

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	371101
申請技術名	内視鏡下脳内血腫除去術
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会(共同提案: 日本脳卒中学会)
技術の概要 (200字以内)	脳内血腫の摘除に際し、穿頭術を行い血腫まで細いシースを挿入後に、内視鏡下に血腫を吸引除去、出血点を電気凝固止血するものである。手術による侵襲が少なく、安全性も維持した手術となっている。
対象疾患名	特発性脳内血腫
保険収載が必要な理由 (300字以内)	脳内血腫の治療に際して開頭術が現在広く行われているが、その有効性のエビデンスは乏しいのが現状である(STICH study, Lancet 365:387,2005)。最近では、内視鏡下血腫除去術がより低侵襲かつ迅速に施行可能となり、世界的に普及してきている。開頭術との前方視的ランダム比較試験は行われていないが、内科治療群との比較では有効性のエビデンスが示されてきている。内視鏡技術認定講習でも必須項目として教育しており、技術的安定・普及度ともに格段に進んでいることから、新たな手術として保健収載が望ましいと考えられる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		Meta-analysisで開頭術が内科的治療に勝るとの高いevidenceはないが(Acta Neurol Scand 95:103, 1997; Lancet 365:387,2005)、内視鏡下血腫除去術ではClassIIの研究が存在し、死亡率は70%から42%に低下し、QOL良好群も25%から40%に増加している(J Neurosurg 70:530,1989)。定位的血腫吸引術との比較でも、血腫除去率、予後良好群(5%から33%)とも内視鏡群で優れていた(Childs Nerv. Syst. 23: 677,2007)。技術的には、合併症率4.4%、再出血率1.5%、死亡率5.9%と良好な成績である(Neurosurg Focus 30(4):E9,2011)。脳卒中ガイドライン2009では、いまだ推奨されていないが上記研究を引用し、内視鏡下血腫除去術の有用性を記載している。
エビデンスレベル		II 1つ以上のランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		技術的には、合併症率4.4%、再出血率1.5%、死亡率5.9%と良好な成績である。術中止血困難による再出血が最も問題となるが、最近の報告では0-3%程度とされ、むしろ開頭術の5-10%よりも低いとされる(Neurosurg Focus 30(4):E9,2011)。
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)		日本神経内視鏡学会では、基本的な手技として定期講習会にて教育セミナーを施行している。初期には難易度が高かったが、現在は機材の発展により安全になっており、技術認定医は既に習得可している。特に施設基準は必要なく、技術認定医での標準的な手技となっている。
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)		稀ではあるが、術中の止血困難に遭遇することもあり、開頭術の準備をしておくことが、社会的理解を得る上で望ましい。
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	13,500
	・年間実施回数等(回)	20,000
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		開頭血腫除去術との直接比較研究はないが、定位的血腫吸引術との比較では手術時間(102-72分)、血腫除去率(75%-96%)、集中治療室滞在日数(4.2-6.9日)、6ヶ月後の予後良好群(5%-33%)のいずれもが、内視鏡群で優れていた(Childs Nerv. Syst. 23: 677,2007)。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	164 3、164-4
	技術名	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)3脳内のもの、定位的脳内血腫除去術
予想影響額	プラス・マイナス	ー
	金額(円)	1,622,500,000
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)	165,895
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 162,395点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 35,000円 外保連私案をもとに算出
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	
	番号	
	技術名	
	具体的な内容(150字以内)	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

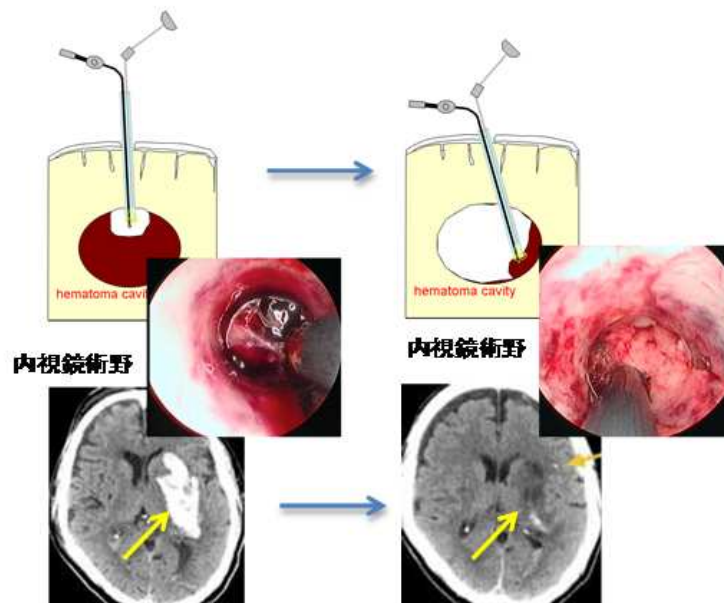
「内視鏡下脳内血腫除去術」について

【技術の概要】

頭部に穿頭を行い、細いシースで脳内血腫を穿刺して内視鏡下に血腫除去を行う

【対象疾患】

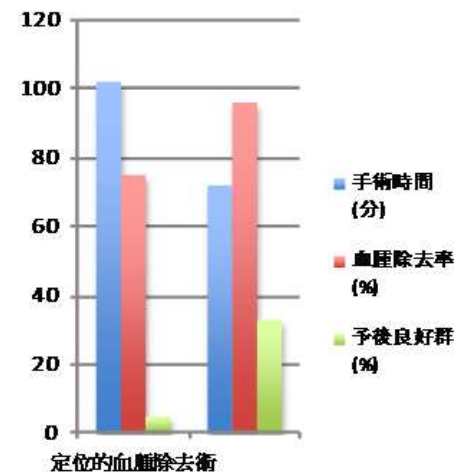
平成23年度社会医療診療行為別調査によると、年間対象患者は13,500人程度と考えられる。



【既存の治療法との比較】

* 海外の研究において、保存的治療と比較して術後のQOLが15%程度改善したと報告されている。

* 低侵襲とされる定位的血腫除去術と比較して、手術時間の短縮、入院期間の短縮、早期リハビリなど、低侵襲である。



* 手技は安定し、合併症も少ない

再出血率 1.5%
他の合併症 4.4%

【診療報酬上の取扱】

* K 手術

* 165,895点(内視鏡技術認定医で内難易度が高い手術と考えられるため)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	371102
申請技術名	経皮的脳血管内血栓回収術
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会(共同提案: 日本脳卒中学会、日本脳神経血管内治療学会)
技術の概要 (200字以内)	脳血管を塞栓した血栓を、経皮経血管的に脳血栓回収機器を用いて機械的に除去する技術である。
対象疾患名	脳主幹動脈急性閉塞症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	日本の脳卒中の罹患数は年間17万人である。t-PAは年間約4,000例に使用されているが、その適応はきわめて限定的である。t-PA適応外あるいは効果のない患者に対し本技術を使用し脳血流を再開通させることは、患者の死亡率および予後の改善に繋がる。また本技術に使用される医療機器は、ニーズの高い医療機器に認定されており、既にMerciリトリバルシステムおよびPenumbra血栓吸引システムは承認済みである。

【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)	MerciリトリバルシステムはMerci trialとMulti Merci trialが米国で臨床試験を終えている。Merci trialの有効性は術後の血流再開率が60.3%で、3ヶ月後のmRS2以下は27.7%、死亡率は43.5%。Multi Merci trialの有効性は術後の血流再開率が68.3%で、3ヶ月後のmRS2以下は36.3%、死亡率は33.5%。Penumbra システムはThe Penumbra Pivotal Stroke Trialのデータでは再開通率が82.7%で3ヶ月後のmRS2以下は25%、死亡率32.8%であった。これら血栓除去術で再開通率が向上していることが判明している。tPA静脈内投与法に比べて治療成績が優れているわけではないが、tPA静脈内投与法が適応とならない症例には治療効果が期待できる。
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)	Multi Merci trialでは手技に関する有害事象は9.8%(内重篤は5.5%)、器具に関する有害事象は2.4%、The Penumbra Pivotal Stroke Trialでは有害事象は12.8%(内重篤は2.4%)であった。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	日本脳卒中学会を中心とし日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会の3学会による実施基準委員会を設け、本技術にかかる実施基準の策定を行う。難易度 D
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)	本手技で使用される血栓除去機器は薬事承認され保険適応となっているので、倫理的には問題ないと考えられる。
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 1,000 年間実施回数(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)	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術では血栓を部分的に溶解するため再開通率が低く、部分再開通となる可能性が高いが、血栓回収デバイスを用いた血栓回収術では血栓・塞栓をそのまま回収するため再開通率が高く、完全再開通となる可能性がより高い。従って効率の良い血行再建が可能となる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 178-3 技術名 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 29,200,000
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) 33.150 その根拠(150字以内) 血栓・塞栓溶解術ではカテーテルを脳血管に挿入して薬剤を注入するだけの比較的簡単な操作であるのに対して、血栓回収術ではカテーテルを挿入した後、回収用デバイスを挿入して血栓を回収するため、より高度の技術を要する。バルーンカテーテルを挿入して血管を拡張する脳血管形成術に相当する手技である。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

経皮的脳血管内血栓回収術について

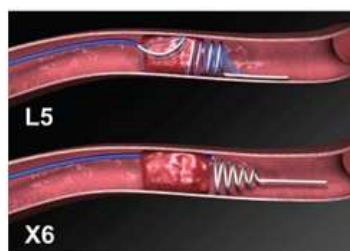
【技術の概要】

- 経皮的に脳血管内の血栓を回収除去する。

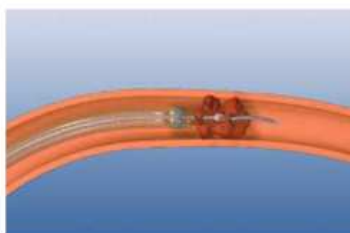
【対象疾患】

- 脳主幹動脈閉塞症

平成23年脳神経血管内治療学会調査によると、年間対象患者は1000人程度と考えられる。



Merci リトリバルシステム



Penumbra システム

【既存の治療法との比較】

- 海外の研究において、閉塞した脳動脈の再開通率が改善したと報告されている。
- 開頭手術では再開通は困難である。
- tPA 静脈投与法では発症後4.5時間以上経過した患者は治療対象とならないが、本法では8時間以内が対象となっており、より多くの患者が治療対象となる。
- 合併症として脳出血があげられ、限定した施設での実施が望まれる。
- 重症症例の機能改善、要介護度の改善が期待される。

	MERCI	Penumbra	iv tPA
再開通率	54.9%	82.7%	40%

【診療報酬上の取扱】

- K手術

- 33,150点

(経皮的脳血管形成術と比較して、同程度の難易度の手術と考えられるため。)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	371103
申請技術名	定位脳腫瘍生検術
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会
技術の概要 (200字以内)	定位脳手術装置ならびに画像等手術支援を使用することにより、脳腫瘍の生検を精密かつ安全に施行する医療技術
対象疾患名	脳腫瘍
保険収載が必要な理由 (300字以内)	定位脳腫瘍生検術は脳腫瘍の正確で安全な診断のため、開発された、低侵襲な医療技術である。CT・MRIの導入以降、臨床で頻用されるが、明確な項目として保険収載されていなかったため新規に収載が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		定位脳腫瘍生検術は、診断を明確にすべく、脳腫瘍の位置を同定し、その組織片を採取するための、低侵襲な画像誘導手術である。最近の文献によると、脳腫瘍のなかで、最も危険性が高く、診断に必要な十分量の腫瘍組織を得ることが困難な、脳幹腫瘍の生検においても、有効性(診断率)は96.2%と極めて高い。定位脳腫瘍生検術は診断法であるが、低侵襲であり、正確な診断のもと、患者のQOLを改善させる適切な治療に導くことができる。	
エビデンスレベル		I システマティックレビュー/メタアナリシス	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		最近の文献によると、脳腫瘍のなかで、最も危険性が高い脳幹腫瘍を対象とする生検においても、永続的合併症は1.7%、死亡は0.9%に留まっている。重篤な合併症の原因は脳内出血である、その他、脳浮腫、感染などが挙げられている。	
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)		日本脳神経外科学会において、専門医教育のなかで基本的な脳神経外科手技として捉えられている。したがって、脳神経外科専門医であれば施行可能なレベルの技術である。施設は、定位脳手術装置、CT、MRIなどの画像診断装置が必要で、頭蓋内出血等の合併症に対して開頭手術ができることも必要である。	
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)		低侵襲な医療技術であり、社会的にも妥当である。定位手術法は既存の医療技術であり、倫理的に問題はない。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	800	
	年間実施回数等(回)	800	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		既存の開頭術と比較して、手術侵襲の軽減、合併症の減少、診断の確実性向上などが認められることから、医療費の削減が見込まれる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	169	
	技術名	頭蓋内腫瘍摘出術	
予想影響額	プラス・マイナス	ー	
	金額(円)	1,100,000	
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)	20,620	
	その根拠(150字以内)	おおむね同等の技術を用いる定位的脳内血腫除去術(K164-4、20,620点.)を準用	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号		
	技術名		
	具体的な内容(150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	371104
申請技術名	頸動脈閉塞試験（マタス試験） 血管内バルーン閉塞法
申請団体名	日本脳神経外科学会(共同提案: 日本脳卒中学会)
技術の概要 (200字以内)	動脈瘤や脳腫瘍などの治療に際して、一時的または永続的に脳主幹動脈を閉塞することが治療上必要になることがある。その可否を確認するために、血管撮影の技術を応用しバルーンカテーテルを用いて目的血管を試験閉塞する。
対象疾患名	脳動脈瘤、脳腫瘍、動静脈瘻、頭頸部腫瘍
保険収載が必要な理由 (300字以内)	保険収載の必要性のポイント: 通常の選択的脳血管撮影とは異なり、脳梗塞を起こす可能性が高いため、抗凝固療法下に目的血管にバルーンカテーテルを誘導する技術、安全に一時的に主幹動脈を閉塞する技術、閉塞の可否を判定する技術が必要である。なお、頭蓋内血管の閉塞試験は脳血管内治療に含めることが望ましい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	本技術により治療を行うことはなく治療率、死亡率は評価する必要はない。ただし治療上、脳主幹動脈の閉塞を必要とする場合に閉塞試験は必須であり、エビデンスレベルを評価する対象ではない。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	バルーンによる機械的血管損傷(解離、破裂);頻度は非常に低い。 塞栓症: 一時的血行遮断により血栓を形成し閉塞試験終了時に起こる。抗凝固療法と関連するが1-2%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)	多くの脳神経外科、血管内治療(神経放射線)関連の学会や学術論文で、バルーン閉塞試験の正確な評価法に関する演題や論文が散見される。
I-④確立性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	すでに確立した技術であり問題ない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	2,000 1
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 1,569,220,000
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) 8,539 その根拠(150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 8,539点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 0円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 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	371105
申請技術名	脊髄空洞症に対する空洞—くも膜下腔交通術（短絡術）＜S-Sシャント＞
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会
技術の概要 （200字以内）	脊髄空洞症という種々の基礎病的状態下で脊髄内に異常に貯留することにより脊髄の機能障害を来す疾患に対して行われる手術手技です。ごく細いチューブを脊髄内外に渡すことにより、脊髄内に貯留した髄液を正常脊髄周囲の髄液循環へ導出することを目的としています。これにより脊髄内に髄液が貯留することを防ぐのみならず、貯留により障害を受けていた脊髄機能の回復を期待する術式です。
対象疾患名	脊髄空洞症（脊髄損傷後、脊髄腫瘍術後、脊髄出血後などによる癒着性くも膜炎に起因するもの）
保険収載が必要な理由 （300字以内）	脊髄空洞症は髄液循環の障害に基づく脊髄内の髄液の貯留により脊髄障害を来す疾患ですが、その基礎病態の60%程度はキアリー奇形が占め、これに対する手術術式は確立されているものの、他の基礎病態である脊髄損傷後・脊髄腫瘍摘出術後・出血後に生じる癒着性くも膜炎に起因した空洞症に対しては、空洞内の髄液を脊髄周囲などへ移動する空洞—くも膜下腔交通術（短絡術）がとられています。しかし、この術式に対応する保険術式がなく、これまで脊髄硬膜切開術、脊髄腫瘍摘出術などに準拠して請求が行われていました。MRIの普及と共に本病態に対する治療機会は今後増えることが予想され、適正な請求のために保険収載が必要と考えました。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	日本脊髄外科学会にて作成中の脊髄空洞症のガイドラインによると、空洞—くも膜下腔短絡術を含む一連の髄液移動術により空洞縮小効果に関してはケースシリーズであるが、85–90%程度の空洞の縮小が得られています（El Masry WS: J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1996; 60: 141–6, Lyons BM: Paraplegia 1987; 25: 340–50）。その場合、神経学的には60%程度で下肢の運動感覚障害や膀胱直腸障害などの改善が得られますが、シャントの閉塞などにより再手術を要することが30–50%程度みられています（Klekamp J: J Neurosurg. 1997 86:233–40, Koyanagiら: Surg Neurol. 2005; 63:350–6）。手術後の死亡などの合併症の報告は渉猟して得た範囲ではありません。
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）	当該手術を施行し発生が予想される副作用・合併症・事故としては、硬膜を解放し脊髄内を処理する操作であること、異物であるシャントチューブを挿入することが特有の問題点となります。従って、起き得る不利益としては、術後の髄液漏および術創部感染が挙げられる。多くの症例を扱う施設ではこれらの合併症確率は0に近いものであります。これは手術時間が比較的短時間ですむこと、術創部が小さいことなどによると考えられます。
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）	技術としては脊椎の部分椎弓切除後に脊髄内操作が行い得る技量を要する。これは学会では指導医、認定医と言う技術認定を受けている医師であれば、安全に行える操作であると考えます。難易度としては、脊髄髄内腫瘍、脊髄血管障害を扱うよりは平易なものと考えて差し支えなく、手術も通常は比較的短時間（3時間程度）で完遂できるものと思われます。
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）	患者背景として過去に基礎病態に対して手術を受けている場合がほとんどで、特に下肢に運動感覚障害を既に持っています。これらの障害のさらなる進行予防を試みることは、社会的にはきわめて妥当と考えられます。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数（回）	700 770
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）	脊髄損傷後や脊髄腫瘍や脊髄出血後の癒着性くも膜炎に対しては、本術式のみが主たる治療法であります。従って、治療効果が90%以上あるキアリー奇形関連空洞症に対する大孔部減圧との治療成績の差異はと基礎病態の違いによるものと考えます。また、本術式に準じている椎弓切除術・脊髄硬膜切開術・脊髄腫瘍摘出術などと比較しても、その入院・通院期間が長くなることはなく、合併症確率も0に近い安全性を有しています。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） 番号 142 5、183、191 2 技術名 椎弓切除術、脊髄硬膜切開術、脊髄腫瘍摘出術 髄内のもの
予想影響額	プラス・マイナス 金額（円） 44,968,000
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） 40,000 その根拠（150字以内） 脊髄髄外腫瘍摘出術（59,500点）をやや短時間で施行したと見なして40,000点を計上しました。過去の保険請求の上、25%が椎弓切除、50%が脊髄硬膜切開術、25%が脊髄髄内腫瘍摘出術で施設ごとに代替請求され、770例あまりあったと仮定すると、前に記した予想影響額に適切な結果をもたらすと思います。
（関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術）	区分（1つ選択） K 手術 番号 183 技術名 脊髄硬膜切開術 具体的な内容（150字以内） 本術式が医学的にどのような目的を持って行われているか現在の医療水準からすると疑問であります。おそらく現在では単純に硬膜解放にとどまる術式はなく、今回の交通手術を収載することにより、これに相当する手術はなくなるものと考えます。
（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	371106
申請技術名	脳腫瘍覚醒下マッピング
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会
技術の概要 (200字以内)	脳腫瘍を摘出する手術中に患者を覚醒させ、運動・言語機能やその他の高次脳機能を同定(マッピング)し、腫瘍摘出中の神経機能をモニタリングする。機能組織の同定及び摘出操作が機能組織の損傷を来していないことの確認により、機能野に位置する腫瘍の積極的な摘除(摘出率の向上)を可能とする。
対象疾患名	頭蓋内腫瘍
保険収載が必要な理由 (300字以内)	近年、脳腫瘍摘出術を受ける患者の術後QOLがより注目されている。術後神経学的合併症の予防目的として、脊髄誘発電位測定等で運動機能をモニターし一定の効果を認めている。しかし、言語機能やその他の高次脳機能は覚醒状態でしか手術中の確認ができないため、同部位近傍腫瘍摘出時に覚醒下マッピングは必須の技術である。また、偽陰性のない運動機能モニターの手段としても覚醒下マッピングは有効である。こうした手術安全を担保する手技を実施することで、術後QOL改善による在院日数短縮を実現し、医療費削減に貢献可能である。さらに、摘出率向上により腫瘍再発に伴う再手術を減らすことも実現可能である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		覚醒下マッピングを用いれば、言語野近傍の神経膠腫摘出術後に恒久的な失語をみた症例は243例中4例(1.6%)と非常に低く、周術期死亡も無かった(Sanai 2008, New Engl J Med)。機能野近傍の腫瘍は再発や生存期間を悪化させるが、術中マッピング手技で最大摘除を図れば長期生存が期待できるという(Chang 2011, J Neurosurg)。8091症例のmeta-analysisのシリーズでは、マッピングあり手術群の術後遅発性重篤合併症の割合は3.4%と、無し群の8.3%より低く、摘出範囲の拡大にも影響していた(Hamer 2012, J Clin Oncol)。低悪性度神経膠腫の欧州治療ガイドライン(2010, Eouropean J Neurol)に覚醒下手術が紹介され、日本では覚醒下手術ガイドライン(2012, Neurol Med Chir)が制定済である。	
エビデンスレベル		I システマティックレビュー/メタアナリシス	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		覚醒下マッピングでは、常に患者の不安や疼痛(7-8%)の除去に努める。 緊急で気道確保が必要となることがある(全身麻酔への移行は2-6%)。 嘔吐・嘔気(5-50%)は比較的頻度が高い。痙攣発作(大発作2-5%、部分発作16-18%)は特にマッピングの為の電気刺激時に注意が必要となる。せん妄・感情失禁(2-5%)や頭蓋内圧亢進・脳腫脹(1-2%)にも注意が必要である。	
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)		てんかん外科で考案された覚醒下マッピングであるが、近年神経膠腫摘出時に用いられるようになり、日本でも20施設以上で行われ(2008年時点)全国的な広がりをみせている。2003年に第1回日本Awake Surgery研究会が行われた。覚醒下手術ガイドラインは2008年に策定され、2012年に論文文化され公知となった。覚醒下手術に関する知識と技術の習得を目的に、2013年に技術認定講習が予定されている。	
I-④開明性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)		問題なし	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	100	
	年間実施回数等(回)	100	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		覚醒下マッピングを行った頭蓋内腫瘍摘出術は、マッピングを行わない全身麻酔下摘出術と比較して、開頭中に言語機能を含めた高次脳機能を検査するための唯一の方法であり、運動機能の検査においても重要な役割を持つ。恒久的な術後の失語出現率は低く、積極的腫瘍切除を図ることで長期生存が期待される。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	169	
	技術名	頭蓋内腫瘍摘出術	
予想影響額	プラス・マイナス	ー	
	金額(円)	1,800,000	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	K 手術	
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	152,130	
	その根拠(150字以内)	頭蓋内腫瘍摘出術(13万2,130点)に覚醒下マッピングを加算する場合、2万点が妥当と考えている。覚醒下マッピングを行うスタッフの増員(脳外科と麻酔科の医師合わせて2、検査技師1、看護師1が平均6時間従事で94,308円相当)、局所麻酔などの薬剤追加、脳波モニター、技術料がおおよその内訳となる。	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容(150字以内)	なし	
	前の点数(点)		
(点数見直しの場合)	後の点数(点)		

「脳腫瘍覚醒下マッピング」について

【技術の概要】 脳腫瘍を摘出する手術中に患者を覚醒させ、運動・言語機能やその他の高次脳機能を同定(マッピング)し、腫瘍摘出中の神経機能をモニタリングする。



機能組織の同定及び摘出操作が機能組織の損傷を来していないことを確認し、機能野にある腫瘍の積極的摘出(摘出率の向上)を行う。

【対象疾患】 頭蓋内脳腫瘍

2012年脳腫瘍手術件数から、年間対象患者は17,000人程度である

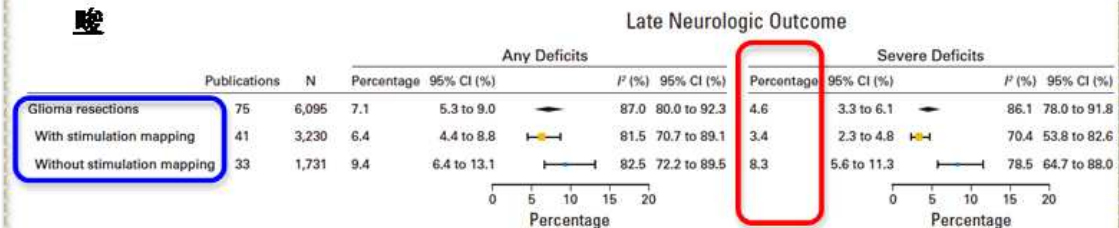
【診療報酬上の取り扱い】

K手術

152,130点(頭蓋内腫瘍摘出術と比較して20,000点加算。技術料に加え、サポートするスタッフや脳波装置が必要)

【既存の治療法との比較】 (Hamer 2012, J Clin Oncol)

- 8091例のmeta-analysisを行った海外研究において、マッピング有り手術群の術後合併症(重篤なもの)は3.4%(マッピング無し手術群は8.3%)と低い合併症
- 全摘出された症例比率はマッピングあり/なしで74.8/58.3%と摘出率増大示唆



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	371201
申請技術名	疼痛除去用脊髄刺激装置植込み術（刺激電極を2本留置した場合の点数増額）
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会(共同提案: 日本臨床神経生理学会)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	190
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	特になし
提案の具体的な内容(400字以内)	疼痛治療を目的とした脊髄刺激療法においては、1本の刺激療法を用いる方法に比べて2本の刺激電極を用いる方法での有効例が多いため、2本の刺激電極を用いることが多くなった。電極を2本用いる方法では、硬膜外針を用いてレントゲン透視下に刺激電極を挿入して留置する手術操作が2倍になるため、増点を希望する。手術時間を考慮して、40,280点を2本の電極を留置する場合は、48,000点に増点を希望。

【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)	脊髄刺激療法では、脊髄硬膜外針を用いてレントゲン透視下に脊髄硬膜外に脊髄刺激電極を留置する方法が用いられることが多い。これまでは、1個の刺激装置に1本の刺激電極を接続して刺激を行ってきた。しかし、1個の刺激装置に2本の刺激電極を接続できる刺激装置を使用することが可能となった。1本の刺激電極では電極の走行に沿った縦方向に存在する刺激点から刺激部位を選択する必要があった。しかし、2本の刺激電極を平行に留置することによって、横方向の刺激点を選択して、脊髄に横方向の通電を行なうことが可能となった。また、1本に8箇所刺激点を有する刺激電極を2本用いることによって、16箇所の刺激点から複数の刺激点を選択することができるようになり、手術成績が著しく向上している。2本の刺激電極を用いると経皮的電極挿入の操作が2倍になるので、増点を希望。		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	40,280	
	後の点数(点)	48,000	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	脊髄刺激療法では、2本の刺激電極を用いることによって治療成績が向上する。このため、疼痛に対する脊髄刺激療法では、2本の刺激電極を用いる方法が、すでに主流になっている。		
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	400	
	後の人数(人)	400	
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	400	
	後の回数(回)	400	
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	30,880,000	
(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)	480,000 × 400 = 192,000,000 手術料金は増加するが、刺激による除痛効果が増加することによって、鎮痛のための投薬量が減量できる。このため、医療費はプラスマイナス・ゼロと考えられる。	
	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)	402,800 × 400 = 1,611,200,000 192,000,000 - 161,120,000 = 30,880,000	
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)	F 投薬	
	番号	特になし	
	技術名	鎮痛薬の投与	
提案の具体的な内容(150字以内)	脊髄刺激において刺激電極を2本用いる方法では、手術点数を増点する。		
点数の見直しの場合	前の点数(点)	40,280	
	後の点数(点)	48,000	

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	371202
申請技術名	脳動脈瘤手術（バイパス術併用）
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会(共同提案: 日本脳卒中学会)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	177
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)=〇〇点 要望点数は①と②の合計を入力ください。 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 〇〇〇点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 〇〇〇円

【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)	大型・巨大脳動脈瘤は破裂のリスクが高く、巨大脳動脈瘤が未処置の場合、5年以内に80%が死亡もしくは重篤な症状を後遺するとされる。絶対的治療適応であるものの、その形態上広頸であり、血栓化や石灰化を伴いクリッピング術のみでは治療困難である。バイパス術を行い時間的猶予を確保した上で、一時遮断で減圧を行いクリッピングを行う、もしくはそのまま親動脈の永久遮断を行う方法がより安全で一般的である。バイパス術を併用する場合は脳虚血に対する十分な知識と限られた時間でバイパスを完成させる高度な技術並びに熟練した周術期管理を必要とする。特に動脈瘤の局在(特に後方循環)によっては、極めて高度な吻合技術を要する。単純な脳動脈瘤頸部クリッピング術と比べ、この高度な知識と技術力を鑑みるに、現存の点数より増点することが妥当と思われる。	
点数の見直しの場合	前の点数(点) 後の点数(点)	122,100 169,120
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	371203
申請技術名	脳脊髄用埋め込み型輸液ポンプ薬剤再充填術
申請団体名	日本脳神経外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	190-5
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)	重度痙性麻痺患者にITB療法(バクロフェン持続髄注療法)を行う際に、体内(皮下)に埋め込まれたポンプのリザーバーに体表からバクロフェン注射剤の再充填(補充)を行う。 現行点数650点から、1,453点への増点を提案する。 要望点数(①+②):1,453点 ①外保連試算点数:1,123点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):3,296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)	現行の保険点数650点に対し、実際の薬剤再充填に必要な材料費は3,296円(用量調節に必要なコンピューター内蔵機器(エヌビジョン)は163,000円)、本再充填術を施行する医師と看護師の件費は9,155円(外保連試算)であり、当該技術が過小評価されている現状がある。これがITB療法普及の妨げの要因となっており、車椅子の常用など移動に障害のある患者の治療アクセス阻害ならびに安全性確保に対する不安を招いているため、適切な保険点数の設定を希望する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	650
	後の点数(点)	1,453
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	保険点数の増加により、神経内科、小児科、リハビリテーション科等においてITB療法の薬剤再充填が実施しやすくなり、患者及び実施回数は倍増する。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	200
	後の人数(人)	400
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	800
	後の回数(回)	1,600
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	2,874,850
(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)	ITB療法に要する費用は、ポンプ埋込時から7年間の総費用は4,126,540円。ITB療法導入による削減予想金額は、7年間で4,452,000円。以上より、患者1人当たり7年間で4,452,000円－4,126,540円＝325,460円の削減。実施患者を年間400人とする、1年間で18,597,710円の削減。
	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)	ITB療法に要する費用は、ポンプ埋込時から7年間の総費用は3,901,700円。ITB療法導入による削減予想金額は、7年間で4,452,000円。以上より、患者1人当たり7年間で4,452,000円－3,901,700円＝550,300円の削減。実施患者を年間200人とする、1年間で15,722,860円の削減。
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	371204
申請技術名	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会(共同提案: 日本脳卒中学会)
診療報酬区分(1つ選択)	その他
診療報酬番号	A301-3
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	記載の必要なし
提案の具体的な内容(400字以内)	施設基準の医師配置要件について、神経内科又は脳神経外科の5年以上の経験を求める現行基準では、医師の絶対数が少ない地域において当該病床の基準取得が困難となっており、かつこれらの地域では脳卒中对策が充分でない可能性が示唆されることから、経験年数を規定するのではなく、神経内科又は脳神経外科を専門としていることを基準として求めるべきである。 すなわち、「神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる」を「もっぱら神経内科又は脳神経外科の診療に従事する専任の医師が常時1名以上いる」に変更する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	脳卒中専門病棟は、死亡率の低下、在院期間の短縮、自宅退院率の増加等を図ることができ(脳卒中治療ガイドライン2009)、脳卒中对策の充足のために全国に普及されることが望まれる。2012年度改定で医師配置要件が見直されたものの、当該病床を有する病院は105施設程度しかなく、全国の6割に当たる28都道府県にしか配置されていない状況である。当該病床がない県は、いずれも人口400万人以下、医師数1万人未満の地域であり、当該病床がある都道府県に比べ脳血管障害の入院患者数は同等ながら死亡率は有意に高かった。つまり、医師要件が当該病床の配置、強いては脳卒中对策の普及の足枷になっている可能性がある。現行基準では免許取得後8年目以上の医師が対象であり、これが依然高過ぎるハードルとなっていることから、これを神経内科又は脳神経外科を専門とする医師に変更することが適当である。	
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)	1施設当りの当該病床数は中医協資料より引用し、再評価後の対象病院数は厚生局ホームページにおける施設基準の取得状況から設定。当該病床の運用によりリハビリを含む入院日数が30%減少するとされており、入院日数および医療費はDPCデータおよび全国回復期リハビリ病棟連絡協議会の資料より推計。	
・年間対象患者数の変化	前の人件数(人)	17,571
	後の人件数(人)	120,486
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	245,993
	後の回数(回)	1,686,809
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	—
	金額(円)	30,313,191,876
(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)	当該病床が増加することにより、対象患者は実数で10万人増加し、これに伴い医療費は530億円増加する当該病床で治療することで在院日数が短縮するため、急性期病棟で36億円、回復期リハビリ病棟で800億円の医療費が削減される これらを差し引きした結果として、300億円の医療費削減が見込まれる
	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)	現状のまま
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
提案の具体的な内容(150字以内)	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	371205
申請技術名	頭蓋内微小血管減圧術(K160-2)時の脊髄誘発電位測定等加算
申請団体名	一般社団法人 日本脳神経外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	160-2
再評価区分(1つ選択)	5 その他
「5 その他」を選んだ場合等に記載	本手術についてもK930脊髄誘発電位測定等加算を算定可能としていただきますよう提案する。
提案の具体的な内容(400字以内)	頭蓋内微小血管減圧術(K160-2)に際しては合併症回避のため、聴性脳幹誘発電位などの脳誘発電位を測定して脳神経機能のモニタリングが多くの施設で行われている。頭蓋内微小血管減圧術は脳幹部近傍の手術手技であり、K930の中に示される脳、脊椎、脊髄または大動脈瘤の手術と同等に神経モニタリングが欠かせない手術手技である。この神経モニタリングには電極、イヤホン、脳波測定機器などの費用を要し、また手術中にはこうした神経モニタリングの知識と技術を有する医師あるいは臨床検査技師の人手を必要とする。よって、頭蓋内微小血管減圧術(K160-2)においても、脊髄誘発電位測定等加算を算定可能をすべきである。 点数：脊髄誘発電位測定等加算(K930) 3,130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)	頭蓋内微小血管減圧術(K160-2)は三叉神経や顔面神経が脳幹部から分枝する脳幹出口部で手術操作を行う。脳神経の脳幹の出口部では脳神経が密集し、例えば顔面神経は聴神経の数mm内側に位置しこれに対する手術手技は聴神経や下位脳神経の間隙から行う。手術時には直接聴神経に触れなくとも、小脳など周囲構造の圧排により聴神経障害が生じる危険があり、本手術手技の合併症として聴力障害は常に念頭に置くべきである。多くの施設では、頭蓋内微小血管減圧術の術中に聴性脳幹誘発電位などの脳誘発電位検査が行われており、合併症の回避に非常に有効であることが複数の臨床研究で示されている(class IV)。頭蓋内微小血管減圧術は、現在K930が算定可能な他の「脳、脊椎、脊髄または大動脈瘤の手術」と同等に脳誘発電位検査によるモニタリングが欠かせない手術であり、本手術の安全性は神経モニタリングにより飛躍的に向上する。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	3,130
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	脳神経外科学会の手術件数集計により、わが国では年間2,884例の頭蓋内微小血管減圧術が行われている。本手術は、手術中の誘発電位測定が可能な大規模な医療施設で行われることが多い手技であるので、このうち、脳誘発電位検査によるモニタリングが行われる当該手術は年間2,000例と推定する。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	2,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	2,000
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)	62,600,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費： 2,884例の手術の内、2,000例に脳誘発電位検査がなされると推定し、2,000回の手術に3,130点の加算して算出。 (439,200+31,300)(円)×2,000(回)+439,200(円)×884(回)=1,329,252,800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： 439,200(円)×2,884(回)=1,266,652,800円 1,329,252,800-1,266,652,800=62,600,000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)	頭蓋内微小血管減圧術にも脊髄誘発電位測定等加算が算定可能となることで、これまで神経モニタリングを行ってきた施設や医療従事者は相応の手当てが受けられる。また、モニタリングを行う施設が増加してより安全な手術手技が普及し、患者の利益につながる。	
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	372101
申請技術名	経皮的ステント留置術・頭蓋内動脈
申請団体名	日本脳神経血管内治療学会
技術の概要 (200字以内)	頭蓋内動脈狭窄症による脳梗塞発症予防のため、経皮的にバルーンカテーテルを用い血管を拡張した後に、その拡張を維持するためにステントを留置する頭蓋内血管拡張術である。バルーンカテーテルのみによる血管形成術と比較し、血管解離が予防可能で、大きな拡張が得られるため、急性閉塞や再狭窄が少なく、脳梗塞再発予防効果が高い。
対象疾患名	頭蓋内動脈狭窄症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	ステントを併用した頭蓋内血管拡張術の医師主導型国内治験が終了し、頭蓋内血管拡張用ステントが薬事申請され、まもなく承認予定であるため。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	症候性高度頭蓋内血管狭窄症の内科治療による脳梗塞再発率は、1年間で23%と報告されており、より強力な脳梗塞予防治療が必要である。米国からの2つの報告では、ステントを併用した頭蓋内血管拡張術の手術成功率は96.7%から98.8%であった。術前50%または70%の狭窄が対象となったが、術後は27%ま20%まで低下している。	
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)	米国からの報告では、周術期の脳卒中と死亡は6.1%、6ヶ月までの脳卒中と死亡は10%であり、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)	頭蓋内血管狭窄に対する、バルーンカテーテルによる経皮的血管形成術は、本邦において1990年代より保険収載されている手技である。2005年より行われている全国調査では、脳血管内治療の専門医または指導医により年間250件程度コンスタントに施行されている。	
I-④無害性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	ステントを併用することにより、単純な経皮的血管形成術より解離による閉塞が減少し、拡張の維持により再治療も減少すると思われる。	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	100 100	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	内科治療よりも脳梗塞再発予防効果は高いため、脳梗塞患者減少する。ステントを併用することにより、単純な経皮的血管形成術より解離による閉塞が減少し、その脳梗塞患者減少する。また拡張の維持により再治療も減少するため、手技の回数も減少する。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名	K 手術 178-2 経皮的脳血管形成術
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	— 10,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) 妥当と思われる点数(点)(1点10円) その根拠 (150字以内)	K 手術 インデフレーター18,000円、Yコネクタ9,800円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)	
(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	374101
申請技術名	腹腔鏡下膀胱脱手術
申請団体名	日本排尿機能学会
技術の概要 (200字以内)	女性膀胱脱の大部分は腔方向に脱出するが、腹腔鏡を使って腹腔内から膀胱を仙骨前面に固定する手術である。メッシュを使用して固定する場合と使用しない場合がある。手術は術者とカメラ操作などの助手、載石位で股間から腔に器具を入れて操作する第2助手の3名が最低必要。腹腔鏡技術は通常のもと同様であり、臍部カメラポート1本、術者の左右、助手の片手の合計4本のポートが最低限必要で4～5時間の手術である。
対象疾患名	膀胱脱
保険収載が必要な理由 (300字以内)	膀胱脱手術には種々の方法があり、脱の状態によって適応される。経腔的な方法と腹式とに分けられるが、腹式ではこれまで開腹で行われてきた。しかし近年の低侵襲手術の高まりを受けて、腹腔鏡で同様の手術が可能となり欧米はじめ諸外国で行われている。経腔的な手術法としてはメッシュを使ったTVM手術があるが、50歳以前などの若年者には術後性交疼痛が起こることがあり、できれば仙骨固定術が勧められる。特徴として時間はかかるが出血量が少なく、術後の回復が早い。米国ではさらにロボットを使ったこの手術が行われているが、腹腔鏡を使った手術が我が国でも普及するべく保険収載されることが望まれる。

【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)	海外からの文献では高い有効性とQOLの改善を示している。多くの文献は単施設からのものだが、最近これらをPubMedを検索して集約したデータが発表された。50の文献から信頼性の高い22を選び、さらに11の文献を厳選して解析した。その結果1,000人以上の症例が集まり、2年余りの経過で、手術時間は158分(96-286分)、94.4%の満足率であった。再発～再手術の比率は6.2%であったが、従来法では30～50%と高いものであり十分な結果であったといえる。やや手術時間の長いことが挙げられるが、術後の回復が早くQOLの改善もいいので満足率が高かったものと思われる。		
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)	前掲の文献では、術後合併症の内訳は、性機能障害(68/876)7.8%、尿失禁(183/1008)18.2%、排便障害(90/920)9.8%で内訳は便秘60、肛門痛5、便閉塞4、便失禁1、など、その他として脊椎炎3、坐骨神経痛3、静脈炎1、創部感染1 など計(9/1093)×1%であった。		
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	当該手術は骨盤底治療に精通して、かつ腹腔鏡手術手技にも精通していることが求められる。具体的には学会としては日本排尿機能学会、日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡学会ならびに日本女性骨盤底医学会に所属していて、さらに膀胱脱手術の経験が最低50例あることなどが求められる。		
I-④開腹性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし		
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	500	
	・年間実施回数等(回)	500	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	膀胱脱に対する既存の治療法は、①自組織を使った修復術②開腹での固定術③経腔メッシュ修復術がある。①は再発が30～50%と高く、ほとんど行われていない。②と当該手術は経路が違うが同じであり、侵襲性の面で明らかに当該手術が有利。③は多く行われていて手術時間が短く有効性の高い手術である。手術点数では当該手術が高いが入院日数が約4日短縮できるのでわずかな増額で済むことが予想される。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K802-2 1	
	技術名	膀胱脱メッシュ修復術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	39,400,000	
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)	49,875	
	その根拠 (150字以内)	①45,000点②メッシュ 78円/cm2x25x25=48,750円 これまでこの領域の腹腔鏡手術がないため近い腹腔鏡手術としてK772-2腎摘出術54,250点、K773-2尿管(悪性腫瘍)手術64,720点、K890-3卵管形成術42,120点を参考にして45,000点とした。	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K802-2 2	
	技術名	膀胱脱手術 その他のもの	
	具体的な内容 (150字以内)	腹腔鏡による膀胱脱手術が認められると、開腹による手術K802-2 2その他のものが減少することが予想される。経腔メッシュ手術は主流となっていて年間8,000～10,000例ほど行われているので、それほどの影響は出ない。よって開腹手術は減点が可能である。	
	(点数見直しの場合)	前の点数(点)	16,860
		後の点数(点)	15,000

「腹腔鏡下膀胱脱手術」

【技術の概要】

腹腔鏡下に尿管の前面あるいは前後面にメッシュを用いて仙骨岬角へ固定する根治術である。

【対象となる疾患】

骨盤臓器脱(膀胱脱)

米国の閉経後から80歳までの女性を対象にした調査によれば、骨盤臓器脱の罹患率は40%と非常に高率である。

【既存の治療法との比較】

・従来法の再発率は30-50%と効率であるが、

当該手術法ではTVM手術と同様90%以上の非再発率である。

・TVM手術と比較し性機能温存において有利とする報告がある。

・合併症として腔壁メッシュびらん、尿失禁が挙げられるがTVM手術より軽微あるいは同等である。

・腹腔鏡下に施行することで、疼痛の軽減、出血量の減少に繋がり入院期間の短縮が計れ早期の社会復帰も可能である。

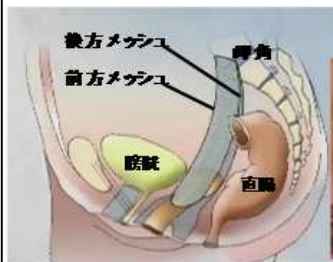


図1 腹腔鏡下膀胱メッシュおよび直腸メッシュ手術のシエマ

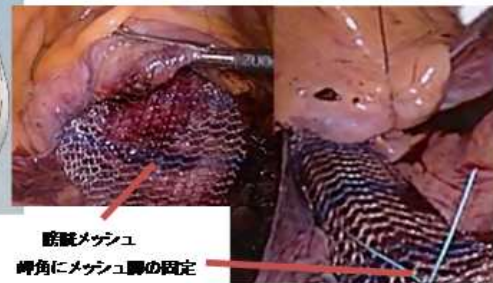


図2 実症の写真

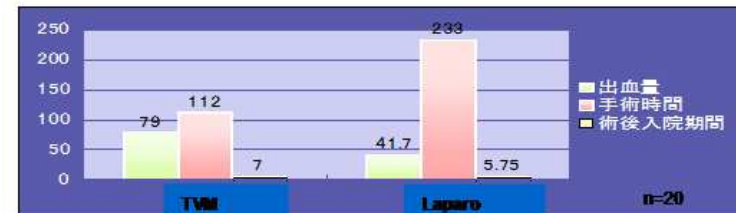


図3 TVM手術と当該手術との比較

本邦で施行された20例の統計でTVM手術と比較し手術時間は延長するものの、出血量、術後入院期間において有利な結果となった。図3
大きな合併症は無く、術後尿失禁の頻度もTVM手術と変わらない結果である。図4
低侵襲かつ根治性が高いため、患者満足度は高かった。図5

- ・膀胱脱1例(腹腔鏡下に施行)
- ・直腸脱1例(追加手術)

図4 術中術後合併症(n=20)

【診療報酬上の取り扱い】(希望)

膀胱脱手術

・腹腔鏡下にメッシュを使用するもの 45,000点

・直腸脱を伴うもの 50,000点

(膀胱メッシュの腹腔鏡下併用および直腸メッシュ手術の際は直腸脱手術と同等の難易度と考えられるため)

【患者満足度】当該手術を受けた患者95%が「大変満足」あるいは「満足」と回答



図5

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	375101
申請技術名	水晶体再建術(特殊眼内レンズを挿入する場合)
申請団体名	日本白内障屈折矯正手術学会(JSCRS)
技術の概要 (200字以内)	白内障を合併する強度角膜乱視の症例において、水晶体再建術の際に特殊な乱視矯正機能を持つ眼内レンズを使用することで、角膜乱視を減弱させる治療を行うこと
対象疾患名	強度角膜乱視(2D以上)を有する白内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	強度角膜乱視を合併した白内障の症例では、水晶体再建術後も眼鏡やコンタクトレンズ無しには像を鮮明に見ることはできない。乱視矯正機能付き眼内レンズ(トーリック眼内レンズ)を使用することで角膜乱視を減弱し、水晶体再建術による視機能改善度を向上させる

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	眼科医の手引き トーリック眼内レンズ:ピッセン宮島弘子:日本の眼科82巻2号page177-178, 2011. 【新しい時代の白内障手術】高機能眼内レンズ,トーリック眼内レンズ:森 洋斉, 宮田 和典:臨床眼科64巻11号 Page155-161, 2010.
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)	問題なし
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)	技術は成熟している。技術度区分Dに相当する。
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)	強度角膜乱視が存在すれば、矯正視力不良の原因になり、視機能へ影響を及ぼす。角膜乱視の軽減は倫理的に認められる治療である
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	50,000 1
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	眼鏡やコンタクトレンズにて矯正されていたため、単純な比較は不可能である。手術治療は行われていなかった。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名 その他
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 7,670,000,000
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) 46,304 その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):27,440点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):188,640円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内) なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

水晶体再建術(特殊眼内レンズを挿入する場合)

強度角膜乱視(2D以上)があると、白内障手術をしても、術後にメガネなどが必要となってみずらい

【対象疾患】

強度角膜乱視(2D以上)を有する白内障



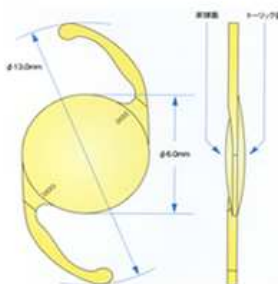
乱視の見え方



通常の見え方



乱視の見え方



トーリックIOL



通常の見え方



【診療報酬上の取扱】

①外保連試算点数：27440点

②別途請求が認められていない必要材料と価格：188640円

白内障患者(全体約100万例)の中で、5万例の手術点数が12100点から27440点に上昇する。15340点×5万人にて、**76億7000万円の増加**

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	375201
申請技術名	水晶体再建術
申請団体名	日本白内障屈折矯正手術学会(JSCRS)
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	282
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13,300点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):8,630点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):151,904円(試算参照) 白内障手術に必要なディスプレイのコストは11%上昇が見られている。その上昇コストを現在の点数に加算した。

【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、白内障手術にかかる様々なコストが上昇している。その理由として、プリオン対策や院内感染対策コストの上昇により、使用器械のディスポ化が進行していることや、手術器械の減価償却費の上昇が上げられる。10年前と比較して11%のコスト上昇がみられた。一方、保険点数は約15000点から12000点に低下した。白内障手術は、高齢者のQOL改善につながる効果の大きいことが、費用対効果分析より明らかとなっており、手術のクオリティを低下させないためにも増点を希望する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	12,100
	後の点数(点)	13,300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	白内障の年間症例数は約100万件である	
・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
	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)	12,000,000,000
(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)	1件あたり1200点の増点により100万件施行されているので、120億増加する。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)	要望点数13,300点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):8,630点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):151,904円(試算参照)	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	12,100
	後の点数(点)	13,300

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	376101
申請技術名	電解質溶液利用経尿道的前立腺切除術
申請団体名	日本泌尿器科学会
技術の概要 (200字以内)	前立腺切除用電極、電流回収電極を備えたレゼクトスコープと高周波電源を組み合わせ、生理食塩水などの電解質溶液を灌流液として用い、肥大した前立腺を経尿道的に切除する。
対象疾患名	前立腺肥大症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	従来の経尿道的手術と比較してTURシンドローム等の合併症が減少し、患者安全性向上、術中管理の簡便化につながる。また入院期間が短縮し、対極板や高額な灌流液も不要となる社会貢献度の高い技術だが、未だ保険で認められていない。K803膀胱悪性腫瘍手術は平成24年度改定で本技術が保険収載となっている。(K803 6 経尿道的手術 イ 電解質溶液利用のもの)

【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)	非電解質溶液を使用した従来の経尿道的手術(TUR-P)と比較し、切除ボリューム、最大尿流率(Qmax)、灌流液量、手術時間等に関し同等の成績が証明されている。Yoshimura R, Adachi T, Funao K, et al: Treatment of bladder tumors and benign prostatic hyperplasia with a new TUR system using physiological saline as perfusate. World J Surg 30:473-477, 2006 他		
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)	灌流液に生食等の電解質溶液を用いることでTURシンドローム(低ナトリウム血症)等の合併症が減少し、従来法と比較して患者への安全性は飛躍的に向上する。		
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)	従来手技TUR-Pと比較してより安全に実施できる。また泌尿器科医であれば技術的には従来技術をそのまま用いることができるため、安全に導入が可能である。		
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) ・年間実施回数等(回)	10,662		
	10,662		
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)	従来法と同等の治療効果があり、またTURシンドローム等の合併症が減少するため、従来法と比較して患者安全性、QOLは飛躍的に向上する。(1)新規保険収載に伴う医療費のアップ:18億7,747万円プラス、(2)TURシンドローム等の合併症減少に伴う入院費用削減、灌流液の生食への変更による削減:12億8,515万円マイナス(医療費への影響額)=(1)-(2)=年間年間5億9,232万円増。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	841	
	技術名	経尿道的前立腺手術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	592,320,000	
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)	36,109	
その根拠(150字以内)	≪1≫ 外連連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):16,030点		
	≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):47,050円(試算参照)		
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号		
	技術名		
	具体的内容(150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

【技術名】 電解質溶液利用経尿道的前立腺切除術

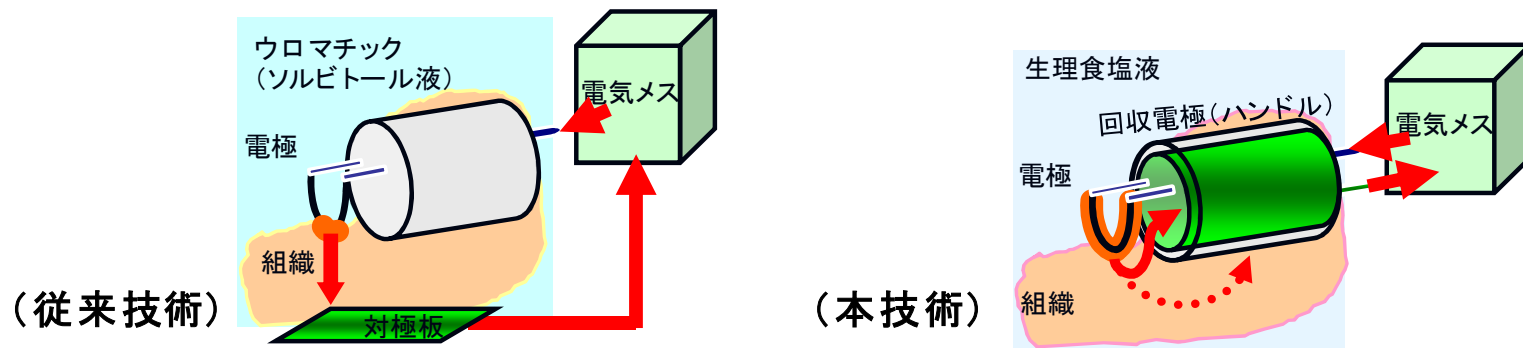
【技術の概要】 生理食塩水などの電解質溶液を灌流液として用い、高周波により肥大した前立腺を経尿道的に切除する技術である。従来の経尿道的手術(TUR-P)と比較して、TURシンドローム(低ナトリウム血症)等の合併症が減少する。

【対象疾患名】 前立腺肥大症

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

- ① 従来の経尿道的手術と比較して、切除ボリューム、最大尿流量率(Qmax)、灌流液量、手術時間等に関し、同等の治療成績が証明されている。
- ② 灌流液が多量に循環血液中に吸収されることによる低ナトリウム血症等のTURシンドロームが減少し、患者安全性、QOLの向上、術中管理の簡便化につながる。
- ③ 従来法で使用する対極板や高額な灌流液が不要となり、また入院期間等の短縮につながる社会的貢献度の高い技術である。

【診療報酬上の取扱】K:手術 36,109点(外保連試算点数:31,260点、必要材料:48,490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	376102
申請技術名	電解質溶液利用経尿道的前立腺核出術
申請団体名	日本泌尿器科学会
技術の概要 (200字以内)	ループ電極、組織剥離用スパチュラからなるTUEB専用電極をレゼクトスコープに装着し、高周波電源等を組み合わせて生理食塩液等の電解質溶液を灌流液として用い、肥大した前立腺を経尿道的に核出する。
対象疾患名	前立腺肥大症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	従来の経尿道的手術(TUR-P)と比較しTURシンドローム、出血の合併症が減少し、患者安全性向上、術中管理の簡便化につながる。入院期間が短縮し対極板、高額な灌流液が不要となる社会貢献度の高い技術である。装置は低価格で現在慣れ親しんでいる手術器具に近く導入し易い。

【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)	従来の経尿道的手術(TUR-P)と比較し切除重量に差は認められず、術後のIPSS、QOL、Qmax、Qaveの有意な改善、出血量の有意な減少が認められた。Initial results of transurethral enucleation with bipolar system for benign prostate hypertrophy patients. Nakao A, Fukui K, Togo Y, Kokura K.Hinyokika Kiyo. 2010 Jul;56(7):367-70. 他		
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)	従来法(TUR-P)と比べて TURシンドローム(低ナトリウム血症)がなく、また術中術後出血の有意な改善が見られ、患者安全性、QOLが飛躍的に向上する。		
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	従来のTUR-Pと同等の施設基準である。		
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし		
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	5,148		
	5,148		
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)	従来法と同等の治療効果があり、またTURシンドローム、術中術後出血等の合併症が減少するため従来法と比較して患者安全性、QOLは飛躍的に向上する。(1)新規保険収載に伴う医療費のアップ:11億3,740万円プラス、(2)TURシンドローム等の合併症減少に伴う入院費用削減、灌流液の生食への変更による削減:7億4,587万円マイナス (医療費への影響額)=(1)-(2)=年間 約3億9,153万円増。		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	841	
	技術名	経尿道的前立腺手術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	391,530,000	
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)	40,932	
	その根拠 (150字以内)	≪1≫ 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):33,950点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):77,050円(試算参照)	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号		
	技術名		
	具体的な内容 (150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)		
	後の点数(点)		

【技術名】 電解質溶液利用経尿道的前立腺核出術

(TUEB:Transurethral Enucleation with Bipolar)

【技術の概要】 ループ電極、組織剥離用スパチュラからなるTUEB専用電極をレゼクトスコープに装着し、高周波電源等を組み合わせ、生理食塩液等の電解質溶液を灌流液として用い、肥大した前立腺を経尿道的に核出する。

【対象疾患名】 前立腺肥大症

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

- ① 従来の経尿道的手術(TUR-P)と比較して切除重量に差は認められず、術後のIPSS、QOL、最大尿流量率(Qmax)、平均尿流量率(Qave)は有意に改善が認められた。
- ② 従来法と比べ、低ナトリウム血症等のTURシンドロームが回避でき、術中出血が有意に減少し、患者安全性、QOLの向上、術中管理の簡便化につながる。
- ③ 従来法で使用する対極板、高額な灌流液、レーザー装置等(HoLEP)の高額機器は不要であり施設導入し易い。また合併症が減少する社会的貢献度の高い技術である。

【診療報酬上の取扱】K:手術 40,932点(外保連試算点数:36,032点、必要材料:49,000円)



中川 健: TUEB (Transurethral enucleation with bipolar: バイポーラシステムを利用した経尿道的前立腺核出術)の手技. 泌尿器外科. 21, 783-787

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	377101
申請技術名	腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	精巣腫瘍は大動脈周囲の後腹膜リンパ節に転移を起こす。このリンパ節を診断的、治療的に切除する方法が後腹膜リンパ節郭清術である。従来の開放手術では腹部正中に30-40cmの大きな切開が必要で、大きな侵襲を伴った。腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術は、腹部の3-4箇所の小穴から鉗子を挿入しておこなう方法である。
対象疾患名	精巣腫瘍リンパ節転移
保険収載が必要な理由 (300字以内)	腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術は、腹部の3-4箇所の小穴から鉗子を挿入しておこなう方法であるが、従来の開腹術（腹部正中に30-40cmの切開）と比較して、術創が小さいことから圧倒的に手術侵襲が少なく入院期間の短縮も望める。また手術成績に関しても開腹手術と遜色ないことが示されている。よって標準術式として扱う手術となりつつあり、患者目線からは是非必要な手術であるために保険収載が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	精巣腫瘍自体比較的希な疾患であり、その上リンパ節転移をきたし化学療法後の残存腫瘍の存在は比較的少なく本邦でも年間300例と推定されるが、その治癒率は比較的高い。 精巣腫瘍診療ガイドラインにおいても、後腹膜リンパ節郭清術は推奨グレードAであるが、手術術式に関しては大血管周囲のため手術の難易度を患者に説明し、実施にあたっては患者及び家族の意思を尊重すべきとある。
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)	本術式の最大の副作用は、出血及び他臓器損傷である。出血に関しては少量であっても、術前の化学療法の頻度により手術前に既に貧血の状態の症例もあり、輸血の頻度は高くなる。
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)	技術水準としては、大動脈および下大静脈の周囲を剥離して進めるために、腎摘除術以上の技術は必要である。つまりやや難易度が高い手術である。
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)	倫理性の問題は当たらない
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	300 300
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	開腹手術に比して、手術創が小さいために術後の回復が早く、早期退院も可能となる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 627 7 技術名 リンパ節郭清術 後腹膜
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 316,170,000
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) 105,390 その根拠(150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 72,610点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 327,838円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) K 手術 番号 627 7 技術名 リンパ節郭清術 後腹膜 具体的な内容(150字以内) 手術後の鎮痛剤使用及び入院期間の短縮が望める。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 37,620 後の点数(点) 105,390

腹腔鏡下後腹膜リンパ節廓清術

技術の概要: 精巣腫瘍は大動脈周囲の後腹膜リンパ節に転移を起こす。このリンパ節を診断的、治療的に切除する方法が後腹膜リンパ節廓清術である。従来の開放手術では腹部正中に30-40cmの大きな切開が必要で、大きな侵襲を伴った。腹腔鏡下後腹膜リンパ節廓清術は、腹部の3-4箇所の小穴から鉗子を挿入しておこなう方法である。

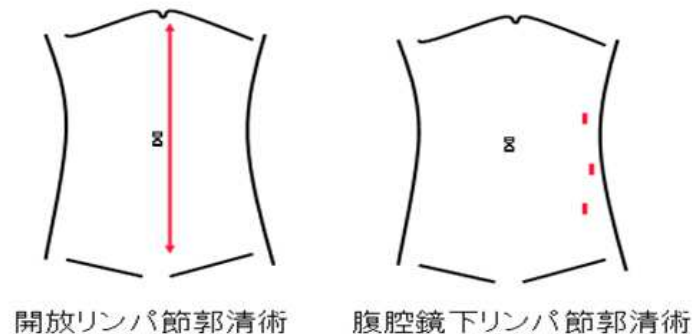
図1 開腹手術および腹腔鏡下手術の傷

図2 腹腔鏡下手術の手術後の傷の状態

対象疾患: 精巣腫瘍、悪性リンパ腫

腹腔鏡下後腹膜リンパ節廓清術

術式と創の大きさ



手術終了時の腹部所見。左腹部にある3箇所の小切開創のみで手術がおこなわれる。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	377102
申請技術名	腹腔鏡下副腎腫瘍切除術 髄質腫瘍(褐色細胞腫)
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会（共同提案:日本内視鏡外科学会）
技術の概要 (200字以内)	副腎髄質腫瘍(褐色細胞腫)に対する副腎摘除術を、腹腔鏡下に施行する。
対象疾患名	副腎髄質腫瘍(褐色細胞腫)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在、副腎髄質腫瘍(褐色細胞腫)の手術に関しては、腹腔鏡下副腎摘出術K754-2、(40,100)の方が高度技術および材料を使うに関わらず、開腹の副腎腫瘍摘出術 髄質腫瘍(褐色細胞腫)K755 2、42,930より点数が低い。

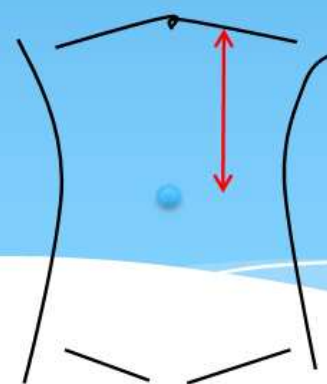
【評価項目】

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)	一般に褐色細胞腫は腫瘍が大きく、また術中腫瘍の圧迫によりカテコールアミンが循環血中へ流入し、急激に血圧上昇が起こるため、本疾患に対する腹腔鏡手術は難易度が高い。しかし、血圧のコントロールを含め術前・術中管理を注意深く行い、経験を積んだ術者が腹腔鏡手術を行うのであれば安全性に問題はないと報告されている。褐色細胞腫に対する腹腔鏡手術は原発性アルドステロン症やその他の疾患に対するそれと比べ、手術時間が長く、出血量も多く、また合併症の発生頻度も高いという報告があるが、これらの報告では褐色細胞腫の腫瘍径が対照疾患群に比べ有意に大きいと思われる。一方、比較的小さな褐色細胞腫で対照疾患群と腫瘍径に差がない場合、両群間において手術時間、出血量、合併症の発生頻度に有意差はなく、また比較的小さな褐色細胞腫に対する腹腔鏡下副腎摘除術は開放手術に比べ低侵襲であると報告されている。
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)	褐色細胞腫に対する腹腔鏡手術は原発性アルドステロン症やその他の疾患に対するそれと比べ、手術時間が長く、出血量も多く、また合併症の発生頻度も高いという報告があるが、これらの報告では褐色細胞腫の腫瘍径が対照疾患群に比べ有意に大きいと思われる。
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)	(2009年「褐色細胞腫の実態調査と診療指針の作成」研究班の調査によれば、推定患者数は3,000人で比較的良好な疾患であるが、通常の腹腔鏡下副腎摘除術に習熟した施設であれば、問題なく施行できる。泌尿器内視鏡外科認定医が行なうことが望ましい。
I-④開腹性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題はない
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 638 年間実施回数(回) 139
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)	開腹手術に比較すれば、侵襲はきわめて少なく、標準治療となっている。しかし、周術期の血圧のコントロールは、疾患の生命予後、手術成績を左右し、通常の副腎摘除よりは腫瘍径も大きいことが多い。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 754-2 技術名 腹腔鏡下副腎摘出術
予想影響額	プラス・マイナス 十 金額(円) 142,044,100
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) 102,190 その根拠(150字以内) 開腹手術がK755 2で42,930点であり、腹腔鏡下副腎腫瘍の方が40,100点と低い。本手術は患者満足度も高く、外保連試案により、開腹手術に腹腔鏡の消費機器等を追加した額である。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) K 手術 番号 754-2 技術名 腹腔鏡下副腎摘出術 具体的な内容(150字以内) 本術式により手術後の鎮痛剤および入院期間の短縮を図ることができる。
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 40,100 後の点数(点) 102,190

腹腔鏡下副腎腫瘍切除術 髓質腫瘍 (褐色細胞腫)

技術の概要:副腎髓質腫瘍(褐色細胞腫)に対する副腎摘除術を、腹腔鏡下に施行する。それにより低侵襲治療を行い、術後の入院期間の短縮を目指す。

対象疾患:褐色細胞腫



開腹手術の術創



腹腔鏡手術の術創

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	377103
申請技術名	腹腔鏡下尿管摘出術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会（共同提案: 日本内視鏡外科学会）
技術の概要 (200字以内)	尿管摘出に対する尿管摘出術を腹腔鏡下に施行する。
対象疾患名	尿管摘出(尿管憩室、尿管嚢胞、尿管憩室)および尿管嚢腫(感染性尿管嚢腫など)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在これらの疾患に対して開腹手術が行われているが、腹腔鏡下手術を行うことにより、より低侵襲的な治療が可能になる。

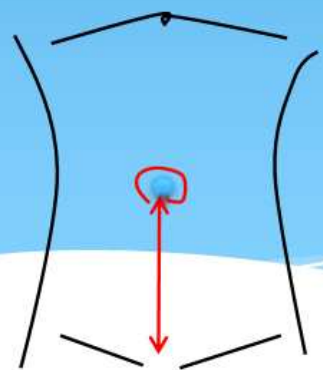
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)		2006年までに7つの報告(計45症例)があるが、全て腹腔鏡下に治療を完遂し、完治に至り、死亡例はない。開腹手術と腹腔鏡手術を比較した論文では腹腔鏡手術より出血量が有意に少なく、食事開始までの期間、入院日数が有意に短縮している(Int J Urol. 13:1466-1469, 2006)	
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)		45例のまとめからは尿管血腫1例、創部感染1例、膀胱穿孔1例を認めているが、再手術を行ったものはない。膀胱穿孔は術中に発見されその場で修復されている。尿管管憩室では膀胱との連続があり、切除時に膀胱穿孔を起こす可能性があるが、腹腔鏡下に容易に修復できる。	
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)		尿管管遺残は成人の2%に認められる。このうち感染などで手術適応になるものの頻度に関しては正確な統計はない。体表面に近い病変であり、周囲に大血管が存在しないことより、基本的な腹腔鏡手術の技術を持ち、日常的に腹腔鏡下手術を施行している施設であれば、問題なく手術を行うことが出来ると考えられる。	
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)		倫理性の問題は当たらない	
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	800	
	・年間実施回数等(回)	800	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		開腹手術に比して、手術創が小さいために術後の回復が早く、早期退院も可能となる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	804	
	技術名	尿管管摘出術	
	予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	+ 656,880,000
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)	82,110	
	その根拠 (150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 52,530点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 295,838円	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	804	
	技術名	尿管管摘出術	
	具体的な内容 (150字以内)	手術後の鎮痛剤使用及び入院期間の短縮が望める。	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	10,950	
	後の点数(点)	82,110	

腹腔鏡下尿膜管切除術

技術の概要:尿膜管遺残に対する尿膜管摘除術を腹腔鏡下に施行する。それにより低侵襲治療を行い、整容性に優れ術後の入院期間の短縮を目指す。

対象疾患:尿膜管遺残(尿膜管憩室、尿膜管嚢胞、尿膜管臍瘻)および尿膜管膿瘍(感染性尿膜管嚢胞など)



開腹手術の術創



腹腔鏡手術の術創

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	377104
申請技術名	腹腔鏡下膀胱部分切除術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	膀胱腫瘍や膀胱憩室内腫瘍における膀胱部分切除術を腹腔鏡下に行う。
対象疾患名	膀胱腫瘍、膀胱憩室内腫瘍
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在これらの疾患に対して開腹手術が行われているが、腹腔鏡下手術を行うことにより、より低侵襲的な治療が可能になる。

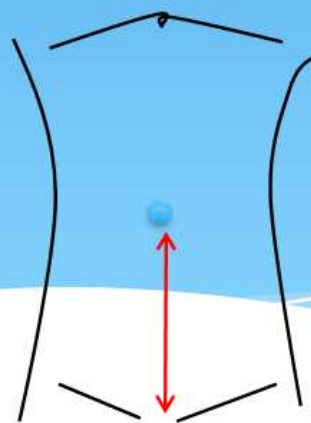
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		いくつかの報告によると、全て腹腔鏡下に治療を完遂し、完治に至り、死亡例はない。開腹手術と腹腔鏡手術を比較した論文では腹腔鏡手術より出血量が有意に少なく、食事開始までの期間、入院日数が有意に短縮している。	
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		膀胱切除による合併症は術後の縫合不全であるが、それ以外の大きな合併症は見当たらず比較的安全性は高い。	
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)		周囲に大血管や重要な臓器もないために、基本的な腹腔鏡手術の技術を持ち、日常的に腹腔鏡下手術を施行している施設であれば、問題なく手術を行うことが出来ると考えられる。	
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)		倫理性の問題は当たらない	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	300	
	年間実施回数等(回)	300	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		開腹手術に比して、手術創が小さいために術後の回復が早く、早期退院も可能となる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	802	
	技術名	膀胱腫瘍摘出術	
	予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	+ 308,220,000
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)	102,740	
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 72,610点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 301,338円	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	802	
	技術名	膀胱腫瘍摘出術	
	具体的な内容(150字以内)	手術後の鎮痛剤使用及び入院期間の短縮が望める。	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	12,030	
	後の点数(点)	102,740	

腹腔鏡下膀胱部分切除術

技術の概要: 膀胱腫瘍や膀胱憩室内腫瘍における膀胱部分切除術を腹腔鏡下に行う。それにより低侵襲治療を行い、整容性に優れ術後の入院期間の短縮を目指す。

対象疾患: 膀胱腫瘍、膀胱憩室内腫瘍



開腹手術の術創



腹腔鏡手術の術創

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	377105
申請技術名	腹腔鏡下尿管管悪性腫瘍手術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	下腹部正中切開で開腹手術で行っていた臍尿管尿管膀胱部分切除を腹腔鏡下に行う
対象疾患名	尿管管悪性腫瘍
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在これらの疾患に対して開腹手術が行われているが、腹腔鏡下手術を行うことにより、より低侵襲的な治療が可能になる。

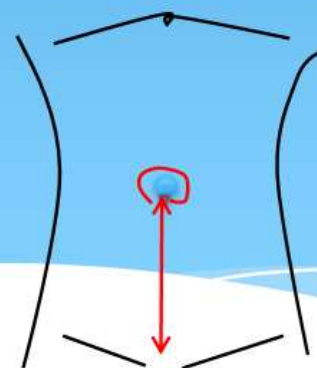
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	いくつかの報告によると、全て腹腔鏡下に治療を完遂し、完治に至り、死亡例はない。開腹手術と腹腔鏡手術を比較した論文では腹腔鏡手術より出血量が有意に少なく、食事開始までの期間、入院日数が有意に短縮している。	
エビデンスレベル	IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	尿管管および膀胱切除による合併症は術後の縫合不全であるが、それ以外の大きな合併症は見当たらず比較的安全性は高い。	
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)	周囲に大血管や重要な臓器もないために、基本的な腹腔鏡手術の技術を持ち、日常的に腹腔鏡下手術を施行している施設であれば、問題なく手術を行うことが出来ると考えられる。	
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)	倫理性の問題は当たらない	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	300 300	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	開腹手術に比して、手術創が小さいために術後の回復が早く、早期退院も可能となる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	803 1
予想影響額	技術名	膀胱悪性腫瘍手術 1切除
	プラス・マイナス 金額(円)	＋ 247,650,000
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)	82.550
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	その根拠 (150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 52,530点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 300,238円
	区分(1つ選択)	K 手術
(点数見直しの場合)	番号	803 1
	技術名	膀胱悪性腫瘍手術 1切除
(点数見直しの場合)	具体的な内容 (150字以内)	手術後の鎮痛剤使用及び入院期間の短縮が望める。
	前の点数(点)	29,190
	後の点数(点)	46,000

腹腔鏡尿膜管悪性腫瘍手術

技術の概要: 下腹部正中切開で開腹手術で行っていた臍―尿膜管―膀胱部分切除を腹腔鏡下に行う。それにより低侵襲治療を行い、整容性に優れ術後の入院期間の短縮を目指す。

対象疾患: 尿膜管悪性腫瘍



開腹手術の術創



腹腔鏡手術の術創

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	377106
申請技術名	腹腔鏡下腎盂切石術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会
技術の概要 (200字以内)	腎盂結石に関してはESWLは主流であるが、砕石不可能な症例で経皮的腎盂結石採石術が困難な症例に関して腹腔鏡下に行う。
対象疾患名	腎結石
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在腎盂結石に関してはESWLは主流であるが、砕石不可能な症例でかつ経皮的腎盂結石採石術が困難な症例に対して開腹手術が行われているが、腹腔鏡下手術を行うことにより、より低侵襲的な治療が可能になる。

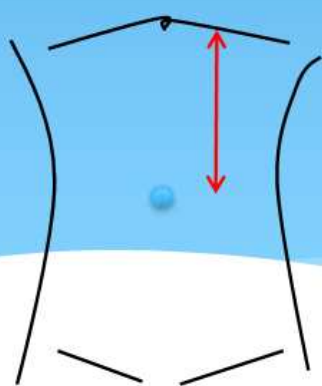
【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)		いくつかの報告によると、全て腹腔鏡下に治療を完遂し、完治に至り、死亡例はない。開腹手術と腹腔鏡手術を比較した論文では腹腔鏡手術より出血量が有意に少なく、食事開始までの期間、入院日数が有意に短縮している。	
エビデンスレベル		IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		腎盂の手術による合併症は術後の縫合不全および尿管狭窄であるが、それ以外の大きな合併症は見当たらず比較的安全性は高い。	
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)		基本的な腹腔鏡手術の技術を持ち、日常的に腹腔鏡下手術を施行している施設であれば、問題なく手術を行うことが出来ると考えられる。	
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)		倫理性の問題は当たらない	
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	100	
	・年間実施回数等(回)	100	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		開腹手術に比して、手術創が小さいために術後の回復が早く、早期退院も可能となる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	767	
	技術名	腎盂切石術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	59,940,000	
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)	59,940	
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 52,530点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 74,088円	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	767	
	技術名	腎盂切石術	
	具体的な内容(150字以内)	手術後の鎮痛剤使用及び入院期間の短縮が望める。	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	27,210	
	後の点数(点)	59,940	

腹腔鏡下腎盂切石術

技術の概要:腎盂結石に関してはESWLは主流であるが、碎石不可能な症例で経皮的腎盂結石採石術が困難な症例に関して腹腔鏡下におこなう。それにより低侵襲治療を行い、整容性に優れ術後の入院期間の短縮を目指す。

対象疾患:腎結石



開腹手術の術創



腹腔鏡手術の術創

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号	377201
申請技術名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
申請団体名	日本泌尿器内視鏡学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	843-2
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	ロボット支援手術が広まっているが、小規模の病院では前立腺癌の低侵襲手術としての腹腔鏡下手術は重要な手技となりつつある。現状まで本術式は特に大きな事故は認められず、同様に前立腺全摘除術を含む腹腔鏡下膀胱全摘除術も保険収載されている。そこで本手術の施設認定基準を腹腔鏡下肝切除術および腹腔鏡下膵切除術と同様な施設基準への改定をお願い致します。 1. 開腹または腹腔鏡下前立腺全摘除術を年間10例以上施行されていること 2. 腹腔鏡手術の十分な経験を有する医師を配置していること 3. 麻酔科の標榜施設であり泌尿器科医が2名以上いる配置されていること 4. 緊急手術が可能な体制であること

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(LRP)は、保険適応の手術として2006年より認められているが、高度先進医療における施設基準が現在も厳守されている。現在のLRPは、2011年に2,000件強、合併症は術前後合わせて5%以下、死亡例の報告はない。つまり現状では開腹手術と同様な有害事象であるといえる。一方現在まで施設基準が存在し、LRPを行っていた医師が転勤することより、改めて施設基準を取得するために専門医の招聘や病院負担の手術を10例行わねばならない。そこで本手術の施設認定基準を腹腔鏡下肝切除術および腹腔鏡下膵切除術と同様な施設基準への改定をお願いしたい。	
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)	施設基準の緩和により若干の症例数の増加が見られる可能性もあるが、ハイボリューム施設ではロボット支援手術への移行もあるため実際の症例は増えないものと考えられる。	
・年間対象患者数の 変化	前の人数(人)	2,000
	後の人数(人)	2,000
・年間実施回数 の変化等	前の回数(回)	2,000
	後の回数(回)	2,000
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)	現在と比較して症例数は増えないため
	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)	現在と比較して症例数は増えないため
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)	1. 開腹または腹腔鏡下前立腺全摘除術を年間10例以上施行されていること 2. 腹腔鏡手術の十分な経験を有する医師を配置していること 3. 麻酔科の標榜施設であり泌尿器科医が2名以上いる配置されていること 4. 緊急手術が可能な体制であること	
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。

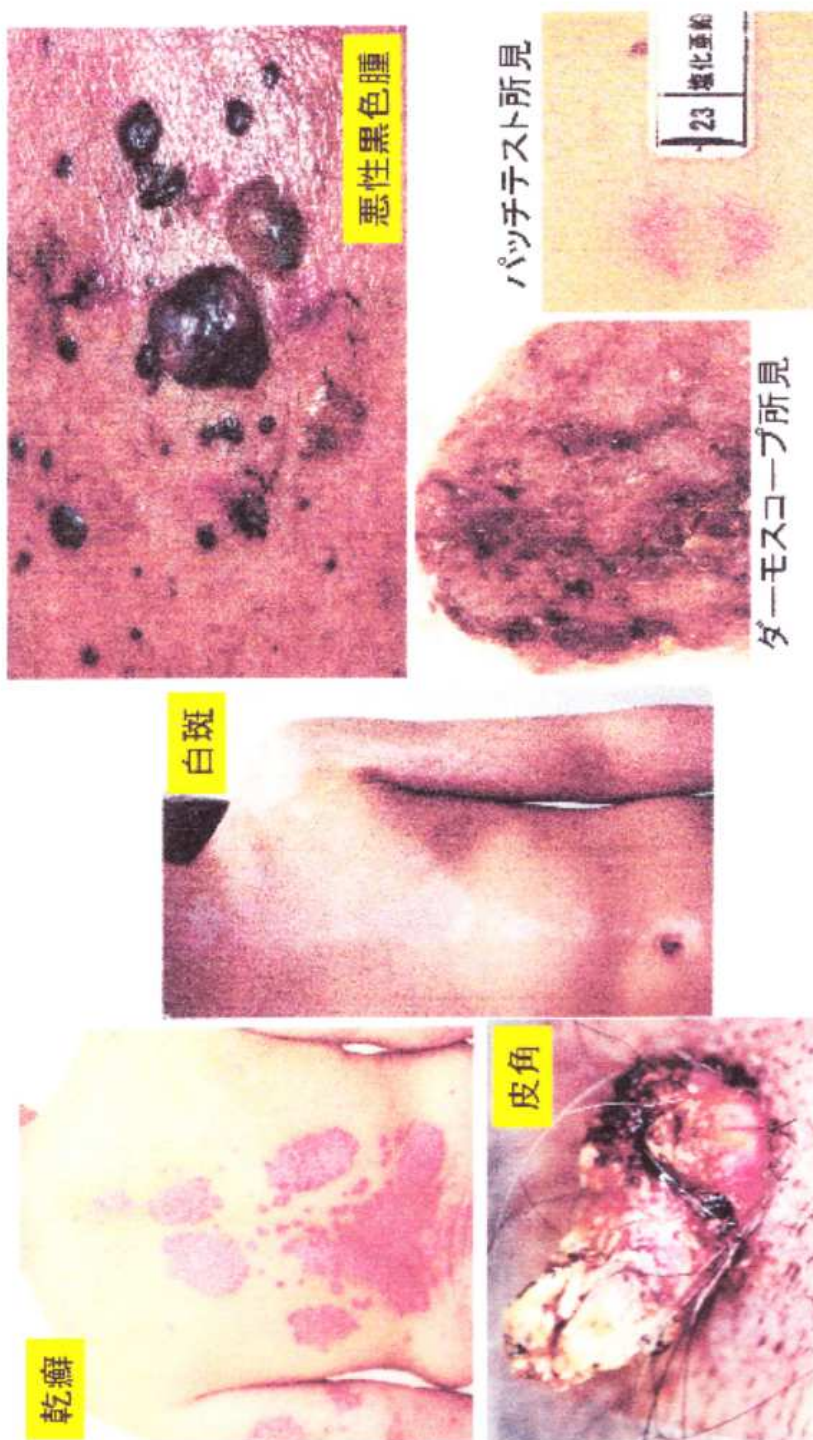
整理番号	378101
申請技術名	皮膚病像撮影料
申請団体名	日本皮膚科学会
技術の概要 (200字以内)	皮膚病変所見のデジタルカメラ(カメラ)による診療録に準じた記録の作成、保存である。
対象疾患名	すべての皮膚疾患(とくに腫瘍、悪性・難治性疾患など)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	皮膚病変の客観的記録による診断の正確性、治療の評価などの向上が期待できる。 QOLに関する評価とその向上が計れる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	客観的所見によるQOLに関する評価の向上。エビデンスレベルに関しては写真撮影のため評価できない。
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)	写真撮影であり、安全性には問題はない。
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)	外科学会社会保険委員会連合試案では、技術度C、協力医師数0人、看護師1人、その他0人、所要時間15分。
I-④開通性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	診療録に準ずるため、その記録の取扱いも準ずる。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	13,000 2
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	なし
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名 なし
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 62,595,000
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) 321 その根拠 (150字以内) 要望点数(①+②)=321点 ①外保連試案点数:296点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格:249円(試案参照)
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 なし 具体的な内容 (150字以内) なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

技術・新設 日本皮膚科学会／皮膚病像撮影料（概要図）

皮膚病像撮影では、皮膚病変にあわせて、通常撮影、接写撮影など、あるいはダーモスコープ所見を記録するため、その写真撮影の技術、装置が必要となる。



ダーモスコープ所見

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	378201
申請技術名	爪甲除去（麻酔を要しないもの）
申請団体名	日本皮膚科学会
診療報酬区分（1つ選択）	J 処置
診療報酬番号	001-7
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容（400字以内）	専門的技術や労力が必要であり、保険点数の評価が低すぎるため、点数を見直してほしい。 要望点数(①+②):303点 ①外保連試算点数:301点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):20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）	専門的技術や労力が必要であり、保険点数の評価が低すぎるため、点数を見直してほしい。	
点数の見直しの場合	前の点数（点）	45
	後の点数（点）	303
Ⅲ-②普及性の変化 （下記のように推定した根拠） （200字以内）	外来患者の0.5%。実施回数は1回。	
・年間対象患者数の変化	前の人数（人）	1,300
	後の人数（人）	1,300
・年間実施回数の変化等	前の回数（回）	1,300
	後の回数（回）	1,300
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）	3,354,000
（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）	外来患者の0.5%とすると、26万人（「国民衛生の動向」より）×0.005=1,300人。 要望増加点数分を258点とすると、3,354,000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）	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）	
	番号	
	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	378202
申請技術名	鶏眼、胼胝処置
申請団体名	日本皮膚科学会
診療報酬区分(1つ選択)	J 処置
診療報酬番号	057-3
再評価区分(1つ選択)	1-C 算定要件の見直し(回数制限)
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	1)算定回数制限を廃止して欲しい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	1)1回の処置での完治はほとんどなく、再発も繰り返すことから、「同一部位の一連の治療について、その範囲に関わらず、1回のみ算定する」という制限を廃止して欲しい。
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)	対象患者数は外来患者の1%前後。 完治までの治療回数は2～4回前後。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 2,600 後の人数(人) 2,600
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 2,600 後の回数(回) 7,800
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十 金額(円) 8,840,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)
特になし	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) 番号 技術名
特になし	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	378203
申請技術名	皮膚科光線療法(2)長波長紫外線又は中波長紫外線療法
申請団体名	日本皮膚科学会
診療報酬区分(1つ選択)	J 処置
診療報酬番号	054 2.3
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	なし
提案の具体的な内容(400字以内)	適応症の追加:円形脱毛症・痒疹・皮膚そう痒症(腎不全にともなう) 適応拡大のため同点数

【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)	難治性の円形脱毛症に対する光線療法の有用性が報告されており、すでに多くの皮膚科診療施設で行われている。 痒疹、皮膚そう痒症(腎不全に伴う)も、すでに多くの皮膚科診療施設で行われている。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	皮膚科外来患者数26万人(「国民衛生の動向」より)とすると、対象患者はその1%以下。 治療回数:週1~2回、約10~20回。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 0 後の人数(人) 2,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 30,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十 金額(円) 45,000,000
(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) 特になし 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内) 現在の保険点数150点×15回×2,000人=45,000,000円。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) 番号 技術名 特になし 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	378204
申請技術名	皮膚科軟膏処置
申請団体名	日本皮膚科学会
診療報酬区分(1つ選択)	J 処置
診療報酬番号	053 注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	特になし
提案の具体的な内容(400字以内)	100平方cm未満の皮膚科軟膏処置の算定復活 要望点数(①+②):58点 ①外保連試算点数:50点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):77円(試算参照)

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	専門的な知識と時間がかかるため、少ない面積でも保険点数が妥当である。						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の点数(点)</td> <td>58</td> </tr> </table>	前の点数(点)	0	後の点数(点)	58		
前の点数(点)	0						
後の点数(点)	58						
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	外来患者数26万人(「国民衛生の動向」より)とすると、対象患者は10%前後。治療回数2回前後。						
・年間対象患者数の変化	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>26,000</td> </tr> </table>	前の人数(人)	0	後の人数(人)	26,000		
前の人数(人)	0						
後の人数(人)	26,000						
・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>52,000</td> </tr> </table>	前の回数(回)	0	後の回数(回)	52,000		
前の回数(回)	0						
後の回数(回)	52,000						
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<table border="1"> <tr> <td>プラス・マイナス</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>金額(円)</td> <td>30,160,000</td> </tr> </table>	プラス・マイナス	+	金額(円)	30,160,000		
プラス・マイナス	+						
金額(円)	30,160,000						
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<table border="1"> <tr> <td>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td> <td>特になし</td> </tr> </table>	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	特になし	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	特になし		
増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	特になし						
増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	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	<table border="1"> <tr> <td>区分(1つ選択)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>特になし</td> </tr> </table>	区分(1つ選択)		番号		技術名	特になし
区分(1つ選択)							
番号							
技術名	特になし						
提案の具体的な内容(150字以内)	特になし						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>後の点数(点)</td> <td></td> </tr> </table>	前の点数(点)		後の点数(点)			
前の点数(点)							
後の点数(点)							

医療技術再評価提案書（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	380201
申請技術名	画像診断管理加算の施設基準 加算1および2の見直し
申請団体名	日本病院脳神経外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	E 画像診断
診療報酬番号	004-4、004-5
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	画像診断管理加算1(70点)、画像診断管理加算2(180点)の配点がなされているが、その施設基準として放射線科を標榜する保険医療機関、画像診断を専ら担当する常勤の医師配置(専ら10年以上の画像診断経験または放射線専門医)、十分な体制が整備されていること。この画像診断管理加算施設基準は日本医学放射線学会が行う専門医に限る1名であり、常時撮影または読影に専従していなければならず、これをクリアするものは自ずから放射線科専門医を指すものである。この施設基準がクリアできなければ、後にあるE200注4、E202注4は加算の対象外である。脳神経外科専門医の中枢神経領域の画像診断レベルは高く、適正に評価されたい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	脳神経外科専門医は脳・血管・神経・脳組織(病理)、脳機能を十分に理解して、外科医として手術に向かう。その一つの補助診断として画像診断は存在し、重要な位置を占める。つまり放射線科専門医しか画像診断ができないのでは無く、より質的診断、生きた画像読影(脳動脈瘤の位置、性状、方向、向き、周囲の血管との関係、神経との関係、手術アプローチのための画像所見など本当に必要な情報を記載でき活用する脳神経外科専門医を評価していない施設基準には再検討を要する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)		
・年間対象患者数の変化	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	380202
申請技術名	冠動脈CT撮影加算及び心臓MRI加算の施設基準見直し
申請団体名	日本病院脳神経外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	E 画像診断
診療報酬番号	E200-1注4、E202-1注4
再評価区分(1つ選択)	1-B 算定要件の見直し(施設基準)
	「5 その他」を選んだ場合等に記載
提案の具体的な内容 (400字以内)	画像診断管理加算2の施設基準をクリアしなければ、64列以上のマルチスライスCT撮影では高点数は得られず、3テスト以上のMRIも同様に高点数は得られない。これも放射線科専門医を特別に施設基準に入れることで、大病院でしか達成できない基準となっている。また冠動脈CTや心臓MRIなど撮影加算に対する施設基準には、循環器疾患を10年以上有するもの(循環器科専門医)と放射線科専門医を合わせて3名以上配置されていると画像診断管理加算2に関する施設基準に準ずるのであれば、脳頸動脈CTAや脳MRI、MRA、MRS、DWI、DTI、f-MRIなどの技術と診断力に脳神経外科専門医の画像診断を高く評価してもらいたい。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	画像診断に深く関わる脳神経外科領域では、学会を通して専門医の育成に多大な力を注いできた。脳神経外科領域の専門性の高い血管系、神経系、機能系など、未だ未知なる分野は多く含まれており、高度な医療機器を使いこなすなかで、新しい医療技術や学問が広がっていく。高度医療機器と専門医の施設基準を広げることで医療水準の向上につながり、更なる発展となる。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)		
・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	380203
申請技術名	脊髄誘発電位測定等加算の適応拡大
申請団体名	日本病院脳神経外科学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	K930
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)	脳動脈瘤手術では運動誘発電位モニターが合併症発症を鋭敏に感知することが知られ必須のモニターである。頸動脈狭窄の手術(CEA、CAS)でも閉塞、塞栓を防ぐことが重要で体性感覚誘発電位、脳波等の神経モニターが有用。神経血管減圧術においては、脳幹圧迫や虚血を防ぐため、脳幹誘発電位モニターが有用である。しかし、現在は脊髄脊椎手術、脳腫瘍手術でしか認められていない。脳動脈瘤・頸動脈手術などに神経モニターなしで手術を行い合併症となれば、訴訟の可能性が極めて高く、その適応がないのは不合理。この状況を放置すれば、今後我が国医療の荒廃を招くと考える。日本脳神経外科学会専門医は、区分番号「K159-1」、「K160-2」、「K172」、「K175」から「K178-3」及び「K609」の動脈血栓内膜摘出術・「K609-2」の経皮的頸動脈ステント留置術などの神経モニターの保険適応を要望する。

【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)	運動誘発電位モニターの有用性は関係する学会でも評価が高く、手術による合併症を回避するためには、必須であろう。このモニタリングをしないために、具体的に訴訟になったかは事案として詳細はわからないが、手術をする脳神経外科専門医からすると、とても安心して行える状況ではない。それは診療報酬での適正な評価をしないまま放置していることにある。神経モニタリングの適応拡大は、術者および患者の合併症発生におけるリスクを最大限回避でき、合併症を起こしたあとの医療費削減に大いに寄与するものと考ええる。
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	
・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	381101
申請技術名	膵酵素阻害薬・抗菌薬膵局所持続動注療法
申請団体名	日本腹部救急医学会(共同提案: 日本救急医学会、日本肝胆膵外科学会)
技術の概要 (200字以内)	重症急性膵炎は臓器障害や壊死組織の感染により致命率の高い疾患である。膵局所持続動注療法により膵壊死や感染を防止することで救命率向上が期待できる。
対象疾患名	重症急性膵炎
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本治療法は重症急性膵炎に対する唯一の局所治療法であり、一般の経静脈的投与に比較して高濃度の薬剤(蛋白分解酵素阻害薬・抗菌薬)を膵局所に投与できることから、炎症の早期改善、感染予防が期待できる。すでに急性膵炎の診療ガイドラインにも収載されているが、保険未収載のため治療経費に関して病院の負担となっている。緊急に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)	重症膵炎に対する膵局所動注療法の有用性に関するエビデンスは多数報告されているが、2008年にはポーランドから無作為試験で動注療法が死亡率、感染合併率を低下させるとの報告がなされている(Pancreatology 2008;7:344)。しかし、保険未収載のため、「エビデンスに基づいた急性膵炎の診療ガイドライン」では膵局所動注療法はオプションとされている。学会を含めたコンセンサスでは重症膵炎に対する膵酵素阻害薬・抗菌薬膵局所持続動注療法を推奨している。	
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	これまで重症急性膵炎に対する膵局所動注療法による有害事象は報告されていない。蛋白分解酵素阻害薬の投与量は播種性血管内凝固症候群に対する保険適応の量を超えることはない。	
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)	学会においては、重症膵炎で壊死性膵炎を伴うものに対しては第一選択の治療との位置づけであり、コンセンサスが得られている。 血管造影検査が必要であるため、これを実施できる施設が該当するが、一般的な画像検査であるため、とくに施設基準は不要である。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	1,000 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)	重症急性膵炎は臓器障害や壊死組織の感染により致命率の高い疾患である。膵局所に端分解酵素阻害剤と抗菌薬を動注することにより膵壊死や感染を防止することで救命率向上が期待できる。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	698
	技術名	急性膵炎手術
予想影響額	プラス・マイナス	—
	金額(円)	393,300,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	G 注射
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	32.670
	その根拠 (150字以内)	要望点数(①+②): 32,670 ①外保連試算点数: 29,710点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 29,550円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	698
	技術名	急性膵炎手術
	具体的な内容 (150字以内)	開腹し、感染した壊死組織を除去・摘出し、その後に腹腔内、後腹膜腔に多数のドレーンを挿入する手術。一期的に閉腹せず繰り返し腹腔内を洗浄する。
(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	381102
申請技術名	大腸軸捻転症解除術(内視鏡による)
申請団体名	日本腹部救急医学会(共同提案: 日本救急医学会)
技術の概要 (200字以内)	内視鏡を挿入、吸引減圧を加えることで結腸軸捻転を解除する。
対象疾患名	結腸軸捻転(主にS状結腸)
保険収載が必要な理由 (300字以内)	開腹手術と比較し低侵襲で捻転を解除でき、有用な手技と考えられる。

【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)	開腹手術と比較し低侵襲で捻転を解除でき、有用な手技と考えられる。
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	既に穿孔、腹膜炎を生じている症例では適応とならず、こうした症例選択を誤らなければ安全であることが報告されている。
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)	大腸内視鏡挿入手技に習熟した医師が行うことが望ましいと考える。施設基準は特に設ける必要はないと考える。
I-④開行性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	160 160
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)	本手技の成功率は76～90%と報告されている。(菅隼人ら: 日臨外会誌69, 1145, 2008)
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 48,720,000
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) 32,000 その根拠(150字以内) 要望点数(①+②): 32,000点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 29,190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
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	381103
申請技術名	内視鏡的穿孔瘻孔閉鎖術
申請団体名	日本腹部救急医学会(共同提案: 日本救急医学会)
技術の概要 (200字以内)	本品は、クリップ、キャップ、リトリバー、ホイールから成る。キャップにはクリップが予め装填されている。リトリバーは、鉗子口内にキャップに接続された糸を通す際に使用する。ホイールはクリップをリリースする際に糸を巻き取る際に使用する。クリップを装着した内視鏡を目的部位まで進め、内視鏡を用いて目的部位を十分にキャップ内に吸引し、ホイールを用いて糸を巻き取ることで、目的部位へクリップが留置される。
対象疾患名	消化管穿孔、瘻孔
保険収載が必要な理由 (300字以内)	本品は内視鏡的に消化管穿孔、瘻孔を一括で閉鎖するデバイスである。現在は消化管穿孔および瘻孔の内視鏡的閉鎖術に関連する手技点の設定が無く、病院の持ち出しで手技が施行されているため普及の妨げとなっている。従来消化管穿孔、瘻孔の対応には外科的手術が必要になることが多く、特に穿孔に関して本技術の普及は緊急手術の回避に繋がる可能性がある。瘻孔について外科的手術後の瘻孔の閉鎖は、癒着により施行困難なことが多い。外科的手術と比較して内視鏡的に施行可能であることから低侵襲であり、入院期間の短縮によるコスト削減が期待できる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	OTSCシステムを用いた穿孔に対する前向き研究※1において臨床的成功率は32/36(89%, 95%CI75%-96%)と報告されている。1例で内視鏡挿入時に食道穿孔、2例において穿孔箇所での閉鎖不良があった。また1例でクリップ留置から6時間後にクリップの脱落が見られた。平均治療時間は5分44秒±4分15秒であった。またOTSCシステムを用いた瘻孔に対するメタ分析研究※2において臨床的成功率は69%(95% CI 51.8%-82.2%)と報告されている。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	上述の論文より、穿孔で11.1%、瘻孔において31%で臨床的成功が得られず、閉鎖不良により外科的手術に移行したことが考えられる。しかし本来外科的手術が考慮される患者背景を考慮すると、これらの臨床的不成功は問題にならないと考える。本邦での販売開始以来PMDAに報告されている不具合は、目的部位以外へのクリップ留置2例、内視鏡挿入時の食道損傷1例(海外事例)、クリップの誤発射:1例(海外事例)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)	本品は内視鏡手技に関する十分な知識と経験を有する医師が使用すること。
I-④開示性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特に問題はない
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	5,316 5,316
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	当該技術は既存の外科的治療法と比べ低侵襲であり、入院期間の短縮が期待される。外科的治療法と比べ全身麻酔が不要となり、簡便に施行可能となることから、手技時間も短縮されるため既存の治療法の手技点数の加重平均に対し0.8掛の手技点数を提案することとした。入院期間短縮によるコスト削減効果の算出は、海外を含めコスト試算の論文が発表されていないことから難しいが、手技点数の削減による医療費削減が期待できる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 520 1、520 2、520 3、647、647-2、665、730 1、730 2、731 1、731 2、777、792、808、858 技術名 食道縫合術(穿孔、損傷)、頸部手術、食道縫合術(穿孔、損傷)、開胸手術、食道縫合術(穿孔、損傷)、開腹手術、胃縫合術、大網糸植術又は被覆術を含む、腹腔鏡下胃十二指腸潰瘍穿孔縫合術、胃瘻閉鎖術、小腸瘻閉鎖術、腸管切除
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 165,806,040
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) K 手術 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 20,456 その根拠 (150字以内) ①既存の治療法の手技点数の加重平均＝15,595点 ②内視鏡による治療の効率化 15,595点×0.8＝12,476点 ③別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 79,800円 12,476+7,980=20,456点
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 その他 技術名 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)

製品概観



操作手順

1. ホイールを内視鏡の鉗子口に挿入し、ホイールのストラップを用いて固定する。



2. キャップに予め取り付けられている糸をリトリーバーでつかみ、内視鏡先端から鉗子口に接続したホイールまで通す。
3. ホイールに通した糸をホイールの溝に差し込み、ホイールを反時計方向に回して固定する。



4. 適切なサイズのクリップが装填されたキャップを内視鏡先端に取り付ける。このときキャップに取り付けられている糸の結び目が内視鏡のレンズに被らないように注意する。



5. 内視鏡を挿入し、クリップ留置目標部位にキャップの先端部を押し付ける。
6. 内視鏡で組織の吸引を行いながら、ホイールを下図のように時計回りに回してクリップをリリースする。



7. 目的部位にクリップが留置されたことを確認した後に内視鏡を患者から抜去する。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	383101
申請技術名	経皮的レーザーシース不使用植え込みデバイスリード抜去術
申請団体名	日本不整脈学会
技術の概要 (200字以内)	経皮的な植え込みデバイスリード抜去で、レーザーシースを使用しないもの。
対象疾患名	植え込みデバイス感染症、植え込みデバイスリード不全
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現行では植え込みデバイスのリード抜去を行う場合レーザーシースを使用する場合は保険収載がなされているが、同シースを使用しないあるいは他の道具を必要とする場合があり、その際の保険収載の必要性があると考えられるため。

【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)	米国のHRS consensus statementではロッキングスタイルット、レーザーシースとともに必須の道具であるとコメントされている。	
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	レーザーシースを使用した場合と同様の、リスクはありうる。	
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)	レーザーシース使用と同様にリードを扱うことに習熟した医師が施行する必要がある。レーザーシースの施設基準に関しては日本不整脈学会から勧告がある。	
I-④実用性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	450 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)	米国からの多施設研究ではレーザーシース使用に比較し、抜去成功率は下がったが死亡はなく、レーザーシース使用に比較し安全である可能性がある。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	599-5
予想影響額	技術名	経静脈電極抜去術(レーザーシース)
	プラス・マイナス 金額(円)	十 5,880,000
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)	43,730
	その根拠 (150字以内)	D難度、2.5時間、看護師1人ME技士1人、放射線技師1人で計算。(89590+53590+23810+2770+2580+2580)×2.5= 437300円
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容 (150字以内)	なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

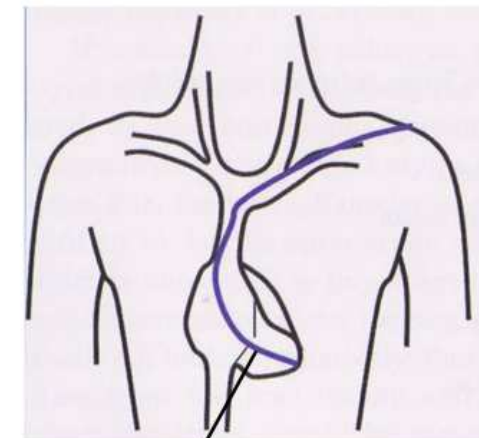
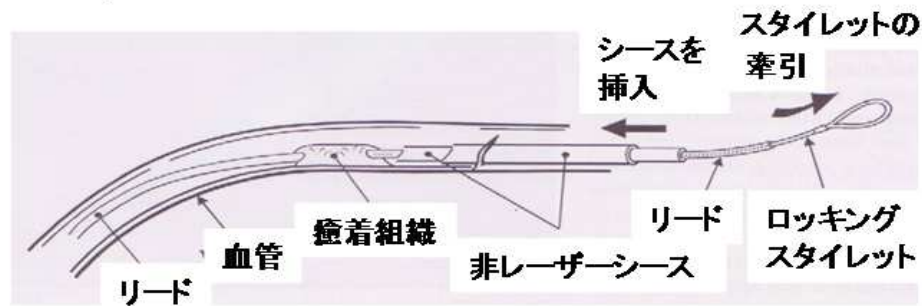
経皮的レーザーシース不使用植え込みデバイスリード抜去術

技術の概要: 経皮的な植え込みデバイスリード抜去で、レーザーシースを使用しない技術

技術度	協力医師	看護師	ME技士	放射線技師	時間
D	2人	2人	2人	1人	2.5時間
(97120 + 80270 + 5540 + 5160 + 2580) x 2.5 = 476675円					
診療報酬点数					47680点を要望します。

他の治療法との比較:

現在レーザーシースを用いるリード抜去術が保険償還されています。レーザーシースを用いた場合に比較し、非レーザーシースを用いた場合は材料費だけで297000円(レーザーシース償還価格)－105000円(バスコエクスターシース)=192000円の減額となりますが、現在この手技は保険償還されていません。



デバイスリード

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	383201
申請技術名	ペースメーカー移植術（経静脈電極）
申請団体名	日本不整脈学会（共同提案：日本循環器学会）
診療報酬区分（1つ選択）	K 手術
診療報酬番号	597 2
再評価区分（1つ選択）	2-A 点数の見直し（増点）
「5 その他」を選んだ場合等に記載	なし
提案の具体的な内容（400字以内）	要望点数(①+②)=20,040点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):17,070点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):29,730円(試算参照) 現行の7,820点はあまりにも低く、20,040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）	ペースメーカー移植術の技術度はB(卒後3年以上)とされていたが、異物を体内に移植する上に、不整脈、電気生理的検査および複雑なペースメーカーの機能を熟知している必要があり、卒後3-5年のレジデントの行える手技ではない。保険償還の条件として日本循環器学会認定の循環器専門医(少なくとも卒後7年以上)であることが求められており、技術度はC(卒後6-8年)が妥当であり、実態調査の結果、外保連でも技術度がCに訂正された。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	7,820
	後の点数(点)	20,040
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	実施数は、2010年度が36,287件、2011年度が37,709件であり、徐々に増加傾向にある。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	37,709
	後の人数(人)	39,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	37,709
	後の回数(回)	39,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	4,765,800,000
（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)	20,040点(増点後点数)}×39,000(年間予想手術件数)=7,815,600,000円が見込まれる。
	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)	7,820点(現行点数)}×39,000(年間予想手術件数)=3,049,800,000円が見込まれる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	番号	0
	技術名	代替療法はない。
提案の具体的な内容(150字以内)	代替療法のない必要不可欠な治療法である。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	383202
申請技術名	両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器移植術
申請団体名	日本不整脈学会（共同提案：日本循環器学会）
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	599-3
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	なし
提案の具体的な内容(400字以内)	要望点数(①+②)=74,150点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):71,080点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):30,730円(試算参照) 本術式は、従来のペースメーカー植え込み手技よりも高い技術と豊富な経験を要する。両室ペースメーカーおよび植え込み型除細動器植え込み術を併せたより高度な技能を要する。 診療報酬の現行32,000点から74,150点へ上方修正を提案する。

【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)	本手術は、植え込み型除細動器(ICD)植え込み手術に加えて両心室ペーシング(CRTP)植え込みのための特殊な電極リードを冠静脈洞内に留置固定する。豊富な経験と高度技術が必要とされる手術である。 現在のICD植え込み手術の診療報酬は17,030点、CRTP植え込み術は30,750点であるが、両者の技術を要する手術であることから合算した47,780点が最低の妥当点であるとする。 本手術は13年以上の経験ある不整脈専門医と2名の助手医師、看護師、臨床工学士、放射線技師の協力が必須である。平均手術時間は4時間であり、外保連試算に基づき人件費と労働時間から算出すると74,150点となる。 少なくとも、ICD,CRTP植え込み手術よりも高い点数に設定すべきである。 エビデンスレベルはIである。						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td><td>21,000</td></tr> <tr> <td>後の点数(点)</td><td>74,150</td></tr> </table>	前の点数(点)	21,000	後の点数(点)	74,150		
前の点数(点)	21,000						
後の点数(点)	74,150						
Ⅲ-②普及性の変化(下記のように推定した根拠)(200字以内)	数字は、日本不整脈デバイス工業会調査によるものである。心不全患者は年々増加する傾向にあり、重症心機能低下例は同時に致死性不整脈を合併する危険性が高く、本治療法を必要とする患者は増加する可能性が高い。 一方、植え込み型除細動器、両室ペースメーカー植え込み患者数は相反的に減少することが期待される。						
・年間対象患者数の変化	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td><td>2,280</td></tr> <tr> <td>後の人数(人)</td><td>2,560</td></tr> </table>	前の人数(人)	2,280	後の人数(人)	2,560		
前の人数(人)	2,280						
後の人数(人)	2,560						
・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(回)</td><td>2,864</td></tr> <tr> <td>後の回数(回)</td><td>3,364</td></tr> </table>	前の回数(回)	2,864	後の回数(回)	3,364		
前の回数(回)	2,864						
後の回数(回)	3,364						
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<table border="1"> <tr> <td>プラス・マイナス</td><td>+</td></tr> <tr> <td>金額(円)</td><td>1,360,640,000</td></tr> </table>	プラス・マイナス	+	金額(円)	1,360,640,000		
プラス・マイナス	+						
金額(円)	1,360,640,000						
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<table border="1"> <tr> <td>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td><td>741,500 円 *2,560人 = 1,898,240,000</td></tr> <tr> <td>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)</td><td>210,000 円 * 2,560人 =537,600,000</td></tr> </table>	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	741,500 円 *2,560人 = 1,898,240,000	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)	210,000 円 * 2,560人 =537,600,000		
増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	741,500 円 *2,560人 = 1,898,240,000						
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)	210,000 円 * 2,560人 =537,600,000						
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table border="1"> <tr> <td>区分(1つ選択)</td><td>K 手術</td></tr> <tr> <td>番号</td><td>598, 599</td></tr> <tr> <td>技術名</td><td>両心室ペースメーカー移植術、植え込み型除細動器移植術</td></tr> </table>	区分(1つ選択)	K 手術	番号	598, 599	技術名	両心室ペースメーカー移植術、植え込み型除細動器移植術
区分(1つ選択)	K 手術						
番号	598, 599						
技術名	両心室ペースメーカー移植術、植え込み型除細動器移植術						
提案の具体的な内容(150字以内)	本術式は、従来のペースメーカー植え込み術、植え込み型除細動器、両室ペースメーカーよりも高い技量を要する術式である。 本治療法の技術が正当に評価されることにより、本治療法適用が増加し、一方、ICD,CRTP治療適応が相関的に減少することが期待できる。						
点数の見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td>前の点数(点)</td><td>21,000</td></tr> <tr> <td>後の点数(点)</td><td>74,150</td></tr> </table>	前の点数(点)	21,000	後の点数(点)	74,150		
前の点数(点)	21,000						
後の点数(点)	74,150						

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	383203
申請技術名	両室ペーシング機能付き植込み型除細動器(CRTD)交換術
申請団体名	日本不整脈学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	599-4
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	記載の必要なし
提案の具体的な内容(400字以内)	現行の6,000点より、29,720点への増点を要望する。

【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)	2012年改定で7,310点から6,000点へ減点している。CRTDはペースメーカー(PM)やICDと異なり抗徐脈、抗頻脈、除細動による救命効果に加え両室ペーシングによる心室同期不全を改善させることで心機能の改善を図るためより高度な機能を有している。本体容量もPMより4倍大きく、PMやICDに比べ左室リードが増えるためリード接続箇所も1か所増える。交換時は植込み時と同様にリード環境の検査とCRTDが持つICD機能の確認が必要なため高度な専門知識を要する。交換を的確に行うには指導医と補佐の医師、看護師、プログラマーを担当する臨床工学士など複数の人員を要し、手術時間は90分を要する。人件費などを含めた外保連試算(2014年)での診療報酬は29,720点と現行の6,000点では低すぎると判断される。よって外保連試算の29,720点が妥当な評価であると提案する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	6,000
	後の点数(点)	29,720
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	日本不整脈デバイス工業会の調べによると、2009年296件、2010年576件、2011年599件と増加している。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	599
	後の人数(人)	649
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	599
	後の回数(回)	649
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)	154,180,000
(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)	297,200×650=193,180,000
	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)	60,000×650=39,000,000
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)	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)	0
	後の点数(点)	0

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

※ 当該提案書は公開することがある。公開前提で記載すること。

※ 本紙の左中央部にファイリング用の二つ穴を開けること。

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

整理番号	383204
申請技術名	経静脈電極拔去術（レーザーシース使用）
申請団体名	日本不整脈学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	599-5
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	なし
提案の具体的な内容 (400字以内)	平成20年7月に薬事承認を得た医療機器である「エキシマレーザー心内リード拔去システム」を用いた手技に対する技術料であるが、上大静脈の損傷や心穿孔による多量出血が報告されており、手技に伴う死亡率は0.3%と報告されている。とはいえ、代替手段は開胸術しかなく、その侵襲の大きさや危険性を鑑みると必要性が極めて大きい。重篤な合併症に備えるため、緊急開心術に移行できる体制をとる必要があり、実際の手術手技以上に人的、物的負担が大きい。現状の診療報酬点数では十分な手術体制をとることができない。そこで、実際に手術に従事する医師の技術度、医療従事者の数と平均的な手技時間から妥当と考えられる手技料を算出した。手術に見合った手技料への増点を要望する。

【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)	ペースメーカー等のデバイス治療における経静脈リード拔去の適応は、ACC/AHA/HRSがConsensus documentとして公表しており、感染症/静脈閉塞/リード不全/不要リード等である。対象の多くを占めるデバイス感染症におけるリード拔去の適応はクラスⅠで、異物である本体とリードをすべて取り除くことが必須であり、ひとたび敗血症性ショックに陥ると治療にかかわらず命を失うことが稀でない。レーザーを使用した臨床試験が米国で行われ(PLEXES試験、多施設無作為比較試験)、エキシマレーザーシースと従来のリード拔去法との比較試験の結果、レーザー群の拔去成功率:94.3%(230/244)と非レーザー群の64.2%(142/221)を有意に上回った(p<0.001)。重篤な合併症が約2%と報告されているが、十分な体制をとることで死亡率は0.3%と開胸術に比較し低侵襲かつ安全に行うことができる。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	28,600
	後の点数(点)	60,340
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	本邦での全国的な調査はないが、過去に日本不整脈学会に提出された感染などのリード不具合報告(約3%)と現在の埋込総数、米国での拔去術の割合等から推察すると、対象患者数は年間約10000例で、この内の一割程度(約1000例)の使用が見込まれる。	
・年間対象患者数の変化	前の人件数(人)	1,000
	後の人件数(人)	1,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	1,000
	後の回数(回)	1,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	317,400,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	60,340点(増点後点数)}×1,000(年間予想手術件数)=603,400,000円が見込まれる。 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):57,100点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):32,410円(試算参照)
	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)	28,600点(現行点数)}×1,000(年間予想手術件数)=286,000,000円が見込まれる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	
	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)	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	384101
申請技術名	内視鏡によらない硬膜外神経剥離術（減圧神経整形術）
申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術の概要 （200字以内）	脊椎下端の仙骨裂孔より特殊なカテーテル（ラッツ（Racz）：カテーテルステンレス製の先端部が柔らかい特殊カテーテル）を硬膜外腔に挿入し、炎症誘発物質および癒着を人為的に剥離、除去し（ヒアルロニダーゼと高張食塩水を注）、炎症が再発しないようにステロイドを注入する。
対象疾患名	慢性腰痛症例、硬膜外ブロックの効果が認められない症例、脊椎手術後にも痛みが持続する症例
保険収載が必要な理由 （300字以内）	1) 本手技を用いることにより、硬膜外腔の炎症性物質の除去、癒着剥離により治療可能である。その適応患者数は多く、必要とされる実施数は今後増加すると考えられるので、ぜひ保険収載をお願いしたい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等（400字以内）		1) 穿刺針によるカテーテル挿入、留置のため手術室侵襲は少なく、入院期間は短くて済み（約3日間）通常の手術療法に比べれば医療費は少なく、社会的損失を最小限にすることが可能である。 2) 欧米において有効性、安全性、肉体的・精神的患者負担の観点から医療上の有用性が既存の治療法よりも優れていることが報告されている。 3) 日本におけるガイドラインは現在のところ作成されていない。
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）		米国のデータベースに登録された有害事象は31件あり、その内訳は、①カテーテルの損傷5件、②カテーテルの切断25件、③カテーテルの閉塞1件だった。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等）（200字以内）		初回施行時には、熟練者（少なくとも20症例以上の経験を持つ医師）が立ち会う。本品を使用した治療に係る講習会を開催し、術者の定期的な参加を求める認定制度を設けるべきと考える。
I-④開明性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）（100字以内）		特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）		364
		728
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）		Raczカテーテルを留置している3日間は、局所麻酔薬以外にもヒアルロニダーゼ、ステロイド、10%高張食塩水を注入するため、持続硬膜外ブロックよりも高い有効率（約70%）が得られる。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択）	K 手術
	番号	142、134
	技術名	脊椎固定術、椎弓切除術、椎間板摘出術
予想影響額	プラス・マイナス	－
	金額（円）	48,993,400
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）	12,000
	その根拠（150字以内）	①外保連試算点数：12,000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（Raczカテーテル自体が未承認医療機器であるため）
（関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術）	区分（1つ選択）	
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容（150字以内）	特になし
（点数見直しの場合）	前の点数（点）	
	後の点数（点）	

【技術名】 内視鏡によらない硬膜外神経剥離術(減圧神経整形術)

【技術の概要】

仙骨裂孔から硬膜外腔にRaczカテーテル(ステンレス製の連続スプリングコイル、図1、2)を挿入し、局所麻酔薬、ステロイドを投与し、癒着剥離促進のため硬膜外腔にヒアルロニダーゼや10%高張食塩水などの薬剤を集中的投与する。



図1 ラッツカテーテル
全体像

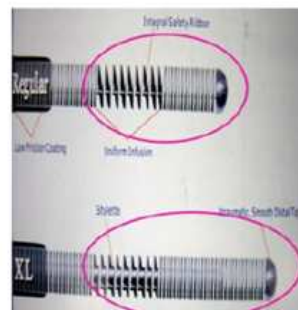


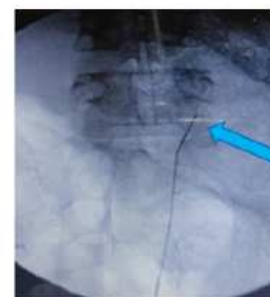
図2 ラッツカテーテル
先端

【対照疾患名】

硬膜外腔の癒着による疼痛を伴う以下の神経根症疾患。①脊椎手術後痛、②脊柱管狭窄症、③椎間板ヘルニア、④硬膜外腔内視鏡後神経根障害など

【既存の治療との比較】

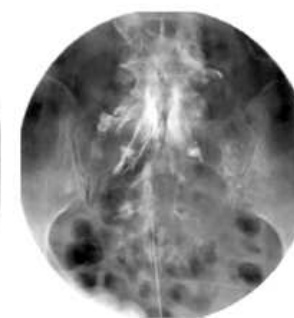
①硬膜外内視鏡と比べ、低侵襲である、②入院期間の短縮が期待できる。③脊髄刺激療法に比較しても医療費削減が期待できる。



(ラッツカテーテル挿入
時のX線所見: 矢印)



治療前



治療後

【診療報酬上の取り扱い】

保険未収載です。

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	384201
申請技術名	透視下加算(X線透視下・CT下・エコー下等)
申請団体名	日本ペインクリニック学会
診療報酬区分(1つ選択)	E 画像診断
診療報酬番号	E000,E002
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)=300点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):300点 ②特になし:0点 【参考】 試算による要望点数(①+②):1,999点 ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):1,999点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):0円

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	X線透視下、CTガイド下、エコーガイド下にブロックを行ってもこれを別個に算定できないのが現状であり、非常に高額な診断装置の減価償却も不可能なのが現状であり、経営上も非常に負担になってくる。減価償却、医師の被爆、患者に対する安全で確実な神経ブロックの施行という観点からも点数の見直しを要望する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	全国のペインクリニック専門医指定研修施設に行ったアンケート調査で透視下(CT、エコーガイド下ブロックを含む)に行うことが好ましいと考えられる年間症例数は31,654例であった。回答が得られなかった施設を考慮すれば対象患者数は増加すると考えられるため、今回は年間症例数を32,000例とした。1人の患者に対し2回行うこととして年間64000回のブロックが行われるとした。	
・年間対象患者数の変化	前の人件数(人)	32,000
	後の人件数(人)	32,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	64,000
	後の回数(回)	64,000
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)	192,000,000
(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)	透視下神経ブロックを行った場合、当該神経ブロックに300点を加算するのが妥当と考えた。すなわち3,000×64,000=192,000,000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)	増点しない場合には医療費の増加は起こらない。
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)	神経ブロックはその精度向上、合併症予防のため、X線透視下、CTガイド下またはエコーガイド下に行われる。診断装置は高額ではあるものの、請求が不可能なため、経営上大きな影を落とすことになる。また前2者の診断装置使用時には医師の被ばくの問題もある。これらの点を考慮に入れ別途請求可能になることを希望する。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術評価提案書（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	385101
申請技術名	鼠径ヘルニア人工物置換術
申請団体名	日本ヘルニア学会
技術の概要 (200字以内)	感染した人工物の除去、神経を巻き込んだ人工物の除去、変形した人工物による瘢痕化された近傍からの再発ヘルニアサックの処理、ヘルニア門閉鎖には高度の技術と、協力医師、看護師も必要と成り、手術時間も長時間に渡る事が多く有る。
対象疾患名	鼠径ヘルニア人工物術後再発
保険収載が必要な理由 (300字以内)	高度技術、所要時間の長期化、協力医師の増員、協力看護師の増員が必要であり、通常の診療報酬とは区別をして頂き、診療報酬の上昇を希望する。

【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)		高度技術により、根治性の高い手術が可能と成り、入院期間が短縮される為、医療費の削減に寄与される。資料 1 Hernia DOI 10.1007/s10029-013-1059-x Springer G.Campanelli V.Bertocchi Surgical treatment of chironic pain after inguinal hernia repair 2 Hernia(2012)16:123-126 DOI 10.1007/s10029-011-0873-2 S.Rehman Resurrence of inguinal herniae following removal of infected prosthetic meshes:a review of the literature	
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)		人工物の除去が可能と成り、より根治性の向上と安全性の向上による、患者さんの早期社会復帰が可能と成る。	
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)		標榜科は外科。手術件数は年間20例以上の経験が必要である。術後麻酔による影響を考慮すると少なくとも胸部単純レントゲン、腹部単純レントゲンは必要としている。施設基準:入院施設或は回復室を必ず持つ事。医師は最低でも外科医1名、経験年数は大凡10年以上の外科医としての経験が望ましい。	
I-④開示性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)		問題無し	
I-⑤普及性	・年間対象患者数(人)	5,400	
	・年間実施回数等(回)	5,400	
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)		技術度の高い専門医が行う事により3日程度の短期入院による術後回復が望める。手術料は増額と成るが、本ケースでの診療報酬を入院期間の短縮による医療費の削減が望めると考える。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	633 5	
	技術名	鼠径ヘルニア手術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	1,774,440,000	
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)	32,860	
	その根拠 (150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):25,880点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):69,825円(試算参照)	
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択)		
	番号		
	技術名		
	具体的な内容 (150字以内)		
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	6,000	
	後の点数(点)	32,860	

概要図イメージ 「鼠径ヘルニア人工物置換術」について

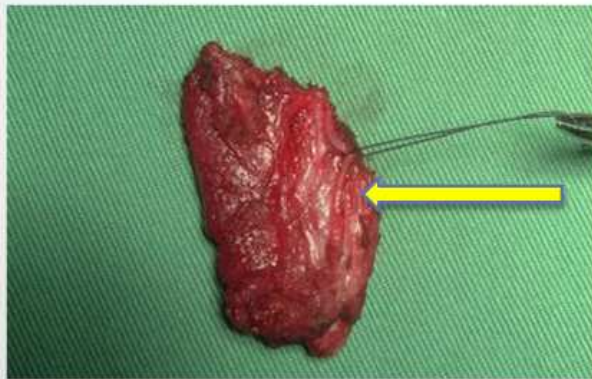
技術の概要：tention free法後の術後神経痛、感染症、再発等の人工物不具合等では、人工物の除去を行い、その後ヘルニア門閉鎖のため、再度人工物を挿入し鼠径ヘルニアの根治を行う術式である。

対象疾患：鼠径ヘルニア人工物術後再発 平成24年日本ヘルニア学会アンケート調査によれば、対象患者は5,400人程度と考える。

有効性／安全性：感染、神経損傷、瘢痕萎縮後の人工物近傍からの再発に対して人工物を除去後、ヘルニア門の閉鎖を行う事により、患者さんのQOLが改善され、神経痛、神経損傷、再発症例を安全に効果的に治療する事が出来る。

技術の成熟度：高い技術度が要求され、手術時間も長時間を要する、平均で90分程度。入院期間の短縮に繋がる。

診療報酬上の取り扱い：K手術 32,860点 大凡大腿ヘルニアと同様の難易度の手術と考えられる



切除された人工物に糸がかけられた腸骨下腹神経
手術所要時間 110分
術後劇的に神経痛は改善された。

初回メッシュプラグ法にて手術を施行。術後1年以降も持続する手術部位周囲の神経痛と違和感、加えて日常生活にも支障を来した症例。前方よりアプローチonlayの除去と埋没した腸骨下腹神経を合併切除する事により、神経痛は収束。再度ヘルニア門閉鎖の為に新たな人工物を挿入。

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	385102
申請技術名	巨大腹壁瘻痕ヘルニア根治術
申請団体名	日本ヘルニア学会
技術の概要 (200字以内)	ヘルニア門径5cm以上の腹壁瘻痕ヘルニアは高度な技術が必要であり、新技術手技料の収載希望。
対象疾患名	巨大腹壁瘻痕ヘルニア
保険収載が必要な理由 (300字以内)	2000年以降、腹壁瘻痕ヘルニアはtention free法の確立により、受診者の増加が有る。 ヘルニア門径5cm以下の症例とは、技術的に難度が高く、手術時間も長時間を要するため区別する必要がある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	ヘルニア門径5cmを超える症例の多くは病悩期間の長期化による、ヘルニア門周囲、腹膜、腸管の癒着が強度と成る。tention free法により術後の疼痛減弱、根治性の上昇があり、病悩期間の長い、巨大な腹壁癒痕ヘルニアも本邦でも手術適応として行われる様になっている。 出典 Hernia DOI 10.1007/s10029-013-1092-9 N.Stoikes Hybrid ventral hernia:technique and results	
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)	人工物には癒着防止機能付加されたもの、或は組織親和性、親水性等の観点から再癒着の可能性が極端に減少しており、本症例への積極的使用が可能と成った。ヘルニア門径5cmを超える巨大腹壁癒痕ヘルニアではこれ迄以上に安全に確実に大きな合併症も無く、根治可能と成った。	
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)	ヘルニア門径2cm以下であれば単純閉鎖による根治性は担保されるが、2～5cmでは腹膜外において人工物を留置する事により閉鎖を行う事も可能であるが、5cmを超える症例では高度技術を習得した外科医が癒着剥離等を行い、ヘルニア門の閉鎖を行う必要がある	
I-④無害性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	問題無し	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	12,000 12,000	
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)	現在の腹壁癒痕ヘルニアは8,450点である。本申請では40,590点を申請。 予想される受診者数は12,000例を日本ヘルニア学会のアンケート調査より推測している。 差額32,140点×12,000例＝3,856,800,000円の増額成る事が予想される。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術
	番号	633 1
	技術名	腹壁癒痕ヘルニア手術
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)	3,856,800,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	K 手術
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	40,590
	その根拠(150字以内)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):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):60,825円(試算参照)
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	
	番号	なし
	技術名	
(点数見直しの場合)	具体的な内容(150字以内)	
	前の点数(点)	8,450
	後の点数(点)	40,590

概要図イメージ

「巨大腹壁癰瘍ヘルニア根治術」について

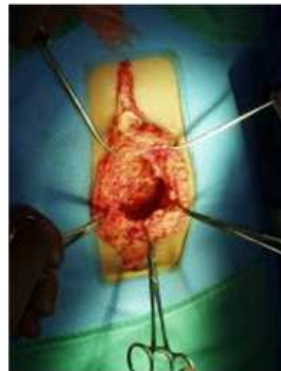
技術の概要：tention free法の導入により巨大腹壁癰瘍ヘルニアの根治性は上昇している。ヘルニア門の最長径5 cm以上のケースでは腸管癒着、ヘルニア嚢の巨大化がある。癒着剥離、筋膜、皮下組織の剥離等で5 cm以下の同一疾患と比較して手術所要時間も長期化する。Tention free法により十分に根治できるが、長径5 cm以上の同疾患の手技料を区別する事が重要と考える。

対象疾患：巨大腹壁癰瘍ヘルニア手術 平成24年日本ヘルニア学会アンケート調査によれば、対象患者は12,00人程度と考える。

有効性／安全性：ヘルニア門5 cmを超える症例の多くは病悩期間の長期化による、ヘルニア門周囲、腹膜、腸管の癒着が強度と成るが、tention free法の導入により、時間をかけて行う事により、術後疼痛の減弱、根治性の上昇が担保される。

技術の成熟度：高い技術度が要求され、手術時間も長時間を要する、平均で120分程度。入院期間の短縮に繋がる。

診療報酬上の取り扱い：K手術 40,590点



● 嵌頓と呼吸状況の悪化を併発している巨大腹壁癰瘍ヘルニアも丹念に時間をかけて剥離、人工物による閉鎖を行い、壊死している皮膚も除去する事により改善する ●

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	385201
申請技術名	鼠径ヘルニア手術への短期滞在手術基本料2の適応
申請団体名	日本ヘルニア学会
診療報酬区分(1つ選択)	その他
診療報酬番号	A400 短期滞在手術基本料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)	①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):4,800点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):なし

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	現在、鼠径ヘルニア手術は麻酔法の進歩と人工物によるtention free法が全症例の90%以上を占めている。技術の進歩により日帰り手術、over nightによる短期滞在手術が可能と成っている。同様に技術と麻酔法の進歩により日帰り手術が中心と成る事により、入院費の軽減をもたらし、医療費削減に寄与している良性疾患が増加している。外科治療の中で最も多く行われる鼠径ヘルニア手術に少なくとも短期滞在手術基本料2を適応して頂く事により、入院費用の軽減される事により、医療費削減が可能である。患者さんの経済的利益と国民医療費の削減が可能である。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	4,800
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)	0
	後の人数(人)	45,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	45,000
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)	144,000,000
(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)	15万症例の鼠径ヘルニア手術の中で、加算される事により年間3万症例程度の短期滞在手術への移行が日本短期滞在外科手術研究会の推測により予想される。3泊4日程度の平均的入院治療が3万症例短期滞在手術へ移行される事により、入院治療費の削減は144,000,000円程度医療費削減に繋がると考える。より日帰り手術が増加する事により、多くの医療費削減に寄与すると考えている。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	A100
	技術名	入院基本料
提案の具体的な内容(150字以内)	日帰り手術への移行により、大きな入院基本料の削減に繋がる。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	4,800

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	386101
申請技術名	(体制が整った施設での)帝王切開の麻酔
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
技術の概要 (200字以内)	緊急帝王切開に対して24時間体制で迅速に麻酔対応できる体制を確立するために、周産期センターなど体制の整った施設での帝王切開術に対して麻酔診療報酬を新設する
対象疾患名	体制の整った施設における帝王切開術の麻酔
保険収載が必要な理由 (300字以内)	厚生労働科学研究補助金による妊産婦死亡調査の一環として行った「周産期センターにおける麻酔科診療実態調査」(2007年)の結果、24時間いつでも30分以内に緊急帝王切開を行うことの出来る施設は、総合周産期母子医療センターの47.4%にとどまった。その理由として、手術室が空いていないことと並び、麻酔科医の夜間当直不在もしくは日中の人員不足が明らかとなった。緊急帝王切開術を迅速に行うことは、児の低酸素性虚血性脳障害を防ぐためや、出血時などの母体の救命のためにも極めて重要である。ハイリスク妊娠を取り扱う周産期センターにおいて麻酔科医による24時間診療体制を確立するために本項目を新設して頂きたい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	帝王切開術に麻酔が必要なこと自体は自明であるが、緊急時に迅速に麻酔を提供できないと、娩出の遅れによる新生児低酸素性虚血性脳症や、母体出血への対応が遅れ生命に危険が及ぶ危険性がある。実際、産科医療補償制度の事例解析の結果、常位胎盤早期剥離に伴う脳性麻痺が補償対象として大きな部分を占めることが判明した。常位胎盤早期剥離は、母体DICの危険性があるため、帝王切開の麻酔で一般的な脊髄くも膜下麻酔は硬膜外血腫形成の危険性があり行いにくい。従って、緊急帝王切開において麻酔科医が全身麻酔を迅速に提供できる体制作りが急務である。 米国麻酔科学会産科麻酔診療ガイドライン(2007年)において、帝王切開の麻酔法は、「どの麻酔法を選択するかは、麻酔科的・産科的・および胎児の危険因子を考慮して決定する」「ある種の状況では全身麻酔が選択されるだろう」としている。
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	麻酔科医による帝王切開術の麻酔の安全性は極めて高く、日本麻酔科学会「麻酔関連偶発症例調査2004-2008」によれば、日本麻酔科学会認定施設での18万件超の帝王切開中、麻酔が原因での死亡は0だった。一方で厚生労働科学研究費補助金による全国の分娩取り扱い施設調査では、2007年に挿管困難79例、心停止32例、局所麻酔薬中毒25例があり、帝王切開術の麻酔自体は危険を伴う医療行為であることが示された。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	帝王切開術は緊急手術の代表的なものであり、麻酔科専門研修中に習熟する機会が恵まれている。日本麻酔科学会はそれを保証するため、専門医試験受験資格に一定の帝王切開経験数を規定する方針である。しかし超緊急帝王切開で多用される全身麻酔は専門性が高く、麻酔科標榜医もしくは専門医による施行が望ましい。施設基準は地域ならびに総合周産期母子医療センターと国立成育医療研究センターとする。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	帝王切開術の麻酔を迅速に提供する体制を作ることは、社会からの要請である(周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書)
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	45,000 45,000
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)	麻酔技術自体は既存のものであるが、ハイリスク妊婦の帝王切開においては、母児二人の患者の安全を確保するために、複数の麻酔科医が必要となることも多いため、新規に診療報酬を設定することに意義がある。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 967,500,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 3,000 その根拠(150字以内) 帝王切開術は母児二人の患者を対象として麻酔が行われるため、通常の脊髄くも膜下麻酔よりも高い点数が妥当である。全身麻酔並みとした場合の医療費全体に及ぼす影響が大きいため、中間の点数とした。
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 該当なし 具体的な内容(150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	386102
申請技術名	臓器移植麻酔加算の新規追加(生体肝移植、生体肺移植、同種小腸移植)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
技術の概要 (200字以内)	生体肝移植、生体肺移植、同種小腸移植は、すでに同種移植麻酔加算に収載されている術式と異なり、麻酔管理への評価はない。これらの移植に対する麻酔管理は、技術的困難度が高く多大なマンパワーを要するため、現場の負担は既収載の移植術式とほぼ同等である。これら移植術麻酔管理加算への新規収載を強く願うものである。
対象疾患名	生体肝移植、生体肺移植、同種小腸移植
保険収載が必要な理由 (300字以内)	生体肝移植、生体肺移植、同種小腸移植は、すでに同種移植麻酔加算に収載されている術式と異なり、麻酔管理への評価はない。これらの移植に対する麻酔管理は、技術的困難度が高く多大なマンパワーを要するため、現場の負担は既収載の移植術式とほぼ同等である。これら移植術麻酔管理加算への新規収載を強く願うものである。

【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)	外保連麻酔試案では、生体、死体同種移植のいずれも、麻酔の難易度を示す麻酔係数は、肝移植と肺移植で2.0、小腸移植では1.0を認めている。
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	移植医療の安全な普及を目指す思いは常に最大限である。
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)	・これらの移植術式は施設基準を満たした認定施設のみで施行されている。
I-④開明性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	550 550
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	特になし
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) L 麻酔
	番号 008 注8
	技術名 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 注8 臓器移植術加算
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 83,875,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) L 麻酔
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 15,250
	その根拠 (150字以内) 技術そのものは同等であるため
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号
	技術名
	具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

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	386103
申請技術名	全身麻酔とエコーガイド下で行われる神経ブロックの併用
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
技術の概要 (200字以内)	全身麻酔とエコーガイド下の神経ブロックの併用; 術後鎮痛の改善を図るため、エコーガイド下に手術部位で(その手術によって)起こる術後の痛みを司る神経を同定して、神経ブロックを行う。また、の神経近傍にカテーテルを留置して持続的局所麻酔薬を投与することで鎮痛する。
対象疾患名	胸部・腹部手術、上肢・下肢手術
保険収載が必要な理由 (300字以内)	全身麻酔と硬膜外麻酔の併用と硬膜外への鎮痛薬の持続的投与は、術後鎮痛の強力な方法として行われてきたが、最近で抗凝固薬や抗血小板薬の内服患者が増加し、硬膜外血腫(による脊髄神経障害など)の合併症を恐れ、硬膜外麻酔の併用が減少しつつある。そこで術後鎮痛の切れ目として、エコーガイド下神経ブロックの併用が行われている。術後鎮痛を適切に図ることは、早期離床、早期回復、早期退院となり、医療費増大の抑止となりうるので、この技術の評価をお願いしたい。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	・エコーガイド下の神経ブロックは確実性、有効性は従前の方法と比較し改善。
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)	エコーガイド下に行われるため、効果の確実性は増大し、副作用のリスクは軽減した。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等) (200字以内)	・エコーガイドの神経ブロックは普及している。 ・難易度:専門医レベル
I-④安全性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	47,400 47,400
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)	今までのブロックと異なり、エコーガイド下では神経やブロック薬剤の投与範囲の同定及び効果が確実。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円)
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) 妥当と思われる点数(点)(1点10円) その根拠 (150字以内)
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

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	386104
申請技術名	深鎮静(専従医師、1時間以内)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会(共同提案: 日本外科学会、日本小児外科学会、日本循環器学会)
技術の概要 (200字以内)	小児における侵襲的検査・手術時、成人において侵襲の大きい内視鏡治療・カテーテル治療において1時間以内(10分以上)の深鎮静を行う際に、小児においては小児二次救命処置、成人においては二次心肺蘇生を行える医師が、自ら検査に携わらずに患者監視ならびにバイタルサインの記録に専従して深鎮静を行う
対象疾患名	腎生検、心臓カテーテル検査、消化器内視鏡、MRIなどを行う小児、カテーテル心筋焼灼術、消化器内視鏡手術などを行う成人
保険収載が必要な理由 (300字以内)	カテーテル手術、消化器内視鏡手術、小児のカテーテル検査・腎生検など、手術室外で行われる侵襲の大きい検査・治療においては深鎮静が行われる。また、MRIにおいて幼児、精神障害・知的障害および心理発達障害のある小児では長時間の安静が保てず、鎮静をおこなわなければ検査できないことがある。鎮静中の患者の安全性を守るために不断の監視と適正な医療者の対応が行われる十分な体制が不可欠である。医師が専従監視者として自ら検査に携わらずに監視ならびに患者バイタル記録に専念する深鎮静においては、全身麻酔に準じた技術・労力を要するため、静脈麻酔とは異なる診療報酬体系が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	深鎮静においては、安全かつ十分な効果が得られるためには術者以外の専従者がバイタルを監視し必要十分な頻度で記録し、鎮静施行者は麻酔薬の薬理作用や合併症を理解しており、気道確保などの救命処置を単独で行える、という条件が整い、かつ救命処置に必要な機器、薬物が整った状況で行うべきであることがアメリカ麻酔科学会による非麻酔科医による鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96: 1004-17)で示されている。このような方法の有効性と安全性については、植込み型除細動器植え込み(PACE1997;20:1808-1914)、カテーテル心筋焼灼術(J Cardiovasc Electrophysiol;22:1339-43)、消化器内視鏡(Gastrointest Endosc 2007;66:443-9)などにおける鎮静で示されている。
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)	鎮静においては過度の鎮静による気道の閉塞、呼吸停止、血圧低下、血行動態の悪化が発生し得るが、専従医師が十分な監視を行い早期に対処することにより予防できる。
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)	鎮静は広く行われている手技であるが、不適切な鎮静による事故例が問題化され、各関連学会において適切な鎮静のガイドラインが作成されつつある。鎮静・監視・救命に必要な体制や物品が整えることが必要条件であり、二次心肺蘇生を行える医師または小児二次救命処置を行える医師が行うことを条件とするが、施設基準は必要ないと考える。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	116,571 10,847
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)	深鎮静において一部の施設では患者の安全性を担保するために従来から専従医師により行われている。一方で、術者が兼任で鎮静にあたる施設もあり、その場合には術者が手技に集中するとバイタル監視が不十分となり、安全性の懸念がある。前者が後者に比して安全かつ効果が高いことは明らかである。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) L 麻酔
	番号 001-2 2
	技術名 静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 260,049,699
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) L 麻酔
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,600
	その根拠 (150字以内) 技術者B医師1名(30分で算定)、看護師1名の時間人件費(59分で算定)、薬剤師0.2名、臨床工学士0.25名、クレーク0.2名の人件費を合計すると、1,600点と算定される。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) L 麻酔
	番号
	技術名
	具体的な内容 (150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0
	後の点数(点) 0

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	386105
申請技術名	深鎮静(専従医師、1－2時間)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会(共同提案: 日本外科学会、日本小児外科学会、日本循環器学会)
技術の概要 (200字以内)	小児における侵襲的検査・手術時、成人において侵襲の大きい内視鏡治療・カテーテル治療などにおいて1－2時間の深鎮静を行う際に、小児二次救命処置法あるいは二次心肺蘇生法を行える医師が、自ら検査に携わらずに患者監視ならびにバイタルサインの記録に専従して深鎮静を行う。
対象疾患名	腎生検、心臓カテーテル検査、消化器内視鏡などを行う小児、カテーテル心筋焼灼術、消化器内視鏡手術などを行う成人
保険収載が必要な理由 (300字以内)	カテーテル手術、消化器内視鏡手術、小児のカテーテル検査・腎生検など、手術室外で行われる侵襲の大きい検査・治療においては深鎮静が行われる。鎮静中の患者の安全性を守るために不断の監視と適正な医療者の対応が行われる十分な体制が不可欠である。医師が専従監視者として自ら検査に携わらずに監視ならびに患者バイタル記録に専念する深鎮静においては、全身麻酔に準じた技術・労力を要するため、静脈麻酔とは異なる診療報酬体系が必要である。

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	深鎮静においては、安全かつ十分な効果が得られるためには術者以外の専従者がバイタルを監視し必要十分な頻度で記録し、鎮静施行者は麻酔薬の薬理作用や合併症を理解しており、気道確保などの救命処置を単独で行える、という条件が整い、かつ救命処置に必要な機器、薬物が整った状況で行うべきであることがアメリカ麻酔科学会による非麻酔科医による鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96: 1004-17)で示されている。このような方法の有効性と安全性については、植込み型除細動器植え込み(PACE1997;20:1808-1914)、カテーテル心筋焼灼術(J Cardiovasc Electrophysiol;22:1339-43)、消化器内視鏡(Gastrointest Endosc 2007;66:443-9)などにおける鎮静で示されている。
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)	鎮静においては過度の鎮静による気道の閉塞、呼吸停止、血圧低下、血行動態の悪化が発生し得るが、専従医師が十分な監視を行い早期に対処することにより予防できる。
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)	鎮静は広く行われている手技であるが、不適切な鎮静による事故例が問題化され、各関連学会において適切な鎮静のガイドラインが作成されつつある。鎮静・監視・救命に必要な体制や物品が整えることが必要条件であり、二次心肺蘇生を行える医師または小児二次救命処置を行える医師が行うことを条件とするが、施設基準は必要ないと考える。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 116,571 年間実施回数(回) 10,847
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)	深鎮静において一部の施設では患者の安全性を担保するために従来から専従医師により行われている。一方で、術者が兼任で鎮静にあたる施設もあり、その場合には術者が手技に集中するとバイタル監視が不十分となり、安全性の懸念がある。前者が後者に比して安全かつ効果が高いことは明らかである
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) L 麻酔 番号 001-2 2 技術名 静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 260,049,699
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) L 麻酔 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 2,802 その根拠(150字以内) 技術度B医師1名、看護師1名の時間人件費(1時間で算定)、薬剤師0.2名、臨床工学士0.25名、クラーク0.2名の人件費を合計すると、2,802点と算定される
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) L 麻酔 番号 技術名 具体的な内容(150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

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	386106
申請技術名	深鎮静(専従医師、2時間以上)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会(共同提案: 日本外科学会、日本小児外科学会、日本循環器学会)
技術の概要 (200字以内)	小児における侵襲的検査・手術時、成人において侵襲の大きい内視鏡治療・カテーテル治療において2時間以上の深鎮静を行う際に、小児においては小児二次救命処置、成人においては二次心肺蘇生を行える医師が、自ら検査に携わらずに患者監視ならびにバイタルサインの記録に専従して深鎮静を行う
対象疾患名	腎生検、心臓カテーテル検査、消化器内視鏡などを行う小児、カテーテル心筋焼灼術、消化器内視鏡手術などを行う成人
保険収載が必要な理由 (300字以内)	カテーテル手術、消化器内視鏡手術、小児のカテーテル検査・腎生検など、手術室外で行われる侵襲の大きい検査・治療においては深鎮静が行われる。鎮静中の患者の安全性を守るために不断の監視と適正な医療者の対応が行われる十分な体制が不可欠である。医師が専従監視者として自ら検査に携わらずに監視ならびに患者バイタル記録に専念する深鎮静においては、全身麻酔に準じた技術・労力を要するため、静脈麻酔とは異なる診療報酬体系が必要である

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	深鎮静においては、安全かつ十分な効果が得られるためには術者以外の専従者がバイタルを監視し必要十分な頻度で記録し、鎮静施行者は麻酔薬の薬理作用や合併症を理解しており、気道確保などの救命処置を単独で行える、という条件が整い、かつ救命処置に必要な機器、薬物が整った状況で行うべきであることがアメリカ麻酔科学会による非麻酔科医による鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96: 1004-17)で示されている。このような方法の有効性と安全性については、植込み型除細動器植え込み(PACE1997;20:1808-1914)、カテーテル心筋焼灼術(J Cardiovasc Electrophysiol;22:1339-43)、消化器内視鏡(Gastrointest Endosc 2007;66:443-9)などにおける鎮静で示されている。
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)	鎮静においては過度の鎮静による気道の閉塞、呼吸停止、血圧低下、血行動態の悪化が発生し得るが、専従医師が十分な監視を行い早期に対処することにより予防できる
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)	鎮静は広く行われている手技であるが、不適切な鎮静による事故例が問題化され、各関連学会において適切な鎮静のガイドラインが作成されつつある。鎮静・監視・救命に必要な体制や物品が整えることが必要条件であり、二次心肺蘇生を行える医師または小児二次救命処置を行える医師が行うことを条件とするが、施設基準は必要ないと考える。
I-④開業性・社会的公益性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数(回)	116,571 10,847
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)	深鎮静において一部の施設では患者の安全性を担保するために従来から専従医師により行われている。一方で、術者が兼任で鎮静にあたる施設もあり、その場合には術者が手技に集中するとバイタル監視が不十分となり、安全性の懸念がある。前者が後者に比して安全かつ効果が高いことは明らかである
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) L 麻酔 番号 001-2 2 技術名 静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 260,049,699
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) L 麻酔 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 5,460 その根拠 (150字以内) 技術度B医師1名、看護師1名の時間人件費(2時間で算定)、薬剤師0.2名、臨床工学士0.25名、クラーク0.2名の人件費を合計すると、5,460点と算定される
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) L 麻酔 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内) 該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

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	386107
申請技術名	深鎮静(専従医師以外、1－2時間)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会(共同提案: 日本外科学会、日本小児外科学会、日本循環器学会)
技術の概要 (200字以内)	小児における侵襲的検査・手術時、成人において侵襲の大きい内視鏡治療・カテーテル治療において1－2時間の長時間の深鎮静を行う際に、小児二次救命処置法あるいは二次心肺蘇生法を行える医師および麻酔薬・鎮静薬・鎮痛薬およびその拮抗薬に関する知識を配置し、その監督下、十分な患者監視ならびにバイタルサインの記録が行われる深鎮静
対象疾患名	腎生検、心臓カテーテル検査、消化器内視鏡などを行う小児、カテーテル心筋焼灼術、消化器内視鏡手術などを行う成人
保険収載が必要な理由 (300字以内)	カテーテル手術、消化器内視鏡手術、小児のカテーテル検査・腎生検など、手術室外で行われる侵襲の大きい検査・治療においては深鎮静が行われる。鎮静中の患者の安全性を守るために不断の監視と適正な医療者の対応が行われる十分な体制が不可欠である。監視ならびに患者バイタル記録が長時間にわたりになされる必要があるため、静脈麻酔とは異なる診療報酬体系が必要である

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	深鎮静においては、安全でかつ十分な効果が得られるためには術者以外の専従者がバイタルを監視し必要十分な頻度で記録し、鎮静施行者は麻酔薬の薬理作用や合併症を理解しており、気道確保などの救命処置を単独で行える、という条件が整い、かつ救命処置に必要な機器、薬物が整った状況で行うべきであることがアメリカ麻酔科学会による非麻酔科医による鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96: 1004-17)で示されている。このような方法の有効性と安全性については、植込み型除細動器植え込み(PACE1997;20:1808-1914)、カテーテル心筋焼灼術(J Cardiovasc Electrophysiol;22:1339-43)、消化器内視鏡(Gastroeintest Endosc 2007;66:443-9)などにおける鎮静で示されている。		
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)	鎮静においては過度の鎮静による気道の閉塞、呼吸停止、血圧低下、血行動態の悪化が発生し得るが、十分な監視を行い早期に対処することにより予防できる		
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)	鎮静は広く行われている手技であるが、不適切な鎮静による事故例が問題化され、各関連学会において適切な鎮静のガイドラインが作成されつつある。鎮静・監視・救命に必要な体制や物品が整えることが必要条件であるが、施設基準は必要ないと考える。		
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	特になし		
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	116,571 30,988		
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)	深鎮静において、術者が兼任で鎮静にあたると、機器等によるバイタルの測定がなされていても異変に気付かず安全性の懸念があり、一定頻度でのバイタル記録を義務付けることにより不断の監視が行われ安全性が担保され则认为る		
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	L 麻酔	
	番号	001-2 2	
予想影響額	技術名	静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの	
	プラス・マイナス 金額(円)	+ 135,808,958	
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	L 麻酔	
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	1,016	
	その根拠(150字以内)	技術度B医師0.25名、看護師1名の時間人件費(1時間で算定)、薬剤師0.2名、臨床工学士0.25名、クラーク0.2名の人件費を合計すると、1,016点と算定される	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	L 麻酔	
	番号		
	技術名		
	具体的な内容(150字以内)	該当なし	
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0	
	後の点数(点)	0	

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	386108
申請技術名	深鎮静(専従医師以外、2時間以上)
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会(共同提案: 日本外科学会、日本小児外科学会、日本循環器学会)
技術の概要 (200字以内)	小児における侵襲的検査・手術時、成人において侵襲の大きい内視鏡治療・カテーテル治療において2時間以上の長時間の深鎮静を行う際に、小児二次救命処置法あるいは二次心肺蘇生法を行える医師および麻酔薬・鎮静薬・鎮痛薬およびその拮抗薬に関する知識を配置し、その監督下、十分な患者監視ならびにバイタルサインの記録が行われる深鎮静
対象疾患名	腎生検、心臓カテーテル検査、消化器内視鏡などを行う小児、カテーテル心筋焼灼術、消化器内視鏡手術などを行う成人
保険収載が必要な理由 (300字以内)	カテーテル手術、消化器内視鏡手術、小児のカテーテル検査・腎生検など、手術室外で行われる侵襲の大きい検査・治療においては深鎮静が行われる。鎮静中の患者の安全性を守るために不断の監視と適正な医療者の対応が行われる十分な体制が不可欠である。監視ならびに患者バイタル記録が長時間にわたりなされる必要があるため、静脈麻酔とは異なる診療報酬体系が必要である

【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等(400字以内)	深鎮静においては、安全でかつ十分な効果が得られるためには術者以外の専従者がバイタルを監視し必要十分な頻度で記録し、鎮静施行者は麻酔薬の薬理作用や合併症を理解しており、気道確保などの救命処置を単独で行える、という条件が整い、かつ救命処置に必要な機器、薬物が整った状況で行うべきであることがアメリカ麻酔科学会による非麻酔科医による鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96: 1004-17)で示されている。このような方法の有効性と安全性については、植込み型除細動器植え込み(PACE1997;20:1808-1914)、カテーテル心筋焼灼術(J Cardiovasc Electrophysiol;22:1339-43)、消化器内視鏡(Gastroeintest Endosc 2007;66:443-9)などにおける鎮静で示されている。	
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)	鎮静においては過度の鎮静による気道の閉塞、呼吸停止、血圧低下、血行動態の悪化が発生し得るが、十分な監視を行い早期に対処することにより予防できる	
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)	鎮静は広く行われている手技であるが、不適切な鎮静による事故例が問題化され、各関連学会において適切な鎮静のガイドラインが作成されつつある。鎮静・監視・救命に必要な体制や物品が整えることが必要条件であるが、施設基準は必要ないと考える。	
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)(100字以内)	特になし	
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	116,571 30,988	
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)	深鎮静において、術者が兼任で鎮静にあたると、機器等によるバイタルの測定がなされていても異変に気付かず安全性の懸念があり、一定頻度でのバイタル記録を義務付けることにより不断の監視が行われ安全性が担保され则认为る	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	L 麻酔
	番号	001-2 2
	技術名	静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの
予想影響額	プラス・マイナス	+
	金額(円)	135,808,958
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択)	L 麻酔
	妥当と思われる点数(点)(1点10円)	1,888
	その根拠(150字以内)	技術度B医師0.25名、看護師1名の時間人件費(2時間で算定)、薬剤師0.2名、臨床工学士0.25名、クラーク0.2名の人件費を合計すると、1,888点と算定される
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	L 麻酔
	番号	
	技術名	
	具体的な内容(150字以内)	該当なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	0

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	386201
申請技術名	麻酔時間加算L800注の改定
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	008
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 全身麻酔の実施時間が2時間以上6時間未満は従前通り。 実施時間が6時間を超えた場合 1,800点 <外保連 麻酔試案の 時間加算Ⅱ 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)	手術時間(即ち麻酔時間)の延長が、生体に多大の侵襲となっている。また麻酔時間の延長に伴い、麻酔管理も複雑なものとなり、麻酔科医師の医療技術度も高いものが要求されているが、現状の診療報酬点数は、長時間になればなるほど1時間当たりの評価点数が低く設定されている矛盾に再評価が必要である。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	600
	後の点数(点)	1,800
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	DPC及びDPC準備病院の全身麻酔件数(21年)は863,789件であり、その内大凡10%程度の症例で6時間を越えて麻酔が実施されていると推察される。即ち6時間以上7時間未満は3.9%33,687件、7-8時間は2.6%22,458件、8-9時間1.7%14,684件、9-10時間1.1%9,501件である。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	80,700
	後の人数(人)	80,700
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	80,700
	後の回数(回)	80,700
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	1,927,920,000
(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)	上記のように対象症例数は80,330例であるが、6-7時間33,687例×2400=80,848,800点、7-8時間22,458×2400=53,899,200点、8-9時間14,684×2400=35,241,600点、9-10時間9,501×2400=22,802,400点で、総計大凡192,792,000点となる。
	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。 但し、長時間にわたる手術や麻酔は、患者さんの生体に侵襲を及ぼすのみならず、高い技術度を必要とする麻酔科医師への長時間にわたるストレスをもたらす、手術医療の中心DPC及びDPC準備病院への過大な負荷をもたらす、麻酔科崩壊から急性期病院の崩壊につらなる。
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	
提案の具体的な内容(150字以内)	6時間以上の麻酔時間加算(L008注2)を見直し、加点する	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	600
	後の点数(点)	1,800

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	386202
申請技術名	気管挿管困難例（補助のデバイスを用いた場合）
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	008
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:L008に従う

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	気管挿管困難は麻酔導入時に危機的な(場合によっては致死性的)状態となる。このため麻酔科医師は気管困難症例の克服に技術的修練を必要としている。しかし手技的研鑽ではなく、医療機器(デバイス)の開発もまた重要である。現在、気管支鏡やエアウェイスコープをはじめ幾つかの機器が、気管挿管のために開発されている。これらの機器を適切に使用することで、気管挿管困難例の克服(即ち安全な麻酔)に繋がっており、この技術および医療機器の常設を評価して頂きたい。	
点数の見直し の場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	8,300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	CVCI(換気困難・挿管困難)と挿管困難症例の発生頻度はそれぞれ0.01%、1%程度であり、2011年9月の全身麻酔件数204,091件より年間全身麻酔件数を推計すると大凡年間24万9千件の全身麻酔の内、CVCIの症例数は245例、挿管困難症例数は24,500例と考えられる。挿管困難症例の内10%で補助デバイスを用いたとすると2,450例となる。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	24,500
	後の人数(人)	2,450
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	24,500
	後の回数(回)	2,450
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス	+
	金額(円)	53,900,000
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	6100点から8300点に2200点増点した場合、 $2200 \times 2450 = 5,390,000$ 点となる。
	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)	増点しない場合、補助器具を用いた気管挿管が行われず、CVCIとなる症例が245例あり、これらが高度脳障害や死亡などの麻酔事故となり、それを治療する医療は1例あたり1億円と考えると、245億円が必要なので、この程度費用で、補助器具を用いた安全な気管挿管が普及すると考えれば、費用対効果は有用である。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	その他
	番号	
	技術名	
提案の具体的な内容(150字以内)	入院期間の短縮： 気管挿管困難症例では、麻酔後の気道に関する合併症のため、入院期間は延長するので、この要望が認められれば、入院期間の短縮が期待される	
点数の見直しの 場合	前の点数(点)	6,100
	後の点数(点)	8,300

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	386203
申請技術名	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 大量出血の麻酔
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	008
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)	L008の 麻酔困難患者の項目に、大量出血(成人4000g以上)を加えて頂きたい。 要望点数はL008の麻酔の困難患者の算定となる。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	L008の 麻酔困難患者の項目に、大量出血(成人4000g以上)を加えて頂きたい。 大量出血時は、日本麻酔科学会「危機的出血のガイドライン」で示されているように、大量の輸血用血液の準備と多数の人員そして大量輸血時に使用する種々の医療機器が必要となる。これが適切に実施できなければ人命を失うこととなる状況に遭遇する。このような危機的出血はまさに麻酔困難症例といえることができる。これを評価頂きたい。
点数の見直しの場合	前の点数(点) 6,100 後の点数(点) 8,300
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	DPC及び準備病での全身麻酔件数は863,789例で、日本麻酔科学会偶発症例調査で20単位(大凡4000g)以上の症例は49.3/万の頻度である。したがって、4,254例と推定される。
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 4,257 後の人数(人) 4,257
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 4,257 後の回数(回) 4,257
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 十
金額(円)	93,654,000
(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) $4,257 \times (8300 - 6100) = 9,365,400$ 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) 特になし。 大量出血(危機的出血)は、十分な体制で臨む必要があり、高度の麻酔管理が必要で、周術期合併症を減らすことで、総医療費は抑えることができる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択) L 麻酔 番号 技術名
提案の具体的な内容(150字以内)	DPC及び準備病における大量出血症例の加算要望する。
点数の見直しの場合	前の点数(点) 6,100 後の点数(点) 8,300

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	386204
申請技術名	硬膜外麻酔及び全身麻酔後における鎮痛法
申請団体名	公益社団法人日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	003
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)	手術後の鎮痛の重要性は議論の余地はないが、その具体的な実施方法は手術術式と患者の全身状態によって大きく異なる。例えば、近年激増している抗凝固薬服用患者の上腹部開腹手術等で硬膜外鎮痛が不可能な場合、鎮痛薬の経静脈的自己注入(IVPCA)等の方法を選択せざるを得ないが、薬剤の種類、投与ルートや投与方法(持続投与の有無)、投与用デバイスの種類によって算定方法は多岐にわたり、一部は目的を達しても算定不可とされるものもある。また、手術後の鎮痛は単に「術後鎮痛」と扱われ術後に痛み止めを単純に投与するような誤解が見受けられるが、術前ないし術中からの良質な鎮痛(いわゆるpreemptive analgesia)によって、質の高い術後鎮痛が達成可能である。当然、良質な手術後の鎮痛は、関連業種のチームアプローチが必要である。これらの点に関する合理的な整理、誤解の払拭が申請の目的である。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由(根拠、有効性等について必ず記載すること。)(400字以内)	手術後の硬膜外注入や鎮痛薬の注射投与を手法やデバイス別ではなく、目的に応じた合理的な算定方法の確立を申請するものである。 例えば、現行の場合は注射の場合、算定可能な薬剤、デバイス、投与方法の算定要件があまりにも複雑と云わざるを得ない。また、硬膜外投与においても持続投与の有無のみで算定方法が異なり、現在主流になっている患者自己調節法(PCA)には合致しない。この適切な整理が不可欠と思われる。 適切な鎮痛は基本的人権である。これを実現するためには、麻酔科医師のみならず、手術施行科医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等の多業種の連携が必要であるので、手厚いご評価をお願いしたい。	
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)	DPC及び準備病での全身麻酔件数は863,789例/年で、日本麻酔科学会の調査では3年間の全身麻酔症例のうち、30.8%の約26.6万件が硬膜外麻酔併施症例で、全身麻酔併用以外の硬膜外麻酔は年間5.3万件で、約30万件が術後硬膜外鎮痛施行患者と推定される。全身麻酔後のIVPCA施行件数は年間15万件程度と推察され、計約45万件が術後疼痛管理必要患者と推定される。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	450,000
	後の人数(人)	450,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	450,000
	後の回数(回)	450,000
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)	2,495,000,000
(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)	一連の術後鎮痛管理に必要な基本医師技術料は、L003術後の硬膜外持続注入(精密を含む)で1600円/日が適切と思われる。看護師、薬剤師、臨床工学技士それぞれ15分と仮定すると、人件費は2000円/日になり一日あたり3600円。1患者当たり平均2.5日の管理日数で8100円でPCAポンプ等の医療材料を3,000円と仮定すると、45万件では49億9500万円になる。
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	すでに30万件の術後硬膜外鎮痛(平均2.5日と仮定)されており、患者1名あたり1600円×2.5日+3000円(ポンプ)=7000円、30万件で21億円、15万件のIVPCAには4.5億円のポンプ材料費の計約25億円が支出されていることになる。
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分(1つ選択)	L 麻酔
	番号	003
	技術名	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入(1日につき)
提案の具体的な内容(150字以内)	個々の患者に適切で良質な術後鎮痛を実現するために、最も適切な算定方法を模索したいものである。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	
	後の点数(点)	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

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

整理番号	386205
申請技術名	硬膜外麻酔
申請団体名	日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	002
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)	硬膜外麻酔管理において、重大な合併症を有する患者では麻酔管理が困難である。 このような患者に硬膜外麻酔を行う時には、加算をお願いしたい。 要望点数 ① 1.頸部・胸部 1,500点 2. 腰部 800点、3. 仙骨部 340点の加算を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	硬膜外麻酔管理において、重症合併症を有する患者の周術期管理には麻酔科学会専門医程度の知識、経験、実力を有する医師の管理を必要とする。 したがって、別表第11の2「全身麻酔における麻酔が困難な患者」の表のうち硬膜外麻酔管理において禁忌と考えられるL008 オ、タ、チ、ツ、テ、ト、ニ、ヌ、ノを除く患者の管理においては、全身麻酔時と同様の加算をお願いしたい。加算点数としては、硬膜外麻酔2時間までのそれぞれの点数分が妥当と考える。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	0
	後の点数(点)	1,150
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	平成23年度の厚労省資料 推定手術総数から年間総手術数は約540万件。麻酔科学会偶発症例第4次調査結果から、全麻酔症例数中硬膜外麻酔の比率は3.6%。これより、推定年間硬膜外麻酔症例数は約19.4万件。ほとんどが、頸部・胸部あるいは腰部であると考えられるので、平均値を1,150点とした。このうち約2%が加算対象となるとして計算した。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	3,880
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	3,880
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)	44,620,000
(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)	11500円×3880回＝44,620,000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
Ⅲ-④関連して減点や削除が考えられる医療技術	区分(1つ選択)	L 麻酔
	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	386206
申請技術名	脊椎麻酔
申請団体名	公益社団法人 日本麻酔科学会
診療報酬区分(1つ選択)	L 麻酔
診療報酬番号	004
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)	脊椎麻酔管理において、重大な合併症を有する患者では麻酔管理が困難である。 このような患者に脊椎麻酔を行う時には、加算をお願いしたい。 要望点数 ① 850点の加算を提案する。

【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。) (400字以内)	脊椎麻酔管理において、重症合併症を有する患者の周術期管理には麻酔科学会専門医程度の知識、経験、実力を有する医師の管理を必要とする。 したがって、別表第11の2「全身麻酔における麻酔が困難な患者」の表のうち脊椎麻酔管理において禁忌と考えられるL008 オ、タ、チ、ツ、テ、ト、ニ、ヌ、ノを除く患者の管理においては、全身麻酔時と同様の加算をお願いしたい。加算点数としては、脊椎麻酔2時間までの850点が妥当と考える。	
点数の見直しの場合	前の点数(点)	850
	後の点数(点)	1,700
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年度の厚労省資料 推定手術総数から年間総手術数は約540万件。麻酔科学会偶発症例第4次調査結果から、全麻酔症例数中脊椎麻酔の比率は8.5%。これより、推定年間脊椎麻酔症例数は約45.9万件。このうち約2%が加算対象となるとして、計算した。	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人)	0
	後の人数(人)	9,180
・年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0
	後の回数(回)	9,180
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)	78,030,000
(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)	8500円 x 9180回=78030000円
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費(200字以内)	なし
Ⅲ-④関連して減点や削除が考えられる医療技術	区分(1つ選択)	L 麻酔
	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	387101
申請技術名	網膜再建術
申請団体名	日本網膜硝子体学会（共同提案：日本眼科学会）
技術の概要 (200字以内)	血管・細胞の増殖あるいは機械的断裂によって重篤に障害された網膜に対して、硝子体手術を主体に網膜の形状と機能を元の状態に復元させる、きわめて高度な技術である。未熟児網膜症・先天異常に伴う網膜剥離では、硝子体手術で増殖組織を除去し、輪状締結、眼内光凝固、ガス・シリコンオイルタンポナーデを行う。眼球破裂では、強膜縫合から硝子体切除を行い、網膜切開、輪状締結、眼内光凝固、シリコンオイルタンポナーデを行う。
対象疾患名	未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離、眼球破裂
保険収載が必要な理由 (300字以内)	失明に通ずる超重篤な網膜剥離を対象とする、きわめて高度な網膜硝子体手術技術であり、ごく限られた術者だけが行うことができる。この手術を行った場合は、網膜剥離が治癒して良好な視力が得られることが明らかになっており、患者への恩恵が大きい。

【評価項目】

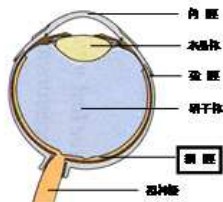
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	治癒率：未熟児網膜症60%、先天異常に伴う網膜剥離50%、眼球破裂30%死亡率：0% QOLの改善：網膜の復位が得られれば、きわめて高い。 学会のガイドライン：未熟児網膜症は光凝固によって増殖が抑えられない場合、先天異常に伴う網膜剥離は通常の網膜硝子体手術で対応できない場合、眼球破裂は受傷後可及的速やかに、手術を行う。
エビデンスレベル	Ⅲ 非ランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	手術中のリスクはない。 未熟児の場合は、全身状態に考慮して、全身麻酔等の適応を決める必要がある。
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)	網膜硝子体手術者の中で、きわめて高度な技術を持つ、ごく限られた術者だけが行うことができる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	倫理的な問題はない。治療しなければほぼ失明に至る疾患を、当該手術で治療できる社会的妥当性は、きわめて高い。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	400 470
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)	既存の増殖性硝子体網膜症では対応できず失明に至る重篤な網膜剥離に対応する、特殊な技術である。当該技術によって、網膜が再建され、視力が得られる恩恵は大きい。高度技術をもつ限られた術者が行うので、網膜復位の成績は高く、合併症も減少する。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 281 技術名 増殖性硝子体網膜症手術
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 413,835,000
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) 142,910 その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数)：84,930点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：579,842円(試算参照)
(関連して減点や削除が考えられる医療技術)	区分(1つ選択) K 手術 番号 なし 技術名 なし 具体的な内容 (150字以内) なし
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 0 後の点数(点) 0

網膜再建術（概要図）

概念

眼球は複雑な構造をもつ器官であり、網膜は結像を電気信号に変換し中枢に伝達する最も重要な組織である。極度に重篤な網膜剥離が起こす疾患があり、既存の網膜硝子体手術では治療できず失明に通ずるが、網膜再建術はこれに対応する技術である

眼球の構造



高度で重篤な網膜剥離



技術の概要

血管・細胞増殖あるいは機械的断裂によって重篤に障害された網膜に対して、網膜の形状と機能を元の状態に還元させる。硝子体手術を主体に、眼内光凝固・冷凍凝固、ガス・シリコンタンポナーデ、強膜バックリングを併用する。既存の増殖性硝子体網膜症とは異なり、非常に繊細な器具を用い、高度な技術をもつ限られた術者だけが行う手術である。

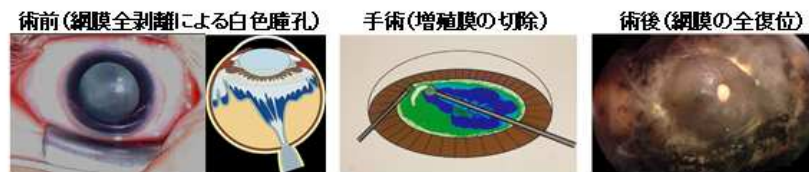
23G手術器具による増殖膜除去と網膜の伸展



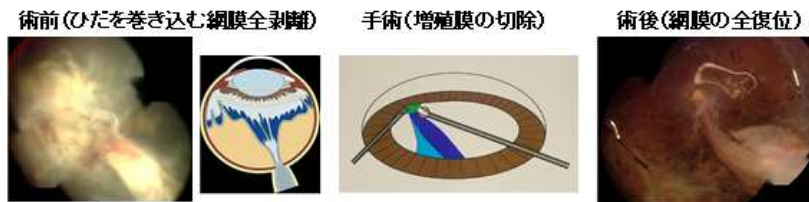
対象疾患

未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離、眼球破裂

未熟児網膜症



先天異常（網膜ひだ）に伴う網膜剥離



いずれも、水晶体と硝子体を切除し、増殖組織を除去する。輪状縮結、眼内光凝固、ガスあるいはシリコンオイルタンポナーデを行って、剥離した網膜を復位させる。眼球が小さく、高度の増殖や先天性の遷延組織を処理する場合、痙攣や未熟な網膜の状態に応じて行うので、きわめて高度な技術を要する。

眼球破裂

術前（眼球破裂と内容物の脱出） 術後（眼球と網膜の再建）



強膜縫合から硝子体切除を行い、網膜切開、輪状縮結、眼内光凝固、シリコンオイルタンポナーデによって網膜を復位させる。大きく破壊された眼球の形態を還元するので、きわめて高度な技術を要する。

効果

従来は失明する疾患であったので、網膜が復位し視力が得られれば、患者への恩恵はきわめて大きい。

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	387102
申請技術名	眼底直視下微小視野検査（片側）
申請団体名	日本網膜硝子体学会
技術の概要 （200字以内）	眼底カメラと自動視野計を組み合わせることで、網膜上にあらかじめ設定された網膜感度を自動的に計測し、眼底像に重ね合わせた網膜感度のマップ表示を行う。目の動きに合わせて自動的にトラッキングすることにより、検査の信頼性や再現性に優れ、患者の自覚により近い視機能評価を行うことができる。種々の眼底疾患の治療効果判定や病態解明に有用である。
対象疾患名	加齢黄斑変性、糖尿病網膜症、網膜色素変性、網膜静脈閉塞症、黄斑円孔、黄斑前膜、黄斑ジストロフィ、緑内障
保険収載が必要な理由 （300字以内）	本検査は従来の自動視野計側に比べ、眼底直視下に計測が可能で眼球の動きにも自動的に追従可能なため、網膜感度計測の信頼性と再現性に優れており、特に黄斑病変の診療には不可欠なもので、保険収載が必要があると考えられる。

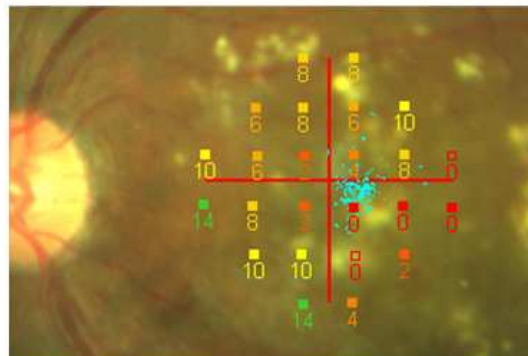
【評価項目】

I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 （400字以内）	加齢黄斑変性、糖尿病黄斑浮腫において、光干渉断層計（OCT）で記録した黄斑の形態異常と良く相関することが報告されている。また両疾患において治療による黄斑形態の改善に伴う視機能回復の状態が視力よりも鋭敏に捉えられることも報告されている（Eye 2006;20:805-809）。さらに網膜色素変性では、形態の経時的変化と良く相関し、視機能の経時的観察には視力よりも有用であることが報告されている（Clinical and Experimental Ophthalmology 2010;38:597-604）。最新機種には固視を誘導するシステムが搭載されており、黄斑の障害により本来の固視点を喪失した患者に対し、新たな固視点を使用するトレーニングとしてロービジョンケアでの活用も期待される。
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）	非侵襲的検査であり、副作用等のリスクは想定されず安全性は極めて高い。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性、施設基準等） （200字以内）	学会においては、各種の網膜疾患における有用性が注目されている。本検査はほとんどすべての操作が自動で行われ、測定条件の設定や結果の解釈には専門医相当の技術を要する。
I-④実用性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載） （100字以内）	特になし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数（人） ・年間実施回数等（回）	4,500 9,000
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）	既存の静的視野計側では眼底像との対比が困難であり固視ずれに対応していないため、網膜疾患への応用が不可能である。本検査法ではこのような問題点がすべて解決された新規のものであり、より正確な網膜視機能の評価が可能である。
（既存の治療法、検査法等）	区分（1つ選択） D 検査 番号 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） 99,000,000
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） 1,100 その根拠（150字以内） ①外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：1,100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（試算参照）
（関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術）	区分（1つ選択） 番号 特になし 技術名 特になし 具体的な内容（150字以内） 特になし
（点数見直しの場合）	前の点数（点） 後の点数（点）

眼底直視下微小視野検査について

技術の概要

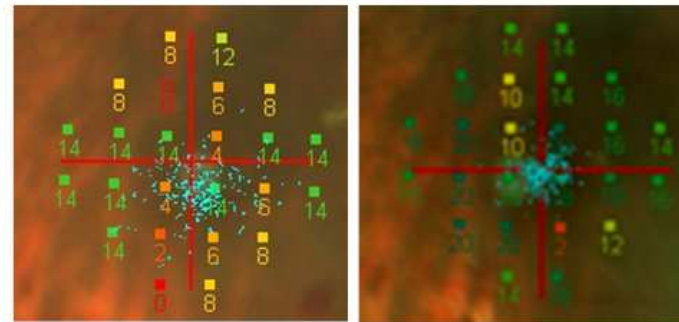
1. 眼底カメラと自動視野計を組み合わせることにより、網膜上にあらかじめ設定された網膜感度を自動的に計測し、眼底像に重ね合わせた網膜感度のマップ表示を行う。
2. 目の動きに合わせて自動的に追尾することにより、検査の信頼性や再現性に優れる。
3. 患者の自覚により近い視機能評価を行うことができる。
4. 種々の眼底疾患の治療効果判定や病態解明に有用である。
5. 固視を誘導するシステムが搭載されており、ロービジョンケアでの活用も期待される。



眼底写真上に対応する局所の網膜感度を表示

対象疾患

加齢黄斑変性、糖尿病網膜症、網膜色素変性、網膜静脈閉塞症、黄斑円孔、黄斑前膜、黄斑ジストロフィ、緑内障
年間対象患者数：4500人
年間実施回数：9000回



糖尿病黄斑浮腫の治療前後での網膜感度の比較。治療後(右)には網膜感度の改善がみられる。

診療報酬上の取り扱い

D検査 1,100点
(外保連試案が11,000円であることによる)

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。

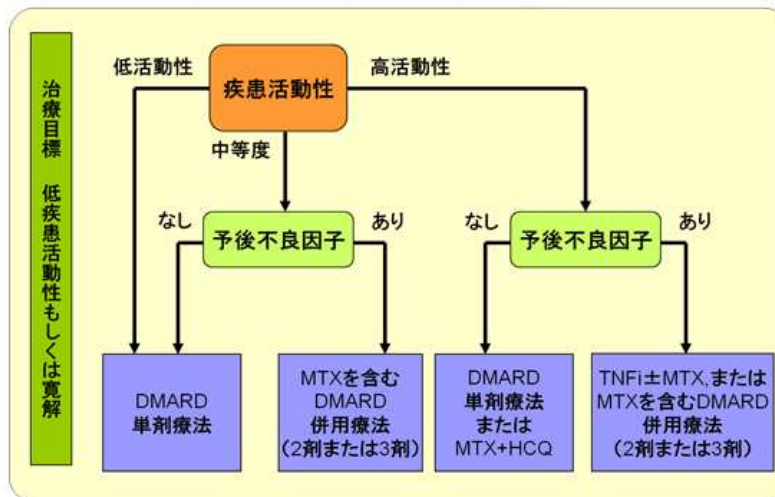
整理番号	389101
申請技術名	関節リウマチ等生物学的製剤注射
申請団体名	日本リウマチ学会（共同提案：日本臨床整形外科学会）
技術の概要 (200字以内)	高疾患活動性関節リウマチや早期関節リウマチ等において、生物学的製剤の有効性は広く認められている。これらの薬剤を安全かつ有効に使用するためにはリウマチ専門医としての対応の技術がある。使用薬剤の選択や併用薬の有無、使用タイミングの判断、副作用の発見が重要なポイントとなる。これに対する技術料として要望する。
対象疾患名	関節リウマチ等
保険収載が必要な理由 (300字以内)	関節リウマチの治療薬として生物学的製剤が我が国に導入されて10年が経過し、臨床症状改善、関節破壊抑制といった高いエビデンスに基づいて使用されている。現在、約8.5万人以上がいずれかの生物学的製剤を使用され、使用率も年々増加しつつある。本薬剤は、外来化学療法加算が認められるもの、在宅自己注射指導料が認められるもの、全て認められないもの等が混在している。ほぼ同等の薬効をもつ薬剤が異なる基準で選択されることは問題であり、病診連携の妨げにもなっている。「関節リウマチ等生物学的製剤管理料」として点滴製剤、皮下注射製剤、自己注射、入院外来治療を問わず、1ヵ月1,000点程度の技術料を強く希望する。

【評価項目】

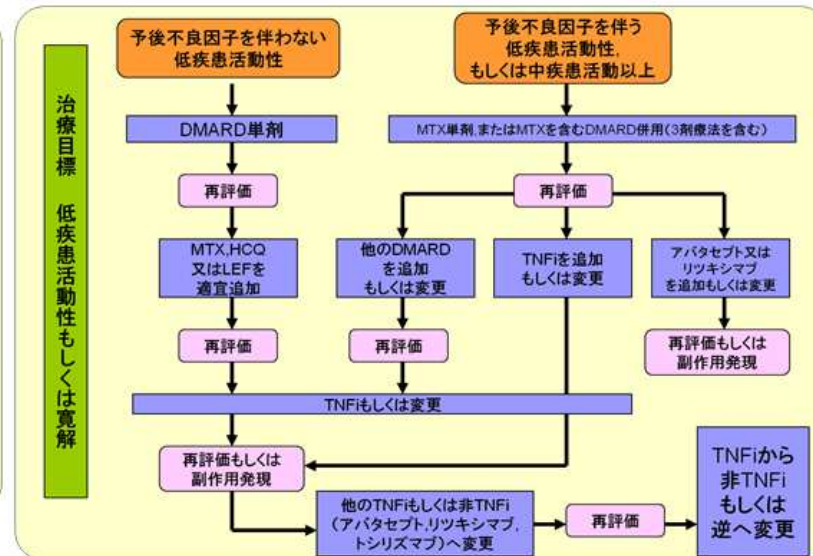
I-①有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	RA治療におけるアンカードラッグであるメトトレキサート(MTX)が本邦においても16mg/週の容量が認められ、生物学的製剤との併用で治療のアウトカムが大きく変わってきたことは疑う余地もない。生物学的製剤使用により、早期のRAであれば約60～70%の患者で寛解が得られ、RAの死亡率も生物学的製剤非使用患者との比較で改善が認められつつある状況である。QOLの改善も大きく、疾患活動性と同等に早期RAで70%程度の機能的寛解が得られている。生物学的製剤の開発はRAの予後を著しく完全させ、多くの患者において社会復帰を可能にしていると言っても過言ではない。
エビデンスレベル	I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	生物学的製剤の主な副作用として感染症があげられる。軽度のを含めて約20～30%が治療過程で認められている。したがってリスクを軽減するには、腎臓・肝臓などの機能チェックに加えて肺のX線・CTを含めた検査が必須である。また、結核、B型・C型肝炎の治療前のチェックが必要であり、これらの副作用のリスクヘッジをとるため、患者へのインフォームドコンセントを十分に行うことが肝要である。
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)	リウマチ専門医であれば問題はない。施設基準は関連がない。
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)	生物学的製剤は全世界に広く知れ渡った薬剤であり、使用管理に対しての論理性や社会性に問題はない。
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	85,000 12
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較 (200字以内)	関節破壊抑制、QOL上昇効果は従来の薬剤に対してRCTにて有意差をもって証明されている。副作用が比較的多いため、安全性の担保のため、レントゲン検査、血液検査等は若干多くなる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) C 在宅医療
	番号 101 2
	技術名 在宅自己注射指導管理料
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 5,000,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) B 医学管理等
	妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,000
	その根拠 (150字以内) 全ての生物学的製剤において、使用月は同等に月に1回算定可能。他疾患での他の薬剤の自己注射等の管理料との併算定可能
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) C 在宅医療
	番号 101 2
	技術名 在宅自己注射指導管理料
	具体的な内容 (150字以内) C101在宅自己注射指導管理料およびG注射外来化学療法加算の関節リウマチ関連の薬剤を外す
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 820
	後の点数(点) 1,000

技術評価提案書の「概要図」 (平成26年度要望)

ACR2012 関節リウマチ治療推奨（早期RA）



ACR2012 関節リウマチ治療推奨（罹患6ヶ月以上）



【参考】

- ACR(アメリカリウマチ学会)の2012年版治療推奨のガイドラインを添付します。
(早期関節リウマチ (6ヶ月以内)と罹患後6ヶ月以降)
- 生物学的製剤の開始時期は早目かつ積極的な使用を勧めています。費用対効果に優れているとする文献も数多くあります。
- ヨーロッパリウマチ学会、日本リウマチ学会もこのガイドラインに追従しています。
- 日本で承認されていない薬剤が載っていますが、これは他の承認された薬剤に置き換えて使用しております。

日本リウマチ学会

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	390101
申請技術名	手指巧緻性機能検査
申請団体名	日本リハビリテーション医学会
技術の概要 (200字以内)	器具や特異的な評価法を用いて、上肢や手指の機能(巧緻性)を定量的・客観的に評価する
対象疾患名	脳卒中、頭部外傷、神経変性疾患、頸椎・脊髄病変、関節リウマチ、末梢神経障害など
保険収載が必要な理由 (300字以内)	手指の(巧緻性)機能障害は、日常生活動作障害に直結する。治療として手術や薬物治療などの保存的治療を必要とする場合は、治療介入前後の評価が重要である。本技術は、難易度の異なる多様なタスクを組み合わせることで、多様な障害を客観的かつ定量的に評価することができる。治療介入前後の厳密な評価により、適切な治療計画が可能となり、治療成績向上、在院日数の適正化に貢献できる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	上肢機能障害・能力障害に対する手術やリハビリテーションなどの治療介入における、介入前後の上肢・手指機能(巧緻性)の評価は、適正な治療計画の立案に重要である。本技術は、検者ならびに被検者における信頼性と妥当性が高く、評価結果が客観的数値で表現されるため、検者以外の関連職種における情報共有に有用であるばかりでなく、患者の治療に対する同意が得られやすく、ADLだけでなく、QOLに改善に有用である。エビデンスレベルⅡの治療に対する評価項目として使用されている。(Kwakkel G: Stroke 2003.)
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)	副作用に重大なものはない。まれに起こりうる障害は筋疲労。
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)	上肢(巧緻性)機能検査は、上肢機能を評価を数値で質的・量的に評価することができ、信頼性が高く、多くの介入研究の評価方法として用いられており、医師、作業療法士、理学療法士により数多くの学会発表、学術論文作成がされている。難易度としては、6年目の医師が30分を費やし、看護師の介助は35分必要で全体として45分の検査と位置づけされる。施設基準としては、リハビリテーション施設基準に準じる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	120,000 2
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	国内で市販されてる上肢機能検査としては簡易上肢機能検査(STEF)、手指機能指数テスト(FQ)、モダプツ法による作業能力評価表(MODAPTS)等があり、脳卒中に特化した特異的評価法としては、脳卒中上肢機能検査(manual function test; MFT)が使われているが、すべて客観的・定量的な評価が可能である。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 160,320,000
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) 1,332 その根拠 (150字以内) 根拠:医師を中心に評価を行うスタッフの時間給と検査所要時間から算出 外保連試算2012 E51-修-1-1500 技術度C所要時間45分
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

日本リハビリテーション医学会新規要望項目1

手指巧緻性機能検査

リハビリテーション治療の対象者は脳卒中・頸髄損傷・関節リウマチ・末梢神経障害・パーキンソン病など手指の細かい動作が困難になることが多い。

器具や特異的評価法を用いて上肢や手指の巧緻性を定量的・客観的に評価する必要がある。

すでに客観的手指巧緻性機能検査として信頼性・妥当性が認められ、介入研究の評価方法として確立されている。

例として、ステフ(STEF)・オコナー巧緻性テスト・バーデューボードを以下に示す。



■ 巧緻性の評価法(左：ステフ 中：オコナー巧緻性テスト 右：バーデューボード)

ステフ：形状や重さ、材質の異なる10種類のパーツを把持・移動・離すという一連の動作を左右の手で個別に行い、それぞれにかかる時間を点数に置き換える。基準値は健常者の正常域が年齢別に表示されているので、現時点での機能レベルがわかる。

オコナー巧緻テスト：片手で小さな3本のピンをつまみ、ボードの穴に右上から水平方向に挿していく。

バーデューボード：右手で穴にピンを挿し、左手でワッシャーをピンに被せる、さらに右手でカラーを乗せたら左手でワッシャーを被せるという作業を行う。1分間で完成した数を点数化し、評価基準値と比較する。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	390102
申請技術名	リハビリテーションカンファレンス
申請団体名	日本リハビリテーション医学会
技術の概要 (200字以内)	リハビリテーション医療の目標決定や効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハ関連多職種によるリハチームカンファレンス
対象疾患名	リハビリテーション医療を実施している入院患者
保険収載が必要な理由 (300字以内)	リハビリテーションを担当するリハ関連専門多職種が一同に会して、カンファレンスを実施することにより、意見・意志を統一し、効果的・効率的なリハビリテーション医療を患者に提供できる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	海外では高齢障害者・脳損傷患者・障害児のリハビリテーション分野で有効性を示す報告がみられる。また、日本リハビリテーション医学会による調査では、患者のADLの改善に有効であったと報告されている。
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)	安全性に問題はない カンファレンスでは、職種間連携のもと対象患者の状態などの情報交換がなされ、患者に対しより安全・安心の医療の共有・提供ができる。
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)	日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーションカンファレンスは、リハビリテーション医療を安全かつ効果的に行っていくために必要不可欠と定め、リハビリテーションに熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。
I-④開示性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	122,460 2
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	リハビリテーション医療は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種連携型チーム医療であることから、医療スタッフ同士で個別に情報交換するより、担当スタッフが一同に会してカンファレンスを行うことにより患者の情報、安全確認、治療方針、問題点やその解決方法、アプローチ方法、今後の方針について情報を共有することができ非常に効率的であり、患者のQOLの改善につながる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号 技術名
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 25,479,030,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分(1つ選択) H リハビリテーション 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 1,497 その根拠 (150字以内) 医師を中心に参加医療スタッフの時間給×一人の患者に要する時間(最低15分)より算出した。外保連試算2012 19150 技術度C時間30分
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容 (150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

日本リハビリテーション医学会新規要望項目2

リハビリテーションカンファレンス



患者情報の共有、リハの目標・計画立案・効果判定、リスク管理などを行い、チームで良質なリハビリテーション医療を提供する。

技術の概要

- リハビリテーション医療において、患者情報を共有し、目標・リハ計画決定、リスク管理、効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種によるチームカンファレンス。

必要性

- リハビリテーション医療は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種連携型チーム医療であることから、主治医と担当医療スタッフが一同に会するカンファレンスは治療方針・安全対策の確認・情報共有に必須である。
- 患者の地域での生活や社会復帰に関する問題点を抽出し、地域リハ資源の活用などによる解決策も検討するので、患者のQOLの改善につながる。



効果的・効率的・安心・安全なリハビリテーション医療の提供に必要な医師の技術料です。

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	390103
申請技術名	コンピュータによる筋力検査
申請団体名	日本リハビリテーション医学会
技術の概要 (200字以内)	コンピュータ内蔵の多用途筋機能評価運動装置を用いて客観的・定量的に動的・静的な筋力評価(各種関節モーメント、可動域、速度性能等)を行う技術
対象疾患名	関節運動に障害をきたす、骨・靱帯・腱・筋などの整形外科各疾患や筋緊張障害を呈する神経筋疾患
保険収載が必要な理由 (300字以内)	全身の主要関節に対して定量的客観的な測定が可能な装置を用いて治療介入前後の筋機能評価を行うことで、治療によるアウトカムのより正確な評価ができる。評価は具体的な数値、各種グラフで保存・出力することができ、治療効果を患者に説明する際に説得力がある。現状では徒手筋力検査が広く行われているが不十分な点が多く、本検査を行うことは正確で再現性のある筋力データが取得できるものとして意義がある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	診断の正確性の向上:筋力を最大筋力・体重比・加速最大筋力能力・持久力・健側患側比・主働筋拮抗筋比率など多面的に評価が可能。 治癒率・死亡率・QOLの改善:診断と評価が正確になることでリハビリテーションプログラムがより適切で無駄のないものとなる。評価だけでなく効率的な筋力回復プログラムのツールとしても使用でき、またその効果判定を行うことで安全で有効なリハビリテーションプログラムを実施できる。 エビデンスレベル等:従来からのMMT(徒手筋力テスト)に比べ、筋力測定レベルは飛躍的に向上し定量化が可能。エビデンスレベルⅡの研究がこの機器を使用して報告されている(四肢のトルク値や仕事量のダントロレン投薬による変化の研究 Katrak PH et al: APMR 73,1992)。
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)	安定電圧供給装置、関節可動域のメカニカル・ソフトウェアストッパー、緊急停止ボタンなどが標準装備されており安全性が担保されている。
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)	医師、理学療法士その他医学専門職関連学会で本機器を使用した研究発表が多数・豊富に発表されており、関連学会においてはきわめて重要な技術として認識されている。概ね9年目の医師が1人45分の時間を要し、看護師が50分および技師が50分の介在が必要で全体として60分程度の時間と専門性を必要とする検査である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	100,000 2
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	診断の正確性の向上が得られる:筋力を最大筋力・体重比・加速最大筋力能力・持久力・健側患側比・主働筋拮抗筋比率など多面的に定量的に評価することができ、従来のMMT(徒手筋力テスト)に比べ、信頼性が高く、筋力測定評価レベルが飛躍的に向上する。病態に適したリハビリテーション提供による入院期間の短縮で医療費削減が期待される。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) 番号
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 794,000,000
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) 2,397 その根拠(150字以内) 外保連試案2012 E-51修-1-1240技術度D 所要時間60分 看護師1名 技師1名が必要。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) 番号 技術名 具体的な内容(150字以内)
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 後の点数(点)

日本リハビリテーション医学会新規要望項目2

リハビリテーションカンファレンス



患者情報の共有、リハの目標・計画立案・効果判定、リスク管理などを行い、チームで良質なリハビリテーション医療を提供する。

技術の概要

- リハビリテーション医療において、患者情報を共有し、目標・リハ計画決定、リスク管理、効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種によるチームカンファレンス。

必要性

- リハビリテーション医療は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種連携型チーム医療であることから、主治医と担当医療スタッフが一同に会するカンファレンスは治療方針・安全対策の確認・情報共有に必須である。
- 患者の地域での生活や社会復帰に関する問題点を抽出し、地域リハ資源の活用などによる解決策も検討するので、患者のQOLの改善につながる。



効果的・効率的・安心・安全なリハビリテーション医療の提供に必要な医師の技術料です。

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	390201
申請技術名	間歇的導尿（1日につき）
申請団体名	日本リハビリテーション医学会
診療報酬区分（1つ選択）	J 処置
診療報酬番号	065
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	算定期限（6月）の延長（限度撤廃）および増点
提案の具体的な内容（400字以内）	排尿管理において無菌の間歇的導尿は、6か月に限り算定が認められている。間歇導尿はバルン留置カテーテルに比し尿路感染症が少なく、腎盂腎炎、腎・尿管・膀胱結石、副睾丸炎、睾丸炎、尿道潰瘍、VUR、膀胱憩室、尿道狭窄などの副作用を生じにくいとされ、膀胱機能回復に対する効果も示されている。離脱には一年以上要することも多く、現行の6か月間で離脱できる例は半数以下である。算定期限（6月）の延長（限度撤廃）と臨床で積極的に本技術を実施されるよう増点を要望する。

【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）	外傷や神経筋疾患、糖尿病などで排尿を制御する脳・脊髄・末梢神経などが障害され神経因性膀胱が出現する。また泌尿器疾患や骨盤内手術によっても排尿障害は出現する。排尿管理において無菌の間歇的導尿はバルン留置カテーテルに比し尿路感染症が少なく、腎盂腎炎、腎・尿管・膀胱結石、副睾丸炎、睾丸炎、尿道潰瘍、VUR、膀胱憩室、尿道狭窄などを起こしにくいとされ、膀胱機能回復の効果も示されている。残存尿意の有無にかかわらず、離脱には一年以上要することも多く、現行の6か月間で離脱できる例は半数以下である。算定期限（6月）の延長（限度撤廃）と増点を要望する。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 150 後の点数（点） 622
Ⅲ-②普及性の変化（下記のように推定した根拠）（200字以内）	間歇導尿が必要な患者数は現在約20,000人である。対象患者数は変化しないが、年間実施回数は現在約1,800,000回であるのが、算定日数延長もしくは制限の廃止により実施回数が約17%増加（2,100,000回）する
・年間対象患者数の変化	前の人数（人） 20,000 後の人数（人） 20,000
・年間実施回数の変化等	前の回数（回） 1,800,000 後の回数（回） 2,100,000
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	プラス・マイナス 十 金額（円） 2,012,000,000
（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） 算定期限（6月）の延長（限度撤廃）のため、年間対象患者数に変化は無いが、年間実施回数は約10%増加（2,100,000回）する。施行者の技術度や実施時間から448点となり、必要材料経費は174点の為、622点に診療報酬が見直されることが望ましい。（6,220円—1,500円）×2,100,000回＝9,912,000,000円 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費（200字以内） 尿路感染症のための抗生剤使用に伴う医療費 3,500円×10日×20,000人＝700,000,000円。 尿路感染症による入院医療費 30,000円×12日×20,000人＝7,200,000,000円
Ⅲ-④関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分（1つ選択） 番号 技術名
提案の具体的な内容（150字以内）	間歇導尿法が増点され、算定日数制限が廃止されることで年間回数が増加し医療費の増加を来たすが、適切な排尿管理により尿路感染症が減り、入院を要する患者が減少するので国民医療費への影響は少ない。
点数の見直しの場合	前の点数（点） 150 後の点数（点） 622

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	391101
申請技術名	緑内障インプラント手術(プレートの無いもの)
申請団体名	日本緑内障学会
技術の概要 (200字以内)	緑内障に対して眼圧下降を目的として房水を結膜下に流出させる際に金属製のチューブを設置する術式
対象疾患名	緑内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在、緑内障インプラント手術(K268 4)として保険収載されているが、バルベルト緑内障インプラントを用いた術式(緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)として別に新規要望している)とは術式が異なり、適応、難易度、手術時間等も異なるため、別手技として保険収載すべきと考える。またその際に、今後同様なインプラントが発売される可能性および他の手術との同時手術の際に材料費が適切を算定するためにインプラント材料の特定医療材料化を要望する。

【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)	海外では緑内障に対する眼圧下降手術として濾過手術(K268 3)と同等かそれ以上の成績ならびに低い合併症が報告されている。本邦ではまだ使用開始からの期間が短く詳細な検討はされていない。日本緑内障学会の作成した緑内障診療ガイドライン第3版の補足資料:緑内障チューブシャント手術に関するガイドラインでは当面、症例を当手術により濾過手術よりも明らかに安全性並びに効果が上回るようなものに限定して対象としている。
エビデンスレベル	II 1つ以上のランダム化比較試験による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	術後閉塞、インプラントのずれ、術後高眼圧、術後高低圧、術後感染等の合併症が報告されているが、術後低眼圧の合併症は濾過手術よりも少ないという報告が多い。
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)	濾過手術(K268 3)と同様の術式で、より安全性が高いと考えられている。術式自体は濾過手術と同等ないしやや容易である。
I-④無害性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	より安全な手術という意味でメリットがある。ただし異物を眼内に入れるため、そのための注意は必要である。
I-⑤普及性	年間対象患者数(人) 500 年間実施回数等(回) 500
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	バルベルト緑内障インプラントを用いた緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)は難治性緑内障が対象であり、適応が異なる。濾過手術との比較では同等ないしより優れているとの報告が海外でされている。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) K 手術 番号 K268 3 技術名 濾過手術
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) K 手術 妥当と思われる点数(点)(1点10円) 23,480 その根拠(150字以内) 現在の緑内障インプラント手術(K268 4)より特定医療材料とするインプラントの値段12万円を引いたもの。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) その他 番号 - 技術名 - 具体的な内容(150字以内) -
(点数見直しの場合)	前の点数(点) 35,480 後の点数(点) 23,480

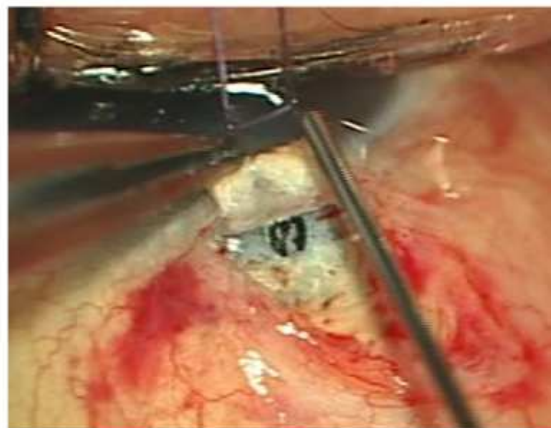
緑内障インプラント手術(プレートの無いもの)

・ 技術の概要

緑内障に対して眼圧下降を目的として房水を結膜下に流出させる際に金属製のチューブを設置する術式

・ 対象疾患

開放隅角緑内障



・ 既存の治療法との比較

本術式は従来の緑内障の代表的術式である濾過手術(K2683)に類似し、金属製のインプラントを用いることで、より安全性が高いと考えられている術式である。

現在、緑内障インプラント手術(K2684)として保険収載されているが、より難度の高くインプラントの値段の高い他の手術(緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)として別に新規要望している)と同じ手術に分類されており問題がある。

・ 診療報酬上の取扱

K手術

23,480点(インプラント(12万円)は特定医療材料としての取り扱いを要望する)
(濾過手術(K2683)とほぼ同等の術式であるが、やや難易度が低いため)

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	391102
申請技術名	緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)
申請団体名	日本緑内障学会
技術の概要 (200字以内)	緑内障に対して眼圧下降を目的としてシリコンチューブにより眼内水を前房もしくは硝子体腔内から眼球赤道部に設置したプレートまで流出させる術式
対象疾患名	難治性緑内障
保険収載が必要な理由 (300字以内)	現在、緑内障インプラント手術(K268 4)として保険収載されているが、術式が異なるアルコン緑内障フィルトレーションデバイスを用いた手術(緑内障インプラント手術(プレートの無いもの)として別に新規要望している)と同じ手術に分類されており、両者は適応、難易度、手術時間等も異なるため、別手技として保険収載すべきと考える。また、本手術は難治性緑内障が対象であり従来の濾過手術(K268 3)に比較し、高い難易度と長い手術時間を必要とするのにもかかわらず、材料費を考慮すると濾過手術よりも低い技術料にしかかっておらず、不合理であり増点を要望し、同時にインプラント材料の特定医療材料化を要望する。

【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)		海外の報告では濾過手術(K268 3)よりも眼圧下降および合併症発現率で優れるというものがある。ただし、チューブやプレートの露出、眼球運動制限等、濾過手術では起こりえない合併症があり、注意が必要である。さらに難治性緑内障が対象の場合、合併症発症率は上昇することが予想される。また、国内での使用経験が少ないため、日本緑内障学会の作成した緑内障診療ガイドライン第3版の補足資料：緑内障チューブシャント手術に関するガイドラインでは少なくとも当面は通常の線維柱帯切除術(濾過手術)が困難な症例に適応を限定すべきとしている。	
エビデンスレベル		II 1つ以上のランダム化比較試験による	
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		合併症としてチューブの閉塞、露出、術後高眼圧、術後低眼圧、角膜障害、感染、炎症、網膜剥離、脈絡膜剥離、複視、眼球痙などが報告されている。海外の報告では従来の濾過手術と同等かそれ以下とされているが、難治性緑内障を対象とした場合、頻度は上がると考えられる。	
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)		術式としては濾過手術よりも難易度が高く、かつ手順も多いため手術時間も長くなる。また合併症の管理にも十分な経験が必要で、ある程度濾過手術が十分に施行可能な施設でかつ、ビデオや講習などを受けて十分に本術式を理解した術者のいる施設のみで施行すべきものである。	
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)		濾過手術では眼圧コントロール不能の症例に適応できる術式でその意義は大きい。ただし異物を眼内に入れるという意味で注意は必要となる。	
I-⑤普及性	年間対象患者数(人)	100	
	年間実施回数等(回)	100	
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)		新規術式のため本邦における詳細な検討はされていないが、海外の報告では濾過手術(K268 3)よりも眼圧下降および合併症発現率で優れるというものがある。	
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	K 手術	
	番号	K268 4	
	技術名	緑内障インプラント手術	
予想影響額	プラス・マイナス	+	
	金額(円)	15,000,000	
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)	30,480	
	その根拠(150字以内)	現在の35,480点より特定医療材料とするインプラント代金の20万円を引いた15,480点より15,000点の増点＝30,480点(参考：K268 3濾過手術が25,930点)。増点の根拠としては対象が難治緑内障であり、術式がより高度かつ手術時間も長くなるため。	
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択)	その他	
	番号	-	
	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)	35,480	
	後の点数(点)	30,480	

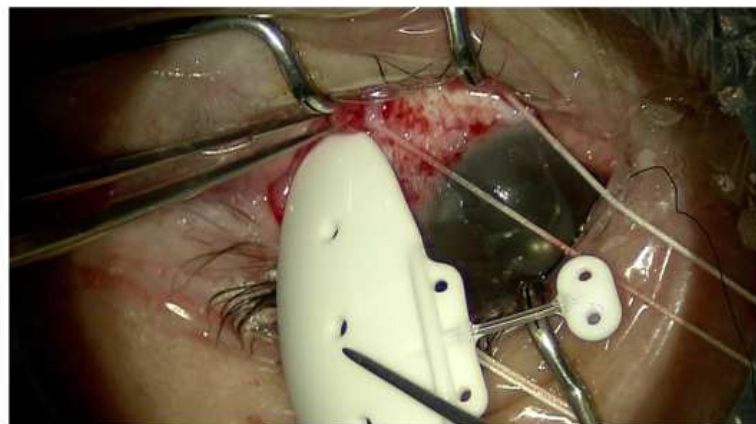
緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)

・ 技術の概要

緑内障に対して眼圧下降を目的としてシリコンチューブにより眼内水を前房もしくは硝子体腔内から眼球赤道部に設置したプレートまで流出させる術式

・ 対象疾患

難治性緑内障



・ 既存の治療法との比較

本術式は従来の緑内障の代表的術式である濾過手術(K2683)では治療が困難であると考えられる難治症例に対して行われており、難易度も高く、また手術時間も長い。

現在、緑内障インプラント手術(K2684)として保険収載されているが、難度が低くインプラントの値段が安い他の手術(緑内障インプラント手術(プレートの無いもの)として別に新規要望している)と同じ手術に分類されており問題がある。

・ 診療報酬上の取扱

K手術

30,480点(インプラント(20万円)は特定医療材料としての取り扱いを要望する)

(濾過手術(K2683)よりも難易度が高く、かつ手術時間も長い)

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	391103
申請技術名	前房水漏出検査
申請団体名	日本緑内障学会
技術の概要 (200字以内)	蛍光色素を涙液に混ぜてその希釈態度を観察することにより、前房水漏出の有無を判定する。
対象疾患名	緑内障濾過手術後、角膜移植術後、その他の内眼手術後、眼外傷
保険収載が必要な理由 (300字以内)	眼内からの前房水漏出を可視化して感染を予防するために必須の検査である。場合によっては静的観察のみならず、眼球を適度の圧力で圧迫して眼内圧を上げて前房水が漏出しやすくして動的観察を行う必要があり、検査時間と熟練を要する検査であるので、保険収載して適正な評価を行う必要がある。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	通常の方法では、前房水漏出を検出できないので、涙液を蛍光色素で染色し、適度に眼球を圧迫することにより前房水漏出を誘発して漏孔の有無を知る必要があり、熟練を要する。
エビデンスレベル	V 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度 (200字以内)	感染・眼球内用脱出の危険性がある。
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)	上記の理由により、眼科経験豊富な眼科専門医が行う必要がある。
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)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	8,000 12
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	場合によっては眼球を適切な強度で圧迫するなどして、意図的に眼内圧を上昇させ、漏出する前房水による染色液が希釈されることを動的に観察する必要があることから、
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査
	番号 D273
	技術名 細隙灯顕微鏡検査(前眼部)生体染色再検査
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 38,400,000
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) 60
	その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):60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 類似検査D273(48点)と比較し、熟練と時間を要するので12点増点した。
(関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術)	区分(1つ選択) D 検査
	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)

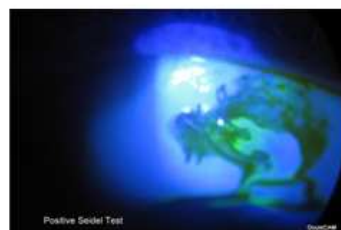
前房水漏出検査

【技術の概要】

- 涙液を蛍光色素で染色して見やすくし、色素が漏出する前房水で希釈されるのを観察することにより、前房水漏出の有無を判定する。

【対象疾患】

- 緑内障濾過手術後・角膜移植術後などの眼球内手術後または眼外傷後



前房水漏出検査の実際

【既存の検査法との比較】

- 現行の「細隙灯顕微鏡検査(生体染色再検査)」は傷ついた角膜や結膜上皮を染色するために行う静的検査。
- 本技術は、時間とともに前房水が眼内から漏出するのを調べる動的検査であり、熟練と時間を要する。

【診療報酬上の取り扱い】

- D 検査 60点
- 「細隙灯顕微鏡検査(前眼部)生体染色再検査(48点)」と比較して、熟練と時間を要するため。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

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

整理番号	391104
申請技術名	角膜中央厚測定
申請団体名	日本緑内障学会
技術の概要 (200字以内)	超音波あるいは光学的に角膜の厚さを測定する。
対象疾患名	緑内障、高眼圧症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	精密眼圧測定値は角膜厚により測定誤差が大きくなる。角膜厚により補正された正確な眼圧値を知ることにより、我が国での失明原因の第一位である緑内障の診断と管理をより厳密に行うことが可能となり、失明者を減らすことができる。

【評価項目】

I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 (400字以内)	角膜中心厚で補正した正しい眼圧値を知ることにより、高眼圧症や緑内障でのより厳密な眼圧コントロールが可能となり、緑内障進行を防げる可能性が増す。さらに、角膜厚が標準より厚いことによる見かけ上の「高眼圧症」を診断できるようになる。無駄な眼圧下降治療を行うことを防ぎ、医療費削減が期待される。
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)	接触式では、点眼麻酔による副作用以外、安全性に問題はない。非接触式では、安全性に全く問題はない。
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)	日本緑内障学会作成の「緑内障診療ガイドライン」に中心角膜厚測定の眼圧測定値に及ぼす影響について記載されている。眼科専門医の下で施行する。
I-④開示性・社会的受容性 (問題点があれば必ず記載) (100字以内)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数(人) ・年間実施回数等(回)	30,000 30,300
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について 既存の治療法、検査法等と比較(200字以内)	年間30,300件の検査増により、105,444,000円の増。緑内障への進展の危険が少ない高眼圧症への投薬抑制による医療費抑制効果108,000,000円。差し引き2,556,000円の減。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択) D 検査
	番号 D264
	技術名 精密眼圧測定
予想影響額	プラス・マイナス 金額(円) 2,556,000
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) 348
	その根拠 (150字以内) ①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):348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(試算参照)
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	区分(1つ選択) D 検査
	番号
	技術名 なし
	具体的な内容 (150字以内) 既存の検査法の精度を向上させるための別の検査なので、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)

角膜中央厚測定

【技術の概要】

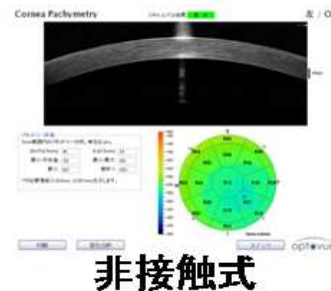
- 超音波あるいは光学的に角膜の厚さを測定する。

【対象疾患名】

- 緑内障および高眼圧症



接触式



【当該疾患の既存検査との比較】

- 緑内障・高眼圧症の管理には眼圧測定が必須である。
- 眼圧測定値は、角膜厚が中央値(545 μ m)から20 μ mずれるごとに1mmHg変化するのでその補正に用いる。

【診療報酬上の取り扱い】

- D 検査
- 348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	391105
申請技術名	眼圧日内変動検査
申請団体名	日本緑内障学会
技術の概要 (200字以内)	24時間の眼圧変動を知り、緑内障進行を抑止するために経時的に眼圧を測定する。
対象疾患名	緑内障、高眼圧症
保険収載が必要な理由 (300字以内)	失明原因第一位の緑内障による失明を防ぐためには、24時間の眼圧コントロールが必要であるが、個々の患者の眼圧日内変動を考慮した治療を行うには、10－24時間にわたる眼圧の経時的測定が必須であり、測定の労力を考慮すると保険収載による適正な評価が必要である。

【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)		緑内障症例の1／3は最高眼圧を示す時間帯が診療時間帯以外にあり、緑内障進行を抑制するためには、眼圧日内変動を考慮して24時間の平均眼圧を下げることで達成できるとされている。
エビデンスレベル		I システマティックレビュー/メタアナリシス
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度(200字以内)		点眼麻酔薬と蛍光色素による副作用の可能性はあるが、稀である。
I-③技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)(200字以内)		眼圧測定は眼科診療において日常的に行われている検査であり、眼科標榜医であれば安全確実に施行できる。
I-④実施性・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)		日内変動測定には10回から24回の眼圧測定が必要とされているが、現状では精密眼圧測定は外来で1回、入院で2回までしか算定が認められていないため、検査自体が行いにくい。眼圧日内変動検査が保険収載されれば診療時間帯以外に眼圧上昇する患者を発見できて、早期に対応できるため緑内障による失明者を減らすことができる。
(既存の治療法、検査法等)	区分(1つ選択)	D 検査
	番号	D264
	技術名	精密眼圧測定
予想影響額	プラス・マイナス	+
	金額(円)	133,000,000
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)	2,874
	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):2,874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 2,874点は入院を前提とした点数である。外来で行う場合は、492点、年間検査患者は入院4,000人、外来6,000人
(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	
	技術名	なし
	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)	

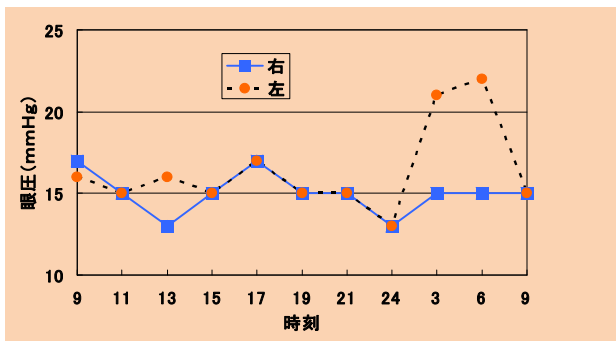
眼圧日内変動検査

【技術の概要】

- 24時間の眼圧変動を知り、緑内障の進行を抑制するために経時的に眼圧を測定する。

【対象疾患】

- 緑内障および高眼圧症



左眼のみ緑内障が進行した患者の「眼圧日内変動検査」の実例。
夜間に左眼圧が上昇していることがわかる。

【既存検査法との比較】

- 緑内障の進行は24時間眼圧をコントロールすることによってのみ抑制しうる。
- 眼圧は時間によって変動する(日内変動)。
- 眼圧日内変動の最高値・平均値・変動幅は患者によって異なる。
- 現行の「精密眼圧測定」は1日1回のみの測定なので測定時間外のことは不明。

【診療報酬上の取り扱い】

- D 検査
- 入院: 2, 874点
- 外来: 492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	391201
申請技術名	緑内障インプラント手術
申請団体名	日本緑内障学会
診療報酬区分(1つ選択)	K 手術
診療報酬番号	K268 4
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)	複数の技術が含まれており、それぞれ別の術式として新たに保険収載を希望する。また、その際にそれぞれのインプラントの特定医療材料化を希望する。さらに、プレートのあるインプラントを用いた緑内障インプラント手術は、プレートの無いインプラントを用いた緑内障インプラント手術ならびに従来の濾過手術よりも高度な技術が必要で手術時間も長くなることから増点を要望する。それぞれの術式の具体的な要望点数の詳細については、それぞれの医療技術評価提案書で述べるが、緑内障インプラント手術(プレートのあるもの)については現在の35,480点よりインプラント代金の20万円を引いた15,480点より15,000点の増点=30,480点(参考:K268 3濾過手術が25,930点)を、緑内障インプラント手術(プレートの無いもの)については現在の35,480点よりインプラント代金の12万円を引いた23,480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)	本術式にプレートのあるインプラントを用いた手術(具体的にはバルベルト緑内障インプラントを用いた手術)とプレートの無いインプラントを用いた手術(具体的にはアルコン エクスプレス 緑内障フィルトレーションデバイスを用いた手術)の両者が含まれており、これらの術式は異なるものであるため、それぞれ別個の医療技術として新規収載して頂くことを求めるものである。その際に、より高度な術式であるプレートのあるインプラントを用いた手術については増点を要望し、さらに今後のインプラントの改良、新規発売、ならびに他の手術と同時施行した際の材料費の負担増を避けるためにインプラント材料の特定医療材料化を求める。	
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)	35,480 30,480
Ⅲ-②普及性の変化 (下記のように推定した根拠) (200字以内)	手術保険収載直後の症例数からある程度落ち着くと考えられるため	
・年間対象患者数の変化	前の人数(人) 後の人数(人)	800 600
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 後の回数(回)	800 600
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	プラス・マイナス 金額(円)	＋ 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) 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)	プレートの無いインプラントを用いた術式に関しては医療費の増減は無いかもしれないがインプラントの特定医療材料化の際の設定金額によっては減少する可能性がある。プレートのあるインプラントを用いた術式に関し15,000点の増点となった場合、年間症例数を100例とすれば15,000*100=15,000,000円の増加となるが、インプラントの特定医療材料化の際の設定金額によっては、これを下回ることとなる。 変化なし。ただし、本手術の適応が予測され、必ずしも有効で無い他の手術や不十分な薬物治療を続ける症例が増えることが予想される。
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	その他 — —
提案の具体的な内容(150字以内)	プレートの有るインプラントを用いた緑内障インプラント手術とプレートの無いインプラントを用いた緑内障インプラント手術への分割およびそれぞれのインプラントの特定医療材料化とプレートのあるインプラントを用いた緑内障インプラント手術への増点を希望する。具体的な内容はそれぞれの医療技術評価提案書で解説する。	
点数の見直し の場合	前の点数(点) 後の点数(点)	35,480 30,480