

# 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	「特定保険医療材料の定義について」の一部改正 (保医発 1130-1)	p.81
通	薬価基準の一部改正等 (保医発 1210-1)	p.81
通	リゾチーム塩酸塩製剤の医薬品医療機器法上の効能又は効果の一部削除 (保医発 1211-1)	p.82
* * *		
<b>〔2016年度診療報酬改定〕</b>		
他	平成28年度診療報酬改定に関する支払側・診療側の意見 (12/2 中医協)	p.82
他	薬価本調査・材料価格本調査の速報値 (12/4 中医協)	p.83
他	平成28年度診療報酬改定の基本方針 (12/7 社会保障審議会医療保険部会・医療部会)	p.84
他	平成28年度診療報酬改定 (中医協意見具申) (12/11 中医協)	p.86
* * *		
通	平成26年度決算検査報告 (保医発 1210-5)	p.87
事	入院時食事療養費等の見直し (12/18 保険局医療課事務連絡)	p.89

\*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。



## 通

### 「特定保険医療材料の定義について」の一部改正

平成27年11月30日  
保医発 1130 第1号

【解説】特定保険医療材料の定義通知が改正され、経皮的動脈弁置換術における後拡張のために心臓手術用カテーテルを使用することができるようになりました。12月1日からの適用です。

(p.816 左段下から22行目/p.830 左段24行目を訂正)

→心臓手術用カテーテルの定義

(6) 弁拡張用カテーテルの定義：次のいずれにも該当。

① (略)

② 狭窄した肺動脈弁、大動脈弁若しくは僧帽弁を拡張するため、又は経皮的動脈弁置換術における後拡張に使用するためのバルーンカテーテルである。

## 通

### 使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等

平成27年12月10日  
保医発 1210 第1号

【解説】12月10日付け告示第464号の薬価基準改正で出された薬剤に関する使用上の留意事項等が通知されました。

(p.439 右段25行目/p.445 左段下から12行目の次に挿入)

→ランソプラゾールOD錠15mg「RTO」及び同30mg「RTO」

本製剤は、使用期間が、胃潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎においては、通常8週間まで、十二指腸潰瘍においては、通常6週間までと限定されていることから使用に当たっては十分留意する。

(p.440 右段24行目/p.446 右段下から31行目の次に挿入)

→セルセプト懸濁用散31.8%

本製剤を腎移植後の難治性拒絶反応の治療に用いる場合は、免疫抑制療法及び腎移植患者の管理に精通している医師が、高用量ステロイド、ムロモナブ-CD3等の既存の治療薬が無効又は副作用等のため投与できない患者に対して使用した場合に限り算定できる。

→イマチニブ錠200mg「サワイ」

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。

→リネゾリド錠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、疾患の治療に必要な最小限の期間の投与にとどめる。

(p.442 左段下から22行目/p.449 右段下から30行目の次に挿入)

→フリウェル配合錠LD

① 本製剤の効能・効果は、「月経困難症」である。

② 本製剤が避妊の目的で処方された場合には、保険給付の対象とはしない。

→メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トロー」及び同「日医工」

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。

(p.443 右段下から3行目/p.451 左段最下行の次に挿入)

→デスマプレシン点鼻スプレー0.01%「ILS」

① 本剤の効能・効果は、次に掲げるものである。

尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う下記疾患  
夜尿症

② 本剤の使用上の注意に、本剤使用前に観察期を設け、尿浸透圧あるいは尿比重が低下していることを確認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。

(p.462 左段下から31行目/p.470 右段下から7行目の次に挿入)

→ソマトロピンBS皮下注5mg「サンド」シュアパル及び同10mg「サンド」シュアパル

本製剤は、ヒト成長ホルモン剤であり、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、診療報酬の算

定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1 医科診療報酬点数表 C101 在宅自己注射指導管理料を算定できる。

→ヘパリンCa皮下注1万単位/0.4mL「サワイ」

本製剤は、ヘパリンカルシウム製剤であり、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。

(p.462 右段1行目/p.471 左段下から16行目の次に挿入)

→ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5.3 mL「ホスピーラ」及び同1g/26.3mL「ホスピーラ」

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、本製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。

→オキサリプラチン点滴静注液 200mg/40mL「サンド」及び同「ホスピーラ」

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。