

日医発第 1019 号(保 207)
平成 27 年 1 月 14 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
横倉 義 武

材料価格基準の一部改正等について

平成 26 年 12 月 26 日付厚生労働省告示第 498 号をもって材料価格基準の一部が改正されるとともに、平成 26 年 12 月 26 日付保医発 1226 第 2 号厚生労働省保険局医療課長通知（以下、本通知という。）をもって「特定保険医療材料の定義について」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）の一部が改正され、平成 27 年 1 月 1 日から適用されました。

今回の改正は、別途ご連絡申し上げました「医療機器の保険適用について」（平成 26 年 12 月 26 日付保医発 1226 第 3 号）の 19 ページに掲載されている医療機器が区分 C 1 として保険適用されたことによるものです。（平成 27 年 1 月 14 日付 日医発第 1020 号（保 208）をご参照下さい。）

つきましては、今般発出された告示・通知による改正内容について、貴会会員に周知くださるようお願い申し上げます。

なお、今回の材料価格基準の改正につきましては、日本医師会雑誌 3 月号に掲載を予定しております。また、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「新たに保険適用が認められた検査・医療機器等」に掲載いたします。

（添付資料）

1. 官報(平 26. 12. 26 第 6443 号 抜粋)
2. 「特定保険医療材料の定義について」の一部改正について
(平 26. 12. 26 保医発 1226 第 2 号 厚生労働省保険局医療課長通知)
3. 新たに機能区分及び保険償還価格が設定された医療機器 (日本医師会医療保険課)

○厚生労働省告示第四百九十八号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次のように改正し、平成二十七年一月一日から適用する。

平成二十六年十二月二十六日

別表Ⅱ区分112(9)を次のように改める。

厚生労働大臣 塩崎 恭久

(9) フリフリチャップ（Ⅲ型）

- ① 標準型 1,620,000円
- ② 自動調整機能付き 1,690,000円

保医発1226第2号
平成26年12月26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)

「特定保険医療材料の定義について」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)(平成20年厚生労働省告示第61号)」の一部が平成26年厚生労働省告示第498号をもって改正され、平成27年1月1日から適用することとされたことに伴い、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。

- 1 別表のⅡの112(2)の⑦の次に次のように加える。
 - ⑧ 右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。

- 2 別表のⅡの112(3)の⑦のエ中「⑧及び⑫」を「⑧、⑫及び⑬」に、同⑧のオ中「⑫」を「⑫及び⑬」に、同⑫中「トリプルチャンバ(Ⅲ型)」を「トリプルチャンバ(Ⅲ型)・標準型」に改め、同⑫のオの次に次のように加える。
 - カ ⑬に該当しないこと。

- 3 別表のⅡの112(3)の⑫の次に次のように加える。
 - ⑬ トリプルチャンバ(Ⅲ型)・自動調整機能付き
次のいずれにも該当すること。
 - ア トリプルチャンバ型(心房及び両心室でセンシング又はペーシングを行うものをいう。)であること。
 - イ レート応答機能及び上室性頻拍抑止機能を有するものであること。
 - ウ 房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能を有しないものであること。
 - エ 抗上室性頻拍ペーシング治療機能を有するものであること。
 - オ 胸郭抵抗モニタリング機能を有するものであること。
 - カ 右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。

(参考)

「特定保険医療材料の定義について」(平成26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	現 行
<p>(別表)</p> <p>I (略)</p> <p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11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</p> <p>001～111 (略)</p> <p>112 ペースメーカー</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 機能区分の考え方</p> <p>ペースメーカーは、次に規定する機能の有無等により <u>13</u> 区分に区分する。</p> <p>①～⑦ (略)</p> <p><u>⑧ 右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。</u></p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>①～⑥ (略)</p> <p>⑦トリプルチャンバ(I型)・標準型</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>⑧、⑫及び⑬</u>に該当しないものであること。</p> <p>⑧トリプルチャンバ(I型)・極性可変型</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ <u>⑫及び⑬</u>に該当しないものであること。</p>	<p>(別表)</p> <p>I (略)</p> <p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11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</p> <p>001～111 (略)</p> <p>112 ペースメーカー</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 機能区分の考え方</p> <p>ペースメーカーは、次に規定する機能の有無等により <u>12</u> 区分に区分する。</p> <p>①～⑦ (略)</p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>①～⑥ (略)</p> <p>⑦トリプルチャンバ(I型)・標準型</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>⑧及び⑫</u>に該当しないものであること。</p> <p>⑧トリプルチャンバ(I型)・極性可変型</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ <u>⑫</u>に該当しないものであること。</p>

⑨～⑪ (略)

⑫トリプルチャンバ(Ⅲ型)・標準型

次のいずれにも該当すること。

ア～オ (略)

カ ⑬に該当しないこと。

⑬トリプルチャンバ(Ⅲ型)・自動調整機能付き

次のいずれにも該当すること。

ア トリプルチャンバ型(心房及び両心室でセンシング又はペーシングを行うものをいう。)であること。

イ レート応答機能及び上室性頻拍抑止機能を有するものであること。

ウ 房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能を有しないものであること。

エ 抗上室性頻拍ペーシング治療機能を有するものであること。

オ 胸郭抵抗モニタリング機能を有するものであること。

カ 右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。

Ⅲ～Ⅺ (略)

⑨～⑪ (略)

⑫トリプルチャンバ(Ⅲ型)

次のいずれにも該当すること。

ア～オ (略)

Ⅲ～Ⅺ (略)

新たに機能区分及び保険償還価格が設定された医療機器 (平成 27 年 1 月 1 日適用)

ペースメーカー（トリプルチャンバ（Ⅲ型） 自動調整機能付き）

【販売名】 メドトロニック Viva CRT-P（日本メドトロニック株式会社）

〔決定区分〕

C 1

〔保険償還価格〕

1,690,000 円

〔決定機能区分〕

112 ペースメーカー (9)トリプルチャンバ（Ⅲ型） ②自動調整機能付き

〔主な使用目的〕

本品は、十分な薬物療法にもかかわらず改善のみられない、QRS 幅が 120ms 以上及び左室駆出率 35% 以下を伴う重症心不全（NYHA クラスⅢ又はⅣ）に対する病状改善を目的とする。

<関連する告示・通知の改正>

- (1) 「材料価格基準」（平成 20 年 3 月 5 日付厚生労働省告示第 61 号）の一部改正（平成 26 年 12 月 26 日 厚生労働省告示第 498 号）

「材料価格基準」の別表Ⅱの区分 112 を次のように改める。

112 ペースメーカー	
(1)～(8) (略)	
(9) トリプルチャンバ（Ⅲ型）	
① 標準型	1,620,000 円
② 自動調整機能付き	1,690,000 円

(改正箇所下線部)

- (2) 「特定保険医療材料の定義について」（平成 26 年 3 月 5 日付保医発 0305 第 8 号）の一部改正（平成 26 年 12 月 26 日 保医発 1226 第 2 号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅱの区分 112 を次のように改める。

112 ペースメーカー	
(1) (略)	
(2) 機能区分の考え方	
ペースメーカーは、次に規定する機能の有無等により <u>13</u> 区分に区分する。	
①～⑦ (略)	
⑧ <u>右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。</u>	
(3) 機能区分の定義	
①～⑥ (略)	
⑦トリプルチャンバ（Ⅰ型）・標準型	
次のいずれにも該当すること。	
ア～ウ (略)	
エ <u>⑧、⑫及び⑬</u> に該当しないものであること。	
⑧トリプルチャンバ（Ⅰ型）・極性可変型	
ア～エ (略)	
オ <u>⑫及び⑬</u> に該当しないものであること。	
⑨～⑪ (略)	
<u>⑫トリプルチャンバ（Ⅲ型）・標準型</u>	
次のいずれにも該当すること。	

ア～オ (略)

カ ⑬に該当しないこと。

⑬トリプルチャンバ(Ⅲ型)・自動調整機能付き

次のいずれにも該当すること。

ア トリプルチャンバ型(心房及び両心室でセンシング又はペーシングを行うものをいう)であること。

イ レート応答機能及び上室性頻拍抑止機能を有するものであること。

ウ 房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能を有しないものであること。

エ 抗上室性頻拍ペーシング治療機能を有するものであること。

オ 胸郭抵抗モニタリング機能を有するものであること。

カ 右室同期左室単独ペーシング機能及びペーシング間隔自動調整機能を有するものであること。

(改正箇所下線部)

(日本医師会医療保険課)