

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

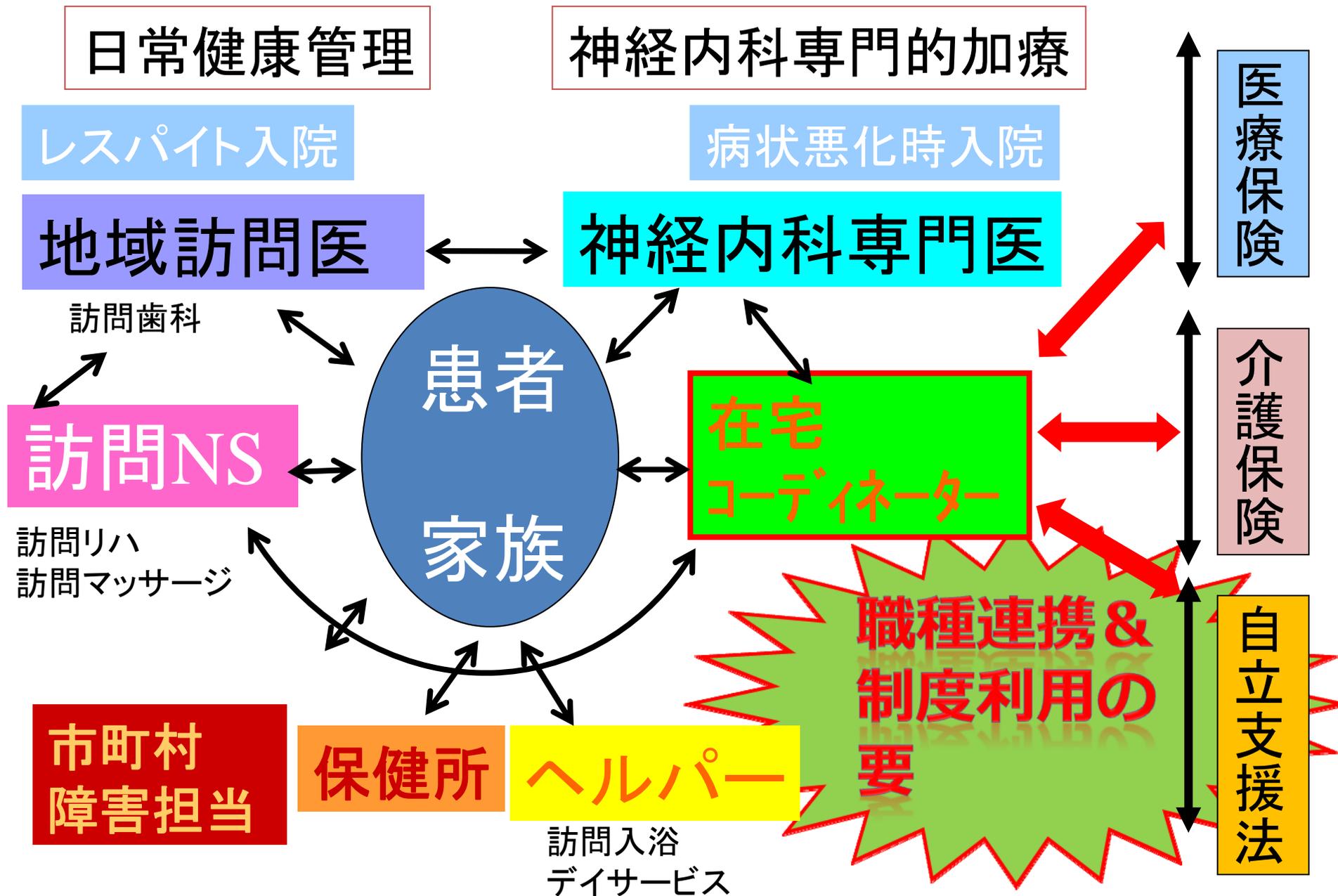
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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	在宅（難病）コーディネーター
技術の概要	在宅に必要な医療や諸制度を利用するためのコーディネートを行う
対象疾患名	諸制度の利用を必要とするすべての疾患（特に神経難病やがんを含む終末期医療）
保険収載の必要性	症例によっては（特に神経難病）医療保険・特定疾患制度・介護保険・障害者自立支援法など多くの制度を必要とするが、諸制度に精通していないと利用は難しい。現在の介護保険のケアマネージャーの職域をこえるサービスであり、新たな職種として医療と介護の両面をコーディネートする人材が必要
【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	患者が在宅生活に移行または継続する上で諸制度を利用することは不可欠であり、コーディネーションを行う職種がいることでスムーズに在宅生活が営め QOL が向上する。 エビデンスレベル（別紙参照）； I II III <u>IV</u> V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	人材のため安全性に抵触しない
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	現状でもケアマネージャーや訪問看護、医療ソーシャルワーカーの一部はそれぞれ職域を超えてボランティアとして行っている。新たな職種（資格）として正当な評価を行いそのための教育が必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	今後の日本の在宅医療を支えるためには必須の人材である
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	諸制度を利用する対象者は医療処置などを必要とする障害者、難病患者、終末期患者であり、全ての年齢に共通する
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	介護保険のケアマネージャー機能も包含し、より広い範囲のサービスをコーディネートすることで、有効な制度利用を推進できる。 試算① 対象者数：要介護 3、要介護 4 又は要介護 5（約 120 万人）の 5% と見積る。1 件当り月額 14,365 円（大田区例）のところを 2 万円とすると差額約 5 千円。以上より 6 万人 X 5000 円 X 12 カ月 = 36 億円 試算② 現在の介護保険ケアマネージャー（約 4 万人）の一部（10%として 4000 人）が相当すると考え、現在の平均年収 380 万平均年齢 44 歳（厚生労働省の『賃金構造基本統計調査 平成 18 年版』より算出）を公務員福祉職給与 436 万平均年齢 40 歳（平成 22 年国家公務員給与等実態調査）程度に引き上げると仮定。 予想影響額 20～36 億 円 <u>増</u> ・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	<u>㊸</u> 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>2000 点（1 点 10 円）</u>

神経難病の在宅医療にはチーム医療が必須



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、日本神経学会、日本温泉気候物理医学会、日本脳卒中学会、日本小児神経学会

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<p>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	日本神経治療学会
技術名	在宅神経難病患者連携指導料（在宅患者連携指導料の特化型）
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	C010 在宅患者連携指導料
技術の概要	在宅神経難病患者は長期の療養期間の間にその状態が変化しても専門医の診察を受ける機会がない。そこでかかりつけ医からの求めに応じ、専門医が往診し、在宅で両者が連携して診察した結果に基づき患者の治療方針決定や指導を行う。
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	在宅神経難病患者は長期の療養期間の間にその状態が変化しても専門医の診察を受ける機会がない。そこでかかりつけ医からの求めに応じ、専門医が往診し、在宅で両者が連携して診察した結果に基づき患者の治療方針決定や指導を行う。
【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>通院困難となった在宅神経難病患者は、かかりつけ医の往診によりケアされ専門医の診察を受ける機会が少ない。しかし進行性の希少疾患ゆえにかかりつけ医だけでは解決できない問題が生じることもあり、専門医と連携して診療にあたる必要がある。神経難病患者の在宅移行にあたっては「専門医とかかりつけ医の二人主治医制」が理想であるが、現在のシステムでは共同して同一日に在宅診療にあたってもどちらか一方のみの保険請求しかできず、他方の診療は無償となってしまふ。日医総研の調査でも診療所間の連携は進んでいないと報告している（平成21年4月2日MEDIFAX）が、今後在宅医療においても専門的な知識が必要なときに両者が助け合えるようなシステム作りが必要である。特に過疎地などで近隣に専門医がいない場合なども年に数回でも専門医が出向いて行って診療に当たることで過疎地のかかりつけ医は日頃の診療が担保され、患者も治療方針が追認されることでその安心は計り知れない。このように在宅で連携して診療に当たった場合には、かかりつけ医と専門医の両者を評価すべきであり、双方に指導料を認めていただきたい。</p> <p>また回数制限については、すでにかかりつけ医が入っている患者が対象となるので、かかりつけ医あるいは専門医のいずれかが勝手に診療に行けるものではない。したがって双方が必要と考えたときには月に何回までと制限せず、必要な場合には必要度を詳記することで認めていただくことを希望する。</p>
点数の見直しの場合	<u>900点</u> → <u>1,800点</u> （双方に900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 <u>0人</u> → <u>5,000人</u> 増・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 <u>0回</u> → <u>4回</u> 増・減・変化無し</p>
	<p>※根拠：在宅神経難病患者数万人のうち、病院受診へのアクセスが悪く、かかりつけ医と専門医の共同診を必要とする患者を5,000人と想定し、各季1回として平均年4回の診察と予測した。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 <u>760,000円</u> 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>この事業によって予想される医療費増分は、$9000 \times 5,000 \times 4 = 180,000$ 千円。これによって半数は救急受診が減らせその1回分を2,000点と予測し、さらに半数は3日間の入院および検査が減らせたとする。入院費を1日3,500点と予測すると削減可能な医療費が救急分 $2,500 \times 20,000 = 50,000$ 千円および入院分 $1,250 \times 35,000 \times 3 = 131,250$ 千円の計181,250千円となり、180,000千円-181,250千円で1,250千円の医療費減となる。</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>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>神経難病を特に取り上げるのは、「D239-3 神経学的検査」が認められているように神経疾患、とくに神経難病はその病状把握と病態予測に専門医の診察が必須だからである。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</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	日本神経治療学会
技術名	在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料
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	C001、C005
技術の概要	在宅あるいは居住系施設入所者等に対する計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行う
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	現在身体障害者療護施設に対する訪問診療・訪問看護は認められていないが、ALSをはじめとした若年難病の方の受け入れ先となるべき身体障害者寮後施設における訪問診療・訪問看護を認めて欲しい
【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。）	身体障害者療護施設は ALS 個室の設定などもあり本来重度身体障害をもつ神経難病患者の生活の場のひとつとして期待されているが、現在の医療提供体制では受け入れ困難なことが多い。在宅と同様必要時に訪問診療・訪問看護が受けられれば、神経難病の受け入れも推進できると考える。在宅破綻した若年神経難病の方が行き場がない状況のなかで、非常に重要な生活の場となっていくと思われる。同様に生活の場として施設内看取りの希望も施設側も入所者側もあるが、他の居住系施設同様、がんの末期など訪問診療・訪問看護が認められれば施設の有効活用となるとと思われる。
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	年間対象患者数の変化 現在 0 人 → _____ 50 人 (増)・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 0 回 → _____ 50 回 (増)・減・変化無し
	※根拠 予想は困難であるが、このような点数がつくことで身体障害者療護施設での神経難病の受け入れが推進されると思われる。当初は少数と予想する。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 900 万円 減
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	居住系施設入所者である患者の場合 200 点 月 4 回訪問するとして、 訪問診療 4X12ヶ月 X 200 点 X 10 円 X 50 人 = 480 万円 訪問看護 4X12ヶ月 X 430 点 X 10 円 X 50 人 = 1032 万円 但し、在宅から施設に移行する場合は増減なし、さらに入院が回避できるとすると年間 50 人分の入院費が必要なくなるため、入院費が月 40 万円として 40 万 X 12 ヶ月 X 50 人 = 2400 万円

<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>入院よりも居住系施設における生活のほうが一般に QOL は高いといえる。若年神経難病の入居先として重要である。また、在宅看取りと同様に施設内看取りもできるようにすべきである</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、日本神経学会</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>現在 NPPV を使用している患者の一部や、長期入院となっている患者などが対象になると思われ、おおよそ年間 200 名程度と予測して推計 10000 点 X12 ヶ月 X200 名 = 24000 万円 (2.4 億円) 仮にこれまで在宅導入できなかった患者が保険点数が正当化されることにより、各県 1 人程度年間約 50 人在宅導入可能になったとすると、入院医療費を 70 万円/人/月として 50 人 X70 万円 X12 ヶ月 = 42000 万 (4.2 億円) 実際には現在診療代 + 材料代 {RTX 本体レンタル料金 (¥130,000/月) + キュイラス代 (¥1,500~4,800/月) + キュイラスシール代 (¥5,200~18,900)} がかかっている。※本体料金に関しては今後見直しの可能性がある。</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>排痰効果もあり、従来の NPPV に比べ侵襲度が皆無なため QOL 向上に非常に貢献する。在宅での十分な診療報酬がないために入院を余儀なくされている成人/小児が多数存在する。実態にあった在宅での保険適応を考慮願いたい。</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	<p>日本神経学会、日本小児神経学会、日本呼吸器学会</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、日本神経学会 國本雅也</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>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、日本神経学会</p>

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、日本神経学会、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会、日本脳卒中学会

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	日本心血管インターベンション治療学会
技術名	経皮的冠動脈ステント留置術
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	K549
技術の概要	冠動脈ステントを留置し冠動脈硬化症に伴う狭窄の拡張
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	手術材料が算定出来ず赤字増強のため、手技料の加算の設定を要望する。 <u>点数 *27,000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）：37,618点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：155,950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。）	<p>前回の改定によって経皮的冠動脈ステント留置術の点数は22,000点に引き下げられた。しかし、手術材料で算定できないY次管、インデフレーターなどの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。よって手技量の加算を設定することが妥当である。</p> <p>急性心筋梗塞の予後は冠動脈形成術によって著しく改善した。現在6%程度の死亡率となっている。心筋梗塞の発症時間は早朝、深夜が多く、救急対応、緊急の処置を病院に呼び出され実施している。時間の拘束されるのみならず、緊急の対応は極めて重労働である。よって、緊急症例はさらに5,000点の増点を要望する</p>
点数の見直しの場合	<u>22,000点</u> → <u>27,000点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>年間対象患者数の変化 現在 <u>120,000人</u> → <u>120,000人</u> 変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 <u>200,000回</u> → <u>200,000回</u> 変化無し</p>
	<p>上記経皮的冠動脈形成術の年間総数は約23万件と推測される。一回の手技で1.7病変の治療が実施され、冠動脈ステント留置術は全手技の9割と推測される</p> <p>●薬剤溶出ステントにより再狭窄は著しく減少。症例数の増加はないと推測される</p> <p>●適応の拡大もほぼ確立されており、大きな増加はないと推測される</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<p>予想影響額 <u>0円</u> 増</p> <p>今回の増点 × 手技数 = 50,000円 × 200,000（120,000人 × 1.7） = 10,000,000,000円</p> <p>緊急症例 50,000円 × 24,000（120,000 × 20%） = 1,200,000,000円</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>経皮的冠動脈形成術全体の年間総数は約 23 万件と推定。その中でステント治療は 20 万件と推測される。経皮的冠動脈形成術はカテーテル類のコストが大きな割合を占め、全体的なコスト縮小を阻む最大要因といえる。1 件あたり約 50,000 円 (5,000 点増点とし 100 億円) の手技料の増加分は、カテーテル類の特定医療材料の償還価格の調整で十分に代替が可能。医療費総額を増加させずに内容を適正化させる手段と考える。</p> <p>本邦では欧米諸国に比し冠動脈形成術による治療が急性心筋梗塞に対し積極的に実施されている。その治療効果は絶大であり緊急症例に加算することは妥当と考える。</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)</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード : TGX - H2 - S81-0203200 技術度 : D 医師 (術者以外) : 2 看護師 : 2 その他 : 2 所要時間 (分) : 120</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</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	日本心血管インターベンション治療学会
技術名	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによる）
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	K548
技術の概要	冠動脈硬化症に伴うプラークを切削し、狭窄した血管を治療する。
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（） 点数の見直し（増点）
具体的な内容	<p>手術材料では算定できない Y 字管、インデフレーターなどの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。特に、先年問題となったトランスデューサーの滅菌再利用についても、冠動脈形成術を受ける患者の数が多いため、施設の持ち出しでは限界であったことが理由と考えられる。よって算定の見直しを求める。</p> <p><u>点数 *27,000 点（1点10円）</u></p> <p>《1》 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：37,618 点</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）：154,375 円</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。）	手術材料では算定できない Y 字管、インデフレーターなどの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。特に、先年問題となったトランスデューサーの滅菌再利用についても、冠動脈形成術を受ける患者の数が多いため、施設の持ち出しでは限界であったことが理由と考えられる。よって算定の見直しを求める。
点数の見直しの場合	22,000 点 → 27,000 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 9,500 人 → 9,500 人 変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 9,500 回 → 9,500 回 変化無し</p>
	冠動脈インターベンション 23 万件、一回 1.7 病変として 135,000 症例。 本手技は全体の 7%程度であり 94,500 回
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 475000000 円 増</p> <p>9,500 件 × 50,000 円 = 475,000,000 円</p> <p>薬剤溶出型ステントにより成績は改善され、本デバイスの使用頻度が増加することは想定できない しかし、透析症例などある一定の症例で絶対的必要性があり減少もないと推測される。 ステントの成績は、良好にステントを拡張することで改善し、合併症も減少する。ステントの良好な拡張を得るため特殊な病変においてこのデバイスは有効であり必須である。</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）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード：TGX - N2 - S81-0203000 技術度：D 医師（術者以外）：2 看護師：2 その他：2 所要時間（分）：120</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	日本人工臓器学会
技術名	周術期血糖管理（人工臓器を用いたもの）
技術の概要	周術期患者に対して人工臓器を用いて、連続的に血糖値を測定し、その血糖値を基に、予め設定された目標血糖値に人工臓器により自動的に血糖値を調整するようにインスリン又はグルコースを注入する周術期管理法。
対象疾患名	食道・肝胆膵の外科手術患者 集中治療室の重症患者（150mg/dL以上の高血糖を示す又は予測される患者）
保険収載の必要性	治療の普及が促進され、治療成績向上の恩恵を多くの患者が受け取ることが可能。
【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）： II 人工臓器を用いたランダム化比較試験の結果より、従来技術と比べ創部感染（SSI）の減少・在院日数・医療費が削減したと報告されている。（Okabayashi T 他 Diabetes Care; 0:dc08-2107v1-0, 2009）
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	低血糖のリスクが回避され、安全性は高い。また、低血糖以外の副作用の報告も過去にない。
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）	問題なし（人工臓器による血糖管理技術は、過去20年の糖尿病患者の検査及び管理での臨床使用実績があり、これまで問題なく使用しているので、技術的成熟度に問題はなく、手技に熟練が要らない。）
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 168,852 人 年間実施回数 1 回 H21 社会医療診療行為別調査、H20 患者調査より食道・肝胆膵外科、敗血症、脳神経外科、心臓外科の総患者数は168,852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	①医療費の総額：当該技術に係る診療報酬料 103,300 (円) × 168,852 (人) × 1 (回) = 174.4 億円 ②減少すると予想される医療費：Okabayashi T 他論文(上述)によれば、従来技術の医療費は、一人当たり\$21,879で、当該技術では\$16,407と報告されている。 (\$21,879-\$16,407) × 169,000 (人) × 1 (回) = 785.4 億円(1米ドル85円と換算) ①-②=174.4億-785.4億=-610.9億円 上記仮定から、年610.9億円の医療費削減の効果が予測される。 予想影響額 61,090,000,000円 減 既存の技術：診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅 D 検査 E 画像 F 投薬 G 注射 H リハビリ I 精神 J 処置 K 手術 L 麻酔 M 放射線 N 病理・その他 O J 処置 点数 10,330 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）：7,222点 根拠：13,736円（医療機器使用料）+58,480円（人件費） （医療機器使用料）500万円の購入価で耐用年数を7年、週1回使用していくと仮定し、1回治療あたり13,736円（人件費）外保連試算58,480円（『生体検査報酬に関する外保連試算』第4版平成19年11月） 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：31,040円 （医療材料、医薬品等）専用回路・薬液、生理食塩水、ヘパリン、インスリン、ブドウ糖注射液、静脈留置カテーテル

技術名：周術期血糖管理(人工膵臓を用いたもの)

○技術の概要：

- ・人工膵臓は、連続的に血糖値を測定してモニタリングしながら、必要な量のインスリンまたはグルコースを患者に投与し、血糖値を自動的にコントロールすることができる装置である。
- ・この装置を使用し、周術期の血糖管理を行うことで、厳格で安全な血糖管理を、医療スタッフの負担を増やすことなく実施することができ、また患者予後向上にも効果が期待できる。



人工膵臓STG-55

自動・連続採血により
常時、血糖値の測定・
モニタリングを行う。

血糖連続測定



血糖
自動コントロール

専用アルゴリズムに
より、逐次、インスリンや
グルコースの必要量を
計算し、自動投与する。

○対象疾患名：

- ・食道・肝胆膵の外科手術患者
- ・集中治療室の重症患者

○現在行われている治療との比較

- ・現在、血糖管理は、医療スタッフによる間欠的な血糖測定と、インスリン・グルコース投与により行われている。
- ・近年、厳格な血糖管理が注目されて、各施設で独自に行われている。しかし、目標とする血糖値の達成・安定維持が困難なこと、低血糖の発生やスタッフ負担の増加などが問題になっている。
- ・本技術を用いることで、安全な血糖管理を自動的に実現できる。また、厳密な血糖管理によって、創部感染の減少などの予後向上が期待でき、更には入院期間の短縮が期待できる。

○診療報酬上の取扱

- ・妥当と思われる区分： J 処置
- ・妥当と思われる点数： 10,330点

(根拠：医療機器使用料、人件費、医療材料・医薬品価格より算出)

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：* - * - * 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	

Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：N00 - H3 - S81-0221400 技術度：D 医師（術者以外）：3 看護師：2 その他：3 所要時間（分）： 360
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	日本人工臓器学会
技術名	人工臓臓
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 ○D検査
診療報酬番号	D231
技術の概要	連続的に末梢静脈の血糖値を測定し、自動的にその血糖値を目標値に近づくようにインスリン、グルコースを注入することで血糖値を調整する技術。
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（ その他出来高評価の算定ができるようにしていただきたい。
具体的な内容	高度な手技・処置・検査などが対象になる出来高評価の算定ができるように、保険既収載技術 D231 を再評価いただきたい。 点数 10,330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）：7,222点 根拠：13,736円（医療機器使用料）+58,480円（人件費） （医療機器使用料）500万円の購入価で耐用年数を7年、週1回使用していくと仮定し、1回治療あたり13,736円 （人件費）外保連試算 58,480円（『生体検査報酬に関する外保連試算』第4版平成19年11月） ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：31,040円 （医療材料、医薬品等）専用回路・薬液、生理食塩水、ヘパリン、インスリン、ブドウ糖注射液、静脈留置カテーテル
【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。）	人工臓臓は高度な手技・処置・検査であり、診療報酬が5,000点（D231）とされている一方で、出来高評価算定されず、包括評価に含まれている。一方、心臓カテーテル法や内視鏡検査など、比較的高度な手技、処置、検査などが対象になる「出来高評価」の算定があり、本技術 D231 は出来高評価に含まれるべきである。
点数の見直しの場合	5,000点 → 10,330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 146,000人 → 169,000人 増 年間実施回数の変化 現在 146,000回 → 169,000回 増
	社会医療診療行為別調査（H.21年）によると食道・肝胆膵外科手術患者は23,196人、脳神経外科手術患者は93,804人、心臓血管外科手術患者は49,152人、患者調査（H.20年）によると、敗血症総患者数は2,700人と集計され、合計約169,000人。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 6109000000円 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>①医療費の総額：当該技術に関わる診療報酬料 103,300(円) × 169,000(人) × 1(回) = 174.5 億円 ②減少すると予想される医療費：Okabayashi T らの論文によれば、従来技術の医療費は、一人当たり\$21,879 で、当該技術では\$16,407 と報告されている。(\$21,879 - \$16,407) × 169,000(人) × 1(回) = 785.4 億円 (1米ドル 85円と換算) ① - ② = -610.9 億円。従って年 610.9 億円の医療費削減の効果が予測される。</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>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：51 - 1 - 3 技術度：E 医師 (術者以外)：0 看護師：1 その他：0 所要時間 (分)：200</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</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	日本心身医学会
技術名	心身医学療法（外来）
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・ ①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	I004
技術の概要	心身症の患者に対して、一定の治療計画に基づいて、身体的病態と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心身両面からのアプローチを行うことにより、症状の改善又は疾病からの回復を図る治療法。
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	初診500点、再来400点（30分以上）、330点（30分未満）（いずれも週1回）実施者は心療内科を標榜している精神科以外の診療施設で以下の施設基準を満たすもの。 施設基準：心療内科臨床歴3年以上の経験医が常勤、心療内科を標榜しており、個室診察室を常備、心理士が週3日以上勤務している施設
【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。）	心身症患者は、背景に心理社会的ストレスがあり、その治療には主治医だけではなく心理士などのコメディカルスタッフの協力の下での強力な心理的なアプローチが必要であるが、現状では初診110点、再来80点である。一方で精神科を標榜している施設では通院在宅精神療法でも心身症は算定可能であり、初診500点再診400点である。しかしながら心療内科医はその歴史からも内科を中心とした一般科医が心身症を専門的に見ている施設も多く、そのさいには非常に低い心身医学療法料しか算定できずに極めて不平等になっている。心理士や個室診察室などの適切な心身医療を実践している心療内科施設の評価を改めてお願いしたい。施設基準を満たす施設は全国的にも数十施設にとどまり医療費の増大にはつながらない。
点数の見直しの場合	初診110点、再来80点 → 初診500点、再来400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 現在詳細不明であるが対象患者は50施設、300名・ 月で年間のべ15万名 増 ・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在詳細不明であるが初診5000回、再診12000回 増 ・減・変化無し
	※根拠
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 約4億 円 増 ・減 予想される改定金額は5億500万円だが、 減少：現行の心身医学療法では4150万円。すでに通院在宅精神療法で診療している施設ではその額が更に減額となり医療費に与える影響は更に少ない。
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	日本心身医学会、日本心療内科学会、日本女性心身医学会、 日本小児心身医学会

<p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 対象患者=7,967,000 (人)¹⁾ × 0.3247²⁾ × 0.3653³⁾ = 944,989 → 95万人 当該技術に係る医療費： 1150⁴⁾ (円) × 95 (万人) × 4 (回) = 43.7 億円 → 44 億円 <p>1) 7,967,000 : 2010 年患者調査による非糖尿病性高血圧患者 (7)</p> <p>2) 0.3247 : 高血圧患者で CKD でない患者の比率 (平光による) (1)</p> <p>3) Verhave らによる尿中マイクロアルブミン陽性から CKD を発症した患者の割合 (2)</p> <p>4) 希望する保険点数 (現行の糖尿病に設定されている保険点数) (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 治療に ARB 薬剤を用いた場合 : 150.3 (円)⁵⁾ × 95 万 (人) × 365 (日) = 521 億 1600 万円 → 520 億円 従って、尿中マイクロアルブミン測定を診療報酬上認めることにより 520 億円 - 44 億円 = 476 億円の医療費の削減になると推定される。 注) <p>5) ARB 薬剤 1 日の薬価 (9)</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>日本高血圧学会、日本内科学会、日本循環器学会、日本透析学会、日本糖尿病学会、日本臨床検査医学学会</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	社団法人 日本腎臓学会
技術名	イヌリンクリアランスの生体検査としての診療報酬算定の適正化要望
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	D286
技術の概要	糸球体濾過量の精密測定は糸球体で濾過され尿細管で輸送・代謝されない物質の腎クリアランスとして測定される。このような物質としてイヌリンがありイヌリンクリアランスが腎機能測定の国際的な標準法である。
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	糸球体濾過量測定精密検査「生体検査料（D286 肝及び腎のクリアランステスト）」として腎クリアランステストに該当するものは、PSP、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定に対し150点の診療報酬が認められているが、イヌリンを負荷して行うイヌリンクリアランス検査に限って生体検査費用として1,040点への増点を提案する。イヌリンは難溶性のためバイアルの溶解作業から始まり薬剤調整まで、約1.5時間程度かかる。検査が始まると医師、看護師、検査技師は検査が終わるまで約120分程度、直接的、間接的に拘束されてしまう人手がいる検査である。
【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。）	最近の統計報告では、2009年の透析療法への導入患者が37,543人であり前年に比べ128人減少している。この原因はイヌリンクリアランス導入による疫学調査結果を基礎にした慢性腎臓病に対する普及・啓蒙活動もさることながら、簡易計算法による糸球体濾過値の活用、治療手段の進歩等に負うところが多いと推察している。これらのことは慢性腎臓病患者の腎機能をイヌリンクリアランス検査で正確に計る重要性を示唆するもので、更なる普及が必要である。
点数の見直しの場合	150点 → 1,040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 1,800人 → 5,000人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 1,800回 → 5,000回 増・減・変化無し
	※根拠 年間対象患者数1,800人は、2009年度における医療機関への納入実績である。イヌリンを発売して約5年になるが、今だ普及に至らず安定供給も困難な状況である。年間対象患者数の変化5,000人増は、昨年首都圏と近県の基幹病院を対象に口頭アンケート調査を行った。内容は、イヌリンクリアランス検査が新たに生体検査費用として認められた場合の増加予想を集計したところ現在の症例数から約2.5倍増えると予想され、全国の検査数から計算すると約5,000人程度となる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 23,4億 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>2009年4月～2010年3月におけるイヌリンクリアランス検査実施患者は全国で約1,800人である。イヌリンクリアランス測定により正確なGFRを得ることはCKDの重症度判定に必須であり、それにより適切なCKD治療を行うことができる。その結果、透析移行患者を減らす可能性が考えられる。生体検査料が1,040点となり、イヌリンクリアランス検査が普及して5,000人の患者に実施できた場合、予想される当該技術にかかる医療費は年間約1.4億円〔(検査料10,400円+薬剤費8,831円+測定料9,600円)×5,000回〕となる。検査法の普及による適切な早期治療介入と治療法の開発が奏効して、年間透析導入患者37,543人の1%の透析導入が抑制された場合、24.8億円(375人×660万円)の医療費が削減されることになり、年間医療費の削減額は、23.4億円(24.8億円-1.4億円)となる。しかるに、現在認められているイヌリンクリアランスに関連して認められている保険点数は実施の手技料などは認められておらず、きわめて低い診療報酬にとどまっている。当該検査は約4時間を要し、検査法の普及には検査の質と医療関係者の労力に見合う診療報酬並びにディスポ・デバイス代金を含めた妥当性のある診療報酬加算が必要である。</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>「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」(2009年日本腎臓学会発刊)において、GFR測定のゴールドスタンダードはイヌリンクリアランスと明記されている。</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	日本心臓血管外科学会
技術名	心臓大血管再手術
技術の概要	初回手術より3カ月以上を経た大血管・心臓手術に対する手技
対象疾患名	あらゆる大血管・心臓手術の再手術症例
保険収載の必要性	大血管・心臓疾患の再手術は癒着による再開胸時の大血管・心臓損傷を伴うこと、前回手術によりそれらの臓器が形態的变化を受けているために目的手術自体も極めて高難度となる。胸骨に大血管・心臓が接触している際には特に大腿動静脈経由の人工心肺の補助、患者冷却後の循環停止といった特殊な技術が必要とされる。手術の難易度の増加に加え、手術時間も初回手術に比べて明らかに長時間となり、それに伴う交代人員を含めた手術に携わる人員数が増加する。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： I 初回手術と比べ明らかに手術手技上の難易度・危険性の増加がみられ、手術時間の延長、必要人員数の増加が見込まれる。綿密な術前管理、手術計画、熟練医師の参加を含めたチーム医療の編成への配慮が必要となる。この技術に対しての保険加算が可能となることで、より充実した術前・術中管理の達成が可能となり、手術成績の向上が見込まれる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	日本胸部外科学会学術調査によると手術の在院死亡率は初回手術と比較した場合、明らかに高値であるが、穏やかに向上している。2008年統計では初回 vs 再手術：弁膜症 3.3% vs 7.1%冠動脈バイパス術 1.2% vs 6.1%慢性解離性大動脈瘤 8.7% vs 17.6%非解離性動脈瘤 5% vs 15.3%であった。
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）	学会や専門医制度として技術に対しての特別な位置づけはないが、各施設の長、修練指導医が行っているのが現状である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 3,000 人 年間実施回数 3,000 回 年間手術症例数の約5%が再手術症例である。
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	手術手技上の難易度は高いものの、特に手技に新規制はなく、また効果において既存の治療法と異なるものではない。2008年日本胸部外科学会学術調査によると心臓・大血管手術症例数は57,941例であり、その内の5%が再手術症例であった。年間に約3,000例が該当すると考えると心臓・大血管手術手技料の50%加算として算定すると約150,000,000の算出増となる。 予想影響額 150,000,000円 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 OK手術 点数 既存手術手技料の50%加算 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)：既存手術手技料の50%加算 ≪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

