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		331202
申請技術名		腹腔内視鏡検査（子宮・付属器）
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）
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		314、315
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（7,560＋3,400）＝10,960点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：7,560点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：39,950円（試案参照）

【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）		現在、腹腔内視鏡検査（子宮・付属器）は同等の検査である腹腔内視鏡検査（腹腔臓器）、腹腔内視鏡検査（胆嚢・胆道）より低く設定されているが、本来子宮・付属器に対する腹腔内視鏡検査も他の腹腔内蔵器と同等の管理を行う必要がある。また腹腔鏡手術を行う場合と同様の準備と器具、並びに全身管理が必要となる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	800
	後の点数（点）	10,960
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		年間対象患者数などに変化はない。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,200
	後の人数（人）	1,200
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,200
	後の回数（回）	1,200
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	121,920,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成23年社会医療診療行為別調査によると、不妊症の推計入院患者数は月間100人であり、年間1,200人と推計される。したがって、当該技術ににかかる医療費は1,200人×109,600円＝131,520,000円となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成23年社会医療診療行為別調査によると、不妊症の推計入院患者数は月間100人であり、年間1,200人と推計される。したがって、当該技術ににかかる医療費は1,200人×8,000円＝9,600,000円となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	316
	技術名	クルドスコピー
提案の具体的な内容（150字以内）		現在、骨盤内の観察目的である従来のクルドスコープは、ほとんど行われていない。多くは、腹腔内視鏡検査（子宮・付属器）により行われている。
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	331203
申請技術名	子宮ファイバースコピー
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）	D　検査
診療報酬番号	315
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）	子宮粘膜下筋腫、子宮内膜ポリープ、子宮奇形、子宮体癌などの子宮内の疾患を疑う場合や過多月経、月経痛、不妊症、不正性器出血などの症状がある場合に、子宮ファイバースコピーを実施する。本検査は、診断と手術の適応を判断するために必須である。現行、800点より、950点への増点を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		本検査に一定の人員が必要であること、高額な医療機器が必要であることから、地域中核病院や大学病院で実施されることが多く、一般クリニックでの検査はほとんど行われていない。検査時間・検査に必要な人員・使用機器が、ほぼ同様な膀胱尿道ファイバースコピー（950点）と、同等の保険点数を要望するものである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	800
	後の点数（点）	950
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		子宮鏡検査は子宮鏡下手術の術前及び術後検査として必須である。1990年の子宮鏡下手術件数は、230件/年だが、2011年には5,691件/年と約25倍に増加している。本手術は現在、年間約10%の増加を示している。これに伴い、子宮鏡検査は、年間10%以上の増加が予想される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	5,700
	後の人数（人）	5,700
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	13,000
	後の回数（回）	13,000
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）	19,500,000
（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：1,500円×13,000件＝19,500,000円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費：現状と同様である。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	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		332201
申請技術名		流産手術　妊娠11週までの場合
申請団体名		日本産婦人科医会(共同提案:日本産科婦人科学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本生殖医学会、日本産婦人科手術学会、日本婦人科腫瘍学会)
診療報酬区分(1つ選択)		K　手術
診療報酬番号		909 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(①＋②):4,290点 ①外保連試案点数(試案にない場合は妥当な点数):1,480点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):28,050円(試案参照)

【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)		平成24年の改定でK909-2子宮内容除去術(不全流産)が2,000点に増点され、本手術が1,910点のままに据え置かれた。不全流産手術に対して、子宮頸管拡張を手術前に行わなければならない例も多く、かつその処置点数が手術に伴う処置として請求できない状況にあり、非常に不合理な点数設定であった。次回の妊娠のことも考えると慎重な施術が必要で時間も掛かり豊富な経験を必要とする手術である。
点数の見直しの場合	前の点数(点)	1,910
	後の点数(点)	4,290
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)		要望点数(①＋②):4,290点 ①外保連試案点数(試案にない場合は妥当な点数):1,480点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):28,050円(試案参照) 外保連試案点数の設定が望ましいが、最低でも子宮内容除去術2,000点
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	1,000,000
	後の人数(人)	1,000,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	1,000,000
	後の回数(回)	1,000,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	＋
	金額(円)	2,380,000,000
(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)	流産は妊婦のおよそ15%ある。年間分娩数100万より試算すると年間15万件の流産がある。その内の3分2の10万人が本手術を必要となる。1例あたり23,800円の増額が100,000例に行われる。よって、2,380,000,000円の増となる。しかしながら、現行より10点の増であれば、10,000,000円の増である。
	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)	
	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		332202
申請技術名		リングペッサリー（子宮脱用）
申請団体名		日本産婦人科医会 （共同提案：日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、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）		
診療報酬番号		
再評価区分（1つ選択）		
	「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）		本材は塩化ビニルを材料とする円形の器具であり、これを腟に挿入することで子宮の下垂・脱出、膀胱・直腸瘤の改善を図ることが可能な材料である。 対象疾患名：子宮脱、子宮下垂、膀胱瘤、直腸瘤 リングペッサリーの算定は産婦人科処置J082子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）290点により行うが、本材の材料費（3,000円）が含まれていない。そこで、J082に材料費を加算した点数が算定できるよう要望する。

【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）		リングペッサリーの算定は産婦人科処置J082子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）290点により行うが、本材の材料費（3,000円）が含まれていない。そこで、J082に材料費を加算した点数が算定できるよう要望する。 ペッサリー療法は手術療法を除く唯一の保存的治療法である。合併症などで手術適応とならない患者は勿論のこと、手術療法に先立ち行われる処置である。ペッサリー挿入による合併症の併発は少なく、死亡例もない。米国産婦人科学会ガイドライン、我国の産婦人科ガイドラインにおいても第一選択の治療法である。 糜爛など軽微な症状を含めると70%前後である
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成17年の推計患者総数が、膀胱瘤1,000人、完(不)全子宮脱2,000人、腟脱子宮脱詳細不明15,000人で計18,000人となる。このうち、子宮脱手術、マンチェスター手術、腟壁形成術および子宮全摘術を行った患者数は、平成19年6月社会医療診療行為別調査では20人＋33人＋335人の計388人なので、年間4,656人となる。よって18,000人−4,656人＝13,344人と試算される
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	13,944
	後の人数（人）	13,944
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	3
	後の回数（回）	3
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）	120,096,000
（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回当り、5,900円×13,344人＝78,729,600円となる。 本器具は4か月に1度の交換が必要とあるので、年間では 78,729,600 円×3＝236,188,800円の増額となる。 しかしながら、既に手技料として290点（2,900円）は既に収載されているので、116,092,800円を引いた額120,096,000円の増額となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	334101
申請技術名	先進画像加算：乳腺悪性腫瘍術前MR
申請団体名	一般社団法人日本磁気共鳴医学会 （共同提案：日本乳癌学会）
技術の概要 （200字以内）	触診など理学的診察法やマンモグラフィ、超音波検査などで、乳腺の悪性腫瘍が疑われ、手術適応や術式選択の精査目的で、1.5テスラ以上のMR装置および乳房専用撮影コイルを用いて、乳房の高分解能MR撮像（拡散強調画像、造影dynamic T1強調画像、造影T1強調画像など）施行した場合
対象疾患名	乳癌などの乳腺悪性腫瘍の術前精査目的
保険収載が必要な理由 （300字以内）	乳腺悪性腫瘍については、①質的な診断および②手術適応、術式、切除範囲の正確な評価は重要で、1.5テスラ以上によるMR診断の有用性が確立されている。①についてはMR拡散画像よる細胞密度の評価および造影dynamic T1強調画像による腫瘍新生血管増生による評価が有用である。②ついては造影後の高空間分解能脂肪抑制T1強調画像が腫瘍の進展範囲の診断に有用で周囲および腋窩リンパ節転移の検出にも有用である。さらに指摘されている主病巣のみならず、同側及び対側の副病巣（同時併発癌）の検出率も3～10%程度と報告されている。撮影に際しては、乳房専用コイルが必要となる。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		乳房内の癌の広がりを診断する目的において、MRIはマンモグラフィおよび超音波検査よりも精度が高いことは世界的に認知されている。術前にMRIを行うことで、全患者の約20% ～30%で手術方針の変更が必要であったと報告されている。適切な乳房温存手術を行うには、乳癌の広がりを正しく評価することが必須である。また欧米のガイドラインでは、術前乳房MRIは乳癌の広がり診断目的だけではなく、対側乳癌の検出目的にも推奨されている。我が国においても、日本乳癌学会の診療ガイドラインでは、MRIは術前の広がり診断において推奨されており、かつ、マンモグラフィと超音波検査で検出できない多発癌や対側乳癌の検出に推奨されている。また、日本では乳癌に対するMRIの必要性が認識される以前は、CTによるMRIの代用が試みられていたが、CTは被曝を伴う検査であり、現在はMRIが第一選択であると記述されている。
	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）		Gd造影剤による一般的な頻度の副作用のみで、この検査における新たな副作用および安全性に関わる問題はない
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）		乳腺疾患の画像診断に熟知したsubspecialty levelの放射線診断専門医（日本医学放射線学会）による読影および日本乳癌学会が認定する専門医による術前評価が必要
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）		撮像準備に際し、撮像コイルに密着させるため乳房を直接露出することに対して、一般的な配慮を行えば、それ以外に倫理的、社会的問題はない。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	96,000
	・年間実施回数等（回）	47,000
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）		マンモグラフィと比較して検出率および質的診断能が高い。超音波と比較し客観的な3Dデータが得られ、術前シュミレーションに有用。CTと比較して病変の造影効果が高く、ダイナミック検査において被曝がない。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	E001 4, E002 4
	技術名	乳房撮影（写真診断および撮影）
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	282,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	E 画像診断
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	600
	その根拠（150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：6,036点 ②現行の点数：1.5テスラMR撮影料1,330＋診断料450＋造影加算250＋画像診断管理加算（2）180＋電子画像管理加算120 ②－①　＝3,706であるが、冠動脈CTや大腸CT加算に準じて600点を要望
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
	具体的な内容（150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

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	334102
申請技術名	先進画像加算：脳梗塞超急性期における緊急MR加算
申請団体名	一般社団法人日本磁気共鳴医学会（共同提案：日本医学放射線学会）
技術の概要 （200字以内）	脳梗塞発症4.5時間以内の超急性期の、血栓溶解療法など抗血栓療法の適応選択と決定のための緊急MRIに対して、先進画像加算を要望する。
対象疾患名	脳梗塞急性期（ただし、主幹部から皮質枝閉塞症例で、発症4.5時間以内）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	MRはCTと比較して脳梗塞急性期の早期診断能が高い。①拡散強調画像ですでに非可逆的な組織障害を検出、②MRAやT2*強調画像、T2強調画像、FLAIRで造影剤を用いなくても主幹部から皮質動脈の閉塞が診断可能、③造影灌流画像や非造影灌流画像で脳循環代謝、拡散強調画像-灌流異常域の差異（diffusion-perfusion mismatch）の脳循環予備能を評価することで、血栓溶解療法の適応が精緻化される。 ①外保連試案： ②現行点数：

【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）		CTよりも非可逆的組織障害部位（血栓溶解療法の適応にならない部位）を適格に検出するので、脳梗塞の早期診断のみならず、血栓溶解療法の非適応症例を確実に除外することができる。造影剤を用いなくても、動脈閉塞部位を同定することが可能で、灌流異常領域を予測することができる。造影灌流画像で、局所脳血液量や脳血流量を評価することで、血栓溶解療法の適応決定が可能で、機能的予後改善につながる。また非適応症例を確実に除外することで、血栓溶解療法による出血性梗塞合併を回避できる。
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		救急患者に緊急MRを施行するので、高磁場装置にはいるときの一般的な注意確認が必要であるが、検査自体が患者に侵襲的なことはない。医療被曝もない。
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）		総合脳卒中センター機能を有する病院で、緊急MRが施行出来る施設は平成23年度の段階で、67%であり、平成26年度の段階ではさらに増加していると考えられる。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,500
	・年間実施回数等（回）	100,500
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）		CTよりも脳梗塞の早期診断が可能で、血栓溶解療法の非適応症例を確実に除外することができる。造影剤を用いなくても、動脈閉塞部位を同定することが可能で、穿通動脈閉塞症例を除外し、造影灌流画像の適応症例を選択できる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	200
	技術名	コンピューター断層撮影(CT撮影)
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	603,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	E 画像診断
	妥当と思われる点数（点）(1点10円)	600
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（画像診断試案：7,173点） ②現行点数：MR撮影料1,330点＋コンピューター診断料450点＋造影加算250点＋画像診断管理加算2　180点＋電子画像管理加算120点＝2,330点　②-①=4,843であるが、他の先進画像加算（心臓CTなど）を鑑み、600点を要望
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	E 画像診断
	番号	201
	技術名	非放射線キセノン脳血流動態検査
	具体的な内容 （150字以内）	現状では施行施設は少ない
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号		334201
申請技術名		磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR)撮影料の増点
申請団体名		一般社団法人日本磁気共鳴医学会
診療報酬区分（1つ選択）		E　画像診断
診療報酬番号		E202
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）		磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR)3T以上の撮影料1,400点を、1,600点に200点の増点要望 要望点数 1,600 ①外保連試案、画像診断試案　頭部3TMRI　5,219点 ②現行：3T撮影料1,400＋コンピューター診断料450＋画像診断管理加算(2)180＋電子画像管理加算120＝2,150点 ①-②＝3,069点であるが、現行医科点数体系を鑑み1,400点から1,600点への増点要望

【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）		3テスラMR装置導入に関わる費用は323,000,000円で(外保連検査委員会画像診断ワーキンググループによる平成23年度実勢価格調査による。・機器本体および周辺機器および保守契約費用を含み、6年間原価償却するとして)、汎用機である1.5テスラ装置の214,000,000円と比較して高額である。3テスラ装置の1時間あたりの使用料に換算すると44,767円（検査立ち合いの医師、技師、看護師の人件費などは含まない）で、1.5テスラ装置の30,100円と比較して高い。国立大学放射線科平均検査人数12．1から換算すると1件あたりの検査時間は約40分であり、現行の3テスラ以上の撮影料1,400＋電子画像管理加算120＝1,520点（技師、看護師の人件費を含む）では採算がとれず、運営や機器更新が困難な状況なので3テスラ以上のMR装置の撮影料の増点を要望
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,400
	後の点数（点）	1,600
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成23年度平成24年度で3テスラ装置導入台数は400台で、平成25年3月で600台と想定される。1日あたり平均12．1件（国立大学放射線科調べ）施行されており、600台あたりの施行件数は1820000件想定される（12．1×250日×600）
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,210,000
	後の人数（人）	1,820,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,210,000
	後の回数（回）	1,820,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	3,630,000,000
（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）	16,000(円）×12，1(人／日）×250(日）×600台=29,040,000,000
	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）	14,000(円）×12，1(人／日）×250(日）×600台＝25,410,000,000
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）		
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	335101
申請技術名	貯血式自己血輸血管理料
申請団体名	日本自己血輸血学会 （共同提案：日本心臓血管外科学会）
技術の概要 （200字以内）	同種血輸血合併症回避と少子高齢社会の献血血液供給不足を解決するため、適正な貯血式自己血輸血（貯血式）の推進を目的として、自己血輸血責任医師、学会認定・自己血輸血看護師、臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置され、関連学会の貯血式実施基準の遵守等、貯血式管理を行うにつき十分な体制が整備されている場合に、貯血式自己血輸血管理料を算定する。
対象疾患名	貯血式自己血輸血実施症例
保険収載が必要な理由 （300字以内）	貯血式は献血による赤血球輸血の7-8%に実施されているが、同種血輸血合併症回避と少子高齢社会の献血血液の供給不足を解決するためには、適正な自己血輸血の推進が不可欠である。ところが、わが国では教育を十分に受けているとはいえない看護師や研修医が貯血式を実施することが多く、採血時の血管迷走神経反応（VVR）や血液の細菌汚染などの問題が指摘されている。厚労省の指針でも、“貯血式の実施管理体制が適正に確立している場合は、最も安全な輸血療法で積極的に推進”すべきと推奨されている。貯血式自己血輸血管理料が算定されれば、貯血式の実施管理体制の安全性確立につながることが期待される。

【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）		同種血輸血合併症の軽減により，医療費節減が期待される。2011年日本赤十字社が報告した輸血関連急性肺障害（TRALI）を含む非溶血性副作用1,595件（日本赤十字社輸血情報1209-134）やHBV 13例、ヒトパルボウイルスB19 1例などのウィルス感染症の伝播（日本赤十字社輸血情報1209-133）を防ぐことが可能である。 また、日本自己血輸血学会の貯血式実施基準（2011）を遵守し、自己血輸血責任医師、自己血輸血看護師、検査技師の協力の基に貯血式を実施すれば、VVR発生率が2.1%（2007年学会調査）から0.79%（平成24年版血液事業報告：献血者の健康被害）へ改善することが期待される。細菌汚染率も0.06%（日本赤十字社輸血情報0903-118）へ改善することが期待される。
	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）		同種血輸血後のウイルス感染の伝播、すなわちB型肝炎1/8万、C型肝炎1/80万、HIV1/1,000万以下、未知の感染症およびGVHD1/1万（放射線照射をしない場合）やTRALIなどの免疫学的反応などの危険性を完全に回避可能である。 また、安全な貯血式実施体制を確立すれば、VVR発生率および細菌汚染率を献血時と同様なレベルに減少できる。
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）		自己血輸血業務全般に責任を有する常勤医師が配置され、学会（日本自己血輸血学会と日本輸血・細胞治療学会認定）の認定した常勤の学会認定・自己血輸血看護師が1名以上配置され、常勤の臨床検査技師が1名以上配置され、日本自己血輸血学会の実施基準を遵守する施設で行うことが望ましい。 現時点で9回の自己血輸血看護師認定試験が実施され、290名が認定されている。
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）		倫理性は問題なし。 将来の献血血液供給量の不足に対し、貯血式の体制を整備することは社会的には妥当性が高い。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	20,000
	・年間実施回数等（回）	500,000
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）		同種血輸血の危険性を完全に回避できる。また、管理料算定後にはVVR発生率および細菌汚染率を献血時と同様なレベルに減少できる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	920 2
	技術名	保存血輸血（200mlごとに）
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	460,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K 手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	200
	その根拠 （150字以内）	類似技術の点数（K920-2 輸血管理料 220点）と比較して同等と考えられるため。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	920-2
	技術名	輸血管理料
	具体的な内容 （150字以内）	貯血式自己血輸血管理料が保険収載された場合には、輸血管理料の通知の対象から自己血輸血を除外することが可能であると考えられる。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

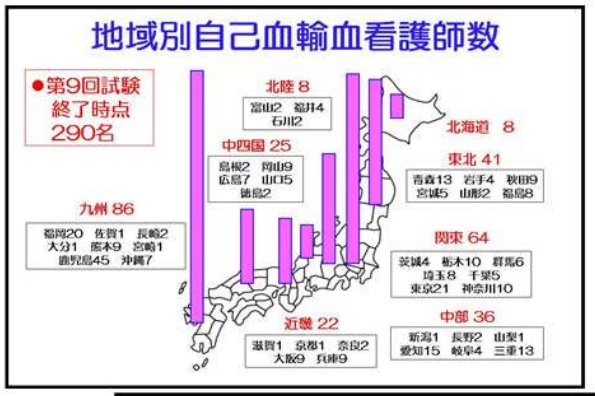
「貯血式自己血輸血管理料」について

【技術の概要】

同種血輸血合併症回避と少子高齢社会の献血血液供給不足を解決するため、貯血式自己血輸血の適正化を図るために、施設・医師・看護師・検査技師に関する算定要件を満たした場合に管理料を算定する。

【対象疾患】

貯血式自己血輸血実施症例



【既存の治療法との比較】

●同種血輸血合併症の軽減により、医療費節減が期待される。2011年日本赤十字社が報告した輸血関連急性肺障害（TRALI）を含む非溶血性副作用1,595件やHBV 13例、ヒトパルボウイルスB19 1例などのウィルス感染症の伝播を防ぐことが可能である。

●日本自己血輸血学会の貯血式実施基準（2011）を遵守し、自己血輸血責任医師、自己血輸血看護師、検査技師の協力の基に貯血式を実施すれば、VVR発生率が2007年学会調査2.1%から0.79%へ改善することが期待される。

●細菌汚染率も0.06%（日本赤十字社輸血情報0903-118）へ改善することが期待される。

【診療報酬上の取り扱い】

●K手術

●200点

類似技術の点数（K920-2 輸血管理料 220点）と比較して同等と考えられるため。

【貯血式自己血輸血管理料 算定要件】

1）当該保険医療機関の自己血輸血業務全般に責任を有する常勤医師が配置されていること
2）当該保険医療機関に学会（日本自己血輸血学会と日本輸血・細胞治療学会認定）の認定した常勤の自己血輸血看護師が1名以上配置されていること
3）当該保険医療機関に常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること
4）日本自己血輸血学会の貯血式実施基準を遵守すること
5）実施法と合併症対処法のマニュアルが整備されていること
6）整備された記録が保管されていること

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。
※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。
※ 既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、１枚に収めること。
※ 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	335102
申請技術名	自己フィブリン糊作成術
申請団体名	日本自己血輸血学会 （共同提案：日本心臓血管外科学会、日本胸部外科学会）
技術の概要 （200字以内）	自己全血から用手法で自己クリオプレシペートを作成し、心臓外科（血管縫合時）、脳外科・頭頸部外科（髄液などの漏出防止）、肝臓外科（止血目的）、食道外科（リンパ液漏出防止）、整形外科（骨移植・靭帯縫合時）、皮膚外科（皮膚移植）において、自己フィブリン糊として術野に使用する。
対象疾患名	心臓外科、脳外科・頭頸部外科、肝臓外科、食道外科、整形外科、皮膚外科
保険収載が必要な理由 （300字以内）	市販のフィブリノゲン加第ＸⅢ因子やフィブリノゲン配合剤などのフィブリン糊製剤はヒト由来のフィブリノゲンを使用しているために、ヒトパルボウイルスB19などのウイルス感染やアナフィラキシー様症状の危険性がある。一方、自己フィブリン糊ではフィブリノゲンが自己血由来であることからウイルス感染やアナフィラキシー様症状の危険性はまったくない。また、特殊な器具を使用する必要がなく、容易で安価である。ところが、自己フィブリン糊料が認められていないために、その普及の障害となっている。

【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）		自己フィブリン糊は24時間冷蔵解凍した自己全血からクリオプレシペートを作成し、術野に塗布する。これだけでも安定したフィブリン塊を作成することが可能であるが、別に、トロンビンを術野に加えることにより、さらに安定したフィブリン塊を作成することが可能である。 自己フィブリン糊は市販のフィブリノゲン加第ＸⅢ因子やフィブリノゲン配合剤などのフィブリン糊製剤と同様に、術野の組織の接着・閉鎖が可能であり、血管縫合、髄液などの漏出防止、肝臓手術の止血、食道外科のリンパ液漏出防止、骨移植・靭帯縫合、皮膚移植に有効である。 現在国内で自己血由来の血漿から自己クリオを作製している施設が少ない理由として、標準的作製マニュアルがないことがあげられる。そのため、日本自己血輸血学会と日本輸血・細胞治療学会は自己フィブリン糊作製および使用マニュアルを作成した。
	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）		市販のフィブリン糊製剤は加熱処理されていてもヒトパルボウイルスB-19などの危険性がある。一方、自己フィブリン糊ではフィブリノゲンが自己血由来であることから、上記の危険性はまったくない。 ただし、自己フィブリン糊でも、別に使用されるトロンビンは通常プール血漿あるいは動物由来の製剤であり、感染症や免疫反応などの危険性はゼロではない。
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）		現在国内で自己血由来の血漿から自己クリオを作製している施設は50施設前後と少ない。その理由は、自己フィブリン糊に①保険適応がないことと、②標準的作製マニュアルがないことが挙げられる。そのため、日本自己血輸血学会と日本輸血・細胞治療学会は自己フィブリン糊作製および使用マニュアルを作成し啓発・普及に努めている。
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）		倫理性は問題なし。 合併症のない自己クリオ製剤の啓発・普及することは社会的には妥当性が高い。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	38,000
	・年間実施回数等（回）	76,000
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）		自己フィブリン糊は市販のフィブリン糊製剤（医薬品）と比較し、安価でありしかもヒトパルボウイルスB-19の危険性などがない。 既存の技術料で比較するものはない。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,460,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K 手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,900
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数：1,720点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：採血用トリプルバッグ1,800円（試案参照）
（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）	

「自己フィブリン糊作成術」について

【技術の概要】

自己全血から用手法で自己クリオプレシピテート（自己クリオ）を作成し、自己フィブリン糊として術野に使用する。

【対象疾患】

心臓外科（血管縫合時）、脳外科・頭頸部外科（髄液などの漏出防止）、肝臓外科（止血目的）、食道外科（リンパ液漏出防止）、整形外科（骨移植・靭帯縫合時）、皮膚外科（皮膚移植）において使用する。

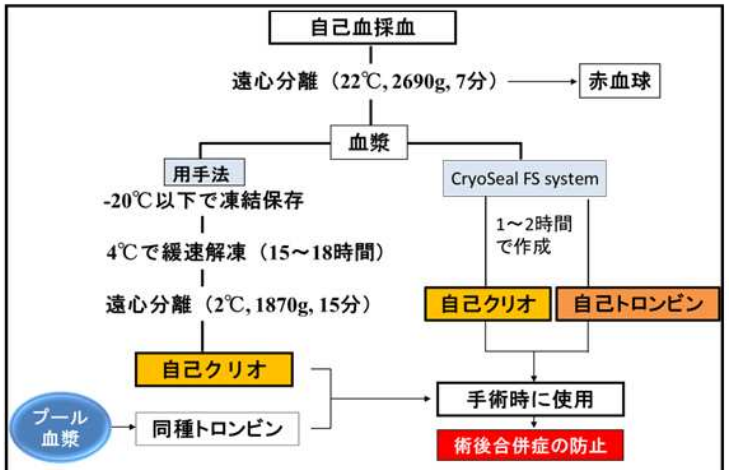


図1 自己クリオ作製方法

【既存の治療法との比較】

●市販のフィブリノゲン加第XIII因子やフィブリノゲン配合剤などのフィブリン糊製剤はヒト由来のフィブリノゲンを使用しているために、ヒトパルボウイルスB19などのウイルス感染やアナフィラキシー様症状の危険性がある。

●一方、自己フィブリン糊ではフィブリノゲンが自己血由来であることからウイルス感染の危険性はまったくない。また、特殊な器具を使用する必要がなく、容易で安価である。

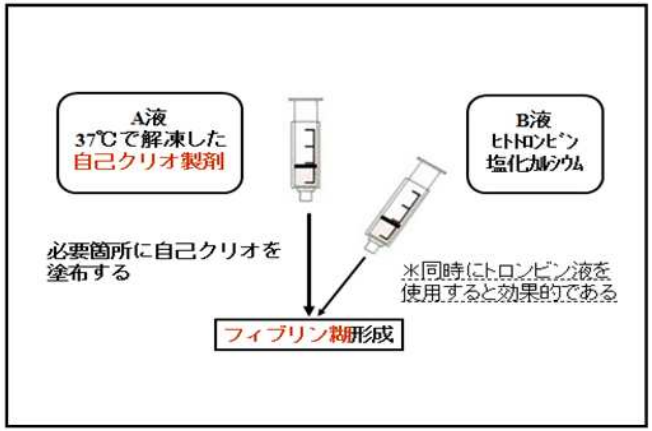
【診療報酬上の取り扱い】

●K 手術

●1,900 点

外保連試案点数：1,720点(全血200ml処理ごとに)

別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：採血用トリプルバッグ1,800円



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	335103
申請技術名	希釈式自己血輸血（採血を含む）（全血200mlごとに）
申請団体名	日本自己血輸血学会(共同提案：日本心臓血管外科学会、日本胸部外科学会)
技術の概要 （200字以内）	手術時の全身麻酔導入後に自己血を採血し、室温保存する操作である。採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、患者の血液を希釈することにより出血を軽減する。全血保存した血液は手術終了時に新鮮血として使用する。
対象疾患名	600ml以上の出血が予想される外科系の予定手術
保険収載が必要な理由 （300字以内）	希釈式で採血した自己血液は室温で保存し、手術終了時に使用するため、新鮮血と同様な止血効果がある。また、希釈による術中の出血量軽減効果も大きい。貯血する時間がない緊急手術にも有効である。米国では、希釈式自己血輸血が自己血輸血の中では最も多く行われている。 ところが、わが国では希釈式自己血輸血が認められていないために、その普及の障害となっている。輸血副作用を防止するには必須の操作である。

【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）		核酸増幅検査（NAT）が確立された現在でも、同種血輸血の危険性はB型肝炎1/8万、C型肝炎1/80万、エイズ1/1,000万以下、GVHD1/1万（放射線照射をしない場合）と予想されている。また、同種血輸血には未知の感染症に対する危険性もある。 一方、希釈式自己血輸血には輸血後肝炎やAIDSの伝播およびGVHDの危険性が皆無である。また、未知の感染症に対する危険性も回避できる。希釈式使用により術中出血も軽減できる。同種血輸血合併症の軽減により，医療費節減が期待される。 日本自己血輸血学会では希釈式に関する指針を作成中である。
	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）		希釈式使用により、2011年日本赤十字社が報告した輸血関連急性肺障害（TRALI）を含む非溶血性副作用1,595件（日本赤十字社輸血情報1209-134）やHBV 13例、ヒトパルボウイルスB19 1例などのウィルス感染症の伝播（日本赤十字社輸血情報1209-133）を防ぐことが可能である。
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）		日本自己血輸血学や日本輸血学のみならず外科系学会すべてが、自己血輸血を必須の輸血療法として推奨している。ところが、保険適応がないことから、貯血式の5%しか行われていない。 希釈式実施時には血圧の変動が生じうるため、安全性を確立するためには、将来は施設基準と専門医制度を構築する必要がある。
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）		倫理性は問題なし。 将来の献血血液供給量の不足に対し、希釈式の体制を整備することは社会的には妥当性が高い。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	6,000
	・年間実施回数等（回）	24,000
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）		同種血輸血の危険性を完全に回避できる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	920 2
	技術名	保存血輸血（200mlごとに）
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	60,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K 手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,538
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数：1,408点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：1,300円（試案参照）
（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）	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。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

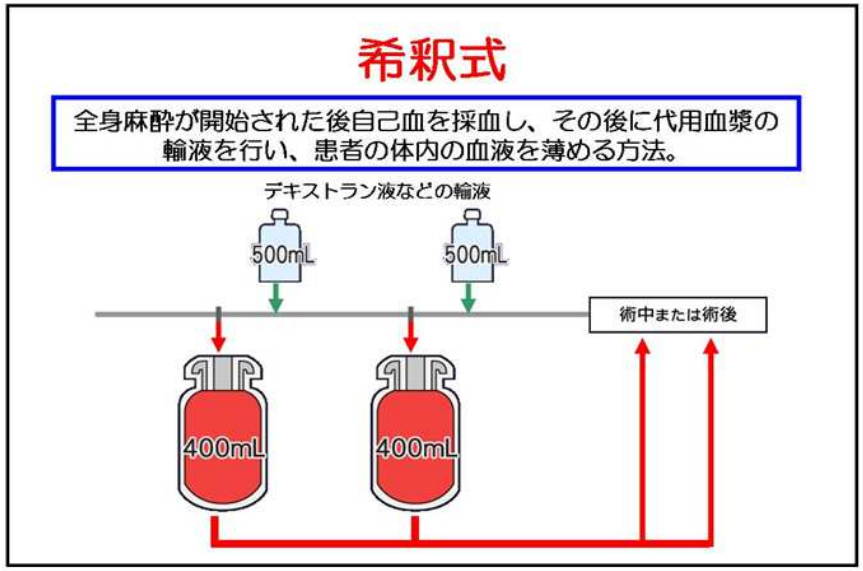
「希釈式自己血輸血」について

【技術の概要】

手術時の全身麻酔導入後に自己血を採血し、室温保存する操作である。採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い，患者の血液を希釈することにより出血を軽減する。全血保存した血液は手術終了時に新鮮血として使用する。。

【対象疾患】

600ml以上の出血が予想される外科系の予定手術



【既存の治療法との比較】

- 希釈式の使用により同種血輸血使用を減少することが可能である。
- 同種血輸血合併症の軽減により，医療費節減が期待される。2011年日本赤十字社が報告した輸血関連急性肺障害（TRALI）を含む非溶血性副作用1,595件やHBV 13例、ヒトパルボウイルスB19 1例などのウィルス感染症の伝播を防ぐことが可能である。

【診療報酬上の取り扱い】

- K 手術
- 1,538点

外保連試案点数：1,1408点

別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：1,300円

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		335201
申請技術名		術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)
申請団体名		日本自己血輸血学会 （共同提案：日本心臓血管外科学会・日本胸部外科学会）
診療報酬区分（1つ選択）		K 手術
診療報酬番号		K923
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	K923術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)を「濃縮及び洗浄によるもの」と「濾過を行うもの」に区分する。また、「濃縮及び洗浄によるもの」を増点し「濾過を行うもの」を減点する。
提案の具体的な内容（400字以内）		「濃縮及び洗浄によるもの」：4,500点を8,911点に増点 要望点数（①＋②）＝8,911点 ①外保連試案点数：3,811点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格：50,970円（試案参照） 「濾過を行うもの」：4,500点を4,044点に増点 要望点数（①＋②）＝4,044点 ①外保連試案点数：944点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格：30,970円（試案参照）

【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）		術中術後自己血回収術（濾過によるもの）は出血を回収し、回収血を単に濾過するだけである。自己血回収装置が安価（28,000円）である上に、労力も必要としない。また、回収血から脂肪球、細菌、溶血成分を除去できない危険性がある。 一方、術中術後自己血回収術（濃縮及び洗浄によるもの）は回収血から脂肪球、細菌、溶血成分を90%以上除去できるため、より推奨される方法であるが、多くの時間・労力および高価な自己血回収キット（49,000円）を必要とする。 ところが、「濃縮及び洗浄によるもの」の現行点数4,500点は「濾過によるもの」と同じであり、極めて評価が低い。 以上の点から、術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)を「濃縮及び洗浄によるもの」と「濾過を行うもの」に区分する。また、「濃縮及び洗浄によるもの」を増点し「濾過を行うもの」の減点を要望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	4,500
	後の点数（点）	8,911
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結果では術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）は年間5,570人に行われている。調査結果の年間の推移から10,000人程度に増加することが予想される。また、術中術後自己血回収術の保険点数の適正化が図れればさらに増加し年間20,000人に行われると考えられる。20,000人のうち2/3は「濃縮及び洗浄によるもの」と考えられる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	5,700
	後の人数（人）	5,700
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	20,000
	後の回数（回）	20,000
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）	120,000,000
（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）	術中術後自己血回収術が改定された場合の年間医療費（年間20,000人実施）＝15.1億円 (1)「濃縮及び洗浄」増点による医療費：8,911点×20,000人×2/3＋輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）2,390円×20,000人×2/3＝12.2億円 (2)「濾過」減点による医療費：4,044点×20,000人×1/3＋輸血用血液フィルター2,390円×20,000人×1/3＝2.9億円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	改定されない場合の年間医療費（年間10,000人実施）＝13.4億円 (1)術中術後自己血回収術による医療費：4,500点×10,000人＋輸血用血液フィルター2,390円×20,000人＝4.7億円 (2)10,000人分の同種血輸血費用6万単位（学会調査による）＝8.7億円 （同種血輸血製剤料8,911円：5.3億円、同種血輸血料400点：2.4億円、合併症治療費：1億円）
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	K923
	技術名	術中術後自己血回収術（濾過によるもの）
提案の具体的な内容（150字以内）		術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)4,500点を技術料と材料費を考慮したうえで、「濃縮及び洗浄によるもの」と「濾過を行うもの」に区分する。また、「濃縮及び洗浄によるもの」を8,911点へ増点し「濾過を行うもの」を4,044点に減点する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	4,500
	後の点数（点）	4,044

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	336101
申請技術名	内視鏡下鼻･副鼻腔手術
申請団体名	日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	副鼻腔炎による鼻副鼻腔の粘液線毛機能不全を改善するために、排泄機能を有する副鼻腔自然口の開大手術を行う。内視鏡下に死角なく明確下に的確な手術操作を行い、副鼻腔の病的粘膜を処置し鼻腔と副鼻腔の十分な換気、排泄を促す。I型(副鼻腔自然口開窓術)、II型(副鼻腔単洞手術)、III型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)、IV型(汎副鼻腔手術)、V型(拡大副鼻腔手術)に分けられる。
対象疾患名	慢性副鼻腔炎
保険収載が必要な理由 （300字以内）	慢性副鼻腔炎に内視鏡下鼻･副鼻腔手術が導入されて30年以上経過しており、ほぼすべての施設でおこなう標準術式になっている。しかし、保険手術名は、以前、内視鏡手術の導入前の名称であり、各施設で困惑しているのが現状である。さらに、従来の保険手術名の保険点数では、内視鏡手術の技術内容は反映されず、また必要な器具などの装備が含まれておらず大多数の施設で病院負担になっている。内視鏡手術の技術内容および装備に相応しい新たな保険手術名および点数が必要である。

【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）		・ 慢性副鼻腔炎に対する内視鏡下鼻･副鼻腔手術の術後3ヶ月時のIII、IV型ではすべて自覚症状で術前に比較して術後で有意に改善を示していた。I、II型では嗅覚障害の改善に有意差が認めらなかったが、その他の症状では有意に改善が示された。内視鏡所見ですべての型において術前後で有意にポリープスコアーは減少していた。I型ではCT画像で改善傾向が認められたが有意差を認めなかった。もともと病変が軽微で洞を処置していないため変化がなかったためと考えられる。II～IV型では術前後に有意な改善が認められた ・ 慢性副鼻腔炎診療の手引き　日本耳鼻科学会　編　2007年9月　金原出版
	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）		内視鏡下鼻･副鼻腔手術の3大副損傷として、髄液漏、視器障害、出血がある。頭蓋底骨を穿破し、硬膜損傷を来たし髄液漏を発生する割合は約0.09%、眼窩紙様板損傷を中心とした視器障害の割合は、約0.05%、出血の割合は約0.14%である。高度副損傷は0～2.7%で、そのうち眼窩損傷が占める割合が高い頻度を示されている。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) （200字以内）		I型(副鼻腔自然口開窓術)、II型(副鼻腔単洞手術)は卒後3―4年レベル、III型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)は卒5―7年レベル(専門医習得前後)、IV型(汎副鼻腔手術)は卒8―10年レベル、V型(拡大副鼻腔手術)は眼科や脳神経外科を備えた病院に限定される。
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）		低侵襲手術であり、社会性ニーズが高い
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	11,500
	・年間実施回数等(回)	16,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		内視鏡下鼻･副鼻腔手術は、低侵襲で繊細で的確な手術操作が可能であり、入院期間も数日間短縮でき、抗菌薬の使用も少なく、医療費を削減できる。また内視鏡を使用しない経鼻手術と比較して自覚症状、CTおよび内視鏡所見の改善率は格段に高い。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K　手術
	番号	340, 340-2,341, 349,350,351,352,352-2,353,357,354,355,356,358,359,360,361,362,363,364
	技術名	鼻茸摘出術、上顎洞開窓術、鼻内上顎洞根治術、鼻内篩骨洞根治術、鼻内蝶形骨洞根治術鼻内前頭洞根治術など
予想影響額	プラス･マイナス	＋
	金額(円)	70,100
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)	33,000
	その根拠 (150字以内)	①I型:3,000点、II型:20,000点、III型:25,000点、IV型:33,000点,V型:36,000点は従来の非内視鏡副鼻腔手術に内視鏡加算1,000点を加え、最も多い手術IV型を示した。 ②副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算1,000点、ナビゲーション加算2,000点
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K　手術
	番号	340, 340-2,341, 349,350,351,352,352-2,353,357,354,355,356,358,359,360,361,362,363,364
	技術名	鼻茸摘出術、上顎洞開窓術、鼻内上顎洞根治術、鼻内篩骨洞根治術、鼻内蝶形骨洞根治術鼻内前頭洞根治術など
	具体的な内容 (150字以内)	I型:340, 340-2,341、II型: 349,350,351,352,352-2,353,354、III型:355,356,358,359,360,361,362,363　に収束する
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

「内視鏡下鼻•副鼻腔手術」について

【技術の概要】

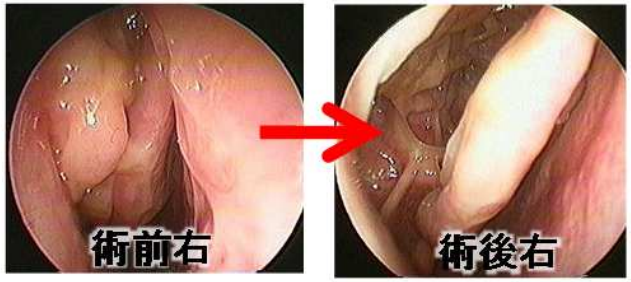
経鼻的に副鼻腔自然口を開大し十分な換気、排泄を促す。I型(副鼻腔自然口開窓術)、II型(副鼻腔単洞手術)、III型(複数洞)副鼻腔手術)、IV型(汎副鼻腔手術)、V型(拡大副鼻腔手術)に分けられる。

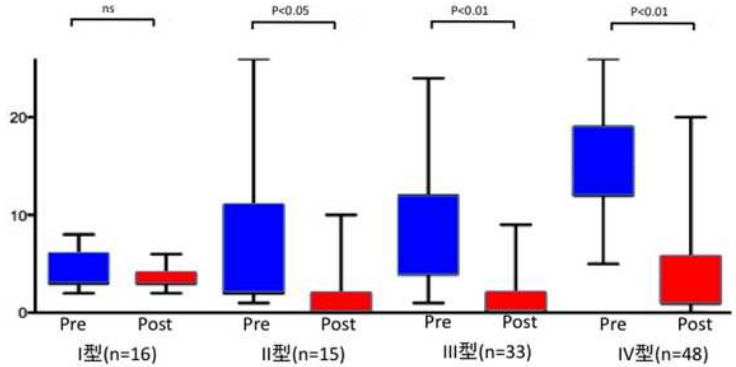
【対象疾患】

日本耳鼻咽喉科学会専門医制度認可384施設で年間平均30人40件で推定すると約11,500人の慢性副鼻腔炎で約15,000件の手術と推定される

【有効性】

鼻症状で術前後で有意に改善を示していた。CT画像でI型以外ではII～IV型では術前後に有意な改善が認められた。内視鏡所見も著明改善した。



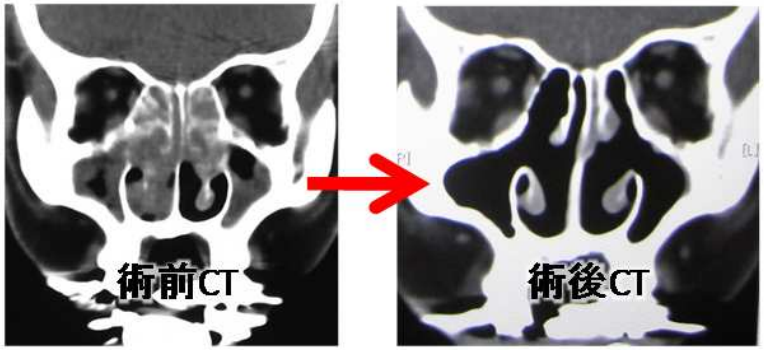


【安全性】

髄液漏を発生する割合は約0.09%、視器障害の割合は約0.05%、出血の割合は約0.14%である。

【診療報酬上の取り扱い】

K手術 I型:3,000点、II型:20,000点、III型:25,000点、IV型:33,000点,V型:36,000点は従来の非内視鏡副鼻腔手術に,内視鏡加算1,000点、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算1,000点、ナビゲーション加算2,000点を加えた



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	336102
申請技術名	中等度難聴指導管理料
申請団体名	日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験があり、補聴器に関する知識を有する常勤の医師が中等度難聴（聴力レベルが 40-59dB）の患者について、純音聴力検査等の結果に基づき補聴器装用指導や難聴の危険因子の説明など医療上必要な指導を行った場合に算定する。
対象疾患名	中等度難聴
保険収載が必要な理由 （300字以内）	中等度難聴は、高度難聴と相違して社会的な関心は低く、中等度難聴者自身もコミュニケーション障害を感じながらも補聴器装用への抵抗感から、補聴器の普及は欧米に比して進んでいない。難聴者は社会的孤立から鬱を発症し、補聴器装用により鬱が抑制されることがコホート研究から明らかにされている。さらに補聴器装用による聴覚刺激で認知症の発症が抑制される可能性が指摘されている。また、難聴増悪の危険因子として、薬剤、音響外傷、喫煙や糖尿病などが指摘され，適切な医学的介入により難聴の進行が抑制されると考えられる。このため中等度難聴指導管理料を設け、高度難聴への移行を防止し、難聴者のコミュニケーション障害を回避させる。

【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）		中等度難聴は、英国の統計では61-80歳で約16.5%に認められる頻度の高い障害である。難聴のリスクファクターである薬剤や音響外傷の他に最新のコホート研究から喫煙や糖尿病などの難聴の危険因子も明らかにされ（森田由香ら）、中等度難聴者に生活指導などの適切な医学的介入をすることで難聴の進行が防止できる可能性が指摘されている。また、高齢者では難聴によるコミュニケーション障害でうつや認知症が発症し、補聴器装用によりこれらの発症が抑制されることが明らかにされている（Lin、斉藤秀行ら）。これらのことから中等度難聴者に適切な指導管理を行うことによって、難聴者のQOLをさらにはコミュニケーションを改善し、障害難聴者の医療全般に対するコンプライアンスを向上させ、さらにはアドヒアランスへ誘導させることによって医療の効率化を図ることが期待される。
	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）		該当する聴力検査は非侵襲性検査であり、診療は患者への難聴に対する指導が中心になるため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）		難聴、補聴器に関する知識経験を有する耳鼻咽喉科医（日本耳鼻咽喉科学会認定　補聴器相談医と同等の補聴器に関する知識と技術を有するもの）が、純音聴力検査を実施出来る施設で行う場合に算定。日本耳鼻咽喉科の会員数は10,727人、専門医は8,585人、補聴器相談医（専門医資格が必要）を委嘱されているのは4,197人であり、耳鼻咽喉科医の中でも上記条件を満たすものは半数以下で専門性は高いと考えられる。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	100,000
	・年間実施回数等（回）	200,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		高度難聴指導管理料が対象としない中等度難聴を対象とし、適切な医学的介入により高度難聴への移行を防止もしくは遅延させる。また、補聴器適合検査を必要とする患者を選別する。適切に中等度難聴を指導管理することによって言語コミュニケーションと中心とするQOLの向上、更にはその難聴者を取り巻く家族ならびに地域社会にも著しい恩恵をもたらすことが期待される。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	140,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	B　医学管理等
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	300
	その根拠 （150字以内）	高度難聴指導管理料ロが420点で、難聴の程度が軽いため300点が適切と考えられる。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

中等度難聴指導管理料

技術の概要
中等度難聴を局所所見，聴覚検査，画像検査等に基づいて適切に医学的介入を行い，該当患者を指導管理する．

対象疾患
●40-60dBの中等度難聴（感音，伝音，混合性難聴）を呈する疾患

診療報酬上の取り扱い
●D検査
●300点
（高度難聴指導管理料ロ）の420点より低い点数とした。）

位置付け

聴力レベル

高度難聴指導管理料 聴力レベルが60dB以上
人工内耳植込術後3か月以内500点，それ以外420点
施設基準に適合している保険医療機関
の耳鼻咽喉科常勤医師

→ 補聴器適合検査
1回目1,300点，
2回目以降700点
施設基準に適合している保険医療機関

↑ 抑制

60dB

中等度難聴指導管理料 聴力レベルが40-60dB
300点
日耳鼻が委嘱する補聴器相談医と同等の知識技術を有するもの

→ 補聴器適合検査
1回目1,300点，
2回目以降700点
施設基準に適合している保険医療機関

40dB

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
150点
耳鼻咽喉科を専任する医師
15歳未満の滲出性中耳炎

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	336103
申請技術名	音響鼻腔計測法
申請団体名	一般社団法人　日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	鼻腔内の任意の部位の断面積と任意の範囲の容積が計測でき、非侵襲的、容易でかつ短時間で検査ができ、表現が面積や容積なので理解しやすい
対象疾患名	鼻閉塞をきたす疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	鼻腔の通気性を患者の主観ではなく客観的に評価する生理機能検査法として、従来、鼻腔通気度測定法があるが、鼻腔を解剖学的に客観評価できる検査法で保険収載されたものはない。鼻腔通気度測定法は優れた生理機能検査法であるが、時に測定不能、検査結果が鼻呼吸の生理学的な表現なので理解しがたいなどという問題があった。一方、全く新しい測定概念で鼻腔内を解剖学的に面積や容積で測定できる音響鼻腔計測法では、測定不能はなく、表現が広さであるので理解しやすく簡便で安全な検査法である。

【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）		鼻閉の客観的評価法の1つとして欧米では普及している。治療前後、鼻粘膜誘発前後の客観的指標として有用である。日本では、日本鼻科学会誌: 40: 332-336, 2001に「音響鼻腔計測法ガイドライン」が掲載されている。
	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）		非侵襲的で安全性の高い測定法である。副作用などのリスクはほぼない。
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）		欧米では既に多くの施設に普及しており、非侵襲的で容易な上、再現性の高い検査法として評価を受けている。日本では日本鼻科学会誌: 40: 332-336, 2001にガイドラインが掲載されている。施設基準はない。判定には鼻腔内所見の観察が必要なので、専門性としては耳鼻咽喉科医による測定が望ましい。
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）	125
	・年間実施回数等（回）	250
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		新規性は、鼻腔内を解剖学的に客観評価できる全く新しい検査法である。従来、ある鼻腔通気度検査は生理学的検査であり、機能的な鼻腔通気性の分かる優れた検査法であるが、鼻腔内のどこが障害部位かという形態的なことは分からない。また表現が面積や容積と理解しやすい単位であるなので効果的な指標となる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	245
	技術名	鼻腔通気度検査
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	500,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D　検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	200
	その根拠（150字以内）	鼻腔通気度検査（点数300点）は生理学的検査で、音響鼻腔計測法は解剖学的検査で、丁度、心電図と心エコーのような関係にある。そのため音響鼻腔計測法が鼻腔通気度検査に取って代わるものではなく補完的な性格を有するため鼻腔通気度検査の2/3に当たる200点が妥当と考える。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D　検査
	番号	245
	技術名	鼻腔通気度検査
	具体的な内容（150字以内）	鼻腔通気度検査は鼻腔通気度の生理検査であるのに対して音響鼻腔計測法は解剖学的検査であるので両者は類似した検査ではあるが、異なった物差であるため両者を併用して鼻閉の病態判定をすべき性質のものである。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

概要図イメージ　「音響鼻腔計測法」について

図1　Acoustic Rhinometer フィンガルリンク社

【技術の概要】
鼻腔内の任意の部位の断面積と任意の範囲の容積が計測でき、非侵襲的、容易でかつ短時間で測定できる（図1、図2）。

【対象疾患】
鼻閉を訴える患者

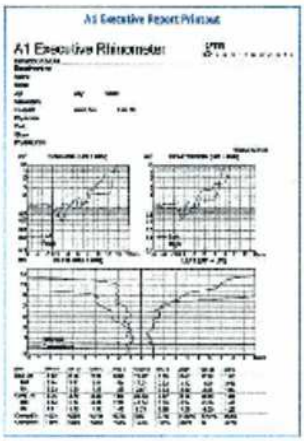


図2　音響鼻孔計測法の測定結果。前鼻孔から後方に向かって鼻腔断面積が表示されている。

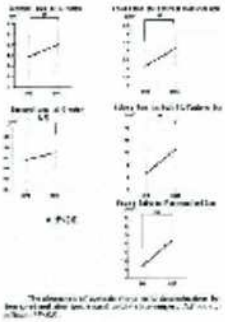
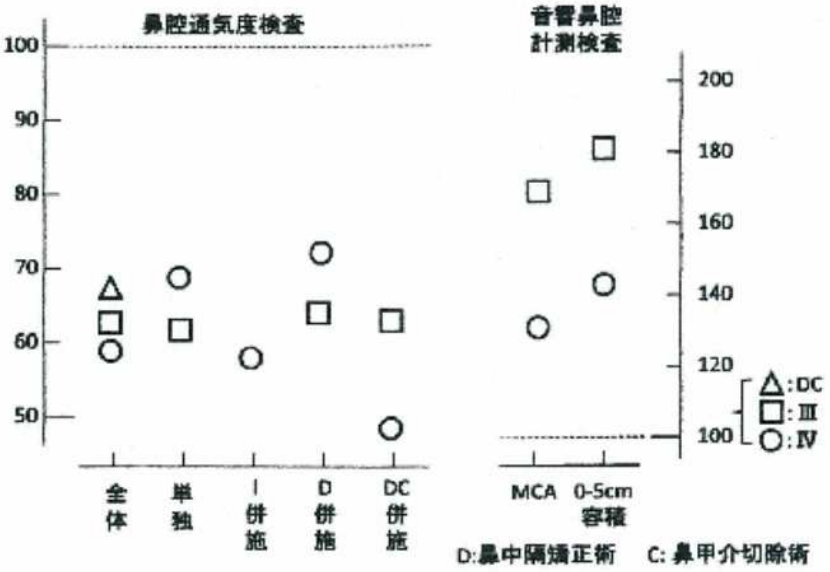


図3　鼻腔の断面積、容積が鼻手術後に有意に広くなっている

【既存の検査法との比較】
従来、鼻腔通気度検査という優れた生理検査（300点）があるが音響鼻腔計測法は解剖学的検査で、丁度、心電図と心エコーのような関係にあり、片方の検査で鼻閉の全ての病態が分かるのではなくお互い補完的な関係にある。治療効果の解剖学的な客観的評価ができる（図3）。

【診療報酬上の取扱い】
D検査、200点、鼻腔通気度検査（生理検査）を補完する鼻閉を解剖学的に客観評価できる。



術前の鼻腔通気性を100とした時の術後の鼻腔通気性（両側手術）

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	336104
申請技術名	慢性めまい指導管理料
申請団体名	日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	慢性めまい（めまい急性期を脱しても通常の前庭代償過程と比較して、めまいや平衡障害の程度が強い）患者について、平衡機能検査を実施できる施設で耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき医療上必要な指導（前庭リハビリテーションなど）や日常生活における指導を行った場合に算定する。
対象疾患名	メニエール病、前庭神経炎、めまいを伴った突発性難聴、良性発作性頭位めまい症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	めまい・平衡障害が持続する慢性めまい患者に対し、継続的に医療的または日常生活の指導を行うことにより、めまいの改善や高度平衡障害への進行を予防し、日常生活におけるのQOLの向上や転倒による頭部打撲や四肢の骨折を回避することができる。慢性のめまい症患者の治療において、専門的知識と平衡機能検査所見に基づいた治療と指導が要求されるが、現状では適切な指導管料がが設定されていない。

【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）		慢性めまいを適切に指導管理することにより、壮年層での社会生活の向上と生産性が高まる。また老人ではアクテビティの向上により、認知症などの2次的障害を予防する効果が期待できる。また高齢者においては、慢性的な平衡機能障害による転倒が防止でき、転倒による頭部打撲や四肢の骨折を軽減できることが期待される。
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		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）		めまい・平衡障害に関するに関する知識経験を有する耳鼻咽喉科専門医（卒後6年以上）が、平衡機能検査を実施出来る施設で行う場合に算定。
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）	10,000
	・年間実施回数等（回）	40,000
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）		一側前庭機能障害の急性期を脱しても前庭代償過がなされず、めまい・平衡障害を訴える慢性めまい症例に対しては、めまいリハビリテーションが有用である。そのエビデンスに関しては近年、メタ解析が加えられている。その効果についても、概ね有効であるという結果である。リハビリテーションの適応の決定、効果判定を行う。これにより慢性のめまい・平衡障害が改善し、医療費の軽減に繋がることが予測される。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	250
	技術名	平衡機能検査
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	127,975,200
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）	300
	その根拠 （150字以内）	赤外線CCDカメラ等を用いて良性発作性頭位めまい症に検査と浮遊耳石置換法を施行すると300点となっている（D2503）。末梢性めまいのリハビリテーションも赤外線CCDカメラを用いて同様に行うことが多く300点とした。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

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。

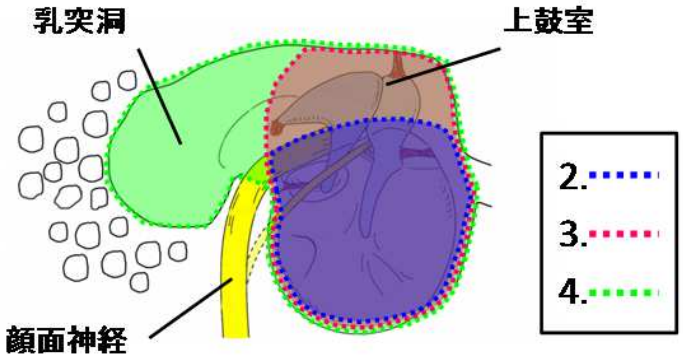
整理番号	336105
申請技術名	経外耳道耳内視鏡下鼓室形成術　1.鼓膜形成術、2. 鼓室形成術（上鼓室開放なし）、3. 鼓室形成術（上鼓室開放あり）、4. 鼓室形成術（上鼓室乳突洞開放あり）
申請団体名	日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	鼓室形成術は、これまで顕微鏡下に施行さてきたが、経外耳道手術では顕微鏡視野に制限があり、病巣摘出のために耳後部皮膚切開や乳突削開術を併用する必要があった。これに対し内視鏡は視野が広角で、かつ鼓室に近接して観察することができるため、皮膚切開や骨削開をすることなく低侵襲で病巣が摘出できる。さらに顕微鏡では死角となり病変が残存しやすい部位も内視鏡では直視下に操作が可能である。
対象疾患名	中耳真珠腫、慢性中耳炎、鼓室硬化症、中耳奇形、耳小骨連鎖離断
保険収載が必要な理由 （300字以内）	耳内視鏡下手術は低侵襲で死角が少なく、安全で機能的な手術であることから保険収載を希望する。本術式は原則、片手操作の手術であり、両手で操作できる顕微鏡下手術とは一部異なる技術が必要である。また、内視鏡手術の短所である2D画像を補完するために、使用する3CCDカメラやモニターは高精細度（high definition: HD）の機器が必須である。また、片手操作で骨削開を行うための超音波手術器など、専用手術機器の新規導入が必要である。以上の点より、従来の鼓室形成術とは別の術式としての収載を希望する。

【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）		海外の研究では、本術式で治療を行った後天性真珠腫73耳（平均観察期間43ヶ月）の術後成績は再発が5耳（6.8%）、純音聴力検査では平均の気骨導差20dB以内が47耳（64%）であり、従来の鼓室形成に比較して再発率は低く、かつ同等の聴力改善率が得られたことが報告されている。（Tarabichi M: Endoscopic management of limited attic cholesteatoma. Laryngoscope 114: 1157-1162, 2004.）
	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）		従来の顕微鏡下鼓室形成術と手術目的は同様であるが、皮膚切開や骨削開などの外科的侵襲は小さく、合併症の可能性は顕微鏡下鼓室形成術に比較して同等以下である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		1. 鼓膜形成術：耳鼻咽喉科経験10年以上の耳鼻咽喉科専門医、2. 鼓室形成術（上鼓室開放なし）、3. 鼓室形成術（上鼓室開放あり）および4. 鼓室形成術（上鼓室乳突洞開放あり）：耳鼻咽喉科専門医更新者で耳鼻咽喉科経験15年以上。鼓室形成術においては、従来の顕微鏡下手術の十分な経験があり、立体解剖に習熟した医師が望ましい。
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）		特になし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	6,500
	・年間実施回数等（回）	750
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		従来の顕微鏡下鼓室形成術に比較して、皮膚切開や骨削開の侵襲が小さいため術後疼痛や合併症が少なく、創傷治癒も早いため入院期間の短縮が可能である。また、顕微鏡で死角になる部位も内視鏡では観察可能であるため安全で確実な手術操作ができる。手術手技自体の点数は増点となるが、入院期間の短縮化により、医療費全体ではマイナスになると考えられる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	318, 319
	技術名	鼓膜形成術、鼓室形成術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	367,500,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	49,000
	その根拠（150字以内）	K318鼓膜形成術（18,100点）、K319鼓室形成術（42,770点）　K305乳突削開術の併用（17,750点×100分の50加算）を基準として、1, 2には内視鏡、3、4には内視鏡と超音波手術器を用いるため、それぞれ1,000点、2,000点を加算した。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	特になし
	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）	

「経外耳道耳内視鏡下鼓室形成術」について

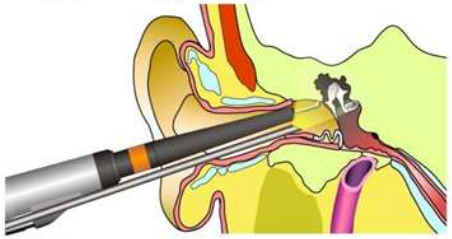
【技術の概要】
経外耳道的に内視鏡下で耳科手術を行うことにより、低侵襲で死角の少ない安全な手術が可能となる。以下の4つに分けられる。
1.鼓膜形成術
2.鼓室形成術（上鼓室開放なし）
3.鼓室形成術（上鼓室開放あり）
4.鼓室形成術（上鼓室乳突洞開放あり）



【対象疾患】
中耳真珠腫、慢性中耳炎、鼓室硬化症、中耳奇形、耳小骨連鎖離断

1

【既存の治療法との比較】
・低侵襲で入院期間の短縮が可能
・死角の少ない安全な手術
・真珠腫再発率の減少（海外の報告）
・審美性の優位（耳介の変形がない）



内視鏡下手術後

従来の耳後部切開による手術後

【診療報酬上の取扱】
・K手術
1. 19,000点、2. 44,000点、3. 49,000点、4. 54,000点
従来の手術法に内視鏡加算1,000点を加味した。
また、3、4については超音波手術器による骨削開が必要であり、さらに1,000点を加算した。

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	336106
申請技術名	唾液腺内視鏡下唾石摘出術
申請団体名	一般社団法人　日本耳鼻咽喉科学会
技術の概要 （200字以内）	唾液腺導管の開口部をブジーで拡大して極細の唾液腺内視鏡(シアロエンドスコープ)を挿入し、腺体内および導管内深部に存在する唾石を管腔内から摘出する。低侵襲で、安全性の高い、しかも頸部に術創を残さない治療を提供できる。
対象疾患名	唾液腺唾石症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	唾液腺内視鏡下唾石摘出術は、これまで頸部に外切開を行い顎下腺や耳下腺の合併切除を余儀なくされていた腺体内唾石や唾液管深部に存在する唾石を、より確実に安全かつ低侵襲で摘出できる新規医療技術であることから保険収載が望まれる。

【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）		唾液腺唾石症では顎下腺唾石の頻度が最も高いが、耳下腺にも発生する。唾石が口腔内に存在するものは口内法にて摘出可能である。しかし、唾石が腺体移行部に存在している場合は、口内法では摘出困難で頸部外切開による顎下腺や耳下腺の合併摘出が行われている。外切開では、顔面神経下顎縁枝や舌神経を損傷する危険も高くなるが、唾液腺内視鏡を利用することにより、移行部までの唾石は摘出可能であり、神経麻痺の合併症は回避される。また耳下腺唾石では、耳下腺腫瘍に準じた外切開がされているが、内視鏡を用いることにより外切開を避けることができ、審美的にも有用でかつ顔面神経麻痺も回避できる。欧米特にヨーロッパでは、日本で行われている腺摘出術は避ける方向で内視鏡手術が取って代わっている。
	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）		口腔内浮腫、唾液管穿孔や狭窄、ガマ腫を発生する可能性がある。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		頭頸部領域に習熟した医師が行うことが望ましい。日本耳鼻咽喉科認定・耳鼻咽喉科専門医で、頭頸部手術歴が5年以上ある医師が常勤する施設で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）		問題無し
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,800
	・年間実施回数等（回）	1,000
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）		当手術法は、頸部外切開による顎下腺摘出術や耳下腺摘出術に比べ低侵襲であり、入院期間を4日間程度短縮することが可能と考えられ、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	450 2
	技術名	唾石摘出術　深在性
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	7,200,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	7,200
	その根拠 （150字以内）	唾石摘出術　（腺体内に存在）K450 3と同等と考えられるため
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	450 2、450 3
	技術名	唾石摘出術　（深在性および腺体内）
	具体的な内容 （150字以内）	唾液腺内視鏡が普及することにより、深在性および腺体内に存在する唾石の摘出が可能になる。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

唾液腺内視鏡下唾石摘出術

【対象疾患】

唾液腺唾石症

（顎下腺唾石、耳下腺唾石）

ミニチュアスコープ

外径0.8mm　チャネル径　0.25mm

外径1.1mm　チャネル径　0.45mm

外径1.6mm　チャネル径　0.85mm

【既存の治療法との比較】

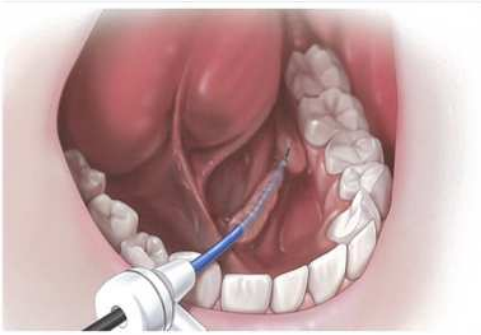
外切開による腺全摘術と比較し以下の利点がある。

・入院期間の短縮

・創部創傷治癒期間の短縮

・術後疼痛の軽減

・審美上の優位性（頸部に創ができない。）

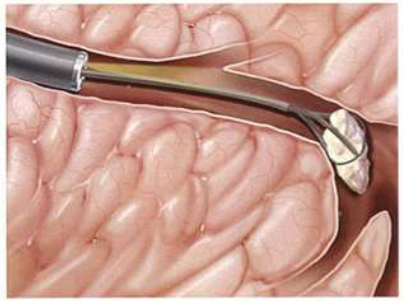


【診療報酬上の取り扱い】

K手術（450　3）　7,200点

外切開により唾液腺を合併切除する手術と

同等の有効性が期待できるため。



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		336201
申請技術名		術後性上顎洞嚢胞摘出術におけるナビゲーション
申請団体名		一般社団法人　日本耳鼻咽喉科学会
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		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）		術後性上顎嚢胞摘出術（K435）におけるナビゲーション加算（K939、2,000点）の適応拡大

【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）		術後性上顎嚢胞の形状、発生部位はさまざまで、眼窩近傍では眼球損傷の可能性があり、また骨壁の厚い、小嚢胞や上顎洞深部に位置する場合は鼻内から位置確認が困難である。また多発性の場合は取り残しの可能性がある。このような場合にナビゲーションを行うことで正確な位置確認ができ、安全で確実な手術が遂行できる。2007年のナビゲーション手術アンケート調査でも、副鼻腔嚢胞に対するナビゲーション手術が多く、中でも術後性上顎嚢胞はそのよい適応との結果が出ている。また米国耳鼻咽喉科学会から発表されたAAO-HNS Policy of CAS (2005) の中にも、術後性、再発性の疾患や正常解剖が壊れた症例が良い適応とされている。一方、ナビゲーションを併用することで、低侵襲で、手術時間の短縮が可能となることも報告されている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	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）		術後性上顎嚢胞は副鼻腔炎の根治術後10-20数年を経て上顎骨内に発生する単発、多発する嚢胞である。内視鏡下鼻内副鼻腔手術の普及以降は減少することが予測されるば、現状では今だ増加傾向にある。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	3,000
	後の人数（人）	4,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,000
	後の回数（回）	3,000
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）	39,000,000
（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）	ナビゲーション併用が必要な術後性上顎嚢胞摘出術 全国300施設で、年間約10例/施設と仮定して 年間対象患者数　3,000　人 年間実施回数　3,000　回
	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）		ナビゲーションを併用することで、まず安全な手術の提供ができ、低侵襲、確実性から医療の質の向上と効率的な医療の提供、さらに手術教育、トレーニングを通じて手術手技の習得にも貢献できる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	2,000

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		336202
申請技術名		内耳機能検査
申請団体名		一般社団法人　日本耳鼻咽喉科学会
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		D244 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	
提案の具体的な内容（400字以内）		内耳の機能障害を複数の検査結果から、総合的に判断するため、検査の時間、技量、高度な診断料を考慮して、現行の400点から450点への増点を希望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		現行の算定基準は、「レクルートメント検査（ABLB法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、SISIテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず所定点数により算定する」とある。即ち、複数の検査結果から、感音難聴の中でも内耳性難聴であるのか、後迷路性難聴であるのかを、総合的に判断しなくてはならず、技量、診断ともに耳鼻咽喉科専門医程度以上の技量を要し、かつ検査時間も複数であるため30分以上1時間以内程度の時間を要する。従って、現行の400点から450点への増点を妥当と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400
	後の点数（点）	450
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		変化なし
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	90,000
	後の人数（人）	90,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	90,000
	後の回数（回）	90,000
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）	39,000,000
（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）	増点により単純計算では年間推定45,000,000円の医療費増となる。ただし、これまで、後迷路性難聴の除外診断として行われてきた聴性脳幹反応（脳幹反応聴力検査；D236 3）（算定点数670点）の実施回数は減るものと考えられる。
	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）	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	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		複数の内耳機能検査結果から、内耳性難聴であるのか、後迷路性難聴であるのかを、総合的に判断しなくてはならず、技量、診断ともに耳鼻咽喉科専門医程度以上の技量を要し、かつ検査時間も約1時要するため、標準純音聴力検査（D244 1）の350点の評価が妥当と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	400
	後の点数（点）	450

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	336203
申請技術名	遊戯聴力検査
申請団体名	一般社団法人　日本耳鼻咽喉科学会
診療報酬区分（1つ選択）	D　検査
診療報酬番号	D247 4
再評価区分（1つ選択）	2-A　点数の見直し（増点）
「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	遊戯聴力検査は幼児を対象とした聴力検査法で検査の時間、技量、診断料を考慮して、現行の450点から500点への増点を希望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		純音聴力検査が施行不能な幼小児の聴力評価は、聴性脳幹反応や耳音響放射等の他覚的聴力検査か遊戯聴力検査等による。他覚的聴力検査には特殊な検査機器が必要であるが、遊戯聴力検査は一般的に用いられているオージオメータにより施行可能で、幼児難聴の診断に有用である。 しかし、検査の時間、技量、診断料を考慮して、現行の450点から500点への増点を妥当と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	450
	後の点数（点）	500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		変化なし
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	300,000
	後の人数（人）	300,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	300,000
	後の回数（回）	300,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	15,000,000
（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）	遊戯聴力検査500点×300,000＝1,500,000,000円。 本検査により聴性脳幹反応施行例が2万例減少するものとすると、（6,700円-4,500円）×20,000＝44,000,000円の減額と考えられる。
	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）	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	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		純音聴力検査が施行不能な幼小児の聴力評価は、聴性脳幹反応や耳音響放射等の他覚的聴力検査か遊戯聴力検査等による。他覚的聴力検査は検査の時間、技量、診断料を考慮して、現行の400点から500点への増点を妥当と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	450
	後の点数（点）	500

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	337101
申請技術名	斜視手術（調節糸法）
申請団体名	日本弱視斜視学会
技術の概要 （200字以内）	斜視手術の最後または麻酔覚醒後に、固視目標を見せながら眼筋に通糸した前置糸を調節して縫合を終了することにより、眼位矯正の精度を向上させて、再手術の危険性を減少させることに貢献する。
対象疾患名	斜視の原因となるすべての疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	斜視手術の量定は、術前に斜視角を測定し、その斜視角を矯正しうる手術量を計算して決定している(例：1mm=3Δ)。しかし、再手術例では初回の手術の影響でこの計算式が適応できないことも少なくない。甲状腺外眼筋症、重症筋無力症、網膜剥離手術既往眼、眼外傷既往眼など、眼筋自体に異常がある場合にも量定の計算式が当てはまらず、自覚する複視に対して再度の手術が必要となる。調節糸法を用いることにより、再度の矯正手術を減少させることは、患者のみならず医療費の減少に寄与するため、保険収載の必要性があると考えられる。

【評価項目】

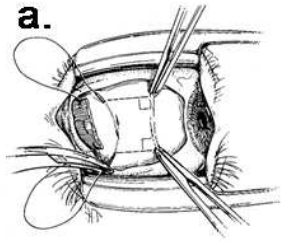
Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		海外からは、491例の斜視手術のうち、調節糸法を併用した305例と、調節糸法を併用しなかった186例の術後3か月の手術成功率を比較すると、調節糸法併用群は74.8%と調節糸法非併用群61.3%と有意に良好(p=0016)であった、と報告されている。(Zhang MS, Hutchinson AK, Drack AV, Cleveland J, Lambert SR..Improved ocular alignment with adjustable sutures in adults undergoing strabismus surgery. Ophthalmology 2012;119:396-402.)。本邦では比較論文がないため、海外でのエビデンスしか明らかでない。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		通常の斜視手術後や麻酔覚醒後に外来処置室で行ったりするため、感染の危険性が危惧されるが、調節糸法のために感染症を起こした報告は、海外からも本邦からもなく、特に通常の斜視手術を越える副作用はないと思われる。
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）		具体的には5年以上の斜視手術の経験を有し、斜視手術を習熟した医師が行うことが望ましい。施設基準については特にない。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,500
	・年間実施回数等（回）	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）		年間斜視手術及び眼筋移動術の総数約15,000件行われているが、外斜視では約10～20%で再手術が行われ、甲状腺外眼筋症、網膜剥離手術既往眼、眼外傷既往眼などでは3回以上の手術が行われることも多い。調節糸法による眼位矯正によって再手術率を約20%減少させることが可能と推定され、医療費削減も期待できる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	242, 244
	技術名	斜視手術，眼筋移動術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	34,900,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	12,660
	その根拠 （150字以内）	外保連試案S82-0127400として登録されているが、斜視手術,前転法及び後転法の併施,斜筋手術,直筋の前後転法及び斜筋手術の併施の外保連試案の費用より、協力医師数および時間多いことにより5割高く計算されているため、斜視手術 3.前転法及び後転法の併施の8,440点の5割増しが妥当と思われるから。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	242, 244
	技術名	斜視手術，眼筋移動術
	具体的な内容 （150字以内）	欧米での調節糸法は加算術である。本邦でも調節糸法は5割加算の手術として考え、斜視手術(調節糸法) 1.前転法6,420点　2.後転法6,300点　3.前転法及び後転法の併施12,660点　4.斜筋手術12,885点　5.直筋の前後転法及び斜筋手術の併施14,190点　眼筋移動術27,900点とする。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

斜視手術(調節糸法)

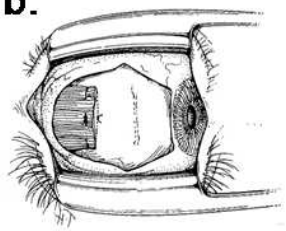
斜視手術は、全身麻酔や球後麻酔などで眼球運動を抑制して行うが、麻酔覚醒後にしか術後の眼位の確認ができない。不良であれば再手術が必要となるが、麻酔覚醒後に調節糸法を行って眼位の微調節を行って、1回の手術終わる成功率が高めることができる。

斜視手術 後転法
K242−2 4,200点

a.



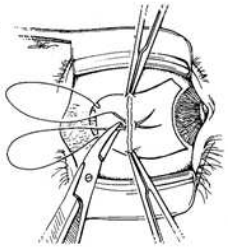
b.



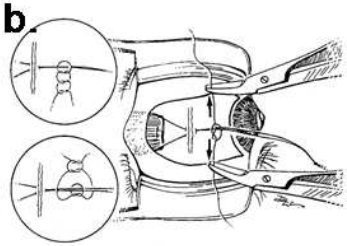
眼筋に前置糸を通後、眼筋を強膜から切り離し、再度強膜上の予定の場所に通糸して(a)、ここで前置糸を強縫合して眼筋を後転する(b)。

斜視手術 後転法
調節糸法

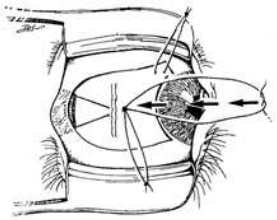
a.



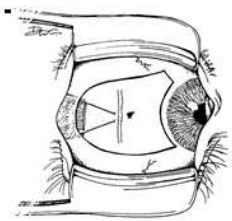
b.



c.



d.



眼筋に前置糸を通後、眼筋を強膜から切り離し、付着部に通糸する(a) 。通糸した2本前置糸を束ねて調節用のもう1本で縫合する(b) 。麻酔覚醒後点眼麻酔した後、眼位矯正用の固視目標を見てもらいながら、調節用縫合糸をスライドさせて眼位を決定する(c) 。決定した位置で前置糸を縫合して調節を終了する(d)。

調節糸法は、前転法、後転法、斜筋手術、筋移動術すべてに適応できる方法である。

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	337201
申請技術名	眼科学的検査料(知的障害児(者)に行われた場合の評価)
申請団体名	日本弱視斜視学会
診療報酬区分（1つ選択）	D　検査
診療報酬番号	D255～D282-3
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）	100分の100の加算要望 点数(①＋②):D255～D282-3　各点数の倍数 ①外保連試案点数(試案にない場合は妥当な点数):D255～D282-3　各点数の倍数 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		近年、知的障害児(者)の社会的参加が促進され、視機能の正確な評価が必要とされてきた。知的障害児(者)の屈折スクリーニングでは約42%に精密検査が必要なことが指摘されている(早期療育機関における知的障害児の屈折スクリーニング 日本視能訓練士協会誌,28,127-132,2000)。早期の屈折矯正によって良好な視覚情報を提供することは知的障害児(者)の発達に有用であることは報告(知的障害児の屈折異常に対する早期対応の現状、障害科学研究 32,107-115,2008)されているが、知的障害児(者)に対して眼科学的検査を行うことは、人的にも時間的にも医療機関の負担が大きい。したがって、知的障害児(者)に対する眼科学的検査の再評価を適正に行うことによって知的障害児(者)の早期療養の有効性が向上する。
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）		国立精神神経センターからの報告(山崎広子ら：知的障害者の視聴覚健康診断の試み　視覚健診の結果を中心に. 臨床眼科 60巻5号P.743-746,206)では、約65%で眼科的検査が実施されている。この比率と平成17年厚生統計要覧による知的障害児(者)419,000人から知的障害者の眼科検査受診数および実施回数を推定すると約200,000人、200,000回と推定される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	200,000
	後の人数（人）	200,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	200,000
	後の回数（回）	200,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	150,000,000
（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）	D255～D282-3の検査を行った場合の検査点数は、約750点と推定されるため、200,000回の総点数と計算すると約1.5億円と計算される。
	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）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	338101
申請技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入-3（体重1,500 g以上2,500g未満 ）
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
技術の概要 （200字以内）	体重1,500 g以上2,500g未満の低出生体重児で中心静脈路の確保が必要な症例では技術的な難易度が高い。本技術は末梢静脈を穿刺し極細径カテーテルを中心静脈まで挿入する方法である。
対象疾患名	体重1,500 g以上2,500g未満の低出生体重児
保険収載が必要な理由 （300字以内）	中心静脈からの薬剤投与を要する低出生体重児では、従来は全身麻酔下での静脈切開や穿刺による中心静脈路の確保が行われきた。末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは非麻酔下に中心静脈路の確保が可能で、その安全性や有効性はすでに確立している。しかし成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度に比べ、その保険点数は極めて低いものと考えられる。

【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）		NICU管理を要する低出生体重児は中心静脈路による栄養管理・薬剤投与は不可欠な技術で、本邦における周産期死亡率の改善にこの治療法は非常に貢献した。また従来の末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルを留置することにより静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり患児のQOLは著明に改善した。CDCガイドライン2011、静脈経腸栄養学会ガイドラインなど
	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）		これまでの臨床での経験からその安全性はすでに確立している。カテーテル関連血流感染症の発生のリスクはあるが、従来の中心静脈カテーテルの場合の半数以下で1.54/1,000日延べ留置期間と言われている。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度が高い。一般にNICUの専門医または新生児外科医で、その挿入手技に長けた技量を要する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		末梢静脈カテーテルと同様に、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは無麻酔下に挿入することが可能である。また血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,000
	・年間実施回数等（回）	5,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは挿入血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	G 注射
	番号	005-3
	技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	150,300,000
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）	3,006
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：2,520点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：4,865円（試案参照）
（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）	J 処置
	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）	700
	後の点数（点）	3,006

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	338102
申請技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入-3（体重1,000 g以上1,500g未満 ）
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
技術の概要 （200字以内）	体重1,000 g以上1,500g未満の極低出生体重児で中心静脈路の確保は必須の治療法である。その技術的な難易度が高い。本技術はこれら極低出生体重児に対し末梢静脈を穿刺し極細径カテーテルを中心静脈まで挿入する方法である。
対象疾患名	体重1000 g以上1500g未満の極低出生体重児
保険収載が必要な理由 （300字以内）	中心静脈からの薬剤投与を要する極低出生体重児では、従来は全身麻酔下での静脈切開や穿刺による中心静脈路の確保が行われきた。末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは非麻酔下に中心静脈路の確保が可能で、その安全性や有効性はすでに確立している。しかし成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度に比べ、その保険点数は極めて低いものと考えられる。

【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）		NICU管理を要する極低出生体重児では中心静脈路による栄養管理・薬剤投与は不可欠な技術で、本邦における周産期死亡率の改善にこの治療法は非常に貢献した。また従来の末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルを留置することにより静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり患児のQOLは著明に改善した。CDCガイドライン2011、静脈経腸栄養学会ガイドラインなど
	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）		これまでの臨床での経験からその安全性はすでに確立している。カテーテル関連血流感染症の発生のリスクはあるが、従来の中心静脈カテーテルの場合の半数以下で1.54/1,000日延べ留置期間と言われている。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度が高い。一般にNICUの専門医または新生児外科医で、その挿入手技に長けた技量を要する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		末梢静脈カテーテルと同様に、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは無麻酔下に挿入することが可能である。また血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	2,000
	・年間実施回数等（回）	10,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは挿入血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	G 注射
	番号	005-3
	技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	347,300,000
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）	3,473
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：2,987点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：4,865円（試案参照）
（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）	J 処置
	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）	700
	後の点数（点）	3,473

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	338103
申請技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入-3（体重1,000g未満 ）
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
技術の概要 （200字以内）	体重1,000 g未満の超低出生体重児で中心静脈路の確保は必須の治療法である。その技術的な難易度が高く、本技術はこれら超低出生体重児に対し末梢静脈を穿刺し極細径カテーテルを中心静脈まで挿入する方法である。
対象疾患名	体重1,000 g未満の極低出生体重児
保険収載が必要な理由 （300字以内）	超低出生体重児では静脈輸液ルートを長期間確保する必要とする。従来は全身麻酔下での静脈切開による中心静脈路の確保をおこなってきたがその処置は困難であった。末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは非麻酔下に中心静脈路の確保が可能で、その安全性や有効性はすでに確立している。しかし成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度に比べ、その保険点数は極めて低いものと考えられる。

【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）		NICU管理を要する超低出生体重児では中心静脈路による栄養管理・薬剤投与は不可欠な技術で、本邦における周産期死亡率の改善にこの治療法は非常に貢献した。また従来の末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルを留置することにより静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり患児のQOLは著明に改善した。CDCガイドライン2011、静脈経腸栄養学会ガイドラインなど
	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）		これまでの臨床での経験からその安全性はすでに確立している。カテーテル関連血流感染症の発生のリスクはあるが、従来の中心静脈カテーテルの場合の半数以下で1.54/1,000日延べ留置期間と言われている。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度が高い。一般にNICUの専門医または新生児外科医で、その挿入手技に長けた技量を要する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		末梢静脈カテーテルと同様に、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは無麻酔下に挿入することが可能である。また血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,000
	・年間実施回数等（回）	5,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは挿入血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	G 注射
	番号	005-3
	技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	211,350,000
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）	4,227
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：3,740点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：4,865円（試案参照）
（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）	J 処置
	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）	700
	後の点数（点）	4,277

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	338104
申請技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入-3（体重2,500g以上 ）
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
技術の概要 （200字以内）	体重2,500 g以上の新生児で中心静脈路の確保が必要な症例では技術的な難易度が高い。本技術は末梢静脈を穿刺し極細径カテーテルを中心静脈まで挿入する方法である。
対象疾患名	体重2,500 g以上の全身管理を要する新生児
保険収載が必要な理由 （300字以内）	中心静脈からの薬剤投与を要する新生児では、従来は全身麻酔下での静脈切開や穿刺による中心静脈路の確保が行われきた。末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは非麻酔下に中心静脈路の確保が可能で、その安全性や有効性はすでに確立している。しかし成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、低出生体重児では技術的な難易度に比べ、その保険点数は極めて低いものと考えられる。

【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）		NICU管理を要する新生児疾患症例では中心静脈路による栄養管理・薬剤投与は不可欠な技術で、本邦における周産期死亡率の改善にこの治療法は非常に貢献した。また従来の末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルを留置することにより静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり患児のQOLは著明に改善した。CDCガイドライン2011、静脈経腸栄養学会ガイドラインなど
	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）		これまでの臨床での経験からその安全性はすでに確立している。カテーテル関連血流感染症の発生のリスクはあるが、従来の中心静脈カテーテルの場合の半数以下で1.54/1,000日延べ留置期間と言われている。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		成人に行われている末梢静脈挿入中心静脈カテーテル挿入術に比べ、新生児では技術的な難易度が高い。一般にNICUの専門医や新生児外科医で、その挿入手技に長けた技量を要する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		末梢静脈カテーテルと同様に、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは無麻酔下に挿入することが可能である。また血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,000
	・年間実施回数等（回）	5,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		末梢静脈カテーテルと異なり、末梢静脈挿入中心静脈カテーテルは挿入血管の静脈炎の発生頻度が激減し、頻回の静脈ルートの確保が不要となり、患児のQOLは著明に改善する。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	G 注射
	番号	005-3
	技術名	末梢留置型経皮中心静脈注射用カテーテル挿入
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	127,050,000
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）	2,541
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：2,055点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：4,865円（試案参照）
（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）	J 処置
	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）	700
	後の点数（点）	2,541

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		339201
申請技術名		特定集中治療室管理料
申請団体名		日本集中治療医学会
診療報酬区分（1つ選択）		その他
診療報酬番号		A301
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	特定集中治療室管理料「その3」を設置し、「高度な設備」「集中治療に精通した医師」「水準以上の患者重症度」を整えた施設は増点し、現「その1および2」の重症度条件を見直し、同認定施設数の削減を図る
提案の具体的な内容（400字以内）		「より高度な集中治療を提供できる設備」、「特定集中治療に精通した診療体制（医師・看護師・臨床工学技士を含む）」、「より重症度の高い入室患者」の3要件を基に、high-intensityな集中治療を提供している施設には、特定集中治療室管理料加算「その3」を設置し増点のうえ”特定集中治療室の層別化を図る”一方、従来の「その1および2」の「重症度に係る評価票」項目ならびに基準点を21世紀の医療水準に見合うよう見直し、一般病棟でも入院加療が可能な軽症～中等症患者が多くを占める施設（low-intensity）を特定集中治療室としては認定しない改正内容。

【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）		産業医科大学松田晋也教授、林田賢史教授と日本集中治療医学会社会保険対策委員会の調査により、現DPC/PDPS下におけるICU収支状況は原価割れし、集中治療専門医を配置した当学会認定施設でより大きいことが明らかとなった（日集中医誌2013;20:118）。「重症度に係る評価票」の項目や基準点は進歩する集中治療の水準に合致するよう見直しが必要で、一般応答でも対応可能な軽症～中等症患者を特定集中治療室で治療する施設では収益性が高まる一方、より先進的な生命維持装置を駆使し、特定集中治療に精通した医師を配置したうえで、より重症度の高い患者の治療に対応している施設では赤字幅が大きくなり、診療報酬制度の公平性や社会的妥当性を著しく損なっている。「設備」「診療体制」「入室患者の重症度」の3要件を基に、現在の”特定集中治療室を層別化”し、診療報酬体系を改めていく必要がある。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	9,211
	後の点数（点）	15,500
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		「より高度な集中治療を提供できる設備」、「特定集中治療に精通した診療体制（医師・看護師・臨床工学技士を含む）」、「より重症度の高い入室患者」の3要件を整えたhigh-intensity施設では、”重症患者の予後改善”と”限られた資源と資金の公平かつより効率的運用”が可能となる（JAMA 2002;288:2151）
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	96,000
	後の人数（人）	83,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	7
	後の回数（回）	7
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）	34,000,000
（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）	「その3」を算定可能施設は全国に70程度、管理料加算請求患者数96,000名x 0.37（当学会認定施設比率）x 0.6（集中治療専門医師2名以上の施設割合）x 0.7（生命維持装置24時間可能施設割合推定）x 0.7（1床20m2施設割合推定）から、年間概ね10,000名が「その3」施設対象患者数。75%が3日以内、90%が7日以内に退室する実績から概算2,484百万円となる（詳細版参照）。
	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）	「重症度に係る評価票」項目の見直しと基準点を改正した場合、特定集中治療室入室患者の約75%が入室期間中に人工呼吸を受けていないこと（DPC/PDPSデータ解析結果）から、「重症度に係る評価票」の改正に伴い、少なくとも1～2割の施設は同施設認定が困難となり、ハイケアユニット管理料加算に転換する。仮に15%が転換した場合は概算2,450百万円の医療費削減となる（詳細版参照）。
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	A301
	技術名	特定集中治療室管理料
提案の具体的な内容（150字以内）		「より高度な集中治療を提供する設備」、「特定集中治療に精通した診療体制」、「より重症度の高い入室患者」の3要件を満たす施設には、同管理料加算「その3」を設置する一方、従来の「重症度に係る評価票」項目と基準点を見直し、軽症～中等症患者が多くを占める施設を特定集中治療室として認定しない改正。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	9,211
	後の点数（点）	15,500

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	339202
申請技術名	人工呼吸　5時間を超えた場合（1日につき）
申請団体名	日本集中治療医学会
診療報酬区分（1つ選択）	J　処置
診療報酬番号	J045 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）	厚生労働大臣が定める特定集中治療室内において、J045人工呼吸の3の5時間を超えた場合（1日につき）の実施場所を特定集中治療室とそれ以外に分け、特定集中治療室で実施したものについて点数の見直し（増点） 要望点数：1,600点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：1,000点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0円（試案参照）

【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）		特定集中治療室では、人工呼吸管理に精通した医師や看護師等が常時勤務して高機能の人工呼吸器を用い、常に最適な換気条件と付随する治療を提供することで重症呼吸不全患者の救命率向上に寄与している。しかし、人工呼吸療法は同様に高度な技術と考えられる持続血液濾過透析（1日1,990点）、血漿交換（1日4,290点）、経皮的心肺補助（1日11,100点）に比べて著しく点数が低いだけでなく、DPC下においては別途加算が不可能な状態が継続している。特定集中治療室で行われる高度な人工呼吸療法は、一般病棟における従来の人工呼吸療法と内容が異なるとともに医療安全面からも社会保険制度上明確に区別されるべきである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	819
	後の点数（点）	1,600
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		平成21年度社会医療診療行為別調査より集中治療加算を請求した実施件数と回数、および請求対象患者の約3割が人工呼吸管理（慶応義塾大学病院試算）であることから試算した。この試算は現状の集中治療および人工呼吸器管理実績によるので、特定集中治療室病床の増減や社会全体の患者重症度の変化などは考慮されていない。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	13,968
	後の人数（人）	13,968
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	33,688
	後の回数（回）	33,688
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）	539,008,000
（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）	1,600×33,688＝539,008,000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）	0円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
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	339203
申請技術名	小児特定集中治療室管理料
申請団体名	日本集中治療医学会
診療報酬区分（1つ選択）	その他
診療報酬番号	A301-4
再評価区分（1つ選択）	2-A　点数の見直し（増点）
「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	現行の小児特定集中治療加算では、小児重症救急患者を管理する拠点施設を整備するには十分な診療報酬的な裏付けがないことが推察される。増点により重症小児治療が独立した小児集中治療室で管理されることが容易になり、診療の質は向上し、患者生命予後は改善し、適切な費用対効果が見込まれ、かつ小児救急医療の充実が促されると予想される。

【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）		小児専門の集中治療室で治療されている重症小児の死亡率はそうでない場合に比較すると低い。(Farrell Pediatr Crit Care Med 2004, 武井　日救急会誌　2008:　共にレベルⅣ)専従医がいる施設での治療成績も良く費用対効果も高い。(Pollack JAMA 1994, Pollack Crit Care Med 1997: Ⅳ)アメリカ小児科学会の施設基準がありわが国でも日本集中治療医学会、日本小児科学会、日本小児集中治療研究会、厚生労働省科学研究班（阪井班）合同策定の小児集中治療室設置基準がある。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	15,500
	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）		オーストラリア・ニュージーランドの報告では、小児人口1,000人あたり1.56人のPICU患者が発生し（ANZICSホームページ公開情報）、これを日本の小児人口に当てはめると年間27,000人のPICU対象患者が発生すると推察される。算定対象は6歳未満児と仮定すると15歳未満の人口比で38%なので10,260人。なお、年間実施回数はH21.6社会医療診療行為別調査、年齢階級別より推定。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,000
	後の人数（人）	10,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	4,000
	後の回数（回）	40,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,000,000,000,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	オーストラリア/ニュージーランドの報告では小児1000人あたり1.56人の該当患者が発生する（ANZICSホームページ公開情報）。日本の6歳未満の小児人口に当てはめると年間約10000人の算定が見込まれる。現行での算定数は約1000名と考えられるため、増点により年間9000名の新規加算が生じ，一人あたりの算定回数を4日と仮定すれば、9000x4x15000＝5400000000円の医療費増となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	重症小児患者を専門小児集中治療施設に集約化して管理することによる絶対的死亡率減少は1%程度と推察されることから（Pearson, Lancet 2007、橘，日集中医誌2010）、当該技術導入により控えめに見積もっても年間300人前後の小児の生命が救われる試算となる。生命予後の改善に勝る利益はないが、敢えて経済的指標に換算するならば数兆円を超えると推定される。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	J301-1-1
	技術名	小児加算
提案の具体的な内容（150字以内）		真に小児集中治療を必要とする患者を小児特定集中治療加算対象として該当施設に集約化すれば、上記小児加算の算定数は減じうる
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	339204
申請技術名	一酸化窒素吸入療法
申請団体名	日本集中治療医学会
診療報酬区分（1つ選択）	J　処置
診療報酬番号	J045-2
再評価区分（1つ選択）	1-A　算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
「5　その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）	厚生労働大臣の定める新生児の肺高血圧をともなう低酸素性呼吸不全に対するJ045-2一酸化窒素吸入療法の適応拡大　ならびに厚生労働大臣が定める施設基準の見直し 具体的な内容 要望適応拡大 ① 低酸素血性呼吸不全 ② 小児および成人の心臓手術周術期の肺高血圧 施設基準の見直し 　厚生労働大臣が定める特定集中治療管理料1あるいは2を満たす施設を追加する

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		厚生労働大臣の定める新生児の肺高血圧を伴う低酸素性呼吸不全のみならず、急性呼吸窮迫症候群（ARDS）や重症急性呼吸器症候群（SARS）などによる低酸素性呼吸不全および心臓周術期の肺高血圧および肺動脈クライシス(PHC)による右心不全は、全身組織への不十分な酸素供給によって多臓器不全の原因となり患者の生命予後に危険を及ぼす病態である。これらの危険な状態は一酸化窒素吸入療法によって全身組織への酸素供給は急速に改善し、多臓器不全への進展を防御し致死的状況が回避できる。さらにSARSや鳥インフルエンザによる低酸素性呼吸不全も致死的であるが、その救命治療手段として有効な本吸入療法が施行できる医療体制を確保しておく必要がある。 かかる一酸化窒素吸入療法が必要な患者は、厚生労働大臣が定める特定集中治療管理料1を満たす施設で集中治療を受ける場合が大半であるため、施設基準の見直しが必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		日本先天性心臓血管外科データベースの調査からの推計から先天性心疾患手術では年間約1500例にはすでに実際に使用され、弁膜症など肺高血圧を伴う成人心臓手術は年間約1,000例が対象となり、ARDS等に伴う低酸素性呼吸不全の対象患者数1,500例程度と推定すると新たな対象患者は合計4,000人となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	4,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	883,200,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	9,200円x24時間x4,000例　＝883,200,000円　症例数4,000人で平均24時間施行として算定 一酸化窒素吸入療法による多臓器不全への進展を防御によって,各種補助人工臓器（人工呼吸、補助循環、補助腎臓）の使用削減効果、先天性心疾患の再手術率の低下、人工呼吸および集中治療期間の減少等に伴う医療費削減が得られる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	341101
申請技術名	13C呼気試験法胃排出能検査
申請団体名	日本消化管学会
技術の概要 （200字以内）	放射能を出さない安定同位体13Cでラベルした少量の酢酸（食用酢の成分）を200 kcalの液状食に混ぜて摂取し、非侵襲的に得られる生体材料である呼気を採取し分析することで胃排出異常の有無と程度を簡便に判定できる。
対象疾患名	胃排出異常が症状・病態を悪化させていると考えられる疾病・術後の患者
保険収載が必要な理由 （300字以内）	胃排出異常（遅延または亢進）はさまざまな消化器症状（胃もたれ、早期飽満感、つかえ感、食道逆流、嘔気・嘔吐、下痢、ダンピングなど）の出現の原因となり患者のQOLを低下させる要因となる。また胃排出異常は単に症状だけでなく疾病や術後の病態の悪化（栄養障害、誤嚥性肺炎、術後回復の遅延など）にも結びつく。このため胃排出異常の有無を調べて効率的な治療（胃排出異常の是正による症状の軽減や病態の改善）に役立てることの重要性は広く認識されているが、保険収載されていないために本検査法が日常臨床において行われていないためその有用性を患者に還元することができていない。

【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）		胃排出異常が疾病や手術による症状の出現や病態の悪化の要因であり、その解明が重要であることは以前より広く認識されてきた。今まで①RI法、②レントゲン不透過マーカー法、③アセトアミノフェン法などの胃排出能検査の保険収載に向けて活動が行われてきたが、保険収載には至らなかった。13C呼気試験法はこれらの検査法と比べて、被曝（①、②では有り）がなく非侵襲的（③では採血が必要）で簡便であるなどの点ですぐれており、日常臨床への普及が望まれる。本検査法については日本平滑筋学会のワーキンググループで標準化（Smooth Muscle Res, 6：J75-91, 2002）され、臨床研究としては広く国内の施設で行われている。日常臨床で行われている画像的検査や血液生化学検査に加えて本検査法により生体機能の情報を得ることにより、効率的な治療を行うことが可能と考えられる。
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		13C呼気試験法胃排出能検査は、13Cが安定同位体で放射能を出さず、試薬（酢酸）が食品成分であり、呼気を検体として採取するため非侵襲的であり、安全に行うことができる。
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）		13C呼気試験法による消化器機能検査に関連した主題がJDDW(本邦でもっとも大きな消化器関連学会）で頻回に取上げられていることは、本検査法が技術的に成熟したものでありその臨床的なニーズが高いことを表している。試験食の作り方、呼気採取の方法を理解していれば高度な専門性は必要としない。特殊な設備を必要としないため一般病院や医院においても実施可能である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	5,000
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		非侵襲的に得られる呼気を検体として生体機能を調べることができる画期的な技術である。しかも放射線被曝や薬剤使用等による生体へのダメージの危険性もなく安全に施行できる。本検査法の結果は胃排出能検査のgold standardとされRI法との相関も強く信頼性が高い。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	その他
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	59,450,000
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）	1,189
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（人件費・設備費等）：962点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：2,270円（試案参照） ①＋②＝11,890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）	その他
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
	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）	0
	後の点数（点）	0

^{13}C呼気試験法胃排出能検査について

【技術の概要】
・安定同位体^{13}Cでラベルした少量の酢酸（食用酢の成分＝食品）を液状食に混和した試験食を飲み、呼気を採取し分析することで胃排出異常の有無を判定する。

【対象疾患】
・胃排出異常（遅延、亢進）が症状出現や病態悪化の原因と考えられる疾病や術後の患者（機能性ディスペプシア、糖尿病性胃麻痺、胃瘻造設後、胃切除・食道切除後など）

【既存の検査法との比較】
・現在、保険収載された胃排出能検査はないが、gold standardとされているRI法と^{13}C呼気試験法の間には高い相関がみられ、信頼性にすぐれる。
・安全、非侵襲的、簡便に行うことが可能。

【期待される効果】
・種々の疾病や術後の胃排出異常に起因した症状や病態悪化の原因を同定し、的確な治療法選択を行うことで治療効率を高め患者のQOL向上と医療費の削減が期待できる。

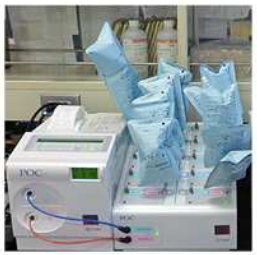
【診療報酬上の取り扱い】
・D検査
・1,189点

^{13}C呼気試験の実際

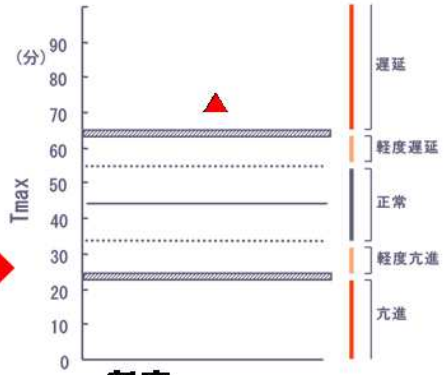
試験食

呼気採取バッグ

呼気の採取



分析



判定

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	341102
申請技術名	空腸嚢移植術（胃切除術における）
申請団体名	日本消化管学会 （共同提案：日本消化器外科学会）
技術の概要 （200字以内）	摘出した胃の代わりに食物を貯める袋（空腸嚢）を小腸（空腸）で作製する。
対象疾患名	胃癌等の胃全摘術を必要とする胃疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	胃を摘出した後の食事量減少や消化器症状を軽減し、術後の生活の質（QOL）を保つことができ、従来の再建法と比べて同等に安全に行えるため、保険収載の必要性があると考えられる。

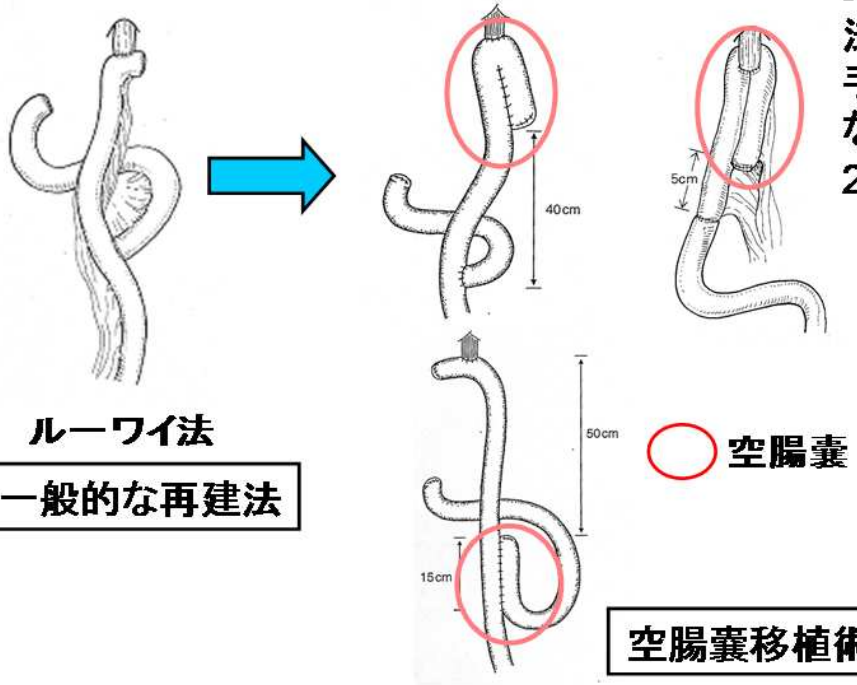
【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		胃の摘出後には食物を貯め少しずつ腸へ送り出す胃の働きが失われるため、食事量の減少や消化器症状により術後のQOLは低下する(消化器病セミナー35. へるす出版、東京、1989、P1-5；資料1)。空腸嚢移植術は、従来の再建と合併症、手術時間、入院期間に差はなく安全に施行することができ、食事量増加、消化器症状（逆流、ダンピング）の軽減、QOLの向上が得られることが複数のRCTのメタアナリシスにより報告されている（Am J Gastroenterol 104: 2838-2851. 2009；資料2）。
	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）		空腸嚢は血流が豊富で吻合部に緊張がかからないため、縫合不全も少なく安全に行えると考えられる。
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）		胃癌手術に習熟した医師が行うことが望ましいと考えられる。10年以上の消化器外科の経験と外科学会専門医を有する医師の立会いの下で日本胃癌学会の「胃癌治療ガイドライン」を遵守して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）	9,024
	・年間実施回数等（回）	1,804
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）		胃を摘出すると、従来の再建法では一回食事量が減少し、食生活への不満や社会生活の支障がみられるが、空腸嚢移植術を行うことで一回食事量が増え生活障害の原因になる消化器症状を減らすことができる。 また従来の再建法と同等に安全に実施することが可能である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	657
	技術名	胃全摘術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	560,683,200
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）	31,080
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：17,250点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：138,309円（試案参照）
（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	該当なし
	技術名	該当なし
	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）	

空腸嚢移植術（胃切除における）について

【技術の概要】
・摘出した胃の代わりに食物を貯める袋（空腸嚢）を小腸（空腸）で作製する。

【対象疾患】
・胃癌等の胃全摘術を必要とする胃疾患



【既存の治療法との比較】
・胃全摘術後に空腸嚢移植術を行った複数のRCTのメタアナリシスにおいて食事量↑、QOL向上、ダンピング症状↓、逆流症状↓などの有用性が報告されている。
・また、一般的な再建法であるルーワイ法と比べて合併症発生率、死亡率、手術時間、入院日数に有意差を認めなかった。（Am J Gastroenterol 104, 2838-51, 2009）

【診療報酬上の取り扱い】
・K手術
・31,080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	342101
申請技術名	肥満患者に対する消化器外科手術
申請団体名	日本消化器外科学会
技術の概要 （200字以内）	手術視野展開に障害をきたし、出血量増加、手術時間延長などにより術後合併症のリスクが増加するとされる肥満患者（Body Mass Index:BMI 25以上）に対する消化器外科手術
対象疾患名	消化器外科領域の開腹手術および鏡視下手術を要する疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	胃癌手術、大腸癌手術、肝切除術など多くの術式において、肥満（BMI上昇）に伴い、手術時間延長や術後合併症が増加することが指摘されており、手術難易度が非肥満患者と比較して高くなるため。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		日本人の肥満はBMI 25以上と定義されており、大腸癌手術3,202例を対象とした大規模な臨床研究で、BMI 25以上で術後合併症が増加することが報告されている（J Am Coll Surg, 2009）。
	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）		肥満患者の消化器外科領域手術では、術後合併症発生率が高く、血栓塞栓症発生率も高い。
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）		特になし
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	84,000
	・年間実施回数等（回）	84,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		予想影響額 5,040,000,000円増（増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない）
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	なし
	技術名	なし
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	5,040,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	6,000
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：麻酔においてはBMI 30以上の高度肥満症例では全身麻酔6,100点が加算されている。消化器外科手術においては上記I-①のエビデンスにもとづき6,000点の加算が妥当と考えられる。 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と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容 （150字以内）	なし
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	6,000

「肥満患者に対する消化器外科手術」について

【技術の概要】

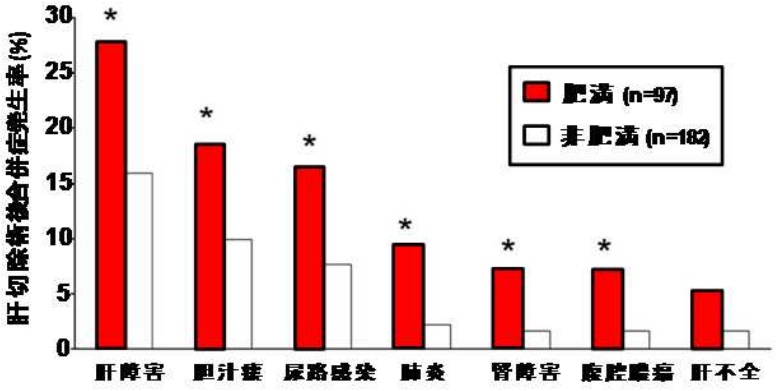
手術視野展開が障害され、術後合併症リスクが増加するとされる肥満患者に対する消化器外科手術

【対象疾患】

消化器外科領域の開腹及び鏡視下手術を要する疾患

【非肥満患者との比較】

例えば、肝切除術後の合併症発生率を非肥満患者と比較すると、肥満患者では有意に術後合併症を発症するリスクが高い(J Gastrointest Surg, 2010)。従って、手術難易度が高い上に周術期の厳重な管理を要する。



【肥満の定義】

日本肥満学会の「肥満症の診断基準と治療ガイドライン」では、日本人の肥満はBody Mass Index (BMI) 25以上と定義されている。

【年間対象患者数】

84,000人 = 280,000人 X 0.3

厚生労働省社会医療診療行為別調査によると、消化器外科手術数は年間約280,000件。厚生労働省国民調査/栄養調査報告では、BMI 25以上は約30%である。

【診療報酬上の取扱い】

麻酔領域においてはBMI 35以上の高度肥満症例では、重症加算として全身麻酔6,100点が加算されている。

消化器外科手術においても肝切除のみならず、胃癌や大腸癌手術等でも術後合併症リスクが高いとの多くの報告があり(エビデンスレベル III)、麻酔領域と同程度の加算 6,000点 が妥当と考えられる。

なお、当該技術に必要とする医薬品、医療機器、体外診断薬は特にない。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	342102
申請技術名	腹腔鏡下噴門側胃切除術
申請団体名	日本消化器外科学会
技術の概要（200字以内）	腹腔鏡下に、胃体上部の切除を行い、症例によってはリンパ節郭清を追加するが、最後に食道・残胃吻合を行う。
対象疾患名	胃体上部の良性潰瘍・良性腫瘍，胃癌
保険収載が必要な理由（300字以内）	現在開腹下で行われているが、腹腔鏡下に行うことにより、より低侵襲的に噴門側胃切除術を行うことができるので、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）		胃癌が多い日本では、胃切除術が多く行われているが、腹腔鏡手術の進歩と普及により、腹腔鏡下に幽門側胃切除術、胃全摘術が広く行われるようになった。噴門側胃切除術は、対象となる症例数は限られるが、開腹下において重要な術式の1つであり、腹腔鏡下でも同等の手術が行えるようになってきた。レベルⅤであるが、噴門側胃切除術を含め、腹腔鏡下の胃切除術に関し、多施設の中・長期成績が本邦から報告され、良好な成績が示されている（Kitano S, et al: A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. Ann Surg 245(1):68-72,2007）。
	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）		日本内視鏡外科学会のアンケート結果（日内外会誌　17(5):602-606,2012）では，腹腔鏡下の噴門側胃切除術(n=666)の術中合併症は1.7%(n=11)，術後合併症は18.0%(n=120)で、幽門側胃切除術(n=10,9519や胃全摘術(n=2,278)と較べて、差は少なく、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）		外保連試案における技術度はDであるが、腹腔鏡手術に習熟した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）	1,044
	・年間実施回数等（回）	1,044
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）		●開腹手術と比較し、疾患の根治性に有意差はない。 ●開腹手術に比較し、低侵襲性で、術後の入院期間の短縮による医療費の削減が考えられる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	655-4 2
	技術名	噴門側胃切除術　悪性腫瘍切除術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	1,501,585,200
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）	143,830
	その根拠（150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：胃悪性腫瘍（広汎噴門側胃切除術）（腹腔鏡下）103,520点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：403104円Z（試案参照）
（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）	

腹腔鏡下噴門側胃切除術(新規申請)

技術名:腹腔鏡下噴門側胃切除術
技術の概要:腹腔鏡下に,胃体上部の切除と症例によってはリンパ節郭清を行い,さらに再建を行う。
対象疾患名:胃体上部の良性潰瘍・良性腫瘍,胃癌
現在当該疾患に対し行われている治療との比較:開腹手術と較べ,癌治療に関しては同等であるが,より低侵襲性である。
診療報酬上の取扱い:K手術 外保連試案
①胃悪性腫瘍(広汎噴門側胃切除術)(腹腔鏡下)103,520点,②噴門側胃切除術(良性)(腹腔鏡下)86,270点

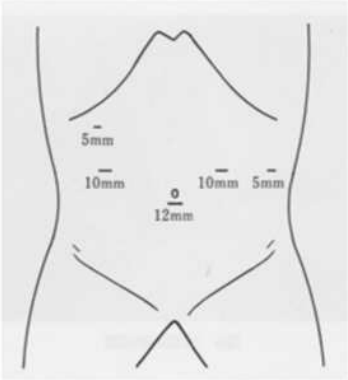


図1. 腹腔鏡下噴門側胃切除術におけるトロッカーの配置:5カ所にトロッカーを配置する。

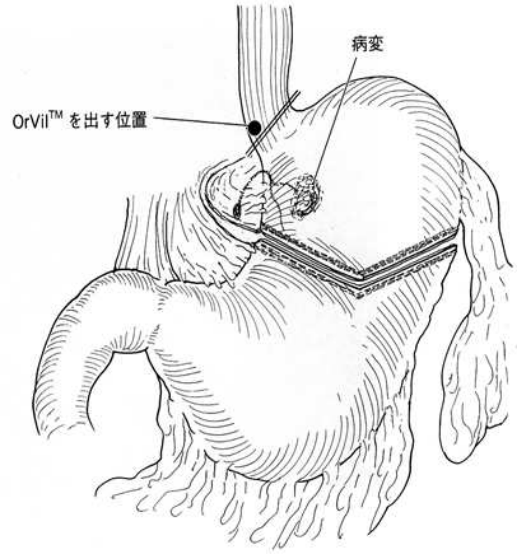


図2. 噴門側胃切除術:自動縫合器にて,胃の切離を行い,さらに食道側の切離を行うことにより,胃体上部の切除を行う。癌では,リンパ節郭清を行う。

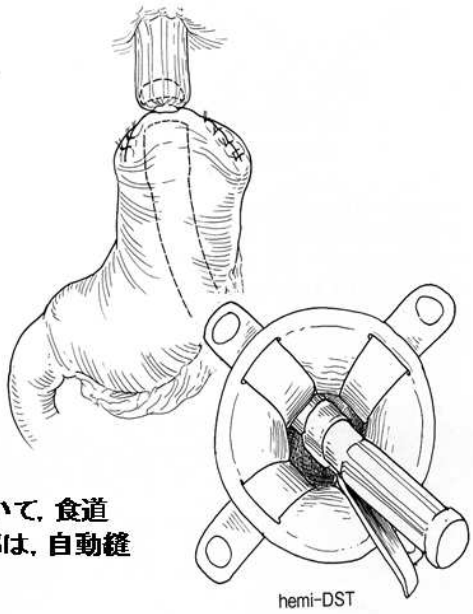


図3. 食道残胃吻合:自動吻合器を用いて,食道残胃吻合を行う。自動縫合器の挿入部は,自動縫合器にて閉鎖する。

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		342201
申請技術名		腹腔鏡下ヘルニア手術　1．腹壁瘢痕ヘルニア
申請団体名		日本消化器外科学会　（共同提案：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		633-2 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）		診療技術ならびに診療器材を考慮すると、現在の点数では、当該術式に対する評価が低いため、増点が必要と思われる。特にヘルニア門が5cmを越えると償還されない消耗品費の増加により、現行の保険点数では技術料が反映されない。要望点数　56,820点（外保連試案） ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：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）：223,138円（試案参照）

【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）		開腹手術と較べ、腹腔鏡下手術の治療効果は同等で、入院期間の短縮が得られる。腹壁瘢痕ヘルニアの修復に使用するメッシュ自体は償還されている。再発を起こさないためにはメッシュの固定を確実に行う必要があるが、メッシュを固定するためのタッカー、ステイプラーが消耗品となる。これはヘルニアを大きいほど（特に直径が5cm以上）、固定具の使用量が多く、その結果，医療材料費が増加している。そのため、医療材料費を考慮した手術料の見直しが望まれる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	13,770
	後の点数（点）	58,900
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		社会医療診療行為別調査によると、腹腔鏡下の修復が保険適応となった2012年の成績は、まだ出てないが、開腹手術例は14,484件(2008年)、14,256件(2009年)、6,240件（2010年）、7,440件（2011年）と減少傾向にある。これは、腹壁瘢痕ヘルニアの原因となる開腹手術が減少したためであろう。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	14,484
	後の人数（人）	7,440
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	14,484
	後の回数（回）	7,440
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	3,202,920,000
（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）	568,200円x7,440回=4,227,408,000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）	137,700円x7,440回=1,024,488,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号		342202
申請技術名		超低位直腸前方切除術（カバーリング）
申請団体名		日本消化器外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		726
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）		要望点数=7,980点 x 50% = 3,990点 超低位前方切除術に併施する人工肛門造設術であり、50%相当の点数を加算するのが適当と考える。 ①外保連試案点数：89,470点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：106,323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）		超低位直腸前方切除術後の縫合不全は、約9%に発生する。縫合不全を一旦きたすと、再手術によってストーマになる可能性が高く、一部の患者では永久ストーマへなる。また、縫合不全は、超低位前方切除によって温存した肛門機能にも影響をきたし、術後の肛門機能を低下させることが指摘されている。縫合不全の防止を目的としたカバーリングストーマの造設は、縫合不全の発生率や再手術を回避できる可能性が考えられ、欧米のメタアナリーシスで証明されている。ストーマ造設にあたっては、「K939-3　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算450点の施設基準」に準じて、術前に患者の体格や生活様式に合わせた部位に選定してマーキングが行われており、手術においては手術創とは別に術前にマーキングされた部位に皮切開をおいて造設される。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	3,990
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		現在、低位前方切除術症例の半数程度にカバーリングストーマを造設している。加算が承認された場合には、およそ1.5倍程度の症例に増加することが予想される。1年間の直腸がん手術症例数は3万件程度である。このうち超低位前方切除術は2,000件程度と推測される。現在はこのうち1,000件程度にカバーリングストーマを造設しているが、これが1,500件程度に増加すると予想される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,000
	後の人数（人）	1,500
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,000
	後の回数（回）	1,500
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	25,000,000
（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）	縫合不全発症に伴う医療費の増額は1症例あたり14日間の入院期間の延長と仮定すると約50万円程度である。2,000件の手術症例のうち9%に発症するとされているので、180件と推定される。したがってカバーリングストーマがない場合の想定される医療費増加は9,000万円程度と推定される。この医療費が劇的に減少するものと推定される。
	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）	加算が認められる場合には、カバーリングストーマ症例が500件程度増加することが予想される。このうち50件弱の縫合不全予防効果が期待されるので、上記のごとく縫合不全1件あたり50万円程度の医療費増加分を削減できると見込むと2,500万円程度の削減効果があり、加算されない場合には、この2,500万円分の医療費増加が推測される。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		超低位前方切除術に伴いカバーリングストーマを造設した場合には、人工肛門造設術の算定の50%相当を加算する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	3,990

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	342203
申請技術名	巨脾に対する腹腔鏡下脾摘出術（門脈圧亢進症を伴うもの）
申請団体名	日本消化器外科学会
診療報酬区分（1つ選択）	K 手術
診療報酬番号	711-2
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）	脾摘出術は特発性血小板減少性紫斑病や遺伝性球状赤血球症、脾腫瘍など脾腫を伴わないもの以外にも、門脈圧亢進症を伴う巨脾に対しても適応疾患に導入されている。巨脾による脾機能亢進症は血小板減少による出血傾向だけでなく、食道静脈瘤や腹水治療にも影響を及ぼし、インターフェロンなどの肝炎治療の妨げとなる。また巨脾に対する脾摘出術は門脈圧亢進症を伴うことから術中出血の制御など高度な技術が必要となり、ベッセルシーリングシステムや自動縫合器の導入は必須である。 また通常の脾摘出術に対しては腹腔鏡下脾摘出術が普及しており、37,060点の保険点数となっているが、巨脾に対する脾摘出はさらに高度な技術を必要とするとともに、通常の腹腔鏡下脾摘出術より多くの医療材料を要する。このため、保険点数は現行の37,060点より、57,000点への増点を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		巨脾の原因疾患はC型肝炎が最も多く、厚生労働省肝炎対策推進室の発表では患者数約37万人にインターフェロン治療対象例であるが、約28万人が慢性肝炎、約9万人が肝硬変・肝癌に移行しており、血小板減少などによる治療不能症例が少なからず存在する。 当該技術にかかる医療費の試算として、当学会で施行したアンケート結果では巨脾を伴わない腹腔鏡下脾摘出術の医療材料費合計金額が約28万円であったのに対し、巨脾を伴う症例では、約48万円であったことから20万円の差額が発生していた。 K931超音波凝固切開装置等加算（3,000点）、K936自動縫合器加算（2,500点）が認められているが、少なくとも 20,000点が不足している。このことから巨脾に対する腹腔鏡下脾摘出術の普及には少なくとも57,000点への増点が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	37,060
	後の点数（点）	57,000
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		年間対象症例約200人　年間実施回数1回 日本内視鏡外科学会で施行した全国アンケート結果（http://www.jses.or.jp/question/no10/index4.html）では2008～2009年の2年間で腹腔鏡下脾摘出術を施行した症例は932例で、内387例（42%）が脾機能亢進症を有する症例であったことから、年間来省症例数は約200人と推測する。
・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）	1
	後の回数（回）	1
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）	39,880,000
（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）	予想される年間施行症例は200人であるが、施行できる施設が限られているため、増点による症例数の増加はないと思われる。従って増点分（19,940点）x200例=3,988,000点（1点10円）の医療費増加が見込まれる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	特に変化なし
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	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）	37,060
	後の点数（点）	57,000

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		343201
申請技術名		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
申請団体名		日本消化器内視鏡学会 （共同提案:日本消化器病学会）
診療報酬区分（1つ選択）		K 手術
診療報酬番号		721-4
再評価区分（1つ選択）		1-A 算定要件の見直し（適応疾患の拡大）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	該当せず
提案の具体的な内容（400字以内）		2012年4月に上記技術が保険適用になったが、その留意事項（2）に「経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、最大径が2cmから5cmの早期癌又は腺腫に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。」と記載されている。今回、①2cmから5cmというサイズの上限をはずして2cm以上の病変全てに適応を拡大することと、②病変を含む範囲を一括で切除した場合のみでなく、「病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。」という文章を削除して、やむを得ず結果的に分割切除になった場合も算定することを提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		2012年4月に上記技術が保険適用になったが、その際当時の文献報告を参考にして、安全性を考慮し「最大径が2cmから5cm」という大きさの制限を設定された。その後、日本消化器内視鏡学会で行われた多施設共同研究（前向きコホート研究）の解析結果が報告され、5cm以上の病変とそれ以下の病変で完全一括切除率や穿孔などの偶発症発症率にまったく差がないことが明らかとなったため、適用にサイズの上限を設定する意味がなくなった。さらに、大きな病変も本手技で治療することで外科手術よりも安価な診療が可能であり、医療経済学上のメリットも大きい。また、本手技で結果的に分割切除になった場合でも、従来の内視鏡的粘膜切除術による多分割切除と比べて局所根治性は高く、摘除病変の病理診断の質も高い。
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）		先進医療であった際、日本消化器内視鏡学会が独自に行なった全国69施設の約1年間の集計で、解析対象1,564例のうち102例が5cm以上であった。H24年度より保険収載されたため、社会医療診療行為別調査から現年間対象症例数が把握できないが、先進医療施設数が全体で143であったことを考慮し年間症例数を集計の約2倍の3,000例、うち5cm以上は200例と見積もった。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	2,800
	後の人数（人）	3,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,800
	後の回数（回）	3,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	7,540,000
（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）	5cm以上に対してもK721-4（18,370点）が適用された場合、一番技術点数が低いK719結腸切除術 1 小範囲切除（22,140点）を全てに適応したとしても、技術料のみを換算しても3,770点の減点となり、最低でも7,540,000円のマイナスとなる。周術期管理の簡略化、入院期間の短縮、術後腹部愁訴の薬剤費が不要などの要素を含めると莫大なマイナスが予想される。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	適用拡大しない場合、現状と変わらない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	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		343202
申請技術名		内視鏡治療時の鎮静管理料
申請団体名		日本消化器内視鏡学会 （共同提案:日本消化器病学会）
診療報酬区分（1つ選択）		K 手術
診療報酬番号		526-2 1、653 2、721-4 など
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	すでに保険収載されている技術群への管理料加算
提案の具体的な内容（400字以内）		各種内視鏡治療における鎮静は実際の医療現場においては広く行われている。しかしながら、現在の診療報酬では呼びかけに反応でき自発呼吸が適切に維持されて気道確保の処置を必要としない、中程度以下の鎮静に対する診療報酬が得らないため、適切な管理下で鎮静が行われているとは言えず、それに伴う合併症も報告されている。保険導入による適切な鎮静管理への誘導はこれはリスクマネージメント上も重要であり、使用薬剤の費用および鎮静に関して監視を行うためのモニターや人員に対する正当な報酬の上乗せが必要であると考えられる。具体的には、現在の治療手技に対する診療報酬に加えて、中程度以下の鎮静を施した際に1,500円（150点）の加点を要望する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		各種治療に際しての鎮静は実際の医療現場においては広く行われているが、中程度以下の鎮静に対する診療報酬が得らないため適切な評価が必要である。深鎮静に関しては気管内挿管の可能性を有することから、新規項目として要望が上がることになっているが、麻酔科医の確保ができない場合にも、内視鏡治療時には、呼びかけに反応でき自発呼吸が適切に維持されて気道確保の処置を必要としない中程度以下の鎮静を行うことがほとんどである。このような場合の薬剤費用および監視を行うためのモニターや人員に対する正当な報酬の加点は必要であると考えられる。点数としては人員費として看護師１名(2,770)X0.5時間=1,385円に薬剤費相当額を付加した1,500円（150点）が妥当と考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	150
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		年間に行われている内視鏡治療件数については変化はないものと思われるが、明確に管理料と明示することで、治療体制を整え、より安全に遂行されることから術関連合併症は低減される可能性がある。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	50,000
	後の人数（人）	50,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	50,000
	後の回数（回）	50,000
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）	52,050,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	平成23年6月診療報酬請求件数から想定される年間の内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜切除術）は1,700件、内視鏡的胃,十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）は33,000件であり、これらの症例で加点が請求されたと仮定すると上記金額になる。平成24年度に保険収載された早期悪性腫瘍大腸粘膜下剥離術の症例数によっては上記の1.5倍から2倍程度の医療費増額が予想される。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	現在、管理料算定がなされないため、医療費の増加はない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	特になし
	技術名	特になし
提案の具体的な内容（150字以内）		内視鏡治療をより安全に内視鏡室で行える体制の構築のために鎮静管理料を1,500円（150点）の加点を要望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	150

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	343203
申請技術名	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）
申請団体名	日本消化器内視鏡学会 （共同提案：日本消化器病学会）
診療報酬区分（1つ選択）	D 検査
診療報酬番号	414-2
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）	穿刺を行う部位に応じた評価の設定。 本要望は、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（以下、EUS-FNAと表記）において、膵臓を対象とした手技施行の際には、従来点数とは異なる評価をお願いする要望である。 要望点数(①+②)：9,635点 ①外保連試案点数(試案にない場合は妥当な点数)：7,686点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：19,488円(試案参照)

【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）		EUS-FNAは現在、4,000点の保険点数を頂いているが、これには1本当たり30,000円前後の費用の生じる吸引生検針も含まれている。当然、針を2本必要とする部位や病変においては倍の針の費用を必要とする。この点に関し、EUS-FNA実施の主要施設10施設に協力を依頼し、合計1,366症例の分析を実施した。その結果によると特に膵頭部、膵体尾部、腹腔内リンパでは、2本以上を必要とした症例がそれぞれ27%、26%、51%であることが判った。さらに1本で完遂した症例の中にも、実際には2本以上の針を必要としていた症例が15%、14%、15%と、見逃すことのできない数字であった。 術者の手腕による針の複数本使用は別とし、熟練者が実施しても2本以上の針を要する膵臓及び膵臓周囲では別の評価が必要と考え求めるものである。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	4,000
	後の点数（点）	7,000
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年度社会医療診療行為別調査よりEUS-FNAの単月実施回数は565回。従って年間6,780症例を予測する。アンケート調査1,366症例の内、要望の対象となる症例は72%であった。この比率を採用し対象となる年間症例数を推計すると6,780症例×72% ＝ 4,881症例 が予測される。 ・今回要望によりEUS-FNA適応が促進されるとすると年間膵癌患者20,000人が対象。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	4,881
	後の人数（人）	20,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	4,881
	後の回数（回）	20,000
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）	366,620,830
（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既存患者での増分： 増点分3,000点×対象症例数4,881例 ＝ 14,643,000点 ②潜在患者人数：年間膵癌患者20,000人－4,881人 ＝ 15,119人 ③新手技点数：9,635点、 ④入院費用：1,566点×2日=3,132点 ●増点の影響：{①＋(③＋④)×②}×10円 ＝ 2,076,672,730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）	⑤ERCP手技点数：1,740点 ⑥入院費用：1,566点×5日=7,830 ⑦試験開腹術点数5,550点 ⑧入院費用：2,926点×10日=29,260 ⑨試験開腹術対象患者：②×0.05=756人（ERCP患者の5%） ●既存技術にかかる医療費：{(⑤＋⑥)×②＋(⑦＋⑧)×⑨}×10円 ＝ 1,710,051,900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	なし
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		なし
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	0

医療技術評価提案書（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	344101
申請技術名	十二指腸乳頭切除術
申請団体名	日本消化器病学会 （共同提案：日本消化器内視鏡学会）
技術の概要 （200字以内）	十二指腸乳頭部腫瘍（腺腫及び早期乳頭部癌，カルチノイドなど）に対して内視鏡的に切除を行う。
対象疾患名	十二指腸乳頭部腫瘍（腺腫及び早期乳頭部癌，カルチノイドなど）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	標準術式である膵頭十二指腸切除術、あるいは開腹下乳頭切除に比し低侵襲であり、安全性と有用性が証明されている。さらには外科的手術に比し入院日数の短縮と費用の軽減も図れる。

【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）		乳頭部腫瘍（腺腫及び早期乳頭部癌，カルチノイドなど）に対する十二指腸乳頭切除術に関して安全性と有用性が示されている。完全切除率は85%以上であり、再発率は20%に見られるが，内視鏡的に追加切除、焼灼術にて追加治療が可能である。内視鏡治療では死亡率は稀であるのに対して外科的切除では死亡率は数%とされる。胆道癌診療ガイドラインによると生検で腺腫であっても切除標本では腺腫内癌である可能性も稀ではないため、腺腫も切除対象となると記載されている。また、腺腫には内視鏡的乳頭切除も試みられているとの記載もあるが、腺腫，腺腫内癌に対する内視鏡乳頭切除術の報告例は少数例の検討でありレベルⅣ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）		これまでの報告では、全体的な偶発症発生率は8～35%（出血13%、消化管穿孔4%、膵炎15%、術後狭窄や胆管炎等）であり、死亡例の報告は稀である。
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）		日本消化器病学会専門医、もしくは日本消化器内視鏡学会専門医であり、消化器内科・消化器外科の経験年数は6年以上。指導医立ち会いの下での本技術の経験年数は1年以上、経験数は症例数自体が比較的少なく、偶発症対策としての止血術や膵炎、胆管炎発症時のステント留置の技術を要するため、ERCP(内視鏡的逆行性膵胆管造影法)関連処置に習熟していることが必須である。
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）	200
	・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）		当該技術の成功率は85%以上、偶発症発生率は8～35%以下であり、従来の外科的手術に比して低侵襲かつ有用性を認める。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	K703
	技術名	膵頭十二指腸切除術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	25,900,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K 手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	56,890
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案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）：基本セット腹1: 51,299円（試案参照）
（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）	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）	56,890
	後の点数（点）	56,890

「十二指腸乳頭切除術」について

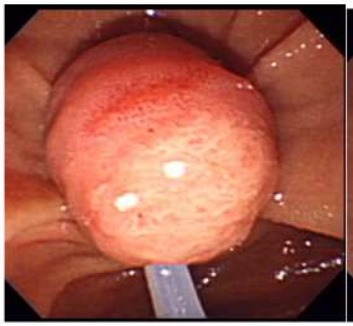
【技術の概要】
十二指腸乳頭部腫瘍を
スネアを用いて切除する

【対象疾患】
・十二指腸乳頭部腫瘍
（腺腫及び早期乳頭部癌
，カルチノイドなど）

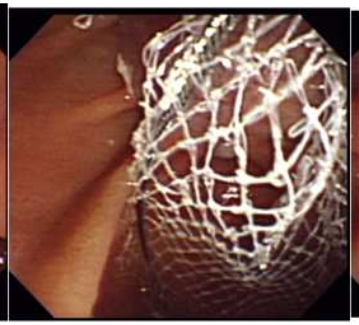
【手術の手順】

①十二指腸下降脚
までスコープを挿入
スネアにて乳頭部腫瘍
をスネアリング

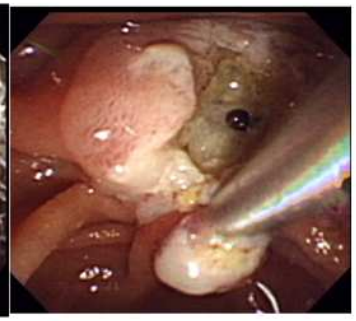
【既存の治療法との比較】
●膵頭十二指腸切除術と比較して極めて低侵襲であり
安全性と有用性が証明されている。
●外科的手術に比し入院日数の短縮と費用の軽減も図れる。
25,900,000円の減額が予想される。
●外科的切除の死亡率数%に比べ，死亡は稀である。
●高齢者にも施行可能である。



②腫瘍をスネアにて切除



③切除された検体を回収



④切除後

【診療報酬上の取り扱い区分】
K手術
点数　56,890点
（膵頭十二指腸切除術と比較して同程度の
難易度の手術と考えられる為。）

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		344201
申請技術名		内視鏡下胆管膵管処置におけるバルーン内視鏡加算
申請団体名		日本消化器病学会 （共同提案：日本消化器内視鏡学会）
診療報酬区分（1つ選択）		K 手術
診療報酬番号		K688, K685, K708-3, など
再評価区分（1つ選択）		3 項目設定の見直し（別の技術料として評価）
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	
提案の具体的な内容（400字以内）		術後再建腸管を有する患者の胆膵疾患に対して、従来の内視鏡では輸入脚深部へ到達できず、内視鏡下逆行性膵胆管造影（ERCP：Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography）が困難だった。バルーン内視鏡（BAE：Balloon Assisted Endoscopy）は、輸入脚深部へ到達してのバルーン内視鏡下逆行性膵胆管造影（BAERCP：Balloon Assisted ERCP）と治療まで可能になった。BAERCPは、低侵襲で入院期間の短縮も図れるが、難易度が高く、長時間を要する。未だ保険収載されていないため、ERCP関連手技にバルーン内視鏡を用いたときの加算として要望する。 点数（①+②）＝17,240点 ①外保連試案点数（IV-⑨参照）：15,890点 ②バルーン内視鏡の消耗品（定価）：13,500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）		経皮経肝的胆道ドレナージや開腹ドレナージなどの外科的治療と比べて、極めて侵襲性が低く、短期入院での治療も可能であることから、患者負担のみならず、医療経済への負担軽減も図れ、社会的貢献度が高い。BAE、ERCPの各々は保険収載されているが、両者を組み合わせた本手技は未だ保険収載されていない。そのため、通常のERCPより高度の技術を要し、長時間の手技になることに伴う人的コスト、消耗品コストに見合う保険点数を申請できず、この有用な技術の普及の妨げとなっている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	17,240
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		潜在的な対象患者数の推定は、それに関する統計データがないため、推計不可能です。日本消化器病学会と日本消化器内視鏡学会の合同で、全国のBAE導入施設にアンケート調査を行った結果、2011年にBAERCP件数は約1200件/約900人でした。今後、適切な保険点数算定がされれば、PTCDや開腹手術されていた患者が流れてきて、これよりも多くなると考えられます。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	900
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	1,200
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	634,632,000
（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）	術後再建腸管の胆道結石の場合、乳頭切開術or胆道拡張術＋截石術で入院7日間となり、内視鏡治療（BAERCP加算172,400円＋内視鏡的乳頭切開術の胆道砕石術有り275,500円）＋静脈麻酔（6,000円）＋入院費（番号1371樹形図番号1107 2,942点x6日+2,097点x1日）＝651,390円となる。これが1200件で、651,390円×1,200件＝781,668,000円となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	経皮経肝胆道ドレナージ＋胆嚢摘出を含む胆管切開結石摘出術で入院35日間となり、ドレナージ（108,000円）＋静脈麻酔（6,000円）＋手術（28,2100円）＋全身麻酔（9,4000円）＋入院費（番号1376樹形図番号1112 2,666点x12日+1,971点x12日+1,675点x11日）=1,180,250円となる。1,180,250円×1,200件＝1,416,300,000円となる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	なし
提案の具体的な内容（150字以内）		BAERCPは通常のERCPよりも約1時間多い処置時間を要し、技術レベルも高くなるため、既存のERCP関連手技の保険診療点数に加えて算定できるように、手術医療機器加算の形でBAERCP加算17,240点を要望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	17,240

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	345101
申請技術名	処置における小児加算の新設
申請団体名	日本小児外科学会 （共同提案：日本外科学会、日本周産期・新生児医学会）
技術の概要 （200字以内）	創傷処置（J000）、熱傷処置（J001）、リンパ管腫局所注入（J017-2）、高位浣腸、高圧浣腸、洗腸（J022）、救命のための気管内挿管（J044）、留置カテーテル設置（J063）、導尿（J064）に対して、3歳未満100点、6歳未満50点の小児加算を希望
対象疾患名	小児創傷、小児熱傷、小児リンパ管腫、小児便秘、小児呼吸不全、小児尿閉等
保険収載が必要な理由 （300字以内）	処置においても小児では成人に比して難易度が高く、かつ処置を行う際に児の抑制が必要であり、人手がかかり煩雑である。 すでにドレーン法（J002）、頸椎、胸椎又は腰椎穿刺（J007）、胸腔穿刺（J008）、腹腔穿刺（J010）、腎嚢胞又は水腎症穿刺（J012）、喀痰吸引（J018）、非還納性ヘルニア徒手整復法（J036）、気管内洗浄（J050）、胃洗浄（J051）などで50～100点の小児加算が3歳未満あるいは6歳未満の乳幼児に認められているが、上記処置についても小児加算が必要である。

【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）		小児の年齢の応じた処置を要求するものであり、処置の手技、内容は不変である。 このため治癒率、死亡率、QOLの改善などは全く変化しない。
	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）		処置の際に、抑制や鎮静を必要とすることもあり、安全性は変わらない。
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）		小児の鎮静、抑制を安全に実施できる施設ならば、レジデントからチーフレジデントクラスの医師によって、処置可能である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		特になし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,147,661
	・年間実施回数等（回）	1,147,661
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）		小児の年齢の応じた処置に対して、加算を要求するものであり、処置の手技、内容は不変である。その手技の技術度は成人のものより難易度が高いもの、処置時間が長いものもある。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	J 処置
	番号	J000、J001、J017-2、J022、J044、J063、J064
	技術名	創傷処置、熱傷処置、リンパ管腫局所注入、高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、救命のための気管内挿管、留置カテーテル設置、導尿
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	865,155,900
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）	50
	その根拠（150字以内）	小児洗腸、女子 膀胱留置カテーテル設置、交換（6才未満）、男子 膀胱留置カテーテル設置、交換（6才未満）、女子 導尿（6才未満）、男子 導尿（6才未満）：、新生児 気管内挿管：、乳幼児 気管内挿管 これらが、成人の処置と技術度、人件費等ことなるため、別に試案点数を設定してある。
（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	J022
	技術名	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 乳幼児加算
	具体的な内容（150字以内）	すでに3歳未満に対して、50点の乳幼児加算があるが、これを3歳未満100点、6歳未満50点の小児加算を希望。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	50
	後の点数（点）	100

「処置における小児加算の新設」について

【技術の概要】

・処置においても小児では成人に比して難易度が高く、かつ処置を行う際に児の抑制が必要であり、人手がかかり煩雑である。

【対象疾患】

・小児創傷、小児熱傷、小児リンパ管腫、小児便秘、小児呼吸不全、小児尿閉等の6歳未満の児

・上記患者に対して、創傷処置（J000）、熱傷処置（J001）、リンパ管腫局所注入（J017-2）、高位浣腸、高圧浣腸、洗腸（J022）、救命のための気管内挿管（J044）、留置カテーテル設置（J063）、導尿（J064）を、入院・外来で行った場合

【安全性】

小児の年齢の応じた処置の加算を要求するものであり、技術度は異なるが、処置の手技、内容は不変である。
このため治癒率、死亡率、QOLの改善などは全く変化しない。

【例：新生児気管内挿管の実際】

クベース内で

喉頭展開、挿管チューブ挿入も困難

患児の抑制等により多くの看護師などが必要

【診療報酬上の取扱】

・3歳未満100点、6歳未満50点の小児加算を希望

・外保連試案（成人の処置と技術度、人件費等異なるため、小児に限った試案処置名が設定）

外保連試案処置名	連番	費用総計
小児洗腸	T52-10070	9210円
女子 膀胱留置カテーテル設置、交換 (6才未満)	T52-08241	6336円
男子 膀胱留置カテーテル設置、交換 (6才未満)	T52-08251	5412円
女子 導尿 (6才未満)	T52-07071	4199円
男子 導尿 (6才未満)	T52-08081	4560円
新生児 気管内挿管	T52-25031	7940円
乳幼児 気管内挿管	T52-25032	7305円

・予想影響額

創傷処置741,417,300円、熱傷処置46,121,400円
リンパ管腫局所注入19,500円
高位浣腸、高圧浣腸、洗腸3,581,700円
救命のための気管内挿管3,228,000円
留置カテーテル設置55,140,000円、導尿19,932,000円
これら合計：866,534,700円
これに、すでにある高位浣腸、高圧浣腸、洗腸の乳幼児加算4,284,000円を引いたプラス865,155,900円が予想影響額

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。

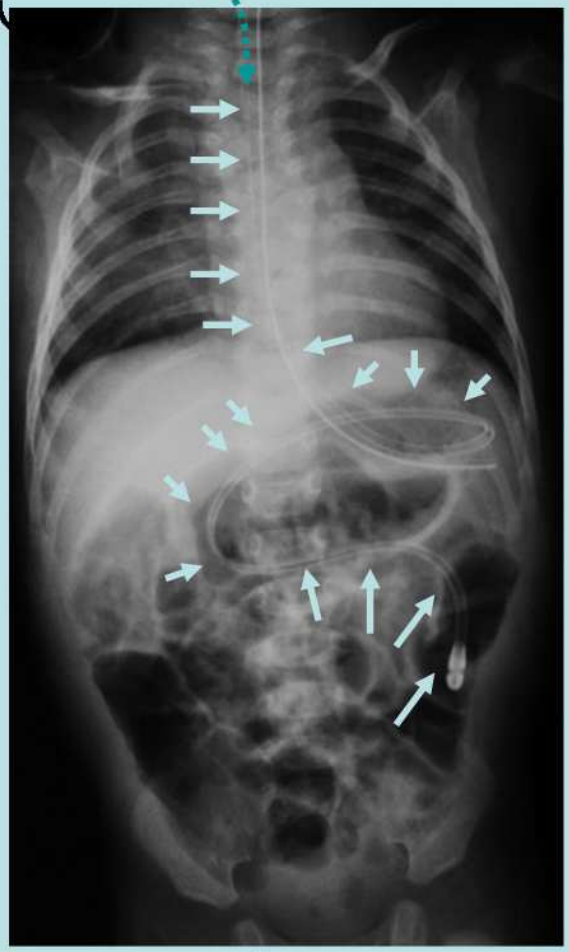
整理番号	345102
申請技術名	EDチューブ挿入固定
申請団体名	日本小児外科学会 （共同提案：日本外科学会）
技術の概要 （200字以内）	通常、鼻腔よりED専用の管（チューブ）を挿入して先端を経幽門的に十二指腸あるいは空腸内に留置して栄養（剤）を投与する。挿入手技は、医師によりX線透視下に行われ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することをX線（必要に応じて造影剤使用）により確認して、チューブを鼻翼あるいは上顎に固定する。
対象疾患名	様々な疾患・病態により必要かつ充分な経口・経胃栄養が困難な場合。例えば、胃食道逆流症、低酸素脳症、食道閉鎖症術後など
保険収載が必要な理由 （300字以内）	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料（C105）や鼻腔栄養（J120）などは収載されているものの、これまで経腸栄養路としてのED（elemental diet ： 成分栄養）チューブ挿入固定（本処置）は保険収載されておらず、画像診断における撮影（E002）・造影剤注入手技（E003）のみで算定されているため。本処置は医師・看護師・放射線技師の協力が必要であり、挿入手技も医師により行われるものであり、保険収載に値するものと考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		在宅成分栄養経管栄養法指導管理料（C105）や鼻腔栄養（J120）などは収載され、これまで一般的に行われてきた医療行為であり、また経腸栄養の有用性は明らかである。経鼻胃管の挿入は比較的簡単で医療者以外（家族など）でも可能であるが、本処置については医師による挿入手技が必要であり、静脈経腸栄養ガイドライン（日本静脈経腸栄養学会編集）には、胃内への投与が困難な場合には幽門後に投与すると記載されている。
	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）		本処置はこれまでも日常診療において行われている行為であり、安全である。合併症として、気管への誤挿入や栄養チューブの先端位置異常についてはX線撮影や造影剤注入による確認を行うことで防止可能であり、また固定により鼻部びらんなど皮膚障害については固定の工夫や定期的な固定の変更などで対応可能である。それぞれの頻度については不明である。
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）		X線透視下に挿入するため、医師（研修医以上）、看護師、放射線技師が各1名必要である。
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）	6,620
	・年間実施回数等（回）	79,440
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		現在行われている既存の処置である。EDチューブを挿入する手技はイレウス管挿入とほぼ同様の手技、技術度である。他の方法では手術によるチューブ腸瘻造設があるが、単純に比較することは難しいと考える。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	725
	技術名	腸瘻、虫垂瘻造設術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	1,112,160,000
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）	1,400
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：1,368点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：315円（試案参照）
（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）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	具体的な内容 （150字以内）	既に行われている処置であり、保険収載されていないためであり、減点や削減可能なものはない。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	1,400

「EDチューブ挿入・固定」について

経口・鼻腔より
専用チューブ挿入

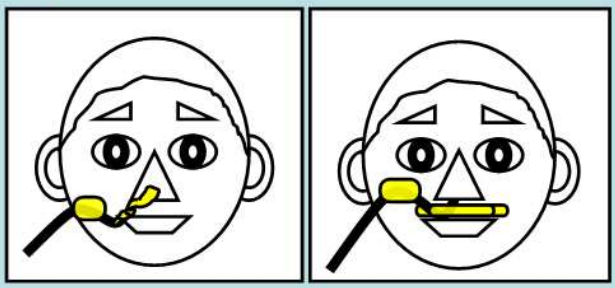


【技術の概要】
・医師によりX線透視下にED専用チューブを鼻腔より挿入して、食道～胃(幽門)を通過させて、先端を十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認してチューブを固定する。

【対象疾患】
・様々な病態・疾患により、必要かつ十分な栄養が経口や経胃からでは困難な場合。胃食道逆流症など

【既存の治療との比較】
・既存の治療であり、現在も行われている。同様の治療では胃瘻より挿入可能な経腸チューブが存在するが、処置ではなく、手術を要する。

【保険収載の必要性】
・成分栄養経管栄養法は既に保険収載されている治療であるが、挿入・固定の手技(本処置)については収載されていない。



鼻翼固定　　上顎固定

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	345103
申請技術名	腹腔鏡手術の一括採用
申請団体名	日本小児外科学会
技術の概要 （200字以内）	腹壁から腹腔内に2～3本のトロッカーを挿入し、腹腔鏡で観察しながら、鉗子等の器具を用いて、①胃瘻の造設（胃瘻造設術）、②胃の捻転整復と固定（胃捻転症手術）、または③尿膜管の切除（尿膜管摘出術）を行う。
対象疾患名	①経口摂取が困難な症例病態（食道閉鎖症、食道狭窄症、胃食道逆流症など）、②胃捻転症、③尿膜管遺残症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	3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）		3術式とも従来の小切開による開腹手術では視野が制限されていたが、腹腔鏡の使用によって良好な視野が得られ、他臓器を損傷すること無く、安全に処置ができるようになった。胃瘻造設術や胃捻転症手術では胃瘻や胃固定の位置決めにも腹腔鏡は有用であり、治癒率も向上すると思われる。3術式とも整容性に優れ、開腹手術よりも早期の経口摂取開始が可能であり、在院期間の短縮にも繋がることが期待される。
	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）		小児の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）		小児に対して鏡視下手術を行っている施設（大半は日本小児外科学会認定施設）では、ほとんどの施設で採用してきている。外保連試案の技術度はDであり、専門医クラスの手術である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,530
	・年間実施回数等（回）	1,530
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、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）	K　手術
	番号	664, 649, 804
	技術名	胃瘻造設術、胃吊上げ固定・胃捻転症手術、尿膜管摘出術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	565,116,000
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）	32,670
	その根拠 （150字以内）	胃瘻造設術（腹腔鏡下）：外保連試案：32,670点 胃吊上げ固定・胃捻転症手術（腹腔鏡下）：外保連試案：54,970点 尿膜管摘出術（腹腔鏡下）：外保連試案：73,100点
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	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）	

腹腔鏡手術の一括採用（胃瘻造設術、胃捻転症手術、尿膜管摘出術）

【技術の概要】

・腹壁から腹腔内に2～3本のポートを挿入し、腹腔鏡で観察しながら、鉗子等の器具を用いて、胃瘻の造設、胃の捻転整復と固定、または尿膜管の切除を行う。

【対象疾患】

・胃瘻造設術：様々な病態・疾患により経口摂取が困難な症例（食道閉鎖症、食道狭窄症、胃食道逆流症、口腔・咽頭腫瘍、嚥下障害児、中枢神経障害児など）

・胃捻転症手術：胃軸捻転症

・尿膜管摘出術：尿膜管遺残症

胃瘻造設術および胃捻転症手術（胃吊上げ固定）の腹腔鏡所見：腹腔内の良好な視野が得られ、胃瘻や胃固定の位置決めに有用である。

【既存の治療法との比較】

・3術式とも前腹壁の手術操作が必要であり、従来の小切開による開腹手術では視野が制限されていたが、腹腔鏡によって前腹壁の裏側（腹腔側）を観察しながら安全確実に処置ができる。

・開腹手術よりも整容性に優れ、早期の経口摂取開始が可能であり、在院期間の短縮にも繋がることが期待される。

（参考文献）

・高橋 翼、山高篤行：摂食障害に対する腹腔鏡補助下内視鏡的胃瘻造設術. 小児外科 41：933-935, 2009

・吉田竜二、笹川 修ら：胃軸捻転症に対する胃固定術. 小児外科 41:928-931, 2009

・下代玲奈、佐藤 功ら：腹腔鏡下尿膜管手術7例の検討. 日本臨床外科学会雑誌73:1323-1326, 2012

【診療報酬上の取扱】

・K手術

・胃瘻造設術（腹腔鏡下）：32,670点
　胃捻転症手術（腹腔鏡下）：54,970点
　尿膜管摘出術（腹腔鏡下）：73,100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	345104
申請技術名	経皮的卵巣嚢腫内容排除
申請団体名	日本小児外科学会
技術の概要 （200字以内）	超音波を用いてガイドとし、経皮的に卵巣嚢腫を穿刺し、内容を吸引、排除する。本処置は鎮静下にベッドサイドもしくは処置室で行う。
対象疾患名	卵巣嚢腫
保険収載が必要な理由 （300字以内）	これまで卵巣嚢腫に対する治療として「卵巣部分切除術（腟式を含む）開腹によるもの(K887 1)」、「腟式卵巣嚢腫内容排除術(K885)」、「腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術(K887-4)」の保険収載はあるが、経皮的卵巣嚢腫内容排除（以下、本処置）の収載はない。本処置は低侵襲で安全な治療であり、とくに新生児および乳児期の単房性卵巣嚢腫に対する治癒率は高い。本処置は主に新生児および乳児に対して行われるが、新生児および乳児では経腟式な処置は困難であり、経皮経腹的に行う本処置を必要とする。本処置は全身麻酔、開腹手術を回避でき、低侵襲で治療効果が高く保険収載に値すると考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		本処置の治療効果は高く、特に新生児および乳児例では吸引後の再発例はほとんど認めず、安全性も高い。また、本処置は全身麻酔、開腹操作を回避でき、皮膚切開を必要としないため、開腹創に比べ整容性にもすぐれ、患者のQOLは向上する。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		超音波をガイドとして用いることにより、確実に嚢腫の穿刺が可能で安全性は高い。合併症として出血、消化管穿孔を来す可能性があるが、超音波で腹壁と嚢腫壁が消化管を介在せず確実に接している部位を同定することは可能であり、同部を確実に穿刺することで合併症の発症を避けることができる。
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）		新生児および乳児の卵巣嚢腫に対する治療として、日本小児外科学会ならびに日本周産期・新生児医学会で、安全で低侵襲で有用な治療として認知されている。外保連試案での難易度はC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）	60
	・年間実施回数等（回）	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）		本処置は主に新生児および乳児の卵巣嚢腫に対する治療として多くの施設で行われ、安全で治癒率の高い治療である。卵巣部分切除術等の手術は全身麻酔、腹腔内操作を伴う比較的侵襲の高い治療であるが、本処置は局所麻酔下、鎮静下に行われ、低侵襲で皮膚切開も必要としない整容性にすぐれたQOLの高い治療である。また、処置室やベットサイドで施行可能で、全身麻麻酔を回避でき医療費の軽減も図ることができると考える
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	887 1
	技術名	卵巣部分切除術（腟式を含む）開腹によるもの
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,381,200
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）	2,048
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数：1,749点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：2,990円（試案参照）
（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）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	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）	

「経皮的卵巣嚢腫穿刺内容排除」について

【技術の概要】

・超音波を用いてガイドとし、経皮的に卵巣嚢腫を穿刺し、内容を吸引、排除する。本処置は局所麻酔下、鎮静下にベッドサイドもしくは処置室で行う。

【対象疾患】

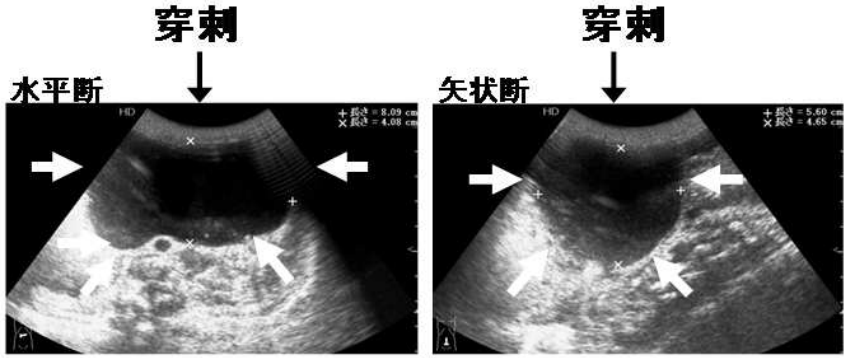
・卵巣嚢腫

経皮的卵巣嚢腫穿刺内容排除の適応は、卵巣嚢腫がsimple cystで、最大径が5cm以上の場合は超音波ガイド下で嚢胞を穿刺し，内容を吸引とする。5cm未満の場合は穿刺を行わずそのまま経過観察。
complex cystの場合には卵巣部分切除術や腹腔鏡下手術が行う（杉山正彦、金森 豊ら：当科における出生前診断された卵巣嚢腫の治療方針．日本周産期・新生児医学会雑誌 46.4:1212-1214, 2010）

【診療報酬上の取扱】

・J. 処置
・20,478円 (2,048点)
(外保連処置試案 T52-03171経皮的卵巣嚢腫内容排除：技術度C、費用総計20,478円)

【方法の実際】



（→ 卵巣嚢腫）

膿瘍と腹壁と接した部位の描出、消化管の介在がないことの確認は容易で、安全な穿刺が可能である。

【既存の治療法との比較】

・卵巣部分切除術等手術は全身麻酔を必要とし、腹腔内の操作を伴う比較的侵襲の高い治療であると考える。
・本処置は治癒率の高い、安全な治療で、全身麻酔、開腹操作を回避でき、皮膚切開を必要としない整容性にすぐれたQOLの高い治療である。

（参考文献）

・田中 潔、中條俊夫ら：経皮的穿刺排液にて治療した新生児卵巣嚢腫の2例．小児外科 23：808-812, 1991

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	345105
申請技術名	臍ヘルニアの圧迫療法
申請団体名	日本小児外科学会
技術の概要 （200字以内）	臍ヘルニアに対して、突出した臍を用手的に還納し、臍の陥凹部にスポンジ、綿球、ガーゼ綿等を合わせ、フィルムテープや絆創膏で圧迫、この状態を自宅でも継続する治療法。外来診療にて保護者にこの手技を指導し、自宅で3日に一度のフィルムテープ等を交換。1カ月ごとに外来受診を行い、啼泣時など腹圧上昇時にも臍部の膨隆がなく、ヘルニア門の閉鎖を確認した場合に自然治癒したと判断し、圧迫治療を中止する。
対象疾患名	臍ヘルニア
保険収載が必要な理由 （300字以内）	臍ヘルニアに対して絆創膏固定による圧迫療法は古くから施行されていたが、臍ヘルニアは無処置で経過観察を行うべきという報告が大部分であった。2000年頃より臍ヘルニアの圧迫療法の有効性についての報告がみられるようになり、圧迫療法を希望して小児外科外来を来院する症例が増えてきている。小児外科、小児科外来での臍ヘルニアの圧迫治療の保険収載の必要性があると考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		臍ヘルニアの1歳までの自然治癒率は、無処置経過観察例で56%、圧迫治療例で84%と有意に高い（昭和医会誌67巻1号13-16, 2007）。比較試験でないが過去の1歳までの自然治癒率の報告例80%（臨外34巻1044-1048, 1979）と比べて、治癒率86.5%という報告例（小児外科40巻12号1357-1360, 2008）や固定120日間で治癒率97.1%という報告例（日小外会誌38巻768-774, 2002）がある。 また臍ヘルニアの治癒までの期間は、無処置経過観察例が240～275日に対して、圧迫療法施行例が140～174日と有意に短時間で治癒すると報告されている。
	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）		フィルムテープや絆創膏による皮膚トラブル（接触性皮膚炎、皮膚のびらん等）が最も頻度の高い合併症であり、その発生率は2.17～2.56%という報告例から20%という報告例まであるが、いずれも軽症であり、圧迫治療を中断することで改善している。また皮膚トラブルがあっても一旦改善すれば、圧迫治療を再開可能となる。
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）		本邦における乳幼児臍ヘルニアの診療方針に対するアンケート調査報告（日小外会誌47巻1号47-53, 2011）によると、58.5%の小児外科専門医がすでに臍ヘルニアの圧迫療法を施行しており、現在では一般的な治療法となっていることが明らかになった。 この治療法は、臍ヘルニアの脱出を用手的に還納する技術があれば、行うことが可能である。また学会等のガイドラインなどはなく、どの施設でも行なえる。
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）		特になし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	25,000
	・年間実施回数等（回）	100,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		臍ヘルニア手術は、自然治癒しない症例や、余剰皮膚が大きく残った症例に対してのみ行われる。圧迫治療を行わない場合、全臍ヘルニア症例中の約20%が手術適応となるが、圧迫療法を行うことでその約半数が手術を回避することが期待でき、これら入院治療費、手術料、麻酔料の削減が期待できる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	K633 3
	技術名	臍ヘルニア手術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	85,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	J　処置
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	341
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数：325点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：160円（試案参照）
（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）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	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）	

「臍ヘルニアの圧迫療法」について

【技術の概要】

・臍ヘルニア内に脱出した腸管を腹腔内に戻し、スポンジ、綿球等で圧迫し、テープで固定する。

【対象疾患】

・臍ヘルニア

・臍ヘルニアに対して絆創膏固定による圧迫療法は古くから施行されていたが、臍ヘルニアは無処置で経過観察を行うことが一般的であった。2000年頃より臍ヘルニアの圧迫療法の有効性（自然治癒率の改善、自然治癒までの期間短縮）の報告がみられるようになり、圧迫療法を行う症例が増加してきている。
小児外科専門医へのアンケート調査でも、58.5%の小児外科専門医がすでに臍ヘルニアの圧迫療法を施行しており、現在では一般的な治療法である。

【方法の実際】

スポンジで圧迫

テープで固定

【安全性】

フィルムテープや絆創膏による皮膚トラブル（皮膚のびらん等）が頻度の高い合併症で、その発生率は2.17～2.56%という報告例から20%。
いずれも軽症で、圧迫治療を中断することですぐに改善。

【既存の治療法との比較】

・臍ヘルニアの1歳までの自然治癒率は、無処置経過観察例で56%、圧迫治療例で84%と有意に高い（昭和医会誌67巻1号13-16, 2007）。
比較試験でないが、1歳までの自然治癒率の報告例80%（臨外34巻1044-1048, 1979）と比べて、治癒率は86.5%（小児外科40巻12号1357-1360,2008）、治癒率97.1%（日小外会誌38巻768-774, 2002）と高率である。
また臍ヘルニアの治癒までの期間は、無処置経過観察例が240～275日に対して、圧迫療法施行例が140～174日と有意に短時間で治癒する。
・無処置様子観察例と比較し、圧迫療法を行うことで、手術症例数が年間2,500例減少することが期待される。

【診療報酬上の取扱】

一般処置として「臍ヘルニアの圧迫療法」341点の新設を希望（月1回、外来診察時に限定して算定）

・外保連試案点数（T52-16201 臍ヘルニア圧迫療法）: 341点
臍ヘルニア圧迫療法にかかる費用と、臍ヘルニア手術が回避できることで減少できる医療費との差額は
年間2億7300万円減額できると予測。

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	345106
申請技術名	短期滞在手術基本料（日帰りの場合、小児全身麻酔の場合）
申請団体名	日本小児外科学会
技術の概要 （200字以内）	小児で日帰りの場合、全身麻酔下の場合の短期滞在手術基本料の新設要望。
対象疾患名	鼠形ヘルニア、臍ヘルニア、先天性耳瘻、副耳、舌小帯短縮、包茎、陰嚢水腫、停留精巣、内視鏡検査を要する疾患
保険収載が必要な理由 （300字以内）	これまでA400 1短期滞在手術基本料1（日帰りの場合）、A400 2短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）および鼠形ヘルニア手術に対するA400 3短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）がある。日帰り手術に対する短期滞在手術基本料は、これを算定できる手術が限られており、またお局所麻酔下での手術を基準としている。今回、日帰りの場合、小児全身麻酔下の場合の短期滞在手術基本料の新設要望。

【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）		周術期の管理が向上し、小児でも短時間の手術は日帰り手術が可能となってきた。 日帰り手術の利点は 1) 母子分離を避けてこどものストレスを減らせる。 2) 滞在期間が短く院内感染を防止できる。 3) 入院費が軽減できる。
	エビデンスレベル	Ⅴ 記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		日帰り手術が安全に施行するためは、術前、術後の麻酔科医、看護師の態勢、帰宅後での安全確認態勢などが必要である。
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）		小児病院では日帰り手術を施行している施設が増加している。小児外科では都立小児総合医療センター、兵庫県立こども病院、静岡こども病院ではいずれも400例前後の日帰り手術を施行している。兵庫県立こども病院全体では1,163例の日帰り手術を施行している。
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）	10,000
	・年間実施回数等（回）	10,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		日帰り手術の利点は1) 母子分離を避けてこどものストレスを減らせる。2) 滞在期間が短く院内感染を防止できる。3) 入院費が軽減できる点
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	その他
	番号	A400
	技術名	短期滞在手術基本料
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	210,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	その他
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	4,200
	その根拠 （150字以内）	鼠径ヘルニアの日帰り入院では短期滞在手術基本料3の5,703点が算定でき、小児基本管理料1の病棟なら4500点が算定できる。臍ヘルニア手術でのDPC下1日あたり点数は2446点で平均在院日数は8日である。よって、新たに「短期滞在手術基本料（日帰りの場合、小児全身麻酔の場合）」4200点を要望する。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	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）	4,200

技術名：「短期滞在手術基本料（日帰りの場合、小児全身麻酔の場合）の新設」

【概要】

これまで日帰り手術に対する短期滞在手術基本料はA400 1がすでにあるが、これを算定できる手術および点数は局所麻酔下での手術を基準としている。今回、日帰りの場合、小児全身麻酔下の場合の短期滞在手術基本料を新設要望。

【既存の短期滞在手術基本料との比較】

周術期の管理が向上し、小児でも短時間の手術は日帰り手術が可能となってきた。
日帰り手術の利点は
1) 母子分離を避けてこどものストレスを減らせる。
2) 滞在期間が短く院内感染を防止できる。
3) 入院費が軽減できる点である。
人件費や入院期間短縮によるインセンティブとして今回要望の短期滞在手術基本料の新設を希望。
日帰り、小児全身麻酔で手術を行う場合、一般病床、回復室を利用した場合、今回要望の短期滞在手術基本料を認めていただきたい。現在の短期滞在手術基本料1（日帰り）は、術室回復室で認められているが、局所麻酔の手術に限定されている。

【医療費の削減効果】
年間予想件数10,000件
・新たに日帰り手術に変更する予定の7,000例：入院治療が1泊2日入院料90,000円（入院基本料4,500点×2日）
→「短期滞在手術基本料（日帰り、小児全身麻酔下）」42,000円
→1件あたり48,000円×7,000件＝336,000,000円医療費削減
・これまで日帰り手術をおこなっていた3000例：この基本料新設で42,000円×3,000件＝126,000,000円増加
・336,000,000円－126,000,000円＝210,000,000円の医療費削減

【対象手術および処置】

・K287 先天性耳瘻管摘出術
・K288副耳（介）切除術
・K419 頬、口唇、舌小帯形成手術
・K633 3 臍ヘルニア手術
・K633 5 鼠形ヘルニア手術
・K634 腹腔鏡下鼠形ヘルニア手術（両側）
・K828 包茎手術
・K830 精巣摘出術
・K835 陰嚢水腫手術
・K836 停留精巣固定術
・K836-2 腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
・D302 気管支ファイバースコピー
・D306 食道ファイバースコピー
・D308 胃・十二指腸ファイバースコピー
・D310 小腸ファイバースコピー
・D312 直腸ファイバースコピー
・D313 大腸ファイバースコピー
・D317 膀胱尿道ファイバースコピー
・D317-2 膀胱尿道鏡検査

【診療報酬上の取扱】

A400 短期滞在手術基本料（日帰り、小児全身麻酔） 4,200点
施設基準は「短期滞在手術基本料1」に準ずる

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	345107
申請技術名	先天性食道閉鎖根治手術（胸腔鏡下）
申請団体名	日本小児外科学会
技術の概要 （200字以内）	胸腔鏡下で食道閉鎖症の根治術を行う。
対象疾患名	先天性食道閉鎖症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	従来、開胸もしくは胸膜外アプローチによる手術を行っていた。術野は狭く場合によっては助手ですら確認することが難しかったが、鏡視下で行うことにより手術対象が拡大され、モニターで手術に参加するすべてのスタッフが術野を確認できることにより安全性が向上するとともに、低侵襲手術としても貢献しうる。

【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）		食道吻合は術野を拡大して吻合を行え、確実な縫合が行える。 気管食道瘻の切離が短時間であり、早期に全身麻酔が安定する。 右下行大動脈の際も手術側を変更するのが容易。 整容性に優れ、術後の胸郭変形や肩甲骨の運動障害を残さない。 海外の研究においては吻合不全や術後食道狭窄症などの合併症の発生率は開胸術と有意差はみられないが少ない傾向。死亡率は0から0.9%.(Annals of surgery 2005年 242号, The American Journal of Surgery 2011年 202号)
	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）		小児の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）		小児に対して積極的に鏡視下手術を行っている施設では近年報告が増えつつある。外保連試案の技術度はDであり専門医クラスの手術となる。
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）	84
	・年間実施回数等（回）	21
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）		気管挿管の期間が従来の10.6日から5.1日と半減する。これにより集中治療の必要期間が短縮することが見込まれる。（Chinese mediccal Journal 2012年 125号） また、長期的合併症の減少による医療費削減効果が見込める。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	528
	技術名	先天性食道閉鎖症根治手術
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	10,815,000
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）	116,320
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数：103,520点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：127,964円（試案参照）
（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）	その他
	番号	該当なし
	技術名	特になし
	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）	

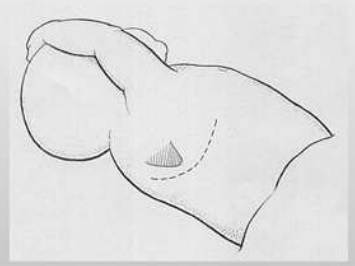
「先天性食道閉鎖症根治手術(胸腔鏡下)」について

【技術の概要】

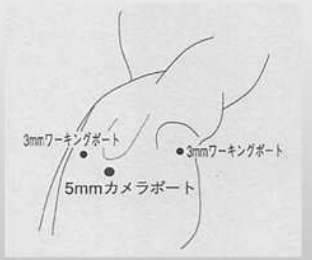
- 胸腔鏡下で食道閉鎖症の根治術を行う

【対象疾患】

- 先天性食道閉鎖症



開胸術における皮膚切開



胸腔鏡のポート位置

【既存の治療法との比較】

- 気管食道瘻の切離が短時間であり、早期に全身麻酔が安定する。
- 右下行大動脈の際も手術側を変更するのが容易。
- 整容性に優れ、術後の胸郭変形や肩甲骨の運動障害を残さない。
- 吻合不全や術後食道狭窄症などの合併症の発生率は開胸術と有意差はみられないが低い傾向。
- 本技術の死亡率は0～0.9%

【診療報酬上の取扱】

- K手術
- 116,320点

（参考文献）

- 川島 寛、岩中 督：胸腔鏡下食道閉鎖症根治術. 小児外科 41;918-921, 2009
- Holcomb GW, Rothenberg SS, et al. Thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Annals of Surgery 242: 422– 428, 2005
- Burford JM., Dassinger MS, et al: Repair of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula via thoracotomy: a contemporary series. The American Journal of Surgery 202, 203–206, 2011

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		345201
申請技術名		小児科療養指導料の算定疾患の拡大
申請団体名		日本小児外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		B 医学管理等
診療報酬番号		001 5
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）		対象疾患を小児外科で長期療養指導を必要とする疾患にも拡大する。 要望点数（①+②）：対象疾患拡大のため同点数 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：対象疾患拡大のため同点数 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：該当なし

【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）		現在対象とされている疾患以外で、小児外科疾患においても長期にわたり、排尿排便の指導、栄養指導、呼吸管理指導等、外来で十分な時間をかけて療養指導を必要とする疾患がある。具体的疾患として、二分脊椎、鎖肛、ヒルシュスプルング病、ヒルシュスプルング病類縁疾患、先天性食道閉鎖症、短腸症候群、胃食道逆流症、肺低形成、先天性気管異常、胆道閉鎖症、膀胱腸裂、潰瘍性大腸炎、横隔膜ヘルニア、仙尾部奇形腫、血管腫、リンパ管腫、喉頭気管分離が挙げられ、これら疾患を小児科療養指導料の対象疾患として認められるように要望する。
点数の見直しの場合	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）		二分脊椎400例、先天性横隔膜ヘルニア180例（難病情報センター）、ヒルシュスプルング病200例、胆道閉鎖症100例（難病情報センターと2012年出生数より推計）、鎖肛300例、先天性食道閉鎖症150例、その他約150例で、合計1,480例程度と推測される。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	0
	後の人数（人）	1,480
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0
	後の回数（回）	8,880
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	5,476,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	上記疾患について、適応の拡大がなされれば、療養指導料：1,480人×12回×2,500円＝44,400,000円・A 早期退院：1,480人×20,000円＝29,600,000円・B 外来受診回数の減少：1,480人×6回×1,050円＝9,324,000円・C A-B-C＝5,476,000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）	増点ではなく、適応疾患の拡大のため、該当しない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	その他
	番号	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）	250
	後の点数（点）	250

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		345202
申請技術名		胃・食道内24時間pH測定
申請団体名		日本小児外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		D 検査
診療報酬番号		234
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）		胃内及び下部食道にpHモニターセンサーをレントゲン下に挿入し、pHを24時間監視し、胃内容の食道への逆流の有無、程度などを記録、分析する。 要望点数（①+②）＝8,670点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：8,620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（試案参照） 【価格参考】 シングルユース：スターメディカル社 電極一体型2ch pHカテーテル 19,000円 マルチユース：アサヒバイオメッド社 2ch pHカテーテル 53,000円 メドトロニック社 4ch pHカテーテル 78,000円 ※3～4回の使用が可能だが、感染症を有する患者に使用する場合には、シングルユースとして破棄している。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由（根拠、有効性等について必ず記載すること。）（400字以内）		胃食道逆流は、新生児から成人に至る各年齢層において様々な原因で発生する。小児では先天性食道裂孔ヘルニア、食道閉鎖症術後、精神運動発達遅滞児などで好発し、誤嚥性肺炎等の原因となるため、逆流率と臨床所見に応じて保存的治療（薬剤、生活習慣の改善）や外科的治療（食道裂孔ヘルニア手術、噴門形成術）が施行される。成人領域では、食道裂孔ヘルニアや肥満をはじめ、様々な原因で発症し、同現象を長期間放置することにより、バレット食道から食道癌への進展も危惧されている。本検査は約300万円の機器及び消耗品としてマルチユースでは1本53,000円～78,000円（最大で3～4回程度使用可能）、シングルユースでは12,000円～19,000円のpHセンサーを必要とする。現在の診療報酬では、材料費のみで赤字となっており、レントゲン下でのセンサーの挿入や検査結果の解析に要する費用を考慮した診療報酬の増点を要求する。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	1,000
	後の点数（点）	8,670
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（6月）より推計。 6月の総数が37件であり、37件×12カ月＝444件として推計した。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	444
	後の人数（人）	444
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	444
	後の回数（回）	444
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	34,054,800
（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）	現行の診療報酬（D234）は1,000点、外保連検査試案の改正要望点数は8,670点で、その差は7,670点である。平成23年社会医療診療行為別調査（6月）から推計した年間検査数は444件であり、単純計算をすると、7,670点×444件×10＝34,054,800円の増加となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	特になし
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	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）	1,000
	後の点数（点）	8,670

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		345203
申請技術名		手術通則14の改正
申請団体名		日本小児外科学会
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	特になし
提案の具体的な内容（400字以内）		下記10通りの複数手術については、左の主たる手術しか算定できていないため、右の従たる手術の所定点数の50/100に相当する点数を合算して算定できるように、手術通則14の「複数手術に係る費用の特例」の適応拡大を要望する。①停留精巣固定術＋鼠径ヘルニア手術、②先天性気管狭窄手術＋心臓大血管手術、③喉頭気管分離術＋血管結紮術、④腸閉鎖症手術（腸管切除を伴うもの）＋腸回転異常症手術、⑤腸回転異常症手術＋腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わないもの）、⑥腹壁破裂手術（臍帯ヘルニア手術に準じる）＋腸閉鎖症手術、⑦腹壁破裂手術（臍帯ヘルニア手術に準じる）＋臍腸管瘻手術、⑧腹壁破裂手術（臍帯ヘルニア手術に準じる）＋尿膜管摘出術、⑨腹壁破裂手術（臍帯ヘルニア手術に準じる）＋小腸腫瘍、小腸憩室摘出術、⑩生体部分肝移植＋脾摘出術

【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）		停留精巣と鼠径ヘルニア(①)、先天性気管狭窄症と心臓大血管疾患(②)、腸閉鎖症と腸回転異常症(④、⑤)、腹壁破裂と腸閉鎖症、臍腸管瘻、尿膜管遺残、メッケル憩室(⑥～⑨)については胎生期に合併しやすい疾患であり、同一手術野で手術を施行している。③の嚥下機能障害に対する喉頭気管分離術では、術後に気管腕頭動脈瘻という致命的な合併症を発生する危険性があり、予防のため腕頭動脈離断術を施行している。(川嶋　寛ら:喉頭気管分離術と腕頭動脈離断術を同時期に施行した2例の検討. 日小外会誌 45:263, 2009) ⑩の生体部分肝移植では、生体からのグラフトが小さい場合には門脈圧亢進が生じて予後不良になるため、予防のために同時に脾摘出術を施行している。(小倉靖弘ら:肝臓移植:smaii-for-size graft克服のための最近の門脈圧modulation. 移植 44:402-408, 2009)
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主たる手術の件数を推計した値に③と⑩以外は両疾患の合併頻度をかけて計算すると、①5232×0.65=3400,②0×0.39=0,③384,④372×0.16=59.5, ⑤168×0.16=26.7⑥60×0.09=5.4,⑦60×0.01=0.6,⑧60×0.01=0.6,⑨60×0.06=3.6,⑩12となり、合計は3892.4である。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	3,892
	後の人数（人）	3,892
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	3,892
	後の回数（回）	3,892
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）	132,378,170
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	算出した件数×従たる手術点数の50/100:①3400×3000=10200000②0×(15000～73000)=0③384×5275=2025600④59.5×9405=559597.5⑤27×6095=162736⑥5.4×14105=76167⑦0.6×9,140=5484⑧0.6×5475=3285⑨3.6×9405=33858⑩12×14105=169260。計13237816.5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）	適応拡大していただけない場合には、これまで通り、高いほうの点数の手術点数のみしか請求できない。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	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		345204
申請技術名		組織試験採取、切採法　直腸
申請団体名		日本小児外科学会
診療報酬区分（1つ選択）		D　検査
診療報酬番号		D417 10
再評価区分（1つ選択）		2-A　点数の見直し（増点）
	「5　その他」を選んだ場合等に記載	該当なし
提案の具体的な内容（400字以内）		直腸に器械を挿入し、吸引下あるいは直視下で直腸粘膜を生検する。この組織により、AchE染色によるヒルシュスプルング病、同類縁疾患、ほか疾患の鑑別、補助診断として有用となるものである。非鎮静下において外来でもできる処置である。基本的に3か所の生検を行うことが多く、感染予防のため生検器具先端はディスポ化されてきており、それぞれ替え刃を3個必要となっている。 要望点数（①+②）＝650+360=1,010点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：650点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：吸引生検機器先端補助ブレード　12,000円/3個 参考：スターメディカル社　RBI2　（基本的に3箇所の生検を行うことが原則のため） ＝1,200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）		ヒルシュスプルング病、同類縁疾患は、多数の排便障害患者の中に存在することが多い。また検査は有用であり、治療が必要である疾患である。病的な範囲の腸管壁神経叢の神経節細胞の欠如が原因であり、欠如している部分の腸管より口側は拡張して腸閉塞症状を呈し、致死的な腸炎を起こすこともあるため、診断が迅速に行われる必要があり、同時に適切な治療が行われる必要がある。 確定診断は全層生検による神経節細胞の欠如の証明であるが、その検査は侵襲的であり迅速的ではない。そのため、外来等での可能な検査として注腸造影検査による形態、直腸粘膜生検によるAchE染色（陽性線維増生の有無）の病理学的検査が補助診断として有用である。 深さを変えて肛門から（歯状線）1、2、3cmで生検を行いそれぞれ組織を染色するので、3箇所のカートリッジ（ブレード）が必要である。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	650
	後の点数（点）	1,850
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		便秘等排便障害の患者の中から、上記疾患群の鑑別を行うために同処置を行うのは年間約400例前後の対象患者が見込まれる。また平成23年社会医療診療行為別調査より推計。36X12＝432件の推計。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	432
	後の人数（人）	432
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	432
	後の回数（回）	432
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	5,184,000
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	現在の報酬は650点、外保連検査試案の改正要望点数は1,850点でその差は1,200点である。推計した年間432件で考えると、1,200点x432x10＝5,184,000円の増加となる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	特になし
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	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）	650
	後の点数（点）	1,850

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	346101
申請技術名	尿水力学的検査：膀胱内圧（小児）
申請団体名	日本小児泌尿器科学会
技術の概要 （200字以内）	尿水力学的検査：膀胱内圧の小児加算の新設・算定
対象疾患名	小児泌尿器外科的疾患全般
保険収載が必要な理由 （300字以内）	ダブルルーメン・カテーテルの価格が約4,000円/1本と高価であることから、費用計（現行の診療点数260点）に見合った点数の見直し（増点）が望まれる。又、小児においては所要時間30分増が必至となる為、乳・幼児だけでなく6歳以上を含めた小児加算・算定が不可欠であると考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		この検査によって様々な膀胱、尿道の疾患を有する患児の治療方針を決定出来る為、治療率の向上及び患児のQOLの改善につながる。
	エビデンスレベル	Ⅳ 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		一般的な検査であって、副作用の発現はない。但し、カテーテルを留置する為に尿道損傷を来す危険がある。しかしながらバルーンを小さく膨らませる事により、頻度的には"0"に等しいと考えられる。
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）		所謂ルーティン検査であり、膀胱・尿道・排尿疾患にとっては不可欠な検査となる。又、難易度は中等度以下で、適切な方法で数回反復すれば安全に行なう事が出来る。
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）		問題無し
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	500
	・年間実施回数等（回）	700
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）		尿道損傷に留意して施行すれば、成人患者に対する検査と同等の効果が得られる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	D2421
	技術名	尿水力学的検査：膀胱内圧測定
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	3,892,000
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）	816
	その根拠 （150字以内）	現行の診療点数が260点であり、ダブルルーメン・カテーテルの価格が約4,000円であることから、260点+400点。さらに乳幼児加算に留まらず、6歳以上を含めた加算分として、+156点（260点×60/100）が考えられる為。なお、外保連試案では1,324点である。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	該当なし
	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）	260
	後の点数（点）	816

「尿水力学的検査：膀胱内圧（小児）」について

1. 技術の概要：膀胱内圧の小児加算の新設・算定

2. 対象疾患：小児泌尿器外科的疾患全般

3. 既存の治療法との比較：
   - 類似の治療法が無い事から、新規性に富み、効果も高い。
   - 一般的な検査であり、副作用の発現はない。
   - ダブルルーメンカテーテルの価格が4,000円と高価である事から費用計に見合った点数の見直し（増点）が望まれる。
   - 小児の検査は医師と看護師2名で行われ、所要時間も30分増が必至となる為、乳・幼児だけでなく6歳以上を含めた小児加算・算定が不可欠であると考える。
   - 尿道損傷に留意して施行すれば、成人患者に対する検査と同等の効果が得られる。

4. 診療報酬上の取扱：
   - 区分：D検査
   - 点数：816点

（現行の診療点数D2421：260点＋ダブルルーメンカテーテル：4,000円＋小児加算：260点×60/100）

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	346102
申請技術名	在宅アラーム治療指導管理料
申請団体名	日本小児泌尿器科学会
技術の概要 （200字以内）	夜尿（おねしょ）アラームとは、夜尿の水分をセンサーが感知して警報が鳴る装置である。下着や体に直接装着するアラームとシート状になったアラームの2種類があり、センサーが睡眠中の排尿を感知して患児を起こす事により、尿意で覚醒し、トイレに行けるようになる為の訓練となる。
対象疾患名	夜尿症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	我が国の夜尿症患児は7～12歳で約14万人とされ、治療の主軸となるのがアラーム療法である。しかしながら未だアラームは患者の自費購入や研究費支弁による医師側からの貸与（本体価格7,000円～18,000円）であることなどからも、点数の見直し（増点）が必要とされる。

【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）		効果は早くて1週間、遅くとも3ヶ月ほどで現れる。膀胱容量が増加し、3ヶ月の使用で62～78%の効果があるとの報告（夜尿症学会ガイドラインより）があり、再発も少なく、患児のQOLの大幅な改善が期待される。
	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）		極めて完全な装置であり副作用も無い。但し、使用にあたっては寝室が遠いと保護者にアラーム音が聞こえなかったり、一緒に寝ている兄弟や親が寝不足になる等、家庭環境に配慮する必要がある。アラームが鳴っても患児が起きない場合は、保護者が起こす事になる。又、一晩に数回鳴る場合は寝不足になる為、1回目だけは起こすようにし、装置を取り外す事が望ましい。
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）		学会でも広く認められ、最も一般的な治療技術とされている。患児の在宅療法用の装置である為、専門性や施設基準は問わない。
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）		問題無し
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	112,000
	・年間実施回数等（回）	336,000
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）		夜尿症の治療には、大別して生活指導、行動療法（理学療法、心理療法など）及び薬物療法の三つがあるが、生活指導がどの程度夜尿の改善に効果があるかの根拠はなく、薬物の中には小児に対する安全性確認が不十分なものも含まれている。又、夜尿アラーム療法以外の行動療法では効果が不安定である事からも、当該療法は他の治療法に比して優れた安全性・有効性を有していると言える。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	F　投薬
	番号	特になし
	技術名	特になし
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	4,704,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	その他
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,400
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：200点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：12,000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）	その他
	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）	0
	後の点数（点）	1,400

「在宅アラーム治療指導管理料」について

1. 技術の概要：

   夜尿（おねしょ）アラームとは、夜尿の水分をセンサーが感知して警報が鳴る装置である。

2. 対象疾患：夜尿症

3. 既存の治療法との比較：

   夜尿症の治療には、生活指導・行動療法・薬物療法の三つがあるが、

   - 生活指導にどの程度改善効果があるかの根拠はない。
   - 薬物の中には小児に対する安全性確認が不十分なものも含まれる。
   - 夜尿アラーム以外の行動療法は効果が不安定である。

   ⬇

   当該技術は他の治療法に比して優れた安全性・有効性を有している。

4. 診療報酬上の取扱：

   - 区分：その他
   - 点数：1,400点
     （妥当と思われる点数：200点＋アラーム価格12,000円）

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	346103
申請技術名	尿管形成術
申請団体名	日本小児泌尿器科学会
技術の概要（200字以内）	巨大尿管をtapering法やplication法、folding法によって細く整え直す技術である。
対象疾患名	巨大尿管症、膀胱尿管逆流症、膀胱尿管移行部狭窄症
保険収載が必要な理由（300字以内）	尿管形成術には極めて特殊な技術が要求される事から、難易度の非常に高い手術手技の一つに挙げられる。昨今の需要の高まりを鑑みても、技術的難易度を考慮した保険収載が必要と考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		本治療により、上記疾患は治癒可能となり、患児のQOLの大幅な改善が期待される。
	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）		副作用は無い。術後合併症を来す場合が稀にあるが、適切な処置を行う事で、回避可能となる。
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）		泌尿器科領域では既にルーチン化した手術であるも、難易度は非常に高く、且つ専門性も極めて高い。
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）	500
	・年間実施回数等（回）	1,000
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		既存の治療法がない事からも、新規性が高く、極めて有効な術式である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	該当なし
	技術名	特になし
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	390,100,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	39,010
	その根拠（150字以内）	難易度の高い手術である為、経尿道的尿管狭窄拡張術（K783　20,930点）や尿管口形成手術（K794　16,580点）など、他の尿路系手術の診療報酬と比較しても、充分に妥当であると考える。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	該当なし
	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）	

「尿管形成術」について

1. 技術の概要：
   巨大尿管をtapering法やplication法、folding法によって細く整え直す技術である。

2. 対象疾患：巨大尿管症、膀胱尿管逆流症、膀胱尿管移行部狭窄症

3. 既存の治療法との比較：
   - 極めて有効な術式である。
   - 既にルーティン化した手術であるも、難易度が非常に高く、高い専門性が求められる。
   - 術後合併症を来す場合があるが、適切な処置を施す事で充分回避し得る。

   ⬇

   本治療により上記疾患は治癒可能となり、患児のQOLは大幅に改善する。

4. 診療報酬上の取扱：
   - 区分：K 手術
   - 点数：39,010点

   （その難易度の高さから、他の尿路系手術の診療報酬と比較しても充分に妥当であると考える）

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号		346201
申請技術名		小児科療養指導料の算定疾患の拡大
申請団体名		日本小児泌尿器科学会
診療報酬区分（1つ選択）		B 医学管理等
診療報酬番号		B-001-5
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定疾患の拡大
提案の具体的な内容（400字以内）		次の7疾患を算定対象として要望： 神経因性膀胱、鎖肛、尿道下裂、後部尿道弁、膀胱腸裂、腎盂尿管移行部狭窄症、尿管膀胱移行部狭窄

【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）		上記7疾患は慢性疾患であり、入院中以外であっても、治療計画に基づいた生活指導の継続が不可欠となる。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	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）		平成23年社会医療診療行為別調査より推計。7疾患を加える事により患者数ならびに実施回数が少なくとも約1.2倍に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）	25,003
	後の人数（人）	30,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	300,036
	後の回数（回）	360,043
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）	150,017,500
（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）	算定対象を拡大した場合に予想される当該指導料にかかる医療費： 2,500円×360,043回=900,107,500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）	算定対象を拡大しない場合に予想される当該指導料にかかる医療費： 2,500円×300,036回（25、003回×12ヶ月）=750,090,000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）	K 手術
	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）		算定疾患の拡大
点数の見直しの場合	前の点数（点）	0
	後の点数（点）	250

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		346202
申請技術名		手術通則14の改正
申請団体名		日本小児泌尿器科学会
診療報酬区分（1つ選択）		その他
診療報酬番号		通則14
再評価区分（1つ選択）		5 その他
	「5 その他」を選んだ場合等に記載	算定対象の拡大
提案の具体的な内容（400字以内）		同一手術野における複数手術の加算（主たる手術に従たる手術の50/100に相当する点数を合算して算定）を、次の複数手術について要望： 停留精巣固定術+鼠径ヘルニア手術、尿道下裂形成手術+停留精巣固定術、尿管膀胱吻合術+尿管形成術、鎖肛手術+尿道腸瘻閉鎖術、尿道皮膚瘻閉鎖術（近位側）+尿道皮膚瘻閉鎖術（遠位側）

【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）		主たる手術・従たる手術が各々に難しく、専門性も極めて高い為、費用を単一化するのは適切でない。高度な技術が要求され、手術時間も長くなる事を鑑み、少なくとも現行の1.5倍の点数にする措置を提案したい。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	131,770
	後の点数（点）	157,425
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		従来の上記手術の合計点数は131,770点（未収載の尿道皮膚瘻閉鎖術を除く）であるが、従たる手術の50/100を加えると、その合計は157,425点（未収載の尿管形成術、尿道皮膚瘻閉鎖術は除く）となる。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	50,000
	後の人数（人）	50,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	50,000
	後の回数（回）	50,000
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）	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）	現行の約1.3倍～1.5倍
	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）	現行どおり
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	該当なし
	技術名	特になし
提案の具体的な内容（150字以内）		手術通則14の改正：同一手術野における複数手術の加算（主たる手術に従たる手術の50/100に相当する点数を合算して算定）の対象拡大
点数の見直しの場合	前の点数（点）	157,630
	後の点数（点）	199,240

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		346203
申請技術名		尿道下裂形成術
申請団体名		日本小児泌尿器科学会
診療報酬区分（1つ選択）		K　手術
診療報酬番号		819
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）		尿道下裂形成術の増点（現行の33,790点から58,840点への増点）を提案する。 ①外保連試案点数（試案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）：70,800円（試案参照）

【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）		年々、重度の尿道下裂が低出生体重児の増加に伴い、増加の一途を辿っている。低出生体重児は組織が脆弱である事からも困難な症例が後を絶たない。又、昨今は1歳未満で手術適応となる場合が多く、高度な技術を要する為、現行の点数の再評価が必要であると考える。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	33,790
	後の点数（点）	58,840
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。対象年齢に低下傾向が認められるが、患者数に増加傾向はなく、実施回数に大きな変化はないと考えられる為、年間実施回数については同じとした。
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,000
	後の人数（人）	1,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	828
	後の回数（回）	828
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）	204,472,000
（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： 588,400円×828回=484,253,200（4億8,425万3,200円）
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	増点しなかった場合に予想される当該技術にかなる医療費： 337,900円×828回=279,781,200（2億7,987万1,200円） 増点した場合との差額：484,253,200円－279,781,200円=204,472,000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）	K　手術
	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）		現行の点数の再評価（増点）
点数の見直しの場合	前の点数（点）	33,790
	後の点数（点）	58,840

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	347101
申請技術名	慢性静脈不全に対する圧迫療法管理料
申請団体名	日本静脈学会
技術の概要 （200字以内）	慢性静脈性不全症によるうっ血性壊疽、深部静脈血栓後遺症、下肢静脈瘤によるうっ滞性皮膚潰瘍や皮膚炎には、創傷処置と適正な圧迫療法を併用することで早期に創傷治癒が図れ、かつ再発も防止できる。静脈性起因であることを診断の上、適正な処置および弾性包帯の使用方法等の指導を行った場合に管理料を算定する。また圧迫療法で使用する弾性包帯あるいは弾性着衣は、医師の指示に基づき購入する場合に限り、療養費を支給する。
対象疾患名	うっ血性壊疽、深部静脈血栓症、下肢静脈瘤によるうっ滞性潰瘍および皮膚炎
保険収載が必要な理由 （300字以内）	慢性静脈不全による下肢潰瘍や炎症は難治性で再発が多い。潰瘍治療や再発防止のためには圧迫療法の有用性は海外では一般的な治療法として確立されているにもかかわらず、日本では保険未収載のため適正に圧迫療法を施行せずに、漫然と創傷ケアのみが行われ長期間治癒しない、あるいは再発を繰り返すケースが散見される。これらの未処置あるいは不十分な処置に対して、保険適用を行い適正に圧迫療法を行うことで、治癒期間の短縮や再発防止により医療費削減につながる。すでに圧迫療法で関連するものとして、リンパ浮腫に対しては管理指導料および弾性着衣等の療養費が保険収載済みであり、仕組みとしても確立されている。

【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）		(1)静脈性の下肢潰瘍治療に対する圧迫療法の有効性エビデンス 静脈性潰瘍治療に対して、圧迫療法を併用することで治癒促進・再発防止は古くから知られている。また圧迫ありと圧迫なしによる無作為試験は7件報告あり、2件以外はすべて良好な結果を得ている。 *(Cochrane review) O'Meara S,Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcer ほか (2)ガイドライン ： 創傷、熱傷ガイドライン「(4)下腿潰瘍、下肢静脈瘤ガイドライン」 2011年 日本皮膚科学会が設定済み
	エビデンスレベル	Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		特に問題はない。 しかし動脈血流障害のある患者には圧迫療法は不適であり、十分注意を要する。
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）		1990年代から本邦でも学会の設立などで本疾患が圧迫療法を必要とすることは血管外科領域で広く周知されており、皮膚科学会など関連学会から圧迫療法についてガイドラインが発行されており、一般的な治療として圧迫療法に対する保険収載が望まれている。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		特に問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	27,388
	・年間実施回数等（回）	82,164
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）		＜既存の治療法との比較＞ 1）圧迫療法の有無による治癒率 5/7RCTsで非常に優位 圧迫群53%～95% vs 非圧迫群22%～71% 2）圧迫療法の有無による再発率（6ヶ月後） 圧迫群 21% vs。 コントロール 46% （RCT：153例）
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	J 処置
	番号	J-000
	技術名	創傷処置
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,643,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	B 医学管理等
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	200
	その根拠（150字以内）	下肢の血管診断に基づく圧迫療法の処置とその後の再発防止への治療管理や指導であり、類似例として「皮膚科特定疾患指導管理料」250点や「糖尿病合併症管理指導料」170点がある。また治療のための材料としてリンパ浮腫管理料と同様に、弾性包帯や弾性着衣を医師の指示書をもとに療養費支給が必要。
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容（150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

【技術名】慢性静脈不全に対する圧迫療法管理料

【技術の概要】

慢性静脈性不全症によるうっ血性壊疽、深部静脈血栓後遺症、下肢静脈瘤によるうっ滞性皮膚潰瘍や皮膚炎には、創傷処置と適正な圧迫療法を併用することで早期に創傷治癒が図れ、かつ再発も防止できる。静脈性起因であることを診断の上、適正な処置および弾性包帯の使用方法等の指導を行った場合に管理料を算定する。また圧迫療法で使用する弾性包帯あるいは弾性着衣は、医師の指示に基づき購入する場合に限り、療養費を支給する。

【対象疾患名】

うっ血性壊疽、深部静脈血栓症後遺症
下肢静脈瘤によるうっ滞性潰瘍および皮膚炎

【従来との比較】予想影響額　16億4300万円・減
（材料の療養費代含む）

当該技術による医療費増額 23億100万円（圧迫療法を併用）
従来治療による医療費　　39億4400万円（軟膏治療中心）

治癒率(7RCTより)

	圧迫群	非圧迫群
研究1	70%	26%
研究2	53%	41%
研究3	70%	38%
研究4	95%	41%
研究5	81%	71%
研究6	67%	22%
研究7	54%	34%

【診療上の取扱】

3ヵ月を限度として、月1回算定または支給する
管理料　　200点
療養費支給額 14,000円上限※

※リンパ浮腫における療養費1回あたり、弾性ストッキング28,000円、弾性包帯下肢14,000円上限

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	347102
申請技術名	リンパ浮腫に対する複合的理学療法
申請団体名	日本静脈学会 （共同提案：日本緩和医療学会、日本脈管学会）
技術の概要 （200字以内）	難治性のリンパ浮腫に対する複合的理学療法（外来・入院）
対象疾患名	原発性・続発性リンパ浮腫
保険収載が必要な理由 （300字以内）	リンパ浮腫患者に対する複合的理学療法による治療は、専門的な研修を受けた医療者が行うことによって、合併症リスク（蜂窩織炎・リンパ漏）の抑制、重症化リスク（QOLの低下、精神的負担、将来的な介護生活の必要性）を回避しうる。また重症患者に対しては、継続的な治療を行うことでQOLの向上、社会復帰が可能となる。併せて患者本人への生活指導をすることにより不必要な医療費の削減と将来的な介護費の削減につながると考えられる。

【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）		重症化したリンパ浮腫患者には、関節機能障害による歩行障害や皮膚変化が高度になった皮膚潰瘍・リンパ漏・象皮症などが見られたり、蜂窩織炎から敗血症を発症することもある。患肢の状態にあわせた適切な複合的理学療法の施行により浮腫の軽減・悪化予防が期待でき、継続した指導と治療もできる。
	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）		患肢の状態にあわせて、適切になされた場合の安全性は問題ない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		リンパ浮腫の診療に関する専門的知識と経験を有する必要があり、脈管関連5学会の会員医師が可能である。医師の診断のもと、専門的な研修を受けた医療者（リンパ浮腫療法士）が、患肢の状態に合わせて行った場合の安全性は問題ない。
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）	6,000
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		波及効果：リンパ浮腫患者には、関節機能障害による歩行障害もみられており、複合的理学療法により日常活動レベルやQOLが改善され、制限されていた可動範囲拡大により労働者の社会復帰による経済効果、さらに将来も含めて高齢者の介護度が下がることによる介護料減を考慮すれば、医療費削減効果は更に期待できる
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	その他
	番号	0
	技術名	特になし
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	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）	999
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：923点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：760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）	

リンパ浮腫に対する複合的理学療法: 日本緩和医療学会

【的確な診断および治療・患者指導により向上する患者のQOL・日常生活動作(ADL)】

1)早期からの的確な診断および治療・患者指導により、治療の遅れが招く重篤化のリスクを回避しうる。
2)リンパ浮腫疾患に対する認知、複合的治療の安全な普及の必要性

【対象患者】

・悪性腫瘍治療の後遺症に対して

乳がん,婦人科がん,泌尿器科がん,消化器がん、頭頸部がん、悪性黒色腫、終末期患者、在宅ケアを必要とする患者など

・その他の局所性浮腫に対して

原発性リンパ浮腫(幼児・小児・児童・成人に発症),慢性静脈不全に伴う浮腫廃用性浮腫、脂肪浮腫、外傷性浮腫,一般手術後の浮腫など

◆早期からの的確な診断および治療・患者指導の重要性

悪性腫瘍に対するリンパ節郭清を含む手術後、リンパ輸送機能が障害を受けるため、すべての人がリンパ浮腫を発症する可能性を持つ。術直後に発症の有無を確定することはできないが、日常の些細なきっかけで発症する場合もある。
また、好発する合併症(蜂窩織炎・リンパ漏など)により重篤化を招きやすい。
悪性転化も皆無ではない。
これらのことからQOLおよびADL低下、自身の体型変化や活動的日常生活の喪失などにより、社会活動への参加を避け、社会生活から退いてゆくことも多い。
さらに高額な治療費の自己負担、将来の介護の必要性なども考慮される。
しかし、早期からの的確な診断および個別に応じた治療・指導により、これらを招くリスクを回避することができる。

乳がん術後左上肢リンパ浮腫

治療前 → 治療後

子宮がん術後両下肢リンパ浮腫

治療前 → 治療後

原発性リンパ浮腫

治療前 → 治療後

【診療報酬上の取扱】J処置　1113点

資料出典:「浮腫疾患に対する圧迫療法 複合的理学療法による治療とケア」文光堂,2008

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	347103
申請技術名	空気容積脈波法
申請団体名	日本静脈学会
技術の概要 （200字以内）	静脈機能不全症の診断
対象疾患名	下肢静脈瘤、深部静脈血栓後遺症などの慢性静脈不全
保険収載が必要な理由 （300字以内）	空気脈波法は、下腿全体の静脈機能（静脈逆流と閉塞）を定性的だけでなく、定量的に評価ができ、静脈疾患の重症度だけでなく、手術療法の選択基準や治療効果の判定にも幅広く用いられているが、未だに下肢静脈機能検査として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）		診断の正確性の向上：静脈機能不全（静脈逆流、閉塞）を定量化することができ、効果的治療選択の一助となり、結果的には効率的な治療に結びつく。
	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）		安全性に関しては血管無侵襲検査の1つであり問題ない。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		日本脈管学会、日本血管外科学会、日本静脈学会の3学会による血管専門技師認定機構にて血管専門技師の認定を行っているが、それに順ずる技師または5年目以上の医師が行うことが必要と考えられる。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	30,000
	・年間実施回数等（回）	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）		本器械にて慢性静脈不全を診断することで、医療費の増額が見込まれると考えられるが、本機器の使用により正確な静脈機能診断を行うことで、的確な治療が行える。それにより不要な医療費が減額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	214
	技術名	脈波図、心機図、ポリグラフ検査
予想影響額	プラス・マイナス	
	金額（円）	0
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	D 検査
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,015
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：1,015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）	

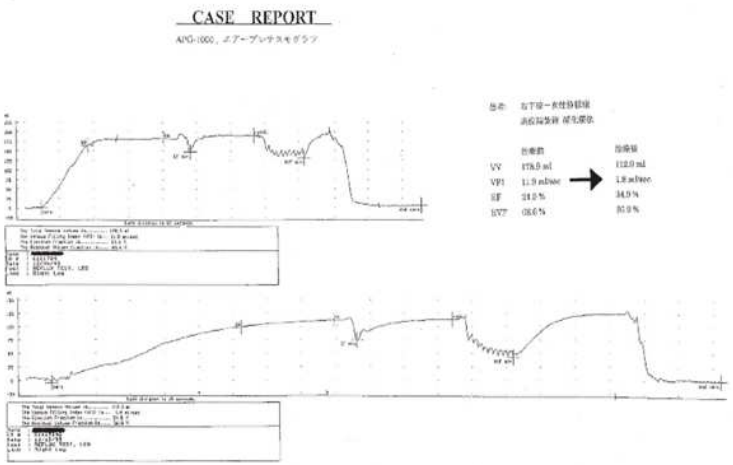
「空気脈波法」について

【技術の概要】静脈機能不全症の診断

【対象疾患】下肢静脈瘤、深部静脈血栓後遺症などの慢性静脈不全

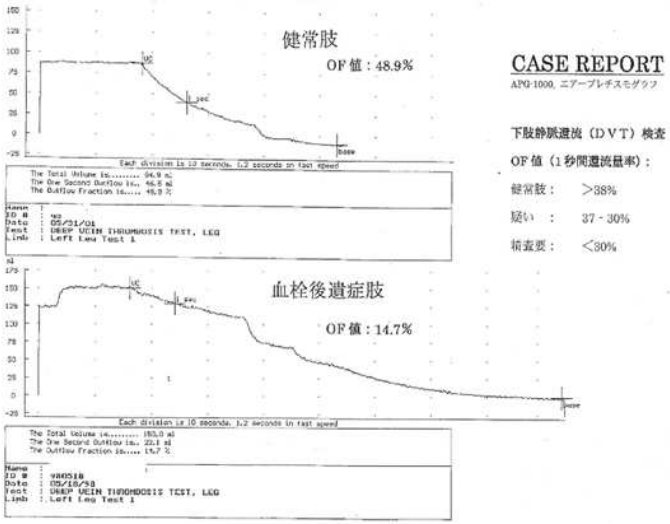
【既存の検査法との比較】従来の検査方法は、定性的な判定しか行えなかったが、静脈機能不全（静脈逆流、閉塞）を定量化することができ、効果的治療選択の一助となり、結果的には効率的な治療に結びつく。

【診療報酬上の取扱】D検査 1015点



逆流の定量化

逆流量の減少により、再充満時間が延長し、静脈容量曲線の最初のカーブの立ち上がりが平低下してる。VFIは11.9から1.8ml/s（正常値）に改善した。



流出路狭窄の定量化

血栓症後遺症肢では、静脈流出路狭窄のため、静脈容量曲線の傾きが緩やかになっている。立ち上がりが平低下してる。APGにおける示標のOut Flow Fractionは健常肢と比較して低値となっている。

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		347201
申請技術名		四肢血管拡張術および血栓除去術
申請団体名		日本静脈学会
診療報酬区分（1つ選択）		K 手術
診療報酬番号		616
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	静脈ステントの保険医療材料
提案の具体的な内容（400字以内）		要望点数（①+②）＝61,760～76,260点、45,540～60,040点 ①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：S82-0226200：血管拡張術51,760点、S81-0203500：血栓除去術35,540点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：血管用ステント 10～24.5万円

【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）		四肢静脈狭窄に対し、低侵襲の血管内治療法の一つにステント留置術がある。下肢動脈の狭窄に対してはステントが材料として認められているが、静脈には認められていない。実際は欧米で静脈ステント用に製造されたものが、本邦で気管内に利用されるステントとして医療保険材料として認可されている。
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）		対象患者数の変化はないと考えられる。年間実施回数：200例
・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）	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）	低侵襲治療であるため、従来の薬物による治療又は、外科治療に比し医療費の軽減が計れる。
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	347202
申請技術名	静脈形成術、吻合術（指の静脈）
申請団体名	日本静脈学会
診療報酬区分（1つ選択）	K　手術
診療報酬番号	623.3
再評価区分（1つ選択）	4　保険収載の廃止
「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）	現在施行されていない術式であるため、保険収載の廃止を要望します。

【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）		
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）		
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	
	後の人数（人）	
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	
	後の回数（回）	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス	
	金額（円）	
（影響額算出の根拠を記載する。）・予想される当該技術に係る医療費・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内）	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容（150字以内）		
点数の見直しの場合	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

医療技術評価提案書（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	348101
申請技術名	摂食嚥下障害回復支援食加算Ⅰ
申請団体名	日本静脈経腸栄養学会
技術の概要 （200字以内）	摂食嚥下機能が評価された本障害を有する静脈もしくは経管栄養利用患者に対し、本障害の早期回復に係る指導および規格化され安定した物性の支援食による経口移行開始の場合に、200点/週を加算する。
対象疾患名	摂食嚥下障害を有し、障害度の評価を経て経口摂取への移行を開始することを目標とする者
保険収載が必要な理由 （300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、死因の多くを占める高齢者の摂食・嚥下障害対策が求められる。摂食・嚥下障害では早期から機能維持回復のための対策が重要で、障害評価から適切な物性（食形態）の支援食提供と指導、経口摂取のための栄養補助療法、終末期の啓発などを推進する評価が必要である。不十分な対応では肺炎後に低栄養やADL低下に至り、寝たきりのまま病院等における強制栄養の継続に陥りかねない。NST加算では、週一回の評価に基づき、質的担保される専門的チーム医療として行う。経口開始時には指導や支援食など負担増が見込まれ、単に特別食加算とせずに、あらたな加算を申請することとした。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		摂食嚥下障害により物性調整食を摂取している高齢者では、常食が提供されている高齢者に比してエネルギー・たんぱく質摂取量が有意に低いという課題がある。一方で近年、摂食嚥下障害を評価の上、酵素により外観を変えずに軟化した支援食を用いた栄養管理を行うことで、従来の物性調整食に比してエネルギー・たんぱく質の摂取量を高め、さらに患者の満足度をも高められるという報告が相次いで成された。いずれの報告でも、支援食では従来の物性調整食に比して、摂取熱量として約100～150kcal、たんぱく質摂取量として10～15g/日の増分が得られているとともに、食事の外観への満足度、および食事自体への楽しみの客観評価が有意に高いという結果を得ている。これらの結果は、摂食嚥下障害患者においても適切な物性と外観を有する食事を選択・提供することで、食の楽しみを減じることなく効果的な栄養介入を達成できることを示唆するものである。
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		摂食嚥下障害を診断する手法は確立しており、NSTにより低栄養または低栄養リスクの患者に適切な栄養介入を行い、種々の疾患に対して低栄養による有害事象を減ずる効果があることは既にエビデンスとして多数の報告がなされている。また、実施にあたり物性が担保された摂食・嚥下障害回復支援食自体の安全性も高い。
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）		提供される摂食・嚥下障害回復支援食の物性・栄養量は規格化されており、品質（物性や栄養成分）が担保されている。現場で調整する食事では調整手法により物性が安定しないと推測される。また、NST加算は2010年4月の診療報酬改定での新設であるが、本邦ではすでに多くの医療施設において全科型のNSTが設立されており、本加算算定施設における栄養介入技術の成熟度は高い。
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）		なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	109,017
	・年間実施回数等（回）	662,642
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		新規性が極めて高い。これまで、摂食嚥下障害に対するアプローチは一部の施設でのみ行われているにすぎなかった。また従来のリハビリテーション（機能訓練自体）としての摂食機能療法は診療報酬に評価されているが、在宅へ導くための指導や付加価値のある支援食の提供には診療報酬では評価されていなかった。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	2,887,498,750
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）	200
	その根拠 （150字以内）	介護保険における経口移行加算が28単位/日であることから勘案し、200点/週と設定した。
（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	
	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	348102
申請技術名	摂食嚥下障害回復支援食加算Ⅱ
申請団体名	日本静脈経腸栄養学会
技術の概要 （200字以内）	摂食嚥下機能が評価された本障害を有する患者に対し、本障害の早期回復に係る指導および主たる栄養を経口から摂取することを目標とし、見た目に配慮しかつ規格化され安定した物性の支援食の提供を原則週7日実施した場合には400点/週を加算する。
対象疾患名	摂食嚥下障害を有し、障害度の評価を経て経口摂取による主たる栄養摂取を目標とする者
保険収載が必要な理由 （300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、死因の多くを占める高齢者の摂食・嚥下障害対策が求められる。摂食・嚥下障害では早期から機能維持回復のための対策が重要で、障害評価から適切な物性（食形態）の支援食提供と指導、経口摂取のための栄養補助療法、終末期の啓発などを推進する評価が必要である。不十分な対応では肺炎後に低栄養やADL低下に至り、寝たきりのまま病院等における強制栄養の継続に陥りかねない。NST加算では、週一回の評価に基づき、質的担保される専門的チーム医療として行う。経口維持時には指導や支援食など負担増が見込まれ、単に特別食加算とせずに、あらたな加算を申請することとした。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		摂食嚥下障害により物性調整食を摂取している高齢者では、常食が提供されている高齢者に比してエネルギー・たんぱく質摂取量が有意に低いという課題がある。一方で近年、摂食嚥下障害を評価の上、酵素により外観を変えずに軟化した支援食を用いた栄養管理を行うことで、従来の物性調整食に比してエネルギー・たんぱく質の摂取量を高め、さらに患者の満足度をも高められるという報告が相次いで成された。いずれの報告でも、支援食では従来の物性調整食に比して、摂取熱量として約100～150kcal、たんぱく質摂取量として10～15g/日の増分が得られているとともに、食事の外観への満足度、および食事自体への楽しみの客観評価が有意に高いという結果を得ている。これらの結果は、摂食嚥下障害患者においても適切な物性と外観を有する食事を選択・提供することで、食の楽しみを減じることなく効果的な栄養介入を達成できることを示唆するものである。
	エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
Ⅰ-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 （200字以内）		摂食嚥下障害を診断する手法は確立しており、NSTにより低栄養または低栄養リスクの患者に適切な栄養介入を行い、種々の疾患に対して低栄養による有害事象を減ずる効果があることは既にエビデンスとして多数の報告がなされている。また、実施にあたり物性が担保された摂食・嚥下障害回復支援食自体の安全性も高い。
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）		提供される摂食・嚥下障害回復支援食の物性・栄養量は規格化されており、品質（物性や栄養成分）が担保されている。現場で調整する食事では調整手法により物性が安定しないと推測される。また、NST加算は2010年4月の診療報酬改定での新設であるが、本邦ではすでに多くの医療施設において全科型のNSTが設立されており、本加算算定施設における栄養介入技術の成熟度は高い。
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）		なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	117,305
	・年間実施回数等（回）	713,019
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		新規性が極めて高い。これまで、摂食嚥下障害に対するアプローチは一部の施設でのみ行われているにすぎなかった。また従来のリハビリテーション（機能訓練自体）としての摂食機能療法は診療報酬に評価されているが、在宅へ導くための指導や付加価値のある支援食の提供には診療報酬では評価されていなかった。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	1,682,616,750
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）	400
	その根拠 （150字以内）	週単位の点数である。既報から、3食/日の支援食提供には、食事療養費に加え週5日～7日で3,570円～4,998円の増分費用を要するため、400点/週と設定した。
（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	
	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	348103
申請技術名	栄養サポートチーム（NST）加算
申請団体名	日本静脈経腸栄養学会
技術の概要 （200字以内）	栄養サポートチーム加算を算定する医療機関と在宅支援診療施設が連携して相互に栄養管理に関する評価を行った場合に双方に1000点を算定する。
対象疾患名	在宅患者（特に、悪性腫瘍、脳卒中、腎不全、糖尿病などの慢性疾患）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	2010年度のわが国の推定死亡数は120万人であるが、2037年には170万人に達する見込みであり、少なくとも50万の患者の医療が病院で実施することが困難となる。特に、高齢者、慢性疾患患者においては、在宅移行後、栄養不良に陥り、再入院となる事例も多く、継続した適切な栄養管理が求められる。したがって、わが国において多くの施設で稼動しているNSTを有する医療機関と在宅支援診療施設が連携して相互に栄養管理を行うことで地域一体となった栄養サポート体制が構築するものと考えられる。

【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）		がん、摂食・嚥下障害含む脳卒中、腎不全、糖尿病などの慢性疾患患者においては、在宅移行後、栄養不良に陥り、再入院となる事例も多く、継続した適切な栄養管理が求められる。したがって、わが国において多くの施設で稼動しているNSTを有する医療機関と在宅支援診療施設が連携して相互に栄養管理を行うことで地域一体となった栄養サポート体制が構築するものと考えられる。
	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）		既に医療施設内で実施済みのため、地域において実施されても安全であると考えられる。
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）		患者の入院中に、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師（栄養療法に関する医師セミナー等の研修修了を条件）は必須とし、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師等（栄養療法に関する研修終了を条件）のうち少なくとも 1職種以上が病院に赴き、患者の同意を得て病院の医師や看護師、薬剤師、管理栄養士等と共同で退院後の在宅療養に必要な指導等を行い、文書により患者に情報提供を行った場合に算定する。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		問題なし
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	40,000
	・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）		地域連携において栄養管理は必須であり、栄養障害により再入院患者が減少することで、在宅での療養期間が延長し、かつ患者・家族の生活の質は向上するものと考えられる。退院時において診療報酬上の評価は、栄養管理に特化したものはなく、新規性は高いと思われる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	5,370,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	B 医学管理等
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	1,000
	その根拠 （150字以内）	本管理料を1000点と設定した場合の予想では、再入院患者数が半減することで、必要な診療報酬経費を大きく上回ると考えられるため
（関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容 （150字以内）	
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

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	349101
申請技術名	胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術
申請団体名	日本食道学会(共同提案:日本消化器外科学会、日本胸部外科学会)
技術の概要 （200字以内）	食道癌に対する手術で、大開胸のアプローチに対して、近年普及してきた胸腔鏡下のアプローチによる手術。大開胸に代わり胸壁に小孔を数か所開け、同部位および追加した小開胸創より胸腔鏡や手術器械を挿入することにより、リンパ節郭清を伴う食道癌に対する根治切除術、ならびに再建術を行うもの
対象疾患名	食道癌などの食道悪性腫瘍
保険収載が必要な理由 （300字以内）	従来より施行されてきた食道癌に対する開胸・開腹・頸部切開のアプローチ（大開胸）に対して、近年、胸腔鏡下の手術が急速に普及してきている。にも関わらず、他の内視鏡下手術と異なり、通常の大開胸手術と同じ手術点数が付けられており、胸腔鏡手術に用いられる機材等が全く算定されていない状況になる。したがって、胸腔鏡下手術を別項とし、算定することを要望する。

【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）		胸腔鏡によるアプローチは縦隔深部でも良好な視野が得られ、精細な操作が可能であることが指摘されている。大開胸とほぼ同等の遠隔成績・郭清リンパ節の個数が得られることが報告されてきた。手術時間は延長するものの、出血量は少なく、肺合併症も少ないため、入院期間が短縮することも指摘されている。術後から長期にわたって創痛は少なく、QOL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）		一般に食道悪性腫瘍切除術自体がリスクの高い手術であるが、内視鏡手術の基本手技を有し、技術基準を遵守すればリスクの増大はない。かえって、リスクを軽減させる可能性が高い。
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）		食道切除、リンパ節郭清の手技は肉眼的に視野が取りにくい部位での微細なテクニックを要するため、鏡視下手術の普及に伴い多くの施設が胸腔鏡下の切除術式を採用し、胸腔鏡下手術はほぼ標準的な手術として扱われつつある。2008年までの統計ではすでに全食道癌切除再建手術の約20%に達し、現在では約25%に達すると推察されている。内視鏡手術に熟達した食道外科専門医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）		問題ない
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,200
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		手術費用は従来より増加する。しかし、出血量の減少から輸血の頻度が減少すること、呼吸・循環器の合併症が減少することから、仁呼吸器管理や頻回の気管支ファイバーなどによる呼吸管理や集中治療室における集中管理の必要性が減少すること、さらに入院期間を短縮化することなどから、医療費の大幅な削減を図ることが可能と考えられる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	529-1 2
	技術名	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併置するもの）
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額（円）	900,000,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	202,440
	その根拠 （150字以内）	食道悪性腫瘍切除術（消化管再建手術を伴う）（頸部、胸部、腹部の操作）（血管吻合を伴わない） 要望点数（①+②）＝202,440点　①外保連試案点数：166,820点　②別途請求が認められていない必要材料と価格：356,152円（試案参照）　他、詳細「妥当と思われる点数及びその根拠」に記載
（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）	

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	349102
申請技術名	非開胸食道抜去術（消化管再建を伴う）
申請団体名	日本食道学会(共同提案：日本胸部外科学会)
技術の概要 （200字以内）	食道を切除する際に、開胸せずに、開腹と頸部操作により、食道を全長にわたり、経横隔膜的に剥離し、抜去する手術術式である。
対象疾患名	食道悪性腫瘍（内視鏡切除の適応とならない表在癌、開胸のリスクが高い症例）、他良性腫瘍、良性食道狭窄など
保険収載が必要な理由 （300字以内）	ESDやEMRなどの内視鏡治療の適応とならない症例や高齢者や胸膜癒着などで開胸手術のリスクが高い症例に用いられる手術である。欧米では高頻度に行われ、食道癌に対する標準術式の一つであるが、本邦では開胸・開腹・頸部切開の根治手術が多く行われており、比較的多くは行われなくなっているものの、縦隔鏡やロボットを用いて行う非開胸食道抜去を行われており、いわゆる標準手術の一つとして、保険収載する必要のある術式であり、今まで収載されていなかったのは問題と考える。

【評価項目】

Ⅰ-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）		がんの根治性には乏しいが、症例を選ぶことで有効な場合がある。また開胸手術に比較すると、侵襲が少なく、高リスク症例には有用な標準術式である。欧米では、非常に高頻度に施行されていた術式である。本学会の食道癌治療ガイドラインにおいても、標準的術式として採用されている。
	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）		開胸手術に比較すると、手術侵襲が低く、患者負担が少ない術式である。ただし、合併症として、直視できない部位での食道剥離の際に縦隔内血管損傷による出血、反回神経損傷、開胸などが起きやすいの注意を要する。縦隔鏡を併用することでこれらを防止することが可能である。
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）		一般的な開胸による食道切除の技術と解剖学的な知識があれば、問題なく施行できる術式である。近年は、胸腔鏡下の低侵襲手術が行われるため、実際にはあまり行われなくなってきたが、欧米では多く行われてきた標準手術である。
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）		とくに問題なし。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	230
	・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）		通常の開胸・開腹・頸部切開による食道切除・再建手術より、手術侵襲は少なく、十分に注意して食道を剥離することによって、比較的安全に施行できる手術である。ただし、近年発達した胸腔鏡下食道切除に比較すると、侵襲性、根治性では劣るかもしれず、将来的にはやや適応が狭まる可能性もある。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K　手術
	番号	529-1
	技術名	食道悪性腫瘍手術（一部に代わる程度）
予想影響額	プラス・マイナス	＋
	金額（円）	34,500,000
Ⅰ-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分（1つ選択）	K　手術
	妥当と思われる点数（点）（1点10円）	114,960
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：114,960点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：76,024円（試案参照）
（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）	術後の合併症の減少、入院期間の短縮による医療費の減額が見込めるが正確には予測不能である。
（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	349103
申請技術名	食道内多チャンネルインピーダンス・pH測定検査
申請団体名	日本食道学会
技術の概要 （200字以内）	食道内のインピーダンスの変化と胃酸を同時に測定することにより、胃食道逆流の有無やその内容や程度を測定する検査である。とくに酸以外に胃から食道への逆流の事実を証明することが可能である。とくにプロトンポンプ阻害薬無効例の病態を明らかにし、手術適応など治療法選択に有用な検査法である。
対象疾患名	胃食道逆流症
保険収載が必要な理由 （300字以内）	食道内のインピーダンスの変化と胃酸を同時に測定することにより、胃食道逆流の有無やその内容や程度を測定する検査である。とくに酸以外に胃から食道への逆流の事実を証明することが可能で、とくにプロトンポンプ阻害薬無効例の病態を明らかにし、手術適応など治療法選択に極めて有用な検査法で、他にこれに代わる検査法はない。しかし、本検査法は保険収載されておらず、早急に執されることを要望する。

【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）		プロトンポンプ阻害薬による治療抵抗性の非びらん性胃食道逆流症（NARD）の存在が問題となっているが、その原因として胃酸以外の液体逆流の関与が論文等で指摘されている。この胃酸以外の逆流や空気逆流を把握するには、本検査法が有用であることが内外から報告されている。プロトンポンプ阻害薬を投与しているにもかかわらず逆流症状を訴える患者の34～56%の患者に胃酸以外の液体逆流が認められている。日本消化器病学会編のGERD診療ガイドラインでは、プロトンポンプ阻害薬の投与量や投与方法によって、逆流症状に変化が認められない場合は、食道pH・インピーダンスなどによる逆流症状と逆流の関係を精査する必要があるとされている。逆流の証明がなされれば、逆流防止術（噴門形成）などの手術療法も治療選択肢の一つとなることが示されている。
	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）		本検査による危険性はほとんどないが、咽頭・鼻腔刺激や誤嚥の可能性はある。これは従来のpH検査でも同様である。
Ⅰ-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）		本検査法が導入されている施設は少なく、とくに保険収載され値ない現在は専門施設に限られている。解析する医師にある程度の専門性は必要であるが、検査そのものは難しくはなく、検査機器、データ記録解析装置があれば施行可能である。
Ⅰ-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）		とくに問題点は認められない。
Ⅰ-⑤普及性	・年間対象患者数（人）	1,000
	・年間実施回数等（回）	1
Ⅰ-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較（200字以内）		現在は本検査が導入されている施設が限られた専門施設であるため、このような少ない数になっているが、胃食道逆流症の患者は非常に多く、詳細な病態把握が必要なプロトンポンプ阻害薬無効例、非びらん性胃食道逆流症などの症例はかなりの数にのぼる。潜在的には、年間100,000人以上の症例が年１－２回検査する必要があると考えられる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	D 検査
	番号	234
	技術名	食道内pH測定検査
予想影響額	プラス・マイナス	－
	金額（円）	2,000,000
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）	2,431
	その根拠 （150字以内）	①外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：531点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：2チャンネルディスポーザブルpH電極 19,000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）	本検査を導入し、詳細に胃食道逆流の病態を把握することにより、不要（無効）なプロトンポンプ阻害薬の投与を削減することが可能である。実際にはかなりの症例数に及ぶが、正確に試算することは難しい。
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

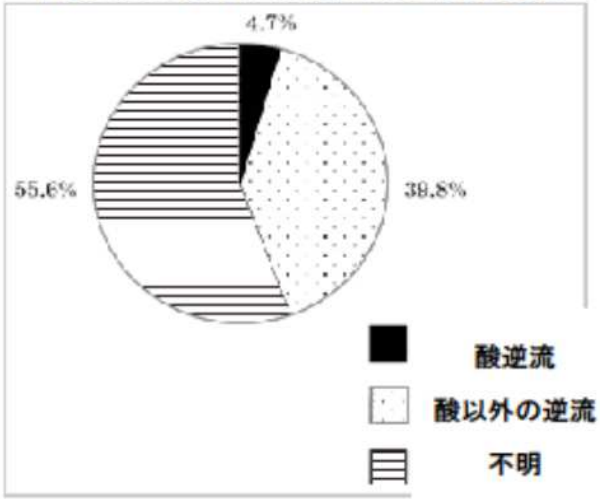
食道内多チャンネル・インピーダンスpH測定検査

- 胃食道逆流症（GERD)は、近年、日本でも非常に増加してきた疾患である。
- ピロリ菌の除菌が盛んになるにつれ、さらなる増加が予測される。

本検査法によって、食道内のインピーダンスの変化を測定することにより、液体や気体（ガス）の逆流の測定が可能となった。

同時にpHを測定することにより、逆流しているものが胃酸であるのか、胃酸ではなく何かほかのものか（例えば胆汁や膵液など）を判定することができる。

24時間のpH測定は保険収載されているが、インピーダンスを測定する検査は保険収載されていない。

GERDのなかでもプロトンポンプ・インヒビター（PPI）治療抵抗性の非びらん性胃食道逆流症（NERD）患者が問題となっている。日本消化器病学会GERDガイドラインにあるように、**そのような患者が手術などPPI以外の治療を選択するためには、本検査を用いることが有用である。**

本検査法によるNERD患者の逆流の実態