

Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本顎口腔機能学会

Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯周病学会

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） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

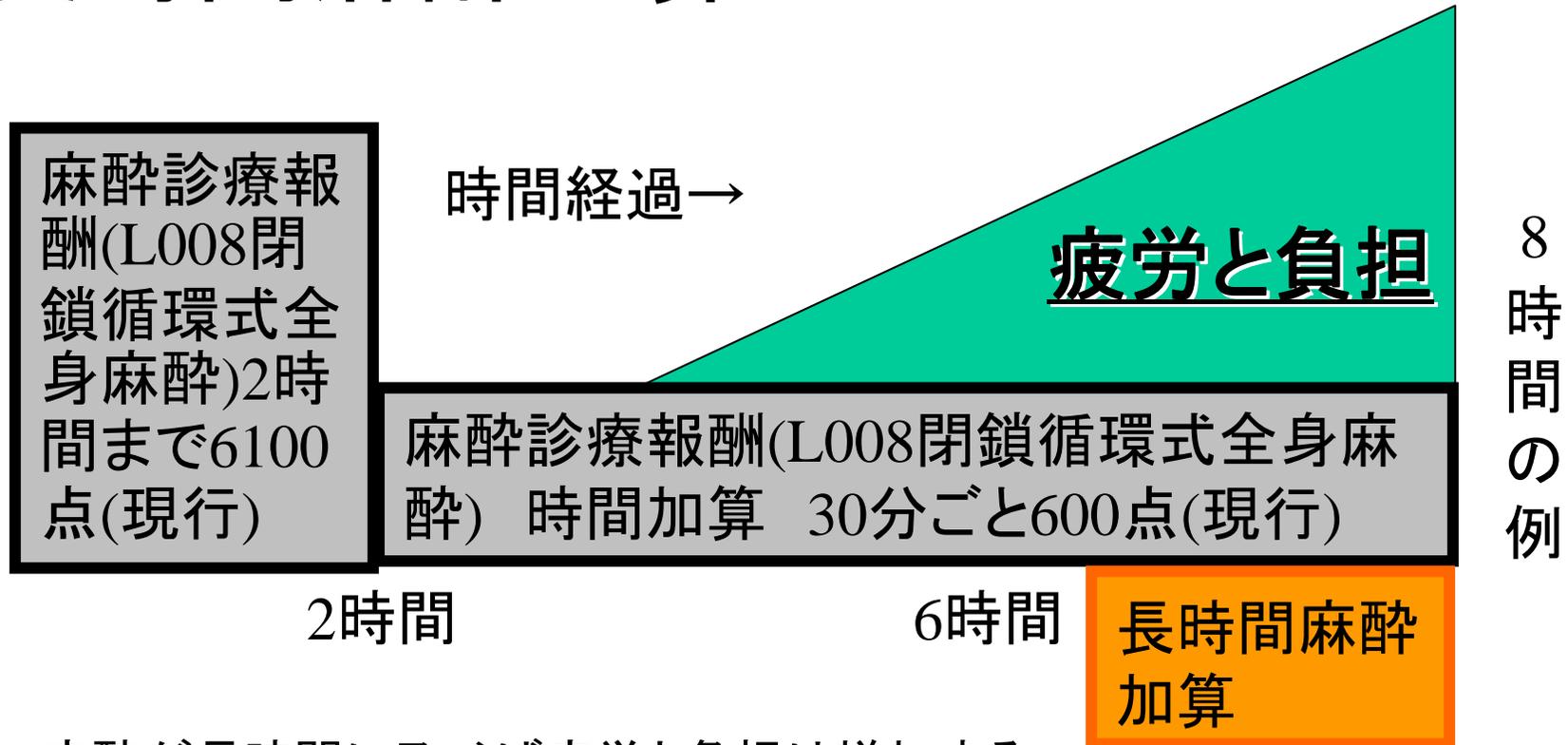
※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※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	日本麻酔科学会
技術名	長時間麻酔加算
技術の概要	6時間を超える麻酔は生体に多大な侵襲を及ぼし、短時間の麻酔と大きく異なる。このためそれを管理する麻酔科への負担も増してくる。従って、それを評価する必要がある。
対象疾患名	長時間手術等
保険収載の必要性	6時間を超える麻酔は生体に多大な侵襲を及ぼし、短時間の麻酔と大きく異なる。このためそれを管理する麻酔科への負担も増してくる。従って、それを評価する必要がある。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）； IV ASA-RVG
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	技術度の達しない医師が管理した場合、種々の呼吸・循環動態変動、代謝の悪化や腎不全などが起りうる。技術度C以上の麻酔科専門医であれば安全性は確立されているが、人員数は2名程度必要となる。
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）	麻酔科学会研修指定病院としての報告
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 45,000 人 年間実施回数 45,000 回 全身麻酔 180万件の大凡1/4にあたる45,000件。
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	3,000点×45,000件予想影響額 135,000,000円 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 （一つに○をつける） ・ 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 3,000 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）：麻酔試算、時間加算 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：なし

長時間麻酔加算について



- 麻酔が長時間に及べば疲労と負担は増加する。
- 麻酔管理の困難さは増大し、交代も容易ではないことが多い。
- 翌日の術前診察すらできない現状
- 連続勤務が時間外や深夜に及んでも、何の評価もない現状
- →麻酔科不足の大きな原因

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。

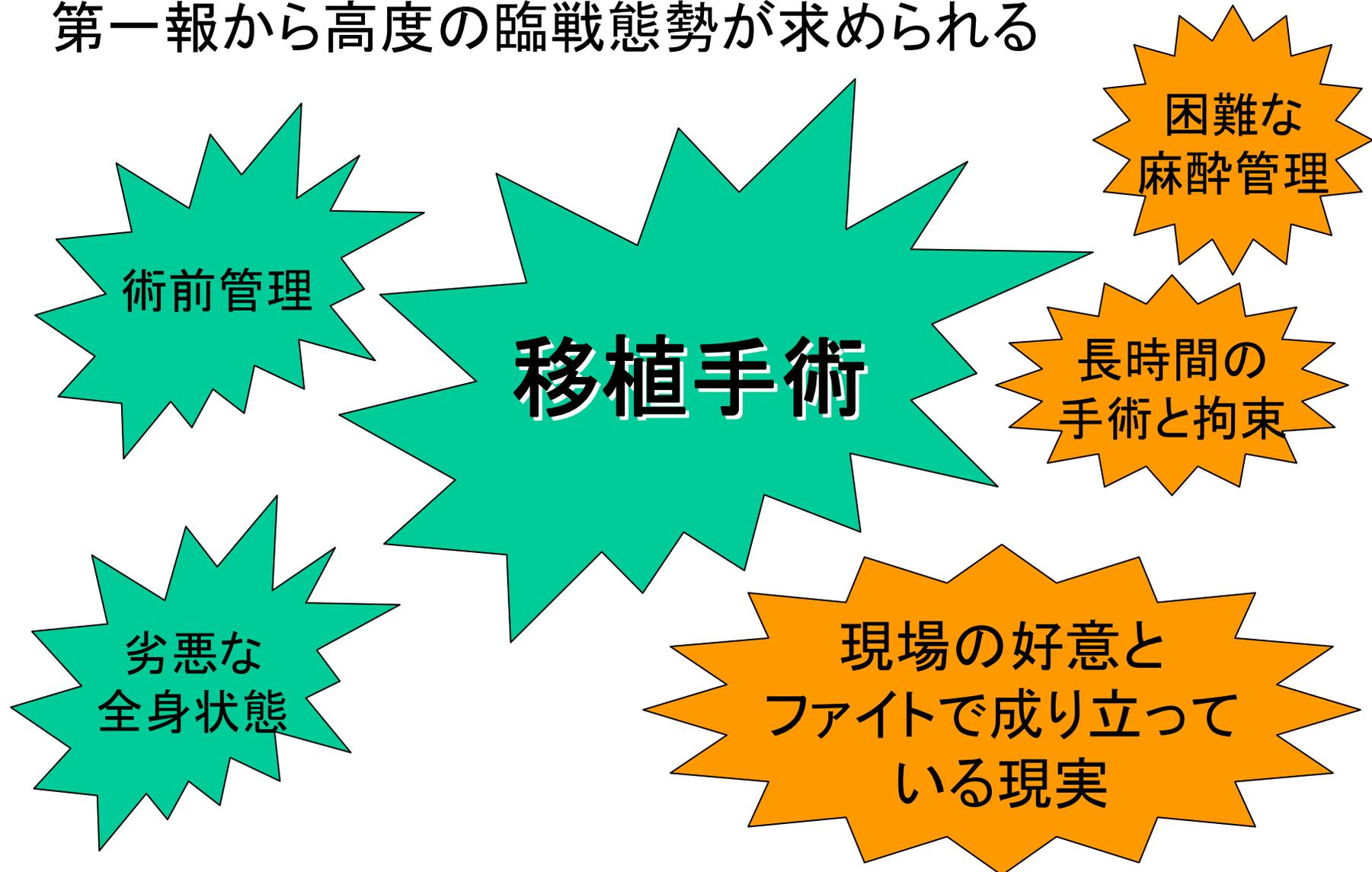
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※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	日本麻酔科学会
技術名	臓器移植（心臓、肝臓、膵臓、肺、小腸）の麻酔
技術の概要	臓器移植法の改正に伴い、死体臓器移植手術も増加傾向にある。その麻酔管理は、特別な技術と人数を必要としており、特別な評価が必要である。
対象疾患名	心臓、肝臓、膵臓、肺、小腸の移植手術の麻酔
保険収載の必要性	臓器移植法の改正に伴い、死体臓器移植手術も増加傾向にある。その麻酔管理は、特別な技術と人数を必要としており、特別な評価が必要である。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>Ⅰ</u> ASA-RVGに収載。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	心臓、肝臓、肺の移植手術の麻酔の危険性は高い。現在日本での実施数は限定的であるので、明確な頻度を出すまでに至っていない。
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）	「臓器の移植に関する法律」運用に関する指針（ガイドライン）による。
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>80</u> 人 年間実施回数 <u>80</u> 回 2010年 心臓13症例、肺16症例、心肺同時1症例、肝臓17症例、膵臓1症例、膵腎同時13症例、小腸4症例。
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	医療費：18,300点とすると、大凡総額15,000,000円となる。 予想影響額 <u>15,000,000円</u> 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u> </u> 技術名 <u> </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 O L 麻酔 点数 <u>18,300</u> 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）：外保連試算では、麻酔係数3。《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：なし。

臓器移植の麻酔

第一報から高度の臨戦態勢が求められる



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	日本麻酔科学会
技術名	(体制の整った施設での) 帝王切開の麻酔
技術の概要	帝王切開の麻酔管理は、母体と胎児の両方をケアする必要がある。 帝王切開では脊髄くも膜下麻酔が優れているが、現在十分に評価されていないので、別項目として申請する。 少子化対策として重要。
対象疾患名	帝王切開
保険収載の必要性	帝王切開の麻酔管理は、母体と胎児の両方をケアする必要がある。 帝王切開では脊髄くも膜下麻酔が優れているが、現在十分に評価されていないので、別項目として申請する。 母子センター少子化対策として重要。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル(別紙参照): <u> I </u> 帝王切開の麻酔管理は、母体と胎児の両方をケアする必要がある。 帝王切開では脊髄くも膜下麻酔が優れているが、現在十分に評価されていないので、別項目として申請する。 母子センター少子化対策として重要。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	母子センターを中心とした体制を促進する 24時間365日の安全体制を確立する必要がある。
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)	日本麻酔科学会への報告
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 52,000 人 年間実施回数 52,000 回 2007年実績に基づく推計値。 年間100万分娩、帝王切開率17%として、 17万件の帝王切開のうち、 総合と地域の周産期母子医療センターを合わせて、52,000件を担当していることが推定された。 31%の担当率となります。
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	費用はかかるが、母子センターにおける周産期麻酔の充実が図られ、産科医療事故防止、産科医療無過失保証制度の利用数の減少が見込める。 <u>予想影響額 270,000,000円 増</u> 既存の技術; 診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 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 6,100 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): 麻酔係数増分1.0 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): なし

(体制の整った施設での)帝王切開術の麻酔

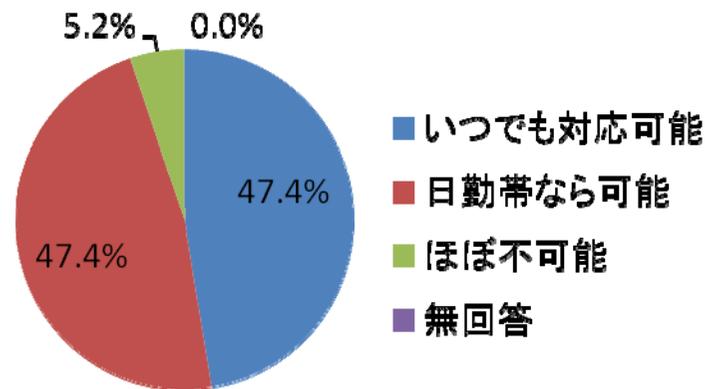


- 帝王切開では母体と胎児が患者
- 超緊急帝王切開での麻酔開始の遅れは、児の低酸素性脳障害や後遺症を増やす→社会全体の損失

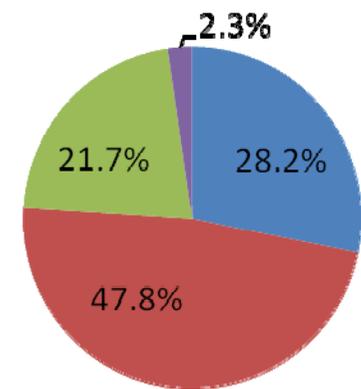
しかし現状は

- 総合・地域周産期母子医療センターですら30分以内に
- 緊急帝切ができない

総合周産期



地域周産期



- その理由として、1/4の施設が麻酔科医を挙げた
- 麻酔科院内当直体制は、地域周産期センターの29%のみ

麻酔科医が院内当直できるような体制を整備することで

- 帝王切開を迅速に開始することで児の予後を改善
- 術中大量出血などへの対処が万全となり、母体合併症を減らす

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	日本麻酔科学会
技術名	Awake Craniotomy の麻酔
技術の概要	開頭手術で重要領域に手術手技が及ぶ場合、術中に患者を一旦覚醒させ、手術手技の及ぶ範囲の神経障害の程度を確認する。このため、特殊の麻酔技術を必要とする。
対象疾患名	脳腫瘍や癲癇の開頭手術で重要領域に手技の及ぶ場合
保険収載の必要性	開頭手術で重要領域に手術手技が及ぶ場合、術中に患者を一旦覚醒させ、手術手技の及ぶ範囲の神経障害の程度を確認する。このため、特殊の麻酔技術を必要とするため。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>IV</u> 麻酔科学会、脳神経外科学会の Awake Craniotomy のガイドライン（麻酔管理含む）
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	手術の及ぶ範囲で副作用、術後神経障害頻度の減少あり。
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）	日本麻酔科学会への報告
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>1,000</u> 人 年間実施回数 <u>1000</u> 回 同上
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	術後神経障害による患者の不利益と手術による安全性との効果比較による。 予想影響額 <u>60,000,000</u> 円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 <u> </u> 技術名 <u>Awake Craniotomy の麻酔</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 O L 麻酔 点数 <u>12,200</u> 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）：麻酔係数増点分1 なので、6,100点の100/100加算を要望≪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

Awake Craniotomyの麻酔

術中の意識消失の保証が麻酔科医の使命

精神的
トラウマ
PTSD

危険な体動
(バックング)

- 注意深い麻酔深度、筋弛緩、鎮痛・鎮静のモニタリングと調節管理なしには達成できない。
- 通常業務とは逆方向の精神的重圧

術中覚醒

医療上の
要請から

有害な体動
なしに

指示した動作を
行わせる

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	日本麻酔科学会
技術名	深鎮静・モニタードケア (MAC)
技術の概要	専従監視医師による密なモニター監視下での頻回の倍たるサイン記録、保存を課した全身麻酔薬を使用する深鎮静。
対象疾患名	12歳以下の小児、知的障害者（ただし深鎮静必要理由を明記のこと）の検査、処置、画像診断。成人では全身麻酔薬を用いた気管支鏡検査、K分類手術。
保険収載の必要性	これまでの全身麻酔薬を用いて検査する際にはL001-2（1または2）の静脈麻酔やL008全身麻酔が適応されていたが、L008の全身麻酔薬以外は鎮静等中の患者安全性が確保されていた状況が確認されていない。したがってしっかりと監視体制の元での深鎮静には診療報酬を算定し、患者の安全性を確保するために十分な人的資源を投入することを目的とした。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： I 米国では1985年に小児への鎮静時ガイドラインが作成された。現在改訂最新版は2006年Pediatrics誌にGuidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: An update」として掲載されている。日本ではまだどの学会もガイドライン作成には至っていない。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	検査等中の医療事故から生命が失われている事実がある一方、患者からの検査中等鎮静要請も増える傾向がある。米国では鎮静等の多くを担当する非麻酔科医に対して鎮静時ガイドラインを作成している。その中で最も強調されているのが医療者による常時監視体制である。医師による検査等中常時監視体制が確立されれば、安全性は高くなる。
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）	医師による密な監視を義務付けるために患者バイタルサインを頻回（少なくとも5分間隔）に記録、保存させる。5分毎に記録すべきバイタルサインとして、血圧・心拍数があり、15分毎に記録すべきバイタルサインとして、経皮酸素飽和度、呼吸数、呼気二酸化炭素分圧（推奨）がある。深鎮静時には呼吸が抑制されることも多く、気道確保せざるをえない症例には全身麻酔の診療報酬を算定する。
I-④倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	問題なし鎮静等とはかく軽く考えられがちだが、重篤な事故が発生しているのも事実である。今後は鎮静時に医療事故が発生しないことが求められる。
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 300,000 人 年間実施回数 300,000 回 同上
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	麻酔科医が深鎮静を担当する際には全身麻酔症例と扱われるべきでその数は3万例。残り27万例のうち2時間以内（麻酔試案によれば28,065円）が20万例、2時間以上（54,695円）が7万例と推測される。予想影響額 9,440,000,000円 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 L001-2 技術名 静脈麻酔
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 麻酔試案を参照 点（1点10円） ≪1≫ 外保連試案点数（試案にない場合は妥当な点数）：麻酔試案を参照≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：

こども及び知的障害を持つ患者はMRIの様に狭い空間で検査中大人しくいられるはずはなく鎮静が必要となりますが、それも動かないようにするには**深鎮静**が必要です。

こども(知的障害を持つ患者を含む)の鎮静は大変なんです。なかなか寝ないし、鎮静薬が多すぎると呼吸を止めたりするんです。



MRI室外のモニター: 室内モニターと同期している

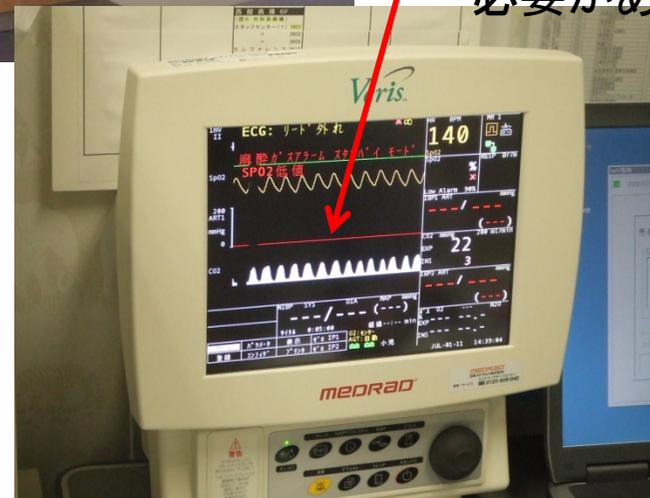
こども(知的障害をも打つ患者を含む)の検査中鎮静はMRI中だけでなく全国の病院中で行われていて、鎮静中の医療事故もよく耳にします。

投与鎮静薬によって呼吸が止まったらどうします？

呼気二酸化炭素曲線
(呼吸しているサイン)

医師がバイタルサインを常に監視して、必要ならば中に入ってすぐに蘇生する必要があるのです。

麻酔科医が全ての鎮静症例に担当できれば安心なんだけど、そんな人手に余裕はないし、小児科医にやってもらうしか。



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。

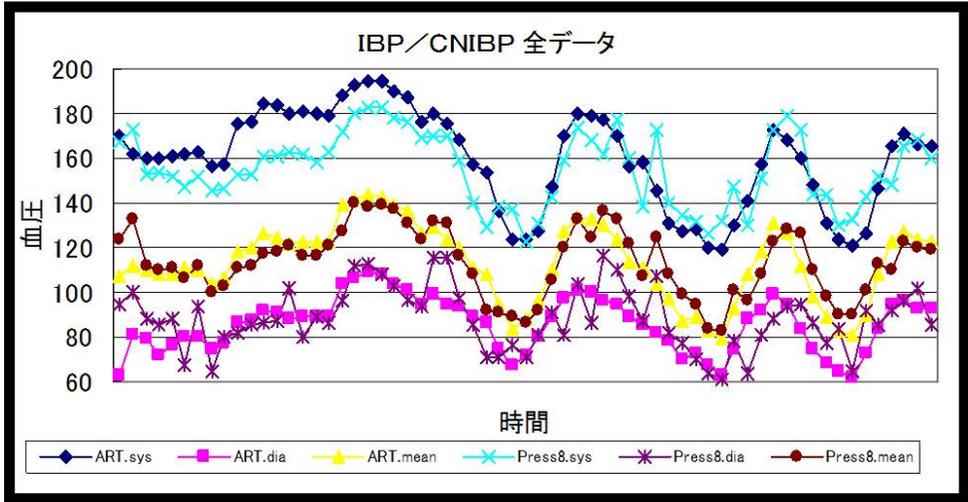
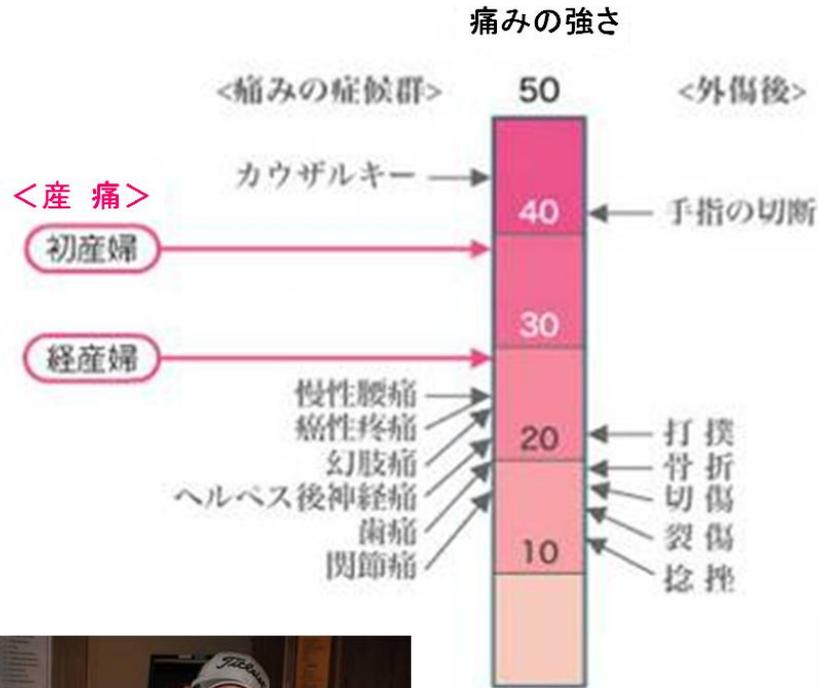
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	日本麻酔科学会
技術名	医学的適応による硬膜外無痛分娩
技術の概要	医学的適応での硬膜外麻酔による無痛分娩に対する診療報酬を新設する。
対象疾患名	心血管疾患、精神疾患、呼吸器疾患など分娩時の強い痛みが危険をもたらす疾患
保険収載の必要性	分娩出産時の強い痛みは交感神経系を亢進させるため、心疾患や高血圧合併妊婦では危険である。硬膜外無痛分娩により経膈分娩の負荷を軽減することができる。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>Ⅰ</u> 産痛緩和法として最も効果的であり、成功率は90%以上。硬膜外無痛分娩による母体死亡率は数十万例に1例以下と推定される。米国での出産の60%以上に使用されており、米国麻酔科学会産科麻酔ガイドラインでも日本麻酔科学会医薬品適正使用の手引きでも本法が言及されている。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	副作用の頻度は、低血圧20%、頭痛1%、局所麻酔薬中毒、全脊椎麻酔0.02%、硬膜外血腫・膿瘍（22万例に1例）、鉗子・吸引分娩率増加（3倍）
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）	麻酔科医であれば硬膜外麻酔に習熟しており、高い安全性が保証される。日本麻酔科学会では、硬膜外無痛分娩は教育ガイドラインにおいても専門医試験においても必須項目である。麻酔科研修を終了した産科医が行う場合もある。
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>13,900</u> 人 年間実施回数 <u>13,900</u> 回 本邦での硬膜外無痛分娩率2.6%の約半数が医学的適応によると推定。
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	1) 年間107万出生のうち、厚労科研調査によれば硬膜外無痛分娩率は2.6%であった。そのうち医学的適応によるものが50%あると推定すると、約11億の増額となる。 2) 硬膜外無痛分娩を施行することで経膈分娩が可能になる妊婦がでてくるため、帝王切開術に要する医療費が減少すると予想される。 3) 麻酔科医が硬膜外無痛分娩を行うために分娩部に待機する体制ができれば、産後大量出血や母体急変時の対処が迅速・的確となり、間接的に母体死亡や合併症による医療費を削減できる可能性がある。 予想影響額 <u>1,112,800,000</u> 円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 <u> </u> 技術名 <u> </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 OL麻酔 点数 <u>8,000</u> 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）：*8,000点《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：

(医学的適応による)硬膜外無痛分娩

お産の痛みは癌性疼痛や指の切断に匹敵

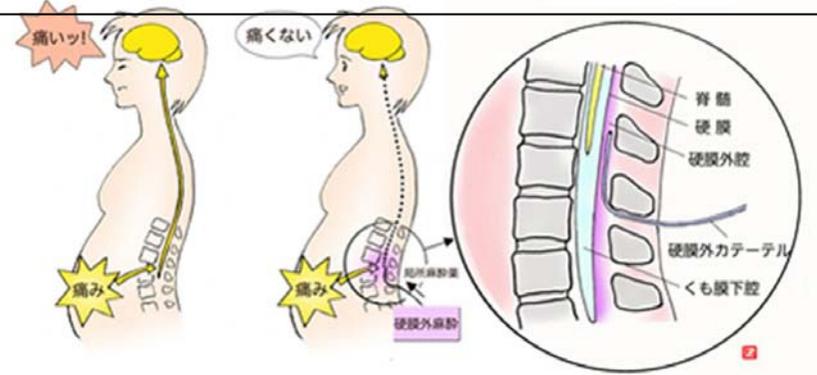
陣痛ごとに異常高血圧



硬膜外無痛分娩は

- 交感神経緊張を緩和して子宮血流を増加
- 痛みによる高血圧・頻脈を回避
- 痛みに対する不安を緩和
- しかも児への悪影響なし

- 以下の妊婦で経腔分娩を可能にする
- 妊娠高血圧症候群
 - 心疾患、不整脈
 - 脳血管疾患
 - 不安神経症、パニック障害 など



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。

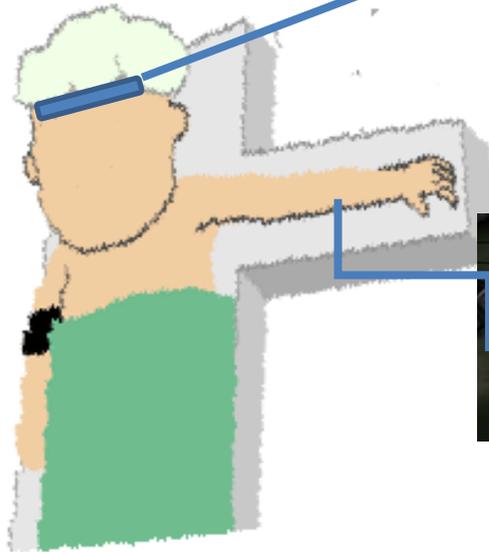
※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。

申請団体名	日本麻酔科学会
技術名	新しい全身麻酔技術の評価(1)全静脈麻酔法
技術の概要	全静脈麻酔は、吸入麻酔薬を使用する全身麻酔と比べ、術中電気生理学的モニタリングを行う手術で安定した測定を可能にする。エビデンスレベル：II
対象疾患名	全身麻酔を必要とする外科疾患
保険収載の必要性	新しい全身麻酔技術の評価として収載する
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： II 全静脈麻酔は、吸入麻酔薬を使用する全身麻酔と比べ、術中電気生理学的モニタリングを行う手術で安定した測定を可能にする。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	副作用はなく安全性はむしろ高くなる。
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）	通常の全身麻酔とくらべて麻酔薬の薬物動態やモニタリングに関する知識が必要である。難易度：専門医が実施することが前提となる。
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 660,000 人 年間実施回数 1 回 全身麻酔が適応となる患者
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	麻酔科標榜医と麻酔専門医の比率はほぼ1:3で、年次の変化は少ない。専門医管理症例数を全体の1/3とし、年間全身麻酔患者数を200万件とすると、単純計算で61,000円×66万件=402億円、402億円×20/100=約80億円となる。予想影響額 8,052,000,000円 増 既存の技術：診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 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 時間加算を含みL008に20/100加算 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)：*時間加算を含みL008に20/100加算(効果は施行時間に依存するため)≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：

全静脈麻酔法 (Total Intravenous Anesthesia: TIVA)

【概要】

全身麻酔は麻酔薬を吸入させていたが、全静脈麻酔は、静脈内投与する麻酔薬で全身麻酔を行う方法である。専用の輸液ポンプ (TCIポンプ) や麻酔深度モニタ、麻酔薬の薬物動態やモニタリングに関する知識が必要であり、専門医が実施することが前提となる。



BISモニター
脳波を使った麻酔深度モニター



TCIポンプ
薬物動態モデルに基づき静脈
麻酔薬 (プロポフォール) を投与

【対象疾患】

全身麻酔を受ける患者

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

電気生理学的モニタリングを行う手術で安定した測定を可能にする。

【診療報酬上の取扱】

時間加算を含みL008に
20/100加点

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	日本麻酔科学会
技術名	新しい全身麻酔技術の評価(2)低流量麻酔
技術の概要	全身麻酔管理のうち技術的に難しい低流量麻酔について加算をもとめる
対象疾患名	全身麻酔を必要とする外科疾患
保険収載の必要性	新しい全身麻酔技術の評価として収載する。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	エビデンスレベル（別紙参照）： <u>IV</u> 全身麻酔に用いる吸入麻酔薬の使用量を削減可能である。
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	低流量麻酔は麻酔ガスモニタ下では安全に施行可能である。
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）	通常の全身麻酔とくらべて麻酔薬の薬物動態やモニタリングに関する知識が必要である。難易度：専門医が実施することが前提となる。
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>660,000</u> 人 年間実施回数 <u>1</u> 回 全身麻酔が適応となる患者
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	麻酔科標榜医と麻酔専門医の比率はほぼ1:3で、年次の変化は少ない。専門医管理症例数を全体の1/3とし、年間全身麻酔患者数を200万件とすると、単純計算で61,000円×66万件=402億円、402億円×20/100=約80億円となる。(全静脈麻酔と共通) 予想影響額 <u>8,052,000,000円</u> 増 既存の技術；診療報酬の区分番号 <u>技術名</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 O L麻酔 点数 <u>時間加算を含みL008に20/100加算 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)：*時間加算を含みL008に20/100加算≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価)：

【低流量麻醉とは】

- ・酸素・亜酸化窒素等の新鮮ガス流量を可能な限り低下させ、麻醉ガスを再利用することで、
- ・高価な揮発性吸入麻醉薬の消費量を節約し、
- ・温室効果ガス等の排気ガスも減少させる。
- ・安全確保のガスモニターとSpO2は必須。
- ・吸入麻醉と酸素代謝の専門知識が不可欠。

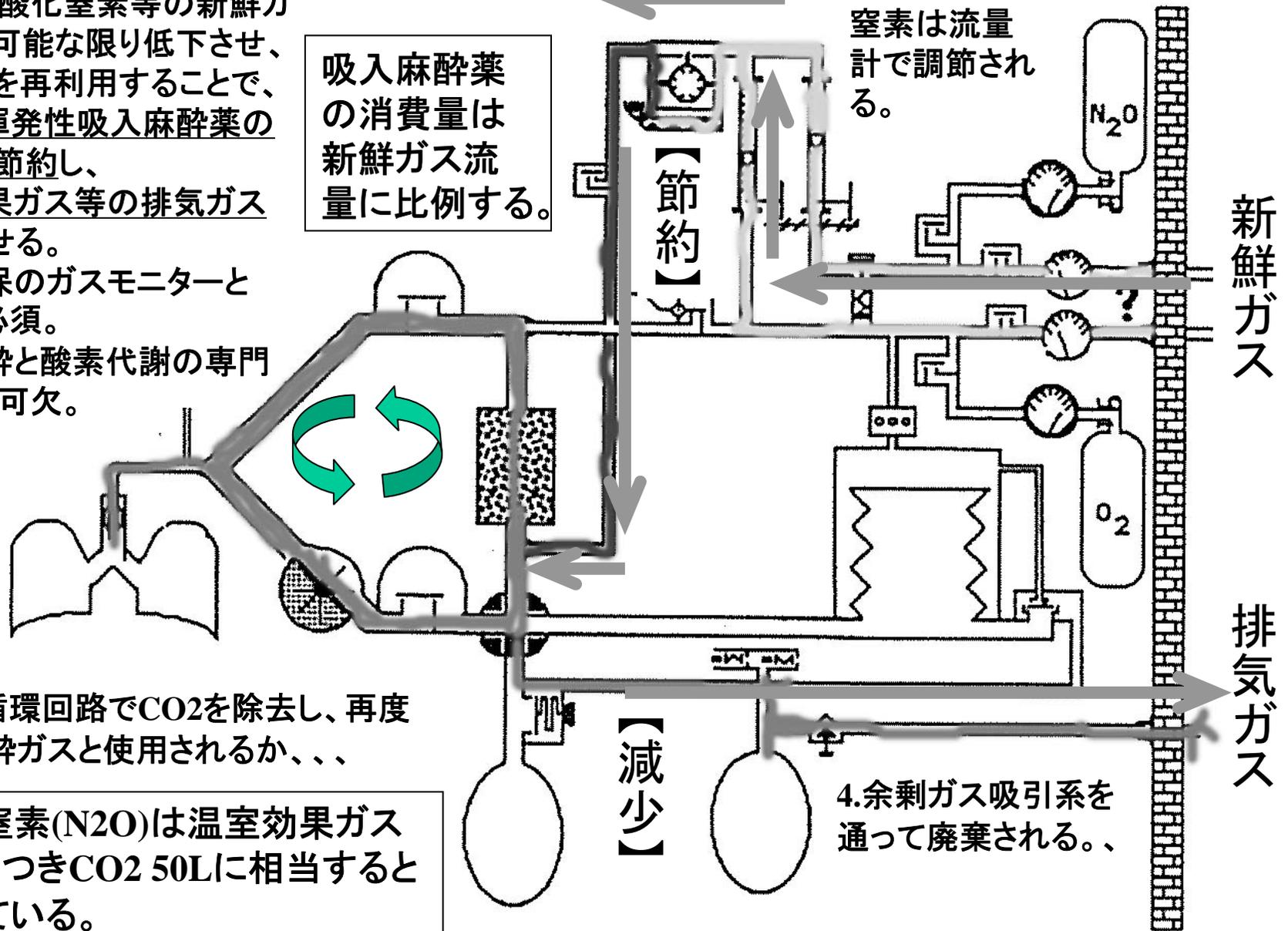
吸入麻醉薬の消費量は新鮮ガス流量に比例する。

3.循環回路でCO2を除去し、再度麻醉ガスと使用されるか、、、

亜酸化窒素(N2O)は温室効果ガスで、1LにつきCO2 50Lに相当すると云われている。

2.気化器で揮発性吸入麻醉薬と混合される。

1.供給された酸素と空気または亜酸化窒素は流量計で調節される。



4.余剰ガス吸引系を通して廃棄される。。

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	日本麻酔科学会
技術名	大量出血（4,000g以上）の麻酔管理
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 ○L麻酔
診療報酬番号	L008
技術の概要	大量出血（4,000g以上）の麻酔管理
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> 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（） 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）
具体的な内容	大量 <u>点数 12,200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）：麻酔係数増点分 1.0 ≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：0
【評価項目】	
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。）	大量出血では、技術度Cの麻酔科医がもう一名以上必要となっているため
点数の見直しの場合	<u>6,100点</u> → 12,200点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 4,000人 → <u>4,000人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 4,000回 → <u>4,000回 変化無し</u>
	手術技術の進歩で手術中の大量出血の症例は減少している。
Ⅲ-③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	予想影響額 240000000円 増 4,000例×6,100点 2億4千万
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	外保連試算コード：*-*-* 技術度：C 医師（術者以外）：1 看護師：1 その他：0 所要時間（分）：120

Ⅲ-⑥関係学会、代表の研究者等	

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	日本麻酔科学会
技術名	気管挿管困難（cormackIV）の麻酔
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 ○L麻酔
診療報酬番号	L008
技術の概要	全身麻酔では気管挿管が必要となるが、稀に挿管困難症例に遭遇する。このような場合、気道確保に難渋し、種々の解決方法を用いることとなる。
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（ その他麻酔困難症例に追加
具体的な内容	気管挿管困難（cormackIV）では、喉頭鏡を用いても喉頭蓋の確認できない症例もある。このような場合、通常の挿管方法では、気管挿管できない。気管支鏡や場合によっては気管切開も必要になる。 <u>点数 6,100 点 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）：麻酔係数 1.0 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：
【評価項目】	
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。）	全身麻酔で気管挿管は必要な技術であるが、稀に気管挿管困難症例がある。特に cormackIVでは、通常の方法では気管挿管が極めて困難であり、種々の方法や、多くの人員を必要とする。これこそ麻酔困難症例であるので、麻酔困難症例に追加頂きたい。
点数の見直しの場合	<u>0 点</u> → <u>12,200 点</u>
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 <u>180 人</u> → <u>180 人</u> 変化無し 年間実施回数の変化 現在 <u>180 回</u> → <u>180 回</u> 変化無し
	挿管困難症例は 1/1 万程度で発生していると考えられ、年間大凡 180 万例の全身麻酔症例がある推定されているので、180 人/年と考えられる。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 <u>11000000 円</u> 増 大凡 180 名で現在 6,100 点で請求されているので、増分は、 $180 \times 6,100 \text{ 点} \div 100 \text{ 万円} = 10980 \text{ 万円}$ と考えられる。
（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	通常の喉頭鏡の他、マッコイ喉頭鏡、エアウエイスコープ、ビデオ喉頭鏡、気管支鏡、種々の喉頭上気道確保器具などが必要であり、更に技術度 D の医師が必要となる。その他、Ns2-3 名、技士 1 名などが必要なるのでその人件費も必要。

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）	2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	外保連試案コード：* - * - * 技術度：D 医師（術者以外）：1 看護師：3 その他：1 所要時間（分）：60
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

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	日本麻酔科学会
技術名	心臓カテーテル検査並びにインターベンション時全身麻酔
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 ○L麻酔
診療報酬番号	L008
技術の概要	心臓カテーテル検査ならびにインターベンションを麻酔科医管理の全身麻酔下に行う
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	基本麻酔点数 6,100 点を、9,150 点への増点を提案する <u>点数 9,150 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）：6,100 《2》 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：
【評価項目】	
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。）	小児では心臓カテーテル検査ならびにインターベンションを多くが麻酔科医による管理のもとに全身麻酔下に行われているが、検査中手術室で行われる全身麻酔時より合併症が多く発症すると報告されている。心停止に限れば0.5%と日本麻酔科学会による2000年の6歳以下の全身麻酔中心停止頻度0.066%と比べかなり高く、安全に検査を遂行するために特に麻酔科医の人手を要する。また検査室が麻酔科医の主な働き場所である手術室と離れていることも多く、検査室内も麻酔科医にとって決して快適な働く環境ではない。これらを考慮し9,150点への増点が妥当な評価であると提案する。
点数の見直しの場合	_____点 → _____点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 <u>3,000 人</u> → <u>3,000 人 変化無し</u> 年間実施回数の変化 現在 <u>3,000 回</u> → <u>3,000 回 変化無し</u>
	独自の14施設へのインタビュー調査による全国での症例数の推計
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）	<u>予想影響額 0 円 増</u>
（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は 症例の1/3が麻酔困難者で平均2時間の麻酔時間として考えると 124,500円×1,000 + 91,500円×2,000=3億750万円 増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費は 症例の1/3が麻酔困難者で平均2時間の麻酔時間として考えると 83,000円×1,000 + 61,000円×2,000=2億500万円 3億750万円 — 2億500万円= 1億250万円

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	

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	日本麻酔科学会
技術名	チームアプローチによる術後疼痛管理(医療機器安全管理料)
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 ○その他
診療報酬番号	B011-4-1
技術の概要	術後疼痛管理(PCA)に用いる機械式PCA装置の安全管理、保守点検及び安全使用を臨床工学技士が施行する。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> 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() 算定要件の見直し(適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等)
具体的な内容	術後疼痛管理(PCA)に用いる機械式PCA装置の安全管理、保守点検及び安全使用を臨床工学技士が施行する。 <u>点数 100 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): 100 <<2>> 別途請求が認められていない必要材料と価格(定価):
【評価項目】	
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。)	機械式PCA装置は非常に有用ですが、安全な薬物投与および警報の設定や機器の動作確認および記録には臨床工学技師の協力が不可欠です。当該の安全管理料による生命維持管理装置は、高度な医療機器が対象になっていますが、疼痛管理装置は手術後の一定期間は生命維持管理装置と言っても過言ではありません。本要望を通じて、対象をPCAを要する術後患者に拡大し、臨床工学技師の業務と認められることを要望するものです。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 _____ 人 → _____ 100,000 人 増 年間実施回数の変化 現在 _____ 回 → _____ 100,000 回 増
	ただし他の生命維持管理装置と重複する場合も多い。(推定不可能)
Ⅲ-③予想される医療費へ影響(年間)	予想影響額 100000000 円 増
(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	前回対象患者は50万人と推定したが、機械式PCA装置の使用は約20%の10万人程度と推定される。(残りはディスプレイ式) 10万人×1,000円=1億円
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	

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	

技術名<輸血用材料K除去フィルター>(日本未熟児新生児学会)

新生児に対して輸血を行う場合には、腎機能や酸塩基平衡調節能の未熟性に加えて、体重当たりの輸血量が多いことから容易に高カリウム血症を来す。



高K血症は致命的な不整脈を起こし、危険である。



新生児への輸血がより安全に実施できる。



カワスミカリウム吸着フィルター(単価9000円)

この高K血症はK除去フィルターを用いることによって、ある程度予防可能である。



<まとめ> 輸血前にK除去フィルターを用いることで、新生児の輸血がより安全に可能となる。

Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（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） ②. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本未熟児新生児学会