

# 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)

告示	基本診療料の施設基準等の一部改正 (11/19 告示 385, 保医発 1119-5) ……………	p.65
告示	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/使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正 (11/19 告示 386, 11/27 告示 402, 11/30 告示 405, 保医発 1119-4, 1127-2, 1130-1) ……………	p.66
事	疑義解釈資料の送付(その9) (11/19 保険局医療課事務連絡) ……………	p.70
通	抗PCSK9抗体製剤に係る最適使用推進ガイドラインの改訂等に伴う留意事項の一部改正について(保医発 1121-3) ……………	p.71
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 1126-4) ……………	p.71
告示	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 (11/30 告示 403) ……………	p.73
告示	材料価格基準の一部改正等 (11/30 告示 406, 保医発 1130-3) ……………	p.73
告示	厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等(DPC/PDPS) (11/19 告示 388, 保医発 1119-3) ……………	p.74
通	検査料の点数の取扱い(保医発 1130-5) ……………	p.75
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」の一部改正(保医発 1130-3) ……………	p.75
* * *		
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 1108-4, 1109-1) ……………	p.76
他	主な施設基準の届出状況・主な選定療養に係る報告状況 (11/14 中医協) ……………	p.77

\*本欄で示す“p.00”は, 原則“診療点数早見表 2018年4月版”ページ数です。



## 告 通

### 基本診療料の施設基準等の一部改正

平成30年11月19日  
告示第385号, 保医発1119第5号

【解説】11月19日付で, 基本診療料の施設基準等の一部が改正されました。2018年11月20日からの適用です。

#### 基本診療料の施設基準等の一部改正(告示第385号)

(p.1113 右段 24~30 行目, 下線部を訂正)

#### 第11 経過措置

8 平成30年3月31日において, 現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については, 平成31年3月31日〔ただし, 当該保険医療機関の許可病床数が50床未満, 当該保険医療機関が保有する病棟が1のみ又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料, 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る), 専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く), 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって, 療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟, 療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち, これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるもの

は, 平成32年3月31日)までの間に限り, 次の(1)から(9)までに掲げる区分に応じ, 当該各(1)から(9)までに定めるものに該当するものとみなす。

#### 「基本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」の一部改正(保医発1119第5号)

(p.959 右段下から31~16行目, 下線部を訂正)

4の5 急性期一般入院基本料, 7対1入院基本料及び10対1入院基本料〔特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料〕並びに療養病棟入院基本料(許可病床数200床以上の保険医療機関に限る)を算定する病棟においては, データ提出加算の届出を行っている。ただし, 平成30年3月31日において, 現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(平成30年度改定前)の許可病床数200床未満の10対1入院基本料〔一般病棟入院基本料, 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料〕並びに療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については, 平成31年3月31日〔許可病床数が50床未満, 1病棟のみを有する保険医療機関又は平成30年11月30日において急性期一般入院基

本料, 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る), 専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く), 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって, 療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟, 療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち, これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものは, 平成32年3月31日)までの間, 当該基準を満たしているものとする。なお, 当該基準については, 別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で, 当該入院料の届出を行うことができる。

(p.1086 左段下から33~23行目, 下線部を訂正)

#### 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3, 4, 5及び6の施設基準

(6) データ提出加算の届出を行っている保険医療機関(回復期リハビリテーション料5及び6にあつては, 許可病床数が200床以上のものに限る)である。また, 当該基準については別添7の様式40の

7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、平成30年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日〔許可病床数が50床未満、1病棟のみを有する保険医療機関又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものは、平成32年3月31日〕までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

(p.1125 右段 13～17 行目、下線部を訂正)

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの  
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料4から7までに限る）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保

険医療機関を除く）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）

(p.1125 右段 23～26 行目、下線部を訂正)

療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く）〔平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものを除く〕（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）

(p.1125 右段下から 28～23 行目、下線部を訂正)

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）（10対1入院基本料に限る）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く）（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保

険医療機関を除く）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）

(p.1125 右段下から 16～12 行目、下線部を訂正)

専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く）（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関を除く）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）

(p.1126 左段 11～14 行目、下線部を訂正)

回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く）〔許可病床数が50床未満、1病棟のみを有する保険医療機関又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものを除く〕（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）

## 告 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／使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正

平成30年11月19日  
告示第386号、保医発1119第4号、  
11月27日  
告示第402号、保医発1127第2号、  
11月30日  
告示第405号、保医発1130第1号

【解説】中医協で、在宅自己注射指導管理料等の対象薬剤として承認されたイカチバント製剤が告示・通知されるとともに、保険医が投与することができる注射薬に加えられました。また、「トラディアンズ配合錠AP」「トラディアンズ配合錠BP」「メトアナ配合錠HD」及び「メトアナ配合錠LD」については、投薬期間に14日分の上限を設けることが合理的ではないと考えられ、中医協において、新医薬品の薬価基準告示への収載とともに、投薬期間に上限が設けられている

新医薬品の例外として加えられました。

#### 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（告示第386号第2条）

(p.1521 右段下から 20 行目（本誌2018年6月号 p.49 で最終訂正）、下線部を訂正)

#### 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……イキセキズマブ製剤、グリムマブ製剤、エミシズマブ製剤及びイカチバント製剤

(p.1521 右段最下行(本誌2018年9月号 p.69 で最終訂正)、下線部を訂正)

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

コムクロシャンブー 0.05%, カナリア配合錠, アトーゼット配合錠 HD, アトーゼット配合錠 LD, アイセントレス錠 600mg, スージャヌ配合錠, オデフシイ配合錠, ジェミーナ配合錠 (1回の投薬量が30日以内である場合に限る), トラディアンス配合錠 AP, トラディアンス配合錠 BP, メトアナ配合錠 HD 及び メトアナ配合錠 LD

### 特掲診療料の施設基準等の一部改正 (告示第 386 号第 3 条)

[p.351 右段下から 5 行目 (2018 年 6 月号 p.49 で最終訂正) 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

：  
イカチバント製剤  
サリルマブ製剤

### 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掲示事項等の一部改正 (告示第 402 号第 2 条)

(p.1520 左段下から 27 ~ 20 行目, 下線部を訂正)

### 第 6 療担規則第 19 条第 1 項本文及び療担基準第 19 条第 1 項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成 20 年厚生労働省告示第 60 号) の別表に収載されている医薬品 (平成 30 年 10 月 1 日以降においては別表第 1 に収載されている医薬品を, 平成 31 年 4 月 1 日以降においては別表第 2 に収載されている医薬品を, 同年 10 月 1 日以降においては別表第 4 に収載されている医薬品を除く) 並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品, 焼セッコウ及び別表第 3 に収載されている医薬品

### 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掲示事項等の一部改正 (告示第 405 号第 1 条)

[p.1521 右段下から 20 行目 (前記中段で最終訂正), 下線部を訂正]

### 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……ゴリムマブ製剤, エミシズマブ製剤, イカチバント製剤及びサリルマブ製剤

### 特掲診療料の施設基準等の一部改正 (告示第 405 号第 2 条)

[p.351 右段下から 5 行目 (前記左段で最終訂正) 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

：  
イカチバント製剤  
サリルマブ製剤

### 薬価基準等の一部改正等 (保医発 1119 第 4 号)

[p.370 右段 1 行目 (本誌 2018 年 6 月号 p.50 で最終訂正) 下線部を修正]

#### →薬剤

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

#### 【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤, ……イキセキズマブ製剤, ゴリムマブ製剤, エミシズマブ製剤及びイカチバント製剤

(p.507 右段 9 行目の次に挿入)

#### →トラディアンス配合錠 AP 及び同配合錠 BP

#### ① 効能・効果

2 型糖尿病 (ただし, エンバグリフロジン及びリナグリプチンの併用による治療が適切と判断される場合に限る) である。

#### ② 保険適用上の取扱い

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。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, 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 本製剤を 2 型糖尿病治療の第一選択薬として用いない。

ウ 本製剤のうち配合錠 AP (エンバグリフロジン/リナグリプチンとして 10mg/5mg) については, 原則として, 既にエンバグリフロジン 1 日 10mg 及びリナグリプチン 1 日 5mg を併用し状態が安定している場合, エンバグリフロジン 1 日 10mg の単剤治療により効果不十分な場合, あるいはリナグリプチン 1 日

5mg の単剤治療により効果不十分な場合に使用を検討する。

エ 本製剤のうち配合錠 BP (エンバグリフロジン/リナグリプチンとして 25mg/5mg) については, 原則として, 既にエンバグリフロジン 1 日 25mg 及びリナグリプチン 1 日 5mg を併用し状態が安定している場合, エンバグリフロジン 1 日 10mg 及びリナグリプチン 1 日 5mg の治療により効果不十分な場合, あるいはエンバグリフロジン 1 日 25mg の単剤治療により効果不十分な場合に使用を検討する。

オ 本製剤投与中において, 本製剤の投与がエンバグリフロジン及びリナグリプチンの各単剤の併用よりも適切であるか慎重に判断する。

#### →メトアナ配合錠 LD 及び同配合錠 HD

#### ① 効能・効果

2 型糖尿病 (ただし, アナグリプチン及びメトホルミン塩酸塩の併用による治療が適切と判断される場合に限る) である。

#### ② 保険適用上の取扱い

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こと。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, 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 本製剤を 2 型糖尿病治療の第一選択薬として用いない。

ウ 本製剤のうち配合錠 LD (アナグリプチン/メトホルミン塩酸塩として 100mg/250mg) については, 原則として, 既にアナグリプチン 100mg 1 日 2 回及びメトホルミン塩酸塩 250mg 1 日 2 回を併用し状態が安定している場合, アナグリプチン 100mg 1 日 2 回の単剤治療により効果不十分な場合, あるいはメトホルミン塩酸塩 250mg 1 日 2 回の単剤治療により効果不十分な場合に使用を検討する。

エ 本製剤のうち配合錠 HD (アナグリプチン/メトホルミン塩酸塩として 100mg/500mg) については, 原則として, 既にアナグリプチン 100mg 1 日 2 回及びメトホルミン塩酸塩 500mg 1 日 2 回を併用し状態が安定している場合, アナグリプチン 100mg 1 日 2 回及びメトホルミン塩酸塩 250mg 1 日 2 回の治療により効果不十分な場合, あるいはメトホルミン塩酸塩 500mg 1 日 2 回の単剤治

療により効果不十分な場合に使用を検討する。

オ 本製剤投与中において、本製剤の投与がアナグリプチン及びメトホルミン塩酸塩の各単剤の併用よりも適切であるか慎重に判断する。

(p.508 右段下から 11 行目の次に挿入)

→ゾスパタ錠 40mg

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、FLT3 遺伝子変異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、FLT3 遺伝子変異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。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。

(p.510 右段 16 行目の次に挿入)

→モビコール配合内用剤

本製剤の成人への使用に当たっては、他の便秘症治療薬（ルビプロストン製剤、エロビキシバット水和物製剤及びリナクロチド製剤を除く）で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

→ベージニオ錠 50mg、同錠 100mg 及び同錠 150mg

本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2 陰性であることを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。

→ローブレナ錠 25mg 及び同錠 100mg

本製剤の効能・効果は「ALK チロシンキナーゼ阻害剤に抵抗性又は不耐容の ALK 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」であることから、他の ALK チロシンキナーゼ阻害剤に抵抗性又は不耐容の場合にのみ投与する。

また、本製剤の投与開始に当たっては、使用していた ALK チロシンキナーゼ阻害剤の品名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(p.531 左段 28 行目の次に挿入)

→フィラジル皮下注 30mg シリンジ

- ① 本製剤は、イカチバント製剤であり、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ものである。
- ② 本製剤は注入器一体型のキットであるため、C101 在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151 注入器加算は算定できないものである。

→ジビイ静注用 500、同静注用 1000、同静注用 2000 及び同静注用 3000

- ① 本製剤は遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤であり、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ものである。
- ② 本製剤は針及び注入器付の製品であるため、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ものである。

(本誌 2018 年 9 月号 p.65, 下線部を訂正)

→リンゼス錠 0.25mg

本製剤の器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症への使用に当たっては、他の便秘症治療薬（ルビプロストン製剤、エロビキシバット水和物製剤及びマクロゴール 4000 配合製剤を除く）で効果不十分な場合に使用する。

(本誌 2018 年 9 月号 p.66, 下線部を訂正)

→アミティーザカプセル 24μg

本製剤の使用に当たっては、他の便秘症治療薬（エロビキシバット水和物製剤、リナクロチド製剤及びマクロゴール 4000 配合製剤を除く）で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

(本誌 2018 年 9 月号 p.66, 下線部を訂正)

→グーフイス錠 5 mg

本製剤の使用に当たっては、他の便秘症治療薬（ルビプロストン製剤、リナクロチド製剤及びマクロゴール 4000 配合製剤を除く）で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

(p.1523 左段下から 22 行目の次に挿入)

→揭示事項等告示の一部改正

- (1) イカチバント製剤について、揭示事項等告示第 10 第 1 号の「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」として定めたものである。
- (2) 新医薬品（医薬品医療機器等法第 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、揭示事項等告示第 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、揭示事項等告示の改正によって、新たにトラディアン配合錠 AP、同配合錠 BP、メトアナ配合錠 LD 及び同配合錠 HD が当該制限の例外とされた。

薬価基準等の一部改正等（保医発 1127 第 2 号）

(p.510 右段 16 行目の次に挿入)

→ラグノス NF 経口ゼリー分包 12g

本製剤の使用に当たっては、他の便秘症治療薬（ルビプロストン製剤、エロビキシバット水和物製剤、リナクロチド製剤及びマクロゴール 4000 配合製剤を除く）で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

→バリキサドライシロップ 5000mg

本製剤の特殊性に鑑み、本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。

(p.531 左段 28 行目の次に挿入)

→シムジア皮下注 200mg オートクリックス

- ① 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意に「本剤の適用は、原則として既存治療で効果不十分な関節リウマチ患者に限定すること。ただし、関節の構造的損傷の進展リスクが高いと推測される患者に対しては、抗リウマチ薬による治療歴がない場合でも使用できるが、最新のガイドライン等を参照した上で、患者の状態を評価し、本剤の使用の必要性を慎重に判断すること」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。
- ② 本製剤は、セルトリズマブベゴル製剤であり、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 の在宅自己注射指導管理料を算定できるものである。

- ③ 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ものである。

→アディノベイト静注用キット 1500 及び同静注用キット 3000

- ① 本製剤は遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤であり、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ものである。
- ② 本製剤は針及び注入器付きの製品であるので、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ものである。

(p.532 左段最下行 (本誌 2018 年 9 月号 p.66 で最終訂正), 下線部を修正)

→オプジーボ点滴静注 20mg、同 100mg 及び同 240mg

(p.534 右段下から 20 行目の次に挿入)

→トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg 「第一三共」及び同 150mg 「第一三共」

- ① 本製剤を含むがん化学療法は、「緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に対して十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤が適切と判断される症例についてのみ実施すること」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
- ② 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。

(p.536 左段 1 行目の次に挿入)

→ケブザラ皮下注 150mg オートインジェ

クター及び同皮下注 200mg オートインジェクター

本製剤の使用上の注意において、「過去の治療において、少なくとも 1 剤の抗リウマチ薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与すること」と記載されているため、使用に当たっては十分留意する。

(本誌 p.68 左段, さらに下線部を訂正)

→モビコール配合内用剤

本製剤の成人への使用に当たっては、他の便秘症治療薬 (ルビプロストン製剤, エロピキシパット水和物製剤, リナクロチド製剤及びラクツロース製剤を除く) で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

(本誌 p.68 中段, さらに下線部を訂正)

→リンゼス錠 0.25mg

本製剤の器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症への使用に当たっては、他の便秘症治療薬 (ルビプロストン製剤, エロピキシパット水和物製剤, マクロゴール 4000 配合製剤及びラクツロース製剤を除く) で効果不十分な場合に使用する。

(本誌 p.68 中段, さらに下線部を訂正)

→アミティーザカプセル 12µg 及び同カプセル 24µg

本製剤の使用に当たっては、他の便秘症治療薬 (エロピキシパット水和物製剤, リナクロチド製剤, マクロゴール 4000 配合製剤及びラクツロース製剤を除く) で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

(本誌 p.68 中段, さらに下線部を訂正)

→グーフイス錠 5 mg

本製剤の使用に当たっては、他の便秘症治療薬 (ルビプロストン製剤, リナクロチド製剤, マクロゴール 4000 配合製剤及びラクツロース製剤を除く) で効果不十分な場合に、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症の患者へ使用する。

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(保医発 1130 第 1 号)

(p.370 右段 1 行目 (本誌 p.67 中段で最終訂

正), 下線部を修正)

→薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤, ……ゴリムマブ製剤, エミズマブ製剤, イカチバント製剤及びサリルマブ製剤

(前記左段, さらに下線部を訂正)

→ケブザラ皮下注 150mg オートインジェクター及び同皮下注 200mg オートインジェクター

- ① 本製剤の使用上の注意において、「過去の治療において、少なくとも 1 剤の抗リウマチ薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与すること」と記載されているため、使用に当たっては十分留意する。
- ② 本製剤は、サリルマブ製剤であり、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 の在宅自己注射指導管理料を算定できるものである。
- ③ 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ものである。

(前項に追加, 下線部を訂正)

→ケブザラ皮下注 150mg シリンジ, 同皮下注 200mg シリンジ

- ① 本製剤の使用上の注意において、「過去の治療において、少なくとも 1 剤の抗リウマチ薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与すること」と記載されているため、使用に当たっては十分留意する。
- ② 本製剤は、サリルマブ製剤であり、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 の在宅自己注射指導管理料を算定できるものである。
- ③ 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ものである。

事

疑義解釈資料の送付（その9）

平成30年11月19日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2018年診療報酬改定についての疑義解釈に関する事務連絡（その9）が発出されました。

【別添1】医科診療報酬点数表関係

【看護補助加算】

問1 A214 看護補助加算の夜間看護体制加算における看護補助者の夜勤時間帯の配置について、配置されている看護補助者全員（みなし看護補助者を除く）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上必要か。

答 看護補助者全員（みなし看護補助者を除く）が夜勤時間帯に勤務する必要はなく、看護補助者（みなし看護補助者を除く）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上あればよい。

【リンパ浮腫複合的治療料】

問2 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の(1)ウについて、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日付け事務連絡）別添1の間23で「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修として示したものの以外に、以下の研修（平成29年度に実施されたものに限る）を修了した者は、「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たすものと考えてよいか。

（座学部分のみ要件を満たす研修として）

- ・一般財団法人ライフ・プランニング・センターによる「新リンパ浮腫研修」
- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「医師対象理論講習会」

（実習部分のみ要件を満たす研修として）

- ・フランシラセラピストスクール日本学校による「認定「リンパ浮腫セラピスト」実技コース」
- ・一般社団法人ICAAによる「リンパ浮腫専門医療従事者育成講座」
- ・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会による「日本浮腫緩和療法協会定期講座全コース」
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージ協会による「リンパ浮腫セラピスト養成講座実技実習コース」
- ・日本DLM技術者会による「リンパ浮腫セラピスト「DVTM研修」新リンパ浮腫研修対応コース」

腫セラピスト「DVTM研修」新リンパ浮腫研修対応コース

- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「新リンパ浮腫研修修了者対象実技講習会」
- ・学校法人呉竹学園東京医療専門学校による「リンパ浮腫治療講習会A：リンパ浮腫治療・実技コース」
- ・MLDトレーニングセンター（旧：ジャパン・エコー・デ・アロマテラピー）による「Dr. Vodder's MLD リンパ浮腫治療専科課程（セラピー2&3）」
- ・公益財団法人日本理学療法士協会及び一般社団法人日本作業療法士協会の共催による「リンパ浮腫複合的治療料実技研修会」

（座学部分、実習とも要件を満たす研修として）

- ・公益財団法人がん研究会有明病院による「リンパ浮腫セラピスト養成講習会」
- ・日本DLM技術者会による「リンパ浮腫セラピスト「DVTM研修」年間コース」
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージ協会による「リンパ浮腫セラピスト養成講座 座学+実技実習コース」
- ・学校法人呉竹学園東京医療専門学校による「リンパ浮腫治療講習会B：リンパ浮腫治療・座学実技コース」
- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「医療リンパドレナージセラピスト養成講習会」

答 よい。

【手術】

問3 K695-2 腹腔鏡下肝切除術〔亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く）、2区域切除及び3区域切除以上のもの〕に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることは具体的には何を指すのか。

答 現時点では、日本外科学会系のデータベースであるNational Clinical Databaseに症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日付け事務連絡）別添1の間173は廃止する。

【別添2】医科診療報酬点数表関係（DPC）

【重症度、医療・看護必要度】

問1 DPC対象病院における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象について、「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る）は評価の対象としない」とあるが、評価の対象としない者については、短期滞在手術等基本料の「退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行う」等、当該手術等の実施以外の短期滞在手術等基本料の留意事項の要件を満たした者のみが該当するのか。

答 短期滞在手術等基本料の留意事項「退院翌日に患者の状態を確認する」等を満たす必要は無く、短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を実施した患者は評価の対象としない者として取り扱う。

【DIC】

問2 診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群及び130100播種性血管内凝固症候群によって請求する場合、DICに係る事項については、症状詳記を添付及び「出来高部分」欄への記載の両方が必要か。

答 必ずしも症状詳記を添付する必要はなく、「出来高部分」欄にDICに係る症状詳記の記載をすればよい。

【同一傷病での再入院の取扱い】

問3 7日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、030011唾液腺の悪性腫瘍、030012上咽頭の悪性腫瘍のように、診断群分類の上6桁が03001xとして同一となる場合は、同一として一連の入院として取り扱うか。

答 一連の入院として取扱う。

【手術・処置等1の選択】

問4 K740直腸切除・切断術及び

K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類

における手術・処置等 1 の K726 人工肛門造設術又は K726-2 腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等 1 「あり」を選択してよいか。

答 そのとおり。その際はレセプトの診療

関連情報欄に、K726 人工肛門造設術又は K726-2 腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。

### 別添 3 調剤診療報酬点数表関係 (略)

通

## 抗 PCSK9 抗体製剤に係る最適使用推進ガイドラインの改訂等に伴う留意事項の一部改正について

平成 30 年 11 月 21 日  
保医発 1121 第 3 号

【解説】11月21日付通知(薬生薬審発1121第1号)により、アリロクマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、本製剤に係る留意事項が一部改正されました。

(p.531 右段 17 行目～下から 3 行目、下線部を訂正)

→レパーサ皮下注 140mg シリンジ及び同 140mg ペン

- ② 本製剤のうちシリンジ製剤(プラレント皮下注 75mg シリンジ及び同 150mg シリンジ)の効能・効果は「家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症。ただし、心血管イベントの発現リスクが高く、HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な場合に限る」であることから、心血管イベントの発現リスクが高く、HMG-CoA 還元酵素阻害剤の最大用量を服用しているが、十分な治療効果が得られていない患者に限り使用する。
- 本製剤のうちペン製剤(プラレント皮下注 75mg ペン及び同 150mg ペン)の効能・効果は「家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症。ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。  
・心血管イベントの発現リスクが高い

・HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分、又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない」であることから、心血管イベントの発現リスクが高く、HMG-CoA 還元酵素阻害剤の最大用量を服用しているが、十分な治療効果が得られていない患者、又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適切ではない患者(副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に限り使用する。

また、本製剤の使用上の注意において、「本剤投与にあたっては、あらかじめ高コレステロール血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法、禁煙、他の虚血性心疾患のリスクファクター(糖尿病、高血圧症等)の軽減等も十分考慮すること」とされているので、患者に対して必要な治療及び指導を十分に行った上で、本製剤の使用を考慮する。

- ③ 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要

欄に記載する。

1)～3) (略)

4) HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中の HMG-CoA 還元酵素阻害剤の成分名及び 1 日投与量。なお、1 日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載する。

5) 本ペン製剤を HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能な HMG-CoA 還元酵素阻害剤がないと判断した理由

6) (略)

7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6) の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合は、投与中の HMG-CoA 還元酵素阻害剤の投与期間

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 30 年 11 月 26 日  
保医発 1126 第 4 号

【解説】療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の規定に基づき厚生労働大臣の定める医療の給付の一部を改正する件(11月9日付)及び健康保険法施行令の規定に基づき厚生労働大臣が定める医療に関する給付の一部を改正する件(11月20日付)が告示され、2018年12月1日から適用されます。

これに伴い、11月26日付で「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部が改正されました。同日からの適用です。

### 1 告示の主な改正内容

今般、平成 30 年 12 月診療分より、平成

30 年 6 月 27 日健発 0627 第 1 号厚生労働省健康局長通知「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について」に基づき、以下のとおり告示を改正する。

- (1) B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者に対して行われる入院医療に対し、公費負担医療として、患者の自己負担額を 1 万円まで助成する肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業(以下「本事業」という)による公費負担医療を担当する保険医療機関が、本事業による公費負担医療に関し費用を

請求しようとするときに、電子情報処理組織又は光ディスク等を用いた請求により行うものとするため、「平成 30 年 6 月 27 日健発 0627 第 1 号厚生労働省健康局長通知「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について」による医療費の支給」を、新たに追加する。(療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 1 条第 1 項第 10 号の規定に基づき厚生労働大臣の定める医療の給付の一部を改正する件)

- (2) 本事業が開始されることに伴い、特定



疾病給付対象療養として、「平成 30 年 6 月 27 日健発 0627 第 1 号厚生労働省健康局長通知「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について」による医療費の支給」を、新たに追加する。(健康保険法施行令第 41 条第 7 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める医療に関する給付の一部を改正する件)

**2 記載要領通知の主な改正内容**

**(1) 特記事項欄への記載について**

1 の告示改正に伴い、提示された肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の適用区分に応じ、特記事項欄に「29 区工」又は「30 区オ」を記載することとする。

また、本事業による公費負担医療において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、適用区分に応じ、特記事項欄に「34 多工」又は「35 多才」を記載することとする。

なお、本事業の対象は入院のみであるため、医科・歯科の入院外の診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書に記載する必要はない。

**(2) 法別番号及び制度の略称表について**  
**ア** 別添 2「保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」の別表 1「法別番号及び制度の略称表」の(3)の区分を「肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給」に変更する。

**イ** 上記の法別番号を「38」とする。

**別紙**

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)の一部改正について

**II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領**

**第 3 診療報酬明細書の記載要領 (様式第 2)**

**2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項**

[p.1571 右段下から 3 枠～p.1572 左段下から 3 枠目(本誌 2018 年 8 月号 p.72～p.73 で最終訂正), 下線部を修正]

**(13) 「特記事項」欄について**

29	区工	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② 「標準報酬月額 26 万円以下(国
----	----	---

		民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下)の世帯」の適用区分(工)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② 「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く)
30	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② 「低所得者の世帯」の適用区分(オ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「35」に該当する場合を除く) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② 「低所得者の世帯」の適用区分(I 又は II)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近 12 か月間において 4 月目以上である場合(以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る) ② (略)

34	多工	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下)の世帯」の適用区分(工)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)
35	多才	70 歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分(オ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合

(p.1583 右段下から 13～3 行目, 下線部を修正)

**(21) 「療養の給付」欄について**

**ウ** 医療保険〔高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る)の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る〕及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下による。

(p.1589 左段 30 行目～右段 28 行目(本誌 2018 年 8 月号 p.73～p.74 で最終訂正), 下線部を修正)

**(26) その他**

**フ** 70 歳未満の場合であって、「標準報酬





月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（エ）であるもの〕が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証〔適用区分が（エ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証〔一部負担金の割合（2 割）又は（1 割）〕の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区エ」と記載する。

へ 70 歳未満の場合であって、「低所得者

の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が（オ）であるもの〕が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証〔適用区分が（オ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が（Ⅰ又はⅡ）〕が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。

ホ～ミ（略）

ム 70 歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標

準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。

メ 70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載する。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領（略）

別紙 2  
【別添 2】別表 1 法別番号及び制度の略称表(3)  
(p.1566 別表 1(3)中、下から 6 枠目、下線部を挿入)

区分	法別番号	制度の略称
肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給	38	—

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 30 年 11 月 30 日  
告示第 403 号

【解説】11 月 8 日の先進医療会議で取り下げられた先進医療 B の 1 技術が官報告示さ

れました。2018 年 12 月 1 日からの適用です。

(p.1556 左段下から 6 ～ 5 行目を訂正)

49 削除（陽子線治療）

告

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正等

平成 30 年 11 月 30 日  
告示第 406 号、保医発 1130 第 3 号

【解説】特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部が改正されました。2018 年 12 月 1 日からの適用です。ただし、同年 11 月 30 日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例によります。

す医療機関で使用した場合に限り、算定できる。

(p.896 左段 25 ～ 33 行目、下線部を訂正)

【生体弁の定義】

- ①（略）
- ②異種心膜弁（Ⅰ）：次のいずれにも該当する。  
ア（略）  
イ ③及び④に該当しない。
- ③異種心膜弁（Ⅱ）：次のいずれにも該当

(p.896 左段 14 行目の次に挿入)

→生体弁の算定方法

- (1) 異種心膜弁（Ⅱ）システムは、大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する重症大動脈弁狭窄症を有している患者に使用する場合に限り、算定できる。
- (2) 異種心膜弁（Ⅱ）システムは、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。
- (3) 異種心膜弁（Ⅱ）システムは、胸腔鏡下弁形成術・弁置換術の施設基準を満た

(p.896 左段 13 行目の次に下線部を挿入)

(4) 異種心膜弁（Ⅱ）システム

1,030,000 円

する。

ア～イ（略）

ウ ④に該当しない。

④異種心膜弁（Ⅱ）システム：次のいずれ

にも該当する。

ア 弁開閉部分がヒト以外の動物の心膜由来のものである。

イ 石灰化を抑制するための組織加温処

理が施されている。

ウ 弁の設置に使用するデリバリーシステムを含むものである。





## 通

## 検査料の点数の取扱い

平成30年11月30日  
保医発1130第5号

【解説】11月30日付けで、検査料の点数の取扱いに関する留意事項が改められました。2018年12月1日からの適用です。

(p.391 右段 25～5行目 (本誌2018年8月号 p.76にて最終訂正), 下線部を訂正)

## →悪性腫瘍組織検査

- (1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った。以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転

移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。

早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合には、K-ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

PCR-rSSO法を用いてBRAF遺伝子検査を実施した場合は、「ハ」のK-ras遺伝子検査の所定点数を算定する。

ア～エ (略)

オ 家族性非ポリポーシス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

カ～キ (略)

(p.394 右段下から27行目 (本誌2018年9月号 p.72にて最終訂正) の次に挿入)

## →FLT3遺伝子検査

ア FLT3遺伝子検査は、D006-2造血器腫瘍遺伝子検査の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。

イ 本検査は、再発又は難治性の急性骨髄性白血病(急性前骨髄性白血病を除く)の骨髄液又は末梢血を検体とし、PCR法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、FLT3遺伝子の縦列重複(ITD)変異又はチロシンキナーゼ(TKD)変異の評価を行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定する。

ウ 本検査、D004-2悪性腫瘍組織検査「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、D006-2造血器腫瘍遺伝子検査又はD006-6免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

## 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」の一部改正

平成30年11月30日  
保医発1130第3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。材料通知は、「材料基準の一部改正等」(本コーナー p.73)に掲載しています。

(p.364 右段下から28～2行目、下線部を訂正)

## →持続血糖測定器加算

- (1) 入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。
- ア 血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者及び間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器を用いる場合であって皮下インスリン注入療法を行っている者。
- イ 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者。ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していな

い持続血糖測定器を用いた場合は除く。

(2) (略)

(3) 同一月において、C152間歇注入シリッジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については「注2」の加算を算定できず、間歇注入インスリンポンプを併用した場合にはC152間歇注入シリッジポンプ加算を併せて算定できる。

(4)～(5) (略)

(6) 間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については、急性発症又は劇症1型糖尿病患者に限り、かつ以下の項目を満たした場合に限り算定できる。

ア 関連学会が定める適正使用指針を遵守して使用している。

イ 本医療機器を使用する患者にあつては、1日あたり少なくとも2回の自己血糖測定を行っている。

ウ 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準の届出を行っている医療機関

である。

エ 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されている。

オ 糖尿病の治療及び持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されている。なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものである。

(イ) 医療関係団体等が主催する研修である。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものである。

カ エ又はオに掲げるものが、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用法の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖・高血糖への対応等、必要な指導を行う。

(7) 間歇注入インスリンポンプと連動して

いない持続血糖測定器を用いる場合は、患者ごとに指導者名が記載されている指導記録を作成し、患者に提供する。また、指導記録の写しを診療録に貼付する。

(p.395 右段 22 行目の次に挿入)

→遺伝学的検査

- (8) 非小細胞肺癌の腫瘍細胞を検体とし、シーケンサーシステムを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として BRAF 遺伝子検査を実施する場合にあっては、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。この場合、遺伝学的検査「2」処理が複雑なものを準用して算定することとし、注の規定及び(1)~(7)の規定は適用しない。

(p.482 左段 20 行目の次に挿入)

→コンピューター断層診断

- (4) FFR<sub>CT</sub> の解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析

結果を参照してコンピューター断層撮影による診断を行った場合には、画像診断通則の「5」「画像診断管理加算」の所定点数、コンピューター断層撮影診断料通則の「3」の所定点数、E101-2 ポジトロン断層撮影の「2」の所定点数、E200 コンピューター断層撮影 (CT 撮影) (一連につき) の「1」「イ」「(2)」及び「注 4」の所定点数並びに E203 コンピューター断層診断の所定点数を合算した点数を準用して算定できる。

ア 本検査の結果により FFR<sub>CT</sub> 陰性にも関わらず、本検査実施後 90 日以内に冠動脈造影検査 (D206 心臓カテテル法による諸検査) を行った場合は、主たる技術の所定点数のみを算定する。

イ 本検査の算定にあつては、E200 のうち準用点数に掲げるもの、D206 「注 4」、D215 「3」「ホ」、E101、E101-2、E101-3、E101-4、E102 及び E202 と

の併算定はできない。

ウ 検査結果と、患者に説明した内容を診療録に記載した場合に算定出来る。

エ 心臓 CT 撮影が必要な医学的理由、心臓 CT による診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写を診療録に貼付する。

オ 関連学会が定める「FFR<sub>CT</sub> 適正使用指針」に従って使用した場合に限り算定できる。算定にあつては、下記について診療報酬明細書の「摘要欄」に記載および添付する。

(イ) 実施施設が日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること並びにその証明書。

(ロ) 本品による FFR 値。