

# 医科点数表の解釈 令和4年4月版

## Web追補 No.7 (令和4年12月号)

令和4年12月9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4年11月15日 厚生労働省告示第332号 (令和4年11月16日適用)
  - 令和4年11月15日 厚生労働省告示第333号 (令和4年11月16日適用)
  - 令和4年11月15日 保医発1115第9号
  - 令和4年11月15日 保医発1115第11号 (令和4年11月16日適用)
  - 令和4年11月30日 厚生労働省告示第342号 (令和4年12月1日適用)
  - 令和4年11月30日 保医発1130第2号 (令和4年12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。(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32)」(令和4年11月16日医療課事務連絡)
  - ・「疑義解釈資料の送付について (その33)」(令和4年11月29日医療課事務連絡)
  - ・「疑義解釈資料の送付について (その34)」(令和4年12月9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。

頁	欄	行	変更前	変更後
399	右	上から16行目	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 エレスマブ製剤  [黄色網かけはWeb追補No. 3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 エレスマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
399	右	上から18行目	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)  [黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み]	(最終改正; 令 4. 11. 15 厚生労働省告示第332号)
417	右	上から15行目	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 エレスマブ製剤  [黄色網かけはWeb追補No. 3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 エレスマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
417	右	上から17行目	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号)  [黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み]	(最終改正; 令 4. 11. 15 厚生労働省告示第332号)
418	右	下から28行目	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	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

頁	欄	行	変更前	変更後
			エレヌマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C 1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
418	右	下から26行目	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 11. 15 厚生労働省告示第332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 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	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 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C 1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
420	右	下から 9 行目	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 11. 15 厚生労働省告示第332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 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	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 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C 1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
422	右	下から15行目	(最終改正; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第263号) 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	(最終改正; 令 4. 11. 15 厚生労働省告示第332号)
428	右	下から 8 ~ 7 行目	, 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 〔黄色網かけはWeb追補No. 3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, エレヌマブ製剤, アバロパラチド酢酸塩製剤, カプラシズマブ製剤, 乾燥濃縮人C 1-インアクチベーター製剤, フレマネズマブ製剤及びメトトレキサート製剤
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) (令 4. 8. 17 保医発 0817 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 5) 〔黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み〕	(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) (令 4. 11. 15 保医発 1115 9)
447	右	上から13~16行目	イ (略)	ウ 血栓性血小板減少性紫斑病に対し, 血漿交換療法, 免疫抑制療法及びカプラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合, 30日間を超えた場合でも, 1週間に1回に限り別に算定できる。なお, その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (令 4. 11. 15 保医発 1115 11)

頁	欄	行	変更前	変更後
545			<p><b>[D296-2鼻咽腔直達鏡検査(220点),(内視鏡検査)の「通則3」(当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合)(70点),同「通則4」(写真診断を行った場合)の「使用したフィルムの費用」である「019画像記録用フィルム(4)B4」を「10円で除して得た点数」(15点)を合算した点数(305点)を準用する項目として追加]</b></p> <p>(1) インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行った場合に、D296-2鼻咽腔直達鏡検査,(内視鏡検査)の「通則3」に掲げる当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合及び同「通則4」に掲げる「写真診断を行った場合」の「使用したフィルムの費用」である「019画像記録用フィルム(4)B4」を「10円で除して得た点数」を合算した点数を準用して算定する。 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p> <p>(2) インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行う検査は、発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができる。 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p> <p>(3) インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行う検査は、一連の治療期間においてD012感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性を行った場合は併せて算定できない。 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p>	
811	右	上から17行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	エキシマレーザー血管形成用カテーテル, アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル
811	右	上から19行目	[次行に追加]	(令4.11.30 保医発1130 2)
811			<p><b>[K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の「1」高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものの所定点数(24,720点)を準用する項目として追加]</b></p> <p>(1) アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルを用いて経皮的冠動脈形成術を施行する場合には、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の「1」の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに掲げる所定点数を準用して算定する。なお、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)に関する施設基準に係る届出を行っており、かつ既に複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置している又は1種類のみ的高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去2年間25例以上の使用実績のある保険医療機関で使用された場合のみ算定できる。 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p> <p>(2) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対してK546経皮的冠動脈形成術、K547経皮的冠動脈粥腫切除術、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 ア 過去の実施時期 イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数 ウ 今回、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)を実施する理由及び医学的根拠 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p> <p>(3) 経皮的冠動脈形成術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン(2018年改訂版)」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン(2018年改訂版)」に沿って行われた場合に限り算定する。 ㊦ (令4.11.30 保医発1130 2)</p>	
821	右	上から16~18行目	十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。 ㊦	次のいずれかの心不全に対して、治療が行われた場合に算定する。 ア 十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下のNYHAクラスⅢ又はⅣ(中等度、重度)の心不全患者の症状改善 イ 至適薬物療法が行われているペースメーカーの適応及び高頻度に心室ペーシングに

頁	欄	行	変更前	変更後
				依存することが予想される左室駆出率50%以下の患者の症状改善又は心不全進行(増悪)遅延 (令 4.11.30 保医発 1130 2)
1025	—	上から4行目	(最終改正; 令和4年8月31日 厚生労働省告示第264号) [黄色網かけはWeb追補No. 3にて改正済み]	(最終改正; 令和4年11月30日 厚生労働省告示第342号)
1030	左	下から7行目	② 大腿骨頸部型 151,000円	② 大腿骨頸部型 ア 標準型 151,000円 イ X線透過型 162,000円
1030	左	下から2行目	② 大腿骨頸部型 34,000円	② 大腿骨頸部型 ア 標準型 34,000円 イ X線透過型 36,600円
1032	左	下から9行目	[次行に追加]	⑦ 心腔内超音波検査機能付加型・心房内・心室内全域型 423,000円
1033	右	下から20行目	(4) 特殊カテーテル 207,000円	(4) 特殊カテーテル ① 切削型 207,000円 ② 破砕型 429,000円
1035	左	下から1行目	151 デンプン由来吸収性局所止血材 1g当たり12,700円	151 デンプン由来吸収性局所止血材 (1) 標準型 1g当たり12,700円 (2) 織布型 1cm <sup>2</sup> 当たり48円
1035	右	下から28行目	[次行に追加]	(3) 再製造 ① 標準型 209,000円
1036	右	上から3行目	216 レーザー光照射用ニードルカテーテル(略) 217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム(略) 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材(略) 219 自家皮膚細胞移植用キット(略) [黄色網かけはWeb追補No. 3にて改正済み]	216 レーザー光照射用ニードルカテーテル(略) 217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム(略) 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材(略) 219 自家皮膚細胞移植用キット(略) 220 経消化管胆道ドレーナージシステム 290,000円 221 経皮的心肺補助システム 535,000円
1039	—	上から3行目	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4. 8. 31 保医発 0831 4) [黄色網かけはWeb追補No. 3等にて改正済み]	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4.11.30 保医発 1130 2)
1045	右	下から26行目	特殊カテーテル	特殊カテーテル・切削型
1045	右	下から23行目	[次行に追加]	(9) 特殊カテーテル・破砕型は、石灰化スコアが3以上の新規冠動脈病変に対して使用された場合に限り算定できる。
1047	左	上から21行目	a 又は b	a, b 又は c
1047	左	上から29行目	[次行に追加]	c i 左室駆出率50%以下 ii ペースメーカー又は植込み型除細動器の適応 iii 高頻度に心室ペーシングに依存することが予想される
1049	右	下から20行目	磁気センサー付き	(1) 磁気センサー付き
1049	右	下から18行目	[次行に追加]	(2) 再製造の標準型を使用する場合は、再製造品であることについて文書を用いて患者に説明すること。
1053	左	上から21行目	216 レーザー光照射用ニードルカテーテル(略) 217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム(略) 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材(略) 219 自家皮膚細胞移植用キット(略)	216 レーザー光照射用ニードルカテーテル(略) 217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム(略) 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材(略) 219 自家皮膚細胞移植用キット(略)

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]	<b>220 経消化管胆道ドレナージステント</b> 経消化管胆道ドレナージステントについては、関連学会が定めるガイドラインに従って使用された場合において、一連の治療につき原則として1個を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
1109	—	上から5行目	(最終改正; 令和4年9月5日 厚生労働省告示第268号)  [黄色網かけはWeb追補No. 4等にて改正済み]	(最終改正; 令和4年11月15日 厚生労働省告示第333号)
1112	左	下から22行目	, 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  [黄色網かけはWeb追補No. 3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, エレヌマブ製剤, アバロパラチド酢酸塩製剤, カプラシズマブ製剤, 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤, フレマネズマブ製剤(4週間に1回投与する場合に限る。)及びメトトレキサート製剤
1112	右	上から1~2行目	, ワンクリノン腔用ゲル90mg及びボカブリア錠30mg  [黄色網かけは本書巻末追補にて改正済み]	, ワンクリノン腔用ゲル90mg, ボカブリア錠30mg, コセルゴカプセル10mg(1回の投薬量が28日分以内である場合に限る。), コセルゴカプセル25mg(1回の投薬量が28日分以内である場合に限る。), リバゼブ配合錠LD, リバゼブ配合錠HD及びグラアルファ配合点眼液
1523	—	上から8行目	(最終改正; 令和4年9月5日 厚生労働省告示第271号)  [黄色網かけはWeb追補No. 4等にて改正済み]	(最終改正; 令和4年11月15日 厚生労働省告示第332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 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤  [黄色網かけはWeb追補No. 3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 エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤

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](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。