

保医発0930第4号  
平成23年9月30日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法  
第1項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める患者について

本日、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」（平成20年厚生労働省告示第94号）の一部が平成22年厚生労働省告示393号をもって改正されたところであるが、DPC制度のより一層の透明化、適正化等を図る観点から、その取扱いについて別添のとおり通知するので、関係者に対し周知徹底を図られたい。

| 告示<br>番号 | 薬剤名              | 銘柄(参考)                                 | 適用年月日       | 適応症   | 診断分類番号                        |   |
|----------|------------------|--|-------------|---|-------------------------------|---|
|          |                  |  |             |   | ICD-10(参考)                    |   |
| 1        | 乾燥スルホ化人免疫グロブリン   | 献血ベニロンーI 静注用500mg、1000mg、2500mg、5000mg | 平成22年4月1日   | チャーグ・ストラウス症候群又はアレルギー性肉芽腫性血管炎による神経障害(ステロイド剤の投与による効果が不十分な場合に限る)の改善のために投与するものに限る | M301                          | 070560 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患<br>070560xx99x0xx 070560xx99x1xx<br>070560xx99x2xx 070560xx97x0xx<br>070560xx97x1xx 070560xx97x2xx   |
| 2        | アダリムマブ(遺伝子組換え)   | ヒュミラ皮下注40mg                            | 平成22年4月1日   | 既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬又は関節症性乾癬の患者に投与するものに限る                                     | L400                          | 080140 炎症性角化症<br>080140xxxxxxx  |
|          |                  |  | 平成22年11月18日 | 既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬若しくは関節症性乾癬又は中等症若しくは重症の活動期にあるクローン病の患者に投与するものに限る            | K50\$                         | 060180 クローン病等<br>060180xx99x0xx 060180xx99x1xx<br>060180xx97x0xx 060180xx97x1xx<br>060180xx01x0xx 060180xx01x1xx  |
| 3        | インフリキシマブ(遺伝子組換え) | レミケード点滴静注用100                          | 平成22年4月1日   | 既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に投与するものに限る                        | L400, L401, L408              | 080140 炎症性角化症<br>080140xxxxxxx  |
|          |                  |  | 平成22年7月1日   | 既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、強直性脊椎炎又は潰瘍性大腸炎の患者に投与するものに限る          | M45\$, K51\$                  | (強直性脊椎炎の場合)<br>070470 関節リウマチ<br>070470xx99x6xx<br><br>(潰瘍性大腸炎の場合)<br>060185 潰瘍性大腸炎<br>060185xx99x0xx 060185xx99x01x<br>060185xx99x1xx 060185xx97x0xx<br>060185xx97x1xx 060185xx01x0xx<br>060185xx01x1xx   |
| 4        | ゲムシタピン塩酸塩        | ジエムザール注射用200mg、同1g                     | 平成22年4月1日   | 切除不能又は再発の乳がんの患者に投与するものに限る   | C50\$                         | 090010 乳房の悪性腫瘍<br>090010xx99x2xx 090010xx99x30x<br>090010xx99x31x 090010xx99x4xx<br>090010xx9702xx 090010xx9703xx<br>090010xx9704xx 090010xx97041x<br>090010xx9713xx  |
| 5        | エベロリムス           | アフィニートール錠5mg                           | 平成22年4月16日  | 切除不能又は転移性の腎臓がんの患者に投与するものに限る   | C64, C790                     | 11001x 腎腫瘍<br>11001xxx01x1xx 11001xxx97x1xx<br>11001xxx99x1xx   |
| 6        | テモゾロミド           | テモダール点滴静注用100mg                        | 平成22年4月16日  | 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   | C700, C71\$, C722, C723, C724 | (放射線治療と併用している場合)<br>010010 脳腫瘍<br>010010xx01x4xx 010010xx97x4xx<br>010010xx9904xx<br><br>(化学療法のみを行っている場合)<br>010010 脳腫瘍<br>010010xx01x5xx 010010xx97x5xx<br>010010xx99050x 010010xx99051x   |
| 7        | エクリズマブ(遺伝子組換え)   | ソリス点点滴静注用300mg                         | 平成22年6月11日  | 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   | D595                          | 130090 貧血(その他の)<br>130090xx99x0xx 130090xx97x0xx<br>130090xx97x1xx  |
| 8        | パニツムマブ(遺伝子組換え)   | ベクティビックス点滴静注用100mg                     | 平成22年6月11日  | KRAS遺伝子野生型の治療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                              | C18\$, C19, C20               | 060035 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍<br>060035xx99x2xx 060035xx99x30x<br>060035xx99x31x 060035xx99x4xx<br>060035xx97x30x 060035xx97x31x<br>060035xx97x40x 060035xx97x41x<br>060035xx02x4xx 060035xx0103xx<br>060035xx0104xx 060035xx0113xx<br>060035xx0114xx<br><br>060040 直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍<br>060040xx99x2xx 060040xx99x3xx<br>060040xx99x4xx 060040xx9702xx<br>060040xx9703xx 060040xx9712xx<br>060040xx9713xx 060040xx97140x<br>060040xx97141x 060040xx0103xx<br>060040xx0104xx 060040xx0113xx<br>060040xx0114xx |

| 告示<br>番号 | 薬 剤 名                     | 錠 柄 (参考)   | 適用年月日       | 適 応 症   | ICD-10 (参考)  |   |
|----------|---------------------------|--|-------------|---|--|---|
|          |                           |  |             |   |  |   |
| 9        | レナリドミド水和物                 | レブラミドカプセル 5mg  | 平成22年7月16日  | 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   | G900   | 130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物<br>130040xx99x2xx 130040xx99x3xx<br>130040xx97x2xx 130040xx97x3xx  |
| 10       | アバタセプト (遺伝子組換え)           | オレンシア点滴静注用250mg  | 平成22年9月17日  | 既存の治療法では効果が不十分な関節リウマチの患者に投与するものに限る  | M054\$, M060\$, M068\$, M069\$                     | 070470 関節リウマチ<br>070470xx99x0xx 070470xx99x1xx<br>070470xx99x2xx 070470xx97x0xx<br>070470xx97x2xx 070470xx03x0xx<br>070470xx03x2xx 070470xx02x0xx<br>070470xx02x2xx                                   |
| 11       | バクリタキセル                   | アブラキサン点滴静注用100mg   | 平成22年9月17日  | 乳がんの患者に投与するものに限る  | G50\$  | 090010 乳房の悪性腫瘍<br>090010xx99x4xx 090010xx97040x<br>090010xx97041x   |
| 12       | テムシロリムス                   | トーリセル点滴静注液25mg   | 平成22年9月17日  | 根治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  | C64  | 11001x 腎腫瘍<br>11001xxx99x1xx 11001xxx97x1xx<br>11001xxx01x1xx   |
| 13       | エプタコグ アルファ (活性型) (遺伝子組換え) | 注射用ノボセプン 1.2mg (2.2ml)、4.8ml (8.5ml)<br>ノボセプンH1静注用 1mg (1ml)、2mg (2ml)、5mg (5ml) | 平成22年11月18日 | グランツマン血小板無力症患者GP IIb-IIIa又はHLAに対する抗体を有する者である、血小板輸血不応状態にある又はあったものに限る)の出血傾向の抑制のために投与するものに限る | D691   | 130110 出血性疾患<br>130110x0xxx00x 130110x0xxx01x<br>130110x0xxx3xx 130110x1xxx0xx<br>130110x1xxx3xx  |
| 14       | 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H5%静注 0.5g (10ml)、1g (20ml)<br>2.5g (50ml)、5g (100ml)                  | 平成22年11月18日 | 多発性筋炎又は皮膚筋炎による筋力低下 (ステロイド剤の投与による効果が不十分な場合に限り)の改善のために投与するものに限る                             | M330, M331, M332, M339                             | 070560 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患<br>070560xx99x0xx 070560xx99x1xx<br>070560xx99x2xx 070560xx97x0xx<br>070560xx97x1xx 070560xx97x2xx   |
| 15       | 乾燥抗D (Rho) 人免疫グロブリン       | 抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍<br>抗Dグロブリン筋注射1000倍  | 平成22年11月18日 | D (Rho) 陰性である、以前にD (Rho) 因子による感作を受けていない者の流産後の同因子による感作の抑制のために投与するものに限る                     | O03\$  | 120140 流産<br>120140xx99xxxx 120140xx97xxxx  |
| 16       | ウステキスマブ (遺伝子組換え)          | ステララー皮下注45mgシリンジ   | 平成23年9月11日  | 既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬又は関節症性乾癬の患者に投与するものに限る   | L400, L405, M070\$, M071\$, M072\$, M073\$, M090\$ | 080140 炎症性角化症<br>080140xxxxxxx<br>070470 関節リウマチ<br>070470xx99x0xx 070470xx99x1xx<br>070470xx99x2xx 070470xx97x0xx<br>070470xx97x2xx 070470xx03x0xx<br>070470xx03x2xx 070470xx02x0xx<br>070470xx02x2xx |
| 17       | エリブリンメシル酸塩                | ハラヴェン静注1mg   | 平成23年7月19日  | 切除不能又は再発の乳がんの患者に投与するものに限る   | G50\$  | 090010 乳房の悪性腫瘍<br>090010xx99x30x 090010xx97x31x<br>090010xx9703xx 090010xx9713xx  |
| 18       | ポリノスタット                   | ゾリンザカプセル100mg  | 平成23年9月30日  | 皮膚T細胞性リンパ腫の患者に投与するものに限る   | C840, C841   | 130030 非ホジキンリンパ腫<br>130030xx99x2xx 130030xx99x30x<br>130030xx99x31x 130030xx97x2xx  |
| 19       | ゴリムマブ (遺伝子組換え)            | シンボニー皮下注 50mgシリンジ  | 平成23年9月30日  | 既存の治療法では効果が不十分な関節リウマチの患者に投与するものに限る  | M05\$, M060\$, M068\$, M069\$                      | 070470 関節リウマチ<br>070470xx99x4xx   |
| 20       | ダブトマイシン                   | キュビシン静注用 350mg   | 平成23年9月30日  | ダブトマイシンに感性的メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) による敗血症、感染性心内膜炎又は深在性皮膚感染症の患者に投与するものに限る                    | A410, I33\$, L03\$, L08\$                          | 180010 敗血症<br>180010x0xxx0xx 180010x1xxx0xx<br>050090 心内膜炎<br>050090xx99x0xx<br>080011 急性膿皮症<br>080011xx970x0x 080011xx970x1x<br>080011xx971xxx 080011xx99xxxx  |

| 告示<br>番号 | 薬剤名                  | 銘柄 (参考)            | 適用年月日      | 適応症   | ICD-10 (参考)                         | 診断群分類番号   |
|----------|----------------------|--------------------|------------|---|-------------------------------------|---|
|          |                      |                    |            |   |                                     |   |
| 21       | テリパラチド (遺伝子<br>組換え)  | フォルテオ皮下注キット 600µg  | 平成23年9月30日 | 骨折の危険性の高い骨粗鬆症<br>の患者に投与するものに限る                                  | M80\$, M81\$, M82\$                 | 070370 脊椎骨折症<br>070370xx99xxxx  |
| 22       | ベンダムステン塩酸塩           | トレアキシ点滴静注用 100mg   | 平成23年9月30日 | 再発又は難治性の低悪性度B型<br>細胞性非ホジキンリンパ腫<br>又はマントル細胞リンパ腫の<br>患者に投与するものに限る | C82\$, C830, C831, C832, C838, C851 | 130030 非ホジキンリンパ腫<br>130030xx99x2xx 130030xx99x30x<br>130030xx99x31x   |
| 23       | アザシチジン               | ピダーザ注射用 100mg      | 平成23年9月30日 | 骨髄異形成症候群の患者に投<br>与するものに限る                                       | D46\$                               | 130060 骨髄異形成症候群<br>130060xx97x3xx   |
| 24       | ロミプロステム (遺伝<br>子組換え) | ロミプレート皮下注 250µg調製用 | 平成23年9月30日 | 慢性特発性血小板減少性紫斑<br>病の患者に投与するものに限<br>る                             | D693                                | 130110 出血性疾患 (その他)<br>130110x0xxx00x 130110x0xxx01x<br>130110x1xxx0xx   |
| 25       | A型ボツリヌス毒素製<br>剤      | ボトックス注用 50単位、100単位 | 平成23年9月30日 | 上肢痙縮又は下肢痙縮の患者<br>に投与するものに限る                                     | (特定出来ない)                            | すべての診断群分類番号   |
| 26       | トラスツズマブ (遺伝<br>子組換え) | ハーセプチン注射用60、注射用150 | 平成23年9月30日 | HER2過剰発現が確認された治<br>癒切除不能な進行又は再発の<br>胃がんの患者に投与するもの<br>に限る        | G16\$                               | 060020 胃の悪性腫瘍<br>060020xx99x2xx 060020xx99x30x<br>060020xx99x31x 060020xx97x30x<br>060020xx03x3xx 060020xx01x3xx                                    |
| 27       | エルロチニブ塩酸塩            | タルセバ錠              | 平成23年9月30日 | 治癒切除不能な肺がんの患者<br>に投与するものに限る                                     | C25\$                               | 06007x 肺腫、肺臓の腫瘍<br>06007xxx99x3xx 06007xxx99x40x<br>06007xxx99x41x 06007xxx97x3xx<br>06007xxx97x4xx 06007xxx02x4xx<br>06007xxx0104xx 06007xxx0114xx |