

# 外保連ニュース号外 2020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  
<事務局> 〒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  
<事務局支所> 〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋一丁目1番1号バレスサイドビル9階 毎日学術フォーラム内 TEL:03-6267-4550 FAX:03-6267-4555  
URL: <http://www.gaihoren.jp> E-mail: [maf-gaihoren@mynavi.jp](mailto:maf-gaihoren@mynavi.jp) 年2回発行

## 令和2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



令和2年度診療報酬改定率は、技術料にあたる本体部分は前回同様0.55%の引き上げとなった。医科は0.53%引き上げであったが、前回(0.63%引き上げ)のアップ率よりは若干の低下となった。領域別では引き下げられたところは少なく、平均104.19%とアップしている(前回

105.54%)。ちなみに、前々回(平成28年度)改定では、平均101.75%であった。現時点で判明しているプラスになった項目は126あり、その平均は118.56%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164項目中考慮されたのは64項目(改定率39.0%、前回:35.8%)、改正要望208項目中考慮されたのは87項目(改定率41.8%、前回:49.6%)であり、新設は増加、改正では低下と推測される。

平成30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た。その中では、後縦帯骨化症手術、脳動静脈奇形摘出術、穿頭脳室ドレナージ術、小児運動器疾患指導管理料、HPV核酸検出、膣洗浄などが考慮された。麻酔管理料( )長時間麻酔管理加算については、明らかに条件を満たしていながら加算が認められていなかった術式について緊急要望をだし、今回、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、冠動脈・大動脈バイパス移植術、肝切除術(2区域切除)の3術式のみ採用された結果になった。緊急要望としては成果をあげているものの、まだ不十分であるとも認識している。ほか、外保連としては、重点要望項目として自動縫合器・吻合器の一括申請を16術式で行った。

平成26年度改定において、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となった。しかし、当該加算を算定する施設基準として、当直勤務などを行った場合、翌日の手術の術者・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。前々回、一定程度の緩和処

### 目次

実務委員会 瀬戸泰之委員長

特集 肝臓・膵臓のレジストリについて

\* 若林剛先生

「腹腔鏡下肝切除レジストリ開始の経緯とその成果」

\* 仲田興平先生、中村雅史先生

「膵臓のレジストリと保険収載について」

編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

<<別添資料>>

令和2年度診療報酬改定で考慮された項目リスト

置(年間日数の緩和)は示されたが、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ていたので、今回も引き続き施設要件の緩和を求めた。しかし、残念ながら今回の改定でも更なる緩和は認められなかった。

前回、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。しかしながら、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り、かつ安全性担保のために厳しい施設基準も設けられた。にもかかわらず、この2年間でロボット手術件数が増加していることが報告されている。今回の改定では、あらたに7術式でロボット支援手術が認められた。おそらく点数の考え方は変わらないということなので、前回同様であると思われるが、施設要件緩和については、今後の発表を見守りたい。

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)が大きい手術が多いことを指摘してきた。今回の改定の影響は今後の検討で明らかになるが、引き続き強く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。

## 特集 肝臓・膵臓のレジストリについて

### 腹腔鏡下肝切除レジストリ開始の経緯とその成果

上尾中央総合病院外科 若林 剛 先生

2014年10月に前任地の盛岡で開催した「第2回腹腔鏡下肝切除国際コンセンサス会議」では、既存の論文報告によるエビデンスから、部分切除術と外側区域切除術は「標準治療の1つであり、評価期にある」、しかし亜区域切除術や1区域切除以上は「調査期であり、慎重な導入を続けるべき」と結論づけ、この新規術式の安全性・有効性を明らかにするためには、ランダム化比較試験(RCT)ではなく前向き登録制度が必要であると強く推奨した<sup>1)</sup>。それは、後ろ向き研究はデータにバイアスがかかるが、新規術式の前向きRCTは、多施設間で手術の質を均一にすることが難しく、特に肝臓手術は術式や部位、肝硬変の有無など多様であることから、実施が困難であると討議されたからである。

腹腔鏡下肝切除術は、2010年4月に腹腔鏡下肝部分切除術と外側区域切除術が保険収載され、それまでに多くの施設で安全に施行されていた。しかし、2014年11月、一部の施設で保険適応外の高難度肝臓手術が腹腔鏡下手術で行われ、死亡症例が相次いだことが報道され、腹腔鏡下肝切除術に対する社会の評価は厳しいものとなった。この一連の報道を受けて、2015年6月に開催された肝臓内視鏡外科研究会の臨時世話人会で、「この新しい手術の透明性を社会に示すことが腹腔鏡下肝切除を積極的に行なっている自分たちの責務である」として前向き登録制度の開始が満場一致で決議された。その後、2015年10月より全例前向き登録(腹腔鏡下肝切除レジストリ)が開始された<sup>2)</sup>。そして、この腹腔鏡下肝切除レジストリとNCD術前症例登録を前提として2016年4月に高難度腹腔鏡下肝切除術(K-695-2: 亜区域切除、1区域切除(外側区域切除を除く)、2区域切除、3区域切除以上のもの)が新たに保険収載された。保険

収載時には、厚生労働省が定めた疑義解釈に記載されているように、保険診療を行う場合に、2種類の症例登録を併行して実施する必要があった。しかし、登録者の過剰な負担を重く受け止め、特定術式NCDデータ品質管理協議会での討議を重ね2018年10月より登録を一本化することができた。

腹腔鏡下肝切除レジストリは、オンライン登録で、治療開始前、手術終了時、退院時、再入院時の4時点で患者のデータを入力したため、合併症や死亡症例などが、報告バイアスの影響をあまり受けない。データは事務局が6カ月に1回集積し、総症例数と死亡率はホームページ上に定期的に報告された。登録は順調に進み、これまでに1万例に近い症例が集まり、合併症や死亡症例に関する詳細な検討が現在も行われており、解析結果は論文発表予定である。

2011-2017年までのNCD症例登録(総数148,507件)によれば、毎年、全ての腹腔鏡下肝切除の件数と全肝切除における割合は増えており、2017年に施行された肝切除の約25%が腹腔鏡下肝切除であった<sup>3)</sup>(図1)。その内訳は低難度腹腔鏡下肝切除術(K-695-2: 部分切除、外側区域切除)が30.8%であり、高難度腹腔鏡下肝切除術(K-695-2: 亜区域切除、1区域切除(外側区域切除を除く)、2区域切除、3区域切除以上のもの)は10.8%であった。さらに、手術死亡率は年々減少し、腹腔鏡下肝切除の方が開腹肝切除のそれより低いことが示された(図2)。これらのことより、わが国では腹腔鏡下肝切除は安全に普及してきており、高難度腹腔鏡下肝切除も徐々にではあるが毎年手術件数が増えている<sup>3)</sup>。当初の予想とは異なり、腹腔鏡下肝切除は開腹肝切除に比較して低い合併症と手術死亡率を示している。今後は

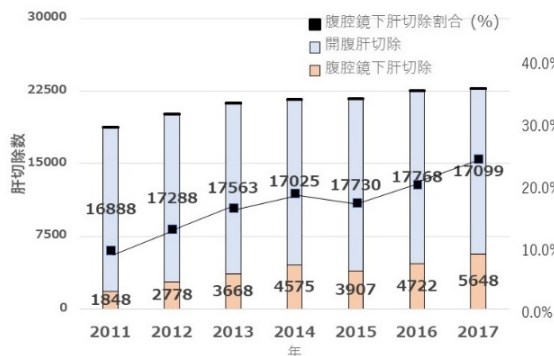


図1：毎年、全ての腹腔鏡下肝切除の件数と全肝切除における割合は増えている<sup>3)</sup>

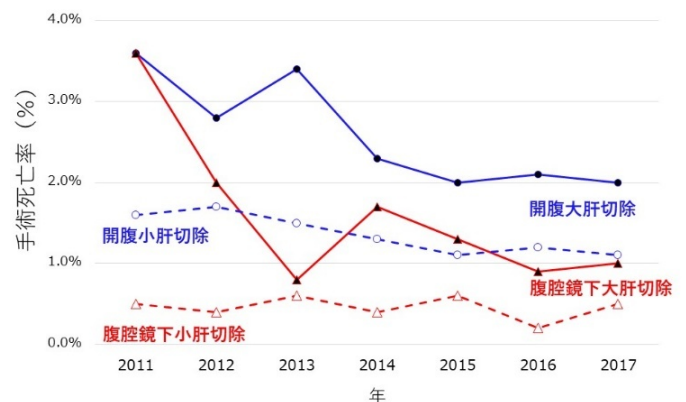


図2：手術死亡率は年々減少し、腹腔鏡下肝切除の方が開腹肝切除のそれより低い<sup>3)</sup>

2018-2020年のNCD症例登録を利用して、傾向スコア解析により背景因子を揃えた検討を行う予定である。

新規手術手技の安全性と有効性を評価することは難しく、RCTを実施する場合も、選択された施設で、エキスパートが手術を行うため、RCTのデータがそのまま実臨床に使えるわけではない。新規手術手技の評価には、近年IDEAL体系が用いられている<sup>1)</sup>。これは5段階の手術開発プロセス(1 Idea, 2a Development, 2b Exploration, 3 Assessment, 4 Long-term study)に基づいて、手術の評価に関する推奨事項を提案している。この中で、前向きデータベースとレジストリの重要性が指摘され、新規手術手技の報告は、結果が不利な場合にも必要に応じて匿名で登録する必要があるとしている。わが国における腹腔鏡下肝切除の安全な普及には、術式の難易度に応じた段階的保険収載が果たした役割は大きい。その中で高難度腹腔鏡下肝切除の診療報酬請求の算定要件として新たに定めた施設基準に、腹腔鏡下肝切除レジストリおよびNCD術前症例登録を加えた

意義はさらに大きいと考える。

- 1) Wakabayashi G, Cherqui D, Geller DA, Buell JF, Kaneko H, et al. Recommendations for laparoscopic liver resection: a report from the second international consensus conference held in Morioka. *Ann Surg.* 2015;261:619-29.
- 2) Wakabayashi G, Kaneko H. Can major laparoscopic liver and pancreas surgery become standard practices? *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2016;23:89-91.
- 3) Ban D, Tanabe M, Kumamaru H, Nitta H, Otsuka Y, et al. Safe dissemination of laparoscopic surgery in 148,507 liver resections between 2011 and 2017 from the National Clinical Database of Japan. *Ann Surg.* in press
- 4) Barkun JS, Aronson JK, Feldman LS, Maddern GJ, Strasberg SM, et al. Evaluation and stages of surgical innovations. *Lancet* 2009;374:1089-96.

## 膵臓のレジストリと保険収載について

九州大学病院 臨床・腫瘍外科 仲田 興平 先生、中村 雅史 先生

腹腔鏡下膵切除術の最初の報告は、1994年の腹腔鏡下幽門輪温存膵頭十二指腸切除術であり、腹腔鏡下膵体尾部切除術は1996年に報告された。本邦では、1996年頃から腹腔鏡下膵切除術の報告が散見された。胆石症、胃癌、大腸癌に対する腹腔鏡手術は現在では、標準治療ともいえるが、膵に対する腹腔鏡手術の普及は遅れている。保険収載に関しても胃癌、大腸癌に対する腹腔鏡下胃切除術、大腸切除術は1995年には既に保険収載されていたが、それから15年以上が経過した2012年に「腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術」が「原則としてリンパ節郭清を伴わないもの」という限定条件付きでようやく保険収載された。その後、2016年に限定条件が「原則として周辺臓器および脈管の合併切除を伴わないもの」に変更となり、膵癌に対する腹腔鏡手術が初めて認められた。このとき同時に、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術が「原則として脈管の合併切除およびリンパ節郭清切除を伴わないもの」という限定条件付きで保険収載された。ロボット支援下手術に関しては2012年に前立腺癌、2016年に腎悪性腫瘍、さらに2018年に食道、胃、直腸など多くの消化器がんに対して保険が適用された。これまでの歴史を見ても膵切除に対する腹腔鏡下手術の保険収載は他の消化器疾患に比べてかなり遅れている。これは膵疾患に対する腹腔鏡手術が他の消化器疾患での腹腔鏡手術に比べて難易度が高く、安全面に対する懸念が払拭されていないためである。

欧米ではロボット支援下手術および腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術は良・悪性疾患に関わらず行われていることを考えると、本邦でもロボット支援下膵切除術および、

悪性腫瘍(膵癌など)に対する膵頭十二指腸切除術の保険適応を検討する必要があったが、そのためには、まずは保険収載されている腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の安全面を示すことが重要である。安全面を確保するために2016年度の診療報酬改定時に、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術は「年間50例以上の膵手術を実施し、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間20例以上施行している」、「腹腔鏡下膵切除術を術者として20例以上実施した経験を有する医師が常勤医として配置されている必要がある」などの厳格な施設基準が設定された。また、施設基準の一つに「関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針および術後の管理を行なっていること」とあるが、これはNational Clinical Database(NCD)への術前登録が義務付けられている事を意味する。

NCDは2010年4月に本邦の外科系医療の現状を把握するため、日本外科学会を基盤とする外科系諸学会が合同で立ち上げた一般社団法人であり、2011年4月から手術症例の登録が始まった。初年度には、120万件以上の手術症例が登録された。これは本邦で行われた一般外科手術の95%以上が登録された計算である。2020年2月現在、全国の5,283施設、14の外科系学会(日本病理学会も含む)が参加し、400万件以上の手術情報が集積され、世界でも有数のレジストリシステムとなった。この膨大な情報を含むNCDデータを活用したエビデンスレベルの高い研究がこれまでに本邦から数多く報告されている。また、NCD登録データは特定術式の医療水準の質を評価する点でも有用である。

前述したように、2016年に保険収載された腹腔鏡下

膵頭十二指腸切除術は施行前に全症例が NCD システムに登録され、術後には在院死の有無、手術時間、合併症などの周術期経過を入力することが義務付けられた。これにより、本術式は NCD システムにより厳格に管理することが可能となった。2016 年から 2018 年までに NCD に登録された良性から低悪性度腫瘍に対する腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術は 162 例あり、90 日以内の死亡症例は無く、安全に遂行されていることが確認された。また、NCD システムに登録されている開腹膵頭十二指腸切除術（2738 症例）と比較したところ、腹腔鏡手術は開腹手術と比べて手術時間が延長するものの、出血量は有意に減少し、膵液瘻発生率は同等であることが示された。これらの結果から、厳格な施設基準を満たす施設での腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術は 2016 年の保険収載後、安全に遂行されていることが証明され、次のステップである対象疾患の適応拡大を検討しても良いと考えられた。

ロボット支援下膵頭十二指腸切除術に関しても 2020 年の診療報酬改定で新たに保険収載された。ロボット支援下手術は多関節鉗子により鉗子可動域の制限というデメリットを補っており、膵頭十二指腸切除術の際の複雑な再建時にその能力を発揮することが期待される。また、ロボット支援下手術で使用するダヴィンチサージカルシステムは 3 次元の高精細画像、スケーリング機能、手振れ防止機能などを有しており腹腔鏡よりも精緻な

手術が可能と考えられている。保険収載以前、本邦では各施設の倫理委員会承認のもと、臨床試験下に行われていた。今回、その安全性を確認するために九州大学臨床・腫瘍外科および藤田医科大学、佐賀大学、東京医科大学、上尾中央総合病院で行われたロボット支援下腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術（50 症例）を解析した。その際、膵臓内視鏡外科研究会/日本肝胆膵外科学会/日本内視鏡外科学会が合同で運営するレジストリシステムに登録された腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術（216 症例）と比較解析を行なった。その結果、ロボット支援下膵頭十二指腸切除術は腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術手術と比べて手術時間が延長するものの、開腹移行率が有意に低く、合併症発生率は同等であり、ロボット支援下膵頭十二指腸切除術は腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術と同様に安全に行われていることが示された。

今回の診療報酬改定では、ロボット支援下膵頭十二指腸切除術、悪性腫瘍に対する腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の申請を学会として行った。新規手術術式を申請する際にはそれまでに行われてきた術式、新たに行われる術式が安全に遂行できることを示す必要があり、膨大なデータが登録された NCD システムが有用であった。今回新規採用されたこれらの術式に対しても今後、NCD システムを利用して安全に行われているかの評価を続けていきたいと考えている。

## 令和 2 年度診療報酬改定に関して の検証と意見書提出は 4 月中に

令和2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認して下さい。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、ご注意ください。  
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。令和2年度診療報酬改定の内容が発表されました。今回改定の本体の医科部分の改定は0.53%のアップであり、前回の0.63%をわずかに下回りました。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

たか確かめて下さい。そして学会からの意見書を作成し4月中にご提出ください。

また、外保連からは令和2年度診療報酬改定によって明らかにおかしいと考えられる点を実務委員会にてとりまとめ、緊急要望として提出する予定です。前回平成30年度の緊急要望項目は多くの項目が今回の改定で考慮されました。皆様、実務委員会にぜひご提出くださいますようお願い申し上げます。

---

## 事務局からのお知らせ

### 【新規加盟学会】

- ・日本運動器疼痛学会
- ・日本小児循環器学会
- ・日本臨床腎移植学会

以上、現加盟学会数計 111学会

### 【原稿募集】

第17号より外保連ニュースに加盟学会の活動を「加盟学会の活動だより」として掲載し、ご紹介することにいたしました。文字数などの制限はございません。皆様、奮ってご寄稿ください。

【暫定版】外保連の要望のうち、令和2年度診療報酬改定で考慮された項目(技術新設)

【暫定版】外保連の要望のうち、令和2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	R02年度 保険区分
1	入院時重症患者対応加算	保険収載	4500	K914脳死臓器提供管理料(移植施設で算定し、提供施設に按分する)が20000点から40000点	K914
2	頭蓋内モニタリング管理料	保険収載	1500	【点数の見直し】 1 1時間以内又は1時間につき 125点 200点 2 3時間を超えた場合(1日につき) 600点 800点	D227
3	術後排尿障害指導管理料	保険収載	500	【新設】 排尿自立支援加算(週1回) 200点	A251
4	高次収差解析	保険収載	207	【新設】 高次収差解析加算 150点	K282 注2
5	全視野精密網膜電図	保険収載	4069	【新設】 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 800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行われる場合に限り算定する。	D258-3
6	局所黄斑網膜電図	保険収載	4048	【新設】 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 800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行われる場合に限り算定する。	D258-3
7	脳死判定(診断)料	保険収載	16500	K914脳死臓器提供管理料(移植施設で算定し、提供施設に按分する)が20000点から40000点	K914
8	口腔粘膜の蛍光観察検査、口腔粘膜疾患の電子的診療情報評価料	保険収載	口腔粘膜の蛍光観察検査200点、口腔粘膜疾患の電子的診療情報評価30点	J200-4-4 口腔粘膜蛍光観察評価加算200点(新設) 注区分番号J018に掲げる手術に当たって、口腔粘膜蛍光観察機器を使用した場合に加算する。	J200-4-4 (歯科)
9	経気管支凍結生検法	保険収載	15,618.1	【新設】 経気管支凍結生検法 5,500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行われる場合に限り算定する。	D415-5
10	外陰・膣細胞採取料	保険収載	50	D418 子宮腔部等からの検体採取 子宮全摘術後の膣端細胞診を目的とした検体採取は、「1」の所定点数を算定する。	D418
11	回腸囊ファイバースコピ-	保険収載	1,000点	【新設】 回腸囊ファイバースコピ- 550点	D312-2

12	全身(広範囲)MRIによる悪性腫瘍(原発巣および転移)の診断	保険収載	600点:先進画像加算として	【注の追加】 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき) MRI撮影について、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、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、600点を所定点数に加算する。	E202 注9
13	膵島移植術	保険収載	84,339.8	【新設】 同種死体膵島移植術 56,490点 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。 2 膵島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。 3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。 4 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K709-6
14	先天性リンパ浮腫・静脈奇形の弾性ストッキング固定	保険収載	200点	(1)リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類 期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類 期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。	H007-4
15	斜視注射(片眼につき)(ボツリヌス毒素を用いた場合)	保険収載	2,000	【新設】 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点	G018
16	胎児輸血	保険収載	28,509	【新設】 胎児輸血術(一連につき) 13,880点 注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 2 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。	K910-5
17	臍帯穿刺	保険収載	4,748	【新設】 胎児輸血術(一連につき) 13,880点 注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 2 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。	K910-5 注2
18	慢性静脈不全に伴う潰瘍に対する圧迫療法	保険収載	700点(初回)400点(2回目以降10回目まで)	【新設】 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) 200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行われる場合に限り算定する。 2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。	J001-10
19	局所陰圧閉鎖処置 持続洗浄	保険収載	1,700	【新設】 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき) 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。	J003 注2
20	人工距骨全置換術	保険収載	51,258	【新設】 人工距骨全置換術 27,210点	K082-5

21	十二指腸局所切除術(腹腔鏡下、内視鏡併用)	保険収載	30,000	【新設】 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの) 30,000点	K654-4
22	経皮的膿胸ドレナージ術(膿胸)(画像ガイド下)	保険収載	10,800点	【新設】 経皮的膿胸ドレナージ術 5,400点 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K496-5
23	臍頭十二指腸切除術(ロボット支援)	保険収載	524,659.8	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
24	臍頭十二指腸切除術(リンパ節郭清を伴う)(腹腔鏡下)	保険収載	158,450	【項目の見直し】 腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術 1 臍頭十二指腸切除術の場合 158,450点 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合 173,640点	K703-2 2
25	顎関節人工関節置換手術	保険収載	74,925	【新設】 顎関節人工関節全置換術 59,260点	K445-2
26	人工関節再置換術・股関節(摺動面のみ)	保険収載	45,228点	【新設】 人工股関節摺動面交換術 25,000点	K082-6
27	肺悪性腫瘍手術 区域切除(ロボット支援)	保険収載	124,993.5	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
28	拡大胸腺摘出術(重症筋無力症に対する)(ロボット支援)	保険収載	114,213.5	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
29	仙骨腫全摘術(ロボット支援)	保険収載	117,319.3	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
30	子宮筋腫摘出術(子宮鏡下電解質利用)	保険収載	26,256.9	【項目の見直し】 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの 19,000点	K873 1



31	子宮内膜ポリープ切除術(子宮鏡下電解質利用)	保険収載	13,239点	[項目の見直し] 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの 6,630点	K872-3 1
32	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清	保険収載	87,882.2	[項目の見直し] 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 傍大動脈 35,500点	K627-2 2
33	鏡視下咽喉頭悪性腫瘍手術(喉頭、中咽頭、下咽頭悪性腫瘍手術) (内視鏡下手術用ロボットを用いない手術)	保険収載	92,737	[新設] 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) 38,740点	K374-2
34	経肛門吻合を伴う直腸切除術(ISRを伴うもの)	保険収載	116,262.4	[項目の見直し] 直腸切除・切断術 経肛門吻合を伴う切除術 82,840点	K740 4
35	経口胆道鏡下結石破砕術	保険収載	98,133.9	[項目の見直し] 内視鏡的乳頭切開術 胆道鏡下結石破砕術を伴うもの 31,700点 注バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	K687 3
36	胸骨拳上用固定具(ペクタスパー)抜去術	保険収載	35,712	[新設] 漏斗胸手術 胸骨拳上用固定具抜去術 5,680点	K487 4
37	脾固定術(腹腔鏡下)	保険収載	70,810.7	[新設] 腹腔鏡下脾固定術 30,070点	K710-2
38	スペース挿入手術	保険収載	47,876.5	[新設] 放射線治療用合成吸収性材料留置術 14,290点	K007-3
39	食道切除術(切除のみ、胸部食道)	保険収載	75,714	[新設] 食道切除術(単に切除のみのもの) 46,100点	K527-2
40	食道悪性腫瘍手術(消化管再建を伴う) (頸部、腹部の操作)(ロボット支援下)	保険収載	109,240	[項目の見直し] 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
41	食道大動脈瘻手術(切除のみ)	保険収載	92,690.4	K527-2 食道切除術(単に切除のみのもの) (1) 一次的な食道切除再建術が困難な場合であって、食道切除術を行ったときに算定する。 (2) 大動脈ステント内挿術後であって、食道大動脈瘻に対する食道切除術を行った場合に は、本区分の所定点数により算定する。	K527-2

42	悪性骨・軟部腫瘍手術(処理骨移植を伴うもの)	保険収載	91,800 - 146,880 点	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。	K031 注
43	椎間板内酵素注入療法(化学的髄核融解術)	保険収載	23,500	【新設】 椎間板内酵素注入療法 5,350点	K134-4
44	頸椎人工椎間板置換術	保険収載	79,493.1点(複数椎間の場合椎間加算1/2)	【新設】 人工椎間板置換術(頸椎) 36,780点 注 2の椎間板の置換を行う場合には、2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。	K134-3
45	胆管悪性腫瘍手術(血行再建を伴うもの)	保険収載	167,303.9	【項目の見直し】 胆管悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 104,800点	K677 2
46	ロボット支援下による頭蓋内電極植込術	保険収載	1.定位手術ロボット使用加算 30,400点 2.脳刺激装置植込術(定位手術 ロボット使用) 47,100点 3.脳深部電極刺入加算 2本以上 9本未満 18,000点、10本を超える もの 45,000点	【新設】 頭蓋内電極植込術 1 硬膜下電極によるもの 65,100点 2 脳深部電極によるもの イ7本未満の電極による場合 71,350点 ロ7本以上の電極による場合 96,850点	K181-6
47	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術(腹腔鏡下)	保険収載	124,187.1	【新設】 腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術 75,690点	K719-6
48	膵体尾部切除術(ロボット支援)	保険収載	165,145	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
49	甲状腺悪性腫瘍手術(全摘および両側頸部外側区域郭清を含む)	保険収載	65,448.9	【項目の見直し】 甲状腺悪性腫瘍手術 全摘及び亜全摘(両側頸部外側区域郭清を伴うもの) 36,790点	K463 5
50	甲状腺悪性腫瘍手術(全摘および片側頸部外側区域郭清を含む)	保険収載	65,448.9	【項目の見直し】 甲状腺悪性腫瘍手術 全摘及び亜全摘(片側頸部外側区域郭清を伴うもの) 35,790点	K463 4
51	甲状腺悪性腫瘍手術(片葉切除および片側頸部外側区域郭清を含む)	保険収載	47,745.9	【項目の見直し】 甲状腺悪性腫瘍手術 切除(頸部外側区域郭清を伴うもの) 26,180点	K463 2
52	脳動静脈奇形摘出術・SM-grade 3,4,5	保険収載	357,774.7	【項目の見直し】 脳動静脈奇形摘出術 複雑なもの 179,830点	K172 2

53	頭蓋内モニタリング装置挿入術	保険収載	5,000	【新設】 頭蓋内モニタリング装置挿入術 6,310点	K147-2
54	膀胱鏡下ボツリヌス毒素注入手術	保険収載	7,572.5	【新設】 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの) 9,680点	K823-6
55	経尿道的レーザー前立腺蒸散術	保険収載	24,000	【項目の見直し】 経尿道的レーザー前立腺切除術 ホルミウムレーザーを用いるもの 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	K841-2 1
56	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 (光力学診断を用いた場合)	保険収載	16,623	DPCで新たな枝ができる予定	-
57	経皮的腎瘻拡張術	保険収載	11,000	【新設】 経皮的腎(腎盂)瘻拡張術(一連につき) 6,000点	K775-2
58	腎盂尿管吻合術(腎盂形成術を含む)(ロボット支援)	保険収載	102,746.2	【項目の見直し】 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、 K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、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。	手術通則18
59	リンパ節群郭清術・後腹膜(腹腔鏡下)	保険収載	100,678.8	【項目の見直し】 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 後腹膜 40,670点	K627-2 1
60	多血小板を用いた難治性皮膚潰瘍治療	保険収載	1回 4週 初回5,230点 (PRP調整 費用+1回目処置) その後の処置 633点×3週 必要に応じ2回ま で繰り返す 25cm <sup>2</sup> を超える創の場合は材料 加算3,500点を4週に一度算定	【新設】 多血小板血漿処置 4,190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行われる場合に限り算定する。 2 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	J003-4
61	左心耳閉鎖術(経皮的)	保険収載	30,473	【新設】 不整脈手術 左心耳閉鎖術 経カテーテル的手術によるもの 34,930点	K594 4 口
62	外科的左心耳閉鎖術	保険収載	36,490	【新設】 不整脈手術 左心耳閉鎖術 開胸手術によるもの 37,800点  注4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分 番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3 に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。	K594 4 イ
63	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(ハルトマン術後)	保険収載	101,592	【新設】 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。) 40,450点	K732-2
64	血液粘弾性検査による輸血管理加算の設置	保険収載	1,800	【新設】 血液粘弾性検査(一連につき) 600点	D006-21

【暫定版】外保連の要望のうち、令和2年度診療報酬改定で考慮された項目(技術改正)

【暫定版】外保連の要望のうち、令和2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	診療報酬番号	名称	要望内容	要望点数	改定内容	R02年度保険区分
1	B001 28	小児運動器疾患指導管理料(適応年齢の引き上げ)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	250	【注の見直し】 注別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回)に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。	B001 28
2	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 2 - B 点数の見直し(減点)	510	【注の追加】 B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ救急搬送看護体制加算1 400点 ロ救急搬送看護体制加算2 200点	B001-2-6
3	C005	在宅患者訪問看護・指導料 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	6 その他(1~5のいずれも該当しない)	なし	【算定要件の追加 赤字部分】 ・悪性腫瘍の鎮痛療法もしくは化学療法を行っている利用者 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門もしくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続または反復して生じている状態にある利用者 ・人工肛門もしくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者	C005 3
4	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 経肛門的洗腸療法材料加算の新設 適用患者(対象患者)の拡大	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 3 項目設定の見直し 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	指導管理料:950点/月 導入初期加算:500点(初回月のみ) 在宅自己洗腸療法材料加算:2,600点/月	【新設】 C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算2,400点 注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、自己洗腸用材料を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。	C172
5	D247 4	遊戯聴力検査の乳幼児加算(3-5歳児)	2 - A 点数の見直し(増点)	135	【点数の見直し】 4 遊戯聴力検査 450点 500点	D247
6	D256 注2	蛍光眼底撮影 広角眼底撮影加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	100	D256 眼底カメラ撮影 (8) 広角眼底撮影加算は、次のいずれかに該当する場合に限り加算する。 イ 糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して蛍光眼底法による観察のために広角眼底撮影を行った場合	D256
7	D274-2	前眼部三次元画像解析の適応拡大	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 3 項目設定の見直し	特になし	D274-2 前眼部三次元画像解析 前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して、月1回に限り算定する。	D274-2
8	D320	ヒステロスコープ(硬性鏡)(生検)	2 - A 点数の見直し(増点) 3 項目設定の見直し	3,650	【点数の見直し】 D320 ヒステロスコープ 220点 620点	D320

9	D415	仮想気管支鏡による画像等検査支援	2 - A 点数の見直し(増点) 3 項目設定の見直し	5,000点(200点加算)	【新設】 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点	D415-4
10	D419 1～3	その他の検体採取(D419)に対する乳幼児加算	1 - B 算定要件の拡大(施設基準) 6 その他(1～5のいずれも該当しない)	乳幼児357点、幼児294点(D419 1)、乳幼児306点、幼児252点(D419 2)、乳幼児85点、幼児70点(D419 3)	【注の追加】 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。 3 動脈血採取(1日につき) 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。 4 前房水採取 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。 5 副腎静脈サンプリング(一連につき) 注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、1,000点を所定点数に加算する。	D419 注
11	J003	局所陰圧閉鎖療法	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	なし	【新設】 J003-3 局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき) 1,100点	J003-3
12	J032	処置(肛門拡張法)における小児加算	6 その他(1～5のいずれも該当しない)	260点	J032 肛門拡張法(徒手又はブジーによるもの) 注3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。	J032
13	J054 2	皮膚科光線療法(2)長波紫外線又は中波紫外線療法(3)中波紫外線療法	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	(2)は150、(3)は340	J054 皮膚科光線療法 (6)長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫(症)、悪性リンパ腫、慢性苔癬状肌糠疹、尋常性白斑、アトピー性皮膚炎又は円形脱毛症に対して行った場合に限って算定する。	J054
14	J054-2	Qスイッチ付きレーザー照射療法	3 項目設定の見直し	なし	J054-2 皮膚レーザー照射療法 (5)「2」のQスイッチ付レーザー照射療法は、Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法及びQスイッチ付ヤグレーザー照射療法をいう。 (10)Qスイッチ付ヤグレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して行った場合に算定できる。	J054-2
15	手術通則07	手術通則7の適応拡大	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	100分の400	【通則の見直し】 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の1、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児(手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。)に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。  (要望比:K528-2、K534、K537、K537-2はなし)	手術通則7
16	手術通則12	外来緊急開腹手術	2 - A 点数の見直し(増点) 3 項目設定の見直し	所定点数の100分の240加算	救急医療管理加算 1 救急医療管理加算1 900点 950点 2 救急医療管理加算2 300点 350点	A205

17	手術通則14	羊膜移植術(通則14の適用)	6 その他(1~5のいずれも該当しない)	特になし	・K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの) 「K260-2 羊膜移植術」	通則14
18	手術通則14	複数手術に関する費用の特例の対象手術に神経再生誘導術を追加	3 項目設定の見直し	1 指(手,足)12,640点, 2 その他のもの 21,590点	・K182-3 神経再生誘導術 「K437 下顎骨部分切除術」 「K438 下顎骨離断術」 「K439 下顎骨悪性腫瘍手術」 「K610 動脈形成術、吻合術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 「K623 静脈形成術、吻合術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K034 腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K035 腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K035-2 腱滑膜切除術 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K037 腱縫合術(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K038 腱延長術(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K039 腱移植術(人工腱形成術を含む。)(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K040 腱移行術(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K046 骨折観血的手術(手指、中手部又は手関節に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指、中手部又は手関節に限る。)」 ・K107 指移植手術(手指に限る。) 「K182-3 神経再生誘導術(手指に限る。)」	通則14
19	手術通則14	通則14の改定(複数手術に係る費用の特例)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 1 - C 算定要件の拡大(回数制限)	43,935	・K764 経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。) 「K781 経尿道的尿路結石除去術」	通則14
20	手術通則14	肝部分切除術(複数箇所)の算定	2 - A 点数の見直し(増点)	46,130	K695 肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの 38,040点 ロ 複数回の切除を要するもの 43,340点	K695
21	手術通則14	手術通則14の改正	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	K224翼状片手術(弁の移植を要するもの)を、以下の手術と同時にを行った場合、 K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの 21,090点 ロ その他のもの 15,750点 2 眼内レンズを挿入しない場合 11,080点	・K282 水晶体再建術 「K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)」	通則14
22	手術通則14	腹腔鏡下肝部分切除術(複数箇所)の算定	2 - A 点数の見直し(増点)	29,840点の加点	【項目の見直し】 K695-2 腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの 58,680点 ロ 複数回の切除を要するもの 63,680点	K695-2

23	手術通則14	手術通則14の改正	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)		・K554 弁形成術(1弁のもの(大動脈弁を除く。))に限る。 「K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術」 ・K555 弁置換術(1弁のもの(大動脈弁を除く。))に限る。 「K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術」 ・K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術 「K695-2 腹腔鏡下肝切除術(部分切除又は外側区域切除に限る。)」	通則14
24	手術通則14	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除(K-719-3)に腹腔鏡下肝部分切除(K695-2) 腹腔鏡下直腸切除・切断術(K-740-2)に腹腔鏡下肝部分切除(K695-2) 腹腔鏡下肝外側区域切除(K695-2)に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除(K-719-3) 腹腔鏡下肝外側区域切除(K695-2)に腹腔鏡下直腸切除・切断術(K-740-2)	3 項目設定の見直し	なし	・K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術 「K695-2 腹腔鏡下肝切除術(部分切除又は外側区域切除に限る。)」	通則14
25	手術通則14	手術通則14の改正	1 - B 算定要件の拡大(施設基準) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	該当なし	・K554 弁形成術(1弁のもの(大動脈弁を除く。))に限る。 「K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術」 ・K555 弁置換術(1弁のもの(大動脈弁を除く。))に限る。 「K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術」	通則14
26	手術通則14	複数手術に係る費用の特例の追加 通則14	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	なし	・K798 膀胱結石、異物摘出術 1 経尿道的手術 「K841-5 経尿道的前立腺核出術」	通則14
27	K002 1~3	デブリードマン(重症軟部組織感染症)	1 - C 算定要件の拡大(回数制限) 5 新規特定保険医療材料等に係る点数	2,990	【点数の見直し】【注の見直し】 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 1,020点 1,260点 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 3,580点 4,300点 注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定する。	K002
28	K037	前腕から手根部における腱縫合術の複数加算	6 その他(1~5のいずれも該当しない)	特になし	【注の追加】 注前腕から手根部の2指以上の腱縫合を実施した場合は、複数縫合加算として1指を追加することに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は1側当たり3指を超えないものとする。	K037 注
29	K054 注	骨切り術(カスタムガイドを用いる)	2 - A 点数の見直し(増点) 5 新規特定保険医療材料等に係る点数	20,000	【点数の見直し】 患者適合型変形矯正ガイド加算 6,000点 9,000点	K054 注
30	K054 2 K068-2 K069-3	高位脛骨骨切り術に伴う膝関節鏡下手術加算	2 - A 点数の見直し(増点)	骨切り術(下腿) + 鏡視下半月板切除術 37,770点 骨切り術(下腿) + 鏡視下半月板縫合術 41,490点	【点数の見直し】 患者適合型変形矯正ガイド加算 6,000点 9,000点	K054 注
31	K057 注	変形治癒骨折矯正手術(カスタムガイドを用いる)	2 - A 点数の見直し(増点) 5 新規特定保険医療材料等に係る点数	20,000	【点数の見直し】 患者適合型変形矯正ガイド加算 6,000点 9,000点	K057 注
32	K079-2 1	関節鏡下膝十字靭帯形成手術複数靭帯加算	1 - C 算定要件の拡大(回数制限)	52,470	【注の追加】 注1について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的両靭帯形成加算として、5,000点を所定点数に加算する。	K079-2 注

33	K084 2	K084 2 四肢切断術 指(手、足)	4 保険収載の廃止	特になし。	【項目の見直し(廃止)】 四肢切断術 指(手、足)の廃止	K084
34	K133-2	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	2 - A 点数の見直し(増点)	138,000	【点数の見直し】 69,000点 78,500点	K133-2
35	K169-2	頭蓋内腫瘍摘出術 原発性悪性脳腫瘍光線力学的療法加算	2 - A 点数の見直し(増点)	112,366.30	【点数の見直し】 12,000点 18,000点	K169 注2
36	K217 K219	眼瞼内反症手術(眼瞼下制筋前転法)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 3 項目設定の見直し	7,200	【点数の見直し】 K217 眼瞼内反症手術 1 縫合法 1,660点 1,990点 2 皮膚切開法 2,160点 2,590点	K217
37	K259	角膜移植術における内皮移植加算	4 保険収載の廃止 6 その他(1～5のいずれも該当しない)	特になし	【注の追加】 内皮移植による角膜移植を実施した場合は、内皮移植加算として、8,000点を所定点数に加算する。	K259 注2
38	K282 1	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	2 - A 点数の見直し(増点)	13,300点	【注の追加】 2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、150点を所定点数に加算する。	K282
39	K386	輪状甲状靭帯切開	2 - A 点数の見直し(増点) 3 項目設定の見直し	3,270	【新設】 輪状甲状靭帯切開術 1,970点	K386-2
40	K461-2 K931	超音波凝固切開装置(内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出)	6 その他(1～5のいずれも該当しない)	片葉のみの場合:20,410点、両葉の場合28,210点	K931 超音波凝固切開装置等加算 (1) ベッセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。 (2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K374-2」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K394-2」、「K395」、「K461」、「K461-2」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K476-3」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「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
41	K476 3 K476 8	予防的乳房切除術	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 1 - C 算定要件の拡大(回数制限)		【通則の追加】 19 区分番号K475及びK888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遺伝性乳癌卵巣癌患者に対して行った場合においても算定できる。	手術通則19
42	K476-3	乳房再建術(遊離皮弁によるもの)の点数の見直し(増点)	2 - A 点数の見直し(増点)	92,460点	【点数の見直し】 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 乳房再建術の場合 87,880点 89,880点	K017 1
43	K502-4	拡大胸腺摘除術(開胸)(重症筋無力症に対する)	2 - A 点数の見直し(増点)	63,641.2	【点数の見直し】 33,870点 36,000点	K502-4
44	K508-2 1	気管・気管支ステント留置術(硬性鏡によるもの)	2 - A 点数の見直し(増点)	23,230.9	【点数の見直し】 9,400点 11,400点	K508-2



45	K513 2	肺切除術(肺葉切除)(胸腔鏡下)	2 - A 点数の見直し(増点) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	80,972.8	[項目の見直し] 4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの 81,000点	K513 4
46	K513 2	肺切除術(区域切除)(胸腔鏡下)	2 - A 点数の見直し(増点) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	72,598.7	[項目の見直し] 3 区域切除 72,600点	K513 3
47	K513 2	肺切除術(部分切除2箇所以上)(胸腔鏡下)	2 - A 点数の見直し(増点) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	46,255.5	[項目の見直し] 2 部分切除 45,300点	K513 2
48	K513 2	肺切除術(部分切除1箇所)(胸腔鏡下)	2 - A 点数の見直し(増点) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)	44,846	[項目の見直し] 2 部分切除 45,300点	K513 2
49	K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	2 - A 点数の見直し(増点)	42,321	[点数の見直し] 14,510点 22,100点	K526-4
50	K529-2 1	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、1頸部、胸部、腹部操作によるもの	2 - A 点数の見直し(増点)	141,920点	[点数の見直し] 125,240点 133,240点	K529-2 1
51	K529-2 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、2胸部、腹部操作によるもの	2 - A 点数の見直し(増点)	120,740点	[点数の見直し] 104,190点 109,140点	K529-2 2
52	K546 1	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対する)	2 - A 点数の見直し(増点)	60,090.7	[点数の見直し] 32,000点 36,000点	K546 1
53	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)	1 - B 算定要件の拡大(施設基準)	特になし	K548 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの) (1)循環器内科を標榜している病院であること。 (2)開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術に係る緊急手術が実施可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携(当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。)により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。 (3)5年以上の循環器内科の経験を有する医師が1名以上配置されていること。 (4)経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の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。 (5)日本心血管インターベンション治療学会の定める指針を遵守していること。	K548
54	K555-2	経皮的大動脈弁置換術	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 2 - A 点数の見直し(増点) 3 項目設定の見直し	61,530	[点数の見直し] 37,560点 39,060点	K555-2 2
55	K612	末梢動静脈瘻造設術	3 項目設定の見直し	特になし	[項目の見直し] 末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術 イ 単純なもの 12,080点 ロ 静脈転位を伴うもの 15,300点  [項目の見直し(廃止)] 内シャント又は外シャント設置術	K612 K610-3

56	K653 2	十二指腸粘膜下層剥離術	2 - A 点数の見直し(増点)	30,000点	【項目の見直し】 3 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術 21,370点	K653 3
57	K654-3 1	胃悪性腫瘍手術胃局所切除術(腹腔鏡下、内視鏡併用)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 2 - A 点数の見直し(増点)	35,000	【点数の見直し】 26,500点 28,500点	K654-3 1
58	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(適応拡大について)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 2 - A 点数の見直し(増点)	40,050	K656-2 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) (1) 次の患者に対して、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。 ア 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、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち1つ以上を併しているもの。イ 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32.5～34.9の肥満症及びヘモグロビンA1c(HbA1c)が8.4%以上(NGSP値)の糖尿病の患者であって、高血圧症(6か月以上、降圧剤による薬物治療を行っても管理が困難(収縮期血圧160mmHg以上)なものに限る。)、脂質異常症(6か月以上、スタチン製剤等による薬物治療を行っても管理が困難(LDLコレステロール140mg/dL以上又はnon-HDLコレステロール170mg/dL以上)なものに限る。)又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群(AHI: 30の重症のものに限る。)のうち1つ以上を併しているもの。	K656-2
59	K695	2箇所以上を超える肝切除に対する算定	3 項目設定の見直し	特になし	【項目の見直し】 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの 38,040点 ロ 複数回の切除を要するもの 43,340点	K695 1
60	K703 2	脾頭十二指腸切除(リンパ節・脾頭神経叢郭清を伴う)	2 - A 点数の見直し(増点)	196,560	【点数の見直し】 1 脾頭十二指腸切除術の場合 78,620点 81,620点 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温脾頭切除術の場合 83,810点 86,810点 3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 83,810点 86,810点 4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 128,230点 131,230点	K703
61	K716 K719	クローン病に対する小腸切除術	2 - A 点数の見直し(増点)	40,000	【項目の見直し】 1 複雑なもの 34,150点 2 その他のもの 15,940点	K716 1
62	K719	内視鏡的結腸軸捻転解除術	2 - A 点数の見直し(増点)	5,360	【注の追加】 注 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。	K719-2
63	K719 K719-2	人工肛門造設加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	K719,K719-2 に記載されている各点数に 2,000点の追加	【注の追加】 K719 注 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。 K719-2 注 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。	K719 注 K719-2 注
64	K722	小腸結腸内視鏡的止血術(バルーン内視鏡を使用した場合)	3 項目設定の見直し	13,890点(3,500点の加算)	【注の追加】 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	K722 注

65	K732 2	ハルトマン術後腸管再建	2 - A 点数の見直し(増点)	42,850	【項目の見直し】 イ 直腸切除術後のもの 34,280点	K732 2 イ
66	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(バルーン内視鏡によるもの)の一入院中の回数制限の緩和	1 - C 算定要件の拡大(回数制限)	該当なし	K735 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)短期間又は同一入院期間中において2回に限り算定する。なお、2回目を算定する場合は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。	K735-2
67	K740	側方郭清を伴う直腸切除・切断術	2 - A 点数の見直し(増点)	13,400	【項目の見直し】 4 経肛門吻合を伴う切除術 82,840点	K734 4
68	K751-2	鎖肛(K751)に併施する仙尾部奇形腫手術	3 項目設定の見直し	46,950の50%	・K751 鎖肛手術 「K138 脊椎披裂手術」 「K191 脊髄腫瘍摘出術 1 髄外のもの」	通則14
69	K775 K805	経皮的腎瘻造設・膀胱瘻造設キット	6 その他(1～5のいずれも該当しない)	なし。	これまでも「原則1個を用いるが、2個以上用いる場合は摘要欄に理由を記載」という取扱いであり、キットを用いた場合でも理由を摘要欄に記載すれば、医学的に妥当な範囲については認められる予定。	-
70	K826-3	陰茎様陰核形成術に伴う陰唇形成・膣形成術	3 項目設定の見直し	35,220点	・K826-3 陰茎様陰核形成手術 「K859 造膣術、膣閉鎖症術 3 膣断端挙上によるもの」	通則14
71	K907	胎児外回転術	2 - A 点数の見直し(増点)	870	【点数の見直し】 K907 胎児外回転術 670点 800点	K907
72	K930	脊髄誘発電位測定等加算 食道悪性腫瘍手術に用いた場合の追加	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	該当しない	【項目の見直し】 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合 3,630点	K930
73	K930	手術医療機器等加算 K930 脊髄誘発電位測定等加算 1	3 項目設定の見直し	5,130	【点数の見直し】 3,130点 3,630点 (但し、脳神経外科高難度手術を対象とした要望は考慮されなかった。)	K930 1
74	K930	脊髄誘発電位測定等加算	2 - A 点数の見直し(増点)	3,130点	【点数の見直し】 2,500点 3,130点	K930 2
75	K930	脊髄誘発電位測定等加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	特になし	K930 脊髄誘発電位測定等加算 (1) 神経モニタリングについては、本区分により加算する。 (2) 「1」に規定する脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術とは、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」、「K527」、「K529」の1及び2、「K529-2」、「K529-3」、「K560」、「K560-2」、「K609」及び「K609-2」に掲げる手術をいう。 (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「K461」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

76	K931	超音波凝固切開装置等加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	特になし	K931 超音波凝固切開装置等加算 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K374-2」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K394-2」、「K395」、「K461」、「K461-2」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K476-3」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「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
77	K931 K003 K004 K005 K006 K007 K015 K017 K029 K022 K193-2 K193-3	超音波凝固切開装置等加算適応拡大	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	なし	K931 超音波凝固切開装置等加算 (2)「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K374-2」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K394-2」、「K395」、「K461」、「K461-2」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K476-3」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「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
78	K932	創外固定器加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	なし	【注の見直し】 注区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3、K443、K444及びK444-2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
79	K936	自動縫合器加算の適応	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	2,500	【注の見直し】 注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3の2、K655、K655-2、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、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、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

80	K936 K936-2	自動縫合器・吻合器加算の適応拡大	1 - C 算定要件の拡大(回数制限) 2 - A 点数の見直し(増点) 6 その他(1~5のいずれも該当しない)		<p>K936 自動縫合器加算</p> <p>(1) 区分番号「K514-3」、「K515-5」、「K552」、「K552-2」、「K674」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K684-2」、「K696」、「K705」、「K706」、「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2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。</p> <p>(2) 区分番号「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「K695-2」の「6」まで、「K697-4」、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3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。</p> <p>(3) 区分番号「K488-4」、「K522-3」、「K525」、「K529」の「3」、「K531」、「K645」、「K655-4」、「K655-5」、「K657-2」、「K700」、「K702」から「K703-2」まで、「K716-4」、「K716-6」、「K719」から「K719-3」まで、「K735」、「K735-3」、「K740」及び「K740-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、4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。</p> <p>(4) 区分番号「K655-2」、「K657」、「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は、5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。</p> <p>(5) 区分番号「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K514-4」、「K514-6」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、「K529-3」及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、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。</p> <p>(6) 区分番号「K514-2」の「2」及び「K735-5」に掲げる手術にあたって自動縫合器を使用した場合は、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。</p> <p>(7) 区分番号「K552」、「K552-2」、「K554」、「K555」、「K557」、「K557-2」、「K557-3」、「K560」及び「K594」の「3」に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合は、1個を限度として本区分の所定点数を算定する。</p> <p>K936-2 自動吻合器加算</p> <p>区分番号「K655-4」、「K655-5」、「K657」及び「K657-2」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は2個を限度として、それ以外の手術にあっては1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。</p>	K936
81	K939	側弯症手術と悪性骨腫瘍手術における術中ナビゲーション加算の適応追加	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	特になし	<p>[注の見直し]</p> <p>1 ナビゲーションによるもの</p> <p>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、K136、K140からK141-2まで、K142(6を除く。)、K142-2の1及び2の1、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、K350からK365まで、K511の2、K513の2から513の4まで、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2並びに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。</p>	K939
82	K939-2	「術中血管等描出撮影加算」の描出対象拡大(胆管、肝区域、肝癌)	2 - A 点数の見直し(増点)	500点	<p>K939-2 術中血管等描出撮影加算</p> <p>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、区分番号「K017」の遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)の「1」、「K476-3」動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除術)、「K695」肝切除術の「2」から「7」まで、区分番号「K695-2」腹腔鏡下肝切除術の「2」から「6」まで又は「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」においてインドシアニングリーン若しくはアミレプリン酸塩を用いて、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。</p>	K939-2
83	K939-2	術中血管等描出撮影加算の適応拡大(皮弁・創縁・血管吻合部の血流評価)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)	5,000	<p>K939-2 術中血管等描出撮影加算</p> <p>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、区分番号「K017」の遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)の「1」、「K476-3」動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除術)、「K695」肝切除術の「2」から「7」まで、区分番号「K695-2」腹腔鏡下肝切除術の「2」から「6」まで又は「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」においてインドシアニングリーン若しくはアミレプリン酸塩を用いて、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。</p>	K939-2

84	L001-2 3	L001-2 静脈麻酔 30分な体制で行われる長時間なもの(複雑な場合)	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) 2 - A 点数の見直し(増点)	1,504	【点数の見直し】 3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合) 800点 1,100点	L001-2 3
85	L008 注9	超音波ガイド下末梢神経ブロック	2 - A 点数の見直し(増点)	550	【改訂】硬膜外麻酔が実施できない患者に対して神経ブロックを実施した場合450点	L008-9
86	L009 注4	L009 麻酔管理料( ) 4 長時間麻酔管理加算	1 - A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大)		【注の見直し】 4 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1、K529-2の2、K552、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の二、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から7まで、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 注4
87	L010	麻酔管理料 の算定要件の明確化	6 その他(1~5のいずれも該当しない)	150点 / 450点	L010 麻酔管理料( ) (2) 麻酔管理料( )は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの(以下この区分番号において、単に「担当医師」という。)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。	L010