

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：68 - 27 - 4 技術度：C 医師（術者以外）：0 看護師：0 その他：1 所要時間（分）：65
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	(社)日本温泉気候物理医学会
技術名	三朝温泉を用いた慢性閉塞性肺疾患への温泉療法
技術の概要	三朝温泉を用いた温泉療法（温泉プールでの水中運動、鈹泥湿布療法、ヨウ化カリウム吸入療法、温泉浴、熱気浴など）
対象疾患名	慢性閉塞性肺疾患
保険収載の必要性	本疾患への治療において、呼吸リハビリテーションは重要な役割を担っている。本療法（集中的治療：3～4週間）により、自覚症状、運動耐容能の向上、ならびに以降の外来でのコントロールの改善が得られる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	呼吸機能の改善、運動耐容能の改善のエビデンスを有するが、学会ガイドライン化にはいたっていない。観察研究によるエビデンスである。 エビデンスレベル： I II <u>III</u> IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	呼吸器内科専門医、温泉療法専門医の指導下で、治療中止の有害事象はない。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	当施設では、本療法を気管支喘息および慢性閉塞性肺疾患症例に対して、入院患者ならびに通院が可能な外来患者にも実施している。 呼吸リハビリテーションの一環として実施しており、現時点では、日本呼吸器学会ガイドラインでは特筆されていない。 厳密な呼吸管理が必要であり、呼吸器専門医が常勤することが要件となる。 治療実施には温泉プール、鈹泥湿布治療施設、吸入温泉浴室が必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	特になし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	慢性閉塞性肺疾患を有する当施設入院および外来患者 1クールを週5回4週と考えているが、病状によって増減をしている。 年間対象患者数 100人 年間実施回数(1人当たり) 20回
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	本治療は、従来の基本的治療(薬物療法等)に追加して行うため、既存の治療法との比較は困難である。しかし、難治性例にも効果的な本治療によって従来の薬物療法の薬剤量の減量と急性増悪の減少が得られる。 本療法導入により、緊急受診回数や入院の回数ならびに期間の減少、薬剤費の減少を差し引きすると約5000万円の医療費削減につながる。 (気管支喘息においては発表論文を有する) 予想影響額 5000万円 増・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 なし 技術名 なし
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・ <u>その他</u> 点数 300点 呼吸器専門医や温泉療法専門医と諸施設が必要なため(温泉プール、鈹泥湿布治療施設、吸入温泉浴室)ならびに鈹泥および保温用バスタオルなどの洗濯費用(主なランニングコスト)が算出根拠である。

技術の概要: 三朝温泉を用いた慢性閉塞性肺疾患への温泉療法

治療手順: 重症例も含まれるため、治療の適応と内容については慎重に行われる。

診察、検査:

全身の理学所見、心肺機能等の治療適応と危険因子の把握と治療の処方

温泉プールでの水中運動:

室温26度、水温30度、訓練時間5~30分
気道の浄化、気道粘膜の正常化
免疫力の増加
呼吸筋の強化

+

鉍泥湿布療法:

鉍泥70-80度(布にくるみ40-43度)、背中に30分
気道内分泌物の排泄促進

+

ヨウ化カリウム吸入療法:

ヨードカリ溶液1ml、ネブライザー吸入、2回(朝夕)/日
細気管支領域の換気障害の改善

効果(改善)

肺機能
運動能
免疫能
QOL

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 ○E画像
診療報酬番号	E101-3 2
技術の概要	陽電子放出核種で標識した医薬品を人体に投与し、生体内の局在をポジトロン断層・コンピュータ断層複合装置で画像化し、診断する技術である。標識医薬品の生体機能に係る挙動が生体内分布を決定するため標識医薬品が適応疾患と検査目的を規定する。
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ 点数の見直し（増点）
具体的な内容	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（18FDGを用いた場合）の点数を8,625点から14,731点とする点数の見直し（増点）の提案である。 <u>点数 14,731点（1点10円）</u> <<1>> 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：9,901点 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：48,300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。）	FDGを用いた場合のポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（以下、FDG-PET/CT）8,625点は採算割れ1,2)で、医療機関の経営悪化を招く要因となっており、がん診療の質の向上と均てん化の障害要因の一つと思われる。FDG-PET/CTはがんの病期診断に最も優れた診断能を有し3)、適切な治療方針の決定に寄与している。PET/CTの正確な診断能は不要な手術を減らし4)、患者QOL改善と医療費の軽減に寄与している。種々のがんにFDG-PET/CTまたはPET検査の実施により36.5%の患者の治療方針が変更され5)、米国の専門家はがん診療に対する有用性が高い6)と評価している。
点数の見直しの場合	<u>8,625点</u> → <u>14,731点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 <u>120,200人</u> → <u>120,200人</u> 変化無し 年間実施回数の変化 現在 <u>120,200回</u> → <u>120,200回</u> 変化無し
	平成21年度社会保険診療行為別調査より推計。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 7339412000円 増</u>

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>147,310 * (要望) - 86,250 (現行) = 61,060 円 (1 回当たりの増額分) 120,200 (年間患者数) × 61,060 円 (増額分) = 7,339,412,000 円 (予想影響額)</p> <p>PET 装置及び PET/CT 装置は増加していない 7)。今後も PET 装置及び PET/CT 装置は大幅に増加しないと思われ、検査件数も大幅に増加しないと予想される。不要な手術の減少による医療費削減効果は、不確定要素が大きいため、計算していないが、20～30%程度の手術が削減されると予想される。</p> <p>* : 外保連試案の「ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影」の検査料 99,010 円並びに「FDG スキャン注」の販売価格 48,300 円に基づく。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>1. 特になし (別紙及び添付文書は不要)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード : 65 - 5 - * 技術度 : E 医師 (術者以外) : 0 看護師 : 1 その他 : 4 所要時間 (分) : 60</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	ポジトロン断層撮影
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 ○E画像
診療報酬番号	E101-2 2
技術の概要	陽電子放出核種で標識した医薬品を人体に投与し、生体内の局在をポジトロン断層装置で画像化し、診断する技術である。標識医薬品の生体機能に係る挙動が生体内分布を決定するため標識医薬品が適応疾患と検査目的を規定する。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（） 点数の見直し（増点）
具体的な内容	ポジトロン断層撮影（18FDGを用いた場合）の点数を7,500点から13,820点とする点数の見直し（増点）の提案である。 <u>点数 13,820点（1点10円）</u> ≪1≫ 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：8,990点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：48,300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。）	FDGを用いた場合のポジトロン断層撮影（以下、FDG-PET）7,500点は採算割れ1,2)で、医療機関の経営を悪化させる要因となっており、がん診療の質の向上と均てん化の障害要因の一つと思われる。FDG-PETはがんの病期診断に優れた診断能を示し3)、適切な治療方針の決定に寄与する。PETは正確な診断により不必要な手術を減らし4)、患者のQOL改善と医療費の節約に寄与する。種々のがん診断にFDG-PET/CTまたはPETの適用により36.5%の患者の治療方針が変更され5)、米国の専門家はがん診療に対する有用性が高い6)と評価している。
点数の見直しの場合	<u>7,500点</u> → <u>13,820点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 <u>58,800人</u> → <u>58,800人</u> 変化無し 年間実施回数の変化 現在 <u>58,800回</u> → <u>58,800回</u> 変化無し
	※根拠 実施回数は平成21年社会保険診療行為別調査による。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 3716160000円 増</u>

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>138,200 * (要望) - 75,000 (現行) = 63,200 円 (1 回当たりの増額分)</p> <p>58,800 (年間患者数) × 63,200 円 (増額分) = 3,716,160,000 円 (予想影響額)</p> <p>PET 装置及び PET/CT 装置は増加していない 7)。今後も PET 装置及び PET/CT 装置は大幅に増加しないと思われ、検査件数も大幅に増加しないと予想される。不要な手術の減少による医療費削減効果は、不確定要素が大きいため、計算していないが、20～30%程度の手術が削減されると予想される。</p> <p>* : 外保連試案の「ポジトロン断層撮影」の検査料 89,900 円、及び「FDG スキャン注」の販売価格 48,300 円に基づく。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>1. 特になし (別紙及び添付文書は不要)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード : 68 - 5 - *</p> <p>技術度 : D 医師 (術者以外) : 0 看護師 : 1 その他 : 4 所要時間 (分) : 60</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	

<p>Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）</p> <p>（影響額算出の根拠を記載する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>予想影響額 0 円 増</p> <p>特になし。</p> <p>上述のとおり、約 200 人が放射性同位元素を用いるセンチネルリンパ節生検の年間対象患者数になると考えられる。当該技術の保険収載による年間対象患者数及び年間実施回数に変化はなく、併用法と同等の診療報酬とする場合、医療費に影響を及ぼさない。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）</p>	<p>1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード：33 - 6 -</p> <p>技術度：D 医師（術者以外）：2 看護師：2 その他：0 所要時間（分）：60</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	

Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 0 円 増
<p>（影響額算出の根拠を記載する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>*</p> <p>上述のとおり、約 1,800 人が乳腺悪性腫瘍手術時に放射性同位元素を用いるセンチネルリンパ節生検の年間対象患者数になると考えられる。当該技術の保険収載による年間対象患者数及び年間実施回数に変化はなく、併用法と同等の診療報酬とする場合、医療費に影響を及ぼさない。</p>
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）
Ⅲ-⑤その他	<p>外保連試案コード：33 - * - S81-0177300～S81-0177900</p> <p>技術度：D 医師（術者以外）：2 看護師：2 その他：0 所要時間（分）：3～5</p>
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	N-13 アンモニア-ポジトロン断層撮影
技術の概要	$^{13}\text{NH}_3$ を人体に投与し、心筋血流分布をポジトロン断層撮影装置で画像化する診断技術である。吸収補正された鮮明な血流分布像が得られるため、各種心疾患の診断、病態評価、治療効果判定などに役立つ。
対象疾患名	虚血性心疾患（心筋血流シンチグラフィの画像が不鮮明で判定困難な例）
保険収載の必要性	本技術の導入により従来から用いられている心筋血流シンチグラフィより鮮明な心筋血流分布像が得られ、心疾患の診断精度が向上する。その結果、適切な治療方針が決定されるため患者の予後およびQOLの改善が望める。新技術の提案である。
【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 ・ エビデンスレベル	米国のガイドライン(ACC/AHA/ASNC2003年)では虚血性心疾患の診断には Class I, Evidence Level B となっており、日本の心臓核医学検査ガイドライン(2010年改訂版)でも同様に Class I, Evidence Level B と定めている。 (日本循環器学会ホームページにて公開: http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010tamaki.h.pdf) ¹⁾ エビデンスレベル(別紙参照): <u>I</u> II III IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	PETを用いた検査であり、検査そのものの安全性は十分保たれている。検査中に運動負荷や薬剤負荷が実施される場合には負荷によるリスクはあるが、必ず循環器医の立会のもとに行い、かつ通常の負荷検査と大きな違いはない。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度(専門性、施設基準等)	日本アイソトープ協会医学・薬学部会ポジトロン核医学利用専門委員会において成熟技術として認めている。また日本循環器学会などのガイドラインにおいてその有効性はすでに定めてある。 すでに保険適用となっているPET検査と同等の難易度で、同等の専門性を要する。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	2010年RADIOISOTOPESより、心筋血流シンチグラフィは年間約20万件実施されている。そのうち画像が不鮮明で判定困難な割合は約1%であり、約2千件と算定される。 年間対象患者数 1,000人 年間実施回数 2,000回 (一人当たりの年間実施回数 2回)
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	従来の検査に比べて鮮明な血流分布像が得られる。また定量性にも優れており、早期の病変の検出や治療モニターなどにも有効である。心筋血流シンチグラフィで不明瞭な所見の得られた症例やより定量的解析の必要な症例が対象となるため、全体の頻度からすると極わずかな症例数であり、医療費の増加は限られている。むしろ鮮明な心筋血流分布像が得られ、高い精度で虚血の診断ができるため ²⁾ 、無用な冠動脈造影検査や血行再建術を減少させることができる。と予想される。 予想影響額 179,600,000円 <u>増</u> ・減 既存の技術: 診療報酬の区分番号 E101 技術名 負荷心筋血流SPECT検査
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける)	C在宅 D検査 <u>E画像</u> F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 8980点(1点10円) 外保連試案(第4版)の心筋FDG PET検査 26,740円+負荷の費用 14,750円+薬剤料 48,300円=89,790円

技術名：N-13 アンモニア-POSITRON断層撮影

技術の概要： $^{13}\text{NH}_3$ を人体に投与し、心筋血流分布をPOSITRON断層撮影装置で画像化する診断技術である。吸収補正された鮮明な血流分布像が得られるため、各種心疾患の診断、病態評価、治療効果判定などに役立つ。



小型サイクロトロンによる
POSITRON核種の製造



自動合成装置に
よる $^{13}\text{NH}_3$ の合成

$^{13}\text{NH}_3$ の投与



負荷



PET装置による撮像

対象疾患名：虚血性心疾患（心筋血流シングラフィの画像が不鮮明で判定困難な例）

現在当該疾患に対して行われている診断との比較：従来の心筋血流シングラフィに比べて鮮明な血流分布像が得られる。また定量性にも優れており、早期の病変の検出や治療モニターなどにも有効である。高い精度で虚血の診断ができるため、無用な冠動脈造影検査や血行再建術を減少させることができる。

診療報酬上の取扱：区分E画像に新設する。外保連試案（第4版）を根拠として8,980点を要望する。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	放射性同位元素内用療法管理料に伴う薬剤料
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	M000-2 に伴う「薬剤料」の節
技術の概要	放射性同位元素（以下、RI）内用療法は、治療用放射性医薬品を非密封放射線源として投与し、体内病巣部位に特異的に集積させて施行する放射線治療法である。
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（非密封放射線源について薬剤料の規定を追加する）
具体的な内容	当該 RI 内用療法に使用する非密封放射線源の費用について、他の特掲診療料の各部の例に倣い、放射線治療に使用する線源としての薬剤であることを「節」等にて規定することを提案する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	<p>M000-2 の留意事項（1）に「放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、・・・」とあり、当該 RI 内用療法は非密封放射線源として治療用放射性医薬品を使用することは明確であり、医療課事務連絡（H20 年 3 月 28 日）では放射線治療の定義に放射性同位元素内用療法が含まれるとある（文献 1）。</p> <p>しかし、第 12 部「放射線治療」に薬剤料に対する「節」若しくは M000-2 の項に使用する非密封放射線源（放射性医薬品）に対する「注」等の規定が無い為に、DPC において包括点数に含まれているとして誤った解釈がされる場合が多々あり医療現場において混乱が生じている。</p> <p>これらを考慮し、放射線治療に使用する線源としての薬剤であることを「節」等にて規定することを提案する。</p> <p>また、近年では新しい内用療法技術により使用する非密封放射線源の種類も増えており、第 12 部「放射線治療」の整合を図る上でも改善策が必要と考えられる。</p>
点数の見直しの場合	特になし _____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>3 各種固形癌の骨転移部位の疼痛緩和に対するもの</p> <p>年間対象患者数の変化 現在 1,473 人 → 1,575 人 (増)・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 1,473 回 → 1,575 回 (増)・減・変化無し</p>
	<p>※根拠</p> <p>メーカ調査によれば、平成 22 年実績として DPC 施設への入院での使用は 102 人（比率 6.5%）であり、この分が増加すると推定される。</p> <p>1 甲状腺癌に対するもの、2 甲状腺機能亢進症に対するもの及び 4 B 細胞性非ホジキンリンパ腫に対するものは、現 DPC で処置等 2 及び出来高で算定が可能で変化が無いと考えられる。</p>

Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 3,261,694 円 増・減
（影響額算出の根拠を記載する。） ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	DPCにおいて薬剤料が算定可能となるための増加。 使用される非密封放射線源（メタストロン注）の薬価：22,679 円/10MBq (1,575-1,473 人) × 319773.9 円/141MBq=3,261,694 円
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	① 特になし（別紙及び添付文書は不要） ② あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	特になし。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	特になし。

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>当該技術による費用は、88,080 円*である。</p> <p>代替される既収載技術の費用は、E101 シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影 18,000 円に薬剤費†45,816 円加え、63,816 円である。その差は、24,264 円となる。当該技術への代替により、1 症例当たり 24,264 円の費用増となる。</p> <p>予想される当該技術に係る医療費は</p> $88,080 \text{ (円)} \times 19,000 \text{ (人)} \times 1 \text{ (回)} = 1,673,520,000 \text{ 円} \cdots \textcircled{1}$ <p>19,000 人の対象患者のうち、半数で脳血流シンチが省略されると仮定するとき、その費用は</p> $63,816 \text{ (円)} \times 9,500 \text{ (人)} \times 1 \text{ (回)} = 606,252,000 \text{ 円} \cdots \textcircled{2}$ <p>「Ⅲ - ③ 普及性」での対象患者構成比から、19,000 人の対象患者のうち 12,000 人がアルツハイマー型認知症であると考えられる。残る 7,000 人のうち、正診率²⁾を踏まえて、6,300 人が前頭側頭型認知症と診断される。その結果、不適切な薬剤使用がなくなる。その費用は</p> $427.5 \text{ (円)} \times 6,300 \text{ (人)} \times 365 \text{ (日)} = 983,036,250 \text{ 円} \cdots \textcircled{3}$ $\textcircled{1} - \textcircled{2} - \textcircled{3} = 84,231,750 \text{ 円}$ <p>* : 外保連試案の「脳 FDG PET (てんかん・痴呆)」の検査料 39,780 円、及び「FDG スキャン注」の販売価格 48,300 円に基づく。</p> <p>† : 脳血流シンチに用いるヨウ素-123 製剤 167MBq の薬価平均に基づく。</p> <p>‡ : 塩酸ドネペジル 5mg (アリセプト錠 5mg) の薬価に基づく。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>① 特になし (別紙及び添付文書は不要)</p> <p>2. あり (別紙に記載)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>特になし。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>一般社団法人日本神経学会</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	核医学診断
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・ E画像 ・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	E102
技術の概要	核医学画像（シンチグラム、SPECT、PET）を観察し、その所見に他の臨床情報を統合して得られる医学的判断を記載する、医師の診療行為である。
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	E203コンピュータ断層診断と同額にする。 （現行375点より、450点への増点。E203が増額される場合には増加額が増える。）
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	E102核医学診断は、E203コンピュータ断層診断と業務内容が同様である。診断に必要な知識や技能も同等である。E203よりも低い点数であるのは不合理である。
点数の見直しの場合	_____ 375点 _____ → _____ 450点 _____
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 837,676人→ _____ 837,676人 増・減・ 変化無し 年間実施回数の変化 現在 837,676回→ _____ 837,676回 増・減・ 変化無し
	※根拠 平成21年社会医療診療行為別調査より推計
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 _____ 628,257,000円 増・減
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	E203コンピュータ断層診断は平成22年診療報酬改定での450点として試算した。 平成24年改定でE203が増額される場合には増加額が増える。 750（円）×837,676（回）＝628,257,000円 増加
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本医学放射線学会、日本内科学会、日本循環器学会、など

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

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

申請団体名	日本核医学会
技術名	ポジトロン断層撮影 2 ¹⁸ F ¹⁸ FDG を用いた場合（一連の検査につき） ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 2 ¹⁸ F ¹⁸ FDG を用いた場合（一連の検査につき）
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査 (E画像) ・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	E101-2 2、E101-3 2
技術の概要	¹⁸ F ¹⁸ FDG を人体に投与し、生体内の局在をポジトロン断層装置またはポジトロン断層・コンピューター断層複合装置で画像化し、診断する技術（以下、FDG-PET及びFDG-PET/CT）である。PET 標識薬剤の体内分布等の生体内挙動が、生体機能及びがん等の疾病発現を反映しているため、当該疾病の判定・評価に適用されている。
再評価区分	① 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	不明熱の原因病巣（熱源）の診断の適応拡大を提案する。 FDG-PET 及び FDG-PET/CT による画像は、生体内での糖代謝を反映している。不明熱における原因病巣（熱源）では炎症が起きており、糖代謝が亢進している。これにより、以下の定義を満たす不明熱の原因病巣（熱源）を診断する。 “38℃以上の発熱が3週間以上繰り返し出現し、3日間の入院検査あるいは3回の外来検査で診断がつかない”
【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。）	・FDG-PET による不明熱の原因病巣診断の有効性のメタ解析では、感度は83%（95%信頼区間：73-90%）、特異度は58%（95%信頼区間：49-67%）。FDG-PET/CT になると診断精度はさらに向上し、感度98%（95%信頼区間：94-99%）、特異度86%（95%信頼区間：75-93%）と報告されている ¹⁾ 。2011年に報告された日本の多施設共同研究では、FDG-PET の感度81%、特異度75%であった ²⁾ 。 ・学会のガイドライン等はまだ発行されていない。 ・上記論文、および他の前向き研究 ³⁾ などで、一般的な診断法で診断に至らない場合は診断精度の高いFDG-PET またはFDG-PET/CT が推奨されている。ガリウムシンチグラフィーとの比較試験では、FDG-PET がより優れていることが示されている ⁴⁾ 。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 _____ 0人→ _____ 6,000人 (増) ・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 _____ 0回→ _____ 6,000回 (増) ・減・変化無し
	※根拠 厚生労働省平成20年度患者調査（傷病分類編）による1日の患者総数は5千人。1人の患者の受診期間を1か月と想定すると年間6万人の患者である。患者の重症度、ポジトロン断層装置の普及率を踏まえ、これらの患者の10%が当該技術の対象であるとした。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 _____ 578,016,000円 (増) ・減

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>当該技術による費用は、171,690 円*である。</p> <p>代替される既収載技術の費用は、E100 シンチグラム(画像を伴うもの)3. 全身 22,000 円に薬剤費†53,354 円を加え、75,354 円である。その差は、96,336 円となる。当該技術への代替により、1 症例当たり 96,336 円の費用増となる。</p> <p>予想される当該技術に係る医療費は</p> <p>171,690 (円) × 6,000 (人) × 1 (回) = 1,030,140,000 円…①</p> <p>6,000 人の対象患者で、ガリウムシンチが省略されると仮定するとき、その費用は</p> <p>75,354 (円) × 6,000 (人) × 1 (回) = 452,124,000 円…②</p> <p>①-②=578,016,000 円</p> <p>* : PET/CT の普及率が 7 割であることから、FDG-PET/CT の費用を用いて算出する。FDG-PET/CT の費用は、外保連試案の「FDG による腫瘍 PET (その他)」及び「三次元表示 CT」の検査料 74,850 円及び 48,540 円、並びに「FDG スキャン注」の販売価格 48,300 円に基づく。</p> <p>† : ガリウムシンチに用いる薬剤 185MBq の薬価に基づく。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>① 特になし (別紙及び添付文書は不要)</p> <p>2. あり (別紙に記載)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>既存技術と比べ、診断精度の向上が著しい。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>特になし。</p>

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

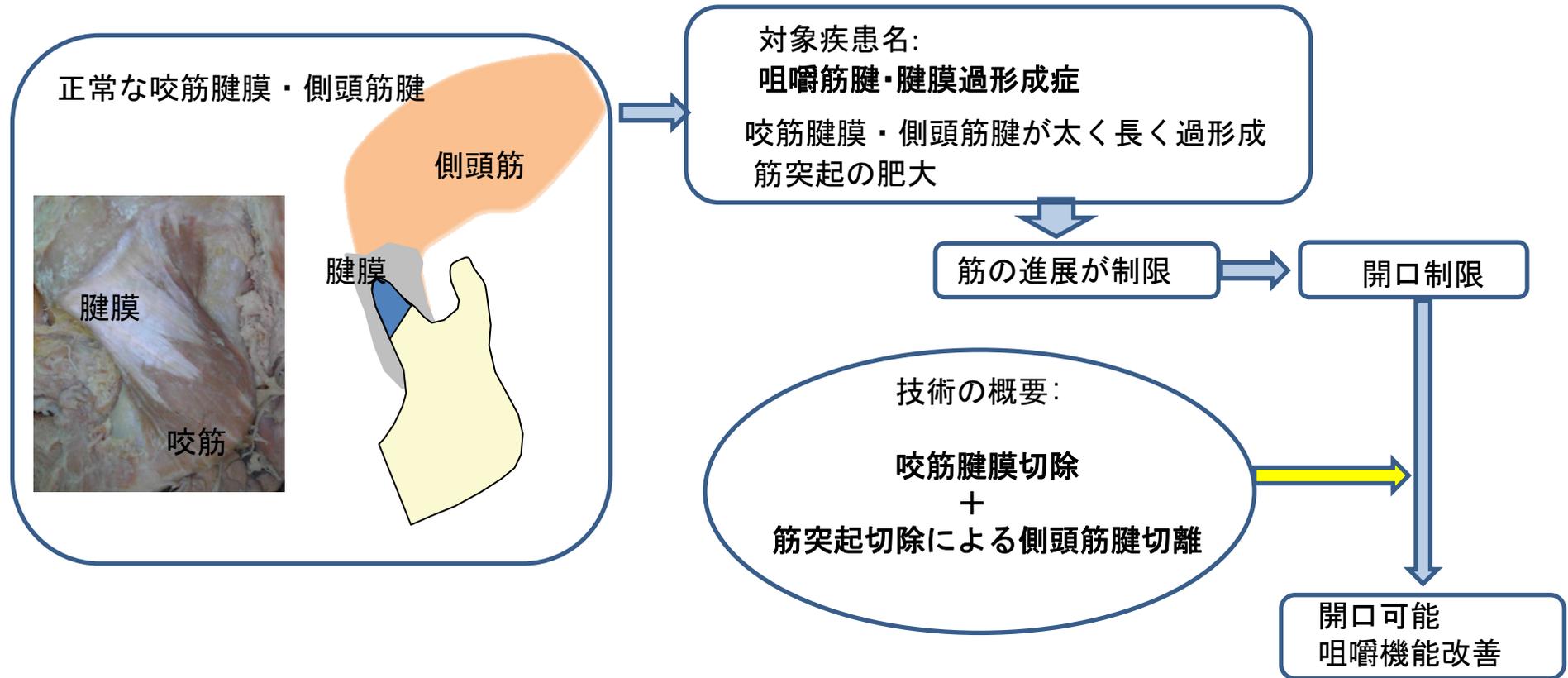
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本顎関節学会
技術名	腱・腱膜および筋突起切除術
技術の概要	咀嚼筋の腱および腱膜過形成による顎運動障害に対して咬筋腱膜切除と筋突起を切除することによる側頭筋腱切離による運動障害の改善技術
対象疾患名	咀嚼筋腱・腱膜過形成症
保険収載の必要性	本治療法は咀嚼筋腱・腱膜過形成症に対する唯一の有効な治療法であり、安全性も高く、保険収載の必要性があると考えられる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	適切に施行されれば改善率は100%であり、術後1-2か月で正常な開口域が得られ、長期成績も問題ないことは確認されている。ガイドラインの作成には至っていないが、日本顎関節学会で治療法のコンセンサスは得られている（日顎誌2009年）。 エビデンスレベル（別紙参照）； I II III IV <u>Ⅴ</u> VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	手術による合併症の発症の報告はない。術中出血も少量であり、安全な手術である。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	顎変形症の下顎枝矢状分割法などの手術に習熟した歯科医師が行うことが望ましいと考えられる。5年以上の口腔外科の経験を有する常勤歯科医師がおり、術後の開口訓練等も管理できる施設で行うことが望ましい。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	平成20年の日本顎関節学会シンポジウムでの調査および、その後の飛躍的な普及により、 年間対象患者数 50人 年間実施回数 100回 (一人あたりの年間実施回数 2回) 通常両側手術のため
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	既存の手術はJ080-3顎関節授動術—開放授動術で算定する「筋突起切除術」のみであり、腱膜切除術は算定できなかった。筋突起切除により側頭筋腱は切離されるが、それでは十分な改善が望めない。咬筋腱膜切除を追加することにより確実な効果が得られる。安全性は同等である。 予想影響額 1,685,000 円 <u>増</u> ・減 既存の技術；診療報酬の区分番 J080-3 技術名 顎関節授動術—開放授動術
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・ <u>ⓐ</u> 手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 点数 19235点(1点10円) 咬筋腱膜切除を類似のJ033-2類腫瘍摘出術3370点の50/100加算と考え(1685点)、顎関節授動術—開放授動術で算定する「筋突起切除術」17550点(片側)に加えた19235点とした。

技術名： 腱・腱膜および筋突起切除術



現在当該疾患に対して行われている治療との比較と診療報酬上の取扱

既存の算定；
J080-3顎関節授動術—開放授動術
で算定する
「筋突起切除術」のみ17550点（片側）

筋突起切除術17550点（片側）
＋
咬筋腱膜切除を類似の
J033-2頬腫瘍摘出術3370点の50/100加算
＝ 19235点（片側）

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名 一般社団法人日本顎関節学会

※ 概要版にはポイントのみを、本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。欄外には記載しないこと。

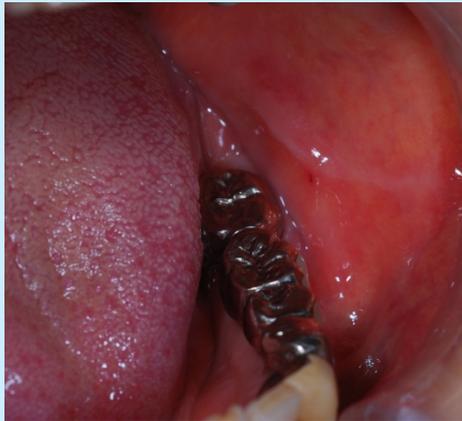
※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	日中の歯のかみしめに対する治療
技術の概要	日中の上下の歯のかみしめを行っている患者に対し、かみしめを行わないように治療する
対象疾患名	顎関節症
保険収載の必要性のポイント	上記疾患では上下の歯のかみしめが発症リスクになっており、その改善を図ることは顎関節症の改善に有効である。
【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 ・ エビデンスレベルの明確化	疾患の発症リスクを軽減することにより、安全・確実な治療を行うことができるため、治癒率の向上、治療回数の軽減、治療時間の短縮が図れ、患者QOLの向上も期待される。本治療法の有効性に関しては、すでに複数の学会や学術雑誌に数多く報告されている。 エビデンスレベル: I II III (IV) V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	投薬、手術、装置などを必要とせず、副作用はみられない。
I-③普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	顎関節症と診断され、日中の歯のかみしめを行っている患者が対象となることから、その約10%が実施したとして算出した。 H22年社会医療診療行為別調査より 年間対象患者数 15,000 人 年間実施回数(1人当たり) 4 回
I-④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)	専門学会では臨床的価値を高く評価する一方、その利用が安全で適切であることを求める。施設基準を特に要しないが、一定の専門的知識が望まれる。
I-⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特に問題はない
I-⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・①処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	類似技術の点数(1023 心身医学療法, 80点, 2, 口; 1017-2 床副子調整, 220点, 2)と比較して同等と考えられるため。 点数 100 点
I-⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術 (無・有) (区分番号と技術名)
・ 効果(安全性等を含む)の比較	従来の心身医学療法、床副子調整よりも効果が確実である。
・ 費用の比較	1017-2 床副子調整, 220点, 2よりも安価である。
I-⑧予想される医療費への影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	予想影響額 6000万円 (増・減) *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない 予想される当該技術に係る医療費は 1,000(円) × 1万5千(人) × 4(回) = 6千万円 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 通院回数の減少、適切な治療が実施され、顎関節症、はぎしりにかかわる治療費(スプリント、ナイトガード作製費)の削減が考えられる。QOLが上昇し、間接的に医療費が軽減することが期待できる。
I-⑨その他 (QOLの改善等について特記すべき事項があれば記載)	疾患のリスクを軽減することにより、治療回数の減少、適切な治療が効果的に実施されることで顎関節症、はぎしりが改善し、QOLが上昇することが期待できる。

技術名：日中の歯のかみしめ に対する治療

顎関節症患者においては日中の上下の歯のかみしめが発症リスクになっていることが多く、その改善を図ることにより、症状の改善を図る治療法である。



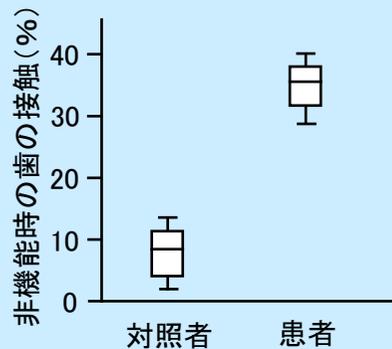
日中に歯をかみしめることにより、顎関節症状を誘発した症例。日中の上下の歯のかみしめにより、頬粘膜に圧痕が観察される。



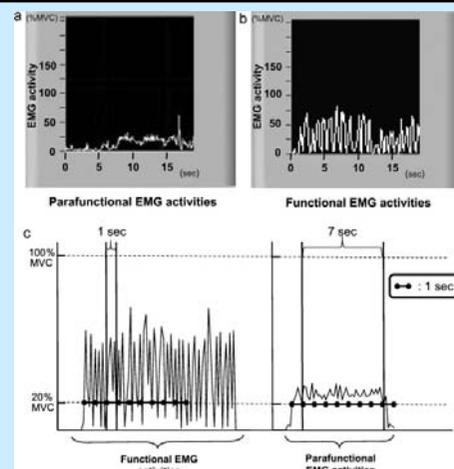
日中に上下の歯が接触することは正常ではないことを説明し、歯をかみしめないように指導することにより、顎関節症状が軽減することが多く観察される。



夜間のはぎしりによる為害性はスプリントを装着することにより、抑制することが可能であるが、日中の上下の歯のかみしめは患者に対する指導を行わなければ、コントロール不可能である。

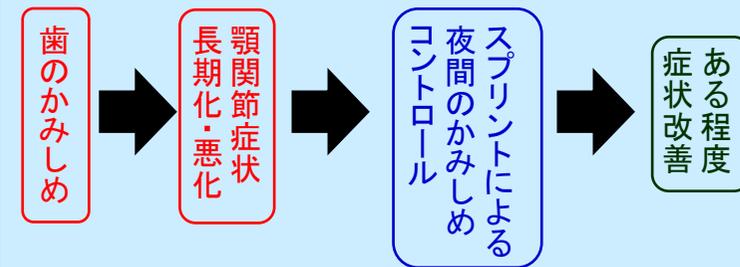


顎関節症患者では日中に歯が接触する頻度が対照者よりも有意に多い(Chen et al. J Orofac Pain 2007)。日中に歯が接触している患者では顎関節症状が長期化する(Sato et al. J Med Dent Sci 2006)。

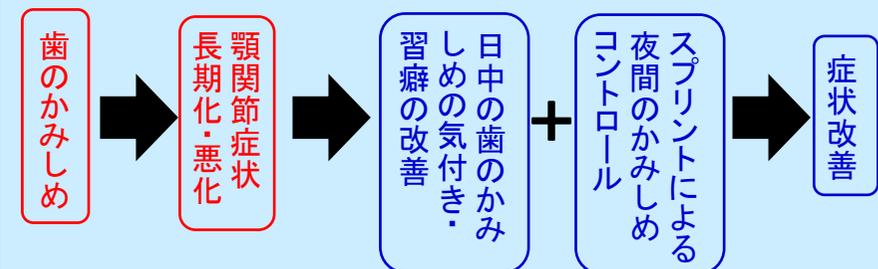


筋痛を有する者では日中の歯のかみしめを気づくことにより、減少させることが可能である。(Watanabe et al. J Prosthodont Res 2010)

従来法による治療



日中の歯のかみしめに対する指導



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本顎変形症学会
技術名	上顎骨形成術「骨移動を伴う場合」
技術の概要	先天奇形に伴う重度の上顎骨形成不全症に対する骨移動を伴う上顎骨形成術。
対象疾患名	先天奇形に伴う上顎骨形成不全症（口蓋裂に伴う上顎劣成長、クルーゾン病などに伴う中顔面劣成長など）
保険収載の必要性	平成22年度の診療報酬改定において、医科では先天奇形に対して行われる骨移動を伴う上顎骨形成術の診療報酬がK443の3として新たに追加されたが、歯科でも同様の手術が行われているにもかかわらず、追加されなかった。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	先天奇形に伴う重度の上顎骨形成不全症に対する骨移動を伴う上顎骨形成術は、咬合の改善に伴う顎口腔機能の向上と顔貌形態の回復に大変有用である。（社）日本口腔外科学会において策定された顎変形症診療ガイドラインにおいてもその有用性が明記されている。 エビデンスレベル（別紙参照）： I II III IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	手術に伴う偶発症ならびに合併症のリスクは、上顎骨形成術の単純な場合に比すと高くなると考えられる。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	先天奇形に伴う上顎骨形成不全症に対する顎矯正手術については、（社）日本口腔外科学会において策定された顎変形症診療ガイドラインにも明記されているが、その難易度から医科と同様の施設基準を設ける必要があると考える。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	先天奇形を有する症例に対する外科的治療は、歯科においても行われており、同じ治療に対する医療費が歯科と医科で異なっている。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	口蓋裂の発症頻度は、500人に1人程度であるが、口蓋裂治療の進歩により、重度の上顎骨劣成長を呈する症例は減少している。また、クルーゾン病の発症頻度は30万人に1人程度と低い。対象となる症例数は、認定施設数にもよるが、2008年に行った本学会の実態調査から推定すると年間300例程度と思われる。
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	治療法としてはすでに確立されている。 平成22年度より医科で認められた先天奇形に対して行われる骨移動を伴う上顎骨形成術である。 予想影響額 <u>10,000,000 円</u> 増 減 既存の技術：診療報酬の区分番号 J069 技術名 上顎骨形成術
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分（一つに○をつける） ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・ ○ 手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 点数 <u>48,620 点（1点10円）</u> 医科点数表のK443の3と同点数である。

技術の概要をまとめた資料

技術名： 上顎骨形成術「骨移動を伴う場合」

医科点数表における上顎骨形成術

K443 上顎骨形成術

1 単純な場合	16,250 点
2 複雑な場合及び 2 次的再建の場合	32,400 点
3 <u>骨移動を伴う場合【施基】</u>	<u>48,600 点</u>

歯科点数表における上顎骨形成術

J069 上顎骨形成術

1 単純な場合	16,250 点
2 複雑な場合及び 2 次的再建の場合	32,400 点
3 _____	



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本顎変形症学会
技術名	下顎骨形成術「骨移動を伴う場合」
技術の概要	先天奇形に伴う重度の顎変形症に対する骨移動を伴う下顎骨形成術。
対象疾患名	先天奇形に伴う下顎骨形成不全症（ゴールデンハー症候群、トリチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群等に伴う下顎骨形成不全症）
保険収載の必要性	平成22年度の診療報酬改定において、医科では先天奇形に対して行われる骨移動を伴う下顎骨形成術の診療報酬がK444の4として新たに追加されたが、歯科でも同様の手術が行われているにもかかわらず、追加されなかった。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	先天奇形に伴う重度の下顎骨形成不全症に対する骨移動を伴う下顎骨形成術は、咬合の改善に伴う顎口腔機能の向上と顔貌形態の回復に大変有用である。（社）日本口腔外科学会において策定された顎変形症診療ガイドラインにおいてもその有用性が明記されている。 エビデンスレベル（別紙参照）： I II III IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	手術に伴う偶発症ならびに合併症のリスクは、下顎骨形成術の短縮又は伸張の場合に比すと高くなると考えられる。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	先天奇形に伴う下顎骨形成不全症に対する顎矯正手術については、（社）日本口腔外科学会において策定された顎変形症診療ガイドラインにも明記されているが、その難易度から医科と同様の施設基準を設ける必要があると考える。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	先天奇形を有する症例に対する外科的治療は、歯科においても行われており、同じ治療に対する医療費が歯科と医科で異なっている。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	発症頻度は、ゴールデンハー症候群が3500～5600人に1人、トリチャーコリンズ症候群が1万人に1人程度、ピエールロバン症候群が3万人に1人程度と低い。対象となる症例数は、認定施設数にもよるが、2008年に行った本学会の実態調査から推定すると年間300例程度と思われる。
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	治療法としてはすでに確立されている。 平成22年度より医科で認められた先天奇形に対して行われる骨移動を伴う下顎骨形成術である。 予想影響額 <u>7,500,000</u> 円 増 減 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>J075</u> 技術名 <u>下顎骨形成術</u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 （一つに○をつける） ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・ J手術 ・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 点数 <u>41,700</u> 点（1点10円） 医科点数表のK444の4と同点数である。

技術の概要をまとめた資料

技術名： 下顎骨形成術「骨移動を伴う場合」

医科点数表における下顎骨形成術

K444 下顎骨形成術

1	おとがい形成の場合	4,990 点
2	短縮又は伸長の場合	17,160 点
3	再建の場合	27,750 点
3	骨移動を伴う場合【施基】	41,700 点

歯科点数表における下顎骨形成術

J075 下顎骨形成術

1	おとがい形成の場合	4,990 点
2	短縮又は伸長の場合	17,160 点
3	再建の場合	27,750 点
3	_____	



Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	(社) 日本口腔外科学会

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本眼科医会
技術名	前眼部デジタル撮影
技術の概要	細隙灯顕微鏡検査、角膜内皮細胞顕微鏡検査、前眼部三次元画像検査等の眼科検査の電子化した画像を管理及び保存するとともに診断や地域連携の情報提供等に資する。
対象疾患名	眼瞼、結膜、角膜、虹彩、水晶体、硝子体等の眼科疾患
保険収載の必要性	地域連携医療や患者への説明・情報提供において必要な眼科学検査の画像をデジタル化し管理・保存することは、病態の把握が正確になり効率的な治療が行える。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	<u>エビデンスレベル（別紙参照）： III</u> 過去の画像と比較し経時的・統合的な診断が行え、効率的な治療が可能となる。地域連携医療において他医療機関に画像を添付できるため、同様の検査の重複を避けられる。インフォームドコンセントにおいて、患者の理解納得性を向上する。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	既に安全性が確認されたアナログ撮影をデジタル変換したり、より低侵襲のデジタル機器による画像取得のため、安全性は極めて高い。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	眼科学的検査の画像撮影の習得には、多少時間と熟練を要するが、診断、管理、保存、参照は短時間で習得可能。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題あり医療の可視化、真正性、保存性は社会的要請であり、個人情報の管理に留意すれば社会的妥当性は高い。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 6,777,521 人 年間実施回数 6,777,521 回 特になし
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	平成21年社会診療行為別調査平成21年6月審査分から年間検査回数を推計すると細隙灯顕微鏡検査（前眼部）年間回数 54,628,272 回×電子撮影 5% = 2,731,413 回 細隙灯顕微鏡検査（前・後眼部）年間回数 16,047,444 回×電子撮影 10% = 1,604,744 回 角膜内皮細胞顕微鏡検査 年間回数 1,915,848 回×電子撮影 10% = 191,585 回 前房隅角検査 年間回数 525,516 回×電子撮影 100% = 525,516 回 計 6,777,521 回 60点×10円×6,777,521回 = 4,066,512,600円と推察される。検査が新設された場合 4,066,512,600円の増額が予想される。 <u>予想影響額 4,066,512,600円 増</u> <u>既存の技術：診療報酬の区分番号 D273 技術名 細隙灯顕微鏡検査（前眼部）D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）</u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 O検査 点数 60 点（1点10円） 《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

技術名：前眼部デジタル撮影

技術の概要：細隙灯顕微鏡検査、角膜内皮細胞顕微鏡検査、前眼部三次元画像検査等の眼科検査の電子化した画像を管理及び保存するとともに診断や地域連携の情報提供等に資する。

対象疾患：眼瞼、結膜、角膜、虹彩、水晶体、硝子体等の眼科疾患

地域連携医療や患者への説明情報提供において必要な眼科学検査の画像をデジタル化しサーバーにて管理・保存することは病態の把握が正確になり効率的な治療が行える。

診療報酬上の取扱い

区分 検査：60点(1点10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。

申請団体名	日本眼科医会
技術名	眼底カメラ撮影アナログ/デジタル撮影
技術の概要	アナログ撮影/デジタル撮影に区分し、診療報酬を各々に設定する
対象疾患名	網膜疾患（糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、網膜色素変性症など）、脈絡膜疾患
保険収載の必要性	デジタル眼底カメラ撮影は、①患者の眩しさ軽減（アナログ撮影の1/100～1/20以下の光量）②瞬時に撮影画像を確認できるため診断の迅速化、早期治療が期待できる③画質改善や計測等の画像処理ができる④大量の画像データを少ないスペースで保管できる⑤インフォームドコンセントにおける、患者の理解納得性向上が期待できるなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有しているため、アナログ撮影/デジタル撮影の区分を新設し区分を明確にする必要がある。
【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 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： VI 特になし
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	撮影記録方法の違いだけであるので、従来のアナログ撮影と同様に安全である。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	眼底撮影の方法は、従前通りであるため撮影技術度に変化は無く、その記録・保存の方法の習得が必要であるが、短時間で習得可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 163万 人 年間実施回数 363万 回 特になし
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	現在アナログ撮影眼底カメラは、販売されていない為95%がデジタル撮影に移行すると考える。予想影響額 125,037,240円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 D256 技術名 眼底カメラ撮影
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ I 精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 O D 検査 点数 59 点 (1点10円) 《1》 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：59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

技術名：眼底カメラ撮影アナログ/デジタル撮影

技術の概要：眼底カメラ撮影(通常の方法・蛍光眼底法)をアナログ撮影/デジタル撮影に区分

対象疾患：網膜疾患(糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、網膜色素変性症など)、脈絡膜疾患

デジタル眼底カメラ撮影は、

- ①患者の眩しさ軽減(アナログ撮影の1/100~1/20以下の光量)
- ②瞬時に撮影画像を確認できるため診断の迅速化、早期治療が期待できる
- ③画質改善や計測等の画像処理ができる
- ④大量の画像データを少ないスペースで保管できる
- ⑤インフォームドコンセントにおける、患者の理解納得性向上が期待できる



診療報酬上の取扱い

現行

D256眼底カメラ撮影

1. 通常の方法の場合 56点

2. 蛍光眼底法の場合 400点



D256眼底カメラ撮影

1. 通常の方法の場合

イ アナログ撮影 56点

ロ デジタル撮影 59点

2. 蛍光眼底法の場合

イ アナログ撮影 400点

ロ デジタル撮影 410点