

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

事	入院時生活療養費の見直し内容 (その2) (4/7 保険局保険課事務連絡)	p.81
通	抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項の一部改正 (保医発0418-9)	p.82
事	平成29年度における「データ提出加算」の取扱い (4/18 保険局医療課事務連絡)	p.83
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (4/24 社会保険診療報酬支払基金)	p.85
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (4/28 告示187)	p.85
告	療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部改正 (4/28 告示188)	p.86
	* * *	
通	医療計画 (医政発0331-57)	p.86
通	疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制 (医政地発0331-3)	p.90
通	「特定の病床等の特例の事務の取扱いについて」の一部改正 (医政地発0331-4)	p.91
通	医療法施行規則の一部を改正する省令等の施行 (医政発0331-78)	p.91
通	災害拠点病院指定要件の一部改正 (医政発0331-33)	p.92

*本欄で示す“p.00/p.00”は、原則“診療点数早見表 2016年4月版/2017年4月増補版”ページ数です。



事

入院時生活療養費の見直し内容 (その2)

平成29年4月7日
保険局保険課事務連絡

【解説】2017年10月以降の生活療養標準負担額における境界層該当者の取扱い、食費にかかる部分の見直しに伴う事務連絡が出されました。第2(1)については、2016年12月22日付け事務連絡(本誌2017年2月号p.65)と同様の内容です。

第1 見直しの趣旨

医療と介護及び入院と在宅療養の負担の公平化を図る観点から、入院時生活療養費の生活療養標準負担額のうち居住費にかかる部分について見直すこととする。併せてその他所要の見直しを行うこととする。

第2 見直しの内容 (別紙参照)

(1) 生活療養標準負担額のうち居住費にかかる部分の見直し

65歳以上の医療療養病床に入院する患者のうち、①医療の必要性の低い者(表中のA)については、平成29年10月から居住費の標準負担額を1日320円から370円に、②医療の必要性の高い者(指定難病患者を除く。表中のB)については、平成29年10月から居住費の標準負担額を1日0円から200円に、平成30年4月から370円に引き上げることとした。

ただし、指定難病患者(表中のC)の居住費の標準負担額については、引き続き1日0円とする。なお、後期高齢者医療制度の被保険者のみが対象であるが、老齢福祉年金受給者の居住費の標準負担額についても、引き続き1日0円とする。

<現行>

対象者	生活療養標準負担額のうち居住費にかかる部分
A 医療の必要性の低い者(B、C以外の者)	1日につき320円
B 医療の必要性の高い者 ^{※1} (指定難病患者を除く)	1日につき0円
C 指定難病患者 ^{※2}	1日につき0円

A 医療の必要性の低い者(B、C以外の者)	1日につき320円
B 医療の必要性の高い者 ^{※1} (指定難病患者を除く)	1日につき0円
C 指定難病患者 ^{※2}	1日につき0円

<見直し後>

対象者	生活療養標準負担額のうち居住費にかかる部分
A 医療の必要性の低い者(B、C以外の者)	(平成29年10月1日から)1日につき370円
B 医療の必要性の高い者 ^{※1} (指定難病患者を除く)	(平成29年10月1日から)1日につき200円 (平成30年4月1日から)1日につき370円
C 指定難病患者 ^{※2}	1日につき0円

※1 健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成18年厚生労働省告示第488号)

※2 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者

(2) 生活療養標準負担額における境界層該当者の取扱いの見直し

入院時生活療養費の標準負担額については、本来の所得区分に基づく負担であれば、生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用して負担を軽減すれば生活保護を必要としない状態になる者に対して、被保険者等から保険者に福祉事務所長が交付する証明書を提出することにより、低い基準を適用することとしている(境界層措置)。

(1)の見直し後は、現行の境界層措置を利

用しても、居住費の標準負担額は指定難病患者及び老齢福祉年金受給者を除いて1日370円が維持される。

そのため、現行の境界層措置を拡大し、平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する患者のうち、食費及び居住費について1食100円、1日0円に減額されたとすれば、生活保護を必要としない状態となる者(以下及び別紙表中「境界層該当者」という)の食費及び居住費については、1食100円、1日0円とする。

併せて、保険医療機関等が境界層該当者であることを判断できるよう、限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄の記載を見直し、「境界層該当」と記載する等の対応を行う。

なお、この場合における診療報酬明細書の請求に当たっては、審査支払機関及び保険者において医療機関から請求のあった者が境界層措置の該当者であることが確認できるよう、診療報酬明細書の「摘要」欄において、「境界層該当」との記載をする。

(3) 生活療養標準負担額のうち食費にかかる部分の見直し

65歳以上の医療療養病床に入院する患者のうち、医療の必要性の高い者(指定難病患者を除く)の一般所得者の食費の標準負担額は、平成30年4月から1食460円となっているが、医療の必要性の低い者の一般所得者と同様に、生活療養(I)^{*}の場合は1食460円、生活療養(II)の場合は1食420円とする。

※管理栄養士又は栄養士による適切な栄養量

及び適時・適温の食事の提供が行われている等の基準を満たす場合

第3 施行期日

平成29年10月1日。ただし、同日前に

行われた生活療養に係る生活療養標準負担額については、なお従前の例によることとする。

第4 その他

今後予定されている省令・告示の改正の内容や、見直しの施行に必要な事務取扱については、別途連絡する。

別紙（参考）65歳以上の医療養病床上に入院する患者の食費・居住費（生活療養標準負担額）の変化

※青字・下線は今回の改正

	医療の必要性の低い者 (A)		医療の必要性の高い者 (B)		指定難病患者 (C)	
	食費 (1食)	居住費 (1日)	食費 (1食)	居住費 (1日)	食費 (1食)	居住費 (1日)
一般所得	生活療養 (I) 460円 生活療養 (II) 420円	320円 ⇒ <u>29年10月～370円</u>	・ <u>29年10月～360円</u> ・ 30年 4月～460円 ⇒ <u>生活療養 (I) 460円</u> <u>生活療養 (II) 420円</u>	0円 ⇒ <u>29年10月～200円</u> <u>30年 4月～370円</u>	260円	0円
70歳未満 / 70歳以上						
低所得 / 低所得II	210円	320円 ⇒ <u>29年10月～370円</u>	210円 ※90日超で160円	0円 ⇒ <u>29年10月～200円</u> <u>30年 4月～370円</u>	210円 ※90日超で160円	0円
低所得I	130円	320円 ⇒ <u>29年10月～370円</u>	100円	0円 ⇒ <u>29年10月～200円</u> <u>30年 4月～370円</u>	100円	0円
老齢福祉年金受給者 (後期高齢者医療制度のみ)	100円	0円	100円	0円	100円	0円
境界層該当者						

通

抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項の一部改正

平成29年4月18日
保医発0418第9号

【解説】「ニボルマブ製剤の最適使用推進ガイドライン」が策定されたことに伴い、オプジーボ点滴静注の関連通知（本誌2017年3月号p.65、同4月号p.66で改正）がさらに改められました。

(p.495左段下から32行目/p.499右段12行目の次に挿入)

→オプジーボ点滴静注20mg及び同100mg

(5) 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

①本製剤を根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）

イ 特定機能病院

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）

エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設

オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）

ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。

イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。

②1(1)にかかわらず、次の場合においては投与が認められるものとする。

ア 平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者につ

いては、医学薬学的に本製剤の投与が不要となるまでの間は投与が認められるものとする。その際、1(5)①を記載できない場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。

イ 平成29年4月17日以前に本製剤の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に係る使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者に対しては、平成29年6月30日までの間は投与開始が認められ、また、医学薬学的に本製剤の投与が不要となるまでの間は投与が認められるものとする。その際、1(5)①を記載できない場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。

(6) 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫

①本製剤を再発又は難治性の古典的ホジ



キンリンパ腫の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）
 - ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
 - イ 特定機能病院
 - ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
 - エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設
 - オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

- 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）
 - ア 医師免許取得後2年の初期研修を完了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。
 - イ 医師免許取得後2年の初期研修を完了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っている。

が認められるものとする。その際、1(6)①を記載できない場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。

- イ 平成29年4月17日以前に本製剤の再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫に係る使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者に対しては、平成29年6月30日までの間は投与開始が認められ、また、医学薬学的に本製剤の投与が不要となるまでの間は投与が認められるものとする。その際、1(6)①を記載できない場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。

事

平成29年度における「データ提出加算」の取扱い

平成29年4月18日
保険局医療課事務連絡

【解説】2017年度におけるデータ提出加算にかかる具体的な手続き等の取扱いについて通知されました。

1. データ提出加算の届出を希望する病院であって、平成29年4月1日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院でない病院

(1) 必要な届出等の流れ

- ① 当該病院は、施設基準通知に定める様式40の5を、平成29年5月20日、8月20日、11月20日又は平成30年2月20日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。
- ② 様式40の5の届出を行った病院は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分（当該届出の期限が平成30年2月20日である場合のみ、当該届出の期限となっている月を含む2月分）の試行データを作成し、DPC調査事務局に提出する。なお、厚生労働省保険局医療課（以下「保険局医療課」という）が様式40の5を受領した後、DPC調査事務局より試行データ作成に係る案内を電子メールにて送信するので、これに従って試行データを作成する。
- ③ 保険局医療課は、DPC調査事務局に提出された試行データが適切に作成及び提

出されていることを確認した場合は、病院あてにその旨を通知（以下「データ提出通知」という）する。

- ④ データ提出通知を受けた病院は、施設基準通知に定める様式40の7にデータ提出通知の写しを添付して地方厚生（支）局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算1、入院データに加え外来データも提出する場合はデータ提出加算2を届け出る。
 - ⑤ 様式40の7の届出を行った病院は、当該届出が受理された月の属する四半期からデータを作成（以下「本データ」という）し、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という）において指定する期日及び方法により、DPC調査事務局に提出する。
- (2) 試行データの作成及び提出方法
- 本データに準じた取扱いとするため、作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。また、試行データの作成及び提出に係るスケジュール等を以下の表にまとめたので、併せて参照する。なお、データ提出加算2の届出を希望する病院であっても、試行データの作成においてはEF統合ファイルは入院のみの作成とし

（外来は作成不要）、試行データ作成対象月の入院症例全てについて作成する。

	様式40の5届出期限	試行データ作成対象月	様式1の作成対象症例入院日	試行データ提出期限
第1回目	5月20日	6月、7月	6月1日入院～	6、7月退院転棟 8月22日
第2回目	8月20日	9月、10月	9月1日入院～	9、10月退院転棟 11月22日
第3回目	11月20日	12月、1月	12月1日入院～	12、1月退院転棟 2月22日
第4回目	2月20日	2月、3月	2月1日入院～	2、3月退院転棟 4月22日

※第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式40の5届出期限の月を含めた2月分になっていることに注意する。

(3) 本データの作成及び提出方法

作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。なお、「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日付け保医発0304第3号）に定めるとおり、データの提出（データの再照会に係る提出も含む）に遅延等（提出期限の超過、提出方法の不備又はデータ不備等）が認められた場合は、当該月の翌々月について、データ提出加算を算定できなくなるため、十分注意する。

また、様式1は、試行データ作成対象月の初月の1日以降の入院症例であって、本データ作成対象月の退院転棟症例について

作成する。

(例)平成29年5月20日までに様式40の5の届出を行い、6月及び7月の試行データ提出等を経て9月末日までに様式40の7の届出を受理された病院は、7月から9月の本データを作成することとなるが、当該データは、平成29年6月1日以降に入院し、7月から9月に退院転棟した患者を対象とする。

2. データ提出加算の届出を希望する病院であって、平成29年4月1日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院である病院

(1) 「その他病棟グループ」(別紙参照)に係る入院基本料等の届出を行っていない病院

「その他病棟グループ」に係る入院基本料等の届出を行っていないため、DPC対象病院又はDPC準備病院として提出しているデータの内容と、本データとの内容に相違が生じない場合に限り、様式40の7の届出のみを行うことで当該加算を算定できる。なお、この場合は様式40の7にデータ提出通知を添付する必要はない。

(2) 「その他病棟グループ」に係る入院基本料等の届出を行っている病院

①当該病院は、様式40の5を、地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。

当該届出を行った病院は、当該届出が地方厚生(支)局に受理された月の属する四半期分のデータを提出する際には、通常DPC対象病院又はDPC準備病院として提出しているデータに「その他病棟グループ」のデータも加えた全病棟のデータを作成し、DPC調査事務局に提出する。なお、このデータを試行データとして見なすため、提出期限は通常のスケジュールと同様である。

②保険局医療課は、DPC調査事務局に提出された試行データが適切に作成、提出されていることを確認した場合は、病院あてにデータ提出通知を发出する。

③データ提出通知を受けた病院は、様式40の7にデータ提出通知の写しを添付して地方厚生(支)局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算1、入院データに加え外来データも提出する場合はデータ提出加算2を届け出る。

④様式40の7の届出を行った病院は、当該届出が受理された月の属する四半期分からその他病棟グループを含めたデータ

を作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法によりDPC調査事務局に提出する。

3. データ提出加算1(入院データ)から加算2(入院データ及び外来データ)への変更を希望する病院

(1) データ提出加算1から加算2への変更を希望する病院は、様式40の7を用いて届出を行う。この場合、以下に該当する病院は、データ提出通知の写しを添付する必要はない。

- ①平成24年3月31日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院であった病院
- ②平成29年3月31日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院であり、平成28年度において「その他病棟グループ」に係る届出を行っていないため、様式40の5及び試行データの提出を行うことなく様式40の7の届出を行った病院
- ③2(1)に該当する病院であり、様式40の

5及び試行データの提出を行うことなく様式40の7の届出を行った病院

(2) 当該届出が受理された月の属する四半期分から外来分も含めたデータを作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法によりDPC調査事務局に提出する。

なお、データ提出加算2の届出を行っている病院が、外来データを提出しないものとして、データ提出加算1へ届出を変更することはできない。

4. その他留意事項等

(1) 様式の提出先については、以下のとおりである。

- ①「様式40の5」: 病院の所在地を管轄する地方厚生(支)局医療課
- ②「様式40の7」: 病院の所在地を管轄する地方厚生(支)局各都県事務所又は指導監査課
- ③「様式40の8」: 病院の所在地を管轄す

(別紙)

グループ	入院基本料・特定入院料等
一般病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料(7対1, 10対1, 13対1, 15対1) ・特定機能病院入院基本料(一般) ・専門病院入院基本料(7対1, 10対1, 13対1) ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料 ・小児入院医療管理料 ・短期滞在手術等基本料(3のみ) ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの(死亡時の1日分の入院料等を算定するもの)も含む。
精神病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病棟入院基本料(10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1) ・特定機能病院入院基本料(精神) ・精神科救急入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料(1および2) ・精神科救急・合併症入院料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料
その他病棟グループ	上記以外 <ul style="list-style-type: none"> ・障害者施設等入院基本料 ・短期滞在手術等基本料(2) ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・亜急性期入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料含む) ・結核病棟入院基本料 ・療養病棟入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・認知症治療病棟入院料 等

※「その他病棟グループ」について、ここに掲げている9つの入院基本料等はあくまで例示であり、「その他病棟グループ」には「一般病棟グループ」及び「精神病棟グループ」以外の病棟全てを含むことに注意すること。



- る地方厚生（支）局医療課
- (2) データ提出加算に係る施設基準は、**様式40の5**の届出時点で満たすことは必須ではなく、**様式40の7**の届出時点で満たしていれば良い。
- (3) 当該調査年度において、データ提出の遅延等が累積して3回認められた場合には、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこと

とし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できなくなることに留意する。

※遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータがDPC調査事務局宛に発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた方法以外の方法で送付された場合を含む）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容

のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む）をいう。

- (4) データに関する種々の連絡は、**様式40の5**にて登録された連絡担当者へ厚生労働省保険局医療課担当者又はDPC調査事務局より、原則、電子メールにて送信されるため、確認漏れのないよう注意する。

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

平成29年4月24日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】支払基金は、「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」において検討を重ね、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」を取りまとめました。なお、この取扱いは個別診療内容の医学的判断を踏まえ、画一的に適用されるものではないとしています。「取扱いを作成した根拠等」は省略しました。

【投薬】

1. 入院患者に対して、該当する傷病名の記載のない外用薬の算定

入院患者に対して、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない外用薬は原則として認めない。

2. 入院患者に対して、該当する傷病名の記載のない眼科用薬の算定

入院患者に対して、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない眼科用薬は原則として認めない。

【処置】

3. J097 鼻処置とJ105 副鼻腔洗浄又は吸引の併算定の取扱い

副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置以外の鼻処置を必要とする副鼻腔炎以外の傷病名または症状詳記の記載がなく、J097 鼻処置とJ105 副鼻腔洗浄又は吸引が併せて算定されている場合、医学的に単なる鼻処置以

外の鼻処置と判断できない場合のJ097 鼻処置の算定は、原則として認めない。

【手術】

4. K022 組織拡張器による再建手術（一連につき）の取扱い

K022 組織拡張器による再建手術（一連につき）については、部位毎に組織拡張器の挿入が必要と判断できる場合は、各々の部位に対して算定を認める。

5. K718 虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの取扱い

K718 虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うもの又はK718-2 腹腔鏡下虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものについては、膿瘍を伴う旨の傷病名、コメント、生食等の洗浄液の使用又は排液ドレーン等がある場合は、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの算定を認める。

上記以外で判断が困難な事例について、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものを算定している場合は、保険医療機関に症状詳記等を求めるか、「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないものとするかについて、当該手術の治療経過等を含めて医学的に判断する。

6. K204 涙嚢鼻腔吻合術又はK206 涙小管形成手術における涙液・涙道シリコンチューブの取扱い

K204 涙嚢鼻腔吻合術又はK206 涙小管形成手術に使用した涙液・涙道シリコンチ

ューブについては、平成28年3月4日付け保医発0304第7号「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」の(12)に「ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない」と記載されていることから、算定を認めない。

7. 同一側の橈骨骨折かつ尺骨骨折に対し、前腕骨の一方にK045 骨折経皮的鋼線刺入固定術を実施し、もう一方にK046 骨折観血的手術を実施した場合の取扱い

同一側の橈骨骨折かつ尺骨骨折に対し、前腕骨の一方にK045 骨折経皮的鋼線刺入固定術を実施し、もう一方にK046 骨折観血的手術を実施した場合、それぞれの所定点数の算定を認める。

【精神科専門療法】

8. I002 通院・在宅精神療法の取扱い

I002 通院・在宅精神療法の週2回の算定について、レセプトに「退院日」の記載がない場合は、退院後4週間を超える期間に行われたものとして、週1回のみ算定とする。

【その他】

9. DPCレセプトにおける退院時に処方した薬剤（残薬）の取扱い

DPCにおいて、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、当該薬剤（残薬）の算定を認める。

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

平成29年4月28日
告示第187号

【解説】4月6日の先進医療会議で取下げが承認された先進医療Bの3技術が官報告示されました。

(p.1416 左段20～22行目/p.1434 左段23～25行目を訂正)

- 6 削除（低出力体外衝撃波治療法）

(p.1416 左段26～30行目/p.1434 左段29～31行目を訂正)

8及び9 削除（術後のホルモン療法及びS-1内服投与の併用療法）、（急性心筋梗塞に対するエボエチンベータ投与療法）

(p.1416 右段21～22行目/p.1434 右段20～21行目を訂正)

27 削除（S-1内服投与、オキサリプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法）

告

療担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揭示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部改正

平成 29 年 4 月 28 日
告示第 188 号

【解説】3月15日の中医協で、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤として承認されたエボロクマブ製剤が官報告示されました。

(p.315 左段 3 行目, p.1204 右段下から 5 行目 / p.315 右段 7 行目, p.1220 右段 11 行目の次に下線部を挿入)

別表第 9 在宅自己注射指導管理料, 間歇注入シリンジポンプ加算, 持続血糖測

定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

:

セクキヌマブ製材
エボロクマブ製剤

(p.1382 左段 21 行目 / p.1399 右段下から 16 行目を訂正)

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤及びエボロクマブ製剤