中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第１２９回）
議事次第

平成２１年２月２５日（水）
於　厚生労働省
専用第１８～２０会議室

議　題

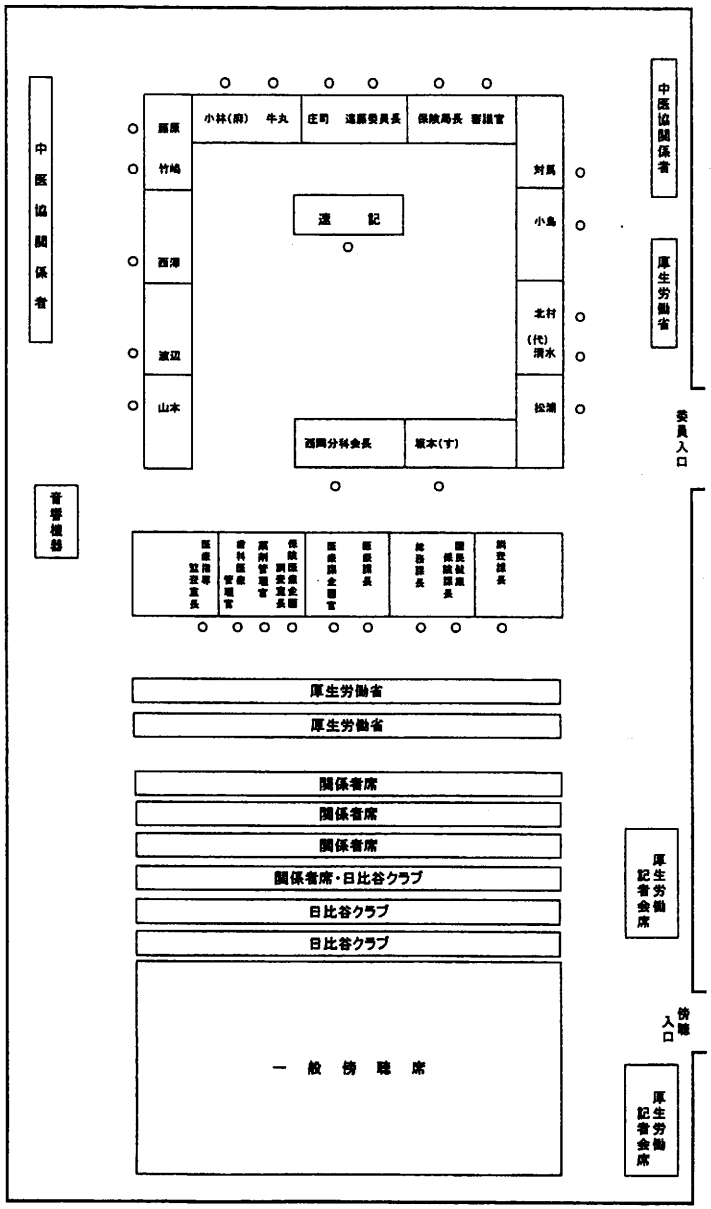
○　ＤＰＣの在り方について

○　医療技術評価分科会について

○　その他

中央社会保険医療協議会　基本問題小委員会座席表

日時：平成21年2月25日(水)10:00～11:00(目途)
会場：厚生労働省　専用第18～20会議室　（17階）



DPC評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告

Ⅰ．概要

ＤＰＣにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成２０年１２月１７日）。（別紙）

② ＤＰＣ評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。

③ 平成２１年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がＤＰＣの対象となることを踏まえ、ＤＰＣ評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。

Ⅱ．具体的な項目の提案等

１．医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について

（１）透明化の評価
- ア．部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価

（２）効率化の評価
- ア．効率性指数による評価
- イ．後発医薬品の使用状況による評価

（３）標準化の評価
- ア．手術症例数又は手術症例割合に応じた評価
- イ．診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価
- ウ．標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価

（４）医療の質の評価
- ア．術後合併症の発生頻度による評価
- イ．重症度・看護必要度による改善率
- ウ．医療安全と合併症予防の評価
- エ．退院支援及び再入院の予防の評価

２．社会的に求められている機能・役割の評価について

（１）特殊な疾病等に係る医療の評価
- ア．複雑性指数による評価
- イ．副傷病による評価
- ウ．診断群分類のカバー率による評価
- エ．希少性指数による評価
  - ・難病や特殊な疾患等への対応状況の評価

（２）高度な機能による評価
- ア．高度な設備による評価
- イ．特定機能病院又は大学病院の評価
- ウ．がん、治験、災害等の拠点病院の評価
- エ．高度医療指数

３．地域医療への貢献の評価について

（１）地域での役割の評価
- ア．医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価
- イ．救急・小児救急医療の実施状況による評価
- ウ．救急医療における患者の選択機能の評価
- エ．産科医療の実施状況の評価
- オ．地域医療支援病院の評価
- カ．地域中核病院の評価
- キ．小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価
- ク．全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

４．その他

（１）医療提供体制による評価
- ア．医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価

（２）望ましい５基準に係る評価
- ア．ICU入院患者の重症度による評価
- イ．全身麻酔を実施した患者の割合による評価
- ウ．病理医の数による評価
- エ．術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

（３）その他
- ア．新規がん登録患者数
- イ．高齢患者数の割合による看護ケアの評価
- ウ．入院患者への精神科診療の対応の評価
- エ．チーム医療の評価
- オ．ＤＰＣ病院として正確なデータを提出していることの評価
- カ．その他

5．医療機関との意見交換について

（1）平成２１年２月１２日

○財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院 院長 美原 盤 氏

ア．急性期医療の提供体制に対する評価

イ．チーム医療の実践に対する評価

ウ．アウトカムを伴う効率化に対する評価

エ．救急医療への対応実績に対する評価

オ．政策的医療への対応実績に対する評価

○長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 診療部長 西澤延宏 氏

ア．患者の年齢構成による評価

イ．地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価

ウ．在宅医療への評価

（2）平成２１年２月２３日

○医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院　副院長　樫村　暢一　氏

ア．病院機能に対する評価

イ．政策医療（救急医療等）の評価

ウ．臨床研修に対する評価

エ．地域連携（支援）に対する評価

オ．診療機能に対する評価（１）
（患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価）

カ．診療機能に対する評価（２）
（４疾病５事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価）

○医療法人近森会　近森病院　院長　近森　正幸　氏

ア．チーム医療と地域医療連携の評価

①チーム医療（NSTや病棟へのコメディカルの配置）

②地域医療連携

イ．医療の質の向上

①効率性指標による評価

②医療安全と合併症予防の増加

③複雑性指標による評価

④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価

ウ．救急・重症患者の評価

①救急患者

②重症患者

エ．地域医療の充実

○社会医療法人　慈泉会　相澤病院　院長補佐　宮山　和信　氏

ア．地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価

イ．救命救急医療の評価

ウ．高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価

エ．地域医療連携の評価

オ．地域がん診療連携拠点病院の評価

カ．マンパワーに係る評価

Ⅲ．今後の検討について

（1）新たな「機能評価係数」として評価するべき項目の絞り込み

以下の点を考慮する。

ア．新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致

イ．現行の「ＤＰＣの影響評価に関する調査」の活用

ウ．現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理

等

（2）絞り込まれた項目について、具体的な検討

（別紙）

平成20年12月17日中医協・基本問題小委員会にて了承

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。

2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。

3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。

4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。

その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。

6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。

7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

（参考資料）

具体的な項目の提案等について

○ 委員からの意見及びこれまでの議論をもとに事務局において整理
● DPC評価分科会で継続して検討している事項

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について

	委員からの意見等
(1)透明化の評価	
ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価	○医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ弊害が生じ得ることも考慮する必要がある。
(2)効率化の評価	
ア. 効率性指数による評価	○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と併せて検証が必要である。 ○平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にするべき。 ○地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。
イ. 後発医薬品の使用状況による評価	○特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価すべき。 ○DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。

(3)標準化の評価	
ア. 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価	○標準的・効率的な医療を評価できる。 ○症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか不明である。 ○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。 ○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。 ○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価するべき。 ○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。 ○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。 ○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。
イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価	○治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待される。 ○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。 ○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。 ○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。
ウ. 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。 ○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。

(4)医療の質の評価		
	ア. 術後合併症の発生頻度による評価	●術後合併症の発生頻度を評価することによって、医療の質が向上するかについてどのように考えるのか？ ○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。
	イ. 重症度・看護必要度による改善率	○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。
	ウ. 医療安全と合併症予防の評価	○医療の安全に対する取組みや合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。 ○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき。
	エ. 退院支援及び再入院の予防の評価	○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。 ●既に診療報酬の中で評価している項目との整合性及び二重評価の可能性についてどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

(1)特殊な疾病等に係る医療の評価		
	ア. 複雑性指数による評価	○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要。 ○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定している方が直接的に高度な医療を評価できる。
	イ. 副傷病による評価	○重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できる。 ○診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価している。 ○副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか不明である。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になる恐れがある。
	ウ. 診断群分類のカバー率による評価	○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。 ●専門病院は評価されにくいことについてどのように考えるのか？
	エ. 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)	○難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できる。 ○いわゆる専門病院が評価されにくい。 ○難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではない。 ○既に診断群分類の中で評価されおり、改めて評価の必要はない。 ○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。

(2)高度な機能による評価		
	ア. 高度な設備による評価	○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。 ○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。
	イ. 特定機能病院または大学病院の評価	○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価するべき。 ○特定機能病院の中でも調整係数に差があり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。 ○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応するべき。
	ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価	●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
	エ. 高度医療指数(診断群分類点数上位10%の算定割合)	○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。 ●診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのかについてどのように考えるのか？

3. 地域医療への貢献の評価について

(1)地域での役割の評価		
	ア. 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価できるのか検討が必要である。 ○医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか検討が必要である。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、検討が必要である。 ○医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべき。 ○地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。 ○地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えるべき。 ○地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。
	イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○単に受け入れた救急患者に対して評価することとは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能(救急応需機能)を評価することができる。 ○同一疾患でも、救急入院では、予定入院(検査は外来で実施可能)と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。 ○「救急」の定義が難しく、DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。 ○既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性がある。

ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価	○トリアージ体制等を評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？
エ. 産科医療の実施状況の評価	○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価するべき。 ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？
オ. 地域医療支援病院の評価 カ. 地域中核病院の評価	●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○社会的に必要な医療として、評価するべき。 ○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
ク. 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価	○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価するべき。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？

4. その他

(1)医療提供体制による評価	
ア. 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができる。 ○コメディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。 ○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
(2)望ましい5基準に係る評価	
ア. ICU入院患者の重症度による評価 イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価 ウ. 病理医の数による評価 エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価	●患者の重症度や医療機関の体制に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？ ○連続的評価が可能か検討が必要である。 ○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とならないように留意すべき。
(3)その他	
ア. 新規がん登録患者数	●新規がん患者の診療に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	○高齢患者に対するケアを評価することができる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価	○精神科診療の対応を評価することができる。 ●精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高(例:A230-2精神科身体合併症管理加算)で評価されており、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
エ. チーム医療の評価	○病院の医療提供体制を評価することができる。 ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？

オ. DPC病院として正確なデータを提出していることの評価	○正確なデータ提出のためにかなりのコストがかかっているので評価するべき。 ●DPC準備病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することについて、どのように考えるのか？ ●データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか？
カ. その他	○全体の事項として ①DPC対象病院についてのみ評価するべき項目か、他の急性期病院でも評価するべき項目か ②現行のDPC調査において、データが集められているか ③既存の診療報酬や補助金制度と二重評価となるか 等について整理し検討する。 ○その他、必要な事項。

5. 医療機関との意見交換について

(1)財団法人脳血管研究所附属美原記念病院　院長　美原　盤 氏	
ア. 急性期医療の提供体制に対する評価	○放射線技師 検査技師 薬剤師 専門診療科医師の24時間体制の確立を評価することで、急性期医療の質の確保につながる迅速な対応を評価できる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
イ. チーム医療の実践に対する評価	○病床規模に比した一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。 ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？
ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価	○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転棟率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。 ●例えば、評価することによって再入院を受け入れないなど、過度な医療変容を来す可能性についてどのように考えるのか？
エ. 救急医療への対応実績に対する評価	○救急車による搬送の受け入れ実績及び一定割合以上の緊急入院の率を評価し、個別症例のみではなく、病院としての救急医療への取組みを評価できる。
オ. 政策的医療への対応実績に対する評価	○医療計画(4疾病及び5事業)への対応又は医療連携の度合い(地域連携パス・紹介率および逆紹介率)を評価すべき。 ●例えば、地域連携の度合いなど、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である事項も含まれていることについてどのように考えるのか？

(2)長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院　診療部長　西澤　延宏　氏	
ア. 患者の年齢構成による評価	○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価すべき。 ○高齢者をどのように定義するべきか、単純に年齢だけで評価してよいのか議論が必要である。
イ. 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価	○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。 ●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
ウ. 在宅医療への評価	○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取組みを更に評価すべき。 ●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？

(3)医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院　副院長　樫村　暢一　氏	
ア. 病院機能に対する評価	○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合に評価するべき。
イ. 政策医療(救急医療等)の評価	○政策医療については、補助金を受けているかどうかに関わらず、実態として同等の役割を担って医療を提供しているのであれば、同等に評価されるべきである。 ○救急では入院初期に多くの医療資源を投入するため、DPCによる診療報酬では、入院期間が非常に短いと不採算となる。 ○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制(空床確保、手術室確保)を評価するべき。 ○重症度によって評価するべき。 ○重症度の臨床指標を設定することが可能か検討する必要がある。 ○入院初期が不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。
ウ. 臨床研修に対する評価	○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価するべき。 ●研修にかかる費用を、診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
エ. 地域連携(支援)に対する評価	○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけではなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。 ○小児・周産期医療について評価するべき。 ○在宅医療、家庭医療を評価するべき。 ●在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価することについてどのように考えるのか？
オ. 診療機能に対する評価(1) (患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価)	○患者の年齢構成(特に高齢者)、入院後合併症、在院日数短縮に対して評価するべき。 ○単に高齢者に対する評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価するべき。
カ. 診療機能に対する評価(2) (4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価)	○4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に対して評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？

(4)医療法人近森会　近森病院　院長　近森　正幸　氏	
ア. チーム医療と地域医療連携の評価 ①チーム医療(NSTや病棟へのコメディカルの配置) ②地域医療連携	○NST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配属や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価するべき。 ○地域医療連携として、紹介率や逆紹介率、地域連携パスの個数、機器・施設の共同利用などを評価するべき。 ○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。 ○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為毎に出来高で評価するべき。
イ. 医療の質の向上 ①効率性指標による評価 ②医療安全と合併症予防の増加 ③複雑性指標による評価 ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○医療の質は、医療スタッフ数と相関する傾向にあり、医師、看護師、薬剤師等の人員配置により評価を行うべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
ウ. 救急・重症患者の評価 ①救急患者 ②重症患者	○救急車による搬入数や救急入院患者数(即日入院患者数含)により評価するべき。 ○看護必要度や重症度、高齢患者割合、全身麻酔の割合により評価するべき。 ○DICや多臓器不全等の医療資源の投入量が多い合併症等については評価するべき。 ○合併症により不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。
エ. 地域医療の充実	○4疾病5事業への対応状況について評価するべき。

(5)社会医療法人財団慈泉会　相澤病院　院長補佐　宮田　和信　氏	
ア. 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価	○照会率、逆照会率を用いて、よりきめ細かく評価するべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
イ. 救命救急医療の評価	○地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しいので、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
ウ. 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価	○高齢化によって、せん妄やADLの低下(寝たきり)の割合が増加し、入院期間が長くなる傾向があり、DPCでは不採算となりやすいことを考慮するべき。 ○年齢ではなく、合併症の有無等で評価するべき。
エ. 地域医療連携の評価	○登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価するべき ○電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携パスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価するべき。 ○MSWについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価	○がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
カ. マンパワーに係る評価	○医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価するべき。 ○単に病院に配置しているだけではなく、病棟に配置している場合に評価するべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？

中医協　診－２－１
２１．２．２５

次期診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価に係る評価方法等について（案）

概要

次期診療報酬改定に向けた新規医療技術の評価及び既存技術の再評価を実施するにあたり、当分科会において評価方法等について検討する。

医療技術評価分科会においては、平成１５年度より学会等に技術評価希望書の提出を求め、医療技術評価の参考にしてきたところであるが、平成２０年度改定においては、臨床医を中心としたワーキンググループによる一次評価及び当分科会における二次評価を行い、中央社会医療協議会基本問題小委員会へ報告した。次期改定においても、平成２０年度改定と同様に下記のとおり実施してはどうか。

１．分科会における評価対象技術

分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第２章特掲診療料第２部（在宅医療）から第１３部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第２章特掲診療料第２部（在宅医療）から第１４部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

２．分科会において評価対象とする評価提案書

以下の学会から提出された評価提案書（別紙）について評価を実施する。

○ 日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合

３．評価方法

評価は２段階で実施する。

（１次評価）臨床医を中心としたワーキンググループを設置し、専門的観点から当該技術に係る評価を実施。技術評価分科会の委員はいずれかのワーキンググループに属する。ワーキンググループは原則非公開とする。

（２次評価）１次評価結果において高く評価された一定数以上の技術を対象に、医療技術評価分科会全体会合において、より幅広い観点から評価を実施。

４．評価結果の取り扱い

評価結果は中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告する。

５．実施スケジュール

平成２１年３月上旬　提案書配布
６月１９日　提出締め切り、重複・薬事法などの確認
７～９月　ワーキンググループによる評価
１０月以降　１次評価終了、技術評価分科会にて２次評価
評価結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告

中医協　診－２－２ ２１．２．２５	診調組　技－３ ２１．２．１３

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名

代表者名

提出年月日　　平成21年　月　日

※ 概要版にはポイントのみを、本紙に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。裏面には記載しないこと。
※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の追加拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。
※ 技術そのものが新規であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【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 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル：　I　II　III　IV　V　VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
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　　人 年間実施回数（1人当たり）　　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・施設基準等）	
⑤倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 （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
妥当と思われる点数及びその根拠 （新設の場合）	点数　　点
⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術　　無　・　有 （区分番号と技術名　　）
・効果（安全性等を含む）の比較	
・費用の比較	
⑧予想される医療費への影響（年間）	予想影響額　　円　増・減 ＊増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
（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が予想される医療費 （費用－効果分析などの経済評価を実施していれば記載可）	
⑨その他	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請団体名

代表者名

提出年月日　　平成21年　月　日

※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について4枚を上限として記載する。
※ 本紙に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すること。裏面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。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【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 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル：　I　II　III　IV　V　VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
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　　人 年間実施回数　　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・施設基準等）	
⑤倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 （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
妥当と思われる点数及びその根拠 （新設の場合）	点数　　点
⑦代替する保険既収載技術との比較 （当該技術の導入により代替することが予想される既収載技術）	当該技術の導入より代替される既収載技術　　無　・　有 （区分番号と技術名　　）
・効果（安全性等を含む）の比較	
・費用の比較	

⑧予想される医療費への影響（年間）	予想影響額　　円　増・減 ＊増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
（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が予想される医療費 （費用ー効果分析などの経済評価を実施していれば記載可）	
⑨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	
⑩当該技術の先進医療としての取扱い	当該技術は先進医療として a. 承認を受けている　b. 届出されたが承認されなかった c. 届出中　d. 届出はしていない　e. 把握していない
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者、連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）	

⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載
＊ 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	薬価収載（保険収載）の有無
	有・無 （承認番号 ）		有・無
	有・無 （承認番号 ）		有・無
	有・無 （承認番号 ）		有・無
	有・無 （承認番号 ）		有・無

⑫当該技術に医療機器を用いる場合、その主なものの内容を記載
＊ 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	保険収載の有無	特定保険医療材料
	有・無 （承認番号 ）		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 （承認番号 ）		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 （承認番号 ）		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 （承認番号 ）		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

申請団体名

代表者名

提出年月日　　平成21年　月　日

※ 本紙に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枚に納めること。枠外には記載しないこと。
※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、本用紙を用いること。
※ 必要があれば海外のデータを用いることも可。

技術名	
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	
技術の概要	
再評価区分	1．算定要件の見直し（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．保険収載の廃止 5．その他（　　）
具体的な内容	
【評価項目】	
①再評価の理由	
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　　人→　　人　増・減・変化無し
③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額　　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の医療費 ・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	
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）	
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者 連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）	

中医協　診－２－３	診調組　技－４
２１．２．２５	２１．２．１３

医療技術評価提案書　記載要領

（通則）

１．評価を提案する技術が、現在診療報酬点数表に収載されていない場合、又は収載されているものの新たな適応疾患等に保険適用を拡大したい場合は、「保険未収載技術用」を用いること。

２．評価を提案する技術が、現在診療報酬点数表に収載されているが、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し、点数の見直し（類似技術として算定できているが、別の技術料として別途新設を希望する場合、又は加算点数として評価を希望する場合も含む。）、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場合は、「保険既収載技術用」を用いること。

３．保険未収載技術に関しては、「概要版」にはポイントのみを記載し、１枚に収めること（使用文字の大きさは10ポイント以上とする。）。
「詳細版」には、「概要版」に記載した事項を裏付けるデータ及びその他必要な事項を記載し、４枚以内に収めること。

４．本紙に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すること。欄外には記載しないこと。

（保険未収載技術用提案書の記載方法）

５．「保険収載の必要性のポイント」について
当該技術の対象となる疾病等に関する現状及び当該技術が保険収載された際に期待される効果について、評価項目（有効性、安全性等）に記載したデータ等を用いて、簡潔に記載すること。

６．「①有効性」について
治癒率・死亡率・QOLの改善、診断の正確性の向上等について、当該技術と類似性をもつ既存技術の有効性と可能な範囲で比較し、データや学会のガイドライン等に基づき記載すること。また、別添を参考に、エビデンスレベル（I　II　III　IV　V　VI）を明記するとともに、当該エビデンスに関する資料（論文の写し等）を添付すること。

７．「②安全性」について
当該技術を施行した際に発生した又は発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度を記載すること。また、当該技術と類似性をもつ既存技術の安全性と可能な範囲で比較すること。

８．「③普及性」について
当該技術の対象となる患者数の現状及び将来予測推計を、学会のデータ、患者調査結果等を活用し記載すること。また、当該技術の（年間）施行回数の現状及び将来予測推計（技術を実施できる医療機関の数及び回数の推計）を、学会のデータ、社会医療診療行為別調査結果等を活用し記載すること。
（参考）患者調査　http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/gaiyo/k-eisei.html
社会医療診療行為別調査（平成19年6月）
http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/650/2007/toukeihyou/0006638/t0145729/JI0111_001.html
《社会医療診療行為別調査を用いての年間実施回数の調べ方
① 上記のURL→01の部分にページ番号を入れ、調べたいページを表示する。

在宅：8～10、検査（病理）10～30、画像30～32、投薬32～33、注射33～34
リハ：34、精神34～35、処置35～40、手術41～74、麻酔74～75、放射線75

例：「手術」が調べたい時は41を入れる。その後ページ一番下の「次ページ」をクリックしていけば全て閲覧可能。
② 調べたい項目をみつけたら、「総数」の中の「件数、回数」を見る。
例：下記の「○○術」であれば「10回」となる。

		総数	
		件数 76609782 回数	診療実日数 166371946 点数
○○術	12345	10	1,000,000

③ この調査は、1ヶ月の算定回数の調査であるため、年間回数を推計する際には12倍する。
例：「10回×12＝120回」となる。

９．「④技術の成熟度」について
当該技術の学会等における位置づけ、指針の存在、難易度（すなわち必要と思われる医師の専門性、経験年数及び施設基準等）について記載すること。

１０．「⑤倫理性・社会的妥当性」について
当該技術に関し、倫理性、社会的妥当性の視点から課題があれば具体的に記載すること。
例）脳死移植における臓器移植法との関係（法的問題点）
移植治療における倫理的問題　（倫理的問題点）等

課題がないと判断した場合は、「問題なし。」と記載すること。

１１．「⑥妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠」について

当該技術が保険収載となった場合、診療報酬点数表上妥当と思われる区分（「Ｄ検査」、「Ｋ手術」等）１つに○を記載し、点数（○○点）及びその根拠（類似技術の点数との対比、実勢コストとの対比等）を記載すること。

１２．「⑦代替する保険既収載技術との比較」について

当該技術の導入により代替することが予想される保険既収載技術がある場合は、区分番号と共に記載すること。また、当該技術と既収載技術について、一症例あたりの効果（治癒率、入院・通院期間、合併症等の比較）及び費用の比較を行うこと。

１３．「⑧予想される医療費への影響」について

当該技術を保険収載した場合に想定される医療費への影響を記載すること。なお、当該技術に直接係る医療費だけでなく、当該技術が用いられることにより減少が期待される医療費が想定できる場合は、併せて記載すること。

ただし、増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない。

予想影響額の算出方法は以下の通りとする。

予想影響額　下記(1)-(2)　　円　増・減

(1) 予想される当該技術に係る年間医療費（＝(a)×(b)×(c)）

(a) 妥当と思われる診療報酬点数（⑥の数値）

(b) 予想される年間対象患者数（③の数値）

(c) 予想される年間実施回数（③の数値）

(2) 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

例）・代替される既存技術の対象者減少に伴う医療費減少

・入院期間の短縮、重症化抑制、合併症抑制に伴う医療費減少等

また、これらの算出に当たっては詳細版にその根拠を記載すること。

なお、当該技術について費用－効果分析、費用－便益分析などの経済評価が実施されていれば（海外での研究も含む。）、その結果を詳細版に記載してもかまわない。

１４．「⑨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」について（詳細版のみ）

当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）（例、米国 Medicare、英国 NHS）への収載状況について、以下のいずれかを記載すること。

１）収載されている　（国名、制度名）

保険適用上の特徴（例：年齢制限）

２）調べたが収載を確認できない

３）調べていない

また、１）を記載した場合は、それを示す資料を添付すること。

１５．「⑩当該技術の先進医療としての取扱」について（詳細版のみ）

当該技術の先進医療としての取扱状況について以下のいずれかを記載すること。

a. 承認を受けている

b. 申請したが承認されなかった

c. 申請中

d. 届出はしていない

e. 把握していない

（参考）先進医療

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/index.html

１６．「⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載」、「⑫当該技術に医療機器を用いる場合、その主なものの内容を記載」について（詳細版のみ）

当該技術に医薬品又は医療機器を用いる場合、当該医薬品又は医療機器の薬事法上の承認状況を確認する観点から、主なものについて、その名称（販売名・一般名）、薬事法上の承認の有無（承認番号）、薬事法の「使用目的、効能又は効果」、薬価（保険）収載の有無、等内容を記載し、併せて添付文書を添付すること。但し、一般的に普及し、かつ、明らかに薬事法上の承認内容に適して使用されているもの（（例）心電図等監視装置、手術に用いる鉗子等基本的用具、消炎鎮痛剤等基本的医薬品）は除く。

なお、医薬品と医療機器について、薬事法未承認のもの、又は薬事法上の「使用目的、効能又は効果」で認められていない使用方法による技術に関しては、評価の対象とならないので注意すること。

１７．「関係学会、代表的研究者等」について

当該技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している主たる学会、研究者等の名称を記載すること。

１８．「担当者、連絡先」について

本提案書の記載内容について確認が取れる担当者名及び連絡先を記載すること。

（保険既収載技術用提案書の記載方法）

１９．「再評価区分」、「具体的な内容」、「(1)再評価の理由」について

当該技術の保険収載の取扱について再評価を希望する場合は、以下の区分からいずれかを選択し、その内容と理由を該当欄に記載すること。

１．算定要件の見直し（施設基準、回数制限等）

・当該技術に係る現行の施設基準の見直し

（例）質の担保の観点から施設基準を設けるべき手術

現行の基準が厳しすぎ保険診療に支障が生じている手術

・回数制限の見直し

（例）回数制限が現在のエビデンスと合致していない検査

回数制限がないため不必要に実施されている検査・処置

これらについて、患者の便益も含め、その理由を記載する。

２．点数の見直し

・当該技術に係る保険点数の再評価（増点・減点）

・保険既収載の技術で算定できているものの、別の技術料又は加算としての評価等を希望

これらについて、類似技術の点数との対比、原価との対比等を記載すること。

３．保険収載の廃止

・当該技術が、既に実施されていない

・当該技術は実施されているが、有効性・安全性等に疑義が生じている

４．その他

（別添）

エビデンスレベルについて

（抜粋）

【註９Ｂ】「エビデンスのレベル」分類：質の高いものから

Ⅰ　システマティックレビュー/メタアナリシス

Ⅱ　１つ以上のランダム化比較試験による

Ⅲ　非ランダム化比較試験による

Ⅳ　分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）

Ⅴ　記述研究（症例報告やケース・シリーズ）による

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

なお、複数のタイプがある場合は、エビデンスのタイプの質の高いタイプをとる。ただし白人 Caucasian 研究にもとづくタイプと日本人研究にもとづくタイプが異なる場合などは、それぞれ別記する。

診療ガイドラインの作成の手順より

【ver. 4. 3】

「EBM の普及のためのシラバス作成と教育方法および
EBM の有効性評価に関する研究」

研究代表者　福　井　次　矢

（京都大学大学院医学研究科臨疫学）

「日本における EBM のためのデータベース構築及び
提供利用に関する調査研究」

研究代表者　丹　後　俊　郎

（国立公衆衛生院付属図書館、疫学部理論疫学室）

2001. 11. 7

中医協　診－２－４ ２１．２．２５	診調組　技－５ ２１．２．１３

保険未収載技術　一次評価　評価票

番号：
評価対象技術：
評価者：
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
１．技術の有効性・成熟度（含むデータの質・信頼度）について	１　２　３　４　５ （低 ⇨ 高）		
２．安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について	問題あり　　問題なし		
３．普及性に係るデータ等の妥当性について	低　　中　　高		
４．実施施設の限定について	１．先進医療とすべき ２．施設基準を設けるべき ３．必要なし		

（評価上の留意事項）

・「１．技術の有効性・成熟度について」は、提案書①有効性及び④技術の成熟度に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。

・「２．安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について」は、提案書②安全性及び③倫理性・社会的妥当性に記載された事項を評価し、保険収載の適切性について問題あり・なしを判断すること。

・「３．普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書③普及性に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を３段階（低、中、高）で評価し、該当項目を○で囲むこと。

・「４．実施施設の限定について」は、提案書④技術の成熟度等を踏まえ、当該技術は保険収載に至るにはまだ十分普及していないため先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ１．又は２．（それ以外は３．）を○で囲むこと。

・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険未収載技術　二次評価　評価票

番号：
評価対象技術：
評価者：
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
１．当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について	１　２　３　４　５ （低 ⇨ 高）		
２．実施施設の限定について	１．先進医療とすべき ２．施設基準を設けるべき ３．必要なし		

（評価上の留意事項）

・「１．当該技術の保険収載の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。

・特に、提案書⑥予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が保険収載されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。

・「２．実施施設の限定について」は、一次評価結果、提案書③普及性、④技術の成熟度、⑤倫理性・社会的妥当性及び⑥予想される医療費への影響等を踏まえ、当該技術は先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ１．又は２．（それ以外は３．）を○で囲むこと。

・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険既収載技術　一次評価　評価票

番号：
評価対象技術：
評価者：
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1．再評価の必要性・妥当性について	1　2　3　4　5 （低　⇨　高）		
2．普及性に係るデータの妥当性について	低　　中　　高		

（評価上の留意事項）
・「1．再評価の必要性・妥当性について」は、提案書①再評価の理由を、データの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。

・「2．普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書②普及性の変化に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を３段階（低、中、高）で評価し、該当項目を○で囲むこと。

・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険既収載技術　二次評価　評価票

番号：
評価対象技術：
評価者：
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1．再評価の必要性・妥当性について	1　2　3　4　5 （低　⇨　高）		

（評価上の留意事項）
・「1．再評価の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。

・特に、提案書⑥予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が再評価されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。

・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。