

診療報酬関連情報

食事療養・生活療養の標準負担額の一部改正

2025年（令和7年）3月26日 保発0326第56号

【編注】「健康保険及び国民健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の一部を改正する告示」（令和7年厚生労働省告示第64号）が2025年（令和7年）3月24日に告示され、同年4月1日から適用されました。3月26日に出された告示の解説通知による改正の内容は下記のとおりです。

(1) 入院時食事療養標準負担額（患者負担額）
＜療養病床以外の病床に入院する全年齢の患者及び療養病床に入院する65歳未満の患者＞

70歳未満の者（後期高齢者医療を受ける者を除く）	高齢受給者、後期高齢者	備考	1食につき
上位所得者「ア」「イ」 一般所得者「ウ」「エ」	現役並・一般（Ⅲ）		510円 (300円※1)
住民税非課税「オ」	低所得者（Ⅱ）		240円
		（入院90日超）	190円
	低所得者（Ⅰ）		110円

※1 指定難病患者及び小児慢性特定疾病児童については一食について300円とする。
※2 2015年4月1日以前から2016年3月31日まで継続して、精神病床に入院していた患者については、退院するまでの間260円で据え置かれる。（平成28年2月19日保発0219第1号）

(2) 入院時生活療養標準負担額（患者負担額）＜療養病床に入院する65歳以上の患者＞

65歳以上70歳未満 （後期高齢者医療を 受ける者を除く）	高齢受給者、 後期高齢者	備考	居住費 （1日につき）		食費 （1食につき）			
				難病※1		難病※1		
上位所得者「ア」「イ」 一般所得者「ウ」「エ」	現役並・ 一般（Ⅲ）	生活療養（Ⅰ）	370円	0円	510円	300円		
		生活療養（Ⅱ）			470円			
住民税非課税「オ」	低所得者 （Ⅱ）	生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）			370円	0円	240円	190円
		入院90日超					190円	
		重症者※2					240円	
		入院90日超					190円	
	低所得者 （Ⅰ）	生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）	370円	0円	140円	110円		
		重症者※2			110円			
・老齢福祉年金受 給者 ・境界層該当者※3		0円	110円					

※1 表中の「難病」とは指定難病の特定医療費助成制度の対象患者のことである。
※2 「重症者」とは、別に厚生労働大臣が定める患者（平成18年9月8日厚生労働省告示第488号）のことである。
【厚生労働大臣が定める患者】
・療養病棟入院基本料の入院料1～24又は28～30を算定する患者
・有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料A・B・Cを算定する患者
・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
【編注】療養病床であって、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者は「重症者」に該当しない。なお、適用区分「オ」「Ⅱ」の難病患者が当該病棟に90日を超えて入院した場合は居住費負担は0円、食費負担は190円となる。
※3 境界層該当者とは、標準負担額を支払うことにより生活保護基準に該当するものであり、標準負担額減額認定証の適用区分欄に（境）と記載されているので確認が必要である。なお、70歳未満の患者は住民税非課税「オ」の区分として扱う。
※4 2016年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していたものであって、療養病床に転棟した場合の入院時生活療養の標準負担額は2015年3月時点の金額となる。（平成19年11月30日厚生労働省告示第395号、平成8年8月16日厚生省告示第203号）

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱いの延長

2025年(令和7年)3月27日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】2024年(令和6年)5月31日に示されていた「新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い」(厚生労働省保険局医療課事務連絡)が2026年(令和8年)5月31日まで延長されます。

令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱い等については、「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」(令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「3月5日事務連絡」という)によりお示ししている。

3月5日事務連絡でお示した施設基準に係る取扱いのうち、別添3の「1. 令和6年5月31日まで終了時期を延長する施設基準に係る特例について」は、「新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い」(令和6年5月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)により令和7年3月31日までは、引き続き同様に取り扱うとしていたところ、当該取扱いの活用状況を鑑み、この期限を令和8年5月31日までとした。

(参考) 3月5日事務連絡 別添3

1. 令和6年5月31日まで終了時期を延長する施設基準に係る特例について

①月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という)の第3の1(1)の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数について

は、1割以上の一時的な変動1があった場合においても、報告の対象となった最初の月[※]から3カ月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい。

※ 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3カ月」とは1月から3月の期間を指す。

イ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員という」の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1カ月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月^{※2}から3カ月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい。

※2 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合又は1月及び2月の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3カ月」とは1月から3月の期間を指す。

ウ アとイと同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手

続きについて」(令和4年3月25日保医発0325第4号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよい。

エ アからウの届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染

し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを別紙様式1(掲載略)に記載し、各地方厚生(支)局に報告する。

オ ア及びイの場合においても、看護要員の労働時間が適切であることが求められることは当然のことであり、例えば、非常勤職員を新たに採用するなど、看護要員の過重労働の防止に配慮すべきである。

ベースアップ評価料による賃金改善の実績報告に係る 届出様式の改定等

2025年(令和7年)3月31日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】O100外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、O101同評価料(Ⅱ)及びO102入院ベースアップ評価料(以下「ベースアップ評価料」)の届出様式が改定されました。

同様に「ベースアップ評価料に係る届出様式について」(2025年1月10日事務連絡)で示された「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出る場合の届出添付書類」も届出様式が改定されました。

また、毎年8月に提出することになっているベースアップ評価料の賃金改善実績報告書の取扱いについて、Q & Aが示されました。

新しい届出様式、届出添付書類、賃金改善実績報告書(Excelファイル等)は厚生労働省のホームページからダウンロードしてください。

厚生労働省ホームページ>メニュー>サイト内検検索>「ベースアップ評価料等について」で検索

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



なお、2025年3月時点で既にベースアップ評価料の算定を開始している医療機関等が、2025年4月以降に継続してベースアップ評価料を算定する場合、以下2点の対応が必要ですのでご注意ください。

- ①2025年(令和7年)度分の「賃金改善計画書」を4月に作成し、2025年6月30日までに厚生局に提出する。
- ②2024年(令和6年)度分の「賃金改善実績報告書」を作成し、2025年8月31日までに厚生局に提出する。

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 医療機関におけるベースアップ評価料に係る賃金改善実績報告書の提出については、別添1に示す様式98に代えて、別添5及び別添6により提出ができる。なお、様式98の記載に際しては同じExcelファイルに含まれる賃金改善計画書が記載されていることが前提となるが、別添5及び別添6については賃金改善計画書とは独立して記載することができる。
- 2 様式95～97によりベースアップ評価料の届出を行った際に用いたExcelファイルの賃金改善計画書シートに変更がない場合は、同じExcelファイルに含まれる様式98の賃金改善実績報告書シートを用いることができる。
- 3、4 訪問看護ベースアップ評価料関連(略)

別添1 ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書様式一式

別添2 訪問看護ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書様式一式

別添3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出る場合の届出添付書類

別添4 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出る場合の届出添付書類

別添5 報告専用様式(病院及び有床診療所)賃金改善実績報告書

別添6 報告専用様式(診療所)賃金改善実績報告書

別添7 報告専用様式(訪問看護ステーション)賃金改善実績報告書

別添8 疑義解釈

【ベースアップ評価料】

問1 本事務連絡による届出様式の改定の趣旨はどのようなものであるか。

答1 届出を行う医療機関及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という）の賃金改善の実績報告の負担を軽減する観点から、「賃金改善実績報告書」について以下の改定を行った。

- 賃金引上げの実施方法欄の削除。
 - ベースアップ評価料の算定実績の記載方法の簡略化。
 - 全体の賃金改善の実績額の記載の削除。
 - 基本給等に係る事項の簡略化。
 - ベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における給与総額の記載の削除。
 - その他記載上の注意にかかる加筆及び修正。
- また、上記に合わせて「賃金改善計画書」についても、全体の賃金改善の実績額の記載の削除に係る改定を行った。

問2 本事務連絡による改定前の届出様式でベースアップ評価料の届出及び賃金改善計画書並びに賃金改善実績報告書の提出を行うことは可能か。

答2 可能。

問3 令和7年3月時点で既にベースアップ評価料の算定を開始している医療機関等が、令和7年4月以降に継続してベースアップ評価料を算定する場合に必要な手続きはどのようなものであるか。

答3 以下の2点が必要。

- ①令和7年度分の「賃金改善計画書」を4月に作成し、令和7年6月30日までに厚生局に提出する。
- ②令和6年度分の「賃金改善実績報告書」を作成し、令和7年8月31日までに厚生局に提出する。

問4 問3の①に関連して、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は入院ベースアップ評価料を現に算定している医療機関が区分変更の届出を行おうとする場合、区分変更の届出と同時に令和7年度分の「賃金改善計画書」の提出を行うことは可能か。

答4 可能。その場合には、以下の書類を提出

する。

- ・「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」
 - ・「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」
 - ・令和7年度分の「賃金改善計画書」
- なお、訪問看護ステーションも同様である。

問5 問3に関連して、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届出している医療機関が、令和7年4月以降に継続してベースアップ評価料を算定する場合に、本事務連絡の別添3に定める様式を用いて令和7年度分の「賃金改善計画書」を提出することは可能か。

答5 可能。その場合には以下の書類を提出する。

- ・「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類」（別添）
- ・「賃金改善計画書」

なお、訪問看護ステーションについても同様である。

問6 問3の場合において、本事務連絡の別添1又は別添2に定める様式の「賃金改善計画書」を用いる場合、賃金改善の見込み額を判断する際の当該評価料による「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」及び「賃金改善しなかった場合の基本給等総額」はどのように考えるか。

答6 令和6年度から引き続きベースアップ評価料を算定する場合にあっては、令和6年度に賃金改善を実施する前の給与体系における給与総額及び基本給等総額を、当該評価料による「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」及び「賃金改善しなかった場合の基本給等総額」として考えるものとする。具体的には以下の例が考えられる。

例1 給与表の改定を行った場合にあっては、例えば、令和7年度の対象職員の年齢・職位等を令和5年度の給与表に当てはめた場合の給与総額及び基本給等総額を算出する。

例2 給与表等の存在しない医療機関等においては、令和5年度の対象職員の給与総額

及び基本給等総額に令和6年度中の定期昇給分のみを加えて算出する。

例3 賃金改善分を手当として支払っている場合にあっては、当該手当を除く給与総額及び基本給等総額を算出する。

※ 例1から例3の算出に際しては、令和5年度から令和7年度まで在籍している対象職員のみについて算出を行うことは差し支えない。

例4 対象職員の変動や人数が変化しているため、こうした方法による算出が困難な場合については、令和5年度における対象職員の給与総額及び基本給等総額に令和6年度中の定期昇給分を加えた額の1人当たり平均額に令和6年度末あるいは令和7年度の対象職員数に乗じたものを用いて算出を行ってよい。

問7 ベースアップ評価料の届出様式における「給与総額」と「基本給等総額」の定義はどのようなものであるか。

答7 「給与総額」とは基本給のほか、各種手当や賞与等、法定福利費の事業主負担分を含む金額であり、「基本給等総額」とは「給与総額」のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当を指す。

問8 問3の場合において、本事務連絡の別添3又は別添4に定める様式により、「賃金改善計画書」を作成する場合、「基本給等に係る賃金改善の見込み額(1カ月分)」はどのように考えるか。

答8 令和6年度から引き続きベースアップ評価料を算定する場合にあっては、令和6年度に賃金改善しなかった場合の対象職員全体の基本給等総額(令和6年度の賃金改善実施期間の開始月1カ月分)と令和7年度の対象職員全体の基本給等総額(令和7年度の賃金改善実施期間の開始月1カ月分)との差分を「基本給等に係る賃金改善の見込み額(1カ月分)」として考えるものとする。

問9 令和6年4月から令和7年3月までの間にベースアップ評価料を算定した医療機関等が、同期間内にベースアップ評価料の届出の取り下げを行った場合においても、令和7年8月に「賃金改善実績報告書」を提出する必要があるか。

答9 必要。「ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について」(令和6年9月11日事務連絡)別添2の問6を参照。

問10 本事務連絡の別添1、別添2、別添5及び別添7の「賃金改善実績報告書」に記載する「基本給等に係る賃金改善実績額」の計算について、どのように考えたらよいか。

答10 賃金改善の実績額の計算については、ベースアップ評価料の届出にかかる賃金改善の実施前後の給与体系における基本給等総額の差分により計算する。

問11 本事務連絡の別添6の「賃金改善実績報告書」に記載する「ベア等による賃金改善実績額」の計算について、どのように考えたらよいか。

答11 問10と同様に、ベースアップ評価料の届出にかかる賃金改善の実施前後の給与体系における基本給等総額の差分により計算するが、定期昇給の制度がある医療機関にあっては、基本給等総額の差分から定期昇給相当分を差し引く。

問12 問10及び問11に関連して、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、令和5年度と令和6年度を比較して対象職員の変動がある場合、令和6年度の「賃金改善実績報告書」におけるベースアップ評価料による賃金改善の実施前後の基本給等総額について、どのように考えたらよいか。

答12 令和5年度及び令和6年度のいずれの年度においても在籍している対象職員のみを対象として、ベースアップ評価料の届出にかかる賃金改善の実施前後の基本給等総額の差分を計算する。その際、「対象職員の常勤換算数」の項目には、実際の人数ではなく、令和5年度及び令和6年度のいずれの年度においても在籍している対象職員の常勤換算数について記載する。

なお、上記による算出が困難なやむを得ない場合については、問6の例4に示すとおり、令和5年度における全ての対象職員の基本給等の総額(人数が変化している場合には、令和5年度における1人当たりの平均額を令和6年度の対象職員数に乗じたもの)を用いて算出を行ってよい。

また、令和7年度の「賃金改善実績報告書」

においては、令和5年度及び令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員のみを対象として、同様の計算を行う。

問13 実際に行った賃金改善が届出に作成した「賃金改善計画書」の記載内容と異なっている場合、「賃金改善計画書」の内容と8月に提出する「賃金改善実績報告書」の内容が異なっ

ていても問題ないか。

答13 実際に行った賃金改善実績が「賃金改善実績報告書」に記載されていれば問題ない。また、「賃金改善実績報告書」の記載にあたり、必要に応じて、届出時点の「賃金改善計画書」を修正しても構わない。

(令和7.3.31事務連絡)(提要P.1461)

診療報酬Q & A (厚生労働省疑義解釈その21、23)

2025年(令和7年)3月18日、4月9日

厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は3月18日、4月9日、2024年(令和6年)6月診療報酬改定に係るQ & A(疑義解釈)を事務連絡しました(その22は歯科のため省略)。

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。

【検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料】

問1 B009診療情報提供料(I)の注18検査・画像情報提供加算及びB009-2電子的診療情報評価料について、電子カルテ情報共有サービスを通じて検査結果及び画像情報等を送受、活用した場合、算定可能か。可能な場合、検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出様式はどのように記載すべきか。

答1 他の要件を満たしている場合には算定可能。

届出様式について、「2」は「イ) 電子的な方法による送受を実施する」、「4」は「イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信」を選択し、「5」には「全国医療情報プラットフォーム」と、「7」には事務局名として「厚生労働省」、事務局所在地として「東京都千代田区霞が関1-2-2中央合同庁舎第5号館」と、「8」にはチャンネル・セキュリティとして「公衆網」、オブジェクト・セキュリティとして「SSL/TLS」と記載する。

また、「6」には実際に診療情報を送受する医療機関名を記載する。「10」のストレージ機能については「無」として差し支えない。

(令和7.3.18事務連絡)(提要P.333)

【遺伝学的検査】

問2 「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日付健発1112第1号厚生労働省健康局長通知)が改正され、筋萎縮性側索硬化症(ALS)に対する核酸医薬品であるトフェルセンの投与に当たっては、「遺伝子検査において、SOD1遺伝子変異を確認することが必須である」とされたが、同薬の処方の際し、治療方針の決定を目的として遺伝子検査を行った場合、D006-4遺伝学的検査の「2 処理が複雑なもの」を算定することができるか。

答2 算定できる。

(令和7.3.18事務連絡)(提要P.465)

【骨移植術】

問3 K059 骨移植術(軟骨移植術を含む)について、骨移植部位に自家骨のみを使用し、採骨部位に人工骨を使用した場合に、骨移植術(軟骨移植術を含む)の「3」の「ロ」を算定可能か。

答3 算定可能。

(令和7.3.18事務連絡)(提要P.755)

【処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1】

問1 第2章第9部処置の通則第5号及び第10部手術の通則第12号に掲げる休日加算1、時

問外加算1及び深夜加算1の施設基準7(2)のエに、「夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師（術者及び全ての助手をいう）について、翌日の予定手術を行う場合は、6(2)のアにおける当直等を行っている者として数える」とあり、7(3)には「緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、6(2)のアにおける当直等を行っている者としては数えない」とあるが、7(2)及び7(3)を満たすことで、当該加算を届け出ようとする医療機関において、6(3)の適用にあたり、どのように考えればよいか。

答1 7(2)及び7(3)のいずれの施設基準も満たす必要があるため、7(2)に沿って、翌日の予定手術を行う場合は、夜勤時間帯において緊急手術を行った医師について、6(2)のアにおける当直等を行っている者として数える。

なお、令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、7(1)、7(2)又は7(3)のいずれかの施設基準を満たせばよい。(問2及び

問3についても同様)

問2 第2章第9部処置の通則第5号及び第10部手術の通則第12号に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準7(3)に、「休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いている」とあるが、7(1)の交代勤務制を導入する場合、夜勤時間帯に行われる診療について、夜勤を行う医師とは別に、7(3)に規定する緊急呼出し当番を担う医師を置く必要があるか。

答2 必要ない。

問3 第2章第9部処置の通則第5号及び第10部手術の通則第12号に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準7(3)に、「休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いている」とあるが、7(2)のチーム制を導入する場合、7(2)のアに規定される緊急呼出し当番を担う医師とは別に、7(3)に規定する緊急呼出し当番を担う医師を置く必要があるか。

答3 必要ない。

(令和7.4.9事務連絡)(提要P.1401)

長期収載品の選定療養に関するQ&A(その4)

2025年(令和7年)3月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は3月14日、標記について事務連絡しました。精神疾患・精神障害のため、医薬品の剤形や色を変更すると安定的な服薬ができないと医師が判断する場合は、医療上の必要性があるとして選定療養の対象にはなりません。

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。

【医療費控除について】

問1 患者が長期収載品を希望した場合に支払うことになる「特別の料金」について、医療費控除の対象になるか。

答1 「特別の料金」については、対象となる先発医薬品の価格の一部に相当する金額を支払うものであり、治療又は療養に必要な医薬品の購入の対価として、医療費控除の対象となる。

なお、マイナポータル連携により取得する「医療費通知情報」には、「特別の料金」は含

まれないため、医療費控除の申告においては、保険医療機関又は保険薬局が発行する領収証を患者が適切に保存する必要がある。

(参考) 国税庁ホームページ

https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1122_qa.htm#q6

【包括される薬剤料について】

問2 薬剤料が包括される小児科外来診療料、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料等を算定し院内処方を行った場合も長期収載品の選定療養の対象となるか。

答2 長期収載品の選定療養の対象とはならない。

【医療上の必要性について】

問3 同一性への固執が症状として見られる精神疾患や精神障害のため、普段から同じ機能の物についても形や色の変化を受け入れて生活することができないことから、医薬品の剤形や色などを変更することによって安定的な服薬ができないと医師が判断する場合には、

医療上の必要性があると認められるか。

答3 「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資料の送付について（その1）」（令和6年7月12日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問1の1の④に該当するため、医療上の必要性が認められる。

（令和7.3.14事務連絡）（提要P.1573）

在宅自己注射指導管理料等に規定する注射薬

2025年（令和6年）3月18日 厚生労働省告示第58号、第60号
保医発0318第4号

【編注】厚生労働省は3月18日、①気管支喘息（既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る）及び既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に効能・効果を有するベンラリズマブ（遺伝子組換え）（販売名：ファセンラ皮下注30mgシリンジ、同皮下注30mgペン）、②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しない先天性血友病患者における出血傾向の抑制に効能・効果を有するマルスタシマブ（遺伝子組換え）（販売名：ヒムペブジ皮下注150mgペン）、③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）に効能・効果を有するロザノリキシズマブ（遺伝子組換え）（リスティーゴ皮下注280mg）を、在宅医療で用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」として告示、通知しました。

適用は2025年3月19日です。下線部は追加です。

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。

厚生労働省告示第58号(2025年3月19日適用)

1. 特掲診療料の施設基準等の一部改正

- ・別表第9 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

(略)

トラロキシマブ製剤

エフガルチギモドアルファ・ボルヒアルロ

ニダーゼアルファ配合剤

ベドリズマブ製剤

ミリキズマブ製剤

乾燥濃縮人プロテインC製剤

メコバラミン製剤

ベンラリズマブ製剤

マルスタシマブ製剤

ロザノリキシズマブ製剤

(令和7.3.18告示58) (提要P.412、右段下から5行目の次に下線部追加)

- ・別表第9の1の3 注入器加算に規定する注射薬

別表第9に規定する注射薬のうち、pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、ペグセタコプラン製剤及びロザノリキシズマブ製剤以外のもの

(令和7.3.18告示58) (提要P.429、左段上から27行目の次に追加)

- ・別表第9の1の5 注入ポンプ加算に規定する注射薬

pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
ペグセタコプラン製剤
ロザノリキシズマブ製剤

(令和7.3.18告示58) (提要P.432、右段下から4行目の次に下線部追加)

厚生労働省告示第60号(2025年3月19日適用)

- ・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

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

- 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(中略)、トラロキヌマブ製剤、エフガルチギモドアルファ・ボルヒアルロニダーゼアルファ配合剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤、メコバラミン製剤、ベンラリズマブ製剤(4週間を超える間隔で投与する場合を除く)、マルスタシマブ製剤及びロザノリキシズマブ製剤

(令和7.3.18告示60)(提要P.1575、右段上から20行目の次に下線部追加)

保医発0318第4号(2025年3月19日適用)**【第2章特掲診療料】【第2部 在宅医療】****【第2節 在宅療養指導管理料】****【第1款 在宅療養指導管理料】****→C101在宅自己注射指導管理料**

- ベンラリズマブ製剤については、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の患者に対して用いた場合に限り算定する。

(令和7保医発0318・4)(提要P.412、左段下から28行目の次に②3を追加)

【第3節 薬剤料】**【C200 薬剤】****→薬剤**

- 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、(中略)、トラロキヌマブ製剤、トラロキヌマブ製剤、エフガルチギモドアルファ・ボルヒアルロニダーゼアルファ配合剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤、メコバラミン製剤、ベンラリズマブ製剤、マルスタシマブ製剤及びロザノリキシズマブ製剤

(令和7保医発0318・4)(提要P.437、右段上から7行目に下線部訂正及び追加)

- ・薬価基準の一部改正に伴う留意事項(2025年3月19日適用)

→ファセンラ皮下注30mgシリンジ、同皮下注30mgペン

- ①本製剤の自己注射は4週間を超える間隔で投与する場合は認められない。
- ②本製剤はベンラリズマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。また、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の患者に対して用いた場合に限り算定できる。
- ③本製剤は針付注入器一体型のキットであるので、在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

- ④ファセンラ皮下注30mgペンは、既に薬価収載後1年以上経過している「ファセンラ皮下注30mgシリンジ」(以下「既収載品」という)と有効成分が同一であり、今般、既収載品において好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに合わせ、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、掲示事項等告示第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。

→ヒムペグジ皮下注150mgペン

- ①本製剤はマルスタシマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- ②本製剤は針付注入器一体型のキットであるので、C101在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

→リスティーゴ皮下注280mg

本製剤はロザノリキシズマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

→ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス、同皮下注5mgアテオス、同皮下注7.5mgアテオス、同皮下注10mgアテオス、同皮下注12.5mgアテオス、同皮下注15mgアテオス

- ①本製剤はグルコース依存性インスリン分泌刺激ポリペプチド受容体アゴニスト及びグルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニストであり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自

己注射指導管理料を算定できる。

- ②本製剤は注入器一体型のキットであるため、C101在宅自己注射指導管理料を算定する場合、C151注入器加算は算定できない。

(令和7年保医発0318・4)

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2025年(令和7年)3月18日 厚生労働省告示第58号、第59号
保医発0318第4号

【編注】3月18日、薬価基準が一部改正されました。令和7年厚生労働省告示第58号、第59号の適用は2025年3月19日です。

このうち「薬価基準の一部改正に伴う留意事項について」等について掲載します。

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おりません。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7年厚生労働省告示第58号、第59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－掲載準備中の新着法令－」を閲覧してください。

→ウプトラビ錠小児用0.05mg

本製剤は、既に薬価収載後1年以上経過している「ウプトラビ錠0.2mg及び同錠0.4mg」(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・用量が必要となる製剤として承認された剤形追加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。

→ゼボジアカプセル0.92mg、同カプセルスターターパック

- ①本製剤の効能又は効果に関連する注意において「過去の治療において、他の薬物療法(5-アミノサリチル酸製剤、ステロイド等)で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が残る場合に本剤を投与する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
- ②本製剤の用法・用量は、「通常、成人にはオザニモドとして1～4日目は0.23mg、5～7日目は0.46mg、8日目以降は0.92mgを1日1回経口投与する」とされているが、1日目から7日目までの分を1包装としたゼボジアカプセルスターターパックについては、原則、

パックの形態で1回で処方されるものであるため、0.23mgカプセル及び0.46mgカプセルの区別なく、本製剤(スターターパック1包装分)の薬価を1日分の額に換算して、以下に示す例を参考に請求を行う。

例)ゼボジアカプセルスターターパック1カ
プセル1日1回7日分

→クアルソディ髄注100mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において「臨床試験に組み入れられた患者のSOD1遺伝子変異の種類、疾患進行速度等の背景及び試験結果を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行う」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ダトロウェイ点滴静注用100mg

- ①本製剤の効能・効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰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。

②本剤の効能又は効果に関連する注意において、「アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象とする」とされているので、過去に実施したアントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→テクベイリ皮下注30mg、同皮下注153mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤による治療は、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗CD38モノクローナル

抗体製剤を含む少なくとも3つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とする」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ルンスミオ点滴静注1mg、同点滴静注30mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤による治療は、抗CD20モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも2つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とする」及び「十分な経験を有する病理医により、Grade1～3Aと診断された患者に投与する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う 留意事項の一部改正

2025年(令和7年)3月27日 保医発0327第3号

4月2日 保医発0402第3号

【編注】3月27日、4月2日、下記の医薬品医療機器等法上の効能・効果等が一部変更されたことに伴い、算定留意事項通知が一部改正されました。

二重取消線部は削除、下線部は追加です。

→抗PD-L1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

(3) 本製剤を限局型小細胞肺癌における根治的
化学放射線療法後の維持療法又は進展型小細胞肺癌に用いる場合は、次の事項を診療報酬
明細書の摘要欄に記載する。

①・② 略

(平成30保医発0828・2、令和7保医発0327・3)(下線部追加)

→イラリス皮下注用150mg、同皮下注射液150mg

(1) 本製剤の全身型若年性特発性関節炎又は成人
発症スチル病への使用に当たっては、原則
として他の生物製剤で効果不十分な場合に本
製剤の使用を検討する。

(2) 本製剤の全身型若年性特発性関節炎又は成人
発症スチル病へ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他の生物製剤として使用していた薬剤の品
名及び使用期間

②本製剤の投与が必要と判断した理由

(平成30保医発0702・1、令和7保医発0327・3)(下線部追加)

→ソリリス点滴静注300mg

①・② (略)

③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
い場合に限り)(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
な場合に限り)

本製剤の効能又は効果に関連する注意にお
いて「本剤は、抗アセチルコリン受容体抗体
陽性の患者に投与する」とされているので、
使用に当たっては十分留意する。

~~次のように記載があるので、使用にあたり
ては十分留意する。~~

~~ア本剤は、抗アセチルコリン受容体抗体
陽性の患者に投与する。~~

~~イ本剤は、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、以下に示す患者への投与を考慮
する。~~

~~→免疫グロブリン大量静注療法又は血液
浄化療法を施行しても症状の管理が困
難な患者~~

~~→合併症や副作用等により、免疫グロブ~~

~~サシ~~大量静注療法又は血液浄化療法の
施行が困難な患者

④ (略)

(平成22年保医発0611・1、令和7保医発0402・3)(訂正及び下線部追加)

→ユルトミリスHI点滴静注300mg/3mL及び同
HI点滴静注1100mg/11mL

①・② (略)

③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)(~~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~~)

本製剤の効能又は効果に関連する注意において「本剤は、抗アセチルコリン受容体抗体陽性の患者に投与する」とされているので、使用にあたっては十分留意する。

~~次のように記載があるので、使用にあたっては十分留意する。~~

~~ア 本剤は、抗アセチルコリン受容体抗体陽性の患者に投与する。~~

~~イ 本剤は、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、以下に示す患者への投与を考慮する。~~

~~■免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法を施行しても症状の管理が困難な患者~~

~~■合併症や副作用等により、免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法の施行が困難な患者~~

④ (略)

(令和1保医発0903・1、令和7保医発0402・3)(訂正及び下線部追加)

肥満症の効能又は効果を有するチルゼパチド製剤に係る 最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項

2025年(令和7年)3月18日 保医発0318第3号

【編注】肥満症の効能又は効果を有するチルゼパチド製剤(販売名:ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス、同皮下注5mgアテオス、同皮下注7.5mgアテオス、同皮下注10mgアテオス、同皮下注12.5mgアテオス、同皮下注15mgアテオス)については、「チルゼパチド製剤の最適使用推進ガイドライン(肥満症)」(令和7年3月18日医薬薬審発0318第1号通知)が策定されています。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。

→ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス、同皮下注5mgアテオス、同皮下注7.5mgアテオス、同皮下注10mgアテオス、同皮下注12.5mgアテオス、同皮下注15mgアテオス

(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) 本製剤の効能又は効果は、「肥満症 ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に

限る。

・BMIが $27\text{kg}/\text{m}^2$ 以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する

・BMIが $35\text{kg}/\text{m}^2$ 以上」

とされているので、使用にあたっては十分留意する。

(3) 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次に掲げる標榜診療科名のうち該当するものの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載)

ア 内科

イ 循環器内科

ウ 内分泌科

エ 代謝内科

オ 糖尿病内科

- ②次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地

カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる

- ③次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載）

シ 日本循環器学会の教育研修施設

ス 日本糖尿病学会の教育研修施設

セ 日本内分泌学会の教育研修施設

- ④常勤の管理栄養士の免許証番号

- ⑤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、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有している。

イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っている。

- ⑥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（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載）

ウ 日本循環器学会の専門医

エ 日本糖尿病学会の専門医

オ 日本内分泌学会の専門医

- ⑦次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載）

ア 高血圧

イ 脂質異常症

ウ 2型糖尿病

- ⑧次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）

エ BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する

オ BMIが35kg/m²以上

- ⑨(3)⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載）

カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）

キ 脂質異常症

ク 高血圧

ケ 高尿酸血症・痛風

コ 冠動脈疾患

サ 脳梗塞

シ 非アルコール性脂肪性肝疾患

ス 月経異常・不妊

セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群

ソ 運動器疾患

タ 肥満関連腎臓病

- ⑩食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日

- ⑪(3)⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6カ月以上受けたことがわかるすべての年月日

- ⑫合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名

- ⑬本製剤による治療計画（72週以内に投与を

- 中止する計画であること)を作成した年月日
- (4) 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本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日
 - ②本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか
 - ③次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨
- ア 体重
イ 血糖
ウ 血圧
エ 脂質
- (5) 本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製

剤の再投与が必要と判断された場合は、再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、再投与後の継続投与に当たっては、(4)に対応する。

- ①本製剤の投与を中止した年月日
- ②本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日
- ③(5)②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6カ月以上受けたことがわかるすべての年月日
- ④(5)②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6カ月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由
- ⑤改めて本製剤による治療計画(72週以内に投与を中止する計画である)を作成した年月日

(令和7保医発0318・3)

IL-4受容体 α サブユニット抗体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の一部改正

2025年(令和7年)3月27日 保医発0327第4号

【編注】抗IL-4受容体 α サブユニット抗体製剤「デュピルマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:デュピクセント皮下注300mgシリンジ、同皮下注300mgペン及び同皮下注200mgシリンジ)」については、「抗IL-4受容体 α サブユニット抗体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」(平成30年保医発0417第5号通知)において、保険適用上の取扱いに係る留意事項が通知されています。

3月27日、「デュピルマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(慢性閉塞性肺疾患)」(令和7年医薬審発0327第1号通知)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。

→抗IL-4受容体 α サブユニット抗体製剤(デュピクセント皮下注300mgシリンジ、同皮下注300mgペン及び同皮下注200mgシリンジ)

- (5) 慢性閉塞性肺疾患
- 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) 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施設(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載)

ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。

イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関連するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。

- 2) 次に掲げるすべての項目の値
- ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(%FEV1)
- イ 血中好酸球数
- 3) 長時間作用性抗コリン薬(以下、LAMA)、長時間作用性 β 2刺激薬(以下、LABA)及び吸入ステロイド薬(以下、ICS)の併用療法(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法)による治療期間
- 4) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載)
- ア 中等度の増悪を年2回以上(うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった)認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に発現している。
- イ LAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に重度の増悪を年1回以上認めている。

5) 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日

6) 上記5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日

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) 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。(「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載)

ア 12週間未満

イ 12週間以上52週間未満

ウ 52週間以上

2) 本製剤投与中、(5)①の5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日

3) 12週間及び52週間を目安に実施する肺機能及び健康状態の改善、急性増悪の発現状況等の確認を踏まえ、本剤投与の継続が必要と判断した理由

(平成30保医発0417・5、令和7保医発0327・4) ((5)を追加)

アミロイドPETイメージング剤を用いた ポジトロン断層撮影等の一部改正

2025年(令和6年)3月31日 保医発0331第2号

【編注】厚生労働省は3月31日、標記について通知しました。適用は2025年4月1日からです。

二重取消線部は削除、下線部は追加です。

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。

【第2章 特掲診療料】

【第4部 画像診断】

【第2節 核医学診断料】

→E101-2 ポジトロン断層撮影

(1)～(5) (略)

(6) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア (略)

イ 「5」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合について

は、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして、~~アミロイドPETイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。~~ただ

し、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ (略)

エ 「5」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）~~の「イ」以外の~~場合については、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、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終了の可否を検討する場合及び18カ月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「5」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ・キ ~~オ・カ~~ (略)

(7)・(8) (略)

(令和7保医発0331・2) (提要P.362、左段下から26行目～右段上から8行目、訂正及び下線部追加)

→E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

(1)～(5) (略)

(6) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア (略)

イ 「4」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合については、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとしてアミロイドPETイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ (略)

エ 「4」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）~~の「イ」以外の~~場合については、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、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終了の可否を検討する場合及び18カ月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「4」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるも

のとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ・キ ~~オ・カ~~ (略)

(7)・(8) (略)

(令和7保医発0331・2) (提要P.563、右段下から15行目～P.564、左段上から13行目、訂正及び下線部追加)

→E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影 (一連の検査につき)

(1)～(4) (略)

(5) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア (略)

イ 「3」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合については、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして~~アミロイドPETイメージング剤の製造に使用するものとして~~薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施するこ

と。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ (略)

エ 「3」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合 (一連の検査につき) ~~イ以外の場合~~については、~~イ以外の場合~~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、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終了の可否を検討する場合及び18カ月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「3」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ・キ ~~オ・カ~~ (略)

(6)・(7) (略)

(令和7保医発0331・2) (提要P.565、左段上から5行目～下から28行目、訂正及び下線部追加)

支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)

2025年(令和7年)3月31日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は3月31日、「審査の一般的な取扱い事例」第22回を追加しました。

「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。

https://www.ssk.or.jp/smph/shinryohoshu/sinsa_jirei/kikin_shinsa_atukai/shinsa_atukai_i/index.html



(第22回・2025年3月31日分)

【検査】

473 HbA1cの算定間隔(糖尿病疑い)

糖尿病疑いに対するD005「9」HbA1cの算定間隔は、原則として3カ月に1回とする。

474 TSH、FT₄及びFT₃(バセドウ病等)の併算定(支払基金・国保統一事例)

次の傷病名に対するD008「6」甲状腺刺激ホルモン(TSH)、「14」遊離サイロキシシン(FT₄)及び遊離トリヨードサイロニン(FT₃)の併算定は、原則として認められる。

- (1) バセドウ病(治療開始時又は薬剤変更時)
- (2) バセドウ病(維持治療中(安定期))
- (3) 甲状腺機能亢進症(治療開始時又は薬剤変更時)
- (4) 甲状腺機能亢進症(維持治療中(安定期))
- (5) 橋本病(治療開始時又は薬剤変更時)
- (6) 甲状腺機能低下症(治療開始時又は薬剤変更時)

475 TSH、FT₄及びFT₃(バセドウ病等)の連月の算定

- ①次の傷病名に対するD008「6」甲状腺刺激ホルモン(TSH)、「14」遊離サイロキシシン(FT₄)及び遊離トリヨードサイロニン(FT₃)の連月の算定は、原則として認められる。
 - (1) バセドウ病(治療開始時又は薬剤変更時)
 - (2) バセドウ病(維持治療中(安定期))
 - (3) 甲状腺機能亢進症(治療開始時又は薬剤

変更時)

- (4) 甲状腺機能亢進症(維持治療中(安定期))
- (5) 橋本病(治療開始時又は薬剤変更時)
- (6) 甲状腺機能低下症(治療開始時又は薬剤変更時)

②次の傷病名に対するD008「6」甲状腺刺激ホルモン(TSH)、「14」遊離サイロキシシン(FT₄)及び遊離トリヨードサイロニン(FT₃)の連月の算定は、原則として認められない。

- (1) バセドウ病疑い
- (2) 甲状腺機能亢進症疑い
- (3) 橋本病疑い
- (4) 甲状腺機能低下症疑い

476 サイログロブリン(バセドウ病等)

①次の傷病名に対するD008「16」サイログロブリンの算定は、原則として認められる。

- (1) バセドウ病(初診時又は診断時)
- (2) 慢性甲状腺炎・橋本病(初診時又は診断時)
- (3) 亜急性甲状腺炎(初診時又は診断時)
- (4) 無痛性甲状腺炎(初診時又は診断時)
- (5) 急性化膿性甲状腺炎
- (6) 甲状腺癌疑い
- (7) 甲状腺癌(初診時又は診断時)
- (8) 甲状腺癌(術後)
- (9) 悪性甲状腺腫瘍(初診時又は診断時)
- (10) 悪性甲状腺腫瘍(術後)
- (11) 結節性甲状腺腫(初診時又は診断時)

②次の傷病名に対するD008「16」サイログロブリンの算定は、原則として認められない。

- (1) 甲状腺機能低下症（経過観察時（定期チェック））
- (2) 甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））

477 TRAb（バセドウ病等）

①次の傷病名に対するD014「27」抗TSHレセプター抗体（TRAb）の算定は、原則として認められる。なお、連月については、原則として認められない。

- (1) バセドウ病（初診時又は診断時）
- (2) バセドウ病（経過観察時（定期チェック））
- (3) 甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
- (4) 甲状腺機能亢進症（経過観察時（定期チェック））

②次の傷病名に対するD014「27」抗TSHレセプター抗体（TRAb）の算定は、原則として認められない。

- (1) 慢性甲状腺炎・橋本病（経過観察時（定期チェック））
- (2) 甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
- (3) 亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
- (4) 無痛性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
- (5) 甲状腺癌（初診時又は診断時）
- (6) 甲状腺癌（術後）
- (7) 悪性甲状腺腫瘍（初診時又は診断時）
- (8) 悪性甲状腺腫瘍（術後）
- (9) 結節性甲状腺腫（初診時又は診断時）
- (10) 結節性甲状腺腫（経過観察時（定期チェック））

478 β_2 -マイクログロブリン（慢性糸球体腎炎等）（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名に対するD015「10」 β_2 -マイクログロブリンの算定は、原則として認められる。

- (1) 慢性糸球体腎炎
- (2) IgA腎症
- (3) ループス腎炎
- (4) 糖尿病性腎症

479 β_2 -マイクログロブリン（尿）（ファンコニー症候群等）（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名に対するD015「10」 β_2 -マイクログロブリン（尿）の算定は、原則として認

められる。

- (1) ファンコニー症候群
- (2) 急性尿細管壊死

480 β_2 -マイクログロブリンと β_2 -マイクログロブリン（尿）（急性尿細管障害疑い等）の併算定

次の傷病名に対するD015「10」 β_2 -マイクログロブリンと β_2 -マイクログロブリン（尿）の併算定は、原則として認められる。

- (1) 急性尿細管障害疑い
- (2) 腎障害
- (3) 多発性骨髄腫（骨髄腫腎）

481 非特異的IgEと特異的IgE（食物アレルギーの確定診断前）の併算定

食物アレルギーの確定診断前に対するD015「11」非特異的IgE半定量又は非特異的IgE定量と「13」特異的IgE半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められる。

482 非特異的IgEと特異的IgE（アトピー性皮膚炎等）の併算定（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名の確定診断後に対するD015「11」非特異的IgE半定量又は非特異的IgE定量と「13」特異的IgE半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められる。

- (1) アトピー性皮膚炎
- (2) 気管支喘息
- (3) アレルギー性鼻炎
- (4) 食物アレルギー

483 輸血料の算定がない輸血前検査

- ①輸血前又は輸血予定の記載がある場合の輸血前検査の算定は、原則として認められる。
- ②輸血前又は輸血予定の記載がない場合の輸血前検査の算定は、原則として認められない。

【画像診断】**484 MRI撮影時のガドキセト酸ナトリウム（慢性肝炎等）（支払基金・国保統一事例）**

磁気共鳴コンピューター断層撮影時における、次の傷病名に対するガドキセト酸ナトリウム（EOB・プリモビスト注シリンジ）の算定は、原則として認められない。

- (1) 慢性肝炎
- (2) 原発性硬化性胆管炎
- (3) 膵癌
- (4) 直腸癌
- (5) イレウス

(6) 肝外胆管癌

【投薬】

485 P P I 製剤 (内視鏡検査のない逆流性食道炎)

(支払基金・国保統一事例)

内視鏡検査のない逆流性食道炎における次の場合の P P I 製剤の算定は、原則として認められる。

- (1) 初回投与時
- (2) 維持療法中

486 降圧剤 (配合剤) の 1 日使用量

降圧剤 (配合剤) の 1 日 1 錠を超える投与については、添付文書に基づき個々の含有医薬品の用法・用量の範囲内 (2 倍) である場合は、原則として認められる。

487 全身性エリテマトーデスに対するタクロリ

ムス水和物 (内服薬) (プログラフカプセル等)

ループス腎炎がない全身性エリテマトーデスに対するタクロリムス水和物 (内服薬) (プログラフカプセル等) の算定は、原則として認められる。

488 グルタチオン製剤 (内服薬) (肝機能障害)

(支払基金・国保統一事例)

肝機能障害に対するグルタチオン製剤 (内服薬) (タチオン錠等) の算定は、原則として認められない。

489 高リン血症治療薬 (慢性腎臓病等) (支払基金・国保統一事例)

次の傷病名のみに対する高リン血症治療薬^{*}の算定は、原則として認められない。

- (1) 慢性腎臓病
- (2) 急性腎不全
- (3) 慢性腎不全
- (4) 腎障害
- (5) 腎機能低下
- (6) 続発性副甲状腺機能亢進症

※ 炭酸ランタン水和物、クエン酸第二鉄水和物、ビキサロマー、セベラマー塩酸塩、沈降炭酸カルシウム、スクロオキシ水酸化鉄

490 ホスホマイシンカルシウム水和物 (内服薬)

(感冒等) (支払基金・国保統一事例)

次の傷病名に対するホスホマイシンカルシウム水和物 (内服薬) (ホスミシン錠等) の算定は、原則として認められない。

- (1) 感冒
- (2) 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎

491 レボフロキサシン水和物 (内服薬) (感冒

性胃腸炎等) (支払基金・国保統一事例)

次の傷病名に対するレボフロキサシン水和物【内服薬】(クラビット錠等) の算定は、原則として認められない。

- (1) 感冒性胃腸炎
- (2) 急性胃腸炎

492 ニューモシスチス肺炎の発症抑制に対するス

ルファメトキサゾール・トリメトプリム (内服薬)

次の場合のニューモシスチス肺炎の発症抑制に対するスルファメトキサゾール・トリメトプリム (内服薬) (バクタ配合錠等) の算定は、原則として認められる。

- (1) 免疫抑制剤又は生物学的製剤を投与している場合
- (2) 癌化学療法を実施している場合

493 メサラジンとサラゾスルファピリジン (内

服薬) (外用薬) の併算定 (支払基金・国保統一事例)

次の内服薬と外用薬の併用投与は、原則として認められる。

- (1) メサラジン (内服薬) (ペンタサ錠等) とメサラジン (外用薬) (ペンタサ注腸等)
- (2) メサラジン (内服薬) (ペンタサ錠等) とサラゾスルファピリジン (外用薬) (サラゾピリン坐剤)
- (3) サラゾスルファピリジン (内服薬) (サラゾピリン錠等) とメサラジン (外用薬) (ペンタサ注腸等)

494 生薬 (支払基金・国保統一事例)

漢方処方の調剤に用いる生薬の単独投与は、原則として認められる。

【注射】

495 糖尿病以外のキシリトール注射液

糖尿病又は糖尿病状態時の記載がないキシリトール注射液 (キシリトール注等) の算定は、原則として認められない。

496 イセパマイシン硫酸塩 (注射薬) (感染性

胃腸炎等) (支払基金・国保統一事例)

次の傷病名に対するイセパマイシン硫酸塩 (注射薬) (エクサシン注射液等) の算定は、原則として認められない。

- (1) 感染性胃腸炎、感染性腸炎
- (2) 感冒
- (3) 慢性上気道炎

(4) 急性上気道炎

497 ホスホマイシンナトリウム（注射薬）（感冒性胃腸炎等）（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名に対するホスホマイシンナトリウム（注射薬）（ホスミシンS静注用等）の算定は、原則として認められない。

(1) 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎

(2) 急性胃腸炎、胃腸炎、急性腸炎、腸炎

(3) 感染性胃腸炎、感染性腸炎（嘔吐症がある場合、食事摂取できない場合を除く）

(4) 細菌性赤痢

(5) サルモネラ腸炎（腸チフス含む）

(6) 慢性咽頭炎

(7) 慢性喉頭炎

(8) 慢性扁桃炎

支払基金・近畿ブロックにおける審査上の取扱い(医科)

2025年（令和7年）4月1日

社会保険診療報酬支払基金・近畿ブロック

【編注】支払基金近畿審査事務センターは4月1日、「近畿ブロック取決事項」として、「審査上の取扱い」を示しました。適用は2025年（令和7年）7月診療分からです。

「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＞都道府県情報＞京都府＞近畿ブロック・近畿審査事務センター（大阪センター）でご確認ください。

・2025年4月1日分（適用年月：2025年7月診療分）

1. 慢性腎臓病（ステージG4、G5及びG5D）に対するカルシトリオール（注射剤を除く）及びアルファカルシドールの算定は、原則として認められる。

2. オプジーボ点滴静注又はキイトルーダ点滴静注の副作用チェックとしてTSH、FT3及びFT4の検査は必要であり原則として認められる。

また、サイログロブリン、抗サイログロブリン抗体及び抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体については、上記検査結果等により甲状腺機能異常が見られた場合の算定は、原則として認められる。

3. 有効成分の「ピリドキシン塩酸塩」と「シアノコバラミン」が双方の注射薬に含まれていることから、併算定は、原則として認められない。

4. 観血的手術であるヘルニア手術（K633 ヘルニア手術、K633-2 腹腔鏡下ヘルニア手術、K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側））は、術前検査としてABO Rh（D）の算定は、

原則として認められる。

5. 同一日に肛門鏡検査と肛門処置の算定については、原則として認められる。

6. J001-3肋骨骨折固定術とJ200胸部固定帯加算の併算定は、原則として認められない。

7. 麻酔薬の算定がない、K000創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm未満）の算定は、原則として認められる。

8. 同一側の大伏在静脈と小伏在静脈を別日に手術を行う場合は、医学的妥当性がある場合は、原則として認められる。

9. 黄斑部障害を認めた場合、個々の症例に応じて必要があれば網膜剥離術後3カ月程度月1回、D256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として認められる。

10. K280 硝子体茎頭微鏡下離断術（網膜付着組織を含む）を算定する場合、原則として硝子体内出血の原疾患である糖尿病性網膜症や静脈閉塞症等の記載を必要とする。

11. 女性における「神経因性膀胱」又は「過活動膀胱」病名に対するJ064 導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、原則として認められない。

マイナポータルを活用した医療情報の提供に関する 同意の事前設定機能の追加

2025年（令和 7 年） 3 月18日

厚生労働省医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

保険局医療介護連携政策課 事務連絡

【編注】2025年 3 月28日より、当該医療機関等毎に医療情報の提供に関する同意設定を、マイナポータルで事前に登録することで、初めて受診する医療機関等でも事前に同意設定が可能になります。

本年 2 月 1 日より、医療機関等の顔認証付きカードリーダーの画面において、当該医療機関等で前回受診時に同意した情報がある場合には、医療情報の提供に関する同意情報の引き継ぎ画面が追加されています。さらに、本年 3 月 28 日（金）より、当該医療機関等毎に医療情報の提供に関する同意設定を、マイナポータルで事前に登録することで、初めて受診する医療機関等でも事前に同意設定が可能になります。

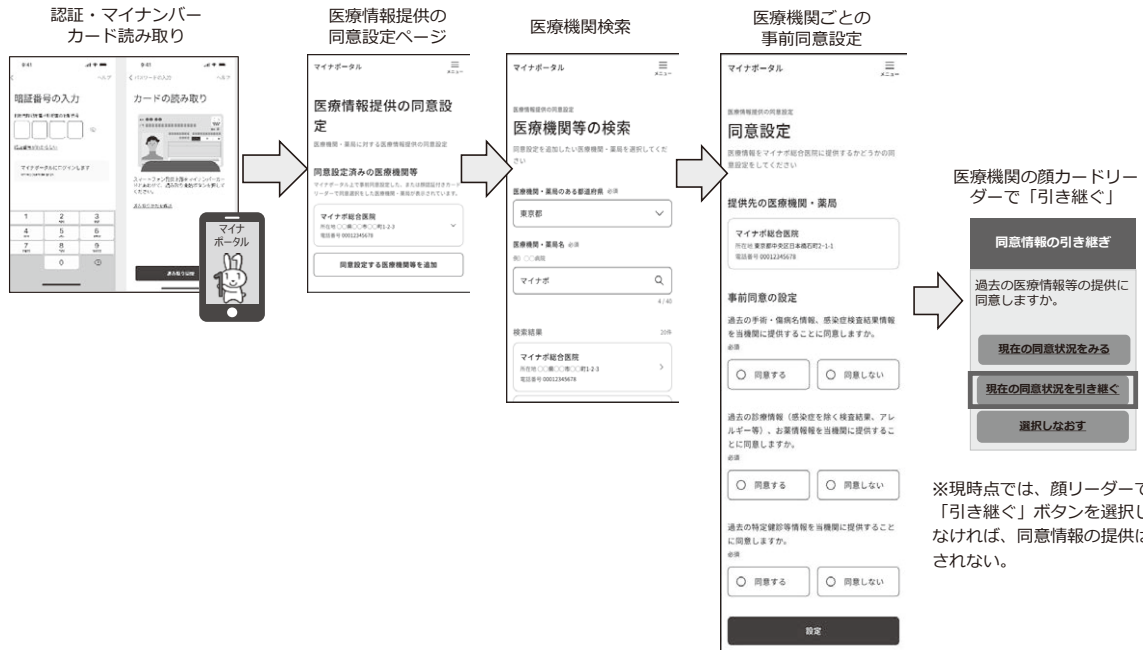
マイナポータルでの事前設定は、マイナポータルにログインし、「医療情報提供の同意設定」ページより医療機関等を検索し、当該医療機関等ごとに医療情報の提供に関する同意設定の事前入力を行なったうえで、医療機関等の受付時に顔認証付きカードリーダーで同意情報を登録する際に、「現在の同意情報を引き継ぐ」ボタンを押下することで提供可能になります。

➡次ページの別添資料を参照のこと。

別添資料 1 マイナポータルを活用した同意設定の事前設定について

マイナポータルを活用した同意情報の事前設定について

医療機関毎に医療情報提供の同意設定をマイナポータルで事前に入力しておくことが可能になります。

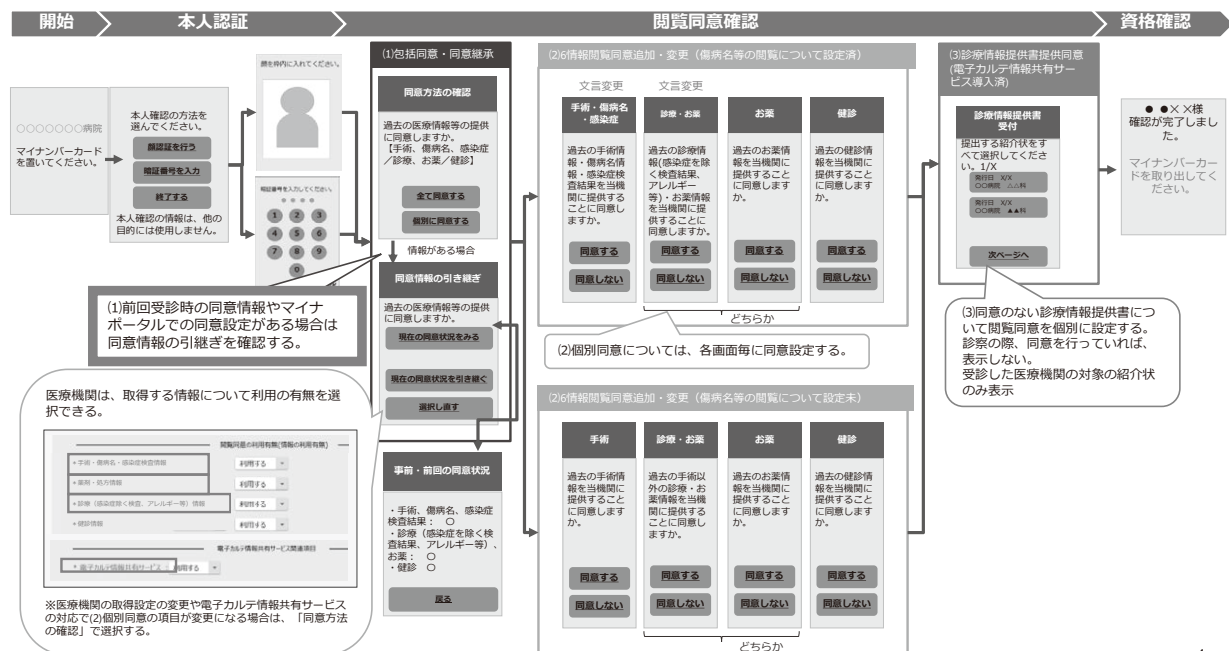


0

(参考) 医療情報提供の事前同意設定について

健康・医療・介護情報利活用検討会
第21回 医療等情報利活用ワーキンググループ
持ち回り開催（令和6年3月27日）一部修正

患者がマイナポータルで事前に医療情報提供の同意設定を行うことが出来る機能が追加予定である。（3月リリース予定）



1

生産性向上・職場環境整備等支援事業に関するQ & A

2025年（令和7年）3月14日 厚生労働省HPより

【編注】厚生労働省は3月14日、標記に関するQ & Aを発出しました。

申請者向けの項目のみ抜粋して掲載します。

下線部は3月26日の追加・変更です。

全文は以下をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_51451.html



＜全体＞

問1 いつからいつまでの経費が対象になるのでしょうか。

答1 本事業は令和7年度に繰越を行う予定ですが、令和7年度事業として実施する場合は、令和6年4月1日時点において人材確保が喫緊の課題となっており更なる処遇改善が必要な状況にあることを踏まえ、対象期間は令和6～7年度の取組（R6.4.1～R8.3.31）を対象とする予定です。

なお、申請日以降に生じることが見込まれる経費も合わせて、概算で交付することも可能です。喫緊の課題に対応するための支援という本事業の性質を踏まえ、可能な限り概算払いを御検討いただくようお願い致します。

ただし、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

問2 令和7年度事業として事業を実施した場合、本事業の支給対象となるためのベースアップ評価料の届出期限は延長されますか。

答2 令和7年度事業として実施する場合でも、本事業の支給対象となるためには令和7年3月31日までに届出を行っていただきますようお願いいたします。

問3 対象施設が申請時等に提出する書類を教えてください。

答3 対象施設が都道府県に申請する際は、別紙様式1「生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書」（申請額の総額、対象施設であることの申出、給付金の支給対象となる取組に要する申請額を記載するもの）の提出を求めることとなります。

また、本事業終了後の実績報告時には別紙

様式2「生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書」（別紙様式1を実績報告形式としたもの）の提出を求めることとなります。

具体的な様式は「医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱」に規定する別紙様式1、別紙様式2を御参照ください。

（※）別紙様式1、別紙様式2の体裁は、申請先の都道府県によって異なる場合がありますので、申請先の都道府県から示される様式に沿って御提出ください。

問4 医療機関から都道府県に支給申請書兼口座振込依頼書を提出する際、法人から、当該法人が運営する複数の施設を取りまとめて申請することは可能でしょうか。

答4 支給申請書兼口座振込依頼書については、法人が同一都道府県内で運営している施設の別紙様式1や別紙様式2を添付の上、法人から同一都道府県に対してまとめて申請することは可能ですが、法人に振り込まれた支給額が各施設の申請額と齟齬を来さないよう配分することを誓約する等の措置を講じてください。

なお、法人が運営している施設が複数の都道府県に所在している場合は、都道府県ごとに上記の対応を行って頂くようお願いいたします。

（例：A法人がB県で5施設・C県で4施設を運営している場合は、A法人名でB県に対して5施設分の申請・A法人名でC県に対して4施設分の申請を行うことが可能です）

（※）支給申請書兼口座振込依頼書の体裁は、申請先の都道府県によって異なる場合がありますので、申請先の都道府県から示され

る様式に沿って御提出ください。

問5 本事業の申請額算出における許可病床数には、一般病床以外の病床も含まれるのでしょうか。

答5 申請日時点における、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床等、医療法上の許可病床数の合計となります。

問6 本事業以外にも、生産性向上に活用できる税制優遇措置などの支援制度はありますか。

答6 医療機関が、各都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の助言の下に作成した「医師等勤務時間短縮計画」に基づき、労働時間の短縮による勤務環境の改善のために取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のものについて、特別償却額として取得価格（※）の15%を、機器導入初年度の所得税または法人税の課税額を計算する際の必要経費に算入することができます（医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度）。

本税制の活用には「医師等勤務時間短縮計画」の作成が必要になりますが、勤改センターに配置されたアドバイザーが計画作成の助言等を行うことが可能であるため、本税制の詳細等については、各都道府県の勤改センターにお問い合わせください。

※ 補助金等を活用して取得したものである場合には、購入金額から補助金分を差し引いた部分が本税制の対象になります。

※ 制度概要 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001133702.pdf>

問7 地域医療総合確保基金の事業区分Ⅵ（勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業）等の既存の補助事業によりICT機器の導入費用の補助等を受けている医療機関も給付対象となりますでしょうか。

答7 既存の補助事業による補助を受けている医療機関においても、本事業による給付を受けることは可能です。

ただし、既存の補助事業により導入したICT機器等の導入経費に給付金を充当することはできませんので、新たに業務効率化に資する機器の導入を行ってください。

問8 例えば、「ICT機器等の導入による業務効率化」に使用することとして18万円を申請して概算で交付を受けた場合、実際には15万円を使用し、残額の3万円を「給付金を活用した更なる賃上げ」（例：一時金）に充てた場合は改めて申請する必要があるのでしょうか。それとも、実績報告時に「ICT機器等の導入による業務効率化」として15万円を使用したことと、「給付金を活用した更なる賃上げ」として3万円を使用したことをそれぞれ報告することで足りるでしょうか。

答8 国としては、実績報告時に報告いただくことで足りると考えています。

<ベースアップ評価料関係>

問9 対象となるベースアップ評価料を教えてください。

答9 以下のいずれかのベースアップ評価料を届け出ている施設が対象になります。（病院・有床診療所）

O100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）

P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）

O102 入院ベースアップ評価料（医科）

P102 入院ベースアップ評価料（歯科）

訪問看護ベースアップ評価料（I）

（無床診療所・訪問看護ステーション）

O100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）

P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）

訪問看護ベースアップ評価料（I）

問10 ベースアップ評価料の届出はいつまでに行えばよいのでしょうか。

答10 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ているか都道府県において確認するため、当該日までに届出を行ってください。

「届出」とは厚生局に書類が到達した日を指し、令和7年3月31日までに届出を行い、令和7年4月1日以降、書類の不備があつて返戻された場合や、審査支払機関から返戻された場合でも、最終的に受理されれば届出日に届け出たものと見なします。

問11 ベースアップ評価料については本事業終了時点においても算定を行っている必要はないでしょうか。

答11 算定を支給要件とはしませんが、職員の処遇改善につなげることを目的としている事

業趣旨に鑑み、可能な限り算定を行っていただくようお願いします。

問12 ベースアップ評価料について、診療報酬については、令和7年4月1日までに届出を行えば同年4月から算定可能となりますが、本事業については、同年3月31日までに届出をする必要があるのでしょうか。

答12 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ていただく必要があるため、当該日までに届出を行ってください。

< ICT機器等の導入による業務効率化関係 >

問13 給付金の支給対象となる取組のうち、「ICT機器等の導入による業務効率化」について、具体的にどういった取組が給付対象となるのでしょうか。

答13 導入により施設内の業務効率化に資するICT機器等が給付の対象となります。

例えば、タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラなどの機器が想定されますが、これらの機器以外にも、施設内の業務効率化に資するもの（例：マイナンバーカードのカードリーダー、業務効率化に資する医療機器やロボット等）であれば幅広く対象となり得ます。

また、ICT機器以外の機器、あるいはソフトウェアなどについても、導入により施設内の業務効率化に資することが認められるものであれば給付の対象となり得ます。

問14 「ICT機器等の導入による業務効率化」について、ICT機器等の導入に附随して導入が必要な設備（Wi-Fi、ルーターなど）や、サービスの導入に伴い発生する毎月の利用料のようなランニングコストなども給付対象となりますか。

答14 本事業は、人材確保が喫緊の課題となっている中で、限られた人員でより効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を、給付金として支給することにより、業務の生産性を向上させ、職員の処遇改善につなげることを目的としています。

こうした目的に合致するものは、導入により施設内の業務効率化に資することが認められる機器等に要する費用そのものととどまらず、当該機器の導入に附随して必要な費用などについて、幅広く対象となり、例示された

経費も対象となり得ます。

ただし、事業目的に明らかに合致しない経費や、事業の対象期間外に生じる利用料などについては対象になりません。

※ 例えば、機器の導入に伴い必要となる利用料の契約期間が、事業の対象期間外にまたがっている場合には、対象期間分の金額に按分するなどして適切に算出ください。

問15 「ICT機器等の導入による業務効率化」について、ICT機器等をリース契約で導入する場合も対象になりますでしょうか。

答15 事業の対象期間内に生じる金額については対象になり得ます。

問16 令和6年度より前に既に導入したICT機器等の毎月の利用料（ランニングコスト）やシステムの更新費用も対象になりますでしょうか。

答16 新たに導入するICT機器等を想定しているため、既存の機器のランニングコストや、システムの更新費用は対象とはなりません。ただし、既存のシステムに新たに業務効率化に資する機能を追加するなどの機能改修を行う場合の費用については対象となり得ます。

問17 給付の対象となる経費について機器1台の購入価格に上限はありますか。

答17 給付の対象となる機器・備品1台の購入価格に上限は定めていません。

※ 対象医療機関等の区分ごとの給付の上限額は決まっています。

問18 「ICT機器等の導入による業務効率化」の取組を検討していますが、機器の導入費用が支給額（基準額）に満たない場合は、どうすればいいでしょうか。

答18 実際の費用が支給額（基準額）を下回る場合はその差額を返還することとなりますが、事業の目的を踏まえ、「給付金を活用した更なる賃上げ」による職員への一時金の支給などにより、支給額（基準額）以上の取組となるようご検討ください。

問19 ICT機器等の導入を行った場合、いつまでに支払・納品を行っている必要がありますか。

答19 概算で医療機関に交付している場合は、出納整理期間中までに医療機関において支払を終えていれば問題ありませんが、納品は補

助対象期間内に終えている必要があります。

＜タスクシフト／シェアによる業務効率化関係＞

問20 給付金の支給対象となる取組のうち、「医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェアによる業務効率化」について、具体的にどういった取組が給付対象となるのでしょうか。

答20 既に雇用している医師や看護師等の職員の負担軽減のために、新たに医師事務作業補助者や看護補助者などの職員を雇用する際の人件費が対象となります。

また、従前から勤務している職員が、新たに医師や看護師等の職員の負担軽減に資する業務に配置された場合の人件費や人材派遣・業務委託の経費も対象となり得ます。

＜給付金を活用した更なる賃上げ関係＞

問21 給付金の支給対象となる取組のうち、「給付金を活用した更なる賃上げ」について、具体的にどういった取組が給付対象となるのでしょうか。ベースアップ評価料による賃上げは給付金を活用した更なる賃上げと見なせるのでしょうか。

答21 本事業はベースアップ評価料を届け出ている医療機関等が、生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等を行えるよう支援するものであるため、ベースアップ評価料による賃上げを「給付金を活用した更なる賃上げ」とは見なせません。

そのため、本給付金を活用して更なる賃上げを行う場合は、既に雇用している職員について、ベースアップ評価料で手当されている部分とは別にベースアップ・手当・一時金のいずれかにより賃上げを行う取組が対象となりますが、医療機関の持ち出しによって、ベースアップ評価料による収入以上にベースアップ分として支出している部分に対して充当

することは可能です。

単に職員の人件費の基本給部分や定期昇給部分に充当し、上記のベースアップ・手当・一時金などの形で還元されない場合は、給付対象外です。

問22 公立病院は人事院勧告に準じて給与を増額している場合があります。この場合、ベースアップ評価料にかかる収入を超える部分であれば、対象経費として考えてよいでしょうか。

答22 公立病院や地方独立行政法人が人事院勧告に準じて給与を増額している場合、当該増額部分のうち、地方交付税を充てていることが明確に判別できる部分に本給付金を充当することはできません。

問23 「給付金を活用した更なる賃上げ」について、対象職種の定めはあるのでしょうか。

答23 薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、事務職員、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。ただし、40歳未満の若手医師・若手歯科医師はその限りではない）に充てることができます。

問24 令和5年度にすでに賃上げをし、そのまま維持している場合、令和6年度も賃上げをしている、という判断をしてよいでしょうか。

答24 令和5年度の取組は対象となりません。

令和7年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルについて

2025年(令和7年)4月1日

厚生労働省医政局医事課 事務連絡

【編注】厚生労働省は、毎年「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」を策定しており、今般、令和7年度版マニュアルが以下のURLに公開されました。

- ・厚労省HP「令和7年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/>



なお、死亡診断書及び死体検案書の取扱いに関するQ & Aが、以下のURLに公開されています。

- ・厚労省HP「死亡診断書(死体検案書)について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/sibousinndannsyo.html



<令和7年度版マニュアルにおける昨年度版からの主な改訂内容>

改訂箇所 ※ページ番号は令和7年度版のもの	改訂内容 ※令和6年度版からの変更内容
目次の次「ご参考：医師等の氏名欄について」	・出生届のオンライン化に係る検討結果を踏まえ更新。
P 6 「(1)一般的事項④」	・死亡診断書(死体検案書)の書式欄内に記入した内容を訂正できるのは、原則として死亡診断書(死体検案書)を作成した医師又は歯科医師本人のみであることを追記。
P 6 「(1)一般的事項④」及びP19「(11)「診断(検案)年月日」等③」	・記名押印は原則不可であることについて、補足内容を追記。 【編注】診断(検案)した医師の氏名は、医師本人が署名する必要がある。
P36 「(3)出生証明書、死産証書(死胎検案書)の代筆について」	・氏名の欄には、代筆者ではなく最終的に確認した医師又は助産師の氏名を記載すべきであることを追記。

『社会保険診療提要』の正誤について

2024年(令和6年)5月26日に発行し、全会員へお届けしました『社会保険診療提要(医科診療報酬点数表・2024年6月1日改定版)』につきまして、以下の誤りがありました(これまでお伝えしてきた期中の告示・通知の改正・追加・訂正を除く、編集上の誤り)。

謹んでお詫びするとともに、以下訂正をお願いいたします。

頁数	該当箇所	訂正内容
9	(右段下から8行目) ・「専従」と「専任」	「専従」とは、……されます(厚生労働省「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」より)。 (全文削除。根拠資料として不適當。診療報酬点数表上の取扱いは以下のとおり) 専従とは、当該医療機関が当該業務を行っている時間帯は当該業務に従事し、他の業務には従事しないものです。 専任とは、当該医療機関が当該業務を行っている時間帯は責任を持って当該業務を担当する(原則他の業務の兼任が可能)ものです。
14	6. 入院時の食事に係る標準負担額	(例外2) 精神病床入院患者(※1) 280円 →260円
1043	参考 入院時食事療養費の標準負担額	
17	A207-3急性期看護補助体制加算「注4」看護補助体制充実加算1 / A214看護補助加算「注4」看護補助体制充実加算1」の欄(下から7枠目)	削除
70	参考 入院患者が他医療機関を受診した場合の算定(「※2」の3行目)	※2(中略) A106障害者施設等入院基本料(「注6」 「注12」 →「注13」「注14」…)
110	(加算一覧中) A209特定感染症入院医療管理加算(左から2列目)	「地域一般」の空欄→○
119	A207-3急性期看護補助体制加算	【2024年度改定に主な変更点】 (2)(中略) 「【経過措置】2024年3月末時点の看護補助体制充実加算の届出医療機関は、2024年9月末までは上記①②の基準を満たすものとする」
124	A214看護補助加算	
122	A211特殊疾患入院施設管理加算	【2024年改定による主な変更点】 「暦月で 6ヵ月 を超えない」→「暦月で3ヵ月を超えない」
194	A306特殊疾患入院医療管理料	
211	A309特殊疾患病棟入院料	
174	参考 特定入院料「問2」	A300～ A319 の特定入院料 →A300～A303-2の特定入院料
208	参考 地域包括ケア病棟入院料の構造「※1」(3)の⑤	⑤介護保険の訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、 介護予防訪問看護 、介護予防訪問リハビリテーションの提供実績がある施設を併設
1253	参考 A308-3地域包括ケア病棟入院料/施設基準一覧表の「1の基準」の「ホ」⑤、「2～4の基準」⑦	

頁数	該当箇所	訂正内容
238	事務連絡 問9「答」(右段上から11行目)	含まれない→含まれる
293	B001-3生活習慣病管理料(Ⅰ) 注2(右段下から29行目)	第2章第1部第1節医学管理料等 →第2章第1部医学管理等
515	参考(右段下から7～6行目)	削除 6 血管伸展性検査で算定するため
542	事務連絡「問2」(右段下から18行目、13行目)	12月に2回→12月に3回
625	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	【2024年改定による主な変更点】 (5) 【新設】「注4」急性期リハビリテーション加算：(中略)急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早い日から14日を限度に……
628	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	
632	H002運動器リハビリテーション料	
749	K013分層植皮術、K013-2全層植皮術	復50 を追加
756	K069-4関節鏡下半月板制動術	
767	K190-3重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術の(編注)(左段下から20行目)	(編注)植込術後に指導管理を行った場合は、€H05在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料の対象となる。 →B001「26」植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の対象となる。
820	K740-2腹腔鏡下直腸切除・切断術の事務連絡(右段下から19～12行目)	削除 3、4がダヴィンチの対象となったため
892	地方厚生(支)局都道府県事務所等	北海道、宮城県、栃木県、埼玉県、千葉県、山梨県、長野県、岐阜県、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県の電話番号が変更されている
1496	「悪性腎硬化症」の欄(右段下から14枠目)	特→生習
1500	「高血圧性網膜症」の欄(左段上から5枠目)	
1501	「腎性高血圧症」の欄(右段下から28枠目)	
1503	「低脂血症」の欄(右段上から13枠目) 「低ベータリポ蛋白血症」の欄(右段上から16枠目) 「動脈硬化腎」の欄(右段下から26枠目) 「内分泌性高血圧症」の欄(右段下から5枠目)	
1640	A205の2 救急医療管理加算2(右列31枠目)	十三 その他の重症な状態の医学的根拠(救急医療管理加算2)→*****