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

支払基金・国保統一事例

【　医学管理　】

１０８　慢性疼痛疾患管理料の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　骨折、脱臼、捻挫に対する初診月のＢ001「17」慢性疼痛疾患管理料の算定は、原則として認められない。
②　筋膜炎に対するＢ001「17」慢性疼痛疾患管理料の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｂ001「17」慢性疼痛疾患管理料については、厚生労働省告示※1に、慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する旨規定されている。また、厚生労働省通知※2に「変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる」と示されている。

初診月の骨折、脱臼、捻挫は外部要因等による（疼痛を呈する）急性疾患であり、「慢性疼痛に係る疾患」とは言えない。

以上のことから、骨折、脱臼、捻挫に対する初診月のＢ001「17」慢性疼痛疾患管理料の算定は原則として認められないと判断した。

また、筋膜炎における疼痛は、筋筋膜性腰痛症と同様の発症機序と判断できることから、当該管理料の算定は原則として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

支払基金・国保統一事例

【　医学管理等　】

３１４　喘息性気管支炎に対する小児特定疾患カウンセリング料の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

喘息性気管支炎に対するＢ001「４」小児特定疾患カウンセリング料の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、厚生労働省通知※に「身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者」等と示されている。

喘息（気管支喘息）は、アレルギーに起因し、反応性に気道の過敏や狭窄等をきたす疾患である。

一方、喘息性気管支炎は、ウイルスや細菌により気管に炎症が起こる急性気管支炎の一種であり、身体表現性障害の患者であるとはいえない。

以上のことから、喘息性気管支炎に対するＢ001「４」小児特定疾患カウンセリング料の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、心身症と判断される場合はこの限りでない。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　医学管理等　】

４９８　特定疾患療養管理料と慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

Ｂ000 特定疾患療養管理料とＢ001「15」慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

特定疾患療養管理料は、厚生労働省告示※1に「別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合」に算定する旨示されている。

また、慢性維持透析患者外来医学管理料は、厚生労働省通知※2に「安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合」に算定する旨示されている。

同通知※2特掲診療料の通則に同一月に算定できない医学管理等が示されているが、この中に特定疾患療養管理料は含まれているが慢性維持透析患者外来医学管理料は含まれておらず、特定疾患療養管理料と慢性維持透析患者外来医学管理料に係る厚生労働省通知等においても双方の併算定が不可である旨示されてはいない。

以上のことから、Ｂ000 特定疾患療養管理料とＢ001「15」慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定は、原則として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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２４　糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン（ＩＲＩ）の算定について

《平成３０年２月２６日》

○　取扱い

糖尿病確定診断後の患者に対するインスリン（ＩＲＩ）の連月の算定は、原則として認めない。ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認める。

○　取扱いを作成した根拠等

審査情報提供事例（平成 18 年 3 月 27 日第 2 次提供事例）より「原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン（ＩＲＩ）は認められる。」とされ、その理由として「糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。糖尿病の病態把握、特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要な場合もある。まれな病型であるが、slowly　progressive 1 型糖尿病においては、発症初期には一見 2 型糖尿病のような臨床症状を呈する。」としている。

インスリン（ＩＲＩ）は、インスリン分泌能の評価を行い、病型の診断（1 型等）を行う検査であり、病型の診断が既に行われ症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないが、薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、経過観察が必要な場合もある。

これらの状態が病名又は症状詳記等で医学的に判断できる場合は、連月の算定は原則認められると判断した。

以上のことから、糖尿病確定診断後の患者に対してのＩＲＩの算定は、一定間隔での経過観察が必要な場合等もあるため認めるが、病型の診断が既に行われ、症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないため、連月の算定については原則として認めないとし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できれば認める場合もあるとして取り扱うこととする。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３０　手術前においてスクリーニングを目的として実施したＤ006 の 14　Ｄダイマー定性、Ｄ006 の 15　Ｄダイマー半定量及びＤ006 の 17　Ｄダイマーの算定について

《令和３年３月２２日》

○　取扱い

手術前において、スクリーニングを目的として実施したＤ006 の 14　Ｄダイマー定性、Ｄ006 の 15　Ｄダイマー半定量及びＤ006 の 17　Ｄダイマーの算定は、血栓症の発症リスクの高い症例を除き、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｄダイマーは、安定化フィブリンのプラスミンによる分解産物で、二次線溶（フィブリン形成に伴う線溶）の亢進の指標となるものであり、ＤＩＣや深部静脈血栓症の診断ならびに病勢の推移の評価に用いるものである。

したがって、血栓症の発症リスクが高い症例を除き、手術前におけるスクリーニングを目的とした当該検査の必要性は低く、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３１　アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015 の 10 非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ定量の算定について

《令和３年３月２２日》

○　取扱い

アレルギー性鼻炎の疑いに対して、D015 の 10 非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ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

ＩｇＥは血清中にごく微量存在する免疫グロブリンで、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、じんま疹Ⅰ型（即時型）アレルギー反応が関与する疾患などのⅠ型アレルギー疾患で高値を示す。

非特異的ＩｇＥは、ＩｇＥの血中総濃度を測定する検査であり、Ⅰ型アレルギーのスクリーニング検査として有用である。

このため、アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015 の 10 非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ定量の算定は、原則として認められることとした。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３９　ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後 2 週間以上経過せず実施したＤ012 の 25 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定について

《令和４年１月３１日》
《令和６年１２月２７日更新》

取扱いの変更（令和 6 年 10 月 28 日付け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 13）」参照）

○　取扱い（変更後）

ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後 2 週間以上経過せず実施したＤ012 の 25 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱い（変更前）

ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後 2 週間以上経過せず実施したＤ012 の 23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）が投与されている患者に対するヘリコバクター・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(※)に「ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後 2 週間以上経過していることが必要である。」と示されている。

また、日本ヘリコバクター学会の「H.pylori 感染の診断と治療のガイドライン 2016 改訂版Ｑ＆Ａ」において、便中抗原はＰＰＩ服用に影響を受けるかということに関し、国産のキットではＰＰＩの影響が少なくＰＰＩ内服中でも除菌判定が可能であったとの報告がある。しかし、海外産のキットではＰＰＩの影響についての検討は不十分であり、欧州のキットはＰＰＩの影響を受けるとの報告がある。このため、今のところ保険診療ではＰＰＩ内服中の便中抗原測定は認められていない旨が示されている。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、ＰＰＩ投与中止又は終了後 2 週間以上経過せず実施したＤ012 の 23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定は、原則認められないと判断した。

（※）「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：平成 25 年 2 月 21 日保医発 0221 第 31 号）

令和 6 年 10 月 28 日付け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 13)」において以下のとおり取扱いが示され、ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後 2 週間以上経過せず実施したＤ012 の 25 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性（糞便中抗原測定）は算定できることとされた。

「令和 6 年 10 月 28 日　「疑義解釈資料の送付について（その 13)」

問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）の「８ その他」において、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療については、関係学会よりガイドラインが示されているので参考とすること」とされている。日本ヘリコバクター学会の「H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン 2024 改訂版」においては、H. pylori の感染診断について「尿素呼気試験（UBT)、迅速ウレアーゼ試験(RUT)、(中略）はプロトンポンプ阻害薬（PPI)、カリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）の影響を受けるので休薬して実施する。その他の診断法は PPI 内服のまま実施できる。」とあるが、当該通知２（１）で掲げられている感染診断の検査法のうち、②鏡検法、③培養法、④抗体測定、⑥糞便中抗原測定又は⑦核酸増幅法をプロトンポンプ阻害薬（PPI）又はカリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）を休薬せずに実施した場合、当該検査の費用は算定できるか。

（答）　算定できる。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４０　ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施したＤ023-2の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定について（検査結果が陽性の場合）

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施したＤ023-2の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、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・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）が投与されている患者に対するＤ023-2の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）については、ＰＰＩの静菌作用により検査結果が偽陰性となる可能性がある。

厚生労働省通知（※）にも「ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後２週間以上経過していることが必要である。」と示されている。

このため、当該検査はＰＰＩの投与を中止又は終了してから２週間以上経過後に実施する必要がある。一方、投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施し、結果「陽性」だった場合は、ヘリコバクター・ピロリ（ＨＰ）感染について「真に陽性」と判断し得る。

しかし、ヘリコバクター・ピロリ（ＨＰ）感染者の偽陰性率はＰＰＩ服用中が33%、服用中止後３日目９%、７日目３%、14日目０%と報告されている。

本検査において重要なことは、偽陰性例（真の陽性例の見落とし）の発生を極力避けることによって、ヘリコバクター・ピロリ感染を正確に診断することである。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、ＰＰＩ投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施したＤ023-2の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則認められないと判断した。

（※）　「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：平成 25 年 2 月 21 日保医発 0221 第 31 号）

（参考文献） L Laine, R Estrada, M Trujilo et al. Effect of proton-pump inhibitor therapy on diagnostic testing for Helicobacter pylori. Ann Intern Med 1998, 129(7):547-50.

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４１　狭心症（確定後）の傷病名のみに対するＤ215 の 3 心臓超音波の算定について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

狭心症（確定後）の傷病名のみに対するＤ215 の 3 心臓超音波 イ 経胸壁心エコー法の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

心臓超音波検査は、高周波の超音波を用いて心臓の動きや構造、血流を観察し、心臓疾患の診断や心機能・血行動態の判定を行う検査であり、狭心症確定後においては、心腔壁運動の異常、心筋虚血の有無の検出等に有用である。

以上のことから、狭心症（確定後）の傷病名のみに対するＤ215 の 3 心臓超音波 イ 経胸壁心エコー法の算定は、原則認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４４　ＷＴ１ｍＲＮＡの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ006－９ＷＴ１ｍＲＮＡの算定は、原則として認められない。

⑴　慢性白血病
⑵　悪性リンパ腫
⑶　多発性骨髄腫

○　取扱いを作成した根拠等

ＷＴ１ｍＲＮＡは、急性骨髄性白血病で高頻度に発現し、微小残存病変のモニタリング等に有用な検査である。また、その 25～45％が急性骨髄性白血病に移行するとされている骨髄異形成症候群においても、進行度のモニタリング等に用いられており、厚生労働省通知※において「リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により、急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病又は骨髄異形成症候群の診断の補助又は経過観察時に行った場合に月１回を限度として算定できる。」と示されている。

以上のことから、当該検査は急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病又は骨髄異形成症候群で認められ、慢性白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫では、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４５　オプジーボ点滴静注投与時の抗ＧＡＤ抗体の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

留意事項通知の要件を満たさないＤ008「21」抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の算定は、オプジーボ点滴静注投与時であったとしても、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

オプジーボ点滴静注の特に注意を要する副作用の一つに１型糖尿病の発症があげられる。

抗ＧＡＤ抗体は、１型糖尿病に高頻度に検出される膵β細胞に対する抗体だが、厚生労働省通知※に、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して１型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる旨示されており、当該通知の要件を満たさない当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

（厚生労働省通知）

抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して１型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４６　エリスロポエチンの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対するＤ008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。
　⑴　腎不全疑い
　⑵　慢性腎不全疑い
　⑶　慢性腎臓病
　⑷　慢性貧血
②　慢性腎不全のない腎性貧血（疑い含む。）に対するＤ008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。
③　慢性腎不全のある腎性貧血（疑い含む。）に対するＤ008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

エリスロポエチンは、主に腎臓にて産生される糖蛋白で赤血球産生を促進する造血因子である。慢性腎障害不全状態では、エリスロポエチンの産生が低下し、腎不全における腎性貧血の診断に有用である。

厚生労働省通知※においても、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する旨示されている。

ア　赤血球増加症の鑑別診断

イ　重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル若しくはＨＩＦ－ＰＨ阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断

ウ　骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定

以上のことから、腎不全疑い、慢性腎不全疑い、慢性腎臓病、慢性貧血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。

また、腎性貧血（疑い含む。）については、慢性腎不全のある場合に認められるものであり、慢性腎不全のない腎性貧血（疑い含む。）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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７　腎癌の疑いに対するＣＥＡの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

腎癌の疑いに対するＤ009「２」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

癌胎児性抗原（ＣＥＡ）は、大腸癌をはじめとする消化器癌、膵癌、胆道・胆管癌などのさまざまな臓器由来の癌に幅広く用いられる腫瘍マーカーであるが、腎癌に対する有用性は低いとされている。

このため、腎癌の疑いのみ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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４８　前立腺肥大症又は前立腺炎に対するＰＳＡの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

前立腺肥大症又は前立腺炎に対するＤ009「９」前立腺特異抗原（ＰＳＡ）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

前立腺特異抗原（ＰＳＡ）は、厚生労働省通知※に「診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、１回を限度として算定する。」と示されている。

本検査は、前立腺腫瘍マーカーとして頻用されており、前立腺肥大症や前立腺炎でもＰＳＡ値が上昇することがあるが、いずれも前立腺癌の鑑別診断として行われるものであり、当該通知から、前立腺肥大症又は前立腺炎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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４９　ＡＦＰ－Ｌ３％の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ009「23」α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）の算定は、原則として認められる。
⑴　肝癌の疑い
⑵　肝癌（当月診療開始日）

②　次の傷病名に対するＤ009「23」α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）の算定は、原則として認められない。
⑴　肝硬変
⑵　Ｂ型肝炎
⑶　Ｃ型肝炎

○　取扱いを作成した根拠等

α-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）は、レクチン反応性による分画比で、ＡＦＰやＰＩＶＫＡⅡよりも肝癌に対する特異度が高く、肝細胞癌の早期診断や治療効果の判定に使用されるものである。

また、当該検査を含め腫瘍マーカーについては、厚生労働省通知※において、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して算定できる旨示されている。

以上のことから、当該検査は、原則、肝癌疑いと肝癌（当月診療開始日）で認められるものであり、肝硬変、Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０　ＨＣＶ核酸定量の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量の算定は、原則として認められる。
⑴　Ｃ型急性肝炎（疑い含む。）
⑵　Ｃ型慢性肝炎（疑い除く。）
⑶　Ｃ型肝硬変

②　次の傷病名に対するＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量の算定は、原則として認められない。
⑴　急性肝炎（疑い含む。）
⑵　ウイルス性肝炎疑い
⑶　肝硬変（疑い含む。）
⑷　肝癌（疑い含む。）
⑸　Ｃ型慢性肝炎疑い

○　取扱いを作成した根拠等

ＨＣＶ核酸定量は、血清中のＨＣＶ-ＲＮＡ量（Ｃ型肝炎ウイルス量）を測定する検査で、厚生労働省通知※に「分岐ＤＮＡプローブ法、ＰＣＲ法又はＴＭＡ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、急性Ｃ型肝炎の診断、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。」と示されている。

このため、Ｃ型急性肝炎（疑い含む。）、Ｃ型慢性肝炎（疑い除く。）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。

なお、Ｃ型肝硬変は、Ｃ型肝炎ウイルス感染を原因とする肝硬変であり、Ｃ型肝炎と同様、当該検査は治療法の選択や治療経過の観察に有用であることから、当該傷病名に対する算定も原則として認められると判断した。

一方、急性肝炎（疑い含む。）、ウイルス性肝炎の疑い、肝硬変（疑い含む。）、肝癌（疑い含む。）、Ｃ型慢性肝炎疑いの傷病名の場合、Ｃ型肝炎ウイルス感染が原因であるか判断できず、また、上記通知の要件を満たさない。

このため、これらの傷病名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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５１　ステロイド長期服用中の腰痛症に対する骨塩定量検査の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

ステロイド長期服用中の骨粗鬆症がない場合の腰痛症に対するＤ217 骨塩定量検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ステロイド長期服用中の副作用の一つに骨粗鬆症及びこれに伴う腰痛症があるが、骨塩定量検査は、厚生労働省通知※に「骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。」と示されている。

以上のことから、ステロイド長期服用中の骨粗鬆症がない場合の腰痛症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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５２　痔核等に対する大腸内視鏡検査ファイバースコピーによるものの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の肛門疾患のみに対するＤ313 大腸内視鏡検査「１」ファイバースコピーによるものの算定は、原則として認められない。

⑴　痔核
⑵　痔瘻
⑶　裂肛

○　取扱いを作成した根拠等

Ｄ313 大腸内視鏡検査「１」ファイバースコピーによるものは、主に大腸をみる検査であり、痔核、痔瘻及び裂肛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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８０　血液採取（静脈）での血液ガス分析の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

代謝性アシドーシス（糖尿病性ケトーシス、糖尿病性ケトアシドーシス等）に対する血液採取（静脈）でのＤ007「36」血液ガス分析の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

静脈血における血液ガス分析でも、酸塩基平衡などの評価が可能である。

糖尿病性ケトーシス、糖尿病性ケトアシドーシスなどの代謝性アシドーシスは、重炭酸イオン（HCO_3^-）が減少する（体内の酸塩基平衡が酸性に傾く）病態であり、血液採取（静脈）でのＤ007「36」血液ガス分析の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８１　ＨＣＶ核酸検出及びＨＣＶ核酸定量とＨＣＶコア蛋白又はＨＣＶコア抗体の併算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

①　Ｃ型肝炎に対するＤ023「９」ＨＣＶ核酸検出とＤ013「５」ＨＣＶコア蛋白又はＤ013「７」ＨＣＶコア抗体の併算定は、原則として認められない。
②　Ｃ型肝炎に対するＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量とＤ013「５」ＨＣＶコア蛋白又はＤ013「７」ＨＣＶコア抗体の併算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ＨＣＶ核酸検出、ＨＣＶ核酸定量、ＨＣＶコア蛋白、ＨＣＶコア抗体は、いずれもＣ型肝炎ウイルス量などを反映し、Ｃ型肝炎の治療方法の選択や治療経過の観察に用いられるものであり、ＨＣＶ核酸検出とＨＣＶコア蛋白又はＨＣＶコア抗体の算定、ＨＣＶ核酸定量とＨＣＶコア蛋白又はＨＣＶコア抗体の算定は過剰と考えられる。

このため、Ｃ型肝炎に対するＤ023「９」ＨＣＶ核酸検出とＤ013「５」ＨＣＶコア蛋白又はＤ013「７」ＨＣＶコア抗体の併算定及びＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量とＤ013「５」ＨＣＶコア蛋白又はＤ013「７」ＨＣＶコア抗体の併算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８２　子宮腟部びらんに対するコルポスコピーと腟洗浄（熱性洗浄を含む。）の併算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

子宮腟部びらんに対するＤ321 コルポスコピーとＪ072 腟洗浄（熱性洗浄を含む。）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

子宮腟部びらんは、子宮頸部粘膜が炎症等により欠損し下部組織が露出した状態であり、腟内を洗浄して抗生物質で治療する。

腟洗浄は、厚生省通知に「診察の際行った腟洗浄については腟炎、頸管カタル等治療として洗浄を必要とする疾病のある場合に限り算定し得るものとし、その他の場合は算定は認められない。」【昭和 24 年 12 月 10 日　保険発第 340 号】と示されており、また、厚生労働省通知※に「処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。」と示されている。

コルポスコピーは、医科診療報酬点数表の第３部検査の内視鏡検査に該当する。

このため､子宮腟部びらんに対するＤ321 コルポスコピーとＪ072 腟洗浄(熱性洗浄を含む。）の併算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８３　造血器腫瘍細胞抗原検査の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ005「15」造血器腫瘍細胞抗原検査の算定は、原則として認められる。

⑴　骨髄異形成症候群

⑵　多発性骨髄腫

○　取扱いを作成した根拠等

造血器腫瘍細胞抗原検査は、フローサイトメトリー法により、腫瘍細胞の抗原を解析し、腫瘍の系統と分化段階を明らかにする検査であり、厚生労働省通知※に「対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である」と示されている。

骨髄異形成症候群は、造血細胞の異常な増殖とアポトーシスによって特徴付けられる腫瘍性の疾患で、単一あるいは複数系統の血球減少、形態学的異形成、骨髄における無効造血、急性白血病転化のリスクを特徴としており、当該検査はその治療法の決定や治療経過の把握に有用である。

また、多発性骨髄腫は、形質細胞の単クローン性（腫瘍性）増殖と、その産物である単クローン性免疫グロブリン（Ｍ蛋白）の血清・尿中増加により特徴づけられる疾患で、同様に当該検査はその治療法の決定や治療経過の把握に有用である。

以上のことから、骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８４　染色体検査の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ006－５染色体検査の算定は、原則として認められる。

⑴　白血病の疑い
⑵　悪性リンパ腫の疑い
⑶　骨髄異形成症候群の疑い
⑷　多発性骨髄腫の疑い
⑸　骨髄増殖性疾患（骨髄線維症、本態性血小板血症、真性多血症等を含む。）の疑い

○　取扱いを作成した根拠等

染色体検査は、種々の造血器腫瘍の診断、病型判定、予後予測等に有用な検査であり、上記造血器腫瘍の疑いに対する算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８５　ＡＳＯ定性等の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するD012「１」抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性又はD012「３」抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性等※の算定は、原則として認められる。
⑴　溶連菌感染症（疑い含む。）
⑵　リウマチ熱（疑い含む。）
⑶　急性糸球体腎炎（疑い含む。）

②　次の傷病名に対するD012「１」抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性又はD012「３」抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性等※の算定は、原則として認められない。
⑴　関節リウマチ
⑵　上気道炎（急性・慢性）

○　取扱いを作成した根拠等

抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）又は抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）は、いずれもβ溶血性連鎖球菌（溶連菌）のうち、Ａ群、Ｃ群、Ｇ群が産生する代表的な菌体外産生物質である溶血毒素に対する抗体で、溶連菌感染症やその合併症であるリウマチ熱や急性糸球体腎炎で上昇する。

以上のことから、溶連菌感染症（疑い含む。）、リウマチ熱（疑い含む。）、急性糸球体腎炎（疑い含む。）に対するD012「１」抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性又はD012「３」抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性等※の算定は、原則として認められると判断した。

なお、上記のとおり、これらの検査は溶連菌感染症に特異的な検査であることから、関節リウマチ、上気道炎（急性・慢性）に対する算定は、原則として認められないと判断した。

（※）　D012「１」抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量又は抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量
D012「３」抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性又は抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８６　常用負荷試験の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ288 糖負荷試験「１」常用負荷試験の算定は、原則として認められる。

⑴　糖尿病疑い
⑵　境界型糖尿病
⑶　耐糖能異常(糖代謝障害を含む。)
⑷　妊娠糖尿病（疑い含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

常用負荷試験は、耐糖能障害や糖尿病の診断を行う検査で、ブドウ糖を負荷し経時的に血糖値や尿糖を測定する検査である。

以上のことから、糖尿病疑い、境界型糖尿病、耐糖能異常（糖代謝障害を含む。）及び妊娠糖尿病（疑い含む。）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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８７　急性胃腸炎に対するロタウイルス抗原定性（糞便）等の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

ロタウイルス感染症疑いがない急性胃腸炎に対するＤ012「８」ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）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

ロタウイルスは、感染力も強く、ロタウイルス感染性腸炎は、小児仮性コレラと言われる如く激しい水溶性下痢を特徴とする。

本検査は、ロタウイルス感染性腸炎の診断において特異度が高い検査として位置づけられている。

以上のことから、ロタウイルス感染症疑いがない急性胃腸炎に対するＤ012「８」ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８８　１型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合の抗ＧＡＤ抗体の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

糖尿病で１型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合のＤ008「21」抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）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

糖尿病に対する抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）については、厚生労働省通知※に、既に糖尿病の診断が確定した患者に対して１型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる検査である旨示されていることから、１型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合の算定は、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の一部改正に伴う実施上の留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

８９　心不全又は心不全の疑い以外の傷病名に対するＢＮＰの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

心不全又は心不全の疑い以外の傷病名に対するＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）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

脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）については、厚生労働省通知※に、「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。」と示されていることから、心不全又は心不全の疑い以外に対する算定は、原則として認められないと判断した。ただし、心臓性浮腫等があり、心不全と同様の病態であることが傷病名や症状詳記等から明らかに判断できる場合は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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

９０　全身性エリテマトーデス疑いに対する抗核抗体等の併算定ついて

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデス疑いに対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性又は抗ＤＮＡ抗体定量とＤ014「５」抗核抗体等※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

全身性エリテマトーデスの診断にあたり、感度の高い抗核抗体と特異度の高い抗ＤＮＡ抗体を組み合わせることは医学的に意義があり、併算定は原則として認められると判断した。

（※）抗核抗体等：Ｄ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量、Ｄ014「６」抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１２６　同一日の糞便中ヘモグロビン定性等の２回の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

同一日における２検体でのＤ003「５」糞便中ヘモグロビン定性、Ｄ003「７」糞便中ヘモグロビン又はＤ003「８」糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量の２回の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

上記検査については、偽陰性の可能性を考慮し通常２回法が用いられており、同一日における２検体での２回の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１２７　ロタウイルス感染に対するロタウイルス抗原定性（糞便）等の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

ロタウイルス感染に対するＤ012 感染症免疫学的検査「８」ロタウイルス抗原定性（糞便）又はＤ012 感染症免疫学的検査「８」ロタウイルス抗原定量（糞便）の算定は、原則として年齢にかかわらず認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ロタウイルス感染症は、ロタウイルスに感染することで生じる急性胃腸炎である。乳幼児期に感染しやすく、激しい症状が出ることが多い疾患であるが成人の感染例もあり、特に抵抗力や免疫力が低下している高齢者の場合には重症となることもある。

このため、ロタウイルス感染に対するＤ012 感染症免疫学的検査「８」ロタウイルス抗原定性（糞便）又はロタウイルス抗原定量（糞便）の算定は、原則として年齢にかかわらず認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１２８　超音波検査（断層撮影法）（その他）のパルスドプラ法加算の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　頸動脈又は内頸動脈狭窄症（疑いを含む。）に対するD215 超音波検査（断層撮影法）（その他）のパルスドプラ法加算の算定は、原則として認められる。

②　頸動脈又は内頸動脈狭窄症（疑いを含む。）のない、次の基礎疾患に対するスクリーニング検査としてのD215 超音波検査（断層撮影法）（その他）のパルスドプラ加算の算定は、原則として認められない。

基礎疾患：高血圧症、脂質異常症、糖尿病、虚血性脳疾患

○　取扱いを作成した根拠等

頸動脈又は内頸動脈狭窄症（疑いを含む。）に対する超音波検査（断層撮影法）のパルスドプラ法は血流異常を評価するものであり、原則として認められると判断した。

また、頸動脈又は内頸動脈狭窄症（疑いを含む。）のない上記基礎疾患のみに対する全身的な評価を特定の血管部位で評価することは困難なこともあり、算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

１２９　敗血症疑いでのプロカルシトニン（ＰＣＴ）定量等の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

敗血症疑いでのＤ007 血液化学検査「58」プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量又はプロカルシトニン（ＰＣＴ）定量の算定は、細菌培養同定検査（血液）がない場合でも原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

プロカルシトニン（ＰＣＴ）は細菌感染症により高値を示すことより、当該検査は敗血症（細菌性）診断において補助的な意義は高く、臓器障害が進展する状態である敗血症疑いで、細菌培養同定検査（血液）のない場合でもＤ007 血液化学検査「58」プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量又はプロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３０　Ｂ型肝炎に対する食道ファイバースコピーの算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

Ｂ型肝炎（食道静脈瘤（疑い含む。）がない場合）に対するＤ306 食道ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

食道ファイバースコピーは、食道の病変を観察する検査である。

このため、Ｂ型肝炎のみ（食道静脈瘤（疑い含む。）がない場合）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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３１　胆汁酸の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ007「13」胆汁酸の算定は、原則として認められない。

⑴　高血圧症

⑵　高脂血症

○　取扱いを作成した根拠等

胆汁酸は、肝細胞でコレステロールから生成され、肝胆道疾患で上昇し、肝機能検査の一つとして用いられている。

以上のことから、高血圧症や高脂血症に対する算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３２　抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性等の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　シェーグレン症候群（疑い含む。）に対するD014「15」抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性等※1及びD014「16」抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性等※2の算定は、原則として認められる。

②　次の傷病名に対するD014「15」抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性等※1の算定は、原則として認められない。

⑴　膠原病

⑵　強皮症

⑶　全身性エリテマトーデス疑い

③　次の傷病名に対するD014「16」抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性等※2の算定は、原則として認められない。

⑴　膠原病

⑵　強皮症

○　取扱いを作成した根拠等

抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体及び抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体は、共にシェーグレン症候群でみられる自己抗体である。

一般的に、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体は、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体よりも高頻度に検出されるが、疾患特異性は高くなく、全身性エリテマトーデスなどの他の膠原病でも広く陽性となる。一方で、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体はシェーグレン症候群に特異的であるとされている。

また、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体は単独で検出されることは稀で、通常抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体が陽性の場合は抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体も検出される。

以上のことから、シェーグレン症候群（疑い含む。）に対するD014「15」抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性等※1及びD014「16」抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性等※2の算定（双方の併算定を含む。）は、原則として認められると判断した。

また、膠原病、強皮症、全身性エリテマトーデス疑いに対するD014「15」抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性等※1の算定、膠原病、強皮症に対するD014「16」抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性等※2の算定は、原則として認められないと判断した。

（※１）D014「15」抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体半定量又は抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定量

（※２）Ｄ014「16」抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体半定量又は抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定量

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３３　ＢＮＰの連月算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

心不全の確定病名に対するＤ008「20」ＢＮＰの連月の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ＢＮＰは、心室への負荷の程度を鋭敏に反映する生化学的マーカーで、心不全の病態把握等に有用である。

また、厚生労働省通知※に「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する」と示されている。

このため、心不全の確定病名に対して基礎疾患も含めた心不全の病態把握のために実施した当該検査の連月の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３４　ＨｂＡ１ｃの算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

糖尿病の傷病名のない場合の、次の傷病名に対するＤ005「９」ＨｂＡ１ｃの算定は、原則として認められない。

⑴　成長ホルモン分泌不全性低身長症
⑵　ターナー症候群
⑶　腎臓疾患
⑷　下垂体疾患
⑸　低血糖（疑い含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

ＨｂＡ１ｃは、過去１か月から３か月の平均血糖値を反映するため、糖尿病の診断や治療による血糖コントロールの指標として用いられる検査であり、糖尿病の傷病名のない場合の、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ターナー症候群、腎臓疾患、下垂体疾患、低血糖（疑い含む。）に対するＤ005「９」ＨｂＡ１ｃの算定は、原則として認められないと判断した。

なお、成長ホルモン製剤等投与時の、糖尿病の傷病名のない単なる副作用チェックを目的とした当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３５　グリコアルブミンの算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

糖尿病の傷病名のない場合の、次の傷病名に対するＤ007「17」グリコアルブミンの算定は、原則として認められない。

⑴　下垂体疾患
⑵　ターナー症候群
⑶　低身長

○　取扱いを作成した根拠等

グリコアルブミンは、1から2週間前の平均血糖値を反映するため、糖尿病の診断や治療による血糖コントロールの指標として用いられる検査であり、糖尿病の傷病名のない場合の、下垂体疾患、ターナー症候群、低身長に対するＤ007「17」グリコアルブミンの算定は、原則として認められないと判断した。

なお、成長ホルモン製剤等投与時の、糖尿病の傷病名のない単なる副作用チェックを目的とした当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３６　葉酸の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ007「41」葉酸の算定は、原則として認められる。
⑴　大球性貧血
⑵　巨赤芽球性貧血（疑い含む。）
⑶　葉酸欠乏症
②　次の傷病名に対するＤ007「41」葉酸の算定は、原則として認められない。
⑴　甲状腺機能亢進症（疑い含む。）
⑵　溶血性貧血（疑い含む。）
⑶　汎血球減少症（疑い含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

葉酸は、ビタミンB_{12}とともに、増殖細胞におけるＤＮＡ合成の円滑な進行に不可欠な物質であり、欠乏するとＤＮＡ合成の障害、特に骨髄造血機能の異常（巨赤芽球性貧血）を呈す。

巨赤芽球性貧血はビタミンB_{12}又は葉酸の不足を原因とし、大球性貧血をきたす貧血であり、葉酸の測定は、巨赤芽球性貧血、大球性貧血、葉酸欠乏症の診断や治療に必要である。

以上のことから、大球性貧血、巨赤芽球性貧血（疑い含む。）、葉酸欠乏症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。

なお、葉酸は溶血性貧血や葉酸の需要が増大する甲状腺機能亢進症において低値を示すことがあり、また、巨赤芽球性貧血では、進行すると好中球や血小板も減少し汎血球減少症をきたすこともある。

しかしながら、溶血性貧血（疑い含む。）、甲状腺機能亢進症（疑い含む。）、汎血球減少症（疑い含む。）については、葉酸値の異常が直接的な原因ではなく、測定の必要性は乏しいため、当該検査の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

１３７　20歳以上の屈折異常に対する初診時の精密眼圧測定の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

20歳以上の屈折異常（近視・遠視・混合乱視・近視性乱視・遠視性乱視）に対して、初診時のＤ264精密眼圧測定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

精密眼圧測定は、眼内圧を測定する検査である。緑内障（原発開放隅角緑内障・原発閉塞隅角緑内障）の患者で高眼圧が認められ、ステロイド点眼薬を投与している患者でも高眼圧が認められることがあるが、屈折異常と高眼圧との直接的な因果関係は乏しい。

しかしながら、緑内障は成人の失明原因の第一位であり、緑内障の発症頻度は加齢とともに上昇し、40歳以上では５％程度とされていることより、屈折異常の初診時において、患者の視力異常や症状の鑑別診断のために眼圧を測定することは、医学的に妥当と思われる。

以上のことから、成人については、屈折異常のみであっても、初診時のＤ264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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１３８　シスタチンＣの算定について

《令和６年４月３０日》

○　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。
⑴　腎機能低下（疑い含む。）
⑵　慢性腎炎
⑶　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。
⑴　末期腎不全
⑵　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

支払基金統一事例

【　検査　】

１３９　高脂血症又は脂質異常症に対するアポリポ蛋白等の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

高脂血症又は脂質異常症に対する次の検査の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｄ007「10」アポリポ蛋白
⑵　Ｄ007「15」リポ蛋白分画
⑶　Ｄ007「21」リポ蛋白分画（ＰＡＧディスク電気泳動法）
⑷　Ｄ007「34」リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）

○　取扱いを作成した根拠等

アポリポ蛋白は、リポ蛋白の構成成分で脂質代謝を反映していることから、脂質代謝異常をきたす疾患の病態把握等の目的で測定される。

また、リポ蛋白は、脂質と蛋白の結合したものであり、リポ蛋白分画は脂質異常症のタイプ分類や病態把握等の目的で測定される。

以上のことから、高脂血症又は脂質異常症に対する上記検査の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４０　高脂血症疑い又は脂質異常症疑いに対するアポリポ蛋白等の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

高脂血症疑い又は脂質異常症疑いに対する次の検査の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｄ007「10」アポリポ蛋白
⑵　Ｄ007「15」リポ蛋白分画
⑶　Ｄ007「21」リポ蛋白分画（ＰＡＧディスク電気泳動法）
⑷　Ｄ007「34」リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）
⑸　Ｄ007「26」リポ蛋白（ａ）
⑹　Ｄ007「43」レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）

○　取扱いを作成した根拠等

高脂血症や脂質異常症の診断は、通常、ＨＤＬ‐コレステロール、ＬＤＬ‐コレステロール、トリグリセライド、Ｎｏｎ‐ＨＤＬ‐コレステロール値に基づき行われ、上記検査は、脂質異常症の診断後、そのタイプ分類や病態把握、動脈硬化性疾患のリスク評価等に行われるものである。

以上のことから、高脂血症疑い又は脂質異常症疑いに対する上記検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４１　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ007「48」Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定は、原則として認められる。
⑴　慢性肝炎
⑵　アルコール性肝炎
⑶　非アルコール性脂肪性肝炎
⑷　原発性胆汁性胆管炎
⑸　自己免疫性肝炎
⑹　ヘモクロマトーシス
⑺　ウイルソン病
⑻　特発性門脈圧亢進症
⑼　肝硬変

②　次の傷病名に対するＤ007「48」Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定は、原則として認められない。
⑴　肝機能障害・肝障害（疑い含む。）
⑵　脂肪肝（疑い含む。）
⑶　急性肝炎（疑い含む。）
⑷　肝癌疑い
⑸　ヘモクロマトーシス疑い
⑹　ウイルソン病疑い
⑺　特発性門脈圧亢進症疑い

○　取扱いを作成した根拠等

Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体は、肝臓の線維化の進展度によって増加する血清中のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体を測定する検査で、厚生労働省通知※に「２ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。」と示されている。

以上のことから、①に掲げる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、②に掲げる傷病名に対しては原則として認められないと判断した。

なお、ヘモクロマトーシスは、鉄代謝異常による疾患で、臨床的に認められる主徴の一つに肝硬変がある。また、ウイルソン病は、常染色体劣性遺伝形式

をとる先天性銅代謝異常症で、肝臓の線維化が生じ、最終的に肝硬変が起こるとされている。特発性門脈圧亢進症は肝内末梢門脈枝の狭窄、閉塞に伴う肝臓の線維化を呈する。このため、これらの確定傷病名に対する当該検査の算定は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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４２　標準純音聴力検査の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」標準純音聴力検査の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴（疑い含む。）
⑵　感音性難聴（疑い含む。）
⑶　突発性難聴
⑷　中耳炎
⑸　めまい
⑹　耳管狭窄症
⑺　メニエール病
⑻　内リンパ水腫
⑼　顔面神経麻痺
②　３歳未満の患者に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」標準純音聴力検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

標準純音聴力検査は、気導聴力と骨導聴力の測定検査であり、125 から 8000 Ｈｚの周波数における聴覚閾値（最小可聴閾値）を測定することにより、難聴の診断や難聴の程度を把握することを目的としている。

上記①の傷病名は、聴力低下や難聴をきたすことがあり、本検査はその診断や経過観察に必要な検査である。

一方、３歳未満の患者では操作の対応が容易ではないことより、検査結果に正確性を欠くため、適切ではないと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」標準純音聴力検査の算定は、原則として認められると判断した。

また、３歳未満の患者に対する本検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４３　自記オージオメーターによる聴力検査の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」自記オージオメーターによる聴力検査の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
⑶　メニエール病
②　３歳未満の患者に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」自記オージオメーターによる聴力検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

自記オージオメーターは、検査音の強さや周波数を変え、持続音と断続音を用いた聴力検査である。本検査では、その波形よりⅠ型（正常・伝音難聴）からⅤ型（機能性（心因性）難聴）までの５型に分類し、補充現象の有無や難聴の種類の鑑別に用いられている。

また、メニエール病では耳鳴、難聴（内耳性感音性難聴）等を伴うめまい発作を主症状とする。

一方、３歳未満の患者では操作の対応が容易ではないことより、検査結果に正確性を欠くため、適切ではないと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「１」自記オージオメーターによる聴力検査の算定は、原則として認められると判断した。

また、３歳未満の患者に対する本検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４４　簡易聴力検査の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「３」簡易聴力検査「イ」気導純音聴力検査の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
⑶　中耳炎
⑷　めまい
⑸　耳管狭窄症
⑹　メニエール病
⑺　顔面神経麻痺

②　次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「３」簡易聴力検査「ロ」その他(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
⑶　中耳炎
⑷　めまい
⑸　耳管狭窄症
⑹　メニエール病
⑺　顔面神経麻痺

○　取扱いを作成した根拠等

簡易聴力検査は、音叉を用いる検査とオージオメーターを用いた聴力検査である。「イ」気導純音聴力検査は、厚生労働省通知※に「日本工業規格の診断用オージオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合」に、「ロ」その他は、「音叉を用いる検査とオージオメーターを用いる検査を一連として行った場合」に算定すると示されている。

本検査は、聴力障害の程度、重症度、発症部位を把握するスクリーニング検査として実施される。

以上のことから、上記①②の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「３」簡易聴力検査「イ」気導純音聴力検査、又は「３」簡易聴力検査「ロ」その他の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４５　内耳機能検査の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「５」内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
⑶　メニエール病
②　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「５」内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
⑴　中耳炎
⑵　耳管狭窄症
⑶　顔面神経麻痺

○　取扱いを作成した根拠等

内耳機能検査は、厚生労働省通知※に「レクルートメント検査（ＡＢＬＢ法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、ＳＩＳＩテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むもの」と示されている。

本検査は、他の聴覚検査により難聴と診断された後、内耳性難聴の診断を目的として実施するものであり、内耳以外の部位に発症する傷病名に対する算定は、適切ではない。

以上のことから、Ｄ244 自覚的聴力検査「５」内耳機能検査について、上記①の傷病名に対する算定は、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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１４６　耳鳴検査の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　メニエール病に対するD244 自覚的聴力検査「５」耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
②　次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「５」耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
⑴　中耳炎
⑵　耳管狭窄症
⑶　顔面神経麻痺

○　取扱いを作成した根拠等

耳鳴検査は、厚生労働省通知※に「診断用オージオメーター、自記オージオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する」と示されている。

メニエール病は、内耳にリンパ液が貯留することにより、難聴・耳鳴・耳閉感等の聴覚症状を伴うめまい発作を反復するものであり、その診断において耳鳴検査は必要である。

上記②の傷病名については、原因となる傷病名や病態により耳鳴を合併することがあるが、本検査を実施する場合には耳鳴症の記載が必要と考えられる。

以上のことから、メニエール病に対するD244 自覚的聴力検査「５」耳鳴検査の算定は、原則として認められるが、上記②の傷病名に対する本検査の算定は、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

支払基金統一事例

【　検査　】

１４７　原発性胆汁性胆管炎に対するα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

原発性胆汁性胆管炎（原発性胆汁性肝硬変）に対するＤ009 の「３」α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）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

原発性胆汁性胆管炎は、病因・病態に自己免疫学的機序が想定される慢性進行性の胆汁うっ滞性肝疾患である。ウイルス性肝炎に比べれば肝細胞癌の発現率は低いが、正常の人に比べると高く、肝細胞癌に関しては、ＡＦＰが早期発見の指標となる旨、「原発性胆汁性胆管炎の診療ガイドライン（2017 年）」に示されている。

以上の点を考慮し、「原発性胆汁性胆管炎」は、旧称が原発性胆汁性肝硬変であり、厚生労働省通知※に示された疾患（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）と同様と考え、原則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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５３　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体等の算定間隔について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の検査の算定は、原則として３か月に１回認められる。

⑴　Ｄ007「36」Ⅳ型コラーゲン
⑵　Ｄ007「37」プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）
⑶　Ｄ007「40」Ⅳ型コラーゲン・７Ｓ
⑷　Ｄ007「43」ヒアルロン酸
⑸　Ｄ007「48」Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体

○　取扱いを作成した根拠等

Ⅳ型コラーゲン、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、Ⅳ型コラーゲン・７Ｓ、ヒアルロン酸、Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体は、いずれも肝の線維化を反映するマーカーであり、肝の線維化の評価に有用である。評価の間隔としては、病状が安定した慢性肝疾患の経過観察期間を考慮し、通常３か月に１回が妥当なものと考えられる。

以上のことから、これら検査の算定は、原則として３か月に１回認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

１５４　初回受診時の心不全に対するＢＮＰの算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　初回受診時の基礎疾患のない心不全に対するＤ008「20」ＢＮＰの算定は、原則として認められる。
②　初回受診時の胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全に対するＤ008「20」ＢＮＰ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

Ｄ008「20」ＢＮＰについては、心不全の診断又は病態把握のために実施されている。

このため、心不全が確定している場合は、初回受診時の基礎疾患のない心不全に対する算定、胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全に対する算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５５　肺炎等に対するクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体等の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

クラミジア感染症の記載がない次の傷病名に対するD012「９」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体、D012「10」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体又はD012「27」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇM抗体の算定は、原則として認められない。

⑴　肺炎（疑い含む。）
⑵　肺結核
⑶　慢性閉塞性肺疾患
⑷　急性上気道炎
⑸　急性気管支炎
⑹　急性副鼻腔炎
⑺　気管支喘息

○　取扱いを作成した根拠等

クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体、クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体又はクラミドフィラ・ニューモニエＩｇM抗体は、急性呼吸器感染症を引き起こす病原体であるクラミドフィラ・ニューモニエの抗体検査である。クラミドフィラ・ニューモニエに感染するとまずＩｇMが上昇し、次いでＩｇＧが上昇する。ＩｇＡはクラミドフィラの感染後の活動状態と関連がある。

クラミドフィラ・ニューモニエの各種抗体は、クラミジア感染に対し特異的に反応するため、クラミジア感染の診断等に有用である。

以上のことからクラミジア感染症の記載がない場合の肺炎（疑い含む。）、肺結核、慢性閉塞性肺疾患、急性上気道炎、急性気管支炎、急性副鼻腔炎、気管支喘息に対するこれらの検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５６　トキソプラズマ抗体とトキソプラズマＩｇＭ抗体の併算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名等に対するD012「14」トキソプラズマ抗体と「15」トキソプラズマＩｇM抗体の併算定は、原則として認められる。

⑴　先天性トキソプラズマ症疑い
⑵　胎児のトキソプラズマ症が疑われた妊婦
⑶　トキソプラズマ感染妊婦からの出生児

○　取扱いを作成した根拠等

トキソプラズマ症は、先天性トキソプラズマ症と後天性トキソプラズマ症に大別され、妊娠中の妊婦の初感染が先天性トキソプラズマ症の原因となる。

トキソプラズマ症の診断には抗体検査が行われるが、ＩｇＧとＩｇM抗体価の推移等から感染時期を推定する。ＩｇＧ抗体は、感染後２週間程度から上昇し始め、４週間から８週間でピークを示し、数カ月から数年にわたり高値を示す。一方、ＩｇM抗体は、ＩｇＧに先立ち１週間以内に上昇し、４週間から８週間でピークを示し、数カ月で陰性となる。

以上のことから、上記傷病名等に対するD012「14」トキソプラズマ抗体と「15」トキソプラズマＩｇM抗体の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５７　抗Ｓｍ抗体定性等の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するＤ014「12」抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量又は抗Ｓｍ抗体定量の算定は、原則として認められる。

②　関節リウマチの疑いに対するＤ014「12」抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量又は抗Ｓｍ抗体定量の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

抗Ｓｍ抗体は、全身性エリテマトーデスに特異的な抗体であり、当該抗体の陽性は全身性エリテマトーデスの診断基準の一つとされている※。

以上のことから、全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対する上記検査の算定は、原則として認められる。一方、関節リウマチの疑いに対する上記検査の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）アメリカリウマチ学会（ACR）分類基準（1997）、厚生労働省ホームページ 自己免疫疾患に関する調査研究班

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５８　ＴＡＲＣと非特異的ＩｇＥ半定量又は非特異的ＩｇＥ定量の併算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

Ｄ015「19」ＴＡＲＣと「10」非特異的ＩｇＥ半定量又は「10」非特異的ＩｇＥ定量の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ＩｇＥは、気管支喘息やアトピー性皮膚炎等、Ｉ型（即時型）アレルギーに関与する免疫グロブリンである。非特異的ＩｇＥは、Ｉ型アレルギー疾患患者で高値になるため、Ｉ型アレルギー疾患の診断や経過観察に有用であると考えられる。

また、ＴＡＲＣは、アトピー性皮膚炎患者の重症度マーカーであり、治療薬の選択や変更を検討する指標として、臨床的に有用であると考えられており、非特異的ＩgＥとは、検査の臨床的意義が異なる。

以上のことから、Ｄ015「19」ＴＡＲＣと「10」非特異的ＩgＥ半定量又は「10」非特異的ＩｇＥ定量の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

１５９　インフルエンザウイルス抗原定性の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

インフルエンザの診断確定後に対するＤ012「22」インフルエンザウイルス抗原定性の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

インフルエンザは、潜伏期間が短く感染力が強いため，迅速な対応が必要である。インフルエンザウイルス抗原の検査を迅速に実施して診断することにより、速やかに抗インフルエンザ薬治療の要否を決定することが肝要である。

また、インフルエンザウイルス抗原定性は、厚生労働省通知※において、「発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。」旨示されている。インフルエンザの診断が確定した後の再検査は臨床的に必要性はない。

以上のことから、インフルエンザの診断確定後に対するＤ012「22」インフルエンザウイルス抗原定性の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０１　アルブミン定性（尿）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ001「６」アルブミン定性（尿）の算定は、原則として認められる。
　⑴　糖尿病
　⑵　糖尿病性腎症
②　次の傷病名等に対するＤ001「６」アルブミン定性（尿）の算定は、原則として認められない。
　⑴　重症腎不全
　⑵　慢性透析患者
③　糖尿病性腎症に対するＤ001「６」アルブミン定性（尿）とＤ000 尿中一般物質定性半定量検査の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

腎疾患におけるアルブミン定性（尿）は、尿蛋白の主成分であるアルブミンのみを検出する検査であり、疾患活動性や進行度を評価するための簡便かつ有用な検査である。糖尿病では腎症の発症、腎症の進行度推定の指標として用いられる。なお、尿蛋白を全体として検出する尿中一般物質定性半定量検査もほぼ同様の目的で用いられ、しばしば併用される。一方、重症腎不全や慢性透析患者では、腎疾患は末期の状態にあり、腎臓はほとんど機能しておらず、これらの検査の臨床的意義は低い。

以上のことから、糖尿病、糖尿病性腎症に対するアルブミン定性（尿）の算定は原則として認められ、糖尿病性腎症に対するアルブミン定性（尿）と尿中一般物質定性半定量検査の併算定は原則として認められると判断した。

なお、重症腎不全、慢性透析患者に対するアルブミン定性（尿）の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０２　アルブミン定量（尿）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　糖尿病に対するＤ001「９」アルブミン定量（尿）の算定は、原則として認められる。
②　次の傷病名等に対するＤ001「９」アルブミン定量（尿）の算定は、原則として認められない。
⑴　高血圧症
⑵　糖尿病疑い
⑶　糖尿病性腎症（第３期・４期・５期）
⑷　腎炎（急性・慢性を含む。）
⑸　ネフローゼ症候群
⑹　腎不全

○　取扱いを作成した根拠等

アルブミン定量（尿）は、高感度のアルブミン測定法であり、微量アルブミン尿の定量に用いられ、適応となるのは糖尿病性早期腎症の診断ならびに経過観察時である。なお、この時期の一般検尿では尿蛋白は検出されないが、微量アルブミンの量と軽微な腎病変の進行度とはよく相関すること、加えて、血糖値のコントロールを良好に維持できれば病変が可逆的に改善されることより、早期腎症評価の重要な指標となっている。

一方、糖尿病性腎症が進行して尿アルブミン量が一定量を超えて一般検尿でも陽性となった状態、ならびにほとんどの腎疾患でみられる尿蛋白は量が多く、当該検査の適正な測定範囲を超えており、検査対象とはならない。また高血圧症、糖尿病疑いでは微量アルブミン尿は生じない。

以上のことから、糖尿病に対するアルブミン定量（尿）の算定は原則として認められ、高血圧症、糖尿病疑い、糖尿病性腎症（第３期・４期・５期）、腎炎（急性・慢性を含む。）、ネフローゼ症候群、腎不全に対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０３　尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ002 尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定は、原則として認められる。
⑴　尿路感染症(疑い含む。)
⑵　腎炎（疑い含む。）
⑶　腎盂腎炎
⑷　腎（機能）障害（疑い含む。）
⑸　腎不全（疑い含む。）
⑹　慢性腎臓病
⑺　特発性腎出血
⑻　前立腺炎

②　次の傷病名に対するＤ002 尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定は、原則として認められない。
⑴　急性上気道炎
⑵　高血圧症
⑶　腹痛

○　取扱いを作成した根拠等

尿沈渣（鏡検法）は、無染色で観察する場合と染色して観察する場合とがある。

急性上気道炎、高血圧症、腹痛では単に異常所見の有無を判断することが目的であり無染色の観察でも対応できるが、尿路系疾患では異常所見を伴うのが通例であり、その性状の正確な観察が必要であり、染色標本による観察を要する。

以上のことから、尿路感染症(疑い含む。）、腎炎（疑い含む。）、腎盂腎炎、腎（機能）障害（疑い含む。）、腎不全（疑い含む。）、慢性腎臓病、特発性腎出血、前立腺炎に対する尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定は原則として認められ、急性上気道炎、高血圧症、腹痛に対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０４　尿沈渣（鏡検法）及び尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ002 尿沈渣（鏡検法）又はＤ002－２尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定は、原則として認められる。
⑴　糖尿病性腎症
⑵　溶連菌感染症

②　次の傷病名に対するＤ002 尿沈渣（鏡検法）及びＤ002－２尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定は、原則として認められない。
⑴　高脂血症
⑵　脳血管障害
⑶　腎臓疾患・尿路系疾患以外（再診時）

○　取扱いを作成した根拠等

尿沈渣は、尿を遠心分離器にかけ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱、細菌等を調べる検査であり、腎・尿路系疾患の診断や治療効果の判定などに用いられる検査である。

糖尿病性腎症では、腎病変の進行に伴い出現する空胞変性円柱やその他の円柱が出現することが知られている。また、溶連菌感染症では溶連菌感染後糸球体腎炎合併の有無等を調べる上で当該検査が有用である。

以上のことから、糖尿病性腎症、溶連菌感染症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。

なお、高脂血症、脳血管障害、腎臓疾患・尿路系疾患以外（再診時）に対する当該検査の有用性は乏しく、これらに対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０５　再診時の高血圧症に対する蛋白分画の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

再診時の高血圧症に対するＤ007「４」蛋白分画の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

蛋白分画は、血清蛋白の分画を測定する検査で、蛋白成分の特徴的な変動を知ることにより、各種の疾患や病態把握に用いられる。

ただし、高血圧症患者においては、蛋白分画検査で特異的な変化は見られない。

以上のことから、再診時の高血圧症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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０６　有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名のみに対するＤ007「13」有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）の算定は、原則として認められる。
⑴　乳酸アシドーシス（疑い含む。）
⑵　代謝性アシドーシス
②　糖尿病のみに対するＤ007「13」有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）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

有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）は、解糖系代謝経路（グルコースからエネルギーを産生する代謝経路）の最終産物で、主に骨格筋や赤血球、脳、皮膚、腸管で産生され、肝、腎で代謝される。血中の乳酸は生体の酸化還元状態を示す指標であり、乳酸が異常高値となり血液中ｐＨが酸性に傾いた状態が乳酸アシドーシスであり、代謝性アシドーシスの一つである。

以上のことから、乳酸アシドーシス（疑い含む。）、代謝性アシドーシスに対する有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）の算定は原則として認められ、酸・塩基平衡異常を伴わない糖尿病のみに対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

２０７　高脂血症又は脂質異常症と虚血性心疾患等に対するリポ蛋白等の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

高脂血症又は脂質異常症と次の傷病名が併記されている場合におけるＤ007「27」リポ蛋白（ａ）又は「44」レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）の算定は、原則として認められる。

⑴　虚血性心疾患
⑵　動脈硬化性疾患
⑶　脳梗塞
⑷　糖尿病、腎疾患

○　取扱いを作成した根拠等

リポ蛋白（ａ）は、ＬＤＬ類似のリポ蛋白で、虚血性心疾患、脳梗塞など各種疾患で動脈硬化に関する指標の１つとして測定される。また、レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）も、動脈硬化性疾患や糖尿病，腎疾患などの動脈硬化性疾患を合併しやすい疾患で高い陽性率を示すため、動脈硬化性疾患のリスク指標として測定される。

以上のことから、高脂血症又は脂質異常症と上記傷病名に対するＤ007「27」リポ蛋白（ａ）及び「44」レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２０８　インスリノーマの疑いに対するインスリン（ＩＲＩ）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

インスリノーマの疑いに対するＤ008「８」インスリン（ＩＲＩ）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

インスリノーマは、インスリンを過剰分泌する膵β細胞由来の腫瘍である。膵・消化管神経内分泌腫瘍（ＮＥＮ）診療ガイドライン 2019 年【第２版】（日本神経内分泌腫瘍研究会）におけるインスリノーマの診断アルゴリズムでは、病態鑑別のために低血糖時の検体でインスリン値（ＩＲＩ）を測定することが推奨されている。

以上のことから、インスリノーマの疑いに対するＤ008「８」インスリン（ＩＲＩ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

２０９　初診時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するコルチゾール等の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

初診時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する次の検査の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｄ008「14」コルチゾール
⑵　Ｄ008「15」アルドステロン（尿）
⑶　Ｄ008「29」カテコールアミン分画
⑷　Ｄ008「37」カテコールアミン
⑸　Ｄ008「45」メタネフリン・ノルメタネフリン分画

○　取扱いを作成した根拠等

一般的にいう高血圧症は、生活習慣・食生活・遺伝的素因など様々な要因の組合わせにより発症するものを指すことが多く、このような原因が特定できない高血圧症を本態性高血圧症といい、他の疾患が原因となっている場合を二次性高血圧症という。血圧上昇を症状の一つとする疾患は、すべて二次性高血圧の原因となり、その主なものとしては、内分泌疾患、血管疾患、睡眠障害などがあげられる。

上記の各種ホルモン検査は、初診時における二次性高血圧症の原因疾患の診断に用いられる。

以上のことから、初診時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する上記検査の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

２１０　特発性拡張型心筋症に対する脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

特発性拡張型心筋症に対するＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）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

特発性拡張型心筋症は、左室収縮能低下と左室内腔の拡張を特徴とする疾患群であり、左心不全による低心拍出状態と肺うっ血や不整脈による症状を特徴とする※。

ＢＮＰは心室機能を直接反映し、慢性及び急性心不全患者では、重症度に応じて著明に増加するため心不全の程度を把握するのに有用である。

以上のことから、特発性拡張型心筋症に対するＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の算定は、原則として認められると判断した。

（※）難病情報センターホームページ 厚生労働省作成の「概要・診断基準等」より

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１１　副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ008「29」副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）の算定は、原則として認められる。
⑴　続発性副甲状腺機能亢進症
⑵　特発性副甲状腺機能低下症
⑶　偽性副甲状腺機能低下症
⑷　自己免疫性多腺性内分泌不全症

②　次の傷病名に対するＤ008「29」副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）の算定は、原則として認められない。
⑴　甲状腺機能低下症
⑵　低マグネシウム血症
⑶　サルコイドーシス
⑷　尿管結石症
⑸　甲状腺機能亢進症
⑹　骨粗鬆症
⑺　腎不全

○　取扱いを作成した根拠等

副甲状腺ホルモン(ｐａｒａｔｈｙｒｏｉｄ　ｈｏｒｍｏｎｅ：ＰＴＨ)は、副甲状腺の主細胞で合成・分泌され、カルシウム及びリンの代謝を調節している。血中のカルシウムが低下すると分泌が促進され、骨吸収亢進によるカルシウムの動員および腎細尿管でのカルシウム再吸収の亢進を介して血中カルシウムを上昇させる。

上記①の疾患はいずれもＰＴＨ分泌異常を伴うものである。また、上記②の疾患はＰＴＨ分泌に直接影響を及ぼさない。

以上のことから、続発性副甲状腺機能亢進症、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、自己免疫性多腺性内分泌不全症に対する副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）の算定は原則として認められ、甲状腺機能低下症、低マグネシウム血症、サルコイドーシス、尿管結石症、甲状腺機能亢進症、骨粗鬆症、腎不全に対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１２　関節リウマチの疑い又は診断時に対する抗核抗体（蛍光抗体法）定性等の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

次の場合の関節リウマチに対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量又は「７」抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）の算定は、原則として認められる。

⑴　疑い

⑵　診断時

○　取扱いを作成した根拠等

抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量又は抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）は、膠原病の診断等に広く用いられる検査であり、関節リウマチも膠原病の一種である。

また、関節リウマチの診断においては、さまざまな疾患の除外診断を行う必要がある。

以上のことから関節リウマチの疑い、又は診断時におけるこれらの検査の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１３　膠原病の疑いに対する抗核抗体定性等の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

膠原病の疑いに対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性・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

膠原病には自己抗体としての抗核抗体群が存在する疾患が多く、抗核抗体（蛍光抗体法）は多数の抗核抗体群のいずれかの存在を明らかにする目的のスクリーニング検査である。陽性の場合は染色パターンにより対応抗体をある程度推測することが可能で、疾患標識自己抗体検査の選択指標となり得る。

以上のことから、膠原病の疑いに対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性・半定量・定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１４　糖尿病疑いに対する抗インスリン抗体の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

糖尿病疑いに対するＤ014「６」抗インスリン抗体の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

抗インスリン抗体には、投与されたインスリンが引き金となって産生される外因性インスリンに対する抗体と、自己免疫機序を介した内因性インスリンに対する抗体とがあり、いずれも糖尿病が確定し、その治療中に検出されるものであり、インスリン抵抗性の一因となっている。

以上のことから、糖尿病疑いに対する抗インスリン抗体の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１５　ＩｇＧ型リウマトイド因子の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　関節リウマチ（疑い含む。）に対するＤ014「26」ＩｇＧ型リウマトイド因子の算定は、原則として認められる。
②　全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するＤ014「26」ＩｇＧ型リウマトイド因子の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｄ014「26」ＩｇＧ型リウマトイド因子は、血清中のＩｇＧ型リウマトイド因子を測定するものであり、通常用いられるＤ014「２」リウマトイド因子（ＲＦ）定量よりも関節リウマチの活動性に関連すると言われている。

また、全身性エリテマトーデスの診断基準として用いられる 1997 年ＡＣＲ分類基準や 2012 年ＳＬＩＣＣ分類基準の種々の自己抗体検査の中にＩｇＧ型リウマトイド因子は含まれていない。

以上のことから、当該検査について、関節リウマチ（疑い含む。）に対する算定は、原則として認められる、全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対する算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１６　トランスサイレチン（プレアルブミン）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ015「12」トランスサイレチン（プレアルブミン）の算定は、原則として認められる。
　⑴　栄養障害（低栄養及び栄養失調症含む。）
　⑵　劇症肝炎
②　栄養障害（低栄養及び栄養失調症含む）に対するＤ015「12」トランスサイレチン（プレアルブミン）の算定回数は、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

トランスサイレチン（プレアルブミン）は、肝臓、脳脈絡叢、網膜、膵α細胞で産生される。半減期が短いことから、栄養状態の変動を速やかに反映することが知られている。また、肝細胞の蛋白合成能の指標でもあり、急性肝炎初期、劇症肝炎、慢性活動性肝炎、肝硬変では低値となり、肝炎（肝細胞機能障害）の回復期には一過性に高めとなることもある。

以上のことから、栄養障害（低栄養及び栄養失調症含む）、劇症肝炎に対するトランスサイレチン（プレアルブミン）の算定は、原則として認められると判断した。

なお、算定回数については、一般的に月１回までが妥当と判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１７　肺結核の疑いに対する結核菌群核酸検出の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

肺結核の疑いに対するＤ023「14」結核菌群核酸検出の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

肺結核は飛沫・空気感染により他者へ拡大するため、感染コントロールの観点から迅速な診断が必要である。抗酸菌分離培養検査と比べて測定に要する時間が短い核酸増幅法検査（結核菌群核酸検出）は、臨床的に有用である。

以上のことから、肺結核の疑いに対するＤ023「14」結核菌群核酸検出の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

２１８　耐糖能精密検査の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ288 糖負荷試験「２」耐糖能精密検査の算定は、原則として認められる。

⑴　耐糖能異常(糖代謝障害を含む。)
⑵　糖尿病疑い
⑶　境界型糖尿病
⑷　糖尿病

○　取扱いを作成した根拠等

耐糖能精密検査は、常用負荷による血糖、尿糖測定と同時に血中のインスリン又は血中Ｃ－ペプチドを併せて測定する検査である。負荷時におけるこれらの測定は、糖尿病の診断時（特に空腹時血糖及びＨｂＡ１ｃでも糖尿病疑いを否定できない場合、糖負荷による同検査が有用であること）及び糖尿病確定後におけるインスリン分泌能、インスリン初期分泌の低下、インスリン抵抗性等を同時に把握し、病型・病態の診断・評価や治療法の選択上必要である。

以上のことから、耐糖能異常(糖代謝障害を含む。)、糖尿病疑い、境界型糖尿病、糖尿病に対するＤ288 糖負荷試験「２」耐糖能精密検査の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２１９　喉頭ファイバースコピーの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対するＤ299 喉頭ファイバースコピーの算定は、原則として認められる。
　⑴　咽頭異物
　⑵　声帯結節症
②　扁桃炎に対するＤ299 喉頭ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

咽頭異物は、魚の骨等の異物が誤って咽頭に入り込んだ状態であるが、咽頭は喉頭と連続しており，異物除去のため、喉頭ファイバースコピーが必要となる症例もある。また、声帯結節は、喉頭の内腔にある声帯に両側性にしこりができた状態であり、診断には喉頭ファイバースコピーによる声帯の観察が必要である。

一方、扁桃は喉頭よりも上部に位置し、扁桃炎の診療に当たっては、直視下の診察が可能であり、通常、喉頭ファイバースコピーの必要性はないと考えられる。

以上のことから、Ｄ299 喉頭ファイバースコピーについて、咽頭異物、声帯結節症に対する算定は原則として認められるが、扁桃炎に対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２２０　中耳ファイバースコピーの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ300 中耳ファイバースコピーの算定は、原則として認められる。
⑴　急性中耳炎（鼓膜穿孔あり）
⑵　滲出性中耳炎（鼓膜穿孔あり）

②　次の傷病名に対するＤ300 中耳ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。
⑴　急性中耳炎（鼓膜穿孔なし）
⑵　滲出性中耳炎（鼓膜穿孔なし）
⑶　外耳炎

○　取扱いを作成した根拠等

中耳ファイバースコピーは、外耳道から鼓膜の穿孔を通して経鼓膜的に内視鏡を挿入し、中耳の状態を観察する検査である。人工的に鼓膜を切開して中耳を観察する場合もあるが、多くは穿孔した鼓膜を通して中耳を観察する。

以上のことから、Ｄ300 中耳ファイバースコピーについて、上記①の傷病名に対する算定は、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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５０　血中微生物検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ005「７」血中微生物検査の算定は、原則として認められる。

⑴　フィラリア症
⑵　トリパノソーマ症
⑶　マラリア

○　取扱いを作成した根拠等

血中微生物検査は、血液を鏡検して病原体や原虫を確認する検査であり、フィラリア症、トリパノソーマ症、マラリア等感染症の診断に有用である。

以上のことから、上記⑴から⑶の傷病名に対するＤ005「７」血中微生物検査の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５１　Ⅳ型コラーゲン、Ｐ－Ⅲ－Ｐ、Ⅳ型コラーゲン・７Ｓの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ007「36」Ⅳ型コラーゲン、「39」プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）又は「42」Ⅳ型コラーゲン・７Ｓの算定は、原則として認められる。

⑴　アルコール性肝炎
⑵　非アルコール性脂肪性肝炎
⑶　原発性胆汁性胆管炎
⑷　自己免疫性肝炎
⑸　肝硬変

②　次の傷病名に対するＤ007「36」Ⅳ型コラーゲン、「39」プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）又は「42」Ⅳ型コラーゲン・７Ｓの算定は、原則として認められない。

⑴　慢性肝炎疑い
⑵　肝機能障害・肝障害（疑い含む。）
⑶　脂肪肝（疑い含む。）
⑷　アルコール性肝炎疑い
⑸　非アルコール性脂肪性肝炎疑い
⑹　原発性胆汁性胆管炎疑い
⑺　自己免疫性肝炎疑い
⑻　肝細胞癌（疑い含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

Ⅳ型コラーゲン、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、Ⅳ型コラーゲン・７Ｓは、いずれも、肝臓の線維化を反映するマーカーであり、①に掲げる傷病名に対する測定は、肝臓の線維化のステージを診断し治療方針を選択する上で有用である。

以上のことから、①に掲げる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に掲げる傷病名に対する測定は、確定診断に至っていないため、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５２　慢性肝炎疑いに対するヒアルロン酸の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

慢性肝炎疑いに対する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

ヒアルロン酸は、肝細胞の炎症後に起こる線維化に伴い合成が亢進し分解が障害され血中濃度が上昇することにより、肝臓の線維化を反映するマーカーとされている。また、厚生労働省通知※において、「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。

慢性肝炎を疑う状態では、肝の線維化が進んでいる可能性は低く、本検査の有用性も低い。

以上のことから、慢性肝炎疑い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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５３　経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するレニン活性等の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する次の検査の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｄ008「８」レニン活性
⑵　Ｄ008「10」レニン定量
⑶　Ｄ008「14」コルチゾール
⑷　Ｄ008「15」アルドステロン
⑸　Ｄ008「15」アルドステロン（尿）
⑹　Ｄ008「29」カテコールアミン分画
⑺　Ｄ008「37」カテコールアミン
⑻　Ｄ008「45」メタネフリン・ノルメタネフリン分画

○　取扱いを作成した根拠等

一般的にいう高血圧症は、生活習慣・食生活・遺伝的素因など様々な要因の組合わせにより発症するものを指すことが多く、このような原因が特定できない高血圧症を本態性高血圧症といい、他の疾患が原因となっている場合を二次性高血圧症という。血圧上昇を症状の一つとする疾患は、すべて二次性高血圧の原因となり、その主なものとしては、内分泌疾患、血管疾患、睡眠障害などがあげられる。

上記の各種ホルモン検査は、二次性高血圧症の原因疾患の診断ならびに経過観察に用いられる。

以上のことから、経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する上記検査の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５４　糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するＩＲＩの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ008「８」インスリン（ＩＲＩ）の算定は、原則として認められない。

⑴　糖尿病疑い

⑵　耐糖能異常疑い

○　取扱いを作成した根拠等

インスリン（ＩＲＩ）は、インスリン分泌の評価に有用であるとともに、糖尿病（確定）の病型診断、薬剤の変更あるいはコントロール不良例などに対する治療方針の再評価等に際して必要不可欠な検査である。

一方、糖尿病状態が疑われるときの診断検査としては、通常、血糖値（空腹時、随時）とＨｂＡ１ｃ値が有用である。

なお、糖尿病疑い又は耐糖能異常疑いが否定できない場合、75ｇ経口糖負荷試験と同時に血中のインスリン又は血中Ｃ-ペプタイドを併せて測定する耐糖能精密検査を用いる場合があるが、インスリン（ＩＲＩ）検査のみを実施することは必要ではない。

以上のことから、糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するＤ008「８」インスリン（ＩＲＩ）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５５　Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）の算定間隔について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

糖尿病確定診断後の患者の外来受診時におけるＤ008「12」Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）の算定間隔は、原則として３か月とする。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）は、プロインスリンが分解されてインスリンを生成する際の副産物で、インスリン投与中であっても、膵臓のインスリン分泌能の指標となり、（血中）インスリン動態の把握のため、一定間隔での観察が必要である。

一方、薬物療法を行う場合、3か月間継続しても目標に達成しない場合には、他剤との併用も含め、他の治療法を考慮するとされている。

以上のことから、糖尿病確定診断後の患者の外来受診時における当該検査の算定間隔は、治療・経過観察期間等を考慮し原則として３か月が妥当と判断した。

Ｃ152-２持続血糖測定器加算に係る厚生労働省通知の⑴のイの(ロ)※に該当するとして当該加算の２「間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合」を算定する患者、頻回に当該検査を実施する必要がある患者については、この取扱いから除くこととする。

（※）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

Ｃ152-２　持続血糖測定器加算

（１）　入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア　略

イ　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

（イ）　略

（ロ）　内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清Ｃペプチドが 0.5ng/mL 未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

（２）　持続血糖測定器加算を算定する場合は、（１）のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、（１）のイの(ロ)に該当する場合、直近の空腹時血清Ｃペプチドの測定値を併せて記載すること。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５６　骨粗鬆症疑いに対するＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

骨粗鬆症疑いに対するＤ008「25」Ｉ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）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

骨粗鬆症は、既存骨折の有無及び骨量測定による骨密度で診断される。一方、骨代謝マーカー（Ｉ型コラーゲン架橋Ｎ―テロペプチド（ＮＴＸ）など）は骨密度とは独立した骨折の予測因子で、骨粗鬆症の診断後、薬物療法の必要性や薬剤選択に役立つとされ、薬剤治療効果の判定にも用いられる（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015）。

Ｉ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）については、厚生労働省通知※に「原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果判定時に１回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できる。」と示されており、骨粗鬆症に対しては、当該疾患の診断確定後、薬剤治療方針の選択時、薬剤効果判定時、薬剤治療方針変更後に算定できるものである。

以上のことから、骨粗鬆症の疑い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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５７　ＴＳＡｂの連月の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

Ｄ014「40」ＴＳＡｂ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

甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）は、ＴＳＨ受容体に結合する抗体でＴＳＨの結合を阻害するが、一方で抗体自体が受容体刺激作用（ＴＳＨ様作用）を有しているため、甲状腺ホルモン（Ｔ４，Ｔ３）の分泌を亢進させ、甲状腺機能亢進状態を生じさせる。

甲状腺機能の状態は、血中の甲状腺ホルモン等（ＦＴ３，ＦＴ４，ＴＳＨ）を測定することにより、迅速な把握が可能であり、薬物治療開始時等の不安定期には連月、場合によっては同一月内に複数回の検査が必要となる。

一方、ＴＳＡｂは免疫グロブリンであることより、その変動は緩徐であり、連月で測定することの有用性は低い。

以上のことから、Ｄ014「40」ＴＳＡｂの連月の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５８　免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

関節リウマチ疑い及び関節リウマチの経過観察に対するD015「４」免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定は、原則として認められる。

また、算定間隔は、原則として3か月に1回とする。

○　取扱いを作成した根拠等

免疫グロブリンは、抗体活性を持つ血清蛋白であり、ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭは感染防御の生理的活性を持つ。関節リウマチにおいては免疫グロブリンが増加し、特にＩｇＧ及びＩｇＡの増加がみられることが多い。

以上のことから、関節リウマチの疑い及び関節リウマチの経過観察におけるD015「４」免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定は、原則として認められると判断した。

なお、認められる算定間隔は、原則として3か月に1回が一般的とされている。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２５９　ＩｇＧ$_4$の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ014「41」ＩｇＧ$_4$の算定は、原則として認められる。
⑴　ミクリッツ病
⑵　自己免疫性膵炎
⑶　後腹膜線維症
⑷　リーデル甲状腺炎
⑸　キュットネル腫瘍
⑹　ＩｇＧ$_4$関連疾患のみ

②　治療中（ステロイド投与初期）のＤ014「41」ＩｇＧ$_4$の連月の算定は原則として認められる。

③　経過観察時のＤ014「41」ＩｇＧ$_4$の算定は、原則として３か月に１回認められる。

④　次の傷病名に対するＤ014「41」ＩｇＧ$_4$の算定は、原則として認められない。
⑴　胆嚢炎
⑵　腎臓病
⑶　肺炎
⑷　肝疾患
⑸　後腹膜炎
⑹　硬膜炎

○　取扱いを作成した根拠等

ＩｇＧ$_4$は、免疫グロブリンＧ（ＩｇＧ）の４種のサブクラスの１種で、ＩｇＧ$_4$関連疾患で高値を示す。

①に掲げる傷病名（ミクリッツ病、自己免疫性膵炎、後腹膜線維症、リーデル甲状腺炎、キュットネル腫瘍）は、いずれもＩｇＧ$_4$関連疾患であり、高ＩｇＧ$_4$血症が診断基準の一つとされている。

以上のことから、ミクリッツ病、自己免疫性膵炎、後腹膜線維症、リーデル甲状腺炎、キュットネル腫瘍、ＩｇＧ$_4$関連疾患のみ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、④に掲げる傷病名（胆嚢炎、腎臓病、肺炎、肝疾患、後腹膜炎、硬膜炎）では、ＩｇＧ$_4$関連疾患に特異的な変動が見られないことより、これらの

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。

なお、ＩｇＧ$_4$関連疾患に対してはステロイド投与が有効であることより、ステロイド投与開始初期における、当該検査の連月の算定は原則として認められるが、病状が安定した各疾患の経過観察期間は、3 か月に 1 回の当該検査が妥当と判断される。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６０　爪白癬の診断確定時の微生物学的検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

爪白癬の診断確定時の次の微生物学的検査の算定は、原則として認められる。

⑴　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
⑵　Ｄ018 細菌培養同定検査「５」その他の部位からの検体
⑶　Ｄ018 細菌培養同定検査「６」簡易培養

○　取扱いを作成した根拠等

爪白癬は、爪甲、爪床、又はその両方に生じる真菌感染症である。診断は爪甲の変形や変色等の外観評価、直接顕微鏡検査（直接鏡検法）と真菌培養法を中心に実施する。

以上のことから、爪白癬の診断確定時の上記⑴から⑶の微生物学的検査の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６１　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）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対する便検体によるＤ017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「３」その他のものの算定は、原則として認められる。

⑴　トリコモナス
⑵　アメーバ赤痢
⑶　胃結核
⑷　カンピロバクター腸炎
⑸　腸管スピロヘータ症
⑹　腸結核、結核性下痢

○　取扱いを作成した根拠等

細菌顕微鏡検査「その他のもの」は、体内から採取した検体を顕微鏡で観察し、細菌の種類を特定する検査で、蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置、保湿装置等を使用しないものである。

種類を特定することができる病原菌には、トリコモナス、アメーバ赤痢、抗酸菌、カンピロバクター属菌、レプトスピラ（スピロヘータ）等がある。

以上のことから、上記⑴から⑹の傷病名に対する便検体によるＤ017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「３」その他のものの算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６２　気管支喘息に対する細菌培養同定検査及び細菌薬剤感受性検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

気管支喘息に対するＤ018 細菌培養同定検査及びＤ019 細菌薬剤感受性検査「１」１菌種、「２」２菌種又は「３」３菌種以上の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

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、菌量およ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。

一方、気管支喘息は、アレルギーに起因し、反応性に気道の過敏や狭窄等をきたす疾患であり、細菌感染症には該当せず、薬物治療には気管支拡張薬等を投与する。

以上のことから、気管支喘息に対するＤ018 細菌培養同定検査及びＤ019 細菌薬剤感受性検査「１」１菌種、「２」２菌種又は「３」３菌種以上の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６３　標準語音聴力検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
②　顔面神経麻痺に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

標準語音聴力検査は、言葉のききとり、聴き分けの程度を調べる検査である。具体的には、語音を用いた最小可聴閾値を測定する語音聴取閾値検査と、聞き分けるのに十分な閾値上のレベルで聞き分け方を検査する語音弁別検査があり、その実施目的は、難聴の原因診断や純音聴力検査結果を補足するもので上記①の傷病名の診断や経過観察に有用である。

一方、顔面神経麻痺は、難聴やめまいを合併するハント症候群や聴神経腫瘍等の鑑別診断が重要であるが、顔面神経麻痺に対する本検査の必要性は低いと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められ、顔面神経麻痺に対する本検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６４　ことばのききとり検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴

②　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められない。
⑴　顔面神経麻痺
⑵　めまい
⑶　耳管狭窄症

○　取扱いを作成した根拠等

ことばのききとり検査は、厚生労働省通知※に「難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合」に算定すると示されている。

一方、上記②の傷病名については、難聴をきたすことがあり鑑別診断のために聴力検査を実施するが、本検査の必要性は低いと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められるが、上記②の傷病名に対する本検査の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６５　後迷路機能検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
⑴　難聴
⑵　突発性難聴
⑶　メニエール病

②　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
⑴　中耳炎
⑵　耳管狭窄症
⑶　顔面神経麻痺

○　取扱いを作成した根拠等

後迷路機能検査は、厚生労働省通知※に「短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査（ＴＴＤ）のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うもの」と示されている。

本検査は、他の聴覚検査により難聴と診断された後、感音難聴に分類される「内耳＝迷路」よりも「後方」に存在する聴神経から脳幹を経由し皮質聴覚野までに至る聴覚伝導路のうちいずれかの部位に生じた障害による後迷路性難聴を診断するために実施するものであり、内耳以外の部位に発症する傷病名に対する算定は、適切ではない。

以上のことから、Ｄ244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査について、上記①の傷病名に対する算定は、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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２６６　中耳機能検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　中耳炎に対するＤ244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
②　次の傷病名に対するＤ244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
⑴　めまい
⑵　メニエール病
⑶　顔面神経麻痺
⑷　突発性難聴

○　取扱いを作成した根拠等

中耳機能検査は、厚生労働省通知※に「骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。」と示されている。

骨導ノイズ法は、被検耳にあてた気導受信器から検査音をきかせ、一方で前頭部にあてた骨導受話器からきかせる雑音（骨導雑音）によって検査音を遮蔽して、骨導聴力を測定する。

鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）は、鼓膜穿孔がある場合に穿孔部分を一次的に閉鎖して聴力検査を行うことにより、気導聴力の改善があるか否かを確認する。

したがって、本検査は、気骨導差があり気導聴力が低下している場合の中耳性難聴の診断のために実施されることから、中耳炎に有用である。一方、メニエール病や突発性難聴といった内耳疾患等上記②の傷病名に対する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Ｄ244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)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。

（※）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

支払基金統一事例

【　検査　】

２６９　結核菌群核酸検出とマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出の併算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

①　結核疑いかつ非結核性抗酸菌症（疑い含む。）に対するＤ023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出の併算定は、原則として認められる。

なお、結核菌が陰性であることがレセプトから判断できる場合のＤ023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出の併算定は、同日であっても原則として認められる。

②　次の傷病名に対するＤ023「14」結核菌群核酸検出と「16」マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出の併算定は、原則として認められない。

⑴　結核

⑵　非結核性抗酸菌症

○　取扱いを作成した根拠等

結核菌群核酸検出は、結核菌群のリボソームＲＮＡを増幅し、ＤＮＡプローブ法で検出する方法である。また、マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出は、当該非結核性抗酸菌ＤＮＡをＰＣＲ法で増幅し、プローブで検出する方法であり、厚生労働省通知※に「他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。」と示されている。

近年、非結核性抗酸菌症が増加していること、また、結核の場合は医学的に早急な対応が必要となることから、結核を含む抗酸菌症が疑われた場合は、結核菌、非結核性抗酸菌について迅速に鑑別する必要がある。

以上のことから、結核疑いかつ非結核性抗酸菌症（疑い含む。）に対する結核菌群核酸検出とマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出の併算定は、原則として認められると判断した。また、この併算定については、同日に実施された結核菌群核酸検出により結核菌が陰性であることがレセプトから判断できる場合、結核を含む抗酸菌症を迅速に鑑別する必要があることより、同日であっても、原則として認められると判断した。

なお、結核、非結核性抗酸菌症に対する上記検査の併算定は、すでに抗酸菌属が同定されていることから、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２７０　脂肪肝に対する肝硬度測定等の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

脂肪肝に対する次の検査の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｄ215-２肝硬度測定

⑵　Ｄ215-３超音波エラストグラフィー

○　取扱いを作成した根拠等

肝硬度測定、超音波エラストグラフィーは、共に超音波装置を用いて肝臓の硬さを非侵襲的に計測するもので、厚生労働省通知※に「肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）」が対象である旨示されている。

脂肪肝は、肝細胞に中性脂肪が蓄積した状態であり、上記通知の対象患者の要件には該当しない。

以上のことから、脂肪肝に対するＤ215-２肝硬度測定、Ｄ215-３超音波エラストグラフィーの算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８４　時間外緊急院内検査加算の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　処置・手術の算定がない患者における、次の傷病名等に対するＤ000 尿中一般物質定性半定量検査時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。

⑴　急性腹症

⑵　血尿

②　処置・手術の算定がない患者における、Ｄ012「22」インフルエンザウイルス抗原定性時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

時間外緊急院内検査加算は、厚生労働省通知※に医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できるとされており、緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせることができないような場合とされている。

上記通知では、必ずしも当該レセプトに処置、手術が算定されていることが要件とはされておらず、処置・手術の算定がない場合であっても、医師が緊急に検体検査を行う必要性があると判断した場合においては、本加算の算定は妥当と考えられる。

尿中一般物質定性半定量検査は、腎・泌尿器系疾患のスクリーニングに用いられる最も基本的な検査で、疾患の早期発見や治療効果を調べる検査である。

急性腹症は、急激に発症した腹痛で病態や原因疾患も多種多様であり、緊急手術を含む迅速な対応が必要である。

血尿は、尿路（腎臓、尿管、膀胱、尿道）や前立腺の感染症や悪性腫瘍等、迅速な対応を必要とする様々な疾患の症状として出現する。

インフルエンザは、潜伏期間が短く感染力が強いため，迅速な対応が必要であり、インフルエンザウイルス抗原検査等により迅速に診断し、速やかに抗インフルエンザ薬治療の要否を決定することが肝要である。

以上のことから、上記①②の処置・手術の算定がない患者における時間外緊急院内検査加算の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８５　心房細動等に対するＮＴ－ｐｒｏＢＮＰの算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）の算定は、原則として認められない。

⑴　心房細動

⑵　高血圧症

○　取扱いを作成した根拠等

脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握に有用なマーカーであり、厚生労働省通知※に「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。」と示されている。

心房細動や高血圧症のみの傷病名では、心不全の病態であると判断することはできない。

以上のことから、心房細動、高血圧症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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８６　ＢＮＰとＮＴ－ｐｒｏＢＮＰについて

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

Ｄ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）とＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、原則として同等として取り扱う。

○　取扱いを作成した根拠等

脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）と脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、心筋負荷により分泌され同様の血中動態を示す。共に心不全の重症度に応じて血中濃度が上昇するため、心不全の診断や病態把握に有用なマーカーとして用いられている。

分子量や代謝経路、半減期などの相違はあるものの、双方の臨床的有用性は同等である。

厚生労働省通知※にも双方共に「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。」と同じ算定要件が示されている。

以上のことから、Ｄ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）とＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、原則として同等として取り扱うものと判断した。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８７　脂肪酸分画の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　脂質異常症と次の併存病名のみに対するＤ010「７」脂肪酸分画の算定は、原則として認められる。
⑴　心筋梗塞
⑵　狭心症
⑶　脳梗塞
⑷　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　脂質異常症疑いと動脈硬化症の併存病名のみに対するＤ010「７」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。

③　高血圧症と次の併存病名のみに対するＤ010「７」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。
⑴　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）
⑵　動脈硬化症

④　高血圧症疑いと次の併存病名のみに対するＤ010「７」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。
⑴　心筋梗塞
⑵　狭心症
⑶　脳梗塞
⑷　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）
⑸　動脈硬化症

○　取扱いを作成した根拠等

脂肪酸分画は、エイコサペンタエン酸（ＥＰＡ）やドコサヘキサエン酸（ＤＨＡ）、アラキドン酸（ＡＡ）、ジホモ-γ-リノレン酸（ＤＨＬＡ）などを分画定量し、脂質異常症患者の動脈硬化性心疾患や脳血管障害の進展のリスクを知るために用いられる検査である。

以上のことから、脂質異常症と①の傷病名のみの場合の当該検査の算定は原則として認められるが、脂質異常症疑いと動脈硬化症の傷病名のみの場合は原則として認められないと判断した。

また、脂質異常症のない高血圧症と③の傷病名のみ及び高血圧症疑いと④

の傷病名のみの場合の当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８８　Ａ群β溶連菌迅速試験定性の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

溶連菌感染症に対するＤ012「19」Ａ群β溶連菌迅速試験定性の算定は、原則として、１エピソード（１発症）につき１回まで認められる。

なお、溶連菌感染症の治癒判定目的での当該検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ａ群β溶連菌迅速試験定性は、上気道炎（扁桃炎、咽頭炎）や皮膚疾患（伝染性膿痂疹、丹毒等）の原因菌となるＡ群連鎖球菌を迅速に診断するための検査である。

本傷病名における本検査の感度は高く、繰り返し実施する意義は低いと考えられる。

また、本検査は、溶連菌感染症の診断を目的とする検査であり、保険診療上、治癒判定目的での算定は適切ではない。

以上のことから、溶連菌感染症に対するＤ012「19」Ａ群β溶連菌迅速試験定性の算定は、原則として、１エピソード（１発症）につき１回まで認められると判断した。また、治癒判定目的での算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２８９　疑い傷病名に対する細菌薬剤感受性検査の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

疑い傷病名に対するＤ019 細菌薬剤感受性検査「１」１菌種、「２」２菌種又は「３」３菌種以上の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

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。

疑い傷病名の場合は、起因菌が特定されていないことから、菌が検出できていないと判断され、本検査の対象とはならない。

以上のことから、疑い傷病名に対するＤ019 細菌薬剤感受性検査「１」１菌種、「２」２菌種又は「３」３菌種以上の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２９０　精密眼圧測定の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の場合のＤ264 精密眼圧測定の算定は、原則として認められる。
⑴　調節緊張症に対する散瞳点眼剤投与時
⑵　副腎皮質ホルモン製剤投与時

○　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。調節緊張症の治療として散瞳点眼剤を投与している場合や、副腎皮質ホルモン製剤を全身投与（内服・注射）又は眼局所投与している場合、副作用として眼圧上昇、眼圧亢進、緑内障が現れることがあることから、定期的に眼圧を測定する必要がある。

以上のことから、上記⑴⑵の場合のＤ264 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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２９１　角膜曲率半径計測の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対するＤ265 角膜曲率半径計測の算定は、原則として認められる。
⑴　初診時の屈折異常（近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合性乱視）
⑵　白内障手術前

②　次の傷病名等に対するＤ265 角膜曲率半径計測の算定は、原則として認められない。
⑴　結膜炎（屈折異常なし）
⑵　眼底疾患（屈折異常なし）
⑶　眼精疲労（屈折異常なし）

○　取扱いを作成した根拠等

角膜曲率半径計測は、角膜中央部の形状を測定する検査で、屈折異常の有無と角膜の状態を評価し、角膜乱視の程度や眼軸、角膜屈折力を把握することができる。計測値は、コンタクトレンズのベースカーブや眼内レンズの度数決定に使用され、屈折異常、白内障手術、角膜疾患に対して実施する。

以上のことから、上記①の傷病名等に対するＤ265 角膜曲率半径計測の算定は、原則として認められ、屈折異常がない上記②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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

２９２　子宮頸管粘液採取時等のゼラチン（ゼルフォーム等）の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　D418「１」子宮頸管粘液採取時におけるゼラチン（ゼルフォーム等）の算定は、原則として認められない。
②　K867 子宮頸部（腟部）切除術時におけるゼラチン（ゼルフォーム等）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

ゼラチン（ゼルフォーム等）は、メッシュ内に血液を取り込み、組織に付着し強固な血餅形成作用を有する医薬品であり、添付文書の効能・効果は「各種外科領域における止血、褥瘡潰瘍」である。子宮頸管粘液採取は、一般的には出血を伴わないことより、当該医薬品の必要性はないものと考える。

一方、子宮頸部（腟部）切除術は、出血を伴うことがあり、その止血のため当該医薬品の使用が必要となる。

以上のことから、子宮頸管粘液採取時におけ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。

また、子宮頸部（腟部）切除術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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３１５　貧血のみに対する糞便中ヘモグロビンの算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

貧血のみに対するＤ003「７」糞便中ヘモグロビンの算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

糞便中ヘモグロビンは、ヒトヘモグロビンに対する抗体により便中のヘモグロビン量を測定する検査であり、大腸癌など下部消化管からの出血を疑う場合に行われるべき検査である。

以上のことから、貧血のみに対するＤ003「７」糞便中ヘモグロビンの算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３１６　高血圧症に対する末梢血液像（鏡検法）の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　初診時の高血圧症に対するＤ005「６」末梢血液像（鏡検法）の算定は、原則として認められる。
②　再診時の高血圧症に対するＤ005「６」末梢血液像（鏡検法）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

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。血液疾患のみならず、疾患特異性は低いものの、他の疾患の除外診断を目的として一般的に用いられている検査であり、高血圧症の初診時においても同様である。

以上のことから、初診時の高血圧症に対する当該検査の算定は原則として認められる、再診時の高血圧症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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３１７　成人スチル病（疑い含む。）に対するフェリチン定量・半定量の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

成人スチル病（疑い含む。）に対するＤ007「25」フェリチン定量・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

成人スチル病診療ガイドライン 2017 年版（2023 年 Update）（厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業、自己免疫疾患に関する調査研究班）において、診断、鑑別に有用な血液検査所見として血清フェリチン値（基準値上限の５倍以上）が特徴的検査所見として提案され、活動性の評価に有用とされている。また、フェリチン高値（3,000ｎg/ｍｌ以上）は重症度スコアリングの一項目とされており、指定難病（054）の臨床調査個人票における検査所見の記入項目の一つに血清フェリチン値があげられている。

以上のことから、成人スチル病（疑い含む。）に対するＤ007「25」フェリチン定量・半定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３１８　若年性特発性関節炎に対するフェリチン半定量の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

若年性特発性関節炎に対する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、活性化されたマクロファージによる炎症・組織破壊に伴い血中へ逸脱し、若年性特発性関節炎（旧称：若年性関節リウマチ）、特に全身型で高率に上昇する。

以上のことから、若年性特発性関節炎の診断及び経過観察に対する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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３１９　心不全の疑いに対する連月の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）等の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

心不全の疑いに対する連月のＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、Ｄ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ‐ｐｒｏＢＮＰ）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

脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）又は脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ‐ｐｒｏＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施する検査である。心不全の疑いに対して、通常、初回検査で心不全の診断及び病態把握が可能であることより、その後の経過観察における連月の算定は、不必要と考えられる。

以上のことから、心不全の疑いに対する連月のＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、Ｄ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ‐ｐｒｏＢＮＰ）の算定は、原則として認められないと判断した。

なお、連月ではない場合の妥当な算定間隔については、個々の症例ごとの判断とする。

支払基金統一事例

【　検査　】

３２０　心臓性浮腫に対するＮＴ－ｐｒｏＢＮＰの連月算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

心臓性浮腫に対するＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）の連月の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の前駆体である脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、ＢＮＰと同様に心筋負荷により分泌が亢進する。このため、心不全の診断又は病態把握に有用なマーカーであり、厚生労働省通知※に「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。」と示されている。

心臓性浮腫は、心不全に伴う浮腫であり、当該検査の連月の測定は、心不全の病態把握に有用である。

以上のことから、心臓性浮腫に対する当該検査の連月の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２１　精巣腫瘍の疑いに対するα-フェトプロテイン（ＡＦＰ）の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

精巣腫瘍の疑いに対するD009「２」α-フェトプロテイン（ＡＦＰ）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

精巣腫瘍においては、必ずしもＡＦＰの値が上昇するとは限らないが、最初の鑑別診断（ファーストステップ）としての有用性は認められる。

以上のことから、精巣腫瘍の疑いに対するD009「２」α-フェトプロテイン（ＡＦＰ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２２　若年性特発性関節炎に対するＲＦ定量の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

若年性特発性関節炎に対するD014「２」ＲＦ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

若年性特発性関節炎（旧称：若年性関節リウマチ）は自己免疫現象を基盤とした疾患でＲＦ定量検査はその診断と経過観察に必要である。

以上のことから、若年性特発性関節炎に対するD014「２」ＲＦ定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２３　若年性特発性関節炎に対するＭＭＰ－３の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

若年性特発性関節炎に対するＤ014「９」ＭＭＰ－３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

若年性特発性関節炎（旧称：若年性関節リウマチ）は自己免疫現象を基盤とした疾患である。ＭＭＰ－３は関節炎の程度を反映し、本症における経過観察時の活動性マーカーとして有用である。

以上のことから、若年性特発性関節炎に対するＤ014「９」ＭＭＰ－３の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２４　関節リウマチに対するＭＭＰ－３とＲＦ定量の併算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

関節リウマチに対するD014「９」ＭＭＰ－３とD014「２」ＲＦ定量の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

関節リウマチは全身の関節に炎症が起る自己免疫疾患である。ＭＭＰ－３は滑膜で産生される酵素蛋白で関節破壊の病態を反映し、ＲＦ定量はＩｇＧに対する自己抗体であり、活動性評価の指標となる。

以上のことから、関節リウマチに対するD014「９」ＭＭＰ－３とD014「２」ＲＦ定量の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２５　全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）の疑いに対する抗ＤＮＡ抗体定性の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）の疑いに対するD014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

抗ＤＮＡ抗体定性は、ＤＮＡに対する自己抗体を検出する検査であり、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）に対する特異性が高い抗体であると同時に疾患活動性を反映する抗体でもある。したがって、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）の疑いに対しても有用な検査と考える。

以上のことから、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）の疑いに対するD014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２６　食物アレルギーの疑いに対する特異的ＩｇＥ半定量・定量の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

食物アレルギーの疑いに対するＤ015「13」特異的ＩｇＥ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

食物アレルギーについては、病歴のみでは診断を確定することはできず、問診等から食事が原因と判断した場合、そのアレルゲンの確定を行うための診断過程において、特異的ＩgＥ半定量・定量の算定は有用と考えられる。

以上のことから、食物アレルギーの疑いに対するＤ015「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２７　Ｃ型慢性肝炎又はＣ型代償性肝硬変に対する抗ウイルス療法治療中のＨＣＶ核酸定量の連月の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

Ｃ型慢性肝炎又はＣ型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量の連月の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ＨＣＶ核酸定量は、Ｃ型肝炎ウイルス（ＨＣＶ）のＲＮＡ量を定量する検査で、インターフェロン治療や経口直接型抗ウイルス薬治療開始前の有効性の予測や投与中の経過観察に用いられる。

抗ウイルス薬による治療の効果判定にはＨＣＶ-ＲＮＡの経時的変動が判断の指標として有用である。

以上のことから、Ｃ型慢性肝炎又はＣ型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のＤ023「15」ＨＣＶ核酸定量の連月の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３２８　心臓超音波検査（経胸壁心エコー法）の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対するD215「３」心臓超音波検査「イ」経胸壁心エコー法の算定は、原則として認められる。

⑴　心筋梗塞（疑い含む。）
⑵　心筋症（疑い含む。）
⑶　心筋炎（疑い含む。）
⑷　心膜炎（疑い含む。）
⑸　心膜液貯留（疑い含む。）
⑹　心臓弁膜症（疑い含む。）
⑺　先天性心疾患（疑い含む。）
⑻　川崎病（疑い含む。）
⑼　心不全（疑い含む。）
⑽　心サルコイドーシス（疑い含む。）
⑾　心肥大の疑い
⑿　高血圧性心疾患（疑い含む。）
⒀　肺高血圧症（疑い含む。）
⒁　慢性肺血栓塞栓症（疑い含む。）
⒂　アミロイドーシス
⒃　心雑音、胸痛
⒄　心臓腫瘍
⒅　大動脈解離
⒆　心電図異常（右脚ブロック時）

②　次の傷病名等に対するD215「3」心臓超音波検査「イ」経胸壁心エコー法の算定は、原則として認められない。

⑴　不整脈疑い
⑵　混合性結合組織病
⑶　全身性エリテマトーデス
⑷　高血圧症（再診時）

○　取扱いを作成した根拠等

心臓超音波検査（経胸壁心エコー法）は、高周波の超音波を用いて心臓の動きや構造・血流を描出し、心臓ならびに接続大血管に係る疾患の診断や機能の判定を行う検査であり、また、心のうに貯留する液体の評価にも有用である。

①の傷病名は、いずれも心臓疾患、肺動脈および大動脈関連疾患であり、診断上あるいは機能評価を行う上で本検査が有用である。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ215「3」心臓超音波検査「イ」経胸壁心エコー法の算定は、原則認められると判断した。

一方、②の傷病名は、心疾患ならびに接続大血管に係る疾患が必ずしも併存するとは言えないことから、②の傷病名に対するＤ215「3」心臓超音波検査「イ」経胸壁心エコー法の算定は認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３２９　前立腺肥大症の疑い等に対する残尿測定検査の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ216-２残尿測定検査の算定は、原則として認められる。
⑴　前立腺肥大症疑い
⑵　神経因性膀胱疑い
⑶　過活動膀胱疑い

②　次の傷病名に対するＤ216-２残尿測定検査の算定は、原則として認められない。
⑴　神経性頻尿症疑い
⑵　前立腺癌
⑶　膀胱結石症
⑷　尿道結石症
⑸　膀胱尿管逆流
⑹　遺尿症
⑺　夜尿症
⑻　膀胱結核

○　取扱いを作成した根拠等

残尿測定検査は、排尿後の膀胱内の残尿量を測定して膀胱機能や下部尿路の状態を診断するものであり、厚生労働省通知※に「前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する」と示されている。したがって、本検査は、上記①の疑い傷病名に対する算定は妥当であるが、上記②の傷病名は通知の要件を満たさない。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＤ216-２残尿測定検査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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３３０　痔核等に対する直腸ファイバースコピーの算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するD312 直腸ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。

⑴　痔核

⑵　裂肛

○　取扱いを作成した根拠等

直腸ファイバースコピーは、内視鏡を経肛門的に挿入し直腸の病変を観察する検査であり、痔核や裂肛に対しては、通常、肛門鏡検査が適応と考えられる。

以上のことから、痔核、裂肛に対するD312 直腸ファイバースコピーの算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３５５　肺血栓塞栓症等に対するフィブリノゲン半定量・定量の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ006「４」フィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量の算定は、原則として認められる。

⑴　肺血栓塞栓症（疑い含む。）又は肺塞栓症（疑い含む。）

⑵　深部静脈血栓症

○　取扱いを作成した根拠等

フィブリノゲンは肝臓で産生される血液凝固因子であり、減少すると出血しやすくなり、増加すると血栓ができやすくなる。したがって、出血や血栓形成の指標として、また、ＤＩＣの診断などで測定されるものであり、肺血栓塞栓症（疑い含む。）又は肺塞栓症（疑い含む。）、深部静脈血栓症に有用である。

以上のことから、肺血栓塞栓症（疑い含む。）又は肺塞栓症（疑い含む。）、深部静脈血栓症に対するＤ006「４」フィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３５６　フェリチンの算定（回数）について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

鉄欠乏性貧血に対するＤ007「25」フェリチンの月１回の算定は、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、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。鉄が不足する場合は、フェリチンの減少により血清鉄も減少し、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、適切な治療期間の選択のために、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、鉄欠乏性貧血に対するＤ007「25」フェリチンの月１回の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３５７　ＴＳＨ（甲状腺機能低下症）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

甲状腺機能低下症疑いに対するＤ008「６」ＴＳＨ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

ＴＳＨは視床下部からのＴＲＨ（ＴＳＨ分泌ホルモン）の刺激により下垂体前葉での合成と分泌が促進され、甲状腺を刺激してT_4、T_3の合成・分泌を促進し、甲状腺の成長・発育を促進する。逆に血中の甲状腺ホルモンは、下垂体のＴＳＨ分泌細胞の機能を直接的に抑制、あるいはＴＲＨの分泌抑制を介してＴＳＨ分泌を減少させる（ネガティブフィードバック）。このフィードバック調節は鋭敏であり、わずかな甲状腺ホルモンの変化がＴＳＨの分泌に反映されるため、ＴＳＨの測定は甲状腺機能の把握には必須の検査であると同時に甲状腺疾患の診断の検査として重要な役割を果たしている。したがって、甲状腺機能低下症が疑われる場合には、甲状腺ホルモン検査と共に、本検査は必要不可欠となる。

以上のことから、甲状腺機能低下症疑いに対するＤ008「６」ＴＳＨの算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３５８　ＴＳＨ（甲状腺機能亢進症）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

甲状腺機能亢進症疑いに対するＤ008「６」ＴＳＨ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

ＴＳＨは視床下部からのＴＲＨ（ＴＳＨ分泌ホルモン）の刺激により下垂体前葉での合成と分泌が促進され、甲状腺を刺激してT_4、T_3の合成・分泌を促進し、甲状腺の成長・発育を促進する。逆に血中の甲状腺ホルモンは、下垂体のＴＳＨ分泌細胞の機能を直接的に抑制、あるいはＴＲＨの分泌抑制を介してＴＳＨ分泌を減少させる（ネガティブフィードバック）。このフィードバック調節は鋭敏であり、わずかな甲状腺ホルモンの変化がＴＳＨの分泌に反映されるため、ＴＳＨの測定は甲状腺機能の把握には必須の検査であると同時に甲状腺疾患の診断の検査として重要な役割を果たしている。したがって、甲状腺機能亢進症が疑われる場合には、甲状腺ホルモン検査と共に、本検査は必要不可欠となる。

以上のことから、甲状腺機能亢進症疑いに対するＤ008「６」ＴＳＨの算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３５９　卵巣癌疑い等に対するＣＡ19－９の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ009「９」ＣＡ19－９の算定は、原則として認められる。
⑴　卵巣癌疑い
⑵　肝内胆管癌疑い
⑶　原発性肝内胆管癌疑い
⑷　転移性肝癌疑い

②　次の傷病名等に対するＤ009「９」ＣＡ19－９の算定は、原則として認められない。
⑴　乳癌疑い
⑵　前立腺癌疑い
⑶　原発性胆汁性胆管炎疑い
⑷　ＣＡ19－９高値
⑸　肝細胞癌疑い
⑹　原発性肝細胞癌疑い

○　取扱いを作成した根拠等

ＣＡ19－９は、膵癌、胆嚢癌、胆管癌などで高い陽性率を示し、消化器系癌の腫瘍マーカーとして使用されている。また、消化器系以外では卵巣癌でも高値となる。

以上のことから、①の傷病名に対するＤ009「９」ＣＡ19－９の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②の傷病名に対しては、他に有用な腫瘍マーカーがあること、また、ＣＡ19－９高値は病名として不適切であることから、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３６０　抗核抗体（蛍光抗体法）定量（混合性結合組織病）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

混合性結合組織病（疑い含む。）に対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）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

混合性結合組織病（ＭＣＴＤ）は、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎等の症状が混在する多彩な臨床所見を呈する膠原病の一つであり、抗核抗体の一つである抗ＲＮＰ抗体の介在により特徴づけられる免疫疾患である。抗核抗体（蛍光抗体法）定量は、諸種抗核抗体に対するスクリーニング検査である抗核抗体（蛍光抗体法）定性で陽性となった場合に被験血清を希釈して抗体価を測定するものであり、ＭＣＴＤの診断・病態把握の基本をなすものである。

以上のことから、混合性結合組織病（疑い含む。）に対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３６１　抗核抗体（蛍光抗体法）定量（全身性エリテマトーデス）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデスに対するD014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）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

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）は、代表的な膠原病の一つであり、諸種の抗核抗体なかでも抗ＤＮＡ抗体の介在を特徴とする自己免疫機序の関与の大きい免疫疾患である。抗核抗体（蛍光抗体法）定量は、諸種抗核抗体に対するスクリーニング検査である抗核抗体（蛍光抗体法）定性で陽性となった場合に被験血清を希釈して抗体価を測定するものであり、ＳＬＥの診断における一次スクリーニング検査として、また、その病態把握のための検査としての基本となるものである。

以上のことから、全身性エリテマトーデスに対するD014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６２　抗核抗体（蛍光抗体法）定性（全身性エリテマトーデス疑い）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデス疑いに対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）は、代表的な膠原病の一つであり、諸種の抗核抗体なかでも抗ＤＮＡ抗体の介在を特徴とする自己免疫機序の関与の大きい免疫疾患である。抗核抗体（蛍光抗体法）定性は、諸種抗核抗体を一括してスクリーニングする検査法であり、ＳＬＥの診断に欠かせない。

以上のことから、全身性エリテマトーデス疑いに対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３６３　全身性エリテマトーデス（疑い含む。）等に対する抗核抗体定性等の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性又は抗ＤＮＡ抗体定量とＤ014「５」抗核抗体等※の併算定は、原則として認められる。

②　次の傷病名に対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性又は抗ＤＮＡ抗体定量とＤ014「５」抗核抗体等※の併算定は、原則として認められない。

⑴　膠原病（疑い含む。）

⑵　関節リウマチ

※　抗核抗体等：Ｄ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量、Ｄ014「７」抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）

○　取扱いを作成した根拠等

全身性エリテマトーデスの診断、経過観察においては、感度の高い抗核抗体と特異度の高い抗ＤＮＡ抗体を組み合わせることは医学的に意義がある。

一方、膠原病は、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎/皮膚筋炎、混合性結合組織病などの疾患の総称であり、これらの疾患全般に対して抗ＤＮＡ抗体と抗核抗体の併算定を認める根拠に乏しい。

また、関節リウマチについては、分類基準（2010 ＡＣＲ/ＥＵＬＡＲ関節リウマチ分類基準）に上記検査が含まれておらず、併施する必要性も乏しい。

以上のことから、全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性又は抗ＤＮＡ抗体定量とＤ014「５」抗核抗体等の併算定は原則として認められるが、膠原病（疑い含む。）、関節リウマチに対する併算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６４　抗ＤＮＡ抗体定性（混合性結合組織病）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

混合性結合組織病（疑い含む。）に対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

混合性結合組織病（ＭＣＴＤ）は、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎等の症状が混在する多彩な臨床所見を呈する膠原病の一つであり、抗ＲＮＰ抗体の介在により特徴づけられる免疫疾患である。したがって、その病像の一つである全身性エリテマトーデス様症状が見られた場合には、それに対応する主要なスクリーニング検査としての抗ＤＮＡ抗体定性は診断を慎重に行う（確定後の診断の見直しを含む）目的で有用である。

以上のことから、混合性結合組織病（疑い含む。）に対するＤ014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６５　抗ＤＮＡ抗体定性（全身性エリテマトーデス）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するD014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）は、代表的な膠原病の一つであり、諸種の抗核抗体なかでも抗ＤＮＡ抗体の介在を特徴とする自己免疫機序の関与の大きい免疫疾患である。したがって、抗ＤＮＡ抗体定性検査は、ＳＬＥ及びＳＬＥ疑いに対しての診断とＳＬＥ病態（活動性）の把握に極めて有用である。

以上のことから、全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するD014「17」抗ＤＮＡ抗体定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６６　ＰＲ３－ＡＮＣＡ（ＡＮＣＡ関連血管炎）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

ＡＮＣＡ関連血管炎に対するD014「33」ＰＲ３－ＡＮＣＡ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

ＡＮＣＡ関連血管炎には①顕微鏡的多発血管炎、②多発血管炎性肉芽腫症、③好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の３つの疾患が含まれる。好中球細胞質に対する自己抗体であるＡＮＣＡ（ａｎｔｉ―ｎｅｕｔｒｏｐｈｉｌ　ｃｙｔｏｐｌａｓｍｉｃ　ａｎｔｉｂｏｄｉｅｓ）が検出されることが多く、共通する症状を呈する。ＡＮＣＡには主としてＰＲ３－ＡＮＣＡ（抗好中球細胞質プロテナーゼ３抗体）とＭＰＯ－ＡＮＣＡ（抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体）の２つのタイプがある。これらの抗体は、間接蛍光抗体法で染色すると、ＰＲ３－ＡＮＣＡは好中球の細胞質が均一に染まり（Ｃ－ＡＮＣＡ）、ＭＰＯ－ＡＮＣＡは好中球の核の周囲が染まり（Ｐ－ＡＮＣＡ）、２つの染色パターンを示す。ＰＲ３－ＡＮＣＡは②で陽性になることが多く、特異度も高く、他のＡＮＣＡ血管炎との鑑別に必須の検査である。

以上のことから、ＡＮＣＡ関連血管炎に対するD014「33」ＰＲ３－ＡＮＣＡの算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６７　C_3、C_4及びCH_{50}（混合性結合組織病）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

混合性結合組織病に対するD015「８」C_3、C_4及びD015「４」CH_{50}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

混合性結合組織病（ＭＣＴＤ）は、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎等の症状が混在する多彩な臨床所見を呈する膠原病の一つであり、抗ＲＮＰ抗体の介在により特徴づけられる免疫疾患である。ＭＣＴＤの活動期には補体系が賦活化され、補体（C_3、C_4など）が消費されて補体活性（CH_{50}）も低下することより、疾患活動性の評価指標としてのこれらの検査は有用である。

以上のことから、混合性結合組織病に対するD015「８」C_3、C_4及びD015「４」CH_{50}の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３６８　C_3、C_4及びCH_{50}（全身性エリテマトーデス）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデスに対するD015「８」C_3、C_4及びD015「４」CH_{50}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

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）は、代表的な膠原病の一つであり、諸種の抗核抗体なかでも抗ＤＮＡ抗体の介在を特徴とする自己免疫機序の関与の大きい免疫疾患である。ＳＬＥの活動期には補体系が賦活化され、補体（C_3、C_4など）が消費されて補体活性（CH_{50}）も低下することより、疾患活動性の評価指標としてのこれらの検査は有用である。

以上のことから、全身性エリテマトーデスに対するD015「８」C_3、C_4及びD015「４」CH_{50}の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３６９　嫌気性培養加算の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ018 の注１に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められる。

⑴　肺膿瘍、肺化膿症（疑い含む。）
⑵　誤嚥性肺炎、嚥下性肺炎
⑶　咽頭周囲膿瘍
⑷　扁桃周囲膿瘍
⑸　偽膜性腸炎、クロストリジウム・ディフィシル腸炎（ＣＤ腸炎）
⑹　肛門周囲膿瘍
⑺　腹腔内膿瘍
⑻　子宮付属器炎
⑼　子宮内膜炎
⑽　子宮内感染症
⑾　子宮頸管炎
⑿　ダグラス窩膿瘍、骨盤腹膜炎
⒀　外陰部膿瘍、バルトリン腺膿瘍
⒁　産褥熱
⒂　眼内感染症
⒃　深在性皮膚感染症
⒄　深在性膿瘍
⒅　蜂窩織炎

②　次の傷病名に対するＤ018 の注１に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。

⑴　肺結核（疑い含む。）
⑵　急性腸炎、急性胃腸炎
⑶　薬剤性腸炎（偽膜性腸炎、クロストリジウム・ディフィシル腸炎（ＣＤ腸炎）を除く。）
⑷　細菌性腟炎、腟炎、外陰炎
⑸　滲出性中耳炎
⑹　表在性皮膚感染症

○　取扱いを作成した根拠等

嫌気性培養は、酸素が存在する環境では増殖できない偏性嫌気性菌を検出

するための検査である。偏性嫌気性菌が存在する部位（嫌気性環境）から採取した検体を用いて嫌気性培養を実施した場合に有用であり、対象となる傷病名は多岐にわたる。一方、酸素が存在する部位から採取した検体を用いて実施した場合の診断としての正確性は低い。

以上のことから、上記①の傷病名に対する嫌気性培養加算の算定は、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認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３７０　検体別の嫌気性培養加算の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　次の検体に対するＤ018の注１に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められる。

⑴　経皮的経気管吸引物、経皮的肺穿刺液
⑵　気管支鏡下採取材料（Protected　Brush付着物）
⑶　胸水
⑷　腹水
⑸　子宮頸管分泌物
⑹　子宮分泌物
⑺　ダグラス窩からの検体
⑻　中耳穿刺液
⑼　血液
⑽　髄液
⑾　閉鎖性の膿
⑿　ＣＡＰＤカテーテルからの排液

②　次の検体に対するＤ018の注１に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。

⑴　喀痰
⑵　咽頭液
⑶　鼻腔液
⑷　口腔採取物
⑸　胃液
⑹　排泄尿
⑺　カテーテル尿
⑻　尿道分泌物
⑼　腟分泌物
⑽　皮膚（開放的分泌物）

○　取扱いを作成した根拠等

嫌気性培養は、酸素が存在する環境では増殖できない偏性嫌気性菌を検出するための検査である。偏性嫌気性菌が存在する部位（嫌気性環境）から採取した検体を用いて嫌気性培養を実施した場合に有用であり、対象となる検体及び菌種は多岐にわたる。一方、酸素が存在する部位から採取した検体を用い

て実施した場合の診断としての正確性は低いと考えられる。
　以上のことから、上記①の検体に対する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められるが、上記②の検体に対する算定は認められないと判断した。
　なお、喀痰については、口腔から採取した場合は認められないが、気管切開口から採取した場合は認められる。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３７１　抗ウイルス療法治療中におけるＨＢＶ核酸定量の連月の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

Ｂ型慢性肝炎又はＢ型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のＤ023「４」ＨＢＶ核酸定量の連月の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ＨＢＶ核酸定量は、Ｂ型肝炎ウイルス量を定量的に測定する検査である。血清ウイルス量は、ＨＢＶ感染及び肝炎の活動性を反映し、その予後や治療効果判定の指標ともなることより、その変動はモニタリング指標としても有用性が高い。

以上のことから、Ｂ型慢性肝炎又はＢ型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のＤ023「４」ＨＢＶ核酸定量の連月の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

３７２　気管支喘息等に対する肺気量分画測定、フローボリュームカーブの算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ200「１」肺気量分画測定、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。
⑴　気管支喘息（疑い含む。）
⑵　咳喘息（疑い含む。）
⑶　慢性閉塞性肺疾患（疑い含む。）

②　薬剤負荷検査日におけるＤ200「１」肺気量分画測定、Ｄ200「２」フローボリュームカーブの算定は、負荷前後にそれぞれ１回ずつ、原則として１日２回まで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

肺気量分画測定は、スパイロメータを使用して肺活量などの吸気量、呼気量を測定するもの、フローボリュームカーブは気流速度と気流量の関係パターンを曲線で評価するものであり、①の⑴から⑶の傷病名における呼吸機能の評価に有用である。

以上のことから、①の⑴から⑶の傷病名に対するＤ200「１」肺気量分画測定及び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と判断した。

また、厚生労働省通知※に「負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ１回のみ所定点数を算定する」と示されていることから、薬剤負荷検査日における肺気量分画測定、フローボリュームカーブの算定は、負荷前後で１回ずつ計２回の算定が可能である。

以上のことから、薬剤負荷検査日におけるＤ200「１」肺気量分画測定、Ｄ200「２」フローボリュームカーブの算定は、負荷前後にそれぞれ１回ずつ、原則として１日２回まで（Ｄ200「１」肺気量分画測定２回まで、Ｄ200「２」フローボリュームカーブ２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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３７３　気管支喘息に対する肺気量分画測定とフローボリュームカーブの併算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

気管支喘息に対するＤ200「１」肺気量分画測定と「２」フローボリュームカーブの併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

肺気量分画測定は、スパイロメータを使用して肺活量などの吸気量、呼気量を測定するもの、フローボリュームカーブは気流速度と気流量の関係パターンを曲線で評価するものであり、双方を併せて測定することは、慢性的な気道炎症、気道過敏、それに伴う可逆的な気流制限を特徴とする気管支喘息における呼吸機能の評価に有用である。

以上のことから、気管支喘息に対するＤ200「１」肺気量分画測定と「２」フローボリュームカーブの併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３７４　気管支喘息等に対する呼気ガス分析の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ200「４」呼気ガス分析の算定は、原則として認められる。

⑴　気管支喘息（疑い含む。）

⑵　咳喘息（疑い含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

呼気ガス分析は、ダグラスバッグに呼気を集めて酸素濃度、二酸化炭素濃度を測定し酸素摂取量や炭酸ガス排出量を算出したり、呼気中の一酸化窒素の濃度を測定する検査である。

気管支喘息並びにその亜型又は前段階と考えられる咳喘息では、気道に炎症が起こり炎症性刺激により主に気道上皮の一酸化窒素合成酵素が誘導され、大量の一酸化窒素が産生される。

このため、呼気ガス分析は、喘息の診断、治療において、気道の炎症を評価するマーカーとして有用である。

以上のことから、気管支喘息（疑い含む。）、咳喘息（疑い含む。）に対するＤ200「４」呼気ガス分析の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３７５　脈波図、心機図、ポリグラフ検査の算定について②

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するD214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査「１」１検査、「２」２検査、「３」３又は４検査、「４」５又は６検査及び「５」７検査以上の算定は、原則として認められない。

⑴　腎臓病
⑵　腎疾患
⑶　糖尿病
⑷　高脂血症
⑸　高血圧症
⑹　膠原病
⑺　不整脈
⑻　静脈疾患

○　取扱いを作成した根拠等

脈波図は、心及び肝拍動図、動脈波、静脈波、容積脈波、指尖脈波、心尖（窩）拍動図を言い、これらを２以上行い、脈波曲線を描写し記録した場合に算定できるもので、血液循環系の動態診断を行う検査である。

また、心機図は、各種脈波図と心電図、心音図検査等の２以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

ポリグラフは、上記の各計測データや血圧、心電図などを含む生体情報を同時に描出する検査である。

したがって、上記⑴から⑻の傷病名に対する上記諸検査の有用性は一般的に認められない。

以上のことから、上記⑴から⑻の傷病名に対するD214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査「１」１検査、「２」２検査、「３」３又は４検査、「４」５又は６検査及び「５」７検査以上の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３７６　消化管内視鏡検査時等のブチルスコポラミン臭化物製剤の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の場合のブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）及びグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴンＧノボ注射用）の併算定は、原則として認められない。

⑴　消化管内視鏡検査時

⑵　消化管Ｘ線検査の前処置時

○　取扱いを作成した根拠等

ブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）及びグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴンＧノボ注射用）については、添付文書の効能・効果の一つに共通して「消化管のＸ線及び内視鏡検査の前処置」があり、消化管運動抑制作用等を有する医薬品である。

消化管のＸ線及び内視鏡検査の前処置において、通常は前者が使用され、副作用等により使用できない場合は後者が使用される。

以上のことから、消化管内視鏡検査時、消化管Ｘ線検査の前処置時のブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）及びグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴンＧノボ注射用）の併算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　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。
⑴　Ｄ000 尿中一般物質定性半定量検査
⑵　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。
⑴　Ｄ002 尿沈渣(鏡検法)、Ｄ002－２尿沈渣(フローサイトメトリー法)
⑵　Ｄ005「２」網赤血球数（レチクロ）
⑶　Ｄ006「１」出血時間、「２」プロトロンビン時間(ＰＴ)、「７」活性化部分トロンボプラスチン時間(ＡＰＴＴ)
⑷　Ｄ006「４」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
⑸　フィブリン・フィブリノゲン分解産物(ＦＤＰ)※1
⑹　Ｄダイマー※2
⑺　Ｄ011「１」ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型
⑻　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。
⑴　Ｄ000 尿中一般物質定性半定量検査
⑵　Ｄ005「３」末梢血液像（自動機械法）、「６」末梢血液像（鏡検法）
⑶　Ｄ005「５」末梢血液一般検査
⑷　Ｄ015「１」Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）
⑸　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。
⑴　Ｄ003「５」糞便中ヘモグロビン定性、「７」糞便中ヘモグロビン
⑵　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）

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　Ｄ006「４」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量

⑵　Ｄ011「１」ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型

⑶　Ｄ015「１」Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）

⑷　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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

３９６　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１２月２７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。

⑴　Ｄ005「５」末梢血液一般検査

⑵　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。

⑴　Ｄ006「４」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量

⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　肺炎（成人）
⑵　気管支炎
⑶　慢性呼吸不全
⑷　肺結核
⑸　肺気腫
⑹　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⑴から⑹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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　肺炎
⑵　気管支炎
⑶　慢性呼吸不全
⑷　肺結核
⑸　肺気腫
⑹　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⑴から⑹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。

支払基金・国保統一事例

【　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

《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。

⑴　胃潰瘍（瘢痕含む。）
⑵　十二指腸潰瘍（瘢痕含む。）
⑶　胃ＭＡＬＴリンパ腫
⑷　特発性血小板減少性紫斑病
⑸　早期胃癌（内視鏡的治療後）
⑹　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⑴から⑹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

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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

《令和６年１２月２７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

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４０３　精密眼圧測定（眼精疲労、白内障）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Ｄ264 精密眼圧測定の算定は、原則として認められる。
⑴　眼精疲労（再診時）
⑵　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Ｄ264 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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　イトプリド塩酸塩（ガナトン錠等）
⑵　ドンペリドン（ナウゼリン錠等）
⑶　トリメブチンマレイン酸塩（セレキノン錠等）
⑷　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⑴から⑷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⑴から⑷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。

支払基金統一事例

【　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。

⑴　胃静脈瘤、食道静脈瘤
⑵　逆流性食道炎
⑶　慢性胃炎
⑷　胃炎
⑸　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⑴から⑸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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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ピー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ピー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ピー時や急性胃炎に対するＤ308 胃・十二指腸ファイバースコピー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。

支払基金統一事例

【　検査　】

４２４　Ｃ３、Ｃ４（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」Ｃ３、Ｃ４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。ＩｇＡ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、Ｃ３、Ｃ４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、Ｃ３、Ｃ４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」Ｃ３、Ｃ４の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金統一事例

【　検査　】

４２７　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。

⑴　糖尿病
⑵　高血圧症
⑶　脳血管疾患
⑷　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。
⑴　うっ血乳頭
⑵　視神経萎縮
⑶　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。
⑴　網膜動脈硬化症
⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。
⑴　Ｄ007「17」ＣＫアイソザイム
⑵　Ｄ007「22」ＣＫ－ＭＢ（蛋白量測定）
⑶　Ｄ007「29」心筋トロポニンＩ
⑷　Ｄ007「29」心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量
⑸　Ｄ007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性
⑹　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。
⑴　Ｄ007「17」ＣＫアイソザイム
⑵　Ｄ007「22」ＣＫ－ＭＢ（蛋白量測定）
⑶　Ｄ007「29」心筋トロポニンＩ
⑷　Ｄ007「29」心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量
⑸　Ｄ007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性
⑹　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、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、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。

支払基金・国保統一事例

【　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。
⑴　Ｄ007「17」ＣＫアイソザイム
⑵　Ｄ007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性
⑶　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。
⑴　Ｄ007「17」ＣＫアイソザイム
⑵　Ｄ007「22」ＣＫ－ＭＢ（蛋白量測定）
⑶　Ｄ007「29」心筋トロポニンＩ
⑷　Ｄ007「29」心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量
⑸　Ｄ007「36」心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性
⑹　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４５０　ＰＩＶＫＡ－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」ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量又はＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｂ型又はＣ型の記載のない慢性肝炎
⑵　胆管癌疑い
⑶　非アルコール性脂肪性肝炎

○　取扱いを作成した根拠等

ＰＩＶＫＡ－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、ＰＩＶＫＡ－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⑴から⑶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⑴から⑶の傷病名に対するＤ009「10」ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量又はＰＩＶＫＡ－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

支払基金統一事例

【　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。

支払基金統一事例

【　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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４５３　非特異的ＩｇＥの算定がない場合の特異的ＩｇＥ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ＩｇＥ（定量又は半定量）の算定がない場合のＤ015「13」特異的ＩｇＥ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ＩｇＥが正常であっても、特異的ＩｇＥ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ＩｇＥを実施せず特異的ＩｇＥ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ＩｇＥ（定量又は半定量）の算定がない場合のＤ015「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４５４　特異的ＩｇＥ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ＩｇＥ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ＩｇＥ半定量・定量の算定は、原則として認められない。
⑴　アレルギー性接触皮膚炎（疑い含む。）
⑵　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。

ＩｇＥ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ＩｇＥ半定量・定量は特定アレルゲンに対するＩｇＥ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ＩｇＥ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、ＩｇＥ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ＩｇＥ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ＩｇＥの関与を確認することなく特異的ＩｇＥ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ＩｇＥ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。

支払基金・国保統一事例

【　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施行される。

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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４５６　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。

⑴　中心性網脈絡膜炎
⑵　糖尿病網膜症
⑶　黄斑変性
⑷　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７３　ＨｂＡ１ｃの算定間隔（糖尿病疑い）について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

糖尿病疑いに対するＤ005「９」ＨｂＡ１ｃの算定間隔は、原則として３か月に１回とする。

○　取扱いを作成した根拠等

ＨｂＡ１ｃは、過去１か月から３か月の平均血糖値を反映する。

以上のことから、糖尿病疑いに対するＤ005「９」ＨｂＡ１ｃの算定間隔は、原則として３か月に１回が妥当な間隔と判断した。

ただし、Ｄ005「９」ＨｂＡ１ｃについては、厚生労働省通知※において、「（略）クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）を月１回に限り別に算定できる。」と示されており、この要件に合致する薬剤を投与している場合は、この限りではない。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７４　ＴＳＨ、ＦＴ$_4$及びＦＴ$_3$（バセドウ病等）の併算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ008「６」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、「14」遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）及び遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）の併算定は、原則として認められる。

⑴　バセドウ病（治療開始時又は薬剤変更時）
⑵　バセドウ病（維持治療中（安定期））
⑶　甲状腺機能亢進症（治療開始時又は薬剤変更時）
⑷　甲状腺機能亢進症（維持治療中（安定期））
⑸　橋本病（治療開始時又は薬剤変更時）
⑹　甲状腺機能低下症（治療開始時又は薬剤変更時）

○　取扱いを作成した根拠等

甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症のいずれも甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）と甲状腺ホルモン（ＦＴ$_4$、ＦＴ$_3$）の測定により診断される。通常、ＦＴ$_4$とＦＴ$_3$は平行して変動するが、病態により解離する場合があり、両者を併せて検査する意義がある。また、治療開始時のみでなく維持治療中や薬剤変更時においても、これら検査の併施の有用性は高い。

以上のことから、上記傷病名に対する、Ｄ008「6」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、「14」遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）及び遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７５　ＴＳＨ、ＦＴ$_4$及びＦＴ$_3$（バセドウ病等）の連月の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ008「６」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、「14」遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）及び遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）の連月の算定は、原則として認められる。
⑴　バセドウ病（治療開始時又は薬剤変更時）
⑵　バセドウ病（維持治療中（安定期））
⑶　甲状腺機能亢進症（治療開始時又は薬剤変更時）
⑷　甲状腺機能亢進症（維持治療中（安定期））
⑸　橋本病（治療開始時又は薬剤変更時）
⑹　甲状腺機能低下症（治療開始時又は薬剤変更時）

②　次の傷病名に対するＤ008「６」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、「14」遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）及び遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）の連月の算定は、原則として認められない。
⑴　バセドウ病疑い
⑵　甲状腺機能亢進症疑い
⑶　橋本病疑い
⑷　甲状腺機能低下症疑い

○　取扱いを作成した根拠等

甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症のいずれも甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）と甲状腺ホルモン（ＦＴ$_4$、ＦＴ$_3$）の測定により診断される。通常はＦＴ$_4$とＦＴ$_3$は平行して変動するが、病態により解離する場合があり、両者を併せて検査する意義がある。また、治療開始時のみでなく維持治療中や薬剤変更時においては、これらホルモンの推移を経時的に見ることが必要であり、連月の有用性は高い。

一方、疑い病名においても経過観察を実施することはあるが、連月の検査は必要性が低い。

以上のことから、①の傷病名に対するＤ008「6」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、「14」遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）及び遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）の連月の算定は、原則として認められ、②の傷病名に対する連月の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

４７６　サイログロブリン（バセドウ病等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ008「16」サイログロブリンの算定は、原則として認められる。
⑴　バセドウ病（初診時又は診断時）
⑵　慢性甲状腺炎・橋本病（初診時又は診断時）
⑶　亜急性甲状腺炎（初診時又は診断時）
⑷　無痛性甲状腺炎（初診時又は診断時）
⑸　急性化膿性甲状腺炎
⑹　甲状腺癌疑い
⑺　甲状腺癌（初診時又は診断時）
⑻　甲状腺癌（術後）
⑼　悪性甲状腺腫瘍（初診時又は診断時）
⑽　悪性甲状腺腫瘍（術後）
⑾　結節性甲状腺腫（初診時又は診断時）

②　次の傷病名に対するＤ008「16」サイログロブリンの算定は、原則として認められない。
⑴　甲状腺機能低下症（経過観察時（定期チェック））
⑵　甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））

○　取扱いを作成した根拠等

サイログロブリン(Ｔｇ)は、甲状腺濾胞細胞で合成され、甲状腺ホルモンを合成する際の基質母体となり、通常は不活性型の甲状腺ホルモンとヨウ素として甲状腺濾胞内に貯えられている。甲状腺の代謝亢進や甲状腺細胞の破壊を伴う病変など、さまざまな甲状腺疾患において上昇することから、甲状腺疾患の鑑別に有用である。

一方、甲状腺機能低下症などの経過観察時にはサイログロブリンの変動は少なく臨床的有用性は低い。

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、②の傷病名に対する経過観察時の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７７　ＴＲＡｂ（バセドウ病等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ014「27」抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）の算定は、原則として認められる。

なお、連月については、原則として認められない。

⑴　バセドウ病（初診時又は診断時）
⑵　バセドウ病（経過観察時（定期チェック））
⑶　甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
⑷　甲状腺機能亢進症（経過観察時（定期チェック））

②　次の傷病名に対するＤ014「27」抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）の算定は、原則として認められない。

⑴　慢性甲状腺炎・橋本病（経過観察時（定期チェック））
⑵　甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
⑶　亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
⑷　無痛性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
⑸　甲状腺癌（初診時又は診断時）
⑹　甲状腺癌（術後）
⑺　悪性甲状腺腫瘍（初診時又は診断時）
⑻　悪性甲状腺腫瘍（術後）
⑼　結節性甲状腺腫（初診時又は診断時）
⑽　結節性甲状腺腫（経過観察時（定期チェック））

○　取扱いを作成した根拠等

ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）は甲状腺のＴＳＨレセプターに対する自己抗体で、甲状腺中毒症におけるバセドウ病を診断する因子であり、未治療のバセドウ病のほとんどの例で陽性となることから、①の傷病名において有用である。また、治療効果判定、寛解や再発の指標としても有用であるが、ＴＲＡｂは免疫グロブリンであることより、その変動は緩徐であり、連月で測定することの有用性は低い。

一方、②の傷病名において、亜急性甲状腺炎、無痛性甲状腺炎などは一過性に甲状腺中毒症状を来すが、通常ＴＲＡｂは陰性であり、経過観察時の算定の意義は乏しい。

また、甲状腺機能亢進症状を来さない他の傷病名では測定する意義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検査の算定は、原則として認められるが、連月については認められず、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。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７８　β_2－マイクログロブリン（慢性糸球体腎炎等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するD015「10」β_2－マイクログロブリンの算定は、原則として認められる。

⑴　慢性糸球体腎炎
⑵　ＩｇＡ腎症
⑶　ループス腎炎
⑷　糖尿病性腎症

○　取扱いを作成した根拠等

β_2－マイクログロブリンは低分子蛋白であり、腎糸球体で濾過されるため、糸球体濾過値が低下すると血中濃度は上昇する。このため、上記の傷病名における腎機能障害の指標となる。

以上のことから、慢性糸球体腎炎、ＩｇＡ腎症、ループス腎炎、糖尿病性腎症に対する当該検査は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４７９　β_2－マイクログロブリン（尿）（ファンコニー症候群等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＤ015「10」β_2－マイクログロブリン（尿）の算定は、原則として認められる。

⑴　ファンコニー症候群

⑵　急性尿細管壊死

○　取扱いを作成した根拠等

β_2－マイクログロブリン（尿）は低分子のため容易に腎糸球体で濾過されるが、そのほとんどは尿細管で再吸収される。尿細管に障害があると再吸収量は減少し、尿中排泄量が増加する。このため、上記傷病名に対しては尿細管障害の指標となる。

以上のことから、尿細管機能障害を主症状とするファンコニー症候群、急性尿細管壊死に対する当該検査は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

４８０　β_2－マイクログロブリンとβ_2－マイクログロブリン（尿）（急性尿細管障害疑い等）の併算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するD015「10」β_2－マイクログロブリンとβ_2－マイクログロブリン（尿）の併算定は、原則として認められる。

⑴　急性尿細管障害疑い
⑵　腎障害
⑶　多発性骨髄腫（骨髄腫腎）

○　取扱いを作成した根拠等

β_2－マイクログロブリンは低分子蛋白のため容易に腎糸球体で濾過されることより、糸球体濾過値が低下すると血中濃度は上昇する。一方、β_2－マイクログロブリン（尿）は、通常そのほとんどは尿細管で再吸収されるが、尿細管障害時には再吸収量が減少し尿中排泄量が増加する。

このため、β_2－マイクログロブリンとβ_2－マイクログロブリン（尿）は、糸球体濾過値及び尿細管障害の双方の影響を受けるため、病態の評価には両者を併せた判断が必要となる。

以上のことから、急性尿細管障害疑い、腎障害、多発性骨髄腫（骨髄腫腎）に対する当該検査の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４８１　非特異的ＩｇＥと特異的ＩｇＥ（食物アレルギーの確定診断前）の併算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

食物アレルギーの確定診断前に対するD015「11」非特異的ＩｇＥ半定量又は非特異的ＩｇＥ定量と「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

食物アレルギーは一般的にはⅠ型アレルギーである。

一般にⅠ型アレルギーの関与が考えられる場合、診断確定時に非特異的ＩｇＥの高値を確認し、その後に特異的ＩｇＥ検査によりアレルゲンを同定するのが通例であるが、食物アレルギーの場合は臨床症状より診断確定の蓋然性が高いこと、早期の診断を求められることが多いことより、確定診断前であっても、診断確定、アレルゲン同定を兼ねた非特異的ＩｇＥや特異的ＩｇＥの同時検査の欠かせないことがある。

以上のことから、食物アレルギーの確定診断前に対するD015「11」非特異的ＩｇＥ半定量又は非特異的ＩｇＥ定量と「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

４８２　非特異的ＩｇＥと特異的ＩｇＥ（アトピー性皮膚炎等）の併算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名の確定診断後に対するD015「11」非特異的ＩｇＥ半定量又は非特異的ＩｇＥ定量と「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められる。

⑴　アトピー性皮膚炎
⑵　気管支喘息
⑶　アレルギー性鼻炎
⑷　食物アレルギー

○　取扱いを作成した根拠等

ＩｇＥ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る。非特異的ＩｇＥはＩ型アレルギー疾患で高値になるため、Ｉ型アレルギー疾患のスクリーニング検査として有用である。特異的ＩｇＥは特定アレルゲンに対するＩｇＥ抗体を個別に同定するものである。上記⑴から⑷の傷病名は、Ｉ型アレルギーの関与する疾患であり、診断確定後は非特異的ＩｇＥ検査によりその関与の程度を、また、特異的ＩｇＥ検査によりアレルゲンの同定を速やかに実施する必要があるため、双方の同一日の併算定は妥当と考える。

以上のことから、上記傷病名の確定診断後に対するD015「11」非特異的ＩｇＥ半定量又は非特異的ＩｇＥ定量と「13」特異的ＩｇＥ半定量・定量の同一日の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

４８３　輸血料の算定がない輸血前検査の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

①　輸血前又は輸血予定の記載がある場合の輸血前検査の算定は、原則として認められる。
②　輸血前又は輸血予定の記載がない場合の輸血前検査の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

輸血の実施に当たっては、肝炎ウイルス等の感染リスクを考慮して関連検査を実施する必要がある。したがって、輸血料の算定がない場合における輸血前検査は、輸血前又は輸血予定の記載がある場合は原則として認められるが、これらの記載がなくレセプト内容からも輸血前又は輸血予定であることが判断できない場合はその必要性は認められない。

以上のことから、上記①の輸血前又は輸血予定の記載がある場合は原則として認められ、②の記載がない場合は原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

４９９　輸血前後（ＨＢｓ抗原定性・半定量等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎等（疑い含む。）がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められる。
⑴　Ｄ013「１」ＨＢｓ抗原定性・半定量、「３」ＨＢｓ抗原
⑵　Ｄ013「６」ＨＢｃ抗体半定量・定量
⑶　Ｄ013「５」ＨＣＶ抗体定性・定量

②　Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎、ＨＩＶ感染症等、ＨＴＬＶ－１感染症（疑い含む。）がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められない。
⑴　Ｄ023「４」ＨＢＶ核酸定量
⑵　Ｄ023「15」ＨＣＶ核酸定量
⑶　Ｄ023「18」ＨＩＶ－１核酸定量
⑷　Ｄ012「58」ＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）
⑸　Ｄ012「13」ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、「31」ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体

③　Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎等（疑い含む。）がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められる。
⑴　Ｄ023「４」ＨＢＶ核酸定量
⑵　Ｄ013「５」ＨＣＶコア蛋白

④　Ｂ型肝炎、ＨＩＶ感染症等、ＨＴＬＶ－１感染症（疑い含む。）がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められない。
⑴　Ｄ013「２」ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、「３」ＨＢｓ抗体
⑵　Ｄ013「６」ＨＢｃ抗体半定量・定量
⑶　Ｄ023「18」ＨＩＶ－１核酸定量
⑷　Ｄ012「58」ＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）
⑸　Ｄ012「13」ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、「31」ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体

○　取扱いを作成した根拠等

輸血に伴うＢ型及びＣ型肝炎ウイルス感染、ヒト免疫不全ウイルス（ＨＩＶ）感染、及びヒトＴ細胞白血病ウイルスⅠ型に係る検査については、「輸血療法の実施に関する指針（厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課）」に感染リスクを考慮し実施することを含めて記載されている。

Ｂ型及びＣ型肝炎ウイルス感染が疑われる場合は、関係学会のガイドライン等を参考として、肝炎ウイルス関連マーカーの検査等を行うとされており、輸血前後に基本的な検査を実施したうえで、必要に応じて精密検査を実

施するとされているが、一般的には従来どおり、輸血前にはスクリーニング的検査を、輸血後には精密検査を実施するのが通例である。

ヒト免疫不全ウイルス（ＨＩＶ）感染は、「供血者がウインドウ期にあることによる感染も含めて極めてまれ」で、「感染が疑われる場合等には、輸血後 2～3 ヶ月以降に抗体検査等を行う」旨記載されている。

また、ヒトＴ細胞白血病ウイルスⅠ型は、「輸血によるヒトＴリンパ球向性ウイルスⅠ型（ＨＴＬＶ―１）などの感染の有無や免疫抗体産生の有無などについても、問診や必要に応じた検査により追跡することが望ましい。」旨記載されており、上記記載内容より、輸血前後のＨＩＶ関連検査並びにＨＴＬＶ関連検査の有用性は低いと考えられる。

以上のことから、Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎等（疑い含む。）がない上記①及び③の検査の算定は原則として認められ、Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎、ＨＩＶ感染症等、ＨＴＬＶ－１感染症（疑い含む。）がない上記②及び④の検査の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、関連学会が発出した文書※において「輸血された患者全例に実施すべき検査ではない」と示されていることに留意する。

※　日本輸血・細胞治療学会「輸血後感染症検査実施症例の選択について」

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５００　抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（バセドウ病等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＤ014「３」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められる。
⑴　バセドウ病（初診時又は診断時）
⑵　甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
⑶　慢性甲状腺炎・橋本病（初診時又は診断時）
⑷　甲状腺機能低下症（初診時又は診断時）
⑸　無痛性甲状腺炎（初診時又は診断時）

②　次の傷病名に対するＤ014「３」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められない。
⑴　甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
⑵　亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
⑶　急性化膿性甲状腺炎
⑷　甲状腺癌（術後）
⑸　悪性甲状腺腫瘍（術後）
⑹　結節性甲状腺腫（経過観察時（定期チェック））

○　取扱いを作成した根拠等

抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量及び抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体は、甲状腺ホルモン合成に関わる酵素、ペルオキシダーゼに対する自己抗体であり、甲状腺細胞に対する障害性が認められており自己免疫性甲状腺疾患の病態に関与する。そのため、バセドウ病や橋本病などにおける初診時又は診断時に必要と判断される。

一方、経過観察時においては臨床的有用性は低い。また、その他の疾患は自己免疫性甲状腺疾患には該当せず、検査の対象とはならない。

以上のことから、①の傷病名に対するＤ014「３」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又はＤ014「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められ、②の傷病名では、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０１　抗サイログロブリン抗体半定量又は抗サイログロブリン抗体（バセドウ病等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するD014「３」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められる。
⑴　バセドウ病（初診時又は診断時）
⑵　甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
⑶　慢性甲状腺炎・橋本病（初診時又は診断時）
⑷　甲状腺機能低下症（初診時又は診断時）
⑸　無痛性甲状腺炎（初診時又は診断時）

②　次の傷病名に対するD014「３」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められない。
⑴　甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
⑵　亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
⑶　急性化膿性甲状腺炎

○　取扱いを作成した根拠等

抗サイログロブリン抗体半定量及び抗サイログロブリン抗体（ＴｇＡｂ）は、甲状腺濾胞細胞が産生するサイログロブリン（Ｔｇ）に対する自己抗体である。これらの検査は、バセドウ病や橋本病（慢性甲状腺炎）などの自己免疫性甲状腺疾患において、自己免疫異常の存在や程度を知る目的で実施されることから、当該疾患の初診時又は診断時に必要と判断される。

一方、自己免疫異常が見られない甲状腺機能異常、急性化膿性甲状腺炎においては臨床的有用性は低い。

以上のことから、①の傷病名に対するD014「３」抗サイログロブリン抗体半定量又はD014「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められ、②の傷病名では、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

５０２　抗核抗体（蛍光抗体法）定性（混合性結合組織病）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

混合性結合組織病（疑い含む。）に対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

混合性結合組織病(ＭＣＴＤ)は、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎等の症状が混在する多彩な臨床所見を呈する膠原病の一つであり、抗核抗体の一つである抗ＲＮＰ抗体の介在により特徴づけられる免疫疾患である。抗核抗体(蛍光抗体法)定性は、諸種抗核抗体に対するスクリーニング検査であり、オーバーラップ症状(全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、多発性筋炎等の症状が混在)を示すＭＣＴＤの診断の基本をなすものである。

以上のことから、混合性結合組織病（疑い含む）に対するＤ014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

５０３　抗核抗体（蛍光抗体法）定性（全身性エリテマトーデス）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）に対するD014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）は、代表的な膠原病の一つであり、諸種の抗核抗体なかでも抗ＤＮＡ抗体の介在を特徴とする自己免疫機序の関与の大きい疾患である。抗核抗体（蛍光抗体法）定性は、諸種抗核抗体に対するスクリーニング検査であり、ＳＬＥの診断における一次スクリーニング検査として、また、その病態把握のための検査としての基本となるものである。

以上のことから、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）に対するD014「５」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０４　ＴＲＡｂ（甲状腺機能低下症疑い）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

甲状腺機能低下症疑いに対するＤ014「27」抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）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

甲状腺刺激ホルモン受容体(ＴＳＨレセプター)抗体(ＴＲＡｂ)は、バセドウ病の疾患マーカーとして利用されている。バセドウ病は甲状腺の自己免疫性疾患の１つで、ＴＳＨレセプターに対する自己抗体がレセプターを恒常的に刺激し続け、甲状腺ホルモンを過剰に産生・分泌させることで発症する。バセドウ病では、ＴＲＡｂが検出されて甲状腺機能の亢進を呈し、ＴＳＨは抑制される。一方、ＴＲＡｂには、ＴＳＨレセプターをブロックしてＴＳＨ作用を阻害し、甲状腺機能の低下を呈する特殊型も存在する。したがって、甲状腺機能低下症が確定し、ＴＲＡｂによる自己免疫疾患を疑う場合には、本検査が必要となることもあるが、一般的に、甲状腺機能低下症の疑いでのＴＲＡｂ検査の医学的有用性は低い。

以上のことから、甲状腺機能低下症疑いに対するＤ014「27」抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０５　ＰＲ３－ＡＮＣＡ（顕微鏡的多発血管炎）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

顕微鏡的多発血管炎（ＭＰＡ）に対する診断時のD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）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

顕微鏡的多発血管炎（ＭＰＡ）は、小血管を主体とする壊死性血管炎で、抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）陽性率が高いことを特徴とするＡＮＣＡ関連血管炎に含まれる自己免疫性疾患である。代表的なものには、ＭＰＡに加えて多発血管炎性肉芽腫症（ＧＰＡ）や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（ＥＧＰＡ）があり、ＭＰＯ－ＡＮＣＡまたはＰＲ３－ＡＮＣＡを検出することで診断される。ＭＰＡではＭＰＯ－ＡＮＣＡの検出率が高い（疾患標識抗体、活動性指標である）が、鑑別を含めた早期診断・適切な治療法の選択のためには、ＭＰＯ－ＡＮＣＡと共に、ＰＲ３－ＡＮＣＡの検査は有用である。ただし、ＭＰＡ診断確定後の経過観察時におけるＰＲ３－ＡＮＣＡの必要性は低い。

以上のことから、顕微鏡的多発血管炎（ＭＰＡ）に対する診断時のD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０６　心電図検査（高血圧症等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対する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 誘導又は「５」その他（６誘導以上）の算定は、原則として認められる。

⑴　高血圧症

⑵　前胸部痛（初診時）

②　次の傷病名に対する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 誘導又は「５」その他（６誘導以上）の算定は、原則として認められない。

⑴　胃炎

⑵　気管支喘息

⑶　肋間神経痛

⑷　高尿酸血症

○　取扱いを作成した根拠等

心電図検査「１」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導は、心筋の興奮を体外から電位変化として記録するもので、虚血性心疾患などの循環器疾患の診断、経過観察を行う上で最も基本的な検査である。また、「５」その他（６誘導以上）も 12 誘導心電図と同様の目的で、緊急時、測定時間短縮を図る場合などに用いられる。

高血圧症の患者の場合、心臓への負荷、特に左室肥大などの循環器合併症の診断、経過観察に有用であり、また、狭心痛の可能性が高い前胸部痛においては、虚血性心疾患の早期診断に有用である。

以上のことから、上記①の高血圧症及び前胸部痛（初診時）に対する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 誘導又は「５」その他（６誘導以上）の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②の傷病名は、必ずしも心臓に負荷のかかるものではなく、心電図検査の有用性は低いことから、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　検査　】

５０７　ベンゾジアゼピン受容体作動薬（上部、下部消化管内視鏡検査等時）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

次の場合のミダゾラム注射液（ドルミカム注射液等）、フルニトラゼパム製剤（サイレース静注）又はジアゼパム（セルシン注射液等）の算定は、原則として認められる。

⑴　上部、下部消化管内視鏡検査時

⑵　上部、下部消化管内視鏡手術時

○　取扱いを作成した根拠等

ドルミカム注射液、サイレース静注及びセルシン注射液は、ベンゾジアゼピン受容体に作用することによってγアミノ酪酸（ＧＡＢＡ）の神経伝達を亢進させ、抗不安作用や催眠鎮静作用をもたらす薬剤であり、上部、下部消化管内視鏡検査時や同手術時、患者の苦痛軽減や精神的不安軽減、安静維持を目的に用いられる。

日本消化器内視鏡学会の「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」においても、鎮静は、経口的な内視鏡や経肛門的な内視鏡において、検査・治療成績向上に寄与する旨示されている。

以上のことから、上部、下部消化管内視鏡検査や同手術時のミダゾラム注射液（ドルミカム注射液等）、フルニトラゼパム製剤（サイレース静注）又はジアゼパム（セルシン注射液等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　検査　】

５０８　残尿測定検査と超音波検査（胸腹部）の併算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

Ｄ216－２残尿測定検査「１」超音波検査によるものとＤ215「２」ロ（１）超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）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

残尿測定検査は、厚生労働省通知※に「前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する」と示されている。本検査での超音波検査は、排尿後の膀胱内の残尿量を測定し、膀胱機能や下部尿路の状態を確認することにより、前立腺肥大症や神経因性膀胱等の重症度判定や治療法選択の目安とするものである。

一方、本取扱いにおける超音波検査（断層撮影法）の主な対象は前立腺肥大であり、前立腺の大きさや形状、その状態を確認するもので、残尿測定検査と超音波検査（断層撮影法）は検査目的が異なる。

以上のことから、Ｄ216－２残尿測定検査「１」超音波検査によるものとＤ215「２」ロ（１）超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の併算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

４２　大腸造影撮影（逆行性）時のガスコンドロップ内用液の注腸注入について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

大腸造影撮影（逆行性）時のガスコンドロップ内用液の注腸注入は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ガスコンドロップ内用液（ジメチコン）は、消泡作用を有する医薬品であり、大腸造影撮影（逆行性）時に消泡用として注腸注入される場合があるが、当該注腸注入は添付文書に示された用法以外の使用法である。

このため、大腸造影撮影（逆行性）時のガスコンドロップ内用液の注腸注入は、原則認められないと判断した。

【ガスコンドロップ内用液 2%の用法・用量】

１．胃腸管内のガスに起因する腹部症状の改善に使用する場合

ジメチルポリシロキサンとして、通常成人 1 日 120～240 mgを食後又は食間の 3 回に分割経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減する。

２．胃内視鏡検査時における胃内有泡性粘液の除去に使用する場合

検査 15～40 分前にジメチルポリシロキサンとして、通常成人 40～80 mgを約 10mL の水とともに経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減する。

３．腹部Ｘ線検査時における腸内ガスの駆除に使用する場合

検査 3～4 日前よりジメチルポリシロキサンとして、通常成人 1 日 120～240 mgを食後又は食間の 3 回に分割経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減する。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

５３　家族性高コレステロール血症でのアキレス腱に対する画像診断の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

家族性高コレステロール血症でのアキレス腱に対するＥ001 写真診断「１」単純撮影及びＥ002 撮影「１」単純撮影の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

家族性高コレステロール血症では、腱黄色腫（アキレス腱肥厚を伴う）や眼瞼をはじめとした皮膚結節性黄色腫を呈することが主要徴候の１つであり、成人（15 歳以上）の家族性高コレステロール血症に対する診断基準の一つに掲げられている※。

このため、家族性高コレステロール血症でのアキレス腱に対するＥ001 写真診断「１」単純撮影及びＥ002 撮影「１」単純撮影の算定は、原則として認められると判断した。

（※）成人家族性高コレステロール血症診療ガイドライン 2022（日本動脈硬化学会　ＦＨ診療ガイドライン作成委員会）において、「アキレス腱肥厚はＸ線撮影により男性 8.0ｍｍ以上、女性 7.5ｍｍ以上、あるいは超音波により男性 6.0ｍｍ以上、女性 5.5ｍｍ以上にて診断する」と示されている。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

５４　冠動脈ＣＴ造影時のニトログリセリンの使用量について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

冠動脈ＣＴ造影時のニトログリセリン（ミオコールスプレー0.3ｍｇ）の使用量については、原則として２噴霧（0.02 缶）までとする。

○　取扱いを作成した根拠等

ニトログリセリン（ミオコールスプレー0.3ｍｇ）の用法・用量については、添付文書に「通常、成人には、１回１噴霧（ニトログリセリンとして 0.3mg）を舌下に投与する。なお、効果不十分の場合は１噴霧を追加投与する。」と示されており、冠動脈ＣＴ造影時の当該医薬品の使用量についても、原則として２噴霧（0.02 缶）まで認められると判断した。

支払基金統一事例

【　画像診断　】

１４８　ＣＴ撮影時にイオトロクス酸を用いて造影した場合の造影剤使用加算（ＣＴ）の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

ＣＴ撮影時にイオトロクス酸（ビリスコピン点滴静注 50）を用いて造影した場合の造影剤使用加算（ＣＴ）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

イオトロクス酸（ビリスコピン点滴静注 50）の添付文書の効能・効果は「胆のう・胆管撮影」であり、ＣＴ撮影における造影の適応はない。

しかしながら、当該医薬品を使用した造影ＣＴは、当該医薬品を点滴注射等により静脈に注入して胆のう・胆管を造影撮影することから、他の造影剤と同様、造影剤使用加算（ＣＴ）の要件を満たすものと考えられる。

このため、ＣＴ撮影時に当該医薬品を用いて造影した場合の造影剤使用加算（ＣＴ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　画像診断　】

１４９　脳梗塞の診断時におけるＣＴ撮影とＭＲＩ撮影の併算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

脳梗塞の診断時におけるＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）「１」ＣＴ撮影とＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）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

脳梗塞の診断を行う上で、互いに得られる情報が補完的に異なるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）と磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）双方の実施は有用である。

このため、脳梗塞の診断時におけるＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）「１」ＣＴ撮影とＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

１６０　各種癌に対するＭＲＩ撮影の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名（各種癌）に対するＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の算定は、原則として認められる。

⑴　乳癌（疑い含む。）
⑵　悪性腫瘍確定患者
⑶　前立腺癌疑い

○　取扱いを作成した根拠等

ＭＲＩは磁気を利用して身体の中を画像化するものであり、癌の発見、癌の局所浸潤の範囲、進行度（深達度）やリンパ節・遠隔臓器への転移の有無の評価、手術術式の選択、治療効果の判定、他検査での診断困難例等において有用である。

以上のことから、上記傷病名に対する磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

１６１　狭心症、心筋梗塞に対する冠動脈ＣＴ撮影又はＭＲＩ撮影の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対する冠動脈ＣＴ撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の算定は、原則として認められる。

⑴　狭心症

⑵　心筋梗塞

○　取扱いを作成した根拠等

狭心症や心筋梗塞に対して、冠動脈ＣＴ撮影は、冠動脈の描出、冠動脈石灰化の定量、プラーク形成の評価などの目的で、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）は、心形態及び心機能の評価や心筋 viability の評価などの目的で、非侵襲的な検査として広く行われている。

以上のことから、狭心症、心筋梗塞に対する冠動脈ＣＴ撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

１６２　関節リウマチに対するＭＲＩ撮影の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

関節リウマチ（初診時・経過観察時）に対するＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（四肢）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

関節リウマチに対する磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）は、関節、軟部組織、骨内部の評価に有用であり、滑膜炎の描出やＸ線写真で認識できない骨変化の評価などが可能である。

以上のことから、関節リウマチ（初診時・経過観察時）に対するＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（四肢）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２２１　単純撮影（胸部）の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　初診時（診断時）の次の傷病名に対するＥ001 写真診断「１」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められる。
⑴　高血圧症
⑵　睡眠時無呼吸症候群

②　再診時（経過観察時）の次の傷病名に対するＥ001 写真診断「１」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められない。
⑴　糖尿病
⑵　高脂血症
⑶　睡眠時無呼吸症候群

○　取扱いを作成した根拠等

高血圧は心臓に負荷をかける。初診時（診断時）の高血圧症に対する胸部レントゲン撮影は、心肥大、心不全といった心臓疾患の合併の有無等を把握するため有用である。

また、初診時（診断時）の睡眠時無呼吸症候群に対する胸部レントゲン撮影は、睡眠障害を起こす他の疾患の有無等の鑑別のため有用である。

以上のことから、初診時（診断時）の高血圧症、睡眠時無呼吸症候群に対するＥ001 写真診断「１」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められると判断した。

一方、再診時（経過観察時）の糖尿病や高脂血症、睡眠時無呼吸症候群に対する胸部レントゲン撮影の医学的必要性、有用性は低く、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２２２　心筋梗塞に対する冠動脈のＣＴ撮影と心臓ＭＲＩ撮影の併算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

心筋梗塞に対する冠動脈のＥ200ＣＴ撮影と心臓のＥ202ＭＲＩ撮影の併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

心筋梗塞に対して、冠動脈ＣＴ撮影は、冠動脈の描出、冠動脈石灰化の定量、プラーク形成の評価などの目的で、心臓の磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）は、心形態及び心機能の評価や心筋ｖｉａｂｉｌｉｔｙの評価などの目的で、非侵襲的な検査として広く行われている。それぞれ異なる目的の検査であり、病変の評価、今後の治療方針決定に必要である。

以上のことから、心筋梗塞に対する冠動脈のＣＴ撮影と心臓のＭＲＩ撮影の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　画像診断　】

２６７　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対するＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められる。
⑴　乳癌
⑵　乳癌の術前
⑶　化学療法後
⑷　四肢悪性腫瘍疑い
⑸　単純撮影のない虫垂炎（初診時）
⑹　単純撮影のない肺炎疑い（初診時）
⑺　内視鏡検査のない大腸癌疑い
⑻　内視鏡検査のない胃癌疑い

②　次の傷病名に対するＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められない。
⑴　気管支炎
⑵　単純撮影のない急性胃炎（初診時）

○　取扱いを作成した根拠等

①に掲げる傷病名等に対するコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）は、これら傷病名等の診断、評価に対し、レントゲン撮影より精度の高い検査として、また腸閉塞や消化管狭窄など内視鏡検査不可能な場合等において有用である。

以上のことから、①に掲げる傷病名等に対する コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる傷病名に対しては、その有用性は低く、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２６８　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のＣＴ撮影の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

Ｊ043－４経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のＥ200「１」ＣＴ撮影の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ043－４経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は厚生労働省通知※に「経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、１回に限り算定する。」と示されている。

カテーテル交換後の確認は、一般的に、胃内視鏡検査により胃瘻カテーテルの先端及びバルーンを直接視認することでカテーテルの胃内への挿入を確認する直接法又はカテーテル交換後、水溶性造影剤を注入し、Ｘ－Ｐ検査で胃が造影されることで胃内への挿入を確認する間接法で行うのが通例であり、ＣＴ撮影の必要性はないと考えられる。

以上のことから、Ｊ043－４経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のＥ200「１」ＣＴ撮影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

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２９３　時間外緊急院内画像診断加算の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

処置・手術の算定がない患者における、緊急に画像診断の必要性を認めた場合の時間外緊急院内画像診断加算の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

時間外緊急院内画像診断加算は、厚生労働省通知※に医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できるとされており、緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせることができないような重篤な場合とされている。

上記通知では、必ずしも当該レセプトに処置、手術が算定されていることが要件とはされておらず、処置・手術の算定がない場合であっても、病態把握のため、医師が緊急に画像診断を行う必要性があると判断した場合においては、本加算の算定は妥当と考えられる。

以上のことから、処置・手術の算定がない患者における、緊急に必要性を認めた場合の時間外緊急院内画像診断加算の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２９４　胆管造影時の血管造影用ガイドワイヤー（交換用）の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

胆管造影時の血管造影用ガイドワイヤー（交換用）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

血管造影用ガイドワイヤー（交換用）については、厚生労働省通知※において、「血管造影用カテーテル等を血管内の標的部位に誘導することを目的に使用するガイドワイヤーであること。」、「主としてカテーテル交換時に使用するものであること。」と示されている。

以上のことから、胆管造影時の当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

２９５　蘇生に成功した心肺停止に対するＣＴ撮影の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

蘇生に成功した心肺停止に対するＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）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

心肺停止の蘇生後におけるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）は、心停止の原因検索や脳の損傷（蘇生後脳症）の診断等のため有用である。

以上のことから、蘇生に成功した心肺停止に対するＥ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

３３１　脳出血等に対する造影剤使用加算（ＭＲＩ）の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の頭部の疾患に対する造影剤使用加算（ＭＲＩ）の算定は、原則として認められない。

⑴　脳出血

⑵　脳動脈瘤

○　取扱いを作成した根拠等

ＭＲＩ撮影の造影剤使用加算については、厚生労働省告示※に「ＭＲＩ撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250 点を所定点数に加算する。」と示されており、脳出血、脳動脈瘤は脳血管に由来する病態であることから、告示に合致しない。

以上のことから、脳出血、脳動脈瘤に対する造影剤使用加算（ＭＲＩ）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

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

３７７　透視診断の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　注腸造影時のＥ000 透視診断の算定は、原則として認められる。
②　骨折診断時のＥ000 透視診断の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｅ000 透視診断については、厚生労働省通知※に「透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、（中略）消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。」と示されている。

注腸造影は、透視により大腸の走行や通過状態、粘膜の形状等を観察し、大腸病変・疾患の診断を評価する検査であり、算定要件に合致する。

一方、骨折診断時の透視診断は手術、処置等の補助手段として用いられることから、算定要件に合致しない。

以上のことから、注腸造影時のＥ000 透視診断の算定は原則として認められるが、骨折診断時のＥ000 透視診断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

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

４８４　ＭＲＩ撮影時のガドキセト酸ナトリウム（慢性肝炎等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

磁気共鳴コンピューター断層撮影時における、次の傷病名に対するガドキセト酸ナトリウム（ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ）の算定は、原則として認められない。

⑴　慢性肝炎
⑵　原発性硬化性胆管炎
⑶　膵癌
⑷　直腸癌
⑸　イレウス
⑹　肝外胆管癌

○　取扱いを作成した根拠等

ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジの添付文書の効能・効果は、「磁気共鳴コンピューター断層撮影における肝腫瘍の造影」であり、薬効薬理に、「血管及び細胞間隙に分布するだけでなくエトキシベンジル基があるため、肝細胞にも取り込まれる。このため、肝細胞機能を消失あるいは保有していない病巣は造影されず、肝実質と病巣とのコントラストが増強する」旨記載されている。

上記⑴から⑹の傷病名に対する当該医薬品の投与は、効能・効果及び薬理作用より適応外であり、有用性が低いと考えられる。

以上のことから、磁気共鳴コンピューター断層撮影時における、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。

支払基金・国保統一事例

【　画像診断　】

５０９　リンゲル液（画像診断時）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

単なるルート確保を目的とした画像診断時のリンゲル液の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

リンゲル液は、血管内や組織間に水分・電解質を補給する等張電解質輸液（細胞外液補充液）の一つで、添付文書の効能・効果は「循環血液量及び組織間液の減少時における細胞外液の補給・補正」である。

画像診断において造影剤を使用する場合、ショックやアナフィラキシー、血圧低下等により循環管理が必要となる場合があるが、その場合、これらの傷病名等の記載は必要である。

以上のことから、単なるルート確保を目的とした画像診断時のリンゲル液の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１　入院患者に対して、該当する傷病名の記載のない外皮用薬の算定について

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

入院患者に対して、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない外皮用薬は原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚疾患の種類・症状は様々であり、それらの原因や病状・病態に合わせ多種多様な外皮用薬が保険収載されている。

レセプトの記載内容を通覧して、該当する傷病名等がなく、また、外皮における炎症、発疹、痒み、創傷、細菌感染症、真菌感染症などの症状が類推できない場合は、事例ごとに判断するものであり、一律にその投与を認めるには問題があると考える。

したがって、入院患者であっても、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない外皮用薬は原則として認められない。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２　入院患者に対して、該当する傷病名の記載のない眼科用薬の算定について

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

入院患者に対して、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない眼科用薬は原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

眼科疾患の種類・症状は様々であり、それらの原因や病状・病態に合わせ多種多様な眼科用薬が保険収載されている。

レセプトの記載内容を通覧して、該当する傷病名等がなく、また、該当する症状が類推できない場合は、事例ごとに判断するものであり、一律にその投与を認めるには問題があると考える。

したがって、入院患者であっても、薬効・薬理から有効性があると判断される傷病名又は症状詳記等の記載のない眼科用薬は原則として認められない。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１０　アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬（錠・ドライシロップ・ゼリー等）の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与は、原則として認める。

○　取扱いを作成した根拠等

認知症疾患治療ガイドライン 2010（日本神経学会監修）において、アルツハイマー型認知症（ＡＤ）が脳血管障害と共通の危険因子を有することや、病理学的にも、特に高齢者ではアルツハイマー型認知症の病理所見と脳血管障害が重なる病態が多く認められるとされている。

また、近年では、血管性認知症（ＶａＤ）の疾病概念が変更され、「脳血管障害を有するアルツハイマー型認知症（ＡＤ）」あるいは「混合型認知症」という概念が広まっている。

以上のことから、アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与については、原則認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１１　除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合の取扱いについて

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎において、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法については、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則として認める。

なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱う。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 25 年 2 月 21 日付け保医発 0221 第 31 号「「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」の一部改正について」の記の１の対象患者に「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」とある。

記の３に「２の感染診断により、ヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された対象患者に対しては、ヘリコバクター・ピロリ除菌及び除菌の補助が薬事法上効能として承認されている薬剤を薬事法承認事項に従い、３剤併用・７日間投与し除菌治療を行うこと。」とある。

記の７に「健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。」とある。

平成 25 年 3 月 28 日付け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 13）」の医科（問 6）に「健康診断で行った内視鏡検査で胃炎が見つかった患者も除菌治療の対象となるのか。」の問に対して、「対象となる。（以下省略）」と回答されている。

このことから、「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」であり、「除菌前の感染診断によりヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された患者」であれば、除菌療法の対象患者となる。ただし、内視鏡検査及び除菌前の感染診断の実施機関について特に記載されていない。

以上のことから、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実
症状詳記等にその旨の記載があれば、原則認められる

なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱うものとする。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１２　潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与は、原則として認める。

○　取扱いを作成した根拠等

潰瘍性大腸炎の治療については、左側あるいは全大腸炎型でも遠位大腸の活動性がある場合には、内服療法に加え局所投与の併用が望ましい。

ペンタサ錠は小腸から大腸の広い範囲で吸収される特徴があるが、大腸の末端までは、高い濃度のメサラジンが行き届かない。

潰瘍性大腸炎では、病変が直腸からびまん性に口側に進展することから、ペンタサ注腸は、病変部位に十分な薬剤を到達させる製剤である。

なお、ペンタサ注腸の「効能・効果に関連する使用上の注意」には「脾湾曲部より口側の炎症には効果が期待できない」とある。

また、厚生労働省研究班（鈴木班）による治療指針でも左側大腸炎型・全大腸炎型の軽症・中等症の寛解導入療法で、内服に注腸の併用は効果増強が期待できるとあり、重症例でも併用が認められている。寛解維持療法でも内服と注腸の併用は有用であるとされている。（潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針：平成 27 年度改訂版（平成 28 年 3 月 31 日））

これらのことから、ペンタサ錠とペンタサ注腸は大腸内でも作用する部位が異なるため、潰瘍性大腸炎に対する併用投与は、原則認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１３　単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

ペリシット錠の適応は「高脂血症の改善」に加えて「ビュルガー病、閉塞性動脈硬化症、レイノー病、レイノー症候群に伴う末梢循環障害」とされている。

上記の動脈疾患は、末梢循環障害を主要症状とする一群である。

したがって、単なる「動脈硬化症」に対するペリシット錠の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１４　単なるアレルギー性鼻炎に対するインタール点眼液の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

単なるアレルギー性鼻炎に対するインタール点眼液の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

インタール点眼液の適応は「春季カタル、アレルギー性結膜炎」である。アレルギー性鼻炎に対しては別に点鼻用のインタール点鼻液がある。

したがって、単なる「アレルギー性鼻炎」に対するインタール点眼液の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１５　慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

セルテクト錠は、第 2 世代抗ヒスタミン薬に分類されるアレルギー性疾患治療剤であり、添付文書上の適応症は「アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚瘙痒症、湿疹・皮膚炎、痒疹」となっている。

一般通念としての「慢性気管支炎」はアレルギー性反応に起因する病名には該当していないと考える。

したがって、慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６　心室性期外収縮に対するノイキノン錠の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

基礎疾患を伴わない心室性期外収縮に対するノイキノン錠の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

期外収縮は正常調律より早いタイミングで起こる異所性興奮であり、心室性期外収縮は心室から刺激が発生し、心室の興奮が心房の興奮より先に起こるものをいう。

心室性期外収縮は、基礎心疾患（虚血性心疾患、心臓弁膜症、心不全等）に伴って出現する場合もあるが、多くは、基礎疾患を認めない特発性であり、健常者でもみられる疾患である。

ノイキノン錠は、代謝性強心薬（ユビデカレノン製剤）で、効能・効果は「基礎治療施行中の軽度及び中等度のうっ血性心不全症状」である。

また、添付文書の臨床効果に「虚血性心疾患、高血圧症やリウマチ性心疾患等に基づくうっ血性心不全の自他覚症状（浮腫、肺うっ血、肝腫脹や狭心症状等）に対して（略）有用性が認められている。」とあることから、当該薬剤は基礎疾患として心疾患、高血圧症等がある患者の心不全症状に対して有効性が認められている。

心室性期外収縮の原因となる心疾患の一つとして心不全があるが、原因の多くは特発性であることから、心室性期外収縮の傷病名のみで、基礎疾患として心疾患を有していると判断することは困難である。

よって、別に心疾患の傷病名がない場合の心室性期外収縮に対するノイキノン錠の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１７　Ｈ２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）の併用投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

Ｈ２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。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｈ２ブロッカー（ガスター錠等）は、添付文書上の適応が、「胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、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）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison 症候群、胃粘膜病変（びらん、出血、発赤、浮腫）の改善」となっている。

プロトンポンプ・インヒビター（オメプラール錠等）は、「胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison 症候群、非びらん性胃食道逆流症、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再発抑制、非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制」となっている。

胃や十二指腸の潰瘍は、胃酸分泌を抑えることで改善へ向かうものであり、胃酸の分泌には、ヒスタミンが胃にある壁細胞に刺激を与え、プロトンポンプから塩酸が出る仕組みとなっている。

Ｈ２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（オメプラール錠等）は同効の薬剤であり、それぞれが単独使用で所期の効果は期待できる。

ＰＰＩ抵抗性の難治性逆流性食道炎については、ＰＰＩの弱点である夜間の効果減弱すなわち nocturnal gastric acid breakthrough(NAB)に対して、速効性のあるＨ２ブロッカー投与が効果的であるとの報告はあるが、その効果は１週間程度で長期投与では効果が減弱するとの報告もあり、併用による効果について一定の見解は得られていない。ＰＰＩ抵抗性の難治性逆流性食道炎に対しては、まずＰＰＩの倍量あるいは 1 日 2 回投与が強く推奨されている。（胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン 2015）

さらに、2015 年 2 月に薬価収載された新しい作用機序を持ったＰＰＩ、ボノプラザン（タケキャブ）は胃酸で失活しない、速効性のＰＰＩである。この新規ＰＰＩの登場により、今後、ＰＰＩ抵抗性の難治性逆流性食道炎の治療方針が変更される可能性が高いと思われる。

したがって、Ｈ２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（オメプラール錠等）の併用投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１８　一連の禁煙治療中（12 週間）におけるチャンピックス錠の算定について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

一連の禁煙治療中(12 週間)におけるチャンピックス錠の算定については、Ｂ001-3-2 の「3」ニコチン依存症管理料（5 回目）を算定済であっても、用法・用量のとおり 12 週間まで認める。

○　取扱いを作成した根拠等

ニコチン依存症管理料は、平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 3 号「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」別添 1 の第 2 章第 1 部医学管理等のＢ001-3-2 ニコチン依存症管理料⑴において「入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して 12 週間にわたり計 5 回の禁煙治療を行った場合に算定する。」と記載されている。

禁煙治療のための標準手順書においては、Ⅳ.禁煙治療の方法の標準禁煙治療プログラムに、「標準的な禁煙治療プログラムは、12 週間に渡り計 5 回の禁煙治療を行います。まず、初回診察で患者と話し合って禁煙開始日を決定します。初回診察から 2 週間後、4 週間後、8 週間後、12 週間後の計 4 回、禁煙の実行継続のための治療を行います。」と記載されている。

しかしながら、禁煙治療は、一連の禁煙治療中（12 週間）において患者の状態等に応じながら、適宜、受診回数の増減、チャンピックス錠の 1 回の投与日数を 14 日分の処方にするなど、主治医と当該患者との同意書に基づく禁煙治療が行われる。

以上のことから、チャンピックス錠の留意事項通知に記載されている「本製剤の薬剤料については、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。」については、ニコチン依存症管理料が算定されていない日に、当該薬剤を処方した場合は算定できないと解するものではなく、当該管理料の算定期間である一連の禁煙治療中（12 週間）に伴って、チャンピックス錠が処方された場合に限り算定できるものと解し、原則認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の投与について

《平成２９年１１月２７日》

○　取扱い

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の適応は、「ＭＲＳＡ感染性腸炎、クロストリジウム・ディフィシルによる偽膜性大腸炎及び骨髄移植時の消化管内殺菌」に特化されている。

また、本薬剤は、通常、経口投与によってほとんど吸収されず、高い消化管内濃度が得られるが、血中にはほとんど現れないことから、消化管以外の感染症には用いられない。

したがって、ＭＲＳＡ腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外での投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７　モサプリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定について

《令和２年７月２７日》

○　取扱い

モサプリドクエン酸塩（商品名：ガスモチン錠等）の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定は認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

モサプリドクエン酸塩（商品名：ガスモチン錠等）の効能・効果は「慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ、悪心・嘔吐）」と添付文書に記載されている。

慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ、悪心・嘔吐）は、消化管運動を活発化させる神経伝達物質であるアセチルコリンの分泌により、症状の改善が図られる。

モサプリドクエン酸塩の作用機序は、選択的なセロトニン５－ＨＴ４受容体アゴニストであり、消化管内在神経叢に存在する ５－ＨＴ４ 受容体を刺激し、アセチルコリン遊離の増大を介して上部及び下部消化管運動促進作用を示すと考えられている。

よって、本剤は、慢性胃炎の症状に直接適応のあるものと判断できる。（胃の粘膜に作用して種々の症状を改善する。）

また、平成 16 年 7 月 7 日付け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」において、「特定疾患に対する薬剤を投与したときの 45 点の加算は、特定疾患に直接適応のある薬剤の処方の場合のみ算定できるのか。」の問に対して、「そのとおり」と回答されている。

以上のことから、モサプリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定は認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３２　糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤（スルホニル尿素系製剤）の併用投与について

《令和３年８月３１日》

○　取扱い

糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤（スルホニル尿素系製剤）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

グリニド薬（スターシス、グルファスト等）については、添付文書の「重要な基本的注意」に「本剤は、速やかなインスリン分泌促進作用を有する。その作用点はスルホニル尿素系製剤と同じであり、スルホニル尿素系製剤との相加・相乗の臨床効果及び安全性が確認されていないので、スルホニル尿素系製剤とは併用しないこと。」等記載されている。

また、ＳＵ剤（アマリール、グリミクロン等）については、日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド」（2018-2019）において、薬物療法の使用上の注意点として、「２種類以上のＳＵ薬の併用や、速効型インスリン分泌促進薬との併用は、治療上意味がない。」と示されている。

このことから、糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤の併用投与は原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３　同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与の取扱いについて

《令和３年８月３１日》

○　取扱い

同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

＜カデュエット配合錠４番（アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物）とノルバスクＯＤ錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞

カデュエット配合錠４番は、アトルバスタチンとして 10mg 及びアムロジピンとして 5mg が含有されている配合薬であり、持続性Ｃａ拮抗薬にも該当する。

ノルバスクＯＤ錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性Ｃａ拮抗薬に該当する。

カデュエット配合錠の添付文書の「用法及び用量」には、「以下のアムロジピンとアトルバスタチンの用法・用量に基づき、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンの項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5～5mg を１日１回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には１日１回 10mg まで増量することができる。」と記載されている。

また、「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「配合用量以外の用量を投与する場合は、個別のアムロジピン製剤又はアトルバスタチン製剤を用いることができるが、それぞれの成分の用法・用量の範囲内で投与すること。」と記載されている。

カデュエット配合錠４番とノルバスクＯＤ錠 5mg の併用投与については、アムロジピン製剤の投与量は合計 10mg となり、個別のアムロジピン製剤の成分の用法・用量の範囲内で投与したものであり、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。

＜ユニシア配合錠ＨＤ（カンデサルタン シレキセチル・アムロジピンベシル酸塩）とアムロジピン錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞

ユニシア配合錠ＨＤは、カンデサルタン シレキセチルとして８mgとアムロジピンとして 5 mgが含有されている配合薬であり、持続性Ｃａ拮抗薬にも該

当する。
アムロジピン錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性Ｃａ拮抗薬に該当する。
ユニシア配合錠ＨＤの添付文書の「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「以下のカンデサルタン シレキセチルとアムロジピンベシル酸塩の用法・用量を踏まえ、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンベシル酸塩の項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5～5 mgを 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には 1 日 1 回 10 mgまで増量することができる。」と記載されている。
ユニシア配合錠ＨＤとアムロジピン錠 5mg の併用投与については、アムロジピンの投与量は合計 10mg となり、当該成分量から判断し、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。

以上のことから、同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３５　混合性結合組織病、強皮症及び慢性動脈閉塞症に対するベラサスＬＡ60μｇ錠の投与について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

①　肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の混合性結合組織病及び強皮症に対するベラサスＬＡ60μｇ錠の投与は、原則として認められない。
②　肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の慢性動脈閉塞症に対するベラサスＬＡ60μｇ錠の投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ベラサスＬＡ60μｇ錠（一般名：ベラプロストナトリウム）の添付文書における「効能・効果」は、肺動脈性肺高血圧症である。

①　混合性結合組織病及び強皮症に対するベラサスＬＡ60μｇ錠の投与

混合性結合組織病及び強皮症は共に膠原病の一種で、肺動脈性肺高血圧症はこれらの疾患の合併症の一つだが、その合併頻度については、「肺高血圧症治療ガイドライン」（2017 年版）において、肺高血圧症の発症リスクに関し、「全身性強皮症または全身性硬化症（ＳＳｃ）、混合性結合組織病（ＭＣＴＤ）、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）での合併頻度は 2～10％」と示されており、決して高くはない。このため、書面審査上、混合性結合組織病や強皮症の傷病名の記載のみにより肺動脈性肺高血症の併存を推測することは困難である。

以上のことから、本剤の適応病名である肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の混合性結合組織病及び強皮症に対するベラサスＬＡ60μｇ 錠の投与は、原則認められないと判断した。

②　慢性動脈閉塞症に対するベラサスＬＡ60μｇ錠の投与

ベラサスＬＡ60μｇ錠は、慢性動脈閉塞症の治療薬の１つであるプロスタサイクリン（ＰＧＩ2）誘導体製剤に該当するが、「効能・効果」は、上述のとおり肺動脈性肺高血圧症である。

また、ドルナー錠 20μｇやプロサイリン錠 20 20μｇなど、有効成分が当該医薬品と同じベラプロストナトリウムで慢性動脈閉塞症に適応がある医薬品がほかに存在する。

以上のことから、肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の慢性動脈閉塞症に対するベラサスＬＡ60μｇ 錠の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３６　１型糖尿病に対するグルファスト錠の投与について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

1 型糖尿病に対するグルファスト錠（一般名：ミチグリニドカルシウム水和物）の投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

グリニド薬の 1 つであるグルファスト錠（一般名：ミチグリニドカルシウム水和物）の添付文書における「効能・効果」は「2 型糖尿病」であり、「禁忌」欄に「重症ケトーシス、糖尿病性昏睡又は前昏睡、1 型糖尿病の患者」には投与しないと記載されている。

また、本薬剤は、膵β細胞のスルホニル尿素受容体への結合を介して、インスリンの分泌を速効的に促進するが、1 型糖尿病では膵β細胞の破壊が進んでおり、インスリン分泌が枯渇状態にあるため、その投与効果は期待できない。

以上のことから、1 型糖尿病に対するグルファスト錠（一般名：ミチグリニドカルシウム水和物）の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５５　トリプタン系片頭痛治療薬の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するトリプタン系片頭痛治療薬（スマトリプタンコハク酸塩（イミグラン錠等）、ゾルミトリプタン（ゾーミッグ錠等）、エレトリプタン臭化水素酸塩（レルパックス錠等）、リザトリプタン安息香酸塩（マクサルト錠等）、ナラトリプタン塩酸塩（アマージ錠等））の算定は、原則として認められない。

⑴　緊張型頭痛・緊張性頭痛
⑵　頭痛
⑶　起立性低血圧症
⑷　人格行動障害

②　トリプタン系片頭痛治療薬（スマトリプタンコハク酸塩（イミグラン錠等）、ゾルミトリプタン（ゾーミッグ錠等）、エレトリプタン臭化水素酸塩（レルパックス錠等）、リザトリプタン安息香酸塩（マクサルト錠等）、ナラトリプタン塩酸塩（アマージ錠等））の内服薬（定期処方）としての算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

①　トリプタン製剤は、セロトニン５－ＨＴ１受容体に作用することで、脳の血管の収縮、三叉神経からの痛み物質の伝達を抑制し、片頭痛発作を抑制する医薬品であり、添付文書の効能・効果は「片頭痛」のみである（ただし、イミグランキット皮下注を除く。）。

また、緊張型頭痛・緊張性頭痛、頭痛、起立性低血圧症における頭痛、人格行動障害における頭痛に対しては、アセトアミノフェンやＮＳＡＩＤｓといった解熱・鎮痛剤の投与が一般的である。

以上のことから、①の傷病名に対するトリプタン系片頭痛治療薬の算定は、原則として認められないと判断した。

②　トリプタン系片頭痛治療薬の用法に関しては、添付文書の用法・用量に関する使用上の注意に、片頭痛の頭痛発現時にのみ使用する旨示されている。

また、厚生労働省通知（昭和 24.10.26 保険発 310）に、屯服薬は１日２回程度を限度として臨時的に投与するものをいい、１日２回以上にわたり時間的、量的に一定の方針がある場合は内服薬とする旨示されている。

以上のことから、トリプタン系片頭痛治療薬の内服薬（定期処方）としての算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５６　子宮内膜症等に対するドロスピレノン・エチニルエストラジオール等の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　子宮内膜症に対するドロスピレノン・エチニルエストラジオール（ヤーズ配合錠）の算定は、原則として認められない。

②　次の傷病名に対するノルエチステロン・エチニルエストラジオール（ルナベル配合錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　子宮内膜症

⑵　子宮腺筋症

⑶　機能性子宮出血

○　取扱いを作成した根拠等

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠には、ヤーズフレックス配合錠とヤーズ配合錠がある。

ヤーズ配合錠の効能・効果は、「月経困難症」のみである。

また、ノルエチステロン・エチニルエストラジオール（ルナベル配合錠）の効能・効果は、「月経困難症、生殖補助医療における調節卵巣刺激の開始時期の調整」である。

以上のことから、子宮内膜症に対するドロスピレノン・エチニルエストラジオール（ヤーズ配合錠）の算定及び子宮内膜症、子宮腺筋症又は機能性子宮出血に対するノルエチステロン・エチニルエストラジオール（ルナベル配合錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５７　抗インフルエンザウイルス薬の併用投与について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　抗インフルエンザウイルス薬の併用投与（内服薬２種、内服薬と吸入薬、内服薬と注射薬、吸入薬と注射薬）は、原則として認められない。
②　インフルエンザウイルス感染症のみの場合、抗インフルエンザウイルス薬（内服薬、吸入薬、注射薬）と抗菌薬の併用投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

抗インフルエンザウイルス薬は、通常、患者の年齢、体重、基礎疾患や状態等により選択した適切な１種を、定められた用法・用量に基づき投与することでウイルスの増殖が抑制されるため、複数種類の投与は過剰と考えられる。

以上のことから、抗インフルエンザウイルス薬の併用投与（内服薬２種、内服薬と吸入薬、内服薬と注射薬、吸入薬と注射薬）は、原則として認められないと判断した。

なお、抗菌薬は細菌感染症を合併した症例でその必要性が認められる。

このため、細菌感染症の傷病名のないインフルエンザウイルス感染症のみの傷病名の場合、抗インフルエンザウイルス薬（内服薬、吸入薬、注射薬）と抗菌薬の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５８　インフルエンザウイルス感染症疑いに対する抗インフルエンザウイルス薬の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

インフルエンザウイルス感染症疑いに対する抗インフルエンザウイルス薬の投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

インフルエンザウイルス感染症の治療及びその予防を効能又は効果とする抗インフルエンザウイルス薬（内服薬、吸入薬）※については、厚生労働省通知において、発症後の治療を目的に使用した場合に限り算定できる旨示されている。

以上のことから、インフルエンザウイルス感染症疑いに対する抗インフルエンザウイルス薬の投与は、原則として認められないと判断した。

（※）オセルタミビルリン酸塩（タミフルカプセル）、ザナミビル水和物（リレンザ）、ラニナミビルオクタン酸エステル水和物（イナビル吸入粉末剤）等

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５９　境界型糖尿病（耐糖能異常を含む。）に対する経口血糖降下薬の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

境界型糖尿病（耐糖能異常を含む。）に対する経口血糖降下薬（α－グルコシダーゼ阻害薬を除く。）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

境界型糖尿病は、75ｇ経口ブドウ糖負荷試験で糖尿病型にも正常型にも属さない耐糖能パターンを示す状態（糖尿病の予備軍）であり、糖尿病確定疾患とは言えない。

以上のことから、耐糖能異常に適応のあるα－グルコシダーゼ阻害薬を除き、境界型糖尿病に対する経口血糖降下薬の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

６０　ヘパリン類似物質の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するヘパリン類似物質（ヒルドイド）の算定は、原則として認められない。

⑴　湿疹（急性・慢性）
⑵　湿疹（小児）
⑶　皮膚炎
⑷　脂漏性皮膚炎
⑸　アレルギー性皮膚炎
⑹　痒疹
⑺　ざ瘡
⑻　（感染性）粉瘤
⑼　皮膚そう痒症
⑽　間擦疹
⑾　蜂巣炎
⑿　アテローム化膿
⒀　化膿性皮膚疾患
⒁　せつ
⒂　蕁麻疹
⒃　中毒疹
⒄　皮膚色素沈着
⒅　胼胝
⒆　外耳炎
⒇　外傷を伴わない肩関節症
(21)　乳児湿疹
(22)　放射線皮膚炎

○　取扱いを作成した根拠等

ヘパリン類似物質（ヒルドイド）（ゲルを除く。）の効能・効果は、「血栓性静脈炎（痔核を含む）、血行障害に基づく疼痛と炎症性疾患（注射後の硬結並びに疼痛）、凍瘡、肥厚性瘢痕・ケロイドの治療と予防、進行性指掌角皮症、皮脂欠乏症、外傷（打撲、捻挫、挫傷）後の腫脹・血腫・腱鞘炎・筋肉痛・関節炎、筋性斜頸（乳児期）」であり、薬効薬理として、「１.血液凝固抑制作用」、「２.血流量増加作用」、「３.血腫消退促進作用」、「４.角質水分保持増強作用」及び「５.線維芽細胞増殖抑制作用」がある。

以上のことから、効能・効果、又は薬効薬理の作用に該当しない上記の傷病名については、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

６１　扁桃炎に対する外用鎮痛消炎剤(パップ剤、テープ剤)の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

扁桃炎に対する外用鎮痛消炎剤(パップ剤、テープ剤)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

扁桃炎は、扁桃に細菌やウイルスが感染し炎症を起こす疾患である。

原因菌が細菌の場合は、抗菌薬による治療が行われ、疼痛や発熱に対しては非ステロイド性消炎鎮痛剤の内服薬や注射薬等で症状を緩和させる。

非ステロイド性消炎鎮痛剤のうち、外用鎮痛消炎剤は、主として運動器疾患及び外傷に対して有用性が認められているが、扁桃炎はこれらの疾患に該当しない。

以上のことから、扁桃炎に対する外用鎮痛消炎剤(パップ剤、テープ剤)の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

９１　前立腺肥大症に対する複数のα_1遮断薬の併用について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

前立腺肥大症に対する複数のα_1遮断薬（タムスロシン・ナフトピジル・シロドシン等）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

前立腺肥大症治療薬であるα_1遮断薬（α_1アドレナリン受容体遮断薬）は、排尿障害改善薬であり、代表的なものとしてタムスロシン、ナフトピジル、シロドシンがある。

その作用機序は、α_1受容体遮断作用に基づき、下部尿路組織平滑筋の緊張を緩和し、尿道内圧の上昇を抑制することにより、前立腺肥大症に伴う排尿障害を改善するものである。

また、α_1遮断薬の主な副作用として、起立性低血圧（めまい）や射精障害があるが、同様の薬効薬理を有する複数の薬剤を投与した場合、副作用の発生頻度が増加する可能性がある。

以上のことから、前立腺肥大症に対する複数のα_1遮断薬（タムスロシン・ナフトピジル・シロドシン等）の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

９２　トピラマートの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

他の抗てんかん薬との併用投与がレセプトで確認できない場合のトピラマート（トピナ錠等）の単独投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

トピラマート（トピナ錠）の添付文書の「効能・効果」は、「他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）に対する抗てんかん薬との併用療法」であり、「用法・用量に関連する注意」に「本剤は他の抗てんかん薬と併用して使用すること。」と記載されている。

また、当該医薬品のインタビューフォームには、「用法・用量に関連する注意」の解説として、「国内臨床試験は本剤と他の抗てんかん薬との併用で実施され、単独投与の経験はない。」と記載されている。

以上のことから、併用投与がレセプトで確認できない場合のトピラマート（トピナ錠等）の単独投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

９３　タダラフィルの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

不安定狭心症に対するタダラフィル（ザルティア錠）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

タダラフィル（ザルティア錠）は、死亡例を含む心筋梗塞等の重篤な心疾患系等の有害事象が報告されているため、投与前に心血管系障害の有無等を十分に確認することとされている。したがって、当該医薬品の対象疾患に対する治療の必要性に対して同医薬品による重篤な心疾患の有害事象から判断して、不安定狭心症のある患者には医学的に不適切と考えられる。

以上のことから、不安定狭心症がある患者に対するタダラフィル（ザルティア錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

９４　脳梗塞のみに対する経皮鎮痛消炎剤の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

疼痛部位に関する傷病名がない脳梗塞のみに対する経皮鎮痛消炎剤の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

経皮的鎮痛消炎剤の一つであるモーラステープの添付文書の効能・効果は「腰痛症（筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫）、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛」である。

脳梗塞については、その後遺症の一つに、肩や手足の痛みがあるが、レセプト上、単に脳梗塞の傷病名のみをもって、当該疼痛の有無を判断することはできない。

以上のことから、疼痛部位に関する傷病名がない脳梗塞のみに対する経皮鎮痛消炎剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１０９　過活動膀胱治療剤（抗コリン薬２種類並びに抗コリン薬及びβ$_3$受容体作動薬）の併用について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　過活動膀胱治療剤について、抗コリン薬２種類の併用は、原則として認められない。
②　過活動膀胱治療剤について、抗コリン薬とβ$_3$受容体作動薬の併用は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

過活動膀胱治療剤の抗コリン薬については、コハク酸ソリフェナシン錠（ベシケア錠）の作用機序に、「膀胱平滑筋において、ムスカリンM$_3$受容体拮抗作用を示すことにより、膀胱の過緊張状態を抑制し、過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁を改善する。」と示されている。

しかしながら、併用注意として、抗コリン作用を有する薬剤（抗コリン剤、三環系抗うつ剤、フェノチアジン系薬剤、モノアミン酸化酵素阻害剤）を併用した場合、抗コリン作用が増強されて、口内乾燥、便秘、排尿困難等が現れるおそれがあることが示されている。

このため、抗コリン薬２種類の併用は、原則として認められないと判断した。

また、β$_3$受容体作動薬については、ミラベグロン錠（ベタニス錠）の作用機序に、「膀胱平滑筋のβ$_3$アドレナリン受容体を刺激し、膀胱を弛緩させることで蓄尿機能を亢進し、過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁を改善する。」と示されており、抗コリン作用を有する薬剤とは作用機序が異なることから、併用投与については、原則として認められる。

このため、抗コリン薬とβ$_3$受容体作動薬の併用は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１１０　前立腺肥大症に対するα$_1$遮断薬と排尿改善薬と抗男性ホルモン薬の併用について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

前立腺肥大症に対するα$_1$遮断薬と排尿改善薬（ホスホジエステラーゼ５阻害剤・植物エキス配合剤・アミノ酸配合剤）と抗男性ホルモン薬（抗アンドロゲン薬・５α還元酵素阻害薬）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

前立腺肥大症の治療薬には、α$_1$遮断薬（α$_1$アドレナリン受容体遮断薬）（タムスロシン、ナフトピジル、シロドシン等）、５α還元酵素阻害薬（デュタステリド）、抗アンドロゲン薬（クロルマジノン、アリルエストレノール）、ホスホジエステラーゼ５阻害剤（タダラフィル）、植物エキス配合剤・アミノ酸配合剤等がある。

上記薬剤は、各々作用機序が異なり、添付文書に併用投与に係る注意や副作用は、記載されていない。

以上のことから、前立腺肥大症に対するα$_1$遮断薬と排尿改善薬（ホスホジエステラーゼ５阻害剤・植物エキス配合剤・アミノ酸配合剤）と抗男性ホルモン薬（抗アンドロゲン薬・５α還元酵素阻害薬）の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１１１　ヘパリン類似物質の算定について②

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するヘパリン類似物質（ヒルドイド）の算定は、原則として認められる。

⑴　皮膚炎（乾燥性）・湿疹(乾燥性)
⑵　皮脂欠乏性湿疹
⑶　乾皮症
⑷　皮脂欠乏性皮膚炎

○　取扱いを作成した根拠等

ヘパリン類似物質（ヒルドイド）（ゲルを除く。）の効能・効果は、「血栓性静脈炎（痔核を含む。）、血行障害に基づく疼痛と炎症性疾患（注射後の硬結並びに疼痛）、凍瘡、肥厚性瘢痕・ケロイドの治療と予防、進行性指掌角皮症、皮脂欠乏症、外傷（打撲、捻挫、挫傷）後の腫脹・血腫・腱鞘炎・筋肉痛・関節炎、筋性斜頸（乳児期）」であり、薬効薬理として、「1.血液凝固抑制作用」、「2.血流量増加作用」、「3.血腫消退促進作用」、「4.角質水分保持増強作用」及び「5.線維芽細胞増殖抑制作用」がある。

上記４の作用に「皮膚に対する保湿効果を有し（ヒト）、実験的乾燥性皮膚において角質水分保持増強作用を認めた（モルモット）。」とされており、皮膚の乾燥による皮膚炎若しくは湿疹、皮脂欠乏性湿疹、乾皮症又は皮脂欠乏性皮膚炎に対するヘパリン類似物質（ヒルドイド）（ゲルを除く。）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１１２　精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

結膜炎（アレルギー性含む。）に対する精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液（ヒアレイン点眼液）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

結膜炎は、ウイルス性結膜炎、細菌性結膜炎、アレルギー性結膜炎に大別される。治療には原因疾患に応じて、ステロイド点眼薬、非ステロイド系抗炎症点眼薬、抗菌点眼薬又は抗アレルギー点眼薬を使用する。

精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液（ヒアレイン点眼液）は、角結膜上皮障害治療用点眼剤であり、添付文書の効能・効果は、内因性疾患（シェーグレン症候群、スティーブンス･ジョンソン症候群、眼球乾燥症候群（ドライアイ）等）、又は術後、薬剤性、外傷、コンタクトレンズ装用等による外因性疾患に伴う角結膜上皮障害である。

以上のことから、結膜炎（アレルギー性含む。）に対する精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液（ヒアレイン点眼液）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１１３　ジクアホソルナトリウム及びレバミピド点眼液の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するジクアホソルナトリウム（ジクアス点眼液３％）及びレバミピド点眼液（ムコスタ点眼液ＵＤ２％）の算定は、原則として認められない。

⑴　角膜炎

⑵　兎眼症

○　取扱いを作成した根拠等

角膜炎は、角膜に生じた炎症の総称であり、感染・角膜異物・外傷・ドライアイ・リウマチ等の全身性疾患が主な原因となる。治療の基本は原因を特定した上で、それに応じた眼軟膏や点眼液を投与することである。

兎眼症では、顔面神経麻痺、甲状腺機能亢進症による眼球突出、外傷等により眼瞼が完全に閉鎖できない状態となり、眼球表面が乾燥により傷害されることから、眼球表面を保護するため、人工涙液、精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液、油性眼軟膏を使用する。

ジクアホソルナトリウム（ジクアス点眼液３％）及びレバミピド点眼液（ムコスタ点眼液ＵＤ２％）は、ドライアイ治療剤であり、ドライアイを伴わない傷病名に対する投与の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、上記⑴⑵の傷病名に対するジクアホソルナトリウム（ジクアス点眼液３％）及びレバミピド点眼液（ムコスタ点眼液ＵＤ２％）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６３　急性気管支炎等に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物(口腔用に限る。)の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物(口腔用に限る。)の算定は、原則として認められない。

⑴　急性気管支炎

⑵　慢性気管支炎

○　取扱いを作成した根拠等

アズレンスルホン酸ナトリウム水和物(口腔用に限る。)の添付文書の効能・効果は「咽頭炎、扁桃炎、口内炎、急性歯肉炎、舌炎、口腔創傷」である。

気管支炎は、咽頭をはじめとした上気道ではなく、下気道（気管、気管支）に炎症を起こす疾患の総称であり、上記の効能・効果には該当しない。

以上のことから、急性気管支炎、慢性気管支炎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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６４　リトドリン塩酸塩の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するリトドリン塩酸塩【内服薬・注射薬】（ウテメリン等）の算定は、原則として認められない。

⑴　骨盤位

⑵　前期破水（子宮内感染症を伴う場合を含む。）

○　取扱いを作成した根拠等

リトドリン塩酸塩（ウテメリン）の作用機序は、添付文書に「β受容体に対する選択的な刺激効果に基づきｃ－ＡＭＰ含量を増加させ、Ｃａ++の貯蔵部位への取り込みを促進して子宮運動抑制をきたすと考えられるとともに、膜の過分極、膜抵抗減少及びスパイク電位発生抑制をきたし、子宮収縮抑制作用を発揮する」と記載されており、子宮収縮抑制作用により切迫早産又は流産を防止する。

切迫流産は、様々な原因により妊娠 22 週未満で妊娠の終了が差し迫った状態であり、切迫早産は、妊娠 22 週以降 37 週未満で下腹部痛や性器出血、破水等の症状があり、かつ内診で子宮口の開大や児頭の下降などの所見を伴い、分娩となる可能性が高まっている状態である。

骨盤位や前期破水では、切迫流産又は切迫早産がない場合も臨床上あり得る。

以上のことから、切迫流産又は切迫早産がない場合の、骨盤位又は前期破水（子宮内感染症を伴う場合を含む）に対するリトドリン塩酸塩【内服薬・注射薬】（ウテメリン等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６５　ベタメタゾン吉草酸エステルの算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロンーＶ軟膏0.12%）の算定は、原則として認められない。

⑴　じんま疹
⑵　慢性じんま疹
⑶　乾皮症、皮脂欠乏症

○　取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が継続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン2018において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが，副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

乾皮症（皮脂欠乏症）は、皮膚表面を覆う皮脂の減少により皮膚が乾燥する疾患であり、治療には保湿剤を使用する。保湿剤による治療にもかかわらず増悪して湿疹化した場合は、ステロイド外用薬等の抗炎症薬を用いた治療を併用することがあるが、乾皮症や皮脂欠乏症に対する、ステロイド外用薬投与の必要性は低いと考えられる。

ベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロンーＶ軟膏0.12%）は、皮膚外用合成副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記⑴から⑶の傷病名に対する本剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６６　ジフロラゾン酢酸エステル又はフルオシノニドの算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するジフロラゾン酢酸エステル（ダイアコート軟膏 0.05%）又はフルオシノニド（トプシム軟膏 0.05%）の算定は、原則として認められない。

⑴　じんま疹

⑵　慢性じんま疹

○　取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが，副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

ジフロラゾン酢酸エステル（ダイアコート軟膏 0.05%）及びフルオシノニド（トプシム軟膏 0.05%）は、外用合成副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記⑴及び⑵の傷病名に対する本剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６７　オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン等の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するオキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）又はベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートＮ軟膏）の算定は、原則として認められない。

⑴　じんま疹

⑵　慢性じんま疹

○　取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが，副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。また、本疾病は感染症を伴っておらず、抗生物質軟膏の使用の必要性はない。

オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）及びベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートＮ軟膏）は、いずれも抗生物質・副腎皮質ホルモン混合製剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記⑴及び⑵の傷病名に対するオキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）又はベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートＮ軟膏）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６８　ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩（リンデロンーＶＧ軟膏 0.12%）の算定は、原則として認められない。

⑴　じんま疹
⑵　慢性じんま疹
⑶　せつ
⑷　乾皮症、皮脂欠乏症

○　取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが，副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

せつは、毛包へのブドウ球菌感染により生じる皮膚膿瘍であり、皮膚の発赤、痛み及び腫れ等の症状が生じる。治療には病巣の穿刺や切開で膿を排出し、抗菌薬を内服投与する治療が一般的で外用薬塗布による抗菌薬の効果は限定的である。

乾皮症（皮脂欠乏症）は、皮膚表面を覆う皮脂の減少により皮膚が乾燥する疾患であり、治療には保湿剤を使用する。保湿剤による治療にもかかわらず増悪して湿疹化した場合は、ステロイド外用薬等の抗炎症薬を用いた治療を併用することがあるが、乾皮症や皮脂欠乏症に対する、ステロイド外用薬投与の必要性は低いと考えられる。

ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩（リンデロンーＶＧ軟膏 0.12%）は、抗生物質・副腎皮質ホルモン配合剤（軟膏）（ステロイド外用薬）であり、抗生物質含有軟膏を使用する必要はない。

以上のことから、上記⑴から⑷の傷病名に対する本剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１６９　フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するフラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）の算定は、原則として認められない。

⑴　じんま疹

⑵　慢性じんま疹

○　取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが，副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）は、外用副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）及び抗生物質を含むものであり、皮膚感染がないことから、抗生物質含有軟膏を使用する必要はない。

以上のことから、上記傷病名に対する本剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１７０　ポビドンヨード含嗽剤及びデカリニウム塩化物の算定について①

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対する含嗽剤及びデカリニウム塩化物（ＳＰトローチ）の算定は、原則として認められない。

⑴　気管支炎
⑵　肺炎
⑶　副鼻腔炎
⑷　アレルギー性鼻炎、花粉症

○　取扱いを作成した根拠等

ポビドンヨード含嗽液（イソジンガーグル液）とデカリニウム塩化物（ＳＰトローチ）の添付文書の効能・効果は、「咽頭炎、扁桃炎、口内炎」であり、口腔内から扁桃に至る部位の炎症に対して使用する。

上記⑴から⑷の傷病名は下気道又は鼻腔に係る疾患であり、含嗽剤及びデカリニウム塩化物の有用性は低いと考えられる。

以上のことから、上記傷病名に対する含嗽剤及びデカリニウム塩化物（ＳＰトローチ）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１７１　裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

他の痔疾患のない裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合（ネリザ軟膏等）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

ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合（ネリザ軟膏等）の添付文書の効能・効果は「痔核に伴う症状（出血、疼痛、腫脹）の緩解」である。

裂肛は肛門の出口付近の皮膚が切れた状態（いわゆる切れ痔）であり、肛門クッション部のうっ血により腫れ上がった状態の痔核（いわゆるいぼ痔）とは異なる。

以上のことから、他の痔疾患のない場合の裂肛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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１７２　急性上気道炎等に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠小児用等）の算定は、小児・成人ともに原則として認められない。

⑴　急性上気道炎

⑵　術後感染症

○　取扱いを作成した根拠等

トスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠小児用等）の適応症は、「肺炎、コレラ、中耳炎、炭疽」であり、同薬剤の小児用以外（オゼックス錠等）の適応症にある「咽頭・喉頭炎、手術創等の二次感染」はない。

急性上気道炎は、ウイルス感染によるものが大半を占め、抗菌薬の有用性は低く、術後感染症については、適応外であると判断される。

以上のことから、上記⑴⑵の傷病名に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠小児用等）の算定は、小児・成人ともに原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１７３　ベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩配合の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩配合（セレスタミン配合錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　急性気管支炎
⑵　急性上気道炎、扁桃炎、鼻咽頭炎、感冒
⑶　慢性上気道炎
⑷　副鼻腔炎
⑸　鼻炎
⑹　化膿性中耳炎
⑺　滲出性中耳炎
⑻　アレルギー性結膜炎

○　取扱いを作成した根拠等

セレスタミン配合錠は、副腎皮質ホルモン・抗ヒスタミン配合剤で、抗ヒスタミン作用と抗炎症作用を有する。本剤の添付文書の効能・効果は、「蕁麻疹（慢性例を除く）、湿疹・皮膚炎群の急性期及び急性増悪期、薬疹、アレルギー性鼻炎」であるが、上記⑴から⑻の傷病名に対する投与の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑻に対するベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩配合（セレスタミン配合錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１９２　気管支炎に対するモンテルカストナトリウム及びプランルカスト水和物の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するモンテルカストナトリウム（シングレア錠等）の算定は、原則として認められない。
⑴　急性気管支炎
⑵　慢性気管支炎
②　次の傷病名に対するプランルカスト水和物（オノンカプセル等）の算定は、原則として認められない。
⑴　急性気管支炎
⑵　慢性気管支炎

○　取扱いを作成した根拠等

気管支炎は、様々な原因（細菌・ウイルス感染、喫煙等）により気管に炎症が起こる疾患で、症状の持続期間により急性と慢性に分かれる。

モンテルカストナトリウム（シングレア錠等）とプランルカスト水和物（オノンカプセル等）はロイコトリエン受容体拮抗作用による気管支（気道）収縮抑制ならびに粘膜分泌抑制作用を示す。したがって、本剤の添付文書に示された効能・効果である「気管支喘息、アレルギー性鼻炎」の症状は改善させるが、気管支炎そのものは、ロイコトリエンが関与する病態ではないことから、有用性は低いと考えられる。

以上のことから、上記①②の傷病名に対するモンテルカストナトリウム（シングレア錠等）、プランルカスト水和物（オノンカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１９３　扁桃炎に対する去痰剤の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

扁桃炎に対する、効能・効果に上気道炎のない去痰剤【内服薬】（アンブロキソール塩酸塩、ブロムヘキシン塩酸塩等）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

去痰剤【内服薬】の一つであるアンブロキソール塩酸塩の添付文書の効能・効果は「急性気管支炎、気管支喘息、慢性気管支炎、気管支拡張症、肺結核、塵肺症、手術後の喀痰喀出困難、慢性副鼻腔炎の排膿（去痰）」である。

扁桃炎は細菌やウイルス感染により扁桃に炎症が起きる上気道疾患であり、上記効能・効果に記載されていない。

以上のことから、扁桃炎に対する、効能・効果に上気道炎のない去痰剤【内服薬】（アンブロキソール塩酸塩、ブロムヘキシン塩酸塩等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１９４　非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与した場合の抗ＮＳＡＩＤ潰瘍剤の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

次の場合の抗ＮＳＡＩＤ潰瘍剤（サイトテック錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がなく、非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与している場合

⑵　胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名があり、非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与していない場合

○　取扱いを作成した根拠等

抗ＮＳＡＩＤ潰瘍剤であるミソプロストール（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、効能又は効果に関連する注意に「本剤は原則として非ステロイド性消炎鎮痛剤を 3 ヵ月以上長期投与する必要がある関節炎患者等の胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療にのみ用いること。」と記載されている。

以上のことから、⑴胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がなく、非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与している場合、⑵胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名があり、非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与していない場合の抗ＮＳＡＩＤ潰瘍剤（サイトテック錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１９５　ツロブテロールの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

次の傷病名に対するツロブテロール【外用薬】（ホクナリンテープ等）の算定は、原則として認められない。

⑴　かぜ症候群・感冒
⑵　インフルエンザ
⑶　上気道炎（急性・慢性）
⑷　咽頭炎（急性・慢性）
⑸　慢性咽喉頭炎
⑹　間質性肺炎
⑺　慢性呼吸不全
⑻　溶連菌感染症

○　取扱いを作成した根拠等

ツロブテロール【外用薬】（ホクナリンテープ）の添付文書の効能・効果は「気管支喘息、急性気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫」に伴う「気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解」であり、気管支拡張作用により諸症状を改善するが、気道狭窄が見られない上記傷病名に対する有用性は低いと考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑻の傷病名に対するツロブテロール【外用薬】（ホクナリンテープ等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

１９６　皮膚潰瘍に対するトラフェルミンの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　皮膚潰瘍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、特に部位を問わず、原則として認められる。
②　トラフェルミン（フィブラストスプレー）の１日使用量は、原則として1,000μｇまで認められる。
③　トラフェルミン（フィブラストスプレー）の１月使用量は、原則として１日使用量1,000μｇに月の日数を乗じた量まで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚潰瘍は、表皮から真皮あるいは皮下組織に及ぶ皮膚欠損である。トラフェルミン（フィブラストスプレー）の添付文書の効能・効果は「褥瘡、皮膚潰瘍（熱傷潰瘍、下腿潰瘍）」であり、薬効薬理より皮膚全層欠損創の治癒を促進することから、部位にかかわらず有用と考えられる。

また、１日使用量及び１月使用量については、同添付文書の用法・用量に関連する注意に「１日投与量はトラフェルミン（遺伝子組換え）として1000μｇを超えないこと」と示されており、当該記載に沿った使用量が妥当である。

以上のことから、皮膚潰瘍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、特に部位を問わず、原則として認められ、使用量については、原則１日1,000μｇまで、１月使用量は１日使用量に月の日数を乗じた量まで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２４　アコチアミド塩酸塩水和物錠の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名が併存する場合の機能性ディスペプシアに対するアコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　胃・十二指腸潰瘍
⑵　胃癌
⑶　胃癌術後（全摘）

○　取扱いを作成した根拠等

アコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の添付文書の効能・効果は「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」であり、「効能・効果に関連する使用上の注意」に「上部消化管内視鏡検査等により、胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外すること。」と記載されている。

胃・十二指腸潰瘍、胃癌はいずれも器質的疾患と考える。また、胃全摘術後は胃の全欠損や手術に起因する症状を示すが、機能性ディスペプシアとは病因・病態が異なることから、本剤の投与は不適切と考える。

以上のことから、胃・十二指腸潰瘍、胃癌、胃癌術後（全摘）が併存する場合の機能性ディスペプシア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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２５　ラパチニブトシル酸塩水和物の単独投与について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

ラパチニブトシル酸塩水和物（タイケルブ錠）の単独投与※は、原則として認められない。

※　カペシタビン又はアロマターゼ阻害剤との併用が確認できない場合

○　取扱いを作成した根拠等

ラパチニブトシル酸塩水和物（タイケルブ錠）の添付文書の効能・効果は「ＨＥＲ２過剰発現が確認された手術不能又は再発乳癌」である。単剤で使用した場合の有効性及び安全性は確立しておらず、添付文書の用法・用量においても、カペシタビン又はアロマターゼ阻害剤と併用することが示されている。

以上のことから、ラパチニブトシル酸塩水和物（タイケルブ錠）の単独投与は、カペシタビン又はアロマターゼ阻害剤との併用が確認できない場合、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２６　狭心症等に対するユビデカレノンの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するユビデカレノン（ノイキノン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　狭心症
⑵　虚血性心疾患
⑶　高血圧性心疾患
⑷　心臓弁膜症

○　取扱いを作成した根拠等

ユビデカレノン(ノイキノン錠等)は代謝性強心剤であり、添付文書の効能・効果は「基礎治療施行中の軽度及び中等度のうっ血性心不全症状」である。

上記疾患は、心不全の基礎疾患ではあるが、心不全を伴っていない状態では本剤の対象とはならない。

以上のことから、狭心症、虚血性心疾患、高血圧性心疾患、心臓弁膜症に対するユビデカレノン（ノイキノン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２７　静脈血栓症に対するベラプロストナトリウムの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

静脈血栓症に対するベラプロストナトリウム（プロサイリン錠等）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

ベラプロストナトリウム（プロサイリン錠等）は、プロスタグランジン I2 誘導体製剤で血管平滑筋のプロスタサイクリン受容体を介した抗血小板作用、血管拡張・血流増加作用、血管平滑筋細胞増殖抑制作用によって、添付文書に示された「慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感の改善と原発性肺高血圧症」に効果を発揮する。静脈血栓の形成に血小板は関与せず、また、静脈中膜の平滑筋は薄いため、静脈血栓症には効果が得られない。

以上のことから、静脈血栓症に対するベラプロストナトリウム（プロサイリン錠等）の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２８　肝硬変に対するラクツロース又はラクチトール水和物散の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

肝硬変に対するラクツロース（ラクツロース・シロップ 60%等）又はラクチトール水和物散（ポルトラック原末）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

ラクツロース（ラクツロース・シロップ 60%等）は、下部消化管において、ビフィズス菌、乳酸菌によって利用・分解され、有機酸を産生し腸管内ｐＨの酸性化、アンモニア産生菌の発育や腸管内アンモニアの吸収の抑制作用を有する。また、ラクチトール水和物散（ポルトラック原末）は、大腸内の細菌により利用・分解され、有用菌であるＢｉｆｉｄｏｂａｃｔｅｒｉｕｍを増加させる。その結果、生成した短鎖脂肪酸（酢酸、プロピオン酸、酪酸）による腸管内ｐＨ低下作用、並びに腸管輸送能の亢進等によって、腸管内アンモニアの生成・吸収を抑制する。その結果、血液中アンモニアが低下し、肝性脳症をはじめとした高アンモニア血症に伴う諸症状を改善する。

添付文書上、ラクツロース（ラクツロース・シロップ 60%等）の効能・効果は「高アンモニア血症に伴う症候（精神神経障害、脳波異常、手指振戦）の改善」、ラクチトール水和物散（ポルトラック原末）の効能・効果は「非代償性肝硬変に伴う高アンモニア血症」と示されており、単なる肝硬変の病態では必ずしも肝性脳症（高アンモニア血症）を伴っていない。

以上のことから、肝硬変に対するラクツロース（ラクツロース・シロップ 60%等）又はラクチトール水和物散（ポルトラック原末）の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２２９　１型糖尿病（インスリン抵抗性の記載がある場合を含む。）に対する糖尿病治療剤（ＤＰＰ－４阻害薬、ＳＧＬＴ２阻害薬、ＳＵ薬、ＧＬＰ－１作動薬）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

１型糖尿病（インスリン抵抗性の記載がある場合を含む。）に対する次の糖尿病治療剤の算定は、原則として認められない。

⑴　ＤＰＰ－４阻害薬
⑵　ＳＧＬＴ２阻害薬（１型糖尿病に適応のある薬剤を除く。）
⑶　スルホニル尿素（ＳＵ）薬
⑷　ＧＬＰ－１作動薬

○　取扱いを作成した根拠等

１型糖尿病では、膵β細胞の破壊によるインスリン枯渇状態が基盤にある。ＤＰＰ－４阻害薬、スルホニル尿素（ＳＵ剤）、ＧＬＰ－１作動薬は、いずれも機能不全に陥っている膵β細胞に対してインスリン分泌を促すものであり、１型糖尿病では、その効果は期待できない。またＳＧＬＴ２阻害薬は、近位尿細管でのブドウ糖の再吸収を抑制し、尿中排泄（濃度）を高める。結果として易感染性の高い１型糖尿病では、尿路・生殖器感染症の合併頻度が高くなる。また副作用としてケトアシドーシスの発生も知られている。

以上のことから、１型糖尿病（インスリン抵抗性の記載がある場合を含む。）に対する上記糖尿病治療剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３０　ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾールの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール（フラジール内服錠）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

ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌療法として、プロトンポンプ・インヒビター、アモキシシリン水和物、クラリスロマイシンの３剤による一次除菌療法が行われる。

一次除菌療法で除菌不成功の場合、プロトンポンプ・インヒビター、アモキシシリン水和物、メトロニダゾールの３剤による除菌療法が行われる。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌とレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール（フラジール内服錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３１　胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【内服薬】の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【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

プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【内服薬】の添付文書の主な効能・効果は、「胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎、Ｚｏｌｌｉｎｇｅｒ―Ｅｌｌｉｓｏｎ症候群」であり、胃癌の記載はない。さらに使用上の注意には「本剤の投与が胃癌による症状を隠蔽することがあるので、悪性でないことを確認のうえ使用すること」とある。

以上のことから、胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）内服薬の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３２　逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウム１日 40mg の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

内視鏡検査等がレセプトで確認ができない場合の、逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウム（パリエット錠）1 日 40mg 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

逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウムの添付文書の用法・用量に関連する使用上の注意に「プロトンポンプ・インヒビターによる治療で効果不十分な患者に対し 1 回 10mg 又は 1 回 20mg を 1 日 2 回、さらに 8 週間投与する場合は、内視鏡検査で逆流性食道炎が治癒していないことを確認すること。なお、本剤 1 回 20mg の 1 日 2 回投与は、内視鏡検査で重度の粘膜傷害を確認した場合に限る」と示されている。

以上のことから、内視鏡検査等がレセプトで確認ができない場合の、逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウム（パリエット錠）1 日 40mg の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３３　アミノレバンＥＮ配合散又はヘパンＥＤ配合内用剤の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

肝性脳症がない、次の傷病名に対するアミノレバンＥＮ配合散又はヘパンＥＤ配合内用剤の算定は、原則として認められない。

⑴　肝硬変
⑵　アルコール性肝硬変
⑶　慢性肝炎
⑷　Ｃ型慢性肝炎

○　取扱いを作成した根拠等

アミノレバンＥＮ配合散又はヘパンＥＤ配合内用剤は、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、肝性脳症がない、上記の傷病名に対するアミノレバンＥＮ配合散又はヘパンＥＤ配合内用剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３４　マジンドール錠の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

高度肥満症（病的肥満を含む）の診断がない場合のマジンドール錠（サノレックス錠）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

マジンドール錠（サノレックス錠）の添付文書の効能又は効果は「あらかじめ適用した食事療法及び運動療法の効果が不十分な高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが 35 以上）における食事療法及び運動療法の補助」であり、加えて、効能又は効果に関連する注意に「肥満症治療の基本である食事療法及び運動療法をあらかじめ適用し、その効果が不十分な高度肥満症患者にのみ、本剤の使用を考慮すること」、「本剤は肥満度が+70%以上又はＢＭＩが 35 以上の高度肥満症であることを確認した上で適用を考慮すること」と示されている。

以上のことから、高度肥満症（病的肥満を含む）の診断がない場合のマジンドール錠（サノレックス錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３５　躁病に対するゾルピデム酒石酸塩の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

不眠症の傷病名がない、躁病に対するゾルピデム酒石酸塩（マイスリー錠等）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

躁病は、高揚した開放的で易怒的な気分が１週間以上持続するとともに、目標指向的な活動または気力が持続的に増加し、睡眠欲求の減少や自尊心の高まり等の症状を有する。

ゾルピデム酒石酸塩（マイスリー錠）の添付文書の効能・効果は「不眠症（統合失調症及び躁うつ病に伴う不眠症は除く）」であり、躁病の上記症状に対する有用性は低いと考えられる。

以上のことから、不眠症の傷病名がない、躁病に対するゾルピデム酒石酸塩（マイスリー錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３６　パーキンソン症候群に対するカベルゴリンの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

パーキンソン症候群に対するカベルゴリン（カバサール等）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

寡動、振戦、姿勢調節障害などパーキンソニズムを呈し、中脳黒質でのドパミン産生低下が原因である場合はパーキンソン病といい、脳血管障害や薬剤性などパーキンソン病の原因以外で発症する場合をパーキンソン症候群とされる。カベルゴリン（カバサール）の添付文書の主な効能・効果は、「パーキンソン病、乳汁漏出症、高プロラクチン血性排卵障害、高プロラクチン血性下垂体腺腫、産褥性乳汁分泌抑制」である。その効能・効果が、脳内のドパミン受容体に選択的に作用しドパミンアゴニストとして作用するパーキンソン病治療薬であることから、パーキンソン病と病因が異なるパーキンソン症候群の治療には不適応である。

以上のことから、パーキンソン症候群に対するカベルゴリン（カバサール等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３７　がん性皮膚潰瘍に対するメトロニダゾールの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

がん性皮膚潰瘍に対するメトロニダゾール（フラジール内服錠）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

メトロニダゾール（フラジール内服錠）の添付文書の効能・効果は、「トリコモナス症（腟トリコモナスによる感染症）、嫌気性菌感染症（深在性皮膚感染症、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、骨髄炎、肺炎、肺膿瘍、骨盤内炎症性疾患、腹膜炎、腹腔内膿瘍、肝膿瘍、脳膿瘍）、感染性腸炎（偽膜性大腸炎を含む）、細菌性腟症、ヘリコバクター・ピロリ感染症、アメーバ赤痢、ランブル鞭毛虫感染症」である。

一方、同成分の外用剤としてメトロニダゾールゲル（ロゼックスゲル）がある。その効能・効果は、「がん性皮膚潰瘍部位の殺菌・臭気の軽減」である。本剤は、ガイドラインでもがん性皮膚潰瘍臭に対するケアとして推奨されているが、あくまで外用剤としての適応であり経口薬としてのメトロニダゾールにはその適応はない。

以上のことから、がん性皮膚潰瘍に対するメトロニダゾール（フラジール内服錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３８　プロピベリン塩酸塩の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するプロピベリン塩酸塩（バップフォー錠）の算定は、原則として認められない。
⑴　前立腺肥大症
⑵　尿閉
⑶　急性膀胱炎、膀胱炎
⑷　急性前立腺炎、前立腺炎
⑸　夜尿症
②　神経因性膀胱に対するプロピベリン塩酸塩（バップフォー錠）の算定は、頻尿、尿失禁の傷病名の記載がない場合であっても、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

膀胱平滑筋直接作用及び抗コリン作用により排尿運動抑制作用を示すプロピベリン塩酸塩（バップフォー錠）の添付文書の効能・効果は「神経因性膀胱、神経性頻尿、不安定膀胱、膀胱刺激状態（慢性膀胱炎、慢性前立腺炎）における頻尿、尿失禁」と「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」であり、急性と判断される、あるいは慢性と記載のない膀胱炎や前立腺炎及び夜尿症に対する使用は、適応外である。

また、添付文書の特定の背景を有する患者に関する注意に、前立腺肥大症等排尿困難のある患者では、「排尿困難が更に悪化又は残尿が増加するおそれがある」と記載されており、効能又は効果に関連する注意に「下部尿路閉塞疾患（前立腺肥大症等）を合併している患者では、それに対する治療を優先させること」と記載されている。

尿閉は膀胱から尿を排出できない状態であり、同添付文書の禁忌に「尿閉を有する患者は、症状が悪化するおそれがある」旨記載されている。

以上のことから、上記⑴から⑸の傷病名に対するプロピベリン塩酸塩（バップフォー錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

一方、神経因性膀胱は、蓄尿・排尿に関わる神経に障害が生じることにより、膀胱・尿道に機能異常をきたした結果、頻尿や切迫性尿失禁等の蓄尿障害に伴う症状や排尿困難、尿閉等の症状が見られる病態であり、頻尿や尿失禁は一般的な症状である。

以上のことから、頻尿、尿失禁の傷病名の記載がない場合であっても、神経因性膀胱に対するプロピベリン塩酸塩（バップフォー錠）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２３９　抗アレルギー薬の併用投与について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の抗アレルギー薬の併用投与は、原則として認められる。

⑴　抗ヒスタミン作用を持つ第１世代１種類と第２世代１種類

⑵　抗ヒスタミン作用を持つもの １ 種類と抗ヒスタミン作用を持たないもの１種類

⑶　抗ヒスタミン作用を持たないもの（作用機序の異なる）２種類

⑷　皮膚科領域における抗ヒスタミン作用を持つ抗アレルギー薬 １ 種類と抗ヒスタミン作用を持たない抗アレルギー薬（作用機序の異なる）２種類の３種類

○　取扱いを作成した根拠等

抗アレルギー薬は、その薬理作用からケミカルメディエーター遊離抑制薬、ケミカルメディエーター受容体拮抗薬、Th_2サイトカイン阻害薬等に分けられ、ケミカルメディエーター受容体拮抗薬には、ヒスタミンH_1受容体拮抗薬（抗ヒスタミン薬）（第１世代、第２世代）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、トロンボキサンA_2合成阻害薬、トロンボキサンA_2受容体拮抗薬がある。

アレルギー疾患では、その原因、発症機序が多岐にわたるため、作用機序、効果発現時間、効果持続期間及び副作用発現頻度等、それぞれ異なる特徴を有する抗アレルギー薬は、重症度と病型に応じて併用投与する。

以上のことから、上記⑴から⑷の抗アレルギー薬の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２４０　ウベニメクスの算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　維持強化化学療法剤を併用投与している場合の急性骨髄性白血病に対するウベニメクス（ベスタチンカプセル）の算定は、原則として認められる。
②　維持強化化学療法剤を併用投与している場合の次の傷病名に対するウベニメクス（ベスタチンカプセル）の算定は、原則として認められない。
⑴　急性リンパ性白血病
⑵　骨髄異形成症候群

○　取扱いを作成した根拠等

ウベニメクス（ベスタチンカプセル）の添付文書の効能・効果は「成人急性非リンパ性白血病に対する完全寛解導入後の維持強化、化学療法剤との併用による生存期間の延長」である。

急性骨髄性白血病は、白血球や赤血球、血小板のもととなる骨髄芽球ががん化して白血病細胞となり、無秩序に増殖する疾患で、急性非リンパ性白血病とも呼ばれる。

このため、維持強化化学療法剤を併用投与している場合の急性骨髄性白血病に対する当該医薬品の投与は、添付文書の効能・効果に即した投与である。

一方、急性リンパ性白血病は、白血病の一種だが、増殖する細胞等が急性骨髄性白血病とは異なる。また、骨髄異形成症候群は、芽球の比率が２０％未満であり、急性骨髄性白血病とは異なる。ただし、骨髄異形成症候群から急性骨髄性白血病に移行すれば本剤が用いられる。

以上のことから、①の場合に対する算定は、原則として認められるが、②の場合の急性リンパ性白血病、骨髄異形成症候群に対する算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２４１　喉頭炎等に対するプロカテロール塩酸塩水和物【外用薬】の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するプロカテロール塩酸塩水和物（メプチン吸入液等）（外用薬）の算定は、原則として認められない。

⑴　喉頭炎
⑵　急性気管支炎（成人）
⑶　肺炎

○　取扱いを作成した根拠等

プロカテロール塩酸塩水和物（メプチン吸入液等）は気管支平滑筋のβ_2受容体を選択的に刺激し、強い気管支拡張作用を示す気管支拡張剤である。添付文書の効能・効果は「気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫の気道閉塞性障害に基づく諸症状の緩解」であり、喉頭炎、急性気管支炎（成人）、肺炎に適応はない。

以上のことから、喉頭炎、急性気管支炎（成人）、肺炎に対するプロカテロール塩酸塩水和物（メプチン吸入液等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２４２　急性気管支炎等に対するチオトロピウム臭化物水和物の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するチオトロピウム臭化物水和物（スピリーバ吸入用カプセル 18μg）の算定は、原則として認められない。

⑴　急性気管支炎
⑵　喘息性気管支炎
⑶　気管支喘息
⑷　気管支拡張症

○　取扱いを作成した根拠等

チオトロピウム臭化物水和物（スピリーバ吸入用カプセル 18μg）は、気道において気道平滑筋のM_3受容体に対するアセチルコリンの結合を阻害して気管支収縮抑制作用を発現する気管支拡張剤である。添付文書の効能・効果は「慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫）の気道閉塞性障害に基づく諸症状の緩解」であり、本剤（カプセル 18μg）は、気管支喘息の適応はない。また、急性気管支炎、喘息性気管支炎、気管支拡張症にも適応はない。

以上のことから、急性気管支炎、喘息性気管支炎、気管支喘息、気管支拡張症に対するチオトロピウム臭化物水和物（スピリーバ吸入用カプセル 18μg）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２４３　アレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

ステロイド点眼剤の投与がある場合のアレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（クラビット点眼液等）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

アレルギー性結膜炎は、花粉やダニ等特定のアレルゲンにより結膜に炎症が生じる疾患である。治療の第一選択は抗アレルギー点眼剤で、抗アレルギー点眼剤だけでは効果不十分な場合に重症度に応じて抗アレルギー内服薬やステロイド薬（点眼剤、内服薬、眼軟膏等）を併用投与する。

ステロイド点眼剤の投与に伴い、細菌性結膜炎を併発した場合の抗菌点眼剤の投与は有用であるが、細菌性結膜炎の発症抑制目的の本点眼剤の投与は、保険診療上適切ではないと考える。

以上のことから、ステロイド点眼剤の投与がある場合のアレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（クラビット点眼液等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７１　胃炎等に対するＨ$_2$ブロッカー【内服薬】の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＨ$_2$ブロッカー【内服薬】の算定は、原則として認められる。
⑴　胃炎
⑵　急性胃炎
⑶　慢性胃炎
②　胃癌に対するＨ$_2$ブロッカー【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

Ｈ$_2$ブロッカーは、胃粘膜の壁細胞に存在する胃酸分泌を調節しているＨ$_2$受容体に直接作用して、胃酸分泌を抑制する。それにより、傷病名⑴から⑶の諸症状を緩和・改善する作用を示す。

一方、胃癌に対しては薬理作用上、直接的な腫瘍抑制作用は認められない。

以上のことから、胃炎、急性胃炎、慢性胃炎に対するＨ$_2$ブロッカー【内服薬】の算定は、原則として認められるが、胃癌に対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７２　心房細動等に対するシロスタゾールの算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

①　心房細動に対するシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定は、原則として認められない。
②　K555 弁置換術後におけるシロスタゾール（プレタールＯＤ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

シロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の添付文書の効能・効果は「慢性動脈閉塞症に基づく潰瘍、疼痛及び冷感等の虚血性諸症状の改善、脳梗塞（心原性脳塞栓症を除く）発症後の再発抑制」で、主たる薬理作用は血小板凝集抑制作用である。心房細動やK555 弁置換術後の血栓形成抑制に対する効果は不十分であり、抗凝固薬が使用されるのが一般的である。

以上のことから心房細動、K555 弁置換術後に対するシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７３　末梢神経障害に対するリマプロスト アルファデクス錠の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

末梢神経障害に対するリマプロスト アルファデクス錠（オパルモン錠等）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

リマプロスト アルファデクス錠（オパルモン錠等）の添付文書の効能・効果は「閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状の改善、後天性の腰部脊柱管狭窄症（ＳＬＲ試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者）に伴う自覚症状（下肢疼痛、下肢しびれ）および歩行能力の改善」である。その作用機序は「本剤は強力な血管拡張作用、血流増加作用および血小板凝集抑制作用を有する」とあるが、末梢神経障害に対する適応はない。

以上のことから末梢神経障害に対するリマプロスト アルファデクス錠（オパルモン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７４　ドネペジル塩酸塩の算定について①

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するドネペジル塩酸塩（アリセプト錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　脳血管性型認知症
⑵　老年性認知症
⑶　若年性認知症
⑷　認知症
⑸　統合失調症
⑹　パーキンソン病、パーキンソン症

○　取扱いを作成した根拠等

ドネペジル塩酸塩（アリセプト錠等）の添付文書の効能・効果は、「アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制」であり、効能・効果に関連する注意に「アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症以外の認知症性疾患において有効性は確認されていない」と記載されている。

上記記載より、アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症以外の傷病名に対する有用性は低いと考える。

なお、老年性認知症、若年性認知症、認知症という包括的な傷病名の一部には、アルツハイマー型及びレビー小体型が一定数あると考えられるが、傷病名としては不適切と考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑹の傷病名に対するドネペジル塩酸塩（アリセプト錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７５　ドネペジル塩酸塩の算定について②

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

投与開始時からのドネペジル塩酸塩【5mg】（アリセプト錠 5mg 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

ドネペジル塩酸塩（アリセプト錠等）の添付文書の用法・用量は、「1 日 1 回 3mg から開始し、1～2 週間後に 5mg に増量し、経口投与する」とあり、「高度のアルツハイマー型認知症患者には、5mg で 4 週間以上経過後、10mg に増量する」とされている。

また、用法・用量に関連する注意に「3mg/日投与は有効用量ではなく、消化器系副作用の発現を抑える目的なので、原則として 1～2 週間を超えて使用しないこと。」と記載されており、消化器系副作用として、胃・十二指腸潰瘍、食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢等が現れる旨記載されている。

上記用法・用量及び副作用発現のリスクを考慮した場合、投与開始時からの増量投与は適切ではないと考える。

以上のことから、投与開始時からのドネペジル塩酸塩【5mg】（アリセプト錠 5mg 等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７６　リバスチグミン、ガランタミン臭化水素酸塩及びメマンチン塩酸塩の算定について①

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するリバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　レビー小体型認知症
⑵　脳血管性型認知症
⑶　老年性認知症
⑷　若年性認知症
⑸　認知症
⑹　統合失調症
⑺　パーキンソン病、パーキンソン症候群

○　取扱いを作成した根拠等

リバスチグミン（リバスタッチパッチ）とガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）の添付文書の効能・効果は、「軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」であり、メマンチン塩酸塩（メマリー錠）の効能・効果は、「中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」である。また、効能・効果に関連する注意に「アルツハイマー型認知症以外の認知症性疾患において有効性は確認されていない」と記載されている。

上記記載より、アルツハイマー型認知症以外の傷病名に対する有用性は低いと考える。

なお、老年性認知症、若年性認知症、認知症という包括的な傷病名の一部には、アルツハイマー型及びレビー小体型が一定数あると考えられるが、傷病名としては不適切と考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑺の傷病名に対するリバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２７７　リバスチグミン、ガランタミン臭化水素酸塩及びメマンチン塩酸塩の算定について②

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

リバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の維持量（有効用量）まで増量しない継続投与は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

リバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の添付文書の用法・用量は、消化器系等副作用の発現を抑制する目的で漸増投与とし、維持量（有効用量）まで増量する旨、記載されている。また、副作用が発現した場合は、症状が消失するまで減量や休薬することとし、忍容量又は初期量を投与する旨、記載されている。

以上のことから、リバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の維持量（有効用量）まで増量しない継続投与であっても、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　投薬　】

２９６　イソロイシン・ロイシン・バリンの算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　肝硬変かつ低アルブミン血症に対するイソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の算定は、原則として認められる。

②　次の傷病名のみに対するイソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の算定は、原則として認められない。

⑴　低アルブミン血症
⑵　Ｃ型慢性肝炎
⑶　慢性肝炎
⑷　劇症肝炎
⑸　高アンモニア血症
⑹　肝硬変
⑺　肝性脳症
⑻　肝不全
⑼　慢性肝炎かつ低アルブミン血症
⑽　肝硬変かつ食道静脈瘤

○　取扱いを作成した根拠等

イソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の添付文書の効能・効果は「食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善」と示されている。一方、効能又は効果に関連する注意に「以下の患者は肝硬変が高度に進行しているため本剤の効果が期待できないので投与しないこと。」とあり、以下の患者に「肝性脳症で昏睡度がⅢ度以上の患者」、「総ビリルビン値が３mg/dL 以上の患者」、「肝臓での蛋白合成能が著しく低下した患者」と示されている。

以上のことから、イソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）について、肝硬変かつ低アルブミン血症に対する算定は原則として認められ、②の傷病名のみに対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２９７　ＨＭＧ-ＣｏＡ還元酵素阻害薬（スタチン製剤）２剤の併用投与について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

ＨＭＧ-ＣｏＡ還元酵素阻害薬（スタチン製剤）２剤の併用投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ＨＭＧ-ＣｏＡ還元酵素阻害薬（スタチン製剤）は、コレステロールの合成に必要なヒドロキシメチルグルタリル ＣｏＡ還元酵素を阻害して、血液中のコレステロールを減少させ、脂質異常症の第一選択薬とされている。

プラバスタチン（メバロチン等）、シンバスタチン（リポバス等）、フルバスタチン（ローコール等）、ロスバスタチン（クレストール等）、ピタバスタチン（リバロ等）、アトルバスタチン（リピトール等）があり、これらは効力や脂溶性・水溶性等の違いはあるものの、薬理作用は同一であり、通常、患者の治療目標等にあわせて適切な一剤が選択される。

以上のことから、ＨＭＧ-ＣｏＡ還元酵素阻害薬（スタチン製剤）２剤の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２９８　５－ＨＴ$_3$受容体拮抗型制吐剤等の屯服薬としての算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　５－ＨＴ$_3$受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）の屯服薬としての算定は、原則として認められる。
②　次の薬剤の屯服薬としての算定は、原則として認められない。
⑴　経口抗菌薬
⑵　選択的直接作用型第Ｘａ因子阻害剤（イグザレルト錠等）
⑶　神経障害性疼痛又は線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル錠等）

○　取扱いを作成した根拠等

屯服薬は、１日２回程度を限度として臨時的に投与するものと定義されている（昭和 24 年 10 月 26 日 保険発 310）。

①５－ＨＴ$_3$受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）は、抗がん剤投与の１時間前に投与することで悪心・嘔吐の発症抑制に有用であることが示されている。

以上のことから、５－ＨＴ$_3$受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）の屯服としての算定は原則として認められると判断した。

一方、②経口抗菌薬は細菌感染症の治療、選択的直接作用型第Ｘａ因子阻害剤（イグザレルト錠等）は虚血性疾患、血管塞栓症・血栓症の発症抑制であり、神経障害性疼痛または線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル等）は慢性疾患の疼痛に対する治療薬である。これらの薬剤は薬効が一定期間安定して持続することが求められる薬剤である。したがって、屯服薬で服用する薬剤ではない。

以上のことから、経口抗菌薬、選択的直接作用型第Ｘａ因子阻害剤（イグザレルト錠等）、神経障害性疼痛又は線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル等）の屯服としての算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

２９９　リマプロスト　アルファデクス錠（オパルモン錠等）の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

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）に対するリマプロスト　アルファデクス錠（オパルモン錠等）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

リマプロスト　アルファデクス錠（オパルモン錠等）の添付文書の効能・効果は「閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状の改善」であり、作用機序に「本剤は強力な血管拡張作用、血流増加作用および血小板凝集抑制作用を有する」とあることから、動脈の閉塞病変を原因とする疾患に有用と考える。

以上のことから慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対するリマプロスト　アルファデクス錠（オパルモン錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　投薬　】

３００　シロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症

⑵　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）

⑶　心原性及び出血性のない脳血管障害（脳血流障害、一過性脳虚血発作）

○　取扱いを作成した根拠等

シロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の添付文書の効能・効果は「慢性動脈閉塞症に基づく潰瘍、疼痛及び冷感等の虚血性諸症状の改善、脳梗塞（心原性脳塞栓症を除く）発症後の再発抑制」である。内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症、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）はいずれも血栓性脳梗塞又は動脈の閉塞病変を来す主たる原因の一つである。また一過性脳虚血発作は脳梗塞の危険因子であり、脳梗塞発症抑制のためには、抗血小板薬であるシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の投与は有用である。

以上のことから、上記⑴から⑶の傷病名に対するシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０１　慢性疼痛等に対するデュロキセチン塩酸塩の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するデュロキセチン塩酸塩（サインバルタカプセル等）の算定は、原則として認められない。

⑴　慢性疼痛

⑵　癌性疼痛

○　取扱いを作成した根拠等

デュロキセチン塩酸塩（サインバルタカプセル等）の添付文書の効能・効果は「うつ病・うつ状態」、「下記疾患に伴う疼痛」であり、下記疾患として「糖尿病性神経障害、線維筋痛症、慢性腰痛症、変形性関節症」と示されている。

以上のことから、慢性疼痛、癌性疼痛に対するデュロキセチン塩酸塩（サインバルタカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０２　悪性黒色腫に対するウベニメクスの算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

悪性黒色腫に対するウベニメクス（ベスタチンカプセル）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

ベスタチンカプセルの添付文書の効能・効果は、「成人急性非リンパ性白血病に対する完全寛解導入後の維持強化化学療法剤との併用による生存期間の延長」である。悪性黒色腫の治療は、病期に応じて単剤化学療法や多剤併用化学療法を選択することがあるが、本剤の投与は適応外である。

以上のことから、悪性黒色腫に対するウベニメクス（ベスタチンカプセル）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０３　小児のめまい症等に対するドンペリドン坐剤【10、30ｍｇ】の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

小児における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【10、30ｍｇ】（ナウゼリン坐剤 10、30 等）の算定は、原則として認められない。

⑴　めまい症
⑵　蕁麻疹
⑶　痔核

○　取扱いを作成した根拠等

ナウゼリン坐剤 10、30 の添付文書の効能・効果は、「小児：下記疾患および薬剤投与時の消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、腹部膨満、腹痛）（下記は、・周期性嘔吐症、乳幼児下痢症、上気道感染症、・抗悪性腫瘍剤投与時）」であり、上記⑴から⑶の傷病名に対する投与は、適応外である。

以上のことから、小児における上記⑴から⑶の傷病名に対するドンペリドン坐剤【10、30ｍｇ】（ナウゼリン坐剤 10、30 等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０４　成人の下痢症等に対するドンペリドン坐剤【60ｍｇ】等の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　成人における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【60ｍｇ】（ナウゼリン坐剤 60 等）の算定は、原則として認められない。
⑴　下痢症
⑵　蕁麻疹
⑶　痔核
⑷　感冒、急性咽頭炎
⑸　めまい症

②　成人における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【10、30ｍｇ】（ナウゼリン坐剤 10、30 等）の算定は、原則として認められない。
⑴　蕁麻疹
⑵　痔核
⑶　感冒、急性咽頭炎

○　取扱いを作成した根拠等

ナウゼリン坐剤 60 の添付文書の効能・効果は、「成人：下記疾患および薬剤投与時の消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、腹部膨満、上腹部不快感、胸やけ）（下記は、・胃・十二指腸手術後、・抗悪性腫瘍剤投与時）」、ナウゼリン坐剤 10、30 の効能・効果は、「小児：下記疾患および薬剤投与時の消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、腹部膨満、腹痛）（下記は、・周期性嘔吐症、乳幼児下痢症、上気道感染症、・抗悪性腫瘍剤投与時）」であり、上記①②の傷病名に対する投与は、いずれも適応外である。

以上のことから、成人における上記①②の傷病名に対するドンペリドン坐剤（ナウゼリン坐剤等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０５　吸入ステロイド剤等の算定がないサルメテロールキシナホ酸塩の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

気管支喘息に対する吸入ステロイド剤等の算定がないサルメテロールキシナホ酸塩（セレベント 50 ディスカス）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

サルメテロールキシナホ酸塩（セレベント 50 ディスカス）については、添付文書の効能又は効果に関連する注意に「気管支喘息治療の基本は、吸入ステロイド剤等の抗炎症剤の使用であり、吸入ステロイド剤等により症状の改善が得られない場合、あるいは患者の重症度から吸入ステロイド剤等との併用による治療が適切と判断された場合にのみ、本剤と吸入ステロイド剤等を併用して使用すること。」と示されている。 また、重要な基本的注意に「本剤は吸入ステロイド剤等の抗炎症剤の代替薬ではないため、患者が本剤の使用により症状改善を感じた場合であっても、医師の指示なく吸入ステロイド剤等を減量又は中止し、本剤を単独で用いることのないよう、患者に注意を与えること。」と示されている。

以上のことから、気管支喘息に対する吸入ステロイド剤等の算定がない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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０６　爪白癬に対するルリコナゾール外用液等複数の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の併用投与について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

爪白癬に対する次の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の併用投与は、原則として認められない。

⑴　ルリコナゾール外用液（ルコナック爪外用液）とイトラコナゾール（イトラコナゾール錠等）

⑵　ルリコナゾール外用液（ルコナック爪外用液）とホスラブコナゾールＬ－リシンエタノール付加物カプセル（ネイリンカプセル）

⑶　ルリコナゾール外用液（ルコナック爪外用液）とエフィナコナゾール外用液（クレナフィン爪外用液）

⑷　イトラコナゾール（イトラコナゾール錠等）とエフィナコナゾール外用液（クレナフィン爪外用液）

○　取扱いを作成した根拠等

上記⑴から⑷の爪白癬治療剤又は抗真菌剤は、添付文書の作用機序に「真菌細胞膜の構成成分であるエルゴステロールの合成を阻害することにより、抗真菌作用を示す」旨記載されており、いずれの医薬品であっても作用機序は同様と考えられる。

爪白癬の治療として、内服療法（イトラコナゾール錠、ネイリンカプセル等）や外用療法（ルコナック外用液、エフィナコナゾール外用液等）は有用であるが、作用機序が同じ爪白癬治療剤又は抗真菌剤を併用投与することの有用性は低いと考えられる。

以上のことから、爪白癬に対する上記⑴から⑷の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０７　爪白癬治療剤の一処方３月分の投与量について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

一側の手又は足に対する次の爪白癬治療剤の一処方３月分の投与量は、原則として６本まで認められる。

⑴　ルリコナゾール外用液（ルコナック爪外用液）　3.5g（４mL）

⑵　エフィナコナゾール外用液（クレナフィン爪外用液）　3.56g（４mL）

○　取扱いを作成した根拠等

ルコナック爪外用液とクレナフィン爪外用液は、添付文書の用法・用量に、「１日１回罹患爪全体に塗布する」と記載されているが、具体的な使用量については明記されていない。一方、クレナフィン爪外用液の製造販売元ホームページ「製品情報・ＦＡＱ」に「国際共同第Ⅲ相試験（ＤＰＳＩ―ＩＤＰ－１０８－Ｐ３－０１）において、クレナフィンを塗布した患者の平均罹患爪数は3.8枚、２週間の平均使用量は約2.5mL」である旨、記載されている。このため、一側の手又は足の使用量は、２週間分で多くとも１本、３月分で６本までが妥当と考えられる。

以上のことから、一側の手又は足に対する上記⑴⑵の爪白癬治療剤の一処方３月分の投与量は、原則として６本まで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３０８　顕微鏡検査等のない爪白癬治療剤又は抗真菌剤の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

爪白癬の診断確定時における顕微鏡検査又は培養検査のない次の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の算定は、原則として認められない。

⑴　エフィナコナゾール外用液（クレナフィン爪外用液）
⑵　ホスラブコナゾールＬ－リシンエタノール付加物カプセル（ネイリンカプセル）
⑶　ルリコナゾール外用液（ルコナック爪外用液）

○　取扱いを作成した根拠等

上記⑴から⑶の爪白癬治療剤又は抗真菌剤は、添付文書の効能又は効果に関連する注意に、「直接鏡検又は培養等に基づき爪白癬であると確定診断された患者に使用すること。」と記載されている。

爪白癬は、爪甲、爪床、又はその両方に変形が生じる真菌感染症である。爪変形は爪白癬以外の皮膚科疾患においても生じることから、顕微鏡検査又は培養検査を実施することにより、白癬菌を認め爪白癬の診断を確定した上での治療が必要である。

以上のことから、爪白癬の診断確定時における顕微鏡検査又は培養検査のない上記⑴から⑶の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３２　アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物配合剤の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するアムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物配合剤（カデュエット配合錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　高血圧症又は狭心症あり、高コレステロール血症又は家族性高コレステロール血症なし

⑵　高血圧症又は狭心症なし、高コレステロール血症又は家族性高コレステロール血症あり

○　取扱いを作成した根拠等

アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物配合剤は、アムロジピンベシル酸塩とアトルバスタチンカルシウム水和物の配合剤であり、添付文書の効能・効果に、アムロジピン及びアトルバスタチンによる治療が適切である「高血圧症又は狭心症と、高コレステロール血症又は家族性高コレステロール血症を併発している患者」に使用する旨示されている。

以上のことから、「高血圧症又は狭心症あり、高コレステロール血症又は家族性高コレステロール血症なし」、「高血圧症又は狭心症なし、高コレステロール血症又は家族性高コレステロール血症あり」の傷病名に対するアムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物配合剤（カデュエット配合錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３３　高血圧症で慢性腎不全がある場合に対するエナラプリルマレイン酸塩の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

高血圧症で慢性腎不全がある場合に対するエナラプリルマレイン酸塩（レニベース錠 2.5 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

エナラプリルマレイン酸塩（レニベース錠 2.5 等）は、アンジオテンシン変換酵素の作用を阻害し、アンジオテンシンⅡの生成を抑制することにより血圧降下作用を示す。

本剤の腎からの排泄率は約 50%であり、慢性腎不全患者では、当該薬剤の血中残留割合が増加するため（半減期の延長）、投与量を減らすか投与間隔を延ばすなどの配慮をし、腎機能と血圧変動の推移に注意を払うことで適切な降圧を得ることができる。

以上のことから、高血圧症で慢性腎不全がある場合に対するエナラプリルマレイン酸塩（レニベース錠 2.5 等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３４　高血圧症に対する配合剤の初回投薬の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

高血圧症に対する配合剤※の初回投薬（第一選択として）の算定は、原則として認められない。

※　バルサルタン・ヒドロクロロチアジド、カンデサルタンシレキセチル・ヒドロクロロチアジド、テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド、ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド、イルベサルタン・トリクロルメチアジド、アジルサルタン・アムロジピンベシル酸塩、バルサルタン・シルニジピン、イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩、バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩、テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩、カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩又はオルメサルタンメドキソミル・アゼルニジピン

○　取扱いを作成した根拠等

配合錠の初回投与は、構成薬剤のそれぞれの使用量が配合錠と同等である場合に置換できるとされている。

以上のことから、高血圧症に対する配合剤の初回投薬（第一選択として）の算定は、原則として認められないと判断した。なお、初回投薬（第一選択）でないことがレセプト上判断できる場合は、この限りではない。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３５　２型糖尿病性腎症に対するイミダプリル塩酸塩錠の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

２型糖尿病性腎症に対するイミダプリル塩酸塩錠（タナトリル錠 2.5、５mg）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

イミダプリル塩酸塩錠（タナトリル錠 2.5、５mg）は、腎臓のＡＣＥ活性阻害作用などにより糖尿病性腎症の改善作用を有するが、糖尿病性腎症に関する添付文書の効能・効果は「１型糖尿病に伴う糖尿病性腎症」であり、「２型糖尿病性腎症」に適応はない。

以上のことから、２型糖尿病性腎症に対するイミダプリル塩酸塩錠（タナトリル錠 2.5、５mg）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　投薬　】

３３６　適応傷病名と腎障害等がある患者に対するフェノフィブラート錠の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

適応傷病名と次の傷病名等がある患者に対するフェノフィブラート錠（リピディル錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　腎障害

⑵　肝疾患に対する肝庇護薬【内服薬・注射薬】投与中

○　取扱いを作成した根拠等

リピディル錠の添付文書の効能・効果は、「高脂血症（家族性を含む）」であり、「肝障害のある患者」や「血清クレアチニン値が 2.5mg/dL 以上又はクレアチニンクリアランスが 40mL/min 未満の腎機能障害のある患者」は禁忌である旨記載されている。

重要な基本的注意に、肝障害のある患者については、「肝機能及び肝機能検査値に影響を及ぼし、ＡＳＴ、ＡＬＴ、γ-ＧＴＰ、ＬＤＨ、ＡＬＰの上昇、黄疸、並びに肝炎があらわれることがあるので、肝機能検査は投与開始３カ月後までは毎月、その後は３カ月ごとに行う」と記載されている。また、特定の背景を有する患者に関する注意に、腎機能障害患者については、「投与量を減ずるか、投与間隔を延長し使用すること」、「定期的に腎機能検査等を実施し、自覚症状（筋肉痛、脱力感）の発現、ＣＫ上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇並びに血清クレアチニン上昇等の腎機能の悪化を認めた場合は直ちに投与を中止すること」と記載されている。

上記添付文書の記載内容より、定期的に肝機能検査や腎機能検査を実施し、患者の状態を十分に把握した上で本剤を投与した場合は、本剤の本来の効果を期待し得る。

以上のことから、上記傷病名等がある患者に対するフェノフィブラート錠（リピディル錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３７　下痢症等に対するモサプリドクエン酸塩水和物の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するモサプリドクエン酸塩水和物（ガスモチン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　下痢症
⑵　胃癌
⑶　十二指腸潰瘍
⑷　逆流性食道炎

○　取扱いを作成した根拠等

ガスモチン錠の添付文書の効能・効果は、「慢性胃炎に伴う消化器症状(胸やけ、悪心・嘔吐)、経口腸管洗浄剤によるバリウム注腸Ｘ線造影検査前処置の補助」である。

本剤の薬理作用は、上部及び下部消化管運動促進作用であり、上記疾患に対する有用性は乏しい。

以上のことから、上記傷病名に対するモサプリドクエン酸塩水和物（ガスモチン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３８　アルツハイマー病（家族性含む。）に対するリバスチグミン、ガランタミン臭化水素酸塩及びメマンチン塩酸塩の算定等について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　アルツハイマー病（家族性含む。）に対するリバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の算定は、原則として認められる。
②　メマンチン塩酸塩（メマリー錠）とコリンエステラーゼ阻害薬（ＣｈＥＩ）（ドネペジル塩酸塩、ガランタミン臭化水素酸塩、リバスチグミン）の併用投与の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

アルツハイマー型認知症治療薬には、コリンエステラーゼ阻害薬（ＣｈＥＩ）（ドネペジル塩酸塩、ガランタミン臭化水素酸塩、リバスチグミン）とＮＭＤＡ受容体拮抗薬（メマンチン塩酸塩）がある。リバスチグミン（リバスタッチパッチ）とガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）の添付文書の効能・効果は、「軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」であり、メマンチン塩酸塩（メマリー錠）の効能・効果は、「中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」である。

アルツハイマー病は、進行性の認知機能低下を生じ、大脳皮質および皮質下灰白質におけるβアミロイド沈着および神経原線維変化を特徴とし、アルツハイマー型認知症と同義である。家族性アルツハイマー病は、家系内で遺伝的に発症する。

以上のことから、アルツハイマー病（家族性含む。）に対するリバスチグミン（リバスタッチパッチ）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）及びメマンチン塩酸塩（メマリー錠）の算定は、原則として認められると判断した。

また、アルツハイマー型認知症治療薬の選択は、認知症疾患診療ガイドライン 2017 のアルツハイマー型認知症の薬物療法と治療のアルゴリズムに、「中等度は、ＣｈＥＩの１剤かメマンチンの投与で効果がないか不十分、効果減弱あるいは副作用で継続できなくなった場合には、他のＣｈＥＩかメマンチンに変更、あるいは、ＣｈＥＩとメマンチンの併用を考慮する。重度は、ドネペジル５～10 ㎎あるいはメマンチン、両者の併用を考慮する。」旨記載されており、メマンチン塩酸塩とコリンエステラーゼ阻害薬の併用投与は、有用性が高いと考えられる。

以上のことから、メマンチン塩酸塩（メマリー錠）とコリンエステラーゼ阻

害薬（ＣｈＥＩ）（ドネペジル塩酸塩、ガランタミン臭化水素酸塩、リバスチグミン）の併用投与の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３３９　脳疾患術後等に対するスルピリドの算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するスルピリド【内服薬】（ドグマチール錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　脳疾患術後
⑵　逆流性食道炎
⑶　胃炎

○　取扱いを作成した根拠等

ドグマチール錠 50mg の添付文書の効能・効果は、「胃・十二指腸潰瘍、統合失調症、うつ病・うつ状態」である。作用機序として、抗潰瘍作用、血流増加作用、消化管運動促進作用、抗ドパミン作用があるが、上記⑴から⑶の傷病名に対する投与は、適応外である。

以上のことから、上記⑴から⑶の傷病名に対するスルピリド【内服薬】（ドグマチール錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３４０　ナルフラフィン塩酸塩の算定について①

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

そう痒症がない、透析患者又は慢性肝疾患患者に対するナルフラフィン塩酸塩（レミッチカプセル等）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

レミッチカプセルの添付文書の効能・効果は、「次の患者におけるそう痒症の改善（既存治療で効果不十分な場合に限る）」であり、次の患者とは、「透析患者、慢性肝疾患患者」である。

透析患者や慢性肝疾患患者は、高率に皮膚そう痒症を合併するが、本医薬品の効能・効果に「そう痒症の改善（既存治療で効果不十分な場合に限る）」と示されており、そう痒症の記載は必要である。

以上のことから、そう痒症がない、透析患者又は慢性肝疾患患者に対するナルフラフィン塩酸塩（レミッチカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３４１　ナルフラフィン塩酸塩の算定について②

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

血液透析又は腹膜透析中のそう痒症に対するナルフラフィン塩酸塩（レミッチカプセル等）と抗ヒスタミン剤・抗アレルギー剤の併用投与は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

レミッチカプセルの添付文書の効能・効果は、「次の患者におけるそう痒症の改善（既存治療で効果不十分な場合に限る）」であり、次の患者とは、「透析患者、慢性肝疾患患者」である。作用機序としては、選択的なオピオイドκ受容体作動薬であることが示されており、そう痒に対する抑制作用を有する。

また、抗ヒスタミン剤・抗アレルギー剤は、抗ヒスタミン作用・抗アレルギー作用を有しており、レミッチカプセルとは異なる作用機序でそう痒を抑制する。

以上のことから、血液透析又は腹膜透析中のそう痒症に対するナルフラフィン塩酸塩（レミッチカプセル等）と抗ヒスタミン剤・抗アレルギー剤の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３４２　皮膚そう痒症に対するシクロホスファミド水和物の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

皮膚そう痒症に対するシクロホスファミド水和物（エンドキサン錠等）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

エンドキサン錠の添付文書の効能・効果は、「多発性骨髄腫等、様々な悪性腫瘍の自覚的並びに他覚的症状の緩解、細胞移植に伴う免疫反応の抑制、全身性ＡＬアミロイドーシス、治療抵抗性のリウマチ性疾患、ネフローゼ症候群（副腎皮質ホルモン剤による適切な治療を行っても十分な効果がみられない場合に限る。）」であり、皮膚そう痒症は、適応疾患に該当しない。

以上のことから、皮膚そう痒症に対するシクロホスファミド水和物（エンドキサン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３４３　広汎性発達障害に対するリスペリドン等の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

広汎性発達障害に対する次の非定型抗精神病薬の算定は、原則として認められる。

⑴　リスペリドン【内服薬】（リスパダール錠等（３mg 錠を除く。））

⑵　アリピプラゾール（エビリファイ錠等）

○　取扱いを作成した根拠等

広汎性発達障害は、自閉症障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害を総称する名称であるが、現在、「自閉スペクトラム症（レット障害を除く）」という診断名に統合されている。

リスパダール【内服薬】（３mg錠を除く。）とエビリファイ錠の添付文書の効能・効果には、「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」があり、薬理作用は、抗ドパミン作用、抗セロトニン作用で、上記傷病名に対して有用である。

以上のことから、広汎性発達障害に対する上記⑴⑵の非定型抗精神病薬の算定は、原則として認められると判断した。

なお、リスペリドン３mg 錠の添付文書の効能・効果は「統合失調症」のみであり、本取扱いからは除くこととする。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３７８　１型糖尿病に対する糖尿病治療剤（チアゾリジン薬）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

１型糖尿病に対する糖尿病治療剤（チアゾリジン薬）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

糖尿病治療剤（チアゾリジン薬）はＰＰＡＲγと呼ばれる核内受容体型転写因子作用を活性化し、結果として脂肪組織の質を改善し、同時に遊離脂肪酸、組織壊死因子－α（ＴＮＦ－α）、炎症性サイトカインの分泌を抑制する一方で、アディポネクチンの分泌を促進させ、インスリン抵抗性を改善させる働きがあることより、肥満・内臓脂肪蓄積が疑われインスリン抵抗性が強いと推測される場合に使用される。

１型糖尿病は、膵β細胞の破壊により、インスリン分泌が枯渇した状態であり、１型糖尿病に対して本薬剤の薬理作用からは血糖低下作用は期待できない。

以上のことから、１型糖尿病に対する糖尿病治療剤（チアゾリジン薬）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３７９　うつ病等に対するクロナゼパムの算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するクロナゼパム（リボトリール錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　うつ病

⑵　パーキンソン病

○　取扱いを作成した根拠等

クロナゼパム（リボトリール錠）は、抗てんかん薬の一つであり、その添付文書の効能・効果は「小型（運動）発作「ミオクロニー発作、失立（無動）発作、点頭てんかん（幼児けい縮発作、ＢＮＳけいれん等）」、精神運動発作、自律神経発作」と示され、作用機序にＧＡＢＡニューロンの働きを増強するとある。

うつ病及びパーキンソン病の病態においては、てんかん、けいれんの症状は通常生じないため、本剤の適応はないと考える。

以上のことから、うつ病、パーキンソン病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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８０　腸疾患（腸炎等）がなく、抗生物質又は化学療法剤の投与がない場合の耐性乳酸菌製剤の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

腸疾患（腸炎等）がなく、抗生物質又は化学療法剤の投与がない場合の耐性乳酸菌製剤（ビオフェルミンＲ散等）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

ビオフェルミンＲ散は、添付文書の効能・効果に「下記抗生物質、化学療法剤投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善」と記載されており、下記抗生物質とは、「ペニシリン系、セファロスポリン系、アミノグリコシド系、マクロライド系、テトラサイクリン系、ナリジクス酸」である。

したがって、腸疾患（腸炎等）がなく、抗生物質製剤又は化学療法剤の投与がない場合の本剤の必要性はないと考える。

以上のことから、腸疾患（腸炎等）がなく、抗生物質製剤又は化学療法剤の投与がない場合の耐性乳酸菌製剤（ビオフェルミンＲ散等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　投薬　】

３８１　ロキソプロフェンナトリウム水和物（感冒等の患者）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するロキソプロフェンナトリウム水和物（ロキソニン錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　感冒
⑵　インフルエンザ
⑶　肋間神経痛
⑷　坐骨神経痛
⑸　神経痛
⑹　帯状疱疹
⑺　頭痛

○　取扱いを作成した根拠等

ロキソニン錠の添付文書の効能・効果※は以下のとおりであり、上記⑴から⑺の傷病名は明記されていない。

しかしながら、作用機序に「プロスタグランジン生合成抑制作用により、すぐれた鎮痛・抗炎症・解熱作用を有し、特に鎮痛作用が強力である。」と記載されており、当該医薬品は、上記傷病名による発熱、腫脹、疼痛等の症状に有用と考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑺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ると判断した。

（※）添付文書の効能・効果
○　下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
　関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群、歯痛
○　手術後、外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎
○　下記疾患の解熱・鎮痛
　急性上気道炎（急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む）

支払基金統一事例

【　投薬　】

３８２　チアラミド塩酸塩（急性気管支炎の患者）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

急性気管支炎に対するチアラミド塩酸塩（ソランタール錠）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

ソランタール錠の添付文書の効能・効果※は以下のとおりであり、急性気管支炎は明記されていない。

しかしながら、薬効薬理に「抗炎症作用と鎮痛作用を有する」旨記載されており、当該医薬品は、下気道（気管、気管支）の炎症にも有用と考えられる。

以上のことから、急性気管支炎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。

（※）添付文書の効能・効果

○　各科領域の手術後並びに外傷後の鎮痛・消炎

○　下記疾患の鎮痛・消炎

関節炎、腰痛症、頸肩腕症候群、骨盤内炎症、軟産道損傷、乳房うっ積、帯状疱疹、多形滲出性紅斑、膀胱炎、副睾丸炎、前眼部炎症、智歯周囲炎

○　抜歯後の鎮痛・消炎

○　下記疾患の鎮痛

急性上気道炎

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８３　トコフェロールニコチン酸エステル製剤（末梢神経炎）の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

末梢神経炎に対するトコフェロールニコチン酸エステル製剤（ユベラＮ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

ユベラＮカプセル 100 ㎎の添付文書の効能・効果は、高血圧症に伴う随伴症状、高脂質血症、閉塞性動脈硬化症に伴う末梢循環障害である。

末梢神経炎は、脊髄神経および脳神経の末梢神経（二次ニューロン）における炎症であり、手足等の末梢血管の循環を改善する効果を示す本剤の適応には該当しない。

以上のことから、末梢神経炎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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８４　潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症等に対するイコサペント酸エチルカプセルの算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

①　潰瘍を伴わな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）の算定は、原則として認められる。
②　次の傷病名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）の算定は、原則として認められない。
⑴　腰部脊柱管狭窄症術後
⑵　高血圧症
⑶　狭心症
⑷　動脈硬化症

○　取扱いを作成した根拠等

イコサペント酸エチルカプセル(エパデールカプセル等)の添付文書の効能・効果は「閉塞性動脈硬化症に伴う潰瘍、疼痛および冷感の改善」及び「高脂血症」であり、抗血小板作用や動脈の伸展性保持作用、血清脂質低下作用等を有する。

閉塞性動脈硬化症は、症状として、冷感・しびれ感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死があげられるが、上記作用から、潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症に対しても有用と考えられる。

以上のことから、潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症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。

一方、腰部脊柱管狭窄症術後、高血圧症、狭心症、動脈硬化症に対しては適応外であり、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８５　潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症等に対するベラプロストナトリウム錠の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対するベラプロストナトリウム錠(ドルナー錠等)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

ベラプロストナトリウム錠(ドルナー錠等)の添付文書の効能・効果は「慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感の改善」及び「原発性肺高血圧症」であり、抗血小板作用や血管拡張・血流増加作用等を有する。

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)の症状として、冷感・しびれ感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死があげられるが、上記作用から、潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対しても有用と考えられる。

以上のことから、潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８６　適応傷病名と心筋梗塞（安定期）等がある患者に対するシロスタゾールの算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するシロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　心筋梗塞（安定期）
⑵　狭心症（安定期）
⑶　心室頻拍（安定期）

○　取扱いを作成した根拠等

シロスタゾール（プレタールＯＤ錠等）の添付文書の効能・効果は「慢性動脈閉塞症に基づく潰瘍、疼痛及び冷感等の虚血性諸症状の改善」及び「脳梗塞（心原性脳塞栓症を除く）発症後の再発抑制」であり、抗血小板作用や抗血栓作用、血管拡張作用等を有する。

警告として「本剤の投与により脈拍数が増加し、狭心症が発現することがあるので、狭心症の症状（胸痛等）に対する問診を注意深く行うこと」と記載され、また、特定の背景を有する患者に関する注意として「冠動脈狭窄を合併する患者」と記載されているが、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍が安定期にあると判断される場合には、注意事項を遵守した上での当該医薬品の投与は、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、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍の傷病名がある場合であっても、これらが安定期にある場合は、当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８７　逆流性食道炎に対するイトプリド塩酸塩錠の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

逆流性食道炎に対するイトプリド塩酸塩錠（ガナトン錠等）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

イトプリド塩酸塩錠（ガナトン錠等）は、ドパミンD_2受容体拮抗作用とアセチルコリンエステラーゼ阻害作用との協調作用により消化管運動を賦活する作用を有し、また、ドパミンD_2受容体拮抗作用に基づく制吐作用を有する医薬品である。添付文書の効能・効果は「慢性胃炎における消化器症状（腹部膨満感、上腹部痛、食欲不振、胸やけ、悪心、嘔吐）」であり、逆流性食道炎に対する投与は適応外である。

以上のことから、逆流性食道炎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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８８　仙腸関節炎等に対するシクロスポリン【内服薬】の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するシクロスポリン【内服薬】（ネオーラルカプセル等）の算定は、原則として認められない。

⑴　仙腸関節炎
⑵　巨赤芽球性貧血
⑶　関節リウマチ

○　取扱いを作成した根拠等

ネオーラルカプセルの添付文書の効能・効果※は、以下のとおりである。

仙腸関節炎は、ベーチェット病や強直性脊椎炎にみられることがあるとされているが、多くは当該関節への外力によるものである。また、巨赤芽球性貧血は、ビタミンB_{12}または葉酸が不足することにより生じる貧血であり、いずれも免疫抑制薬の適応とはならない。

関節リウマチは、免疫機序が介在する多発関節炎を主症状とする疾患であり、メトトレキサートが第一選択とされている。関節外症状を伴う場合を除き、シクロスポリンが選択されることは少ない。

以上のことから、上記⑴から⑶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。

（※）添付文書の効能・効果

○　下記の臓器移植における拒絶反応の抑制
　腎移植、肝移植、心移植、肺移植、膵移植、小腸移植

○　骨髄移植における拒絶反応及び移植片対宿主病の抑制
　ベーチェット病（眼症状のある場合）、及びその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分であり、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る）

○　尋常性乾癬（皮疹が全身の 30%以上に及ぶものあるいは難治性の場合）、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬

○　再生不良性貧血、赤芽球癆

○　ネフローゼ症候群（頻回再発型あるいはステロイドに抵抗性を示す場合）

○　全身型重症筋無力症（胸腺摘出後の治療において、ステロイド剤の投与が効果不十分、又は副作用により困難な場合）

○　アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者）

○　細胞移植に伴う免疫反応の抑制

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３８９　再生不良性貧血に対するシクロスポリン【内服薬】の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

再生不良性貧血に対する次の場合のシクロスポリン【内服薬】（ネオーラルカプセル等）の算定は、原則として認められる。

⑴　罹病期間が 6 か月を超える場合

⑵　投与期間が 16 週を超える場合

○　取扱いを作成した根拠等

再生不良性貧血に対するシクロスポリンの投与については、再生不良性貧血診療の参照ガイド令和 4 年度改訂版※に「免疫病態を疑わせる所見を認める場合には、シクロスポリン（ＣｓＡ）の高い奏効率が期待できる」旨記載されている。

また、当該医薬品の投与期間については、同ガイドに「投与 6 ヶ月以後、患者がＣｓＡ依存性である可能性を検討しながら慎重に漸減することが薦められる」、「エルトロンボパグ（ＥＰＡＧ）またはロミプロスチム（ＲＯＭＩ）開始後 16 週間以内に血小板数または網赤血球数の上昇を認めた場合は継続投与し、その後、反応をみながら血球回復がプラトーに達した時点で漸減・中止を試みる」、「16 週以内に反応がみられなかった場合は、ＣｓＡとメテノロンまたはダナゾールへの変更を考慮する」旨記載されている。

上記の記載より、罹病期間が 6 ヶ月を超える場合や、投与期間が 16 週を超える場合であっても、当該医薬品の投与は、有用と考えられる。

以上のことから、再生不良性貧血に対する上記⑴、⑵の場合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。

（※）再生不良性貧血診療の参照ガイド改訂版作成のためのワーキンググループ

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３９０　シクロスポリン【内服薬】とミコフェノール酸モフェチル製剤の併用投与について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

骨髄移植における移植片対宿主病（ＧＶＨＤ）の発症抑制に対するシクロスポリン【内服薬】（ネオーラルカプセル等）とミコフェノール酸モフェチル製剤（セルセプトカプセル等）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

ネオーラルカプセルとセルセプトカプセルは、添付文書の効能・効果に「骨髄移植における拒絶反応及び移植片対宿主病の抑制」、「造血幹細胞移植における移植片対宿主病の抑制」と記載されている。また、前者の作用機序として、「主にヘルパーＴ細胞の活性化を抑制するが、サプレッサーＴ細胞の活性化を阻害しない」と記載されており、後者の作用機序は、「イノシンモノホスフェイト脱水素酵素を不競合的、可逆的かつ特異的に阻害することにより、ＧＴＰ、デオキシＧＴＰを枯渇させ、ＤＮＡ合成を抑制し、結果としてリンパ球の増殖を選択的に抑制するものである」と記載されており、それぞれ異なる作用機序を介して臓器移植後の移植片対宿主病の発症を抑制する。

以上のことから、骨髄移植における移植片対宿主病（ＧＶＨＤ）の発症抑制に対するシクロスポリン【内服薬】（ネオーラルカプセル等）とミコフェノール酸モフェチル製剤（セルセプトカプセル等）の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

３９１　上気道炎等に対するブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】（ビソルボン液吸入液等）の算定は、原則として認められない。

⑴　上気道炎（急性・慢性）
⑵　咽頭炎（急性・慢性）
⑶　感冒

○　取扱いを作成した根拠等

ブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】（ビソルボン液吸入液等）は、その作用機序として、添付文書に「気管支粘膜及び粘膜下気管腺の分泌を活性化し漿液分泌を増加させる。気道粘膜の杯細胞及び気管腺において粘液溶解作用を示す。また、線毛運動を亢進させる。」と示されている。

また、添付文書の効能・効果は「急性気管支炎、慢性気管支炎、肺結核、塵肺症、手術後の去痰」であり、上気道炎（急性・慢性）、咽頭炎（急性・慢性）、感冒は適応疾患に含まれていない。

以上のことから、上気道炎（急性・慢性）、咽頭炎（急性・慢性）、感冒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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　不整脈
⑵　心房細動
⑶　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⑴から⑶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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　心筋症
⑵　特発性拡張型心筋症
⑶　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考える。

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

支払基金統一事例

【　投薬　】

４１０　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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４１１　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１２月２７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。

⑴　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）

⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４１２　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１２月２７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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４１３　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１２月２７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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４１４　イトラコナゾールの算定（使用量）について

《令和６年１２月２７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。

支払基金統一事例

【　投薬　】

４１５　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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４２９　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 2.5ｍｇ、10ｍｇ及び 20ｍｇ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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　ランソプラゾール【内服薬】（タケプロンカプセル等）

⑵　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。

支払基金統一事例

【　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。
⑴　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）
⑵　内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症
⑶　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）
⑷　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。
⑴　心房細動
⑵　不整脈
⑶　心筋症、心不全
⑷　心臓弁膜症（僧帽弁膜症）
⑸　心肥大
⑹　血栓性静脈炎
⑺　ペースメーカー装着患者
⑻　ネフローゼ症候群
⑼　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。
⑴　虚血性心疾患
⑵　内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症
⑶　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。
⑴　心房細動
⑵　不整脈
⑶　心筋症、心不全
⑷　心臓弁膜症（僧帽弁膜症）
⑸　心肥大
⑹　血栓性静脈炎
⑺　ペースメーカー装着患者
⑻　ネフローゼ症候群
⑼　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$_2$（ＴＸＡ$_2$）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。

支払基金・国保統一事例

【　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$_2$誘導体製剤、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$_1$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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４３４　ヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とＨ$_2$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$_2$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$_2$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$_2$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。

支払基金・国保統一事例

【　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

《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。

⑴　帯状疱疹

⑵　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－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

帯状疱疹は水痘帯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、再発の記載がない帯状疱疹、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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４３６　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。

⑴　ビダラビン（アラセナ－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】

⑵　ビダラビン（アラセナ－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。

⑴　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】

⑵　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－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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４３７　抗ウイルス薬の併用投与（帯状疱疹）について

《令和７年１月３１日》

○　取扱い

帯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。

⑴　ビダラビン（アラセナ－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】

⑵　ビダラビン（アラセナ－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】

⑶　ビダラビン（アラセナ－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】

⑷　ビダラビン（アラセナ－Ａ軟膏等）【外用薬】とビダラビン（アラセナ－Ａ点滴静注用）【注射薬】

○　取扱いを作成した根拠等

帯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、帯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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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、膵疾患、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）

支払基金統一事例

【　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、消化吸収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。

支払基金統一事例

【　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。

支払基金統一事例

【　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。

⑴　プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）

⑵　H_2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、H_2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H_2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H_2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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　アルコール性肝炎のみ

⑵　自己免疫性肝炎のみ

⑶　Ｃ型非代償性肝硬変

⑷　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⑴から⑷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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

⑴　手根管症候群
⑵　頸椎症性神経根症
⑶　肋間神経痛
⑷　糖尿病性末梢神経障害
⑸　帯状疱疹後神経痛
⑹　坐骨神経痛
⑺　三叉神経痛
⑻　脊髄損傷後疼痛
⑼　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。

⑴　腰痛症
⑵　関節炎
⑶　変形性膝関節症
⑷　外傷、打撲傷
⑸　糖尿病
⑹　術後疼痛
⑺　疼痛
⑻　難治性疼痛
⑼　頸肩腕症候群
⑽　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α２δ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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４８５　ＰＰＩ製剤（内視鏡検査のない逆流性食道炎）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

内視鏡検査のない逆流性食道炎における次の場合のＰＰＩ製剤の算定は、原則として認められる。

⑴　初回投与時

⑵　維持療法中

○　取扱いを作成した根拠等

胸やけや呑酸などの患者の自覚症状により逆流性食道炎と診断することは、臨床上容易であり、必ずしも上部消化管内視鏡検査を必要としない。

以上のことから、内視鏡検査のない逆流性食道炎における初回投与時、維持療法中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。

支払基金統一事例

【　投薬　】

４８６　降圧剤（配合剤）の１日使用量について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

降圧剤（配合剤）の１日１錠を超える投与については、添付文書に基づき個々の含有医薬品の用法・用量の範囲内（２倍）である場合は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

具体的な例を示すと、降圧剤（配合剤）であるプレミネント配合錠ＬＤは、ロサルタンカリウム/ヒドクロロチアジド(50mg/12.5mg)を含有している医薬品である。ロサルタンカリウムとヒドクロロチアジドの個々の添付文書の用法・用量において、前者は「通常、成人にはロサルタンカリウムとして 25～50mg を１日１回経口投与する。年齢、症状により適宜増減するが、1 日 100mg まで増量できる。」と記載されている。また、後者は「通常、成人にはヒドロクロロチアジドとして１回 25～100mg を１日 1～2 回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載されている。したがって、当該医薬品の１日１錠を超える投与は、配合成分の個々の添付文書の用法・用量の範囲内（２倍）であれば妥当である。

また、このことは、当該医薬品以外の降圧剤（配合剤）においても同様の取扱いとなる。

以上のことから、降圧剤（配合剤）の１日１錠を超える投与については、添付文書に基づき個々の含有医薬品の用法・用量の範囲内（２倍）である場合は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　投薬　】

４８７　全身性エリテマトーデス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）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

ループス腎炎がない全身性エリテマトーデス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る。

○　取扱いを作成した根拠等

プログラフカプセルは、添付文書において、効能・効果の一つとして「ループス腎炎（ステロイド剤の投与が効果不十分、又は副作用により困難な場合）」が記載されている。

ループス腎炎は、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）の重要な臓器合併症の一つで、ＳＬＥ患者の約半数が発症するとされている。当該医薬品は、Ｔ細胞からのシグナル伝達を阻害することでＳＬＥに対して免疫抑制効果を発現し、結果としてループス腎炎の活動性も抑制される。したがって、ループス腎炎の記載がない場合であっても、当該医薬品の投与は適切である。

以上のことから、ループス腎炎がない全身性エリテマトーデス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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４８８　グルタチオン製剤【内服薬】（肝機能障害）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

肝機能障害に対するグルタチオン製剤【内服薬】（タチオン錠等）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

グルタチオンには、肝機能を改善する作用があると考えられているが、グルタチオン製剤【内服薬】（タチオン錠）の添付文書の効能・効果は「薬物中毒、アセトン血性嘔吐症（自家中毒、周期性嘔吐症）、金属中毒、妊娠悪阻、妊娠高血圧症候群」であり、肝機能障害は適応外と考えられる。

以上のことから、肝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ないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４８９　高リン血症治療薬（慢性腎臓病等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名のみに対する高リン血症治療薬※の算定は、原則として認められない。

⑴　慢性腎臓病
⑵　急性腎不全
⑶　慢性腎不全
⑷　腎障害
⑸　腎機能低下
⑹　続発性副甲状腺機能亢進症

※　炭酸ランタン水和物、クエン酸第二鉄水和物、ビキサロマー、セベラマー塩酸塩、沈降炭酸カルシウム、スクロオキシ水酸化鉄

○　取扱いを作成した根拠等

高リン血症治療薬である炭酸ランタン水和物（ホスレノール等）、クエン酸第二鉄水和物（リオナ）、ビキサロマー（キックリン）、セベラマー塩酸塩（レナジェル、フォスブロック等）、沈降炭酸カルシウム（カルタン等）、スクロオキシ水酸化鉄（ピートル）の添付文書の効能・効果は、慢性腎臓病患者や慢性腎不全患者等における高リン血症の改善である。

高リン血症は、血液中のリン濃度が異常に上昇した（血清リン濃度が4.5mg/dL を上回った）状態であり、慢性腎臓病が原因となるが、高リン血症治療薬を算定するに当たっては、高リン血症の傷病名又は当該状態が判断できる記載が必要と考える。

以上のことから、上記傷病名のみに対するこれらの高リン血症治療薬の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４９０　ホスホマイシンカルシウム水和物【内服薬】（感冒等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するホスホマイシンカルシウム水和物【内服薬】（ホスミシン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　感冒

⑵　感冒性胃腸炎、感冒性腸炎

○　取扱いを作成した根拠等

ホスミシン錠の添付文書の効能・効果は、「深在性皮膚感染症、膀胱炎、腎盂腎炎、感染性腸炎、涙嚢炎、麦粒腫、瞼板腺炎、中耳炎、副鼻腔炎」であり、効能・効果に関連する注意に「「抗微生物薬適正使用の手引き」を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること」と記載されている。

当該手引き（第三版）に「日本呼吸器学会、日本小児呼吸器学会・日本小児感染症学会及びＡＣＰ／ＣＤＣの指針では、感冒はウイルスによって引き起こされる病態であることから、抗菌薬投与は推奨しないとされている。」と記載されており、ウイルスが原因である感冒、感冒性胃腸炎、感冒性腸炎に対する当該医薬品の投与は適応外使用と考えられる。

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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４９１　レボフロキサシン水和物【内服薬】（感冒性胃腸炎等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するレボフロキサシン水和物【内服薬】（クラビット錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　感冒性胃腸炎

⑵　急性胃腸炎

○　取扱いを作成した根拠等

クラビット錠は、添付文書の効能・効果に「感染性腸炎」があり、効能・効果に関連する注意に「「抗微生物薬適正使用の手引き」を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること」と記載されている。

感冒は、当該手引き（第三版）に「日本呼吸器学会、日本小児呼吸器学会・日本小児感染症学会及びＡＣＰ／ＣＤＣの指針では、ウイルスによって引き起こされる病態であることから、抗菌薬投与は推奨しないとされている。」と記載されている。

また、急性胃腸炎は、その原因の多くはウイルス感染であり、その場合は当該医薬品投与の有用性は低い。

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。

支払基金統一事例

【　投薬　】

４９２　ニューモシスチス肺炎の発症抑制に対するスルファメトキサゾール・トリメトプリム【内服薬】の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の場合のニューモシスチス肺炎の発症抑制に対するスルファメトキサゾール・トリメトプリム【内服薬】（バクタ配合錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　免疫抑制剤又は生物学的製剤を投与している場合

⑵　癌化学療法を実施している場合

○　取扱いを作成した根拠等

バクタ配合錠は、添付文書の効能・効果の一つに「ニューモシスチス肺炎、ニューモシスチス肺炎の発症抑制」がある。免疫抑制剤又は生物学的製剤を投与している場合や癌化学療法を実施している場合は、細菌、ウイルスをはじめとし、ニューモシスチスを含めた真菌などの感染症が発現又は増悪する可能性があることから、当該医薬品の投与は有用である。

以上のことから、上記の場合のニューモシスチス肺炎の発症抑制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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４９３　メサラジンとサラゾスルファピリジン【内服薬】【外用薬】の併算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の内服薬と外用薬の併用投与は、原則として認められる。

⑴　メサラジン【内服薬】（ペンタサ錠等）とメサラジン【外用薬】（ペンタサ注腸等）

⑵　メサラジン【内服薬】（ペンタサ錠等）とサラゾスルファピリジン【外用薬】（サラゾピリン坐剤）

⑶　サラゾスルファピリジン【内服薬】（サラゾピリン錠等）とメサラジン【外用薬】（ペンタサ注腸等）

○　取扱いを作成した根拠等

メサラジンとサラゾスルファピリジンは、5-アミノサリチル酸を有効成分とする潰瘍性大腸炎治療薬で、大腸の炎症を抑える作用を有する。経口剤（内服薬）と局所製剤（外用薬）の併用療法は、潰瘍性大腸炎の病期や病型、重症度に応じて行われ、また、寛解導入期、寛解維持期いずれの病期においても有用な療法である。

以上のことから、上記医薬品の内服薬と外用薬の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

４９４　生薬の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

漢方処方の調剤に用いる生薬の単独投与は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

生薬とは、動植物の薬用とする部分、細胞内容物、分泌物、抽出物又は鉱物等であり、2 種類以上の生薬を決められた分量で組成して漢方薬として投与することが多いが、症状に応じて単独で投与する場合であっても有用と考えられる。

以上のことから、漢方処方の調剤に用いる生薬の単独投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１０　アミオダロン塩酸塩【内服薬】（不整脈等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

次の傷病名のみに対するアミオダロン塩酸塩【内服薬】（アンカロン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　不整脈
⑵　心室期外収縮
⑶　心不全
⑷　心不全のない心房細動
⑸　肥大型心筋症のない心房細動

○　取扱いを作成した根拠等

アミオダロン塩酸塩【内服薬】（アンカロン錠等）は、添付文書の効能・効果に「生命に危険のある下記の再発性不整脈で他の抗不整脈薬が無効か、又は使用できない場合（下記は、心室細動、心室性頻拍、心不全（低心機能）又は肥大型心筋症に伴う心房細動）」と記載されており、警告として「患者の限定」の項において「他の抗不整脈薬が無効か、又は副作用により使用できない致死的不整脈患者にのみ使用すること」と示されているとおり、致死的不整脈に対し投与されるものである。

したがって、単なる不整脈、心室期外収縮、心不全の傷病名での算定は不適切であり、また、心不全や肥大型心筋症のない心房細動は適応外である。

以上のことから、上記⑴から⑸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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１１　ロサルタンカリウム（高血圧症がない糖尿病、糖尿病性腎症）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

高血圧症がない次の傷病名に対するロサルタンカリウム（ニューロタン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　糖尿病

⑵　糖尿病性腎症

○　取扱いを作成した根拠等

ロサルタンカリウム（ニューロタン錠）はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬で、添付文書の効能・効果は、「高血圧症、高血圧及び蛋白尿を伴う２型糖尿病における糖尿病性腎症」であり、薬効薬理の作用機序において「ロサルタンカリウムは経口投与後速やかに吸収され、その一部が主代謝物であるカルボン酸体に変換される。ロサルタン及びカルボン酸体は、いずれも生理的昇圧物質であるアンジオテンシンⅡ（A-Ⅱ）に対して、その受容体において特異的に拮抗し、降圧効果を発揮する。」と示されている。

したがって、単なる糖尿病や糖尿病性腎症では、必ずしも、降圧効果を必要とする高血圧症が併存してはおらず、当該医薬品の適応外である。

以上のことから、高血圧症がない上記の傷病名に対するロサルタンカリウム（ニューロタン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１２　ジピリダモール製剤（ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外における次の傷病名に対するジピリダモール製剤(ペルサンチン錠 100mg)単独の算定は、原則として認められない。

⑴　狭心症
⑵　心筋梗塞（急性期を除く）
⑶　その他の虚血性心疾患
⑷　うっ血性心不全

○　取扱いを作成した根拠等

ジピリダモール製剤(ペルサンチン錠 100mg)は、抗血小板作用をはじめ、血栓・塞栓抑制作用、尿蛋白減少作用、腎機能改善作用を有する医薬品であるが、添付文書の効能・効果は「ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制」、「次の疾患における尿蛋白減少：ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群」である。

以上のことから、ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外における上記傷病名等に対するジピリダモール製剤(ペルサンチン錠 100mg)単独の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１３　胃粘膜保護剤（健胃消化剤等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められる。

⑴　薬効分類番号 2330 健胃消化剤

⑵　防御因子増強剤（セルベックスカプセル、ムコスタ錠等）

○　取扱いを作成した根拠等

健胃消化剤は、主に複数の消化酵素を体内に補うことで消化酵素の不足により生じる消化器症状などを改善する医薬品、また、防御因子増強剤は、胃粘液などの防御因子を増強することで胃粘膜保護作用をあらわす医薬品であり、共に粘膜の保護に有用であることから胃粘膜保護剤として有用性が高い。

以上のことから、上記⑴、⑵の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１４　胃粘膜保護剤としてＨ$_2$遮断剤等の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められない。
⑴　薬効分類番号 2325Ｈ$_2$遮断剤
⑵　ドンペリドン（ナウゼリン錠等）、チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）

②　次の薬剤を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められない。
⑴　ワルファリンカリウム（ワーファリン錠等）
⑵　合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等）
⑶　解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）

○　取扱いを作成した根拠等

Ｈ$_2$遮断剤は、Ｈ$_2$受容体に拮抗的に作用し、胃酸分泌を抑制する作用を有する医薬品である。また、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）は、胃・十二指腸のドパミンの働きを抑えて消化管運動を改善し、くわえて、吐き気に関与するＣＴＺに作用して制吐作用をもたらし、チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）は、抗ムスカリン作用により消化管等の平滑筋の痙攣や運動機能の亢進を改善する作用を有する医薬品である。したがって、これらの薬剤は、それぞれが粘膜保護剤とは異なる薬理作用を有し、効能・効果も異なる。

以上のことから、薬効分類番号 2325Ｈ$_2$遮断剤、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）やチキジウム臭化物（チアトンカプセル等）を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められないと判断した。

また、プロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）は、胃の壁細胞のプロトンポンプに作用し、胃酸の分泌を抑制する作用を有する医薬品であり、添付文書の主な効能・効果は、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎、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再発抑制、非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制等であり、粘膜保護作用は有していない。

以上のことから、ワルファリンカリウム（ワーファリン錠等）、合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等）、解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１５　プロトンポンプ・インヒビター（難治性逆流性食道炎）の投与量について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【内服薬】による治療は、初期治療量を最長８週間まで行うこととされている。また、再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法について、多くのＰＰＩ製剤の添付文書には、症例に応じ、初期治療量の半量～初期治療量を投与する旨示されており、難治性逆流性食道炎に対する当該医薬品の初期治療量の継続投与は有用と考えられる。

以上のことから、難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１６　トリメブチンマレイン酸塩製剤（胃炎）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

胃炎に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤（セレキノン錠等）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

トリメブチンマレイン酸塩は、消化管平滑筋に作用し、胃運動調律作用や消化管連動運動誘発作用、胃排出能改善作用、腸運動調律作用等を有している。

また、添付文書の効能・効果は、慢性胃炎における消化器症状（腹部疼痛、悪心、嘔気、腹部膨満感）の改善であり、胃炎の消化器症状に対しても有用である。

以上のことから、胃炎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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１７　トリメブチンマレイン酸塩製剤（胃潰瘍等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤（セレキノン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　胃潰瘍
⑵　胃癌
⑶　胃癌術後
⑷　逆流性食道炎
⑸　十二指腸潰瘍

○　取扱いを作成した根拠等

トリメブチンマレイン酸塩は、消化管運動に対する作用として、胃運動調律作用や消化管連動運動誘発作用、胃排出能改善作用、腸運動調律作用等を有するが、胃酸分泌抑制作用は認められない医薬品である。また、添付文書の効能・効果は、慢性胃炎における消化器症状（腹部疼痛、悪心、嘔気、腹部膨満感）、過敏性腸症候群であり、上記傷病名に対する投与は適応外である。

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。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１８　気管支拡張薬等（急性増悪時）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性β_2刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

喘息性気管支炎は、ウイルスや細菌により気管に炎症が起こる急性気管支炎の一種である。小児の場合、細い気管支壁の腫脹により気管が狭窄し、喘鳴や陥没呼吸も生じる。

短時間作用性β_2刺激薬であるプロカテロール塩酸塩やテオフィリン製剤には気管支拡張作用があり、小児の喘息性気管支炎に対する本医薬品の投与は、有用性が高いと考えられる。

以上のことから、小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性β_2刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５１９　オセルタミビルリン酸塩【カプセル】（腎機能障害患者等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

インフルエンザが確定した次の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】（タミフルカプセル）１日１回 75mg の算定は、原則として認められる。なお、腎機能障害（慢性腎不全）がある患者に対する投与期間は５日間とする。

⑴　腎機能障害（慢性腎不全）がある患者

⑵　透析を実施している患者

○　取扱いを作成した根拠等

タミフルカプセルは、添付文書の用法・用量に「通常、成人及び体重 37.5kg 以上の小児にはオセルタミビルとして１回 75mg を１日２回、５日間経口投与する。」と記載されているが、成人の腎機能障害患者のインフルエンザの治療においては、用法及び用量に関連する注意に、血漿中濃度が増加するため、腎機能の低下に応じてクレアチニンクリアランス（Ｃｃｒ）が「10＜Ｃｃｒ≦30」の場合は、１回 75mg1 日１回、Ｃｃｒ＞30 の場合は、１回 75mg1 日２回の投与法が記載されている。

また、「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」に「透析患者に対する抗インフルエンザ薬の投与量は腎機能を勘案して行う。」、「オセルタミビルの排泄経路は腎臓であり、減量する必要がある。オセルタミビル 75mg 単回投与で、５日後症状が残っていた場合、もう１回投与する。」旨記載されている。

腎機能障害がある患者については、上記添付文書の記載より、Ｃｃｒ値に応じて１日１回 75 mgを５日間投与する場合があり、また、透析患者に対する１日１回 75mg の単回投与は有用であると考えられる。

以上のことから、上記⑴、⑵の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】（タミフルカプセル）１日１回 75mg の算定は、原則として認められると判断した。なお、腎機能障害（慢性腎不全）がある患者に対する投与期間は５日間が妥当と判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５２０　小柴胡湯エキス（肝硬変等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

適応傷病名と次の傷病名等がある患者に対する小柴胡湯エキス（ツムラ小柴胡湯エキス顆粒等）の算定は、原則として認められない。

⑴　肝硬変
⑵　肝癌
⑶　インターフェロン製剤を投与中の患者

○　取扱いを作成した根拠等

ツムラ小柴胡湯エキス顆粒は、添付文書に「インターフェロン製剤を投与中の患者、肝硬変、肝癌の患者、慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が10 万/mm^3 以下の患者」には投与しない旨記載されており、肝硬変、肝癌の患者に投与した場合、警告に「間質性肺炎が起こり、早期に適切な処置を行わない場合、死亡等の重篤な転帰に至ることがあるので、患者の状態を十分観察し、咳嗽、呼吸困難、発熱、肺音の異常、胸部Ｘ線異常、胸部ＣＴ異常等があらわれた場合には、ただちに本剤の投与を中止すること」とされている。

以上のことから、適応傷病名と上記傷病名等がある患者に対する小柴胡湯エキス（ツムラ小柴胡湯エキス顆粒等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５２１　イソニアジド（生物学的製剤投与中等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

肺結核又はその他の結核症（既感染者を含む。）の記載がない、次の傷病名等に対するイソニアジド（イスコチン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　生物学的製剤投与中
⑵　免疫不全状態
⑶　ＨＩＶ感染症

○　取扱いを作成した根拠等

生物学的製剤投与中の患者や免疫不全状態の患者、ＨＩＶ感染症の患者は、細菌やウイルス、真菌等の病原体に対する抵抗力が低下しており、結核の発症リスクがある。したがって、結核が疑われる場合や既結核感染者に対して、問診や胸部レントゲン検査等により感染の有無を十分に確認する必要がある。

一方、イスコチン錠の添付文書の効能・効果の適応症は「肺結核及びその他の結核症」であり、当該医薬品の投与に当たっては、レセプトの傷病名欄等にその旨の記載が必要である。

以上のことから、肺結核又はその他の結核症（既感染者を含む。）の記載がない、上記傷病名等に対するイソニアジド（イスコチン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５２２　経口血糖降下薬（２型糖尿病）の併用投与について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

２型糖尿病に対する同一種類の経口血糖降下薬※の併用投与は、原則として認められない。

（※）　経口血糖降下薬の種類は以下のとおり

①　チアゾリジン薬　②　ビグアナイド薬　③　α－グルコシダーゼ阻害薬

④　ＳＧＬＴ２阻害薬　⑤　ＤＰＰ－４阻害薬又はＧＬＰ－１受容体作動薬

⑥　スルホニル尿素（ＳＵ）薬又はグリニド薬（速攻型インスリン分泌促進薬）

○　取扱いを作成した根拠等

経口血糖降下薬は、作用機序や作用臓器により数種に分類される。糖尿病の薬剤療法については、「糖尿病標準診療マニュアル」に、単剤から投与を開始して反応に応じて種類の異なる薬剤を追加する旨記載されており、作用機序の異なる種類の経口血糖降下薬の併用投与は有用と考えられるが、作用機序が同一である経口血糖降下薬の併用投与の臨床的有用性は低いと考えられる。

以上のことから、２型糖尿病に対する上記の同一種類の経口血糖降下薬の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　投薬　】

５２３　プレガバリン（反射性交感神経性ジストロフィー等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

神経障害性疼痛と次の傷病名が併記されている場合のプレガバリン（リリカカプセル・ＯＤ錠）の算定は、原則として認められる。

⑴　反射性交感神経性ジストロフィー

⑵　頸椎症

○　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いる。

以上のことから、神経障害性疼痛と上記の傷病名が併記されている場合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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１９　淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬の投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬の投与は、原則として認める。

○　取扱いを作成した根拠等

性感染症診断・治療ガイドライン 2016（2016 年 11 月 1 日　日本性感染症学会誌第 27 巻　第 1 号）において、淋菌感染症の治療にあっては、経口抗菌薬に関する耐性菌の問題が指摘されており、注射薬である「セフトリアキソン（ロセフィン）」、「スペクチノマイシン（トロビシン）」の 2 剤が有効とされている。

保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という。）第二十条第四項のイに「注射は、次に掲げる場合に行う。」とあり、(1) に「経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。」とある。

このことから、淋菌感染症に対するセフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）、スペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の投与は、経口抗菌薬に関する耐性菌の問題が指摘されていることから、療養担当規則第二十条第四項のイに合致していると考えられる。

また、淋菌感染症は、頻度の高い性感染症であり、性行為による感染伝達率も高いことから、適切な検査・適切な治療を行うことで感染拡大防止を図る必要があり、療養担当規則第二十条第四項のイの（2）「特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。」にも合致していると考えられる。

以上のことから、淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬を投与することについては、原則認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２０　急性肝炎重症型又は肺高血圧症に対するプロスタンディン点滴静注用 500μｇの投与について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

外科手術時ではない、「急性肝炎重症型」又は「肺高血圧症」に対する、プロスタンディン点滴静注用 500μｇの投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

プロスタンディン点滴静注用 500μｇの適応は、外科手術時の 1.低血圧維持と 2.異常高血圧の救急処置に使用目的が特化されている製剤である。

したがって、外科手術時の使用ではない、「急性肝炎重症型」又は「肺高血圧症」の治療のためのプロスタンディン点滴静注用 500μｇの投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２３　播種性血管内凝固症候群（ＤＩＣ）の患者に対する脂肪乳剤のイントラリポス輸液の投与について

《平成２９年１１月２７日》

○　取扱い

播種性血管内凝固症候群（ＤＩＣ）の患者に対する脂肪乳剤のイントラリポス輸液の投与は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

イントラリポス輸液は、静注用脂肪乳剤であり、添付文書上の適応症は、「術前・術後、急・慢性消化器疾患、消耗性疾患、火傷（熱傷）・外傷、長期にわたる意識不明状態時の栄養補給」となっている。

脂肪乳剤のイントラリポス輸液については、その副作用として血栓症の患者において凝固能の亢進により病状が悪化するおそれがあること、また、重篤な血液凝固障害のある患者において出血傾向があらわれるおそれがあることが指摘されている。

したがって、「ＤＩＣ」の患者に対する脂肪乳剤のイントラリポス輸液の投与は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２５　急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変に対するグルカゴンＧノボ注射用 1mg（溶解液付）とヒューマリンＲ注カート 300 単位の併用投与（ＧＩ療法）について

《平成３０年２月２６日》

○　取扱い

急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変に対するグルカゴンＧノボ注射用 1mg（溶解液付）とヒューマリンＲ注カート 300 単位の併用投与（ＧＩ療法）は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

グルカゴンＧノボ注射用 1mg（溶解液付）とヒューマリンＲ注カート 300 単位の併用療法（ＧＩ療法）については、肝細胞再生の促進効果が期待される治療法である。

しかし、急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変に対するグルカゴンＧノボ注射用 1mg（溶解液付）とヒューマリンＲ注カート 300 単位の併用療法（ＧＩ療法）は、他に確立した治療薬や治療法があるため、原則認められないと判断した。ただし、劇症化に進むおそれがある急性肝炎の場合等にも配慮し、症例によっては詳記等から判断するケースもある。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３４　膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の局所使用について

《令和３年８月３１日》

○　取扱い

膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の使用は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

日本泌尿器科学会による「泌尿器科領域における感染制御ガイドライン」（泌尿器科領域における感染制御ガイドライン作成委員会、2009）に「抗菌薬を加えて膀胱洗浄をすることは短期間の感染防止には役立つかもしれないが、尿路感染症の頻度を減少させない。」と示されている。

したがって、膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の使用は、有効性が認められていないこと、加えて用法外使用であることから、原則認められないと判断した。

なお、膀胱炎における感染症治療の一環としての膀胱内注入又は洗浄する局所投与の用法・用量が承認されている抗生剤は、現在、経口又は局所投与による血中移行のない「日本薬局方 ポリミキシンＢ硫酸塩」に限られている。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

６２　ヘパリンナトリウム（ロック製剤）の算定について①

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

中心静脈注射に対するヘパリン（ヘパリンＮａロック用 10U／ｍＬシリンジ10ｍＬ等のロック製剤）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

中心静脈ルートは持続的に血管内に留置され、管内の凝血が危惧される。

血液凝固阻止作用を有するヘパリン（ヘパリンＮａロック用 10U／ｍＬシリンジ10ｍＬ等のロック製剤）の留置ルート内充填は凝血抑止に重要である。

以上のことから、中心静脈注射に対する算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

６３　ヘパリンナトリウム（ロック製剤）の算定について②

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

①　ヘパリン（ヘパリンＮａロック用 10U／ｍＬシリンジ 10ｍＬ等のロック製剤）10 単位製剤の１日の使用量は、原則として４筒まで認められる。
②　ヘパリン（ヘパリンＮａロック用 100U／ｍＬシリンジ 10ｍＬ等のロック製剤）100 単位製剤の１日の使用量は、原則として２筒まで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ヘパリン（ヘパリンＮａロック用 10U／ｍＬシリンジ 10ｍＬ等のロック製剤）については、添付文書の用法及び用量に関連する注意に「10 単位/mL 製剤は通常６時間までの、100 単位/mL 製剤は 12 時間までを標準とし最長 24 時間までの静脈内留置ルート内の血液凝固防止（ヘパリンロック）に用いる」と示されている。

以上のことから、10 単位製剤は原則として１日４筒まで、100 単位製剤は原則として１日２筒まで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

６４　筋肉内注射用パリビズマブの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

筋肉内注射用パリビズマブ（遺伝子組換え）製剤（シナジス筋注液）については、ＲＳウイルス感染症の発症抑制に対する投与で認められる。

ただし、ＲＳウイルス感染症（確定）の治療としての投与は、原則として認められない。

また、乳幼児以外への投与についても原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

筋肉内注射用パリビズマブ（遺伝子組換え）製剤（シナジス筋注液）は、効能・効果に「新生児、乳児および幼児におけるＲＳウイルス感染による重篤な下気道疾患の発症抑制」と示されており、効能・効果に関連する注意に「既に発症したＲＳウイルス感染症に対する本剤の治療効果は確立されていない。」と示されている。

本剤はその作用機序より、ＲＳウイルスが宿主細胞に接着・侵入する際に重要な役割を果たすＦたん白質に結合してウイルスの感染性を中和し、ウイルスの複製及び増殖を抑制する。

ＲＳウイルス感染症の治療は、有効な抗ウイルス剤がないため対症療法を行うが、重症化した場合は、酸素投与、補液（点滴）、呼吸管理が行われる。

このため、当該医薬品について、ＲＳウイルス感染症の発症抑制に対する投与は認められるが、治療薬としては、原則として認められないと判断した。

また、先天性心疾患、ダウン症候群又は免疫不全等の 24 ヵ月齢以下の新生児、乳児及び幼児がＲＳウイルスに感染した場合、重症化する危険性があるが、成人や学童期の小児は数日間の風邪症状で治癒する。

このため、当該医薬品について、効能・効果に示されている新生児、乳児及び幼児以外の患者に対する投与については、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

６５　骨粗鬆症等に対するエルカトニン注射液 40 単位製剤の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

エルカトニン注射液 40 単位について、適応は高カルシウム血症と骨ページェット病であり、骨粗鬆症を含め、これら以外の傷病名に対する算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

エルカトニン注射液は骨吸収抑制作用や血清カルシウム低下作用を有する薬剤で、「40 単位」の添付文書の効能・効果は「高カルシウム血症、骨ページェット病」である。

一方、「10 単位」、「20 単位」、「20S」の添付文書の効能・効果は「骨粗鬆症における疼痛」であり、「40 単位」とは異なる。

このため、エルカトニン注射液 40 単位について、骨粗鬆症を含め、高カルシウム血症又は骨ページェット病以外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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

９５　グリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システインの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の傷病名に対するグリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン（強力ネオミノファーゲンシー静注）の算定は、原則として認められない。

⑴　慢性肝疾患のない肝癌

⑵　脂肪肝

○　取扱いを作成した根拠等

グリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン（強力ネオミノファーゲンシー静注）の添付文書の効能・効果は「湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、皮膚そう痒症、薬疹・中毒疹、口内炎、小児ストロフルス、フリクテン」、「慢性肝疾患における肝機能異常の改善」である。

肝癌及び脂肪肝は、ともに背景に必ずしも慢性肝疾患があるとは限らない。したがって、これらの病名のみでは、当該医薬品の適応とはならない。

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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１７４　濃グリセリン・果糖注射液の算定について①

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の傷病名等に対する濃グリセリン・果糖注射液（グリセオール注等）の算定は、原則として認められない。

⑴　めまい症
⑵　感音難聴
⑶　突発性難聴
⑷　慢性透析施行時（透析不均衡症候群なし）

○　取扱いを作成した根拠等

濃グリセリン・果糖注射液（グリセオール注等）の添付文書の効能・効果は以下のとおりであることより、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。

＜グリセオール注の添付文書の効能・効果＞

頭蓋内圧亢進、頭蓋内浮腫の治療

頭蓋内圧亢進、頭蓋内浮腫の改善による下記疾患に伴う意識障害、神経障害、自覚症状の改善

脳梗塞（脳血栓、脳塞栓）、脳内出血、くも膜下出血、頭部外傷、脳腫瘍、脳髄膜炎

脳外科手術後の後療法

脳外科手術時の脳容積縮小

眼内圧下降を必要とする場合

眼科手術時の眼容積縮小

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１７５　アセトアミノフェン静注液又はトラマドール塩酸塩注射液とフルルビプロフェン アキセチルの併用投与について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の薬剤に対するフルルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）の併用投与は、原則として認められる。

⑴　アセトアミノフェン静注液（アセリオ静注液）

⑵　トラマドール塩酸塩注射液（トラマール注）

○　取扱いを作成した根拠等

フルルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）は、組織のＣＯＸ阻害作用によりプロスタグランジンＥ２の合成抑制にて鎮痛効果を発揮する非ステロイド性鎮痛剤（ＮＳＡＩＤｓ）である。

一方、アセトアミノフェン静注液（アセリオ静注液）は、中枢性ＣＯＸ阻害作用に加え、下行性痛覚抑制系の賦活作用により鎮痛効果があると考えられている。また、トラマドール塩酸塩注射液（トラマール注）は、μオピオイド受容体作動による上行性痛覚伝達抑制作用に加え、モノアミンの再取り込み阻害により下行性痛覚抑制系の賦活作用等を有する非麻薬性オピオイド鎮痛剤である。これらの３剤はそれぞれ作用機序が異なる。

以上のことから、アセトアミノフェン静注液、トラマドール塩酸塩注射液に対するフルルビプロフェン アキセチルの併用投与は原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１７６　脳梗塞に対するエダラボン注射液とオザグレルナトリウム注射液等の併用投与について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

脳梗塞に対する次の薬剤の併用投与は、原則として認められる。

⑴　エダラボン注射液（ラジカット注等）とオザグレルナトリウム注射液（カタクロット注射液等）

⑵　エダラボン注射液（ラジカット注等）とアルガトロバン水和物注射液（ノバスタンＨＩ注等）

○　取扱いを作成した根拠等

エダラボン注射液は、フリーラジカルを消去し、脂質過酸化を抑制する作用により脳細胞や神経細胞の酸化による傷害を抑える作用を有する脳保護薬である。一方、オザグレルナトリウム注射液はトロンボキサン合成酵素阻害作用を介した抗血小板療法薬、アルガトロバン水和物注射液は抗トロンビン作用を介した抗凝固療法薬であり、それぞれ作用機序が異なることから脳梗塞急性期において、エダラボン注射液とこれらの医薬品との併用は有用である。

以上のことから、エダラボン注射液と、オザグレルナトリウム注射液又はアルガトロバン水和物注射液の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１９７　グリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・Ｌ-システインの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

次の傷病名に対するグリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・ Ｌ-システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注）の使用量は、原則として 40mL まで認められる。

⑴　湿疹、皮膚炎
⑵　じんま疹
⑶　薬疹
⑷　中毒疹

○　取扱いを作成した根拠等

グリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・ Ｌ-システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注）については、添付文書の用法・用量に「通常成人には、１日１回 5～20mL を静脈内に注射する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載されており、年齢、症状により適宜増減した場合であっても、40mL を超えない使用量が適切と考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑷までの傷病名に対するグリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・ Ｌ-システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注)の使用量は､原則として 40mL まで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

１９８　フィルグラスチム又はレノグラスチムの算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　好中球減少症の傷病名等の記載がないインターフェロン投与時のフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められない。
②　原疾患の記載がない好中球減少症の傷病名のみに対するフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）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

フィルグラスチム（グランシリンジ等）、レノグラスチム（ノイトロジン注）は、好中球前駆細胞から成熟好中球の細胞までに存在する受容体に特異的に結合し、好中球前駆細胞の分化と増殖を促進させ、成熟好中球の機能を亢進させると考えられている。

これらの医薬品の主要な対象は、血液疾患を始めとした、悪性腫瘍等に対して治療中に実施された強力な化学療法や免疫抑制療法の結果としての好中球減少症である。また、インターフェロン投与中にも好中球減少症がみられ、本剤が必要となることがある。

また、好中球減少症は、一般的に原疾患がありその臨床経過上付随してくる病態で、独立して存在する病名ではないことから、その治療薬の使用にあたっては、好中球減少症を来す原疾患の記載は必須となる。

以上のことから、①好中球減少症の傷病名等の記載がないインターフェロン投与時のフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められない、②原疾患の記載がない好中球減少症の傷病名のみに対するフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　注射　】

１９９　ベバシズマブの単独投与について

《令和６年６月２８日》
《令和６年１０月３１日更新》

○　取扱い

悪性神経膠腫以外の傷病名に対するベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）の単独投与※は、原則として認められない。

※　他の抗悪性腫瘍剤との併用が確認できない場合

○　取扱いを作成した根拠等

ベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）は、再発悪性神経膠腫以外での単独投与での有効性及び安全性は確立していないとされており、添付文書の用法・用量においても、効能・効果に記載のある傷病名のうち、悪性神経膠腫以外の疾患に対しては、各疾患に応じ、パクリタキセル、アテゾリズマブ（遺伝子組換え）や他の抗悪性腫瘍剤と併用することが示されている。

以上のことから、悪性神経膠腫以外の傷病名に対するベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）の単独投与は、他の抗悪性腫瘍剤等との併用が確認できない場合、原則として認められないと判断した。

なお、卵巣癌については添付文書に「本剤とカルボプラチン及びパクリタキセルを併用する場合は、併用投与終了後も本剤単独投与を継続すること（本剤を継続投与しない場合の有効性は確認されていない）」と示されていることから、併用投与終了後であれば認められる。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２４４　プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）の内服薬及び注射薬の併用投与について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）の内服薬及び注射薬の併用投与は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ＰＰＩには、内服薬と注射薬の双方あるが、注射薬については、添付文書の効能・効果に「経口投与不可能な下記の疾患」として「出血を伴う胃潰瘍」等が記載されており、内服薬投与が不可能な患者が対象である。

以上のことから、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）の内服薬及び注射薬の併用投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２４５　肝性脳症改善アミノ酸注射液の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

①　肝硬変かつ高アンモニア血症に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められる。
②　次の傷病名に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められない。
⑴　肝硬変
⑵　アルコール性肝硬変
⑶　慢性肝炎
⑷　Ｃ型慢性肝炎

○　取扱いを作成した根拠等

肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注）の添付文書の効能・効果は「慢性肝障害時における脳症の改善」である。

肝性脳症は、肝臓の機能が低下したことにより体内にアンモニアが蓄積し、意識障害などの神経症状が出現する病態であり、肝硬変かつ高アンモニア血症では、肝性脳症の病態である蓋然性が高い。

以上のことから、肝硬変かつ高アンモニア血症に対するアミノレバン点滴静注等の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる傷病名のみの場合、一般的に肝性脳症の病態であると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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２４６　プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【注射薬】の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【注射薬】の算定は、原則として認められない。

⑴　逆流性食道炎
⑵　出血のない胃潰瘍
⑶　胃癌

○　取扱いを作成した根拠等

プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【注射薬】の添付文書の主な効能・効果は、「経口投与不可能な出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変」である。

また、その他の注意として、「本剤の投与が胃癌による症状を隠蔽することがあるので、悪性でないことを確認のうえ投与すること」と示されており、胃癌には適応もない。

以上のことから、経口摂取可能な逆流性食道炎、出血のない胃潰瘍、胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）【注射薬】の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２７８　腎性貧血等に対する含糖酸化鉄注射液の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

次の傷病名等に対する含糖酸化鉄注射液（フェジン静注）の算定は、原則として認められない。

⑴　腎性貧血
⑵　慢性透析患者
⑶　貧血

○　取扱いを作成した根拠等

含糖酸化鉄注射液（フェジン静注）の添付文書の効能・効果は「鉄欠乏性貧血」であり、鉄欠乏が貧血の原因となっている場合のみ適応となる。

腎性貧血の主因は、内因性エリスロポエチンの産生低下によるものであり、鉄欠乏によるものではない。

また、慢性透析患者、貧血のみの傷病名では、鉄分補充の必要性は認められない。

以上のことから、腎性貧血、慢性透析患者、貧血に対する含糖酸化鉄注射液（フェジン静注）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

２７９　肝癌に対するグルカゴン・インスリン療法の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

肝癌に対するグルカゴン・インスリン療法の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

グルカゴン・インスリン療法は、グルカゴンとインスリンの併用療法（ＧＩ療法）であり、肝細胞再生の促進効果が期待される治療法である。

したがって、肝癌に対しては、当該療法の医学的有用性は認められず、別に確立した治療薬や治療法がある。

以上のことから、肝癌に対するグルカゴン・インスリン療法の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３０９　重症急性膵炎等に対するオクトレオチド酢酸塩注射液の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の傷病名に対するオクトレオチド酢酸塩注射液（サンドスタチン皮下注等）の算定は、原則として認められない。

⑴　重症急性膵炎

⑵　膵液瘻

○　取扱いを作成した根拠等

オクトレオチド酢酸塩注射液（サンドスタチン皮下注等）は、持続性ソマトスタチンアナログ製剤である。ソマトスタチンは、広く諸臓器に分布し、内・外分泌、腸管運動等に対して抑制的に作用することが知られている。このため、重症急性膵炎、膵液瘻に対して使用されることが考えられるが、急性膵炎のガイドライン等に有効性は示されていない。

以上のことから、重症急性膵炎、膵液瘻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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３１０　癌性疼痛に伴う鎮痛等に対するハロペリドール【注射薬】の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

次の傷病名等に対するハロペリドール【注射薬】（セレネース注等）の算定は、原則として認められない。

⑴　癌性疼痛に伴う鎮痛

⑵　認知症に伴う不眠症

○　取扱いを作成した根拠等

セレネース注の添付文書の効能・効果は、「統合失調症、そう病」であり、作用機序に「中枢神経系におけるドパミン作動系、ノルアドレナリン作動系等に対する抑制作用が想定されている」と記載されている。

癌性疼痛に伴う鎮痛や認知症に伴う不眠症は、神経伝達物質のノルアドレナリンが分泌されることがあるが、抗精神病剤である本剤の投与は、適応外である。

以上のことから、上記⑴⑵の傷病名等に対するハロペリドール【注射薬】（セレネース注等）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３１１　人工透析中の閉塞性動脈硬化症等に対するアルプロスタジルの算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するアルプロスタジル（パルクス注、リプル注等）の算定は、原則として認められる。
⑴　人工透析中の閉塞性動脈硬化症
⑵　潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（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　人工透析に対するアルプロスタジル（パルクス注、リプル注等）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

パルクス注、リプル注については、添付文書に作用機序として「本剤の有効成分はPGE_1であり、PGE_1は血管拡張作用に基づく血流増加作用及び血小板凝集抑制作用を有する」と記載されており、その主な効能・効果は「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）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善、進行性全身性硬化症及び全身性エリテマトーデスにおける皮膚潰瘍の改善、糖尿病における皮膚潰瘍の改善、振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復」である。

しかし、安静時疼痛や四肢潰瘍を伴わない場合でも、下肢の冷感、しびれ、間欠性跛行などの有症状に対しては薬理作用として有効と判断される。

以上のことから、人工透析中の閉塞性動脈硬化症、潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対するアルプロスタジル（パルクス注、リプル注等）の算定は原則として認められると判断した。

また、人工透析実施のみに対する算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３４４　膵炎に対するナファモスタットメシル酸塩製剤の投与量について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

膵炎（急性期又は急性増悪期）に対するナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）の投与量は、原則として１日 40 ㎎まで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）を膵炎の急性症状(急性膵炎、慢性膵炎の急性増悪)に対して使用する場合の用法・用量については、添付文書に「通常、１回、ナファモスタットメシル酸塩として 10mg を５%ブドウ糖注射液 500mL に溶解し、約２時間前後かけて１日１～２回静脈内に点滴注入する。なお、症状に応じ適宜増減する。」と記載されている。

したがって、１日の投与量は、通常量として 20 ㎎まで、症状に応じてその倍量の 40 ㎎までが許容量と考える。

以上のことから、膵炎（急性期又は急性増悪期）に対する当該医薬品の投与量は、原則として１日 40 ㎎まで認められると判断した。

支払基金統一事例

【　注射　】

３４５　関節腔内注射時の精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液とリドカイン注射液の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

関節腔内注射時の精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液（アルツディスポ関節注）とリドカイン注射液（キシロカイン注等）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

アルツディスポ関節注の添付文書の効能・効果は、「変形性膝関節症、肩関節周囲炎、関節リウマチにおける膝関節痛」である。作用機序は、関節組織の被覆・保護による潤滑機能の改善、変性軟骨への浸透による変性変化の抑制、軟骨代謝の改善、滑膜組織への浸透による炎症及び変性変化の抑制作用であり、その作用として疼痛抑制作用と日常生活動作及び関節可動域の改善をもたらす。

キシロカイン注ポリアンプは、添付文書の作用機序に「神経膜のナトリウムチャネルをブロックし、神経における活動電位の伝導を可逆的に抑制し、知覚神経及び運動神経を遮断する」旨記載されており、関節腔内に注射することにより、関節包内側の滑膜の炎症による疼痛を速効性に抑制する。

このように、アルツディスポ関節注とキシロカイン注ポリアンプの作用機序は異なり、併用投与による有用性は高いと考えられる。

以上のことから、関節腔内注射時の精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液（アルツディスポ関節注）とリドカイン注射液（キシロカイン注等）の併用投与は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３４６　メニエール病に対するデキストラン 40 の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

メニエール病に対するデキストラン 40（低分子デキストランＬ注、低分子デキストラン糖注）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

低分子デキストランには、赤血球凝集を解離し、血液粘稠度を低下させ、末梢血管血流を改善させる作用などがあり、これらの作用が内耳循環系に働くことにより、メニエール病の主因と考えられる内リンパ水腫の改善に有用との意見もある。

しかしながら、当該医薬品の添付文書の効能・効果にメニエール病の適応はない。

以上のことから、メニエール病に対するデキストラン 40（低分子デキストランＬ注、低分子デキストラン糖注）の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３９２　消化管出血を確認した外来の患者に対する塩酸メトクロプラミド【注射液】の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

内視鏡検査等により消化管出血を確認した外来患者に対する塩酸メトクロプラミド【注射液】（プリンペラン注射液等）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

塩酸メトクロプラミド【注射液】（プリンペラン等）は、化学受容体引き金帯（ＣＴＺ）のドパミン$Ｄ_2$受容体を遮断することにより制吐作用を示す医薬品である。また、セロトニン５-$ＨＴ_3$受容体遮断作用の関与や５-$ＨＴ_4$受容体刺激作用による消化管運動亢進作用も示唆されており、この消化管運動亢進作用により、消化管の出血を悪化させるおそれがある。

以上のことから、内視鏡検査等により消化管出血を確認した外来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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

３９３　経口投与が可能な場合に対するブロムヘキシン塩酸塩【注射液】の算定について

《令和６年１１月２９日》

○　取扱い

次の傷病名で経口投与が可能な場合に対するブロムヘキシン塩酸塩【注射液】（ビソルボン注等）の算定は、原則として認められない。

⑴　上気道炎（急性・慢性）
⑵　咽頭炎（急性・慢性）
⑶　喉頭炎（急性・慢性）

○　取扱いを作成した根拠等

ブロムヘキシン塩酸塩【注射液】（ビソルボン注等）の添付文書の効能・効果は「経口投与困難な場合における下記疾患ならびに状態の去痰（肺結核、塵肺症、手術後）」及び「気管支造影後の造影剤の排泄の促進」である。

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則第二十条第四項のイに「注射は、次に掲げる場合に行う。」とあり、（1）に「経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。」とある。

以上のことから、上気道炎（急性・慢性）、咽頭炎（急性・慢性）、喉頭炎（急性・慢性）で経口投与が可能な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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

４１６　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（ＡＴ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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

４１７　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ＤＩＣ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ＩＬ－２やＴＮＦ―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ＤＩＣ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。

支払基金統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　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が、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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

４６６　インターフェロン製剤(スミフェロン注ＤＳ300 万ＩＵ・フエロン注射用 100 万・ペガシス皮下注 90μｇ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・フエロン注射用 100 万・ペガシス皮下注 90μｇ等)の算定は、原則として認められない。

⑴　アルコール性肝炎
⑵　自己免疫性肝炎
⑶　Ｃ型非代償性肝硬変
⑷　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及びフエロン注射用 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 90μｇ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⑴から⑷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・フエロン注射用 100 万・ペガシス皮下注 90μｇ等)投与は、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　注射　】

４９５　糖尿病以外のキシリトール注射液の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

糖尿病又は糖尿病状態時の記載がないキシリトール注射液（キシリトール注等）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

キシリトール注の添付文書の効能・効果は、「糖尿病及び糖尿病状態時の水・エネルギー補給」である。インスリンの作用を要することなく細胞内に取り込まれるため、インスリン欠乏による糖利用障害時においてもキシリトールの代謝は妨げられず、また、血糖値を上昇させることもないため、糖尿病患者に安全に使用できる。

ただし、糖尿病以外の患者に対する当該医薬品投与の有用性は低いと考えられる。

以上のことから、糖尿病又は糖尿病状態時の記載がない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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

４９６　イセパマイシン硫酸塩【注射薬】（感染性胃腸炎等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するイセパマイシン硫酸塩【注射薬】(エクサシン注射液等)の算定は、原則として認められない。

⑴　感染性胃腸炎、感染性腸炎
⑵　感冒
⑶　慢性上気道炎
⑷　急性上気道炎

○　取扱いを作成した根拠等

アミノグリコシド系抗生物質であるエクサシン注射液の添付文書における効能・効果の適応菌種は「イセパマイシンに感性の大腸菌、シトロバクター属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属、モルガネラ・モルガニー、プロビデンシア属、緑膿菌」、適応症は「敗血症、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、肺炎、慢性呼吸器病変の二次感染、膀胱炎、腎盂腎炎、腹膜炎」である。

したがって、上記傷病名に対する当該医薬品の投与は適応外である。

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。

支払基金・国保統一事例

【　注射　】

４９７　ホスホマイシンナトリウム【注射薬】（感冒性胃腸炎等）の算定について

《令和７年３月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するホスホマイシンナトリウム【注射薬】（ホスミシンＳ静注用等）の算定は、原則として認められない。

⑴　感冒性胃腸炎、感冒性腸炎
⑵　急性胃腸炎、胃腸炎、急性腸炎、腸炎
⑶　感染性胃腸炎、感染性腸炎（嘔吐症がある場合、食事摂取できない場合を除く。）
⑷　細菌性赤痢
⑸　サルモネラ腸炎（腸チフス含む。）
⑹　慢性咽頭炎
⑺　慢性喉頭炎
⑻　慢性扁桃炎

○　取扱いを作成した根拠等

ホスミシンＳ静注用の添付文書の効能・効果は、「〈適応菌種〉ホスホマイシンに感性のブドウ球菌属、大腸菌、セラチア属、プロテウス属、モルガネラ・モルガニー、プロビデンシア・レットゲリ、緑膿菌、〈適応症〉敗血症、急性気管支炎、肺炎、肺膿瘍、膿胸、慢性呼吸器病変の二次感染、膀胱炎、腎盂腎炎、腹膜炎、バルトリン腺炎、子宮内感染、子宮付属器炎、子宮旁結合織炎」であり、効能・効果に関連する注意に「「抗微生物薬適正使用の手引き」を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること」と記載されている。

当該手引き（第三版）に「日本呼吸器学会、日本小児呼吸器学会・日本小児感染症学会及びＡＣＰ／ＣＤＣの指針では、感冒はウイルスによって引き起こされる病態であることから、抗菌薬投与は推奨しないとされている。」と記載されており、ウイルスが原因である感冒性胃腸炎や感冒性腸炎に対する当該医薬品の投与は適応外使用と考えられる。また、急性胃腸炎、胃腸炎、急性腸炎、腸炎の傷病名での算定は、これらの原因が明確ではなく、適切ではない。くわえて、適応疾患にも該当していない。

感染性胃腸炎や感染性腸炎には細菌性のものもあるが、細菌性赤痢とサルモネラ腸炎も含め適応疾患には該当せず、慢性の咽頭炎、喉頭炎、扁桃炎も同様である。

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。

支払基金統一事例

【　注射　】

５２４　アシクロビル【注射薬】（単純ヘルペス等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

入院患者における次の傷病名に対するアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）の算定は、原則として認められる。

⑴　単純ヘルペス、単純疱疹
⑵　帯状疱疹
⑶　水痘

○　取扱いを作成した根拠等

ゾビラックス点滴静注用の添付文書の効能・効果は、「単純ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルスに起因する下記感染症（下記は、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・水痘・帯状疱疹、脳炎・髄膜炎）、新生児単純ヘルペスウイルス感染症」である。

当該ウイルスに感染した場合には、周囲の入院中の免疫機能低下患者への感染の拡がりを極力防ぐことが重要である。したがって、入院中の当該ウイルス感染患者に対しては、速やかかつ強力な治療が必要であり、それには本剤の使用が有効と考えられる。

以上のことから、入院患者における上記傷病名に対するアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　リハビリテーション　】

６６　呼吸器リハビリテーション料の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

上腹部悪性腫瘍の開腹手術前後に対するH003 呼吸器リハビリテーション料の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

呼吸器リハビリテーション料については、厚生労働省告示※1に対象患者が規定されており、その中の一つとして「食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者」と示されている。また、当該患者については、厚生労働省通知※2において、具体的に「食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね１週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者」と示されている。

上腹部悪性腫瘍の開腹手術前後の患者は当該告示及び通知の患者に該当することから、H003 呼吸器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。

（※１）特掲診療料の施設基準等

（※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

支払基金・国保統一事例

【　リハビリテーション　】

１７７　運動器リハビリテーション料の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　関節拘縮の傷病名がある場合のK476乳腺悪性腫瘍手術後のH002運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められる。

②　腋窩部郭清等を伴う次のK476乳腺悪性腫瘍手術後のH002運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合であっても認められる。

⑴　「4」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））

⑵　「5」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの

⑶　「6」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの

⑷　「7」拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）

⑸　「9」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）

③　腋窩部郭清等を伴わない次のK476乳腺悪性腫瘍手術後のH002運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合は認められない。

⑴　「1」単純乳房切除術（乳腺全摘術）

⑵　「2」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）

⑶　「3」乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）

⑷　「8」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）

○　取扱いを作成した根拠等

乳癌手術後は、肩関節可動域低下や腕の筋力低下、肩・腕の疼痛、リンパ浮腫といった患側の上肢機能障害が出現することがあり、腋窩リンパ節郭清術の半数以上の症例で出現するとされている※1。したがって、このような機能障害に対するリハビリテーションは、H002運動器リハビリテーション料の厚生労働省通知※2の「ア急性発症した運動器疾患」に該当することから、K476乳腺悪性腫瘍手術後、関節拘縮の傷病名がある場合のH002運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。

また、関節拘縮の傷病名がない場合であっても、腋窩部郭清等を伴う上記②の手術後は、関節拘縮の状態であることが十分類推できるため、H002運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。

一方、腋窩部郭清等を伴わない上記③の手術後においては、通常、機能障害を来すことはないと考えられることから、関節拘縮の傷病名がない場合の当該リハビリテーション料の算定は、原則として認められないと判断した。

（※1）日本乳癌学会「乳癌診療ガイドライン」より

（※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

運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

別表第九の六運動器リハビリテーション料の対象患者

一　上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

二　関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

支払基金・国保統一事例

【　精神科専門療法　】

３　Ｉ002 通院・在宅精神療法の取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

Ｉ002 通院・在宅精神療法の週 2 回の算定について、レセプトに「退院日」の記載がない場合は、退院後 4 週間を超える期間に行われたものとして、週 1 回のみの算定とする。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 28 年 3 月 4 日付け厚生労働省告示第 52 号第 2 章第 8 部精神科専門療法のＩ002 通院・在宅精神療法の注 1 に「入院中の患者以外の患者について、退院後 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては 1 と 2 を合わせて週 2 回を、その他の場合にあっては 1 と 2 を合わせて週 1 回をそれぞれ限度として算定する。」と示されており、平成 28 年 3 月 25 日付け保医発 0325 第 6 号「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」において、「退院後の 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては、退院日を（ 中略 ）「摘要」欄に記載すること。」と示されている。

さらに、当該注 1 の「退院後 4 週間以内の期間」の取扱いについては、平成 20 年 3 月 28 日付け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」において次のとおり示されており、「入院していた病院や、診療所が行った場合でも」の記載から、当該療法の週 2 回の算定は、自院退院後のみならず、他院退院後 4 週間以内の期間に行った場合でも可能であると考える。

問　区分番号「Ｉ002」通院・在宅精神療法の注 1 にある、退院後 4 週間以内の期間に行われる場合は、入院していた病院や、診療所が行った場合でも週 2 回算定可能か。
答　算定可能である。

ただし、入院施設がない保険医療機関において、当該療法を週 2 回算定する際は、患者の自院、他院における入院歴より退院日から 4 週間以内の期間であることを確認する必要があり、また、記載要領から、レセプトには自院又は他院の「退院日」を記載する必要があると考える。

このため、通院・在宅精神療法の週 2 回の算定について、レセプトに「退院日」の記載がない場合は、自院退院又は他院退院にかかわらず、退院後 4 週間を超えて行われたものと判断し、週 1 回のみの算定が妥当と判断した。

支払基金・国保統一事例

【　精神科専門療法　】

２８０　入院精神療法等の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＩ001 入院精神療法、Ｉ002 通院・在宅精神療法及びＩ006 通院集団精神療法の算定は、原則として認められる。

(1)　てんかん性精神病
(2)　症状精神病
(3)　アルコール依存症、アルコール性精神病、覚醒剤精神病
(4)　統合失調症
(5)　幻覚妄想状態
(6)　心因性妄想精神病、急性一過性精神病性障害
(7)　非定型精神病
(8)　躁状態、躁うつ病
(9)　うつ状態
(10)　気分循環症
(11)　社会恐怖症、対人恐怖症、恐怖症性不安障害
(12)　不安神経症
(13)　強迫性障害
(14)　心的外傷ストレス障害（ＰＴＳＤ）、適応障害
(15)　解離性健忘、解離性運動障害、解離性障害
(16)　心気症
(17)　神経衰弱
(18)　拒食症、異食症、摂食障害
(19)　神経症性不眠症
(20)　パーソナリティ障害
(21)　性同一性障害、性的倒錯
(22)　学習障害
(23)　自閉症、小児自閉症
(24)　注意欠陥多動障害、多動性障害、行為障害
(25)　小児期反応性愛着障害、チック
(26)　児童・思春期精神疾患
(27)　心因反応
(28)　錯乱状態、情緒障害、登校拒否
(29)　過食症
(30)　老人性（老年期）精神病
(31)　認知症
(32)　神経症性うつ状態

(33)　知的障害
(34)　発達障害
(35)　レビー小体型認知症
(36)　てんかん
(37)　不眠症
(38)　ナルコレプシー

②　次の傷病名に対するＩ001 入院精神療法、Ｉ002 通院・在宅精神療法及びＩ006 通院集団精神療法の算定は、原則として認められない。

⑴　不随意運動
⑵　失語症
⑶　自律神経失調症
⑷　脳出血後遺症、脳梗塞後遺症
⑸　更年期症候群
⑹　頭痛、心身過労状態

○　取扱いを作成した根拠等

入院精神療法及び通院・在宅精神療法の対象は、厚生労働省通知※にそれぞれ「入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの」及び「入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）」と記載されている。

また、通院集団精神療法の対象患者は、同通知※に「入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するもの」と記載されている。

ここでいう精神疾患とは、同通知※に「ＩＣＤ－１０（国際疾病分類）の第５章「精神および行動の障害」に該当する疾病並びに第６章に規定する「アルツハイマー病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病」と記載されている。

上記①の傷病名は、同通知の精神疾患に該当するが、②の傷病名については、同通知の要件に該当しない。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＩ001 入院精神療法、Ｉ002 通院・在宅精神療法及びＩ006 通院集団精神療法の算定は、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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　精神科専門療法　】

３４７　片頭痛（心身症）等に対する心身医学療法の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　次の傷病名に対するＩ004 心身医学療法の算定は、原則として認められる。
⑴　片頭痛（心身症）
⑵　自律神経失調症（心身症）
⑶　胃潰瘍（心身症）
⑷　肩こり（心身症）
⑸　男性更年期障害（心身症）
⑹　月経痛（心身症）
⑺　更年期症候群（心身症）
⑻　動悸（心身症）
⑼　嘔吐症（心身症）
⑽　めまい（心身症）
⑾　頭痛（心身症）

②　次の傷病名に対するＩ004 心身医学療法の算定は、原則として認められない。
⑴　うつ病（心身症）
⑵　パニック障害（心身症）
⑶　不安神経症（心身症）
⑷　不安障害（心身症）
⑸　適応障害（心身症）
⑹　神経症（心身症）
⑺　自閉症（心身症）
⑻　発達障害（心身症）
⑼　不眠症（心身症）
⑽　心身症のみ

○　取扱いを作成した根拠等

心身症は、身体的疾病を基盤として、心理社会的ストレスの影響により機能的な障害を発症した病態をいう。

また、心身医学療法については、厚生労働省通知※に「心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。」と示されており、上記①

の傷病名に対する算定は妥当である。

一方、上記②の傷病名は、ＩＣＤ－１０（国際疾病分類）の第５章「精神および行動の障害」に該当する疾病並びに第６章に規定する「睡眠障害」に該当するものであり、身体的傷病ではなく、上記通知の要件を満たさない。

以上のことから、上記①の傷病名に対するＩ004 心身医学療法の算定は、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。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

４　Ｊ097 鼻処置とＪ105 副鼻腔洗浄又は吸引の併算定の取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置以外の鼻処置を必要とする副鼻腔炎以外の傷病名または症状詳記の記載がなく、Ｊ097 鼻処置とＪ105 副鼻腔洗浄又は吸引が併せて算定されている場合、医学的に単なる鼻処置以外の鼻処置と判断できない場合のＪ097 鼻処置の算定は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置とは、中鼻道を中心とした処置で、中鼻道の拡大（開放）、鼻汁の吸引、洗浄を行う処置や局所麻酔剤によって痛みを止めるような処置または処置部位を中鼻道に限定せず、副鼻腔洗浄に伴う処置を総合したものであり、副鼻腔洗浄を行う際、中鼻道だけを拡大するわけにはいかないため、スプレーをしたり、綿棒で触ったり、綿糸を入れたり、中鼻道はもちろん総鼻道等、他の部位も一緒に処置をすることになる。それらの処置を総合したものを「副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置」と判断する。

平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 3 号「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」別添 1 の第 2 章第 9 部処置のＪ097 鼻処置にある副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置ではない処置と医学的に判断できる処置とは、中鼻道以外の部位に対する処置で鼻前庭、嗅裂の痂皮の除去、単純鼻出血に対する処置及び上咽頭の処置または痂皮がつかないようにする薬剤やステロイドを塗布するような処置である。

しかしながら、副鼻腔洗浄を行う際は、中鼻道だけを拡大するわけにはいかず、中鼻道はもちろん総鼻道等、他の部位も一緒に処置をするが、レセプト書面審査上、鼻腔内の部位までは判断できないため、必要に応じて病名または、症状詳記等の記載がないと判断はできない。

また、双方の処置が同日に併算定されている症例は少なく、上鼻道及び中鼻道以外の部位に対する処置で鼻前庭、嗅裂の痂皮の除去及び上咽頭の処置または痂皮がつかないようにする薬剤やステロイドを塗布するような処置を行う場合もあるが、必然的に病名や症状詳記等があると思われる。

このため、副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置以外の鼻処置を必要とする副鼻腔炎以外の傷病名または症状詳記の記載がなく、鼻処置と副鼻腔洗浄又は吸引が併せて算定されている場合、医学的に単なる鼻処置以外の鼻処置と判断できない場合の鼻処置の算定は原則認めないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

２１　単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリーの使用について

《平成２９年９月２５日》

○　取扱い

単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリー2%の使用は、原則として認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

キシロカインゼリー2%は、表面麻酔剤であり、表面麻酔を必要とする検査・処置・手術等に際して使用するものである。

「浣腸」や「坐薬挿入」時の使用は、単なる潤滑油的な使用であり、麻酔の必要性がない場合は、当該薬剤は適応外と考える。

したがって、疼痛を伴わない、単なる「浣腸」や「坐薬挿入」時における表面麻酔剤キシロカインゼリー2%の使用は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

６７　便秘症の病名がない場合の高位浣腸及び摘便の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

便秘症の病名がない場合のＪ022 高位浣腸及びＪ022－２摘便の算定は、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 100ｃｍ）して、経管的に大腸に注入することで腸内容を除去する方法である（イリゲーターを 50ｃｍ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）。

高位浣腸及び高圧浣腸は、腸重積や腸閉塞、高度便秘症等に対する治療、洗腸は大腸手術の術前大腸洗浄（現在は経口剤による腸洗浄の普及でほとんど行われない）を目的として行われる。摘便は、便塊を用指的に摘出するものであり、高齢者や寝たきり状態等で排便困難な便秘症に対して行われる。

このため、便秘症の傷病名がない場合のＪ022 高位浣腸及びＪ022－２摘便の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

６８　検査、画像診断時の前処置としての高位浣腸、高圧浣腸及び洗腸の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

検査、画像診断時の前処置としてのＪ022 高位浣腸、高圧浣腸及び洗腸の算定は、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 100ｃｍ）して、経管的に大腸に注入することで腸内容を除去する方法である（イリゲーターを 50ｃｍ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ことが洗腸）。

①Ｊ022 高位浣腸及び高圧浣腸は、腸重積や腸閉塞、高度便秘症等に対する治療、洗腸は大腸手術の術前大腸洗浄（現在は経口剤による大腸洗浄の普及でほとんど行われない）を目的として行われる処置であり、通常の検査、画像診断の前処置として行う必要性はない。また、②Ｅ003 造影剤注入手技「６」腔内注入及び穿刺注入のイ注腸に係る厚生労働省通知※に「「６」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。」と示されている。

①及び②より、検査、画像診断時の前処置としてのＪ022 高位浣腸、高圧浣腸及び洗腸の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

６９　耳垢栓塞除去（複雑なもの）（両側）の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

傷病名に（両）又は（両側）の記載がない耳垢栓塞に対するＪ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）「２」両側の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

処置料については、厚生労働省告示※に「対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。」と示されており、耳垢栓塞除去の所定点数は、片側と両側それぞれに点数が設定されていることから、「両側」の算定に当たっては、その旨明確である必要がある。

以上のことから、傷病名に（両）又は（両側）の記載がない耳垢栓塞に対する同処置「２」両側の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

７０　ネブライザ又は超音波ネブライザ時の生理食塩液の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

Ｊ114 ネブライザ又はＪ115 超音波ネブライザ時の生理食塩液の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ネブライザ又は超音波ネブライザは、霧状にした薬液を口や鼻から吸入・散布する治療法である。生理食塩液は、効能・効果及び用法・用量において、「注射用医薬品の希釈、溶解」や「含嗽・噴霧吸入剤として気管支粘膜の洗浄・喀痰排出促進」に用いるとされており、本処置における薬剤の希釈・溶解や喀痰排出促進を目的とした噴霧吸入剤として使用する。

このため、Ｊ114 ネブライザ又はＪ115 超音波ネブライザ時の生理食塩液の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

９６　外耳炎に対する皮膚科光線療法の赤外線又は紫外線療法の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

外耳炎に対するＪ054 皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

外耳炎は、外耳の炎症であり、耳痛、発赤、耳漏、かゆみ、びらんといった症状がみられる。

皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法は、ソラックス灯等の赤外線又はフィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を患部に照射する治療であり、対象疾患は多岐にわたる。

外耳炎に伴う上記諸症状に対して、Ｊ054 皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法は、有効であり、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

９７　子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）の算定回数について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

Ｊ082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）について、挿入月における月２回の算定は原則として認められる。

ただし、経過観察月における月２回の算定は、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（ペッサリー）は、リング状のペッサリーを腟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。患者ごとに腟の広さや臓器の下降状態が異なり、最適なリングのサイズも異なるため、初回の挿入においては、リングのサイズが合わずリングが抜けたり痛みを生じることがあり、最適なサイズを調整する必要がある。装着後は子宮脱の状態評価や定期的なリングの交換をする。

このため、Ｊ082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）の挿入月における月２回の算定は、原則として認められると判断した。ただし、経過観察月においては、月２回実施する必要性はなく、月２回の算定は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

９８　ネブライザの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

喉頭炎、アレルギー性鼻炎又は副鼻腔炎に対するＪ114 ネブライザの算定は、原則として認められる。

なお、口内炎に対する算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ネブライザは、霧状にした薬液を口や鼻から吸入・散布する治療法であり、喉頭下ネブライザ、副鼻腔ネブライザ及び鼻腔ネブライザがある。使用薬剤は、抗菌薬、ステロイド薬、抗アレルギー薬、粘液溶解薬、粘液調整薬、血管収縮薬等である。

このため、Ｊ114 ネブライザについて、喉頭炎、アレルギー性鼻炎及び副鼻腔炎に対する算定は、原則として認められるが、口内炎に対する算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

９９　慢性気管支炎等に対する間歇的陽圧吸入法の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の呼吸器疾患等に対するＪ026 間歇的陽圧吸入法の算定は、原則として認められる。

⑴　慢性気管支炎、肺気腫又は慢性閉塞性肺疾患

⑵　胸部手術の術後

○　取扱いを作成した根拠等

間歇的陽圧吸入法は、間歇的陽圧呼吸装置の回路にネブライザを組み込み、気管支拡張薬や去痰薬を吸入させる手技であり、慢性気管支炎、肺気腫又は慢性閉塞性肺疾患、胸部手術の術後にもしばしば用いられており、これら疾患・病態に対するＪ026 間歇的陽圧吸入法の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１００　女性に対する導尿（尿道拡張を要するもの）の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

女性に対するＪ064 導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、尿道狭窄症がある場合、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

尿道狭窄症は、外傷や炎症等により尿道粘膜（壁）が損傷し、その治癒過程で粘膜（壁）の線維化や瘢痕化がおこり、尿道内腔が狭くなる疾患である。女性は尿道が短いため、尿道狭窄症は少ないが、尿道狭窄症を発症した場合は、尿の排出障害や尿路感染症を引き起こすことがある。

このため、女性で尿道狭窄症がある場合は、導尿の際に尿道拡張が必要となり、Ｊ064 導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１０１　超音波ネブライザの算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後４日目以降のＪ115 超音波ネブライザの算定は、原則として認められない（適応傷病名がない場合）。

○　取扱いを作成した根拠等

超音波ネブライザは、呼吸器疾患や耳鼻科疾患の治療のほか、手術後の患者の排痰目的等でも使用される。

麻酔時における気管内挿管に伴う声帯等の粘膜損傷の修復は一般的に術後３日間程度と言われていることから、４日目以降の算定は過剰と考えられる。

以上のことから、閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後４日目以降のＪ115 超音波ネブライザの算定は、適応傷病名がない場合、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１０２　咽頭喉頭炎に対する口腔、咽頭処置と間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）の併算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

咽頭喉頭炎に対するＪ098 口腔、咽頭処置とＪ099 間接喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む。）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

咽頭喉頭炎は、咽頭から喉頭にかけて炎症を起こしている状態である。咽頭及び扁桃の炎症には、Ｊ098 口腔、咽頭処置が、喉頭の炎症にはＪ099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）がそれぞれ実施される。

このため、咽頭喉頭炎に対するＪ098 口腔、咽頭処置とＪ099 間接喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む。)の併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１１４　骨粗鬆症に対する介達牽引の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

骨粗鬆症に対するＪ118 介達牽引の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

骨粗鬆症に対する介達牽引の医学的有用性は認められない。

このため、骨粗鬆症に対するＪ118 介達牽引の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１１５　耳垢栓塞除去（複雑なもの）の連月の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

Ｊ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）について、同一部位に対する連月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

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。」と示されている。

同一部位（同一側）に対する連月の実施であっても、上記通知のとおり耳垢栓塞を完全に除去した場合、算定は可能である。

このため、同一部位（同一側）に対するＪ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）の連月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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１１６　ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引を行うもの）の算定について

《令和６年４月３０日》
《令和６年１０月３１日更新》

○　取扱い

処置時、持続的吸引を行うことが可能なカテーテル等※の算定がない場合のＪ002 ドレーン法（ドレナージ）「１」持続的吸引を行うものの算定は、原則として認められない。

※　025 套管針カテーテル、029 吸引留置カテーテル等

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ002 ドレーン法（ドレナージ）は、各種の体液や膿汁等を体外に誘導排除するものであり、中でも「１持続的吸引を行うもの」は、術後の滲出液が多い手術や胸腔ドレナージなどにおいて、吸引留置カテーテル等を使用して持続的に吸引するものである。

以上のことから、上記カテーテル等の算定がない場合のＪ002 ドレーン法（ドレナージ）「１」持続的吸引を行うものの算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１１７　耳処置の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の場合の滲出性中耳炎に対するＪ095 耳処置の算定は、原則として認められる。
⑴　鼓膜切開後、鼓膜穿孔あり又はチュービング中若しくはチュービング後の場合
⑵　鼓膜穿刺後の場合
②　次の傷病名に対するＪ095 耳処置の算定は、原則として認められない。
⑴　滲出性中耳炎（①の場合を除く。）
⑵　耳閉感
⑶　耳垂腫瘍
⑷　耳鳴症
⑸　（感音）難聴
⑹　耳痛症
⑺　めまい症
⑻　軟耳垢

○　取扱いを作成した根拠等

耳処置は、外耳道入口部から鼓膜外表面までの清掃や乾燥化を目的に行われる処置で、耳浴や耳洗浄を含む。

滲出性中耳炎は、感染等により慢性的な炎症が生じ、中耳（耳小骨、鼓膜、鼓室）からの分泌液が排出されずに貯留するものであり、ほとんどの患者で注意深い経過観察を行う。

１から３か月で改善がみられない場合は、抗菌薬等の薬物療法による保存的治療や、鼓膜穿刺、鼓膜切開術及び鼓膜チューブの挿入による外科的治療を行うが、外科的治療はその後の耳処置が必要になる。

以上のことから、上記①の場合の滲出性中耳炎（鼓膜切開後、鼓膜穿孔あり又はチュービング中若しくはチュービング後の場合、鼓膜穿刺後）に対するＪ095 耳処置の算定は、原則として認められると判断した。

また、上記②に掲げる傷病名は、耳処置を特に必要としないもの、又は、厚生労働省告示※の「点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定することができない」ものに該当する。

以上のことから、②に掲げる傷病名に対するＪ095 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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１７８　皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
⑴　挫創
⑵　挫滅創
⑶　褥瘡
⑷　皮膚潰瘍
⑸　表皮剥離
⑹　熱傷・凍傷（Ⅱ度以上）
⑺　擦過創

②　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
⑴　熱傷・凍傷（Ⅰ度）
⑵　挫傷

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）については、厚生労働省通知※1に「真皮に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知※2に、手術縫合創に対して使用した場合や真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも真皮に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に真皮に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※1）特定保険医療材料の定義について
（※2）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１７９　皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
⑴　挫創
⑵　挫滅創
⑶　褥瘡
⑷　皮膚潰瘍

②　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
⑴　熱傷・凍傷（Ⅰ度）
⑵　擦過傷
⑶　挫傷
⑷　掻創

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）については、厚生労働省通知※1に「皮下組織に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知※2に、手術縫合創に対して使用した場合や皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも皮下組織に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に皮下組織に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※1）特定保険医療材料の定義について
（※2）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１８０　皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

①　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
⑴　挫滅創
⑵　褥瘡

②　次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
⑴　擦過傷
⑵　挫傷
⑶　熱傷・凍傷（Ⅰ度）
⑷　擦過創
⑸　刺創
⑹　掻創
⑺　表皮剥離

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）については、厚生労働省通知※1に「筋・骨に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知※2に、手術縫合創に対して使用した場合や筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも筋・骨に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に筋・骨に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※1）特定保険医療材料の定義について
（※2）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

１８１　乳癌手術後の創部体液貯留に対する乳腺穿刺の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

乳癌手術後の創部体液貯留に対するＪ014 乳腺穿刺の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ014 乳腺穿刺については、乳腺炎、乳腺のう胞、乳腺腫瘍、乳腺膿瘍など乳腺組織内の病巣に対し穿刺吸引を行った際に算定するものであり、乳癌手術後の創部体液貯留は皮下組織など、乳腺組織外の病巣と考える。

以上のことから、乳癌手術後の創部体液貯留に対するＪ014 乳腺穿刺の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

２２３　血腫、膿腫穿刺の算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

耳介血腫に対するＪ059－２血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ059-２血腫、膿腫穿刺については、厚生労働省通知※に「血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「Ｊ059－２」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない」と示されている。

耳介血腫は、外傷等により耳介の軟骨と皮下組織の間に血液が溜まった状態の疾患であり、放置した場合には自然治癒することは少なく、耳介に変形を残す。これらの後遺症を防ぐには早期の血腫・膿腫穿刺が有効であり、通知に合致するものと判断できる。

以上のことから、耳介血腫に対するＪ059－２血腫、膿腫穿刺の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

２４７　皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＪ054 皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められる。

⑴　湿疹・皮膚炎（急性・慢性）
⑵　脂漏性湿疹・皮膚炎
⑶　アトピー性皮膚炎
⑷　痒疹
⑸　乾癬
⑹　掌蹠膿疱症
⑺　尋常性白斑
⑻　凍瘡
⑼　円形脱毛症
⑽　尋常性ざ瘡
⑾　帯状疱疹

○　取扱いを作成した根拠等

赤外線療法は、赤外線の温熱作用により毛細血管を拡張、充血させ、新陳代謝の活性化や鎮痛作用をもたらす。紫外線療法は、光源ランプを用いて直接紫外線をあてることにより、皮疹の軽快、免疫抑制、皮膚の炎症や掻痒感の軽減等の治療効果を有する。これらの療法はその作用や治療効果より、多様な皮膚疾患に実施されている。

以上のことから、上記⑴から⑾の傷病名に対するＪ054 皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

２４８　皮膚科光線療法と皮膚科軟膏処置の併算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

次の場合におけるＪ053 皮膚科軟膏処置とＪ054 皮膚科光線療法との併算定は、原則として認められる。

⑴　同一部位で別疾患

⑵　別部位で同一疾患

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚科軟膏処置は、患部に軟膏等を塗る処置で、皮膚症状の改善や維持を目的として実施される。

皮膚科光線療法は、赤外線や紫外線を患部に照射する治療法で、新陳代謝の活性化、鎮痛作用、皮疹の改善、免疫抑制、皮膚の炎症や掻痒感の軽減等、多様な皮膚疾患に実施される。

異なる疾患に対して皮膚科軟膏処置と皮膚科光線療法を実施する場合、同一部位であっても症状に応じて双方の処置を実施する。また、同一疾患であっても部位により皮膚症状が異なる場合は、必要に応じて双方の処置を実施する。

以上のことから、上記⑴、⑵の場合におけるＪ053 皮膚科軟膏処置とＪ054 皮膚科光線療法との併算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

２８１　留置カテーテル設置時（膀胱）等の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

次の場合の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｊ063 留置カテーテル設置時（膀胱）
⑵　尿管ステントセット（一般型・標準型）又は尿路拡張用カテーテル（尿管・尿道用）使用時
⑶　Ｋ682-２経皮的胆管ドレナージ術時
⑷　胆管造影時

○　取扱いを作成した根拠等

血管造影用ガイドワイヤーは、血管造影用カテーテル等を血管内の標的部位に誘導することを目的に使用するガイドワイヤーであり、微細血管用については、厚生労働省通知※において、血管内手術用カテーテル等と併用するものである等の定義が示されている。

以上のことから、上記処置等の場合の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

３４８　いぼ焼灼法及びいぼ等冷凍凝固法の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の傷病名に対するＪ055いぼ焼灼法又はＪ056いぼ等冷凍凝固法の算定は、原則として認められる。

⑴　尖圭コンジローマ
⑵　軟性線維腫
⑶　軟性線維腫二次感染
⑷　尋常性疣贅
⑸　日光角化症

また、算定回数は、原則として週１回（月５回）まで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

いぼ等冷凍凝固法は、液体窒素を用いて凍結を繰り返し実施して病変部を壊死させる治療法で、疣贅治療の第１選択として最も頻用されている。

上記⑴から⑸の傷病名は、いずれも疣贅が出現する疾患であり、上記治療法が有用であると考えられる。

いぼ焼灼法は、電気メス等を用いて局所麻酔下にて病変部を焼灼する治療法で、標準治療で効果がない場合の治療の選択肢の一つとして推奨されている。

上記治療法は、病変部に発赤や水疱が出現することがあるため、症状により１週間から２週間の間隔をあけて実施する必要がある。

以上のことから、上記⑴から⑸の傷病名に対するＪ055 いぼ焼灼法又はＪ056いぼ等冷凍凝固法の算定は、原則として認められ、その回数は週１回（月５回）まで認められると判断した。

なお、尖圭コンジローマの外科的治療には、Ｋ747肛門尖圭コンジローム切除術、Ｋ824陰茎尖圭コンジローム切除術、Ｋ856-4腟壁尖圭コンジローム切除術があることから、算定にあたっては留意する必要がある。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

３４９　尿路感染症に対する膀胱洗浄の算定回数について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

尿道カテーテル留置例における尿路感染症に対するＪ060 膀胱洗浄週１回の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

膀胱洗浄は、カテーテルを用いて膀胱内の洗浄や膀胱への薬剤注入を行った場合に算定するものである。また、尿路感染症は尿道カテーテル留置例に多く、血尿・濃尿や浮遊物による尿路閉塞の原因となる。

尿路管理を含む泌尿器科領域における感染制御ガイドライン改訂第２版のカテーテル関連尿路感染症の治療において、「１週間以上または２週間以上尿道カテーテルを留置している場合は，抗菌薬投与前に尿道カテーテルを交換するべきである」と記載されており、尿道カテーテルの交換頻度より、感染性浮遊物などによる尿路閉塞除去を目的とした週 1 回の膀胱洗浄の算定は妥当と考えられる。

以上のことから、尿道カテーテル留置例における尿路感染症に対するＪ060 膀胱洗浄週１回の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

３５０　肩関節等に対する湿布処置の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　次の部位に対するＪ119 消炎鎮痛等処置「３」湿布処置の算定は、原則として認められる。
⑴　肩関節
⑵　肘関節
⑶　股関節
⑷　膝関節

②　次の部位に対するＪ119 消炎鎮痛等処置「３」湿布処置の算定は、原則として認められない。
⑴　手足（片側）
⑵　手指（片側）
⑶　足趾（片側）

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ119 消炎鎮痛等処置「３」湿布処置については、厚生労働省通知※に「「３」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。」と示されている。①の部位に対する処置範囲は、当該通知内であり、②の部位に対する処置範囲は第１章基本診療料に含まれるものと判断する。

以上のことから、①の部位に対するＪ119 消炎鎮痛等処置「３」湿布処置の算定は原則として認められ、②の部位に対するＪ119 消炎鎮痛等処置「３」湿布処置の算定は、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

支払基金統一事例

【　処置　】

４１８　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１２月２７日》

○　取扱い

Ｊ026－４ハイフローセラピー時の酸素は、原則として１日 86,400Ｌ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、Ｊ026－４ハイフローセラピー時の酸素は、原則として１日 86,400Ｌまで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

４１９　耳垢栓塞除去（耳垢）の算定について

《令和６年１２月２７日》

○　取扱い

耳垢に対するＪ113 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Ｊ113 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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

４６７　腟洗浄（子宮内膜掻爬術時等）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 腟洗浄（熱性洗浄を含む。）の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｋ861 子宮内膜掻爬術
⑵　Ｋ866 子宮頸管ポリープ切除術
⑶　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⑴から⑶の手術に関連して実施する腟洗浄は、当該通知に照らし算定できない。

以上のことから、上記⑴から⑶の手術時のＪ072 腟洗浄（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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

４６８　子宮脱非観血的整復法時の腟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 腟洗浄（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腟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、腟洗浄は外用殺菌消毒剤を用いて腟内を洗浄するものであり、細菌性腟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 腟洗浄（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。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

５２５　血腫、膿腫穿刺（爪下血腫）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

爪下血腫に対するＪ059-２血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められない。

Ｊ000 創傷処置「１」100 平方センチメートル未満での算定が妥当である。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｊ059-２血腫、膿腫穿刺については、厚生労働省通知※において「血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。」と示されている。

ほとんどの爪下血腫は爪に注射針で小さな穴をあけて溜まった血液を爪の外へ排出するものであり、小範囲である。

以上のことから、爪下血腫に対するＪ059-２血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められず、Ｊ000 創傷処置「１」100 平方センチメートル未満での算定が妥当と判断した。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

５２６　前立腺液圧出法（急性前立腺炎）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

急性前立腺炎に対するＪ069 前立腺液圧出法の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

急性前立腺炎の病状に鑑み、前立腺液圧出法の施行は妥当ではない。「JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2015 尿路感染症・男性性器感染症」においても、急性前立腺炎に対する前立腺マッサージは菌血症を惹起する可能性が高く、禁忌とされている。

以上のことから、急性前立腺炎に対するＪ069 前立腺液圧出法の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　処置　】

５２７　耳垢栓塞除去と耳処置の併算定（別疾患）について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

次の場合のＪ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）とＪ095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）の併算定は、原則として認められる。

⑴　別疾患に対して同側に行った場合

⑵　別疾患に対して対側に行った場合

なお、同一疾患に対して同側に行った場合は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

対称器官に係る処置料の算定方法については、厚生労働省告示※に「特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。」（特に規定する場合とは、処置名の末尾に「片側」、「１肢につき」等と記入したもの）と示されているが、別疾患（耳垢栓塞の他に耳処置を必要とする傷病名がある場合）に耳垢栓塞除去（複雑なもの）と耳処置を異なる目的で実施した場合、双方の処置料の算定は同側や対側に関わらず妥当と考えられる。

以上のことから、上記⑴、⑵の場合のＪ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）とＪ095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）の併算定は、原則として認められると判断した。

一方、同一疾患に対する同側の双方の処置料の算定は過剰であり、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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

５　Ｋ022 組織拡張器による再建手術（一連につき）の取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

Ｋ022 組織拡張器による再建手術（一連につき）については、部位毎に組織拡張器の挿入が必要と判断できる場合は、各々の部位に対して算定を認める。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｋ022 組織拡張器による再建手術（一連につき）については、平成 24 年度の留意事項通知に「治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。」、「１患者の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。」と記載されているが、「同一疾患」の取扱いについては、明確に示されてはいない。

Ｋ022 組織拡張器による再建手術については、傷病名が「熱傷瘢痕」であっても、医学的に各々の部位に対して、それぞれの「組織拡張器」を用いて再建を行ったと判断できる場合、医科点数表の手術通則 2 に「手術にあたって、（略）別に厚生労働大臣が定める保険医療材料を使用した場合は、前号に算定した点数及び（略）第５節の各区分（略）を合算した点数により算定する。」の要件に該当するため、各々の手技料が算定できる。

傷病名等において広範囲熱傷のように部位が特定できない場合は、診療内容も含めて総合的に判断する必要がある。

なお、平成 26 年度診療報酬改定において、次の留意事項通知の下線部が改正されたことから、複数部位に対する取扱いが明確にされたものである。

【平成 26 年３月５日付け厚生労働省通知保医発 0305 第３号（抜粋）】

⑹ 原則として１患者の同一部位の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

６　Ｋ718 虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

Ｋ718 虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うもの又はＫ718-2 腹腔鏡下虫垂切除術の「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものについては、膿瘍を伴う旨の傷病名、コメント、生食等の洗浄液の使用又は排液ドレーン等がある場合は、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの算定を認める。

上記以外で判断が困難な事例について、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものを算定している場合は、保険医療機関に症状詳記等を求めるか、「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないものとするかについて、当該手術の治療経過等を含めて医学的に判断する。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 28 年 3 月 4 日付け厚生労働省告示第 52 号第 2 章第 10 部手術のＫ718 虫垂切除術又はＫ718-2 腹腔鏡下虫垂切除術については、「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないものと「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものに区分されている。

Ｋ718 虫垂切除術又はＫ718-2 腹腔鏡下虫垂切除術について、傷病名又は症状詳記に膿瘍を伴う旨の記載がある場合のほか、当該記載がない場合においても膿瘍に対する処置等として生食等の洗浄液の使用又は排液ドレーン等の算定がある場合は、虫垂周囲膿瘍を伴っていることが判断できることから、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの算定を認める。

傷病名等に膿瘍を伴う旨の記載がなく、生食等の洗浄液の使用又は排液ドレーン等の算定がない場合においても、病態によりガーゼのみによる処置等で対応することもあるが、虫垂周囲膿瘍を伴っていることについて、当該手術後の治療経過等も含めて総合的に判断する必要がある。

傷病名に膿瘍を伴う旨の記載がなく症状詳記等により「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものの算定を認める場合にあっては、今後、保険医療機関の請求にあたりＩＣＤ１０に示された腹腔内膿瘍を伴う病名を求める等、連絡する。

以上のことから、膿瘍を伴う旨の傷病名、コメント、生食等の洗浄液の使用又は排液ドレーン等がなく、「2」虫垂周囲膿瘍を伴うものを算定している場合は、保険医療機関に症状詳記等を求めるか、「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないものとするかについて、当該手術の治療経過等を含めて医学的に判断するとした。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７　Ｋ204 涙嚢鼻腔吻合術又はＫ206 涙小管形成手術における涙液・涙道シリコンチューブの取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

Ｋ204 涙嚢鼻腔吻合術又はＫ206 涙小管形成手術に使用した涙液・涙道シリコンチューブについては、平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 7 号「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の（12）に「ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。」と記載されていることから、算定を認めない。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 10 号「特定保険医療材料の定義について」の 023 涙液・涙道シリコンチューブの定義に「薬事法承認又は認証上、類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「涙液・涙道シリコーンチューブ」又は「ヘパリン使用涙液・涙道シリコーンチューブ」であること。」と示されている。

シラスコンＮ－Ｓチューブについては、薬事法承認又は認証上において、「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であって、「涙液・涙道シリコンチューブ」に分類されるため、別途算定を認めない。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

８　同一側の橈骨骨折かつ尺骨骨折に対し、前腕骨の一方にＫ045 骨折経皮的鋼線刺入固定術を実施し、もう一方にＫ046 骨折観血的手術を実施した場合の取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

同一側の橈骨骨折かつ尺骨骨折に対し、前腕骨の一方にK045 骨折経皮的鋼線刺入固定術を実施し、もう一方にK046 骨折観血的手術を実施した場合、それぞれの所定点数の算定を認める。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 3 号「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」別添 1 の第 2 章第 10 部手術のK046 骨折観血的手術の留意事項通知に「前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、両骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「2」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。」と記載されている。

当該留意事項通知から両骨の橈骨と尺骨を同時に行った場合であって、アプローチが個別に行われており、別の手術を施行した場合は、それぞれの所定点数を算定できると考える。

また、K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術は経皮的手術であり、皮膚切開を必要としないため、皮膚切開を必要とするK046 骨折観血的手術と同一皮切で施行されない。

したがって、アプローチが個別であり、それぞれ別の手術であることから、同一側の橈骨と尺骨は、それぞれの所定点数の算定が認められる。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

２８　切創に対する皮膚欠損用創傷被覆材の算定について

《令和２年７月２７日》

○　取扱い

切創に対する皮膚欠損用創傷被覆材の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

皮膚は、表皮・真皮・皮下組織（脂肪等）に大別され、物理的な皮膚の損傷が表皮・真皮内のものを 「傷」といい、その下の皮下組織や筋肉などにまで達した傷を「創」という。

創傷は、開放性損傷と非開放性損傷を意味するものであり、創傷の形態に基づき切創、割創、刺創、挫創、裂創等に分類される。

切創は、刃器、ガラス片などがその長軸方向に、体表を切線状に移動することにより組織が離断された創をいい、一般に創口は長く、創縁は整い、線状に走り、表皮剥脱はないか、あっても少ない。創角は両端とも尖鋭、創面は平滑で、組織挫滅はほとんどないとされている。（南山堂医学大辞典より）

切創の治療は、医療用テープでの創の密着、糸による創縫合、医療用ホチキスでの創閉鎖等の処置を行うが、受傷後長時間が経過した場合は、感染をおこすため、洗浄や消毒によって創の清浄化を図った後、縫合閉鎖を行う。

皮膚欠損用創傷被覆材は、厚生労働省通知「特定保険医療材料の定義について」において、「真皮以上の深度を有する皮膚欠損部位に対して創傷治癒の促進、創傷面保護及び疼痛軽減を目的として使用するものであること」と定義されている。

皮膚欠損は、皮膚の一部が欠けてなくなった状態であり、皮膚潰瘍は、何らかの原因によって皮膚に穴（潰瘍）ができることである。

以上のことから、切創は通常皮膚欠損や皮膚潰瘍を伴わないものであり、治療に当たって皮膚欠損用創傷被覆材の使用が必要とは考えられないことから、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３７　肝癌に対して抗癌剤を使用せず、Ｋ615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）「2 選択的動脈化学塞栓術」を算定した場合の取扱いについて

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

肝癌に対して抗癌剤を使用せず、K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）「2 選択的動脈化学塞栓術」を算定した場合については、「3 その他のもの」に該当するものと判断し、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）については、「1 止血術」、「2　選択的動脈化学塞栓術」、「3 その他のもの」で評価され、厚生労働省通知において、「カテーテルを肝動脈等に留置して造影ＣＴ等を行い、病変の個数及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢側において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「2」により算定する。」と記載されている。

選択的動脈化学塞栓術については、今日の治療指針 2017（医学書院）において、肝動脈化学塞栓療法（ＴＡＣＥ）として「肝動脈に塞栓物質を注入させることで血流を遮断し、肝細胞癌などの多血性腫瘍を阻止させ、壊死に陥らせる。非癌部への影響を少なく、できるだけ栄養血管のみを選択的に塞栓することが好ましい。」と記載され、その手順において「栄養血管に対してマイクロカテーテルを選択的に挿入し、緩徐に抗癌剤と塞栓物質を注入する。」との旨、記載されている。

また、日本肝臓学会が作成した 2013 年版肝癌診療ガイドラインにおいて、肝動脈塞栓療法（ＴＡＥ）及び肝動脈化学塞栓療法（ＴＡＣＥ）等の経カテーテル的動脈内治療（血管塞栓術）については、次のように記載されている。

１.肝動脈化学療法（ＴＡＩ）
　抗癌剤の肝動注療法であり塞栓物質は使わない。
２.肝動脈塞栓療法（ＴＡＥ）
　ゼラチンスポンジ、多孔性ゼラチン粒、アイバロンやその他の球状塞栓物質等の固形塞栓物質を用いて動脈内を塞栓する方法で、抗癌剤は使用しない。
３.肝動脈化学塞栓療法（ＴＡＣＥ）
　抗癌剤と固形塞栓物質を用いて行う化学塞栓療法。

これらのことから、厚生労働省通知の「肝動脈等の動脈化学塞栓術」につい

ては、ガイドライン等に記載されている固形塞栓物質を用いて動脈内を塞栓し、抗癌剤を使用しない「肝動脈塞栓療法（ＴＡＥ）」とは区別されており、抗癌剤と固形塞栓物質を用いて行う「肝動脈化学塞栓（ＴＡＣＥ）」を指すものと解される。

以上のことから、肝癌に対して抗癌剤を使用せず、肝動脈塞栓療法（ＴＡＥ）を実施した場合は、「3 その他のもの」の算定が妥当とし、「2　選択的動脈化学塞栓術」は原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７１　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）と他の手術の併算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

Ｋ600 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）について、同日に実施されたＫ546 経皮的冠動脈形成術、Ｋ548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又はＫ549 経皮的冠動脈ステント留置術との併算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

大動脈バルーンパンピング法は、心原性ショック等の際に心臓の働きを補助するものである。

また、厚生労働省通知※に、当該大動脈バルーンパンピング法を含めた開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、双方の手術を算定できる旨示されている。

これらを踏まえ、Ｋ546 経皮的冠動脈形成術、Ｋ548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又はＫ549 経皮的冠動脈ステント留置術とこれらの手術遂行のための予防的実施を除いた、いわゆる心原性ショック等に対して同日実施されたＫ600 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）との併算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７２　新鮮凍結血漿輸注時の血液交叉試験加算、間接クームス検査加算及び不規則抗体加算の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

新鮮凍結血漿輸注時の血液交叉試験加算、間接クームス検査加算及び不規則抗体加算の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

血漿製剤は、赤血球、白血球、血小板など血球成分はほとんど除かれ、赤血球膜に存在する血液型抗原（Ａ抗原、Ｂ抗原、Ｒｈ（Ｄ）抗原など）を含まず、また、不規則抗体の出現も認めない。

また、「輸血療法の実施に関する指針」（平成 17 年 9 月（令和 2 年 3 月一部改正）厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課）によれば、「赤血球をほとんど含まない（中略）新鮮凍結血漿の輸血に当たっては、交差適合試験は省略してよい。ただし、原則としてＡＢＯ同型血を使用する」とされている。

新鮮凍結血漿は出血・手術・血漿交換など大量投与以外では不規則抗体は出現しにくいこと、新鮮凍結血漿製剤の不規則抗体スクリーニングは日赤血液センターで施行済みであり、間接クームス検査や不規則抗体検査の省略は可能と判断される。

以上のことから、新鮮凍結血漿輸注時の血液交叉試験加算、間接クームス検査加算及び不規則抗体加算の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７３　タコシール組織接着用の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

腸に対するタコシール組織接着用シートの算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

タコシール組織接着用の添付文書の効能・効果は「肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術時の組織の接着・閉鎖（ただし、縫合あるいは接合した組織から血液、体液又は体内ガスの漏出をきたし、他に適切な処置法のない場合に限る。）」であり、腸に関して対象臓器ではない。また、厚生労働省通知※により「単に止血を目的として使用される製剤ではない」とされている。

このため、腸に対するタコシール組織接着用シートの算定は、原則として認められないと判断した。

（※）使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について（平成 23 年 11 月 25 日 保医発 1125 第 2 号）

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７４　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術時等の食道静脈瘤硬化療法用穿刺針の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の手術における食道静脈瘤硬化療法用穿刺針の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｋ653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
⑵　Ｋ654 内視鏡的消化管止血術
⑶　Ｋ721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
⑷　Ｋ722 小腸結腸内視鏡的止血術

○　取扱いを作成した根拠等

食道静脈瘤硬化療法用穿刺針については、厚生労働省通知※において、「食道静脈瘤に硬化剤を注入することを目的に使用する穿刺用材料であること」と示されており、上記手術における当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７５　四肢の血管拡張術・血栓除去術時等の経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤーの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の手術における経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤーの算定は、原則として認められない。

⑴　Ｋ616　　四肢の血管拡張術・血栓除去術
⑵　Ｋ617－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
⑶　Ｋ682－２　経皮的胆管ドレナージ術
⑷　Ｋ783－２　経尿道的尿管ステント留置術

○　取扱いを作成した根拠等

経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤーについては、厚生労働省通知※において、「経皮的冠動脈形成術（ＰＴＣＡ）用カテーテル等を冠動脈狭窄部位に誘導するガイドワイヤーであること」と示されており、上記手術における当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７６　下肢静脈瘤血管内焼灼術における血管造影用シースイントロデューサーセットの算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

Ｋ617－４下肢静脈瘤血管内焼灼術における次の血管造影用シースイントロデューサーセットの算定は、原則として認められない。

⑴　血管造影用シースイントロデューサーセット③選択的導入用（ガイディングカテーテルを兼ねるもの）

⑵　血管造影用シースイントロデューサーセット④大動脈用ステントグラフト用

⑶　血管造影用シースイントロデューサーセット⑤遠位端可動型

なお、血管造影用シースイントロデューサーセット①一般用については、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

血管造影用シースイントロデューサーセットの選択的導入用（ガイディングカテーテルを兼ねるもの）、大動脈用ステントグラフト用及び遠位端可動型については、厚生労働省通知※にそれぞれ次のとおり示されており、Ｋ617－４下肢静脈瘤血管内焼灼術におけるこれらの材料の算定は、原則として認められないと判断した。

選択的導入用（ガイディングカテーテルを兼ねるもの）

主として、心房・心室の検査において使用するものであること。

大動脈用ステントグラフト用

大動脈用ステントグラフトを留置する際に使用するものであること。

遠位端可動型

心臓カテーテルを経皮的に心房･心室に挿入するために使用するものであること。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

７７　血管塞栓術における肝動脈塞栓材の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

次の臓器、疾患等に対するＫ615 血管塞栓術における肝動脈塞栓材の算定は、原則として認められない。

⑴　肝細胞癌以外の肝臓疾患
⑵　脾臓
⑶　腎臓
⑷　肺・気管支
⑸　骨盤骨折等の出血性外傷

○　取扱いを作成した根拠等

肝動脈塞栓材については、厚生労働省通知※に「肝細胞癌患者に対する肝動脈塞栓療法において使用した場合に限り算定できる。」と示されている。

また、現在、肝動脈塞栓材と同じ材料のゼラチンスポンジ塞栓材であるセレスキューや血管塞栓用球状塞栓物質（エンボスフィア、ヘパスフィア）、中心循環系血管内塞栓促進用補綴材（ディーシービーズ）などが特定保険医療材料として保険適用となっている。

このため、上記臓器、疾患等に対するＫ615 血管塞栓術における肝動脈塞栓材の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１０３　院内感染防止措置加算の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

①　ＨＢＶキャリア又はＨＣＶキャリアに対する第 10 部手術通則 11 加算（院内感染防止措置加算）の算定は、原則として認められる。
②　慢性肝炎又は肝硬変に対する第 10 部手術通則 11 加算（院内感染防止措置加算）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

第 10 部手術通則 11 加算（院内感染防止措置加算）については、厚生労働省通知※において、「ＨＢｓ 又はＨＢｅ 抗原によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者」、「ＨＣＶ抗体定性・定量によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者」が対象患者である旨示されている。

ＨＢＶキャリアはＨＢｓ又はＨＢｅ抗原陽性の状態、ＨＣＶキャリアはＨＣＶ抗体陽性の状態であり、それぞれ、上記通知の対象患者に該当すると考えられる。

一方、慢性肝炎又は肝硬変の傷病名では、上記通知の要件に合致するか否か判断することはできない。

このため、当該加算について、ＨＢＶキャリア又はＨＣＶキャリアに対する算定は原則として認められる。慢性肝炎又は肝硬変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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１０４　真皮縫合加算の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の部位に対するＫ000 創傷処理及びＫ000－２小児創傷処理（６歳未満）の真皮縫合加算の算定は、原則として認められない。

⑴　眼瞼
⑵　趾
⑶　手掌

○　取扱いを作成した根拠等

真皮縫合加算については、厚生労働省告示※1 に「真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り 460 点を所定点数に加算する」と規定され、同通知※2 に「「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。」と示されている。

皮膚は、表面より表皮・真皮・皮下組織の３層に分けられる。創傷の縫合においては、術後瘢痕拘縮を来さないようにすることが必要であり、創離開防止目的で皮下組織と一部真皮にかかる埋没縫合を行っている。しかし、趾の創傷、手掌面においては、真皮の知覚神経損傷を来さない配慮が必要であり、また眼瞼においては真皮層が薄く、通常これらの部位では真皮縫合を行うことはない。

このため、これらの部位に対するＫ000 創傷処理及びＫ000－２小児創傷処理（６歳未満）の真皮縫合加算の算定は、原則として認められないと判断した。

なお、指に対する取扱いについては、以下のとおり既に審査情報提供を行っている。

【取扱い】
指にあっては、真皮縫合加算は認められない。
（審査情報提供事例（平成 18 年 3 月 27 日））

（※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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１０５　自己血輸血時の間接クームス検査加算等の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

自己血輸血時の間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算は不適合輸血を防ぐための検査であり、自己血輸血に当たっては、出庫時並びに輸血時に患者氏名、生年月日、血液型、ＩＤ番号等を複数の医療従事者で確認するなど、本人の自己血との確認が適正に行われていると考え、上記検査の保険診療上の必要性は低いと考えられる。

以上のことから、自己血輸血時の間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１１８　砕石用バスケットカテーテルの算定がない場合の内視鏡的胆道結石除去術又は内視鏡的乳頭切開術の胆道砕石術を伴うものの算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

胆道結石除去用カテーテルの砕石用バスケットカテーテルの算定がなく、次の詳記※もない場合のＫ685 内視鏡的胆道結石除去術「１」胆道砕石術を伴うもの又はＫ687 内視鏡的乳頭切開術「２」胆道砕石術を伴うものの算定は、原則として認められない。

※：電気水圧衝撃波、超音波、砕石用把持鉗子等により結石を破砕した等の内容

○　取扱いを作成した根拠等

Ｋ685 内視鏡的胆道結石除去術の「１」胆道砕石術を伴うものについては、厚生労働省通知※に「胆道鏡を用いＴ字管又は胆管外瘻孔を介し、若しくは内視鏡を用い経十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。」と示されている。

また、Ｋ687 内視鏡的乳頭切開術「２」胆道砕石術を伴うものについては、同通知に「乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出した場合は、「２」により算定する。」と示されている。

このため、胆道結石除去用カテーテルの砕石用バスケットカテーテルの算定がなく、電気水圧衝撃波、超音波、砕石用把持鉗子等により結石を破砕した等の詳記もない場合のＫ685 内視鏡的胆道結石除去術「１」胆道砕石術を伴うもの又はＫ687 内視鏡的乳頭切開術「２」胆道砕石術を伴うものの算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１１９　長期留置型腹膜透析用カテーテルの抜去の手技料について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

長期留置型腹膜透析用カテーテルの抜去の手技料は、原則としてK000 創傷処理「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）の算定とする。したがって、K631 腹壁瘻手術「２」腹腔に通ずるものの算定は認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

長期留置型腹膜透析用カテーテルの抜去の手技料については、以下の厚生労働省通知※や手技内容を踏まえ、原則としてK000 創傷処理「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）の算定が妥当と判断した。ただし、トンネル感染等があり、単純な抜去に該当しないような場合は、この限りでない。

（厚生労働省通知）

・中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は、K000 創傷処理の「１」
筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

・抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は、K000 創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１２０　創傷処理の算定について②

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

次の部位に対するＫ000 創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）の算定は、原則として認められる。

⑴　頭部
⑵　眼瞼

○　取扱いを作成した根拠等

創傷処理の「筋肉、臓器に達するもの」については、厚生労働省通知※に「単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。」と示されている。

頭部・眼瞼の諸筋肉（頭部：前頭筋、頭頂筋、側頭筋、後頭筋、眼瞼：眼輪筋、眼瞼挙筋）は薄い表皮に被われているのみであり、外的衝撃によりその創面は容易に筋肉に達する。従来の機能を保つには筋層縫合が必要となる。

以上のことから、頭部、眼瞼に行った縫合、創傷処理に対して、Ｋ000 創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）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

支払基金統一事例

【　手術　】

１２１　開胸又は開腹術後の出血に対する手術翌日以降等の試験開胸術又は試験開腹術の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　開胸又は開腹術後の出血に対する手術当日のＫ488 試験開胸術又はＫ636 試験開腹術の算定は、原則として認められない。
②　開胸又は開腹術後の出血に対する手術翌日以降のＫ488 試験開胸術又はＫ636 試験開腹術の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

開胸、開腹術後の出血に、再開胸、再開腹により出血巣（出血部位）に対して縫合、結紮等の止血術が必要となる。

その際の再手術に対する適切な保険点数の設定はされていない。本手術に対する算定は、術後合併症であることや他科との整合性を考慮し、その手技内容からＫ488 試験開胸術又はＫ636 試験開腹術の算定が妥当と考える。

また、厚生労働省通知※に「手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に２回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と示されている。

以上のことから、開胸又は開腹術後の出血に対する手術翌日以降のＫ488 試験開胸術又はＫ636 試験開腹術の算定は、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

支払基金統一事例

【　手術　】

１２２　ベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

①　次の手術時のベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められる。
⑴　硬膜切開を伴う開頭術又は脊髄手術
⑵　弁形成術（１弁）
⑶　腹腔鏡下手術

②　次の手術時等のベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められない。
⑴　指創傷処理、指創傷処置時
⑵　乳房切除術時

○　取扱いを作成した根拠等

ベリプラストＰコンビセット組織接着用及びボルヒール組織接着用の添付文書の効能・効果は、「組織の接着・閉鎖（ただし、縫合あるいは接合した組織から血液、体液又は体内ガスの漏出をきたし、他に適切な処置法のない場合に限る）」であり、保険診療上の取扱いとして、単なる止血を目的としての使用は不可とされている（昭 63.4.18 保険発 35）。

①に掲げる手術時においては、これらの医薬品を使用することで、手術縫合部や切断面又は切離面からの血液や体液の漏れ、肺などの切断面からの空気漏れを防ぐことが可能である。

また、食道領域、肝・胆・膵、大腸領域の吻合部リークを防ぐことも可能である。

以上のことから、①に掲げる手術時の算定は原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる手術時等においては、医療上の必要性は認められず、また、上記の添付文書の効能・効果及び保険診療上の取扱いからも、原則として認められないと判断した。

支払基金統一事例

【　手術　】

１２３　骨移植術（軟骨移植術を含む。）の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

同一手術野の局所骨からの採取に対するＫ059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）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

同一手術野における複数手術に係る取扱いについては、厚生労働省告示※において「同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合（略）は、それぞれの所定点数を合算して算定する。」とされている。

以上のことから、同一手術野の局所骨からの採取に対するＫ059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）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

支払基金統一事例

【　手術　】

１２４　骨セメント（人工関節固定用）の算定について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

次の手術時の 079（2）骨セメント（人工関節固定用）の算定は、原則として認められる。

⑴　人工骨頭挿入術

⑵　人工関節置換術後の二次感染に対する手術

○　取扱いを作成した根拠等

特定保険医療材料の骨セメント（人工関節固定用）については、厚生労働省通知※に「人工関節（股関節、膝関節、肩関節、肘関節、足関節等）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。」と示されている。

人工骨頭挿入術は、大腿骨頭を切除し人工骨頭を置換する手術で、人工骨頭の固定方法の一つとして骨セメントを使用する方法がある。

また、人工関節置換術後の二次感染に対する手術においては、感染の治療目的で抗生剤含有の骨セメントが使用される場合がある。

以上のことから、人工骨頭挿入術時、人工関節置換術後の二次感染に対する手術時の骨セメント（人工関節固定用）の算定は、原則として認められると判断した。

（※）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

支払基金統一事例

【　手術　】

１８２　挫創に対するデブリードマン加算の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

挫創に対するＫ000 創傷処理及びＫ000−２小児創傷処理（６歳未満）のデブリードマン加算の算定は、レセプトの記載上、汚染について明示されていない場合であっても、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

デブリードマン加算については、厚生労働省告示※において、「汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。」と示されているが、レセプトの記載上、挫創の傷病名を記載する際、当該挫創が汚染されたものであるか否かの記載は必要とされていない。

また、挫創は、鈍体が強く作用した部位の皮膚、皮下組織が挫滅し、皮膚が離断した創であり、創部の汚染を伴っているとの判断のもとに対応するのが通例である。したがって、デブリードマンが行われている蓋然性が高い。

このため、挫創に対する当該加算の算定は、レセプトの記載上、汚染について明示されていない場合であっても、原則として認められると判断した。

（※）診療報酬の算定方法

支払基金統一事例

【　手術　】

１８３　創傷処理の算定について①

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

次の創傷等に対するＫ000 創傷処理の算定は、原則として認められる。

⑴　挫創
⑵　裂創（裂傷を含む。）
⑶　切創
⑷　挫滅創
⑸　割創
⑹　手術創離開
⑺　術後二次感染（感染創を洗浄した手術創）
⑻　褥瘡

なお、挫傷に対するＫ000 創傷処理の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

創傷処理は、厚生労働省通知※に示されるとおり、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う手技である。

挫創、裂創（裂傷を含む。）、切創、挫滅創、割創は、皮膚の連続性が断たれた開放性損傷であり、これらに対するＫ000 創傷処理の算定は、原則として認められると判断した。

また、創傷処理後に新たに生じた手術創離開や術後二次感染（感染創を洗浄した手術創）に対する縫合（新たな傷病名に対する第１回の治療に該当）、褥瘡における壊死組織の切除についても、創傷処理の算定は妥当と判断した。

なお、挫傷は非開放性損傷であり、創傷処理の対象ではないため、Ｋ000 創傷処理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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１８４　骨折非観血的整復術　（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

肋骨骨折に対する　K044 骨折非観血的整復術「３」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　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

K044 骨折非観血的整復術「３」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他は、骨折部を非観血的に整復した場合に算定するものである。

肋骨骨折に対しては、通常、徒手整復せずに絆創膏等により骨折部固定を行う。したがって、肋骨骨折に対しては、Ｊ001－３鎖骨又は肋骨骨折固定術で算定することが妥当と考える。

以上のことから、肋骨骨折に対する　K044 骨折非観血的整復術「３」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１８５　開頭による頭蓋内手術翌日以降の試験開頭術の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

開頭による頭蓋内手術翌日以降の術後血腫（血腫除去）に対するＫ148 試験開頭術の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

開頭あるいは脳血管内手術による術後の頭蓋内出血は脳機能障害を来すリスクがあるため、早急に血腫除去術を施行することがある。この際の血腫除去術に対する適切な点数設定はない。本手術に対する算定は、術後合併症であることや他科との整合性を考慮し、その手技内容からＫ148 試験開頭術での算定が妥当と考える。

以上のことから、開頭あるいは脳血管内手術による頭蓋内手術翌日以降の術後血腫（血腫除去）に対するＫ148 試験開頭術の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　手術　】

１８６　大伏在静脈抜去術の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

下肢静脈瘤に対するＫ617－２大伏在静脈抜去術について、大伏在静脈瘤の傷病名や大伏在静脈を抜去した旨の詳記等がない場合であっても、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

一次性（下肢）静脈瘤は、小伏在静脈の弁不全や不全穿通枝によっても発症するが、多くは大伏在静脈の弁不全により発症する。傷病名マスターでは下肢静脈瘤として扱われている。

下肢静脈瘤の手術には、抜去切除術、硬化療法、高位結紮術、静脈瘤切除術、血管内焼灼術等がある。大伏在静脈に対する手術のＫ617－２　大伏在静脈抜去術（ストリッピング）は、下肢静脈瘤手術の一つであり、具体的には、鼠径部から下腿部に及ぶ広範な静脈弁不全を有する下肢静脈瘤に対し、大伏在静脈本幹を引き抜く手術で標準的な根治手術である。

以上のことから、大伏在静脈瘤の傷病名や大伏在静脈を抜去した旨の記載等がない場合の、下肢静脈瘤に対する K617－２大伏在静脈瘤抜去術は原則として認められると判断した。

支払基金統一事例

【　手術　】

１８７　内視鏡的膵管ステント留置術の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

ＥＲＣＰ（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎予防のＫ708－３内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

ＥＲＣＰ（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）施行の際、ＥＲＣＰ（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎の発症予防目的に膵管ステント留置術が行われることがある。ＥＲＣＰ後膵炎ガイドライン 2015※においては、ＥＲＣＰ後膵炎の予防的膵管ステント留置が推奨されているのは高リスク患者（ｏｄｄｉ筋機能不全疑い、若年者、女性、膵炎の既往、肝外胆管拡張なし、慢性膵炎でない、血清ビリルビン値正常など）に限定されている。したがって、通常のＥＲＣＰにおいて全ての症例で必要とは考えられず、単に発症予防を目的とした一律的な手術の請求は保険診療上適切ではない。また同ガイドラインでも予防的膵管ステント留置は保険適応となっていないことが記載されている。

以上のことから、ＥＲＣＰ（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎予防の内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）厚生労働省難治性膵疾患調査研究班・日本膵臓学会

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１８８　膵疾患がない場合の内視鏡的膵管ステント留置術と同日の内視鏡的乳頭切開術等の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

膵疾患がない場合の次の手術と同日のＫ708－３内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

⑴　Ｋ687 内視鏡的乳頭切開術

⑵　Ｋ688 内視鏡的胆道ステント留置術

○　取扱いを作成した根拠等

内視鏡的乳頭切開術、内視鏡的胆道ステント留置術の際、膵疾患が認められない場合では、術後膵炎の発症予防目的に膵管ステント留置術が行われることがある。厚生労働省告示※に「同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する」と示されている。

以上のことから、膵疾患がない場合の内視鏡的乳頭切開術又は内視鏡的胆道ステント留置術と内視鏡的膵管ステント留置術の同日の算定は、同一病巣（胆道系疾患）につき２以上の手術に該当することから、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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

１８９　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

外来において、前回手術日から２週間未満でのＫ721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められない。

前回手術日から１か月以上経過しているＫ721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術は、内視鏡を用いて大腸ポリープを切除する手術で、厚生労働省通知※に「短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。」と示されている。

当該手術は、ポリープの数に応じて、複数回必要となる場合があるが、上記告示の「短期間」は、所期の目的が達成される一連の期間であり、その期間は少なくとも、外来においては、前回手術日から２週間未満と判断されるため、その期間内での再算定は原則として認められない、前回手術日から１か月以上経過後の再算定は原則として認められると判断した。

なお、２週間以上１か月未満の再算定については、医学的判断に基づくこととする。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

２００　食道狭窄拡張術の再算定について

《令和６年６月２８日》

○　取扱い

①　外来において、前回手術日から２週間以上経過しているＫ522 食道狭窄拡張術「１」内視鏡によるもの、「２」食道ブジー法の再算定は、原則として認められる。
②　外来において、前回手術日から２週間未満でのＫ522 食道狭窄拡張術「１」内視鏡によるもの、「２」食道ブジー法の再算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

食道狭窄拡張術は、内視鏡等を用いて食道の狭窄部を拡張する手術で、厚生労働省告示※に「１及び２については、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。」と示されている。

食道狭窄の原因としては、悪性疾患や良性疾患、手術後の吻合部狭窄などがあげられ、当該狭窄に対して複数回の拡張が実施される場合があるが、拡張によって狭窄部が浅く裂けることがあるため、同部が修復していない時期での再拡張は穿孔のリスクがある。そのため上記告示の「短期間」は、狭窄部の状態が沈静化し所期の治療が評価されるまでの概ね２週間が妥当な期間と考えられる。

以上のことから、外来において、前回手術日から２週間以上経過しているＫ522 食道狭窄拡張術「１」内視鏡によるもの、「２」食道ブジー法の再算定は原則として認められる、２週間未満での再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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

２４９　経皮的冠動脈形成術等に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】の算定について

《令和６年７月３１日》

○　取扱い

Ｋ546 経皮的冠動脈形成術、Ｋ548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）及びＫ549 経皮的冠動脈ステント留置術に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】(ウログラフイン注)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

アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン（ウログラフイン注）は膵管胆道・唾液腺造影剤であり、添付文書の効能・効果は、60％製剤は「内視鏡的逆行性膵胆管撮影、経皮経肝胆道撮影」、76％製剤は「唾液腺撮影」である。イオン性である当該ヨード造影剤は高浸透圧造影剤（浸透圧比：約６（60％製剤）、約９（76％製剤））であり、血管内投与の適応はない（2001 年 2 月血管内投与は副作用発生率が非イオン性にくらべて高いことから効能・効果から削除され、現在、血管内投与の適応があるのは大部分が非イオン性の等浸透圧又は低浸透圧造影剤である。）。したがって、冠動脈造影用としての使用は不適切である。

以上のことから、Ｋ546 経皮的冠動脈形成術、Ｋ548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）及びＫ549 経皮的冠動脈ステント留置術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。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

２８２　網膜裂孔に対する網膜光凝固術のその他特殊なものの算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

網膜裂孔に対するK276 網膜光凝固術「２」その他特殊なものの算定は、原則として認められない。「１」通常のものの算定とする。

○　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。また、裂孔原性網膜剥離は、網膜裂孔周囲の神経網膜が色素上皮から剥離した病態である。

K276 網膜光凝固術「２」その他特殊なものについては、厚生労働省通知※に「裂孔原性網膜剥離、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。」と示されており、網膜裂孔では上記手術の要件に合致しない。

以上のことから、網膜裂孔に対するK276 網膜光凝固術「２」その他特殊なものの算定は、原則として認められず、「１」通常のものの算定が妥当と判断した。

（※）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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

２８３　乳腺悪性腫瘍手術時の吸引留置カテーテル２本の算定について

《令和６年８月３０日》

○　取扱い

次のＫ476 乳腺悪性腫瘍手術時の 029 吸引留置カテーテル２本の算定は、原則として認められる。

⑴　「４」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））

⑵　「５」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの

⑶　「６」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの

⑷　「７」拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）

⑸　「９」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）

○　取扱いを作成した根拠等

乳腺悪性腫瘍手術後においては、術後貯留するリンパ液や滲出液、血液等の排出、出血・感染の観察等を目的に吸引留置カテーテルを留置し排液する（術後ドレナージ）。その際、上記手術においては、腋窩や胸壁等への留置により２本は必要なことが多い。

以上のことから、上記⑴～⑸の手術に対する吸引留置カテーテル ２ 本の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３１２　麻酔薬の算定がない小児創傷処理（６歳未満）等の算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

麻酔薬の算定がない次の手術の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｋ000－２小児創傷処理（６歳未満）「５」筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）

⑵　Ｋ001 皮膚切開術「１」長径 10 センチメートル未満

○　取扱いを作成した根拠等

Ｋ000－２小児創傷処理（６歳未満）「５」筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）については、ステープラーと医療上同等の創傷処理を行った場合も算定可とされており（留意事項通知および同事務連絡）、局所麻酔は不要である。

また、Ｋ001 皮膚切開術「１」長径 10 センチメートル未満については、手術範囲が小範囲であることから、麻酔が不要な場合や少量の局所麻酔薬を使用したとしても低薬価のため算定されない場合もある。

以上のことから、麻酔薬の算定がないＫ000－２小児創傷処理（６歳未満）「５」筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）、Ｋ001 皮膚切開術「１」長径 10 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。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３１３　手術時等のペルフルブタンの算定について

《令和６年９月３０日》

○　取扱い

①　次の手術時のペルフルブタン（ソナゾイド注射用）の算定は、原則として認められる。
⑴　Ｋ697－２肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法
⑵　Ｋ697－３肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
②　次の傷病名（診断確定時を含む。）に対する超音波内視鏡検査時のペルフルブタン（ソナゾイド注射用）の算定は、原則として認められない。
⑴　胆のう炎
⑵　胆管炎
⑶　脾臓炎
⑷　膵炎・膵管内乳頭粘液性腫瘍等の膵疾患

○　取扱いを作成した根拠等

ペルフルブタン（ソナゾイド注射用）の添付文書の効能又は効果は、「超音波検査における下記造影※」であり、肝臓では、本剤のマイクロバブルは、クッパー細胞に取り込まれることから、細網内皮系を有さない肝腫瘍の鑑別診断、肝小病変の検出ならびにマイクロ波凝固法やラジオ波焼灼療法などの局所治療における治療ガイド（病変位置の正確な把握）や治療効果の判定に有用とされる。

以上のことから、肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法及び肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法施行時における超音波検査時のペルフルブタン（ソナゾイド注射用）の算定は原則として認められると判断した。

一方、胆道系の炎症疾患や脾臓炎、膵腫瘍性疾患に対して本薬剤の適応がない。

以上のことから、胆嚢炎、胆管炎、脾臓炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍等の膵疾患に対する超音波内視鏡検査時のペルフルブタン（ソナゾイド注射用）の算定は原則として認められないと判断した。

（※）肝腫瘤性病変、乳房腫瘤性病変

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３５１　透析シャント狭窄又は透析シャント閉塞に対するカテーテル等の算定本数について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

透析シャント狭窄又は透析シャント閉塞に対する次のカテーテル等の本数は、原則として１本まで認められる。

⑴　ＰＴＡバルーンカテーテル（一般型・標準型）、（一般型・特殊型）

⑵　ガイドワイヤー

○　取扱いを作成した根拠等

透析シャント狭窄又は透析シャント閉塞に対するシャントＰＴＡは、狭窄又は閉塞したシャント血管に向けてシースを挿入しガイドワイヤーを通した後、バルーンカテーテルで拡張等を行う手技であり、使用するＰＴＡバルーンカテーテル（一般型）やガイドワイヤーは通常１本である。

以上のことから、透析シャント狭窄又は透析シャント閉塞に対する上記材料は、原則として１本まで認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３５２　タコシール組織接着用、ボルヒール組織接着用又はベリプラストＰコンビセット組織接着用の２種以上の併算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

①　同一部位に対するタコシール組織接着用（肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術の場合）と、ボルヒール組織接着用又はベリプラストＰコンビセット組織接着用の２種の組織接着剤の併算定は、原則として認められる。

②　脳外科領域の硬膜手術時に対するボルヒール組織接着用とベリプラストＰコンビセット組織接着用の２種以上の組織接着剤の併算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

タコシール組織接着用シート、ボルヒール組織接着用及びベリプラストＰコンビセット組織接着用は、いずれも組織の接着・閉鎖に使用される組織接着剤で、有効成分はいずれもフィブリノゲンとトロンビンであるが、タコシール組織接着用はシート状組織接着剤、ボルヒール組織接着用及びベリプラストＰコンビセット組織接着用は液状組織接着剤であり、手術部位の形状等にあわせ双方の使用が有用な場合がある。

以上のことから、同一部位に対するタコシール組織接着用（肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術の場合）と、ボルヒール組織接着用又はベリプラストＰコンビセット組織接着用の２種（シート状と液状）の併算定は、原則として認められると判断した。

なお、脳外科領域の硬膜手術時に対するボルヒール組織接着用とベリプラストＰコンビセット組織接着用の組織接着剤の併算定は、同じ剤形の組織接着剤として重複する観点から、原則として認められない。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３５３　体外式連続心拍出量測定用センサーの算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における 006 体外式連続心拍出量測定用センサーの算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

体外式連続心拍出量測定用センサーは、心拍出量を連続的に測定することを目的として、患者の動脈内に留置されたカテーテル等に接続して用いられる専用のセンサーであり、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等における手術の際に、血行動態を把握する必要性がある。

以上のことから、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

３５４　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（その他）等における胃内粘液溶解除去剤の算定について

《令和６年１０月３１日》

○　取扱い

次の手術又は検査における胃内粘液溶解除去剤（プロナーゼＭＳ）の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｋ653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術「５」その他のポリープ・粘膜切除術

⑵　Ｄ310 小腸内視鏡検査「３」カプセル型内視鏡によるもの

○　取扱いを作成した根拠等

プロナーゼＭＳの添付文書の効能・効果は、「胃内視鏡検査における胃内粘液の溶解除去」である。胃内視鏡検査の実施にあたっては、胃内粘液の存在は胃粘膜の観察の妨げになることより、その除去が必要である。内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術や小腸内視鏡検査においても同様であると考えられることから、本剤の使用の有用性は高い。

以上のことから、上記手術又は検査における胃内粘液溶解除去剤（プロナーゼＭＳ）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　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。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

４４１　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。

支払基金統一事例

【　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。
　⑴　Ｋ613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
　⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　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。
　⑴　K547 経皮的冠動脈粥腫切除術
　⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

５２８　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（乳癌の疑い）の算定回数について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

乳癌の疑い（同一病変）に対するＫ474-３乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）の複数回の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｋ474-３乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、厚生労働省告示※において「一連」と示されている。一連の期間に関しては示されていない。当該吸引術の複数回の算定について、別病変に対して行われたものである場合は「一連」には該当しないが、同一病変に対して行われたものである場合は「一連」とすることが妥当である。

以上のことから、乳癌の疑い（同一病変）に対するＫ474-３乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）の複数回の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

５２９　経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）（冠動脈慢性完全閉塞等）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

①　冠動脈慢性完全閉塞に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められる。
②　次の検査等に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められない。
⑴　Ｄ206「１」右心カテーテル又は「２」左心カテーテル時
⑵　Ｋ599 植込型除細動器移植術時
⑶　閉塞性動脈硬化症
⑷　透析シャント狭窄時

○　取扱いを作成した根拠等

経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤーは、厚生労働省通知※において「経皮的冠動脈形成術（ＰＴＣＡ）用カテーテル等を冠動脈狭窄部位に誘導するガイドワイヤーである」と示されている。

冠動脈慢性完全閉塞病変は冠動脈が完全に閉塞している状態であり、ＰＣＩを行う上で当該材料は経皮的冠動脈形成術（ＰＴＣＡ）用カテーテル等を冠動脈狭窄部位に誘導する過程で必要なものである。

以上のことから、①の冠動脈慢性完全閉塞に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は原則として認められると判断した。

一方、②の検査等においては、通常、経皮的冠動脈形成術（ＰＴＣＡ）用カテーテル等を含め当該ガイドワイヤーは使用されない。

以上のことから、②の検査等に対する当該ガイドワイヤーの算定は原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

支払基金・国保統一事例

【　手術　】

５３０　動脈塞栓除去術その他のもの（観血的なもの）の算定について

《令和７年４月３０日》

○　取扱い

血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いたK608 動脈塞栓除去術「２」その他のもの（観血的なもの）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

K608 動脈塞栓除去術は、動脈内の血栓・塞栓を除去する手術であり、「１」開胸又は開腹を伴うものと、「２」その他のもの（観血的なもの）のいずれかで算定される。血管内の塞栓・血栓を除去する術式には、バルーン付きカテーテル（種々改良型カテーテル）をはじめ、症状により種々のカテーテルが用いられており、このうちの血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いた動脈塞栓除去術（その他のもの）（観血的なもの）は、様々な動脈閉塞性疾患に広く用いられている。

以上のことから、血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いたK608 動脈塞栓除去術「２」その他のもの（観血的なもの）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

３８　胸郭出口症候群に対するＬ100の５星状神経節ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）の算定について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

胸郭出口症候群に対するＬ100の５星状神経節ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）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

胸郭出口症候群は、第１肋骨・鎖骨・前斜角筋などで構成される胸郭出口の神経や血管が圧迫又は牽引されることにより、腕神経叢刺激症状（上肢の痛み、しびれ、だるさ、冷感）、頸部・肩甲帯のこりや疼痛、頭痛、めまい、倦怠感などの症状をきたす症候群である。

一方、星状神経節ブロックは、頸部の交感神経節である星状神経節及びその周囲に局所麻酔薬を注入することにより、その中に含まれる星状神経節及び頸部交感神経幹、交感神経の節前・節後繊維を遮断するコンパートメントブロックであるが、当該ブロックによる血流増加は胸郭出口症候群の症状改善に有効と考えられている。当該症候群に対する同ブロックの実施は関連学会等の治療指針として示されている（※）。

以上のことから、胸郭出口症候群に対するＬ100 の 5 星状神経節ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）の算定は、原則認められると判断した。

（※）　日本ペインクリニック学会「ペインクリニック治療指針改訂第６版」（2019 年７月）

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

７８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔「２」の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

⑴　次の手術時のＬ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔「２」の算定は、原則として認められる。
　①　肺切除術（胸腔鏡下を含む。）
　②　Ｋ502 縦隔腫瘍、胸腺摘出術
　③　Ｋ196－２胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
⑵　次の手術時のＬ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔「２」の算定は、原則として認められない。
　①　乳癌手術
　②　Ｋ697－２肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法

○　取扱いを作成した根拠等

肺切除術（胸腔鏡下を含む。）、縦隔腫瘍、胸腺摘出術、胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）においては、分離肺換気による麻酔を行うことが一般的であり、Ｌ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔「２」の算定は、原則として認められると判断した。

また、乳癌手術、Ｋ697－２肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法においては、一般的に低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔等の必要性、有用性は考えられないことから、これら手術でのＬ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔「２」の算定は、原則として認められないと判断した。

（参考：厚生労働省告示　診療報酬の算定方法）
Ｌ008　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ552－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

１０６　麻酔時等のデクスメデトミジン塩酸塩の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

次の麻酔時等のデクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）の算定は、原則として認められる。

⑴　Ｌ002 硬膜外麻酔
⑵　Ｌ004 脊椎麻酔
⑶　Ｌ005 上・下肢伝達麻酔
⑷　局所麻酔
⑸　ＤＰＣレセプトにおける局所麻酔下の非挿管での手術時の鎮静目的での投与

○　取扱いを作成した根拠等

デクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）は、効能・効果に「集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静」及び「成人の局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静」と示されている。

また、「成人の局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静」については、重要な基本的注意に「硬膜外・脊髄くも膜下麻酔時には、輸液の投与等により、循環動態の変動が安定した後に本剤の投与を開始する等、併用に注意すること」と示されており、成人における国内第Ⅲ相試験で「局所浸潤・伝達麻酔等の局所麻酔下」と「硬膜外・脊髄くも膜下麻酔下」で、「治験薬投与中にプロポフォールの追加投与を必要としなかった症例の割合」は、「プラセボ群に対し、初期負荷３μg/kg/時群及び６μg/kg/時群で有意に高かった」と示されている。

このため、上記麻酔時等におけるデクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

１２５　笑気ガスの使用量について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

閉鎖循環式全身麻酔時の笑気ガスの使用量は、原則として１分間当たり４Ｌまで認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

吸入麻酔器はフレッシュガス（酸素＋笑気ガスまたは空気、あるいは酸素のみ）を２ℓ/分～６ℓ/分の流量で維持するのが一般的である。

閉鎖循環式全身麻酔における安全性を確保するため、酸素濃度（％）は概ね30％～50％を維持する必要がある。

したがって、フレッシュガスの最大流量を６ℓ/分とした場合、酸素は２ℓ/分、笑気ガスは４ℓ/分が上限となる。

以上のことから、閉鎖循環式全身麻酔時の笑気ガスの使用量は原則として１分間当たり４ℓまで認められると判断した。

※　【参考】笑気ガス流量（ℓ/分）は次の式で算出する（概算値）。
笑気ガス流量（ℓ/分）＝［笑気ガス質量（ｇ）×0.51*］ℓ/麻酔時間（分）
＊笑気ガス１ｇ（質量）は笑気ガス0.51ℓ（容量）に相当

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

１９０　閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術時における眼軟膏剤の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

閉鎖循環式全身麻酔を伴う眼科手術以外の手術時における眼軟膏剤（タリビッド眼軟膏等）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

閉鎖循環式全身麻酔時に角膜乾燥や消毒薬の飛散などの防止のために眼軟膏剤が使用される場合があるが、合成抗菌薬であるタリビッド眼軟膏の添付文書の効能・効果は眼科周術期の無菌化療法であり、眼科以外の手術時における眼感染症のない使用は適応症に該当しない。

以上のことから、閉鎖循環式全身麻酔を伴う眼科手術以外の手術時における眼軟膏剤（タリビッド眼軟膏等）の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、閉鎖循環式全身麻酔を伴う脳外科手術等で手術部位から当該医薬品の効能・効果に合致した使用の場合は、この限りではない。

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

４２１　静脈麻酔（小児の骨髄穿刺等）の算定について

《令和６年１２月２７日》

○　取扱い

小児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る。

⑴　骨髄穿刺
⑵　腰椎穿刺
⑶　ＣＴ撮影
⑷　ＭＲＩ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Ｌ001－２静脈麻酔の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

４２２　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１２月２７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。

⑴　Ｌ004 脊椎麻酔時

⑵　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、Ｌ004 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。

支払基金・国保統一事例

【　麻酔　】

４７１　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。

⑴　上部消化管内視鏡検査

⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　放射線治療　】

７９　ケロイドに対する体外照射の高エネルギー放射線治療の算定について

《令和６年２月２９日》

○　取扱い

ケロイドに対するM001 体外照射「２」高エネルギー放射線治療の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

ケロイドに対しては、その縮小を期待し、M001 体外照射「２」高エネルギー放射線治療が行われることがあり、形成外科診療ガイドライン「急性創傷/瘢痕ケロイド２」（平成 27 年 日本形成外科学会等）では「ケロイド切除後の放射線治療は優位に再発率を下げるため推奨される」と示されている。

このため、ケロイドに対するM001 体外照射「２」高エネルギー放射線治療の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　放射線治療　】

１５０　ガンマナイフによる定位放射線治療の算定回数について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

M001-２ガンマナイフによる定位放射線治療について、３か月未満の複数回の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

M001-２ガンマナイフによる定位放射線治療については、厚生労働省通知※に「数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する」と示されている。

この一連の期間は、通常、所期の目的を達成するまでの期間と考えられ、個々の症例によるところが大きいが、一般的には３か月の期間とし、当該治療の３か月未満の複数回の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　放射線治療　】

１５１　直線加速器による放射線治療の算定回数について

《令和６年４月３０日》

○　取扱い

M001-３直線加速器による放射線治療について、３か月未満の複数回の算定は、原則として認められない。

○　取扱いを作成した根拠等

M001-３直線加速器による放射線治療については、厚生労働省通知※に「（略）数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。」と示されている。

この一連の期間は、通常、所期の目的を達成するまでの期間と考えられ、個々の症例によるところが大きいが、一般的には３か月の期間とし、当該治療の３か月未満の複数回の算定は、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

支払基金・国保統一事例

【　病理診断　】

２９　乳癌の診断においてＤ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「2」その他により採取した検体を用いた場合のＮ000 病理組織標本作製の算定について

《令和２年７月２７日》

○　取扱い

乳癌の診断において、Ｄ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「2」その他により採取した検体を用いた場合、Ｎ000 病理組織標本作製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

Ｄ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「2」その他は、細い針（ファインニードル等）を乳房の目的部位に直視下あるいは超音波下に誘導して穿刺、吸引して細胞を含んだ穿刺液を得る採取料であり、病理標本作製料はＮ004 細胞診「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを算定するものである。

Ｎ000 病理組織標本作製の検体採取は、Ｄ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「1」生検針によるもの又はＤ417 組織試験採取、切採法「10」乳腺により算定するものであり、Ｄ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「2」その他により算定するものではない。

乳癌の診断時に実施されるＮ000 病理組織標本作製は、「腫瘍（しこり）部分に太い針（コアニードル等）を刺し、細胞一つ一つではなく組織の塊を切り取ることで良性か悪性かの鑑別を行い、鑑別だけでなく、悪性の場合は特徴まで把握できる」病理診断である。

乳癌の診断においては、細胞診用に採取された検体から組織検体のようなパラフィンブロックを作成するセルブロック法がある。

セルブロック法については、Ｎ000 病理組織標本作製の留意事項通知に「「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する」と示されているが、乳癌における取扱いは、病理標本作製料の告示及び留意事項通知に示されていない。

日本乳癌学会乳癌診療ガイドライン 2015 年版において、セルブロック標本による HER2 の IHC 法の信頼性については、原発巣ないし転移巣からの針生検ないし切除標本と、穿刺吸引細胞診検体を用いたセルブロック標本との比較による検討において、アルコール固定された場合の一致率が悪く、一定の見解を得るには至っていないとされている。

乳癌におけるセルブロック法は、告示及び留意事項通知に示されていないこと、また、診断結果の信頼性が十分ではないことから、Ｎ000 病理組織標本作製により算定することはできないが、組織採取ができない場合等やむを得ない理由がある場合は、その可否を医学的に判断する必要がある。

以上のことから、乳癌の診断においてＤ410 乳腺穿刺又は針生検（片側）「2」その他により採取した検体を用いた場合、Ｎ000 病理組織標本作製の算定は、原則認められないと判断した。

支払基金・国保統一事例

【　病理診断　】

４３　診断穿刺・検体採取料等の算定がない場合のＮ000 病理組織標本作製の算定について

《令和４年１月３１日》

○　取扱い

診断穿刺・検体採取料又は手術料の算定がない場合、Ｎ000 病理組織標本作製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

医科点数表告示第 13 部病理診断の通則 1 において、「病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第 1 節及び第 2 節並びに第 3 部第 4 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。」と示されている。

医科点数表告示第 3 部第 4 節診断穿刺・検体採取料の通則 1 において、「手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。」と示されている。

病理組織標本作製とは「採取した生体組織から標本を作製し、病理診断を行う」ものであり、検体は手術で組織を切除して採取するほか、内視鏡や針生検などで病変部の組織を採取したものである。

以上のことから、診断穿刺・検体採取料又は手術料の算定がない場合、Ｎ000 病理組織標本作製の算定は原則として認めないこととした。

ただし、診断穿刺・検体採取料が算定できない場合（他院で検体摘出等）については、個々の症例により判断する必要がある。

支払基金・国保統一事例

【　病理診断　】

１０７　乳癌に対する免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（その他）の算定について

《令和６年３月２９日》

○　取扱い

乳癌に対するＮ002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製「８」その他の算定は、原則として認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

Ｎ002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製「８」その他は、病理組織標本中の抗原の存在を確認するために、蛍光物質や酵素を標識した抗体を反応させ、顕微鏡下の観察に資するものである。

乳癌においては、良性の乳頭腫や乳管上皮過形成に伴う繊維腺腫と悪性の非浸潤性乳管癌との鑑別は筋上皮マーカーやサイトケラチンを使用した免疫染色病理組織標本（Ｎ002 の８）による診断が有用である。

以上のことから、乳癌に対するＮ002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製「８」その他の算定は、原則として認められると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　病理診断　】

１９１　虫垂炎に対する病理組織標本作製の算定について

《令和６年５月３１日》

○　取扱い

虫垂炎に対するN000 病理組織標本作製の算定は、原則として年齢にかかわらず認められる。

○　取扱いを作成した根拠等

虫垂切除時の病理検査は、腫瘍性病変との鑑別等に有用である。虫垂癌の好発年齢は 50～70 歳代とされているが、10 歳から 15 歳での小児虫垂神経内分泌腫瘍（カルチノイド）の報告例もあり、若年者に対する当該検査の有用性を否定することはできない。

以上のことから、虫垂炎に対するN000 病理組織標本作製の算定は、原則として年齢にかかわらず認められると判断した。

支払基金統一事例

【　病理診断　】

４２３　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。

⑴　胃潰瘍

⑵　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。

支払基金・国保統一事例

【　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

《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※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※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）

支払基金・国保統一事例

【　食事　】

１５２　特別食加算の算定について

《令和６年４月３０日》
《令和６年９月３０日更新》

○　取扱い

①　次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められる。
⑴　胃癌術後
⑵　直腸癌術後
⑶　大腸内視鏡検査時
②　次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められない。
⑴　虫垂切除術後
⑵　胆嚢摘出術後
⑶　不整脈
⑷　境界型糖尿病
⑸　耐糖能異常

○　取扱いを作成した根拠等

特別食加算については、厚生労働省通知※において、「手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算が認められる。」と示されており、胃癌術後、直腸癌術後は、侵襲の大きな消化管手術の術後に該当すると考えられる。

また、同通知には、「大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない」と示されている。

一方、虫垂切除術後、胆嚢摘出術後、不整脈については、上記通知の要件を満たすとは判断できない。

また、心疾患については、減塩療法を行った場合に算定できるとあるが、不整脈のみの傷病名では減塩療法を行う病態とは考えられず、境界型糖尿病、耐糖能異常は、糖尿病と診断される基準には達していると判断できない。

以上のことから、胃癌術後、直腸癌術後、大腸内視鏡検査時の特別食加算の算定は、原則として認められ、虫垂切除術後、胆嚢摘出術後、不整脈、境界型糖尿病、耐糖能異常に対しての特別食加算は原則認められないと判断した。

（※）入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について

支払基金・国保統一事例

【　その他　】

９　ＤＰＣレセプトにおける退院時に処方した薬剤（残薬）の取扱いについて

《平成２９年４月２４日》

○　取扱い

ＤＰＣにおいて、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、当該薬剤（残薬）の算定を認める。

○　取扱いを作成した根拠等

平成 28 年 3 月 31 日付け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）」のＤＰＣ（問 10-5）において、「入院中に処方したフォルテオ皮下注キット 600μｇについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。」と回答されている。

同疑義解釈資料のＤＰＣ（問 10-6）において、前（問 10-5）の取扱いについて「当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを 1 日分（1 回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。」と回答されている。

これらの回答については、フォルテオ皮下注は他の注射薬とは算定方法が異なり、薬価を使用可能日数（回数）で除したものを 1 日分（1 回分）の薬剤料として算定することとされていることから、疑義解釈資料において、当該算定方法で請求される薬剤の退院時処方の取扱いが示されたものである。

入院中の注射に係る薬剤料は、1 日分ごとに使用した量により算定するものであり、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、同疑義解釈資料のＤＰＣ（問 10-3）において「残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。」と回答されている。

さらに同疑義解釈資料のＤＰＣ（問 6-5）において「「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、在宅医療に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。」と回答されている。

以上のことから、ＤＰＣにおいて、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、当該算定を認めると判断した。

支払基金・国保統一事例

【　その他　】

２６　ＤＰＣレセプトにおけるアナペイン注 2mg/mL の算定について

《平成３０年２月２６日》

○　取扱い

ＤＰＣにおいて、アナペイン注 2mg/mL は「第 11 部の麻酔、第 3 節の薬剤料」として、その算定を原則として認める。

○　取扱いを作成した根拠等

アナペイン注 2mg/mL は、薬効分類コード 1210「局所麻酔剤」に該当し、効能効果は術後鎮痛である。

Ｌ003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入は、平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 3 号「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」別添 1 で「第 2 章第 11 部麻酔」の項目であり、当該持続的注入において使用された薬剤は、術前、術中、術後にかかわらず、同第 11 部麻酔の第 3 節薬剤料としての算定となる。

平成 28 年 3 月 31 日付け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）」のＤＰＣ（問 6-27）の回答は、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤の取扱いが示されたものであり、同疑義解釈のＤＰＣ（問 6-23）の「包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。」については、「医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。」と回答されている。

硬膜外麻酔は、手術開始前から始まり、さらに手術が終わってからも麻酔覚醒までは麻酔が続いている。アナペイン注 2mg/mL は、手術終了間際（術中）あるいは手術終了直後（術後）に、麻酔覚醒時の疼痛対策（術後鎮痛）を目的として用いているものである。

術後であっても、まだ硬膜外麻酔持続的注入は継続していることから、その時使用したアナペイン注 2mg/mL は麻酔の項目としてＤＰＣで認められると判断した。

支払基金統一事例

【　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。