

外保連ニュース号外 2018年3月

発行：一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合（外保連） 発行者：松下 隆 編集：外保連広報委員会
〒105-6108 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル8階 一般社団法人 日本外科学会内 TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456
URL: <http://www.gaihoren.jp> E-mail: office@gaihoren.jp 年2回発行

平成30年度診療報酬改定結果について

実務委員長・会長補佐 瀬戸 泰之



平成30年度診療報酬改定率は、技術料にあたる本体部分は0.55%の引き上げとなり、また医科は0.63%引き上げとなった。一時、今回の改定はマイナスになるのではとの報道もあったが、外保連にとってはほぼ満足できる改定となったのではないかと考えている。領域別でも引き下げられたところはなく平均105.54%(100-132.7%)とアップしている。ちなみに、平成28年度改定では、平均101.75%(100-105.02%)であったので、平成22年、24年程度までは届かなかったが、前回、前々回に比較すると良好な結果となっている。プラスになった項目は378あり、その平均は119.98%となっている。医療技術の評価（外保連の要望）では、今回新設要望179項目中考慮されたのは64項目（改定率35.8%、前回：25.7%、54/210）、改正要望238項目中考慮されたのは118項目（改定率49.6%、前回：33.2%、67/202）と数、率とも増加している。

平成28年度緊急要望項目として提出した中では、多くの項目で考慮されており、その重要性を再認識している。その中では、耳垢栓塞除去における小児加算の不合理的、脊髄刺激装置植込術と脊髄刺激装置交換術における点数の不合理的、肥満症治療である腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ切除）の施設基準の緩和、小児外科領域の腹腔鏡下総胆管拡張術における自動縫合器使用や他術式における自動縫合器数の増加一括申請などが認められており、一定の成果をあげているものと考えている。

前々回、休日・時間外・深夜加算が倍増され、時間外や深夜勤務が多い外科系各科にとって朗報であった。しかし、当該加算を算定する施設基準として、休日や深夜の勤務を行った場合、翌日は休日にする、あるいは、手術の術者・第一助手になれないという要件（年間の日数制限）が設けられた。外科医が少ない施設などでは、その要件をクリアできないことなどから、せっかくの加算も算定できない施設が多いことが明らかとなり、緊急要望項目として要件の緩和を求めた。前回、一定程度の緩和処置（年間日数の緩和）は示され

目次

- ◆実務委員会 瀬戸泰之委員長
- ◆編集後記 ～ 広報委員長 松下隆
- ◆三保連ニュース
- ◆事務局からのお知らせ

<< 別添資料 >>

平成30年度診療報酬改定で考慮された項目リスト

たが、当直医師が毎日6人以上などの施設基準は、やはり大きな施設しかクリアできないのではとの危惧が残ったので、今回も緊急施設アンケートを行い、前回の緩和により加算がとれるようになった施設は極めて少ないことを提示した。しかし、残念ながら今回の改定では更なる緩和は認められていない。再度、アンケート調査結果をもとに緊急要望として提出する予定である。

今回、ロボット支援下内視鏡手術12件が保険適応となり、泌尿器科領域以外にもロボット手術が保険診療で使用可能となった。注目を集めているところではあるが、あくまでも新規術式としてではなく、従来の内視鏡手術においてロボットを使ってもいいということであり加算はなく従来の内視鏡手術と同じ点数となっている。安全性担保のために厳しい施設基準も設けられている。2年後の改定においては、適切・適格にロボット手術の結果を評価し、必要であれば加算などによる増点を求めるべきと考えている。

これまで外保連は、診療報酬に対する人件費や償還不可材料費率（割合）が大きい手術がまだまだ多いことを指摘してきた。今回の改定では、その比率は大きく減少していない。引き続き改善を求めていきたい。

昨今、外科診療を取り巻く環境の困難さが指摘されている。世界に誇るわが国の外科診療を停滞させないためにも、なお一層の保険診療の充実を求めていく必要がある。諸先生方のさらなる支援を期待する次第である。

平成30年度診療報酬改定に関して の検証と意見書提出は4月中旬

平成30年3月5日付けの官報に診療報酬改定の内容が掲載されました。これに基づいて発行される「医科点数表の解釈」と合わせ、各学会の社会保険関連委員会は、今回の改定内容を至急検証して下さい。また、小さな訂正が課長通達で後から出されることもありますので、注意して下さい。

1. まず、各学会から要望した項目がどのように評価されたかを確かめて下さい。要望した技術名とは異なる名となっている診療行為もありますので、ご注意下さい。

- 正当に評価された。
- 評価されたが、保険点数が充分とはいえない。
- 全く評価されなかった。

各項目について学会からの意見書を作成し、4月中旬に厚生労働省保険局医療課課長宛てに提出して下さい。申し出が何もないければ容認したことになります。次回の改定時には異なる医療課長が対応することになりますが、この意見書を提出していれば、永続的に要望を行ってきたと主張することができます。

2. 次に、以下の点がないか確認をして下さい。

- 明らかな間違いや取り違えがないか。
- 施設基準などで解釈し難い点や現実的ではない点はないか。
- 理由なく減額となった診療行為や他の診療行為と比べ、不当に減額させられた診療行為はないか。

ある場合には、やはり意見書として提出して下さい。

※ 会員・学会間で情報を共有するため、意見書のコピーを外保連実務委員会へ送付願います。

◆編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース号外をお届けします。平成30年3月5日付けの官報に診療報酬改定の内容が掲載されました。これに基づいて発行される「医科点数表の解釈」と合わせて、各学会の社会保険関連委員会の委員の皆様は、各学会から要望した項目がどのように評価されたかを確かめて下さい。そして各項目について学会からの意見書を作成し、4月中旬に厚生労働省保険局医療課課長宛てにご提出ください。この意見書を提出していれば、永続的に要望を行ってきたと主張することができますので、ぜひご提出くださいますようお願い申し上げます。

◆三保連ニュース

7月24日に日本内科学会会議室に於いて、第18回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『平成30年度改定の総括』と題し、各パネリストの先生方にご講演いただく予定です。詳細につきましては、日程が近づきましたら改めて外保連のホームページ(<http://www.gaihoren.jp/>)にてご案内申し上げます。

◆事務局からのお知らせ

【新規加盟学会】

日本神経眼科学会
日本組織移植学会
日本側弯症学会
日本臨床泌尿器科医会

※ 以上、現加盟学会数計105学会

※ 3月26日(月)に開催されました社員総会におきまして、下記の通り外保連試案の英語表記が正式に承認されましたのでご報告致します。

【外保連試案の英文名称】

Draft Proposal of Japanese Health Insurance Federation for Surgery

【暫定版】外保連の要望のうち、平成30年度診療報酬改定で考慮された項目(技術新設)				診療報酬改定結果	
NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
1	放射性同位元素内用療法管理料（骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの）	保険収載	16,759点	【項目の見直し】 5.骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 【注の追加】 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用がん療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。	M000-2 5 注4
2	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	保険収載	2,500点及び栄養管セット加算 2,000点	【新設】 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点 注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。 【注の見直し】 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	C105-3 C162 注
3	洗腸指導管理料 1単純な場合 2複雑な場合	保険収載	医療用器具クラス1:1,000点 医療用器具クラス2:1,800点	【新設】 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準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において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 注2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。 C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 (1) 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料は、3月以上の保存的治療によっても十分な改善を得られない、脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者（直腸手術後の患者を除く。）に対し、在宅で療養を行っている患者自ら経肛門的自己洗腸用の器具を用いて実施する洗腸について、指導管理を行った場合に算定する。 (2) 指導に当たっては、経肛門的自己洗腸の適応の可否についての評価を行い、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第16の10に掲げる医師及び看護師が指導計画を作成する。指導計画及び実施した指導内容は診療録等に記載する。 (3) 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに経肛門的自己洗腸を導入する患者に対し、(2)の医師又は看護師が十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に1回に限り算定する。 (4) 在宅療養指導管理料の通則1及び2の規定にかかわらず、本管理料と区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、平成32年3月31日までの間に限り、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。 (5) 実施に当たっては、関係学会の定める経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針を遵守すること。	C119

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
4	前眼部三次元画像解析	保険収載	1,049点	【新設】 前眼部三次元画像解析 265点 注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号D265-2に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号D274に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	D274-2
5	涙道内視鏡検査	保険収載	3,878点	【新設】 涙道内視鏡検査 640点	D277-2
6	精密視力検査	保険収載	1)空間周波数閾値検査 MTF: 3,746点 2)高次収差解析:931点 3)実用視力:1,293点	【新設】 コントラスト感度検査 207点 注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。	D263-2
7	インドシアニングリーンを用いた周術期冠動脈バイパス評価	保険収載	8,500点	【公知申請あり】 ・インドシアニンググリーン注射用25mg 【第一三共(株)】 < 適応の追加 > 血管及び組織の血流評価 冠動脈血行再建術において、ICGを用いて血管を確認した際に「K939-2 術中血管等描出撮影加算」を算定できる	K939-2
8	仮想気管支鏡によるナビゲーションシステム	保険収載	5,410点	【新設】 経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの) 5,500点 (1) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に 対して、患者のCT画像データを基に電磁場を利用したナビゲーションを行った場合に算定できる。なお、この場合、CTに係る費用は別に算定できる。 (2) 経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。 (3) 区分番号「D302」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。	D415-3
9	経口胆道鏡下生検法	保険収載	33,755点	【点数の見直し】 胆道ファイバースコピー 1,400点⇒4,000点	D309
10	経口膵管鏡下生検法	保険収載	38,075点	D308 注3 胆管・膵管鏡加算 600点⇒2,800点	D308 注3
11	光干渉断層血管撮影	保険収載	400点	【新設】 光干渉断層血管撮影 400点 注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D256に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	D256-3

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
12	前房水漏出検査	保険収載	592点	【新設】 前房水漏出検査 149点 注 緑内障濾過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。	D275-2
13	小児運動器機能訓練法（運動器検診を含める）	保険収載	500点	【新設】 6歳未満に対する指導管理料	
14	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	保険収載	1,768点	【新設】 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）1,760点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準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において、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。	K924-2
15	胃悪性腫瘍手術（全摘）（ロボット支援）	保険収載	208,546点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
16	胃悪性腫瘍手術（噴門側切除）（ロボット支援）	保険収載	231,630点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
17	胃悪性腫瘍手術（切除）（ロボット支援）	保険収載	167,050点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
18	同種死体小腸移植術	保険収載	342,278点	【新設】 同種死体小腸移植術 177,980点 注小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	K716-6
19	移植用小腸採取術（脳死ドナー）	保険収載	101,686点	【新設】 移植用小腸採取術（死体）65,140点 注小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	K716-5

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
20	生体小腸部分移植術	保険収載	342,278点	【新設】 生体部分小腸移植術 164,240点 注1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 注2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	K716-4
21	移植用小腸採取術（生体ドナー）	保険収載	118,442点	【新設】 移植用小腸採取術（生体） 56,850点 注小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	K716-3
22	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	保険収載	115,795点	【新設】 腹腔鏡下膵腫瘍摘出 39,950点	K700-3
23	胸腔鏡補助下弁膜症手術	保険収載	146,166点	【新設】 K554-2 胸腔鏡下弁形成術 1 1弁のもの 109,860点 2 2弁のもの 123,170点 K555-3 胸腔鏡下弁置換術 1 1弁のもの 115,500点 2 2弁のもの 130,200点 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	K554-2 K555-3
24	鏡視下手術の一括採用	保険収載	115,795点	【新設】 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術 39,950点	K700-3
25	放射線性・薬剤性骨髓炎における腐骨除去術（表在性のもの）	保険収載	4,000点	【注の追加】 腐骨除去手術 注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。	J047(歯科)
26	放射線性・薬剤性骨髓炎における腐骨除去術（深在性・顎骨に及ぶもの）	保険収載	14,940点	【注の追加】 腐骨除去手術 注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。	J047(歯科)
27	腐骨除去手術（関節頭をふくむもの）	保険収載	23,600点	【注の追加】 腐骨除去手術 注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。	J047(歯科)

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
28	肺悪性腫瘍手術 肺葉切除（ロボット支援）	保険収載	125,943点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
29	縦隔腫瘍摘出術（ロボット支援）	保険収載	100,563点	【通則の追加】18 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
30	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	保険収載	(1)腕橈関節:137,115点 (2)遠位橈尺関節:137,115点 (3)手指関節:183,346点 (4)足趾関節:152,527点	【新設】 自家肋骨肋軟骨関節全置換術 91,500点	K082-4
31	一時的創外固定骨折治療術	保険収載	52,707点	【新設】 一時的創外固定骨折治療術 34,000点	K046-3
32	子宮悪性腫瘍手術（広汎切除）（腹腔鏡下）	保険収載	173,942点	【名称の見直し】 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	K879-2
33	子宮悪性腫瘍手術（ロボット支援、単純切除）	保険収載	125,548点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
34	ロボット支援下子宮全摘術	保険収載	98,283点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
35	鼓室形成術（耳小骨温存術、耳小骨再建術）	保険収載	鼓室形成術（耳小骨温存術）:77,031点 鼓室形成術（耳小骨再建術）:114,076点	【項目の見直し】 鼓室形成術 1耳小骨温存術 34,660点 2耳小骨再建 51,330点	K319 1 K319 2
36	喉頭形成術（チタンブリッジを用いた）	保険収載	58,063点	【項目の追加】 喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの34,840点	K400 3
37	腸管延長術	保険収載	125,045点	【新設】 腸管延長術 76,000点	K735-5
38	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	保険収載	198,686点	【新設】 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術 119,200点	K684-2

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
39	膀胱皮膚瘻造設術（カテーテルフリー型）	保険収載	50,275点	【新設】 膀胱皮膚瘻造設術 25,200点	K805-2
40	導尿路造設術	保険収載	98,722点	【新設】 導尿路造設術 49,400点	K805-3
41	末梢動静脈瘻造設術（静脈転位を伴うもの）	保険収載	42,605点	【項目の見直し】 末梢動静脈瘻造設 1静脈転位を伴うもの 21,300点	K612 1
42	食道悪性腫瘍手術（消化管再建を伴う）（頸部、腹部の操作） （血管吻合を伴わない）（縦隔鏡下）	保険収載	199,224点	【新設】 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 109,240点	K529-3
43	大脳皮質代謝循環等測定加算	保険収載	1,500点	【注の追加】 区分番号K609Iに掲げる動脈血栓内膜摘 出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用い けいる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、 術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。	L008 注11
44	椎弓形成術（鏡視下）	保険収載	46,708点	【新設】 内視鏡下椎弓形成術 30,390点	K142-5
45	流産手術（手動真空吸引法 妊娠11週まで）	保険収載	8,040点	【項目の見直し】 流産手術 1妊娠11週までの場合 イ手動真空吸引法によるもの 4,000点	K909 1 イ
46	精索静脈瘤手術（顕微鏡下）	保険収載	24,838点	【新設】 顕微鏡下精索静脈瘤手術 12,500点	K834-3
47	頸胸椎後縦靱帯骨化症手術（前方進入）	保険収載	頸椎96,264.1点（胸椎137,607.3 点）+自家骨移植術（14,030点）	【新設】 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）69,000点	K133-2
48	直腸瘤根治術（経膈的）	保険収載	44,496点	【新設】 直腸瘤手術 5,760点	K741-2
49	直腸瘤根治術（経肛門的）	保険収載	44,496点	【新設】 直腸瘤手術 5,760点	K741-2
50	ロボット支援直腸手術	保険収載	165,280点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K 803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働 大臣が定める施設基準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 において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
51	ロボット支援食道手術	保険収載	411,158点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K 803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働 大臣が定める施設基準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 において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
52	乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）	保険収載	40,284点	【名称の見直し】 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）	K476 8
53	乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	保険収載	76,104点	【名称の見直し】 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	K476 9
54	MRIガイド下乳腺腫瘍吸引術（一連につき）	保険収載	19,484点	【項目の見直し】 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 2 MRIによるもの 8,210点	K474-3 2

NO	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
55	キアリ奇形に対する後頭蓋窩減圧術	保険収載	61,749点	【新設】 後頭蓋窩減圧術 31,000点	K149-2
56	電解質溶液利用経尿道の前立腺核出術	保険収載	42,929点	【新設】 経尿道の前立腺核出術 21,500点	K841-5
57	膀胱悪性腫瘍手術（回腸導管造設）（腹腔鏡下）	保険収載	191,657点	【項目の見直し】 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 2 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの） 117,790点	K803-2 2
58	膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱造設）（腹腔鏡下）	保険収載	193,738点	【項目の見直し】 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 3 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの） 120,590点	K803-2 3
59	膀胱悪性腫瘍手術（回腸導管造設）（ロボット支援下）	保険収載	216,967点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
60	膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱造設）（ロボット支援下）	保険収載	243,670点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
61	膀胱悪性腫瘍手術（ロボット支援下）	保険収載	155,169点	【通則の追加】 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。	通則18
62	内視鏡的穿孔瘻孔閉鎖術	保険収載	20,456点	【新設】 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術10,300点	K647-3
63	ペースメーカー移植術（一体型）	保険収載	35,341点	【項目の追加】 ペースメーカー移植術 3 リードレスペースメーカーの場合 9,520点	K597 3
64	硬膜外腔癒着剥離術（経皮的）	保険収載	21,883点	【新設】 硬膜外腔癒着剥離術 11,000点	K188-2

【暫定版】外保連の要望のうち、平成30年度診療報酬改定で考慮された項目(技術改正)

診療報酬改定結果

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
1	A300	救命救急入院料	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	3日以内が11,393点、4日以上7日以内が10,316点、8日以上14日以内は9,046点	【注の見直し】 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準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において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ救急体制充実加算1 1,500点 ロ救急体制充実加算2 1,000点 ハ救急体制充実加算3 500点 【注の削除】 注4→(削除)	A300
2	A301	特定集中治療室管理料	施設基準の要件の追加	—	M180010 SOFASコア/特定集中治療室15歳以上の患者で、特定集中治療室管理料1もしくは特定集中治療室管理料2を算定する病床に入院した場合は入力必須となる。	A301
3	A301	特定集中治療室管理料(看護師)	特定集中治療室管理料1または2に、一定基準を満たす看護師配置要件の追加	—	特定集中治療室管理料1に関する施設基準 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。ここでいう「適切な研修」とは、国または医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。	A301
4	A301-4	小児特定集中治療室管理料集中治療室管理料	算定要件の拡大(施設基準)項目設定の見直し	—	【注の見直し】注1 15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者) A301-4 小児特定集中治療室管理料 (1) 15歳未満(児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満) なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。	A301-4

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
5	A308	回復期リハビリテーション病棟における 要件緩和	算定要件の拡大(施設基準) 保険収載の廃止	120点	【項目の見直し】A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき) 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1(2,085点)(生活療養を受ける場合にあっては、2,071点) 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2(2,025点)(生活療養を受ける場合にあっては、2,011点) 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3(1,861点)(生活療養を受ける場合にあっては、1,846点) 4 回復期リハビリテーション病棟入院料4(1,806点)(生活療養を受ける場合にあっては、1,791点) 5 回復期リハビリテーション病棟入院料5(1,702点)(生活療養を受ける場合にあっては、1,687点) 6 回復期リハビリテーション病棟入院料6(1,647点)(生活療養を受ける場合にあっては、1,632点) 【注の削除】注3→(削除) 【注の見直し】注4 →注3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。)、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算(1の4に限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。))は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	A308
6	B001-2-5	院内トリアージ実施料	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【点数の見直し】 100点→300点	B001-2-5
7	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【注の追加】 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準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において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。	B001-2-6
8	C005	在宅患者訪問看護・指導料 4. ストーマケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 算定要件の拡大(施設基準)	580点	【項目の見直し】 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき)3悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点	C005 3
9	C162	「C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算」の算定要件の拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【注の見直し】 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者(在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。)に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	C162 注
10	D215 注1	超音波造影加算	点数の見直し(増点)	500点	【点数の見直し】 150点⇒180点	D215 注1

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
11	D218	分娩監視装置判断料	分娩監視装置による諸検査のうち、D218分娩監視装置装置による諸検査に関しては、現在各種検査時間に対して判断料がない状態であるため。	140点	【点数の見直し】 D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合 400点→480点 2 1時間を超え1時間30分以内の場合 550点→660点 3 1時間30分を超えた場合 700点→840点	D218
12	D310 2	シングルバルーン内視鏡とダブルバルーン内視鏡の再統一	点数の見直し(増点)	7,000点	【点数の見直し】 D310 1 小腸内視鏡検査ダブルバルーン内視鏡によるもの 7,000点⇒7,800点 D310 2 小腸内視鏡検査シングルバルーン内視鏡によるもの 3,000点⇒5,000点	D310 1 D310 2
13	D314 D315	腹腔内視鏡検査	点数の見直し(増点)	23,026点	【点数の見直し】 D314 腹腔鏡検査 1,800点→2,160点 D315 腹腔ファイバースコピー 1,800点→2,160点	D314 D315
14	D409-2 K476注2	ICGによる蛍光赤外線を用いたセンチネルリンパ節同定	点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	5,000点	【注の見直し】 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニンググリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	K476 注1
15	D417-2	組織試験採取・骨(D417-2)を骨腫瘍試験切除術へ	項目設定の見直し	9,600点	【点数の見直し】 2,300点⇒4,600点	D417 3
16	E202	小児鎮静下MR検査における複数部位撮影時の撮影料加算	点数の見直し(増点)	5,934点	【注の追加】 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準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において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。	E202 注7
17	E202 注4	先進画像加算：心臓MRI撮影加算の見直し	点数の見直し(増点)	800点	【点数の見直し】 300点⇒400点 「注4」に規定する心臓MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、1.5 テスラ以上のMRI装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。	E202 注4
18	J000 1	外科外来処置料の点数アップ	点数の見直し(増点)	275点	【点数の見直し】 45点⇒52点	J000 1
19	J003 1	局所陰圧閉鎖処置	算定要件の拡大(回数制限)	—	「感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない」	J003 1

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
20	J027 1イ J027 1ロ J027 2	高気圧酸素治療の救急的適応と非救急的 適応の撤廃	点数の見直し(増点)	5,503点	【項目の見直し】 高気圧酸素治療(1日につき) 1減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点 2その他のもの 3,000点 【注の追加】 注1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその 端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を 限度として加算する。	J027
21	J027 1イ J027 1ロ J027 2	減圧症状に対する再圧療法	点数の見直し(増点)	5,504点	【項目の見直し】 高気圧酸素治療(1日につき) 1減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点 2その他のもの 3,000点 【注の追加】 注1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその 端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を 限度として加算する。	J027
22	J043-5	尿路ストーマカテーテル交換法	点数の見直し(増点)	200点	【注の追加】 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	J043-5 注2
23	J045-2	一酸化窒素吸入療法の適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 算定要件の拡大(回数制限)	-	【通知】 (2)心臓手術又は先天性横隔膜ヘルニアの周術期における肺高血圧の改善を目的として 一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。この場合、開始時刻より通 算して168 時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定 するが、56 時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性につい て検討し、その検討結果を診療録に記録すること。ただし、医学的根拠に基づき168 時 間を超えて算定する場合は、さらに48 時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘 要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	J045-2
24	J057-3	鶏眼、胼胝処置	算定要件の拡大(回数制限)	-	【注の見直し】 月2回に限り算定する。	J057-3
25	J113	耳垢栓塞除去（乳幼児）	点数の見直し(増点)	55点	【注の見直し】 耳垢栓塞除去（複雑なもの） 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	J113 注
26	J116-5	酵素注射療法	点数の見直し(増点)	9,065点	【点数の見直し】 490点⇒2,490点	J116-5
27	J122	幼小児ギプス処置加算（6歳以下）	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	1,200点	【通則の見直し】 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行っ た場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を 所定点数に加算する。	通則3(ギプス)
28	K通則14	複数手術に係る費用の特例の追加 通則 14	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	・「K798膀胱結石、異物摘出術 1 経尿道的手術」 「K841経尿道的前立腺手術 1 電解質溶液利用のもの」 「K841-2経尿道的レーザー前立腺切除術 1ホルミウムレーザーを用いるもの」	通則14

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
29	K 007 注	センチネルリンパ節生検の適応拡大（皮膚癌）	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【注の見直し】 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検(悪性黒色腫等に係るものに限る。)を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	K 007 注
30	K006 2	膿皮症根治術（単純）	腎部の皮下膿瘍は痔瘻と合併することが多く、しかも皮下に広く蟻の巣状にトンネル様に膿瘍を形成し、治療に難渋する事が多い。長径6cm未満の膿皮症を単純とし、保険収載すべきである。病変部は腫脹、膿瘍形成、切開排膿を繰り返し、膿瘍期には切開排膿を繰り返す。腎部から会陰腰背部に広がることもあり、多発した瘻孔から排膿があるため著しくQOLが低下し、罹患皮膚全範囲の切除が必要となる。等該症例の60%に痔瘻を合併し、開放創とすることが多く、治癒期間は長期を要する。保険収載すべき技術と思われる。	11,459点	K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（腎部、膿皮症） 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 4,160点 腎部膿皮症の適応 腎部、膿皮症長径12cm未満が適応となる 4 長径12センチメートル以上 8,320点 腎部膿皮症の適応 腎部、皮下膿瘍長径12cm以上が適応となる 注 3, 4に痔瘻が合併している場合は、「K746痔瘻根治術」の単純なものまたは複雑なものを併算定可能としている。この場合、主となる手術に加え、副とある手術の50%の算定が可能。	K006 3 K006 4 通則14
31	K006 3	膿皮症根治術（複雑）	腎部の皮下膿瘍は痔瘻と合併することが多く、しかも皮下に広く蟻の巣状にトンネル様に膿瘍を形成し、治療に難渋する事が多い。長径6cm未満の膿皮症を単純とし、保険収載すべきである。病変部は腫脹、膿瘍形成、切開排膿を繰り返し、膿瘍期には切開排膿を繰り返す。腎部から会陰腰背部に広がることもあり、多発した瘻孔から排膿があるため著しくQOLが低下し、罹患皮膚全範囲の切除が必要となる。等該症例の60%に痔瘻を合併し、開放創とすることが多く、治癒期間は長期を要する。保険収載すべき技術と思われる。	20,113点	K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（腎部、膿皮症） 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 4,160点 腎部膿皮症の適応 腎部、膿皮症長径12cm未満が適応となる 4 長径12センチメートル以上 8,320点 腎部膿皮症の適応 腎部、皮下膿瘍長径12cm以上が適応となる 注 3, 4に痔瘻が合併している場合は、「K746痔瘻根治術」の単純なものまたは複雑なものを併算定可能としている。この場合、主となる手術に加え、副とある手術の50%の算定が可能。	K006 3 K006 4 通則14
32	K014-2	皮膚移植術（死体）の通知（2）の変更または増点	点数の見直し(増点) 通知(2)の変更「死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれず別に請求できる。」	66,727点	【点数の見直し】 K014-2 皮膚移植術(死体) 1 200平方センチメートル未満 6,750点 → 8,000点 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 9,000点 → 16,000点 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 13,490点 → 32,000点 4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 32,920点 → 80,000点 5 3,000平方センチメートル以上 37,610点 → 96,000点	K014-2

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
33	K022 1	乳房組織拡張器による再建手術-I の適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	K022 組織拡張器による再建手術 (2)「1」の乳房(再建手術)の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当するし、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。 ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例であること。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 (3)「1」の乳房(再建手術)の場合において乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。 (5)→(4) (6)→(5)	K022 1
34	K031 1～2 K053 1～3 K931	超音波切開凝固装置の骨・軟部悪性腫瘍手術への適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	【通知】 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。	K931
35	K045 K046 K063 K073 K078 K080 K082	手術の通則14の留意事項(4)指に係る同一手術野の範囲アの(ハ)	手術の通則14の留意事項(4)指に係る同一手術野の範囲アの(ハ)内の当該手術の語句の削除	-	18 同一手術野又は同一病巣における算定方法 (4) 指に係る同一手術野の範囲 (ハ) 同一指内の骨及び関節(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。 区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術 区分番号「K046」骨折観血的手術 区分番号「K063」関節脱臼観血的整復術 区分番号「K073」関節内骨折観血的手術 区分番号「K078」観血的関節固定術 区分番号「K080」関節形成手術 区分番号「K082」人工関節置換術 区分番号「K082-3」人工関節再置換術	K通則14
36	K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術	廃止項目	-	【削除】	-
37	K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む)	廃止項目	-	【削除】	-

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
38	K046	創外固定器加算	項目設定の見直し 加算適応範囲の拡大	—	【注の見直し】 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3又はK443に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	K932
39	K046-2 1	インプラント周囲骨折に対する観血的整復固定術・大腿骨	点数の見直し(増点)	23,420点	【点数の見直し】 21,710点⇒23,420点	K046-2 1
40	K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術	廃止項目	—	【削除】	—
41	K052-3	多発性骨腫摘出術	廃止項目	—	【削除】	—
42	K056	偽関節手術（複雑なもの、インプラント周囲偽関節）	点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	196,736点	【一部の考慮】 【点数の見直し】 K056 1(28,210点→30,310点) K056 3(14,500点→15,570点)	K056
43	K060-2	沈着石灰摘出術（肩関節）	点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	41,918点	【項目の見直し】 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 1 観血的に行うもの 8,640点	K060-2 1
44	K060-2	沈着石灰摘出術（肩関節）（鏡視下）	点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	61,753点	【項目の見直し】 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの 12,720点	K060-2 2
45	K068-2 K069-3 K079-2 1 K通則14	膝関節鏡下手術、複数手術・通則の拡大	点数の見直し(増点)	22,351点	・「K079-2 1 関節鏡下靱帯断裂形成手術 十字靱帯」 「K068-2 関節鏡下半月板切除術」 「K069-3 関節鏡下半月板縫合術」	通則14
46	K076	関節鏡下関節授動術	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	48,410点	【新設】 関節鏡下関節授動術 1 肩、股、膝 46,660点 2 胸鎖、肘、手、足 33,850点 3 肩鎖、指(手、足) 10,150点	K076-2
47	K084 1	四肢切断術・肩甲帯	廃止項目	—	【削除】	—
48	K134 K通則14	椎間板摘出術＋高位の違う椎弓切除の算定	項目設定の見直し 新規特定保健医療材料等に係る点数	—	・「K134 椎間板摘出術」 「K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)」 ・「K134-2 内視鏡下椎間板摘出(切除)術」 「K131-2 内視鏡下椎弓切除術」	通則14
49	K134-2 2	椎間板摘出術（後方摘出術）（鏡視下）の複数椎間加算	多椎間の内視鏡下椎間板摘出術における加算	—	【注の追加】 注2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。	K134-2 2

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
50	K142 1 K142 2	K142脊椎固定術の適応拡大：腰椎分離部 修復術ならびに歯突起骨折骨接合術	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【新設】 歯突起骨折骨接合術 23,750点 腰椎分離部修復術 28,210点	K142-6 K142-7
51	K164 2	硬膜下血腫除去術	点数の見直し(増点)	61,749点	【点数の見直し】 33,790点⇒36,970点	K164 2
52	K164-5	内視鏡下脳内／脳室内血腫除去術	点数の見直し(増点)	80,000点	【点数の見直し】 42,950点⇒47,020点	K164-5
53	K169 注2	頭蓋内腫瘍摘出術 原発性悪性脳腫瘍光 線力学療法加算	点数の見直し(増点)	125,732点	【点数の見直し】 10,000点⇒12,000点	K169 注2
54	K177	high flow bypass加算	項目設定の見直し 新規特定保健医療材料等に係る点 数	30,000点	【注の追加】 注3 ハイフローバイパス術併用加算 30,000点	K177 注3
55	K178	脳血管内手術	点数の見直し(増点)	70,512点	【点数の見直し】 1 1箇所 63,270点⇒66,270点 2 2箇所以上 81,800点⇒84,800点 3 脳血管内ステントを用いるもの 79,850点⇒82,850点	K178
56	K181-5	迷走神経刺激装置交換術	点数の見直し(増点)	14,270点	【点数の見直し】 4,800点⇒14,270点	K181-5
57	K182-3	神経再生誘導術(手足の指) 神経再生誘導術(手足の指以外)	点数の見直し(増点) 項目設定の見直し	21,595点	【項目の見直し】 神経再生誘導術 1 指(手、足) 12,640点 2 その他のもの 21,590点	K182-3 1 K182-3 2
58	K190	脊髄刺激装置植込術のリード留置術と ジェネレーター留置術への分離	項目設定の見直し	59,115点	【項目の見直し】 脊髄刺激装置植込術 1 脊髄刺激電極を留置した場合 24,200点 2 ジェネレーターを留置した場合 16,100点	K190 1 K190 2
59	K190 K190-2	脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交 換術に係る施設基準の改正	算定要件の拡大(施設基準)	—	(2) 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術 脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜しており、当該診療科の常勤医師が1名以上 配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届け出が可能である こと。	K190
60	K191-1	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの	点数の見直し(増点)	89,856点	【点数の見直し】 59,500点⇒62,000点	K191 1
61	K462	パセドウ病甲状腺全摘 (K462) における 脊髄誘発電位測定等加算	現在、甲状腺悪性腫瘍手術(K463) および副甲状腺(上皮小体)悪性腫 瘍手術(広範)(K465)で算定可能 な脊髄誘発電位測定等加算(神経 モニタリング)の、パセドウ病甲状腺 全摘(亜全摘)術(両葉)(K462)へ の適応拡大。	—	【通知】 (3)「2」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは区分番号「K462」から「K463-2」及 び「K465」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用 する手術については加算を行わない。	K930

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
62	K476 4	乳房部分切除（腋窩郭清を伴うもの）の超音波凝固切開装置等加算	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	3,000点	【通知】 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。	K931
63	K476 6	乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）の超音波凝固切開装置等加算	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	3,000点	【通知】 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。	K931
64	K476 9	乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）の超音波凝固切開装置等加算	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	3,000点	【通知】 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。	K931
65	K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建（乳房切除後）の適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 項目設定の見直し	-	【通知】 (1) 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。	K476-4
66	K502	縦隔腫瘍摘出術（開胸）	点数の見直し(増点) 新規特定保健医療材料等に係る点数	64,729点	【点数の見直し】 37,000点⇒38,850点	K502
67	K502-4	拡大胸腺摘除術（開胸）（重症筋無力症に対する）	点数の見直し(増点)	64,262点	【点数の見直し】 32,270点⇒33,870点	K502-4
68	K504 1	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）	点数の見直し(増点)	71,539点	【点数の見直し】 37,000点⇒38,850点	K504 1
69	K504 2	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）	点数の見直し(増点)	85,717点	【点数の見直し】 56,020点⇒58,820点	K504 2

N0	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
70	K509-4	気管支瘻孔閉鎖術	点数の見直し(増点) 算定要件の拡大(回数制限)	11,420点	【点数の見直し】 4,560点⇒9,130点	K509-4
71	K510-2	光線力学療法	点数の見直し(増点)	27,008点	【点数の見直し】 1 早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの 8,710点⇒10,450点 2 その他のもの 8,710点⇒10,450点	K510-2 1 K510-2 2
72	K514-2 2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	算定要件の拡大(回数制限)	—	【通知】自動縫合器加算 8個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。	K936
73	K514-5	生体肺部分移植用肺採取術	算定要件の拡大(施設基準) 点数の見直し(増点)	133,867点	【点数の見直し】 52,680点⇒60,750点	K514-5
74	K514-6	生体肺移植術（本体手術）（両側）	点数の見直し(増点)	322,826点	【注の追加】 生体部分肺移植 注3 両側肺を移植した場合 45,000点	K514-6 注3
75	K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	鏡視下アプローチ法の適応拡大 (腹腔鏡下食道憩室切除術)	39,930点	【新設】 腹腔鏡下食道憩室切除術 39,930点	K524-3
76	K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	点数の見直し(増点)	42,681点	【点数の見直し】 6,300点⇒14,510点	K526-4
77	K529 1 K529 2	食道悪性腫瘍切断術（消化管再建を伴う）における自動縫合器の加算	算定要件の拡大(回数制限)	15,000点	【通知】自動縫合器加算 6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する	K936
78	K529-2 1 K529-2 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍切断術（消化管再建を伴う）における自動縫合器の加算	算定要件の拡大(回数制限)	15,000点	【通知】自動縫合器加算 6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する	K936
79	K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	点数の見直し(増点)	70,711点	【点数の見直し】 23,950点⇒28,280点	K547
80	K548 1	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）	点数の見直し(増点)	72,785点	【点数の見直し】 24,500点⇒24,720点	K548 1
81	K594 3	肺静脈隔離術	項目設定の見直し	163,777点	【新設】 肺静脈隔離術 72,230点	K594-2
82	K599-2	植込型除細動器交換術	点数の見直し(増点)	30,766点	【点数の見直し】 6,000点⇒7,200点	K599-2
83	K599-4	植込型除細動器（両室ペーシング機能付き）交換術	点数の見直し(増点)	30,766点	【点数の見直し】 6,000点⇒7,200点	K599-4

N0	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
84	K633-2	腹腔鏡下腹壁癒痕ヘルニア根治術	点数の見直し(増点)	58,900点	【点数の見直し】 K633-2 1腹壁癒痕ヘルニア (13,770点→16,520点) K633-2 2大腿ヘルニア (15,460点→18,550点) K633-2 3半月状線ヘルニア、白線ヘルニア (11,520点→13,820点) K633-2 4臍ヘルニア (9,520点→11,420点)	K633-2
85	K636-2	ダメージコントロール手術	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 点数の見直し(増点)	12,000点	【点数の見直し】 9,370点⇒11,240点 胸部又は骨盤部外傷の追加	K636-2
86	K523	硬性鏡下食道異物摘出術	2006年4月改定で「K523食道異物摘出術 1.直達鏡又は内視鏡によるもの」5,360点が廃止されており、復活を希望する。	5,360点	【新設】 硬性内視鏡下食道異物摘出術 5,360点 注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K369に掲げる咽頭異物摘出術(2)に限る。)及びK653-3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	K523-2
87	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(施設基準緩和について)	算定要件の拡大(施設基準)	—	K656-2 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) (3) 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること	K656-2
88	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(適応疾患追加について)	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	K656-2 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) (1) 6か月以上の内科的治療によっても、十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症又は、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち1つ以上を合併している患者に対して腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。	K656-2
89	K656-2 K936	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(自動縫合器加算について)	自動縫合器加算(K936)の本数増加	—	【通知】自動縫合器加算 6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。	K936
90	K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	廃止項目	—	【削除】	—
91	K674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術の増点	点数の見直し(増点)	164,798点	【点数の見直し】 34,880点⇒110,000点	K674-2
92	K677-1	胆管悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除および肝切除(葉以上)を伴うもの	この術式は胆嚢悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの K675-5(209,520点)と全く同じ術式にもかかわらず、9万点近く異なっているため。	216,208点	【点数の見直し】 119,280点⇒173,500点	K677 1

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
93	K697-3 K695	術中 RFA (K697 - 3) を併用した肝臓切除 (K695) において RFA の機器代の償還	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	【注の追加】 区分番号K697-2に掲げる肝悪性腫瘍マ イクロ波凝固法又は区分番号K697-3に掲 げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実 施した場合には、局所穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。	K695
94	K719	内視鏡的結腸軸捻転解除術	点数の見直し(増点)	5,360点	【新設】 内視鏡的結腸軸捻転解除術(一連につき) 5,360点	J034-3
95	K-719 K-719 2 K716 K716 2	結腸全切除・亜全切除術(開腹)、結腸 切除術(小範囲または半切除術)、小腸 切除術(開腹)の必要なクローン病(他 臓器との間に複雑瘻孔を形成しているも の)	点数の見直し(増点)	40,000点	【一部考慮された】 K719 1小範囲切除(22,140点→24,170点)のみ増点	K719 1
96	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 点数の見直し(増点)	20,000点	【通知】 (2) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥 離することにより、最大径が2cm 以上の早期癌又は最大径が5mm から1cmまでの神経 内分泌腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維 化を伴う早期癌については、最大径が2cm 未満のものに対して実施した場合でも算定で きる。 【点数の見直し】 18,370点⇒22,040点	K721-4
97	K726	直腸悪性腫瘍手術 低位、超低位直腸前方 切除術、低位前方切除術 腹腔鏡下 (一 時的人工肛門造設を要するもの)	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	K740 直腸切除・切断術 1切除術 2低位前方切除術 3超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの) 4 切断術 注 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加 算として、2,000点を所定点数に加算する。 K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 1 切除術 75,460点 2 低位前方切除術 83,930点 3 切断術 83,930点 注 1及び2については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算 として、3,470点を所定点数に加算する。 ----- 【通知】 (2)「注」の人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛 門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学 的な必要性を記載すること。	K740

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
98	K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術（K742-2）メッシュとタッカー代の償還	完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術は再発率が低い方法として、欧米では広く行われ、本邦においても2012年に保険償還されて以来広く行われつつある。腹腔鏡下直腸固定術の概略は直腸を剥離、授動し、吊り上げて仙骨に固定することである。この固定する際に直接縫合する方法もあるが、大半の施設ではメッシュを直腸に縫合し、仙骨にタッカーにて固定する方法が採られている。本術式においては現在のところ、メッシュとタッカーの保険償還は認められていないが、同様にメッシュを用いる腹腔鏡下腹壁癒痕ヘルニア修復術、ソケイヘルニア修復術においては保険償還が認められている。今回、本術式においてもメッシュとタッカーの保険償還をお願いする次第である。	41,040点	【点数の見直し】 30,200点⇒30,810点	K742-2
99	K743	内痔核手術：硬化療法（4段階注射法）+切除術	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	6,500点	【項目の追加】 痔核手術(脱肛を含む。) 5 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの) 6,520点	K743 5
100	K786	尿管膀胱吻合術に伴う尿管形成術	点数の見直し(増点)	9,400点	【注の追加】 尿管形成加算 9,400点	K786
101	K803-2	膀胱悪性腫瘍手術(腹腔鏡下)	点数の見直し(増点) 尿路変更の種類別に保険収載する	142,385点	【項目の見直し】 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの) 76,880点 2 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの) 117,790点 3 全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの) 120,590点	K803-2 1 K803-2 2 K803-2 3
102	K872-2 K873 (K通則14の改正)	手術通則14の改定 複数手術に係わる費用の特例の、腹腔鏡下子宮筋腫核出術と子宮鏡下筋腫摘出術への拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	46,170点	・「K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術」 「K872-2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術」	通則14
103	K898-3	帝王切開術の複雑加算に多胎を加える	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	2,000点	【通知】 (2)「注」に規定する「複雑な場合」とは以下に掲げるものをいう。 ア 前置胎盤の合併を認める場合 イ 32 週未満の早産の場合 ウ 胎児機能不全を認める場合 エ 常位胎盤早期剥離を認める場合 オ 開腹歴(腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。)のある妊婦に対して実施する場合 カ 多胎の場合	K898

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
104	K920 5	希釈式自己血輸血	通知の改訂	—	【通知】 (12) 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。	K920 5
105	K920-2 注	貯血式自己血輸血管理体制加算	算定要件の拡大(施設基準) 点数の見直し(増点)	120点	【一部考慮された】 4 貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準 (1) 関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。 (2) 関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。 ※自己血輸血に関する常勤看護師の氏名だけではなく、認定証の写しも添付することが追加された。	K920-2 注3
106	K923	術中術後自己血回収術	点数の見直し(増点) 点数の見直し(減点) K923術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)を「濃縮及び洗浄によるもの」と「濾過を行うもの」に再区分する。	5,500点	【項目の見直し】 術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 1 濃縮及び洗浄を行うもの 5,500点 2 濾過を行うもの 3,500点	K923 1 K923 2
107	K923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	通知の改訂	—	【通知】 (1) 開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上(ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg)の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上(ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg)の場合(外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。ただし、外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の閉鎖骨折に対する手術においては算定できる。)に、術中術後自己血回収術を算定する。	K923
108	K924	自己フィブリン糊作製術(調製装置法)	点数の見直し(増点)	4,341点	1,400点⇒4,340点	K924
109	K930	手術医療機器等加算 K930脊髄誘発電位測定等加算となる手術の追加	点数の見直し(増点)	—	【通知】 (2) 「1」に規定する脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「K116」から「K118」まで、「K128」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」から「K142-3」まで、「K142-5」から「K142-7」、「K151-2」、「K154」、「K154-2」、「K159」、「K160-2」、「K169」、「K170」、「K172」、「K175」から「K178-3」まで、「K181」、「K183」から「K190-2」まで、「K191」、「K192」、「K457」、「K458」、「K560」、「K560-2」、「K609」及び「K609-2」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。	K930
110	K932	創外固定器加算	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	—	【注の見直し】 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3又はK443に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	K932

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
111	K936	自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大	算定要件の拡大(回数制限) 点数の見直し(増点) 自動縫合器・自動吻合器加算の追加収載	-	【注の見直し】 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K654-3の2からK655-2まで、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705、K706、K711-2、K716、K716-2、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	K936
112	K936	自動縫合器加算の適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	【注の見直し】 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K654-3の2からK655-2まで、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705、K706、K711-2、K716、K716-2、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	K936
113	K937-2	術中グラフト血流測定	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 算定要件の拡大(施設基準) 点数の見直し(増点)	5,565点	【注の見直し】 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。	K937-2
114	K939 1	画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 点数の見直し(増点)	-	【項目の見直し】 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2,000点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142(6を除く。)、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	K939 1
115	K939-2	術中血管等描出撮影加算の経尿道的膀胱腫瘍切除術への適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	【通知】 術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術又は区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」においてインドシアニンググリーン又はアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にX線用、超音波用又はMRI用の造影剤を用いたのみでは算定できない。	K939-2
116	K939 2 K427 K429 K433 K227	画像等手術支援加算 実物大臓器立体モデルによるもの 適応拡大	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	-	【項目の見直し】 画像等手術支援加算 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注: 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	K939 2

NO	保険区分	名称	要望内容	要望点数	改定内容	H30年度 保険区分
117	L003	神経ブロックにおける麻酔剤の持続注入	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	80点	【名称の見直し】 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入(1日につき)(チューブ挿入当日を除く。)	L105
118	L009	麻酔管理料 I の改定	算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	7,500点	【注の見直し】 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4、K695の6、K695の7、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。	L009