

医科点数表の解釈

平成30年4月版

Web追補 No.17 (令和元年 9 月号)

令和元年 9 月 0 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。
 - 令和元年 8 月 30 日 厚生労働省告示第 99 号 (令和元年 9 月 1 日・10 月 1 日適用)
 - 令和元年 8 月 30 日 保医発 0830 第 4 号 (令和元年 9 月 1 日適用)
 - 令和元年 9 月 3 日 厚生労働省告示第 102 号 (令和元年 9 月 4 日適用)
 - 令和元年 9 月 3 日 保医発 0903 第 1 号 (令和元年 9 月 4 日適用)
- 「変更後」欄の【緑字】の部分については、消費増税に伴う令和元年 10 月 1 日の改定後の内容となります。
- 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/2018_sinryo/index.html
- 「疑義解釈資料の送付について(その1)」「(令和元年 8 月 19 日医療課事務連絡)」、「疑義解釈資料の送付について(その16)」「(令和元年 8 月 26 日医療課事務連絡)」、「酸素の価格について」(令和元年 8 月 30 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
459	右	下から 11 行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 【黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み】	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
459	右	下から 9 行目	(最終改正 ; 平31. 4. 26 厚生労働省告示第 242 号) 【黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み】	(最終改正 ; 令元. 9. 3 厚生労働省告示第 102 号)
466	右	下から 21 行目	【次行に追加】	(8) 脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、以下のいずれも満たすこと。 ア 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用すること。 イ H003呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は「2」呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関で使用すること。 ㊦ (令元. 8. 30 保医発 0830 4)
478	右	上から 18 行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 【黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み】	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
478	右	上から 20 行目	(最終改正 ; 平31. 4. 26 厚生労働省告示第 242 号) 【黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み】	(最終改正 ; 令元. 9. 3 厚生労働省告示第 102 号)
479	右	下から 12 行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤

頁	欄	行	変更前	変更後
			サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
479	右	下から10行目	(最終改正; 平31. 4. 26 厚生労働省告示第242号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正; 令元. 9. 3 厚生労働省告示第102号)
481	右	上から21行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
481	右	上から23行目	(最終改正; 平31. 4. 26 厚生労働省告示第242号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正; 令元. 9. 3 厚生労働省告示第102号)
483	右	上から15行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
483	右	上から17行目	(最終改正; 平31. 4. 26 厚生労働省告示第242号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(最終改正; 令元. 9. 3 厚生労働省告示第102号)
487			〔C167疼痛等管理用送信器加算の所定点数(600点)を準用する項目として追加〕 (1) 人工呼吸器に依存する脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、C167疼痛等管理用送信器加算の所定点数を準用して算定できる。 ㊦ (令元. 8. 30 保医発 0830 4) (2) 横隔神経電気刺激装置を使用する際に必要なバックアップ用体表表面不閉電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブーツキット、その他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。 ㊦ (令元. 8. 30 保医発 0830 4)	
489	右	上から25~26行目	エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤及びヒドロモルフォン塩酸塩製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤及びインスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
489	右	上から27行目	(平30. 5. 21 保医発 0521 8) (平30. 11. 19 保医発 1119 4) (平30. 11. 30 保医発 1130 1) (平31. 4. 26 保医発 0426 3) 〔黄色網かけはWeb追補No. 12等にて改正済み〕	(平30. 5. 21 保医発 0521 8) (平30. 11. 19 保医発 1119 4) (平30. 11. 30 保医発 1130 1) (平31. 4. 26 保医発 0426 3) (令元. 9. 3 保医発 0903 1)
591	右	上から2行目	それぞれを1神経として数える。	それぞれを1神経として数える。なお、横隔神経電気刺激装置の適応の判定を目的として実施する場合は、当該検査を電極植込術前に1回に限り算定できる。
591	右	上から2行目	〔次行に追加〕	(令元. 8. 30 保医発 0830 4)
942			〔K537-2腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術の所定点数(42,180点)を準用する項目として追加〕 ◇ 横隔神経電気刺激装置の電極植込術を行う場合は、K537-2腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術の所定点数を準用して算定できる。 ㊦ (令元. 8. 30 保医発 0830 4)	

頁	欄	行	変更前	変更後
952			<p>[K559-3経皮的僧帽弁クリップ術の所定点数(34,930点)を準用する項目として追加]</p> <p>◇ 左心耳閉鎖デバイスを用いて、左心耳の永久閉鎖を行った場合は、K559-3経皮的僧帽弁クリップ術の所定点数を準用して算定する。なお、この場合にあつては、K559-3経皮的僧帽弁クリップ術に係る施設基準の規定は適用しない。</p> <p style="text-align: right;">(令元. 8.30 保医発 0830 4)</p>	
1275	—	上から4行目	<p>(最終改正; 平31. 2.28 厚生労働省告示第51号)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No. 10等にて改正済み]</p>	(最終改正; 令元. 8.30 厚生労働省告示第99号)
1291	—	下から5行目	平成32年	令和2年
1293	—	上から2行目	<p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ) 943,000円</p> <p>[編注; 承認番号が22900BZX00053000のものについては、平成30年9月1日から平成32年3月31日まで984,000円]</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No. 4にて追加済み]</p>	<p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ) 943,000円</p> <p>[編注; 承認番号が22900BZX00053000のものについては、平成30年9月1日から令和2年3月31日まで984,000円]</p>
1295	—	下から3行目	平成32年	令和2年
1297	—	上から14行目	<p>[次に次のように追加]</p> <p>エ 直接吸引型</p> <p style="text-align: right;">268,000円 [273,000円]</p> <p>[編注; 承認番号が23000BZX00367000のものについては、令和元年9月1日から令和2年3月31日まで281,000円] [令和元年10月1日から令和2年3月31日まで286,000円]</p>	
1301	—	下から24行目	平成32年	令和2年
1301	—	下から23行目	<p>200 放射線治療用合成吸収性材料(略)</p> <p>201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム(略)</p> <p>202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット(略)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No. 10等にて改正済み]</p>	<p>200 放射線治療用合成吸収性材料(略)</p> <p>201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム(略)</p> <p>202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット(略)</p> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,240,000円 [1,260,000円]</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 606,000円 [617,000円]</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,400円 [4,480円]</p> <p>204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,470,000円 [1,500,000円]</p>
1305 ~1306			<p>[(2)の表の「112 ペースメーカー」、「120 生体弁」[Web追補No. 4にて追加済み]、「130 心臓手術用カテーテル」、「199 甲状軟骨固定用器具」の項中「平成32年」を「令和2年」に改める。]</p>	
1306			<p>[(2)の表の「130 心臓手術用カテーテル」の項の次に以下の項を加える。]</p>	
			<p>133 血管内手術用カテーテル</p> <p>(9) 血栓除去用カテーテル</p> <p>④ 脳血栓除去用</p> <p>エ 直接吸引型</p> <p>(承認番号) 23000BZX00367000</p>	<p>令和元年9月1日から 令和2年3月31日まで</p> <p>[令和元年10月1日から 令和2年3月31日まで]</p> <p>281,000円 [286,000円]</p>
1307	—	上から4行目	<p>(最終改正; 令元. 6.28 保医発 0628 4)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No. 14等にて改正済み]</p>	(最終改正; 令元. 8.30 保医発 0830 4)
1319	右	下から12行目	<p>200 放射線治療用合成吸収性材料(略)</p> <p>201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム(略)</p> <p>202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット(略)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No. 10等にて改正済み]</p>	<p>200 放射線治療用合成吸収性材料(略)</p> <p>201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム(略)</p> <p>202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット(略)</p> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 人工呼吸器に依存する脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として使用する場合に限り算定できる。</p> <p>(2) 当該材料は、関連学会の定める適正使用</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(3) 当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定できる。</p> <p>ア 当該材料を使用した腹腔鏡手術を3例以上実施した経験を有する常勤の消化器外科又は小児外科の医師若しくは、その指導下で当該手術を実施する医師であること。</p> <p>イ 当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了していること。</p> <p>(4) H003呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関で実施すること。</p> <p>(5) 当該材料を使用する前に、横隔神経伝導試験及びX線透視による横隔膜運動の観察等によって、横隔神経の電気刺激による横隔膜の収縮を確認すること。なお、当該材料の算定にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に、D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。</p> <p>204 経皮的左心耳閉鎖システム</p> <p>(1) 関連学会の定める適応基準を満たす非弁膜症性心房細動患者に対して、左心耳に起因する血栓塞栓症のリスクを低減する目的で使用した場合に限り算定できる。本品の使用に当たっては、抗凝固療法と本システムを用いた療法とのリスクとベネフィットの比較衡量により、適切と判断される治療方法を選択すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に本品を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</p> <p>(2) 当該材料は、関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り、1回の手術に当たり1個を限度として算定できる。</p> <p>(3) 当該材料は、関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>(4) 当該材料は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>(5) 当該材料を使用するにあつては、関連学会が行うレジストリに症例情報を登録すること。</p> <p>(6) 当該材料の使用に伴う合併症について、患者に文書を用いて説明し、及び同意を取得し、当該文書を診療録に保管すること。</p> <p>(7) 当該材料の留置後6ヶ月間は、手技を実施した保険医療機関で患者の指導管理を行うこと。</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
1396	—	上から 5 行目	(最終改正; 令和元年 7 月 2 日 厚生労働省告示第 57 号) 〔黄色網かけは Web 追補 No. 14 等にて改正済み〕	(最終改正; 令和元年 9 月 3 日 厚生労働省告示第 102 号)
1400	—	上から 8 ~ 9 行目	, エミシズマブ製剤, イカチバント製剤, サリルマブ製剤, デュピルマブ製剤及びヒドロモルフォン塩酸塩製剤 〔黄色網かけは Web 追補 No. 12 等にて改正済み〕	, エミシズマブ製剤, イカチバント製剤, サリルマブ製剤, デュピルマブ製剤, ヒドロモルフォン塩酸塩製剤及びインスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
1883	—	上から 9 行目	(最終改正; 平成 31 年 4 月 26 日 厚生労働省告示第 242 号) 〔黄色網かけは Web 追補 No. 12 等にて改正済み〕	(最終改正; 令和元年 9 月 3 日 厚生労働省告示第 102 号)
1924	—	上から 4 行目	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 〔黄色網かけは Web 追補 No. 12 等にて改正済み〕	エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤

※令和元年 9 月 11 日医療課事務連絡により, 令和元年 8 月 19 日厚生労働省告示 88 号の「028 胃管カテーテル」の「(2) ダブルルーメン」の「① 標準型」の改定後の価格を「446円」から「447円」に訂正する官報正誤が行われる予定とされています。 ([Web 追補 No. 16 \(臨時増刊号\) の 31 頁を参照](#))