

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27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11月24日 保医発1124第4号 使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部改正等について
- ・令和3年11月30日 厚生労働省告示第395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11月30日 保医発1130第1号 検査料の点数の取扱いについて
- ・令和3年11月30日 保医発1130第2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
早248		下から1行目	<p><b>6. 投薬期間に上限が設けられている医薬品、保険医が投与することができる注射液</b></p> <p><b>(4) 保険医が投与することができる注射液</b>  <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、イミグルセラージェ製剤、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、ベラグルセラージェ 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、サトラリズマブ製剤及びビルトラルセン製剤</u></p>	<p><b>6. 投薬期間に上限が設けられている医薬品、保険医が投与することができる注射液</b></p> <p><b>(4) 保険医が投与することができる注射液</b>  <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、イミグルセラージェ製剤、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、ベラグルセラージェ 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></p>	字句挿入
早339		上から9行目	<p><b>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</b></p> <p>001～075 (略)</p> <p><b>076 固定用金属ピン</b></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 一般用</p> <p>①・② (略)</p> <p><b>③ プレート型</b> <b>30,400円</b></p> <p>077～111 (略)</p>	<p><b>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</b></p> <p>001～075 (略)</p> <p><b>076 固定用金属ピン</b></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 一般用</p> <p>①・② (略)</p> <p><b>(新設)</b></p> <p>077～111 (略)</p>	字句挿入
早345		下から3行目	<p><b>112 ペースメーカー</b></p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p><b>(6) デュアルチャンパ(リーダー体型)</b> <b>1,170,000円</b></p> <p><b>(7)～(9)</b> (略)</p> <p>113～132 (略)</p>	<p><b>112 ペースメーカー</b></p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p><b>(新設)</b></p> <p><b>(6)～(8)</b> (略)</p> <p>113～132 (略)</p>	字句挿入

<p>早352</p> <p>早354</p>	<p>下から2行目</p> <p>下から21行目</p>	<p><b>133 血管内手術用カテーテル</b></p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) PTAバルーンカテーテル</p> <p>①～⑥ (略)</p> <p><b>⑦ ボディワイヤー型 97,100円</b></p> <p>(4)～(22) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ <u>PTAバルーンカテーテル</u></p> <p>a～d (略)</p> <p>e <u>ボディワイヤー型を使用した場合は、一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難である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>ウ～ズ (略)</p> <p>134～149 (略)</p>	<p><b>133 血管内手術用カテーテル</b></p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) PTAバルーンカテーテル</p> <p>①～⑥ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(22) (略)</p> <p>注 ア (略)</p> <p>イ <u>PTAバルーンカテーテル</u></p> <p>a～d (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ～ズ (略)</p> <p>134～149 (略)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>
<p>早360</p>	<p>下から14行目</p>	<p><b>150 ヒト自家移植組織</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><b>(4) 自家培養口腔粘膜上皮</b></p> <p><b>① 採取・培養キット 4,280,000円</b></p> <p><b>② 調製・移植キット 5,470,000円</b></p> <p>注 ア～オ (略)</p> <p>カ <u>自家培養口腔粘膜上皮</u></p> <p>a <u>角膜上皮幹細胞疲弊症であって、重症度Stage II A (結膜癒痕組織の除去(必要に応じて羊膜移植)を行ったにもかかわらず角膜上皮の再建に至らない場合に限る。)、Stage II B又は Stage IIIの患者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。</u></p> <p>b <u>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。</u></p> <p>i <u>眼科の経験を5年以上有しており、角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。</u></p> <p>ii <u>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。</u></p> <p>① <u>自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項</u></p> <p>② <u>角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度判定に関する事項</u></p> <p>③ <u>口腔粘膜組織採取法に関する事項</u></p> <p>④ <u>移植方法に関する事項</u></p> <p>c <u>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。</u></p>	<p><b>150 ヒト自家移植組織</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>注 ア～オ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>

			<p>d <u>ヒト自家移植組織(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重症度を含めた症状詳細を添付する。</u></p>		
		151～211 (略)		151～211 (略)	
早368	下から1行目	<p><b>212 ペプチド由来吸収性局所止血材 1mL当たり13,200円</b></p> <p><b>注</b> <u>ペプチド由来吸収性局所止血材</u></p> <p>ア <u>消化器内視鏡治療における漏出性出血に対して使用する場合であって、出血点の同定が困難かつ止血鉗子による止血が必要である場合に算定できる。なお、使用に当たっては、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。</u></p> <p>イ <u>1回の手術に対し原則として4mLを限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から4mLを超える量を使用する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p> <p>ウ <u>消化器内視鏡検査(生検を実施する場合を含む。)において使用した場合は算定できない。</u></p>	(新設)	字句挿入	
早368	下から1行目	<p><b>213 脳神経減圧術用補綴材 0.1g当たり3,120円</b></p> <p><b>注</b> <u>脳神経減圧術用補綴材</u></p> <p><u>三叉神経痛、片側顔面痙攣及び舌咽神経痛に対する脳神経減圧術において使用した場合に、1回の手術に対し0.3gを限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から0.3gを超える量を使用する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p>	(新設)	字句挿入	
414	右 上から29行目	<p><b>D003 糞便検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはELISA法、FEIA法、金コロイド凝集法、免疫クロマト法又はLA法により、クローン病についてはFEIA法により測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p>	<p><b>D003 糞便検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ELSA法、FEIA法、金コロイド凝集法、免疫クロマト法又はLA法により測定した場合に、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p>	字句挿入	

			<p>ウ 慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助又は病態把握を目的として、本検査及び区分「D313」大腸内視鏡検査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。</p> <p>(5) (略)</p>	<p>ウ 慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分「D313」大腸内視鏡検査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。</p> <p>(5) (略)</p>	字句削除
417	右	下から19行目	<p><b>D004-2 悪性腫瘍組織検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものは、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、次世代シーケンシング等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悪性黒色腫におけるBRAF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 肺癌におけるBRAF遺伝子検査、METex14遺伝子検査、RET融合遺伝子検査</p> <p>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)</p> <p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査</p> <p>(5)～(25) (略)</p>	<p><b>D004-2 悪性腫瘍組織検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものは、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、次世代シーケンシング等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悪性黒色腫におけるBRAF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 肺癌におけるBRAF遺伝子検査、METex14遺伝子検査</p> <p>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)</p> <p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査</p> <p>(5)～(25) (略)</p>	字句挿入
839	右	上から14行目	<p><b>K259 角膜移植術</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>角膜上皮幹細胞疲弊症に対して自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合は本区分の所定点数を準用して算定する。この場合にあっては、「注1」に規定するレーザー使用加算及び「注2」に規定する内皮移植加算は適用しない。</u></p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) <u>自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合については、区分「K423」に掲げる類腫瘍摘出術の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。</u></p>	<p><b>K259 角膜移植術</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 自家培養角膜上皮移植を行った場合は本区分の所定点数を準用して算定する。この場合にあっては、「注1」に規定するレーザー使用加算及び「注2」に規定する内皮移植加算は適用しない。</p> <p>(6) (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>

			<p>(8) <u>自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮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、自家培養口腔粘膜上皮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。</u></p>	(新設)	字句挿入
990	右	下から1行目	<p><b>K939 画像等手術支援加算</b>  (1)～(5) (略)  (6) <u>区分「K169」頭蓋内腫瘍摘出術の「2」その他のもの又は「K171-2」内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術に掲げる手術に当たって、同一手術室内において術中にMRIを撮像した場合は、区分「K939」の「1」ナビゲーションによるもの及び区分「N003」術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</u>  <u>ア 関係学会の定める「術中MRIガイドライン」を遵守する。</u>  <u>イ MRIに係る費用は別に算定できる。</u>  <u>ウ 本区分の「1」の「注」に定める規定は適用しない。</u></p>	<p><b>K939 画像等手術支援加算</b>  (1)～(5) (略)  (新設)</p>	字句挿入
調21	右	下から19行目	<p><b>01 調剤料</b>  <b>※注射薬</b>  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、サトラリズマブ製剤及びビルトラルセン製剤)に限る。</u>  ウ～オ (略)</p>	<p><b>01 調剤料</b>  <b>※注射薬</b>  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)に限る。</u>  ウ～オ (略)</p>	字句挿入