を行うことにより早期に治癒することとなり、医療費の削減につながる事が予想される。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本精神科病院協会
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献4	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -
⑭参考文献5	1) 名称 2) 著者 3) 概要(該当ページについても記載)	- - -

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285211

申請技術名	光トポグラフィー
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

光トポグラフィ検査施設導入基準における 神経疾患専門医常勤配置の必要性について

- 現在の光トポグラフィ検査施行施設基準として、光トポグラフィ検査を行うにあたって脳器質性要因を除外するために、**神経内科医ないし脳外科医がその施設に常勤していることが要件**となっている。
- 一方で現状として、精神科病院や精神科クリニックなどにおいては、それら神経疾患専門医が常勤している施設は少なく、抑うつ状態を呈する患者群、うつ病と診断されてフォロー継続としている患者群のなかで脳器質性要因を疑う症例に対しては、**脳波検査、頭部CT検査、頭部MRI検査などを行える施設であれば、その施行にて専門医の配置が無くても鑑別が可能である**。またそれらの検査が不可能な施設は大学病院や脳疾患専門医療施設などの**専門医および診断機材が存在する施設との連携により鑑別を依頼することができ、結果的に鑑別が可能である**。
- 上記などの理由から光トポグラフィ検査導入施設基準として神経疾患専門医を常勤医として配置する必要性がないと考えられる。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285212
申請技術名	救急患者精神科継続支援料1
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	I002-3
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	自殺企図等により入院した精神疾患患者に対し、生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を確認し助言や指導を行った場合の算定（入院中）。算定要件に「適切な研修受講」が義務付けられており、これに則り自殺未遂者等への危機介入と信頼関係の構築、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価を行い、危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントの実施が義務付けられている。
再評価が必要な理由	平成28年度改正において、自殺未遂者等の自殺再企図防止を目的に「救急患者精神科継続支援料」が新設された。これは、厚生労働科学研究費補助金による大型臨床試験により得られた臨床研究エビデンスをそのまま項目化したものとして画期的であり、実効性を担保するために「精神科リエゾンチーム加算の届出」と「適切な研修を修了した専任常勤医師が1名以上配置」を施設基準とした点も真に目的の達成を見据えた要件設定だった。ただ、あくまでも精神科リエゾンチーム加算の延長線上と位置づけられており、435点と低額の設定とされた。しかしながら、自殺未遂患者等は非常に不安定で自殺再企図は死亡につながることから、医療者には相応の高い技術力が求められる。危機介入後のコミュニケーションと信頼関係の確立、受療・自殺企図行動・生活背景等の情報収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性の評価と、それらに基づく危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントを地域とも連携しながら実施するが、これを限られた入院期間中に実施しなければならない。これは通常のリエゾンの範囲をかなり超えた業務である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	有効性はすでに大型臨床研究（上記）により検証済みであり、平成25年度以降の厚生労働事業で実効性も検証されている。一方、救急に搬送された自殺未遂患者等に対する危機介入後のコミュニケーションと信頼関係の確立、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価とそれらに基づく危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントを地域とも連携しながら実施するが、これを限られた入院期間中に実施しなければならない。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者：救急部門に搬送された自殺未遂者等 ・技術内容：危機介入後の信頼関係の構築、受療・自殺企図行動・生活背景等に関する情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価とそれらに基づく危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントを地域とも連携しながら実施 ・435点（入院中6か月以内に月1回算定可能；ただし、数か月も入院する患者は稀）
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	I002-3
技術名	救急患者精神科継続支援料1
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	<ul style="list-style-type: none"> ・有効性はすでに大型臨床研究（上記）により検証済みであり、平成25年度以降の厚生労働事業で実効性も検証されている。具体的には、6か月までの時点で自殺未遂者の自殺再企図を50%減少させる。世界的に大型臨床研究により検証された初の介入法である。 ・日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会ではガイドラインに明記されている、日本精神神経学会発行の書籍でも紹介されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	技術的難易度が高く、要件研修を受講修了した医師と他の専門職が必要となるが、診療報酬点数が低額であることから医療者のマンパワーをそこに割くことができず、普及が遅滞している（要件研修等におけるヒアリング）。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 後の症例数（人）
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）

<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会ではガイドラインに明記されている、日本精神神経学会発行の書籍でも紹介されている。 ・救急に搬送された自殺未遂患者等に対する危機介入後のコミュニケーションと信頼関係の確立、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価とそれらに基づく危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントを地域とも連携しながら実施するが、これを限られた入院期間中に実施しなければならない。
<p>・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）</p> <p>人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）</p> <p>その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）</p>
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>当該技術には身体侵襲性はなく、かつ技術内容は適切な研修会が要件化されており、研修会において修得されるために安全性は担保されている。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性（問題点があれば必ず記載）</p>	<p>大型臨床研究、経年的な厚生労働事業により倫理性・妥当性は担保されている。</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 見直し後 その根拠</p> <p>435点 1,500点</p> <p>自殺企図直後の患者の自殺リスクが相当程度に高いことを勘案し、他の診療報酬項目である、「救命救急入院料加算（精神疾患診断治療初回加算）」の3,000点を参考とした</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 番号 技術名 具体的な内容</p> <p>区分をリストから選択 特になし</p> <p>なし - -</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠</p> <p>+</p> <p>- -</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>なし</p>
<p>⑫その他</p>	<p>平成29年度の算定施設は32施設にとどまっている。当該技術は、厚生労働科学研究費補助金により、わが国が世界に先駆けて確立した科学的根拠性のある技術であり、自殺再企図を抑止することで自殺による死亡を低減させる蓋然性を有する技術である。これを普及させ、世界的にみて高自殺率を続けるわが国の自殺の抑止に繋げていく必要がある。</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本自殺予防学会（適切な研修を主催団体として実施）、日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会、日本救急医学会、日本総合病院精神医学会、日本うつ病学会</p>
<p>⑭参考文献 1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）</p> <p>Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. (Lancet Psychiatry, 1, 193-201, 2014)</p> <p>Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamiyo Y, Okubo Y, Ikeshita K, Sakai A, Miyaoka H, Hitomi Y, Iwakuma A, Kinoshita T, Akiyoshi J, Horikawa N, Hirotsune H, Eto N, Iwata N, Kohno M, Iwanami A, Mimura M, Asada T, Hirayasu Y</p> <p>当該技術が自殺未遂者の自殺再企図を一定期間、協力に抑止することを多施設共同無作為比較試験によって科学的に検証した。</p>
<p>⑭参考文献 2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）</p> <p>Interventions to repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. (J Affect Disord, 175, 66-78, 2015)</p> <p>Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K, Etoh N, Tachikawa H, Shiraishi Y, Yamada M</p> <p>自殺未遂者の自殺再企図防止方略について統合解析を行った結果、当該技術が、自殺未遂者の自殺再企図を抑止する方略として有望であることが示された。</p>
<p>⑭参考文献 3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）</p> <p>HOPEガイドブック 日本自殺予防学会監修、AMED「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班編集</p> <p>1-257前頁にわたり、当該技術の確立の経緯、技術内容詳細、診療報酬要件詳細、関連事項詳細等が記載されている。</p>
<p>⑭参考文献 4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 概要（該当ページについても記載）</p> <p>- - -</p>

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

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285212

申請技術名	救急患者精神科継続支援料1
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

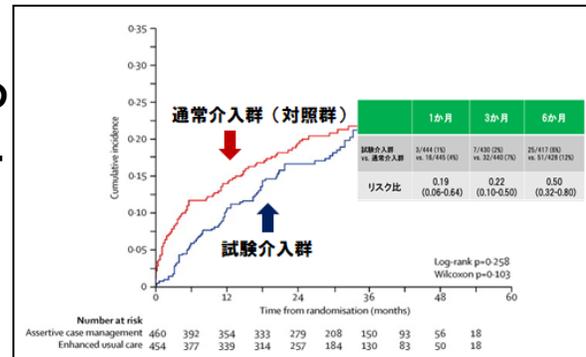
救急患者精神科継続支援料1, 2について

【技術の概要】自殺企図等により入院した精神疾患患者に対し、生活上の課題や精神科治療継続上の課題の評価に対して患者の個別性に応じた助言や指導を行った場合を評価

【技術の実際】算定要件に「適切な研修受講」が義務付けられており、これに則り自殺未遂者等への危機介入と信頼関係の構築、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性の評価を行い、自殺再企図防止を目的に個別性に応じたケース・マネジメントの実施が義務付けられている。退院後も月1回程度の面接を6か月を目途に継続的な支援を行う。その際も、信頼関係を維持しながら自殺関連行動・受療・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺危険性の評価を行い、状況に応じ危機介入を行い、個別性に応じたケース・マネジメントを継続して行う。



【有効性】厚労科研費補助金事業(自殺対策のための戦略研究)により実施された大型臨床研究により、当該介入技術の6か月間継続実施により自殺未遂者の自殺再企図を50%抑止することが立証された。これを確実に再現・実施させるために要件研修受講も要件化された。



【増点要望の根拠】当該介入技術は難易度が高く、多職種による稼働と実務専任者確保が必要なために低額設定(支援料1は救急での未遂者等への助言・指導料の6分の1以下、支援料2は精神科退院患者指導料の半額以下)では普及困難。実際、平成29年度で実施病院は30に留まっている。

平成28年度診療報酬改訂
救急患者精神科継続支援料(新規)

1. 入院患者: 435点
2. 1以外の患者: 135点

精神科医または精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理技術者、作業療法士が自殺企図等により入院した精神疾患患者の生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を認識し、助言や指導

「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修」の構成

【施設基準】
-精神科リ
-適切な研修
上記医療者

「救命救急センター」に搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修

1. 基本的知識
-自殺予防と自殺未遂者ケア総論(講義)
-精神疾患と自殺(演習)

2. グループワーク: 救急隊員の抽出とアセスメントのための情報収集

3. 自殺に結びつくリスク要因の抽出(ロールプレイ)

4. 初期ケース・マネジメント業務
-初期ケース・マネジメント業務の実際(講義)
-アセスメントとリスクコントロール(ロールプレイ)

(7プログラム、第二日目)

5. 心理教育(講義+ロールプレイ)

6. 定例面接におけるケース・マネジメントの実践(講義)
-定例面接におけるケース・マネジメントの実際(講義)
-アセスメントとリスクコントロール(ロールプレイ)

7. 患者から学ぶインタビューの実際

8. 運ばれた人の心理(ポスターセッション)

9. チーム医療とセルフケア

研修時間 1.0

117施設・369人が受講(平成29年度まで:研修プログラムの教育効果についても検証済み)

計14科目

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	285213
申請技術名	救急患者精神科継続支援料2
申請団体名	日本精神神経学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	I
診療報酬番号	I002-3
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	自殺企図等により入院した精神疾患患者に対し、退院後に生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を確認し助言や指導を行った場合の算定。算定要件に「適切な研修受講」が義務付けられており、これに則り自殺未遂者等と信頼関係の維持、自殺関連行動・受療・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価を行い、危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントの実施が受診の都度義務付けられている。
再評価が必要な理由	平成28年度改正において、自殺未遂者等の自殺再企図防止を目的に「救急患者精神科継続支援料」が新設された。これは、厚生労働科学研究費補助金による大型臨床試験により得られた臨床研究エビデンスをそのまま項目化したものとして画期的であり、実効性を担保するために「精神科リエゾンチーム加算の届出」と「適切な研修を修了した専任常勤医師が1名以上配置」を施設基準とした点も真に目的の達成を見据えた要件設定だった。ただ、あくまでも精神科リエゾンチーム加算の延長線上と位置づけられており、入院中435点、退院後135点と低額の設定とされた。しかしながら、自殺未遂患者等は非常に不安定で自殺再企図は死亡につながることから、医療者には相応の高い技術力が求められる。患者が退院後は、最低限、月1度の面接を行い、患者との信頼関係を維持しながら、その都度、自殺念慮の有無と自殺関連行動の再発の有無と自殺危険度の評価、生活背景等の情報収集、精神医学的評価と、それらに基づく支援の継続や再調整を行う。これは通常のリエゾンの範囲をかなり超えた業務である。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	有効性はすでに大型臨床研究（上記）により検証済みであり、平成25年度以降の厚生労働事業で実効性も検証されている。患者と最低限、月1度の面接を行い、患者との信頼関係を維持しながら、その都度、自殺念慮の有無と自殺関連行動の再発の有無と自殺危険度の評価、生活背景等の情報収集、精神医学的評価と、それらに基づく支援の継続や再調整を行う。これは通常のリエゾンの範囲をかなり超えた業務である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 対象患者：救急部門に搬送された自殺未遂者等 技術内容：患者との信頼関係を維持しながら、その都度、自殺念慮の有無と自殺関連行動の再発の有無と自殺危険度の評価、生活背景等の情報収集、精神医学的評価と、それらに基づく支援の継続や再調整を行う。 135点（退院後6か月以内に計6回算定可能）
診療報酬区分（再掲）	I
診療報酬番号（再掲）	I002-3
技術名	救急患者精神科継続支援料2
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	<ul style="list-style-type: none"> 有効性はすでに大型臨床研究（上記）により検証済みであり、平成25年度以降の厚生労働事業で実効性も検証されている。具体的には、6か月までの時点で自殺未遂者の自殺再企図を50%減少させる。世界的に大型臨床研究により検証された初の介入法である。 日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会ではガイドラインに明記されている、日本精神神経学会発行の書籍でも紹介されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	技術的難易度が高く、要件研修を受講修了した医師と他の専門職が必要となるが、診療報酬点数が低額であることから医療者のマンパワーをそこに割くことができず、普及が遅滞している（要件研修等におけるヒアリングより）。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 一般（精神科以外）3次救急において、搬送患者の10%弱は自殺関連行動（自損）による搬送であることが知られており、年間3万人以上の自殺関連行動の救急車による搬送があることが知られている。
	後の症例数（人） -
年間実施回数	前の回数（回） -

の変化等	後の回数（回）	-
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会ではガイドラインに明記されている、日本精神神経学会発行の書籍でも紹介されている。 ・救急に搬送された自殺未遂患者等に対する危機介入後のコミュニケーションと信頼関係の確立、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性評価とそれらに基づく危機介入と個別性に応じたケース・マネジメントを地域とも連携しながら実施するが、これを限られた入院期間中に実施しなければならない。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	1) 精神科リエゾンチーム加算の届出、2) 適切な研修（平成30年度時点で日本自殺予防学会が実施）を修了した専任常勤医師が1名以上配置、適切な研修を修了した専任の常勤看護師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士、常勤臨床心理技術者、または常勤社会福祉士が1名以上配置
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	なし
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		当該技術には身体侵襲性はなく、かつ技術内容は適切な研修会が要件化されており、研修会において修得されるために安全性は担保されている。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		大型臨床研究、経年的な厚生労働事業により倫理性・妥当性は担保されている。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	135点
	見直し後	320点
	その根拠	既記載で内容が類似した「精神科退院指導料」（患者が必要とする保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基き必要な指導を行った場合に算定）の320点を参考とした。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	なし
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額（円）	-
	その根拠	-
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		平成29年度の算定施設は32施設にとどまっている。当該技術は、厚生労働科学研究費補助金により、わが国が世界に先駆けて確立した科学的根拠性のある技術であり、自殺再企図を抑止することで自殺による死亡を低減させる蓋然性を有する技術である。これを普及させ、世界的にみて高自殺率を続けるわが国の自殺の抑止に繋げていく必要がある。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本自殺予防学会（適切な研修を主催団体として実施）、日本精神科救急学会、日本臨床救急医学会、日本救急医学会、日本総合病院精神医学会、日本うつ病学会
⑭参考文献 1	1) 名称	Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. (Lancet Psychiatry, 1, 193-201, 2014)
	2) 著者	Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamiyo Y, Okubo Y, Ikeshita K, Sakai A, Miyaoka H, Hitomi Y, Iwakuma A, Kinoshita T, Akiyoshi J, Horikawa N, Hirotsune H, Eto N, Iwata N, Kohno M, Iwanami A, Mimura M, Asada T, Hirayasu Y
	3) 概要（該当ページについても記載）	当該技術が自殺未遂者の自殺再企図を一定期間、協力に抑止することを多施設共同無作為比較試験によって科学的に検証した。
⑭参考文献 2	1) 名称	Interventions to repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. (J Affect Disord, 175, 66-78, 2015)
	2) 著者	Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K, Etoh N, Tachikawa H, Shiraishi Y, Yamada M
	3) 概要（該当ページについても記載）	自殺未遂者の自殺再企図防止方略について統合解析を行った結果、当該技術が、自殺未遂者の自殺再企図を抑止する方略として有望であることが示された。
⑭参考文献 3	1) 名称	HOPEガイドブック
	2) 著者	日本自殺予防学会監修、AMED「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班編集
	3) 概要（該当ページについても記載）	1-257前頁にわたり、当該技術の確立の経緯、技術内容詳細、診療報酬要件詳細、関連事項詳細等が記載されている。
⑭参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-

⑭参考文献4	3) 概要 (該当ページについても記載)	-
	1) 名称	-
⑮参考文献5	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285213

申請技術名	救急患者精神科継続支援料2
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
該当しない				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

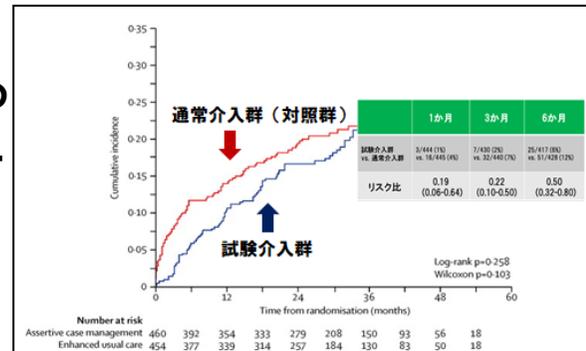
救急患者精神科継続支援料1, 2について

【技術の概要】自殺企図等により入院した精神疾患患者に対し、生活上の課題や精神科治療継続上の課題の評価に対して患者の個別性に応じた助言や指導を行った場合を評価

【技術の実際】算定要件に「適切な研修受講」が義務付けられており、これに則り自殺未遂者等への危機介入と信頼関係の構築、受療・自殺企図行動・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺再企図危険性の評価を行い、自殺再企図防止を目的に個別性に応じたケース・マネジメントの実施が義務付けられている。退院後も月1回程度の面接を6か月を目途に継続的な支援を行う。その際も、信頼関係を維持しながら自殺関連行動・受療・生活背景情報の収集、精神医学的評価、自殺危険性の評価を行い、状況に応じ危機介入を行い、個別性に応じたケース・マネジメントを継続して行う。



【有効性】厚労科研費補助金事業(自殺対策のための戦略研究)により実施された大型臨床研究により、当該介入技術の6か月間継続実施により自殺未遂者の自殺再企図を50%抑止することが立証された。これを確実に再現・実施させるために要件研修受講も要件化された。



【増点要望の根拠】当該介入技術は難易度が高く、多職種による稼働と実務専任者確保が必要なために低額設定(支援料1は救急での未遂者等への助言・指導料の6分の1以下、支援料2は精神科退院患者指導料の半額以下)では普及困難。実際、平成29年度で実施病院は30に留まっている。

平成28年度診療報酬改訂
救急患者精神科継続支援料(新規)

1. 入院患者: 435点
2. 1以外の患者: 135点

精神科医または精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理技術者、作業療法士が自殺企図等により入院した精神疾患患者の生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を認識し、助言や指導

「救命救急センター」に搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修」の構成

【施設基準】
-精神科リ
-適切な研修
-上記医療者

「救命救急センター」に搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修」の構成

1. 基本的知識
-自殺予防と自殺未遂者ケア総論(講義)
2. 研修対象と目的(演習)
3. クラスワーク: 救急隊員の抽出とアセスメントのための情報収集
4. 研修ケース・マネジメント演習
-研修ケース・マネジメント演習の実際(講義)
5. 心療看護(講義+ロールプレイ)
6. 定常状態におけるケース・マネジメントの実践(講義)
7. アセスメントとプランニング(ロールプレイ)
8. 研修ケース・マネジメント演習
9. チーム医療とセルフケア

所要時間 1.0

117施設・369人が受講(平成29年度まで:研修プログラムの教育効果についても検証済み)

計14施設

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	285214	
申請技術名	診療情報提供料(I)	
申請団体名	日本精神神経学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：— 提案当時の技術名：—
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択 —
診療報酬区分	B	
診療報酬番号	B 009	
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
	「6 その他」を選んだ場合に記載	
技術の概要（200字以内）	通院患者が通院中の医療機関が紹介することなく入院になった場合（措置入院や自殺企図などでの入院）に、入院先の病院から診療情報の提供を求められることが多いが、現在の算定要件は「保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合」となっているため診療情報提供料を算定できないが、この場合も算定できるようにする	
再評価が必要な理由	通院患者が緊急に入院になった場合に通院中の主治医から病院への診療情報提供は治療上きわめて重要であるが、それがこれまで評価されていないため。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	通院患者が緊急に入院になった場合の通院中の主治医から病院への診療情報の提供。地域包括ケアの必要性が増大している現状がある。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在は緊急入院先からの照会に対する診療情報提供は評価されていない。
診療報酬区分（再掲）	B
診療報酬番号（再掲）	B 009
技術名	診療情報提供料(I)
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	緊急入院先からの照会は日常的にあり、それに対してそれまでの診療情報を提供することが入院治療計画をたてるのに有効である。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	これまで算定できなかった場合に算定できるようになるので、再評価によって対象患者数は増える。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 不詳 後の症例数（人） 不詳
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 29227500回 後の回数（回） 不詳だが増加の見込み。
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	特になし
施設基準（技術の専門性等）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 特になし

は寺を増よえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	特になし
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	—
	見直し後	—
	その根拠	—
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額(円)	不詳
	その根拠	—
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑭参考文献 1	1) 名称	なし
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献 2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献 3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—
⑭参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても記載)	—

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

285214

申請技術名	診療情報提供料(I)
申請団体名	日本精神神経学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

診療情報提供料(I)：入院先からの照会に対して診療情報を提供した場合にも算定できるように要件を追加。

通院患者が通院中の医療機関が紹介することなく入院になった場合（措置入院や自殺企図などでの入院）に、入院先の病院から診療情報の提供を求められることが多いが、現在の算定要件は「保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合」であり、入院先からの照会に対して診療情報を提供しても算定できない。医療連携の重要性を鑑みて、この場合も算定できるようにしていただきたい。

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	287201
申請技術名	脊髄障害患者に対する間歇的導尿（一日につき）
申請団体名	日本脊髄障害医学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）
	追加のエビデンスの有無
診療報酬区分	J
診療報酬番号	65
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載
技術の概要（200字以内）	脊髄障害患者に対する間歇的導尿は、尿道損傷、尿路感染症、自律神経過緊張反射の予防、適切な導尿間隔の設定などを行った上で実施される処置であり、通常の間歇的導尿と異なるきめ細かい対応が要求される。このため、J065 間歇的導尿を、1. 間歇的導尿（脊髄障害患者以外：一日につき）と2. 脊髄障害患者に対する間歇的導尿（一日につき）に改正し、2に関しては1よりも高い評価とする。
再評価が必要な理由	<p>脊髄障害患者においては、間歇的導尿（clean intermittent catheterization, 以下、CICと略）が生涯にわたる尿路管理法になることが多く、以下の観点から再評価が必要である。</p> <p>1. 脊髄障害患者におけるCICの特殊性 現在のCICに対する評価は、処置回数の多さと通常のCICの4倍と試算される1回あたりの処置時間の長さに見合った評価がなされておらず、尿道カテーテル留置からの移行が難しい状況にある。</p> <p>1-1: 導尿間隔と導尿回数の適正化 脊髄障害患者のCICに当たっては、一回の導尿量を、自律神経過緊張反射、尿失禁、膀胱内圧測定での高圧の排尿筋過活動や低コンプライアンス膀胱が出現する膀胱容量より少ない量に抑える必要がある。このため、適切なCIC間隔を設定し、1日6回程度の頻度の高いCICを行う必要がある。</p> <p>1-2: 身体機能障害 脊髄障害患者では、その身体機能障害のために、CICを行うための移乗・体位変換・体位保持（座位や開脚）などが必要であり、医療従事者の労力負担が大きい。</p> <p>2. 脊髄障害患者における入院中のCIC確立の必要性 脊髄障害患者におけるCICは、尿路合併症のリスクを抑えられる方法として、受傷（発症）後、全身状態が改善し尿量が安定した段階で早期から開始することが求められている。しかし、実際には、1に述べた理由によって、尿道カテーテル留置からCICへの移行が円滑に行われず、退院後も尿道カテーテル留置が継続されている例が多い。尿道カテーテル留置を受けている脊髄障害患者では、泌尿器系合併症の発生率や尿路合併症による再入院の年間入院日数が長いとされ、入院中のCICの確立が重要である。</p>

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	「再評価が必要な理由」に記載した導尿間隔と導尿回数の適正化を達成するためには、脊髄障害患者における間歇的導尿（以下、CICと略す）時の労力負担に見合った高い評価が必要である。さらに、2016年の診療報酬改定時にC163特殊カテーテル加算として認められた、親水性コーティングカテーテル、間歇バルーンカテーテルといった新規材料のコストを現行の評価内でカバーすることは難しく、新規材料の普及も妨げられている。親水性コーティングカテーテルには尿路感染症や尿道損傷の防止効果が、間歇バルーンカテーテルには脊髄障害による夜間多尿に起因する膀胱過伸展の防止効果が示されている。現行の間歇的導尿に対する評価では、尿道カテーテル留置から医療従事者によるCICへの移行が円滑に行われない結果、患者自身によるCIC（自己導尿）の確立も困難である。退院までに自己導尿が確立されない場合、尿路合併症の発生率の高い尿道カテーテル留置が継続され、再入院日数の増加に繋がる可能性も指摘されている。このため、脊髄障害患者に対する間歇的導尿（1日につき）の項目を設定し、150点から400点への増点を要望する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者：脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。 ・技術内容：技術度はB、術者医師1名の関与時間が15分/日、協力看護師1名の関与時間が30分/日程度を想定して診療報酬が設定されている（外保連試案 T51-07090-07-59）
診療報酬区分（再掲）	J
診療報酬番号（再掲）	65
技術名	間歇的導尿（一日につき）

<p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・ 学会のガイドライン上の位置づけ等 	<p>1. 脊髄障害患者における間歇的導尿（以後、CICと略す）の位置付け 自排尿リスクが高いと判断された脊髄障害患者において、CICは、尿道カテーテル留置（indwelling urethral catheterization, 以下、IUCと略す）による尿路管理法と比較して、尿路感染症などの尿路合併症の発生率が低く、膀胱機能障害の進行も防止する効果がある（文献1, ※新規：文献2）。このため、受傷（発症）後早期にIUCからCICへ移行すべきである（文献1, ※新規：文献2）。</p> <p>2. 永続的なIUCを回避するための医療従事者によるCIC確立の重要性 入院期間中に患者自身によるCIC（自己導尿）の確立が達成されなかった場合、その患者の尿路管理法はIUCでの管理が継続される確率が高い（※新規：文献2）。自己導尿への移行の前提として、まず医療従事者によるCICを確立することが必須である。医療従事者によるCICが確立した段階で、患者の脊髄障害に対する受容の状況も考慮しつつ、自己導尿の指導が段階的に行われる。ところが、本邦では専門性の高い労災病院*、総合脊損センター**においてすらCIC実施率が海外（文献3, エビデンスレベル4）と比較して低く（それぞれ、28.6%, 26.8% vs. 41%）、また、平成29年社会医療診療行為別調査から推定された全国の医療機関でのCIC実施率は、多く見積もっても7.7%である。 *全国30医療機関における脊髄損傷疫学調査（労災機構）、1997年度～2016年度 ** 総合せき損センターのデータベース、2005年～2018年</p> <p>3. CICの確立による医療費の削減効果 退院後、CIC患者の尿路合併症による再入院期間は、IUC患者よりも7.4日～18.2日短い傾向があり（※新規：文献4）、医療費として一人当たり年間最大486,668円の削減効果が期待できると試算される。</p> <p>4. CICカテーテルの多様性 親水性コーティングカテーテルは、非コーティングカテーテルに比べてCIC所要時間の短縮に貢献し、症候性尿路感染や尿道損傷を有意に減少させる（※新規：文献5）。間歇バルーンカテーテルは、夜間のCIC回避という点で、脊髄障害に多く見られる膀胱容量が少ない患者や夜間多尿の患者において有用であることが示されている。</p>
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p>	<p>・日本国内において、毎年約5,000人の新規脊髄損傷患者が発生する（新宮彦助. 日本における脊髄損傷疫学調査第3報（1990-1992）日本パラプレジア医学会雑誌1995:8:26-7）。</p> <p>・脊髄損傷患者が退院に至るまでの入院期間は平均7.5か月である。（総合せき損センター2017年データ）。</p> <p>・入院期間中、尿道留置カテーテルを抜去後に清潔間欠導尿（以下、CICと略す）へ移行した場合、その実施期間は平均2か月*であり、退院時にCICによる尿路管理法となっている割合は、専門性の高い労災病院における疫学調査では28%である。</p> <p>* 労災病院における脊髄損傷疫学調査（1997年度～2016年度）、総合せき損センターのヒアリングから</p> <p>・専門性の高い労災機構病院での調査結果であるCIC実施率28%と、病院での実施期間である平均2か月を、新規脊髄損傷患者に適用して年間の算定回数を計算した。 ☆ 5,000人（新規脊髄損傷患者数）×28%（間歇的導尿の排尿管理比率）=1,400人 ☆ 1,400人×60回（平均2か月の算定回数）=年間84,000回（算定回数）</p> <p>・平成29年社会医療診療行為別調査のJ065間歇的導尿の算定結果を参照すると、算定回数は年間23,232回（1,936回/月×12か月）であり、既述の84,000回と大きくかけ離れている（申請件数としては、379件/月×12か月=年間4,548件/年間）。</p> <p>・社会医療診療行為別調査での算定回数がすべて脊髄損傷患者であったとしても、23,232回÷60回（平均2か月の算定回数）=387件/年（年間387人）であり、新規脊髄損傷患者5,000人のうちCIC実施率は7.7%（387人/5,000人）となり、専門性の高い労災機構病院での実施率28%と大きく異なっている。</p> <p>・現在の算定回数は、脊髄損傷患者に対する専門性の高い労災病院における脊髄損傷疫学調査（1997年度～2016年度）データから、新規CIC導入患者は年平均200名程度と推定され、年間の算定回数は12,000回（200名×60回（平均2か月の算定回数））となる。</p>
<p>年間対象者数の変化</p> <p>前の症例数（人）</p> <p>後の症例数（人）</p>	<p>200</p> <p>1,400</p>
<p>年間実施回数の変化等</p> <p>前の回数（回）</p> <p>後の回数（回）</p>	<p>12,000</p> <p>84,000</p>
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性等） 	<p>・学会における位置づけ：「脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン」において、自排尿による尿路管理では症候性尿路感染や上部尿路障害を生じるリスクが高い脊髄障害患者に対する尿路管理法として、清潔間歇的導尿は第一選択の尿路管理法であることが示されている。</p> <p>・難易度：技術度B。導尿の技術そのものはBであるが、脊髄障害患者においては「再評価が必要な理由」で述べた事項への適切な対処が必要であり、実際には以下の「人的配置の要件」の通り、関連各科の専門医が必要である。</p>
<p>施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）</p> <p>・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p> <p>人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）</p> <p>その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）</p>	<p>脊髄障害による神経因性下部尿路機能障害（神経因性膀胱）に対する尿路管理法として間歇的導尿を実施可能な施設</p> <p>・医師：脊髄障害の診療に関連する泌尿器科、整形外科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション科のいずれかの専門医の資格を有している常勤の医師が最低1名勤務していること。なお、泌尿器科においては排尿機能学会の専門医の資格も有することが望ましい。</p> <p>・看護師：3年以上、下部尿路機能障害の看護に従事した経験のある看護師が最低1名必要である。なお、移乗、姿勢保持、下肢開脚などのため、患者の身体機能障害の程度に応じて1回の間歇的導尿処置に際して3名前後の看護師が必要となる場合もある。</p> <p>・ガイドライン：脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン（文献1）</p> <p>・研修：看護師に関しては、その施設において間歇的導尿に従事する看護師の内、最低1名の看護師が、排尿自立指導料の算定に必要とされる「所定の研修」を受けていることが望ましい。</p>

<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>「脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン, pp51-52, 文献1」によれば、尿路感染症、膀胱結石、尿道損傷、尿道狭窄、水腎症（上部尿路障害）、うつ状態などがあげられている。それぞれの頻度は下記の通りである。 1. 尿路感染症：細菌尿 12~88%、有熱性尿路感染症：1回/3.9年/人、1日3回以上の導尿で1回/10年 * 精巣上体炎（男性のみ）：1~28.5%、尿道炎（基本的に男性のみ）：1~13.2% 2. 膀胱結石：1回/80~215年/人 3. 尿道狭窄（基本的に男性のみ）：4.5~19% 4. 水腎症：7.9%（導尿回数不十分が原因の場合が多い） 5. うつ状態：女性の方が多いとされる</p>												
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>	<p>・倫理性：間歇的導尿は、自排尿による尿路管理では症候性尿路感染や上部尿路障害を生じるリスクが高い脊髄障害患者において排尿自立を達成でき、個人の尊厳を維持する上で倫理的にも重要である。 ・社会的妥当性：間歇的導尿は、パラリンピックの生みの親であるルードビヒ・ガットマンが、第二次世界大戦中に脊髄障害患者に対して、尿路合併症による死亡率を減らすことを目的として、ストーク・マンデヴィル国立脊髄損傷センターにおいて無菌間欠導尿として開始した尿路管理法である。1970年代にジャック・ラピデスが清潔間欠導尿の有効性、安全性を報告し、自排尿による尿路管理では症候性尿路感染や上部尿路障害を生じるリスクが高い脊髄障害患者に対する第一選択の尿路管理法として定着している。</p>												
<p>⑧点数等見直しの場合 その根拠</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">見直し前</td> <td style="width:15%;">150</td> </tr> <tr> <td>見直し後</td> <td>400</td> </tr> </table> <p>①外保連試算（脊髄障害患者に対する間歇的導尿（1日につき）、ID（連番）T62-07091-07-59 から算出された費用 費用計：33,113円 ・人件費：25,460円（技術度B, 術者医師60分（10分×6回）、協力看護師120分（20分×6回）） ・材料費：4,497円（カテーテル¥230×6本, 帽子マスク¥120×6, キシロカインゼリー¥237） ・部屋使用料：3,156円（120分） ②親水性コーティングカテーテル使用による処置時間短縮から推計された削減分 親水性コーティングカテーテルで間歇的導尿を実施した場合、非親水性コーティングカテーテルと比較して、導尿処置1回あたり平均3分短縮する（第31回 日本環境感染学会総会・学術集会 演題番号：1-P32-9） 削減費用計：7,442円 ・人件費：▲6,732円（3分×（医師：325円/分+看護師：49円/分）×6回/日） ・材料費：▲237円（キシロカインゼリー¥237） ・部屋使用料：▲473円（18分） ③費用合計：25,671円（=①-②） 既存J065処置点数150点に対して 8,894の費用計上（外保連試算IDT51-07090-07-59）のため、1点あたり59.2円に相当すると仮定すると、25,671円÷59.2円/点=433点となり、400点を要望するものである。</p>	見直し前	150	見直し後	400								
見直し前	150												
見直し後	400												
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">区分</td> <td style="width:15%;">区分をリストから選択</td> <td style="width:15%;">なし</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>具体的な内容</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> </table>	区分	区分をリストから選択	なし	番号	なし		技術名	なし		具体的な内容	なし	
区分	区分をリストから選択	なし											
番号	なし												
技術名	なし												
具体的な内容	なし												
<p>⑩予想影響額 その根拠</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">プラスマイナス</td> <td style="width:15%;">マイナス</td> </tr> <tr> <td>予想影響額（円）</td> <td>33,103,467</td> </tr> </table> <p>・医療経済的な影響の推計においては、外来移行後のCICによる尿路合併症減少効果も考慮し、3年間のスパンで医療費への影響を推計した。 ①【予想される当該技術に係る医療費（入院期間中：1年目）：336,000,000円】 4,000円（要望点数）×30日×2ヶ月（当該技術の平均実施期間）×1,400人=336,000,000円 ②【外来移行後の年間医療費（在宅自己導尿指導管理料：2年目以降）：463,680,000円】 （18,000円+9,600円）×1×12ヶ月×1,400人=463,680,000円/年 （※1 C106在宅自己導尿指導管理料+C163特殊カテーテル加算（間歇導尿用ディスプレイカテーテル（イ 親水性コーティングを有するもの）を用いた場合） ・CIC患者の尿路合併症を原因とする再入院期間は、尿道カテーテル留置患者よりも最大18.2日（7.4日~18.2日間）短い。（※新規：文献4, エビデンスレベル4） ・尿路合併症を原因とする再入院に対して、1日あたりのDPC点数による入院料で換算した平均値は 26,740円（入院期間I）であった。 ・CICによる尿路管理法を選択することで、尿道カテーテル留置と比較して年間最大486,668円、外来移行後の増額分を相殺しても年間155,468円の医療費の削減が期待できる。 ③【外来移行後の年間最大医療費の削減効果：2年目以降：-681,335,200円】 26,740円×18.2日×1,400人/年=681,335,200円 ・よって、3年における予想される年間医療費への影響は、-33,103,467円 （336,000,000円（1年目の医療費）+463,680,000円（2年目の医療費）+463,680,000円（3年目の医療費）-（681,335,200円（2年目の削減費）+681,335,200円（3年目の削減費））/3年） ・CICによる尿路管理法を2.54年以上継続すれば、入院期間中の増額分も相殺され、以降は継続的に医療費の削減効果が期待できる。</p>	プラスマイナス	マイナス	予想影響額（円）	33,103,467								
プラスマイナス	マイナス												
予想影響額（円）	33,103,467												
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>特になし</p>												
<p>⑫その他</p>	<p>特になし</p>												
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本排尿機能学会、日本リハビリテーション医学会</p>												
<p>1) 名称</p> <p>2) 著者</p>	<p>脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン 日本排尿機能学会・日本脊髄障害医学会 脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン作成委員会</p>												

⑩参考文献 1	3) 概要 (該当ページについても記載)	急性期の尿路管理について (pp4-5): カテーテルを抜去し、スタッフによる清潔間欠導尿 (以下、CIC) を開始すべきである。 脊髄損傷患者における清潔間欠自己導尿法の適応と開始時期について (pp49-50): 自排尿のままでは尿排出が不十分なために、膀胱壁の過伸展や、膀胱内圧の上昇をきたし、尿路性器感染症、膀胱尿管逆流または上部尿路障害の進展をきたすリスクのある場合、下部尿路症状や自律神経過緊張反射をコントロールできない場合などに第一選択の適応となる。自己導尿の開始は、座位バランスが取れるようになれば早期に開始することが望ましい。
⑩参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	Urologic management of the spinal cord injured patient Elliott S, Gomez R ed., International Consultation on Urological on Urological Diseases ・急性期の尿路管理 (pp77-79) 全身状態が改善し次第、CICを考慮すべきである。(エビデンスレベル3, 推奨グレードA) ・尿路管理法としてのCICについて (pp151-160) CICの項目の冒頭において、退院時に尿道カテーテル留置が尿路管理法として選択された場合には、70%の患者でそのまま尿道カテーテル留置が継続されることが述べられている。 ①症候性尿路感染、尿路結石、下部尿路機能の悪化、腎障害、膀胱癌、尿道合併症は尿道カテーテル留置に比べてはるかに低率である。(エビデンスレベル3) ②症候性尿路感染を防止するために、適切な導尿回数、衛生に関する教育、膀胱過伸展回避、膀胱の低圧環境維持が重要である。(推奨グレードB) ③自排尿不能な患者では、CICが推奨される尿路管理法である。(エビデンスレベル3, 推奨グレードB) ④尿路合併症を繰り返す患者に対しては親水性コーティングカテーテルを提示すべきである。(エビデンスレベル2, 推奨グレードB)
⑩参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	Bladder management in individuals with chronic neurogenic lower urinary tract dysfunction Krebs J, Wöllner J, Pannek J Spinal Cord (2016) 54, 609-613 対象と方法: 受傷後1年以上の1,263名 (平均年齢47歳) の脊髄障害症例のデータベースを用いて、尿路管理法を中心に検討が行われた。 結果: 尿路管理法では、CICが41%、尿道留置カテーテルが1.3%であった。尿道留置カテーテル管理は、女性が男性の2.55倍、31歳以上は30歳以下よりも有意に多く、61歳以上では7.76~10.45倍であった。 結論: 尿路管理法としてはCICが最も多かった。高齢者において尿道カテーテル留置管理のリスクが高くなることへの今後の対策が重要であると考えられた。
⑩参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	Medical and Psychosocial Complications Associated With Method of Bladder Management After Traumatic Spinal Cord Injury Cameron AP, Wallner LP, Forchheimer MB, Quentin Clemens JQ, Dunn RL, MS, Rodriguez G, David C, John Horton III J, Tate, DG Arch Phys Med Rehabil 2011;92:449-456. 対象と方法: 脊髄障害症例のデータベースを用いて、1973年から2005年までの24,762名を対象とし、尿路管理法と、医学的合併症、入院期間、心理的因子との関係性を検討した。 結果: カテーテル留置管理は、他の尿路管理法 (CIC、自排尿、コンドーム型収尿器) と比較して、褥瘡と、すべての原因および尿路合併症による入院頻度、入院の長さに影響していた。
⑩参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	Outcome comparison of different approaches to self-intermittent catheterization in neurogenic patients: a systematic review Shamout S, Biardeau X, Corcos J, Campeau L Spinal Cord (2017) 55, 629-643 対象と方法: CICカテーテルに関して2015年11月以降に発行された3768文献のうち、31の文献 (エビデンスレベル1b~2b) の系統的レビューし、最も適切な医療材料と技術に関して検討。 結果: 対象患者は2188名で、男性では脊髄障害患者、女性では多発性硬化症が多くを占めた。親水性コーティングカテーテルは非コーティングカテーテルと比較して症候性尿路感染 (54~64% vs. 61~82%) と尿道合併症 (0.31~23% vs. 0.65~34%) の発生率を低下させ、患者満足度を向上させると結論されている。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 287201

申請技術名	脊髄障害患者に対する間歇的導尿（一日につき）
申請団体名	日本脊髄障害医学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
キシロカインゼリー2%（アスペンジャパン株式会社）	21800AMX10169000	2006年6月1日	表面麻酔	7.3円/mL	-

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
スピーディカテ（コロプラス株式会社）	219ACBZX00025000	2016年5月1日	間欠泌尿器用カテーテル	該当なし	-
サフィードネラトンカテーテル（テルモ株式会社）	15000BZZ00896	2014年8月1日	間欠泌尿器用カテーテル	該当なし	-
間欠式バルーンカテーテル（株式会社ディヴィンターナショナル）	20700BZZ01034000	2007年9月1日	間欠泌尿器用カテーテル	該当なし	-

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
-				
-				
-				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

J065 間歇的導尿（一日につき）から

「1. 間歇的導尿（脊髄障害患者以外：一日につき）と

2. 脊髄障害患者に対する間歇的導尿（一日につき）」への改正について

脊髄障害患者におけるCICの特殊性

- ・長期（≒生涯）にわたるCICの必要性（受傷時平均年齢50.4歳）
- ・適切なカテーテルの選択*、自己導尿の教育
- ・導尿の間隔と1回導尿量の綿密な設定（6回/日前後）
- ・移乗・体位変換・体位保持に関する労力（通常のCIC×4倍の時間）

（CIC: 間歇的導尿, * 親水性コーティングカテーテルなど）

年間5,000人発生

脊髄障害患者における入院中のCIC確立の必要性

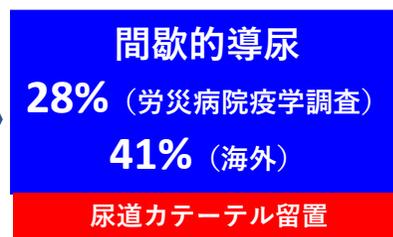
- ・退院時に尿道カテーテル留置の場合、高率で永続的なカテーテル留置
- ・尿道カテーテル留置は尿路合併症リスクが高率
- ・尿道カテーテル留置は尿路合併症による年間再入院日数がCICに比べて長い（年間7.4日～18.2日）



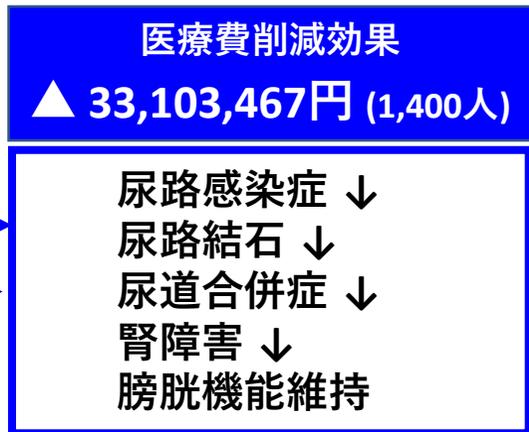
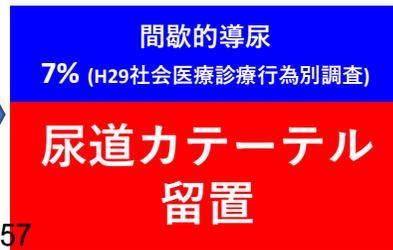
脊髄障害の受傷（発症）



退院



1,013～1,200人増



医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	288101	
申請技術名	摂食嚥下障害検査	
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：摂食嚥下障害検査
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	摂食嚥下障害患者に対し、系統的な診察を行い、加齢や、認知症や脳血管障害、神経筋疾患などの病態及び現在の摂食嚥下機能と、呼吸・栄養等の関連全身状態の評価を行い、次のプラン（治療・精査）につなげるものである。	
対象疾患名	摂食嚥下障害	
保険収載が必要な理由（300字以内）	摂食嚥下障害の評価に際しては、先行期・準備期・口腔期・咽頭期の評価を必要とし、基本の脳神経学的検査に加えて、栄養・姿勢保持・呼吸状態や発声・咳などについても評価し、さらに水飲み試験、唾液嚥下テストなどのスクリーニングテストの実施を必要とする。専門的な知識と、一定の所要時間を要することから、保険収載が適切である。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	摂食嚥下障害を有する症例（経口摂取が困難である、誤嚥性肺炎をきたしている、嚥下障害を疑われて紹介された、などの症例）。摂食機能療法を指示するための判断に際しての診察場面。	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	日本摂食嚥下リハ学会では摂食嚥下障害評価法を2015年から公表している。摂食機能療法を指示する前には「医師が個々の患者の症状に対応した診療計画書を作成」することとなっている。	
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	D
	番号	D239-3、 A232-2
既存の治療法・検査法等の内容	技術名	神経学的検査、栄養サポートチーム加算（多職種による栄養評価）
		（1）神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を「別紙様式 19」の神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき1回に限り算定する。 （2）神経学的検査は、専ら神経系疾患の診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る）が当該検査を行った上で、その結果を患者に説明した場合に限り算定する。 （3）栄養サポートチーム加算は栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の 保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者について、週1回に限り所定点数に加算する。
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	摂食嚥下障害の診察とスクリーニングテスト、そして方針決定にかかわる栄養と呼吸のリスク評価を専門的に一連のセットとして行うことは有用であり、その後の的確な摂食機能療法あるいは精査につながる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果	なし	
エビデンスレベル	4	
⑥普及性	年間対象患者数(人)	49,865
	国内年間実施回数(回)	49,865
※患者数及び実施回数の推定根拠等	第1回NDBオープンデータ；厚生労働省 内視鏡下嚥下機能検査実績より。	
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会は「嚥下障害診療ガイドライン」の中で、リスクの高い摂食嚥下障害患者に対しては、専門医療機関において基本的な診察以上の時間、技術、設備を用いての評価を推奨している。また、摂食嚥下障害に関する専門医療機関においては、専門的に嚥下障害に対応することのできる医師を中心に、管理栄養士をはじめ多職種による栄養評価や摂食嚥下障害に関連する神経学的検査が行われているが、現状では専門医療機関における評価についてのインセンティブはない。入院患者に対する多職種による栄養評価は、栄養サポートチーム加算において評価され、神経学的検査の専門性とその効果については300点から450点に診療報酬が引き上げられるなど再評価が行われているが、多職種による栄養評価や神経学的検査が必須である摂食嚥下障害においては、それと同等の検査が行われているにも関わらず評価されていない。また、胃瘻造設前嚥下評価研修会においても、嚥下内視鏡や嚥下造影に至る前の診察・評価に必ず一定時間を割き、それらの評価の上で、的確に内視鏡や造影検査を行うよう研修している。	

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等)	標榜科：耳鼻いんこう科 リハビリテーション科 歯科 体制：内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影検査の実績
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等)	医師なし 歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	所定の摂食嚥下障害講習会を受講
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		摂食嚥下障害はQOLに直結する障害であり、専門的な適切な評価を受けることは患者のQOLにも貢献する。
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分	D
	点数(1点10円) その根拠	350 神経学的検査450点のうち、摂食嚥下障害にかかわる検査のみ実施(神経学的検査13項目のうち8項目実施)、栄養サポートチーム加算200点(週1回)の合計650点の半分強
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	マイナス 274,257,500円
	その根拠	350点×49865件=174,527,500円。この症例のうち3割が、的確な評価により経口摂取の促進や誤嚥性肺炎の予防で1日入院期間が短縮したと考え、3万円×(49865名×0.3)=448,785,000円の節約。差し引き274,257,500円の削減になる。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)		なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への掲載状況		2) 調べたが掲載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上 の特徴(例：年齢制限)等		なし
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本耳鼻咽喉科学会 日本リハビリテーション医学会 日本小児神経学会 日本高次脳機能障害学会
⑯参考文献1	1) 名称	Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia.
	2) 著者	Aviv JE.
	3) 概要(該当ページについても 記載)	嚥下障害は、頭頸部の疾患ないしその手術後や、神経変性疾患を含む多くの疾患の結果であり、特に高齢者に多くみられる。嚥下障害は低栄養の発生率を高め、患者の回復を遅らせる。嚥下障害の診断と治療には、多職種によるチームを必要とする。また、低栄養の予防と治療を含む栄養管理に焦点を当てることが不可欠である。嚥下障害の治療における最大の課題は、嚥下障害患者の低栄養の存在を意識しないことです。嚥下障害の適切な評価とそれに基づく治療が罹患率、死亡率および医療費の減少につながることを提案する。Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2012;72:77-83.
⑯参考文献2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—
⑯参考文献5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 概要(該当ページについても 記載)	—

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 288101

申請技術名	摂食嚥下障害検査
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

摂食嚥下障害の専門医療機関における専門的診察の評価について

背景：摂食嚥下障害患者の増加、高齢化、重度化、原因の多様複雑化によって摂食嚥下障害の専門医療機関における診察および検査に、より高い専門性と精密な評価が求められてきている。

摂食嚥下障害を有する認知患者の増加、食物認知障害、食事の開始、維持の困難。運動、感覚、高次機能の障害など摂食嚥下障害の原因が複雑な患者が急増し、神経学的検査が必須となっている。
摂食嚥下障害患者の栄養評価（食事調査、身体計測など）は患者の状態を把握するだけでなく、治療計画の立案や予後、リハビリテーションの効果をはかるうえで不可欠

リスクの高い摂食嚥下障害患者に対しては、専門医療機関において基本的な診察以上の時間、技術、設備を用いたの評価を推奨している。

「嚥下障害診療ガイドライン」
一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会

摂食嚥下障害に関する専門医療機関においては、摂食嚥下障害に関連する神経学的検査や栄養評価が行われているが、診療報酬において評価されていない。

栄養評価については、食事調査や体重、下腿周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚など身体計測と、体組成計による骨格筋量、除脂肪体重の測定、呼気ガス分析など管理栄養士はじめ多職種で行われるが、入院患者に対しては栄養サポートチーム加算200点（週1回）などの評価がある。

神経学的検査の専門性とその効果については300点から450点に診療報酬が引き上げられるなど再評価が行われている。

摂食嚥下障害の専門医療機関における神経学的検査や栄養評価についての報酬上の評価が必要

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	288102	
申請技術名	栄養・摂食嚥下管理加算	
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：栄養・摂食嚥下加算
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	回復期リハ病棟以外で、嚥下障害に対し、多職種で構成された摂食嚥下チームを持ち、かつ、入院患者に対して7日以内に、嚥下機能の一次スクリーニングを実施し、摂食・嚥下障害看護認定看護師、又は言語聴覚士による二次的な評価および医師による検査や専門的対応につなげる管理システムを持つ施設を評価する。	
対象疾患名	摂食嚥下障害	
保険収載が必要な理由（300字以内）	入院時の摂食嚥下機能スクリーニングとその後の二次的な評価に対する診療報酬がないため、スクリーニングと二次的な評価を実施している施設が少ない。入院時に適切な摂食嚥下機能評価を行い、多職種で構成された摂食嚥下チームで介入することで誤嚥性肺炎が減少すると言われおり、入院時の機能評価が重要である。入院時に適切な摂食嚥下機能の一次スクリーニングを行い、陽性時は二次的な評価を行うことで、早期からチームによる介入が可能となり入院中の窒息の減少・誤嚥性肺炎の減少・QOLの向上・在院日数の短縮を図るとともに、摂食嚥下機能の低下を早期発見することも可能になる。そして、退院後の介護予防にも繋がる事が期待できる。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	回復期リハ病棟以外で、入院時に摂食嚥下スクリーニングにより抽出された患者。フレイルをベースとした65歳以上の高齢者、脳血管疾患や神経筋疾患を発症した患者、肺炎で入退院を繰り返す患者などがスクリーニングで抽出されることが想定される。	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	多職種で構成された摂食嚥下チームを持ち、入院7日以内に摂食嚥下機能の一次スクリーニングを実施。スクリーニングで陽性となった場合は摂食・嚥下障害看護認定看護師、又は言語聴覚士による二次的な評価、及び多職種で構成された摂食嚥下チームでの専門的対応を行った場合に算定する。	
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	B
	番号 技術名	特になし 特になし
既存の治療法・検査法等の内容	特になし	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	入院時スクリーニングを行うことで呼吸器感染症が減少する。	
⑤ ④の根拠となる研究結果	あり（脳梗塞急性期の嚥下障害と入院時嚥下評価の意義 環境感染 Vol. 18 no. 1, 2003 中島誠）	
エビデンスレベル	5	
⑥普及性	年間対象患者数(人)	333000（二次スクリーニング実施症例数）
	国内年間実施回数（回）	333000（二次スクリーニング実施症例数）
※患者数及び実施回数の推定根拠等	入院患者数1273000人（厚労省平成2014年患者調査の概況）うち26.2%がEAT10では3点以上の嚥下に問題ありと評価された報告がある。	
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	摂食嚥下障害患者へのスクリーニングは標準的な技術であり、嚥下障害患者の早期発見に効果がある。スクリーニングを行うことは推奨され、入院時スクリーニングを行う施設も増加傾向にある。しかし、看護師の手間と時間を要すること、加算がないことなどから普及が制限されている。	
施設基準（技術の専門性等を踏ま）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 摂食嚥下リハビリテーションを行うことができる多職種で構成されたチームが存在すること。嚥下内視鏡検査や嚥下造影を行える機能を持つ。	

え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等)	多職種で構成されたチーム（医師・看護師・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・歯科医師・歯科衛生 士・管理栄養士など複数の職種がチームに属していること）
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会による「摂食・嚥下障害の評価(簡易版)
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		一次スクリーニングはスクリーニングとして標準化されており、特別な技術を要しない。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	B
	点数（1点10円）	500
	その根拠	看護師による一次スクリーニング、認定看護師又は言語聴覚士による二次スクリーニングとチームでの介入を要するため。（褥瘡ハイリスク加算は500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	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容	特になし
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	マイナス 26,932,800,000
	その根拠	上記のように二次スクリーニング実施症例において加算を算定するとすると500点×333000回＝1,665,000,000円。スクリーニングにより、全体1,100,000症例の4.2%の肺炎が予防できたと推定すると肺炎の費用は61.9万円との報告があるため、619,000×（1,100,000×0.042）＝28,597,800,000円の医療費削減。差し引きは26,932,800,000円となる。一次スクリーニングした全症例（高齢者等、入院症例の半数と推測）に加算を算定した場合でも費用は500点×（1,100,000×0.5）＝2,750,000,000円であり、25,847,800,000円の医療費削減となる。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	なし	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への掲載状況	2）調べたが掲載を確認できない 1）を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。	
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	特になし	
⑬当該技術の先進医療としての取扱	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	看護学会（摂食嚥下障害認定専門看護師を養成）日本小児神経学会 日本老年医学会 日本リハビリテーション医学会	
⑯参考文献1	1）名称	誤嚥性肺炎の疫学
	2）著者	山脇 正永
	3）概要（該当ページについても記載）	Great. Med. 48(12):1617～1620, 2010 1ページ：肺炎による入院のうち誤嚥性肺炎の割合は60.1%であり、年齢とともに割合は増加する。米国では一回の誤嚥性肺炎に着き、在院日数は21～40日で、9,460～33,430ドルの医療費が算出されている。
⑯参考文献2	1）名称	脳梗塞急性期の嚥下障害と入院時嚥下評価の意義
	2）著者	中島誠
	3）概要（該当ページについても記載）	発症7日以内の脳梗塞患者に嚥下機能評価を行ってアルゴリズムを使用すると、初期栄養手段は抹消静脈栄養のみの患者がシステム導入後に14.1%→6.3%に減少。早期に栄養手段の選択を実施した場合は呼吸器感染症は導入前の9.8%→5.6%へ減少した。 環境感染 Vol. 18 no. 1, 2003
⑯参考文献3	1）名称	急性期病院高齢者患者における摂食嚥下障害スクリーニング質問用紙EAT-10で評価した嚥下障害と低栄養の関連
	2）著者	松尾 晴代
	3）概要（該当ページについても記載）	急性期病院高齢者（平均年齢80±8歳）における摂食嚥下障害スクリーニングEAT-10で嚥下障害の実態を調査すると、対象者の26.2%が3点以上の評価となり、嚥下障害が示唆された。 日本静脈経腸栄養学会誌(2189-0161)31巻5号Page1146(2016.09)
⑯参考文献4	1）名称	高齢大腿骨近位部骨折患者に対する嚥下障害スクリーニングシステムの構築
	2）著者	田積匡平
	3）概要（該当ページについても記載）	Hip Joint' 13Vol. 39Page 148-154 60歳以上の大腿骨近位部骨折患者の約40%に嚥下障害を認めた。
⑯参考文献5	1）名称	入院後発症した誤嚥性肺炎の追加的医療費と在院日数：DPCデータを用いた観察研究
	2）著者	小原仁
		入院後に発症した誤嚥性肺炎による在院日数の増加は17.2日（11.6～22.8日）であった。また、入院医療費は61.9万円（39.7～84.2万円）の増加が認められた。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 288102

申請技術名	栄養・摂食嚥下管理加算
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

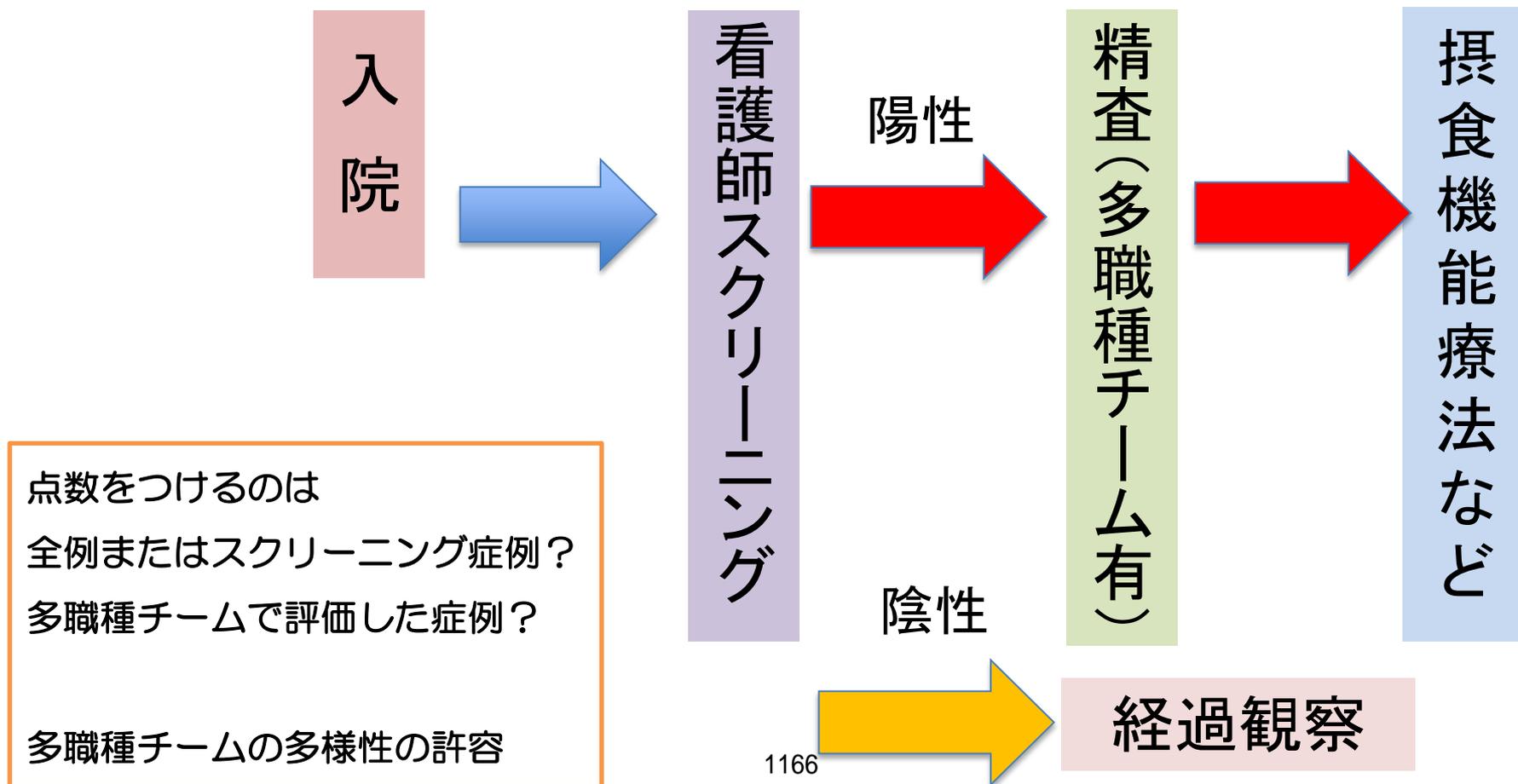
名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

栄養・摂食嚥下管理加算

スクリーニング → 精査加療（多職種）のシステム
段階的嚥下調整食の存在・VE/VFの存在



医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	288201	
申請技術名	摂食機能療法Ⅲ	
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：摂食機能療法
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	H	
診療報酬番号	H004	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
「6 その他」を選んだ場合に記載	算定要件の異なる摂食機能療法Ⅲを追加する。	
技術の概要（200字以内）	療養病棟における嚥下障害患者の経口摂取に向けたリハビリテーションへの取組みを評価し、促進させるため、現行の摂食機能療法Ⅰ、Ⅱに加え、新たに摂食機能療法Ⅲ（20分以上、150点）を設ける。摂食機能療法Ⅲは「A101療養病棟入院基本料を算定している病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できる」とする。	
再評価が必要な理由	摂食嚥下障害を有する患者の中には、療養病棟転院後に摂食嚥下機能が回復する症例がある。現行の摂食機能療法では、医療療養病棟に転入院した時点で算定開始から3ヶ月が経過していることが多いため、療養病棟では、月4回の制限がある中での介入となることが多く、頻度として不十分である。療養病棟における嚥下障害患者の経口摂取に向けたリハビリテーションへの取組みを評価し、促進させるため、新たに設ける摂食機能療法Ⅲは、「A101療養病棟入院基本料を算定している病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できる」とする。療養病棟には専門的人材が少ないことから、摂食機能療法Ⅰで指定されている30分の実施は困難であり、また、患者の易疲労性等からも、20分の訓練とすることが望ましい。療養病棟転院にあたり、そこでも積極的な摂食機能療法をトライアルできる環境を整備することで、患者の病院間移動を促進し、かつ、療養病棟患者の機能改善と退院率向上にも寄与しうる。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	摂食機能療法に、新たに摂食機能療法Ⅲ（20分150点）を追加する。摂食機能療法が経口摂取率の向上や誤嚥性肺炎の予防につながることは、これまでに多く報告されている。しかし、現行の仕組みでは、算定開始から3ヶ月までしか毎日の算定が認められていないことから、亜急性期を過ぎた症例が入院する医療療養病棟では積極的な摂食機能療法がおこなわれない。そのような中でも、医療療養病棟入院患者が経口摂取可能になったという実践報告は学会では毎年報告されている。今回、医療療養病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、毎日算定できるようにすることで、転院時に摂食嚥下機能を再評価して集中的に訓練することが可能となり、経口摂取移行率の向上や退院、患者のQOLの向上等が期待できる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者は、ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるものまたは、イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるものである。 摂食機能療法Ⅰ（30分以上185点）については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。摂食機能療法Ⅱについては、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できるものである。
診療報酬区分（再掲）	H
診療報酬番号（再掲）	H004
技術名	摂食機能療法
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	平成23年摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書によると、医療療養病棟における摂食嚥下障害者の割合が58.7%と高く、経静脈栄養・経管栄養の割合が83.1%、胃瘻患者が72%とそれぞれ高い割合になっている[2]。 一方、胃瘻患者の経口摂取について、専門的な対応が可能な場合には経口摂取不可と考えられた症例が一人も存在しない、といった報告[3]や、経口摂取に戻る可能性のあった患者が24.3%であったが、そのうちの23.8%に対して摂食嚥下訓練が実施されていなかったとする報告[4]がある。 つまり、医療療養病棟転入院時に集中的な介入が行えると経口摂取に移行したり、何らかの形で経口摂取を行うことが出来るようになる可能性が考えられるにもかかわらず、現状では医療療養病棟において十分な摂食嚥下訓練が行われていない実態がある。転入院時から集中的な介入が可能になることで、経口摂取に移行出来たり、当該患者のQOLの向上が期待できる。本摂食嚥下リハビリテーション学会の学術大会においても、医療療養病棟（維持期等）で経口摂取に移行した症例報告が毎年なされているなど、その必要性が示唆される。 また、医療療養病棟へ転入院して60日とするのは、前田らの報告[5]を根拠とする。

<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>平成26年4月～平成27年3月の1年間の摂食機能療法の算定回数は7,830,339回（第1回NDBオープンデータ；厚生労働省）とのデータがある。全病床数（約156万床）に対して、医療療養病棟は約21万床である。医療療養病棟に年間入院する42万人のうち、摂食機能療法の対象となる症例は4分の1だが、スタッフの制約等で実施できている施設は約半数と考えると、25000名が、月に4回の摂食機能療法を受けていると推測される。 4×12×25000 変化後は、診療報酬改定があってもそれほど積極的に摂食機能療法を行える施設はすべてではなく、現在実施者のうち、積極的な回数増（2カ月で40回）が行われる症例は全例ではなく、摂食機能療法の1入院当たりの施行回数は平均で30回と推定する。すなわち、25000人に、8340000回と推定</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人） 25000 後の症例数（人） 25000</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回） 1200000 後の回数（回） 8340000</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）</p>	<p>摂食機能療法による嚥下障害患者への介入実績は様々な形で報告されている。医師の指示で、他職種が実施する。</p>
<p>・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） これまでの摂食機能療法同様、施設要件は特になし</p> <p>人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） これまでの摂食機能療法度と同様、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき20分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。</p> <p>その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） これまでの摂食機能療法と同じ。日本摂食嚥下リハ学会が評価法や訓練法をWEBで公表し、希望者にはe-learningも提供している。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>これまでの摂食機能療法と同じ</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>	<p>これまでの摂食機能療法と同じ。経口摂取への要望はQOLの一環として常に高頻度で認められ、急性期の体調不良期間に摂食機能療法の効果が残念ながら上がらなかった症例において、全身状態安定し療養病棟に移った後に、摂食嚥下機能の改善を再び図ることは社会的には要請が多い。</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 185 見直し後 150 その根拠 現行の摂食機能療法Ⅰの「30分以上の介入」を今回提案の摂食機能療法Ⅲでは20分以上とし、より介入機会を得られやすくする。その分、150点と低めの点数とする。医療療養病棟において、積極的な取り組みを行っている病院を評価する。現在、摂食機能療法以外のリハビリテーション料は1単位20分で算定している。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分 区分をリストから選択 なし 番号 なし 技術名 なし 具体的な内容 なし</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額（円） プラス 47億円 その根拠 上記④の試算で1200千回の185点の算定が8340千回の150点の算定となることによる医療費増加が102.9億円。積極的な訓練により、実施者の1/4で経口摂取の改善が得られ、その1/2で療養病棟から在宅または介護施設への退院ができると考えると、療養病棟からの退院を年間3125名増加させることができる。医療療養病床における1名あたり1日のレセプト金額は18000円とされており、18000円×3125名×160（平均在院日数）＝90億円の医療費削減効果が期待できる。そのほか、肺炎の減少＜1＞や、療養病棟の回転の向上また嚥下リハがあることにより急性期からの転院がスムーズになることによる急性期病床の効率的運用も期待できる。急性期病棟から療養病棟に行ける症例が50万日分速くなる（3125症例が160日療養型にいた分がなくなる）と考え、医療費は急性期病床の3万円と療養病床18000円の差額の50万倍、60億円に医療費削減効果が期待できる。</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>	<p>特になし</p>
<p>⑫その他</p>	<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本リハビリテーション医学会</p>

⑩参考文献 1	1) 名称	Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes
	2) 著者	Yoneyama T, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	J Am Geriatr Soc. 2002;50:430-433. 嚥下機能検査を行い、嚥下障害を認める患者に対しては、口腔ケア、摂食・嚥下リハビリ、薬物治療 (ACE 阻害薬、シロスタゾールなど)、鎮静剤・睡眠剤などの減量・中止、就寝時の上半身軽度挙上などで誤嚥の防止を図る。特に口腔ケアは常在細菌量の減少が期待でき、不顕性誤嚥による肺炎発症頻度を半数に減らすことが可能である。
⑩参考文献 2	1) 名称	平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書
	2) 著者	研究代表者 才藤栄一
	3) 概要 (該当ページについても記載)	【10ページ】摂食・嚥下障害者の割合：医療療養病棟で58.7%が嚥下障害あり。 【13ページ】摂食・嚥下障害者における経静脈栄養・経管栄養の割合：医療療養病棟で83.1% 【14ページ】医療療養病棟の胃瘻患者の割合：72%
⑩参考文献 3	1) 名称	胃瘻患者の経口摂取再開への道筋を考える～在宅療養中の胃瘻患者への摂食・嚥下リハビリテーションの実際～
	2) 著者	戸原玄、阿部仁子、中山澗利、和田聡子、佐藤光保、井上統温、植田耕一郎
	3) 概要 (該当ページについても記載)	デンタルハイジーンVol. 33 No. 10 2013. 10 多くの患者が胃瘻造設後に療養型病院や在宅へ転院、退院する。退院後の経口摂取の可否について、退院後に専門的な対応が可能な場合には、経口摂取不可と考えられた症例は一人も存在しなかった(図4)。【1116ページ】
⑩参考文献 4	1) 名称	平成24年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 胃ろう造設及び造設後の転機等に関する調査研究事業
	2) 著者	一般社団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
	3) 概要 (該当ページについても記載)	【ページviii】 5. 造設後の摂食・嚥下訓練、経口摂取の状況 (1) 病院の状況 2行目～：調査対象者のうち経口摂取に戻る可能性のあった患者は24.3%であったが、そのうちの23.8%に対して摂食・嚥下訓練が実施されていなかった。
⑩参考文献 5	1) 名称	経管栄養患者に対する嚥下訓練の効果
	2) 著者	前田敏男・毛利郁朗・竹村修
	3) 概要 (該当ページについても記載)	日本臨床内科医会誌 第21巻第1号 2006(平成18)年6月 医療療養型病棟における報告。 嚥下訓練の効果のあった例は訓練開始60日以内にゼリーの経口摂取が可能になったところから、この時期が訓練の効果予測に重要と考えている。

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

288201

申請技術名	摂食機能療法Ⅲ
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

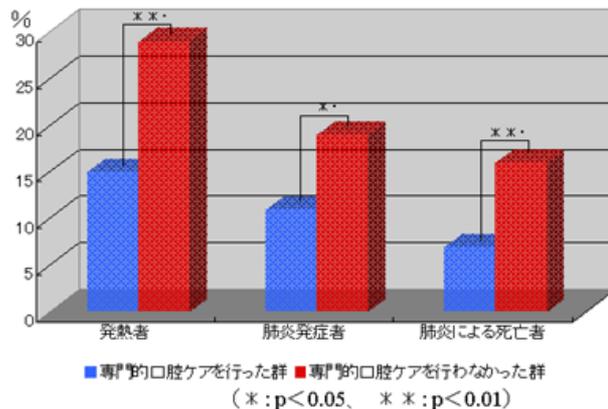
【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

「摂食機能療法」への「摂食機能療法Ⅲの追加」について

【現状】摂食機能障害を有する患者に対し、摂食機能療法Ⅰは30分以上行った場合に限り、1月4回を限度として185点。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。摂食機能療法Ⅱは脳卒中発症後14日以内に限り30分未満で130点

専門的口腔ケアで肺炎発症率を半数に減らせる。



医療療養病棟患者の58.7%が摂食嚥下障害者。

訓練が必要な患者の23.8%に対して摂食嚥下訓練が実施されていない。

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

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

【要望】摂食機能障害Ⅲ(20分以上で150点)を新設。

A101療養病棟入院基本料を算定している病棟に転入院した日から起算して2月以内の患者について、1日につき算定できるものとする。

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

医療療養病棟転入院時に集中的な介入をすることで、摂食嚥下障害患者の経口摂取再開が可能となり、退院やQOLの向上に寄与

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	288202
申請技術名	嚥下造影多職種連携評価加算
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度 提案当時の技術名：嚥下造影多職種連携評価
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	E
診療報酬番号	E005 透視診断
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選んだ場合に記載	加算を新たに設定する
技術の概要（200字以内）	既存の透視診断料は110点であるが、嚥下造影に際し、複数科の医師・歯科医師、あるいは言語聴覚士・看護師・栄養士・歯科衛生士など多職種が同席し、造影結果を評価し方針を相談した場合、情報の集約・多角的な評価・カンファレンス機能を持つことにより患者治療を促進するものとして「多職種連携加算」を設けて高く評価する。
再評価が必要な理由	嚥下造影検査の診断においては、単に現在の病態・重症度を評価したり手術適応を判断するのみならず、この病態に応じた適切な訓練方法、経口摂取の可否、適切な食形態、適切な代償方法、を判断し、本人家族への結果説明の他に、訓練に携わる言語聴覚士等への指示、看護師への指示、食事を提供し栄養指導を行う管理栄養士への指示などが検査の後に必要で、しばしばタイムラグを生じる。専門的な施設が実施しているように、複数科の医師（耳鼻科・リハ科など）、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が検査に同席して参画することで、今後の診療について多角的な視点でのカンファレンスが行え、指示の実施までのタイムラグも最少に、そして誤解の無い深いレベルでの情報伝達が可能となり、患者診療の質は向上する。多職種が同席するにはそれなりの時間コストが必要であるため。加算を設けてこれを評価する。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>嚥下造影検査の実施にあたり、複数科の医師（耳鼻科・リハ科など）、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が同席し、医師が透視結果の診断を行う場に参画した場合、「透視診断に「嚥下造影多職種連携評価加算」を設けてこれを評価する。</p> <p>「他科の医師」「言語聴覚士（またはその施設において摂食機能療法を実施するリハ職）」「看護師」「管理栄養士」のうち2部門以上が参加したときに加算を認める。</p> <p>ただし、言語聴覚士（またはその施設において摂食機能療法を実施するリハ職）または管理栄養士は必ず含まなければならない。</p> <p>嚥下造影検査の診断結果の記録に、同席した職種・氏名の記載を行う。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	透視診断料は110点である。そのほかに、造影剤の注入手技として、嚥下造影240点が算定されている。
診療報酬区分（再掲）	E
診療報酬番号（再掲）	E005 透視診断
技術名	嚥下造影多職種連携評価加算
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	嚥下造影に多職種が同席する方が様々な点で有効であることは知られている。嚥下造影検査の診断においては、単に現在の病態・重症度を評価したり手術適応を判断するのみならず、この病態に応じた適切な訓練方法、経口摂取の可否、適切な食形態、適切な代償方法、を判断し、本人家族への結果説明の他に、訓練に携わる言語聴覚士等への指示、看護師への指示、食事を提供し栄養指導を行う管理栄養士への指示などが検査の後に必要で、しばしばタイムラグを生じる。専門的な施設が実施しているように、複数科の医師（耳鼻科・リハ科など）、言語聴覚士などの訓練スタッフ、看護師、管理栄養士など他の専門職種が検査に同席して参画することで、多職種のより深い評価が可能になるとともに、今後の診療について多角的な視点での意見交換が行え、指示の実施までのタイムラグも最少に、そして誤解の無い深いレベルでの情報伝達が可能となり、患者診療の質は向上する。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	嚥下造影の診療報酬の算定件数は、57587件（年、外来+入院、厚労省第1回NDBオープンデータより）であり、この中で、全医療施設が全回にわたり加算を算定するとは限らない。耳鼻咽喉科領域の構造的な嚥下障害の診断や経過観察など。医師のみでの診断で適切な場合も存在する。まさに摂食機能療法を実施している症例で、かつ、多職種連携の可能となっている施設での算定となる。嚥下造影の現在の算定件数のうち、20%がこの加算を請求すると推定する。
年間対象者数の変化 前の症例数（人）	0人

⑭参考文献4	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
	1) 名称	—
⑮参考文献5	2) 著者	—
	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

288202

申請技術名	嚥下造影多職種連携評価加算
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

嚥下造影における透視診断料 110点

同席の上での検査・診断

医師のみ
で診断
記録記載

診断する内容は多岐

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

他科
専門医

医師

看護師

言語
聴覚
士等

管理栄養士等

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

患者診療の質の向上

本人家族への説明

訓練スタッフへの指示

看護職への指示

栄養・食事部門への指示

多職種連携評価加算の新設を

医療技術再評価提案書（保険既記載技術）

整理番号 ※事務処理用	288203
申請技術名	嚥下調整食加算
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載） 提案年度（西暦）：2018年度、2017年度 提案当時の技術名：嚥下調整食
	追加のエビデンスの有無 無
診療報酬区分	区分をリストから選択 その他
診療報酬番号	食事療養費の特別食加算
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 4 保険記載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
	「6 その他」を選んだ場合に記載 —
技術の概要（200字以内）	嚥下調整食（嚥下障害のある患者に、嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物の内容・形態・性状を調整した食事）を、特別食加算の対象となる特別食に追加する。 嚥下調整食の対象とできるのは、嚥下障害のある患者であって、誤嚥性肺炎を生じた患者、嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査等で誤嚥や明らかな咽頭残留を認める患者、経過・状態・嚥下機能スクリーニング検査結果などから、食物・水分の有意な誤嚥が疑われる患者とする。
再評価が必要な理由	嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物・水分の内容・形態・性状を調整した嚥下調整食を提供し、また、これについて指導することは、 1) 口から食べることの再開や促進を可能とし身体機能と栄養状態の改善を図るという重要な治療的意味を持ち、 2) これにより人工的栄養補給（胃瘻および経鼻経管栄養）の中止や回避を可能とする効果も有し、 3) 誤嚥性肺炎および誤嚥による呼吸障害の発症を減少させるという予防的意味も、大きい。 嚥下調整食の作製にかかる費用は人的費用だけで1食につき平均160円と算定されている。

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	摂食嚥下障害の病態認識の深まりやリハビリテーションの進歩によって、摂食訓練や摂食時の姿勢調整などとともに、食事・水分の、内容・形態・性状（texture）を適切なものに調整すること（diet modification, food texture modification）が、誤嚥とそれによる肺炎や呼吸障害を防止しながら、口からの食事・水分の摂取を促進・継続できるようにするために有用であることは、経験的に確認され、それを裏付ける多くの調査研究も報告され、共通認識されてきている1）。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	特別食加算として算定してよい食事の中に嚥下調整食は含まれていない。しかし、管理栄養士による栄養指導の対象としては、「嚥下調整食を必要と医師が認めた症例」が含まれている、また、介護報酬においては、適切な形態の食事を用意することも含めた経口維持加算等が設定されている。
診療報酬区分（再掲）	区分をリストから選択 その他
診療報酬番号（再掲）	食事療養費の特別食加算
技術名	嚥下調整食
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	アメリカでは National Dysphagia Diet : Standardization for Optimal Care, 2003、英国ではDysphagia Diet Food Texture Description, 2012（開始は2002年）、オーストラリアではAustralian standardised definitions and terminology for texture-modified foods food texture modification 2010などとして、嚥下調整食の段階別基準化が行われていることや、例えば、英国のRoyal College of Physicians, British Society of Gastroenterologyによるworking partyの報告2）においてdietary modifications of food and fluids の重要性が述べられていることは、嚥下調整食の有効性、必要性が世界的に認識されてきていることを示す。 本邦では、嚥下調整食学会分類2013が主に成人の中途障害症例のために発表され、さらに、発達期摂食嚥下障害児（者）のための嚥下調整食分類2018が発表されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成24年の調査によると、一般病床入院症例のうち、嚥下障害のために、従来の軟菜ではなく形態の加工やゼリー・ペースト化を要していた症例は6.5%であった。一般病床の病床数を89万床と考えると約57000名（年間入院症例として）に嚥下調整食が必要となる。ただし、下記の施設要件を満たした施設が全体の1/3と考えて、19000名。食事回数として、3食×365日×19000床分として、20,805,000回と推定した。
年間対象者数の変化	—
前の症例数（人）	—
後の症例数（人）	19,000人

⑭参考文献4	3) 概要 (該当ページについても記載)	—
	1) 名称	—
	2) 著者	—
⑮参考文献5	3) 概要 (該当ページについても記載)	—

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

288203

申請技術名	嚥下調整食加算
申請団体名	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

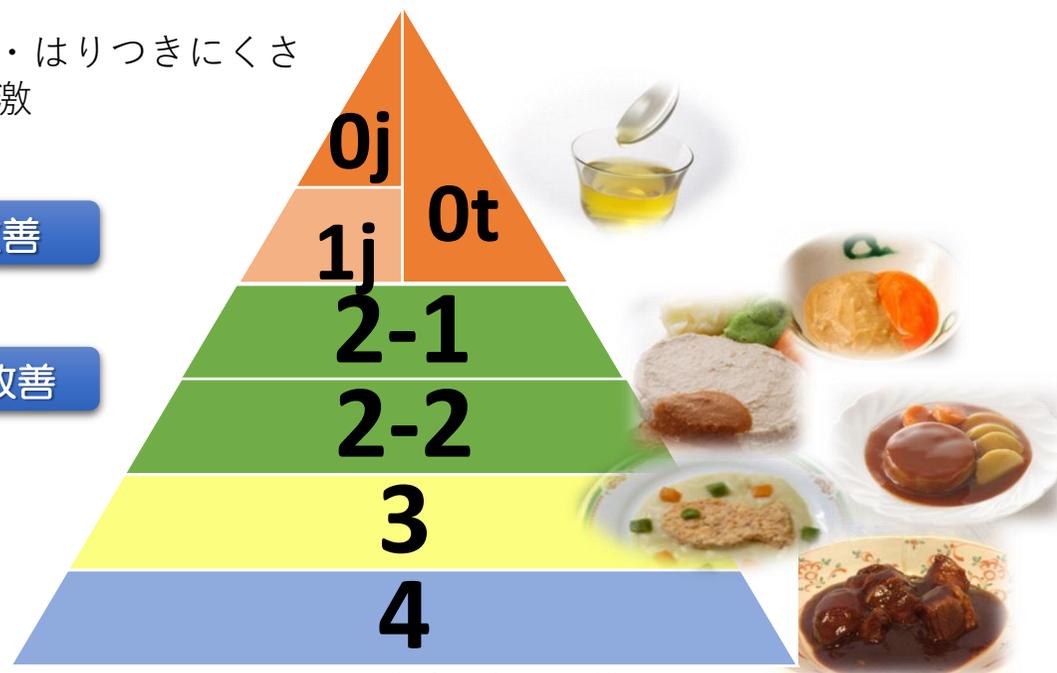
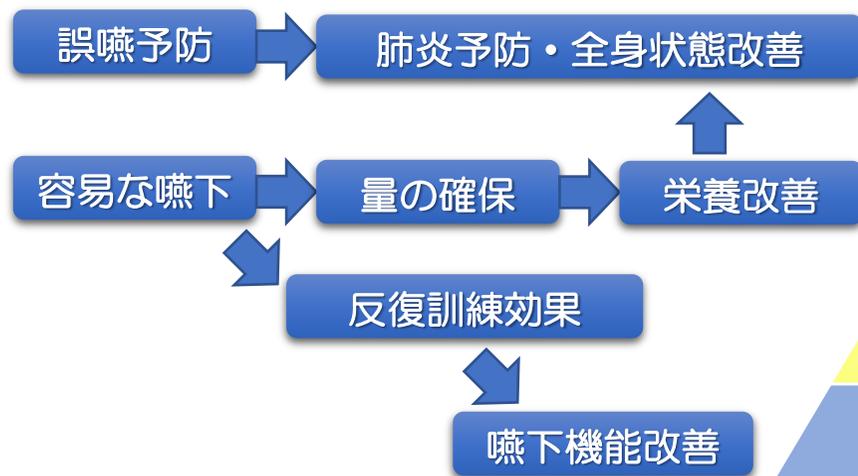
--

誤嚥予防と経口摂取能力の改善に寄与する

嚥下調整食を特別食として診療報酬の対象に

単にミキサーにかける だけでなく
嚥下機能障害に適した

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



学会分類2013模式図

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	289101	
申請技術名	尿中有機酸分析	
申請団体名	日本先天代謝異常学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いた尿中有機酸分析は、新生児マススクリーニング対象疾患である有機酸代謝異常症の診断、あるいは一般診療現場における有機酸血症の鑑別診断には不可欠な検査である。尿検体を処理したのち、有機酸をイオン化し、質量数ごとに分離して、多数の有機酸の一斉分析を行う。	
対象疾患名	プロピオン酸血症（指定難病245）、メチルマロン酸血症（指定難病246）、イソ吉草酸血症（指定難病247）、グルタル酸血症1型（指定難病249）、グルタル酸血症2型（指定難病250）、複合カルボキシラーゼ欠損症（指定難病255）など	
保険収載が必要な理由（300字以内）	これまで、本検査は「D010 8 先天性代謝異常症検査」の一つとして施行されてきたが、「保険医療機関内において当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する」という制限があり、一般医療機関での利用が困難であった。この検査に制限がつけられた理由として、ガスクロマトグラフ質量分析装置が薬事承認されていなかったという問題があったが、「医薬品医療機器等法」で医療機器の一般名称として「質量分析装置」が新設され、平成29年に「医薬品医療機器等法」に対応したクラス1医療機器としてガスクロマトグラフ質量分析装置が提供された。本検査が独立して保険収載されれば、一般医療機関での利用が進む。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	新生児マススクリーニング（以下NBS）ならびに臨床症状から主に有機酸代謝異常症が疑われた例						
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	<p>方法：ガスクロマトグラフ質量分析装置は、ガスクロマトグラフィー（GC）分離部と質量分析部の2つの装置によって構成される。</p> <p>① 尿検体を前処理して試料中の有機酸の熱安定性と揮発性を高める。</p> <p>② 試料は検体注入口で加熱され気化された後、ヘリウムガスに押し流されてGC分離部に入る。</p> <p>③ 有機酸によってカラム内壁の固定相にとどまる時間が異なる性質を利用して、カラム内の保持時間による分離を行う。</p> <p>④ GC分離部から溶出した有機酸は質量分析部の入口で、加速された電子と衝突して断片化したイオンが生じる。</p> <p>⑤ 設定電圧に応じた特定の質量/電荷比を持つイオンのみが検出器に到達するので、電圧を高速で走査することで質量数ごとにイオンを分離し、多数の有機酸（イオン）の一斉分析がなされる。</p> <p>頻度：代謝疾患、特に有機酸代謝異常症を疑うNBS陽性例の診断には必須である。代謝疾患を疑う臨床症状がある場合にも必須の検査である。診断後、患者1人につき月1回～3か月に1回、治療効果をみるために、定期的な検査が必要である。</p>						
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>D010</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>特殊分析 8 先天性代謝異常症検査</td> </tr> </table> <p>既存の治療法・検査法等の内容</p> <p>NBS要精査例ならびに臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常疾患が強く疑われた患者に対し、保険医療機関内において患者1人につき月1回に限り疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定される。</p>	区分	D	番号	D010	技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査
区分	D						
番号	D010						
技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査						
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	<p>③の「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」では、検査の受託は保険医療機関内に限って保険適応とされているため、検査施設では保険収載の検査としては尿中有機酸分析を実施していない。特に、ガスクロマトグラフ質量分析装置を有していない一般医療機関では院内検査もできず、本検査を他の施設に依頼することも困難な状況で、現状では病院負担で行われていることが多い。「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」が有効に機能しているとは言えない状況である。本検査が独立して保険収載されるようになれば、NBS陽性例の診断、救急診療における代謝性アシドーシス患者の鑑別診断、診断確定後の治療中の患者のバイオマーカー検査などを目的として、日常診療において商業ベースで本検査を支障なく実施することが可能となり、独立の保険適応に改定される効果は大きい。また、NBS例またはそれ以外を問わず、早期に診断されることにより無駄な検査が減り、さらにバイオマーカーとして薬剤投与量を適正化することで無駄な薬剤費も減り、医療費削減に繋がる。</p>						

⑤ ④の根拠となる研究結果	2015年に、日本先天代謝異常学会より『新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015』が だされた。このガイドラインにアミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症の診療ガイドラ インが掲載されており、各疾患の診断時ならびに患者の経過観察・治療効果の評価、そして代謝救急診療に おける尿中有機酸分析の重要性が述べられている。	
	エビデンスレベル	6
⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	600 1,080
※患者数及び実施回数の推定根拠等	上記ガイドラインならびに⑥にあげた厚労科研報告書によれば、タンデムマス分析によるNBSにおける1年間 の陽性者数はおよそ代謝疾患患者の発見頻度はおよそ1/1万人とされ、NBS陽性者で有機酸代謝異常症疑い例 は毎年200人程度でそのうち患者は30-40人程度と報告されている。NBS陽性者が初診時に各1回、確定診断を 受けた患者がその後月1回経過観察の検査を行ったとして、 $200+40 \times 12=680$ 回、NBS関連で施行される。 そのほか、代謝疾患を疑う有症状例の検査が相当数生じると考えられるが、400例と試算し、年間1,080回の 検査とした。	
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	測定法は完成されている。	
・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等)	品質管理に優れた測定施設が望ましい。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等)	熟達した検査技師が必要である。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためにガイドライン」及び関係学 会による「遺伝子検査に関するガイドライン」
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査であり患者にリスクはない。	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	特にないものとする。	
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分	D
	点数(1点10円) その根拠	1,200点 ③ではタンデムマス分析等と同時に記載されており、2014年改定では1,200点、2016年改定からは1,173点に 引き下げられた。単独で記載するにあたって、以前の点数に引き上げるべきと考える。
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	D
	番号	D010
	技術名 具体的な内容	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査 本検査が独立して保険収載されることで、「D010 8」から尿中有機酸分析に関する規定については削除可能 と考える。
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	+ 10,560,000円
	その根拠	年間1,080回の検査のうち、「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」で検査されていた数は200検体ほどと考 えられる。その分は同じ点数で「尿中有機酸」に移動するだけなので、ほぼ±0である。そのため、 $12,000$ 円 $\times(1,080-200)=10,560,000$ 円と試算した。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)	ガスクロマトグラフ質量分析装置	
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への収載状況	2) 調べたが収載を確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特 徴(例:年齢制限)等	該当なし	
⑬当該技術の先進医療としての取扱	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	該当なし	
⑯参考文献 1	1) 名称	新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015 診断と治療社(東京), 2015
	2) 著者	日本先天代謝異常学会
	3) 概要(該当ページについても 記載)	2014年度からタンデムマス分析による新生児マススクリーニングが開始され、20疾患程度がスクリーニング されるようになった。これらの疾患を合計すれば1万人に1人以上の頻度になり、疑い例(要精査例)を含め ると日常診療において経験しうる頻度と考えられる。厚労科研研究班の成績からそのうちの1/3前後、およ そ2~3万人に一人の割合で有機酸代謝異常症が占めるとされ、尿中有機酸分析は本疾患群の化学診断には必 須の検査であると同時に、患者の経過観察・治療効果の評価のほか代謝疾患を疑う救急診療における鑑別検 査としても有用である。

⑩参考文献2	1) 名称	タンデムマス検査実施状況調査報告（平成27年度検査結果）. 平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「新生児マススクリーニングのコホート体制、支援体制、および精度向上に関する研究」 分担研究報告書, 2018 https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoId=162011&bunkenNo=201606013A_upload&pdf=201606013A0010.pdf
	2) 著者	花井潤師
	3) 概要（該当ページについても記載）	日本マススクリーニング学会技術部会が中心となり、平成27年度のNBS検査結果について実施状況調査を行った。2018年度はタンデムマス検査以外のNBS検査についても詳細に調査を行った。タンデムマス検査で有機酸代謝異常症を疑った要精査例（陽性者）数は196人で、そのうち発見患者数は35人であり、前年度と比較して大きな変化はなかった。
⑩参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑩参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-
⑩参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要（該当ページについても記載）	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 289101

申請技術名	尿中有機酸分析
申請団体名	日本先天代謝異常学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
販売名：GCMS-QP2020 CLシステム 一般名：質量分析装置 販売企業名：島津製作所	26B1X00003901003	2017/4/10	質量分析により、血液や尿などの生体サンプル中の標的化合物の定量を行う。	該当なし	該当なし

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

検査試薬は一般的な試薬で検査可能である。

【技術の概要】

尿中有機酸分析は、主として有機酸代謝異常症の診断を目的としてガスクロマトグラフィー質量分析装置（GC/MS）を用いて尿に排泄される有機酸を検査技術である。

【GC/MSの測定原理】

ガスクロマトグラフィーの原理を用いて分離した化合物をイオン化し、さらに四重極型質量分離の原理を用いて、質量/電荷比 (m/z) に応じたイオンを検出することによって、標的化合物の同定および定量を行う（図1）。

※ガスクロマトグラフィー：

気化された試料を移動相(キャリアガス；ヘリウムガス)とともに固定相を充填したGCカラムへ流し、試料中の種々の化合物を固定相との相互作用(吸着、分配)によって分離する手法。

※四重極型質量分離：

4本の金属ロッド（電極）を2本ずつ対向して配置した装置（四重極）に高周波電圧と直流電圧を印加して得られる双曲線電場によって、特定の m/z のイオンを分離する手法。

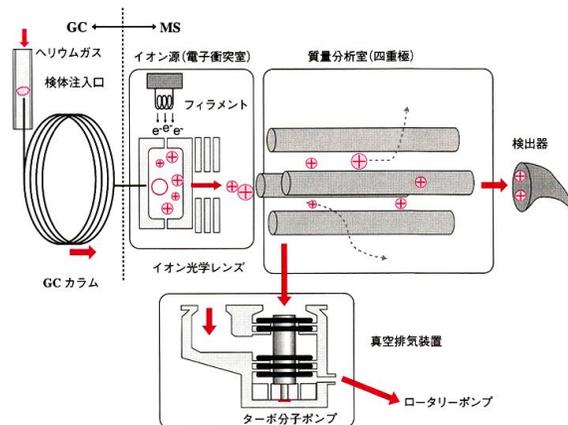
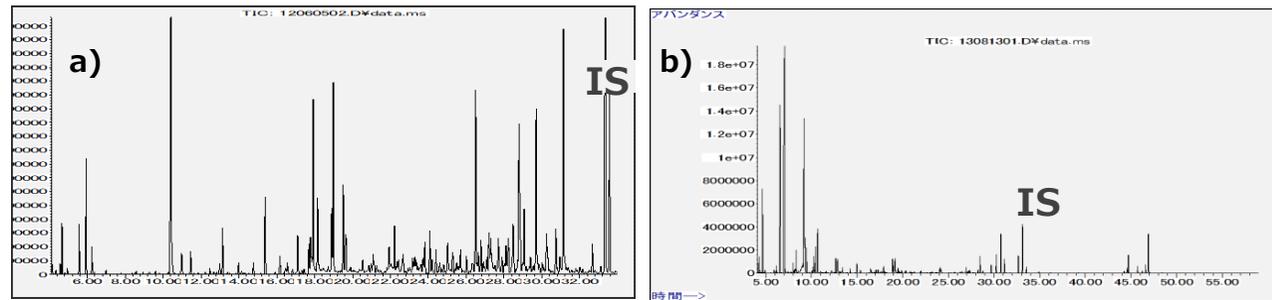


図1 GC/MSの内部構造

【尿中有機酸分析の測定法】

- ① 一定量の内部標準物質を添加した尿をトリメチルシリル誘導体化処理して試料中の有機酸の熱安定性と揮発性を高める。
- ② 試料を装置に注入する。注入口で加熱・気化されたのちヘリウムガスに押し流されてGC部に入る。
- ③ GC部内のGCカラム中で、カラム内壁の固定相にとどまる時間（保持時間）が有機酸によって異なる性質を利用して分離を行う。
- ④ GC部からMS部に到達した有機酸は、イオン源で加速された電子と衝突してイオン化される。
- ⑤ 四重極の電圧設定によって特定の m/z を持つイオンのみが検出器に到達する。この電圧を高速で走査することで質量数ごとにイオンを分離し、多数の有機酸（イオン）の一斉分析（クロマトグラフ描画・定量）する（図2）。



1186

図2 GC/MSのクロマトグラフ

a)健康者尿, b)有機酸代謝異常症（プロピオン酸血症）患者尿, IS:内部標準物質

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	289102	
申請技術名	血中極長鎖脂肪酸検査	
申請団体名	日本先天代謝異常学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）：2009 提案当時の技術名：極長鎖脂肪酸分析（血中）
	追加のエビデンスの有無	有
技術の概要（200字以内）	質量分析装置（ガスクロマトグラフ質量分析装置(GC/MS)および液体クロマトグラフ質量分析装置(LC/MS)）を用いた極長鎖脂肪酸分析で、血清を用いて血中極長鎖飽和脂肪酸のC24:0, C25:0, C26:0を測定する。指定難病である副腎白質ジストロフィーを含むペルオキシソーム病の診断には不可欠な検査である。	
対象疾患名	副腎白質ジストロフィー（指定難病20）、ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く）（指定難病234）のペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症	
保険収載が必要な理由（300字以内）	指定難病である副腎白質ジストロフィー大脳型の唯一の治療法は発症早期の造血幹細胞移植のため、早期診断が重要で、そのためには血中極長鎖脂肪酸検査が不可欠である。さらにそれ以外のペルオキシソーム病でも、血中極長鎖脂肪酸検査は効率的に診断に繋げるために必要である。この検査に制限がつけられた理由として、GC/MSおよびLC/MSが薬事承認されていなかったという問題があったが、「医薬品医療機器等法」で「質量分析装置」が新設され、平成27年に「医薬品医療機器等法」に対応したクラス1医療機器としてLC/MSが、平成29年にGC/MSが提供された。本検査が独立して保険収載されれば、一般医療機関での利用が進む。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	臨床所見や脳MRI等の検査所見より、副腎白質ジストロフィーやペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症が疑われる患者
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	方法：血清または血漿100μlに内部標準物質を加えて塩酸メタノールでメチル化後、ヘキサンで抽出する。この試料をGC/MSまたはLC/MS装置に注入し、脂肪酸をGCまたはLCカラムで分離し、質量分析装置（MS）で構造解析する。得られたデータを処理することにより、飽和極長鎖脂肪酸であるC22:0、C24:0、C25:0、C26:0の同定と定量を行う（添付資料参照）。 実施頻度：副腎白質ジストロフィーやペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症が疑われる患者の診断時と移植等の治療介入が行われた場合は年1回程度の解析が必要になる。
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分 番号 技術名 D D010 特殊分析 8 先天性代謝異常症検査 検査の測定原理は同じで、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常疾患が強く疑われた患者に対し、保険医療機関内において患者1人につき1回に限り疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定される。
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	③の「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」では、検査の受託は保険医療機関内に限って保険適応とされているため、検査施設では保険収載の検査としては血中極長鎖脂肪酸検査を実施していない。保険未収載検査としては実施されているが、検査施設が「保険医療機関内」ではないため、現状では病院負担で行われていることが多い。「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」が有効に機能しているとは言えない状況である。本検査が独立して保険収載されるようになれば、副腎白質ジストロフィーの早期診断、早期治療に繋がり、指定難病患者の治癒率・死亡率・QOLの改善に寄与する。また副腎白質ジストロフィー以外のペルオキシソーム病の診断に際しても、不必要な検査が行われることなく、効率的、迅速な診断が可能になる。「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」では院内で検査可能な特殊な医療機関に通院中の患者しか保険診療で行うことができず、平等性が損なわれていた。日常診療において商業ベースで本検査を支障なく実施することが可能となれば、指定難病患者における公平な診断が担保され、独立の保険適応に改定される効果は大きい。また、早期に診断されることによって無駄な検査が減り、医療費削減に繋がる。
⑤ ④の根拠となる研究結果	副腎白質ジストロフィーの有効性に関しては厚生労働省難治性疾患等政策研究事業により作成された「副腎白質ジストロフィー診療ガイドライン2017」に掲載
	エビデンスレベル 3
⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回) 200 400

※患者数及び実施回数の推定根拠等		副腎白質ジストロフィーでは国内の推定患者数は300人程度である。年間、新たに50人程度の患者が出生していると考えられ、その50人がまず検査対象患者となる。さらに副腎白質ジストロフィー以外のペルオキシソーム病患者を合わせると年間対象患者数は200人程度と推定される。さらに同一患者における治療効果の検討や家系内診断、鑑別すべき診断検査として必要な患者検体を合わせると、年間実施回数は400回程度と考えられる。
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		現在も既にSRLやBMLなどの衛生検査所において施行されており、検査技術に関しては確立している。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	医療法に基づく精度管理された検体検査施設
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	医師、または臨床検査技師の配置
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	遺伝学的検査に関するガイドライン。特に副腎白質ジストロフィーの症状を呈していない家系内検査にあたっては、本検査にて発症前診断や保因者診断に繋がる可能性があり、遺伝カウンセリングを含めた遺伝学的検査に関するガイドラインは遵守する必要がある。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		採血による検査であり、特に危険性は認めない。
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		副腎白質ジストロフィーの症状を呈していない家系内解析では、発症前診断に繋がる可能性があり、検査にあたり遺伝カウンセリング等は必要である。
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	D
	点数（1点10円）	1,200点
	その根拠	現行の先天性代謝異常症検査は、2014年改定では1,200点、2016年改定からは1,173点に引き下げられた。単独で収載するにあたって、以前の点数に引き上げるべきと考える。
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	D
	番号	D010
	技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査
	具体的な内容	本検査が独立して保険収載されることで、「D010 8」から極長鎖脂肪酸検査に関する規定については削除可能と考える。
予想影響額	プラスマイナス	+
	予想影響額（円）	4,800,000円
	その根拠	年間400回の検査のうち、「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」で検査されていた数はほとんどないと考えられる。そのため、衛生検査所に患者負担等で行われている検体検査分がすべて増加分となり、12,000円×400回=4,800,000円と試算した。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）		ガスクロマトグラフ質量分析装置（GC/MS）または液体クロマトグラフ質量分析装置（LC/MS）
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		2) 調べたが収載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		該当なし
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児神経学会
⑯参考文献 1	1) 名称	副腎白質ジストロフィー（ALD）診療ガイドライン2017
	2) 著者	厚生労働省難治性疾患等政策研究事業「ライソソーム病（ファブリー病を含む）に関する調査研究班」監修
	3) 概要（該当ページについても記載）	副腎白質ジストロフィーの疾患概要、診断、治療のガイドラインで、早期診断の重要性（p23-24）や診断基準における極長鎖脂肪酸検査（P13）等について記載されている。
⑯参考文献 2	1) 名称	ペルオキシソーム病ハンドブック2013
	2) 著者	下澤伸行
	3) 概要（該当ページについても記載）	ペルオキシソーム病についての解説書で、対象疾患である副腎白質ジストロフィー（P32-41）やペルオキシソーム形成異常症（P12-27）、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症（P42-52）の解説や極長鎖脂肪酸の診断的意義についても記載されている。

⑩参考文献3	1) 名称	Gas chromatography/mass spectrometry analysis of very long chain fatty acids, docosahexaenoic acid, phytanic acid and plasmalogen for the screening of peroxisomal disorders
	2) 著者	Yasuhiko Takemoto, Yasuyuki Suzuki, Ryoko Horibe, Nobuyuki Shimozawa, Ronald Wanders, Naomi Kondo
	3) 概要 (該当ページについても記載)	GC/MSを用いた極長鎖脂肪酸検査法についての論文 Brain & Development 27 (2003) 481-487
⑩参考文献4	1) 名称	Detection of unusual very-long-chain fatty acid and ether lipid derivatives in the fibroblasts and plasma of patients with peroxisomal diseases using liquid chromatography-mass spectrometry
	2) 著者	Shigeo Takashima, Kayoko Toyoshi, Takahiro Itoh, Naomi Kajiwara, Ayako Honda, Akiko Ohba, Shoko Takemoto, Satoshi Yoshida, Nobuyuki Shimozawa
	3) 概要 (該当ページについても記載)	LC/MSを用いた脂肪酸分析法についての論文 Molecular Genetics and Metabolism 120 (2017) 255-268

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

289102

申請技術名

血中極長鎖脂肪酸検査

申請団体名

日本先天代謝異常学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
販売名：GCMS-QP2020 CLシステム 一般名：質量分析装置 販売企業名：島津製作所	26B1X00003901003	2017/4/10	質量分析により、血液や尿などの生体サンプル中の標的化合物の定量を行います。	該当なし	該当なし
販売名：Prominence LC-MS/MSシステム 一般名：高速液体クロマトグラフィ分析装置 販売企業名：島津製作所	26B1X00003901001	2015/6/29	高速液体クロマトグラフィの原理に基づき、血液や尿など生体サンプル中の標的化合物の定性及び定量分析を行います。 質量分析計において、ヒト試料中の無機又は有機化合物をイオン化し、電場又は磁場による質量分離により同定及び定量を行います。 本装置は、化合物をイオン化する機構を有するイオン化部分、質量電荷比により化合物を分離する質量分離部分と到達したイオンを検出する検出器から構成されています。 本装置はグラフィック及びデータ出力の機能も備えています（診断機能はありません）。	該当なし	該当なし
販売名：Nexera LC-MS/MSシステム 一般名：高速液体クロマトグラフィ分析装置 販売企業名：島津製作所	26B1X00003901002	2015/6/29	高速液体クロマトグラフィの原理に基づき、血液や尿など生体サンプル中の標的化合物の定性及び定量分析を行います。 質量分析計において、ヒト試料中の無機又は有機化合物をイオン化し、電場又は磁場による質量分離により同定及び定量を行います。本装置は、化合物をイオン化する機構を有するイオン化部分、質量電荷比により化合物を分離する質量分離部分と到達したイオンを検出する検出器から構成されています。 本装置はグラフィック及びデータ出力の機能も備えています（診断機能はありません）。	該当なし	該当なし

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

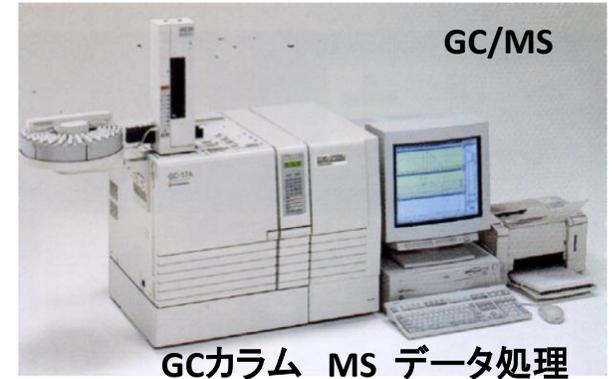
【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

検査試薬は一般的な試薬で検査可能である。

【技術の概要】

測定原理:

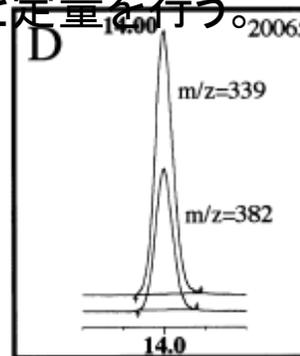
- ① 血清または血漿100 μ lに内部標準物質を加えて塩酸メタノールでメチル化後、ヘキサンで抽出する。
- ② この試料をガスクロマトグラフ質量分析装置 (GC/MS)、または液体クロマトグラフ質量分析装置 (LC/MS) に注入し、脂肪酸をGCまたはLCカラムで分離し、質量分析装置 (MS) で構造解析する。



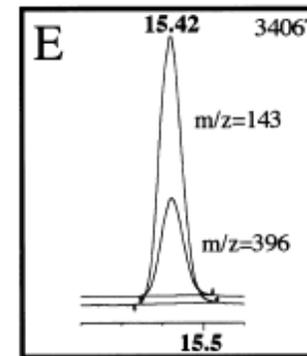
- ③ 得られたデータを処理することにより、飽和極長鎖脂肪酸であるC22:0、C24:0、C25:0、C26:0の同定と定量を行う。

- ④ 最終解析結果としてはC22:0に対するC24:0、C25:0、C26:0の比で報告する。極長鎖脂肪酸 C24:0/C22:0、C25:0/C22:0、C26:0/C22:0が増加する疾患:

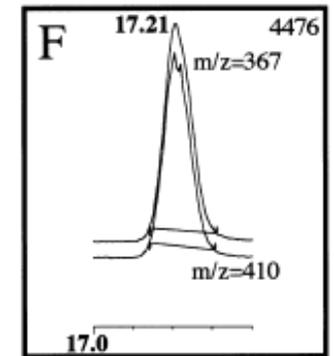
- ・ 副腎白質ジストロフィー
- ・ ペルオキシソーム形成異常症
- ・ ペルオキシソーム β 酸化系酵素欠損症



C24:0 (D)
Lignoceric acid



C25:0 (E)
Pentacosanoic acid



C26:0 (F)
Hexacosanoic acid

参考文献: Brain & Development 27 (2003) 481-487

医療技術評価提案書（保険未収載技術）

整理番号 ※事務処理用	289103	
申請技術名	タンデムマス分析	
申請団体名	日本先天代謝異常学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（新しい順に「、」で区切って記載）	提案年度（西暦）： 提案当時の技術名：
	追加のエビデンスの有無	無
技術の概要（200字以内）	タンデム質量分析装置を用いたアミノ酸ならびに遊離・アシルカルニチン分析は、新生児マススクリーニング対象疾患であるアミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症のスクリーニング検査ならびにその陽性例の診断、あるいは一般診療現場におけるこれらの疾患の鑑別診断には不可欠な検査である。ろ紙血あるいは血清を用い、上記の分析を行う。	
対象疾患名	フェニルケトン尿症（指定難病240）、メープルシロップ尿症（指定難病244）、尿素サイクル異常症（指定難病251）の一部、プロピオン酸血症（指定難病245）、メチルマロン酸血症（指定難病246）、イソ吉草酸血症（指定難病247）、グルタル酸血症1型（指定難病249）、グルタル酸血症2型（指定難病250）、複合カルボキシルラーゼ欠損症（指定難病255）、カルニチン回路異常症（指定難病316）、三頭酵素欠損症（指定難病317）、β-ケトチオラーゼ欠損症（指定難病322）など	
保険収載が必要な理由（300字以内）	これまで、この検査は「D010 8 先天性代謝異常症検査」の一つとして行われてきた。しかし、「保険医療機関内において当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する」という制限があり、一般医療機関での利用が困難であった。この検査に制限がつけられた理由として、タンデム質量分析装置が薬事承認されていなかったという問題があったが、「医薬品医療機器等法」で医療機器の一般名称として「質量分析装置」が新設され、平成29年に「医薬品医療機器等法」に対応したクラス1医療機器としてタンデム質量分析装置が提供された。この検査「D010 8」から独立して保険収載されれば、一般医療機関での利用が進む。	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	新生児マススクリーニング（以下NBS）ならびに臨床症状からアミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症など代謝疾患が疑われた例						
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に）	方法：内部標準物質（内標）含有メタノール溶液にて検体からアミノ酸、遊離ならびにアシルカルニチンを抽出し、その抽出液をタンデム質量分析装置（タンデムマス）に注入する。タンデムマスは、測定物質とその定量に供する内標との質量/電荷比（ m/z ）を検出する。測定物質と内標の m/z の信号強度比に内標濃度、希釈倍率等乗じて定量計算する。 頻度：代謝疾患を疑うNBS要請例の診断時には必須である。代謝疾患を疑う臨床症状がある場合にも必須の検査である。診断後、患者1人につき月1回～3か月に1回、定期的な検査が必要である。						
③対象疾患に対して現在行われている技術（当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>D010</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>特殊分析 8 先天性代謝異常症検査</td> </tr> </table> <p>既存の治療法・検査法等の内容</p> <p>NBS要陽性例ならびに臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常疾患が強く疑われた患者に対し、保険医療機関内において患者1人につき月1回に限り疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定される。</p>	区分	D	番号	D010	技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査
区分	D						
番号	D010						
技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査						
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	③の「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」では、検査の受託は保険医療機関内に限って保険適応とされているため、検査施設では保険収載の検査としてはタンデムマス分析を実施していない。日本国内の多くの地域では、タンデムマス分析の受託機関は各地域のNBS検査機関であり、その大多数が保険医療機関ではないので検査を有料化することが困難であり、無償で検査を提供し続けている。そのため、タンデム質量分析装置を有していない一般医療機関では院内検査もできず、先天性代謝異常症検査が算定できないNBS検査機関の好意で行っていただいていることが多い。「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」が有効に機能しているとは言えない状況である。本検査が独立して保険収載されるようになれば、NBS陽性例の診断、救急診療における低血糖患者の鑑別診断、診断確定後の治療中の患者のバイオマーカー検査などを目的として、日常診療において商業ベースで本検査を支障なく実施することが可能となり、独立の保険適応に改定される効果は大きい。また、NBS例またはそれ以外を問わず、早期に診断されることによって無駄な検査が減り、さらにバイオマーカーとして薬剤投与量を適正化することで無駄な薬剤費も減り、医療費削減に繋がる。						

⑤ ④の根拠となる研究結果	2015年に、日本先天代謝異常学会より『新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015』が だされた。このガイドラインにアミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症の診療ガイドラ インが掲載されており、各疾患の診断時ならびに患者の経過観察・治療効果の評価、そして代謝救急診療に おけるタンデムマス分析の重要性が述べられている。	
	エビデンスレベル	6
⑥普及性	年間対象患者数(人)	800
	国内年間実施回数(回)	1,760
※患者数及び実施回数の推定根拠等		上記ガイドラインならびに⑩にあげた厚労科研報告書によれば、タンデムマス分析によるNBSにおける1年間 の陽性者数はおよそ代謝疾患患者の発見頻度はおよそ1/1万人とされ、NBS陽性者数は毎年400人程度でその うち患者は70~80人程度と報告されている。NBS陽性者が初診時に各1回、確定診断を受けた患者がその後月 1回経過観察の検査を行ったとして、 $400+80 \times 12=1,360$ 回、NBS関連で施行される。 そのほか、代謝疾患を疑う有症状例の検査が相当数生じると考えられるが、400例と試算した。
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		測定法は完成されている。
・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等)	品質管理に優れた測定施設が望ましい。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等)	熟達した検査技師が必要である。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためにガイドライン」及び関係学 会による「遺伝子検査に関するガイドライン」
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		検査であり患者にリスクはない。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になしものとする。
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)	D 1,200点
	その根拠	③では尿中有機酸分析等と同時に記載されており、2014年改定では1,200点、2016年改定からは1,173点に引 き下げられた。単独で記載するにあたって、以前の点数に引き上げるべきと考える。
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	D
	番号	D010
	技術名	特殊分析 8 先天性代謝異常症検査
	具体的な内容	本検査が独立して保険収載されることで、「D010 8」からタンデムマス分析に関する規定については削除可 能と考える。
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	+ 18,720,000
	その根拠	年間1,760回の検査のうち、「特殊分析 8 先天性代謝異常症検査」で検査されていた数は200検体ほどと考 えられる。その分は同じ点数で「タンデムマス分析」に移動するだけなので、ほぼ±0である。そのため、 $12,000円 \times (1,760-200)=18,720,000円$ と試算した。
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器 又は体外診断薬(主なものを記載)		タンデム質量分析装置
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への収載状況		2) 調べたが収載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特 徴(例:年齢制限)等		該当なし
⑬当該技術の先進医療としての取扱		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		該当なし
	1) 名称	新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015 診断と治療社(東京), 2015
	2) 著者	日本先天代謝異常学会

⑩参考文献 1	3) 概要 (該当ページについても記載)	2014年度から国内の全自治体でタンデムマス分析によるNBSが開始され、20疾患程度がその対象疾患となった。これらの疾患を合計すれば1/1万人程度の患者発見頻度になり、その数倍の疑い例を含めるとNBS陽性例は日常診療において経験する頻度と考えられるようになった。そしてタンデムマス分析はスクリーニングのみではなく、患者の経過観察・治療効果の評価のほか代謝疾患を疑う救急診療における鑑別検査としても有用な検査である。
⑩参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	タンデムマス検査実施状況調査報告 (平成27年度検査結果)。平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「新生児マススクリーニングのコホート体制、支援体制、および精度向上に関する研究」 分担研究報告書, 2018 https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoid=162011&bunkenNo=201606013A_upload&pdf=201606013A0010.pdf 花井潤師 日本マススクリーニング学会技術部会が中心となり、平成27年度のNBS検査結果について全国の検査実施状況調査を行った。平成 28年度はタンデムマス検査以外のNBS検査についても詳細に調査を行った。タンデムマス検査については、要精査例 (陽性者) 数420人で、発見患者数は71人であり、前年度と比較して大きな変化はなかった。
⑩参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	- - -
⑩参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	- - -
⑩参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 概要 (該当ページについても記載)	- - -

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号 289103

申請技術名	タンデムマス分析
申請団体名	日本先天代謝異常学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

- ※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。
- ※ 該当する製品の添付文書を添付すること。
- ※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。
- ※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
Acquity MS/MS システム 高速液体クロマトグラフィ分析装置 日本ウオーターズ株式会社	13B3X10019000006	2011年8月2日	生体試料中の薬物などの化合物を高速液体クロマトグラフィー（HPLC）を用いて分離を行いMS/MS検出器等の検出器を用いて同定及び定量する装置をいう。	該当なし	該当なし
質量分析装置4500MDシステム 質量分析装置 株式会社エービー・サイエックス	13B3X10240000001	2018年2月5日	有機化合物をイオン化し、電場による質量分離により同定及び定量する。	該当なし	該当なし
Nexera LC-MS/MSシステム 高速液体クロマトグラフィ分析装置 株式会社島津製作所	26B1X00003901002	2015年6月29日	高速液体クロマトグラフィの原理に基づき、血液や尿など生体サンプル中の標的化合物の定性及び定量分析を行う。質量分析計において、ヒト試料中の無機又は有機化合物をイオン化し、電場又は磁場による質量分離により同定及び定量する。 本装置のオートサンブラSIL-30ACIに検体前処理装置CLAM-2000 CLを接続することで、試料の前処理を行うことができる。	該当なし	該当なし

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし				

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

- ① 本検査に使用される医療機器は、各社装置のいずれもが「高速液体クロマトグラフィ（試料導入部）+タンデム質量分析計（検出部）」で構成されている。
- ② 検査試薬は一般的な試薬で検査可能である。

【技術の概要】

タンデムマス分析は、アミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症の診断を目的としてタンデム質量分析装置（タンデムマス）を用いて検体中のアミノ酸ならびに遊離・アシルカルニチンを定量する検査技術である。

【タンデムマスの測定原理】

- ① LCシステムから注入された化合物をイオン源にてイオン化し、四重極型質量分離の原理（下記②～④）を用いて、質量/電荷比（ m/z ）に応じたイオンを検出することによって、標的化合物の定性及び定量分析を行う。
- ② 質量分析部（四重極）では電気的な作用等により m/z に応じてイオンを分離する。タンデムマスでは、この四重極を、順にQ1(四重極；MS1)、Q2(四重極；コリジョンセル)およびQ3(四重極；MS2)と連結させて用いる。
- ③ Q1ではイオンをQ2に入る前に分離し、Q2ではイオンを不活性ガス分子（アルゴンまたは窒素）と衝突させ、そのエネルギーによって断片化（フラグメンテーション）する。
- ④ Q2を通過後、Q3でさらに分離された特定のイオンのみ検出器に到達する。検出器において、イオンは電圧パルスシグナルに変換され、デジタルシグナルとなってグラフ描画・数値化される。

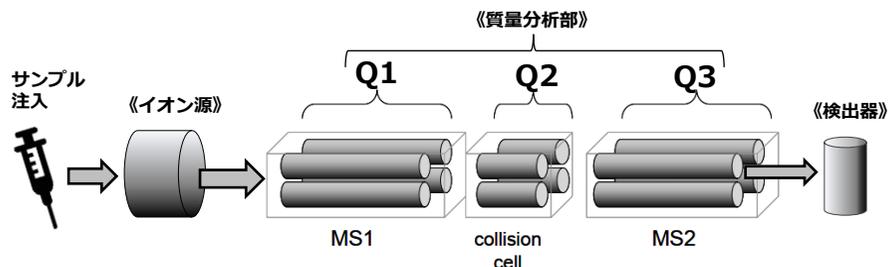


図1 タンデムマスの内部構造

【タンデムマスの測定法】（ろ紙血液検体の場合）

- ① 溶出用マイクロプレートの各ウエルに、ろ紙血液検体を1枚打ち抜き、固定液10 μ l添加。
- ② 室温15分間、37 $^{\circ}$ Cで15分間乾燥。
- ③ 安定同位体ラベルの内部標準物質（IS）含有メタノール溶液100 μ Lにて検体からアミノ酸、遊離ならびにアシルカルニチンを抽出（室温30分間振盪）。
- ④ 抽出液を測定用マイクロプレートに移し、タンデムマスにセットして検査を開始。
- ⑤ タンデムマスは測定原理にしたがって測定物質とその定量に供する物質のISを m/z で分別し、検出器で各々の信号強度を検出する（図2）。
- ⑥ 測定物質とISの m/z の信号強度比にIS濃度、希釈倍率等を乗じて定量計算する。

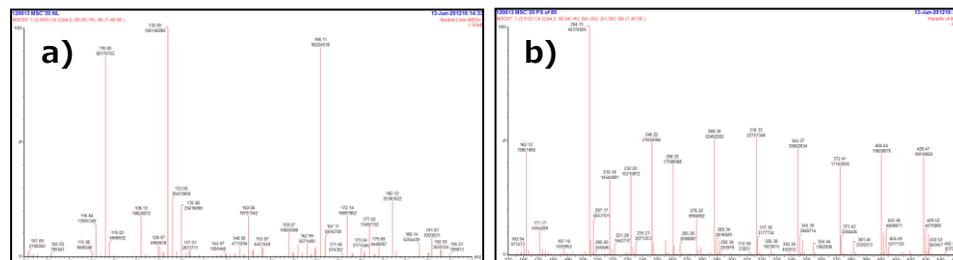


図2 タンデムマスのプロフィール
a)アミノ酸, b)遊離およびアシルカルニチン

医療技術再評価提案書（保険既収載技術）

整理番号 ※事務処理用	289201	
申請技術名	血中ガラクトース検査	
申請団体名	日本先天代謝異常学会	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合	過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）	提案年度（西暦）：該当なし 提案当時の技術名：該当なし
	追加のエビデンスの有無	無
診療報酬区分	D	
診療報酬番号	D007-35	
再評価区分（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input checked="" type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）	
「6 その他」を選んだ場合に記載	検査技術の進歩による検査法の改良	
技術の概要（200字以内）	本検査法はろ紙血液（検体）中ガラクトース（Gal）とガラクトース-1-リン酸（Gal-1-P）を酵素反応を利用して定量する。溶出液にて検体からGalとGal-1-Pを溶出させて酵素反応にてGal量を定量する。ついで、反応溶液にアルカリフォスファターゼを添加し、溶液中のGal-1-PからGalを遊離させ、上記と同反応で総Gal量を定量する。Gal-1-P量は、総Gal量とGal量から計算にて求める。	
再評価が必要な理由	体外診断用医薬品登録されている「エンザプレート GAL-R」は、ろ紙血液中のGalを定量する方法であるが、検査技術の進歩によってGal-1-Pの定量も可能となった。検査手技のわずかな変更だけで2項目の検査が可能となり、遺伝性ガラクトース血症の鑑別、特にGal-1-Pがほとんど検出されない病型で先天性白内障の原因となるガラクトースキナーゼ欠損症の鑑別に有用となるため、再評価を求めるものである。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	体外診断用医薬品としてすでに登録されている検査試薬キット「エンザプレート GAL-R」は、キットに添付されている試薬構成を変更せず、検査手技のわずかな変更だけでガラクトース-1-リン酸の定量も可能となった。検査を実施するにあたり、工程は延長するが、追加の試薬コスト、追加の検査機器を必要としない。そして、ガラクトース血症の各病態の鑑別、特にガラクトース-1-リン酸がほとんど検出されず、先天性白内障の原因となるガラクトースキナーゼ欠損症の鑑別に有用となり、再評価に値すると思われる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>対象：新生児マススクリーニング（NBS）の対象疾患である、ガラクトース代謝酵素の障害による遺伝性ガラクトース血症ならびにならびに他の高ガラクトース血症を来たす疾患患者。 遺伝性ガラクトース血症＝Ⅰ型（ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ（GALT）欠損症）、Ⅱ型（ガラクトキナーゼ（GALK）欠損症）、Ⅲ型（UDPガラクトース-4-エピメラーゼ（GALE）欠損症）、Ⅳ型（ガラクトースムタローゼ（GALM）欠損症）</p> <p>技術内容： ① 検体よりGalを溶出させ、これにガラクトース脱水素酵素を作用させる。 ② 補酵素NADからNADHが生成し、これにジアホラーゼとレサズリンを作用させるとレゾルフィンが生成する。 ③ その蛍光強度（検体中のGal量を反映）を蛍光検出器で読み取ってGal値を定量する。 ④ ②の反応溶液にアルカリフォスファターゼを添加し、溶液中のGal-1-PからGalを遊離させる。 ⑤ 上記の反応でGalの総量（総Gal量）を定量する。 ⑥ 検体中のGal-1-P量は、総Gal量とGal量から計算によって求める：Gal-1-P量＝（総Gal量-Gal量）×1.44</p> <p>点数：血中ガラクトース（130点）の測定に加え、同様の操作手順でガラクトース-1-リン酸の分別定量が可能になり、臨床的意義が大きい。その点を考慮して、同等の点数（130点）の増点が適切と考える。</p>
診療報酬区分（再掲）	D
診療報酬番号（再掲）	D007-35
技術名	血中ガラクトース検査
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率やQOLの改善等 ・学会のガイドライン上の位置づけ等	2015年に、日本先天代謝異常学会より『新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015』がだされた。このガイドラインには、②に記載した遺伝性ガラクトース血症ならびに他の高ガラクトース血症を来たす疾患の診療ガイドラインが掲載されており、血中ガラクトースおよびガラクトース-1-リン酸の分別定量の重要性が述べられている。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	②に示した患者または患者疑い症例の血中ガラクトースの測定は、現在、保険点数が低すぎることもあり、商業の衛生検査所では行われていない。そのため、ほぼ全例のガラクトース検査が全国各地のNBS検査施設に依頼されており、その大多数が商業ベースの商業の衛生検査所ではないために、医療機関から本検査の依頼があった場合には無償で検査を提供している。NBS検査機関の好意で行っていただいていることが多いため、一部の地域ではそのような受託が行われず、本検査の依頼が困難となっている地域もある。本検査が増点されて保険収載されることで、商業の衛生検査所においても本検査が実施されることが期待されれば、地域による格差がなくなり、どこの地域でも平等に保険診療として実施可能となり、再評価ののちに増点されて収載される効果は大きい。 遺伝性ガラクトース血症の発見頻度は、上記ガイドラインならびに⑩にあげた厚労科研報告書によれば、NBSにおける1年間の陽性者数は200~300人程度でそのうち患者は20人弱と報告されている。本検査の再評価後も陽性率、患者の発見頻度には変わりがない。しかし、再評価ののちには本症患者の経過観察や他疾患との鑑別診断のために商業ベースで本検査を実施することが容易となるため、検査の実施回数は増加すると考えられる。その増分を100例と見積もった。
年間対象者数の変化	前の症例数（人） 15（遺伝性ガラクトース血症患者） 後の症例数（人） 15（遺伝性ガラクトース血症患者）
年間実施回数の変化等	前の回数（回） 500 後の回数（回） 600
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	測定法は完成されている。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 品質管理に優れた測定施設が望ましい。 人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） 熟達した検査技師が必要である。 その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） 厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためにガイドライン」及び関係学会による「遺伝子検査に関するガイドライン」
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査であり患者にリスクはない。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	特になしものとする。
⑧点数等見直しの場合	見直し前 130 見直し後 260 その根拠 血中ガラクトース測定130点（現行）+血中ガラクトース-1-リン酸検査130点
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 D 番号 なし 技術名 なし 具体的な内容 なし
⑩予想影響額	プラスマイナス + 予想影響額（円） 1,560,000 その根拠 2,600円×600検体=1,560,000円 現在の保険点数からの予想影響額（780,000円）の倍額となるが、NBS例またはそれ以外を問わず、早期に診断されることにより、無駄な検査が減り、薬剤の投与量の適正化による無駄な薬剤費も減り、医療費削減に繋がると考えられる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	特になし
⑫その他	特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	該当なし
1) 名称	新生児マススクリーニング対象疾患等診療ガイドライン 2015 診断と治療社（東京）， 2015
2) 著者	日本先天代謝異常学会

⑩参考文献 1

3) 概要 (該当ページについても記載)

ガラクトース血症とは新生児マススクリーニングの対象疾患であり、遺伝性ガラクトース血症ではGalの代謝に先天的な酵素の欠損または活性の低下があり、血中のGalまたはGal-1-Pが高値となる。GalおよびGal-1-P値の変動は病型によってどちらがより高値を呈するかが異なるため、鑑別にはこれらの正確な分別定量が重要となる。また治療効果判定、経過観察にも本検査は必須となる。一方で、遺伝性遺伝性ガラクトース血症以外でも高ガラクトース血症を来す疾患も知られており、その鑑別・診断にもGal・Gal-1-Pの分別定量検査は重要である。

⑬参考文献 2	1) 名称	Biallelic GALM pathogenic variants cause a novel type of galactosemia. Genetics in Medicine (2018) https://doi.org/10.1038/s41436-018-0340-x
	2) 著者	Yoichi Wada , Atsuo Kikuchi , Natsuko Arai-Ichinoi , Osamu Sakamoto, et al.
	3) 概要 (該当ページについても記載)	遺伝性ガラクトース血症のⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型のいずれでもないガラクトース血症、いわゆる「説明できないガラクトース血症」の存在が以前から認識されていた。GALM酵素は、Leloir経路 上に存在するが、これまでその欠損症は存在しないと考えられてきた。本研究では「説明のできないガラクトース血症」がGALM欠損症であることを明らかにし、GALM欠損症による新型を「ガラクトース血症Ⅳ型」と命名した。
⑭参考文献 3	1) 名称	タンデムマス検査実施状況調査報告 (平成27年度検査結果) . 平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「新生児マススクリーニングのコホート体制、支援体制、および精度向上に関する研究」 分担研究報告書, 2018 https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoId=162011&bunkenNo=201606013A_upload&pdf=201606013A0010.pdf
	2) 著者	花井潤師
	3) 概要 (該当ページについても記載)	日本マススクリーニング学会技術部会が中心となり、平成27年度のNBS検査結果について全国の検査実施状況調査を行った。平成 28年度はタンデムマス検査以外のNBS検査についても詳細に調査を行った。ガラクトース検査については、要精査例 (陽性者) 数225人で、発見患者数は15人であった。
⑮参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-
⑯参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 概要 (該当ページについても記載)	-

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

289201

申請技術名	血中ガラクトース検査
申請団体名	日本先天代謝異常学会

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、2019年8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
特になし					

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
MTP-600F 移動式免疫蛍光分析装置 コロナ電気株式会社	08B3X00003000008	2000/9/14	主に抗原/抗体の活性値を測定する為に蛍光マーカを用いる方法で、生体液中の成分を試薬と反応させ、蛍光試薬から発せられる蛍光強度を検出し、自動又は半自動で測定する装置をいう。	該当なし	該当なし
MTP-601F 移動式免疫蛍光分析装置 コロナ電気株式会社	08B3X00003000006	2007/5/11	主に抗原/抗体の活性値を測定する為に蛍光マーカを用いる方法で、生体液中の成分を試薬と反応させ、蛍光試薬から発せられる蛍光強度を検出し、自動又は半自動で測定する装置をいう。	該当なし	該当なし

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）
エンザプレート GAL-R ガラクトースキット 株式会社第一岸本臨床検査センター	20700AMZ00664000	1995/9/25	全血中ガラクトースの測定	保険適用製品 区分 D007 35 130点

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

【技術の概要】

血中ガラクトース検査は、ろ紙血液（検体）中の**ガラクトース**（Gal）および**ガラクトース-1-リン酸**（Gal-1-P）を分別定量する検査技術である。

【測定原理】

- ① 検体よりGalとGal-1-Pを溶出させ、Galにガラクトース脱水素酵素を作用させる。
- ② 補酵素のNADからNADHが生成し、これにジアホラーゼとレサズリンを作用させると、レゾルフィンが生成する（反応1）。
- ③ その蛍光強度（検体中のGal量を反映）を蛍光検出器で読み取ってGal値を定量する（濃度単位：mg/dL）。
- ④ ②の反応溶液にアルカリフォスファターゼを添加し、溶液中のGal-1-PからGalを遊離させる（反応2）。
- ⑤ 上記の反応でGalの総量（総Gal値）を定量する。
- ⑥ 検体中のGal-1-P値は、総Gal値とGal値から計算によって求める（濃度単位：mg/dL）。

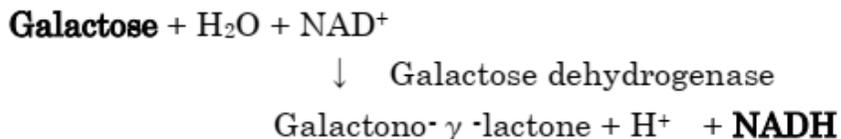
$$\text{Gal-1-P値} = (\text{総Gal値} - \text{Gal値}) \times 1.44$$

（※1.44：Gal-1-Pの分子量 / Galの分子量の比）

【測定操作】

- ① 溶出用マイクロプレートの各ウエルに、標準ろ紙血液、コントロールろ紙血液と検体を1枚打ち抜き、固定液10μl添加。
- ② 37℃で60分乾燥。
- ③ 測定用マイクロプレートに①をのせて溶出液50μlを加え、蓋を溶出（25℃で60分間静置）。
- ④ マイクロプレート遠心機で遠心する（2,000rpm 6分間）。
- ⑤ 溶出液に緩衝液100μlと酵素試薬50μlを加えて25℃で60分間反応後、蛍光強度を測定してGal値を定量（反応1）。
- ⑥ 100倍アルカリフォスファターゼ溶液を測定後の溶液に10μl加えて25℃で60分間反応後、蛍光強度測定を測定して総Gal値を定量（反応2+ 反応1）。
- ⑦ 計算でGal-1-P値を求める。

【反応1】



【反応2】



↓
【反応1】へ