



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 K 0 0 9 を次に改める。

K 0 0 9 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、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 「K 0 1 4」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「K 0 1 4」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 ( $^{18}\text{F}$ ) 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			対 応 す る 診 療 報 酬 項 目	
	薬事承認上の位置付け		その他の条件		
	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 PET に使用するフ ロルベタベン (18F) 又はフルテメタモ ル (18F) 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 P E T 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 P E T 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 P E T 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
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 K 0 0 1～K 0 0 7－3 (略) K 0 0 9 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。 <u>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、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。 K 0 1 0～K 0 2 2－3 (略) 第 2 款～第 13 款 (略) 第 2 節・第 3 節 (略) 第 11 部～第 14 部 (略)	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 K 0 0 1～K 0 0 7－3 (略) K 0 0 9 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。  K 0 1 0～K 0 2 2－3 (略) 第 2 款～第 13 款 (略) 第 2 節・第 3 節 (略) 第 11 部～第 14 部 (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
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)	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)

(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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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>

<p><u>b 「K O 1 4」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「K O 1 4」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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>a 治療開始年月及び治療終了予定年月</u></p> <p><u>b 治療間隔（日数）及び治療回数</u></p> <p><u>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</u></p>	
<p>151～229 （略）</p> <p>4～6 （略）</p> <p>Ⅱ～Ⅳ （略）</p>	<p>151～229 （略）</p> <p>4～6 （略）</p> <p>Ⅱ～Ⅳ （略）</p>

(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			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			対応する診療報酬項目	
	薬事承認上の位置付け		その他の 条件				薬事承認上の位置付け		その他の 条件		
	類別	一般的名称					類別	一般的名称			
フロルベ タベン <sup>(18F)</sup> 又は フルテメ タモル <sup>(18F)</sup> 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 <sup>(18F)</sup> 又はフル テメタモ ル <sup>(18F)</sup> 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 <sup>(18F)</sup> 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 <sup>(18F)</sup> 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
(別表) Ⅰ (略) 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 001～077 078 人工骨 (1)・(2) (略) (3) 機能区分の定義 ①～③ (略) ⑥ 汎用型・吸収型(多孔体・蛋白質配合型) 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。 ア～ウ (略) エ コラーゲン又はゼラチンが配合されていること。 オ (略) ⑦～⑱ 略 079～149 (略) 150 ヒト自家移植組織 (1) 定義 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	(別表) Ⅰ (略) 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 001～077 078 人工骨 (1)・(2) (略) (3) 機能区分の定義 ①～③ (略) ⑥ 汎用型・吸収型(多孔体・蛋白質配合型) 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。 ア～ウ (略) エ コラーゲンが配合されていること。 オ (略) ⑦～⑱ 略 079～149 (略) 150 ヒト自家移植組織 (1) 定義 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

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)