

# 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	保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器等の販売 (保医発 0616-7)	p.65
通	薬価基準の一部改正等 (保医発 0618-2)	p.65
通	免疫グロブリン製剤の医療保険上の取扱い (保医発 0626-1)	p.66
通	ボトックス注用, エムラクリーム並びにラジカット注の医薬品医療機器法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等 (保医発 0626-2)	p.67
告通	療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等 (6/30 告示 305, 保医発 0630-1)	p.67
告	先進医療及び施設基準の一部改正 (6/30 告示 306)	p.67
告通	材料価格基準の一部改正等 (6/30 告示 310, 保医発 0630-3)	p.67
事	疑義解釈資料の送付 (その 14) (6/30 保険局医療課事務連絡)	p.69
* * *		
事	被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間での調整 (2/18 保険局保険課ほか事務連絡)	p.70
通	難病法における食事 (生活) 療養に係る患者負担額の取扱い (健発 0420-1)	p.71
法	持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 (抄) (5/29 法律 31)	p.71
通	中東呼吸器症候群 (MERS) の国内発生時の対応 (健感発 0610-1)	p.73
他	6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値 (6/18 医政局地域医療計画課)	p.74

\*本欄で示す“p.00/p.00”は、原則“診療点数早見表2014年4月版/2015年4月増補版”ページ数です。



<b>通</b> 保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売	平成 27 年 6 月 16 日 保医発 0616 第 7 号
---	------------------------------------

【解説】医療機関でコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品を販売する場合は、患者の療養の向上を目的とする場合に限り可能とする通知が出されていますが、このほど、保険医療機関でコンタクトレンズを交付する際の留意事項等が改めて通知されました。コンタクトレンズ検査料の適正な算定、地方厚生局への報告義務なども示されています。

(p.390 左段 3 行目 / p.393 左段下から 14 行目の次に挿入)

1. コンタクトレンズ等を交付する保険医療機関に対しては、以下の点を求める。
  - (1) 当該保険医療機関においてコンタクトレンズ等の交付を受けることについて、患者の選択に資するよう、当該保険医療機関外の販売店から購入もできること等

について説明し、同意を確認の上行う。ただし、この同意の確認は必ずしも同意書により行う必要はなく、口頭説明により確認する方法で差し支えない。

- (2) 患者から徴収するコンタクトレンズ等の費用は社会通念上適当なものとする。その際、保険診療の費用と区別した内容の分かる領収証を発行する。
2. 以前、一部の保険医療機関 (特にコンタクトレンズ販売店に併設された診療所等) において、コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準の不適切な届出や、不適切な診療報酬請求を行っている事例があったところなので、今後も同様の事例が生じないように、本通知に示す保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付する

にあたっての取扱いを周知する際、コンタクトレンズ検査料を算定する保険医療機関に対しては、適正な診療報酬請求を行うよう改めて周知するとともに、引き続き適切な指導等を行う。

3. あわせて、コンタクトレンズの院内交付の割合等の実態を把握するため、コンタクトレンズの交付を行う保険医療機関に対しては、別紙様式 (略) により、各地方厚生 (支) 局に報告を求める。報告時期については、毎年 10 月 7 日までに、過去 1 年間 (前年 10 月～当年 9 月) の実績の報告を求める。また、毎年 10 月 15 日までに、当年 10 月 7 日までに報告のあったものについて、内容を確認の上、下記担当者宛に報告する。

<b>通</b> 使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等	平成 27 年 6 月 18 日 保医発 0618 第 2 号
--------------------------------	------------------------------------

【解説】6月18日付け告示第293号の薬価基準改正 (後発品) で出された薬剤に関する保険適用の留意事項が示されました。

(p.440 右段 24 行目 / p.446 右段 18 行目の次に挿入)

→エスエーワン配合顆粒 T20 及び同 T25 並びにエヌケーエスワン配合顆粒 T20 及び同 T25

本製剤は、頻回に臨床検査が実施でき、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医

師のもとで、用法・用量を厳守して本療法が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定する。

(p.440 右段 24 行目 / p.446 右段 27 行目の次に挿入)

→イマチニブ錠 100mg 「JG」, 同 「TCK」, 同 「トーワ」, 同 「日医工」 及び同 「ファイザー」 並びにイマチニブ錠 200mg 「トーワ」 及び同 「日医工」

本製剤の警告に、「本剤の投与は、緊急時に十分対応できる医療施設において、が

ん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ投与する。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分に説明し、同意を得てから投与を開始すること」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

(p.442 左段下から 22 行目 / p.449 左段 24 行目の次に挿入)

→アジスロマイシン細粒小児用 10% 「トーワ」

本製剤は、3日間に限り算定できる。なお、本製剤の組織内濃度持続時間は長く、投与終了後も他の抗菌剤との間に相加作用又は相乗作用の可能性は否定できないので、本製剤投与後に切り替える場合には観察を十分に行うなど注意する。

(p.442 左段下から 22 行目 / p.449 右段 32 行目の次に挿入)

→ゾルミトリプタン OD 錠 2.5mg 「アメル」, 同「JG」, 同「タカタ」, 同「トーフ」, 同「日医工」, 同「日新」及び同「ファイザー」

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。

→メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 「三和」, 同「JG」, 同「TE」, 同「DSEP」, 同「TCK」, 同「トーフ」, 同「日医工」, 同「ニプロ」及び同「ファイザー」並びにメトホルミン塩酸塩錠 500mgMT 「三和」, 同「JG」, 同「TE」, 同「DSEP」, 同「TCK」, 同「ニプロ」及び同「ファイザー」

既記載のメトホルミン塩酸塩製剤については、本製剤より最高投与量が低いものが存在するため、その使用に当たっては製剤ごとの用法・用量を確認する。

→レボフロキサシン錠 250mg 「SUN」及び同「日医工」並びにレボフロキサシン錠 500mg 「SUN」及び同「日医工」

①本製剤の用法及び用量は以下のとおりであるので、使用に当たっては十分留意する。

ア 通常、成人にはレボフロキサシンとして1回 500mg を1日1回経口投与する。なお、疾患・症状に応じて適宜減量する。

イ 腸チフス、パラチフスについては、レボフロキサシンとして1回 500mg を1日1回14日間経口投与する。

②既記載の内用レボフロキサシン製剤については、本製剤と用法・用量が異なるものが存在するため、その使用に当たっては製剤ごとの用法・用量を確認する。

(p.462 右段 1 行目 / p.471 左段下から 31 行目の次に挿入)

→ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL 「ファイザー」, ドセタキセル点滴静注液 80mg/4mL 「ファイザー」, ドセタキセル点滴静注 20mg/1mL 「EE」, 同「ニプロ」及び同「ヤクルト」並びにドセタキセル点滴静注 80mg/4mL 「EE」, 同「ニプロ」及び同「ヤクルト」

本製剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できる。

(p.462 右段 1 行目 / p.471 左段下から 16 行目の次に挿入)

→オキサリプラチン点滴静注液 50mg/10mL 「KCC」, オキサリプラチン点滴静注液 100mg/20mL 「KCC」, オキサリプラチン点滴静注液 200mg

「NK」, 同「FFP」, 同「サワイ」, 同「DSEP」, 同「テバ」, 同「日医工」及び同「ニプロ」, オキサリプラチン点滴静注液 200mg/40mL 「KCC」, 同「ケミファ」及び同「ファイザー」並びにオキサリプラチン点滴静注 200mg 「トーフ」

本製剤の使用上の注意において、「本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、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施すること」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

→リネズリド点滴静注液 600mg 「明治」

本製剤の使用に当たっては、耐性菌の発現を防ぐため、次の点に留意する。

- ①感染症の治療に十分な知識と経験を持つ医師又はその指導のもとで行う。
- ②原則として他の抗菌剤及び本製剤に対する感受性（耐性）を確認する。
- ③投与期間は、感染部位、重症度、患者の症状等を考慮し、適切な時期に、本製剤の継続投与が必要か判定し、疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめる。

(p.462 右段下から 19 行目 / p.471 右段 28 行目の次に挿入)

→メロペネム点滴静注用 1g 「NP」及び同「明治」

本製剤の投与期間は、原則として14日以内とされているので、使用に当たっては十分留意する。

通

免疫グロブリン製剤の医療保険上の取扱い

平成 27 年 6 月 26 日  
保医発 0626 第 1 号

【解説】ギラン・バレー症候群、チャージ・ストラウス症候群に対する免疫グロブリン療法として、唯一適応が認められている乾燥スルホ化人免疫グロブリンの供給が逼迫しているため、同製剤が供給されない場合は、他の免疫グロブリン製剤による対応を推奨することが通知されました。

(p.463 右段下から 27 行目 / p.472 右段 32 行目の次に挿入)

一般財団法人化学及血清療法研究所の乾燥スルホ化人免疫グロブリン（献血ベニン-I 静注用）については、別添（略）のとおり、供給が逼迫する際の対応として、同製剤のみの持つ「ギラン・バレー症候群」及び「チャージ・ストラウス症候群（アレルギー性肉芽腫性血管炎）」の適応について、下記の免疫グロブリン製剤の使用を推

奨する旨が厚生労働省医薬食品局血液対策課より通知されたところとす。

この趣旨を踏まえ、同製剤の供給が安定するまでの間、これらの2疾患に対する下記の免疫グロブリン製剤の使用については、審査に当たって特段の配慮をお願いします。併せて貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

	(一般的名称)	販売名
1	ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン	献血ヴェノグロブリン IH 5% 静注 0.5g/10mL 献血ヴェノグロブリン IH 5% 静注 1g/20mL 献血ヴェノグロブリン IH 5% 静注 2.5g/50mL 献血ヴェノグロブリン IH 5% 静注 5g/100mL

		献血ヴェノグロブリン IH 5% 静注 10g/200mL
2	乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン	献血グロベニン-I 静注用 500mg 献血グロベニン-I 静注用 2500mg 献血グロベニン-I 静注用 5000mg
3	pH4 処理酸性人免疫グロブリン	日赤ポリグロビン N5% 静注 0.5g/10mL 日赤ポリグロビン N5% 静注 2.5g/50mL 日赤ポリグロビン N10% 静注 5g/50mL 日赤ポリグロビン N5% 静注 5g/100mL 日赤ポリグロビン N10% 静注 10g/100mL



## 通

## ボトックス注用 100 単位及び同 50 単位, エムラクリーム並びにラジカット注 30mg 及び同点滴静注バッグ 30mg の医薬品医療機器法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等

平成 27 年 6 月 26 日  
保医発 0626 第 2 号

【解説】医薬品医療機器等法における効能・効果等の一部変更承認がなされたことに伴い、該当する薬剤の留意事項が改められました。

(p.443 右段下から 14～7 行目 / p.451 左段下から 11～4 行目下線部を訂正)

## →エムラクリーム

- ①本製剤を単なる美容を目的とした皮膚レーザー照射療法時の疼痛緩和に使用した場合は算定できない。また、本製剤の使用上の注意において「国内ではシミ、シワ、ニキビ跡、脱毛等（半導体レーザーや炭酸ガスレーザー等を用いた皮膚レーザー照射療法）に対する本剤の有効性及び安全性は検討されていない」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。
- ②本製剤を注射針・静脈留置針穿刺時の疼痛緩和に用いる場合、本製剤の薬剤料は麻酔の部において算定するが、これに伴う手技料は算定できない。

(平 24 保医発 0417-1, 平 27 保医発 0626-2)

(p.463 左段 16～32 行目 / p.471 右段下から 2 行目～p.472 左段 15 行目下線部を訂正)

## →ボトックス注用 50, 100

- ①本製剤の有効成分は、ボツリヌス菌によって産生される A 型ボツリヌス毒素であり、警告において、「用法及び用量を厳守し、眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮、下肢痙縮、2 歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙縮に伴う尖足、重度の原発性腋窩多汗症及び斜視以外には使用しないこと」、また、使用上の注意において、「これら以外の適応には安全性が確立していないので絶対使用しないこと」とされているので、眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮、下肢痙縮、2 歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙縮に伴う尖足、重度の原発性腋窩多汗症及び斜視に使用した場合に限り算定する。

(平 20 保医発 1218001, 平 24 保医発 1121-2, 平 27 保医発 0626-2)

(p.463 右段下から 27 行目 / p.472 右段 32 行目の次に挿入)

## →ラジカット注 30mg 及び同点滴静注バッグ 30mg

本製剤を筋萎縮性側索硬化症 (ALS) における機能障害の進行抑制に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の ALS 重症度分類、呼吸機能等の背景及び試験ごとの結果を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分理解した上で、適応患者の選択を行うこと」及び「ALS 重症度分類 4 度以上の患者及び努力性肺活量が理論正常値の 70% 未満に低下している患者における本剤の投与経験は少なく、有効性及び安全性は確立していない。これらの患者に本剤を投与することについては、リスクとベネフィットを考慮して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。

## 告 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掲示事項等の一部改正等

平成 27 年 6 月 30 日  
厚生労働省告示第 305 号,  
保医発 0630 第 1 号

【解説】6 月 24 日の中医協で、保険医が在宅患者に処方・投薬できる注射薬としてエダラボン製剤が承認され、6 月 30 日付けで官報告示されました。

(p.307 左段下から 14・13 行目 / p.309 左段 5・6 行目を訂正)

## →薬剤

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、……、電解質製剤、注射用抗菌薬及びエダラボン製剤

(平 26 保医発 0305-3, 0902-1, 平 27 保医発 0630-1)

(p.1297 左段 26 行目 / p.1315 左段 8 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、……、電解質製剤、注射用抗菌薬及びエダラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る）

## 告

## 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部改正

平成 27 年 6 月 30 日  
厚生労働省告示第 306 号

【解説】6 月 4 日の先進医療会議で先進医療 B として承認されたコラーゲン半月板補填材を用いた半月板修復療法が官報告示されました。2015 年 7 月 1 日からの適用です。

(p.1328 右段下から 9 行目 / p.1351 右段下から 9 行目の次に挿入)

- 61 コラーゲン半月板補填材を用いた半月板修復療法〔半月板損傷（関節鏡検査

により半月板の欠損を有すると診断された患者に係るものに限る）〕

## 告 通

## 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 27 年 6 月 30 日  
厚生労働省告示第 310 号,  
保医発 0630 第 3 号

【解説】4 月 8 日・5 月 27 日の中医協で保険適用が承認された特定保険医療材料が官報告示され、併せて通知が出されました。

なお、医薬品・医療機器等法の施行に伴い、材料価格の経過措置告示中に「薬事法承認番号」とあるのは、すべて「承認番号」と

改める旨も告示されていますが、本項では省略します。

(p.786 右段 3・4 行目 / p.798 右段下から 14・13 行目を訂正)

<b>059 オプション部品</b>	
(2) 人工膝関節用部品	
①人工関節用部品 (I)	67,200 円
②人工関節用部品 (II)	216,000 円

(p.786 右段 31 行目～p.787 左段 28 行目 / p.799 左段 15 行目～右段 8 行目を訂正)

**→オプション部品の定義**

- (1) 定義：次のいずれにも該当すること。  
 ①薬事法承認又は認証上、……「下肢再建用人工材料」、「人工肩関節上腕骨コンポーネント」又は「人工骨インプラント」である。  
 (2) 機能区分の考え方：使用部位又は使用目的により、……人工膝関節用部品 (2 区分)、……の合計 8 区分に区分する。  
 (3) 機能区分の定義  
 ①・② (略)  
 ③人工膝関節用部品・人工関節用部品 (I)：次のいずれにも該当。  
 ア 次のいずれかに該当すること。

i 人工膝関節置換術に際し、大腿骨側材料又は脛骨側材料の支持性を高めることを目的に使用する延長用システム又はボルトである。

ii 人工膝関節置換術に際し、大腿骨又は脛骨の骨欠損部を補綴することにより大腿骨側材料又は脛骨側材料の支持性を高めることを目的に使用するスペーサー、ブロック、ウェッジ、プレートである。

イ ④に該当しない。

④人工膝関節用部品・人工関節用部品 (II)：次のいずれにも該当。

ア 次のいずれかに該当すること。  
 i 人工膝関節置換術（再置換術を含む）に際し、大腿骨又は脛骨に生じた、骨幹端から骨幹部に及ぶ骨欠損部を補修又は補填し、支持性を高めることを目的とした人工骨インプラントである。  
 ii 人工膝関節置換術（再置換術を含む）に際し、大腿骨又は脛骨の骨欠損部を補綴することにより大腿骨側材料又は脛骨側材料の支持性を高めることを目的に使用するブロックである。

イ 骨との固定力を強化するためのポーラス状のタンタルによる加工等が施されているものであって、その趣旨が承

認事項又は認証事項に明記されている。  
 (以下、⑤～⑧に番号線下げ)

(p.811 左段下から 17 行目 / p.825 左段 12 行目に下線部を挿入)

**→経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの定義**

- (3) 機能区分の定義  
 ②イリゲーション型：次のいずれにも該当。  
 ア 経皮的カテーテル心筋焼灼術を実施する際に心房粗動又は心房細動の治療を目的として使用する高周波電流による心筋焼灼用のカテーテルである。

(p.824 左段 24 行目 / p.838 左段下から 17 行目の次に下線部を挿入)

<b>144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器</b>	
(2) 4 極用	
②MRI 対応型	4,500,000 円
同 (承認番号：22700BZX00072000)	
(15.7～16.3)	4,610,000 円
(以下、③に番号線下げ)	

(p.824 右段 4～21 行目 / p.838 右段 29～46 行目を訂正)

**→両室ペーシング機能付き植込型除細動器の定義**

- (2) 機能区分の考え方：リードの構造等により、単極又は双極用 (3 区分) 及び 4 極用 (3 区分) の合計 6 区分に区分する。  
 (3) 機能区分の定義  
 ①～④ (略)  
 ⑤ 4 極用・MRI 対応型

ア 接続する左室リードの電極が 4 極である。

イ 本品を植え込んだ患者において、撮像可能条件に適合する場合に 1.5 テスラの装置による MRI 検査が可能となる構造・機能を有する。  
 (以下、⑥に番号線下げ)

(p.824 右段下から 10 行目 / p.839 左段 15 行目の次に下線部を挿入)

<b>146 大動脈用ステントグラフト</b>	
(5) 大動脈解離用ステントグラフト (メイン部分)	1,520,000 円
同 (承認番号：22600BZX00454000)	
(15.7～16.3)	1,520,000 円
(6) 大動脈解離用ステントグラフト (補助部分)	338,000 円
同 (承認番号：22600BZX00454000)	
(15.7～16.3)	338,000 円

(7) 大動脈解離用ステントグラフト (ベアステント)	878,000 円
同 (承認番号：22600BZX00454000)	
(15.7～16.3)	878,000 円

(p.825 左段 19 行目 / p.839 左段下から 21 行目の次に挿入)

**→大動脈用ステントグラフトの算定**

エ 大動脈解離用ステントグラフトは、当該材料の解剖学的適応を満たす合併症を有する急性期 Stanford B 型大動脈解離を有する患者のうち、内科的治療が奏効しない患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合に限り算定できる。なお、大動脈解離用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じる。

オ 大動脈解離用ステントグラフト (メイン部分)、大動脈解離用ステントグラフト (補助部分) 及び大動脈解離用ステントグラフト (ベアステント) は、1 回の手術に対し、それぞれ 1 個を限度として算定する。なお、ベアステントについては、複数個のベアステントによる治療が必要である場合、2 個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要」欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

(p.825 左段 25～61 行目 / p.839 左段下から 15 行目～右段 28 行目を訂正)

**→大動脈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。  
 ②大動脈瘤又は大動脈解離の治療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、……胸部大動脈用ステントグラフト (補助部分) (1 区分)、大動脈解離用ステントグラフト (メイン部分) (1 区分)、大動脈解離用ステントグラフト (補助部分) (1 区分) 及び大動脈解離用ステントグラフト (ベアステント) (1 区分) の合計 9 区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

①～⑥ (略)

⑦大動脈解離用ステントグラフト (メイン部分)：次のいずれにも該当。

ア 大動脈解離の治療を目的に使用されるものである。

イ 大動脈解離部に留置するステントグ



ラフト及びステントグラフトを挿入するための付属品を含んでいるものである。

⑧大動脈解離用ステントグラフト（補助部分）：次のいずれにも該当。

ア 大動脈解離の治療を目的に使用されるものである。

イ 大動脈解離用ステントグラフト（メイン部分）の留置を補助する目的で使用されるものである。

⑨大動脈解離用ステントグラフト（ベア

テント）：次のいずれにも該当。

ア 大動脈解離の治療を目的に使用されるものである。

イ 大動脈解離部に留置するベアステント及びベアステントを挿入するための付属品を含んでいるものである。

(p.831 左段 23・24 行目 / p.846 左段 15・16 行目を訂正)

Ⅹ 経過措置

(5) II の規定にかかわらず、薬事法（昭

和 35 年法律第 145 号）第 14 条第 1 項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 23 条の 2 の 5 第 1 項の規定による承認を受け、次の表の左欄の承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

事

疑義解釈資料の送付（その 14）

平成 27 年 6 月 30 日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2014 年診療報酬改定についての疑義解釈に関する事務連絡が発出されました。

【初診料】

問 1 当該保険医療機関において出生した新生児に疾病を認め、初診料を算定する場合、当該保険医療機関が表示する診療時間外であれば、時間外加算、休日加算、深夜加算の算定は可能か。

答 可能である。

【特定薬剤治療管理料】

問 2 てんかん患者に対し、「フェノバル錠」（一般名：フェノバルビタール、薬効分類：催眠鎮静剤、抗不安剤）を投与している場合、抗てんかん剤を投与しているものとして B001 特定疾患治療管理料の「2」特定薬剤治療管理料の算定対象となるか。

答 対象となる。薬効分類が催眠鎮静剤、抗不安剤であっても適応にてんかん症状の記載がある薬剤については抗てんかん剤として判断して差し支えない。

問 3 B001 特定疾患治療管理料の「2」特定薬剤治療管理料の対象として「躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの」とあるが、躁病の患者であってリチウム製剤を投与しているものは対象とならないのか。

答 躁病はリチウム製剤の適応であり、特定薬剤治療管理料の対象となる。

【在宅医療】

問 4 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が 16km を超える往診又は訪問診療（以下、「往診等」という）については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており〔「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 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号）〕、具体的には、①患者の所在地から半径 16km 以内に患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる〔「疑義解釈資料の送付について（その 7）」（平成 19 年 4 月 20 日付医療課事務連絡）〕とされている。

例えば、重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる保険医療機関を現実上知らない場合は、「16km を超える往診等を必要とする絶対的な理由」に含まれるか。

答 ご指摘の事例は「絶対的な理由」に含まれる。

なお、患者が特定施設や高齢者向け住宅等（以下、「施設等」という）に居住する場合は、施設等が、予め、往診等を行う協力医療機関を得るよう努めるべきであり、単に患者や保険医療機関が往診等を行う他の保険医療機関を知らないことをもって絶対的な理由に該当するということとはできないことに留意が必要である。このような場合には、施設等又は往診等を行う保険医療機関が、施設等から 16km 以内の保険医療機関に個別に、又は、当該地域の医師会に、往診等を行う

保険医療機関があるかを予め確認する必要がある。

問 5 C002 在宅時医学総合管理料又は C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料は別に算定できないこととされているが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる処置（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む）についても、別に算定できないのか。

答 算定できない。

【検査】

問 6 健康診断で実施した内視鏡検査において、病変を認めた場合に、引き続き粘膜点墨法、狭帯域光による観察を実施した場合、D308 胃・十二指腸ファイバースコープのそれぞれ「注 2」及び「注 4」に定める加算の所定点数を算定できるか。

答 D308 を算定しない場合において、「注」に規定する加算のみの算定はできない。なお、健康診断の費用として支払われる額と保険請求する額が重複することのないよう、「健康診断時及び予防接種の費用について」（平成 15 年 7 月 30 日付事務連絡）に基づき行う。

問 7 D239-3 神経学的検査において、「一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合の D250 平衡機能検査、眼底を検査した場合の D255 精密眼底検査等を指す）については、所定点数に含まれ、別に算定できない」とあるが、例えば、D239-3 と D250 の「1」から「5」までとは併算定ができないということか。

答 神経学的検査として D250 平衡機能検査

査に該当する眼振検査をした場合には算定できないが、神経学的検査の結果特に必要と認め、神経学的検査に含まれない専門的な検査を行うなど、医学的見地から一連ではないと判断可能な場合においてはその限りではない。

**【注射】**

**問 8** G001 静脈内注射又は G004 点滴注射は、E200 コンピューター断層撮影（CT 撮影）又は E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）の「注 3」造影剤使用加算に規定する加算とそれぞれ同時に算定できるか。

**答** 同一日に静脈内注射又は点滴注射により造影剤使用撮影を実施した場合においては、注射実施料（G001 静脈内注射又は G004 点滴注射）又は造影剤使用加算のうち、主たるもののみを算定する。

**【リハビリテーション】**

**問 9** H004 摂食機能療法の治療開始日から起算して 3 月以内の患者については、1 日につき算定できることとされているが、月の途中で 3 月を超えた場合は、

その日までの月内算定回数にかかわらず、3 月を超えた日以降、当該月の月末日までに 4 回を限度として算定することができるのか。

**答** そのとおり。

**問 10** H007-2 がん患者リハビリテーション料の施設基準にある「適切な研修」の要件について、「リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ 1 名以上参加して行われるものである」とされているが、ある回の研修に参加した職員のうち一部が退職した場合、当該職員と同じ日の研修に参加していた他の職員は、再度、研修を修了する必要があるか。

**答** 再度研修を修了する必要はない。施設基準の「適切な研修」の要件を満たす研修のうち、同一日に行われたもの（A とする）に参加した職員のうち一部が後日欠けても、A の研修に参加した残り

の職員は引き続き「適切な研修を修了した」ものとしてよい。このような取扱いにより、

①残りの職員で引き続き施設基準を満たす場合

②残りの職員と、A の研修とは日程や主催者等が異なる他の「適切な研修」を修了した職員とを併せて施設基準を満たす場合

は、A の研修に参加した残りの職員は引き続き当該診療に従事できる。

**【精神科専門療法】**

**問 11** I002 通院・在宅精神療法等の対象となる精神疾患に「統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等」が掲げられているが、ICD-10 の F63.0 「病的賭博」はこれに含まれるか。

**答** 含まれる。