

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術名	頸・胸・腰椎後枝内側枝ブロック、局所麻酔薬使用 2. 神経破壊薬使用
技術の概要	痛みを起こしている椎間関節を支配している後枝内側枝上下の椎弓根外側部を走行している。この部位まで穿刺針を刺入し、局所麻酔薬の浸潤により鎮痛を得る。
対象疾患名	椎間関節症（変形性脊椎症、椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、圧迫骨折にともなう二次性の椎間関節症を含む）
保険収載の必要性	頸・胸・腰椎後枝内側枝ブロックの歴史は古く、成書にもきさいされており多施設で行われている関係から保険収載はぜひとも必要と考える。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： VI 本ブロックにより死亡した症例は報告されておらず、安全性の高いブロックである。ブロックに成功すれば劇的な鎮痛が得られ患者のQOLは著名に改善する。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	透視下に行うこと、ゆっくりと針を進めることにより合併症は十分回避できる。ブロック後の背部の知覚低下が起こりうるが、短期間で消失する。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	頸・胸・腰椎後枝内側枝ブロックの歴史は長く、成書にも記載されており、多施設から症例報告が行われている。学会でも認められている技術である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 1,500 人 年間実施回数 12 回 総症例数は1,500名とした。1か月に1回のブロックで年間12回施行すると1,500症例に対し年間の総ブロック回数は18,000回となる。
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	関節腔内注射を繰り返すことにより、関節内の感染の確率が高くなるが、後枝内側枝ブロックであれば関節への穿刺が行われなため感染を回避できる。予想影響額 194,220,000円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 G010 技術名 関節腔内注射
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 ○L麻酔 点数 1→1,079点 2→3,514点(1点10円) ≪1≫ 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数)：1→1,079点 2→3,514点 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：0円

## 【技術名】 頸・胸・腰椎後枝内側枝ブロック

### 【技術の概要】

椎骨と椎骨を連結している関節が椎間関節ですが、この関節の感覚を支配する神経が脊髄神経の分枝である後枝内側枝です（図 1～3）。この神経をブロックする手技が後枝内側枝ブロックです。椎間関節は頸部から腰部までありますので、ブロックする部位により頸椎後枝内側枝ブロック、胸椎後枝内側枝ブロック、腰椎後枝内側枝ブロックという名称になります。椎間関節に由来する痛みによる頸部痛、胸背部痛、腰痛には原因となっている椎間関節を支配している後枝内側枝をブロックすることにより鎮痛が得られます。痛みを起こしている椎間関節を支配している後枝内側枝はこの椎間関節の上下の椎弓根外側部を支配しています。

このブロックは腹臥位または側臥位で X 線透視下に行います。透視下に穿刺針を刺入し、横突起基部で局所麻酔薬を浸潤させるか高周波熱凝固術を行います。

### 【対照疾患名】

椎間関節症（変形性脊椎症、椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、圧迫骨折にともなう二次性の椎間関節症を含む）。

### 【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

椎間関節症に対し椎間関節内への局所麻酔薬、ステロイドの注入も行われています。しかしながら関節腔内注射を繰り返すことにより、関節内の感染の確率が高くなり、その効果も一時的で痛みが再発する可能性があります。後枝内側枝ブロックであれば関節への穿刺が行われなため感染を回避できます。また、高周波熱凝固法を用いれば長期間にわたる鎮痛を得ることが可能となります。

### 【診療報酬上の取り扱い】

保険未収載です。

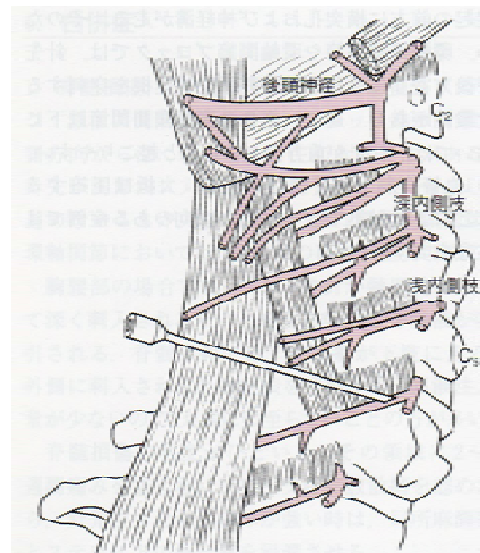


図1 頸椎後枝内側枝

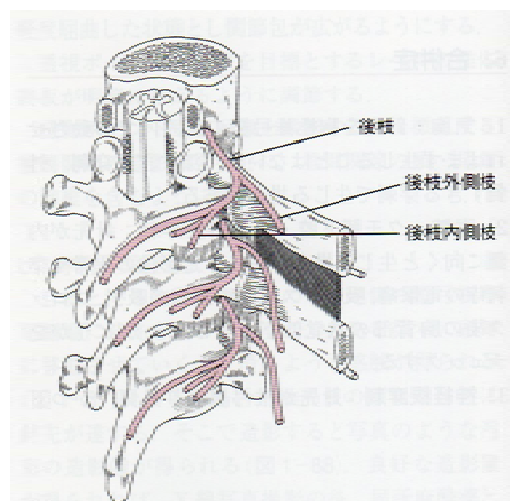


図2 胸椎後枝内側枝

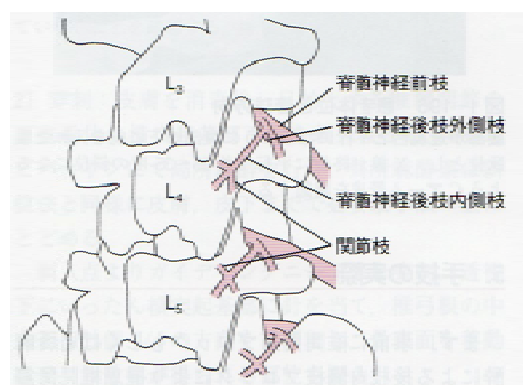


図3 腰椎後枝内側枝

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術名	不對神経節ブロック1、局所麻酔薬使用2. 神経破壊薬使用
技術の概要	CTガイド下に仙尾骨接合部上の皮膚からブロック針(22G, 60mm)で仙尾骨接合部を貫くように穿刺し、ここに局所麻酔薬を注入する。
対象疾患名	骨盤内悪性腫瘍、直腸がん手術(Miles術後)の旧虹門部痛、痔核根治術後の持続性の肛門部の疼痛、外傷後虹門部癒痕痛、難治性虹門部痛、外傷による会陰部の難治性疼痛など。
保険収載の必要性	本ブロックは結腸がん、直腸がん、子宮がん、卵巣がんなどが骨盤腔内に浸潤したことに起因する痛みにも有用であり、患者のQOLの改善も望めるので保険収載が必要と考える。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベル	エビデンスレベル(別紙参照): VI 数か月単位の鎮痛が得られる。痛みが再発した場合には繰り返しブロックすることが可能である。本ブロックが成功すれば医療用麻薬の使用量も減量することができる。
I-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	透視下に行うことにより大きな合併症、機能障害を伴わずに行える。
I-③技術的成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性、施設基準等)	ペインクリニック治療指針第3版にも記載されている。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 500 人 年間実施回数 24 回 総症例数は500名とした。1か月に2回のブロックで年間24回施行すると、500症例に対し年間の総ブロック回数は12,000回となる。
I-⑥効率性 ・新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	不對神経節ブロックでは運動神経麻痺、膀胱直腸障害、脊髄梗塞など重篤な合併症を起こすことなく鎮痛が得られる。 500症例に対し年間の総ブロック回数は12,000回、請求額は210,840,000円となる。 <u>予想影響額 210,840,000円 増</u> 既存の技術; 診療報酬の区分番号 L100-3 技術名 くも膜下脊髄神経ブロック
I-⑦診療報酬上の取扱 ・妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 ○L麻酔 点数 1→1,757点 2→3,514点(1点10円) 《1》 外保連試算点数(試算にない場合は妥当な点数): 1→1,757点 2→3,514点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 0円

## 【技術名】 不對神經節ブロック

### 【技術の概要】

肛門部の痛みには交感神経が関与しています。不對神経節とは仙骨接合部の前面正中で後腹膜腔に存在します。仙骨部で前仙骨孔の内側に位置している交感神経幹が、尾骨部において左右両側が結合して1つになったのが不對神経節です（図1）。交感神経由来の会陰・虹門部の痛みの治療に対してこの不對神経節をブロックすることが有効とされています。患者は腹臥位（腹ばい）としてCT下もしくはX線透視下に行います。仙骨と尾骨の結合部（仙尾骨結合部）の皮膚に局所麻酔を行い、ここから、太さ22G、長さ60mmの穿刺針を刺入します（図2、3）。約25～30mmで後腹膜腔に到達するので、後腹膜腔に到達したら局所麻酔薬と造影剤の混合液を注入します。良好な造影所見が得られ、かつ痛みが完全に消失したら局所麻酔薬を注入します。



図1

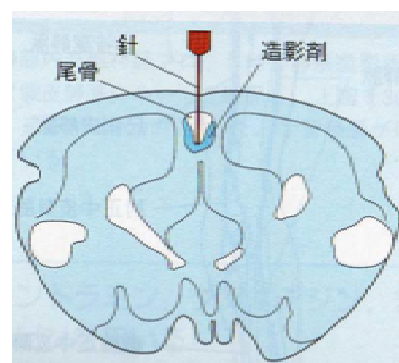


図2

### 【対照疾患名】

骨盤内悪性腫瘍、直腸がん手術(Miles術後)の旧肛門部痛、痔核根治術後の持続性の肛門部の疼痛、外傷後肛門部癒痕痛、難治性肛門部痛、外傷による会陰部の難治性疼痛など。

### 【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

悪性腫瘍などによる頑固な会陰部には下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロックなども行われていますが、これらのブロックは血圧低下、感覚障害、下痢、急性アルコール中毒、運動麻痺などの合併症がおりえます。また、くも膜下ブロックも行われていますが、このブロックは運動神経麻痺、膀胱直腸障害、脊髄梗塞などの重篤な障害を起こすことがあります。しかしながら、不對神経節ブロックではこれらの合併症を起こすことなく鎮痛が得られます。

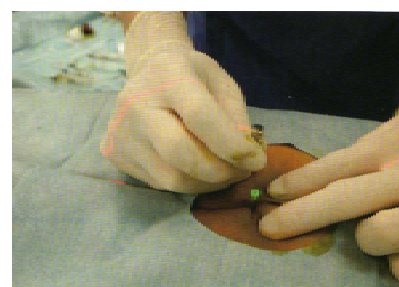


図3

### 【診療報酬上の取り扱い】

保険未収載です

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術名	前頭神経ブロック1、局所麻酔薬使用2、神経破壊薬使用
技術の概要	三叉神経の第1枝である眼神経の末梢本幹：前頭神経をブロックする手技。眉毛の上縁で正中から2.5cm耳側の位置から穿刺針を刺入し、針が眼窩上切痕直上の骨にあたったところで局所麻酔薬を注入する。長期間の鎮痛を得る場合には神経破壊薬の注入、講習は熱凝固を行う。
対象疾患名	特発性、症候性三叉神経痛（第I枝領域）、帯状疱疹、帯状疱疹後神経痛、がん性疼痛、非定型顔面痛、眼精疲労など。
保険収載の必要性	使用頻度が高いこと、ペインクリニック治療指針改訂第3版に記載されていることなどから収載が必要と考える。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： VI 疼痛部位の神経遮断に成功すれば、痛みの完全な消失滅が得られる。神経破壊薬の使用、高周波熱凝固を行えば、長期間（約6ヶ月）にわたる除痛が可能である。痛みが消失すれば患者のQOLは格段に向上する。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	安全に施行できる。眼瞼の腫脹、血腫が起こりうるが、数日間で自然に消失する。神経破壊薬を使用した場合にはアルコール性神経炎が起こる可能性もあるが、その発生頻度は低い。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	ペインクリニック科では外来で施行されているブロックである。技術に関しては成書にも記載されており、ブロックとしての手技も十分に確立されている。難易度は高くなく、比較的容易に施行できるブロックである。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 1,000 人 年間実施回数 51 回 局所麻酔薬で行う症例 800 名、神経破壊薬、高周波熱凝固で行うブロック 200 名)とした。局所麻酔薬の場合は1名に対し1か月に4回のブロックを行うと、800症例に対し年間の総ブロック回数は38,400回となる。神経破壊薬、高周波熱凝固で行う場合は1名に対し年間3回行うとすると、200例に対し年間の総ブロック回数は600回となる。
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	前頭神経ブロックを行えば、眼窩上神経ブロックと滑車上神経ブロックの効果が得られる。 局所麻酔薬の場合は1名に対し年間48回、800症例に対し年間の総ブロック回数は38,400回、請求額は206,976,000円となる。神経破壊薬、高周波熱凝固で行う場合は1名に対し年間3回行うとすると、200例に対し年間の総ブロック回数は600回となり。請求額は6,114,000円となる。総請求額は213,090,000円となる。 予想影響額 213,090,000円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 L100-6 技術名 眼窩上神経ブロック、滑車上神経ブロック
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 OL麻酔 点数 局所麻酔薬によるブロック：539点 神経破壊薬、高周波熱凝固によるブロック：1,019点（1点10円） 《1》 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：局所麻酔薬によるブロック：539点 神経破壊薬、高周波熱凝固によるブロック：1,019点《2》 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：



## 【技術名】前頭神経ブロック

### 【技術の概要】

三叉神経の第1枝である眼神経の末梢本幹である前頭神経を遮断する手技です。前頭神経は眼窩上神経、滑車上神経に分枝するため（図1）、本ブロックにより眼窩上神経が支配する前頭部、前額部、上眼瞼の感覚、滑車上神経が支配する前額下部、上眼瞼、結膜、内側角部、尾背部の感覚が同時に遮断できる。眉毛の上縁で正中から2.5cm耳側の位置から27G19mmまたは25G25mmの穿刺針を刺入し、針が眼窩上切痕直上の骨にあたったところで局所麻酔薬（2%リドカイン、2%メピバカイン、0.5%ブピバカイン）を注入するか、神経破壊薬を注入する（図2）。

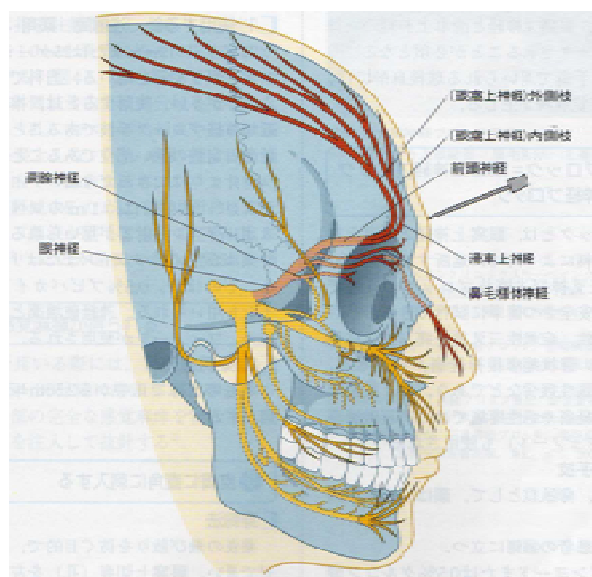


図1

### 【対照疾患名】

特発性、症候性三叉神経痛（第1枝領域）、带状疱疹、带状疱疹後神経痛、がん性疼痛、非定型顔面痛、眼精疲労など。第1枝領域の特発性三叉神経痛、がん性疼痛に対しては神経破壊薬の使用を考慮する。

### 【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

前頭部、前額部、上眼瞼の皮膚の感覚をブロックするためには眼窩上神経ブロックを、前頭下部、上眼瞼、鼻根部内眼角部の皮膚の感覚をブロックするためには滑車上神経ブロックを行います。しかしながら、痛みの領域が2つの神経が支配している広い範囲に及んでいる場合には、前頭神経ブロックを行うことにより1回の穿刺で済み、患者への負担も軽減できます。



図2

### 【診療報酬上の取り扱い】

保険未収載です。

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

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

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

申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術名	脊髄神経前枝ブロック1、局所麻酔薬使用2、神経破壊薬使用
技術の概要	内腹筋筋と腹横筋筋の間隙を神経血管面（腹横筋筋膜面）というが、エコー下に神経血管面を確認し、ここに局所麻酔薬を浸潤もしくは高周波熱凝固を行い脊髄前枝を遮断し、脊髄前枝が支配している皮膚の感覚を遮断し鎮痛を得る方法である。
対象疾患名	腹壁の帯状疱疹後神経痛、腹壁の手術後の鎮痛
保険収載の必要性	腹壁の帯状疱疹後神経痛、腹壁の手術後の鎮痛に効果を発揮している。今後も施行頻度は増加していくことが予測されることから保険収載がぜひとも必要と考える。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>VI</u> 超音波エコー下におこなうことにより確実にブロックが行え、有効率も高まる。硬膜外ブロックが適応にならない症例にも施行できる。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	エコーガイド下に行うため安全性は高く、腹腔内臓機穿刺などの合併症も防ぐことが可能である。局所麻酔薬中毒には注意が必要であるが、一般的な予防策を行うことで十分回避可能である。硬膜外ブロックが行えない症例でも施行可能である。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	超音波エコーを用いることにより正確かつ安全に行うことが可能となった。多施設で行われており、本ブロックの効果について学会でも多数発表されおり、腹壁の痛みの治療手段として一般的になりつつある。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 <u>700</u> 人 年間実施回数 <u>51</u> 回 局所麻酔薬で行う症例 500名、高周波熱凝固で行うブロック 200名とした。局所麻酔薬の場合は1か月に4回のブロックを行うと800症例に対する年間の総ブロック回数は24,000回。高周波熱凝固で行う場合は1名に対し年間3回行うとすると、200例に対し年間の総ブロック回数は600回となる。
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	超音波エコーを用いて行うことに新規性がある。また、その効果についても報告されている。硬膜外ブロックに比べ保険点数も低く設定されている。 予想影響額 <u>271,902,000円増</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 <u>L100-1</u> 技術名 <u>胸部硬膜外ブロック</u>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅 D検査 E画像 F投薬 G注射 Hリハビリ I精神 J処置 K手術 L麻酔 M放射線 N病理・その他 ○L麻酔 点数 <u>局所麻酔薬によるブロック：1,079点</u> <u>高周波熱凝固によるブロック：2,157点（1点10円）</u> 《1》 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：局所麻酔薬によるブロック：1,079点 高周波熱凝固によるブロック：2,157点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0円

## 【技術名】 脊髄神経前枝ブロック

### 【技術の概要】

腹壁は第6胸神経から第1腰神経の脊髄神経前枝に支配されています(図1)。これらの脊髄神経前枝は内腹斜筋と腹横筋の間を走行しています。内腹斜筋と腹横筋の間隙を神経血管面(腹横筋筋膜面)といますが、エコー下に神経血管面を確認し、ここに局所麻酔薬を浸潤させ脊髄前枝を遮断し、脊髄前枝が支配している皮膚の感覚を遮断し鎮痛を得る方法です(図2、図3)。

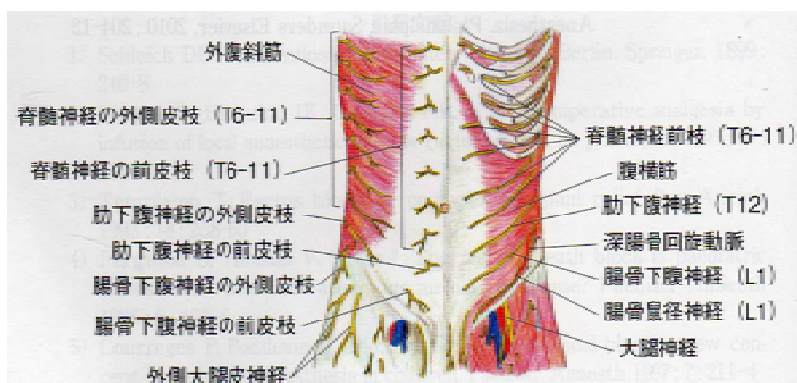


図1

### 【対照疾患名】

腹壁の帯状疱疹後神経痛、腹壁の手術後の鎮痛

### 【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

腹壁の痛みの治療には硬膜外ブロックが行われますが、高齢者、合併症のある症例、出血傾向のある症例などには施行できない場合があります。また、硬膜外ブロックの合併症として、血圧低下、徐脈、脊髄くも膜下麻酔、脊髄損傷などが起こる可能性があります。本ブロックは上にあげたような症例にも施行可能ですし、血圧低下、徐脈、脊髄くも膜下麻酔、脊髄損傷などの合併症を起こすこともありません。超音波エコーを用いることにより正確性、有効性、安全性はさらに高まります。



図2



図3 (SC:皮下組織、EO:外腹斜筋、IO:内腹斜筋、TA:腹横筋、IP:腹腔、LA:局所麻酔薬、Needle: : 穿刺針)

### 【診療報酬上の取り扱い】

保険未収載です。



## 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本ペインクリニック学会
技術名	透視下加算 (X線透視下・CT下・エコー下 等)
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 ○E画像
診療報酬番号	E000, E002
技術の概要	神経ブロックに際し X線透視装置、それに準ずる装置を使用した場合に算定。
再評価区分	1. 算定要件の見直し (適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し (増点) 3. 点数の見直し (減点) 4. 点数の見直し (別の技術料として評価) 5. 保険収載の廃止 6. その他 ( ) 点数の見直し (増点)
具体的な内容	神経ブロックに際し X線透視装置、もしくはそれに準ずる装置 (最近では超音波エコー) を使用した場合に算定する。 点数 <u>300点</u> (1点10円) <<1>> 外保連試算点数 (試算にない場合は妥当な点数) : *300点 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格 (定価) :
<b>【評価項目】</b>	
Ⅲ-①再評価の理由 (根拠、有効性等について必ず記載すること。)	透視下にブロックを行ってもこれを別個に算定できないのが現状であり、非常に高価な X線透視装置の減価償却も不可能なのが現状であり、経営上も非常に負担になってくる。減価償却、医師の被爆、患者に対する安全で確実な神経ブロックの施行という観点からも点数の見直しを要望いたします。
点数の見直しの場合	点 → 点
Ⅲ-②普及性の变化 ・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 31,654 人 → <u>31,654 人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 63,308 回 → <u>63,308 回 変化無し</u> 全国のペインクリニック専門医指定研修施設に行ったアンケート調査で透視下に行うことが好ましいと考えられる年間症例数は 31,654 例であった。回答が得られなかった施設を考慮すれば対象患者数は増加すると考えられる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響 (年間)	予想影響額 <u>94962000 円 増</u> (1) 当該技術に係る年間医療費 94,962,000 円 (a) 1回当たり医療費 3,000 円 (b) 年間施行症例数 31,654 例 (2) 減少すると予想される医療費 0 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	透視下ブロックには多種あるが局所麻酔下で行われる場合もあれば、神経破壊薬、高周波熱凝固を用いる場合もあり、その施行割合も施設によりまちまちである。そこで、透視下神経ブロックを行った場合、当該神経ブロックに 300点を加算するのが妥当と考えた。すなわち 3,000×31,654=94,962,000円の増額となる。

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：* - * - * 技術度：* 医師（術者以外）：* 看護師：* その他：* 所要時間（分）： *
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	