

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	5 3 1	末梢血液一般検査（高血圧症）の算定について	1
検査	5 3 2	フェリチン半定量（貧血）の算定について	2
検査	5 3 3	大腸菌血清型別（感染性腸炎等）の算定について	3
検査	5 3 4	HBs抗原定性・半定量又はHBs抗原の算定について	4
検査	5 3 5	HBs抗体定性、HBs抗体半定量又はHBs抗体の算定について	6
検査	5 3 6	HBe抗原及びHBe抗体の算定について	7
検査	5 3 7	HCV抗体定性・定量の算定について	8
検査	5 3 8	HBc抗体半定量・定量の算定について	9
検査	5 3 9	MMP-3（関節リウマチ疑い）の算定について	10
検査	5 4 0	MPO-ANCA、PR3-ANCA及びANCA定性（ANCA関連血管炎等）の併算定について	11
検査	5 4 1	PR3-ANCAとANCA定性（好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）の併算定について	12
検査	5 4 2	ANCA定性（ANCA関連血管炎等）の算定について	13
検査	5 4 3	注射用水（検体採取時等）の算定について	14
検査	5 4 4	健側に対して実施した誘発筋電図（神経伝達速度測定を含む。）の算定について	15
検査	5 4 5	エロビキシバット水和物（内視鏡検査時）の算定について	16

診療項目	番号	タイトル	頁
画像診断	5 4 6	画像診断の一連の算定について	17
投薬	5 4 7	ビグアナイド薬（糖尿病性腎症（4期以上）等）の算定について	19
投薬	5 4 8	チアゾリジン薬（末期腎不全等）の算定について	21
投薬	5 4 9	SGLT2阻害薬（末期腎不全等）の算定について	22
投薬	5 5 0	DPP-4阻害薬（腎機能低下等）の算定について	23
投薬	5 5 1	リナクロチド又はルビプロストン（慢性の記載がない便秘症）の算定について	24
投薬	5 5 2	トリプタン系片頭痛治療薬の2種類以上の同日処方について	25
投薬	5 5 3	薬理作用の異なる抗菌薬（重症感染症）の併用投与について	26
投薬	5 5 4	トルバプタン（「腹膜灌流」施行患者）の算定について	27
投薬	5 5 5	トラフェルミン（切創等）の算定について	28
投薬	5 5 6	ジクロフェナクナトリウム坐剤・注腸軟膏剤（痔核手術後の患者）の算定について	29
注射	5 5 7	エリスロポエチン製剤（腎性貧血のない患者）の算定について	30
注射	5 5 8	ペルツズマブ（HER2陽性の乳癌）の算定について	31
処置	5 5 9	同一部位に対する創傷処置（100平方センチメートル未満）と消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）の併算定について	32
処置	5 6 0	高位浣腸（寝たきりの状態の患者）の算定について	33

診療項目	番号	タイトル	頁
処置	5 6 1	リドカイン・プロピトカイン配合クリーム（人工腎臓等）の算定について	34
手術	5 6 2	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の算定間隔について	35
手術	5 6 3	網膜光凝固術（網膜裂孔）の連月算定について	36
手術	5 6 4	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）又は虫垂切除術と胆嚢摘出術の併算定について	37

【 検 査 】**５３１ 末梢血液一般検査（高血圧症）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

高血圧症に対するD005「５」末梢血液一般検査の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

末梢血液一般検査（血球数算定）は、厚生労働省通知※に「赤血球数、白血球数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値(Ht)、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。」と記載されており、血液疾患、炎症性疾患、出血等様々な疾患のスクリーニング検査として実施される。

一方、高血圧症については、高血圧治療ガイドライン2019に「脳心血管病（脳卒中および心疾患）の最大の危険因子」と記載されており、一般検体検査について「高血圧患者の初診時、経過観察中に年に数回は実施すべき検査として尿一般検査、血球数算定、血液生化学検査、胸部X線写真、心電図がある」旨記載されている。

以上のことから、高血圧症に対するD005「５」末梢血液一般検査の算定は、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 】**５３２ フェリチン半定量（貧血）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

貧血に対するD007「25」フェリチン半定量の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

フェリチンは肝、脾、小腸粘膜などに含まれる鉄たんぱく質で、血液中に微量に存在し、体内貯蔵鉄量を反映する。鉄代謝異常の鑑別診断に用いられ、鉄欠乏性貧血では低値を示し、他の貧血や鉄過剰症（ヘモクロマトーシス、輸血後慢性鉄過剰症、血球貪食症候群や成人スチル病など）では高値を示す。発症頻度が最も高い鉄欠乏性貧血に限らず、ほとんどの貧血は鉄代謝異常を伴うため、貧血の鑑別診断や治療選択に本検査は必要である。

以上のことから、貧血に対するD007「25」フェリチン半定量の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**５３３ 大腸菌血清型別（感染性腸炎等）の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD012「37」大腸菌血清型別の算定は、原則として認められる。
 - (1) 感染性腸炎
 - (2) 細菌性腸炎
 - (3) 大腸菌感染症
- ② 次の傷病名に対するD012「37」大腸菌血清型別の算定は、原則として認められない。
 - (1) 感染性下痢症疑い
 - (2) 急性胃腸炎（疑い含む。）
 - (3) 感染性腸炎疑い
 - (4) 細菌性腸炎疑い

○ 取扱いを作成した根拠等

D012「37」大腸菌血清型別については、厚生労働省通知※に「「37」の大腸菌血清型別は、「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、及び「D023-2」その他の微生物学的検査の「3」大腸菌ベロトキシン定性により毒素が確認又は腸管出血性大腸菌用の選択培地に菌の発育が確認され、並びに血清抗体法により大腸菌のO抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において「D018」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。」と示されている。

したがって、感染性腸炎、細菌性腸炎あるいは大腸菌感染症であっても、初発時の発症状況ならびに臨床所見より上記を満たす蓋然性が高い場合には当該検査の速やかな実施が求められる。

以上のことから、①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ると判断した。

一方、②の病名では、大腸菌感染が未確認であること、また、急性胃腸炎はその原因が主にウイルスであることを踏まえ、当該検査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 】**５３４ ＨＢｓ抗原定性・半定量又はＨＢｓ抗原の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名等に対するD013「１」ＨＢｓ抗原定性・半定量又は「３」ＨＢｓ抗原の算定は、原則として認められる。
- (1) ウイルス性肝炎疑い
 - (2) 急性肝炎のみ
 - (3) 慢性肝炎のみ
 - (4) B型肝炎疑い
 - (5) B型肝炎の診断時
 - (6) B型肝炎の経過観察
 - (7) B型急性肝炎
 - (8) B型慢性肝炎
 - (9) HBVキャリアのみ
 - (10) 慢性透析患者に対する定期的検査
- ② 次の傷病名に対するD013「１」ＨＢｓ抗原定性・半定量又は「３」ＨＢｓ抗原の算定は、原則として認められない。
- (1) C型肝炎疑い
 - (2) C型肝炎の診断時
 - (3) C型肝炎の経過観察
 - (4) C型急性肝炎
 - (5) C型慢性肝炎

○ 取扱いを作成した根拠等

ＨＢｓ抗原はB型肝炎ウイルスの表面に存在する抗原で、ＨＢｓ抗原陽性は、現にB型肝炎ウイルスに感染していることを意味しており、その消長を見定めることも必要である。このため、ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗原は、B型肝炎の診断や経過観察、B型肝炎ウイルスキャリアの検索に広く用いられる。

ウイルス性肝炎疑い、急性肝炎、慢性肝炎では、まず、B型肝炎ウイルス感染の可能性を除外する必要がある。

また、透析患者は、観血的な治療を受け輸血を受ける機会も多いため、肝炎ウイルスに感染するリスクが高く定期検査が欠かせない。

以上のことから、①の傷病名等に対するD013「１」ＨＢｓ抗原定性・半定量又は「３」ＨＢｓ抗原の算定は、原則として認められると判断した。

一方、HBs抗原はC型肝炎ウイルスの検査を目的とするものではないことから、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 】**５３５ ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量又はＨＢｓ抗体の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① Ｂ型急性肝炎に対するＤ０１３「２」ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量又は「３」ＨＢｓ抗体の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対するＤ０１３「２」ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量又は「３」ＨＢｓ抗体の算定は、原則として認められない。
 - (１) 肝機能障害又は肝障害のみ
 - (２) 肝炎疑いのみ
 - (３) 急性肝炎のみ
 - (４) 慢性肝炎のみ
 - (５) ウイルス性肝炎疑い
 - (６) Ｂ型肝炎疑い
 - (７) Ｃ型肝炎疑い
 - (８) Ｃ型肝炎の診断時
 - (９) Ｃ型肝炎の経過観察
 - (１０) Ｃ型急性肝炎
 - (１１) Ｃ型慢性肝炎
 - (１２) 肝硬変疑いのみ

○ 取扱いを作成した根拠等

ＨＢｓ抗体は、Ｂ型肝炎ウイルスの感染既往を示すとともにＢ型肝炎ウイルスに対する中和抗体の存在を意味している。このため、Ｂ型急性肝炎に対するＨＢｓ抗体測定は、Ｂ型肝炎ウイルスに対する免疫の成立状況を把握する上で有用である。

以上のことから、Ｂ型急性肝炎に対するＤ０１３「２」ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量又は「３」ＨＢｓ抗体の算定は、原則として認められると判断した。

一方、上記のＨＢｓ抗体測定の意義から、②の傷病名に対しては、当該検査は必要性を欠いており、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

536 HB e 抗原及びHB e 抗体の算定について

《令和7年5月30日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD013「4」HB e 抗原及びHB e 抗体の算定は、原則として認められる。
- (1) B型肝炎の診断時
 - (2) B型肝炎の経過観察
 - (3) B型急性肝炎
 - (4) B型慢性肝炎
 - (5) HBVキャリアのみ
- ② 次の傷病名等に対するD013「4」HB e 抗原及びHB e 抗体の算定は、原則として認められない。
- (1) 肝機能障害又は肝障害のみ
 - (2) 肝炎疑いのみ
 - (3) 急性肝炎のみ
 - (4) 慢性肝炎のみ
 - (5) ウイルス性肝炎疑い
 - (6) B型肝炎疑い
 - (7) C型肝炎疑い
 - (8) C型肝炎の診断時
 - (9) C型肝炎の経過観察
 - (10) C型急性肝炎
 - (11) C型慢性肝炎
 - (12) 肝硬変疑いのみ
 - (13) 慢性透析患者に対する定期的検査

○ 取扱いを作成した根拠等

HB e 抗原はB型肝炎ウイルスの感染力の指標、HB e 抗体は病態鎮静化の指標であり、これらの検査は血中のウイルス量や増殖状況を把握する上で有用である。

以上のことから、①の傷病名に対するD013「4」HB e 抗原及びHB e 抗体の算定は、原則として認められると判断した。

一方、HB e 抗原・HB e 抗体測定の意義から、B型肝炎ウイルス感染の明確でない②の傷病名等に対するこれらの検査は無意味であり、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**5 3 7 H C V 抗体定性・定量の算定について**

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名等に対する D013「5」H C V 抗体定性・定量の算定は、原則として認められる。
- (1) ウイルス性肝炎疑い
 - (2) 急性肝炎のみ
 - (3) 慢性肝炎のみ
 - (4) C 型肝炎疑い
 - (5) C 型肝炎の診断時
 - (6) C 型急性肝炎
 - (7) C 型慢性肝炎
 - (8) 慢性透析患者に対する定期的検査
- ② 次の傷病名に対する D013「5」H C V 抗体定性・定量の算定は、原則として認められない。
- (1) B 型肝炎疑い
 - (2) B 型肝炎の診断時
 - (3) B 型肝炎の経過観察
 - (4) B 型急性肝炎
 - (5) H B V キャリアのみ

○ 取扱いを作成した根拠等

H C V 抗体定性・定量は、C 型肝炎ウイルス感染が疑われるときや感染症状の消長を見定めるときに実施する検査として広く用いられている検査である。

ウイルス性肝炎疑い、急性肝炎、慢性肝炎では、C 型肝炎の可能性を否定しておくことが重要である。

また、透析患者は、観血的な治療を受け輸血を受ける機会も多いため、肝炎ウイルスに感染するリスクが高く、定期的検査は欠かせない。

以上のことから、①の傷病名等に対する D013「5」H C V 抗体定性・定量の算定は、原則として認められると判断した。

一方、H C V 抗体定性・定量は、その測定意義により B 型肝炎ウイルス感染に起因する病態の原因とは関連性がなく、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 】**５３８ ＨＢｃ抗体半定量・定量の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD013「６」HBc抗体半定量・定量の算定は、原則として認められる。
 - (1) B型肝炎の診断時
 - (2) B型肝炎急性肝炎
- ② 次の傷病名に対するD013「６」HBc抗体半定量・定量の算定は、原則として認められない。
 - (1) 肝機能障害、肝障害のみ
 - (2) 肝炎疑いのみ
 - (3) 急性肝炎のみ
 - (4) 慢性肝炎のみ
 - (5) C型肝炎疑い
 - (6) C型肝炎の診断時
 - (7) C型肝炎の経過観察
 - (8) C型肝炎急性肝炎
 - (9) C型肝炎慢性肝炎
 - (10) 肝硬変疑いのみ

○ 取扱いを作成した根拠等

HBc抗体は、B型肝炎ウイルスのコア抗原(HBc抗原)に対する抗体で、感染の比較的早期から血中に出現し、病状鎮静化後も長期間検出される。このため、HBc抗体半定量・定量は、B型肝炎ウイルス感染の有無や既往を含めた病態を知るために有用である。

以上のことから、①の傷病名に対するD013「６」HBc抗体半定量・定量の算定は、原則として認められると判断した。

一方、上記のHBc抗体測定の意味から、②の傷病名に対しては、当該検査の必要性は考えられないため、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**５３９ MMP－３（関節リウマチ疑い）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

関節リウマチ疑いに対するD014「９」マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP－３）のみ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

MMP－３は関節リウマチの疾患活動性マーカーで骨破壊と相関するとされるが、抗CCP抗体やRFと比べて感度は高いが特異度は低く、関節リウマチ診断の有用性は低い。ただ、関節リウマチ診断確定後では将来の骨破壊と有意の相関があるため、早期治療の必要性評価に優れているとされる。

以上のことから、関節リウマチ疑いに対するMMP－３のみの算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

540 MPO-ANCA、PR3-ANCA及びANCA定性（ANCA関連血管炎等）の併算定について

《令和7年5月30日》

○ 取扱い

次の傷病名の診断時における、D014「32」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）、「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）及び「38」抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性のうちの2者の併算定は、原則として認められる。

- (1) ANCA関連血管炎
- (2) 顕微鏡的多発血管炎
- (3) 多発血管炎性肉芽腫症（ウェジナー肉芽腫症）
- (4) 急速進行性糸球体腎炎
- (5) 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（アレルギー性肉芽腫性血管炎・チャード・スト劳斯症候群）

○ 取扱いを作成した根拠等

抗好中球細胞質抗体（ANCA）検査には、ANCAを総合的に検出するANCA定性と特定の抗原であるミエロペルオキシダーゼに対する抗体を主に検出するMPO-ANCA検査及びプロテイナーゼ3抗体を主に検出するPR3-ANCA検査がある。

ANCA関連血管炎は小血管の壊死性血管炎のうち、ANCA陽性を特徴とする血管炎の総称であり、これには諸種の血管炎、つまり顕微鏡的多発血管炎（MPA）、多発血管炎性肉芽腫症（GPA）、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）があり、腎の障害をきたす急速進行性糸球体腎炎（RPGN）の一部も含まれる。MPAやEGPAではMPO-ANCAが、GPAではPR3-ANCAが、RPGNでは双方が陽性となる頻度が高いとされている。ANCA関連血管炎診療ガイドラインやRPGN診療ガイドラインでは、MPO-ANCAとPR3-ANCAの2つの検査の同時算定の重要性が示されている。また、ANCA定性とMPO-ANCA又はPR3-ANCAとの併算定も臨床上有用である。

以上のことから、上記の(1)から(5)の傷病名の診断時における、D014「32」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）、「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）及び「38」抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性のうちの2者の併算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**５４１　ＰＲ３－ＡＮＣＡとＡＮＣＡ定性（好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）
の併算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（アレルギー性肉芽腫性血管炎・チャージ・ストラウス症候群）の経過観察時におけるD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）と「38」抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）定性の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）検査には、ＡＮＣＡを総合的に検出するＡＮＣＡ定性と特定の抗原であるミエロペルオキシダーゼに対する抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）を主に検出する検査並びにプロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）を主に検出する検査がある。

ＡＮＣＡ関連血管炎の一種である好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（アレルギー性肉芽腫性血管炎・チャージ・ストラウス症候群）では、ＰＲ３－ＡＮＣＡの陽性率は低いとされている。

したがって、当該疾患確定後の経過観察時においては、ＰＲ３－ＡＮＣＡを測定する有用性は低く、ＡＮＣＡ定性とを併せて測定する有用性も低いと考えられる。

以上のことから、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（アレルギー性肉芽腫性血管炎・チャージ・ストラウス症候群）の経過観察時におけるD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）と「38」抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）定性の併算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

5 4 2 A N C A 定性（A N C A 関連血管炎等）の算定について

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する D014「38」抗好中球細胞質抗体（A N C A）定性の算定は、原則として認められる。

- (1) A N C A 関連血管炎（疑い含む。）
- (2) 顕微鏡的多発血管炎（疑い含む。）
- (3) 多発血管炎性肉芽腫症（ウェジナー肉芽腫症）（疑い含む。）
- (4) 急速進行性糸球体腎炎（疑い含む。）
- (5) 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（アレルギー性肉芽腫性血管炎・チャージ・スト劳斯症候群）（疑い含む。）

○ 取扱いを作成した根拠等

抗好中球細胞質抗体（A N C A）は、白血球の一種である好中球の細胞質内のアズール顆粒やリソソームを対応抗原とする自己抗体の総称であり、A N C A 定性では間接蛍光抗体法の染色パターンにより、細胞質型（C－A N C A）と核周囲型（P－A N C A）に分けられ、本抗体はA N C A 関連血管炎の診断に役立つ自己抗体である。

また、A N C A 関連血管炎は、小血管の壊死性血管炎のうちA N C A 陽性を特徴とする血管炎の総称であり、これには諸種の血管炎、つまり顕微鏡的多発血管炎（M P A）、多発血管炎性肉芽腫症（G P A）、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（E G P A）があり、腎の障害をきたす急速進行性糸球体腎炎（R P G N）の一部も含まれる。

以上のことから、上記の(1)から(5)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ると判断した。

【 検 査 】

5 4 3 注射用水（検体採取時等）の算定について

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

次の場合の注射用水の算定は、原則として認められない。

- (1) D 020「2」抗酸菌分離培養（それ以外のもの）の検体採取時（喀痰排出の咳嗽時）
- (2) J 051 胃洗浄時
- (3) 医療器具の洗浄時

○ 取扱いを作成した根拠等

抗酸菌分離培養時の喀痰採取が困難な場合には生理食塩液を吸入する。また、胃洗浄や医療器具の洗浄にも生理食塩液又は洗浄液を使用する。

一方、注射用水の効能・効果は「注射用医薬品の溶解・希釈剤」であり、上記の場合は適応外使用と考えられる。

以上のことから、上記の場合の注射用水の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

5 4 4 健側に対して実施した誘発筋電図（神経伝達速度測定を含む。）の算定について

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

必要に応じて比較のために健側に対し実施した D 239 筋電図検査「2」誘発筋電図（神経伝達速度測定を含む。）（1 神経につき）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

誘発筋電図の実施においては、患側と健側との比較が必要となることがある。

以上のことから、必要に応じて比較のために健側に対し実施した D 239 筋電図検査「2」誘発筋電図（神経伝達速度測定を含む。）（1 神経につき）の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

５４５ エロビキシバット水和物（内視鏡検査時）の算定について

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

内視鏡検査時のエロビキシバット水和物（グーフィス錠）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

グーフィス錠の添付文書の効能・効果は「慢性便秘症（器質的疾患による便秘を除く）」であり、内視鏡検査前の腸管内容物の排出に対する適応はない。

以上のことから、内視鏡検査時のエロビキシバット水和物（グーフィス錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 画像診断 】

5 4 6 画像診断の一連の算定について

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

- ① 画像診断の対象となる各傷病名がある場合の次の部位に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の算定は、原則 100 分の 100 として算定する。
 - (1) 頸椎と胸椎
 - (2) 腰椎と股関節
 - (3) 手関節と手
 - (4) 足関節と足
 - (5) 腰椎と骨盤
 - (6) 骨盤と股関節
 - (7) 胸部と腰椎
 - (8) 頭部と頸部
 - (9) 胸骨と鎖骨
 - (10) 肩関節と頸部
 - (11) 鎖骨と肩関節
 - (12) 胸部と肋骨
- ② 両側変形性膝関節症に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の左右各々の算定は、原則 100 分の 100 として算定する。
- ③ 次の傷病名等に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の算定は、原則として一連の取扱いとする。
 - (1) 右股関節痛に対する骨盤及び右股関節
 - (2) 腰椎圧迫骨折に対する腰椎及び骨盤
 - (3) 股関節内転筋筋炎に対する骨盤及び股関節
 - (4) 肩インピンジメント症候群に対する肩関節及び肩甲骨
 - (5) 骨粗鬆症に対して胸椎と腰椎

○ 取扱いを作成した根拠等

単純撮影の写真診断及び撮影の一連の算定については、厚生労働省告示通則 3 並びに厚生労働省通知（2）及び（3）に示されている「同一の部位」、「同時」及び「同一の方法」の 3 つの条件すべてに該当する場合は、写真診断及び撮影の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定し、そうでない場合（いずれか 1 つでも条件が該当しない場合）は各々の部位ごとに 100 分の 100 に相当する点数を算定するものと解される。

以上を踏まえ、①及び②については、画像診断の対象となる各傷病名の診断や病態把握を行う必要性から、上記の条件の「同一の部位」（同一フィルム面に撮影し得る範囲）には該当しないと考える。

一方、③については、単一傷病名のため、「同一の部位」（同一フィルム面に撮影し得る範囲）の条件を含め上記の３つの条件すべてに該当すると考える。

以上のことから、E 001 写真診断「１」単純撮影の算定について、①及び②の場合は、各々100 分の 100 の相当する点数により算定することとし、③の場合は原則 100 分の 50 を算定すると判断した。

厚生労働省告示：診療報酬の算定方法

第４部画像診断の第１節エックス線診断料の通則３

同一の部位につき、同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、（中略）第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E 001 に掲げる写真診断及び区分番号E 002 に掲げる撮影の各所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定し、第６枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

厚生労働省通知：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

（２）（前略）「３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。（後略）

（３）（前略）「３」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。（後略）

【 投 薬 】

5 4 7 ビグアナイド薬（糖尿病性腎症（４期以上）等）の算定について

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するビグアナイド薬の算定は、原則として認められない。
- (1) 糖尿病性腎症（４期以上）
 - (2) 肝不全
 - (3) 肝性脳症
- ② 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するビグアナイド薬の算定は、原則として認められる。
- (1) 腎機能障害
 - (2) 慢性腎臓病
 - (3) 心不全
 - (4) 心筋梗塞
 - (5) 心疾患
 - (6) 肝機能障害
 - (7) 脂肪肝
 - (8) 慢性肝炎
 - (9) 慢性非活動性肝炎
 - (10) 肝癌

○ 取扱いを作成した根拠等

ビグアナイド薬のメトグルコ錠は、添付文書の禁忌に「重度の腎機能障害（ $eGFR$ 30mL/min/1.73m² 未満）のある患者又は透析患者（腹膜透析を含む）、重度の肝機能障害のある患者」は「乳酸アシドーシスを起こしやすい」旨、また、警告に「重篤な乳酸アシドーシスを起こすことがあり、死亡に至った例も報告されている」旨述べられており、結果として、特定の背景を有する患者に関する注意に「投与しないこと」と記載されている。

上記①の患者に対する当該医薬品の投与は、その記載内容より重大な転帰を招く可能性が高く、医学的に相対的有用性は低いと考えられる。一方、上記②の患者については、警告に「腎機能障害又は肝機能障害のある患者」に「投与する場合には、定期的に腎機能や肝機能を確認するなど慎重に投与すること」と記載されており、患者の状態を確認し慎重に投与した場合には、効果的な臨床使用を妨げることはないと考えられる。

以上のことから、上記①の患者に対するビグアナイド薬の算定は原則とし

て認められないが、上記②の患者に対する当該医薬品は原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**５４８ チアゾリジン薬（末期腎不全等）の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

- ① 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は、原則として認められない。
 - (1) 末期腎不全
 - (2) 肝性脳症
 - (3) 肝不全
- ② 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は、原則として認められる。
 - (1) 腎機能障害
 - (2) 心筋梗塞
 - (3) 心疾患
 - (4) 肝機能障害
 - (5) 代償性肝硬変

○ 取扱いを作成した根拠等

チアゾリジン薬のアクトス錠の添付文書の効能・効果は「２型糖尿病」であり、特定の背景を有する患者に関する注意に「重篤な肝機能障害患者」と「重篤な腎機能障害患者」に「投与しない」旨、また、重篤な肝機能障害のある患者については「本剤は主に肝臓で代謝されるため、蓄積するおそれがある」旨記載されている。このことより、①の患者に対する当該医薬品の医学的有用性は相対的に低いと考えられる。

一方、腎機能障害や肝機能障害の患者（重篤な患者を除く）については、上記の注意に「慎重に投与する」旨、「心不全発症のおそれのある心筋梗塞、狭心症、心筋症、高血圧性心疾患等の心疾患のある患者」については、「循環血漿量の増加により心不全を発症させるおそれがある」旨記載されている。また、重要な基本的注意に「定期的に肝機能検査を実施し、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行う」旨や、「心不全が増悪あるいは発症することがある」ため、「異常がみられた場合には直ちに本剤の服用を中止し、受診するよう患者を指導する」旨記載されている。②の患者に対して添付文書の記載に従い、当該医薬品を慎重に投与した場合の臨床的有用性に支障はないものと考えられる。

以上のことから、適応傷病名と①の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は原則として認められないが、適応傷病名と②の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**５４９ ＳＧＬＴ２阻害薬（末期腎不全等）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

- ① 適応傷病名と末期腎不全がある患者に対するＳＧＬＴ２阻害薬の算定は、原則として認められない。
- ② 適応傷病名と慢性腎臓病がある患者に対するＳＧＬＴ２阻害薬の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

ＳＧＬＴ２阻害薬は、近位尿細管での糖の再吸収を阻害し、糖を尿中へ排泄させ血糖を低下させる薬剤である。したがって、糸球体濾過量が著しく減少している末期腎不全や透析中の患者にはその効果は期待できない。一方、糸球体濾過量がある程度保たれておれば、慢性腎疾患であっても有効性は期待できる。

以上のことから、上記①の患者に対するＳＧＬＴ２阻害薬の算定は原則として認められないが、②の患者に対する算定は原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**５５０ ＤＰＰ－４阻害薬（腎機能低下等）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対する、ＤＰＰ－４阻害薬の通常投与量の算定は、原則として認められる。

- (1) 腎機能低下
- (2) 腎機能障害

○ 取扱いを作成した根拠等

ＤＰＰ－４阻害薬のジャヌビア錠は、腎排泄型薬剤であることより、添付文書の重要な基本的注意に「腎機能障害のある患者では本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるので、腎機能を定期的に検査することが望ましい」旨、また、特定の背景を有する患者に関する注意には「中等度腎機能障害又は重度腎機能障害のある患者、血液透析又は腹膜透析を要する末期腎不全の患者」には「適切な用量調節を行う」旨記載されている。

また、「糖尿病標準診療マニュアル 2025」の糖尿病の治療の流れには、「腎機能を勘案した通常量から開始」する旨記載されており、腎機能障害や腎機能が低下している患者に対して、当該医薬品の通常量の投与は、臨床上妥当と考えられる。

以上のことから、上記傷病名に対する、ＤＰＰ－４阻害薬の通常投与量の算定は、原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**５５１ リナクロチド又はルビプロストン（慢性の記載がない便秘症）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

慢性の記載がない便秘症に対するリナクロチド（リンゼス錠）又はルビプロストン（アミティーザカプセル）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

リンゼス錠とアミティーザカプセルについては、添付文書の効能・効果に「慢性便秘症（器質的疾患による便秘を除く）」とある。

慢性便秘症診療ガイドライン 2017 によると、慢性便秘症は、便秘症の診断基準の 2 項目以上を最近 3 か月間満たしている場合に該当するとある。当該医薬品が継続して投与されている患者にあっては、慢性便秘症の記載がなくとも慢性化している患者である蓋然性が高いと考えられる。

以上のことから、便秘症に対するリナクロチド（リンゼス錠）又はルビプロストン（アミティーザカプセル）の算定は、慢性の記載がない場合であっても、原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**5 5 2 トリプタン系片頭痛治療薬の2種類以上の同日処方について****《令和7年5月30日》****○ 取扱い**

屯用でのトリプタン系片頭痛治療薬（イミグラン錠等）の以下の同日処方については、原則として認められる。

- (1) 内服薬2種類以上
- (2) 内服薬と外用薬

○ 取扱いを作成した根拠等

トリプタン系片頭痛治療薬は、セロトニン（5-HT₁）受容体に選択的に作用して、拡張した頭蓋内外の血管を収縮させること等により頭痛を抑制する作用がある医薬品で、現在、本邦で使用されるものには、スマトリプタン（イミグラン等）、ゾルミトリプタン（ゾーミッグ等）、エレトリプタン（レルパックス等）、リザトリプタン（マクサルト等）及びナラトリプタン（アマージ等）の5種類あり、剤形としては内服剤、点鼻液があるが、それぞれ、効果発現時間や持続時間などの薬理的特性は異なる。日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会の「頭痛の診療ガイドライン」においても、「薬剤ごとに効果の差があり、また、個々の患者により臨床効果に差異があり、嗜好も多様であることはしばしば経験される」旨示されている。

また、イミグランの添付文書の用法及び用量に関連する注意に「スマトリプタン製剤を組み合わせる使用する場合には少なくとも以下の間隔※をあけて投与すること」と記載されており、剤形ごとの投与間隔を考慮の上、2種類以上のトリプタン系片頭痛治療薬を併用することは、治療効果を高めるうえで有用性が高いと考える。

以上のことから、屯用でのトリプタン系片頭痛治療薬（イミグラン錠等）の上記の同日処方については、原則として認められると判断した。

(※)

- ・経口剤投与後に注射液あるいは点鼻液を追加投与する場合には2時間以上
- ・注射液投与後に経口剤を追加投与する場合には1時間以上
- ・点鼻液投与後に経口剤を追加投与する場合には2時間以上

【 投 薬 】**５５３ 薬理作用の異なる抗菌薬（重症感染症）の併用投与について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

重症感染症に対する薬理作用の異なる次の抗菌薬（抗生物質を含む。）※の併用投与は、原則として認められる。

※ 抗ウイルス薬、抗真菌薬を除く。

- (1) 複数の内服薬
- (2) 複数の注射薬
- (3) 内服薬と注射薬

○ 取扱いを作成した根拠等

重症感染症が疑われた際は、まず、細菌感染症の可能性を考慮し、原因菌を特定した上でそれに応じた抗菌薬を投与することになる。ただし、原因菌の特定前に治療を開始する必要がある場合や複数の細菌が原因菌として想定される場合には、複数の抗菌薬の投与を考慮せざるを得ないことが多いが、病態または重症度に応じて内服薬と注射薬、複数の注射薬などを併用することにより効果的な治療法の選択が可能となる。

以上のことから、重症感染症に対する上記薬理作用の異なる抗菌薬（抗生物質を含む。）の併用投与は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**５５４ トルバプタン（「腹膜灌流」施行患者）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

「腹膜灌流」施行患者におけるトルバプタン(サムスカOD錠等)の算定について、心不全などの適応疾患がある場合は、原則として認められる。

なお、「人工腎臓」施行患者については、症状詳記等により尿量又は腎機能が確認できる場合は個別に判断することとする。

○ 取扱いを作成した根拠等

トルバプタン(サムスカOD錠等)の添付文書の効能・効果は、ループ利尿薬等の他の利尿薬で効果不十分な心不全等における体液貯留である。

透析患者は、全ての腎機能が廃絶状態にあるものではなく、残腎機能があり尿量もある場合が多い。このような場合には、当該医薬品にループ利尿薬などの他の利尿薬を加えることは、心不全に対して効果的であり、致命的転帰の回避は可能である。特に腹膜透析の場合の有効性は、学会でも多く報告されており妥当と考える。

以上のことから、「腹膜灌流」施行患者における当該医薬品の算定について、心不全などの適応疾患がある場合は、原則として認められると判断した。

なお、「人工腎臓」施行患者の場合については、脱水になることはほとんどなく、心不全改善により、むしろ腎血流が増加することがあるため、尿量又は腎機能等により医学的に判断することとする。

【 投 薬 】**５５５ トラフェルミン（切創等）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するトラフェルミン（フィブラストスプレー）の算定は、原則として認められない。

- (1) 切創
- (2) 擦過傷

○ 取扱いを作成した根拠等

フィブラストスプレーの添付文書の作用機序に「血管新生作用や肉芽形成促進作用等を示すことにより、褥瘡、皮膚潰瘍に対して治療効果を示す。」旨記載されている。

切創は組織が離断された創をいい、通常皮膚欠損を伴わず、一次縫合等により創閉鎖が可能である。擦過傷は皮膚の表皮組織が剥離した状態をいい、程度により真皮に達する場合もあるが、一般的には軽微な損傷と整理される。

以上のことから、上記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 】**５５６ ジクロフェナクナトリウム坐剤・注腸軟膏剤（痔核手術後の患者）の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

適応傷病名がある場合の痔核手術後の患者に対するジクロフェナクナトリウム【坐剤・注腸軟膏剤】（ボルタレンサポ等）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

ジクロフェナクナトリウム坐剤については、添付文書の禁忌の項に、痔疾のある患者は粘膜刺激作用により症状が悪化することがある旨記載されているが、痔核手術後はその症状が改善されており、当該医薬品の適応傷病名に対する投与は有用と考えられる。

以上のことから、適応傷病名がある場合の痔核手術後の患者に対するジクロフェナクナトリウム【坐剤・注腸軟膏剤】（ボルタレンサポ等）の算定は、原則として認められると判断した。

【 注射 】**５５７ エリスロポエチン製剤（腎性貧血のない患者）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

腎性貧血の記載がない、次の傷病名等に対するエリスロポエチン製剤（エポジン注シリンジ、エスポー注射液等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 連続携行式腹膜灌流施行中
- (2) 人工腎臓（その他）施行中
- (3) 慢性腎不全

○ 取扱いを作成した根拠等

エポジン注シリンジについては、添付文書の効能・効果に「透析施行中の腎性貧血」及び「透析導入前の腎性貧血」がある。腎性貧血は、慢性腎不全等の腎機能低下によりエリスロポエチンの産生量が低下することで生じる。連続携行式腹膜灌流や人工腎臓（透析）施行中に腎性貧血の治療を行うことがあるが、その場合はレセプト上、腎性貧血の記載が基本と考えられる。

以上のことから、腎性貧血の記載がない、上記傷病名等に対するエリスロポエチン製剤（エポジン注シリンジ、エスポー注射液等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 注射 】**５５８ ペルツズマブ（HER2 陽性の乳癌）の算定について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

HER2 陽性の乳癌に対する術前・術後薬物療法としてのペルツズマブ（パージェタ点滴静注）の 12 か月を超えての算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

ペルツズマブ（パージェタ点滴静注）の添付文書に示されている乳癌に対する効能又は効果として「HER2 陽性の乳癌」があり、用法及び用量には「術前・術後薬物療法の場合には、投与期間は 12 か月間までとする。」と記載されている。

以上のことから、HER2 陽性の乳癌に対し 12 か月を超えて投与されたペルツズマブ（パージェタ点滴静注）の算定は、原則として認められないと判断した。

なお、当該 12 か月には、休薬により実際に投与されなかった期間は含めない。

【 処 置 】

５５９ 同一部位に対する創傷処置（１００平方センチメートル未満）と消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）の併算定について

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

同一部位に対するＪ０００創傷処置「１」１００平方センチメートル未満とＪ１１９消炎鎮痛等処置「１」マッサージ等の手技による療法の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

同一部位に両方の処置を必要とする病態は一般的に想定できない。

以上のことから、同一部位に対するＪ０００創傷処置「１」１００平方センチメートル未満とＪ１１９消炎鎮痛等処置「１」マッサージ等の手技による療法の併算定は、原則として認められないと判断した。

【 処置 】**560 高位浣腸（寝たきりの状態の患者）の算定について****《令和7年5月30日》****○ 取扱い**

便秘症、排便困難等の傷病名がない脳梗塞、認知症等で寝たきりの状態の患者に対する J 022 高位浣腸の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

高位浣腸は、大量の微温湯、生理食塩水などを容器（イリゲーター）の中に入れ、同容器を高く挙上（約 100 c m）して、経肛門的に大腸に注入することで腸内容を除去する方法であり（イリゲーターを 50 c m 程度高く挙上して行う場合は高圧浣腸、また、回収液が透明になるまで当該行為を繰り返す場合は洗腸）腸重積や腸閉塞、高度便秘症等に対する治療を目的として行われる。

したがって、脳梗塞や認知症等の寝たきり状態の患者であっても、便秘症、排便困難等の傷病名がない場合は適応とはならない。

以上のことから、便秘症、排便困難等の傷病名がない脳梗塞、認知症等で寝たきりの状態の患者に対する J 022 高位浣腸の算定は、原則として認められないと判断した。

【 処置 】**５６１ リドカイン・プロピトカイン配合クリーム(人工腎臓等)の算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

J 038 人工腎臓時のリドカイン・プロピトカイン配合クリーム（エムラクリーム）の算定は、原則として認められる。

ただし、使用量については１回につき２ｇまでとする。

○ 取扱いを作成した根拠等

人工腎臓（血液透析等）時に使用するシャント穿刺針は、シャントからの高流量の脱血を必要とするため口径が太く、穿刺にあたって強い疼痛を伴う。局所麻酔剤であるエムラクリームの添付文書の効能・効果は「注射針・静脈留置針穿刺時の疼痛緩和」である。このため、人工腎臓時のシャント穿刺針時の疼痛緩和に対する当該医薬品の投与は、作用機序から有用であると考えられる。

また、当該医薬品の使用量については、用法・用量に「注射針・静脈留置針穿刺予定部位に 10cm²あたり本剤 1g を、密封法（ODT）により 60 分間塗布する」旨記載されており、シャント部の穿刺は脱血用と返血用の２箇所に行うものであるから、２ｇまでの使用量は妥当と考えられる。

以上のことから、J 038 人工腎臓時のリドカイン・プロピトカイン配合クリーム（エムラクリーム）の算定は、原則として１回につき２ｇまで認められると判断した。

【 手術 】**５６２ 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の算定間隔について****《令和７年５月３０日》****○ 取扱い**

- ① K006－４皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の連月の算定は、原則として認められない。
- ② K006－４皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の算定間隔は、原則として３か月に１回程度認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術は、厚生労働省告示※^１より一連につき算定するものである。ここでいう「一連」とは、厚生労働省通知※^２に「治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。」と示されており、当該手術の連月の算定は、上記通知の要件に合致しない。

以上のことから、K006－４皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の連月の算定は、原則として認められないが、３か月に１回程度の算定は認められると判断した。

（※１）診療報酬の算定方法

（※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

【 手術 】

5 6 3 網膜光凝固術（網膜裂孔）の連月算定について

《令和 7 年 5 月 3 0 日》

○ 取扱い

網膜裂孔に対する K276 網膜光凝固術「1」（通常のもの）（一連につき）の連月の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

網膜裂孔は、眼球外傷や加齢等、様々な要因により網膜の一部に穿孔や裂け目が生じる病態である。網膜光凝固術は、レーザー光で網膜を凝固することにより網膜剥離への進行を抑制する。術後瘢痕化に 10 日から数週間程度かかり、瘢痕後剥離の発生の危険性を考慮して一定期間の経過観察が必要であることから、当該凝固術を連月算定する医学的有用性は低いと考えられる。

以上のことから、網膜裂孔に対する K276 網膜光凝固術「1」（通常のもの）（一連につき）の連月の算定は、原則として認められないと判断した。

【 手術 】**５６４ 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）又は虫垂切除術と胆嚢摘出術の併算定について**

《令和７年５月３０日》

○ 取扱い

胆嚢に係る傷病名の記載がない場合の次の手術とＫ６７２ 胆嚢摘出術の併算定は、原則として認められない。

- (1) Ｋ５２７ 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
- (2) Ｋ７１８ 虫垂切除術

○ 取扱いを作成した根拠等

食道悪性腫瘍手術や虫垂切除術と胆嚢摘出術は、それぞれ手術野や手技内容において関連性が乏しいことより、併せて胆嚢を摘出する際は、胆嚢に係る傷病名の記載が必要である。

以上のことから、胆嚢に係る傷病名の記載がない場合のＫ５２７ 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）又はＫ７１８ 虫垂切除術とＫ６７２ 胆嚢摘出術の併算定は、原則として認められないと判断した。