

診療報酬関連情報

令和6年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い

2025年(令和7年)4月25日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】2024年(令和6年)6月診療報酬改定において施設基準が改正された、以下の入院基本料等、特掲診療料について、2025年(令和7年)6月1日以降に引き続き算定する場合は、2025年6月6日(必着)までに改めて届出が必要です。

基本診療料及び特掲診療料等の施設基準並びにその届出に関する手続きについては、「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6年3月5日保医発0305第5号)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について」(令和6年3月5日保医発0305第6号)により示しているところであるが、当該通知の第4表2に掲げる項目であって、その項目を令和7年6月1日以降も引き続き算定する場合に届

出が必要とされているもの等について別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないように、その取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いしたい。

また、別紙の届出対象について、令和7年6月6日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとするので、併せてご対応をお願いしたい。

令和7年5月31日まで経過措置の施設基準(医科のみ抜粋)

(別紙)

令和7年6月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項番	届出対象(令和6年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料等加算	5	急性期充実体制加算	令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす。	急性期充実体制加算1、2	別添7、別添7の様式14
	6	超急性期脳卒中加算(別添3の第3の1の(1)のイに該当する場合に限る)	令和6年3月31日時点で超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(1)のイの(二)の基準を満たしているものとみなす。	超急性期脳卒中加算	別添7、別添7の様式15
特定入院料	7	救命救急入院料	令和6年3月31日時点で、現に救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。	救命救急入院料1~4	別添7、別添7の様式42

区分	項番	届出対象（令和6年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和7年6月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
特定入院料	8	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	令和6年3月31日時点で、現に脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(11)に該当するものとみなす。	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	別添7、別添7の様式45
	9	小児特定集中治療室管理料	令和6年3月31日時点で、現に小児特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(9)に該当するものとみなす。	小児特定集中治療室管理料	別添7、別添7の様式43の2
	10	新生児特定集中治療室管理料	令和6年3月31日時点で、現に新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。	新生児特定集中治療室管理料1、2	別添7、別添7の様式42の2
	11	総合周産期特定集中治療室管理料	令和6年3月31日の時点で、現に総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(1)のケ及び(2)のイ(第5の1の(8)に限る)を満たしているものとみなす。	総合周産期特定集中治療室管理料	別添7、別添7の様式42の2
	12	回復期リハビリテーション病棟入院料1、2	令和6年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されているものとみなす。	回復期リハビリテーション病棟入院料1、2	別添7、別添7の様式49

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるとはならず、必要最小限の様式の届出を求めるとする。

(参考)

令和7年6月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

○基本診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
初・再診療	1	医療情報取得加算	1の(4)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	医療情報取得加算
	2	医療DX推進体制整備加算1～6	1の(9)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	医療DX推進体制整備加算1～6
	3	地域包括診療加算1、2	令和6年3月31日において現に地域包括診療加算の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。	地域包括診療加算1、2

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
入院料等	6	意思決定支援の基準	令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床(同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注7に規定する施設基準の届出を行っている病棟又は病床を除く)については、令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。	各入院基本料等
	7	身体的拘束最小化の基準	令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り、(1)から(5)までの基準を満たしているものとする。	各入院基本料等
入院基本料等加算	8	診療録管理体制加算1～3	許可病床数が200床以上の保険医療機関については、「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、令和6年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上400床未満のものに限る)については、令和7年5月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。	診療録管理体制加算1～3
	9	後発医薬品使用体制加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。	後発医薬品使用体制加算
	10	バイオ後続品使用体制加算	1の(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	バイオ後続品使用体制加算
	11	医療的ケア児(者)入院前支援加算	令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。	医療的ケア児(者)入院前支援加算
	12	協力対象施設入所者入院加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)に該当するものとみなす。	協力対象施設入所者入院加算
特定入院料	13	特定集中治療室管理料1～6	令和6年3月31日時点で、現に特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(13)に該当するものとみなす。	特定集中治療室管理料1～6
	14	特定集中治療室管理料「注7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算(支援側医療機関)	当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすものである。	特定集中治療室管理料「注7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算(支援側医療機関)
	15	ハイケアユニット入院医療管理料1、2	令和6年3月31日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(7)に該当するものとみなす。	ハイケアユニット入院医療管理料1、2

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
特定入院料	16	地域包括ケア病棟入院料1	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア病棟入院料1に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(1)、(2)、(6)並びに(8)のイ、ウ及びオの規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア病棟入院料1
	17	地域包括ケア入院医療管理料1	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア入院医療管理料1に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(1)、(2)及び(6)(2の(8)のイ、ウ及びオに限る)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア入院医療管理料1
	18	地域包括ケア病棟入院料2	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア病棟入院料2に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(2の(1)及び(2)に限る)、(4)のア、エ、オ及びキ並びに(5)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア病棟入院料2
	19	地域包括ケア入院医療管理料2	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア入院医療管理料2に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(3の(1)並びに4の(4)のア、エ、オ及びキに限る)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア入院医療管理料2
	20	地域包括ケア病棟入院料3	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア病棟入院料3に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(2の(5)、(6)並びに(8)のイ、ウ及びオに限る)及び(3)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア病棟入院料3
	21	地域包括ケア入院医療管理料3	令和6年3月31日時点で地域包括ケア入院医療管理料3に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(2の(8)のイ、ウ及びオ並びに3の(2)及び(3)に限る)及び(3)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア入院医療管理料3
	22	地域包括ケア病棟入院料4	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア病棟入院料4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(4の(4)のア、エ、オ及びキ並びに(5)並びに6の(3)に限る)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア病棟入院料4
	23	地域包括ケア入院医療管理料4	令和6年3月31日時点で現に地域包括ケア入院医療管理料4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)(5の(2)(4の(4)のア、エ、オ及びキに限る)及び7の(3)に限る)の規定に限り、なお従前の例による。	地域包括ケア入院医療管理料4

区分	項番	対象	経過措置に係る要件 (概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
特定入院料	24	精神科地域包括ケア病棟入院料	令和6年3月31日において現に精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、(11) から (14) に該当するものとする。	精神科地域包括ケア病棟入院料
	25	特定一般病棟入院料	令和6年3月31日時点で現に注7に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、1の(5)のサ、シ並びにチの②、③及び⑤の規定に限り、なお従前の例による。	特定一般病棟入院料

○特掲診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件 (概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
医学管理	1	がん性疼痛緩和指導管理料	令和7年5月31日までの間に限り、2の(4)に該当するものとみなす。	がん性疼痛緩和指導管理料
	2	院内トリアージ実施料	令和7年5月31日までの間に限り、1の(3)に該当するものとみなす。	院内トリアージ実施料
	3	地域包括診療料1、2	令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。	地域包括診療料1、2
	4	外来腫瘍化学療法診療料1	令和6年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、1の(15)の基準を満たしているものとする。	外来腫瘍化学療法診療料1
	5	外来腫瘍化学療法診療料3	令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。	外来腫瘍化学療法診療料3
	6	ハイリスク妊産婦共同管理料	令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)に該当するものとみなす。	ハイリスク妊産婦共同管理料
在宅	8	在宅療養支援診療所	令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所については、(1)のツ又は(2)のツについては、令和7年5月31日の間に限り、基準を満たしているものとする。	在宅療養支援診療所
	11	在宅療養支援病院	令和6年3月31日時点で在宅療養支援病院の届出を行っている病院について、(1)のチ、(1)のテ、(2)のチ、(2)のテ及び(3)のシについては、令和7年5月31日までの間に限り基準を満たしているものとする。	在宅療養支援病院
	12	介護保険施設等連携往診加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)に該当するものとみなす。	介護保険施設等連携往診加算
	13	在宅医療DX情報活用加算1、2	1の(7)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	在宅医療DX情報活用加算1、2
	14	在宅医療情報連携加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(5)の要件を満たすものとみなす。	在宅医療情報連携加算

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	令和7年6月1日以降、算定する施設基準
在宅	16	在宅患者訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算	4の(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	在宅患者訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算
検査	17	コンタクトレンズ検査料1~4	1の(1)のアについては、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	コンタクトレンズ検査料1~4
処方	18	外来後発医薬品使用体制加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。	外来後発医薬品使用体制加算
	19	一般名処方加算	令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)に該当するものとみなす。	一般名処方加算
精神	20	訪問看護医療DX情報活用加算	1の(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	訪問看護医療DX情報活用加算
手術	22	医科点数表第2章第10部手術の通則の第4号又は第18号に係る届出	令和6年3月31日において医科点数表第2章第10部手術の通則の第4号又は第18号に係る届出を行っている場合については、令和七年五月三十一日までの間に限り、第十二の一の(2)のハ又は二の五の(2)のハに該当するものとみなす。	各手術
	23	9 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む)に掲げる手術	令和7年5月31日までの間に限り、4に該当するものとみなす。	9 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む)に掲げる手術

2025年(令和7年)6月以降のウェブサイト掲載義務について

【編注】ウェブサイトへの掲載については、①厚生労働大臣が定める掲示事項、②施設基準、③点数表の算定要件などにおいて、以下Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに示す通り広く義務付けられています。

以下の一覧表は、施設基準や算定要件で具体的なウェブサイトへの掲載内容が示されているものです。

ウェブサイトへの掲載義務は、2025年5月31日までは猶予されていましたが、6月1日からは掲載が必要です。なお、自ら管理するホームページを有しない場合は、ウェブサイトへの掲載義務はありません。

Ⅰ. 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令関係

保険医療機関の指定を受けている旨の掲示

Ⅱ. 療養担当規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項

1. 入院基本料に関する事項
2. DPC / PDPS算定病院
3. 地方厚生局長等へ届け出た全ての届出医療（基本診療料及び特掲診療料の施設基準又は入院時食事療養・生活療養Ⅰ）
4. 明細書の発行状況に関する事項

Ⅲ. 診療報酬点数表の算定要件

診療報酬の個別の点数の算定要件で要件化されているもの

(表) 施設基準や点数表の算定要件において掲示内容が具体的に示されているもの

(○は具体的内容が示されている項目、—は掲示義務のみの項目を示す。具体的な掲載内容は個別の点数の掲載先を確認いただきたい)

項目	院内掲示	Web掲載	『社会保険診療提要』 参照ページ
A000初診料、A001再診料、A002外来診療料の「情報通信機器を用いた診療」	—	○※1	⇒P.1049
A000初診料の「機能強化加算」	○※1	○※1	⇒P.1050
A000初診料・A001再診料、A002外来診療料の「医療情報取得加算」	○	○	⇒P.1054
A000初診料の「医療DX推進体制整備加算」	○	○	⇒P.1055
A001再診料の「明細書発行体制等加算」	○	○	⇒P.1057
A001再診料の「地域包括診療加算」	○※2	○	⇒P.1057、1058
B001(22)がん性疼痛緩和指導管理料	○	○	⇒P.1306
B001-2-5院内トリアージ実施料	○	○	⇒P.1315
B001-2-9地域包括診療料	○※2	○	⇒P.1316、1317
B001-2-11小児かかりつけ診療料	○	○	⇒P.290
B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料1～3	○	○	⇒P.1319
B005-4ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及びB005-5ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)	○	○	⇒P.1328
C000往診料の「介護保険施設等連携往診加算」	○	○	⇒P.1341

項目	院内掲示	Web掲載	『社会保険診療提要』 参照ページ
C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）C001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、 及びC003在宅がん医療総合診療料の「在宅医療DX情報活用加算」	○	○	⇒P.1342
C002在宅時医学総合管理料・C002-2施設入居時等医学総合管理料 の「在宅医療情報連携加算」	○	○	⇒P.1344
C005在宅患者訪問看護・指導料・C005-1-2同一建物居住者訪問看護 ・指導料の「訪問看護医療DX情報活用加算」	○	○	⇒P.1347
D282-3コンタクトレンズ検査料1～4	○	○	⇒P.1364
F100処方料の「外来後発医薬品使用体制加算1～3」	○	○	⇒P.1372
F400処方箋料の「一般名処方加算1・2」	○	○	⇒P.1373
I002通院・在宅精神療法の「早期診療体制充実加算」	○※1	○※1	⇒P.662
I012精神科訪問看護・指導料の「訪問看護医療DX情報活用加算」	○	○	⇒P.1398
手術の通則の5及び6に掲げる手術	○	○	⇒P.1431、1432
入院点数	院内掲示	Web掲載	『社会保険診療提要』 参照ページ
入院基本料の看護要員の配置に係る情報	○	○	⇒P.1066
A243後発医薬品使用体制加算1～3	○	○	⇒P.1179
A243-2バイオ後続品使用体制加算	○	○	⇒P.1180
A244病棟薬剤業務実施加算の「薬剤業務向上加算」	—	○※1	⇒P.1181
A252地域医療体制確保加算（時間外等が長時間の医師がいる場合）	○	○	⇒P.1193
A253協力対象施設入所者入院加算	○	○	⇒P.1194
保険外負担に関するもの	院内掲示	Web掲載	『社会保険診療提要』 参照ページ
保険外併用療養費	○	○	⇒P.1547
特別メニューの食事を提供する場合	○	○	⇒P.1041
保険外負担の取扱い、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用徴収	○	○	⇒P.1582

※1 ウェブサイトへの掲載について経過措置はなく、掲載できない場合は要件を満たさない。

※2 28日以上長期処方又はリフィル対応可についての院内掲示は2024年10月から義務化。

診療報酬Q & A (厚生労働省疑義解釈その24)

2025年(令和7年)4月25日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は4月25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。

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DX推進体制整備加算】

問1 医療DX推進体制整備加算の施設基準の1つであるマイナ保険証利用率は、原則として「医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう)」を使用することとされている。当該利用率には通常の外来患者がマイナ保険証を利用した場合のみが反映されているが、在宅患者がマイナ保険証を利用した場合はどのように対応すべきか。

答1 令和7年4月から同年9月の間の加算区分の判定にあたっては、令和7年4月までの実績に限り、社会保険診療報酬支払基金が各医療機関に通知するレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に、同月における在宅患者訪問診療料及び在宅がん医療総合診療料に係る在宅医療DX情報活用加算1・2の総算定回数を、同月の外来レセプト件数(社会保険診療報酬支払基金が通知する「外来レセプト件

数)で除した割合を加えることにより補正した値を、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として使用しても差し支えない。

なお、令和7年5月以降の実績については、居宅同意取得型のオンライン資格確認によるマイナ保険証利用件数が社会保険診療報酬支払基金から通知するマイナ保険証利用率集計に含まれるよう対応予定であるため、このような補正は行わないこととなる。

<計算方法>

○例えば、令和7年4月適用分については、令和7年3月に社会保険診療報酬支払基金から通知された令和6年11月から令和7年1月までのマイナ保険証利用率について、以下の計算式により計算し補正することが可能。

$$\begin{aligned} & \text{補正後の「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」(\%)} \\ & = \text{社会保険診療報酬支払基金が通知したマイナ保険証利用率(\%)}^{(*)} \\ & + \frac{\text{当該月の在宅医療DX情報活用加算1・2の総算定回数}}{\text{外来レセプト件数}} \times 100(\%) \end{aligned}$$

(※) 利用者数÷外来レセプト件数×100により算定。

(令和7.4.25事務連絡)(提要P.1056)

在宅自己注射指導管理料等に規定する注射薬

2025年(令和7年)4月30日 厚生労働省告示第153号、第154号
保医発0430第1号

【編注】厚生労働省は4月30日、既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎に効能・効果を有する抗ヒトIL-13モノクローナル抗体製剤・レブリキズマブ(遺伝子組換え)注射液(販売名:イブグリース皮下注250mgオートインジェクター、イブグリース皮下注250mgシリンジ)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5月1日です。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。

厚生労働省告示第153号(2025年5月1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
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
レブリキズマブ製剤

(令和7.4.30告示153)(提要P.412、右段下から5行目の次に下線部追加)

厚生労働省告示第154号(2025年5月1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、ロザノリキシズマブ製剤及びレブリキズマブ製剤

(令和7.4.30告示154)(提要P.1575、右段上から20行目の次に下線部追加)

保医発0430第1号(2025年5月1日適用)

【第2章 特掲診療料】

【第2部 在宅医療】

【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、ロザノリキシズマブ製剤及びレブリキズマブ製剤

(令和7保医発0430・1)(提要P.437、右段上から7行目に下線部訂正及び追加)

・**掲示事項等告示の一部改正に伴う留意事項**
(2025年5月1日適用)

→イブグリース皮下注250mgオートインジェクター及び同皮下注250mgシリンジ

①本製剤はレプリキズマブ製剤であり、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。

②本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、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。

(令和7保医発0430・1)

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項

2025年(令和7年)4月15日 保医発0415第1号

【編注】4月15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145号の適用は2025年4月16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145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。

→アナエブリ皮下注200mgペン

本製剤の効能又は効果は「遺伝性血管性浮腫の急性発作の発症抑制」であることを踏まえ、関連する学会のガイドライン等を参考に、遺伝

性血管性浮腫の確定診断がされ、急性発作のおそれがある患者に対して使用する。

(令和7保医発0415・1)

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

2025年(令和7年)4月21日 保医発0421第4号

【編注】4月21日に開催された薬事審議会第二部会において、以下の2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、当該品目について公知申請を行っても差し支えないとされました。これを踏まえ、以下の2成分2品目について、追加される予定である効能・効果及び用法・用量が同日より保険適用されました。

1. 一般名：メトロニダゾール

販売名：アネメトロ点滴静注液500mg

会社名：ファイザー株式会社

追記される予定の用法・用量(下線部追記)：

○成人

通常、成人にはメトロニダゾールとして1回500mgを1日3回、20分以上かけて点滴静注する。なお、難治性又は重症感染症には症状に応じて、1回500mgを1日4回投与できる。

○小児

＜嫌気性菌感染症、感染性腸炎＞

通常、小児にはメトロニダゾールとして1回7.5mg/kgを1日3回、20分以上かけて点滴静

注する。なお、難治性又は重症感染症には症状に応じて、1回10mg/kgまで増量でき、また、1日4回まで投与できる。ただし、1回量は500mgを超えない。

＜アメーバ赤痢＞

通常、小児にはメトロニダゾールとして1回10mg/kgを1日3回、20分以上かけて点滴静注する。なお、重症例では、1回15mg/kgに増量できる。ただし、1回量は500mgを超えない。

2. 一般名：3-ヨードベンジルグアニジン (¹³¹I)

販売名：ライアットMIBG-II31静注

会社名：PDRファーマ株式会社

追記される予定の効能・効果：MIBG集積陽性の神経芽腫

追記される予定の用法・用量：通常、3-ヨードベンジルグアニジン (¹³¹I) として1回296～666MBq/kgを1～4時間かけて点滴静注する。

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)4月30日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は4月30日、「審査の一般的な取扱い事例」第23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/index.html

(第23回・2025年4月30日分)

【医学管理等】

498 特定疾患療養管理料と慢性維持透析患者外来

医学管理料の併算定 支払基金・国保統一事例

B000 特定疾患療養管理料とB001「15」慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定は、原則として認められる。

【検査】

499 輸血前後(HBs抗原定性・半定量等)の算定

①B型肝炎、C型肝炎等(疑い含む)がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D013「1」HBs抗原定性・半定量、「3」HBs抗原
- (2) D013「6」HBc抗体半定量・定量
- (3) D013「5」HCV抗体定性・定量

②B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症等、HTLV-1感染症(疑い含む)がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D023「4」HBV核酸定量
- (2) D023「15」HCV核酸定量
- (3) D023「18」HIV-1核酸定量
- (4) D012「58」HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)
- (5) D012「13」HTLV-I抗体定性、「31」HTLV-I抗体

③B型肝炎、C型肝炎等(疑い含む)がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D023「4」HBV核酸定量
- (2) D013「5」HCVコア蛋白

④B型肝炎、HIV感染症等、HTLV-1感染症(疑い含む)がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D013「2」HBs抗体定性、HBs抗体半定量、「3」HBs抗体
- (2) D013「6」HBc抗体半定量・定量
- (3) D023「18」HIV-1核酸定量
- (4) D012「58」HIV-2抗体(ウエスタン

プロット法)

- (5) D012「13」HTLV-I抗体定性、「31」HTLV-I抗体

500 抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(バセドウ病等)の算定 支払基金・国保統一事例

①次の傷病名に対するD014「3」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、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) 甲状腺機能亢進症(初診時又は診断時)
- (3) 慢性甲状腺炎・橋本病(初診時又は診断時)
- (4) 甲状腺機能低下症(初診時又は診断時)
- (5) 無痛性甲状腺炎(初診時又は診断時)

②次の傷病名に対するD014「3」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められない。

- (1) 甲状腺機能異常(経過観察時(定期チェック))
- (2) 亜急性甲状腺炎(経過観察時(定期チェック))
- (3) 急性化膿性甲状腺炎
- (4) 甲状腺癌(術後)
- (5) 悪性甲状腺腫瘍(術後)
- (6) 結節性甲状腺腫(経過観察時(定期チェック))

501 抗サイログロブリン抗体半定量又は抗サイログロブリン抗体(バセドウ病等)の算定 支払基金・国保統一事例

①次の傷病名に対するD014「3」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、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) 甲状腺機能亢進症(初診時又は診断時)
- (3) 慢性甲状腺炎・橋本病(初診時又は診断時)
- (4) 甲状腺機能低下症(初診時又は診断時)
- (5) 無痛性甲状腺炎(初診時又は診断時)

②次の傷病名に対するD014「3」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められない。

- (1) 甲状腺機能異常(経過観察時(定期チェ

ック))

- (2) 亜急性甲状腺炎(経過観察時(定期チェック))

- (3) 急性化膿性甲状腺炎

502 抗核抗体(蛍光抗体法)定性(混合性結合組織病)の算定

混合性結合組織病(疑い含む)に対するD014「5」抗核抗体(蛍光抗体法)定性の算定は、原則として認められる。

503 抗核抗体(蛍光抗体法)定性(全身性エリテマトーデス)の算定

全身性エリテマトーデス(SLE)に対するD014「5」抗核抗体(蛍光抗体法)定性の算定は、原則として認められる。

504 TRAb(甲状腺機能低下症疑い)の算定 支払基金・国保統一事例

甲状腺機能低下症疑いに対する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。

505 PR3-ANCA(顕微鏡的多発血管炎)の算定 支払基金・国保統一事例

顕微鏡的多発血管炎(MPA)に対する診断時のD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)の算定は、原則として認められる。

506 心電図検査(高血圧症等)の算定 支払基金・国保統一事例

①次の傷病名に対するD208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導又は「5」その他(6誘導以上)の算定は、原則として認められる。

- (1) 高血圧症
- (2) 前胸部痛(初診時)

②次の傷病名に対するD208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導又は「5」その他(6誘導以上)の算定は、原則として認められない。

- (1) 胃炎
- (2) 気管支喘息
- (3) 肋間神経痛
- (4) 高尿酸血症

507 ベンゾジアゼピン受容体作動薬(上部、下部消化管内視鏡検査等)の算定 支払基金・国保統一事例

次の場合のミダゾラム注射液(ドルミカム注

射液等)、フルニトラゼパム製剤(サイレース静注)又はジアゼパム(セルシン注射液等)の算定は、原則として認められる。

- (1) 上部、下部消化管内視鏡検査時
- (2) 上部、下部消化管内視鏡手術時

508 残尿測定検査と超音波検査(胸腹部)の併算定

D216-2残尿測定検査「1」超音波検査によるものとD215「2」口(1)超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の併算定は、原則として認められる。

【画像診断】

509 リンゲル液(画像診断時)の算定 支払基金・国保統一事例

単なるルート確保を目的とした画像診断時のリンゲル液の算定は、原則として認められない。

【投薬】

510 アミオダロン塩酸塩(内服薬)(不整脈等)の算定 支払基金・国保統一事例

次の傷病名のみに対するアミオダロン塩酸塩(内服薬)(アンカロン錠等)の算定は、原則として認められない。

- (1) 不整脈
- (2) 心室期外収縮
- (3) 心不全
- (4) 心不全のない心房細動
- (5) 肥大型心筋症のない心房細動

511 ロサルタンカリウム(高血圧症がない糖尿病、糖尿病性腎症)の算定 支払基金・国保統一事例

高血圧症がない次の傷病名に対するロサルタンカリウム(ニューロタン錠等)の算定は、原則として認められない。

- (1) 糖尿病
- (2) 糖尿病性腎症

512 ジピリダモール製剤(ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外)の算定 支払基金・国保統一事例

ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外における次の傷病名に対するジピリダモール製剤(ペルサンチン錠100mg)単独の算定は、原則として認められない。

- (1) 狭心症
- (2) 心筋梗塞(急性期を除く)

- (3) その他の虚血性心疾患
- (4) うっ血性心不全

513 胃粘膜保護剤(健胃消化剤等)の算定 支払基金・国保統一事例

次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められる。

- (1) 薬効分類番号2330 健胃消化剤
- (2) 防御因子増強剤(セルベックスカプセル、ムコスタ錠等)

514 胃粘膜保護剤としてH₂遮断剤等の算定 支払基金・国保統一事例

①次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められない。

- (1) 薬効分類番号2325 H₂遮断剤
- (2) ドンペリドン(ナウゼリン錠等)、チキジウム臭化物(チアトンカプセル等)

②次の薬剤を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター(タケプロンカプセル等)の算定は、原則として認められない。

- (1) ワルファリンカリウム(ワーファリン錠等)
- (2) 合成副腎皮質ホルモン剤(プレドニゾロン錠等)
- (3) 解熱鎮痛消炎剤(ロキソニン錠等)

515 プロトンポンプ・インヒビター(難治性逆流性食道炎)の投与量 支払基金・国保統一事例

難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター(PPI)(内服薬)の初期治療量の継続投与は、原則として認められる。

516 トリメブチンマレイン酸塩製剤(胃炎)の算定 支払基金・国保統一事例

胃炎に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤(セレキノン錠等)の算定は、原則として認められる。

517 トリメブチンマレイン酸塩製剤(胃潰瘍等)の算定 支払基金・国保統一事例

次の傷病名に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤(セレキノン錠等)の算定は、原則として認められない。

- (1) 胃潰瘍
- (2) 胃癌
- (3) 胃癌術後
- (4) 逆流性食道炎
- (5) 十二指腸潰瘍

518 気管支拡張薬等（急性増悪時）の算定 支
払基金・国保統一事例

小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性 β 2刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められる。

519 オセルタミビルリン酸塩（カプセル）（腎機能障害患者等）の算定 支払基金・国保統一事例

インフルエンザが確定した次の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩（カプセル）（タミフルカプセル）1日1回75mgの算定は、原則として認められる。なお、腎機能障害（慢性腎不全）がある患者に対する投与期間は5日間とする。

- (1) 腎機能障害（慢性腎不全）がある患者
- (2) 透析を実施している患者

520 小柴胡湯エキス（肝硬変等）の算定 支払基金・国保統一事例

適応傷病名と次の傷病名等がある患者に対する小柴胡湯エキス（ツムラ小柴胡湯エキス顆粒等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 肝硬変
- (2) 肝癌
- (3) インターフェロン製剤を投与中の患者

521 イソニアジド（生物学的製剤投与中等）の算定 支払基金・国保統一事例

肺結核又はその他の結核症（既感染者を含む）の記載がない、次の傷病名等に対するイソニアジド（イスコチン錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 生物学的製剤投与中
- (2) 免疫不全状態
- (3) HIV感染症

522 経口血糖降下薬（2型糖尿病）の併用投与 支払基金・国保統一事例

2型糖尿病に対する同一種類の経口血糖降下薬[※]の併用投与は、原則として認められない。

(※) 経口血糖降下薬の種類は以下のとおり

- ①チアゾリジン薬
- ②ビグアナイド薬
- ③ α -グルコシダーゼ阻害薬
- ④SGLT2阻害薬
- ⑤DPP-4阻害薬又はGLP-1受容体作動薬

⑥スルホニル尿素（SU）薬又はグリニド薬（速攻型インスリン分泌促進薬）

523 プレガバリン（反射性交感神経性ジストロフィー等）の算定 支払基金・国保統一事例

神経障害性疼痛と次の傷病名が併記されている場合のプレガバリン（リリカカプセル・OD錠）の算定は、原則として認められる。

- (1) 反射性交感神経性ジストロフィー
- (2) 頸椎症

【注射】**524 アシクロビル（注射薬）（単純ヘルペス等）の算定**

入院患者における次の傷病名に対するアシクロビル（注射薬）（ゾビラックス点滴静注用等）の算定は、原則として認められる。

- (1) 単純ヘルペス、単純疱疹
- (2) 帯状疱疹
- (3) 水痘

【処置】**525 血腫、膿腫穿刺（爪下血腫）の算定** 支払基金・国保統一事例

爪下血腫に対するJ059-2血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められない。J000創傷処置「1」100平方センチメートル未満での算定が妥当である。

526 前立腺液圧出法（急性前立腺炎）の算定 支払基金・国保統一事例

急性前立腺炎に対するJ069前立腺液圧出法の算定は、原則として認められない。

527 耳垢栓塞除去と耳処置の併算定（別疾患） 支払基金・国保統一事例

次の場合のJ113耳垢栓塞除去（複雑なもの）とJ095耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む）の併算定は、原則として認められる。

- (1) 別疾患に対して同側に行った場合
- (2) 別疾患に対して対側に行った場合

なお、同一疾患に対して同側に行った場合は、原則として認められない。

【手術】**528 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（乳癌の疑い）の算定回数** 支払基金・国保統一事例

乳癌の疑い（同一病変）に対するK474-3乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）の複数回の算定は、原則として認められない。

529 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイド

ワイヤー（一般用）（冠動脈慢性完全閉塞等）**の算定 支払基金・国保統一事例**

- ①冠動脈慢性完全閉塞に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められる。
- ②次の検査等に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められない。
- (1) D206「1」右心カテーテル又は「2」左心カテーテル時

- (2) K599植込型除細動器移植術時
- (3) 閉塞性動脈硬化症
- (4) 透析シャント狭窄時

530 動脈塞栓除去術その他のもの（観血的なもの）の算定 支払基金・国保統一事例

血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いたK608動脈塞栓除去術「2」その他のもの（観血的なもの）の算定は、原則として認められる。

顔認証付きカードリーダーの目視確認モードの改善

2025年（令和7年）4月17日

厚生労働省保険局医療介護連携政策課 事務連絡

【編注】2025年4月6日以降、顔認証付きカードリーダーで「顔認証」や「暗証番号」での本人確認ができない場合、職員が同カードリーダーの画面を操作することで、資格確認端末を操作することなく目視確認モードの利用が可能となります。

令和7年4月6日より、顔認証付きカードリーダーの目視確認モードの改善を行いました。

これ以降、顔認証付きカードリーダーで何らかの事情で「顔認証」や「暗証番号」での本人確認ができない場合、職員が顔認証付きカードリーダーの画面を操作することで、資格確認端末を操作することなく目視確認モードのご利用

が可能となります。

目視確認モードをご利用いただくためには、事前に目視確認用パスコードを発行する必要があります。目視確認用パスコードの発行方法と目視確認モードの使用方法については、別添の資料をご参照ください。

別添資料 目視確認用パスコードの発行方法等について

別紙

目視確認用パスコードを発行する

- 1 メニューを選択する**
[メニュー]の《アカウント情報管理》から《目視確認用パスコード発行》をクリックします。


- 2 [目視確認用パスコード発行]が表示されます。**
《発行》をクリックします。


- 3 [目視確認用パスコード発行]の確認メッセージが表示されます。**
《OK》をクリックします。


- 4 [目視確認用パスコード発行]の完了メッセージが表示されます。**
4桁のパスコードを確認後、《OK》をクリックします。
注意 目視確認用パスコードの発行は、オンライン資格確認システムで登録したユーザアカウント毎に発行されます。なお、発行済パスコードの照会機能はありません。紛失した場合は再発行が必要です。
また、目視確認用パスコードの有効期限はありません。



目視確認用パスコードを用いて目視確認モードを利用する

1 顔認証付きカードリーダーの初期画面で職員用ボタンをクリックします。

注意
職員用ボタンは目視確認用パスコードが発行されている場合のみ表示されます。医療機関等で初めて目視確認用パスコード発行を行った直後は、職員用ボタンが表示されていません。

職員用ボタンを表示させるためには、職員用パスコードの発行後に顔認証付きカードリーダーの再起動をする必要があります。

2 目視確認用パスコードを入力します。

3 マイナンバーカードの券面写真と患者の顔を確認し、目視で本人確認を行います。

マイナンバーカードをセットする
患者に顔認証付きカードリーダーに置いてもらいます。
4以降は、通常どおりの同意画面に遷移します

5 処理完了メッセージが表示されます。