

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	日本輸血・細胞治療学会
技術名	不規則抗体同定検査
技術の概要	既知のパネル血球を用いて不規則抗体対応抗原の同定を行う
対象疾患名	不規則抗体スクリーニング検査陽性患者
保険収載の必要性	輸血安全上、適合血の選択において不規則抗体スクリーニング陽性患者ではその同定が必須である。実際、医療機関の費用持ち出して、検査が日常的に行われている。この不条理は診療報酬で解消されるべきである
【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	輸血安全上、抗体スクリーニング陽性患者においてその抗体の同定は必須であり、現状では、それにかかる費用は医療機関の持ち出しである。（輸血安全に関する国の指針／輸血療法の実施に関する指針、薬食発第 0220002 号、に準拠）。 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	該当せず
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）	輸血の標準検査であり、国の指針でも必須のものとされている 輸血検査に熟練した臨床検査技師の日常業務である
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	輸血のルーチン検査に続く二次検査として、日常的に施行されている。 5, 000 人（輸血患者：100 万人のうち 0.5 %が不規則抗体陽性） 5, 000 回（不規則抗体陽性の患者すべてに同定検査を行う場合）
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	不規則抗体スクリーニング陽性の患者の適合血を選択するためには、抗体の型特異性を同定することが必須である。現状では、医療機関の費用持ち出して、不規則抗体同定検査が二次検査として日常的に行われている。 要望点数：1、300 点／1.3 万円×5,000 回＝6,500 万円 予想影響額 6,500 万円 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）	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 1、300 点（1 点 10 円） 全国 10 施設のデータを平均して、検査コスト（1 件）：7,813 円 ＋ 人件費：3,589 円 ＋ α（補助試薬コストなど）＝ 13,000 円

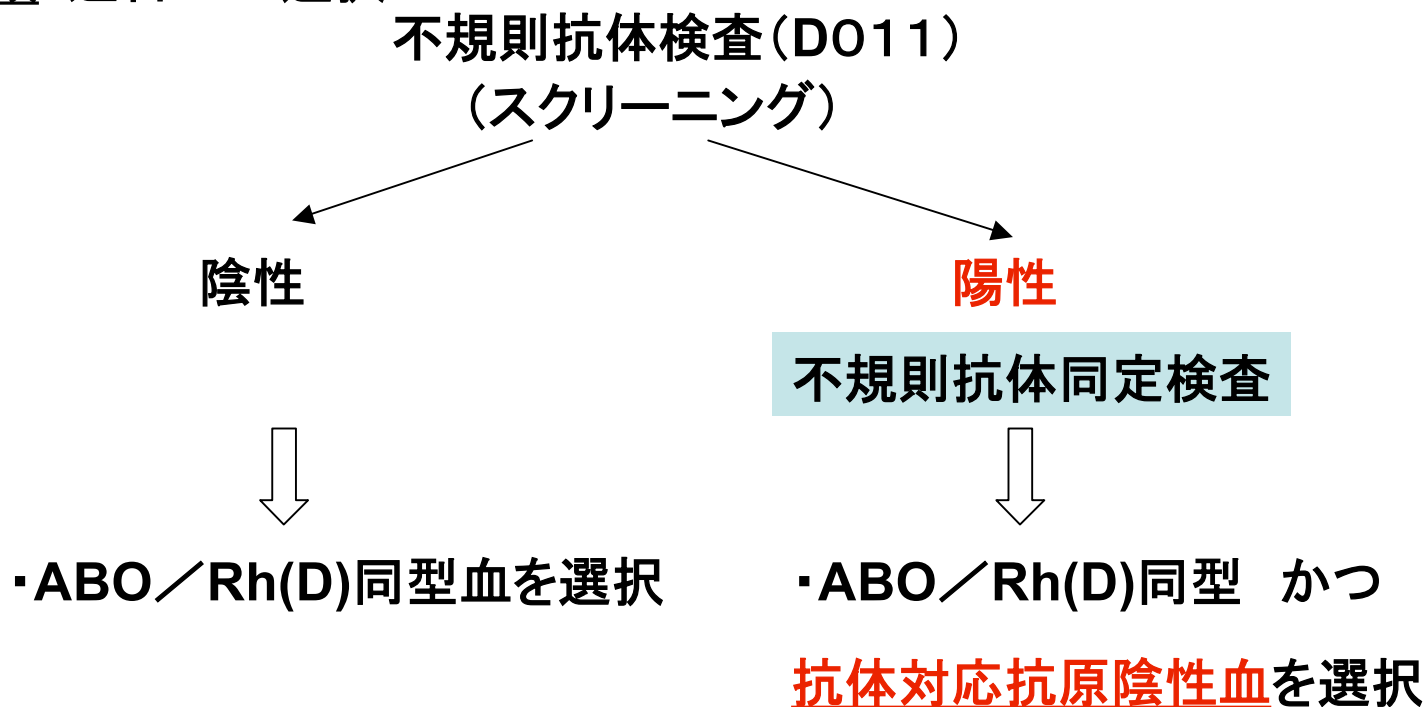
技術名:不規則抗体同定検査

○取扱:第3部 検査 免疫学的検査 D011 免疫血液学的検査

○概要:既知のパネル血球を用いて不規則抗体対応抗原を同定する

○対象:不規則抗体スクリーニング陽性患者

○手順:適合血の選択



○適応法／有効性:国の輸血基準(薬食発第0220002号)で推奨

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	日本輸血・細胞治療学会
技術名	輸血管理料と輸血適正使用加算
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	K920-2：輸血管理料（Ⅰ及びⅡ）
技術の概要	輸血管理料の施設基準を、院内体制整備の基準とアルブミン（Alb）と新鮮凍結血漿（FFP）の適正使用の基準に分離し、前者を輸血管理料（体制整備に対する基礎報酬）とし、後者を輸血適正使用加算（適正かつ効果的な運用に対する成功報酬）として新設する。
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（加算の新設）
具体的な内容	<現行>輸血管理料Ⅰ：200点、輸血管理料Ⅱ：70点 を以下のように改定する <要望>輸血管理料Ⅰ：200点、輸血適正使用加算Ⅰ：200点（新設） 輸血管理料Ⅱ：100点（増点）、輸血適正使用加算Ⅱ：100点（新設） なお、輸血管理料（Ⅰ及びⅡ）の算定要件に以下を追加する：「院内の薬剤選定委員会等において、血漿分画製剤の採血国及び献血・非献血の別についても考慮し、選定がなされていること」
【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。）	輸血管理料Ⅰ（主に大病院）及びⅡ（中・小病院を対象）は、安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律（血液法）に準拠し、安全で適正な輸血を医療機関に促す目的で、院内管理体制整備と適正な運用（AlbとFFPを対象とした具体的基準値をクリアすること）に対するホスピタルフィーである。H18年導入後4年が経過し、一定の目的は達成されたが、取得施設数の増加は鈍く（輸血実施医療機関のわずか10%程度／H18:744, H19:950／H20:1,087／H21:1,159施設）、診療報酬と介した施策の推進を促すべく普及度を上げる手だてとして、以下を要望したい。 1) <u>施設基準におけるAlb/赤血球比、FFP/赤血球比の分離及び加算化</u> 学会総合アンケート調査（H22、1,522施設、回収率65.2%、平成22年度第1回血液事業部会適正使用調査会報告）では、管理料未取得施設（64.7%）の84.7%が上記基準を満たさないことが取得できない理由であった（添付資料1）。提供する医療内容（肝臓移植、血漿交換、血液内科の有無）に大きく依存する使用基準値が障害となり、対価としての診療報酬が得られないことは、体制整備に関する医療機関の意欲を著しく損なっている。そこで、使用基準を分離して輸血適正使用加算とし、院内体制整備の基準をもって輸血管理料とする。この改定がインセンティブに働き、一定レベルで留まっていたAlbやFFPの適正使用が推進される。 2) <u>輸血管理料改定による増点化</u> 輸血に係る診療報酬（薬剤代、輸血手技料、検査料）は出来高払いであり、出来高と相反した抑制的な輸血管理料は、その対価が十分でないと医療機関のインセンティブとして機能しない。実際、東京都内のA大学病院（病床数：1,061床、輸血専任医師2人、輸血専従臨床検査技師13人）の管理料Ⅰ収入は年間600万円であり、点数の低さが医療機関の意欲を著しく損なっている。

	3) 施設基準への薬剤選定ルールの要件追加 血液法の基本方針で定められている血液製剤の国内自給の推進、とくに輸入製剤が未だに 50%を越える Alb やその他の血漿分画製剤の院内薬剤選定委員会での選定ルールを管理料要件に追加する。
点数の見直しの場合	輸血管理料Ⅰ : 70 点 → 100 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 延べ 46 万 人 → 23 万 人 (増・減・変化無し) 年間実施回数の変化 現在 延べ 46 万 回 → 23 万 回 (増・減・変化無し)
	※ 根拠 平成 21 年 6 月の審査分の輸血管理料総数は、管理料ⅠとⅡでそれぞれ、26,604 人と 12,276 人、よって、年間で 38,880 (26,604+12,276) 人×12 ヶ月=延べ 466,560 人；改定により管理料取得施設が 50%増加するとして、466,560 人×0.5=およそ 23 万人の増加が予想される。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 10.04 億 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	●増加 管理料既取得施設：8.29 億円増 管理料Ⅰ：26,604 人×200 点(加算)×10×12=6.38 億円；管理料Ⅱ：12,276 人×130 点(増点 30 点+加算 100 点)×10×12=1.91 億円；合計 8.29 億円 ----- (1) 管理料新規取得施設：3.74 億円増 年間 23 万人増加するとして、管理料Ⅰ：13,000 人×200 点×10×12=3.02 億円；管理料Ⅱ：6,000 人×100 点×10×12=0.72 億円；合計 3.84 億円-- (2) よって、増加する医療費=(1)+(2)=12.13 億円 ●減少 ・FFP 使用削減による医療費=19.3 万単位(平成 18 年の削減量)×8,706 円(FFP 単価/単位)=16.8 億円----- (3) アルブミン使用削減による医療費=895Kg(平成 18 年の削減量:9 万本、25% 50 ml 換算)×600 円(アルブミン単価/g)=5.37 億円----- (4) よって、削減される医療費=(3)+(4)=22.17 億円 平成 18 年 4 月より輸血管理料が導入されが、FFP とアルブミンの年間使用量は平成 17 年と比較して平成 18 年には、それぞれ 19.3 万単位(前年比 6.6% 減、)と 9 万本(25%50 ml 換算、前年比 2.9%減、過去 5 年で最大の削減率)、削減された。いずれも過去 5 年で最大の削減率を示し、輸血管理料導入の効果と考えられる。そこで、今回の改定により同様の削減効果が期待できるとして、削減される医療費(血液製剤代金)を算出した。 ●よって予想影響額=12.13 億円-22.17 億円=-10.04 億円(10.04 億円減)
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	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	血液学会、臨床検査医学会、造血細胞移植学会、自己血輸血学会

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	日本リウマチ学会
技術名	抗シトルリン化ペプチド抗体（抗 CCP 抗体）精密測定検査
診療報酬区分（1 つに○）	C在宅・ <u>○</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
診療報酬番号	D014 の 14
技術の概要	関節リウマチの予後予測を目的として検査する。
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	医科点数表 D014 の 14「抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定」- ア. を以下のように変更する。 抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定は、関節リウマチと確定診断できない者に対して診断補助を行なった場合、もしくは関節リウマチの診断確定例においては治療薬選択時の予後予測を行った場合、同一患者につき原則として1回を限度として算定できる。 ただし、診断補助を目的として検査し、当該検査結果が陰性の場合においては、3 月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
【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。）	関節リウマチ（RA）の治療は、患者 ADL/QOL の改善及び寛解導入をも視野に入れたより高い治療目標へと移行している。これを可能にしているのは RA 治療薬の進歩にあるが、同時に、各種薬剤を効果的に使用する臨床評価手法の体系化が重要な役割を負っている。治療には、RA の活動性評価に併せて関節破壊の進行を予測し、診療初期から患者個々に応じて積極的に治療介入することが RA の予後に大きく影響する。 抗 CCP 抗体は、関節破壊進行の予測において、予後不良因子として評価を得ている^{1) 2)}。すなわち、本検査陽性 RA は関節破壊が進行性であること^{3) 4)}、抗体価高値例又は上昇例は関節破壊の進行が速いこと^{4) -7)}が報告されている。 本学会では、ACR 薬物療法ガイドライン¹⁾ 及び DMARDs 治療における EULAR の勧告²⁾ を受け、MTX 診療ガイドライン⁸⁾ を策定し、本検査を予後不良因子と位置付け、MTX 治療の選択時に測定するよう推奨している。 MTX の治療においては、特に抗 CCP 抗体陽性の RA では、関節破壊進行の抑制効果が高いことが報告されており⁹⁾、本検査は MTX 投与適応例の選択に有用な情報をもたらす。 このように、本検査は RA の予後予測にきわめて有用であるにもかかわらず、現在は、RA の診断時のみの使用で、その対象は「RA を疑う症例」に限られている。RA の診断確定後であっても、治療薬の選択が必要な場合には、本検査が実施できる体制を要望する。
点数の見直しの場合	該当せず
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 40万人^{*1)} → 43万人^{*2)} <u>増</u> 減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 40万回 → 43万回 <u>増</u> 減・変化無し ※根拠 *1) 年間対象患者数は、検査センターの受託検体数及び、平成 20 年厚生労働省統計調査結果¹⁰⁾ より推計した。 *2) 対象患者の増加数（3 万人）は、Ninja データベースによる平成 20 年度

	～21 年度の MTX の使用頻度の変化（年 3%増）及び生物学的製剤の使用頻度の変化（年 5%増）¹¹⁾ の合計（年 8%増）の患者が治療の変更を余儀なくされていると推計した。 ・年間 3 万人の増加は恒久的でない。最大でも RA 患者 34 万人¹⁰⁾ が 1 回測定すれば以後は予後予測を目的とした検査数の増加はない。
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 0.6 億円 <u>増</u>・減 (A) 増加が予想される当該技術の医療費 ＝（当該検査の保険点数）×（検査の回数） ＝ 210 点×3 万回 <u>＝ 6,300 万円</u> (B) 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 適正な DMARDs が選択されることによる薬剤費の無駄の省略、及び、重症化阻止によって将来的に手術となる患者が減少する等、総合的に医療費の軽減効果が生じる。
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	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	本技術導入により適切な治療法が選択されれば、患者 QOL が高く維持できる。本検査を実施できる検査薬は現在 6 社から販売されている。
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

【参考文献】

1. Saag KG, et al. American College of Rheumatology 2008 Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Anti-rheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheum 59 : 762-784, 2008.
2. Smoren J.S, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis. 2010; 69: 964-975,
3. 三森経世；自己抗体による関節リウマチの早期診断と臨床経過予測に関する研究, 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業）「関節リウマチの早期診断法の確立及び臨床経過の予測に関する研究（主任研究者；江口勝美）総括・分担研究報告書」
4. 松井利浩；CCP 抗体の関節予後予測因子としての有用性の検討, 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業）「関節リウマチの内科的治療の検証に関する研究（主任研究者；當間重人）分担研究報告書
5. Tamai M, et al; Bone Edema Determined by Magnetic Resonance Imaging Reflects Severe Disease Status in Patients with Early-Stage Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol. 2007 Nov;34(11):2154-7
6. Meyer O, et al; Serial determination of cyclic citrullinated peptide autoantibodies predicted five-years radiological outcomes in a prospective cohort of patients with early rheumatoid arthritis. Arthritis Research & Therapy 2006;8(2):R40. Epub 2006 Jan 26
7. 佐伯行彦；「関節リウマチの予後予測因子に関する前向き研究」研究報告書, 厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業）「関節リウマチ患者の現状と問題点を解析するための多施設共同疫学研究」（主任研究者・當間重人）平成 21 年度分担研究報告
8. 日本リウマチ学会 MTX 診療ガイドライン策定小委員会；関節リウマチ治療におけるメトトレキセート（MTX）診療ガイドライン 2011 年版
9. van Dongen H, et al; Efficacy of methotrexate treatment in patients with probable rheumatoid arthritis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2007 May;56(5):1424-32.
10. 平成 20 年 厚生労働省統計調査結果（患者調査疾病小分類より）
11. 厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業）「関節リウマチ患者の現状と問題点を解析するための多施設共同疫学研究」（主任研究者・當間重人）平成 21 年度総括報告書

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。

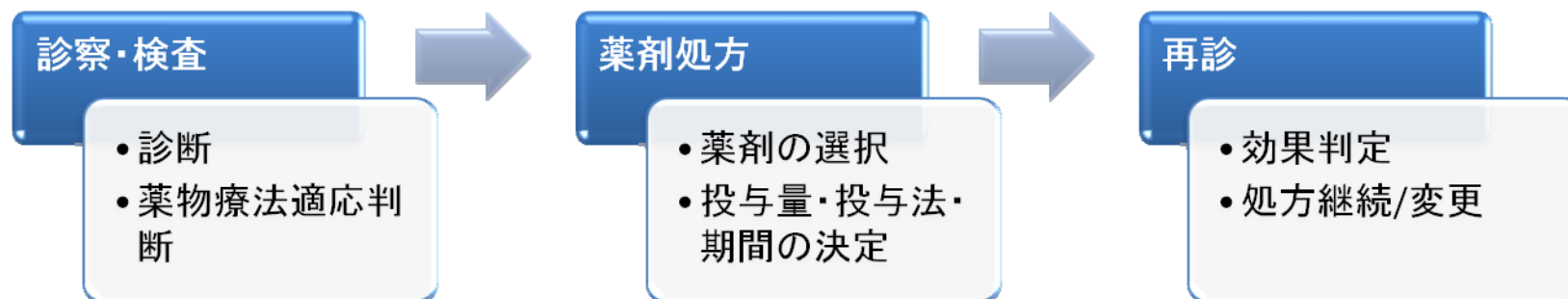
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

※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。

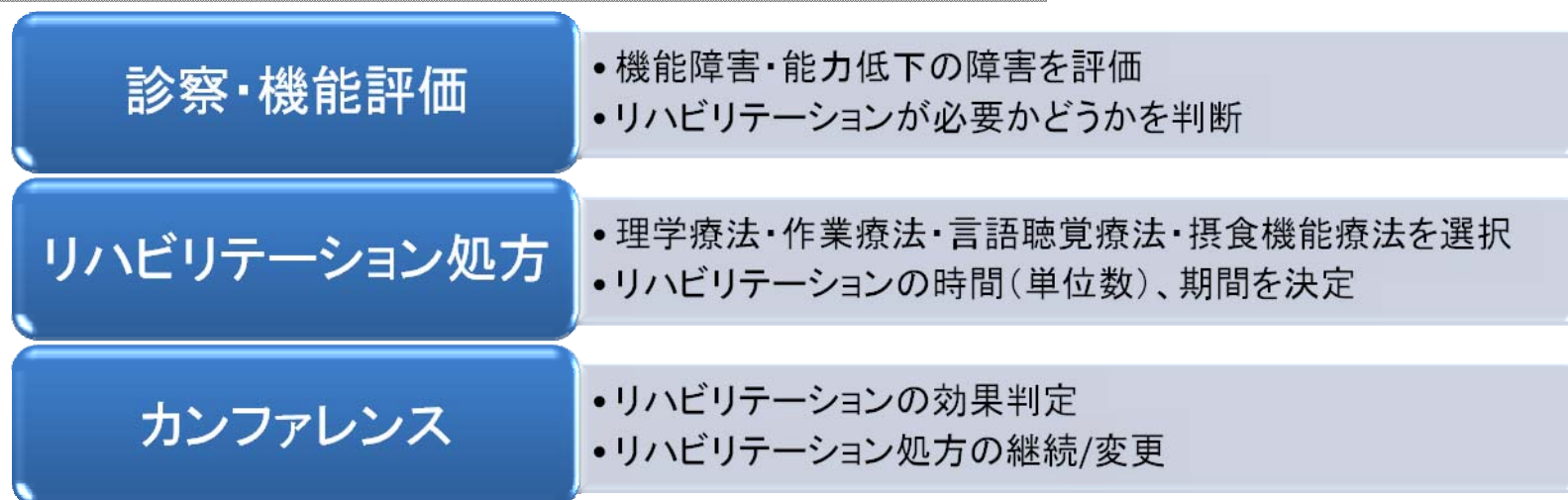
申請団体名	日本リハビリテーション医学会
技術名	リハビリテーション処方料
技術の概要	医師からの処方（指示）箋による担当療法士（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）への指示
対象疾患名	リハビリテーション医療を必要とする疾患
保険収載の必要性	現在でも、薬剤の処方箋と同様に、医師が担当療法士に訓練の内容・頻度・期間・目標などを処方（指示）箋として指示を出しているが、点数化されていない
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> リハビリテーション医学会データベースを分析した結果では、良好なリハアウトカムを示す回復期リハ病棟にはリハ科専門医が勤務し、専門的なリハ処方が行われていることが示された(Jeong S, Kondo K et al: Clinical Audit 2010: 2; 59-66.)。一般病床のリハにおいても、リハ科専門医の関わりが有り専門的にリハ処方が行われている場合、患者の歩行能力の改善が良好であったことが示された(杉山ほか：理学療法学 2010 年)。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	処方（指示）箋の中で、合併症・注意事項・禁忌事項などに関して記載をするために、担当療法士による訓練を安全に実施できる。転倒などの医療事故予防がはかれ、患者に対する安全・安心の医療を提供できる。
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）	日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーション処方（指示）は、リハビリテーション医療を安全かつ効果的に行っていくために必要不可欠の技術で、リハビリテーションに熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題ありリハビリテーション医療が、医師の指導監督のもとで行われることを原則としていることから、薬剤の処方料に相当するリハビリテーション処方（指示）料が明確になることは当然である。
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 <u>170,000</u> 人 年間実施回数 <u>3</u> 回 平成 21 年社会医療診療行為別調査より推計。高度なリハビリテーションを実施できる施設で、早期にリハビリテーションが介入する疾患の患者を対象とする。
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	予想される当該技術に係る医療費：2,860 円（診療単価）×17,000 人×3 回＝1,458,600,000 円 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費： 40,000 円（入院一日の費用）×0.5 日（減少が予測される在院日数）×52,000 人（在院日数が減少する患者数）＝1,040,000,000 円 予想影響額 <u>418,600,000 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 H リハビリ 点数 <u>286</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）：286 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

リハビリテーション処方料

薬物療法の流れ



リハビリテーションの流れは薬物療法と全く同じ



リハビリテーション処方料は薬剤処方料と同様に当然認められるべき医師の技術料です。

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	リハビリテーションカンファレンス
技術の概要	リハビリテーション医療の目標決定や効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種によるチームカンファレンス
対象疾患名	リハビリテーション医療を実施している入院患者
保険収載の必要性	多職種のリハビリテーション担当者が一同に会して、カンファレンスを実施することで、担当者の意見・意志を統一し、効果的・効率的なリハビリテーション医療を患者に提供できる。
【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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> 海外では高齢障害者・脳損傷患者・障害児のリハビリテーション分野で有効性を示す報告がみられる。また、日本リハビリテーション医学会による調査では、患者の ADL の改善に有効であったと報告されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	カンファレンスでは、対象患者の状態などの情報交換がなされ、患者の安全・安心の医療を共有・提供ができる。
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）	日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーションカンファレンスは、リハビリテーション医療を安全かつ効果的に行っていくために必要不可欠と定め、リハビリテーションに熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。
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 <u>122,460</u> 人 年間実施回数 <u>2</u> 回 系統的にカンファレンスを実施しえる病院（400 床）で毎週 5 人 1 年間リハビリテーションカンファレンスを行うと仮定。
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	予想される当該技術に係る医療費：15,310 円（診療単価）×122,460 人×2 回/人＝3,749,725,200 円。当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費：28000 円/日（リハビリテーション対象患者 1 日当りの費用）×8.5 日（減少が予測される在院日数）×122,460 人＝29,145,480,000 円 <u>予想影響額 25,395,754,800 円 減</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)	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 H リハビリ
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 <u>1,531</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）：1,531 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

日本リハビリテーション医学会新規要望項目2

リハビリテーションカンファレンス

技術の概要

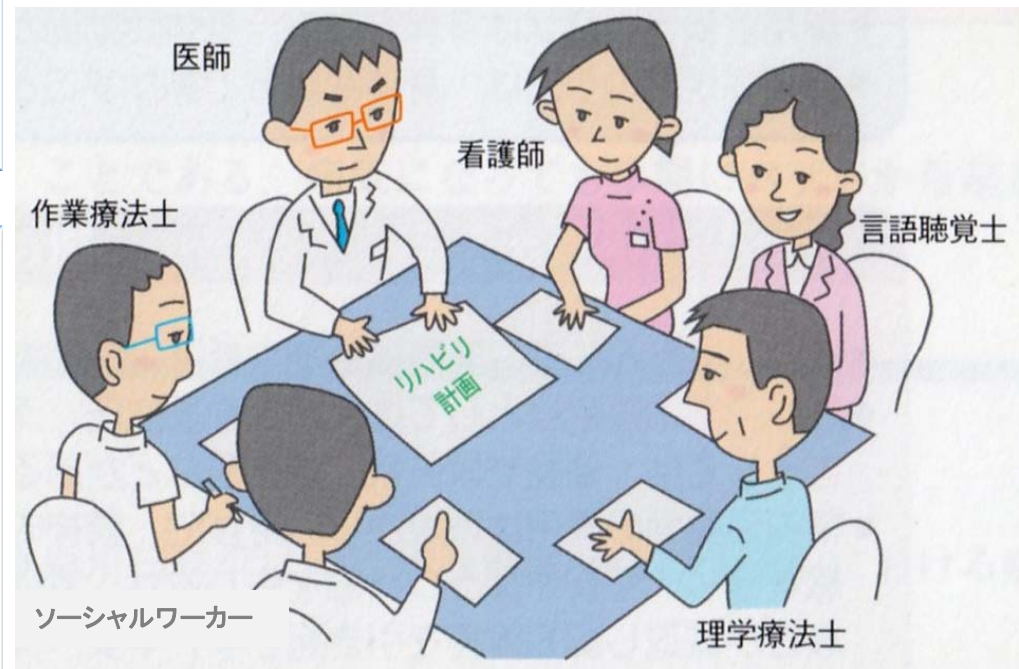
- リハビリテーション医療において、患者情報を共有し、目標・リハ計画決定、リスク管理、効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種によるチームカンファレンス

必要性

- リハビリテーション医療は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多専門職種連携型チーム医療であることから、主治医と担当医療スタッフが一同に会するカンファレンスは治療方針・安全対策の確認・情報共有に必須である。
- 患者の地域での生活や社会復帰に関しての問題点を抽出し、地域リハ資源の活用などによる解決策も検討するので、患者のQOLの改善につながる。

リハビリテーション・カンファレンス

- 患者情報、安全の確保の共有・方針、リハ計画の立案など



効果的・効率的・安心・安全なリハビリテーション医療の提供に必要な
医師の技術料です。

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	コンピューターによる筋力検査
技術の概要	コンピュータ内蔵の多用途筋機能評価運動装置を用いて客観的・定量的に動的・静的な筋力評価（各種関節モーメント、可動域、速度性能等）を行う技術。
対象疾患名	関節運動に障害をきたす、骨・靱帯・腱・筋などの整形外科各疾患や筋緊張障害を呈する神経筋疾患。
保険収載の必要性	全身の主要関節に対して定量的客観的な測定が可能な装置を用いて治療介入前後の筋機能評価を行うことで、治療によるアウトカムのより正確な評価ができる。評価は具体的な数値、各種グラフで保存・出力することででき、治療効果を患者に説明する際に説得力がある。徒手筋力検査では不十分な点が多く、本検査を行うことは正確で再現性のある筋力データが取得として意義がある。
【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）： II 診断の正確性の向上：筋力を最大筋力・体重比・加速最大筋力能力・持久力・健側患側比・主働筋拮抗筋比率など多面的に評価することで、病態に適したリハビリテーションプログラムの設定が可能となり、安全でより有効な治療計画が可能となることで、ADL、QOL の改善につながる。 エビデンスレベル II の研究がこの機器を使用して報告されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安定電圧供給装置、関節可動域のメカニカル・ソフトフェーストッパー、緊急停止ボタンなどが標準装備されており安全性が担保されている。
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）	医師、理学療法士その他各種学会で本機器を使用した研究発表が豊富に発表されており、関連学会においてはきわめて重要な技術として認識されている。9 年目の医師が関与する必要がある難易度である。施設基準は必要ない。
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 100,000 人 年間実施回数 2 回 骨折・四肢切断および神経筋疾患等の評価を目的とし、この機器は全国で約 1,000 台前後導入されている。
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	(1) 予想される当該技術の年間医療費は (a) × (b) = 5,006,000,000 円。 (a) 当該技術の施行にかかる 1 回あたりの医療費 25,030 円。 (b) 予想される年間実施回数 10 万件 × 2 回。 (2) 入院期間 1 日短縮することに伴う医療費減少 40 億円。 予想影響額 1,006,000,000 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)	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 D 検査
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 2,503 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) : 2,503 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

コンピューターによる筋力検査

リハビリテーション治療の対象者は骨折・関節炎・スポーツ障害・内科疾患による体力低下・術後の体力低下など筋力低下が問題になることが多い。

コンピューター内蔵の多用
途評価運動装置を用いて
客観的・定量的に、動的・
静的な筋力評価を行う

リハビリテーションのプロ
グラムがより適切で効果
的となる

評価だけでなく効率的な筋
力回復トレーニング機器と
しても有効

筋力・回復度が客観的数
に示されるため、患者満足
度が向上

コンピューターによる
筋力測定の一例

ハイドロ・マスキュレーター
(油圧式筋力測定器)



本検査 の特徴

測定・評価と
訓練が可能

関節や筋の機能を力
学的に定量評価する
ことができ、復職・ス
ポーツ復帰時期など
を的確に判定できる

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	手指巧緻性機能検査
技術の概要	器具や特異的評価法を用いて上肢や手指の機能（巧緻性）を定量的・客観的に評価する。
対象疾患名	脳卒中、頭部外傷、パーキンソン病、頸椎・頸髄疾患、手の外科疾患、関節リウマチなど
保険収載の必要性	手術や保存的治療において治療介入前後での上肢機能評価により、適切な治療計画が可能となり、在院日数の適正化・治療成績向上に貢献できる
【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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>II</u> 上肢機能障害者に対する、手術やリハビリテーションなどの治療介入の際、その前後での上肢や手指機能（巧緻性）の評価は、適切な治療計画を立てる上で重要である。評価は客観的な数値で表現されるために、治療効果の判定に有用であり、また患者の治療に対する同意が得られやすく、QOL も改善される。エビデンスレベル II の治療に対する評価項目として使用されている。（Kwakkel G: Stroke 2003.）
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	副作用に重大なものはない。起こりうる障害はまれに筋疲労。
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）	手指巧緻性機能検査は、上肢機能を数値で質的・量的に評価することができ、信頼性が高く、多くの介入研究の評価方法として用いられており、医師、作業療法士、理学療法士により数多くの学会発表、学術論文作成がされている。難易度としては、6 年目の医師が 30 分を費やし、看護師の介助は 35 分必要で全体として 45 分の検査と位置づけされる。
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
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>120,000</u> 人 年間実施回数 <u>2</u> 回 年間発症する脳卒中 25 万～30 万人のうち約 4 割がリハ対象者で、さらにその 5 割が検査対象と考えられる。(30 万×0.4×0.5=6 万人)。さらに他疾患（頭部外傷、頸椎・頸髄疾患、パーキンソン病などの神経疾患、手の外科疾患、関節リウマチなど）でほぼ同数の対象者がいると考えられ、6 万×2=12 万人が全体の対象者である。治療介入前後で 2 回実施すると仮定し年間実施回数は 12 万人×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	(1) 予想される当該技術の年間医療費 おのおの 2 回ずつ検査をするとして、9,450(円)×12 万人×2 回=22 億 6,800 万(円) (2) 入院期間の短縮に伴う医療費減少 評価対象者である 12 万人において 2 分の 1 の 6 万人が入院患者と仮定して、治療効果改善により 1 日入院日数が減少すると、24 億円の医療費減少となる 予想影響額 <u>132,000,000 円 減</u> 既存の技術；診療報酬の区分番号 <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)	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 D 検査
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 <u>945</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) : 945 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

手指巧緻性機能検査

リハビリテーション治療の対象者は脳卒中・頸髄損傷・関節リウマチ・末梢神経障害・パーキンソン病など手指の細かい動作が困難になることが多い。

器具や特異的評価法を用いて上肢や手指の巧緻性を定量的・客観的に評価する必要がある。

すでに客観的手指巧緻性機能検査として信頼性・妥当性が認められ、介入研究の評価方法として確立されている。

例として、ステフ(STEF)・オコナー巧緻性テスト・バーデューボードを以下に示す。



巧緻性の評価法(左：ステフ 中：オコナー巧緻性テスト 右：バーデューボード)

ステフ：形状や重さ、材質の異なる10種類のパーツを把持・移動・離すという一連の動作を左右の手で個別に行い、それぞれにかかる時間を点数に置き換える。基準値は健常者の正常域が年齢別に表示されているので、現時点での機能レベルがわかる。

オコナー巧緻テスト：片手で小さな3本のピンをつまみ、ボードの穴に右上から水平方向に挿していく。

バーデューボード：右手で穴にピンを挿し、左手でワッシャーをピンに被せる、さらに右手でカラーを乗せたら左手でワッシャーを被せるという作業を行う。1分間で完成した数を点数化し、評価基準値と比較する。

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	間歇的導尿（1日につき）
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 ○J処置
診療報酬番号	J065
技術の概要	1日複数回熟練した医療職が無菌的に施行し排尿をさせる。
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（ ） 点数の見直し（増点）
具体的な内容	算定期限（6月）の延長（限度撤廃）および現行150点より574点への増点を提案する。 点数 574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）：401点 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：1,726円（試算参照）
【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。）	外傷や神経筋疾患、糖尿病などにより排尿を制御する脳・脊髄・末梢神経などが障害されて神経因性膀胱が出現する。また泌尿生殖器疾患や骨盤内手術によって排尿障害が出現することも多い。カテーテル排尿管理において無菌的間歇的導尿はバルン留置カテーテルに比して尿路感染症が少ない。欧米の報告では脊髄損傷患者における尿路感染出現率は無菌的間歇導尿では28.6%で、他の排尿方法では42.4%であった。本邦の報告でも有熱性尿路感染症、膿尿は留置カテーテルに比し、間歇的導尿は有意に頻度が低かった。欧米の報告で無菌的間歇導尿患者における急性期に使用する抗生剤費用は275ドル（27,500円）、他の方法における抗生剤費は640ドル（64,000円）であった。間歇導尿は留置カテーテルに比して、急性腎盂腎炎、腎・尿管・膀胱結石、副睾丸炎、睾丸炎、不可逆的な尿道潰瘍、VUR、膀胱憩室、尿道狭窄を起こしにくいとされ、本邦でもバルン留置カテーテルは間歇導尿に比して有意に膀胱結石が発症する傾向が報告されている。自然排尿に近い間歇導尿をできるだけ早期より開始すれば、たとえ膀胱機能が回復しなくとも、間欠導尿継続により尿路感染は減少し、水腎症、腎不全を防ぎ、生命予後を良くするだけでなく、QOLを高めることに寄与する。特に脊髄損傷患者においては、長期的に間欠導尿が必要な場合が多く、現行6ヵ月限度の延長もしくは限度撤廃が必要である。
点数の見直しの場合	150点 → 574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 20,000人 → 20,000人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 90回 → 105回 増

	算定期限（6 月）の延長（限度撤廃）のため、年間対象患者数に変化は無いが、年間実施回数は約 10%増加する。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 5574000000 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	（1）当該技術の再評価に伴い増加する医療費増 $(5,740 \text{ 円} - 1,500 \text{ 円}) \times 210 \text{ 万回} = 89 \text{ 億 } 4 \text{ 百万円}$。 （2）尿路感染症の抑制による抗生剤使用量の減少に伴う医療費減 $(64,000 \text{ 円} - 27,500 \text{ 円}) \times 2 \text{ 万人} = 7 \text{ 億 } 3 \text{ 千万円}$。 （3）入院期間が感染症予防により 3 日減少することによる医療費減 $13 \text{ 万円} \times 2 \text{ 万人} = 26 \text{ 億円}$
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：59 - 7 - 8 技術度：B 医師（術者以外）：0 看護師：1 その他：0 所要時間（分）：30
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	リハビリテーション処方（指示）料
技術の概要	医師からの処方（指示）箋による担当療法士（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）への指示
対象疾患名	リハビリテーション医療を必要とする疾患
保険収載の必要性	現在でも、薬剤の処方箋と同様に、医師が担当療法士に訓練の内容・頻度・期間・目標などを処方（指示）箋として指示を出しているが、点数化されていない
【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	リハビリテーション医学会データベースを分析した結果では、良好なリハアウトカムを示す回復期リハ病棟にはリハ科専門医が勤務し、専門的なリハ処方が行われていることが示された (Jeong S, Kondo K et al: Clinical Audit 2010 : 2; 59-66.)。一般病床のリハにおいても、リハ科専門医の関わりが有り専門的にリハ処方が行われている場合、患者の歩行能力の改善が良好であったことが示された (杉山ほか：理学療法学 2010 年)。 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	処方（指示）箋の中で、合併症・注意事項・禁忌事項などに関して記載をするために、担当療法士による訓練を安全に実施できる。転倒などの医療事故予防がはかれ、患者に対する安全・安心の医療を提供できる。
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）	日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーション処方（指示）は、リハビリテーション医療を安全かつ効果的に行っていくために必要不可欠の技術で、リハビリテーションに熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	リハビリテーション医療が、医師の指導監督のもとで行われることを原則としていることから、薬剤の処方料に相当するリハビリテーション処方（指示）料が明確になることは当然である。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	平成 21 年社会医療診療行為別調査より推計。高度なリハビリテーションを実施できる施設で、早期にリハビリテーションが介入する疾患の患者を対象とする。 年間対象患者数 170,000 人 年間実施回数 310,000 回 (1 人あたり 1.8 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	予想される当該技術に係る医療費 : 3,000 円 (診療単価) × 310,000 回 = 930,000,000 円 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 : 40,000 円 (入院一日の費用) × 0.5 日 (減少が予測される在院日数) × 52,000 人 (在院日数が減少する患者数) = 1,040,000,000 円 予想影響額 1 億 1 千万円 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)	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 300 点 (1 点 10 円) 医師の時間給 (16,600 円) × 一人の患者に要する処方時間 (11 分) から算出した。

技術名：リハビリテーション処方（指示）料

技術の概要：医師からの処方（指示）箋による担当療法士（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）への指示

対象疾患：リハビリテーション医療を必要とする疾患

安全性：処方（指示）箋の中で、合併症・注意事項・禁忌事項などに関して記載をするために、担当療法士による訓練を安全に実施できる。転倒などの医療事故予防がはかれ、患者に対する安全・安心の医療を提供できる。

リハビリテーション科処方箋の例

患者氏名：井上〇〇（36歳）（男）	カルテNo.87-00000-4
発病日：〇〇年 7月 9日	入院日：〇〇年 7月 10日
診断名：ギランバレー症候群	障害名：四肢麻痺
診療科：神経内科	病棟：〇〇
合併症・既往歴：なし	感染症：なし
手術日：なし	手術名：なし

指示内容（場所・目的・ゴール・時間帯・単位数・内容・頻度を記載する） （理学療法） 7月11日からベッドサイドで、7月15日から訓練室でも開始 目的：廃用症候群の予防と麻痺改善の促進 ゴール：自宅でのADLの自立、復職を長期ゴールとする 時間帯：10時30分から 単位：4単位 内容：全身調整、端座位バランス耐性の改善 四肢可動域訓練（自動助動的関節可動域運動：四肢全関節） 筋再教育（四肢） 腹式呼吸 訓練室で：座位立位訓練 体幹両下肢の筋力強化（抵抗運動で伸張運動） 基本動作訓練 車いすの自走訓練 頻度：病棟訓練は週7回 訓練室では週5回 1週間後再評価
（作業療法） ADLをFIMで評価 機能的作業療法 ADL訓練（略）
（言語聴覚療法） 構音障害の評価（略）
（注意事項） 易疲労性に注意してください
（禁忌事項）

診療報酬区分リハビリテーション 300 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	日本リハビリテーション医学会
技術名	義肢・装具処方、仮合せ、適合判断料
技術の概要	切断や運動麻痺などの機能障害に対する義肢・装具の適応とその適合に関する適切な判断・指示
対象疾患名	四肢切断や脳血管障害などで義肢・装具を作成する必要がある患者
保険収載の必要性	すでに現在でも医療保険の治療行為として、医師は患者の障害状況に応じた適切な義肢・装具の選択、仮合せ時の修正指示、完成時の適合判定をおこなっているが点数化されていない
【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	これまでも、適切な義肢・装具の導入が歩行能力の向上や A D L の改善、疼痛の緩和などに有効であったと報告されている。脳卒中治療ガイドラインでは歩行障害の治療に対する短下肢装具の使用が推奨されている（グレード B）。有効性に関する論文は多数存在し、ガイドラインには Tyson SF (Clin Rehabil 2001)、Wang RY (Clin Rehabil 2006) らの論文が記載されている。 <u>エビデンスレベル（別紙参照）： I ① III IV V VI</u>
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	特に問題はない
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）	日本リハビリテーション医学会では、義肢・装具処方、仮合せ、適合判断はリハビリテーション医療の中の重要な技術で、熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。また厚生労働省から認定される資格でもある
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	切断患者ではほぼ前例。脳血管障害による片麻痺患者では、中等度以上の障害でほぼ全例、軽度の障害で約 50%程度が対象。ひとりの患者で処方から適合判定までの一連の技術は 1 回 年間対象患者数 1560 人 年間実施回数（1 人当たり） 1560 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	複雑化した治療装具・仮義足の処置（ギプス）料の体系を分かりやすくすることで診療業務の効率化がはかれる。また、本技術料を請求するには、厚生労働省の義肢装具等適応判定医師の資格を必要とすることとする。すなわち義肢・装具の適応や適合判定に関して、十分な知識のある医師が関わることは、不適切な義肢・装具の作製を防ぎ、より効率的なリハ医療を実施することになり、7 日間程度の入院期間の短縮が期待できる。 <u>予想影響額 2932800000 円 増・減</u> <u>既存の技術：診療報酬の区分番号 J 129 技術名 治療装具の採型ギプス</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>点数 800 点（但し、股関節、肩関節の場合には 200 点加算）</u> 医師を中心に参加医療スタッフの時間給×一人の患者に要する時間（最低 15 分×3 回）より算出した。

技術名

義肢・装具処方、仮合せ、適合判断料

技術の概要

切断や運動麻痺などの機能障害に対する義肢・装具の適応とその適合に関する適切な判断・指示

対象疾患

四肢切断や脳血管障害などで義肢・装具を作成する必要がある患者

現在当該疾患に対して行われている治療との比較

- ・複雑化した治療装具・仮義足の処置（ギプス）料の体系を分かりやすくすることで診療業務の効率化がはかれる。
- ・また、本技術料を請求するには、厚生労働省の義肢装具等適応判定医師の資格を必要とすることとする。すなわち義肢・装具の適応や適合判定に関しては、十分な知識のある医師が関わることになる。
- ・結果として不適切な義肢・装具の作製を防ぎ、より効率的なりハ医療を実施することになり、7日間程度の入院期間の短縮が期待できる。

診療報酬上の取り扱い

区分：H リハビリ

点数：800点（但し、股関節、肩関節の場合には200点加算）

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	リハビリテーションカンファレンス実施料
技術の概要	リハビリテーション医療の目標決定や効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種によるチームカンファレンス
対象疾患名	リハビリテーション医療を実施している入院患者
保険収載の必要性	多職種のリハビリテーション担当者が一同に会して、カンファレンスを実施することで、担当者の意見・意志を統一し、効果的・効率的なリハビリテーション医療を患者に提供できる。
【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	海外では高齢障害者・脳損傷患者・障害児のリハビリテーション分野で有効性を示す報告がみられる。また、日本リハビリテーション医学会による調査では、患者の A D L の改善に有効であったと報告されている。 エビデンスレベル（別紙参照）； I II ㊦ IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	カンファレンスでは、対象患者の状態などの情報交換がなされ、患者の安全・安心の医療を共有・提供ができる。
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）	日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーションカンファレンスは、リハビリテーション医療を安全かつ効果的に行っていくために必要不可欠と定め、リハビリテーションに熟練した医師の経験・技術が必要と考えている。
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 122460 人 年間実施回数（1 人当たり）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	リハビリテーション医療は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種連携型チーム医療であることから、医療スタッフ同士で個別に情報交換するより、担当スタッフが一同に会してカンファレンスを行うことにより患者の情報、安全確認、治療方針、問題点やその解決方法、アプローチ方法、今後の方針について情報を共有することができ非常に効率的であり、患者の Q O L の改善につながる。 予想影響額 27920880000 円 増・㊦ 既存の技術；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 ㊦ 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 医師を中心に参加医療スタッフの時間給×一人の患者に要する時間（最低 15 分）より算出した。

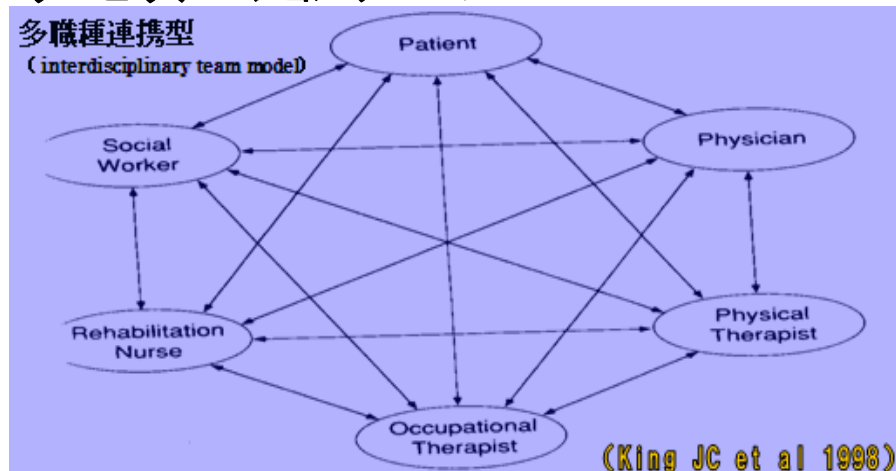
技術名

リハビリテーションカンファレンス料

技術の概要

リハビリテーション医療の目標決定や効果判定のために行われる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種間によるチームカンファレンス

リハビリテーションチーム



リハビリテーション・カンファレンス

・患者情報、安全の確保の共有・方針、リハ計画の立案など



必要性

リハビリテーション医療が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種連携型チーム医療であることから、医師が個別に他の医療スタッフとの調整するより、担当医療スタッフが一同に会するカンファレンスの方が患者の情報や安全性を共有のに効率的である。
また、患者の退院後生活や社会復帰に関しての問題点やその解決方法、アプローチ方法などの話し合いも行われ、患者のQOLの改善につながる。

診療報酬上の取り扱い

区分: H リハビリ

点数: 500点

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	日本リハビリテーション医学会																																																																		
技術名	疾患別リハビリテーション料（各疾患別リハにハイクオリティリハを設ける）																																																																		
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																																																																		
診療報酬番号	H000-H003																																																																		
技術の概要	4つの疾患別リハ体系のなかで、現行の脳血管Ⅰと同等の施設基準を備えた施設において心大血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハを実施した場合には、現行の脳血管リハⅠと同点数の請求ができるようにする。名称を、脳血管Ⅰを含めて「ハイクオリティリハ」とする。日数制限等は対象疾患により現行と同様に定める。																																																																		
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	「ハイクオリティリハ」は4つの疾患別に共通で245点。その施設要件は現行の脳血管Ⅰに準ずる（概要は、専任常勤医師2名。医療職数はPT5名、OT3名、STも必置1名以上、で合計10名以上。訓練室は160平米以上、ST室は個別に8平米以上必要）。ハイクオリティリハの導入に伴い、現行の脳血管Ⅱ→脳血管Ⅰ、脳血管Ⅲ→脳血管Ⅱとなり、点数や施設基準は現行通り。心大血管Ⅰ・Ⅱ、運動器Ⅰ～Ⅲ、呼吸器Ⅰ・Ⅱの施設基準と点数は現行通りとする。 <table><tr><td>現行</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>心大血管</td><td>脳血管</td><td>運動器</td><td>呼吸器</td></tr><tr><td>(Ⅰ)</td><td>200</td><td>245</td><td>175</td><td>170</td></tr><tr><td>(Ⅱ)</td><td>100</td><td>200</td><td>165</td><td>80</td></tr><tr><td>(Ⅲ)</td><td></td><td>100</td><td>80</td><td></td></tr><tr><td>日数</td><td>150日</td><td>180日</td><td>150日</td><td>90日</td></tr></table> <table><tr><td>提案</td><td></td><td>心大血管</td><td>脳血管</td><td>運動器</td><td>呼吸器</td></tr><tr><td>ハイクオリティリハ</td><td></td><td>245</td><td>245</td><td>245</td><td>245</td></tr><tr><td>(Ⅰ)</td><td></td><td>200</td><td>200</td><td>175</td><td>170</td></tr><tr><td>(Ⅱ)</td><td></td><td>100</td><td>100</td><td>165</td><td>80</td></tr><tr><td>(Ⅲ)</td><td></td><td></td><td></td><td>80</td><td></td></tr><tr><td>日数</td><td></td><td>150日</td><td>180日</td><td>150日</td><td>90日</td></tr></table>	現行						心大血管	脳血管	運動器	呼吸器	(Ⅰ)	200	245	175	170	(Ⅱ)	100	200	165	80	(Ⅲ)		100	80		日数	150日	180日	150日	90日	提案		心大血管	脳血管	運動器	呼吸器	ハイクオリティリハ		245	245	245	245	(Ⅰ)		200	200	175	170	(Ⅱ)		100	100	165	80	(Ⅲ)				80		日数		150日	180日	150日	90日
現行																																																																			
	心大血管	脳血管	運動器	呼吸器																																																															
(Ⅰ)	200	245	175	170																																																															
(Ⅱ)	100	200	165	80																																																															
(Ⅲ)		100	80																																																																
日数	150日	180日	150日	90日																																																															
提案		心大血管	脳血管	運動器	呼吸器																																																														
ハイクオリティリハ		245	245	245	245																																																														
(Ⅰ)		200	200	175	170																																																														
(Ⅱ)		100	100	165	80																																																														
(Ⅲ)				80																																																															
日数		150日	180日	150日	90日																																																														
【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。）	リハ技術の難易度は疾患別により単純に規定されるわけではないので、同一医療機関において同じ単位時間のリハ療法を実施しているにもかかわらず、その対象疾患によって1単位当たりの点数が異なるのは違和感がある。また疾患別の点数の違いにより、同一施設においてリハが必要な患者への機会均等を妨げる可能性もある。リハ医療は典型的なチーム医療であることから専任常勤医数、医療職数、訓練室の面積を十分に備えた施設は、対象疾患に限らず引き続き評価すべきである。																																																																		
点数の見直しの場合	上述																																																																		

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 回 → 回 増・減・ 変化無し
	※根拠
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 17010000000 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	平成 21 年社会医療診療行為別調査のデータ（*）、および回復期リハ病棟・大学病院における運動器リハ等の割合（概数）をもとに算出。 ・回復期リハ病棟の HP 等によるデータでは疾患のうち運動器疾患の割合は 20%前後であり、残りの 80%は脳血管疾患が占めている。また大学病院での調査でも運動器リハは 20%程度。どちらも多くの病院が脳血管 I 基準を取っていることから、脳血管リハ I 件数との比較において、ハイクオリティリハを導入した場合の運動器ハイクオリティの割合を算出する。 ・（*）によると脳血管リハ I は年間 97,200（千件）であるので、ハイクオリティリハを設けた場合に運動器においてはその 20%/80%=1/4 の件数、すなわち 24,300（千件）が運動器 I からハイクオリティに移行することが想定される。心大血管および呼吸器は回復期リハ病棟での件数は極少であるので、計算から除外するとして、増点分は以下のように計算される。 運動器：24,300（千件）×（245-175）=1,701,000（千点） 影響額は 1 点 10 円で計算
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医学会、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	日本リハビリテーション医学会
技術名	神経学的検査
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	D239-3
技術の概要	系統的神経学的診察を行い、その結果を判断し、病態や障害の理解や診断に寄与する。現行基準の見直しによる適応の拡大と増点。
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	現行基準を変更し、「リハビリテーション科」を含む診療科及び「リハビリテーション科専門医」を含む専門医名を追加する。以上の変更に伴い、「神経学的検査」に関する所定の研修に、「日本リハビリテーション医学会が主催する研修であって、神経学的検査を実施する上で必要な内容を含む研修、日本リハビリテーション医学会の専門医試験における研修を含むものとする」も加える。また、点数を医師の専門的技術や時間的負担に見合った点数に増点する。
【評価項目】	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性について必ず記載すること。）	神経疾患は身体障害や高次脳機能障害などの多彩な障害を伴うために、障害診断の専門家であるリハビリテーション科専門医が熟練し系統だった診察を行うことが必要である（リハ医学 2005:42:232-236）。診察時に十分な時間をかけて「神経学的検査」を実施し、その結果を判断し、病態の理解や診断およびリハビリテーションに必要な障害の評価に活用する。今後ますます後期高齢者が増加し、脳卒中やパーキンソン病などの神経疾患を持った患者が増加することが予想される。神経疾患に由来する障害者の介護費や医療費は年々増加の一途をたどるが、リハビリテーション科専門医により適切な障害診断を行うことにより、リハ資源を必要な対象者にのみ限定的に提供するために、介護および医療資源を結果的に節約することが可能である。系統だった神経診察と障害評価には専門医としての十分な経験（10年以上）と極めて高い専門技術、実施時間が必要である。 _____ 300 点 _____ → 1,000 点
点数の見直しの場合 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 → _____ 40,000 人 増 年間実施回数の変化 現在 0 回 → _____ 44,000 回 増 ※根拠 平成 21 年社会医療診療行為別調査より推計した（約 67 万件の 10%）。高度なリハビリテーションを実施できる施設で、10 年以上の専門医がリハビリテーションの介入を行う神経疾患の患者を対象として算定する。1 割は再発や症状の増大で年間 2 回算定する（4,000 回）ことを推測した。
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 2 億円 円 減 予想される当該技術の医療費：10,000 円 × 44,000 回 = 440,000,000 円 当該技術の保健収載に伴い減少すると予想される医療費：40,000 円（1 日入院費）× 0.5 日（在院日数の減少）× 32,000 人（対象人数）= 640,000,000 円

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	日本リハビリテーション医学会、 日本小児神経学会、日本神経学会 日本臨床神経生理学会 日本神経学会 内保連神経精神関連委員会 日本リハビリテーション医学会

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	日本リハビリテーション医学会
技術名	がん患者リハビリテーション
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	H007-2
技術の概要	がん患者リハビリテーション料算定要件の一部緩和により、がん患者にとって必要なリハビリテーションを有効に実施させたい。
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	がん患者リハビリテーションは、現在は算定が入院患者に限られているが、手術患者の場合に入院が手術直前のことが多い。入院手術を予定しているがん患者の場合には、手術前に限って外来で実施するリハビリテーションに対してがん患者リハビリテーションの算定を認めていただきたい。
【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。）	手術前からリハビリテーションを実施することにより、手術後の機能障害を軽減できるとともに、患者の早期退院を促すことができる可能性があり、患者のQOLの向上につながる
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 → 増・減・ 変化無し 年間実施回数の変化 現在 回 → 100,800 回 増 ・減・変化無し
	※根拠 がん患者リハビリテーション料の算定は、届出施設が職員の研修要件を満たす必要があり、現在研修を修了した施設は約350施設。これらの施設へのアンケート調査では、約60%の施設ががん患者リハビリテーション料を算定している。術前での外来算定を認めた場合に、各施設において毎月2名程度の患者が各10日間、外来でのリハビリテーションを1日2単位実施することを想定して計算した。 ・年間対象患者数の変化 対象患者は、現在もがん患者リハビリテーションを実施している患者であるので、変化はない。 ・年間実施回数の変化 $350(\text{施設}) \times 0.6 \times 2(\text{人}) \times 12(\text{月}) \times 2(\text{単位}) \times 10(\text{回}) = 100,800(\text{回})$ (がん患者リハビリテーションの算定は22年度からであるので、現時点での実施単位数はデータがない)
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	増点は、$100,800(\text{回}) \times 200(\text{点}) = 20,160(\text{千点})$ その効果としては、入院期間が1人の患者について2日間(1日について2,000点)短縮することを想定すると、減算効果は $350 \times 0.6 \times 2 \times 12 \times 2,000 \times 2 = 20,160(\text{千点})$ 従って、$20,160 - 20,160 = 0$ 増減なし
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	日本臨床外科学会
技術名	大腸全摘、回腸嚢・肛門吻合術
技術の概要	病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。
対象疾患名	潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症
保険収載の必要性	対象疾患の根治性と患者の術後 QOL 保持の双方に優れ、また、国内外において標準術式とされるようになってきたことから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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>I</u> 厚生科学研究班（難治性炎症性腸管障害）編による潰瘍性大腸炎診療ガイドラインでは外科治療の標準術式としてグレード I で推奨されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	潰瘍性大腸炎患者ではステロイド剤の使用により縫合不全の合併症があるが、必要に応じて一時的ストーマ造設を行うことで安全性は保たれる。
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）	近年は国内外において上記対象疾患に対する標準術式と位置付けられてきている。消化器外科や大腸肛門外科に習熟した医師が行うことが望ましいが、施設基準は設ける必要はないと考える。
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 <u>2,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 潰瘍性大腸炎患者数は増加しており、内科的治療の進歩も認められるが、依然として手術が必要とされる患者も存在する。
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	これまで潰瘍性大腸炎に対しては、1) 全結腸と直腸を切除して永久的回腸ストーマを造設する（最も根治的だが患者 QOL が損なわれる）、2) 全結腸を切除して回腸と直腸を吻合する（患者の QOL は保たれるが根治性に欠ける）等が行われてきた。これらに比較して本術式は根治性と患者 QOL の双方に優れたものである。 <u>予想影響額 1,498,560,000 円 増</u> <u>既存の技術：診療報酬の区分番号 K719-3 技術名 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）</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)	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 <u>107,682</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）：94,670 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：129,584 円（試算参照）

技術名 : 大腸全摘、回腸囊・肛門吻合術

対象疾患名 : 潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症

技術の概要、および、現在当該疾患に対して行われている治療との比較

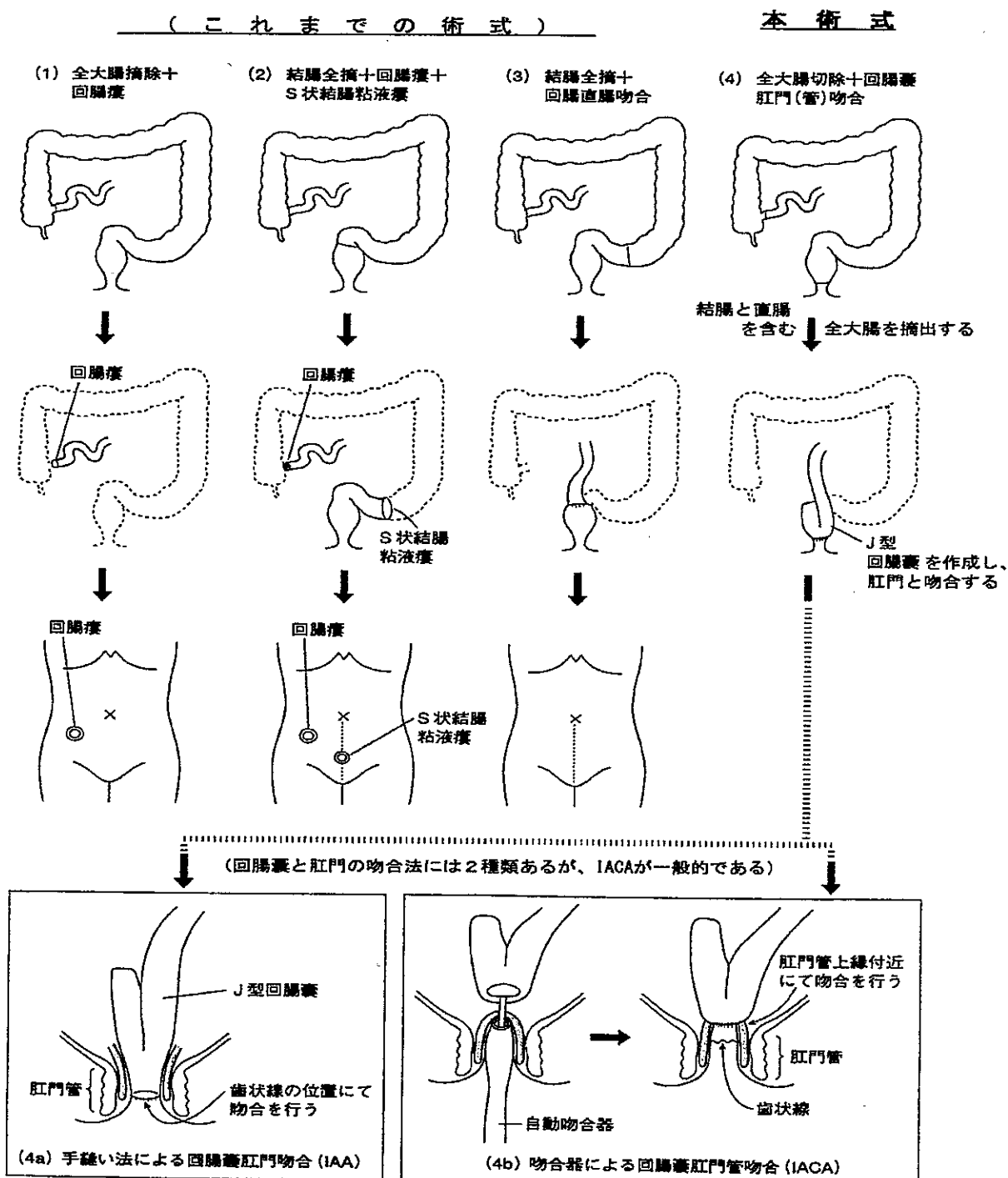


図 4-153 潰瘍性大腸炎に対する手術術式

(武藤徹一郎、幕内雅敏編：新臨床外科学、医学書院から引用：一部改変)

診療報酬上の取扱： K手術、 妥当と思われる点数 (107,682 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	日本臨床外科学会
技術名	腹腔鏡下胃空腸吻合術
技術の概要	胃幽門部の通過障害に対し、胃空腸吻合を行い食事摂取を可能にする。腹腔鏡（補助）下に手技を遂行する。
対象疾患名	進行胃癌
保険収載の必要性	進行胃癌により胃幽門部が狭窄し食事摂取できない状態に対し通過を確保するために必要であり、腹腔鏡下に行うことで開腹手術と比べ手術侵襲度が低く、治療の有効性および安全性は同等であり保険収載の必要があると考えられる。
【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	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>V</u> 胃癌治療ガイドラインでも、狭窄を有する症例で切除が困難または危険な場合には胃空腸吻合術が行われると記されている。一般的に本術式が適応になる患者は切除不能で予後の限られている場合が多く、低侵襲で術後回復が早く、QOL の向上や入院期間の短縮可能、さらにより早期に化学療法を開始することができるという点からも腹腔鏡下に行う利点は大きいと考えられる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	肺炎・肺液瘍を起こす心配はなく、出血、縫合不全が起こる可能性はあるが、腹腔鏡下幽門側胃切除術と比べてもそのリスクは少なく、腹腔鏡下手術に習熟している施設での安全性は高い。
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）	胃癌に対しリンパ節郭清を伴った腹腔鏡下幽門側胃切除術が多く、多くの施設で行われるようになり、保険収載となっている。それと比べ技術的に難易度が高いことはなく、腹腔鏡下幽門側胃切除術を行っている施設であれば技術的に問題なく可能である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	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 特になし
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	保険既収載技術（開腹手術）に比べ、低侵襲で安全性も高い。術後回復が早く、QOL の向上や入院期間の短縮可能、さらにより早期に化学療法を開始することも可能で利点は多い。さらにモニターで拡大した視野で腹腔内全体を観察することができ、腹膜播種結節の有無等を診断することも可能となる。 予想影響額 <u>52,731,000 円 増</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 K662 技術名 胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
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 K 手術 点数 <u>31,177 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）：18,444 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：127,331 円（試算参照）

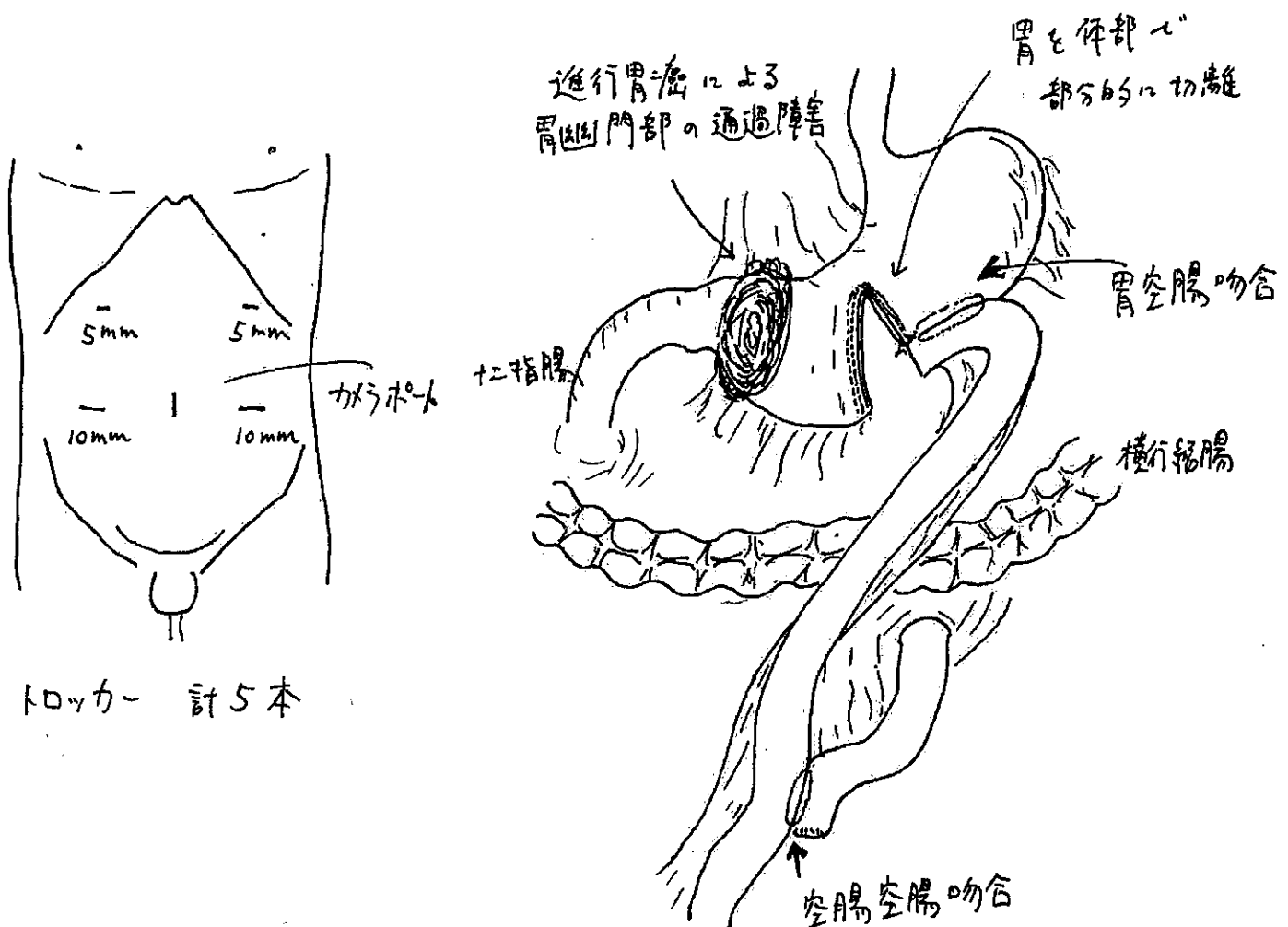
・技術名：腹腔鏡下胃空腸吻合術

・対象疾患名：進行胃癌

・技術の概要：全身麻酔下に上腹部に5本のトロッカーを設置する（径5mmが2本、径10mmが2本、カメラポート1本）。胃を体部で部分的に切離し、口側の胃と挙上した空腸をRoux-en Y法で再建する。すなわちトライツ靱帯から約15cmのところまで空腸を切離し挙上し、口側の胃と挙上した空腸を自動縫合器で側々吻合する。またY脚の空腸空腸吻合を行う。（胃癌治療ガイドラインに、食物と癌との接触を避けるために、胃を体部で部分的にあるいは完全に切離して癌病巣を空置する空置的胃空腸吻合術の方が、単純胃空腸吻合術よりも吐下血や貧血の発生頻度が少なく、食事摂取期間や在宅期間が延長しQOLの改善がみられる、と記されている。）

・現在当該疾患に対して行われている治療との比較：開腹手術に比べ、手術創が小さく低侵襲性に実施できるため、術後の疼痛が軽減され早期の退院が可能となる。また必要に応じ化学療法を早期に開始することも可能となる。さらにモニターで拡大した視野で腹腔内全体を観察することができ、腹膜播種結節の有無等を診断することも可能となる。

・診療報酬上の取り扱い：区分；手術、外保連試算点数；18,444点、材料費127,331点、妥当と思われる点数；31,177点



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

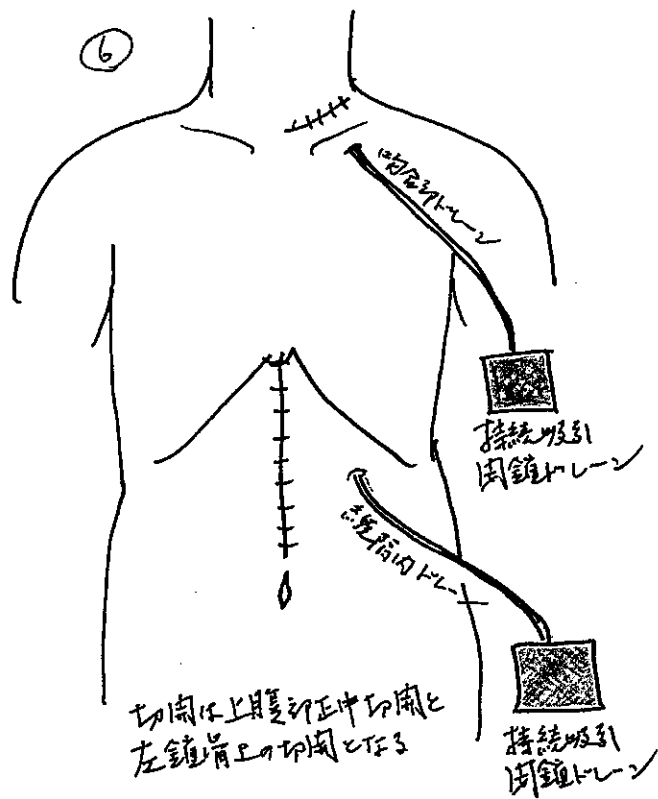
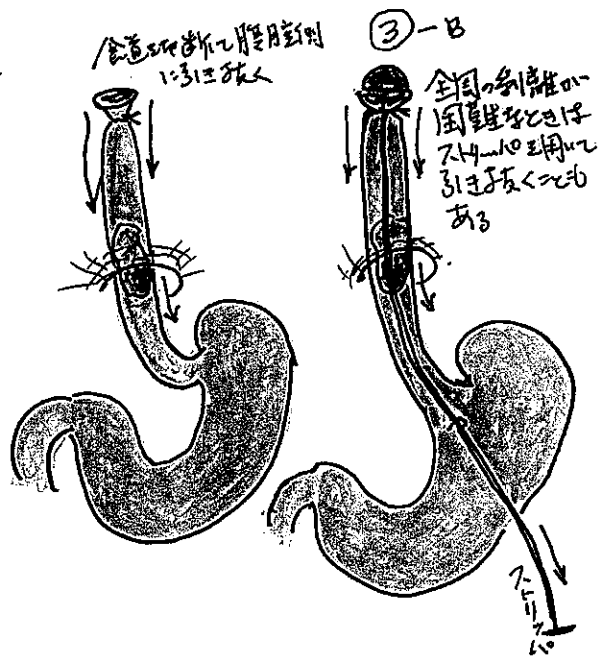
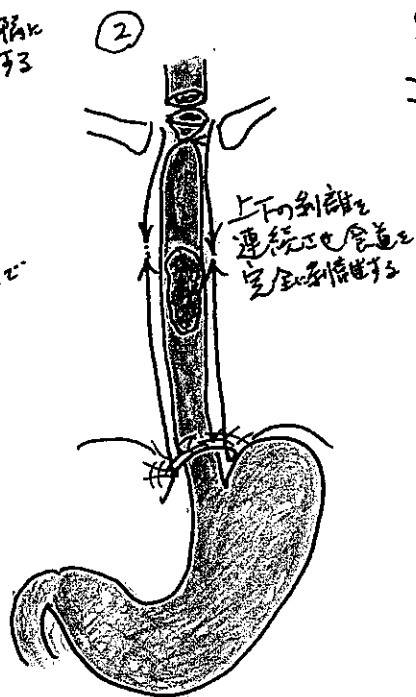
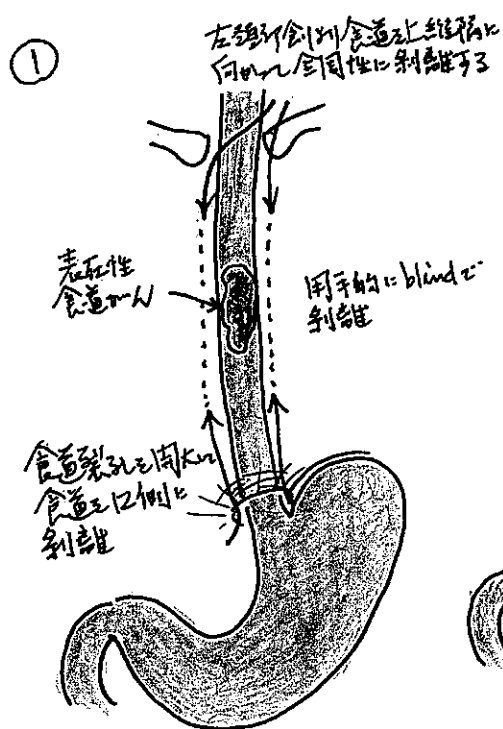
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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	日本臨床外科学会
技術名	非開胸食道抜去術 消化管再建術を併施するもの
技術の概要	開腹によって横隔膜裂孔部を開いて食道を縦隔内に剥離し、また頸部からも食道を縦隔側に剥離して、開胸することなく、胸部食道を抜去する。
対象疾患名	内視鏡的粘膜切除術の対象にならない、深達度 m の広範囲な表在食道癌、または開胸手術によるリスクが高い食道癌症例
保険収載の必要性	非開胸食道抜去術はそれほど多くないが、上記のような場合に適応となる術式である。現行では「食道悪性腫瘍手術 腹部の操作によるもの」69,840 点に当てはめると、「胃全摘術 悪性腫瘍手術」とほぼ同じ保険点数になる。食道抜去術はより高度な操作を必要とし、新たな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	エビデンスレベル（別紙参照）： V 「食道癌治療ガイドライン」には「内視鏡治療が困難な粘膜癌や腹部食道癌において縦隔リンパ節郭清を省略することが可能と考えられる症例に対する根治手術、低肺機能などのため開胸、縦隔リンパ節郭清を行うことが困難な症例に対する姑息的手術として用いられてきた。近年、内視鏡的治療の適応拡大、食道温存療法として化学放射線療法の普及により、その適応は限定的になりつつある。」とある。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	非開胸であるので、通常は侵襲が小さく、出血も少なく、安全に行いうる。合併症としては、縦隔内の出血、胸膜損傷による非意図的開胸、反回神経麻痺などがある。
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）	わが国では 1971 年に秋山により導入された術式であり、その後次第に広く行われるようになっていく。技術的には成熟しているといえるが、食道癌手術を専門に行っている外科医が行う必要があり、難易度は E と考えられる。
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
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 230 人 年間実施回数 230 回 食道癌根治術の中では、適応の範囲が比較的狭いものである。日本食道学会の 2002 年全国統計では計 4,281 例中 97 例に施行されている。日本の食道癌の発生数が約 10,000 例であるので、計約 230 例に行われたと推測される。
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	本術式は、開胸による食道全摘術よりも手術時間が短縮でき（約 1/2 の時間）、手術侵襲の軽減による合併症の低下、QOL の向上が図れる。またスタッフの仕事量の軽減が得られる。予想影響額 115,301,300 円 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 K529-3 技術名 食道悪性腫瘍手術（消化管再建術を併施するもの） 腹部の操作によるもの
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 O K 手術
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 119,971 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）：113,604 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：63,665 円（試算参照）

非開胸食道拔去術方法



医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

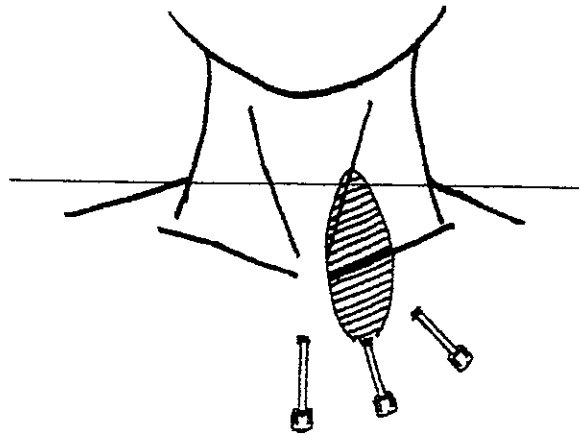
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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。

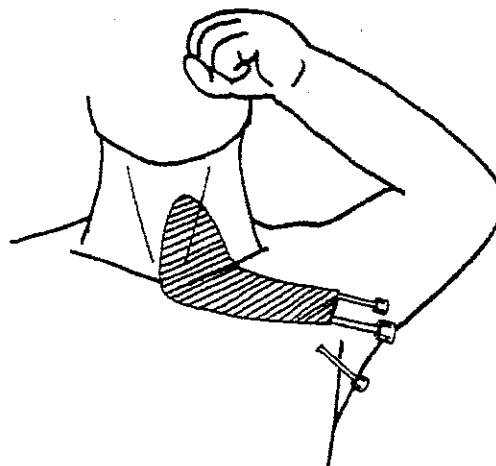
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1 枚**に収めること。

申請団体名	日本臨床外科学会
技術名	内視鏡下甲状腺切除術（片葉の場合、両葉の場合）
技術の概要	露出部である頸部に皮切を加えずに、非露出部である前胸部または腋窩の小さな創から頸部の皮下へ内視鏡を挿入し甲状腺を切除または（亜）全摘する。
対象疾患名	甲状腺腫
保険収載の必要性	頸部に創を作らずに非露出部である前胸部または腋窩の小さな創から内視鏡を挿入する手術は整容性に優れ、従来の頸部皮切による切除または（亜）全摘と比べ手術侵襲も少なく、在院日数も短くニーズは高い。
【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> 女性に多い甲状腺疾患の手術に対し、頸部の両側に及ぶ長い瘢痕創をなくすことは頸部の運動障害を軽減し、美容的にも優れ、QOL の改善に役立つ。術後の満足度も十分得られる。甲状腺疾患は治癒率も高く長期生存例が多いので QOL はきわめて大切である。手術死亡例はない。 文献（資料 1）参照。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	内視鏡下甲状腺切除・（亜）全摘術のリスクはきわめてひくい。手術死亡例は 1 例もない。合併症は悪性腫瘍も含め、一過性反回神経麻痺 11 例、血管損傷 1 例、皮膚熱傷 1 例である。 文献（資料 1）
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）	経験年数 10 年以上トレーニングを受けた専門医。難易度 D
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>15,000</u> 人 年間実施回数 <u>7,372</u> 回 片葉 3,840 回、両葉 3,552 回（平成 21 年厚労省調査）
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）現行点数 片葉 7,500 点×3,840 例＝28,800,000 点 両葉 9,000 点×3,552 例＝31,968,000 点 計 60,768,000 点。 （2）新試算点数 片葉 38,250 点×3,840 例＝146,880,000 点 両葉 54,879 点×3,552 例＝194,930,208 点 計 341,810,208 点 （1）－（2）＝－281,042,208 点 手術料は増額するが入院期間は大幅に短縮される。 予想影響額 <u>281,042,208 円 増</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 <u>K461</u> 技術名 <u>甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術</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>片葉 38,250 点、両葉 56,543 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）：片葉 36,586 点、両葉 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）：16,641 円（試算参照）

内視鏡下甲状腺切除（摘出術）



The schema of the anterior neck : The excoriated layer was indicated by oblique lines. Three 5-mm trocars were inserted through the anterior chest.



The schema of the anterior neck area from the axilla : The excoriated layer was indicated by oblique lines. A 12-mm and a 5-mm trocars were inserted through the 30-mm skin incision in the axilla, and one more 5-mm trocar was inserted near the incision.

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。

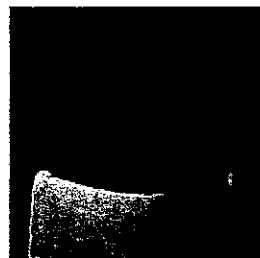
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4 用紙 1 枚でまとめた資料を添付すること。

※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。

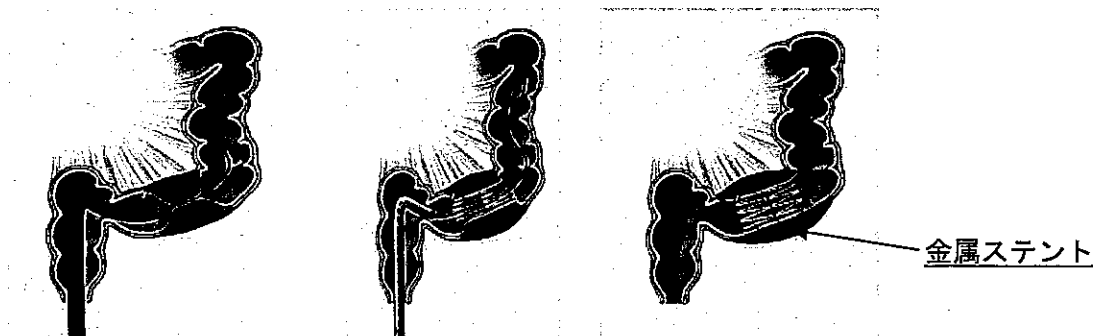
申請団体名	日本臨床外科学会
技術名	小腸及び結腸のステント留置術
技術の概要	大腸狭窄を拡張するための自己拡張型金属性ステント（EMS）の留置
対象疾患名	大腸癌や悪性疾患などによる大腸狭窄
保険収載の必要性	大腸狭窄患者の治療目的の本手技の保険収載による医療福祉および医療経済の向上を目的とする。胃・十二指腸の悪性狭窄に対しての内視鏡的ステント留置術も 2010 年 4 月より収載されたことも鑑み類似した背景疾患の大腸の悪性狭窄に対してもまた、その収載を望むものである。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOL の改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>III</u> 世界約 600 例の集計や、本邦での約 100 例の症例報告で 80～90%の挿入率と 90%以上の臨床的有効性が報告されている。緊急手術や人工肛門造設術との比較試験も世界で行われており有効性が証明されている。また日本消化器内視鏡学会のガイドラインにもその有効性は掲載されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	穿孔率 4%、逸脱率 10%、再閉塞率が長期挿入例で 10%と安全な手技。EMS 挿入後の長期予後についても安全性の報告あり。
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ガイドライン、日本緩和医療学会消化器症状ガイドラインに掲載され、各学会でも十分に認知されている手技である。また、現在汎用されている経肛門イレウス管とほぼ同様の手技であるため難易度は高くなく、施設基準は不要と考える。
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 <u>4,500～9000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 大腸癌は本邦で増加傾向が著しく年間 9 万名が罹患する。その内 5～10%が狭窄のための閉塞症状を呈しており、4,500 名から 9,000 名が対象患者となる。本手技の本邦での報告例は、手術前挿入例で約 100 例、姑息的な狭窄解除目的で約 150 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	大腸悪性疾患による大腸狭窄の治療には、狭窄部切除および人工肛門造設術を実施するか、大腸ステントによる狭窄解除を行うのが一般的である。この大腸ステント挿入術は、切除術および人工肛門造設術と比較して、術後患者 QOL が高く医療経済上も有用性が高いが保険収載されていないため普及が遅れている。 <u>予想影響額 1,350,000,000～6,300,000,000 円 減</u> <u>既存の技術：診療報酬の区分番号 K651 技術名 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術 7,590 点</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)	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 <u>41,670</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）：15,630 点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：260,400 円（試算参照）

大腸狭窄に対する金属ステント留置の説明

大腸狭窄による腸閉塞の状態になると腸内容がそれよりも肛門側に流れなくなるため、狭窄部分よりも口側の腸管が順々に拡張し、腹部全体が膨れる（膨満）するとともに、やがて吐き気や吐く症状（嘔気嘔吐）が発生します。この大腸の狭窄に関しては、従来の鼻から入れる減圧用のチューブ（経鼻イレウス管）では、鼻からの距離が長いことや、小腸から大腸への移行部（回盲弁）で逆流が困難であることから、効果が不十分な場合が多く、多くは緊急（即日）または準緊急（数日以内）の手術が必要であり、その場合は人工肛門をつくる必要があります。



そのような患者様に対しての金属ステントの留置という新しい機器および手技の導入を希望しております。これは、内視鏡および透視（レントゲン）下に筒状の形状記憶金属のステントという機器を狭窄部に挿入するもので、これにより、狭窄部を拡張することで腸閉塞を解除しますので、人工肛門などの手術が不要になります。



金属ステントは、15年以上前から心臓・血管、食道、胆道など全身の管腔臓器（管状の臓器）に広く用いられているものです。2010年の4月には胃十二指腸にも保険適用され、すでに広く用いられています。しかし現時点では、大腸に対しての金属ステントは厚生労働省の認可を受けていないため使用が出来ず、体内の管腔臓器の中では唯一取り残されている臓器だと言えます。

世界的には、欧米およびアジアのほとんどの国で認可されており、広く使用されています。また本邦においても15年前よりその適応、安全性について臨床研究中されています。世界の研究報告も本邦での臨床研究の成績はほぼ同様の成績で、成功率（手技の成功）が9割以上、有効率（狭窄解除）も8-9割程度です。偶発症率も手技を行う際の穿孔が0-3%程度、逸脱（ずれる事）が0-3%などと、従来が緊急手術を行わなければならない病態の患者さんに対する手技としては非常に安全な手技であると報告されています。ただし、手技の後にも約4%の穿孔、約1割の再閉塞や約1割の逸脱がありますので、留置後も医療機関での定期的な観察は必要です。

大腸狭窄の患者さんの人工肛門造設を避け、生活のQOLの向上のためにも一日も早い大腸狭窄に対する金属ステントの導入が医療現場からは待たれています。

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	日本臨床外科学会
技術名	イレウス用ロングチューブ挿入法
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 ○J処置
診療報酬番号	J034
技術の概要	イレウス解除のためイレウス管を経鼻的あるいは経肛門的に挿入する手技
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	イレウス管挿入は、透視下に行う方法に内視鏡下挿入法が加えられたので増点を望む。 点数 *1,402 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）：1,402 点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：70,225（試算参照）
【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。）	イレウス管挿入は通常透視下に行うが手技上極めて難しく長時間を要するため、前回の改正で 200 点に増点された。しかし、術者、助手、看護師等多くの人手を要し、極めて困難で長時間を要するために最近、内視鏡下挿入法に改良が加えられ、成功率の著しい上昇が見られる。現行の 200 点では技術料の評価が悪く、外保連試算 1,402 点への引き上げが必要である。
点数の見直しの場合	200 点 → 1,402 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 71,491 人→ 71,491 人 変化無し 年間実施回数の変化 現在 71,491 回→ 71,491 回 変化無し
	平成 21 年 6 月社会医療診療行為調査よりイレウス用ロングチューブ挿入法の件数は 3,284 である。調査対象になった医科施設数：11,133 であり、医療施設総数は 18,727 であり、調査対象医療施設は 59.4%である。21 年保険加入者（協会けんぽ、組合保険、国保、後記高齢者医療）の割合は 92.8%である。イレウス管挿入実施回数は $3,284 \times 12 \div 0.594 \div 0.928 = 71,491$
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 1640678180 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	イレウス管挿入手技料だけでは、 $71,491 \times 14,020$ 円＝1,002,303,820 円となる。現在の 200 点では $71,491 \times 2,000$ 円＝142,982,000 円であり、859,321,820 円増加する。しかし手技料増点になれば、内視鏡を併用することができ、挿入成功率の大幅な改善が得られ、結果として、手術が減り大幅な医療費の減少につながる。イレウスに対する手術と推測される腸管癒着症、腸重積症、小腸切除術、結腸切除術等は $1,503 \times 12 \div 0.594 \div 0.928 = 32,719$ 例の手術が行われ、その内の 6.5%に相当する 5,000 人の手術が減少すれば、1 例あたりの手術料等 50 万円と少なく見積もっても、25 億円が不要となり、差し引き 1,640,678,180 円の医療費抑制となる。

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：53 - 7 - 4 技術度：C 医師（術者以外）：0 看護師：1 その他：1 所要時間（分）：45
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	