

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19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5月12日 保医発0512第1号 検査料の点数の取扱いについて
- ・令和3年5月31日 厚生労働省告示第215号 特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件
- ・令和3年5月31日 保医発0531第2号 検査料の点数の取扱いについて
- ・令和3年5月31日 保医発0531第3号 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
			<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>001～060 (略)</p> <p>061 固定用内副子(プレート)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(9) 変形矯正用患者適合型プレート 91,500円</p> <p>(10) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ 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は、医師が当該プレート以外のプレートでは十分な治療効果が得られないと判断した場合又は当該プレート以外のプレートを使用した場合に比べ大きな治療効果が得られると判断した場合に限り算定する。</p> <p>062～113 (略)</p> <p>114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 再製造</p> <p>① 冠状静脈洞型 51,400円</p> <p>② 房室弁輪部型</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ 再製造の冠状静脈洞型又は房室弁輪部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。</p> <p>115～209 (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>001～060 (略)</p> <p>061 固定用内副子(プレート)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(9) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ 骨端用プレート(生体用合金I)・患者適合型は、医師が患者適合型以外のプレートでは十分な治療効果が得られないと判断した場合又は患者適合型以外のプレートを使用した場合に比べ大きな治療効果が得られると判断した場合に限り算定する。</p> <p>062～113 (略)</p> <p>114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 再製造</p> <p>(新設)</p> <p>① 房室弁輪部型</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ 再製造の房室弁輪部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。</p> <p>115～209 (略)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句訂正</p> <p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>
早334		下から2行目			
早335		上から20行目			
早346		下から15行目			
早346		下から12行目			

早368		下から9行目	<p>210 植込型舌下神経電気刺激装置 2,480,000円</p> <p>注 当該材料は、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。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>イ CPAP療法が不適又は不忍受であること。</u></p> <p><u>ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。</u></p> <p><u>エ 18歳以上であること。</u></p> <p><u>オ BMIが30未満であること。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>キ 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。</u></p>	(新設)	字句挿入
384	右	下から7行目	<p>C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 舌下神経電気刺激療法指導管理料</p> <p><u>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、本区分の所定点数を準用して算定する。</u></p> <p><u>イ 区分「D237」終夜睡眠ポリグラフィの「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。</u></p> <p><u>ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p>C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
387	右	下から12行目	<p>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料</p> <p><u>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、本区分の所定点数を準用して算定する。</u></p> <p><u>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、本区分の「注2」に掲げる導入初期加算を準用して加算する。</u></p> <p><u>ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入

397	右	上から5行目	<p>C164 人工呼吸器加算</p> <p>(1) 療養上必要な回路部品その他附属品(療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。)の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(2) <u>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。)</u>に対して、<u>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、本区分の「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、本区分の「注」及び本区分の「1」陽圧式人工呼吸器の「注」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p>C164 人工呼吸器加算</p> <p>療養上必要な回路部品その他附属品(療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。)の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
399	右	上から5行目	<p>C170 排痰補助装置加算</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) <u>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。)</u>に対して、<u>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、本区分の所定点数を準用して算定する。なお、この場合において、本区分の「注」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p>C170 排痰補助装置加算</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
458	右	下から22行目	<p>D012 感染症免疫学的検査</p> <p>(1)～(49) (略)</p> <p>(50) <u>SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出は、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抗原及びインフルエンザ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、「25」マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)の所定点数4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。</u></p> <p><u>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</u></p>	<p>D012 感染症免疫学的検査</p> <p>(1)～(49) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入

			<p><u>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。</u></p> <p><u>ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合は、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。</u></p> <p><u>なお、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出を実施した場合、本区分「22」のインフルエンザウイルス抗原定性、SARS-CoV-2抗原検出については、別に算定できない。</u></p> <p>(51) <u>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、本区分の「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。</u></p>	(新設)	
463	右	下から18行目	<p>D014 自己抗体検査</p> <p>(1)～(29) (略)</p> <p><u>(30) レプチン</u></p> <p><u>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、本区分の「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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>(31) <u>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、本区分の「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。</u></p>	<p>D014 自己抗体検査</p> <p>(1)～(29) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
548	右	上から6行目	<p>D310 小腸内視鏡検査</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>小腸内視鏡検査は、2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「2」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「1」のバルーン内視鏡によるもの又は(4)の電動回転可能な</u></p>	<p>D310 小腸内視鏡検査</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>小腸内視鏡検査は、2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「2」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「1」のバルーン内視鏡によるものを行った場合において、いずれの点数も算定する。</u></p>	字句挿入

548	右	上から11行目	<p><u>スパイラル形状のフィンを装着した内視鏡によるもの</u>を行った場合においては、いずれの点数も算定する。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) <u>電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて小腸内視鏡検査を行った場合は、本区分の「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。</u></p>	<p>この場合は、VTRの点数も昇格する。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(新設)</p>	
803	右	下から6行目	<p>K054 骨切り術</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) <u>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、本区分の「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。</u></p>	<p>K054 骨切り術</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
804	右	上から15行目	<p>K057 変形治癒骨折矯正手術</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) <u>上腕又は前腕の変形治癒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、本区分の「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。</u></p>	<p>K057 変形治癒骨折矯正手術</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
828	右	下から7行目	<p>K181-4 迷走神経刺激装置植込術</p> <p>(1) <u>本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じる。</u></p> <p>(2) <u>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、本区分の所定点数を準用して算定する。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>イ CPAP療法が不適又は不忍受であること。</u></p> <p><u>ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。</u></p>	<p>K181-4 迷走神経刺激装置植込術</p> <p>本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じる。</p> <p>(新設)</p>	字句挿入

			<p><u>エ 18歳以上であること。</u> <u>オ BMIが30未満であること。</u> <u>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。</u> <u>キ 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。</u> <u>(3) (2)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。</u></p>	(新設)	
933	右	上から16行目	<p>K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として) (1)～(3) (略) <u>(4) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)</u> <u>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、本区分の「1」2センチメートル以内のもの「ロ」その他のもの及び区分「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、本区分の「2」2センチメートルを超えるもの「ロ」その他のもの及び区分「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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> ① <u>放射線科を標榜している病院であること。</u> ② <u>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。</u></p>	<p>K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として) (1)～(3) (略) (新設)</p>	字句挿入

			<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 本区分の「注」に定める規定は適用しない。</p>		
944	右	下から1行目	<p>K722 小腸結腸内視鏡的止血術</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) <u>電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合は、本区分の「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。</u></p>	<p>K722 小腸結腸内視鏡的止血術</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p>	字句挿入
947	右	上から2行目	<p>K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)</p> <p>(1) <u>短期間又は同一入院期間中において2回に限り算定する。なお、2回目を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載する。</u></p> <p>(2) <u>電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合は、本区分の「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。</u></p>	<p>K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)</p> <p><u>短期間又は同一入院期間中において2回に限り算定する。なお、2回目を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載する。</u></p> <p>(新設)</p>	字句挿入