

# 医科点数表の解釈 平成24年4月版

## Web追補 No.2 (平成25年9月号)

平成25年9月10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25年8月27日 厚生労働省告示第276号
- 平成25年8月27日 厚生労働省告示第277号
- 平成25年8月27日 保医発0827第2号
- 平成25年8月30日 保医発0830第1号 (平成25年9月1日適用)

● Web追補では、平成25年7月以降に生じた変更等について順次追補していきます。平成25年6月までの追補「[追補201306](#)」については、当社ホームページの「追補・訂正表ダウンロード」にてご確認ください。 <http://www.shaho.co.jp/shaho/download/>

頁	欄	行	変更前	変更後
337	右	上から15～18行目	<p>(9) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関においてC001在宅患者訪問診療料を算定する日に行ったG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈内注射及びG004点滴注射の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。 ㊦</p> <p>(10) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。 ㊦ (平25. 5.24 保医発 0524 4)</p> <p>〔赤字は追補201306にて追加済み〕</p>	<p>(9) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関においてC001在宅患者訪問診療料を算定する日に行ったG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈内注射及びG004点滴注射の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。 ㊦</p> <p>(10) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。 ㊦ (平25. 5.24 保医発 0524 4)</p> <p>(11) アバタセプト製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。 ㊦ (平25. 8.27 保医発 0827 2)</p>
338	右	下から19行目	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤</p> <p>〔赤字は追補201306にて追加済み〕</p>	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤 アバタセプト製剤</p>
338	右	下から17行目	<p>(最終改正; 平25. 5.24 厚生労働省告示第181号)</p> <p>〔赤字は追補201306にて改正済み〕</p>	<p>(最終改正; 平25. 8.27 厚生労働省告示第277号)</p>
351	右	下から6行目	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤</p> <p>〔赤字は追補201306にて追加済み〕</p>	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤 アバタセプト製剤</p>
351	右	下から4行目	<p>(最終改正; 平25. 5.24 厚生労働省告示第181号)</p> <p>〔赤字は追補201306にて改正済み〕</p>	<p>(最終改正; 平25. 8.27 厚生労働省告示第277号)</p>
352	右	下から2行目	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤</p> <p>〔赤字は追補201306にて追加済み〕</p>	<p>アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤 アバタセプト製剤</p>
353	右	上から1行目	<p>(最終改正; 平25. 5.24 厚生労働省告示第181号)</p> <p>〔赤字は追補201306にて改正済み〕</p>	<p>(最終改正; 平25. 8.27 厚生労働省告示第277号)</p>

354	右	上から12行目	アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤 アバタセプト製剤
354	右	上から14行目	(最終改正; 平25. 5. 24 厚生労働省告示第181号)  〔赤字は追補201306にて改正済み〕	(最終改正; 平25. 8. 27 厚生労働省告示第277号)
358	右	下から3行目	アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブペゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレレプチン製剤  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブペゴル製剤, トシリズマブ製剤, メトレレプチン製剤及びアバタセプト製剤
358	右	下から1行目	(平24. 5. 29 保医発 0529 1) (平25. 3. 8 保医発 0308 13) (平25. 5. 24 保医発 0524 4)  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	(平24. 5. 29 保医発 0529 1) (平25. 3. 8 保医発 0308 13) (平25. 5. 24 保医発 0524 4) (平25. 8. 27 保医発 0827 2)
911	—	上から3行目	(平24. 3. 5 保医発 0305 5) (最終改正; 平25. 6. 27 保医発 0627 2)  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	(平24. 3. 5 保医発 0305 5) (最終改正; 平25. 8. 30 保医発 0830 1)
917	右	上から26行目	(振戦軽減用)	(振戦軽減用 (4極用))
917	右	下から25行目	〔次行に追加〕	b 植込型脳・脊髄電気刺激装置(振戦軽減用(16極以上用)充電式)は, 薬物療法によって十分な治療効果の得られない以下のいずれかの症状の軽減を目的に使用した場合に, 1回の手術に対し2個を限度として算定できる。 i 振戦 ii パーキンソン病に伴う運動障害 iii ジストニア
917	右	下から24行目	b	c
994	—	上から5行目	(最終改正; 平成25年5月24日 厚生労働省告示第180号)  〔赤字は追補201306にて改正済み〕	(最終改正; 平成25年8月27日 厚生労働省告示第276号)
997	—	上から15行目	アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブペゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレレプチン製剤  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブペゴル製剤, トシリズマブ製剤, メトレレプチン製剤及びアバタセプト製剤
997	—	上から25行目	エジュラント錠25mg, アイミクス配合錠HD, アイミクス配合錠LD及びスタリビルド配合錠  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	エジュラント錠25mg, アイミクス配合錠HD, アイミクス配合錠LD, スタリビルド配合錠, イルトラ配合錠HD, イルトラ配合錠LD及びルナベル配合錠ULD (1回の投薬量が30日分以内である場合に限る。)
1321	—	上から9行目	(最終改正; 平成25年5月24日 厚生労働省告示第181号)  〔赤字は追補201306にて改正済み〕	(最終改正; 平成25年8月27日 厚生労働省告示第277号)
1348	—	上から1行目	アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤  〔赤字は追補201306にて追加済み〕	アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレプチン製剤 アバタセプト製剤