

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本生殖医学会
技術名	ソノヒステログラフィー、(sonohysterography ; SHG)
技術の概要	子宮腔内にカテーテルを挿入し、生理食塩水を注入しながら経腔超音波検査を行うことで、子宮内の状態をより明確に描出することができる
対象疾患名	子宮内膜ポリープ、子宮粘膜下筋腫等、子宮腔内に向かって隆起する病変
保険収載の必要性	本検査は、経腔超音波検査単独では描出困難な子宮内腔病変の描出が可能であり、さらに病変がどの程度内腔に突出しているかを評価できるため、治療方針決定にも有用であることから、保険収載の必要性があると考えます。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u> Ⅰ </u> 本検査における子宮内腔の病変の診断能力は、経腔超音波検査単独より優れており、子宮鏡検査と同等と報告されている。（Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; vol. 82, 493-504、日本産科婦人科学会：産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編2011-）
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	本検査施行時、約半数に軽い腹痛を認めたが、痛みにより検査が施行不可能となるのは1%未満であった。また、感染症などの合併症は1,000例以上の調査で1例もなかった。（上記のSystematic reviewより）
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	一般的な婦人科診察手技と経腔超音波の基本的な診断能力があれば施行可能な検査手技であるので、産科婦人科専門医であれば検査施行と検査結果の評価が可能と判断する。また、経腔超音波診断装置はほぼ全ての婦人科診療施設に装備されており、特殊な機器も不要なため、とくに施設基準は必要ないと考えます。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 <u> 10,000 </u> 人 年間実施回数 <u> 1~2 </u> 回 日本産科婦人科内視鏡学会アンケート結果(2007~2009年)を参考 年間対象患者数 10,000人 年間実施回数 12,000回 (一人当たりの年間実施回数 1~2回)
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	本検査は、経腔超音波診断装置があれば施行可能であり、診断能力は子宮鏡検査とほぼ同程度である。子宮鏡検査には専用の機器および診察スペースが必要であるため、検査施行施設は限られているが、本検査はほぼ全ての婦人科診療施設で施行可能なため、他施設への紹介が不要となり、診断および治療方針決定までの時間が短縮でき、診療情報提供や複数施設の初診・再診などの医療費は減少すると考える。ただし、本検査がほぼ全ての婦人科診療施設で施行可能とすると、現在行われている子宮鏡検査より施行件数が増加することが予測される。 <u> 予想影響額 0円増 </u> <u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 D322 技術名 子宮ファイバースコーピー </u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 O検査 <u> 点数 *1,073 点 (1点10円) </u> 《1》 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数)：1,073点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：通常の経腔超音波検査が530点であり、加えて卵管疎通検査用カテーテル(ヒスキヤス)・シリンジおよび生理食塩水(20~40ml)を使用することから判断。

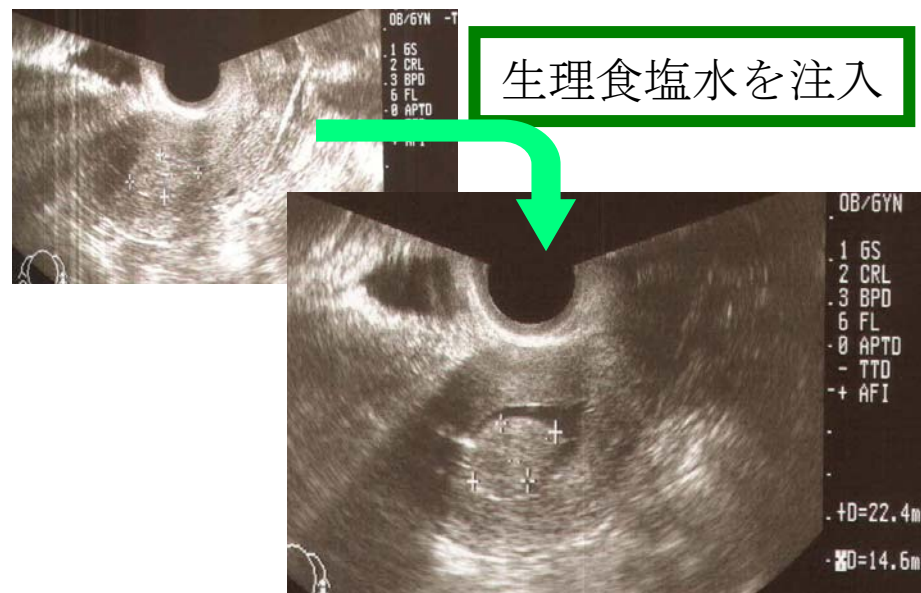
添付資料：ソノヒステログラフィー, sonohysterography ; SHG

【検査の概要】

子宮内腔に生理食塩水を注入することで、通常の超音波検査では判別困難な病変を明確に描出することが可能となる。

【対象疾患】 子宮内腔に隆起する病変
(子宮内膜ポリープ・子宮粘膜下筋腫など)

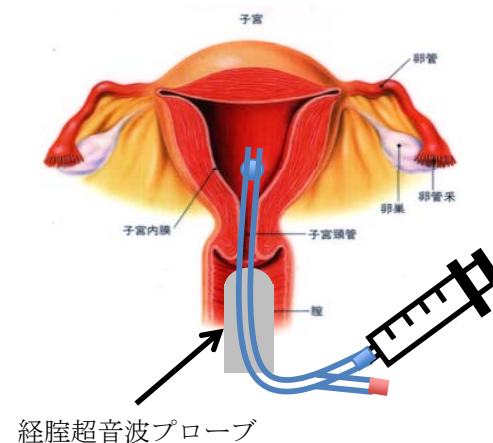
【診療報酬上の取扱い】 D. 検査



【SHGと子宮鏡検査との比較】

	SHG	子宮鏡
診断能力	ほぼ同等	
安全性	疼痛 処置後感染症	約3% 0.13%
設備	超音波診断装置は婦人科診療施設では常設されている	特殊な機器が必要

【イメージ図】



医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

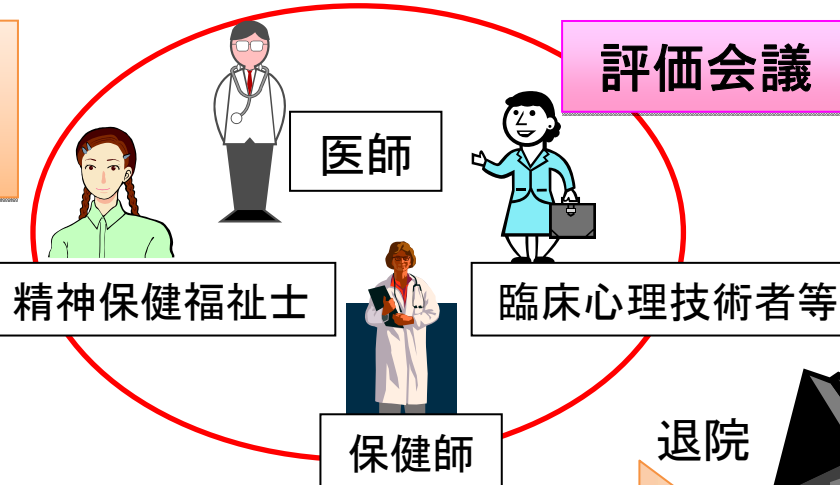
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	多職種による精神科入院長期化予防・退院促進加算
技術の概要	精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者等が入院中の精神障害者に対し主治医の指示により早期退院にむけての評価会議を施行する。
対象疾患名	入院 1 年以上の入院患者の精神障害全般
保険収載の必要性	入院中の患者について、退院に向けての診療報酬上の点数が付いているのは精神科退院指導料と精神科退院前訪問指導料のみであった。入院早期から多職種が評価会議を開いて退院促進を働きかけても、診療報酬上での評価がされていない。評価会議を開いて積極的に退院促進の働きかけを行った場合 5,000 点(退院時 1 回に限る)の評価を求める。これにより退院移行が促進され、退院率が増加する。
【評価項目】	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	『平成21年度日本精神科病院協会医療経済実態調査報告』によれば、精神科地域移行実施加算の算定病院は、153/725 病院と21. 1%を占め、前年比で 5.3%の増加となったことから、有効性が確認されている。 <u>エビデンスレベル(別紙参照); I II III IV V VI</u>
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者は、地域社会で生活を支えるための援助技術については高度の訓練を受けているため、導入可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	精神科地域移行実施加算算定病院の在院期間 1 年以上退院患者 3,318 人 <u>年間対象患者数 3,300 人</u> <u>年間実施回数(1 人当たり) 1 回</u>
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	<u>予想影響額 1億6, 500万円 増・減</u> <u>既存の技術;診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし</u> 特になし。
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ ①精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 <u>点数 5,000 点(1点10円)</u> 在院期間 1 年以上の患者について、退院時に1回のみ算定であるため。

多職種による精神科入院長期化予防・退院促進加算

チーム医療による退院促進技術の評価

精神科医療機関



69-未①

社会復帰施設
アパート



多職種による精神科
入院長期化予防・
退院促進加算

【施設基準】

当該保険医療機関における入院期間が5年以上の入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く）の数が1年間で5%以上の実績があること。

精神科地域移行実施加算との相乗効果により、退院率が増加する。

精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者等が入院中の精神障害者に対し主治医の指示により早期退院にむけての評価会議を施行する。

多職種による精神科入院長期化予防・退院促進加算 5,000点(退院時1回)

[対象患者]

入院1年以上の入院患者の精神障害全般

医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会				
技術名	精神科隔離管理加算				
技術の概要	精神病棟入院患者に精神保健指定医が行う行動制限としての「隔離」				
対象疾患名	行動制限が必要な精神疾患患者				
保険収載の必要性	患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、精神保健指定医がその危険を最小限に減らし、患者本人の医療を図る上でやむを得ずなされる治療行為であり、保険収載の必要があると考えられる。				
【評価項目】					
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	隔離の治療的意義は、①刺激を遮断することによる効果、②薬物のコンプライアンスの向上による効果、③状態の把握を詳細にできるという効果、④他害の危険を防ぐ効果⑤自殺の危険を防ぐ効果⑥身体合併症を有する患者の検査及び治療への効果⑦治療抵抗性患者に対する効果等が報告されている。 (日本精神科病院協会雑誌 2004VOL.23.NO.12) <u>エビデンスレベル(別紙参照); I II III IV V VI</u>				
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	他害の危険を防ぐ効果及び自殺の危険を防ぐ効果がある。注意深い臨床的観察と適切な医療が義務づけられており、精神保健福祉法の法令遵守と行動制限の最小化委員会の設置により、リスクは少なくなると考える。				
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	精神保健指定医による精神保健福祉法に則った「隔離」であり、医療保護入院等診療料の「隔離等の行動制限を最小化が運営されている。				
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	精神保健福祉法を遵守すること。隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。				
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	精神保健福祉資料 H19年 630 調査→ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">年間対象患者数</td> <td style="text-align: right;">198,000 人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">年間実施回数</td> <td style="text-align: right;">不明 回</td> </tr> </table>	年間対象患者数	198,000 人	年間実施回数	不明 回
年間対象患者数	198,000 人				
年間実施回数	不明 回				
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	現在、行動制限の評価に精神科隔離室管理加算があるが、精神科隔離室管理加算は、隔離室を管理する加算となっており、隔離を実施することによる技術評価ではない。精神科隔離は精神症状により実施する治療的内容なもので、実施されることにより算定されるべきものである。精神科専門療法の項目として算定されるべきものである。 <u>予想影響額 約3億9千万 円 増・減</u> <u>既存の技術;診療報酬の区分番 A229 技術名 精神科隔離室管理加算</u>				
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 Hリハビリ ①精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 <u>点数 300点(1点10円)</u> 「精神科隔離管理料」は、精神科専門の療法で、医療技術として評価されるもので1月に14日を限度として1日につき300点の加算を要望する。				

精神科隔離管理加算

精神保健福祉法の遵守

69-未②

- 精神病棟入院患者に精神保健指定医が行う行動制限としての「隔離」
- 隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。

精神科隔離管理加算 300点(1月14回を限度)

治療的意義 の評価

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

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



医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	精神科安全保護管理加算
技術の概要	精神病棟入院患者に精神保健指定医が行う行動制限としての「身体的拘束」
対象疾患名	行動制限が必要な精神疾患患者
保険収載の必要性	患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く身体的拘束以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、精神保健指定医がその危険を最小限に減らし、患者本人の医療を図る上でやむを得ずなされる治療行為であり、保険収載の必要があると考えられる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	精神科医療における行動制限の最小化に関する研究 H11、12 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) エビデンスレベル(別紙参照); I II III IV <u>V</u> VI
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	他害の危険を防ぐ効果及び自殺の危険を防ぐ効果がある。注意深い臨床的観察と適切な医療が義務づけられており、精神保健福祉法の法令遵守と行動制限最小化委員会の設置により、リスクは少なくなると考える。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	精神保健指定医による精神保健福祉法に則った身体的拘束であり、医療保護入院等診療料の「隔離等の行動制限を最小化委員会」の運営されている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	精神保健福祉法を遵守すること。隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	H19 年 630 調査→6,786 人×12 か月=81,432 人 年間対象数 <u>81,000 人</u> 年間実施回数 <u>不明 回</u>
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	特になし 予想影響額 <u>43億 2,500万 円 増・減</u> 既存の技術;診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし 特になし。
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 Hリハビリ ①精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 <u>点数 500点(1点10円)</u> 身体的拘束を実施するにあたり、指定医による身体的拘束の必要性についての判断及び本人への告知が必要であり、さらに、実施中は看護士による15分おきの観察と、医師による頻回な診察が必要となるため。

精神科安全保護管理加算

精神保健福祉法の遵守

69-未③

- 精神病棟入院患者に精神保健指定医が行う行動制限としての「身体的拘束」
- 隔離等の行動制限を最小化するための委員会の必置義務。

精神科安全保護管理加算 500点

安全性の確保

患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く身体的拘束以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、精神保健指定医がその危険を最小限に減らし、患者本人の医療を図る上でやむを得ずなされる治療行為。

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



医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	児童・思春期精神科入院医療・早期退院促進管理料
技術の概要	児童・思春期入院精神医療に対する適正な評価、早期介入・早期社会復帰の促進。
対象疾患名	入院 3 カ月未満の未成年入院患者の精神障害全般(現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算、精神科救急入院料算定患者は除く)
保険収載の必要性	既に児童・思春期精神科入院医療管理加算が定められてはいるが、これを算定する病院はごく少数である。更に算定病院には地域的な偏りがはなはだしく、児童・思春期精神科医療の充実に寄与するものになっていない。労力を要する児童・思春期入院全ての 20 歳未満の入院患者に対して、一定期間に限り、入院料の加算を認めるべきである。精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等がチームを組んで継続的に治療を行う病棟において、一日 400 点の加算を行うこととする。これにより焦眉の急とされる児童・思春期治療の質の向上、患者への早期介入が全国レベルで可能となる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	未成年患者に対する早期介入・早期社会復帰のエビデンス・経済的な効果は諸外国において明らかである。 <u>エビデンスレベル(別紙参照); I II III IV V VI</u>
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	すでに未成年患者の治療を行う精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者は、高度の訓練を受けているため、導入可能である。 児童・思春期の治療においては精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種チーム医療が重要であるため、少なくともどちらか 1 名の病棟常勤が必要と考える。一方で、現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準の問題故に算定病院が少なく、地域的な偏りを生んでいるということに鑑み、当算定では施設基準は設けない。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	2,100 人(19 歳までの精神科入院患者・平成 20 年患者調査)×0.59(うち 3 ヶ月以内の患者割合・日精協マスタープランデータ)=1,239 人 1,239×365 件/年=452,235 件/年 5,085 件/年(現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算患者・平成 21 年社会医療診療行為別調査)×0.64(うち 3 ヶ月以内の患者割合・日精協会員調査平成 22 年)=3,254 件/年 452,235-3,254=448,980 件/年 <u>年間実施推定患者数 1,239 人</u> <u>年間実施回数 448,980 回</u>
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	<u>予想影響額 18 億円 増・減</u> <u>既存の技術;診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし</u> 早期退院だけでなく、慢性化を防止することによる医療費節減の効果は大である。
I-⑦診療報酬上の取扱	
・妥当と思われる区分 (一つに○をつける)	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ ①精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他
・妥当と思われる点数及びその根拠	<u>点数 400 点(1点10円)</u> 現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算(800 点)より施設基準こそ低いものの、期間上限を定めない現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算と異なり、早期介入早期退院を促進する目的を持ち、期間限定の加算であることから、400 点が適当と考える。

児童・思春期精神科入院医療・早期退院促進管理料

児童・思春期精神医療の評価

69-未④

➤児童・思春期入院精神医療に対し適正な評価を行うとともに、早期介入・早期社会復帰を促進する。

児童・思春期精神科入院医療・早期退院促進管理料 400点

[対象患者]

入院3カ月未満の未成年入院患者の精神障害全般(現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算、精神科救急入院料算定患者は除く)



全国レベルでの早期治療の充実

既に児童・思春期精神科入院医療管理加算(800点)が定められてはいるが、人員配置、施設の構造などの条件が厳しすぎるが故に、これを算定する病院はごく少数である(全国で20病院・平成22年2月)。

発達障害、ひきこもり、児童虐待、自殺、いじめなどに起因する多彩な子どもの精神障害の診療に対する国民のニーズは非常に高いが、それに対する供給は不足している。また、主として10代に発症し早期の治療での改善が期待され、その後の一生にわたる医療費の削減が可能である統合失調症の早期介入、早期治療を全国的なレベルで強かに推進することが可能となる。

医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	精神科病棟感染制御管理料
技術の概要	病院内感染症に脆弱な精神疾患患者に対して、病院内感染の発生を防止し、早期発見・早期対応を行うことで蔓延を防ぐための技術。
対象疾患名	入院療養中の精神疾患患者全般
保険収載の必要性	精神科の特性を考慮した感染制御技術の向上と標準化を推進することで、医療安全および医療の質の向上に寄与すると同時に、病院感染症発生を減らすことで医療費減少に繋がる対経済効果が期待できる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	米国や本邦において、病院感染症発生に伴う経済的損益は大きく、経済価値の観点からも感染制御活動の有用性が評価されている。 <u>エビデンスレベル(別紙参照); I II III IV V VI</u>
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	病院感染症発生を防ぎ、患者や職員を守ることが目的であり、この技術そのものに対しては副作用や危険性はない。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	感染対策に関わる専門資格を有し精神科で勤務する医療従事者からなる研究会において検討されてきている。精神科病棟における感染制御技術の向上と標準化のために、一定の施設基準を設けることが望ましい。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	精神科病院での病院感染症は社会的にも大きな問題となっており、社会的・倫理的に大いに評価されるべきものである。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	療養病棟入院中の患者のうち、感染対策上において指導・管理を要する GAF40 以下の患者を対象。 <u>年間対象患者数 1 万 人</u> <u>年間実施回数(1 人当たり) 365 回</u>
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	・予想される当該技術に係る医療費: 10 万人 × 50 円/日・回 × 365 = 18 億 2500 万円 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費: 1 万人 × 27 万円/人 × 1/2 = 13 億 5000 万円 (療養病床 GAF40 以下患者 10 万人のうち、年間 10%が感染症に罹患するとして、1 患者あたり 27 万円の追加費用を要し、感染対策に適切な対策を投じることで感染率が半減すると推測し算定) <u>予想影響額 4億 7,500 万 円 増・減</u> <u>既存の技術; 診療報酬の区分番号 その他 技術名 感染防止対策加算</u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ ①精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 <u>点数 5点(1点10円)</u> 自己衛生管理が不十分な上に感染暴露源にもなり得る患者(GAF40 以下)に対する手指衛生等の指導、二次感染予防のための環境整備の強化等、職員への感染暴露を防止するための感染防御具等、早期診断のための迅速診断検査等の感染対策に、一日 5 点の加算を要望。

精神科病棟感染制御管理料

感染防止対策の充実

69-未⑤

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



精神科病棟感染制御管理料 5点

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

※感染防止対策加算に比べ、精神疾患患者において実践的で有用

[施設基準]

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

医療技術評価提案書(保険未収載技術用)【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)評価診断管理料
技術の概要	抗精神病薬を服用中の患者に対して薬原性錐体外路症状の重症度評価を評価尺度 DIEPSS を用いて行い、薬物療法の適正化に向けた治療指針を決める技術。
対象疾患名	統合失調症、気分障害、老年期精神障害など治療適応として抗精神病薬の投与が認められている精神疾患全般
保険収載の必要性	抗精神病薬を服用中の患者の多くに錐体外路症状が認められ、それらが治療中断から再発を繰り返し医療費高騰の要因になっていることから、評価手法の保険収載により錐体外路症状の重症化を防ぎ、患者の QOL 向上と医療費高騰を防ぐため。
【評価項目】	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	DIEPSS 評価により 4-13%の患者で軽度以上の錐体外路症状が検出できる。このうち 600mg/日以上抗精神病薬を服用中の患者では 22~71%で投与量の減量ができ、また DIEPSS 評価で錐体外路症状が軽微な患者の 10~20%は抗パーキンソン薬投与量の減量が可能であり、薬原性錐体外路症状の重症化防止と向精神薬の減量化に役立つことが示されている。錐体外路症状の重症度の判別能を有していることが多数の RCT エビデンスで示されており、評価手法として統合失調症の治療ガイドラインでも薦められている。 <u>エビデンスレベル(別紙参照): I ㊦ III IV V VI</u>
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	訓練され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。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	薬原性錐体外路症状全般を評価する最も標準的な尺度として信頼性・妥当性が確立されており、日本・東アジア諸国・英語圏の国々などで世界中で用いられている。系統的な訓練を受けた精神科医、内科医、精神科薬物療法認定薬剤師はわが国で 4000 名を越える。評価はこれらの精神科医等により適正に行える。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	社会的に極めて妥当な診断技術に基づく重症度評価であり、倫理的な問題も存在しない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	各種統計より抗精神病薬服用患者を 150 万人と推計、このうち重症例の 1-2%が 1~2 ヶ月に 1 回 DIEPSS の評価が行われると見積もられる。 <u>年間対象患者数 15,000~30,000 人</u> <u>年間実施回数(1人当たり) 6~12 回</u>
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	・予想される当該技術に係る医療費: 7200 万~14400 万円 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費: 抗精神病薬・抗パーキンソン薬等の不適切な多剤併用療法が多いわが国では、それらの使用量減量に伴う減額医療費がこれらを上回ると見積もられる。さらにこれら使用量の減量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、患者の QOL が改善される点を考慮すれば、恩恵は絶大である。 <u>予想影響額 1000 万円以上の 増・減</u> <u>既存の技術: 診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし</u> <u>特になし。</u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ ㊦ 精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 <u>点数 80 点(1点10円)</u> 根拠: 精神科専門医が重症度評価及び結果処理から薬物療法全体の治療指針の決定までを行うと 20 分程度を要するが、検査手法として収載されている他の評価尺度の診療報酬とのバランスを考慮し上記が相当と考えた。

薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)評価診断管理料

薬物療法の適正化の評価

69-未⑥

- 抗精神病薬を服用中の患者に対して薬原性錐体外路症状の重症度評価を薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSSを用いて行い、薬物療法の適正化に向けた治療指針を決める技術。

薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)評価診断管理料 80点

患者のQOL改善に多大な貢献

重篤な副作用の軽減や未然防止に役立つ。



絶大な医療経済学的メリット

評価を行うことにより、不適切な抗精神病薬の多剤大量投与の減少、錐体外路症状重症化防止による他科診療機関受診の減少や服薬中断から原疾患の再発による再入院の医療費の軽減などが期待できる。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	重度認知症患者デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ナイト・ケア
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I015
技術の概要	重度認知症患者デイ・ケアとは、精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とした治療方法である。基準に基づく専用施設を使用し、医師及び専従する看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者による医療チームにより、患者個別のプログラムを作成して実施される。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) ③. 点数の見直し(減点) ④. 点数の見直し(別の技術料として評価) ⑤. 保険収載の廃止 ⑥. その他()
具体的な内容	<u>重度認知症患者デイ・ケア 1040 点→1308 点</u> <u>重度認知症患者デイ・ナイト・ケア 1758 点</u>
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	重度認知症患者デイ・ケア料は、昭和 63 年重度痴呆患者デイ・ケア料として新設されたが、平成 18 年の診療報酬改定で重度認知症患者デイ・ケア料(Ⅱ)6 時間以上 1,308 点が重度認知症患者デイ・ケア料 6 時間以上 1,000 点に減額されている。この際厚生労働省は、「同様のサービスが介護保険においても提供できることを踏まえ、一定の経過期間を設けた上で、廃止する方向で検討する」との方針を示した。しかし、精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の在宅生活を維持するためには、医療としての当該治療が不可欠であり、非医療関係者によるデイサービス等の介護保険サービスでは代替できない。さらに介護保険では利用限度額による制限があり、必要日数の利用が不可能で在宅が維持できない恐れがある。当該療法の再評価による普及を図らないと、結果的には認知症患者の精神科病院への入院が増加することが考えられる。また、仕事を持っている家族の負担を考えるとデイ・ナイト・ケアの実施が不可欠であり、このことでさらに在宅での治療継続の幅が膨らむものと考えられる。重度認知症患者デイ・ナイト・ケアを要望する。
点数の見直しの場合	<u>重度認知症患者デイ・ケア 1040 点→1308 点</u> <u>重度認知症患者デイ・ナイト・ケア 1758 点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<u>年間対象患者数の変化 現在 不明 人→ 人 増・減・変化無し</u> <u>年間実施回数の変化 現在 不明 回→ 回 増・減・変化無し</u>
	※根拠 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<u>予想影響額 不明 円 増・減</u> 不明
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) ②. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書(保険既収載技術用)

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	精神科訪問看護・指導料
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I012
技術の概要	患者、又は家族に対して看護及び社会復帰指導を行う。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	准看護師単独の訪問を要望する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	精神科専門療法での精神科訪問看護・指導料において、看護及び社会復帰指導等を行う者は保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士であり、准看護師単独での指導等は評価されていない。C005 在宅患者訪問看護・指導料は、准看護師単独での実施が認められており、要件が異なるのは不合理である。 精神障害者の地域生活を支える医療の充実のためには看護及び社会復帰指導等を行う者が増加する必要がある。なお施行する准看護師は下記いずれにも該当する者をいう。精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に2年以上勤務した経験を有するもので、精神科訪問看護・指導料(1)における複数名の指導を1年以上経験したことがある者とする。これにより精神科専門療法の技術上の問題は無いと考える。1回につき505点とし、週3回までとする。
点数の見直しの場合	<u>505点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 不明 人→ 人 増・減・ <u>変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 不明 回→ 回 増・減・ <u>変化無し</u>
	※ <u>根拠</u> 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 0 円 増・減
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	入院精神療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 001
技術の概要	入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調法、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という。)のものに対して、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、対象精神疾患に起因する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をいう。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	<u>I :360点→500点</u> <u>IIイ:150点→300点</u> <u>ロ: 80点→150点</u>
【評価項目】	
III-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	入院精神療法(I)は、平成8年新設以降14年間点数が上がっていない。また、入院精神療法(II)に関しては、平成6年以降16年間点数が上がっていない。一定の基準に沿って構造化された面接技法を用い、精神科専門療法を代表する精神療法の質を適正に評価することにより精神科医療の質が向上され、すみやかな症状回復や早期退院が期待される。精神症状の悪化等を押さえられ、医療の質を担保する適正な医療技術の評価が行われることにより、予防的治療技術が促される。近年、多様な精神療法が施行されている。予防的治療、対処技能獲得に向けての治療についてはますます重要視されてきており、より密度の濃い治療が要求されている。よってこの点の評価として引き上げを要望する。
点数の見直しの場合	<u>I :360点→500点</u> <u>IIイ:150点→300点</u> <u>ロ: 80点→150点</u>
III-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 人→ 人 増・減・ 変化無し 年間実施回数の変化 現在 回→ 回 増・減・ 変化無し
	※根拠 不明
III-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 100億円 増・減 入院精神療法 I (3ヶ月以内):140点×1536252件/年=215,075,280点 入院精神療法 II (6ヶ月以内):150点×1737396件/年=260,609,400点 入院精神療法 II (6ヶ月超):70点×7857792件/年=550,045,440点 計 1,025,730,120点増
III-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
III-⑤その他	なし。
III-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	入院精神療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 001
技術の概要	入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調法、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という。)のものに対して、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、対象精神疾患に起因する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をいう。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	「20歳未満の精神疾患を有する患者」に対する加算を要望する。(200点以上)
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	現行では、20歳未満の精神疾患を有する患者に対する評価は、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対してのみである。平成20年度改定後も依然として基準が厳しく、現在、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定している病院は、極めて少ない状況で、日精協総合調査では20歳未満の児童・思春期精神科入院医療管理加算の算定割合は、4.9%にすぎない。 通院・在宅精神療法の200点加算と同様に、「20歳未満の精神疾患を有する患者」に対する入院精神療法の評価においても、加算が算定されるべきである。
点数の見直しの場合	<u>200点以上</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 不明 人→ 人 増・減・ <u>変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 不明 回→ 回 増・減・ <u>変化無し</u>
	※ <u>根拠</u> 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<u>予想影響額 1,500万円 増・減</u> 平成19年日精協総合調査20歳未満653名、内32名算定 (653-32)人×12ヶ月×200点=1,490,400点
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	医療保護入院等診療料
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 014
技術の概要	措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院等に係る患者について、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。
再評価区分	1. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	医療保護入院等での在院者に毎月の算定と、入院形態変更時の算定を要望する。 医療保護入院での在院者に100点/月、新規入院を含め入院形態の変更時に500点 行動制限看護要員の行動制限最小化委員会を行う時間を、1日に行う看護要員の勤務時間数に含めることを要望する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	医療保護入院料等診療料は入院中1回に限り算定できているが、月に1回の行動制限最小化委員会での定期的な評価が算定要件となっている。また、医療保護等の入院が必要な患者は、病識がないため治療の必要性を理解できず、治療の拒絶や他患者や職員への暴力や興奮、等の危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要である。そのため、精神保健指定医の業務や責任は重くなる一方である。早期に任意入院へ変更するためには、常に状態の変化を観察し、頻回に治療計画を変更することが必要となり、また、治療計画に基づいた積極的な治療が必要である。現在のように入院中に1回の算定ではとてもこの業務をこなすことは出来ない。ぜひ、月1回の算定と、入院形態変更時の算定を要望する。なお、行動制限最小化委員会に参加した看護要員については、1日に看護を行う看護要員の勤務時間数に含めることができるよう要望する。
点数の見直しの場合	_____ 300点 → _____ 500点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 不明 人 → _____ 人 増・減・ 変化無し 年間実施回数の変化 現在 不明 回 → _____ 回 増・減・ 変化無し
	※根拠 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 約12億8700万円 増・減
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	医療保護入院での在院者：320,308人×37.2%＝119,155人×100点×12か月 ＝約143000万円×90%＝128700万円 入院形態変更時については不明
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	精神科デイ・ケア等
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 009、010、012-2
技術の概要	精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものである。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	精神科デイ・ケア等の算定開始について、退院・中断後のデイ・ケア等の開始は、新たに算定できることを要望する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア(以下「デイ・ケア等」という)の算定回数は、デイ・ケア等を開始してから3年を超えた場合は、1週間に5日を限度として算定されるが、途中入退院があった場合、又、デイ・ケア等が中断された場合でも週5回の制限を受けることは不合理である。入退院後、デイ・ケア等に通所することで次の再入院までの期間が延長される、すなわちデイ・ケア等の再入院防止効果が見られている。また、デイ・ケア等に通所開始後間もなく中断した患者にとって、その後の本格的通所開始日こそが、当然治療的な開始日とみなされるべきである。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 不明 人 → _____ 人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 不明 回 → _____ 回 増・減・変化無し
	※根拠 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 不明 _____ 円 増・減
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	入院集団精神療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I005
技術の概要	入院中の精神病患者に対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により集団内の相互作用を用いて対人場面の不安や葛藤の除去、精神症状の自己洞察等の病状の改善を図る療法。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) ③. 点数の見直し(減点) ④. 点数の見直し(別の技術料として評価) ⑤. 保険収載の廃止 ⑥. その他()
具体的な内容	入院集団精神療法の6ヶ月以内の制限を撤廃し、週2回を限度として1日 350 点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	入院集団療法によって、厚生労働省精神神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」によると統合失調症の再入院が約四分の一に減少すると報告されている。また感情障害圏にはワークプログラムやアルコール依存症にも断酒会等を通して入院集団精神療法の有効性は確立している。さらに、精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対しても入院集団精神療法を行うことにより疾病の理解を深め援助方法を学ぶことにより疾病の改善と再発予防に大きな効果が期待できる。
点数の見直しの場合	100 点 → 350 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 1 万 人 → 1 万 人 増・減・ <u>変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 6000 回 → 6000 回 増・減・ <u>変化無し</u>
	※根拠
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<u>予想影響額 17億 9千万円 増・減</u> 病床を持つ精神科医療施設 1676 のうち 30% (500 施設) で実施可能。平均参加人数を 12 人とし、6 回を 1 クールとして年 1 クールで 6000 人、複数プログラムあるいは複数回可能な施設や家族に対する場合を考慮して年間のべ 1 万人に対応できると想定される。 1 クールは 350 点 × 6 回として 21000 円であり、これにのべ人数をかけて 2 億 1000 万円の医療費増になる。しかし、さまざまなエビデンスより再発率は年間 3 分の 1 から 5 分の 1 に抑えられるが、最低でも再入院が 1 年間に 5 人に 1 人減少するとすれば、約 3 ヶ月分の入院費約 100 万が減少する。家族心理教育実施者 1 万人中 2000 人の再入院が予防でき、全体で 20 億円の削減となる。費用と差し引きして 1 年間で計 17 億 9 千万円の医療費削減となる。
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) ②. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	通院集団精神療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I006
技術の概要	入院中以外の精神病患者に対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により集団内の相互作用を用いて対人場面の不安や葛藤の除去、精神症状の自己洞察等の病状の改善を図る療法。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	通院集団精神療法の人数の制限と、期限は撤廃し、週2回を限度として1日 350 点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	通院集団精神療法については、特に統合失調症においては厚生労働省精神神経疾患研究「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」においても10～15人を対象とした有用性が報告され、また感情障害圏にはリワークプログラム、アルコール依存症には断酒会などの活動を通して20、30人規模の通院集団精神療法の有用性が確立されている。さらに、現在6ヶ月の制限があるが慢性期も有効であり、期限の撤廃も必要である。そして、精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対して通院集団精神療法を通して疾患の改善、再発の予防に大きな効果が期待できる。以上、総合的に手間がかかるため点数の引き上げを要望する。
点数の見直しの場合	270 点 → 350点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 不明 人 → 人 増・減・ <u>変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 不明 回 → 回 増・減・ <u>変化無し</u>
	※根拠 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 17億 9千万円 増・減 病床を持つ精神科医療施設 1676 のうち 30% (500 施設) で実施可能。平均参加人数を12人とし、6回を1クールとして年1クールで 6000 人、複数プログラムあるいは複数回可能な施設や家族に対する場合を考慮して年間のべ1万人に対応できると想定される。1クールは 350 点 × 6 回として 21000 円であり、これにのべ人数をかけて2億 1000 万円の医療費増になる。しかし、さまざまなエビデンスより再発率は年間3分の一から5分の一に抑えられるが、最低でも再入院が1年間に5人に一人減少するとすれば、約3ヶ月分の入院費約100万が減少する。家族心理教育実施者1万人中 2000 人の再入院が予防でき、全体で20億円の削減となる。費用と差し引きして1年間で計17億9千万円の医療費削減となる。
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	入院生活技能訓練療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 008
技術の概要	入院患者に対して、認知行動療法の理論と技法に基づき、服薬習慣、再発徴候への対処技能、基本生活技能、対価関係保持能力等の確保をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法である。
再評価区分	①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	1、2、および注1、2を抹消し、期間、回数、同一日算定の制限を撤廃する。 100点(6ヵ月以内)、75点(6ヵ月超)→150点
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	入院生活技能訓練療法の理論は、行動療法、社会的学習理論、統合失調症の疾患モデルから構成される。精神疾患の再発は、生活上のストレスが患者の対処機能を凌駕することが理由のひとつに挙げられているが、入院生活技能療法による対処能力や力量の向上は、防御因子を強め、転帰の改善を図ることができる。入院生活技能訓練療法は、1994(平成6)年に精神科専門療法として診療報酬化されたにも関わらず、予測に反して普及は進んでいない(平成17年6月と21年6月を比較すると算定病院割合:46.1%→42.9%、算定患者実人数:104,597人→97,411人、請求件数合計75,910件→65,755件)。これは、算定に際して期間、回数、同一日算定等の制限があるためである。従来の研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせる必要があるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが、示されている。
点数の見直しの場合	<u>100点(6ヵ月以内)、75点(6ヵ月超)→150点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<u>年間対象患者数の変化 現在 10万人 → 14万人 増・減・変化無し</u> <u>年間実施回数の変化 現在 6.5万件/月 → 9.1万件/月 増・減・変化無し</u>
	※根拠 現在の算定病院数割合:42.9%→60%
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<u>予想影響額 6億3千万円 増・減</u>
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	14,515 × 12 × 50点 = 8,709,000点 (21年社会医療診療行為別調査) 59,922 × 12 × 75点 = 53,929,800点 合計 62,638,800点
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	SST普及協会。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	精神科退院前訪問指導料
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I011-2
技術の概要	<p>複数職種の共同指導の評価として、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」を認めること。</p> <p>○「管理栄養士」 精神疾患の患者には、食生活の乱れによる糖尿病等が多く、退院後における食生活の指導が患者又は家族等に必要である。</p> <p>○「薬剤師」 精神疾患の患者に対する服薬コンプライアンスは、必要で、その為にも退院後における薬剤師による薬剤指導は、患者又は家族等必要である。</p> <p>○「准看護師」 「精神科退院前訪問指導料」は、退院後の療養上必要な指導、在宅療養に向けた調整を行うものであるが、入院中における看護スタッフとして「准看護師」は、何等「看護師」と比較して看護業務に支障はなく、精神科看護師不足を補うためにも「准看護師」の指導は必要である。</p>
再評価区分	<p>①. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等)</p> <p>2. 点数の見直し(増点)</p> <p>3. 点数の見直し(減点)</p> <p>4. 点数の見直し(別の技術料として評価)</p> <p>5. 保険収載の廃止</p> <p>6. その他()</p>
具体的な内容	<p>数職種の共同指導の評価として、精神科退院前訪問指導料は、複数職種の共同指導の評価がなされたが、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」の共同指導は認められていない。</p> <p>複数職種の共同指導の評価として、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」を認めること。</p>
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を大幅に増加させることから、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術をさらに普及させることは重要である。医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足の対策にも効果がある。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>年間対象患者数の変化 現在 不明 人 → _____ 人 増・減・<u>変化無し</u></p> <p>年間実施回数の変化 現在 不明 回 → _____ 回 増・減・<u>変化無し</u></p>
	※根拠 なし。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<p>予想影響額 _____ 0 円 増・減</p> <p>なし。</p>
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	<p>①. 特になし(別紙及び添付文書は不要)</p> <p>2. あり(別紙に記載)</p>
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	通院・在宅精神療法
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 002
技術の概要	通院・在宅精神療法は症状の改善と地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な役割を担う。
再評価区分	1. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	通院精神療法の点数引き上げ I 002 30分未満 330点 ⇒ 350点
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	通院治療において、薬物療法と精神療法の組み合わせはもともと日常的に行われている治療方法である。特に通院・在宅精神療法は患者・治療者関係を良好に保ち、ひいては症状の改善と地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な役割を担う。また近年さまざまな技法による介入の通院・在宅精神療法の有効性が実証されている。前回改定で、長期間不当に存在していた精神科病院と診療所における点数格差の不合理性が診療所の点数を下げる形で修正された。しかし、医療観察法における指定通院医療機関はほぼ全てが精神科病院であるなど、精神科病院での通院・在宅精神療法はその性質上高度の技術を要するが、その保険点数は下がった診療所と同点数に留められている。これらのことから、精神科病院での「通院・在宅精神療法」に対する適切な評価が必要である。
点数の見直しの場合	30分未満 330点 → 350点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 19,358,000人→19,745,000人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 1,127,429回→13,799,730回 増・減・変化無し
	※根拠 平成21年医療施設(動態)調査・病院報告の概況より、 1日平均外来患者数(平成21年)55,018人×365日=20,081,570人/年—① 外来増加率2.0% 日本精神科病院協会平成21年レセプトデータより、 通院・在宅精神療法30分未満の算定割合96.4%—② ①×②=約19,358,000人。増加率を加味すると、対象患者は、年間約19,745,000となる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 約27億6,000万円 増・減
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	平成20年社会医療診療行為別調査より、1,127,429回×12か月=13,529,148回 外来増加率2.0%を加味すると、13,799,730回 13,799,730回×20点×10点/円=27億5994万円
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神科病院協会
技術名	通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算
診療報酬区分(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・①精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I 002
技術の概要	精神科医療は入院収容から地域生活支援に治療の目的が変化し、地域で生活する精神疾患患者への目目細かなかわりによって、症状の改善と、地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な手段となる。
再評価区分	1. 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) ②. 点数の見直し(増点) 3. 点数の見直し(減点) 4. 点数の見直し(別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他()
具体的な内容	現在、常時、外来患者に対応できる体制を必要とされる診療報酬項目は、精神科救急入院料等であるが、常時、診察の体制はとれなくても、休日・時間外で診察する機会は、患者の社会復帰が進むに従って増加してきている。保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜においてI002 通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定定数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。医師が必要と認める場合は、同一週に通院・在宅精神療法を 3回を限度に算定することができる。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	初診料、再診料に対する時間外加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急病等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられているものである。精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合(強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等)が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である、とともに、精神科医にとって極めて手のかかる、また精神的エネルギーを消耗する診療行為であり、適切な手当が必要である。
点数の見直しの場合	所定定数に対し、5割増(休日又は深夜の時間外加算)、 10割増(休日及び深夜加算)
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 <u>不明</u> 人→ 人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 <u>不明</u> 回→ 回 増・減・変化無し
	※根拠 不明
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 <u>微増 円 増・減</u> 社会医療診療行為別調査(平成21年6月)によれば、年間通院・在宅精神療法 総件数約343万件、総点数約11億8千万点の数字より、本加算は微増と思われる。早期介入、早期治療で重症化の予防が出来、医療費の減少に寄与する。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること等を条件とすることにより、適正な算定がされ医療費の過剰な増加はないと想定する。
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器(未採用技術の例にならって記載)	①. 特になし(別紙及び添付文書は不要) 2. あり(別紙に記載)
Ⅲ-⑤その他	なし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	なし。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本精神分析学会
技術名	標準型精神分析療法
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・ I精神 ・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	I-003
技術の概要	1回46分以上の面接を構造化し、患者に自由連想をしてもらい、転移を中心に解釈や直面化を行い、洞察を深め、感情の安定化、社会適応の向上を図る。
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	① 1回につき390点を1000点にする。 ② 上記増点の条件として、治療構造について、治療契約（面接回数と時間を明記し、患者の自筆による同意の署名を要す）を文書化し診療録に残す。患者に同コピーを渡す。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	標準型精神分析療法は、専門的知識、技術を有する治療者が、1回46分以上かけて行うので、1000点とすることは妥当と考える。「5分超」「30分超」の「在宅、通院精神療法」だけで症状の軽快、心身の安定に到達できない患者群（パーソナリティ障害）が現に存在し、自殺数の増加などの社会問題、さらに自殺・自傷企図、救急受診、頻回の入院による医療費の増大の一因ともなっている現状に対し、上記再評価は有効な措置となる。治療的には、週2回まで施行する事で効果を増大できるので、併せて検討できると良い。添付文献要約（フォナギー）参。 さらに、認知行動療法に比し、治療対象とする患者群が、より重症度が高く、研修期間、およびその密度、技術の専門性の高い点等よりみて、同等ないしは、それ以上の評価が適当である。
点数の見直しの場合	390 点 → 1000 点
Ⅲ-②普及性の变化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	上記程度の増点により対象患者、年間実施回数は、ほぼ倍増すると考える。
	※根拠： パーソナリティ障害の患者に当技術を施行すれば、安定化を図れるにもかかわらず、診療点数が低いため、適用は限定されてきた。点数の増加により、適切な範囲の増加（2倍程度）が見込まれる。上記の条件（治療契約の厳密化、文書化）を実施する事で、過剰な適応拡大は抑制できると考える。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 4~5倍程度の増額を予想する
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点×実施回数増加により、上記程度の増大を見込む。 その高度な専門性、および単位時間当たりの効率、医師本人への精神的ストレスを考えると、「精神分析療法」は医師にとって負担となるため、上記、4~5倍程度の増額にとどまると考える。他方、自傷、自殺企図、緊急受診を減少させることによる、内科系救急医療費の低減効果を総括的にみれば、診療点数の増額分は相殺されると推測する。

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本精神分析学会，日本精神分析協会，日本精神分析的精神医学会