手術

（ロボット支援機器の使用許可）

咽頭・喉頭悪性腫瘍に対する ロボット支援の使用認可について

（白本 P628)

- 保険点数は新規点数ではなく、下記の点数となります

- **K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術**
（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）　38740点

- **K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術**
- 1、切除　42200点
- 2、全摘　67200点

鏡視下咽頭及び喉頭悪性腫瘍手術（施設基準等）

- 白本（P1024-1025)
- 第61の2の3
- 第61の2の5に施設基準、届け出事項等が記載されています

- 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算定できる

令和４年度診療報酬改定の概要
医療技術

厚生労働省保険局医療課

P-8

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤⑦

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、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術式】

- 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- 腹腔鏡下肝切除術
- 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- 腹腔鏡下副腎摘出術
- 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

［内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要］

- **当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
- 当該手術を実施する患者について、**関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

学会紹介

理事長ごあいさつ
概略
沿革
定款
役員
会員名簿
委員会
各種指針等
ロボット支援手術
頭頸部イルミノックス治療
利益相反
入会・登録変更
お問い合わせ
リンク
サイトポリシー

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の実施に関するご案内

日本頭頸部外科学会
ロボット支援手術に関わる指針・教育プログラム作成委員会
ロボット支援手術に関わる講習会実行委員会

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の実施に関わる指針ならびに手術実施までのプロセスに関する下記項目について、ご案内申し上げます。

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術実施までのプロセス

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術に関わる指針

トレーニング受講条件チェックリスト（提出書類）

症例一覧表（提出書類）

実施施設認定申請書（提出書類）

【お知らせ】※2022年2月3日掲載

一定期間を越えてロボット支援手術を実施していないコンソール術者に対して、製造販売会社（インテュィティブサージカル合同会社）が提供するリトレーニングプログラムが用意されています。

受講を希望される場合、詳細については製造販売会社の営業担当に直接お問い合わせください。

【お知らせ】※2021年11月1日掲載

ダビンチSiサージカルシステム専用製品の販売終了により、 Siシステム に関するTORSベーシックトレーニングが終了となるため、 ダビンチSi 施設の新規申請を終了しました。詳細は以下をご覧ください。

手術（新規）

K388-3　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）1,500点

（白本 P628)

(1)内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）は、痙攣性発声障害に対してボツリヌス毒素を経皮的に内喉頭筋内に注入した場合に算定する

(2) 実施に当たっては、経皮的に筋電図を使用し薬剤を注入すること

(3) **筋電図検査に掛かる費用は所定点数に含まれ別に算定できない**

（白本 P666)

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－㉗

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

- 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

K388-3　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）1,500点

（白本 P1025)

1. 施行者はボトックスWEB講習・実技セミナーを受講していること

2. 施設基準

(1) 耳鼻咽喉科医又は神経内科を標榜している**病院**であること

(2) 耳鼻咽喉科医又は神経内科の経験を5年以上有する**常勤の医師が2名以上配置**されており、そのうち1名以上が耳鼻咽喉科医又は神経内科について10年以上の経験を有していること

(3) 緊急手術の体制が整備されていること

K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術
28,030点

C110-5 在宅舌下神経電気刺激指導管理料
810点

（白本 P624)

舌下神経電気刺激装置植込術
適応基準

（白本 P664)

- 舌下神経電気刺激装置植込術は、以下のアからキまでの全てに該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める適正使用指針に基づき実施した場合に限り算定する。

ア　無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。

イ　CPAP療法が不適又は不忍容であること。

ウ　扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。

エ　18歳以上であること。

舌下神経電気刺激装置植込術
適応基準

オ　BMIが30未満であること。

カ　薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。

キ　中枢性無呼吸の割合が25％以下であること。

舌下神経電気刺激装置植込術
植込み実施医について

- **所定の研修会を受講をする必要**がある
- 受講する前提条件として、以下の要件がある。
- 日本口腔・咽頭科学会の正会員である
- 頭頸部外科手術に十分な経験と知識を有する常勤医である
- 耳鼻咽喉科専門医資格がある
- 5年以上50例以上の頭頸部外科手術の経験がある
- 保険適用通知の算定要件について理解をしている
- 舌下神経電気刺激装置適正使用指針について理解をしている
- （CST実施時の理解の為、事前学習を実施できる）

舌下神経電気刺激装置植込術
施設基準について

- Inspire UASシステム医師用プログラマを購入・リース・5年レンタルし、常設できる
- Inspire UASシステムの購入（製品登録）が可能である
- 単一（同一）施設にて市販後調査に参加、院内職員が電子データ登録でできる
- 安全な周術期管理を行える施設である
- 終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）の届出受理がされている、または届出準備中である
- 薬剤睡眠下内視鏡検査が実施できる
- オペ室にてNIMを本植込み手技に利用できる. オペ室にてマイクロスコープ（光学/デジタル顕微鏡）を本植込み手技に利用できる
- OSA 治療に十分な経験と知識を有する医師が常勤医として所属している
- 本品の不具合発生時に対応が可能な体制を有する