

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	日本臨床神経生理学会
技術名	脳深部刺激療法（DBS）指導管理料
技術の概要	薬剤で十分な効果が得られないパーキンソン病・本態性振戦等に伴う振戦を軽減する目的で、脳内に埋め込まれた脳刺激装置の動作確認と、刺激条件の調整を行う。
対象疾患名	パーキンソン病、本態性振戦等による振戦
保険収載の必要性	術後管理の臨床的必要性：パーキンソン病に対する脳深部刺激療法は、対象疾患の経時的症状変化や投薬処方の変更に伴って効果が変化するので、刺激による治療効果を十分に発揮するためには、刺激装置を埋め込んだ後も慢性期全体を通じて患者管理が必要となる。
【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	エビデンスレベル（別紙参照）：Ⅰ 薬剤オフ時運動スコアが術後5年後も54%改善維持。一日の中で良く動ける時間（オン）と動き難い時間（オフ）を比較すると、起床時間におけるオン時間が27%から74%に増加する。抗パーキンソン病薬減量効果 Meta analysisの結果平均LED（レボドパ相当投与量）が55.9%減少する。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	刺激条件の調整に起因する特別のリスクは存在しない。
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）	脳深部刺激療法は、日本脳神経外科学会、日本定位機能神経外科学会、日本ニューロモデュレーション学会、日本神経学会、日本疼痛学会などで検討され、各種の振戦治療に不可欠な治療法となっている。刺激調整の方法については、これらの学会がハンズオンセミナーや講習会を実施しており、不随意運動の治療を担当する医師が刺激調整の技術を習得するための機会が提供されている。
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 4,000 人 年間実施回数 6 回 正確な年間対象患者数は不明であるが、国内で推計4,000人程度の患者が脳深部刺激療法による治療継続中と想定される。指導管理の頻度は術後半までは1ヶ月に一度、その後は患者個々によって頻度が変化する(1ヶ月から半年に一回)が、平均2ヶ月に一度程度となる。
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	対象となる患者の平均的な薬剤投与例を元に一日当たり薬剤費を試算すると、2,699円と推測されるため、適切な管理指導によって海外報告と同等の投与薬剤量の減少55.9%が達成されれば、年間22億円の薬剤費減少となる。 予想影響額 1,993,000,000円 減 既存の技術：診療報酬の区分番号 K181 技術名 脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）
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その他 点数 一側あたり320 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）：*一側あたり320点。類似技術の点数（B001 特定疾患治療管理料 12 心臓ペースメーカー指導管理料と同様に、1月に1回に限り、一側あたり320点を算定できるものとする。埋込みを行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算できるものとする。）と比較して、複雑さとそれにかかる時間は少なくとも同等またはそれ以上と考えられるため。《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

保険未収載技術概要図

技術名: 脳深部刺激療法(DBS)指導管理料

技術の概要:

薬剤で十分な効果が得られないパーキンソン病・本態性振戦等に伴う振戦を軽減する目的で、脳内に埋め込まれた脳刺激装置(図1)の動作確認と、刺激条件の調整を行う。刺激条件の決定に合わせて、適宜投薬量の調整(主に減量)も実施する。

刺激条件の調整方法

- 調整には専用の機器(エヌビジョンプログラマ(図2))を用いる
- 刺激条件の調整はエヌビジョンプログラマのタッチスクリーンディスプレイを操作して実施する
- スクリーンディスプレイで選択された条件は、エヌビジョンプログラマの一部であるテレメトリモジュールを介して、体内に埋め込まれた刺激装置へ送信される(図3)

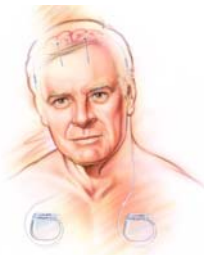


図1: 脳刺激装置



図2: エヌビジョンプログラマ
(承認番号21600BZY00016000)



図3: 刺激条件を体内に埋め込まれた刺激装置と交信

刺激条件の調整項目とエヌビジョンのプログラミング画面

- ①最適の刺激点の選択
- ②単極刺激と双極刺激の選択
- ③刺激強度の選択
- ④刺激幅の選択
- ⑤刺激頻度(周波数)の選択

①・②

スタイラスペンで電極をクリックして、陰極(-)、陽極(+), オフ(空欄)の切り替えをする。

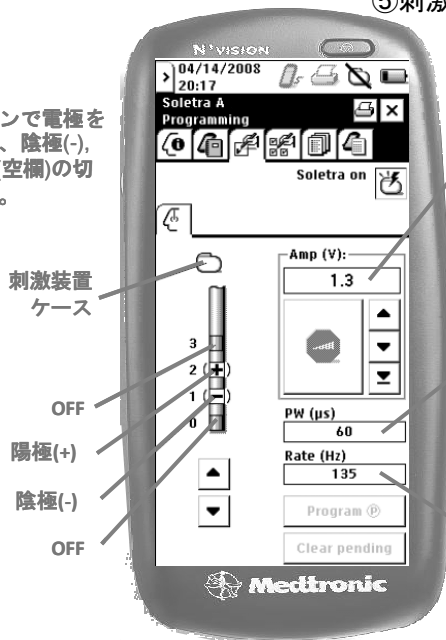


図4: プログラミング画面1

③ スタイラスペンで出力ボックスをクリックして、表示されるリストから値を選択。

④ パルス幅ボックスをクリックして表示されるリストから値を選択。

⑤ レートボックスをクリックして表示されるリストから値を選択。

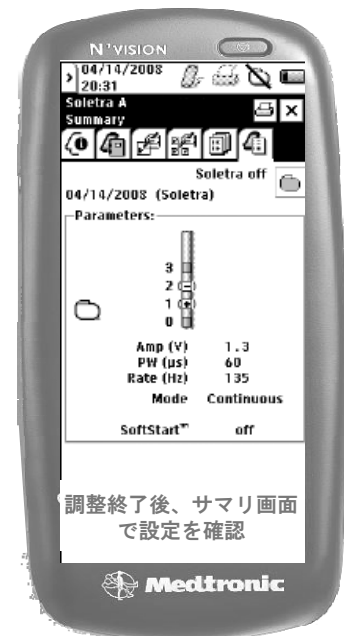


図5: サマリ画面

対象疾患名: パーキンソン病、本態性振戦等にとむなう振戦

既存治療法との比較: 当該技術の導入により代替される既存治療法はない

診療報酬上の取り扱い: 現在当該技術に対する評価は存在しない

	<p>根拠： 年間実施回数：平成 21 年社会医療診療行為別調査より推計(15×12 ヶ月=180 回) 対象患者数：患者一人当たり指導管理回数を年 3 回と仮定し算出(180÷3=60 人) 見直し後の対象患者数：過去 5 年間(平成 17 年～21 年)に社会医療診療行為別調査にて脊髄刺激装置植込術が算定された回数の合計から推計 1,600 人</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	<p>予想影響額 60000000 円 増</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>算定要件見直しにより、現在の 180 回から 4,800 回へ実施回数の増加が見込まれる。 $\{1,300 \text{ 点} \times (1,600 \text{ 人} \times 3 \text{ 回}) \times 10\} - (1,300 \text{ 点} \times 180 \text{ 回} \times 10) = 60,060,000 \text{ 円}$ 医療費削減の金額を明確に示すことはできないが、適切な指導により本治療の効果が最大化されることで多量の薬物投与を防ぎ、マッサージなどの併用療法や複数医療機関受診による費用の削減などが期待される。このため算定要件見直しによって、逆に医療費が減少することも考えられる。</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>2. あり(別紙に記載)</p>
Ⅲ-⑤その他	<p>外保連試案コード：* - * - * 技術度：* 医師(術者以外)：* 看護師：* その他：* 所要時間(分)：*</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	日本臨床神経生理学会
技術名	脳磁図
技術の概要	脳が発する弱い磁場を超伝導センサで計測する。脳波で見えない異常も検出でき、正しい病態診断による治療法の選択が可能。
対象疾患名	異常な電気活動を生じる中枢神経疾患（てんかん・脳梗塞・統合失調症・認知症）。
保険収載の必要性	脳磁図は、従来「神経磁気診断」として「手術前のみ」に適用されていた。安全で精度が高く、手術とは無関係に、てんかん等の神経疾患の鑑別に有用である。
【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	異常活動の検出能が高く、てんかんでは脳波で見えない異常波を脳磁図がとらえる場合があり、脳波と脳磁図を組み合わせた場合に診断効率が最大となる（Lin YY, et al. Neuroimage 2003年19巻）。 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	非侵襲的かつ非接触的な検査法であり、安全性は確立されている。
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）	日本臨床神経生理学会のガイドライン（臨床神経生理学 2005年33巻）により検査方法は標準化されている。脳波の基本知識を要するため日本臨床神経生理学会の認定医資格と同程度の専門性（臨床経験5年程度）を持つ医師が行うべきである。
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	脳磁計が稼動し診療報酬を請求できる施設は約30。1日の検査可能件数は約5名、年間200日の稼動では1,000名に検査可能。 年間対象患者数 3000人 年間実施回数（1人当たり） 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	装置は同等で安全性に差はない。神経磁気診断は手術前診断に限定されているが、脳磁図では手術に無関係に病態を診断できるため、効果の期待できる範囲が広い。 予想影響額 6億円以上 増・ 減 既存の技術；診療報酬の区分番号 D236-3 技術名神経磁気診断
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 8000点（1点10円） 神経磁気診断（5,000点）に比べて、より高度な専門性を要する医師の関与が必要。解析に時間がかかるため、1日に5件が限度。

脳磁図とは「磁場を使った脳波」である。

	脳波	脳磁図
測定する物理現象	頭皮上の電圧	頭部の外の磁界
用いるセンサー	電極と電圧計	超伝導磁気センサー
長所	簡易的で安価	位置推定精度が高い
短所	位置推定精度が低い	装置が複雑で高価

図1 脳波（左）は電圧を測定し、脳磁図（右）は磁界を測定して、脳の電気活動を観察する。

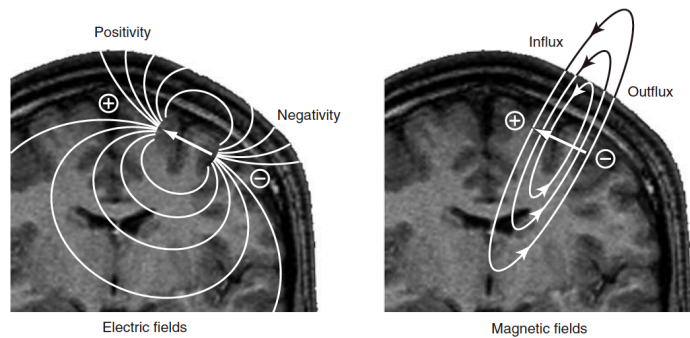


図2 脳波（左）と脳磁図（右）の測定

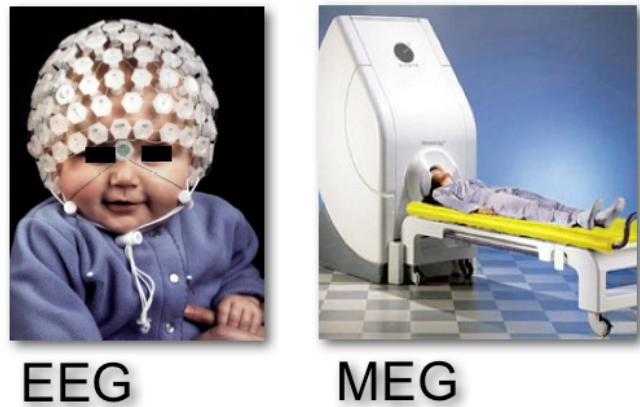
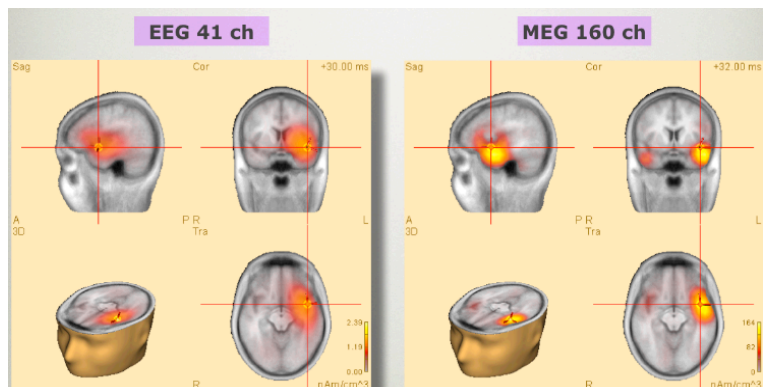


図3 脳波（左）と脳磁図（右）による、てんかんの焦点診断。



●脳磁図の臨床応用

脳波と同様、すべての脳疾患に応用が可能。特に、てんかん診断においては、診断の初期の段階で有用であり、てんかんの正しい病型診断にもとづいて、抗てんかん薬の適切な選択が可能となる。脳梗塞、精神疾患、認知症においても異常な脳活動の部位を推定できる。正常機能の局在診断（脳機能マッピング）にも利用できる。

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	日本臨床神経生理学会
技術名	事象関連電位
技術の概要	通常は課題としてオドボール課題を用いる。容易に弁別可能な2種類の音刺激や画像刺激をランダムな順序で提示し、呈示回数の少ないほうの刺激に対してボタン押しをさせる弁別反応時間課題か、その回数を数えさせる計数課題かを用いる。この刺激をトリガーとして大脳誘発電位を加算平均する。
対象疾患名	認知症（痴呆性疾患）、うつ病・統合失調症などの精神障害、言語や運動障害により知能検査が施行困難な場合。認知症（痴呆性疾患）の経過観察など。
保険収載の必要性	検者側の高度技術と訓練が必要であり、検査に要する時間も約1時間から1時間30分と長いため。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	事象関連電位検査により認知・情報処理過程をリアルタイムで検討可能な点から、各種神経内科疾患・精神科疾患の病態診断、予後指標、治療効果の判定などが可能となり、臨牀上有用な情報が得られる。早期認知症患者は300万人とみつもられるが、認知症に対する有効な薬物療法もあり、早期診断により重症化を遅らせることができれば、医療費の節減・介護費の節減・患者と家族のQOL向上に多大な寄与があると考えられる。また、患者に肉体的・心理的負担の少ない非侵襲的な事象関連電位検査の施行により、他の脳機能検査（脳血流検査[SPECT検査=1800点]や神経心理学的検査[WAISR=280点]）をかなりの程度に省略することができ、医療費を節減できる 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	頭部皮膚上に脳波電極を貼り付け、イヤホンからの音を聞かせたり、モニター画面を見させながら手でボタン押しなどの反応をさせる検査であり、合併症や副作用などのリスクは全くない。
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）	各種神経内科疾患・精神科疾患の患者において大脳認知活動を評価する検査として、神経・精神関連学会では必須技術として認められている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	特になし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	アルツハイマー病、多発性脳梗塞性痴呆（認知症）、頭部外傷後遺症などの高次脳機能障害、ヒステリーや詐病、統合失調症、うつ病など。大学病院レベルの施設で年間300件程度と推測。日本全体で年間1万件程度と推測
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	代替される既収載技術がない 予想影響額 _____ 円 増・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 <u>D検査</u> 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>2000点（1点10円）</u> 聴性誘発反応検査と視覚誘発電位がそれぞれ技術料670点であることから推定し、より高度の技術と判断が必要となり、より長い検査時間（約1時間から1時間30分）を要する当検査では、技術料2000点が妥当と考える。

事象関連電位

認知症 (痴呆性疾患), うつ病・統合失調症などの精神障害の患者
＜状態把握、治療の過程において知能や大脳機能を測定する必要性あり＞



症状の進行、悪化などによる言語や運動障害により知能検査が施行困難な場合がある

＜医療側も状態が把握できず、その後の治療や対応に苦慮＞



- ・事象関連電位検査であれば認知・情報処理過程をリアルタイムで検討可能
- ・各種神経内科疾患・精神科疾患の病態診断, 予後指標, 治療効果の判定などが可能
- ・医療費の節減・介護費の節減・患者と家族のQOL向上に多大な寄与

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	日本臨床神経生理学会
技術名	筋電図検査 2. 誘発筋電図（神経伝導検査を含む）
診療報酬区分（1つに○）	○D検査
診療報酬番号	D239 2
技術の概要	神経伝導検査は末梢神経の損傷・障害の程度、損傷部位を電気生理学的に検索する検査であり、末梢神経に基づく疾患、障害の診断、鑑別に必要不可欠の検査である。
再評価区分	○1. 算定要件の見直し（被検神経の数の制限の見直し） ○6. その他（被検神経の数の上限の見直し）
具体的な内容	現行の誘発筋電図に関する、1神経につき150点、3神経までを、1神経につき150点、10神経までと改訂することを要望する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	神経伝導検査を実施する場合、現実的には少なくとも4神経以上の検査を必要とし、更に運動神経と感覚神経については別々に検査するため、実際には8神経以上の検査を行っている。検査機器の進歩により簡単に記録が可能となった一方、検査手技には熟練を要し、結果の解析には専門的な知識が必要である。前回の改訂で、450点まで請求できることになったが、3神経までの検査とする設定では実状にあわず、10神経までの点数が請求できる様になることを要望する次第である。
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 10万人 → _____ 人 増・減・○変化無し 年間実施回数の変化 現在 _____ 回 → _____ 回 増・減・○変化無し
	※ 根拠 前回の改訂時に用いた過去の社会医療診療行為別調査で、1ヶ月の神経・筋判断料件数は全国で約18,000件あり年間約22万件と思われる。このうちの半分弱が本検査の対象者と推測される。前回の改訂時と対象者数に変化は無いと考えられる。
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 2億5千万円 増・○減 現行では、1500円×3神経×10万人＝4億5千万円の請求が、一人平均8神経の検査とした場合、1500円×8神経×10万人＝12億円の請求になり、7億5千万円の保険料の増加となる。一方、より精度の高い診断がなされることにより、対象患者10万人の1/4の2,5万人の患者の在院日数が1日減少し、これにより10億円の医療費の減少となる。従ってトータルでは2億5千万円の医療費の減少に繋がると予想される。 なお、平均8神経とした際の12000円というコストは、医師1人、検査技師1人が、それぞれ1時間を費やす本検査にかかる費用としては、妥当な額と言える。
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	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本内科学会、日本リハビリテーション医学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本整形外科学会 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	日本臨床神経生理学会																
技術名	平衡機能検査																
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	D250																
技術の概要	D250 平衡機能検査(5)の重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査において、この4つの検査はそれぞれ独立した検査であるので、重心動揺検査のみこの項に残し、他の検査は別項目とする。																
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（検査項目を分割して収載する） 																
具体的な内容	D250：平衡機能検査の(5)には重心動揺計のみを残し、D250-2 に下肢加重検査、D250-3 にフォースプレート分析、D250-4 に動作分析検査を独立した検査項目として収載する																
【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>再評価の理由：平成 20 年 7 月 10 日付けの厚生労働省保険局医療課からの疑義解釈資料(その 3)によると、 ・(問) 区分番号 D 2 5 0 平衡機能検査「5」の重心動揺計は、「1」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定する、とされているが、その他の「5」の下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査についても、あらかじめ「1」の標準検査を行う必要があるのか。——(答) その必要はない。 ・(問) 区分番号 D 2 5 0 平衡機能検査「5」の下肢加重検査は、靴式足圧計測装置やシート式足圧接地足跡計測装置、プレート式足圧計測装置等を用いて行うが、一連の検査として、複数の装置を用いて計測した場合においても、1回しか算定できないのか。——(答) そのとおり。一連の検査につき1回である。 ・(問) 区分番号 D 2 5 0 平衡機能検査「5」の下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査は、耳鼻科領域に限定されているのか。——(答) 当該検査は、耳鼻科領域に限定するものではない。以上のことが通知され、①重心動揺計、②下肢加重検査、③フォースプレート分析、④動作分析検査はそれぞれ独立した検査であることを行政当局も認めていることが伺われる。しかし、D250 平衡機能検査の 5 の 1 項目に、①から④の独立した検査が同時に収載されていることにより、不必要に国保連合会や支払い基金などから各医療機関へ検査内容の具体的な問い合わせがあり、現場では少なからず煩雑な対応がせまられている。項目の作成方法として、D250：平衡機能検査の(5)には重心動揺計による検査のみを残し、D250-2 として下肢加重検査、D250-3 としてフォースプレート分析、D250-4 として動作分析検査を、それぞれ独立した検査項目として収載することが必要である。</p>																
点数の見直しの場合	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> </table>	_____	点	→	_____	点											
_____	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: 30%;">年間対象患者数の変化</td> <td style="width: 10%;">現在</td> <td style="width: 10%;">10 万</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 10%;">→</td> <td style="width: 10%;">_____</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 10%;">変化無し</td> </tr> <tr> <td>年間実施回数の変化</td> <td>現在</td> <td>20 万</td> <td>回</td> <td>→</td> <td>_____</td> <td>回</td> <td>変化無し</td> </tr> </table>	年間対象患者数の変化	現在	10 万	人	→	_____	人	変化無し	年間実施回数の変化	現在	20 万	回	→	_____	回	変化無し
年間対象患者数の変化	現在	10 万	人	→	_____	人	変化無し										
年間実施回数の変化	現在	20 万	回	→	_____	回	変化無し										

	<p>※根拠 検査数が変化するわけではない。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 0 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>検査数が変わらないため、支払われる診療報酬も変化するわけではない。</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）	<p>1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）</p>
Ⅲ-⑤その他	<p>使用される機器は、薬事法の許可番号を得ている。</p>
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	<p>日本臨床神経生理学会、日本リハビリテーション医学会</p>

Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本小児神経学会、日本てんかん学会、日本神経学会、日本小児科学会
-----------------	----------------------------------

	1.5%といわれており、高齢化が進む本邦においては益々正確な診断の重要性が高まっている。実施できる医療機関としては、全国の精神科・小児科・神経内科・脳神経外科病院および一部の診療所であるが、検査実施施設に必ずしも判読技術を持つ医師が常駐しているわけではない。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 8,557,500,000 円 以上減
（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	<p>難治てんかん患者とされて治療されている非てんかん患者がてんかんセンターのデータから約10%存在する。日本てんかん学会実態調査委員会の報告では難治性てんかん患者では維持期に月平均18000円の医療費を要しており、非難治例の月平均13700円に比して月平均約4300円、年間約50000円多い。日本の難治てんかんは12-15万人と推測されているが、その内の約10%が非てんかん患者とすると、年間約32億円の支出がなされていることになる。此の結果は、難治てんかんとして20年、30年と治療されることを考えると患者への負担だけでなく国家財政への膨大な負担となっている。また、適切な病型診断がなされないために適切な抗てんかん薬が選択されず難治化し治療費が増加することも考えられる。先の調査委員会報告でも易抑制群の脳波実施率が平均89%であったのに対して難治群では平均74%であった。てんかんが難治化することにより生産労働から離脱する患者も多数おり国民経済としても大きな問題である。医療費の増加や脳波判断料が医療技術として正当な評価をうけることにより、判断技術の向上がなされ、少なくとも32億円減少となると思われるし、20年、30年という長期展望に立つとさらなる医療費の減少につながる。またこの難治てんかん患者として障害年金として2級として計算すると794500円が一人に年間支払われていると計算すると953400000円年間無駄に支払われていることになる。これが20年、30年となると膨大になる。</p> <p>また、重症意識障害症例においても中規模病院以下の医療施設においては脳波検査が実施されない場合も少なくない。このような重症意識障害症例の殆どは集中治療室での管理がなされている。臨床的脳死の診断が直ちに治療の中止につながるものではないが、患者家族への十分なインフォームドコンセントは過剰な延命医療を抑制し、患者自身の望む終末期医療を実現する一助となるとともに、医療費抑制にもつながるものである。</p> <p>a) $8000-1400=6600$ $6,600 \times 1000,000=6,600,000,000$ b) $18000 \times 12 \times 15000=3,240,000,000$ $794500 \times 15000=11,917,500,000$ $1,584,000,000+9,534,000,000=15,157,500,000$ b) -a) = 8,557,500,000 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）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）
Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本てんかん学会、日本睡眠学会、日本神経学会、日本小児神経学会、日本脳神経外科学会

<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）</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>点数増点の根拠：外保連試算において、1年毎に指数が0.5ずつ上昇する（高度な電気生理学的判断が必要な行為であるため）医師の人件費試算を勘案すると、経験年数5年目医師の1時間あたりの人件費は、15,450円である。神経筋に関する検査の判読や報告書作成に要する時間は平均35分を要するために、約9千円の人件費に相当する。これより800点の診療報酬は妥当である。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本神経学会 日本リハビリテーション医学会</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	日本臨床神経生理学会
技術名	終夜睡眠ポリグラフ検査
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・◎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	D237
技術の概要	夜間睡眠中に脳波、眼球運動、筋電図を基本として心電図、呼吸運動など多くの生体現象を同時記録する。
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	現行の診療報酬 3,300 点を 10,000 点に改定を要望する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	検査準備は午後7より開始する。脳波などの基本生体現象の記録に加えて、呼吸モニタ、酸素飽和度、心電図などの生体現象の記録のために、電極を被検者に装着する。午後10時から朝6時まで記録が行われる。検査中は被検者の監視と導出されたデータの雑音混入有無、雑音の原因などを記録する。検査後は導出されたデータの解析と結果を報告用紙に記載する。熟練した検査技師（3人交代で監視、記録）の人件費（61,180 円/日）、機器原価償却費（償却期間を5年として 6,540 円/日）、その他、記録電極、ペーストなどの消耗品を加算して計算すると現行の診療報酬では採算が合わない。日中施行される睡眠潜時反復試験（5,000 点）の診療報酬と比較しても整合性がみられない。
点数の見直しの場合	3,300 点 → 10,000 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	年間対象患者数の変化 現在 人 → 人 増・減・○変化無し 年間実施回数の変化 現在 回 → 回 増・減・○変化無し
	※根拠 平成12年度の報告により推計
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 6兆 円 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	国民の約20%になんらかの睡眠障害を抱えている。平成12年度の調査では成人の約5%は睡眠薬を服用していることが明らかになり、成人の約800万人が睡眠薬を服用していることが報告されている。アメリカの大統領諮問委員会の試算では不眠や日中の眠気による産業事故交通事故などの医療費の総計は80兆円に上ると推定されている。これに基づき経済規模や人口構成を考慮して算出すると我が国では6兆円の損失になる。睡眠障害の早期発見により大きな経済効果と医療費の抑制が期待される。
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	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本臨床神経生理学会

<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>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 $7000 \text{ 円} \times 50 \text{ (台)} \times 365 \text{ (日)} = 127,750,000 \text{ 円}$ 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は $35,000 \text{ 円} \times 50 \text{ (台)} \times 365 \text{ (日)} = 638,750,000 \text{ 円}$ 増点した場合に予想される減額される医療費は 当検査が効率的に行われる事による入院期間の減少 $30,000 \text{ 円} \times 3 \text{ (日)} \times 6000 \text{ (人)} = 540,000,000 \text{ 円}$ 非てんかん発作（てんかん専門施設の初診の1-2割とされる）が正確に診断されることによる医療費の減額 $1,000,000 \text{ 円} \times 500 \text{ (人)} = 500,000,000 \text{ 円}$ 差し引き：529,000,000 円の減 正確な診断により抗てんかん薬使用の減少、更なる不要な検査の削除、通院および入院期間の減少が結果し、短期的・長期的な医療費削減に結びつくことが国際的に報告され、長時間脳波ビデオ同時記録検査は国際機関（抗てんかん連盟）・国内学会（てんかん、神経生理、神経学会）で推奨されている。</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>特になし</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>日本臨床神経生理学会</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	日本臨床整形外科学会
技術名	運動器不安定症指導料
技術の概要	運動器不安定症、すなわち立位や歩行のバランスの悪いものに対する運動器リハビリテーションやADL上での注意点を指導する。
対象疾患名	運動器不安定症
保険収載の必要性	準寝たきり状態の患者において、運動器不安定症の早期発見、早期治療は、患者の社会復帰とADL、QOLの上昇につながる。それとともに、骨粗鬆症とそれに続く大腿骨頸部骨折の予防や筋肉の廃用予防、呼吸機能や心循環機能の低下予防になる。健康寿命の延伸には必要な指導料である。
【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> V </u> 寝たきり防止により、高齢者の運動機能低下を防ぐことは、QOLの上昇とともに健康寿命の延伸と医療費の軽減ともに有効である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	指導料であるため、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）	整形外科専門医であれば、技術的には確立したものであり、特に問題はない。
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	年間対象患者数 <u> 3,000,000 </u> 人 年間実施回数 <u> 12 </u> 回 準寝たきり状態の患者は全国に約300万人、月1回程度の指導が必要と思われる。
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	準寝たきり状態の患者が全国に300万人いても実際に医療機関に受診する患者は10分の1くらいと思われる。300点が妥当と思われる、年に12回受診すると考える。 $300,000 \text{人} \times 3,000 \text{円} \times 12 = 1,080,000,000 \text{円}$ 予想影響額 <u> 1,080,000,000円増 </u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 <u> 技術名 </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その他 点数 <u> 300 </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）：*300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

運動器不安定症指導料

【概要】

運動器不安定症、すなわち立位や歩行のバランスの悪いものに対する運動器リハビリテーションやADL上での注意点を指導する。

【対象疾患名】

運動器不安定症

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

高齢者の運動機能低下を防ぐ目的であるが、同等のものはない。

【診療報酬上の取扱】

指導料として300点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	運動器物理療法料
技術の概要	運動器疾患に特化した物理療法
対象疾患名	運動器疾患
保険収載の必要性	運動器疾患の痛みや筋力低下に対し、運動器疾患に精通した医師が、疾患特性を考慮した上で 特殊な機器を使用して行う治療であり、新規保険収載を要望する。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>VI</u> 運動器リハビリテーションと異なり、理学療法士は関わらないが、特殊な機器を用いて運動器疾患に精通した医師の指導のもとに行えば、リハビリテーションに準ずる効果がある。技士は資格の有無を問わない。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全性に問題なし
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）	運動器疾患に精通した医師が行う事が望ましい。
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	年間対象患者数 500,000 人 年間実施回数 6,000,000 回 全ての消炎鎮痛処置の内、整形外科医が行う消炎鎮痛処置の1割程度が当該点数を算定すると予想される
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	全ての消炎鎮痛処置の内、整形外科医が行う消炎鎮痛処置の1割程度が当該点数を算定すると予想されるが、運動器に精通した医師が行うため単なる消炎鎮痛処置より効果があり通院回数の減少により医療費の減少が予測される。 <u>予想影響額 7,740,000,000円 増</u> 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 J 処置 点数 <u>129</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) : 129 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

運動器物理療法料

【概要】

運動器疾患に特化した物理療法

【対象疾患名】

運動器疾患

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

運動器に精通した医師が行うため単なる消炎鎮痛処置より効果がある。

【診療報酬上の取扱】

現行の診療報酬では35点だが、外保連試算では129点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	ギブス包帯（術後）管理料（初回のみ）
技術の概要	ギブス固定後に神経麻痺・血行障害・CRPS等を発症し、不幸な障害を残すことがある。これらの障害の早期発見および等尺性運動等の運動指導による血行改善・筋委縮の予防等は骨癒合を促進し、治癒期間の短縮・合併症の予防により早期の社会復帰をもたらす。これらの管理指導に対する評価がない。
対象疾患名	骨折
保険収載の必要性	ギブス固定後に神経麻痺・血行障害・CRPS等を発症し、不幸な障害を残すことがある。これらの障害の早期発見および等尺性運動等の運動指導による血行改善・筋委縮の予防等は骨癒合を促進し、治癒期間の短縮・合併症の予防により早期の社会復帰をもたらす。
【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> ギブス固定後に神経麻痺・血行障害・CRPS等を発症し、不幸な障害を残すことがある。これらの障害の早期発見および等尺性運動等の運動指導による血行改善・筋委縮の予防等は骨癒合を促進し、治癒期間の短縮・合併症の予防により早期の社会復帰をもたらす。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	この指導管理によるリスクはなく、指導管理を行わないことによるリスクが大きい。
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）	整形外科における骨折に対する基本的な技術であり、骨折の治癒とともに機能障害を残さないようにすることは必要な技術である。整形外科専門医には基本的な技術である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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>20,000</u> 人 年間実施回数 <u>20,000</u> 回 骨折等における重要な治療手段であり、普遍化している
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	年間骨折患者40万人の5%の2万人以上に発症すると思われる合併症（神経麻痺、CRPS、阻血性拘縮、関節拘縮、偽関節等）を予防し、適切な等尺性運動による循環促進・筋委縮予防・骨癒合促進が図られれば、骨折治療期間の短縮、合併症に対する治療が不要になる等、結果として医療費の削減となる 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 OJ処置 点数 <u>82</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）：82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

ギプス包帯管理料

【概要】

ギプス固定後の神経麻痺・血行障害・CRPS等の早期発見、
血行改善・筋委縮を予防するための運動指導を行う。

【対象疾患名】

骨折

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

ギプス固定後の合併症を予防することにより、合併症に対する治療費を削減できる。

【診療報酬上の取扱】

外保連試算では82点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	小関節部テーピング
技術の概要	罹患している小関節に対して、テーピングテープを用いて固定を行う。
対象疾患名	膝関節・足関節以下の小関節における靭帯損傷・脱臼・炎症性疾患等
保険収載の必要性	小関節における靭帯損傷・脱臼修復後・炎症性疾患の固定法として有用である。
【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>VI</u> 罹患関節の障害程度によっては、他の固定法（ギブスあるいは副子固定等）より、患者のADL及びQOLは明らかに改善される。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	整形外科専門医であれば、特に問題なし。
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）	卒後5年程度の整形外科医であれば技術的に問題はない。
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	年間対象患者数 <u>不明</u> 人 年間実施回数 <u>不明</u> 回 整形外科では頻回に実施されている。
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	小関節の固定は、障害の程度によりギブス固定、あるいはそれより軽い固定法が選択される。このテーピング固定はギブス固定より簡便であり、患者のQOLは高く、医療費の削減につながる。また固定が緩いため、治療期間の短縮にもなる。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>技術名</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>233</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）：193点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：400円

小関節(テーピング)創膏固定術

【概要】

罹患している小関節に対して、テーピングテープを用いて固定をおこなう。

(例)手首のテーピング

【対象疾患名】

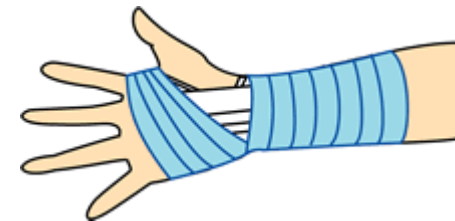
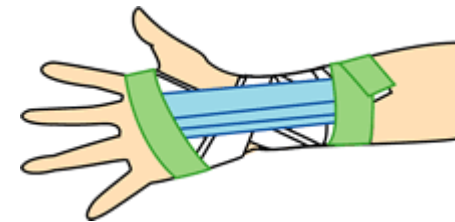
膝関節・足関節以下の小関節における靭帯損傷・脱臼・炎症性疾患等。

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

ギブス固定やシーネ固定が施行される。

【診療報酬上の取扱】

処置として、233点



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	有床診療所回復期リハビリテーション病床の新設
技術の概要	回復期リハビリテーション対象患者に対し有床診療所においても早期社会復帰を目指し集中的にリハビリテーションを実施する。
対象疾患名	回復期リハビリテーション対象疾患（大腿骨骨折、脊髄損傷、脳血管疾患など）
保険収載の必要性	整形外科有床診療所の中には関節外科手術や靭帯損傷などのスポーツ外傷手術などに特化し積極的に治療を行い、その後のリハビリテーションを通じて早期社会復帰に努めている施設もある。また脳血管疾患などの患者に対しても集中的にリハビリテーション実施し AOL の改善に努めている施設もある。これらの施設に対する現在の保険点数では不十分と考える。
【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）： VI 対象患者に対し早期に集中的にリハビリテーションを行うことで QOL が高められることは既実証されている。有床診療所にも認められることを要望する
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	問題なし
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）	整形外科専門医の指導のもとに行われるのであれば何ら問題ないものと考ええる。
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 不明 人 年間実施回数 不明 回 十分な回復期リハビリテーション病院がないため、リハビリテーション難民もみられる。このような回復期リハビリテーション対象患者に対し有床診療所においても早期社会復帰を目指し集中的にリハビリテーションを実施する。
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	十分な回復期リハビリテーション病院がないため、リハビリテーション難民もみられる。このような回復期リハビリテーション対象患者に対し有床診療所においても早期社会復帰を目指し集中的にリハビリテーションを実施することによりリハビリテーション難民を解消できる。予想影響額 0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 リハビリ 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）：*960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

有床診療所回復期リハ病床の新設

【概要】

回復期リハビリテーション対象患者に対し有床診療所においても早期社会復帰を目指し集中的にリハビリテーションを実施する。

【対象疾患名】

回復期リハビリテーション対象疾患（大腿骨骨折、脊髄損傷、脳血管疾患など）

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

現行では診療報酬の設定はない。

【診療報酬上の取扱】

外保連試案では960点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	関節液検査診断料
技術の概要	四肢関節液を穿刺採取し性状を調べ、診断治療に役立てる。
対象疾患名	関節リウマチ、化膿性関節炎、結晶誘発性関節炎、変形性関節症など
保険収載の必要性	関節液の性状を調べることで病状のレベルが判断でき早期に適切な治療が可能となる。髄液検査と同等の価値があるものとする。
【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>VI</u> 正確な病状のレベルを知ることで、適切で最も確実な治療に結びつけることが可能となる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全性に問題なし。関節穿刺技術は整形外科医がマスターすべき最も基本的な技術の一つである。
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）	整形外科医のトレーニングの中に必ず含まれるものの一つであり、整形外科専門医により行われるべきである。
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>10,000</u> 回 関節穿刺を行った患者全部に行うのではなく、穿刺時の状態で判断する。関節穿刺を行う患者の100人に1人くらいである。
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	保険収載により医療費増となるが、その一方、正確な病状診断により、治療期間の短縮が見込まれ全体から見れば大きな影響は出ないものと考えられる。 <u>予想影響額 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検査 点数 <u>335</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）：335点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0円

関節液検査

【概要】

四肢関節液を穿刺採取し性状を調べ、診断治療に役立てる。

【対象疾患名】

関節リュウマチ、化膿性関節炎、結晶誘発性関節炎、変形性関節症など

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

関節液の性状を調べる診療報酬の設定はない。

【診療報酬上の取扱】

外保連試算では335点

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本臨床整形外科学会
技術名	骨折部の骨膜下麻酔
技術の概要	四肢の骨折の非観血的整復術は麻酔下に行うが、的確な除痛を得るためには確実に骨折部の骨膜下に局所麻酔剤を注入しなければならない。整形外科的にも十分な技術が必要であり、この技術の評価してほしい。
対象疾患名	四肢、関節の骨折
保険収載の必要性	四肢の骨折の非観血的整復術は麻酔下に行うが、的確な除痛を得るためには確実に骨折部の骨膜下に局所麻酔剤を注入しなければならない。整形外科的にも十分な技術が必要である。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>VI</u> 解剖学的に正確な整復を容易に行うことにより、治療期間の短縮、偽関節の発症率の改善につながる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	問題なし
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）	整形外科医のトレーニングの中に必ず含まれるものであるが、骨折部への正確な麻酔が必要であり、整形外科専門医により行われるべきである。
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>15,800</u> 人 年間実施回数 <u>15,800</u> 回 骨折で骨膜下麻酔を必要とされる骨折の件数は15,800件と推測される。
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	保険収載により医療費増となるが、その一方、正確な整復により、治療期間の短縮、多くの医療費のかかる偽関節の発症頻度の減少により総医療費への影響は少ない。予想影響額 <u>38,394,000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>243</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) : 227 点 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格 (定価) : 159 円

骨折部の骨膜下麻酔

【概要】

四肢の骨折の非観血的整復術を行う際、的確な除痛を得るため骨折部の骨膜下に局所麻酔剤を注入する。

【対象疾患名】

四肢、関節の骨折

【当該疾患に対して行われている治療との比較】

現行では診療報酬の設定はない。

【診療報酬上の取扱】

外保連試算では243点

整復前



整復後



骨折部の骨膜下麻酔



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	日本臨床整形外科学会
技術名	四肢レントゲン撮影診断料の再評価
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	E001-1-ロ
技術の概要	四肢レントゲン撮影
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	E001-1 のロに含まれる四肢のレントゲン撮影診断料を同じ技術と労力のいるE001-1 のイ（頭部、胸部、腹部又は脊椎）の撮影診断料と同等の85点に引き上げる。 <u>点数 *85(画像診断料と同等の為)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）：350点 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0円
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	四肢レントゲン単純撮影は多彩な関節と支持組織の撮影を行うためその診断にはE001-1のイ（頭部、胸部、腹部又は脊椎）と同等の技術と労力を要する。また疾病や外傷の状況によっては、特殊撮影に匹敵する技術を用いて撮影しその診断にも熟練を要する。そしてまた整形外科で用いるレントゲン撮影装置は約1000万円以上と高額で現在の診療報酬点数43点はこの点からも極めて低く設定されている。よってE001-1のイに設定されている85点かそれ以上を要望する。
点数の見直しの場合	<u>43点</u> → <u>85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 不明 人→ <u>不明 人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 不明 回→ <u>不明 回 変化無し</u> ----- 年間対象患者数、年間実施回数の変化はない
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 558734400 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	年間予想件数1,330,320件に対し、写真診断E001-1（イ～ロ）の差42点より算出

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：3 - 4 - 2 技術度：B 医師（術者以外）：0 看護師：0 その他：1 所要時間（分）：10
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	日本臨床整形外科学会
技術名	人工骨の骨移植手技料
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 ○K手術
診療報酬番号	K059-3
技術の概要	骨折や人工関節置換術、脊椎固定術、骨腫瘍摘出術などで人工骨を移植する
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（ 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	骨折や人工関節置換術、脊椎固定術、骨腫瘍摘出術などで人工骨を移植する 点数 39,503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）：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）：29,172円（試算参照）
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	骨移植術の場合、自家骨を用いることが多いが、採骨部位が無い場合や採骨による障害（採骨部痛、採骨部骨折・感染など）を避けるために、人工骨のみの移植を行う場合もある。人工骨移植のみを行った場合、手技料が請求できないが、骨移植部位の成型などの手技を行っており、通常の手術手技に加算される必要がある。
点数の見直しの場合	0点 → 39,503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
	骨折や人工関節置換術、脊椎固定術、骨腫瘍摘出術などで人工骨を移植する手技は、通常行われている。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 180000000 円 増 人工骨移植のみを行った場合、手技料が請求できないが、骨移植部位の成型などの手技を行っており、通常の手術手技に加算される必要がある。
（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	人工骨移植のみを行った場合、手技料が請求できないが、骨移植部位の成型などの手技を行っており、通常の手術手技に加算される必要がある。人工骨移植は通常行われている手技であり、整形外科の手術のほか、脳外科、耳鼻咽喉科等でも行われている。
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：H01 - M7 - S81-0052300 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
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	