

保医発 0531 第 3 号
令和 3 年 5 月 31 日

地方厚生(支)局医療課長
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)長
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)長

殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公 印 省 略)

「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

今般、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年厚生労働省告示第215号)が公布され、令和3年6月1日から適用されること等に伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正し、同日から適用することとするので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

別添1 「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」(令和2年3月5日保医発0305第1号)の一部改正について

別添2 「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」(令和2年3月5日保医発0305第9号)の一部改正について

別添3 「特定保険医療材料の定義について」(令和2年3月5日保医発0305第12号)の一部改正について

「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」
(令和2年3月5日保医発 0305 第1号)の一部改正について

- 1 別添1の第2章第2部第2節第1款C110-3に次を加える。
 - (4) 舌下神経電気刺激療法指導管理料
 - 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、医師用プログラマ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。
 - イ 区分番号「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「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。
 - ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。
- 2 別添1の第2章第2部第2節第1款C119に次を加える。
 - (5) 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
 - 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。
 - 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。
 - ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。
- 3 別添1の第2章第2部第2節第2款C164を次に改める。
 - (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。
 - (2) 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。)に対して、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。
- 4 別添1の第2章第2部第2節第2款C170に次を加える。
 - (3) 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。)に対して、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。

- 5 別添1の第2章第3部第3節D310(2)中の「「1」のバルーン内視鏡によるもの」を「「1」のバルーン内視鏡によるもの又は(4)の電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡によるもの」に改める。
- 6 別添1の第2章第3部第3節D310に次を加える。
 - (4) 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。
- 7 別添1の第2章第10部第1節第2款K054に次を加える。
 - (3) 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。
- 8 別添1の第2章第10部第1節第2款K057に次を加える。
 - (3) 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。
- 9 別添1の第2章第10部第1節第3款K181-4を次に改める。
 - (1) 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拠すること。
 - (2) 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。
 - 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。
 - イ CPAP療法が不適又は不忍受であること。
 - ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。
 - エ 18歳以上であること。
 - オ BMIが30未満であること。
 - 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。
 - キ 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。
 - (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こと。
- 10 別添1の第2章第10部第1節第9款K697-3に次を加える。
 - (4) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)
 - 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の「ロ」その他のもの及び区分番号「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の「ロ」その他のもの及び区分番号「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。

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。

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こと。

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。
放射線科を標榜している病院であること。

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。

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。

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。

緊急手術が可能な体制を有していること。

オ 本区分の「注」に定める規定は適用しない。

11 別添1の第2章第10部第1節第9款K722に次を加える。

(4) 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。

12 別添1の第2章第10部第1節第9款K735-2を次に改める。

(1) 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こと。

(2) 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。

「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」
(令和2年3月5日保医発0305第9号)の一部改正について

- 1 の3の061(2)中の「骨端用プレート(生体用合金)・患者適合型」を「骨端用プレート(生体用合金)・患者適合型又は変形矯正用患者適合型プレート」に、「患者適合型」を「当該プレート」に改める。
- 2 の3の114(2)中の「房室弁輪部型」を「冠状静脈洞型又は房室弁輪部型」に改める。
- 3 の3に次を加える。
 - 210 植込型舌下神経電気刺激装置
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。
 - (1) 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。
 - (2) CPAP療法が不適又は不忍受であること。
 - (3) 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。
 - (4) 18歳以上であること。
 - (5) BMIが30未満であること。
 - (6) 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。
 - (7) 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。

「特定保険医療材料の定義について」
(令和2年3月5日保医発 0305 第12号)の一部改正について

- 1 別表の の 061(1) 中の「又は「体内固定用ネジ」」を「、「体内固定用ネジ」又は「体内固定器具セット」」に改める。
- 2 別表の の 061(2)中の「及びその他のプレート(8区分)の合計18区分」を「、変形矯正用患者適合型プレート(1区分)及びその他のプレート(8区分)の合計19区分」に改める
- 3 別表の の 061(3)の を とし、 の次に次の を加える。
変形矯正用患者適合型プレート
次のいずれにも該当すること。
ア 橈骨遠位端、上腕骨遠位端又は橈尺骨骨幹部の矯正骨切り術に使用されるプレートであること。
イ 材質がチタン合金であること。
ウ 一端が使用部位の骨の形態に合致した形状であって、手術前に得た画像等により患者の骨に適合するよう設計されたものであること。
エ 患者適合型の変形矯正ガイドと一体として薬事承認を得ていること。
オ 患者適合型の変形矯正ガイドと併せて使用した場合の有用性が臨床成績において評価されていること。
- 4 別表の の 114(2)の「再製造(1区分)の合計8区分」を「再製造(2区分)の合計9区分」に改める。
- 5 別表の の 114(3)の を とし、 の次に次の を加える。
再製造・冠状静脈洞型
次のいずれにも該当すること。
ア 一時ペーシング機能を有するカテーテル電極であること。
イ 心臓電気生理学的検査機能を有すること。
ウ 主として冠状静脈洞部の心臓電気生理学的検査を行うための電極を有し、電極数が6極以上20極未満であること。
エ 心臓電気生理学的検査機能付加型・冠状静脈洞型の再製造品であること。
- 6 別表の に次を加える。
210 植込型舌下神経電気刺激装置
定義
次のいずれにも該当すること。
(1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具(12)理学診療用器具」であって、一般的名称が「舌下神経電気刺激装置」であること。
(2) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、呼吸と同期して舌下神経を刺激し、舌基底部の筋収縮を誘発することで、気道の開存性を改善することを目的として使用する体内植込型舌下神経電気刺激装置であること。