

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	4 4 3	E C G 12 がある場合の心筋マーカー検査（急性心筋梗塞疑い等）の算定について	1
検査	4 4 4	E C G 12 がない場合の心筋マーカー検査（急性心筋梗塞疑い等）の算定について	3
検査	4 4 5	フェリチン定量（血球貪食症候群）の算定について	4
検査	4 4 6	K L - 6（過敏性肺炎）の算定について	5
検査	4 4 7	ヒアルロン酸（脂肪肝）の算定について	6
検査	4 4 8	P C T 定量と細菌培養同定検査（血液）の併算定について	7
検査	4 4 9	C E A（C E A 高値）の算定について	8
検査	4 5 0	P I V K A - II（慢性肝炎等）の算定について	9
検査	4 5 1	輸血前検査における血液型検査の算定について	10
検査	4 5 2	H B s 抗原、H B s 抗体及び H B c 抗体半定量・定量（免疫抑制剤、生物学的製剤の投与時等）の算定について	11
検査	4 5 3	非特異的 I g E の算定がない場合の特異的 I g E 半定量・定量（気管支喘息疑い）の算定について	12
検査	4 5 4	特異的 I g E 半定量・定量（アレルギー性気管支炎等）の算定について	13
検査	4 5 5	超音波検査（白内障術前検査）の算定について	14
検査	4 5 6	眼底三次元画像解析（中心性網脈絡膜炎等）の連月の算定について	15
検査	4 5 7	眼底三次元画像解析（緑内障）の算定について	16

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	458	プロピオン酸系抗炎症薬(適応傷病名と当月発症以外の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍)の算定について	17
投薬	459	抗NSAID潰瘍剤とPPI等の併算定について	18
投薬	460	インターフェロン製剤とリバビリン(C型慢性肝炎かつ肝癌(治療後)等)の併用投与について	19
投薬	461	プレガバリン(手根管症候群等)の算定について	20
投薬	462	カモスタットメシル酸塩錠(長期投与)の算定について	22
投薬	463	パンクレリパーゼ(単なる膵疾患)の算定について	23
注射	464	炭酸水素ナトリウム(メトトレキサート・フルオロウラシル交代療法時)の算定について	24
注射	465	シクロスポリン【注射薬】(角膜移植術後)の算定について	25
注射	466	インターフェロン製剤(スミフェロン注DS300万IU・フェロン注射用100万・ペガシス皮下注90 μ g等)(自己免疫性肝炎等)の算定について	26
処置	467	腔洗浄(子宮内膜搔爬術時等)の算定について	27
処置	468	子宮脱非観血的整復法時の腔洗浄の算定について	28
手術	469	同一日における経皮的冠動脈形成術等と他の手術の併算定について①	29
手術	470	同一日における経皮的冠動脈形成術等と他の手術の併算定について②	30
麻酔	471	静脈麻酔(内視鏡検査時)の算定について	31
その他	472	アセトアミノフェン(DPCの手術時)の算定について	32

【 検査 】

443 ECG12がある場合の心筋マーカー検査（急性心筋梗塞疑い等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① ECG12がある場合の急性心筋梗塞疑いに対するD007「17」CKアイソザイムの算定は、原則として認められる。
- ② ECG12がある場合の不安定狭心症（疑い含む。）に対する次の心筋マーカー検査の算定は、原則として認められる。
 - (1) D007「17」CKアイソザイム
 - (2) D007「22」CK-MB（蛋白量測定）
 - (3) D007「29」心筋トロポニンI
 - (4) D007「29」心筋トロポニンT（TnT）定性・定量
 - (5) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性
 - (6) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量
- ③ ECG12がある場合の狭心症（疑い含む。）に対する次の心筋マーカー検査の算定は、原則として認められない。
 - (1) D007「17」CKアイソザイム
 - (2) D007「22」CK-MB（蛋白量測定）
 - (3) D007「29」心筋トロポニンI
 - (4) D007「29」心筋トロポニンT（TnT）定性・定量
 - (5) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性
 - (6) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量

○ 取扱いを作成した根拠等

急性心筋梗塞疑いは、心筋虚血により心筋細胞が壊死した状態を疑うものであり、不安定狭心症は、有意な心筋壊死にまで至っていない状態であるものの、冠動脈プラークの破綻とそれに伴う血栓形成によって冠動脈内腔が急速に狭窄、閉塞し、心筋が虚血、壊死に陥る病態を示すという点で急性心筋梗塞と共通の病態（急性冠症候群）である。

急性心筋梗塞や不安定狭心症の診断には、胸痛などの臨床症状、心電図変化にくわえて、心筋逸脱酵素の上昇の確認が必須であり、まず、非侵襲的で簡便かつ迅速に行うことのできる心電図検査を実施し、同時に心筋マーカーの検査を進めるのが通例である。一方、狭心症（疑い含む。）は心筋壊死を伴っていないことから、心筋マーカーの算定は意味がない。

上記の心筋マーカーは、心筋細胞の壊死により産生される各種の特徴的な

物質を測定することで、心筋壊死の状態を調べる検査であり、心筋壊死が急速に進行する急性心筋梗塞の診断に有用である。

以上のことから、E C G 12 がある場合の急性心筋梗塞疑いに対するD 007「17」CKアイソザイムの算定、不安定狭心症（疑い含む。）に対する②の心筋マーカーの算定は、原則として認められると判断した。

また、狭心症（疑い含む。）に対する③の心筋マーカー検査の算定は、原則として認められないと判断した。

なお、上記取扱いは、記載した検査それぞれの取扱いであり、併算定の適否に係るものではない。

【 検査 】

444 ECG12がない場合の心筋マーカー検査（急性心筋梗塞疑い等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① ECG12がない場合の急性心筋梗塞疑いに対する次の心筋マーカー検査の算定は、原則として認められない。
 - (1) D007「17」CKアイソザイム
 - (2) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性
 - (3) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量
- ② ECG12がない場合の急性心筋梗塞に対する次の心筋マーカー検査の算定は、原則として認められない。
 - (1) D007「17」CKアイソザイム
 - (2) D007「22」CK-MB（蛋白量測定）
 - (3) D007「29」心筋トロポニンI
 - (4) D007「29」心筋トロポニンT（TnT）定性・定量
 - (5) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性
 - (6) D007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量

○ 取扱いを作成した根拠等

急性心筋梗塞は、心筋虚血により心筋細胞が壊死した状態であり、その診断には、胸痛などの臨床症状、心電図変化にくわえて、心筋逸脱酵素の上昇の確認が必須である。急性心筋梗塞（疑い含む。）の場合、まずは、非侵襲的で簡便かつ迅速に行うことのできる心電図検査を実施し、同時に心筋マーカー検査を実施するのが通例である。

上記の心筋マーカーは、心筋細胞の壊死により産生される各種の特徴的な物質を測定することで、心筋壊死の状態を調べる検査であり、心筋壊死が急速に進行する急性心筋梗塞の診断には心電図と同様に有用である。

以上のことから、ECG12がない場合の急性心筋梗塞疑いに対する①の心筋マーカーの算定、ECG12がない場合の急性心筋梗塞に対する②の心筋マーカーの算定は、原則として認められないと判断した。

【 検査 】

445 フェリチン定量（血球貪食症候群）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

血球貪食症候群に対するD007「25」フェリチン定量の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

家族性血球貪食症候群は遺伝子群の異常により、マクロファージやリンパ球の過剰反応が持続し、多様な臓器障害が引き起こされる疾患群であり、二次性血球貪食症候群では、感染症、リンパ腫などの疾患群の発症に続発し、同様の病態を呈する。血球貪食症候群では、血清フェリチンの著しい高値が見られることから、診断や病態把握に有用である。

以上のことから、血球貪食症候群に対するD007「25」フェリチン定量の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

446 KL-6（過敏性肺炎）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

過敏性肺炎に対するD007「28」KL-6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

過敏性肺炎も間質性肺炎の一つと考えられ、病理学的にも急性間質性肺炎の所見を呈していることが多く、KL-6は診断又は病態把握に有用な検査である。

以上のことから、過敏性肺炎に対するD007「28」KL-6の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

447 ヒアルロン酸（脂肪肝）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

脂肪肝に対するD007「46」ヒアルロン酸の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

厚生労働省通知^{*}に「本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる」と示されている。

一方、脂肪肝は、中性脂肪が単に肝臓に蓄積した状態であり、慢性肝炎の病態には該当せず、したがって上記通知の算定要件を満たさない。

以上のことから、脂肪肝に対するD007「46」ヒアルロン酸の算定は、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

【 検査 】

448 PCT定量と細菌培養同定検査（血液）の併算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

敗血症疑いに対するD007「59」プロカルシトニン（PCT）定量とD018「3」細菌培養同定検査（血液）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

PCT定量は、速やかに検査結果が得られ、診断及び治療に迅速性が求められる敗血症では有用な検査であり、一方の細菌培養同定検査（血液）は、確定診断ならびに確定診断後の治療薬の選択のために必要不可欠な検査である。

全身性感染症で重篤な病態である敗血症では早期の診断及び原因菌の同定が必要である。

以上のことから、敗血症疑いに対するD007「59」PCT定量とD018「3」細菌培養同定検査（血液）の併算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

449 CEA（CEA高値）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

CEA高値に対するD009「3」癌胎児性抗原（CEA）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

腫瘍マーカーに関する厚生労働省通知^{*}には「悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する」と示されている。

また、血清CEA値は、がんの進行・進展を反映することより、種々のがんにおける治療効果や進展度のモニタリングの指標として有用である。ただし、一方で健常者、糖尿病、良性疾患患者でも陽性となる場合がある。したがって、「CEA高値」の傷病名のみでは、上記の通知内容に該当するとは言えず、その算定は適切ではない。

以上のことから、CEA高値に対するD009「3」癌胎児性抗原（CEA）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

【 検査 】

450 P I V K A - II（慢性肝炎等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するD009「10」P I V K A - II半定量又はP I V K A - II定量の算定は、原則として認められない。

- (1) B型又はC型の記載のない慢性肝炎
- (2) 胆管癌疑い
- (3) 非アルコール性脂肪性肝炎

○ 取扱いを作成した根拠等

P I V K A - IIは、肝細胞癌で特異的に上昇する腫瘍マーカーである。

腫瘍マーカーについては、厚生労働省通知^{*}に、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定すること、悪性腫瘍の診断が確定し計画的な治療管理を開始した場合は悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ別に算定できないこと、ただし、肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者についてAFP、P I V K A - II半定量又は定量を行った場合は別に算定できることが示されており、これらの算定要件から、上記(1)から(3)の傷病名については、算定対象とはならない。

以上のことから、上記(1)から(3)の傷病名に対するD009「10」P I V K A - II半定量又はP I V K A - II定量の算定は、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

【 検査 】

451 輸血前検査における血液型検査の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① 輸血前検査におけるD011「1」 ABO血液型及びRh（D）血液型の算定は、原則として一連の輸血につき1回認められる。
- ② 血液型加算（ABO式及びRh式）の算定は、原則として一連の輸血につき1回認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

ABO血液型は、抗Aと抗B試薬を用いて受血者の赤血球のAとB抗原の有無を調べる検査（オモテ検査）と、既知のAとB赤血球を用いて受血者の血清中の抗Aと抗B抗体の有無を調べる検査（ウラ検査）である。Rh（D）血液型は、抗D試薬を用いてRhD抗原の有無を調べる検査である。

同一の医療機関で実施した同一患者に対する複数回の血液型検査は通常1回で十分だが、血液疾患の治療においては、造血幹細胞移植により血液型が変わることがある。

また、ABO血液型が異なる輸血（血液型不適合輸血）を実施した場合、チアノーゼや血圧低下等のショック状態により死に至ることがある。したがって、一連の輸血における本検査1回の実施は、血液型不適合輸血を防止する点から重要である。

以上のことから、上記①の検査及び②の加算の算定は、原則として一連の輸血につき1回認められると判断した。

なお、輸血の反復の必要性が明らかな場合はこの限りではない。

【 検査 】

452 HBs抗原、HBs抗体及びHBc抗体半定量・定量（免疫抑制剤、生物学的製剤の投与時等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

B型肝炎ウイルス関連病名がなく、免疫抑制剤、生物学的製剤の投与や化学療法を行うことがレセプト上判断できる場合のD013「3」HBs抗原、HBs抗体及び「6」HBc抗体半定量・定量の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

免疫抑制剤、生物学的製剤、癌化学療法の施行中あるいは施行後に免疫力が低下しB型肝炎ウイルス再活性化によってB型肝炎が発症し、中には劇症化して死亡する事例が報告されている。そのため、B型肝炎ウイルス検査については、厚生労働省通知^{*}に「免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「3」のHBs抗原、HBs抗体及び「6」のHBc抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。」と示されている。

以上のことから、B型肝炎ウイルス関連病名がなく、免疫抑制剤、生物学的製剤の投与や化学療法を行うことがレセプト上判断できる場合の上記の検査の算定は、原則として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 】

453 非特異的 I g E の算定がない場合の特異的 I g E 半定量・定量（気管支喘息疑い）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

気管支喘息疑いに対して、D015「11」非特異的 I g E（定量又は半定量）の算定がない場合のD015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

気管支喘息では非特異的 I g E が正常であっても、特異的 I g E が陽性になることがあるため、問診等でアレルゲンが想定できる場合、非特異的 I g E を実施せず特異的 I g E 半定量・定量を実施することは有用である。

以上のことから、気管支喘息疑いに対して、D015「11」非特異的 I g E（定量又は半定量）の算定がない場合のD015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

454 特異的 I g E 半定量・定量（アレルギー性気管支炎等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① アレルギー性気管支炎に対するD015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対するD015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められない。
 - (1) アレルギー性接触皮膚炎（疑い含む。）
 - (2) アレルギー疑い

○ 取扱いを作成した根拠等

アレルギーは、関係する因子やその作用機序により I 型から IV 型に分類されており、アレルギーの型により検査方法が異なる。

I g E は I 型（即時型）アレルギーに関与する免疫グロブリンであり、特異的 I g E 半定量・定量は特定アレルゲンに対する I g E 抗体を個別に測定しアレルゲンを同定する検査である。

アレルギー性気管支炎は、アレルギー反応により気管支に過敏反応が生じる疾患であり、ICD10（国際疾病分類第10版）において「J45 喘息」に分類されている I g E が関与する I 型（即時型）アレルギー性疾患である。

一方、アレルギー性接触性皮膚炎は、アレルギー原因物質（アレルゲン）の皮膚接触により発生する IV 型（遅延型）アレルギーであり、I g E の関与はなく、診断には皮内反応検査（パッチテスト）が実施される。また、前述のとおり、本検査は特定アレルゲンに対して I g E 抗体を個別に測定しアレルギーを同定するものであり、単にアレルギー疑いで I g E の関与を確認することなく特異的 I g E 検査をすることは不適切である。

以上のことから、上記①の傷病名に対するD015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は原則として認められるが、上記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。

【 検査 】**455 超音波検査（白内障術前検査）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

白内障の術前検査におけるD215「1」超音波検査（Aモード法）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

超音波検査（Aモード法）は、探触子（プローブ）から発射された超音波パルスが音響インピーダンスの異なる境界面で反射され、再び探触子に受波された超音波パルスを検波し、時間軸上に振幅情報を表示することで眼軸長を測るものである。

眼軸長とは、眼の表面（角膜）から眼の奥（網膜）までの長さのことであり、本検査は、主に光学的眼軸長測定ができない白内障などの中間透光体（角膜・硝子体・水晶体）混濁時に、その手術前検査として実施される。

白内障手術時には、眼内レンズの度数を決定するため、眼軸長の測定が必要となる。

以上のことから、白内障の術前検査におけるD215「1」超音波検査（Aモード法）の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】**4 5 6 眼底三次元画像解析（中心性網脈絡膜炎等）の連月の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するD256－2眼底三次元画像解析の連月の算定は、原則として認められる。

- (1) 中心性網脈絡膜炎
- (2) 糖尿病網膜症
- (3) 黄斑変性
- (4) 黄斑部浮腫

○ 取扱いを作成した根拠等

眼底三次元画像解析は、通常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や病変部位の同定のほか、病態により、当該検査の連月の算定は妥当と考えられる。

以上のことから、上記傷病名に対するD256－2眼底三次元画像解析の連月の算定は、原則として認められると判断した。

【 検査 】

457 眼底三次元画像解析（緑内障）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

緑内障に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として3か月に1回認められる。

○ 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。共焦点走査レーザー眼底鏡による視神経乳頭陥凹の程度の判定等、緑内障の病態により、その算定間隔は3か月に1回が妥当な間隔と考えられる。

以上のことから、緑内障に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として3か月に1回認められると判断した。

【 投薬 】**458 プロピオン酸系抗炎症薬（適応傷病名と当月発症以外の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

適応傷病名と当月発症以外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））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））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（胃酸抑制および胃粘膜保護）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、適応傷病名と当月発症以外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 】

459 抗NSAID潰瘍剤とPPI等の併算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

経口、経皮鎮痛消炎剤使用中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対する抗NSAID潰瘍剤（サイトテック錠）と次の薬剤の併算定は原則として認められる。

- (1) プロトンポンプ・インヒビター（PPI）
- (2) H₂ブロッカー

○ 取扱いを作成した根拠等

非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）は、高頻度に胃潰瘍又は十二指腸潰瘍等を引き起こすことが知られており、潰瘍が発症した場合、「消化性潰瘍診療ガイドライン2020（改訂第3版）」（日本消化器病学会）では、投与を中止するか、NSAIDsの継続投与が必要となる場合はPPIが第一選択薬として推奨されているが、H₂ブロッカーも一定の効果があるとされている。

また、サイトテック錠の添付文書の効能・効果は「非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍」である。胃酸分泌抑制作用に加えて粘膜を保護するサイトプロテクション作用を併せもつ防御因子増強薬であり、攻撃因子抑制薬であるPPIやH₂ブロッカーとは作用機序が異なる。

以上のことから、経口、経皮鎮痛消炎剤使用中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対する抗NSAID潰瘍剤（サイトテック錠）とPPI又はH₂ブロッカーの併算定は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】

460 インターフェロン製剤とリバビリン（C型慢性肝炎かつ肝癌（治療後）等）の併用投与について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① C型慢性肝炎かつ肝癌（治療後）に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル200mg）の併用投与は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル200mg）の併用投与は、原則として認められない。
 - (1) アルコール性肝炎のみ
 - (2) 自己免疫性肝炎のみ
 - (3) C型非代償性肝硬変
 - (4) C型慢性肝炎かつ非代償性アルコール性肝硬変

○ 取扱いを作成した根拠等

- ① リバビリン（レベトールカプセル200mg）は、C型慢性肝炎に対しインターフェロン ベータと併用して使用される。C型慢性肝炎と肝癌の傷病名が併存している場合であっても、肝癌の治療後においては、インターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル200mg）の併用療法は、C型慢性肝炎に対する治療として有用と考える。

以上のことから、C型慢性肝炎かつ肝癌（治療後）に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル200mg）の併用投与については、原則認められると判断した。

- ② リバビリン（レベトールカプセル200mg）の添付文書の効能効果は「インターフェロン ベータとの併用による（中略）C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善」であり、効能又は効果に関連する注意において「併用薬剤共通」事項として、「C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善に対する本剤の併用」と記載されているとおり、インターフェロンベータと併用される、C型肝炎ウイルスを原因とするC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の治療薬である。

したがって、アルコール性肝炎や自己免疫性肝炎のみの傷病名に対する算定は適応外である。また、肝硬変は、「代償性」と「非代償性」に分けられるが、肝機能を代償することができない非代償性の場合にあっては、併用投与の有用性は期待できないと考える。

以上のことから、上記(1)から(4)の傷病名に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル200mg）の併用投与は、原則として認められないと判断した。

【 投薬 】**461 プレガバリン（手根管症候群等）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するプレガバリン（リリカカプセル・OD錠）の算定は、原則として認められる。
- (1) 手根管症候群
 - (2) 頸椎症性神経根症
 - (3) 肋間神経痛
 - (4) 糖尿病性末梢神経障害
 - (5) 帯状疱疹後神経痛
 - (6) 坐骨神経痛
 - (7) 三叉神経痛
 - (8) 脊髄損傷後疼痛
 - (9) 帯状疱疹
- ② 次の傷病名に対するプレガバリン（リリカカプセル・OD錠）の算定は、原則として認められない。
- (1) 腰痛症
 - (2) 関節炎
 - (3) 変形性膝関節症
 - (4) 外傷、打撲傷
 - (5) 糖尿病
 - (6) 術後疼痛
 - (7) 疼痛
 - (8) 難治性疼痛
 - (9) 頸肩腕症候群
 - (10) 侵害受容性疼痛

○ 取扱いを作成した根拠等

プレガバリン（リリカカプセル）の添付文書の効能・効果は「神経障害性疼痛」、「線維筋痛症に伴う疼痛」である。当該医薬品は、中枢神経系において、電位依存性カルシウムチャネルの $\alpha 2 \delta$ サブユニットと結合することにより興奮性神経伝達物質の過剰な遊離を抑制することで、帯状疱疹後神経痛などの末梢神経性疼痛に対して有意な鎮痛作用を有しており、日本ペインクリニック学会の「神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン 改訂第2版」においては、神経障害性疼痛の第一選択薬の一つとして示されている。

神経障害性疼痛は、同ガイドラインによると「体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる疼痛」と定義され、末梢神経から大脳に至るまでの侵害情報伝達経路のいずれかに病変や疾患が存在する際に生じるとされており、上記①の傷病名は神経障害性疼痛をきたす疾患であり、当該医薬品が有用と考えられる。

一方、上記②の傷病名は、神経障害性疼痛の発症要因には該当しないことから当該医薬品の適応はないと考えられる。

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 】**462 カモスタットメシル酸塩錠（長期投与）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

慢性膵炎に対するカモスタットメシル酸塩錠（フオイパン錠等）の長期投与は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

カモスタットメシル酸塩錠（フオイパン錠等）は蛋白分解酵素阻害作用等を有する医薬品で、添付文書の効能・効果は「慢性膵炎における急性症状の緩解、術後逆流性食道炎」である。

膵炎は、膵液に含まれるトリプシンやキモトリプシンなどの蛋白分解酵素が活性化され膵臓の炎症を引き起こした疾患であり、当該医薬品の投与により、蛋白分解酵素の働きが阻害され、膵炎の炎症症状が寛解される。また、慢性膵炎は、長期間にわたって膵臓の炎症が持続するものであり、症状の発現により、当該医薬品の長期投与が必要となる。

以上のことから、慢性膵炎に対する当該医薬品の長期投与は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**463 パンクレリパーゼ（単なる膵疾患）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

膵外分泌機能不全がない単なる膵疾患に対するパンクレリパーゼ（リパクレオンカプセル等）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

パンクレリパーゼ（リパクレオンカプセル）の添付文書の効能・効果には「膵外分泌機能不全における膵消化酵素の補充」と示されている。また、関連する注意として「非代償期の慢性膵炎、膵切除、膵嚢胞線維症等を原疾患とする膵外分泌機能不全により、脂肪便等の症状を呈する患者に投与すること」と示されている。

したがって、単なる膵疾患のみに対する算定は適切ではない。

以上のことから、膵外分泌機能不全がない単なる膵疾患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。

【 注射 】

464 炭酸水素ナトリウム（メトトレキサート・フルオロウラシル交代療法時）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

メトトレキサート・フルオロウラシル交代療法時の炭酸水素ナトリウム【注射液】（メイロン静注等）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

メトトレキサート・フルオロウラシル交代療法の対象疾患は根治切除不能な進行・再発胃癌で、メトトレキサートはフルオロウラシルの抗腫瘍効果の増強目的で使用される。しかし、メトトレキサートの投与によって尿が酸性化するため、尿酸の結晶化が進んで腎障害が起こる。そこで、事前に炭酸水素ナトリウムを投与することで、尿がアルカリ化され、メトトレキサートによる尿の酸性化が抑制されて腎障害が防止される。

以上のことから、メトトレキサート・フルオロウラシル交代療法時の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 】

465 シクロスポリン【注射薬】（角膜移植術後）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

角膜移植術後の患者に対するシクロスポリン【注射薬】（サンディミュン点滴静注用）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

角膜移植は、角膜混濁や角膜変性に対して実施される。眼には視機能の保護を目的として炎症反応を最小限に抑制する「免疫特権」が存在するため、角膜移植による拒絶反応の発生頻度は低い。拒絶反応が発生した場合は、免疫抑制剤を投与する必要がある。

サンディミュン点滴静注用の添付文書の効能・効果は、「下記の臓器移植（腎移植、肝移植、心移植、肺移植、膵移植、小腸移植）における拒絶反応の抑制」、「骨髄移植における拒絶反応及び移植片対宿主病の抑制」である。

また、本医薬品は、T細胞におけるシクロフィリンとの複合体を形成し、ヘルパーT細胞の活性化を阻害することにより、異常な免疫反応を抑制する。このため、角膜移植による拒絶反応に対する投与は有用である。

以上のことから、角膜移植術後の患者に対するシクロスポリン【注射薬】（サンディミュン点滴静注用）の算定は、原則として認められると判断した。

【 注射 】

466 インターフェロン製剤(スミフェロン注DS300万IU・フェロン注射用100万・ペガシス皮下注90 μ g等)(自己免疫性肝炎等)の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するインターフェロン製剤(スミフェロン注DS300万IU・フェロン注射用100万・ペガシス皮下注90 μ g等)の算定は、原則として認められない。

- (1) アルコール性肝炎
- (2) 自己免疫性肝炎
- (3) C型非代償性肝硬変
- (4) C型慢性肝炎に肝不全を伴う場合

○ 取扱いを作成した根拠等

スミフェロン注DS300万IU及びフェロン注射用100万の添付文書の効能・効果には「C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善」、「C型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」と、また、ペガシス皮下注90 μ gの添付文書の効能・効果には「C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善」と記載されている。

これらの医薬品は、C型肝炎ウイルスを原因とするC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の治療薬であることから、アルコール性肝炎や自己免疫性肝炎の傷病名に対する算定は適応外である。また、肝硬変は状態により、「代償性」と「非代償性」に分けられるが、肝機能を代償することができない状態まで進行した非代償性の場合や、肝不全を伴う場合での投与の有用性は期待できないと考える。

以上のことから、上記(1)から(4)の傷病名に対するインターフェロン製剤(スミフェロン注DS300万IU・フェロン注射用100万・ペガシス皮下注90 μ g等)投与は、原則として認められないと判断した。

【 処置 】

467 腔洗浄（子宮内膜搔爬術時等）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

次の手術時のJ072腔洗浄（熱性洗浄を含む。）の算定は、原則として認められない。

- (1) K861 子宮内膜搔爬術
- (2) K866 子宮頸管ポリープ切除術
- (3) K909 流産手術

○ 取扱いを作成した根拠等

手術時の処置料の算定については、厚生労働省通知[※]に「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」と示されており、上記(1)から(3)の手術に関連して実施する腔洗浄は、当該通知に照らし算定できない。

以上のことから、上記(1)から(3)の手術時のJ072腔洗浄（熱性洗浄を含む。）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

【 処置 】

468 子宮脱非観血的整復法時の腔洗浄の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

適応傷病名がないJ082子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）時のJ072腔洗浄（熱性洗浄を含む。）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

子宮脱非観血的整復法は、リング状のペッサリーを腔内に挿入して子宮や膀胱、直腸などの下降した臓器を押し上げて改善を図るものである。一方、腔洗浄は外用殺菌消毒剤を用いて腔内を洗浄するものであり、細菌性膣炎や性器出血等の適応疾患がある場合は、これら適応疾患に対する処置として妥当だが、適応疾患がない場合の子宮脱非観血的整復法時における当該処置の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、適応傷病名がないJ082子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）時のJ072腔洗浄（熱性洗浄を含む。）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 手術 】

469 同一日における経皮的冠動脈形成術等と他の手術の併算定について①

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① 同一日におけるK546 経皮的冠動脈形成術と次の手術の併算定は、原則として認められる。
 - (1) K613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
 - (2) K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術
- ② 同一日におけるK549 経皮的冠動脈ステント留置術とK616 四肢の血管拡張術・血栓除去術の併算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

経皮的冠動脈形成術は、バルーンカテーテル等を使用して経皮的に冠状動脈の狭窄を解除し、冠血流量を増大させる手術である。

一方、腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）、四肢の血管拡張術・血栓除去術の対象は、それぞれ、腎動脈、四肢の動脈であり、同様に経皮的に行う手術ではあるものの、経皮的冠動脈形成術とは対象となる疾患や部位が異なる。

以上のことから、同一日におけるK546 経皮的冠動脈形成術とK613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）、K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術の併算定は、原則として認められると判断した。

また、同様に、同一日におけるK549 経皮的冠動脈ステント留置術とK616 四肢の血管拡張術・血栓除去術の併算定も原則として認められると判断した。

【 手術 】**470 同一日における経皮的冠動脈形成術等と他の手術の併算定について②**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

- ① 同一日におけるK546 経皮的冠動脈形成術と次の手術の併算定は、原則として認められない。
 - (1) K547 経皮的冠動脈粥腫切除術
 - (2) K549 経皮的冠動脈ステント留置術
- ② 同一日におけるK549 経皮的冠動脈ステント留置術とK547 経皮的冠動脈粥腫切除術の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

K546 経皮的冠動脈形成術、K547 経皮的冠動脈粥腫切除術及びK549 経皮的冠動脈ステント留置術は、いずれも治療の対象が冠動脈であり、同一手術野、同一病巣に対する手術と考える。

以上のことから、同一日におけるK546 経皮的冠動脈形成術とK547 経皮的冠動脈粥腫切除術、K549 経皮的冠動脈ステント留置術の併算定は、原則として認められないと判断した。

また、同様に、同一日におけるK549 経皮的冠動脈ステント留置術とK547 経皮的冠動脈粥腫切除術の併算定も、原則として認められないと判断した。

【 麻 酔 】**4 7 1 静脈麻酔（内視鏡検査時）の算定について**

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

成人における次の診療行為に対するL001-2静脈麻酔の算定は、原則として認められない。

- (1) 上部消化管内視鏡検査
- (2) 下部消化管内視鏡検査

○ 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。成人における内視鏡検査時に苦痛・不安軽減目的に通常用いられる薬剤は、抗不安薬であり静脈注射用麻酔剤ではないことから静脈麻酔の算定は適応外となる。また、成人における本検査時に静脈注射用麻酔剤による全身麻酔を行うことは、一般的にその必要性は低いと考える。

以上のことから、成人における上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査に対するL001-2静脈麻酔の算定は、原則として認められないと判断した。

【 その他 】

472 アセトアミノフェン（DPCの手術時）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

DPCレセプトにおける手術時（麻酔管理中）のアセトアミノフェン【注射薬】（アセリオ静注液）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

DPCレセプトにおいて手術に係る費用として別途算定可能な薬剤については、厚生労働省保険局医療課事務連絡^{*}において「当該手術の術中に用いたものに限られる」と示されている。

アセトアミノフェン（アセリオ静注）は、効能・効果が「経口製剤及び坐剤の投与が困難な場合における疼痛及び発熱」に対する薬剤で、投与後15分程度で効果が現れ、作用時間は6～8時間とされている。当該医薬品の投与を麻酔管理下（離脱時）及び覚醒後の疼痛を考慮し術中から開始する重要性からも、DPCレセプトにおいて手術（麻酔）の部で請求された当該薬剤は術中に投与されたものと判断できる。

以上のことから、DPCレセプトにおける手術時（麻酔管理中）のアセトアミノフェン【注射薬】の算定は、原則として認められると判断した。

（※）「疑義解釈資料の送付について（その1）」（別添3 DPC）

（問 6-26） 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

（答） 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。