

## 入院患者のADLの維持、向上等に対する評価②

### [施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。

#### ア リハビリテーション概論について

(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)

#### イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)

#### ウ リハビリテーション治療法について

(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)

#### エ リハビリテーション処方について

(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)

#### オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)

#### カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて

#### キ 心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて

#### ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

- ④ 当該病棟の1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- ⑤ 以下のいずれも満たすこと。
  - ア) 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
  - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

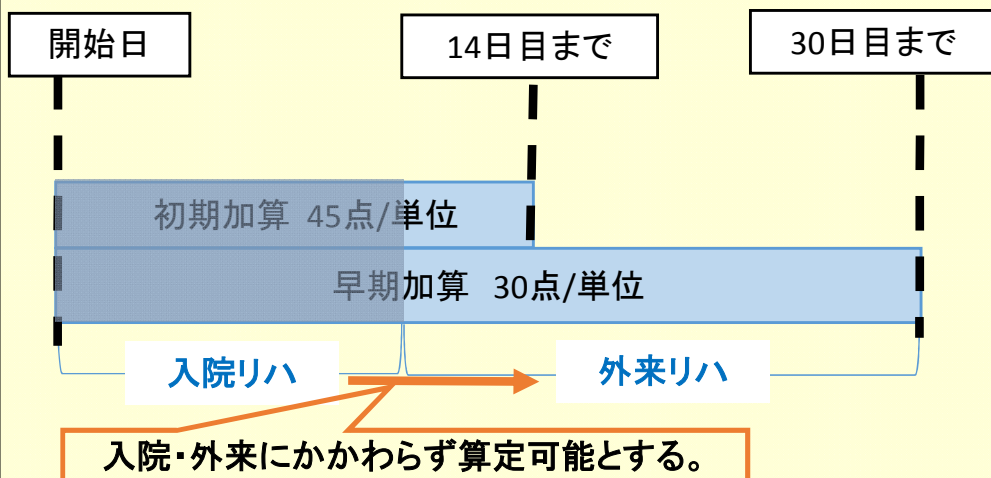
# リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

## 外来における早期リハビリテーションの評価

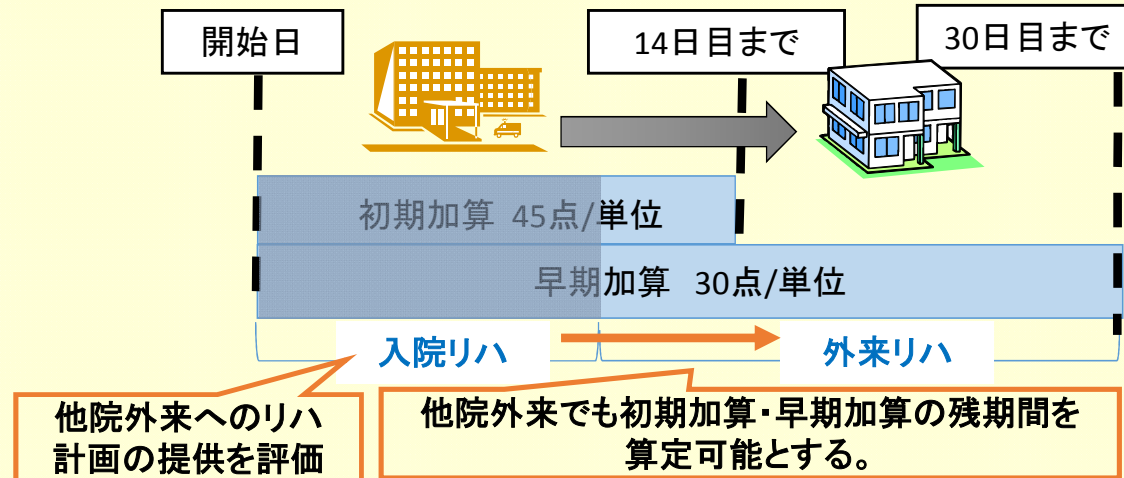
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)  
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



## リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②

## 運動器リハビリテーション料 I の評価の見直し

- 外来の患者についても運動器リハビリテーション料 I を算定可能とする。

現行	
区分	対象者
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者



改定後		
区分	対象者	点数
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者 <u>外来患者</u>	180点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者	170点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者	85点

(注)要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

## 廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価

### 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉

【現行】

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	180点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	146点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	77点

〈対象患者〉 下線部分        を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであって、心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

### 疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】

【改定後】

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	200点
運動器リハビリテーションⅠ	175点
呼吸器リハビリテーションⅠ	170点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	220点
がん患者リハビリテーション料	200点

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	205点
運動器リハビリテーションⅠ	180点
呼吸器リハビリテーションⅠ	175点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	225点
がん患者リハビリテーション料	205点

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

## 回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

➤ 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

## [施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
  - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
  - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論  
ウ 運動器リハビリテーション  
オ 高次脳機能障害  
キ 地域包括ケア

イ 脳血管リハビリテーション  
エ 回復期リハビリテーションに必要な評価  
カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

## 回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

- 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行	改定後
1,911点	<u>2,025点</u>

## [施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

## [経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

- 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行	改定後
当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。	当該病棟の患者全体に占める <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度</u> A項目の得点が1点以上の患者の割合が <u>1割以上</u> であること。

## [経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

### 回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

- 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

### リハビリテーション総合計画評価料

(新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中 1回)

#### [算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

# 医療技術の適切な評価

## 基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

## 評価の視点

### 1. 医療技術の評価及び再評価

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

### 2. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.2版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

### 3. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

### 4. 胃瘻等について

胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や造設後の連携施設への情報提供の推進を図るため、評価の新設等を行う。

### 5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。



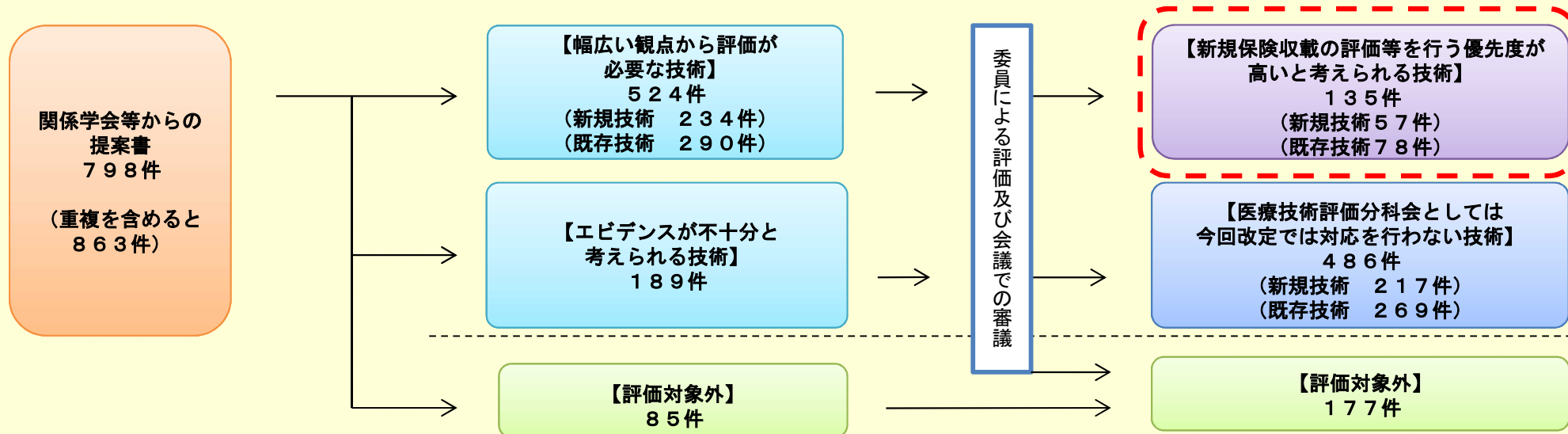
# 1. 医療技術の評価及び再評価①

## 医療技術評価分科会での検討

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術57件を保険導入するとともに、既存技術78件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

### 【評価の実施方法等】

- ①平成25年3月から6月末にかけ関係学会から863件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や使用する医薬品及び医療機器等の薬事法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; 網膜再建術、EDチューブ挿入術など
- ・既存技術; 拡大胸腺摘除術(重症筋無力症に対する)、脊髄誘発電位測定等加算など

# 1. 医療技術の評価及び再評価②

## 検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、実勢価格等を参考に、実施料の引き上げ等を行う。

### 1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う。

排泄物、滲出物又は分泌物の 細菌顕微鏡検査 その他のもの	50点	➔	61点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	230点		260点

### 2. 算定要件の見直し

細菌培養同定検査 血液又は穿刺液	2か所以上から血液を採取した場合に2回算定可とする。
酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	診断補助として実施した場合とその後6ヶ月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合にそれぞれ1回ずつ算定可とする。

## 処置に対する小児加算の新設

- 創傷処置(6,000平方センチメートル以上)、熱傷処置(3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満、6,000平方センチメートル以上)、リンパ管腫局所注入、ストーマ処置について、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- 腹膜灌流について、6歳未満の乳幼児の場合は導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

# 1. 医療技術の評価及び再評価③

## 評価体系の見直し

- CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

### 【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	950点

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	56点
--------------------	-----

### 【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	<u>1,000点</u>
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	<u>770点</u>
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	<u>580点</u>

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	<u>1,600点</u>
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	<u>920点</u>

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	
イ アナログ撮影	<u>54点</u>
ロ デジタル撮影	<u>58点</u>

# 1. 医療技術の評価及び再評価④

## 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

- 新規に保険導入された胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術の一例

手術名	点数
胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術 (頸部、胸部、腹部の操作によるもの)	125,240点
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	75,730点
腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030点



## 「複数手術に係る費用の特例等」の対象拡大

- 「同一手術野又は同一病巣であっても、主たる手術の点数に従たる手術(1つに限る)の点数(50/100)を加えた点数が算定可能となる手術の組み合わせ」を追加(例)

手術名	手術名
大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	弁形成術
ヘルニア手術(臍帯ヘルニア)	腸閉鎖症手術、臍腸管瘻手術、尿膜管摘出術など
肝切除術	脾摘出術
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮付属器癒着剥離術(両側)(腹腔鏡によるもの)

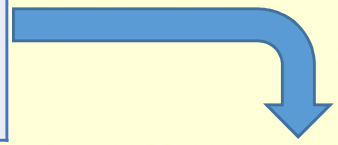
※ 「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術。上記の表の左右のどちらが主たる手術となっても差し支え無い。

# 1. 医療技術の評価及び再評価⑤

## 緊急性を踏まえた評価の見直し

➤ 冠動脈インターベンションについて、緊急に実施するものと待機的に実施するものの評価の見直しを行う。

現行		(緊急性を踏まえた点数設定なし)
K546 経皮的冠動脈形成術	22,000点	
K549 経皮的冠動脈ステント留置術	24,380点	



### 改定後

<p>K546 経皮的冠動脈形成術 <b>1 急性心筋梗塞に対するもの</b> 32,000点</p> <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術 <b>1 急性心筋梗塞に対するもの</b> 34,380点</p>	<p>次のいずれにも該当すること。                      ア <u>心筋トロポニン(TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニン(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であって、CK-MBが高値であること。</u>                      イ <u>次のいずれかに該当すること。</u>                      (イ) 胸痛等の虚血症状、(ロ) 新規のST-T変化または新規の左脚ブロック、(ハ) 新規の異常Q波の出現                      (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常、(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓                      ウ <u>次のいずれかに該当すること。</u>                      (イ) <u>症状発現後12時間以内</u>に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(<u>door to balloon time</u>)が<u>90分以内</u>であること。                      (ロ) <u>症状発現後36時間以内</u>に来院し、<u>心原性ショック(Killip分類class IV)</u>であること。</p> <p>※ただし、<u>ウのみ満たさず、来院から24時間以内に当該手術を開始した場合は、「2」の不安定狭心症に対するものに準じて算定する。</u></p>
---	---

<p>K546 経皮的冠動脈形成術 <b>2 不安定狭心症に対するもの</b> 22,000点</p> <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術 <b>2 不安定狭心症に対するもの</b> 24,380点</p>	<p>次のいずれにも該当すること。                      ア 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける<u>不安定狭心症の分類で重症度class I、class II 又はclass III</u>であること。                      イ 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける<u>急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスク</u>であること。                      ウ <u>来院から24時間以内に当該手術を開始すること。</u></p>
---	---

以上の要件以外のものは以下のとおり  
 K546 経皮的冠動脈形成術 **3 その他のもの** 19,300点      K549 経皮的冠動脈ステント留置術 **3 その他のもの** 21,680点

※ 施設基準：1年間の件数を院内掲示するとともに地方厚生局長等に届け出ること。

# 1. 医療技術の評価及び再評価⑥

## 静脈麻酔の評価

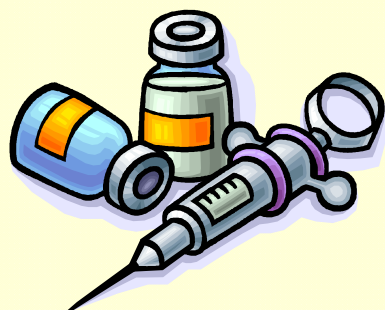
- 長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置を実施する場合等、患者の安全を確保するため、より厳重な監視を行う必要があることから、静脈麻酔の評価体系を見直し、より手厚い静脈麻酔の体制の確保を推進する。
- 具体的には、下記の場合の静脈麻酔についての評価を新設する。
  - ① 常勤の麻酔科医が専従で静脈麻酔を実施した場合
  - ② 3才以上6才未満の幼児に対して実施した場合
  - ③ 実施時間が2時間を超える場合

【現行】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの	600点

【改定後】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 <u>十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)</u>	600点
3 <u>十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)</u>	<u>800点</u>
<u>注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。</u>	<u>100分の10に相当する点数</u>
<u>注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。</u>	<u>100点</u>



※ 「複雑な場合」は、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

# 1. 医療技術の評価及び再評価⑦

## 長時間麻酔の評価

- 長時間にわたる麻酔管理は、患者への負担が大きくより厳重な管理が必要であり、かつ麻酔実施者にかかる負担も大きいいため、適切な管理体制が確保されている場合については、麻酔管理料(Ⅰ)の加算として評価を新設する。

### 〔算定要件〕

指定する手術の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時間を超える場合

#### 【現行】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 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	900点



#### 【改定後】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 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	900点
(新設)注 長時間麻酔管理加算	7,500点

### 【対象となる手術】

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、K 020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

その他以下の区分番号の手術を対象とする。

K 136-2、K 151-2、K 175 2、K 379-2 2、K 395、K 558、K 560 3イ、K 560 3ロ、K 560 3ハ、K 560 5、  
K 579-2 2、K 581 3、K 582 3、K 584 2、K 605-2、K 605-4、K 645、K 675 5、K 677-2 1、K 697-5、  
K 697-7、K 801 1



# 1. 医療技術の評価及び再評価⑧

## 放射線治療の評価の見直し

### ➤ 照射回数を減らす治療法の新設及び評価の見直し

1回照射線量を増加することにより、照射回数を減らせる場合について、患者の時間的負担軽減につながることから、5年局所再発率等の差が無いということが示されている全乳房照射の場合について、加算を新設する。

【現行】

体外照射
高エネルギー放射線治療

【改定後】

体外照射
高エネルギー放射線治療 (新設)注2 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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。



【1回線量増加加算に関する施設基準】

- ・放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ・なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

### ➤ 術中照射や転移性骨腫瘍などに対する直線加速器による緩和的照射について、局所制御率の向上等の有効性が示されていることから、評価の見直しを行う。

【現行】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

【改定後】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に5,000点を加算する。



直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	6,720点

直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	8,000点





# 1. 医療技術の評価及び再評価⑨

## 免疫染色病理標本作製の評価

- 診断精度を向上させて適切な治療を行うため、4種類以上の抗体を用いて免疫染色(免疫抗体法)病理標本作製を実施した場合の加算(1,600点)が算定可能な疾患に、**肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)及び悪性黒色腫**を追加する。

現行		➔	改定後	
悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)	1,600点		悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)、 <b>肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)又は悪性黒色腫</b>	1,600点

## 液状化検体細胞診加算の見直し

- 婦人科材料等による液状化検体細胞診について、検体の採取と同時に行った場合に、前がん病変の検出率が向上するというデータが示されたため、算定要件の見直しを行う。

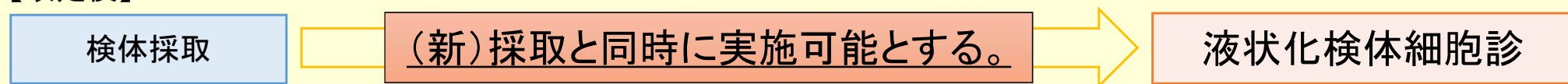
現行		➔	改定後	
液状化検体細胞診加算	85点		<b>(新) 婦人科材料等液状化検体細胞診加算</b>	<b>18点</b>
採取と同時に作成された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。			<b>採取と同時に行った場合に算定できる</b>	

### ○検査の流れ

【現行】



【改定後】



## 2. 外科的手術等の適切な評価①

### 外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改定された「外保連試算第8.2版」において、「外保連試算第8版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

増点となった  
手術の例  
(計19件)

手術名	現行	改定後
遊離皮弁術 顕微鏡下血管柄付きのもの	74,240点	<u>84,050点</u>
骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(非生体)	14,770点	<u>18,300点</u>
動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	70,980点	<u>81,720点</u>
膝頭部腫瘍切除術 膝頭十二指腸切除術の場合	69,840点	<u>77,950点</u>

減点となった  
手術の例  
(計81件)

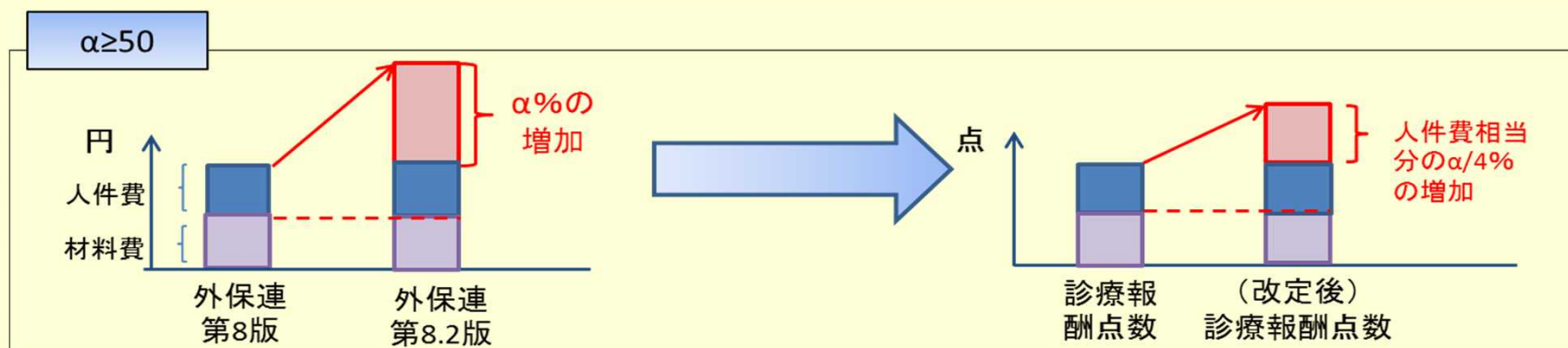
手術名	現行	改定後
網膜光凝固術 その他特殊なもの	18,100点	<u>15,960点</u>
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 部分切除	66,500点	<u>60,170点</u>
内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	12,220点	<u>11,270点</u>
帝王切開術 選択帝王切開	22,160点	<u>20,140点</u>

## 2. 外科的手術等の適切な評価②

### 手術料見直しの考え方

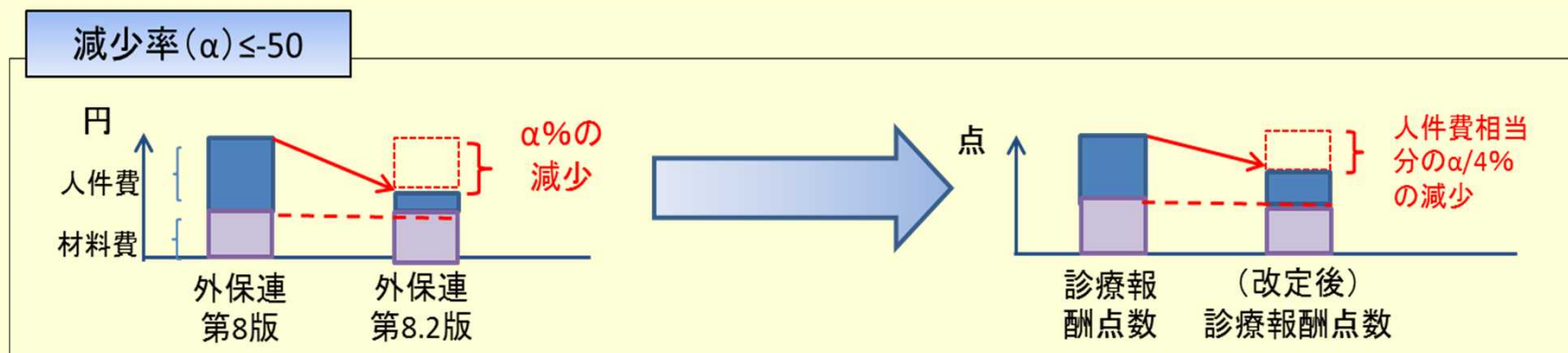
#### ➤ 人件費が50%以上増加した場合

「外保連試案第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる増点を行った。



#### ➤ 人件費が50%以上減少した場合

「外保連試案第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる減点を行った。



## (参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

今般の改定で、医療技術評価分科会等からの提案等により施設基準が新設された又は見直しが図られたため、新たに届出が必要な手術について以下に示す。

K169 注1	頭蓋内腫瘍摘出術 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
K190-6, 7	仙骨神経刺激装置植込術及び交換術	K649-2	腹腔鏡下胃吊り上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術
K260-2	羊膜移植術	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
K268の5	緑内障手術 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K281-2	網膜再建術	K664	胃瘻造設術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	K699-2	体外衝撃波膀胱石破碎術
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K755-2	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
K546	経皮的冠動脈形成術	K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
K627-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術

## 2. 外科的手術等の適切な評価③

### 画像等手術支援加算の対象の明確化

- 画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、通知を明確化する。

画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。



画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、**3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで**、手術を補助する目的で用いることをいう。

### 心臓弁再置換術加算の対象の明確化

- K555 弁置換術の注に規定されている心臓弁再置換術加算について、弁置換術以外の弁置換を伴う術式を行った場合にも算定できる旨を明確化する。

K555	弁置換術	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、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を加算する。
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	(注の新設)
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	(注の新設)



K555	弁置換術	<u>注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、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K555弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</u>
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	

### 植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

- 植込型中心静脈カテーテルについて、中心静脈栄養だけでなく化学療法等も一般に広く行われていることから、その使用実態を踏まえて診療報酬上の名称等の見直しを行う。

現行

植込型カテーテルによる中心静脈栄養  
中心静脈栄養用植込型カテーテル設置



改定後

植込型カテーテルによる中心静脈**注射**  
中心静脈**注射**用植込型カテーテル設置

### 3. 先進医療会議からの保険導入①

#### 先進医療からの保険導入

- 先進医療会議での検討結果を踏まえ、現在、先進医療で実施している技術のうち、有効性、効率性等に鑑み8技術について保険導入を行った。

#### 導入した技術(医科:一覧)(6技術)

技術名	点数
羊膜移植術	<u>6,750点</u>
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<u>27,400点</u>
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	<u>10,200点</u>
腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	<u>36,410点</u>
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	<u>70,200点</u>

#### 現行

光トポグラフィー 670点  
(脳外科手術の術前検査に使用)



#### 改定後

光トポグラ  
フィー

脳外科手術の術前検査に使用するもの

670点

(新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※

※ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

## 3. 先進医療からの保険導入②

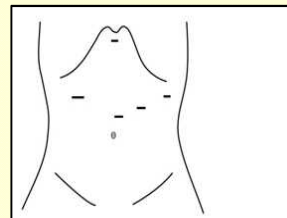
### 導入した技術の例

#### ➤ (新) 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) 36,410点

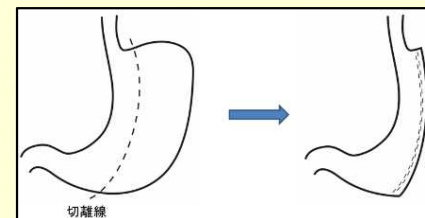
※ 自動縫合器を使用した場合は、所定点数に含まれる。

#### (技術の概要)

BMI 35以上で糖尿病等を合併する高度肥満の患者に対して、胃の一部を切除し、縮小する手術を腹腔鏡下に行うもの。効果として、糖尿病等の改善が期待できる。(BMI=体重 ÷身長<sup>2</sup>)



(図1) 皮膚の切開のイメージ  
腹腔鏡を挿入する部分のみ傷ができる。大きな切開は必要ない。



(図2) 胃切除のイメージ  
胃を部分的に切除する。残った胃はスリーブ(袖)状になる。

#### [施設基準]

- (1) 外科or消化器外科 + 内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科or糖尿病内科を標榜
- (2) 腹腔鏡使用の胃の手術を年間に20例以上
- (3) 外科or消化器外科の5年以上の経験 + 当該手術を術者として10例以上経験した常勤の医師が1名以上
- (4) 実施診療科に常勤の医師2名以上
- (5) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の診療5年以上の経験を有する常勤の医師1名以上
- (6) 常勤の麻酔科標榜医、常勤の管理栄養士、緊急手術体制、前年度の実績の届出
- (7) フォローアップ率(年に1回、体重、生活習慣病の重症度等を把握)が術後5年目で75%以上が望ましい

#### [算定要件]

- (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ずBMIが35以上、かつ、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症のうち1つ以上を合併
- (2) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の5年以上の経験を有する常勤の医師(手術を行う医療機関の医師に限る。)が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成  
+手術の副作用等を含めて患者に説明、文書により提供  
(+術後の継続的な治療を他の保険医療機関で行う場合、治療計画及び診療情報を文書により提供)
- (4) 手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄に記載