診療報酬関連情報

検査料の点数の取扱い

2025年（令和７年）11月28日　保医発1128第３号

【編注】厚生労働省は11月28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12月１日からです。
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３部 検査】
【第１節 検体検査料】【第１款 検体検査実施料】

→D014 自己抗体検査

→抗NF155抗体及び抗CNTN1抗体（223点）（準用点数の追加）

慢性炎症性脱髄性多発神経炎又は自己免疫性ノドパチーの診断の補助（治療効果判定を除く）を目的として、ELISA法により測定した場合に、それぞれ本区分の「47」抗アクアポリン４抗体の所定点数を準用して、患者１人につき１回ずつ算定できる。自己免疫性ノドパチーの再発が疑われる場合は、初回の検査で陽性であったいずれかの項目に限り再度算定できる。ただし、２回目以降の当該検査の算定に当たっては、その理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

販売名：①NF155 抗体「ヤマサ」EIA、②CNTN1抗体「ヤマサ」EIA
保険適用希望企業：ヤマサ醤油株式会社
主な使用目的：①血清中のニューロファシン155抗体の測定（慢性炎症性脱髄性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）、②血清中のコンタクチン１抗体の測定（慢性炎症性脱髄性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）

（令和７保医発1128･3）（提要P.496、右段上から14行目の次に追加）

→D023 微生物核酸同定・定量検査

→RSウイルス核酸検出（291点）（準用点数の追加）

以下のいずれかに該当し、RSウイルス感染が疑われる患者に対して、RSウイルス抗原定性が陰性であった場合に、RSウイルス感染の診断を目的として、鼻腔拭い液を検体として、NEAR法により実施した場合に、本区分の「６」の所定点数を準用して算定する。

ア　入院中の患者
イ　１歳未満の乳児
ウ　パリビズマブ製剤又はニルセビマブ製剤の適応となる患者

販売名：ID NOW RS ウイルス
保険適用希望企業：アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社
主な使用目的：鼻腔ぬぐい液中のRSウイルスRNAの検出（RSウイルス感染の診断の補助）

（令和７保医発1128･3）（提要P.506、左段上から14行目の次に追加）

準用点数の追加、材料価格基準、特定保険医療材料の算定留意事項通知、定義通知の一部改正

2025年（令和７年）11月28日　厚生労働省告示第306号
保医発1128第２号

【編注】厚生労働省は11月28日、準用点数の追加、材料価格基準の新規追加、材料の算定留意事項通知、定義通知の改正、追加について告示・通知しました。
適用は2025年12月１日からです。二重取消線は削除、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。

１．「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の一部改正（令和７年・保医発1128第２号、令和７年12月１日適用）

【第２章 特掲診療料】
【第10部 手術、第１節 手術料】
【第２款 筋骨格系・四肢・体幹】

→K059 骨移植術（軟骨移植術を含む）

⑴～⑼　（略）

⑽　肘関節又は膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く）に対して、軟骨修復材を使用した場合は、本区分の「４」自家培養軟骨移植術の所定点数を準用して算定する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.755、右段下から17行目の次に⑽を追加）

【関連材料】237 軟骨修復材

→K059-2 関節鏡下自家骨軟骨移植術

肘関節又は膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く）に対して、関節鏡下で軟骨修復材を使用した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.755、右段下から16行目の次に追加）

【関連材料】237 軟骨修復材

【第８款 心・脈管】

→K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術

⑴　膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

⑵　包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における対照血管径が2.5㎜以上4.0㎜以下の膝下動脈病変に対して、血管内腔径の改善を目的として、薬剤溶出型生体吸収性下肢動脈用ステントを留置した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。なお、手術に伴う画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

（令和７保医発1128･2）（提要P.801、左段上から20行目の次に⑵を追加）

【関連材料】133 血管内手術用カテーテル／⑵　末梢血管用ステントセット／④生体吸収・再狭窄抑制型

→K616-6 経皮的下肢動脈形成術

エキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈又は膝下動脈における狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.322、右段上から37行目に下線部追加）

２．材料価格基準の一部改正（告示第306号）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項」「特定保険医療材料の定義」の一部改正（令和７年・保医発1128第２号）（令和７年12月１日適用）

→057 人工股関節用材料の定義

【機能区分の定義】

①～⑦　（略）

⑧骨盤側材料・ライナー・特殊型：次のいずれ

にも該当する。

ア、イ　（略）

ウ　摩耗粉を軽減するための以下のいずれかの加工等が施されているものであって、その趣旨が薬事承認又は認証事項に明記されている。

ⅰ～ⅲ　（略）

ⅳ　抗酸化剤を添加した原材料にガンマ線照射をおこなうことによる架橋処理が施されている。

エ　（略）

⑨～㉒　（略）

（令和７保医発1128･2）（提要P.984、右段上から14行目の月にⅳを追加）

132 ガイディングカテーテル

⑸　分枝血管用　102,000円

（令和７告示306）（提要P.1013、左段上から６行目の次に⑸を追加）

→132 ガイディングカテーテルの算定

⑴～⑻　（略）

⑼　分枝血管用は、複数の分枝血管にステントグラフト内挿術を行う場合であって、複数のガイドワイヤーを同時に血管内に誘導する必要がある場合のみ算定できる。なお、分枝血管用を使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1013、左段下から38行目の月に⑼を追加）

→132 ガイディングカテーテルの定義

次のいずれにも該当する。

①　（略）

②経皮的冠動脈形成術に際し、経皮的冠動脈形成術用カテーテルを病変部に誘導する、血管内手術を実施する際に、血管内手術用カテーテル等を脳血管、腹部四肢末梢血管若しくは肺動脈等に到達させる、重症慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）患者に対する気管支バルブの留置による治療において側副換気の有無を検出する検査を実施する際に肺区域の空気を体外の測定装置に誘導する、又は複数の分枝血管にステントグラフト内挿術を行う際に、複数のガイドワイヤーを使用してプルスルーワイヤーアクセスを確立することを目的に使用するカテーテルである。

【機能区分の定義】

①～④　（略）

⑤分枝血管用：次のいずれにも該当する。

ア　複数の分枝血管にステントグラフト内挿術を行う際に、複数のガイドワイヤーを使用してプルスルーワイヤーアクセスを確立することを目的に使用するカテーテルである。

イ　複数のガイドワイヤーを同時に通すことができるマルチルーメン構造を有する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1013、左段下から27行目に下線部追加、右段上から15行目の次に⑤を追加）

販売名：ゴア トリルーメンカテーテル
保険適用希望企業：日本ゴア合同会社
主な使用目的：複数の分枝血管にステントグラフト留置術を行う際に、複数のガイドワイヤーを使用してプルスルーワイヤーアクセスを確立する目的で使用されるマルチルーメンカテーテルである。

133 血管内手術用カテーテル

⑵　末梢血管用ステントセット

①～③　（略）

④生体吸収・再狭窄抑制型　259,000円
（R7.12.1～ R9.11.30まで264,000円）

（令和７告示306）（提要P.1013、右段上から21行目の次に④を追加）

→133 血管内手術用カテーテルの算定

⑴～⑯　（略）

⑰　末梢血管用ステント・生体吸収・再狭窄抑制型は、包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における対照血管径が2.5㎜以上4.0㎜以下の膝下動脈病変に対して、血管内腔径の改善を目的として使用した場合に限り、１回の手術に対して原則として２個を限度として算定できる。ただし、医学的必要性から３個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で、４個を限度として算定できる。なお、令和９年11月30日までに限り、迅速な保険導入に係る評価を行った価格で算定できる。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1015、左段上から35行目の月に⑰を追加）

→133 血管内手術用カテーテルの定義

⑴　血管内手術用カテーテルの機能区分の考え方（掲載省略）

⑵　（略）

⑶　末梢血管用ステントセット

【定義】次のいずれにも該当する。

ア　薬事承認又は認証上、類別が「機械器具⑺内臓機能代用器」であって、一般的名称が「血管用ステント」、「腸骨動脈用ステント」、「血管用ステントグラフト」、「薬剤溶出型大腿動脈用ステント」又は「薬剤溶出型吸収性下肢動脈用ステント」である。

イ　（略）

【機能区分の定義】

ア　一般型：イ、ウ及びエ以外のものである。

イ　橈骨動脈穿刺対応型：次のいずれにも該当する。

ⅰ　（略）

ⅱ　ウ及びエに該当しない。

ウ　再狭窄抑制型

ⅰ　薬剤による再狭窄抑制のための機能を有し、大腿膝窩動脈の血管内腔の確保を目的に病変部に挿入留置して使用するステントセット（デリバリーシステムを含む）である。

ⅱ　エに該当しない。

エ　生体吸収・再狭窄抑制型

薬剤による再狭窄抑制のための機能を有し、膝下動脈の血管内腔の確保を目的に病変部に挿入留置して使用する生体吸収性ステントセット（デリバリーシステムを含む）である。

⑷～㉒　（略）

㉓　血管形成用カテーテル

【機能区分の定義】

イ　切削吸引型：次のいずれかに~~いずれにも~~該当する。

ⅰ　大腿膝窩動脈の狭窄、再狭窄又は閉塞病変に対して、大腿膝窩動脈に挿入し、カテーテル先端の回転ブレードによって、固いアテローム塊や狭窄病変を切削するカテーテルである。また、生理食塩液を注入する機能をカテーテル先端部に有し、切削物等を吸引し能動的に体外に除去する構造を有する。

ⅱ　膝下動脈の狭窄、再狭窄又は閉塞病変に対して、膝下動脈に挿入し、カテーテル先端の回転バーによって、固いアテローム塊や狭窄病変を切削するカテーテルである。また、カテーテル先端部にダイヤモンドコーティングされた先端バーを有し、切削物等を体内の細網内皮系により除去可能な微粒子に粉砕する機能を有する。

~~ⅱ　カテーテル先端部に生理食塩液を注入する機能を有し、切削物等を吸引し能動的に体外に除去する構造を有する。~~

㉔　（略）

（令和７保医発1128･2）（提要P.1015、左段下から15行目～１行目、P.1017、右段下から４行目～P.1018、左段上から２行目を訂正及び下線部追加）

販売名：Esprit BTKエベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド

保険適用希望企業：アボットメディカルジャパン合同会社

主な使用目的：包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における、対照血管径が2.5㎜以上4.0㎜以下の膝下動脈病変に対する血管内腔径の改善。ただし、本品複数本使用時はスキャフォールド全長を170㎜以下とする。

146 大動脈用ステントグラフト

⑴　腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）

①～③　（略）

④分枝血管部分連結型　3,820,000円

（R7.12.1～ R9.11.30まで3,840,000円）

（令和７告示306）（提要P.1021、右段下から20行目の次に④を追加）

→146 大動脈用ステントグラフトの算定

⑴～⑼　（略）

⑽　腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・標準型を腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合には、１回の手術に対して原則として１個まで算定できる。複数個算定する場合はその医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⑾　腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部

分）・分枝血管部分連結型については、令和９年11月30日までに限り、迅速な保険導入に係る評価を行った価格で算定できる。

⑿　腹部大動脈用ステントグラフト（補助部分）を腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合は、１回の手術に対して原則として１個まで算定できる。複数個算定する場合はその医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⒀　胸腹部大動脈瘤に対して、腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と組み合わせて胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型を使用する場合は、１回の手術に対し、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型は原則として１個を限度として算定できる。ただし、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該材料による治療が適応となる旨を記載する。また、胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・中枢端可動型を複数個使用する場合は、医学的必要性が認められた場合に限り、３個を限度として算定して差し支えない。ただし、複数個の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1022、左段上から31行目の月に⒁～⒀を追加）

→146 大動脈用ステントグラフトの定義

【機能区分の定義】

①腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・標準型：次のいずれにも該当する。

ア　腹部大動脈瘤（胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤を含む）又は総腸骨動脈瘤の治療を目的に使用される。

イ　（略）

②、③　（略）

④腹部大動脈用ステントグラフト（補助部分）：次のいずれにも該当する。

ア　腹部大動脈瘤（胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤を含む）又は総腸骨動脈瘤の治療を目的に使用される。

イ、ウ　（略）

⑤　（略）

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

ア　胸部大動脈瘤（胸腹部大動脈瘤を含む）、胸部大動脈解離又は外傷性大動脈損傷の治療~~のうち、胸部大動脈瘤を含む１つ以上の疾患~~を目的に使用される。

イ～エ　（略）

⑦～⑫　（略）

⒀腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型：次のいずれにも該当する。

ア　胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤のうち、外科的修復術による治療が困難な患者の治療を目的に使用される。

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

ウ　腹腔動脈、上腸間膜動脈及び左右腎動脈に留置するステントグラフトを連結する構造を有する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1022、左段下から36行目～右段上から36行目まで訂正及び下線部追加）

販売名：ゴア エクスクルーダー胸腹部大動脈ブランチ型ステントグラフトシステム（ＴＡＭＢＥ）

保険適用希望企業：日本ゴア合同会社社

主な使用目的：、胸腹部大動脈瘤を有する患者及び傍腎動脈腹部大動脈瘤を有する患者のうち、解剖学的要件を満たし、外科的修復術が困難な患者に対する治療のため、本品との併用における有効性及び安全性が確認された指定のステントグラフトと組み合わせて使用する。

191 末梢血管用ステントグラフト

⑴、⑵　（略）

⑶　腹部大動脈分枝血管対応型　322,000円

（令和７告示306）（提要P.1030、左段上から13行目の次に⑶を追加）

→191 末梢血管用ステントグラフトの算定

⑴、⑵　（略）

⑶　末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、１回の手術につき、標準型及び腹部大動脈分枝血管対応型について

は、人工血管シャント吻合部に対して用いる場合は１本を上限として、その他の場合は２本を上限として、長病変対応型については１本を上限として算定できる。また、TASCⅡC/D病変の、大動脈分岐部病変に対してキッシングステント法が適用される場合にあっては、１回の手術につき、標準型及び腹部大動脈分枝血管対応型については４本を上限とする。

⑷～⑹　（略）

⑺　末梢血管用ステントグラフト・腹部大動脈分枝血管対応型は、胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤を有する患者の治療において、薬事承認において本品と併用する際の有効性及び安全性が確認された指定のステントグラフトと組み合わせて使用し、腹腔動脈、上腸間膜動脈及び腎動脈に留置した場合は、８本を上限として算定できる。ただし、複数個の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載する。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1030、左段上から36、26行目に下線部追加、下から35行目の次に⑺を追加）

→191 末梢血管用ステントグラフトの定義

【定義】次のいずれにも該当する。

①　（略）

②次のいずれかに該当する。

ア～オ　（略）

カ　胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤の治療を目的に、経血管的に腹腔動脈、上腸間膜動脈及び腎動脈に挿入され、体内に留置する。

【機能区分の定義】

①ア、イ　（略）

ウ　②及び③に該当しない。

②　（略）

③腹部大動脈分枝血管対応型：次のいずれにも該当する。

ア　次のいずれかに該当する。

ⅰ　末梢動脈疾患の治療を目的として腸骨動脈に留置する。

ⅱ　胸腹部大動脈瘤又は傍腎動脈腹部大動脈瘤の治療を目的として、腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用し、腹腔動脈、上腸間膜動脈及び腎動脈に留置する。

イ　血液接触面にヘパリンによる抗血栓性が付与されている。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1030、左段下から12行目の次にカを追加、下から５行目に下線部追加、下から１行目の次に③を追加）

販売名：ゴア バイアバーン ＶＢＸ バルーン拡張型ステントグラフト

保険適用希望企業：日本ゴア合同会社

主な使用目的：腸骨動脈に新規病変又は再狭窄病変がある症候性末梢動脈疾患患者の血流を改善する目的で使用する。

また、胸腹部大動脈瘤を有する患者及び傍腎動脈腹部大動脈瘤を有する患者の治療において、腹腔動脈、上腸間膜動脈及び腎動脈に留置し、本品と併用する際の有効性及び安全性が確認された指定のステントグラフトと組み合わせて使用することができる。

→236 上腕静脈用カテーテルの定義

【定義】次のいずれにも該当する。

⑴　薬事承認又は認証上、類別が「機械器具51医療用嘴管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「末梢血管用血管内カテーテル」又は「末梢静脈挿入式中心静脈用カテーテルイントロデューサーキット」である。

⑵、⑶　（略）

（令和７保医発1128･2）（提要P.1036　左段上から１行目。236はR7.8.29追加。本誌2025年９月25日号P.20に掲載）

237 軟骨修復材　1,170,000円

（令和７告示306）

→237 軟骨修復材の算定

⑴　軟骨欠損面積が膝で１㎠以上３㎠以下、肘で１㎠以上1.5㎠以下の軟骨欠損部位を有する、肘関節又は膝関節の外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く）であって、自家骨軟骨移植術が困難な場合や骨端線が残存している小児に使用する場合に限り算定できる。

⑵　軟骨修復材の使用に当たっては、関連学会の定める適正使用指針を遵守する。

⑶　軟骨修復材を使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→237 軟骨修復材の定義

次のいずれにも該当する。

⑴　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「吸収性軟骨再生用材料」である。

⑵　関節軟骨の修復の補助を目的として使用する。

⑶　主成分がアルギン酸ナトリウム溶液及び塩化カルシウム溶液である。

（令和７保医発1128･2）（提要P.1036　左段上から１行目の次に追加）

販売名：軟骨修復材 モチジェル
保険適用希望企業：持田製薬株式会社社
主な使用目的：本品は、膝の３㎠以下又は肘の1.5㎠以下の軟骨欠損面積を有する関節軟骨損傷（外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎。ただし、変形性関節症を除く）の修復の補助及び修復された軟骨による臨床症状の緩和を目的とする。

ポジトロン断層撮影等に係る技術料の新設

2025年（令和７年）11月11日　保医発1111第１号

【編注】厚生労働省は11月11日、ポジトロン断層撮影等において、PSMAイメージング剤を用いた場合を準用点数として新規追加しました。適用は2025年11月12日です。
　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

→PSMAイメージング剤を用いた場合（2,780点）（準用点数の追加）

以下の全ての要件を満たす医療機関において、PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定を目的として、効能又は効果として陽電子放出断層撮影（PET）イメージングのために承認された被標識用製剤のガリウム（^{68}Ga）標識を有する医薬品と効能又は効果としてPSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助を有する医薬品を用いて、PSMAイメージング剤を医療機関内で調製して実施した場合に限り、本区分の「５」の「ロ」イ以外の場合とG020無菌製剤処理料の「１」の「イ」閉鎖式接続器具を使用した場合の所定点数を併せて算定する。原則として患者１人につき１回までの算定とし、２回以上算定する場合は、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、PSMAイメージング剤の調製に係る安全管理等については、関係学会の定める適正使用マニュアルを参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。なお、PSMAイメージング剤の調製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。

ア　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いる。

イ　診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いる。

ウ　関連学会の定めるPSMA標的療法に係る所定の講習会等を受講している医師と診療放射線技師が常勤している。

（令和７保医発1111･1）（提要P.562、右段上から14行目の次に追加）

→E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

→PSMAイメージング剤を用いた場合（3,905点）（準用点数の追加）

以下の全ての要件を満たす医療機関において、PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定を目的として、効能又は効果として陽電子放出断層撮影（PET）イメージングのために承認された被標識用製剤のガリウム（^{68}Ga）標識を有する医薬品と効能又は効果としてPSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助を有する医薬品を用いて、PSMAイメージング剤を

医療機関内で調製して実施した場合に限り、本区分の「４」の「ロ」イ以外の場合とG020無菌製剤処理料の「１」の「イ」閉鎖式接続器具を使用した場合の所定点数を併せて算定する。原則として患者１人につき１回までの算定とし、２回以上算定する場合は、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、PSMAイメージング剤の調製に係る安全管理等については、関係学会の定める適正使用マニュアルを参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。なお、PSMAイメージング剤の調製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。

ア　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いる。

イ　診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いる。

ウ　関連学会の定めるPSMA標的療法に係る所定の講習会等を受講している医師と診療放射線技師が常勤している。

（令和７保医発1111･1）（提要P.564、左段上から19行目の次に追加）

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

→PSMAイメージング剤を用いた場合（4,440点）（準用点数の追加）

以下の全ての要件を満たす医療機関において、PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定を目的として、効能又は効果として陽電子放出断層撮影（PET）イメージングのために承認された被標識用製剤のガリウム（^{68}Ga）標識を有する医薬品と効能又は効果としてPSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助を有する医薬品を用いて、PSMAイメージング剤を医療機関内で調製して実施した場合に限り、本区分の「３」の「ロ」イ以外の場合とG020無菌製剤処理料の「１」の「イ」閉鎖式接続器具を使用した場合の所定点数を併せて算定する。原則として患者１人につき１回までの算定とし、２回以上算定する場合は、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、PSMAイメージング剤の調製に係る安全管理等については、関係学会の定める適正使用マニュアルを参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。なお、PSMAイメージング剤の調製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。

ア　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いる。

イ　診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いる。

ウ　関連学会の定めるPSMA標的療法に係る所定の講習会等を受講している医師と診療放射線技師が常勤している。

（令和７保医発1111･1）（提要P.565、左段下から22行目の次に追加）

販売名：ガリアファーム^{68}Ge/^{68}Gaジェネレータ
　　ロカメッツキット
保険適用希望企業：ノバルティスファーマ株式会社
効能・効果
　ガリアファーム^{68}Ge/^{68}Gaジェネレータ：陽電子放出断層撮影（PET）イメージングのために承認された被標識用製剤のガリウム（68Ga）標識
　ロカメッツキット：PSMA 標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2025年（令和７年）11月11日　保医発1111第６号

【編注】11月11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298、299号の適用は2025年11月12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。

二重取消線は削除、下線は訂正・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298、299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

→ナルティークOD錠75mg

①本製剤の重要な基本的注意において、「本剤は片頭痛の治療に関する十分な知識及び経験を有する医師のもとで使用する」とされているので、片頭痛の治療に関する十分な知識及び経験を有し、本製剤についての十分な知識を有している医師のもとで使用する。

②片頭痛発作の急性期治療

本製剤の効能又は効果に関連する注意において「本剤は国際頭痛学会による片頭痛診断基準により「前兆のない片頭痛」あるいは「前兆のある片頭痛」と確定診断が行われた場合にのみ投与する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

③片頭痛発作の発症抑制

ア　本製剤の効能又は効果に関連する注意において「十分な診察を実施し、前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上発現している、又は慢性片頭痛であることを確認した上で本剤の適用を考慮する」とされており、国内第Ⅲ相試験では、「観察期間（28日間）中の片頭痛日数が４日以上かつ頭痛日数が18日以下」の患者が対象とされていることから、使用に当たっては十分留意し、本製剤の投与開始前の４週間あたりの片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

イ　本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、非薬物療法、片頭痛発作の急性期治療等を適切に行っても日常生活に支障をきたしている患者にのみ投与する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

ウ　本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後３ヵ月を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮する」とされているので、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載する。

エ　本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「定期的に投与継続の要否について検討し、頭痛発作発現の消失・軽減等により日常生活に支障をきたさなくなった場合には、本剤の投与中止を考慮する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ネクセトール錠180mg

①本製剤の効能又は効果に関連する注意において、

「HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分、又は以下に示す HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない患者に使用する。

・副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者

・HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者」

とされているので、使用に当たっては十分留意する。

②本製剤の効能又は効果に関連する注意におい

て、「家族性高コレステロール血症のうちホモ接合体については使用経験がないので、治療上やむを得ないと判断される場合のみ、LDL アフェレーシス等の非薬物療法の補助として本剤の適用を考慮する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ビルベイ顆粒200μg及び同顆粒600μg

①本製剤は、新医薬品として承認されたものであるが、掲示事項等告示第10第２号⑴に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14日分を限度とする）の適用に当たっては、本製剤の効能・効果に係る疾患の特性や治験の成績を勘案し、特例的に当該医薬品の投薬期間制限を14日分ではなく30日分として取り扱う。

なお、本製剤の取扱い上の注意において、「光を避けるため、ボトル開封後も元のボトルのまま保管する」とされているので、本製剤は、基本的に小分けせずにボトル単位で処方・管理することが望ましい。

②令和７年12月１日から起算して１年を経過していない間は、概ね１カ月に１回の頻度で診察を行うとともに、概ね２週間に１回の頻度で電話等を用いて、患者の状態や服薬の状況等を確認する。また、その間、本製剤処方時には前回処方時以降の当該診察又は電話等による確認の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→イブトロジーカプセル200mg

本製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、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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、本製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。

→ヘルネクシオス錠60mg

本製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、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること」とされているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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、本製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。

→アイザベイ硝子体内注射液20mg /mL

①本製剤の投与にあたっては、本製剤の効能又は効果が「萎縮型加齢黄斑変性における地図状萎縮の進行抑制」である点に十分留意する。

②本製剤の重要な基本的注意において、「網膜疾患に関する専門知識を有し、硝子体内注射の投与手技に関する十分な知識・経験のある眼科医のみが本剤を投与する」とされているので、萎縮型加齢黄斑変性の病態、診断及び治療を熟知し、本製剤についての十分な知識を有している医師のもとで使用する。

③本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断する」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載する。

→プルヴィクト静注

①本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA陽性病変を有することが確認された患者に投与する」とされているので、PSMA陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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、本製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治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理

解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行う」及び「アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→ガリアファーム^{68}Ge/^{68}Ga ジェネレータ及びガリアファーム溶出用0.1mol/L塩酸溶液

塩化ガリウム（^{68}Ga）溶液の溶出を行う際に、構成品の溶出用0.1mol/L塩酸溶液とは別に、ガリアファーム^{68}Ge/^{68}Ga ジェネレータ専用の溶出用0.1mol/L塩酸溶液を用いて溶出を行った場合に限り、「ガリアファーム溶出用0.1mol/L塩酸溶液」として算定できる。算定にあたっては、本製剤の適用上の注意において、「充填量は、事前溶出では10mL、^{68}Ga標識のための溶出では５mLとする」とされていることから、事前溶出が必要な場合は15mL、事前溶出が必要ない場合は５mLを算定できる。

→トシリズマブ BS 点滴静注 80mg「CT」、同点滴静注200mg「CT」及び同点滴静注400mg「CT」

①既存治療で効果不十分な関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む）及び既存治療で効果不十分な多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎

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、少なくとも１剤の抗リウマチ薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与する」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

②既存治療で効果不十分な全身型若年性特発性関節炎

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、副腎皮質ステロイド薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与する」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

③悪性腫瘍治療に伴うサイトカイン放出症候群

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の投与にあたっては、学会のガイドライン等の最新の情報を参考に適応患者を選択し、その他の対症療法の実施とともに使用する」と記載されているので、使用に当たっては、十分留意する。

・算定留意事項の改正

→ゾフルーザ錠10mg、同錠20mg及び同顆粒２％分包

①本製剤については、抗ウイルス薬の投与が全てのＡ型又はＢ型インフルエンザウイルス感染症の治療に必須でないことを踏まえ、本製剤の使用の必要性を慎重に検討した上で、Ａ型又はＢ型インフルエンザウイルス感染症の発症後の治療を目的として使用した場合に限り算定できる。

②本製剤の用法及び用量に関連する注意に、治療にあたっては「症状発現から48時間経過後に投与を開始した患者における有効性を裏付けるデータは得られていない」旨が記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

③本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「小児に対する投与については、低年齢になるほど低感受性株の出現頻度が高くなる傾向が示されていることから、学会等から提唱されている最新のガイドライン等を参照し、慎重に検討する」及び「体重20kg未満の小児に対する投与については、他の抗インフルエンザウイルス薬の使用を考慮した上で、本剤の投与の必要性を特に慎重に検討する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

（令和２保医発1127･3、令和７保医発1111･6一部改正）

→スピンラザ髄注12mg、同髄注28mg、髄注50mg

①本製剤の効能又は効果に関連する注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が１以上であることが確認された患者に投与する」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が１以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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、本製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日本小児神経学会の「ゾルゲンスマ点滴静注適正使用指針」において、「本品投与後に脊髄性筋萎縮症に対する他剤（ヌシネルセンナトリウム等）を投与した際の有効性及び安全性は確認されていないことから、本品投与後の他剤（ヌシネルセンナトリウム等）投与を推奨しない。他剤による追加治療については、本品による治療の後、一定期間維持されていた運動マイルストーンが消失し、本品投与によって生じた副作用が臨床的に問題ない状態まで回復し、安全性上のリスクが十分管理可能と考えられる患者にのみ検討する」とされていることから、オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合は、その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

③本製剤の効能又は効果に関連する注意において「SMN2遺伝子のコピー数が４以上の臨床所見が発現する前の患者については、無治療経過観察の選択肢についても十分検討し、~~遺伝子検査によりSMN1遺伝子の欠失又は変異を有していたとしても、臨床所見が発現する前からは投与せず、臨床所見の発現後に、~~本剤投与のリスクとベネフィットを考慮した上で投与の必要性を判断する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

④本製剤の用法及び用量に関連する注意において「本剤の用法・用量の選択に当たっては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、１回50mg／28mg投与時及び１回12mg相当量投与時における、有効性及び安全性を十分に理解した上で、患者の状態に応じて判断する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

（平成29保医発0829･8、令和７保医発1111･6一部改正）

→オータイロカプセル40mg及び同カプセル160mg

（本文略）

（令和６保医発1119･11、令和７保医発1111･6一部改正）

→レットヴィモカプセル40mg、同カプセル80mg、同錠40mg及び同錠80mg

（本文略）

（令和３保医発1124･4、令和７保医発1111･6一部改正）

→アウィクリ注 フレックスタッチ 総量300単位及び同注フレックスタッチ 総量700単位

（本文略）

（令和６保医発1119･11、令和７保医発1111･6一部改正）

→クリースビータ皮下注10mg、同皮下注20mg、同皮下注30mg、同皮下注10mgシリンジ、同皮下注20mgシリンジ及び同皮下注30mgシリンジ

①・②　（略）

③クリースビータ同皮下注10mgシリンジ、同皮下注20mgシリンジ及び同皮下注30mgシリンジについては、針付注入器一体型のキットであるので、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１保医発1118･1、令和７保医発1111･6一部改正）

→ルミセフ皮下注210mgシリンジ及び同皮下注210mgペン

①本製剤はブロダルマブ製剤であり、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、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。

（平成29保医発0831･1、令和７保医発1111･6一部改正）

→ビロイ点滴静注用100mg及び同点滴静注用300mg

（本文略）

（令和６保医発0521･1、令和７保医発1111･6一部改正）

→タクザイロ皮下注300mgシリンジ及び同皮下注300mgペン

（本文略）

（令和４保医発0524･3、令和７保医発1111･6一部改正）

→デュピクセント皮下注300mgシリンジ、同皮下注300mgペン、同皮下注200mgシリンジ及び同皮下注200mgペン

①本製剤は、デュピルマブ製剤であり、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、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。

（平成31保医発0426･3、令和７保医発1111･6一部改正）

→ヒフデュラ配合皮下注及び同配合皮下注シリンジ

（本文略）

（令和６保医発0416･21、令和７保医発1111･6一部改正）

→リスティーゴ皮下注280mg及び同皮下注420mg
（本文略）
（令和７保医発0318･4、令和７保医発1111･6一部改正）

- **「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」の改正**

デュピクセント皮下注300mgシリンジ、同皮下注300mgペン、同皮下注200mgシリンジ及び同皮下注200mgペンについては、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。
（平成30保医発0417･5、令和７保医発1111･6一部改正）

効能･効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等

2025年（令和７年）11月20日　保医発1120第３号

【編注】11月20日、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定に基づき、以下の医薬品の効能・効果等の一部変更が承認されたことに伴い、算定留意事項が通知、変更されました。
（略）は変更なし。二重取消線は削除、下線は変更、追加です。

→ダラキューロ配合注
本製剤を「高リスクのくすぶり型多発性骨髄腫における進展遅延」に用いる場合は、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高リスクの定義等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、診療ガイドライン等の最新の情報を参考に、本剤の投与が適切と判断される患者に使用する」とされており、また、用法及び用量において「投与期間は３年間までとする」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
（令和７保医発1120･3）

→ビラフトビカプセル50mg及び同カプセル75mg
①　（略）
②~~がん化学療法後に増悪した~~BRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌
ア　本製剤の用法・用量に関連する注意において、「がん化学療法後に増悪した患者に対して本剤を投与する場合には、~~「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、~~関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断する」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP値等）を具体的に記載する。
イ　本製剤の用法・用量に関連する注意において、「化学療法歴のない患者に対するセツキシマブ（遺伝子組換え）、フルオロウラシル及びオキサリプラチンとの併用以外での有効性及び安全性は確立していない」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
（平成31保医発0225･9、令和７保医発1120･3一部改正）

→オータイロカプセル40mg及び同カプセル160mg
①ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
本製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、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ROS1融合遺伝子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、本製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。

②NTRK融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌

本製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、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、NTRK融合遺伝子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、本製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。

（令和６保医発1119･11、令和７保医発1120･3一部改正）

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2025年（令和７年）12月４日　保医発1204第５号

【編注】12月４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310号の適用は2025年12月５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。

二重取消線は削除、下線は訂正・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310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

→トルバプタンOD錠3.75mg「TE」及び同OD錠3.75mg「ニプロ」

本製剤の警告において、「本剤投与により、急激な水利尿から脱水症状や高ナトリウム血症を来し、意識障害に至った症例が報告されており、また、急激な血清ナトリウム濃度の上昇による浸透圧性脱髄症候群を来すおそれがあることから、入院下で投与を開始又は再開する。また、特に投与開始日又は再開日には血清ナトリウム濃度を頻回に測定する」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

（令和７保医発1204･5）

２．算定留意事項の改正

→ゼローダ錠300及び後発医薬品のカペシタビン製剤

本製剤の警告において、「本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤が適切と判断される症例についてのみ実施する」と記載されているので、使用にあたっては十分留意する。

~~本製剤の使用上の注意に、「本剤は緊急時に十分な対応が可能な施設及び癌化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、使用上の注意等を遵守の上、投与する」と記載されているので、使用にあたっては十分留意する。~~

（平成15保医発0606001、令和７保医発1204･5一部改正）

→カペシタビン錠300mg「サワイ」

~~本製剤の使用上の注意に、「本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤が適切と判断される症例についてのみ実施する」と記載されているので、使用にあたっては十分留意する。~~

（平成30保医発1213･2、令和７保医発1204･5）（同「トーワ」「ヤクルト」「日医工」「NK」「JG」の通知も削除）

→ジェムザール注射用200mg、同注射用１g及び後発医薬品のゲムシタビン塩酸塩製剤の保険適用上の取扱い

本製剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定する。

（平成11.8.13保医発112、令和７保医発1204･5一部改正）

→ゲムシタビン点滴静注用200mg「サンド」、ゲムシタビン点滴静注用200mg「タイホウ」、ゲムシタビン点滴静注用200mg「ヤクルト」、ゲムシタビン点滴静注用１g「サンド」、ゲムシタビン点滴静注用１g「タイホウ」及びゲムシタビン点滴静注用１g「ヤクルト」

~~本製剤は、緊急時に十分な対応が可能な医療施設において、がん化学療法に十分な経験を持つ医師の下で投与することが適切と判断される症例に使用した場合に限り、算定する。~~

（平成22年保医発0528･1、令和７保医発1204･5）（同「NK」「ホスピーラ」「興和テバ」「サワイ」「サンド」「ファイザー」「日医工」の通知も削除）

→ゼオマイン筋注用50単位、同筋注用100単位、同筋注用200単位、同注用50単位、同注用100単位及び同注用200単位

（通知本文省略）

（令和２保医発1117･3、令和７保医発1204･5）

→ハイカムチン注射用1.1mg及び同点滴静注液１mg／１mLの保険適用上の取扱い

（通知本文省略）

（平成13.2.2保医発29、令和７保医発1204･5）

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

2025年（令和７年）11月20日　保医発1120第２号

【編注】抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤である「ニボルマブ（遺伝子組換え）製剤（販売名：オプジーボ点滴静注20mg、同点滴静注100mg、同点滴静注120mg及び同点滴静注240mg）」について、算定留意事項通知が一部改正されました。
（略）は変更なし。二重取消線は削除、下線は変更、追加です。

→オプジーボ点滴静注20mg、同点滴静注100mg、同点滴静注120mg及び同点滴静注240mg

(1)　（略）

(2)　悪性黒色腫

①　（略）

②~~本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合は、PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）。PD-L1発現率が１％以上の場合は、本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由。PD-L1発現率が確認できなかった場合は、確認できなかった理由~~

③１(1)にかかわらず、次の場合においては投与が認められる。

ア、イ　（略）

（平成29保医発0214･4、令和７保医発1120･2一部改正）

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）11月28日　社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は11月28日、「審査の一般的な取扱い事例」第30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30回・2025年11月28日分）

【医学管理等】

722 癌化学療法で入院した場合の肺血栓塞栓症予防管理料の算定

癌化学療法で入院した場合のＢ001-6肺血栓塞栓症予防管理料の算定は、原則として認められる。

【検査】

723 一般検査（手術前）の算定

①手術前の一般検査として、次の検査の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｄ000尿中一般物質定性半定量検査

⑵　Ｄ005「５」末梢血液一般検査

②手術前の一般検査として次の検査の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｄ005「１」赤血球沈降速度（ＥＳＲ）

⑵　Ｄ005「２」網赤血球数

⑶　Ｄ215「２」ロ⑴超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）

724 一般検査（観血的手術前）の算定

観血的手術前の一般検査として、次の検査の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｄ005「３」末梢血液像（自動機械法）、「６」末梢血液像（鏡検法）

⑵　Ｄ006「４」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量

⑶　Ｄ015「１」Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）

⑷　Ｄ200「１」肺気量分画測定、「２」フローボリュームカーブ

⑸Ｄ208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

725 ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としてのアンチトロンビン活性の算定

ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としてのＤ006「９」アンチトロンビン活性（ＡＴ活性）の算定は、原則として認められる。

726 静脈血栓症疑いに対するアンチトロンビン活性の算定（支払基金・国保統一事例）

静脈血栓症疑いに対するＤ006「９」アンチトロンビン活性（ＡＴ活性）の算定は、原則として認められない。

727 高脂血症又は脂質異常症等に対するリポ蛋白分画の算定（支払基金・国保統一事例）

①高脂血症又は脂質異常症の分類時における下記の検査の算定については、原則として認められる。

⑴　Ｄ007「15」リポ蛋白分画

⑵　Ｄ007「21」リポ蛋白分画（ＰＡＧディスク電気泳動法）

⑶　Ｄ007「34」リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）

②単なる狭心症又は心筋梗塞に対する以下の検査の算定については、原則として認められない。

⑴　Ｄ007「15」リポ蛋白分画

⑵　Ｄ007「21」リポ蛋白分画（ＰＡＧディスク電気泳動法）

⑶　Ｄ007「34」リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）

728 静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血患者に対するフェリチン半定量等の算定（支払基金・国保統一事例）

静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血

患者に対するD007「25」フェリチン半定量、フェリチン定量の算定は、原則として月１回認められる。

729 特発性器質化肺炎に対するＫＬ－６の算定（支払基金・国保統一事例）

特発性器質化肺炎に対するD007「28」ＫＬ－６の算定は、原則として認められる。

730 慢性腎臓病ステージＧ３ａ（確定診断）に対するシスタチンＣの算定（支払基金・国保統一事例）

慢性腎臓病ステージＧ３ａ（確定診断）におけるD007「30」シスタチンＣの算定については、原則として認められる。

731 ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）（精巣腫瘍等）の算定

次の傷病名に対するD008「17」ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）の算定は、原則として認められる。

(1) 精巣腫瘍（疑い含む）
(2) ＨＣＧ産生腫瘍の疑い
(3) 絨毛性疾患（疑い含む）
(4) 存続絨毛症（疑い含む）
(5) 絨毛癌（疑い含む）
(6) 絨毛性腫瘍の疑い
(7) 胚細胞腫瘍（(1)を除く）
(8) 胞状奇胎の疑い

732 ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）（卵巣腫瘍）の算定（支払基金・国保統一事例）

卵巣腫瘍に対するD008「17」ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）の算定は、悪性腫瘍又は癌の疑い傷病名の記載がない場合にあっては、原則として認められない。

733 Ｂ型慢性肝炎治療中のＨＢｓ抗体の算定（支払基金・国保統一事例）

Ｂ型慢性肝炎に対する抗ウイルス薬による治療中のD013「３」ＨＢｓ抗体の算定については、原則として認められない。

734 Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性（急性心筋梗塞等）の算定（支払基金・国保統一事例）

①次の傷病名に対するD015「１」Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性の算定は、原則として認められる。

(1) 急性心筋梗塞
(2) 不安定狭心症（初診時）

②次の傷病名に対するD015「１」Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性の算定は、原則として認められない。

(1) 高脂血症（再診時）
(2) 脂質異常症（再診時）
(3) 高血圧症（再診時）
(4) 糖尿病（再診時）
(5) 陳旧性心筋梗塞
(6) 動脈硬化症関連疾患（再診時）
(7) 狭心症（再診時）

735 感染性胃腸炎に対する排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの）（便検体）の算定

感染性胃腸炎に対するD017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「３」その他のもの（便検体）の算定は、原則として認められない。

736 細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）等（眼科疾患術前検査）の算定（支払基金・国保統一事例）

手術野に感染性疾患が存在する場合の眼科疾患術前検査に対するD018細菌培養同定検査「５」その他の部位からの検体及びD019細菌薬剤感受性検査の算定は、原則として認められる。

737 細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）（白内障術前検査）の算定（支払基金・国保統一事例）

白内障術前検査に対するD018細菌培養同定検査「５」その他の部位からの検体の算定は、原則として認められる。

738 気管支喘息等の診断時に対するフローボリュームカーブ、肺気量分画測定の算定（支払基金・国保統一事例）

①気管支喘息の診断時においては、短時間作用型β２刺激薬の吸入前後のD200「２」フローボリュームカーブの算定は、原則として認められる。

②気管支喘息の診断時においては、短時間作用型β２刺激薬の吸入前のD200「１」肺気量分画測定の算定は原則として認められるが、吸入後の算定は医学的必要性があると判断された場合のみ認められる。

739 Ａ型ボツリヌス毒素製剤を用いた神経ブロック時の超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定（支払基金・国保統一事例）

Ａ型ボツリヌス毒素製剤（ボトックス注用）

の投与によるＬ100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）時のＤ215「２」ロ⑶超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））の算定は、原則として認められない。

740 角膜内皮細胞顕微鏡検査（白内障術後３カ月）の算定間隔（支払基金・国保統一事例）

白内障術後３カ月までの患者に対するＤ279角膜内皮細胞顕微鏡検査の算定は、原則として月１回まで認められる。

741 外来における消化管内視鏡検査等に伴う鎮静後のフルマゼニル注射液の算定

外来における消化管内視鏡検査等に伴うベンゾジアゼピン系薬剤による鎮静後のフルマゼニル注射液（アネキセート注射液等）の算定については、原則として認められる。

742 胃・十二指腸ファイバースコピー（胆のう疾患）の算定（支払基金・国保統一事例）

胆のう疾患に対する、超音波内視鏡検査加算や胆管・膵管造影法加算等の加算がない単なるＤ308胃・十二指腸ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。

【画像診断】

743 過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量（支払基金・国保統一事例）

過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量について、残量破棄分を含めて包装単位（370MBq）での算定は、原則として認められる。

【投薬・注射】

744 ビタミンＢ$_{12}$製剤（内服薬・注射薬）（糖尿病等）の算定

次の傷病名に対するビタミンＢ$_{12}$製剤（内服薬・注射薬）の算定は、原則として認められない。

⑴　糖尿病
⑵　腰痛症
⑶　筋肉痛

745 ビタミン剤（ビタミンＢ$_{12}$製剤を除く）（内服薬）（急性腸炎等）の算定

次の傷病名に対するビタミン剤（ビタミンＢ$_{12}$製剤を除く）（内服薬）の算定は、原則として認められない。

⑴　急性腸炎、急性胃腸障害、胃腸炎、感染性胃腸炎
⑵　感冒、上気道炎
⑶　脱水症
⑷　嘔吐症、下痢症
⑸　インフルエンザ
⑹　眼精疲労

746 ビタミン剤（内服薬）（手術後以外）の算定（支払基金・国保統一事例）

手術後以外で食事療養があり、高カロリー輸液がない場合のビタミン剤（内服薬）の算定は、原則として認められない。

747 肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバンＥＮ配合散の算定（支払基金・国保統一事例）

肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバンＥＮ配合散の算定は、原則として認められない。

748 原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤の算定（支払基金・国保統一事例）

原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤（エルカルチンＦＦ錠、エルカルチンＦＦ内用液、エルカルチンＦＦ静注等）の算定は、小児等の意識障害等で緊急を要する場合を除き、原則として認められない。

749 成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール（メプチンエアー10μg吸入100回）の投与量

成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール（メプチンエアー10μg吸入100回）の１月に３キットまでの投与は、原則として認められる。

750 アポハイドローション20％の投与量

新医薬品として投与制限（令和６年５月31日まで）がある「アポハイドローション20％」の２本の算定は、原則として認められる。

751 腎性貧血に対するＨＩＦ-ＰＨ阻害剤（ダーブロック錠等）の算定

背景因子である保存期慢性腎臓病、すなわち慢性腎不全又は透析状態等の腎性貧血の原因となる傷病名の記載がない「腎性貧血」に対するＨＩＦ-ＰＨ阻害剤（ダーブロック錠等）の算定は、原則として認められない。

752 高血圧症のみ等に対するベンズブロマロン製剤の算定（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められない。

(1) 高血圧症のみ
(2) 急性白血病
(3) 人工透析患者における高尿酸血症

【注射】

753 出血のない胃炎等に対するH$_2$ブロッカー（注射薬）の算定（支払基金・国保統一事例）

①次の傷病名に対するH$_2$ブロッカー（注射薬）（ガスター注等）の算定は、原則として認められない。

(1) 出血のない胃炎
(2) 急性胃腸炎
(3) 慢性胃腸炎
(4) 逆流性食道炎
(5) 摂食障害
(6) 閉塞性黄疸
(7) 出血のない潰瘍
(8) 急性腹症

②次の傷病名に対する侵襲ストレス時のH$_2$ブロッカー（注射薬）（ガスター注等）の算定は、原則として認められる。

(1) 頭部外傷
(2) 熱傷

754 ビタミン剤（ビタミンB$_{12}$製剤を除く）（注射薬）（急性腸炎等）の算定（支払基金・国保統一事例）

次の傷病名等に対するビタミン剤（ビタミンB$_{12}$製剤を除く）（注射薬）の算定は、原則として認められない。

(1) 急性腸炎、急性胃腸障害、胃腸炎、感染性胃腸炎
(2) 感冒、上気道炎
(3) 脱水症
(4) 嘔吐症、下痢症
(5) インフルエンザ
(6) 眼精疲労
(7) 網膜色素変性
(8) 人工透析患者

755 ビタミン剤（注射薬）（手術後以外）の算定

手術後以外におけるビタミン剤（注射薬）の算定は、次のとおりとする。

(1) 食事療養がなく、高カロリー輸液がある場合は、原則として認められる。
(2) 食事療養があり、高カロリー輸液がない場合は、原則として認められない。

【処置】

756 関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントがある場合の創傷処置の算定（支払基金・国保統一事例）

関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントや詳記があるJ000創傷処置「１」100平方センチメートル未満の算定は、原則として認められる。

757 耳垢栓塞に対する耳処置の算定（支払基金・国保統一事例）

耳垢栓塞に対するJ095耳処置の算定は、原則として認められない。

【手術】

758 経尿道的尿路結石除去術時の尿路拡張用カテーテルの算定

尿管結石症に対し、尿管狭窄症、尿管閉塞の傷病名がない場合のK781経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の算定は、原則として認められる。

無資格者によるエックス線の照射等に関する医療法等における取扱い

2025年（令和７年）11月11日
厚生労働省医政局総務課、同地域医療計画課、
同医事課、同医薬産業振興・医療情報企画課　事務連絡

【編注】厚生労働省は11月11日、「無資格者によるエックス線の照射等に関する医療法等における取扱い」及び「医療機関等における医療機器の立会に関する基準」について、再周知しました。
　なお、看護師、保健師、助産師又は准看護師はエックス線（レントゲン）の照射を行うことはできません。エックス線の人体への照射は医師、歯科医師又は診療放射線技師の独占業務と定められていますので、ご注意ください。

医療現場におけるエックス線等の照射については、医療法、診療放射線技師法等に基づき実施されているところであり、また、医療機器の公正な取引等を確保する観点から「「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準」について（依頼）」（平成18年11月10日医政経発1110001号。以下「平成18年通知」という）において、医療機器事業者が医療現場に立ち入って情報提供を行ういわゆる「立会い」の基準に関して周知をしてきた。また、本年、無資格者がエックス線の照射に関わった事案の報道があり、当該事案について、これまで関係者において必要な対応が行われている。

こうしたことも踏まえ、別紙「無資格者によるエックス線の照射等に関する医療法等における取扱いについて」及び別添「医療機関等における医療機器の立会に関する基準」（医療機器業公正取引協議会制定（平成20年４月１日より実施、平成25年12月１日基準変更））（掲載略）について、医療機関において適切な確認及び対応が行われるよう、周知等をお願いする。

（別紙）無資格者によるエックス線の照射等に関する医療法等における取扱い

第１　資格法関係

１　診療放射線技師法関係

医師、歯科医師又は診療放射線技師でなければ、放射線の人体に対する照射（撮影を含み、照射機器を人体内に挿入して行うものを除く。以下同じ）を業としてしてはならないとされており（診療放射線技師法第24条）、これに違反した者は、１年以下の拘禁刑若しくは50万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するとされている（同法第31条第１号）。

また、診療放射線技師は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けなければ、放射線の人体に対する照射をしてはならないこととされており（同法第26条第１項）、これに違反した者は、６月以下の拘禁刑若しくは30万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するとされている（同法第34条）。

なお、診療放射線技師が放射線の人体に対する照射を行ったときは、遅滞なく厚生労働省令で定める事項を記載した照射録を作成し、その照射について指示をした医師又は歯科医師の署名を受けなければならないこととされており（同法第28条第１項）、これに違反した者は、20万円以下の過料に処すとされている（同法第37条第２項）。

２　医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等関係

医師又は歯科医師でなければ、それぞれ医業又は歯科医業をなしてはならないとされており（医師法第17条、歯科医師法第17条）、これらに違反した者は、３年以下の拘禁刑若しくは100万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するとされている（医師法第31条第１項第１号、歯科医師法第29条第１項第１号）。

看護師、保健師、助産師又は准看護師（以下「看護師等」という）でない者は、医師法又は歯科医師法の規定に基づき行う場合を除き、診療の補助を業としてしてはならないとされており（保健師助産師看護師法第31条及び第32条）、これに違反した者は、２年以下

の拘禁刑若しくは50万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するとされている（同法第43条第１項第１号）。

３　その他関係

医師、歯科医師又は診療放射線技師でない者に対して、放射線の人体に対する照射を指示するなど診療放射線技師法に違反する行為を行わせた場合や、看護師等でない者に対して、診療の補助を指示するなど保健師助産師看護師法に違反する行為を行わせた場合には、共犯となるおそれがある。

第２　医療法関係

１　管理者の責務

病院又は診療所の管理者は、医療法に定める管理者の責務を果たせるよう、当該病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督し、その他当該病院又は診療所の管理及び運営につき、必要な注意をしなければならないとされている（医療法第15条第１項）。

具体的には、病院又は診療所の管理者は、それぞれ必要な資格を有していない者が放射線の人体に対する照射、医業若しくは歯科医業又は診療の補助を業として行うこと又はこれらの者に対し従業者がこれらの行為を行わせることがないよう、適切に従業者を監督すること等が求められる。

また、病院又は診療所の管理者は、管理区域（外部放射線の線量、空気中の放射性同位元素の濃度又は放射性同位元素によって汚染される物の表面の放射性同位元素の密度が規定の線量、濃度又は密度を超えるおそれのある場所をいう）内に人がみだりに立ち入らないような措置を講じなければならないとされている（医療法施行規則第30条の16第２項）。

２　報告徴収、立入検査等

⑴　医療機関に対して

都道府県知事、保健所設置市長又は特別区長（以下単に「都道府県知事」という）は、１のとおり病院又は診療所の管理者がその責務を果たさず、又はその運営が著しく適切を欠く疑いがあると認めるときは、必要に応じて、報告徴収又は立入検査を行う（医療法第25条第２項）等ができるものであり、病院又は診療所の適切な実態把握を行う。

また、報告徴収等の結果、都道府県知事が、病院又は診療所の業務が法令等に違反し、又はその運営が著しく適正を欠くと認めるときは、医療法の施行に必要な限度において、当該病院又は診療所の開設者に対し、期限を定めて必要な措置をとるべきことの命令（同法第24条の２第１項）等を行うことができる。

⑵　特定機能病院に対して地方厚生（支）局長は、⑴と同様に、必要があると認めるときは、特定機能病院に対して、報告徴収又は立入検査を行う（医療法第25条第３項・第４項、第75条）ができるものであり、都道府県知事と連携して、特定機能病院の適切な実態把握を行う。

新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援に係る請求（未請求分の請求）の再開

2025年（令和７年）11月14日
厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課　事務連絡　等

【編注】新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援とは、令和６年（2024年）３月31日までに終了した、新型コロナ治療薬（ゾコーバ、ラゲブリオ等）や入院医療費、宿泊療養（軽症者等）に係る医療費等に対する補助（法別番号「28」）を指します。

2025年（令和７年）５月21日付の厚生労働省事務連絡により、審査支払機関において全ての請求（再審査請求を含む）が返戻・保留とされていました。

今般、厚生労働省において必要な予算が確保されたため、これらの請求受付が再開されることとなりました。

本公費支援の取扱いは、2026年（令和８年）２月請求分までが対象です。未請求の診療報酬明細書（レセプト）等がある場合は、早急に審査支払機関へご請求ください。

令和７年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）実施要綱（抜粋。2025年11月14日実施）

⑴　事業内容

ア．宿泊療養又は自宅療養中における公費負担医療への支援

令和２年４月１日から令和５年５月７日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者等であって、症状がない又は医学的に症状が軽い方が、宿泊療養又は自宅療養中に医療機関、薬局及び指定訪問看護事業者（以下「医療機関等」という）を受診（往診、訪問診療等を含む）した新型コロナウイルス感染症に係る医療のうち、保険給付後のなお残る自己負担額に対する公費支援を行う。

イ．新型コロナウイルス感染症治療における治療薬の費用

令和５年５月８日から令和６年３月31日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者の入院・外来における治療に要した治療薬（※1）の費用について、公費支援（※2）を行う。

※１公費支援の対象となる治療薬は、経口薬「ラゲブリオ」、「パキロビッド」、「ゾコーバ」、点滴薬「ベクルリー」、中和抗体薬「ゼビュディ」、「ロナプリーブ」、「エバシェルド」。

※２令和５年５月８日から令和５年９月30日までの間は全額を公費支援、令和５年10月１日から令和６年３月31日までの間は一定の自己負担を求めた上で公費支援を実施。

ウ．新型コロナウイルス感染症治療のための入院に要する支援

令和５年５月１日から令和５年５月７日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者が当該感染症に係る治療のために入院した場合における入院医療費のうち、保険給付後のなお残る自己負担額に対する公費支援を行う。

また、令和５年５月８日から令和６年３月31日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者が当該感染症に係る治療のために入院した場合における、高額療養費制度の自己負担限度額から一定額を減額（※3）した場合の費用に対する公費支援を行う。

※３令和５年５月８日から令和５年９月30日までの間は高額療養費制度の自己負担限度額から原則２万円の減額措置、令和５年10月１日から令和６年３月31日までの間は高額療養費制度の自己負担限度額から原則１万円の減額措置を実施。

⑵　留意事項

ア．３⑴アについては、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供について」（令和２年４月30日健感発0430第３号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）等

に基づき実施されたものである。

イ．３⑴イ及びウについては、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和５年３月17日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡。令和５年５月16日最終改正）及び「新型コロナウイルス感染症の令和５年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和５年９月15日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡。令和５年９月28日最終改正）に基づき実施されたものである。