

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	日本整形外科学会
技術名	再診時、他医で撮影したMRI、CTの読影料の算定
技術の概要	他の医療機関で撮影した画像について診断を行った場合の診断料
対象疾患名	CT、MRI検査を要する疾患
保険収載の必要性	他医療機関で撮影したCT、MRIは初診時しか算定できないが、再診時に画像所見の説明を求められることが多い。その際に読影することにより診療の質の向上が図られ、かつ再撮影による医療費の無駄が省かれる。
【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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>VI</u> 他医療機関での撮影CT、MRIは初診時しか算定できないが、再診時にも持参させることにより診療の質の向上が図られ、かつ再撮影による医療費の無駄が省かれる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	問題ない
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）	標榜科の領域であればCT、MRIは十分に読影できる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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>不明</u> 人 年間実施回数 <u>不明</u> 回 CT、MRI検査は広く行われており、画像データを患者自身が所持することも多い。普及されている行為である。年間実施数は不明。
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	再診時でも、MRIやCT等の断層撮影のデータを持参していく習慣があれば、1回のデータでかかりつけ医を始めとする多くの医師が読影して、多くのデータを共有することになり、重複撮影の医療費の削減のみならず、患者中心の医療が推進されることになる。 6,000の医療機関で、年間60件のMRI、CTの読影をしていると予想されている。予想影響額 <u>0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画像 点数 <u>450点（現行点数に準ずる）</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）：*450点（現行点数表E203に準ずる）《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：読影料のため、特になし。

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。

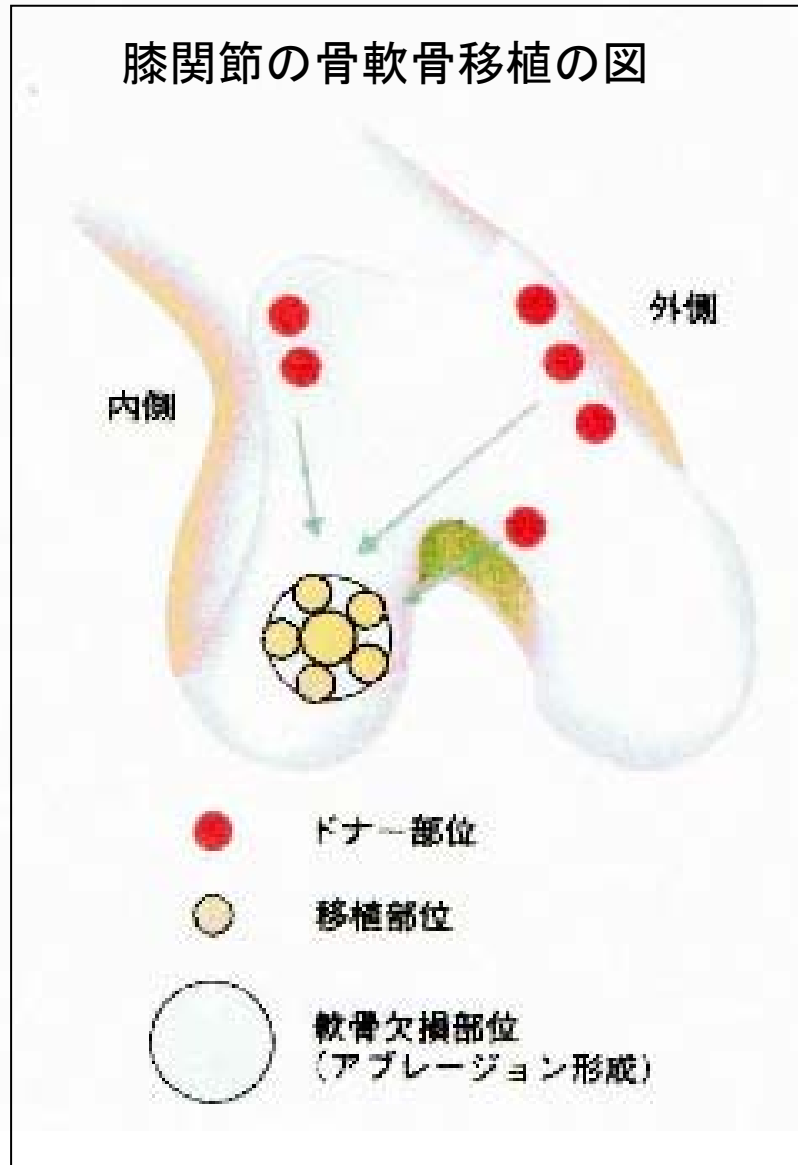
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※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	日本整形外科学会
技術名	鏡視下自家骨軟骨移植術
技術の概要	自家骨軟骨を採取、軟骨欠損部位に移植して関節機能の修復を計る。
対象疾患名	関節軟骨損傷、離断性骨軟骨炎、骨壊死
保険収載の必要性	欠損した軟骨を修復する術式が保険点数上存在しないため今回要望を提出
【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>V</u> 対象患者に対し行われた場合、80～90%に良好な成績が得られ、関節機能の向上が計られている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	手術による特別な合併症は殆んどない。
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）	限局性の軟骨欠損に対する治療法としての有効性は認められている。良い適応を選んで、正確に手術を遂行する技術は重要であるので、過去にある程度（10例）以上当該手術を施行した医師が行うのが望ましい。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	問題なし自己組織を用いるため問題はなく、社会的に十分受け入れられる方法である。
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>600</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 対象患者数は、膝、肘、足などの限局性の関節軟骨損傷である。40才以下の関節鏡手術症例の10%程度に対象がある。年間、全体で600例程度の数が行われていると推定される。
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	年間600件の手術が施行されると考えると予想影響額は2.2億円の増額となる。 しかし、患者のQOLの向上、スポーツや労働への復帰により社会的利益も大きい。又、将来に人工関節などの追加手術の可能性が少なくなり、長期的にみればプラスである。 予想影響額 <u>130,000,000円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K082</u> 技術名 <u>人工関節置換術</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精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 O K手術 点数 <u>74,992</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）：73,172点 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：18,204円（試算参照）

鏡視下自家骨軟骨移植術

膝関節の骨軟骨移植の図



適応症: 初期の変形性関節症、骨壊死、軟骨損傷、離断性骨軟骨炎など

手術手技:

体重のかからない部位などから、自家骨軟骨を採取し、軟骨欠損部に移植して関節機能を修復する。

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。

申請団体名	日本整形外科学会
技術名	鏡視下肩関節唇形成術
技術の概要	関節鏡下に肩関節唇または肩関節唇/関節包複合体を形成する術式
対象疾患名	肩関節不安定症、肩関節唇損傷
保険収載の必要性	従来、肩関節唇形成術は肩関節形成術に包括されてきたが、肩関節形成術は様々な術式が含まれており個々に評価されるべきである。
【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	エビデンスレベル（別紙参照）； <u>I</u> 関節唇は肩関節の安定性に大きく寄与している。傷害関節唇の修復・再建により95%の症例で障害を治癒させることができる。関節唇損傷を関節鏡下に修復・再建する関節唇形成術は非侵襲的であり、治療期間の短縮につながる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	肩の関節鏡下手術に習熟した医師が施行すれば問題はない。術後感染もほとんどなく副作用のリスクはきわめて低い。
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）	関節唇傷害を関節鏡下で形成することは技術を要する。しかし、約20年間に渡り継続的に施行され確立した手技である。近年、器具の新たな開発等により安全で非侵襲的な手術が可能となっている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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>3000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 肩関節不安定症に対する関節鏡下手術は年間1835例施行され、肩関節唇損傷に対する関節鏡下手術は年間641例施行された。よって1,835+641=2,476で、年間対象患者数は2,476人である。手術調査で把握できなかった症例も含めると3,000例程度と推測される。(2009年日本肩関節学会で調査)
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	関節鏡下に手術を行うことにより、オープン法に比べ、低侵襲で、入院期間およびリハビリ期間が短縮する。術後の肩関節の可動域制限もほとんどない。再脱臼率も同等である。 <u>予想影響額 918,270,000円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K-080-1</u> 技術名 <u>肩関節形成術</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精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 <u>○K手術</u> <u>点数 70,359 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）：54,879《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：154,804円（試算参照）

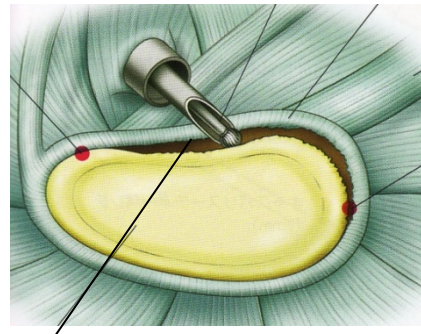
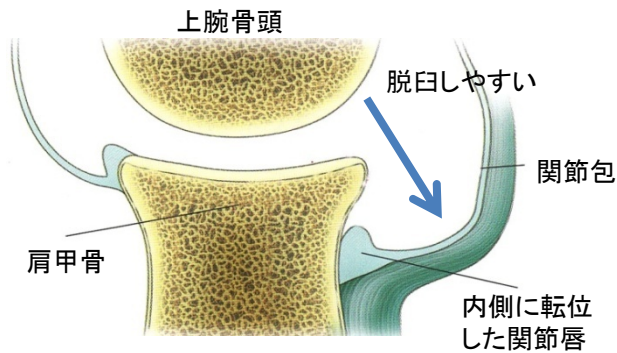
①技術名：鏡視下肩関節唇形成術

②技術の概要：関節鏡下に肩関節唇または肩関節唇・関節包複合体を形成する術式

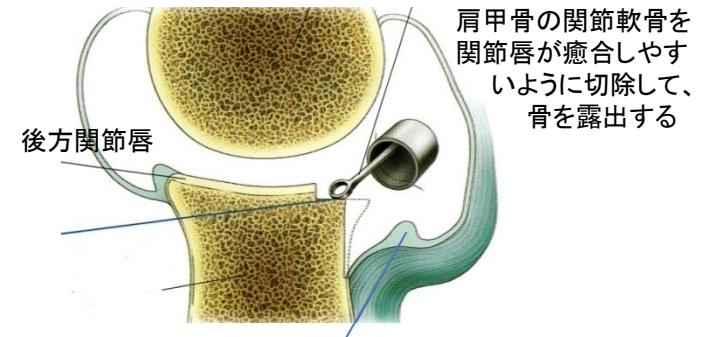
③対象疾患名：反復性肩関節脱臼など。軽微な外力で肩関節の脱臼が生じ、患者さんは常に脱臼に対する恐怖感に悩まされ、日常生活動作や仕事に多大な支障をきたしている。

④オープン法との比較：鏡視下手術では3カ所の小切開のみで低侵襲で手術を行える。術後のリハビリにて早期に肩関節の良好な可動性が得られ、脱臼不安感も消失する。入院期間も短い。

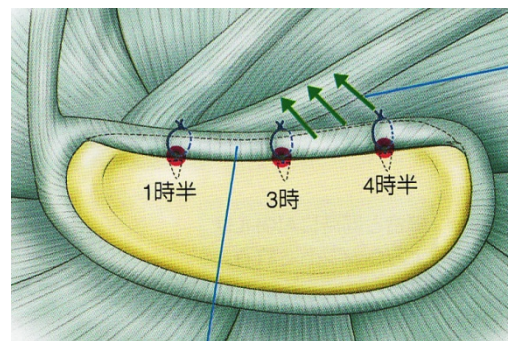
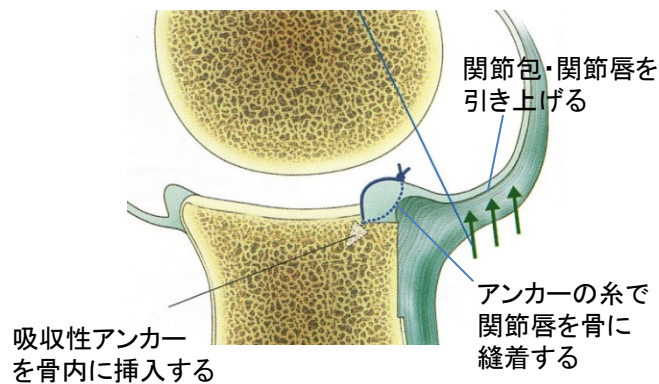
⑤診療報酬上の取扱：手術



前方の関節唇が剥がれている

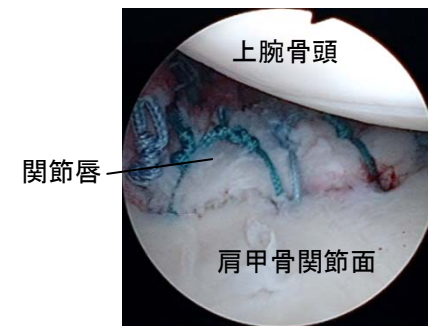


転位し癒着した関節唇を剥がす



3カ所にアンカーを挿入して関節唇・関節包を骨に縫着する

手術完了時の鏡視画像



アンカー1個に糸を2本装填しアンカー3個で6針関節唇・関節包を縫着

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	日本整形外科学会
技術名	透視下骨折観血的手術
技術の概要	高齢者の大腿骨頸部転子部骨折などで、牽引手術台とレントゲン透視を用いて骨折部を整復後、小切開で髓内釘などを用いて骨折部を固定する低侵襲手術。
対象疾患名	大腿骨頸部転子部骨折、大腿骨転子部骨折など
保険収載の必要性	低侵襲手術のため早期離床と機能訓練が可能となり入院期間は短縮する。
【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 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u> V </u> 手術中の骨折の整復位の確認が確実に行える。手術時間の短縮、患者の不安解消にもつながる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	牽引手術台を用いて骨折部の整復、安定化させる。骨折部を透視下に2方向から確認するため、正確な整復位の確認が可能となる。
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）	外保連試案では技術度D、協力医師数2人、看護師2人、所要時間は2時間、手術室占有時間は3.5時間である。
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 標準化した術式となっており、全国的に行われている。
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	人件費、透視器械の原価償却費、電気代などは必要。既存の骨折手術に比べ、牽引手術台、術中透視装置設置のため、手術開始までの手術室の占有時間は長くなるが、小切開で行うため、手術時間は短くなり、トータルでの手術室占有時間は変わらない。手術中のレントゲン撮影の必要性が殆んどなくなる。 低侵襲手術のため早期離床が可能となり入院期間が短縮するため、医療費の増減は既存技術と同等と考えられる。 予想影響額 <u> 0円 減 </u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u> K046 </u> 技術名 <u> 骨折観血的手術 </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精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 ○K手術 点数 <u> 39,893 (大腿骨 上腕骨) 点、39,893 (下腿骨) 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):36,586(大腿骨 上腕骨) 36,586(下腿骨)《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):33,072円(試案参照)

骨折の透視下手術

大腿骨頸部骨折などを対象とした小切開で行う低侵襲手術である。

適応症：大腿骨頸部骨折 大腿骨転子部骨折 など

手術手技

麻酔後、牽引手術台を用いて骨折部を整復・安定化させ、術中透視装置で整復位を確認する。

骨折の整復が得られたところで、術中透視装置を用いて、小切開で、骨折部を固定する髄内釘、スクリューなどを、骨内に挿入し固定する。

低侵襲手術のため、早期離床、早期リハビリテーションが可能となり、入院期間も短縮される。

術中透視装置



牽引手術台



麻酔後、牽引手術台を用いて骨折部を整復位を確保し、術中透視装置をセットして、小切開で骨接合術を行う。

単純X線所見



術前の骨折部



術後の骨折部



骨折部の固定に用いるγ-nail

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	日本整形外科学会
技術名	幼少児ギプス処置加算
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 ○J処置
診療報酬番号	J122～124, 128, 129
技術の概要	内反足、先天股脱の矯正・固定、各種骨折・脱臼の整復位保持にギプスを使用した場合、6歳未満には加算することを要望
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（ 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）
具体的な内容	幼少児のギプス処置では、本人の協力が得られづらく、もう一人の医師や看護師の介助を常に必要とする。6歳以下各年齢層に加算をいただきたい。 点数 3歳未満 100/100、3歳～6歳未満 50/100 加算 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）：911点～5,580点 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：1）石膏ギプス…1巻 150円～180円 2）プラスチックギプス…1巻 830円～1,330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。）	6歳未満のギプス矯正・固定では、本人の協力が得られず、思わぬ事故や不良な結果につながる可能性があり、常にもう一人の医師や看護師の介助を必要としている。治療時間も、対象とする部位は小さいが、矯正するための特殊技術や細部にわたりギプスをフィットさせるため、必要とする時間も通常の2倍要する。3歳未満 100分の100、6歳未満 100分の50加算をお願いしたい。頻度としては高くないので、医療費への影響は少ないと思われる。
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 不明 人→ 不明 人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 不明 回→ 不明 回 変化無し
	現在でもギプス矯正・固定は先天性内反足において治療の中心である。普及性は高い。対象患者数、回数に変化はない。少子化に伴い、年間の対象患者は1つの小児施設で年間20例前後と思われる。骨折、脱臼については実数は不明であるが、その頻度は多くはない。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 0 円 増 他分野と比較して対象患者が少なく、医療費への影響はわずかであると思われる。
（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	現行の3歳未満 100分の50加算から、3歳未満 100分の100、6歳未満 100分の50とした場合、内反足ではおおよそ年間20例×30施設＝600例が対象となる。すべて1歳以下なので、現行の950点×1.5と比べ、950点×2となるため、増額分は475点×600＝285,000点となる。骨折についても、6歳以下は非常に少ないので、医療費への影響は非常に少ないと思われる。

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）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：03-07, 22 - 15 - 01~13 技術度：C, D, E 医師（術者以外）：1(11のみ2名) 看護師：1(05, 09は2名) その他：0 所要時間（分）：20~90
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

<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>年間対象患者数の変化 現在 73,200 人→ 73,200 人 変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 1 回→ 1 回 変化無し</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者数：厚生労働省の平成19年社会医療診療行為別調査において、平成19年6月審査分で椎弓切除術（K131）、椎弓形成術（K132）、後方または後側方固定術（K142）、後方椎体固定術（K142）で椎間・椎弓加算が行われたのは約6,100人であった。年間73,200人と推定する。 ・年間実施回数等：上記より73,200回と推定。
<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 8256960000 円 減</p> <p>（1）予想される当該技術に係る年間医療費：21,301,200,000円</p> <p>（a）当該技術の施行に係る1回当たり医療費：椎弓切除術（K131）12,100点、椎弓形成術（K132）21,700点、後方または後側方固定術（K142）29,900点、後方椎体固定術（K142）37,420点。多椎間脊椎手術の場合1脊椎あたり50%の加算が行われる。一番技術点数が高い後方椎体固定術で全脊椎レベルを加算上限まで請求されると、全脊椎レベルを後方または後側方固定術で請求したときよりも22,560点高く請求されることに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術の医療費：椎弓切除術（K131）12,100点、椎弓形成術（K132）21,700点、後方または後側方固定術（K142）29,900点、後方椎体固定術（K142）37,420点の組み合わせで多椎間脊椎手術が実施されるため、加算される技術点数と椎間・椎弓数がすべての症例で異なり算定困難。 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費：22,560点高額に請求されたものが、他の術式である後方または後側方固定術が半数の椎間で実施され、当該技術点数で加算すると112,800円が減少する。
<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>	<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：7-36-</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）：150～560分</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）	2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：H19 ほか - L1 - S81-0029200 ほか 技術度：C 医師（術者以外）：1 看護師：1 その他：0 所要時間（分）：30
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）</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：1 - 22 - 01～11 技術度：A～C 医師（術者以外）：0名 看護師：1(02のみ0名) その他：0(02のみ1名) 所要時間（分）：15～20分</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	日本整形外科学会
技術名	創外固定器加算の適応拡大(関節内骨折観血的手術)
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	K932
技術の概要	K932 創外固定器加算の適応に K073 関節内骨折観血的手術を追加する。
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() 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等)
具体的な内容	K932 創外固定器加算の適応に K073 関節内骨折観血的手術を追加する。 <u>点数 *K073+10,000 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): K073 36,586点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	<p>関節内骨折は関節面の骨折が骨幹部まで連続している場合が多く、労働災害や交通事故などの高エネルギー外傷では粉碎骨折になりやすく軟部組織損傷を伴うことが多い。治療の要点は関節面の解剖学的整復と骨折の強固な固定であり、関節面の整復は観血的に関節を展開して直視下に行う。骨折の固定にはプレートを用いて行うことが多いが、これには大きな皮膚切開が必要であり軟部組織損傷の存在は感染、皮膚壊死やプレート露出といった重篤な合併症の発生が危惧される。一方創外固定器で骨折を固定した場合には、更なる軟部組織の損傷をほとんど起すことなく強固な固定が可能で早期リハビリが可能となる。</p> <p>現在、K046 骨折観血的手術において関節内骨折に対して創外固定器を用いた場合に加算が認められているが、本術式は関節内骨折に対して関節を観血的に展開して整復固定手術を行う別の術式 K073 であり適応拡大を望む。</p>
点数の見直しの場合	<u>点</u> → <u>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	<p>年間対象患者数の変化 現在 <u>0 人</u> → <u>10,000 人</u> 増</p> <p>年間実施回数の変化 現在 <u>0 回</u> → <u>1 回</u> 増</p>
	高エネルギー外傷の増加に伴い全国各地の病院でかなりの数が行われていると推測される。

<p>Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）</p>	<p>予想影響額 0 円 減</p> <p>創外固定器加算により個別の医療費はわずかに増加するが、創外固定では追加手術が必要となることはほとんどない。一方のプレート固定で感染や皮膚壊死などの合併症を起せば複数回の追加手術が必要となる場合が多く多額の医療費が必要となる。もしこれが必要なければ大きな医療費削減となる。さらに合併症による関節機能の破壊による身体的損失は社会復帰への大きな妨げとなり計り知れない経済的損失を伴う。関節内骨折に対する創外固定器による治療は低侵襲で安全な治療法であり社会的に大きな利益をもたらす治療法であると考えられる。</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>プレート固定と比べて創外固定では合併症に対する追加手術が必要となることはほとんど無く、この分の医療費削減となる。</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>2. あり（別紙に記載）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード：H32 ほか - L2 - S81-0067300 ほか 技術度：D 医師（術者以外）：2 看護師：2 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>	

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	日本整形外科学会
技術名	脊椎複数術式併用における50%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 ○K手術
診療報酬番号	K131～K132とK142
技術の概要	脊椎手術においては脊椎1レベルごとに脊髄圧迫の重症度と不安定性が異なるために、椎弓切除・神経除圧・脊椎固定が脊椎レベル毎に異なる術式で実施される例がある。そのような病態ではどの脊椎レベルが主たる病変で、どの脊椎レベルが従たる病変かは明確な区別が不可能で、それぞれの脊椎レベルが主病変となる。
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（ 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）
具体的な内容	多椎間で脊椎レベル毎に椎弓切除・神経除圧・脊椎固定が異なる術式で実施される場合、各術式の50%づつを加算し上限を200%加算とする。 <u>点数 2椎弓（固定術の場合は2椎間）以上の多椎間・複合術式では脊椎レベル毎に実施した術式点数の50%づつを併合することとし、加算の上限を4椎弓（固定術では4椎間）（200%加算）までとする。 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）：2椎弓（固定術の場合は2椎間）以上の多椎間・複合術式では脊椎レベル毎に実施した術式点数の50%づつを併合することとし、加算の上限を4椎弓（固定術では4椎間）（200%加算）までとする。 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	多椎間手術は椎弓切除・神経除圧・固定術が異なる組合せで実施される例があり、一番高い点数に合わせて加算されると医療費高騰を生じてきた。加算する椎弓数（固定術では椎間数）の合計を4椎弓（固定術では4椎間）までとし、加算の上限を200%加算までとする。本注をK131～K132、K142に追加することで、高い術式に合わせた加算点数の請求を適正化できることから、従来より審査機関側に混乱を生じてきた疑義を解消できる。
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 73,200 人→ 73,200 人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 73,200 回→ 73,200 回 変化無し
	対象患者数：厚生労働省の平成19年社会医療診療行為別調査において、平成19年6月審査分で椎弓切除術（K131）、椎弓形成術（K132）、後方または後側方固定術（K142）、後方椎体固定術（K142）で椎間・椎弓加算が行われたのは約6,100人であった。年間73,200人と推定する。

<p>Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）</p>	<p>予想影響額 8256960000 円 減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術の医療費：4術式の組み合わせで加算される技術点数と椎間・椎弓数が異なり算定困難。 ・保険収載に伴い減少すると予想される医療費：22,560点高額に請求されたものが、他の術式である後方または後側方固定術が半数の椎間で加算されると112,800円が減少。
<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 	<ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術の医療費：椎弓切除術（K131）12,100点、椎弓形成術（K132）21,700点、後方または後側方固定術（K142）29,900点、後方椎体固定術（K142）37,420点の組み合わせで多椎間脊椎手術が実施されるため、加算される技術点数と椎間・椎弓数がすべての症例で異なり算定困難である。 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費：22,560点高額に請求されたものが、他の術式である後方または後側方固定術が半数の椎間で実施され、当該技術点数で加算すると112,800円が減少する。
<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>	<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：* - * - *</p> <p>技術度：* 医師（術者以外）：* 看護師：* その他：* 所要時間（分）：*</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</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。

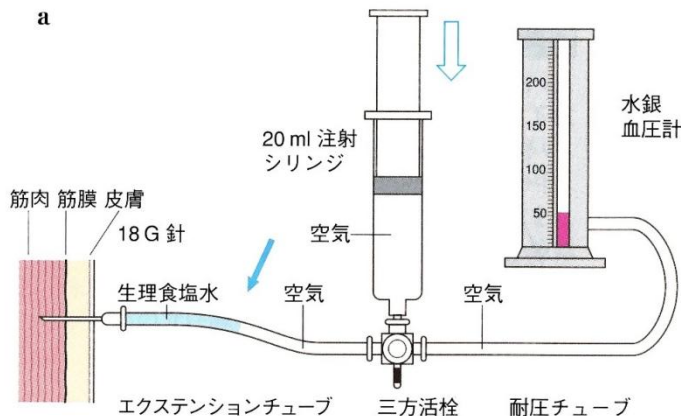
申請団体名	日本整形外科学会
技術名	筋肉内コンパートメント内圧測定
技術の概要	コンパートメント症候群の診断において、コンパートメント内圧を測定する手技である。
対象疾患名	コンパートメント症候群
保険収載の必要性	コンパートメント症候群では、超早期に筋膜切開することが必要である。診断では、臨床症状とともに、コンパートメント内圧が重要となる。意識障害患者や、臨床症状に乏しい深部コンパートメントのみの障害では、内圧測定が唯一の診断法となる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	脛骨骨幹部骨折患者 116 例において、コンパートメント内圧をモニタリングし、拡張期圧と内圧の差が 30mmHg を超える場合に筋膜切開を行った結果、コンパートメント症候群の発生は無かった。 エビデンスレベル（別紙参照）： I II <u>III</u> IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	注射針を刺すのみであり、身体へ障害を与える可能性は非常に低い。
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）	注射針と三方活栓付き点滴延長チューブ、水銀柱圧力計を組み立てて、測定装置を作製する。その原理と注射針を刺すコンパートメントの解剖学的な位置を理解していることが必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	倫理的な問題も無く、社会的にも妥当である。
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 500,000 人 年間実施回数（1人当たり）1回 四肢の外傷患者が対象となり、500万人以上と推定される。その内、実施が必要な患者は約 10%で、50万回の測定が実施されると推測される。
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	既存の該当する検査法は無い。手技料を 5,880 円とし、試行回数が 50 万回とすると 29 億 4000 万円の医療費が必要となる。保険の収載は圧測定の普及・増加につながり、筋膜切開施行の増加となると予想される。しかし、そのことは後遺障害に対する手術や入院期間、ならびに社会的損失を減少させることになるため、全体として医療費の削減が見込める。 予想影響額 1,200,000,000 円 増・ <u>減</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 該当なし 技術名 該当なし
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 <u>①</u> 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 点数 1,318 点（1点10円） 手技料 588 点に、別途請求が認められていない必要材料の価格（定価）：三方活栓付き延長チューブ：250 円、30ml シリンジ：50 円、水銀柱圧力計：7,000 円の合計 730 点を加え、計 1,318 点と算出。

技術名：筋肉内コンパートメント内圧測定

技術的特徴：注射針と三方活栓付き点滴延長チューブ、水銀柱圧力計を組み立てて、測定装置を作製し、注射針をコンパートメントの解剖学的な位置に刺入する方法(図)。

概要：四肢の骨折や圧挫症などの筋挫傷を伴う外傷では、筋肉コンパートメント内圧の上昇によりコンパートメント症候群が起こり、超早期に筋膜切開することが必要となる。診断では、臨床症状とともに、コンパートメント内圧が重要となる。意識障害患者や、臨床症状に乏しい深部コンパートメントのみの障害では、内圧測定が唯一の診断法となる。

四肢の、骨折や強い打撲、圧挫傷は500万人/年。その内、コンパートメント症候群が発生し、測定が必要となる患者は、約10%。



- needle manometer 法 (Whitesides 法) による筋区画内圧測定。延長チューブの液面が穿刺部と同じ高さになるように固定し、シリンジに圧をかけていきエクステンションチューブ内の生理食塩水と空気の境界面(矢印)が動き出す瞬間の血圧計の圧を読み取る。
- 左脛骨骨折例の前脛骨区画内圧を needle manometer 法で計測している。
- 前脛骨区画症候群の筋膜切開後。人工真皮で被覆している。



図：本法は、教科書にも掲載されている。標準整形外科改訂第10版 P.656

医療費削減効果

- コンパートメント症候群の発見、処置が遅れ、障害が発生、腱延長術を実施した場合、69,100円。
- 筋肉内コンパートメント内圧測定による、コンパートメント症候群の早期発見で、筋膜切開 8,400円を実施することで、後遺症に対する腱延長術がなくなった場合、69,100円 - 8,400円 = 60,700 円の医療費削減。
- そのような症例が、2万件あったとして、約12億円の削減効果。

社会的効果

- 重症例では、手術の対象ともならない重度の患肢の機能障害をきたすため、コンパートメント症候群による社会的な損失はさらに大きい。このため、筋肉内コンパートメント内圧測定による、重度障害の予防、社会的損失の防止効果は、さらに大きい。

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。

申請団体名	日本整形外科学会
技術名	精密知覚機能検査
技術の概要	Semmes-Weinstein monofilament set（太さの異なる十数種類のmonofilament）を用いて知覚機能を定量的かつ精密に評価する
対象疾患名	知覚神経障害（末梢神経切断・縫合術後、絞扼性神経障害、代謝性神経障害など）
保険収載の必要性	知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法は本法以外に存在しない
【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	Semmes-Weinstein test (SW-T)の有効性、再現性、反応性に問題がないことが複数論文にて報告されている エビデンスレベル（別紙参照）： <u>①</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	非侵襲検査であり、安全性に問題無し
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）	当該領域の学術雑誌では、末梢神経切断・縫合術後、絞扼性神経障害の知覚機能評価では本法による評価は必須となっている。日本整形外科学会関連学会である日本ハンドセラピー学会では、本法の技術普及、成熟のため、講習会を実施している。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	倫理的な問題も無く、社会的にも妥当である。
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 人 年間実施回数（1人当たり）1回 対象患者が約1万人と推定される。調査によると1人につき平均2.6回実施され、2.6万回の測定が実施されると推測される。
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	既存の該当する検査法は無い。手技料を7,500円とし、回数が2.6万回とすると1.95億円の医療費が必要となる。しかしながら、保険の収載は本法の普及に繋がり、正確な障害の把握による適切な治療法の選択により、その結果として過剰な治療や入院期間、ならびに社会的損失を減少させる効果が見込める。 予想影響額 1.95億円 <u>増</u> ・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 該当なし 技術名 該当なし
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 <u>①</u> 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 点数 750点（1点10円） 専門医人件費(10分) 36,520×10/60=6,086円、ハンドセラピスト人件費(30分) 2,660×30/60=1,330円、Semmes-Weinstein monofilament set（定価120,000円）減価償却 84円

技術名：精密知覚機能検査

技術的特徴

Semmes-Weinstein monofilament set (太さの異なる十数種類のmonofilament)を用いて知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法。(図)。

概要

- 知覚障害部位や範囲を評価し、回復の過程や手指機能の実用性・知覚再教育の適否を評価するために実施する。絞扼性神経障害など末梢神経障害では、閾値を調べて結果をマッピングすることで、神経損傷レベルや程度を把握でき、早期より神経の変化を捉えることが可能である。
- このような、知覚機能を定量的かつ精密に評価する方法は本法以外に存在しない。



図：太さの異なるフィラメントで刺激して、感じることできた番号に応じて、指定された色(緑：触覚正常、青：触覚低下、紫：防御知覚低下、赤：防御知覚喪失、赤斜線：測定不能)でマッピングする。

海外での評価

Semmes-Weinstein test (SW-T)の有効性、再現性、反応性に問題がないことが複数論文にて報告されている。

代表的論文：Jerosch-Herold C: J Hand Surg Br 2005; 30: 252-64. (添付資料)

社会的効果

保険の収載は本法の普及に繋がり、正確な障害の把握による適切な治療法を選択により、その結果として過剰な治療や入院期間、ならびに社会的損失を減少させる効果が見込めると考えられる。

<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 <u>4.45~5.9億円</u> 増・減</p> <hr/> <p>実増は、無床診療所210床で100円(10点)／単位であるので 年間 $9.3 \times 12.6 \times 240 \times 210 = 5,905,872$ 単位 $\times 100$ 円 $= 590,587,200$ 円 (約5.9億円)</p> <p>同様に中央値の実増は 年間 $7 \times 12.6 \times 240 \times 210 = 4,445,280$ 単位 $\times 100$ 円 $= 444,528,000$ 円 (約4.45億円)</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) 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>日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会、日本臨床整形外科医会、日本運動器科学会、日本温泉気候物理医学会</p>

Ⅲ-⑥関係学会、代表の研究者等	日本臨床整形外科医会
-----------------	------------

Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本臨床整形外科学会、日本運動器科学会

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	日本整形外科スポーツ医学会
技術名	内側膝蓋大腿靭帯形成術（鏡視下）
技術の概要	自家腱あるいは人工腱を用いて内側膝蓋大腿靭帯を関節鏡視下に再建し膝蓋骨の安定性を獲得し、膝関節機能の改善を図る。
対象疾患名	外傷性膝蓋骨脱臼後、反復性膝蓋骨脱臼（亜脱臼）、習慣性膝蓋骨脱臼など。
保険収載の必要性	本法は、従来法に比べて、適応疾患も広く、結果も同等以上であり、合併症もほとんどないこと。また近年急速に普及していることから、保険収載の必要があると考えられる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> 本手術法は従来の distal realignment 法と比較して、再脱臼率は半分以下（14%→7%）になり、臨床成績は同等以上（86点と88点）であった。レントゲンによる評価では、変形性関節症の発生率も減少する効果があると考えられた。 Clin Orthop Relat Res. 2009 Jun;467(6)
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	この手術特有の合併症の報告はない。考えうる合併症として、皮切部近くを走行する伏在神経の損傷が考えられるが、その報告もほとんどないようである。また伏在神経の解剖学的走行を認知して行うことで、本術式による副作用はほとんどない。
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）	膝蓋骨脱臼、亜脱臼など膝蓋骨に不安定性を呈する疾患に対する、機能的安定性を獲得できる手術法として学会で認知されている。 5年以上の膝靭帯手術の経験を有し、関節鏡の操作に習熟した医師が行うことがのぞましいと考えられる
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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>500</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 膝蓋骨脱臼、亜脱臼など膝蓋骨に不安定性を呈する疾患の中で、年間約500例の手術が見込まれる。
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	骨切手術を伴う従来法に比較して、約1ヶ月の入院、リハビリの短縮が見込まれるため15,105,000円の削減効果がある。予想影響額 <u>15,105,000円減</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K080-1</u> 技術名 <u>関節形成術（膝）</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 ○K手術 点数 <u>71,367</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）：54,879点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：164,879円（試算参照）

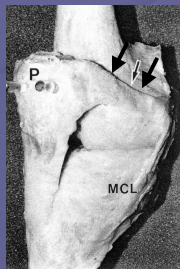
技術名：内側膝蓋大腿靭帯再建術（関節鏡視下）

対象疾患名：習慣性膝蓋骨脱臼、反復性膝蓋骨脱臼、膝蓋骨不安定症、外傷性膝蓋骨脱臼後MPFL断裂など。

技術の概要

解剖知識

内側膝蓋大腿靭帯
MPFL
(medial patellofemoral ligament)

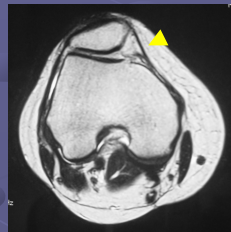


外側偏位に対する主要な抑制体で約80%以上を担っている。
野村栄貴ら. 別冊 整形外科No22: 膝関節の外科より

この靭帯が外傷性に破綻したり、先天的に形成不良の場合、膝蓋骨が脱臼を繰り返す。

MRI

正常



描出不良例



手術目的

この靭帯を解剖学的に再建し、膝蓋骨内側部の靭帯機能を正常化して、脱臼を防ぐこと。

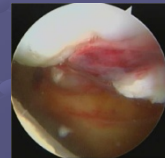
手術方法

•関節鏡施行後

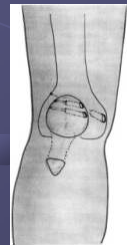
皮切



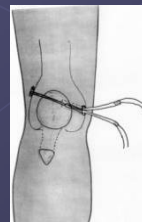
•関節鏡を行い、関節内の状態を調べる。遊離体などを摘出する。



•骨孔を作成する。（関節鏡で関節内に骨孔がつきぬけないことを確認しながら、移植靭帯を挿入するための骨孔を作成。）

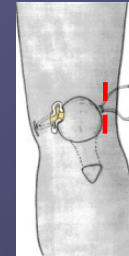


•移植靭帯（自家半腱様筋腱）を挿入・移植する。

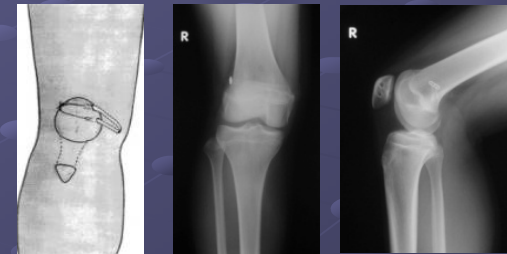


•移植靭帯を大腿骨側に繞き、膝蓋骨側に挿入する。
•関節鏡視下に、外側膝蓋支帯を切離し緊張・バランスを調整する。

Lateral releaseの追加

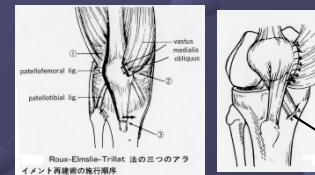


•完成



小皮切、低侵襲でなおかつ、解剖学的に再建可能な方法である。

現在当該疾患に対して行われている治療との比較



外側支帯切離。内側広筋切離・縫縮。脛骨粗面の骨切り、移動術、もしくは膝蓋腱の形成。を組み合わせで行ってきた。いずれも非解剖学的で、代償的な術式で直接膝蓋腱を安定させるアプローチではなかった。

診療報酬上の取扱

従来、K080-1関節形成術で請求することが多かったが、地域によって認められるかまちまちであり、K077-1観血的関節制動術やK079-3靭帯断裂形成術と審査される場合もある。今回の試案点数では、内側膝蓋大腿靭帯再建術（関節鏡視下）54,879点とし、本術式を適確に評価できるものとなっている。

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。

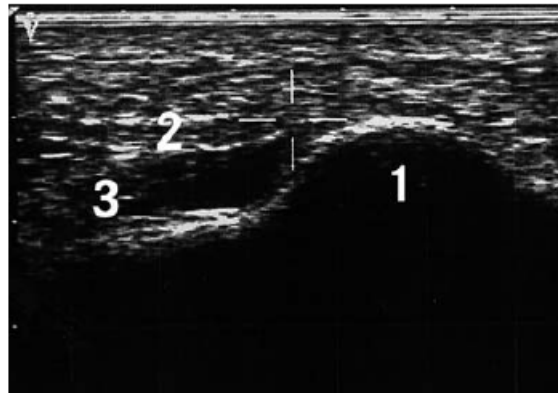
申請団体名	日本整形外科スポーツ医学会
技術名	体外衝撃波疼痛治療術
技術の概要	患部に体外より衝撃波を照射することによって除痛効果をもたらす。
対象疾患名	足底腱膜炎の除痛治療
保険収載の必要性	米国の足底腱膜炎の臨床治療ガイドライン（2001年）では、4～6ヶ月保存療法を行い、無効な場合はギプス固定や手術療法と並んで衝撃波療法が選択肢として挙げられている。日本においても衝撃波療法は保存療法が無効な患者にとって、手術に代わる治療、又は手術の前の選択肢として位置づけられると考える。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： V ベースラインからの各変化量は統計的に有意な回復的スコアの減少であった。（Wilcoxon T test）治療後12ヶ月間のVAS疼痛スコアにおける平均改善率は72.6%であった。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	重篤な合併症は報告されておらず、安全性が高い
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）	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 7,000 人 年間実施回数 1 回 当院において年間約60名の対象患者がいる。少なく見積もっても全国的には7,000人程度と推測される。
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	診療報酬も重要であるが、手術・保存的療法に有する時間（通院含む）、患者への影響、人件費を考慮しても有効な治療である。保存的療法は、副作用が少ないがステロイド剤の注入は腱断裂の危険性が高い。またNSAID（非ステロイド性抗炎症薬）の長期服用は消化管障害を引き起こす可能性がある。スポーツ選手にとって手術は、100%完治する事が保障されていない、且つ長期休養が必要であり、また選手生命の断念等に繋がる可能性も秘めているため抵抗がある。、予想影響額 673,785,000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 O K 手術 点数 10,424 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）：8,304点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：21,204円（試算参照）

- ①技術名： 体外衝撃波疼痛治療術
- ②技術の概要： 疼痛部位に衝撃波を体外より照射する。超音波装置が連動しており、疼痛部位を同定、正確に衝撃波が照射できる。
- ③対象疾患名： 足底腱膜炎
- ④手術法との比較： 腱炎の病巣を切除する方法（腱切除術）より、侵襲が少なく有効性が高い。また、入院治療の必要もなく、後療法期間が画期的に短縮できる。
- ⑤診療報酬上の取扱： 手術

体外衝撃波疼痛治療装置



踵骨と、足底腱膜の付着部を映し出す。踵骨と、足底腱膜の間に照射範囲を合わせる。



超音波での、踵骨における足底腱膜の付着部の焦点
 1. 踵骨
 2. 足底腱膜
 3. 足の筋肉(短)

体外より衝撃波を照射する治療

患者の反応をみながら徐々に衝撃波照射頻度と強度（レベル1～7）を上げていく。
 衝撃波エネルギー束密度の総和の上限は1300mJ/mm²目安とする。



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。

申請団体名	日本整形外科スポーツ医学会
技術名	運動処方料
技術の概要	運動器疾患・内科的疾患等の早期回復・重症化予防等を図るため、運動処方に熟練した医師が専門的に運動に関する指導・処方を行う。
対象疾患名	運動器疾患・内科的疾患等を有する患者で運動療法を必要とする者
保険収載の必要性	運動器疾患・内科的疾患等に対し、その早期回復を図り、重症化や二次性疾患の発症を予防して、これらの有病者を減少させ、国民の健康増進・健康寿命の延伸を図るとともに、医療費を削減するために、医師が専門的医学的知識に基づいて適切な運動を指導・処方することが重要である。
【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 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>II</u> 運動器疾患・内科的疾患等の早期回復・重症化予防等を図るためには、栄養・休養とともに適切な運動が重要であり、各個人に応じた運動が効果的、効率的、かつ安全に遂行出来るように、医師が専門的な知識に基づいて適切な運動を指導・処方することが重要である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	処方料故に技術そのものの安全性に問題はないが、処方内容の適切性を確保するため、運動処方に熟練した医師に限定して算定を認めることが望ましい。
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）	運動処方に関する専門的知識・経験・技術を有する熟練したスポーツ医資格を有する医師が行うことが望ましい。 外保連試案の技術区分 <u>C</u> （経験年数8年）レベル。
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>1,500,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 対象患者数：算定要件をスポーツ医（約15,000人）に限れば、全員が年間100回の運動処方を行ったとして延べ150万人。 年間実施回数：年に1回に限り算定。
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	予想される当該技術の医療費：スポーツ医（約15,000人）全員が、年間100回の運動処方料（2,000円）を算定したとしても、年間30億円に止まる。高血圧症だけに限っても年間医療費は1兆9,114億円。その中に占める薬剤費をも大きく削減できる。予想影響額 <u>3,000,000,000</u> 円 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)	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
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 <u>200</u> 点（1点10円） 《1》 外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：*200点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：

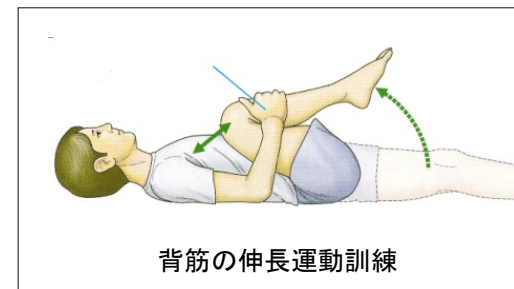
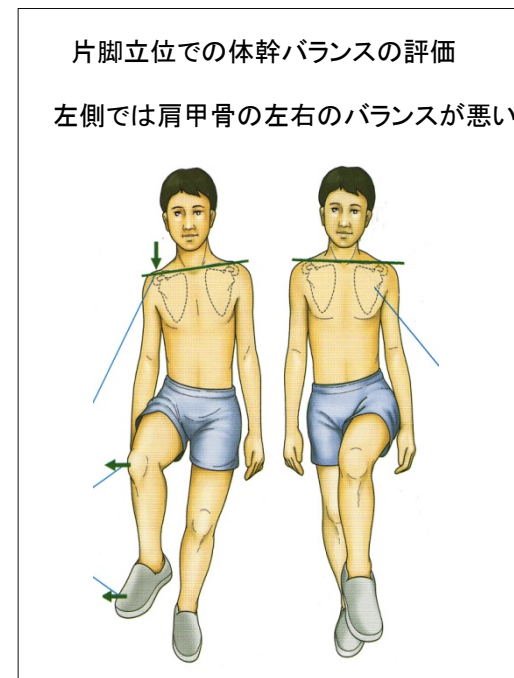
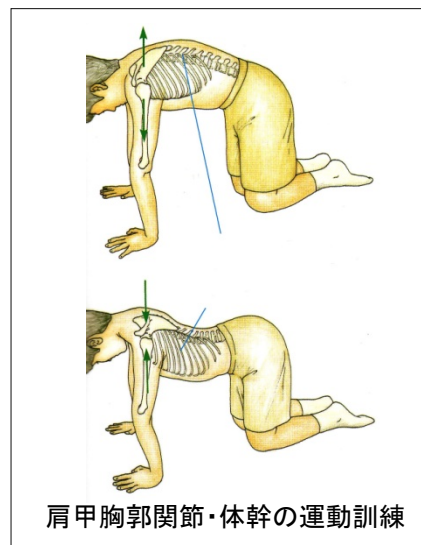
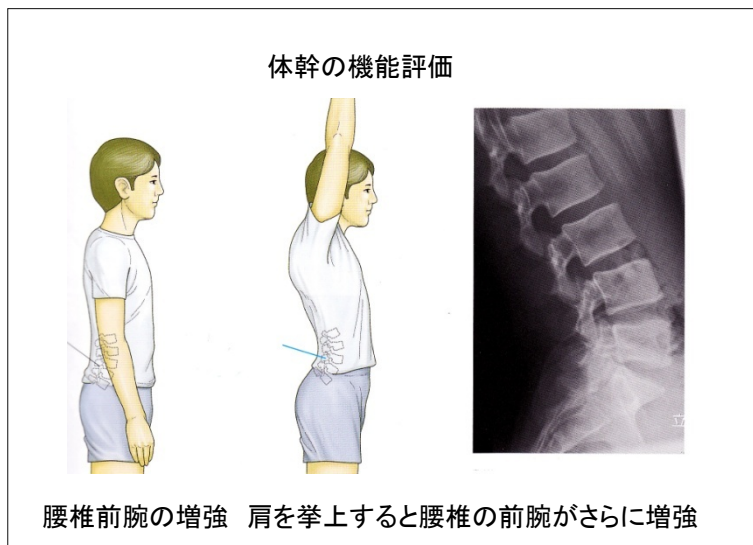
①技術名:運動処方料

②技術の概要:運動器疾患・内科的疾患等の早期回復・重傷化予防等を図るため、運動処方に熟練した医師が専門的に運動に関する指導・処方を行う

③対象疾患名:運動器疾患・内科的疾患等を有する患者で運動療法を必要とする者

④運動器疾患(骨関節疾患等)・内科的疾患(脳血管疾患等)に対し、早期回復を図り、重症化や二次性疾患の発症を予防するため、運動処方を行ってきたが、その治療行為に対し保険点数というかたちでの正当な評価をいただきたい。

⑤診療報酬上の取扱:処置



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	日本生殖医学会
技術名	腹式子宮腺筋症病巣除去術
技術の概要	本技術はループ型高周波切除器等を用いて、開腹手術で腺筋症組織のみ切除するもの。
対象疾患名	子宮腺筋症除去術
保険収載の必要性	本症例は20～30歳代といった若年者にも発症し、また本治療法は薬物治療が無効な症例において、妊娠希望や子宮温存希望のある場合の保存的手術として有効であり、保険収載の必要があると考えられる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> 術後60ヶ月間における妊娠期待率は50%であり、再発率は10%（産と婦. 2008:75:72-79）であった。月経困難症は術経有意に減少し、重篤な合併症はなかった。（J Minim Invasive Gynecol 2006:13:150-154）学会のガイドラインはない。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	術後早期の妊娠は子宮破裂や切迫早産の危険性があるが、術後十分な避妊を指導をすることにより、リスクを回避できると考えられる。
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）	日本生殖医学会生殖医療専門医であることが望ましい。施設基準は特に設ける必要はないと考える。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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>2,245</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 年間対象患者数 2,245人。年間実施回数（一人当たり1回）子宮全摘術は年間22,452件（社会医療行為別調査）行われ、そのうち子宮腺筋症は20%に存在するので $22,452 \times 20\% = 4,490$ 人となる。年間対象患者は子宮温存希望のある患者を50%として年間 $4,490 \times 50\% = 2,245$ 人となる。
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	当該技術に係る医療費は $616,210 \text{円} \times 2,245 \text{人} = 1,383,391,450 \text{円}$ となる。当該技術の保険収載に伴い、腹腔鏡下子宮全摘術が減少する。減少する腹腔鏡下子宮全摘術は $385,000 \text{円} \times 2,245 \text{人} = 864,325,000 \text{円}$ となるので、予想影響額は $1,383,391,450 \text{円} - 864,325,000 \text{円} = 519,066,450 \text{円}$ の増加となる。 予想影響額 <u>519,066,450円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 K877-2 技術名 腹腔鏡下膣式子宮全摘出術 予想影響額 <u>519,066,450円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 K877-2 技術名 腹腔鏡下膣式子宮全摘出術
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精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 ○K手術 点数 <u>61,621</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）：54,879点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：67,424円（試算参照）

添付資料: 腹式子宮腺筋症病巣除去術

腹式子宮腺筋症病巣除去術の概要

子宮腺筋症(Adenomyosis)は子宮内膜組織が子宮筋層内に存在し、その部位で増殖し、月経困難症、過多月経および骨盤痛をきたす疾患である。本技術は高周波切除器を用い、開腹手術で腺筋症組織のみを切除するものである。

したがって薬物治療が無効な症例において妊娠希望や子宮温存希望のある場合の保存的手術として有効である。

