

## 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	日本臨床外科学会
技術名	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固療法
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	K697-2
技術の概要	経皮的または小切開開腹下（鏡視下）に肝癌（原発性、転移性）周辺よりマイクロ波を通電、癌を凝固壊死させる。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li>6. その他（<span style="float: right;">）</span></li> </ol> 点数の見直し（増点）
具体的な内容	マイクロ波はラジオ波と同等効果があり、同点数にして欲しい。 <u>点数 *15,000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）：15,888点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：27,450円（試算参照）
<b>【評価項目】</b>	
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。）	マイクロ波凝固法とラジオ波凝固法は肝腫瘍の治療法として広く行われている方法であるが、両者の違いは周波数の違いだけである（マイクロ波 1240Hz、ラジオ波 450KHz）。マイクロ波は1回の焼灼幅が狭いのでより精密な焼灼が可能であるが、手技的にはむしろ煩雑で時間もかかり難度が高い。しかし効果が優れているということで、外国では最近マイクロ波凝固の見直しが進みつつある。来年度は是非ラジオ波焼灼法並みの増点をお願いしたい。
点数の見直しの場合	<u>13,600点</u> → <u>15,000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 400人 → <u>450人増</u> 年間実施回数の変化 現在 400回 → <u>450回増</u>
	マイクロ波凝固法は有効と判っていても技術的に難しく、点数が改正されたからといって急激に施行症例が増加するとは考え難い。しかし本法の有用性が外国から多く報告されるようになれば漸増も見込まれる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 6300000円増</u>
（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	開腹下（鏡視下）マイクロウェーブ凝固壊死療法の点数を15,000点と仮定すれば、現行との差額は1,400点であり、医療費の影響は14,000円×450例＝630万円であり、大きな影響はない。
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：Q46 - E2 - S81-0253600 技術度：D 医師（術者以外）：1 看護師：1 その他：1 所要時間（分）： 60
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

## 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	日本臨床外科学会
技術名	食道悪性腫瘍手術での血管吻合加算
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	K529 1
技術の概要	胸部食道全摘術後の再建で、空腸または結腸を有茎で頸部まで挙上して食道と吻合する場合がある（胃切除後、胃癌との重複癌などで）。挙上距離が長くなり、先端部の血流不全がおこるリスクがあるため、頸部の動静脈と挙上腸管の動静脈を顕微鏡下に吻合し、腸管先端の血流を確保する。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li>6. その他（<span style="float: right;">）</span></li> </ol> 点数の見直し（増点）
具体的な内容	食道全摘術後の再建で、空腸または結腸を食道と吻合および血管吻合する術式 <u>点数 186,353 点 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）：176,175 点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：101,782 円（試算参照）
<b>【評価項目】</b>	
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。）	腸管の血流不全による食道空腸（または回結腸）の縫合不全または腸管壊死のリスクが高く、縫合不全により術後の患者の QOL は極めて低下する。血管吻合によりかなりの率で防止できる効果がある。血管吻合は、通常形成外科医などにより顕微鏡下で、特殊縫合糸を使い、1.5～2 時間程度かかるものであり、是非加算が必要であると考えられる。
点数の見直しの場合	<u>121,400 点 → 186,353 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 150 人→ <u>150 人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 150 回→ <u>150 回 変化無し</u>
	2002 年の日本食道学会の全国登録（Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2002）では食道癌術後の再建で空腸を使っているもの 79 例、結腸を使っているもの 93 例の計 172 例となっている。全登録数は 4,272 例であるが、食道癌は年に 10,000 例発生しており、登録に参加しない施設の症例も含めて全体で約 250 例と推測する。しかし、空腸再建では下部食道切除術症例では同手技を要さないものも相当数含まれる。以上を考慮すると、全症例数は 150 例と推測する。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 97429500 円 増</u>
（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	2002 年の日本食道学会の全国登録（Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2002）では食道癌術後の再建で空腸を使っているもの 79 例、結腸を使っているもの 93 例の計 172 例となっている。全登録数は 4,272 例であるが、食道癌は年に 10,000 例発生しており、登録に参加しない施設の症例も含めて全体で約 250 例と推測する。しかし、空腸再建では下部食道切除術症例では同手技を要さないものも相当数含まれる。以上を考慮すると、全症例数は 150 例と推測する。

<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：Q04 - A1 - S81-0197500          技術度：D 医師（術者以外）：4 看護師：2 その他：0 所要時間（分）：540</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	日本臨床外科学会
技術名	腹腔鏡下胃局所切除術
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	K654-2
技術の概要	縫合器（3個）加算
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li>6. その他（<span style="float: right;">）</span></li> </ol> 点数の見直し（増点）
具体的な内容	GISTは、年間約2,000位で、そのうち約60%が手術している <u>点数 *縫合器（3個）加算 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）：19,726点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：222,633円（試算参照）
<b>【評価項目】</b>	
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。）	GISTガイドラインは、2～5cmは腹腔鏡下手術の適応とされており、通常2～3個の縫合器を使用する。3個までの縫合器使用認可を望む。
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	<u>年間対象患者数の変化 現在 2,000 人→</u> <u>1,200 人 変化無し</u> <u>年間実施回数の変化 現在 1,200 回→</u> <u>1,200 回 変化無し</u>
	GIST研究会集計では全国で年間1,800～2,200例、平均2,000例でその60%が手術をするとして手術対象は1,200例となる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 90000000 円 増</u>
（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	1,200例×縫合器3個=3,600個、3,600個×25,000円=90,000,000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）

Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：Q12 - A1 - S81-0240300 技術度：C 医師（術者以外）：3 看護師：2 その他：0 所要時間（分）： 120
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	日本臨床検査医学会
技術名	ティルト (head-up tilt) 試験
技術の概要	可動性傾斜台 (tilt table) を使用して被検者を臥位から受動的に 60-80 度の傾斜位を保たせ、神経調節性失神 (血管迷走神経性失神) を誘発し診断する試験
対象疾患名	神経調節性失神 (血管迷走神経性失神)
保険収載の必要性	失神の原因で最も頻度が多い神経調節性失神の診断に特異性の高い検査である
<b>【評価項目】</b>	
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	Framingham 研究では失神の原因として神経調節性失神が最多であり、予後は良好とされているが、交通事故や外傷などの原因になる可能性が高い。「失神の診断・治療ガイドライン」でもティルト試験は神経調節性失神の有力な診断方法と位置付けられている。再発性失神、ハイリスク例の単回の失神、他の失神の原因が同定されているが神経調節性失神も起こす例、運動誘発性失神に対するティルト試験の適応はエビデンスレベル II である。 エビデンスレベル (別紙参照): I <b>II</b> III IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全性は高く合併症は非常に少ない。ティルト試験で 3 秒以上の心停止を伴う心抑制型反応が誘発されることはあるが、すみやかに臥位に戻すことにより心停止や失神は回復する。
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)	・ 「失神の診断・治療のガイドライン」(2005-2006 年度日本循環器学会ガイドライン作成班, Circ J 2007;71 Suppl IV:1049-1114) で神経調節性失神の診断に必要な検査と位置づけられている。 ・ ティルト台やモニター機器の操作、末梢静脈確保、陽性反応 (徐脈と血圧低下) への対応以外の特別な技術は必要とされない。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	試験が陽性となれば直接診断に結び付くために妥当性があり、患者理解も得やすい。診断がつけば他の検査は不要となり、患者の精神的・肉体的負担は軽減する。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	Framingham 研究に基づくと我が国では 166 千人/年の患者数が想定され、認定病院 2299 施設で 72 人/年の患者数となる。 年間対象患者数 166,000 人 年間実施回数 (1 人当たり) 1~2 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	ティルト試験が神経調節性失神の診断に最も特異性の高い検査であり、代替検査はない。失神患者の鑑別診断のために頭部 CT 又は MRI、脳波、ホルター心電図、頸動脈エコー、心臓カテーテル検査等を実施した場合と比較し、診断に要する時間の短縮と多額の医療費削減が期待される。また当試験の安全性は高く合併症は非常に少ない。 予想影響額 415,000 千円 円 増・ <b>減</b> 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 <b>D</b> 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 点 (1 点 10 円) 薬物負荷のない場合 1,500 点 薬物負荷を行った場合包括して 3,000 点 他の多数の検査が不要になり、検査に複数の医師、スタッフを要する。

## ティルト (head-up tilt) 試験

**技術の概要:** 可動性傾斜台 (tilt table) を使用して被検者を臥位から受動的に60-80度の傾斜位を保たせ、心拍と血圧をモニターしながら神経調節性失神 (血管迷走神経性失神) を誘発し診断する試験

**対象疾患名:**  
神経調節性失神 (血管迷走神経性失神)

**診療報酬上の取り扱い:** 検査  
薬物負荷のない場合 1,500点  
薬物負荷を行った場合包括して 3,000点

**既存の検査方法との比較:** 失神の原因として最も多い神経調節性失神の診断に必要不可欠な特異性の高い検査法であり、代替えの検査はない



可動式傾斜台 (tilt table) に臥床後、60度までベッドアップした状態で、心電図と血圧の変化を記録・観察しているところ



## 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	日本臨床検査医学会
技術名	プロテインS (PS) 活性測定
技術の概要	血液凝固制御因子であるプロテインS活性を測定する。
対象疾患名	プロテインS欠損症・異常症、血栓症（動脈、静脈）、不育症（習慣流産）
保険収載の必要性	日本人にはプロテインS分子異常が多く見られ、静脈血栓塞栓症の危険因子となっている。PS分子異常の鑑別は、抗原量測定では不可能であり、PS活性測定が必要不可欠である。プロテインCは抗原量・活性が保険収載されているが、PS欠乏症の頻度（1.12%）はプロテインC欠乏症の頻度（0.13%）より高いことから必要と判断される。
<b>【評価項目】</b>	
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	日本人はPS欠乏症の頻度が高く静脈血栓塞栓症（VTE）の一番の原因であることは厚労省難治性疾患克服事業、血液凝固異常症に関する調査研究班の研究で明らかになっている（臨床血液2009年50巻5号）。PS異常症の鑑別には抗原量だけでなく活性測定が不可欠である。PS活性測定により異常が判明した場合は、生活習慣改善、抗凝固療法で血栓症予防が可能となる。また、妊娠時にはPSが低下するので、妊娠予定者は妊娠前にPS活性を測定し低下の場合、血栓症、不育症への対応が可能となる。血栓症診断にも有用である。 <u>エビデンスレベル（別紙参照）： I II III <b>IV</b> V VI</u>
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	通常の採血による検査であり、副作用等のリスクはなく安全である。
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）	一部の施設を除いては主に外部の検査センターへの外部委託 測定試薬、機器は精度管理上安定している 自動測定可能
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	肺血栓塞栓症（PTE）8,000人、深部静脈血栓症（DVT）15,000人（Cir J2009;73:305-309）、大腿骨頸部骨折12万人、妊婦110万人（平成20年患者調査）、抗リン脂質抗体症候群 全国で1万人（難病情報センター） ・ 年間対象患者数 125万3千人 ・ 年間実施回数 125万3千回 (一人当たり年間実施数1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	PSは約40%が遊離型として残りの60%がC4b結合蛋白質と結合している。遊離型と結合型を含むトータルの測定は保険収載されているが、抗原量のみでは異常症は検出できない（Clin Biochem. 2005年8巻）。頻度の高い異常を活性測定で検出し妊娠、外傷、手術時などの際の血栓症発症予防を効率よく行いPE、DVTの発症予防となる。保険点数を260点と仮定して 大腿骨頸部骨折患者全員を測定 12万×2,600=3.12億 妊婦全員を測定 110万×2,600=28.6億 予想影響額 <u>約38億</u> 円 <b>増</b> ・減 既存の技術：診療報酬の区分番号D006 15 技術名PS抗原量トータル、フリー
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 <b>④</b> 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 <u>260</u> 点 (1点10円) 類似技術の点数（プロテインC活性260点）と比較して同等と考えられる

## プロテイン S 活性測定保険収載の解説

国民の高齢化、生活習慣の欧米化などを背景に血栓症発症の危険因子である外傷、手術、妊娠、出産などを契機に静脈血栓塞栓症（VTE）[深部静脈血栓症（DVT）や肺血栓塞栓症（PTE）]の発症が増加している。VTEの素因である血液凝固制御因子欠乏及び線溶因子欠乏症の日本人の頻度はプラスミノゲン（国民の4.29%）、プロテイン S（PS）（同1.12%）、アンチトロンビン（同0.15%）、プロテイン C（同0.13%）の順となっているが、VTEの一番の原因はPSの異常症であることが明らかになっている。

### 現行（プロテイン S 活性測定保険未収載）での問題点

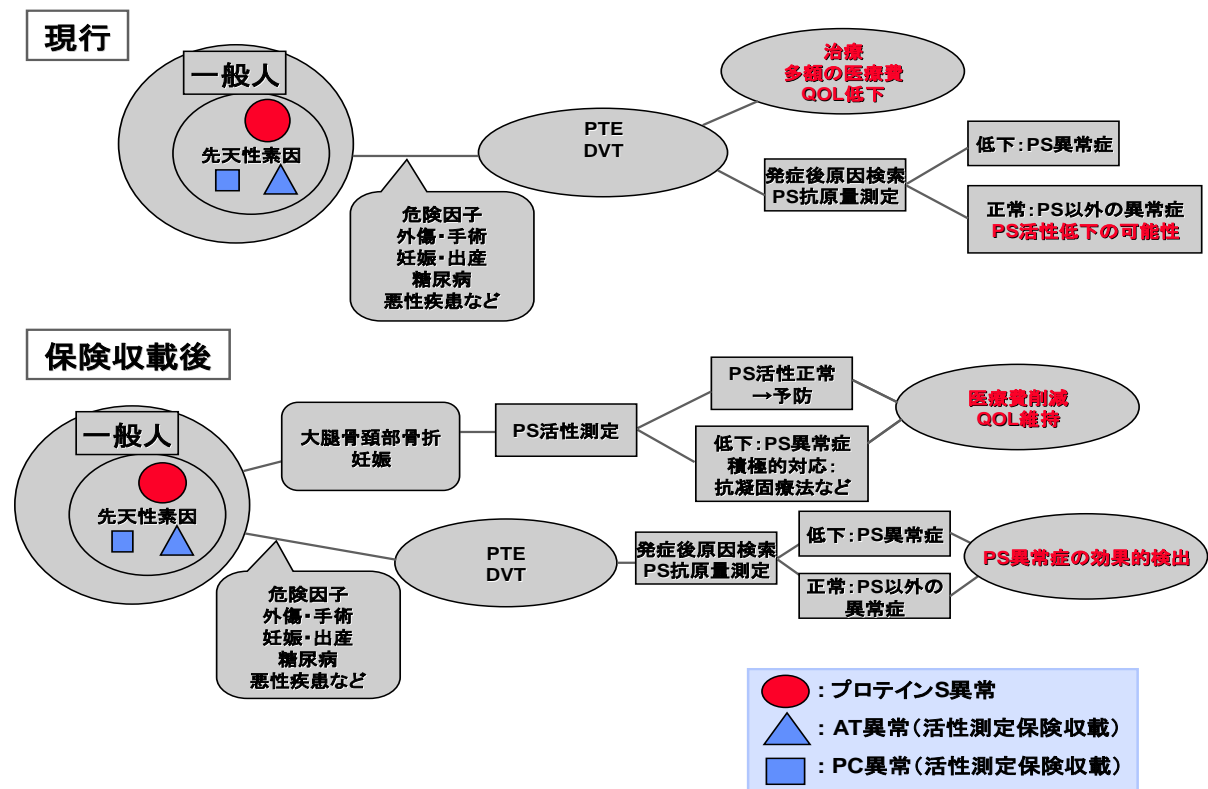
DVT、PTEは発症すると加療に医療費がかかり、かつ患者のQOLの低下を招きPTEはしばしば致命的である。DVT、PTE発症後、各種血液凝固制御因子、線溶因子の異常などの素因が調べられ、PSに関しては抗原量測定のみが保険で認められている。抗原量測定のみでは抗原量低下は異常と判断できるが、分子異常による活性低下症例は診断できず放置されている危険性がある。

### 保険収載後の対応

PS欠乏の頻度が高くVTEの一番の原因であることから血栓症発症の危険因子である外傷・手術（大腿骨頸部骨折）、妊娠、出産の該当者に優先的にPS活性をまず測定する。異常がなければ通常の血栓症発症予防対策を講ずる。低下していれば異常と判断し、生活習慣の改善と適宜、抗凝固療法の導入を考える。一連の対応でVTE発症はある程度予防となり医療費削減、QOLの改善に確実につながる。各種誘因の有無にかかわらずVTEを発症した際には素因検索にPS活性測定を必須とし抗原のみでは見逃される症例を検出する。異常症例では、承諾を得た上で家族検索などを施行し素因を知ることによって血縁者の今後の危険因子に対する効率のよい準備が可能となる。

### 総合的效果としては

VTEの発症予防による医療費削減、QOLの維持が可能。抗原量正常活性低下の異常症も検出可能となり、家族検索を有効に活用すれば予防が更に効率化する。





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 32,000,000 人→ 32,000,000 人 増・減・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">変化無し</span> 年間実施回数の変化 現在 32,000,000 回→ 32,000,000 回 増・減・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">変化無し</span>
	※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）  （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 36 億円 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">増</span> ・減  上記各項目の検査件数（平成 21 年度社会医療行為調査表より）に増点分をかけ足すと、136 億円の増になる。しかし、培養同定検査を行って感染症の起炎菌を同定し、薬剤感受性試験で効果のある抗菌薬からスペクトルの狭い安価な薬剤を選択すると医療費の大幅な削減（約 100 億）が可能
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	日本臨床検査専門医会、日本臨床微生物学会







<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予想される当該技術に係る医療費</li> <li>・ 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</li> </ul>	<p>初診時、増加包括点数または、初診加算後の点数は、145点(4項目分の増点)として <math>680 \text{ 万件} \times 145 \text{ 点} = 98.6 \text{ 億円}</math> (増加分は15.0億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 蛋白分画は、現行18点から、コスト算定結果よりより65点へ増点し、包括項目から除外。<math>10 \text{ 万件} \times 65 \text{ 点} = 6.5 \text{ 億円}</math></li> <li>・ 尿穿刺液の生化学検査 年間約850万件 <math>\times 0.6 \times 44 \text{ 点} = 22.4 \text{ 億円}</math></li> </ul>
<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>特記事項なし</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本臨床検査専門医会</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）	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="579 114 1090 152">1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 152 1090 190">2. あり（別紙に記載）</td> </tr> </table>	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）	2. あり（別紙に記載）
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	日本臨床検査専門医会		

## 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	日本臨床検査医学会
技術名	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン $\gamma$ 測定
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・ <b>○検査</b> 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	D015-24
技術の概要	末梢血を結核菌特異抗原で刺激・培養すると、Tリンパ球が細胞性免疫反応により産生するインターフェロン $\gamma$ を酵素免疫測定法(ELISA)で測定する。活動性結核感染の診断補助や接触者健診などの潜在性結核感染の診断補助を目的とする検査である。
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） <b>○2.</b> 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 600 点より、1,000 点数への増点を提案する。

### 【評価項目】

Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン $\gamma$ 測定は、第3世代のキット(3G TB IFN- $\gamma$ )へ変更となり、結核菌特異抗原を塗布した採血管と陰性・陽性コントロール採血管の計3本の専用採血管を使用する。専用採血管、試薬や機器の減価償却費は現行の保険点数と同等であるが、採血管は冷蔵保存が必要であり、採血時には指定温度に戻して使用するなどの温度管理や、採血管は1本から3本に増え、厳密な採取量(1ml)や混和方法が指定されるなど煩雑な採血手技に人手と時間を要する。さらに、採血後16時間以内の培養が必要で、迅速な検体搬送に加えて搬送時の温度管理も必須である。これらを考慮すると1,000点が妥当な評価であると提案する。
点数の見直しの場合	600点 → 1,000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 53,000人→ 53,000人 増・減 <b>○変化無し</b> 年間実施回数の変化 現在 53,000回→ 53,000回 増・減 <b>○変化無し</b>
	<b>※根拠</b> 平成21年社会医療診療行為別調査より推計 平成21年度は、平成20年度と比較して2%程度増加した。 平成22年度実施回数として、平成21年度件数に2%を加えて算出した。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 2.12億円 <b>○増</b> ・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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費の増加は 4,000(円)×53,000(回)＝2.12億円 適切な検査が実施されることにより、結核患者接触者や潜在性結核感染症の診断が確実になり結核発症予防や感染拡大抑制などの効果が期待できる。 また、長期的には結核患者減少に伴い医療費削減につながる
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)	<b>○1.</b> 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	日本臨床検査専門医会



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	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本呼吸器学会

## 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	日本臨床検査医学会
技術名	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査、連続呼気ガス分析加算
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・ <b>D検査</b> ・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	D211
技術の概要	トレッドミル、サイクルエルゴメーターにより定量的負荷をかけた時の、心電図変化や血圧の変化を記録し、虚血性心疾患の診断や治療効果の判定に行われる。連続呼気ガス分析は運動処方作成、心不全の予後判定、心移植時期の決定などに必須の情報が得られ、最高酸素摂取量の測定は心不全の重症度判定や予後予測に有用である。また、嫌気性代謝閾値は運動処方に必須である。
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	D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査：現行の800点から1400点に増点、D211-3 連続呼気ガス分析加算：現行の100点から800点に増点
<b>【評価項目】</b>	
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。）	心疾患、呼吸器疾患患者の心肺機能、運動耐用能を評価して重症度・予後をふまえて安全で適切な患者指導をすることは極めて重要である。広く一般的に行われている検査で方法も確立している。 内保連検査関連委員会生体検査WGのコスト調査では、調査施設のすべてでコストが実施料を上回っていた。検査の質を担保するには少なくともコストと同等の点数が必要である。上記増点はコスト調査に基づくものである。
点数の見直しの場合	<u>D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 800点 →1400点</u> <u>D211-3 連続呼気ガス分析加算 100点→800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 280,000 人 → 280,000 人 増・減・ <b>変化無し</b> 年間実施回数の変化 現在 280,000 回 → 280,000 回 増・減・ <b>変化無し</b>
	※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）  （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 2千万 円 増・ <b>減</b> 上記各項目の検査件数（平成21年度社会医療行為調査表より、連続呼気ガス分析はうち年間20,000件と推定）に増点分をかけ足すと、3億4千万円の増になる。しかし、心筋梗塞や心不全の場合、入院患者の評価に連続呼気ガス分析を実施し、従来より1日早い退院につながると、年間3億6千万円に医療費減（入院1日あたり1800点×1日間×二万人＝3億6千万円）

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	日本臨床検査専門会



## 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	日本臨床検査医学会
技術名	終夜睡眠ポリグラフィー（1以外の場合）
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・ <b>D検査</b> ・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	D237-2
技術の概要	睡眠時無呼吸症候群などの疾患の診断のため、睡眠時の呼吸状態、動脈血酸素飽和度、脳波、筋電図などを測定する検査。
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	D237-2 終夜睡眠ポリグラフィー（1以外の場合）：現行 3,300 点を 6,000 点に増点。
<b>【評価項目】</b>	
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。）	睡眠時無呼吸症候群の確定診断には終夜睡眠ポリグラフィーが必要な場合が多い。本検査は、熟練した臨床検査技師あるいは医師の監視下で検査を実施することが望ましい。データの解析にも熟練した臨床検査技師を要する。内保連検査関連委員会 生体検査ワーキンググループの調査では、コストが実施料を上回っており、検査の質を担保するには少なくともコストと同等の点数が必要である。増点は生体検査ワーキンググループのコスト調査に基づくものである。
点数の見直しの場合	D237-2 終夜睡眠ポリグラフィー（1以外のもの） 3,300 点 → 6,000 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 42,000 人→ 60,000 人 <b>増</b> ・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 42,000 回→ 60,000 回 <b>増</b> ・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 2 億円 <b>増</b> ・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	上記各項目の検査件数（平成 21 年度社会医療行為調査表より）に増点分と増加分をかけ足すと、22 億円の増になる。検査結果から新たに CPAP 療法が行われる患者が 1 万人増とすると、しかし、適切な検査を行って慢性閉塞性肺疾患を早期に診断することにより、疾患予防策を講ずると医療費の削減が可能。
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	日本呼吸器学会



Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本臨床検査専門医会

## 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	日本臨床検査医学会																								
技術名	グリコアルブミン（GA）の慢性維持透析患者外来医学管理料包括からの除外																								
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・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">その他</span>																								
診療報酬番号	D007（未確定）																								
技術の概要	糖尿病透析患者、特に貧血の患者やエリスロポイエチン投与患者では、HbA1cは偽低値となり、血糖状態を適正に反映せず、検査としては不適である。これらエリスロポイエチン投与の糖尿病透析患者に対しては、血糖管理指標としてグリコアルブミン検査が必須である。																								
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li>6. その他（<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span>）</li> </ol>																								
具体的な内容	糖尿病血糖指標である HbA1c は現在、慢性維持透析患者外来医学管理料の包括から除外されている。糖尿病透析患者のうち、貧血やエリスロポイエチン使用患者において、血糖管理指標として使用されるグリコアルブミンも同様に包括から除外することを要望する。																								
<b>【評価項目】</b>																									
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。）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・我が国の慢性維持透析患者の数は年々増加しており、日本透析医学会統計調査委員会の「2009 年末の慢性透析患者に関する基礎統計」によると、糖尿病性腎症が新規透析導入患者の原疾患の第一位で 44.5%をしめる。</li> <li>・糖尿病を原疾患とする透析患者も増加しており、糖尿病透析患者の血糖管理は重要性が高い。しかし、広く血糖状態の管理指標として用いられている HbA1c は、透析患者のうち、貧血やエリスロポイエチン使用の影響を受けて、血糖状態を適正に反映しない。そのため、透析患者のうち血糖管理が必要な糖尿病透析患者では、これらの影響を受けないグリコアルブミンでの血糖状態の適正な評価が必須である。</li> <li>・グリコアルブミンの有用性については国内外で報告されており、また、日本透析医学会、日本腎臓学会、日本糖尿病学会の合同で糖尿病透析患者における血糖管理指標に関する臨床評価の結果、グリコアルブミンの当該分野における有用性が判明した。</li> <li>・グリコアルブミン等の血糖管理指標は透析患者のうち、糖尿病合併症患者にのみ測定される項目であり、一般の透析患者を対象とした「慢性透析患者外来管理料」として、おしなべて包括することはなじまない。さらに、糖尿病透析患者においてはその外来の血糖管理が複雑であり、かつ血糖等、他の検査頻度も高い。</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">以上の理由から、グリコアルブミンについて慢性維持透析患者外来医学管理料の包括から除外することを要望する。</p>																								
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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">年間対象患者数の変化</td> <td style="width: 50%;">現在</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8.1万</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">人</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">8.1万</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">人</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">増・減</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">変化無し</td> </tr> <tr> <td>年間実施回数の変化</td> <td>現在</td> <td style="text-align: center;">98万</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">98万</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">回</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">増・減</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">変化無し</td> </tr> </table>	年間対象患者数の変化	現在	8.1万	人	→				8.1万	人	増・減	変化無し	年間実施回数の変化	現在	98万	回	→				98万	回	増・減	変化無し
年間対象患者数の変化	現在	8.1万	人	→																					
		8.1万	人	増・減	変化無し																				
年間実施回数の変化	現在	98万	回	→																					
		98万	回	増・減	変化無し																				
	<p>※根拠</p> <p>我が国の慢性透析療法の現況（2009 年末に慢性透析患者に関する基礎検討（日本透析医学会）より、透析患者 29.1 万人のうち糖尿病を合併している患者は 35.1%であり、約 10.2 万人と推定される。このうちエリスロポイエチンを使用している患者は約 8割であり、約 8.1 万人が対象となる。</p>																								

Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 4,900万 円 <input type="checkbox"/> 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	III-②における対象患者 8.1 万人は、現在 HbA1c（50 点）を測定していると推定される。これらの患者が HbA1c からグリコアルブミン（55 点）へ切り替わると推定。 改定前の検査費用：500 円×98 万回＝49,000 万円 改定後の検査費用：550 円×98 万回＝53,900 万円 ただし、糖尿病透析患者に対し適切な血糖管理が達成されることにより心血管障害、感染症等、重篤な合併症を減らすことができ、全体の医療費の抑制につながる。
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	日本透析医学会、学術委員会（平方秀樹委員長）にて「透析患者の糖尿病治療ガイドライン」を策定中であり、血糖管理指標としてグリコアルブミン野推奨と治療の目標値が盛り込まれる予定。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本透析医学会、日本腎臓学会、日本糖尿病学会、日本臨床検査医学会

## 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。

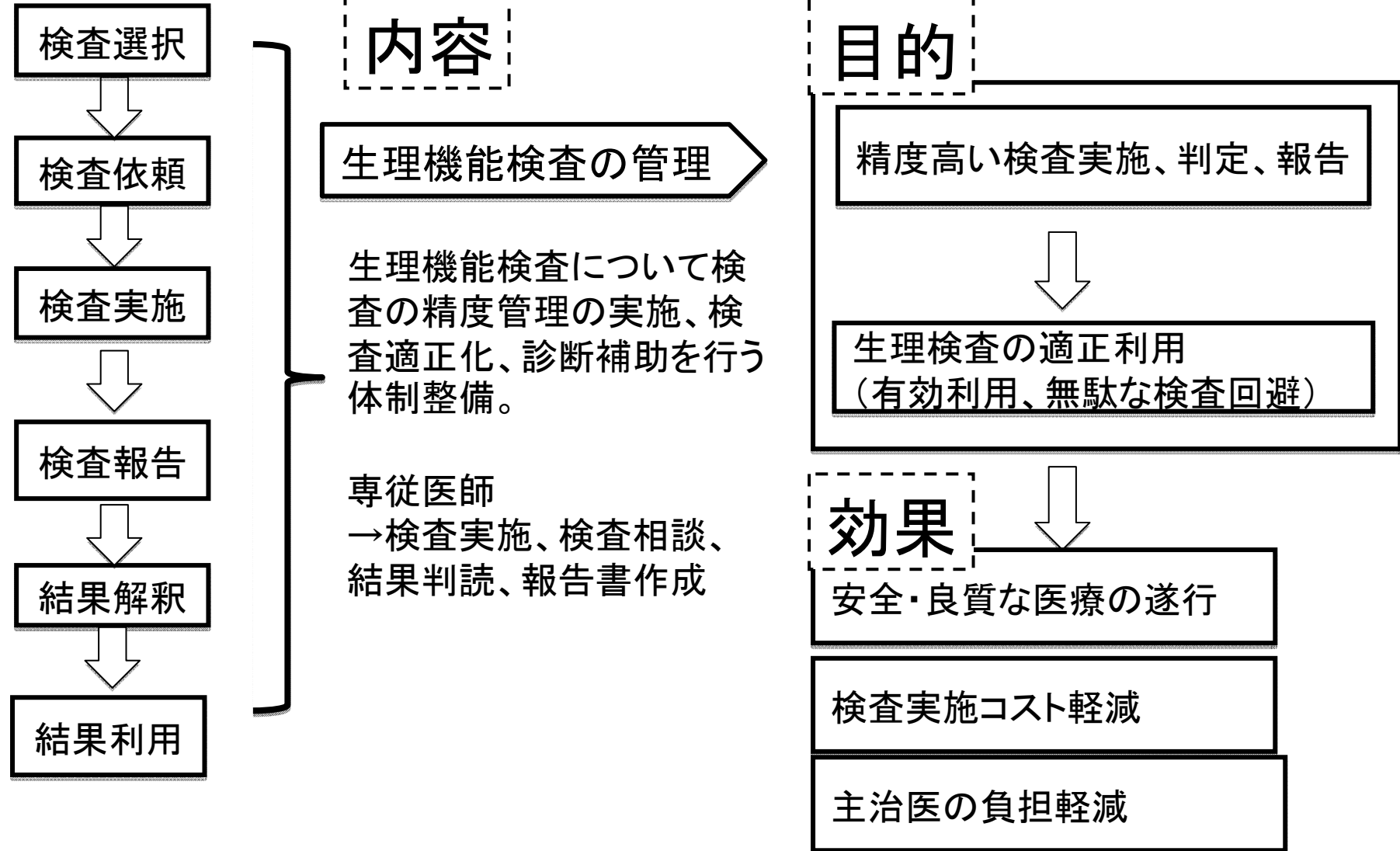
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※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	日本臨床検査専門医会
技術名	生理機能検査の管理
技術の概要	生理機能検査（心電図、心臓超音波、肺機能、腹部超音波、頸動脈超音波など）について検査の精度管理の実施、検査適正化、報告補助を行う。
対象疾患名	心臓血管疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、肝臓、乳癌
保険収載の必要性	生理検査は確定診断に直結する情報、呼吸循環機能評価による安全な医療（手術等）遂行に不可欠な情報を提供する。しかしながら、結果判定は、多くが主治医等によりなされ、各医師間でバラツキがある。また、検査が過剰または不適切に利用される場合が少なくない。近年、各診療領域の医師は業務多忙、トレーニング不足のため検査判定が困難となりつつある。また、検査実施において、保険点数が低く、検査費用（人件費、装置設置費、情報システム費等）を賄えない。良質な医療の遂行には、生理検査が適正に利用され、精度高い検査実施、判定、報告がなされる要件確保において相応の診療報酬が望まれる。
<b>【評価項目】</b>	
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	検査の精度管理による良質な医療を提供できる。  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	確定診断に直結する情報、呼吸循環機能評価による安全な医療（手術等）遂行に不可欠な情報を提供する生理機能検査の精度を向上させる。
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）	検査の精度管理の実施、検査適正化、報告補助のため、臨床検査、特に生理機能検査全般の管理に関する専門的スキルを備えた常勤の医師が必要である。
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	年間対象患者数 5,800,000人、年間実施回数（1人あたり）1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	個別の生理機能検査は、検査実施において、保険点数が低く、検査費用（人件費、装置設置費、情報システム費等）を賄えない。当該加算の新設により、検査実施に加え、精度管理、情報管理、適正化のため費用に充当可能である。  予想影響額 2,950,000,000 円 ○増・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名 検体検査管理加算
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 点数 外来40 入院300点（1点10円） 既収載項目の検体検査管理加算に準じた点数である。

# 生理検査

(心電図、心臓超音波、肺機能、腹部・表在超音波、頸動脈超音波など)





## 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	日本臨床検査専門医会
技術名	血液採取
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・OD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	D400
技術の概要	末梢静脈を穿刺し、臨床検査に用いる血液検体を採取する。
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	現行13点より、48点への増点を提案する。
<b>【評価項目】</b>	
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>今回の提案にあたり、日本臨床検査医学会、日本衛生検査所協会、日本臨床検査薬協会、日本臨床検査専門医会が組織する日本臨床検査振興協議会の医療政策委員会は、500床以上の病院36施設、500床未満の病院5施設、診療所128施設の協力を得て、大規模な採血コストの実態調査を行った。その結果、①注射器及び注射針、ホルダー及び採血針、採血管、ラベル、消毒綿、手袋等を含む消耗品代は78円、②医療用廃棄ボックス等を含む使用済み器具の廃棄費用等は16円、③採血関連の諸設備費は17円、④採血に関わる看護師、臨床検査技師等の人件費は369円で、採血1件あたりの平均コストは約480円であった。なお、医療機関規模別でみた採血コストの差異は僅少であった。採血の保険点数は現在13点であることから、この調査の結果、医療現場において、採血1件あたり約350円という大幅な赤字が発生している現状が明らかとなった。</p> <p>採血については、2006年、厚生労働省をはじめとする政府系機関、検査関連の産業界代表等、日本臨床検査医学会等の諸学会等、検査関連の官産学により組織される日本臨床検査標準協議会（JCCLS）により採血ガイドラインが策定され、患者はもとより、採血従事者の安全をも意識した採血法が提唱された。以来、医療現場ではこのガイドラインに沿った適正な採血に対する意識が急速に高まっており、その確実な実施を担保するためにも、経済的な裏付けが強く求められているのが現状である。</p>
点数の見直しの場合	13点 → 48点
Ⅲ-②普及性の变化 ・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 1.32億人 → 1.32億人 増・減・○変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 1.32億回 → 1.32億回 増・減・○変化無し</p>
	<p>□ 根拠</p> <p>現状においても、採血の適応（採血対象者、採血回数等）については、患者の状態を考慮した適正な評価に基づいて実施されており、保険点数の増点によって、この適応に変化が生じるものではない。</p> <p>実施回数については、平成19年6月の一ヶ月間に約1100万件の血液採取料が請求されていることから、1100万回×12月で、年間およそ1.32億</p>

	回の採血が実施されていると見積もったものである。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 46,200,000,000 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	新規提案点数 48 点と現行点数 13 点との差が採血一件あたり 35 点（350 円）、これに年間の採血回数 1,32 億回をかけて医療費の増加分を算出した。
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	日本臨床検査医学会

## 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	日本臨床検査専門医会
技術名	末梢血液像
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・OD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	D005（-5）
技術の概要	検査方法による末梢血液像の再評価（顕微鏡を用いた末梢血液像の評価）
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	顕微鏡を用いて血液像を評価した場合は、現行の18点から25点への増点を提案する。自動機械法のみの場合は15点に減点。
<b>【評価項目】</b>	
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。）	末梢血液像は、末梢血白血球を好中球、好酸球、好塩基球、単球、リンパ球の5種類以上に分類した場合に算定される。実際には自動血球計数機で分類する場合（自動機械法）と、検査技師が顕微鏡を用いて分類する場合（鏡検法）がある。鏡検法は自動機械法に比べ時間と労力を要するが、診断能はマニュアル法の方が格段に優れている。現実的には自動機械法でスクリーニングし、異常が検出された検体を鏡検法で再評価する方法が広く実施されている。しかし両者は診療報酬上区別されていない。診療報酬上、自動機械法のみ場合は減点、鏡検法で末梢血液像を再評価した場合は増点が必要と考え、提案する。
点数の見直しの場合	18点 → 自動機械法のみ 15点、鏡検法を追加した場合 25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 32438076 人 → 変化無し 年間実施回数の変化 現在 39375312 回 → 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。 対象患者数は実施件数を、実施回数は回数を適用して算出。 鏡検法による再検率（Ⅲ-③）は、日本臨床検査医学会 臨床検査点数委員会・日本臨床検査専門医会 保険点数委員会 合同委員会のアンケート調査における再検率の平均値 29%（回答24施設）を参考にして設定。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 0 円 増減無し
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点・減点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は $150(\text{円}) \times 39375000(\text{回}) \times 0.7 + 250(\text{円}) \times 39375000 \times 0.3(\text{回}) = 7087500000$ 円（鏡検法による再検率を30%として算出） 増点・減点しなかった場合に予想される当該技術にかかる医療費は $39375000(\text{円}) \times 180(\text{回}) = 7087500000$ 円 $7,087,500,000 - 7,087,500,000 = 0$ 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>	<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>参考データ：日本臨床検査医学会 臨床検査点数委員会・日本臨床検査専門医学会 保険点数委員会 合同委員会のアンケート調査における各検査のコストは以下の通り。 自動機械法（回答 24 施設）：平均値 161 円，中央値 155 円 鏡検法（回答 21 施設）：平均値 798 円，中央値 733 円</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本臨床検査医学会</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>参考データ：日本臨床検査医学会 臨床検査点数委員会・日本臨床検査専門医学会 保険点数委員会 合同委員会のアンケート調査における各検査のコストは以下の通り。 FCM法（回答 21 施設）：平均値 250 円，中央値 235 円 沈渣法（回答 21 施設）：平均値 1018 円，中央値 940 円</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本臨床検査医学会</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	日本臨床検査専門医会
技術名	染色体検査
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	D006-5
技術の概要	造血器疾患、先天性疾患の確定診断のため細胞培養後の分裂細胞で染色体を鏡検にて判定する。
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（ )
具体的な内容	現行 2600 点より 3200 点への増点を提案する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	染色体の鏡検にて判定は、熟練した検査技師による長時間の観察（2-3時間）が必要である。また、診断に医師の確認が必要である。これらを考慮して、3200 点が妥当な評価であると提案する。
点数の見直しの場合	_____ 2600 点 _____ → _____ 3200 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 8000 人 → 8400 人 ○増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 10600 回 → 11130 回 ○増・減・変化無し
	※ 根拠 平成 19 年社会医療診療行為別調査より推計 血液患者の増加等により年間 5%程度の増加傾向がある。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 62,360,000 _____ 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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は、 32000（円）×11130（回）=356,160,000（円） 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費は、 26000（円）×11130（回）=293,800,000（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	日本人類遺伝学会、日本遺伝子染色体検査学会

