



**告 通**

**厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等（DPC/PDPS）**

令和5年11月21日  
告示第310号、保医発1121第6号

【解説】厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部が改正され、告示と関連通知が発出されました。11月22日からの適用です。

**厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部改正（告示第310号第1条）**

(p.246 / p.246 / 090010 乳房の悪性腫瘍の「手術・処置等2」の⑧「ベルツマブ」の次に以下を加える)

ベルツマブ / トラスツマブ / ボルヒア  
ルロニダーゼ アルファ

**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5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部改正（告示第310号第2条）**

(p.448 右段最下部の次に挿入 / p.449 右段、項番「67」最下部の次に下線部挿入)

|    |  |                    |
|----|--|--------------------|
| 67 | オラパリブ〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年8月23日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された用法又は用量の変更に係るものに限る）〕 | 3338, 3340 及び 3346 |
|----|--|--------------------|

(p.448 右段 / p.451 左段最下部の次に下線部挿入(2023年9月号 p.70の訂正に追加))

|     |                          |      |
|-----|--------------------------|------|
| 102 | デュビルマブ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項 | 3116 |
|-----|--------------------------|------|

|  |   |      |
|--|---|------|
|  | 等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量(令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された用法又は用量の変更に係るものに限る)                  |      |
|  | デュビルマブ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量(令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕 | 3116 |

(p.448 右段 / p.451 左段最下部の次に挿入(2023年9月号 p.70の訂正に追加))

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 108 | エクリズムブ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量(令和5年8月23日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された用法又は用量の変更に係るものに限る）〕 | 1723 から 1727 まで                                   |
| 109 | トラスツマブ デルクステカン（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年8月23日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された効能又は効果の     | 1960 から 1962 まで、1973、1980 から 1982 まで、1991 及び 1992 |

|     |   |                               |
|-----|---|-------------------------------|
|     | のに限る）に係るものに限る〕  |                               |
| 110 | インクリシランナトリウム〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕     | 3259                          |
| 111 | グルカルピダーゼ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和3年9月27日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕 | 全ての番号                         |
| 112 | ジルコブランナトリウム〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕      | 1723 から 1727 まで               |
| 113 | エポリタマブ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕   | 3609, 3610, 3621 及び 3622      |
| 114 | ベルツマブ（遺伝子組換え） / トラスツマブ（遺伝子組換え） / ボルヒアルロニダーゼ アルファ（遺伝子組換え）〔当該薬剤の  | 2565, 2566, 2574, 2575, 2585, |

|     |  |   |  |   |                   |  |         |
|-----|--|---|--|---|-------------------|--|---------|
|     | 注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る | 2602 から 2604 まで、 2614、 2615、 2621、 2628、 2636 及び 2639 |  | え）〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る〕 |                   | 子組換え）（当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和5年9月25日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）に係るものに限る） | 1727 まで |
| 115 | コンシズマブ（遺伝子組換え）   | 全ての番号   |  | 116   | ロザノリキシズマブ（遺伝子組換え） |  | 1723 から |

保医発 1121 第 6 号

(p.450 最下部の次に挿入／p.453 別表項番「67」の「適応症」と「ICD10」の最下部に下線部挿入)

| 告示番号 | 薬剤名   | 銘柄（参考）                       | 適応症                                   | ICD-10（参考） |
|------|-------|------------------------------|---------------------------------------|------------|
| 67   | オラパリブ | リムパーザ錠 100mg<br>リムパーザ錠 150mg | (略)<br>BRCA 遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌 | (略)<br>C61 |

(p.450／p.454 別表の最下部の次に挿入。項番「102」の「適応症」と「ICD10」の最下部に下線部挿入（2023年9月号 p.70 の訂正に追加）)

|     |                |   |                            |              |
|-----|----------------|---|----------------------------|--------------|
| 102 | デュピルマブ（遺伝子組換え） | デュピクセント皮下注 200mg シリンジ<br>デュピクセント皮下注 300mg シリンジ<br>デュピクセント皮下注 300mg ペン | (略)<br>既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎 | (略)<br>L20\$ |
|-----|----------------|---|----------------------------|--------------|

(p.450／p.454 別表の最下部に挿入（2023年9月号 p.70 の訂正に追加）)

|     |  |  |  |                |
|-----|--|--|--|----------------|
| 108 | エクリズマブ（遺伝子組換え）   | ソリリス点滴静注 300mg   | 全身型重症筋無力症（免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る）  | G700           |
| 109 | トラスツズマブ デルクステカン（遺伝子組換え）                                | エンハーツ点滴静注用 100mg   | がん化学療法後に増悪した HER2（ERBB2）遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌  | C34\$          |
| 110 | インクリシランナトリウム   | レクビオ皮下注 300mg シリンジ   | 家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。<br>・心血管イベントの発現リスクが高い<br>・HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分、又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない | E780           |
| 111 | グルカルピダーゼ（遺伝子組換え）                                       | メグルダーゼ静注用 1000   | メトトレキサート・ロイコボリン救援療法によるメトトレキサート排泄遅延時の解毒   | (特定できない)       |
| 112 | ジルコプランナトリウム  | ジルビスク皮下注 16.6mg シリンジ<br>ジルビスク皮下注 23.0mg シリンジ<br>ジルビスク皮下注 32.4mg シリンジ | 全身型重症筋無力症（ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る）  | G700           |
| 113 | エプコリタマブ（遺伝子組換え）  | エプキンリ皮下注 4 mg<br>エプキンリ皮下注 48mg                                       | 再発又は難治性の大細胞型 B 細胞リンパ腫（びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、高悪性度 B 細胞リンパ腫及び原発性縦隔大細胞型 B 細胞リンパ腫）、再発又は難治性の濾胞性リンパ腫                               | C82\$, C83\$ 等 |
| 114 | ペルツズマブ（遺伝子組換え）／トラスツズマブ（遺伝子組換え）／ボルヒアルロニダーゼ アルファ（遺伝子組換え） | フェスゴ配合皮下注 MA<br>フェスゴ配合皮下注 IN   | がん化学療法後に増悪した HER2 陽性の治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌   | C18\$, C19、C20 |
| 115 | コンシズマブ（遺伝子組換え）   | アレモ皮下注 15mg<br>アレモ皮下注 60mg<br>アレモ皮下注 150mg                           | 血液凝固第 VIII 因子又は第 IX 因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者における出血傾向の抑制   | (特定できない)       |
| 116 | ロザノリキシズマブ（遺伝子組換え）                                      | リストイーゴ皮下注 280mg  | 全身型重症筋無力症（ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る）  | G700           |

告

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、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部改正

令和5年11月30日  
告示第320号

【解説】DPCの病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部改正が告示されました。12月1日からの適用です。

(p.459 左段／p.463 左段、下線部訂正)

別表第3

| 都道府県 | 病院 | 機能評価係数Ⅱ | 激変緩和係数 |
|------|----|---------|--------|
| *    | *  | *       | *      |

|       |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|
| (略)   |    |    |    |    |
| 30714 | 削除 | 削除 | 削除 | 削除 |
| (略)   |    |    |    |    |