

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

社会保険診療報酬支払基金における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

今般、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、平成31年4月に支払基金に設置した「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等^(※)において、検討を重ね、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」を取りまとめましたので、公表いたします。

なお、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意願います。

(※)「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、平成29年1月から平成31年3月までの間は、「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」で検討していましたが、平成30年度に審査に関する検討体制の改編を行い、令和元年度以降は「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等で検討することとなりました。

令和6年2月

診療項目	番号	タイトル	頁
検査	394	一般検査（初診時、入院時）の算定について	1
検査	395	一般検査（内視鏡検査前）の算定について	3
検査	396	一般検査（心臓カテーテル検査前）の算定について	4
検査	397	マイコプラズマ抗体（肺炎、気管支炎等）の算定について	5
検査	398	マイコプラズマ抗原、核酸検出（肺炎、気管支炎等）の算定について	6
検査	399	ヘリコバクター・ピロリ関連検査（胃潰瘍（瘢痕含む。）等のない場合）の算定について	7
検査	400	嫌気性培養加算（ヘリコバクター・ピロリ感染症）の算定について	8
検査	401	抗酸菌分離培養の液体培地法とそれ以外のものの算定回数について	9
検査	402	超音波検査の算定（稽留流産確定後の進行流産）について	10
検査	403	精密眼圧測定（眼精疲労、白内障）の算定について	11
検査	404	胃腸機能整腸薬（下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置）の算定について	12
検査	405	狭帯域光強調加算（胃静脈瘤等）の算定について	13
検査	406	狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定について	14
検査	407	粘膜点墨法加算と色素内視鏡法加算（逆流性食道炎、急性胃炎）の算定について	15
投薬	408	硝酸イソソルビド【内服薬・外用薬】（不整脈等）の算定について	16

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	4 0 9	ニコランジル錠（狭心症のない心筋症等）の算定について	17
投薬	4 1 0	プロピオン酸系抗炎症薬（適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍）の算定について	18
投薬	4 1 1	抗ウイルス薬の併用投与（ヘルペス角膜炎）について	19
投薬	4 1 2	アプレピタントカプセルの算定（投与期間）について	20
投薬	4 1 3	アシクロビルとピダラビンの併用投与（口唇ヘルペス等）について	21
投薬	4 1 4	イトラコナゾールの算定（使用量）について	22
投薬	4 1 5	適応傷病名と胃潰瘍等がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤の算定について	23
注射	4 1 6	注射用ガベキサートメシル酸塩とナファモスタットメシル酸塩製剤の併用投与について	24
注射	4 1 7	注射用ガベキサートメシル酸塩又はナファモスタットメシル酸塩製剤とウリナスタチンの2剤の併用投与について	25
処置	4 1 8	ハイフローセラピー時の酸素の使用量について	26
処置	4 1 9	耳垢栓塞除去（耳垢）の算定について	27
手術	4 2 0	注射用ランジオロール塩酸塩（手術時）の算定について	28
麻酔	4 2 1	静脈麻酔（小児の骨髄穿刺等）の算定について	29
麻酔	4 2 2	リドカインテープ剤（脊椎麻酔時等）の算定について	30
病理診断	4 2 3	病理組織標本作製「1」組織切片の算定について	31

【 検査 】

394 一般検査（初診時、入院時）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

- ① 初診時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。
 - (1) D000 尿中一般物質定性半定量検査
 - (2) D005「5」末梢血液一般検査
- ② 初診時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。
 - (1) D002 尿沈渣(鏡検法)、D002-2 尿沈渣(フローサイトメトリー法)
 - (2) D005「2」網赤血球数(レチクロ)
 - (3) D006「1」出血時間、「2」プロトロンビン時間(P T)、「7」活性化部分トロンボプラスチン時間(A P T T)
 - (4) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
 - (5) フィブリン・フィブリノゲン分解産物(F D P)^{※1}
 - (6) Dダイマー^{※2}
 - (7) D011「1」A B O血液型、R h (D) 血液型
 - (8) 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
- ③ 入院時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。
 - (1) D000 尿中一般物質定性半定量検査
 - (2) D005「3」末梢血液像(自動機械法)、「6」末梢血液像(鏡検法)
 - (3) D005「5」末梢血液一般検査
 - (4) D015「1」C反応性蛋白(C R P)定性、C反応性蛋白(C R P)
 - (5) 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
- ④ 入院時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。
 - (1) D003「5」糞便中ヘモグロビン定性、「7」糞便中ヘモグロビン
 - (2) D005「2」網赤血球数(レチクロ)

○ 取扱いを作成した根拠等

日常初期診療における基本的検査については、日本臨床検査医学会のガイドライン^{※3}において「問診・診察所見をもとに迅速に結果が得られる比較的簡便な基本的検査を診察の一部として必要に応じ選択し、診察所見と検査所見を総合的に評価し、どの系統の疾患ないし病態かを推定し、仮の診断を行うこと」と示されており、「基本的検査」として上記①および③の検査が掲げられている。

そのうえで、「次に患者の問題点を明確化し、問題解決に必要な診察と並行して臓器系統別検査を行う。さらに必要ならば診断確定のための検査を追加

すること」とされており、②および④の検査がこれに該当する。

したがって、上記の基本的検査として①および③は一般検査として必要と考えられる。一方、②および④は基本的検査に加え、個々の病態に応じて実施されることから、初診時または入院時の一般的検査として、実施することは医学的必要性は低いと考えられる。

以上のことから、初診時の一般検査については、①の検査の算定は原則として認められるが、関連する傷病名のない場合の②の検査は原則として認められないと判断した。また、入院時の一般検査については、③の検査の算定は原則として認められるが、関連する傷病名のない場合の④の検査は原則として認められないと判断した。

- (※1) D001「7」フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)、D006「11」フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量
- (※2) D006「14」Dダイマー定性、「15」Dダイマー半定量、「17」Dダイマー
- (※3) 臨床検査のガイドライン JSLM2021(日本臨床検査医学会)

【 検査 】

395 一般検査（内視鏡検査前）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

- ① 内視鏡検査前の一般検査としてD005「5」末梢血液一般検査の算定は、原則として認められる。
- ② 内視鏡検査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。
 - (1) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
 - (2) D011「1」A B O血液型、R h（D）血液型
 - (3) D015「1」C反応性蛋白（C R P）定性、C反応性蛋白（C R P）
 - (4) 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

○ 取扱いを作成した根拠等

内視鏡検査の実施に当たっては、事前に患者の全身状態をチェックの上、実施の可否を判断する必要がある。

末梢血液一般検査は、全身状態の一次的チェックに有用な検査であると考えられる。

一方、②の検査については、内視鏡検査の目的及び手技内容から、その実施の可否の判断に用いる検査としての医学的必要性は低いと考えられる。

以上のことから、内視鏡検査前の一般検査として①の検査の算定は認められ、関連する傷病名のない場合の②の検査の算定は認められないと判断した。

【 検 査 】

３ ９ ６ 一般検査（心臓カテーテル検査前）の算定について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

- ① 心臓カテーテル検査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。
 - (1) D005「5」末梢血液一般検査
 - (2) 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
- ② 心臓カテーテル検査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。
 - (1) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
 - (2) D007「36」血液ガス分析

○ 取扱いを作成した根拠等

心臓カテーテル検査は、血管損傷による出血・血栓症、不整脈等のリスクを伴う場合があり、実施に当たっては事前に患者の全身状態をチェックの上、実施の可否を判断する必要がある。

末梢血液一般検査は、全身状態の一次的チェックに有用な検査であり、また、心電図検査は不整脈等の診断に必須の検査である。

一方、②の検査は、心臓カテーテル検査の目的及び手技内容から、その実施の可否の判断に用いる検査としての医学的必要性は低いと考えられる。

以上のことから、心臓カテーテル検査前の一般検査として①の検査の算定は認められ、関連する傷病名のない場合の②の検査の算定は認められないと判断した。

【 検 査 】

３９７ マイコプラズマ抗体（肺炎、気管支炎等）の算定について

《令和６年１２月２７日》

○ 取扱い

マイコプラズマ感染症（疑い含む。）のない次の傷病名に対するD012「４」マイコプラズマ抗体定性又はマイコプラズマ抗体半定量の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎（成人）
- (2) 気管支炎
- (3) 慢性呼吸不全
- (4) 肺結核
- (5) 肺気腫
- (6) 気管支喘息

○ 取扱いを作成した根拠等

マイコプラズマ感染症は、Mycoplasma pneumoniaeによって引き起こされる小児や若年成人の上気道炎、気管支炎、肺炎の原因として比較的多く見られる。

また、マイコプラズマ抗体定性及びマイコプラズマ抗体半定量は、マイコプラズマ感染の診断補助に用いられる検査である。

したがって、これらの検査を算定するに当たっては、マイコプラズマ感染の診断目的で実施されたことが明確である必要がある。

以上のことから、マイコプラズマ感染症（疑い含む。）のない上記の(1)から(6)の傷病名に対する当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

３９８ マイコプラズマ抗原、核酸検出（肺炎、気管支炎等）の算定について

《令和６年１２月２７日》

○ 取扱い

マイコプラズマ感染症（疑い含む。）のない次の傷病名に対するD012「26」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「34」マイコプラズマ抗原定性（FA法）又はD023「6」マイコプラズマ核酸検出の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎
- (2) 気管支炎
- (3) 慢性呼吸不全
- (4) 肺結核
- (5) 肺気腫
- (6) 気管支喘息

○ 取扱いを作成した根拠等

マイコプラズマ感染症は、*Mycoplasma pneumoniae*によって引き起こされる小児や若年成人の上気道炎、気管支炎、肺炎の原因として比較的多く見られる。

また、マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、マイコプラズマ抗原定性（FA法）、マイコプラズマ核酸検出は、いずれもマイコプラズマ感染の診断に用いられる検査である。

したがって、これらの検査を算定するに当たっては、マイコプラズマ感染の診断目的で実施されたことが明確である必要がある。

以上のことから、マイコプラズマ感染症（疑い含む。）のない上記の(1)から(6)の傷病名に対する当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

399 ヘリコバクター・ピロリ関連検査（胃潰瘍（癒痕含む。）等のない場合）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

ヘリコバクター・ピロリ関連検査^{※1}の算定については、次の傷病名がなく、ヘリコバクター・ピロリ感染症（疑い含む。）の傷病名がある場合であっても、原則として認められない。

- (1) 胃潰瘍（癒痕含む。）
- (2) 十二指腸潰瘍（癒痕含む。）
- (3) 胃MALTリンパ腫
- (4) 特発性血小板減少性紫斑病
- (5) 早期胃癌（内視鏡的治療後）
- (6) 胃炎

○ 取扱いを作成した根拠等

ヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては、厚生労働省通知^{※2}に「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。」と示されており、当該取扱い通知に「ヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査については、以下に掲げる患者^{※3}のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に限り算定できる。」と示されている。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ関連検査^{※1}の算定について、上記(1)から(6)の傷病名がない場合は、ヘリコバクター・ピロリ感染症（疑い含む。）の傷病名がある場合であっても、原則として認められないと判断した。

（※1） ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて（平成12年10月31日保険発第180号、最終改正；令和4年10月31日保医発1031第5号）において、除菌前の感染診断の検査法として掲げられている次の検査
①迅速ウレアーゼ試験、②鏡検法、③培養法、④抗体測定、⑤尿素呼気試験、⑥糞便中抗原測定、⑦核酸増幅法

（※2） 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

（※3） ①内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者、②胃 MALT リンパ腫の患者、③特発性血小板減少性紫斑病の患者、④早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者、⑤内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者

【 検 査 】

400 嫌気性培養加算（ヘリコバクター・ピロリ感染症）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染症に対する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

嫌気性培養は、酸素のある環境では増殖できない菌種（偏性嫌気性菌）の検出を目的として行われるものである。

一方、ヘリコバクター・ピロリ感染症の原因菌であるピロリ菌は微好気性菌に属する菌である。したがって、ヘリコバクター・ピロリ感染の診断において、嫌気性培養を行う医学的必要性はない。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染症に対する当該検査の算定は、原則認められないと判断した。

【 検 査 】**4 0 1 抗酸菌分離培養の液体培地法とそれ以外のものの算定回数について****《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》****○ 取扱い**

結核に対する同日に採取した検体による D020「1」抗酸菌分離培養（液体培地法）又は「2」抗酸菌分離培養（それ以外のもの）の算定は、原則として 1 回のみ認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

D020 抗酸菌分離培養検査は、抗酸菌感染症が疑われる場合に行われる検査で、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出する「液体培地法」と「それ以外のもの」とがあるが、結核の診断において、これらの検査の組み合わせによる複数回の実施は、臨床的意義が低い。

また、厚生労働省通知※に「検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1 回のみ所定点数を算定する。」と示されている。

以上のことから、結核に対する同日に採取した検体による当該検査の算定は、原則として 1 回まで認められると判断した。

（※）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

【 検 査 】

402 超音波検査の算定（稽留流産確定後の進行流産）について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

稽留流産確定後の進行流産（不全流産・完全流産）の診断時のD215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。

○ 取扱いを作成した根拠等

稽留流産は、胎芽又は胎児が子宮内で死亡した後、出血や腹痛等の流産の症状がなく子宮内に留まっている状態のものである。

経過としては、手術により子宮内容物を除去する場合と、自然経過で出血、腹痛を伴う子宮収縮、子宮口開大をきたし子宮内容物が体外に排出される場合があり、進行流産（不全流産又は完全流産）への推移に伴う病態の変化を観察するための超音波検査は有用である。

以上のことから、稽留流産確定後の進行流産（不全流産・完全流産）の傷病名に対する診断時のD215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と判断した。

【 検 査 】

4 0 3 精密眼圧測定（眼精疲労、白内障）の算定について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する D 264 精密眼圧測定の算定は、原則として認められる。

- (1) 眼精疲労（再診時）
- (2) 白内障

○ 取扱いを作成した根拠等

精密眼圧測定は、眼内圧を測定する検査である。眼精疲労の原因は、屈折異常、老眼、ドライアイ、白内障、緑内障等多岐にわたる。また、白内障については、その進行による眼圧の上昇を調べる目的等において、精密眼圧測定は有用である。

以上のことから、上記傷病名に対する D 264 精密眼圧測定の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

404 胃腸機能整腸薬（下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置として次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) イトプリド塩酸塩（ガナトン錠等）
- (2) ドンペリドン（ナウゼリン錠等）
- (3) トリメブチンマレイン酸塩（セレキノン錠等）
- (4) メトクロプラミド（プリンペラン錠等）

○ 取扱いを作成した根拠等

上記(1)から(4)の医薬品については、添付文書の効能・効果に「慢性胃炎における消化器症状」等と上部消化管の疾患、症状が記載されており、上部消化管運動に対して作用すると考えられ、下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置としての有用性は低く適応もない。

以上のことから、当該検査又は当該手術時の前処置として上記(1)から(4)の当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

405 狭帯域光強調加算（胃静脈瘤等）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する狭帯域光強調加算の算定は、原則として認められない。

- (1) 胃静脈瘤、食道静脈瘤
- (2) 逆流性食道炎
- (3) 慢性胃炎
- (4) 胃炎
- (5) 十二指腸潰瘍

○ 取扱いを作成した根拠等

狭帯域光観察（NBI）は狭帯化された2つの波長の光を照射し、粘膜表層の微細血管、微細構造を強調表示し、拡大内視鏡を用いて、病変部の悪性腫瘍の鑑別を目的に行う検査である。

本加算は、上記を目的に検査を実施した場合にのみ算定できる。

以上のことから、上記(1)から(5)の傷病名に対する狭帯域光強調加算の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

406 狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

悪性腫瘍（疑い含む。）に対する胃・十二指腸ファイバーにおける狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

狭帯域光強調法は特殊光を用いて病変部を観察する手技で、粘膜点墨法は病変をマーキングし、その位置を明確にする手技であり、それぞれ実施目的が異なる。

以上のことから、悪性腫瘍（疑い含む。）に対する胃・十二指腸ファイバーにおける狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**407 粘膜点墨法加算と色素内視鏡法加算（逆流性食道炎、急性胃炎）の算定について****《令和6年12月27日》****○ 取扱い**

- ① 逆流性食道炎に対するD306 食道ファイバースコープ時の粘膜点墨法加算又は色素内視鏡法加算の算定は、原則として認められない。
- ② 急性胃炎に対するD308 胃・十二指腸ファイバースコープ時の粘膜点墨法加算又は色素内視鏡法加算の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

粘膜点墨法は、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるもの、色素内視鏡法は、インジゴカルミン等の色素を散布して周囲との境界を明瞭にし、コントラストや凹凸変化、色調変化を強調するものであり、逆流性食道炎や急性胃炎に対する内視鏡検査時に、これらの検査法を実施する必要性は低いと考えられる。

以上のことから、逆流性食道炎に対するD306 食道ファイバースコープ時や急性胃炎に対するD308 胃・十二指腸ファイバースコープ時の粘膜点墨法加算又は色素内視鏡法加算の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**４０８ 硝酸イソソルビド【内服薬・外用薬】（不整脈等）の算定について**

《令和６年１２月２７日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する硝酸イソソルビド【内服薬・外用薬】（フランドル錠、フランドルテープ等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 不整脈
- (2) 心房細動
- (3) 上室性期外収縮

○ 取扱いを作成した根拠等

硝酸イソソルビドであるフランドル錠、フランドルテープの添付文書の効能・効果は「狭心症、心筋梗塞（急性期を除く）、その他の虚血性心疾患」である。

また、作用機序として「主に末梢の容量血管を拡張して前負荷を減少させるとともに、冠動脈に対しては拡張作用と攣縮解除作用を有し、心筋酸素需給のアンバランスを改善することにより心機能の改善をもたらす」と記載されており、当該医薬品は虚血性心疾患に効果のある医薬品である。上記(1)から(3)は心筋虚血状態とは考えられない。

以上のことから、不整脈、心房細動、上室性期外収縮に対する投与は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】

409 ニコランジル錠（狭心症のない心筋症等）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

狭心症のない次の傷病名に対するニコランジル錠（シグマート錠 2.5mg 等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 心筋症
- (2) 特発性拡張型心筋症
- (3) 心不全

○ 取扱いを作成した根拠等

ニコランジル錠（シグマート錠 2.5mg 等）の添付文書の効能・効果は「狭心症」である。また、薬理作用として、冠血管拡張作用や冠血管攣縮緩解作用等を有しており、これらの作用は狭心症の治療に有用である。

一方、心筋症は「心機能障害を伴う心筋疾患」※1、心不全は「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」※2であり、これらと狭心症とは区別されるべきものとする。

以上のことから、狭心症のない心筋症、特発性拡張型心筋症、心不全に対するニコランジル錠（シグマート錠 2.5mg 等）の算定は、原則として認められないと判断した。

（※1） 日本循環器学会 日本心不全学会合同ガイドライン「心筋症診療ガイドライン（2018年改訂版）」より

（※2） 日本循環器学会 日本心不全学会合同ガイドライン「2021年 JCS/JHFSガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」より

【 投 薬 】**4 1 0 プロピオン酸系抗炎症薬（適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍）の算定について**

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するプロピオン酸系抗炎症薬（ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）又はプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル等））の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

プロピオン酸系抗炎症薬（ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）やプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル等））は、プロスタグランジン生合成抑制作用等により、解熱、鎮痛、抗炎症効果を発揮する医薬品である。

その作用により、胃の血流量が減少し消化性潰瘍が悪化することがあるため、消化性潰瘍のある患者には禁忌とされている。一方、潰瘍治療薬（胃酸抑制及び胃粘膜保護）の作用によって、潰瘍の経過（ステージ分類）は、急性期以降、治癒過程へ向かうと示されており、胃血流減少による治癒過程への影響は小さいと考えられることから、適応傷病名に対する解熱、鎮痛、抗炎症目的で当該医薬品の投与が優先されることが多い。

以上のことから、適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するこれらの医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】

4 1 1 抗ウイルス薬の併用投与（ヘルペス角膜炎）について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

ヘルペス角膜炎に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。

- (1) アシクロビル【眼軟膏】（ゾビラックス眼軟膏等）とアシクロビル【内服薬】（ゾビラックス錠等）
- (2) アシクロビル【眼軟膏】（ゾビラックス眼軟膏等）とアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）

○ 取扱いを作成した根拠等

ゾビラックス眼軟膏の添付文書の効能・効果は「単純ヘルペスウイルスに起因する角膜炎」であり、ゾビラックス錠の効能・効果には「単純疱疹」が、ゾビラックス点滴静注用の効能・効果には「免疫機能の低下した患者（悪性腫瘍・自己免疫疾患など）に発症した単純疱疹」がある。

ヘルペス角膜炎は単純ヘルペスウイルスによる角膜感染症で、上皮型、実質型、内皮型に分類され、再発が多く角膜の知覚低下や角膜瘢痕、視覚障害を生じることがある。上皮型については、感染性角膜炎診療ガイドライン（第 3 版）に、アシクロビル眼軟膏 1 日 5 回の投与が原則であるが、抗ウイルス薬の全身投与を条件付きで推奨する旨記載されており、免疫機能の低下した患者や再発を繰り返す患者等、眼軟膏では治療効果が得られない場合は、内服薬や注射薬との併用投与は、有用であると考えられる。

以上のことから、ヘルペス角膜炎に対する上記抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**4 1 2 アプレピタントカプセルの算定（投与期間）について**

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

成人に対するアプレピタントカプセル（イメンドカプセル 80 mg、125 mg）
1 処方あたりの投与期間は、原則として 5 日間まで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

イメンドカプセルは、添付文書の用法及び用量に関連する注意に「本剤の投与期間は 3 日間を目安とすること。また、成人では 5 日間を超えて、12 歳以上の小児では 3 日間を超えて本剤を投与した際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。一方、血中濃度について、「1 日目に 125mg、2～5 日目に 80mg 経口投与した時、血漿中濃度のトラフ値は 1,020～1,410ng/mL で、投与期間を通じて変動は小さく血漿中濃度は安定していた。」と記載されており、5 日間の投与は有効性及び安全性からみて妥当と考える。

以上のことから、成人に対するアプレピタントカプセル（イメンドカプセル 80 mg、125 mg）1 処方あたりの投与期間は、原則として 5 日間まで認められると判断した。

【 投薬 】

4 1 3 アシクロビルとビダラビンの併用投与（口唇ヘルペス等）について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

口唇ヘルペス又は外陰部ヘルペスに対するアシクロビル【内服薬】（ゾビラックス錠等）とビダラビン【外用薬】（アラセナ-A 軟膏等）の併用投与は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

ゾビラックス錠とアラセナ-A 軟膏 3% の添付文書の効能・効果には「単純疱疹」がある。口唇ヘルペスと性器（外陰部）ヘルペスは、共に単純ヘルペス（単純疱疹）の一種で、前者は主に単純ヘルペスウイルス 1 型、後者は単純ヘルペスウイルス 2 型の感染により発症する。いずれも治療には抗ウイルス薬（内服薬・外用薬）を使用し、初感染時等症状が強い場合は、内服薬と外用薬を併用投与する。

以上のことから、上記傷病名に対するこれらの医薬品の併用投与は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**4 1 4 イトラコナゾールの算定（使用量）について****《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》****○ 取扱い**

爪白癬に対するイトラコナゾール（イトリゾールカプセル）のパルス療法 1 日 400mg 未満の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

爪白癬に対するイトラコナゾールのパルス療法については、400 mg/日 3 サイクルが基本であり、添付文書の用法・用量に「通常、成人にはイトラコナゾールとして 1 回 200mg を 1 日 2 回（1 日量 400mg）食直後に 1 週間経口投与し、その後 3 週間休薬する。これを 1 サイクルとし、3 サイクル繰り返す。」と記載されているが、併せて、「必要に応じ適宜減量する。」と記載されている。

以上のことから、爪白癬に対するイトラコナゾール（イトリゾールカプセル）のパルス療法 1 日 400mg 未満の算定は、原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**4 1 5 適応傷病名と胃潰瘍等がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤の算定について****《令和6年12月27日》****○ 取扱い**

- ① 適応傷病名と出血を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。
- ② 適応傷病名と出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

チクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）は「血小板凝集抑制作用、抗血栓効果等を示す医薬品であり、これらの作用から、出血している患者への投与は止血が困難になる危険性が高い。

以上のことから、適応傷病名と出血を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

一方、出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の患者に対する当該医薬品の投与は、上記の危険性は低く、適応傷病名に対する有用性が高いと考えられる。

以上のことから、適応傷病名と出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【 注射 】

4 1 6 注射用ガベキサートメシル酸塩とナファモスタットメシル酸塩製剤
の併用投与について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）とナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）の併用投与は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）とナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）は、添付文書の効能・効果に急性膵炎や汎発性血管内血液凝固症が示され、共に、合成プロテアーゼインヒビターで、膵酵素活性化抑制作用や抗凝固（A T非依存性の抗トロンビン）作用等、同様の作用を有しており、双方の算定は過剰と考えられる。

以上のことから、これら医薬品の併用投与は、原則として認められないと判断した。

【 注射 】**4 1 7 注射用ガベキサートメシル酸塩又はナファモスタットメシル酸塩製剤とウリナスタチンの2剤の併用投与について****《令和6年12月27日》****○ 取扱い**

膵炎かつ播種性血管内凝固症候群に対して注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）又はナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）とウリナスタチン（ミラクリッド注射液）の2剤の併用投与は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

合成プロテアーゼ阻害剤である注射用エフオーワイや注射用フサン等はその添付文書の効能・効果に急性膵炎やD I C等が記され、膵酵素活性抑制作用や抗凝固作用等を示すとされている。

一方、多価・酵素阻害剤であるミラクリッドはトリプシンを始め、好中球エラスターゼ等種々酵素活性を阻害し、かつI L - 2やT N F - α などの産生抑制及び好中球活性の抑制が示され、急性膵炎や急性循環不全が適応として示されている。

膵炎は急速な重症化によりD I Cを合併することもあり、また、血管透過性の亢進による血管内脱水、循環不全、ショックを併発するため、ミラクリッドは上記の病態の改善に有用と考える。

以上のことから、膵炎かつ播種性血管内凝固症候群に対して注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）又はナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）とウリナスタチン（ミラクリッド注射液）の2剤の併用投与は、原則として認められると判断した。

【 処 置 】

4 1 8 ハイフローセラピー時の酸素の使用量について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

J 026－4 ハイフローセラピー時の酸素は、原則として 1 日 86,400 L まで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

ハイフローセラピーは、高流量で高濃度の酸素を鼻カニューラを介して吸入する呼吸管理法で、使用する酸素の最大量は、通常 60L/分である。

以上のことから、J 026－4 ハイフローセラピー時の酸素は、原則として 1 日 86,400 L まで認められると判断した。

【 処置 】**4 1 9 耳垢栓塞除去（耳垢）の算定について****《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》****○ 取扱い**

耳垢に対する J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

耳垢栓塞除去（複雑なもの）は、厚生労働省通知※に「耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。」と記載されており、また、「簡単な耳垢栓除去は、第 1 章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。」と記載されている。

単に耳垢の場合、その除去は上記通知より簡単な耳垢栓除去に該当し、処置料は基本診療料に含まれると解釈することが妥当である。

以上のことから、耳垢に対する J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）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

【 手術 】**４２０ 注射用ランジオロール塩酸塩（手術時）の算定について**

《令和６年１２月２７日》

○ 取扱い

手術時に不整脈等の傷病名がない場合の注射用ランジオロール塩酸塩（オノアクト点滴静注用）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

注射用ランジオロール塩酸塩（オノアクト点滴静注用）の添付文書における効能・効果は「手術時の頻脈性不整脈に対する緊急処置、手術後の循環動態監視下における頻脈性不整脈に対する緊急処置、成人及び小児の心機能低下例における頻脈性不整脈、生命に危険のある不整脈で難治性かつ緊急を要する場合、敗血症に伴う頻脈性不整脈」とされており、手術時に頻脈性不整脈等が認められない場合、本剤の適応がない。

以上のことから、手術時に不整脈等の傷病名がない場合に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【 麻 酔 】

4 2 1 静脈麻酔（小児の骨髄穿刺等）の算定について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

小児における次の診療行為に対する L 001－2 静脈麻酔の算定は、原則として認められる。

- (1) 骨髄穿刺
- (2) 腰椎穿刺
- (3) C T 撮影
- (4) M R I 撮影

○ 取扱いを作成した根拠等

静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤（全身麻酔剤のイソゾール、ラボナール、プロポフォール、ケタミン、麻酔用神経遮断剤のドロペリドール）を用いた全身麻酔であり、意識消失を目的とするものである。小児、特に幼小児では、限られた時間で上記の診療行為を安全かつ適切に実施するために必要である。

以上のことから、小児における上記の診療行為に対する L 001－2 静脈麻酔の算定は、原則として認められると判断した。

【 麻 酔 】

4 2 2 リドカインテープ剤（脊椎麻酔時等）の算定について

《令和 6 年 1 2 月 2 7 日》

○ 取扱い

次の場合のリドカインテープ剤（ペンレステープ等）の算定は、原則として認められない。

- (1) L 004 脊椎麻酔時
- (2) ゴセレリン酢酸塩デポ（ゾラデックスデポ等）投与時

○ 取扱いを作成した根拠等

リドカインテープの添付文書の効能・効果は「静脈留置針穿刺時の疼痛緩和」、「伝染性軟属腫摘除時の疼痛緩和」、「皮膚レーザー照射療法時の疼痛緩和」であり、脊椎麻酔時やゴセレリン酢酸塩デポ（ゾラデックスデポ等）投与時の適応はない。

以上のことから、L 004 脊椎麻酔時、ゴセレリン酢酸塩デポ（ゾラデックスデポ等）投与時のリドカインテープ剤（ペンレステープ等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 病理診断 】

4 2 3 病理組織標本作製「1」組織切片の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するN000 病理組織標本作製「1」組織切片によるものの算定は、原則として認められる。

- (1) 胃潰瘍
- (2) 十二指腸潰瘍

○ 取扱いを作成した根拠等

胃潰瘍及び十二指腸潰瘍に対するN000 病理組織標本作製「1」組織切片によるものの必要理由は、がんとの鑑別である。

以上のことから、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍に対するN000 病理組織標本作製「1」組織切片によるものの算定は、原則として認められると判断した。