

医科点数表の解釈 令和4年4月版

Web追補 No.3 (令和4年9月号)

令和4年9月12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。
 - 令和4年8月17日 厚生労働省告示第250号 (令和4年8月18日適用)
 - 令和4年8月17日 厚生労働省告示第252号 (令和4年8月18日適用)
 - 令和4年8月17日 保医発0817第4号
 - 令和4年8月24日 保医発0824第4号 (令和4年8月24日適用)
 - 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号 (令和4年9月1日適用)
 - 令和4年8月31日 厚生労働省告示第264号 (令和4年9月1日適用)
 - 令和4年8月31日 保医発0831第4号 (令和4年9月1日適用)
 - 令和4年8月31日 保医発0831第5号
 - 令和4年8月31日 保医発0831第6号 (令和4年9月1日適用)
 - 令和4年8月31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。[\(https://www.shaho.co.jp/publication/navi/\)](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22)」(令和4年8月18日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について (その23)」(令和4年8月24日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について (その24)」(令和4年9月1日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について (その25)」(令和4年9月7日医療課事務連絡)
- 「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**に掲載していきますのでご利用ください。
- 看護職員処遇改善評価料の新設、オンライン資格確認導入の原則義務付け、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設に関する追補は別途掲載いたします。

○正誤

本書について、以下の誤りがありましたので、お詫びして訂正いたします。

<780頁・左欄の上から1行目>

「**K259-2 自家培養上皮移植術 56,600点**」を「**K259-2 自家培養上皮移植術 52,600点**」に訂正します。

頁	欄	行	変更前	変更後
336			<p>〔B100禁煙治療補助システム指導管理加算の所定点数 (140点)、C150血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合の所定点数 (830点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ 高血圧症治療補助プログラム加算</p> <p>ア A001再診料の「注12」の地域包括診療加算、B001-2-9地域包括診療料又はB001-3生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者 (入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関又は、地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。</p> <p>イ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、アプリによる治療開始時にB100禁煙治療補助システム指導管理加算を準用して初回に限り算定する。</p> <p>ウ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、C150血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合を準用して、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。</p> <p>エ 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。</p>	

頁	欄	行	変更前	変更後
			オ アプリの使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針を遵守すること。 ㊦ (令 4. 8. 31 保医発 0831 4)	
399	右	上から16行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
399	右	上から18行目	(最終改正; 令 4. 5. 31 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)
417	右	上から15行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
417	右	上から17行目	(最終改正; 令 4. 5. 31 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)
418	右	下から28行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
418	右	下から26行目	(最終改正; 令 4. 5. 31 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)
420	右	下から11行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
420	右	下から9行目	(最終改正; 令 4. 5. 31 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)
422	右	下から17行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
422	右	下から15行目	(最終改正; 令 4. 5. 31 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)
428	右	下から8～7行目	ガルカネズマブ製剤及びオフアツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤, オファツムマブ製剤, ボソリチド製剤及びエレヌマブ製剤
428	右	下から6行目	(令 4. 4. 28 保医発 0428 8) (令 4. 5. 31 保医発 0531 3) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(令 4. 4. 28 保医発 0428 8) (令 4. 5. 31 保医発 0531 3) (令 4. 8. 17 保医発 0817 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 5)
448			〔D006-3 BCR-ABL1の「1」Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))の所定点数 (2,520点)を準用する項目として追加〕 ◇ フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として測定した場合、D006-3の「1」のMajor BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))の所定点数を準用して算定する。 Major BCR-ABL1 (mRNA定量) は、リアルタイムRT-PCR法により測定した場合に限り算定できる。 ㊦ (令 4. 8. 31 保医発 0831 6)	

頁	欄	行	変更前	変更後
453	右	下から17行目	転移性若しくは再発乳癌患者	転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者
453	右	下から12行目	[次行に追加]	(令 4. 8.24 保医発 0824 4)
453	右	下から9行目	2017年版	2021年版
453	右	下から8行目	[次行に追加]	(令 4. 8.24 保医発 0824 4)
481			<p>[D012感染症免疫学的検査の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)の所定点数2回分を合算した点数(420点)を準用する項目として追加]</p> <p>◇ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性)</p> <p>ア SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性)は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2抗原及びRSウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合に限り、D012感染症免疫学的検査の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。</p> <p>イ COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。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>ウ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性)を実施した場合、D012感染症免疫学的検査の「23」RSウイルス抗原定性、SARS-CoV-2抗原検出(定性)及びSARS-CoV-2抗原検出(定量)については、別</p> <p style="text-align: right;">(令 4. 8.31 保医発 0831 6)</p>	
495			<p>[Web追補No.1にて、D023微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV核酸検出の所定点数2回分を合算した点数(700点)を準用する項目として追加された「SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出」を以下のよう</p> <p>に改める。]</p> <p>◇ SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出</p> <p>ア SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出は、COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2及びRSウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、PCR法(定性)により、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中のSARS-CoV-2及びRSウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託の有無にかかわらず、D023微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV核酸検出の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。</p> <p>イ～オ (略)</p> <p style="text-align: right;">(令 4. 6.28 保医発 0628 4) (令 4. 8.31 保医発 0831 6)</p>	
500	右	下から15～11行目	国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。	検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。
501	右	上から16行目	(令 4. 3.16 保医発 0316 1) (令 4. 6.28 保医発 0628 4)	(令 4. 3.16 保医発 0316 1) (令 4. 6.28 保医発 0628 4) (令 4. 8.31 保医発 0831 6)
			[黄色網かけはWeb追補No.1にて改正済み]	
502	右	上から8行目～12行目	国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記	検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。

頁	欄	行	変更前	変更後
			載する。	
502	右	下から 29 行目	(令 4. 3. 16 保医発 0316 1) (令 4. 6. 28 保医発 0628 4) 〔黄色網かけはWeb追補No. 1にて改正済み〕	(令 4. 3. 16 保医発 0316 1) (令 4. 6. 28 保医発 0628 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 6)
750			〔K013分層植皮術の所定点数(「1」25平方センチメートル未満(3,520点),「2」25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満(6,270点),「3」100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満(9,000点),「4」200平方センチメートル以上(25,820点))を準用する項目として追加〕 ◇ 急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的として、自家皮膚細胞移植用キットを用いて、健常皮膚を採皮して非培養細胞懸濁液を作製し、細胞懸濁液を熱傷患部に噴霧する場合は、K013分層植皮術の所定点数を準用して算定する。ただし、採皮部に細胞懸濁液を噴霧する場合の技術料は、当該点数に含まれ、別に算定できない。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4)	
762	右	上から 9 行目	インターフェアレンススクリュー	インターフェアレンススクリュー
780			〔K259-2自家培養上皮移植術の所定点数(52,600点),K423類腫瘍摘出術の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数(910点)を準用する項目として追加〕 (1) 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植(羊膜移植を併用した場合を含む。)を行った場合は、K259-2自家培養上皮移植術の所定点数を準用して算定する。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4) (2) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わりヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については、K423類腫瘍摘出術の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4) (3) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4)	
829	右	上から 1 行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	エキシマレーザー型血管形成用カテーテル
829	右	上から 2 行目	閉塞に対して、	閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞に対して、
829	右	上から 4 行目	〔次行に追加〕	(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)
842			〔K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の所定点数(「1」2センチメートル以内のもの「イ」腹腔鏡によるもの(16,300点),同「ロ」その他のもの(15,000点),「2」2センチメートルを超えるもの「イ」腹腔鏡によるもの(23,260点),同「ロ」その他のもの(21,960点))を準用する項目として追加〕 ◇ ラジオ波焼灼療法は、次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定できる。 ア 腫瘍径3センチメートル以下の腎悪性腫瘍の一部若しくは全体、標準治療に不適若しくは不応の肺悪性腫瘍、悪性骨腫瘍、類骨骨腫、骨盤内悪性腫瘍又は四肢、胸腔内及び腹腔内に生じた軟部腫瘍に対する治療(症状緩和を含む。)を目的として、ラジオ波焼灼療法を行った場合は、K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の所定点数を準用して算定する。ただし、関連学会の策定する適正使用指針を遵守するとともに、適応となる患者の妥当性について、専門的知識を有する複数の診療科の医師による協議を行ったうえで判断すること。 イ 「1」及び「2」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 ウ ここでいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4)	
870			〔K841-6経尿道的前立腺吊上術の所定点数(12,300点)を準用する項目として追加〕 ◇ 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムを用いて経尿道的水蒸気治療を行った場合は、K841-6経尿道的前立腺吊上術の所定点数を準用して算定する。 図 (令 4. 8. 31 保医発 0831 4)	
1025	—	上から 4 行目	(最終改正;令和4年3月4日 厚生労働省告示第58号)	(最終改正;令和4年8月31日 厚生労働省告示第264号)
1030	左	下から 5 行目	〔次行に追加〕	⑤ 肋骨型 55,600円
1034	右	上から 19 行目	(22) エキシマレーザー血管形成用カテーテル 219,000円	(22) 血管形成用カテーテル ① エキシマレーザー型 219,000円 ② 切削吸引型 242,000円

頁	欄	行	変更前	変更後
1035	左	上から27行目	[次行に追加]	④ 液体塞栓材 66,300円
1035	左	下から2行目	[次行に追加]	(5) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮 ① 採取・培養キット 7,940,000円 ② 調製・移植キット 5,470,000円
1035	右	下から10行目	177 心房中隔穿刺針 54,100円	177 心房中隔穿刺針 (1) 高周波型 54,100円 (2) ガイドワイヤー型 35,400円 (3) カニューレ 2,760円
1036	右	上から3行目	[次行に追加]	217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム 388,000円 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材 1cm ² 当たり35,100円 219 自家皮膚細胞移植用キット (1) 自家皮膚細胞移植用キット・S 836,000円 (2) 自家皮膚細胞移植用キット・L 897,000円
1039	—	上から3行目	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4. 5. 31 保医発 0531 2) [黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み]	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4. 8. 31 保医発 0831 4)
1046	右	下から23行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	血管形成用カテーテル
1046	右	下から22行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	エキシマレーザー型又は切削吸引型
1046	右	下から20行目	関連学会が定める	エキシマレーザー型又は切削吸引型は、関連学会が定める
1047	左	下から15行目	[次行に追加]	(4) 血管内塞栓材・液体塞栓材は、出血性病変、血管奇形、腫瘍、シャント性疾患等における止血、出血防止、症状の緩和等、又は経皮経肝門脈塞栓術、血流改変術等における治療補助のために血管塞栓術を行った場合に算定する。なお、肺動脈以外の心血管、内視鏡的食道・胃静脈瘤塞栓術及び肺動静脈奇形を除く。また、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。
1048	右	下から17行目	[次行に追加]	(7) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮 ア 角膜上皮幹細胞疲弊症に伴う癒着を有する眼表面疾患の患者（ステューブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷、移植片対宿主病（GVHD）、無虹彩症などの先天的に角膜上皮細胞形成異常のある疾患、特発性角膜上皮幹細胞疲弊症、再発翼状片又は悪性腫瘍に伴う角膜上皮幹細胞疲弊症を有する患者）であって、結膜又は結膜から角膜にかけて眼表面に高度癒着（スクリーニング検査時の eyeball 癒着スコアが1以上のもの）を伴うものに対して使用した場合に、片眼につき1回に限り算定できる。 イ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キットは、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。 a 眼科の経験を5年以上有しており、角膜移植術又は羊膜移植術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。</p> <p>i ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項</p> <p>ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアに関する事項</p> <p>iii 口腔粘膜組織採取法に関する事項</p> <p>iv 移植方法に関する事項</p> <p>ウ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キットは、口腔粘膜組織採取法に関する研修を修了している医師が使用した場合に限り算定する。</p> <p>エ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮を用いる場合は、関連学会が定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。</p> <p>オ ヒト自家移植組織（ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を添付する。</p>
1050	左	上から8行目	[次行に追加]	<p>177 心房中隔穿刺針 カニューレは、ガイドワイヤー型とともに使用する場合に限り算定できる。</p>
1053	左	上から26行目	[次行に追加]	<p>217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム (1) 関連学会が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。 (2) 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムは、一連の治療に対して、1個を限度として算定できる。</p> <p>218 ヒト羊膜使用創傷被覆材 (1) ヒト羊膜使用創傷被覆材については、糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍であって、既存療法である根本的な創傷管理（壊死組織の除去、感染制御、創傷の浄化等）、糖尿病性足潰瘍に対する血糖コントロール、静脈うっ滞性潰瘍に対する圧迫療法、創傷被覆材による湿潤療法等を4週間施行しても創面積が50%以上縮小しないものに対して、創傷治癒を促進することを目的として、導入時には入院管理のもと治療を開始した場合に限り、ヒト羊膜使用創傷被覆材による治療開始から12週までとして、一連の治療計画につき合計224cm²を限度として算定する。なお、潰瘍の臨床所見が好転すれば、既存療法の継続を行うこと。 (2) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。 ア 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する常勤の医師であること。 イ 所定の研修を修了していること。な</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>お、当該研修は、次の内容を含むものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> a ヒト羊膜使用創傷被覆材の適応に関する事項 b 糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍の診断、治療及び既存治療に関する事項 c 特定生物由来製品に関する事項 d ヒト羊膜使用創傷被覆材の使用方法に関する事項 <p>(3) ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由、既存療法の結果を記載すること。</p> <p>(4) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、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>(5) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科を標榜している病院において使用した場合に限り、算定できる。</p> <p>(6) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師及び足病疾患の看護に従事した経験を3年以上有する専任の常勤看護師がそれぞれ1名以上配置されている病院において使用した場合に限り、算定できる。</p> <p>219 自家皮膚細胞移植用キット</p> <p>(1) 自家皮膚細胞移植用キットについては、関連学会の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。</p> <p>(2) 自家皮膚細胞移植用キットについては、深達性2度熱傷創、3度熱傷創、気道熱傷、軟部組織の損傷や骨折を伴う熱傷又は電撃傷並びに当該患者における採皮部を対象として（なお、深達性2度熱傷創、3度熱傷創については、全体表面積の15%以上の深達性2度熱傷、全体表面積の2%以上の深達性3度熱傷又は顔面や手足の2度熱傷若しくは3度熱傷を対象とする。15歳未満においては、全体表面積の5%を超える深達性2度熱傷若しくは3度熱傷又は機能的、整容的な障害を残す可能性がある顔面や手足の深達性2度熱傷若しくは3度熱傷を対象とする。）、創傷部の治癒促進を目的として使用した場合に、一連につき7個を限度として算定する。</p> <p>(3) 皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。</p> <p>(4) 皮膚科、形成外科若しくは救急科の経験を5年以上有する常勤の医師又は熱傷の治</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				療に関して、専門の知識及び5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の医師が使用した場合に限り算定する。 (5) 自家皮膚細胞移植用キットを使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を添付すること。
1109	—	上から5行目	(最終改正; 令和4年6月16日 厚生労働省告示第204号) 〔黄色網かけはWeb追補No.1等にて改正済み〕	(最終改正; 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号)
1112	左	下から22行目	、ガルカネズマブ製剤及びオファツムマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No.1等にて改正済み〕	、ガルカネズマブ製剤、オファツムマブ製剤、ボソリチド製剤及びエレヌマブ製剤
1465			〔様式50の「入院料1・3に係る要件」の⑤、「入院料2・4に係る要件(いずれか1つ)」の⑦、「許可病床数200床以上に係る要件」の⑨の項中「入院患者延べ数」を「入院患者数」に改める。〕	
1466			〔様式50の2の「入院医療管理料1・3に係る要件」の⑤、「入院医療管理料2・4に係る要件(いずれか1つ)」の⑦の項中「入院患者延べ数」を「入院患者数」に改める。〕	
1523	—	上から8行目	(最終改正; 令和4年5月31日 厚生労働省告示第191号) 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正; 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号)
1554	右	上から26行目	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 〔黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
1568	左	下から17~15行目	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))
1568	左	下から14~12行目	腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))
1568	左	下から11~9行目	腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))
1660	右	上から8行目	このうち、イの手術を10例以上、	このうち、
1741			〔様式42の「記載上の注意」の「5」中「週24時間以上」を「週22時間以上」に改める。〕	

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。