

## 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<sup>(※)</sup>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	424	C <sub>3</sub> 、C <sub>4</sub> （慢性糸球体腎炎）の算定について	1
検査	425	眼底カメラ（糖尿病網膜症）の算定について	2
検査	426	眼底カメラ（網膜前膜）の算定について	3
検査	427	精密眼底検査（眼疾患がない場合）の算定について	4
検査	428	眼底三次元画像解析（うっ血乳頭等）の算定について	5
投薬	429	カルベジロール（不整脈）の算定について	6
投薬	430	低用量アスピリン投与時におけるランソプラゾール及びエソメプラゾールマグネシウム水和物の算定について	7
投薬	431	チクロピジン塩酸塩（冠動脈疾患等）の算定について	8
投薬	432	アスピリン（虚血性心疾患等）の算定について	10
投薬	433	イコサペント酸エチルカプセル、ベラプロストナトリウム錠及びアルプロスタジル注射液（閉塞性動脈硬化症）の併用投与について	11
投薬	434	ヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH <sub>2</sub> ブロッカー【内服薬】の併用投与について	12
投薬	435	抗ウイルス薬（再発の記載がない帯状疱疹、カポジ水痘様発疹症）の算定について	13
投薬	436	抗ウイルス薬の併用投与（単純疱疹）について	14
投薬	437	抗ウイルス薬の併用投与（帯状疱疹）について	15
投薬	438	タクロリムス水和物【内服薬】（慢性腎不全）の算定について	16

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	439	成分栄養剤（食欲不振）の算定について	17
投薬	440	半消化態栄養剤（摂食嚥下機能障害）の算定について	18
手術	441	トロンビン【内服薬】の算定について	19
病理診断	442	病理組織標本作製「1」組織切片（痔瘻、痔核）の算定について	20

## 【 検査 】

4 2 4 C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>（慢性糸球体腎炎）の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

慢性糸球体腎炎に対するD015「8」C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>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

慢性糸球体腎炎は糸球体の炎症により血尿や蛋白尿などの症状が1年以上持続する状態であり、様々な腎炎を包括する傷病名である。I g A腎症、膜性増殖性糸球体腎炎、ループス腎炎などの増悪期は低補体血症を呈する疾患を含むため、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>は重要である。また、糸球体腎炎の確定診断に必要な腎生検時には、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>の免疫染色とともに血清値の測定は必須である。

以上のことから、慢性糸球体腎炎に対するD015「8」C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

425 眼底カメラ（糖尿病網膜症）の算定について

《令和7年1月31日》

○ 取扱い

糖尿病網膜症に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）又は（「2」蛍光眼底法の場合）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

眼底カメラ撮影は、眼底の循環状態、網膜、網膜色素上皮と脈絡膜の病変を精査・記録するものであり、そのうち、蛍光眼底法は蛍光眼底造影剤を静注して実施することで眼底血管及び組織のより詳細な観察が可能となる。

糖尿病網膜症は、糖尿病による血糖コントロールの悪化により、網膜の毛細血管や微小血管に障害が生じるものであり、本撮影は当該疾患の精査に有用である。

以上のことから、糖尿病網膜症に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）又は（「2」蛍光眼底法の場合）の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

426 眼底カメラ（網膜前膜）の算定について

《令和7年1月31日》

○ 取扱い

網膜前膜に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）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

眼底カメラ撮影は、眼底の循環状態、網膜、網膜色素上皮と脈絡膜の病変を精査・記録するものである。

網膜前膜（黄斑前膜）は網膜の黄斑部表面に膜が張る状態で、時間の経過とともに膜が厚くなり上膜の収縮により生じた網膜の皺により、視力低下や歪視の症状が出現する疾患であり、本撮影は当該疾患の精査に有用である。

以上のことから、網膜前膜に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）の算定は、原則として認められると判断した。

**【 検査 】****4 2 7 精密眼底検査（眼疾患がない場合）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

他の診療科からの依頼に眼疾患がない次の傷病名等に対するD255 精密眼底検査（片側）の算定は、原則として認められる。

- (1) 糖尿病
- (2) 高血圧症
- (3) 脳血管疾患
- (4) 脳血管疾患手術後

**○ 取扱いを作成した根拠等**

精密眼底検査は、眼科的疾患の眼底所見を評価する検査であり、網膜、脈絡膜及び視神経等眼底疾患の鑑別診断のために実施される。また、眼底網膜においては、細血管や視神経の状態を直接観察できるため、糖尿病や高血圧症の病態把握、脳血管疾患の早期発見と経過観察に有用である。

以上のことから、他の診療科からの依頼に眼疾患がない上記傷病名等に対するD255 精密眼底検査（片側）の算定は、原則として認められると判断した。

## 【 検査 】

## 428 眼底三次元画像解析（うっ血乳頭等）の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として認められる。
  - (1) うっ血乳頭
  - (2) 視神経萎縮
  - (3) 緑内障疑い（初診時）
- ② 次の傷病名に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として認められない。
  - (1) 網膜動脈硬化症
  - (2) 白内障

## ○ 取扱いを作成した根拠等

眼底三次元画像解析は、通常の眼底検査では確認できない網膜・脈絡膜や視神経乳頭の断層面を立体的に観察できる検査である。網脈絡膜疾患における診断、病変部位の同定並びに経過観察、緑内障における網膜神経線維層の欠損と視神経乳頭陥凹の程度の判定による早期診断に有用である。

一方、網膜動脈硬化症や白内障は、精密眼底検査により診断や経過観察が可能であり、当該検査の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、上記①の傷病名に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は原則として認められるが、②の傷病名に対する算定は原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****4 2 9 カルベジロール（不整脈）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

単なる不整脈の傷病名に対するカルベジロール（アーチスト錠等）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**

不整脈は、心臓の伝導系から固有心筋への興奮伝導の異常や興奮発生の異常によって発生する病態の総称である。一方、アーチスト錠 2.5m g、10m g 及び 20m g の添付文書に記載された不整脈に関する効能・効果は、「頻脈性心房細動」に限られており、単なる不整脈の傷病名での算定は適切ではない。

以上のことから、単なる不整脈の傷病名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。

## 【 投薬 】

## 430 低用量アスピリン投与時におけるランソプラゾール及びエソメプラゾールマグネシウム水和物の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

低用量アスピリン投与時における、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がレセプトで確認できない場合の次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) ランソプラゾール【内服薬】（タケプロンカプセル等）
- (2) エソメプラゾールマグネシウム水和物【内服薬】（ネキシウムカプセル等）

## ○ 取扱いを作成した根拠等

ランソプラゾール（タケプロンカプセル等）又はエソメプラゾールマグネシウム水和物（ネキシウムカプセル等）のうち、「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は低用量アスピリン投与時における十二指腸潰瘍の再発抑制」の適応がある薬剤については、添付文書で投与に際しての注意事項として「血栓・塞栓の形成抑制のために低用量のアスピリンを継続投与している患者を投与対象とし、投与開始に際しては、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往を確認すること。」と示されている。

以上のことから、低用量アスピリン投与時に胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がレセプトで確認ができない場合のこれら医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

## 【 投薬 】

## 431 チクロピジン塩酸塩（冠動脈疾患等）の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。
  - (1) 冠動脈疾患（不安定狭心症、安定狭心症、狭心症、虚血性心疾患）
  - (2) 内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症
  - (3) 慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）
  - (4) 冠動脈瘤のある川崎病
- ② K546 経皮的冠動脈形成術後におけるチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。
- ③ 次の傷病名等に対するチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。
  - (1) 心房細動
  - (2) 不整脈
  - (3) 心筋症、心不全
  - (4) 心臓弁膜症（僧帽弁膜症）
  - (5) 心肥大
  - (6) 血栓性静脈炎
  - (7) ペースメーカー装着患者
  - (8) ネフローゼ症候群
  - (9) 肺血栓塞栓症
- ④ K555 弁置換術後におけるチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）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

チクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）は、血小板のアデニレートシクラーゼ活性を増強し血小板内 cAMP 産生を高めることで血小板凝集能・放出能を抑制し、血小板凝集抑制作用と抗血栓効果により、微小循環も含めた虚血性血管障害の発症及び再発予防並びに循環障害に伴う症状改善に有用である。当該医薬品の添付文書における効能・効果は、「血管手術および血液体外循環に伴う血栓・塞栓の治療ならびに血流障害の改善、慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの阻血性諸症状の改善、虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞）に伴う血栓・塞栓の治療」である。

①の傷病名及び②の病態では、血栓・塞栓形成が重要な発症要因であることから、当該医薬品の有用性は高い。

一方、③の傷病名や④の状態は、当該医薬品の必要性は低く、かつ適応外である。

以上のことから、①及び②の傷病名等に対する当該医薬品の算定は原則として認められ、③及び④の傷病名等に対する算定は原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****432 アスピリン（虚血性心疾患等）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められる。
- (1) 虚血性心疾患
  - (2) 内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症
  - (3) 慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）
- ② 次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められない。
- (1) 心房細動
  - (2) 不整脈
  - (3) 心筋症、心不全
  - (4) 心臓弁膜症（僧帽弁膜症）
  - (5) 心肥大
  - (6) 血栓性静脈炎
  - (7) ペースメーカー装着患者
  - (8) ネフローゼ症候群
  - (9) 肺血栓塞栓症

**○ 取扱いを作成した根拠等**

アスピリン（バイアスピリン錠等）は、シクロオキシゲナーゼ1（COX-1）を阻害することでトロンボキサンA<sub>2</sub>（TXA<sub>2</sub>）の合成を阻害し、血小板凝集抑制作用を示す医薬品で、添付文書の効能・効果は「狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症）、心筋梗塞、虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞）における血栓・塞栓形成の抑制」等と示されており、微小循環も含めた虚血性血管障害の発症及び再発予防並びに循環障害に伴う症状改善に有用である。

①の傷病名では、血栓・塞栓形成が重要な発症要因であることから、当該医薬品の有用性は高い。

一方、②の傷病名は、当該医薬品の必要性は低く、かつ適応外である。

以上のことから、①の傷病名に対する当該医薬品の算定は原則として認められ、②の傷病名に対する算定は原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****433 イコサペント酸エチルカプセル、ベラプロストナトリウム錠及びアルプロスタジル注射液（閉塞性動脈硬化症）の併用投与について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）、ベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）及びアルプロスタジル注射液（パルクス注、リプル注等）の3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**

閉塞性動脈硬化症（ASO）は、動脈硬化により四肢末梢動脈が慢性的に狭窄・閉塞するために循環障害を来した病態であり、冷感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死などの虚血に伴う臨床症状を示す。

当該傷病名に対しては、抗血小板薬、血管拡張薬などの医薬品が潰瘍、疼痛、冷感の改善薬として用いられている。イコサペント酸エチルカプセルは「抗血小板作用」や「動脈の伸展性保持作用」などを有するEPA製剤、ベラプロストナトリウム錠は「抗血小板作用」や「血管拡張・血流増加作用」などを有するPGI<sub>2</sub>誘導体制剤、アルプロスタジル注射液は「血管拡張作用」や「血小板凝集抑制作用」などを有するプロスタグランジンE<sub>1</sub>製剤であり、薬理作用や作用機序の異なるこれらの医薬品を併用することは、閉塞性動脈硬化症（ASO）の症状改善等に有用である。

以上のことから、閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）、ベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）及びアルプロスタジル注射液（パルクス注、リプル注等）の3剤の併用投与は、原則として認められると判断した。

## 【 投薬 】

434 ヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH<sub>2</sub>ブロッカー【内服薬】の併用投与について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

ヘリコバクター・ピロリ胃炎に対するヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH<sub>2</sub>ブロッカー【内服薬】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

ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌については、一次除菌にクラリスロマイシン、アモキシシリン、PPI、二次除菌にアモキシシリン、メトロニダゾール、PPIが投与される。

また、既に支払基金における審査の一般的な取扱いとして、「H<sub>2</sub>ブロッカー（ガスター錠等）とプロトンポンプ・インヒビター（PPI）（オメプラール錠等）との併用投与は原則として認めない」としている。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ胃炎に対するヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH<sub>2</sub>ブロッカー【内服薬】の併用投与は原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****435 抗ウイルス薬（再発の記載がない带状疱疹、カポジ水痘様発疹症）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

診療開始日から一定期間経過後、再発の記載がない次の傷病名（免疫機能の低下を来す基礎疾患のない患者）に対する抗ウイルス薬（ヘルペスウイルス感染症治療薬※に限る。）の算定は、原則として認められない。

- (1) 带状疱疹
- (2) カポジ水痘様発疹症

※ アシクロビル（アシクロビル錠等）、ビダラビン（アラセナーA軟膏等）、バラシクロビル塩酸塩（バルトレックス錠等）、ファムシクロビル（ファムビル錠等）等

**○ 取扱いを作成した根拠等**

带状疱疹は水痘带状疱疹ウイルスの感染により、カポジ水痘様発疹症はアトピー性皮膚炎等の病変部位に単純ヘルペスウイルス1型が感染することにより発症する。

皮膚の水疱症状は、破裂後痂皮に変化して通常2週間から4週間で改善する。ウイルスの再活性化により発症する場合もあるが、悪性腫瘍や自己免疫疾患の薬物療法等により免疫機能の低下した患者以外では、頻繁に再発するものではないことから、新たな診療開始日や再発の記載がない上記傷病名に対する抗ウイルス剤の算定は、適当ではないと考えられる。

以上のことから、診療開始日から一定期間経過後、再発の記載がない带状疱疹、カポジ水痘様発疹症（免疫機能の低下を来す基礎疾患のない患者）に対する抗ウイルス薬の算定は、原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****4 3 6 抗ウイルス薬の併用投与（単純疱疹）について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

- ① 単純疱疹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) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】
  - (2) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用）【注射薬】
- ② 単純疱疹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ない。
  - (1) アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用等）【注射薬】
  - (2) アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とビダラビン（アラセナーA点滴静注用）【注射薬】

**○ 取扱いを作成した根拠等**

単純疱疹に対する抗ウイルス薬の治療は、内服薬による全身投与が基本であり、軽症例に外用薬、重症例に注射薬を投与するが、重症度や治療効果に応じて、内服薬、外用薬、注射薬を組み合わせた併用投与を実施する場合がある。

一方、内服薬と注射薬の併用は、強力な治療が必要な場合や内服薬のみの投与では効果を期待できない場合に限られ、薬効薬理が同様の医薬品の場合の併用投与は過剰と考えられる。

以上のことから、単純疱疹に対する上記①の抗ウイルス薬の併用投与は原則として認められるが、上記②の抗ウイルス薬の併用投与は原則として認められないと判断した。

**【 投薬 】****4 3 7 抗ウイルス薬の併用投与（带状疱疹）について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

带状疱疹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) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】
- (2) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とバラシクロビル塩酸塩（バルトレックス錠等）【内服薬】
- (3) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用）【注射薬】
- (4) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とビダラビン（アラセナーA点滴静注用）【注射薬】

**○ 取扱いを作成した根拠等**

带状疱疹に対する抗ウイルス薬の治療は、早期に全身投与を開始する必要があり、軽症・中等症例に内服薬を使用するが、免疫機能が低下している患者や重症例には注射薬を投与する。重症度や治療効果に応じて、内服薬、外用薬、注射薬を組み合わせた併用投与を実施する場合がある。

以上のことから、带状疱疹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 】****438 タクロリムス水和物【内服薬】（慢性腎不全）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

慢性腎不全に対するタクロリムス水和物【内服薬】（プログラフカプセル等）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**

プログラフカプセルの適応には、ループス腎炎、腎移植状態などがあるが、いずれも免疫抑制作用を介して、腎病変の進展や腎機能の低下を抑制することを目的としている。慢性腎不全は、種々の原因により腎機能が低下した病態であり、必ずしも免疫が関与したものではないことより、本剤を用いる意味に乏しく、また腎機能に対する副作用も無視しえない。

以上のことから、慢性腎不全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。

**【 投薬 】****439 成分栄養剤（食欲不振）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

食欲不振（寝たきり及び高齢者以外の患者）に対する成分栄養剤（エレンタール配合内用剤等）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**

成分栄養剤の一種であるエレンタール配合内用剤については、添付文書の効能・効果において、「一般に、手術前・後の患者に対し、未消化態蛋白を含む経管栄養剤による栄養管理が困難な時用いることができるが、とくに下記の場合に使用する。」と記載され、「下記の場合」として「未消化態蛋白を含む経管栄養剤の適応困難時の術後栄養管理」など、種々の栄養管理が記載されている\*。また、エレンタールP乳幼児用配合内用剤やヘパンED配合内用剤についても、同様に添付文書の効能・効果において、適応となる疾患の栄養管理等が記載されている。

したがって、単なる食欲不振の患者では、必ずしも消化吸収機能障害を有しているとは言えず、消化を必要としない成分栄養剤を第一選択とする必要性は低いと考える。

以上のことから、食欲不振（寝たきり及び高齢者以外の患者）に対する成分栄養剤（エレンタール配合内用剤等）の算定は、原則として認められないと判断した。

(※) 未消化態蛋白を含む経管栄養剤の適応困難時の術後栄養管理、腸内の清浄化を要する疾患の栄養管理、術直後の栄養管理、消化管異常病態下の栄養管理（縫合不全、短腸症候群、各種消化管瘻等）、消化管特殊疾患時の栄養管理（クローン氏病、潰瘍性大腸炎、消化不全症候群、瘻疾患、蛋白漏出性腸症等）、高カロリー輸液の適応が困難となった時の栄養管理（広範囲熱傷等）

**【 投薬 】****440 半消化態栄養剤（摂食嚥下機能障害）の算定について**

《令和7年1月31日》

**○ 取扱い**

摂食嚥下機能障害に対する半消化態栄養剤（エンシュア・リキッド等）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**

エンシュア・リキッドは、食事の摂取が困難なときの栄養補給に用いられる経口・経管両用の経腸栄養剤で、添付文書の効能・効果には、「一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。」と示されている。

摂食嚥下機能障害は、食べること、飲み込むことの障害で、消化吸收機能は比較的保たれている状態であり、当該医薬品の投与により、タンパク質、脂肪、炭水化物、ビタミン、ミネラルなどを効果的に補給することができる。

以上のことから、摂食嚥下機能障害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。

## 【 手術 】

## 4 4 1 トロンビン【内服薬】の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）又はK533-2内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術時におけるトロンビン【内服薬】（経口用トロンビン細粒等）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

凝固因子のひとつである、トロンビンはフィブリノーゲンをフィブリンに転化する作用を示し、二次止血機序を成立させる。

本剤の経口投与による効能・効果では「上部消化管出血」が示されている。

上記手術では、病巣部からの滲血性出血（Oozing bleeding）を認めることがあり、本薬剤の作用機序より、その散布は止血治療に有用と判断される。

以上のことから、K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）又はK533-2内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術時におけ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。

## 【 病理診断 】

## 4 4 2 病理組織標本作製「1」組織切片（痔瘻、痔核）の算定について

《令和7年1月31日》

## ○ 取扱い

- ① 痔瘻に対する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。
- ② 痔核に対する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ない。

## ○ 取扱いを作成した根拠等

痔瘻は、肛門管内から発生し肛門や直腸周囲に進展した膿瘍が、自潰や切開により排膿され、線維化して瘻管を形成した状態<sup>\*</sup>であり、放置すると癌化する可能性がある。

一方、痔核は、肛門管内の粘膜下と肛門上皮下にある血管や結合織からなる柔らかい組織（肛門クッション）が次第に肥大化して出血や脱出などの症状を呈する状態になったもの<sup>\*</sup>であり、癌化する可能性はない。

以上のことから、N000病理組織標本作製「1」組織切片によるものについて、①痔瘻に対する算定は原則として認められる、②痔核に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※）肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）・直腸脱診療ガイドライン2020年版（改訂第2版）（日本大腸肛門病学会）