

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	307202
申請技術名	ポジトロン断層撮影 2 18FDGを用いた場合（一連の検査につき）
申請団体名	一般社団法人日本核医学会
診療報酬区分(1つ選択)	E 画像診断
診療報酬番号	101-2 2
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	【概要】18FDGを投与し、糖代謝の活発な組織等をポジトロン断層撮影装置で画像化する診断技術である。癌、心疾患、てんかんの診断、病態評価、治療効果判定などに役立つ。 【内容】ポジトロン断層撮影(18FDGを用いた場合)の点数を7,500点から12,824点とする点数の見直し(増点)の提案である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	18FDGを用いた場合のポジトロン断層撮影(以下、FDG-PET)7,500点は採算割れ1.2)で、医療機関の経営を悪化させる要因となっており、がん診療の質の向上と均てん化の障害要因の一つと思われる。FDG-PETは、がんの病期診断に優れた診断能を示し3)、適切な治療方針の決定に寄与する。PETは正確な診断により不必要な手術を減らし4)、患者のQOL改善と医療費の節約に寄与する。種々のがん診断へのFDG-PET/CTまたはPETの適用により36.5%の患者の治療方針が変更され5)、米国の専門家はがん診療に対する有用性が高い6)と評価している。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	7,500
	後の点数(点)	12,824
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	平成23年社会医療診療行為別調査より推計。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	51,400
	後の人数(人)	51,400
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	51,400
	後の回数(回)	51,400
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	2,736,536,000
(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)	128,240(円) × 51,400(回) = 6,591,536,000 (外保連試算に基づく検査費用)
	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)	75,000(円) × 51,400(回) = 3,855,000,000
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術評価提案書（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	308101
申請技術名	マイボーム腺機能検査
申請団体名	日本角膜学会
技術の概要 (200字以内)	近赤外線を用いた非侵襲的マイボーム腺形態観察検査
対象疾患名	ドライアイ、マイボーム腺疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	国内のドライアイ患者は、800万人とも2000万人ともいわれている。涙液は油層と液層から成っているが今までは液層の検査方法しかなかった。ところが最近の知見でドライアイの原因の約86%がマイボーム腺(涙液の油層を分泌し、涙液の蒸発を抑制している。上下眼瞼に約20-30本存在する皮脂腺の一種)機能障害によることがわかった。本検査は、近赤外線を用いて眼瞼の裏側から非侵襲的にマイボーム腺の形態を観察でき、ドライアイ及びマイボーム腺関連疾患の診断(原因特定)に有用である。早期診断、早期治療により患者のQuality of Life 及びQuality of Visionの改善に役立ち、長期的にみて医療費削減に貢献する。以上のことから保険収載の必要があると考えられる。

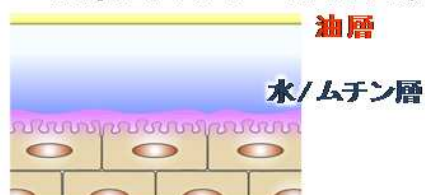
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	現在、ドライアイの主因であり患者のQOL,QOVを著しく低下させるマイボーム腺機能不全は日本だけでなく国際的にも注目をあびている(あたらしい眼科2010年27巻、Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011年3月号)。最近の知見によりドライアイの主因は涙液の油層を分泌しているマイボーム腺の機能障害であることがわかった(Cornea 2012年 5月号)。本検査を用いれば非侵襲的にドライアイの原因の特定が可能になり早期に適切な治療を選択することができる(日本の眼科2011年1月号、臨床眼科2012年11号、Ophthalmology 2008年5月号、Ophthalmology2009年11月号、Jpn J Ophthalmol 2010年9月号、Cornea2013年3月号)。末期になるまで適切に診断、治療を開始されなかった症例は治療に抵抗性を示し治癒させることが困難だが、早期診断、早期治療をすれば治療効果を期待できる(Br J Ophthalmol2013年4月号)。通院しつづけても改善を得られない現況を改善するため、非侵襲的にマイボーム腺を観察し、早期診断、早期治療することが長期的にみて医療費削減に貢献すると考える。	
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)	マイボーム腺を近赤外線を用い照明し、電子画像により観察する非侵襲検査であり、副作用が発生するリスクは極めて小さい。 これまでに、同機器を用いたことによる 副作用報告は確認できなかった。	
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)	眼科医師が一般に行うことが出来る検査	
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)	問題なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	1,600,000 3,200,000	
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)	従来は、可視光の医療用照明器を用い 眼瞼の表側から経皮的にマイボーム腺を観察していたが、光源プローブを直接皮膚に接触させ、患者に疼痛や蓋明、灼熱感などを与える侵襲的検査だったこと、医師に習熟が必要であることから、殆ど普及しなかった。当該検査は、眼瞼の裏側から皮膚に接触することなく、近赤外線を用いて非侵襲的にマイボーム腺を観察するものであり、患者への負担は非常に小さく、医師の習熟も比較的容易である。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名	D 検査 なし なし
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	ー 6,320,000,000
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)	D 検査 50 類似技術の点数 (D273 細隙灯顕微鏡検査(前眼部) 48点)と比較して 同等
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)	D 検査 なし なし 新たな知見に基づく検査であり、従前と検査に付加して実施するため、検査点数は増点になるが、当該検査により適切な治療が可能となることから、対象患者の外來通院回数が年間3回程度減少し、対象患者の眼科受診費用が減少する。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)	

「マイボーム腺機能検査」について

【技術の概要】

近赤外線を用いて非侵襲的にマイボーム腺（涙液・油層を分泌）の形態を観察する検査

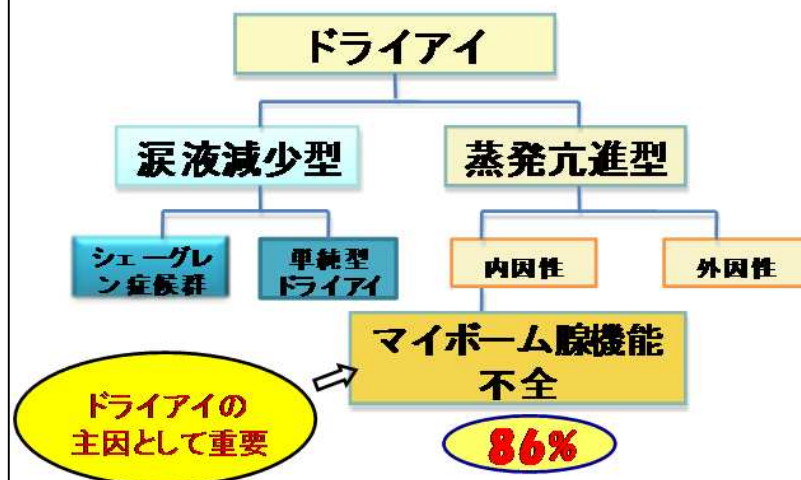


正常眼
(白いほうがマイボーム腺)

【対象疾患】

ドライアイ、マイボーム腺関連疾患

年間対象患者は推定160万人程度と考えられる。



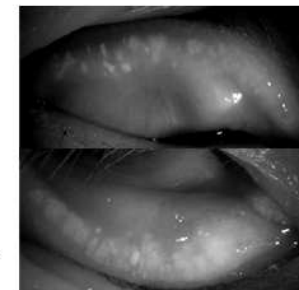
【既存の検査法との比較】

従来法: 可視光の光源プローブを直接皮膚に接触させ患者に疼痛や羞明感を与える侵襲的検査

- 本検査: 眼瞼の裏側から皮膚に接触することなく、近赤外線を用いて非侵襲的にマイボーム腺を観察する。
- 当該検査により、ドライアイ原因の早期診断早期治療により、患者の通院回数が減少する。



従来法は光源プローブの照射範囲が狭く、マイボーム腺観察がしにくい。検査中の痛みや羞明が強い。



本検査によるマイボーム腺機能不全眼の観察(黒い面積が増えており、マイボーム腺が短縮、消失している)

【診療報酬上の取扱】

- D 検査
 - 50点
- 類似技術の点数、D273 細隙燈顕微鏡検査(前眼部)48点と比較して同等と考えられる。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前で記載すること。

※ 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	308201
申請技術名	精密涙液検査（現在、涙液分泌機能検査と呼称されている）
申請団体名	日本角膜学会（共同提案：日本眼科学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	D277
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	実施検査内容の拡大のため
提案の具体的な内容（400字以内）	現在、ドライアイ診断のための涙液検査としてシルメル法等による涙液分泌機能検査が用いられ、それが保険収載されているが、現行のドライアイの診断では、その診断基準（あたらしい眼科2007年24巻）に基づいて、涙液異常の検出のためにシルメル法とBUT（涙液層破壊時間）検査が用いられている。BUT検査は、涙液の不安定性を評価し、かつ、涙液分泌機能を反映する検査であり、フルオレセインを用いて行う侵襲的検査とDR-1やTSASを用いて行う非侵襲的検査がある。一方、これまで保険収載されてきた侵襲的なシルメル法と同様の検査意義を持つ非侵襲的な涙液分泌機能検査法として、ストリップメニスコトリー、メニスコトリー、前眼部OCTがある。そこで今回、「シルメル法等」として保険収載されてきた涙液分泌機能検査を、上記の検査法を含めて精密涙液検査としてまとめ、これまで同様38点を請求できるように要求する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）	わが国のドライアイ患者は800万人とも2000万人とも言われ、QOV、QOLに大きくかわかる疾患であるため、VDT作業、コンタクトレンズ装用など、環境におけるドライアイの危険因子が増える中で、その対策が急務となっている。ドライアイの疾患概念の進歩とともに、診断基準が改定され（あたらしい眼科2007年24巻）、古典的なシルメル法以外に、BUT検査がドライアイ診断に必須の検査として、現在施行されている。BUT検査は、ドライアイ診断においてシルメル法よりも感度が高く、かつ、ドライアイ治療の選択においても重要な検査となっている（日本の眼科 2010年10月号）。しかも、涙液検査は、侵襲的なシルメル法から、より非侵襲的な涙液検査（DR-1、TSAS、ストリップメニスコトリー、メニスコトリー、前眼部OCT）が進歩しており、患者への涙液検査の負担が低減している。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 38 後の点数（点） 38
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を参考に推計。涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査として年間1,402,704人実施。内、涙液分泌機能検査であるシルマー試験は500,000人が実施される。今回、申請しているBUT検査はシルマー試験と同様の数が実施されることが予想されることから年間50万人の患者に対してBUT検査が実施されると思われる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人） 1,402,704 後の人数（人） 1,902,704
・年間実施回数の変化等	前の回数（回） 1,402,704 後の回数（回） 1,902,704
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） 570,000,000
（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） 妥当と思われる診療報酬点数（38点）*予想される年間対象患者数（1,902,704人）*予想される1人当たりの年間実施数（3回）=2,169,082,560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） 妥当と思われる診療報酬点数（38点）*予想される年間対象患者数（1,402,704人）*予想される1人当たりの年間実施数（3回）=1,599,082,560円 2,169,082,560円－1,599,082,560円＝570,000,000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） D 検査 番号 なし 技術名 なし
提案の具体的な内容（150字以内）	「シルメル法等」として保険収載されてきた涙液分泌機能検査（D277）を、涙液層破壊時間検査やストリップメニスコトリー、メニスコトリー、前眼部OCTなどの検査法を含めて精密涙液検査としてまとめ、これまで同様38点を請求できるようにする。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 後の点数（点）

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	308202
申請技術名	エキシマレーザーによる治療的角膜切除術
申請団体名	日本角膜学会(共同提案: 日本白内障屈折矯正手術学会)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	254 1
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	現在エキシマレーザーによる治療的角膜切除術は点眼麻酔で日帰り手術を行っている。手術時間も非常に短く、高齢者の患者様でも安全に受けられる手術となっている。術後全身の状態が変化することは現在報告されておらず、実際エキシマレーザーによる治療的角膜切除術後に入院となった症例は認められていない。よって、施設基準である有床である条件撤廃を提案します。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	エキシマレーザーによる治療的角膜切除術は1980年代より長らく行われているが、術後に全身状態が急変、入院するような事態は報告されていない。また、通常は点眼麻酔で日帰り手術となっており、有床である必要が無いため。
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)	施設要件変更に伴い、のべ実施回数が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) 1,050 後の人数(人) 1,100
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 1,050 後の回数(回) 1,100
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) 5,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 予想される当該技術の医療費100,000円 施設要件変更による増加件数50件 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名
提案の具体的な内容(150字以内)	
点数の見直しの場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	310201
申請技術名	関節鏡下自家骨軟骨移植術
申請団体名	日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (JOSKAS)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	059-2
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	要望点数(①+②)=71,130点 ①外保連試算点数:69,010点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):21,204円(試算参照) 下記Ⅲ-①に記した他の類似手術とのバランスを考慮すると30,000点が妥当と考える。

【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)	関節鏡下でおこなうと、半月板切除術が9,200点から16,390点(+78%)、半月板縫合術が11,200点から18,810点(+68%)、靱帯断裂縫合術(十字靱帯)が17,070点から21,970点(+29%)、靱帯断裂形成手術(十字靱帯)が28,210点から34,980点(+24%)と増点される割合に対し、本手術は、K059骨移植術(軟骨移植術を含む)からの増点割合が低い。また関節鏡下で行うに当たり、21,204円の償還されない医療材料が最低1セット、通常は移植軟骨の大きさにより2-3セット必要です。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	16,190
	後の点数(点)	30,000
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	対象患者数の変化はない。現状の点数体系では、関節鏡下(K059-2)よりも、大きな皮膚切開・関節切開による方法(K059)を実施する整形外科医・施設が多いと推測される。現状では対象の600人中、半数の300人が関節鏡下、残り半数が皮膚切開・関節切開法と推定する。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	600
	後の人数(人)	600
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	300
	後の回数(回)	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)	32,070,000
(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)	増点して頂くことにより、大きな皮膚切開・関節切開による方法(K059)から関節鏡下(K059-2)による方法に移行される。小侵襲であるため入院期間の短縮、リハビリテーション期間の短縮などが確実に見込める。 $(30,000点 - 16,190点) \times 300(人 \cdot 回) = 4,143,000点$ $300(人 \cdot 回) \times 7日 \text{間入院} \times 3,500点/日 = 7,350,000点$
	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)	変わりなし
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)	—
	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	311101
申請技術名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
申請団体名	日本肝胆膵外科学会（共同提案：日本外科学会、日本消化器外科学会）
技術の概要 (200字以内)	一般に、患者は仰臥位のポジションをとり、全身麻酔下で気腹した状態で腹腔鏡を用いた膵頭十二指腸切除を行う。腹腔鏡手術手技の中で再建術式(膵腸吻合、膵胃吻合、等)は高度な技術を要するため開腹術を併施する場合もある。
対象疾患名	膵頭部領域の腫瘍性疾患、慢性膵炎
保険収載が必要な理由 (300字以内)	膵頭部領域の腫瘍性疾患は近年増加の傾向にあり、高齢者に多くみられるため、その診療にあたっては極めて重要な疾患である。これら疾患の唯一の治療法は手術療法の膵頭十二指腸切除術のみである。本手術は患者に対する侵襲性が強く、その軽減を計る手術法が考案施行されてきた。近年になって、腹腔鏡手術の急速な進歩に伴って、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術が広く国際的に試みられ、満足できる結果が報告されている。当該術式は本邦においても全国的に普及しつつあり、現時点で年間200症例程度施行され、急速に症例数が増加している。当該術式の国際水準から後れを取らず、さらなる進歩と普及のためには、早急な保健収載が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	本邦の集計では、1,466施設のアンケートによる年間6,027症例の膵頭十二指腸切除術の死亡率は2.11%であった。一方、当該技術による全国統計は無いが、海外の報告では「開腹による膵頭十二指腸切除術」と比較して、死亡率に有意差は無く、術中出血量、輸血量、ICU滞在日数、入院日数が有意に少なく、廓清リンパ節数においては有意に多いことが報告され、治療手術(R0)が可能なが報告されている。当該術式の悪性疾患に対する適応と安全性ならびに術後QOLの改善による、コストパフォーマンスの有用性が報告されている。本邦のガイドラインには当該技術に関する記載は無いが、National Comprehensive Cancer Networkが作成したガイドラインでは、膵頭部腫瘍に対する膵頭十二指腸切除術について開腹又は腹腔鏡下によるアプローチが記載されている。	
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	全身麻酔下で施行可能であり、腹腔鏡手術に習熟した医師が丁寧に行えば合併症のリスクは軽減できると考えられる。出血の合併症が起こる可能性があるが、その頻度は報告によれば極めて低頻度である。その頻度は「開腹による膵頭十二指腸切除術」とほぼ同等か低率と考えられる。しかしながら、出血が起きた場合には、速やかに開腹術に移行することで安全性を保つことが可能である。	
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)	当該技術の従前の「開腹による膵頭十二指腸切除術」に習熟した医師が行うことが望ましい。具体的には、5年以上の消化器外科の経験を有する常勤の医師が5名以上配置されており、日本外科学会のガイドラインに記載された基準を満たし、かつ、年間20例以上の「開腹による膵頭十二指腸切除術」を行っている施設(ハイボリュームセンター)で行われることが望ましい。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	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)	8,000 200	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	当該技術は従前の「開腹による膵頭十二指腸切除術」に比べ低侵襲性であり、入院期間が7日程度短縮することが期待できる。また、抗がん剤の投与量の減少も期待でき、これらによる医療費削減が期待できる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	703 1
	技術名	膵頭部腫瘍切除術:膵頭十二指腸切除術
	予想影響額 プラス・マイナス 金額(円)	十 308,880
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)	118,728
	その根拠 (150字以内)	腹腔鏡下の膵体尾部切除が保険収載となったが、同術式(K702-2)の保険点数が36,730点であり、開腹下の膵体尾部切除術(K702-1)の21,200点と比較して約1.7倍の点数である。膵頭十二指腸切除(K703-1)の保険点数が69,840点であり、腹腔鏡下手術も、膵体尾部切除に則って算定した。
(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	
(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)	

概要図イメージ

「腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術」について

【技術の概要】

・腹腔鏡を用いた膵頭十二指腸切除を行う。再建術式は開腹術を併施する場合もある。

【対象疾患】

・膵頭部領域の腫瘍性疾患、慢性膵炎

【既存の治療法との比較】

・海外の臨床研究において、開腹による術式と比較して、術中出血量、輸血量、入院日数等が有意に少なくなったと報告されている。そのためより低侵襲であると同時に、コストパフォーマンスの有用性が示されている。

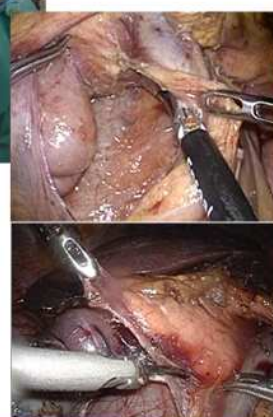
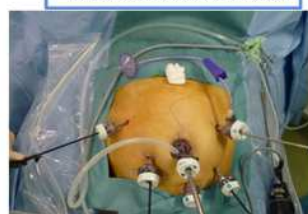
・合併症として出血などがあげられるが、開腹術による術式と比較して発生率に有意差は無く安全である。

・抗菌薬の投与量減少、入院期間の短縮が期待される。

手術風景



手術器具設定状況



術中腹腔内カメラ映像

膵頭十二指腸切除術における開腹術と腹腔鏡下手術との比較

因子	開腹術 (n = 215)	腹腔鏡下 (n = 53)	p 値
出血量(平均) mL	1032	195	<0.001
手術時間(平均)分	401	541	<0.001
RBC輸血量(平均)U	4.7	0.64	<0.001
ICU滞在(平均)日	3	1.1	<0.001
入院日数(平均)日	12.4	8	<0.001
膵液瘻発生率(%)	17.3	16.7	NS
術後出血発生率(%)	5.6	9.4	NS
術後合併症発生率(%)			NS
軽度	10.2	5.7	
中等度	29.3	17	
在院死亡率(%)	8.8	5.7	NS
切除リンパ節数(平均)	16.84	23.44	<0.001

【診療報酬上の取扱】

・腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

・118,728点

(開腹の保険点数は69,840点だが、腹腔鏡下膵体尾部切除術が開腹手術の約1.7倍で算出しており、これに則って算定した。)

J Am Coll Surg. 2012 Dec;215(6):810-9より引用改変

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	311201
申請技術名	腹腔鏡下脾臓摘出術
申請団体名	日本肝胆膵外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	711-2, 939
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)	コンピュータに取り込んだCTやMRI画像データから3次元画像を再構築し、手術中の手術器具の位置や手術操作を行う方向を誘導する装置や手技

【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)	術者の目で直接確認できず、手を直接入れることができない内視鏡外科手術において、手術中の手術器具の位置を周囲の組織との関係において明らかにし、手術操作を行う方向を誘導することは重要であり、すでに腹腔鏡下肝切除術ではナビゲーションによる画像等手術支援加算がなされている。同様な実質臓器に対する腹腔鏡下脾臓摘出術においてもリアルタイムに確認できない病変部や手術器具の術中3次元位置情報の提供、周囲組織(脾動静脈、脾臓など)との関係の描出、脾門部処理に伴う自動縫合器の位置のリアルタイムイメージングを利用することにより、安全な腹腔鏡下脾臓摘出術の遂行および合併症の予防が可能となる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	平成23年社会医療診療行為別調査より推計すると年間約800例の手術が行われているが、とくにナビゲーションの必要な巨脾の患者はそのうち250例程度と推定される。うち実際にナビゲーションを行っている症例は50例程度と推定される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	50
	後の人数(人)	200
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	50
	後の回数(回)	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)	6,000,000
(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)	加算が行われた場合に当該技術にかかる医療費: 加算点数2,000点×10円×200例=4,000,000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)	加算が行われなかった場合に当該技術にかかる医療費: 入院期間延長分費用50,000円×200例=10,000,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	ナビゲーション加算が導入されることで、既存の腹腔鏡下脾臓摘出術の適応が広がるとともに合併症減少による平均入院期間の短縮、ひいては医療費の削減が得られると予想される。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（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	311202
申請技術名	腹腔鏡下胆嚢摘出術
申請団体名	日本肝胆膵外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	672-2, 939
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)	コンピュータに取り込んだCTやMRI画像データから3次元画像を再構築し、手術中の手術器具の位置や手術操作を行う方向を誘導する装置や手技

【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)	術者の目で直接確認できず、手を直接入れることができない内視鏡外科手術において、手術中の手術器具の位置を周囲の組織との関係において明らかにし、手術操作を行う方向を誘導することは重要であり、すでに腹腔鏡下肝切除術ではナビゲーションによる画像等手術支援加算がなされている。最も多く施行される腹腔鏡下胆嚢摘出術においても、炎症を伴う症例に行われることが多いことから周囲組織(肝臓、総胆管など)との関係の描出、胆嚢管処理に伴う解剖学的位置診断を利用することにより、安全な腹腔鏡下胆嚢摘出術の遂行および合併症の予防が可能となる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	平成23年社会医療診療行為別調査より推計すると年間約74,000例の手術が行われているが、ほとんどが一般病院での手術であり、ナビゲーションを行なっているのは大学病院などごく少数の先端的施設であると推測される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	50
	後の人数(人)	200
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	50
	後の回数(回)	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)	6,000,000
(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)	加算が行われた場合に当該技術にかかる医療費: 加算点数2,000点×10円×200例=4,000,000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)	加算が行われなかった場合に当該技術にかかる医療費: 入院期間延長分費用50,000円×200例=10,000,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	ナビゲーション加算が導入されることで、腹腔鏡下胆嚢摘出術の合併症減少による平均入院期間の短縮、ひいては医療費の削減が得られると予想される。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（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	311203
申請技術名	肝切除、胃空腸吻合・総胆管胃（腸）・膵嚢胞胃（腸）・膵管空腸吻合術への自動縫合器加算
申請団体名	日本肝胆膵外科学会(共同提案: 日本外科学会、日本内視鏡外科学会)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	K674,K675-2,K675-3,K675-4,K675-5,K677,K677-2,K680,K695-4K695-5,K695-6,K695-7, K696,K705,K706
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)	肝切除(葉切除、拡大葉切除等)や胆道再建、消化管再建を伴う肝胆膵領域手術において自動縫合器を使用する場合があるため2個を限度として自動縫合器加算(2,500点)の保険収載の必要性があると考えられる。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	肝切除においては、自動縫合器を用いたグリッソー一括処理や肝静脈切離の安全性と有用性が報告されている。また手縫いによる消化管縫合では時間を要し、完成度が一定しないために合併症発生リスクが高まる可能性がある。総胆管拡張症手術、胆嚢悪性腫瘍手術・肝切除術の一部、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術、肝内胆管(肝管)腸(胃)吻合術、膵嚢胞胃(腸)吻合術、膵管空腸吻合術では病巣切除後の消化管再建は必須であり、一般的にはRoux-en Y法が用いられる。これは胃切除術、胃全摘術における再建法と同様であるが、胃切除術、胃全摘術には自動縫合器加算(2,500点、各2個、5個限度)が算定されている。肝胆膵手術は医療技術、手術時間、侵襲ともに胃手術と同等かそれ以上と考えられるにもかかわらず、自動縫合器加算が算定されないのは医療技術に見合った経済性の保障と安全性の損失に繋がる恐れがある。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	5,000
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より推計した上記肝胆膵領域の手術件数は、年間約14,000件行われていると考えられる。これらの手術の内、約10,000件施行されている肝臓手術でグリッソー一括処理や肝静脈切離時の80%と約4,000件の胆道再建や消化管再建手術時全例で自動縫合器の使用が見込まれる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	14,000
	後の人数(人)	14,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	12,000
	後の回数(回)	12,000
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)	600,000,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は、50,000(円)×12,000(回)＝600,000,000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)	増点を希望した評価項目が自動縫合器加算であるため、増点しない場合は当該手術にかかる医療費は手術点数(＋超音波凝固切開装置等加算)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)	K 手術
	番号	K674,K675-2,K675-3,K675-4,K675-5,K677,K677-2,K680,K695-4K695-5,K695-6,K695-7, K696,K705,K706
	技術名	総胆管拡張症手術、胆嚢悪性腫瘍手術と肝切除術の一部、胆管悪性腫瘍手術、膵管空腸吻合術など
提案の具体的な内容(150字以内)	胆嚢悪性腫瘍手術と肝切除術の悪性腫瘍手術の一部では、自動縫合器2個を使用することでグリッソー一括処理や肝静脈切離時の縫合糸(プロリール)2本を、胆道・消化管再建では縫合糸(バイクリル)32本の点数が減点可能と思われる。下記に例として胆嚢悪性腫瘍手術(2肝切除亜区域切除以上)を伴うものを記載する。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	47,370
	後の点数(点)	47,090

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	312101
申請技術名	前眼部三次元画像解析
申請団体名	日本眼科医会
技術の概要 (200字以内)	光の干渉現象やレーザーを利用して非侵襲的に前眼部病変、角膜前・後面の形状を3次的に解析し、角膜厚、前房深度、隅角の角度を測定する。
対象疾患名	緑内障、円錐角膜、周辺角膜変性、角膜腫瘍、眼類天癌層、角膜感染症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	前眼部OCT(Optical Coherence Tomography)、多機能型前眼部解析測定装置の前眼部三次元画像解析装置は、角膜の形状異常など種々の角膜疾患や 屈折異常、緑内障の的確な診断に必須である。

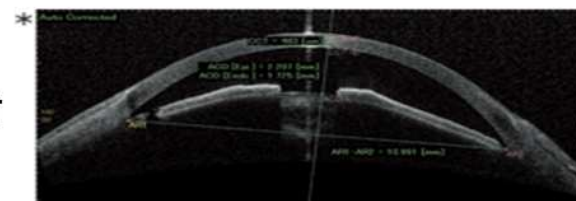
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	白内障手術後の眼内レンズの位置や水晶体と虹彩の位置関係を生体内で解析することが可能で、短時間で測定できる上に、これまでの検査機器と有意な相関を持っている。慮過胞形成術後の緑内障患者の管理に有用。
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)	障害の報告はなく、リスクはない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	当該技術を使用した報告が増加している。技術度D、施設基準なし。検査は医師もしくは経験のある視能訓練士等の有資格者が行う。
I-④開業性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	無
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	200,000 400,000
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)	これまで画像検査が行なえなかったものが3次元で画像データとしてとりあつかわれ、経時的変化が観察でき客観的な判断も可能である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 265-2 技術名 角膜形状解析検査
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 8,180,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 2,004 その根拠(150字以内) ①外保連試算点数:2,004点 ②別途請求が認められていない必要材料:0円
(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 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容(150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

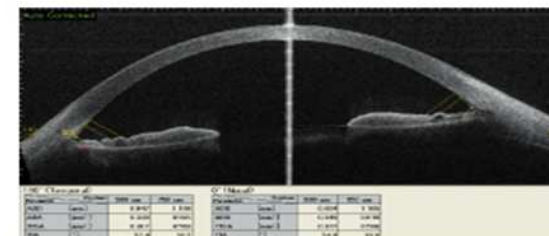
前眼部3次元画像解析装置



前眼部形状解析



隅角解析



疑似隅角鏡表示



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	312102
申請技術名	緑内障術後管理加算
申請団体名	日本眼科医会(共同提案:日本緑内障学会)
技術の概要 (200字以内)	緑内障術後、眼内コントロールのため濾過胞の管理、処理を行なう。
対象疾患名	緑内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本治療は、緑内障術後に必須であり失明予防のための有効な管理であるため。

【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)	術後眼圧が15mmHg以下にコントロールされる確率は76% レーザー切糸術の術後管理で眼圧コントロールが良好と報告あり(文献:あたらしい眼科12:803-806,1995,早川友康、山本哲也、北澤克明:マイトマイシンC併用線維柱帯切除術後のレーザー切糸術)
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)	低眼圧や高眼圧により、脈絡膜剥離や出血の可能性はあるが、予後は良好でリスクは少ないと考えられる。
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)	眼球マッサージ、縫合糸レーザー切糸、結膜縫合、圧迫眼帯等 手術後に実施しており、技術的な専門性も高く労力を必要とする。学会でも手術後、必須の処置と記載されているが保険収載されていない。
I-④開業性・社会的有用性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	無
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	16,068 16,068
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)	眼圧コントロールの効果が高く、術後に眼圧降下薬の使用を減少させる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) J 処置 番号 無 技術名 無
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 64,272,000
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) 400 その根拠 (150字以内) 診療報酬額:強膜マッサージ150点+前房穿刺180点+眼処置25点
(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 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容 (150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 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】

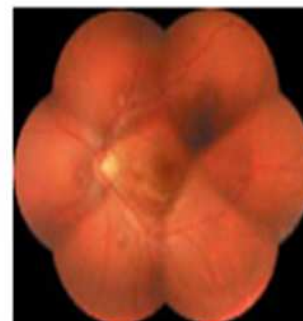
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	312103
申請技術名	眼底カメラ撮影 アナログ/デジタル撮影
申請団体名	日本眼科医会
技術の概要 (200字以内)	眼底カメラ撮影をデジタル化することにより、高度な画像処理が可能になり視神経や網膜の血管変化を計測し、管理・保存する。
対象疾患名	網膜疾患(糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、網膜色素変性症など)、脈絡膜疾患、緑内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	デジタル眼底カメラ撮影は、画像処理ソフトによる緑内障の視神経変化や糖尿病網膜症の眼底変化を経時的・客観的に診断ができ、適時の治療介入が可能になる。また、デジタル化によりデータの保存・管理・再現性が飛躍的に向上し、インフォームドコンセントにおける、患者の理解納得性向上が期待できる。アナログ撮影と比較して医療機関並びに患者に多くの利点を有しているため、デジタル撮影を従来のアナログ撮影と区別して保険収載する必要がある。

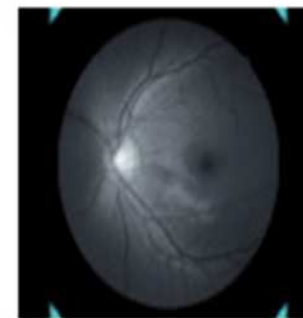
【評価項目】

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)	デジタル眼底カメラ撮影は、①患者の眩しさ軽減(アナログ撮影の1/100～1/20以下の光量)②瞬時に撮影画像を確認できるため診断の迅速化、早期治療が期待できる③画質改善や計測等の画像処理ができる④大量の画像データを少ないスペースで保管できる⑤インフォームドコンセントにおける、患者の理解納得性向上が期待できるなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有している。
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)	既に安全性が確認されたアナログ撮影をデジタル変換したり、より低侵襲なデジタル機器による画像取得のため、安全性は極めて高い。
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)	画像処理ソフトが新しく開発され、網膜疾患、緑内障などにおいて多くの新しい情報が得られ、当該技術を使用した報告が増加している。特に、高血圧による網膜血管径の変化や緑内障による視神経の変化の診断に非常に有用である。技術度D、施設基準なし。検査は医師もしくは経験のある視能訓練士等の有資格者が行う。
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)	無
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	1,630,000 35,599,392
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)	眼底アナログ撮影に比べ、画像データを他医療機関と共有ができ、検査の重複を回避でき、患者の負担と医療費の削減が見込まれる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 265 技術名 眼底カメラ撮影
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 142,397,568
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) 60 その根拠(150字以内) 平成23年社会医療行為調査によると眼底カメラ撮影通常の方法は329,624回であった。その90%がデジタル撮影に移行すると329,624X0.9X12か月X4点(現行点数との差)X10円=142,397,568円の増加が予想される。
(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 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容(150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

デジタル眼底撮影

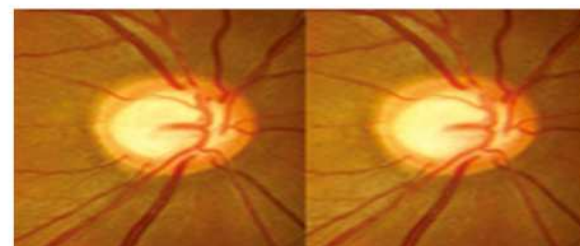


パノラマ画像



Red Free

デジタルによる画像処理機能
パノラマ合成 (糖尿病網膜症等)
デジタルズーム機能
色補正機能 (レッドフリーなど)
計測機能 (C/D比など) (緑内障)
描画機能



ステレオ撮影

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	312104
申請技術名	電子画像精度管理料
申請団体名	日本眼科医会
技術の概要 (200字以内)	細隙灯顕微鏡検査、角膜内皮細胞顕微鏡検査、前眼部三次元画像検査等の眼科検査の電子化した画像を管理及び保存するとともに診断や地域連携の情報提供等に資する
対象疾患名	眼瞼、結膜、角膜、虹彩、水晶体、硝子体、網膜等の眼科疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	地域連携医療や患者への説明・情報提供において必要な眼科学検査の画像をデジタル化し管理・保存することは、病態の把握が正確になり効率的な治療が行える。

【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)	過去の画像と比較し経時的・統合的な診断が行え、効率的な治療が可能となる。地域連携医療において他医療機関に画像を添付できるため、同様の検査の重複を避けられる。インフォームドコンセントにおいて、患者の理解納得性を向上する。
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)	既に安全性が確認されたアナログ撮影をデジタル変換したり、より低侵襲のデジタル機器による画像取得のため、安全性は極めて高い。
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)	眼科学的検査の画像撮影の習得には、多少時間と熟練を要するが、診断、管理、保存、参照は短時間で習得可能。
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
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	677,521 677,521
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)	従来バラバラに管理されていた画像情報を一元管理されるため、治療法の選択が迅速かつ的確にできる
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 256 1 技術名 眼底カメラ撮影
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 4,066,512,600
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 60 その根拠(150字以内) 眼科のデジタル画像撮影は、眼底カメラ、記録装置など医療機器と取得した画像をもとに診断補助と患者へのインフォームドコンセントのための情報処理を行う。施行医師所要時間20分、看護師所要時間20分、て人件費計5480円、検査室使用料289円、医療機器使用料680円合計6440円。
(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) なし 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

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	312201
申請技術名	眼鏡処方箋発行加算
申請団体名	日本眼科医会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	D263-1
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	要望点数79点 現行点数69点＋不等像視検査10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)	小・中・高校生に最も多い眼疾患である近視に対して、適正な眼鏡を装用することにより約12%の近視抑制効果がある。(文献:あたらしい眼科6:747-753,2009長谷部 聡、小学生、中学生、高校生の眼鏡)	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	69
	後の点数(点)	79
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	眼鏡処方の検査回数に変化がないと思われる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	4,214,808
	後の人数(人)	4,214,808
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	4,214,808
	後の回数(回)	4,214,808
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)	421,480,800
(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)	平成23年社会医療行為調査による、D236-1の検査件数による。351234(6月)×12×100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)	変化なし
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)	
	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)	適正な眼鏡作成は、近視の予防・眼精疲労の予防などに必須であり、そのための詳細な眼鏡処方箋の発行は保険収載の必要がある。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	69
	後の点数(点)	79

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	313101
申請技術名	精密視力検査
申請団体名	日本眼科学会
技術の概要 (200字以内)	空間周波数閾値測定(MTF)を用いた視機能検査、コントラスト感度、実用視力、および患者の眼球の光学的な特性を収差として評価するなど、詳細な視機能評価視覚のシュミレーション等の精密な視力検査
対象疾患名	眼疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	視力でのみ評価されてきた「見え方」を、自動車運転や事務作業等、様々な環境で遭遇する低コントラストやグレア負荷の状態を把握したり日常生活での視機能に直結する検査として評価する必要がある。また、一定時間安定した視力を維持可能であるかも重要な要素である。さらに患者の眼球の光学的な特性を収差として評価することで、詳細な視機能評価が可能となる。視力のみでの視機能障害評価、手術適応の判定が個々の医師、視力以外に「見え方の質」を判定できる視機能評価法として、本検査は保険収載が必要であると考えらる。

【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)	視力が良好な白内障患者の手術時期の決定にはコントラスト感度を測定して機能障害の程度を把握する必要がある。 (「白内障診療ガイドライン」日本白内障学会誌2004年7月16号別冊) 白内障以外でコントラスト感度低下を引き起こす要因に後発白内障、角膜疾患、緑内障、網膜疾患などがある。	
	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)	検査における危険性は特になく、副作用もない。	
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)	コントラスト感度は白内障があると有意に低下する。視力が良好な白内障患者の手術時期の決定にはコントラスト感度をMTFにより測定し機能障害の程度を把握する必要がある。(「白内障診療ガイドライン」)。涙液異常により一定時間安定した視力が維持しにくくなっており、これらを測定有用性が示されている。角膜乱視や白内障により収差が大きくなるが、眼球の高次収差を測定し、視覚のシュミレーションを行い治療の選択を行う。	
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)	無	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	220,000
	年間実施回数等(回)	440,000
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)	通常の矯正視力検査では得られない機能的視力の把握が可能になる	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	263 1、265-2、265
	技術名	矯正視力検査、角膜形状解析検査、角膜曲率半径計測
予想影響額	プラス・マイナス金額(円)	250,560,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	1,274
	その根拠(150字以内)	検査により①MTF検査外保連試算 12,040円×200,000件②高次収差7,470円×40,000件③実用視力 11,220円×200,000件 減少する検査: 矯正視力20万件で14,000万円、角膜形状解析2万件で2,100万円、角膜曲率20万件で17,000万円。以下詳細版。
(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	0
	技術名	該当するものなし
(点数見直しの場合)	具体的な内容(150字以内)	無
	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

技術名：
精密視力検査

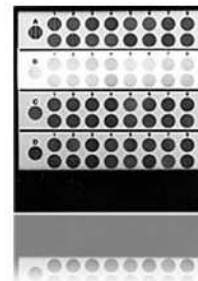
視力検査表 3m用				
0.2	○	○	○	○
0.3	○	○	○	○
0.4	○	○	○	○
0.5	○	○	○	○
0.6	○	○	○	○
0.7	○	○	○	○
0.8	○	○	○	○
0.9	○	○	○	○
1.0	○	○	○	○
1.2	○	○	○	○
1.5	○	○	○	○

現行の検査

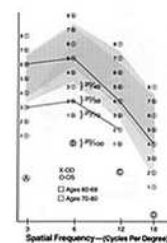
一般に使われている標準視力表はコントラストの高い白黒の文字を識別する能力を測る検査として用いられる。(D263)

標準視力表では良い視力がでていても、実際には治療を必要とするケースが多くある。

①コントラスト感度・視力検査
外保連試案: 1,200点



コントラスト感度測定装置



検査結果

MTF (空間周波数特性)を用いたコントラスト感度検査

線の明暗が正弦波的に移行し、線の間隔が漸次狭くなっている線模様で、かろうじて判別するのに必要なコントラストを測定すると、眼のMTFが測定可能。

MTFは横軸に線の間隔を、縦軸に線のコントラストをとり、線として見える点を結んだものとして示す。

屈折異常の矯正効果や白内障進行や治療効果の評価に有用さらにグレア負荷など加え自動車運時の視機能評価にも有用

②高次収差解析
外保連試案 750点



眼球収差情報とトポグラフィアの機能より得られる角膜収差情報により、角膜疾患、初期白内障の他覚的な見え方をシュミレーションしての評価、眼内レンズ選択時のサポート、明所・暗所での瞳孔径解析などに有用なデータを取得する多機能型屈折検査装置を用いた検査

③実用視力
外保険試案 1,120点

一定時間(30秒~60秒)連続的に視力を測定し、日常的な見え方と考えられる時間内の平均視力を測定する検査

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	313102
申請技術名	涙道内視鏡検査
申請団体名	日本眼科学会
技術の概要 (200字以内)	涙液の排出を担う涙道の入り口である涙点から直径0.9mmの内視鏡を挿入し、涙道内の病変を直接観察する。
対象疾患名	涙道閉塞 涙道結石
保険収載が必要な理由 (300字以内)	既存の検査法であるX線による涙道造影、CT、MRIでは涙道内を直接観察することはできないため、微細な器官である涙道内腔の病変の診断には限界があった。涙道内視鏡検査の最大のメリットは直視下で観察可能な点であり、対象疾患の迅速かつ的確な診断に威力を発揮する。涙道疾患の診療においては細隙灯顕微鏡検査に相当する位置を占めており、必須の診療技術として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)	涙道を再建するための涙管チューブ挿入術における合併症の発生率が涙道内視鏡の観察下で行うことにより、21.5%から3.4%に減少している(あたらしい眼科Vol.25:1131-1133, 2008)。涙道結石に対しても観血的手術を行うことなく、涙道内視鏡による除去が可能になった(あたらしい眼科 Vol.24:1219-1222, 2007)。QOLの改善に関しても、対象疾患を治療することにより、特に視機能の改善が約65%の症例で得られている(あたらしい眼科Vol.27:1709-1713, 2010)。涙道内視鏡検査が普及すればより早期に正確な診断がなされQOLの改善に貢献することができると考えられる。	
	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)	従来行われてきた涙管通水検査及び涙管ブジーと基本的に同様の手技であるので、安全性は変わらないか、むしろ涙道内視鏡画像を観察しながら操作するのでより安全と考えられる。涙道造影と比較すると被爆のリスクが無いので安全である。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	当該領域の治療に習熟した医師が行うことが望ましい。現在、日本涙道涙液学会が中心となり、日本眼科学会および日本眼科手術学会の協力を得てスキルトランスファーコース等を行うことで技術の普及に努めている。施設基準に関しては、一般の眼科外来であれば特に施設基準を必要としない。現在、国内では各大学附属病院を中心に約250施設で涙道内視鏡が稼働している。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	1,402,704
	年間実施回数等(回)	53,412
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)	対象疾患においては自然治癒が期待できないため、長期にわたり涙管通水検査や涙嚢ブジー、鼻涙管ブジー、鼻涙管ブジー後薬液注入が繰り返し行われていた。涙道内視鏡検査が普及すれば涙管通水検査の回数は減少し、点眼液による対症療法、涙嚢ブジー、鼻涙管ブジー、鼻涙管ブジー後薬液注入なども極めて限られた症例にのみ行われることが期待できる。これらにより医療費を削減できると考えられる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	277
	技術名	涙管通水・通色素検査
予想影響額	プラス・マイナス金額(円)	45,065,040
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)	540
	その根拠(150字以内)	類似技術である涙管チューブ挿入術の涙道内視鏡加算の点数と比較して同等と考えられる。尚、涙道内視鏡機器の価格は、本体358万円、プローブ36万円である。プローブは患者毎に滅菌・消毒の必要があるため、複数個用意しなければならない。また、先端部分は0.9mmと非常に細いため、破損の危険もある。
(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)	J 処置
	番号	091 091-2 092
	技術名	鼻涙管ブジー法 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 涙嚢ブジー法(洗浄を含む)
(点数見直しの場合)	具体的な内容(150字以内)	当該技術が保険収載となった場合、対象疾患へのよりの確な診断が可能となって涙管チューブ挿入術は増加し、従来行われていた眼科処置の必要性は低下すると予測される。処置の診療点数を45点から35点に減点すれば、医療費は年間49,569,600円減額され、予想影響額はマイナス4,504,560円となる。
	前の点数(点)	45
	後の点数(点)	35

「涙道内視鏡検査」について

【技術の概要】

涙液の排出を担う涙道の入り口である涙点から直径0.9mmの内視鏡を挿入し、涙道内の病変を直接観察する。

【対象疾患】

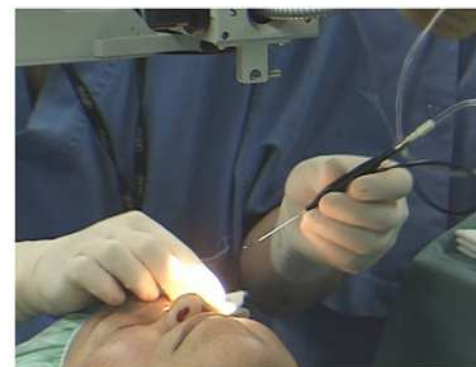
涙道閉塞 涙道結石

平成23年社会医療診療行為別調査によると年間対象患者は約18万人程度と考えられる。

【既存の治療法との比較】

- 既存の検査である涙管通水検査は、通水の有無、逆流の程度、逆流物の性状などの結果から間接的に診断を行うもので、この検査だけで診断が確定できるものではない。
- 既存の検査である涙嚢造影検査においては、涙道粘膜を細部にわたって描出することが困難であるだけでなく、現在涙道造影用に認可された造影剤がない。
- これに比べ当該検査では直接病変を観察できるので、閉塞部位、閉塞部の涙道粘膜の性状、涙道結石の有無などについて、一回の検査で診断確定することができる。

涙道内視鏡検査



【診療報酬上の取扱】

D 検査

540点

- 涙管チューブ挿入術の涙道内視鏡加算の点数と比較して同等と考えられる。



狭窄した鼻涙管



涙嚢内に認められた涙道結石

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	313103
申請技術名	局所黄斑網膜電図
申請団体名	日本眼科学会
技術の概要 (200字以内)	眼底を観察しながら黄斑局所に光刺激を与え、その部位の網膜電図を記録する。
対象疾患名	黄斑部に病変のある網膜疾患(加齢黄斑変性、網膜色素変性等)、緑内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	局所黄斑網膜電図は、加齢黄斑変性や網膜色素変性等の難病網膜疾患や緑内障の病態解明、経過観察を非侵襲的に行うことができる検査である。眼底を観察しながら、黄斑局所に光刺激を与えることにより、その刺激部位からの網膜電図を記録する。a波、b波、律動様小波(以下op波)、Photopic negative response(以下PhNR)等の波形成分を記録することができ、それぞれの成分を解析することで、これまでよりも詳細に病態を評価し、網膜の外層から内層まで層別診断が可能となる。また近年PhNRが緑内障において低下していることが報告され、本検査による緑内障の早期発見、経過観察の有用性が注目されている。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	局所黄斑網膜電図は、加齢黄斑変性や網膜色素変性等の難病網膜疾患や緑内障の病態解明、経過観察を非侵襲的に行うことができる検査である。本検査でa波、b波、op波、PhNR等の波形成分を記録することができ、これまでよりも詳細に病態を評価し、網膜の外層から内層まで層別診断が可能となる。 加齢黄斑変性や網膜色素変性などの難病網膜疾患に対して今後iPS細胞等を用いた治療が予定されているが、適応症例の選定や、治療前後の詳細な視機能評価には本検査法が必要である。また近年PhNRが緑内障において低下していることが報告され、本検査による緑内障の早期発見、経過観察の有用性が注目されている。
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	非侵襲的な検査であり、副作用等のリスクはない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	本検査は三宅らによって精力的に研究、開発され、広く国際的にも認知されている。Occult macular dystrophyは本検査を用いてMiyakeが初めて報告した眼底正常な黄斑dystrophyである。この他にも本検査を用いた各種網膜疾患の病態や治療効果の評価等の研究報告が数多くなされている。
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)	問題なし
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 2,000 年間実施回数(回) 4,000
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)	多極所網膜電位図は黄斑部の多数の箇所の網膜電図を一度に記録することができるが、その刺激方法の特殊性のため、局所黄斑網膜電図のようなa波、b波、op波、PhNR等の各波形成分を分析することができない。しかし多極所網膜電位図の3Dトポグラフィー表示は他覚的な視野検査として、この検査特有の黄斑部網膜の視機能評価方法で非常に有用である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 258-2 技術名 網膜機能精密電気生理検査(多極所網膜電位図)
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 76,600,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) D 検査 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 2,040 その根拠(150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):2040点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0円
(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 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容(150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

局所黄斑網膜電図

適応(案) : D258 網膜電位図(ERG)検査やD258-2多局所網膜電位図では十分な情報が得られないと医師が認めるもの

例: 黄斑変性ジストロフィの診断、糖尿病黄斑症、緑内障視神経症等

加齢黄斑変性や網膜色素変性等の難病網膜疾患や緑内障の病態解明
経過観察を非侵襲的に行うことができる。a波、b波、op波、PhNR等の波形成分を記録することができ、
も詳細に病態を評価し、網膜の外層から内層まで層別診断が可能
外保連試案点数: 2,040点

保険収載されている検査

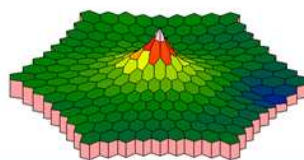
網膜電位図 D258 230点

眼底が透見できない疾患
と眼底疾患の網膜機能を見る (網膜全体の総和)
例: 進行した白内障、網膜剥離

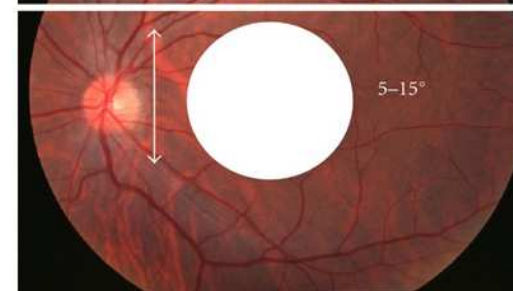


多局所網膜電位図 D258-2 500点

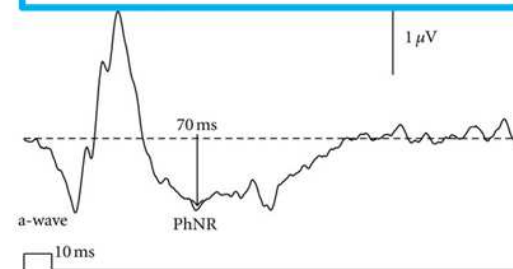
局所網膜の反応を2次元的にみる 適応: 黄斑疾患、AZOOR



黄斑局所のみ刺激



網膜電図の実際の波形



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	313104
申請技術名	精密全視野網膜電図
申請団体名	日本眼科学会
技術の概要 (200字以内)	国際臨床視覚電気生理学学会の推奨するプロトコールに沿った刺激条件を用いて、全視野刺激により視細胞の杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録する。
対象疾患名	網膜疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	精密全視野網膜電図は、網膜色素変性などの網膜変性疾患やその他の網膜疾患の診断、経過観察を非侵襲的に行う検査法である。杆体系と錐体系の網膜電図を分離して記録するため、診断や視野機能評価を従来の方法(網膜電図)より精密に行うことが可能である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	杆体系と錐体系の網膜電図を分離して記録するため、網膜色素変性などの網膜変性疾患やその他の網膜疾患の診断や視機能評価を従来の方法(網膜電図)より精密に行うことが可能である。 網膜色素変性などの網膜変性疾患に対して今後iPS細胞等を用いた治療が予定されているが、適応症例の選定や、治療前後の詳細な視機能評価には本検査法が必要である。
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)	非侵襲的な検査であり、副作用等のリスクはない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	国際臨床視覚電気生理学学会では網膜電図を記録する際には、本検査のように杆体系と錐体系を分離して記録することを推奨し、そのプロトコールを発表している。欧米のみならず、本邦でも本検査を用いた各種網膜疾患の病態や治療効果の評価等の研究報告が数多くなされている。
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)	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)	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)	網膜電位図では杆体系と錐体系の混合反応が記録される。それに対し、精密全視野網膜電図では杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録するため、網膜色素変性などの網膜変性疾患やその他の網膜疾患の診断や視機能評価をより精密に行うことが可能である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査 番号 258 技術名 網膜電位図
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 75,000,000
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) 3,750 その根拠(150字以内) ①外保連試算点数2,040点+1,710点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0円 上記セル(D30)の妥当と思われる点数は①と②の合計を入力ください。
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 該当なし 技術名 該当なし 具体的な内容(150字以内) 精密全視野網膜電図が記録できる機器を用いれば、網膜電位図も同時に記録できる。ただし、網膜電位図は精密全視野網膜電図よりも短時間で記録できるため、網膜疾患の有無のスクリーニング等に今後も必要な検査である。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

精密全視野網膜電図

国際臨床視覚電気生理学会の推奨するプロトコールに沿った刺激条件で、
全視野刺激により視細胞の杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録

適応(案): D258 網膜電位図(ERG)検査やD258-2多局所網膜電位図では十分な情報
が得られないと医師が認めるもの

例: 網膜色素変性の鑑別診断と視機能の評価、錐体ジストロフィの診断等

保険収載されている検査

網膜電位図
D258 230点

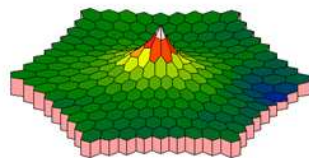


眼底が透見できない疾患と眼底
疾患の網膜機能を見る

例: 進行した白内障、網膜剥離

多局所網膜電位図
D258-2 500点

局所網膜の反応を2次元的にみ
る 適応: 黄斑疾患、AZOOR



精密全視野網膜電図 外保連試案 2,920点

杆体応答



暗順応後に弱い刺激光

最大応答



暗順応後に強い刺激光
→主として杆体の反応

錐体応答



明順応下で強い刺激光

フリッカーERG



点滅する刺激光→錐体反応

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	313201
申請技術名	コンタクトレンズ検査料
申請団体名	日本眼科学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	282-3 1
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	コンタクトレンズの種類による検査料の設定
提案の具体的な内容(400字以内)	コンタクトレンズの種類による検査料の設定

【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)	コンタクトレンズの種類により、処方のための検査、装用指導、経過観察等が大きくことなる。殊にハードコンタクトレンズや乱視矯正レンズにおいては、高度の技術を要する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	200
	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)	コンタクトレンズ検査料が算定される施設のみを対象として、推定した。平成23年の報告では一か月に約52万件。年間600万件と推定したが、算定の変化で受診者数には大きな変動がないと判断した。全体の20%がハードコンタクトレンズ、5%が特殊な不正乱視用レンズと推定し これらを300点とする。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	6,000,000
	後の人数(人)	6,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	6,000,000
	後の回数(回)	6,000,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	全体の20%がハードコンタクトレンズ、5%が特殊な不正乱視用レンズと推定し これらを300点と増点するために150万件×1,000円の増加
	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)	現行と変化なし
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)	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)	無	
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	313202
申請技術名	屈折検査
申請団体名	日本眼科学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	261
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	無
提案の具体的な内容 (400字以内)	弱視や不等視などが疑われる場合など必要に応じて矯正視力検査と併施しておこなうことを認める 要望点数(①+②):点数の増点は請求なし ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):350点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	現行では調節麻痺薬を用いた屈折検査等で必要があつて行った屈折検査を算定できない。不同視弱視や屈折異常に左右差があり、患者に不等像視の影響を考慮しながら眼鏡処方を行う場合は、患者の自覚的屈折検査が不可欠であり、これは調節麻痺下では実施できない検査である為、眼鏡処方の為の屈折検査と矯正視力検査は別の日に検査をせざるを得ない。患者の状況に最適と思われる措置を行い、その技術に見合った算定がなされるよう、現行の算定の見直しを提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	69
	後の点数(点)	69
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	年間対象患者数の変化 現在 15,000,000人→15,000,000人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 24,000,000回→25,000,000回 増	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	15,000,000
	後の人数(人)	15,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	24,000,000
	後の回数(回)	25,000,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	690,000,000
(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)	1,000,000件の増加にともなう医療費
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	現行と同じ
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	無
	技術名	無
提案の具体的な内容(150字以内)	無	
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	313203
申請技術名	角膜内皮細胞顕微鏡検査
申請団体名	日本眼科学会（共同提案: 日本角膜学会）
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	279
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	現在の検査の適応病名のひとつに水疱性角膜症が記載されているが、水疱性角膜症は角膜内皮障害が進行した状態で、事実上本検査で得られる情報は少ない。適応を角膜内皮機能障害を追加し、また本検査が必須の角膜内皮炎を適応病名に追加を要望する。診療報酬点数の変化はなし。

【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)	眼科手術における角膜合併症を避けるための術前検査として必須の検査。手術後および角膜ジストロフィ、その他の角膜疾患に合併する角膜内皮障害の、薬物療法、角膜移植の適応を決定する上で必須の検査。角膜内皮炎においては薬物療法の適応を決めるために必須の検査。	
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)	ほとんどの検査は白内障等の内眼手術にともなって行われており、適応疾患名の改変および適応拡大による影響は5%程度にとどまることが推定される	
・年間対象患者数の変化	前の人件(人)	1,000,000
	後の人件(人)	1,020,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	2,000,000
	後の回数(回)	2,100,000
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)	160,000,000
（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)	2,100,000件 × 1,600円=3,360,000,000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)	2,000,000件 × 1,600円=3,200,000,000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)	その他
	番号	無
	技術名	無
提案の具体的な内容(150字以内)	無	
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	313204
申請技術名	ロービジョン検査判断料
申請団体名	日本眼科学会
診療報酬区分(1つ選択)	D 検査
診療報酬番号	270-2
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	ロービジョン検査判断料に関する施設基準は眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(眼鏡等適合判定医師研修会)を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていることが要件となっているが、これを非常勤医師の配置でも可することを要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した眼科医は増加しつつあるが、眼科勤務医の不足している地域においては、施設基準を満たすことができない。非常勤勤務においても、要件を満たすことで、よりよいロービジョンケアが行われる。						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>後の点数(点)</td> <td>250</td> </tr> </table>	前の点数(点)	250	後の点数(点)	250		
前の点数(点)	250						
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)	研修会修了した眼科医師が非常勤で週一回、従たる勤務施設で診療を行うと推定し、現行の20%増が期待される。						
・年間対象患者数の変化	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>100,000</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>120,000</td> </tr> </table>	前の人数(人)	100,000	後の人数(人)	120,000		
前の人数(人)	100,000						
後の人数(人)	120,000						
・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>200,000</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>240,000</td> </tr> </table>	前の回数(回)	200,000	後の回数(回)	240,000		
前の回数(回)	200,000						
後の回数(回)	240,000						
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<table border="1"> <tr> <td>プラス・マイナス</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>金額(円)</td> <td>100,000,000</td> </tr> </table>	プラス・マイナス	+	金額(円)	100,000,000		
プラス・マイナス	+						
金額(円)	100,000,000						
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<table border="1"> <tr> <td>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>当該検査の増加分</td> </tr> <tr> <td>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>現行と変化なし</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)	当該検査の増加分	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)	現行と変化なし		
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)	当該検査の増加分						
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)	現行と変化なし						
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table border="1"> <tr> <td>区分(1つ選択)</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>無</td> </tr> </table>	区分(1つ選択)	その他	番号	無	技術名	無
区分(1つ選択)	その他						
番号	無						
技術名	無						
提案の具体的な内容(150字以内)	無						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>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	316101
申請技術名	在宅緩和ケア受入連携加算
申請団体名	日本緩和医療学会
技術の概要 (200字以内)	在宅緩和ケア診療を受けているがん症例が、疼痛をはじめとする症状の制御が困難にて緊急で医療施設へ入院加療となった場合、入院受入に際し、1,000点/日×7日までの加算(在宅患者緊急入院診療加算の併申は不可)を新設申請。
対象疾患名	在宅がん患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	将来、少なくとも20万人のがん患者は治療期から終末期まで病院外で過ごすことになる。そこで、がん患者の在宅へのスムーズかつ安心できる移行、さらに病院と在宅診療医とを結ぶ地域医療連携体制の構築、加えて診療医の在宅医療への参加を促す目的で本加算は不可欠と思われる。

【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)	2010年度のがん推定死亡数は120万人であるが2037年には170万人に達する見込みである。一方、この10年間でおよそ1,000もの医療施設が減少しており、少なくとも50万人の患者の医療が病院で実施することが困難となる。このことは厚生労働省のHPからも十分に伺うことができる大きなエビデンスである。しかも、倫理的に問題となることが多い疼痛や苦悩を伴い死と向かい合った生活を強いられるがん患者においてはさらに重要な問題点である。
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)	安全である
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	厚生労働省と日本緩和医療学会とで医師に対する緩和ケア研修会を全国的に展開し、日本静脈経腸栄養学会においても栄養サポートチーム(NST)の普及とそれを用いた地域一体型の栄養管理ネットワークの確立を進めている。また、本加算はがん患者および家族会の強い要望の一つでもある。
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(回)	10,000 15,000
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)	在宅緩和ケア受入連携加算の新設によって、10,000人のうち20%の在宅患者が増加すると、2,000人×35,000円(入院料)×365日×1/2=12,775,000,000円/年の医療費削減が可能となる。一方、本加算の経費は、1回の入院期間がおおよそ5日間として試算すると15,000回/年×10,000円×5日=750,000,000円/年になるので、差し引きおよそ120億円の削減が可能となる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号
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) その他 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 7,000 その根拠 (150字以内) 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):1,000点/日×7日までの加算
(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)

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	316102
申請技術名	緩和ケア地域連携加算
申請団体名	日本緩和医療学会
技術の概要 (200字以内)	緩和ケア病棟から在宅へ患者を退院させた場合、移行させた病院および在宅患者を受け入れた診療所の双方への加算
対象疾患名	各種がん、後天性免疫不全症候群など、生命(人生)を脅かす疾患による問題に直面している患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	早期からの緩和ケアが啓発される中、緩和ケア病棟に入院する各々の患者の入院期間が延びることにより、待機患者が増えることが予想される。緩和ケア病棟でも、全身状態が安定している患者を在宅へ移行することが待機患者を減らす上で非常に重要な項目である。そのためには、送り出す病院、在宅医療を受け入れる診療所の双方の協力体制が絶対的に必要となる。双方に診療加算をつけることによって、病院は在宅への移行を推進し、診療所も受け入れを推進することになる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	2011年の緩和ケア病棟病床数4,413床、2009年度の調査で緩和ケア病棟での死亡退院率は86%、平均在院日数39日、述べ5,780名が退院している概算となる。死亡退院率が1%減少で415名／年の退院増、平均在院日数が1日減少で154名／年の在宅増・緩和ケア病棟加算点数737,814／年の医療費減が見込まれる。MSWの橋渡しにより、平均在院日数は30日前後に減らすことが可能と考えられるため、試算すると(39-30)×737,814点/年＝6,640,326点の医療費削減が見込まれる。がん対策基本法:基本的施策「2.がん医療の均てん化の促進等」の項目に、「医療機関の整備等」「がん患者の療養生活の質の維持向上」が明記されている。がん患者の療養生活の質の向上のひとつとして、在宅医療の充実があり、緩和ケア病棟から在宅支援診療所への患者診療の移行が挙げられる。
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)	該当なし
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)	日本緩和医療学会では、緩和医療を必要とする患者の包括的ケアとしては在宅診療、ソーシャルワーカー、訪問看護など包括的ケアを充実させて当該患者の医療サービス向上を目指している。本診療加算は推進するためのひとつと位置づけられる。施設基準として、緩和ケア病棟加算を取得している施設、在宅医療支援診療所に指定されている診療所とする。
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)	在宅医療を推進する上で、患者の移行をスムーズに行うために必要である。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	41,300 6,000
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)	該当なし
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 7,268,800,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) B 医学管理等 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,000 その根拠(150字以内) 在宅への移行が進むことで平均一般病棟入院(がん)料7,434,000,000円の医療費減。在宅への移行を促すための加算として双方に1,000点とした場合、20,000円×8,260＝＋165,200,000円／年の医療費増。これらを差し引きして全体で7,268,800,000円の医療費減となる
(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) 番号 なし 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)

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	316103
申請技術名	がん患者早期緩和ケア診療加算
申請団体名	日本緩和医療学会
技術の概要 (200字以内)	終末期と関係なく、「がん」と診断された時点から1か月以内に緩和ケア外来に紹介した場合に、紹介医に500点
対象疾患名	すべてのがん患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	がん患者への早期からの緩和医療技術の導入は、がん患者の症状を軽減することでQOLを改善する。しかしながら国民の多くは緩和医療は末期医療と誤解しているため緩和医療の導入が遅れているのが実状である。その原因には主治医からの緩和医療への紹介が遅れている事実がある。早期に主治医から緩和医療の併診を促すために本加算が必要である。

【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)	がん患者の治療中～終末期までのQOLの改善
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)	該当なし
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)	該当なし
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)	該当なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	150,000 150,000
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)	早期の緩和ケアの導入により治療脱落例の減少、治療費の減少が期待される。さらに、がん患者の居宅療養期間が延長することで緩和ケア病棟の平均在院日数の減少、病床稼働率の増加が可能となる(緩和ケア病棟入院料60日以上入院が減少)
(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) 18,000,000,000
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) 500 その根拠 (150字以内) がんを診断した医師に緩和医療の導入を早期から促すために必要と思われる保険点数。緩和ケア病棟の平均在院日数が短縮することで緩和ケア病棟入院料の経費縮小と緩和ケア病棟の有効利用が促進し、がん難民の回避につながる。
(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) なし
(点数見直しの場合)	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	316201
申請技術名	がん患者リハビリテーション料
申請団体名	日本緩和医療学会
診療報酬区分(1つ選択)	H リハビリテーション
診療報酬番号	007-2
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)	緩和ケア病棟において、終末期患者へ症状緩和、ADL回復を目的にリハビリテーションを実施した場合、1単位200点、6単位/日を算定する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	今後増加する死亡者の終末期医療の中心は在宅とならざるを得ず、終末期患者が入院する緩和ケア病棟であっても、いわゆる抗悪性腫瘍薬の投与によらない症状緩和やADLの回復を求め、在宅移行を目指す評価が必要である。緩和ケア病棟がいわゆるホスピス化して病床不足とならないよう、積極的にリハビリテーションを行い、より症状が緩和され活動性が確保されれば在宅への道が開けてくる。現在は包括のため、こういった取り組みは一部の病棟でした実施できていないため、推進する評価が必要である。						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>後の点数(点)</td> <td>200</td> </tr> </table>	前の点数(点)	200	後の点数(点)	200		
前の点数(点)	200						
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)	在宅移行や復帰を目的に対象となる患者は、積極的な在宅移行を進めている施設の移行率が2-3割であることから緩和ケア病棟全入院患者の約1割程度が対象と考えられる。						
・年間対象患者数の変化	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>3,300</td> </tr> </table>	前の人数(人)	0	後の人数(人)	3,300		
前の人数(人)	0						
後の人数(人)	3,300						
・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>159,870</td> </tr> </table>	前の回数(回)	0	後の回数(回)	159,870		
前の回数(回)	0						
後の回数(回)	159,870						
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<table border="1"> <tr> <td>プラス・マイナス</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>金額(円)</td> <td>3,342,881,700</td> </tr> </table>	プラス・マイナス	—	金額(円)	3,342,881,700		
プラス・マイナス	—						
金額(円)	3,342,881,700						
(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 border="1"> <tr> <td>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>新たに発生するがん患者リハビリテーション料1,918,440,000円－在宅移行が実現し緩和ケア病棟入院患者数が減少し節減できる経費5,261,321,700円＝－3,342,881,700円</td> </tr> <tr> <td>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>なし</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)	新たに発生するがん患者リハビリテーション料1,918,440,000円－在宅移行が実現し緩和ケア病棟入院患者数が減少し節減できる経費5,261,321,700円＝－3,342,881,700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)	なし		
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)	新たに発生するがん患者リハビリテーション料1,918,440,000円－在宅移行が実現し緩和ケア病棟入院患者数が減少し節減できる経費5,261,321,700円＝－3,342,881,700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)	なし						
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	<table border="1"> <tr> <td>区分(1つ選択)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td></td> </tr> </table>	区分(1つ選択)		番号		技術名	
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	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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	319101
申請技術名	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術
申請団体名	日本形成外科学会（共同提案:日本乳癌学会）
技術の概要 (200字以内)	乳腺切除術後にゲル充填人工乳房を挿入して乳房を再建する
対象疾患名	乳癌術後患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在保険治療としての乳房再建は、自家組織による再建のみである。ただ、自家組織による再建は患者の負担も大きく、体の他部位に形態的機能的損失を来す。一方、ゲル充填人工乳房を用いた再建はドナーの犠牲がない。保険治療として実施可能とする必要がある。

【評価項目】

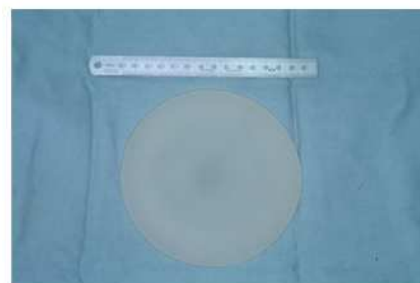
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	ゲル充填人工乳房を用いた再建は自家組織による再建と異なり採取部の犠牲がなく、最少侵襲のためQOLの改善は明らかである。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	日本乳房インプラント研究会の調査によるインプラントの安全性に関する合併症:インプラントの破損(0%)、血腫(3.4%)、漿液種(1.8%)、炎症(0.8%)、感染(0.1%)、インプラントの露出(0.3%) 形成外科、vol.56.2.133-142.2013.
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)	手術の難易度は高くないが、合併症を来さないように良好な形態の乳房を再建することは容易ではない。
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) ・年間実施回数等(回)	7,200 7,200
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	予想影響額 548,725,384円 増・〇減 既存の技術:診療報酬の区分番号 K476-3技術名 乳房再建術(乳房切除後)
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
	K 手術 476-3 乳房再建術(乳房切除後)
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
	— 548,725,384
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)
	K 手術 25,000 K022組織拡張器による再建手術(一連に付き)の点数は17,580点である。その手術に比較して、被膜を処理したり、Implantの位置を合わせたりする必要があるため、1.5倍の手術時間を消費すると思われる。従って、25,000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) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
	 特になし。本手術の採用により、予想金額が減少となるため、減点など不要と考える
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

インプラント挿入術

乳癌術後乳房欠損患者に対して、エキスパンダーで伸展された皮膚
大胸筋下にインプラント挿入を行う。



① エキスパンダー挿入後



② 挿入するインプラント



③ エキスパンダーを抜去してイ
ンプラントを挿入



④ 乳輪乳頭を再建

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。

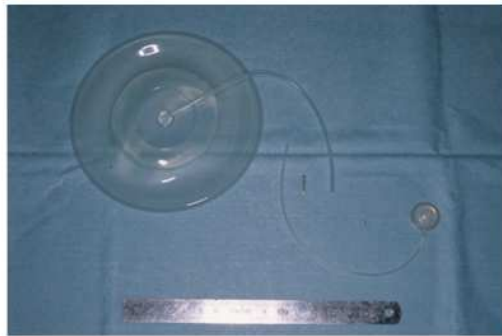
整理番号	319102
申請技術名	乳房皮膚延長術
申請団体名	日本形成外科学会（共同提案:日本乳癌学会、日本外科学会、日本臨床外科学会）
技術の概要 (200字以内)	乳腺切除術後に大胸筋下に乳房専用組織拡張器を挿入して乳房皮膚と大胸筋を引き伸ばし、その後ゲル充填人工乳房に入れ替える。乳腺切除術後に大胸筋下に乳房専用組織拡張器を挿入して乳房皮膚と大胸筋を引き伸ばし、その後ゲル充填人工乳房に入れ替える。
対象疾患名	乳癌術後患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在保険治療として使用可能な組織拡張器は乳房再建用として適していない。組織拡張器周囲に拘縮の原因となる厚い被膜を形成したり、部分的に角張って露出したりする合併症を経験する。そこで、乳房専用組織拡張器を保険治療として実施可能とする必要がある。

【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)	乳房専用組織拡張器を用いた再建は従来の組織拡張器による再建と異なり被膜拘縮を来す確率が少なく、良好な形態の乳房を形成可能にするためQOLの改善は明らかである。
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)	外国における主な不具合の発生状況:エキスパンダー収縮(16.3%)、被膜拘縮(2.7%)、エキスパンダー破損(2.5%)、感染(1.2%)、生理食塩液注入部の位置異常(0.8%)、エキスパンダーの折れ(0.2%)、疼痛(0.2%)、エキスパンダー露出(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)	手術の難易度は高くないが、合併症を来さないように血行の良好な筋肉で覆い、良好な位置に配置することは容易ではない。
I-④開源性・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
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	7,200 7,200
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	
(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)

エキスパンダー挿入術

乳癌術後乳房欠損患者に対して、大胸筋下にエキスパンダーを挿入し、大胸筋および皮膚を伸展させてインプラント挿入準備を行う。



① エキスパンダー



② 乳腺組織が全摘された状態



③ 大胸筋下を剥離してエキスパンダーを挿入する



④ 大胸筋下にエキスパンダーを挿入した状態

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	319103
申請技術名	乳房再建術(遊離皮弁によるもの)
申請団体名	日本形成外科学会
技術の概要 (200字以内)	自家組織を血管柄付で採取し、顕微鏡下血管吻合を用いて動脈―動脈吻合、静脈―静脈吻合を行い、胸部に移植し、乳房を再建する
対象疾患名	乳癌術後および乳房腫瘍切除後の乳房欠損・乳房変形
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在保健収載された乳房再建術の術式はK476-3乳房再建術(乳房切除後)の1. 一次的におこなうもの 42,710点 および 2. 二期的に行うもの 53,560点の2つである。この術式は註によると動脈(皮)弁術および筋(皮)弁術を実施した場合に算定することとなっている。しかし、近年遊離皮弁による乳房再建術が飛躍的に増加しており、良い成績をあげている。現状では註によればK017遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 74,240点で算定するとされており、実施には問題は無い。しかし、遊離皮弁による乳房再建件数の増加のため、本術式を新設されたい

【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)	遊離皮弁による乳房再建は増加して来ており、現在乳房再建のスタンダードとなりつつある。同手術は顕微鏡下で微小血管を吻合し組織移植を行うため、移植皮弁の壊死が危惧されて来た。しかし移植皮弁の全壊死・部分壊死、脂肪壊死などの虚血性合併症の比較において、遊離腹部皮弁の方が有茎腹部皮弁と比べて発生率が低い。皮弁挙上時の経皮酸素分圧(pteO2)も有茎より遊離皮弁のほうが良好と報告されている。腹壁合併症に関しては両者で同等か、有茎皮弁で増加するとの報告もある。	
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)	遊離皮弁による乳房再建の合併症は、(1)完全壊死(2.0%~4.15%)、(2)部分壊死(2.5%~3.57%)、(3)脂肪壊死(10.1%~25.5%)である。採取部合併症は(1)腹壁ヘルニア(0.8%)および(2)腹部の膨隆(abdominal bulge)(3.1%)である。現在行なわれている遊離皮弁と同程度のリスクと考えられる	
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)	遊離組織移植に精通した医師が行うことが望ましい。施設基準は特に設ける必要は無いと思われる	
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)	年間対象患者数(人)	200
	年間実施回数等(回)	200
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	遊離皮弁による乳房再建は採取部の犠牲が少なく侵襲が最小という利点がある反面、顕微鏡下血管吻合が必要になり、手術時間が長く、高度の技術と十分な経験が必要である	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	017
予想影響額	技術名	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)
	プラス・マイナス 金額(円)	148,480,000
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)	74,240
	その根拠 (150字以内)	ほぼ同手技であるK017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)と同じ点数とした
(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)	
	番号	特になし
	技術名	
	具体的な内容 (150字以内)	本手術はすでにK017で保険適応とされているため、削除、減点などは不要と考える
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

乳房再建術（遊離皮弁によるもの）について

【技術の概要】乳癌切除などに生ずる乳房欠損、変形に対し、直径2-3mmの栄養血管付き組織（皮膚、皮下脂肪、筋肉など）を採取する。同組織を顕微鏡下で血管吻合を行うことにより乳房欠損部に移行し、乳房を形成する

【対象疾患】乳癌切除後、乳房腫瘍切除後欠損

【既存の治療法との比較】で保険収載されているK017遊離皮弁と同等の技術である

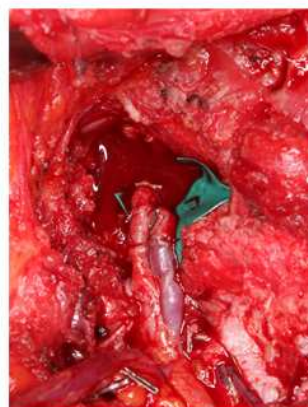
【診療報酬上の取り扱い】現在本手術はK476-3の註にてK017 遊離皮弁術で換算されている。
K476-3 3乳房再建術（遊離皮弁によるもの）として独立させたい



乳癌切除後乳房欠損
腹部採取組織デザイン



腹部より採取した血管付き組織



顕微鏡下血管吻合



再建された乳房

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	319104
申請技術名	局所陰圧閉鎖処置(外来使用型によるもの)
申請団体名	日本形成外科学会
技術の概要 (200字以内)	既存品では入院患者にしか行えなかった局所陰圧閉鎖処置を、「非電動式(パネ式)」に陰圧を発生させる新規の原理を有し、「単回使用・小型(手のひらサイズ)」という外来使用に際して有用性が高い「単回使用陰圧創傷治療システム」で行い、簡便に外来で創の早期治癒をはかる
対象疾患名	外傷創(一次閉鎖が不可能なもの)、外科手術後離解開創・開放創、四肢切断端開放創、デブリードマン後皮膚欠損創
保険収載が必要な理由 (300字以内)	局所陰圧閉鎖処置は、使用する医療機器が薬事法上、入院患者への使用に限定されていた。しかし外来使用が可能な「単回使用陰圧創傷治療システム(以下、「本品」とする。)」が薬事承認を受けたことにより、自宅で安全に管理できる状況にある患者に対しては外来で本処置を行う事ができるようになった。本品は「非電動型(パネ式)」で陰圧を発生させる新規の原理を有し、「単回使用・小型(手のひらサイズ)」という、外来患者に対して安全性・有用性の高いデバイスである。入院していた患者が外来へ移行することにより、医療費の削減、患者のQOL向上が期待され、外来使用時に相応の点数を算定できる新たな技術料の新設が必要である。

【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)	治癒率においては、既収載品と外来使用が可能な「単回使用陰圧創傷治療システム(以下本品とする)」を米国で行った比較対照試験において非劣性が示され、慢性創傷に対する有効性があると考えられる。また本品は、単回使用・超小型(手のひらサイズ)、可搬性に優れ外来患者のQOL向上に大きく貢献すると考えられる。海外にて外来使用した場合の死亡例の報告はない。局所陰圧閉鎖処置は広く普及しており、慢性創傷に対する有用性が複数報告されている。海外ではDiabetic Ulcer Wound Society(2006)でLevel Iと評価され、またWound Repair Regeneration が2003年に発表したガイドラインではエビデンスレベル I で、使用することの有益性があるとされている。しかし急性・慢性を含め大規模な比較試験は実施されておらず、大規模な研究が必要と結論付けられている。
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	外来用非電動式NPWT機器においては、海外では、疼痛、水泡形成、新たな潰瘍、創傷サイズの増加、皮膚障害、創面の組織壊死が報告されているが、いずれも軽度であり重篤な有害事象の報告は現在までにない。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	本邦では形成外科学会、創傷外科学会、褥瘡学会等で局所陰圧閉鎖療法の有効性が報告されており、使用を推奨されている。医師の専門性は確実な創傷評価と処置を行うことが確実に出来るレベルとして、経験10年程度が必要と考えられる。施設基準は、外科系を標榜している施設でデブリードマン等簡単な手術を行うことができる施設が必要である。
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) ・年間実施回数等(回)	1,236 7,416
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)	既収載品の電動型NPWT機器と異なり、外来用非電動型NPWT機器は、定荷重パネで一定の陰圧を負荷することができる。超小型で可搬性に優れ外来患者に安全に使用できる点において新規性が高い。既存品との比較では非劣性が示されている。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) J 処置 番号 003 技術名 局所陰圧閉鎖処置
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 418,707,360
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) 1,154 その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):716点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):4,380円
(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 特になし 技術名 特になし 具体的な内容(150字以内) 特になし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

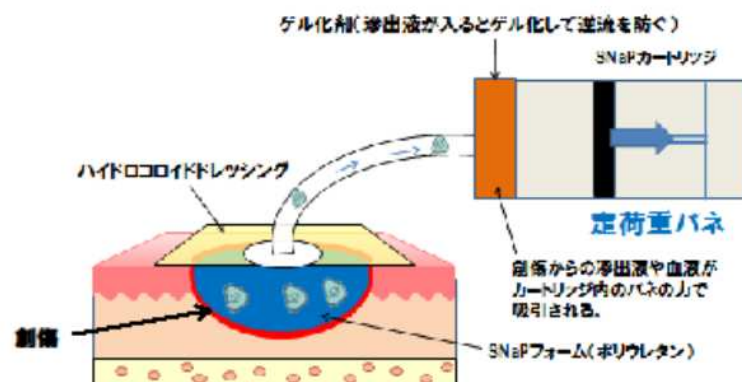
【技術名】 局所陰圧閉鎖処置

【技術】の概要

難治性創傷に対して管理された陰圧を負荷することで、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去等を図り、創傷の治癒を促進する。

創床へフォーム材などを置き、ドレッシング材で密閉状況を作り、陰圧を発生する機器へ接続して創傷部へ陰圧を負荷する。

現在、本法は入院患者に限定して行える技術であるが、患者の状態によっては外来管理が可能である。外来使用が薬事法上可能となった医療機器を使用し、外来で本法を行うことで、患者が日常生活を送りながら本治療を受けることが出来、QOLの向上が予想される。



外来使用できる機器を実際に装着した状態



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	319105
申請技術名	ICGによる赤外線蛍光リンパ管・リンパ節造影
申請団体名	日本形成外科学会
技術の概要 (200字以内)	四肢末梢、体幹の一部にインドシアニングリーン(以下ICG)を皮内に注入し、赤外線蛍光カメラを利用して四肢のリンパ管内を流れるICGを経皮的に観察し、リンパの流れを評価する。
対象疾患名	四肢リンパ浮腫
保険収載が必要な理由 (300字以内)	近年がん治療に関連したリンパ浮腫が増加しているが、浮腫を診断する保険収載されたリンパ浮腫の動態検査法は無い。本検査は安全、低侵襲、リアルタイムにリンパ動態を経皮的に観察可能であり、リンパ浮腫進行度評価や種々のリンパ浮腫治療に寄与すると思われる。22年度から本法による乳癌のセンチネルリンパ節生検が保険収載となっている。

【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)	複数の四肢リンパ浮腫患者と健常ボランティアとの比較から本検査の安全性とリンパ浮腫診断の有用性が述べられている (Journal Vascular Surgery, 2007 vol. 45(5))	
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)	ICGによるアレルギー反応。注入時、口のしびれ、嘔気、胸内苦悶、眼球結膜充血、眼瞼浮腫等。ショック症状0.02%、吐き気0.08%、血管痛0.04%、発熱0.02% 本剤投与21,278例中副作用は0.17%(添付文書より)	
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)	赤外線蛍光リンパ管造影に熟知した医師が行うことが望ましい。施設基準は特に設ける必要はないと思われる。	
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)	特に問題なし	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	500
	年間実施回数等(回)	500
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、保険収載される検査としてリンパ浮腫の診断を行う検査法はない。本検査法は低侵襲でリアルタイムにリンパ動態を確認できる優れた方法である。本検査によりより適確なマッサージや圧迫療法が行われ、弾性着衣の選択も適切に行うことができる。	
(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)	4,900,000
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)	980
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数:930点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):520円(試算参照)
(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	平成20年3月21日保発第0321002号
	技術名	四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項
(点数見直しの場合)	具体的な内容(150字以内)	本検査によりリンパ浮腫を機能的に診断することができるので、今まで明かな適応がなかった(医師の指示書のみ)弾性着衣等に係わる療養費の支給対象であった症例を減らすことができる。
	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

ICGによる赤外線蛍光リンパ管・リンパ節造影 概要図

（技術の概要）四肢末梢の皮内、皮下に ICG（インドシアニンググリーン、商品名ジアグノグリーン）を注入（図 1）し、蛍光赤外線カメラ（図 2、3）を用いてリンパ管に吸収される ICG の蛍光を捉え（図 4）皮下のリンパ流を確認する。リンパ浮腫では ICG が鬱滞する。

（対象疾患）四肢リンパ浮腫。患者数は原発性 5 千人（2009）、続発性上肢 5 万人、下肢 7 万人（2004、上山）で年間 500 例程度に本検査が必要と思われる。

（既存の検査法との比較）現在、保険収載される検査としてリンパ浮腫の診断を行う既存の検査法はない。本検査法は低侵襲でリアルタイムにリンパ動態を確認できる優れた方法である。本検査によりより適確なマッサージや圧迫療法が行われ、弾性着衣の選択も適切に行うことができる。

（診療報酬上の取り扱い）外保連試算点数：930 点、技術度：C 医師（術者以外）1： 看護師：1 その他： 所要時間（分）：30

（図 1）ICG 注入

（図 2）蛍光赤外線カメラ



（図 3）カメラを患部に当てる

（図 4）注入後蛍光を発する ICG



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	319106
申請技術名	陰茎再建術(尿道再建を伴うもの)
申請団体名	日本形成外科学会
技術の概要 (200字以内)	性同一障害でFemale to male transsexual を希望する患者において、陰茎再建に際して皮弁による尿道再建を同時に行なうことで男性としての形態を付与する技術である。
対象疾患名	性同一障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	『性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律』によって性別変更の条件として性別適合手術を受けていることが必要であると明文化されており、保険治療として実施可能とする必要がある。

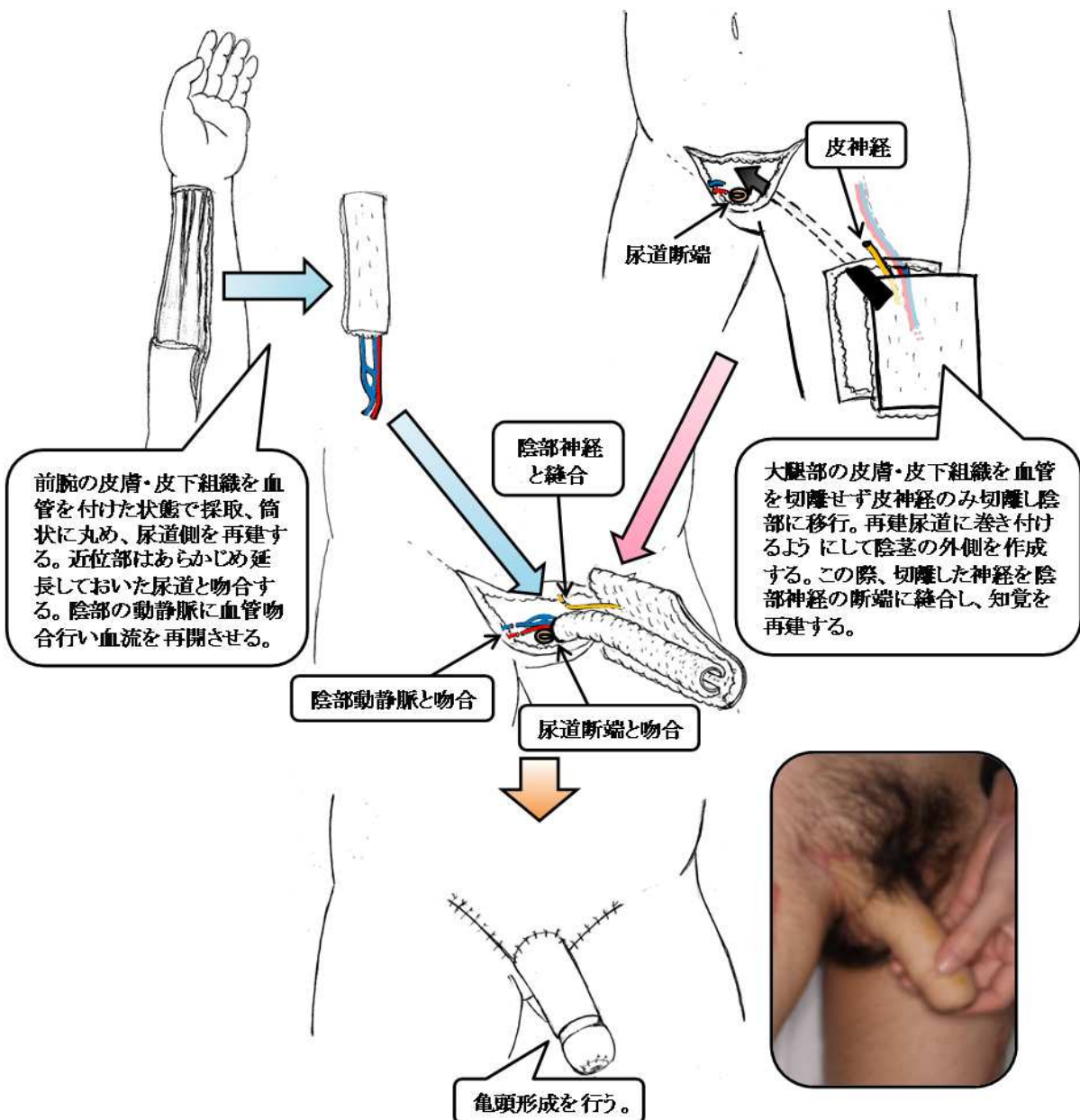
【評価項目】

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)	本手術により男性としての形態が付与されることには異論がない。	
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)	通常の皮弁形成術、尿道形成術と同程度である。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)	手術の難易度は高く、限られた専門医でのみ施行可能である。施設内にジェンダークリニックを整備していることが必要である。	
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)	問題あり 倫理委員会とジェンダークリニックの設置が必要	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	10	
	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)	国内では8,000人が性同一性障害の病名で登録されている。このうちほぼ半数が本手術の対象になりうるが、国内のジェンダークリニックの設置状況から10件とした。もっとも近似した手術はK819-2陰茎形成術(33,790点)であり、これに要する医療費×10件の増加が予測できる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	819-2
	技術名	陰茎形成術
予想影響額	プラス・マイナス	+
	金額(円)	3,114,500
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)	311,450
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):306,910点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)45,374円(試算参照)
(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)	

陰茎再建術

FTMISに対する最終的な性別適合手術は陰茎再建術である。この手術ではただ陰茎様の形を形成するだけでなく、整容的にも機能的にも満足できるものを再建する必要がある。すなわち尿漏れすることなくスムーズな排尿が可能であること、チャックに挟んだ場合には痛いと感じること、性交渉ではオーガズムが得られることなどの条件を満たす必要がある。この手術には遊離自家組織移植術、神経吻合術、植皮術、除脂肪術など形成外科医が有する技術を駆使する必要がある。

世界的には前腕の皮膚を利用した再建法がスタンダードであるが、体の各所から採取した皮弁を組み合わせて陰茎を再建することも可能である。



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	319107
申請技術名	乳房縮小術
申請団体名	日本形成外科学会
技術の概要 (200字以内)	性同一性障害でFemale to male transsexual を希望する患者において、正常乳房に対して乳腺全摘に加えて必要に応じ皮膚切除、乳輪乳頭の移動を行うことで男性としての形態を付与する技術である。
対象疾患名	性同一性障害
保険収載が必要な理由 (300字以内)	『性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律』によって性別変更の条件として性別適合手術を受けていることが必要であると明文化されており、保険治療として実施可能とする必要がある。

【評価項目】

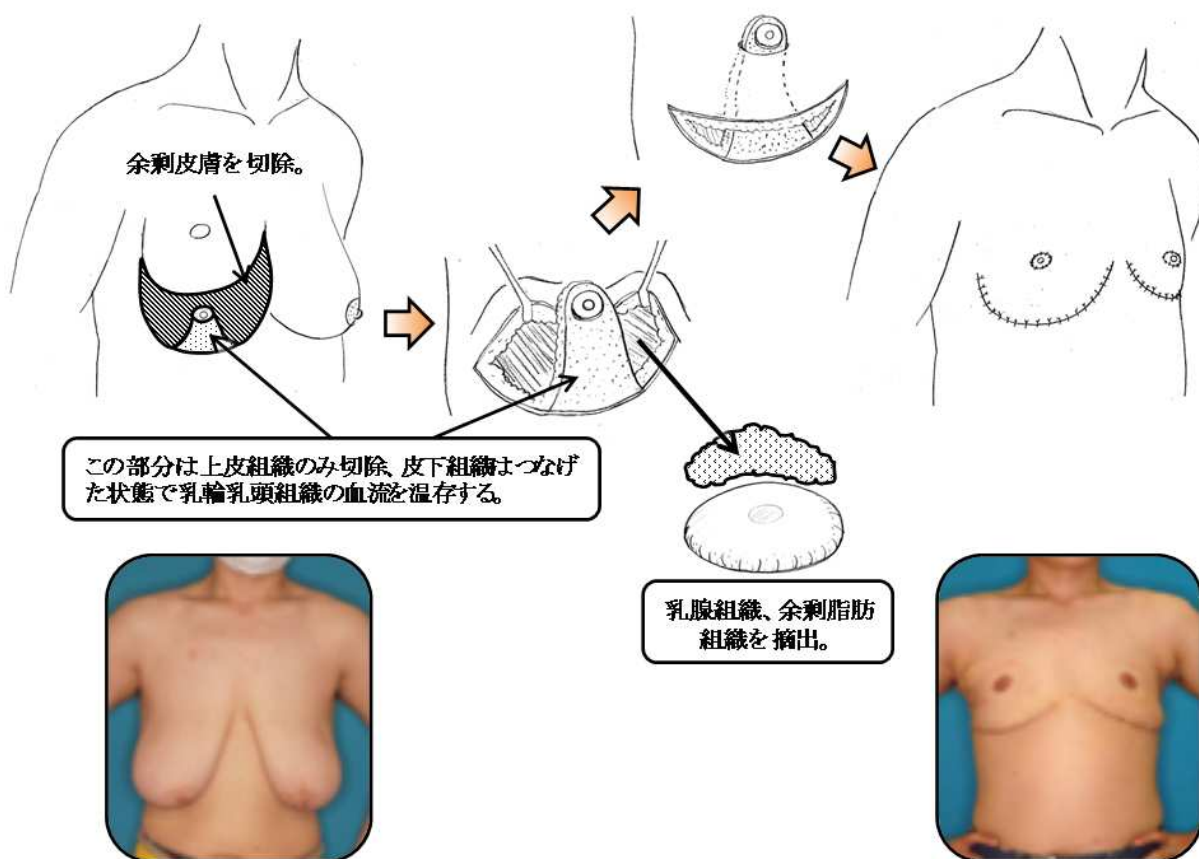
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	手術により乳房形態を男性化させることの有効性について異論がない。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	一般的な手術と同様である。局所感染、皮弁壊死などが起こりえるが無視し得る程度である。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	手術の難易度は既存の技術の範疇で、専門医であれば施行可能であるが、施設内にジェンダークリニックを整備していることが必要である。
I-④無害性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	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)	300 300
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)	もっとも近似した手術はK475乳房切除術であり、これに要する医療費×300件の増加が予測できる。
(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)
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)

以下の2つの手術手技に対して保険適応を申請するのは、この手術を受けることにより患者が少しでも早く望む性での社会復帰を果たして、労働力として社会貢献出来るようになる、そして何より社会的マイノリティーとして差別的待遇を受けやすい患者たちのQOL向上に繋がると考えるからである。

乳房縮小術

女性から男性への性転換症:FTMTSに対する乳房手術は、本人が自認している心の性である男性の胸郭に出来るだけ近づける手術であり、従来行われている女性の乳癌あるいは乳房腫瘍に対する手術とはその手術目的および手術法が基本的に異なる。

通常乳房切除術と呼ばれているFTMTSに対する乳房手術には、皮下乳腺摘出術、余剰脂肪切除術、乳輪乳頭縮小術そして余剰皮膚切除術が含まれる。特にカモフラージュシャツの長期装着により乳房が高度下垂しているような症例では、切除すべき皮膚の面積が非常に大きくなるため一度乳輪乳頭を切り離し、皮膚切除後に再度乳輪乳頭を移植するよう な追加処置が必要となる場合もある。



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	319201
申請技術名	画像等手術支援加算 実物大臓器立体モデルによるもの
申請団体名	日本形成外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	939-2
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容 (400字以内)	実物大臓器実体モデルの費用を別途請求できるようにすること 要望点数(①+②)=20,409点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):実物大臓器立体モデルによる手術計画 試算点数10,409点 材料費10,000点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):材料費10,000点(試算に従って10,000点とするが、実際のモデルの価格は60,000～200,000円と幅がある)ただし、現在の算定点数を追加して1件あたり14万円となる。

【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)	本手術は平成20年度改正で先進医療から保険収載されたものであるが、先進医療時には1件当たりの費用は平均で305,772円であった。これには手術前に行われる手術シミュレーション等に関わる費用と実体モデルの費用からなるが、前者は2～3万円程度であり、現在の点数はこれに他ならない。実体モデルの費用はモデルの製法、大きさにより変化するが、これは6～20万円程度であり、別途請求できるように改正を要望する。これについては別紙資料に根拠を示す。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	2,000
	後の点数(点)	20,409
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	先進医療として施行されていた時期の年間平均件数は50件程度であった。現在200件程度と推測されるが、適正な保険収載により増加し400件程度と予想する。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	200
	後の人数(人)	400
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	200
	後の回数(回)	400
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	56,000,000
(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)	実物大臓器実体モデルの費用に幅があるが、仮に10万円とすると現在の算定点数2,000点を追加して1件あたり14万円となる。14(万円)×400(件)=5,600万円
	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)	
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)	実物大臓器実体モデルの費用を別途請求できるようにすること	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	2,000
	後の点数(点)	12,000

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	319202
申請技術名	画像等手術支援加算 1.ナビゲーションによるもの
申請団体名	日本形成外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	939-1
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)	下記8技術に対する適応拡大を要望する。 K334 鼻骨骨折観血的手術 K334-2 鼻骨変形治癒骨折矯正術 K427 頬骨骨折観血的整復術 K427-2 頬骨変形治癒骨折矯正術 K433 上顎骨骨折観血的手術 K434 顔面多発骨折観血的手術 K434-2 顔面多発骨折変形治癒矯正術 K443 上顎骨形成術

【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)	ナビゲーションシステムは、付属機器の開発やソフトの改良により顔面領域の硬組織関連手術にも使用されている。本システムは手術支援に多くの利点をもち、特に露出部である顔面では切開を置く部位や長さの制限から、形態面のみでなく整容面からも大きな成果を発揮し患者QOLの向上に大きく貢献するものである。顔面領域の硬組織関連手術、特に難易度の高い上記8技術に対する適応拡大を要望する。	
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)	適応拡大を希望する上記8技術は年間3,978件の手術が施行されている(社会医療診療行為別調査 平成23年6月審査分 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html から年間施行回数を調査)。 1患者につき施行回数は1回のため対象患者数と実施回数は同一となり、本要望採用により対象患者数だけ実施回数が増となる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	3,978
	後の人数(人)	3,978
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	3,978
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	79,560,000
(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)	
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	関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術はない。
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	319203
申請技術名	創外固定器加算
申請団体名	日本形成外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	932
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)	K180 3「頭蓋骨形成手術3骨移動を伴うもの」、K443 1「上顎骨形成術 単純な場合」、K443 2「複雑な場合および2次的再建の場合」、K443 3「骨移動を伴う場合」に対し創外固定器加算が認められるよう提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	現在創外固定器加算は四肢骨および骨盤にのみ認められている。頭蓋骨形成術、上顎骨形成術において創外固定器を用いることにより、骨移植が不要で低侵襲となり、術後感染の合併症が減じ、移動した骨の後戻りが少ないなど手術成績を向上させることができる。 Shetye PR et.al.: Midterm follow-up of midface distraction for syndromic craniosynostosis: a clinical and cephalometric study. Plast Reconstr Surg. 2007 120:1621-32. Fearon JA: The Le Fort III Osteotomy: To distract or not to Distract? Plast Reconstruct Surg. 2001 107:1091-1103	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	10,000
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	H23年度日本形成外科学会疾患データベースより抽出。 主にクルーゾン症候群、アペール症候群ファイファー症候群などでK443 3「上顎骨形成術 骨移動を伴う」場合にこの10年の間に広く用いられ、その結果の安定性から創外固定器を用いる方法は標準的となっている。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	40
	後の人数(人)	40
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	40
	後の回数(回)	40
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
(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)	診療報酬100,000円×40人×1回(年間)=4,000,000
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	創外固定器を用いることで十分な上顎前進が可能となるため、再手術が必要な割合は低下すると考えられる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	319204
申請技術名	組織拡張器による再建手術（一連につき）
申請団体名	日本形成外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	022
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	術式名称の一部変更および通知の一部変更。
提案の具体的な内容 (400字以内)	①技術名を、「組織拡張器による再建手術」とする。 ②通知(平24保医発0305・1)「(1)治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。」を「(1)組織拡張器の挿入・生食の注入・組織拡張器の除去という一連の手技のことであり、挿入時に所定点数を算定する。拡張器の除去に要する手技料は別に算定できない。」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)	技術名「組織拡張器による再建手術（一連につき）」の（一連につき）に関する解釈は、①組織拡張器の挿入②組織拡張器への生理食塩水の注入③組織拡張器の除去という3つの段階を経て完了する一連の手術手技のことであり、これにより伸展・拡張された皮膚を皮弁同様に移動・移植して欠損を再建する。また、この技術は「複数手術に係わる費用の特例」により、同一部位において他の手術と同時にを行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術の100分の50に相当する点数とを合算し算定する事になっている。しかし、（一連につき）が「複数手術に係わる費用の特例」を含めて（一連）と解釈するような誤解が生じる可能性が危惧され、診療報酬算定に関しての正確さを欠いている。技術名「組織拡張器による再建手術（一連につき）」を「組織拡張器による再建手術」とし、通知の一部を変更することは技術評価を適正化する。	
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)	年間対象患者数や実施件数(平成23年社会医療診療行為別調査より推計)に変化はないが、本技術を実施した場合の診療報酬算定やレセプト審査時に「一連につき」の解釈に対する誤解がなくなり請求・審査が正確となり、レセプト審査における支部間差異解消などにも寄与するものと考えられる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	528
	後の人数(人)	528
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	528
	後の回数(回)	528
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	
	金額(円)	0
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
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	319205
申請技術名	乳房再建術(乳房切除後)
申請団体名	日本形成外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	476-3
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	名称の変更
提案の具体的な内容(400字以内)	K476-3乳房再建術の K476-3 1「一期的に行うもの」を「一次的に行うもの」へ。K476-3 2「二期的に行うもの」を「二次的に行うもの」へと名称変更し乳房再建の呼称と学会ガイドラインを一致させる。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	現在、乳房切除後の乳房再建は広く行われており、すでにK476-3にて保健収載された技術である。保険上の呼称は切除と同時に再建するものが一期再建、切除後、後日再建するものが2期再建とされている。しかし、近年の乳房再建ガイドラインにおいては同時に行うものが一次再建、後日行うものが二次再建となっており、呼称の混乱を来しやすい。ガイドラインとの呼称の統一をはかることが必要と考える 日本形成外科学会HP http://www.jsprs.or.jp/general/disease/malignancy/ 日本乳房オンコプラステックサージェリー学会 http://jopbs.umin.jp/pdf/guide.pdf	
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)	日本形成外科学会年間手術件数データベースによる。すでに収載されている技術であり、普及性に変化は無い	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	600
	後の人数(人)	600
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	600
	後の回数(回)	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)	0
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
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)	すでに収載されている技術で点数も不変であるため無し	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	320201
申請技術名	腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術に際する付加手術時（バイパス術、コイル塞栓術）の加算
申請団体名	日本血管外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	561 2、615 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	複数手術の規約の設定
提案の具体的な内容 (400字以内)	複数手術の規定がないため、内腸骨動脈コイル塞栓、或いはバイパス術算定が認められる県と査定される県があり、審査の現場も混乱している。 要望点数 (K561 2 49,440点+K615 2 16,930点×50/100)=57,905点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):57,905点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):なし

【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)	高齢者、心肺、脳血管疾患、開腹歴等を有する患者には低侵襲で手術が可能。ステントグラフト実施管理委員会の登録では2008—2012年で25,000例が登録され、遠隔期成績調査中で、標準的な術式になりつつある。また、本術式は開腹手術に比べ、輸血削減、入院日数の短縮が得られる。しかし、長期遠隔期成績のevidenceは調査中である。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 66,370 後の点数(点) 57,905
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	高齢者、心肺、脳血管疾患、開腹歴等を有する患者には低侵襲で手術が可能。ステントグラフト実施管理委員会の登録では2008—2012年で25,000例が登録され、遠隔期成績調査中で、標準的な術式になりつつある。また、本術式は開腹手術に比べ、輸血削減、入院日数の短縮が得られる。しかし、長期遠隔期成績のevidenceは調査中である。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 1,260 後の人数(人) 1,260
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 1,260 後の回数(回) 1,260
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) 14,805,000
(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) $(K561\ 2\ 49,440点 + K615\ 2\ 16,930点 \times 50/100) = 57,905点 \times 1,260回 = 72,960,300点$ 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) 従来の手術を行うと $K560\ 6\ 59,080点 \times 1,260回 = 74,440,800点$ さらに、上記より、在院日数の増加、輸血が必要となる。
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) 該当なし 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) 66,370 後の点数(点) 57,905

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	320202
申請技術名	胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術（TEVAR）に際する付加手術時（バイパス術、コイル塞栓術）の加算
申請団体名	日本血管外科学会
診療報酬区分（1つ選択）	K 手術
診療報酬番号	561 1、614 6、615 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	複数手術の規約の設定
提案の具体的な内容（400字以内）	要望点数（K561 1 56,560点+K614 6 30,290点×50/100）=71,705点 （K561 1 56,560点+K615 2 16,930点×50/100）=65,025点 ①外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：71,705点、65,025点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0円

【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）	胸部大動脈瘤に対するTEVARは、開胸手術に比べ、手術時間、出血量、在院日数が短縮される低侵襲手術である。しかし、瘤が大動脈遠位弓部瘤に位置する場合、TEVARのみでは、左鎖骨窩動脈から瘤内へ血液の漏れが起こるため、左鎖骨窩動脈をコイルで塞栓を行う、その際、左腕の血流が不良となった場合は右鎖骨窩動脈からバイパスを行う。K561-1（ステントグラフト胸部）に複数手術の規定がないため、付加手術算定に関して、都道府県で一定した見解がなく、保険算定に統一見解がない。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	56,560
	後の点数（点）	71,705
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	高齢者、心肺、脳血管疾患、虚血性心疾患を有する患者には低侵襲で手術が可能。ステントグラフト実施管理委員会の登録では2009～2012年で8,000例が登録され、内200例（2010年日本血管外科学会手術調査）が本術式で治療されている。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	200
	後の人数（人）	200
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	200
	後の回数（回）	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）	35,090,000
（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）	（K561 1 56,560点+K614 6 30,290点×50/100）=71,705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）	K560 4 89,250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）	
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）	従たる手術を50/100で算定	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	56,560
	後の点数（点）	71,705

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	320203
申請技術名	腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術分枝(腎動脈、腸骨動脈)再建
申請団体名	日本血管外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	561 2、610-3
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	複数手術の規約の設定
提案の具体的な内容 (400字以内)	要望点数(K561 2 49,440点+K610 3 47,790点×50/100)=73,335点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):73,335点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0円

【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)	K561 2(ステントグラフト腹部)に複数手術の規定がないため、腎動脈ステント留置手技料査定、算定する県があり、審査の現場で混乱が生じている。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	49,440
	後の点数(点)	73,335
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)	490
	後の人数(人)	490
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	250
	後の回数(回)	250
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)	69,849,500
(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)	(K561 2 49,440点+K610 3 47,790点×50/100)=73,335点×490=35,934,150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)	K560 6 59,080点×490=28,949,200点これに加え、在院日数の増加、輸血等諸費用が上記より、多額となる。
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)	K 手術
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	従たる手術を50/100で算定	
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	49,440
	後の点数(点)	73,335

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	320204
申請技術名	胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術(TEVAR)分枝(腕頭、頸動脈、鎖骨窩動脈)再建
申請団体名	日本血管外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	561 1、614 4
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	複数手術の規約の設定
提案の具体的な内容(400字以内)	要望点数(K561 1 56,560点+K614 4 55,050点×50/100)=84,085点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):84,085点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0円

【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)	高齢者、心肺、脳血管疾患、虚血性心疾患を有する患者には低侵襲で手術が可能。ステントグラフト実施管理委員会の登録では2009—2012年で8,000例が登録され、内209例(2010年日本血管外科学会手術調査)が本術式で治療されている。手術困難な上記合併例では、人工心肺下の開胸手術に比べ、輸血削減、入院日数の短縮、合併症の発症低減が得られる。しかし、長期遠隔期成績のevidenceは調査中である。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	56,560
	後の点数(点)	84,085
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	高齢者、心肺、脳血管疾患、虚血性心疾患を有する患者には低侵襲で手術が可能。ステントグラフト実施管理委員会の登録では2009—2012年で8,000例が登録され、内209例(2010年日本血管外科学会手術調査)が本術式で治療されている。2013年以降は年間250例と推定される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	250
	後の人数(人)	250
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	250
	後の回数(回)	250
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)	219,187,500
(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)	(K561 1 56,560点+K614 4 55,050点×50/100)=84,085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)	K560 3 二 = 171,760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)	
	番号	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容(150字以内)	従たる手術を50/100で算定	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	56,560
	後の点数(点)	84,085

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	322101
申請技術名	腹腔鏡手術の一括採用
申請団体名	一般社団法人 日本外科学会
技術の概要 (200字以内)	胸腔内にトロッカーを挿入し、胸腔鏡で観察しながら、①縦隔悪性腫瘍の切除手術②③④食道悪性腫瘍に対する食道切除手術を行う。または腹腔内にトロッカーを挿入し、腹腔鏡で観察しつつ⑤胃捻転の整復と固定⑥経口内視鏡を併用しての胃局所切除⑦悪性腫瘍に対する噴門側胃切除⑧胃瘻造設⑨尿管摘出術を行う。
対象疾患名	①縦隔悪性腫瘍②③④食道がん⑤胃捻転症⑥胃粘膜炎下腫瘍・胃癌⑦胃癌⑧胃食道逆流症、先天性食道疾患等⑨尿管摘出術
保険収載が必要な理由 (300字以内)	別紙術式とも24年度改定の際には外保連試案では申請されなかったが、腹腔鏡の使用によって腹腔内全体を観察しながら安全確実に処置ができるため、すでに多くの施設で採用され、その有効性が確認されている。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	従来の開腹手術と比べて、腹腔鏡および胸腔鏡の使用によって低侵襲で整容面に優れた緻密な手術が可能となった。 ・下代玲奈ら：腹腔鏡下尿管手術7例の検討. 日本臨床外科学会雑誌73:1323-1326,2012 ・杉本卓哉ら：腹腔鏡下固定術を施行した胃軸捻の2例. 日本臨床外科学会雑誌73:1929-1932,2012 ・海藤章郎ら：食道胃接合部腺癌(SiewertII型)に対する腹腔鏡下噴門側胃切除・空腸間置再建. 手術66:1487-1490,2012 ・松村輔二：胸腔鏡補助下での縦隔腫瘍手術. 胸部外科63:724-729,2010 ・布部創也ら：ESDの手技を応用した腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除(LECS)の有用性. 消化器内視鏡24:101-105,2012 ・大杉治司ら：【食道癌の最新治療】胸腔鏡下手術. 日本外科学会雑誌112:99-103,2011
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)	鏡視下手術に習熟している施設での安全性は高い。
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)	鏡視下手術を行っている施設(大半は日本外科学会認定施設)では、多くの施設で採用されている術式である。外保連試案の技術度はD(⑥のみC)であり、専門医クラスの手術である。
I-④開腹性・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
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	5,195 5,195
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)	開腹手術に比較して、低侵襲で整容性に優れる。治癒率の向上、在院期間の短縮、合併症発生率の低下が予想されるが、具体的な数値のデータは未だ無い。
(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)
	K 手術 79,919 外保連試案より①799,192円②2,024,302円③2,229,152円④1,939,562円⑤549,695円⑥539,009円⑦1,438,284円⑧326,737円⑨690,718円
(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)
	その他 該当なし 特になし 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 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	322201
申請技術名	手術通則14の改正
申請団体名	一般社団法人 日本外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	通則14
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)	下記15通りの手術に関して、同一術野または同一病巣の同時手術における従たる手術の100/100加算と対象手術の追加を要望する。①先天性気管狭窄手術+心臓大血管手術②大動脈瘤切除術+弁形成術③肝切除術+脾摘出術④生体部分肝移植+脾摘出術⑤脾摘出術+胆嚢摘出術⑥腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術+腹腔鏡下胆嚢摘出術⑦腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術+腹腔鏡下脾摘出術⑧腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術+腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術⑨腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術+腹腔鏡下子宮全摘術⑩腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術+子宮付属器腫瘍摘出術(両側)⑪腹腔鏡によるもの⑫腸回転異常症手術+腸閉鎖症手術 腸管切除を伴うもの⑬直腸切除・切断術+結腸切除術⑭腹腔鏡下直腸切除・切断術+腹腔鏡下結腸切除術⑮腹腔鏡下直腸切除・切断術+腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術⑯停留精巣固定術+鼠径ヘルニア手術

【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)	一度の開腹手術で、合併する複数疾患に対する複数臓器の手術が行われることは決して稀ではない。また、同一臓器においても複数の病変が存在する場合は、基本的な手術を反復することになり、これら両者においては、当然手術時間、医療材料の使用は当然増加する。複数手術の実施により外科医の負担も激増することより、同時手術に対しても100%加算を要求する。その際に一度しか実施しない開腹手術料(試験開腹料が該当)は減額できる。現在一部の併施手術で50%加算が認められているが、その選択基準ならびに50%加算の理由付けは根拠に乏しい。すべての領域の併施手術で本申請は認められるべきである。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	保険既収載手術について再評価を求めるもので、普及性に変化はない。
・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) 併施手術が多く、影響額の算出は不可能である。 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) その他 番号 該当なし 技術名 特になし
提案の具体的な内容(150字以内)	該当なし
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術評価提案書（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	325101
申請技術名	高気圧酸素治療の救急的適応と非救急的適応の撤廃
申請団体名	日本高気圧環境・潜水医学会
技術の概要 (200字以内)	高気圧酸素治療の救急的適応と非救急的適応の撤廃と保険点数改正
対象疾患名	高気圧酸素治療の適応疾患(J027 高気圧酸素治療)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	「J027高気圧酸素治療」では、「救急的なもの」及び「非救急的なもの」の区分があるが、同一技術である。極端な差がある現状システムでは、患者側や支払基金で混乱が生じるため、「救急的」「非救急的」区分を撤廃し、統一することが良い。さらに現状の「J-027非救急的なもの」が極端に低い点数設定であり、この点数での治療件数が多数を占め、治療効果が高いにも拘わらず、治療を拒否される事態が生じている。適正な医療を提供し社会的損失を抑制する目的から、適正な保険点数が必須である。遅発性放射線障害に対する高気圧酸素治療の保険点数改正については、日本放射線腫瘍学会からも強く要請されている。

【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)	高気圧酸素治療(HBO)の有効性については、世界的に標準的に認められているものであり、減圧症、ガス壊疽、慢性の難治性皮膚潰瘍、軟部組織の重症感染症、各種の虚血性疾患、突発性難聴、遅発性放射線障害などで、有効性が高い。
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)	HBOの代表的副作用・合併症は、気圧外傷と酸素中毒である。気圧外傷は治療前の予防と通常の救急的対処で可能である。急性酸素中毒は安全基準を順守する限り0.01%以下の発症率であり、空気加圧HBOでは酸素曝露を中止することで容易に回復する。
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)	HBOは、安全性や有効性の観点から世界的に確立した治療法であり、比較的専門性が高い。学会安全基準における施設基準では、高気圧酸素治療専門医の常勤や、認定臨床高気圧酸素治療技師の常勤を求めている。
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)	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)	21,400 177,732
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)	社会医療診療行為別調査(2011年)によれば、HBO治療費は3,077,688,000円/年。改正後の治療費は9,065,520,000円。HBO自体の医療費は5,987,832,000円増加するものの、糖尿病性足病変では全体の医療費が減少するとの報告もあり、高気圧酸素治療による全体医療費は減少する。一酸化炭素中毒、減圧症、遅発性放射線障害では、他で代替不可能な治療法であり、高い有効性がある。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) J 処置
	番号 J027
	技術名 高気圧酸素治療
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) J 処置
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 6,000
	その根拠 (150字以内) 点数 第一種装置で5,000点、第二種装置で6,000点(1点10円) 外保連処置試案に準拠する。同一日に複数回の高気圧酸素治療施行時には、1日につき2回の算定を限度とする。
(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) J 処置
	番号 J027
	技術名 高気圧酸素治療
	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)

高気圧酸素治療の救急的適応と非救急的適応の撤廃

現行 (J-027)



	発症日	発症から1週間以内
第1種装置	5,000点	
第2種装置	6,000点	
	救急的適応	

200点

非救急的適応

対象疾患 (適応疾患)
 ○救急的なもの
 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒
 ガス瘡、壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎
 空気塞栓又は減圧症
 急性末梢血管障害: 熱傷・凍傷・広範挫傷・コンパートメント症候群
 ショック
 急性心筋梗塞その他の急性冠不全
 脳梗塞、重症頭部外傷もしくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫
 重症の低酸素性脳機能障害
 腸閉塞
 網膜動脈閉塞症
 突発性難聴
 重傷の急性脊髄障害

○非救急的なもの
 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
 皮膚移植
 スモン
 脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺
 一酸化炭素中毒後遺症
 脊髄神経疾患
 骨髄炎又は放射線壊死

通常1回の治療

- 2.0気圧～2.8気圧 / 90～120分
- 人件費: 医師、ME技士、看護師
- 光熱費・減価償却費・間接経費等

諸外国での1回間の治療費 (救急的治療)

- イギリス: 1,800,921円
- アメリカ: 873,308円
- スウェーデン: 978,000円
- イタリア: 170,133円

諸外国1回の治療費 (救急的治療でない場合)

- アメリカ: 211,185円
- スウェーデン: 43,082円
- ドイツ: 23,472～32,600円
- イタリア: 17,721円

日本放射線腫瘍学会から、悪性放射線障害に対するHBOの応用改正の要望あり

救急的適応との極端な格差

(諸外国比で、1/10～1/100の治療費設定. 合志, 2009)

支払い窓口で、医療機関と支払基金で混乱

非救急的適応疾患を治療しない施設の増加

赤字部門として、高気圧酸素治療を廃止する病院・施設の増加

適正診療が困難で、社会的損失の増大

改正後 (案)



	発症日	5,000点
第1種装置		
第2種装置		6,000点

救急的適応・非救急的適応の撤廃

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	326101
申請技術名	腐骨除去手術（表在性のもの）
申請団体名	日本口腔科学会
技術の概要 （200字以内）	近年、増加している放射線治療、および薬剤誘発性顎骨腐骨は、その病巣が広範に伸展している場合が多い。また、原因病態の改善も重要となる。このため、適切な医療連携、投薬管理のもと適切な処置が必要となる。本技術は、病巣が顎骨の歯槽部にとどまり、表在性の範囲のものを対象とする
対象疾患名	放射線および薬剤関連性顎骨腐骨
保険収載が必要な理由 （300字以内）	対象例が急増している。しかも、これらは広範に進展し、顎の全般の切除を要することも少ない。また、服用薬剤の慎重な取り扱いを必要とし、高度の医療連携が求められている。現状では、本例を適切に対応する保健収載項目がない。同様な行為技術である、顎骨腫瘍摘出術3cm未満、2,820点と同等の評価を希望する。（参考例：外保連試案、S81-0166400）

【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）		『ビスホスホネート系薬剤と顎骨壊死』（2008：監修 社団法人日本口腔外科学会）薬物誘発性顎骨腐骨に対するガイドラインがある。これによれば、経口か注射投与による処置方針の違い、手術時期、方法論、術後管理が推奨され、治療の有効性が確立している。	
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		症例数も増えており方法論は確定している。安全性に問題はない。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科などの専門医取得程度の技量を有することが望ましい。専門医手術要項技術度分類 E 以上を推奨している。	
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		顎骨腐骨の表在性、歯槽部の切除術であり、炎症性、壊死性物質を適切に除去するものであるから、問題はない。	
I-⑤普及性	年間対象患者数（人）	600	
	年間実施回数等（回）	1	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		顎骨腫瘍摘出術3cm未満、2,820点が行われており、これと同等の評価を希望する。（参考例：S81-0166400：¥39,607円ある）	
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術	
	番号	436	
	技術名	顎骨腫瘍摘出術	
予想影響額	プラス・マイナス金額（円）	8,340,000	
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）	4,210	
	その根拠（150字以内）	①外保連試案点数（S81-0166400）：1,790点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：24,202円（試案参照）	
（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	436	
	技術名	顎骨腫瘍摘出術	
（点数見直しの場合）	具体的な内容（150字以内）	準用分1,390×600=8,340,000円がなくなるので、この分、医療費が削減される	
	前の点数（点）	2,820	
	後の点数（点）	4,210	

技術名：顎骨腐骨除去術(潜在性)

技術の概要

広範な顎骨腐骨を切除する場合

浅在性のものを切除し



口腔機能の保全を考慮する

現在当該疾患に対して行われている治療との比較

従来の技術

同様な行為技術である、顎骨腫瘍摘出術：2,820点などがある（外保連試算：S81-0166400：¥39,607円である）

高い専門性が必要、施設基準を設けることが望ましい

手技、施設基準

とくに記載なし

30～60分

所要時間

30～60分

口腔外科専門医手術区分 B-2、C

難易度

口腔外科専門医手術難易度区分 B-1

医療機関との連携を要する

安全性

特に規程していない

対象疾患名

放射線、薬剤誘発性顎骨腐骨

施設基準

- 1、常勤歯科医師2名以上配置
- 2、当直体制が組まれていること
- 3、医療機関と適切な連携が保たれていること
- 4、口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科、専門医の常駐が望ましい

診療報酬上の取扱

減少分

準用分1,390×600=8,340,000円がなくなるので、この分、医療費が削減される

増加分

予想される当該技術にかかる医療費
1,390×600=8,340,000円となる

利点

顎骨腐骨は、激痛を伴う、また、呼吸器感染症も併発しやすい。本技術の導入に伴い、的確な診断がなされ、医療行為にかかる入院、鎮痛薬、抗菌薬費などの相対費用などの減少が予想される

当該技術を適切な医療連携のもと、おこなうため、施設基準を設ける。適切な運用が見込まれる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	326102
申請技術名	腐骨除去手術（深在性のもの）
申請団体名	日本口腔科学会
技術の概要 （200字以内）	近年、増加している放射線治療、および薬剤誘発性顎骨腐骨は、その病巣が広範に伸展している場合が多い。また、原因病態の改善も重要となる。このため、適切な医療連携、投薬管理のもと適切な処置が必要となる。本技術は、病巣が上顎骨の半側以上、下顎骨では関節頭を含む広範な範囲のものを対象とする
対象疾患名	放射線および薬剤関連性顎骨腐骨
保険収載が必要な理由 （300字以内）	対象例が急増している。しかも、これらは広範に進展し、顎の全般の切除を要することも少ない。また、服用薬剤の慎重な取り扱いを必要とし、高度の医療連携が求められている。現状では、本例を適切に対応する保健収載項目がない。同様な行為技術である、下顎骨部分切除14,940点、上顎骨切除術：15,310点と同等の評価を希望する。（参考例：外保連試案、S81-0166500）

【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）		『ビスホスホネート系薬剤と顎骨壊死』（2008：監修 社団法人日本口腔外科学会）薬物誘発性顎骨腐骨に対するガイドラインがある。これによれば、経口か注射投与による処置方針の違い、手術時期、方法論、術後管理が推奨され、治療の有効性が確立している。	
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		症例数も増えており方法論は確定している。安全性に問題はない。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科などの専門医取得程度の技量を有することが望ましい。専門医手術要項技術度分類 E 以上を推奨している。	
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）		顎骨腐骨の切除術であり、炎症性、壊死性物質を適切に除去するものであるから、問題はない。	
I-⑤普及性	年間対象患者数（人）	600	
	年間実施回数等（回）	1	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		下顎骨部分切除術14,940点、上顎骨切除術：15,310点、が行われており、これと同等の評価を希望する。（参考例：外保連試案、S81-0166500）	
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術	
	番号	437	
	技術名	下顎骨部分切除術	
予想影響額		プラス・マイナス	+
		金額（円）	39,780,000
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）	21,570	
	その根拠（150字以内）	①外保連試案点数（S81-0166500）：16,590点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：49,827円（試案参照）	
（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	437	
	技術名	下顎骨部分切除術	
（点数見直しの場合）	具体的な内容（150字以内）	準用分6,630×600=39,780,000円がなくなるので、この分、医療費が削減される	
	前の点数（点）	14,940	
	後の点数（点）	21,570	

技術名：顎骨腐骨除去術(深在性)

技術の概要

広範な顎骨腐骨を切除する場合

深在性のものを切除し

→ 口腔機能の保全を考慮する

現在当該疾患に対して行われている治療との比較

従来の技術

同様な行為技術である、下顎部分切除術14,940点、上顎骨切除術：15,310点、が行われており、これと同等の評価を希望する。(参考例：外保連試案、S81-0166500))

高い専門性が必要、施設基準を設けることが望ましい

手技、施設基準

とくに記載なし

60～90分

所要時間

30～90分

口腔外科専門医手術区分 B-2、D

難易度

口腔外科専門医手術難易度区分 B-2

医療機関との連携を要する

安全性

特に規程していない

対象疾患名

放射線、薬剤誘発性顎骨腐骨

診療報酬上の取扱

減少分

準用分6,630×600=39,780,000円がなくなるので、この分、医療費が削減される

施設基準

- 1、常勤歯科医師2名以上配置
- 2、当直体制が組まれていること
- 3、医療機関と適切な連携が保たれていること
- 4、口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科、専門医の常駐が望ましい

施設基準があり、適切な医療が見込まれる。

増加分

予想される当該技術にかかる医療費
6,630×600=39,780,000円となる

利点

顎骨腐骨は、激痛を伴う、また、呼吸器感染症も併発しやすい。本技術の導入に伴い、的確な診断がなされ、医療行為にかかる入院、鎮痛薬、抗菌薬費などの相対費用などの減少が予想される

当該技術を適切な医療連携のもと、おこなうため、施設基準を設ける。適切な運用が見込まれる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	326103
申請技術名	腐骨除去手術（関節頭をふくむもの）
申請団体名	日本口腔科学会
技術の概要 (200字以内)	近年、増加している放射線治療、および薬剤誘発性顎骨腐骨は、その病巣が広範に伸展している場合が多い。また、原因病態の改善も重要となる。このため、適切な医療連携、投薬管理のもと適切な処置が必要となる。本技術は、病巣が上顎骨の半側以上、下顎骨では関節頭を含む広範な範囲のものを対象とする
対象疾患名	放射線および薬剤関連性顎骨腐骨
保険収載が必要な理由 (300字以内)	対象例が急増している。しかも、これらは広範に進展し、顎の全般の切除を要することも少ない。また、服用薬剤の慎重な取り扱いを必要とし、高度の医療連携が求められている。現状では、本例を適切に対応する保健収載項目がない。同様な行為技術である、下顎連続離断23,600点、上顎骨切除術:15,310点と同等の評価を希望する。(参考例:外保連試案、S81-0166600)

【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)	『ビスホスホネート系薬剤と顎骨壊死』(2008:監修 社団法人日本口腔外科学会)薬物誘発性顎骨腐骨に対するガイドラインがある。これによれば、経口か注射投与による処置方針の違い、手術時期、方法論、術後管理が推奨され、治療の有効性が確立している。		
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)		
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	症例数も増えており方法論は確定している。安全性に問題はない。		
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科などの専門医取得程度の技量を有することが望ましい。専門医手術要項技術度分類 E 以上を推奨している。		
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	顎骨腐骨の切除術であり、炎症性、壊死性物質を適切に除去するものであるから、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)	600 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)	下顎連続離断術23,600点、上顎骨切除術:15,310点、上顎骨全摘出術、33,120点が行われており、これと同等の評価を希望する。(参考例:外保連試案、S81-0166600)		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	438	
予想影響額	技術名	下顎骨連続離断術	
	プラス・マイナス 金額(円)	+ 93,240,000	
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)	39,140	
	その根拠 (150字以内)	①外保連試案点数(S81-0166600):34,510点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):46,287円(試案参照)	
	(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		438	
	技術名	下顎骨連続離断	
	具体的な内容 (150字以内)	準用分15,540x600=93,240,000円がなくなるので、この分、医療費が削減される	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	23,600	
	後の点数(点)	34,510	

技術名：顎骨腐骨除去術(関節頭を含む)

技術の概要

広範な顎骨腐骨を切除する場合

浅在性のものを切除し



口腔機能の保全を考慮する

現在当該疾患に対して行われている治療との比較

従来の技術

同様な行為技術である、下顎連続離断術23,600点、上顎骨切除術：15,310点、上顎骨全摘出術、33,120点が行われており、これと同等の評価を希望する。(参考例：外保連試案、S81-0166600))

高い専門性が必要、施設基準を設けることが望ましい

手技、施設基準

とくに記載なし

60-120分

所要時間

60-120分

口腔外科専門医手術区分 B-2、C

難易度

口腔外科専門医手術難易度区分 B-2

医療機関との連携を要する

安全性

特に規程していない

対象疾患名

放射線、薬剤誘発性顎骨腐骨

施設基準

- 1、常勤歯科医師2名以上配置
- 2、当直体制が組まれていること
- 3、医療機関と適切な連携が保たれていること
- 4、口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科、専門医の常駐が望ましい

診療報酬上の取扱

減少分

準用分 $15,540 \times 600 = 93,240,000$ 円がなくなるので、この分、医療費が削減される

施設基準があり、適切な医療が見込まれる。

増加分

予想される当該技術にかかる医療費
 $15,540 \times 600 = 93,240,000$ 円となる

利点

顎骨腐骨は、激痛を伴う、また、呼吸器感染症も併発しやすい。本技術の導入に伴い、的確な診断がなされ、医療行為にかかる入院、鎮痛薬、抗菌薬費などの相対費用などの減少が予想される

当該技術を適切な医療連携のもと、おこなうため、施設基準を設ける。適切な運用が見込まれる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	326104
申請技術名	唾液分泌量検査
申請団体名	日本口腔科学会
技術の概要 (200字以内)	安静時および機能時の唾液分泌量をガム試験、サクソテストなどによって測定し、唾液分泌機能を評価する検査であり、口腔乾燥に関連する疾患の治療指針を立案するとともに、治療効果を経日的に検討する。
対象疾患名	口腔乾燥症、シェーグレン症候群等
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本検査法は口腔乾燥症の診断や治療経過観察に不可欠であり、特にシェーグレン症候群では厚生労働省の診断基準にも採用されている。口腔乾燥による唾液の低下は粘膜炎、う蝕、歯周病、味覚異常、義歯装着困難にも関与しており、本検査はこれらの疾患や症状の原因治療にも重要である。特に高齢者における唾液分泌能低下は深刻でありQOLの向上に大きく寄与すると考えられる。また、放射線治療や消化器癌等の周術期管理にも口腔乾燥対策は重要であり、周術期口腔機能管理計画策定に必須の検査項目の一つとなっている。安全性も高く、広く普及しており、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 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)		唾液分泌量検査は、口腔乾燥を強く訴えるシェーグレン症候群患者へのスクリーニングとしてシェーグレン症候群改訂診断基準(1999年厚生省)、ヨーロッパのシェーグレン診断基準(1993年)にも必要な検査と収載されている。唾液分泌量に応じて、正常、軽度低下、中等度低下、重度低下と疾患の重症度診断ができ、疾患の治癒率の予測が可能となる。また唾液分泌量低下によるカリエスリスクや歯周病リスクの増加や、唾液分泌量低下の改善がカリエスや歯周病の発症予防や改善率の向上につながることも報告されている。癌に対する放射線治療により唾液分泌量が低下することは周知のことであり、その他にも造血幹細胞移植期や消化器癌等の周術期口腔機能管理における口腔乾燥対策が有用であることも複数報告されている。
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)		排出された唾液を定量するもので、生体侵襲性の検査ではなく、安全性には全く問題ない。副作用の報告等はない。
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)		簡便で確立された技術であり、特に高い専門性は必要としない。常勤歯科医師がおり、1999年厚生労働省シェーグレン症候群の診断基準を遵守した診断および管理できることが望ましい。
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)	85,000 170,000
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)		唾液腺シンチグラフィ、唾液腺造影検査等の画像検査から唾液腺の機能のある程度推定することは可能であるが、実際の分泌唾液量を定量することはできない。本検査が唯一の方法である。また画像検査は体内に薬品を注入するものであり、安全性についても本技術が勝っている。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	E 画像診断
	番号	100 2、002 3
	技術名	唾液腺シンチグラフィ 頭頸部透視/造影・撮影(唾液腺)
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額(円)	304,000,000
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)	147
	その根拠 (150字以内)	術者医師(技術度A)6,410円×5/60=534円 看護師(歯科衛生士)2,770円×15/60=693円 紙コップ1個=5円 計測用ディスプレイ1本=180円 ガーゼ18円×3枚=54円
(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	0
	技術名	該当なし
	具体的な内容 (150字以内)	該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

技術名：唾液分泌量検査

技術の概要

ガム試験：10分間ガムを噛んで、
分泌唾液を測定 10mlを基準
→ 機能時の唾液分泌量

サクソテスト：2分間ガーゼを舌下
部に置き分泌唾液を測定 2mgを基準
→ 安静時の唾液分泌量

現在当該疾患に対し
て行われている治療
との比較

従来の技術

唾液腺シンチグラフィ

唾液腺造影検査

簡便。高い専門性、設備が不要

手技、設備

腺管内注入、静脈注射、画像設備技術

5から15分程度

所要時間

1時間～数日

定量できる

唾液の定量

定量できない

非常に安全

安全性

放射性物質、造影剤アレルギー、感染

対象疾患名

口腔乾燥症等

シェーグレン症候群

診断基準の抜粋(1999年厚生労働省)

2. 口腔検査で次のいずれかの陽性所見
を認めること

- A) 唾液腺造影で Stage1 以上の異常所見
- B) 唾液分泌量低下(ガム試験にて10分間
10ml 以下またはサクソテストにて 2
分間 2g 以下)があり、かつ唾液腺シン
チグラフィにて機能低下の所見

診療報酬上の取扱

減少分

唾液腺シンチグラフィ、唾液腺造影検査が不要になるので
 $39.140\text{円} \times 10.000\text{人} + 12.500\text{円} \times 10.000\text{人} = 516.400.000\text{円}$

造影撮影が不要になるので $12.500 \times 3.000 = 37.500.000\text{円}$

増加分

予想される当該技術にかかる医療費
 $1.470\text{円} \times 85.000\text{人} \times 2\text{回} = 249.900.000\text{円}$

増減

$249.900.000\text{円} - 516.400.000\text{円} + 37.500.000\text{円}$
 $304.000.000\text{円}$ 減少

この他に本技術の導入に伴い、的確な診断がなされ、医療行為に
かかる相対費用などの減少が予想される

口腔乾燥症の有無ないし重症度の検査は歯周病やう蝕、義歯装着の治療にも関連し、周術期口腔機能管理にも必須

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	327101
申請技術名	胸膜肺全摘術
申請団体名	日本呼吸器外科学会
技術の概要 (200字以内)	悪性びまん性胸膜中皮腫(MPM)と悪性腫瘍の胸膜播種に対して、壁側胸膜と心膜、横隔膜ごと一側肺をまとめて摘出する術式である。肺動静脈の切離と主気管支の切離は、自動縫合器を用いる。合併切除した心膜と横隔膜は、人工補填剤で再建する。侵襲の大きな手術で、技術的に難易度が高い。
対象疾患名	悪性びまん性胸膜中皮腫、悪性腫瘍の胸膜播種
保険収載が必要な理由 (300字以内)	当学会からの要望により、H18年度の診療報酬にK514 4に収載したが、H24年度のK514項目の改正に伴い、誤って削除された術式である。H24年の厚生労働省への緊急要望項目でK514-23 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの 92,000点を準用することになった。今回K514 9として、診療報酬点数表に再掲載を要望する。

【評価項目】

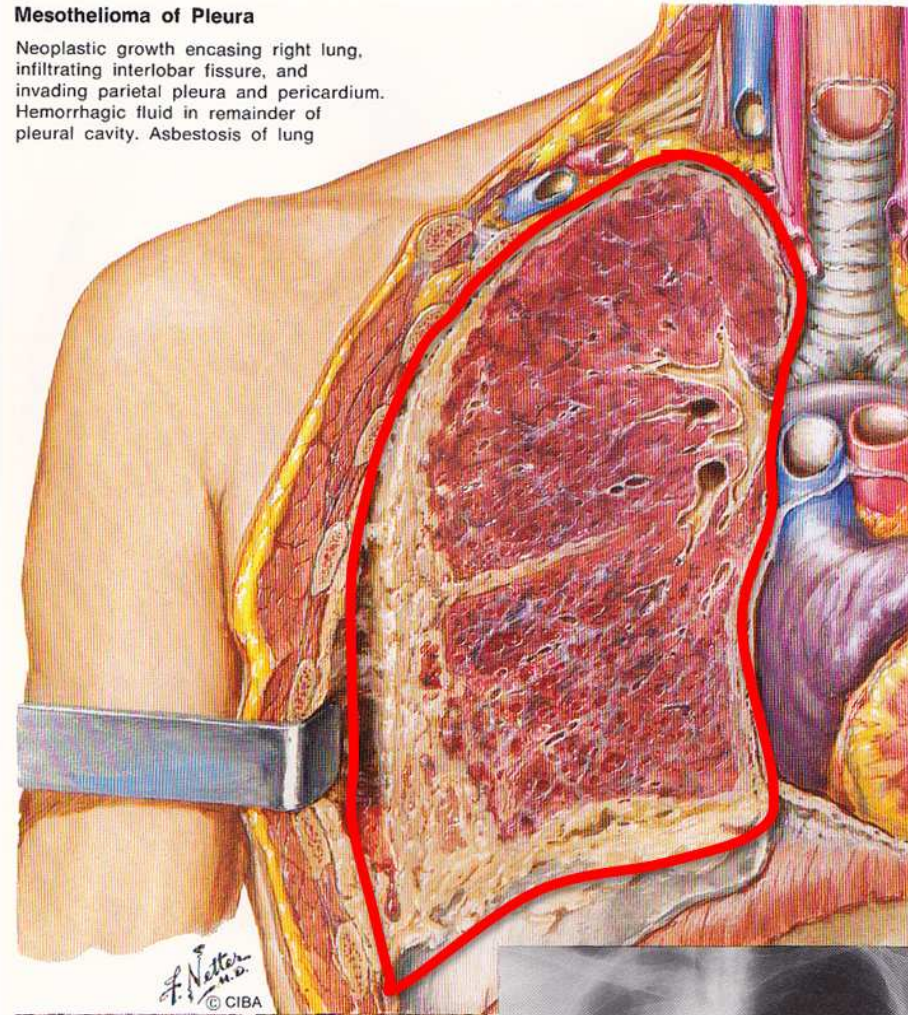
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	悪性びまん性胸膜中皮腫(MPM)は、予後不良な疾患である。Sugarbakerらは、胸膜肺全摘術によりリンパ節転移のない上皮性のMPMで5年生存率39%に向上したと報告した(chest.1998;113:61s-65s)。本術式の頻度は、肺癌に比べて少ないため、他の治療法との比較試験はない。
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	諸家の報告によれば、術後30日以内の死亡率は、3.8-14%であり、侵襲の大きな術式であり、他には根治的治療法が無い現状では容認できる。2010年の本邦の悪性びまん性胸膜中皮腫に対する胸膜肺全摘術は、142例施行し、30日以内の死亡は、7例(4.9%)、在院死は、13例(9.3%)であり、手術成績は向上している。
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)	手術手技は確立している。手術の技術度と症例数から考えると、外保連の技術度はDであるが呼吸器外科指導医Eに近い手術になり、主に日本呼吸器外科学会の基幹施設で行なわれている。
I-④開示性・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) 150 年間実施回数等(回) 150
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較 (200字以内)	H18年度からH22年度の診療報酬(至るH23年3月)にK514 4に収載された。現在も行なわれている術式であるが、H24年度の診療報酬改訂で誤って削除されてしまった。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 514-2 3 技術名 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの 92,000点を準用
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 84,180,000
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) 148,120 その根拠(150字以内) ①外保連試案点数 人件費:138,020点 ②償還できない医療材料 100,951円(試案参照) 合計額 148,120点
(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 特になし 技術名 特になし 具体的な内容(150字以内) 特になし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

胸膜肺全摘術

悪性びまん性胸膜中皮腫(MPM)と悪性腫瘍の胸膜播種に対して、壁側胸膜と心膜、横隔膜ごと一侧肺をまとめて摘出する術式である(右図の赤枠の中を全て摘出する)。肺動静脈の切離と主気管支の切離は、自動縫合器を用いる。合併切除した心膜と横隔膜は、人工補填剤で再建する。侵襲の大きな手術で、技術的に難易度が高い。

Mesothelioma of Pleura

Neoplastic growth encasing right lung, infiltrating interlobar fissure, and invading parietal pleura and pericardium. Hemorrhagic fluid in remainder of pleural cavity. Asbestosis of lung



日本呼吸器外科学会

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

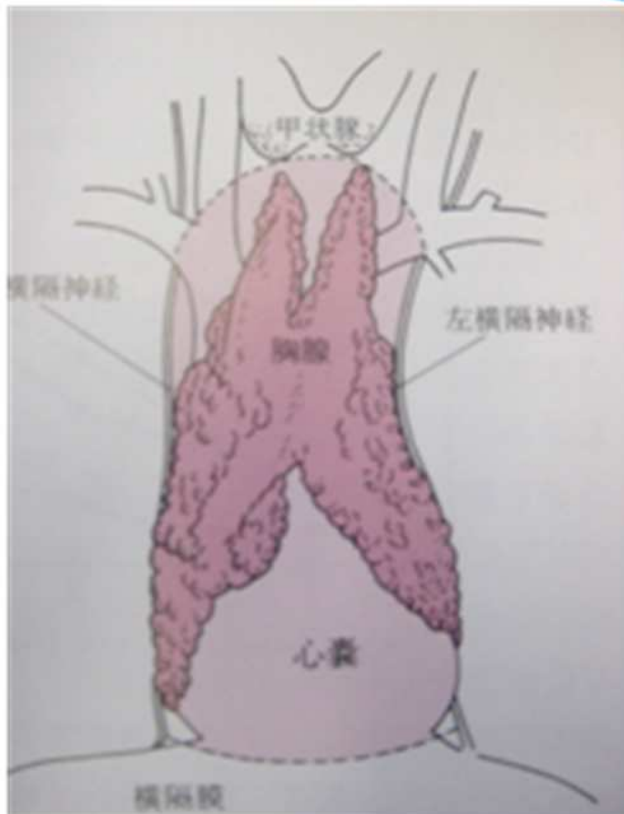
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	327102
申請技術名	拡大胸腺摘除術（開胸）（重症筋無力症に対する）
申請団体名	日本呼吸器外科学会
技術の概要 （200字以内）	重症筋無力症に対して開胸下に拡大胸腺摘除術を施行する。
対象疾患名	重症筋無力症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	重症筋無力症に対する拡大胸腺摘除術は、縦隔腫瘍、胸腺摘出術と摘出範囲が異なり、上方は甲状腺下極、背方は横隔神経、下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変性した胸腺組織を胸腺と共に摘除する。従って拡大胸腺摘除術は、胸腺摘出術よりも難しく、時間もかかるので新規術式としての見直しを要求する。

【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）	重症筋無力症に対して最も有効な治療法である（Ann Thorac Surg 1996;62:853-9）。 2010年の本邦での手術死亡、在院死亡は共に0であった（Gen Thorac Cardiovasc Surg 2012;60:680-708）。	
	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）	2010年の本邦での手術死亡、在院死亡は共に0であった（Gen Thorac Cardiovasc Surg 2012;60:680-708）。	
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）	開胸下に上方は甲状腺下極、背方は横隔神経、下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変性した胸腺組織を胸腺と共に摘除する。術式の難易度から考えると、日本呼吸器外科学会基幹、関連施設において、呼吸器外科学会指導医または、呼吸器外科専門医が執刀医或いは責任者となる。	
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）	364
	・年間実施回数等（回）	364
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）	重症筋無力症に対する開胸下拡大胸腺摘除術は一般的に行われている術式であり、縦隔腫瘍、胸腺摘出術と摘除範囲が異なり、最も有効な治療法であり（Ann Thorac Surg 1996;62:853-9）、新規性を有する。	
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	502
	技術名	縦隔腫瘍、胸腺摘出術
予想影響額	プラス・マイナス金額（円）	88,620,000
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）	62,320
	その根拠（150字以内）	①外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：51,760点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：105,612円（試算参照）
（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	513-2
	技術名	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術 年間2,000例
（点数見直しの場合）	具体的な内容（150字以内）	950点の減点
	前の点数（点）	58,950
	後の点数（点）	58,000

拡大胸腺摘除術



- 縦隔腫瘍、胸腺摘出術と摘除範囲が異なり、上方は甲状腺下極，背方は横隔神経，下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変成した胸腺組織を胸腺とともに摘除する(左図の薄ピンクの領域)
- 縦隔腫瘍手術や胸腺摘出術よりも難しく、時間もかかる
- 新規術式として申請する

日本呼吸器外科学会

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

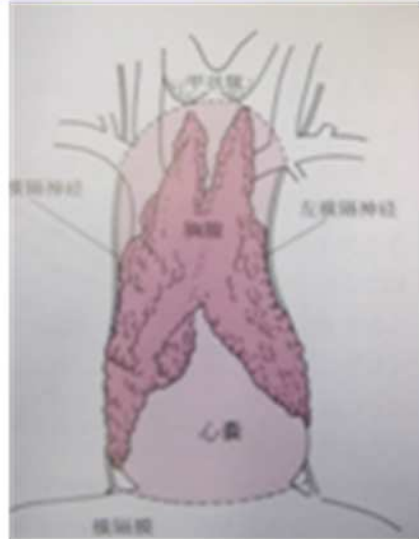
※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
 ※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
 ※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。
 ※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。
 ※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。
 ※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

整理番号	327103
申請技術名	拡大胸腺摘除術（胸腔鏡下）（重症筋無力症に対する）
申請団体名	日本呼吸器外科学会
技術の概要 （200字以内）	重症筋無力症に対して胸腔鏡下に拡大胸腺摘除術を行う。
対象疾患名	重症筋無力症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	重症筋無力症に対する胸腔鏡下拡大胸腺摘除術は保険収載されていない。胸腔鏡下拡大胸腺摘除術は、左右の胸腔から上方は甲状腺下極、背方は横隔神経、下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変性した胸腺組織を胸腺とともに摘除するので、技術的に難度が高く手術時間も要するが、胸腔鏡下手術の普及と技術進歩により広く行われるようになっており、新規術式として要求する。

【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）		重症筋無力症に対して最も有効な治療法である(Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009;19:424-427)。2010年の本邦での手術死亡、在院死亡は共に0であった(Gen Thorac Cardiovasc Surg 2012;60:680-708)。	
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）		2010年の本邦での手術死亡、在院死亡は共に0であった(Gen Thorac Cardiovasc Surg 2012;60:680-708)。	
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）		胸腔鏡下に上方は甲状腺下極、背方は横隔神経、下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変性した胸腺組織を胸腺とともに摘除する。術式の難易度から考えると、日本呼吸器外科学会基幹、関連施設において、呼吸器外科学会指導医が執刀医あるいは責任者となる。	
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）		問題なし	
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	126	
	・年間実施回数等(回)	126	
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）		患者への侵襲が少なく、重症筋無力症の長期予後も開胸と比較して遜色がない(Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009;19:424-427)。	
（既存の治療法、検査法等）	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	513-2	
	技術名	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	31,845,000	
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)	80,180	
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):69,010点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):111,745円(試算参照)	
（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	513-2	
	技術名	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術 年間2,000例	
	具体的な内容(150字以内)	950点の減点	
	（点数見直しの場合）	前の点数(点)	58,950
		後の点数(点)	58,000

胸腔鏡下拡大胸腺摘除術



- 肋軟骨にフックをかける胸骨吊り上げ方式
- 両側から胸腔鏡下に拡大胸腺摘除術を施行する
- 縦隔腫瘍、胸腺摘出術と摘除範囲が異なり、上方は甲状腺下極、背方は横隔神経、下方は横隔膜までの胸腺周囲の脂肪変成した胸腺組織を胸腺とともに摘除する(左図の薄ピンクの領域)
- 縦隔腫瘍手術(胸腔鏡下)や胸腺摘除術よりも難しく、時間もかかる
- 新規術式として申請する

日本呼吸器外科学会

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。

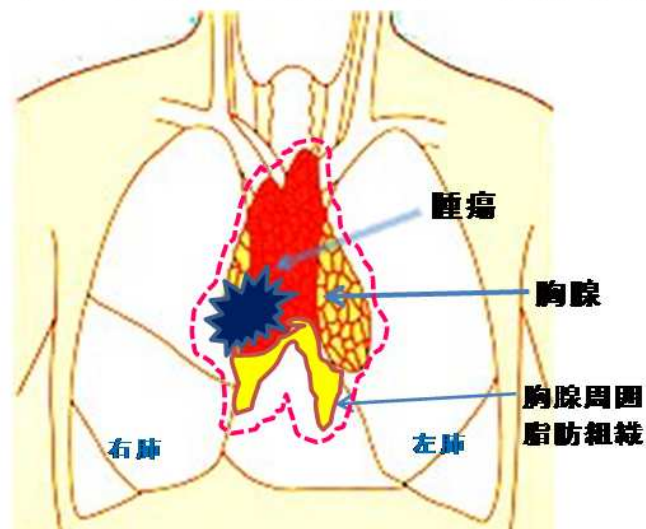
整理番号	327104
申請技術名	縦隔悪性腫瘍手術(胸腔鏡下)
申請団体名	日本呼吸器外科学会
技術の概要 (200字以内)	胸腔鏡による縦隔悪性腫瘍摘出術を開胸による縦隔悪性腫瘍手術と区別して保険収載を要望する。
対象疾患名	縦隔悪性腫瘍(胸腺癌、浸潤型胸腺腫、悪性杯細胞腫瘍、悪性神経腫瘍など)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	縦隔悪性腫瘍手術(胸腔鏡下)は、現在K504 1 縦隔悪性腫瘍 単純摘出 37,000点で算定している。近年の胸腔鏡下手術の技術の進歩により、縦隔悪性腫瘍手術の一部は、胸腔鏡下に摘出手術を行っており、開胸手術より技術の修練が必要のため、K504縦隔悪性腫瘍手術と区別して保険収載して頂きたい。K513-2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術 58,950点より技術的に難易度が高いのに関わらず、縦隔悪性腫瘍手術に胸腔鏡下手術がないため、37,000点でしか保険請求できない矛盾を解決して頂きたい。

【評価項目】

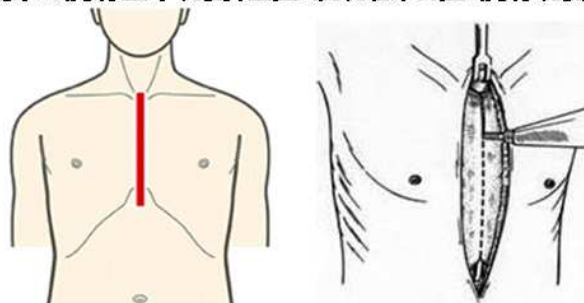
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	日本胸部外科学会による2010年の症例の集計では、縦隔腫瘍手術(良性和悪性の合計)4,495例のうち2,017例が胸腔鏡下に施行された(Gen Thorac Cardiovasc Surg 2012;60:680-708)。	
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	日本胸部外科学会による2010年の症例の集計では、縦隔腫瘍手術(良性和悪性の合計)4,495例のうち、術後30日以内の死亡は3例(0.1%)である。縦隔腫瘍の半数弱を胸腔鏡下に手術を行っており、良性和悪性共に呼吸器外科の指定施設と関連施設に於いて、安全性は確立している。	
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)	日本胸部外科学会による2010年の症例の集計では、胸腺癌246例中47例、悪性杯細胞性腫瘍64例中7例と、悪性縦隔腫瘍の15%が胸腔鏡下に施行された(Gen Thorac Cardiovasc Surg (2012) 60:680-708)。呼吸器外科指導医の指導下に施行する。	
I-④開性・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)	60 60	
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)	K504 1 縦隔悪性腫瘍 単純摘出 37,000点で算定している手術の中で、胸腔鏡下技術の習得した指導医のもとで呼吸器外科専門医が胸腔鏡下手術を行えば、医療安全、確実性の点で、開胸手術と同等である。胸腔鏡下手術により入院期間が2日減少するので、一人当たりの診療点数の合計は変わらない。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名	K 手術 504 1,または513-2 縦隔悪性腫瘍 単純摘出、または胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	十 25,752,000
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)	K 手術 79,920 ①外保連試算点数 人件費:69,010点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):109,072円(試算参照)
(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)	 なし なし なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)	

縦隔悪性腫瘍手術（胸腔鏡下）

- 右肺に浸潤する浸潤性胸腺腫（点線：切除範囲）
腫瘍を含む胸腺、周囲脂肪組織、腫瘍が浸潤した右肺部分合併切除



- 従来の胸骨正中切開（左図：皮切線、右図：胸骨切開）



切開創が大きく、胸骨を縦に切断するため、患者の負担が大きい。
糖尿病患者やステロイド・免疫抑制剤使用患者では術後創感染
や骨髓炎などのリスクが懸念される。

【技術の概要】

胸腔鏡による縦隔悪性腫瘍摘出術を開胸による縦隔悪性腫瘍手術と区別して
保険収載を要望する。

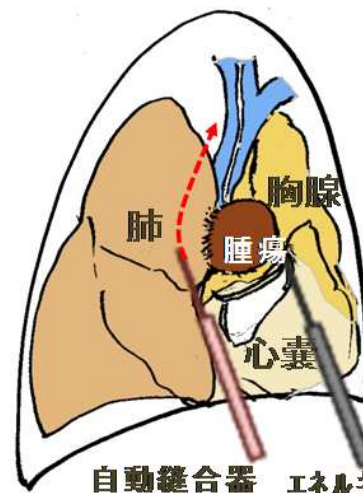
【対象疾患】

縦隔悪性腫瘍（胸腺癌、浸潤性胸腺腫、悪性杯細胞腫瘍、悪性神経腫瘍など）

【保険収載が必要な理由】

縦隔悪性腫瘍手術（胸腔鏡下）は、現在K504 1 縦隔悪性腫瘍 単純摘出 37,000点
（従来の開胸手術である胸骨正中切開手術）で算定している。近年の胸腔鏡下手術
の技術進歩により、縦隔悪性腫瘍手術の一部は、胸腔鏡下に摘出手術を行なっ
ている。開胸手術と比較して患者の負担は軽減するが技術習得の修練が必要であり、
難易度は高い。しかし縦隔悪性腫瘍手術に胸腔鏡下手術の区分が存在していない
ため、K513-2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術58,950点よりも点数が低いK504 縦隔悪
性腫瘍手術37,000点でしか保険請求できない矛盾を解決して頂きたい。

- 縦隔悪性腫瘍手術（胸腔鏡下）の一例（左図：赤線が皮切線、右図：シエーマ）



切開創は小さく、胸骨を切
除しないため、患者負担は
少ない。

右図は、浸潤性胸腺腫で、
胸腔鏡下に胸腺・腫瘍と
ともに心嚢、肺を合併切除
しているシエーマを示す。

自動縫合器 エネルギーデバイス
（超音波凝固切開装置等）

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	327201
申請技術名	縦隔切開術（経胸腔）
申請団体名	日本呼吸器外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	502-2 1、502-2 2、 502-2 3、502-3
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	術式の削除と整理
提案の具体的な内容 (400字以内)	要望点数(①+②)=48,080 点 ①外保連試算点数 人件費 34,510点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):135,650円(試算参照)

【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)	K502-2 縦隔切開術は、H24年の診療報酬では、1 頸部によるもの、経食道によるもの、2 肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの、3 経胸腔によるもの、経腹によるもの、K502-3 胸腔鏡下縦隔切開術 に区分している。このうち、経食道によるものと、肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるものは、施行していない。K502-2 縦隔切開術はK503-2に改番し、K503-2 1 頸部によるもの 6,390点、2 経胸腔によるもの 20,050点、3 経腹によるもの 20,050点、4 胸腔鏡によるもの 26,750点に整理して頂きたい。 同じ術式で開胸手術と胸腔鏡下手術のK番号が分かれている術式の整理を希望する。 K513-2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術→K502-2 K513-3 胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術→K485-2 K513-4 胸腔鏡下肺縫縮術→ K517-2	
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)	術式の削除と術式名称変更とK番号の変更のため、普及性に変化は認めない。	
・年間対象患者数の変化	前の人件(人)	
	後の人件(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)	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)	術式の削除と、術式の名称変更とK番号の変更のため、医療技術は変わらない
	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)	
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	K 手術 502-2 2 2 肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの
提案の具体的な内容(150字以内)	術式の削除と、術式の名称変更とK番号の変更 2 肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの は、算定していないため、廃止する。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	327202
申請技術名	画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの
申請団体名	日本呼吸器外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	939 1
再評価区分(1つ選択)	1-A 算定要件の見直し(適応疾患の拡大)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当しない
提案の具体的な内容 (400字以内)	現在、肝部分・区域切除においては画像等手術支援加算2,000点が認められている。K5112、K5132、K514-22の肺区域切除において、K939画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの 2,000点の加算を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	肺の血管・気管支構造は肝同様、標準的な構築はあるものの変異が多く、症例毎に千差万別である。特に区域切除時には目的とする区域の支配血管・気管支の構造を術前に立体的に把握しておく必要がある。これを行わず区域切除手術を行うと、肺動静脈からの出血、病変の取り残しや残存肺の壊死など思わぬ合併症を引き起こすことになるため、術前の3D画像は必須である。(資料1:大泉弘幸他. 後方アプローチによるS9+10区域切除術. 日呼外会誌 2011.25: 103-5. 資料2:鈴木潤他. 肺区域切除における術前CT アンギオグラフィー. 日呼外会誌 2012. 26: 586-9.)
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)	2011年の日本胸部外科学会学術調査によると原発性肺癌の年間手術件数は33,032例であり、そのうち3,464例に区域切除が行われていた。良性肺腫瘍は880例あり、肺癌と同様に約10%に区域切除が行われたと考えると、良性・悪性を含めて年間約3,500例の区域切除が行われていると推計できる。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 3,500 後の人数(人) 3,500
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 3,500 後の回数(回) 3,500
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) 70,000,000
(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) 通常、術前に造影CTはルーチン検査として行われており、この画像データを用いれば3D画像が構築できるので、新たな医療費は発生しない。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) ナビゲーションにより、肺区域切除が行なわれれば、手術の安全性と確実性が向上し、手術時間が10%減少し、入院期間が1日減少する。2,000点の加算により、肺癌の入院期間1日(2,862点)の短縮で総入院費用は減額できる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) なし 番号 なし 技術名 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) 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	327203
申請技術名	移植用肺採取術（死体）（両側）
申請団体名	日本呼吸器外科学会
診療報酬区分（1つ選択）	K 手術
診療報酬番号	514-3
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	点数134,190点 ①②③の合計 ①外保連点数:53,680点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):470,661円(臓器保存液は別) ③臓器保存液(ET-Kyoto液9L+ミリスロール注9V+アクトシン30A=334,419円)

【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）	死体肺移植手術は、2010年の臓器移植法改定に伴う死体臓器提供件数の増加により、実施数が増加している。成績は概ね諸外国のデータに比肩すると報告されており、終末期呼吸不全に対する外科治療として定着しつつある。移植用肺採取術の現行保険点数は63,200点であるが、この術式は概ね3名の胸部外科医を約24時間拘束する作業であり(移植病院から摘出病院へ出張する必要がある)、臓器保存液などの保険収載されていない医療材料も必要のため、既存の保険点数は現状と乖離している。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	63,200
	後の点数(点)	134,190
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	臓器移植法改定(2010年)以前の5年間(2005-2009)の死体肺移植手術数は45件であった(年平均9件)。改定後は臓器提供数が増加し、2011年=35件、2012年=32件の実施をみている。今後、年間実施数で40-50件までの増加が予想されている。一方、移植希望の待機患者数は法改定前が100-120名であったが法改定後は140-150名に増加している。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	100
	後の人数(人)	150
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	9
	後の回数(回)	50
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	35,495,000
（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)	134,190点×50=6,709,500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)	63,200点×50=3,160,000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)	
	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)	特になし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（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	327204
申請技術名	移植用肺採取術(生体)
申請団体名	日本呼吸器外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	514-5
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	点数102,150(点) 要望点数(①+②+③):(点) ① 外保連点数:71,580(点) ② 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):194,224円(臓器保存液を除く) ③ 臓器保存液(ET-Kyoto液3L+ミリスロール注3V+アクトシン10A=111,473円)

【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)	生体肺移植術は、死体臓器提供件数の少なかったわが国において、死体肺移植数の不足を補てんする形で実施されてきた。2010年の臓器移植法改定による臓器(死体肺)提供件数の増加により死体肺移植は増加したが、未だ実施数は充分とは言えず、生体肺移植も年間10-14件の頻度で実施されている(2012年=11件、2011年=14件、2009-2005年=年平均9件)。 成績は諸外国に比肩するものと報告されており、終末期呼吸不全に対する外科治療として定着している。移植用肺採取術(生体)の現行保険点数は52,680点であるが、臓器保存液などの保険収載されていない医療材料も多数必要なため、既存の保険点数は現状と乖離している。
点数の見直しの場合	前の点数(点) 52,680 後の点数(点) 102,150
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	生体肺移植は年平均9-10件実施されている(2005-2009年の年平均=9件、移植法改正後の2011年=14件、2012年=11件)。今後は死体肺移植件数の増加に伴い漸減が予想されるが、当面の医療費への影響の予想は、年10件実施と仮定して計算する。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 9 後の人数(人) 11
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 9 後の回数(回) 11
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	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) 102,150点×10=1,021,500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) 52,680点×10=526,800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) 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)	特になし
点数の見直しの場合	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	328101
申請技術名	狭帯域光強調気管支鏡検査
申請団体名	日本呼吸器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	内視鏡下に、気管支粘膜の病変の存在や進展範囲を狭帯域光強調画像で観察する。
対象疾患名	気管支病変
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在気管支鏡は白色光を光源として行われているが、微細な気管支病変や気管支病変の進展範囲を確定することが困難な例が少なくない。また、喀痰細胞診で陽性又は疑陽性となった症例では肥厚した気管支粘膜を多数認め、生検部位の選択に苦慮することも少なくない。本方法は狭帯域光により微細な血管を強調して観察を行う診断技術であり、従来の気管支鏡と比べても患者への新たな侵襲、負担はなく診断率が向上する。このため従来の気管支鏡では診断困難であった症例に対する不要な再検査や経過観察を回避でき、医療経済的にも優れている。安全性も高く、患者負担軽減など、社会貢献度の高い技術である。

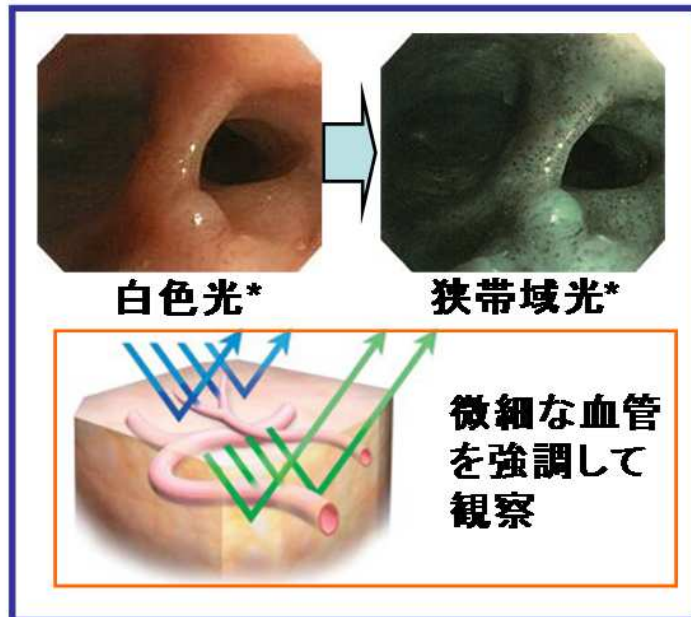
【評価項目】

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)	ランダム化試験では、気管支の前癌病変及び早期癌に対する診断感度は、通常の白色光の気管支鏡の3倍であったと報告されている(Herth FJF et al. Journal Thoracic Oncology 2009;4:1060-1065)。	
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)	狭帯域光強調気管支鏡検査による副作用報告はないが、気管支ファイバースコープと同等と考えられる。	
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)	気管支鏡専門医またはこれに準ずる技術を持つ医師が行うことが望ましい。施設基準は特に設ける必要はないと考える。	
I-④実用性・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	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	9,359	
	9,359	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	本方法は気管支ファイバースコープに比べ、早期癌の検出においては感度を落とすことなく特異度を改善することができる。安全性は同等と考えられる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	D302
	技術名	気管支ファイバースコープ
予想影響額	プラス・マイナス	—
	金額(円)	9,780,155
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	1,455
	その根拠 (150字以内)	外保連試算点数:14,550円
(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	D301
	技術名	気管支鏡検査、気管支カメラ
	具体的な内容 (150字以内)	削除可能と考えられる
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

技術名：＜狭帯域光強調気管支鏡検査＞

技術概要：

対象疾患名：気管支病変



現在気管支鏡は白色光を光源として行われているが、微細な気管支病変や気管支病変の進展範囲を確定することが困難な例が少なくない。また、喀痰細胞診で陽性又は疑陽性となった症例では肥厚した気管支粘膜を多数認め、生検部位の選択に苦慮することも少なくない。

本方法は狭帯域光により微細な血管を強調して観察を行う診断技術であり、従来の気管支鏡と比べても患者への新たな侵襲、負担はなく診断率が向上する。

既存の治療との比較：

- ・従来の気管支鏡では診断困難であった症例に対する不要な再検査や経過観察を回避でき、医療経済的にも優れている。

*Shibuya K, Nakajima T, Fujiwara T, Hbshiro H, Chiyo M, I, Moriya Y, Suzuki M, Hiroshima K, Nakatani Y, Yoshino I. (2010)

Narrow band imaging with high resolution bronchovideoscopy: A new approach for visualizing angiogenesis in squamous cell carcinoma of the lung. Lung Cancer. 68: 194-202. より白色光、狭帯域光画像引用

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	328102
申請技術名	自家蛍光観察気管支鏡
申請団体名	日本呼吸器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	内視鏡下に、気管支粘膜の病変の存在や進展範囲を蛍光画像で観察する。
対象疾患名	気管・気管支病変
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在気管支鏡は白色光を光源として行われているが、微細な気管支病変や気管支病変の進展範囲を確定することが困難な例が少なくない。また、喀痰細胞診で陽性又は疑陽性となった症例では肥厚した気管支粘膜を多数認め、生検部位の選択に苦慮することも少なくない。本方法は気管支の癌及び前癌病変の部位では自家蛍光が減弱することを利用した診断技術で、従来の気管支鏡と比べても患者への新たな侵襲、負担はなく診断率が向上する。このため従来の気管支鏡では診断困難であった症例に対する不要な再検査や経過観察を回避でき、医療経済的にも優れている。安全性も高く、患者負担軽減など、社会貢献度の高い技術である。

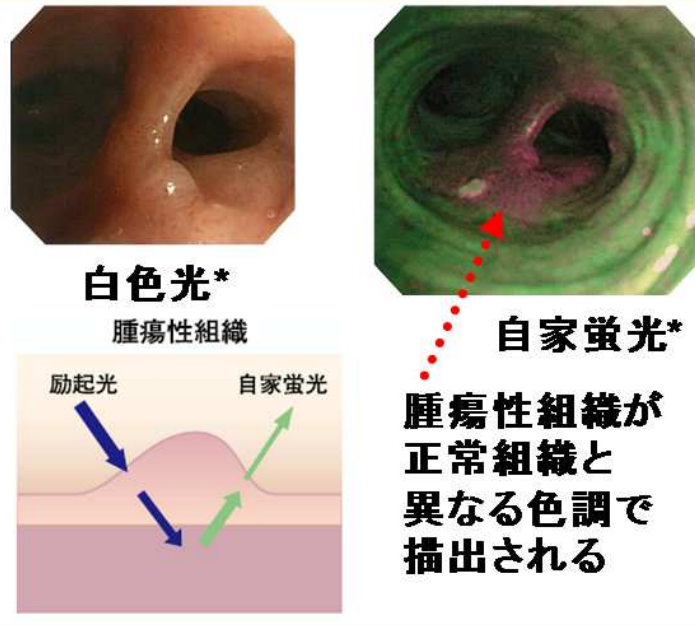
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	多国間の多施設共同研究によるSingle armの比較試験では、気管支の前癌病変及び早期癌に対する診断感度は、通常の白色光の気管支鏡の4.25倍であったと報告されている (Edell E et al. Journal Thoracic Oncology 2009;4:49-54)。	
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)	自家蛍光観察気管支鏡による副作用報告はないが、気管支ファイバースコープと同等と考えられる。	
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)	気管支鏡専門医またはこれに準ずる技術を持つ医師が行うことが望ましい。施設基準は特に設ける必要はないと考える。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	9,359
	年間実施回数等(回)	9,359
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	本方法は気管支ファイバースコープよりも異常所見の把握が容易で、外保連試案における技術度も低い。安全性は同等と考えられる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	D302
	技術名	気管支ファイバースコープ
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	84,105,780
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	1,455
	その根拠 (150字以内)	外保連試案点数:14,550円(試案ID2-0240)
(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	D301
	技術名	気管支鏡検査、気管支カメラ
	具体的な内容 (150字以内)	削除可能と考えられる
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

技術名：＜自家蛍光観察気管支鏡＞

技術概要：

対象疾患名：気管支病変



現在気管支鏡は白色光を光源として行われているが、微細な気管支病変や気管支病変の進展範囲を確定することが困難な例が少なくない。また、喀痰細胞診で陽性又は疑陽性となった症例では肥厚した気管支粘膜を多数認め、生検部位の選択に苦慮することも少なくない。本方法は気管支の癌及び前癌病変の部位では自家蛍光が減弱することを利用した診断技術であり、従来の気管支鏡と比べても患者への新たな侵襲、負担はなく診断率が向上する。

既存の治療との比較：

- 従来の気管支鏡では診断困難であった症例に対する不要な再検査や経過観察を回避でき、医療経済的にも優れている。
- 気管支ファイバースコープ件数は93,588例(平成21年社会保険診療行為別調査より(平成20年6月請求分×12))、このうち1割の9,359人が対象と推定される。

診療報酬上の取扱：外保連試算点数より、1,455点が妥当である。

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	328103
申請技術名	仮想気管支鏡によるナビゲーションシステム
申請団体名	日本呼吸器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	CTデータに基づく仮想気管支鏡により気管支鏡を目標領域にナビゲーションする。
対象疾患名	肺・気管支病変、気道異物
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在気管支鏡は、CTを参考に行われているが肺・気管支病変、特に肺末梢病変に対する診断率は不十分である。本方法はCTを利用した先進的なコンピュータ支援の技術であり、患者への新たな侵襲、負担はない。従来の気管支鏡検査に加えることにより診断率が向上する。このため未診断症例に対する不要な手術や経過観察CT等を回避でき、医療経済的にも優れている。安全性も高く、気管支鏡検査時の患者負担軽減など、社会貢献度の高い技術であるが、現在保険収載されていない。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		2cm以下の末梢肺癌の経気管支肺生検の診断率はACCP(米国胸部学会)ガイドラインでは34%と報告されている(Rivera MP et al. Chest 2007;132:131S-148S)。一方仮想気管支鏡ナビゲーションのこれまでの報告(317例 2cm以下肺末梢病変)では診断率は67.5%である(Asano F et al. Clin Chest Med 2010;31:75-85)。ランダム化比較試験では、仮想気管支鏡によるナビゲーションの使用により有意に診断率が向上する(3cm以下の肺末梢病変 気管支腔内超音波断層法併用:ナビゲーション使用80%、ナビゲーション非使用67%)ことが示されている(Ishida et al. Thorax 2011;66:1072-1077)。日本肺癌学会肺癌診療ガイドライン2013にエビデンスとして採用予定。	
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)		本方法自体による副作用報告はなく、安全である。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)		気管支鏡専門医またはこれに準ずる技術を持つ医師が行うことが望ましい。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)		問題なし	
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	60,000	
	・年間実施回数等(回)	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)		本方法を経気管支肺生検に加えた方法は外来で可能で、入院が必要で全身麻酔で行われる胸腔鏡下肺切除術よりも安全で、患者への侵襲度も低い。本方法を経気管支肺生検に加えることで、診断率が増加し、検査時間が短縮する(Ishida et al. Thorax 2011;66:1072-1077)。CT経皮生検は死亡率、合併症率が高く、CTによる経過観察では診断のために長い期間を要する。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	513	
	技術名	胸腔鏡下肺切除術	
予想影響額	プラス・マイナス	—	
	金額(円)	342,009,600	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	D 検査	
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	3,434	
	その根拠(150字以内)	外保連試案(生体検査試案ID2-0020)	
(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		
	具体的内容(150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

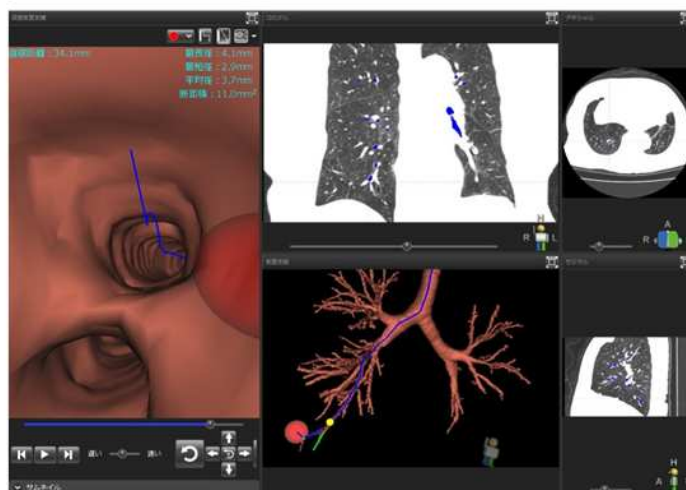
仮想気管支鏡によるナビゲーションシステム

【技術の概要】

- CTデータに基づく仮想気管支鏡により気管支鏡を目標領域にナビゲーションする。

【対象疾患】

- 平成22年呼吸器内視鏡学会全国調査によると年間対象患者は20,000人程度と考えられる



【既存の方法との比較】

- 経気管支肺生検に加えることで、診断率が増加し、検査時間が短縮する。
- 未診断症例に対する不要な手術や経過観察CT等を回避でき、医療経済的にも優れている。
- 本方法自体の合併症報告はない。
- 外来で可能で、胸腔鏡下肺切除術よりも安全で、患者への侵襲度も低い。

【診療報酬上の取扱】

- D検査
- 3,434点
- 外保連試案(生体検査試案ID2-0020)

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	328104
申請技術名	EWSなど固形充填材を用いた気管支充填術
申請団体名	日本呼吸器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	局所麻酔下、気管支鏡下に、EWSなどの固形充填材を、気管支鏡のチャンネルを通した把持鉗子で把持し目的とする気管支に充填する。
対象疾患名	続発性難治性気胸、肺切除後の遷延する気漏、有癭性膿胸、他臓器との気管支瘻、遷延する気管支出血など
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本内視鏡的治療法の有用性は広く認知されているが、法に該当する健康保険上の項目が存在しないため

【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)		2000年4月から2010年12月までにEWSを用いた気管支充填術のデータでは総数88症例に対して、エアリークが消失した症例が20例(35.7%)、エアリークが明らかに減少した症例が26例(46.4%)であった。この結果、胸腔ドレーナージチューブ留置例では50例中41例(74.5%)でチューブを抜去できた。 EWSなどを用いた気管支充填術は、気管支鏡を用いて局所麻酔にて対象となる気管支、気瘻を完全に閉塞することができ、いずれの疾患においても本法のみあるいはその後の処置、治療を加えることにより、退院が可能となりQOLならびに生命予後の改善が期待できる。First European Congress for Bronchology and Interventional Pulmonology (Marseille, March 10/12, 2011)	
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)		EWSを用いた気管支充填術に伴う合併症は、肺炎が4例(5.0%)、発熱が1例(1.3%)に認められたが抗生剤の投与などにより改善し、コントロール可能である。	
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)		軟性気管支鏡を使用し、把持鉗子を用いる操作であり技術の熟練には一定の経験が必要となる。日本呼吸器内視鏡学会などの学会などにて講義、ハンズオンセミナーを複数回開催している。	
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)		問題なし。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	3,214	
	年間実施回数等(回)	4,821	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		下記代替治療の報告症例数も多くはないが、効果・安全性において同等ないしはそれ以上の効果が期待できる。また、最も想定される硬膜外麻酔下胸腔鏡手術は56万点程度であり、本法の技術料の方が極めて安価であると考えられる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K 516	
	技術名	気管支瘻閉鎖術	
予想影響額	プラス・マイナス	—	
	金額(円)	1,220,452,200	
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)	8,500	
	その根拠(150字以内)	胸腔鏡手術に替わる意義をもつこと。気管支異物除去術(直達鏡によるもの)9,250点、気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)10,150点などを参考にした。	
(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	—	
	技術名	—	
	具体的な内容(150字以内)	内科的処置が可能な気管支充填術が導入されることにより、肺の状態が悪いために外科手術による治療が困難な処置をリスクをおかして手術することが減ることは予想されるが、関連して減点や削除が可能な医療技術はない。	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

技術名：＜EWSなど固形充填材を用いた気管支充填術＞

技術概要：

EWS®の特徴

- 1) 形状はコルク状とし、表面にスタッドを付けた。
- 2) 両端に把持部分を付けた。
- 3) サイズは、S, M, L (最大径 5, 6, 7 mm)とした。



- 1) 局麻下、挿管下に気管支ファイバーを用いて行う。
- 2) EWS-Mを亜区域支に充填することを原則とする。

対象疾患名：続発性難治性気胸、肺切除後の遷延する気漏、有癭性膿胸、他臓器との気管支瘻、遷延する気管支出血など

現在気管支鏡は白色光を光源として行われているが、微細な気管支病変や気管支病変の進展範囲を確定することが困難な例が少なくない。また、喀痰細胞診で陽性又は疑陽性となった症例では肥厚した気管支粘膜を多数認め、生検部位の選択に苦慮することも少なくない。本方法は気管支の癌及び前癌病変の部位では自家蛍光が減弱することを利用した診断技術であり、従来の気管支鏡と比べても患者への新たな侵襲、負担はなく診断率が向上する。

既存の治療との比較：

・気管支充填術の歴史は、1968年ドイツのRafinskyによって開発され、1980年代に我が国において吸収性素材（フィブリン糊、オキシセル綿など）を用いた充填術の有用性の報告が多数なされた。しかしながら、効果の確実性、持続性に難があった。岡山赤十字病院における100症例の経験では、処置に関連した合併症としては、呼吸器感染症3.3%、無気肺1.1%などであり、重篤なものは認められなかった。

診療報酬上の取扱：胸腔鏡手術に替わる意義をもつこと。気管支異物除去術（直達鏡によるもの）9,250点、気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）10,150点などを参考にした、8,500点が妥当である。

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	329101
申請技術名	関節鏡下関節授動術
申請団体名	日本骨折治療学会
技術の概要 (200字以内)	関節鏡を用いて線維化して癒着および硬化した関節を解離して関節に可動性をもたらす
対象疾患名	変形性関節症、外傷性関節拘縮、人工関節手術後関節拘縮、関節リウマチ、肩関節周囲炎、肩腱板損傷
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在の社会保険診療報酬で関節滑膜切除術、滑液膜切除術、膝蓋骨滑液包切除術、掌指関節滑膜切除術、関節鼠摘出手術、半月板切除術、半月板縫合術、靱帯断裂縫合術、靱帯断裂形成手術、関節内骨折観血的手術などは関節鏡下手術として技術的な評価を受け、高い診療報酬が認められている。しかし関節鏡下関節授動術については、他の関節鏡視下手術と同様に高い技術力が要求され、高価な手術機械などの初期の設備投資が必要となるが、評価がなされず保険収載されていない。低侵襲で良好な機能的予後が得られ、在院日数が短縮し早期に社会復帰が可能となるといった社会的貢献度も大きい手術であり、他の関節鏡視下手術と同様な評価を要望する。

【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)	全身麻酔下に徒手に関節授動する麻酔下徒手授動術は、手技的には容易であるが、拘縮が高度な例では無効なときもしばしばあり、骨折・脱臼・神経麻痺などの合併症の危険性が指摘されている。一方、観血的授動術は直視下に拘縮の原因となっている癒着や拘縮靱帯などを切離して授動する方法であるが、広範囲の切開剥離操作を必要とし手術侵襲が大きいことが問題とされている。鏡視下授動術は関節鏡視下に拘縮部を直視しつつ、拘縮部を解離することによって安全に可動域を拡大することが可能であり、その効果は長期間持続している。また鏡視下手術ならではの低侵襲手術が可能となり、術直後からのリハビリテーションおよび早期社会復帰が可能となる。		
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)	小切開の手術であり、術後疼痛や感染の危険性が軽減される。関節内外の癒着を鏡視下に確実に剥離することで、骨関節に余計な外力をかけることなく可動性をもたすことができ、授動術による靱帯断裂や骨折などの合併症を減らす事ができる。		
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)	整形外科での関節鏡視下手術は膝関節、肩関節、肘関節、手関節、足関節、股関節などで広く一般市中病院で行われているが、関節鏡セット(関節鏡、基本手術道具、ビデオモニター装置、高周波蒸散装置、シェーブシステムなど)が必要であり、鏡視下手術に熟練した術者が施行するべきである。		
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)	1,200		
	1,200		
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較 (200字以内)	手術としての診療報酬は増加するが、小切開による低侵襲手術であり、術後疼痛や術後癒着が軽減する。その結果、術後リハビリテーションが速やかとなり、入院期間の短縮が見込めるため、医療費は減少すると考えられる。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K076 1、K076 2、K076 3	
	技術名	観血的関節授動術 1肩、股、膝 2胸鎖、肘、手、足 3肩鎖、指(手、足)	
予想影響額	プラス・マイナス	ー	
	金額(円)	181,656,000	
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)	66,140	
	その根拠 (150字以内)	①外保連試算点数:肩・股・膝:58,340点、胸鎖・肘・手・足:42,320点、肩鎖・指:12,690点②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)Mitekサイドエフェクト(30,000円)、Mitekエンドエフェクト(30,000円)、ディスボブレード(18,000円):合計78,000円	
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号		
	技術名		
	具体的な内容 (150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

「関節鏡下関節授動術」について

【技術の概要】

関節鏡を用いて関節切開することなく、線維化して癒着および硬化した関節を解離して、関節に可動性をもたらす

【対象疾患】

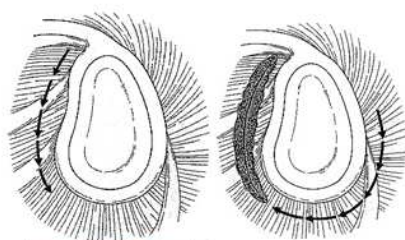
- ・変形性関節症、外傷性関節拘縮、術後関節拘縮、関節リウマチ、肩関節周囲炎、肩腱板損傷
- ・年間対象症例は1,200例程度

社会医療診療行為別調査(平成23年6月)を参照し、症例数が多い肩・膝関節鏡的授動術の約50%が鏡視下に行われていると仮定して算出した。

【診療報酬上の取扱】

- ・K手術
- ・66,140点

・関節鏡基本単位の初期投資が必要であり、低侵襲手術による入院期間の短縮による医療経済効果を鑑みて、現行手術点数(鏡視的授動術)の1.5倍とした。すなわち肩・股・膝：58340点、肘・手・足：42320点、肩鎖・肘・手・足：12690点となり、消耗機器であるシバアクト、高周波蒸散器プロアが78000円であり、これを加算して算出した。



高周波蒸散器で拘縮関節包を解離する



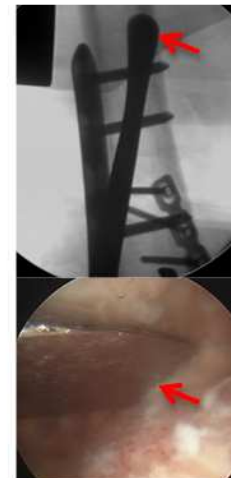
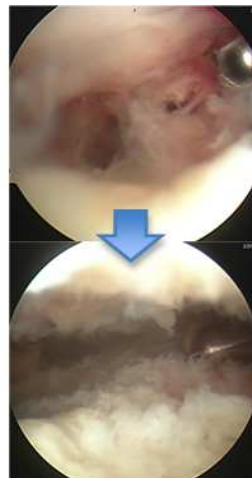
図1 77歳男性
肩関節周囲炎

術前挙上45°
術後挙上140°
術後2週で退院。

関節全周を解離するのは、鏡視的手技では不可能であり、関節鏡だから小侵襲で可能である。

【既存の治療法との比較】

- ・麻酔下徒手授動術：手技は容易であるが、重度拘縮例には無効なこともあり、加わる力を制御できずに骨折や脱臼や神経麻痺などの危険性が指摘されている。
- ・鏡視的授動術：直視下に広範囲の切開剥離操作を必要とし手術侵襲が大きいたことが問題とされている。
- ・関節鏡下授動術：拘縮部を鏡視しながら解離することによって、安全に施行できる。また低侵襲なので術直後からのリハビリテーションおよび早期社会復帰が可能となる。
- ・近年では膝関節拘縮は関節内骨折術後や靱帯再建術後など関節内癒着を主因とした症例が増加する傾向にあり、関節鏡下授動術の成績良好な報告がなされるようになった。
- ・人工膝関節置換術後の屈曲制限に対しても、100°-120°の設置位置不良、サイズ不良など明らかに手術に問題がある症例以外では拘縮の原因となる関節内癒着組織を切除することで可動域を改善することが可能であり、関節切開手術より明らかに侵襲が小さく、術後感染等の合併症を減らす事ができる。



左：架橋癒着の切除
中央：Cobb剥離子で骨膜下剥離
右：術後X線写真

図2 79歳女性 大腿骨遠位端骨折術後拘縮

術前屈曲60°→術後屈曲140° 授動術後2週で退院。

関節を架橋している癒着組織を鏡視下に切除し、関節鏡下に骨膜切開を加えてイメージ下にCobb剥離子で大腿四頭筋と大腿骨との癒着を剥離した。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	329102
申請技術名	コンピューター支援骨形態制御手術
申請団体名	日本骨折治療学会
技術の概要 (200字以内)	クラウドコンピューティングによる画像処理を駆使して骨の形態形成手術を行う新規の術式であり、相当精密な形態の制御機能が担保されるが、この手法に対応したと特殊な創外固定器が必要でコンピューター上の処理を行う時間的、人的コストが発生する。用いる創外固定器は、1回の手術で使い切り仕様で、再使用が推奨されていないにも関わらず償還対象外である。
対象疾患名	骨折変形治癒、下肢短縮萎縮、変形性関節症、内反膝、外反膝
保険収載が必要な理由 (300字以内)	この手法に対応したと特殊な創外固定器が必要でコンピューター上の処理を行う時間的、人的コストが発生する。用いる創外固定器は、1回の手術で使い切り仕様で、再使用が推奨されていないにも関わらず償還対象外(1,405,640円)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)	日本整形外科学会雑誌教育研修講座収載論文ならびに整形外科学において最も権威ある雑誌JBJS(Journal ob Bone and Joint Surgery)に掲載され評価の高い術式である。従来の手法に比してより正確な矯正効果が獲得できる事が報告されており、これまで治療が困難であった症例も本手法の登場により治療が可能となって来ている。著名な整形外科領域の国際雑誌においてもその有効性を示す報告が年々増加している。	
エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)	リスクについては従来のコンピューターを用いずに行う手法に比し、ほぼ不変である。	
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)	創外固定を用いた変形矯正の手法として最も汎用される手法となっている。創外固定法に習熟している必要がある。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	380 380	
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)	矯正精度が従来法に比し有意に高い事が報告され、また、従来の手法では治療が困難とされていた症例の治療が本方法により可能となっている。本手法の使用により従来の手法により生じていた矯正不足の場合の再手術や、治療不可能例における変形性関節症の発生による人工膝関節置換術を回避できるため、これに伴い発生する医療費の削減効果が見込まれる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	058 4
	技術名	骨延長術(指以外)＋創外固定加算
予想影響額	プラス・マイナス	－
	金額(円)	14,890,300
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)	46,700
	その根拠(150字以内)	従来の手法である骨延長術(指以外)26,700点を基準に、コンピューター上の処理を行う時間的、人的コスト、さらには本手法に用いる特殊な創外固定器(1回の手術で使い切り仕様で、再使用が推奨されていないにも関わらず償還対象外である)分(1,405,640円)を加味して算定した。
(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)	
	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)	

コンピューター支援骨形態制御手術

【技術の概要】

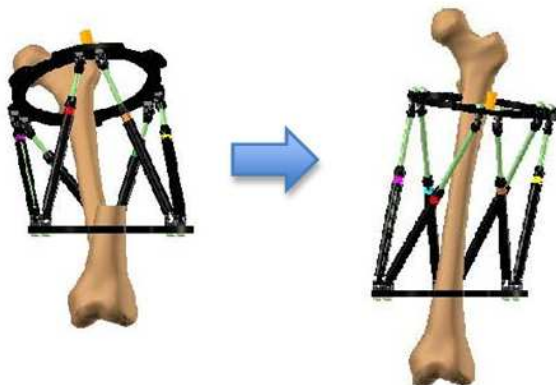
クラウドコンピューティングによる画像処理を駆使して骨の形態形成手術を行う。

【対象疾患】

骨折変形 治癒、下肢短縮萎縮、変形性関節症、内反膝、外反膝

【既存の治療法との比較】

- 矯正精度が従来法に比し有意に高い事が報告されている
 - 従来の手法では治療が困難とされていた症例の治療が本方法により可能となっている。
-
- クラウドコンピューティングによる術前後シミュレーション
 - 複雑な3次元変形が高い精度で矯正される



【診療報酬上の取り扱い】

- K手術
- 46,700点
- 従来の手法である骨延長術(指以外)26700点を基準に、コンピューター上の処理を行う時間的、人的コスト、さらには本手法に用いる特殊な創外固定器(1回の手術で使い切り仕様で、再使用が推奨されていないにも関わらず償還対象外である)分を加味して算定した。
- 本手法の使用により従来の手法により生じていた矯正不足の場合の再手術や、治療不可能例における変形性関節症の発生による人工膝関節置換術を回避できるため、これに伴い発生する医療費と、当該手術の点数を鑑みて差し引きすると、結果的に医療費の削減効果が見込まれる。

術前後の両下肢写真

シミュレーション通りの矯正が行われている。



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	330101
申請技術名	胎児MRI
申請団体名	公益社団法人 日本産科婦人科学会（共同提案:日本生殖医学会・日本産科婦人科内視鏡学会・日本産婦人科医会・日本産婦人科手術学会・日本婦人科腫瘍学会）
技術の概要 (200字以内)	妊娠女性の腹部から骨盤内のMRI撮影により、子宮内の胎児の形態異常や病態について診断を行う
対象疾患名	胎児疾患(頭頸部、胸部、腹部など)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	胎児異常を診断する最初の検査は超音波検査であり、その有用性は明らかである。とくに胎児心疾患については出生前に超音波で診断しておくことで出生後の予後の著しい改善に寄与している現状がある。一方胎児MRIは現時点に於いても超音波検査の補完的なものと考えられているが、しばしばその画質は超音波よりも優れている。胎児MRIの主な応用域も明らかになり、実地臨床でも現実に胎児MRIが行われている現状がある。しかしながら、現行では保険収載なされていないため現場に混乱がみられているため。

【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)	胎児異常の診断では超音波検査が優先されるが、超音波検査の欠点をMRIは補完しうる。すなわち、超音波検査と比較した場合、MRI検査は胎位、羊水過少、母胎肥満などによる影響をうけることがなく、かつ超音波に比べ軟部組織のコントラスト分解能に優れ、大部分の臓器でその輪郭や組織学的変化の描出、その計測にてきており、胎児診断、とくに中枢神経、頸部、胸腹部の診断に有用とされる。さらに、超音波検査では画角に限界があり、胎児全体の描出や子宮内との関係性などの描出ができないが、MRIでは画角の制限を受けないため胎児全体が描出可能で、子宮、胎盤との関係も正確に評価ができるため、胎児治療前の評価にも優れている。	
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	現時点ではMRIの胎児に対する悪影響についての報告はないため、MRIの安全性などに熟知した放射線科医が胎児MRIの有用性があると判断したならば全妊娠期間でMRIを行い得る。しかしながら、専門家は妊娠初期のMRIはその有用性が低いと避けることを推奨している。一方、ガドリニウムによる造影MRIは妊娠中は適応が無いため行わない。	
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)	放射線専門医、周産期(母体・胎児)専門医または超音波専門医が常動していること。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	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)	1,500 1,500	
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)	胎児異常を診断する際にMRIのみで行うことはなく、まず超音波検査が行われる。診断精度を向上させる目的で胎児MRIが行われる。それにより胎児異常の診断精度の向上および胎児治療の際に有用な情報を得ることができる。	
(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)	D 検査 215 2 イ 超音波検査 断層撮影法 胸腹部 十 89,250,000
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)	D 検査 5,950 胎児MR 撮像人件費11,213円、検査室使用15,210円、診断料33,036円(外保連画像診断試案)
(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)	その他 なし なし なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)	

概要図

技術名 ; 胎児MRI

技術の概要

妊娠女性の腹部から骨盤内のMR撮影により、胎児の形態異常や病態について診断を行う

対象疾患名

頭頸部(胎児水頭症、胎児頸部腫瘍など)
胸腹部(横隔膜ヘルニア、CCAM、腹腔内腫瘍など)
その他(双胎間輸血症候群)発症頻度および年間出生数から計算し年間約1,500例が見込まれる

現在当該疾患に対して行われている検査との比較

現在胎児異常は超音波診断がまず最初に行われるが、超音波では評価が不可能な広範囲な評価、周囲との関係性や、組織の質的診断、臓器成熟評価などが可能である。

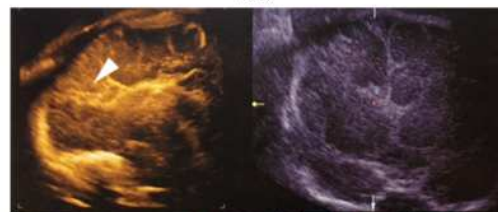
診療報酬上の取り扱い

D検査

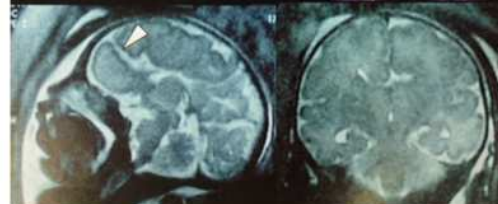
5,950点(専門医が認定施設で行う。外保連画像診断試案に基づき試算)

例

胎児超音波



胎児MRI



胎児脳梁欠損症

超音波検査に比較しMRIで脳梁欠損が明瞭に判別可能である

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	330102
申請技術名	胎児骨診断CT
申請団体名	公益社団法人 日本産科婦人科学会（共同提案:日本生殖医学会・日本産科婦人科内視鏡学会・日本産婦人科医会・日本産婦人科手術学会・日本婦人科腫瘍学会）
技術の概要 (200字以内)	胎児期の画像診断においてCTのみが骨の正しい評価が可能である。骨系統疾患の正しい出生前診断により、妊娠中のケアや周産期における医学的管理、新生児早期からの治療が可能となる。
対象疾患名	胎児骨系統疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	胎児の骨系統疾患はこれまで他の胎児異常と同様に主に超音波検査により行われてきた。しかしながら超音波では胎児骨の評価には限界があり、さらに胎児骨系統疾患はその種類が多く、さらに出生後の臨床症状もほぼ問題ない疾患から、生後直ちに集学的治療を要する疾患、さらには生存が望めない疾患まで幅広い臨床像を示す。近年胎児骨系統疾患の診断にCT検査の有用性が報告され、我が国においても臨床現場で本検査が行われている一方で、保険収載がなされておらず現場で混乱が生じているため。

【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)	胎児異常の診断では超音波検査が優先されるが、超音波検査の欠点をCTは補完しうる。すなわち、超音波検査と比較した場合、MRI検査は胎位、羊水過少、母胎肥満などによる影響を受けることがなく、かつ超音波に比べ軟部組織のコントラスト分解能に優れ、大部分の臓器でその輪郭や組織学的変化の描出、その計測に適しており、胎児診断、とくに胎児骨系統疾患の診断に有用とされる。さらに、超音波検査では画角に限界があり、胎児全体の描出や子宮内との関係性などの描出ができないが、CTでは画角の制限を受けないため胎児全体が描出可能で、骨系統疾患を診断する際に重要な点である全体のプロポジションの評価もできるため、その診断の有用性は高い。さらに、出生後の早期治療の際に重要な情報を提供し得る。
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)	胎児CT検査はX線被曝を伴うため母体と胎児にその影響を常に考慮する必要がある。したがってCT検査を行うことによるリスクとベネフィットを熟慮しベネフィットが勝る場合に行う。そのリスクは妊娠週数がすすむにつれ減少するとACRIは2008年のpractice guidelineの中で述べている。胎児CT検査による放射線量はおよそ3mGyで、この線量はこれまで行われている通常の胎児X線検査とほぼ同等である。
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)	胎児骨系統疾患は比較的稀な胎児異常であり、その多様性から本検査の施行は周産期専門医(母体・胎児)常勤施設でかつ総合／地域周産期センターであることを条件とする。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	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)	110 110
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)	胎児骨系統疾患を診断する際にCTのみで行うことはなく、まず超音波検査が行われる。診断精度を向上させる目的で胎児CTが行われる。それにより胎児異常の診断精度の向上および出生後の治療管理を行う際に有用な情報を得ることができる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査
	番号 215 2 イ
	技術名 超音波検査 断層撮影法 胸腹部
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 5,632,000
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) 5,120
	その根拠 (150字以内) 胎児CT 撮像人件費8,046円(施行医技術度D)、検査室使用10,161円(所要時間15分)、診断料33,036円(技術度D)(外保連画像診断試案)
(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) 後の点数(点)

概要図

技術名:胎児骨CT

技術の概要

胎児期の画像診断においてCTのみが骨の正しい評価が可能である。骨系統疾患の正しい出生前診断により、妊娠中のケアや周産期における医学的管理、新生児早期からの治療が可能となる。

対象疾患名

胎児骨系統疾患(骨形成不全症、軟骨無形性症など)

発症頻度および年間出生数から計算し年間約110例が見込まれる。

現在当該疾患に対して行われている検査との比較

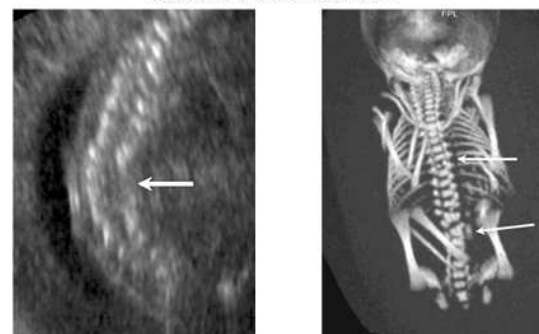
現在胎児異常は超音波診断がまず最初に行われるが、超音波では評価が不可能である広範囲な評価すなわち胎児のプロポーションや骨折の有無、脊椎や椎体の情報が正確に得られる。

診療報酬上の取り扱い

D検査

5,120点(専門医が認定施設で行う。外保連画像診断試案に基づき試算)

例1)脊椎分節異常症



超音波像

胎児CT像

超音波検査で脊椎の異常は疑われるが、その詳細については診断できず、胎児CTを行うことで胸腰椎移行部異常と新たに第8胸椎蝶形異常が診断された。

例2)脊椎分節異常症



超音波像

胎児CT像

超音波検査で大腿骨の彎曲は診断されたが、その詳細については診断できず、胎児CTを行うことで仮骨による骨折と診断され骨形成不全症type IIIと診断された

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	331101
申請技術名	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
申請団体名	一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会（共同提案：日本産科婦人科学会、日本生殖医学会、日本産婦人科医会、日本産婦人科手術学会、日本婦人科腫瘍学会）
技術の概要 (200字以内)	腹腔鏡下に子宮および子宮付属器(卵巣・卵管)および後腹膜リンパ節を切除する根治手術である。
対象疾患名	子宮体癌
保険収載が必要な理由 (300字以内)	子宮体癌の手術に腹腔鏡下手術の導入することにより従来の開腹術と比較して患者のQOLが向上し、在院日数の短縮も可能である。先進医療として承認を受けている腹腔鏡下子宮体癌根治手術は、日本産科婦人科学会のアンケート調査によると、全国で22施設から回答があり、平成24年4月1日から平成25年3月31日までに193例が行われ、本術式の普及によって子宮癌女性のQOLが上昇すると考えられるので、是非保険収載を要望する。

【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)	複数のRCTで腹腔鏡下手術と開腹手術の予後(死亡率)に差がないことが示されている。また腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術が術中出血量、術後回復、入院期間が開腹手術と比べて優れ、QOLが良いことが示されている。日本産科婦人科内視鏡学会のガイドラインでは子宮体癌I期の腹腔鏡下手術は標準となりうる(推奨グレードB)と記載されている。
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)	腸管、膀胱・尿管などの術中合併症、尿路感染、腸閉塞、リンパ嚢胞、創感染などの術後合併症は文献的には腹腔鏡と開腹術で頻度の差はない。腹腔鏡手術の特異な合併症としてガス塞栓やトロカール孔への再発の報告があるが稀である。
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)	本邦においては、先進医療等を通じて現在まで約500例に対して子宮悪性腫瘍に対して腹腔鏡下手術が施行されてきており経験が蓄積されている。本手術は日本産科婦人科内視鏡学会の技術認定医レベルおよび日本婦人科腫瘍学会の婦人科腫瘍専門医レベルの知識・技量が同時に要求される難易度の手術であるといえる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 1,800 年間実施回数等(回) 1,800
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	本術式はこれまで開腹術で行われてきていた術式を腹腔鏡を用いて行う新規の術式である。効果、安全性についての開腹術と本術式の比較であるが、複数のランダム化比較臨床試験にて治癒率、再発率は両者に差はなく術中出血量、術後腸閉塞、入院期間、QOLに関しては本術式のほうが優れている。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 K 879 技術名 子宮悪性腫瘍手術
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 581,112,000
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) 112,890 その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):107,360点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):55,299円(試算参照)
(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)

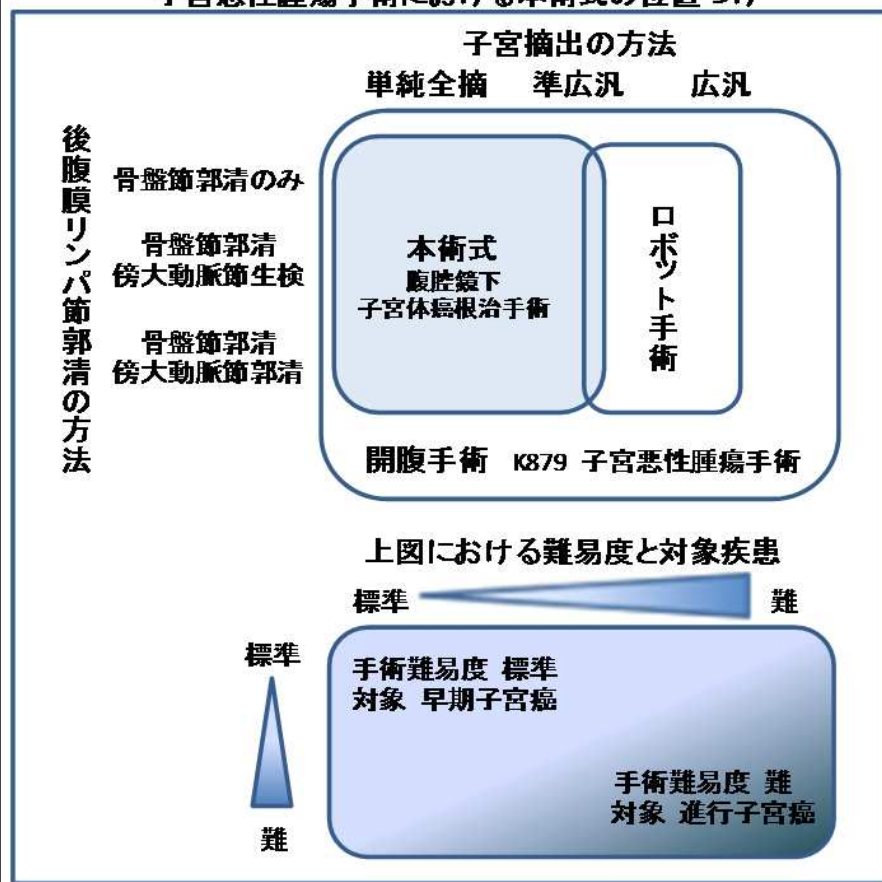
「腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術」について

【技術の概要】 腹腔鏡下に子宮、子宮付属器(卵巣・卵管)および後腹膜リンパ節を切除する根治手術である

【対象疾患】 子宮体癌

平成23年度社会医療行為別調査ならびに平成23年悪性腫瘍患者年報によると本術式の対象症例は9,091人。内20%に本術式が施行されると年間対象患者は1,800人程度と考えられる

子宮悪性腫瘍手術における本術式の位置づけ



【既存の治療法との比較】

	本術式 腹腔鏡下 子宮悪性腫瘍手術	既存の治療法 子宮悪性腫瘍手術 (開腹術)
腹部の創の状態	 美容的に優れている 術後疼痛も少ない	
手術時間	長い(中央値204分)	短い(中央値30分)
術中合併症	両者に差を認めない	
術後合併症 (grade2以上)	少ない(14%)	多い(21%)
入院期間	短い	長い
再発率	両者に差を認めない	
予後	両者に差を認めない	

手術時間～予後の項については米国Gynecologic Oncology GroupのLAP2 study(ランダム化比較試験)の結果
(Joan L Walker et al, Laparoscopy Compared With Laparotomy for Comprehensive Surgical Staging of Uterine Cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study, J Clin Oncol 27:5331-5336, 2009)

【診療報酬上の取扱】

・K手術

・112,890点

(K879 子宮悪性腫瘍手術 62,000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	331102
申請技術名	腔断端挙上術(腹腔鏡下)
申請団体名	一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会（共同提案：日本産科婦人科学会、日本生殖医学会、日本産婦人科医会、日本産婦人科手術学会、日本婦人科腫瘍学会）
技術の概要 (200字以内)	腹腔鏡下腔断端挙上術とは、従来、骨盤臓器脱の治療法として開腹で行われていた腔断端挙上術を、より低侵襲な腹腔鏡下で行う方法である。
対象疾患名	骨盤臓器脱
保険収載が必要な理由 (300字以内)	腹腔鏡下腔断端挙上術は、多種ある骨盤臓器脱の治療法の中で、最も治療成績がよく、安全性も高い術式である。しかしながら、欧米においては、ゴールドスタンダードであるこの術式も、日本においては、その導入が遅れている。したがって、この術式を早く、そして、広く普及させ、患者にその恩恵を最大限に提供出来るようにすることが急務である。そのためには、この術式の保険収載が必要である

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	腹腔鏡下腔断端挙上術は、骨盤臓器脱に対して最も有効な治療法であり、その治癒率は92%、患者満足度も94.4%と非常に高い。この手術による死亡事故の報告は無い。この手術が与えるQOLへの影響は、QOLに対するVAS スコアの術前5.6から術後9.1への著明に改善(10が最高)が示すように大変優れている。		
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)	この術式の術中合併症は、膀胱損傷、腸管損傷、異常出血、直腸損傷、腔損傷がある。それぞれの合併症の頻度は、2.0%、1.2%、1.1%、0.4%、0.4%と低率であった。術後合併症は、メッシュびらん、排尿機能の異常、性活動への影響、排便機能障害があり、それぞれの発生頻度は、2.7%、17.8%、7.8%、9.8%であった。術後尿失禁には、尿失禁手術を実施する。排便障害は、術後六ヶ月以内に消失する。		
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)	日本女性骨盤底医学会等において、腹腔鏡下腔断端挙上術は60歳以下の比較的若い骨盤臓器脱患者にも安全に適応出来る術式と認識されており、その早期の導入が期待されている。この術式は、比較的難しい内視鏡手術手技を必要とする。したがって、産婦人科専門医、あるいは泌尿器専門医等の内視鏡手術に習熟した医師のもとで、行われることが望ましい。		
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	腹腔鏡下腔断端挙上術は、欧米において既に骨盤臓器脱治療のゴールドスタンダードであり、広く普及している。したがって、この術式の日本における実施に関しては何ら倫理的な問題は無く、社会的にも妥当である。		
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	500	
	・年間実施回数等(回)	500	
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)	骨盤臓器脱治療における開腹腔断端挙上術と仙棘靱帯固定術とのRCTで、前者がより優れた治療効果を示した。近年、RCTにて、腹腔鏡下腔断端挙上術は、開腹腔断端挙上術と同等の治療効果を示し、かつ低侵襲である事がしめされたので、推奨される術式である。腹腔鏡下腔断端挙上術と腔式メッシュ手術であるTVM法とのRCTにおいても、前者の方が、TVMより手術満足度・術後の治癒率も高かった。このように、腹腔鏡下腔断端挙上術は、他の術式より有効な術式である。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K 860-2	
	技術名	腔断端挙上術(腔式、腹式)	
予想影響額	プラス・マイナス	プラス	
	金額(円)	261,850,000	
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)	83.250	
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):71,580点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):116,700円(試算参照)	
(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		
	具体的内容(150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

腹腔鏡下腔断端挙上術

【技術の概要】

従来、開腹手術において行われていた腔断端挙上術を腹腔鏡下で行う事によって、より低侵襲な骨盤臓器脱手術となった。(図1)。

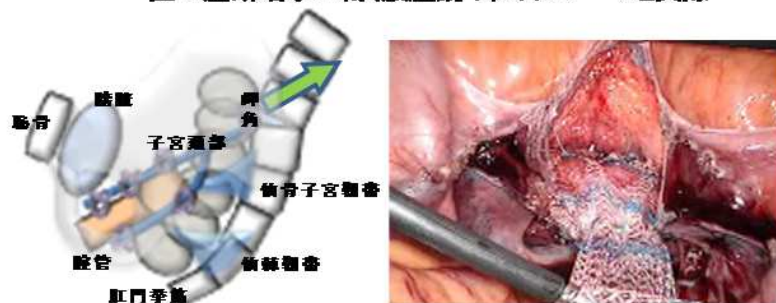
【対象疾患】

骨盤臓器脱(腔断端脱等)

- － 米国においては、骨盤臓器脱治療のゴールドスタンダードで既に保険適応が認められている。

年間対象患者は、500人程度と考えられる。

図1. 腔断端挙上術(腹腔鏡下)のシェーマと実際



腔管の前後に、二枚のメッシュを留置して、岬角につり上げる

【既存の治療法との比較】

腹腔鏡下腔断端挙上術は

- ・ 脱治愈率が92%と高く、患者満足度も94.4%と高い。
- ・ 従来法である開腹腔断端挙上術より低侵襲で、出血量の減少、疼痛の減少、入院日数の短縮が期待できる。
- ・ 仙棘靱帯固定術より効果的である。
- ・ 腔式メッシュ手術:TVM法より、効果的で、かつ合併症が少ない。
- ・ 術中合併症は少ない、術後に尿失禁手術を追加する場合がある。

【診療報酬上の取り扱い】

- ・ K 手術
- ・ 71,580点

外保連試算点数:技術度がD、手術時間が4時間として計算した。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号	331201
申請技術名	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術と子宮附属器癒着剥離術の複数手術特例拡大
申請団体名	一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会（共同提案：日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科医会、日本生殖医学会、日本産婦人科手術学会）
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	K863, K886-2
再評価区分(1つ選択)	2-A 点数の見直し(増点)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容(400字以内)	子宮内膜症では子宮附属器癒着を伴うことが多い。一方、子宮附属器周囲癒着は不妊症の原因となる。よって、子宮内膜症に不妊症を合併する際には、子宮内膜症病巣除去術に加え、子宮附属器癒着剥離をすることが望ましい。しかし、現状では実際に二つの手術を同時に行っても保険収載が請求できない。複数手術の併施についての適応拡大が必要である。要望点数31,295点(子宮内膜症病巣除去術と子宮附属器癒着剥離術を併用するので子宮附属器癒着剥離術の50/100の加算が妥当と考える。)

【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)	子宮内膜症では子宮附属器癒着を伴うことが多い。一方、子宮附属器周囲癒着は不妊症の原因となる。よって、子宮内膜症に不妊症を合併する際には、子宮内膜症病巣除去術に加え、子宮附属器癒着剥離をすることが望ましい。実際、子宮内膜症合併不妊症例に子宮内膜症病巣除去術および子宮附属器癒着剥離術を行うことで、術後妊娠率が向上するというエビデンスもあり(N Engl J Med 2007, 平成11年度厚生科研報告書)、日本産科婦人科学会編集取扱い規約にも子宮内膜症不妊患者の治療方針として『卵管・卵巣の癒着剥離』が必要と記載されている。しかし、子宮附属器癒着剥離術を加えることで手術時間は1-2時間延長し、術者以外に看護師や麻酔科医の人手も要することになる。にもかかわらず現状では実際に二つの手術を同時に行っても保険収載が請求できない。これらのことより、複数手術の併施についての適応拡大は必須であると考ええる。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	20,610
	後の点数(点)	31,295
Ⅲ-②普及性の変化(下記のように推定した根拠)(200字以内)	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術を施行された患者数は、社会医療診療行為別調査によると数年来は罹患率・受診率に変化がなく(月に約150-200件)、現状から将来もしばらくは不変であると予測される。このなかでこれまでの疫学的報告より不妊症合併症例が約3割、子宮附属器癒着はその8-9割の患者に認められると考えられ、本術式が必要と考えられる症例は推定年間約500件と考える。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	500
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	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)	53,375,000
(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)	50/100点の併施加算が106,750円、年間対象者500名、年間対象者が1回の併施手術を実施した、と仮定し、10,6750円X500人X1回=53,375,000円と計算される。
	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)	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)	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)	なし	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	20,610
	後の点数(点)	31,295