

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

※ 以下の項目について、□のチェックを外し、いずれにも当てはまらないことを確認すること。

- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、新たな適応疾患等に保険適用を拡大することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し又は点数の見直しを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術であるが、別の技術料として別途新設することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、保険収載の廃止、又はその他の理由により再評価を提案するものである。
- 新規特定保険医療材料等により既存の項目を準用している技術について提案するものである。

整理番号	304101
申請技術名	コーディネーター料(臓器あっせん管理料)
申請団体名	日本移植学会
技術の概要 (200字以内)	死体臓器提供が行われた場合における、臓器の斡旋(レシピエントの選定・交差試験・移植施設・提供施設への連絡)、ドナー家族の対応(意思確認を含む)、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援(呼吸循環管理の支援を含む)、臓器搬送(搬送方法の手配を含む)、ドナー家族の支援などの日本臓器移植ネットワークコーディネーター・都道府県コーディネーター及びメディカルコンサルタントの業務
対象疾患名	死体臓器摘出が行われた場合において、移植を行った保険医療機関において移植術に含めて算定する
保険収載が必要な理由 (300字以内)	死体臓器提供が行われた場合、臓器の斡旋、ドナー家族の対応、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援、臓器搬送・手配、ドナー家族支援などのコーディネーター及びメディカルコンサルタントの業務を行うことにより、世界一の臓器提供率・移植後成績を維持してきたが、日本臓器移植ネットワークの収入は公的補助金と移植希望者の登録料と斡旋時のコーディネーター経費だけであり、年々公費は削減されている。しかし、臓器を斡旋するごとに、人件費などは、上記コーディネーター経費を超過している。その超過分を補填しないと、公正かつ有効な臓器の斡旋、ドナー評価・管理ができなくなる。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	死体(脳死を含む)からの臓器提供すべて								
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に)	死体臓器提供が行われた場合、臓器の斡旋、ドナー家族の対応、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援、臓器搬送・手配、ドナー家族支援などのコーディネーター及びメディカルコンサルタントの業務を行う。年100-150件。日本臓器移植ネットワークへの連絡から臓器摘出までの期間は平均2-3日である								
③対象疾患に対して現在行われている技術(当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること)	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td>当該技術の導入より代替される既収載技術はない</td> </tr> </table>	区分	その他	番号	特になし	技術名	特になし	既存の治療法・検査法等の内容	当該技術の導入より代替される既収載技術はない
区分	その他								
番号	特になし								
技術名	特になし								
既存の治療法・検査法等の内容	当該技術の導入より代替される既収載技術はない								
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	<ul style="list-style-type: none"> ・ドナー本人・家族の意思を適切に把握し、臓器提供の意思を適切に確認することは、移植医療が一般国民に信頼されるために最も重要なことである。この業務は、経験の豊富なドナーコーディネーターしか行うことはできない。臓器移植に関する法律が改定され、家族の同意で脳死臓器提供が可能となったので、改選前よりもさらに重要となっている。この業務を適切に行うことが、移植医療の普及に大いに貢献する。 ・ドナーコーディネーター・メディカルコンサルタントが提供病院の医療スタッフと連携を取りながら、ドナー評価・管理並びに摘出手術時の管理(呼吸循環管理の支援を含む)を行うことにより、一人のドナーからの移植臓器数は増加し、移植後の成績(生存率、QOLとも)も向上する。 ・たとえば、肺では気管支鏡の積極的導入を行い、肺の提供率は有意に上昇するとともに、移植後の生存率も有意に向上した(4年生存率85%)。このような管理を行うことにより、我が国の一人のドナーからの移植臓器数は、5.7臓器まで増加した(米国3.04臓器)。一方、心臓移植後の10年生存率は90%からわかるように、移植後の成績も非常に良好である(国際心肺移植学会の10年生存率は53%)。 ・欧米諸国に比較して我が国の脳死臓器提供数は極めて少なく、一人のドナーからの移植臓器数を増加させることは末期的臓器不全を救命する点で重要である。 ・脳死体の特別な状態(抗利尿ホルモンなどの下垂体ホルモンの枯渇、脳神経・自律神経系の消失など)に対する十分な知識の豊富なメディカルコンサルタントが、ドナーコーディネーターと連携しながらドナー管理並びに摘出手術時の呼吸循環管理を行うことにより、移植臓器機能を保全することができ、移植後の成績が向上する。また、提供施設の負担も軽減する。 ・臓器提供に係る様々な業務を支援することにより、提供病院の医療スタッフの負担が軽減され、提供病院に収容されたドナー以外の患者の治療に専念できる。 								
⑤ ④の根拠となる研究結果	MC導入後一人のドナーから提供できる臓器数は漸増し、導入以前の平均3.8臓器から、5.6臓器に増加し、かつ各臓器の5年生存率は、心臓95.4%、肺72.9%、肝臓78.9%、膵臓70.0%であり、各臓器の移植後の成績は欧米より良好である(Transplant Proc. 2009; 41(1):273-6)								
エビデンスレベル	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見								
⑥普及性	<table border="1"> <tr> <td>年間対象患者数(人)</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>国内年間実施回数(回)</td> <td>400</td> </tr> </table>	年間対象患者数(人)	400	国内年間実施回数(回)	400				
年間対象患者数(人)	400								
国内年間実施回数(回)	400								

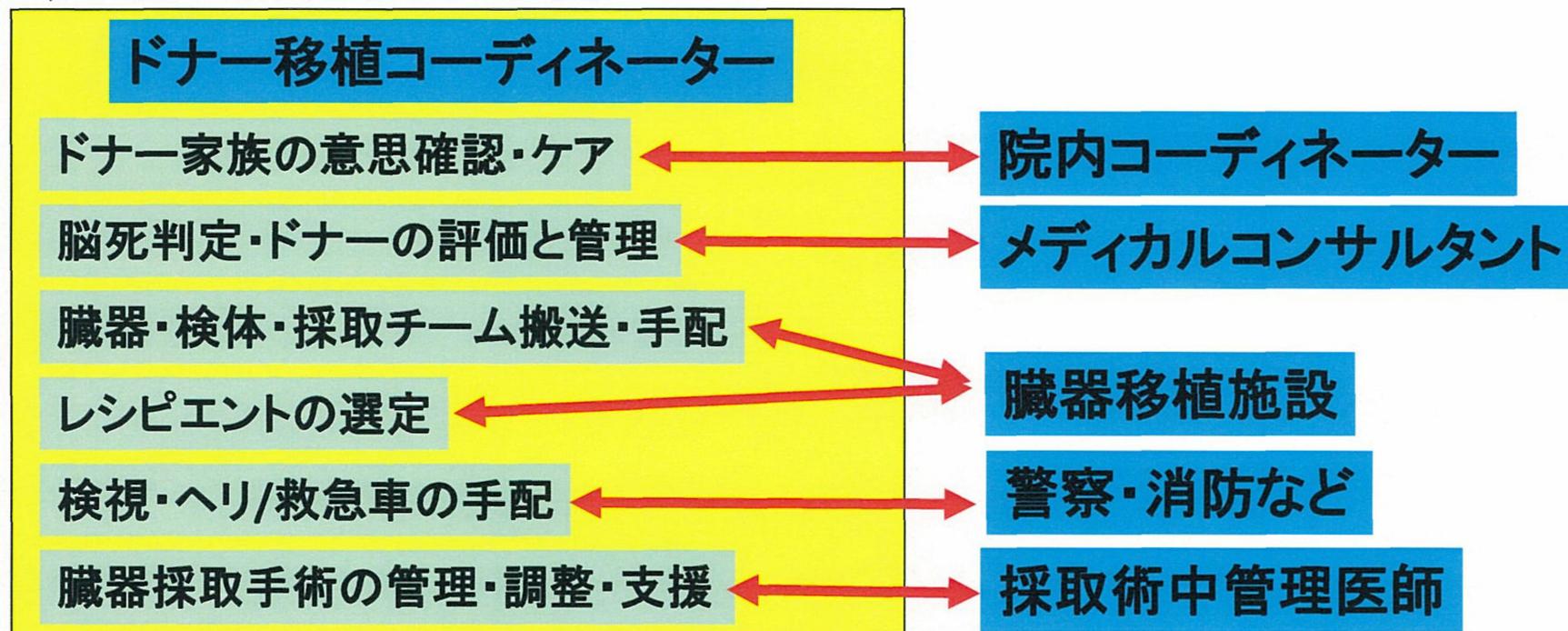
<p>※患者数及び実施回数 の推定根拠等</p>	<p>臓器移植に関する法律が2010年7月に改正され、脳死臓器提供は年間50例に増加(1人ドナーあたり平均5人が臓器移植を受けている)し、逆に心停止腎提供が30例に減少している。その結果、腎移植120例、脳死臓器移植250例に増加した。 ・今後、臓器提供数はさらに増加する傾向にあり、対処患者数、年間実施回数はさらに増加する。</p>												
<p>⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>	<p>・臓器の斡旋は、日本臓器移植ネットワークのみ許可されており、上記の業務がすべて可能なドナーコーディネーターを教育するのに、最低4年を要している ・メディカルコンサルタントについては、脳死に関する知識、移植臓器の評価、移植後の管理に熟知した医師しか行うことができない。そのサポートを行うドナーコーディネーターもその業務習得に2年を要している。これまで、メディカルコンサルタントの研修制度はないが、今後そのような制度を構築する予定である(日本医療研究開発機構研究費(「難治性疾患等実用化研究事業(免疫アレルギー疾患等実用化(移植医療技術開発研究分野)」)の「脳死臓器提供におけるドナー評価・管理システム・ガイドラインの作成」でガイドライン・マニュアル作成並びに研修会実施予定)。</p>												
<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 488 638 734"> <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> </td> <td data-bbox="638 488 1428 734"> <p>死体臓器のあっせんは、日本臓器移植ネットワークのみが許可されている 脳死臓器提供においては、高度の医療を行う次のいずれかの類型に当てはまる施設 ・大学附属病院 ・日本救急医学会の指導医指定施設 ・日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設 ・救命救急センターとして認定された施設 ・日本小児総合医療施設協議会の会員施設 脳死臓器移植施設は移植関係学会合同委員会の認定が必要</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 734 638 824"> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> </td> <td data-bbox="638 734 1428 824"> <p>脳死臓器提供における人的条件は、上記条件に加えて、脳死判定医(常勤1名以上)、呼吸循環管理医などが施行細則で決められている</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 824 638 891"> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> </td> <td data-bbox="638 824 1428 891"> <p>「臓器の移植に関する法律」、施行細則、ガイドライン、日本移植学会の倫理指針など</p> </td> </tr> </table>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p>	<p>死体臓器のあっせんは、日本臓器移植ネットワークのみが許可されている 脳死臓器提供においては、高度の医療を行う次のいずれかの類型に当てはまる施設 ・大学附属病院 ・日本救急医学会の指導医指定施設 ・日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設 ・救命救急センターとして認定された施設 ・日本小児総合医療施設協議会の会員施設 脳死臓器移植施設は移植関係学会合同委員会の認定が必要</p>	<p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p>	<p>脳死臓器提供における人的条件は、上記条件に加えて、脳死判定医(常勤1名以上)、呼吸循環管理医などが施行細則で決められている</p>	<p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>「臓器の移植に関する法律」、施行細則、ガイドライン、日本移植学会の倫理指針など</p>						
<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p>	<p>死体臓器のあっせんは、日本臓器移植ネットワークのみが許可されている 脳死臓器提供においては、高度の医療を行う次のいずれかの類型に当てはまる施設 ・大学附属病院 ・日本救急医学会の指導医指定施設 ・日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設 ・救命救急センターとして認定された施設 ・日本小児総合医療施設協議会の会員施設 脳死臓器移植施設は移植関係学会合同委員会の認定が必要</p>												
<p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p>	<p>脳死臓器提供における人的条件は、上記条件に加えて、脳死判定医(常勤1名以上)、呼吸循環管理医などが施行細則で決められている</p>												
<p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>「臓器の移植に関する法律」、施行細則、ガイドライン、日本移植学会の倫理指針など</p>												
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>経験の豊富なドナーコーディネーターが、ドナー家族の対応を行わないと、移植医療の信頼度が低下する可能性があるが、これまでそのような事例はない。 ・適切なドナー評価・管理、摘出手術の管理を行わないと、臓器提供数が減少し、移植後成績が低下する。現状では、欧米よりドナー一人当たりの移植臓器数は多く、移植後成績も遜色ない。</p>												
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>・臓器移植に関する法律には、臓器あっせんに関し、公平・公正性を厳格に規定しており、上記のコーディネーターの業務が適切に行われることが重要である。 ・ドナー一人からの移植臓器数を増加させ、移植後成績を向上させることは、臓器提供数のきわめて少ない我が国の移植医療に大きく貢献するだけでなく、ドナー家族への配慮(移植患者が早期に死亡するとドナー家族の悲嘆が増える)した場合にも適切なドナー評価・管理は重要である。</p>												
<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 1182 638 1249"> <p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)</p> </td> <td data-bbox="638 1182 1428 1249"> <p>K 手術 60,000</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1249 638 1832"> <p>その根拠</p> </td> <td data-bbox="638 1249 1428 1832"> <p>①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):60,000点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 臓器の斡旋、ドナー家族の対応(意思確認を含む)、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援、臓器搬送、ドナー家族の支援に係る人件費などから算出 妥当と思われる診療報酬は下記のような人件費を勘案して算定した。 ・レシピエントの選定、移植施設・提供病院との連携;3,140円(卒後10年目看護師x72時間x2人+2,640円(卒後5年目看護師x5時間x6人 ・ドナー家族の意思確認他;3,140円(卒後10年目看護師)x72時間x2人 ・ドナー評価:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x10時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x10時間x2人 ・ドナー管理:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x36時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・呼吸循環管理の支援;ディカルコンサルタント(医師)35,370円x36時間x2人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・臓器搬送・手配など;2,640円(卒後5年目看護師)x20時間x2人 ・ドナー家族の支援;3,140円(卒後10年目看護師)x4時間x12回 ・提供病院のメディアなどへの対応・警備の支援;2,640円(事務職など)x72時間x4人 以上の管理を一人のドナーから4人が移植を受けたものとして算定した。 ・現在、臓器移植が成立した際に、登録患者から10万円が日本臓器移植ネットワークに支払われ、また厚生労働省からコーディネーターの活動費・人件費として約50万円に相当する費用が充当されているので、その費用を差し引き60,000点と算定した。</p> </td> </tr> </table>	<p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)</p>	<p>K 手術 60,000</p>	<p>その根拠</p>	<p>①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):60,000点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 臓器の斡旋、ドナー家族の対応(意思確認を含む)、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援、臓器搬送、ドナー家族の支援に係る人件費などから算出 妥当と思われる診療報酬は下記のような人件費を勘案して算定した。 ・レシピエントの選定、移植施設・提供病院との連携;3,140円(卒後10年目看護師x72時間x2人+2,640円(卒後5年目看護師x5時間x6人 ・ドナー家族の意思確認他;3,140円(卒後10年目看護師)x72時間x2人 ・ドナー評価:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x10時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x10時間x2人 ・ドナー管理:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x36時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・呼吸循環管理の支援;ディカルコンサルタント(医師)35,370円x36時間x2人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・臓器搬送・手配など;2,640円(卒後5年目看護師)x20時間x2人 ・ドナー家族の支援;3,140円(卒後10年目看護師)x4時間x12回 ・提供病院のメディアなどへの対応・警備の支援;2,640円(事務職など)x72時間x4人 以上の管理を一人のドナーから4人が移植を受けたものとして算定した。 ・現在、臓器移植が成立した際に、登録患者から10万円が日本臓器移植ネットワークに支払われ、また厚生労働省からコーディネーターの活動費・人件費として約50万円に相当する費用が充当されているので、その費用を差し引き60,000点と算定した。</p>								
<p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)</p>	<p>K 手術 60,000</p>												
<p>その根拠</p>	<p>①外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数):60,000点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 臓器の斡旋、ドナー家族の対応(意思確認を含む)、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援、臓器搬送、ドナー家族の支援に係る人件費などから算出 妥当と思われる診療報酬は下記のような人件費を勘案して算定した。 ・レシピエントの選定、移植施設・提供病院との連携;3,140円(卒後10年目看護師x72時間x2人+2,640円(卒後5年目看護師x5時間x6人 ・ドナー家族の意思確認他;3,140円(卒後10年目看護師)x72時間x2人 ・ドナー評価:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x10時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x10時間x2人 ・ドナー管理:メディカルコンサルタント(医師)17,685円x36時間x1人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・呼吸循環管理の支援;ディカルコンサルタント(医師)35,370円x36時間x2人+協力者3,140円(卒後10年目看護師)x36時間x2人 ・臓器搬送・手配など;2,640円(卒後5年目看護師)x20時間x2人 ・ドナー家族の支援;3,140円(卒後10年目看護師)x4時間x12回 ・提供病院のメディアなどへの対応・警備の支援;2,640円(事務職など)x72時間x4人 以上の管理を一人のドナーから4人が移植を受けたものとして算定した。 ・現在、臓器移植が成立した際に、登録患者から10万円が日本臓器移植ネットワークに支払われ、また厚生労働省からコーディネーターの活動費・人件費として約50万円に相当する費用が充当されているので、その費用を差し引き60,000点と算定した。</p>												
<p>関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 1832 638 1877"> <p>区分</p> </td> <td data-bbox="638 1832 1428 1877"> <p>特になし</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1877 638 1921"> <p>番号</p> </td> <td data-bbox="638 1877 1428 1921"> <p>特になし</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1921 638 1966"> <p>技術名</p> </td> <td data-bbox="638 1921 1428 1966"> <p>特になし</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1966 638 1973"> <p>具体的な内容</p> </td> <td data-bbox="638 1966 1428 1973"> <p>なし</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1973 638 2011"> <p>プラスマイナス</p> </td> <td data-bbox="638 1973 1428 2011"> <p>-</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 2011 638 2056"> <p>予想影響額(円)</p> </td> <td data-bbox="638 2011 1428 2056"> <p>500,000,000 円</p> </td> </tr> </table>	<p>区分</p>	<p>特になし</p>	<p>番号</p>	<p>特になし</p>	<p>技術名</p>	<p>特になし</p>	<p>具体的な内容</p>	<p>なし</p>	<p>プラスマイナス</p>	<p>-</p>	<p>予想影響額(円)</p>	<p>500,000,000 円</p>
<p>区分</p>	<p>特になし</p>												
<p>番号</p>	<p>特になし</p>												
<p>技術名</p>	<p>特になし</p>												
<p>具体的な内容</p>	<p>なし</p>												
<p>プラスマイナス</p>	<p>-</p>												
<p>予想影響額(円)</p>	<p>500,000,000 円</p>												

予想影響額	その根拠	<p>・これにより臓器提供1件あたり60,000点の医療費増となり、年間500件の死体臓器移植が行われれば3億円の年間医療費増額となる。</p> <p>・上記のコーディネーション業務が適切に行うことにより、ドナー一人当たりの移植臓器数、移植後成績が向上すれば、慢性臓器不全に係る医療費が減少する</p> <p>・たとえば、心臓移植の場合、脳死ドナーからの提供率は、米国が30%に対して我が国は80%であり、これが維持できれば、年間60名の脳死臓器提供があるとすると、$70 \times (0.8 - 0.3) = 35$件の心臓移植を増加させることができる。人工心臓治療中の患者が心臓移植を受けたと仮定して、1年間の医療費は一人あたり2,000万円減少するので、35人で7億円が減少する。</p> <p>・適切にドナー家族の対応を行うことにより、移植医療の信頼度が高まれば、移植医療はさらに普及し、臓器提供が増加するので、移植数は増加し、医療費の減少に貢献する。</p> <p>従って、心臓以外の移植件数の増額も考慮すると、総額で約5億円の年間医療費を削減出来る見込みとなる。</p>
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（1つ選択）		2. なし(別紙記載は不要)
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		1) 収載されている(下記欄に記載し、資料を添付)
	1)を選択した場合記入 ・国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等	<p>・米国では、57の臓器提供センター(Organ Procurement Organization;以下OPO)があり、センター毎、臓器ごとにコーディネーション業務の費用をStandard acquisition chargeを保険機関に請求している。</p> <p>・腎臓:\$13,417(\$9600-\$16,900)、肝臓 \$15,719 (\$6600-\$27,100)、心臓 \$14,462 (\$6600-\$21,500)、肺 \$13,994 (\$6600-\$30,000)、膵臓 \$13,303 (\$7066-\$21,800)、小腸\$10,233 (\$500-\$18,400)(JS Wolf; Financial support of organ procurement in the United States, Transplant Proc 29;1631-1632, 1997)</p>
⑬当該技術の先進医療としての取扱(1つ選択)		d. 届出はしていない
⑭その他		K514-4 同種死体肺移植術、K605-2 同種心移植術、K605-4 同種心肺移植術、K697-7 同種死体肝移植術、K709-3 同種死体膵移植術、K709-5 同種死体腎移植術、K779-2 移植用腎採取術(死体)を60,000点ずつ増点し、K922 造血幹細胞移植術の取り扱い同様、コーディネイト料として日本臓器移植ネットワークに60,000点が移植施設から支払われるようにする
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本移植学会、日本心臓血管外科学会、日本呼吸器外科学会、日本消化器外科学会、日本泌尿器科学会、日本臨床腎移植学会、日本腎臓病学会、日本透析学会、日本小児外科学会など

コーディネーター料(臓器斡旋管理料)

概要

日本臓器移植ネットワークの収入は公共の費用と移植希望者の登録料と斡旋時のコーディネーター経費だけであり、年々公費は削減されています。しかも、臓器斡旋の実費は上記収入を超過しており、超過分を補填しないと、公正な臓器の斡旋、ドナー評価・管理ができなくなります。死体臓器提供における、臓器の斡旋、ドナー評価、管理、臓器搬送などの日本臓器移植ネットワークの業務に対し、別途脳死臓器提供管理料(移植患者一人あたり60,000点)が必要と考えています。



多岐にわたる高度な専門的業務に対して脳死臓器提供管理料を要望致しました。

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

整理番号	316202
申請技術名	緩和ケア診療加算
申請団体名	日本緩和医療学会
診療報酬区分	B 医学管理等
診療報酬番号	A226-2
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(通院患者等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他(1～5のいずれも該当しない)
	「6 その他」を選んだ場合に記載
提案の概要	加算申請基準の見直しおよび規制緩和

【評価項目】

①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在、緩和ケア診療加算の施設基準の要件を満たせない施設では、がん患者に対する緩和医療の導入が遅れているのが実状である。施設基準のうち、専従チームの設置の項で、「精神症状の緩和を担当する常勤医師」要件は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であることとなっており、精神科常勤医師の不在施設では、診療報酬上の評価がされないため、緩和ケアチームの活動は困難と考えられる。また、本加算の対象は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、身体的症状または精神症状を持つものに対して行われることとなっているが、緩和ケアを必要とする非がん患者の相談応需も決して少なくない。
②再評価すべき具体的な内容 点数等の見直しの場合	非がんを含めた対象患者の拡大と精神科常勤医師の要件の緩和 見直し前 特になし 見直し後 特になし
再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	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)では、常勤精神科医の確保の問題や非がん患者の適応外の問題、専従・専任の要件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もみとめられ、専門的な緩和ケアの提供が早期からの緩和ケアの導入が困難である。また、専従医師、専従看護師、認定看護師、常勤の精神科医が配置されている施設の割合は、年間100件以上の新規コンサルテーション患者がいるチームで、スタッフの配置が十分でない施設に比べて有意に高いことなどから、スタッフの配置を促進するような政策的工夫が必要であると考えられる(資料)。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	施設基準の算定要件を改正することで、届出施設数が増加し、資源の少ない地域を含め、緩和ケアチーム活動が普及するものとする。緩和ケアチームに関する全国調査から、緩和ケアチームが活動している施設541施設が診療した新規患者数は、51,014名であり、2009年度のがん死亡者数344,105名で割ると、14.8%と推計される。正確なデータは明らかとなっていないが、2000年前後にはわずかな数しか活動していなかった緩和ケアチームとそのチームが診療している患者数は急激に増加したことが推察される。さらに、国立がん研究センターの報告によると、がん死亡患者数370900人/年、予測がん罹患数982,100人と年々増加の一途と辿っている背景を考えれば、その需要は少なくとも2倍以上が予想される。週1回のカンファレンスを51,000人に1か月間行ったとした場合、2,014,000回の開催となり、施設基準の拡大が見直された場合には、その2倍の4,028,000回と推計される。
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	前の人数(人) 51,000 後の人数(人) 100,000 前の回数(回) 2,014,000 後の回数(回) 4,028,000
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	該当なし
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 精神医療に従事した経験を有する、または精神医療に特化した緩和ケア研修を修了した医師 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 該当なし その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 該当なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	該当なし
⑥倫理性・社会的妥当性(問題点があれば記載)	該当なし
⑦予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス - 金額(円) 15,300,000,000

(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費	<p>予想影響額:-15,300,000,000円</p> <p>早期の緩和ケアの導入により治療脱落例の減少、治療費の減少が期待される。さらに、がん患者の居宅療養期間が延長することで緩和ケア病棟の平均在院日数の減少、病床稼働率の増加が可能となる。</p> <p>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 早期緩和ケアの介入は、標準治療(化学療法、放射線療法等)と比較して、1か月あたりの抗がん剤治療費用の約30%相当(3~4週間)が回避できることとなる。その試算額は、抗がん剤治療費1,70,000円/月×年間死亡者数300,000人×0.3=15,300,000,000円の削減が見込まれる。</p>
	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	該当なし
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	
	番号	該当なし
	技術名	該当なし
⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑩その他		なし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

※ 以下の項目について、□のチェックを外し、いずれにも当てはまらないことを確認すること。

- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、新たな適応疾患等に保険適用を拡大することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し又は点数の見直しを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術であるが、別の技術料として別途新設することを提案するものである。
- 現在診療報酬点数に収載されている技術について、施設基準、保険収載の廃止、又はその他の理由により再評価を提案するものである。
- 新規特定保険医療材料等により既存の項目を準用している技術について提案するものである。

整理番号	
申請技術名	弾力包帯固定
申請団体名	日本運動器科学会
技術の概要 (200字以内)	適度の伸縮性を有した厚手の包帯材料
対象疾患名	関節捻挫、脱臼、転位が少ない骨折、筋挫傷、深部静脈血栓症など
保険収載が必要な理由 (300字以内)	弾力包帯固定術は対象疾患である外傷の初期治療において、重要な役割を果たす。また深部静脈血栓症における治療としても重要である。使用する弾力包帯は一般の包帯よりも高価であり、現行の処置点数より、弾力包帯価格の方が上回ることになる。その整合性を保つために弾力包帯を材料として独立して算定することを要望する。

【評価項目】

①申請技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	関節捻挫、脱臼、転位が少ない骨折、筋挫傷、深部静脈血栓症など								
②申請技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に)	外傷後、手術後の早期腫脹軽減、固定性強化に有用で、使用期間は約2週間。深部静脈血栓症の治療としても有効で、両下肢に使用する。安静臥床時に使用するため、原疾患により使用期間は異なる。								
③対象疾患に対して現在行われている技術(当該技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること)	<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>J 処置</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>J000</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>創傷処置</td> </tr> <tr> <td>既存の治療法・検査法等の内容</td> <td>従前は45～55点を算定している。材料費が算定できないため、医療機関の持ち出しとなっている。</td> </tr> </table>	区分	J 処置	番号	J000	技術名	創傷処置	既存の治療法・検査法等の内容	従前は45～55点を算定している。材料費が算定できないため、医療機関の持ち出しとなっている。
区分	J 処置								
番号	J000								
技術名	創傷処置								
既存の治療法・検査法等の内容	従前は45～55点を算定している。材料費が算定できないため、医療機関の持ち出しとなっている。								
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較	固定性に優れており、ギプスに比して患者のADLが保たれ、有用である。また深部静脈血栓症には非常に有効な治療法である。								
⑤ ④の根拠となる研究結果	有効性、安全性の研究結果は多い。								
	エビデンスレベル IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)								
⑥普及性	<table border="1"> <tr> <td>年間対象患者数(人)</td> <td>3,000,000</td> </tr> <tr> <td>国内年間実施回数(回)</td> <td>9,000,000</td> </tr> </table>	年間対象患者数(人)	3,000,000	国内年間実施回数(回)	9,000,000				
年間対象患者数(人)	3,000,000								
国内年間実施回数(回)	9,000,000								
※患者数及び実施回数の推定根拠等	多くの外傷等医療現場で使用され年間300万人程度と推定する。医療材料として弾力包帯が認められれば、一部のギプス固定した症例が弾力包帯固定に変更され、医療費の軽減もある。								
⑦技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	包帯学を習得した医師であれば、技術的には確立されたものであり、特に問題はない。								
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (搬送科、手術件数、検査や手術の体制等)	特に施設要件は求めない							
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	人的要因も求めない							
	その他 (遵守すべきガイドライン等子の他の要件)	深部静脈血栓症については学会ガイドラインにあり							
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	包帯学を習得した医師であれば、技術的には確立されたものであり、安全性に問題はない								
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題はない								

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)	その他 100点
	その根拠	材料費の算定要望であるため、外保連試案はない。
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分番号 技術名 具体的な内容	J 処置 122 四肢ギブス包帯 弾力包帯が材料費として認められれば、一部の四肢ギブス包帯がこれにとって代わる可能性がある。
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠	+ 9,000,000,000 1000円×3000000人×3回/年
⑪当該技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(1つ選択)		2. なし(別紙記載は不要)
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		3) 調べていない
	1)を選択した場合記入 ・国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等	特になし
⑬当該技術の先進医療としての取扱(1つ選択)		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 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。（省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。）

※ 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すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

整理番号	
申請技術名	眼底カメラ撮影 デジタルプリントの評価
申請団体名	日本眼科医会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	256
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他(1～5のいずれも該当しない)
16 その他を選んだ場合に記載	インスタントフィルムからデジタルプリントや電子記憶媒体等での保存に変更。
提案の概要	従来の眼底撮影は、アナログカメラによりインスタントフィルム(ポラロイドフィルム)を用いて保存していたが、平成20年にポラロイドフィルムの販売が中止され使用できない。現在販売されている眼底カメラは、デジタルカメラにより撮影されており、その画像保存の代替技術としてデジタルプリントや電子記憶媒体等を用いなければならない。

【評価項目】

①現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在、視神経疾患を含めた眼底疾患を有する患者に対して、眼底カメラにより撮影された画像のプリントは、フィルム(現像の費用を含む)代金及びインスタントフィルム代金の加算算定が認められている。但し、インスタントフィルムについては1回あたり16点を限度とする。
②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)	最新の眼底カメラ撮影機器は、すべてデジタルカメラを用いたものとなっており、フィルムやインスタントフィルムの使用はできなくなった。現在は、それらに代わってデジタルプリントの使用及び電子記憶媒体等への保存が行われているが、その費用の償還ができない。インスタントフィルムに代わって、デジタルプリント及び電子記憶媒体等の費用が償還されるべきであると考ええる。
点数等の見直しの場合	見直し前 16 見直し後 16
再評価の根拠・有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	現在のインスタントフィルムに比して、より高精細な画像のプリントが可能である。電子記憶媒体による保存は、経時的な変化の比較をより正確にできる。また、ペーパーレスの社会的要請に合致する。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	平成25年社会医療行為別調査によると眼底カメラ撮影通常の方法は、年間4,010,172回であり、その内アナログ撮影とデジタル撮影の比率が4:6位のであるが、デジタルカメラの機能拡大により2:8位になると思われる。
・年間対象患者数の変化	前の人數(人) 2,406,103 後の人數(人) 3,208,137
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 2,406,103 後の回数(回) 3,208,137
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)	<input type="checkbox"/> 社会において電子媒体等による保存は、他分野では通常の作業であり、今後さらに改良が進むと思われる。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 特になし 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 医師、看護師、視能訓練士など その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件) 個人情報の保護
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	リスクは無い
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	個人情報の保護
⑦予想される医療費へ影響(年間)	プラス又はマイナス + 金額(円) 0
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 該当なし 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 現在のインスタントフィルムの対替であるため、医療費の増減は生じない。
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分 D 検査 番号 該当なし 技術名 該当なし

⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	2. なし(別紙、添付文書ともに不要)
⑩その他	外保連試案2014 コード:臓器17 コードD256 1 連番1-0610(P320) 技術度:C 医師(術者含む):1 看護師:1 その他:0 所要時間(分):30
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	特になし