

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)

| | | |
|-------|---|------|
| 通 | 使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正 (保医発 0903-1) …………… | p.65 |
| 事 | 官報掲載事項の一部訂正 (9/11 保険局医療課事務連絡) …………… | p.66 |
| 通 | イベニティ皮下注 105mg シリンジの保険適用に係る留意事項の一部改正 (保医発 0913-1) …………… | p.67 |
| 通 | 「治療用器具の療養費支給基準について」の一部改正 (保発 0918-7) …………… | p.67 |
| 通 | 「小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給について」の一部改正 (保発 0918-8) …………… | p.67 |
| 通 | 「小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給における留意事項について」の一部改正 (保医発 0918-2) …………… | p.67 |
| 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 (9/30 告示 137) …………… | p.68 |
| 通 | 医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い (保医発 0930-2) …………… | p.68 |
| 通 | 「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」等の一部改正 (保医発 0930-3) …………… | p.69 |
| 通 | 検査料の点数の取扱い (保医発 0930-6) …………… | p.70 |
| * * * | | |
| 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 (9/11 中医協) …………… | p.70 |
| 通 | 診療所の管理者の常勤について (医政総発 0919-3, 医政地発 0919-1) …………… | p.76 |
| 通 | 労災診療費算定基準の一部改定 (基発 0920-12) …………… | p.77 |

* 本欄で示す “p.00/p.00” は、原則 “診療点数早見表 2018 年 4 月版/2019 年 4 月増補版” ページ数です。



通 使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正

令和 1 年 9 月 3 日
保医発 0903 第 1 号

【解説】使用薬剤の薬価(薬価基準)等の改正 [令和元年厚生労働省告示第 102 号は 9 月 4 日(一部は 10 月 1 日)から、同第 103 号は 11 月 1 日から適用] に伴い、関係通知の改正が行われます。

(p.370 右段 1 行目/p.376 右段下から 12 行目、(本誌 2019 年 6 月号 p.67 で最終訂正)、下線部を訂正)

→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、……サリルマブ製剤、デュビルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤及びインスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤

(令 1 保医発 0903-1)

(p.508 右段下から 11 行目/p.517 左段下から 25 行目の次に挿入)

→ヴァンフリタ錠 17.7mg 及び同錠 26.5mg

本製剤の効能又は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-ITD 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-ITD 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。

(令 1 保医発 0903-1)

→ロズリートレクカプセル 100mg 及び同カプセル 200mg

本製剤の効能又は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より、NTRK 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、NTRK 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。

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。

(令 1 保医発 0903-1)

(p.510 右段 16 行目/p.519 左段最下行の次に挿入)

→ミニリンメルト OD 錠 25μg 及び同 OD 錠 50μg

本製剤の効能又は効果は「男性における夜間多尿による夜間頻尿」であり、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「夜間多尿指数が 33% 以上、且つ夜間排尿回数が 2 回以上の場合にのみ考慮すること」とされているので、使用にあたっては十分留意する。

(令 1 保医発 0903-1)

→イナビル吸入懸濁用 160mg セット

① 本製剤については、抗ウイルス薬の投与が全ての A 型又は B 型インフルエンザウイルス感染症の治療に必須ではないことを踏まえ、本剤の使用の必要性を慎重に検討した上で、A 型又は B 型イン

フルエンザウイルス感染症の発症後の治療を目的として使用した場合に限り算定できるものである。

② 本製剤の使用上の注意に、「本剤は C 型インフルエンザウイルス感染症には効果がない」及び「症状発現後、可能な限り速やかに投与を開始することが望ましい。症状発現から 48 時間を経過後に投与を開始した患者における有効性を裏付けるデータは得られていない」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

(令 1 保医発 0903-1)

(p.531 左段 28 行目/p.539 右段 28 行目の次に挿入)

→ゾルトファイ配合注フレックスタッチ

① 本製剤はインスリン及びグルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニストの配合製剤であり、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患者に対して処方した場合には、C151 注入器加算は算定できないものである。

③ 本製剤の自己注射を行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合には、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて、C150 血糖自己測定

器加算を算定する。(令1保医発0903-1)

(p.534 右段下から16行目/p.545 左段18行目の次に挿入)

→オンパット口点滴静注 2 mg/mL

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、最新のガイドラインを参照し、トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチーの診断が確定していることを確認すること」とされていることから、トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチーの診断及び治療に精通した医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例に使用する。(令1保医発0903-1)

→コラテジェン筋注用 4 mg

1) 本品の効能、効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉塞性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、バージャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものである。なお、病態によって④の指標の測定が困難な閉塞性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標〔足趾血圧、足趾上腕血圧比(TBI)等〕の測定値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ① 血管造影、コンピュータ断層血管造影(CTA)又は磁気共鳴血管撮影(MRA)により投与対象肢の浅大腿動脈、膝窩動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部位が認められ、かつ潰瘍を有している。
- ② 投与対象肢の血行再建術(血管内治療を含む)の適応が困難である。
- ③ 既存の内科的治療や処置による対象肢の症状の改善が認められない。

④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たす。

- ア 安静時上腕・足関節血圧比(ABPI)が0.6以下である
- イ 足関節血圧が70mmHg未満である

2) 本品は以下の①～④のすべての要件を満たす施設で使用する。

- ① 以下の3つの診療科を標榜している。
 - ア 循環器内科
 - イ 血管外科又は心臓血管外科
 - ウ 形成外科又は皮膚科
- ② 循環器内科の経験を6年以上有する常勤医師、血管外科の経験を8年以上有する常勤医師、形成外科の経験を6年以上有する常勤医師、皮膚科の経験を5年以上有する常勤医師のいずれか1名以上が責任医師として配置されている。
- ③ 血行再建術に関する十分な臨床経験(計50件以上)を有する医師が、本品を用いた治療の医師として配置されている。
- ④ 定期的に循環器内科の医師、血管外科の医師、及び形成外科又は皮膚科の医師が参加する、慢性動脈閉塞症の治療方針を決定するカンファレンスが開催されている。

3) 糖尿病を合併している患者に本品を投与する場合は、糖尿病合併症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関で糖尿病の治療が行われている。

4) バージャー病で喫煙を継続している患者に本品を投与する場合は、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関で禁煙指導が行われている。

(令1保医発0903-1)

(p.535 右段7～13行目/p.545 右段下から20～14行目、下線部訂正)

→メナクトラ筋注

本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)

又はラブリズマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する〔同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与が確認できる場合を除く〕。

(平27保医発0223-2、令1保医発0903-1)

(p.536 左段1行目/p.546 右段下から10行目の次に挿入)

→ユルトミリス点滴静注 300mg

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤は、フローサイトメトリー法等により、発作性夜間ヘモグロビン尿症と確定診断された患者に使用すること」とされているので、発作性夜間ヘモグロビン尿症の確定診断が行われた場合にのみ投与する。(令1保医発0903-1)

→ソリリス点滴静注 300mg

① 発作性夜間ヘモグロビン尿症における溶血抑制

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「フローサイトメトリー法等により検査を行い、発作性夜間ヘモグロビン尿症と確定診断された患者に投与を開始すること」とされているので、発作性夜間ヘモグロビン尿症の確定診断が行われた場合にのみ投与する。

② 非典型溶血性尿毒症症候群における血栓性微小血管障害の抑制

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体制御異常による非典型溶血性尿毒症症候群の患者に使用すること」とされているので、補体制御異常による非典型溶血性尿毒症症候群以外の患者に投与しない。(令1保医発0903-1)

事

官報掲載事項の一部訂正について

令和1年9月11日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和元年8月19日付官報(号外第94号)に掲載された令和元年度診療報酬改定に伴う関係告示のうち、材料価格基準の一部に訂正が行われました。

(p.866 左段5行目/p.878 右段下から5行目、(本誌2019年9月号p.92で最終訂正)、下線部を訂正)

028 胃管カテーテル

(2) ダブルルーメン

①標準型

447円



通 **イベニティ皮下注 105mg シリンジの保険適用に係る留意事項の一部改正について** 令和1年9月13日
保発 0913 第1号

【解説】イベニティ皮下注 105mg シリンジについて、9月6日に『「使用上の注意」の改訂について』が発出されたことに伴い、当該医薬品に係る留意事項が改正されます。

(p.536 左段 1 行目に挿入／p.546 右段下から 26～22 行目、(本誌 2019 年 3 月号 p.86 で最終訂正)、下線部を訂正)
→イベニティ皮下注 105mg シリンジ

- ① 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意に、「本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会・日本骨粗鬆症学会の診断基準における以下の重症度に関する記載等を参考に、骨折の危険性の高い患者を対象とする。
- ・骨密度値が $-2.5SD$ 以下で 1 個以上の脆弱性骨折を有する

- ・腰椎骨密度が $-3.3SD$ 未満
 - ・既存椎体骨折の数が 2 個以上
 - ・既存椎体骨折の半定量評価法結果がグレード 3]
- と記載されているので、使用にあたっては十分留意する。

②・③ (略) (令 1 保医発 0913-1)

通 **「治療用装具の療養費支給基準について」の一部改正について** 令和1年9月18日
保発 0918 第7号

【解説】本年 10 月からの消費税改正にあわせて、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号)が改正されましたが(10月1日から施行)、それに伴い、当該通知も改定されました。10月1日からの適用です。

(p.652 右段 14 行目／p.662 右段 24 行目の次に挿入)
→治療用装具の療養費支給基準について

1. 療養費として支給する額については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律

第 123 号) 第 5 条第 25 項及び第 76 条第 2 項の規定に基づく「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号) 別表 1 購入基準中に定められた装具の価格の 100 分の 106 に相当する額を基準として算定する。

2. 骨関節結核の装具療法に対する結核予防法と健康保険法等との調整については、昭和 27 年 9 月 29 日保険発第 239 号通知により実施しているところであるが、今回骨関節結核の装具療法に関する公費負

担について、別紙のとおり公衆衛生局長から都道府県知事及び政令市の市長あて通知されたのでこれが調整にともなう療養費の支給にあたっては、装具購入に要した費用の額を証する書類の外に、結核予防法第 34 条の規定に該当した事実及び装具購入に際し公費で負担された額に関する証拠書類を添付させるよう処置されたい。

なお、前記昭和 27 年 9 月 29 日保険発第 239 号は廃止する。

別紙 略 (昭 48.7.4 保発 24, 令 1 保医発 0918-7)

通 **「小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給について」の一部改正について** 令和1年9月18日
保発 0918 第8号

【解説】本年 10 月からの消費税改正にあわせて、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号)が改正されましたが(10月1日から施行)、それに伴い、当該通知も改定されました。10月1日からの適用です。

(p.653 右段 15 行目／p.663 右段 26 行目の次に挿入)
→小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養

費の支給について

1. 小児弱視等の治療用眼鏡等による治療を行う対象は、9 歳未満の小児とする。
2. 小児弱視等の治療用眼鏡等について療養費として支給する額は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号) 第 5 条第 25 項及び第 76 条第 2 項の規定に基づく「補装具の種目、購入等に要する

費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号) 別表 1 購入基準中に定められた装具の価格の 100 分の 106 に相当する額を上限とし、治療用眼鏡等の作成又は購入に要した費用の範囲内とする。

3. 本通知による取扱いは、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

(平 18 保発 0315001, 令 1 保医発 0918-8)

通 **「小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給における留意事項について」の一部改正について** 令和1年9月18日
保医発 0918 第2号

【解説】本年 10 月からの消費税改正にあわせて、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号)が改正されましたが(10月1日から施行)、それに伴い、当該通知も改定されました。10月1日からの適用です。

(p.653 右段 29～36 行目／p.663 右段下から 22～15 行目、下線部を訂正)
→小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給における留意事項について

- 1 (略)
- 2 治療用眼鏡等の療養費の支給申請費用

- (1) 治療用眼鏡等を療養費として支給する額は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号) 第 5 条第 25 項及び第 76 条第 2 項の規定に基づく「補装具の種目、購入等に要する費用の額

の算定等に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第528号)別表1購入基準中に定められた装具の価格の100分

の106に相当する額を上限とし、治療用眼鏡等の作成又は購入に要した費用の範囲内とする。

(2)(3) (略)
3・4 (略)

(平18保医発0315001、平26保医発0331-1、令1保医発0918-2)

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

令和1年9月30日
告示第137号

【解説】患者申出療養の施設基準の通則等が更新されました。10月1日からの適用です。

第3 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療

(p.1555 左段下から28～27行目/p.1569 左段下から28～27行目を訂正)

6 削除 (ゾレドロン酸誘導γδT細胞を用いた免疫療法)

第4 患者申出療養を適切に実施できる

体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する患者申出療養

(p.1557 左段下から4行目～最下行/p.1571 左段下から11行目～8行目を訂正)

4 削除 (チオテパ静脈内投与、カルボプラチン静脈内投与及びエトポシド静脈内投与並びに自家末梢血幹細胞移植術の併用療法)

(p.1571 左段下から7行目～6行目を訂正)

5 削除 (レジバスビル・ソホスブビル経口投与療法)

(p.1557 左段最下行/p.1571 左段最下行の次に挿入)

8 マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療〔根治切除が不可能な進行固形がん(遺伝子プロファイリングにより、治療対象となる遺伝子異常が確認されたものに限る)〕

通

医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い

令和1年9月30日
保医発0930第2号

【解説】支払基金では、支部ごとの審査内容の格差是正に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、薬剤8事例が示され、これまでの事例と合わせて333事例となりました。抜粋して掲載します。

【薬剤】

| 成分名 | 標榜薬効 (薬効コード) | 主な製品名 | 使用例・留意事項 |
|--|------------------|--|---|
| 326 アシクロビル ^㉗ (血液20) | 抗ウイルス剤 (625) | ゾビラックス顆粒40%、ゾビラックス錠200、ゾビラックス錠400、他後発品あり | 原則として、「アシクロビル【内服薬】」を「カルフィルゾミブ、もしくはイキサゾミブクエン酸エステル使用時の帯状疱疹の発症抑制」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》当該使用例の用法・用量 通常、アシクロビルとして、1回200mgを1日1回経口投与する。 |
| 327 アシクロビル ^㉘ (血液21) | 抗ウイルス剤 (625) | ゾビラックス顆粒40%、ゾビラックス錠200、ゾビラックス錠400、他後発品あり | 原則として、「アシクロビル【内服薬】」を「ベンダムスチン塩酸塩使用時の帯状疱疹の発症抑制」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》当該使用例の用法・用量 通常、アシクロビルとして、1回200mgを1日1回経口投与する。 |
| 328 アセメタシン(皮膚科15) | 解熱鎮痛消炎剤 (114) | ランツジュールコーワ錠30mg | 対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》当該使用例の用法・用量 通常、成人にはアセメタシンとして1回30mgを1日3～4回(1日量として90～120mg)経口投与する。 なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最高用量は180mgとする。 |
| 使用例・留意事項 | | | |
| 原則として、「アセメタシン【内服薬】」を「好酸球性膿疱性毛包炎」に | | | |
| 329 インドメタシンファルネシル ^㉙ (皮膚科16) | 解熱鎮痛消炎剤 (114) | インフリーカプセル100mg、インフリーSカプセル200mg | 原則として、「インドメタシンファルネシル【内服薬】」を「好酸球性膿疱性毛包炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》当該使用例の用法・用量 通常、成人にはインドメタシンファルネシルとして1回200mgを朝夕1日2回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。 |



| 成分名 | 標榜薬効 (薬効コード) | 主な製品名 |
|--|-----------------|---|
| 330 レボピバ カイン塩酸塩① (麻酔科 29) | 局所麻酔剤 (121) | ポブスカイン 0.25%注シリンジ 25mg/10mL ポブスカイン 0.25%注バッグ 250mg/100mL ポブスカイン 0.25%注 25mg/10mL ポブスカイン 0.5%注シリンジ 50mg/10mL ポブスカイン 0.5%注 50mg/10mL |
| 使用例・留意事項 | | |
| 原則として、「レボピバカイン塩酸塩【注射薬】(0.25%製剤, 0.5%製剤)」を「浸潤麻酔」を目的に使用した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》(1) 当該使用例の用法・用量 ア 0.25%製剤 | | |

(ア) 通常、成人に知覚遮断を得たい粘膜 / 皮内 / 皮下に 2~60mL (レボピバカインとして 5~150mg) を投与する。
小児 (6 か月以上) においては、0.5mL/kg/side (最大 1 mL/kg) を投与する。
(イ) 通常、成人に 0.125 ~ 0.25%レボピバカイン 4 ~ 6 mL/hr で時間投与する。
イ 0.5%製剤
(ア) 通常、成人に知覚遮断を得たい粘膜 / 皮内 / 皮下に 1~30mL (レボピバカインとして 5~150mg) を投与する。
小児 (6 か月以上) においては 0.25mL/kg/side (最大 0.5mL/kg) を投与する。
(イ) 通常、成人に 0.125 ~ 0.25%レボピバカイン 4 ~ 6 mL/hr で時間投与する。
(2) ショックあるいは中毒症状を避けるために、患者のバイタルサイン (血圧、心拍数、呼吸数等) 及び全身状態の観察を十分に行い、できるだけ必要最少量にとどめること。

| 成分名 | 標榜薬効 (薬効コード) | 主な製品名 |
|--|-----------------|---|
| 331 レボピバ カイン塩酸塩② (麻酔科 30) | 局所麻酔剤 (121) | ポブスカイン 0.25%注シリンジ 25mg/10mL ポブスカイン 0.25%注バッグ 250mg/100mL ポブスカイン 0.25%注 25mg/10mL ポブスカイン 0.5%注シリンジ 50mg/10mL ポブスカイン 0.5%注 50mg/10mL |
| 使用例・留意事項 | | |
| 原則として、「レボピバカイン塩酸塩【注射薬】(0.25%製剤, 0.5%製剤)」を「硬膜外麻酔」を目的に使用した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》(1) 当該使用例の用法・用量 ア 0.25%製剤 通常、成人に 1 回 20mL (レボピバカインとして 50mg) を硬膜外腔に投与する。 | | |

なお、期待する痛覚遮断域、手術部位、年齢、身長、体重、全身状態等により適宜減量する。
小児 (6 か月以上) においては 0.125 ~ 0.25%レボピバカイン 1 mL/kg (最大 1.5mL/kg) を投与する。ただし、レボピバカイン 0.4mg/kg/hr (0.125%レボピバカイン 0.32mL/kg/hr, 0.25%レボピバカイン 0.16mL/kg/hr) を超えない範囲で投与する。小児 (6 か月未満) では 0.25mg/kg/hr を超えないこと。
イ 0.5%製剤
通常、成人に 1 回 20mL (レボピバカインとして 100mg) を硬膜外腔に投与する。
なお、期待する痛覚遮断域、手術部位、年齢、身長、体重、全身状態等により適宜減量する。
(2) ショックあるいは中毒症状を避けるために、患者のバイタルサイン (血圧、心拍数、呼吸数等) 及び全身状態の観察を十分に行い、できるだけ必要最少量にとどめること。1 歳未満児には、36 ~ 48 時間以上の連続投与は奨められない。0.3%以上のものを使用すると運動麻痺が増強する可能性がある。

| 成分名 | 標榜薬効 (薬効コード) | 主な製品名 |
|---|-----------------|--|
| 332 ポリドカ ノール (泌尿器科 12, 大腸肛門 1) | 止血剤 (332) | (1) エトキシスクレロール 1%注射液 (2) ポリドカスクレロール 1%注 2 mL |
| 使用例・留意事項 | | |
| 原則として、「ポリドカノール【注射薬】(1%製剤に限る)」を「ストーマ静脈瘤出血」に対して投与した場合、当該使用事例を審査上認める。 《留意事項》(1) 使用例のポリドカノールは、1%製剤を液状で使用した場合に限り認められる。 (2) 使用例のストーマ静脈瘤出血は、尿路ストーマ (回腸導管、結腸導管) 静脈瘤又は消化器ストーマ (回腸ストーマ、結腸ストーマ) 静脈瘤からの出血が該当する。 | | |

(3) 当該使用例の用法・用量
ストーマ静脈瘤出血を対象に、静脈瘤内に投与する。なお、静脈瘤内に対する 1 回の投与量は 0.2mL/kg (2 mg/kg) 以下とする。また、必要に応じて静脈瘤周囲にも投与する。
1 回の総投与量は、静脈瘤の状態及び患者の病態により適宜増減するが、静脈瘤内及び静脈瘤周囲への投与を併せて 30mL (300mg) 以内とする。ただし、静脈瘤内には 0.2mL/kg (2 mg/kg) 以下の投与とする。
1 回の処置で治療が終了しない場合、次回の投与は原則として 1 週間後とする。
(4) ストーマ静脈瘤の硬化退縮不十分例又は増大例に限り、出血予防を目的とした硬化退縮としての投与を認める。
(5) 添付文書に記載されている使用上の注意等に従い、適正使用に努めること。

| 成分名 | 標榜薬効 (薬効コード) | 主な製品名 |
|--------------------------------------|--------------------|------------------|
| 333 セツキシマ ブ (遺伝子組換え) (臨床腫瘍 3) | その他の腫瘍 用薬 (429) | アービタックス注射液 100mg |
| 使用例・留意事項 | | |
| 原則として、「セツキシマブ (遺伝子組換え)【注射薬】」を「EGFR 陽 | | |

性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌」, 「頭頸部癌」に対して「隔週」で投与した場合、当該使用事例を審査上認める。
《留意事項》当該使用例の用法・用量
通常、成人には 2 週間に 1 回、セツキシマブ (遺伝子組換え) として、500mg/m² (体表面積) を 2 時間かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。

通

「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」等の一部改正について

令和 1 年 9 月 30 日
保医発 0930 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。10月1日からの適用です。

(p.889 右段 10～11 行目 / p.903 右段 3～4 行目, 下線部訂正)

→ 気管・気管支ステントの算定

(1) 気管・気管支ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。ただ

し、大静脈へ使用する場合は1回の手術に対し2個を限度として算定する。

(p.889 右段 17～21 行目 / p.903 右段 10～14 行目, 下線部訂正)

→ 気管・気管支ステントの定義

【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)内蔵機能代用器」であって、一般的名称が「気管支用ステント」、「気管用ステント」又は「大静脈用ステント」である。

② 悪性腫瘍等による気管、気管支狭窄又は大静脈狭窄に対して、気道又は大静脈の開通性確保を目的に使用するステントである。

通

検査料の点数の取扱い

令和1年9月30日
保医発 0930 第6号

【解説】 平成30年3月5日付け保医発0305第1号「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」が一部改正されました。10月1日からの適用です。

(p.400 右段下から 22 行目 / p.408 左段 15 行目の次に挿入)

→ FGF23

FGF23は、CLEIA法により、FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断時又は治療効果判定時に測定した場合に限り、D007血液化学検査の「61」1,25-ジヒドロキシビタミンD₃の所定点数と「62」

25-ヒドロキシビタミンDの所定点数を合算した点数を準用して算定する。

ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に1回、薬剤性の場合には被疑薬中止後に1回を限度として算定する。

(令1保医発0930-6)