

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(1)

基本的な考え方

- 我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、多くの診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料の引き上げを行う。
- 評価に当たっては、精緻化が進んでいる「外保連試案」を活用する。

具体的な内容

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、
約1,800項目のうちの約半数程度を増点

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(2)

増点となった手術の例(50%増)

手術名	現行	改定後
肝切除術 拡大葉切除	64,700点	97,050点
胸腔鏡下肺切除術	37,500点	56,250点
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	111,000点	166,500点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800点	83,700点
子宮悪性腫瘍手術	39,000点	58,500点
膀胱悪性腫瘍手術 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600点	98,400点
喉頭, 下咽頭悪性腫瘍手術(頸部, 胸部, 腹部等の操作による再建を含む)	63,300点	94,950点
関節形成手術 肩, 股, 膝	26,500点	39,750点
動脈(皮)弁術, 筋(皮)弁術	21,900点	32,850点
緑内障手術 流出路再建術	14,200点	21,300点

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(3)

増点となった手術の例(30%増)

手術名	現行	改定後
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点	14,140点
内視鏡的胆道ステント留置術	6,830点	8,880点
埋込型除細動器移植術	13,100点	17,030点
定位的脳内血腫除去術	12,200点	15,860点
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡	19,600点	25,480点
腎部分切除術	19,300点	25,090点
喉頭悪性腫瘍手術 全摘	30,900点	40,170点
耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	18,400点	23,920点
人工関節置換術 肩, 股, 膝	22,300点	28,990点
硝子体置換術	4,080点	5,300点

小児に対する手術評価の引き上げ

具体的な内容

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

【現行】

1500g未満の児(※)	400/100加算
新生児(※)	300/100加算
3歳未満	100/100加算
3歳以上6歳未満	加算なし



【改定後】

1500g未満の児(※)	400/100加算
新生児(※)	300/100加算
3歳未満	100/100加算
3歳以上6歳未満	50/100加算

(※) 第10部手術の通則7に掲げる手術に限る

IVRに関する新生児の手術

400・300/100加算

- K556-2 経皮的大動脈弁拡張術(34,200点)
- K562 動脈管開存症手術
 - 1.経皮的動脈管開存閉鎖術(12,700点)
- K567-2 経皮的大動脈形成術(34,200点)
- K570-2 経皮的肺動脈弁拡張術(24,550点)
- K570-3 経皮的肺動脈形成術(24,550点)
- K574-2 経皮的心房中隔欠損閉鎖術(25,600点)
- K616-3 経皮的胸部血管拡張術(24,550点)
 - 先天性心疾患術後に限る

続き

- K664 胃瘻造設術(9,460点)
- K775 経皮的腎瘻造設術(12,600点)
- K805 膀胱瘻胃瘻造設術(9,350点)

外科系学会社会保険委員会連合 (外保連)

- 1967年発足
- 学術的な根拠に裏づけされた外科診療報酬体系の構築(技術度、人件費、時間)
- 試案(手術・検査・処置)
- 加盟88学会
- 中医協診療報酬調査専門組織委員



山口俊晴 会長



外保連試案

69（輸血、IVR*、その他）

連番	臓器	行為	術式名	技術度	協力医師	協力看護師	協力技師	時間数	手術料 (円)	医療材料（ディスポ製品、特定保険医療材料を含む、薬剤は除く）	医療器具、医療機器	現行点数表区分
▼	▼	▼		▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

2222	08	22	脳腫瘍動注化学療法	D-3	1	1	1	3	256,530	マイクロカテーテル	DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円	
			IVR-頭頸部									
2223	22	29	経動脈的鼻出血止血術	D-3	1	1	1	3	256,530	マイクロカテーテル、金属コイル	DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円	
2224	23	29	経皮的副鼻腔悪性腫瘍塞栓術	D-3	1	1	1	3	256,530	マイクロカテーテル	DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円	
2225	27	22	口腔悪性腫瘍動注化学療法	D-2	1	1	1	3	224,940	マイクロカテーテル	DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円	

2243	38	29	経皮経肝経門脈性食道静脈瘤塞栓術	D-3	1	2	1	2	176,920	血管塞栓物質等	DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円		近似K532 食道静脈瘤手術 1 食道壁静脈瘤結紮術を主とするもの 21,200点 K533 食道静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの) 10,100点
2244	38	13	経皮経肝経門脈性食道静脈瘤硬化療法	D-3	1	2	1	2	176,920		DSA.（1億円）、維持費800万円、管球等の消耗品 経費年間600万円		近似K533 食道静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)
2245	38	21	食道狭窄拡張術(バルーンカテーテルによる)	D-2	1	1	1	1	74,980	食道拡張用バルーンカテーテル	X線透視撮影装置（2000万円）		近似K522 食道狭窄拡張術 1 直達鏡によるもの 5,570点(2 食道ブジー法 2,400点)
2246	38	22	経頸部食道胃管挿入術	D-2	1	1	1	1	74,980	PTEGセット	X線透視撮影装置（2000万円） 超音波装置		近似K664 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む) 7,570点
2247	48	51	経皮的X線透視下胃瘻造設術	D-2	1	1	1	1	74,980		X線透視撮影装置（2000万円）		近似K664 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む) 7,570点

外保連技術度区分(第7版)

- | | 経験年数 |
|--|-------|
| • A 初期臨床研修医 | (1年) |
| • B 初期臨床研修終了者 | (5年) |
| • C 基本領域専門医 | (10年) |
| • D Subspecialty専門医もしくは
基本領域専門医更新者・指導医取得者 | (15年) |
| • E 特殊技術を有する専門医 | (15年) |

経皮血管塞栓術（増点）

血管塞栓術（頭部,胸腔,腹腔内）		16,510点
脳血管内手術*	一箇所	61,350点
	二箇所以上	81,800点

* 施設基準あり

請求可能

- 血管造影に準じる
 - 塞栓物質（Coil、ジェルパート）
 - フィルム請求は可能

請求不可能

- 画像診断料は請求できない
 - 例:CTAは請求できない
- 液状塞栓物質

コンピューター断層撮影：撮影料、診断料、加算

1回目		2回目	各検査ごとの加算			月1回
MR 1.5T以上 1330	コンピューター断層診断料 450 ・月1回	1064	造影加算 250	心臓MRI加算 300 ・画像診断管理加算2	電子画像管理加算 一連の撮影につき 120 もしくはフィルム料	画像診断管理加算 1: 70 2: 180 ・月1回
MRI 1.5T未満 1000		800				
MS-CT 16列以上 900		720	造影剤加算 500	冠動脈CT加算 600 ・64スライス以上 ・画像診断管理加算2		
MS-CT 2～15列 820		656		外傷全身CT加算 800 ・64スライス以上 ・画像診断管理加算2 ・救命救急入院料		
SS-CT 600		480				
脳槽CT 2300		1840				

画像診断管理加算と診断料

- 1. 2. 3. 各々につき
月1回に限り算定可能

画像診断管理加算

- 画像診断の管理に対する評価
 - プロトコール、診断、被曝管理など
- 診断料と同時算定可能
 - 2. CT・MR、3. 核医学は月1回
 - 1. 単純・特殊・造影は各検査ごと

	診断料	画像診断管理加算	
		診療所	病院
1. 単純	85(四肢43)	70	70
特殊	96		
造影	72		
乳房撮影	256→ 306		
2. CT/MR	450	70	180
3. 核医学	375	70	180

エックス線撮影

		E001 写真診断料	E002 撮影 (新分類、増減)		電子画像 処理加算 (減点)
			アナログ	デジタル	
単純撮影	頭部・胸部	85	60	68	57
	その他	43			
特殊撮影		96	260	270	58
造影剤使用撮影		72	144	154	66
乳房撮影		306	192	202	54

電子画像管理加算

電子画像管理加算の減額と デジタル映像化加算の廃止

- フィルムレス→配信
- デジタルデータ保存
- 各検査ごと
 - 加算算定→フィルムを製作してもフィルム代は請求できない
- 前回改定で増点
 - 60点→120点

➤ 資源の有効活用

	<u>フィルムなし</u> 電子画像 管理加算	<u>フィルムあり</u> デジタル映像 処理(廃止)
1. 写真診断		
・ 単純撮影	60→57	フィルム代
・ 特殊撮影	64→58	フィルム代
・ 造影	72→66	フィルム代
・ 乳房	60→54	フィルム代
2. CT,MR 120		フィルム代
3. 核医学 120		フィルム代

- すべてがフィルムレスでなくてよい
 - CT,MRだけ
 - 神経内科の分だけ

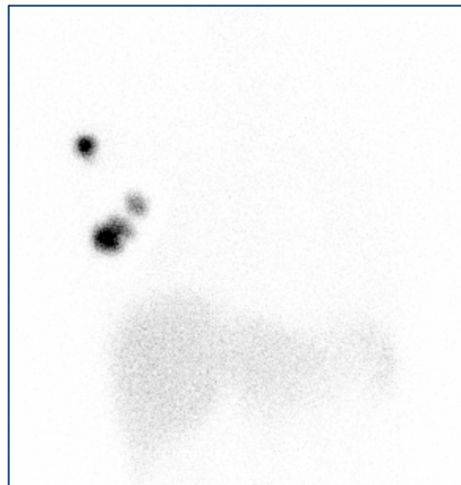
D409-2

センチネルリンパ節生検(新設)

- 併用法 5000点
 - 放射性同位元素および色素を用いて
- 単独法 3000点
 - 色素法のみ

施設基準

- 地方厚生局長に届け出
- 対象:乳癌
- 放射性同位元素の費用、撮影料は算定可能
- 当該検査に用いた色素の費用は算定しない



医師事務作業補助体制加算①

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、**医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。**

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
25対1	355点
50対1	185点
75対1	130点
100対1	105点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

医師事務作業補助体制加算②

[施設基準] ※各項目のいずれかに該当すればよい

1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合

- ・第三次救急医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・総合周産期母子医療センター
- ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院



2 25対1補助体制加算、50対1補助体制加算の場合

- ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間の緊急入院患者数が200名以上
- ・又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上

3 75対1補助体制加算、100対1補助体制加算の場合

- ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

★医師事務作業補助者の配置場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことを明記した。