

# 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）〔概要版〕

代表者名 理事長 平田 公一

提出年月日 平成23年6月27日

※ 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	日本静脈経腸栄養学会
技術名	1 摂食・嚥下障害回復支援食提供加算
技術の概要	摂食・嚥下障害患者に対する適正物性食の提供による回復支援加算：一食当たり20点（一日3回まで）。
対象疾患名	摂食・嚥下障害患者
保険収載の必要性	2010年度のがが国の推定死亡数は120万人であるが、2037年には170万人に達する見込みであり、少なくとも50万の患者の医療が病院で実施することが困難となる。したがって、在宅医療の充実と病院から在宅へのスムーズな移行を目指した取り組みが必要である。すなわち摂食・嚥下障害からの早期回復を病態や障害の程度に応じた特殊形状の支援食の適正提供にて実施し、いち早く経口栄養に主軸をシフトして医療費削減および在宅医療への移行を進めることは極めて重要である。また、胃瘻からの経腸栄養のみにとどまる栄養管理の適正化も摂食・嚥下障害の早期回復によってはかれるものと思われる。
【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： I ○II III IV V VI 酵素均一含浸法などの新技術を駆使し嚥下障害度に応じた形状を口腔内で得られる食事が開発され、既に複数の医療施設で治験された結果良好な成績が示されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	全国の17の施設を対象に72例の治験が行われ安全性は担保されている。また、これまでも臨床の現場で嚥下障害患者に対する病院食として工夫されており、安全性は示されている。
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）	摂食・嚥下障害回復支援食の提供は、既に実際の現場で行われており、栄養管理実施加算による栄養管理プランニングの上において有用である。重症例では栄養サポートチームの活動とも連動しており、より専門的な医療に位置づけられる。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	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 50,000人 年間実施回数 1,095回 年間対象患者数は、およそ5万人で、一日3食として年間1,095回となる。年間実施回数では、総計およそ5,500万回となる。
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	50,000人/年×35,000円（医療費）/日×20日=350億円/年の総医療費を本加算実施によって在宅移行促進を含めて30%のコストダウン（在院日数14日へ短縮）が可能と推定すると、350億円×0.3=105億円の削減が可能。600円/日×50,000人/年×14日=4.2億円/年となり、総計100億円の経費削減。さらに長期療養病床や在宅医療にても継続治療が14日間行われた場合でもおよそ50億円の削減が可能となる見込みである。 予想影響額 15,000,000,000 円 増・○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)	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・Oその他
・ 妥当と思われる点数及びその根拠	点数 一食当たり20点（一日3回まで）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）：一食当たり20点（一日3回まで） 《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

# 摂食・嚥下障害回復支援食加算：概略資料

-日本静脈経腸栄養学会・保険委員会委員長 東口高志-

2010年度のがが国の推定死亡数は120万人であるが、30年後には170万人に達する。しかし、この10年間でおよそ1000もの医療施設が減少しており、現実的にはおよそ50万もの患者が行き場を失うことになる(図1参照)。確かにまだ先のこのように感じるかもしれないが、最近10年間の在宅移行も経費と時間消費の割には効果的な結果が得られていないのが現状である。今ここの在宅医療確立に本腰を入れる必要があり、10年、20年先を見越した対応が求められる。医療の本幹部分を在宅へ移行するためには、将来展望の直視(50万人の患者の命)、在宅医療体系の確立(栄養補給法の確保が第一に必要な)、在宅支援施設や在宅医の数的増加と質の担保、急性期病院の医療ツールのアウトカムの変換(すべて病院で解決するのではなく、長期療養病床や在宅支援施設との連携でのアウトカムへシフト)、疾病予防を含めた地域連携システムの完成、医療経済の見直し(経費がかからず効果がある医療ツールの抽出)などが必要である。そこで特にとを確立する第一歩として、「食べて治す、食べて癒す」ことをテーマとした試みを進めている(図1、表1参照)。

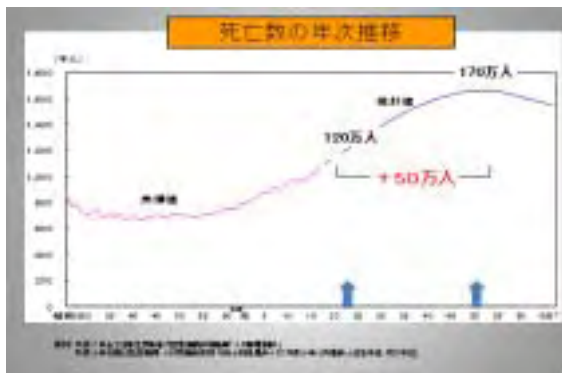


図1. わが国の死亡数の年次変化  
(30-40年後には+50万人となる)

Table 1 is titled '食べて治す・食べて癒すプロジェクト' (Eat to cure, eat to heal project). It lists three main goals:

- 1. 食べて治す (Eat to cure):**
  - ① 在宅での経口摂取
  - ② 病院での経口栄養食品 + アーティ・フォー / ササバノド
  - ③ 地域医療連携の活用と最適化
  - ④ 在宅医療にユニバーサルな栄養・物理的補助の活用
  - ⑤ 時間的・経済的負担を軽減 (日本(手帳型)参照)
- 2. 食べて癒す (Eat to heal):**
  - ① 経口摂取による満足感
  - ② 病院での経口栄養食品 + 心の癒し(こがね)が医療者の使命 (アーティ・フォー / ササバノド)
  - ③ 在宅に食べる楽しさ
  - ④ 在宅での経口摂取 + アーティ・フォー + ササバノド + 薬物療法
  - ⑤ 結果を評価して最適化する
- 3. 死生観の転換 (Transfer of death toll):**
  - ① 食と命の再確認
  - ② 医療者と教育の連携
  - ③ アーティ・フォー

表1. 食べて治す・食べて癒す  
(現在から取り組まねば在宅医療の確立は困難)

すなわち、在宅医療で最も基本的かつ重要なことは栄養補給法であり、しかも口から食べることが最も医学的にもメリットがあり、しかも経済性にも優れている。そこでまずはわが国に多い脳血管障害あるいはこれから増加するであろう担がん患者を中心とした摂食・嚥下障害症例の早期機能回復および廃用させずに機能維持を支援する食事の提供から開始すべきと考えられる。しかも現在、本学会、日本栄養材形状機能研究会や経口療法研究会などで摂食・嚥下障害の程度に応じた適切な形状が検討され、それに対応できる食事の開発も進んできている(図2, 3は一例である)。したがって、今、摂食・嚥下障害回復支援食の加算を明確に評価いただくことによって、より安全で効果的、かつ普及性や啓発性の高い在宅移行法の基礎が固められるものと思われる。一方、最近世界的に問題となっている経皮内視鏡下胃瘻造設術(PEG)に頼りすぎる医療の是正も必要である。やはり食べる能力を有する患者には食べて治し、食べて癒して欲しいものである。本加算はこのようなPEGのみの経管栄養法で管理される症例を極力減少させ、栄養管理の主役を医学的にも倫理的にも経口摂取へシフトするためのものでもあり、是非とも取り入れていただきたい加算である。

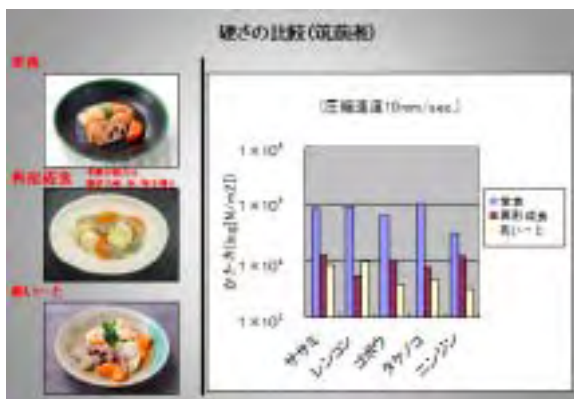


図2. 嚥下困難経口摂取支援食の硬さの比較  
アーティ・フォーは見た目は常食だが口腔内で形状が変化する  
再形成食は元々柔らかく調理されており手間がかかる

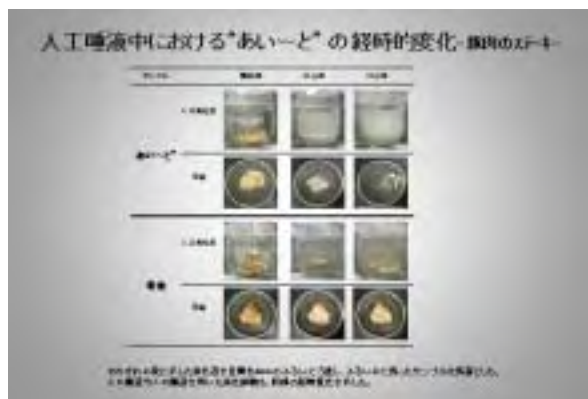


図3. あーとーの人口唾液による形状変化  
人口唾液内でほぼ完全に溶解し残差を残さない

# 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

代表者名 理事長 恒藤 暁

提出年月日 平成23年6月27日

※ 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	日本緩和医療学会
技術名	1 緩和ケア診療加算
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・Oその他
診療報酬番号	A226-2
技術の概要	緩和ケア診療加算の算定条件の見直しおよび点数アップ
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	算定基準の見直し：①専任MSW在籍あり；500点/回、②専任MSW在籍なし；400点/回（現行のまま） 要望点数（①+②）：①500点/回 ②400点/回 ①外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：①500点/回 ②400点/回 ②別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：
<b>【評価項目】</b>	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	緩和ケアの重要性はがん対策基本法でも示されており、緩和ケアチームが各施設で有機的に活動するためには加算申請が必須である。しかしながら緩和ケア診療加算に関する当学会の代議員調査（資料①参照）では常勤精神科医の確保の問題や診療報酬点数不足などの改正を望む声が強い。実際にはチーム活動を行うも算定不可の施設が大半を占め、早期からの緩和ケア導入が困難である。一方、がん治療における早期からの緩和ケアの介入を実践すると、在宅医療への移行が可能となる患者も多い。しかし、地域連携をネットワークで結ぶことは一般のスタッフのみでは難しく、ネットワーク確立や在宅医療へのスムーズな移行にはソーシャルワーカー（MSW）が重要である。そこで本加算の改正の手始めとしてMSWの存在を考慮した算定基準の見直しが必要である。
点数見直しの場合	400点 → 500点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 59,052人→ 59,052人 増・減・○変化無し 年間実施回数の変化 現在 590,520回→ 590,520回 増・減・○変化無し
	現在緩和ケアチーム加算申請は133施設。申請せずにチーム活動を実施している施設は244（計377）。今回の対象は申請している133施設のみで、対象症例数は、37人/月×12か月×133=59,052人/年。回診数は18.5人/日×20日/月×12か月×133=590,520回/年となる。申請チーム数は施設基準によって規定されているために、この改正に伴う対象数の増加はない。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 6,400,000,000 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	MSWが専任として参加しない場合の費用は、現行と同じく590,520回×4,000円=2,362,080,000円/年であるが、MSWが専任参加すると590,520回×5,000円=2,952,600,000円/年となり、590,520,000円/年の増加となる。一方、MSWの加入より診療対象37人/月のうち4人/月の在宅移行が可能となり在宅にて4週間を経たとすると、1施設当たり入院費約27,000円/日×4名/月×4週間×12か月=36,288,000円/年の医療費が削減。すなわち、36,288,000円/施設×133施設=4,826,304,000円/年の削減が可能となる。従って4,826,304,000-590,520,000=4,235,784,000円/年の削減が可能となる。
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・医療機器（未採用技術の例にならって記載）	①. 特になし（別紙及び添付文章は不要） ②. あり（別紙に記載）

Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード:その他*-**-* 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	日本がん治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本緩和医療薬学会
申請団体の担当者連絡先(氏名、住所、電話番号、FAX番号、E-MAILアドレス)	技術担当:東口高志(藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座)、三重県津市大鳥町424-1、TEL:059-252-1555、FAX:059-252-2698、E-mail:t-gucci30219@herb.ocn.ne.jp 事務担当:東口高志(藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座)、三重県津市大鳥町424-1、TEL:059-252-1555、FAX:059-252-2698、E-mail:t-gucci30219@herb.ocn.ne.jp

# 材料評価提案書（保険未収載用）【概要版】

代表者名 理事長 里見 進

提出年月日 平成23年6月27日

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 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。欄外には記載しないこと。

申請団体	日本外科学会
材料名	1 ディスポーザブル持続吸引装置
材料の概要	本品の構造は、3連ボトル(排液ボトル、水封ボトル、吸引圧設定ボトル)、あるいは、これ以上のボトルの連結で構成されており、胸腔ドレーンに接続し、胸腔から血液、空気、膿状分泌物を除去する。
対象疾患名	主として開心術、開胸術などの術後ドレナージを必要とする疾患全般
保険収載の必要性	胸腔ドレーンは特定保険医療材料として評価されているが、持続吸引装置は特定保険医療材料として評価されていない。このため、材料費として別に設定することが必要である。
【評価項目】	
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： I・II・OIII・IV・V・VI 胸部の術後ドレナージで広範囲に使用されており、患者は装着したまま歩行も可能で、周術期のQOL改善に寄与している
②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	重篤な副作用報告はない。
③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(1人当たり) 1回 対象患者数：国内において年間約40,000例の呼吸器手術、約50,000例の心臓血管手術、約800例の食道手術、約2,000例の肝胆膵系悪性腫瘍手術が行われており、年間対象患者数は約10万人と推計される。年間実施回数：1人に複数個使用する場合を考えて、約13万回
④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	年間の使用個数を13万個と考え、1個の値段を7,000円とすると予想影響額 9億1千万円増となる 予想影響額 910,000,000 円 ○増・減 既存の材料：診療報酬の区分番号 材料名
⑤妥当と思われる点数及びその根拠	点数 700 点 (1点10円)

## 材料再評価提案書（保険既収載用）

代表者名 理事長 岩本幸英

提出年月日 平成23年6月27日

※ 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	日本整形外科学会
材料名	1 関節鏡下手術時のシェーバー類や電気蒸散機器類等のディスポ加算
材料の概要	関節鏡視下手術の滑膜切除術や半月板切除術、形成術、軟骨形成術等に使用するシェーバー等を医療材料費として認めていただきたい。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li>⑥. その他（関節鏡視下手術の滑膜切除術や半月板切除術、形成術、軟骨形成術等に使用するシェーバー等を医療材料費として認めていただきたい）</li> </ol>
具体的な内容	シェーバー等の手術機器は感染コントロールの面から、全て使い捨てとなっている。手術時には切除するものや部位、大きさからして、シェーバーブレードやメニスカスカッター、縫合機器等、一手術に1本から3本ほど使用することが多い。これらの機器を使用することによって、手術時間の短縮、入院期間の短縮、術後の患者の早期社会復帰が認められ、非常に有用である。
<b>【評価項目】</b>	
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。)	関節鏡視下手術が一般的となり、その際に使用するシェーバー等の手術機器は感染コントロールの面から、全て使い捨てとなっている。手術時には切除するものや部位、大きさからして、シェーバーブレードやメニスカスカッター、縫合機器等、一手術に1本から3本ほど使用することが多く、現時点では医療機関からの持ち出しとなっている。これらの機器を使用することによって、手術時間の短縮、入院期間の短縮、術後の患者の早期社会復帰が認められ、非常に有用である。
点数見直しの場合	点 → 点
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 10,000 人 → 10,000 人 ○増・減・変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 10,000 回 → 10,000 回 ○増・減・変化無し</p>
③予想される医療費への影響(年間)	<p>膝、肩、肘、股、足、手関節等と関節鏡視下手術の適応は広がっており、年間手術数は多く、症例数も増加している。</p> <p>予想影響額 400,000,000 円 ○増・減</p>
(影響額算出の根拠を記載する) ・予想される該当技術に係る医療費 ・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	年間約10,000例の手術が施行されている。一手術にシェーバー等は平均2本使用すると考えると、年間医療材料費として約4億円と計算した。
関係学会、代表的研究者等	日本関節鏡学会 日本整形外科学会 日本臨床整形外科学会 連名要望学会：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会、日本整形外科勤務会
担当者氏名、連絡先(住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL)	<p>技術担当：土谷一晃（東邦大学整形外科）東京都大田区大森西6-11-1 TEL:03-3762-4151 FAX:03-3763-7539 E-Mail:kt11@med.toho-u.ac.jp</p> <p>事務担当：土谷一晃（東邦大学整形外科）東京都大田区大森西6-11-1 TEL:03-3762-4151 FAX:03-3763-7539 E-Mail:kt11@med.toho-u.ac.jp 三宅信昌 〒420-0937 静岡市葵区唐瀬1-2-24 三宅整形外科医院 電話： 054-245-5544 FAX:054-245-5554 E-Mail:orthomik@poplar</p>