

## 診療報酬関連情報

## 長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈(その2)

2024年(令和6年)8月21日

厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚労省は8月21日、2024年10月診療分から導入される予定の標記の取扱いの疑義解釈について事務連絡しました。

生活保護医療扶助の対象者は、本選定療養の対象とならない(嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなる)こと等が示されています。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

## 【処方箋の記載について】

問1 「変更不可(医療上必要)」欄及び「患者希望」欄の双方に「✓」又は「×」がついた場合、保険薬局においてはどのような取扱いになるか。

答1 「変更不可(医療上必要)」欄及び「患者希望」欄の双方に「✓」又は「×」がつくことは、通常は想定されず、医療機関のシステムにおいても双方に「✓」又は「×」を入力することはできないと考えられるが、仮にそのような場合があれば、保険薬局から処方医師に対して疑義照会を行う等の対応を行うこと。

なお、医療機関では、「長期収載品の処方等又は調剤について」(令和6年3月27日保医発0327第11号)において、「「変更不可(医療上必要)」欄に「✓」又は「×」を記載した場合においては、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと」としているところであり、医療上の必要性がある場合は、「変更不可(医療上必要)」欄にのみ「✓」又は「×」を記載すること。

問2 令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。

答2 そのとおり。

問3 令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に2回目以降の調剤のためにリフィル処方箋や分割指示のある処方箋が持ち込まれた場合は制

度施行前の取扱いとなるのか。

答3 そのとおり。

問4 令和6年10月1日以降に旧様式の処方箋で処方された長期収載品であって、後発品変更不可にチェックがあるものの、理由について記載がされていないものについてどう扱えばよいか。

答4 保険薬局から処方医師に対して疑義照会を行う等の対応を行うこと。

問5 「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」(平成18年厚生労働省告示第107号)第3の14(3)において、「後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に係る費用徴収その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする」とされているが、掲示内容について参考にするものはあるか。

答5 院内及びウェブサイトに掲示する内容については、以下のURLに示すポスターを参考にされたい。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_39830.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html)

## 【診療報酬明細書の記載について】

問6 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関及び保険薬局については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないとされているが、医療上の必要性等により長期収載品を処方等又は調剤した場

合の理由は記載が必要となるのか。

答6 記載不要。

**【公費負担医療について】**

問7 生活保護受給者である患者が長期収載品を希望した場合は、どのように取り扱うことになるのか。

答7 **【長期収載品の処方等が医療扶助の支給対象にならない場合】**

「生活保護法第52条第2項の規定による診療方針及び診療報酬」(昭和34年厚生省告示第125号)第2に基づき、生活保護受給者については、長期入院選定療養以外の選定療養は医療扶助の支給対象とはならないとしている。

このため、生活保護受給者である患者が、医療上必要があると認められないにもかかわらず、単にその嗜好から長期収載品の処方等又は調剤を希望する場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象とはならないため、生活保護法第34条第3項に基づき、後発医薬品

処方等又は調剤を行うこととなる。

**【長期収載品の処方等が医療扶助の支給対象になる場合】**

長期収載品の処方等を行うことに医療上必要があると認められる場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象となる。

問8 生活保護受給者である患者が、単にその嗜好から長期収載品を選択した場合、「特別の料金」を徴収するのか。

答8 生活保護受給者である患者について、医療上の必要性があると認められず、かつ、保険医療機関又は保険薬局において後発医薬品を提供することが可能である場合は、長期収載品を医療扶助又は保険給付の支給対象として処方等又は調剤することはできないため、当該患者が単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなる。そのため、「特別の料金」を徴収するケースは生じない。

(令和6.8.21事務連絡) (提要P.1573に追加)

## 長期収載品の選定療養における肝炎治療特別促進事業の助成対象

2024年(令和6年)9月4日

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課肝炎対策推進室 事務連絡

【編注】厚労省は9月4日、肝炎治療特別促進事業の対象医療であるB型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤の「バラクルード錠0.5mg(成分名:エンテカビル水和物)」について、長期収載医薬品の選定療養の対象医薬品となっていることから、特別の料金が発生する場合は、肝炎治療特別促進事業の助成対象とはならないことを事務連絡しました。

長期収載品(後発医薬品のある先発医薬品(昭和42年9月30日以前の薬事法(現行の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号))の規定による製造の承認がされた医薬品であって、価格差のある後発医薬品があるもの(いわゆる「準先発品」)を含む)をいう。以下同じ)の処方等又は調剤については、令和6年10月1日から、医療上必要があると認められる場合や、保険医療機関又は保険薬局における後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合は、引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとされているところ、肝炎治療特別促進事業の対象医療であるB型慢性肝疾患に対する核酸アナ

ログ製剤の「バラクルード錠0.5mg(成分名:エンテカビル水和物)」もその対象医薬品とされています。

長期収載品の選定療養における特別の料金(当該長期収載品の薬価から、当該長期収載品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を控除して得た価格に4分の1を乗じて得た価格)は保険給付の対象には含まれないことから、保険適用となっている医療を助成の対象とする肝炎治療特別促進事業において、当該料金は助成対象には含まれないこととなります。

(参考)厚生労働省ホームページ

○後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_39830.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html)

## 新点数Q&A(疑義解釈その11)

2024年(令和6年)8月29日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚労省は8月29日、2024年(令和6年)度診療報酬改定に係るQ&A(疑義解釈)を事務連絡しました。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

### 【小児科外来診療料】

問1 B001-2小児科外来診療料は、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しないと定められており、この厚生労働大臣が定める薬剤として、RSウイルス感染症に対する抗体製剤である「パリビズマブ」が告示されているが、令和6年5

月22日に薬価収載されたRSウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ」については、どのように取り扱うのか。

答1 小児科外来診療料について、「ニルセビマブ」は「パリビズマブ」と同様に扱うこととする。

(令和6.8.29事務連絡)(提要P.281)

**【感染症免疫学的検査】**

問2 D012感染症免疫学的検査「24 R S ウイルス抗原定性」は、「パリビズマブ製剤の適応となる患者」等について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用するとされているが、令和6年5月22日に薬価収載されたR S ウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ製剤」の適応となる患者についても同様の取扱いと考えてよいか。

答2 よい。

(令和6.8.29事務連絡) (提要P.489)

**【特定疾患処方管理加算】**

問3 生活習慣病管理料 (I) 及び (II) を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、同一患者に対して特定疾患処方管理加算を算定することは可能か。

答3 特定疾患処方管理加算は、特定疾患療養管理料における特定疾患と同じ特定疾患を対象に処方した際に算定できるが、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料は併算定できないことから、生活習慣病管理料を算定した月においては、特定疾患処方管理加算は算定できない。

(令和6.8.29事務連絡) (提要P.581)

**【児童思春期支援指導加算】**

問4 I002通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答4 現時点では、以下の研修が該当する。

- 日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会スタンダードコース」

- 日本児童青年精神医学会が実施する「児童思春期精神医療研修」

- 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する以下の研修 (①及び②の両方を受講した場合に限る)

①以下のいずれかの研修。

- 平成22年度～平成26年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」
- 平成22年度～平成26年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(2)」
- 平成22年度～平成25年度に実施された、「思春期精神保健対策コメディカル専門研修」
- 平成27年度～令和5年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」
- 「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修」

②以下のいずれかの研修。

- 平成26年度～令和5年度に実施された、「医療従事者研修応用・症例コース」
- 「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修応用・症例コース」

- 令和5年に実施された、障害者総合福祉推進事業「児童思春期精神医療における多職種実践研修(仮)」

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問204(編注:提要P.1392、左段上から5行目の問2のことは)は廃止する。

(令和6.8.29事務連絡) (提要P.1392)

# 薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2024年(令和6年)8月14日 保医発0814第7号

【編注】8月14日、薬価基準が一部改正されました。令和6年厚生労働省告示第259号、第260号は2024年8月15日適用(告示第259号の第2部、第5部の改正(費用対効果の評価結果に基づく価格調整、市場拡大再算定による引き下げ)は2024年11月1日適用)です。

このうち「使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正」(算定留意事項通知の改正)のみ掲載します。

なお、京都府保険医協会では薬価に関する情報提供は行っていません。今回の薬価改定に関する収載品目及び価格に関する令和6年厚生労働省告示第259号、第260号についてはインターネットの「厚生労働省ホームページ/法令等データベースサービス-登載準備中の新着法令-」を閲覧してください。

## 1. 薬価基準の一部改正に伴う留意事項

### →ファビハルタカプセル200mg

本薬剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与する」とされているので、本薬剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載する。

### →ハイイータン錠50mg

本薬剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与する」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

### →アビガン錠200mg

本薬剤は、重症熱性血小板減少症候群ウイルス感染症の治療を目的として使用した場合に限り、算定できる。

### →小児用レルベア50エリプタ14吸入用及び同50エリプタ30吸入用

本薬剤は、既に薬価収載後1年以上経過している「レルベア100エリプタ14吸入用、同100エリプタ30吸入用、同200エリプタ14吸入用及び同200エリプタ30吸入用」(以下「既収載品

という)と有効成分が同一であり、今般、既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い、当該用法・用量に必要となる製剤として承認された医薬品であることから、揭示事項等告示第10第2号(一)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限(14日間を限度とする)は適用されない。

### →ブイタマークリーム1%

①本薬剤を「アトピー性皮膚炎」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において「症状が改善した場合には継続投与の必要性について検討し、漫然と長期にわたって使用しない」及び「治療開始8週間以内に症状の改善が認められない場合は、使用を中止する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

②本薬剤を「尋常性乾癬」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において「症状が改善した場合には継続投与の必要性について検討し、漫然と長期にわたって使用しない」及び「治療開始12週間以内に症状の改善が認められない場合は、使用を中止する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

## 2. 関係通知の一部改正

### →メンクアドフィ筋注

本薬剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)、ラブリズマブ(遺伝子組換え)、スチムリマブ(遺伝子組換え)、ペグセタコプラン、ジルコプラナトリウム、ダニコパン、クロバリマブ

(遺伝子組換え)又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する(同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く)。

(令和4保医発1115・9、令和6保医発0814・7)(下線部変更)

#### →ニューモバックスNPシリンジ

本製剤は、「2歳以上の脾摘患者における肺炎球菌による感染症の発症予防」、「スチムリマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した場合」、「ペグセタコプラン投与患者に使用した場合」又は「イプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合」に限り保険給付の対象とするものである。スチムリマブ(遺伝子組換え)、ペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用する場合は、スチムリマブ(遺伝

子組換え)、ペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する(同一の診療報酬明細書においてスチムリマブ(遺伝子組換え)、ペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く)。

(平成48.28保険発第123号、令和6保医発0814・7)(下線部変更)

#### →アクトヒブ

本製剤は、ペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。ペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること(同一の診療報酬明細書においてペグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く)。

(令和5保医発0829・6、令和6保医発0814・7)(下線部変更)

## 支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)

2024年(令和6年)8月30日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は8月30日、「審査の一般的な取扱い事例」15を追加しました。

「取扱いを作成した根拠等」の詳細は、社会保険診療報酬支払基金トップページ>診療報酬の審査>審査結果の差異に対する取組>審査の取扱いが統一された事例>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)でご確認ください。

(第15回・2024年8月30日分)

### 【検査】

#### 269 結核菌群核酸検出とマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出の併算定 支払基金統一事例

①結核疑いかつ非結核性抗酸菌症(疑い含む)に対するD023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出の併算定は、原則として認められる。

なお、結核菌が陰性であることがレセプトから判断できる場合のD023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出の併算定は、同日であっても原則として認められる。

②次の傷病名に対するD023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出の併算定は、原則として認められない。

- (1) 結核
- (2) 非結核性抗酸菌症

#### 270 脂肪肝に対する肝硬度測定等

脂肪肝に対する次の検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D215-2肝硬度測定
- (2) D215-3超音波エラストグラフィ

### 【投薬】

#### 271 胃炎等に対するH<sub>2</sub>ブロッカー(内服薬)

①次の傷病名に対するH<sub>2</sub>ブロッカー(内服薬)の算定は、原則として認められる。

- (1) 胃炎

- (2) 急性胃炎
- (3) 慢性胃炎
- ②胃癌に対するH<sub>2</sub>ブロッカー(内服薬)の算定は、原則として認められない。

#### 272 心房細動等に対するシロスタゾール

- ①心房細動に対するシロスタゾール(プレタールOD錠等)の算定は、原則として認められない。
- ②K555弁置換術後におけるシロスタゾール(プレタールOD錠等)の算定は、原則として認められない。

#### 273 末梢神経障害に対するリマプロストアルファデクス錠

末梢神経障害に対するリマプロストアルファデクス錠(オパルモン錠等)の算定は、原則として認められない。

#### 274 ドネペジル塩酸塩①

次の傷病名に対するドネペジル塩酸塩(アリセプト錠)の算定は、原則として認められない。

- (1) 脳血管性型認知症
- (2) 老年性認知症
- (3) 若年性認知症
- (4) 認知症
- (5) 統合失調症
- (6) パーキンソン病、パーキンソン症

#### 275 ドネペジル塩酸塩②

投与開始時からのドネペジル塩酸塩(5mg)(アリセプト錠5mg等)の算定は、原則として認められない。

#### 276 リバスタチグミン、ガランタミン臭化水素酸塩及びメマンチン塩酸塩① 支払基金統一事例

次の傷病名に対するリバスタチグミン(リバスタッチパッチ)、ガランタミン臭化水素酸塩(レミニール錠)及びメマンチン塩酸塩(メマリー錠)の算定は、原則として認められない。

- (1) レビー小体型認知症
- (2) 脳血管性型認知症
- (3) 老年性認知症
- (4) 若年性認知症
- (5) 認知症
- (6) 統合失調症
- (7) パーキンソン病、パーキンソン症候群

#### 277 リバスタチグミン、ガランタミン臭化水素酸塩及びメマンチン塩酸塩② 支払基金統一事例

リバスタチグミン(リバスタッチパッチ)、ガ

ランタミン臭化水素酸塩(レミニール錠)及びメマンチン塩酸塩(メマリー錠)の維持量(有効用量)まで増量しない継続投与は、原則として認められる。

#### 【注射】

#### 278 腎性貧血等に対する含糖酸化鉄注射液

##### 支払基金統一事例

次の傷病名等に対する含糖酸化鉄注射液(フェジン静注)の算定は、原則として認められない。

- (1) 腎性貧血
- (2) 慢性透析患者
- (3) 貧血

#### 279 肝臓に対するグルカゴン・インスリン療法

肝臓に対するグルカゴン・インスリン療法の算定は、原則として認められない。

#### 【精神科専門療法】

#### 280 入院精神療法等 支払基金統一事例

①次の傷病名に対するI001入院精神療法、I002通院・在宅精神療法及びI006通院集団精神療法の算定は、原則として認められる。

- (1) てんかん性精神病
- (2) 症状精神病
- (3) アルコール依存症、アルコール性精神病、覚醒剤精神病
- (4) 統合失調症
- (5) 幻覚妄想状態
- (6) 心因性妄想精神病、急性一過性精神病性障害
- (7) 非定型精神病
- (8) 躁状態、躁うつ病
- (9) うつ状態
- (10) 気分循環症
- (11) 社会恐怖症、対人恐怖症、恐怖症性不安障害
- (12) 不安神経症
- (13) 強迫性障害
- (14) 心的外傷ストレス障害(P T S D)、適応障害
- (15) 解離性健忘、解離性運動障害、解離性障害
- (16) 心気症
- (17) 神経衰弱
- (18) 拒食症、異食症、摂食障害
- (19) 神経症性不眠症

- (20) パーソナリティ障害
  - (21) 性同一性障害、性的倒錯
  - (22) 学習障害
  - (23) 自閉症、小児自閉症
  - (24) 注意欠陥多動障害、多動性障害、行為障害
  - (25) 小児期反応性愛着障害、チック
  - (26) 児童・思春期精神疾患
  - (27) 心因反応
  - (28) 錯乱状態、情緒障害、登校拒否
  - (29) 過食症
  - (30) 老人性（老年期）精神病
  - (31) 認知症
  - (32) 神経症性うつ状態
  - (33) 知的障害
  - (34) 発達障害
  - (35) レビー小体型認知症
  - (36) てんかん
  - (37) 不眠症
  - (38) ナルコレプシー
- ②次の傷病名に対する I 001入院精神療法、I 002通院・在宅精神療法及び I 006 通院集団精神療法の算定は、原則として認められない。
- (1) 不随意運動
  - (2) 失語症
  - (3) 自律神経失調症
  - (4) 脳出血後遺症、脳梗塞後遺症
  - (5) 更年期症候群
  - (6) 頭痛、心身過労状態

**【処置】****281 留置カテーテル設置時（膀胱）等の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）**

次の場合の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められない。

- (1) J 063留置カテーテル設置時（膀胱）
- (2) 尿管ステントセット（一般型・標準型）又は尿路拡張用カテーテル（尿管・尿道用）使用時
- (3) K 682-2経皮的胆管ドレナージ術時
- (4) 胆管造影時

**【手術】****282 網膜裂孔に対する網膜光凝固術のその他特殊なもの**

網膜裂孔に対する K 276網膜光凝固術「2」その他特殊なもの算定は、原則として認められない。「1」通常のもの算定とする。

**283 乳腺悪性腫瘍手術時の吸引留置カテーテル2本の算定 支払基金統一事例**

次の K 476乳腺悪性腫瘍手術時の 029吸引留置カテーテル2本の算定は、原則として認められる。

- (1) 「4」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む））
- (2) 「5」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの
- (3) 「6」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの
- (4) 「7」拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）
- (5) 「9」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）

# メポリズマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項

2024年(令和6年)8月28日 保医発0828 第6号

【編注】メポリズマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:ヌーカラ皮下注100mgペン及び同皮下注100mgシリンジ)について、「メポリズマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎)について」(令和6年医薬薬審発0828第3号通知)のとおり、最適使用推進ガイドラインが策定されました。これに伴う当該製剤の保険適用上の留意事項は下記のとおりです。

## →ヌーカラ皮下注100mgペン及び同皮下注100mgシリンジ

- (1) 最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意する。
- (2) 鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎
  - ①本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
    - 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載)
      - ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っている。
    - 2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨
      - ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。
      - イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない」
      - ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。
        - ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上

- ・鼻閉のVAS重症度スコアが5を超える(4週間以上持続している)
  - ・「鼻づまり/鼻閉塞感/鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)」のいずれかを有し、さらに「顔面痛/顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」の計2つ以上の症状を有する(12週間以上持続している)
  - ・血中好酸球数が5%超の場合は、コンピュータ断層(以下「CT」という)撮影で篩骨洞 $\geq$ 上顎洞の陰影が認められている又は気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)不耐性を合併している
  - ・血中好酸球数が2~5%の場合は、CTで篩骨洞 $\geq$ 上顎洞の陰影が認められ、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)不耐性を合併している
- 3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由
  - 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉のVAS重症度スコア並びに「鼻づまり/鼻閉塞感/鼻閉」又は「鼻

汁（前鼻漏／後鼻漏）」及び「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間

②本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）

ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っている。

イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っている。

2) 1) でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨

3) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由

## 抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項の一部改正

2024年（令和6年）8月28日 保医発0828第5号

【編注】抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤である「ペムブロリズマブ（遺伝子組換え）製剤（販売名：キイトルーダ点滴静注100mg）」については、「抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成29年保医発0214第4号通知）において、保険適用上の取扱いに係る留意事項を通知されています。

今般、「ペムブロリズマブ（遺伝子組換え）製剤の最適使用推進ガイドライン（非小細胞肺癌、悪性黒色腫、古典的ホジキンリンパ腫、尿路上皮癌、高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌及び結腸・直腸癌、頭頸部癌、腎細胞癌、食道癌、乳癌、子宮体癌、高い腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）を有する固形癌、子宮頸癌、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫、胃癌並びに胆道癌）の一部改正について」（令和6年医薬薬審発0828第1号通知）のとおり、最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、本製剤に係る留意事項が下記のとおり改正されました。

抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤留意事項通知の記の2の(2)、(3)、(4)、(5)、(6)、(7)、(8)、(9)、(10)、(11)、(12)、(13)、(14)、(15)、(16)、(17)、(18)及び(19)中、1)のエの「外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2」を「外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3」に改め、(20)を加える。

→キイトルーダ点滴静注100mg

(20) 非小細胞肺癌における術前・術後補助療法  
本製剤を非小細胞肺癌における術前・術後補助療法の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）

イ 特定機能病院

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）

エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準

- に係る届出を行っている施設  
オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設
- 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)
- ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了し

- た後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。
- イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。

## 材料価格基準の一部改正、「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」等の一部改正

2024年(令和6年)8月30日

厚生労働省告示第281号

保医発0830第1号

【編注】厚労省は8月30日、標記について告示・通知しました。適用は2024年9月1日からです。文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

### 1. 医科診療報酬点数表に関する事項

#### 【第2章 特掲診療料】

#### 【第10部 手術】

#### 【第1節 手術料】

#### 【第4款 眼】

#### →K259 角膜移植術

(1)~(4) (略)

(5) 培養ヒト角膜内皮細胞移植術は、水疱性角膜症の患者に対して、培養ヒト角膜内皮細胞を前房内に注入して角膜内皮細胞移植を行った場合に、本区分の所定点数を準用して算定する。

(令和6保医発0830・1)(提要P.770、左段上から15行目の次に(5)を追加)

#### 第8款 心・脈管

#### →K574 心房中隔欠損閉鎖術 1 単独のもの

(1) 弁周囲欠損孔閉鎖術は、大動脈弁位又は僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の人工弁周囲逆流に起因する症候性の心不全若しくは機械的溶血性貧血を有し、かつ外科的手術リスクが高い患者のうち、本品による治療が医学的に必要であると判断された患者に対し、関連学会の定める適正使用指針を遵守し、心

尖部アプローチで実施した場合、本区分の所定点数を準用して算定する。

(2) 本治療の実施に当たっては、K555弁置換術が適応とならない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(令和6保医発0830・1)(提要P.794、左段上から19行目の次に追加)

#### →K574-2 経皮的心房中隔欠損閉鎖術

(1) 弁周囲欠損孔閉鎖術は、大動脈弁位又は僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の人工弁周囲逆流に起因する症候性の心不全若しくは機械的溶血性貧血を有し、かつ外科的手術リスクが高い患者のうち、本品による治療が医学的に必要であると判断された患者に対し、関連学会の定める適正使用指針を遵守し、順行性アプローチ又は逆行性アプローチで実施した場合、本区分の所定点数を準用して算定する。

(2) 本治療の実施に当たっては、K555弁置換術が適応とならない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(令和6保医発0830・1)(提要P.794、左段上から23行目の次に追加)

2. 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項」（令和6年3月5日保医発0305第8号）、「特定保険医療材料の定義」（令和6年3月5日保医発0305第12号）の一部改正

123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル  
(1)・(2) (略)  
(3) パルスフィールドアブレーション用  
681,000円  
(令和6.8.30告示281) (提要P.1006、右段上から19行目の次に(3)を追加)

→123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの算定

- (1) 熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」又は「体外式ペーシング機能付き・特殊型」を算定する場合は、K595経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。
- (2) パルスフィールドアブレーション用については、肺静脈隔離後のエントランスブロック確認を目的として体外式ペースメーカー用カテーテル電極・心臓電気生理学的検査機能付加型・冠状静脈洞型と併せて使用した場合は、主たるもののみ算定できる。

→123 経皮的カテーテル心筋カテーテルの定義次のいずれにも該当する。

- ① (略)
- ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術を実施する際に頻脈性不整脈の治療を目的に使用する高周波電流等による心筋焼灼用、冷凍アブレーション用又はパルスフィールドアブレーション用のカテーテルである。

- ③ (略)  
(令和6保医発0830・1) (提要P.1006、右段上から20行目～33行目、下線部追加)

【機能区分の定義】

- ①～⑧ (略)
- ⑨ パルスフィールドアブレーション用：次のいずれにも該当する。  
ア 薬剤抵抗性を有する発作性心房細動の治療を目的として使用するパルスフィールドアブレーション用のカテーテルである。  
イ 高周波電流等、熱による心筋焼灼用のカテーテルでない。

ウ ペーシング刺激による、肺静脈隔離後のエントランスブロック確認を行う機能を有する。

(令和6保医発0830・1) (提要P.1007、左段上から21行目の次に⑨を追加)

販売名：VARIPULSE パルスフィールドアブレーションカテーテル  
保険適用希望企業：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社  
主な使用目的：本品は、薬剤不応性症候性の発作性心房細動の治療のために、パルスフィールドアブレーション及び心臓電気生理学的検査を実施することを目的とする多電極カテーテルである。

販売名：PulseSelect PFA Loop カテーテル  
保険適用希望企業：日本メドトロニック株式会社  
主な使用目的：本品は心臓の電気生理学的検査、薬剤抵抗性の再発性症候性発作性心房細動の治療、及び薬剤抵抗性の症候性持続性心房細動の治療に用いるカテーテルである。

~~189 ヒト骨格筋由来細胞シート  
(1) 採取・継代培養キット 6,480,000円  
(2) 回収・調製キット 1枚当たり1,710,000円~~

※算定留意事項通知、定義通知も削除

(令和6告示281号、保医発0830・1) (提要P.1029、右段、「189」に係る告示・通知を削除)

228 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット  
9,464,500円

→228 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットの算定

- (1) 水疱性角膜症の患者であって、最良矯正視力が0.7未満であること及び不可逆の角膜上皮浮腫が存在することが確認されたものに対して使用した場合に、1回の手術において片眼につき1回に限り算定できる。
- (2) 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットは、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (3) 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットを使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を診療報酬明細書の摘要欄に記

載する。

### →228 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットの定義

次のいずれにも該当する。

- ①薬事承認又は認証上、類別が「ヒト細胞加工製品(1)ヒト体細胞加工製品」であって、一般的名称「ネルテペンドセル」である。
- ②ドナーより採取したヒト角膜から成熟分化角膜内皮細胞を含む細胞を採取し、生体外での初代培養を経て拡大培養、分化及び成熟工程を経ることにより得られる成熟分化した培養ヒト角膜内皮細胞の懸濁液を精製及び投与するキットである。

(令和6告示281号、保医発0830・1)(提要P.1036、左段上から1行目の次に追加)

販売名：ビズノバ

保険適用希望企業：合同会社オーリオンバイオテック・ジャパン

主な使用目的：(効能、効果又は性能)水疱性角膜症(原理・メカニズム)成熟分化型培養ヒト角膜内皮細胞を前房内に移植することで、障害を受けた単層角膜内皮組織を再建する。

229 弁周囲欠損孔閉鎖セット 675,400円

### →229 弁周囲欠損孔閉鎖セットの算定

- (1) 弁周囲欠損孔閉鎖セットは、大動脈弁位又は僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の人工弁周囲逆流に起因する症候性の心不全若しくは機械的溶血性貧血を有し、かつ外科的手術リスクが高い患者のうち、本品による治療が医学的に必要であると判断された患者に対して、欠損孔を経皮的に閉鎖することを目的

に使用した場合に限り、1回の手術に対して2個を限度として算定できる。

- (2) 弁周囲欠損孔閉鎖セットは、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (3) 弁周囲欠損孔閉鎖セットの使用に当たっては、K555弁置換術が適応とならない医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

### →229 弁周囲欠損孔閉鎖セットの定義

次のいずれにも該当する。

- 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「人工心臓用補綴材」である。
- ②大動脈弁位又は僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の欠損孔を閉鎖することを目的に、経皮的に病変部に挿入留置して使用する人工補綴材セット(デリバリーシステムを含む)である。

(令和6告示281号、保医発0830・1)(提要P.1036、左段上から1行目の次に追加)

販売名：弁周囲逆流閉鎖セット

保険適用希望企業：日本ライフライン株式会社

主な使用目的：本品は、大動脈弁位または僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の人工弁周囲逆流に起因する症候性の心不全もしくは機械的溶血性貧血を有し、かつ外科的手術リスクが高く、本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者を対象に、欠損孔を経皮的に閉鎖することを目的とする。ただし、経カテーテル心臓弁に発生した人工弁周囲逆流の治療を除く。

# 公知申請に係る事前評価が終了した医薬品の保険上の取扱い

2024年(令和6年)8月2日 保医発0802第1号

【編注】8月2日の薬事審議会第二部会において、下記の1成分2品目の適応外使用に係る公知申請についての事前評価が行われた結果、公知申請を行っても差し支えないとの結論が出されました。これを踏まえ、今般追加される予定である効能・効果及び用法・用量が2024年8月2日より保険適用とされました。

一般名：アダリムマブ（遺伝子組換え）

販売名：ヒュミラ皮下注40mgシリンジ0.4mL、

同皮下注40mgペン0.4mL

会社名：アヅヴィ合同会社

追記される予定の効能・効果（下線部追記）：

既存治療で効果不十分な下記疾患

X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎

追記される予定の効能・効果に関連する注意

（下線部追記）：

〈X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎〉

過去の治療において、既存治療薬（非ステロイド性抗炎症薬等）による適切な治療を行っても、疾患に起因する明らかな臨床症状及び炎症の客観的徴候が認められる場合

に投与する。

追記される予定の用法・用量（下線部追記）：

〈X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎〉

通常、成人にはアダリムマブ（遺伝子組換え）として40mgを2週に1回、皮下注射する。

追記される予定の用法・用量に関連する注意

（下線部追記）：

〈X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎〉

本剤による治療反応は、通常投与開始から12週以内に得られる。12週以内に治療反応が得られない場合は、現在の治療計画の継続を慎重に再考する。

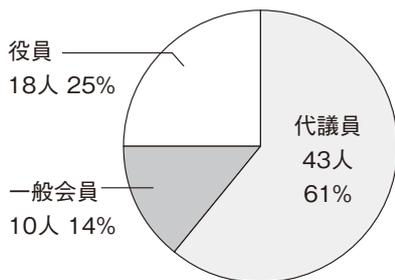
# 京都府保険医協会定期総会アンケート

回答数	71
回答率	72%
出席者数	99人

## 2024年6月診療報酬改定で「痛かった」こと (2024年7月28日実施)

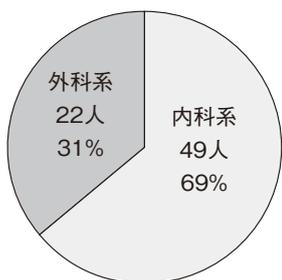
1. 先生は代議員ですか、一般会員ですか、協会役員ですか？ (一つだけ)

回答者の内訳

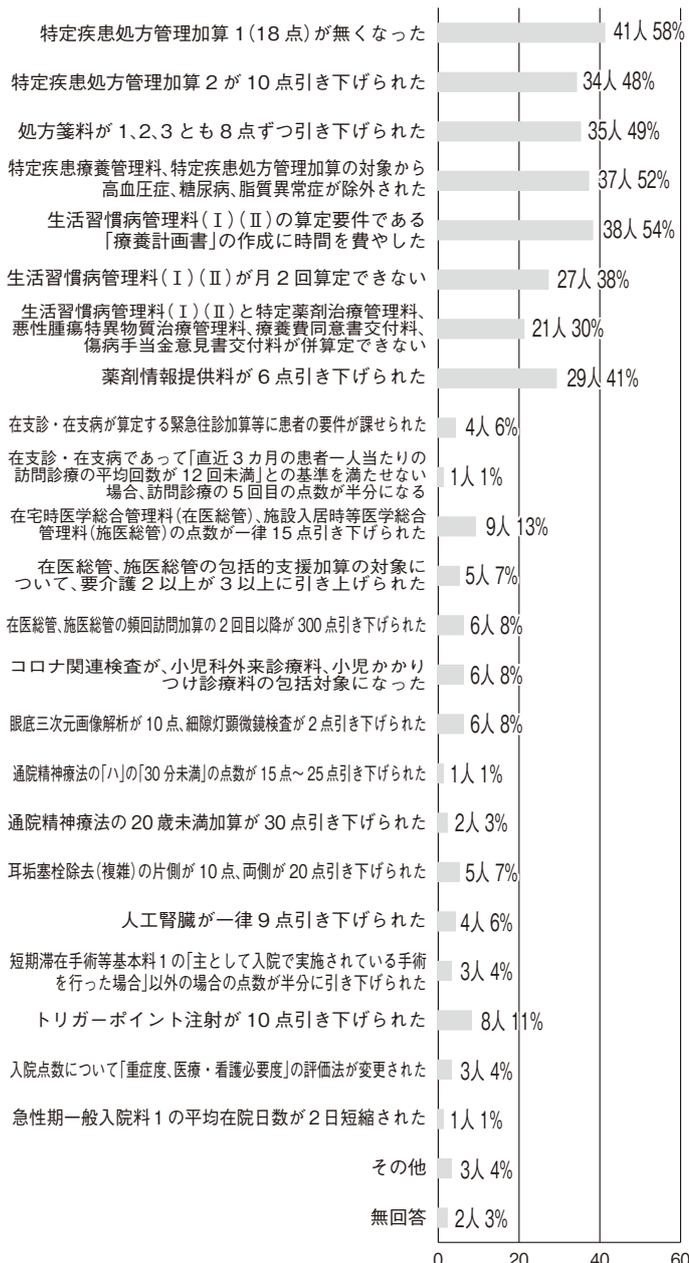


2. 先生の主たる診療科は、内科系ですか、外科系ですか？ (一つだけ)

内科系・外科系の別



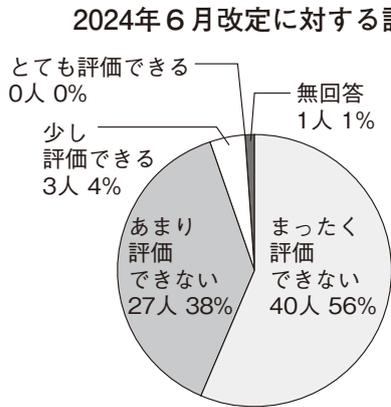
3. 今回の改定で個人的に「痛かった」改定内容 (経営を直撃した、減収に直結した、打撃を受けた項目)は何ですか？ (複数可)



24 その他の意見

- 慢性維持透析管理料を算定すると生活習慣病管理料が併算定できない。特定疾患管理料の時は算定できた。
- ない。
- 新設の介護保険施設等緊急往診加算に特別な関係にある場合の算定制限がある。

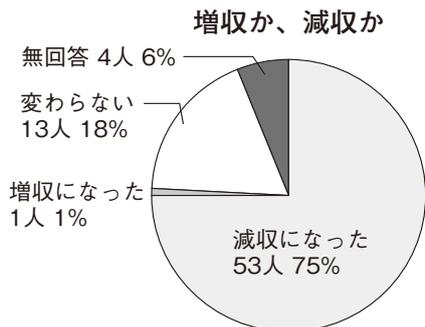
4. 今回の改定で初・再診料、入院料の引き上げ、医療DXの推進やICTを活用した場合の加算の新設、注射の技術料の引き上げ、ベースアップ評価料の新設等、プラスの改定もありましたが、「3」の「痛かった」ことと合わせて考えた場合、先生の2024年6月改定に対する評価は如何ですか？（一つだけ）



5. 今回の改定について、主観的に点数を付けるとしたら、0点～100点の間で何点の評価を付けますか？（数値を記入）

平均	28点
中央値	30点
最大値	80点
最小値	0点

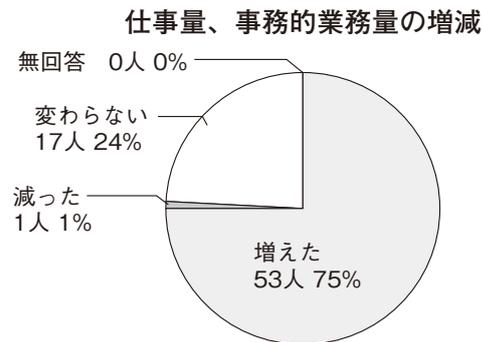
6. 改定前と比べて、減収になりましたか、増収になりましたか？（一つだけ）



6-2. 「1 減収になった」と回答された方にお伺いします。感じとして、その減収割合は？（数値を記入）

平均	11%
中央値	10%
最大値	30%
最小値	0%

7. 改定前と比べて、先生の仕事量や事務的業務量は増えましたか、減りましたか（一つだけ）



8. 最後に、今回の改定を行った政府へ一言、お書きください。

- 馬鹿にしてる。
- 療養計画書作成に手間がかかるが、それが点数に反映されていない。
- 改定前の医療経営に対する評価があまりにも恣意的であり、それが正しいかのごとく引き下げに用いていること。
- 初再診料、入院基本料など基本料のアップを望む。
- ここ10年以上診療報酬はずっと据え置きか、一部マイナスとなっている。これでは質の高い医療を継続するのは困難。
- 小手先すぎる。
- 次世代の医師達が日本の医療や保険診療への意欲の失わないよう有益な改革をお願いします。
- 生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設しなければいけない理由が不明で説明されていない。
- 患者さんが理解を得られるような説明をお願いしたいです。
- 国の経済状況上、医療費削減はやむをえないと思いますが、手間を増やさないで頂きたい。
- 医療費狙い打ち減額はやめるべきだ。
- 開業しているのがいやになった。
- 政府が日本の医療を崩壊させていることを自

- 覚してほしい。
- もっとシンプルにして欲しい。
- 国は賃上げを推進しているが、原資を減らされたのではどうしようもない。国に医療福祉のグランドデザインはどうなっているのか、しっかり説明する義務がある。
- どうしようも無い。
- 対策が必要。
- 医療機関の存続が難しくなった。
- 事務処理を減らしてほしい。
- 管理料や管理加算、算定の要件などだんだん複雑でわかりにくくなってきている。
- こんなものでしょう。
- ベースアップ加算をもう少しクリアな形にしてほしい。
- 開業医を締め上げる改定。
- 診療報酬の引き上げが前提と考えられているのがおかしい。報酬引き上げで経済活性、社会の安心、若者の安心を考えるべき。
- 手間のかかることばかり増えた。もっとシンプルにしてください。
- 総理大臣はじめ国会議員は職責を果たせ。厚労大臣は国民の健康、命を考え発言行動するという基本的な立場で政治を行って欲しい。
- 本体の見直し、物価高、機器、建築費用の増加を反映させた改定を。
- 財務省主導の実体に合わない、削減ありきの診療報酬改定はやめて頂きたい。急激な制度変更にならないよう議論をつ尽くして欲しいと思います。

- 現場の声を無視した改定は許容できない。
- 不必要でつまらない改定が多すぎる。
- 診療以外に時間をとられることが多くなった。決して医療DXは便利ではない。
- 今回の改定は、政府の方針に従わなければ経済的損失を受けると脅し、診療に有益でもない事務作業に医師や職員を縛りつけるものとなっています。医療関係者の意欲を削ぎ、患者さんにも不利益をもたらすと考えます。
- ベースアップ評価料などよさそうに見える項目もあるが後日の報告に多大な事務業務を要しとても申請できなかった。
- 診療報酬提要は改定でパッチだらけとなり、解読だけでも煩雑で、事務作業が著しく過労となっています。国民である医療者の健康も厚生労働省は考慮して頂きたい。
- 大事にしている方向性が違う。軍事費が優先ではないはず。子供支援とのトレードオフすべきではない。子供も若者も子育ても高齢者も難民もだ。
- やってられません。改定に期待するのはあきらめました。
- 減点もですが、制度が複雑すぎる。
- このまま財務省主体での診療報酬改定では、皆保険制度存続は医療者に更なる負担を強いる事になり経営困難な医療機関が廃業せざるを得ない！
- 保険証は必ず残してください。
- インセンティブでマイナ保険証やDXに誘導するようなあざとい改定はやめてほしい。

## お詫びと訂正

2024年(令和6年)9月10日付『京都府保険医新聞』第3177号2面に掲載の「総会アンケート／今次改定で『痛かったこと』」の結果に誤りがありました。

お詫びして訂正するとともに、正しいアンケート結果をここに掲載します。

該当箇所	正	誤
4 段目	評価できない	94% 96%
5～6 段目	まったく評価できない	56% 57%
	あまり評価できない	38% 39%
	少し評価できる	4% 3%
7～8 段目	減収	75% 76%
	変わらない	18% 19%
	増収はなかった	増収1%