

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

事	「電子処方箋管理サービスの運用について」の補足 (8/5 医薬局総務課)	p.65
事	疑義解釈資料の送付 (その 28) (8/6 保険局医療課)	p.65
事	先進医療技術名「血中 TARC 濃度の迅速測定」の先進医療上の取扱い (8/6 保険局医療課)	p.65
通	「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」の一部改正 (保医発 0807・2)	p.66
事	主に歯科の入院患者を受け入れる病棟の重症度、医療・看護必要度の取扱い (8/7 保険局医療課)	p.67
告通	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掲示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等 (8/13 告示 223, 保医発 0813・1)	p.67
通	「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」等の一部改正 (保医発 0829・2)	p.67
告通	特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正等 (8/29 告示 233, 保医発 0829・2)	p.69
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (8/29 告示 236)	p.71
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (8/29 支払基金)	p.71
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) (8/13 告示 224, 保医発 0813・4)	p.72

* 本欄で示す “p.00/p.00” は、原則 “診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2024 年度版/2025 年 4 月増補版” ページ数です。



事

「電子処方箋管理サービスの運用について」の補足

令和 7 年 8 月 5 日
医薬局総務課事務連絡

【解説】電子処方箋の運用にあたっての疑義解釈が発出されました。

問 「疑義解釈資料の送付について (その 7)」(平成 22 年 12 月 6 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡) 別添 3 の問 2 において、保険医療機関が週及指定を受け、医療機関コードが決定するまでの間に限り、保険医療機関は処方せんの備考欄に「現在週及指定申請中のため医療機関コード未記入」等を分けるように記載し、処方せんの医療機関コード欄は

空欄とすることとされているが、電子処方箋管理サービスの運用に当たってはどのようにすればよいか。

答 処方せんを発行する保険医療機関においては、電子処方箋管理サービス上で、医療機関からの電子処方箋の発行及び処方情報の登録の際に医療機関コードの登録を必須としていることから、医療機関等向け総合ポータルサイトから申請した承継申請処理が完了するまでの間は、週及指定申請前の医療機関コードを記録する。なお、上記事務連絡と同様に、備考

欄に、「現在週及指定申請中のため週及指定申請前の医療機関コードを記入」等が分かるよう記載する。

また、保険薬局においては、調剤結果情報の登録について、発行元医療機関コードを入力する必要があるところ、電子処方箋や処方情報に記録された週及指定申請前の医療機関コードを記録する。なお、医療機関コード欄が空欄の紙の処方せんを受け付けた場合は、地方厚生局のホームページで確認する等により記録する。

事

疑義解釈資料の送付 (その 28)

令和 7 年 8 月 6 日
保険局医療課事務連絡

【訪問看護指示料】

問 1 表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変を有する者について、新たな皮膚

病変に対する処置が必要となる部位が発生するなど、一時的に頻回な訪問看護が必要であると主治医が判断し、当該患者に同意を得て特別訪問看護指示書を交付

した場合は、特別訪問看護指示加算は算定可能か。

答 算定可能。

事

先進医療技術名「血中 TARC 濃度の迅速測定」の先進医療上の取扱い

令和 7 年 8 月 6 日
保険局医療課事務連絡

【解説】先進医療技術名「血中 TARC 濃度の迅速測定」が保険適用されたことに伴い、9 月 1 日より先進医療から取り下げられることが周知されました。

本品については、「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」(令和

6 年 2 月 14 日産情発 0214 第 6 号、保発 0214 第 6 号) に基づき、保険適用したとともに、今後、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準 (平成 20 年厚生労働省告示第 129 号) を一部改正し、令和 7 年 9 月 1 日に先進医療から

取り下げになること。

なお、本品は既に保険適用されていることを踏まえ、本品を保険医療機関が患者に支給した場合については、保険医療機関は保険外併用療養費ではなく療養の給付を請求することとする。

通

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」の一部改正（医療 DX 推進体制整備加算等の取扱い関係）

令和 7 年 8 月 7 日
保医発 0807 第 2 号

【解説】医療 DX 推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、見直しが行われます。10 月 1 日に施行となります。

(p.1055 左段下から 20 行目～右段 9 行目／
p.1076 左段下から 19 行目～p.1077 左
段 7 行目、下線部訂正・追加、(3 月号 p.66
～ 67 で直近訂正))

1 医療 DX 推進体制整備加算 1 に関する施設基準

(6) 医療 DX 推進体制整備加算 1 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（中略）が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 60% 以上である。

(7) (6)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「60%」とあるのは「70%」とする。

(8) (6)及び(7)について、（後略）

(9) （略）

(10) (9)の揭示事項について、（後略）

(11) （略）

2 医療 DX 推進体制整備加算 2 に関する施設基準

(1) 1 の(1)から(5)まで及び(9)から(11)までの基準を満たす。

(2) 医療 DX 推進体制整備加算 2 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 40% 以上である。

(3) (2)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「40%」とあるのは「50%」とする。

(4) (2)及び(3)について、（後略）

3 医療 DX 推進体制整備加算 3 に関する施設基準

(1) 1 の(1)から(5)まで、(9)及び(10)の基準を満たす。

(2) 医療 DX 推進体制整備加算 3 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 25% 以上である。

(3) (2)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「25%」とあるのは「30%」とする。

(4) (2)について、（中略）、かつ前年（令和

6 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日まで）の延外来患者数のうち 6 歳未満の患者の割合が 3 割以上の医療機関においては、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「25%」とあるのは「22%」とすることができる。

(5) (3)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和 6 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日までの延外来患者数のうち 6 歳未満の患者の割合が 3 割以上の医療機関においては、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「30%」とあるのは「27%」とすることができる。

(6) (2)から(5)までについて、（後略）

4 医療 DX 推進体制整備加算 4 に関する施設基準

(1) 1 の(1)から(3)まで、(5)及び(9)から(11)まで [(9)のウの電子処方箋に係る事項を除く]（後略）

(2) 医療 DX 推進体制整備加算 4 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 60% 以上である。

(3) (2)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「60%」とあるのは「70%」とする。

(4) (2)及び(3)について、（後略）

5 医療 DX 推進体制整備加算 5 に関する施設基準

(1) 1 の(1)から(3)まで、(5)及び(9)から(11)まで [(9)のウの電子処方箋に係る事項を除く]（後略）

(2) 医療 DX 推進体制整備加算 5 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 40% 以上である。

(3) (2)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「40%」とあるのは「50%」とする。

(4) (2)及び(3)について、（後略）

6 医療 DX 推進体制整備加算 6 に関する施設基準

(1) 1 の(1)から(3)まで、(5)、(9)（ウの電子処方箋に係る事項を除く）及び(10)の基準

を満たす。

(2) 医療 DX 推進体制整備加算 6 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間においては 25% 以上である。

(3) (2)について、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「25%」とあるのは「30%」とする。

(4) (2)について、（中略）、かつ前年（令和 6 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日まで）の延外来患者数のうち 6 歳未満の患者の割合が 3 割以上の医療機関においては、令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「25%」とあるのは「22%」とすることができる。

(5) (3)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和 6 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日までの延外来患者数のうち 6 歳未満の患者の割合が 3 割以上の医療機関においては、令和 8 年 3 月 1 日以降においては、「30%」とあるのは「27%」とすることができる。

(6) (2)から(5)までについて、（後略）

【届出に関する事項】

(2) 1 の(5)については令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、（後略）

(3) 医療 DX 推進体制整備加算の施設基準のうち、1 の(6)、(7)及び(11)、2 の(1)のうち 1 の(11)に係る基準、2 の(2)及び(3)、3 の(2)及び(3)、4 の(1)のうち 1 の(11)に係る基準、4 の(2)及び(3)、5 の(1)のうち 1 の(11)に係る基準、5 の(2)及び(3)並びに 6 の(2)及び(3)については、（後略）

(4) 令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の(9)のウの事項について、（後略）

(5) 1 の(9)については、（後略）

(p.1342 右段下から 31 ～ 25 行目／p.1367 右段下から 27 ～ 22 行目、下線部訂正、(3 月号 p.67 で直近訂正))

【届出に関する事項】

(2) 1 の(5)については令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、（後略）

(3) 令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、（後略）

(4) 1 の(7)については、（後略）

事

主に歯科の入院患者を受け入れる病棟の重症度、医療・看護必要度の取扱い

令和7年8月7日
保険局医療課事務連絡

【解説】一般病棟における重症度・医療・看護必要度について、主に歯科の入院患者を受け入れている病棟において、正しく評価を行うことが困難となっていたため、新たに疑義解釈が示されました。

評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が8割以上の病棟における必要度の評価方法については、必要度Ⅰを用いて評価を行って差し支えない。なお、評価の結果が引き続き当該施設基準を満たすとともに、令和7年9月1日までに届出を受理した場合は、令和6年6月1日に遡って算定できるものとする。

【重症度、医療・看護必要度】

問1 令和6年3月31日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関の病棟に限る）又は急性期一般入院料2若しくは3に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関の病棟に限る）については、同年9月30日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度について経過措置が設けられているが、本事務連絡の取扱いにかかる届出はいつから対象となるのか。

答 令和6年10月1日以降に算定する入

院料にかかる届出から対象となる。

問2 令和6年4月1日以降に、新たに重症度、医療・看護必要度が施設基準の要件となっている入院基本料等を算定している医療機関については、本事務連絡の取扱いはいつから対象となるのか。

答 令和6年6月1日から対象となる。

問3 令和6年4月1日以降に、新たに重症度、医療・看護必要度が施設基準の要件となっている入院基本料等を算定している医療機関については、令和6年6月1日から当該入院基本料等の算定を行う場合は、令和7年9月1日までに当該入院基本料等の届出を行う必要があるのか。

答 そのとおり。

問4 本事務連絡の取扱いにより、当該入院料等を算定する場合の届出はどのように行えばよいか。

答 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第5号厚生労働省保険局医療課長通知）の別添7及び届出を行う施設基準に応じた様式を添付するとともに以下を記載する。

- ・本事務連絡の対象となること
- ・届出にかかる入院料等の算定を開始する

年月日

問5 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料〔結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く）及び専門病院入院基本料〕、10対1入院基本料〔特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料〕及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行うこととされているが、本事務連絡における「評価を行う入院患者のうち、歯科の入院患者の割合が8割以上の病棟」はどのように判断するのか。

答 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者であって、評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が8割以上となる場合は、本事務連絡の対象となる。

問6 本事務連絡の取扱いにより、重症度、医療・看護必要度の測定を行った結果、現に届出を行っている入院基本料等に変更がない場合も改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はあるか。

答 不要。

告 通

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
揭示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等令和7年8月13日
告示第223号、保医発0813第1号

【解説】8月14日から適用されます。

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の一部改正（告示第223号）

〔p.1575 右段20行目／p.1609 左段下から13行目、下線部訂正、（6月号p.66の訂正に追加）〕

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第20条第2号ト及び療担基

準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……レプリキズマブ製剤、クロバリマブ製剤及びシバグルコシダーゼアルファ製剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等（保医発0813第1号）

〔p.437 右段6～7行目／p.440 左段25～

26行目、下線部訂正（6月号p.66の訂正に追加）〕

→薬剤

（1）次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……レプリキズマブ製剤、クロバリマブ製剤及びシバグルコシダーゼアルファ製剤

（令6保医発0305・4、0416・21、0531・1、1119・11、令7保医発0318・4、0430・1、0530・3、0813・1）

通

「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」等の一部改正

令和7年8月29日
保医発0829第2号

【解説】9月1日から適用されます。

〔p.322 右段9～26行目／p.324 右段4～

21行目、下線部訂正・追加）

→プログラム医療機器等指導管理料

（1）プログラム医療機器等指導管理料は、（後略）

② アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師が、アルコール依存症に係る総合的な指導及び治療管理を実施し、かつ、特定保険医療材料のアルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを算定する場合、月1回に限り本区分の点数を準用して算定する。

また、アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリに係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、本区分の「注2」に規定する導入期加算の点数を準用して更に所定点数に加算する。

なお、アルコール依存症に係る適切な研修の修了証について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

(令6保医発0305・4、令7保医発0829・2)(令6.3.29)

(p.459 右段下から22～11行目/p.462 左段1～12行目、下線部訂正・追加)

→穿刺液・採取液検査

(13) アミロイドβ42/40比(髄液)

ア(略)

イ 本区分「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)、本区分「15」のアミロイドβ42/40比(髄液)又は本区分「15」の所定点数を準用するリン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液)のうちいずれかを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(14) (略)

⑮ リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液)は、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の可否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、ECLIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及び181位リン酸化タウ蛋白を同時に測定した場合、本区分「15」のアミロイドβ42/40比(髄液)の所定点数を準用して患者1人につ

き1回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(令6保医発0305・4、1119・13、令7保医発0829・2)

(p.460 右段4行目、p.461 左段下から21行目/p.462 右段25行目、p.463 右段5行目の次に挿入)

→悪性腫瘍組織検査

(2) 「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、(後略)
ア～オ(略)

カ 尿路上皮癌におけるFGFR3遺伝子検査

(3)～(16)(略)

⑰ IDH1遺伝子検査は、急性骨髄性白血病の骨髓液又は末梢血を検体とし、リアルタイムPCR法により、イボシデンブの適応の判定の補助を目的として、IDH1遺伝子変異の評価を行った場合に、D004-2悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査イ処理が容易なもの(1)医薬品の適応判定の補助等に用いるものの所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。

(令6保医発0305・4、令7保医発0530・2、0829・2)

(p.492 右段24行目/p.497 左段最下行の次に挿入)

→コンシズマブの血中濃度測定

コンシズマブの血中濃度測定は、コンシズマブ投与中の先天性血友病患者に対して、コンシズマブ用量調整の判断のための補助を目的として、ELISA法により実施する場合に、D012感染症免疫学的検査の「66」抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体の所定点数を準用して、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。なお、医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(令7保医発0829・2)

(p.517 左段下から20行目/p.524 左段14行目の次に挿入)

→超音波検査

⑱ 超音波診断装置を用いて上腕の静脈の

位置等を確認しながら、上腕静脈用カテーテルを挿入・留置した場合は、本区分の「2」の「ロ」の「(3)」その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)の所定点数を準用して算定する。なお、カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は当該点数に含まれるものとする。

(令6保医発0305・4、令7保医発0829・2)

(p.796 右段10行目/p.814 右段下から14行目の次に挿入)

→両心室ペースメーカー移植術

(1) 両心室ペースメーカー移植術は(後略)
ア・イ(略)

ウ 十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないNYHAクラスⅡ(軽度)、左室駆出率30%以下、QRS幅150ms以上、左脚ブロック、洞調律の全てを満たす心不全患者の症状改善(当該患者に対する使用が薬事承認において認められている医療機器を用いて実施した場合に限る)

(以下略)(令6保医発0305・4、令7保医発0829・2)

(p.880 右段下から8行目～p.881 左段5行目/p.898 右段下から2行目～p.899 左段11行目、下線部訂正・追加)

→免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製

(1) 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、(中略)ただし、「3」のHER2タンパクは、化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、(中略)体外診断用医薬品を用いて、以下に掲げる目的で本標本作製を再度行う場合に限り、目的別に1回に限り算定できる(中略)。なお、「3」のHER2タンパクの2回目以降の算定に当たっては、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

イ 化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断する目的

ロ ホルモン受容体陽性の手術不能又は再発乳癌患者に対して、HER2低発現又は超低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断する目的

ハ 過去にHER2低発現を確認する目的で本標本作製を実施しHER2陰性



が確認されている、化学療法歴がありホルモン受容体陽性の手術不能又は再

発乳癌患者に対して、HER2 超低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与

の適応を判断する目的
(以下略) (令6保医発0305・4, 令7保医発0829・2)

告 通

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正等

令和7年8月29日
告示第233号、保医発0829第2号

【解説】9月1日から適用されます。

(p.995 右段下から 11 行目／p.1014 左段 31 行目の次に挿入)

079 骨セメント

- (4) 脊椎椎体形成用（椎体形成用材料セット一体型）1g 当たり 19,800 円

(p.996 左段 4 行目／p.1014 左段下から 30 行目の次に挿入)

→骨セメントの算定

ア～ウ (略)

エ 脊椎椎体形成用（椎体形成用材料セット一体型）

- a 椎体形成用材料セットの費用は本区分の材料価格に含まれる。
b 保存的治療が奏功せず、全身麻酔による手術が困難な有痛性椎体骨折の患者に対して、関連学会の定める適正使用指針及びガイドラインに従って使用した場合に限り算定できる。
c 1 治療における治療椎体は3椎体までとする。
d 1 回の手術に対し 20g を限度として算定できる。

(p.996 左段下から 25 行目／p.1014 右段 14 行目の次に挿入)

→骨セメントの定義

【機能区分の定義】

①～③ (略)

④脊椎椎体形成用（椎体形成用材料セット一体型）：次のいずれにも該当。

- ア 悪性脊椎腫瘍又は骨粗鬆症による椎体骨折に対する経皮的椎体形成術に使用するものである。
イ 骨セメント及び骨セメント混合器等が一体となったものである。
ウ 骨セメントの成分が粉末（メタクリル酸メチル重合体等を主成分）と液体（メタクリル酸メチルを主成分）によって構成される。

(p.1021 右段下から 14 ～ 10 行目／p.1041 左段 5 ～ 9 行目、下線部訂正・追加)

146 大動脈用ステントグラフト

- (3) 胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）

①～③ (略)

- ④ 分枝血管部分連結型

3,320,000 円

- (4) 胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）

① 標準型

344,000 円

- ② 分枝血管部分連結型

1,020,000 円

- (5) (略)

- (6) 胸部大動脈用ステントグラフト（分枝血管部分）

976,000 円

(p.1022 左段 31 行目／p.1041 左段下から 24 行目の次に挿入)

→大動脈用ステントグラフトの算定

ア～オ (略)

カ 胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型は、日本ステントグラフト実施基準管理委員会の定める実施基準を遵守して使用した場合に、1 回の手術に対し、1 個を限度として算定できる。

キ 病変長が長い場合など、複数個の胸部大動脈用ステントグラフトによる治療が必要になる場合であって、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型を同時に使用する場合は、1 回の手術に対し、それぞれ 1 個を限度として算定できる。ただし、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該材料による治療が適応となる旨を記載する。また、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型を複数個使用する場合は、医学的必要性が認められた場合に限り、2 個を限度として算定して差し支えない。ただし、複数個の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

ク 胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）・分枝血管部分連結型は、日本ステントグラフト実施基準管理委員会の定める実施基準を遵守して使用した場合に、1 回の手術に対し 1 個を限度として算定できる。なお、複数個による治療が必要である場合、2 個を限度として算定して差し支えない。ただし、複数個の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

ケ 胸部大動脈用ステントグラフト（分枝血管部分）は、日本ステントグラフト実施基準管理委員会の定める実施基準を遵守して使用した場合に、1 回の手術に対し 1 個を限度として算定できる。なお、複数個による治療が必要である場合、2 個を限度として算定して差し支えない。ただし、複数個の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

(p.1022 右段 2 ～ 33 行目／p.1041 右段 24 行目～下から 20 行目、下線部訂正)

→大動脈用ステントグラフトの定義

【機能区分の定義】

⑤胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・標準型：次のいずれにも該当。

ウ ⑥、⑦及び⑩に該当しない。

⑥胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型：次のいずれにも該当。

エ ⑤、⑦及び⑩に該当しない。

⑦ (略)

⑧胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）・標準型：次のいずれにも該当。

ア 胸部大動脈瘤、胸部大動脈解離又は外傷性大動脈損傷の治療を目的に使用されるものである。

イ (略)

ウ ⑫に該当しない。

⑨ (略)

⑩胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型：次のいずれにも該当。

ア 胸部大動脈瘤、胸部大動脈解離又は

外傷性大動脈損傷の治療を目的に使用されるものである。

イ 胸部大動脈に留置するステントグラフト及びステントグラフトを挿入するための付属品を含んでいるものである。

ウ 血管分岐部に対応するための胸部大動脈用ステントグラフト（分枝血管部分）を連結する構造を有するものである。

エ ⑤から⑦までに該当しない。

⑪胸部大動脈用ステントグラフト（分枝血管部分）：次のいずれにも該当。

ア 胸部大動脈瘤、胸部大動脈解離又は外傷性大動脈損傷の治療を目的に使用されるものである。

イ 胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と連結し、胸部大動脈の分枝血管に留置するステントグラフト及びステントグラフトを挿入するための付属品を含んでいるものである。

⑫胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）・分枝血管部分連結型：次のいずれにも該当。

ア 胸部大動脈瘤、胸部大動脈解離又は外傷性大動脈損傷の治療を目的に使用されるものである。

イ 胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型の留置を補助する目的で使用されるものである。

ウ 胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型の中枢側に留置するステントグラフト及びステントグラフトを挿入するための付属品を含んでいるものである。

⑬, ⑭ （略）

(p.1036 左段 1 行目／p.1055 右段下から 9 行目の次に挿入)

233 アミノ酸由来非吸収性局所止血材
1g 当たり 17,600 円

→アミノ酸由来非吸収性局所止血材の算定

ア アミノ酸由来非吸収性局所止血材は、非静脈瘤性消化管出血に対する内視鏡的止血術において、機械的止血法や熱凝固法では止血が不十分な場合であって、追加の止血材として使用した場合に限り算定できる。なお、使用に当たっては、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

欄に記載する。

イ アミノ酸由来非吸収性局所止血材は、1 回の手術に対し原則として 3g まで算定できる。1 回の手術で 3g を超える量を使用する場合は、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ウ アミノ酸由来非吸収性局所止血材は、消化器内視鏡検査（生検を実施する場合を含む）において使用した場合は算定できない。

エ デリバリーシステムの費用は本区分の材料価格に含まれる。

→アミノ酸由来非吸収性局所止血材の定義 次のいずれにも満たす。

(1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「非吸収性局所止血材」である。

(2) 内視鏡的に消化管内へ挿入し、非静脈瘤性消化管出血の止血を目的として使用するアミノ酸由来の非吸収性局所止血材である。

234 薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント
124,000 円

→薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントの算定

ア 薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントは、関連学会の定める適正使用指針に従って、以下のいずれかに該当する症例の副鼻腔手術後に使用した場合に限り算定できる。なお、使用に当たっては、医学的必要性及び以下のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

a 副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例

b 再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例

c 副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例

d 慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例

イ 薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントは、一連の治療に対して、原則として 2 個を限度として算定できる。医学的必要性から 3 個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で、4 個を限度として算定できる。

→薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントの定義 次のいずれにも満たす。

(1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント」である。

(2) 成人の慢性鼻副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔手術後の副鼻腔の開存性を維持するために用いられるステントである。

(3) ステントの表面に副腎皮質ステロイド薬がコーティングされている。

235 アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ
7,010 円

→アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリの算定

ア アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリは、アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師を配置している保険医療機関において算定する。

イ 入院中の患者以外の患者（アルコール依存症の患者であって、断酒を選択すべき患者に該当しないものに限る）に対して、成人のアルコール依存症の飲酒量低減治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し、アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師がアルコール依存症に係る総合的な指導及び治療管理を行った場合に、初回の使用日の属する月から起算して 6 か月を限度として、初回を含めて月 1 回に限り算定する。

ウ 前回算定日から、平均して 7 日間のうち 3 日以上飲酒記録がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。

エ 本品の使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

→アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリの定義 次のいずれにも該当。

(1) 薬事承認又は認証上、類別が「プログラム 02 疾病治療用プログラム」であって、一般的名称が「アルコール依存症治療補助プログラム」である。

(2) 医療従事者の指導に基づき、患者の治療が継続されていると判断できる状態において使用される、成人のアルコール依存症の飲酒量低減治療補助プログラム医療機器である。

236 上腕静脈用カテーテル 5,790 円

→上腕静脈用カテーテルの算定

医師の血管アセスメントにおいて、末梢



静脈留置針による静脈路確保が困難と判断された患者に対し、末梢静脈用の薬剤の投与を目的として、超音波診断装置を用いて上腕の静脈の位置等を確認しながら、上腕の静脈内に挿入・留置した場合に限り算定できる。使用は末梢静脈留置針による静脈路確保が困難な患者に限定されるものであ

って、単に連日の静脈内注射や点滴注射を行う又は周術期の管理を行う等の目的のみ使用された場合は算定できない。なお、算定に当たっては、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→上腕静脈用カテーテルの定義 次のいずれにも該当。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具 51 医療用尿管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「末梢血管用血管内カテーテル」である。
- (2) 末梢静脈注射を目的に上腕の静脈内に留置して使用するカテーテルである。
- (3) 造影剤の高圧注入が可能である。

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和7年8月29日
告示236号

【解説】9月1日から適用されます。

(p.1599 左段下から15行目～右段16行目／p.1631 左段下から25行目～右段7行目、削除)

10 削除 (血中 TARC 濃度の迅速測定)

(p.1604 左段下から25～23行目／p.1635 右段下から17～15行目、削除)

41 削除 (タクロリムス経口投与療法)

(p.1604 左段下から13～11行目／p.1635 右段下から5～3行目、削除)

46 削除 (アモキシシリン、ホスホマイシン

及びメトロニダゾール経口投与並びに同種糞便微生物叢移植の併用療法)

(p.1604 左段下から8～3行目／p.1636 左段1～6行目、削除)

48 削除 (着床前胚異数性検査1)

他

支払基金における審査の一般的な取扱い (医科)

令和7年8月29日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い (医科)」26事例が示され、これまでの事例と合わせて668事例となりました。

【医学管理等】

643. 器質性月経困難症のみに対する婦人科特定疾患治療管理料

子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、チョコレートのお胞等がなく、器質性月経困難症の傷病名のみに対する B001「30」婦人科特定疾患治療管理料の算定は、原則として認められない。

【検査】

644. 末梢血液一般検査等 (組織採取前)

組織採取前の一般検査として次の検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D005「5」末梢血液一般検査
- (2) D006「1」出血時間、「2」プロトロンビン時間 (PT)、「7」活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)

645. 抗 VEGF 阻害剤投与中における D ダイマー (副作用チェック)

抗 VEGF 阻害剤〔アバスタチン点滴静注用等 (眼内用抗 VEGF 阻害剤を除く)〕投与中における副作用チェックのための D006「15」D ダイマーの算定は、原則として認められる。

646. B 型慢性肝炎疑いに対する HBs 抗体

B 型慢性肝炎の疑いに対する D013「3」HBs 抗体の算定は、原則として認められ

ない。

ただし、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う可能性がある場合はこの限りではない。

647. 尿素呼気試験 (UBT)

D023-2「2」尿素呼気試験 (UBT) について、ボノプラザンフマル酸塩 (タケキャブ錠等) 投与中又は投与中止若しくは終了後2週間未満での算定は、原則として認められない。

648. チンパノメトリー (滲出性中耳炎等)

① 滲出性中耳炎又は耳管狭窄症に対する D247「2」チンパノメトリーの算定は、原則として認められる。

② 次の傷病名に対する D247「2」チンパノメトリーの算定は、原則として認められない。

- (1) 慢性中耳炎 (穿孔がある場合)。(2) 末梢前庭障害。(3) 感音難聴 (初診時除く)

【画像診断】

649. アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン (子宮卵管)

子宮卵管に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン (ウログラフィン注 76%) の算定は、原則として認められない。

【投薬】

650. 高血圧症の患者 (腎のう胞又は単なる腎疾患がある場合) に対するカンデサルタン シレキセチル錠の投与量

高血圧症の患者において腎のう胞又は単

なる腎疾患がある場合のカンデサルタン シレキセチル錠 (プロプレス錠等) の投与量は、原則として1日1回12mgまで認められる。

651. 抗生物質製剤又は合成抗菌薬【内服薬】 (感冒等)

次の傷病名に対する抗生物質製剤【内服薬】又は合成抗菌薬【内服薬】*の算定は、原則として認められない。

※ ペニシリン系、セフェム系、キノロン系、マクロライド系の内服薬で効能・効果に次の傷病名の記載がないものに限る。

- (1) 感冒、(2) 小児のインフルエンザ、(3) 小児の気管支喘息、(4) 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎、(5) 慢性上気道炎、慢性咽喉頭炎

652. トルバプタン【内服薬】等 (単独投与)

投与開始時における心不全又は肝硬変に伴う体液貯留に対する次の薬剤の単独投与*は、原則として認められない。

※ 他の利尿剤の投与がない場合

- (1) トルバプタン【内服薬】 (サムスカ OD 錠等)
- (2) トルバプタンリン酸エステルナトリウム【注射薬】 (サムタス点滴静注用)

653. カナマイシンー硫酸塩カプセル (肝硬変のみ)

肝硬変のみに対するカナマイシンー硫酸塩カプセルの算定は、原則として認められない。

654. アロプリノール（肝障害、肝機能障害等）

適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するアロプリノール（ザイロリック錠等）の算定は、原則として認められる。

(1) 肝障害、肝機能障害、(2) 非代償性肝硬変、(3) 腎（機能）障害、(4) 腎不全

655. ベンズプロマロン製剤（肝不全等）

① 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するベンズプロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められない。

(1) 肝不全、(2) 腎不全

② 適応傷病名と腎（機能）障害がある患者に対するベンズプロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められる。

656. ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩等（非弁膜症性心房細動等）

① 非弁膜症性心房細動のみの傷病名に対するダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル）、リバーロキサパン（イグザレト錠等）、アピキサパン（エリキユース錠）及びエドキサパントシル酸塩水和物錠（リクシアナ錠）の算定は、原則として認められる。

② 心房細動と次の傷病名等が併記されている場合のダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル）、リバーロキサパン（イグザレト錠等）、アピキサパン（エリキユース錠）及びエドキサパントシル酸塩水和物錠（リクシアナ錠）の算定は、原則として認められる。

(1) 僧帽弁閉鎖不全症（単独）、(2) 僧帽弁修復術後、(3) 心臓弁置換術後（生体弁）

③ 心房細動の傷病名がない次の傷病名等に対するダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル）、リバーロキサパン（イグザレト錠等）、アピキサパン（エリキユース錠）及びエドキサパントシル酸塩水和物錠

（リクシアナ錠）の算定は、原則として認められない。

(1) 僧帽弁閉鎖不全症、(2) 特発性拡張型心筋症、(3) 肥大型心筋症、(4) 僧帽弁修復術後、(5) 心臓弁置換術後（生体弁）

657. 脂肪肝に対するウルソデオキシコール酸

単なる脂肪肝に対するウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の算定は、原則として認められない。

658. オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール錠 600mg 等）の投与量

オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール錠 600mg 等）の投与量については、原則として2錠までとする。

659. 大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾンの投与量

大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾン〔強力ボステリザン（軟膏）等〕の1回の処方量 180g を超える算定は、原則として認められない。

【リハビリテーション】

660. 未破裂脳動脈瘤術後に対する脳血管疾患等リハビリテーション料

未破裂脳動脈瘤の術後に対する H001 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定は、原則として認められない。

【処置】

661. 気管切開術後の創傷処置

K386 気管切開術後の J000 創傷処置「1」100cm² 未満の算定は、原則として14日まで認められる。

662. 産褥性乳腺炎に対する消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法

産褥性乳腺炎に対する J119 消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法の算定は、原則として認められる。

663. 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（血漿交換療法等）

次の場合の緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルの算定は、原則として認められる。

(1) J039 血漿交換療法時、(2) K921 造血幹細胞採取「2」末梢血幹細胞採取時

664. ヘモダイアフィルターと吸着型血液浄化器（β₂-ミクログロブリン除去用）の併算定

透析アミロイドーシスを伴う慢性腎不全における人工腎臓（オンライン HDF）時のヘモダイアフィルターと吸着型血液浄化器（β₂-ミクログロブリン除去用）の併算定は、原則として認められる。

なお、人工腎臓（オンライン HDF）とは、J038 人工腎臓「1」～「3」（慢性維持透析を行った場合）の各所定点数に、注13 慢性維持透析濾過加算（50点）を併せて行ったものをいう。

【手術】

665. 腰部脊柱管狭窄症に対する脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「6」椎弓形成

腰部脊柱管狭窄症に対する K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「6」椎弓形成の算定は、症状詳記等により必要性及び術式が確認された場合に限り、原則として認められる。

666. 経尿道的尿路結石除去術後の経尿道的尿管ステント抜去術

K781 経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるものの後の K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術の算定は、原則として認められる。

667. 体外循環用カニューレ〔心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート〕の2本の算定

体外循環用カニューレ〔心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート〕の同日の2本の算定は、原則として認められない。

668. 人工心肺「注1」選択的冠灌流加算

体外循環用カニューレ〔心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）コロナリー〕の算定がない場合の K601 人工心肺「注1」選択的冠灌流加算の算定は、原則として認められない。