

診療報酬関連情報

診療報酬Q & A (厚生労働省疑義解釈その30)

2025年(令和7年)10月20日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は10月20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。

【総合入院体制加算及び急性期充実体制加算】

問1 A200総合入院体制加算及びA200-2急性期充実体制加算の施設基準における「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答1 「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」ことについては、調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。具体的には、次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。

- ① 保険医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合
- ② 保険医療機関が譲り渡した不動産(保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む)を当該保険薬局が利用して開局している場合
- ③ 保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合
- ④ 当該保険薬局が保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局している場合

なお、①から④までの詳細については、調剤点数表の特別調剤基本料に係る規定を参照する。

ただし、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の施設基準においては、病院が特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係があれば、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合でも、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」に該当しない。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問61は廃止する。

(令和7.10.20事務連絡)(提要P.1127)

【診療録管理体制加算】

問2 A207診療録管理体制加算の施設基準において、「専任の医療情報システム安全管理責任者を配置する。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」とあるが、厚生労働省委託事業として運営される「医療機関向けセキュリティ教育支援ポータルサイト(MIST <https://mist.mhlw.go.jp/>)」上で提供される研修に職員を参加させた場合は、ここでいう「情報セキュリティに関する研修を行っている」に該当すると考えてよいか。

答2 該当する。MISTで提供される研修には、一般職員向けの「初学者等向け研修」、経営層向けの「経営者向け研修」、システム担当者向けの「システム・セキュリティ管理者向け研修」等があり、対象者に応じて適切に活用すること。なお、e-learningにより研修を実施する場合は「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問257について留意する。

(令和7.10.20事務連絡)(提要P.1135)

【医療安全対策加算】

問3 A234医療安全対策加算1の施設基準において「専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されている」とされているが、この専従の医療安全管理者が、A234-5報告書管理体制加算の施設基準における「報告書確認対策チーム」が月1回程度開催する報告書管理の評価に係るカンファレンスに構成員として参加することは、施設基準通知の1の(2)に規定する医療安全管理者の業務に該当するか。

答3 該当する。

(令和7.10.20事務連絡)(提要P.1164)

検査料の点数の取扱い

2025年(令和7年)10月31日 保医発1031第2号

【編注】厚生労働省は10月31日、以下の検査を準用点数として追加しました。適用は2025年11月1日です。

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。

【第2章 特掲診療料】【第3部 検査】

【第1節 検体検査料】【第1款 検体検査実施料】

→D012 感染症免疫学的検査

→赤痢アメーバ抗体定性(223点)(準用点数の追加)

赤痢アメーバ抗体定性は、関連学会の定める適正使用指針に従い、アメーバ性肝膿瘍を疑う場合又は糞便検査が陰性かつアメーバ性大腸炎を疑う場合であって、ELISA法により血清中

の赤痢アメーバ抗体を測定した場合に、一連の治療において1回に限り、本区分の「49」赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性の所定点数を準用して算定する。

販売名：赤痢アメーバ抗体ELISA-IBL

保険適用希望企業：株式会社免疫生物研究所

主な使用目的：血清中の赤痢アメーバ抗体の検出(赤痢アメーバ感染の診断の補助)

(令和7保医発1031・2)(提要P.492、右段上から24行目の次に追加)

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2025年(令和7年)10月21日 保医発1021第9号

【編注】10月21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283号の適用は2025年10月22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。下線部は追加です。

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283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。

・薬価基準の一部改正に伴う留意事項

→マグミット錠100mg

① 本製剤は、既に薬価収載後1年以上を経過している「マグミット錠200mg、同錠250mg、同錠330mg、同錠500mg及び同細粒83%」と有効成分が同一であり、今般、既収載品において便秘症に係る1歳以上の小児における用法・用量が追加されたことに伴い、当該用法・用量に必要な製剤として承認された剤形追加医薬品であることから、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。

② 本製剤は、既収載品において便秘症に係る1歳以上の小児における用法・用量が追加されたことに伴い、当該用法・用量に必要な製剤として承認された剤形追加医薬品であることから、成人患者への本製剤の使用の必要性については慎重に判断する。

・「別紙36」の改正

睡眠薬

(前略)

ダリドレキサント塩酸塩

ボルノレキサント水和物

(令和7保医発1021・9)(提要P.578、別紙36の「睡眠薬」の「メラトニン」の次に追加)

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)10月29日 保医発1029第3号

【編注】厚労省は10月29日の薬事審議会医薬品第二部会において、以下の1成分1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の結論が得られたことを踏まえ、同1成分1品目について、追加される予定である効能・効果及び用法・用量を同日より保険適用しました。

一般名：アレムツズマブ（遺伝子組換え）

販売名：マブキャンパス点滴静注30mg

会社名：サノフィ株式会社

追記される予定の効能・効果：T細胞性前リンパ球性白血病

追記される予定の用法・用量：

＜T細胞性前リンパ球性白血病＞

通常、成人にはアレムツズマブ（遺伝子組換え）として1日1回3mgの連日点滴静注から開始し、1日1回10mgを連日点滴静注した後、1日1回30mgを週3回隔日に点滴静注する。ただし、投与開始から12週間までの投与とする。なお、患者の状態により適宜減量する。

追記される予定の用法・用量に関連する注意：

＜T細胞性前リンパ球性白血病＞

- ・本剤は、いずれの用量も1日量を2時間以上かけて点滴静注する。
- ・1日1回3mg及び1日1回10mgの連日点滴静注において、Grade3^{注)}以上のinfusion reactionが認められない場合、1日1回3mgでは1日1回10mgの連日点滴静注に、1日1回10mgでは1日1回30mgの週3回隔日点滴静注に、それぞれ増量することができる。

注) GradeはNCI-CTCAEv3.0に準じる

- ・他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- ・本剤の投与中に好中球数減少及び血小板数減少が認められた場合、下表を参考に本剤の用量を調節する。なお、ベースライン時の好中球絶対数が500/ μ L以下の患者について、有効性及び安全性は確立していない。

休薬、中止又は再開基準

ベースラインの好中球絶対数が500/ μ L超で治療を開始した患者において、好中球絶対数が250/ μ L未満となった場合、又はベースラインの血小板数が25,000/ μ L超で治療を開始した患者において、血小板数が25,000/ μ L以下となった場合	
初回発現時	休薬する。好中球絶対数500/ μ L以上及び血小板数50,000/ μ L以上に回復した場合、休薬時の用量で投与を再開できる。ただし、7日以上休薬した場合、再開時の開始用量は1日1回3mgとする。
2回目発現時	休薬する。好中球絶対数500/ μ L以上及び血小板数50,000/ μ L以上に回復した場合、本剤1日1回10mg又は休薬時の用量のいずれか低い方の用量で投与を再開できる。ただし、7日以上休薬した場合、再開時の開始用量は1日1回3mgとする。
3回目発現時	本剤の投与を中止する。
ベースラインの血小板数が25,000/ μ L以下で治療を開始した患者において、ベースラインの数値から50%以上減少した場合	
初回発現時	休薬する。好中球絶対数及び血小板数がベースライン値に回復した場合、休薬時の用量で投与を再開できる。ただし、7日以上休薬した場合、再開時の開始用量は1日1回3mgとする。

2回目発現時	休薬する。好中球絶対数及び血小板数がベースライン値に回復した場合、本剤1日1回10mg又は休薬時の用量のいずれか低い方の用量で投与を再開できる。ただし、7日以上休薬した場合、再開時の開始用量は1日1回3mgとする。
3回目発現時	本剤の投与を中止する。

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)10月21日 厚生労働省告示第283号、第284号
保医発1021第9号

【編注】厚生労働省は10月21日、副甲状腺機能低下症に効能・効果を有するパロペグテリパラチド徐放性製剤(販売名:ヨビパス皮下注168 μ gペン、同294 μ gペン及び同420 μ gペン)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10月22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283号(2025年10月22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

クロバリマブ製剤

パロペグテリパラチド製剤

(令和7.10.21告示283)(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284号(2025年10月22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、レブリキズマブ製剤、クロバリマブ製剤、シパグルコシダーゼ アルファ製剤及びパロペグテリパラチド製剤

(令和7.10.21告示284)(提要P.1575、右段上から20行目の次に下線部追加)

保医発1021第9号(2025年10月22日適用)

【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、レブリキズマブ製剤、クロバリマブ製剤、シパグルコシダーゼ アルファ製剤及びパロペグテリパラチド製剤

(令和7保医発1021・9)(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10月22日適用)

→ヨビパス皮下注168 μ gペン、同皮下注294 μ gペン及び同皮下注420 μ gペン

- ① 本製剤の効能又は効果に関連する注意にお

いて、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討する」とされているので、本製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。

- ② 本製剤は、パロペグテリパラチド製剤であり、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。

- ③ 本製剤は、注入器一体型のキットであるので、C151注入器加算は算定できない。

(令和7保医発1021・9)

ベレマゲン ゲペルパベク製剤に係る 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)10月21日 保医発1021第12号

【編注】ベレマゲン ゲペルパベク製剤「バイジュベックゲル」については「ベレマゲン ゲペルパベクの最適使用推進ガイドライン」(令和7年・医薬機審発1021第1号通知)が策定されました。これに伴う保険適用上の留意事項を下記のとおりです。

→バイジュベックゲル

- (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、本製品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) 本製品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 本品を用いた治療の責任者として、次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア～エ」と記載)

ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有する

イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得している

ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講している

エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」(以下、「カルタヘナ法」という)を十分に理解し、施設内における第一種使用規定に従った取扱いが行える

- ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者がカルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日

- (3) 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 本製品による治療効果を確認した直近の年月日

- ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者が在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日

(令和7保医発1021・12)

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)10月31日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は10月31日、「審査の一般的な取扱い事例」第29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>医療機関・薬局・訪問看護ステーションの方>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/shinryohoshu/sinsa_jirei/kikin_shinsa_atukai/shinsa_atukai_i/index.html



(第29回・2025年10月31日分)

【入院料等】

691 入院料等(転院日及び死亡退院日)の算定

転院日及び死亡退院日における次の入院料等の算定は、原則として認められる。

- (1) A224無菌治療室管理加算
- (2) A300救命救急入院料
- (3) A301特定集中治療室管理料
- (4) A301-2ハイケアユニット入院医療管理料
- (5) A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (6) A301-4小児特定集中治療室管理料
- (7) A302新生児特定集中治療室管理料
- (8) A303総合周産期特定集中治療室管理料
- (9) A303-2新生児治療回復室入院医療管理料

【検査】

692 心電図のないミオグロビン定性・定量(心筋梗塞疑いの患者)の算定(支払基金・国保統一事例)

急性心筋梗塞疑いに対する心電図のないD007「36」ミオグロビン定性・定量の算定は、原則として認められない。

693 α -フェトプロテイン(AFP)(慢性肝炎)の算定

HBs抗原陽性又はHCV抗体陽性に該当する記載がなく、肝臓疑い病名のない慢性肝炎(非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)及び慢性アルコール性肝障害を含む)に対するD009「2」 α -フェトプロテイン(AFP)の算定は、原則として認められない。

694 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)(産科領域)の算定

産科領域における次の傷病名に対するD215「2」「ロ」(1)超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の算定は、原則として認められる。

- (1) 胎状奇胎(妊娠5週以降)
- (2) 羊水過多症疑い・羊水過少症疑い
- (3) 稽留流産(妊娠5週以降)(初診時(診断時))
- (4) 不妊症(初診時(診断時))
- (5) 卵巣機能不全(初診時(診断時))

695 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)(婦人科領域)の算定

①婦人科領域における次の傷病名に対するD215「2」「ロ」(1)超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の算定は、原則として認められる。

- (1) 子宮体癌(初診時(診断時))
- (2) 子宮内膜ポリープ
- (3) 子宮内膜症(薬物療法投薬期間以外)
- (4) 子宮内膜増殖症
- (5) 骨盤内腫瘍
- (6) ダグラス窩膿瘍

②婦人科領域における次の傷病名に対するD215「2」「ロ」(1)超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の算定は、原則として認められない。

- (1) 細菌性膣炎
- (2) 子宮付属器炎及び子宮周囲炎

696 スリットM(前・後眼部)(屈折異常等)の算定(支払基金・国保統一事例)

再診時の次の傷病名に対するD257 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)の算定は、原則として認められない。

- (1) 屈折異常
- (2) 前眼部疾患(結膜炎等)

697 スリットM（前・後眼部）後生体染色使用再検査（再診時）の算定

再診時の次の傷病名に対するD257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）後生体染色使用再検査の算定は、原則として認められない。

- (1) 屈折異常
- (2) 前眼部疾患（結膜炎含む）

698 スリットM（前眼部）（屈折異常等）の算定（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名に対するD273細隙灯顕微鏡検査（前眼部）の算定は、原則として認められる。

- (1) 屈折異常
- (2) 睫毛乱生症
- (3) ドライアイ
- (4) 角膜疾患
- (5) 結膜疾患

699 スリットM（前眼部）後生体染色使用再検査の算定

①次の傷病名に対するD273細隙灯顕微鏡検査（前眼部）後生体染色使用再検査の算定は、原則として認められる。

- (1) アレルギー性結膜炎（初診時）
- (2) 角膜炎（再診時）

②再診時の屈折異常に対するD273細隙灯顕微鏡検査（前眼部）後生体染色使用再検査の算定は、原則として認められない。

【画像診断】**700 胆管・膵管造影時の抗菌剤（注射薬）の算定**

胆管・膵管造影時の抗菌剤（注射薬）の算定は、感染症の傷病名がない場合であっても原則として認められる。

【投薬】**701 糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与（支払基金・国保統一事例）**

2型糖尿病に対する次の糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与は、原則として認められる。

- (1) ビグアナイド薬
- (2) チアゾリジン薬
- (3) スルホニル尿素（SU）薬
- (4) グリニド薬（速効型インスリン分泌促進薬）
- (5) DPP-4 阻害薬
- (6) α -グルコシダーゼ阻害薬
- (7) GLP-1 受容体作動薬

702 セレコキシブ錠（慢性疼痛等）の算定

①次の傷病名に対するセレコキシブ錠（セレコックス錠等）の算定は、原則として認められる。なお、1日の使用量は、原則として200mgまで認められる。

- (1) 慢性疼痛
- (2) 痛風

②腰椎捻挫に対するセレコキシブ錠（セレコックス錠等）の算定は、原則として認められる。なお、1日の使用量は、原則として400mgまで認められる。

③癌性疼痛に対するセレコキシブ錠（セレコックス錠等）の算定は、原則として認められる。

703 抗コリン薬（前立腺肥大症）の算定

排尿障害がない前立腺肥大症に対するチオトロピウム臭化物水和物（スピリーバ吸入用カプセル等）以外の抗コリン薬の算定は、原則として認められる。

704 アロプリノール（高血圧症のみ等）の算定（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名等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ない。

- (1) 高血圧症のみ
- (2) 血液疾患に伴う口内炎又は難治性口内炎
- (3) 移植に伴う口内炎又は難治性口内炎

705 亜鉛（Zn）検査がない酢酸亜鉛水和物製剤（亜鉛欠乏症の患者に対する投与開始時）の算定（支払基金・国保統一事例）

亜鉛欠乏症に対して投与開始時にD007「37」亜鉛（Zn）の検査がない酢酸亜鉛水和物製剤（ノベルジン錠等）の投与は、原則として認められない。

706 シクロスポリン（間質性肺炎の患者）の算定

免疫機序が関与する間質性肺炎に対するシクロスポリン（ネオーラル等）の算定は、原則として認められる。

707 酸化マグネシウムの倍量までの算定

酸化マグネシウムの投与量は、原則として倍量まで認められる。

708 術後化学療法としてのカペシタビン（HER2陰性早期乳癌の患者）の算定

HER2陰性早期乳癌に対する術後化学療法としてのカペシタビン（ゼローダ錠等）の算定は、原則として認められない。

709 広範囲抗菌点眼剤（アレルギー性結膜炎の患者）の算定（支払基金・国保統一事例）

アレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（オフロキサシン点眼液）の算定は、原則として認められない。

710 ジヒドロコデインリン酸塩配合の中枢性麻薬性鎮咳薬（12歳未満の小児）の投与

ジヒドロコデインリン酸塩配合の中枢性麻薬性鎮咳薬（ライトゲン配合シロップ等）の12歳未満の小児への投与は、原則、認められない。

ただし、患者の年齢のみをもって画一的に判断するのではなく、主治医が患者の体重等を勘案し、治療上必要であると認め投与したこと等も考慮の上、症例個々に判断する必要がある。

【処置】**711 皮膚科光線療法とタクロリムス水和物軟膏（プロトピック軟膏等）の併用**

アトピー性皮膚炎に対して、J054皮膚科光線療法「2」長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの）又は「3」中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）と併用するタクロリムス水和物軟膏（プロトピック軟膏等）の算定については、照射部位と塗布の部位が異なる場合は、原則として認められる。

【手術】**712 シートン法締め直しの手技料としての創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）の算定（支払基金・国保統一事例）**

痔瘻患者に対するシートン法締め直しの手技料として、K000創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）の算定は、原則として認められない。

713 瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）の算定（支払基金・国保統一事例）

霰粒腫（巨大（霰粒腫）を除く）に対するK215瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）の算定は、原則として認められない。

714 水晶体再建術での精製ヒアルロン酸ナトリウム製剤の算定

K282水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合に使用した精製ヒアルロン酸ナトリウム製剤（ヒアルロン酸Na0.85眼粘弾剤1%）の算定は、原則として認められる。

715 グルカゴン（禁忌で使用できない場合（消化管内視鏡手術））の算定（支払基金・国保統一事例）**一事例）**

ブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）が禁忌で使用できない患者に対する、消化管内視鏡手術時のグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴンGノボ注射用）又はグルカゴン（グルカゴン注射用）の算定は、原則として認められる。

716 グルカゴン（高齢者（消化管内視鏡手術時））の算定

高齢者に対する消化管内視鏡手術時のグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴンGノボ注射用）又はグルカゴン（グルカゴン注射用）の算定は、原則として認められる。

717 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）又は肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）の算定

同一入院期間に実施した、同一部位に対する次の手術の算定は、原則として1回まで認められる。

- (1) K697-2肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）
- (2) K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

718 脊椎麻酔等での内痔核手術におけるジオン注無痛化剤付の算定

L004脊椎麻酔あるいはL002硬膜外麻酔「3」仙骨部での内痔核手術におけるジオン注無痛化剤付の算定は、原則として認められない。

719 造影剤の算定がない神経ブロック（神経根ブロック）の算定

造影剤の算定がないL100神経ブロック「1」神経根ブロックの算定は、原則として認められる。

【麻酔】**720 トリガーポイント注射に用いる薬剤**

L104トリガーポイント注射に用いる薬剤について、局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤と合成副腎皮質ホルモン剤の混合注射の算定は、原則として認められる。

【病理診断】**721 病理組織標本作製（組織切片によるもの）（粉瘤）の算定**

粉瘤に対するN000病理組織標本作製「1」組織切片によるもの（1臓器につき）の算定は、原則として認められる。

かかりつけ医機能報告マニュアルの策定

2025年(令和7年)11月4日 医政総発1104第1号

【編注】厚生労働省は11月4日、標記について通知しました。

概要は、厚生労働省ホーム>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>医療>施策情報>かかりつけ医機能報告制度で検索してください。

以下のサイトで閲覧又はダウンロードできます。

- かかりつけ医機能報告マニュアル(医療機関用)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001590091.pdf>

- かかりつけ医機能報告マニュアル(G-MIS操作編)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001590092.pdf>



◀ かかりつけ医機能報告
マニュアル
(医療機関用)



◀ かかりつけ医機能報告
マニュアル
(G-MIS操作編)

令和7年度より、医療法の規定により、地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所(以下「かかりつけ医機能報告対象病院等」という)の管理者は、当該かかりつけ医機能報告対象病院等が有するかかりつけ医機能の内容を都道府県知事に報告(以下「かかりつけ医機能報告」という)することと

なっています。

つきましては、かかりつけ医機能報告の運用開始に向けて、医療機関が当該報告を実施するにあたって、具体的な報告手順や各報告事項の考え方等の必要な事項について取りまとめた「かかりつけ医機能報告マニュアル」を別添のとおり策定しましたので通知します。

医療機関における面会について

2025年（令和7年）10月20日

厚生労働省医政局地域医療計画課、

健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課 事務連絡

【編注】厚生労働省は10月20日、面会の新たな考え方について情報提供しました。

面会者が感染症を示唆する症状を呈しておらず、かつ10日以内にCOVID-19罹患歴がない場合は、一般的に面会は可能と考えられます。

しかし、対面での面会が適当でないと判断される場合は、患者・家族等に対して理由を十分説明し、例えばオンライン面会等の具体的な代替策を提示することが望ましいとしています。

医療機関における面会については、これまで「新型コロナウイルス感染症の対応に関する医療機関向けの啓発資料について」（令和5年10月20日付事務連絡）における医療機関向けの啓発資料を用いて周知してきたとおり、各医療機関において面会の重要性と院内感染対策の両方に留意しながら、患者及び面会者の体調等を総合的に考慮した上で、患者及び面会者の交流の機会を確保いただいているところです。

今般、「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針2025」（令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 新型コロナウイルス感染症診療の指針作成のための研究（研究代表者：長谷川直樹（日本感染症学会）））が公表され、面会の考え方が新たに示されましたので情報提供いたします。

・「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針2025」

8 新型コロナウイルス感染症：施設内感染対策

3. 入院患者への対応

2 面会の考え方

面会は患者・入所者やその家族（家族以外の介護者、患者・入所者が大切に思う人を含む）の生活の質を保つ上で重要である。患者等が家族等と面会する機会が大きく損なわれることは、患者等及び家族等に精神的不安をもたらし、患者等

の権利を制約している可能性があり、医療機関等には、それぞれの施設がCOVID-19流行前に設定していた通常の面会方法（頻度、時間など）へ段階的に戻す検討が求められる。

2025年現在、面会の判断については医療機関や施設の判断に任せられているが、その時々感染拡大状況ならびに社会的合理性も踏まえ、過度な面会制限にならないよう院内・施設内のルールを決定し、また必要に応じてルールを変更する等の柔軟な対応が必要である。

面会者が感染症を示唆する症状（発熱、咳嗽、咽頭痛、腹痛、下痢など）を呈しておらず、かつ10日以内にCOVID-19罹患歴がない場合には、マスク着用および手指衛生をお願いしたうえで一般的に面会は可能と考えられる。なお患者や入所者が易感染性である等の場合には制限の追加を検討する。

医療機関等は、患者等及び家族等から面会に関する相談があった場合には、現状とともに、面会の可否及び面会時の注意点、制限の状況等を丁寧に説明する。対面での面会が適当でないと判断される場合には、医療機関等は患者等及び家族等に対してその理由を十分に説明し、例えばオンライン面会等の具体的な代替策を提示することが望ましい。