

Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本リハビリテーション学会、日本神経治療学会

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	日本神経学会
技術名	在宅人工呼吸器加算
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	C164
技術の概要	在宅人工呼吸療法を行っている患者に対する指導管理を行う
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	現在設定されている在宅人工呼吸器加算が他の療法（在宅酸素療法）に比べ不当に低額であるため点数の見直しを要求する。 身体障害者療護施設での使用にも適用拡大が必要
【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。）	現行の在宅人工呼吸器加算は ①気管切開口を介した陽圧式人工呼吸療器加算 7000点、②鼻もしくは顔マスクを介した陽圧式人工呼吸器加算 6000点 ③陰圧式人工呼吸器加算 7000点であるが、酸素濃縮器 4000点、液化酸素 3970点に比して機器の管理や使用も複雑であり、生命に直結する機器であり、リスクが高く、はるかに機器管理に時間も手間もかかる。現状では①②については業者からの機器のレンタル料がかろうじてまかなえる程度であり、消耗品分は持ち出しとなる。実際の機器管理にあてる点数の評価はないに等しい。③にいたっては現在の機種は 13万/月のレンタル料がかかるため、実質在宅での利用ができない状態である。手間に応じた点数にすべきである。また、身体障害者療護施設では人工呼吸器加算の保険適用外となっていることが受け入れ困難の理由の一つになっている。他の居宅施設や老人保健施設などと同様に行っている医療処置についての点数を認めていただきたい。
点数の見直しの場合	①7000 ②6000 ③7000点 → ①10000 ②8000 ③10000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 1193 人→ 1193 人 増・減・変化無① 年間実施回数の変化 現在 14574 回→ 14574 回 増・減・変化無①
	※根拠 （平成19年度社会医療診療行為別調査算定状況は①1193、②14574、③0）
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 6.4億 円 増

<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>要望点数 ①10000点 ②8000点 ③10000点</p> <p>気管切開口陽圧式人工呼吸器の差額 30000X1193人X12ヶ月=4.3億円</p> <p>非侵襲的人工呼吸療法 マスクを介した陽圧式人工呼吸器療法 14574人を対象者と仮定し、陰圧式人工呼吸器 200人と仮定して 20000X14574人X12ヶ月+30000X200X12=35.7億</p> <p>在宅人工呼吸管理を引き受ける医療機関が少ないために在宅導入できず、長期間入院生活を強いられている患者も多い。理由として大変な手間と責任がかかる上に、消耗品なども考えると医療費が医療機関の持ち出しになる。長期入院患者が在宅生活を選択できるようになれば、医療費の削減につながるのみならず、患者のQOL向上に多大な貢献となる。点数が正当化されることで、在宅導入可能になる症例各県10人程度、年間約400人増加したとすると70万円/月/人の入院費がかかっていたとすると400人X70万円X12ヶ月=33.6億円、40億-33.6億円=6.4億円</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>在宅人工呼吸は患者の命に直結する治療法であり、安全に管理するためには相応の評価が必要である。物ではなく手間を評価することが必要であり、結果的に患者に対してよりよい医療が提供される。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本神経治療学会、日本小児神経学会、日本呼吸器学会</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	日本神経学会
技術名	難病患者リハビリテーション料
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・ <u>Ⓐ</u> 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	H006
技術の概要	外来難病患者を対象にしたグループリハビリテーション
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	障害児（者）リハビリテーション料の施設基準と同様に看護師、理学療法士、作業療法士の脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）または（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、または（Ⅱ）および呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、または（Ⅱ）における常勤従事者との兼任を可能にしてほしい。
【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。）	難病患者の機能維持、向上のためにはリハビリテーションは重要であり、特にグループリハビリテーションが有効な場合がある。現在の難病患者リハビリテーション料はそれ故に保険収載されているが、施設基準が厳しく、実際に即したものになっていないため、制度はあっても使えないものになっている。難病患者数は少ないため、連日難病リハビリテーションを行えるわけではないのに、看護師および理学療法士または作業療法士が専従となっているため、例えば週1回難病リハビリテーションを行いたい場合、そのためだけに要員を確保しなければならないのは非現実的である。
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 _____ 人 → _____ 人 増・減・変化無 <u>①</u> 年間実施回数の変化 現在 _____ 回 → _____ 回 増・減・変化無 <u>①</u>
	※根拠 予想は困難であるが、現在でも脳血管疾患等リハビリテーションを受けているかたが集団リハビリテーションに移行するだけと考えられるので増減なしとした。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 _____ 0 _____ 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	現在も行っているリハビリを、週に1日程度グループリハまたは難病に特化したプログラムに変換する施設がほとんどであると予想され、増減はないと思われる
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	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本リハビリテーション学会、日本神経治療学会、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本リハビリテーション学会、日本神経治療学会

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	日本神経学会
技術名	経皮的血液ガス分圧測定
診療報酬区分（1つに○）	◎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	D222
技術の概要	経皮血液ガス分析装置を用いて非侵襲的に血中ガス分圧測定および血液ガス連続測定を行う
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	<u>現在は新生児にしか認められていないが、神経筋疾患の呼吸不全の予後予測に睡眠時の血中 CO₂ 濃度の測定が重要であり、治療介入の判断基準になるため成人の呼吸不全に対しても適用として欲しい</u>
【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。）	呼吸筋麻痺をきたす神経筋疾患では PaCO ₂ 異常を伴うため、PaCO ₂ の測定が病態の把握や治療方針の決定に重要であるが、経皮 PaCO ₂ 測定は成人では保険収載がされていない。現在は保険収載されている動脈血ガス分析にて、PaCO ₂ 測定を行っているが患者への苦痛を伴い、睡眠時測定ができないなどの問題点がある。連続測定により正確な予後予測が可能となり、従来の動脈血ガス分析のような苦痛を与えない方法として成人に対しても保険収載を希望する。
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 _____ 人→ 20 万人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 _____ 回→ 24 回 増・減・変化無し
	※根拠 <u>実際に保険収載されたときに想定される対象は肺胞換気量が昼夜問わず、もしくは夜間のみ血中二酸化炭素異常の合併が疑われる呼吸不全や睡眠時無呼吸症候群（肥満低換気症候群・Cheyne・Stokes 呼吸）である。具体的には在宅酸素療法（HOT）患者総数 12 万人、NPPV 患者 1.8 万人 1）、高二酸化炭素血症を伴う睡眠時無呼吸症候群潜在患者約 200 万人中の約 5%と考え、総計約 20～25 万人（男性：女性≒20 万人：2 万人） 2）。</u> 1）高崎雄司ほか：在宅人工換気、第 12 回呼吸療法認定士講習会テキスト、呼吸療法認定士認定委員会編、2006 2）粥川裕平：睡眠呼吸障害の疫学と社会的インパクト、睡眠呼吸障害 Update：レビュー、課題、展望、井上雄一，山城義広，編著，日本評論社，東京，2002
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 4.32 億 円 増・ <input checked="" type="radio"/> 減

<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>対象 20 万人が平均月 2 回 1 時間以内測定したと仮定して 20 万人 X100 点 X24/年=4.8 億円 増額、動脈血液ガス分析を代用したと考えると 20 万人 X190 点 X24 回/年=9.12 億円 減額 総計 4.32 億円減少 (参考 現在の診療報酬) 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 1 時間以内又は一時間につき 100 点、5 時間以上一日 600 点、動脈血ガス分析:150 点+40 点 (動脈血採血)=190 点×実施回数、</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器 (未採用技術の例にならって記載)</p>	<p>①. 特になし (別紙及び添付文書は不要) 2. あり (別紙に記載)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>海外で広く使用されており、国際規格 (IEC60601-2-23) が定められている。成人、小児、新生児及び出産時の胎児を含め、認められている。生命維持に直結する判断を非侵襲的に行えるという点で QOL の向上に寄与する検査であり、適切な介入を適切な時期に行うことで生命予後も改善される 1,2)。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本リハビリテーション学会、日本神経治療学会</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	日本神経学会
技術名	ヘッドアップティルト試験前後での血中カテコラミン3分画測定
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	D008 16 血中カテコラミン3分画
技術の概要	ヘッドアップティルト試験の前後、すなわち臥位時と立位時で2回採血を行い、血中カテコラミン（特にノルアドレナリン、アドレナリン）値の測定を行って、ティルトによる影響で交感神経活動にどれだけの賦活が生じているかどうかを判定する。
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（）
具体的な内容	ヘッドアップティルトを行って起立性低血圧が生じた場合に、それが体液量低下か、交感神経出力不足か、心機能不全からかの判定が必要になる。本測定を組み合わせるにより交感神経の出力が充分か否かの判定が可能となる。
【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。）	血中カテコラミン値は年齢を考慮して判定する必要があり、特に血中ノルアドレナリン値は、安静状態の若年者では100pg/ml以下でも正常の場合があるが、高齢者では交感神経障害を考える必要がある。さらにヘッドアップティルト試験を行ったうえでその前後を比較すると通常は60～100%の上昇が見られ、それが見られない場合は交感神経障害を考える必要がある（自律神経機能検査 第4版；p136, 2007）。また血中アドレナリン値は、起立性体血圧が生じた際にそれが危機的状況で副腎髄質機能が正常であれば上昇するが、交感神経機能障害では上昇しない。このようにヘッドアップティルト試験前後で血中カテコラミン3分画の値を比較することで、交感神経の「反応性」「予備能」がわかり、検査による診断能力が大いにアップする。
点数の見直しの場合	190 点 → 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	<p>年間対象患者数の変化 現在 166,000 人→ 166,000 人 増・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 1～2 回→ 1～2 回 増・減・変化無し</p>
	<p>※ 根拠</p> <p>現在主として失神の症状を呈した患者を対象としてヘッドアップティルト試験が行われている。その年間発生者が上記人数で、この試験を行った際には本検査を並行して行うことが、交感神経障害の診断に必須である。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 207,540 千円 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	<p>2回施行することで1回施行との差は$(3,800 - 1,900) \times 166,000 = 315,440$千円。</p> <p>一方、血中カテコラミン3分画測定を行わなければヘッドアップティルト試験の価値が半減してしまう。するとヘッドアップティルト試験で生み出されるはずの医療費への影響215,800千円の約半分が無駄になってしまうので、107,900千円はこの検査を行うことで、価値が出てくると考えられる。よって315,440千円—107,900千円=207,540千円の増と予測される。</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>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>ヘッドアップティルト試験は保険未収載技術として提出中。 日本自律神経学会 編「自律神経機能検査 第4版」にも本測定により責任病巣がより明確にできるとされている（p. 138）。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本自律神経学会 新美由紀、日本神経治療学会</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	日本神経学会
技術名	経頭蓋ドプラ検査
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	D215
技術の概要	経頭蓋ドプラ装置での脳血流速度連続測定
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	現行 150 点より、500 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。）	経頭蓋ドプラでの脳血流速度は、脳血流シンチの代用検査にもなり、ベッドサイドで行える検査である。頸動脈狭窄例でステント挿入または頸動脈内膜剥離術後に過還流症候群の推測や、脳梗塞急性期での tPA 治療時の再開通の観察、脳血管予備能の評価の代用に役立つ（頭蓋内検査がトライル。Neurosonology 19:113, 2006）。連続測定に対しては、脳血流波形の検索および超音波プローブの固定は手技的に困難であり、約 30 分の時間を要し、固定が不可能なときは人が押さえなければならず、検者のほかに看護師、検査技師の人手を要する。
点数の見直しの場合	150 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 48948 人→ 48948 人 増・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 14684 回→ 29268 回 増・減・変化無し</p> <p>※根拠： H21 年度社会医療診療行為別調査より推計 脳梗塞 489488 人のうち約 10%程が対象となり、脳卒中急性期治療の専門施設は 3 割程度と推測。（東京都脳卒中急性期医療機関リスト 159 病院のうち日本脳卒中学会認定研修教育病院は 58 病院で 36%にあたる。一般の救急病院に搬送される例もあるため）</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 189975800 円 増・減</p> <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 増加の人数は脳血流シンチから（1820 点）経頭蓋ドプラへ（500 点）の変更となるため ・ 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 79093000 円—（14784 人×18200 円）=—189975800 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）	<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	日本脳卒中学会、日本神経超音波学会

Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本臨床神経生理学会

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	日本神経学会
技術名	脳磁図
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	D236-3
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。
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（名称変更）
具体的な内容	<p>(1) 従来「神経磁気診断」として「手術前のみ」に適用されていたが、「神経磁気診断」の名称はほとんど用いられておらず実態にそぐわない。「脳磁図」に名称を変更する。</p> <p>(2) 脳磁図は、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。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）に対象疾患を拡大する。</p> <p>(3) 現在の点数は実態にそぐわないため、下記のように増点する。</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。）	<p>(1) 「神経磁気診断」の名称はほとんど用いられておらず実態にそぐわない。</p> <p>(2) 脳磁図は手術前診断に限定されているが、実際は、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（添付文献参照）。</p> <p>(3) 脳磁計本体価格4億円、償却年数7年、年間の液体ヘリウム1千万円、年間の保守点検・電気代・消耗品費計1千万円であり、1施設あたりの年間検査施行件数を1,000件とした場合、検査1件あたりの設備費が77,143円となる。さらに検査1件あたりの労働時間は医師（解析・判読・報告書）2時間、技師（測定準備・測定・予備解析）4時間である。</p>
点数の見直しの場合	5,000点 → 8,000点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>年間対象患者数の変化 現在 3,000人 → 27,000人 増・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 3,000回 → 27,000回 増・減・変化無し</p>
	<p>※ 根拠 現在は手術前診断に限定されている。 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。</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 6億円 円 増・減</p> <p>1) 予想される当該技術にかかる医療費は 80,000円×30,000人 = 24億円増</p> <p>2) 当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費 難治性てんかん等の病型見直しにより、30,000人×100,000円=30億円の減 24億円-30億円 = -6億円</p> <p>将来、検査実施可能な施設が増えれば、さらなる医療費削減が期待できる。</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）	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	難治性てんかんとして薬物治療を長年に続けた後で、外科治療を考慮すべく従来の神経磁気診断を実施するのに比べ、診断の早い段階で脳磁図を実施して治療方針を決めることができれば、患者の社会生活上の制限も軽減され、医療費の削減にもなり、国民全体の生産性の向上にも大きく寄与する。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本てんかん学会、日本小児神経学会

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	日本神経学会
技術名	ポジトロン断層撮影 2 18 F-DG を用いた場合（一連の検査につき）
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	E101-2
技術の概要	18 F-DG を人体に投与し、生体内の局在をポジトロン断層装置で画像化し、診断する技術（以下、FDG-PET）である。
再評価区分	① 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の鑑別診断の適応拡大を提案する。 アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の両疾患の臨床診断基準を満たし、鑑別が困難な患者において、 18 F-DG を投与した後、ポジトロン断層撮影により頭部（脳）の画像を得る。得られた画像は脳における糖代謝を反映している。アルツハイマー病と前頭側頭型認知症とでは、特徴的に糖代謝の低下を示す領域が異なっている。よって、 18 F-DG の画像を評価することで両疾患の鑑別を行うことが可能となる。
【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。）	FDG-PET によるアルツハイマー病の診断については、感度 88%（95%信頼区間：79-94%）及び特異度 87%（95%信頼区間：77-93%）と報告されている ¹⁾ 。（Technology Assessment；AHRQ） 同じくアルツハイマー病と前頭側頭型認知症の鑑別については、正診率 89.6%、感度 86%、特異度 97.6%と報告されている ²⁾ 。（Brain 2007 年 130 号） また、2009 年に日本核医学会の分科会である日本脳神経核医学研究会から「エビデンスに基づく脳神経核医学検査ガイドライン」が発行されており、“早期アルツハイマー病の診断において 18 F-FDG PET は有用である（推奨グレード B：行うよう勧められる）”とされている ³⁾ 。
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 _____ 0 人 → _____ 19 千人 (増)・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 _____ 0 回 → _____ 19,000 回 (増)・減・変化無し
	※根拠 「厚生労働省平成 20 年患者調査（傷病分類編）」でのアルツハイマー病推計患者数は 240 千人である。また、血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数は 143 千人である。これらの患者のうち、アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の臨床診断基準を満たす患者数、及びポジトロン断層装置の普及率を考慮し、これらの患者の 5%が当該技術の対象であるとした。なお、各患者の年間実施回数は 1 回とした。 結果として、年間対象患者が 19 千人、年間実施回数が 19 千回、それぞれ増加する。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 _____ 8,400 万円 (増)・減

<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>当該技術による費用は、88,080 円*である。</p> <p>代替される既収載技術の費用は、E101 シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影 18,000 円に薬剤費†45,816 円加え、63,816 円である。その差は、24,264 円となる。当該技術への代替により、1 症例当たり 24,264 円の費用増となる。</p> <p>予想される当該技術に係る医療費は</p> $88,080 \text{ (円)} \times 19,000 \text{ (人)} \times 1 \text{ (回)} = 1,673,520,000 \text{ 円} \cdots \textcircled{1}$ <p>19,000 人の対象患者のうち、半数で脳血流シンチが省略されると仮定するとき、その費用は</p> $63,816 \text{ (円)} \times 9,500 \text{ (人)} \times 1 \text{ (回)} = 606,252,000 \text{ 円} \cdots \textcircled{2}$ <p>「Ⅲ - ③ 普及性」での対象患者構成比から、19,000 人の対象患者のうち 12,000 人がアルツハイマー型認知症であると考えられる。残る 7,000 人のうち、正診率²⁾を踏まえて、6,300 人が前頭側頭型認知症と診断される。その結果、不適切な薬剤使用がなくなる。その費用は</p> $427.5 \text{ (円)} \times 6,300 \text{ (人)} \times 365 \text{ (日)} = 983,036,250 \text{ 円} \cdots \textcircled{3}$ $\textcircled{1} - \textcircled{2} - \textcircled{3} = 84,231,750 \text{ 円}$ <p>* : 外保連試案の「脳 FDG PET (てんかん・痴呆)」の検査料 39,780 円、及び「FDG スキャン注」の販売価格 48,300 円に基づく。</p> <p>† : 脳血流シンチに用いるヨウ素-123 製剤 167MBq の薬価平均に基づく。</p> <p>‡ : 塩酸ドネペジル 5mg (アリセプト錠 5mg) の薬価に基づく。</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>一般社団法人日本神経学会</p>

	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、日本臨床神経生理学会、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>日本臨床神経生理学会 日本リハビリテーション医学会</p>

Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本臨床神経生理学会

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	日本神経学会																								
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D250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D250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D250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> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> <td style="text-align: center;">10万</td> <td style="text-align: center;">人 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> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> <td style="text-align: center;">20万</td> <td style="text-align: center;">回 変化無し</td> </tr> </table>	年間対象患者数の変化	現在	10万	人→					_____		10万	人 変化無し	年間実施回数の変化	現在	20万	回→					_____		20万	回 変化無し
年間対象患者数の変化	現在	10万	人→																						
		_____		10万	人 変化無し																				
年間実施回数の変化	現在	20万	回→																						
		_____		20万	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>

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

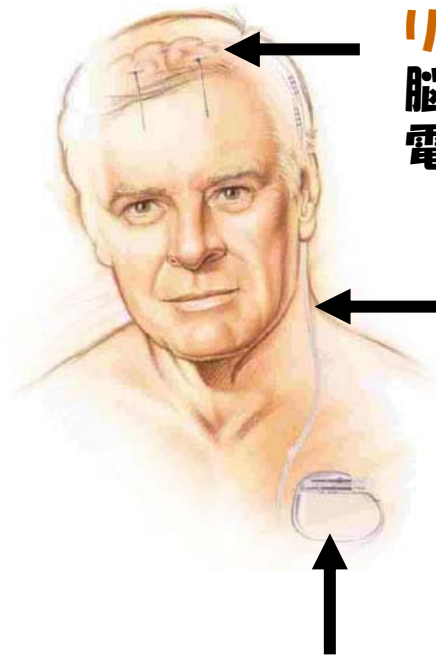
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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	日本神経治療学会
技術名	脳深部刺激術 (Deep Brain Stimulation: DBS) 指導管理料
技術の概要	DBS 施行後の埋め込み電極の刺激条件を調節し、療養上必要な指導を行う。
対象疾患名	パーキンソン病、本態性振戦
保険収載の必要性	DBS の効果を十分に得るには長期に渡って薬物調整とともに刺激条件の調整が必要となる。現在は DBS 手術に対する保険診療は認められているが、刺激装置の管理と療養指導については適用外である。刺激装置の管理には専用機器が必要なこともあり、このため術後の刺激調節については手術施行施設に於いてのみサービスの行われているのが現状である。DBS 指導管理料を保健収載することにより、薬物療法と刺激調節は一体として行われるようになり、現在の DBS 後の医療供給体制がより効果的に行えるようになる。診療報酬としては心臓ペースメーカー指導管理料と同程度が適切であると考え。
【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	DBS を有効にするためには電圧や刺激条件の調節は定期的に必ず行う必要があり、適切な指導管理を行うことで、薬剤の節減効果や ADL の改善効果、および介護者の負担軽減を見込める。本操作による死亡例の報告は現在までない。最も DBS 手術例の多いパーキンソン病では、振戦は約 80% の症例で著効を示し、それまでの薬剤使用量を約半分に減量できることが報告されている (Krack, N Engl J Med, 2003)。 エビデンスレベル (別紙参照) : <u>①</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	操作に慣れた医師が行えば、副作用等のリスクは特にない(しびれなどの副作用が出現することがあるが、刺激条件の設定調整で予防可能である)。
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)	DBS を施行している施設では必ず行う手技であり、技術的には確立している。未経験者でも簡単な講習と実技指導で操作できるようになる。
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	DBS の施行例は年間 600 例、全施行患者数は 4000 例である。症例によっては 1 年間に複数回 (10 回以内) にわたり調節が必要となる。刺激条件は長期に渡って調整しないと、DBS の適切な効果が期待できない。そのため、電池や機器の動作状況などについては、専用機器を用いて定期的にチェックを行う必要がある。
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	DBS の施行、適切な刺激条件の調整により、薬剤の投与量を約半分に減らすことができ、当該技術による医療費の増額を上回る医療費の節減が可能となる。 予想影響額 2,184,000,000 円 増 <u>①減</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 <u>①D</u> 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>460 点 (1 点 10 円)</u> 一回の調節およびその指導に約 30 分かかり、経験のある医師 (専門医レベル、医師 7 年目程度) が行うため、人件費とコントローラーの償却を考慮して、心臓ペースメーカー指導管理料と同じ 460 点一埋め込み 3 ヶ月以内、以後 320 点 (一電極あたり) が妥当である。対象人数は今後 DBS が普及すると増加する可能性はある。

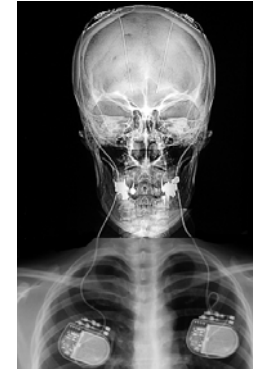
脳深部刺激術指導管理料



リード
脳内に挿入し、先端の4つの電極から脳を電気刺激する

延長用リード
リードとパルス発生器をつなぎ、パルス発生器への電気刺激をリードへ伝える

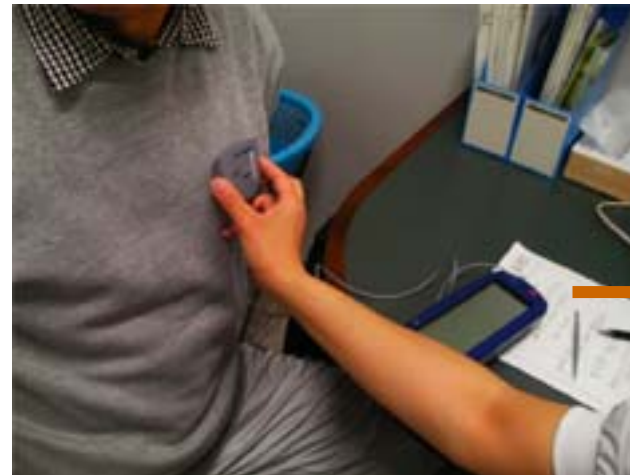
パルス発生器
電気回路と電池が内臓されており、電気刺激を発生する装置である



埋め込んだパルス発生器



リード先端の刺激電極



パルス発生器の設定と刺激レベルは、体外から医師用プログラマーを使って定期的に調整することが必要である



医師用プログラマー

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	日本神経治療学会
技術名	定量的発汗試験
技術の概要	アセチルコリン等の局所皮内投与、温熱負荷、精神・運動負荷等に対して出現する発汗量を換気カプセル法等による発汗計を用いて連続的に測定する。精神科・心療内科の疾患では主に深呼吸、暗算、インタビューなどに対する手掌発汗を測定する。自律神経系の器質的疾患(疑)では、温熱刺激およびアセチルコリン局所投与などに対する有毛部皮膚の発汗量を測定する。
対象疾患名	自律神経系（交感神経系）障害をきたしうる各種疾患：脳幹・脊髄障害、多系統萎縮症、パーキンソン病とその関連疾患、各種ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群、ロス症候群など。
保険収載の必要性	本検査法は自律神経機能障害(精神・情動障害と自律神経の相関を含む)に関する重要な定量的検査法であり、近年は多くの医療機関で行われている。皮膚局所の反応から交感神経機能を評価できる有用な検査であり、皮膚の場所を限らず施行することができる。
【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	ランダム化比較試験はない。しかし、汗腺支配神経である交感神経節後線維(無髄神経)機能の生体検査としては現時点では唯一・信頼度の高い検査とみなされている。さらに、情動活動やストレスに対する自律神経反応の評価法として推奨する論文がある。(自律神経学会 編「自律神経機能検査 第4版」温熱性・精神性発汗試験 p.224-229、定量的軸索反射性発汗試験(QSART)p.240-242) エビデンスレベル： 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	通常は非侵襲的負荷を用いるため、きわめて安全である。アセチルコリン皮内投与に関しても非常に微量(2.5mg以下)であり、かつ短時間で分解されるため副作用は皆無と考えられる
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)	十分に成熟している。1950年代から同様の基本原理で測定が行われ、約30年前から電子機器の進歩に伴い器械の改良・市販化が進んでいる。「自律神経機能検査」(日本自律神経学会編、第4版、2007)では心因反応や交感神経(とくに節後線維)機能評価のための基本的な項目として推奨している(上記文献)。測定自体は簡便で専門性を有しないが、負荷刺激等の選択及び結果の解釈には高度の専門性を要する。
I-④倫理性・社会的妥当性	問題なし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	通常1回実施する。経過観察、治療効果判定などの場合は複数回施行する。(対象約4,000人の半数に2回実施として延べ6,000件) 年間対象患者数 4,000 人 年間実施回数(1人当たり) 1~2 回
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	この検査に替わる他の代替検査法はない。発汗の反応からその部位を支配する交感神経機能が評価できるのが特長である。 予想影響額 6,600万円 円 増・ 減 * 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 * 当該技術に係る医療費 3,000円×6,000件 = 18,000,000円 7,000円(病態不明で多施設を回るのに要する初診料、MRI、神経生理学的検査などの費用)×12,000件(4,000人が3施設を回るとして)=84,000,000円 これと上記との差で 6,600万円減。
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 器械の減価償却1,000円、技師の人件費2,000円(検査時間約1時間)。ただし薬剤費は含まない。 検査点数 300点 + 判断料 250点

技術名: 定量的発汗試験

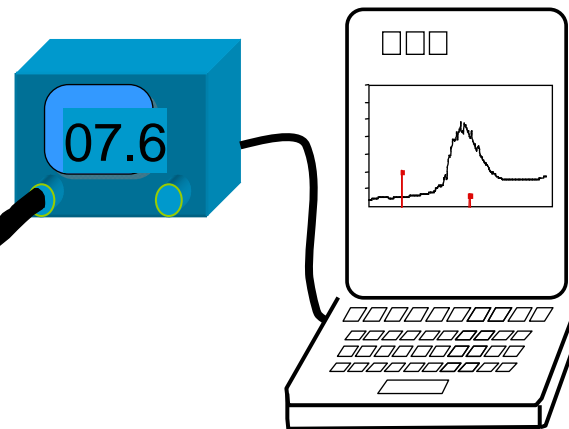
臨床的に捉えられた発汗低下が交感神経の異常によるのか、汗腺自体の障害によるのかの鑑別と、定量性により障害度がわかる。

アセチルコリン等の局所皮内投与、温熱負荷、精神・運動負荷等に対して出現する発汗量を換気カプセル法等による発汗計を用いて連続的に測定する。精神科・心療内科的疾患では主に深呼吸、暗算、インタビューなどに対する手掌発汗を測定する。自律神経系の器質的疾患(疑)では、温熱刺激およびアセチルコリン局所投与などに対する有毛部皮膚の発汗量を測定する。

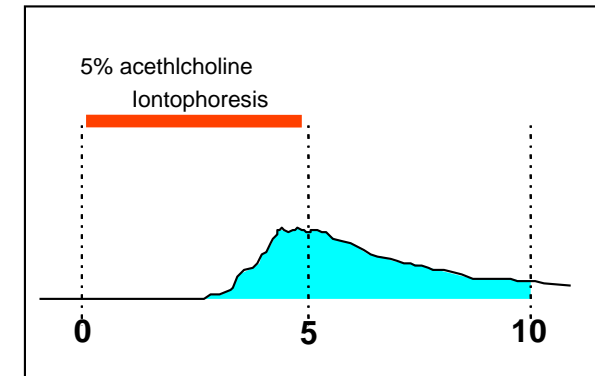
右前腕で検査しているところ



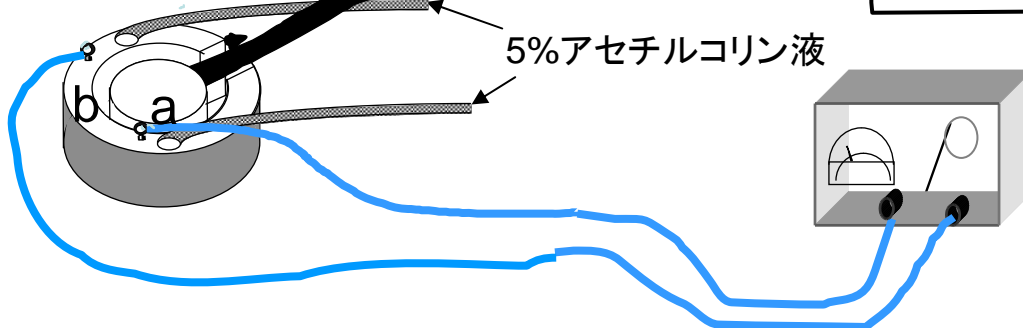
発汗量を測定しパソコンで記録



健常者から得られたデータ



換気により汗を水蒸気として定量



交感神経節後性障害ではその障害の程度によりブルーの発汗量のピークが低下する。

技術名：ヘッドアップティルト試験

失神は誰もが一生に一度は経験するといわれるほどありふれたもの。その原因として最も多いのは、神経調節性失神である。しかし失神の中にはほかに、心疾患、不整脈、自律神経疾患、神経変性疾患など多くの疾患が隠れている。本検査はそれを明らかにしてくれる検査法である。

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を臥位から受動的に60～80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察し、神経調節性失神を診断する試験。

失神の原因として最も多い神経調節性失神の診断に必要な特異性の高い検査法である。診断確定とその程度と病態の把握に必須である。

起立ゆえに起こること

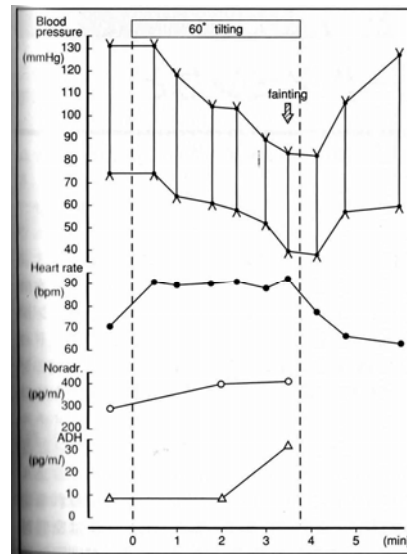
失神

ヘッドアップティルト試験

起立状態にして初めてわかる現象がある。



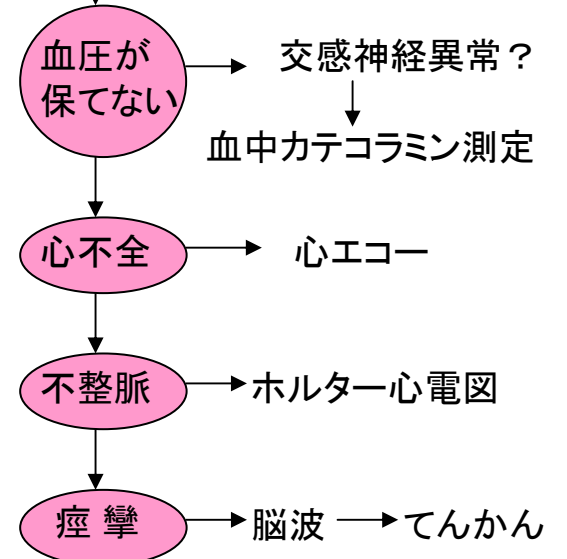
ティルト台に寝て70度までヘッドアップしてきたところ。心電図と右上腕での血圧を左後方のモニターで観察する。



失神例で得られた血圧と脈拍の変化



薬事法承認のヘッドアップチルト台 (SPR-3301T) (承認番号13964000)



このようにヘッドアップティルト試験の結果を元にその後の鑑別診断が進行していくものである。

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	日本神経治療学会
技術名	全身発汗定性試験
技術の概要	発汗検査用紙を身体に貼り、発汗部がヨード・デンプン反応によって黒色に変化することにより、発汗状態を視覚的に把握し、交感神経系障害の有無と部位、程度等を評価する。
対象疾患名	自律神経系（交感神経系）障害をきたしうる各種疾患：脳幹・脊髄障害、多系統萎縮症、パーキンソン病とその関連疾患、各種ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群、ロス症候群など。
保険収載の必要性	交感神経機能に関する重要な検査法であり、発汗障害が生じた部位を判定する。全身性の障害か、局所性の障害か、障害部位をみることで重症度と原因診断の絞り込みを行う。汗は透明であるが故に肉眼視だけでは発汗の様子を観察することができない。だからこそヨウ素でんぷん反応を用いて可視化して、発汗障害ひいては皮膚交感神経障害の部位を一目瞭然みせてくれる。
【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	検査法であるためにランダム化比較試験はないが、本検査の結果にもとづいて発汗機能や交感神経障害レベルや程度に関する診断を進めていくことを推奨する文献がある。（自律神経機能検査 自律神経反射：発汗・皮膚血管系 P. 50-57, 自律神経障害の病巣診断：発汗系 P. 111-113, 薬物発汗誘発試験 P. 230-233） エビデンスレベル： 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	過度の体温上昇を防ぐため、深部体温をモニターし、かつ常に医師が付き添って被検者の状態を観察する必要がある。しかし、高体温のため検査を途中で中止することはきわめて稀(0.5%以下)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）	「自律神経機能検査」（日本自律神経学会編、第4版、2007）では交感神経機能評価のための基本的な項目として推奨されている検査である（Ⅱ-①有効性参照）。発汗用紙作成は熟練性を要し、結果の解釈には高度の専門性と経験を要する。
I-④倫理性・社会的妥当性	問題なし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	通常1回実施する。治療効果判定などの必要な場合は治療前後の2回施行する。発汗障害の有病率に関する報告はないが、ある大学病院では年間約25例が検査対象となっており、全国の大学・主要病院では概算2,000人と計算した。 年間対象患者数 2,000人 年間実施回数 1~2回
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	サーモグラフィに比べ、この方法は直接的な発汗機能評価技術である。 予想影響額 1,200万円 円増・ 減 * 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 ・ 当該技術に係る医療費 15,000×2,000人=30,000,000円 ・ 自律神経障害の病態や不明熱の原因がわからず、複数の病院を受診し、高額な画像検査などを繰り返し受ける患者が減少する。 ・ 7,000円(初診料、MRI、神経生理学的検査などの費用)×6,000人(2,000人が3施設を回るとする) = 42,000,000円 これと上記の3,000万円との差で1,200万円の減
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 技術料 1,250点 と 判断料 250点 計 1,500点 検査技師の人件費 10,000円+ホスピタルフィー2,500円+判断料2,500円

技術名：全身定性発汗試験

発汗障害によるうつ熱や熱中症を未然に診断したり、進行性自律神経障害の早期診断や治療効果の判定に重要な技術である。

全身にオブラートを貼ったヨードセロハン用紙を巻きつけ、体全体を加温する。出てきた水分でオブラートのでんぷんとヨードが反応して黒色に変化する。その色調変化の領域が発汗域と判定できる。全身性に発汗しているところと、無汗の部分の分布を調べることができ、発汗障害の診断にとって第一歩となる。



加温前



加温後

健常者での反応



純粹型自律神経不全症



多系統萎縮症の胸部以下の無汗



後天性全身性無汗症

電気毛布でからだを温めながら発汗して変色した様子を全身的に写真撮影する。検査の準備と実施は検査技師が行い、異常があれば医師・看護師コールの体制をとる。

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。

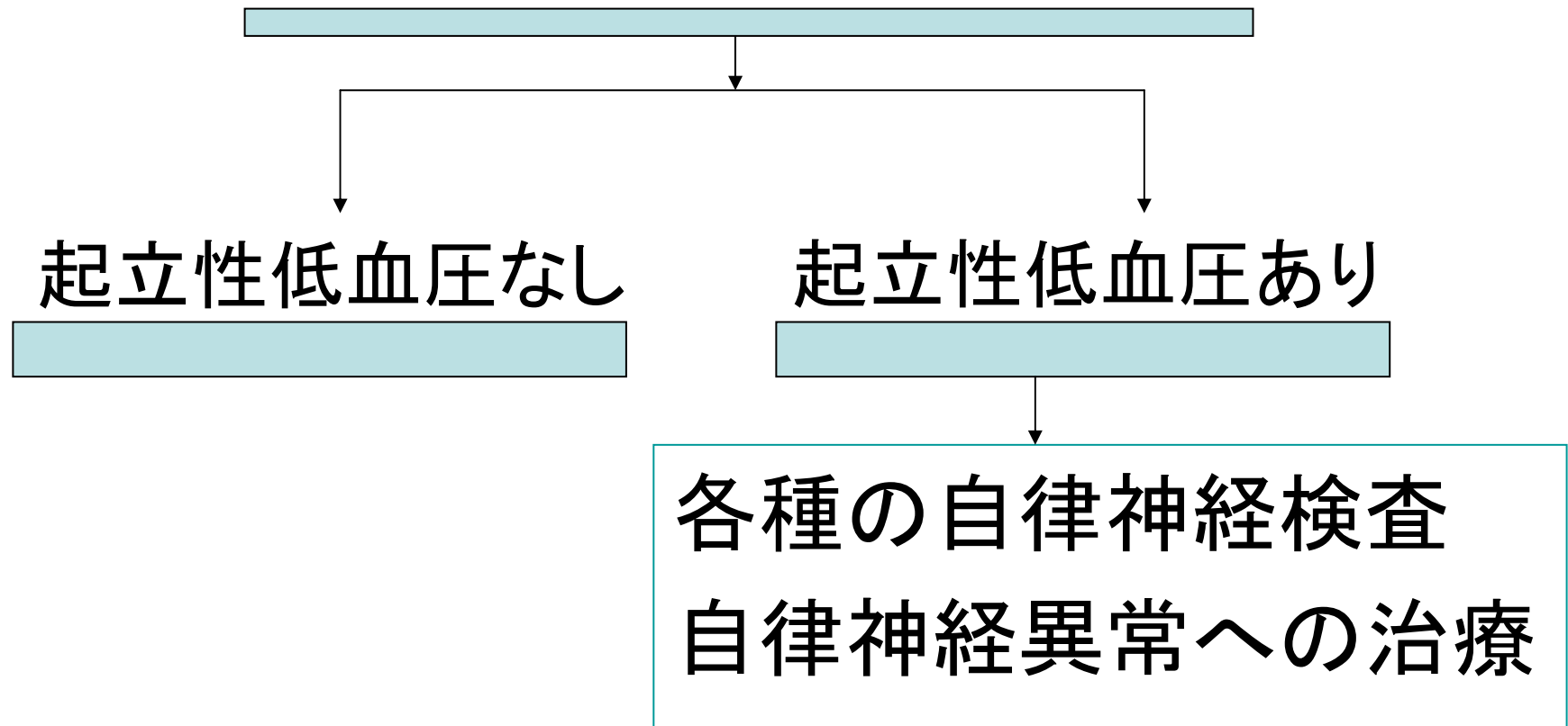
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本神経治療学会
技術名	シェロング起立試験
技術の概要	肢位変換による血圧の測定による自律神経評価
対象疾患名	各種の自律神経異常を伴なう神経疾患
保険収載の必要性	自律神経異常の評価に血圧の変動は欠かせない指標であり、自律神経異常を多く示す神経疾患の評価として血圧の検討は欠かせない臨床所見として重視され、診断と治療に極めて重要である。とくにこの肢位変化に伴なう血圧変動の検討を手軽に行うことが臨床上とくに重要である
【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	起立性低血圧の有無の評価は神経疾患とくに神経難病の臨床上でとくに重大な対象であり、疾患の診断と病理的判断の治療上への還元が疾患予後とくに治癒率、死亡率、QOLに大きく影響することは多くのこれまでの知見から証明され尽くされている エビデンスレベル（別紙参照）； I II III (IV) V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	患者さんの能動的、受動的起立に際しての血圧変動の安全性にはリスク要因はみられない。
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）	通常に行われている血圧測定の肢位の変化での比較がこの試験であり、技術的成熟度の差異は殆どみられないが、運動異常の高度な場合には診察者が巧みに介助すれば検査可能であり、専門性、基準などの問題はない
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	倫理性、社会的妥当性の問題はない
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	古くから行われているこの方法は遍く知られた方法であり、よく普及している。然しながら施設によってその施行には差があり、この方法を普及させることが神経学的評価に欠かせない。多くの神経難病を対象とする実施回数となる。
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	シェロング起立試験についてはヘッドアップティルト試験として手動と電動の機器を用いる方法が確立されていて、シェロング試験の場合での、患者が自分で肢位変換する能動法を他動的にさせる方法として多く用いられているが、このヘッドアップティルト機器が必ずしも容易に入手あるいは設備されている医療機関が少ないので、簡便に外来或いは病棟での実施が可能な点から、このシェロング法が一般的には推奨されている。自律神経検査としての施行の普及のためにこのシェロング法の普及を図る意味でも有料化が望まし 予想影響額 3.2億円 増 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 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 点数 80点（1点10円） 上記の患者数と受診回数、総受診回数、平衡試験などのこれまでの標準および特殊検査からと検査中の患者介護、検査中の検者の労力と注意からこの点数が妥当と考えられた

Schellong試験 概要図

体位変換試験

脊髄小脳変性症
パーキンソン病など



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	日本神経治療学会
技術名	片頭痛指導管理料
技術の概要	支障度の高い片頭痛患者に対して、的確な問診、検査の選択を行い、頭痛関連専門医として総合的に診断を行い治療方針を決定し、患者に説明し、助言を行い、指導管理する。
対象疾患名	片頭痛(前兆のある片頭痛、前兆のない片頭痛、慢性片頭痛)
保険収載の必要性	片頭痛患者の多くが、適切な診断、十分な治療を受けていない状況にあり、患者のQOL阻害、健康寿命の短縮、社会的生産活動の損失は甚大で看過できない。頭痛を専門に診療する医療機関では、適正な指導管理が実施されており、成果を挙げているが、保険収載されていないため、十分には普及していない。このため必要な患者教育、指導が行わず、多くの片頭痛患者が多数の医療機関を転々とし、不必要な受診、画像検査、血液検査を繰り返している。片頭痛指導管理料を新技術として評価することにより、不要な検査の繰り返しを避け、無駄な医療費を削減し、効果的な診療と指導、管理を行うことにより、頭痛医療の質が向上し片頭痛患者の健康が増進される。
【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	適切な頭痛診断、治療計画、患者指導、管理により頭痛発作の頻度の減少、頭痛発作時の効率的対処により、頭痛患者のQOLの向上と健康寿命の延長がはかれる。慢性頭痛の診療ガイドライン(厚労省研究班・日本頭痛学会)が作成されている。 <u>エビデンスレベル(別紙参照)</u> ： <u>①</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	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)	慢性頭痛の診療ガイドライン(厚労省研究班・日本頭痛学会)が整備され、公開されている。日本頭痛学会、日本神経学会による専門医認定制度が確立している。片頭痛を中心に慢性頭痛に関する幅広い知識を有し、当該患者に対し適切な態度で診療を遂行できる必要がある。頭痛専門医や神経内科専門医、頭痛学会の講習を受けた医師を対象とする。
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	片頭痛は国内に約840万人の有病者が存在し、約31万人の受診が推定される。受診回数は、年平均6回。実施回数は総計186万回と予測される。
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	予想影響額 <u>66億 円 増・減</u> <u>既存の技術；診療報酬の区分番号</u> <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 <u>その他</u> <u>点数 250点(1点10円)</u> B001-6 てんかん指導料、B001-7 難病外来指導管理料と同等とした

片頭痛指導管理料概要図

