

# 医科点数表の解釈

平成28年4月版

## Web追補 No.6 (平成28年12月号)

平成 28 年 12 月 7 日作成

- 以下の告示・通知等により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。
  - 平成28年11月17日 厚生労働省告示第393号 (平成28年11月18日適用)
  - 平成28年11月17日 医療課事務連絡
  - 平成28年11月30日 厚生労働省告示第402号 (平成28年12月 1 日適用)
  - 平成28年11月30日 保医発1130第 2 号 (平成28年12月 1 日適用)
  - 平成28年11月30日 保医発1130第 3 号 (平成28年12月 1 日適用)
  - 平成28年12月 1 日 厚生労働省告示第404号
  - 平成28年12月 1 日 保医発1201第 2 号
  - 平成28年12月 6 日 厚生労働省告示第408号 (平成28年12月 7 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)
- 「疑義解釈資料の送付について(その8)」(平成 28 年 11 月 17 日医療課事務連絡)が発出されています。『**診療報酬関連情報ナビ**』の**診療報酬関連情報データベース**より、本追補と併せてご確認ください。

頁	欄	行	変更前	変更後
288	右	下から 5 行目	患者をいう。	患者をいう (ただし、結核病棟入院基本料, 精神病棟入院基本料, 特定機能病院入院基本料 (結核病棟及び精神病棟に限る。), 有床診療所入院基本料, 精神科救急入院料, 精神科急性期治療病棟入院料, 精神科救急・合併症入院料, 児童・思春期入院医療管理料, 精神療養病棟入院料, 認知症治療病棟入院料, 有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合における入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。)
344	右	上から14行目	血液凝固阻止剤	血液凝固阻止剤 (内服薬に限る。)
472			[ D 006-2 造血器腫瘍遺伝子検査及び D 006-3Major BCR-ABL1の「2」mRNA定量 (1以外のもの)の所定点数を合算した点数を準用する項目として追加]	<p>◇ FIP1L1-PDGFR<math>\alpha</math>融合遺伝子検査</p> <p>ア FIP1L1-PDGFR<math>\alpha</math>融合遺伝子検査は、D 006-2 造血器腫瘍遺伝子検査及び D 006-3Major BCR-ABL1の「2」mRNA定量 (1以外のもの)の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてFISH法により測定した場合に、原則として1回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があり、本検査を再度実施した場合にも算定できる。</p> <p>ウ 本検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由、検査結果、診断名、選択した治療法及び本検査を再度実施した場合にはその理由を<b>診療報酬明細書</b>の摘要欄に記載すること。 図</p> <p>(平28.11.30 保医発 1130 3)</p>
839			[ K 268緑内障手術の「2」流出路再建術及び K 273隅角光凝固術の所定点数を合算した点数を準用する項目として追加]	(1) 1眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、白内障手術と同時に白内障手術併用眼内ドレーン手術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り、K268

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>緑内障手術の「2」流出路再建術及びK273隅角光凝固術の所定点数を合算した点数を準用して算定する。この場合、これらは同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を算定できるものとする。なお、白内障手術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。 ㊦</p> <p>(平28.11.30 保医発 1130 2)</p> <p>(2) 白内障手術併用眼内ドレーン手術を行った際は、診療報酬請求に当たって、<b>診療報酬明細書</b>に症状詳記を添付する。 ㊦</p> <p>(平28.11.30 保医発 1130 2)</p>
884	右	下から4行目	<p>〔次行に追加〕</p>	<p>(3) 末梢血管用ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管に対し血管損傷治療を行った場合の手技料は、「3」の所定点数を算定できるものとする。 ㊦</p> <p>(平28.12.1 保医発 1201 2)</p>
1103	—	上から4行目	<p>(最終改正;平成28年8月31日 厚生労働省告示第329号)</p> <p>〔黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み〕</p>	<p>(最終改正;平成28年12月1日 厚生労働省告示第404号)</p>
1106	—	下から20~18行目	<p>(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き</p> <p>① シングルルーメン 13,200円</p> <p>② マルチルーメン 20,500円</p> <p>(7) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン 13,200円</p> <p>イ マルチルーメン 20,500円</p> <p>② 特殊型 (I)</p> <p>ア シングルルーメン 13,600円</p> <p>イ マルチルーメン 20,900円</p> <p>③ 特殊型 (II)</p> <p>ア シングルルーメン 13,900円</p> <p>イ マルチルーメン 21,400円</p> <p>〔黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み〕</p>	<p>(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き</p> <p>① シングルルーメン 13,200円</p> <p>② マルチルーメン 20,500円</p> <p>(7) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン 13,200円</p> <p>イ マルチルーメン 20,500円</p> <p>② 特殊型 (I)</p> <p>ア シングルルーメン 13,600円</p> <p>イ マルチルーメン 20,900円</p> <p>③ 特殊型 (II)</p> <p>ア シングルルーメン 13,900円</p> <p>イ マルチルーメン 21,400円</p> <p>(8) 抗菌型 9,930円</p>
1119	—	上から4行目	<p>100 合成吸収性癒着防止材</p> <p>1 cm<sup>2</sup>当たり171円</p>	<p>100 合成吸収性癒着防止材</p> <p>(1) シート型 1 cm<sup>2</sup>当たり171円</p> <p>(2) スプレー型 1 mL当たり7,130円</p> <p>〔編注;承認番号が22800BZX00234000のものについては、平成28年12月1日から平成30年3月31日まで7,300円〕</p>
1129	—	上から13~15行目	<p>189 ヒト骨格筋由来細胞シート</p> <p>(1) 採取・継代培養キット 6,360,000円</p> <p>(2) 回収・調製キット 1枚当たり1,680,000円</p> <p>190 人工中耳用材料</p> <p>(1) 人工中耳用インプラント 1,150,000円</p> <p>(2) 人工中耳用音声信号処理装置 637,000円</p> <p>(3) 人工中耳用オプション部品 45,800円</p>	<p>189 ヒト骨格筋由来細胞シート</p> <p>(1) 採取・継代培養キット 6,360,000円</p> <p>(2) 回収・調製キット 1枚当たり1,680,000円</p> <p>190 人工中耳用材料</p> <p>(1) 人工中耳用インプラント 1,150,000円</p> <p>(2) 人工中耳用音声信号処理装置 637,000円</p> <p>(3) 人工中耳用オプション部品 45,800円</p> <p>191 末梢血管用ステントグラフト</p> <p>(1) 標準型 316,000円</p> <p>(2) 長病変対応型 338,000円</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
			[黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み]	
1133			[(2)の表中057(2)①ウの項の次に次のように加える。]	
			100 合成吸収性癒着防止材 (2) スプレー型 (承認番号) 22800BZX00234000	平成28年12月1日から 平成30年3月31日まで  7,300円
1136	—	上から4行目	(最終改正;平28. 8. 31 保医発 0831 2)  [黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み]	(最終改正;平28. 12. 1 保医発 1201 2)
1138	右	下から22行目	ア ガイドワイヤーは、別に算定できない。 イ 特殊型（Ⅰ）のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているもの及び特殊型（Ⅱ）については、留置に際して専用のナビゲーションシステムを併用した場合に限り算定できる。  [黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み]	ア ガイドワイヤーは、別に算定できない。 イ 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型は、特殊型（Ⅰ）のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているもの及び特殊型（Ⅱ）については、留置に際して専用のナビゲーションシステムを併用した場合に限り算定できる。 ウ 抗菌型は、区分番号「A234-2」感染防止対策加算「1」若しくは「2」の施設基準を満たす保険医療機関又は中心静脈ライン関連血流感染（以下「CLABSI」という。）に関するサーベイランスを実施している保険医療機関において、適切な感染防止対策を行ったうえで、下記の a 又は b のいずれかに該当する患者に対し、関連学会が定める適正使用基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。 a 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記の i ~ iv のいずれかに該当する患者 i 同一入院期間中において CLABSI を2回以上繰り返している患者 ii 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 iii 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSI による続発症が重篤化する危険性が高い患者 iv 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等の CLABSI の危険性が高い易感染患者 b CLABSI 発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 エ 抗菌型を使用する際には、下記について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 a 当該患者の症状詳記及び上記ウの該当項目

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>b 当該患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。)</p> <p>c 上記ウのbに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関のCLABS I 発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABS I 発生率</p>
1144	右	上から2行目	373.38cm <sup>2</sup> を限度として算定できる。	シート型は373.38cm <sup>2</sup> を限度として、スプレー型は9.4mLを限度として算定できる。
1149	右	下から24行目	ア 自家培養表皮	ア 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合)
1149	右	下から14行目	[次行に追加]	<p>イ 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合)</p> <p>a 調製・移植キットについては、先天性巨大色素性母斑を切除した後の創部であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、原則として、一連の治療計画につき30枚を限度として算定する。</p> <p>b 採取・培養キットについては、一連の治療計画の初回治療月に1回に限り算定できる。</p> <p>c ヒト自家移植組織(自家培養表皮)を先天性巨大色素性母斑の治療を目的として使用した場合は、診療報酬請求に当たって、他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該保険医療材料を使用する必要があった理由が記載された症状詳記を診療報酬明細書に添付する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。</p> <p>i 治療開始年月及び治療終了予定年月</p> <p>ii 治療間隔及び回数</p>
1149	右	下から13行目	イ	ウ
1152	右	下から17~10行目	<p>(104) ヒト骨格筋由来細胞シート(略)</p> <p>(105) 人工中耳用材料(略)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No.3にて改正済み]</p>	<p>(104) ヒト骨格筋由来細胞シート(略)</p> <p>(105) 人工中耳用材料(略)</p> <p>(106) 末梢血管用ステントグラフト</p> <p>ア 末梢血管用ステントグラフトは、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。</p> <p>イ 末梢血管用ステントグラフトの使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。</p> <p>ウ 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。</p> <p>エ TASC II D病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定することとする。</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
1156			〔「021 中心静脈用カテーテル」の項中(10)の次に次のように加える。〕	
			(11) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・標準型・シングルルーメン (12) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・標準型・マルチルーメン (13) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・特殊型(I)・シングルルーメン (14) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・特殊型(I)・マルチルーメン (15) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・特殊型(II)・シングルルーメン (16) 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高压注入可能型・特殊型(II)・マルチルーメン (17) 抗菌型	中心静脈カテ・高压・I 中心静脈カテ・高压・II 中心静脈カテ・高压・III 中心静脈カテ・高压・IV 中心静脈カテ・高压・V 中心静脈カテ・高压・VI 中心静脈カテ・抗菌
〔黄色網かけはWeb追補No. 3にて改正済み〕				
1232	—	上から 5 行目	(最終改正;平成28年10月13日 厚生労働省告示第365号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 5等にて改正済み〕	(最終改正;平成28年12月6日 厚生労働省告示第408号)
1236	—	上から15行目	エクメット配合錠HD, エクメット配合錠LD, ゲンボイヤ配合錠及びエピデュオゲル 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	エクメット配合錠HD, エクメット配合錠LD, ゲンボイヤ配合錠, エピデュオゲル, ミカトリオ配合錠, ミケルナ配合点眼液及びプレジコピックス配合錠
1695	左	上から12行目	後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算 〔黄色網かけはWeb追補No. 1にて改正済み〕	後発医薬品調剤体制加算, 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算
1814	左		〔下から 1 行目の次に次のように追加〕	
			5 実績等 (実績がある場合に記載すること。)	
			ニコチン依存症管理料の初回の治療の1年間の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの1年間)	① 回
			ニコチン依存症管理料の1年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの1年間における初回から5回目までの治療を含む)	② 回
			・①及び②に係る期間	平成 年4月1日~平成 年3月31日
			・治療の平均継続回数=②/①	回
			〔記載上の注意〕	
			1 「5」については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの実績分については、記載が無くても差し支えない。ただし、その場合については、平成28年4月1日から平成29年3月31日までの実績を記載の上、再度届出を行う必要がある。	
			2 「5」について、実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点においては記載不要だが、過去1年間における実績ができ、引き続き算定する場合は、「5」を記載し再度届出を行う必要がある。	
			3 実績期間は、前年4月1日から当年3月31日までの期間とする。ただし、新規の届出を年度途中でを行う場合は、当該届出により算定を開始した月から翌3月までの期間における実績をもって、翌年度7月以降に算定する所定点数を判断する。	