

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
医学管理等	7 2 2	癌化学療法で入院した場合の肺血栓塞栓症予防管理料の算定について	1
検査	7 2 3	一般検査（手術前）の算定について	2
検査	7 2 4	一般検査（観血的手術前）の算定について	3
検査	7 2 5	ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としてのアンチトロンビン活性の算定について	4
検査	7 2 6	静脈血栓症疑いに対するアンチトロンビン活性の算定について	5
検査	7 2 7	高脂血症又は脂質異常症等に対するリポ蛋白分画の算定について	6
検査	7 2 8	静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血患者に対するフェリチン半定量等の算定について	7
検査	7 2 9	特発性器質化肺炎に対するKL-6の算定について	8
検査	7 3 0	慢性腎臓病ステージG3a（確定診断）に対するシスタチンCの算定について	9
検査	7 3 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）（精巣腫瘍等）の算定について	11
検査	7 3 2	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）（卵巣腫瘍）の算定について	12
検査	7 3 3	B型慢性肝炎治療中のHBs抗体の算定について	13
検査	7 3 4	C反応性蛋白（CRP）定性（急性心筋梗塞等）の算定について	14
検査	7 3 5	感染性胃腸炎に対する排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの）（便検体）の算定について	15
検査	7 3 6	細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）等（眼科疾患術前検査）の算定について	16

診療項目	番号	タイトル	頁
検査	7 3 7	細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）（白内障術前検査）の算定について	17
検査	7 3 8	気管支喘息等の診断時に対するフローボリュームカーブ、肺気量分画測定 of 算定について	18
検査	7 3 9	A 型ボツリヌス毒素製剤を用いた神経ブロック時の超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定について	19
検査	7 4 0	角膜内皮細胞顕微鏡検査（白内障術後 3 か月）の算定間隔について	20
検査	7 4 1	外来における消化管内視鏡検査等に伴う鎮静後のフルマゼニル注射液の算定について	21
検査	7 4 2	胃・十二指腸ファイバースコピー（胆のう疾患）の算定について	22
画像診断	7 4 3	過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量について	23
投薬	7 4 4	ビタミン B ₁₂ 製剤【内服薬・注射薬】（糖尿病等）の算定について	24
投薬	7 4 5	ビタミン剤（ビタミン B ₁₂ 製剤を除く。）【内服薬】（急性腸炎等）の算定について	25
投薬	7 4 6	ビタミン剤【内服薬】（手術後以外）の算定について	26
投薬	7 4 7	肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバン E N 配合散の算定について	27
投薬	7 4 8	原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤の算定について	28
投薬	7 4 9	成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール（メプチンエア－10 μ g 吸入 100 回）の投与量について	29
投薬	7 5 0	アポハイドローション 20% の投与量について	30
投薬	7 5 1	腎性貧血に対する H I F－P H 阻害剤（ダーブロック錠等）の算定について	31

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	7 5 2	高血圧症のみ等に対するベンズブロマロン製剤の算定について	32
注射	7 5 3	出血のない胃炎等に対するH ₂ ブロッカー【注射薬】の算定について	33
注射	7 5 4	ビタミン剤（ビタミンB ₁₂ 製剤を除く。）【注射薬】（急性腸炎等）の算定について	34
注射	7 5 5	ビタミン剤【注射薬】（手術後以外）の算定について	35
処置	7 5 6	関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントがある場合の創傷処置の算定について	36
処置	7 5 7	耳垢栓塞に対する耳処置の算定について	37
手術	7 5 8	経尿道的尿路結石除去術時の尿路拡張用カテーテルの算定について	38

【 医学管理等 】**7 2 2 癌化学療法で入院した場合の肺血栓塞栓症予防管理料の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

癌化学療法で入院した場合のB001-6肺血栓塞栓症予防管理料の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

肺血栓塞栓症（PTE）/深部静脈血栓症（DVT）は手術後や出産後あるいは急性内科疾患での入院中などに多く発症し、PTE発症時の院内死亡率は14%、死亡例の40%以上が発症1時間以内の突然死とされている。したがって、臨床診断率の向上だけでは予後の改善は達成できず、その発症予防が不可欠とされている。入院による癌化学療法では、通常、複数の注射薬剤の併用投与や持続点滴注射が行われるため、長時間の臥床での治療となるが、癌化学療法はDVTの付加的な危険因子の強度が中等度で、リスクレベルを1段階上げることが推奨されていることから、中リスク以上と判断される。中リスクでは弾性ストッキングあるいは間欠的空気圧迫法（IPC）が予防法として推奨されている（PTE／DVTガイドライン2025）。

以上のことから、癌化学療法で入院した場合のB001-6肺血栓塞栓症予防管理料の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**7 2 3 一般検査（手術前）の算定について**

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

- ① 手術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) 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 手術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) D005「1」赤血球沈降速度（E S R）
 - (2) D005「2」網赤血球数
 - (3) D215「2」ロ（1）超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）

○ 取扱いを作成した根拠等

手術前検査は術前の患者の全身状態を把握し、手術による合併症の発症リスクを予測する目的で実施する。尿中一般物質定性半定量検査は、腎・泌尿器疾患や糖尿病等のスクリーニングとして、末梢血液一般検査は、赤血球数、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット、白血球数、血小板数を測定して、血液疾患、炎症性疾患、出血性疾患等のスクリーニングとして、臨床的有用性は高いと考えられる。

一方、赤血球沈降速度（E S R）は炎症性疾患、悪性腫瘍、赤血球増加症、播種性血管内凝固症候群等のスクリーニングとして実施するもの、網赤血球数は骨髓における赤血球産生の指標となるもの、超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）は臓器の形状、疾患の診断や病態把握を行うものであり、手術前一般検査としての実施は過剰と考えられる。

以上のことから、手術前の一般検査として、上記①の検査の算定は原則として認められ、上記②の検査の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

7 2 4 一般検査（観血的手術前）の算定について

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

観血的手術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「3」末梢血液像（自動機械法）、「6」末梢血液像（鏡検法）
- (2) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
- (3) D015「1」C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）
- (4) D200「1」肺気量分画測定、「2」フローボリュームカーブ
- (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

○ 取扱いを作成した根拠等

観血的手術は出血を伴うものであり、手術前に出血や感染症等の発症リスクを把握する必要がある。

末梢血液像（自動機械法）は白血球分類および末梢血液細胞の形態学的異常を、末梢血液像（鏡検法）は赤血球、白血球、血小板の形態変化や異常細胞の有無を観察する検査である。フィブリノゲンは血液凝固異常を調べる検査で、出血傾向や血栓形成の指標になる。

CRPは急性期蛋白の一つで、細菌感染症、膠原病、心筋梗塞、悪性腫瘍等の炎症性疾患の診断目的に実施する。肺気量分画測定とフローボリュームは呼吸器疾患の診断と呼吸機能の評価目的で、心電図検査（四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導）は、心臓の収縮力や虚血、梗塞の有無等の評価目的で実施する。

これらの検査を観血的手術前に実施することは、手術を安全に遂行する上で臨床的有用性が高いと考えられる。

以上のことから、観血的手術前の一般検査として上記の検査の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**7 2 5 ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としてのアンチトロンビン活性の算定について****《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》****○ 取扱い**

ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としての D006「9」アンチトロンビン活性（A T 活性）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

ヘパリンの作用がアンチトロンビンⅢ低下例においては減弱する可能性があり、ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）の術前にアンチトロンビン活性（A T 活性）を測定することは医学的に妥当と判断される。

以上のことから、ヘパリン使用手術（人工心肺使用手術）予定患者における術前検査としての D006「9」アンチトロンビン活性（A T 活性）の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**7 2 6 静脈血栓症疑いに対するアンチトロンビン活性の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

静脈血栓症疑いに対するD006「9」アンチトロンビン活性（AT活性）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

AT活性は静脈血栓症の診断が確定された際に、その機序又は程度（重症度）を調べる目的及びその後の治療方針の決定に際して実施されるものである。

また、基礎疾患に造血器腫瘍（APLなど急性白血病）がある場合や造血幹細胞移植に関連した血液凝固線溶系障害の発症を疑う場合においても実施されることから、血栓症を惹起する基礎疾患となる傷病名や確定した静脈血栓症のない単なる静脈血栓症疑いでは認められないと考えられる。

以上のことから、静脈血栓症疑いに対するD006「9」アンチトロンビン活性（AT活性）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**7 2 7 高脂血症又は脂質異常症等に対するリポ蛋白分画の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

- ① 高脂血症又は脂質異常症の分類時における下記の検査の算定については、原則として認められる。
 - (1) D007「15」リポ蛋白分画
 - (2) D007「21」リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）
 - (3) D007「34」リポ蛋白分画（HPLC法）
- ② 単なる狭心症又は心筋梗塞に対する以下の検査の算定については、原則として認められない。
 - (1) D007「15」リポ蛋白分画
 - (2) D007「21」リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）
 - (3) D007「34」リポ蛋白分画（HPLC法）

○ 取扱いを作成した根拠等

リポ蛋白は、脂質と蛋白の結合したもので、リポ蛋白分画は高脂血症又は脂質異常症の病態把握等の目的に測定され、特にWHO分類等の脂質異常症のタイプ分類時に使用されることから、①高脂血症又は脂質異常症の分類時における上記の(1)から(3)の検査の算定は、原則として認められると判断した。

一方、単なる狭心症又は心筋梗塞に対してリポ蛋白分画を測定する医学的必要性は低い。

以上のことから、②単なる狭心症又は心筋梗塞に対する上記(1)から(3)の検査の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

728 静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血患者に対するフェリチン半定量等の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血患者に対するD007「25」フェリチン半定量、フェリチン定量の算定は、原則として月1回認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

フェリチンは、体内の鉄の貯蔵および血清鉄濃度の維持を担う蛋白質である。組織中の鉄濃度により変化するため体内貯蔵鉄（肝・脾・小腸粘膜など）の量を反映する。鉄が不足すると、フェリチンも減少し、更にヘモグロビンの減少をきたし、結果として鉄欠乏性貧血（IDA）を発症する。

フェリチンは、血清鉄・UIBC（あるいはTIBC）と共に鉄欠乏性貧血の診断と鉄剤による治療効果の判定に不可欠である。鉄欠乏性貧血の治療では、まずは血清鉄レベルが上昇し、貧血が改善し、貯蔵鉄が改善する過程をとるため、静注鉄剤を投与中又は投与後はフェリチンの月1回の算定は必要である。

以上のことから、静注鉄剤を投与中又は投与後の鉄欠乏性貧血患者に対するD007「25」フェリチン半定量、フェリチン定量の算定は、原則として月1回認められると判断した。

【 検 査 】

7 2 9 特発性器質化肺炎に対する K L - 6 の算定について

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

特発性器質化肺炎に対する D 007 「28」 K L - 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

K L - 6 は間質性肺炎により障害を受け再生されたⅡ型肺胞上皮細胞に発現し肺の線維化に関与している。特発性器質化肺炎は間質性肺炎の一つに分類されるため、K L - 6 は、その診断又は病態把握に有用な検査である。

以上のことから、特発性器質化肺炎に対する D 007 「28」 K L - 6 の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

730 慢性腎臓病ステージG3a（確定診断）に対するシスタチンCの算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

慢性腎臓病ステージG3a（確定診断）におけるD007「30」シスタチンCの算定については、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

シスタチンCは、全身に分布する有核細胞から産生される塩基性低分子蛋白で、ほかの血清蛋白と複合体を形成しないため、糸球体で濾過され、近位尿細管から再吸収される。血清シスタチン濃度は糸球体濾過率（GFR）を反映し、GFRの低下に伴いクレアチニンに先行して上昇するため、軽度～中等度腎機能障害時の腎機能の評価の指標として有用とされている。

慢性腎臓病ステージG3aは、GFR値45～59と軽度～中等度腎機能障害時の状態であり、末期腎不全あるいは慢性腎不全とは異なり、腎機能の評価次第により適切な治療選択が可能となるため、シスタチンC検査は有用である。

以上のことから、慢性腎臓病ステージG3a（確定診断）におけるD007「30」シスタチンCの算定については、原則として認められると判断した。

なお、慢性腎臓病ステージG3b以降における当該検査の算定については、以下の取扱いを踏まえ、個々のレセプト内容から判断することとする。

支払基金における審査の一般的な取扱い（令和6年4月30日公表）

138 シスタチンCの算定について

【取扱い】

① 次の傷病名に対するD007「30」シスタチンCの算定は、原則として認められる。

(1) 腎機能低下（疑い含む。）(2) 慢性腎炎 (3) 腎不全の疑い

② 次の傷病名に対するD007「30」シスタチンCの算定は、原則として認められない。

(1) 末期腎不全 (2) 腎不全（透析施行中）

【取扱いを作成した根拠等】

シスタチンCは、腎臓における糸球体濾過量（GFR）の指標で、GFRの低下に伴い上昇する。血清クレアチニンはGFRが30ml/min前後まで低下しないと上昇を示さないのに対して、シスタチンCはGFRが70ml/min前後まで低下した時点で上昇を示すことか

ら、早期の腎機能障害のマーカーとして有用とされている。一方、腎機能低下が高度に進んだ症例においては、測定する意義はないと考えられる。

また、当該検査は、厚生労働省通知[※]において、「尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる」旨示されている。

以上のことから、当該検査について、腎機能低下（疑い含む。）、慢性腎炎、腎不全の疑いに対する算定は原則として認められるが、末期腎不全、腎不全（透析施行中）に対する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 】**７３１ ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）（精巣腫瘍等）の算定について**

《令和７年１１月２８日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するD008「17」ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）の算定は、原則として認められる。

- (1) 精巣腫瘍（疑い含む。）
- (2) HCG産生腫瘍の疑い
- (3) 絨毛性疾患（疑い含む。）
- (4) 存続絨毛症（疑い含む。）
- (5) 絨毛癌（疑い含む。）
- (6) 絨毛性腫瘍の疑い
- (7) 胚細胞腫瘍（(1)を除く。）
- (8) 胞状奇胎の疑い

○ 取扱いを作成した根拠等

ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）については、厚生労働省通知※に「HCG産生腫瘍患者に対して測定した場合に限り算定できる」と示されている。

ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）は胎盤の絨毛組織から産生される性腺刺激ホルモンで、当該検査は絨毛性疾患や異所性絨毛性ゴナドトロピン（HCG）産生腫瘍で高値を示すことから、上記(1)から(8)の傷病名に対する有用性は高いと考えられる。

以上のことから、上記(1)から(8)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。

（※） 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 】

732 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）（卵巣腫瘍）の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

卵巣腫瘍に対するD008「17」ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）の算定は、悪性腫瘍又は癌の疑い傷病名の記載がない場合にあっては、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）については、厚生労働省通知※に「HCG産生腫瘍患者に対して測定した場合に限り算定できる」と示されている。

卵巣腫瘍は、通常、経膈超音波検査やCT、MRI検査等の画像診断により腫瘍の有無について診断されるが、画像診断では悪性腫瘍の鑑別が困難なため、腫瘍マーカー（CA125等）が診断補助として実施されることから、直接的な作用を示さない当該検査の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、卵巣腫瘍に対する当該検査の算定は、悪性腫瘍又は癌の疑い傷病名の記載がない場合にあっては、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 】**7 3 3 B型慢性肝炎治療中のHBs抗体の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

B型慢性肝炎に対する抗ウイルス薬による治療中のD013「3」HBs抗体の算定については、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

HBs抗体は、既往の感染歴やワクチン効果を判定するときに用いる検査である。治療を要するB型慢性肝炎では、HBs抗原陽性でHBs抗体陰性を示す。

B型肝炎治療ガイドライン（日本肝臓学会・肝炎診療ガイドライン作成委員会2022年6月）には、「抗ウイルス治療の長期目標はHBs抗原消失である」と記載され、HBs抗体についての記載はない。HBs抗体の陽性化はHBs抗原消失後におきるため、HBs抗原陽性が続いているかぎりHBs抗体測定の意味はなく、少数であるがHBs抗原消失に至った事例でのみ例外的にHBs抗体測定が意味を持つ。

以上のことから、B型慢性肝炎に対する抗ウイルス薬による治療中のD013「3」HBs抗体の算定については、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**7 3 4 C反応性蛋白（CRP）定性（急性心筋梗塞等）の算定について**

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD015「1」C反応性蛋白（CRP）定性の算定は、原則として認められる。
 - (1) 急性心筋梗塞
 - (2) 不安定狭心症（初診時）
- ② 次の傷病名に対するD015「1」C反応性蛋白（CRP）定性の算定は、原則として認められない。
 - (1) 高脂血症（再診時）
 - (2) 脂質異常症（再診時）
 - (3) 高血圧症（再診時）
 - (4) 糖尿病（再診時）
 - (5) 陳旧性心筋梗塞
 - (6) 動脈硬化症関連疾患（再診時）
 - (7) 狭心症（再診時）

○ 取扱いを作成した根拠等

C反応性蛋白（CRP）定性は、急性期反応蛋白の一つで、感染症や炎症、外傷、組織破壊等によって血漿中に増加する蛋白である。他の急性期反応蛋白に比べるとその変動幅が大きく、炎症発生から24時間以内に上昇し2、3日後には低下することより、血中濃度の変化は病態を迅速に反映するため、急性炎症等に対する信頼性の高い指標の一つとされている。

不安定狭心症、急性心筋梗塞は、主として冠動脈プラークの破綻に起因した冠動脈内血栓形成により急性冠血流不全状態に陥ったもので、このような状態は総称して急性冠症候群と呼ばれている。急性心筋梗塞では、冠血流の完全途絶により心筋壊死が生じ、また不安定狭心症では、冠血流が高度に障害されて心筋障害が生じている可能性が高く、それぞれの組織障害の程度がCRPの上昇に反映される。

一方、陳旧性心筋梗塞は発症から1か月以上経過したものであり、本検査の有用性は低いと考える。また、動脈硬化症関連疾患や狭心症の再診時を含め、②の傷病名に対する実施も、本検査の特性より臨床的有用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D015「1」C反応性蛋白（CRP）定性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。

【 検 査 】**7 3 5 感染性胃腸炎に対する排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
（その他のもの）（便検体）の算定について**

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

感染性胃腸炎に対する D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「3」その他のもの（便検体）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

感染性胃腸炎は細菌又はウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とする感染症である。カンピロバクター、赤痢アメーバ、ジアルジアなどは顕微鏡検査によりこれらの病原体を特定することが可能だが、単なる感染性胃腸炎の傷病名だけでは感染症の病原体の推定が困難であり、顕微鏡検査の有用性は低いと考えられる。

以上のことから、感染性胃腸炎に対する D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「3」その他のもの（便検体）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**736 細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）等（眼科疾患術前検査）の算定について**

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

手術野に感染性疾患が存在する場合の眼科疾患術前検査に対するD018 細菌培養同定検査「5」その他の部位からの検体及びD019 細菌薬剤感受性検査の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

細菌培養同定検査は、細菌感染が疑われた場合、病変と思われる部位から採取した検体を培養し、細菌の有無、菌量及び菌種を調べる検査であり、細菌薬剤感受性検査は、起因菌が分離同定された時点で、感染症治療に対する適切な抗菌薬の選択や投与量の決定、有効性を判断する目的で実施する検査である。

手術野に感染性疾患（細菌感染症）が存在する場合、当該検査の実施は、患者の病態把握や治療方針を決定する上で、臨床的に有用性が高いと考えられる。

以上のことから、手術野に感染性疾患が存在する場合の眼科疾患術前検査に対するD018 細菌培養同定検査「5」その他の部位からの検体及びD019 細菌薬剤感受性検査の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

737 細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）（白内障術前検査）の
算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

白内障術前検査に対するD018 細菌培養同定検査「5」その他の部位からの
検体の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

細菌培養同定検査は、細菌感染が疑われた場合、病変と思われる部位から採
取した検体を培養し、細菌の有無、菌量及び菌種を調べる検査である。結膜嚢
に細菌が存在する場合、白内障手術後に細菌感染症を発症する原因となるこ
とから、術前に細菌の有無を把握する目的で実施する本検査の臨床的有用性
は高いと考えられる。

以上のことから、白内障術前検査に対するD018 細菌培養同定検査「5」そ
の他の部位からの検体の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

738 気管支喘息等の診断時に対するフローボリュームカーブ、肺気量分画測定の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

- ① 気管支喘息の診断時においては、短時間作用型 β_2 刺激薬の吸入前後のD200「2」フローボリュームカーブの算定は、原則として認められる。
- ② 気管支喘息の診断時においては、短時間作用型 β_2 刺激薬の吸入前のD200「1」肺気量分画測定の算定は原則として認められるが、吸入後の算定は医学的必要性があると判断された場合のみ認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

気管支喘息の診断時においては、負荷薬剤（短時間作用型 β_2 刺激薬）の吸入前後のフローボリュームカーブ及び吸入前の肺気量分画の測定は有用であるが、吸入後の肺気量分画測定の医学的必要性は低い。

以上のことから、気管支喘息の診断時においては、負荷薬剤（短時間作用型 β_2 刺激薬）の吸入前後のD200「2」フローボリュームカーブの算定は原則として認められるが、吸入後のD200「1」肺気量分画測定の算定は、医学的必要性があると判断された場合のみ認められると判断した。

【 検 査 】**739 A型ボツリヌス毒素製剤を用いた神経ブロック時の超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定について**

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

A型ボツリヌス毒素製剤（ボトックス注用）の投与によるL100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）時のD215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））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

神経ブロックとは、脳脊髄神経および神経節、交感神経および神経節、神経叢や末梢神経に神経ブロック針を穿刺し、直接またはその近傍に局所麻酔薬または神経破壊薬、高周波熱凝固法またはパルス高周波法を使用し、神経の伝達を一時的または長期的に遮断し、痛みを軽減することを目的とした治療法である。

神経ブロックは、超音波ガイド下で実施する場合があるが、厚生労働省保険局医療課事務連絡※に「神経根ブロックに先立って行われる超音波検査の費用は神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない」と示されている。

さらに、ボトックス注用の添付文書の「用法及び用量に関連する注意」に「（痙攣性斜頸）緊張筋が深部であるなど、触診で緊張筋の同定が困難な場合には、筋電計を用いて注意深く目標とする部位を同定すること。」と記載されており、超音波の記載はなく、「（上肢・下肢痙攣）緊張筋の同定が困難な場合には、筋電計、超音波検査やスティミュレーター等を用いて注意深く目標とする部位を同定すること。」の記載はあるが、当該ブロック時の超音波検査はブロックに先立ち行われるため、検査料としての算定は不適切と考えられる。

以上のことから、A型ボツリヌス毒素製剤（ボトックス注用）の投与によるL100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）時のD215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）平成28年3月31日 厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」

【 検 査 】**7 4 0 角膜内皮細胞顕微鏡検査（白内障術後 3 か月）の算定間隔について****《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》****○ 取扱い**

白内障術後 3 か月までの患者に対する D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査の算定は、原則として月 1 回まで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

角膜内皮細胞は、角膜から水分を排泄する機能を有し、角膜内の水分を一定に保つことにより角膜の厚みや透明性を維持する。角膜内皮細胞顕微鏡検査は、厚生労働省通知※に「眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。」と示されている。

白内障手術後、角膜切開の影響で角膜内皮細胞の数が減少し、水分排出機能の低下により角膜浮腫を発症する場合があることから、状態が安定する術後 3 か月までの本検査月 1 回の実施は、臨床的に有用性があると考えられる。

以上のことから、白内障術後 3 か月までの患者に対する D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査の算定は、原則として月 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 】**7 4 1 外来における消化管内視鏡検査等に伴う鎮静後のフルマゼニル注射液の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

外来における消化管内視鏡検査等に伴うベンゾジアゼピン系薬剤による鎮静後のフルマゼニル注射液（アネキセート注射液等）の算定については、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

外来における消化管内視鏡検査等に対してベンゾジアゼピン系薬剤による鎮静を行った場合、検査終了後ベンゾジアゼピン系薬剤の解除及び呼吸抑制の改善のため患者の安全性を考慮してフルマゼニル注射液（アネキセート注射液等）を投与することは医学的に妥当である。

以上のことから、外来における消化管内視鏡検査等に伴うベンゾジアゼピン系薬剤による鎮静後のフルマゼニル注射液（アネキセート注射液等）の算定については、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**7 4 2 胃・十二指腸ファイバースコープ（胆のう疾患）の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

胆のう疾患に対する、超音波内視鏡検査加算や胆管・膵管造影法加算等の加算がない単なるD308 胃・十二指腸ファイバースコープの算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

胃・十二指腸ファイバースコープは、食道、胃、十二指腸など上部消化管の病変を観察する検査であり、超音波内視鏡検査加算や胆管・膵管造影法加算などの加算のない場合の胆のう疾患に対する算定は不適切である。

以上のことから、胆のう疾患に対する、超音波内視鏡検査加算や胆管・膵管造影法加算等の加算のない単なるD308 胃・十二指腸ファイバースコープの算定は、原則として認められないと判断した。

【 画像診断 】

7 4 3 過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量
について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量について、残量破棄分を含めて包装単位（370MBq）での算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

本剤は、基本的に、開封後の残薬を他の患者に使用することがない。

以上のことから、過テクネチウム酸ナトリウム（99mTc）（テクネシンチ注）の使用量について、残量破棄分を含めて包装単位（370MBq）での算定は、原則として認められると判断した。

【 投 薬 】**7 4 4 ビタミンB₁₂製剤【内服薬・注射薬】（糖尿病等）の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するビタミンB₁₂製剤【内服薬・注射薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 糖尿病
- (2) 腰痛症
- (3) 筋肉痛

○ 取扱いを作成した根拠等

ビタミンB₁₂製剤は、傷ついた末梢神経を修復して疼痛やしびれを改善する作用や、赤血球中のヘモグロビンの核酸合成に葉酸とともに関与することにより貧血を改善する作用を有する。

糖尿病の合併症の一つとして末梢神経障害、腰痛症の原因として椎間板ヘルニアがあるが、糖尿病や腰痛症そのものに対してビタミンB₁₂製剤は有効ではなく、また、筋肉修復効果もあるが、筋肉痛そのものに対する効果も期待できない。

以上のことから、上記(1)から(3)の傷病名に対するビタミンB₁₂製剤【内服薬・注射薬】の算定は、原則として認められないと判断した。ただし、添付文書の効能・効果に上記傷病名が記載され、当該医薬品の投与が必要と判断される場合はこの限りではない。

【 投 薬 】**7 4 5 ビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【内服薬】（急性腸炎等）の算定について**

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【内服薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性腸炎、急性胃腸障害、胃腸炎、感染性胃腸炎
- (2) 感冒、上気道炎
- (3) 脱水症
- (4) 嘔吐症、下痢症
- (5) インフルエンザ
- (6) 眼精疲労

○ 取扱いを作成した根拠等

ビタミン剤は、厚生労働省告示※に「疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。」と示されている。

上記(1)から(6)の傷病名は、ビタミンの欠乏や代謝異常が原因ではないことから、上記告示の要件に合致しない。

以上のことから、上記傷病名に対するビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【内服薬】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

【 投 薬 】**7 4 6 ビタミン剤【内服薬】（手術後以外）の算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

手術後以外で食事療養があり、高カロリー輸液がない場合のビタミン剤【内服薬】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

ビタミン剤【内服薬】は、厚生労働省告示※に「疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。」と示されている。

高カロリー輸液は、上大静脈や下大静脈から高濃度の栄養輸液を投与する中心静脈栄養（TPN）に用いる糖質などの栄養素を含む輸液で、食事から十分な栄養摂取ができないときの低栄養状態を改善する。したがって、食事療養があり高カロリー輸液がない場合は、必要なビタミンを食事により摂取することが困難な状態とは判断できず、上記告示の要件に合致しない。

以上のことから、手術後以外で食事療養があり、高カロリー輸液がない場合のビタミン剤【内服薬】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

【 投 薬 】**7 4 7 肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバン E N 配合散の算定について****《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》****○ 取扱い**

肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバン E N 配合散の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

アミノレバン E N 配合散は、体内に分岐鎖アミノ酸（BCAA）などのアミノ酸を補充しアミノ酸バランスを整えることで、肝性脳症の症状や肝障害における低栄養状態などを改善する肝不全用栄養剤で、添付文書の効能・効果は「肝性脳症を伴う慢性肝不全患者の栄養状態の改善」である。

以上のことから、肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバン E N 配合散の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、肝硬変または肝不全があり、肝性脳症の一因となる血中アンモニア濃度の上昇や高値が判断できる傷病名や症状詳記がある場合には、その内容をもって個々の症例によって判断する。

【 投 薬 】**7 4 8 原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤の算定について**

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤（エルカルチン F F 錠、エルカルチン F F 内用液、エルカルチン F F 静注等）の算定は、小児等の意識障害等で緊急を要する場合を除き、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

レボカルニチン製剤（エルカルチン F F 錠、エルカルチン F F 内用液、エルカルチン F F 静注等）については、添付文書の効能又は効果に関連する注意において「本剤の投与に際しては、原則として、カルニチンの欠乏状態の検査に加え、カルニチン欠乏の原因となる原疾患を特定すること。」とされている。

また、「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2018（日本小児科学会）」において、カルニチン補充療法を開始する際には原疾患やカルニチン欠乏を起こす原因の継続性等を考慮してレボカルニチン製剤の投与方法、投与量、投与ルート、投与期間を決定するとされている。ただし、インタビューフォームにおいて、カルニチン欠乏の原因にかかわらず重篤なカルニチン欠乏症では、早期のカルニチン補充が必要とされているとあり、小児をはじめとして意識障害等で緊急を要する場合を本取扱いの除外対象とした。

以上のことより、原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤（エルカルチン F F 錠、エルカルチン F F 内用液、エルカルチン F F 静注等）の算定は、小児等の意識障害等で緊急を要する場合を除き、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**749 成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール
(メプチンエアー10 μ g 吸入 100 回) の投与量について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール（メプチンエアー10 μ g 吸入 100 回）の1月に3キットまでの投与は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

メプチンエアー10 μ g 吸入 100 回の添付文書の効能・効果には気管支喘息があり、用法及び用量に関連する注意には、成人1回2吸入の用法及び用量を守り、1日4回（原則として成人8吸入）までとすることと記載されており、1月に3キットまでの投与が妥当と考える。

以上のことから、成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール（メプチンエアー10 μ g 吸入 100 回）の1月に3キットまでの投与は、原則として認められると判断した。

なお、個々の患者により受診歴、合併症などが異なることから1月に必要な投与量はレセプトの縦覧情報等により判断する。

【 投 薬 】

750 アポハイドローション 20%の投与量について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

新医薬品として投与制限（令和6年5月31日まで）がある「アポハイドローション 20%」の2本の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

アポハイドローション 20%の投与については、保険上の取扱い※として2024年5月末日までは1回14日分を限度とされているが、1本の投与量では14日分に満たない。

以上のことから、当該医薬品の2本の算定は、原則として認められると判断した。

（※） 本剤の「用法及び用量」は「1日1回、就寝前に適量を両手掌全体に塗布」であり、添付文書の「用法及び用量に関連する注意」に「1回の塗布量は、両手掌に対しポンプ5押し分を目安とする」と記載されている。また、国内第Ⅲ相比較試験等において、「本剤又はプラセボを両手掌部に1日1回（就寝前）5プッシュ（約500μL、オキシブチニン塩酸塩として約96mg）、4週間投与した。」旨記載がある。本剤1本の包装は4.5mL（4.32g）で、「有効成分1g中 日局オキシブチニン塩酸塩 200mg」であることから、 $200\text{mg} \times 4.32 \div \text{約} 96\text{mg} = \text{約} 9\text{日分}$

【 投 薬 】**751 腎性貧血に対するHIF-PH阻害剤（ダーブロック錠等）の算定について**

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

背景因子である保存期慢性腎臓病、すなわち慢性腎不全又は透析状態等の腎性貧血の原因となる傷病名の記載がない「腎性貧血」に対するHIF-PH阻害剤（ダーブロック錠等）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

HIF-PH阻害薬（ダーブロック錠等）の添付文書の効能・効果は「腎性貧血」である。腎性貧血とは、腎臓の機能低下により十分量のエリスロポエチンが産生されないことによって引き起こされる貧血である。

また、効能又は効果に関連する注意に「赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合の本剤投与開始の目安は、保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者ではヘモグロビン濃度で11g/dl未満、血液透析患者ではヘモグロビン濃度で10g/dl未満とする。」と記載されており、腎性貧血の原因となる腎機能低下をきたす何らかの傷病名が必要である。

以上のことから、背景因子である保存期慢性腎臓病、すなわち慢性腎不全又は透析状態等の腎性貧血の原因となる傷病名の記載がない「腎性貧血」に対するHIF-PH阻害剤（ダーブロック錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**7 5 2 高血圧症のみ等に対するベンズブロマロン製剤の算定について**

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 高血圧症のみ
- (2) 急性白血病
- (3) 人工透析患者における高尿酸血症

○ 取扱いを作成した根拠等

ベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）は、近位尿細管上皮細胞に存在する尿酸トランスポーターURAT1を阻害することにより尿酸の再吸収を抑制し、尿中排泄を促進して結果的に血中尿酸値を低下させる。また、添付文書の効能・効果において、「下記の場合における高尿酸血症の改善」として「痛風、高尿酸血症を伴う高血圧症」と記載されている。

以上のことから、高血圧症のみでは、本剤の適応とならない。急性白血病については、化学療法による腫瘍崩壊症候群（TLS）に伴い、著しい高尿酸血症を来すことがあるが、単なる急性白血病では、当該医薬品（尿酸排泄促進剤）の適応とはならない。

また、人工透析患者における高尿酸血症については本医薬品の薬理作用が腎臓近位尿細管の尿酸排泄促進作用であることから、高度の腎機能障害（人工透析を含む）には有効性が期待できない。

以上のことから、高血圧症のみ、急性白血病、人工透析患者における高尿酸血症に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 注射 】

753 出血のない胃炎等に対するH₂ブロッカー【注射薬】の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するH₂ブロッカー【注射薬】（ガスター注等）の算定は、原則として認められない。
- (1) 出血のない胃炎
 - (2) 急性胃腸炎
 - (3) 慢性胃腸炎
 - (4) 逆流性食道炎
 - (5) 摂食障害
 - (6) 閉塞性黄疸
 - (7) 出血のない潰瘍
 - (8) 急性腹症
- ② 次の傷病名に対する侵襲ストレス時のH₂ブロッカー【注射薬】（ガスター注等）の算定は、原則として認められる。
- (1) 頭部外傷
 - (2) 熱傷

○ 取扱いを作成した根拠等

H₂ブロッカー【注射薬】（ガスター注等）の添付文書の効能・効果は「上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）」「Zollinger-Ellison症候群」「侵襲ストレス（手術後に集中管理を必要とする大手術、集中治療を必要とする脳血管障害・頭部外傷・多臓器不全・広範囲熱傷）による上部消化管出血の抑制」「麻酔前投薬」と示されており、胃酸抑制が必要で経口摂取不可の病態・疾患が適用と考える。

以上のことから、H₂ブロッカー【注射薬】（ガスター注等）について、①の傷病名に対する算定は原則として認められない、②の傷病名に対する侵襲ストレス時の算定は原則として認められると判断した。

【 注射 】**７５４ ビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【注射薬】（急性腸炎等）
の算定について**

《令和７年１１月２８日》

○ 取扱い

次の傷病名等に対するビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【注射薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性腸炎、急性胃腸障害、胃腸炎、感染性胃腸炎
- (2) 感冒、上気道炎
- (3) 脱水症
- (4) 嘔吐症、下痢症
- (5) インフルエンザ
- (6) 眼精疲労
- (7) 網膜色素変性
- (8) 人工透析患者

○ 取扱いを作成した根拠等

ビタミン剤は、厚生労働省告示*に「疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。」と示されている。

上記(1)から(8)の傷病名等は、ビタミンの欠乏や代謝異常が原因ではないことから、上記告示の要件に合致しない。

以上のことから、上記傷病名等に対するビタミン剤（ビタミンB₁₂製剤を除く。）【注射薬】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

【 注射 】

755 ビタミン剤【注射薬】（手術後以外）の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

手術後以外におけるビタミン剤【注射薬】の算定は、次のとおりとする。

- (1) 食事療養がなく、高カロリー輸液がある場合は、原則として認められる。
- (2) 食事療養があり、高カロリー輸液がない場合は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

ビタミン剤【注射薬】は、厚生労働省告示※に「疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。」と示されている。

高カロリー輸液は、上大静脈や下大静脈から高濃度の栄養輸液を投与する中心静脈栄養（TPN）に用いる糖質などの栄養素を含む輸液で、食事から十分な栄養摂取ができないときの低栄養状態を改善する。したがって、食事療養がなく高カロリー輸液がある場合は、非経口的ビタミン補充が必要である。一方、食事療養があり高カロリー輸液がない場合は、必要なビタミンを食事により摂取することが困難な状態とは判断できず、上記告示の要件に合致しない。

以上のことから、手術後以外における上記(1)の場合のビタミン剤【注射薬】の算定は、原則として認められ、(2)の場合の算定は、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

【 処 置 】

756 関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントがある場合の創傷処置の算定について

《令和7年11月28日》

○ 取扱い

関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントや詳記があるJ000創傷処置「1」100平方センチメートル未満の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

「テーピング固定」は副木固定と同様の役割を果たし、包帯固定に準じてJ000創傷処置「1」100平方センチメートル未満を算定することは妥当である。

以上のことから、関節捻挫等に対する「テーピング固定」のコメントや詳記があるJ000創傷処置「1」100平方センチメートル未満の算定は、原則として認められると判断した。

【 処置 】

7 5 7 耳垢栓塞に対する耳処置の算定について

《令和 7 年 1 1 月 2 8 日》

○ 取扱い

耳垢栓塞に対する J 095 耳処置の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

J 095 耳処置については、厚生労働省通知※に「点耳又は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、耳処置を算定することはできない。」と示されている。

以上のことから、耳垢栓塞に対する J 095 耳処置の算定は、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 】**758 経尿道的尿路結石除去術時の尿路拡張用カテーテルの算定について****《令和7年11月28日》****○ 取扱い**

尿管結石症に対し、尿管狭窄症、尿管閉塞の傷病名がない場合のK781 経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

傷病名に「結石症」があれば「狭窄」等の状態は考えられることから、傷病名に「尿管狭窄、尿管閉塞」の病名がない場合でも、K781 経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の必要性は判断できる。

以上のことから、尿管結石症に対し、尿管狭窄症、尿管閉塞の傷病名がない場合のK781 経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の算定は、原則として認められると判断した。