

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	日本磁気共鳴医学会
技術名	磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR 撮影）料の性能別再区分の精緻化と高性能機器の増点
診療報酬区分（1つに○）	M放射線
診療報酬番号	E202-1, 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR 撮影）
技術の概要	MR の静磁場の高磁場化により、その静磁場に比例して MR 撮像技術の高性能化が図られる。現行では 1.5 テスラ以上とそれ未満に区分されているが、現在普及しつつある 3 テスラ装置では、従来の 1.5 テスラ装置と比較して、濃度分解能（画像コントラスト）や造影能が 1.5 倍以上高く、現行制度よりもさらなる性能別の精緻化が必要である。21 年度および 22 年度調査では高次機能病院に順次 3 テスラ装置が導入されている一方で、まだ 1.5 テスラ未満の低性能機種も多数稼働しており、無駄な複数回の MR 検査件数が為されている。
再評価区分	①. 算定要件の見直し 性能面から、現行の 2 区分から 3 区分に精緻化 ②. 点数の見直し（増点） 高性能 3 テスラ装置および汎用 1.5 テスラ装置 ③. 点数の見直し（減点） 低性能機種である 1.5 テスラ未満の装置
具体的な内容	現行の MR 撮影料 2 区分を性能別に 3 区分に精緻化し、高性能機種および汎用機種の増点と、低性能機種の減点。
【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。）	<p>1. 高磁場化による高性能化と新しい撮像法 MR の静磁場（単位：テスラ）の高磁場化により、その静磁場に比例して MR 撮像技術の高性能化が図られる。現行では 1.5 テスラ以上とそれ未満に区分されているが、平成 18 年度以降順次導入されている 3 テスラ装置では、汎用の 1.5 テスラ装置に比較して信号雑音比（MR 画質の指標）が 2 倍となり（画質が 2 倍）、高コントラスト、高空間分解能な画像が得られ、微細形態画像に加えて、血流や神経伝達など機能的な新技術も可能である。（1）高精細で非侵襲的な脳血流評価：T1 値が延長するため、高精細な MR アンギオグラフィ（MRA）やアルテリアルスピラベリング法（非造影 MR 灌流画像）が可能。末梢動脈やもやもや血管など異常新生血管の描出能の向上、5mm 以下の小さな脳動脈瘤の診断精度が向上、狭窄病変の過大評価を抑制し狭窄度の正診率の向上、非造影による脳循環動態評価が可能となる。（2）磁化率画像による高精細静脈画像や微細な出血の検出：磁化率変化が鋭敏で、非造影で末梢の細い静脈の描出能が向上し、静脈奇形、硬膜動静ろう、静脈血栓症の診断が可能。（3）神経メラニン画像や MR スペクトロスコピーによる代謝物質の評価：信号雑音比の向上により高分解能 T1 強調画像で神経メラニン量の評価が可能で、パーキンソン病の早期診断に有用。（4）パラレルイメージングの展開精度が向上するため、高精細な拡散画像が得られ、脳脊髄の神経路の描出や、1.5 テスラ装置では難しかった胸部腹部の拡散画像も可能となり、悪性腫瘍の検出および質的診断に有用。</p> <p>2. 高磁場装置の新技術による従来の侵襲的もしくは高額検査の代替 3 テスラ装置による新しい撮像技術は、従来は造影 CT アンギオグラフィや脳動脈造影（DSA）、核医学検査（脳血流 SPECT や腫瘍 PET）を代替することが可能で、放射線被曝がなくヨードアレルギーや腎障害などの副作用を低減し、総医療費も抑制する。今後、エビデンスレベルの高い 3 テスラ装置へ順次更新によって、2 次以上の医療機関における高度な画像診断を推進する必要がある。また高性能医療機器を適正配置、有効利用することで、高次医療機関への患者紹介において、1 次医療機関における低性能 MR による不足データを 2 次 3 次医療機関で再検査するような無駄な画像診断の抑制が可能となる。</p> <p>3. 高磁場環境への安全性への担保</p>

	<p>一方で、高磁場装置では安定した静磁場環境および傾斜磁場環境を維持し高磁場環境における被検者の安全性を確保する必要があり、年次毎の定期的な機器点検や常勤専門医による管理、安全に対する責任者の設置など、算定要件が必要となる。</p>
点数の見直しの場合	<p>3テスラ以上の機器による <u>1330→1500点(170点増点)</u> 1.5テスラ機器による <u>1330点→1360点(30点増点)</u> 1.5テスラ未満の機器による <u>1000点→950点(50点減点)</u> ただし算定要件として、3テスラ以上の高性能機器による算定については、画像診断管理加算2の算定施設で専門医による画像管理が全例に施行され、機器の年次ごとの性能管理およびMR(磁場環境)に関する安全管理が施行されている施設とする。</p>
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>年間対象患者数および年間実施回数の変化 (平成21年→22年度) 3テスラ装置稼働台数 165台→239台 1.5テスラ装置 2827台→2752台 1.5テスラ未満 2976台→3162台 3テスラ装置の高性能機種は漸増しているが、いまだ低性能機種も漸増し多数が稼働中。</p>
根拠	<p>社会医療診療行為別調査(平成21年6月)によると 1.5テスラ以上の機器の件数 40万回(月)、それ以外24万件(月)である また2回目以降のCT+MRの件数が26万回である。したがって 3テスラ装置 239台稼働 1回目、36万件(年) 2回目、12万件(年) 1.5テスラ装置 2752台稼働 1回目、444万件、2回目、120万件 1.5テスラ未満 3162台 1回目、276万件、2回目、84万件になる。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<p>予想影響額 <u>6億円 増額</u> (ただし、コンピューター断層撮影料全体で、9.5億円の減額となる)</p>
(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	<p>3テスラ装置 {36万件(1回目年間平均件数) × 1700円(増点分)} + {12万(2回目年間平均件数) × 1700 × 0.8(2回目減額)} = 7億7000万円。さらに画像診断管理加算2算定施設は × 0.7 = <u>5億5千万円(増)</u> 1.5テスラ {444万件 × 300(増点分)} + {120万件 × 300 × 0.8} + 2億3千万(3テスラで管理加算1算定) = <u>18億5千万円(増)</u> 1.5テスラ未満 {276万 × 500(減点分)} + {84万 × 500 × 0.8} = 17億円(減) 合計で、5.5億 + 18.5億 - 17億 = 6億円 増額となる。ただし別に要望しているCTの性能別区分の見直しと合わせると6億円増額 + 15億5千万円減額で9.5億円の減額となる。 経費について：機器導入費用は3テスラ装置では平均2億9500万円、1.5テスラ装置では1億4500万円に対して、1.5テスラ未満では7千250万円であり、性能別に価格差が大きい。汎用機の1.5テスラ装置についても、汎用CT装置である16列以上64列未満の機器の8千750万円に比較して高額で施行可能検査件数も限られるが、現行の診療報酬差(MR1330点、CT900点)は小さい(平成22年度2次医療機関26病院調査)。</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>3テスラMR装置 (薬事認可あり)</p>
Ⅲ-⑤その他	<p>診療上の専門性および安全面を担保するために、高性能3テスラの算定においては、常勤放射線科専門医による画像管理(画像診断管理加算2算定)、年次毎の定期点検が施行されていること、MR安全委員会など安全管理責任体制があることが必要。</p>
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	<p>日本医学放射線学会</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	日本磁気共鳴医学会
技術名	コンピューター断層撮影（CT 撮影）料の性能別再区分の精緻化と高性能機器の増点
診療報酬区分（1つに○）	M放射線・
診療報酬番号	E200 コンピューター断層撮影（CT 撮影）
技術の概要	CTの検出器の多列化（マルチスライス型CT）により、その列数にほぼ比例して撮像技術の高性能化と被検者への低侵襲化が図られる。現行では16列以上とそれ未満に区分されているが、現在普及しつつある64列以上の機器では、従来の血管造影や核医学検査の一部を置き換えることが可能で、性能別のさらなる精緻化が必要である。21年度および22年度調査では高次機能病院に順次高性能の機器が導入されている一方で、まだ低性能機種も増加しており、CT検査件数の必要以上の増加をきたしている。
再評価区分	①. 算定要件の見直し 現行の2区分から3区分に精緻化 ②. 点数の見直し（増点） 64列以上の装置 ③. 点数の見直し（減点） 16列未満の装置
具体的な内容	現行のCT撮影料2区分を性能別に3区分に精緻化し、高性能機種の増点と汎用機種の据え置き、低性能機種の減点。
【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。）	<p>1. 高性能化と広範囲撮像可能 CTの検出器の多列化にほぼ比例して撮像技術は高性能化（高空間分解能化および再構成画像の作成）する。とくに平成20年度以降順次導入されている64列以上の機器では心電図同期下撮像や脳動脈多時相撮像、広範囲の増大ダイナミック撮像など、従来の経皮的血管造影や核医学検査を代替する撮像法が可能で、1患者あたりの医療費総額の低減に寄与する。また64列以上の機器では同時相での広範囲な撮像が可能で（64列未満でも全身の撮像が可能であるが、高精細データ収集や造影ダイナミック、心電図同期下撮像の範囲は1領域に限定される）、検査時間も短縮し被検者への身体的負荷も軽減する。</p> <p>2. 単位あたりの被曝低減 多列化による撮像範囲の増加は被曝量の増加を招くが、撮像範囲あたりの被曝量は多列化にほぼ反比例して低減するので、64列以上の機器ではそれ未満の機器に比較して同一範囲の撮像であれば、総被曝量を抑制することが可能である。</p> <p>3. 高額医療機器の有効利用と無駄な検査を低減する画像診断診療体制 一方で稼働台数調査に示すごとく、16列未満の低性能機種もいまだ稼働台数が増加しており、無駄な複数回のCT検査の施行と被検者被曝がある。今後、診療上もエビデンスレベルの高い64列以上の高性能機器へ順次更新によって、2次医療機関以上での適正な画像診断を推進し、高次医療機関への患者紹介において、1次医療機関における低性能CTによる不足データを2次3次医療機関で再検査するような無駄な画像診断を抑制する必要がある。64列以上の機器により1病期で1回の検査で主病態のみならずその原因、関連、合併病態も診断可能で、1患者あたりのCT検査回数の低減される。</p>
点数の見直しの場合	<p>64列以上のマルチスライス型の機器による <u>900→1050点</u>（150点増点） 16列以上、64列未満の機器による <u>900点→900点</u>（据え置き） 16列未満のマルチスライス型の機器による <u>600点→550点</u>（50点減点） ただし算定要件として、64列以上については画像診断管理加算2の算定施設で専門医による撮像方法および医療被曝管理と、年次ごとの機器の性能管理、施設内放射線安全委員会による管理が為されている施設とする。</p>

<p>Ⅲ-②普及性の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等 	<p>年間対象患者数および年間実施回数の変化 (平成21年→22年度)</p> <p>64列以上稼働台数 1162台→1451台 16列以上63列未満 1645台→1964台 16列未満稼働台数 4191台→4622台 64列以上の高性能機種は漸増しているが、いまだ低性能機種も増加している。</p>
<p>根拠</p>	<p>社会医療診療行為別調査(平成21年6月)によると マルチスライス型の件数 111万回(月)、それ以外26万件(月)である また2回目以降のCT+MRの件数が26万回である。したがって 64列以上 1回目 300万件(年)、2回目24万件(年) 16列以上63列未満 1回目 384万件(年)、2回目24万件(年) 16列未満 1回目 948万件(年)、2回目48万件(年)</p>
<p>Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)</p>	<p>予想影響額 15.5億円 減額</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>64列以上 {300万件(1回目)×1500円(増点)} + {24万件(2回目)1500×0.8(2回目減額)} = 48億円。さらに画像診断管理加算2算定施設は×0.7=33億5千万円(増)</p> <p>16列以上63列未満 {384万件×0(増点)} + {24万件×0×0.8} = 0 据置</p> <p>16列未満 {948万件×500円(減点分)} + {48万×500×0.8} = 49億円(減)</p> <p>33億5千万-49億=15億5千万円減額</p> <p>経費について 機器導入費用も64列以上の機器では平均1億9000万円(128列以上では2億5千5百万円)に対して、16列以上63列未満で8千750万円、16列未満では約4千5百万円と格差があり、さらに年間維持費も22100万円、1150万円、400万円と高性能機器ほど経費がかかる(平成22年度2次医療機関26病院調査)。</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>64列以上のCT</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>診療上の専門性および医療被曝に関する安全面を担保するために、高性能64列以上の機器の算定においては、常勤放射線科専門医による画像管理(管理加算2算定)、年次毎の定期点検が施行されていること、放射線安全委員会など安全管理責任体制があることが必要。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本医学放射線学会</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	日本自己血輸血学会
技術名	貯血式自己血輸血管理料
技術の概要	貯血式自己血輸血の適正化を図るために、自己血輸血を積極的に行っている認定施設で施設・医師・看護師・検査技師に関する条件を満たした場合に管理料を算定する。
対象疾患名	貯血式自己血輸血実施症例
保険収載の必要性	わが国では看護師や研修医が貯血式を実施することが多いため、採血時のVVR、血液の細菌汚染、返血時の取り違い事故、などの問題点がある。そのため、貯血式自己血輸血の実施管理体制の適正化が強く求められている。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>VI</u> 同種血輸血の危険性はB型肝炎1/8万、C型肝炎1/80万、エイズ1/1,000万以下、GVHD1/1万と予想されている。貯血式自己血輸血は、輸血後肝炎・AIDSの伝播やGVHDの危険性が皆無である。適正に貯血式自己血輸血を実施した場合には、VVRなどの合併症を軽減できる安全かつ有効な輸血療法である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	VVRの発生頻度、細菌汚染率は貯血式が日本赤十字社の報告よりも多く、血液型取り違い報告も貯血式にも報告されている。
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）	貯血式自己血輸血の適正化を図るために、自己血輸血を積極的に行っている認定施設で施設・医師・看護師・検査技師に関する条件が必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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 <u>60,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 貯血式自己血輸血は現状は年間約60,000人、約250,000単位（全赤血球製剤の約5%）に実施されている。
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	(1) 貯血式自己血輸血管理料の保険収載に伴う年間医療費の増額=200点×60,000人=1.2億円 (2) 貯血式自己血輸血管理料の保険収載に伴い減少すると予想される医療費：不明 (3) 予想影響額：(1)－(2)=+1.2億円 予想影響額 <u>120,000,000円</u> 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u> </u> 技術名 <u> </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 OJ処置 点数 <u>200</u> 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）：200点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：特になし

保険未収載技術概要図(日本自己血輸血学会-1)

1) 技術名: 貯血式自己血輸血管理料

2) 技術の概要: 貯血式自己血輸血の適正化を図るために、自己血輸血を積極的に
行っている認定施設で、施設・医師・看護師・検査技師に関する条件を満たしている場合
に管理料を算定する。

3) 対象疾患: 貯血式自己血輸血実施症例

4) 現在行われている治療との比較: 現時点での報酬はない。

5) 診療報酬上の取り扱い: 貯血式自己血輸血1症例あたり200点を要望する。

貯血式自己血輸血管理料 算定要件

- ・関連学会の認定施設である
- ・関連学会の実施基準を順守する
- ・自己血輸血責任医師が存在する
- ・関連学会の認定した自己血輸血看護師が存在する
- ・常勤の検査技師がいる
- ・全赤血球製剤(救命救急を除く)の中で、自己血輸血の割合が8%以上
- ・自己血輸血実施法と合併症対処法のマニュアルの整備されている

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本自己血輸血学会
技術名	自己フィブリン糊作成術(全血 200ml 処理ごとに)
技術の概要	用手法で自己全血から自己クリオプレシペートを作成し、術野において血管縫合・止血・髄液防止などに自己フィブリン糊として使用する。
対象疾患名	心臓外科・脳外科・頭頸部外科・肝臓外科・食道外科・整形外科手術
保険収載の必要性	市販のフィブリン糊製剤はヒト由来のフィブリノゲンを使用しているために、ウイルス感染の危険性がある。自己フィブリン糊は危険性はない。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）； <u>II</u> 自己フィブリン糊は自己全血由来のクリオプレシペートにトロンビンを加えることにより、瞬時に、安定したフィブリン塊を作成できる。市販のフィブリン糊製剤と同様に、血管縫合、髄液漏出防止、止血に有効である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	市販のフィブリン糊製剤はヒトパルボウイルス B-19 感染の危険性がある。自己フィブリン糊はウイルス感染の危険性はまったくない。
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）	日本自己血輸血学会・日本輸血学会・外科系学会で多数の学会発表が行われている。使用に関する指針はないが、将来普及する際には必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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 <u>10,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 現状は用手法で年間約 10,000 例が実施されているが、自己フィブリン糊料が認可され、フィブリン糊調製装置も開発されれば、年間約 100,000 例に実施されると考えられる（市販のフィブリン糊製剤の約 40%）。
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	(1) 自己フィブリン糊の保険収載に伴う年間医療費の増額＝16.9 億円 (2) 自己フィブリン糊新の保険収載に伴い減少すると予想される医療費＝80 億円 (3) 予想影響額：(1)－(2)＝－63.1 億円 予想影響額 <u>6,310,000,000 円 減</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u> </u> 技術名 <u> </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 J 処置 点数 <u>1,688</u> 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)：1,508 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：採血用トリプルパック：1,800 円

保険未収載技術概要図(日本自己血輸血学会-2)

1) 技術名: 自己フィブリン糊作成術(全血200ml処理ごとに)

2) 技術の概要: 用手法で自己全血から自己クリオプレシペートを作成し、術野において血管縫合・止血・髄液防止などに自己フィブリン糊として使用する。

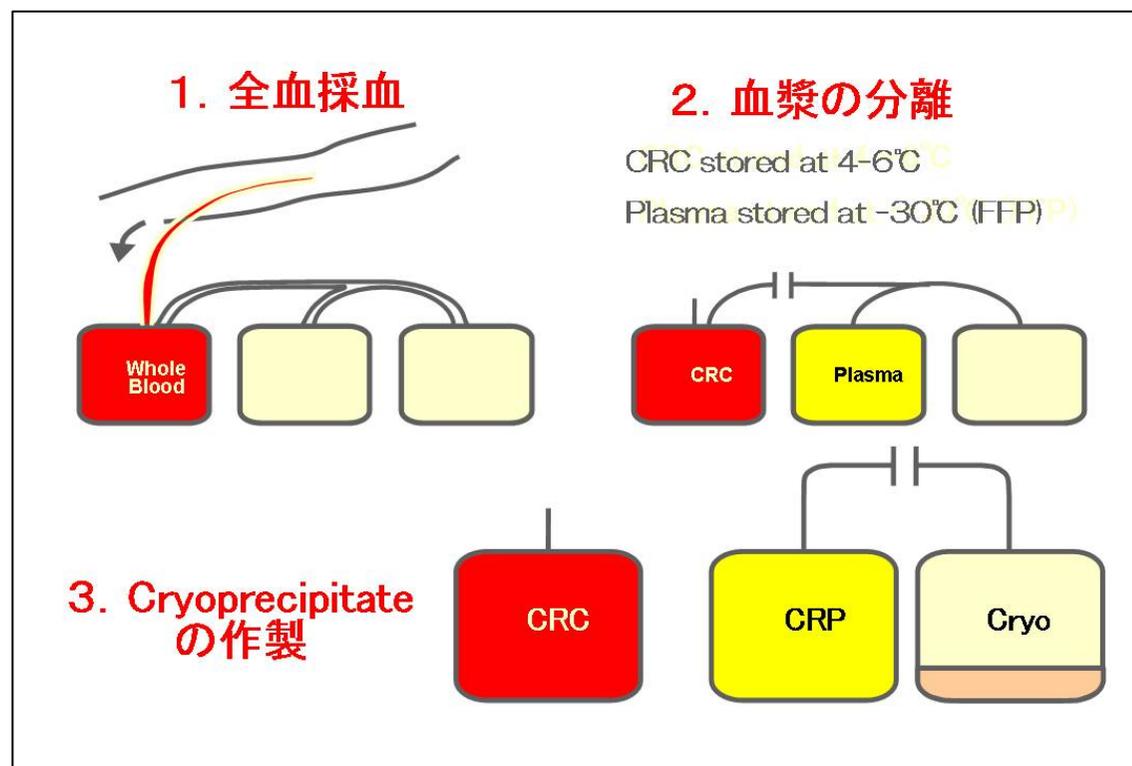
3) 対象疾患: 骨髄や肝臓切除時、心臓縫合や血管吻合部の止血、肺表面の空気漏出の防止、胃腸管や脳・脊髄および人工血管の吻合部の補強、植皮部の接着

4) 現在行われている治療との比較:

市販のフィブリン糊よりも低価格で、市販品にみられるアナフィラキシー様症状やウイルス感染の危険性がない。

5) 診療報酬上の取り扱い:
技術料として1,688点を要望する。

- ・外保連試案点数: 1,508点
- ・別途請求が認められていない
必要材料(採血バッグ): 1,800円



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

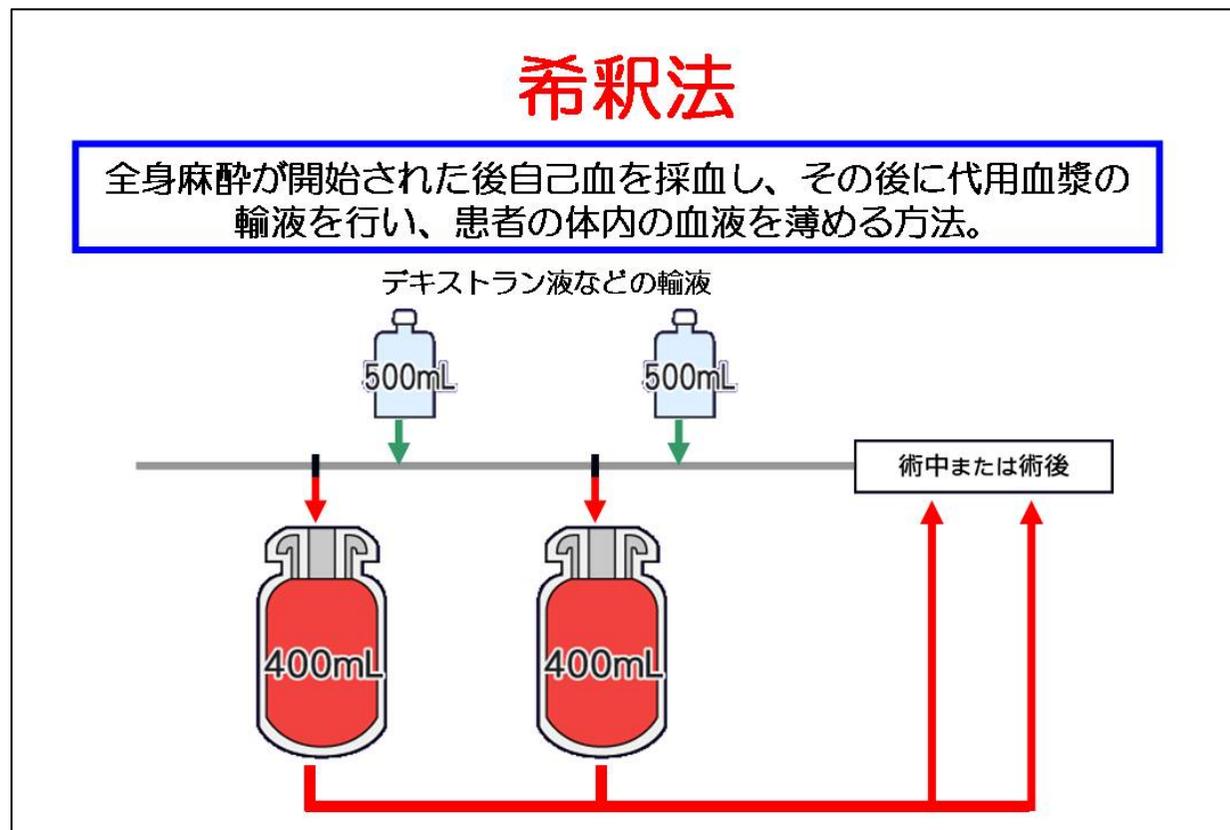
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本自己血輸血学会
技術名	希釈式自己血輸血（採血を含む）（全血 200ml ごとに）
技術の概要	手術時の麻酔導入後に自己血を採血・保管し、液状で室温保存する操作。
対象疾患名	600ml 以上の出血が予想される外科系のすべての予定手術
保険収載の必要性	希釈法で採血した自己血液は新鮮血と同様な止血効果がある。また、希釈による術中の出血量軽減効果も大きい。
【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）： II 同種血輸血の危険性は B 型肝炎 1/8 万、C 型肝炎 1/80 万、エイズ 1/1,000 万以下、GVHD1/1 万と予想されている。一方、希釈式自己血輸血には輸血後肝炎・AIDS の伝播や GVHD の危険性が皆無である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	自己血採血時の血液汚染は、1997 年の日本自己血輸血学会調査では 0.0001% で、日本赤十字社の報告 (0.04%) とほぼ同じであった。
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）	日本自己血輸血学会や日本輸血学会のみならず外科系学会すべてが、自己血輸血を必須の輸血療法として推奨している。安全性を確立するためには、将来は施設基準と専門医制度を構築する必要がある。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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 10,000 人 年間実施回数 1 回 現状は年間約 10,000 人、約 40,000 単位（全赤血球製剤の約 0.8%）であるが、認可されれば、年間約 50,000 人、約 200,000 単位（全赤血球製剤の約 4.0%）に実施されると考えられる。
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	(1) 希釈式自己血輸血料の保険収載に伴う医療費の増額=31.4 億 (2) 希釈式自己血輸血料新設に伴い減少する同種血輸血料=47.4 億円（同種血輸血製剤料 17.2 億円、同種血輸血料 9.0 億円、輸血に伴う検査料 6.2 億円、肝炎治療費 15 億円）(3) 予想影響額：(1) - (2) = -16.0 億円 <u>予想影響額 1,600,000,000 円 減</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 K920-2 技術名 保存血液輸血
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 J 処置 <u>点数 1,572 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）：1,442 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：自己血貯血用保存液・カーミ CA 液（採血バッグ）1,300 円

保険未収載技術概要図(日本自己血輸血学会-3)

- 1) 技術名：希釈式自己血輸血(採血を含む)(全血200mlごとに)
- 2) 技術の概要：手術時の麻酔導入後に自己血を採血・保管し、液状で室温保存する
- 3) 対象疾患：600ml以上の出血が予想される外科系のすべての予定手術
- 4) 現在行われている治療との比較：現時点での報酬はない。
- 5) 診療報酬上の取り扱い：
技術料として1,572点を要望する。

- ・外保連試算点数：1,442点
- ・別途請求が認められていない必要材料(採血バッグ)：1,300円



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	日本自己血輸血学会
技術名	自己血貯血（液状保存）（全血 200ml ごとに）
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 ○J処置
診療報酬番号	K920-3
技術の概要	患者から手術前に自己血液を採血・保管し、液状保存する操作。
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	自己血貯血時には慎重な操作が必要であるが、現行の貯血料の保険点数が低い。現状の200点を外保連試算の960点へ増額を要望する。 点数 960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）：850点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：採血バッグ 1,100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。）	同種血輸血は劇的に改善したが、輸血後のB型肝炎は年間約10～20例と報告されている。また、献血者におけるHIV検査陽性率は先進国の中で唯一増加傾向にある。輸血合併症を回避するためには、予定手術では自己血輸血を実施することが必要である。ところが、現行の貯血料の保険点数が低いため、自己血輸血が十分に普及していない。自己血輸血は採血・保管（貯血）と輸血の2つの独立した操作で行われるが、とくに貯血にあたっては、血管迷走神経反射など留意した採血を行い、専用保冷庫で保管する、など慎重な操作が必要である。自己血貯血料が正當に評価されれば自己血輸血の普及が推進され、輸血合併症の軽減が促進される。
点数の見直しの場合	200点 → 960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 60,000人 → 150,000人 増 年間実施回数の変化 現在 250,000回 → 600,000回 増
	現状は年間約60,000人、約250,000単位（全赤血球製剤の約5%）に実施されているが、貯血料が増加すれば、年間約150,000人、約600,000単位（全赤血球製剤の約12%）に実施されると考えられる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 110000000円 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>(1) 貯血料増額に伴う年間医療費の増額=78.8億円 (60万単位×(貯血料9,600円+輸血料7,500円)-25万単位×(貯血料2,000円+輸血料7,500円))</p> <p>(2) 貯血料増額に伴う伴い減少する35万単位の同種血輸血料=79.9億円 (同種血輸血製剤料30.2億円、同種血輸血料15.8億円、輸血に伴う検査料10.9億円、肝炎治療費23億円)</p> <p>(3) 予想影響額：(1)-(2)=-1.1億円</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：68-28-1 技術度：C 医師（術者以外）：0 看護師：1 その他：0 所要時間（分）：45</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	日本自己血輸血学会
技術名	自己血貯血（凍結保存）（全血 200ml ごとに）
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 ○J処置
診療報酬番号	K920-3
技術の概要	患者から手術前に自己血液を採血・保管し、凍結保存する操作。
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	自己血貯血時には慎重な操作が必要であるが、現行の貯血量の保険点数が低い。現状の400点から外保連試案の3,430点へ増額を要望する。 <u>点数 3,430点（1点10円）</u> ≪1≫ 外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：1,941点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：採血用トリプルバッグ1,550円、冷凍保存用バック5,500円、接続用ウェハー340円、液体窒素2,500円、凍害防止剤添加キット5,000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。）	同種血輸血は劇的に改善したが、輸血後のB型肝炎は年間約10～20例と報告されている。献血者におけるHIV検査陽性率も増加傾向にある。輸血合併症を回避するには、自己血輸血を実施することが必要であるが、現行の貯血料の保険点数が低い。 自己血輸血は採血・保管（貯血）と輸血の2つの独立した操作で行われるが、とくに、凍結保存では保存時に赤血球と血漿に分離した上でグリセリンを使用するなど、長時間の慎重な操作が必要である。自己血貯血料が正當に評価されれば輸血合併症の軽減が促進されることが期待される。
点数の見直しの場合	400点 → 3,430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 5,000人 → <u>15,000人 増</u> 年間実施回数の変化 現在 20,000回 → <u>60,000回 増</u>
	年間約20,000単位（全赤血球製剤の約0.4%）に実施されているが、貯血料増加により、年間約60,000単位（全赤血球製剤の約1.2%）の実施が期待される。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 160000000 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>(1) 貯血料増額に伴う年間医療費の増額=25.8億円 (6万単位×(貯血料34,300円+輸血料15,000円)－(2万単位×(貯血料4,000円+輸血料15,000円))</p> <p>(2) 貯血料増額に伴い減少する同種血輸血料=24.2億円 (同種血輸血製剤料6.2億円、同種血輸血料1.8億円、輸血に伴う検査料1.2億円、肝炎治療費15億円)</p> <p>(3) 予想影響額：(1)－(2)＝＋1.6億円</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：68-28-5 技術度：D 医師（術者以外）：0 看護師：1 その他：1 所要時間（分）：120</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	日本自己血輸血学会
技術名	術中術後自己血回収術(濃縮、洗浄によるもの)
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 ○K手術
診療報酬番号	K923
技術の概要	自己血回収装置を用い術中・術後出血から赤血球成分を回収し洗浄後に輸血。
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	<p>現状の4,500点では技術料が評価されていないので、9,438点へ増額を要望する。その場合には術中術後自己血回収術(ろ過によるもの)は4,500点から2,500点への減額を要望する。</p> <p><u>点数 9,438点 (1点10円)</u></p> <p>≪1≫ 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 4,341点</p> <p>≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用) 2,970円 洗浄用自己血回収回路 48,000円</p>
【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>術中術後自己血回収術(ろ過によるもの)は出血を回収し、その血液を単にろ過するだけのものである。自己血回収回路が安価(約2万円)である上に、労力も必要としない。また、回収した血液から脂肪球、細菌、溶血成分を除去できない危険性がある。一方、術中術後自己血回収術(濃縮、洗浄によるもの)は回収した血液から脂肪球、細菌、溶血成分をほとんど除去できるためにより推奨される方法であるが、多くの時間・労力および高価な洗浄用自己血回収回路(48,000円)を必要とする。ところが、術中術後自己血回収術(濃縮、洗浄によるもの)の現行点数4,500点は「ろ過によるもの」と同じであり、極めて評価が低い。</p> <p>「濃縮、洗浄によるもの」の増点が認められれば、「ろ過によるもの」は4,500点から2,500点に減点を要望する。</p>
点数の見直しの場合	4,500点 → 9,438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>年間対象患者数の変化 現在 10,000人 → 50,000人 増</p> <p>年間実施回数の変化 現在 40,000回 → 200,000回 増</p>
	<p>現状は年間約10,000人、約40,000単位(輸血した全赤血球製剤の約0.8%)であるが、点数が改正されれば年間約50,000人、約200,000単位(輸血した全赤血球製剤の約4%)に実施されると予測される。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<u>予想影響額 130000000円 減</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>(1) 回収術増額に伴う年間医療費の増額=42.7 億円 (9,438 点×50,000 人－4,500 点×10,000 人)</p> <p>(2) 回収術増額に伴い減少する同種血輸血料=44.0 億円 (同種血輸血製剤料 13.8 億円、同種血輸血料 7.2 億円、輸血に伴う検査料 5.0 億円、肝炎治療費 18 億円)</p> <p>(3) 予想影響額 : (1)－(2)＝－1.3 億円</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 - 28 - 9 技術度 : D 医師 (術者以外) : 0 看護師 : 1 その他 : 0 所要時間 (分) : 120</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</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） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯周病学会、日本補綴歯科学会

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	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯周病学会

	<p>歯周ポケット搔爬（小臼歯）現在10297回 → 10297回 増・減・ 変化無し</p> <p>歯周ポケット搔爬（大臼歯）現在12375回 → 12375回 増・ 減・変化無し</p>
	<p>※根拠</p> <p>平成21年社会医療診療行為別調査より推計</p> <p>歯周基本治療は現行点数表の中で既に評価されている行為であり、現時点でも必要に応じて実施されているため、実施回数に変化は起きないものと思われる。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 208,807,670円 増・減</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>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は</p> <p>32点×698,190円+19点×433,280円+29点×1,874,020円+31点×1,899,160円+34点×1,624,700円+29点×81,840円+31点×102,970円+34点×123,750円=208,807,670円</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>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>
Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	<p>日本歯周病学会</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	特定非営利活動法人日本歯周病学会
技術名	歯周病安定期治療(SPT)
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・ ① 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
診療報酬番号	I 011-2
技術の概要	歯周病安定期治療は、歯周基本治療や歯周外科治療、口腔機能回復治療により、病状が安定した歯周組織を維持するために行なう歯周治療の一環として重要な包括的治療であり、病状に沿った柔軟な期間の設定が必要である。
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	現行、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に月1回(300点)に限り算定するものである。算定間隔は歯周外科手術実施は月1回、それ以外は3か月に1回となっている。これらについて、対象者を、病状に関係なく歯周疾患患者とし、算定間隔を月1回に統一する。
【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。)	歯周病安定期治療は、歯周治療の予後を良好に保つために不可欠な専門的治療であり、対象を「骨吸収が根長1/3以上」、「根分岐部病変」が認められる中等度以上の歯周病患者に限定する根拠はない。また全身疾患などにより手術できない患者こそ短い間隔にすべきで、歯周外科手術実施患者のみ間隔を月1回とするのは問題がある。以上より、対象患者の規定について歯周炎を有する者とする事、また算定間隔に関してを月1回とすることを提案する。
点数の見直しの場合	→
Ⅲ-②普及性の变化 ・年間対象患者数の变化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の变化 現在 5万9千人 → 16万8千 ① 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 20万(1年以内)、3万6千(1年—2年)回 → 94万4千回 ① 増・減・変化無し
	※根拠 平成21年診療行為別統計から、現在の年間対象患者5万9千人とすると、年間実施回数は3か月に1回が算定されていたと仮定して、年4回から12回となるため、3倍の16万8千人となる。実施回数は、現在23万6千回から、94万4千回と増加する。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 22億3800万円 ① 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	94万6千回×300点=28億3800万円から 20万×300点=6億円を差し引いた額は22億3800万円となり、増額となるが、SPTを行うことでの、歯周病の再発、再処置の減少が予想される。 国民への健康への貢献はもちろんのこと、歯周炎の再発を予防することで最終的に医療費の削減も期待される。
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	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯周病学会

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	特定非営利活動法人日本歯周病学会
技術名	暫間固定装置修理
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・①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
診療報酬番号	I 014-2
技術の概要	歯周炎により歯周支持組織を喪失し、あるいは歯周組織に炎症が存在するために著しい動揺を来した歯を、比較的健全な歯周組織を有する隣在歯と暫間的に連結固定することにより動揺を低減せしめ、機能の回復および過度な外力が負荷されるのを回避する術式が暫間固定である。暫間固定法には、レジンド連続冠固定法、ワイヤー結紮固定法、レジンド床固定法、エナメルボンドシステム法などがある。なかでもエナメルボンドシステム法あるいはワイヤー結紮固定法へのエナメルボンドの併用による暫間固定法は、当該歯および隣在歯への侵襲が少なく、審美性にも優れることから臨床には多用されている。今回、再評価の提案を行うものは、本術式に脱離・破折などの瑕疵が発生した場合に修理を行う術式についてである。
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	暫間固定装置修理は、レジンド床固定法及びレジンド連続冠固定法による暫間固定装置修理を行った場合に算定するとされているものから、エナメルボンドシステム法などの現在の暫間固定法の類用術式を鑑み、暫間固定装置の種類によらず、修理の算定（70点）を認めることを求めるものである。
【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。）	暫間固定法には、先にも述べたように、レジンド連続冠固定法、ワイヤー結紮固定法、レジンド床固定法、エナメルボンドシステム法などのいくつかの方法が臨床応用されている。なかでもエナメルボンドシステム法による暫間固定法は、当該歯および隣在歯をほとんど切削することなく固定が可能であり、審美性および修復性にも優れることから臨床では多用されている。「歯科診療行為（外来）のタイムスタディ調査」（日本歯科医学会、平成23年3月発行）タイムスタディにおいても、少数歯を対象とした簡単な暫間固定においては、86%の症例（19/22）においてエナメルボンドシステムが用いられていることが報告されている。暫間固定は、適時調整や修理を行い、固定が維持されていること、適切な咬合接触および負荷の分散がなされているかを随時モニターする必要がある。調整や修理を要する点は、いずれの暫間固定法においても変わるところはないため、レジンド床固定法及びレジンド連続冠固定法による暫間固定装置修理にのみ算定を限定し、エナメルボンドシステム法などの臨床において有用な術式の修理が算定されないことは、臨床的にははなはだ不利益になる。
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 265 万 人→ 265 万 人 増・減・変①無し 年間実施回数の変化 現在 9.3 万 回→ 65.3 万 回 ②増・減・変化無し

	<p>※根拠 平成 21 年社会医療診療行為別調査より、暫間固定（簡単）は 6 月期に 103488 件、暫間固定（困難）は 6224 件請求されていた。これを社保・国保を対象として年間の件数を推定（「2009 年 4 月から 2010 年 3 月までの医療保険計」／「2009 年 6 月の被用者保険計」=20.874 を乗ずる）すると、暫間固定（簡単）は年間に 216 万件程度、暫間固定（困難）は 13 万件程度と推定される。これに対し、平成 21 年社会医療診療行為別調査の暫間固定装置修理（簡単）は 4097 件で、年間推計値は 8.5 万件弱、暫間固定修理（困難）は 372 件で、同 0.8 万件となる。修理未請求の件数の 85%がエナメルボンドシステム法であったとして、そのうちの 30%が修理の請求を行うとしたならば、暫間固定装置修理（簡単）は約 53 万件、暫間固定修理（困難）約 3 万件的増加が予測される。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 4 億 円 (増・減)</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>暫間固定装置修理（簡単）は 70 点で、年間約 53 万件的増加、暫間固定修理（困難）は 220 点で年間約 3 万件的増加が予測されるため、両者を合わせると約 4 億円の増加が予測される。</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>①. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）</p>
Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯周病学会

<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>Ⅲ-②の推計より、冠形態装置を約 2400 万円、床義歯形態装置を 9700 万円程度の増額を予想した。一方で算定用件の制約から、これまで床義歯形態装置を通常の有床義歯として作製されている症例も多く、床義歯形態装置の増加分は義歯作製および管理に関わる分で医療費の減少が望める。また技術の再評価に伴い、口腔機能の回復、咬合性外傷の減少、審美の改善がもたらされれば、そのことによる国民の口の健康と QOL への貢献度は図りしれないほど多大なものである。</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） ②. あり（別紙に記載）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>なし</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本歯周病学会</p>

	<p>3年以上の経験を有する者は平成20年度のレーザー普及台数から約2,900台(人)となり、「5年以上」の場合と比べて600台(人)の増加が予想される。このうち半数の300人が外科手術に使用すると予測すると、年間の手術回数は、300人×36回=10,800回の増加となり、患者1人あたり年間1回の手術を行っているとする、対象患者は10,800人の増加となる。また、年間の実施回数(歯)は、300人×36回×3歯=32,400(歯)回の増加となる。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<p>予想影響額 75,600,000円 (増)・減</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>平成21年社会医療診療行為別調査(6月単月)より、歯肉剥離搔爬術1か月の総数が71,896歯、歯周組織再生誘導手術の総数が1,030歯であることから、1ヶ月の歯周外科手術の総数は、71,896+1,030=72,926歯 年間では年間72,926×12か月=875,112歯、 1回に3歯とすると、年間の歯周外科手術回数は、875,112歯/3=291,704回。 歯科医師の1割、約8,000人が歯周外科手術をしているとすると、一人あたり平均年約36回(1ヶ月に3回)手術を行っている。 そこで、平成24年度時に、 5年以上の経験を有する歯科医師は平成18年度普及台数から約2,300台(人)と予想され、その半数の1,150人が歯周外科手術に使用すると予測すると、 ・40点から80点に40点増点した場合の増加分は 1,150人×年36回×3歯×40点×10円=49,680,000円 ・3年以上の経験を有する歯科医師は平成20年度普及台数から約2,900台(人)となり、「5年以上」の場合と比べて600台(人)の増加が予想され、このうち半数の300人が歯周外科手術に使用すると予測すると、 300人×年36回×3歯×80点×10円=25,920,000円 合計49,680,000円+25,920,000円=75,600,000円の増加となる。</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>1. 特になし(別紙及び添付文書は不要) ② あり(別紙に記載) 既収載のレーザー装置の販売会社の変更</p>
Ⅲ-⑤その他	<p>レーザーによる歯根面のデブライドメントは、患者のストレスも少なく効率的で、さらに術野の殺菌や歯周組織の活性化等の付加的効果も期待できるためメリットが高く、歯周外科治療において広く推進すべき技術である。</p>
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	<p>日本レーザー歯学会、日本歯周病学会</p>

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）【概要版】

※ 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	日本児童青年精神医学会
技術名	通院・在宅精神療法の小児加算
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	I 002 3
技術の概要	20歳未満の精神障害に対する通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から1年以内の期間に行った場合の所定点数に対する加算である。
再評価区分	① 算定用件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（贈点） 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	16歳から20歳未満の加算は初診の日から1年以内の現行通りとして、16歳未満の子どもに対する通院・在宅精神療法は、3年以内の期間に行った場合の所定点数に対する加算とする。
【再評価項目】	
Ⅲ－①再評価の理由	医療の原則は早期発見・早期介入である。児童虐待、自殺、ひきこもり、発達障害、いじめの問題など多彩な子どもの精神障害の診療にあたり、20歳未満の子どもに対する親指導や関係諸機関との連携は重要である。特に16歳未満の子どもに対する通院・在宅精神療法には、高度の専門的技術が必要であり、親指導や関係諸機関との連携に対し少なくとも3年間を要している。従って3年間の医療経済支援が必要である。また、0歳～16歳未満の精神科通院治療には、児童精神科医の専門性が16歳～20歳未満よりさらに高く評価されるべきであり、医療経済的な支援がなければ十分な専門性を発揮することが出来ない状況である。また、小児科における小児特定疾患カウンセリング料は月2回算定可能であり、月の1回目が500点、月の2回目が400点である。さらに2年間に渡り算定可能であることから、精神科ではより重症な精神疾患を対象とし、児童青年精神医学の高度専門的技術を必要とし、同等以上の評価が妥当である。従って、16歳未満に対し、同等以上の点数と同等以上の算定期間が妥当である。一方、児童思春期の場合親指導や関係諸機関との連携が特に必要であり、30分未満で数名の診察を十分に行うことは困難であるが、一人に30分以上の時間をかけると3時間で5人の診察しかできないことになる。しかし、適正な専門技術評価がなく、30分以内に親指導や連携も含めて複数の人数を診察しなければならず医療経済的にも極めて困難な状況である。
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 144000人→144000人 贈・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 2419200回→ 4438000回 増・減・変化なし
	※根拠 平成20年の厚生労働省による患者調査では、20歳未満の患者総数は144000人であり、16歳未満では103000人である。月平均1.4回受診していることから、現在は144000人×1.4回/月×12カ月/年＝2419200回であり、16歳未満の平均通院月数が26ヶ月であることから、増えた回数は 2419200回÷103000人×1.4回/月×(26-12)カ月＝4438000回 と考えられる。
Ⅲ－③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わる医療費	予想影響額 2,545,200,000円 増・減 ・予想される医療費：0歳～16歳未満の精神および行動の障害で外来通院する患者数は、平成20年の厚生労働省による患者調査では約103000人である。今回の調査結果から0歳～16歳未満の平均通院期間は2年2カ月であり、1年2カ月の期間延長となる。従って1

<p>・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>カ月の平均通院回数が1.4回であることから、103000人×(26-12)カ月×1.4回×2000円=4037600000円の増額となる。</p> <p>・減少すると予想される医療費：16歳～20歳未満の外来通院患者総数は約41000人である。今回の調査結果から平均通院期間は3年5カ月である。0歳～16歳未満の外来通院患者の通院治療に対する手厚い治療（医療経済的に補償されることで2年目以降の親指導や関連諸機関との連携などを積極的に行うことが可能となる）を行うことが可能となる。16歳未満の精神科治療には特に専門性の高い技術が必要であり、現在よりも親指導や関係諸機関との連携も含めた積極的な治療を行うことで、16歳～20歳未満の通院期間の短縮（0歳～20歳未満の平均通院期間が2年4カ月であることから、16歳未満に対するより専門性の高い治療を行うことで16歳以降の通院期間を3年5カ月から13カ月間短縮）が予想される。従って、41000人×13カ月×1.4回/月×2000円=14924000000円の減少が予想される。</p> <p>以上から、4037600000-1492400000=2,545,200,000円の増額となるが、養育者の問題が16歳～20歳未満では50%であり、0～16歳未満の問題が46%であることから4%増加しており、子どもの問題が早期解決することによる養育者の精神疾患（気分障害など）発症や、子どもが将来気分障害に罹患する発症率も低下することが予想される。さらに、思春期と思春期以降の成人の自殺防止、養育者の自殺防止、0～16歳未満の虐待防止と成人後養育者となった場合の虐待防止、うつ病予防、被虐待児の施設入所も含めた経済効果などにも多大な影響を及ぼし、ひきこもりの改善にも大きな効果が期待され、今後の日本を支える子どもの健全な精神発達に対する影響も計り知れない。20歳未満の人口の0.6%が精神疾患に罹患していることから、国民総所得（GNI）に換算すると将来的に経済的效果は数兆円にも達すると考えられる。</p> <p>以上のことから、16歳未満の通院・在宅精神科医療に対する技術料の再評価は極めて重要であり、加算を3年間に再評価することによる短期的な医療費の微増は、将来的には大幅な医療費の減額と国民総所得の大幅な増額に繋がるものである。</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医療機器</p>	<p>①. 特になし 2. あり</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>日本児童青年精神医学会 日本精神神経学会</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	日本歯内療学会
技術名	マイクロスコープによる歯内療法
技術の概要	歯髄炎あるいは根尖性歯周炎における歯内処置時に歯科用実体顕微鏡を使用する。
対象疾患名	歯髄炎、根尖性歯周炎
保険収載の必要性	従来から根管内の器械的清掃については、術者の手指による感覚のみで行われてきたが、マイクロスコープを応用することにより肉眼で確認できる領域については正確に処置を行え、根尖性歯周炎の再発予防につながる。
【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	歯科用実体顕微鏡で術野を明るく拡大して歯内処置を遂行する方法は、従来に比較して安全に精度の高い歯内処置が達成される。 <u>エビデンスレベル（別紙参照）</u> ； 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	安全性には問題はない。
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）	技術の成熟度は確立されつつある。処置内容によって異なるが、根管口の明示あるいは歯髄結石の除去であれば一定の研修を受ければ専門医以外の歯科医師でも施術可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題はない。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	三根管以上有する副根歯の抜髄および感染根管処置の年間対象患者数が即日根充分を含めて 5,917,728 人であり、このうち 5% が対象であると年間 295,887 件について実施する。
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	A. 大白歯における年間の抜髄および感染根管治療の経費は即日根充分を合わせて 2,875,676,040 円である。このうち 5% に本技術が適応された場合の加算は年間 43,135,140 円 (143,783,802 円×30%) と考えられる。 B. 本技術を導入することで大白歯に対し根尖性歯周炎への再発が 20% 減じるとすれば、年間の感染根管処置および即日根充分が 13,693,753 円 (1,369,375,320 円×5%×20%) の経費節減となる。したがって予想される医療費への影響は A-B=29,441,387 円の増と推定する。 <u>予想影響額 29,441,387 円 (増)・減</u> <u>既存の技術</u> ； <u>診療報酬の区分番号</u> <u>技術名</u> 感染根管処置、抜髄処置
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 <u>点数</u> <u>点 (1点10円)</u> 歯科用実体顕微鏡の耐用年数および長時間による処置時間を考慮し、歯科用実体顕微鏡を応用した抜髄あるいは感染根管処置時に即日根充分を含め1歯につき 30/100 を加算する。

28 / 日本歯内療法学会 / 未① / マイクロスコープによる歯内療法 (概要図)



診療室に装備された歯科用実体顕微鏡



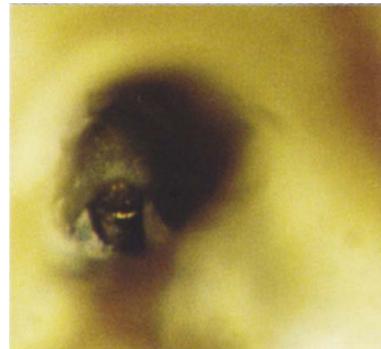
ファントムに装着した模型根管を実体顕微鏡で観察している様子

“歯科用実体顕微鏡の応用によって、肉眼での観察が正確に行え、確実な歯内処置を施行することが可能になる。

特に高齢者の歯内治療時における根管口の確認、歯髄結石の除去が正確に短時間のうちに終了することができる。”



実体顕微鏡下での観察



強拡大によって破折ファイルの存在を確認



処置内容に応じて種々な超音波チップが用意されている

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本歯内療法学会
技術名	Ni-Ti（ニッケル・チタン）製 ファイルとロータリー式エンジン装置使用による根管拡大
技術の概要	根管拡大に Ni-Ti 製ファイルとロータリー式エンジン装置を使用する。
対象疾患名	歯髄炎、根尖性歯周炎
保険収載の必要性	本技術の効果と安全性には一定の成績が示されており、導入し広く普及させたい。
【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 ・ エビデンスレベル	<p>手用ファイルと比較して短時間で安全に精度の高い根管拡大ができる。これらの有効性については、基礎および臨床研究で検証されている（日歯保存誌、49、71-79、2006；日歯保存誌、49、810-821，2006）。</p> <p style="text-align: center;"><u>エビデンスレベル（別紙参照）</u>； I II III IV V VI</p>
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全性にとくに問題はない。
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）	本技術自体の成熟度は高く、施術に高度な専門性は不要であり、所定の教育研修を受けた歯科医師であれば実施可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	従来のファイルに比べ、物性が著しく向上しているため、根管治療時の偶発事故がより少ない点で、倫理性・社会的妥当性にかなった技術である。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	3 根管以上を有する歯（大白歯）における、年間の抜髄+ 抜髄即充(277, 093 件 x 12 ヶ月) 件と、感染根管治療 + 根治即充(415, 199 件 x 12 ヶ月) の件数は、合わせて 8, 307, 504 件である。このうちの 5% に本技術を使用したとして、対象は、年間 415, 375 件と考えられる。
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	<p>A: 大白歯の抜髄および感染根管処置時で即充を除いた 10% に本技術が適応された場合、年間予想医療費は 4, 927, 958, 640 円 と推定できる。</p> <p>B: 根管貼薬処置回数が平均で 30% 減じるとした場合、年間 50, 983, 236 円の経費削減となる。これに、再診料 74, 563, 373 円の経費減が上乗せできる。したがって、予想される医療費への影響は、A-B= <u>4, 802, 412, 031 円</u>の増と推定する。</p> <p>予想影響額 <u>4, 802, 412, 031 円</u> 増・減</p> <p><u>既存の技術；診療報酬の区分番号 I 005, I 006 技術名 抜髄、感染根管処置</u></p>
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)	1 歯につき抜髄あるいは感染根管処置および根管貼薬の 30/100 を加算する。
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	<p>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</p> <p>点数 1 根管 60 点 2 根管 120 点 3 根管 180 点（1 点 10 円）</p> <p>根拠：1 連の根管拡大に必要な Ni-Ti 製リーマー・ファイル一式約 6, 000 円。10 根管を使用限度とすると、1 根管あたり 60 点が妥当である。</p>

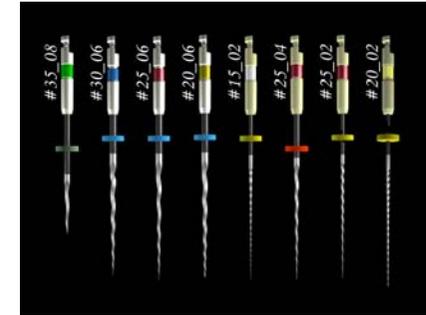
28 / 日本歯内療法学会 / 未② / Ni-Ti(ニッケル・チタン)製ファイルとロータリー式エンジン装置使用による根管拡大処置



＜ Ni-Ti製ファイルを根管内に挿入したエックス線所見：湾曲根管に対し追従性が優れている様子がうかがえる＞



＜Ni-Ti製ファイルのプロテーパー：僅か6本で根管の拡大形成が終了できる＞

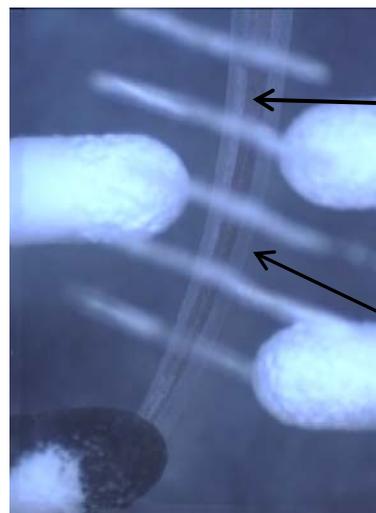


＜Ni-Ti製ファイルのエンドウェーブ：拡大形成中根管壁面への刃部の咬みこみが少ないデザインになっている＞



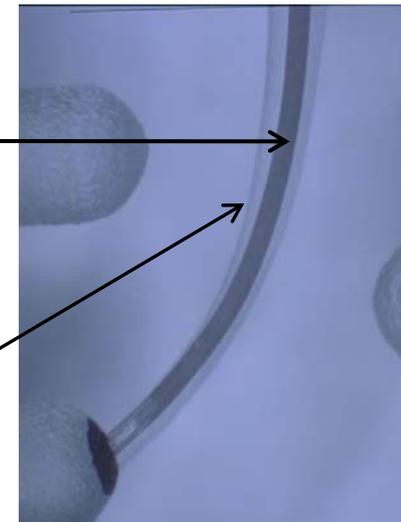
ハンドピースにファイルを装着し、根管内で回転させ根管拡大・形成を行う

＜ Ni-Ti製ファイルを作動させるエンジン装置のデンプト＞



拡大・形成前の根管

拡大・形成後の根管



＜模型根管に対する根管拡大・形成＞

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	特定非営利活動法人日本歯科保存学会・日本歯内療法学会
技術名	根管充填（加圧根管充填）
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・ （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
診療報酬番号	1008(根管充填)の加算項目（加圧根管充填）
技術の概要	限られた条件下において、加圧加算算定時のエックス線写真による確認を免除する
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（ ）
具体的な内容	加圧根管充填後、妊婦などの患者がエックス線撮影を拒否した場合は、それを摘要欄に記載することで、エックス線撮影による根管充填状態の確認を免除する。
【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。）	根管充填は、三次元的に緊密に加圧されることが必要であり、根管充填後にはエックス線検査によって充填状態を確認することが重要である。近年、正確な電氣的根管長測定器の開発とマニュアル化した加圧根管充填方法によって、精密で良好な加圧根管充填が可能となっても二次元的診断であるがエックス線検査による術後の充填状態を確認することが望ましい。しかしながら、我が国の国民性に由来すると思われる僅かな被爆を拒否する患者の強い希望や妊婦である場合には患者の意向を尊重しエックス線検査による充填状態の確認を免除することが妥当と考える。
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 人 → 人 増・減・変化無し 年間加圧根管充填後エックス線検査回数の変化（1%撮影不可であったと仮定） 現在 15,000,000回 → 14,850,000回 増（減・変化無し）
	※根拠 平成19年度 厚生労働省統計表データベースシステム引用
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（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又は増加すると予想される医療費	予想影響額 18,000,000円（増・減） エックス線検査ができなかった件数を約150,000件とし、これにエックス線検査（口内法）38点（380円）を乗じると、（1）約57,000,000円が減となる。しかし、このうちの5%（7,500件）が根管充填不良で、再度の感染根管処置や補綴処置（1件：1,000点として）を必要とした場合は（2）約75,000,000円の増である。（2）－（1）の差し引き約18,000,000円の増と推定する。
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	訪問診療で撮影できない場合、当該歯の隣接歯と同時に撮影することが妥当な場合も考慮すべきである。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯内療法学会、日本歯科保存学会、日本歯科放射線学会、日本補綴歯科学会

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	日本耳鼻咽喉科学会
技術名	浮遊耳石置換法
技術の概要	頭位・頭位変換眼振検査所見にて罹患耳を決定し、ベッド上にて頭位・体位変換を行い半規管内に浮遊している脱落耳石・代謝異物等を卵形嚢へ移動させてめまいを治癒させる方法。
対象疾患名	良性発作性頭位性めまい症
保険収載の必要性	内耳性めまいで最も多いのがBPPVである。この治療に対し積極的な治療法はなかったが、1970年代後半に半規管内浮遊耳石理論に基づいて考案された当治療の開発は、この疾患に悩む患者に革命的効果をもたらし、世界的に標準的な治療法として普及してきている。この治療法またその変法の保険適応で、患者さんを速やかに苦しみから開放できる。
【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 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： II BPPVに対する浮遊耳石置換療法の有効性は8～9割前後で、その殆どが、治療法を施行後すぐにめまいから開放されることが知られている。一回で不十分な場合でも、反復施行することでその効果が得られる。この治療法は、BPPVに対する標準的な治療法として広く欧米において普及し、我が国でも日本めまい平衡医学会からガイドラインが出ている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	治療時のめまい誘発への対応と頸部の過伸展による頸椎への影響を配慮する必要がある。
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）	特になし
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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 20,000 人 年間実施回数 2 回 一度行うことで効果はほぼ十分であるが、時に再度同じ治療法を繰り返さなければならない症例もあることを念頭に置いた。
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	本治療法の導入で、再診日数、投薬日数の大幅な削減が可能。単純に全症例について見積ると、再審回数2回、投薬（抗めまい剤など3種）期間半年として半年投薬×2万人＝452,520,000円かかる。治療によって再診回数1.2回×2万人＝210,000,000円となり、差額242,520,000円が減少する。(初診料・再診料含まない) 予想影響額 242,520,000円 減 既存の技術：診療報酬の区分番号 技術名
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 OJ処置 点数 756 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)：744《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：ガーゼ、マスク(120円)

