

点数表ハンドブック

平成22年4月版

追補 201008

以下の告示・通知等により、本書の内容に訂正が生じたので、ここに追補します。

- 平成22年4月16日 厚生労働省告示第197号
- 平成22年4月23日 保医発0423第1号
- 平成22年4月30日 保医発0430第1号(平成22年5月1日適用)
- 平成22年5月17日 医療課事務連絡
- 平成22年5月28日 厚生労働省告示第224号
- 平成22年5月28日 保医発0528第1号
- 平成22年5月31日 保医発0531第2号(平成22年6月1日適用)
- 平成22年6月4日 保医発0604第1号
- 平成22年6月11日 厚生労働省告示第241号
- 平成22年6月11日 厚生労働省告示第242号
- 平成22年6月11日 厚生労働省告示第243号
- 平成22年6月11日 保医発0611第1号
- 平成22年6月11日 医療課事務連絡
- 平成22年6月30日 厚生労働省告示第259号(平成22年7月1日適用)
- 平成22年7月1日 厚生労働省告示第266号
- 平成22年7月1日 医療課事務連絡
- 平成22年7月16日 厚生労働省告示第282号
- 平成22年7月16日 保医発0716第4号
- 平成22年8月5日 官報正誤

【 点 数 早 見 表 編 】

頁	箇 所	訂 正 前	訂 正 後
15	下から6～5行目	又は乾癬性紅皮症	， 乾癬性紅皮症， 強直性脊椎炎又は潰瘍性大腸炎
15	下から4行目の次に， 7)の表に追加		エベロリムス(切除不能又は転移性の腎細胞がんの患者に投与するものに限る) テモゾロミド(注射薬であって， 悪性神経膠腫の患者に投与するものに限る) エクリズマブ(遺伝子組換え)(発作性夜間ヘモグロビン尿症における溶血の抑制のために投与するものに限る) パニツムマブ(遺伝子組換え)(KRAS遺伝子野生型の治癒切除不能な進行又は再発の結腸がん又は直腸がんの患者に投与するものに限る) レナリドミド水和物(再発又は難治性の多発性骨髄腫の患者に投与するものに限る)
28	<特定入院基本料に含まれる診療項目>の表中， 「処置」の欄の最下行	老人処置	長期療養患者褥瘡等処置
31	<療養病棟入院基本料(特別入院基本料を含む)診療項目>の表中， 「処置」の欄の最下行	老人処置	長期療養患者褥瘡等処置
58		[「埼玉県」の欄に掲げる地域中， 「北葛飾郡栗橋町」を「北葛飾郡栗橋町」に， 「北葛飾郡杉戸町」を「北葛飾郡杉戸町」に改める。]	
59		[「奈良県」の欄に掲げる地域中， 「北葛城郡王寺町」を「北葛城郡王寺町」に改める。]	
67	下から20行目	ハイケアユニット入院医療管理料に入院	ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室に入院
80	右欄 上から22行目	当該病床を有する病棟	当該病棟
80	右欄 下から23行目	当該病棟	当該病床を有する病棟
123	右欄 上から10行目「・グルカゴン製剤」の下に追加		・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
123	右欄 下から15行目	2回目以降につき	2回目以降1回につき
126	右欄 下から14～13行目	経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器
127	下から14行目「グルカゴン製剤」の下に追加		グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
139	右欄 下から2行目	ウイルス抗体価	ウイルス抗体価(半定量)
140	左欄 下から17行目	ウイルス抗体価	ウイルス抗体価(1項目当たり)
140	右欄 上から1～2行目	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定	グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定
163	右欄 上から2行目	又は	及び
192	下から20行目	来している患者	来している患者(当該疾患の手術後の患者であって， 入院中のものを除く)
217	下から20行目	同一指	「複数手術に係る費用の特例」に該当する場合を除き， 同一指
221	右欄 上から6行目	「3」の「指(手， 足)」については	「3」については
235	左欄 下から2行目	中耳根本手術	中耳根治手術
237	左欄 下から9行目	汎副鼻腔根本手術	汎副鼻腔根治手術
261	右欄 下から8～5行目	● K936自動縫合器加算の対象項目(限度設定なし) ● K936-2自動吻合器加算の対象項目(1個限度)	(削除)
262	左欄 上から21行目	脱肛根本手術	脱肛根治手術
273	右欄 下から8行目	， K739-2	(削除)
273	右欄 下から1行目	K739， K739-	K739，
274	右欄 上から1行目	2， K740，	K740，

【 点 数 早 見 表 編 】											
頁	箇 所	訂 正 前	訂 正 後								
391	右欄 最下行の次に、「別紙の内容」を追加										
418	左欄 上から20行目 D007「33」の行	<table border="1"> <tr> <td>D007「33」 アルカリホ スファター ゼ・アイン ザイム（ポ リアクリル アミドデ ィスク電気 泳動法）</td> <td>D008「14」 骨型アルカ リホスファ ターゼ（B A P）</td> </tr> </table>	D007「33」 アルカリホ スファター ゼ・アイン ザイム（ポ リアクリル アミドデ ィスク電気 泳動法）	D008「14」 骨型アルカ リホスファ ターゼ（B A P）	<table border="1"> <tr> <td>D007「33」</td> <td>アルカリホスファターゼ・アインザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）</td> </tr> <tr> <td>D008「14」</td> <td>骨型アルカリホスファターゼ（B A P）</td> </tr> <tr> <td>D008「14」</td> <td>（準用）インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact P I N P）</td> </tr> </table>	D007「33」	アルカリホスファターゼ・アインザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）	D008「14」	骨型アルカリホスファターゼ（B A P）	D008「14」	（準用）インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact P I N P）
D007「33」 アルカリホ スファター ゼ・アイン ザイム（ポ リアクリル アミドデ ィスク電気 泳動法）	D008「14」 骨型アルカ リホスファ ターゼ（B A P）										
D007「33」	アルカリホスファターゼ・アインザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）										
D008「14」	骨型アルカリホスファターゼ（B A P）										
D008「14」	（準用）インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact P I N P）										

【 点 数 表 編 】

22	右	[下から18行目の次に右のように追加]		(3) (2)のただし書にかかわらず,出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には,他医療機関における診療に要する費用のうち,当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。 (4) 本通則において,出来高入院料とは,療養病棟入院基本料,有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料をいう。
22	右	下から17行目	(3) (2)の規定により入院患者が	(5) 入院患者が
22	右	下から12行目	(4)	(6)
22	右	下から8～6行目	療養病棟入院基本料,有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料(以下,第2部入院料等の通則において「入院基本料等」という)	出来高入院料
22	右	下から5行目	入院基本料等は当該入院基本料等の	出来高入院料は当該出来高入院料の
23	右	上から10行目	(5)	(7)
23	右	上から15行目	(6)	(8)
23	右	上から19行目	(7)	(9)
34	右	下から2行目	「別紙様式2」	「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「別添1の2」の「別紙様式2」
35	右	上から6行目	「別紙様式2」	「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「別添1の2」の「別紙様式2」
35	右	上から17行目	診療録等に記録	診療録等に記載
48	右	上から9行目	「注3」に掲げる	「注3」に規定する
53	右	上から15行目	「別紙様式2」	「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「別添1の2」の「別紙様式2」
53	右	上から22行目	「別紙様式2」	「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「別添1の2」の「別紙様式2」
53	右	下から16行目	診療録等に記録	診療録等に記載
53	右	下から10行目	14日に限り	14日を限度に
53	右	下から7行目	急性期医療を後方支援	急性期医療を担う病院を後方支援
57	右	上から8行目	及び	又は
57	右	上から10行目	及び	又は
57	右	上から13行目	及び	又は
62	左	下から2行目	この場合において	この場合において,
63	右	上から5行目	超重症児(者)判定基準	「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」
63	右	上から8行目	超重症児(者)判定基準	「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」
63	右	上から10行目	在宅重症児受入加算	在宅重症児(者)受入加算
74	右	下から15～14行目	行っただけ,さらに	行った上で,更に
74	右	下から3行目	微生物検査	微生物学的検査
78	右	上から7行目	(1)のアからウ	アからウ
114			[「埼玉県」の欄に掲げる地域中,「北葛飾郡栗橋町」を「北葛飾郡栗橋町」に,「北葛飾郡杉戸町」を「北葛飾郡杉戸町」に改める。]	
115			[「奈良県」の欄に掲げる地域中,「北葛城郡王寺町」を「北葛城郡王寺町」に改める。]	
126	右	下から11行目	体内埋込型ペースメーカー等	体内埋込式心臓ペースメーカー等
128	右	下から24行目	アからカ	アからカまで
136	右	上から18行目	第1部医学管理等	第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料及び同「22」がん性疼痛緩和指導管理料を除く)

【 点数表編 】				
146	右	下から7行目	診療計画	診療計画書
147	右	上から2行目	診療計画	診療計画書
147	右	下から3行目	日常生活機能評価	日常生活機能評価表による評価
147	右	下から2～1行目	日常生活機能評価	日常生活機能評価表による評価
149	右	下から15行目	治療計画	治療計画書
149	右	下から8行目	治療計画	治療計画書
151	右	上から5行目	治療計画	治療計画書
157	右	下から9行目	アからウ	アからウまで
189	左	下から7行目	2回目以降につき	2回目以降1回につき
196	右	〔下から6行目の次に右のように追加〕		(4) グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト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、所定点数を算定する。
200	左	上から9行目	経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器
201	右	上から14行目	グルカゴン製剤	グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
214	右	下から15行目	アルカリホスファターゼ染色	アルカリホスファターゼ染色
220	右	上から17～18行目	E L I S A法又は免疫クロマト法	E L I S A法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法
224	右	上から15行目	骨型アルカリホスファターゼ (B A P)	骨型アルカリホスファターゼ (B A P)、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact P I N P)
224	右	上から17行目	を併せて実施	のうち2項目以上を併せて実施
224	右	〔下から8行目の次にD008内分泌学的検査の「14」の右欄として追加〕		※ インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact P I N P) は、本区分「14」の骨型アルカリホスファターゼ (B A P) に準じて算定する。
234	左	上から4～5行目	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定
235	右	上から1行目	免疫クロマト法	免疫クロマト法、赤血球凝集法
236	右	〔D014自己抗体検査の「10」の右欄として追加〕		※ 血清中抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 ア 血清中抗RNAポリメラーゼⅢ抗体は、本区分「10」の抗Sc1-70抗体に準じて算定する。 イ びまん性強皮症の確定診断を目的として行った場合には、1回を限度として算定できる。 ウ イの診断において陽性と認められた患者に関し、腎クリーゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、腎クリーゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。
240	右	下から10行目	使われた薬剤の種類により	使われた薬剤が4種類以上の場合に限り
243	右	下から2～1行目	「A220」H I V感染者療養環境特別加算若しくは	「A220」H I V感染者療養環境特別加算、「A220-2」二類感染症患者療養環境特別加算若しくは
246	右	上から9～10行目	「A220」H I V感染者療養環境特別加算若しくは	「A220」H I V感染者療養環境特別加算、「A220-2」二類感染症患者療養環境特別加算若しくは
247	左	上から5行目	手掌部、	手掌部又は
247	左	下から11行目	手掌部、	手掌部又は
250	右	下から9行目	伝送装置	伝達装置
250	右	下から8行目	伝送装置	伝達装置
255	右	〔下から19～18行目を右のように改める。〕		(1) ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。 ア 40歳以上の初産婦である患者

【 点 数 表 編 】

			イ BMI が35以上の初産婦である患者 ウ 多胎妊娠の患者 エ 子宮内胎児発育不全の認められる患者 オ 子宮収縮抑制剤を使用中の患者 カ 妊娠高血圧症候群重症の患者 キ 常位胎盤早期剥離の患者 ク 前置胎盤(妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限り)の患者 ケ 胎盤機能不全の患者 コ 羊水異常症の患者 サ 妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの a 前期破水を合併したもの b 経陰超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの c 切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの d 早産指数 (tocolysis index) が3点以上のもの シ 心疾患(治療中のものに限る)の患者 ス 糖尿病(治療中のものに限る)の患者 セ 甲状腺疾患(治療中のものに限る)の患者 ソ 腎疾患(治療中のものに限る)の患者 タ 膠原病(治療中のものに限る)の患者 チ 特発性血小板減少性紫斑病(治療中のものに限る)の患者 ツ 白血病(治療中のものに限る)の患者 テ 血友病(治療中のものに限る)の患者 ト 出血傾向(治療中のものに限る)のある患者 ナ HIV陽性の患者 ニ Rh不適合の患者 ヌ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者 ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。	
279	左	下から10行目	又は	及び
279	右	下から10～9行目	「D317」膀胱尿道ファイバースコープ	「D317」膀胱尿道ファイバースコープ及び「D317-2」膀胱尿道鏡検査
282	右	〔上から16行目の次に右のように追加〕		(4) 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E100」シンチグラム(画像を伴うもの)の「1」部分(静態)(一連につき)により算定する。
282	右	上から17行目	(4)	(5)
289	右	上から18行目	アナログ又はデジタル撮影	アナログ撮影又はデジタル撮影
293	右	上から9行目	「A220」HIV感染者療養環境特別加算	「A220」HIV感染者療養環境特別加算、「A220-2」二類感染症患者療養環境特別加算
298	左	上から8行目	冠動脈CT撮影加算として	冠動脈CT撮影加算として、
299	左	上から12行目	心臓MRI撮影加算として	心臓MRI撮影加算として、
331	右	上から24行目	副作用又は傷害等	副作用又は障害等
346	右	上から5行目	頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯	頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯
356	右	下から3行目	圧挫創症候群	圧挫症候群
384	右	下から5～4行目	頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯	頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯

【 点 数 表 編 】

386	右	[下から6行目の次に右のように追加]	「K014」皮膚移植術（生体・培養） 「K014-2」皮膚移植術（死体） 「K059」骨移植術（軟骨移植術を含む。）
393	右	下から17行目	「K046」骨折観血的手術の「3」中の指（手、足）
393	右	下から9行目	同一指に対して
395	右	上から5行目	汎副鼻腔根本手術
398	右	[下から7行目の次に右のように追加]	ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。
398	右	下から6行目	ウ
426	左	上から2行目	中耳根本手術
428	右	下から22行目	汎副鼻腔根本手術
429	左	上から2行目	汎副鼻腔根本手術
475	右	下から3行目	◆ 自動縫合器加算対象手術→「K936」参照。
475	右	下から2行目	◆ 自動吻合器加算対象手術→「K936-2」参照。
476	左	下から7行目	脱肛根本手術
493	右	下から2行目	骨髄提供者から骨髄を採取
495	左	下から4～5行目	K739からK740-2まで
496	左	上から6行目	K739からK740-2まで
500	右	下から17行目	植込み型ペースメーカー又は植込み型除細動器
501	右	下から12行目	「注2」、「注4」及び「注5」による加算
508	左	上から2行目	放射線治療料
508	左	上から4行目	放射線治療料
508	右	上から1行目	放射線治療料の項に
511	右	上から1行目	「イ」の所定点数
537	右	上から20行目	グルカゴン製剤
556	右	上から13～16行目	グルカゴン製剤，エタネルセプト製剤，ヒトソマトメジンC製剤，ベグピソマント製剤，スマトリプタン製剤及びグリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤
556	右	[下から7行目の次に右のように追加]	グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
556	右	[下から1行目の次に右のように追加]	アダリムマブ製剤
569	左	上から2行目	（平成22. 3. 5 厚生労働省告示第76号改正）
569	左	下から2～1行目	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成20年厚生労働省告示第96号）別表の左欄
569	右	下から1行目	第3項
570	右	上から15行目	，準7対1入院基本料及び
572	左	下から8行目	グルカゴン製剤
597	左	下から9行目	当該病床を有する病棟
597	右	上から2行目	当該病棟
611	右	下から4行目	別紙様式2

【 点 数 表 編 】

				留意事項について」(平成22年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2
613	右	上から12行目	北葛飾郡栗橋町	北葛飾郡栗橋町
613	右	上から13行目	北葛飾郡杉戸町	北葛飾郡杉戸町
614	左	上から4行目	北葛城郡王寺町	北葛城郡王寺町
624	左	上から15行目	向精神薬	向精神薬等
624	左	下から3行目	一対一	1対1
624	左	下から2行目	一対一	1対1
624	右	上から15行目	一対一	1対1
624	右	上から18行目	一対一	1対1
625	左	下から1行目	①	③
625	右	上から2行目	②	④
627	右	上から1行目	(平成22. 3. 5 厚生労働省告示第73号改正)	(平成22. 6. 11 厚生労働省告示第242号改正)
637	左	下から15～14行目	脳血管リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション
637	左	下から9行目	対象患者	対象患者等
638	右	下から12～11行目	又は精神科デイ・ナイト・ケア	若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア
638	右	下から8～7行目	又は精神科デイ・ナイト・ケア	若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア
638	右	下から4行目	又は精神科デイ・ナイト・ケア	若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア
646	左	〔下から2行目の次に右のように追加〕		グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
〔647頁左欄下から1行目～右欄上から3行目までの文頭を1字下げる。〕				
648	左	上から10行目	患者	患者(当該疾患の手術後の患者であって、入院中のものを除く。)
661	左	上から2行目	(平成22. 3. 5 厚生労働省告示第71号改正)	(平成22. 6. 30 厚生労働省告示第259号改正)
671	左	上から5行目	086 脊髄刺激装置用リードセット 170,000円	086 脊髄刺激装置用リード (1) リードセット 170,000円 (2) アダプター 35,000円
671	左	〔上から9行目の次に右のように追加〕		(4) 疼痛除去用(16極以上用) 1,600,000円
672	右	〔下から13行目の次に右のように追加〕		ウ 誤感知防止型 162,000円
673	左	下から9行目	123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル 175,000円	123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル (1) 標準型 175,000円 (2) イリゲーション型 184,000円
675	左	〔下から14行目の次に右のように追加〕		③ コイル留置用ステント 446,000円
676	左	〔下から11行目の次に右のように追加〕		160 埋込型迷走神経電気刺激装置 1,640,000円 161 迷走神経刺激装置用リードセット 179,000円 162 経皮的胸腔内リード除去用レーザーシースセット 297,000円

【別紙】 p391 「保険診療における医薬品の取扱い」に追加

**ノボラピッド50ミックス注フレックスペン、
同70ミックス注フレックスペン**

- 本製剤は注入器一体型のキットであるため、医科診療報酬点数表のC101在宅自己注射指導管理料を算定する場合には、C151注入器加算は算定できない。

エポエチンアルファBS注750「JCR」、同1500「JCR」、同3000「JCR」、エポエチンアルファBS注750シリンジ「JCR」、同1500シリンジ「JCR」、同3000シリンジ「JCR」

- 本製剤は、エポエチンアルファ(遺伝子組換え)のバイオ後続品であり、エリスロポエチン製剤に該当するため、医科診療報酬点数表のJO38人工腎臓等における保険適用上の取扱いは、既存のエリスロポエチン製剤と同様である。

キロサイドN注1g

- 本製剤の使用上の注意において、「緊急医療体制の整備された保険医療機関においてがん化学療法に十分な知識と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。

エルプラット点滴静注液50mg、同100mg

- 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。

ノボセプンH I 静注用1mg、同2mg、同5mg

- 本製剤は、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子のインヒビターを保有する患者の出血抑制に使用するものであり、予防的に使用するものではない。
- 本製剤の使用に当たっては、前記インヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。
- 本剤の使用上の注意において、「本剤は過量投与した場合に血栓形成のおそれがある。」及び「在宅治療は、軽度～中等度の出血の場合に可能であるが、患者が定期的に診察を受けている医師と密接な関係が得られている場合のみ行うこと。」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

アクトスOD錠15、同30

- 効能又は効果
2型糖尿病(ただし、下記のいずれかの治療で十分

な効果が得られずインスリン抵抗性が推定される場合に限る。)である。

- (1) ア 食事療法、運動療法のみ
イ 食事療法、運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用
ウ 食事療法、運動療法に加えてα-グルコシダーゼ阻害剤を使用
エ 食事療法、運動療法に加えてビグアナイド系薬剤を使用

- (2) 食事療法、運動療法に加えてインスリン製剤を使用

● 保険適用上の取扱い

- (1) 本製剤を他の糖尿病用薬と併用した場合には低血糖症状を起こすことがあるので、患者に対して低血糖症状及びその対処方法について十分説明し、注意を喚起する。
 - (2) 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。また、糖尿病以外にも、耐糖能異常、尿糖陽性等を呈する病態や糖尿病類似の症状(腎性糖尿、老人性糖代謝異常、甲状腺機能異常等)を呈する疾患があることに留意する。
 - (3) 本製剤を使用する場合は、対象患者はインスリン抵抗性が推定される患者に限る。また、インスリン抵抗性の目安は、肥満度(BMI:kg/m²)が24以上又はインスリン分泌状態について空腹時血中インスリン値が5 μU/mL以上である。
 - (4) 投与する場合には血糖、尿糖を定期的に検査し、3ヵ月間投与して効果が不十分な場合には、速やかに他の治療法への切り替えを行う。
 - (5) 投与の継続中に、投与の必要性がなくなる場合や減量する必要がある場合、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるため、食事摂取量、体重の推移、血糖値、感染症の有無等に留意の上、常に投与継続の可否、投与量、薬剤の選択等に注意する。
- 既記載のアクトス錠15、同30についても、前述の「効能又は効果」及び「保険適用上の取扱い」と同様の取扱いである。

アマリール0.5mg錠

- 効能又は効果
インスリン非依存型糖尿病(ただし、食事療法・運動療法のみで十分な効果が得られない場合に限る。)である。

● 保険適用上の取扱い

- (1) 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。また、糖尿病以外にも耐糖能異常、

尿糖陽性等を呈する病態や糖尿病類似の症状(腎性糖尿, 老人性糖代謝異常, 甲状腺機能異常等)を呈する疾患があることに留意する。

- (2) 糖尿病治療の基本である食事療法, 運動療法を十分に行った上で, 効果が不十分の場合に限り適用を考慮する。
- (3) 投与する場合には少量より開始し, 血糖, 尿糖を定期的に検査し, 薬剤の効果を確かめて, 効果が不十分な場合には, 速やかに他の治療法への切り替えを行う。
- (4) 投与の継続中に, 投与の必要性がなくなる場合や減量する必要がある場合, 患者の不養生, 感染症の合併等により効果がなくなったり, 不十分となる場合があるため, 食事摂取量, 体重の推移, 血糖値, 感染症の有無等に留意の上, 常に投与継続の可否, 投与量, 薬剤の選択等に注意する。

アミオダロン塩酸塩錠100mg「トーフ」, アミオダロン塩酸塩速崩錠50mg「TE」, 同100mg「TE」

- 本製剤は, 副作用発現頻度が高く, 致死的な副作用(間質性肺炎, 肺炎, 肺線維症, 肝障害, 甲状腺機能亢進症, 甲状腺炎)が発現することも報告されているため, 致死的不整脈患者にのみ使用するものである。

オメプトロール錠10mg, オメプラゾール錠10mg「マイラン」

- 本製剤の使用期間は, 胃潰瘍, 吻合部潰瘍, 逆流性食道炎(再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法を除く。)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週間までとされていることから, 使用に当たっては十分留意する。

カルタンOD錠250mg, 同500mg

- 本製剤は, 慢性腎不全患者に対して食物摂取時の高リン血症の改善を目的として使用する沈降炭酸カルシウム製剤であり, 既に薬価基準に収載されている同製剤(胃・十二指腸潰瘍, 胃炎等における制酸作用と症状の改善に用いられているもの)とは異なるものである。

グルコバイOD錠50mg, 同100mg

- 本製剤の効能・効果は, 糖尿病の食後過血糖の改善(ただし, 食事療法・運動療法によっても十分な血糖コントロールが得られない場合, 又は食事療法・運動療法に加えて経口血糖降下薬若しくはインスリン製剤を使用している患者で十分な血糖コントロールが得られない場合に限り)である。
- 本製剤の添付文書における使用上の注意に次のように記載があるので, 使用に当たっては十分留意

する。

- (1) 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。また, 糖尿病以外にも耐糖能異常・尿糖陽性等を呈する病態や糖尿病類似の症状(腎性糖尿, 老人性糖代謝異常, 甲状腺機能異常等)を呈する疾患があることに留意する。
- (2) 食事療法, 運動療法のみを行っている患者に対して投与する場合には, 食後血糖2時間値が200mg/dL以上である場合に限るものである。
- (3) 食事療法・運動療法に加えて経口血糖降下薬又はインスリン製剤を使用している患者に対して投与する場合には, 投与の際の空腹時血糖値が140mg/dL以上であることを目安とする。
- (4) 本製剤の投与中は, 血糖を定期的に検査するとともに, 経過を十分に観察し, 常に投与継続の必要性について注意を払う。
- (5) 本製剤を2~3ヵ月投与しても食後血糖に対する効果が不十分な場合(静脈血漿で食後血糖2時間値が200mg/dL以下にコントロールできない場合等)には, より適切と考えられる治療への変更を考慮する。
- (6) 食後血糖の十分なコントロール(静脈血漿で食後血糖2時間値が160mg/dL以下)が得られ, 食事療法・運動療法又はこれらに加えて経口血糖降下薬又はインスリン製剤を使用するのみで十分と判断される場合には, 本製剤の投与を中止して経過観察を行う。

ゲムシタピン点滴静注用200mg「サンド」, 同1g「サンド」, 同200mg「タイホウ」, 同1g「タイホウ」, 同200mg「ヤクルト」, 同1g「ヤクルト」

- 本製剤は, 緊急時に十分な対応が可能な医療施設において, がん化学療法に十分な経験を持つ医師の下で投与することが適切と判断される症例に使用した場合に限り, 算定するものである。

セフェピム塩酸塩静注用0.5g「CMX」, 同1g「CMX」

- 本製剤の用法・用量において, 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。

ダルテパリンNa 静注2500単位/10mLシリンジ「ニプロ」, 同3000単位/12mLシリンジ「ニプロ」, 同4000単位/16mLシリンジ「ニプロ」, 同5000単位/20mLシリンジ「ニプロ」, ミニヘパ透析用100単位/mLシリンジ20mL, 同150単位/mLシリンジ20mL, 同200単位/mLシリンジ20mL

- 入院中の患者以外の患者に対して血液透析を行うに当たり, ダルテパリンナトリウム製剤又はバル

ナパリンナトリウム製剤を使用した場合にあっては、次の場合を除き、所定点数以外に薬剤料は別途算定できない。

- (1) 血液透析濾過を行った場合
- (2) 生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症(頭蓋内出血, 消化管出血)を有する患者に対して血液透析を行った場合
- (3) 重大な視力障害に至る可能性が著しく高い進行性眼底出血を有する患者に対して血液透析を行った場合

メタクト配合錠HD, 同LD

- 効能又は効果
2型糖尿病(ただし、ピオグリタゾン塩酸塩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。
- 保険適用上の取扱い
 - (1) 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。また、糖尿病以外にも、耐糖能異常、尿糖陽性等を呈する病態や糖尿病類似の症状(腎性糖尿, 甲状腺機能異常等)を呈する疾患があることに留意する。
 - (2) 本製剤を2型糖尿病治療の第一選択薬として用いない。
 - (3) 原則として、既にピオグリタゾン塩酸塩(ピオグリタゾンとして1日15mg又は30mg)及びメトホルミン塩酸塩(メトホルミン塩酸塩として1日500mg)を併用し状態が安定している場合、又はピオグリタゾン塩酸塩(ピオグリタゾンとして1日15mg又は30mg)単剤又はメトホルミン塩酸塩(メトホルミン塩酸塩として1日500mg)単剤の治療により効果不十分な場合に、本製剤の使用を検討する。
 - (4) 本製剤の投与中においては、本製剤の投与がピオグリタゾン塩酸塩及びメトホルミン塩酸塩の併用よりも適切であるかについて慎重に判断する。
 - (5) 本製剤を使用する場合は、対象患者はインスリン抵抗性が推定される患者に限る。また、インスリン抵抗性の目安は、肥満度(BMI:kg/m²)が24以上又はインスリン分泌状態について空腹時血中インスリン値が5μU/mL以上である。
 - (6) 投与する場合には血糖、尿糖を定期的に検査し、薬剤の効果を確かめ、効果が不十分な場合には、速やかに他の治療薬への切り替えを行う。
 - (7) 投与の継続中に、投与の必要性がなくなる場合や減量する必要がある場合、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分と

なる場合があるため、食事摂取量、体重の推移、血糖値、感染症の有無等に留意の上、常に投与継続の可否、投与量、薬剤の選択等に注意する。

ビクトーザ皮下注18mg

- 本製剤は注入器一体型のキットであるため、医科診療報酬点数表の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。
- 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。

ネスプ注射液10μg/1mLプラシリンジ, 同15μg/1mLプラシリンジ, 同20μg/1mLプラシリンジ, 同30μg/1mLプラシリンジ, 同40μg/1mLプラシリンジ, 同60μg/0.6mLプラシリンジ, 同120μg/0.6mLプラシリンジ, 同180μg/0.9mLプラシリンジ

- 本製剤はダルベポエチン製剤であり、医科診療報酬点数表のJO38人工腎臓等における保険上の取扱いは、既存のダルベポエチン製剤と同様である。

レナデックス錠4mg

- 本製剤は、薬事法第14条の4第1項第1号の規定する新医薬品(再審査を受けなければならない医薬品)には該当しないものであることから、「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」第十の二の(一)ハに規定する新医薬品に係る投薬期間上限(14日間)は適用されない。