

医科点数表の解釈

平成28年4月版

Web追補 No.14 (平成29年9月号)

平成 29 年 9 月 6 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 8 月 29 日 厚生労働省告示第282号 (平成29年 8 月 30 日適用)
- 平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第284号 (平成29年 9 月 1 日適用)
- 平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第287号 (平成29年 9 月 1 日適用)
- 平成29年 8 月 31 日 保医発0831第 1 号
- 平成29年 8 月 31 日 保医発0831第 2 号 (平成29年 9 月 1 日適用)
- 平成29年 8 月 31 日 保医発0831第 6 号 (平成29年 9 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)

■ 「疑義解釈資料の送付について(その 13)」(平成 29 年 7 月 28 日医療課事務連絡)、「新たに設定された仙骨神経刺激装置植込術及び交換術の施設基準に係る届出の取扱いについて」(平成 29 年 9 月 1 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
427	右	上から 5 行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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
427	右	上から 7 行目	(最終改正 ; 平29. 4. 28 厚生労働省告示第188号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)
437	右	上から 4 行目	〔次行に追加〕	(4) 「注」の記載に関わらず、過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合にも算定できる。 図 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
440	右	上から 6 行目	〔次行に追加〕	(5) フラッシュグルコース測定機能を持つ血糖自己測定器を使用する場合であっても、フラッシュグルコース測定以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。 図 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
441	右	下から13行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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
441	右	下から11行目	(最終改正 ; 平29. 4. 28 厚生労働省告示第188号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)
443	右	上から 1 行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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
443	右	上から 3 行目	(最終改正 ; 平29. 4. 28 厚生労働省告示第188号)	(最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)

頁	欄	行	変更前	変更後
			〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	
444	右	上から25行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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
444	右	上から27行目	(最終改正 ; 平29. 4. 28 厚生労働省告示第188号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)
445	右	下から 4 行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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
445	右	下から 2 行目	(最終改正 ; 平29. 4. 28 厚生労働省告示第188号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(最終改正 ; 平29. 8. 31 厚生労働省告示第284号)
451	右	下から18～17行目	セクキヌマブ製剤及びエボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, プロダルマブ製剤及びアリロクマブ製剤
451	右	下から16行目	(平28. 3. 31 保医発 0331 1) (平29. 4. 28 保医発 0428 3) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(平28. 3. 31 保医発 0331 1) (平29. 4. 28 保医発 0428 3) (平29. 8. 31 保医発 0831 1)
475	右	上から 2 行目	インベーター法	インベーター法又はPCR法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法
475	右	上から 3 行目	〔次行に追加〕	(平29. 8. 31 保医発 0831 2)
506	右	下から11行目	又はCLEIA法	、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法
506	右	下から10行目	〔次行に追加〕	(平29. 8. 31 保医発 0831 2)
831	右	上から 3 行目	便失禁コントロール	便失禁又は過活動膀胱に対するコントロール
831	右	上から 6 行目	〔次行に追加〕	(平29. 8. 31 保医発 0831 6)
831	右	上から14行目	〔次行に追加〕	(6) 過活動膀胱に対するコントロールを行う意志のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して植込術を行った場合は、本区分の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式(本追補巻末参照)により提出すること。 ア 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうちの1名以上は所定の研修を修了していること。 イ 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。 ウ 緊急事態に対応するための体制が整備されていること。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
831	右	〔上から15～17行目を次のように改める。〕 (仙骨神経刺激装置交換術について) (1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意志のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であって、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)		

頁	欄	行	変更前	変更後
			(2) 過活動膀胱に対するコントロールを行う意志のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して交換術を行った場合は、本区分の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式（本追補巻末参照）により提出すること。 ア 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、そのうちの 1 名以上は所定の研修を修了していること。 イ 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。 ウ 緊急事態に対応するための体制が整備されていること。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)	
890			〔K597ペースメーカー移植術の「2」の所定点数（9,520点）を準用する項目として追加〕	◇ 植込み型リードレス心臓ペースメーカーを経カテーテルにより植え込んだ場合は、K597ペースメーカー移植術の「2」の所定点数に準じて算定する。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
892	右	下から13～12行目	K602経皮的心肺補助法又はK603補助人工心臓	K602経皮的心肺補助法、K603補助人工心臓又は補助循環用ポンプカテーテルによる経皮的補助循環
892	右	下から11行目	4つ	5つ
892	右	下から9行目	〔次行に追加〕	(平29. 8. 31 保医発 0831 6)
892			〔K600大動脈バルーンパンピング法（IABP法）の右欄として追加〕	◇ 補助循環用ポンプカテーテルにより経皮的補助循環を行った場合は、初日（1日につき）はK602経皮的心肺補助法の「1」の所定点数により算定し、2日目以降はK600大動脈バルーンパンピング法（IABP法）の「2」の所定点数に準じて算定する。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
914			〔K689経皮経肝胆管ステント挿入術の右欄として追加〕	◇ 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテルにより胆道拡張を行った場合は、本区分の所定点数を算定できる。 (平29. 8. 31 保医発 0831 6)
1103	—	上から4行目	(最終改正；平成29年5月31日 厚生労働省告示第215号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正；平成29年8月31日 厚生労働省告示第287号)
1120	—	上から2行目	〔次行に追加〕	③ リード一体型 1,040,000円 〔編注；承認番号が22900BZX00047000のものについては、平成29年9月1日から平成30年3月31日まで1,040,000円〕
1125	—	下から16行目	〔次行に追加〕	③ オーバーザワイヤー型 86,000円
1127	—	上から5～6行目	〔編注；承認番号が22700BZX00072000のものについては、平成28年4月1日から平成29年6月30日まで4,610,000円〕	〔削除〕
1129	—	上から13～15行目	189 ヒト骨格筋由来細胞シート（略） 190 人工中耳用材料（略） 191 末梢血管用ステントグラフト（略） 〔黄色網かけはWeb追補No. 6等にて改正済み〕	189 ヒト骨格筋由来細胞シート（略） 190 人工中耳用材料（略） 191 末梢血管用ステントグラフト（略） 192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル 65,300円 193 補助循環用ポンプカテーテル 2,590,000円
1133 ～ 1134			〔(2)の表中100(2)の項（Web追補No. 6で追加）の次に次のように加え、144(2)②の項を削る。〕	
			112 ペースメーカー (1) シングルチャンバ ③ リード一体型 (承認番号) 22900BZX00047000	平成29年9月1日から 平成30年3月31日まで 1,040,000円

頁	欄	行	変更前	変更後
1136	—	上から 4 行目	(最終改正; 平29. 4. 28 保医発 0428 6) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正; 平29. 8. 31 保医発 0831 6)
1152	右	下から 17～10 行目	(104) ヒト骨格筋由来細胞シート (略) (105) 人工中耳用材料 (略) (106) 末梢血管用ステントグラフト (略) 〔黄色網かけはWeb追補No. 6等にて改正済み〕	(104) ヒト骨格筋由来細胞シート (略) (105) 人工中耳用材料 (略) (106) 末梢血管用ステントグラフト (略) (107) 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテルガイドワイヤーは、別に算定できない。 (108) 補助循環用ポンプカテーテル 心原性ショック等の薬物療法抵抗性の急性心不全のうち、大動脈バルーンパンピング法又は経皮的心肺補助法では救命が困難であると判断された患者に対し、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。なお、算定にあたっては関連学会により発行される実施施設証明書の写しを添付すること。
1232	—	上から 5 行目	(最終改正; 平成29年 5 月 23 日 厚生労働省告示第198号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正; 平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第284号)
1236	—	上から 3 行目	, セクキヌマブ製剤及びエボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	, セクキヌマブ製剤, エボロクマブ製剤, プロダルマブ製剤及びアリロクマブ製剤
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, エピデュオゲル, ミカトリオ配合錠, ミケルナ配合点眼液, プレジコビックス配合錠, デシコビ配合錠HT, デシコビ配合錠LT, ヤーズフレックス配合錠及びコムクロシャンプー0.05% 〔黄色網かけはWeb追補No. 12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, プレジコビックス配合錠, デシコビ配合錠HT, デシコビ配合錠LT, ヤーズフレックス配合錠, コムクロシャンプー0.05%及びカナリア配合錠
1651	—	上から 9 行目	(最終改正; 平成29年 4 月 28 日 厚生労働省告示第188号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 11にて改正済み〕	(最終改正; 平成29年 8 月 31 日 厚生労働省告示第284号)
1686	—	上から 9 行目	セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 11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

医科点数表の解釈

『医科点数表の解釈』編集部

@ika_kaishaku

https://twitter.com/ika_kaishaku

Twitter では医療図書のご案内や追補などの情報提供, その他審議会などの情報をお知らせします。どうぞご利用ください。

別添様式

**仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

1 「1」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

- ・ 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師
- ・ 所定の研修を修了している下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、下部尿路機能障害の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。