

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	「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 (保医発 1130-2, 1201-2) ……	p.81
告通	療養担当規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正/薬価基準等の一部改正等 (12/6・20 告示 408・426, 保医発 1206-1, 1208-1, 1220-3) ……	p.83
	* * *	
他	平成 30 年度の診療報酬改定に向けた現状と課題 (12/14 中医協) ……	p.84
他	療養病床の在り方等に関する議論の整理 (12/20 社会保障審議会特別部会) ……	p.85
他	平成 27 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況 (12/20 保険局医療課医療指導監査室) ……	p.87

* 本欄で示す“p.00”は、原則“診療点数早見表 2016 年 4 月版”ページ数です。



通

「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

平成 28 年 11 月 30 日・12 月 1 日
保医発 1130 第 2 号・1201 第 2 号

【解説】11 月 30 日, 12 月 1 日付けで, 特定保険医療材料に関する留意事項通知, 算定の留意事項・定義通知が出されました。これらの通知は, 同日付けの材料価格基準改正 (告示第 402・404 号, 本誌 2016 年 12 月号 p.81) に伴うものです。

(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」(平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 3 号)の一部改正

(p.647 右段下から 8 行目の次に挿入)

→緑内障手術

- (1) 1 眼に白内障及び緑内障がある患者に対して, 白内障手術と同時に白内障手術併用眼内ドレーン手術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り, 「2」及び K273 隅角光凝固術の所定点数を合算した点数を準用して算定する。この場合, これらは同一手術野とはみなさず, それぞれの所定点数を算定できるものとする。なお, 白内障手術の技術料は当該点数に含まれ, 別に算定できない。
- (2) 白内障手術併用眼内ドレーン手術を行った際は, 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。

(平 28 保医発 1130-2)

(p.667 右段下から 12 行目の次に下線部を挿入)

→ステントグラフト内挿術

- (3) 末梢血管用ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管に対し血管損傷治療を行った場合の手技料は, 「3」の所定点数を算定できるものとする。

(平 28 保医発 1201-2)

(別添 2)「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」(平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 7 号)

の一部改正, (別添 3)「特定保険医療材料の定義について」(平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 10 号)の一部改正

(本誌 2016 年 12 月号 p.81, 中段に下線部を挿入)

021 中心静脈用カテーテル

(8) 抗菌型 ㊦中心静脈カテ・抗菌 9,930 円

(本誌 2016 年 10 月号 p.82 左段下から 15 ~ 10 行目)

→中心静脈用カテーテルの算定

イ 末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型は, 特殊型 (I) 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及び特殊型 (II) 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。

ウ 抗菌型は, A234-2 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うえで, 下記の a 又は b 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。

- a 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 i ~ iv のいずれかに該当する患者
 - i 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
 - ii 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

iii 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

iv 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

b 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

エ 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。

- a 当該患者の症状詳記及び上記ウの該当項目
- b 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)
- c 上記ウの b 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

(p.817 右段 28 行目 ~ p.818 左段 5 行目 (2016 年 10 月号 p.82 で訂正) を訂正)

→中心静脈用カテーテルの定義

- (2) 機能区分の考え方: ……及び末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型 (6 区分), 抗菌型 (1 区分) の合計 17 区分に区分する。
- (3) 機能区分の定義
 - ①標準型

ア シングルルーメン（スルーザカニューラ型）：次のいずれにも該当する。

iii ②から⑧までに該当しない。

イ シングルルーメン（セルジンガー型）：次のいずれにも該当する。

iii ② から⑧までに該当しない。

ウ マルチルーメン（スルーザカニューラ型）：次のいずれにも該当する。

iii ② から⑧までに該当しない。

エ マルチルーメン（セルジンガー型）：次のいずれにも該当する。

iii ② から⑧までに該当しない。

⑧抗菌型：次のいずれにも該当。

ア カテーテル由来血流感染症のリスクを低減させることが薬事承認又は認証事項の使用目的として明記され、そのための加工がカテーテルの材質に施されている。

イ マルチルーメンである。

ウ セルジンガー法により留置するカテーテル（ガイドワイヤーを含む）である。

〔p.847（2016年12月号p.81で訂正）（告示再掲）〕

100 合成吸収性癒着防止材

(1) シート型	1 cm ² 当たり 171 円
(2) スプレー型	1 mL 当たり 7,130 円
同（承認番号：22800BZX00234000）	
	7,300 円

(16.12～18.3)

〔p.847 左段下から2行目を訂正〕

→合成吸収性癒着防止材の算定

合成吸収性癒着防止材を、女子性器手術後の卵管及び卵管采の通過・開存性の維持以外の目的で使用した場合には、シート型は373.38cm²を限度として、スプレー型は9.4mLを限度として算定できる。

〔p.847 右段1～5行目を訂正〕

→合成吸収性癒着防止材の定義

(1) 定義：次のいずれにも該当すること。

①薬事承認又は認証上、類別が「医療用品（4）整形用品」であって、一般的名称が「癒着防止吸収性バリア」である。

②術後の癒着の軽減を目的に、手術時に適用部位に直接使用する合成吸収性の材料である。

(2) 機能区分の考え方：構造により、シートタイプ（1区分）及び液状タイプ（1区分）の合計2区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

①シート型：シート状の構造であり、貼付して使用するものである。

②スプレー型：液状もしくは使用時に液状に調製するものであり、噴霧して使用するものである。

〔p.869 左段3～18行目を訂正〕

→ヒト自家移植組織の算定

ア 自家培養表皮（重傷熱傷に対し使用する場合）

イ 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）

a 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。

b 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。

c 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。

i 治療開始年月及び治療終了予定年月

ii 治療間隔及び回数

ウ 自家培養軟骨

〔p.870 右段下から21行目を訂正〕

→皮下グルコース測定用電極の定義

(3) 機能区分の定義

②疼痛軽減・針刺し事故防止機構付加型

ア 電極を挿入するための針の長径（内径）が0.65mm以下、かつ、短径（内径）が0.58mm以下である。

〔p.874（2016年12月号p.81で挿入）（告示再掲）〕

191 末梢血管用ステントグラフト

(1) 標準型	316,000 円
(2) 長病変対応型	338,000 円

〔p.874 右段23行目の次に挿入〕

→末梢血管用ステントグラフトの算定

ア 末梢血管用ステントグラフトは、関連学会の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。

イ 末梢血管用ステントグラフトの使用に当たっては、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。

ウ 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。

エ TASCⅡD病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定することとする。

→末梢血管用ステントグラフトの定義

(1) 定義：次のいずれにも該当すること。

①薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「ヘパリン使用中心循環系ステントグラフト」又は「ヘパリン使用血管用ステントグラフト」である。

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、外傷性又は医原性血管損傷の止血を目的に若しくは浅大腿動脈に病変がある対象病変長10cm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。

イ 浅大腿動脈に病変がある対象病変長10cm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。

(2) 機能区分の考え方：使用目的により、標準型（1区分）及び長病変対応型（1区分）の合計2区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

①標準型：次のいずれにも該当。

ア 血管損傷の治療又は血管開存を目的として使用するものである。

イ 血液接触面にヘパリンによる抗血栓性が付与されている。

ウ ②に該当しない。

②長病変対応型

ア TASCⅡD病変に対し血管開存を目的として単独で使用し得るものである。

イ 血液接触面にヘパリンによる抗血栓性が付与されている。

告 通

療養担当規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正等平成 28 年 12 月 6・20 日
厚生労働省告示第 408・426 号、
保医発 1206 第 1 号・
1208 第 1 号・1220 第 3 号)

【解説】11 月 30 日・12 月 14 日の中医協で、14 日ルール（新薬は薬価基準収載後 1 年間、処方期間が 14 日に制限されるルール）を適用しない薬剤としてプレジコビックス配合錠、デシコビ配合錠 HT・LT が了承され、12 月 6・20 日付けで官報告示されました。また、12 月 8 日付けで薬価収載された薬剤（後発医薬品）に関する留意事項通知も併せて収載します。

厚生労働省告示第 408・426 号

(p.1382 左段下から 11 行目 (2016 年 7 月号 p.75, 9 月号 p.82, 12 月号 p.81 で訂正) を訂正)

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- (1)ハ 新医薬品……ゲンホイヤ配合錠、エピデュオゲル、ミカトリオ配合錠、ミケルナ配合点眼液、プレジコビックス配合錠、デシコビ配合錠 HT 及びデシコビ配合錠 LT

薬価基準等の一部改正等（保医発 1206 第 1 号・1208 第 1 号・1220 第 3 号）

(p.1383 左段 26 行目の次に挿入)

→掲示事項等告示の一部改正

新医薬品（医薬品医療機器法第 14 条の 4 第 1 項第 1 号に規定する新医薬品をいう）については、掲示事項等告示第 10 第 2 号 (1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14 日分を限度とする）が適用されるが、掲示事項等告示の改正によって、新たにプレジコビックス配合錠、デシコビ配合錠 LT 及びデシコビ配合錠 HT が当該制限の例外とされた。（平 28 保医発 1206-1、平 28 保医発 1220-3）

(p.467 右段下から 28 行目の次に挿入)

→プレジコビックス配合錠

本製剤の特殊性にかんがみ、当該製剤を使用した患者に係る診療報酬明細書等の取扱いにおいては、当該患者の秘密の保護に十分配慮する。（平 28 保医発 1206-1）

→デシコビ配合錠 LT 及び同 HT

本製剤の特殊性にかんがみ、当該製剤を使用した患者に係る診療報酬明細書等の取扱いにおいては、当該患者の秘密の保護に十分配慮する。（平 28 保医発 1220-3）

(p.469 左段下から 32 行目の次に挿入)

→ミチグリニド Ca・OD 錠 5mg「フ

ソー」、同「FFP」、同「三和」、同「JG」及び同「TCK」並びにミチグリニド Ca・OD 錠 10mg「フソー」、同「FFP」、同「三和」、同「JG」及び同「TCK」

本製剤の使用上の注意に次のように記載があるので、使用に当たっては十分留意する。

- ①糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮する。
- ②糖尿病治療の基本である食事療法・運動療法を行っており、投与の際の空腹時血糖が 126mg/dL 以上又は食後血糖 1 時間値若しくは 2 時間値が 200mg/dL 以上を示す患者に限る。
- ③本製剤投与中は、血糖を定期的に検査するとともに、経過を十分に観察し、2～3 カ月投与しても効果が不十分な場合には、より適切と考えられる治療への変更を考慮する。
- ④投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合や、減量する必要がある場合があり、また、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるので、食事摂取量、血糖値、感染症の有無等に留意のうえ、常に投与継続の可否、投与量、薬剤の選択等注意到する。

(平 28 保医発 1208-1)

→アカルボース錠 50mg「テバ」及び同 100mg「テバ」並びにアカルボース OD 錠 50mg「テバ」及び同 100mg「テバ」

- ①本製剤の効能・効果は、糖尿病の食後過血糖の改善（ただし、食事療法・運動療法によっても十分な血糖コントロールが得られない場合、又は食事療法・運動療法に加えて経口血糖降下薬若しくはインスリン製剤を使用している患者で十分な血糖コントロールが得られない場合に限り）である。
- ②本製剤の使用上の注意に次のように記載があるので、使用に当たっては十分留意する。
ア 糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮する。また、糖尿病以外にも耐糖能異常・尿糖陽性等、糖尿病類似の症状（腎性糖尿、老人性糖代謝異常、甲状腺機能異常等）を有する疾患があることに留意する。

イ 本製剤の投与は、糖尿病治療の基本である食事療法・運動療法のみを行っている患者では投与の際、食後血糖 2 時間値が 200mg/dL 以上を示す場合に限る。

ウ 食事療法・運動療法に加えて経口血糖降下薬又はインスリン製剤を使用している患者では、投与の際の空腹時血糖値は 140mg/dL 以上を目安とする。

エ 本製剤の投与中は、血糖を定期的に検査するとともに、経過を十分に観察し、常に投与継続の必要性について注意を払う。

オ 本製剤を 2～3 カ月投与しても食後血糖に対する効果が不十分な場合（静脈血漿で食後血糖 2 時間値が 200mg/dL 以下にコントロールできないなど）には、より適切と考えられる治療への変更を考慮する。

カ 食後血糖の十分なコントロール（静脈血漿で食後血糖 2 時間値が 160mg/dL 以下）が得られ、食事療法・運動療法又はこれらに加えて経口血糖降下薬若しくはインスリン製剤を使用するのみで十分と判断される場合には、本剤の投与を中止して経過観察を行う。

(平 28 保医発 1208-1)

(p.470 左段下から 32 行目の次に挿入)

→ホリナート錠 25mg「タイホウ」

本製剤の使用上の注意に次のように記載があるので、使用に当たっては十分留意する。

- ①本製剤の使用上の注意において、ホリナート・テガフル・ウラシル療法は、テガフル・ウラシル配合剤の細胞毒性を増強する療法であり、本療法に関連したと考えられる死亡例が認められているので、緊急時に十分に措置できる医療施設及び癌化学療法に十分な経験を有する医師のもとで、適応患者の選択を慎重に行い実施することとされているので、使用に当たっては十分留意する。
- ②本製剤は、結腸・直腸癌の患者に対し、ホリナート・テガフル・ウラシル療法を行う場合に限り使用されるものである。

(平 28 保医発 1208-1)

(p.471 右段下から 9 行目の次に挿入)



→スマトリプタン錠 50mg 「アスペン」

本製剤は、片頭痛の確定診断が行われた場合にのみ投与する。

(平 28 保医発 1208・1)