

ゴア® バイアバーン® スtentグラフト

人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療

保険適用Q&A

特定保険医療材料 分野名:191 末梢血管用stentグラフト

機能区分名	保険償還価格	製品名	stentグラフト長	対象疾患
(1)標準型	322,000円	ゴア® バイアバーン® stentグラフト	2.5 cm / 5 cm / 7.5 cm / 10 cm	人工血管内シャントの 静脈側吻合部狭窄

令和4年4月1日時点

Q&A

Q1 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄に対してバイアバーン® stentグラフトを留置する場合、1回の手術で、最大何本保険で算定できますか？

A 標準型1本を上限に算定できます。

Q2 1回の手技でガイドワイヤーおよび・またはPTAバルーンカテーテルを2本算定できますか？

A 関連通知において、本数の制限に関する言及はございません。個別の事例に対する保険適用の詳細につきましては、管轄の厚生局等にご確認いただくようお願いいたします。

Q3 バイアバーン® stentグラフトを新規狭窄病変に留置した場合も保険で算定できますか？

A 新規狭窄病変は、人工血管内シャントの静脈側吻合部において、術中に適切な径のバルーンで完全拡張できたにもかかわらず、リコイルし理学的所見が改善しない場合に算定の対象となります。

バイアバーン® stentグラフトは、「人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄又は閉塞に対するゴア® バイアバーン® stentグラフトの適正使用指針」の「3. 対象患者指針」に記載のある、原則、バルーン拡張術では長期開存が期待できない以下のいずれかの病変に留置した場合に算定できます。

- 人工血管内シャントの静脈側吻合部において、術中にリコイルを来す病変
— 適切な径のバルーンで完全拡張できたにもかかわらず、リコイルし理学的所見が改善しない場合
- 人工血管内シャントの静脈側吻合部における再狭窄・再閉塞病変

なお、バイアバーン® stentグラフトは、人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄または閉塞の治療に用いるものとして承認されました。人工血管内シャントの動脈側吻合部には使用できませんのでご注意ください。

Q4 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄に対してバイアバーン® stentグラフトを留置する場合、手技料は何を請求すればよいですか？

A 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄に対して、末梢血管用stentグラフトを留置する場合の手技料が新設されました。以下の手技料で請求してください。

K616-7 stentグラフト内挿術(シャント) 12,000点 注:手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない。

Q5 手技料「K616-7」stentグラフト内挿術(シャント)の、算定の回数に関する制限はありますか？

A 関連通知において、回数の制限に関する言及はございません。

Q6 DPC対象病院および診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄に対してバイアバーン® スtentグラフトを留置する場合は、「A400短期滞在手術等基本料3」の算定に該当しますか？

A 手技料「K616-7」は、「A400短期滞在手術等基本料3」に規定される手術に該当しないことから、出来高請求となることが想定されておりますが、個別の事例に対する保険適用の詳細につきましては、管轄の厚生局等にご確認いただくようお願いいたします。

Q7 診療報酬請求の際に添付が必要な書類は何ですか。

A 術者に関する、以下の3点の書類です。

- ① 専門医の証明書の写し(透析専門医、IVR専門医、心臓血管外科専門医、心血管インターベンション認定医、日本血管外科学会認定血管内治療医、日本透析アクセス医学会 VA 血管内治療認定医)、または浅大腿動脈stentグラフト実施医審査終了証の写し
- ② 日本ゴア合同会社が行う人工血管内シャント吻合部狭窄治療に関するワークショップ終了証の写し
- ③ 実施した「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の、100例以上の症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)

症例一覧表(例)

番号	実施年月日	手術名	患者の性別	年齢	主病名
1	○年○月○日	経皮的右前腕内シャント吻合部狭窄拡張術	○	○	右前腕内シャント閉塞症
...	○年○月○日	経皮的左上腕人工血管流出部狭窄拡張術	○	○	左上腕人工血管閉塞症
100	○年○月○日	経皮的右前腕内シャント血栓除去術	○	○	右前腕内シャント血栓性閉塞症

診療報酬明細書 記載上の留意点

保険算定に関する留意事項等*をご参照の上、特に以下の点にご留意ください。

- (1) 診療報酬明細書の摘要欄に、**末梢血管用stentグラフトを使用した理由及び医学的な根拠**を詳細に記載してください。
- (2) 人工血管内シャント吻合部狭窄治療に使用した場合は、**術者の資格と経験を証明する書類**を添付してください(Q&A Q7参照)。

本資料は、令和4年3月4日保医発0304第1号、及び令和4年3月4日保医発0304第9号に基づいて作成しておりますが、弊社は本資料により個別の事例に対する保険適用に関する確定的な判断を提供するものではありません。

関連通知等の解釈等及び個別の事例に対する保険適用の詳細につきましては、管轄の厚生局等にご確認いただくようお願いいたします。

* 令和4年3月4日保医発0304第1号 出典：厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000923495.pdf>)、
令和4年3月4日保医発0304第9号 出典：厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000923517.pdf>)。
なお、本項目(1)(2)については、これらの資料をもとにして作成。