

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	225201
申請技術名	時間内歩行試験
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本リハビリテーション医学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本心臓リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	D211-3
再評価区分（1つ選択）	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し（検査施行者の要件緩和）
提案の具体的な内容（400字以内）	平成24年度の算定要件では、「医師が呼吸状態等の観察を行いながら」となっているが、これを「医師、もしくは医師の指導管理の下に理学療法士・作業療法士あるいは臨床検査技師等が呼吸状態等の観察を行いながら」という要件に変更を要望する。平成20年度改定時には、心大血管リハについて「医師の直接監視下で」の要件が「医師の指導管理の下に」と緩和された例があり、本検査も同様に医師の直接監視の要件緩和を希望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	本検査の実施にあたっては、日米のガイドラインで、医師はかならずしも検査に携わらなくてもよいとされている。同様な検査手技である負荷心肺機能検査（マスターステップテスト）等では、臨床検査技師が単独ですでに施行、また酸素吸入下の慢性呼吸器疾患患者に対する運動療法も理学療法士が単独で行っても支障はないとされ、それらの検査・治療法との整合性からも、医師の監視の下で理学療法士等が本試験を行うことは許容範囲と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 後の点数（点）
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	平成24年度の診療報酬改定時に収載されたため、平成23年度以前の実施回数は不明。本試験の収載を希望した際の提案書に本試験の対象患者数を94.1万人、想定実施回数を年間12.5万回（うちサイクルエルゴメーターやトレッドミルからの検査代替予想9.2万回）と記載したため、そのままの数値を採用した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人） 後の人数（人）
・年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス 金額（円）
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内） <算定要件を変更した場合に予想される当該技術にかかる医療費> 12.5万回×560点×10円＝7.0億円 （保険収載以前との比較額。平成24年度改定時提案書における試算額で、普及性に示した回数と点数より。） 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内） <算定要件を変更しない場合に予想される当該技術にかかる医療費> 9.2万回×800点×10円＝7.36億円 （保険収載以前との比較額。平成24年度改定時提案書における試算額で、D211からの代替が予想される分。）
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択） 番号 技術名
提案の具体的な内容（150字以内）	D 検査 D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査
点数の見直しの場合	前の点数（点） 後の点数（点）

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	225202
申請技術名	在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）	C 在宅医療
診療報酬番号	C-103
再評価区分（1つ選択）	1-B 算定要件の見直し（施設基準）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容（400字以内）	①在宅療養指導管理材料加算の算定要件(3)に、「定期的な確認と指導により、当該装置の保守・管理が当該販売者により十分に行われている状況を維持すること。なお、患者から、正当な理由の下に当該販売者に関するクレームがあった場合には、業者に指導を行い、改善が行われない場合には、当該保険医療機関は業者の変更も考慮すること」 ②C103在宅酸素療法指導管理料の算定要件(9)として次を追加。「保険医療機関は、患者が使用する酸素供給機器について、委託業者にその管理業務を委託する場合には療養上必要となる保守・管理体制として次の項目を業者が行い、業者との間で以下のア～ウについて書面にて確認・保存し、かつ診療録に記載すること。ア.機器の管理を十分に行い、その内容を患者に説明する イ.外出・外泊時も含めた機器故障・停電・災害などへの緊急対応体制の構築、ウ.個人情報保護法に基づく患者情報管理体制の作成

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	病院が直接装置を貸与する場合には「当該装置の保守・管理を十分に行うこと」と規定されているが、委託契約の場合は「契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明すること」とあるだけで、サービス水準のあり方や医療機関の管理責任が明確になっていない。すでに医療法15条の2には病院などの管理者は、業務を委託する場合は、省令の規定に適合する者に委託しなければならないことがうたわれており、在宅酸素療法の保守・管理を業務委託する場合においても、患者の療養上必要なサービス水準の維持について委託業者に対する医療機関の役割を明らかにすべきである。サービス水準の低い業者と契約を結んだ結果、患者が療養上必要となるサービスを受けられない例も存在する。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 後の点数（点）
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	病院の事業者に対する管理責任の明確化、患者に対する書面を用いた説明の義務化を加えるのみであり、対象患者に変化は起こらない。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人） 後の人数（人）
・年間実施回数の変化等	前の回数（回） 後の回数（回）
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス 金額（円）
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内） 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）
	点数・対象者は変化しないため、医療費は変化しない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択） 番号 技術名
	特になし
提案の具体的な内容（150字以内）	上記の内容に加え①患者本人の希望により、医療機関が業者を変更できる仕組みも明記すべきである。 ②項目ア～ウは在宅酸素療法患者が業者選択を行う上で最低限知るべき項目である 患者・家族の知権利の保護、インフォームド・コンセントの促進、情報の非対称性解消を後押しする算定要件である。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 後の点数（点）

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号	225203
申請技術名	呼吸器リハビリテーション料
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本リハビリテーション医学会、日本心臓リハビリテーション学会）
診療報酬区分(1つ選択)	H リハビリテーション
診療報酬番号	H003
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	H003 「1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点、2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点」を以下のように変更 H003 「1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 200点、2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 100点」

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	心大血管リハでは2名以上の理学療法士/看護師が従事し、必要な施設基準を満たす場合に200点が算定可能であるが、2名以上の理学療法士/作業療法士が従事する呼吸器リハ(Ⅰ)の170点との間に差を生じている。呼吸器リハと心大血管リハはほぼ同じ道具を用い、同様のトレーニングを実施しており、現実には両者は同じ場所で同じ器具を用いて実施されることが多い。基礎疾患の違いによって診療報酬に30点の差を設けることには科学的にも医療経済的にも根拠がなく、またこのような差額設定は他の治療手技においても例を見ないことであると思われる。疾患の違いのみで差を設けることは本来均しく治療を受けられるべきである患者の権利を侵害するものであると思われるため、不合理な報酬較差は取り除かれるべきであると思われる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	170
	後の点数(点)	200
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	平成23年度社会医療診療行為別調査より実施件数実績の7割がCOPDであると仮定すると、同年呼吸器リハを受けたCOPD患者は27500人×0.7=19250人と見積もられる。これが仮に2割増加すると考えると3850人の増加となる。 1人あたりの年間実施回数は(Ⅰ:413.4万回+Ⅱ:15.1万回)÷27500人=156回であるため、年間実施回数は、3850人×156回=600600回増加する。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	27,500
	後の人数(人)	31,350
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	4,285,000
	後の回数(回)	4,885,600
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	1,963,400,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	既に実施している呼吸器リハで(Ⅰ)30点、(Ⅱ)で20点増点された場合、413.4万回×30点×10円(Ⅰの分)+15.1万回×20点×10円(Ⅱの分)=12億7040万円①。増点に伴い普及が進む分を呼吸器リハ(Ⅰ)のみと仮定すると、600600回×200点×10円=12億120万円②。よって①+②=24億7160万円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	COPDの急性増悪にかかる患者1人あたり医療費は、1936億円(COPDに関する医療費)×3/4(COPD医療費に占める急性増悪時の割合)÷22万人(COPD患者数)=約66万円。呼吸器リハにより、最大20%の急性増悪回避が見込まれるため、3850人(対象者数増加)×66万円(急性増悪時医療費)=25億4100万円×0.2=5億820万円の削減が見込まれる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	H リハビリテーション
	番号	-
	技術名	-
提案の具体的な内容(150字以内)	本提案に関連して減点や削減が可能と考えられる医療技術はない。	
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	225204
申請技術名	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本睡眠学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）
診療報酬区分（1つ選択）	C 在宅医療
診療報酬番号	C107-2
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	簡易型PSG(D237-1)による検査で30≤AHIの場合には、脳波測定を伴うフルPSG検査(D237-3)を実施せずに持続陽圧呼吸療法(nCPAP)の導入を認めるよう算定基準緩和を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	日米欧の主要な臨床ガイドラインではAHI≥15（中等度以上）が標準的なnCPAP治療導入基準であり、AHI≥30の場合には重症と区分されている。また、米国Medicareにおいては簡易型PSGとフルPSG検査によるnCPAP処方適用基準に差は設けられていない。簡易型PSGとフルPSGのAHIには相関関係が認められる（相関係数=0.96, Chest 1991;100:1281-86）ため、簡易型PSGで30≤AHIとなった患者は重症である可能性が高く、早期の治療開始が必要であるが、現状の算定要件ではフルPSG検査を受ける必要がある。しかし、フルPSG検査は入院を伴い患者の金銭的・時間的負担が大きいため受診抑制がかかりやすく、未治療のままとなるリスクが高まっているため、早期治療開始のために算定要件の緩和を要望する。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	日本呼吸器学会の認定449施設を対象に実施したアンケート調査より、nCPAP適用基準見直しにより、本来は治療対象ながらフルPSG検査の機会が得られず治療未導入であった対象患者がnCPAP治療を導入した場合、nCPAP治療患者が簡易PSG被検者の1%にあたる1,500人程度増加すると考えられる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	204,000
	後の人数（人）	205,500
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,448,000
	後の回数（回）	2,466,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	—
	金額（円）	712,200,000
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	<算定要件を変更した場合に予想される当該技術にかかる医療費> nCPAP治療にかかる費用は、治療在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料250点/月＋経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算1,210点/月＝1,460点/月⇒14,600円/月。よって、患者数が1,500人増加した場合、医療費は1,500人×14,600円×12ヶ月＝2億6280万円増加する。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	<算定要件を変更した場合に減少が予想される医療費> 簡易PSG検査の年間実施件数約15万件のうち簡易PSG検査で30≤AHI<40の患者が1割として、約1.5万件がフルPSG検査（検査料3,300点＋判断料180点＋入院料平均約3,000点＝約6,500点⇒約65,000円）を行わずnCPAP治療導入となるため、医療費は1.5万件×約65,000円＝9億7500万円減少する。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	C 在宅医療
	番号	—
	技術名	—
提案の具体的な内容（150字以内）	本提案に伴い減点、削除が可能と考えられる医療技術はない。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	225205
申請技術名	呼吸ケアチーム加算
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸療法医学会、日本心臓リハビリテーション学会）
診療報酬区分(1つ選択)	その他
診療報酬番号	A242
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	算定対象の患者を、「当該病棟において48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者と、人工呼吸器離脱後1月以内の患者」、および「当該病棟において人工呼吸器以外の呼吸療法器具を装着してから1月以内で、呼吸療法の器具選択と調整等の呼吸ケアを必要とする患者」に変更する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	呼吸ケアチーム加算は、施設基準届出数250施設に対し、実際に算定されている1月あたりの件数・回数が1施設あたり約2件・5回未満にとどまり、チーム医療を後押ししているとは言い難い状況にある。呼吸ケアチーム（以下RST）の活動は、入院加算に収載される以前より行っている医療機関も少なくなくあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されている。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献する可能性があるため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	呼吸ケアチーム加算の現状と医療安全からみた効果(西村直樹、他、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 2013, in press)より、RSTの活動実績があるが現在算定要件のため算定不可の症例を加えると対象患者数、算定回数は、平成23年度実績(平成23年度社会医療診療行為別調査より)に比べそれぞれ3倍程度になると予想される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	6,200
	後の人数(人)	18,600
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	10,000
	後の回数(回)	30,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	30,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	普及性の変化より2万回の実施回数増加が見込まれるため、 150(点)×10(円)×2万(回)=3,000万円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	実際には加算対象拡大により呼吸ケア関連インシデントのさらなる減少が見込め、これらが医療の質と安全の向上に寄与し、ひいてはインシデントによる余分な医療費や訴訟費用の減少も見込めるが、その影響額の算出は困難である。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	-
	技術名	-
提案の具体的な内容(150字以内)	本提案に関連して減点や削減が可能と考えられる医療技術はない。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	225206
申請技術名	ニコチン依存症管理料
申請団体名	日本呼吸器学会（共同提案：日本循環器学会、日本肺癌学会）
診療報酬区分（1つ選択）	B 医学管理等
診療報酬番号	B001-3-2
再評価区分（1つ選択）	1-C 算定要件の見直し（回数制限）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	ニコチン依存症管理料は1回の治療終了後は1年間保険治療を行えないことになっている。ニコチン依存症管理料の算定要件を「在宅酸素療法中の患者で医師が必要と認めた場合で、かつニコチン補充療法を用いて治療する場合に限り、最大の5回を超えて禁煙治療を行うことができる」と変更し、6回目以降180点を追加する。または、「在宅酸素療法中の患者で医師が必要と認めた場合で、かつニコチン補充療法を用いて治療する場合に限り、初回算定日より起算して16週を超えた日から再度算定可能とする」と変更する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	喫煙する在宅酸素療法患者は1.9人/年焼死するという極めてハイリスクな集団であり、火災の物損等含む社会的損失は年間1億円程度に上ると推定される。従って、在宅酸素療法中の喫煙者には、ニコチン依存症治療の間隔制限を撤廃すべきである。標準治療期間を超えるニコチン補充療法の有効性に関する報告がある（エビデンスレベルⅠ）。一方、各種研究においても重大な副作用や依存の例は報告されておらず、ニコチン補充療法の長期使用が喫煙に比べ明らかに害は少ないことは近年コンセンサスになりつつある（エビデンスレベルⅡ）。再喫煙予防プログラムを在宅酸素療法中のニコチン依存症患者に保険適応することにより、不明であった在宅酸素療法中の喫煙の実態が明らかになり、より対策が立てやすくなるという副次的効果も期待される。喫煙する在宅酸素療法患者への長期ニコチン補充療法は、本人および社会の安全のため必要である。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	喫煙する在宅酸素療法中の患者は3,657人と推定される。これは121,894人いるHOT患者（平成23年社会医療診療行為別調査）と、HOT患者の喫煙率3%（日本呼吸器学会編 在宅呼吸ケア白書2010）から推定。但し、どうしても禁煙できない在宅酸素患者が顕在化し、適応再評価の結果在宅酸素中止となり、対象患者数が減少する可能性もある。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	3,657
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	36,570
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	+
	金額（円）	432,700,000
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	対象全員が追加40週間に4週毎に受診しニコチン補充療法を受けると、3,657人×180点×10円/点×10回＝65.8百万円の指導管理料増、処方3,657人×パッチ361.7円/枚×280枚/人＝370百万円の薬剤費増。火災に伴う熱傷医療費＝熱傷1入院単価725千円×4人＋熱傷外来単価11.5千円×4人×通院4回（想定）＝3.1百万円減。（社会医療診療行為別調査、消防白書から推計）。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	226101
申請技術名	在宅人工呼吸療法(人工呼吸器)保守管理料
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(共同提案: 日本神経学会、日本神経治療学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本呼吸器学会)
技術の概要 (200字以内)	在宅人工呼吸療法における人工呼吸器の保守管理を臨床工学技士によって実施する。
対象疾患名	呼吸器疾患、神経筋疾患、小児疾患など
保険収載が必要な理由 (300字以内)	在宅人工呼吸療法における人工呼吸器の保守管理は、現状では、メーカー(製造販売会社)が実施しているところがほとんどであると推測されるが、在宅医療での生命維持装置である人工呼吸器および患者の安全を図るには、医師の指示のもとに診療補助行為ができる医療資格者として、臨床工学技士が通常の保守点検以外にトラブル時や緊急時などにおいて機器だけでなくより患者に接した対応を行うことにより在宅医療の安全性が向上するため、保険収載により多くの臨床工学技士の在宅医療への参加が期待できる。

【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 (400字以内)	在宅医療に臨床工学技士が関わることで安全性の向上につながるとともに患者のQOLの向上を援助することも可能である。
エビデンスレベル	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	在宅医療においても臨床工学技士が人工呼吸器の保守管理を行うことにより、安全性は向上する。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	臨床工学技士は生命維持装置の操作および保守管理を主業務としており、既に病院内においては医療機器安全管理料やRST等によって評価されており、在宅医療においても専門性を発揮できる。
I-④開通性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題ない
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	在宅TPPV: 2,500症例、在宅NPPV: 15,000症例(推定)
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	現在、在宅医療での人工呼吸器の保守管理は、メーカー(製造販売会社)が実施していることが多いと推測されるが、在宅医療においても生命維持装置の保守管理を主業務とする臨床工学技士によって実施されることにより、トラブル時や緊急時などにおいてより患者に接した対応が可能であり、患者の安全性は向上する。
既存の治療法、検査法等	区分(1つ選択) C 在宅医療
	番号 なし
	技術名 なし
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) +
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) C 在宅医療
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 748(訪問1回につき)
	その根拠 (150字以内) 現在の在宅医療での訪問看護指導料(看護師: 555点/655点)、訪問リハビリテーション料(300点/1単位)などを参考に、人工呼吸器加算(7,480点)の約10%とした。
関連して減点や削除が考えられる医療技術	区分(1つ選択) C 在宅医療
	番号 なし
	技術名 なし
	具体的な内容 (150字以内) なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

在宅人工呼吸療法（人工呼吸器）保守管理料 （診療報酬区分：C在宅医療）

【技術の概要】

在宅人工呼吸療法における人工呼吸器の保守管理の臨床工学技士による実施

【メーカー：無資格者】

メーカー（製造販売会社）に依頼
が大多数

【臨床工学技士：有資格者】

医療スタッフの一員として患者宅訪問により実施

保険収載の必要性

- ①医師の指示のもとに診療補助行為ができる医療資格者。
- ②人工呼吸器の操作および保守管理を主業務。
- ③病院内では、既に医療機器安全管理料やRSTなどで評価。
- ④通常の保守点検以外にトラブル時や緊急時などにおいて機器だけでなく患者に接した対応が可能。
- ⑤より多くの臨床工学技士の在宅医療への参加が望める。

- ①継続して関わることで人工呼吸器使用状況、患者状態の把握可能
- ②定期的な訪問等による人工呼吸器の保守点検により安全性確保
- ③使用状況、患者状態把握による的確な判断と適切な対応が可能
- ④柔軟かつ適切な対応により患者、家族の不安軽減

在宅人工呼吸療法安全性向上



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	226102
申請技術名	バッテリー加算
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(共同提案: 日本小児呼吸器学会、日本小児神経学会)
技術の概要 (200字以内)	在宅人工呼吸療法において、医療機関からバッテリーを供給した場合に「バッテリー加算」を算定する。
対象疾患名	呼吸器疾患、神経筋疾患、小児疾患など
保険収載が必要な理由 (300字以内)	2年前の東日本大震災以降、在宅人工呼吸療法におけるバッテリーの重要性および必要性が高まり、平成24年度の診療報酬改定において在宅人工呼吸療法での人工呼吸器加算(C164)が増点された。しかし、人工呼吸器の中にはバッテリーで使用できない機種も存在し、疾患などによってはバッテリーが供給されていないのが現状と推測され、その場合にはバッテリーが供給されていなくても算定されてしまう問題がある。そのため、バッテリーの適正な供給を図るために、現状の人工呼吸器加算とは切り離しバッテリーを供給した場合に算定できるバッテリー単独での「バッテリー加算」を新設することが望ましい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	バッテリーで使用できない機種等が存在することを考えると現状の人工呼吸器加算を一律に増点する必要はないと考えられる。現在、在宅で人工呼吸器を使用している症例数は推定でTPPV(気管切開下)約2,500症例以上、NPPV(マスク)約15,000症例以上と思われるが、バッテリーの必要度は、疾患や人工呼吸器の使用時間等によっても異なるため、「バッテリー加算」にすることによってバッテリーの適正な供給の評価とバッテリーの必要性および認識を高めることができる。
エビデンスレベル	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	問題ない
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	バッテリーを必要とされる症例に適正に供給することにより、効率的な供給を図ることが可能になり、また、バッテリーの必要性の認識を高めることができる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題ない
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	在宅TPPV: 2,500症例、在宅NPPV: 15,000症例(推定)
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	現状では、バッテリーの供給は医療機関の判断に任せられているが、バッテリーで使用できない機種や疾患、使用時間などによりすべての症例に供給されているとは限らないため、「バッテリー加算」を新設することで適正な供給と算定を図ることが可能になる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) C 在宅医療
	番号 C164
	技術名 人工呼吸器加算
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 2,100,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) C 在宅医療
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,000
	その根拠 (150字以内) バッテリーは消耗品のため約2年で減価償却されるが、複数機種の減価償却費は平均約8,000円/月であるため、これに2年間の維持管理を加えた点数とした。
(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(1つ選択) C 在宅医療
	番号
	技術名
	具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点)
	後の点数(点)

バッテリー加算（診療報酬区分：C在宅医療）

【概要】

外部バッテリー加算を新設し、バッテリーの適正な供給を図る

【供給】

供給方法の標準化

【診療報酬の増点】

- ・TPPV：7,000点→7,480点
- ・NPPV：6,000点→6,480点
- ・陰圧：7,000点→7,480点

【診療報酬上への明文化】

【管理面】

【維持管理の負担大】

- ・使用の有無にかかわらず約2年で消耗
- ・短期間でも一度使用したものは再使用困難



外部バッテリーで使用
できない機種が存在

疾患や人工呼吸器の装着
時間による必要度の違い



バッテリーで
使用できない

外部バッテリーを供給するか否
かは医療機関（病院、開業医な
ど）の判断に任せられている

人工呼吸器を使用したすべての
在宅療養者に供給されていない

外部バッテリーを供給しなくて
も増点された保険点数で算定

保険収載の必要性

①バッテリーの適正な供給

- ・必要な症例に供給
- ・供給した場合に算定
- ・必要度の認識向上

②維持管理負担の軽減

- ・約2年間での適切な管理

・バッテリー加算の新設

・保険点数の増点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	226103
申請技術名	ネーザルハイフロー療法(ハイフローセラピー)
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(共同提案:日本呼吸療法医学会)
技術の概要 (200字以内)	鼻カニューラから毎分30～50Lの加湿された気流(酸素添加も可能)を患者に送気できる一連の回路により、気道に適度な陽圧を加えつつ患者の換気を高め、肺のガス交換を促進するものである。(文献①)
対象疾患名	COPD増悪、急性呼吸不全症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本装置は、既に救急・集中治療(ICU)領域や心臓外科手術後において、息切れが強く、高濃度酸素療法を必要とする患者で、従来の酸素療法に比べて海外のstudyではその有用性が証明されており、わが国でも急速に普及してきている。臨床的には本法により、従来の酸素療法より明らかに息切れが改善し、かつ一部の症例でNPPV(非侵襲的鼻マスク人工呼吸)を回避できる場合が少なからずあり、患者のQOLと治療成績から見て極めて必要性の高い機器であるが、現状では酸素療法と同じ保険点数であり、機器の初期費用と回路代が病院の持ち出しとなっている。(文献②)

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	既に海外においては、技術の成熟度に示すランダム化した多数の報告がある。 更に心臓外科手術後の酸素療法と比べて、prospective randomized study(HOT-AS試験)で、その結果が報告されている。なお、術後に肺機能等を検討した成績で、HFTが、呼吸終末の肺気量を増大させ、特に肥満者で酸素化の改善が得られたと報告されている。現在わが国では急速に普及してきているため、まだ学会レベルのガイドラインはないが、多くの例で明らかに息切れと血液ガスの改善を認め、従来であればNPPVに至る状況であってもそれを回避できる症例が多々存在する。(文献③)
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	① 文献的に問題になる障害の記載はなく、又我々の経験からも約10日以上施行によっても特に問題はない② 本装置には回路内にO2ブレンダーを介入させており、(高流量酸素ブレンダーPMB-5000®、3000®等)極めて正確な酸素濃度が投与できる。③ 本装置使用中の患者に対して鼻空内圧を測定したdataでは開口か閉口かの差はあるものの、約3.0～5.0cmH2Oの圧は記録されている。(文献④、⑤)
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	救急部を受診した重症呼吸不全患者(酸素9.0L/分以上の吸入必要)17人で、従来の酸素療法に比べBorg scaleによる呼吸困難が減少等、医療者が有用性を認めている。またprospectiveな研究では、ICUでの急性呼吸不全患者で呼吸数・酸素化の改善が認められている。医師としては呼吸器内科、循環器内科あるいは救急部を標榜していれば、装置の操作等は問題なし。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	既に承認されて機種であり、倫理的問題は存在しない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	NPPV:48000 ASV:36000 NPPV:48000 ASV:36000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	従来の高流量酸素吸入と比較すると、本法は更に高流量にも関わらず加湿されているため鼻腔・咽頭の違和感が極めて軽微であり、またO2ブレンダーにて吸入O2濃度が決まる、一方NPPV装着に比べて、患者の圧迫感がはるかに軽く、同時に弱いPEEP効果もある。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) J 処置 番号 045 技術名 鼻マスク式人工換気法(NPPV,非侵襲的陽圧人工呼吸) 及び心疾患に対するASV(adaptive servo ventilation)
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 435,960,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) J 処置 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 160-300 その根拠 (150字以内) 現在O2療法のみであると65点/日であるが、本法は人工呼吸器管理(TPPVあるいはNPPV)を避けることがしばしばある。機器の価格は約70万円であり、回路は6,000円でrunning costとなり、3日装着でも3,000円のみが初期投資の減価償却費となる
(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(1つ選択) H リハビリテーション 番号 300 技術名 NPPV あるいはASV 具体的な内容 (150字以内) NPPVやASVを施行していた患者が、本法により、約4分の1の患者は、それを避けることができるようになる可能性がある、しかしハイフロー-器自体約70万円の価格であり、かつ回路代として6,000円がrunning costとして計上される。更に詳細版に記載
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 65 後の点数(点) 300

技術名: ネーザルハイフロー療法(ハイフローセラピー)

対象疾患名: COPD, 急性呼吸不全症 診療報酬上の取り扱い: J 処置

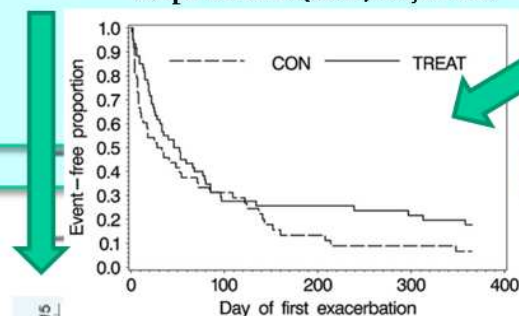
- 技術の概要

鼻カニューラから毎分30～50Lの加湿された気流(酸素添加も可能)を患者に送気できる一連の回路により、気道に適度な陽圧を加えつつ患者の換気を高め、肺のガス交換を促進するものである。

- 技術の有効性

既に海外においては、技術の成熟度を示すランダム化した多数の報告がある。更に心臓外科手術後の酸素療法と比べて、prospective randomized study (HOT-AS試験)で、その結果が報告されている。なおHFTが、流量毎に上気道により高い陽圧を形成し、PEEP効果を有することを証明している。

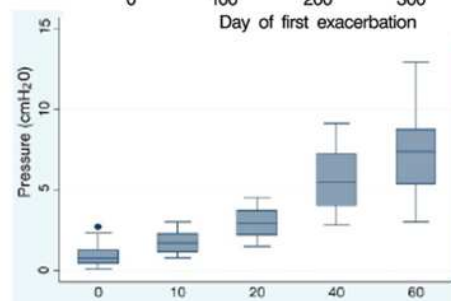
Respir Medicine(2010)104,525-533



COPD長期の使用で、より長期間急性増悪回避できる(文献6)から引用

保険収載の必要性

- ①臨床的には本法により、従来の酸素療法より明らかに息切れが改善し、かつ一部の症例でNPPV(非侵襲的鼻マスク人工呼吸)を回避できる場合が少なからずある
- ②患者のQOLと治療成績から見て極めて必要性の高い機器であるが、現状では酸素療法と同じ保険点数であり、機器の初期費用と回路代が病院の持ち出しとなっている。



流量毎の咽頭内圧

Australian Critical Care(2007)20,126-131

従来の治療法との比較

十分な酸素療法でも呼吸不全の軽快がない場合従来ならNPPVが適応成るが、NPPVは非侵襲とはいえ、マスクとベルトの為、患者の閉感覚は強いが、それに比べ本法は

- 2) 鼻腔からの酸素投与であり食事・会話ができて明らかにQOLが優れている。
- 3) 回路内にO2ブレンダーを導入させており、極めて正確な吸入酸素濃度が規定できかつ十分な加湿が維持できる



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	226201
申請技術名	在宅持続陽圧呼吸法にかかる電子的療養記録客観評価
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
診療報酬区分(1つ選択)	C 在宅医療
診療報酬番号	107-2
再評価区分(1つ選択)	3 項目設定の見直し(別の技術料として評価)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう(平16.2.27保医発0227001)が、本療養は当該医療機器を一定時間、かつ一定頻度以上(週に5日、一夜4-6時間)使用することによって治療効果が期待でき、現状では医師が患者自身から使用状況申告を聞き取ることで把握している。 近年の本装置の大多数には稼働状況(使用開始時間、使用終了時間、漏れ時間など)を記録するメモリーが内蔵されており、患者の使用状況を把握することが可能である。毎回の外来(保険診療により月1回の外来受診)でこの使用状況を機器から取り出したメモリーカードからデータを読み出し、使用状況を患者に提示しながら指導管理を行う。当該治療において当該技術を用いて評価する場合に限り、50点程度の加算を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	算定要件として、「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後1、2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。」と規定されている。しかし、使用実態と患者の申告には無視できない乖離が見られることが既に知られており、実使用時間および頻度を客観的に把握することが求められる。 機器から取り出したメモリーをパーソナルコンピュータにセットし、専用のソフトにて治療状況データの読み出しを行い解析する。解析結果をプリントアウトし、外来で患者に説明する。読み出しに要する時間と人件費は50点が妥当と考える。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	250
	後の点数(点)	300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	近年、市場において用いられている機器のほぼ全てに、療養記録を電子的に保持する機能が備えられ海外では広く用いられている。	
・年間対象患者数の変化	前の人件(人)	206,615
	後の人件(人)	42,192
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	12
	後の回数(回)	12
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	1,200,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	※ 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は $500(\text{円}) \times 12(\text{回}) = 6,000\text{円}/1\text{人}$ 、200,000人では1,200,000,000(円)
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	※ 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費は $0(\text{円}) \times 12(\text{回}) = 0\text{円}$
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	227201
申請技術名	気管支ファイバースコープ
申請団体名	日本呼吸器内視鏡学会（共同提案：日本呼吸器学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	D302
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	気管支ファイバースコープの保険点数に関して、現行の2500点を3250点に見直していただきたい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	気管支ファイバースコープは種々呼吸器疾患の診断には不可欠な検査である。その代表が肺癌で、現在の悪性腫瘍のなかでも死亡率が最も高い難治性の疾患であるが、その肺癌の早期発見・早期治療は我が国における急務事項である。そして、肺癌の早期発見の要となる検査が気管支ファイバースコープである。しかし、この検査は患者に苦痛を与えるリスクの高い検査で、設備投資や従事者の確保などが必要のため、消化管内視鏡のように頻繁には行えない。そして、1回の検査につき、我々の試算では3万円以上のコストがかかる。しかし、現状の保険点数は2500点と少ない。これでは検査施行をますます躊躇してしまい、肺癌の早期発見にはほど遠くなる。したがって、現行の気管支ファイバースコープの点数の見直しをお願いしたい。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	2,500
	後の点数（点）	3,250
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	肺癌の増加などに伴い対象患者は増加している。さらに、検査を控えていた者へ積極的に行なうようになれば対象患者の増加以上に実施件数は増える。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	48,000
	後の人数（人）	53,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	48,000
	後の回数（回）	53,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	－
	金額（円）	4,000,000,000
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	3250点に53000人を乗じ、1,647,425,000円となる。現行の2500点では48000人に乗じて1,206,720,000円。すなわち4億4070万5千円の増額。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成22年度の悪性新生物の医療費は3兆4750億円である。肺癌はその約13%であるから、肺癌に対する医療費は約4517億円となる。早期発見／治療が達成されれば医療費の10%は軽減すると言われ、それには気管支鏡検査は無くしてはならない検査である。そこで、その1割に関与すると考えると、肺癌に対する年間医療費の1%を軽減させることになる。すなわち、4517億円の1%の約45億の医療費軽減につながる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	D301
	技術名	気管支鏡検査・気管支カメラ
提案の具体的な内容（150字以内）	現在では、ほとんど施行されない検査であり削除可能と思われる。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	229201
申請技術名	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ [®] (TRACP-5b) の測定 (D008-16)
申請団体名	日本骨粗鬆症学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	D008 内分泌学的検査 「16」酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	診療報酬算定の実施上の留意事項の表記見直し
提案の具体的な内容 (400字以内)	TRACP-5b測定に係る診療報酬算定の実施上の留意事項について、現行の留意事項「酒石酸抵抗性ホスファターゼ (TRACP-5b) は、代謝性骨疾患及び骨転移 (代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る) の診断補助並びに治療経過観察時の指標として実施した場合に6月以内に1回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には6月以内に1回に限り算定できる。」につき、次のとおり改訂する。 「代謝性骨疾患及び骨転移 (代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る) の診断補助として実施した場合に1回、その後6月以内の治療経過観察の補助的指標として実施した場合に1回に限り、また治療方針を変更した際には変更後6月以内に1回に限り算定できる。」

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	本項目は保険収載時にNTxと同様の保険適用を得て、他骨吸収マーカ-と同様に治療開始前、治療後の効果判定での6ヶ月内の測定、治療変更後の効果判定での測定で、それぞれ保険算定が行われていた。しかし平成22年診療報酬算定方法の一部改正の際に留意事項の記載が変更され、現行留意事項では治療前、後の測定でそれぞれ算定されていた従来法と異なり、治療前、後で2回測定しても6ヶ月内の算定は1回のみと解釈される可能性がある。骨吸収マーカ-は治療開始前後の測定値の変化によって治療効果を確認する事に意義があり、治療前後での単回算定では治療経過観察には活用できない。治療前、後でのそれぞれの測定に関する算定を明確にするために、他の骨吸収マーカ-で示されている判りやすい、万人がみても同じ解釈がなされ、また日本発の優れた骨吸収マーカ-であるTRACP-5bの特性を損なう事なく適正に活用されるよう、留意事項表記を改訂する。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 160 後の点数(点) 160
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	当該測定項目につき、診療報酬の算定において疑義や混乱を生じることなく、適正使用が徹底される。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 782,000 後の人数(人) 782,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 165,180 後の回数(回) 165,180
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十 金額(円) 0
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 (200字以内) 変更はなし 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 (200字以内) 変更はなし
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) D 検査 番号 D008 13 技術名 特になし
提案の具体的な内容(150字以内)	特になし
点数の見直し の場合	前の点数(点) 160 後の点数(点) 160

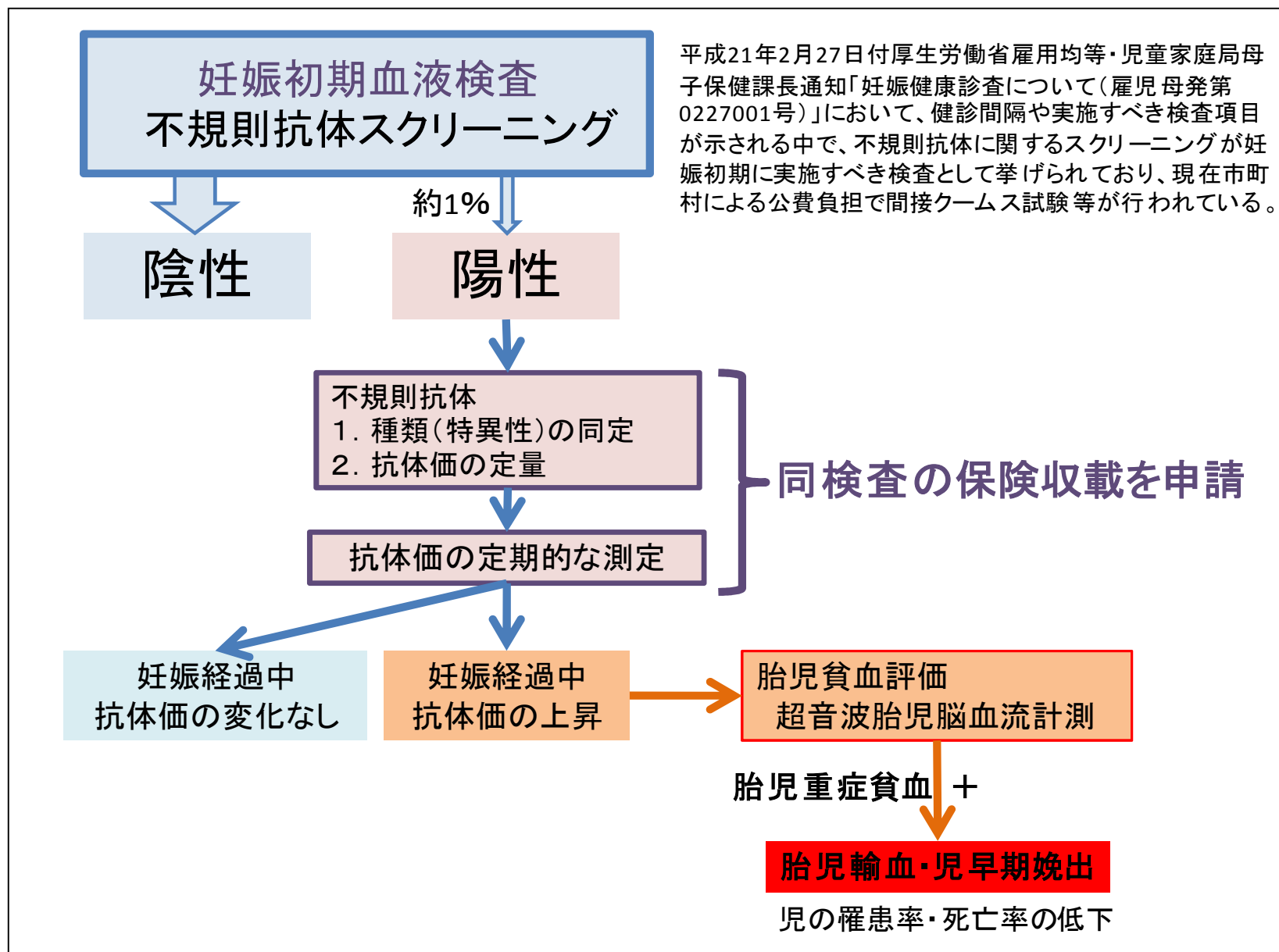
医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	230101
申請技術名	不規則抗体陽性であった妊婦に対する不規則抗体の種類同定・定期的抗体価測定検査の新設
申請団体名	公益社団法人 日本産科婦人科学会（共同提案：一般社団法人 日本周産期・新生児医学会）
技術の概要 (200字以内)	スクリーニング検査で赤血球不規則抗体陽性であった妊婦に対し、不規則抗体の種類を同定し、胎児溶血性貧血を起こしやすい種類の抗体であるかを判定するとともに、抗体価の上昇に伴い発症する胎児溶血性貧血の早期診断及び治療を可能とする目的で、定期的な抗体価測定を行う。
対象疾患名	赤血球不規則抗体陽性合併妊娠
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現行の赤血球不規則抗体検査(D011-4)は、輸血歴または妊娠歴のある患者で、胸部手術及び腹部手術が行われる場合の手術当日のみにしか算定できず、手術における輸血を意図した設定であるため、妊娠中の経過観察が行えない。不規則抗体陽性合併妊娠は、胎児溶血性貧血を起こす可能性があるハイリスク妊娠であり、通常の妊婦健診より詳細な胎児の状態の把握を中心に保険診療による妊娠管理が行われているが、経過観察として不規則抗体の種類同定及び抗体価の測定が必要である。しかし、診療報酬上これらの内容は特段規定されていないため、新たにこれら項目の新設が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	不規則抗体陽性の妊婦では、胎児溶血性貧血を起こし、胎児水腫、子宮内胎児死亡となることがある。抗体の種類同定の結果、胎児溶血性貧血のリスクの高い抗体であった場合には、抗体価を経時的に経過観察し、上昇傾向が認められた場合に胎児輸血や分娩を考慮する等によって胎児溶血性貧血の顕在化あるいは重症化の前に介入することが可能である。当学会による産婦人科診療ガイドライン（産科編2011）においては、以下の内容が推奨されている。 ・間接クームス試験を含む不規則抗体スクリーニング検査が陽性となった場合、不規則抗体の種類（特異性）の検索を行う。（B） ・不規則抗体が溶血性疾患の原因となりうるIgG抗体の場合には、抗体価を測定する。（B） ・溶血性疾患の原因となるIgG抗体価が上昇する場合には、胎児貧血・胎児水腫に注意した周産期管理を行う。（B）
エビデンスレベル	V 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	採血による検査であり、採血に伴う一般的な有害事象以外のリスクは伴わない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） (200字以内)	「産婦人科診療ガイドライン（産科編2011）」において、全ての妊婦に対して赤血球不規則抗体の有無をスクリーニングし、陽性であった妊婦に対しては、不規則抗体の種類を同定し、抗体価の推移を定期的に観察することが推奨されている。経過観察目的で行う検査に関する施設基準は不要であるが、結果として抗体価が上昇した際は高次施設での妊娠分娩管理を要する。検査技術については、既に一般化した検査手法である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）	10,000 4
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較 (200字以内)	不規則抗体スクリーニング陽性妊婦において不規則抗体の特異性を同定し、抗体価の経時的推移を確認することにより、胎児溶血性貧血の重篤化を予測でき、胎児輸血・早期娩出により、重症新生児の出生の減少が期待される。これら検査は、保険収載されていないが、医療上の必要性を鑑み、適応外であるが各施設で既に実施されている。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円） 200,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択） D 検査 妥当と思われる点数（点）（1点10円） 500 その根拠（150字以内） 抗体の特異性同定のための試薬として、抗グロブリン試薬、血球試薬などが必要であり、2000円程度の費用を要する。また、検査に3時間ほどの時間を要し、その人件費を加味すると、5000円（保険点数500点）が適当であると考えた。
（関連して減点や削除が考えられる医療技術）	区分（1つ選択） 番号 技術名 具体的な内容（150字以内）
（点数見直しの場合）	前の点数（点） 後の点数（点）



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	230201
申請技術名	観血的手術に対するHIV術前検査
申請団体名	公益社団法人 日本産科婦人科学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	DO12
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	HIV感染を知らずに手術を受けた場合に、体力を消耗して発病を早めてしまう可能性がある。患者本位で実施し、観血的手術前のHIV検査によりHIV感染を確認することは、AIDS発病の予防に大きく寄与する。2009年の1年間で国内の新たなHIV感染者数は1021人で、10年前の約2倍となり、医療現場でのHIV感染リスクも高まっている。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	HIV術前検査陽性者に対し、観血的手術前・後のAIDS治療対策を行い、AIDS発病の予防および遅延を有効にさせる。また、医療現場のHIV感染リスクを確認することにより無用な過剰防御を防ぎ、医療費の負担減につながる。						
点数の見直し の場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">前の点数(点)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の点数(点)</td> <td></td> </tr> </table>	前の点数(点)		後の点数(点)			
前の点数(点)							
後の点数(点)							
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間、全国で200万回の手術があると想定し、現在、術前検査として保険適応のないHIV検査を保険適応とするため。						
・年間対象患者数の変化	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">前の人数(人)</td> <td>2,000,000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の人数(人)</td> <td>2,000,000</td> </tr> </table>	前の人数(人)	2,000,000	後の人数(人)	2,000,000		
前の人数(人)	2,000,000						
後の人数(人)	2,000,000						
・年間実施回数の変化等	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の回数(回)</td> <td>2,000,000</td> </tr> </table>	前の回数(回)	0	後の回数(回)	2,000,000		
前の回数(回)	0						
後の回数(回)	2,000,000						
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">プラス・マイナス</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">金額(円)</td> <td>1,500,000,000</td> </tr> </table>	プラス・マイナス	+	金額(円)	1,500,000,000		
プラス・マイナス	+						
金額(円)	1,500,000,000						
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>現在、保険適応にない検査を、保険として扱うため、上記、医療費15億円の増加が見込まれる。しかし、検査を行うことにより、現在、術前検査保険適応のB型肝炎検査、C型肝炎検査と同様、HIV陽性者の適切な早期診断・治療に寄与し、手術時にかかる余計な費用負担も軽減できる。</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>保険適応としない場合、上記のような医療費の増加はないが、HIV陽性者の早期診断・治療は遅れ、AIDS発症に繋がれば、莫大な医療費の増加が見込まれる。しかし、その医療費の増加に関しては現在、明らかではない。</td> </tr> </table>	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在、保険適応にない検査を、保険として扱うため、上記、医療費15億円の増加が見込まれる。しかし、検査を行うことにより、現在、術前検査保険適応のB型肝炎検査、C型肝炎検査と同様、HIV陽性者の適切な早期診断・治療に寄与し、手術時にかかる余計な費用負担も軽減できる。	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	保険適応としない場合、上記のような医療費の増加はないが、HIV陽性者の早期診断・治療は遅れ、AIDS発症に繋がれば、莫大な医療費の増加が見込まれる。しかし、その医療費の増加に関しては現在、明らかではない。		
増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在、保険適応にない検査を、保険として扱うため、上記、医療費15億円の増加が見込まれる。しかし、検査を行うことにより、現在、術前検査保険適応のB型肝炎検査、C型肝炎検査と同様、HIV陽性者の適切な早期診断・治療に寄与し、手術時にかかる余計な費用負担も軽減できる。						
増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	保険適応としない場合、上記のような医療費の増加はないが、HIV陽性者の早期診断・治療は遅れ、AIDS発症に繋がれば、莫大な医療費の増加が見込まれる。しかし、その医療費の増加に関しては現在、明らかではない。						
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">区分(1つ選択)</td> <td>B 医学管理等</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">技術名</td> <td></td> </tr> </table>	区分(1つ選択)	B 医学管理等	番号		技術名	
区分(1つ選択)	B 医学管理等						
番号							
技術名							
提案の具体的な内容(150字以内)	HIV陽性診断が早期に出来れば、AID予防のため適切な治療・医学管理が行われ、国民の健康管理にも寄与し、医療費の削減にも繋がる。						
点数の見直し の場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px solid black;">前の点数(点)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の点数(点)</td> <td></td> </tr> </table>	前の点数(点)		後の点数(点)			
前の点数(点)							
後の点数(点)							

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	232201
申請技術名	D310 小腸ファイバースコープ 2 カプセル型内視鏡によるもの
申請団体名	日本消化管学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	310 2 カプセル型内視鏡によるもの
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当せず
提案の具体的な内容 (400字以内)	カプセル内視鏡は、従来の内視鏡検査法に比べ侵襲が低く、鎮静剤などを必要としない画期的な小腸検査法であるが、医療機関で行う画像診断に要する時間は、現在、1症例あたり約1時間かかっているという報告がある。（日本カプセル内視鏡研究会からのアンケート調査より）。現行の診療報酬点数では、画像診断を行う医療従事者の人件費用を賄うことができないため、診療報酬点数を引き上げる必要があると考え、診療報酬を現行の1,700点から4,000点に引き上げることを提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	・カプセル内視鏡による小腸診断の普及が遅れている大きな理由として、画像診断にかかる医療従事者への負担増の現状が挙げられている。 ・カプセル内視鏡は、従来の内視鏡検査法に比べ侵襲が低く、鎮静剤などを必要としない画期的な小腸検査法であるが、医療機関で行う画像診断に要する時間は、現在、1症例あたり約1時間かかっているという報告がある。（日本カプセル内視鏡研究会からのアンケート調査より） ・現行の診療報酬点数では、画像診断を行う医療従事者の人件費用は賄うことができないため、診療報酬点数を引き上げる必要があると考える。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	1,700
	後の点数(点)	4,000
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	対象患者数: 原因不明の消化管出血患者数(7,104人)に加え、平成24年7月1日より新たに適用となったクローン病のうち22,221人及びクローン病疑い患者(4,643人)、及びクローン病の年間増分(1,834人)へのカプセル内視鏡の普及が促進されることにより、35,802人になると推定される。 年間実施回数: 1患者につき1検査とした場合、年間実施回数は35,802回と推定される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	7,104
	後の人数(人)	35,802
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	7,104
	後の回数(回)	35,802
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	2,102,350,400
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費: 本技術料 40,000円 + カプセル内視鏡検査材料費77,200円 = 117,200円 年間検査費用 = 544,159,600円 (117,200円 × 4,634人)
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費: 従来の検査・診断法による1患者あたりの平均検査費用 = 570,000円 (参考資料1) 年間検査費用 = 2,646,510,000円 (570,000円 × 4,643人) 減少が予想される医療費: 2,646,510,000円 - 544,159,600円 = 2,102,350,400円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
提案の具体的な内容(150字以内)	該当なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	232202
申請技術名	D298－2内視鏡下嚥下機能検査
申請団体名	日本消化管学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	298-2
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当せず
提案の具体的な内容 (400字以内)	本技術により、滞留リスクの高い炎症性的小腸疾患(クローン病等)患者に対しても、非侵襲で、患者負担が低く、世界的にスタンダードな検査法であるカプセル内視鏡検査を行うことが可能である。しかし、現行の診療報酬点数では、当該技術に必要な開通性評価用カプセルの購入代金を賄うことができない。さらに、検査を行う医療従事者の人件費用についても賄うことができないため、D298－2内視鏡下嚥下機能検査の診療報酬を、現行の600点から1,470点に引き上げることを提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	・カプセル内視鏡は小腸疾患の診断において、スタンダードと位置付けられているが、そのリスクとしてカプセルの滞留がある。カプセル内視鏡検査前に、本技術により小腸の開通性を評価することにより、滞留を未然に防止することができる。 ・本技術により滞留リスクを軽減することで、滞留リスクの高い炎症性的小腸疾患(クローン病等)患者に対し、非侵襲かつ患者負担が低いカプセル内視鏡検査を行うことが可能となる。その結果、これらの患者における小腸疾患の早期発見、早期治療が可能となり、医療費の削減につながるとともに世界水準の医療が実施できる。 ・しかし、現行の診療報酬点数では、当該技術に必要な開通性評価用カプセルの購入代金を賄うことができない。さらに、検査を行う医療従事者の人件費用についても賄うことができないため、診療報酬点数を引き上げる必要があると考える。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	600
	後の点数(点)	1,470
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	対象患者数:カプセル内視鏡検査が適応となる既知クローン病患者のうち22,221人及びクローン病疑い患者4,643人の計26,864人が現行の対象患者数と考えられる。 さらに、クローン病の年間増分1,834人を加えた28,698人が今後の年間対象患者数と推定される。 年間実施回数:1患者につき1検査とした場合、現行の年間実施回数は26,864回、今後の年間実施回数は28,698回と推定される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	26,864
	後の人数(人)	28,698
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	26,864
	後の回数(回)	28,698
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	2,140,887,300
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費: 本技術+カプセル内視鏡検査の検査費用=108,900円 (本技術料14,700円+カプセル内視鏡手技料17,000円+カプセル内視鏡材料費77,200円) 年間検査費用=505,622,700円 (108,900円×4,643人)
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費: 従来の検査・診断法による1患者あたりの平均検査費用=570,000円(参考資料1) 年間検査費用=2,646,510,000円 (570,000円×4,643人) 減少が予想される医療費: 2,646,510,000円 - 505,622,700円 = 2,140,887,300円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
提案の具体的な内容(150字以内)	該当なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	233101
申請技術名	血中ペプシノゲンⅠ（PGⅠ）、ペプシノゲンⅡ（PGⅡ）測定による慢性胃炎の診断
申請団体名	日本消化器病学会（共同提案：日本消化器内視鏡学会、日本ヘリコバクター学会）
技術の概要 （200字以内）	慢性胃炎を疑う患者に対して血中PGⅠ、PGⅡ測定によるH. pylori感染の推測と胃炎の診断を行い、これまで内視鏡でしか診断できなかった慢性胃炎の診断の効率化を図る。
対象疾患名	慢性胃炎・機能性ディスペプシア
保険収載が必要な理由 （300字以内）	慢性胃炎を疑われた患者を確実に診断するには、従来、内視鏡検査しか存在しなかったが、血中PGⅠ、PGⅡの検査結果をもとに内視鏡検査を必要とせずH. pylori感染の推測と慢性胃炎の診断が可能となり、医療費の削減が期待できる。

【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 （400字以内）	血中PG値の測定は、胃粘膜の萎縮や炎症のマーカーとして優れていることがわが国や世界の研究者によって示されている。すなわち、血中PG値測定は従来から胃がんのリスク検診に応用されており、PGI/II比が低下すると萎縮性胃炎が存在し、胃癌発生の危険群として内視鏡検査が推奨されている。一方、ピロリ菌感染は慢性胃炎を引き起こすが、血中PGIおよびIIは上昇し、I/II比は減少することが知られている。除菌後、これらは速やかに正常に復帰することより、胃炎の診断にとって優れたマーカーであることが明らかになっている。すなわち、胃の萎縮のマーカーのみならず胃の炎症のマーカーとしても重要であることが示されたものであり、これまで保険認可された胃炎マーカーはないが、PG測定は肝炎の際のGOT、GPTと同様の優れた血液マーカーと考えられる。（文献1～4）	
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）	血液検査であるため、採血に際しての一般的な注意以外には特になし。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）	血中PGⅠ、PGⅡは胃がんリスクの高い患者のスクリーニング検査として既に検診では実用化されている。厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業 平成16～18年度“胃がんスクリーニングのハイストラテジーに関する研究”	
I-④開明性・社会的受容性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	問題点なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）	111万 人	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（200字以内）	現時点では、内視鏡検査の所見によって慢性胃炎の診断が行われている。また、H. pylori感染診断によってH. pylori陽性と診断された場合には慢性胃炎の存在が疑われた。しかし血中PGⅠ、PGⅡの検査であれば、内視鏡検査を必要とせずに慢性胃炎の診断が可能となる。内視鏡検査に伴う偶発症などのリスクはなくなり、安全面で極めて優れている。	
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	D308
	技術名	胃・十二指腸ファイバースコーピー
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円）	1,300,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱い	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	200
	その根拠 （150字以内）	1年間の推定患者数を胃炎111万人（厚生統計協会のデータブックによる）と考えられるが、年に1回測定する費用は約22億円になる。PG測定で慢性胃炎の疑いと判定されるのは約80万人、胃炎と診断されない31万人の内視鏡検査費用が約35億円節約になる。差し引き約13億円の削減になる。
（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（1つ選択）	E 画像診断
	番号	D308
	技術名	胃・十二指腸ファイバースコーピー
（点数見直しの場合）	具体的な内容 （150字以内）	現在、慢性胃炎の診断に必須である画像診断であり、2013年2月に保険承認されたH. pylori感染胃炎の診断にも必須とされており、今後、検査件数の大幅な増加が見込まれている。PG値の測定により不要な内視鏡検査が減少することが期待される。
	前の点数（点） 後の点数（点）	

血中ペプシノゲンⅠ (PGⅠ)、ペプシノゲンⅡ (PGⅡ)測定による慢性胃炎の診断

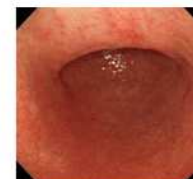
【技術の概要】

- ・血清学的に胃粘膜萎縮を診断
- ・胃癌のhigh risk患者を同定

陰性… I 値 70ng/mL 以上かつ I / II 比が3以上
 陽性… I 値 70ng/mL 未満かつ I / II 比が3未満
 中等度陽性… I 値50ng/mL未満かつ I / II 比が3未満
 強陽性… I 値30ng/mL未満かつ I / II 比が2未満

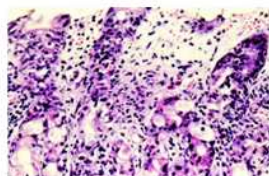
【既存の診断法との比較】

- ・内視鏡を行わなくても萎縮性胃炎を診断できる。
- ・ピロリ菌抗体 (HP抗体) との組み合わせにて胃癌のリスクを判定することが出来る。



【対象疾患】

- ・ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎
- 5,000万人の患者がピロリ菌に感染している
 そのうち約1/4の患者が萎縮性胃炎と推測される



HP抗体	-	+	+/-
PG法	-	-	+
胃癌リスク	← low → high		

【診療報酬上の取り扱い】

- ・D検検査 200点
 (従来から行われている自由診療における費用を勘案)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	233102
申請技術名	ダブルバルーン内視鏡を用いた「腸管を畳み込む」技術による小腸内視鏡検査法
申請団体名	日本消化器病学会（共同提案：日本消化器内視鏡学会）
技術の概要 （200字以内）	それぞれの先端にバルーンを装着した内視鏡とオーバーチューブを組合せ、経口もしくは経肛門で挿入し、バルーンで腸管を内側から把持しながら腸管内を交互に進めつつ、両方のバルーンで把持して引いてオーバーチューブ上に「腸管を畳み込む」ことで、内視鏡の有効長を越える長さの深部小腸もしくは小腸全域の内視鏡的診断・治療を可能にした内視鏡システム。
対象疾患名	小腸出血、小腸腫瘍・ポリープ、小腸炎症性疾患、小腸狭窄、腸閉塞、小腸異物、術後再建腸管に伴う疾患など。
保険収載が必要な理由 （300字以内）	治験により有効性と安全性が確認された「腸管を畳み込む」技術を用いることで内視鏡の有効長を越える長さの小腸に挿入することが可能になり、従来の技術では困難であった深部小腸への挿入と内視鏡治療を低侵襲かつ安全に行える。しかし、消耗品や長時間の手技に伴うコストに対して、従来の小腸内視鏡の保険点数では採算が合わず、必要性を感じながらも導入を断念せざるを得ない施設もあるのが現状である。その採算性の悪さから、これまでに導入した施設は都市部の大病院や大学病院などの施設に偏っている。医療レベルの地域間格差を解消するためにも、適正な保険点数を算定する必要がある。

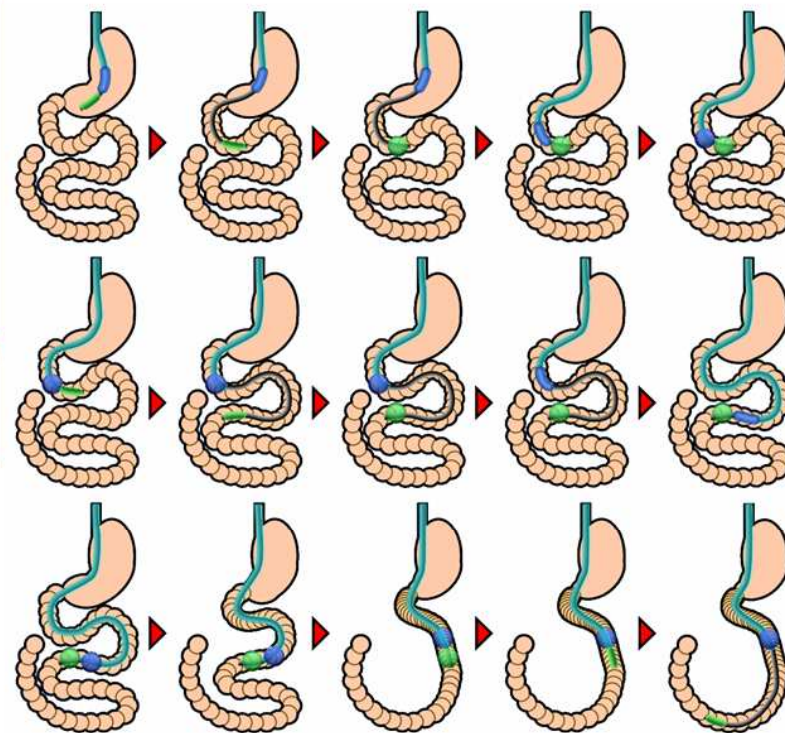
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	深部小腸の病変に対する内視鏡的診断・治療が可能になり、手術回避や早期診断による低侵襲手術につながり、治癒率・死亡率・QOLの改善が見込まれる。具体的な診断率について、2001年から2010年までの10年間の66編の論文から集積したシステマティックレビュー（Xin L, et al. Gastrointest Endosc. 2011）では、上部・下部消化管内視鏡検査で出血源不明の消化管出血（OGIB）：68.0%、腹部症状：53.6%、Crohn病疑い：63.4%、小腸閉塞：85.8%であった。治験での検査目的達成率は82.5%（90例/120例）と非常に高かった。本邦のガイドラインはないが、アメリカ合衆国の内視鏡学会のOGIBに対するガイドライン（Fisher L, et al. Gastrointest Endosc. 2010）では、カプセル内視鏡と共に主要検査に位置づけられている。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）	国内・海外合わせて10施設での偶発症を集計した報告（Mensink PB, et al. Endoscopy. 2007 Jul;39(7):613-5. PubMed PMID: 17516287.）では、観察のみの検査における偶発症発生率は0.8%（13件/1728件）であった。治験での偶発症発現率は1.1%（2件/179検査）で、うちわけは粘膜障害1件と発熱1件のみであった。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）	学会での指針は未だなく、研究会で指針を示し改善を図っている。 難易度：高 医師の専門性：上部・下部消化管内視鏡検査に熟達した消化器内視鏡医
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	これまで、小腸疾患の患者さんは低侵襲な良い診断・治療法が無く、長年悩まされていたが、この技術の普及によりこの状況の改善が考えられ、社会的に妥当と考えられる。倫理的問題は特にない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数（回）	5,500人 8,800回
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）	従来からある術中内視鏡では、全身麻酔下に開腹するため、開腹手術と同様に大きな侵襲を伴い、通常の開腹手術と同様に退院まで数日間の経過観察が必要となり、ダブルバルーン内視鏡と比較して入院日数も長くなる。 また、現時点で保険収載されているバルーン内視鏡と異なり、治験で安全性を確認できた「腸管を畳み込む」技術を新たに用いることで内視鏡の有効長を越える長さの小腸に挿入することが可能になっている。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） 番号 技術名 術中内視鏡
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円） 1,113,200,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択） D 検査 妥当と思われる点数（点）（1点10円） 11,100点（消耗品代分1,850点分を含む） その根拠（150字以内） 消耗品が18,500円、鎮静剤等の薬剤費が4,428円、施行医師と助手医師に看護師2名の計4名の人件費が77,305円、設備の保守管理費用等の諸経費が10,609円で、合計110,842円だった。人件費と諸経費については外科系学会社会保険委員会連合の基準で1.33時間として計算した。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択） 番号 技術名 なし 具体的な内容（150字以内）
（点数見直しの場合）	前の点数（点） 後の点数（点）

ダブルバルーン内視鏡を用いた「腸管を畳み込む」技術による小腸内視鏡検査法

【技術概要】それぞれの先端にバルーンを装着した内視鏡とオーバーチューブを組合せ、経口もしくは経肛門で挿入し、バルーンで腸管を内側から把持しながら腸管内を交互に進めつつ、両方のバルーンで把持して引いてオーバーチューブ上に「腸管を畳み込む」ことで、内視鏡の有効長を越える長さの深部小腸もしくは小腸全域の内視鏡的診断・治療を可能とした内視鏡システム。

【対象疾患】小腸出血、小腸腫瘍・ポリープ、小腸炎症性疾患、小腸狭窄、腸閉塞、小腸異物、術後再建腸管に伴う疾患など。



【提案の内容】従来のバルーン内視鏡と異なり、治験により有効性と安全性が確認された「腸管を畳み込む」技術を用いることで、内視鏡の有効長を越える長さの小腸に挿入することが可能になり、小腸全域における内視鏡検査を高率に行えるため、新たに「ダブルバルーン内視鏡を用いた「腸管を畳み込む」技術による小腸内視鏡検査法」として、11100点(消耗品代分1850点を含む)を要望する。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	234101
申請技術名	内視鏡電子画像管理加算
申請団体名	日本消化器内視鏡学会（共同提案：日本消化器病学会）
技術の概要 (200字以内)	内視鏡検査の電子化した画像を管理及び保存することで、統合的な医療情報の電子化に対応する。
対象疾患名	胃、十二指腸、大腸、食道の癌、潰瘍等、他(内視鏡検査が施行される疾患)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	多くの医療情報が電子化する中、内視鏡はフィルムによる保存が存在する。地域医療連携等が進む中、内視鏡による画像の電子化は一層の必要性を増す。他のモダリティの電子画像の加算が行われたのと同様に、内視鏡でも電子化への政策的な誘導を必要としている。また患者負担においてもフィルム請求の有無で、検査が明細上で一物二価となる不整合を起している事も考慮し、フィルム費用と同等金額の加算が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	1. 電子化促進の効果 地域医療連携では情報の適切かつ正確な伝達、また医療機関内では、チーム医療の推進において情報の共有化と迅速性は必要であり、IT化は不可欠である。患者への説明等で効率的且つ質の高い提供が可能となる。 2. 患者の支払金額の整合 3. 診療報酬上の評価の整合性 画像診断分野ではCR、DR、PET、CT、MRI診断ともに、撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合に電子画像管理加算が認められている。内視鏡検査においても、電子化画像の管理及び保存の行為を、画像に基づく診断根拠の保存管理として評価するものであり、画像診断分野と同様の妥当性があると考ええる。	
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)	患者の人体への影響は問題ない	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)	責任者には画像ファイリング、ネットワーク技術に関する知識を有する事が望ましい(もしくはメーカー等による勉強会で、使用ファイリングの十分な知識を得ること)。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	4,155,598 4,155,598	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	比較対象とする既存技術は無い。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	なし
	技術名	なし
	予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱い	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	135
	その根拠(150字以内)	IT化の信頼性確保のためにも、「診療録等の電子媒体による保存について」の基準で示された「電子媒体に保存する場合の3原則」を遵守するシステムであるべきであり、相応の費用がかかる。患者窓口支払の不整合性を正す意味(フィルム撮影施設での支払額が高くなる)でも、フィルム現像費相当の点数とした。
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容(150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

内視鏡検査の電子化画像管理料（概要図）

技術の概要

■昨今の医療情報の電子化に併せ、内視鏡で撮影された画像も電子化による保存が望ましいが、他の機器と異なり電子画像による保存は診療報酬上で評価されていない。電子化の促進、また患者支払の整合性（フィルム使用施設との検査代の違い）の為に、診療報酬上の評価を希望する。

■対象疾患：軟性内視鏡が使用される消化器疾患

■既存技術との比較：比較する既存技術無し

■診療報酬上の取り扱い：D検査 要望点数135点

満たすべき要件の概要

- ①3原則の遵守*1
- ②責任者の設置
- ③バックアップ体制
- ④セキュリティーに配慮した機器設置

*1『診療録の電子媒体による保存についての通知』より

	内視鏡検査	CR・DR検査	PET・CT・MRI検査
検査料	○	—	—
撮影料	—	○	○
診断料 （電子画像管理加算）	× （×）	○ （○施設基準あり）	○ （○施設基準あり）
画像診断管理加算	×	○ *	○ *
フィルム代	○ 実費	○ * 特定医療保険材料	○ * 特定医療保険材料

* 電子画像管理加算もしくはフィルム代のいずれかを選択

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	234102
申請技術名	消化器軟性内視鏡安全管理料
申請団体名	日本消化器内視鏡学会（共同提案：日本消化器病学会）
技術の概要 (200字以内)	消化器軟性内視鏡検査が効率的且つ高い安全性をもって運用されるよう、ガイドラインに基いた施設要件を満たした環境で洗浄・消毒作業及び、管理、環境維持を確実に行う。
対象疾患名	軟性内視鏡検査が使用される消化器疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	消化器軟性内視鏡は他の検査機器とは異なり、外来で同日に複数人への使用が必須の為、常に効率的な洗浄作業を要求される。一方患者粘膜との接触がある為、手術機器に近いレベルの消毒を必要とする。この相反する要望を実現する為に、高度で専門的な管理者の教育、専用機器・専用薬剤の導入、ガイドライン作成などの患者視点の環境整備を推進してきた。それにより高効率で高水準な環境が実現されたが、一方かかる費用に対し診療報酬上の評価がされていない。よって各施設ではその環境維持が困難になっている。安定的な患者安全の為にも、診療報酬上での安全管理の技術の評価を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		日本消化器内視鏡学会、日本環境感染学会、日本消化器内視鏡技師学会で合同作成されたマルチソサエティガイドライン及び世界消化器内視鏡学会洗浄・消毒方ガイドラインに準拠することで安全性を担保する。	
エビデンスレベル		VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		日本消化器内視鏡学会、日本環境感染学会、日本消化器内視鏡技師学会で合同作成されたマルチソサエティガイドライン及び世界消化器内視鏡学会洗浄・消毒方ガイドラインに準拠することで安全性を担保する。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)		①専任者による安全管理に関するマニュアルの策定と、関係者への徹底。②高水準消毒の実施。③専用洗浄装置を設置し、使用すること(被曝防止、作業の標準化)。④各スコープの洗浄消毒履歴の管理の実施。⑤ガイドラインに準拠した設備・備品の清潔の保持と記録。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)		問題なし	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	5,636,238	
	年間実施回数等(回)	5,636,238	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		比較対象とする既存技術は無い。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査	
	番号	なし	
	技術名	なし	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	7,608,961,800	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査	
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	135	
	その根拠(150字以内)	ガイドラインが記す薬液を使用した高水準消毒のレベルを維持するには、添付資料より1例あたり2,000円前後の費用が必要とわかる。本来は掛かる費用を要望したいが、患者窓口負担等も考慮し上記の点数を要望する	
(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(1つ選択)	D 検査	
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容(150字以内)	なし	
	前の点数(点)	0	
(点数見直しの場合)	後の点数(点)	0	

消化器内視鏡検査は同日に同一のスコープを複数人に使用する。その為運用の効率性を求められる一方、患者粘液と接触する機器の為『高い水準の消毒』が必須とされる。相反する条件を両立させるには専門知識の習得、専用の機器・薬剤への投資が必要とされるが、この費用に対する評価がない為、現状では各施設の負担度合いにより、安全水準のバラツキが発生している。国民に安定的に安心できる検査を提供する為にも、以下に示す洗浄消毒における要件を満たす行為に対し、診療報酬上の評価を希望する。

対象疾患名：軟性内視鏡が使用される消化器疾患

診療報酬上の取り扱い：D検査

既存技術との比較：対象となる既存技術は無し

要望点数：135点

●内視鏡洗浄消毒の知識を有した専任職員が配置されていること。医師の指導のもとに安全管理・安全使用（機器・薬剤・曝露 対策等）の為の精度管理を行う。

●高水準消毒の実施。

- ・ガイドラインに準拠した洗浄方法を行う。
- ・認可された高度作用消毒剤を使用し、消毒を行う。

●作業標準化と作業者の曝露防止の為に自動洗浄装置を使用する。

●洗浄・消毒の履歴管理を実施し、その記録を残す。

マルチソサエティ
ガイドライン等でも
推奨

厚生労働省労働基準局長（平成17年）基発第0224007号「医療機関における
グルタルアルデヒドによる労働者の健康障害防止について」でも推奨

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	234103
申請技術名	内視鏡的治療 術中炭酸ガス加算
申請団体名	日本消化器内視鏡学会（共同提案：日本消化器病学会）
技術の概要 (200字以内)	EMR・ESD時に、易水溶性で消化管腔から血中に拡散しやすい特性を持つ炭酸ガスを使用することで、穿孔時の重篤化や過送気による偶発症を予防する。
対象疾患名	食道、胃、大腸等の消化管腫瘍(内視鏡的切除を適用とする消化器疾患)。
保険収載が必要な理由 (300字以内)	従来の空気と比較し炭酸ガスを使用することで、穿孔時等に発生する腹膜炎や縦隔炎、血栓塞栓症等の重篤症状の予防を行う。また患者の苦痛軽減効果は研究でも明らかにされている。費用対効果に優れる軟性内視鏡手術の安全性の向上は、患者にも医療費抑制の観点からも極めて重要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	軟性内視鏡治療の手法は急速な発展を遂げ、昨今はEMR・ESDによる早期癌に対する治療が飛躍的に増加した。それに伴い偶発症の報告も見受けられる。 中でも穿孔は、腹膜炎や縦隔炎の原因となり空気の漏出が著明な場合は腹部コンパートメント症候群による血栓塞栓症、不整脈、呼吸循環不全などの重篤かつ致命的な偶発症を引き起こす可能性が示唆されており、実際にこれまでもESD中の空気塞栓症が3例報告されている。対策として唯一期待できるのが易水溶性で消化管から血中に拡散しやすい特性を持つCO2の使用である。穿孔事例の検証においてもCO2を使用することで穿孔脱気の必要がなくなる文献も伺える。偶発症への対策としてCO2使用を推奨するべきと考える。	
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	CO2の使用は開腹手術では一般的である。また内視鏡でも欧米では1980年代から多く使用されており、人体への親和性は問題ないと思う。また懸念されていたPTCO2への影響に関しても、昨今の研究で通常空気との違いがないことが証明されている。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	EMR・ESDを施行する成熟度・要件に準拠する。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	459,702 459,702	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	従来の通常空気と比較し、患者苦痛度は明らかに軽減される。また、空気と比較し管腔内での吸収が早い為、腹部膨満や横隔膜挙上が軽度で、1回の換気量・呼吸器量が制限され難く、PtcCO2の上昇が避けられると考えられている。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	
予想影響額	技術名	比較対象とする技術はなし
	プラス・マイナス 金額(円)	183,881,040
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	K 手術
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	40
	その根拠 (150字以内)	山野らの先行研究により、1検査あたりの炭酸ガスコストは約400円とされている
(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(1つ選択)	K 手術
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容 (150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

内視鏡的治療 術中炭酸ガス加算（概要図）

技術の概要

■従来の空気と比較し炭酸ガスを使用することで、穿孔時等に発生する腹膜炎や縦隔炎、血栓塞栓症等の重篤症状の予防を行う。また患者の苦痛軽減効果は研究でも明らかにされている。費用対効果に優れる軟性内視鏡手術の安全性の向上は、患者にも医療費抑制の観点からも極めて重要である。

■対象疾患:食道、胃、大腸等の消化管腫瘍。内視鏡的切除（EMR・ESD）を施行する消化器疾患を対象とする。

■既存技術との比較:従来の空気の使用と比較し、重篤な合併症を予防する。また患者苦痛度軽減やセデーション時の投薬量を少なくできるなど、メリットは大きい。

■診療報酬上の取り扱い: K検査

■要望点数: 40点
先行研究より、1例あたりのコストを算出。

右図: 大腸ESD穿孔症例

A: CO₂送気下 : 腸管内ガスは目立たず、気腹も認められない。

B: 通常送気(空気): 大量の腸管内ガスと気腹が認められる。



出典 Saito Y, Uraoka T et al. A pilot study to assess the safety and efficacy of carbon dioxide insufflation during colorectal endoscopic submucosal dissection with the patient under conscious sedation. GASTROINTESTINAL ENDOSC 2007; 65:,No.3 P537

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚でまとめた資料を添付**すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	234201
申請技術名	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術
申請団体名	日本消化器内視鏡学会（共同提案: 日本消化器病学会、日本肝臓学会）
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	533-2
再評価区分(1つ選択)	1-C 算定要件の見直し(回数制限)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	二週間に一回の回数制限撤廃(治療間隔の制限が不要なため)

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	EVLにおいて、二週間に一回と週一回と週二回の治療を比較した論文はないが、EVLの治療間隔は7-21日とさまざま、どの論文における成績・合併症も内視鏡的硬化療法と同等かすぐれた結果であった。2011年日本門脈圧亢進症学会の調査で、EVLの治療間隔は平均でEVL単独で21.9日、EVLと他の治療併用で14.8日、EVL全体で16.3日であった。硬化療法は7.6日であった。EVL治療間隔が長いのは、保険の間隔制限によるものと推定され、入院期間の減少が期待できる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	23年社会医療診療行為別調査入院では1月1358件12か月で16296件。二週に一回のEVLでは28日、毎週のEVLでは14日の入院期間とする。DPC表060300、樹形図番号1070(副病なし)に該当し、入院医療費はDPC対応でかつ入院費のみ計算すると単純に23394点減少する。回数は、日本門脈圧亢進症学会の全国調査で、平均1.5回/1入院であったので、24444回と計算した。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	16,296
	後の人数(人)	16,296
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	24,444
	後の回数(回)	24,444
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	3,812,286,240
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)	なし	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

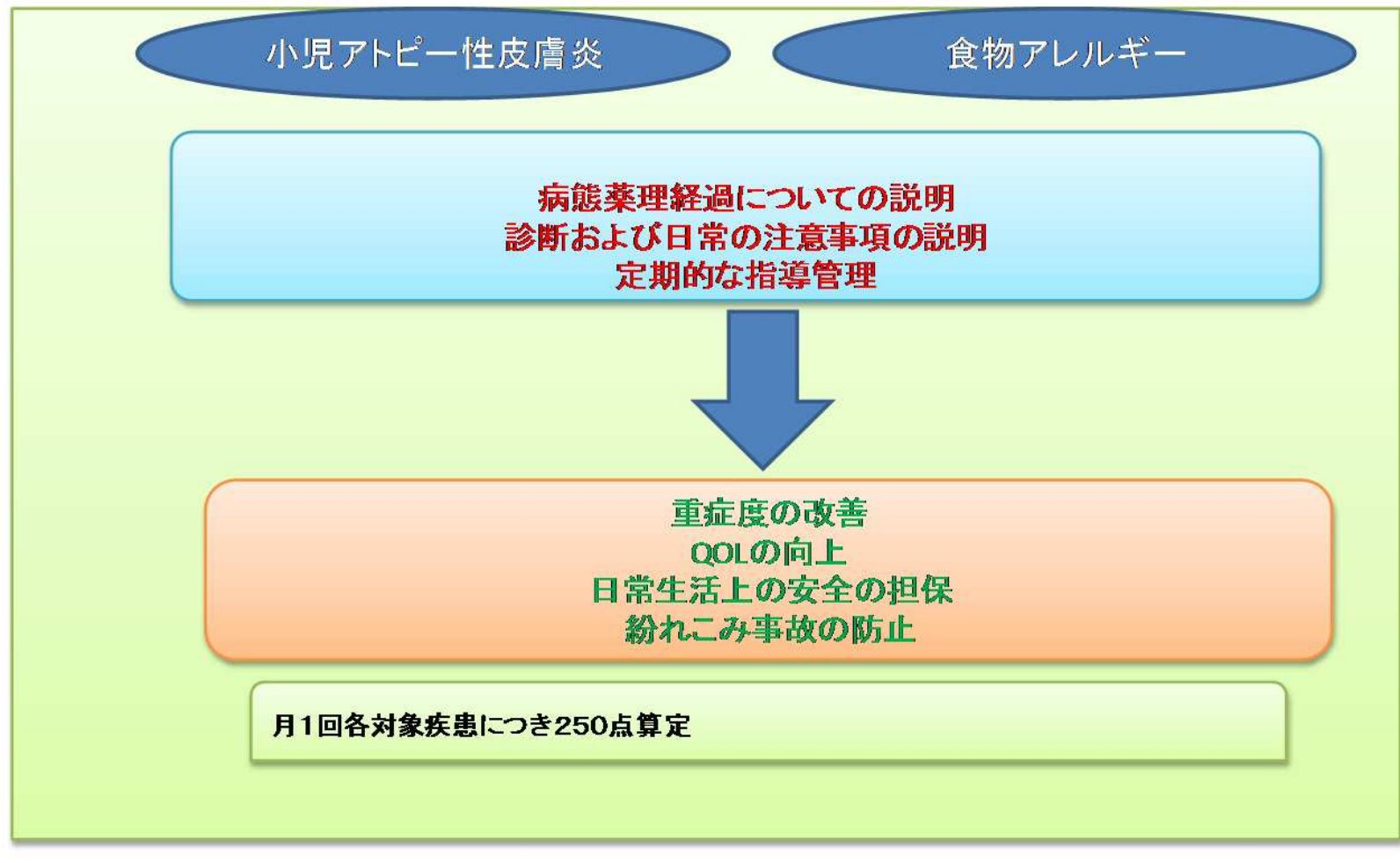
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	235101
申請技術名	小児アレルギー疾患療養指導管理料
申請団体名	(一社)日本小児科医会
技術の概要 (200字以内)	①小児アトピー性皮膚炎を有する小児を対象に、診療を効率よく、かつ的確円滑に進めるため、病態・薬理および経過についての説明を、本人及び養育者に行い、同意を得た上で定期的に指導管理を行う。②食物アレルギーを有する小児を対象に、診療とともに的確な診断および日常の注意事項の説明を本人および養育者に行い、同意を得た上で家庭及び集団生活における日常の安全確保のため定期的に指導管理を行う。
対象疾患名	①小児アトピー性皮膚炎(20歳未満)②食物アレルギー(20歳未満)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	①治療効率の向上、QOLの向上。②日常の 安全確保の担保。①および②管理不十分な為に生じる医療費の削減。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	十分な指導管理により、①重症度の改善、QOLの改善、日常生活上の不快さの軽減が図られる。②家庭においてはむしろんだが、学校等集団生活上での不適切経口摂取によるアナフィラキシー等の発生を防止し、さらに早期処置の指導により重症化の予防、死亡率の低下等が期待できる。日常および集団生活上の安全性が担保され、心理的に快適な生活が送れる。アトピー性皮膚炎診療ガイドラインが日本アレルギー学会より、食物アレルギー診療ガイドラインが日本小児アレルギー学会より公表されている。	
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	副作用等のリスクはない。むしろ当該医療技術を用いることで安全性の向上は大いに期待できる。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	アトピー性皮膚炎については、小児科専門医ならば通常の診療・管理のガイドラインには精通している。食物アレルギーについては、日本小児アレルギー学会より食物アレルギー診療ガイドラインが公表されている。特に専門性は不要である。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	1,100,000 520,000
	年間実施回数等(回)	12
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	対象患者は、乳幼児から20歳までの児童生徒が中心であり、対象疾患の診療に直接関与する事柄だけでなく、日常生活上の管理指導、心理的対応等きめの細かい技術が必要である。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	B 医学管理等
	番号	B001-8
	技術名	皮膚科特定疾患指導管理料
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	5,000,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	B 医学管理等
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	250
	その根拠 (150字以内)	月1回算定。現行の小児科療養指導料の対象疾患と比べて生活指導の重要性は、遜色がない。従って同等以上の点数が必要である。各々の対象疾患ごとに算定する。
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	B 医学管理等
	番号	000
	技術名	なし
	具体的な内容 (150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

小児アレルギー疾患療養指導管理料



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	235201
申請技術名	小児科外来診療料の見直し
申請団体名	(一社)日本小児科医会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B001-2
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	①算定要件の見直し(適応年齢の拡大、施設基準の見直し)②点数の見直し(増点)③除外特例項目の見直し
提案の具体的な内容(400字以内)	小児科外来診療料の適応年齢を6歳未満に拡大する。施設基準を下記のように改正する。「小児科(小児外科を含む)」を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が診療を行った場合に限り算定する。ただし、アレルギー科および内科を併せ担当する場合はこの限りでない。」点数の見直し(増点)を行う。処方せん交付の場合:初診650点、再診420点。それ以外の場合:初診760点、再診530点。小児科外来診療料の点数に含めない除外特例項目として以下の項目を追加する。同一日の再診料、診療情報提供料(I)、およびシナジス筋注。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	6歳未満の乳幼児の診療には、乳幼児に特有の格段の注意と配慮が必要であり、現行の3歳未満から6歳未満への拡大が望ましい。乳幼児診療の包括化は、患児をトータルに診ることで本来の意味を持つ。小児科を標榜していても実質的に単科診療ではそのことにそぐわない。小児科外来診療料の点数は、外来での診療に直結する高額な検査、薬剤をそれなりに賄いされる点数への増点が必要である。乳幼児の同一日の再診は、病状の増悪など診療上重要な意味を持ち、かつ煩雑であること、診療情報提供料は、通常の外来診療とは別個の診療行為とみなせること、シナジスの筋注が近隣の医療機関で実施が可能になる場合、対象となる患児の負担が物理的にも経済的にも軽減されること。以上の理由により上記3項目を小児科外来診療料の点数に含めない除外特例項目として認めて頂きたい。 エビデンスレベル:患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	560,380,670,490
	後の点数(点)	650,420,760,530
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	基本的に変化はない	
・年間対象患者数の変化	前の人件(人)	30,000,000
	後の人件(人)	60,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	
	後の回数(回)	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	点数の増点、適応年齢の拡大により医療費の増大は予測される。届出の施設基準の見直しにより医療費の減額が予測される。除外特例項目の増加による医療費の変化は微々たるものと思われる。総額としては、医療費は増額になる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	B 医学管理等
	番号	000
	技術名	3歳以上6歳未満児の初診料、再診料ほかの除外特例項目以外の医療費
提案の具体的な内容(150字以内)	なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	235202
申請技術名	乳幼児育児栄養指導料の見直し
申請団体名	(一社)日本小児科医会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B001-2-3
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	①算定要件の見直し(適応年齢の拡大)②点数の見直し(増点)
提案の具体的な内容(400字以内)	乳幼児育児栄養指導料の適応年齢を6歳未満に拡大する。点数の増点を行う。250点。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	6歳未満の乳幼児の診療には乳幼児に特有の格段の注意と配慮が必要であり、現行の3歳未満から6歳未満への拡大が望ましい。また、小児科外来診療料等との適応年齢における整合性も望ましい。乳幼児診療の煩雑性を考えると、点数の増点には合理性がある。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	130
	後の点数(点)	250
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	変化なし	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	
	後の人数(人)	
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	
	後の回数(回)	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	点数の増点、適応年齢の拡大により医療費の増大は予測される。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236201
申請技術名	A307 小児入院医療管理料4および5 加算の新設
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	その他
診療報酬番号	A307
再評価区分(1つ選択)	3 項目設定の見直し(別の技術料として評価)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	地域振興小児科の入院医療への援助を目的とする。地域振興小児科が含まれる、あるいは隣接する医療圏の中核病院小児科や地域小児科センターから、地域振興小児科に対して計画的かつ定期的に非常勤医師を派遣することによって人的援助を行っている場合に、援助を受けた地域振興小児科の小児入院医療管理料に対し加算する。小児入院医療管理料4の施設の場合、「地域振興加算」として1日につき600点を加算する。小児入院医療管理料5の施設の場合、「地域振興加算」として1日につき900点を加算する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	地域振興小児科は、その地域の小児医療・小児保健・小児福祉の要である。この施設を失うことは地域社会の崩壊を招きかねず、ひいては日本全体の活力を失わせることになる。しかしながら、これらの地域振興小児科は地理的・経済的理由等によって小規模施設として運営せざるをえない。そこに勤務する小児科医の勤務環境の改善(休息)や医療技術の向上(研修など)などの支援を行うことが不可欠で、そのためにはその属する医療圏全体で人的な援助を行うことが要望されている。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 0 後の点数(点) 900
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	日本小児科学会社会保険委員会が実施した平成22年度全国病院小児科の基本調査から、全国で小児入院医療管理料4または5を算定している施設は300施設。このうち提案の加算を算定する施設は1/3と仮定すると、小入管4で算定している施設の増加は、 $31760 \div 3 \times 12 \times 600 = 76,224,000$ 点、小入管5で算定している施設の増加は、 $15635 \div 3 \times 12 \times 900 = 56,286,000$ 点となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 後の人数(人)
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 189,580
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十 金額(円) 1,325,100,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 上記と同じく13億2510万円 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 小児入院医療管理料4および5を算定する医療費は変わらず。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名 なし
提案の具体的な内容(150字以内)	
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ **提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。**

整理番号	236202
申請技術名	小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターの新設(その1)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B004
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	重症児・超重症児加算を算定している在宅支援診療所の保険医、看護師、訪問看護ステーションの訪問看護師、訪問薬局の薬剤師、指定相談支援事業所の相談員、小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターのいずれか3者が入院中の病院に赴き共同で退院後の計画書を作成した場合、2000点を加算する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児の在宅医療への移行を妨げている要因の一つとして、関連する諸機関との調節の困難さ、行政から提供される様々な補助制度の理解が難しく利用できる資源が少ないなどの問題点が挙げられる。自立支援法における相談専門員の医療側の受け皿として、これらの制度に精通した人材(病院や診療所に勤務するMSW)を在宅医療を開始する施設に配置することにより、それぞれの医療機関が抱える長期入院児の在宅医療への移行がスムーズに行えると考え
点数の見直し の場合	前の点数(点) 0 後の点数(点) 2,000
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間100名の小児が在宅医療に移行し、その全てに算定したと仮定。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 0 後の人数(人) 100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 100
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十
・(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	金額(円) 2,000,000 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 200万円。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 新設のため、0円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名 ない。
提案の具体的な内容(150字以内)	
点数の見直しの 場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236203
申請技術名	小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターの新設(その2)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B005-2
再評価区分(1つ選択)	3 項目設定の見直し(別の技術料として評価)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	重症児・超重症児加算を算定する小児の入院時に主治医、看護師、訪問看護ステーションの訪問看護師、訪問薬局の薬剤師、指定相談支援事業所の相談員、小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターのいずれか3者が共同で退院後の計画書を地域連携パス等により作成した場合に算定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児の在宅医療への移行を妨げている要因の一つとして、関連する諸機関との調節の困難さ、行政から提供される様々な補助制度の理解が難しく利用できる資源が少ないなどの問題点が挙げられる。自立支援法における相談専門員の医療側の受け皿として、これらの制度に精通した人材(病院や診療所に勤務するMSW)を在宅医療を開始する施設に配置することにより、それぞれの医療機関が抱える長期入院児の在宅医療への移行がスムーズに行えると考え
点数の見直し の場合	前の点数(点) 0 後の点数(点) 900
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間100名の小児が在宅医療に移行し、その全てに算定したと仮定。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 0 後の人数(人) 100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 100
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十 金額(円) 900,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 90万円。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 新設のため、0円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名 ない。
提案の具体的な内容(150字以内)	
点数の見直しの 場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236204
申請技術名	小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターの新設(その3)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B005-3
再評価区分(1つ選択)	3 項目設定の見直し(別の技術料として評価)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	重症児・超重症児加算を算定する小児の退院時に主治医、看護師、訪問看護ステーションの訪問看護師、訪問薬局の薬剤師、指定相談支援事業所の相談員、小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターのいずれか3者が共同で退院後の計画書を地域連携パス等により作成した場合に算定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児の在宅医療への移行を妨げている要因の一つとして、関連する諸機関との調節の困難さ、行政から提供される様々な補助制度の理解が難しく利用できる資源が少ないなどの問題点が挙げられる。自立支援法における相談専門員の医療側の受け皿として、これらの制度に精通した人材(病院や診療所に勤務するMSW)を在宅医療を開始する施設に配置することにより、それぞれの医療機関が抱える長期入院児の在宅医療への移行がスムーズに行えると考えらる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	600
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間100名の小児が在宅医療に移行し、その全てに算定したと仮定。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	100
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	600,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	60万円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	新設のため、0円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	ない。
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236205
申請技術名	小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターの新設(その4)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B005-3-2
再評価区分(1つ選択)	3 項目設定の見直し(別の技術料として評価)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	地域連携診療退院時指導料算定の患者に対して主治医、看護師、訪問看護ステーションの訪問看護師、訪問薬局の薬剤師、指定相談支援事業所の相談員、小児ケアマネージャーの機能を担うコーディネーターのいずれか3者が共同で、小児の成長発達を視野に入れた退院後の治療計画を地域連携バス等により作成した場合に算定する(退院後6か月に3回まで)。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児の在宅医療への移行を妨げている要因の一つとして、関連する諸機関との調節の困難さ、行政から提供される様々な補助制度の理解が難しく利用できる資源が少ないなどの問題点が挙げられる。自立支援法における相談専門員の医療側の受け皿として、これらの制度に精通した人材(病院や診療所に勤務するMSW)を在宅医療を開始する施設に配置することにより、それぞれの医療機関が抱える長期入院児の在宅医療への移行がスムーズに行えると考え
点数の見直し の場合	前の点数(点) 0 後の点数(点) 300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間100名の小児が在宅医療に移行し、その全てに3回算定したと仮定。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 0 後の人数(人) 100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 100
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	金額(円) 900,000 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 90万円。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 新設のため、0円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名 ない。
提案の具体的な内容(150字以内)	
点数の見直しの 場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236206
申請技術名	C002 在宅時医学総合管理料の算定要件の見直し(看取り数)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	C 在宅医療
診療報酬番号	C002
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	小児の在宅医療を支援するため、強化型在宅医療支援診療所および病院の算定要件のうち、年間2例以上の看取りの要件を年間2例以上の在宅人工呼吸管理症例とする。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	入院施設で長期間の人工呼吸療法を継続している小児は、全国に1000人程度はいるものと推定される。成人を対象とした強化型在宅支援診療所(あるいは病院)は小児の診療経験がなく受入が難しいことと、急変時の受入が困難なことが指摘されている。強化型在宅支援診療所(あるいは病院)の算定要件には年間2例以上の看取りが含まれるが、小児の在宅医療では死亡する例が極めて少ない。そのため、年間2例以上の在宅人工呼吸管理症例に読み替えることができるよう要望する。小児の診療に慣れた施設が加わることで、成人を対象とした強化型在宅支援診療所(あるいは病院)も小児の在宅人工呼吸療法を受入れ易くなるものと推定される。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	6歳未満の小児が長期人工呼吸療法を受けながら入院した場合、一人当たり年間16,830,150円が必要。同じ小児が強化型在宅医療支援病院で管理された場合、一人当たり年間2,949,600円(C300除く)である。従って、年間の差額は-13,880,550円。仮に全国の病院に入院している小児100人が在宅医療に移行できれば年間13億円あまりの医療費の削減となる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	1,200
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	1,388,055,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	強化型在宅医療支援病院が在宅で人工呼吸器療法を行う6歳未満の小児を診療した場合、その1か月あたりの医療費は、5000(C002)+2800(C107)+7480(C164)+4000(C158)+1500(C169)+2000(C162)+1800(C170)+X(C300)=24580点(+X)となる。従って、1年間では24580×12×10=2,949,600(+材料費)円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	様々な管理料の施設に入院していることが推定されるため、仮に小児入院医療管理料2を算定する病棟に、人工呼吸器療法を行う6歳未満の小児が半年以上在院している場合その1日あたりの医療費は、4011+600=4611点となる。従って、1年間では4611×365×10=16,830,150円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)	入院での管理が外来管理となるため、入院費用は無しとなる。ただし、入院医療管理料の点数そのものには変更はない。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	236207
申請技術名	C002 在宅時医学総合管理料の算定要件の見直し(200床)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分(1つ選択)	C 在宅医療
診療報酬番号	C002
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容(400字以内)	小児の在宅医療を支援するため、強化型在宅医療支援病院として200床以上の病院でも算定できるようにする。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	入院施設で長期間の人工呼吸療法を継続している小児は、全国に1000人程度はいるものと推定される。成人を対象とした強化型在宅支援診療所(あるいは病院)は小児の診療経験がなく受入が難しいことと、急変時の受入が困難なことが指摘されている。地域に育ってきた小児中核病院や地域小児センターであれば、小児の在宅医療の支援や急変時の受け入れは可能である。これら施設が加わることで、成人を対象とした強化型在宅支援診療所(あるいは病院)も小児の在宅人工呼吸療法を受入れ易くなるものと推定される。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	6歳未満の小児が長期人工呼吸療法を受けながら入院した場合、一人当たり年間16,830,150円が必要。同じ小児が強化型在宅医療支援病院で管理された場合、一人当たり年間2,949,600円(C300除く)である。従って、年間の差額は-13,880,550円。仮に全国の病院に入院している小児100人が在宅医療に移行できれば年間13億円あまりの医療費の削減となる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	1,200
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	1,388,055,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	強化型在宅支援病院が在宅で人工呼吸器療法を行う6歳未満の小児を診療した場合、その1か月あたりの医療費は、5000(C002)+2800(C107)+7480(C164)+4000(C158)+1500(C169)+2000(C162)+1800(C170)+X(C300)=24580点(pulasX)となる。従って、1年間では24580×12×10=2,949,600(pulas 材料費)円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	様々な管理料の施設に入院していることが推定されるため、仮に小児入院医療管理料2を算定する病棟に、人工呼吸器療法を行う6歳未満の小児が半年以上在院している場合その1日あたりの医療費は、4011+600=4611点となる。従って、1年間では4611×365×10=16,830,150円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)	入院での管理が外来管理となるため、入院費用は無しとなる。ただし、入院医療管理料の点数そのものには変更はない。	
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	237101
申請技術名	乳幼児喘息吸入ステロイド療法指導管理料
申請団体名	日本小児アレルギー学会
技術の概要 (200字以内)	乳幼児喘息患者・保護者に吸入ステロイド薬(ICS)の治療意義や有用性を説明すると共に吸入方法の実技指導を繰り返し行うことでICSの適切な使用方法を理解させ、定期的にモニターすると共に、ICSの減量や増量の判断を定期的に行う。
対象疾患名	気管支喘息(5歳未満)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	ICSが普及することにより喘息の入院率を低下させ、他の抗喘息薬の使用を減少させ、医療財政を改善することが最近の研究で明らかになってきたが、乳幼児ではICSの使用率が低いため、入院が減少していない。ICSを適切に普及させるため、乳幼児喘息ICS指導管理料の保険収載は必須である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	乳幼児喘息に対する吸入ステロイド薬(ブデソニド吸入懸濁液)III相試験で、発作・咳の頻度、夜間睡眠障害の日数が減少した。また、海外データでも、ブデソニド吸入懸濁液使用中の重症喘息児の入院を81%減少させたとの報告や喘息死を減少させたとの報告がある。日本小児アレルギー学会ガイドラインで、ICSの吸入は乳児喘息、幼児喘息で基本治療薬として推奨されている。
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	当該技術の普及により、ICSの適正使用が推進され、喘息死のリスクは軽減されと考える。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	・ICSは小児気管支喘息治療管理ガイドライン2008の長期管理に関する薬物療法の中で、0-2歳の軽症持続型の追加治療薬、同じく中等症持続型以上の及び2-5歳の軽症持続型以上の基本治療薬と明記されている。 ・難易度:喘息治療の十分な経験があれば実施可能。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	倫理性に問題なし。 (但し、気管支喘息の確定診断については、ガイドラインに沿った診断が行なわれなければならない。)
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	300,000 12
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	乳幼児持続型喘息に使用し、発作はよくコントロールされ、QOLは改善し、発作入院が減少して医療費を大幅に削減し、喘息死を減少させることができる。例えば、ブデソニド吸入懸濁液をネブライザーを使用して吸入させると、夜間睡眠障害は使用前24.10%から使用後9.30%と50%以上減少し、救急受診回数も有意に減少した。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 6,000,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) 妥当と思われる点数(点)(1点10円) その根拠 (150字以内)
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【技術の概要】

代表者名 近藤 直実
提出年月日 平成 25 年 4 月 23 日

乳幼児喘息吸入ステロイド療法指導管理料

【目的】

乳幼児喘息患者・保護者に吸入ステロイド薬(ICS)の治療意義を説明し、患児の状況に応じた ICS の適切な吸入方法を選択し、吸入方法の実技指導を繰り返して行い、定期的にモニターして、ICS の減量や増量の判断を定期的に行い、ICS を適切に普及させ、喘息発作による入院率を減少させ、喘息死を減少させる。しかし、未だ、乳幼児への ICS 導入は十分ではなく、発作入院が多く、喘息死を十分減少させているとは言えず、乳幼児に正しい ICS 吸入療法を普及させることが焦眉の急となっている。

【対象】

5歳以下の気管支喘息

【方法】

- (1) 乳幼児喘息患者・保護者に ICS の意義を説明し、患児に適した剤型、吸入方法（モーターネブライザーまたはスパーサー）を選択する。
- (2) 吸入器具の取扱方法、吸入方法を実際に指導し、確実に吸入されているのを確認する。
- (3) ICS 使用による副作用を軽減するための、吸入後の処置を説明する。
- (4) ICS の効果を喘息日誌などを用いて確認し、必要十分な効果が得られているか否かを確認し、投与量の調整を行う。
- (5) 増量で十分な効果が得られない場合は、再度、吸入手技の良否を確認、指導する。
- (6) 上記で十分な効果が得られない場合は、吸入方法・ICS の変更を行い、効果を確認する。
- (7) 吸入手段に用いるモーターネブライザー、スパーサーは貸与する。

【評価】

乳幼児喘息に適切に ICS 吸入を行うと、発作はよくコントロールされ、QOL は改善し、発作入院が減少して医療費を大幅に削減し、喘息死を減少させることができる。

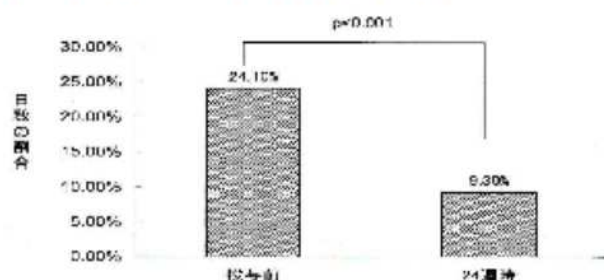


図3 1週間あたり夜間咳喘発があった日数の割合

(西岡三馨ら、日本小児アレルギー学会雑誌 20:218-230, 2006)

【安全性】

ICS 吸入療法は世界の標準的治療となっており、安全性については確認されている。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

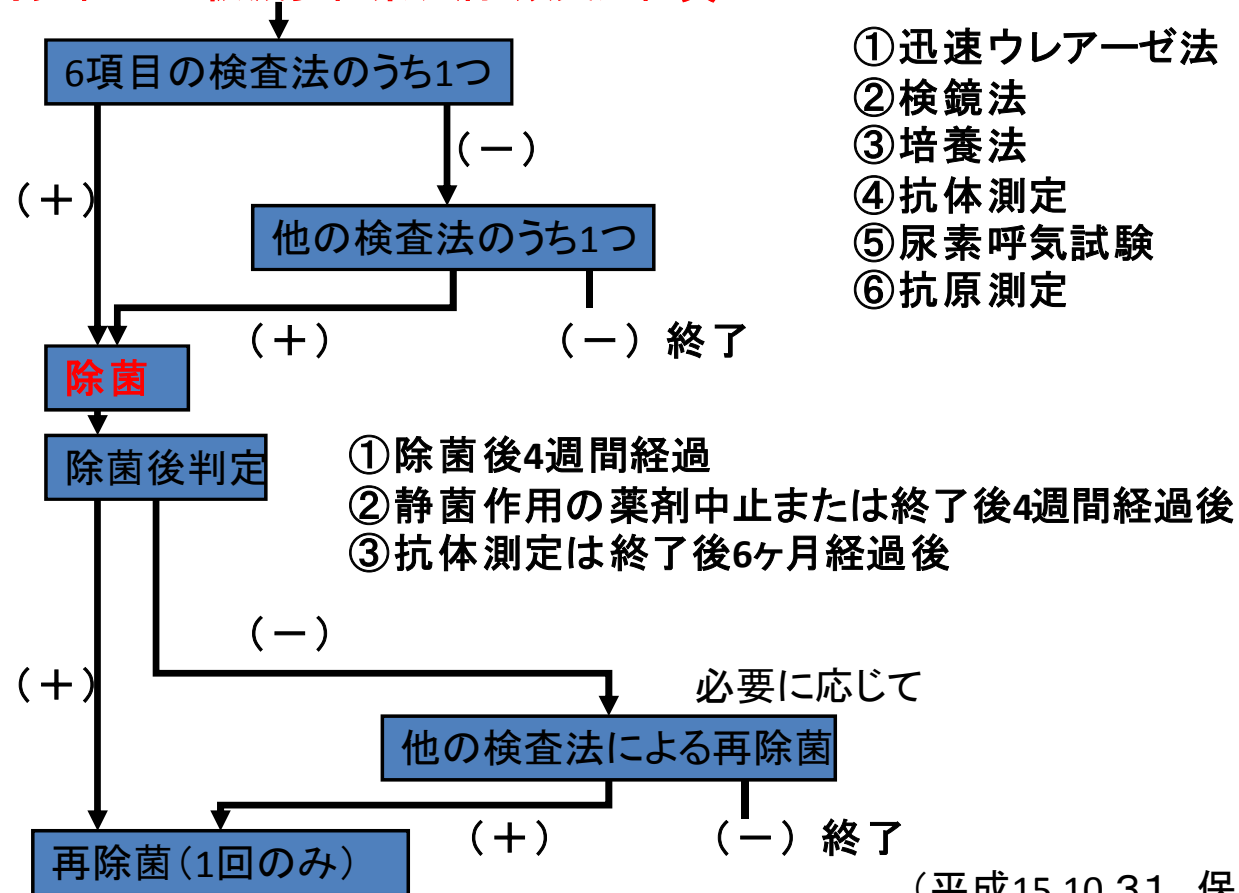
整理番号	238101
申請技術名	小児のヘリコバクテリ菌の除菌療法
申請団体名	日本小児栄養消化器肝臓学会
技術の概要 (200字以内)	ヘリコバクテリ菌陽性小児の下記疾患に対する、除菌治療
対象疾患名	ヘリコバクテリ菌陽性の、小児胃潰瘍、十二指腸潰瘍、鉄欠乏性貧血、胃MALTリンパ腫、および慢性特発性血小板減少性紫斑病
保険収載が必要な理由 (300字以内)	小児のヘリコバクテリ菌感染は家族内で幼少期に成立しやすく1)、成人期までに自然治癒することは少ない。上記疾患においては小児においても有効性が認められ、小児特有の副作用の報告はなく、成人期まで除菌療法を延期する理由はない。ガイドライン2)では5歳以上と規定して上記疾患に対する除菌を推奨している。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	ヘリコバクテリ菌陽性の小児胃・十二指腸潰瘍 除菌率 73.4%(Ⅱ)3)、77.4%(Ⅲ)4) 鉄欠乏性貧血 除菌群で有意(p=0.009)のHb高値(Ⅲ)5) 胃MALTリンパ腫(Ⅳ)6) 慢性特発性血小板減少性紫斑病 血小板数改善率 55%(Ⅳ)7) 加藤晴一ら。日本小児栄養消化器肝臓学会報告：小児期ヘリコバクテリ菌感染症の診断、治療、および管理指針。日本小児科学会雑誌 2005; 109:1297-1300 Koletzko S, et JPN 53: 230-243,2011
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	我が国小児の除菌治療による副作用発現率14%4) 内訳(重複あり) 下痢 9%、味覚異常 5%、悪心 2%、皮膚発疹0.1%
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	すでにEvidence1)に基づくガイドライン2)が作成され、小児でも経験が集積されている。小児栄養消化器肝臓学会から公式ステートメント 小児内視鏡検査の施行に専門性を要するが、特別な施設基準はない
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 1,000 年間実施回数等(回) 1,300
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	除菌失敗の胃潰瘍の年間再発率 64.5 %、除菌成功後 11.4%9))、小児の除菌成功率77.4%4)なので年間再発率は $0.23 \times 0.65 + 0.77 \times 0.11 = 0.27$ (27%) 除菌しない再発率(64.5%)に比較し有意に少ない。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) F 投薬 番号 なし 技術名 なし
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 11,500,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) F 投薬 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 点数 500(薬価のみ) 点(1点10円) その根拠(150字以内) 薬事法承認事項で成人に承認された3剤7日間投与を2回まで成人と同様の算定である
(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(1つ選択) F 投薬 番号 なし 技術名 なし 具体的な内容(150字以内) なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

小児ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌治療の手順

小児の胃潰瘍・十二指腸潰瘍・MALTリンパ腫・
特発性血小板減少性紫斑病・鉄欠乏性貧血



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	238201
申請技術名	小児消化器内視鏡検査
申請団体名	小児栄養消化器肝臓学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	D306,307,308,310,312,313
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	小児加算の見直し
提案の具体的な内容 (400字以内)	現行の小児内視鏡検査の加算基準(第3節通則1ワ、新生児60%、3歳未満30%)から、低出生体重児(体重3 kgを超えるまで)200%、新生児100%、3歳未満80%、6歳未満60%、16歳未満40%とすることを提案する。なお、充分な体制で行われる深鎮静とは別に算定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児でも、潰瘍性大腸炎、クローン病、消化管アレルギー、ヘリコバクテリ、消化管アレルギー等で、内視鏡による適正な診療は将来の医療費削減に寄与し、また救急での使用により救命率、改善率の向上も期待できる。一方、小児、特に新生児、乳幼児では腸管が細く彎曲が急峻で内視鏡操作に熟練を要するほか、腸管壁は薄く、穿孔、拡張による血行障害を来しやすく、予備力もないため全身状態も悪化しやすく、特に熟練が要求されるうえ、時間も必要である。現行の加算では不十分と思われる。これらを勘案し、小児に対する内視鏡検査には上記、低出生体重児(体重3 kgを超えるまで)200%、新生児100%、3歳未満80%、6歳未満60%、16歳未満40%の加算が妥当な評価であると提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	すでに必要な検査は行われ、普及期にさしかかっているが、小児の人口が相対的に持続して減少しているためと考えられ、今後その総和としての検査数が大幅に増加するとは考えにくい。小腸内視鏡の普及が進むことは検査数の増加に大きく寄与することはないと考えられる。	
・年間対象患者数の変化	前の人件(人)	15,000
	後の人件(人)	15,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	9,900
	後の回数(回)	8,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	44,100,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	上部1140点、0～4歳305件×(0.1(新生児)×1+0.6(<3歳)×0.8+0.3×0.6(3～4歳))、5～9歳881件×(0.2×0.6+0.8×0.4)、10～15歳で5301件×0.4、S状結腸は800点、それぞれ79件×0.76、545件×0.44、197件×0.4、全結腸1550点、それぞれ147件×0.76、159件×0.44、1387件×0.4の加算、計4568000点
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現行新生児60%、3歳未満30%加算を適用すると、1140×305×(0.1×0.6+0.6×0.3)+800×79×(0.1×0.6+0.6×0.3)+1550×159×(0.1×0.6+0.6×0.3)=158000点
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	特になし
	技術名	特になし
提案の具体的な内容(150字以内)	なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	239101
申請技術名	感染症免疫学的検査 ヒトメタニューモウイルス抗原定性
申請団体名	日本小児感染症学会（共同提案：日本感染症学会、日本臨床微生物学会）
技術の概要 （200字以内）	鼻咽頭拭い液を検体として免疫クロマト法によってヒトメタニューモウイルス抗原を検出する迅速診断法
対象疾患名	ヒトメタニューモウイルス（hMPV）感染症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	hMPV感染症は臨床像がインフルエンザやRSウイルス感染症と類似し、症状から原因ウイルスを鑑別することはできない。一方、hMPVは死亡例及び脳炎等の重症化例が報告されている。本技術により感染初期に簡単・迅速にhMPV感染症を確定診断でき、適切な治療及び投薬が可能となる。本技術の検出感度はRT-PCR法と遜色がなく、RT-PCR法と同様スワブを用いて鼻咽頭ぬぐい液を採取するので安全性においても問題はない。平成20年度患者調査等から、年間検査対象患者数は4万人程度と考えられる。検査の結果、不要な入院を減少でき、保険適用になった場合の費用増額と相殺して年間約8億円の医療費削減効果が期待できる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	最も高感度と言われているRT-PCRとの比較の結果（①Matsuzaki et al. J Clin Microbiol 47:2981, 2009）、チェックhMPV（論文記載名SAS hMPV test）は、感度：82.3%、特異度：93.8%、全体一致率：90.6%と良好な相関性を示した。
エビデンスレベル	V 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）	本技術は体外診断薬であり副作用のリスクはほとんど考えられない。検体として鼻咽頭拭い液を採取するが、インフルエンザ等のイムノクロマト法検査と同じであり、安全性の問題はないと考えられる。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）	hMPVは近年、注目度の高い感染症であり、学会においてセクションが設けられるようになった。本技術は免疫クロマト法による簡便な検査法であり、特製の機器及び技術を必要としない。
I-④臨床性・社会的有用性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	問題なし。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）	36,000-48,000 1
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）	hMPVの検査法にはウイルス分離法及びRT-PCR法があるが、いずれも保険収載されていない。ウイルス分離法は培養に長時間を要し、細胞変性効果の判定が困難で限られた施設で実施されている。RT-PCR法は高感度であるが、専用機器が必要であり少数の研究機関で実施されている。本技術は免疫クロマト法により検体中のhMPV抗原を検出するもので、特別な手技や機器は必要なく診察室で短時間に実施できる検査である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円） 800,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択） D 検査 妥当と思われる点数（点）（1点10円） 300 その根拠（150字以内） 類似技術の点数（D012感染症免疫学的検査の35. 結核菌群抗原定性）と比較し同様と考えられる。医療機関における本検査にかかる費用は3,000円／回である。
（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（1つ選択） 番号 技術名 該当する医療技術はないと思われる。 具体的な内容（150字以内）
（点数見直しの場合）	前の点数（点） 後の点数（点）

ヒトメタニューモウイルス抗原定性検査について

【技術名】 感染症免疫学的検査 ヒトメタニューモウイルス抗原定性

【技術の概要】

鼻咽頭拭い液を検体として免疫クロマト法によりヒトメタニューモウイルス(hMPV)抗原を検出する。

【対象疾患名】

hMPV 感染症。平成 20 年度患者調査等から、年間検査対象患者数は 40,000 人程度と考えられる。

【現在当該疾患に対して行われている検査との比較】

リアルタイム PCR 法との比較

		RT-PCR 法		合計
		陽性	陰性	
チェック hMPV	陽性	51	10	61
	陰性	11	152	165
合計		62	162	224



チェック hMPV の陽性例

感度：82.3% (51 / 62)

特異度：93.8% (152 / 162)

全体一致率：90.6%(203 / 224)

出典：Matsuzaki et al J. Clin. Microbiol. 47: 2981-2984, 2009

【診療報酬上の取扱い】

D012 感染症免疫学的検査 ヒトメタニューモウイルス抗原定性検査実施に対し 300 点
(結核菌抗原定性 (D012-35) と比較して、同程度の検査と考えられるため)

【有用性】

- 本技術の検出感度は RT-PCR 法と遜色がなく、検体採取法も RT-PCR 法やインフルエンザの迅速診断キットと同様にスワブを用いて鼻咽頭ぬぐい液を採取するものであり、安全面においても問題を認めていない。
- 本技術を用いることにより、簡単、短時間にベッドサイドで hMPV 感染症を確定診断でき、適切な治療及び投薬を行うことができる。
- 平成 20 年度患者調査等から、年間検査対象患者数は 4 万人程度と考えられる。
- 検査の結果、不要な入院例を減少させることができ、保険適用になった場合の費用増額と相殺して約 8 億円の医療費削減効果が期待される。

以上

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	239102
申請技術名	ヘルペスウイルス属DNA定量
申請団体名	日本小児感染症学会
技術の概要 (200字以内)	リアルタイムPCR法を用いヘルペス属ウイルス(HSV1,2,VZV,CMV,EBV,HHV6,7)DNAの定量を行う。
対象疾患名	単純ヘルペス脳炎、サイトメガロウイルス感染症、EBウイルス感染症、HHV6、HHV7脳症、重症水痘等多数
保険収載が必要な理由 (300字以内)	ヘルペスウイルス属定量により、確定診断が可能となるため、疑いにより投与されていた抗ウイルス薬の軽減が図れる。また、正確な診断により、重症化が防げる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	ヘルペス属ウイルスは原発性および続発性免疫不全状態、新生児期、小児期等において、重篤な疾患を引き起こすが、早期診断し、早期治療することにより、予後が劇的に向上する。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	採血にて得られた血液をリアルタイムPCR法を用いて測定するため、安全性には問題ない。副作用も一般の採血と同様である。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	各ヘルペスウイルスの定量PCR法は確立している方法である。抗体産生できない複合免疫不全症、抗体産生不全症あるいは、骨髄移植後等の白血球がない状況でも、検査が可能であり有用である。
I-④問題点・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特に問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	2,000 10
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	現在、ヘルペスウイルス属のウイルス感染症の診断いは抗体産生できない複合免疫不全症、抗体産生不全症あるいは、骨髄移植後等の白血球がない状況でも、検査が可能であり有用である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 2,000 その根拠(150字以内) 現在、先進医療として認可されている大学では、1回11,700円～21,600円となっているが、多検体処理に伴い、価格低減が図れる可能性があるため。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

[現状]



ヘルペスウイルス属
(HSV1,2,VZV,CMV,EBV,HHV6,7)
感染疑い患者*注

・診断不能による重症化
・抗ウイルス剤の
 ・多数例使用
 ・長期使用

医療費の増大↑

[保険収載後]



ヘルペスウイルス属
DNA定量による確定診断



ヘルペスウイルス属
(HSV1,2,VZV,CMV,EBV,HHV6,7)
感染疑い患者*注

・早期診断による軽症化
・抗ウイルス剤の
 ・使用症例の限定化
 ・使用期間の限定化

医療費の減少↓

*注: ヘルペスウイルス属(HSV1,2,VZV,CMV,EBV,HHV6,7)感染疑い患者

- ・必ずしも特定の症状を呈するわけではない
- ・複合免疫不全、抗体産生不全(原発性、2次性)の場合、既存の保険収載検査(ウイルス抗体価測定)での診断が困難(例)
- ・免疫不全状態における発熱: CMV,EBV,HHV6,HHV7感染の可能性
- ・脳炎/髄膜炎: HSV1,HSV2,CMV, EBV,HHV6,HHV7感染の可能性
- ・肝炎・肝機能障害: CMV,EBV,HHV6,HHV7感染の可能性
- ・重症GVHD(水疱形成)に伴う帯状疱疹: VZVの重感染の可能性

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

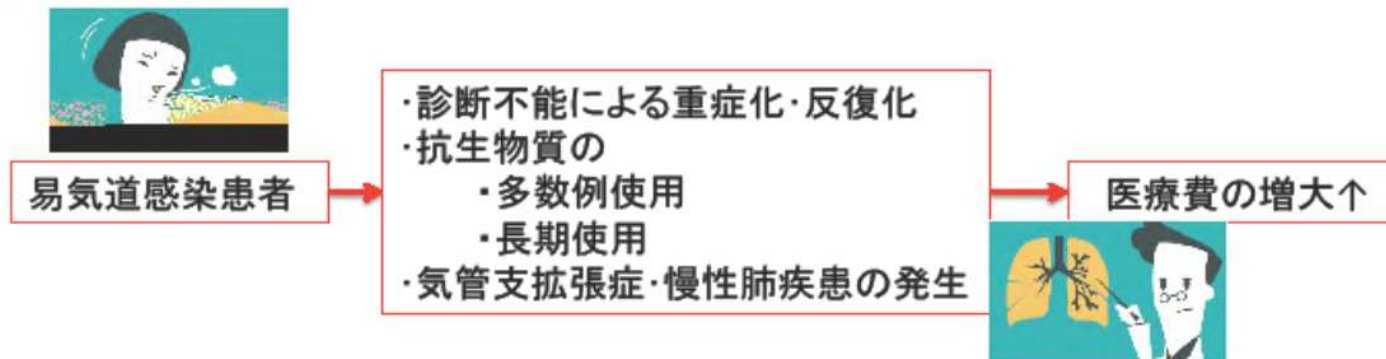
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	239103
申請技術名	IgGサブクラス分画
申請団体名	日本小児感染症学会
技術の概要 (200字以内)	ネフェロメトリー(免疫比濁法)を用いてIgGサブクラスを測定する。
対象疾患名	IgGサブクラス(単独および複合)欠損症、IgA欠損症、分類不能型免疫不全症、毛細血管拡張性矢調症、続発性免疫不全症、多発性骨髄腫、自己免疫性膵炎
保険収載が必要な理由 (300字以内)	IgGサブクラス測定により、反復気道感染、重症細菌感染症を来す患者からIgGサブクラス欠損症を診断可能になり、治療コストの軽減が図れる。多発性骨髄腫やIgG4増加型自己免疫性膵炎の診断にも有用である。

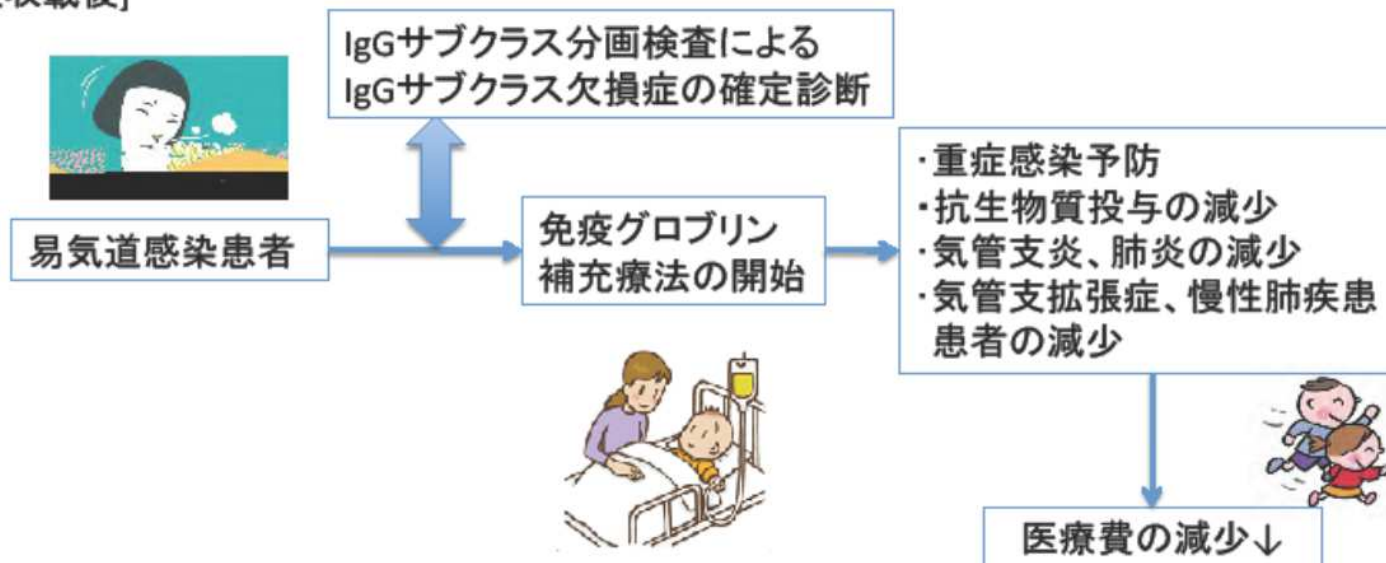
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	IgGサブクラス欠損症は、易気道感染性を示す患者の中に相当数含まれていると海外の報告ではされているが、国内では保険適応がないため、測られておらず、患者数も定かでなく、反復感染のため、抗菌薬による治療コストが増大していると考えられる。こうした患者の診断を行うことで治療開始が可能となるため有用である。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	採血にて得られた血清をネフェロメトリー(免疫比濁法)を用いて測定するため、安全性には問題ない。副作用も一般の採血と同様である。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	免疫不全症の鑑別という点では、海外の教科書等でも、測定を推奨されており、日本でも以前より研究費あるいは患者自費にて行われている。国内複数の検査会社にて行われており、技術的には問題ない。
I-④実用性・社会的有用性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	2,000 3
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	現在保険収載された方法は、IgG4増加型自己免疫性膵炎の診断にしか用いることができないが、IgG1,2,3の測定も同時に可能であるため、代替可能である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査
	番号 D014
	技術名 IgG4サブクラス:IgG4、自己抗体検査の「21」IgG4、免疫学的検査判断料
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 600
	その根拠 (150字以内) 現在IgG4のみが保険収載されており、その点数が544点(実施料+判断料)であるため
(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(1つ選択) 番号
	技術名
	具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点)
	後の点数(点)

[現状]



[保険収載後]



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	240201
申請技術名	小児悪性腫瘍患者指導管理料の適応拡大
申請団体名	日本小児血液・がん学会
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B001
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定要件の見直し(年齢)
提案の具体的な内容(400字以内)	現行の「15歳未満の患者」と定めている年齢の上限枠を撤廃する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児がんは現在約70%、あるいはそれ以上が治癒する。しかし、治療による副反応や疾病自体の影響が残ったり、時には後に新たな疾病が発生することさえある。これらは小児がんが治癒することが少なかった時には問題とならなかったが、より進行例が集学的治療により生存する現在では大きな問題であり、慎重なかつより長期にわたる経過観察と成人期となった小児がん患者のサポートの必要性を示唆している。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	本邦の小児がんの発生頻度は小児人口1万人あたり約1人(全国で年間2,000人程度)で、その生存率は時代と共に改善したが、1984年以前は48%、1985-84年は68%、1995-2011年は75%と見積もられている。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	48,700
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	
	後の回数(回)	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	3,214,200,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	年間発生数を2000と想定、年代別生存率を1975-84年48%、1985-94年68%、1995-2011年75%とすると、1975-84年:633,600,000円、1985-94年:897,600,000円、1995-2011年:1683,000,000円となり、合計3,214,200,000円。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	242101
申請技術名	パルスオキシメータを用いた小児在宅モニタリング
申請団体名	日本小児呼吸器学会
技術の概要 (200字以内)	在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法を要する小児患者に対して、パルスオキシメータを用いて経皮的動脈血酸素飽和度と脈拍数を自宅でモニタリングし、呼吸状態の評価・把握を行う。
対象疾患名	18歳未満の在宅酸素療法、在宅人工呼吸器管理施行患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	①在宅移行の促進:在宅モニタリングを保険収載することにより、小児の慢性呼吸器疾患患者の在宅移行を促進し、NICUや小児病棟の長期入院児数を減少させる効果が期待できる。②在宅管理中の重症呼吸器疾患を有する児の重症化回避:パルスオキシメータを用いて経皮的動脈血酸素飽和度と脈拍数を自宅でモニタリングすることにより、患者の呼吸状態をリアルタイムに把握できる。酸素飽和度は数値で表示されるため、酸素化を定量的に評価でき、客観的な指標となる。呼吸状態の変化にいち早く気づき対処することで、重症化を回避できる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	在宅モニタリングを導入することにより、慢性呼吸器疾患を有する小児患者の在宅移行を促進し、NICUや小児病棟の長期入院児数を減少させることが期待できる。また、既に在宅管理中の小児呼吸器疾患患者においては、経皮的動脈血酸素飽和度と脈拍数を家庭で連続測定することにより、基礎疾患の急性増悪、急性呼吸器感染時の呼吸状態の悪化を初期段階で把握でき、早期介入が可能となる。これにより重症化を回避し、入院や高次医療の発生が抑制される。また、基礎疾患が軽快した時にもデータを参考にして在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法の中止を決定するため、治療中止に失敗するリスクを減ずることができる。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	パルスオキシメータを用いた経皮的動脈血酸素飽和度と脈拍数の非観血的連続測定は、医療行為として既に確立され本邦において広く普及した安全性の高い技術であり、小児患者に対する負担は生じない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	パルスオキシメータを用いた在宅モニタリングは、近年、学会において報告が散見されており技術は確立されている。パルスオキシメータの操作は簡便であり、患者の養育者が家庭で使用するに当たって特別なトレーニングを要さない。家庭で測定した経皮的動脈血酸素飽和度と脈拍数から、小児科専門医が患者の呼吸状態を判定する必要があり、これには多少の熟練を要する。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	該当技術において、倫理性・社会的妥当性に問題はない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	5,000 12
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	予想される当該技術に係わる年間医療費 1,500点×60,000回=9,000万点 当該技術を導入することにより、対象患者が、小児入院医療管理料1が適応される小児病棟に年1回1週間程度入院するリスクを回避できると、それに要する推定医療費は15億7885万円である。これが削減されると、約6億円の医療費削減につながる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) C 在宅医療 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,500 その根拠(150字以内) 現在、小児に対して一般的に利用されているパルスオキシメータのレンタル費用は、パルスオキシメータ本体と小児用ブロープ2本込みで月に15,000円程度であり、1,500点が妥当であると考え(月1回算定)。
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

「パルスオキシメータを用いた小児在宅モニタリング」について

【技術の概要】

在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法を要する小児患者に対して、パルスオキシメータを用いて経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)と脈拍数を自宅でモニタリングし、呼吸状態の評価・把握を行う。

【対象患者】

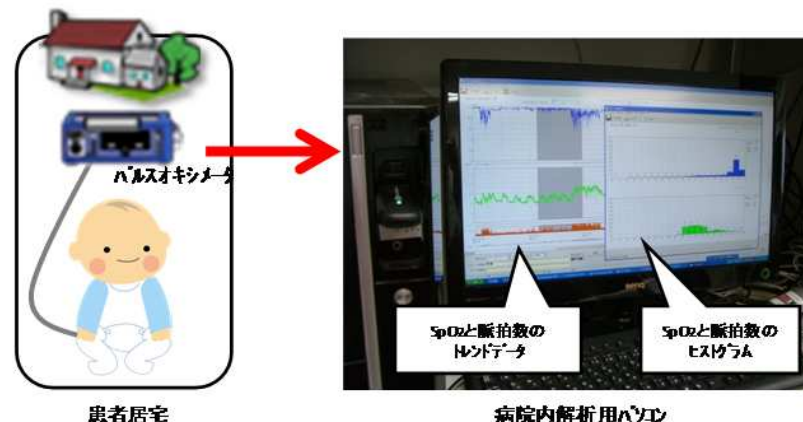
在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法を要する小児患者を対象とし、5,000名程度と推定される。

【既存の技術との比較】

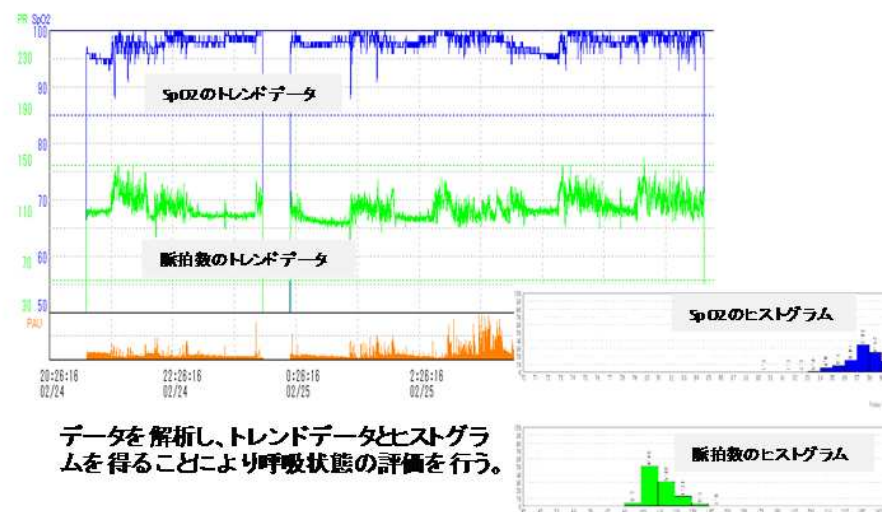
在宅モニタリングは現在保険収載されておらず、在宅酸素療法等を施行されている小児は、呼吸状態の監視がない状態で在宅管理されているのが実情である。

【診療報酬上の取り扱い】

現在、小児に対して一般的に利用されているパルスオキシメータのレンタル費用は、パルスオキシメータ本体と小児用プローブ2本込みで月に15,000円程度であり、1,500点が妥当であると考え(月1回算定)。



患者は自宅でパルスオキシメータを装着する。パルスオキシメータ内に蓄積されたSpO₂と脈拍数の連続データを解析する。



データを解析し、トレンドデータとヒストグラムを得ることにより呼吸状態の評価を行う。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ **提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。**

整理番号	243201
申請技術名	介護職員等喀痰吸引等指示料
申請団体名	日本小児神経学会(共同提案 日本小児科学会、日本重症心身障害学会)
診療報酬区分(1つ選択)	C 在宅医療
診療報酬番号	C007-2
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	指示料が算定される指示書交付対象の拡大
提案の具体的な内容(400字以内)	介護職員等喀痰吸引等指示料が算定される「介護職員等喀痰吸引指示書」の交付対象に、学校を加える。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	法改正によって、医師が指示書を交付することにより、介護施設、障害者支援施設、在宅で、介護職員等が喀痰吸引等を行うことが認められた。特別支援学校においても、医師の指示書のもとで、児童が、研修認定を受けた「認定特定行為業務従事者」としての教員や介護職員により喀痰吸引等を受けることが法的に認められることとなり、これは、日常的に医療を要する児童の在宅生活の促進・維持のための条件整備の大きな前進である。しかし、学校に対して医師がこのための指示書を交付しても、学校が「介護職員等喀痰吸引等指示料」を算定できる対象として認められていないため、指示料は算定できない。指示書の交付は責任を伴うものであること、かつ、日常的に医療を要する児童の在宅生活の促進維持に資するものであるという意義から、「介護職員等喀痰吸引等指示料」算定の対象となる「介護職員等喀痰吸引指示書」交付対象に、学校も加えられることが必要である。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	240
	後の点数(点)	240
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	文部科学省による平成23年度の全国調査で、特別支援学校における医療的ケア対象児童生徒数は7350名である。このうち850名は人工呼吸使用例であり、教員を含む介護職による医療的ケアの対象にはならないことなどから、指示書対象者は多くても6500名程度と考えられる。学校への指示書の交付は、年1回で充分であることから、指示書交付回数は6500回となる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	
	後の人数(人)	6,500
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	
	後の回数(回)	6,500
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	65,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	2400円(指示料)×6500回＝15,600,000円。学校スタッフによる喀痰吸引や経管栄養が行われる体制の整備は、長期入所(入院)を回避できる効果があり、実際にそのような例がある。障害者施設等入院基本料2での超重症児1名の年間の入院医療費は、22000円×365日＝8,000,000円であり、学校の体制整備により10名の超重症児長期入院が避けられれば、差引で、65,000,000円の減となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚でまとめた資料を添付**すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ **提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。**

整理番号	243202
申請技術名	小児科療養指導料
申請団体名	日本小児神経学会(共同提案: 日本小児科学会、日本小児精神神経学会、日本小児心身医学会)
診療報酬区分(1つ選択)	B 医学管理等
診療報酬番号	B 001-5
再評価区分(1つ選択)	5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載 適応年齢の拡大
提案の具体的な内容 (400字以内)	「小児科療養指導料」の年齢制限15歳未満を20歳未満まで算定可能とする。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性について必ず記載すること。) (400字以内)	平成25年4月の児童福祉法・母子保健法の改正、障害者総合支援法の下で、小児の慢性疾患や障害児への支援は、医療と保健・福祉が連携した支援が求められている。心疾患やネフローゼ症候群等の慢性疾患や脳性麻痺、染色体異常やNICU退院児などの外来診療は、早期対応と継続的治療・指導が必要で、小児科・小児神経科医師が主に担当し「小児科療養指導料」を算定している。この算定は15歳未満であるが、慢性疾患や障害は長期的視野にたち社会的自立に向けた療育支援が必要であり、20歳までを対象とする必要がある。適切支援がないと結果として青年期・成人期の内科・整形外科、精神疾患等につながるために、20歳まで継続した療養支援により成人期の医療費の減少が期待できる。また障害は虐待の子供側のハイリスク要因であり、治療継続により児童虐待を減少させうる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	子どもの人口推計 各年 117万人 小児科療養指導料算定該当児童は1%強 12,000人 治療期間を+5年間、15歳以上は隔月受診、年6回程度の定期診察が必要と推定。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	12,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	72,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	288,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	小児科療養指導料2500円×72,000回×5年(15-19歳)=900,000,000円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	例 青年期・成人期の二次障害(約半数発症)として発症しやすい精神疾患の通院精神療法 3300円 × 6000人×12回/年×5年=1,188,000,000円
Ⅲ-④関連して減点 や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	244201
申請技術名	ヘッドアップチルト試験
申請団体名	日本小児心身医学会(共同提案:日本小児循環器学会)
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	D225-4
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容(400字以内)	現行のヘッドアップチルト試験(本試験)の施設基準では、小児失神患者への本検査の実施が容易でなく、結果的に、不要な高額な検査が施行されている背景がある。本邦や海外の報告によると、小児失神に対してはこれまで小児科医が本試験を実施してきており、本邦の教科書にも小児失神の診断には本試験が必要であると記載されている(田中英高。小児における失神発作の診断と治療。失神の診断と治療。監修:今泉勉、編集:安部治彦。メディカルレビュー社2006 pp287-307)。こうしたことから小児失神患者の診断、治療に本検査を現実的に施行可能とできるように、施設基準において本検査の経験のある小児科医にも拡大を要望させていただきたい

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由(根拠、有効性等について必ず記載すること。)(400字以内)	成人においては、失神診療における本試験の有効性は本邦の『失神診断・治療のガイドライン』では神経調節性失神の診断に必須の検査と位置付けられている。小児においても、失神の原因としては、諸報告でも神経調節性失神が80%程度を占めるとされ、本試験での神経調節性失神における診断の特異度は95%~100%と報告されている(European Heart Journal 2001; 22:1968-1971)。一方で小児失神患者での過剰検査での医療費高騰が指摘されており、米国では、小児失神患者一人あたりの検査費用は約9万円(1ドル90円で算出)に及ぶとされ、そうした中でヘッドアップ試験は費用対効果が最も高いものとされており(Journal of Pediatrics 2005;146:355-358)本試験の小児科医での施行が望まれる
点数の見直し の場合	前の点数(点) 980 後の点数(点) 980
Ⅲ-②普及性の変化(下記のように推定した根拠)(200字以内)	海外での報告では、小児失神患者における受診者数は小児救急全患者(人口1000人当たり1.8人)の0.9%を占め、年間292名(1800万人×1.8/1000×0.9)また小児科初診において神症状で受診する子どもは、小児の受診者(人口10万当たり4068名0.1%にあたり、年間732名(1800万×4068/1000000×0.001)と推定され、合計1000名以上の小児失神の受診患者がいる
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 1,000 後の人数(人) 1,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 1,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス — 金額(円) 3,600,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 本提案においては、増点を前提としていない 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 失神患者で原因が特定できない場合、一般血液検査、心電図、ホルター心電図、レントゲン、心エコー、脳波が実施され(保険点数では約4500点)。その多くが本試験(診療報酬980点)で診断できうる。本試験が小児科で算定できるようになれば、上記の様々な検査費用、すなわち、(4500-980点)×(292+732)名≒3,604,480点/年の診療報酬請求が減額されると推定される
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) その他 番号 なし 技術名 なし
提案の具体的な内容(150字以内)	上記に関して具体的な提案なし
点数の見直し の場合	前の点数(点) 980 後の点数(点) 980

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	245101
申請技術名	経皮的閉鎖肺動脈弁尖通・拡大
申請団体名	日本小児循環器学会
技術の概要 (200字以内)	純型肺動脈閉鎖において、ガイドワイヤー等を用いて経皮的に閉鎖している肺動脈弁を尖通して開通を得る。
対象疾患名	純型肺動脈閉鎖の二心室修復適応症例
保険収載が必要な理由 (300字以内)	純型肺動脈閉鎖の中に、申請時期に閉鎖した肺動脈弁の開通を得ると、右室が発達して生理的な二心室修復に成る症例がある。従来は単心室修復に向かうか、開胸にて肺動脈弁開通を図っていた。カテーテル治療の進歩により、ガイドワイヤー等を用いて閉鎖肺動脈弁の尖通を行い、その後にバルーン弁形成術で拡大する治療法が行われてきている。症例に対しては手術に比して低侵襲で、保険収載する意義は大きい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	JPIC学会の集計によると2008年18例、2009年22例、2010年16例に施行されており、成功率は68%であり二心室修復に至っている。重篤な合併症6例、内1例死亡(JPIC News Letter No23, No21, No19)。 先天性および小児期発症心疾患に対するカテーテル治療の適応ガイドライン(2012年12月 小循環誌Supplement 2)にて解剖学的に適応を満たした症例。	
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	2008年からの2010年の間に行われた56例中重篤な不整脈2例、右室穿孔4例、内心タンポナーゼ2例。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	適応症例の選択が重要であり、合併症も起こりやすいために無理をしない。既に数例以上の治療経験を有した医師が行う。先天性心疾患に対するカテーテル治療の経験が豊富な小児循環器専門医と小児心臓外科医がおり、緊急手術に対応できる施設。二方向性の心血管造影装置など心臓カテーテル検査用の設備と心エコー装置がある、十分に整った検査室を有する。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	25 25	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	既存の治療法は外科的な肺動脈弁切開術であるが、チアノーゼが状態での手術は人工心肺下に行う事が多い。経皮的尖通では人工心肺を使う必要が無く、新生児期での人工心肺の悪影響が無い。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	K570
	技術名	肺動脈弁切開術
予想影響額	プラス・マイナス	—
	金額(円)	10,971,200円
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	K 手術
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	32,500
	その根拠 (150字以内)	外科的肺動脈弁切開術と同等の効果のため。
(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(1つ選択)	K 手術
	番号	K601
	技術名	人工心肺
	具体的な内容 (150字以内)	経皮的肺動脈弁尖通では人工心肺は使用しない。
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

経皮的閉鎖肺動脈弁尖通・拡大

【技術の概要】

・経皮的に右室までカテーテルを挿入し、ガイドワイヤーにて膜様閉鎖している肺動脈弁を尖通し、その後バルーンカテーテルにて拡大する。

【対象疾患】

純型肺動脈弁閉鎖で、一定以上の三尖弁径を持ち、右心室依存の冠動脈類同交通を持たない症例。年間対象症例は20-25例程度と推察される。

【既存の治療法との比較】

- ・手術と異なり出血が少なく、人工心肺を使用しない。このために全身麻酔を用いても、人工心肺の麻酔費に比して11900点削減される。
- ・手術に比してRCC輸血の量も減り、FFPや血小板の輸血はほぼ必要なくなる。
- ・入院期間やICU入院期間が手術に比して短縮が可能となる。

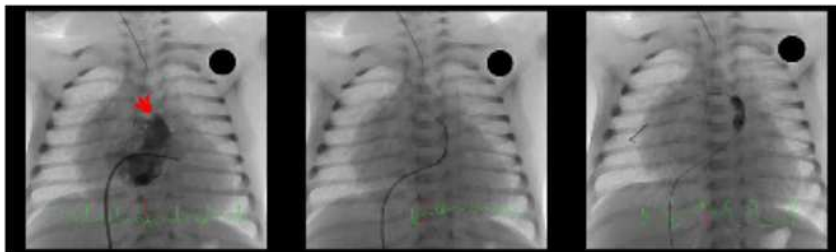
【診療報酬上の取扱】

- ・K手術
 - ・32500点
- (肺動脈弁切開術と同等の効果が得られるため)

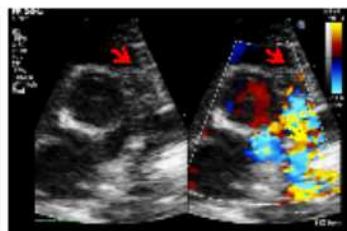
尖通術前

尖通術中

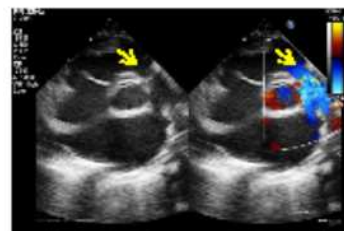
拡大術中



閉鎖肺動脈弁 → 尖通術前



術後 肺動脈弁開通 →



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚でまとめた資料を添付**すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ **提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。**

整理番号	245201
申請技術名	心臓カテーテル検査技術料算定
申請団体名	特定非営利活動法人 日本小児循環器学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	D206
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	小児入院医療管理料(A307)で管理している小児医療施設において、15才以下の小児における心臓カテーテル検査技術料(加算を含む)と医療材料費の算定の認定。(算定要件の見直し)

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	小児における心臓カテーテル検査は、対象が0日から15才と幅広く、かつ複雑な先天性心疾患が多いため、実施に当たっては麻酔を含め多くのスタッフを要し、技術的にも困難な例が多い。また使用カテーテルも小児に適したものを使用する必要がある。昨年12月1ヶ月間の小児心臓カテーテル検査実施施設(59施設)での実態調査によると、心カテ検査は420例行われ、平均在院日数7.5日で、平均カテーテル関連技術料8922点、平均材料費5682点、平均薬剤費986点であった。このうち「A307小児入院管理料」の規定のため保険申請出来なかった心カテーテル検査関連費用は、平均10514点で全て持ち出しとなっており不採算で小児医療施設および小児部門の健全な経営を圧迫して、現場に従事する小児循環器医の労働条件を悪くしている。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	7,600
	後の点数(点)	7,600
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	2012年12月1ヶ月間の実態調査(59施設:小児病院10,大学病院27,一般病院11,専門病院3)での心カテーテル検査数420件(同時期のカテーテル治療件数163件)と日本Pediatric Interventional Cardiology学会のカテーテル治療件数3767件(2010年)から推定した全国の小児心カテーテル検査数は年間9000件	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	9,000
	後の人数(人)	9,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	9,000
	後の回数(回)	9,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	800,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在では、基本入院管理料の中に全て包含されてしまっているために、技術料、材料費としては算定が出来ない。2012年12月の実態調査では平均技術料は8922点、材料費は5720点のため、予想医療費は89220X9000=800,298,000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在、実際には加算を含めて8922点平均で心カテーテル検査技術料が発生しているが、小児入院管理料の中で処理されるため各医療機関の持ち出しとなっており、保険医療からの算定はされていない
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	206
	技術名	心カテーテル検査
提案の具体的な内容(150字以内)	削除となるものはない	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	7,600
	後の点数(点)	7,600

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	245202
申請技術名	小児心臓超音波検査技術料算定
申請団体名	特定非営利活動法人 日本小児循環器学会（共同提案：日本超音波医学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	215-3 イ
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	4歳以下の乳幼児において鎮静剤使用による鎮静化での心エコー検査を実施した場合、これまでの経胸壁心エコー法880点に120点を加算し、1000点への増点を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	心エコー検査は、心臓の形態診断や心機能評価のために必須の検査である。必要十分な検査の評価を得るためには、患者さんが鎮静状態であることが重要である。しかしながら、4歳以下の乳幼児においては鎮静への協力が得られることはほとんどない。さらに、小児の複雑型先天性心疾患の十分な形態・血行動態評価を行うためには、成人より長い検査時間が必要である。このため4歳以下の乳幼児に対する心エコー検査において十分な検査評価を得るためには、鎮静剤による鎮静が必要である。小児の鎮静に際しては適切なモニター管理が必要であり、さらに小児への薬剤投与のためには看護師の介助も必要で、人手が必要となる。このように、4歳以下の乳幼児では、成人に比べて心エコー検査を施行にあたり、人手と時間がかかることから1000点が妥当な評価であると提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	880
	後の点数（点）	1,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	平成23年社会医療診療行為別調査、0-4歳の経胸壁心エコー回数より推計。また社会生活統計指標2007から出生数が年間約6.7%減少していると考えられるため、当該技術を必要とする患者も6%程度減少するものとする。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	194,664
	後の人数（人）	182,984
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	194,664
	後の回数（回）	182,984
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	—
	金額（円）	116,796,800
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	194,664症例に対して心エコー検査を施行した場合、 $182,984 \times 1000 \times 10 = 1,829,840,000$ 円となる
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	194,664症例に対して心エコー検査を施行した場合、 $182,984 \times 880 \times 10 = 1,632,872,000$ 円となるが、不十分な安全体制による事故による損失は勘案されていない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	215-3 イ
	技術名	胸壁心エコー法
提案の具体的な内容（150字以内）	4歳以下の乳幼児において鎮静剤使用による鎮静化での心エコー検査を実施した場合、実施点数を1000点とする。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	880
	後の点数（点）	1,000

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	246201
申請技術名	在宅自己腹膜灌流指導管理料
申請団体名	日本小児腎臓病学会(共同提案:日本腹膜透析医学会)
診療報酬区分(1つ選択)	その他
診療報酬番号	C102
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容(400字以内)	現行点数2000点に小児加算(15歳未満)1050点を追加。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	腹膜灌流を在宅で行う際には、入院で行うものとは異なり、患児、家人が行うものであることから十分な指導が必要となる。とくに小児期の在宅腹膜灌流は患児のみならず家人に対しても指導が必要である。また小児期には成長発達があり、十分な成長を遂げるために水分、塩分、栄養摂取をきめ細やかに指導する必要がある。栄養士、看護師等の人手を要する。これらを考慮し、15歳未満の小児加算を追加することが妥当な評価であると提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	2,000
	後の点数(点)	3,050
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	日本小児PD-HD研究会の2007年の調査では、15歳未満の腹膜灌流患者数は171名、6歳未満の腹膜灌流新規導入患者数は62名(3年間)であった。腹膜灌流施行患者は月に1から2回医療機関を受診されるため、おおむね年12から24回受診されることとなる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	171
	後の人数(人)	171
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	12
	後の回数(回)	12
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	21,546,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	腹膜灌流患者は1月に1回医療機関を受診するとすると、1回受診につき10500円加算となり、15歳未満の腹膜灌流患者171人で、21,546,000円が加算され、総計62,586,000円と推計された。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現行の在宅自己腹膜灌流指導管理料20,000円で、15歳未満の腹膜灌流患者171人では、総計41,040,000円となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	J 処置
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	とくになし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	2,000
	後の点数(点)	3,050

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、**A4用紙1枚**でまとめた資料を添付すること。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	246202
申請技術名	腹膜灌流
申請団体名	日本小児腎臓病学会(共同提案: 日本腹膜透析医学会)
診療報酬区分(1つ選択)	J 処置
診療報酬番号	J042
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容(400字以内)	現行では①導入期の14日に限り500点を追加する、のところで乳幼児(6歳未満)については1,000点に増点し60日まで導入期間を延長する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	腹膜灌流は腎機能障害の治療に際し広く行われており、特に血流量の確保が難しいため血液透析の施行が行えない小児においては、第一選択となる。腹膜灌流は比較的安全に行えるが、特に6歳未満の小児においては、腹膜カテーテルの引っ張りや清潔操作を行えないなどから腹膜炎発症の危険性が高くなる。また、特に新生児期は酸代謝が未熟であり既存の腹膜灌流液では合併症をきたすことが考えられ、自家で腹膜灌流液を作成する必要がある。これらを考慮し6歳未満の乳幼児の腹膜灌流は1,000点が妥当な評価であると提案する。一方で、腹膜灌流導入期は、合併症をきたしやすく特別な管理が必要となる。腹壁から挿入したカテーテルが腹膜に固着し灌流液の漏れなく安全に腹膜灌流が施行可能となるまでおよそ30日はかかる。それ以後もカテーテル刺入部の消毒などに看護師等の人手も要する。このことから導入期間を60日とすることが妥当な評価であると提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	500
	後の点数(点)	1,000
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	小児PD-HD研究会の2007年の集計から、15歳未満の腹膜灌流を施行している患児は171名であり、6歳未満での腹膜灌流新規導入患者数は年間20名である。この人数を基として計算した。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	20
	後の人数(人)	20
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	20
	後の回数(回)	20
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	12,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	6歳未満児の年間新規腹膜灌流導入数は約20人であり、導入期間60日、1日あたり10,000円を20人で、12,000,000円と推計された。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	6歳未満児の年間新規腹膜灌流導入数は約20人で、導入期間14日で、総計すると1,400,000円となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	J 処置
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	とくになし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	500
	後の点数(点)	1,000

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247101
申請技術名	小学生の読み書きスクリーニング検査(STRAW)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案:日本小児科学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会、日本高次脳機能障害学会)
技術の概要 (200字以内)	「小学生の読み書きスクリーニング検査(STRAW)」 小学校各学年毎における、ひらがな、カタカナ、漢字、それぞれ音読と書字に関する検査。各文字種を比較できる点、書字検査がある点に関して現在のところ唯一の検査である。
対象疾患名	学習障害 発達性読み書き障害、小児の後天性失読失書、小児失語
保険収載が必要な理由 (300字以内)	発達障害者支援法が施行され、8年が経過した。注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害については、診断と支援が進みつつあるが、一方で「学習障害」についての評価は、平成24年度に認められたD285「平仮名音読検査（区分1）」だけでは、書字障害の評価はできず、学習障害についての評価が不十分のため

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	標準化されている。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	既に、標準化された検査で、研修や訓練された専門家(学校教員、言語聴覚士、心理士など)によって行なわれる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	5,000 5,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	「書字障害」の検査法の収載は現在はない
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) 妥当と思われる点数(点)(1点10円) その根拠(150字以内)
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)

小児の発達心理評価
小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患：
学習障害
発達性読み書き障害
小児の後天性失読失書
小児失語等

↓ (今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-III
PVT-R絵画語い発達検査	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247102
申請技術名	標準抽象語理解力検査(SCTAW)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	標準化されている検査で、「学習障害」の診断と治療(手立て)の参考となる検査 抽象語を用いているため、コミュニケーション障害など、言語発達の遅れや広汎性発達障害(PDD)児の言語評価に鋭敏で 利用される 小児から老人までが対象の検査である。
対象疾患名	学習障害 コミュニケーション障害、言語発達遅滞、小児失語症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	発達障害者支援法が施行され、8年が経過した。注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害については、診断と支援が進み つつあるが、一方で「学習障害」についての評価者が平成24年度に認められた「平仮名音読検査(区分1)」だけでは、評価 が不十分のため。特に、読み書きが困難な児童が、本検査を用いて言語発達の問題を併存しているのかどうかを知ること は、その後の治療に大きな指針になるため。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOL の改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	既に、標準化された検査である。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と 頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準 等) (200字以内)	既に、標準化された検査で、研修や訓練された専門家(学校教員、言語聴覚士、心理士など)によって行なわれる。
I-④倫理性・社会的妥当 性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及 性	年間対象患者 数(人) 5,000 年間実施回数 等(回) 5,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と 比較(200字以内)	学習障害 コミュニケーション障害、言語発達遅滞、(小児期発症の失語症)の診断を早期に行い早期に治療的介入を行う ことで、顕著な学業不振を防ぎQOLの改善と発達障害で起こりやすいとされる青年期・成人期の不安障害・気分障害等精 神疾患(二次障害)の防止が期待できる。
(既存の治療 法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 4,000,000
I-⑦診療 報酬上の 取扱	妥当と思われる区 分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点 数(点)(1点10円) 80 その根拠 (150字以内) 標準化された検査であり、概ね40から60分程度で検査および結果処理が可能である。
(関連して減点 や削除が可能 と考えられる 医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの 場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 標準抽象語理解力検査 (SCTAW)

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患:

発達障害 学習障害
コミュニケーション障害
言語発達遅滞
小児失語症

(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC- III
PVT-R絵画語い発達検査	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247103
申請技術名	絵画語い発達検査(PVT-R)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	標準化されている検査で、国際的に使用されている検査の日本語版である。言語発達や受容的語彙力の測定に必要な検査である。また、「学習障害」の診断と治療(手立て)の参考となる検査で就学前から12歳までの検査が可能。
対象疾患名	学習障害、コミュニケーション障害、小児失語、発達性読み書き障害、後天性失読失書
保険収載が必要な理由 (300字以内)	発達障害者支援法が施行され、8年が経過した。注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害については、診断と支援が進みつつあるが、一方で「学習障害」についての評価法は、D285で収載されている、ITPAと、平成24年度に認められた「平仮名音読検査(区分1)だけでは、評価が不十分のため。特に、読み書きが困難な児童が、本検査を用いて言語発達の問題を併存しているのかどうかを知ることは、その後の治療に大きな指針になるため。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	既に、標準化された検査である。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	研修や訓練された専門家(学校教員、言語聴覚士、心理士など)によって行なわれる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	5,000 5,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	学習障害、コミュニケーション障害、小児失語、発達性読み書き障害、後天性失読失書の診断を早期に行い早期に治療的介入を行うことで、顕著な学業不振を防ぎQOLの改善と発達障害で起こりやすいとされる青年期・成人期の不安障害・気分障害等精神疾患(二次障害)の防止が期待できる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 4,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 80 その根拠(150字以内) 標準化された検査であり、概ね40から60分程度で検査および結果処理が可能である。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 絵画語い発達検査PVTR

小児の発達心理評価
小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患：
発達障害 学習障害
コミュニケーション障害
小児失語
発達性読み書き障害
後天性失読失書等

↓ (今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC-Ⅱ
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-Ⅲ
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC(Ⅱ)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247104
申請技術名	広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	標準化されている検査で、広汎性発達障害の診断の補助に使用されている日本で開発された検査である。
対象疾患名	広汎性発達障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	発達障害者支援法が施行され、8年が経過した。注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害については、診断と支援が進みつつあるが、今回削除の提案をしている検査項目CLACⅡ、Ⅲはその煩雑さと解釈の複雑さから現在使用は全くなく、平成24年度に認められたCARS(小児自閉症評価尺度)以外診断の補助となる検査がない。そのためCLACⅡ、Ⅲの削除とともに、現在広く使用されている、PARSの収載を要望する

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	PARSは広汎性発達障害の診断補助情報を提供し、広い年齢範囲(幼児期～成人期)と機能レベル(低機能～高機能)について実施できる。その信頼性・妥当性は辻井ら(2006)、安達ら(2006)、神尾ら(2006)で確認されており、短縮版も作成されている(安達ら,2008)。PARS幼児期ピーク得点は自閉症診断尺度の国際スタンダードであるADI-Rと高い相関があり(Ito et al.2012)、広汎性発達障害の症状を量的に捉える尺度であるSRS(対人応答性尺度)とも高い相関がある(神尾ら,2009)。またPARS思春期・成人期尺度により他疾患から広汎性発達障害を鑑別可能なこと(安田ら,2009)、PARS幼児期尺度の経時的評価における一貫性(塩川,2010)が報告されている。さらに強度行動障害の強さとPARS児童期尺度および思春期成人期尺度との高い相関が報告されている(井上ら,2012)。		
エビデンスレベル			
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし		
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	PARS使用者の条件は、広汎性発達障害の基本的な知識を有する広汎性発達障害にかかわる専門家である。評定は3段階評定であり使いやすい。各評定段階の解説が付されている項目もあるが、評定対象によっては追加質問を行うことが必要な場合もあり、一定程度の専門性と習熟が求められる。		
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし		
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	11,000	
	年間実施回数等(回)	11,000	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	PARSは養育者インタビュー評定であり、本人の直接観察を必要とするCARSよりも実施条件が広い。対象年齢もCARSの3～12歳に対して幼児期から成人期と広い。また低機能から高機能にわたる幅広い機能レベルをカバーしている。実施時間は40～60分程度であるが、検査の集計、結果の分析と報告書作成し評定対象の幼児期と現在の状態像のプロフィール及び支援ニーズと支援の手がかりを把握することが求められる。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査	
	番号	285-3	
	技術名	D285: 認知機能検査その他の心理検査	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	0	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査	
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	450	
	その根拠 (150字以内)	実施時間は40～60分程度、検査の集計、結果の分析と報告書作成にさらに60分程度かかる。評定対象の幼児期と現在の状態像のプロフィール及び支援ニーズと支援提供を提示する極めて複雑な検査である。	
(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(1つ選択)	D 検査	
	番号	285	
	技術名	D285: 認知機能検査その他の心理検査 CLAC II CLAC III	
(点数見直しの場合)	具体的な内容 (150字以内)	上記は、現在の診断基準より古く(1980年前後)煩雑、曖昧さなどあり現在の広汎性発達障害の診断基準に適応しておらず、現在使用されていない(小児精神神経学会、小児神経学会・小児心身医学会・児童青年精神医学会 確認)ため削除	
	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

小児の発達心理検査 追加と削除 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度（PARS）

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患：

自閉症

広汎性発達障害等



（今回提案分）

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247105
申請技術名	新生児行動評価(neonatal behavioral assessment scale) N-BAS
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	新生児行動評価(neonatal behavioral assessment scale) N-BAS は、平成25年4月施行の母子保健法の改正で届け出義務の生じた出生体重2500g未満(102,000人)の低出生体重児など、NICU退院児のフォローアップに利用される。
対象疾患名	脳性麻痺、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害などの発症率が高いとされる低出生体重児
保険収載が必要な理由 (300字以内)	新生児行動評価(neonatal behavioral assessment scale) N-BAS は、平成25年4月施行の母子保健法の改正で届け出義務の生じた出生体重2500g未満の低出生体重児など、NICU退院児のフォローアップに利用されてきたが、現在まで、NICU退院児のフォローアップする検査法は収載されておらず、収載を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)		NBASは、Dubowitz神経学的検査法やPrechtlの自発運動(general movement)と並ぶ、新生児期の神経行動発達評価法の1つである。NICUでケアされた低出生体重児の予後評価および母子関係の援助に使用できる有効な検査手段である。他の評価と比較し、NBASは神経行動能力の全般を、児のベストパフォーマンスを引き出すという視点で検査しながら理解するように意図された検査であり、発達診断というよりもむしろ母子介入の手段として有益な評価法である。
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)		特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)		学会での位置づけは現在ないが、乳幼児、小児のさまざまな学会で、母子支援、虐待予防の意味から重要視されていくものと考えている。NBASには、講習、その後の実践に基づく資格認定、トレーナー認定という基準がアメリカで設けられており、日本もその基準により、認定制度を設けている。施設基準は特になし。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)		特になし
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	100,000
	・年間実施回数等(回)	200,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		新生児の神経行動を評価する検査自体が少ない中で、養育者への介入も可能な検査法として非常に有用と思われる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	285
	技術名	Dubowitz神経学的評価法
予想影響額		プラス・マイナス 金額(円) 560,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	280
	その根拠 (150字以内)	検査時間は子どもへの直接的検査時間は約30分だが、検査結果処理を合わせて60分を超えた時間要し、複雑な検査である。
(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(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
(点数見直しの場合)	具体的な内容 (150字以内)	
	前の点数(点)	
		後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 新生児行動評価N-BAS

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患:

脳性麻痺、広汎性発達障害、注
意欠陥多動性障害などの発症率
が高いとされる低出生体重児等



(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価(neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247106
申請技術名	子ども版解離評価表(The child Dissociative Checklist(CDC),Version3.0)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	子ども版解離評価表CDC は、症状として呈する「解離」「愛着」「PTSD」の程度についての評価・診断、フォローアップの補助検査に利用される。
対象疾患名	解離性障害、反応性愛着障害、心的外傷後ストレス障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	子ども虐待(平成23年度児童相談所相談件数59,519件)の中心的疾患である解離性障害や反応性愛着障害を同定する際の、患者及びその家族、関係者への説明理解の指標として、必要不可欠と考える。また、東日本大震災を経験した小児らのPTSD症状の理解の指標となり、今後の対策と支援を考慮するうえにおいて、重要な検査といえる。現在まで、子どもの解離の診断の補助やフォローアップする検査法は収載されておらず子ども版解離評価表(CDC)、収載を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	その心理検査としての信頼性、妥当性は、SS Zoroglu(2000)によって示されている(Reliability and Validity of the Turkish Version of the Child Dissociative Checklist) 日本の研究においても心的外傷を抱える子どもは、普通家庭児童、児童養護施設児ともにCRTS, CDCともに有意に高値であり、施設入所児は家庭児よりもCRTS, CDCともに有意に高値である。このことからCRTS, CDCの子どものトラウマ反応のスクリーニングに対する有用性が明らかと報告(2002田中 科学研究費助成事業 児童虐待による心的外傷後ストレス障害および解離性障害の発生頻度と治療に関する研究)するなど、現在バージョン3が汎用されている。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	教示、採点、解釈においてマニュアルに従って実施することができる
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	10,000 20,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	解離症状と愛着状態の両側面を児童を対象として、生活に関わる周囲の人間が自記式で得点化できる。自ら訴える事の少ない内的な状況を客観的に把握し、得点化できることで、診断および治療の経過を捉える上で、有効な資料となりうる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 90,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 450 その根拠(150字以内) 検査概ね60分、及び結果の解釈と処理において、90分以上を要するため。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 子どもの解離調査表 CDC

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止、および児童用検査
バッテリーの新収載

対象疾患:

解離性障害

反応性愛着障害

心的外傷後ストレス障害 等



(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247107
申請技術名	思春期解離体験尺度A-DES (Adolescent dissociative experiences scale)
申請団体名	日本小児精神神経学会（共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会）
技術の概要 (200字以内)	思春期解離体験尺度(A-DES) は、症状として呈する「解離」「愛着」「PTSD」についての評価・診断、フォローアップの補助検査に利用される。
対象疾患名	解離性障害 反応性愛着障害 心的外傷後ストレス障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	子ども虐待の中心的疾患である解離性障害や反応性愛着障害を同定する際の、患者及びその家族、関係者への説明理解の指標として、必要不可欠と考える。また、東日本大震災を経験した小児らのPTSD症状の理解の指標となり、今後の対策と支援を考慮するうえにおいて、重要な検査といえる。現在まで、子どもの解離の診断の補助やフォローアップする検査法は収載されておらず、思春期解離体験尺度(A-DES) 、収載を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	佐藤ら(2009)によってCDI、CES-Dと比較して高い判別能力が示されている。そのスクリーニング精度はカットオフポイント(≥24、≥16)によって、陽性的中度(100%、20.9%)、陰性的中度(97.1%、97.5%)、感度(46.7%、60.0%)、特異度(100%、87.5%)である。佐藤寛、石川信一、下津咲絵、佐藤容子:子どもの抑うつを測定する自己評価尺度の比較—CDI、DSRS、CES-Dのカットオフ値に基づく判別精度— 児童青年精神医学とその近接領域 50(3):307-317, 2009.
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	教示、採点、解釈について、マニュアルにそった実施によって可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 10,000 年間実施回数(回) 10,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	虐待や災害被災などの心的外傷後ストレス障害(PTSD)などの子どもの状態がスクリーニングできるようになり、早期に適切な治療介入が可能になる。その経過についても客観的な評価がしやすくなる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 45,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 450 その根拠(150字以内) 検査は標準化されたマニュアルにそったものだが、質問内容に情緒面の動揺があるなど回答に時間を要し概ね60分で検査および結果処理に90分以上掛かり分析も背景分析に時間がかかるなど極めて複雑な検査である。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 思春期解離体験尺度 A-DES

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止、および児童用検査
バッテリーの新規収載

対象疾患:

解離性障害

反応性愛着障害

心的外傷後ストレス障害 等



(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC- III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247108
申請技術名	小児の特定不安検査 STAI-C(児童用)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	小児の特定不安検査 STAI-C(児童用) は、症状として呈する「不安状態」「うつ状態」についての評価・診断、フォローアップの補助検査に利用される。
対象疾患名	全般性不安障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	平成23年度の文部科学省の調査では、不登校児童生徒数(全児童生徒数に対する割合)は小学校で22,622人(0.33%)、中学校で 94,836(2.64%)人である。その要因として診断されることの多い「不安障害」関連「うつ病」の診断やフォローアップの補助検査としては、成人の診断検査は収載されている(D-285 STAI状態・特性不安検査 区分「1」)。しかし現在まで、子どもの診断の補助やフォローアップする検査法は収載されておらず小児の特定不安検査 STAI-C(児童用)、収載を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	性格傾向としての不安(特性不安)だけではなく、その時おかれた状況により変化する不安(状態不安)の両側面を簡便に評価することができる。その心理検査としての信頼性、妥当性は曾我(1983)によって示されている 曾我祥子: 日本版 STAI-C標準化の研究、心理学研究、54(4)、215-221、1983。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	教示、採点、解釈においてマニュアルに従って実施することができる
I-④実用性・社会的有用性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	10,000 10,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	特性不安と状態不安の両側面を児童を対象として、自記式で得点化できる。自ら訴える事の少ない内的な状況を客観的に把握し、得点化できることで、診断および治療の経過を捉える上で、有効な資料となりうる。成人においては、既に D-285 において、「STAI状態・特性不安検査」など検査の収載がされているが児童用は収載されていない。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 8,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 80 その根拠(150字以内) マニュアル化された検査であり、検査及び結果処理は概ね60分を要する。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 小児の特定不安検査 STAI-C

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止、および児童用検査
バッテリーの新規収載

対象疾患：
不安障害等



(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC- III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247109
申請技術名	パールソン児童用抑うつ性尺度(DSRS-C)
申請団体名	日本小児精神神経学会(共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	パールソン児童用抑うつ性尺度(DSRS-C)は、症状として呈する「うつ状態」についての評価・診断、フォローアップの補助検査に利用される。
対象疾患名	気分障害 鬱病
保険収載が必要な理由 (300字以内)	平成23年度の文部科学省の調査では、不登校児童生徒数(全児童生徒数に対する割合)は小学校で22,622人(0.33%)、中学校で94,836(2.64%)人である。その要因として診断されることの多い「不安障害」関連「うつ病」の診断やフォローアップの補助検査としては、成人の診断検査は収載されているが、現在まで、子どもの診断の補助やフォローアップする検査法は収載されておらずパールソン児童用抑うつ性尺度(DSRS-C)、収載を要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	佐藤ら(2009)によってCDI、CES-Dと比較して高い判別能力が示されている。そのスクリーニング精度はカットオフポイント(≥24、≥16)によって、陽性的中度(100%、20.9%)、陰性的中度(97.1%、97.5%)、感度(46.7%、60.0%)、特異度(100%、87.5%)である。佐藤寛、石川信一、下津咲絵、佐藤容子：子どもの抑うつを測定する自己評価尺度の比較—CDI、DSRS、CES-Dのカットオフ値に基づく判別精度— 児童青年精神医学とその近接領域 50(3)：307-317, 2009. 早期の適切な診断とその介入により、青年期・成人期の気分障害・鬱病遷延や発症の減少が期待できる。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	教示、採点、解釈について、マニュアルにそった実施によって可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	10,000 1
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	子どもの抑うつ状態が簡便にスクリーニングできるようになり、早期に適切な治療や対応が可能になる。その経過についても客観的な評価がしやすくなる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 8,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 80 その根拠(150字以内) マニュアル化された検査であり、検査及び結果処理は概ね60分を要する。
(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(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除 バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止、児童用検査バッテ
リーの新規収載

対象疾患：
気分障害
鬱病等



(今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC- III
絵画語い発達検査 PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247110
申請技術名	K-ABC II (Kaufman Assessment Battery for Children: 個別式知能検査 II (改訂))
申請団体名	日本小児精神神経学会 (共同提案 日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会)
技術の概要 (200字以内)	K-ABCは、標準化されている検査で、読み・書き・算数などの学習障害の診断の補助に使用されている日本で標準化された検査で教育現場、および発達障害を診療している専門病院で広く使用されている。
対象疾患名	発達障害 学習障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	発達障害者支援法が施行され、8年が経過した。注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害、学習障害について、診断と支援が進みつつあるが、まだその診断と対応は教育現場では、十分ではない。K-ABCは、標準化されている検査で、読み・書き・算数などの学習障害および児童の認知特性の診断の補助に使用されている。日本で翻訳標準化された検査で主に教育現場、および発達障害を診療している専門病院で広く使用されている。今回2013.8月に改訂版(第二版)であるK-ABC II が刊行されるため収載を要望する。尚、第二版の普及により当面は両方の収載が必要であるが、将来的には初版のK-ABCは収載が不要になる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	標準化された検査法である。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	特になし
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	K-ABC II 使用者の条件は、発達障害の基本的な知識を有しにそれにかかわる専門家であるが、マニュアル化されている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	16,000 16,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	既に汎用され、保健点数収載されているK-ABCと比較して①適応年齢の上限が12歳から18歳になった ②認知処理の焦点が「継次、同時、計画、学習」と拡大した。③習得度が「語彙、読み、書き、算数」と拡大した。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 285 技術名 D285: 認知機能検査その他の心理検査
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 0
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 450 その根拠(150字以内) 実施時間は60分から120分程度、検査の集計、結果の分析と報告書作成にさらに90分から130分程度合計150～250分かかる。極めて複雑な検査である。現在使用されているK-ABCを使用が改訂版IIを使用するため、検査件数はの増減はないと予想される。
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) D 検査 番号 D-283 発達及び知能検査 技術名 WISC-R知能検査 具体的な内容(150字以内) K-ABC II は、D285: 認知機能検査その他の心理検査に該当するが、3歳から18歳までの知的能力の発達レベルを把握できるため、既収載のWISC III、WISC IVに匹敵する。そのため、知的能力検査の、D283: 発達及び知能検査 既収載のWISC-R知能検査は使用がほとんどないため削除を要望する。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

小児の発達心理検査 追加と削除

K-ABC II (Kaufman Assessment Battery for Children II)

小児の発達心理評価

小児の精神、神経関係学会での調査
⇒国際的な検査バッテリーの最新版
への切り替え・使用されなくなった旧
式の検査の廃止

対象疾患：
発達障害
学習障害 等

↓ (今回提案分)

発達心理検査(追加)		発達心理検査(削除)
小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW)	思春期解離体験尺度 A-DES	CLAC- II
標準抽象語理解力検査 (SCTAW)	子どもの解離調査表 CDC	CLAC-III
絵画語い発達検査PVTR	K-ABC (II)	WISC-R
新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS	PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)	
バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)		
小児の特定不安検査 STAI-C (児童用)		

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号	247201
申請技術名	小児特定疾患カウンセリング料
申請団体名	日本小児精神神経学会（共同提案：日本小児学会、日本小児神経学会、日本小児心身医学会）
診療報酬区分（1つ選択）	B 医学管理等
診療報酬番号	B001-4
再評価区分（1つ選択）	1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載 その他（診療にかかる時間と初診からの年数で点数を変更する。）
提案の具体的な内容（400字以内）	対象年齢を、現在の乳幼児期および学童期から、乳幼児期から20歳未満に変更する。 現在の2年間の年数制限では成長課程に伴う心の問題に対応できないため年数制限を廃止する。 現在は家族へのカウンセリングは対象外であるが、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できるようにする。 点数は現在の月の1回目500点月の2回目400点から、時間が30分以上の場合400点、30分未満の場合330点で、初診から1年以内は200点加算に変更する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	小児の心の問題では、早期介入により対応することが重要であり、現在の小児特定疾患カウンセリングの枠で対応されている。しかしその後も、新学期、思春期、中学卒業時期、高校卒業時期などの節目の時期に問題を生じ、再び時間をかけたカウンセリングを必要とすることが多い。このような継続的な診療により重症化が防がれ、不登校やひきこもりなどの不適応を未然に防ぐことが可能となるが、現在の2年間の制限下では、これに対応が不可能である。小児期から思春期の時期に対人関係や社会性を身に付けることにより、成人以降の長期に亘る精神科通院や精神科入院を減らすことが可能となり、医療費は抑制される。二次障害の予防に繋がり、社会参加可能な例が増え「支える立場」になる。また、該当する特定疾患では、家族関係が原因や症状増悪の要因になっていることが少なくなく、家族へのカウンセリングが必要な場合も多い。診療時間への配慮も必要である。						
点数の見直しの場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">前の点数(点)</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の点数(点)</td> <td>600</td> </tr> </table>	前の点数(点)	500	後の点数(点)	600		
前の点数(点)	500						
後の点数(点)	600						
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	対象年齢が15歳未満から20歳未満に延長することと年数制限を廃止することにより、年間対象患者数は1.5倍となる。また、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できることになると、一人当たりの年間実施回数は1.4倍になる。対象患者数増を考慮すると、年間実施回数は現在の約2倍になる。						
・年間対象患者数の変化	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">前の人数(人)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の人数(人)</td> <td></td> </tr> </table>	前の人数(人)		後の人数(人)			
前の人数(人)							
後の人数(人)							
・年間実施回数の変化等	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">前の回数(回)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の回数(回)</td> <td></td> </tr> </table>	前の回数(回)		後の回数(回)			
前の回数(回)							
後の回数(回)							
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">プラス・マイナス</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">金額(円)</td> <td>0</td> </tr> </table>	プラス・マイナス	+	金額(円)	0		
プラス・マイナス	+						
金額(円)	0						
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>継続的な診療を行い、重症化を防ぎ不登校やひきこもりなどの不適応を未然に防ぐことが可能となる。小児期から思春期の時期に対人関係や社会性を身に付けることにより、成人以降の長期に亘る精神科通院や精神科入院を減らすことが可能となり、医療費は抑制される。</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>現在の2年間の制限下では、成長に伴う節目の時期に生じた問題に対応ができず、これにより不登校や社会的不適応な状態につながり、結果として将来の医療費の増大につながるようになる。</td> </tr> </table>	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	継続的な診療を行い、重症化を防ぎ不登校やひきこもりなどの不適応を未然に防ぐことが可能となる。小児期から思春期の時期に対人関係や社会性を身に付けることにより、成人以降の長期に亘る精神科通院や精神科入院を減らすことが可能となり、医療費は抑制される。	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在の2年間の制限下では、成長に伴う節目の時期に生じた問題に対応ができず、これにより不登校や社会的不適応な状態につながり、結果として将来の医療費の増大につながるようになる。		
増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	継続的な診療を行い、重症化を防ぎ不登校やひきこもりなどの不適応を未然に防ぐことが可能となる。小児期から思春期の時期に対人関係や社会性を身に付けることにより、成人以降の長期に亘る精神科通院や精神科入院を減らすことが可能となり、医療費は抑制される。						
増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現在の2年間の制限下では、成長に伴う節目の時期に生じた問題に対応ができず、これにより不登校や社会的不適応な状態につながり、結果として将来の医療費の増大につながるようになる。						
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">区分(1つ選択)</td> <td>B 医学管理等</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">番号</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">技術名</td> <td>特になし</td> </tr> </table>	区分(1つ選択)	B 医学管理等	番号	特になし	技術名	特になし
区分(1つ選択)	B 医学管理等						
番号	特になし						
技術名	特になし						
提案の具体的な内容(150字以内)	なし						
点数の見直しの場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black;">前の点数(点)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">後の点数(点)</td> <td>0</td> </tr> </table>	前の点数(点)	0	後の点数(点)	0		
前の点数(点)	0						
後の点数(点)	0						

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	248101
申請技術名	血清25水酸化ビタミンD測定(25OHD)
申請団体名	日本小児内分泌学会
技術の概要 (200字以内)	ビタミンD欠乏症の診断に血清25水酸化ビタミンDの測定が必須である
対象疾患名	ビタミンD欠乏症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	ビタミンD欠乏症の診断に血清25水酸化ビタミンDの測定が必須である。 日本小児内分泌学会:ビタミンD欠乏性くる病・低カルシウム血症の診断マニュアル http://jspe.umin.jp/pdf/vitaminFD_manual.pdf 他に下記の文献 協和メデックス株式会社の臨床性能試験が終了して申請の最終段階にある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	ビタミンD欠乏症の診断が確実にされ、けいれんや骨変形などの合併症を防ぐことが可能となる。 米国FDAにおいて25水酸化ビタミンDの測定は認められている。 文献: Pediatrics 2008;122:1142-1152. European Journal of Endocrinology 160 491-497, 2009. Pediatrics International (2009) 51, 559-562 Am J Clin Nutr 2008;88(suppl):558S- 64S
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	採血によるもので、患者さんへの危険性はない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	古くからおこなわれている技術であり、検査会社が通常レベルで行える検査。
I-④実用性・社会的有用性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	本医療技術に関係する問題点はない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	1,000 2,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	血中25OHD量がビタミンDの充足状態を最も的確に反映するという知見に基づき、欧州や米国を含む主要先進国では既に、広く保険適用を受けている。米国でのFDA承認、欧州でのEU承認も得ており、ビタミンD欠乏(米国においては不足の場合も含む)の診断マーカーとしてごく一般的に用いられている。現在検査会社で行われている検査費用が7,000-14,000円であるので700点を要望する
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 D008 技術名 1,25(OH)2ビタミンD
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 6,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 700 その根拠 (150字以内) 現在検査会社で行われている費用が7,000-14,000円であるから1件7,000円(700点)で計算する。現在は、1,25(OH)2ビタミンDの測定(保険点数は400点)で代用して測定していると考えられるので、これは省ける。
(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(1つ選択) D 検査 番号 D008 技術名 1,25(OH)2ビタミンD 具体的な内容 (150字以内) 現在は、1,25(OH)2ビタミンDの測定(保険点数は400点)で代用して測定していると考えられるので、これは省ける。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 400 後の点数(点) 700

概要図: 血清 25 水酸化ビタミンD(25OHD)測定

I ビタミンD 欠乏症は増加しており対応が必要である

- 2008 年に米国小児科学会は、北米でビタミン D 欠乏症(くる病)が増加している状況から、乳幼児のみならず思春期年齢においてもビタミン D 欠乏症の予防が必要であるという勧告を出した。ビタミン D 摂取量を増やし、血清 25OHD を 20ng/ml 以上に保つ必要があるとしている(文献1. *Wagner CL, et al. Pediatrics* 2008;122:1142-1152)。
- 北米での栄養調査(National Health and Nutrition Examination Survey)において、1988-1994 年(12-60 歳以上、全人種、18,883 名)と 2001-2004 年(同、13,369 名)の血清 25OHD 濃度を比較した結果、平均値が 30ng/ml [95% CI 29-30] から平均 24ng/ml [95% CI 23-25] へ低下していた。さらに 10ng/ml 以下の低値を示す例が 1988-1994 年の 2% から 2001-2004 年の 6% へ増加しており、ビタミン D 欠乏状態が増加したことが明らかである(文献2. *Ginde AA, et al. Arch Intern Med* 2009;169:626-632)。
- 日本小児内分泌学会などで発表されるビタミン D 欠乏性くる病の報告が増えている。全国の小児科研修認定 535 施設に対して行った調査で、85 施設(回答 260 施設中)で 2003-2007 年に 581 例のビタミン D 欠乏症が経験されており、その原因は、栄養法の問題(母乳栄養、アレルギー疾患などに対する食事制限)、日光照射不足、低出生体重児であった(第 43 回日本小児内分泌学会、10 月、2009 で発表)。

II ビタミンD 欠乏症(くる病)の病態と臨床症状

□ ビタミンD 欠乏(くる病)の病態進行と検査所見

第一段階: 25OHD 減少(+)………血清 Ca 正常～低下、1,25(OH)₂D は正常～増加。

第二段階: 25OHD 減少(++)………血清 Ca は正常化(増加した副甲状腺ホルモンの作用により、骨から血中へ Ca が漏出)。

血清アルカリフォスファターゼ(ALP)が上昇し始める。1,25(OH)₂D は低下しない。

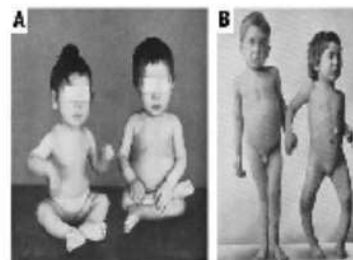
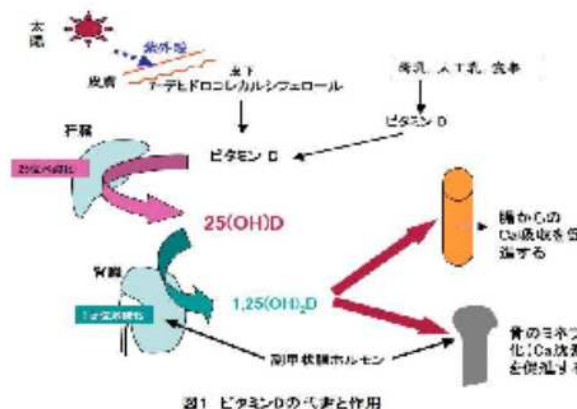
第三段階: 25OHD 減少(+++)………血清 Ca、リン(P)は低下、血清 ALP は著増する。X 線写真で骨の異常所見が出現する。

□ ビタミンD 欠乏による症状

けいれん(低 Ca 血症による)、骨変形と骨粗鬆症(骨ミネラル低下による)、歩行の遅れ、低身長、免疫機能低下。

III ビタミンD 欠乏症の診断が早期に確実に行えることによるメリット

不確実な診断による不必要な治療が避けられ、けいれんや骨変形などの合併症に関わる治療費が軽減され、成人期の骨粗鬆症の進展を予防できる(文献1および文献3. *Hollie MF. J Clin Invest* 2006;116:2062-2072)。



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	248102
申請技術名	DNAメチレーション試験
申請団体名	日本小児内分泌学会
技術の概要 (200字以内)	Prader-Willi症候群の確定診断には、本法が診断率99%の精度で可能。
対象疾患名	Prader-Willi症候群
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在、実施されているFISH法は、診断率が約75%であるが、本検査は99%である。 小児期に有効な治療法がありながら、診断が特定できない患者が約25%いることは問題です。

【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(400字以内)		早期診断、早期医療介入が可能となり、患者のQOL改善が見込まれる。 海外では、すでに本検査法がルーチン化している(Nature Genetics 16(May):16, 1997. American Journal of Medical Genetics 66:7740, 1996)	
エビデンスレベル		Ⅲ 非ランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		採血した血液のリンパ球を用いての検査法で患者さんへの危険性はない。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)		すでに一般ルーチン化している検査で、SRLなどの検査センターで検査可能。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)		問題なし(通常の遺伝子関連検査に準じた扱いにより倫理的・社会的問題は生じない)。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	100	
	年間実施回数等(回)	100	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		現在、実施されているFISH法は、診断率が約75%であるが、本検査は99%の精度である。一部の患者では、FISHを行わずに本検査を行うことがあり	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査	
	番号	D006-4	
	技術名	15番染色体検査(FISH)	
	予想影響額		
I-⑦診療報酬上の取扱	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	600,000	
	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	2,400	
	その根拠(150字以内)	現在は、根拠診断能力の落ちるFISH法が24,000円で行われている。	
	その他		
(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(1つ選択)	その他	
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容(150字以内)	なし	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	なし	
	後の点数(点)	0	

概要図: プラダー・ウィリー症候群の診断におけるDNAメチレーション試験

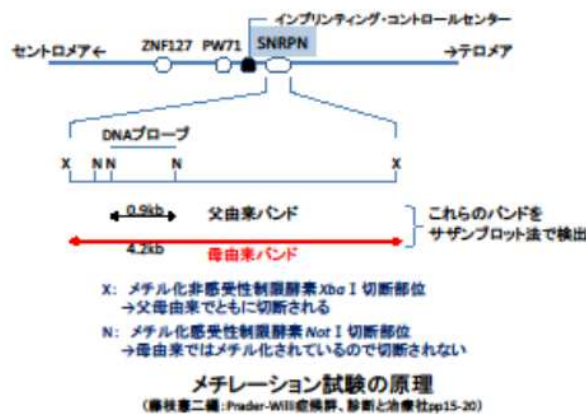
I プラダー・ウィリー症候群(PWS)の早期診断の必要性

- プラダー・ウィリー症候群(PWS)は、筋緊張低下(とくに新生児乳児期)、精神発達遅滞、低身長、抑制しにくい過食、肥満、将来の糖尿病、呼吸不全などの症状を呈する症候群です。1-1.5 万人に 1 人(年間出生数は、およそ 100 人)。
- 早期に診断できれば、早期介入を可能にし、養育指導、合併症の予防、適応例への成長ホルモン治療等により、患者のQOLに大いに貢献するとともに、将来の医療費削減につながるものと期待されます。
- PWS は、父由来の 15 番染色体長腕(15q11-q13)が何らかの原因により働かないことにより生じます。原因等は以下の通り。

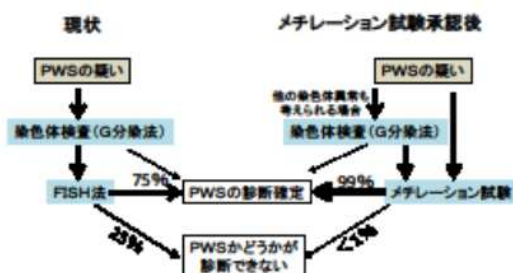
・15q11-q13 の欠失	75%	染色体分析と、FISHで診断可能
・片親性ダイソミー(母性 UPD) 20%		染色体分析やFISHで診断不可能
・刷り込み変異	5%	染色体分析やFISHで診断不可能

原因にかかわらず、メチレーション試験で PWS かどうかを診断できます

II メチレーション試験の原理



III PWS疑い症例に対する診断方法の、予想される変化



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	248103
申請技術名	血清TSBAbs(TSHレセプター抗体[阻害型])測定
申請団体名	日本小児内分泌学会
技術の概要 (200字以内)	血清検体によりTSBAbs(TSHレセプター抗体[阻害型])を測定する
対象疾患名	甲状腺機能低下症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	甲状腺機能低下症の中にTSHレセプターに対する阻害型抗体によるものがある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	TSHレセプターに対する抗体には刺激型と阻害型の2種類がある。TSHレセプター抗体[阻害型]: TSBAbsは、原発性粘液水腫(委縮性甲状腺炎)やバセドウ病の治療経過中に検出されることがある。 日本甲状腺学会: 甲状腺疾患診断ガイドライン2010 http://www.japanthyroid.jp/doctor/guideline/japanese.html#teika	
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	採血によるもので、患者さんへの危険性はない。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	古くからおこなわれている技術であり、検査会社が通常レベルで行える検査。	
I-④無害性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	本医療技術に関係する問題点はない。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	1,500
	年間実施回数等(回)	3,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	TSHレセプターに対する抗体には刺激型と阻害型の2種類がある。TSHレセプター抗体[阻害型]: TSBAbsは、原発性粘液水腫(委縮性甲状腺炎)やバセドウ病の治療経過中に検出されることがある。特にバセドウ病の治療中に甲状腺機能低下症を呈する例が少なからずあり、その原因としてTSBAbs出現による例があるので、血清TSBAbs測定が重要である。日本甲状腺学会: 甲状腺疾患診断ガイドライン2010	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	その他
	番号	なし
	技術名	なし
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	10,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	350
	その根拠 (150字以内)	刺激型TSHレセプター抗体(TSAb)は350点であるので350点とした。
(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(1つ選択)	その他
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容 (150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	なし
	後の点数(点)	0

血清 TSBA_b (TSH レセプター抗体[阻害型])測定

TSBA_b 存在による甲状腺機能低下症の診断に有用

TSH レセプターに対する抗体には刺激型と阻害型の 2 種類がある。TSH レセプター抗体[阻害型]; TSBA_b)は、原発性粘液水腫(萎縮性甲状腺炎)やバセドウ病の治療経過中に検出されることがある。特にバセドウ病の治療中に甲状腺機能低下症を呈する例が少なからずあり、その原因とし TSBA_b 出現による例があるので、血清 TSBA_b 測定が重要である。

点数 350 点

刺激型 TSH レセプター抗体(TSA_b)は 350 点であるので 350 点とし、年間 3,000 回検査で、350 点 X3,000 回＝1,000 万円増。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	248104
申請技術名	血中ケトン体自己測定器加算
申請団体名	日本小児内分泌学会
技術の概要 (200字以内)	ケトosisの早期発見と糖尿病ケトアシドーシス(DKA)への進展予防のために全血中のケトン体の1つであるβ-ヒドロキシ酪酸を適切な患者教育の後に在宅で自己測定し、家庭での緊急時対応の指標とする。
対象疾患名	糖尿病、小児低血糖症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	全血中のケトン体の1つであるβ-ヒドロキシ酪酸を血糖自己測定と同様な安全かつ低侵襲な方法により測定し、主に糖代謝機能障害及び異常を伴う各種疾患(糖尿病他)患者の安全な血糖自己管理、特に血糖コントロール不良時におけるケトosisの早期発見と糖尿病ケトアシドーシス(DKA)への進展予防のために、在宅での血中ケトン体自己測定を適切な患者教育の下に実施し、家庭での緊急時対応の指標とすることにより、救急外来訪問の削減が可能となるため、保険収載の必要性があると考えられる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	尿ケトン体測定群と比較し、血中ケトン体自己測定を実施し自己対応処置をさせた群は救急外来訪問数が半減したとの報告(Diabet Med 23:278-284,2006)、CSII不具合によるインスリン注入断絶の早期検出可能との報告(Diabetes Care 26:1137-1141,2003、Diabetes Technol Ther 8:67-75,2006)などにより血中ケトン体自己測定の有効性が示されている。米国糖尿病学会(Diabetes Care 34:1419-1423,2011、Diabetes Care 32:1335-1343,2009)、国際小児思春期糖尿病学会のガイドライン(Pediat Diabetes 10:146-153,2009)はシックデイ管理や間歇注入シリンジポンプ(CSII)患者の血中ケトン体自己測定の有用性を指摘している。	
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)	血中ケトン体自己測定用の機器・試薬としては自己検査用として承認されている製品が存在し、血糖自己測定用と共通の機器を使用し、血糖自己測定と同様の手技で血中ケトン体(β-ヒドロキシ酪酸)を測定するため、安全性は血糖自己測定と同等であり問題は無いと考えられる。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)	当該領域の糖尿病療養指導などに習熟した医師またはその医師の指導の下に糖尿病療養指導に習熟した看護師等が患者に指導し、自己測定を実施させることが望ましい。	
I-④実用性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	問題なし。	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	5,264	
	63,168	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	当該技術は現在院内でのみ実施されており、また、従前の血糖自己測定に比べケトン体(βヒドロキシ酪酸)を直接測定していることからケトosis・DKAの、より正確な指標となる。これを在宅で自己測定させケトosisの早期発見とDKAへの進展予防のための自己対応処置を実施することにより緊急外来訪問・入院件数の半数以上の削減が期待できる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	C 在宅医療
	番号	150
	技術名	血糖自己測定器加算
予想影響額	プラス・マイナス	—
	金額(円)	52,997,952
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	C 在宅医療
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	400
その根拠 (150字以内)	類似技術の点数(D007 11 ケトン体 30点/回にその他消耗品を含めた10回分、D007 1 グルコース 11点/回に対するC150 1 血糖自己測定器加算 月20回以上測定する場合 400点)と比較して同等と考えられるため。	
(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(1つ選択)	その他
	番号	なし
	技術名	なし
具体的な内容 (150字以内)	血糖自己測定に追加して実施することが求められるため、該当なし。	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

概要図

「血中ケトン体自己測定器加算」について

【技術の概要】

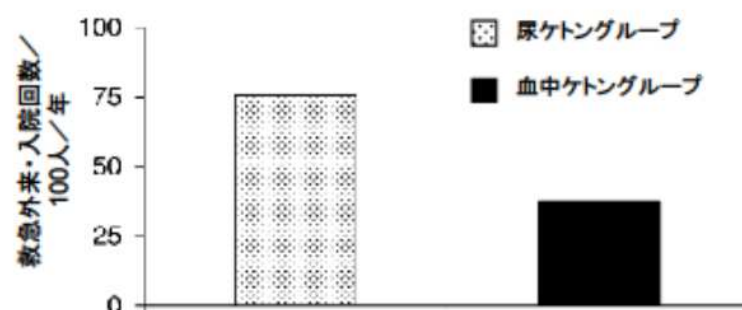
・全血中のケトン体の1つであるβ-ヒドロキシ酪酸を適切な患者教育の後に在宅で自己測定し、家庭での緊急時対応の指標とし、糖尿病ケトアシドーシスによる入院を削減する。

【対象疾患】

・糖尿病、小児低血糖症
糖尿病ケトアシドーシスの既往がある、またはインスリン製剤の自己注射を1日に3回以上行っている、あるいは間歇注入シリンジポンプによりインスリン治療を実施している患者で、平成20年患者調査(厚生労働省によると「インスリン依存性糖尿病」患者総数は、188,000人。DKA発症率が約0.028回/患者・年(J Pediatr 125:177-188,1994)とすると年間DKA患者数は、5,264人。

【既存の治療法との比較】

・海外の研究において、尿ケトン体測定群と比較し血中ケトン体自己測定を実施し自己対応処置をさせた群は救急外来訪問・入院数が半減したと報告されている。



・本邦では尿ケトン体自己測定も実施されていないので、救急外来訪問・入院削減数はより多く期待される。
・高血糖を示さない糖尿病ケトアシドーシス患者も存在するので、血糖自己測定のみでは不十分である。

【診療報酬上の取扱】

・C 在宅医療
・400点
(C150 1 血糖自己測定器加算 月20回以上測定する場合と類似するため)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

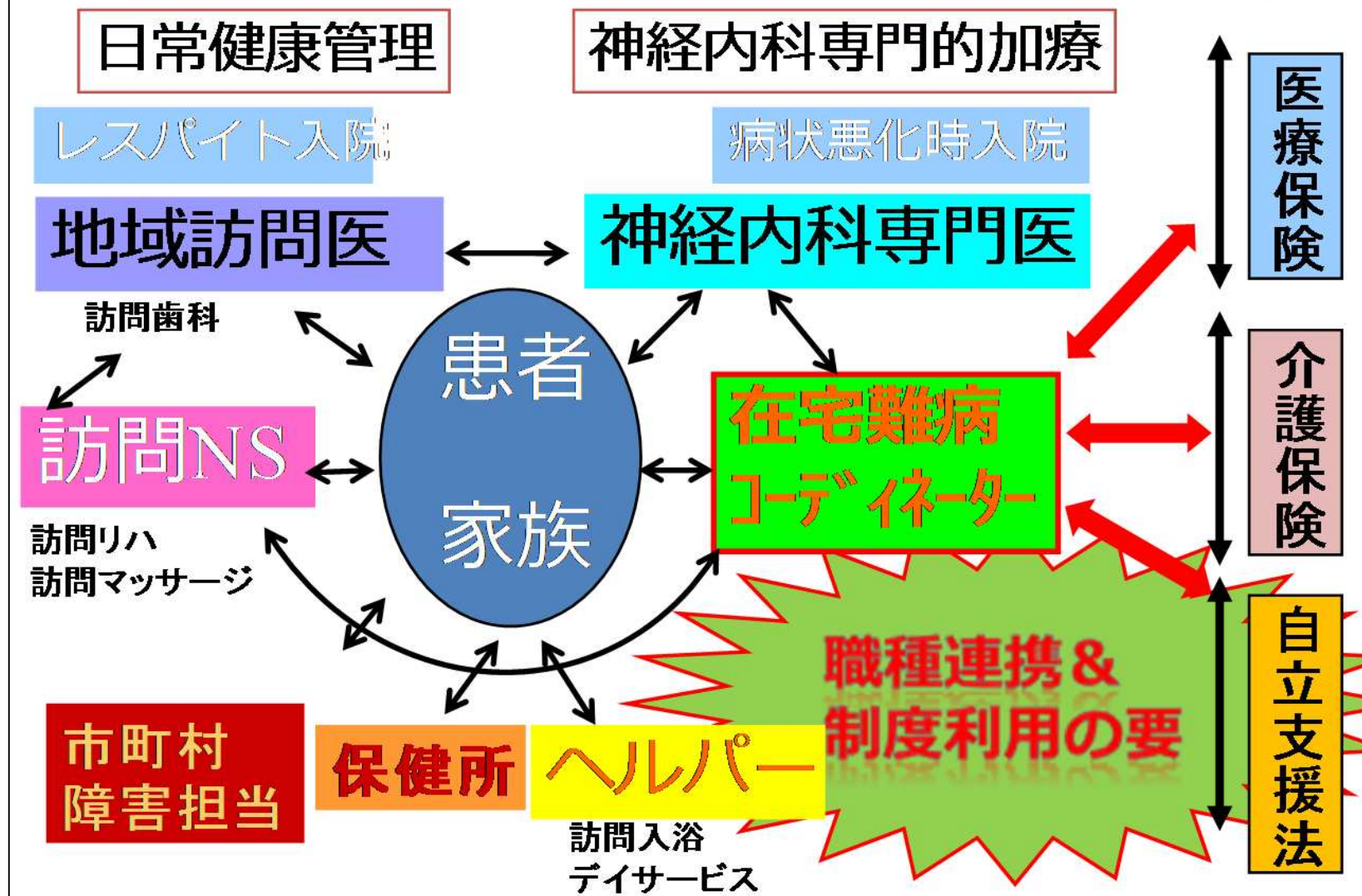
- ※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	250101
申請技術名	在宅難病コーディネーター
申請団体名	日本神経学会（共同提案：日本神経治療学会、日本在宅医学会、日本プライマリーケア学会、日本ケアマネジメント学会、日本緩和医療学会）
技術の概要 （200字以内）	筋萎縮性側索硬化症および人工呼吸器、気管切開の医療処置を行っている患者に対して在宅に必要な医療や諸制度を利用するためのコーディネートを行う
対象疾患名	筋萎縮性側索硬化症および人工呼吸器、気管切開等の特殊な医療処置を行っている患者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	神経難病の一部は医療処置があり医療保険・特定疾患制度・介護保険・障害者総合支援法など多くの制度を必要とするが、諸制度に精通していないと利用は難しい。入院やレスパイトステイ、在宅スタッフの確保など、これらの対応は現在の介護保険のケアマネージャーの職域をこえるサービスであり、医療と福祉の両面をコーディネートする人材が必要。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	神経難病に代表される、さまざまな疾病や障害を抱えた患者は、在宅生活に移行または継続する上で複数の制度を利用する。特に40歳以下であったり、介護保険の対象者でない場合、これらの制度を利用するためには患者自らが複数個所の申請手続きに奔走しなければならない。どのような制度を利用できるのかも一般市民には理解しにくいので、複数の制度を理解して、医療も福祉もその方にあった利用の仕方を提案できるコーディネーションを行う職種が必要である。特殊な医療処置が必要な場合、受け入れ先の確保も困難で通常の介護保険のケアマネージャーの役割に留まらず、さらに広い範囲の福祉制度および医療のアレンジをカバーする新たなカテゴリーとしておくことで、効率的な利用ができ、無駄がなくなり患者のQOLも向上する。	
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）	人材のため安全性に抵触しない。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) （200字以内）	現状ではケアマネージャーや訪問看護、医療ソーシャルワーカーの一部がそれぞれ職域を超えてボランティアとしてコーディネーションを行っている。	
I-④必要性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	今後の日本の在宅医療を支えるためには必須の人材である。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	30,000
	年間実施回数等(回)	360,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	介護保険のケアマネージャー機能も包含し、より広い範囲のサービスをコーディネートすることで、有効な制度利用を推進できる。 1件当り月額14,365円(大田区例)のところを2万円とすると差額約5千円。以上より 3万人X5000円X12カ月＝18億円	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	その他
	番号	000
	技術名	なし
予想影響額	プラス・マイナス金額(円)	1,800,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	C 在宅医療
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	2,000
	その根拠(150字以内)	現在の介護保険ケアマネージャー(約4万人)の一部(10%として4000人)が相当すると考え、現在の平均年収380万平均年齢44歳(厚生労働省の『賃金構造基本統計調査 平成18年版』より算出)を公務員福祉職給与436万平均年齢40歳(平成22年国家公務員給与等実態調査)程度に引き上げると仮定。
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	その他
	番号	000
	技術名	なし
	具体的な内容(150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

難病の在宅医療にはチーム医療が必須



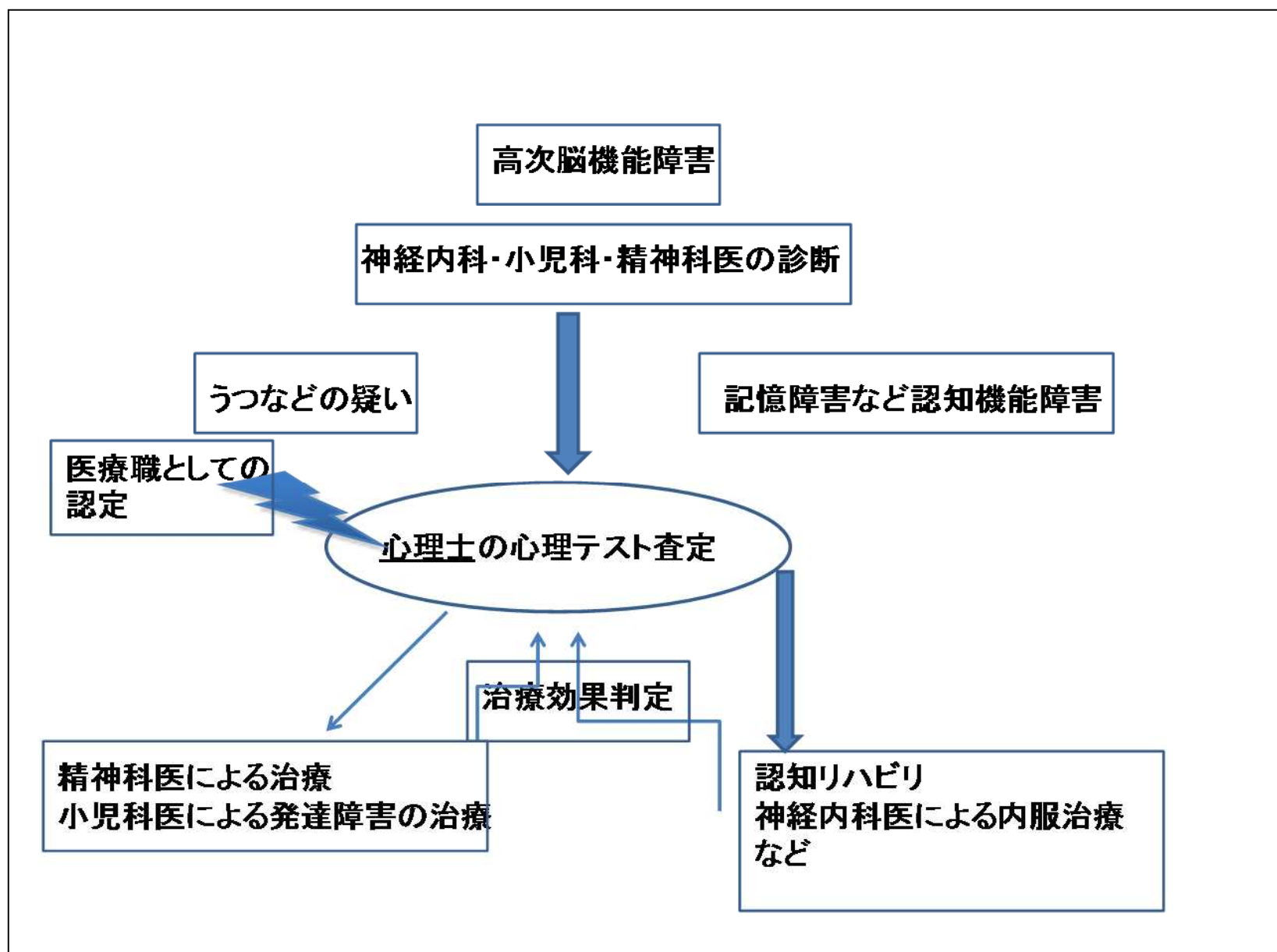
医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	250102
申請技術名	医療心理士による神経心理査定料
申請団体名	日本神経学会(共同提案:日本小児神経学会、日本リハビリテーション学会、日本高次脳機能障害学会、日本てんかん学会、)
技術の概要 (200字以内)	認知症、発達障害、さまざまな精神機能障害などにおける、高次脳機能障害の治療、リハビリテーションの治療方針の確立とその後の評価を確実に行うために、医師よりも心理学的経験と医療知識のある心理士による心理テストを施行し、そのテスト内容を的確に医療に反映できるようなレポートを製作することができることに対する査定料
対象疾患名	認知症、発達障害、高次脳機能障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	諸外国では心理士は医師と同等あるいはより高度な職業と認識されている。これは特殊な心理テストを適切に行うことで患者の心理状況を的確に把握することが重要であることを意味する。本邦では心理士は医療職として認められていないため、修士を修了した臨床心理士でも病院ではアルバイトで雇用されている。これまでの医師と患者の関係以上に詳細な患者の心的状態を把握し適切な治療を行うために心理テストを行い、その結果をまとめて医師に伝えることが必要である。このようなアプローチは、今後重要な医療行為になる可能性が高く、医学的知識を教育された心理士による心理テスト査定を保険診療に加える必要がある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	Alzheimer's disease Neuroimaging Initiativeや各種抗認知症薬の治験で、アルツハイマー病か、軽度認知障害かの判断は、まず、心理テストによる判断でおこなわれている。このような判断の基準がない、あるいは曖昧なものは、薬効の判定に大きな影響を及ぼしており、そのようなテストを一般診療の中で行うことは重要であるが、日常診療で医師が行うことは到底不可能で、心理士が適切な心理テストを行い、その点数をきちんと評価して、医師に報告できる状況であることは、認知症診療だけでなく、さまざまな高次脳機能障害の診療にも必要である。ちなみに、ADNIでも心理士による心理テストによっている。アメリカのADNIの論文の多くは、心理テストによっており、エビデンスレベルは、Aと考える。
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	心理テストを行う上で、大きな危険はない。ただし、軽症の高次脳機能障害の場合、患者に心的な屈辱を感じさせる場合がある。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	心理テスト自体は、多くの心理士が行えるものであるが、医学的知識を持ち合わせている心理士は少なく、医療現場で医師などとともに評価を行ってきた経験のある心理士でないと、医師への適切な報告をする心理査定は難しい。
I-④開明性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	心理的問題を抱えるのは、高次脳機能障害だけではなく、内科・外科を問わず多いので、対象疾患は多い。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	1,000 2
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	これまでは、医師の指導のもと、看護師、リハビリ士など、心理学以外の職種が代わりに行ってきたため、正確さに欠けていた。また、テストの正確な判断は医師が行っており、限られた分野の医師のみが正しい評価を行えただけで、心理士による心理検査査定は重要である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査
	番号 285
	技術名 神経心理査定料
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 5,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 500
	その根拠 (150字以内) 専門職として、レポート作成、評価を行うことから、1人の患者に2-3時間を要する。精神科外来通院精神療法が500点である。
(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(1つ選択) D 検査
	番号 285
	技術名 認知機能検査その他の心理検査
	具体的な内容 (150字以内) これまでの、医師の監督のもと、看護師、その他の医療職による検査をやめる。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0
	後の点数(点) 0



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	250103
申請技術名	デジタル脳波の遠隔診断
申請団体名	日本神経学会（共同提案：日本てんかん学会、日本小児神経学会、日本臨床神経生理学会）
技術の概要 （200字以内）	現在臨床脳波計の70%がデジタル脳波システムとなり、電子媒体として記録された脳波を直接ネットワークを介してまたはCD-ROMとして保存したデータを、遠隔地の専門脳波施設で判読可能となり、保険適応に資する技術である。現状では、脳波は記録された病院で専ら判読され専門医の判読機会が容易ではない。今回の技術は、脳波の記録場所に拘わらず専門医の判読結果を速やかに提供でき、医療の質と安全の向上に貢献する。
対象疾患名	てんかん発作、意識障害、けいれん、認知症、脳機能障害、脳腫瘍、脳血管障害、脳死等
保険収載が必要な理由 （300字以内）	現行の判読の状況では、脳波は記録された病院で専ら判読され専門医の判読機会に必ずしも恵まれないあるいは容易ではない状況が多い。今回の技術は、脳波を記録した場所に拘わらず専門医の判読結果を速やかに提供することができ、医療の質と安全の向上に貢献する。脳波判読は、写真診断の特殊撮影と同様あるいはそれ以上に困難である。現行の画像診断と同様、外来管理加算が算定できるように要望する。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	専門医による正確かつ速やかな脳波の遠隔診断が可能となれば、上記の重篤な状態での速やかな治療方針を提供でき、治癒率の向上、死亡率の低下、適切な治療による後遺症の軽減が可能となり、QOLの向上となる。各専門学会の診療ガイドライン（日本神経学会、日本てんかん学会、日本小児神経学会のガイドライン）、日本臨床神経生理学会の脳波検査基準および厚労省法の脳死判定マニュアル（平成22年度）に、専門医による脳波診断の重要性が指摘されている。これは不要な検査や過剰な治療を防ぎ、医療費削減につながることになる。
エビデンスレベル	V 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）	判読に資する技術であり、一旦記録された電子データを遠隔地で診断する為に、患者の安全性の問題は全くない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）	デジタルデータの遠隔転送とセキュリティの技術は既に成熟しており、遠隔画像診断が実用化されている。デジタル脳波判読の遠隔診断は諸外国では既に広く行なわれている。一方、脳波の判読には高度な知識と技術を要するために、専門医療機関を施設基準として設定し、学会認定医が所属する施設もしくは学会認定施設とする。
I-④開示性・社会的受容性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	問題なし。診断の正確さが増すため、好ましい。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）	10,000 30,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）	効率性はきわめて高いと考えられ、まったく新規の技術である。逆に不正確な脳波にもとづく病態診断は、検査・薬剤の費用増加、受診回数や入院の増加などにつながり、患者のQOL改善や医療費削減に貢献する。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） D 検査
	番号 235 注2
	技術名 D235 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点とする
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円） 260,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択） D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円） 400
	その根拠（150字以内） 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）の、遠隔画像診断による画像診断は、画像診断管理加算180点（月1回）が現在認められている。デジタル脳波の脳波判読には、レポート作成まで含めて最低30分の時間を有し、かつ専門的知識と技量を有する為に、400点が妥当と考えられる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択） D 検査
	番号 235 注2
	技術名 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点とする
	具体的な内容（150字以内） 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点（D235）であるが、これは過去の脳波を、紙媒体で他病院から受診紹介時に算定される。今回のような専門判読能力、迅速性は斟酌されていない、両者は全く別の意義を有する。
（点数見直しの場合）	前の点数（点） 70
	後の点数（点） 30

脳波判読の遠隔診断

【対象疾患名】

てんかん、意識障害、けいれん、認知症、脳機能障害、脳腫瘍、脳血管障害、脳死など

【技術の概要】

遠隔地で記録した脳波を、専門医が迅速に判読し、結果を施設間で共有できる

【診療報酬上の取り扱い】

専門医による高度な知識と技術を要し、また1診断につき30分以上の時間を要するため400点が妥当

検査の反復、不要な検査、過剰な治療の回避

費用の軽減、入院の短縮、治療への適切な還元

