

医科点数表の解釈 令和2年4月版

Web追補 No.13 (令和3年6月号)

令和3年6月11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3年5月31日 厚生労働省告示第215号 (令和3年6月1日適用)
 - 令和3年5月31日 保医発0531第2号 (令和3年6月1日適用)
 - 令和3年5月31日 保医発0531第3号 (令和3年6月1日適用)
 - 令和3年6月7日 医療課事務連絡
- 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。(<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>)
- 以下の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。
 - ・「疑義解釈資料の送付について(その65)」(令和3年5月27日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について(その66)」(令和3年5月31日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について(その67)」(令和3年6月3日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について(その68)」(令和3年6月9日医療課事務連絡)
- 本書巻末の「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に関連する通知・事務連絡等については、随時『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に掲載してまいりますのでご活用ください。

頁	欄	行	変更前	変更後
389				<p>〔C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の所定点数(810点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 舌下神経電気刺激療法指導管理料</p> <p>ア 舌下神経電気刺激装置を植え込んだ閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、医師用プログラムを用いて舌下神経電気刺激装置の使用状況の確認や調整等の必要な指導管理を行った場合、C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の所定点数を準用して算定する。</p> <p>イ D237終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1又は2以外の場合の「イ」安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出を行っている医療機関において実施すること。</p> <p>ウ C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。 ㊦</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>
391				<p>〔C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の所定点数(800点)、同区分「注2」の導入初期加算の点数(500点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料</p> <p>ア マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者自らが、在宅において、超音波ネブライザを用いてアミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与する場合において、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法及び注意点等に関する指導管理を行った場合は、C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の所定点数を準用して算定する。</p> <p>イ 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の「注2」に掲げる導入初期加算を準用して加算する。</p> <p>ウ C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。 ㊦</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>
403				<p>〔C164人工呼吸器加算の「1」の所定点数(7,480点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者(入院中の患者以外のものに限る。)に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合は、初回の投与を行った月に限り、C164人工呼吸器加算の「1」陽圧式人工呼吸器の所定点数を準用して算定できる。なお、この場合において、C164人工呼吸器加算の「注」及びC164人工呼吸器加算の「1」陽圧式人工呼吸器の「注」に定める規定は適用しない。 ㊦</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				(令 3. 5.31 保医発 0531 3)
405			<p>〔C170排痰補助装置加算の所定点数(1,800点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者(入院中の患者以外のものに限る。)に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合は、初回の投与を行った月以外の月に限り、C170排痰補助装置加算の所定点数を準用して算定する。なお、この場合において、C170排痰補助装置加算の「注」に定める規定は適用しない。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
422	右	上から18行目	<p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>(令 2. 5.29 保医発 0529 1)</p> <p>〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕</p>	<p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査</p> <p>(令 2. 5.29 保医発 0529 1)</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>
456			<p>〔D012感染症免疫学的検査の「52」抗トリコスポロン・アサヒ抗体の所定点数(873点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 診察又は画像診断等により鳥関連過敏性肺炎が強く疑われる患者を対象として、EIA法により、鳥特異的IgG抗体を測定した場合は、D012感染症免疫学的検査の「52」抗トリコスポロン・アサヒ抗体の所定点数を準用して算定する。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 2)</p>	
460			<p>〔D014自己抗体検査の「39」抗GM1IgG抗体の所定点数(460点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ クロウ・深瀬症候群(POEMS症候群)の診断又は診断後の経過観察の目的として、ELISA法により、血管内皮増殖因子(VEGF)を測定した場合は、D014自己抗体検査の「39」抗GM1IgG抗体の所定点数を準用し、月1回を限度として算定できる。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 2)</p>	
461			<p>〔D014自己抗体検査の「43」抗アクアポリン4抗体の所定点数(1,000点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ レプチン</p> <p>ア 脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ELISA法により、血清中のレプチンを測定した場合は、D014自己抗体検査の「43」抗アクアポリン4抗体の所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>イ 本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 2)</p>	
519			<p>〔D310小腸内視鏡検査の「1」の所定点数(6,800点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着した内視鏡を用いて小腸内視鏡検査を行った場合は、D310小腸内視鏡検査の「1」バルーン内視鏡によるものの所定点数を準用して算定する。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
520	右	上から7行目	「1」のバルーン内視鏡によるもの	「1」のバルーン内視鏡によるもの又はWeb追補No.13で「D310小腸内視鏡検査の「1」の所定点数(6,800点)を準用する項目」として追加した「◇」の電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着した内視鏡によるもの
520	右	上から8行目	〔次行に追加〕	
731			<p>〔K054骨切り術の「注」の患者適合型変形矯正ガイド加算の点数(9,000点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を使用した場合に、K054骨切り術の「注」に定める患者適合型変形矯正ガイド加算の所定点数を準用して加算する。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
731			<p>〔K057変形治療骨折矯正手術の「注」の患者適合型変形矯正ガイド加算(9,000点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 上腕又は前腕の変形治療骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を使用した場合に、K057変形治療骨折矯正手術の「注」に定める患者適合型変形矯正ガイド加算の所定点数を準用して加算する。</p> <p>(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	

頁	欄	行	変更前	変更後
748			<p>[K181-4迷走神経刺激装置植込術の所定点数(28,030点)を準用する項目として追加]</p> <p>(1) 以下のアからキの全てを満たす閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、舌下神経電気刺激装置を植え込む手術を実施した場合、K181-4迷走神経刺激装置植込術の所定点数を準用して算定する。</p> <p>ア 無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。</p> <p>イ C P A P療法が不適又は不認容であること。</p> <p>ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。</p> <p>エ 18歳以上であること。</p> <p>オ B M I が30未満であること。</p> <p>カ 薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。</p> <p>キ 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p> <p>(2) (1)の舌下神経電気刺激装置を植え込む手術については、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の医師が実施すること。なお、当該医師の所定の講習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 style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
821			<p>[K697-3の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」の所定点数及びD415経気管肺生検法の「注2」CT透視下気管支鏡検査加算の点数を合算した点数(16,000点又は22,960点)を準用する項目として追加]</p> <p>◇ 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)</p> <p>ア 腫瘍の長径が1センチメートル未満の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の「1」2センチメートル以内のもの「ロ」その他のもの及びD415経気管肺生検法の「注2」CT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を合算した点数を準用して算定し、腫瘍の長径が1センチメートル以上の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の「2」2センチメートルを超えるもの「ロ」その他のもの及びD415経気管肺生検法の「注2」CT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本治療の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。</p> <p>ウ 本治療は、片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応外であるものに対して実施すること。なお、本治療の実施に当たっては、副腎摘出術が適応外である詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>エ 本治療は、以下のいずれにも該当する医療機関において実施すること。</p> <p>① 放射線科を標榜している病院であること。</p> <p>② 内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び3年以上の経験を有する常勤の医師、泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師並びに放射線科について専門の経験及び5年以上の経験を有する常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。</p> <p>③ 副腎静脈サンプリングが年間20例以上実施されていること。</p> <p>④ 副腎手術が年間10例以上実施されていること、又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が5例以上実施されていること。</p> <p>⑤ 緊急手術が可能な体制を有していること。</p> <p>オ K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の「注」に定める規定は適用しない。</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
831			<p>[K722小腸結腸内視鏡的止血術の「注」のバルーン内視鏡加算の点数(3,500点)を準用する項目として追加]</p> <p>◇ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着した内視鏡を用いて実施した場合は、K722小腸結腸内視鏡的止血術の「注」に掲げるバルーン内視鏡加算の所定点数を準用して加算する。当該加算については、小腸出血に対して内視鏡的止血術を行った場合のみ算定できる。</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
833			<p>[K735-2小腸・結腸狭窄部拡張術の「注」のバルーン内視鏡加算の点数(3,500点)を準用する項目として追加]</p> <p>◇ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着した内視鏡を用いて実施した場合は、K735-2小腸・結腸狭窄部拡張術の「注」に掲げるバルーン内視鏡加算の所定点数を準用して加算する。</p> <p style="text-align: right;">(令 3. 5.31 保医発 0531 3)</p>	
993	一	上から4行目	<p>(最終改正;令和3年2月26日 厚生労働省告示第57号)</p> <p>[黄色網かけはWeb追補No.10等にて改正済み]</p>	<p>(最終改正;令和3年5月31日 厚生労働省告示第215号)</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
997	左	上から27行目	[次行に追加]	(9) 変形矯正用患者適合型プレート 91,500円
997	左	上から28行目	(9)	(10)
1000	左	上から26行目	[次行に追加]	① 冠状静脈洞型 51,400円
1000	左	上から27行目	①	②
1003	右	下から11行目	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略) 208 耳管用補綴材 (略) 209 吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) (略) [黄色網かけはWeb追補No.10等にて改正済み]	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略) 208 耳管用補綴材 (略) 209 吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) (略) 210 植込型舌下神経電気刺激装置 2,480,000円
1006	—	上から3行目	(令 2. 3. 5 保医発 0305 9) (最終改正; 令 3. 4. 30 保医発 0430 4) [黄色網かけはWeb追補No.12等にて改正済み]	(令 2. 3. 5 保医発 0305 9) (最終改正; 令 3. 5. 31 保医発 0531 3)
1009	右	上から2行目	骨端用プレート (生体用合金 I)・患者適合型	骨端用プレート (生体用合金 I)・患者適合型 又は変形矯正用患者適合型プレート
1009	右	上から2~3行目	患者適合型	当該プレート
1009	右	上から4行目	患者適合型	当該プレート
1011	左	下から12行目	房室弁輪部型	冠状静脈洞型又は房室弁輪部型
1017	右	上から6~11行目	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略) 208 耳管用補綴材 (略) 209 吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) (略) [黄色網かけはWeb追補No.10等にて改正済み]	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略) 208 耳管用補綴材 (略) 209 吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) (略) 210 植込型舌下神経電気刺激装置 以下のいずれにも該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群の患者に対して使用した場合に算定する。 (1) 無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。 (2) CPAP療法が不適又は不忍受であること。 (3) 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。 (4) 18歳以上であること。 (5) BMIが30未満であること。 (6) 薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。 (7) 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。

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。