

① 事務連絡
令和8年7月30日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添6までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」（令和8年4月2日事務連絡）の別添7のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定である旨をお知らせしたところですが、当該事務連絡の別添7の一部について、本事務連絡の別添7のとおり改めます。

- ・「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」（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）
- ・「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8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）
- ・「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8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発 0305 第9号）（別添4）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和8年3月27日保医発 0327 第2号）（別添5）
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」（令和8年3月27日保医発 0327 第6号）（別添6）

(別添 3)

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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 57 の 10 の 1 の 1 の 2 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）

1 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）に関する施設基準

(1) 整形外科を標榜している~~病院~~保険医療機関であること。

第 106 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注 5 及び注 6 に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1) 令和 8 年 3 月 31 日時点において外来・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届け出ている保険医療機関



項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
222	C105-3	在宅半固形栄養経管 栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
				850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
			(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る。))に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
223	C106	在宅自己導尿指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
224	C107-2 C107-2 注3	在宅持続陽圧呼吸療 法指導管理料 情報通信機器を用い た在宅持続陽圧呼吸 療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、 直近3月のCPAP1日平均 使用時間及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに、睡眠ポリグラフィーの実施年月日及び当該管理料を算定する日 の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「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 (別添1第2章第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低 呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要である。また、当該管理料の(3)の ウに該当する場合は、直近3月のうちCPAP1日平均使用時間が1時間以上であったいず れか1月のCPAP1日平均使用時間を記載すること。ただし、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから 3月以内の患者についての記載は不要である。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療 法指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
				842100047	直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):*****		
				852100017	前月のCPAP1日平均使用時間		※
				852100018	2月前のCPAP1日平均使用時間		※
				852100019	3月前のCPAP1日平均使用時間		※
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料): *****		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元 号)yy"年" "mm"月"dd"日		
				830100100	算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):*****		
				850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日(情報通信機器を用 いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		※
				830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 料):*****		
225	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療 法指導管理料の遠隔 モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)前回算定年 月:(元号)yy"年" "mm"月		
226	C108	在宅麻薬等注射指導 管理料	(在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
227	C108-2	在宅腫瘍化学療法注 射指導管理料	(在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
228	C108-3	在宅強心剤持続投与 指導管理料	(在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
229	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共 同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料(悪性腫瘍の場合)又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と 連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
				830100102	連携指導保険医療機関名(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料):*****		
				医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
230	C109	在宅寝たきり患者処 置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
231	C110-2 注2	在宅振戦等刺激装置 治療指導管理料の導 入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
	C110-2 注3	情報通信機器を用い た在宅振戦等刺激装 置治療指導管理料	(情報通信機器を用いた指導管理を実施する場合) 一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日及び植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回 の指導日を記載すること。	850100501	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		※
				850100502	植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導管理年月日(情 報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		※
232	C110-3	在宅迷走神経電気刺 激治療指導管理料の 導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日		
233	C114	在宅難治性皮膚疾患 処置指導管理料	(在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
234	C116	在宅植込型補助人工 心臓(非拍動流型)指 導管理料	(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場 合を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
235	C118	在宅腫瘍治療電場療 法指導管理料	(在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
236	C150	血糖自己測定器加算	(「7日間連続スクラン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合) 1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算):***** (1型糖尿病の患者等に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算):*****		
				114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114046110	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010110	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010210	血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114015610	血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				820100122	当月分		



項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
605		長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
606		プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
607		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		
608	入所者診療	施設入所者自己腹瀉灌流薬剤料	薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
609	入所者診療	緊急時施設治療管理料(併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合)	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。 (緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合) その年月日及び時刻を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者		
				850100295	介護保険の緊急時施設療養費の算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養費の算定時刻		
610	入所者診療	配置医師による診療	「摘要」欄に「配」と表示して「診療日」を記載すること。	842100121	配置医師による診療日:*****		※
611	入所者診療	在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料	(特別養護老人ホームの入所者のうち、在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料を算定することができる場合) 以下のア又はイのいずれかに該当する場合 ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。))において看取った場合(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)	820101926	ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合		※
				820101927	イ 当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合		※
612	A000	初診料	(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合) 直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載すること。	850100618	直近のコンタクトレンズの処方年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830101001	コンタクトレンズを処方した期間:*****		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。



項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
176	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ボグリボースODフィルム0.2「GG」 ボグリボースOD錠0.2mg「ナメフ」 ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0.2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0.2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0.2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0.2mg「武田テバ」 ボグリボース錠0.2mg「NPJ」 ボグリボース錠0.2mg「NS」 ボグリボース錠0.2mg「TCK」 ボグリボース錠0.2mg「YD」 ボグリボース錠0.2mg「サワイ」 ボグリボース錠0.2mg「トーワ」 ボグリボース錠0.2mg「杏林」 ボグリボース錠0.2mg「日医工」 ボグリボース錠0.2mg「武田テバ」	耐腫瘍異常における2段階原病の免疫抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。)	耐腫瘍異常と判断した根拠(判断した年月日とその結果)、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐腫瘍異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等)：*****	
				850600073	耐腫瘍異常と判断した年月日(ベイスン錠0.2等)：(元号)yy年mm月dd日	
				820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった(ベイスン錠0.2等)	
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0.2等)：*****	
177	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「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」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠50mg等)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベージニオ錠50mg等)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠50mg等)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベージニオ錠50mg等)：(元号)yy年mm月dd日	
178	ベスボンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリ法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスボンサ点滴静注用1mg)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスボンサ点滴静注用1mg)：(元号)yy年mm月dd日	
179	ペマジュール錠4.5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治療切除不能胆道癌	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より、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠4.5mg)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジュール錠4.5mg)：(元号)yy年mm月dd日	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠4.5mg)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジュール錠4.5mg)：(元号)yy年mm月dd日	
180	ヘムライブラ度下注12mg ヘムライブラ度下注30mg ヘムライブラ度下注60mg ヘムライブラ度下注100mg ヘムライブラ度下注105mg ヘムライブラ度下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固薬使用時のインセプターを保有することの確認が前提であり、インセプター在庫の測定された年月日及び方を診療報酬明細書の換算欄に記入すること。	850600302	インセプター在庫測定年月日(ヘムライブラ度下注12mg等)：(元号)yy年mm月dd日	○
181	ベリキューボ錠2.5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日(ベリキューボ錠2.5mg等)：(元号)yy年mm月dd日	
				830600083	左室駆出率の値(ベリキューボ錠2.5mg等)：*****	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ベリキューボ錠2.5mg等)：*****	
182	ヘルネクシオス錠80mg		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換算欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600303	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ヘルネクシオス錠80mg)：(元号)yy年mm月dd日	○
				850600304	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヘルネクシオス錠80mg)：(元号)yy年mm月dd日	○
183	ボイデヤ錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても十分な効果が得られない場合に、補体(C5)阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の換算欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名(ボイデヤ錠50mg)：*****	○
				830600248	治療として使用していた薬剤の使用期間(ボイデヤ錠50mg)：*****	○
184	ボテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫(PTCL)の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリ(FCM)又は免疫組織化学染色(IHC)法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ボテリジオ点滴静注20mg)：(元号)yy年mm月dd日	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ボテリジオ点滴静注20mg)：(元号)yy年mm月dd日	
185	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (3) 併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠)：***** (4) 併用療法において安定した血圧コントロールが得られていないと判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠)：*****	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠)：*****	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠)：*****	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠)：*****	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていないと判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠)：(元号)yy年mm月dd日	
				820600322	医師要件A(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				820600323	医師要件イ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				820600324	医師要件ウ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				830600172	ステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)：*****	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年 6月1日 適用
488 188	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ ミチーガ皮下注用30mgバイアル	アトピー性皮膚炎に伴う痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む5年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の治療の状況 ア 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3) 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア 4) 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア かゆみスコア イ EASIスコア	830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
489 188	ミチーガ皮下注用30mgバイアル	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「[17臨床成績]」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に投与すること。」とされているので、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請求欄に記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時の痒みスコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；*****	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；*****	○
				842600071	投与開始時の痒みスコア（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；*****	○
488 187	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手術の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手術の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手術の名称（ムルプレタ錠3mg）；*****	
				850600085	観血的手術の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）：（元号）yy年mm月dd日	
489 188	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg	BRAF遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF遺伝子変異を有する切除不能進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「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、BRAF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、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0.5mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠2mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
489 188	メキニスト小児用ドロシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「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、BRAF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、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠4.7mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
489 190	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「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、BRAF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、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）：（元号）yy年mm月dd日	
489 191	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクシズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコブラン、ジルコプランナトリウム、ダニコバン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイブタコバン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の請求欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。	850600202	エクシズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600203	エクシズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600204	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600205	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600206	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600207	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600208	ベグセタコブラン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600209	ベグセタコブラン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600210	ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600211	ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
				850600306	ダニコバン投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600307	ダニコバン投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600308	クロバリマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600309	クロバリマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600310	イブタコバン(塩酸塩水和物)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600311	イブタコバン(塩酸塩水和物)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
483 182	モノブアー静注500mg モノブアー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が5.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値(モノブアー静注500mg等):*****	
				830600176	投与が必要と判断した理由(モノブアー静注500mg等):*****	
484 183	ヨビバス皮下注168μgペン ヨビバス皮下注294μgペン ヨビバス皮下注420μgペン		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こと。」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こと。	830600253	治療として使用していた薬剤の品名(ヨビバス皮下注168μgペン等):*****	○
				830600254	治療として使用していた薬剤の使用期間(ヨビバス皮下注168μgペン等):*****	○
485 184	ライアットMIBG-1131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMIBG-1131静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライアットMIBG-1131静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(ライブリハント点滴静注350mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
486 185	ライブリハント点滴静注350mg		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、EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)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こと。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライブリハント点滴静注350mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600314	EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(ライブリハント点滴静注350mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600315	EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライブリハント点滴静注350mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
487 186	ラズクルース錠80mg ラズクルース錠240mg		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、EGFR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、EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600316	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ラズクルース錠80mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600317	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ラズクルース錠80mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
488 187	ラピフォートワイプ2.5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(ラピフォートワイプ2.5%):*****	
				850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマン点滴静注100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマン点滴静注100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
489 188	リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KH K」		CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
200 189	リットフォーカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフォーカプセル50mg):*****	
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間(リットフォーカプセル50mg):*****	
201 200	リトゴビ錠4mg		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、FGR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(リトゴビ錠4mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600213	FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リトゴビ錠4mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
202 201	リフヌア錠45mg		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、慢性咳嗽の原因となる病態、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づき十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフヌア錠45mg):*****	
		共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定機能病院、都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) イ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600325	施設要件A(リパタヨ点滴静注350mg)	
				820600326	施設要件イ(リパタヨ点滴静注350mg)	
				820600327	施設要件ウ(リパタヨ点滴静注350mg)	
				820600328	施設要件エ(リパタヨ点滴静注350mg)	
				820600329	施設要件オ(リパタヨ点滴静注350mg)	
	がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療		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A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を主としてがん治療の臨床研修を行っていること。	820600330	医師要件A(リパタヨ点滴静注350mg)	
203 202	リパタヨ点滴静注350mg			820600331	医師要件イ(リパタヨ点滴静注350mg)	
				820600330	医師要件A(リパタヨ点滴静注350mg)	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療	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A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本剤を単独で投与する場合、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」又は「併用投与イ」と記載) ア 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びビドレキセドナトリウムとの併用投与	820600331 医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg) 850600318 PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(リブタヨ点滴静注350mg)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" 842600085 PD-L1陽性を確認した検査の検査結果(発現率)(リブタヨ点滴静注350mg)：***** 820600596 併用投与A(リブタヨ点滴静注350mg) 820600597 併用投与イ(リブタヨ点滴静注350mg)	○ ○ ○ ○	
204 205	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血腫降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血腫降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等)：*****	
206 207	リムバーザ錠100mg リムバーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌」における初回化学療法後の維持療法、イ「がん化学療法後のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する乳房抗がん剤前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能な卵巣における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能な卵巣における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	機能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101 850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日"	
		相同組織換修復欠損を有する卵巣癌におけるベシスマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法	機能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組織換修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103 850600104	相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" 相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日"	
		ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法後の維持療法	機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、pMMRが確認された患者に投与すること。」とされているのでミスマッチ修復機能正常(pMMR)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こと。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600319 850600320	ミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" ミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日"	○ ○
208 209	リンヴォック錠7.5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じた推奨されるステロイド外用薬(ストロククラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IOAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108 医師要件A(リンヴォック錠7.5mg等) 820600109 医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等) 820600110 医師要件ウ(リンヴォック錠7.5mg等) 820600111 前治療要件A(リンヴォック錠7.5mg等) 820600112 前治療要件イ(リンヴォック錠7.5mg等) 842600081 IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：***** 842600082 全身のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：***** 842600083 顔面部のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：***** 842600020 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (リンヴォック錠7.5mg等)：***** 842600021 体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (リンヴォック錠7.5mg等)：*****		
201 206	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214 830600180 850600215	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日(ルクスターナ注)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" 生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注)：***** 生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日(ルクスターナ注)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日"	
208 207	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異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、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216 850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日"	
		がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。	820600598	フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者(ルマケラス錠120mg)	○
				820600332 施設要件A(レクビオ皮下注300mgシリンジ) 820600333 施設要件イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ) 830600181 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：***** 850600218 LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：(元号)yy'年' mm'月' dd'日" 820600334 食事療養を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)		

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年 6月1日 適用
206 208	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（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又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれかに該当するか（「リスク因子A」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血性性脳梗塞（明らかにアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				820600337	最大用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				820600338	リスク因子A（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600339	リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600340	リスク因子ウ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600341	リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600342	リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600343	リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				820600344	患者要件A（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
206 209	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件A」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び要介護者の、安全性に関する内容も読み本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳膜小出血、脳表ヘモジドリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医師が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600347	患者要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				850600221	アミロイドPETの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600222	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600189	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：*****	
				820600349	医師要件A（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600350	医師要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600351	医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600352	医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600353	医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600354	医師要件カ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600355	医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600356	医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600357	施設要件A（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600358	施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	

項目	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用			
214 210	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ錠40mg レットヴィモ錠80mg		(投与開始後6か月以降の投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設(初回投与施設と同一の施設) エ 連携施設(初回投与施設と連携している施設) ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載) オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 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(「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載) ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 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(「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載) ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要と対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	830600190	連携施設名(施設要件エに該当)) (レケンビ点滴静注200mg等); *****				
			830600191	連携施設の所在地(施設要件エに該当)) (レケンビ点滴静注200mg等);*****					
			820600361	施設要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600362	医師要件ケ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600363	医師要件コ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600364	医師要件サ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600365	医師要件シ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600366	医師要件ス(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600367	医師要件セ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600368	医師要件ソ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600369	医師要件タ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			842600043	初回投与から起算しての週数(レケンビ点滴静注200mg等); *****					
			850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日					
			850600224	MRI検査を受けた直近の年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日					
			830600192	投与の継続が必要と判断した理由(レケンビ点滴静注200mg等); *****					
			820600344	患者要件A(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600345	患者要件I(レケンビ点滴静注200mg等)					
			820600346	患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)					
			842600041	認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等); *****					
			850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日					
			842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア(レケンビ点滴静注200mg等); *****					
			850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日					
			214 210	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ錠40mg レットヴィモ錠80mg	RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形腫瘍	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、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET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こと。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
							850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
					RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺癌腫	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、RET遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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こと。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
							850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(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又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれかに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載) ア 冠動脈疾患(冠状動脈に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ アテローム血溶性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 次山町研究スコアにて高リスク分類 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件A(レバーサ皮下注140mgペン)				
				820600114	施設要件I(レバーサ皮下注140mgペン)				
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン);(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン); *****				
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)				
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)				
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)				
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)				
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン);*****				
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン);*****				
				820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注140mgペン)				
				830600094	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン);*****				
				820600120	リスク因子A(レバーサ皮下注140mgペン)				
				820600121	リスク因子I(レバーサ皮下注140mgペン)				

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年 6月1日 適用
213 211	レバサ皮下注140mgペン		(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること)。 (平成29年3月31日以前に本製剤の使用実績がある医療機関の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、当該医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	820600122	リスク因子ウ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600123	リスク因子エ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600124	リスク因子オ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600370	リスク因子カ(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600095	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				820600125	投与中患者(レバサ皮下注140mgペン)	
213 212	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血漿凝固因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等)；*****	
214 213	ロープレナ錠25mg ロープレナ錠100mg		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、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロープレナ錠25mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロープレナ錠25mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
214 214	ロズリットレカプセル100mg ロズリットレカプセル200mg	NTRK 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より、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」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記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリットレカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリットレカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		ROS1 融合遺伝子陽性の初発不能進行・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より、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」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記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリットレカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリットレカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
214 215	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、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できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板-LR「日赤」等)；*****	
213 216	照射洗浄血小板HLA-LRBS「日赤」 照射洗浄血小板-LRBS「日赤」		洗浄血小板製剤の使用適正化については、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、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できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板HLA-LRBS「日赤」等)；*****	○

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

「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」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医
薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について
(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号)

別添

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2
の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

(6) 患者から近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用徴収を
行った保険医療機関及び保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担
に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当
該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

(7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 23 により
地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収
した保険医療機関及び保険薬局については、毎年 of 定例報告の際に、その実施状
況について地方厚生（支）局長に報告すること。

(別添 7)

官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 第 4 章 経過措 置	(新設)	<u>3 第 1 章第 2 部第 1 節の規定にかかわらず、第 1 章第 2 部第 2 節に規定する要件を満たす保険医療機関の病棟（一般病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）であって、令和 8 年 3 月 31 日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っているものについては、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、急性期総合体制加算を算定できるものとする。</u>