



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	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心血管インターベンション学会



<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>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は 5000 (円) × 400 (回) = 2,000,000 円</p> <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 3000 (円) × 400 (回) = 1,200,000 円</p> <p>増加分 : 2,000,000 - 1,200,000 = 800,000 円</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>①. 特になし (別紙及び添付文書は不要)</p> <p>②. あり (別紙に記載)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>特になし</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本循環器学会、日本心臓病学会</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	日本循環器学会
技術名	血管内視鏡検査
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・ <b>㊦</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
診療報酬番号	D206
技術の概要	血管内に血管内視鏡カテーテルを誘導し、血管内の血栓、粥腫性状を直接観察する検査
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	現行の300点から500点への増点
<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。）	1. 血管内視鏡による高度な yellow plaque、内皮化を伴わないステントは vulnerable plaque、vulnerable stent を意味し、薬物の介入によるこれらの所見の消失はこの病態の安定化を示唆する（参考文献 Takano, Mizuno らの review）。従って、極めの細かい観察が可能となり、予後改善に寄与する。 2. 血管内視鏡の実施には、術者以外の人手を要す。また、本手技に必要なガイドワイヤー、ガイドカテーテル、Yコネクターなどは請求できない。これらを考慮し、500点が妥当な評価であると提案する。 3. DPC 対象病院においては血管内視鏡の材料費が加算不可能であり、実質的に本検査が施行できない環境にある。このため DPC 対象施設においては適用の追加に対して保険収載の必要性があると考えられる。
点数の見直しの場合	300 点 → 500 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 360,034 人 → 360,034 人 増・減・ <b>変化無し</b> 年間実施回数の変化 現在 60 回 → 60 回 増・減・ <b>変化無し</b>
	※ 根拠 社会医療診療行為別調査報告より推計 左心カテーテル件数 平成17年から21年までの平均 3002 件/月 $3002 \times 12 = 360,034$ 血管内視鏡検査行為数 平成17年から平成21年5年間で平成17年6月の5/月のみ $5 \times 12 = 60$ 件
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 120,000 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	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費は $5000 \text{ (円)} \times 60 \text{ (回)} = 300,000 \text{ 円}$ 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 $3000 \text{ (円)} \times 60 \text{ (回)} = 180,000 \text{ 円}$ $300,000 - 180,000 = 120,000 \text{ 円}$

<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>なし</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心血管インターベンション学会</p>

※ 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	日本循環器学会
技術名	冠動脈血流予備能（FFR）測定
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	D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）（注3に該当）
技術の概要	虚血性心疾患の責任病変部を特定し、その機能的重症度を評価する。
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	<p>冠動脈病変の評価には解剖学的な狭窄度判定と生理学的な狭窄度評価があるが、本手技を治療ガイドに用いることにより、現行施行されている PCI の中から必ずしも有効ではない PCI の施行を回避できることから PCI に関連する費用を削減でき（参考文献 DEFER Study）、また冠動脈造影法（CAG）のみにより必要と判断された PCI 後の有害事象発生率より約 30%激減する（参考文献 FAME Study）。参考にしてしている FAME Study や DEFER Study の結果により、FFR 測定は、欧州の ESC/EACTS ガイドラインでクラス I /エビデンスレベル A（冠動脈用ステントセット再狭窄抑制型の有益性及び信頼性と同一最高推奨度）、米国 ACC/AHA の PCI ガイドラインでクラス II a /エビデンスレベル A という有益性が高く信頼性が高いものとして推奨されている。</p> <p>しかし、現状、本手技で 300 点の点数が加算されるが、<u>本手技に必要な手術材料 Y 字管、ガイドカテーテル、イントロデューサーなどは算定できない。</u>従って、必要材料のコストを含めると現在の点数では赤字にならざるを得ないため、上記のとおり有益性があり信頼性の高い FFR 測定を実施できない施設もある。従って、D206 心臓カテーテル法による諸検査と併せて行った場合は 500 点の加算を申請する。</p> <p><u>200 点の増点が認められても、FFR 測定により不要な PCI を避けることができ医療費削減が見込める。また、200 点の増点により必要材料費が赤字にならず賄えるようになることにより FFR 測定が普及しさらに医療費の削減が見込める。</u></p> <p>また、DPC 対象病院において FFR 測定用デバイスの材料費は償還できず、実質的に本検査が施行できない環境にある。このため DPC 対象施設においては保険適用追加の必要性があると考えられる。</p>
<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>冠動脈病変の評価の際に、まず低侵襲の 5F 以下のイントロデューサー及び血管造影用カテーテルを使用して血管造影評価をすることが一般的であるが、その後、治療の必要性の有無を詳細に評価する必要がある場合に FFR 測定がなされることがある。正確な FFR 値の測定のために 6F 以上のガイドカテーテルが推奨されているため、それに対応するイントロデューサー及び 6F 以上のガイドカテーテル（Y 字管付）に交換する必要がある。しかし、評価病変が治療不要と判断された場合、診断のみでは交換後に使用したイントロデューサー（3,560 円（平成 22 年厚生労働省告示第 71 号より）、6F 以上のガイドカテーテル（22,500 円（平成 22 年厚生労働省告示第 71 号より））及び Y 字管（定価平均 12,000 円）等の材料費合計約 38,060 円が負担となる。該当する手技料が D206 心臓カテーテル法による諸検査右心カテーテルの場合、3,900 点（3,600 点+FFR 測定検査加算 300 点）であるが、FFR 測定に対して負担する材料費のみでも約 38,060 円であり、その他通常の造影診断に際し使用するシリンジ等の材料費の負担を加えると赤字になる。FFR 測定検査加算が 300 点から 500 点になることで費用の負担軽減が見込める。</li> <li>FFR を測定することにより、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）の必要性を機能的評価による数値で把握することが可能となり、現行施行され</li> </ul>

	<p>ている PCI の中から必ずしも有効ではない PCI の施行を回避できることから PCI に関連する費用を削減できる（参考文献 DEFER Study）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>冠動脈造影法（CAG）に加え FFR を測定して必要と判断された PCI 後の有害事象発生率は、CAG のみによるものより約 30% 激減する（参考文献 FAME Study）。</li> </ul>
点数の見直しの場合	300 点 → 500 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 94,473 人（2010 年）→ 105,199 人（2014 年）<del>増</del>・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 1 人当たり 1 回→ 将来 1 人当たり 1 回 増・減・<del>変化無し</del></p>
	<p>※根拠</p> <p>FFR 測定対象患者数：PCI 症例の急性冠症候群以外 79%、多枝病変 50%（j-Cypher より）</p> <p>2010 年 PCI 症例数合計：239,173 人（矢野経済研究所 2010 年版資料より） 2014 年 PCI 症例数合計：266,327 人（矢野経済研究所 2010 年版資料より） 2010 年 FFR 測定対象患者数=239,173 人×79%×50%=94,473 人 2014 年 FFR 測定対象患者数=266,327 人×79%×50%=105,199 人</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 約 105 億 円 増・<del>減</del></p> <p>手技料加算が 300 点から 500 点になった場合： 多枝病変を有する患者に対して FFR を測定することにより冠動脈用ステントセット再狭窄抑制型（345,000 円）留置が 1 人当たり 0.8 本となり（参考文献 FAME study）、Ⅲ-②の年間対象患者数（2014 年）に FFR 測定がなされた場合、約 290 億円の削減が可能となる。 <math>2345,000 \text{ 円} \times 0.8 \text{ 本} / \text{人} \times 105,199 \text{ 人} = 29,034,924,000 \text{ 円}</math></p> <p>FFR 測定により発生する費用は、多く見積もっても約 185 億円である。 (材料費 171,000 円+手技料 5000 円) × 105,199 人（ワーストケース：すべて診断のみで終わったと仮定）=18,515,034,000 円</p> <p>上記より、手技料加算が 500 点になった場合でも、予想される削減可能な医療費は少なくとも約 290 億円-約 185 億円=約 105 億円と考えられる。</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>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>
Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本循環器学会、日本心臓病学会

## 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	日本循環器学会
技術名	心大血管リハビリテーション料に関わる施設認定基準の見直し
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・ <b>Ⓜ</b> 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	H000
技術の概要	施設基準のスタッフ配置専任要件の緩和と点数の見直し
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	1. 心大血管リハビリ料（Ⅰ）（Ⅱ）を（新Ⅰ）（新Ⅱ）（新Ⅲ）に変更 2. 専任職種を緩和し、作業療法士、臨床検査技師を追加。
<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。）	1. 心臓リハビリは、有効性のエビデンスの構築や安全性の証明がなされているが、心大血管リハビリ料（Ⅱ）（20分100点）の低さなど、採算が合わなくて断念するケースが多い。心大血管リハビリ料（Ⅰ）（Ⅱ）を見直し、（新Ⅰ）（新Ⅱ）（新Ⅲ）に変更する（添付資料参照）。 2. 作業療法士は呼吸リハビリや重症心不全患者のリハビリ（廃用症候群として）を行っているのに、心大血管リハビリを扱えないことは矛盾している。また、医師とともに運動負荷試験に加わってきた臨床検査技師が心疾患患者のリハビリに関われないこともこれまで築いてきた歴史を無視するものである。そこで、専任職種部分を緩和し、作業療法士、臨床検査技師の追加を希望する（添付資料参照）。
点数の見直しの場合	（新Ⅰ）200点→250点、（新Ⅱ）200点据え置き、（新Ⅲ）100点→150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 72,000人→93,600人 <b>増</b> ・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 987,000回→1,310,000回 <b>増</b> ・減・変化無し
	対象患者数：2009年循環器疾患診療実態調査結果報告書に基づき、心臓リハビリ患者7.2万人が30%増加すると仮定すると9.4万人。1人当たり実施回数平均14回（2009年度実態調査）として、131万回になる。
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 47億円 <b>増</b> ・ <b>減</b>  1単位あたり平均25点増点したとして、25点×131万回=3.3億円、増える対象患者2.2万人はほとんどが新（Ⅲ）と考えられ、150点×2.2万人×14回=4.6億円で、合計8億円医療費増。しかし心臓リハビリによって急性期入院期間を従来の4週間から2週間に短縮可能により年間168億円医療費減（入院一日あたり1800点[18000円]×14日間×2.2万人=55億円）。 さらに心リハにより以下のような経済効果が得られると予想される。 ・心リハ実施により3年間で死亡率を20-25%低下させる。それに費やされる医療費を削減できる。 ・死亡率の低下以外に、運動耐容能改善・QOL改善などの効果により高齢患者の寝たきり状態の防止が期待でき、介護度の低下など、さらに医療費削減効果が期待できる。
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	日本心臓リハビリテーション学会、日本循環器学会、日本心臓病学会
-----------------	---------------------------------

## 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	日本循環器学会
技術名	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 及び 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
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
診療報酬番号	C107-2
技術の概要	睡眠時無呼吸症候群である患者に在宅で実施する持続陽圧呼吸療法
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	現行の在宅持続陽圧呼吸療法の保険適用基準として、無呼吸低呼吸指数が「20以上」を「15以上」に改定する。
【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。）	<ul style="list-style-type: none"> <li>睡眠時無呼吸症候群（OSA）は多くの研究から、高血圧、脳卒中、狭心症などの循環器疾患の危険因子であることが判明しており、中等度以上（AHI<math>\geq</math>15）ではそのリスクは顕著に高いことが明らかにされ、積極的な治療が不可欠と世界的に考えられている。</li> <li>中等度以上（AHI<math>\geq</math>15）の OSA に対する CPAP 治療については、基礎疾患（高血圧、耐糖能異常、心不全、虚血性心疾患、脳血管障害など）を有する場合の基礎疾患進展抑制もしくは二次的予防目的として有効であることが明らかにされており、2010年の「循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン」にも明記されており、また高度の眠気からの交通事故などの頻度も改善することが示されている。</li> <li>無治療の重症 OSA は CPAP 治療が必要でありながら治療を受けていない重症 OSA は、10年間で31.9%が心血管障害を合併、さらに10.6%が死亡したとの報告がある。健常人および CPAP 治療群と比べると明らかに OSA に関連した医療費の支出が高い。これらのことから、早期に治療を行えば、医療支出抑制が可能と考えられる。</li> <li>「循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン（2010）」「成人の睡眠時無呼吸症候群・診断と治療のためのガイドライン（2005）」及び世界各国のガイドラインにおいても、中等症（AHI<math>\geq</math>15）以上を治療の対象とすべきと記載されており、このような背景からも AHI=20 を保険適用とする現行の基準では混乱を招く可能性が大きく医療的損出も増大する可能性が大きい。</li> </ul>
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 約17万人 → 約19万人 (増)・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 約17万回 → 約19万回 (増)・減・変化無し
	※根拠 ・我が国の OSA 患者数は約200万人で CPAP 治療されているのは約17万人。適用基準見直しにより、対象患者は1割程度増加すると考えられる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 約3.5億円 増

<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適用基準の見直しにより、対象患者数は2万人程度増加するとして、医療費の増分は <math>20,000 \text{ 名} \times 1460 \text{ 点} \times 12 \text{ ヶ月} = 35 \text{ 億円} / \text{年}</math></li> <li>・OSA 患者は一般人口よりも高頻度で高血圧、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患などの疾患を合併しており、CPAP 療法を行うことでこれらの合併症の改善が見込まれる。増加対象である <math>15 \leq \text{AHI} &lt; 20</math> の OSA 患者での合併症率の正確な統計データは無いが、中等度以上 (<math>\text{AHI} \geq 20</math>) の OSA 患者において合併症の改善による医療費減少分は1万人当たり約25億円という試算がある。中等度以上の OSA よりも合併症の改善による医療費削減効果は低いとしても、20 億円程度は減少するものと予想される。</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>② あり（別紙に記載）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>特になし</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本呼吸器学会、日本睡眠学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会</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	日本循環器学会
技術名	血中心筋トロポニンI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	D007-27 生化学的検査 I 血液化学検査 心筋トロポニンI
技術の概要	免疫測定装置を用いて血中心筋トロポニンI濃度をする。 血中心筋トロポニンI測定の実施により、心筋炎の診断、経過観察から重症度の把握を可能にする。
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	現行の診療報酬では、不安定狭心症および心筋梗塞患者にのみトロポニンI検査が認められているが、心筋炎が疑われる患者および心筋炎と診断された患者の重症度把握に同じ点数の診療報酬を認めることを提案する。
【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。）	心筋炎では血中心筋トロポニンIの上昇が認められ <sup>1)</sup> 、持続亢進する症例では心肺危機の恐れがある <sup>2)</sup> 。現在、心筋炎の診断は主に心電図と心エコー図検査にて行われているが、習熟した診断技術を要する。心筋トロポニンI測定は、採血を行うのみで習熟した技術を必要とせずに病態に伴う変化を定量的かつ客観的に捉えることができ、日本循環器学会はじめ関連学会にて策定している「急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン2009年改訂版（JCS2009）」 <sup>2)</sup> においても必要な検査とされている。 1) Circulation 1997; 95: 163-168 2) 「急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン2009年改訂版（JCS2009）」
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 → _____ 4.5万人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 0回 → _____ 1~4回 増・減・変化無し
	※ 根拠 わが国における心筋炎の発症率や死亡率の詳細は不明であるが、拡張型心筋症の病因として心筋炎との関連が考えられる（難病情報センターHP： <a href="http://www.nanbyou.or.jp/">http://www.nanbyou.or.jp/</a> ）。 平成11年厚生省の特発性心筋症調査研究班で施行した全国調査では、拡張型心筋症の全国患者数は約17,700人と推定されている。拡張型心筋症病因として心筋炎が考えられることより、心筋炎の後遺症にて加療している年間患者数は約1.8万人と推定される。 心筋炎の患者のうち、約40%は死亡、約40%は心不全や不整脈などの後遺症により加療が必要とされているため <sup>3)</sup> 、加療している年間患者数が約1.8万人であることから、心筋炎の年間患者数は約4.5万人と推定される。 これらの患者に第1回測定する（第1回測定対象患者）。 後遺症により加療が必要となる患者は約1.8万人と推定されるため、経過観察に基づく予後評価を行うため、治療前・直後・1~2週間後（回復期）・退院時に経過観察対象患者を対象として4回程度測定する。

	年間実施回数：1回もしくは経過観察として4回 3) 心臓病の外来診療 2004年；第1版：S192-S193 日本医師会発行
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 44.8億円 増・ <u>減</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	<p>・ 予想される当該技術に係る医療費</p> <p>日本において心筋炎患者数は約4.5万人と推計されており、そのうち約40%は死亡（1.8万人）、約40%は心不全や不整脈などの後遺症により加療が必要（1.8万人）とされている<sup>3)</sup>。後遺症にて加療が必要となる患者のうち、約20%が慢性心不全に進展する<sup>4)</sup>。</p> <p>血中心筋トロポニンIを測定することにより、心筋炎を早期に発見して、適切な治療を施し、後遺症を減少させることにより、慢性心不全への進展を防ぐとできたと仮定した場合、以下のとおり医療費の削減となる。</p> <p>心不全患者のうち、10%を入院が必要な患者、残りの90%を通院にて加療が可能な患者と仮定すると、心筋炎の後遺症にて心不全加療が必要となった患者中、入院患者=1.8万人×20%×10%=360人。通院にて加療が可能な患者=1.8万人×20%×90%=3240人。</p> <p>入院が必要な患者の平均入院回数を3回/年、1回あたりの入院費を約120万円<sup>5)</sup>とすると必要な入院費=360人×3回×約120万円=約13億円——①</p> <p>2009年推定心不全加療患者数は約30万人、心不全治療剤市場規模は475億円であることより、1人あたりにかかる心不全治療剤の費用は約16万円（2010年医療用医薬品データブック No.1 株式会社 富士経済 参照）</p> <p>通院にて加療が可能な患者の心不全治療剤にかかる費用=1.8万人×約16万円=約28.8億円 ——②</p> <p>従って①+②=44.8億円の医療費削減が見込まれる</p> <p>4) 心筋炎と心筋症. 内科 2009年；103：437-441</p> <p>5) 第122回日本医師会シンポジウム 心不全診療の最前線 p.6-11</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） 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	日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会



Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本心臓リハビリテーション学会 日本リハビリテーション医学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、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	日本循環器学会
技術名	トレッドミルによる負荷心肺機能検査またはサイクルエルゴメータによる負荷心肺機能検査における連続呼気ガス分析加算の増点
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・ <b>㊦</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
診療報酬番号	D211
技術の概要	連続呼気ガス分析は運動負荷中に呼気ガスを連続的に分析して、最高酸素摂取量や嫌気性代謝域値、運動時換気様式などの情報により、運動療法の運動処方作成や、心・肺疾患の病態・重症度判定・治療方針決定・効果判定などを行う検査である。
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>㊦</b> 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 100 点より、800 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。）	通常の心電図・血圧測定だけのトレッドミル/エルゴメータによる運動負荷試験に呼気ガス分析を加えると、手技に専門性を必要とし、結果の解析や説明に平均 30 分ほど余計に時間がかかる。呼気ガス分析には医師の他に看護師、臨床検査技師等の人手も要する。これらを考慮し、800 点が妥当な点数であると提案する。
点数の見直しの場合	100 点 → 800 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 2 万人 → 6 万人 <b>㊦</b> ・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 2 万回 → 6 万回 <b>㊦</b> ・減・変化無し
	2009 年度連続呼気ガス分析件数（約 2 万件）の 3 倍に増加予想。
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 64 億円 <b>増・㊦</b> 本検査追加で増加する直接費用は、人件費、機器・消耗品・検査室費用等から 1 件あたり約 8,000 円になる。加算点数収載で 2009 年度連続呼気ガス分析件数（約 2 万件）の 3 倍に増加予想し、医療費は 8,000 円（800 点）×10 万件で約 8 億円増。しかし、心筋梗塞や心不全入院患者の評価に使われて、従来より 4 日間の早期退院につながると、年間 72 億円医療費減（入院一日あたり 1800 点 [18000 円] × 4 日間 × 10 万人 = 72 億円）。差し引き 64 億円の減。
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	日本心臓リハビリテーション学会 日本リハビリテーション医学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、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）

申請団体名	日本循環器学会
技術名	超音波検査
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	D215
技術の概要	超音波断層法による画像診断
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（診療報酬点数表の改訂）</li> </ol>
具体的な内容	今日画像診断として臨床の現場で広く施行されている超音波検査を診療報酬点数表において第3部生体検査から第4部画像診断の項に移すように改訂し、あわせてCTやMRIなどのコンピューター断層撮影診断と同様に、施設基準に適合する場合に画像診断管理加算を認めるべく提案する。
【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。）	今日、超音波検査は腹部・心臓領域はもとより全身の軟部臓器の診断に欠くべからざる検査であり、臨床の現場では常にUS（超音波）・CT・MRIと呼称され、CTやMRIとの対比あるいは相補により疾患の診断・病態診断に寄与している。従って超音波検査を第4部画像診断に移すことは極めて理にかなったことである。併せて、診断の質を担保すべくCT・MRIと同様に画像管理加算を算定できるように提案する。具体的には、点数表の2.断層撮影法（心臓超音波検査を除く）および3.心臓超音波検査について、施設基準として日本超音波医学会認定超音波専門医が常勤し、超音波検査の精度管理を行なっている施設で行なわれ、かつ診断医による検査報告書の少なくとも8割以上が遅くとも検査の翌診療日までに検査依頼医に報告された場合、患者1人あたり月1回に限り所定の点数に150点を加算することを提案する。
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	<p>年間対象患者数の変化 現在 _____ 人 → _____ 人 増・減 ○変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 _____ 回 → _____ 回 増・減 ○変化無し</p>
	<p><u>根拠</u></p> <p>算定要件の見直しであり、これにより対象患者数や実施回数の増減は無い</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 33億750万円 ○増・減</p>
（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>専門医が管理する検査件数算出には、超音波医学会の保険委員会が毎年行なっている専門医研修施設を対象とした検査件数の調査データで推計した。</p> <p>平成21年専門医研修施設推定検査総数 980万件/年 入院外検査比率 0.5 初回検査比率 0.9 施設基準該当施設検査数の割合 0.5 980万件×0.5×0.9×0.5×1500円/件=33.075億</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） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	施設基準を導入することにより、超音波診断の質が担保され、かつ診断報告が迅速になされることにより臨床への貢献度が増す。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本超音波医学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

申請団体名	日本循環器学会
技術名	簡易超音波診断法
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	D215
技術の概要	主に手掌大の小型超音波診断装置により行なわれ、明らかな異常や粗大病変の有無をみる短時間検査で、外来診療はもとより救急医療や在宅診療、災害医療の現場などで有用性が高い。しかし、この小型装置は比較的高画質ではあるがモニタが小さく機能も限られており、診断性能はこれまでの据え置き型の診断装置に及ぶものではない。従って結果によっては上級の超音波装置による精査を要するものである。
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） <b>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</b> 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	この簡易超音波診断で胸腹部エコーおよび心エコーを行なった場合、診療報酬 250 点を新設することを提案する。  注）250 点は外保連試算で算出：人件費/卒後 10 年・検査時間/15 分・機器使用料/470 円/時、検査室使用料/1040 円/時とした
<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。）	重量 500g をきる手掌大の小型診断装置が 2009 年 12 月に薬事認証を受け、2010 年半ばに販売開始となった。安価で有用な小型超音波装置であることから今後広く普及し超音波検査件数が増えることにより、現行の点数では診療報酬請求額が増大することが懸念される。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間実施回数の変化 現在 _____ 22 万回 → _____ 11 万回 <b>増</b> 減・変化無し
	<b>根拠</b> 平成 21 年 6 月分の社会医療診療行為別統計により入院外検査の約 1% 程度が簡易超音波診断の対象と推測すると、年間 22 万件となる。将来的予測として次年度に年間増加件数を 0.5% と見積もると 11 万件増となり、合わせて簡易超音波診断の年間件数は 33 万件となる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 _____ 4.95 億円 <b>増・減</b>
（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	簡易超音波診断の件数分、現行の超音波検査請求点数が下がるため、診療報酬請求額は下記のように減額となることが推計される。 ●予想される簡易超音波診断に係わる年間医療費（a） 件数は総件数の 1.5%（33 万件、新規検査増分 0.5%を含む） 250 点 × 33 万件 = 8250 万点 = 8.25 億 ●代替される検査の減少に伴う医療費減（b） 検査の 8 割が胸腹部、2 割が心エコー検査である 胸腹部検査 530 点 × 17.6 万件 = 9328 万点 = 9.328 億 心エコー検査 880 点 × 4.4 万件 = 3872 万点 = 3.872 億 計 13.2 億 ●予想影響額 (a)8.25 - (b)13.2 = -4.95 億▲

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	ポケットに入るサイズ（Pocket-sized）であり、在宅診療の質のレベルアップに多大に寄与すると思われる。また、震災時、被災地での使用がますます増えることが予想される。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本超音波医学会

## 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	一般社団法人日本障害者歯科学会
技術名	自傷行為による舌・口唇咬傷等への補装具（床副子）による対応
技術の概要	自傷行為による舌・口唇咬傷等に対して、床副子による咬合床を作製・装着することにより、自傷行為を防止させて舌・口唇咬傷等を軽減もしくは治癒させる。
対象疾患名	自傷行為による舌、口唇、頬粘膜、歯肉等の咬傷
保険収載の必要性	Lesch-Nyhan 症候群、先天性無痛無汗症、脳性麻痺、重度知的障害者や認知症（脳血管障害性、アルツハイマー性）患者の中に自傷行為による舌、口唇、頬粘膜、歯肉等への咬傷が生じ、障害者の QOL に強い影響を及ぼす。歯科的な対応としてマウスピースや咬合床等の床副子による対応が必要である。
<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>補装具の装着により、口腔粘膜咬傷等の外傷の治癒・軽減がほとんど症例で認められ、日常生活全般にわたる QOL 向上を認める。</li> <li>本件に関する当学会のガイドラインはない。</li> </ul> <p style="text-align: right;">エビデンスレベル（別紙参照）； I II III IV <b>V</b> VI</p>
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全性は極めて高いと思われる。補装具作製のための口腔内印象採得に若干の困難を伴う可能性がある。
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）	<ul style="list-style-type: none"> <li>本件に関する学会での発表等は毎年みられ、学会での本件に関する技術的な対応はほぼ確立されている。</li> <li>技術的な難易度は高くなく、補装具作製のための口腔内の印象採得が必要になる。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>該当する障害名は Lesch-Nyhan 症候群、先天性無痛無汗症、脳性麻痺、自閉症、統合失調症、重度知的障害、認知症（脳血管障害性、アルツハイマー性）等で相当数の対象患者がいるものと推測される。年間 500 人程度。</li> <li>補装具の作製は原則的には一回のみで、必要に応じて装置調整を数回程度行う。年間 700 回程度。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規性は特になし</li> <li>効果の比較では特に変わらない</li> </ul> <p>予想影響額 <span style="float: right;">1,500,000 円 <b>増</b> 減</span>          既存の技術；診療報酬の区分番号 I 017 技術名 床副子</p>
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・ <b>I 処置</b> ・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
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	<p>点数 <u>2,000 点 (1点10円)</u></p> <p>区分で I 017 の床副子に概ね該当すると考える。点数については3著しく困難のもの 2,000 点が妥当と考えられ、咬傷防止用の補装具（床副子）はマウスピースや歯ぎしり防止の咬合床と類似している。</p>

技術名：自傷行為による舌・口唇咬傷等への補装具（床副子）による対応

1. 補装具（床副子、保護プレート、マウスピース、オーラルスクリーン、レンジ床等）



2. 自傷行為による舌・口唇咬傷等の粘膜外傷の症例



対象患者：Lesch-Nyhan 症候群、先天性無痛無汗症、脳性麻痺、重度知的障害者や認知症等

3. 補装具の作成過程（プレート例）



4. 保護プレート装着時とその有効性



参考：無痛無汗症の舌咬傷予防のための保護プレートの作成（無痛無汗症の会）、スペシャルニーズデンティストリー（医歯薬出版）

## 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。

参考文献

1) 中村哲也, 白川勝郎, 中野道子ほか. カプセル内視鏡の現況と未来. Gastroenterol Endosc 2005; 47: 305-12.

申請団体名	日本消化管学会
技術名	カプセル内視鏡による小腸ファイバースコーピー
技術の概要	小腸疾患の診断を行うために、小腸粘膜の撮像を行い画像を提供する機能を有し、小腸内の画像診断を行う技術
対象疾患名	原因不明の消化管出血患者（現在の適用患者）および炎症性の小腸疾患（クローン病）が疑われる患者〔適用拡大〕
保険収載の必要性	カプセル内視鏡による小腸ファイバースコーピーは、保険既収載の技術であるが、その適用は、原因不明の消化管出血患者に限定されていたことから、カプセル内視鏡検査がもつ有用性が限られていた。また、世界的に見た場合、既に欧米では、クローン病の疑いの患者は、保険対象となっている。そこで、本技術の対象を現在の原因不明の消化管出血患者に炎症性の小腸疾患（クローン病）が疑われる患者を付加することで、小腸疾患の早期発見、早期治療が可能となり、医療費の削減につながるるとともに世界水準の医療が実施できる。
<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	クローン病等の小腸疾患を対象とした比較試験 <sup>1)</sup> の所見発見率は、本法で 86.2%、小腸二重造影 X 線検査法で 63.1%であった。本法で検出された総所見数は、92.8%を占め、従来法に比べ高い有効性が認められている。 エビデンスレベル: I II III <b>IV</b> V VI また、世界的規模で策定されたカプセル内視鏡検査のガイドラインである「ICCE コンセンサス」においても、本法を用いたクローン病疑いの診断から治療までを示したアルゴリズムが存在し、日本を除き世界的な標準検査法となっている <sup>2)</sup> 。 エビデンスレベル: 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	副作用等のリスクとしてカプセルの滞留がある。現在、適用である原因不明の消化管出血患者を対象とした場合の滞留率は、0.75%～5% <sup>3),4)</sup> である。一方、クローン病の疑い患者を対象とした場合の滞留率は、1.6% <sup>5)</sup> であり、滞留のリスクに差が無いと考える。
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）	本検査技術は、本学会及び関連学会において、他に代わる検査法がないことからスタンダードな検査と位置付けられる。また、操作に関する難易度は低く、画像診断に関しても既存の内視鏡診断技術で十分対応可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	カプセル内視鏡は、その使用法上、滞留が発生し外科的処置により摘出するリスクは皆無ではないため、検査前のインフォームドコンセントが必須と考える。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 6,000 人 年間実施回数(1人当たり)6,000 回(1回/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	本法と従来法（大腸内視鏡及び小腸二重造影法）でクローン病を診断するまでの技術料を比較した場合、本法で 17,000 円、従来法で 20,430 円（大腸内視鏡 15,500 円＋小腸二重造影検査 4,930 円）となり、1 検査あたり 3,430 円のコスト削減となる。クローン病の疑いのある患者を適用患者とすることで、1 検査あたりのコスト削減額に検査回数を乗じた削減額は、2,058 万円となる。 予想影響額 2,058 万円 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)

2) Literature Review and Recommendations for Clinical Application of Small-Bowel Capsule Endoscopy, Endoscopy 2007, 39; 895-909

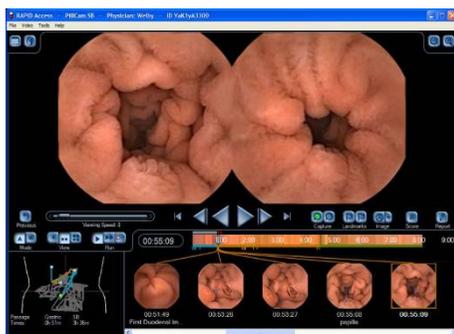
3) Barkin JS, Friedman S. Am J Gastroenterol 2002; 97:A83

4) M. Pennazio, R. Santucci, E. Rondonotti, et al. Outcome of Patients With Obscure Gastrointestinal Bleeding After Capsule Endoscopy. Report of 100 Consecutive Cases. Gastroenterology 2004;126:643-653

5) Cheifets A, M.D., Asher A. Kornbluth, M.D., et al. Am J Gastroenterol 2006; 101, 2218-2222

技術名	カプセル内視鏡による小腸ファイバースコープ
技術の概要	小腸疾患の診断を行うために、小腸粘膜の撮像を行い画像を提供する機能を有し、小腸内の画像診断を行う技術
対象疾患名	原因不明の消化管出血患者(現在の適用患者)および炎症性の小腸疾患(クローン病)が疑われる患者〔適用拡大〕
新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	本法と従来法(大腸内視鏡及び小腸二重造影法)でクローン病を診断するまでの技術料を比較した場合、本法で17,000円、従来法で20,430円(大腸内視鏡15,500円+小腸二重造影検査4,930円)となり、1検査あたり3,430円のコスト削減となる。クローン病の疑いのある患者を適用患者とすることで、1検査あたりのコスト削減額に検査回数を乗じた削減額は、2,058万円となる。 予想影響額 2,058 万円 減
診療報酬上の取扱	D検査

**ワークステーション**  
画像解析ソフトウェア搭載



**カプセル内視鏡本体**

重量:2.9 [g]  
(寸法単位:mm、寸法許容範囲:±10%)  
(重量単位:g、重量許容範囲:±10%)

**センサアレイ**  
カプセルから送信される画像データを受信



**データレコーダ**  
カプセルから送信される画像データを記録

### 構造・原理

嚥下可能な内視鏡カプセルの中には小型イメージセンサーが内蔵されており、このカプセルが患者の消化管内をその蠕動運動により移動しながら腸内の画像を収集する。収集された画像データは、カプセル内のアンテナから送信され、粘着パッドにより患者の身体に装着されたセンサアレイによって受信されるとともに、センサアレイに接続されているデータレコーダ内のハードディスクに記録される。このデータレコーダにはバッテリーパックが接続されており、それぞれは、レコーダベルトに収納され、患者の腰に装着される。そのため患者はカプセルが体内を移動している間も通常の日常活動を行うことができる。カプセルを嚥下して約8時間で撮像が終了し、患者はレコーダベルト等の装着物を取り外す。カプセルは患者の消化管内を移動し、自然に排出される。医師等の医療従事者はデータレコーダから画像データをRAPIDワークステーションにダウンロードし、必要に応じてビデオ画像再生等を行い、医師が小腸内の直接画像診断を行う。



<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>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本カプセル内視鏡研究会</p>



<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>2年次の使用成績調査(全例調査)では294例に対して2255回/年の治療回数であった。平成21年6月審査分の社会医療診療行為別調査から推察される当該技術の平成21年度の総施行回数は88,296回であり、クローン病に対して施行されたのはこの2.6%、患者数にするとクローン病患者全体の1%程度であった。また、同調査では、当該技術は22.7%が入院で行われていた。</p> <p>(1) 予想されるクローン病に対する当該技術に係る年間医療費： (処置料2000点+白血球吸着用材料¥120,000)×2368回=¥331,520,000</p> <p>(2) 当該再評価が認められた場合減少すると予想される医療費：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 頻度を詰めて施行した際の寛解導入率と週1回で行った際の寛解導入率の差は48%となり、これは頻度を詰めるのではなく週1回治療を行った場合には148人の効果が認められないクローン病患者が生じることを意味する。この患者にはインフリキシマブ治療が行われると仮定すると、体重を平均50kgとした場合の寛解導入療法に要する費用は、¥100,285×3vial×3回×148人=¥133,579,620。この半数が8週毎の維持療法を行なった場合1年間で更に、¥100,285×3vial×5.8回×65人=¥129,126,966が必要となる。これらを合計し、医療費は¥262,706,586減少すると考えられる。</li> <li>● 頻度を詰めて施行した際に入院期間が半分となると考えられるため、診断群分類060180xx99x0xxの場合を例にすると、入院期間Ⅲは23日から約半分の入院期間11日となり、それぞれ、50,472点×309人×22.7%=¥35,402,575から、26,232点×309人×22.7%=¥18,399,912となり、治療間隔を詰めた場合の医療費は現行の23日の52%となる。これらを合計し、医療費は¥17,002,663減少すると考えられる。</li> <li>● 上記を合計し、総医療費は¥279,709,249減少すると考えられる。</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) 2. あり(別紙に記載)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>Ⅲ-③の他、早期の寛解導入による重症化の回避、外来治療による入院の回避が可能と考えられる。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本消化管学会</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	日本消化器外科学会
技術名	肝外胆道切除術（肝切除を伴う）
技術の概要	詳細な解剖理解・術前診断および極めて高度な技術を要する悪性腫瘍手術
対象疾患名	胆管悪性腫瘍
保険収載の必要性	肝外胆道切除術、特に肝切除を伴う場合は胆管悪性腫瘍の中でも高い専門的知識と高度な技術を必要とし、当該技術の遂行に多くの人員や長時間を要するが現行の胆管悪性腫瘍手術では評価が低すぎる。
<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	エビデンスレベル（別紙参照）： IV 5年生存率は36%で専門施設における手術関連死亡率も10%以下に減少。非手術例における5年生存率は3.2%であり、繰り返す胆管炎や黄疸、肝不全により極めてQOLや予後が不良。当該技術の導入により当該癌患者の予後が改善するとともに社会復帰が期待される。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	難易度が高く大量肝切除が必要となる症例も多いため術後合併症率は20～30%認められ在院死亡率も約20%と報告されていた。しかし最近の周術期管理の向上により在院死亡率は10%以下に改善。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	関連学会では、その技術や成績の向上について議論され、技術の普及も盛んである。しかし専門施設以外での施行は困難であり、日本肝胆膵外科学会の認定施設での施行が望ましい。
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 100 人 年間実施回数 1 回 5年間に225施設で集計された胆管癌全体(1,669例)の中で上部胆管癌は426例で、その357例が当該技術の対象。登録施設以外での症例と当該疾患の増加を勘案すると約500例/5年、年間実施回数は約100回と想定。
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	予想影響額 55,480,000円 ○増・減 既存の技術； K677 胆管悪性腫瘍手術 70,800点 K695 肝切除術 4 拡大葉切除 97,050 K696 肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術 21,700点 予想影響額 55,480,000円 増 既存の技術； 診療報酬の区分番号 K677, K695, K696 技術名 K677 胆管悪性腫瘍手術, K695 肝切除術 4 拡大葉切除, K696 肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
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 *140,440 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）：151,472点 リンパ節郭清を伴う胆管切除再建、拡大肝葉切除術により構成されることから少なくとも保険既収載技術である拡大肝葉切除術(K695-4)、肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術(K696)の総和（技術料：1,187,500円）が必要。別途請求が認められていない必要材料の試算は216,900円であり、合計1,404,400円が妥当《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：216,900円（試算参照）

# 医療技術評価提案書（保険未収載技術用） 添付資料

技術名：肝外胆道切除術（肝切除を伴う）

対象疾患名：胆管悪性腫瘍

技術の概要：

詳細な解剖理解・術前診断および極めて高度な技術を要する悪性腫瘍手術

年間対象患者数：約100人

5年生存率

手術例：36%

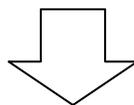
非手術例：3.2%

\*施設要件：高度技能医修練施設での施行が望ましい。

## 現行保険点数

K677 胆管悪性腫瘍手術 70,800点

極めて専門性が高く、多くの人員や長時間を要する高難易度手術であるにもかかわらず、現行の胆管悪性腫瘍手術では評価が低すぎるため、新たな保険収載が必要。



## 新規点数

肝外胆道切除術（肝切除を伴う）の構成要素

K695肝切除術 4拡大葉切除 97,050点

+

K696肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術 21,700点

+

別途請求が認められていない必要材料の価格：216,900円

||

妥当と思われる点数：140,440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	日本消化器外科学会
技術名	肥満患者に対する消化器外科手術
技術の概要	手術視野の展開に障害を来し、出血量増加、手術時間延長や術後合併症のリスクがますますされる肥満患者(BMI 25以上)に対する消化器外科手術。
対象疾患名	消化器外科領域の開腹手術および鏡視下手術を要する疾患
保険収載の必要性	胃癌手術、大腸癌手術、肝切除など多くの術式においてBMI上昇にともない、術後合併症増加や手術時間延長が指摘されており、手術難易度が高い。
<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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> 日本人の肥満はBMI 25以上と定義されており、大腸癌手術3,202例を対象とした大規模な研究で、BMI 25以上で術後合併症が増加することが示されている(J Am Coll Surg, 2009年)。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	肥満患者の消化器外科領域手術では、術後合併症の発生率が高く、血栓塞栓症による致死率も高い。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	特になし
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 <u>84,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 厚生労働省社会医療診療行為別調査(平成19年度)によると、胃・大腸・肝・胆・膵領域を中心とした消化器外科手術数は年間280,000例。厚生労働省国民調査・栄養調査報告(平成15年度)では、BMI 25以上は約30%。このことから、年間対象患者数は約84,000人と推測する。
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	* 増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない <u>予想影響額</u> <u>5,040,000,000円増</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手術 <u>点数 6,000 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)：麻酔においてはBMI 30以上の高度肥満では全身麻酔6100点が増算されている。消化器外科手術においては上記I-①のエビデンスにもとづき6,000点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)：

# 医療技術評価提案書（保険未収載技術用） 添付資料

技術名： 肥満患者に対する消化器外科手術

対象疾患： 消化器外科領域の開腹および鏡視下手術  
を要する疾患

## 技術の概要

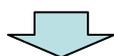
肥満患者 (BMI 25以上) に対する消化器外科手術  
(開腹および鏡視下手術)

## 現状 (現在当該疾患に対して行われている治療)

肥満患者の消化器外科手術では、手術視野の展開が難しくなり、出血量増加、手術時間延長、術後合併症増加が示されているが、その技術に対する診療報酬上の評価がない。

## 診療報酬上の取扱

- 1) 日本肥満学会ガイドラインでBMI 25以上が肥満と定義されている。
- 2) 消化器外科手術多数例の報告ではBMI 25以上で術後合併症増加が示されている。
- 3) 麻酔においてはBMI 30以上の高度肥満で全身麻酔6100点が加算されている。



**妥当と思われる点数：6,000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	日本消化器外科学会
技術名	腹腔鏡下後腹膜腫瘍切除術
技術の概要	画像診断確定困難な後腹膜腫瘍切除を腹腔鏡下に行うことで、低侵襲下に確定診断と治療が可能となる。
対象疾患名	後腹膜腫瘍
保険収載の必要性	腹腔鏡手術は胃、大腸をはじめとする腹腔内臓器の悪性腫瘍に対しては、すでに保険収載され広く普及し、その施行件数は年々増加している。一方で後腹膜腫瘍に対しても腹腔鏡の手技向上に伴い、腹腔鏡下手術は一般化しつつある。
<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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>IV</u> 後腹膜腫瘍は解剖学的局在から従来の開腹手術では大切開が必要であり、術後疼痛や癒着性腸閉塞等合併症の問題があるが、本法ではこれらが大きく軽減されQOLの改善が大きい。高度浸潤性腫瘍など除外すれば、開腹術と同等の術後成績が期待される。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	後腹膜切開、血管処理の必要性あり、それに伴う出血、腸管損傷の可能性があるが、通常の腹腔鏡下結腸切除の際の下腸間膜動脈周囲の郭清手技を用いれば危険性は少ない。
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）	特になし
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 <u>300</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 腹腔鏡下結腸・直腸切除が可能な施設であれば十分対応可能である。今後は急速に開腹術から腹腔鏡下の切除に移行するものと予想される。
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	後腹膜悪性腫瘍手術 48,000 点と本法 55,000 点の差額約 7,000 点×年間 300 件=2,100,000 点、即ち 2,100 万円の増加が予想されるが、入院期間短縮 14 日→7 日に伴う減少を考えると約 2,000 万円の削減が可能である。 <u>予想影響額 20,000,000 円 減</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 K643 技術名 後腹膜悪性腫瘍手術
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>55,000</u> 点 (1 点 1 0 円) 《1》 外保連試算点数 (試算にない場合は妥当な点数)：後腹膜悪性腫瘍手術 48,000 点 腹腔鏡下腎摘出術 41,730 点 腹腔鏡下腎 (尿管) 悪性腫瘍手術 63,450 点を参考 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格 (定価)：62,788 円 (試算参照)

# 医療技術評価提案書（保険未収載技術用） 添付資料

技術名：腹腔鏡下後腹膜腫瘍切除術

対象疾患：後腹膜腫瘍

## 技術概要

画像診断確定困難な後腹膜腫瘍切除を腹腔鏡下に行うことで低侵襲下に確定診断と治療が可能となる。

## 既存の治療法との比較

開腹による手術と比較して、腹腔鏡手術による小さい創と術後疼痛および術後癒着性腸閉塞などの合併症の軽減は患者への貢献度が極めて大きい。

## 診療報酬上の取扱

現行保険点数 K634 後腹膜悪性腫瘍手術 48,000点

腹腔鏡手術による恩恵は大きいですが、開腹手術と比較して多くの機器を必要とするため、新たな保険収載が必要である。

別途請求が認められていない必要材料の価格  
62,788円



妥当と思われる点数： 55,000点

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

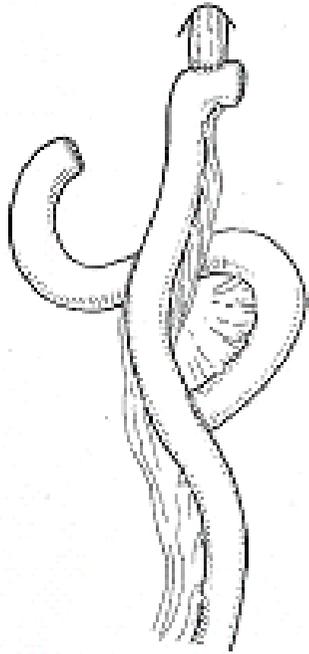
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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。

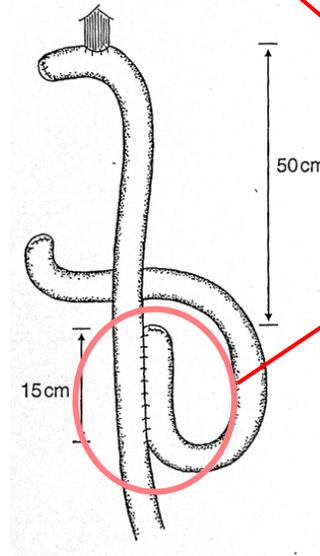
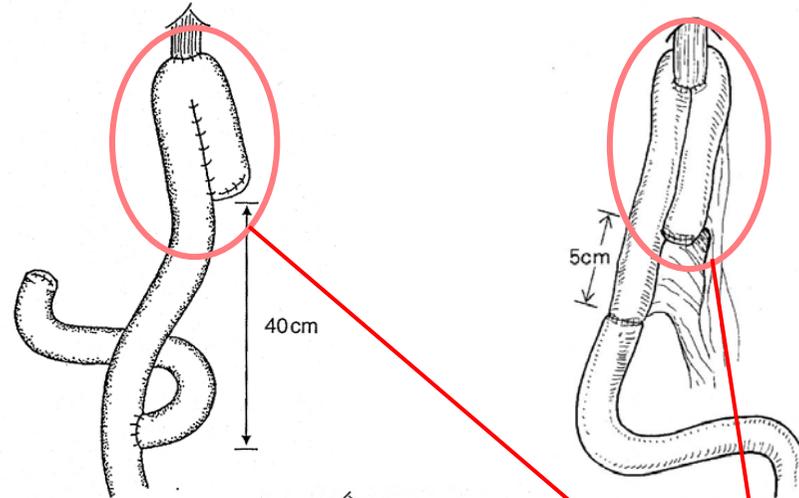
申請団体名	日本消化器外科学会
技術名	空腸嚢移植術（胃切除術における）
技術の概要	摘出した胃の代わりに食物を貯める袋（空腸嚢）を小腸（空腸）で作製する。
対象疾患名	胃癌
保険収載の必要性	胃を摘出した後の食事量減少や消化器症状を軽減し、術後の生活の質（QOL）を保つことができ、従来の再建法と比べて同等に安全に行えるため、保険収載の必要性があると考えられる。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>Ⅰ</u> 胃の摘出後には食物を貯め少しずつ腸へ送り出す胃の働きが失われるため、食事量の減少や消化器症状により術後のQOLは低下する（消化器病セミナー35、へるす出版、東京、1989、PP1-5）。空腸嚢移植術は、従来の再建と合併症、手術時間、入院期間に差はなく安全に施行することができ、食事量増加、消化器症状（逆流、ダンピング）の軽減、QOLの向上が得られることが複数のRCTのメタアナリシスにより報告されている（Am J Gastroenterol 104: 2838-2851, 2009）。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	空腸嚢は血流が豊富で吻合部に緊張がかからないため、縫合不全も少なく安全に行えると考えられる。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	胃癌手術に習熟した医師が行うことが望ましいと考えられる。10年以上の消化器外科の経験と外科学会専門医を有する医師の立会いの下で日本胃癌学会の「胃癌治療ガイドライン」を遵守して行われることが望ましい。
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      1,500      人 年間実施回数      1,500      回 年間対象患者数      1,500      人 年間実施回数      1,500      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	胃を摘出すると、従来の再建法では一回食事量が減少し、食生活への不満や社会生活の支障がみられるが、空腸嚢移植術を行うことで一回食事量が増え生活障害の原因になる消化器症状を減らすことができる。 また従来の再建法と同等に安全に実施することが可能である。  予想影響額              481,860,000円 増 (外保連試案第8版) 既存の技術：診療報酬の区分番号 K657      技術名 胃全摘術 予想影響額              481,860,000円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 K657      技術名 胃全摘術      器械加算点数
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 ○K手術
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 32,124 点 (1点10円) 《1》 外保連試案点数(試案にない場合は妥当な点数):18,293点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):138,309円(試案参照)

# 胃全摘術後の空腸囊移植術



ルーワイ法

一般的な再建法



空腸囊移植術

空腸囊

(切除した胃の代わりに食物を貯める袋)

- ・ 食事量 ↑
- ・ QOL ↑
- ・ ダンピング症状 ↓
- ・ 逆流症状 ↓

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

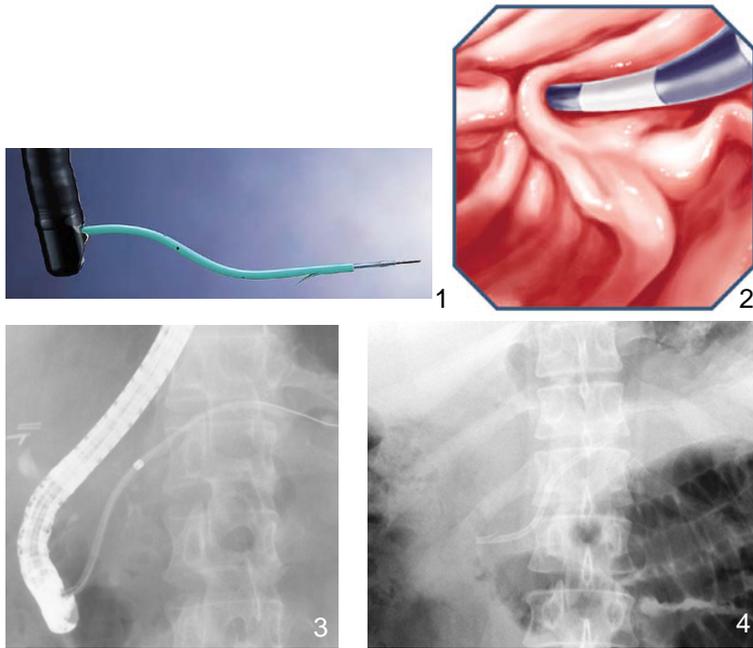
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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	日本消化器内視鏡学会
技術名	膵管内プロステーシス（ステント）留置術（内視鏡によるもの）
技術の概要	軟性内視鏡を用いて、経十二指腸乳頭的に膵管にステントを留置する。
対象疾患名	慢性膵炎、再発性急性膵炎、膵仮性嚢胞、膵液ろう
保険収載の必要性	従来の治療と比し極めて低侵襲で入院日数、医療費が軽減される。ガイドラインで推奨される手技にも関わらず保険点数が存在しない。
<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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>IV</u> 疼痛の消失・軽減には長期経過観察においても87%の効果が報告されており、慢性膵炎診療ガイドラインにおいても推奨されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	偶発症発生は1～5%程度。膵炎、ステント迷入、ステント閉塞など。
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）	日本消化器内視鏡学会専門医、胆膵内視鏡を熟知していること。また指導医立会いの下での本技術の経験年数1年以上、経験数30例以上。
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</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 慢性膵炎の新規発症 15,000人/年の約20%の3,000人/年が対象となる。
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	当該治療（膵管ステント留置術）を含む内視鏡治療と代替技術（膵管空腸吻合術）を含む手術療法の無作為化比較試験において、手技そのもの成功率と偶発症は同等だが、長期再発は、当該治療で多いことが報告されている(Dite P. Endoscopy 2003;35:553)。内視鏡治療：手技成功率 97%、偶発症 8%、長期再発 35%。手術療法：手技成功率 100%、偶発症 8%、長期再発 14%。費用 613,590円。既存の膵管空腸吻合術が859,010円で、年間736,260,000円減少の効果。 <u>予想影響額 886,260,000円 減</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>K706</u> 技術名 <u>膵管空腸吻合術</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>36,548</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）：36,548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

# 膵管内プロステーシス(ステント)留置術(内視鏡によるもの)(概要図)



対象疾患名:慢性膵炎、再発性急性膵炎  
膵仮性嚢胞、膵液ろう

技術概要:

十二指腸専用の軟性内視鏡を用い経十二指腸乳頭的に膵管にステントを留置し、膵液のドレナージを行う。

- 1.内視鏡から膵管用ステントを出した図
- 2.内視鏡による乳頭へのアプローチ図
- 3.4.ステント留置作業(レントゲン下で確認)

既存の治療との比較:

代替される既記載技術は開腹手術の『膵管空腸吻合術』。患者の容態にもよるが、手技費用、入院日数・費用、患者QOLのどれを比較しても当該技術に優位性があると考えられる。

費用比較:

膵管内プロステーシス留置術(内視鏡):	平均入院日数 7日、費用 563,590円、
膵管空腸吻合術:	平均入院日数 21日、費用 859,010円

診療報酬上の取扱: K手術 要望点数 36,548点