

医科・調剤 点数早見表

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5月17日 医療課事務連絡
- 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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）										

【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。