

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	234201
申請技術名	診療情報提供料(I)の見直し
申請団体名	(一社)日本小児科医会
診療報酬区分	B 医学管理等
診療報酬番号	B009, B001-2 注3
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" 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)
「6 その他」を選んだ場合に記載	小児科外来診療料の除外項目に加える
提案の概要	①1-A:診療情報提供料(I)の紹介先の対象拡大。 ②6:小児科外来診療料の除外特例項目に加える。
【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	①すべての患者において、行政・保健・教育・福祉に関連する公共機関等に対し、診療情報を提供した場合、保険診療の適応にならない。 ②診療情報提供料(I)は、小児科外来診療料に含まれる。
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)	①診療情報提供料(I)紹介先の対象に、行政・保健・教育・福祉に関連する公共機関等を加える。 ②診療情報提供料(I)を小児科外来診療料の除外特例項目に加える。
点数等の見直しの場合	見直し前 250点、0点(公共機関等に対して診療情報提供した場合、および小児科外来診療料算定の場合) 見直し後 250点(公共機関等に対して診療情報提供した場合、および小児科外来診療料算定の場合も含む)
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	①現行では、行政・保健・教育・福祉に関連する公共機関等に対して診療情報を提供しても保険診療の適応はなく、保険点数を算定することはできない。そのため保険医療機関によって対応にばらつきが生じ、患者にとって不可欠な情報が共有されないことがしばしば認められる。公共機関等を含めた地域での医療連携に必要な十分な対応ができず、患者への支援システムが機能しなくなる恐れが生ずる。患者側と診療側の相互不信の原因となりうる。一方、公共機関等側から情報を要求する場合も決して少なくない。従来より、心臓・腎臓等の疾患に対応して学校生活管理指導表(日本学校保健会)の提出は求められていたが、アレルギー疾患に対しても「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン(日本学校保健会)」、「食物アレルギー診療ガイドライン(日本小児アレルギー学会)」等において学校生活管理指導表に基づく学校等での取り組みを推奨している。現行の保険診療制度はそれに対処できる機能を有しているとは言い難い。感染症罹患時に公共機関等に提供する診療情報についても考慮されて然るべきである。 ②診療情報の提供は、通常の診療とは異なるカテゴリーに属し、基本診療料とは別個に算定されるべきと考ええる。殊に乳幼児の診療における診療情報提供は、緊急かつ綿密さを求められることが多い。診療情報提供料(I)を小児科外来診療料の除外特例項目に加える。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	対象患者数に変化はないが、実施回数は、従来算定対象外であった回数分増加する。
・年間対象患者数の変化	前の人(人) 不明 後の人(人) 不明(前の人と回数)
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 不明 後の回数(回) 不明(前の回数より増加)
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)	特になし。難易度は、従来と変化なし。
・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) 特になし 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等) 特になし その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) 特になし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	公共機関等との連携が円滑、迅速かつ綿密になり、診療情報内容での患者のリスクが軽減する。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特にないが、患者(あるいは患者の保護者)の同意が必要。
⑦予想される医療費への影響(年間)	プラス又はマイナス ?
(影響額算出の根拠を記載する。)	不明。ただし、公共機関等提出する診療情報提供数と小児科外来診療料算定の診療情報提供数の分が増加する。診療情報提供がなかった場合、または遅延により生ずる過剰医療費は減少する。同時に不十分な情報共有による公共機関等からの過剰な医療の要求、子どもへの過剰な生活制限などが回避され社会的・経済的メリットが期待できる(具体的な数値は不明)。
・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	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費
・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	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費

⑧関連して減点や区分 削除が可能と考え られる医療技術 番号 技術名	その他 ----- ----- 特になし
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	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児科学会 日本小児救急医学会

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	技術の担保さえとれていれば、安全性は向上する
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし
⑦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	プラス又はマイナス 金額(円) + 不明 ----- 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 初診時の点数の増点、適応年齢の拡大により医療費の増加は予測される。算定の施設基準の見直しにより医療費の減少が予測される。除外特例項目の増加による医療費の変化は、微々たるものと思われる。 ----- 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 上記の記述のうち、初診時の増点による増加分がキャンセルされる
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 技術名 A, B, D~N ----- 3歳以上6歳未満の初・再診療、小児科外来診療料除外特例項目以外の医療費
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	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児科学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	235201
申請技術名	退院調整加算
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A238
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" 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 checked="" 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）
「その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	被虐待児等不適切な養育環境にある小児が入院した際の多職種によるケース会議を評価するため、「退院困難な患者」に被虐待児等不適切な養育環境にある小児を追加する。
【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	被虐待児等不適切な養育環境にある小児が入院した際の多職種によるケース会議は診療報酬上何ら評価されていない。
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）	被虐待児等不適切な養育環境にある小児のケース会議においては、医師・看護師・ケースワーカー・保育士などの院内職種の他に、児童相談所・保健センターや保健所の保健師・民生委員・児童委員・教員・保育士・警察など多職種が一堂に会して、情報の共有・治療方針の決定・在宅での見守りなどが行われている。その開催と運営維持には多くの時間とエネルギーを必要としている。これら多職種の連携なしに被虐待児等不適切な養育環境にある小児への適正な養育環境や安全な生活環境の提供は不可能である。
点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	点数設定はない。 340点
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	厚労省 子ども虐待対応の手引き 「今後の障害児支援の在り方について（報告書）平成26年7月16日障害児支援の在り方に関する検討会」など
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数 前の人（人） 後の人（人） ・年間実施回数 前の回数（回） 後の回数（回） 変化等	平成26年度の厚労省統計では、年間7万人が児童相談所に通告されている。その1割程度には入院による医療的な介入がなされていると推測される。 0人 7000人 明確な統計資料はなく推計困難。 同上
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） ・施設基準 （技術の専門性等） ・学術等における位置づけ ・難易度（専門性等）	通常の小児科診療の一部である。経験は必要ではあるが、とくに専門性は必要としない。 既存のものと同様。 病院からは医師（小児科専門医程度の知識と経験が必要）・看護師・ケースワーカーの最低3職種の参加、院外からは児童相談所・地域の保健師・その他の職種の参加が必要。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	ケース会議そのものに危険性はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	厚労省等の虐待対応マニュアル類は多々存在するが、それをシステムとして補強する取り組みは何もないことが問題である。
⑦予想される医療費への影響（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	プラス又はマイナス 金額（円） ± 約2400万円 A238-1 14日以内 340点×7000人＝238万円 入院の長期化、虐待の再発による医療費の増加、虐待後遺症による人的社会資源の損失など、経済的損失は極めて大きい。
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	その他 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、添付文書とも不要）
⑩その他	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児看護学会、日本小児救急医学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	235202
申請技術名	在宅患者訪問看護・指導料
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分	C 在宅医療
診療報酬番号	C005
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 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	看護師の訪問先を保育園・幼稚園・学校等に拡大し、胃瘻・腸瘻・自己導尿、中心静脈栄養なども対象とする。
【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	対象患者：告示4 別表第7、第8に定められた患者 技術内容：C005 在宅患者訪問看護・指導料 留意事項：在宅で療養を行っている患者
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）	在宅医療を継続する小児の中には、気管切開のみ・胃瘻のみ・自己導尿のみ・中心静脈栄養のみなどの限定された医療ケアだけの子ども達も多く存在している（具体的な人数は不詳）。これらの子ども達は、医療的ケアさえ補助してもらえれば通常学級に通うことが可能であるが、現行の医療システムでは医療者が支えることができない。教職員に無理矢理医療的ケアの実施を行わせるのではなく、在宅医療の延長として学校（保育園や幼稚園）生活をとらえるべきである。
点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	C005-1 週3日まで 555点、週4日目以降 655点 同上
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	限定された医療的ケアが必要な子ども達の基本的な人権が保護される。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	参照すべき、明確な統計資料は本邦に存在しない。
・年間対象患者数の前（人） の变化 後の人数（人）	明確な統計資料は本邦にない。 同上
・年間実施回数 の前（回） の变化 後の回数（回）	明確な統計資料は本邦にない。 同上
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）	在宅への訪問看護では、通常実施されている標準的医療行為である。
・施設要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	通常の訪問看護ステーションで対応可能。
・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 （職種や人数、専門性を、項目毎に記載すること）	通常の訪問看護業務である。
・その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	訪問看護の業務は療養担当規則、診療報酬点数表等にて規定されている。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	技術的な問題点はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	小児の基本的な人権を守り、将来を支える人材を育成するための法的根拠が統一されていないことが問題である。
⑦予想される医療費への影響（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	+ 算定不能 1名の小児に月～金の5日間看護師による学校（保育園、幼稚園）への訪問を行う場合、 週3日まで：555点×3、週4日目以降：655点×2 従って、1人1週間あたり 555×3+655×2=2975点 通常学級に通学できないため、特別支援学校等の大規模な拡大が必要となる。 通常学級に通学するために家族が付き添うことによる就労困難にともなう社会的損失、生活保護費等の増加。
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	その他 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	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児看護学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	235203
申請技術名	同一建物居住者の算定要件の見直し
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分	C 在宅医療
診療報酬番号	C001, C002, C005-1-2, C012
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 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）
提案の概要	遺伝性疾患等の同胞例や家族例等で在宅療養を継続している場合に、同一建物居住者の逓減を撤廃する。
【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	対象患者：在宅療養指導管理料を算定する者 技術内容：C001 在宅患者訪問診療料、C002 在宅時医学総合管理料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料、C012 在宅患者共同診療料 留意事項：同一建物居住者は二人目より逓減
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）	遺伝性疾患等の同胞例や家族例等で、同胞や家族が同じような医療的ケアを実施している場合、それを診療する医療者には多くの負荷がかかっており、一律に同一建物居住者としてその診療報酬を逓減することは不合理である。このような場合には、逓減を行わずそれぞれに対して診療報酬を算定できるよう見直しが必要である。
点数等の見直しの場合	見直し前 C001では、患者が2名の場合1人目は833点、2人目は初・再診療と特掲診療料のみ 見直し後 C001では、患者が2名の場合2人とも833点。
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	遺伝性疾患等の同胞例や家族例等で、同胞や家族が同じような医療的ケアを実施している場合、一律に同一建物居住者としてその診療報酬を逓減すること自体に根拠がない。医療者は診療報酬が算定できないからという理由でこのような患者の診療を行わないということはない。在宅医療というシステムを守るためには必要な要望である。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	参照すべき、明確な統計資料は本邦に存在しない。
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	明確な統計資料は本邦にない。 同上 明確な統計資料は本邦にない。 同上
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）	通常の在宅医療である。
・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）	通常の在宅医療であり、特別の要件は必要としない。
・安全性	通常の在宅医療である。
・倫理性・社会的妥当性（問題点があれば記載）	療養担当規則、診療報酬点数表等にて規定されている。
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	技術的な問題点はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特になし。
⑦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	± 算定不能。 基礎となる統計資料が存在せず、算定不能。 ± 不変。
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 技術名 その他 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	特になし。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児科医会、日本小児看護学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	235204
申請技術名	静脈麻酔 3.十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)(専従の麻酔科医以外)
申請団体名	日本小児科学会
診療報酬区分	L 麻酔
診療報酬番号	001-2 3
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 checked="" 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	「L001-2 静脈麻酔 3.十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)」とは、「常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう」とされている。しかし、①麻酔科医に限定せずに一次心肺蘇生あるいは小児一次救命蘇生が行える医師が検査・処置・手術に一切携わらず当該麻酔を通して当該麻酔に伴うバイタルサインの監視・記録等に専念して実施した場合にも本区分を算定できるようにし、また、②点数の見直しも図る。

①現在の診療報酬上の取扱い		L001-2静脈麻酔 3(800点)は、長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置・手術を実施する場合に、 ・「呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で」 ・10分以上の静脈麻酔を ・「常勤の麻酔科医が専従で実施した場合」に算定できる。
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)		L001-2 3静脈麻酔は、上記のような「十分な準備」、「十分な監視下」で行うとされている。しかし、実際には、一次心肺蘇生あるいは小児一次救命蘇生が行える医師が検査・処置・手術に一切携わらず麻酔時間を通して麻酔に伴うバイタルサインの監視・記録等に専念して実施することが安全のために最も肝要である(アメリカ麻酔科学会による非麻酔科医の鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002;96:1004-17))。したがって、①この業務は「常勤の麻酔科医が専従で」という条件でなくても麻酔科以外の医師に可能であるので、麻酔時間を通して監視等に専念する医師を配置することにより、現場における安全性が大きく高まることが期待される。ただし、②そのような医師の配置のための評価が必要である。
見直し前		「L001-2 静脈麻酔 3.十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)」800点
見直し後		「L001-2 静脈麻酔 3.十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)(専従の麻酔科医以外の場合)」1500点。 十分な体制下で行われる長時間のもの(単純な場合)600点に、経験年数5年(レジデント)の1時間分の人件費9,260円を加えると1,526点となることを根拠として1,500点とした。 (追記:専従の麻酔科医の場合、現在は800点であるが均衡を欠いて低い点数と考えられる。当学会からはその点について具体的に要望しないので、現点数との比較では点数が逆転している)
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	アメリカ麻酔科学会・非麻酔科医の鎮静ガイドライン(Anesthesiology 2002; 96: 1004-17) 日本小児科学会・日本小児麻酔科学会・日本小児放射線学会・MRI検査時の鎮静に関する共同提言(日本小児科学会雑誌2006; 118: 2587-2602)
③普及性の変化	※下記のように推定した根拠	2014年度診療報酬改定を前にして行われた小児関連学会による調査では、「深鎮静」の年間件数は、MRI 3,600件、心臓カテーテル検査 6,000件、消化器内視鏡検査 750件、腎生検1,000件の合計11,350件であるが、このうち、提案した要件を満たすのは、約半数の5,700件と推定する。
年間対象患者数の変化	前の人数(人)	小児を対象とした場合 11,350人(全体)
	後の人数(人)	小児を対象とした場合 5,700人(医師配置等の新要件を満たす件数)
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	小児を対象とした場合 11,350人(全体)
	後の回数(回)	小児を対象とした場合 5,700人(医師配置等の新要件を満たす人数)
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)	上記のように、国内外でガイドラインが作成されており、安全を高めるためにすべきことは明らかになっている。医師としての研修を受けていれば、一次心肺蘇生あるいは小児一次救命蘇生が可能であるので、難易度は高くない。大切なことは、麻酔中を通して監視する体制を作り、絶えずそれを遵守することである。
施設基準	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
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	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) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	一次心肺蘇生あるいは小児一次救命蘇生が可能である医師が麻酔中を通して付き添うこと。 麻酔中のバイタルサインを監視し、記録すること。
⑤安全性	・副作用等のリスクの内容と頻度	これにより安全性が高められる。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)		問題なし。

⑦予想される医療費への影響(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	プラス又はマイナス 金額(円) + 180,000,000円 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費
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 技術名 その他 - 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	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本麻酔科学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	238201
申請技術名	C161注入ポンプの算定要件見直し
申請団体名	日本小児感染症学会
診療報酬区分	C 在宅医療
診療報酬番号	C161
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 保険取替の廃止 <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 checked="" 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)
「6 その他」を選んだ場合に記載	注入ポンプ加算の算定要件見直し
提案の概要	<p>pH 4 処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤においては、平成 26 年 4 月に在宅での自己注射が保険収載となった。本剤を在宅で自己投与する際には、投与速度の調節可能な注射器具(シリンジポンプ等)を用いての精密な投与が添付文書より求められている。しかしながら、現行の注入ポンプ加算は在宅自己注射が対象となっておらず保険算定ができていない問題がある。そこで以下について提案する。</p> <p>提案①:注入ポンプ加算の見直し C 161 注入ポンプ加算に在宅自己注射指導管理料 1 以外を算定する入院中以外の患者においてシリンジポンプを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算できるように提案する。</p> <p>提案②:算定回数の拡大 ①の算定においては、3 月に 3 回に限り算定できるように提案する。</p>

【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	<p>注入ポンプ加算 1,250 点</p> <p>注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。</p> <p>「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法又は悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。</p>								
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)	<p>提案①:注入ポンプ加算の見直し</p> <p>pH 4 処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤の添付文書には、「通常、投与速度の調節可能な注射器具(シリンジポンプ等)を用いて投与すること」とされている。また「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「部位あたりの投与量は、初回投与では 15 mL 以下とし、以降の投与では患者の状態に応じて最大 25 mL まで増量することができる。投与速度は、初回投与では部位あたり 25 mL /時間以下とし、患者の状態に応じて最大 35 mL /時間まで徐々に増加することができる。ただし、全ての投与部位をあわせて 50 mL /時間を超えないこと」と規定され、シリンジポンプによる精密な投与が求められている。しかしながら、本剤が対象注射薬と規定されている別表第 9 の在宅自己注射指導管理料は、C161 注入ポンプ加算の対象になっておらず保険算定ができていない。このことにより、本剤を対象とする患者が診療報酬点数の面より本剤の導入を見送らざるを得ない例がある。よって本剤を在宅で自己注射をする際に、投与速度の調節可能な注射器具(シリンジポンプ等)の使用を念頭においた注入ポンプ加算の見直しを提案する。</p> <p>提案②:算定回数の拡大 本剤の国内第 III 相臨床試験では、最長 3 ヶ月間にわたるシリンジポンプを用いた在宅自己注射の際にも有効性、安全性が確認されている。この結果は、患者の通院負担の軽減に大きく寄与するものであることを示唆している。また受診期間の延長によって診療報酬上の減額も考えられる。よって、注入ポンプ加算の見直しとともに算定回数の拡大も合わせて提案する。</p>								
点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	<p>1,250</p> <p>1,250</p>								
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	<p>対象となる pH 4 処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)「ハイゼントラ 20 %皮下注」の導入に際し実施された、多施設共同前方視的単一群非盲検第 III 相試験において、本剤は日本人 PID 患者において有効であり、忍容性が良好なことが確認されている。加えて、静注用グロブリン製剤と比較し、有意に患者の生活の質を向上し、生産性の損失、通院のために学校や会社を治療のために学校や会社を休む必要性を軽減することで医療経済的利益をもたらすことが示されている。(J Clin Immunol 2014 Kanegane, et al. Clinical Therapeutics 2014 Igarashi, et al)</p>								
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	<p>原発性免疫不全症候群 (PID)に関する研究班による全国調査の結果から、PID の患者総数は 2,300 - 3,500 人とされており、このうち抗体産生不全及び複合型免疫不全症に該当しグロブリンの定期補充患者は約 800 名と推定される。諸外国での現状等から、本邦での皮下注製剤の使用患者数はピークで 200 名と予測しており、加算項目の見直しにより現状確認されている約 100 名から最大 200 名まで増加すると考える。</p>								
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の人数(人)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>後の人数(人)</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>12</td> </tr> </table>	前の人数(人)	100	後の人数(人)	200	前の回数(回)	0	後の回数(回)	12
前の人数(人)	100								
後の人数(人)	200								
前の回数(回)	0								
後の回数(回)	12								
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)	<p>特になし</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>特になし</p>								
・施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等) ・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) ・その他 (遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件)	<p>特になし</p>								

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特になし
⑦予想される医療費への影響(年間)	<p>プラス又はマイナス 金額(円) 27,784,000</p> <p>現在、静脈注射でグロブリンを毎月通院し補充している原発性免疫不全症候群患者(100名程度)が在宅自己投与に移行することで受診期間が減り、静脈注射の手技料、外来診療料、難病外来指導管理料などの請求額は減額できる。</p> <p>増額: 注入ポンプ加算 1,250点×200人×12回=3,000万(見直し後の年間対象患者数200名で算出) 在宅自己注射指導管理料(見直し後に移行する年間対象患者数100名で算出) 前提① 毎月通院(190点×12回+500点×3回)×100人=378万 前提② 3カ月ごとの通院(190点×4回+500点×3回)×100人=226万</p> <p>減額: (静脈内注射30点+難病外来指導料270点+外来診療料73点)×100人×12回=447万6千円</p> <p>影響額: 前提①の場合:2,930万4千円 前提②の場合:2,778万4千円</p> <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 診療報酬点数の差額分を医療機関が負担することになる。</p>
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<p>その他 特になし 特になし</p>
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	特になし
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

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	238202
申請技術名	ヒトメタニューモウイルス抗原定性
申請団体名	日本小児感染症学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	012-27
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)
「6 その他」を選んだ場合に記載	算定要件の見直し
提案の概要	<p>現行では『本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。』と通知されているが、当該感染症の特性から、『本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、肺炎をはじめとする下気道感染症の重症化が疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。』に変更する。</p>

【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	ヒトメタニューモウイルス抗原定性は平成26年1月1日に保険適用となった検査であるが、『当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する』となっており、当該検査前に画像診断が必須であり、又対象となる患者の疾患は肺炎に限定されている。
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)	ヒトメタニューモウイルス感染症の特性は、惹起される疾患が上気道炎から肺炎まで多岐にわたっており、重症例では細菌性感染症と症状が類似していることから、抗菌薬の処方につながりやすいことにある。現在、画像診断により肺炎が疑われる患者に測定が限定されているが、本検査の目的は、画像診断を必要とすることなく、乳幼児の下気道感染症の病原微生物を特定し、治療方針の決定に活用することであり、気管支炎、肺炎等の重症化を疑う患者に適用することで不適切な抗菌薬の使用を避けることができ、医療費削減にもつながると考える。以上より、測定対象を『画像診断により肺炎が強く疑われる患者』から『肺炎をはじめとする下気道感染症の重症化が疑われる患者』に変更するのが妥当と考える。
点数等の見直しの 場合	見直し前 記載の必要なし 見直し後 記載の必要なし
再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	<p>1. 本検査及びリアルタイムPCR法によりhMPV陽性と判定された患者26名の臨床診断は、鼻咽頭炎16例(61.5%)、喉頭炎4例(15.4%)、気管支炎4例(15.4%)、肺炎2例(7.7%)であった。3)</p> <p>2. ヒトメタニューモウイルス感染の重症例では細菌の混合感染がなくても平均5日程度の発熱が認められる。しかし、胸部聴診所見にて呼吸時での笛音、吸気時での断続性のラ音を認め、呼吸困難を続発して細菌性の気管支炎、肺炎を疑われる症例も少なくない。その際には抗菌薬の処方につながりやすい。1)、2)</p> <p>1) 小児呼吸器感染症診療ガイドライン2011 2) 菊田 英明: 新しい検査法 迅速ヒトメタニューモウイルス診断キット —保険適用されたイムノクロマト法によるhMPV抗原定性—, モダンメディア 60巻5号 169~173, 2014 3) 板垣 勉他: ヒトメタニューモウイルス感染症の臨床経過とウイルス排出期間の検討, 日本小児科学会雑誌 115巻4号 782~787, 2011</p>
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	<p>(1) 再評価前の年間対象患者数: 25,800~67,600人 0歳及び1~4歳、5歳の呼吸器系の疾患における総患者数 4) (90,000+615,000+450,000/5=795,000人) × 呼吸器感染症におけるウイルス検出率 2) (65~85%) × 小児のウイルス性呼吸器感染症に占めるhMPVの割合 2) (5~10%) 4) 平成23年患者調査 上巻第62表 『呼吸器系の疾患』</p> <p>(2) 再評価後の年間対象患者数(人): 25,800~67,600人 再評価後も年間対象患者数に変化なし</p> <p>(3) 再評価前の年間実施数: 8,000回 4) 0歳及び1~4歳、5歳の肺炎の総患者数(1,000+6,000+5,000/5=8,000) 4) 4) 平成23年患者調査 上巻第62表 『呼吸器系の疾患』 肺炎</p> <p>(4) 再評価後の年間実施回数: 146,600人 0歳及び1~4歳、5歳の肺炎、急性気管支炎及び急性細気管支炎の総患者数(19,000+117,000+53,000/5=146,600人) 4) 4) 平成23年患者調査 上巻第62表 『呼吸器系の疾患』 肺炎、急性気管支炎及び急性細気管支炎</p>
・年間対象患者数の 変化	前の回数(人) 25,800~67,600 後の回数(人) 25,800~67,600
・年間実施回数 の変化	前の回数(回) 8,000 後の回数(回) 146,600
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)	hMPVは当該検査の保険適用により、その病像が明らかになってきており、学会学術集会においても、診断の重要性が示されるようになってきている。 本技術は免疫クロマト法による簡便な検査法であり、特段の技術を必要としない。
・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)	<p>施設の要件 (標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等)</p> <p>特記事項はなく、再評価後の見直しも不要</p>
・(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>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>特記事項はなく、再評価後の見直しも不要</p>
・その他 (遵守すべきガイド ライン等その他の要 件)	特記事項なし

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特記事項なし
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし
⑦予想される医療費への影響(年間)	プラス又はマイナス 金額(円)
(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	0.39億円 算定要件の見直し後: -0.15億円=(1)-(2) (1) 予想される当該技術に係る年間医療費: 2.2億円 =当該検査の診療報酬点数(150点)×10×予想される年間対象患者数(③評価後の年間実施回数: 146,600人)×予想される一人当たりの年間実施回数(1回) (2) 不適切な抗菌薬の使用の回避による減少される年間医療費: 2.35億円(1.3億~3.4億円) =0歳及び1~4歳、5歳の患者に用いられる抗生物質製剤の点数5) [(28,471,000+26,150,000/5)×12]×10×呼吸器感染症におけるウイルス検出率2) (65~85%)×小児のウイルス性呼吸器感染症に占めるhMPVの割合2) (5~10%) 5) 平成25年 社会医療診療行為別調査 第53表 薬剤点数, 診療行為区分、入院—入院外、薬効(中分類)、一般医療—後期医療・年齢階級別(総数)
増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費	算定要件の見直し前: 0.24億円=(1)+(2)
増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	(1) 当該技術に係る年間医療費: 0.12億円 =当該検査の診療報酬点数(150点)×10×年間対象患者数(③評価前の年間実施回数: 8,000人)×予想される一人当たりの年間実施回数(1回) (2) 画像診断に係わる年間医療費: 0.12億円 =写真診断及び撮影の診療報酬点数(145点)×10×年間対象患者数(③評価前の年間実施回数: 8,000人)×予想される一人当たりの年間実施回数(1回)
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 技術名 その他 該当する医療技術なし 該当する医療技術なし
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	特記事項なし
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

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	238203
申請技術名	プロカルシトニン
申請団体名	日本小児感染症学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D007-47
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 checked="" 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）
「その他」を選んだ場合に記載	1-Cなのでなし
提案の概要	当該、体外診断薬は現状、細菌感染を伴う敗血症疑いがある患者に対して検査実施されているが、感染の時期により、発症直後、抗菌薬の投与開始時、抗菌薬の効果判定時期、そして抗菌薬の中止判断時期というように、それぞれの段階、治療経過に応じて、患者の細菌感染の状況は変化しており、その生理反応の状況を正確に把握する意味で、プロカルシトニン検査を経時的に頻回測定することが求められる。
【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	「細菌性敗血症の鑑別診断およびその重症度判定」保険点数 プロカルシトニン（PCT）半定量 320点、プロカルシトニン（PCT）定量 310点。備考「D012」感染症免疫学的検査のエンドキシン定量検査（270点）を同時に実施した場合には主たるもののみを算定する。
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）	現在の、保険収載の項目では、鑑別診断と重症度判定についてのみ記載されている、特に経時測定、複数回測定に関する記載はない。しかしながら、これまでに、プロカルシトニンを用いた抗菌薬の効果判定、ならびに中止判断の指標になるという文献は多数発表されており、その結果、ICU/入院日数の短縮、不必要な抗菌薬投与量の減少に寄与したという文献が発表されている。すなわち、プロカルシトニンを抗菌薬投与の効果判定、中止判断指標として経時的に複数回測定することを許容することで、検査回数は増えると思われるが、それ以上の医療経済効果が期待出来ると言える。
点数等の見直しの 場合	見直し前 点数等の見直しは無し 見直し後 同上
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	プロカルシトニンを用いた敗血症の鑑別診断、および重症度判定により、抗菌薬の治療効果判定、更には抗菌薬の早期の中止判断の指標になるという、多施設大規模RCT試験が欧州で実施され、結果としてPCT群と対照群とで、市中肺炎患者で抗菌薬投与量の34.8%削減が可能に（Schuetz, JAMA, 2009）、またPCTアルゴリズムを用いた抗菌薬治療において平均投与日数を13.3日から10.3日に短縮出来た（Bouadma, Lancet 2010）という報告あり。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	また、国内臨床ガイドラインとしては、日本敗血症診療ガイドライン（2013、日本集中治療学会）、急性肺炎ガイドライン2015（日本胸部救急医学会）、発熱性好中球減少症（FN）診療ガイドライン（2012、日本臨床腫瘍学会）等に、プロカルシトニンの有用性に関する記載有り。
・年間対象患者数の 変化	前の人件数（人） 110万人/年（※試算の根拠：2014年度検査数総数、凡そ220万件/年、患者一人当たり2回検査測定として） 後の人件数（人） 150万人/年
・年間実施回数 の変化等	前の回数（回） 220万件/年（※2014年の試算） 後の回数（回） 375万件/年（※2018年度において、上記対象患者数150万人×患者一人当たり平均2.5回検査するとして試算）
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）	技術的には、既に一般検査法として周知されているために、成熟度は高いレベルで到達している。一方で、難易度としては、当該検査法の判断、補助診断としての認知度、理解度は診療科毎に格差がある現状であり、救命救急、集中治療の領域では多くの臨床医が導入、検査実施しているが、他の診療科、特に小児科、呼吸器内科、消化器化等における専門的知識の理解度、認知度はまだ十分とは言えない。
・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）	当該検査方法自体は、一般の生化学・免疫検査測定装置が必要と言えるが、市中の医療機関において相当する指定の検体検査測定装置の設置が普及していること、仮に院内に当該装置が存在しなくても、外部検査機関に委託擦る等して検査を実施することが可能となる。 特に、従来の臨床検査室（検査センター）等の要件から大きく変更することはないと推察される。理由としては、既に自動化、迅速処理対応がされているため。 一般の生化学・免疫検査に準じる
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	当該技術、製品は、体外診断薬であり、本検査を実施することで得られる診断情報を元に、医師が診断補助、指標として当該検査結果を評価することから、直接的な患者に対する副作用、リスクは存在しない。

⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特段、倫理的、社会的に影響、抵触する内容は無い
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) (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	+ 48億円(2018年に、375万件/年に検査数が増大したと想定した時の、現在薬価から試算した増額分) 増点ではなく、点数は維持。今回の措置が認められるとした場合の医療費増額分。 (375-220)×1,000,000テスト×3,100円(2015年現在のプロカルシトニン定量、保険収載点数)=48億円 現状の保険収載価格は変更無しであるが、当該技術を抗菌薬の適正使用の判断指標とすることで、敗血症(重症細菌感染症)の抗菌薬治療の不必要な投与量の削減が見込まれ、またICU滞在日数の軽減にも寄与すると推測される。この場合、仮に欧州での先行研究に倣い、敗血症の患者への抗菌薬市場が全体の3,800億円の仮にその約1割が敗血症で処方される抗菌薬として約40億円、そのうちプロカルシトニン検査を実施、経時測定することで適正使用、或いは不必要な投与量を削減できる効果を1割として約40億円。すなわち、今回の医療技術再評価により、複数回測定が認められたとして増加すると見込まれる48億円に対して、ほぼ同額の40億円程度は、適正使用推進の効果として期待される。
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 技術名	F 投薬 特に、個別の項目ではないが、抗微生物抗菌薬全般 同上
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	今回の、日本小児感染症学会からの、医療技術再評価提案要望の趣旨としては、当該体外診断薬の適応、および保険償還価格を変更することなく、特に使用回数に関して複数回測定の臨床的有用性の観点から、回数制限での査定評価をされないように、使用回数に関しての緩和方向の了承を得たいという趣旨、要望であります。上述のように、プロカルシトニンの複数回に渡る経時測定により、患者の感染状態、治療効果の判定、抗菌薬中止判断などの指標になりうるものが、ひいては抗菌薬の適正使用、抗菌薬投与量の削減効果、IC等の院内滞在日数の削減、短縮に繋がることが期待されるものであります。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本呼吸器学会(理事長名での要望書として、同様の当該医療技術に関する見直し、要望が提出されている)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	240201
申請技術名	緩和ケア診療加算の小児入院管理料の包括からの除外
申請団体名	日本小児血液・がん学会
診療報酬区分	B 医学管理等
診療報酬番号	A-226
再評価区分(複数選択可)	<input checked="" 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 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	該当せず
提案の概要	小児入院医療管理料を算定する病棟において緩和ケア診療加算及び小児加算が別途算定できるよう要件を見直すこと

【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(400点)及び15歳未満の小児の場合さらに小児加算(100点)が加算されることになっている。一方、小児入院医療管理料を算定している場合、緩和ケア診療にかかる費用は「診療にかかる費用」に含まれており、別途算定することができない。
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)	緩和ケア診療加算とその小児加算を小児入院診療管理料に含まれる「診療にかかる費用」から除外すること。
点数等の見直しの 場合	見直し前 0 見直し後 緩和ケア診療加算(400点)、15歳未満の小児の場合さらに小児加算(100点)
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	緩和ケアチームによる診療提供は小児の入院管理において一般的な診療の範疇のものではなく、専従・専任の人員配置による専門的な技術を提供するものであるため、適切な緩和ケアが提供されるためには、他の病棟と同じく、緩和ケア診療加算及び小児加算を算定できることが望ましい。 小児がん患者に対し緩和ケアチームによる診療が行われる病棟は、多くが小児病棟であり、小児がん拠点病院を始めとして、ほぼすべての病院で小児入院医療管理料の対象であり、緩和ケア診療加算は小児入院医療管理加算の除外規定となっていないため、緩和ケア診療加算の算定が不可能であるだけでなく、小児加算が用いられることもなきに等しい。この状況が成人も含む診療を行う病院において、小児に対する緩和ケアチームをおき、緩和ケアを導入することを困難にしており、状況の改善が必要である。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	算定が妥当であるにもかかわらず包括とされているため、現在は算定できている病院がほとんどない。小児がん拠点病院規模の常時20人程度の小児がん患者が入院している病院が約15、これよりも小規模で平均的に5-10人程度の入院診療を行う病院が約50、このうち80%程度が15歳未満として、年間のべ診療日数は約20万診療日と推計、このうち緩和ケアチームによる医療をうける患者割合を約10%と見込んだ。
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 算定されている患者数はほぼ0人 後の回数(回) 54人/日 前の回数(回) 算定はほぼ0回 後の回数(回) 約20000回
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)	専門的緩和ケアの提供は専門的な技術を持った緩和ケアチームによって提供されることが望ましい
・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 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 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) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件) 既存の緩和ケア診療加算と同じ 既存の緩和ケア診療加算と同じ なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	わが国においてはすでに小児への緩和ケアの提供は緩和ケア診療加算及び小児加算として承認されており、安全性について改めて論じる必要性はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	小児入院診療加算を算定している病棟においても緩和ケアが積極的に提供されるべきことは他の病棟と同じく、倫理的、医学的に妥当である。
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) 約1億円
(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	小児がん拠点病院規模の常時20人程度の小児がん患者が入院している病院が約15、これよりも小規模で小児入院管理料を算定する病棟に平均的に5-10人程度の入院診療を行う病院が約50として、全体の80%が15歳未満患者とした場合、年間のべ診療日数は約20万診療日と推計される。このうち緩和ケアチームによる医療をうける患者割合を10%と見込み、約2万診療日、これらに1日あたり500点とすると、全国で、年間最大で約1000万点、1億円程度の増額となる。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 なし
⑧関連して減点や区分別除が可能と考えられる医療技術	技術名 なし 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	特記事項なし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本緩和医療学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	242201
申請技術名	ボツリヌス毒素使用による神経ブロック
申請団体名	日本小児神経学会
診療報酬区分	L 麻酔
診療報酬番号	100
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 checked="" 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 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	小児脳性まひに対するボツリヌス毒素使用による神経ブロック治療は、著しい効果が認められる。その結果、全身管理、リハビリテーション、外科的治療を軽減でき、医療費も削減できるにもかかわらず普及が十分でない。その理由は、小児への施注が時間的、人間的に大変で時間がかかるにもかかわらず、費用が見合わない点が必要の要因の一つと考えられる。そのため診療報酬の引き上げにより、本治療が普及し、その結果医療費が削減できる
【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	現在でも小児脳性まひに対する本治療は認められている。具体的には、痙性斜頸、上肢痙縮または下肢痙縮の治療で行われる。400点とされている。なお複数箇所に行った場合は、主たるもののみ算定するとされる。
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)	成人と同じ手技で施行されるが低年齢児あるいは知的障害を伴う学童の治療では、治療に非協力的であるため、安全を確保するのに約3、5名の医師・看護師を必要とします。小児脳性麻痺では罹患部位が広範囲なために、特に中等症～重症の場合には、痙性斜頸、上肢痙縮、下肢痙縮の2つ以上の適応症を同時に治療する必要がある場合が約80%にみられます。また、成人脳卒中による痙縮がほとんど片側性であるのに対して、脳性麻痺では両側性であることが多く、施注箇所が成人脳卒中の場合の約2倍に達することがしばしばみられます。したがって、治療を完了するまでに約40分を要します。以上の理由から、小児脳性麻痺の患児へ適切にボツリヌス毒素使用による神経ブロックを提供する必要がある。
点数等の見直しの 場合	見直し前 400点 見直し後 1) 複数の適応症を同時に治療した場合には、400×適応症(数)の点数で請求できる。 2) 15歳以下での加算点数(200点)を請求できる400点×適応症+200点=子どもに変化するが、1,000点程度と考える
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	ボツリヌス毒素使用による神経ブロックは、小児脳性麻痺に対して、「小児脳性麻痺の下肢痙縮に伴う尖足」のみならず、「痙性斜頸、上肢痙縮、下肢痙縮」の適応においても、高い有用性を示しています。すなわち、立位歩行機能の改善による車椅子移動からの脱却、上肢機能の改善による日常生活動作の自立性の獲得、あるいは重症心身障害児におけるそり返り姿勢や四肢屈曲変形の消失による介護負担の軽減(図3)などによって、障害予後を著しく改善させ、長期的な医療・障害福祉予算の節減に寄与しています。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	診療報酬が上がることにより、施行施設が増え、ボツリヌス毒素治療による改善が考えられると思われる子ども全体に普及すると考える
・年間対象患者数の 変化	前の人数(人) 300人 後の人数(人) 1,000人
・年間実施回数 の変化等	前の回数(回) 1,200回 後の回数(回) 4,000回
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)	現在でも講習を受けたものが施行することになっており、今後も講習を受けたもののみが施行する。
・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) 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) 医師は講習を受け、施行する資格を持つ。成人患者では、医師・看護師1名ずつで治療する場合と比較し、小児脳性麻痺の患者に対しては、少なくとも約40分間の看護師1、5名分の人件費(時給2,000円として、2,000円と算出)が追加して必要とされます。
・その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	すでに使用されており、新たなリスクはない
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	-

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)	10,000,000円
(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 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	施行により、22,800,000円の医療費が増加する考えられる。 薬物療法、リハビリテーション、外科的治療行われると考えられ、50,000,000円程度と推測する。
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 技術名	H_リハビリテーション 007 障害児(者)リハビリテーション
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		なし

概要版：小児脳性まひに対するボツリヌス毒素使用による神経ブロック

本治療は、図2、図3のように著しい効果が認められる。その結果医療費も削減できると思われられるにもかかわらず普及が十分でない。その理由は、図5のように小児への施注が大変で時間がかかるが、費用が見合わない点が必要のない点と考えられる。

図5 小児脳性麻痺における四肢の主な施注部位； 上段：中段は上肢、下段は下肢

通常の施注回数；

- 1) 軽症の上肢痙縮では両上肢へ4～6か所
- 2) 中等度・重症の上肢痙縮では両上肢へ10～20か所
- 3) 尖足の治療では両下腿へ8～12か所
- 4) 両下肢痙縮では両下肢へ16～24か所

図2 小児脳性麻痺児への上肢治療の効果（上段は治療前、下段は治療後）；
左端：右手の外指への回旋が容易になり、茶袋をもちつことが可能になった
中央：手首の屈曲と肩関節の屈曲が消失し、持つ・つまむが可能になった
右端：肘の屈曲と手指の握力が消失し、持つ・つまむが可能になった

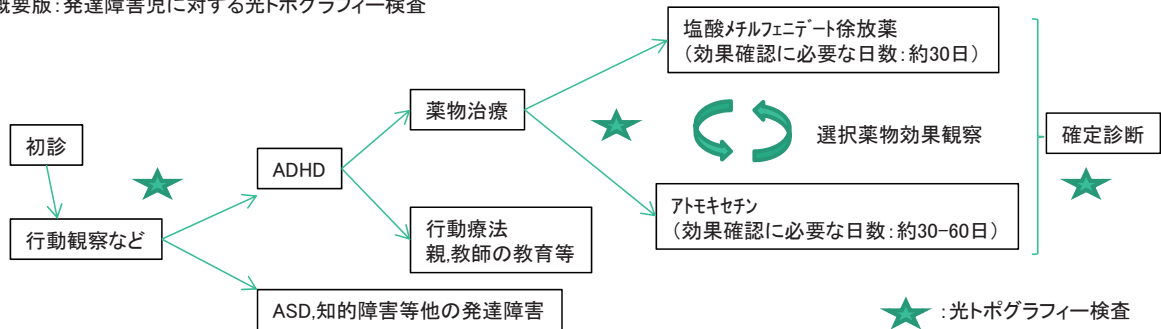


図3 重症心身障害児への治療の効果（上段は治療前、下段は治療後）；
左端：頸部の屈曲が消失し、座位可能になった
左中央：頸部の後屈と肘のそり肘が消失し、上向きで寝ることができた
右中央：頸部の肘の屈曲が消失し、上向きで寝替えが容易になった
右端：ハサミを握り直し、オムツ替えが容易になった



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	242202
申請技術名	光トポグラフィー検査
申請団体名	日本小児神経学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	236-2 光トポグラフィー
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「6 その他」を選択した場合に記載	
提案の概要	光トポグラフィー検査は、うつ病等の診断に用いられる。さらに研究が進み発達障害の評価に用いられ、その成果が見られている
【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	光トポグラフィー検査の適用拡大 ・注意欠如多動性障害の治療観察検査 大脳皮質の血液中の酸素化及び還元ヘモグロビン量の変化を多点で計測することで、脳の代謝及び循環状態を波形もしくは画像で診断情報を提供する。
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）	現在ADHDの薬物治療では、メチルフェネターとアトモキセチンが主に使われているが、薬物の効果を判断することは極めて難しく、様子を見ながら判断・選択しているのが現状である。本技術によりADHDの疑いがある患者の服薬による前頭部や頭頂部の血流の変化から、薬物の効果を観察することが可能となり、薬物選択における治療経過の時間が短縮され、投薬量の削減と通院回数低減の効果より医療費の削減に寄与できる。
点数等の見直しの 場合	見直し前 670点 見直し後 670点
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	Nagashima M, Monden Y*, Yamagata T, et al., Acute neuropharmacological effects of atomoxetine on inhibitory control in ADHD children: an fNIRS study; NeuroImage: Clinical, 6:192-201, 2014 のように薬物使用効果の判定に用いることができる報告がある
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	国内の発達障害が疑われる患者数は15万人以上と推定される。 行動観察後で注意欠陥多動性障害が疑われる患者に対して服薬前・後およびその後の薬物効果を評価に一度検査を実施する。
・年間対象患者数の 変化	前の人数(人) 70,000 後の人数(人) 70,000
・年間実施回数 の変化等	前の回数(回) 0 後の回数(回) 3
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）	小児神経もしくは精神神経を専門とし、光トポグラフィー検査の経験を積んだ医師又は医師の指導のもとであれば実施できる。
・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） 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） 検査室で施行 その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	使用装置についてはすでに薬事承認がなされ、てんかん焦点位置同定や抑うつ症状の鑑別診断補助について保険収載されて臨床的に用いられてきており、安全性について問題はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	倫理的な問題はない。
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 増: 70,000人 × 670点 × 10円 × 3回 = 約1億2千万/年 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 0
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 技術名 I 精神科専門療法 004 心身医学療法
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	なし

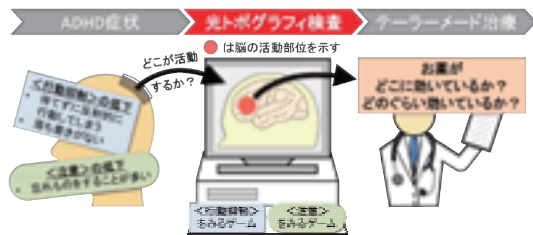
概要版：発達障害児に対する光トポグラフィー検査



- 薬物が現在2種類存在するが、個々の患者に対してどちらを選択すべきかの判断材料がない。経験則で判断し、様子を見ながら調整している。従って、治療方針を決定するまでに時間がかかる。(3~6か月)
- 薬物治療に対し、効果と副作用を説明するも効果に対して理解されにくい。
- 薬物の離脱率(20~84.8%) (1か月以内:33%、3か月以内:75%)が高く、寛解までに時間がかかる。継続服薬患者の平均通院数:データを持っていません。保健上認められている処方方法は下記です
塩酸メチルフェニデート徐放薬 1回/月,アトモキセチン 1回/1-3か月
離脱する理由:効果なし,効果が実感できない,病態の理解が困難であり,内服継続に漠然とした時に根拠に乏しい迷いが生じる,副作用等。

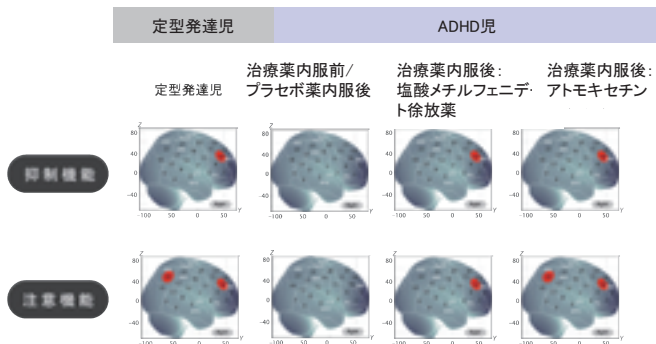
	塩酸メチルフェニデート徐放薬 (OROS-methylphenidate / Concerta, ヤンセンファーマ)	アトモキセチン (atomoxetine /Strattera, イーライリリー)
服薬患者数	2014年 46150人/月	32,042名 (日本調剤処方箋データ2014年11月)
薬価と投与量	27mg:374.3円 服薬量:1回/日	25mg:409.5円 服薬量:1.2~1.9mg・kg×2回/日
効果	効果	70% (不応例 30% アトモキセチンの不応例と異なる)
	効果確認可能時期	服薬後30日後くらい
副作用課題	(薬剤添付文書を確認してください) 主な副作用:食欲低下、睡眠障害(不眠)、チック、吐き気、頭痛等	(薬剤添付文書参照を確認してください) 主な副作用:食欲低下、睡眠障害(眠気)、吐き気、頭痛等

光トポグラフィー装置を用いた注意欠陥多動性障害 (ADHD) の薬物効果臨床応用内容について



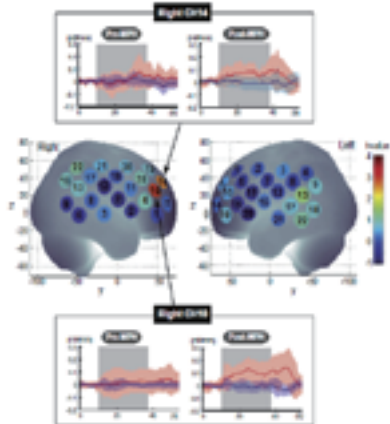
- ・短時間の計測(6分以内) ・低い計測離脱率(5%未満)

解析プロトコル プラセボ対照二重盲検比較試験



新聞掲載

2014年9-10月:
日本経済新聞 38面「社会面」
日刊工業新聞 27面「科学技術・大学」
下野新聞 3面「社会面」



Nagashima M, Monden Y, Yamagata T, et al., Neurophotonics, 1(2):1-15, 2014
Nagashima M, Monden Y, Yamagata T, et al., NeuroImage Clinical, 6:192-201, 2014
Nagashima M, Monden Y, Yamagata T, et al., Neurophotonics, 1(1):1-15, 2014
Monden Y, Nagashima M, Dan I, Yamagata T, et al., NeuroImage Clinical, 1:131-40, 2012
Monden Y, Nagashima M, Dan I, Yamagata T, et al., Clinical neurophysiology, 123:1147-57, 2012

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	244201
申請技術名	A302 新生児特定集中治療室管理料
申請団体名	日本小児循環器学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A302 新生児特定集中治療室管理料
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）
「その他」を選んだ場合に記載	-
提案の概要	NICUで管理する新生児で加算が延長される疾患（告示3別表第14）に先天性心疾患を新に加えることを提案する
【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	先天性心疾患で、以下のいずれかの治療を、日齢30日以内に施行した場合。 ①心臓外科手術、②心臓カテーテル治療、③人工呼吸管理、④ガス吸入療法、⑤プロスタグランジンE1点滴静注。 ①②は期間中に実施、③④⑤は期間中に開始した症例で、③は主に先天性心疾患のために行った例。
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） 点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	NICUに入室する外科疾患では先天性心疾患が多く、人工呼吸管理、ガス吸入療法、プロスタグランジンE1点滴静注などを施行することが多く、また術後ICU管理で、循環が落ち着いた後にNICUに戻ることもあり、結果的にNICU入室日数が多くなる。 なし 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	日本小児総合施設協議会に加盟する小児ベッド数100床以上を有する病院とした。これには国内の全ての小児病院が含まれている。この結果、NICUに入院した1500以上の先天性心疾患の対象患者は242名で、その内、22日以上NICUにいた患者は96名であった。約40%の患者では、NICU加算がとれないまま、NICUでの診療を行っているということになる。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	2014年7月1日～12月31日入院して、①に記載した条件の患者実態調査を日本小児総合施設協議会加盟病院にアンケート調査を行った。その結果をもとにしている。 前の入数（人） 10人 後の入数（人） 約67名 前の回数（回） なし 後の回数（回） なし
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）	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） 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） なし その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	なし
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	なし
⑦予想される医療費への影響（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	プラス又はマイナス 金額（円） 約2億から2.5億円 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 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 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 技術名 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	日本未熟児新生児学会（楠田聡）、日本周産期未熟児学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	244202
申請技術名	心臓カテーテル検査技術料
申請団体名	日本小児循環器学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D206
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 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）
提案の概要	小児入院医療管理料（A307）で管理している小児医療施設において、15才以下の小児における心臓カテーテル検査技術料（加算を含む）と医療材料費の算定の認定。
【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	小児の心臓カテーテル検査は、新生児から学童までの複雑な先天性心疾患を主な対象とし、多くのスタッフを要し技術的にも困難な例が多い。使用するカテーテルも、小児に適したものを使用するため多種類が必要である。「A307小児入院管理料」で算定すると、心臓カテーテル検査に関連する技術料、材料費、薬剤費が保険申請できず、経営上の問題が大きい。
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）	2014年12月の1か月間における小児循環器学会加盟30施設での実態調査によると、小児の心カテ検査は349例に行われ、平均で心カテ関連技術料9,226点、材料費6,165点、薬剤費1,226点であった。「A307小児入院管理料」で算定すると、計16,616点が保険申請できず持ち出しとなる。このため心カテ関連技術料の点数の見直しを希望する。
点数等の見直しの場合	見直し前 0点 見直し後 9,000点
再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	(1)先天性心疾患の診断、病態把握、治療選択のための検査法の選択ガイドライン：班長：濱岡建城 掲載：Circulation Journal Vol.73 SupplementⅢ、(2)川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン(2008年改訂版)班長：小川 俊一Circulation Journal Vol74.No.9
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	心臓カテーテル検査の深鎖静に関する全国調査(日小誌2014;30:280-7)によれば、心臓カテーテル検査・治療は年間約10,000件で、検査のみが70%を占める。
・年間対象患者数の変化	前の人(人) 7,000 後の人(人) 7,000
・年間実施回数の変化等	前の回数(回) 7,000 後の回数(回) 7,000
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）	小児の心臓カテーテル検査は、日本小児循環器学会が定める専門医研修施設での必修検査であり、その実施にあたっては日本循環器学会内のガイドラインに準じる。
・施設基準 （技術の専門性等）	日本小児循環器学会専門医研修施設および専門医関連研修施設
・施設要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	日本小児循環器学会専門医が常駐し、小児の心臓カテーテルが安全に行える施設設備が整っていること
・その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	(1)先天性心疾患の診断、病態把握、治療選択のための検査法の選択ガイドライン：班長：濱岡建城 掲載：Circulation Journal Vol.73 SupplementⅢ、(2)川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン(2008年改訂版)班長：小川 俊一Circulation Journal Vol74.No.9
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） （影響額算出の根拠を記載する。）	プラス又はマイナス 金額(円) 90,000,000
・予想される当該技術に係る医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費
・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	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費
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 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	該当なし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本循環器学会、日本Pediatric Interventional Cardiology学会、日本小児科学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	244203
申請技術名	胎児心エコー検査
申請団体名	日本小児循環器学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	215-3
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 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 checked="" 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	<p>胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、小児循環器科、小児科または産婦人科の経験を5年以上有する専門医師（胎児心エコー法を20症例以上経験しているものに限る。）が診断を行う場合に算定する。診断確定後も経過観察や分娩時期の決定等に必要の場合月1回までの胎児心エコー法を行う場合も算定できる。この場合、初回を除く胎児心エコー法については900点とする。</p> <p>その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。</p>
【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	胎児心疾患が疑われる胎児に対して、母体の経腹壁的に超音波により胎児心疾患を診断する技術。胎児心エコーに習熟した循環器内科、小児科、産科医師の経験を「5年以上有する医師（胎児心エコー症例を20例以上経験しているものに限る。）が施設基準を満たした施設で、診断確定のために行った場合に1000点を算定できる
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）	<p>（1）施行医：現在の「胎児心エコーに習熟した循環器内科、小児科、産科医師の経験を5年以上有する医師（胎児心エコー症例を20例以上経験しているものに限る）」から小児循環器科、小児科または産婦人科の経験を5年以上有する専門医師（胎児心エコー法を20症例以上経験しているものに限る。）に変更する。現実循環器内科医師が退治心エコー検査を実施していないため。（2）診断確定した場合に1000点を算定する→診断確定後も経過観察や分娩時期の決定等に必要の場合月1回までの胎児心エコー法を行う場合も算定できる。この場合、初回を除く胎児心エコー法については900点とする。</p>
点数等の見直しの場合	<p>見直し前 診断確定した場合に 1000点を算定する。</p> <p>見直し後 診断確定後も経過観察や分娩時期の決定等に必要の場合月1回までの胎児心エコー法を行う場合も算定できる。この場合、初回を除く胎児心エコー法については900点とする。</p>
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	日本胎児心臓病学会から出されている「胎児心エコー検査ガイドライン」（日本小児循環器学会雑誌2006:22:591-613）
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	日本胎児心臓病学会での全国の胎児心エコー検査（登録された）検査数は2009年1428例であったが、2010年1943例、2011年2198例、2012年2412例と増加している。日本胎児心臓病学会に登録されている症例は申請施設の約1/4程度と推定されているため年間の症例数は約8000例程度と推定される。
・年間対象患者数の前の人（人） の変化 の後の人（人） ・年間実施回数の前（回） 変化等の後の回数（回）	<p>約6000例 約8000例～9000例 特になし 特になし</p>
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）	学会においては、診断のための画像設定および診断においては、通常の胎児エコーに比べ先天性心疾患の基本的知識と治療の選択についての専門知識が必要で、周産期の治療方針までカウンセリングを含めて説明できるためには高度の専門性が必要である。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と を、項目毎に記載 すること）	<p>施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 厚生労働大臣が定める施設基準とは、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第63号）に定められている施設基準である。（第22の3を一部変更）</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） （1）小児科、産婦人科、小児循環器科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している専門医が配置されていること。（2）当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら小児循環器科または小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。</p> <p>その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。胎児心エコー検査ガイドライン（日本小児循環器学会雑誌2006:22:591-613）</p>
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	検査自体の副作用はない
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特になし

⑦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	プラス又はマイナス 金額(円) 増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費	年間複数回施行幼少例数(約2000)分 -200000点 なし 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 技術名	その他 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		なし

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	244204
申請技術名	経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)
申請団体名	日本小児循環器学会
診療報酬区分	K 手術
診療報酬番号	K573
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 checked="" 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)
提案の概要	<p>「6」その他を選択した場合に記載</p> <p>小児の心臓手術・カテーテル治療では新生児加算が認められているが本手技は認められていない。新生児は乳児期以降に比較して、治療に対する全身管理、看護等の労力が必要である(別紙参照)ことから他のカテーテル治療に準じ加算を要望する。</p>

【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	完全大血管転位症、三尖弁閉鎖症、心室中隔欠損を伴わない肺動脈弁閉鎖症、左心系低形成等 経皮的にバルーンカテーテルを左房から右房へ引き抜くことで心房中隔を裂開する。 点数11,660点
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)	小児の心臓手術およびカテーテル治療では新生児加算が認められているが本手技は新生児加算は認められていない。新生児は乳児期以降に比較して、治療に対する全身管理、看護等の労力が必要である(別紙参照)ことから他のカテーテル治療に準じ加算を要望する。
点数等の見直しの 場合	見直し前 点数11,660点 見直し後 未熟児46,640点 新生児34,980点
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	未熟児、新生児、乳児(3歳未満)では、手技の難易度、全身管理・看護の労力などの違いから加算が認められている。日本小児循環器学会・日本Pediatric Interventional Cardiology 学会による先天性および小児期発症心疾患に対するカテーテル治療の適応ガイドラインによると クラスI 1. 心房間交通が狭小化し、ほかに十分な動静脈血の混合部位を持たない大血管転位(レベルC) 2. 肺静脈血の還流が心房間交通に依存している左心系の閉塞性疾患(レベルC) クラスIIa' 1. 心房間交通が狭小化した右心系が低形成の先天性心疾患(レベルC)
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	すでに普及している手技であり、加算が認められても普及性に変化がないものと推測される。
・年間対象患者数(前の人(人))	100
・年間実施回数(前(回))	150
・変化(後の人(人))	100
・変化(後の回(回))	150
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)	手技としては基本的手技であり、すでに経験のある医師が行う。
・施設基準 (技術の専門性等)	先天性心疾患に対するカテーテル治療の経験豊富な小児循環器専門医と小児心臓外科医がおり、緊急手術に対応できる施設。二方向の血管造影装置など心臓カテーテル用の設備と心エコー装置がある、十分に整った検査室を有する。
・施設を踏まえ、必要と 考えられる要件 (職種や人数、専門 性や経験年数等)	経胸壁心エコー、先天性心疾患に対するカテーテル治療などに関して十分な経験を有する常勤の小児循環器専門医が勤務、常勤の小児心臓外科医が勤務
・項目毎に記載 すること	日本小児循環器学会 先天性および小児期発症心疾患に対するカテーテル治療の適応ガイドライン
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	2004年からの2008年の間に行われた803例中重篤な不整脈2例、弁逆流1例、血管損傷1例、心タンポナーゼ3例
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし
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) 11,660,000
(影響額算出の根拠を記載する。)	年間150回施行したとして、未熟児に施行することは稀なので、計算から除外し150例のうち2/3が新生児と推定されることから新生児加算分(乳児加算-新生児加算)×100例として年間医療費は11660,000円増加すると算定される。
・予想される当該技術に係る医療費	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費
・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	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費
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 技術名 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	日本Pediatric Interventional Cardiology学会(理事長 昭和大学横浜市北部病院 富田 英)、日本小児循環器学会(理事長 長野県立こども病院 安河内 聡)

【技術の概要】

・経皮的に左房までラシユキンド・バルーンカテーテルを挿入し、用手的に右房まで引き抜き心房中隔を裂開する。

【対象疾患】

完全大血管転位症、三尖弁閉鎖症、心室中隔欠損を伴わない肺動脈弁閉鎖症、左心系低形成等年間対象症例は150例程度、そのうち新生児は100例程度と推察される。



経皮酸素飽和度計
上下肢2箇所装着
(写真は心電図モニター装着前)

保温機器



新生児カテーテル治療に必要な標準的な医療者

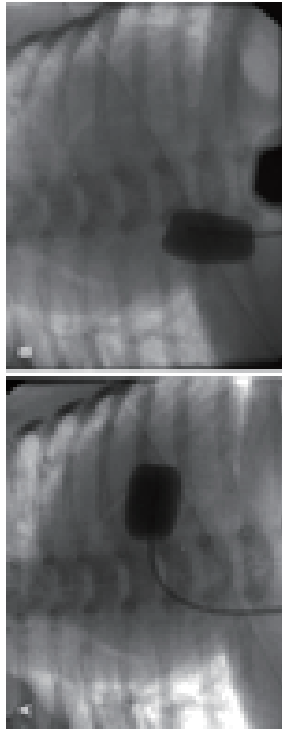
- 術者3名
- 看護師2名
- 全身管理・麻酔担当2名
- 臨床工学士1名
- 放射線技師1名(カテ室外)

【既存の治療法との比較】

・新生児の経皮的心房中隔欠損作成術(ラシユキンド法)は新生児期以降に比較して、全身管理に要する人員、体温管理のための設備などが必要になる。

透視下

バルーンカテーテルを左房で拡大
バルーンカテーテルを右房に引き抜いたところ



ラシユキンド
バルーンカテーテル

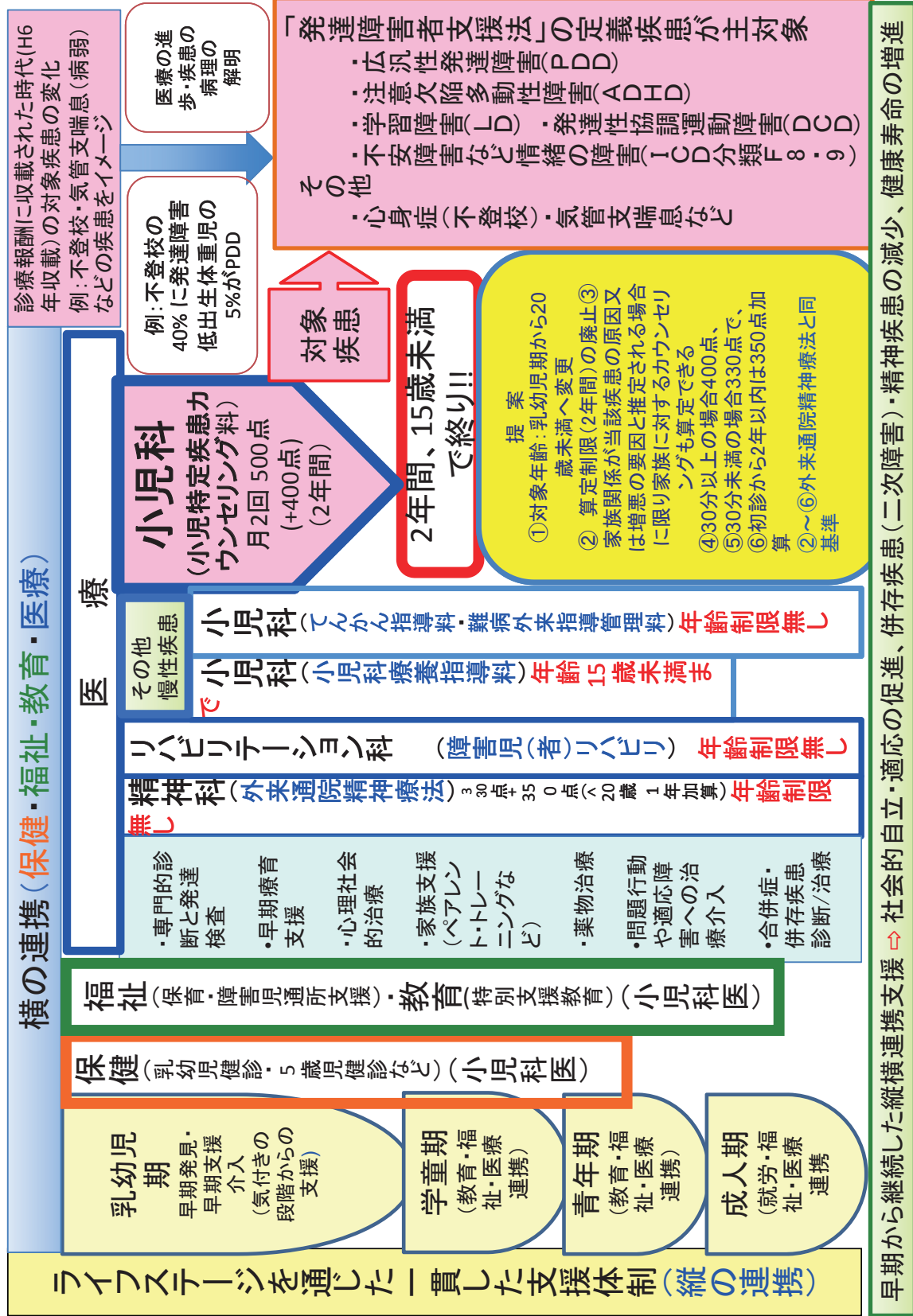
【診療報酬上の取扱】

- ・K手術
 - ・11.660点
- 経皮的心房中隔欠損作成術(ラシユキンド法)

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	246201
申請技術名	小児特定疾患カウンセリング料
申請団体名	日本小児精神神経学会
診療報酬区分	B 医学管理等
診療報酬番号	0014
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input checked="" 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 checked="" 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	<p>対象年齢を、現在の乳幼児期および学童期から、乳幼児期から20歳未満に変更する。現在の2年間の年数制限では成長課程に伴う心の問題に対応できないため年数制限を廃止する。</p> <p>現在は家族へのカウンセリングは対象外であるが、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できるようにする。</p> <p>点数は現在の月の1回目500点月の2回目400点から、時間が30分以上の場合400点、30分未満の場合330点、初診から1年以内は350点加算に変更する。（これらは精神科「外来通院精神療法(1-002)」と同算定基準）</p>
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	<p>対象疾患：「小児特定疾患カウンセリング料」の算定対象は、年齢：15歳未満の乳幼児期から学童期まで、ア）気分障害(F3)、イ）神経症性障害、ストレス関連障害（F4）不登校を含む心身症群(F45)、心理的発達の障害さらに(F80-F89)および、小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)などが該当する。点数等：月1回目500点、2回目：400点、期間：2年間を限度。技術内容：入院外の本人及びその家族へ医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行なう。</p>
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）	<p>①対象年齢を、乳幼児期および学童期から、乳幼児期から20歳未満に変更と年数制限の拡大。②家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できるに変更。③30分以上の場合400点、30分未満の場合330点、週1回まで。初診から1年以内は350点加算に変更し期間：2年間で撤廃。</p>
点数等の見直しの場合	<p>見直し前 1回目500点、2回目：400点、期間：2年間で限度。</p> <p>見直し後 30分以上の場合400点、30分未満の場合330点、週1回まで。初診から1年以内は350点加算に変更し期間：2年間で撤廃。家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できるに変更。</p>
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	<p>平成17年4月施行後8年が経過した発達障害者支援法に定義される「発達障害」は、慢性疾患であり早期からの継続した治療介入が必要である。「小児特定疾患カウンセリング料」の算定対象は、心理的発達の障害(F80-F89)および、小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)が該当するが、これらは精神科「外来通院精神療法(1-002)」対象に該当する疾患でもある。今回、その外来通院精神療法に準じた算定基準への変更を提案する。すなわち、①対象年齢を乳幼児期から20歳未満に変更し年数制限の廃止。②家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できる。③30分以上の場合400点、30分未満の場合330点、初診から1年以内は200点加算。早期からの継続支援により、発達障害とも関連がある「いじめ」問題や二次障害として併存発症率が高い成人の精神疾患の減少が期待できる。（別紙 追加資料）</p>
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	<p>対象年齢が15歳未満から20歳未満に延長することと年数制限を廃止することにより、年間対象患者数は1.5倍となる。また、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合に限り、家族に対するカウンセリングも算定できることになると、一人当たりの年間実施回数は1.4倍になる。但しこれらは精神科「外来通院精神療法(1-002)」当該疾患ゆえ精神科医療費は抑制される。具体的な対象人数推計値は、小学生：通級利用(0.87%) 不登校(0.33%)合計1.2%(=14,000人)、中学生：通級利用(0.15%) 不登校(2.64%)(合計2.8%=33,000人)(H23年度学校基本調査)を、医療との連携、介入が必要なレベルと想定し平均すると23,700人となる。</p>
年間対象患者数の変化	<p>前の回数(人) 23,700</p> <p>後の回数(人) 35,500</p>
年間実施回数の変化等	<p>前の回数(回) 12</p> <p>後の回数(回) 18</p>
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)	<p>現在の基準と同じ(該当する疾患に熟知している(該当疾患診療に3年以上従事している))</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>施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 現在の基準と同じ</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) 現在の基準と同じ</p> <p>その他 個人情報保護法(理由：他の関係機関(教育・福祉・保健など)との連携が必要となることが多いため)</p>

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	カウンセリングは小児期思春期の心の問題への対応として必須であり、社会的な要請は非常に高い。
⑦予想される医療プラス又はマイナス 費へ影響(年間) 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 入に伴い減少又は 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 継続的な診療を行い、重症化を防ぎ不登校やひきこもりなどの不適応を未然に防ぐことが可能となる。発達障害などの診療が可能が医師が参加することで早期診断・支援ならびに今後の障害児支援の在り方で期待されている保健・福祉・教育との縦横連携が充実する。小児期から思春期の時期に対人関係や社会性を身に付けることにより、成人以降の長期に亘る精神科通院(これらは精神科「外来通院精神療法(I-002)」該当疾患)や精神科入院を減らすことが可能となり、医療費は抑制される。 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2年間の制限下では、成長に伴う節目の時期に生じた問題に対応ができず、これにより不登校や社会的不適応な状態につながり、結果として将来の医療費の増大につながることになる。
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 技術名 B 医学管理等 なし 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	日本小児神経学会 日本小児心身医学会

小児特定疾患カウンセリング料（既収載算定拡大 提案）



医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）									
整理番号	247201								
申請技術名	成長ホルモン在宅自己注射指導管理料								
申請団体名	日本小児内分泌学会								
診療報酬区分	C 在宅医療								
診療報酬番号	C101 在宅自己注射指導管理料								
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 checked="" 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）								
「16 その他」を選んだ場合に記載	記載不要								
提案の概要	成長ホルモン注射に関して、週6回注射であっても、週7回注射注射と同一の在宅自己注射管理料（すなわち月810点）を請求できるように要望する。								
〔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	成長ホルモン在宅自己注射を行っている患者、すなわち、成長ホルモン分泌不全性低身長、ターナー症候群、プラダーウィリー症候群、軟骨無形成症などの患者が対象となる。各種成長ホルモン製剤の添付文書には週6-7回に分けて注射する、となっており、在宅自己注射管理料は、週7回注射の場合、月28回以上となり810点の請求、週6回注射の場合、月8回以上の290点の請求となる。								
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）	上述のように、各種成長ホルモン製剤の添付文書には週6-7回に分けて注射する、となっている。在宅自己注射管理料は、週7回注射の場合、月28回以上となり810点を請求できるが、週6回注射の場合、（月28回を超えないため）月8回以上の290点しか請求できない。この差は公正でないと云わざるを得ない。したがって、成長ホルモン注射に限っては、週6回注射であっても、週7回注射注射と同一の管理料を請求できるように要望する。								
点数等の見直しの 場合	見直し前 290点（週6回注射の場合）、810点（週7回注射の場合） 見直し後 810点（すべての成長ホルモン注射に関して）								
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	各種成長ホルモン製剤の添付文書には週6-7回に分けて注射する、となっている。これは、週5回以下の注射では週6回以上の注射に比べて身長増加効果に劣り、かつ週6回注射と週7回注射で身長増加効果に差がないことによっている（Acta Paediatr Scand Suppl. 379: 126-135, 1991. 日児誌 114: 88-90, 2010.）。成長ホルモン注射を必要とする患者の中には、年少者や精神遅滞を有する患者も含まれることから、週1回の休業が、長期継続のモチベーションを保っている場合も多く、必ずしも一律週7回注射にできない状況がある。								
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	対象患者数に変化を及ぼさない。								
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<table border="0"> <tr> <td>前の人数（人）</td> <td>2000人</td> </tr> <tr> <td>後の人数（人）</td> <td>2000人</td> </tr> <tr> <td>前の回数（回）</td> <td>12回</td> </tr> <tr> <td>後の回数（回）</td> <td>12回</td> </tr> </table>	前の人数（人）	2000人	後の人数（人）	2000人	前の回数（回）	12回	後の回数（回）	12回
前の人数（人）	2000人								
後の人数（人）	2000人								
前の回数（回）	12回								
後の回数（回）	12回								
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）	該当しない								
・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	<table border="0"> <tr> <td>施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等）</td> <td>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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）</td> <td>該当しない</td> </tr> <tr> <td>その他 （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件）</td> <td>なし</td> </tr> </table>	施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等）	該当しない	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）	該当しない	その他 （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件）	なし		
施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等）	該当しない								
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）	該当しない								
その他 （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件）	なし								
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	在宅自己注射の回数の問題であるので、安全性に変化はない。								
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	問題なし								
⑦予想される医療費への影響（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	<table border="0"> <tr> <td>プラス又はマイナス 金額（円）</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21,840,000</td> </tr> </table> <p>小児慢性特定疾患に新規申請している成長ホルモン分泌不全性低身長患者は、毎年約2000人である。仮に平均治療期間を7年間、週6回注射の人数を全体の3割として計算すると、医療費の増加額は、$(810-290) \times 10 \times 2000 \times 7 \times 0.3 = 21,840,000$円となる。</p> <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</p> <p>増点しない場合、医療費の変化はない。</p>	プラス又はマイナス 金額（円）	+		21,840,000				
プラス又はマイナス 金額（円）	+								
	21,840,000								
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table border="0"> <tr> <td>区分</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>該当なし</td> </tr> <tr> <td>技術名</td> <td>該当なし</td> </tr> </table>	区分	その他	番号	該当なし	技術名	該当なし		
区分	その他								
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	日本小児科学会、日本内分泌学会								

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	247202
申請技術名	持続血糖測定器(CGM)の算定要件見直し
申請団体名	日本小児内分泌学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D231-2 皮下連続グルコース測定(CGM)
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 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)
「16 その他」を選んだ場合に記載	記載不要
提案の概要	皮下連続グルコース測定(CGM)の施設基準を、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師2人以上から、1人でもよいという要件に緩和することを要望する。

【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	(1)治療方針策定のために血糖プロフィールを必要とする1型糖尿病患者、(2)低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている患者、(3)血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある患者が対象となる。厚生労働大臣が定める施設基準(CSIIを行っている医療機関のうち、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2人以上配置されている場合)に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関で行われる場合に算定できる。一連の検討につき、700点の算定。								
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)	皮下連続グルコース測定(CGM)の算定は、厚生労働大臣が定める施設基準(CSIIを行っている医療機関のうち、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2人以上配置されている場合)に適合し、かつ地方厚生局長等に届け出た保険医療機関で行われる場合に限り算定できる。下記に述べる根拠から、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2人以上配置されている場合という算定要件から、1人でもよいという要件に緩和することを要望する。								
点数等の見直しの 場合	見直し前 該当せず 見直し後 該当せず								
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	糖尿病患者における持続皮下インスリン(CSII)療法は、インスリン投与量を細かく設定でき、良好な血糖コントロールの実現など数多くのメリットを持つことから、1型、2型を問わず、近年わが国でも急速に普及が進んでいる。糖尿病患者の良好な血糖コントロールは、食事や運動療法抜きには達成できず、きめ細かい生活指導が欠かせない。この点に関して、開業医を含む地域医療機関の方が、患者にとって有利と考えられる。糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1人でもよいという要件に緩和することにより、地域の医療機関も糖尿病患者の血糖コントロールにより積極的に関与することが可能となり、糖尿病患者の合併症の減少、ひいては将来的な医療費削減につながると考えられる。								
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	糖尿病専門医が1名のみの地域医療機関(含む開業医)でフォローしているCSII療法患者1000人として、その全員が年2回平均、皮下連続グルコース測定(CGM)を行うようになると仮定する。 <table border="1"> <tr> <td>前の人(人)</td> <td>1000人</td> </tr> <tr> <td>後の人(人)</td> <td>1000人</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>2</td> </tr> </table>	前の人(人)	1000人	後の人(人)	1000人	前の回数(回)	0	後の回数(回)	2
前の人(人)	1000人								
後の人(人)	1000人								
前の回数(回)	0								
後の回数(回)	2								
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)	該当しない								
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(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 該当しない 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) 該当しない その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件) なし								
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	施設認定の問題であるので、安全性に変化はない。								
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし								
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) + 14,000,000円								
(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	糖尿病専門医が1名のみの地域医療機関(含む開業医)でフォローしているCSII療法患者が1000人として、算定要件の緩和により、その全員が年2回平均、皮下連続グルコース測定(CGM)を行うようになると仮定する。その場合の医療費の増額は、700点 × 10 × 2回 × 1000人 = 14,000,000円。短期的に医療費は増加するが、糖尿病性腎症の発症を予防できれば人工透析療法を受ける患者が大幅に減るので、長期的にみれば大幅な医療費削減につながると予想される。 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 施設認定の変化がなければ、該当する患者の増加は生じず、医療費の変化はない。								

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 番号 技術名	その他 該当なし 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		日本糖尿病学会, 日本内分泌学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	247203
申請技術名	成長ホルモン(GH)分泌刺激試験算定要件変更
申請団体名	日本小児内分泌学会
診療報酬区分	D 検査
診療報酬番号	D287
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 checked="" 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 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	記載不要
提案の概要	成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症の確定診断には、2種類以上のGH分泌刺激試験が必要であるので、月2回までのGH分泌刺激試験を実施した場合に4,800点を限度として算定(現行3,600点)を要望する。

【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	低身長や成長率低下を有し、成長ホルモン(GH)分泌不全が疑われる場合に、GH分泌負荷試験を行う。GH分泌不全性低身長症の確定診断には、通常2種類以上のGH分泌刺激試験が必要。
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)	成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症の確定診断には、2種類以上のGH分泌刺激試験が必要である。加えて、小児が対象、かつ検査中に低血糖や低血圧、嘔吐などの副作用を認める場合があり、検査中は常時医師の管理が必要である。したがって、月2回までのGH分泌刺激試験を実施した場合に4,800点を限度として算定(現行3,600点)を要望する。
点数等の見直しの見直し前 場合 見直し後	3,600点 4,800点
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	GH分泌不全性低身長症の診断基準として、厚労省の「間脳下垂体機能障害調査研究班の診断の手引き」(平成24年改定) http://rhd.info/pdf/001009a.pdf のGH分泌不全性低身長症の確定診断と治療適応判断では、一般的に、成長障害があり、かつGH分泌刺激試験(インスリン、アルギニン、グルカゴン、クロニジン、Lドーパ、GHRP-2)のうちの2つ以上の試験でGH濃度の頂値が6ng/ml以下(GHRP-2負荷試験の場合は16ng/ml以下)の場合、GH分泌不全性低身長症と診断する(診断のために2つ以上の負荷試験を必要とするホルモンは、GHだけである)。GH分泌刺激試験は、小児が対象であり、かつ検査中に低血糖や低血圧、嘔吐などの副作用を認める場合があるので、検査中は常時医師の管理が必要で手間もかかる。従って、月2回以上検査した場合には、4,800点を限度として算定(現行3,600点)を希望する。
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	年間検査人数はほぼ一定していて特別に大きく変動しない。約3,000人の患者が、1回の検査入院で、通常少なくとも2つの試験を施行するので3,000人×2回=6,000回となる。
・年間対象患者数の変化 前の人(人) 後の人(人) ・年間実施回数 前の回(回) 後の回(回)	3000人 3000人 6000回 6000回
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)	すでに一般ルーチン化している検査で、SRLなどの検査センターで検査可能。
・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)	すでに一般ルーチン化している検査で、SRLなどの検査センターであれば、新たな設備は不要と考えられる。 通常の配置でよい なし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	通常の採血による検査であり、患者への危険性はない。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし
⑦予想される医療費への影響(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当該技術に係る医療費	+ 36,000,000円 年間検査人数として、約3,000人(1回の検査入院で、通常少なくとも2つの試験を施行)のGH分泌刺激試験が実施されているので、現行3,600点を4,800点に増やすと、一人当たり月に1,200点の増加となる。 3,000人 × 12,000円 = 36,000,000円増となる。 増点しない場合、医療費の変化はない。
⑧関連して減点や区分削除が可能と考えられる医療技術	その他 該当なし 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	日本内分泌学会、日本小児科学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）	
整理番号	248201
申請技術名	新生児特定集中治療室管理料1および2
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
診療報酬区分	その他
診療報酬番号	A302
再評価区分（複数選択可）	<input checked="" 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 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	新生児特定集中治療室管理料1または2を35日間算定できる疾患に重症先天性心疾患を追加
【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	新生児期に手術を必要とする重症先天性心疾患は、新生児特定集中治療室管理料1または2を算定できる期間が現在21日間であるが、現状はそれ以上の期間新生児集中治療をおこなっている。
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）	新生児期に手術を必要とする肺血流増加型、または肺血流減少型（チアノーゼ性）心疾患は、生後約一ヶ月は、濃厚な集中治療がおこなわれているので、新生児特定集中治療室管理料を35日間算定できる疾患
点数等の見直しの 場合	見直し前 新生児特定集中治療室管理料1または2の算定期間が21日 見直し後 新生児特定集中治療室管理料1または2の算定期間が35日
再評価の根拠・有効性 ・治療率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等	長野県立こども病院で2014年に入院し、新生児期に手術を必要とした重症先天性心疾患の児の新生児特定集中治療室入院期間の平均は35.5日
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	新生児期に手術を必要とした重症先天性心疾患の児の頻度は1000人に一人、全国の出生数100万人として推定
・年間対象患者数の 変化	前の回数（人） 1,000 後の回数（人） 1,000
・年間実施回数 の変化等	前の回数（回） 1 後の回数（回） 1
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）	現在の治療の継続
・施設基準 （技術の専門性等）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、地方厚生局等に新生児特定集中治療室として届け出た保健医療機関
・人を踏まえ、必要と 考えられる要件を、 項目毎に記載すること	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） 3対1看護 その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件） 特になし
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	現在の治療の継続であり安全性には問題ない
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	倫理性・社会性に問題ない
⑦予想される医療費への 影響（年間）	プラス又はマイナス 金額（円） 14,000,000
（影響額算出の根拠を 記載する。）	増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 特になし
・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	増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費 特になし
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 技術名 その他 なし 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	特になし
⑪当該申請団体以外の関係学会、代 表的研究者等	日本新生児育成医学会、日本小児循環器学会

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号	248202
申請技術名	新生児仮死蘇生術
申請団体名	日本周産期・新生児医学会
診療報酬区分	K 手術
診療報酬番号	K913 1、2
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 checked="" 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 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	-
提案の概要	仮死1度に対するものを840点から2000点へ、仮死2度の対するものを2890点から5000点に引き上げて、専門技術として評価する。

【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	出生時に蘇生を必要とする新生児、 バックマスクまたは気管挿管による人工換気療法、胸骨圧迫による循環補助、エピネフリン等の投薬								
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）	新生児仮死に対する蘇生を確実に実施することで児の脳性麻痺を防止することが可能である。この処置は日本周産期・新生児医学会で標準化され、講習会が開催されている。そして、講習会の修了者には認定証が発行されている。新生児蘇生法はこのようにすでに標準化された重要な処置であるにもかかわらず、保険点数での評価は低く、施設側の蘇生に対する準備等に見合っていない。そこで、仮死1度に対するものを840点から2000点へ、仮死2度に対するものを2890点から5000点に引き上げて、専門技術として評価する。								
点数等の見直しの場合	見直し前 仮死1度 840点、仮死2度 2890点 見直し後 仮死1度 2000点、仮死2度 5000点								
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	新生児仮死の蘇生は脳性麻痺の発生を回避するために重要な処置である。産科医療補償制度でも新生児仮死の蘇生技術の普及の重要性が指摘されている。しかしながら、標準化された蘇生法を実施するためには、人員の配置および蘇生器具の整備が必要である。また、高度の技術を必要とする。そこで、処置の内容に見合った点数の評価が必要である。								
③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	新生児仮死の頻度は変わらない								
・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<table border="1"> <tr> <td>前の回数(人)</td> <td>50,000</td> </tr> <tr> <td>後の回数(人)</td> <td>50,000</td> </tr> <tr> <td>前の回数(回)</td> <td>50,000</td> </tr> <tr> <td>後の回数(回)</td> <td>50,000</td> </tr> </table>	前の回数(人)	50,000	後の回数(人)	50,000	前の回数(回)	50,000	後の回数(回)	50,000
前の回数(人)	50,000								
後の回数(人)	50,000								
前の回数(回)	50,000								
後の回数(回)	50,000								
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）	新生児蘇生法は、日本周産期・新生児医学会で標準化され、講習会が開催されている。								
・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	<p>施設の要件 （標榜科、手術件 数、検査や手術の体 制等） すべての出産取り扱い施設</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） 日本周産期・新生児医学会の認定する講習会を受講し、認定証を有する医療者</p> <p>その他 （遵守すべきガイドラ イン等その他の要 件） 日本版新生児蘇生法ガイドライン</p>								
⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	ガイドラインを順守すれば安全性に問題はない								
⑥倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特になし								
⑦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>プラス又はマイナス 金額(円) + 58,000,000</p> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費 新生児仮死の発生数は変動しないが、その処置料が増加する。しかし、その結果有効な蘇生ができ、仮死による障害を減少できれば、医療費全体として減額できる可能性がある</p> <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 特になし</p>								
⑧関連して減点や 削除が可能と考え られる医療技術	<p>区分 K 手術</p> <p>番号 なし</p> <p>技術名 なし</p>								
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	特になし								
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本周産期・新生児医学会								