

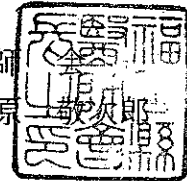


福県医発第1793号（保）

平成15年 1月10日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師
会 長 関 原



使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について

平成14年12月13日付厚生労働省告示第379号をもって薬価基準の一部が改正され、公布の日から適用となった旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありましたので、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

今回の改正は、薬事・食品衛生審議会医薬品部会に報告の上承認を受けた医薬品等で、薬価基準に収載申請のあった25品目の医薬品（薬価基準既収載医薬品と同一成分の新規格および新剤形の医薬品等）が、薬価基準の別表に第13部追補（9）として収載されたものです。

同時に、同日付保医発第1213001号厚生労働省保険局医療課長通知により、「カルタン錠250、同細粒83%」の薬価収載に伴う留意事項が、「本製剤は、平成11年8月13日付保険発第112号により示しているカルタン錠500の取扱いと同様であること」（取扱いの内容は別紙の「参考」を参照）と、「ランサップ400、同800」については、「①本製剤は、タケブロンカプセル30、アモリンカプセル250およびクラリス錠200を組み合わせ、1日分を1シートとしたものであって、胃潰瘍または十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌を目的として使用されるものであり、個々の製剤を単独もしくはこれ以外の組み合わせにより、または当該目的以外に使用されるものではないこと。②ヘリコバクター・ピロリ感染の診断および治療に関する取扱いについては、平成12年10月31日付保険発第180号により示しているところであり、本製剤についても同様の取扱いであること」（取扱いの内容は別紙の「参考」を参照）と示されました。

また、「エスポー皮下用6000シリンジ、同9000シリンジ、同12000シリンジおよび同24000シリンジ」につきましては、「本製剤は、平成7

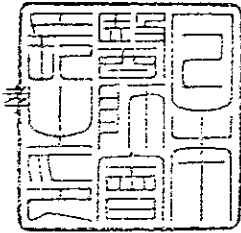
年3月17日付保険発第41号により示しているエスポー皮下用6000、同9000、同12000および同24000の取扱いと同様であること」(取扱いの内容は別紙の「参考」を参照)と示されました。

なお、本件につきましては、日本医師会雑誌1月15日号に掲載が予定されております。

日医発第 938 号 (保 151)
平成 14 年 12 月 25 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
坪井 栄



使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正に伴う留意事項について

平成 14 年 12 月 13 日厚生労働省告示第 379 号をもって薬価基準の一部が改正され、公布の日から適用されました。

今回の改正は、薬事・食品衛生審議会医薬品部会に報告の上承認を受けた医薬品等で、薬価基準に収載申請のあった 25 品目の医薬品（薬価基準既収載医薬品と同一成分の新規格および新剤形の医薬品等）が、薬価基準の別表に第 13 部追加(9)として収載されたものであります。

同時に、同日付保医発第 1213001 号厚生労働省保険局医療課長通知により、「カルタン錠 250，同細粒 83%」の薬価収載に伴う留意事項が、「本製剤は，平成 11 年 8 月 13 日付保険発第 112 号により示しているカルタン錠 500 の取扱いと同様であること」（取扱いの内容は添付資料 2 の「参考」を参照）と、「ランサップ 400，同 800」については、「①本製剤は，タケブロンカプセル 30，アモリンカプセル 250 およびクラリス錠 200 を組み合わせ，1 日分を 1 シートとしたものであって，胃潰瘍または十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌を目的として使用されるものであり，個々の製剤を単独もしくはこれ以外の組み合わせにより，または当該目的以外に使用されるものではないこと。②ヘリコバクター・ピロリ感染の診断および治療に関する取扱いについては，平成 12 年 10 月 31 日付保険発第 180 号により示しているところであり，本製剤についても同様の取扱いであること」（取扱いの内容は添付資料 2 の「参考」を参照）と示されました。

また，「エスポー皮下用 6000 シリンジ，同 9000 シリンジ，同 12000 シリンジおよび同

24000 シリンジ」につきましては、「本製剤は、平成 7 年 3 月 17 日付保険発第 41 号により示しているエスポー皮下用 6000, 同 9000, 同 12000 および同 24000 の取扱いと同様であること」(取扱いの内容は添付資料 2 の「参考」を参照)と示されました。

つきましては、今回の改正内容について貴会会員に周知くださるようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会雑誌 1 月 15 日号に掲載を予定しております。

(添付資料)

1. 官報(平 14. 12. 13 第 3508 号抜粋)
2. 使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部改正に伴う留意事項について
(平 14. 12. 13 保医発第 1213001 号厚生労働省保険局医療課長通知)



財務省印刷局発行

昭和二十二年四月二十七日 日刊(行政機関の休日休刊)
第三種郵便物認可 付録資料版(毎週水曜)

目次

(告 示)

○使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部
を改正する件(厚生労働三一九)

○厚生労働省告示第三百七十九号

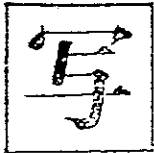
健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成六年厚生省告示第五十四号)の規
定に基づき、使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成十四年厚生労働省告示第八十七号)の一部を次のよう
に改正する。

平成十四年十二月十三日

厚生労働大臣 坂口 力

別表に第13部として次のように加える。

第13部		通 用		(9)	
品 名	注 射	規 格	単 位	薬 価 円	
(か)					
カルタン錠250		250mg	1 錠	5 50	
カルタン細粒83%		83%	1 g	14 10	
(ゆ)					
ユービット錠100mg		100mg	1 錠	3 357 00	
(ら)					
ランサップ400		1	シート	897 80	
ランサップ800		1	シート	1 153 00	
品 名	注 射	規 格	単 位	薬 価 円	
(い)					
イノバン0.1%注シリンジ		0.1%50mL	1 筒	1 227	
イノバン0.3%注シリンジ		0.3%50mL	1 筒	1 990	
(え)					
エスポー注射液750シリンジ		750国際単位	0.5mL 1 筒	1 888	
エスポー注射液1500シリンジ		1,500国際単位	2 mL 1 筒	3 322	
エスポー注射液3000シリンジ		3,000国際単位	2 mL 1 筒	5 982	
エスポー皮下用6000シリンジ		6,000国際単位	0.5mL 1 筒	11 625	
エスポー皮下用9000シリンジ		9,000国際単位	0.5mL 1 筒	16 474	
エスポー皮下用12000シリンジ		12,000国際単位	0.5mL 1 筒	20 992	
エスポー皮下用24000シリンジ		24,000国際単位	0.5mL 1 筒	34 242	
(と)					
ドブポン0.1%注シリンジ		0.1%50mL	1 筒	579	
ドブポン0.3%注シリンジ		0.3%50mL	1 筒	1 138	
(ひ)					
ヒスタゲロビン		(人免疫グロブリン12mg ヒスタミン二塩酸塩 0.15μg) 1 瓶(溶解液付)		698	
(ふ)					
フルカリック 1号		903mL	1 キット	1 506	
フルカリック 2号		1003mL	1 キット	1 602	
フルカリック 3号		1103mL	1 キット	1 805	
(へ)					
ベントシリン静注用 1 g バッグ		1 g	1 キット (生理食塩 液100mL付)	1 081	
ベントシリン静注用 2 g バッグ		2 g	1 キット (生理食塩 液100mL付)	1 479	
品 名	外 用	規 格	単 位	薬 価 円	
(あ)					
アルスロマチック		3 L	1 袋	1 650 10	
(ひ)					
ヒーロンV06		2.3%	0.6mL 1 筒	13 732 80	
(ふ)					
フルタイド50エアー		9.72mg	10.6 g 1 瓶	2 610 00	



保医発第1213001号
平成14年12月13日

地方社会保険事務局長 殿
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局医療課長

使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正に伴う留意事項について

標記については、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」（平成14年厚生労働省告示第87号。以下「薬価基準」という。）の一部が平成14年12月13日付厚生労働省告示第379号をもって改正され、公布の日から適用されたところであるが、その概要及び留意事項は下記のとおりであるので、関係者に対して周知徹底をお願いする。

記

1 薬価基準の一部改正について

- (1) 平成14年10月4日までに薬事法（昭和35年法律第145号）の規定に基づき製造（輸入）承認・許可され、薬価基準への収載希望があった別添の医薬品（内用薬5品目、注射薬17品目、外用薬3品目）について、薬価基準の別表に収載したものであること。
- (2) 1により薬価基準の別表に収載されている全医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	6, 304	3, 418	1, 945	43	11, 710

2 薬価基準の一部改正に伴う留意事項について

(1) カルタン錠250、同細粒83%

本製剤は、平成11年8月13日付保険発第112号により示しているカルタン錠500の取扱いと同様であること。

(2) ランサップ400、同800

本製剤は、タケプロンカプセル30、アモリンカプセル250及びケラリス錠200を組み合わせ、1日分を1シートとしたものであって、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌を目的として使用されるものであり、個々の製剤を単独若しくはこれ以外の組み合わせにより、又は当該目的以外に使用されるものではないこと。

なお、ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについては、平成12年10月31日付保険発第180号により示しているところであり、本製剤についても同様の取扱いであること。

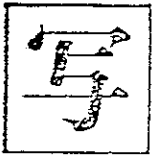
(3) エスポー皮下用6000シリンジ、同9000シリンジ、同12000シリンジ及び同24000シリンジ

本製剤は、平成7年3月17日付保険発第41号により示しているエスポー皮下用6000、同9000、同12000及び同24000の取扱いと同様であること。

医薬品一覧表

No.	薬価基準名	成分名	規格単位	薬価
内用薬	カルタン錠250	沈降炭酸カルシウム	250mg 1錠	5.50
	カルタン細粒83%		83% 1g	14.10
内用薬	ユービット錠100mg	尿素(13C)	100mg 1錠	3,357.00
内用薬	ランサップ400	ランソプラゾール、アモキシシリン、 クラリスロマイシン	1シート	897.80
	ランサップ800		1シート	1,153.00
注射薬	イノバン0.1%注シリンジ	塩酸ドパミン	0.1% 50mL 1筒	1,227
	イノバン0.3%注シリンジ		0.3% 50mL 1筒	1,990
注射薬	エスボー注射液750シリンジ	エポエチンアルファ(遺伝子組換え)	750国際単位0.5mL 1筒	1,888
	エスボー注射液1500シリンジ		1,500国際単位2mL 1筒	3,322
	エスボー注射液3000シリンジ		3,000国際単位2mL 1筒	5,982
	エスボー皮下用6000シリンジ		6,000国際単位0.5mL 1筒	11,625
	エスボー皮下用9000シリンジ		9,000国際単位0.5mL 1筒	16,474
	エスボー皮下用12000シリンジ		12,000国際単位0.5mL 1筒	20,992
	エスボー皮下用24000シリンジ		24,000国際単位0.5mL 1筒	34,242
注射薬	ドブポン0.1%注シリンジ	塩酸ドブタミン	0.1% 50mL 1筒	579
	ドブポン0.3%注シリンジ		0.3% 50mL 1筒	1,138
注射薬	ヒスクグロビン	ヒスタミン加人免疫グロブリン	(人免疫グロブリン12mgヒスタミン二 塩酸塩0.15μg) 1瓶(溶解液付)	698
注射薬	フルカリック1号	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン配合剤	903mL 1キット	1,506
	フルカリック2号		1003mL 1キット	1,602
	フルカリック3号		1103mL 1キット	1,805
注射薬	ペントシリン静注用1gバッグ	ピペラシリンナトリウム	1g 1キット(生理食塩液100mL付)	1,081
	ペントシリン静注用2gバッグ		2g 1キット(生理食塩液100mL付)	1,479
外川薬	アルスロマチック	乳酸リンゲル液	3L 1袋	1,650.10
外川薬	ヒーロンV0.6	ヒアルロン酸ナトリウム	2.3% 0.6mL 1筒	13,732.80
外川薬	フルタイド50エアー	プロピオン酸フルチカゾン	9.72mg 10.6g 1瓶	2,610.00

(参 考)



保 険 発 第 1 1 2 号
平成 1 1 年 8 月 1 3 日

都道府県民生主管部（局）
保 険 主 管 課 （ 部 ） 長
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生省保険局医療課長

薬価基準の一部改正について

「使用薬剤の購入価格（薬価基準）」（平成 1 0 年 3 月厚生省告示第 3 0 号）（以下「薬価基準」という。）の一部が平成 1 1 年 8 月 1 3 日厚生省告示第 1 8 2 号をもって改正され、公布の日から適用されることとなった。

今回の改正の概要は下記のとおりであるので、関係者に対して周知徹底を図られたく通知する。

記

I 新医薬品の薬価基準収載について

- 1 平成 1 1 年 6 月 1 6 日までに薬事法に基づき製造（輸入）承認・許可され、薬価基準への収載の申請があった新医薬品 2 1 品目について、薬価基準の別表に収載したものであること。
- 2 1 により薬価基準の別表に収載された新医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	1 3	5	3	0	2 1

- 3 1 により薬価基準の別表に収載されている全医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	7, 0 6 8	3, 4 7 0	2, 0 3 7	9 7	1 2, 6 7 2

II 薬価基準の一部改正に伴う留意事項について

1 カルタン錠 500 の保険適用上の取扱い

本製剤は、慢性腎不全患者における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、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沈降炭酸カルシウム製剤とは異なるものであること。

2 スターシス錠 30mg、同 90mg 及びファスティック錠 30、同 90 の保険適用上の取扱い等

(1) 効能又は効果

「インスリン非依存型糖尿病における食後血糖推移の改善（ただし、食事療法・運動療法（以下「食事療法等」という。）を行っている患者で十分な効果が得られない場合、又は食事療法等に加えて α -グルコシターゼ阻害剤を使用している患者で十分な効果が得られない場合に限る。）」であること。

(2) 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こと。
- ② 糖尿病治療の基本である食事療法等のみを行っている患者へは、投与の際の空腹時血糖値が 120mg/dL 以上、又は食後血糖 1 時間値又は 2 時間値が 200mg/dL 以上の患者に限り算定されるものであること。
- ③ 食事療法等に加えて α -グルコシターゼ阻害剤を使用している患者の場合、空腹時血糖値が 140mg/dL 以上を目安とすること。
- ④ 本製剤は、ときに低血糖症状を起こすことがあるため、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すること。
- ⑤ 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、2～3ヶ月投与しても食後血糖に対する効果が不十分な場合、より適切と考えられる治療への変更を考慮すること。
- ⑥ 投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合や、減量する必要がある場合があり、また患者の不養生、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、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こと。

3 アイソボリン注 25mg の保険適用上の取扱い

(1) 本製剤を用いたレボホリナート・フルオロウラシル療法は、臨床試験において本療法に関連したと考えられる死亡例が認められており、臨床適用上、高度の危険性を伴うことから、緊急時に十分に措置できる医療施設において、癌化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、適応患者の選択を慎重に行った上で実施した場合に限り算定できるものであること。

(2) 本製剤は、胃癌（手術不能又は再発）、結腸・直腸癌の患者に対し、レボホリナート・フルオロウラシル療法を行う場合に限り使用されるものであること。

4 ジェムザール注の保険適用上の取扱い

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、癌化学療法に十分な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するものであること。

5 シンビット注の保険適用上の取扱い

本製剤の使用にあたっては、致死的不整脈治療に十分な経験のある医師が、諸検査の実施が可能で、かつ緊急時に十分対応できる設備・装置を備えている医療機関において使用した場合に限り算定するものであること。

6 レボビストの保険適用上の取扱い等

(1) 効能又は効果

「心エコー図検査における造影、ドプラ検査における造影、子宮卵管エコー図検査における造影」であること。

(2) 保険適用上の取扱い

本製剤を使用しない超音波診断では、必要な情報が得られないと判断される場合に限って使用されるものであること。



(参 考)

保 険 発 第 1 8 0 号

平成12年10月31日

地方社会保険事務局長 殿
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生省保険局医療課長

ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて

標記については、ヘリコバクター・ピロリの存在確認のための検査が保険適用となるまでの間、「ヘリコバクター・ピロリ除菌に係る薬剤の保険上の取扱いについて」（平成12年9月14日保険発第156号）により取り扱うこととしてきたところであるが、今般、当該検査が保険適用となることに伴い、ヘリコバクター・ピロリ感染胃・十二指腸潰瘍患者の診断及び除菌治療に関する保険適用上の取扱いについては、今後、下記のとおりとすることとしたので、関係者に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、平成12年11月1日から適用することとし、従前の平成12年9月14日保険発第156号は平成12年10月31日限り廃止する。

記

1 除菌前の感染診断

除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。

- ① 迅速ウレアーゼ試験
- ② 鏡検法
- ③ 培養法
- ④ 抗体測定
- ⑤ 尿素呼気試験

2 除菌の実施

1の感染診断により、ヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の患者に対し、ヘリコバクター・ピロリ除菌及び除菌の補助が薬事法上効能として承認されている薬剤を薬事法承認事項（別紙参照）に従い、3剤併用・7日間投与し除菌治療を行う。

3 除菌後の潰瘍治療

除菌終了後の抗潰瘍剤投与については、薬事法承認事項に従い適切に行うこと。

4 除菌後の感染診断（除菌判定）

- (1) 除菌後の感染診断については、2の除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、ヘリコバクター・ピロリの除菌判定のために1に掲げる検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。
- (2) 除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。

5 感染診断実施上の留意事項

(1) 静菌作用を有する薬剤について

ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後4週間以上経過していることが必要である。

(2) 抗体測定について

除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、2の除菌終了後6か月以上経過した患者に対し実施し、かつ、除菌前の抗体測定結果との定量的な比較が可能である場合に限り算定できる。

6 診療報酬明細書への記載について

- (1) 1の除菌前感染診断及び4の除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に各々の検査法及び検査結果について記載すること。
- (2) 4の除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。
- (3) 5(1)の静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、1の除菌前感染診断及び4の除菌後感染診断を実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。
- (4) 5(2)により抗体測定を実施した場合は、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

7 その他

ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療については、関係学会よりガイドラインが示されているので参考とすること。

ヘリコバクター・ピロリ除菌剤に係る薬事法承認事項

1 効能・効果

(1) ランソプラゾール及びオメプラゾール

胃潰瘍又は十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助

(2) アモキシシリン及びクラリスロマイシン

胃潰瘍又は十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染

2 用法・用量

(1) ランソプラゾール製剤を使用する場合

通常、成人にはランソプラゾールとして1回30mg、アモキシシリンとして1回750mg（力価）及びクラリスロマイシンとして1回200mg（力価）の3剤を同時に1日2回、7日間経口投与する。なお、クラリスロマイシンは、必要に応じて適宜増量することができる。ただし、1回400mg（力価）1日2回を上限とする。

(2) オメプラゾール製剤を使用する場合

通常、成人にはオメプラゾールとして1回20mg、アモキシシリンとして1回750mg（力価）及びクラリスロマイシンとして1回400mg（力価）の3剤を同時に1日2回、7日間経口投与する。

3 使用薬剤（(1)もしくは(2)を選択する。）

(1) ランソプラゾール製剤を使用する場合

① 成分名・ランソプラゾール

販売名・タケブロンカプセル15、同30（武田薬品工業㈱）

② 成分名・クラリスロマイシン

販売名・クラリシッド錠200mg（ダイナボット㈱）

クラリス錠200（大正製薬㈱）

③ 成分名・アモキシシリン

販売名・アモキシシリンカプセル「トーフ」（東和薬品㈱）

アモピシリンカプセル250（大洋薬品工業㈱）

アモリンカプセル125、同250、同細粒（武田薬品工業㈱）

サワシリンカプセル、同錠250（昭和薬品化工㈱）

パセトシンカプセル、同錠250（協和発酵工業㈱）

ワイドシリン細粒200（明治製菓㈱）

(2) オメプラゾール製剤を使用する場合

① 成分名・オメプラゾール

販売名・オメプラール錠10、同20（アストラゼネカ㈱）

オメプラゾン錠10mg、同20mg（三菱ウェルファーマ㈱）

② 成分名・クラリスロマイシン

販売名・クラリシッド錠200mg（ダイナボット㈱）

クラリス錠200（大正製薬㈱）

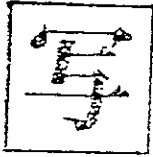
③ 成分名・アモキシシリン

販売名・アモキシシリンカプセル「トーフ」（東和薬品㈱）

サワシリンカプセル、同錠250（昭和薬品化工㈱）

パセトシンカプセル、同錠250（協和発酵工業㈱）

(参 考)



保 険 発 第 41 号

平成7年3月 17 日

都道府県民生主管部（局）

保 険 主 管 課 （ 部 ） 長 殿

国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生省保険局医療課長

薬価基準の一部改正に伴う留意事項について

記

「使用薬剤の購入価格（薬価基準）」（平成6年3月厚生省告示第50号）※の一部が平成7年3月17日厚生省告示第45号をもって改正され、公布の日から適用されることとなった。

今回の改正の概要は下記のとおりであるので、関係者に対して周知徹底を図られたいと通知する。

I. 新医薬品の薬価基準収載について（平成7年3月17日適用）

1. 平成7年1月20日までに薬事法承認、許可された新医薬品のうち薬価基準に収載申請のあった21品目を薬価基準に収載したこと。

2. 1により薬価基準別表に収載された品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
	11	7	3	0	21

3. 今回の改正に伴い、別表に収載されている品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
	8,670	3,531	1,997	106	14,304

II. 薬価基準の一部改正に伴う留意事項について

1. ベサノイドカプセル

保険適用上の取扱い

本製剤は、緊急時に十分処置できる医療施設及びがん化学療法に十分な経験をもつ医師のもとで、急性前骨髄球性白血病の患者であって本剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に算定するものであること。

2. エスポー皮下用6000、同9000、同12000及び同24000

(1) 保険適用上の取扱い

本製剤は、次に掲げる効能・効果に使用した場合に算定するものであること。

- ① 貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる透析導入前の腎性貧血及び貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる連続携行式腹膜灌流（CAPD）施行中の腎性貧血
- ② 貯血量が800ml以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血
 - イ 自己血輸血を実施した場合についてのみ、本剤に係る薬剤料の請求が認められるものであること。
 - ロ 本剤の投与開始月と自己血輸血の実施月とが異なる場合は、本剤の投与開始月には注射料（外来）のみ算定し、自己血輸血実施月に薬剤料を算定すること。

(2) 請求上の取扱い

上記（1）②の場合には、以下の点に留意すること。

- ① 診療報酬明細書の摘要欄には、貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。
- ② （1）②ロの場合にあっては、本剤の投与開始月の診療報酬明細書の摘要欄に、本剤を投与した旨を記載すること。

③ (1) ②ロの場合にあっては、薬剤料は注射欄に記載すること。

3. 平成5年11月30日保険発第127号当職通知の一部を次のように改正する。

(1) 2の表題中「エポジン注6000」を「エポジン注1500、同3000及び同6000（貯血量が800ml以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合）」に改める。

(2) 2の(2)を次のように改める。

(2) 保険適用上の取扱い

① 保険請求が認められるのは、貯血開始前のHb（ヘモグロビン）濃度が、体重70kg以上の場合は13g/dl以下、体重70kg未満の場合は14g/dl以下の患者へ投与する場合に限られるものであること。

② 自己血輸血を実施した場合についてのみ、本剤に係る薬剤料の請求が認められるものであること。

③ 本剤の投与開始月と自己血輸血の実施月とが異なる場合は、本剤の投与開始月には注射料（外来）のみ算定し、自己血輸血実施月に薬剤料を算定すること。

(3) 2の(3)を次のように改める。

(3) 請求上の取扱い

① 診療報酬明細書の摘要欄には、貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。

② (2) ③の場合にあっては、本剤の投与開始月の診療報酬明細書の摘要欄に、本剤を投与した旨を記載すること。

③ (2) ③の場合にあっては、薬剤料は注射欄に記載すること。