

事 務 連 絡
平成30年5月31日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

「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」の
一部訂正について

標記について、別添のとおり地方厚生（支）局医療課、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）及び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）あて連絡したのでお知らせします。

事務連絡
平成30年5月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
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）

御中

厚生労働省保険局医療課

「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」の
一部訂正について

平成30年3月5日付保医発0305第10号における「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」につきまして、別添のとおり一部訂正がありましたので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等へ周知願います。

I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

006 在宅血液透析用特定保険医療材料

在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記3の~~040~~040に準じる。

3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

021 中心静脈用カテーテル

(1) ガイドワイヤーは、別に算定できない。

(2) 末梢留置型中心静脈カテーテル・特殊型のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているものについては、留置に際して専用のナビゲーションシステムを併用した場合に限り算定できる。

(3) 抗菌型は、区分番号「A 2 3 4 - 2」感染防止対策加算「1」若しくは「2」の施設基準を満たす保険医療機関又は中心静脈ライン関連血流感染（以下「CLABSI」という。）に関するサーベイランスを実施している保険医療機関において、適切な感染防止対策を行った上で、下記のア又はイのいずれかに該当する患者に対し、関連学会が定める適正使用基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。

ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記の a ~ d のいずれかに該当する患者

a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者

b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者

c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者

d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者

イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者

(4) 抗菌型を使用する際には、下記について診療報酬明細書の~~＝~~摘要欄~~＝~~に記載すること。

ア 当該患者の症状詳記及び上記（3）の該当項目

イ 当該患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。）

ウ 上記（3）のイに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関

のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率

056 副木

- (1) 副木は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り算定することができる。他の患者に対し何回も使用し得るもの又は器具と認められる副木について算定することは認められない。
副木には、矯正包帯などに用いる厚紙などは含まない。
- (2) クラメル副子は副木に含まれる。
- (3) 下肢のヒール付ギプス包帯を行った場合のヒールは、特定保険医療材料として算定する。
- (4) クラメル副子、指アルミ副子については、特定保険医療材料として算定し、外転シーネ、腕関節及び指能動副子については、専門技工家の組立その他複雑な製作を要すると考えられるので療養費払いとする。
- (5) 区分番号「K 1 4 4」体外式脊椎固定術のベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用により消耗する程度のものに限り算定できる。

105 デキストラノマー

デキストラノマーは、下腿潰瘍、第~~II~~2度熱傷、第~~III~~3度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らか場合は、3週間）を限度として算定できる。

123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル

熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」又は「体外式ペーシング機能付き・特殊型」を算定する場合は、区分番号「K 5 9 5」経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定~~出来~~できない。

133 血管内手術用カテーテル

- (1) 経皮的脳血管形成術用カテーテルは、頭蓋内血管の経皮的形成術に使用した場合に算定できる。
- (2) 下大静脈留置フィルターセット
ア フィルター、フィルター・デリバリー・カテーテル、ガイドワイヤー、ダイレーター、シース、ローディング・コーン及びローディング・ツールは、別に算定できない。
イ 留置後抜去することを前提としたテンポラリー下大静脈留置フィルターは算定できない。
- (3) 血管内異物除去用カテーテル
ア リードロッキングデバイスについては、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を~~終~~修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

- イ リード抜去スネアセットについては、リード断線等、通常の血管内異物除去用カテーテル大血管用では抜去困難と判断されるリードの抜去を目的として、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じて使用した場合に限り算定できる。
- (4) 血栓除去用カテーテル
- ア 脳血栓除去用は、1回の手術に対し、3本を限度として算定する。
- イ 脳血栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。
- ウ 脳血栓除去用を使用するに当たっては、関係学会の定める実施基準に準じること。
- (5) 塞栓用コイル・コイル・特殊型については、所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定できる。
- (6) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル
- ア ガイドワイヤーの通過が困難な慢性完全閉塞下肢動脈において、経皮的血管形成術を実施した場合に限り算定できる。なお、経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ 内膜下に挿入されたガイドワイヤーを真腔に再疎通させる機能を有するものについては、TASC ~~III~~ II A/B病変であって、病変長が15cmを 越超えない病変において、ガイドワイヤーが偽腔に迷入した場合に限り、1回の手術に当たり1本を上限として算定できる。
- (7) 血管塞栓用プラグ
- ア 心臓及び頭蓋内血管を除く、動静脈奇形、瘤、動静脈瘻等の異常血管、出血性病変、肝臓腫瘍の栄養血管のうち、直径2mm以上の血管に使用した場合に算定できる。なお、患者の血管病変部の所見（直径を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ プッシャーワイヤー及びローダーは別に算定できない。
- (8) 交換用カテーテルは、1回の手術に対し、1本を限度として算定する。
- (9) 体温調節用カテーテル
- ア 投薬のみを目的として使用した場合は算定できない。
- イ 発熱管理型は、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害に伴う発熱患者に対し、体温調節の補助として使用した場合に限り算定できる。
- ウ 体温管理型は、目標体温を35℃以下として体温管理を行った場合に限り算定できる。
- (10) 脳血管用ステントセットは以下のいずれかの目的で使用した場合に限り算定できる。
- ア 血管形成術時に生じた血管解離、急性閉塞又は切迫閉塞に対する緊急処置
- イ 他に有効な治療法がないと判断される血管形成術後の再治療
- (11) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム
- ア 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムは、1回の手術に当たり原則として1個を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムは、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ウ 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムを使用するに当たっては、日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会及び日本脳神経血管内治療学会作成の「頭蓋内動脈ステント（脳動脈瘤治療用Flow Diverter）適正使用指針」を遵守すること。

144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器

(1) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器は、施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関において、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。ただし、薬事承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

ア a 又は b の基準を全て満たすこと。

- a
 - i NYHAクラスⅡ
 - ii 左室駆出率30%以下
 - iii QRS幅150ms以上
 - iv 左脚ブロック
 - v 洞調律
- b
 - i NYHAクラスⅢ又はⅣ
 - ii 左室駆出率35%以下
 - iii QRS幅120ms以上

イ 次のいずれかに該当すること。

- a 致死性不整脈による心停止に伴う意識消失の既往を有する患者
- b 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の既往を有する患者
- c 非持続性心室頻拍が確認され、かつ電気生理学的検査により心室頻拍又は心室細動が誘発される患者

(2) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

146 大動脈用ステントグラフト

(1) 腹部大動脈用ステントグラフトは腹部大動脈瘤に対して外科手術による治療が第一選択とならない患者で、かつ、当該材料の解剖学的適応を満たす患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合にのみ算定できる。

なお、腹部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。また、腹部大動脈瘤の治療を目的とした外科手術を比較的安全に行うことが可能な患者に対しては、外科手術を第一選択として治療方法を選択すること。算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に外科手術が第一選択とならない旨及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

(2) 胸部大動脈用ステントグラフトは、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。なお、以下の場合には1回の手術に対して2個を限度として算定して差し

支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。また、胸部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。

ア 1個のステントグラフトで治療が可能な長さを超えるため、複数個の使用が必要な場合

イ 中枢側及び末梢側の固定部位の血管径が異なり、1個のステントグラフトで許容できる範囲を超えるため、複数個の組み合わせによる使用が必要な場合

- (3) 胸部大動脈用ステントグラフトの血管分岐部対応型は、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等の主要血管分岐部を含む部位に使用した場合に算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する主要分岐血管名を記載すること。
- (4) 大動脈解離用ステントグラフトは、当該材料の解剖学的適応を満たす合併症を有する急性期Stanford B型大動脈解離を有する患者のうち、内科的治療が奏効しない患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合に限り算定できる。なお、大動脈解離用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。
- (5) 大動脈解離用ステントグラフト（メイン部分）、大動脈解離用ステントグラフト（補助部分）及び大動脈解離用ステントグラフト（ベアステント）は、1回の手術に対し、それぞれ1個を限度として算定する。なお、ベアステントについては、複数個のベアステントによる治療が必要である場合、2個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

150 ヒト自家移植組織

- (1) 自家培養表皮（重~~傷~~熱傷に対し使用する場合）

ア 自家植皮のための患皮面積が確保できない重篤な広範囲熱傷で、かつ、受傷面積として深達性~~Ⅱ~~Ⅱ度熱傷創及び~~Ⅲ~~Ⅲ度熱傷創の合計面積が体表面積の30%以上の熱傷の場合であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、一連につき40枚を限度として算定する。ただし、医学的に必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で50枚を限度として算定できる。

イ 深達性~~Ⅱ~~Ⅱ度熱傷創への使用は、~~Ⅲ~~Ⅲ度熱傷と深達性~~Ⅱ~~Ⅱ度熱傷が混在し、分けて治療することが困難な場合に限る。

ウ 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において実施すること。

エ ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

- (2) 自家培養表皮（先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合）

ア 調製・移植キットについては、先天性巨大色素性母斑を切除した後の創部であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、原則として、一連の治療計画につき30枚を限度として算定する。

イ 採取・培養キットについては、一連の治療計画の初回治療月に＝1回に限り算定できる。

ウ ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を先天性巨大色素性母斑の治療を目的として使用した場合は、診療報酬請求に当たって、他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該保険医療材料を使用する必要があった理由が記載された症状詳記を診療報酬明細書に添付する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。

a 治療開始年月及び治療終了予定年月

b 治療間隔及び回数

(3) 自家培養軟骨

ア 膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）で、他に治療法がなく、かつ、軟骨欠損面積が4 cm²以上の軟骨欠損部位に使用する場合にのみ算定できる。

イ 使用した個数、大きさにかかわらず、所定の価格を算定する。

ウ 当該材料は、以下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。

a 整形外科の経験を5年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

b 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。

i 当該材料の適応に関する事項

ii 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

iii 軟骨採取法に関する事項

iv 周術期管理に関する事項

v 合併症への対策に関する事項

vi リハビリテーションに関する事項

vii 全例調査方法に関する事項

viii 手術方法に関する事項（当該材料に類似した人工物を用いた手技を含む。）

エ ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を添付すること。

155 植込型心電図記録計

(1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

(2) 潜在性脳梗塞患者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

及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

II 算定方法告示別表第二歯科診療報酬点数表に関する事項

(別紙)

告示名	略称
060 固定用内副子 (スクリユー)	
(1) 一般スクリユー (生体用合金Ⅰ)・標準型	固定用内副子・F A - 1
(1-2) 一般スクリユー (生体用合金Ⅰ)・特殊型	固定用内副子・F A - 1 - 2
(2) 一般スクリユー (生体用合金Ⅱ)	固定用内副子・F A - 2
(3) 一般スクリユー (アルミナセラミック)	固定用内副子・F A - 3
(4) 中空スクリユー・S	固定用内副子・F B - 1 - S
(5) 中空スクリユー・L	固定用内副子・F B - 1 - L
(6) その他のスクリユー	
① 標準型・小型スクリユー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	固定用内副子・F 1 - a
② 特殊型・軟骨及び軟部組織用・特殊固定用アンカー	固定用内副子・F 1 - b - 2 - 2
⊕③ 特殊型・軟骨及び軟部組織用・座金型	固定用内副子・F 1 - b - 3
⊕④ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・大腿骨頸部用	固定用内副子・F 1 - c - 1
⊕⑤ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・一般用	固定用内副子・F 1 - c - 2
⊕⑥ 特殊型・義眼等人工物固定用	固定用内副子・F 1 - d