

# 医科点数表の解釈

平成28年4月版

## Web追補 No.17 (平成29年12月号)

平成 29 年 12 月 13 日作成







● 以下の告示・通知により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。

- 平成29年11月21日 厚生労働省告示第337号 (平成29年11月22日適用)
- 平成29年11月21日 保医発1121第11号
- 平成29年11月28日 厚生労働省告示第343号 (平成29年11月29日適用)
- 平成29年11月30日 厚生労働省告示第346号 (平成29年12月1日適用)
- 平成29年11月30日 厚生労働省告示第347号 (平成29年12月1日適用)
- 平成29年11月30日 保医発1130第1号 (平成29年12月1日適用)
- 平成29年11月30日 保医発1130第3号
- 平成29年11月30日 保医発1130第5号 (平成29年12月1日適用)

● Web 追補のバックナンバーは、当社ウェブサイト上の『**診療報酬関連情報ナビ**』からご覧いただけます。本追補と併せてご利用ください。[http://www.shaho.co.jp/shaho/2016\\_sinryo/index.html](http://www.shaho.co.jp/shaho/2016_sinryo/index.html)

| 頁   | 欄 | 行       | 変更前  | 変更後   |
|-----|---|---------|--|---|
| 427 | 右 | 上から5行目  | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕 | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤  |
| 427 | 右 | 上から7行目  | (最終改正; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕              | (最終改正; 平29. 11. 30 厚生労働省告示第346号)  |
| 432 | 右 | 上から12行目 | 〔次行に追加〕  | (8) 交流電場腫瘍治療のための指導管理を、入院中の患者以外の患者に対して行った場合は、(2)に準じて所定点数を算定する。ただし、(6)については適用しない。 ㊦<br>(平29. 11. 30 保医発 1130 1)<br>(9) 交流電場腫瘍治療の治療指導管理の内容について、診療録に記載する。 ㊦<br>(平29. 11. 30 保医発 1130 1) |
| 441 | 右 | 下から13行目 | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕 | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤  |
| 441 | 右 | 下から11行目 | (最終改正; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕              | (最終改正; 平29. 11. 30 厚生労働省告示第346号)  |
| 443 | 右 | 上から1行目  | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕 | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤  |
| 443 | 右 | 上から3行目  | (最終改正; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)<br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕              | (最終改正; 平29. 11. 30 厚生労働省告示第346号)  |

| 頁   | 欄 | 行   | 変更前   | 変更後  |
|-----|---|---|---|--|
| 444 | 右 | 上から25行目   | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕  | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤   |
| 444 | 右 | 上から27行目   | (最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕  | (最終改正 ; 平29. 11. 30 厚生労働省告示第346号)  |
| 445 | 右 | 下から 4 行目  | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕  | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>プロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤   |
| 445 | 右 | 下から 2 行目  | (最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕  | (最終改正 ; 平29. 11. 30 厚生労働省告示第346号)  |
| 451 | 右 | 下から 18~17 行目  | セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, プロダルマブ製剤及びアリロクマブ製剤<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕  | セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, プロダルマブ製剤, アリロクマブ製剤, ベリムマブ製剤及びイクセキズマブ製剤   |
| 451 | 右 | 下から16行目   | (平28. 3. 31 保医発 0331 1)<br>(平29. 4. 28 保医発 0428 3)<br>(平29. 8. 31 保医発 0831 1)<br><br>〔黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み〕   | (平28. 3. 31 保医発 0331 1)<br>(平29. 4. 28 保医発 0428 3)<br>(平29. 8. 31 保医発 0831 1)<br>(平29. 11. 21 保医発 1121 11)<br>(平29. 11. 30 保医発 1130 3) |
| 506 | ◇ | カルプロテクチン (糞便)<br>ア カルプロテクチン (糞便) は, D014 自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) の所定点数に準じて算定する。<br>イ 本検査は, 潰瘍性大腸炎の患者に対して, 病態把握を目的として, E L I S A法により測定した場合に, 3月に1回を限度として算定できる。ただし, 医学的な必要性から, 本検査を3月に2回以上行う場合 (1月に1回に限る。)には, その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>ウ 本検査及びD313大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は, 主たるもののみ算定する。 ㊦<br>(平29. 5. 31 保医発 0531 3)<br><br>〔上記はD014自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) の所定点数 (276点) を準用する項目として, Web追補No. 12にて追加済み〕 | ◇ カルプロテクチン (糞便)<br>ア カルプロテクチン (糞便) は, D014自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) の所定点数に準じて算定する。<br>イ 本検査は, 慢性的な炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎やクローン病等) の診断補助を目的として, F E I A法により測定した場合に算定できる。ただし, 腸管感染症が否定され, 下痢, 腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって, 肉眼的血便が認められない患者において, 慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また, その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>ウ 本検査は, 潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として, E L I S A法又はF E I A法により測定した場合に, 3月に1回を限度として算定できる。ただし, 医学的な必要性から, 病態把握を目的として, 本検査を3月に2回以上行う場合 (1月に1回に限る。)には, その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>エ 慢性的な炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎やクローン病等) の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として, 本検査及びD |  |

| 頁    | 欄 | 行          | 変更前   | 変更後   |
|------|---|------------|---|---|
|      |   |            |   | 313大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。<br><br>(平29. 5. 31 保医発 0531 3)<br>(平29. 11. 30 保医発 1130 5)  |
| 738  |   |            | [J023 気管支カテーテル薬液注入法の所定点数(120点)及びD302 気管支ファイバースコープの「注」の気管支肺胞洗浄法検査加算の所定点数(200点)を合算した点数を準用する項目として追加]   | (1) 気管支ファイバースコープを使用せずに気管支肺胞洗浄用カテーテルを用いて気管支肺胞洗浄を実施した場合には、J023気管支カテーテル薬液注入法及びD302気管支ファイバースコープの「注」の気管支肺胞洗浄法検査を行った場合の加算の所定点数を合算した点数を準用して算定できる。この場合、人工呼吸器使用中の患者であって、浸潤影が肺の両側において、びまん性を示すことを胸部X線画像等で確認した患者に対して、肺炎の診断に関連した培養検体採取のために実施した場合にのみ算定できる。<br><br>(平29. 11. 30 保医発 1130 1)<br>(2) (1)とD302気管支ファイバースコープの「注」の気管支肺胞洗浄法検査を同一入院期間中にそれぞれ行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。<br><br>(平29. 11. 30 保医発 1130 1) |
| 1103 | — | 上から4行目     | (最終改正;平成29年8月31日 厚生労働省告示第287号)<br><br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | (最終改正;平成29年11月30日 厚生労働省告示第347号)   |
| 1124 | — | 下から12行目    | [次行に追加]   | ⑥ 再狭窄抑制型 170,000円   |
| 1129 | — | 上から13~15行目 | 189 ヒト骨格筋由来細胞シート (略)<br>190 人工中耳用材料 (略)<br>191 末梢血管用ステントグラフト (略)<br>192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル (略)<br>193 補助循環用ポンプカテーテル (略)<br><br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み] | 189 ヒト骨格筋由来細胞シート (略)<br>190 人工中耳用材料 (略)<br>191 末梢血管用ステントグラフト (略)<br>192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル (略)<br>193 補助循環用ポンプカテーテル (略)<br>194 人工椎間板 296,000円<br>195 体表面用電場電極 35,200円  |
| 1136 | — | 上から4行目     | (最終改正;平29. 8. 31 保医発 0831 6)<br><br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | (最終改正;平29. 11. 30 保医発 1130 1)   |
| 1147 | 右 | 下から12行目    | [次行に追加]   | シ PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型<br>a PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型は、関連学会が定める、「大腿膝窩動脈用薬剤コーティングバルーンの適正使用指針」に沿って使用した場合に限り算定できる。<br>b PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型を、病変長5cm未満の病変に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し症状詳記を添付すること。<br>c PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型を、同一病変に対して、同一入院中に「133血管内手術用カテーテル(2)末梢血管用ステントセット①一般型」又は「133血管内手術用カテーテル(2)末梢血管用ステントセット②再狭窄抑制型」の両方を使用した場合は、一連につき主たるもののみ算定できる。   |

| 頁    | 欄 | 行            | 変更前  | 変更後  |
|------|---|--------------|--|--|
| 1152 | 右 | 下から 17~10 行目 | (104) ヒト骨格筋由来細胞シート (略)<br>(105) 人工中耳用材料 (略)<br>(106) 末梢血管用ステントグラフト (略)<br>(107) 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル (略)<br>(108) 補助循環用ポンプカテーテル (略)<br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み] | (104) ヒト骨格筋由来細胞シート (略)<br>(105) 人工中耳用材料 (略)<br>(106) 末梢血管用ステントグラフト (略)<br>(107) 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル (略)<br>(108) 補助循環用ポンプカテーテル (略)<br>(109) 人工椎間板<br>人工椎間板の使用にあたっては、関連学会の定める「頸椎人工椎間板置換術 適正使用基準」に沿って使用した場合に限り算定できる。<br>(110) 体表面用電場電極<br>ア 体表面用電場電極については、薬事承認された使用目的のうち、初発膠芽腫について使用した場合に限り算定できる。<br>イ 体表面用電場電極を 4 枚以外の枚数を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載すること。<br>ウ 体表面用電場電極は 1 月につき 40 枚を限度として算定できる。<br>エ 体表面用電場電極については、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用し、日本脳神経外科学会と日本脳腫瘍学会が行うレジストリに症例情報を登録した場合に限り算定する。 |
| 1232 | — | 上から 5 行目     | (最終改正;平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第284号)<br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | (最終改正;平成29年11月30日 厚生労働省告示第346号)  |
| 1235 | — | 上から 19 行目    | 別表第 3 に記載されている医薬品  | 別表第 3 (平成30年 4 月 1 日以降においては別表第 6 に記載されている医薬品を除く。)に記載されている医薬品   |
| 1236 | — | 上から 3 行目     | , セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, ブロダルマブ製剤及びアリロクマブ製剤<br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | , セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, ブロダルマブ製剤, アリロクマブ製剤, ベリムマブ製剤及びイクセキズマブ製剤   |
| 1237 | — | 下から 9 行目     | 別表第 5<br>[黄色網かけはWeb追補No. 3にて改正済み]  | 別表第 6  |
| 1651 | — | 上から 9 行目     | (最終改正;平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第284号)<br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | (最終改正;平成29年11月30日 厚生労働省告示第346号)  |
| 1686 | — | 上から 9 行目     | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>ブロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]   | セクキヌマブ製剤<br>エボロクマブ製剤<br>ブロダルマブ製剤<br>アリロクマブ製剤<br>ベリムマブ製剤<br>イクセキズマブ製剤   |