

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 | 日本骨折治療学会 |
| 技術名 | 手術の K932 創外固定器加算の注に K076 観血的関節授動術を追加する |
| 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 | 手術の K932 創外固定器加算の注に K076 観血的関節授動術を追加する |
| 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（ ） その他注の改定 |
| 具体的な内容 | K932 創外固定器加算の注を「区分番号 K046、K058、K076 に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に加算する。」と変更する。 点数 *注改定を希望のため 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）：*注改定を希望のため 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：創外固定器 70 万円 |
| 【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。） | 観血的関節授動術は、術後の再拘縮が問題となり、後療法が重要な位置を占める。一般的に理学療法師による訓練により行われるが、時間の制限や、痛みや恐怖による患者自身の抵抗から、うまく進展しないことがある。術後の可動域訓練に創外固定器を利用し、関節を緩徐に強制的に動かすことでその問題が解消され、確実に目標の可動域を得ることが可能となる。患者の感じる痛みは少なく、精神的かつ肉体的な負担は軽減される。また、術後の訓練のための入院期間は短縮される。一方で、関節授動術に用いられる創外固定器は汎用性がなく、一般の医療機関が購入することは現状では困難である。創外固定加算が認められるようになれば、非常に有用な創外固定法を用いる術式が普及すると考える。 |
| 点数の見直しの場合 | _____ 点 → _____ 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 1,000 人→ 1,000 人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 500 回→ 1,000 回 増 |
| | 観血的関節授動術の対象患者数に変化はない。創外固定器加算が認められれば、創外固定法を用いる関節授動術は一気に普及すると予想される。 |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | 予想影響額 62600000 円 減 創外固定器加算分は増加するが、通常であれば入院で行われる術後のリハビリテーション期間が、短縮されるため、医療費は削減されると考えられる。 |

| | |
|--|---|
| <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>当該技術の医療費は、創外固定器加算 100,000 円である。施行例では 2 週間の入院期間短縮が見込め、リハビリテーション料+入院費 325,200 円が削減される。年間施行増加数を 500 例とすると、$(325,200 - 100,000) \times 500 = 112,600,000$ 円の医療費削減となる。現在施行例 500 例分の 50,000,000 円が増加分となり、当該技術の保険収載に伴い全体の医療費は 62,600,000 円減少となる。</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：* - * - *</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】

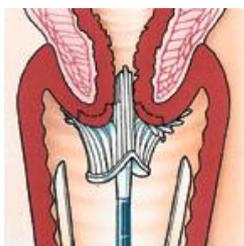
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会 |
| 技術名 | 液状化検体細胞診 (Liquid based cytology : LBC) |
| 技術の概要 | LBCとは、採取した細胞を固定保存液に回収後、本邦薬事承認を得た専用の医療機器を用いて細胞診断用標本を作製する技術である。 |
| 対象疾患名 | 子宮がん、卵巣がん、腹腔内腫瘍播種など |
| 保険収載の必要性 | LBC技術の導入により、検査の効率化および診断精度の向上が可能となる。さらに保存検体からすでに保険収載されている HPV 核酸同定検査の実施が可能であることから、再度の細胞採取を必要としないという効果が見込まれる。子宮頸部病変の早期発見と治療の点で医療費削減に寄与するものと考えられるので、本方法の保険収載は必須である。 |
| 【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 | 子宮頸部病変検出の感度・特異度について、文献等の系統的総括では従来法に比べて LBC が上回るとされている (有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン, 2009:38-42p)。また、本邦の研究においても同様の結果が報告されている (日臨細胞誌, 2010;49:237-241)。 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 | 検査に連動する細胞採取法は従来と同様であり、リスクも変わりがなく、安全性に問題はない。 |
| 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) | 細胞採取器具の取扱いや細胞の出現パターンが従来法とやや異なることと、ベセスダシステム 2001 に準拠した判定基準が導入されたことで、日本臨床細胞学会および九州 LBC 研究会等で、LBC 技術の向上と普及に努めている。施設基準としては、細胞診専門医及び常勤の細胞検査士が勤務する日本臨床細胞学会認定の保険医療機関に限る。 |
| 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 | H21 日本細胞診断学推進協会の調査および H20 日本臨床細胞学会社会保険委員会のアンケート調査より、 年間対象患者数 14,560,770 人 年間実施回数 509,627 回 <u>(一人当たりの年間実施回数 1 回)</u> |
| 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 | 検査標本の標準化により従来法と比べ検査に要する時間を半分に短縮できる。また、検体の保存が可能となることで追加検査のための検体採取が不要となる。病変の早期発見により進行性の悪性腫瘍が減少することで治療費の削減効果も期待できる。 予想影響額 428,762,480 円 増 ・減 既存の技術 ; 診療報酬の区分番号 N004 技術名 細胞診 |
| 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 |
| ・ 妥当と思われる点数及びその根拠 | 点数 加算 160 点 (1点10円) LBC を導入した場合の検査経費増額分は、機器減価償却 600 円 + 消耗品 589 円 + 臨床検査技師人件費 416 円 = 1,605 円/1 件と試算される。経費増額分を充当するには 160 点の加算が妥当である。 |

Liquid based cytology (液状化検体細胞診) 技術の概要



1. 専用ブラシを用いて細胞を採取する。



2. 専用ブラシの先端部をはずして、バイアル中の細胞浮遊液に沈める。付着した細胞は浮遊液中に大部分が移行する。細胞収集と固定を行う。



3. その後、ふたを閉じて、バイアルのラベルに患者氏名、検体番号を書く。



4. 自動塗抹機を用いて、専用スライドグラス上の直径1.3-1.9cmの円内に薄く塗抹する。その後、95%エタノールで固定する。

5. 95%エタノールで固定した標本をまとめて、自動染色機でPapanicolaou染色を行う。(これ以後は従来法と同様の処理となる。)

6. 染色された標本について生物顕微鏡を用いて、検鏡し、診断を行う。

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。

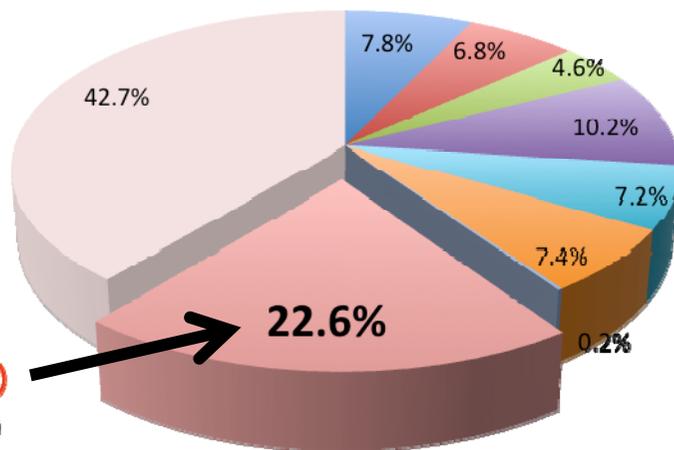
| | |
|---|--|
| 申請団体名 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会 |
| 技術名 | 習慣流産（不育症）に対する抗フォスファチジルエタノールアミン（PE）抗体（IgG, IgM）と抗フォスファチジルセリン（PS）抗体（IgG, IgM）の測定 |
| 技術の概要 | 抗リン脂質である抗フォスファチジルエタノールアミン（PE）抗体と抗フォスファチジルセリン（PS）抗体の検査は、日本産科婦人科学会の推奨する不育症検査の一次スクリーニングの項目に含まれている。 |
| 対象疾患名 | 習慣流産（不育症） |
| 保険収載の必要性 | 習慣流産（不育症）の原因の1つに抗リン脂質抗体症候群が挙げられるが、不育症症例では、抗カルジオリピン抗体だけでなく、抗PE抗体や抗PS抗体が陽性であるものが存在する。とくに、妊娠初期の習慣流産例で、抗PE抗体陽性率が高いと言われており、不育症の原因検索として有用な検査といえる。 |
| 【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 | 不育症症例、とくに妊娠初期に流産を繰り返す症例では、抗PE抗体もしくは抗PS抗体陽性例の頻度が正常女性より高い。よって、妊娠初期に流産を繰り返す不育症症例の原因検索として、抗PE抗体および抗PS抗体検査は有用である。（J. Obstet. Gynecol. Res. Vol. 30, No. 4:326-332, Fertil. Steril. Vol. 71, No. 6:1060-1065, Indian J Medical Sciences Vol. 59, No. 8:347-352） 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 | 採血手技に伴うリスク（皮下出血・迷走神経反射など） |
| 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） | 検査に要する技術は採血手技のみであり、難易度は極めて低い |
| 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 | 3万人（1年あたりの発症数） 1回×3万人（スクリーニング検査なので1症例に1回施行） 年間対象患者数 30,000 人 年間実施回数 30,000 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 | 代替となる既存の検査方法はない 予想影響額 90,000,000 円 増 減 既存の技術；診療報酬の区分番号 なし 技術名 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 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 300 点（1点10円） （検査施設によって費用が異なる。SRLは3000円。） |

資料：習慣流産（不育症）に対する抗PE抗体および抗PS抗体の概略

対象：不育症症例（生殖可能年齢女性の約4%）

不育症の原因別頻度

- 子宮形態異常
- 甲状腺異常
- 染色体異常
- 抗リン脂質抗体陽性
- 第XII因子欠乏
- Protein S欠乏
- Protein C欠乏
- 原因不明, 抗PE抗体(+)
- 原因不明, 抗PE抗体(-)



(厚労省科研基盤研究事業より)

不育症の原因の
スクリーニング検査

*スクリーニング検査に
抗PE抗体検査を加えたと・・・

【抗PE抗体および抗PS抗体を測定するメリット】

- ・ 原因不明とされていた不育症症例の原因を明らかにできる。
- ・ 陽性例に対して、抗凝固療法を行うことで、妊娠予後の改善が期待できる。

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 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会 |
| 技術名 | 卵巣機能検査（抗ミュラー管ホルモン測定）の新設（AMH） |
| 技術の概要 | AMHは前胞状卵胞および小胞状卵胞の顆粒膜細胞より分泌されるホルモンであり、血中 AMH 濃度を測定することで卵巣予備能の評価が可能となる。 |
| 対象疾患名 | 不妊症、卵巣機能不全、早期卵巣不全 |
| 保険収載の必要性 | 血中 AMH 濃度を測定する事により、その人の卵巣の予備能を評価できる。卵巣の予備能が判れば、排卵誘発剤に対する反応性や、卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) 発症の可能性についての予測が可能となるため、不妊治療において非常に有用な検査となる。 |
| 【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 | AMH は前胞状卵胞および小胞状卵胞の顆粒膜細胞より分泌されるホルモンで、加齢による前および小胞状卵胞の減少に伴い、その血中濃度が低下することが知られている。従来、卵巣予備能の指標とされてきた血中 FSH 基礎値や血中インヒビン B 基礎値と比較して、より早期にかつより鋭敏に卵巣予備能の変化を評価できる。(Fertil. Steril. vol. 83, No. 4:979-987, Trends Endocrinol. Metab. vol. 19, No. 9:340-347, Am J Obstet Gynecol. vol199: 202e1-8) <div style="text-align: right;">エビデンスレベル（別紙参照）； I II III IV V VI</div> |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | 採血手技に伴うリスク（皮下出血・迷走神経反射など） |
| 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） | ・ 不妊治療を行う上で学会等における位置づけは高いと思える ・ 検査に要する技術は採血手技のみであり、難易度は極めて低い |
| 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 | ・ 日本における不妊症患者 40 万人 ・ 1 症例に対し年間 2-3 回施行 <div style="text-align: right;">年間対象患者数 400,000 人 年間実施回数 1200,000 回</div> |
| 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 | 血中 FSH 基礎値や血中インヒビン B 基礎値は卵胞発育やエストロゲン分泌に影響を受けるため、正確な卵巣予備能の評価にはならない。血中 AMH は他のホルモン環境に影響を受けず、前 2 者とは異なる検査である。血中 AMH での評価により、効率的な不妊治療と OHSS 発症予防が可能となれば、検査費用と同程度の医療費削減に繋がると考える。 予想影響額 増減なし 円 増・減 既存の技術； なし 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 ① 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 500 点（1点10円） 現在 SRL が 5,000 円で行っている |

技術の概要

卵巣機能検査(抗ミュラー管ホルモン [Anti Müllerian Hormone;AMH])測定の新設

女性の内分泌環境は幼児期から思春期、性成熟期、更年期、老年期と大きく変化していく。そこには視床下部・下垂体系以外に、卵巣における卵およびそれを取り巻く顆粒膜細胞、莢膜細胞からなる卵胞もホルモン産生および月経周期形成に参与している。

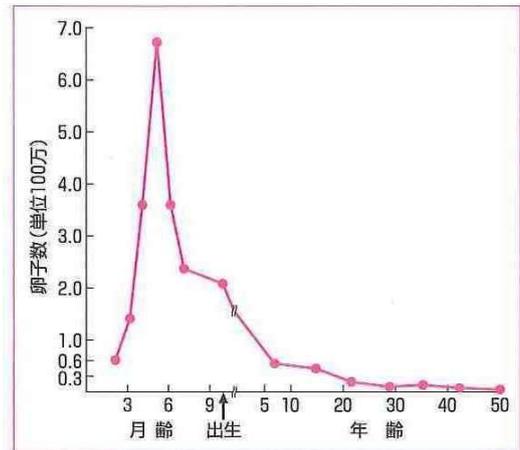
ヒトでは胎生4週頃より卵細胞が発生して胎生20週では最も多くなり600~700万個となる。その後自然減少し、出生時には200万個、7才で30万個、思春期には20~30万個へと減少し、50才では1000個ほどとなる(図参照)。したがって卵巣の予備能(卵胞数)をみるということは女性の一生をみていく上で大切なこととなる。

技術名

卵巣機能検査(抗ミュラー管ホルモン [Anti Müllerian Hormone;AMH])測定の新設

技術の概要

AMHは前胞状卵胞、小胞状卵胞の顆粒膜細胞より分泌され卵巣予備能評価として不妊症、卵巣機能不全、早期卵巣不全等のパラメーターとして有用と思われる。



ヒト卵子数の年齢による推移

対象疾患名

不妊症、卵巣機能不全、早期卵巣不全

現在当該疾患に対して行われている検査との比較

現在卵巣予備能のマーカーとしては、年齢、血清FSH値、血清estradiol値、antral follicle count、血清inhibin β 値、卵巣径などが使用されていた。しかし血清FSH値、血清estradiol値は月経周期内で変動があるのに対し、血清AMH値だけは変化がなく、月経周期内で一定値を示す。さらに月経周期3日目前後に測定した血清AMH値(AMH基礎値)卵胞数との関連があり、血清FSH値、血清estradiol値、血清inhibin β 値が変化する前に通常の月経周期を持つ女性の卵巣機能の低下をとらえているとされている。したがって排卵誘発前、体外受精-胚移植をする前に血清AMH値を測定することで卵巣予備能がわかり排卵誘発剤投与量の予測、卵巣過剰刺激症候群の予防、採卵数の予測に有用となる。

診療報酬上の取扱

区分としては検査であり、現在SRLが5,000円で行っていることから、妥当と思われる点数は500点(1点10円)となる。

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。

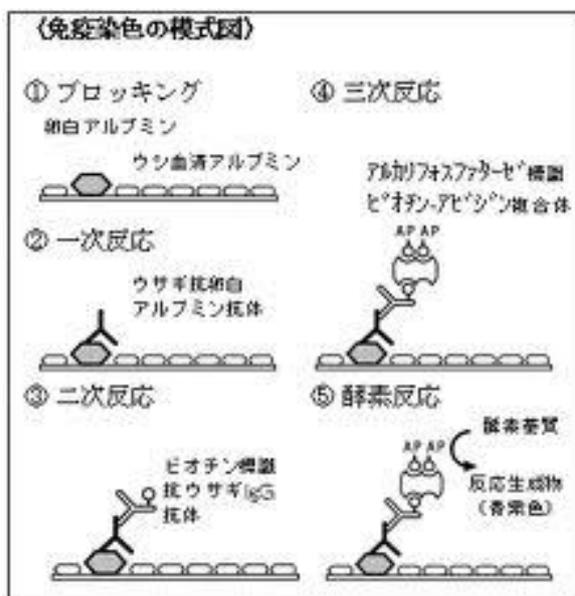
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※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 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会 |
| 技術名 | 細胞診免疫染色標本作製料 |
| 技術の概要 | 胸腔（肺癌など）あるいは腹腔（胃癌、卵巣癌、大腸癌など）内貯留液あるいは洗浄液における悪性細胞の原発部位を、抗体を用いた免疫染色により決定する。 |
| 対象疾患名 | 肺癌、胃癌、卵巣癌、大腸癌などの癌腫および悪性中皮腫 |
| 保険収載の必要性 | 組織診断が不可能な体腔液（胸水、心嚢水、腹水、陰嚢水）の癌性播種や悪性中皮腫の鑑別診断には免疫染色は必須であり、保険収載が必要である。 |
| 【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 | 細胞診標本からの細胞転写による方法が優れており、現在多くの施設で採用されている。 <u>エビデンスレベル：V</u> |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | 確立された技術として広く実施されているので、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） | 免疫染色は、病理あるいは細胞診を行う施設では、一般化した技術である。 1. 日本臨床細胞学会認定の保健医療機関であること。 2. 病理専門医あるいは細胞診専門医の資格を有する1名以上の医師が勤務しており、且つ常勤の細胞検査士が2名以上配置されていること |
| I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載) | 特に問題はない |
| I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等 | 胃癌、大腸癌、卵巣癌、肺癌、悪性中皮腫など腹腔、胸腔の悪性腫瘍、脳腫瘍、悪性リンパ腫等の体腔への播種（実施回数は平成18年日本病理学会アンケート結果による） 年間対象患者数 45,084 人 年間実施回数 45,084 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 | 体腔に播種した原発不明の腫瘍において、悪性中皮腫との鑑別には極めて有用で、治療法の選択に応用されている。 予想影響額 180,336,000（総医療費の0.00072%）円 <u>増</u> ・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 なし 技術名 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 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 <u>400</u> 点（1点10円） 1次抗体1,334円+2次抗体612円x2+スライドグラス64円x2+カバーグラス91円x2+エタノール等45円+人件費（696+360）=3,969円/1件 |

細胞診免疫染色標本作製の概要

免疫組織化学の手法とは、組織あるいは細胞中の目的とする物質（多くはタンパク質）に対する特異抗体を用いて、それを標識として同定することである。蛍光抗体法と酵素抗体法に分けられるが、主として病理・細胞診で用いられているのは酵素抗体法の方である。下図に原理と方法の模式図を示す。



- 1) ブロッキング 非特異的反応を除去する。
 - 2) 一次反応 特異抗体の付加
 - 3) 二次反応 特異抗体と反応する標識抗体の付加
 - 4) 三次反応 酵素標識抗体の付加
 - 5) 酵素反応 酵素基質の付加による特異的な発色
- 以上の各段階からなっている。

酵素抗体法を細胞診に応用する場合、多くは一度染色した標本を転写法によって切り取り、再びガラス切片上に載せて、組織同様染色を行う。この場合、物質の不動化および組織の基本構築を保持するための固定はすでに行われている。本法は酵素反応を利用するため、光学顕微鏡での観察が容易であり、感度が高いこと、標本の保存が可能なことなど、長所が多く、病理では汎用されている技術の一つである。

| | |
|-----------------|-------------------------|
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | 関連学会は観血的手術を施行しているすべての学会 |
|-----------------|-------------------------|

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 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会 |
| 技術名 | 妊娠糖尿病および妊娠時に診断された糖尿病に対する血糖自己測定（SMBG） |
| 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・①処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 |
| 診療報酬番号 | C101（在宅自己注射指導管理料）、C150（血糖自己測定器加算）、C153（注入器用注射針加算） |
| 技術の概要 | 妊娠糖尿病および妊娠時に診断された糖尿病の管理、インスリン使用の必要性決定、インスリン量調整のために、月30回（1日5検×6日）の血糖自己測定（SMBG）を行う。 |
| 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 | SMBGはインスリン使用者にしか認められていないが、妊娠糖尿病では非妊娠時より厳重な血糖コントロールを要するため、妊娠糖尿病、妊娠時に診断された糖尿病に対しSMBGを1日5～7回、4～6日行いインスリン使用の要否あるいはインスリン量を決定する。妊娠中はインスリン抵抗性が妊娠経過と共に増すため、本検査を毎月実施し、インスリンの要否、あるいはインスリン量を調整する。 |
| 【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。） | 2010年7月の妊娠糖尿病の診断基準改訂により、妊娠糖尿病の頻度は2.9%から12.1%に増加した。母児の周産期合併症軽減のためには厳重な血糖管理が必要であり、そのためにはSMBGが必須である。妊娠糖尿病からは将来母児の糖尿病、メタボリックシンドロームが増加することが知られており、妊娠時に診断しフォローアップすることは医療経済上も有用である。 |
| 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 0人（現在は保険で認められていない）→ 133,000人 増 年間実施回数の変化 現在 0回→ 133,000×60回 増 |
| | ・ 根拠 妊娠糖尿病の頻度を検討した、厚生省の班研究データを用い、新診断基準で年間110万人出産している中で何名が妊娠糖尿病になるか計算した。 また、妊娠糖尿病患者1名に対し、平均60回のSMBGが必要と考えた。 |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | 予想影響額 1,064,000,000円 増 |
| （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 | SMBGの保険適用（2008年4月改正）月20回以上測定する場合400点×133000人×2ヵ月=106,400,000点 長い妊婦で4ヵ月、診断基準改訂により増加するGDM群のほとんどは1ヵ月分の検査で十分と考えられ、平均すると2ヵ月分で可能と考え計算した。 |
| 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 | 妊娠時には出費が増すが、妊娠糖尿病では正常者の7.43倍の将来の糖尿病発症率が知られており、妊娠時に広く軽度の耐糖能異常を検出し、フォローアップしていくことは将来の糖尿病、インスリン使用者を減すことに繋がる。また妊婦を教育することは |

| | |
|-----------------|--|
| | 一家の食生活、ライフスタイル変更をもたらす家族の糖尿病減少に繋がり、医療経済の点においても非常に有益である。 |
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | 日本産科婦人科学会、日本糖尿病・妊娠学会、日本糖尿病学会 |

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 | 公益社団法人 日本産婦人科学会 |
| 技術名 | 細胞診断料の算定拡大 |
| 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 | N006-2 |
| 技術の概要 | 細胞診は患者にやさしい検査法で精度も満足できるものであり、平成22年度改定で、保険収載となった技術であるが、婦人科領域細胞診のみが除外された。細胞診あるいは病理専門医が診断するのに、正当な除外理由がない。 |
| 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 | 子宮頸部擦過細胞診及び内膜細胞診に対して、他領域同様 240 点の診療報酬を算定する。 |
| 【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。） | ①N004-1 婦人科材料等でも、N004-2 と同様に医師が診断したものは算定可能とする ②細胞診を専門とする医師が診断した症例において算定可能であることを明記するために、下記欄に記載した如く、本項を算定できる施設基準を設ける理由：1）婦人科系材料の診断において算定できないことに医学的合理性を見いだせない。2）細胞診の診断業務は病理系以外の医師（婦人科系、呼吸器外科系、内科系等の細胞診専門医）も診断に関与している。現行では、こうした医師の診断の細胞診断料が算定できず、実態と乖離している。 |
| 点数の見直しの場合 | 0 点 → 240 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 0 人→47,520 47,520 人 (増) 減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 0 回→47,520 47,520 回 (増) 減・変化無し |
| | ※ 根拠 病理学的検査判断料算定回数のうち約60%が細胞診であることから 920,141 回/月×0.6=552,085 回/月 ※（回数は平成19年6月調査厚生労働省統計局平成19年版診療行為別統計） |
| 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 115,833,600 円/年（全医療費の0.00356%） 増・減 *細胞診断料増額分：240点×10円×3,960回/月×12ヶ月=114,048,000円 115,833,600 円/年の増額（全医療費の0.00356%） （算出根拠は別紙に記載） |
| 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 | 該当しない |
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | 日本病理学会 日本産婦人科学会 日本婦人科腫瘍学会 日本臨床細胞学会 |

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 | 公益社団法人 日本産婦人科学会 |
| 技術名 | 術中迅速細胞診標本作製の DPC 包括外算定要望 |
| 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 | N006-2 |
| 技術の概要 | 術中迅速細胞診は、術中に手術方針を決める非常に重要かつ責任重大な診断行為であり、平成 22 年に術中迅速細胞診断は平成 22 年に保険収載 (N003-2) されたが、実際は DPC に包括され、算定できない。例えば胃癌では腹腔細胞診（腹水・洗浄液）が重要な予後因子であることが胃癌取扱い規約にも明記され、卵巣癌も取扱い規約に記載、肺癌では、胸水の術中迅速細胞診陽性の場合、治癒切除の対象とならない。その重要性を考え、DPC 包括外算定を要望する。 |
| 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（DPC 包括外算定の要望） |
| 具体的な内容 | 肺癌、胃癌、卵巣癌、大腸癌などの体腔散布が予想される疾患について、術中迅速細胞診の DPC 包括外算定を要望する。 |
| 【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。） | 体腔液やその洗浄液中に悪性細胞がみられる場合、根治的手術を試みても予後は手術を施行しなかった場合と同様であり、患者の QOL を考えた場合、逆に手術は実施しないほうがよい。その判定に術中迅速細胞診が不可欠である。 |
| 点数の見直しの場合 | 450 点 → 450 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 0 人→45,084 人 45,084 人 (増) 減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 0 回→47,45,084 回 45,084 回 (増) 減・変化無し</p> <p>根拠 ※ 実施回数は平成 18 年日本病理学会アンケート結果による</p> |
| 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 | <p>予想影響額 202,878,000 円/年（全医療費の 0.00624%） (増) 減</p> <p>※ 平成 22 年に術中迅速細胞診断は平成 22 年に保健収載 (N003-2) されたが、実際は DPC に包括され、算定できない。45,084 人が術中迅速細胞診として算定すると、 45,084x450x10=202,878,000</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） | <ol style="list-style-type: none"> 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 | 該当しない |
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | <p>日本病理学会 日本臨床細胞学会 日本婦人科腫瘍学会 日本産婦人科学会</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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 |
| 技術の概要 | 腹腔鏡を用いて子宮および周辺臓器（卵巣、卵管、膣、傍子宮組織）および後腹膜リンパ節（骨盤・傍大動脈リンパ節）を切除する術式である。 |
| 対象疾患名 | 子宮頸癌、子宮体癌 |
| 保険収載の必要性 | 術後疼痛を軽減し、早期回復のため入院期間の短縮が可能である。治癒率に関しては開腹術と差はない。従来の開腹術と比較して、低侵襲である腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術を新規術式として保険収載していただきたい。 |
| 【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 | エビデンスレベル（別紙参照）： <u>Ⅰ</u> 本術式は術後疼痛軽減、早期離床可能、入院期間の短縮、早期の社会復帰が可能である。文献的には米国の大規模診療試験で術後重篤な合併症の低下（開腹術 21%、腹腔鏡 14%）と QOL の改善が明らかに示された（エビデンスレベルⅠ）。予後に関しては無増悪生存率、全生存率、再発率は体癌、頸癌ともに開腹術と比較し差はない（エビデンスレベルⅡ）。 |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | 文献的には開腹術と同様、数%の頻度で腸管、膀胱・尿管、血管損傷が見られる。また出血による開腹移行は 2.9%に見られた。トロカール孔再発 (port site recurrence)、ガス塞栓の報告が見られるが稀である。 |
| 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） | 子宮悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の成績はアジア、欧米の関連学会で数多く報告されている。現在保険収載のある腹腔鏡補助下子宮全摘術が産婦人科内視鏡技術認定医のもと安全に施行でき、なおかつ開腹での子宮悪性腫瘍手術を日常的に行っている婦人科腫瘍専門が常勤している施設での施行には、開腹への移行が容易であるので問題ないと思われる。 |
| 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 <u>1,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 2009年度の子宮悪性腫瘍手術を受けた患者は 8,662 例(0期を除く)。そのうち腹腔鏡手術可能症例は 7,076 例。腹腔鏡手術可能な施設を考慮すると、本術式の年間対象患者数は 1,000 人。 |
| 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 | 本術式は子宮悪性腫瘍に対して、腹腔鏡を用いて、子宮およびその周囲組織のみならず後腹膜リンパ節も切除する新規の術式である。従来の開腹術と比較して治癒率は変わらず、術中出血量の減少、術後腸閉塞の減少、入院期間の短縮が認められる。きわめて稀にガス塞栓、ポート孔再発の報告がある。 予想影響額 <u>1,232,020,000 円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K879</u> 技術名 <u>子宮悪性腫瘍手術</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>202,702</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) : 197,172 点 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格 (定価) : 55,299 円 (試算参照) |

技術名：子宮悪性腫瘍手術

| 項目 | 説明 |
|---|---|
| 技術の概要 | 腹腔鏡下を用いて子宮および周辺臓器(卵巣、卵管、膣、傍子宮組織)および後腹膜リンパ節(骨盤・傍大動脈リンパ節)を切除する術式である。 |
| 対象疾患 | 子宮頸癌、子宮体癌 |
| 現在当該疾患に対して行われている治療との比較(開腹による子宮悪性腫瘍手術との比較) | <p>手術時間:長い 出血量:少ない、輸血例が少ない 術後疼痛:軽度 離床:早い 回復:早い 在院日数:短い(2日以上の上院は腹腔鏡52%、開腹術94%) 術中合併症:差なし 術後合併症:低下(grade2以上の重篤な合併症の発生率は開腹術21%、腹腔鏡14%、腸閉塞は開腹術8%、腹腔鏡4%) 難易度:開腹術より専門性を要する 治癒率:差なし(全生存率:腹腔鏡82.7%、開腹術86.5%、無病生存率:腹腔鏡90.5%、開腹術94.9%) 費用:高い(ディスポーザブル製品が250,000円~300,000円費用として余分にかかる)</p> |
| 診療報酬上の取扱 | 手術 |
| 備考 | 外科、泌尿器科などでは大腸癌、胃癌、前立腺癌などの悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術がすでに保険収載され、QOLの改善や入院期間の短縮につながっている |

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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 腹腔鏡下子宮腔上部切断術 |
| 技術の概要 | 子宮垂全摘の一手法である子宮腔上部切断術を腹腔鏡下に行う手術手技 |
| 対象疾患名 | 子宮筋腫 子宮腺筋症 |
| 保険収載の必要性 | 子宮全摘を要する状態で子宮頸部摘出困難症例への姑息的手段として有用であるが実際には全摘ではなく垂全摘であり保険請求できない。 |
| 【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>IV</u> 子宮全摘手術を要する患者で子宮頸部周囲の重度癒着例、性経験の無い女性では子宮全摘手術に際して子宮頸部の手術操作が困難な例が存在する。当該術式は子宮頸部の処理を要さず安全に子宮摘出が行える。 |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | 手術時間、出血量、術後在院日数、合併症、副作用も従来の腹腔鏡下子宮全摘術と同様。子宮頸部が残存する事から子宮頸癌発生が懸念されるが極めて稀。 |
| 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） | 腹腔鏡下子宮全摘術施行可能な術者であれば技術的に当該手術を施行可能。 |
| 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 | 年間対象患者数 <u>100</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 2008年の日本産婦人科手術学会アンケートによれば子宮全摘術 12,371例中腹腔鏡手術は 2,042例 16.5%。欧米諸国での子宮全摘手術における当該手術の割合は2~22%とされ本邦頻度5%仮定で年間約102例。 |
| 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 | 摘出子宮体外搬出の際、腔管使用不可能にて電動モルセレーター使用必須。 39,491-7,310=32,181点、年間102例手術仮定で32,181×102=3,282,462点増 <u>増予想影響額 32,824,620円 増</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K876</u> 技術名 <u>子宮腔上部切断術</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 39,491 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):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):29,050円(試算参照) |

| 技術名 | 技術の概要 | 対象疾患 | 現在当該疾患に対して行われている治療との比較(開腹術との比較) | 診療報酬上の取扱 |
|--------------|----------------------------------|---------------|---|----------|
| 腹腔鏡下子宮腔上部切断術 | 子宮亜全摘の一手法である子宮腔上部切断術を腹腔鏡下に行う手術手技 | 子宮筋腫 子宮腺筋症 | <p>子宮全摘を要する状態で子宮頸部摘出困難症例への姑息的手段として有用である。</p> <p>手術時間、出血量、術後在院日数、合併症、副作用も従来の腹腔鏡下子宮全摘術と同様。</p> <p>開腹手術は保険収載されているが、腹腔鏡手術は保険収載されていない。</p> | 手術 |

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。

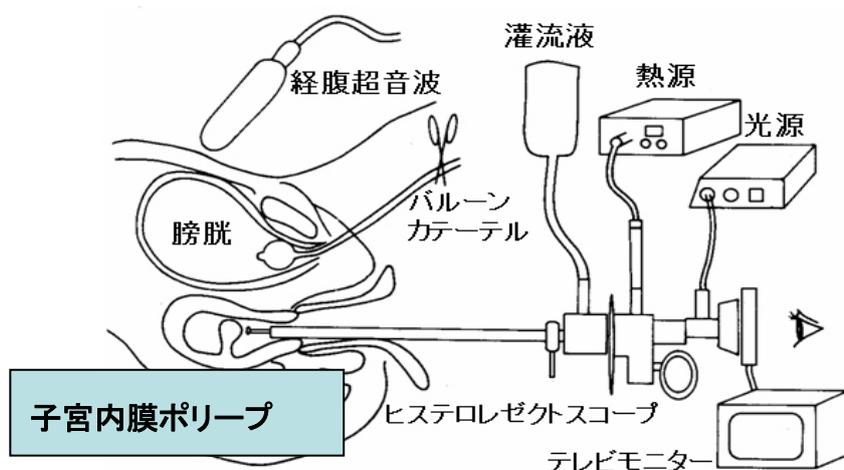
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 子宮鏡下子宮内膜焼灼術 |
| 技術の概要 | 子宮鏡下に子宮内膜を焼灼する。 |
| 対象疾患名 | 子宮内膜ポリープ、過多月経 |
| 保険収載の必要性 | 本術式は、ホルモン製剤投与による治療法に比して、有効性が高い。さらに、外科的治療方法であっても、低侵襲性であり、高い安全性、有効性を備えており、保険収載の必要がある。 |
| 【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>III</u> これまでの報告では、95%の治癒率を認める。QOLも95%と高い奏功率を示している。（Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group.）また、器質性疾患のない過多月経に対する薬物療法以外の治療への対応として、解説に、子宮鏡下内膜凝固として紹介されている。（日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編 産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2011） |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | ①子宮穿孔、子宮腔癒着症、感染などの合併症が起こる可能性がある。①の頻度は、0.3%未満と報告されている。術中に経腹超音波監視を行うと①のリスクはさらに減少する。 |
| 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） | 子宮鏡下手術に習熟した医師が行うことが望ましい。 |
| 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 <u>1,000</u> 人 年間実施回数 <u>1,000</u> 回 HMB Guidelines 1998 50歳以下の2.3%が過多月経である。そのうち、治療の対象となるのは1,000人程度である。 |
| 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 | 子宮内膜ポリープの切除のみを目的とした、既存の外科的治療である子宮内膜搔爬術は、子宮鏡下子宮内膜焼灼術より、盲目的な手術操作であるため子宮穿孔の危険性が高く、また、子宮内膜ポリープや子宮内膜が遺残する可能性が高い予想影響額 <u>353,350,000円増</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 K801 技術名 子宮内膜搔爬術 |
| 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>35,335</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):31,260点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):40,750円(試算参照) |

「技術の概要のまとめ」

| | |
|---------|--|
| 「技術名」 | 子宮鏡下子宮内膜焼灼術 |
| 「技術の概要」 | 子宮鏡下に子宮内膜を焼灼して月経量を軽減あるいは減少させることを目的とする。 |
| 「対象疾患」 | 子宮内膜ポリープ、過多月経 |



「現在当該疾患に対して行われている治療との比較」

子宮内膜ポリープの切除のみを目的とした、既存の外科的治療である子宮内膜搔爬術（流産手術と同様の手技である）は、盲目的な手術操作であるため、内視鏡手術である子宮鏡下子宮内膜焼灼術に比べて、子宮穿孔の危険性が高く、子宮内膜ポリープや子宮内膜が遺残する可能性が高い。

子宮鏡下手術は、現在、子宮内に存在する子宮粘膜下筋腫の切除や、子宮内膜ポリープのみを切除する方法は、保険収載されている。

子宮内膜を直接、焼灼する手術療法は、保険収載されていない。

「診療報酬上の取扱」

K 手術

点数 35, 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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 造腔術（腹腔鏡下、骨盤腹膜利用による） |
| 技術の概要 | 会陰方向から作成した腔に骨盤腹膜を用い腔壁を形成する。 |
| 対象疾患名 | ロキタンスキー・キュスター・ハウザー症候群をはじめとする先天性腔欠 |
| 保険収載の必要性 | 造腔術の歴史は古く、これまでもさまざまな術式が報告されているが、今回申請する術式は比較的侵襲の小さいもので、開腹による骨盤腹膜を用いた造腔術（Davydov手術）を腹腔鏡下に行うものであり、患者の身体的負担は飛躍的に軽減される事になる。 |
| 【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）： III ガイドラインは特にないが、これまでに報告のあるあらゆる造腔術に比べ明らかに手術侵襲は小さく、治癒率、QOLの改善は同等である。 |
| I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度 | 実際にはDavydov手術に対する重篤な合併症は稀ではあるが、手術操作時には周辺臓器である尿道や膀胱、直腸損傷のリスクが皆無ではない。剥離操作中の術中出血にも注意が必要である。 |
| 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） | 本邦の関連学会等で本術式がはじめて報告されてから約10年になり、その後も報告が散見される。術式はある程度標準化されており、手術手技としては難易度は高くはない。 |
| 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 100 人 年間実施回数 1 回 本疾患の頻度は女児出生4,000～5,000に1である。年間手術数は不明。 |
| 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 | 安全性を含め得られる効果に差は無いが、術前術後の患者のQOLは著しく改善が見込まれる。医療費は増となるが患者のQOL改善による費用対効果算定は困難である。 予想影響額 42,883,000円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 K859 技術名 造腔術 |
| 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 66,983 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）：121,041円（試算参照） |

| 技術名 | 技術の概要 | 対象疾患 | 現在当該疾患に対して行われている治療との比較(開腹術との比較) | 診療報酬上の取扱 |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|----------|
| 造膣術(腹腔鏡下、骨盤腹膜利用による) | 会陰方向から作成した膣腔に、骨盤腹膜を用い膣壁を形成する。 | ロキタンスキー・キュスター・ハウザー症候群をはじめとする先天性腫欠損症 | <p>現在当該疾患に対して行われている術式は、K859 造膣術である。この術式は腹腔鏡を用いず、膣式のみ、もしくは開腹手術を併用する手術である。膣式のみでは盲目的な操作となるために、オリエンテーションがつきにくくなる場合もある。また開腹手術では、手術侵襲が高くなり、術後癒着も危惧される。</p> <p>一方、造膣術に腹腔鏡手術を併用することで、視野の確保や安全性、手術侵襲等において有効であると考えられる。</p> <p>治療効果)術前術後の患者のQOLは著しく改善が見込まれる。</p> | 手術 |

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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 腹腔鏡下子宮筋腫核出術と子宮附属器癒着剥離術の複数手術の特例拡大 |
| 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 | K872-2、K886-2 |
| 技術の概要 | 子宮筋腫に付属器癒着（子宮内膜症や骨盤内感染症等による）が合併していた場合に、腹腔鏡下子宮筋腫核出術に加えて付属器癒着剥離術を併施する方法 |
| 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>子宮内膜症やPID等による子宮附属器周囲癒着と子宮筋腫が合併している場合は多く、不妊を予防し効率的な手術を行うには両術式の併施における特例拡大は必要である。</p> <p>点数 37,890点（1点10円）</p> <p>≪1≫ 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：*腹腔鏡下子宮筋腫核手術と子宮附属器癒着剥離術併用するので50/100の加算が妥当。</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）：</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。） | 筋腫核出術に関しては腹腔鏡下子宮筋腫核出術の有効性は示されており、全国的な施行件数も増加傾向にある。一方、不妊症を伴う軽症の子宮内膜症や子宮付属器周囲癒着においては、腹腔鏡下手術を行う事で妊娠率が有意に改善する事が示されている。 |
| 点数の見直しの場合 | 28,940点 → 37,890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 2,000人 → 2,000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> |
| | 変化なし |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | 予想影響額 179000000円 増 |
| （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 | 子宮附属器癒着剥離術（両側）腹腔鏡によるもの（K886-2:17,900点）の50/100点の加算が認められれば、89,500円×2,000人×1回=179,000,000円と計算される。加算により病院収益増に繋がる。併用した事により妊早能改善し患者QOL向上に寄与するが費用対効果算出困難。加算により腹腔鏡下子宮附属器周囲癒着剥離術施設が増加すると考えられるが、長期的、潜在的な不妊症に対する改善策の一助になり得る。 |

| | |
|--|--|
| 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） | 2. あり（別紙に記載） |
| Ⅲ-⑤その他 | 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）： * |
| 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 | 日本産科婦人科内視鏡学会 |
| 技術名 | 腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術と子宮付属器癒着剥離術の複数手術特例拡大 |
| 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 | K863, K886-2 |
| 技術の概要 | 腹腔鏡下に子宮内膜症の病巣を除去する術式（電気メスによる焼灼やレーザー蒸散あるいは卵巣チョコレート嚢胞の摘出）と子宮や付属器周囲の癒着を腹腔鏡下に剥離する方法の併用術式 |
| 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 | 対象疾患は子宮付属器周囲癒着を伴うことが非常に多く、多くの症例で実際には併用されている場合が多いにもかかわらず、実際に併用しても保険収載が請求できない。複数手術の併施についての適応拡大は必要である。 <u>点数 28,050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）：*内膜症病巣除去術と子宮付属器癒着剥離術を併用するので50/100の加算が妥当と考えられる。 《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。） | 子宮内膜症は子宮や付属器周囲癒着を伴うことがほとんどであり、特に妊娠希望や様々な疼痛（月経時痛、下腹部痛、排便痛、性交時痛等）がみられる患者に対しては、付属器癒着剥離術を実際に併用せざるを得ない。また、卵巣チョコレート嚢胞の摘出は、卵巣周囲癒着を剥離した後に行うのが標準であるにもかかわらず、現段階では実際に併用しても保険収載が請求できない。併施手術の適応拡大は必要と考えられる。 |
| 点数の見直しの場合 | <u>19,100点</u> → <u>28,050点</u> |
| 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 5,000人 → <u>5,000人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 1回 → <u>1回 変化無し</u> |
| | 変化なし |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | <u>予想影響額 447500000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 | 50/100点の併施加算が8,950点、年間対象患者が1回の併施手術を実施したと仮定し、89,500円×5,000人×1回=447,500,000円と計算される。 |

| | |
|--|--|
| 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） |
| Ⅲ-⑤その他 | 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）： * |
| 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 | 日本産婦人科医会 |
| 技術名 | 流産手術 妊娠 11 週までの場合 |
| 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 | K909-1 |
| 技術の概要 | 頸管拡張器により子宮口を開大させ、鉗子あるいはキューレットを用いて妊卵等の流産物を摘出する盲目的（非直視下）手術 |
| 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 | * <u>点数 5,903 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）：3,098 点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：28,050 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。） | 盲目的（非直視下）手術であり、副損傷も時に発生する。従って、慎重な施術が必要で時間も掛かり豊富な経験を必要とする手術である。 |
| 点数の見直しの場合 | 1,910 点 → 5,903 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 13 万人 → <u>13 万人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 13 万回 → <u>13 万回 変化無し</u> |
| | 流産は妊娠のおよそ 15% である。年間分娩数 110 万より試算すると年間 13 万件の流産がある。そのうち半数に本手術が必要となる。1 例あたり 39,930 円の増額が 65,000 例に行われる。よって、2,595,450,000 円増となる |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | <u>予想影響額 2595450000 円 増</u> 流産は妊娠のおよそ 15% である。年間分娩数 110 万より試算すると年間 13 万件の流産がある。そのうち半数に本手術が必要となる。1 例あたり 39,930 円の増額が 65,000 例に行われる。よって、2,595,450,000 円増となる |
| （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 | 流産は妊娠のおよそ 15% である。年間分娩数 110 万より試算すると年間 13 万件の流産がある。そのうち半数に本手術が必要となる。1 例あたり 39,930 円の増額が 65,000 例に行われる。よって、2,595,450,000 円増となる |
| 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：Z99 - D8 - S81-0316600 技術度：C 医師（術者以外）：0 看護師：2 その他：0 所要時間（分）： 0.5 |
| 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 | 日本歯科医療管理学会 |
| 技術名 | 歯科訪問診療料 |
| 診療報酬区分（1つに○） | ○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 |
| 診療報酬番号 | C-000 |
| 技術の概要 | 歯科訪問診療を行った際、しかも20分以上の診療を行なった場合に算定される。 |
| 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（ ） |
| 具体的な内容 | 歯科訪問診療料は特掲診療料に区分されているが、基本診療料として在宅診療料450点とする。さらに20分以上の場合を加算点数として380点を算定する。また、20分に満たない場合も、初再診料により対応するのではなく、基本診療料の在宅診療料450点を加算点数なしで算定するものとする。 |
| 【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。） | 訪問診療の評価は基本診療料と特掲診療料で算定するのが基本であり、現行の算定基準には矛盾がある。また、20分に満たない訪問診療は、日本歯科医学会タイムスタディに示されているように移動（往復）、設置、初診、撤収で65分近く要し、準備時間も入れると、診療所や大学病院での初診の11分に比較すると過小評価が明確である。 |
| 点数の見直しの場合 | 830点 → 450+380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 年間実施回数の変化 現在 360万回 → _____ 360万回 増・減・ 変化無し |
| | ※根拠 区分と点数の変更であり、普及性には影響しない。 |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | 予想影響額 1260万円 ○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 | 増点は20分に満たない在宅診療で380点から450点へ70点の増点となる。訪問診療2が相当しているが、在宅診療の場合ほとんどが20分以上を要すると考えられ、訪問診療2の180万回のうち1%の1.8万回が当てはまると仮定すると1.8万回×70点（700円）で、1260万円の増と推定される。 |
| 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） | <ol style="list-style-type: none"> 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 | 日本老年歯科医学会 |

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 | 日本歯科医療管理学会 |
| 技術名 | 歯科訪問診療料 |
| 診療報酬区分（1つに○） | ①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 |
| 診療報酬番号 | C000 |
| 技術の概要 | 歯科訪問診療を行った際、しかも20分以上の診療を行なった場合に算定される。 |
| 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 | 同一建物での複数患者への訪問診療の際の算定（歯科訪問診療2）を、異なった建物において訪問診療を行なう場合の算定（歯科訪問診療1）と同じにする。 |
| 【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。） | アパート、マンションで部屋が違う場合、社会通念上独立した個人の住居であり、建築基準から算定基準を定めている現行ルールには矛盾がある。20分以上の診療での830点、20分以下の診療での380点と点数評価を変えているように、訪問診療料は在宅現場での診療の難度を反映した評価とすべきで、建物評価におくべきではない。 |
| 点数の見直しの場合 | _____ 380 点 → 830 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 年間実施回数の変化 現在 180万回 → _____ 180万回 増・減・ <u>変化無し</u> |
| | ※根拠 訪問診療料2の実施回数は社会医療診療行為別調査によれば、2009年、180万回実施されている。ここでは点数見直してであり、回数の変化はない。 |
| Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間） | 予想影響額 162,000万円 <u>増</u> ・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 | 訪問診療料2の実施回数180万回のうち、20%が今回の評価に該当すると仮定し、36万回分が380点から830点に増点されると考えた。 |
| 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 | |
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | 日本老年歯科医学会 |

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 | 日本歯科医療管理学会 |
| 技術名 | 機械的歯面清掃研磨 |
| 診療報酬区分（1つに○） | ○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 |
| 診療報酬番号 | C001-3 |
| 技術の概要 | 歯科疾患在宅療養管理を受け歯周疾患に罹患している患者に対して機械的歯面清掃を行ったときに加算点数として算定される。 |
| 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 | 在宅、障害者診療においてP、G以外に重度歯垢沈着症（病名新設）を対象疾患に加え、セルフケア、介護者によっても除去困難な歯面、舌に付着した難除性のプラークを有する患者に対し、月4回までを限度にプラーク除去を行った際に算定可能とする。さらに加算点数ではなく処置の区分とする。 |
| 【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。） | 高齢者、在宅療養者、障害者にとっては口腔内プラークの存在は誤嚥性肺炎のみならず多くの全身疾患に要因となり、その後の生存率のみならずライフスタイルにも大きく影響を与える。現在歯周疾患に対するものとして扱われているが、全身疾患に対するハイリスクの低減として新たな病名を設け、その処置として積極的に医療保険で扱うことが急務である。 |
| 点数の見直しの場合 | 60点 → 300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 年間実施回数の変化 現在512万回 → 512万回 増・減・ 変化無し |
| | ※根拠 社会医療診療行為別調査によれば、2009年後期医療での機械的歯面清掃研磨は512万回であった。今回の評価は、適応病名および点数変更によるもので、回数変化はない。 |
| 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 61440万円 増・減 機械的歯面清掃研磨のほとんどはP病名によるもので、P病名以外に本再評価提案の病名による場合は少なく、512万回のうちの5%程度と仮定し、61440万円の増加と推算した。 |
| 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 | |
| Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等 | 日本老年歯科医学会 |

