

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）表紙

整理番号(6ケタ)
(※事務処理用)

提出年月日 平成 29年 月 日

申請技術名

空欄があります。必ずすべてご記入下さい。

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡のとれる連絡先を記載すること。	郵便番号
	住所
	電話番号
	E-Mail
	FAX番号 (無い場合は「-」を入力)
担当者氏名	
上記以外の申請団体名	

2. 技術担当者（※当該技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者 連絡先 ※必ず連絡のとれる連絡先を記載すること。	所属施設名・診療科
	役職
	所属施設住所
	所属施設電話番号
	E-Mail
	FAX番号 (無い場合は自宅等)

※ 必ず全ての空欄に記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けない。

※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「申請技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術(××について)」「〇〇術(▽▽について)」などとし、区別できるように記載すること。

※ 複数の団体が同一技術の提案をする場合は、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

※ 以下の項目について、□のチェックを外し、いずれにも当てはまらないことを確認すること。

- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、新たな適応疾患等に保険適用を拡大することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し又は点数の見直しを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術であるが、別の技術料として別途新設することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、保険収載の廃止、又はその他の理由により再評価を提案するもので
- 新規特定保険医療材料等により既存の項目を準用している技術について提案するものである。

注意！上記のいずれかに該当しています。本提案書ではなく医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）を用いて下さい。

整理番号	
申請技術名	
申請団体名	
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり ※「提案実績あり」を選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
技術の概要 (200字以内)	
対象疾患名	
保険収載が必要な理由 (300字以内)	

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に)	
③対象疾患に対して現在行われている技術(当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること)	区分 番号 技術名 既存の治療法・検査法等の内容
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	
⑤ ④の根拠となる研究結果	エビデンスレベル 年間対象患者数 (人)
⑥普及性	国内年間実施回数 (回)
※患者数及び実施回数の推定根拠等	
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	施設の要件 (標榜科、手術件数、 検査や手術の体制 (技術の専門性等 を踏まえ、必要と 考えられる要件 を、項目毎に記載 すること) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職 種や人数、専門性や 経験年数等) その他 (遵守すべきガイドラ イン等その他の要件)

⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 番号 技術名 具体的な内容
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(1つ選択)	
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況	1)を選挙した場合記入 ・国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等
⑬当該技術の先進医療としての取扱(1つ選択)	
⑭その他	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	
⑯参考文献1	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)
⑯参考文献2	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)
⑯参考文献3	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)
⑯参考文献4	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)
⑯参考文献5	1)名称 2)著者 3)概要(該当ページについても記載)

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断薬について

整理番号

申請技術名	
申請団体名	

※医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※該当する製品の添付文書を添付すること。

※薬事承認上の内容等が不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

※記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外になるため、必要事項を漏れなく記載すること。

・医薬品について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価(円)

・医療機器について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	(該当する場合、番号・名称・価格を記載)

・体外診断薬(検査用試薬)について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「使用目的」

●医薬品の欄が未記載です。医薬品を使用しない場合は「特になし」と記入して下さい。

●医療機器の欄が未記載です。該当機器がない場合は「特になし」と記入して下さい。

●体外診断薬等の欄が未記載です。診断薬等を使用しない場合は「特になし」と記入して下さい。

その他記載欄(上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下に記入すること。)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）表紙

整理番号(6ケタ)
(※事務処理用)

提出年月日 平成 29年 月 日

申請技術名

空欄があります。必ずすべてご記入下さい。

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 <small>※必ず連絡のとれる連絡先を記載すること。</small>	郵便番号
	住所
	電話番号
	E-Mail
	FAX番号 (無い場合は「-」を入力)
	担当者氏名
上記以外の申請団体名	

2. 技術担当者（※当該技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者 連絡先 <small>※必ず連絡のとれる連絡先を記載すること。</small>	所属施設名・診療科
	役職
	所属施設住所
	所属施設電話番号
	E-Mail
	FAX番号 (無い場合は自宅等)

※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「申請技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術(××について)」「〇〇術(▽▽について)」などとし、区別できるように記載すること。

※ 複数の団体が同一技術の提案をする場合は、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

整理番号	
申請技術名	
申請団体名	
平成28年度改定時の本技術の提案実績	<input type="checkbox"/> 提案実績あり ※「提案実績あり」を選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 提案実績なし
「提案実績あり」を選んだ場合に入力	(提案実績ありの場合) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスなし(時点修正等のみ) <input type="checkbox"/> 追加のエビデンスあり(追加のエビデンスがわかるよう、適宜下線をひくなどすること)
診療報酬区分	
診療報酬番号	
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
「6 その他」を選んだ場合に記載	
提案の概要	
再評価が必要な理由	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容(根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	
診療報酬区分 再掲 診療報酬番号 再掲 技術名	
③再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	
・年間対象患者数の変化 前の人数(人) 後の人数(人)	
・年間実施回数 前の回数(回) 後の回数(回)	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	

⑧点数等の見直し の場合	見直し前	
	見直し後	
	見直し後の点数の 根拠	
⑨関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	区分	
	番号	
	技術名	
⑩予想される医 療費へ影響(年 間)	プラス又はマイナス 金額(円)	
	その根拠 (⑧⑨等を踏まえ、 影響額算出の根拠 を記載する。)	
⑪算定要件の見直し等によって、新 たに使用される医薬品、医療機器又 は体外診断薬		
⑫その他		
⑬当該申請団体以外の関係学会、 代表的研究者等		
⑭参考文献1	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当 ページについて も記載)	
⑭参考文献2	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当 ページについて も記載)	
⑭参考文献3	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当 ページについて も記載)	
⑭参考文献4	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当 ページについて も記載)	
⑭参考文献5	1)名称	
	2)著者	
	3)概要(該当 ページについて も記載)	

当該技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断薬について

整理番号

申請技術名	
申請団体名	

※医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※該当する製品の添付文書を添付すること。

※薬事承認上の内容等が不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

※記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外になるため、必要事項を漏れなく記載すること。

・医薬品について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価(円)

・医療機器について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	(該当する場合、番号・名称・価格を記載)

・体外診断薬(検査用試薬)について

名称(販売名、一般名、製造販売企業名)	薬事承認	(承認番号等)	薬事承認上の「使用目的」

●**医薬品の欄が未記載です。医薬品を使用しない場合は「特になし」と記入して下さい。**

●**医療機器の欄が未記載です。該当機器がない場合は「特になし」と記入して下さい。**

●**体外診断薬等の欄が未記載です。診断薬等を使用しない場合は「特になし」と記入して下さい。**

その他記載欄(上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合は以下に記入すること)