

# 厚生関連資料

今月の資料 (法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	療担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等 (保医発 0831・1)	p.65
通	医療機器の保険適用 (保医発 0831・5)	p.65
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 0831・6)	p.66
事	新たに設定された仙骨神経刺激装置植込術及び交換術の施設基準に係る届出の取扱い (9/1 保険局医療課事務連絡)	p.67
通	「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正 (保医発 0920・2)	p.68
告	基本診療料の施設基準等の一部改正 (9/22 告示 300)	p.68
通	ジカディアカプセル 150mg の医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項 (保医発 0922・1)	p.68
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 0922・2)	p.68
他	審査情報提供事例 (9/25 支払基金)	p.69
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (9/25 支払基金)	p.69
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 (9/29 告示 312)	p.70
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0929・8)	p.70
* * *		
通	平成 29 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施 (医政発 0825・7)	p.70
通	被保険者証の氏名表記 (保保発 0831・3 他)	p.74
通	公知申請に係る事前評価が終了した医薬品の保険上の取扱い (保医発 0908・1)	p.75
通	情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等の取扱い (医政発 0912・1)	p.75
事	基準病床数の算定方法における留意事項 (9/20 医政局地域医療計画課事務連絡)	p.76

\* 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。

## 通

### 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の一部改正等

平成 29 年 8 月 31 日  
保医発 0831 第 1 号

【解説】在宅自己注射指導管理料の対象薬剤として、プロダルマブ製剤およびアリロクマブ製剤が追加されたこと (8 月 31 日付告示は、本誌 2017 年 9 月号 p.83) に伴い、関連通知が改められました。

(p.492 右段下から 10 行目/p.497 左段下から 28 行目の次に挿入)

#### →ルミセフ皮下注 210mg シリンジ

- ①本製剤はプロダルマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101 在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- ②本製剤は針付注入器一体型のキットであるので、C101 在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151 注入器加算及び C153 注入器用注射針加算は算定できない。

【本誌 2017 年 4 月号 (保医発 0331・9) p.68 右段 4 行目の次に挿入】

#### →プラルエント皮下注 75mg シリンジ、同 150mg シリンジ、同 75mg ペン及び同 150mg ペン

- (5) 本製剤はアリロクマブ製剤であり、プラルエント 75mg ペン及び同 150mg ペンの自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101 在宅自己注射指導管理料を算定できる。

なお、本製剤の使用上の注意において、「自己投与にはプラルエント皮下注 75mg ペン又はプラルエント皮下注 150mg ペンを用いること」とされているので、プラルエント皮下注 75mg シリンジ及び同 150mg シリンジについては、

C101 在宅自己注射指導管理料は算定できないことに留意する。

- (6) 本製剤については針付注入器一体型のキットであるので、C101 在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151 注入器加算及び C153 注入器用注射針加算は算定できない。

(平 28 保医発 0830・1, 平 29 保医発 0331・9, 0831・1)

(p.330 右段下から 22 行目/p.332 右段 14 行目(本誌 2017 年 6 月号 p.65 で最終訂正)を訂正)

#### →薬剤 (1)

#### 【厚生労働大臣が定める注射薬】

インスリン製剤、……、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤及びアリロクマブ製剤

## 通

### 医療機器の保険適用

平成 29 年 8 月 31 日  
保医発 0831 第 5 号

【解説】9 月 1 日から保険適用されたメーカー申請の個別医療機器のなかで、区分 B として保険適用された 1 機器について、算定上の留意事項が通知されました。販売名の下に掲げたものは材料価格基準の決定 (類似) 機能区分です。

#### ●新たな保険適用(区分 B)(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの)

#### →ゼオステント V

当該製品は、決定機能区分を満たす医療

材料の一部であるため当該製品単体では算定できない。

【034】胆道ステントセット(2)自動装着システム付①永久留置型(イ)カバーなしの一部

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 29 年 8 月 31 日  
保医発 0831 第 6 号

【解説】診療報酬算定上の留意事項通知、材料の留意事項・定義通知が発出されました。別添 3（使用歯科材料の算定通知）は省略して掲載します。

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.322 右段 23 行目 / p.323 左段下から 22 行目の次に挿入)

→在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

- (4) 「注」の記載に関わらず、過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合にも算定できる。

(p.325 左段 19 行目 / p.325 右段下から 12 行目の次に挿入)

→血糖自己測定器加算

- (5) フラッシュグルコース測定機能を持つ血糖自己測定器を使用する場合であっても、フラッシュグルコース測定以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。

(p.644 右段下から 12 行目～p.645 左段 3 行目 / p.655 左段下から 2 行目～右段 13 行目を訂正)

→仙骨神経刺激装置植込術

- (1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、……。(平 28 保医発 0304-3、平 29 保医発 0831-6)
- (6) 過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して植込術を行った場合は、本区分の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式により提出する。

ア 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、そのうちの 1 名以上は所定の研修を修了している。

イ 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師で、所定の研

修を修了している者が実施する。  
ウ 緊急事態に対応するための体制が整備されている。

(p.645 左段 10～12 行目 / p.655 右段 20～22 行目を訂正)

→仙骨神経刺激装置交換術

- (1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であって、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。(平 28 保医発 0304-3、平 29 保医発 0831-6)
- (2) 過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して交換術を行った場合は、本区分の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式により提出する。

ア 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、そのうちの 1 名以上は所定の研修を修了している。

イ 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施する。

ウ 緊急事態に対応するための体制が整

備されている。

(p.670 左段下から 11 行目 / p.681 左段下から 16 行目の次に挿入)

→ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術

- (3) 植込み型リードレス心臓ペースメーカーを経カテーテルにより植え込んだ場合は、K597 ペースメーカー移植術の「2」の所定点数に準じて算定する。

(p.671 左段下から 5～3 行目 / p.682 左段下から 11～9 行目を訂正)

→大動脈バルーンパンピング法 (IABP 法)

- (2) 大動脈バルーンパンピング法 (IABP 法)、K601 人工心臓、K602 経皮的な心肺補助法、K603 補助人工心臓又は補助循環用ポンプカテーテルによる経皮的補助循環を併施した場合においては、1 日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら 5 つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

(平 28 保医発 0304-3、平 29 保医発 0831-6)

- (3) 補助循環用ポンプカテーテルにより経皮的補助循環を行った場合は、初日 (1 日につき) は K602 経皮的な心肺補助法の「1」の所定点数により算定し、2 日目以降は K600 の「2」の所定点数に準じて算定する。

(p.682 左段下から 6 行目 / p.693 右段 18 行目に挿入)

別添様式

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制	有・無	

【記載上の注意】

- 1 「1」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
- ・下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師
  - ・所定の研修を修了している下部尿路機能障害の診療の経験を 5 年以上有する常勤医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、下部尿路機能障害の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



→経皮経肝胆管ステント挿入術

経皮的胆道拡張用バルーンカテーテルにより胆道拡張を行った場合は、本区分の所定点数を算定できる。

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)  
別添4「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

(p.813 左段下から19行目/p.825 左段下から19行目に下線部を挿入)

→血管造影用シースイントロデューサーセットの定義

(3) 機能区分の定義

④大動脈用ステントグラフト用: 次のいずれにも該当。

ア 大動脈用ステントグラフトを留置する際又はリード一体型ペースメーカーを植え込む際に使用するものである。

(p.834 右段下から27行目/p.847 右段29行目に下線部を挿入)

→固定用内副子(プレート)の定義

(3) 機能区分の定義

⑩その他プレート

ウ 機能区分の定義

iv 標準・下顎骨・骨盤再建用・三次元型  
a 下顎骨や骨盤等の再建に使用されるプレートである。

(p.850 左段下から22行目~p.851 右段16行目/p.863 右段14行目~p.864 左段下から19行目を訂正)

112 ペースメーカー

(1) シングルチャンバ

③リード一体型 1,040,000 円  
同(承認番号: 22900BZX00047000)  
(17.9~18.3) 1,040,000 円

→ペースメーカーの定義

(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……、「除細動機能なし植込み型両心室ペーシングパルスジェネレータ」又は「植込み型リードレス心臓ペースメ

ーカ」である。

(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14区分に区分する。

⑨本体とリードが一体化した構造の有無

(3) 機能区分の定義

①シングルチャンバ・標準型

ウ ②, ③に該当しない。

③シングルチャンバ・リード一体型: 次のいずれにも該当。

ア シングルチャンバ型である。

イ 上室性頻拍抑止機能を有しないものである。

ウ 本体とリードが一体化した構造を有するものである。

(④以降、番号繰下げ)

(p.861 右段8行目~p.863 右段9行目/p.874 右段下から11行目~p.876 右段下から10行目(本誌2017年6月号p.73で最終訂正))

133 血管内手術用カテーテル

(14) 静脈弁カッター

③オーバーザワイヤー型 86,000 円

→血管内手術用カテーテルの定義

(1) 血管内手術用カテーテルの機能区分の考え方

術式により、……静脈弁カッター(3区分)……及び脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム(1区分)の合計55区分に区分する。

(15) 静脈弁カッター

①定義

ア 薬事承認又は認証上、……一般的名称が「血管内弁カッタ付カテーテル」又は「経皮的血管内弁カッタ付カテーテル」である。

②機能区分の考え方: 構造により、切開径固定型、切開径変動型及びオーバーザワイヤー型の合計3区分に区分する。

③機能区分の定義

ウ オーバーザワイヤー型

i 静脈弁を切除するブレード(刃)の径が静脈の内径にあわせて変動する。

ii ガイドワイヤーを用いるものである。

(p.873 右段下から9行目/p.887 右段10

行目に下線部を挿入)

→仙骨神経刺激装置の定義

(2) 便失禁又は過活動膀胱を改善することを目的として、……。

(p.874 右段23行目/p.888 右段下から9行目(本誌2017年9月号p.82で最終訂正)の次に挿入)

192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル 65,300 円

→経皮的胆道拡張用バルーンカテーテルの算定

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

→経皮的胆道拡張用バルーンカテーテルの定義

次のいずれにも該当すること。

(1) 薬事承認上、類別が「機械器具(51)医療用尿管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「胆道拡張用カテーテル」である。

(2) 経皮的又は開腹下で使用するカテーテルである。

(3) 先端部に胆道拡張用のバルーン構造を有するものである。

193 補助循環用ポンプカテーテル

2,590,000 円

→補助循環用ポンプカテーテルの算定

心原性ショック等の薬物療法抵抗性の急性心不全のうち、大動脈バルーンパンピング法又は経皮的肺補助法では救命が困難であると判断された患者に対し、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。なお、算定にあたっては関連学会により発行される実施施設証明書の写真を添付する。

→補助循環用ポンプカテーテルの定義

次のいずれにも該当すること。

(1) 薬事承認上、類別が「機械器具(51)医療用尿管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「循環補助用心内留置型ポンプカテーテル」である。

(2) 心原性ショック等の薬物抵抗性の急性心不全患者に対して、循環補助を目的に心内に留置して使用するものである。

(3) カテーテルに内蔵されたモーターにより血流を補助するものである。

事

新たに設定された仙骨神経刺激装置植込術及び交換術の施設基準に係る届出の取扱い

平成29年9月1日  
保険局医療課事務連絡

【解説】平成29年保医発0831第6号(前項, p.66)で設けられた仙骨神経刺激装置植込術・交換術について、新たに施設基準の届出を行った場合等の取扱いが示されました。

1. 今回新たに施設基準を設けた仙骨神経刺激装置植込術及び交換術の施設基準の届出については、「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K190-6仙骨神経刺激装置植

込術の(6)及びK190-7仙骨神経刺激装置交換術の(2)による。

2. 1の届出については、「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」(平成28年3月4日保医発0304第2号)第2の8の規定にかかわらず、届出書の提出があった場合には、速やかに要件審査をし、届出の受理が行われたものについては、受理日より算定することができるものとする。
3. 今回新たに施設基準を設けた仙骨神経

刺激装置植込術及び交換術の届出の受理番号については、「(仙神植交)第号」とするので、届出書の提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知する。

なお、当該受理番号については、各地方厚生(支)局における取扱いの実情を踏まえ、当分の間、各地方厚生(支)局ごと又は各事務所ごとに書面等にて管理することも差し支えない。

通

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正

平成29年9月20日  
保医発0920第2号

【解説】2017年10月から、食事療養標準負担額および生活療養標準負担額の改正が施行されることにより、明細書の記載要領の一部が改められました(本誌2017年8月号p.72参照)。

●記載要領通知の主な改正内容

入院時生活療養費の生活療養標準負担額の見直しに伴い、境界層該当者(※)の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当該該当者であることが確認できるよう、「摘要」欄に「境界層該当」又は「(境)」と記載する。

※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。

該当者の健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証、船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄には「オ」又は「I」の記載に加え「(境)」と、国民健康保険限度額適用認定証には「オ(境)」と、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄には「I(境)」と、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄には「区分I」の記載に加え「(境)」と記載がされている。

(p.1473右段下から14行目/p.1491右段22目の次に挿入)

(35)「食事・生活療養」欄について

カ 健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「オ」若しくは「I」に加え「(境)」又は「オ(境)」若しくは「I(境)」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証が提示された場合又は高齢者医療確保法施行規則第40条第6号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「区分I」に加え「(境)」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合は、「摘要」欄に「境界層該当」又は「(境)」と記載する。

告

基本診療料の施設基準等の一部改正

平成29年9月22日  
告示第300号

【解説】改正国家戦略特別区域法の施行により基本診療料の施設基準が改められました。

(p.1004右段最下行/p.1020左段下から14行目を訂正)

9. 小児入院医療管理料の施設基準

- (7) 小児入院医療管理料の注2に規定する加算の施設基準

イ 当該病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士〔国家戦略特別区域法(平成25年法律第107号)第12条の5第5項に

規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士〕が1名以上配置されていること。

通

ジカディアカプセル150mgの医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項

平成29年9月22日  
保医発0922第1号

【解説】医薬品医療機器等法上の効能・効果等の一部変更承認がなされたことに伴い、ジカディアカプセル150mgにかかる留意事項が出されました。

(p.493左段下から17行目/p.500左段10行目の次に挿入)

→ジカディアカプセル150mg

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理

医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

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9月22日  
保医発0922第2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がさらに改められました。



(p.499右段12行目(本誌2017年5号p.82で最終訂正)の次に挿入)

(7) がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃癌

本製剤をがん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)

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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。

ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。

他

審査情報提供事例

平成29年9月25日  
社会保険診療報酬支払基金

【解説】支払基金では、支部ごとの審査内容の格差は正に2004年から取り組み、審査情報提供検討委員会で決定した基準をそのつど公表しています。今回は、1事例が示され、これまでの事例と合わせて313事例となりました。抜粋して掲載します。

	取扱い	留意事項
313 血管内超音波プローブ〔経皮的カテーテル心筋焼灼術(心房内隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの)〕	原則として、経皮的カテーテル心筋焼灼術(K595「1」心房内隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの)における心腔内超音波プローブ又は血管内超音波プローブ(標準・太径)について、いずれか一方の算定は認められる。	使用する血管内超音波プローブは、心房中隔の穿刺部位とその周辺臓器(大動脈等)の位置関係が確認できるものである。また、心腔内超音波プローブと血管内超音波プローブの併用は認められない。

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9月25日  
社会保険診療報酬支払基金

【解説】支払基金は、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、「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)」を取りまとめています。今回は、12事例が示され、これまでの事例(本誌2017年5月号p.85掲載)と合わせて21事例となりました。「取扱いを作成した根拠等」を省略し、「取扱い」のみ掲載します。

【投薬】

10. アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害(脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等)の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬(錠・ドライシロップ・ゼリー等)の投与

アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害(脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等)の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与は、原則として認める。

11. 除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリ

コバクター・ピロリの感染診断(陽性)が、他医療機関(検診も含む)で実施された場合の取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎において、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法については、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断(陽性)が、他医療機関(検診も含む)で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則として認める。

なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱う。

12. 潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与

潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与は、原則として認める。

13. 単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与

単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与は、原則として認めない。

14. 単なるアレルギー性鼻炎に対するインターナル点眼液の投与

単なるアレルギー性鼻炎に対するインターナル点眼液の投与は、原則として認めない。

15. 慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与

慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与は、原則として認めない。

16. 心室性期外収縮に対するノイキノン錠の投与

基礎疾患を伴わない心室性期外収縮に対するノイキノン錠の投与は、原則として認めない。

17. H2ブロッカー(ガスター錠等)とプロトンポンプ・インヒビター(PPI)(オメプラール錠等)の併用投与

H2ブロッカー(ガスター錠等)とプロトンポンプ・インヒビター(PPI)(オメプラール錠等)との併用投与は、原則として認めない。

18. 一連の禁煙治療中(12週間)におけるチャンピックス錠の算定

一連の禁煙治療中（12週間）におけるチャンピックス錠の算定については、B001-3-2の「3」ニコチン依存症管理料（5回目）を算定済であっても、用法・用量のとおり12週間まで認める。

**【注射】**

19. 淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロピシン）の注

**射薬の投与**

淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロピシン）の注射薬の投与は、原則として認める。

20. 急性肝炎重症型又は肺高血圧症に対するプロスタンディン点滴静注用500μgの投与

外科手術時ではない、「急性肝炎重症型」

又は「肺高血圧症」に対する、プロスタンディン点滴静注用500μgの投与は、原則として認めない。

**【処置】**

21. 単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリーの使用

単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリー2%の使用は、原則として認めない。

**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9月29日  
告示第312号

【解説】9月7日の先進医療会議で取下げが承認された先進医療Bの2技術と新規承認された1技術が官報告示されました。

(p.1416左段10・11目/p.1434左段13・14行目を訂正)

2 削除(経カテーテル大動脈弁植込み術)

(p.1417左段8～12行目/p.1435左段7～11行目を訂正)

39 削除(土肢カッティングガイド及び土肢カスタムメイドプレートを用いた土肢骨変形矯正術)

(p.1417右段10行目/p.1435右段最下行

(本誌2017年8月号p.66で最終訂正の次に挿入)

79 自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療〔パージャーマン病（従来の治療法に抵抗性を有するものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る）〕

**通**

**検査料の点数の取扱い**

平成29年9月29日  
保医発0929第8号

(p.357右段下から8・7行目/p.358左段下から24・23行目を訂正)

→サイトケラチン19(KRT19)mRNA検出

視触診等による診断又は術前の画像診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌患者に対して、摘出された乳癌、胃癌、大腸癌又は非

小細胞肺癌所属リンパ節中のサイトケラチン19(KRT19)mRNAの検出によるリンパ節転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、……。

(p.362左段4行目/p.362左段下から14行目の次に挿入)

→インフリキシマブ定性

ア インフリキシマブ定性は、D007血液化学検査の「55」プロカルシトニン半定量の所定点数に準じて算定する。

イ 本検査は、関節リウマチの患者に対して、インフリキシマブ投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者1人につき3回を限度として算定できる。