

保医発 0930 第 7 号
令和 6 年 9 月 30 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、下記の通知の一部を別添のとおり改正し、令和 6 年 10 月 1 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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）の一部改正について
- 別添 2 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号）の一部改正について
- 別添 3 「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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）の一部改正について
- 別添 4 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 11 号）の一部改正について
- 別添 5 「特定保険医療材料の定義について」（令和 6 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6年3月5日保医発0305第4号)の一部改正について

- 1 別添1の第2章第10部第1節第1款K009を次に改める。

K009 皮膚剥削術

皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。また、非外科的治療が無効又は適応とならない白斑の治療を目的とした自家培養表皮移植の前処置として行う際には、グラインダー、炭酸ガスレーザー、超音波手術器、エルビウム・ヤグレーザ及び水圧式ナイフ等で剥削した場合に算定できる。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号) の一部改正について

- 1 別添 1 の第 56 の 2 の 4 の 1 (4) を次に改める。
 - (4) 当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること(ただし、自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治癒の促進に用いるものとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合を除く。)

「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6年3月5日保医発0305第8号)の一部改正について

1 Iの3の150の(7)の次に次を加える。

(8) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する
場合)

ア 非外科的治療が無効又は適応とならない白斑患者のうち、12歳以上の患者に対して使用した場合に限り算定できる。

イ 調製・移植キットについては、非外科的治療が無効又は適応とならない白斑を切除した後の創部に対して、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40枚を限度として算定する。ただし、医学的に必要な場合は、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。

ウ 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

エ 次のいずれにも該当する医師が術者として使用した場合に限り算定する。

a 皮膚科又は形成外科の経験を5年以上有していること。

b 「K014」皮膚移植術(生体・培養)を術者として3例以上実施した経験を有する常勤の医師又は「K014」皮膚移植術(生体・培養)を術者として3例以上実施した経験を有する医師の指導下で当該手術を実施する常勤の医師であること。

オ 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する
場合)を使用することについて、医療上の必要性及び合併症等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ 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。

キ 診療報酬明細書の摘要欄に、非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する
場合)の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。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あわせて記載すること。

a 治療開始年月及び治療終了予定年月

b 治療間隔(日数)及び治療回数

c 一連の治療において使用することを計画している枚数

「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
 (令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 11 号) の一部改正について

1 別表 1 の I の「画像診断」の「フロルベタベン (¹⁸F) 注射剤合成装置」の項を次のように改める。

| 特定診療報酬算定医療機器の区分 | 定義 | | その他の条件 | 対応する診療報酬項目 | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| | 薬事承認上の位置付け | | | | |
| | 類別 | 一般的名称 | | | |
| フロルベタベン (¹⁸ F) 又はフルテメタモル (¹⁸ F) 注射剤合成装置 | 機械器具 (10) 放射性物質診療用器具 | 放射性医薬品合成設備 | レカネマブ (遺伝子組換え) 製剤の投与の要否を判断する目的で実施されるアミロイド PET に使用するフロルベタベン (¹⁸ F) 又はフルテメタモル (¹⁸ F) 注射剤を合成可能なもの | E101-2 | ポジトロン断層撮影 5 アミロイド PET イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき) |
| | | | | E101-3 | ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (一連の検査につき) 4 アミロイド PET イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき) |
| | | | | E101-4 | ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (一連の検査につき) 3 アミロイド PET イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき) |

「特定保険医療材料の定義について」（令和6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Ⅱの078（3）⑥エ中の「コラーゲン」を「コラーゲン又はゼラチン」に改める。
- 2 別表のⅡの150（1）中の「「ヒト（自己）表皮由来細胞シート」、「ヒト（自己）軟骨由来組織」」を「「ヒト（自己）表皮由来細胞シート」、「メラノサイト含有ヒト（自己）表皮由来細胞シート」「ヒト（自己）軟骨由来組織」」に改める。
- 3 別表のⅡの191（1）②ア中の「病変がある対象病変長」を「病変があるステント内再狭窄病変若しくは対象病変長」に、イ中の「病変がある対象病変長」を「病変があるステント内再狭窄病変又は対象病変長」に改める。

(別添1参考)

「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6年3月5日保医発0305第4号)の一部改正について
(傍線の部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部～第9部 (略) 第10部 手術 1～26 (略) 第1節 手術料 第1款 皮膚・皮下組織 K001～K007-3 (略) K009 皮膚剥削術 皮膚剥削術(グラインダーで皮膚を剥削する手術)は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。 また、<u>非外科的治療が無効又は適応とならない白斑の治療を目的とした自家培養表皮移植の前処置として行う際には、 グラインダー、炭酸ガスレーザー、超音波手術器、エルビウム・ヤグレーザ及び水圧式ナイフ等で剥削した場合に算定できる。</u>なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。 K010～K022-3 (略) 第2款～第13款 (略) 第2節・第3節 (略) 第11部～第14部 (略)</p> | <p>別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部～第9部 (略) 第10部 手術 1～26 (略) 第1節 手術料 第1款 皮膚・皮下組織 K001～K007-3 (略) K009 皮膚剥削術 皮膚剥削術(グラインダーで皮膚を剥削する手術)は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。 なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。 K010～K022-3 (略) 第2款～第13款 (略) 第2節・第3節 (略) 第11部～第14部 (略)</p> |

第3章 (略)

第3章 (略)

(別添2参考)

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和6年3月5日保医発0305第6号)の一部改正について

(傍線の部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>別添1 特掲診療料の施設基準等 第1～第56の2の3 (略) 第56の2の4 多血小板血漿処置 1 多血小板血漿処置の施設基準 (1)～(3) (略) (4) 当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること <u>(ただし、自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治癒の促進に用いるものとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合を除く。)</u> (5) (略) 2 (略) 第56の3～第107 (略)</p> | <p>別添1 特掲診療料の施設基準等 第1～第56の2の3 (略) 第56の2の4 多血小板血漿処置 1 多血小板血漿処置の施設基準 (1)～(3) (略) (4) 当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。 (5) (略) 2 (略) 第56の3～第107 (略)</p> |

(別添3参考)

「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6年3月5日保医発0305第8号)の一部改正について
(傍線の部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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</p> <p>1・2 (略)</p> <p>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</p> <p>001~149 (略)</p> <p>150 ヒト自家移植組織</p> <p>(1)~(7) (略)</p> <p><u>(8) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)</u></p> <p><u>ア 非外科的治療が無効又は適応とならない白斑患者のうち、12歳以上の患者に対して使用した場合に限り算定できる。</u></p> <p><u>イ 調製・移植キットについては、非外科的治療が無効又は適応とならない白斑を切除した後の創部に対して、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40枚を限度として算定する。ただし、医学的に必要な場合は、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。</u></p> <p><u>ウ 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。</u></p> <p><u>エ 次のいずれにも該当する医師が術者として使用した場合に限り算定する。</u></p> <p><u>a 皮膚科又は形成外科の経験を5年以上有していること。</u></p> | <p>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</p> <p>1・2 (略)</p> <p>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</p> <p>001~149 (略)</p> <p>150 ヒト自家移植組織</p> <p>(1)~(7) (略)</p> <p>(新設)</p> |

b 「K014」皮膚移植術（生体・培養）を術者として3例以上実施した経験を有する常勤の医師又は「K014」皮膚移植術（生体・培養）を術者として3例以上実施した経験を有する医師の指導下で当該手術を実施する常勤の医師であること。

オ 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）を使用することについて、医療上の必要性及び合併症等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ 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。

キ 診療報酬明細書の摘要欄に、非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。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あわせて記載すること。

a 治療開始年月及び治療終了予定年月

b 治療間隔（日数）及び治療回数

c 一連の治療において使用することを計画している枚数

151～229 （略）

4～6 （略）

Ⅱ～Ⅳ （略）

151～229 （略）

4～6 （略）

Ⅱ～Ⅳ （略）

(別添4参考)

「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(令和6年3月5日保医発0305第11号)の一部改正について

(傍線の部分は改正部分)

| 改正後 | | | | | 改正前 | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| (別表1) I 医科点数表関係 医学管理等～検査 (略) 画像診断 | | | | | (別表1) I 医科点数表関係 医学管理等～検査 (略) 画像診断 | | | | | | |
| 特定診療報酬算定医療機器の区分 | 定義 | | その他の条件 | 対応する診療報酬項目 | | 特定診療報酬算定医療機器の区分 | 定義 | | その他の条件 | 対応する診療報酬項目 | |
| | 薬事承認上の位置付け | 一般的名称 | | | | | 薬事承認上の位置付け | 一般的名称 | | | |
| | 類別 | 一般的名称 | | | | | 類別 | 一般的名称 | | | |
| フロルベ タベン ^(18F) 又は フルテメ タモル ^(18F) 注射剤 合成装置 | 機械器具(10) 放射性物質 診療用 器具 | 放射性医薬 品合成設備 | レカネマ ブ(遺伝 子組換え)製剤の 投与の要 否を判断 する目的 で実施さ れるアミ ロイドP ETに使 用するフ ロルベ タベン ^(18F) 又はフル テメタモ ル ^(18F) 注 | E 101-2 | ポジト ロン断層 撮影 5 アミ ロイドP ETイメ ージング 剤を用 いた場合 (一連の 検査につ き) | フロルベ タベン ^(18F) 注射剤 合成装置 | 機械器具(10) 放射性物質 診療用 器具 | 放射性医薬 品合成設備 | レカネマ ブ(遺伝 子組換え)製剤の 投与の要 否を判断 する目的 で実施さ れるアミ ロイドP ETに使 用するフ ロルベ タベン ^(18F) 注射剤を 合成可能 なもの | E 101-2 | ポジト ロン断層 撮影 5 アミ ロイドP ETイメ ージング 剤を用 いた場合 (一連の 検査につ き) |
| | | | | E 101-3 | ポジト ロン断層・ コンピュー ター断 層複合撮 | | | | | (新設) | (新設) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|------------|---------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|------|--|--|--|--|------|
| | | | 射剤を合成可能なもの | | 影（一連の検査につき） 4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | E 101-4 | ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） | | | | | | | | | (新設) | | | | | (新設) |
| 注射～放射線治療（略） II 歯科点数表関係（略） | | | | | | | | | | 注射～放射線治療（略） II 歯科点数表関係（略） | | | | | | | | | |

(別添5参考)

「特定保険医療材料の定義について」(令和6年3月5日保医発0305第12号)の一部改正について

(傍線の部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(別表)</p> <p>I (略)</p> <p>II 医科点数表の第2章第1部、第3部から第6部まで及び第9部から第12部まで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>001～077</p> <p>078 人工骨</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>①～③ (略)</p> <p>⑥ 汎用型・吸収型(多孔体・蛋白質配合型)</p> <p>次のアからエまでに該当すること。ただし、ヒト同種骨組織由来の材料については、次のアからオまでに該当すること。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>コラーゲン又はゼラチン</u>が配合されていること。</p> <p>オ (略)</p> <p>⑦～⑱ 略</p> <p>079～149 (略)</p> <p>150 ヒト自家移植組織</p> <p>(1) 定義</p> <p>薬事承認又は認証上、類別が「ヒト細胞加工製品(1)ヒト体細胞加工製品」又は「ヒト細胞加工製品(2)ヒト体性幹細胞加工製品」であって、一般的名称が「ヒト(自己)表皮由来細胞シ</p> | <p>(別表)</p> <p>I (略)</p> <p>II 医科点数表の第2章第1部、第3部から第6部まで及び第9部から第12部まで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>001～077</p> <p>078 人工骨</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>①～③ (略)</p> <p>⑥ 汎用型・吸収型(多孔体・蛋白質配合型)</p> <p>次のアからエまでに該当すること。ただし、ヒト同種骨組織由来の材料については、次のアからオまでに該当すること。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ コラーゲンが配合されていること。</p> <p>オ (略)</p> <p>⑦～⑱ 略</p> <p>079～149 (略)</p> <p>150 ヒト自家移植組織</p> <p>(1) 定義</p> <p>薬事承認又は認証上、類別が「ヒト細胞加工製品(1)ヒト体細胞加工製品」又は「ヒト細胞加工製品(2)ヒト体性幹細胞加工製品」であって、一般的名称が「ヒト(自己)表皮由来細胞シ</p> |

ート」、「メラノサイト含有ヒト（自己）表皮由来細胞シート」
、「ヒト（自己）軟骨由来組織」、「ヒト（自己）角膜輪部由来
角膜上皮細胞シート」、「ヒト（自己）口腔粘膜由来上皮細胞シ
ート」又は「ヒト羊膜基質使用ヒト（自己）口腔粘膜由来上皮細
胞シート」であること。

(2)・(3) (略)

151～190

191 末梢血管用ステントグラフト

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

① (略)

② 次のいずれかに該当すること。

ア 胸部、腹部、骨盤内の動脈（大動脈、冠動脈、腕頭動脈
、頸動脈、椎骨動脈及び肺動脈を除く。）に対し、外傷
性若しくは医原性血管損傷の止血を目的に又は浅大腿動脈
に病変があるステント内再狭窄病変若しくは対象病変長 1
0 cm以上の症候性末梢動脈疾患に対し、血管内腔の確保を
目的に経血管的に挿入され、体内に留置するものであるこ
と。

イ 浅大腿動脈に病変があるステント内再狭窄病変又は対象
病変長 10 cm以上の症候性末梢動脈疾患に対し、血管内腔
の確保を目的に経血管的に挿入され、体内に留置するもの
であること。

ウ～オ 略

192～229 (略)

III～IX (略)

ート」、「ヒト（自己）軟骨由来組織」、「ヒト（自己）角膜輪
部由来角膜上皮細胞シート」、「ヒト（自己）口腔粘膜由来上皮
細胞シート」又は「ヒト羊膜基質使用ヒト（自己）口腔粘膜由来
上皮細胞シート」であること。

(2)・(3) (略)

151～190

191 末梢血管用ステントグラフト

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

① (略)

② 次のいずれかに該当すること。

ア 胸部、腹部、骨盤内の動脈（大動脈、冠動脈、腕頭動脈
、頸動脈、椎骨動脈及び肺動脈を除く。）に対し、外傷
性若しくは医原性血管損傷の止血を目的に又は浅大腿動脈
に病変がある対象病変長 10 cm以上の症候性末梢動脈疾患
に対し、血管内腔の確保を目的に経血管的に挿入され、体
内に留置するものであること。

イ 浅大腿動脈に病変がある対象病変長 10 cm以上の症候性
末梢動脈疾患に対し、血管内腔の確保を目的に経血管的に
挿入され、体内に留置するものであること。

ウ～オ 略

192～229 (略)

III～IX (略)