

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14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1月29日 保医発0129第1号 検査料の点数の取扱いについて
- ・令和3年1月29日 保医発0129第3号 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部改正について
- ・令和3年2月3日 保医発0203第2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
早354		上から24行目	<p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格</p> <p>001～132 (略)</p> <p>133 血管内手術用カテーテル</p> <p>(1)～(22) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ PTAバルーンカテーテル</p> <p>a <u>大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変に対し再狭窄抑制型を用いる場合は、関連学会が定める、「大腿膝窩動脈用薬剤コーティングバルーンの適正使用指針」に沿って使用した場合に限り算定できる。</u></p> <p>b <u>再狭窄抑制型を、大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5cm未満の病変に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し症状詳記を添付すること。</u></p> <p>c <u>再狭窄抑制型については、同一病変に対して、同一入院中に末梢血管用ステントセット・一般型又は末梢血管用ステントセット・再狭窄抑制型と併せて使用した場合は、一連につき主たるもののみ算定できる。</u></p> <p>d <u>ブラッドアクセス用のシャントの狭窄病変又は閉塞病変に対し再狭窄抑制型を用いる場合は、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。</u></p> <p>ウ～ス (略)</p> <p>134～208 (略)</p>	<p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格</p> <p>001～132 (略)</p> <p>133 血管内手術用カテーテル</p> <p>(1)～(22) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ PTAバルーンカテーテル</p> <p>a <u>再狭窄抑制型は、関連学会が定める、「大腿膝窩動脈用薬剤コーティングバルーンの適正使用指針」に沿って使用した場合に限り算定できる。</u></p> <p>b <u>再狭窄抑制型を病変長5cm未満の病変に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し症状詳記を添付すること。</u></p> <p>c <u>再狭窄抑制型については、同一病変に対して、同一入院中に末梢血管用ステントセット・一般型又は末梢血管用ステントセット・再狭窄抑制型と併せて使用した場合は、一連につき主たるもののみ算定できる。</u></p> <p>ウ～ス (略)</p> <p>134～208 (略)</p>	字句訂正
414	右	上から19行目	<p>D003 糞便検査</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア. 「9」のカルプロテクチン(糞便)を慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目</p>	<p>D003 糞便検査</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア. 「9」のカルプロテクチン(糞便)を慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目</p>	字句挿入

			<p>的として測定する場合は、<u>ELISA法、FEIA法又はLA法</u>により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(5) (略)</p>	<p>的として測定する場合は、<u>FEIA法又はLA法</u>により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(5) (略)</p>	
459	右	上から15行目	<p>D013 肝炎ウイルス関連検査</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p><u>(10) インターフェロン-λ3(IFN-λ3)</u> <u>ア COVID-19と診断された患者(呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。)の重症化リスクの判定補助を目的として、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、インターフェロン-λ3(IFN-λ3)を測定した場合は、区分「D013」肝炎ウイルス関連検査の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する。</u> <u>イ 本検査を2回以上算定する場合は、前回の検査結果が基準値未満であることを確認すること。</u> <u>ウ 本検査の実施に際し、区分「D013」肝炎ウイルス関連検査の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する場合は、区分「D013」肝炎ウイルス関連検査の「注」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p>D013 肝炎ウイルス関連検査</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
463	右	下から18行目	<p>D014 自己抗体検査</p> <p>(1)～(28) (略)</p> <p><u>(29) 15歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ELISA法により血清中のSCCA2量を測定した場合は、本区分の「35」抗デスメグレイン1抗体の所定点数を準用して、月1回を限度として算定する。ただし、本検査及び区分「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「18」TARCを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。</u></p>	<p>D014 自己抗体検査</p> <p>(1)～(28) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入