

令和2年度版「医科診療報酬点数表(早見表付)」の追補について(第24報)

以下の告示・通知等により、本書の内容に補正が生じたのでお知らせします。

- ・令和3年8月31日 保医発0831第1号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等について
- ・令和3年8月31日 保医発0831第5号 検査料の点数の取扱いについて

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
416	右	上から5行目	<p>D004-2 悪性腫瘍組織検査</p> <p>(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍又は悪性リンパ腫の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</p> <p>早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、K-ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	<p>D004-2 悪性腫瘍組織検査</p> <p>(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</p> <p>早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、K-ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	字句挿入
416	右	下から1行目	<p>(2) 「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</p> <p>なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査又は大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「1」の「イ」の「(2)」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ 濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査</p>	<p>(2) 「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</p> <p>なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査又は大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「1」の「イ」の「(2)」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア～エ (略)</p>	字句挿入

			(3)～(25) (略)	(3)～(25) (略)	
463	右	下から18行目	D014 自己抗体検査 (1)～(31) (略) <u>(32) 抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体(抗P/Q型VGCC抗体)</u> <u>ア ランバート・イートン筋無力症候群の診断を目的として、RIA法により、抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体(抗P/Q型VGCC抗体)を測定した場合は、本区分の「43」抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体の所定点数を準用して算定する。</u> <u>イ 本検査は、臨床症状によりランバート・イートン筋無力症候群が疑われる患者であって、反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認める患者を対象として実施した場合に限り算定できる。ただし、医学的な必要性から反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその詳細な理由を記載する。</u>	D014 自己抗体検査 (1)～(31) (略) (新設)	字句挿入
調21	右	下から19行目	01 調剤料 ※注射薬 ア (略) イ、 <u>ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、アガルシダーゼ アルファ製剤、アガルシダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼ アルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラゼ製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラゼ アルファ製剤、ラロニダーゼ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤及びサトラリズマブ製剤</u> に限る。 ウ～オ (略)	01 調剤料 ※注射薬 ア (略) イ、 <u>ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、アガルシダーゼ アルファ製剤、アガルシダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼ アルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラゼ製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラゼ アルファ製剤、ラロニダーゼ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤及びテデュグルチド製剤</u> に限る。	字句挿入
調69	右	上から13行目	第4節 特定保険医療材料料 ※特定保険医療材料料 別表2 ○、 <u>ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤及びサトラリズマブ製剤</u> の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器(針を含む。)	第4節 特定保険医療材料料 ※特定保険医療材料料 別表2 ○、 <u>ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤及びテデュグルチド製剤</u> の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器(針を含む。)	字句挿入

調70	右	下から1行目	<p>別表3</p> <p><u>ヒドロコルチゾンコハク酸 エステルナトリウム製剤</u></p> <p><u>遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤</u></p> <p><u>ブロスマブ製剤</u></p> <p><u>メボリズムマブ製剤</u></p> <p><u>オマリズマブ製剤</u></p> <p><u>テデュグルチド製剤</u></p> <p><u>サトラリズムマブ製剤</u></p>	<p>別表3</p> <p><u>ヒドロコルチゾンコハク酸 エステルナトリウム製剤</u></p> <p><u>遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤</u></p> <p><u>ブロスマブ製剤</u></p> <p><u>メボリズムマブ製剤</u></p> <p><u>オマリズマブ製剤</u></p> <p><u>テデュグルチド製剤</u></p> <p>(新設)</p>	字句挿入
-----	---	--------	--	---	------