【国保】

審査情報提供事例について

審査支払機関における診療（調剤）報酬に関する審査は、国民健康保険法及び各法、療担規則及び薬担規則並びに療担基準、診療（調剤）報酬点数表並びに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。

他方、高度多様化する診療内容について的確、かつ、迅速な審査を求められており、各審査委員会から自らの審査の参考とするため、他の審査委員会の審査状況について知りたいとの要望のある事例について、平成１７年度より全国調査を実施し、各審査委員会及び国保連合会間で情報の共有をしてまいりました。

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、審査上の一般的な取扱いについて、「審査情報提供事例」として広く関係者に情報提供することといたしました。

今後、全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会等で協議を重ね提供事例を逐次拡充させることとしております。

なお、療担規則等に照らして、それぞれの診療行為の必要性、妥当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いますので、本提供事例に示されている方向性がすべての個別事例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ないことにご留意願います。

平成２３年３月

【国保】

A-1　救急医療管理加算1（虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの））

《令和元年 2 月 26 日新規》
《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、入院当日に虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）を実施した患者に対して、救急医療管理加算 1 の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

入院時の臨床所見では、膿瘍を伴うものであるか否か判断がつかないため、入院当日に虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）を実施した患者については、通知に示されている救急医療管理加算 1 の対象となる患者の状態のうち、「ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態」の患者に該当すると考えられる。

○ 留意事項

来院時間、手術の準備等で、一連の診療につき、手術の開始が入院した日の翌日となった場合であっても算定できる。ただし、病態の変化等により翌日の臨床所見で手術を必要と認めた場合には算定できない。

【国保】

A-2 特定集中治療室管理料等（加算）（DPC レセプトにおいて食事算定が３食ある場合）

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、DPC レセプトにおいて、食事算定が 3 食ある場合でも、特定集中治療室管理料等（加算）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

現在、ICU に入室する重症患者等に対し可能な限り早期から経腸栄養を施行することが推進されており、食事の提供がある患者であっても ICU 等の算定対象となり得ると考えられる。

【国保】

B-1 慢性疼痛疾患管理料

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 2 年 9 月 8 日更新》

○ 取扱い

原則として、単なる下肢痛に対し B001 の 17 慢性疼痛疾患管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

慢性疼痛疾患管理料の留意事項通知に「慢性疼痛疾患管理料は、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。」とあるが、単なる「下肢痛」だけでは当該管理料は認められない。

【国保】

B-2 特定疾患療養管理料

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し特定疾患療養管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病の ICD10 コードは E14、耐糖能異常、境界型糖尿病は R730 と異なることからも糖尿病とは異なるため認められない。

【国保】

B-3 生活習慣病管理料

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し生活習慣病管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病の ICD10 コードは E14、耐糖能異常、境界型糖尿病は R730 と異なることからも糖尿病とは異なるため認められない。

【国保】

B-4 生活習慣病管理料「脂質異常症を主病とする場合」（高脂血症）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、高脂血症に対し、生活習慣病管理料「脂質異常症を主病とする場合」の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

高コレステロール血症、脂質異常症、高脂血症は同義であると解釈されている。

【国保】

B-5 慢性疼痛疾患管理料の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

B-6 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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」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

【国保】

D-1 HBs 抗原

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、内視鏡時における HBs 抗原の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-2 フェリチン

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 2 年 9 月 8 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、鉄欠乏性貧血の疑い病名に対する D007 の 26 フェリチン半定量又はフェリチン定量の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

フェリチンは肝、脾、小腸粘膜などに含まれる鉄蛋白質で血液中に微量に存在し、体内貯蔵鉄の量を反映する。
鉄欠乏性貧血では、早期よりフェリチンが低下するためその診断に有用である。

【国保】

D-3 パルスドプラ法加算(超音波検査(断層撮影法))

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は、血流の定量的評価により診断の向上を図る目的で行われる。

○ 留意事項

肝血管腫での算定は認めない。

【国保】

D-4 経皮的動脈血酸素飽和度測定

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-5 心電図検査

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用している場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-6 呼吸心拍監視

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合）において呼吸心拍監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-7 経皮的動脈血酸素飽和度測定

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-8 心電図検査

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-9 呼吸心拍監視

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、上部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において呼吸心拍監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-10 経皮的動脈血酸素飽和度測定

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-11 心電図検査

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用している場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-12 呼吸心拍監視

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合）において呼吸心拍監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-13 経皮的動脈血酸素飽和度測定

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-14 心電図検査

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-15 呼吸心拍監視

《平成 24 年 1 月 26 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用していない場合）において呼吸心拍監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。

【国保】

D-16 パルスドプラ法加算(超音波検査(断層撮影法))

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、乳癌が疑われる患者に対するスクリーニング検査として、超音波検査の断層撮影法におけるパルスドプラ法加算は認められない。

○ 取扱いの根拠

乳癌自体の血流量が少ないので、パルスドプラ法は意味がない。また、スクリーニング検査では、早期症例又は他の良性腫瘍も多く含まれる。

○ 留意事項

乳腺腫瘍での算定も認めない。

【国保】

D-17 インフルエンザ関連検査

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」以外でインフルエンザ関連検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

本検査は、インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がない、インフルエンザ関連検査の算定は認められない。

【国保】

D-18 鼻腔内 MRSA 検査

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、入院時検査の鼻腔内 MRSA 検査（細菌培養同定検査）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

本検査は、入院時スクリーニング検査としては、認められない。

【国保】

D-19 超音波検査

《平成 27 年 2 月 5 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、単なる挫傷に対する局所診断を目的とした超音波検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

単なる「挫傷」に対する超音波検査の算定は、挫傷局所の診断検査としては一般的ではない。なお、「単なる挫傷」とは「部位や併存症または合併症（疑い病名を含む）などの傷病名記載のない挫傷」のことをいう。

【国保】

D-20 内視鏡検査

《平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査実施加算は痔核に対しては認められない。

○ 取扱いの根拠

肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査は痔核に対して診断を進める際に用いる検査としては一般的ではない。

【国保】

D-21 輸血

《平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、血液交叉試験の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

原則として、患者の ABO 血液型と同型の血小板濃厚液が使用されること、また、現在供給されている血小板濃厚液は赤血球をほとんど含まないので、交差適合試験を省略してもよい。

【国保】

D-22 輸血

《平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、間接クームス検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（患者血中抗体の標的）をほとんど含まないので、間接クームスは適当とは認められない。

【国保】

D-23 輸血

《平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、不規則抗体検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（不規則抗体の標的）をほとんど含まないので、不規則抗体は適当とは認められない。

【国保】

D-24 赤血球沈降速度(ESR)とC反応性蛋白(CRP)(併施)

《令和元年8月29日新規》

○ 取扱い

原則として、同一検体での赤血球沈降速度(ESR)とC反応性蛋白(CRP)の併施算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

ESRとCRP検査データは、通常、並行的に変化するものであるが、両者のデータの乖離（かいり）は炎症初期及び回復期等に認められる場合がある。また、血管内凝固症候群など両者の乖離（かいり）が診断のきっかけとなることもあるなど、両者の併施は有用である。

【国保】

D-25 赤血球沈降速度(ESR)(高血圧症)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

初診時以外で、「高血圧症」のみの病名に対する赤血球沈降速度（ESR）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

「高血圧症」と ESR は病態生理学的にみて、必然的な検査とは認められない。

【国保】

D-26 HbA1c(膵臓疾患)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合の HbA1c 検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。

○ 留意事項

膵臓疾患、特に慢性膵炎では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的有用性がある。こうした場合は「糖尿病」または「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的な必要性が認められる場合に限られる。

【国保】

D-27 HbA1c(肝臓疾患)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、肝臓疾患のみの場合の HbA1c 検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。

○ 留意事項

肝疾患、特に肝硬変等では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的有用性がある。こうした場合は「糖尿病」または「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的な必要性が認められる場合に限られる。

【国保】

D-28 出血時間(心臓カテーテル法)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査施行前の出血時間は認められる。

○ 取扱いの根拠

心臓カテーテル法による諸検査には、右心・左心カテーテルを含む。それぞれ静脈、動脈にシースイントロデューサーを挿入し、必要とするカテーテルにより検査を施行する。検査終了時の止血は主に圧迫止血である。活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)、プロトロンビン時間 (PT) はそれぞれ内因系及び外因系の止血異常を、また、出血時間は血小板機能を始め血管壁やその周囲組織の状況を含めた止血検査の基本となるものであり、心臓カテーテル検査を実施するに当たって有意義な検査と認められる。

【国保】

D-29 プロトロンビン時間（PT）（心臓カテーテル法）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査施行前のプロトロンビン時間（PT）は認められる。

○ 取扱いの根拠

心臓カテーテル法による諸検査には、右心・左心カテーテルを含む。それぞれ静脈、動脈にシースイントロデューサーを挿入し、必要とするカテーテルにより検査を施行する。検査終了時の止血は主に圧迫止血である。活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）、プロトロンビン時間（PT）はそれぞれ内因系及び外因系の止血異常を、また、出血時間は血小板機能を始め血管壁やその周囲組織の状況を含めた止血検査の基本となるものであり、心臓カテーテル検査を実施するに当たって有意義な検査と認められる。

【国保】

D-30 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)(心臓カテーテル法)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査施行前の活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）は認められる。

○ 取扱いの根拠

心臓カテーテル法による諸検査には、右心・左心カテーテルを含む。それぞれ静脈、動脈にシースイントロデューサーを挿入し、必要とするカテーテルにより検査を施行する。検査終了時の止血は主に圧迫止血である。

活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)、プロトロンビン時間(PT)はそれぞれ内因系及び外因系の止血異常を、また、出血時間は血小板機能を始め血管壁やその周囲組織の状況を含めた止血検査の基本となるものであり、心臓カテーテル検査を実施するに当たって有意義な検査と認められる。

【国保】

D-31 血液ガス分析(呼吸不全)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

急性期の呼吸不全の場合、毎日複数回の血液ガス分析の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

急性期の呼吸不全とは、血液ガス上 PaO2 の低下、PaCO2 の上昇がもたらされる状態であり、血液ガスを正常化させる呼吸管理が治療上最も重要であり、その為には複数回の血液ガス分析は必要と認められる。

○ 留意事項

1 日の必要回数については、個々の病状により異なる。急性期とは、通常、1～2 週間程度である。

【国保】

D-32 T3、FT3、T4、FT4（併施）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、T3 と FT3、T4 と FT4 の併施は認められない。

T3 および T4、あるいは FT3 および FT4 の組み合わせによる併施は認められる。

○ 取扱いの根拠

日常の臨床の場で、甲状腺ホルモンの動向をみるためには、特定の場合を除き総甲状腺ホルモン T3、T4 の測定によってのみでも可能であるが、総甲状腺ホルモン（T3 や T4）は、血中ではその大部分が蛋白（TBG 等）と結合した形で存在しており、実際の生体での作用は遊離系の freeT3（FT3）、freeT4（FT4）濃度によって決定されることから、病態の把握には遊離ホルモンの測定がより有用となる。また、甲状腺ホルモンの総量と遊離系ホルモン量とは概ね相関して増減することから、特定の場合を除き、甲状腺ホルモンの測定は、その遊離系ホルモン量あるいは甲状腺ホルモン総量測定のいずれかによることが望ましい。

○ 留意事項

まれに、TBG 異常症等で T3・T4 と FT3・FT4 との間に乖離（かいり）が見られることがあり、臨床的にそのようなことが想定され T3 と FT3、T4 と FT4 の併施測定の医学的必要性が認められる場合に限り認められる。

【国保】

D-33 梅毒血清反応(STS)定性(心臓カテーテル法)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査など観血的検査や PTCA 施行前の梅毒血清反応（STS）定性は認められる。

○ 取扱いの根拠

梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

○ 留意事項

梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量の算定は認められない。

【国保】

D-34 HBs 抗原定性・半定量（心臓カテーテル法）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査など観血的検査や PTCA 施行前の HBs 抗原定性・半定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-35 HCV 抗体定性・定量（心臓カテーテル法）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

心臓カテーテル法による諸検査など観血的検査や PTCA 施行前の HCV 抗体定性・定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

C 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-36 梅毒血清反応(STS)定性(人工腎臓実施時)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

人工腎臓実施時（初回）に梅毒血清反応（STS）定性の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

○ 留意事項

梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量の算定は認められない。

【国保】

D-37 HBs 抗原定性・半定量（人工腎臓実施時）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

人工腎臓実施時（初回）に HBs 抗原定性・半定量の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-38 HCV 抗体定性・定量（人工腎臓実施時）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

人工腎臓実施時（初回）に HCV 抗体定性・定量の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

C 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-39 細菌顕微鏡検査(血液培養)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、血液培養の際の検体での細菌顕微鏡検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

臨床的に感染症の診療に当っては、原虫類、一部のスピロヘータ類は塗抹検査でその種類を特定できるが、細菌類、真菌類の多くは培養検査の結果を待たなければならない。

また、検体塗抹検査によって菌が検出されるためには、材料中に多量の菌の存在が必要であり、化学療法の普及した今日にあっては、塗抹検査で菌の検出されることは極めて限られており、日常診療での有用性は極めて限られていると判断される。

○ 留意事項

原則として、血液培養の際の検体からの細菌顕微鏡検査は認められないが、マラリア、アメーバ赤痢等顕微鏡検査による形態学的診断が極めて重要な役割を演じる疾患であって、当該疾病を疑う医学的必要性が認められる場合は、D005 の 7 血中微生物検査により算定する。

【国保】

D-40 血液ガス分析(呼吸不全)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、症状の安定している慢性期の呼吸不全においは、毎日複数回の血液ガス分析の実施は認められない。

○ 取扱いの根拠

室内気吸入時の動脈血酸素分圧（PaO2）が 60Torr 以下の状態が 1 か月以上持続する状態を慢性呼吸不全というが、慢性期の呼吸不全患者での動脈血ガス分析による経過観察は、通常 1～6 か月間隔で行う。在宅酸素療法の患者など症状・重症度によっては自ずから頻回の測定が必要となる場合もあり、また適宜外来等においてパルスオキシメーターによる管理も行われるが、連日複数回の血液ガス分析は通常の慢性呼吸不全においてはその必要性は認められない。

○ 留意事項

慢性呼吸不全の急性増悪期にあっては、連日あるいは 1 日に複数回の動脈血ガス分析が必要となる場合もあり、このような症例に対しては認められる。

【国保】

D-41 リポ蛋白分画とコレステロール分画(併施)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、リポ蛋白分画とコレステロール分画の併施は認められない。

○ 取扱いの根拠

脂質異常症は、血液中の脂質すなわち LDL-コレステロール (LDL-C)、HDL コレステロール (HDL-C) 中性脂肪 (TG) のうち少なくとも一つが病的範囲にある状態をいう。

日本動脈硬化学会では、脂質異常症の診断基準として、LDL-C140mg/dL 以上、TG150mg/dL 以上を挙げ、HDL-C40m g /dL 未満を低 HDL-C 血症としている。また、同学会の動脈硬化性疾患予防ガイドラインは LDL-C を重視し、患者を冠動脈疾患の有無と LDL-C 以外の主要危険因子により 4 カテゴリーに分け、その脂質管理目標値に従った管理を推奨している。

一方、リポ蛋白は脂質と蛋白の複合体をさし、カイロミクロン、超低比重リポ蛋白 (VLDL)、低比重リポ蛋白 (LDL)、高比重リポ蛋白 (HDL) が含まれる。ある種の病的状態で中間比重リポ蛋白 (ILD) あるいはレムナントが増加する。

従来、脂質異常症の分類については、脂質代謝過程で障害されている経路や機構を把握する目的でリポ蛋白分画が測定され、Fredrickson の分類を改変した WHO の表現型分類が用いられている。

しかし、実際の臨床の場では上記の日本動脈硬化学会の基準に基づいた診療が行われている。また、リポ蛋白は脂質値 (コレステロール分画) やアポ蛋白値と相関して変動することが多く、コレステロール分画についてはその測定も容易であり、その測定値でリポ蛋白の値を類推できることから、日常の脂質異常症の診療はコレステロール分画測定にて足りると考えられ、原則として両検査の併施は認められない。

○ 留意事項

治療上必要となる場合は、当該理由を詳記することにより認められる場合もある。

【国保】

D-42 梅毒血清反応(STS)定性(内視鏡検査)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査時における梅毒血清反応（STS）定性は認められる。

○ 取扱いの根拠

梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-43 HBs 抗原定性・半定量（内視鏡検査）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査時における HBs 抗原定性・半定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-44 HCV 抗体定性・定量（内視鏡検査）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査時における HCV 抗体定性・定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

C 型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-45 インスリン(IRI)(糖尿病確定後の患者)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

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。

○ 取扱いの根拠

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 Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ型糖尿病のような臨床症状を呈する。

○ 留意事項

C-ペプチド（CPR）との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。

インスリン治療中は認められない。

【国保】

D-46 C-ペプチド（CPR）（糖尿病確定後の患者）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病確定後の患者に対して、C-ペプチド（CPR）は認められる。

○ 取扱いの根拠

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。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である。

まれな病型であるが、slowly progressive Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ型糖尿病のような臨床症状を呈する。また、小児・若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがある。

○ 留意事項

インスリン（IRI）との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。

【国保】

D-47 血清補体価(CH50)(膠原病の疑い)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価(CH50)は認められる。

○ 取扱いの根拠

血清補体価検査は、その病態にⅡ型・Ⅲ型アレルギー機序が関与する膠原病(全身性エリテマトーデス、クリオグロブリン血症、血管炎症候群等)では低値を示すことが一般的に知られている。
したがって、CH50 は膠原病の診断を進める際に用いる血清補体価検査として有用である。

【国保】

D-48 パルスドプラ法加算（腎悪性腫瘍）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、腎悪性腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。

○ 取扱いの根拠

腎癌の大半は血管の豊富な腫瘍であり診断的価値は大きい。また腎静脈、下大静脈などへの腫瘍浸潤の診断にも有用である。

○ 留意事項

原則として良性腫瘍では有用性は低いが、腎血管筋脂肪腫などの血管の豊富な腫瘍では、パルスドプラ法が必要である場合がある。

【国保】

D-49 パルスドプラ法加算（尿管腫瘍）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、尿管腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められない。

○ 取扱いの根拠

尿管腫瘍は血流がほとんど存在せず、小さいので診断的価値が少ない。

○ 留意事項

原則として良性腫瘍では有用性は低いが、進行病変では診断的価値が高いことから、悪性腫瘍、血管病変では必要である場合がある。

【国保】

D-50 パルスドプラ法加算（精索静脈瘤）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、精索静脈瘤に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。

○ 取扱いの根拠

手術適応の決定の際に、精索静脈の血流状態の診断が必要である。

【国保】

D-51 パルスドプラ法加算（精索、精巣捻転症）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

精索及び精巣捻転症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。

○ 取扱いの根拠

精巣温存のためには緊急手術を要する疾患であり、その手術適応の決定の際に、精巣の血行障害の診断が必要である。

【国保】

D-52 HIV-1 抗体、HIV-1、2 抗体定性、HIV-1、2 抗体半定量、HIV-1、2 抗体定量、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定性又は HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定量（入院時）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

入院時の検査として、HIV-1 抗体、HIV-1、2 抗体定性、HIV-1、2 抗体半定量、HIV-1、2 抗体定量、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定性又は HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定量は認められない。

○ 取扱いの根拠

本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。

【国保】

D-53 HIV-1 抗体、HIV-1、2 抗体定性、HIV-1、2 抗体半定量、HIV-1、2 抗体定量、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定性又は HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定量（内視鏡検査）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

内視鏡検査時の検査として、HIV-1 抗体、HIV-1、2 抗体定性、HIV-1、2 抗体半定量、HIV-1、2 抗体定量、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定性又は HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定量は認められない。

○ 取扱いの根拠

本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。

【国保】

D-54 呼吸心拍監視(硬膜外麻酔による手術)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

硬膜外麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。

○ 取扱いの根拠

硬膜外麻酔による術中・術後において、血圧降下など当然のごとく発生する副作用や術中・術後の出血に伴って発生する偶発事故の兆候を早期に発見するには、呼吸心拍監視を用いる。

○ 留意事項

手術を伴わない硬膜外麻酔として、硬膜外ブロックでは、偶発事故の発生は少ないことから、呼吸心拍監視の算定については、「心機能の低下があり、神経ブロックによる血圧降下の及ぼす影響が著しく、合併症の危険性が増す」等の医学的に必要な理由がある場合に限られる。

【国保】

D-55 呼吸心拍監視(脊椎麻酔による手術)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

脊椎麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。

○ 取扱いの根拠

脊椎麻酔による術中・術後において、血圧降下など当然のごとく発生する副作用や術中・術後の出血に伴って発生する偶発事故の兆候を早期に発見するには、呼吸心拍監視を用いる。

【国保】

D-56 呼吸心拍監視(静脈麻酔による手術)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

静脈麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。

○ 取扱いの根拠

静脈麻酔を用いる場合、その薬剤の特性から合併症として呼吸停止や血圧降下が見られる。これら術中の合併症の情報を早期に取得するために呼吸心拍監視を用いる。

【国保】

D-57 プロトロンビン時間（PT）（術前検査）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、消化管内視鏡検査（ポリープ切除を実施しない場合）の術前検査として、プロトロンビン時間（PT）は認められる。

○ 取扱いの根拠

当初の目的が消化管内視鏡（特に大腸内視鏡）検査であって、観察の結果で、そのままポリープ切除術など観血的な医療行為に移行することがある。

【国保】

D-58 ヒアルロン酸(肝機能障害、肝細胞癌疑い)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

「慢性肝炎」の病名がない場合、「肝機能障害」又は「肝細胞癌疑い」に対するヒアルロン酸は認められない。

○ 取扱いの根拠

「肝機能障害」では、慢性肝炎かどうか明確ではない。

「肝細胞癌疑い」では、ヒアルロン酸の測定は診断の参考とならない。

【国保】

D-59 ヒアルロン酸(肝硬変)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、肝硬変に対するヒアルロン酸は認められない。

○ 取扱いの根拠

「肝硬変」では、既に肝の線維化が認められるものであり、ヒアルロン酸の測定は、疾患の経過観察の参考とならない。

【国保】

D-60 ヒアルロン酸(肝細胞癌)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合、肝細胞癌に対するヒアルロン酸は認められない。

○ 取扱いの根拠

「肝細胞癌」では、ヒアルロン酸の測定は、経過観察や治療方針の決定には参考とならない。

【国保】

D-61 ヒアルロン酸（原発性胆汁性肝硬変）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合であっても、原発性胆汁性肝硬変に対するヒアルロン酸は認められる。

○ 取扱いの根拠

「原発性胆汁性肝硬変」は、診断時には必ずしも肝硬変とは言えず、そのステージングの参考となる。

【国保】

D-62 α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）（慢性肝炎）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診月又は再診月に傷病名が「慢性肝炎」のみの場合、α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）は認められない。

○ 取扱いの根拠

告示・通知から、「慢性肝炎」のみでは認められない。

【国保】

D-63　抗核抗体、抗 DNA 抗体定性、抗 DNA 抗体定量（疑い病名、「注記」がない場合）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、「疑い病名」あるいは「注記」がない場合、抗てんかん剤に対する抗核抗体、抗 DNA 抗体定性、抗 DNA 抗体定量は認められない。

○ 取扱いの根拠

抗てんかん剤の副作用として SLE 様症状は稀であるので、認めない。

○ 留意事項

「疑い病名」又は「注記」の記載がある場合は認める。

【国保】

D-64 ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量（膠原病疑い）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

「抗リン脂質抗体症候群」の病名がない場合、「膠原病疑い」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められない。

○ 取扱いの根拠

膠原病のスクリーニング検査としてループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量を測定することは適当でない。

【国保】

D-65 ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量（習慣流産）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、「抗リン脂質抗体症候群」の病名がない場合であっても、「習慣流産」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

習慣流産の原因となる母体疾患として、「抗リン脂質抗体症候群」を持っている可能性が高いと考えられる。抗リン脂質抗体は、流産との関連性が大きく、不育症の重要な要因でもあるため、これらの母体疾患の有無を検討し、異常があれば治療を加えることで流産を予防することが可能である。

【国保】

D-66 心臓カテーテル法による諸検査(ペースメーカー移植術と同日)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、ペースメーカー移植術と同日に行った心臓カテーテル法による諸検査（右心カテーテル）は認められる。

○ 取扱いの根拠

右心カテーテルについては、ペースメーカーの種類を決定するため必要な検査である。

○ 留意事項

左心カテーテルについては、傷病名より、必要性を判断する。

【国保】

D-67 パルスドプラ法加算(乳癌)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、乳癌が疑われる患者に対するスクリーニング検査として、超音波検査の断層撮影法におけるパルスドプラ法加算は認められない。

○ 取扱いの根拠

乳癌自体の血流量が少ないので、パルスドプラ法は意味がない。
また、スクリーニング検査では、早期症例又は他の良性腫瘍も多く含まれる。

【国保】

D-68 終夜睡眠ポリグラフィー(慢性心不全)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、在宅酸素療法指導管理料 2 のその他の場合について、在宅酸素療法指導管理料を慢性心不全で算定する場合で、睡眠時無呼吸症候群の病名がない場合、「終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合」、「終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」又は「終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合」は認められない。

○ 取扱いの根拠

終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）は、睡眠時無呼吸症候群（SAS）の合併を疑って行なう検査である。

○ 留意事項

慢性心不全患者には SAS（とりわけ中枢性 SAS）の合併が高頻度に見られること。また、その治療には在宅酸素療法（HOT）と並んで在宅持続陽圧呼吸療法（C-PAP）が有効であることが知られている。PSG を施行した慢性心不全患者で SAS の病名が付いていないレセプトでは、PSG を必要とした理由や無呼吸低呼吸指数（AHI）の値に関してコメントすることが適当である。

【国保】

D-69 アルブミン定量(尿)(糖尿病性早期腎症)

《令和元年 8 月 29 日新規》
《令和 6 年 12 月 5 日更新》

○ 取扱い

糖尿病性早期腎症（第 1 期又は第 2 期の記載がないもの。）に対してのアルブミン定量（尿）の算定を認める。

○ 取扱いの根拠

D001 の 9 アルブミン定量（尿）は通知に「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第 1 期又は第 2 期のものに限る。）に対して行った場合に、3 か月に 1 回に限り算定できる。」とある。

糖尿病診療ガイドラインに糖尿病性腎症病期分類の表が記載されているが、第 1 期とは尿蛋白（アルブミン）が正常であるもの、第 2 期とは尿蛋白（アルブミン）が微量アルブミン尿であるものと定義し、第 2 期を早期腎症と呼称している。

傷病名「早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミンを診断できる患者であり、通知に該当すると考えられる。

【国保】

D-70 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)（ANCA 関連血管炎）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、ANCA 関連血管炎（疑いを含む）に対して、抗好中球細胞質ミエロペルオキシターゼ抗体（MPO-ANCA）は認められる。

○ 取扱いの根拠

急速進行性糸球体腎炎は急速に腎機能に影響を及ぼす病態の一つの総称であり、具体的傷病名として多くの疾患が包合されている。ANCA 関連血管炎は急速進行性糸球体腎炎の様々な原因疾患の中の一つであり、MPO-ANCA の測定は ANCA 関連血管炎の診断および病態把握に有用であると考えられる。

○ 留意事項

「ANCA 関連血管炎の疑い」に対して、MPO-ANCA を連月算定する場合は、ANCA 関連血管炎を疑う所見等のコメントが必要であり、単に「ANCA 関連血管炎の疑い」の病名が記載されているだけでは、MPO-ANCA の算定は認められない。

【国保】

D-71 HBs 抗原（B 型肝炎疑い）

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、健診等の結果、血液検査の結果及び症状等から、「B 型肝炎の疑い」病名がある場合において、スクリーニングを目的として実施した、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原については、健診等で肝機能障害や黄疸が指摘された場合や、血液検査の結果及び全身倦怠感に引き続き食欲不振、悪心・嘔吐などの症状から B 型肝炎が疑われる場合に実施されており、B 型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。

したがって、B 型肝炎が疑われた時点で高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原を実施することは必要と認められる。

【国保】

D-72 HBs 抗原(手術前及び観血的検査前)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術前及び観血的検査前において、スクリーニングを目的として実施した区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原については、一般的に手術前及び観血的検査前において実施されており、B 型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。

したがって、手術前及び観血的検査前において高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原を実施することは必要と認められる。

【国保】

D-73 HBs 抗原（B 型肝炎の経過観察）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、「B 型肝炎」の抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療をしている経過観察において、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原を測定し算定することは認められる。

○ 取扱いの根拠

区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原については、B 型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、肝細胞内の B 型肝炎ウイルスの増殖の病態を把握するために HBs 抗原定量値を経時的に測定することが最も有用である。

したがって、B 型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」の HBs 抗原を実施することは必要と認められる。

【国保】

D-74 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ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（Ⅰ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。

【国保】

D-75 HBs 抗原(入院時)

《令和 2 年 9 月 8 日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時の検査として D013 の 1 HBs 抗原定性・半定量又は D013 の 3 HBs 抗原の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

D013 の 1 HBs 抗原定性・半定量又は D013 の 3 HBs 抗原については、一般的に入院時検査として実施されており、B 型肝炎ウイルスの感染症を見逃さないために測定することは認められる。

【国保】

D-76 HBs 抗原(手術時)

《令和 2 年 9 月 8 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術前検査として D013 の 1 HBs 抗原定性・半定量又は D013 の 3 HBs 抗原の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

D013 の 1 HBs 抗原定性・半定量又は D013 の 3 HBs 抗原については、一般的に手術前検査として実施されており、B 型肝炎ウイルスの感染症を見逃さないために測定することは認められる。

【国保】

D-77 梅毒(手術前)

《令和 2 年 9 月 8 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術前の検査として梅毒定性（D012-1)、梅毒トレポネーマ抗体定性（D012-4）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

梅毒定性（D012-1)、梅毒トレポネーマ抗体定性（D012-4)、梅毒は血液を介して感染が広がる恐れがあることから、手術前検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。

【国保】

D-78 HCV 抗体(入院時)

《令和 2 年 9 月 8 日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時前の検査として HCV 抗体は認められる。

○ 取扱いの根拠

HCV 抗体定性･定量（D013-5）は血液を介して感染が広がる恐れがあることから、一般的に入院時検査として実施されており、C 型肝炎ウイルスの感染症を見逃さないために測定することは認められる。

【国保】

D-79 D ダイマー（心房細動）

《令和 3 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、心房細動の病名に対する D ダイマーの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

D ダイマーは DIC や深部静脈血栓症の診断や病勢の推移の評価に用いる検査である。

【国保】

D-80 D ダイマー（心房細動疑い）

《令和 3 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、心房細動疑いの病名に対する D ダイマーの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

D ダイマーは DIC や深部静脈血栓症の診断や病勢の推移の評価に用いる検査である。

【国保】

D-81 HbA1c（当月確定の境界型糖尿病）

《令和 2 年 9 月 8 日新規》

○ 取扱い

原則として、当月確定の境界型糖尿病に対する HbA1c の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

HbA1c は糖尿病疑いでも算定できる検査であり、検査の結果、境界域との結論となったものとして妥当。

○ 留意事項

毎月の算定は認めない。3 か月に 1 回程度の算定が妥当と考える。

【国保】

D-82 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2年9月8日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-83 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 2 年 9 月 8 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-84 重心動揺計（末梢神経障害やロコモ症候群、脊柱管狭窄症などの術前検査）

《令和３年２月26日新規》

○ 取扱い

原則として、末梢神経障害やロコモ症候群、脊柱管狭窄症などの術前検査での重心動揺計の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものであり、末梢神経障害などでは必要と考えない。

【国保】

D-85　下肢加重検査（末梢神経障害やロコモ症候群、脊柱管狭窄症などの術前検査）

《令和 3 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、末梢神経障害やロコモ症候群、脊柱管狭窄症などの術前検査での下肢加重検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

変形性膝関節症などで左右それぞれの荷重量を分析するものであり、末梢神経障害などでは必要と考えない。

【国保】

D-86 フィブリノゲン(治療開始後の DIC の経過観察目的)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、治療開始後の DIC の経過観察目的に対するフィブリノゲンの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

DIC の診断基準のスコアリングにも用いることから、測定された数値は合併症の有無や疾患の経過観察を行う上で有用である。

【国保】

D-87 スパイログラフィー等検査（入院時検査）

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時検査でのスパイログラフィー等検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査を必要とする病態、症状のない患者に対するいわゆるスクリーニング検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-88 FDP(入院時検査)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時検査での FDP の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査を必要とする病態、症状のない患者に対するいわゆるスクリーニング検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-89 Dダイマー（入院時検査）

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時検査でのDダイマーの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査を必要とする病態、症状のない患者に対するいわゆるスクリーニング検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-90 心臓超音波検査(入院時検査)

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、入院時検査での心臓超音波検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査を必要とする病態、症状のない患者に対するいわゆるスクリーニング検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-91 APTT(手術前検査)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術前検査での APTT の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

出血傾向のある患者又は出血傾向の有無を調べるのに有用である。

【国保】

D-92 アンチトロンビン(手術前検査)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術前検査でのアンチトロンビンの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

アンチトロンビンは、凝固亢進状態の確認や抗凝固療法時の ATⅢ補充療法による ATⅢのモニタリング、先天性 ATⅢ欠乏症の診断を目的に行う検査であり、手術前検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-93 リウマトイド因子(RF)定量(膠原病の疑い)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する、リウマトイド因子（RF）定量は認められる。

○ 取扱いの根拠

リウマトイド因子（RF）定量などのリウマトイド因子の測定は、膠原病の代表疾患である関節リウマチ（RA）の診断に欠かせない検査であり、リウマトイド因子（RF）定量は抗核抗体とともに、膠原病の特徴である自己抗体の存在を検討する上で基本的な検査である。

したがって、リウマトイド因子（RF）定量は膠原病の診断を進める際に用いる検査として有用である。

【国保】

D-94 耐糖能精密検査(糖尿病疑い)

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、「糖尿病疑い」の初診月に耐糖能精密検査(糖負荷試験)は認められる。

○ 取扱いの根拠

血糖値、HbA1c の数値により強く糖尿病が疑われる場合、負荷時におけるインスリン又は C ペプチドの測定は、糖尿病の診断だけでなく、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でき、病型・病態の診断や治療法の選択上必要である。

【国保】

D-95 超音波検査(断層撮影法)(関節リウマチ)

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、「関節リウマチ」に対する診断及び経過観察を目的として実施した「超音波検査（断層撮影法）（その他）」の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

「関節リウマチ」の骨破壊の原因である滑膜炎の存在と、リウマチの特徴的な骨破壊像である骨びらんを描出することができるため「超音波検査（断層撮影法）（その他）」が有用である。

○ 留意事項

経過観察として認める場合の期間（算定間隔）については、個々の症例により適正なものとすること。

【国保】

D-96 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３年９月７日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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.

【国保】

D-97 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３年９月７日新規》
《令和６年12月５日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-98 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3年9月7日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-99 HIV 抗体(輸血前後)

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、輸血前後の検査として、以下の HIV 抗体は認められる。

・D012 16
　HIV-1,2 抗体定性，HIV-1,2 抗体半定量，HIV-1,2 抗原・抗体同時測定定性

・D012 17
　HIV-1 抗体

・D012 18
　HIV-1,2 抗体定量，HIV-1,2 抗原・抗体同時測定定量

○ 取扱いの根拠

医師が感染リスクを考慮し、感染が疑われる場合等には、抗体検査等を行うことは妥当と考える。

【国保】

D-100 TSH、FT3、FT4 の併算定（甲状腺機能亢進症の経過観察）

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、甲状腺機能亢進症の経過観察における TSH、FT3、FT4 の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

FT3 優位のバセドウ病では、FT4 正常で FT3 のみ増加するため FT3 の測定は必要である。

【国保】

D-101 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(糖尿病(確定))

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病（確定）に対する 1,5-アンヒドロ-D-グルシトールの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

過去数日間の血糖コントロール状態が分かる 1,5AG は、治療開始直後や投薬内容の変更直後に有用な指標となる。

【国保】

D-102 心臓超音波検査(心臓弁膜症疑いを含め心疾患が全くない場合の術前検査)

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、心臓弁膜症疑いを含め心疾患が全くない場合、術前検査での心臓超音波検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査を必要とする病態、症状のない患者に対するいわゆるスクリーニング検査としては、適当でないと考える。

【国保】

D-103 HTLV-1 抗体（適応病名なし、輸血前感染症検査のコメントのみ）

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、適応病名がなく、輸血前感染症検査のコメントのみに対する HTLV-1 抗体の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

検査に対する傷病名の記載は原則必要であり、治療中に派生する二次性疾患や副作用の発現監視を目的とした実施においても同様である。

また、HTLV-1 抗体は、成人Ｔ細胞白血病や HTLV-1 関連脊髄症を診断するための検査であり、輸血前感染症では必要ないと考える。

【国保】

D-104　FDP（内視鏡的生検、外来手術など侵襲が比較的軽く、止血操作が簡単・的確に行える手術においてスクリーニング検査として算定している場合）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的生検、外来手術など侵襲が比較的軽く、止血操作が簡単・的確に行える手術においてスクリーニング検査として、FDP の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

体内の線溶現象を反映させるため、侵襲の大きい手術を実施する場合のモニタリングとしては有用であるが、侵襲が比較的軽く、止血操作が簡単・的確に行える手術のスクリーニング検査では適当でないと考える。

【国保】

D-105 フィブリノゲン(DIC 疑い)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、DIC 疑いの病名に対するフィブリノゲン算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

DIC の診断基準のスコアリングにも用いることから、測定された数値は診断を行う上で有用である。

【国保】

D-106 スパイログラフィー等検査(肺気量分画測定、フローボリュームカーブ)(全身麻酔による手術を施行する場合の手術前検査)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、全身麻酔による手術を施行する場合の手術前検査でのスパイログラフィー等検査（肺気量分画測定、フローボリュームカーブ）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

全身麻酔では呼吸管理を必須としていることから、患者の呼吸機能の評価を行っておくことは必要と考える。

○ 留意事項

肺気量分画測定及びフローボリュームカーブの併施については、手術内容等により判断する。

【国保】

D-107 TSH、FT3、FT4 の併算定（甲状腺機能低下症疑い、甲状腺機能亢進症疑い）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、甲状腺機能低下症疑い又は甲状腺機能亢進症疑いの病名に対し、TSH、FT3、FT4 の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

初診時の診断に際し下垂体、甲状腺系の評価のため TSH に加え FT3、FT4 を測定することは妥当である。

【国保】

D-108 糞便中ヘモグロビン定性(回数)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糞便中ヘモグロビン定性は、一連につき 2 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

偽陰性の可能性を考慮し、通常 2 回法が用いられるが、外来受診時や予定入院初日などでは 2 検体がまとめて提出されることがある。また、患者の便通状況によって 1 日 2 検体を採取することもある。

※ D-179 と同様の趣旨

【国保】

D-109 精密眼底検査と眼底カメラの併施

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、精密眼底検査と眼底カメラの併施算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

眼底カメラは精密眼底検査の画像を捉えるための１つの手法であり、また精密眼底検査は、眼底の血管の状況を診断するための手法である。

【国保】

D-110 血液型検査(ABO、Rh(D)型)(手術で輸血が予想されるもの(術前検査))

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術で輸血が予想される場合、術前検査として血液型検査（ABO、Rh（D）型）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

輸血が必要となった場合に、速やかに履行するために事前の把握が必要である。

【国保】

D-111 D ダイマー（基礎疾患のない DIC 疑い）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、基礎疾患のない DIC 疑いに対する D ダイマーの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

DIC はその要因となる何らかの基礎疾患があって疑うものである。基礎疾患等がない場合に、D ダイマーの溶解現象を検査することは、適当でないと考える。

【国保】

D-112 D ダイマー（治療開始後の DIC の経過観察目的）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、治療開始後の DIC の経過観察目的での D ダイマーの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

DIC の診断基準のスコアリングにも用いることから、測定された数値は合併症の有無や疾患の経過観察を行う上で有用である。

【国保】

D-113 KL-6(肺線維症)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、肺線維症に対する KL-6 の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

肺線維症では血清中の KL-6 が上昇するので、特に特異性の高いマーカーであり、他の肺疾患との鑑別に有用である。

【国保】

D-114 （1→3）-β-D グルカン（投薬治療中の関節リウマチ患者で、真菌症・感染症・肺炎等の疑い病名がある場合）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、投薬治療中の関節リウマチ患者で、真菌症・感染症・肺炎等の疑い病名がある場合、（1→3）-β-D グルカンの算定は 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

関節リウマチ患者に対する薬剤投与による副作用として感染症や肺炎を疑って経過観察を要する場合があるため、医学的に頻回な検査の必要性が認められる場合を除き、3 か月に 1 回までの算定が妥当と考える。

【国保】

D-115 亜鉛(Zn)の連月算定(亜鉛補充療法(ノベルジン投与等)がない人工透析患者)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、亜鉛補充療法（ノベルジン投与等）がない人工透析患者に対する亜鉛（Zn）の連月での算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

亜鉛欠乏が疑われる症状がある場合に実施する検査であり、毎月定期的に実施する必要はないと考える。

【国保】

D-116 パルスドプラ法加算(超音波検査(断層撮影法)(胆嚢炎))

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、胆嚢炎に対する超音波検査(断層撮影法)を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

胆嚢癌との鑑別および壁内血流の定量化は困難であり、胆嚢炎の診断そのものに対しての有用性は低いと考える。

【国保】

D-117 CPR(糖尿病の疑い)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病の疑いに対する CPR の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

内因性のインスリン分泌能を評価する検査であり、診断後の病型分類や治療法の選択時に行うことが適当と考える。

【国保】

D-118 インフルエンザウイルス抗原定性（回数）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、インフルエンザウイルス抗原定性は、発症後 48 時間以内の実施につき 2 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

発症直後はウイルス量が少なく陰性となることがあり、再検査を要することがある。

【国保】

D-119 TARC(アトピー性皮膚炎の疑い)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、アトピー性皮膚炎の疑い病名に対する TARC の算定では認められない。

○ 取扱いの根拠

アトピー性皮膚炎の重症度を鋭敏に評価する検査であるため病態が確定してから実施すべきと考える。

【国保】

D-120 DLST(D016 7 リンパ球刺激試験(LST))の適応病名について

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、DLST（LST）を保険請求する場合の適応病名に薬物性肝障害（薬剤性肝障害）及び薬物性肝障害（薬剤性肝障害）の疑いを認める。

○ 取扱いの根拠

薬物性肝障害の診断基準のスコアリングにも用いることから、測定された数値は診断を行う上で有用である。

【国保】

D-121 抗 CCP 抗体(関節リウマチ疑いに対して、リウマトイド因子(RF)の算定がない場合)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、関節リウマチ疑いに対して、リウマトイド因子（RF）の算定がない場合でも、抗 CCP 抗体の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

臨床症状、炎症反応などから、関節リウマチが強く疑われる場合、RF を実施せず、抗 CCP 抗体を選択することはあり得ると考える。

【国保】

D-122 HBs 抗体(定性・半定量含む)の心カテ時の適応

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、心臓カテーテルの施行に際して実施した HBs 抗体、HBs 抗体定性、HBs 抗体半定量の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であることから抗原検査を認めているが、抗体検査については不要と整理する。

【国保】

D-123 HBs 抗体(定性・半定量含む)の内視鏡時の適応

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査に際して実施した HBs 抗体、HBs 抗体定性、HBs 抗体半定量の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であることから抗原検査を認めているが、抗体検査については不要と整理する。

【国保】

D-124 HBs 抗体(定性・半定量含む)の入院時の適応

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、入院に際して実施した HBs 抗体、HBs 抗体定性、HBs 抗体半定量の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であることから抗原検査を認めているが、抗体検査については不要と整理する。

【国保】

D-125 HBs 抗体(定性・半定量含む)の神経ブロック時の適応

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、神経ブロックの施行に際して実施した HBs 抗体、HBs 抗体定性、HBs 抗体半定量の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、神経ブロックでは手技に際して、不要と整理する。

【国保】

D-126 HBs 抗原(定性・半定量含む)の神経ブロック時の適応

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、神経ブロックの施行に際して実施した HBs 抗原、HBs 抗原定性、HBs 抗原半定量の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

B 型肝炎は、臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、神経ブロックでは手技に際して、不要と整理する。

【国保】

D-127 尿沈渣(鏡検法)時の染色標本加算の取扱い

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、腎・尿路系の疾患がない場合、認められない。

○ 取扱いの根拠

鏡検法による尿沈渣は無染色標本により実施することが一般的である。

尿沈渣成分の確認や同定、また類似成分との鑑別が必要な場合は、用途に適した各染色法を用いることが有用であるが、選定して行われるべきと整理する。

【国保】

D-128 FDP･D ダイマーの取扱い（適応）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、DIC のほか、深部静脈血栓症をはじめとする血栓病名（いずれも疑いを含む）がなければ認めない。

心房細動やがん化学療法時等、血栓の発生を懸念する場合においても、前述の病名がなく、背景疾患のみの場合は認められない。

○ 取扱いの根拠

当該検査は DIC の診断基準のひとつとなっている検査である。

また、DIC 以外の病態についても血栓の発生が懸念される場合は有用であると整理する。

【国保】

D-129 肝線維化マーカーの取扱い（回数）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、肝疾患に対するヒアルロン酸、Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体、P-Ⅲ-P、Ⅳ型コラーゲン、 Ⅳ型コラーゲン・7S、オートタキシンは、3 か月に 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

肝臓の線維化は進展が急激ではないことが殆どである。

※ D-243 と同様の趣旨

【国保】

D-130 心電図検査(初診時の貧血(確定))

《令和 5 年 3 月 2 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診時の貧血（確定）に対する心電図検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

心電図は、主に心疾患を診断するための検査であり、貧血患者の初診スクリーニングで行うことは過剰。

【国保】

D-131 HCV 核酸定量の回数(慢性 C 型肝炎)

《令和 5 年 3 月 2 日新規》
《令和 6 年 3 月 7 日更新》

○ 取扱い

原則として、慢性 C 型肝炎に対する HCV 核酸定量の回数は月に 1 回まで認められる。必要性があり月に 2 回算定する場合は理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

病勢の推移や治療後の経過観察、治療時期の判断のため月に 1 回ウイルス量を把握することは妥当。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-132 標準純音聴力検査と簡易聴力検査の同日算定

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、標準純音聴力検査と簡易聴力検査の同日算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

簡易聴力検査は、標準純音聴力検査の簡易版の検査であるため、同日の算定は不適切と考える。

【国保】

D-133 連月のアルブミン定性(尿)検査(糖尿病)

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病での連月のアルブミン定性（尿）検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

定性法は糖尿病性腎障害の早期発見のスクリーニングの検査としては有用であるが、糖尿病性腎症の早期診断基準では、定量法で測定することとされているため、定性法の連月算定は過剰と考える。

【国保】

D-134 心電図検査を行っている場合の CK-MB、心筋トロポニンＩ若しくは心筋トロポニンＴ検査（初診時の急性心筋梗塞疑い）

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診時の急性心筋梗塞疑いに対して、心電図検査を行っている場合、CK-MB、心筋トロポニンＩ若しくは心筋トロポニンＴ検査は認められる。

○ 取扱いの根拠

発症からの時間経過によって反映される検査が異なるため、併せて実施することは妥当と考える。

【国保】

D-135 心電図検査を行っていない場合の CK-MB、心筋トロポニンＩ若しくは心筋トロポニンＴ検査（初診時の急性心筋梗塞疑い）

《令和５年６月 29 日新規》
《令和５年８月 31 日更新》

○ 取扱い

原則として、初診時の急性心筋梗塞疑いに対して、心電図検査を行っていない場合、CK-MB、心筋トロポニンＩ若しくは心筋トロポニンＴ検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

急性心筋梗塞は、胸痛などの臨床症状、心電図、心筋逸脱酵素の上昇から総合的に診断されるため、非侵襲的に簡便かつ迅速に行うことができる心電図は、心筋梗塞の診断及び経過観察に有用かつ不可欠であると考える。

【国保】

D-136 レチノール結合蛋白(RBP)とトランスサイレチン(プレアルブミン)の併用

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 取扱い

原則として、外来でのレチノール結合蛋白（RBP）とトランスサイレチン（プレアルブミン）の併用は認められない。

○ 取扱いの根拠

いずれも直近の栄養状態を示し、半減期に大きな差異がないことから併用は過剰と考える。

【国保】

D-137 抗酸菌分離培養検査と結核菌群核酸検出の併施（結核症疑い）

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 取扱い

原則として、結核症疑いに対して抗酸菌分離培養検査と結核菌群核酸検出の併施は認められる。

○ 取扱いの根拠

結核症の早期診断の為、結核症疑いに対する塗抹・培養検査と結核菌群核酸検出の併施は必要であると整理した。

【国保】

D-138 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-139 前立腺肥大症又は前立腺炎に対す PSA の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-140 AFP-L3%の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-141 HCV 核酸定量の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-142 WT1mRNA の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対する D006-9 WT1mRNA 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-143 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 5 年 6 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-144　アンモニア（高アンモニア血症疑い）

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 取扱い

原則として、基礎疾患がなく、高アンモニア血症疑いのみの場合、アンモニアの算定は認められない。

ただし、バルプロ酸ナトリウムの投与中等の場合は基礎疾患を要しない。

○ 取扱いの根拠

バルプロ酸ナトリウムの投与中等、一定の条件を除き、原則、基礎疾患がない場合の算定は不適当であると考える。

【国保】

D-145 葉酸・ビタミン B12 取扱い（適応）

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 取扱い

原則として、認知症に対する、ビタミン B12、葉酸は認められない。

○ 取扱いの根拠

認知症においてビタミン B12 や葉酸の欠乏が要因となっていることはあるが、認知症の診断・治療に用いられることは一般的ではなく過剰と整理する。

【国保】

D-146 腎癌の疑いに対する CEA の算定について

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-147 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-148 エリスロポエチンの算定について

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-149 血液採取(静脈)での血液ガス分析の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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（HCO3-）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。

【国保】

D-150 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-151 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-152 造血器腫瘍細胞抗原検査の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-153 染色体検査の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-154 ASO 定性等の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-155 常用負荷試験の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-156 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-157 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5年12月5日新規》

○ 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「18」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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-158 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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「7」抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）

【国保】

D-159 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-160 脂肪酸分画(脂質異常症や動脈硬化症の病名のみの場合)

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、動脈硬化性疾患である心筋梗塞、狭心症や脳梗塞がなく、脂質異常症や動脈硬化症の病名のみの場合、脂肪酸分画の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

動脈硬化性疾患の要因検索や病態把握の指標として有用な検査である。このため、心筋梗塞、狭心症や脳梗塞など具体的な動脈硬化性疾患がなく、脂質異常症や動脈硬化症の病名のみでは不適当と整理した。

【国保】

D-161 心電図の取扱い(適応)(同日の施行)

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、不整脈や急性心筋梗塞に対する治療を行っている場合、治療前後の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

心臓の電気的活動を即座に評価できるため、病態変動の確認や治療後評価として治療前後の実施は有用であると整理した。

【国保】

D-162 抗サイログロブリン抗体、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、診断時の抗サイログロブリン抗体（抗 Tg 抗体）と抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（抗 TPO 抗体）の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

いずれの自己抗体が陽性となるかは患者により異なるため、診断時において両者を施行することは妥当であると整理した。

【国保】

D-163 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、月 1 回を超える MMP-3 の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

MMP-3 は滑膜炎の活動性指標となるが、変動は緩徐であり頻回に施行する必要性は乏しいため月 1 回を超える実施は不適当と整理した。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-164 糞便中ヘモグロビン検査

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、糞便中ヘモグロビン検査は、下部消化管出血を疑う場合以外は認められない。

○ 取扱いの根拠

主に下部消化管の出血を便中ヒトヘモグロビンとして免疫学的に測定する検査のため、下部消化管からの出血を疑う場合に対して行うべきと整理した。

【国保】

D-165 TSAb

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、甲状腺機能低下症での甲状腺刺激抗体（TSAb）は認められない。

○ 取扱いの根拠

甲状腺機能低下症の診断および治療は、TSH 値と甲状腺ホルモン量をもって進められるものであり、甲状腺機能低下症の患者に対して TSAb を測定する必要性は乏しいとした。

【国保】

D-166 ベリプラスト P コンビセット、ボルヒール（内視鏡下における使用）

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡下の消化管止血におけるフィブリノゲン加第 XIII 因子（ベリプラスト P コンビセット、ボルヒール）の使用は認められない。

○ 取扱いの根拠

フィブリノゲン加第 XIII 因子の適応は「組織の接着・閉鎖（但し、縫合あるいは接合した組織から血液、体液また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、また、平成 15 年 6 月 13 日保医発第 0613001 号において、「単なる止血を目的として使用するものではないこと」と通知されているため、内視鏡下での消化管止血に使用することは不適当と考える。

【国保】

D-167 微線維性コラーゲン(内視鏡下における使用)

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡下での消化管止血における微線維性コラーゲンの使用は認められない。

○ 取扱いの根拠

微線維性コラーゲンは、「肝、膵、脾、脳、脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む)、心臓切開縫合閉鎖部、心臓表面、AC バイパス吻合部、胸骨断面、肺切離面、胸膜剥離面及び縦隔リンパ節郭清部、関節手術における骨切り面、子宮実質、膀胱・骨盤内腹膜・直腸剥離面、傍大動脈リンパ節郭清部、骨盤内リンパ節郭清部、骨盤底又は骨盤壁からの出血で、結紮、レーザーメス又は通常の処置による止血が無効又は実施できない場合において、止血に使用した場合に算定する。」と通知されているため、内視下での使用は不適当と考える。

【国保】

D-168 HbA1c の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-169 グリコアルブミンの算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-170 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 3 月 7 日新規》

○ 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「27」リポ蛋白（a）
⑹ D007「44」レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）

○ 取扱いの根拠

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、その病態把握やタイプ分類、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。

【国保】

D-171 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-172 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-173 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-174 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-175 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-176 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-177 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-178 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-179 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３月７日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

※ D-108 と同様の趣旨

【国保】

D-180 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 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

1　頸動脈又は内頚頸動脈狭窄症（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

○ 取扱いの根拠

頸動脈又は内頚頸動脈狭窄症（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。

※ D-280 と同様の趣旨

【国保】

D-181 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-182 胆汁酸の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-183 抗 Sm 抗体定性等の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-184 抗 SS-A/Ro 抗体定性等の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

1　シェーグレン症候群（疑い含む。）に対する D014「16」抗 SS-B/La 抗体定性等※1 及び D014「18」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「16」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「18」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

○ 取扱いの根拠

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「16」抗 SS-B/La 抗体定性等※1 及び D014「18」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「16」抗 SS-B/La 抗体定性等※1 の算定、膠原病、強皮症に対する D014「18」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「16」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「18」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

【国保】

D-185 葉酸の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。）

○ 取扱いの根拠

葉酸は、ビタミン B12 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 B12 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。

【国保】

D-186 Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-187 標準純音聴力検査の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 8000Hz 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。

【国保】

D-188 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-189 簡易聴力検査の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 1、2 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

【国保】

D-190 内耳機能検査の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-191 耳鳴検査の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-192 喉頭ファイバースコピーの算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-193 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-194 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

　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。

※ D-196 と同様の趣旨

【国保】

D-195 粘膜点墨法加算(色素内視鏡法検査加算を含む)と狭帯域光強調加算の併算定(内視鏡検査時)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査時の粘膜点墨法加算（色素内視鏡法検査加算を含む）と狭帯域光強調加算の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

粘膜点墨法（色素内視鏡法を含む）は病変部を染色、マーキングするものであり、狭帯域光強調は特殊光を用いて病変部の観察を行うものである。画像確認のための方法がそれぞれ異なる。

【国保】

D-196 トランスサイレチン(プレアルブミン)(栄養障害に対する回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、栄養障害に対するトランスサイレチン（プレアルブミン）の算定は月 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

トランスサイレチン（プレアルブミン）は栄養状態を把握する指標として用いられるが、栄養障害は慢性に経過するものであり、短期間での再算定は過剰であると整理した。

なお、必要があり月 2 回算定する場合は理由の記載が必要である。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

※ D-194 と同様の趣旨

【国保】

D-197 リウマトイド因子(RF)定量(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、リウマトイド因子（RF）定量は月 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

リウマトイド因子（RF）定量は疾患活動性を評価する指標であるが、当該検査の変動は緩徐であり、同一月内で急速に変動することはないため、同一月に 1 回を超える算定は過剰であると整理した。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-198 超音波検査(断層撮影法)(関節リウマチ)(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、関節リウマチに対する超音波検査（断層撮影法）は、急性期及び症状の変化（急性増悪）時を除き、3か月に１回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

超音波検査（断層撮影法）は関節リウマチに伴う滑膜炎の状態をみるために行うものであり、通常は頻回に行う必要性はなく、3か月に１回までの算定が妥当であると整理した。ただし、急性期及び症状の変化（急性増悪）が判断できればその限りではない。

【国保】

D-199 超音波検査(断層撮影法)(前立腺肥大症、前立腺癌)(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、前立腺肥大症及び安定期の前立腺癌での超音波検査（断層撮影法）は、3か月に1回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

前立腺肥大症や前立腺癌は進行が緩徐であるため、経過観察目的で施行する超音波検査（断層撮影法）については、医学的必要性が認められる場合を除き3か月に1回までとすることが妥当であると整理した。

【国保】

D-200 眼底カメラ撮影(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、眼底カメラ撮影は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-201 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-202 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)後生体染色使用再検査（回数）

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後に生体染色を施して再検査を行う細隙灯顕微鏡検査（前眼部）については、１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通知より「細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り細隙灯顕微鏡検査（前眼部）により算定する。」とある。再検査については、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-203 屈折検査･矯正視力検査(併施)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、屈折状態に変化が生じる手術後における屈折検査と矯正視力検査の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

白内障などの疾患においては、手術後に屈折状態が大きく変化することから併算定は妥当であると整理した。

【国保】

D-204 調節検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、調節検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-205 光覚検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、光覚検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-206 眼球突出度測定(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、眼球突出度測定は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-207 光学的眼軸長測定(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、光学的眼軸長測定は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-208 角膜知覚計検査(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、角膜知覚計検査は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-209 両眼視機能精密検査・立体視検査・網膜対応検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、両眼視機能精密検査・立体視検査・網膜対応検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-210 前房隅角検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、前房隅角検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-211 圧迫隅角検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、圧迫隅角検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-212 角膜内皮細胞顕微鏡検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、角膜内皮細胞顕微鏡検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-213 レーザー前房蛋白細胞数検査(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、レーザー前房蛋白細胞数検査は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

炎症が強いなどの症状出現等による場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-214 瞳孔機能検査(回数)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、瞳孔機能検査は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-215 乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)(行動観察による視力検査)(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）（行動観察による視力検査）は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-216 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(HER2 タンパク)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、早期胃癌に対する免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（HER2 タンパク）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（HER2 タンパク）検査については、抗 HER2 ヒト化モノクローナル抗体治療薬ハーセプチンの治療対象となる患者の選別を行うことを目的に実施されるが、ハーセプチン注射液の適応は HER2 過剰発現が確認された治療切除不能な進行・再発胃癌とされていることから、「早期胃癌」に対しては適応がなく認められないと整理した。

【国保】

D-217 コレステロール分画(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、コレステロール分画は 3 か月に 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

コレステロール分画によって得られる数値は、急激に変動するものではないため、動脈硬化の程度の指標として行う場合、3 か月に 1 回までの算定が妥当であると整理した。

【国保】

D-218 血糖(グルコース)(血糖自己測定加算算定月)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定加算算定月における来院時の血糖（グルコース）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

在宅自己注射指導管理料算定患者に在宅で血糖試験紙等を用いて血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に血糖自己測定加算が算定できるが、来院時に正確な血糖値を測定する必要があるため、来院時の血糖（グルコース）は認められると整理した。

【国保】

D-219 ナトリウム及びクロール、カリウム（血液ガス分析と同日の算定）

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、血液ガス分析と同日に別検体（静脈採血）により測定されたナトリウム及びクロール、カリウムの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

血液ガス分析の所定点数にはナトリウム、カリウム、クロール、HCO_3^-の測定が含まれるが、血液ガス分析を行った検体（動脈血）とは別に採取した検体（静脈血）により実施したナトリウム及びクロール、カリウムの算定については認められると整理した。

【国保】

D-220 アポリポ蛋白(回数)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、アポリポ蛋白の算定は 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

アポリポ蛋白は急速な病態の変化を評価する検査ではないため、3 か月に 1 回までの実施が妥当であると整理した。

【国保】

D-221 嫌気性培養加算(糞便)(適応)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、糞便による嫌気性培養加算については、偽膜性腸炎やクロストリジオイデス・ディフィシル（クロストリジウム・デフィシル）感染症の診断を除き認められない。

○ 取扱いの根拠

嫌気培養は偏性嫌気性菌の検出を目的として行われるものであり、偽膜性腸炎やクロストリジオイデス・ディフィシル（クロストリジウム・デフィシル）感染症等、嫌気性菌による感染を疑う場合のみ、算定が認められると整理した。

【国保】

D-222 嫌気性培養加算(喀痰)(適応)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、喀痰による嫌気性培養加算については、嚥下（誤嚥）性肺炎等の治療のために気管支鏡等を用いて直接喀痰を採取した場合を除き認められない。

○ 取扱いの根拠

嫌気培養は偏性嫌気性菌の検出を目的として行われるものであり、気管支鏡等を用いて直接喀痰を採取するなど、検体の採取法が明確でなければ算定は認められないと整理した。

【国保】

D-223　1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)(SGLT2 阻害薬投与中)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、SGLT2 阻害薬投与開始以降における 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

SGLT2 阻害薬服用下での 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)は、平均血糖値と比べ異常低値を示すことから有用性が乏しいと整理した。

【国保】

D-224 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 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-225 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 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-226 TSAb の連月の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

D014「40」TSAb の連月の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-227 標準語音聴力検査の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-228 ことばのききとり検査の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

ことばのききとり検査は、厚生労働省通知※に「難聴者の語音明瞭度を測定し、補聴器及び補聴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

【国保】

D-229 後迷路機能検査の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-230 中耳機能検査の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-231 血中微生物検査の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-232 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-233 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 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-234 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６日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-235 アルブミン定性(尿)の算定について

《令和６年６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-236 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 6 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-237 副甲状腺ホルモン(PTH)の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-238 IgG 型リウマトイド因子の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-239 中耳ファイバースコピーの算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-240 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 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-241 HIV 抗体検査(手術前検査)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、HIV 感染が疑われる場合を除き、手術前検査として HIV 抗体検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

輸血など HIV 感染が疑われる場合に HIV 抗体検査を行うことは妥当であるが、輸血前検査として HIV 抗体検査を行うことは認められない。

【国保】

D-242 フィブリノゲン(内視鏡的生検、外来手術など侵襲が比較的小さく、止血操作が簡単・的確に行える手術)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的生検、外来手術など侵襲が比較的小さく、止血操作が簡単・的確に行える手術のスクリーニング検査として、フィブリノゲンの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

DIC、血栓ができる病態、線溶亢進の状態等、病態によっては必要と考えるが、侵襲が比較的小さく、止血操作が簡単・的確に行える手術のスクリーニング検査は適当ではないと考える。

【国保】

D-243 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

※ D-129 と同様の趣旨

【国保】

D-244 内視鏡下生検法（胃炎病名のみの場合）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、胃炎の病名のみで胃・十二指腸ファイバースコピー下において実施される内視鏡下生検法の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

内視鏡下生検法は胃癌の鑑別診断、病変の治療や経過観察、ヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行うものであり、胃癌、胃腺腫、胃ポリープ、胃潰瘍、びらん性胃炎、慢性胃炎、ヘリコバクター・ピロリ胃炎、萎縮性胃炎の病名（疑い病名含む）がなく、胃炎病名のみでは算定が認められないと整理した。

【国保】

D-245 血中 β２-マイクログロブリン（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、腎機能の評価目的で血中 β2-マイクログロブリンを行う場合、3 か月に 1 回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

血中 β2-マイクログロブリンの血中での変動は主として糸球体濾過値（GFR）に左右されるため、腎機能の指標として用いられるが、腎機能の評価目的としては頻回に行う必要はなく、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫や透析アミロイド症に対するダイアライザーの選択などを除き、3 か月に 1 回が妥当であると整理した。

【国保】

D-246 フェリチン定量(半定量を含む)(鉄欠乏性貧血疑いに対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、鉄欠乏性貧血疑いに対するフェリチン定量(半定量を含む)の算定は 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

フェリチン定量(半定量を含む)は MCV(末梢血液一般検査)の数値に異常がある場合に、検査結果から鉄欠乏性貧血を疑って実施すべきであり、毎月又は定期的に実施する必要はない。

貯蔵鉄の変動が急激ではないことを考慮すると頻回な測定は不要であり、その頻度は概ね 3 月に 1 回が妥当であると整理した。

【国保】

D-247 脳性 Na 利尿ペプチド（BNP）及び脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント（NT-proBNP）（心不全疑いに対する回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、心不全疑いに対する脳性 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）の連月の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

脳性 Na 利尿ペプチド（BNP）及び脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント（NT-proBNP）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るが、心不全の診断に用いる場合は、心不全を疑う症状がある場合に実施すべきであり、毎月又は定期的に実施する必要性は乏しいと整理した。

【国保】

D-248 血液化学検査(慢性維持透析に対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、慢性維持透析の実施前後に行われる血液化学検査（BUN、クレアチニン、尿酸、Na、K、Cl、Ca、P、Mg 等）の 1 日 2 回の算定は月 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

慢性維持透析において、 BUN、クレアチニン、尿酸、電解質等を透析治療の前後に実施することは治療の効果判定と患者の病態把握に必要であるが、安定している慢性維持透析において治療前後を比較した血液化学検査の実施は月 1 回で十分であると整理した。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-249 α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）の算定は 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

AFP-L3%は肝癌に特異的な腫瘍マーカーである。通知により「腫瘍マーカー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。」とされているため、AFP-L3%の頻回な算定は過剰であると整理した。

【国保】

D-250 α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）（AFP との併施）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）と α-フェトプロテイン（AFP）の併算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

AFP は慢性肝炎や肝硬変などの良性疾患でも上昇することから、AFP が陽性の場合、癌によるものか否かを判別するために AFP-L3%が行われる。したがって、AFP-L3%と AFP を同時に行うことは過剰であると整理した。

【国保】

D-251 抗サイログロブリン抗体、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体検査（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、抗サイログロブリン抗体及び抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体検査は診断時に 1 回、再検時は両方もしくは一方のみ 6 か月に 1 回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

抗サイログロブリン抗体及び抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体検査は慢性甲状腺炎の診断には有用であるが、病勢推移の判断においては、通常 TSH、FT4 が行われ、これらの抗体検査施行の意味は乏しい。

また、抗体検査には偽陽性や偽陰性もあり、また自然寛解例もあることから 6 か月に 1 回までが妥当であると整理した。

【国保】

D-252 抗 TSH レセプター抗体(TRAb)、甲状腺刺激抗体(TSAb)(併施及び回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、抗 TSH レセプター抗体(TRAb)又は甲状腺刺激抗体(TSAb)の算定は、いずれかを 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

抗 TSH レセプター抗体（TRAb）と甲状腺刺激抗体（TSAb）の回数について、検査目的から頻回に行う必要性は乏しく、3 か月に 1 回を超える算定は過剰であると整理した。

【国保】

D-253 体液量測定・細胞外液量測定(透析患者に対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、透析患者に対する体液量測定又は細胞外液量測定の算定は、いずれかを月 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

適正な透析量を決定するために必要なドライウェイトを把握することが必要であるため、月 1 回の算定は妥当であると整理した。
ドライウェイトの定義 : 体液量が適正であり透析中の過度の血圧低下を生ずることなく、かつ長期的にも心血管系への負担が少ない体重
(日本透析医学会「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」より)

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-254　心電図(甲状腺機能亢進症に対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、心疾患が確定していない甲状腺機能亢進症に対して心電図の連月の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

甲状腺機能亢進症は心房細動などの不整脈を合併する例が多いため、甲状腺機能亢進症に対する心電図の算定は認められるが、心疾患（疑いを含む）がない場合、心電図を連月算定することは過剰であると整理した。

【国保】

D-255 心電図(高血圧症に対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、高血圧症のみの病名に対する心電図の算定は、6 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

心電図は高血圧症を基礎疾患とする合併症の有無を把握するため、初診時のスクリーニングとして認めるほか、心拡大や左室肥大等高血圧性の変化等の確認のため、6 か月に 1 回の心電図検査は認められると整理した。

【国保】

D-256 血管伸展性検査(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、血管伸展性検査の算定は、6 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

血管伸展性検査により評価される下肢動脈の狭窄・閉塞の病態は急速に進行するものではないと考えられるため、経過観察において頻回の検査は不要であり、6 か月に 1 回までが妥当であると整理した。

【国保】

D-257 超音波検査(断層撮影法)(本態性高血圧症)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、本態性高血圧症のみの病名で頚動脈に対する超音波検査（断層撮影法）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

超音波検査（断層撮影法）により、頚動脈の内膜中膜厚（IMT）を測定することは動脈硬化を客観的に捉えることができ有用であるが、頚動脈疾患を疑う病名がなく本態性高血圧症のみでは過剰であると整理した。

【国保】

D-258 呼吸心拍監視(Infusion reaction を生じる薬剤投与時)(適応)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、Infusion reaction などが生じる可能性がある薬剤投与時の呼吸心拍監視の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通知より、呼吸心拍監視は「重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して常時監視を行っている場合」に算定できるものであり、投薬や検査時の単なるモニターとして行う呼吸心拍監視は算定要件を満たさないため認められないと整理した。

【国保】

D-259 呼吸心拍監視(重篤な過敏反応を生じる薬剤投与時)(適応)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、重篤な過敏反応が生じる可能性があるタキサン系抗癌剤（タキソール、タキソテール等）等投与時の呼吸心拍監視の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通知より、呼吸心拍監視は「重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して常時監視を行っている場合」に算定できるものであり、投薬や検査時の単なるモニターとして行う呼吸心拍監視は算定要件を満たさないため認められないと整理した。

【国保】

D-260 精密眼底検査(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、精密眼底検査は片眼につき 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-261 矯正視力検査(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、矯正視力は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-262 精密眼圧測定(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、精密眼圧測定は１日１回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

１日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-263 角膜曲率半径計測(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、角膜曲率半径計測は月 1 回まで算定が認められる。

ただし、角膜曲率半径計測を白内障手術等の前後に行う場合、手術前後で各々1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

角膜表面の彎曲度の計測値は 1 月で大幅な変化が現れることはなく、複数回実施する必要性はない。

白内障手術等の術後については角膜曲率が変わるため、手術前後の場合は状態確認として各々1 回の算定が認められると整理した。

○ 留意事項

「月 1 回」というのは、連月の算定を示しているものではない。

【国保】

D-264 眼筋機能精密検査及び輻輳検査(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、眼筋機能精密検査及び輻輳検査は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-265 涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-266 中心フリッカー試験(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、中心フリッカー試験は 1 日 1 回を超える算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

1 日で大幅な変化が現れることはなく、症状出現等により同日再診した場合を除き、原則複数回実施する必要性はないと整理した。

【国保】

D-267 気管支肺胞洗浄法検査同時加算(間質性肺炎)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、間質性肺炎に対する気管支ファイバースコピー実施時の気管支肺胞洗浄法検査同時加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

間質性肺炎に対する気管支肺胞洗浄法検査については、病態の観察や治療方針を選択する上で医学的に有用であると整理した。

【国保】

D-268 亜鉛(Zn)(亜鉛欠乏症疑いに対する回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、亜鉛欠乏症疑いに対する亜鉛（Zn）の算定は 3 か月に 1 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

亜鉛（Zn）検査は、診断確定のために連続して検査を行っても有効ではないと整理した。

【国保】

D-269 耐糖能精密検査(耐糖能異常，境界型糖尿病)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、耐糖能異常又は境界型糖尿病に対する耐糖能精密検査の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

糖尿病が境界域にある状態であれば、インスリン分泌能、インスリン抵抗性等を同時に把握することは糖尿病発症リスクを評価する上で有用であると整理した。なお、「耐糖能異常」は「境界型糖尿病」と同義である。

※ICD10 コード及び傷病名マスタに「境界型糖尿病」あり

【国保】

D-270 リウマトイド因子(RF)定量(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、リウマトイド因子（RF）定量の連月の算定は認められない。

連月の算定が必要な場合は理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

関節リウマチの活動性評価に有効であるが、赤沈、CRP と異なり疾患活動性スコアの計算に用いられる項目ではないことから連月測定する意義は乏しいと整理した。

【国保】

D-271 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、関節リウマチに対するマトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）の連月の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）は関節リウマチの滑膜の炎症を反映するものであるが、日々の関節炎の病勢を把握する指標として用いることは不適当であり、連月測定することは認められないと整理した。

○ 留意事項

「関節リウマチ」における疾患活動性が高い時期及び新規治療導入後のモニタリング時期を除く。

【国保】

D-272 MPO-ANCA、PR3-ANCA（併施）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、初回診断時は MPO-ANCA と PR3-ANCA の併算定は認められる。

ただし、病名確定後はいずれか一方のみの算定を認める。

○ 取扱いの根拠

初回診断時は MPO-ANCA、PR3-ANCA のどちらのマーカーが有用なのが不明なため、併算定は認められる。確定診断後の経過評価においては、より病勢を反映する 1 項目での評価で十分であると整理した。

【国保】

D-273 ANCA 定性(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、ANCA 定性の算定は初回の診断時のみ認められる。

○ 取扱いの根拠

ANCA 定性は ANCA が陽性か否かを目的とし、定量的な診断はできないため、初回の診断時のみとすることが妥当であると整理した。

【国保】

D-274 ANCA 定性（MPO-ANCA 又は PR3－ANCA との併施）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、ANCA 定性と MPO-ANCA 又は PR3-ANCA との併算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

MPO-ANCA 又は PR3-ANCA については病勢を反映する特異的マーカーであるため、ANCA 定性との併算定は過剰であると整理した。

【国保】

D-275 MPO-ANCA、PR3-ANCA（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、MPO-ANCA 又は PR3-ANCA を安定した病態の経過観察に用いる場合、3 か月に 1 回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

ANCA 関連血管炎疾患については、安定した病態の経過観察として頻回に、MPO-ANCA 又は PR3-ANCA を測定する必要はなく、3 か月に 1 回までとすることが妥当であると整理した。ただし、治療中や病状悪化等により頻回な検査の必要性がある場合は連月の算定も認められる。

【国保】

D-276 抗酸菌分離培養(胸膜炎)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、胸膜炎に対して抗酸菌分離培養検査の算定は「結核の疑い」又は「結核性胸膜炎疑い」の病名がある場合に 1 回のみ認められる。

○ 取扱いの根拠

胸膜炎の原因として悪性腫瘍や感染症が考えられるが、結核性胸膜炎の有無を確認するために抗酸菌分離培養検査を 1 回のみ行うことは妥当であると整理した。

【国保】

D-277 クラミジア・トラコマチス核酸検出（回数）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、クラミジア・トラコマチス核酸検出は診断時に 1 回、治療効果判定に 1 回の算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

クラミジア・トラコマチス感染症の診断については、核酸検出陰性の結果をもってクラミジア感染症は否定されたと考える（他の疾患を疑う。）ため、1 回の算定が妥当であると整理した。

治療効果判定については、治療薬投与開始後 2 週間程度で核酸増幅法又は EIA 法などを行い判定する。その後、再度検査が必要であれば、抗原検査にて治癒を確認するため、核酸検出は 1 回の算定が妥当であると整理した。

【国保】

D-278 パルスドプラ法加算（人工透析患者におけるシャント部の閉塞）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、人工透析患者におけるシャント部の閉塞（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）(その他)及びパルスドプラ法加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

人工透析患者のシャント部閉塞に対する血栓除去・血管拡張等の適応を判断する場合、血管の狭窄部位を非侵襲的に把握することができる超音波検査（断層撮影法）及びパルスドプラ法は有用であると整理した。

【国保】

D-279 パルスドプラ法加算(左副腎皮質癌疑い)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、左副腎皮質癌疑いに対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算は認められない。

○ 取扱いの根拠

左副腎皮質癌を疑い超音波検査（断層撮影法）を行う際、腫瘍の鑑別はカラードプラで可能であり、血流量が少ない左副腎皮質に対するパルスドプラは有用性が低いと整理した。

【国保】

D-280 パルスドプラ法加算(頸動脈狭窄症)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、頸動脈狭窄症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算は認められる。

○ 取扱いの根拠

頸動脈狭窄症に対して超音波検査（断層撮影法）を行う場合、パルスドプラ法の施行は血流の定量的評価による病態の診断および病態把握に有用であると整理した。

※ D-180 と同様の趣旨

【国保】

D-281 パルスドプラ法加算(門脈圧亢進症)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、門脈圧亢進症（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

門脈圧亢進症に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法は血流の定量的評価は有用であると整理した。

【国保】

D-282 パルスドプラ法加算（下肢の末梢動脈疾患）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、下肢の閉塞性動脈硬化症、慢性動脈閉塞症等の末梢動脈疾患に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

下肢の末梢動脈疾患に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法は血流の定量的評価は有用であると整理した。

【国保】

D-283 胃･十二指腸ファイバースコピー(適応)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、胃・十二指腸ファイバースコピーは、胃瘻及び十二指腸瘻から挿入した場合においても認められる。

○ 取扱いの根拠

胃・十二指腸ファイバースコピーにおいて、経口、経鼻から挿入される器材が瘻孔から挿入された場合、経路は異なるが、診断意義に違いはないことから算定は認められると整理した。

【国保】

D-284 呼吸心拍監視と経皮的動脈血酸素飽和度測定の併算定（酸素吸入時）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、酸素吸入時の呼吸心拍監視と経皮的動脈血酸素飽和度測定の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、心機能状況や呼吸状況を把握するための呼吸心拍監視と、酸素吸入時に血中酸素濃度を把握する為の経皮的動脈血酸素飽和度測定はモニタリング内容が異なるため併算定は認められると整理した。

【国保】

D-285 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 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-286 時間外緊急院内検査加算の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 1、2 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

【国保】

D-287 心房細動等に対するNT-proBNPの算定について

《令和6年8月29日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するD008「22」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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-288 BNPとNT-proBNPについて

《令和6年8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-289 脂肪酸分画の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-290 A群β溶連菌迅速試験定性の算定について

《令和6年8月29日新規》

○ 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）に月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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-291 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-292 角膜曲率半径計測の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-293 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-294 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-295 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-296 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-297 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-298 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-299 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8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-300 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8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-301 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-302 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-303 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-304 BNP の連月算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-305 シスタチンＣの算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-306 C-ペプチド(CPR)の算定間隔について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

⑴ 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。

⑵　持続血糖測定器加算を算定する場合は、⑴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、⑴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。

【国保】

D-307 精密眼圧測定の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-308 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 8 月 29 日新規》

○ 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)

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-309 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-310 ABO 血液型、Rh(D)血液型の 2 回目以降の算定(同一医療機関、同一患者)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、骨髄移植後などの特殊な場合を除き、同一医療機関、同一患者に対する D011「1」ABO 血液型、Rh（D）血液型の 2 回目以降の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

血液型は骨髄移植後などの特殊な場合以外、生涯変わらないとされている。

【国保】

D-311 超音波検査(断層撮影法)(紫斑)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、紫斑のみの病名で超音波検査（断層撮影法）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

紫斑に対しては、組織採取による細胞診断や血液検査による機序の把握が必要である。超音波検査（断層撮影法）により、血管壁からの出血の機序を把握することは困難であり、検査の意義は乏しいと整理した。

【国保】

D-312 喉頭ファイバースコピー(間接喉頭鏡下喉頭処置との併施)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、喉頭ファイバースコピーと間接喉頭鏡下喉頭処置の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

間接喉頭鏡下喉頭処置は薬液を塗布するための処置行為であり、喉頭ファイバースコピーとは別のものである。

したがって、間接喉頭鏡下喉頭処置の必要性が認められる場合は、間接喉頭鏡下喉頭処置と喉頭ファイバースコピーの併算定は認められると整理した。

【国保】

D-313 レシチン･コレステロール･アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)(適応)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、高脂血症、肝疾患の病名がない場合、レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L-CAT）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L-CAT）による疾患の評価において、高脂血症・肝疾患については有用と考えられるため認められると整理した。

【国保】

D-314 嫌気性培養加算(女性器分泌物)(適応)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、女性器分泌物による嫌気性培養加算については、膣から子宮までの炎症性疾患のない膣症のみでは認められない。

○ 取扱いの根拠

嫌気培養は偏性嫌気性菌の検出を目的として行われるものであり、子宮頚管からの採取等で認められるが、膣から子宮までの炎症性疾患のない膣症のみで女性器分泌物による嫌気性培養加算の算定は妥当でないと整理した。

【国保】

D-315 パルスドプラ法加算(頸動脈狭窄症疑い)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、頸動脈狭窄症疑いに対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算は認められる。

○ 取扱いの根拠

頸動脈狭窄症疑いに対して超音波検査（断層撮影法）を行う場合、パルスドプラ法の施行は血流の定量的評価により診断の向上を図る目的として有用であると整理した。

【国保】

D-316 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 12 月 5 日新規》

○ 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。）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-317 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。）時のに対する胃・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。

【国保】

D-318 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-319 TSH(甲状腺機能低下症)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 T4、T3 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。

【国保】

D-320 TSH(甲状腺機能亢進症)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 T4、T3 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。

【国保】

D-321 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-322 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-323 C3、C4 及び CH50（混合性結合組織病）の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

混合性結合組織病に対する D015「8」C3、C4 及び D015「4」CH50 の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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（C3、C4 など）が消費されて補体活性（CH50）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」C3、C4 及び D015「4」CH50 の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

D-324　C3、C4 及び CH50（全身性エリテマトーデス）の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

全身性エリテマトーデスに対する D015「8」C3、C4 及び D015「4」CH50 の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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（C3、C4 など）が消費されて補体活性（CH50）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」C3、C4 及び D015「4」CH50 の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

D-325 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-326 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-327 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-328 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

末消血液一般検査は、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。

【国保】

D-329 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-330 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-331 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-332 超音波検査(白内障術前検査)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-333　一般検査(内視鏡検査前)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

末消血液一般検査は、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。

【国保】

D-334 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-335 眼底カメラ(糖尿病網膜症)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

眼底カメラ撮影は、眼底の循環状態、網膜、網膜色素上皮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。

【国保】

D-336 眼底カメラ(網膜前膜)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

網膜前膜（黄斑上膜）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。

【国保】

D-337 眼底三次元画像解析(うっ血乳頭等)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-338 眼底三次元画像解析(緑内障)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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、緑内障の経過観察において有用であり、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。

【国保】

D-339 アルブミン定量(尿)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-340 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 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対する D007「36」Ⅳ型コラーゲン、「39」プロコラーゲンーⅢーペプチド（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」プロコラーゲンーⅢーペプチド（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。）

○ 取扱いの根拠

Ⅳ型コラーゲン、プロコラーゲンーⅢーペプチド（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。

【国保】

D-341 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-342 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-343 免疫グロブリン(IgG、IgA、IgM)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-344 IgG4 の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対する D014「41」IgG4 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　IgG4 関連疾患のみ

2　治療中（ステロイド投与初期）の D014「41」IgG4 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」IgG4 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」IgG4 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

○ 取扱いの根拠

IgG4 は、免疫グロブリン G（IgG）の 4 種のサブクラスの 1 種で、IgG4 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 IgG4 関連疾患であり、高 IgG4 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、IgG4 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、IgG4 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、IgG4 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。

【国保】

D-345 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-346 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-347 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-348 脈波図、心機図、ポリグラフ検査の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-349 PR3-ANCA(ANCA 関連血管炎)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-350 一般検査(初診時、入院時)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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）

【国保】

D-351 PIVKA-Ⅱ(慢性肝炎等)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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 慢性肝炎
⑵ 胆管癌疑い
⑶ 非アルコール性脂肪性肝炎

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-352 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-353 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

D-354 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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、老視、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。

【国保】

D-355　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 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-356 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

D-357 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 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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、経過観察にも有用であり、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。

【国保】

E-1 画像診断

《平成 26 年 1 月 30 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば別々に算定することは認められる。

○ 取扱いの根拠

原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば同一部位でないため別々に算定することは認められる。

○ 留意事項

経過観察の段階において、継続的に左右別々に算定することは認められない場合もある。

【国保】

E-2 画像診断(腎･尿管)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

画像診断における腎と尿管は、同一の部位の取扱いとする。

○ 取扱いの根拠

腎・尿管は連続した臓器であり、同一の部位と考えられる。

【国保】

E-3 透視診断(腎盂造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

腎盂造影撮影時の透視診断については認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-4 透視診断(尿管造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

尿管造影撮影時の透視診断については認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-5 透視診断（膀胱造影）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

膀胱造影撮影時の透視診断については認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-6 透視診断(血管造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

血管造影撮影時の透視診断は認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-7 透視診断(子宮卵管造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

子宮卵管造影撮影時の透視診断は認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-8 画像診断(仙骨・尾骨)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

画像診断における仙骨と尾骨は、同一の部位の取扱いとする。

○ 取扱いの根拠

仙骨と尾骨は撮影条件を変える必要がなく同一の部位と考えられる。

【国保】

E-9 透視診断(関節造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、関節造影撮影時の透視診断は認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-10 透視診断(胆のう造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、胆のう造影撮影時の透視診断は認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-11 透視診断(膵胆管造影)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

膵胆管造影撮影時の透視診断は認められない。

○ 取扱いの根拠

透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、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。

【国保】

E-12 MSCT(マルチスライス CT)(虚血性心疾患)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、心房細動などの頻脈性不整脈を合併していない場合の虚血性心疾患に対して造影剤を使用する場合の MSCT（マルチスライス CT）は認められる。

○ 取扱いの根拠

虚血性心疾患の診断に有用である。

【国保】

E-13 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(診断確定前のアルツハイマー病)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、アルツハイマー病の確定診断を目的として実施したシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、アルツハイマー病においては、後部帯状回、楔前部、前頂葉連合野の血流低下が特徴であり、当該疾患の確定診断に有用である。

【国保】

E-14 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 3 年 9 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 120～240mg 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 40～80mg 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 120～240mg 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。

【国保】

E-15 CT 撮影(膵癌疑いに対して、血液検査や超音波検査がない場合)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、膵癌疑いに対して、血液検査や超音波検査がない場合でも、CT 撮影の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

膵実質の委縮が進んだ時期では、腫瘍マーカーは低値を示す場合がある。また、膵臓は胃の背中側にあり、超音波検査では膵全体を観察できないことがある。

症例に応じて、血液検査や超音波検査を省略し、CT を施行することに問題はないと考える。

【国保】

E-16 関節リウマチでの胸部 CT 撮影

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、胸部の疾患がなく、関節リウマチの傷病名のみで施行された胸部 CT は認めない。

○ 取扱いの根拠

関節リウマチの治療として抗体医薬品が投与されている場合においても、副作用の確認を目的に行われる胸部画像診断は、臨床症状等を踏まえ適宜選択されるべきであり、胸部の疾患がなく算定される CT 撮影は過剰であると整理した。

【国保】

E-17 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-18 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-19　CT 撮影(経管栄養カテーテル交換後の確認)

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、経管栄養カテーテル交換後の確認に CT 撮影は認められない。

○ 取扱いの根拠

挿入カテーテルの確認は、透視診断等で十分可能であり、CT 撮影を行うことは過剰と考える。

【国保】

E-20 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-21 各種癌に対するMRI撮影の算定について

《令和6年3月7日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-22 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 6 日新規》

○ 取扱い

心筋梗塞に対する冠動脈の E200 CT 撮影と心臓の E202 MRI 撮影の併算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-23 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 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

E-24 CT、MRI（脳動脈硬化症）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、基礎疾患がなく、脳動脈硬化症のみの病名に対する CT 撮影及び MRI 撮影の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

脳動脈硬化症の病名のみで CT 撮影及び MRI 撮影を実施することは過剰であると整理した。

【国保】

E-25 MRI 撮影又は造影 CT(初診時の脳動脈瘤疑い)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、初診時の脳動脈瘤疑いに対する MRI 撮影又は造影 CT の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

脳動脈瘤を診断する上で、脳血管を描写する画像診断は有用である。

【国保】

E-26 時間外緊急院内画像診断加算の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

E-27 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

E-28 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

E-29 関節リウマチに対する MRI 撮影の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-30 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-31 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(肺悪性腫瘍)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、肺悪性腫瘍に対する手術前又は非手術例（内科疾患）におけるシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

肺機能の予測を目的とする検査としては、肺機能検査や CT、血液ガス分析等で可能であり、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は過剰であると整理した。

【国保】

E-32 単純撮影(胸部)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

E-33 透視診断の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

F-1 副腎皮質ホルモン剤と免疫抑制剤の併用

《平成 23 年 1 月 25 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。

○ 取扱いの根拠

原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。

【国保】

F-2 脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として医薬品の適応を審査する上で、脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等は同等として取扱うことは妥当である。

○ 取扱いの根拠

高コレステロール血症、脂質異常症、高脂血症は同義であると解釈されている。

また、高トリグリセライド血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高コレステロール血症の病名のみでは認められず、高コレステロール血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高トリグリセライド血症の病名のみでは認められない。

【国保】

F-3 過活動膀胱治療剤

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、「過活動膀胱の記載がない単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。

【国保】

F-4 過活動膀胱治療剤

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。

【国保】

F-5 キネダック錠

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、「糖尿病」の傷病名のみでキネダック錠の投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

「効能・効果、用法・用量」には、「次の症状（糖化ヘモグロビンが高値を示す場合）の改善／糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」と記載されており、「糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」の明示がない、「糖尿病」のみでのキネダック錠の投与は認められない。

【国保】

F-6 フオイパン錠

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、逆流性食道炎の傷病名のみでフオイパン錠の投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

胃切除（胃全摘、噴門側又は幽門側胃切除、胃管再建など）術後は、十二指腸液の逆流によるアルカリ性食道炎をきたすが、フオイパン錠の有用性は、この十二指腸液のトリプシン等、蛋白分解酵素の阻害作用にある。一方、胃切除を伴わない逆流性食道炎は胃酸の逆流によるものである。両者の病態、治療法は全く異なることから、術後かどうかは明確に区別されなければならない。

以上より、逆流性食道炎の傷病名のみでのフオイパン錠の投与は認められないとした。

【国保】

F-7 抗生物質

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

投与期間 14 日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、原則として 14 日を超えての投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

投与期間 14 日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、医学的な必要性の明確でない場合の 14 日を超えての投与は原則として認められない。

○ 留意事項

耐性菌の発現等を防ぐため、疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめるとともに、必要に応じて検査を行うこと。

【国保】

F-8 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-9　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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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、原則認められると判断した。

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-15 慢性気管支炎に対するセルテクト錠の投与について

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-19 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-20 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９月８日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-21 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 9 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

＜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 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。

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 2.5～5mg 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。

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。

【国保】

F-22 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 3 年 9 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-23 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３年９月７日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-24 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 11 月 30 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-25 PPI 製剤（内視鏡検査等の施行のない胃潰瘍、十二指腸潰瘍）

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査等の施行のない胃潰瘍、十二指腸潰瘍に対する PPI 製剤の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

患者の症状や生活習慣、既往歴等により胃潰瘍、十二指腸潰瘍と診断することは可能と考える。

【国保】

F-26 多剤投与(高血圧症)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、高血圧症の病名に対する多剤投与は、作用の異なる薬剤であれば認められる。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品を追加投与することは妥当。

【国保】

F-27 スルホニルウレア剤（SU 剤）2 剤の併用投与（糖尿病）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病に対するスルホニルウレア剤（SU 剤）2 剤の併用投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品を追加投与することは妥当。

【国保】

F-28 作用機序の異なる2剤の併用投与(前立腺肥大症)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、前立腺肥大症に対する作用機序の異なる２剤の併用投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品を追加投与することは妥当。

※ 項番 F-50 と同様の趣旨

【国保】

F-29 ニフレック配合内用剤（DPC レセプトで手術の際に使用している場合）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、DPC レセプトで手術の際に使用している場合、ニフレック配合内用剤の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

平成 24 年 6 月 7 日付厚生労働省保険局医療課事務連絡の診断群分類点数表等により算定される診療報酬において、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ことが通知されている。ニフレック配合内用剤の効能効果は「大腸手術時の前処置における腸管内容物の排除」であり、用法・用量は「大腸手術前処置　手術前日の昼食後は絶食（水分摂取のみ可）とし、昼食後約 3 時間以上経過後投与開始。」であることより、術中に用いることは適切でないと考える。

【国保】

F-30 ACE 阻害薬の併用投与

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、ACE 阻害薬の併用投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

降圧薬治療は単剤の低用量で開始し、効果不十分な場合、増量または異なる作用機序の降圧薬を追加することが適当と考える。

【国保】

F-31 ロイコトリエン受容体拮抗剤の併用投与

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、ロイコトリエン受容体拮抗剤の併用投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品を追加投与することが適当と考える。

【国保】

F-32 DPP-4 阻害剤と抗 GLP-1 受容体作動薬の併用

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、DPP-4 阻害剤と抗 GLP-1 受容体作動薬の併用は認められない。

○ 取扱いの根拠

いずれも GLP-1 受容体を介した血糖降下作用を有するインクレチン関連薬であり、併用により効果が増強するといったエビデンスもない。

GLP-1 受容体作動薬は DPP-4 阻害剤に比べ、インクレチンの血中濃度が 2～3 倍程度上昇するといわれており、注射薬のみで効果は十分と考える。

【国保】

F-33 スタチン製剤、小腸コレステロールトランスポーター阻害剤、EPA製剤の３剤併用（脂質異常症）

《令和 5 年 3 月 2 日新規》

○ 取扱い

原則として、脂質異常症に対するスタチン製剤、小腸コレステロールトランスポーター阻害剤、EPA 製剤の 3 剤併用は認められる。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品を追加投与することは妥当。

【国保】

F-34 塩酸バンコマイシン散(MRSA 腸炎(偽膜性大腸炎を含む)に対し食事提供がある場合)

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、MRSA 腸炎（偽膜性大腸炎を含む）に対し食事提供がある場合でも、塩酸バンコマイシン散の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

治療により症状が改善傾向となり食事を開始した後も、塩酸バンコマイシン散投与による治療が継続することがある。

【国保】

F-35 トリプタン系片頭痛治療薬の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-36 ヘパリン類似物質の算定について

《令和５年６月29日新規》
《令和５年８月31日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-37 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-38 抗インフルエンザウイルス薬の併用投与について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-39 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

F-40 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-41 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-42 配合剤を増量する場合の単剤の増量(例:ARB+Ca 拮抗剤の配合剤に ARB 又は Ca 拮抗剤の単剤を許容量まで追加)

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、配合剤を増量する場合の単剤の増量について、例として、ARB+Ca 拮抗剤の配合剤に ARB 又は Ca 拮抗剤の単剤を許容量まで追加することは認められる。

○ 取扱いの根拠

配合剤を処方する場合において、効果不十分なため含有成分と重複する他剤を追加することはあるが、その場合においても、各成分の単剤での上限量範囲内で追加されることが妥当。

【国保】

F-43 同剤が含まれている配合剤の併用投与(例:ユニシア配合錠とカデュエット配合錠はどちらにも、アムロジピンベシル酸塩が配合されている)

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、同剤が含まれている配合剤の併用投与について、例として、ユニシア配合錠とカデュエット配合錠はどちらにも、アムロジピンベシル酸塩が配合されているが併用投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

配合剤を処方する場合において、効果不十分なため含有成分と重複する他剤を追加することはあるが、その場合においても、各成分の単剤での上限量範囲内で追加されることが妥当。

【国保】

F-44 同剤が含まれている配合錠を併用投与する場合の用量

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、同剤が含まれている配合錠を併用投与する場合の用量は単剤の 1 日上限量まで認められる。

○ 取扱いの根拠

配合剤を処方する場合において、効果不十分なため含有成分と重複する他剤を追加することはあるが、その場合においても、各成分の単剤での上限量範囲内で追加されることが妥当。

【国保】

F-45 前立腺肥大症に対する複数の α1 遮断薬の併用について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

前立腺肥大症に対する複数の α1 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。

○ 取扱いの根拠

前立腺肥大症治療薬である α1 遮断薬（α1 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、α1 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、α1 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 α1 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。

【国保】

F-46 トピラマートの算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-47 タダラフィルの算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-48 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-49 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β３受容体作動薬)の併用について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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 β3 受容体作動薬の併用は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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 M3 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、β3 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 β3 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 β3 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。

【国保】

F-50 前立腺肥大症に対するα1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3月7日新規》

○ 取扱い

前立腺肥大症に対するα1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。

○ 取扱いの根拠

前立腺肥大症の治療薬には、α1遮断薬（α1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α11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。

※ 項番 F-28と同様の趣旨

【国保】

F-51 ヘパリン類似物質の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-52 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-53 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-54 リトドリン塩酸塩の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-55 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-56 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-57 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の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-58 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

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-59 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３月７日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-60 ベタメタゾン吉草酸エステルの算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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-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

○ 取扱いの根拠

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-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。

【国保】

F-61 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 3 月 7 日新規》

○ 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-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

○ 取扱いの根拠

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-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。

【国保】

F-62 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-63 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-64 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-65 眼粘弾剤(分子量等の特性が異なる眼粘弾剤の投与)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、分子量等の特性が異なる型の眼粘弾剤の算定は 2 種類まで認められる。

○ 取扱いの根拠

角膜内皮保護目的の使用においては、分子量等の違いにより特性が異なる 2 種類の薬剤を使用することは妥当であると整理した。

【国保】

F-66 アレンドロン酸ナトリウム錠(ボナロン錠等)(骨粗鬆症の予防)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、副腎皮質ホルモン剤（ステロイド剤）長期投与による骨粗鬆症の予防を目的とするアレンドロン酸ナトリウム錠（ボナロン錠等）の投与は認められない。

○ 取扱いの根拠

日本骨代謝学会ガイドラインより、ステロイド性骨粗鬆症の予防としてアレンドロン酸ナトリウム錠（ボナロン錠等）の投与が示されているが、添付文書の効能・効果に関する使用上の注意には「骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。」とされていることから、予防による投与については認められないと整理した。

【国保】

F-67 アルツハイマー型認知症薬剤(コリンエステラーゼ阻害剤とメマンチン)の併用投与

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、アルツハイマー型認知症薬剤（コリンエステラーゼ阻害剤とメマンチン）の併用投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

単剤で効果不十分な場合、異なる作用機序の医薬品（コリンエステラーゼ阻害剤とメマンチン）を追加投与することは妥当であると整理した。

【国保】

F-68 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 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 1、2 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。

【国保】

F-69 扁桃炎に対する去痰剤の算定について

《令和６年６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-70 ウベニメクスの算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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、骨髄異形成症候群は、ともに白血病の一種だが、増殖する細胞等が急性非リンパ性白血病（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。

【国保】

F-71 ツロブテロールの算定について

《令和６年６月６日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-72 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-73 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 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-74 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 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-75 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-76 マジンドール錠の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-77 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-78 プロピベリン塩酸塩の算定について

《令和６年６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-79 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-80 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６月６日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-81 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-82 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６月６日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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β2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。

【国保】

F-83 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 M3 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。

【国保】

F-84 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 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 か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。

【国保】

F-85 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 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-86 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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（マイスリー錠等）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。

【国保】

F-87 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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（カバサール等）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。

【国保】

F-88 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６月６日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-89 クロピドグレル硫酸塩錠(プラビックス錠等)(内頚動脈狭窄症)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内頚動脈狭窄症に対するクロピドグレル硫酸塩錠（プラビックス錠等）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

内頚動脈狭窄症はクロピドグレル硫酸塩錠（プラビックス錠等）の効能及び効果である「末梢動脈疾患」に含まれるため、内頚動脈狭窄症に対するクロピドグレル硫酸塩錠（プラビックス錠等）の算定は適応であると整理した。

【国保】

F-90 胃炎等に対するH2ブロッカー【内服薬】の算定について

《令和6年8月29日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対するH2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H2ブロッカー【内服薬】の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

H2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H2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H2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。

【国保】

F-91 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 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-92 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 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-93 ドネペジル塩酸塩の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-94 ドネペジル塩酸塩の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-95 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-96 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-97 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-98 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-99 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 1、2 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。

【国保】

F-100 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 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-101 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 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-102 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-103 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-104 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-105 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8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-106 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-107 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-108 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-109 ナルフラフィン塩酸塩の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-110 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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、皮膚掻そう痒症は、適応疾患に該当しない。

以上のことから、皮膚掻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。

【国保】

F-111 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

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-112 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-113 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-114 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 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-115 ナルフラフィン塩酸塩の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-116 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-117 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-118 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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、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。

【国保】

F-119 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-120 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-121 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

【国保】

F-122 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-123 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 か月以後、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 か月を超える場合や、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

【国保】

F-124 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-125 イトラコナゾールの算定(使用量)について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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、400mg/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。

【国保】

F-126 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

F-127 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 5 日新規》

○ 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)

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-128 カルベジロール(不整脈)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-129 ヘリコバクター･ピロリ菌除菌薬と H2 ブロッカー【内服薬】の併用投与について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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 H2 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。

○ 取扱いの根拠

ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌については、一次除菌は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、「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」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 H2 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。

【国保】

F-130 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 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-131 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 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-132 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-133 抗アレルギー薬の併用投与について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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、Th2 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 H1 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 A2 合成阻害薬、トロンボキサン A2 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。

【国保】

F-134 アコチアミド塩酸塩水和物錠の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-135 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

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-136 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

イトプリド塩酸塩錠（ガナトン錠等）は、ドパミン D2 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 D2 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。

【国保】

F-137 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 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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 B12 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

【国保】

F-138 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 5 日新規》

○ 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 80mg、125mg）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。

○ 取扱いの根拠

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 80mg、125mg）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。

【国保】

F-139 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

F-140 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 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-1 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-2 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

《令和元年8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-3 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-4 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-5 筋肉内注射用パリビズマブの算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-6 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-7 ヘパリンナトリウム(ロック製剤)の算定について

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-8 ヘパリンナトリウム(ロック製剤)の算定について

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-9 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-10 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-11 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算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-12 アセトアミノフェン静注液等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 3 月 7 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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薬液（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薬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。

【国保】

G-13 濃グリセリン･果糖注射液の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

G-14 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 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

グリチルリチン酸－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－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。

【国保】

G-15 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-16 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６月６日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-17 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 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-18 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-19 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-20 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-21 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-22 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-23 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 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-24 ソナゾイド注射用 16μL(溶解液付)(肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法におけるソナゾイド注射用 16μL（溶解液付）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

ソナゾイド注射用 16μL（溶解液付）（一般名：ペルフルブタン注射用）の効能・効果より、肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法において、ソナゾイド注射を使用した超音波検査は有用であるため、算定は妥当であると整理した。

（参考）
ソナゾイド注射用 16μL（溶解液付）の効能又は効果
超音波検査における下記造影
肝腫瘤性病変、乳房腫瘤性病変

【国保】

G-25 ソナゾイド注射用 16μL(溶解液付)(肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法におけるソナゾイド注射用16μL（溶解液付）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

ソナゾイド注射用 16μL（溶解液付）（一般名：ペルフルブタン注射用）効能・効果より、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法において、ソナゾイド注射を使用した超音波検査は有用であるため、算定は妥当であると整理した。

（参考）
ソナゾイド注射用 16μL（溶解液付）の効能又は効果
超音波検査における下記造影
肝腫瘤性病変、乳房腫瘤性病変

【国保】

G-26 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 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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 D2 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-HT3 受容体遮断作用の関与や 5-HT4 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。

【国保】

G-27 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 12 月 5 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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（下記疾患ならびに状態：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、⑴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。

【国保】

G-28 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【注射液】の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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【注射液】(ウログラフイン注)の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-29 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-30 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 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

G-31 肝性脳症改善アミノ酸注射液の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

H-1 脳血管疾患等リハビリテーション(パーキンソン症候群)

《令和 3 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、パーキンソン症候群の治療に対して脳血管疾患等リハビリテーションの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

パーキンソン症候群は、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患である「神経疾患」に該当する。

【国保】

H-2 呼吸器リハビリテーション料の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

H-3 運動器リハビリテーション料の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

I-1 I002 通院･在宅精神療法の取扱いについて

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

I-2 入院精神療法等の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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。

⑴　てんかん性精神病
⑵　症状精神病
⑶　アルコール依存症、アルコール性精神病、覚醒剤精神病
⑷　統合失調症
⑸　幻覚妄想状態
⑹　心因性妄想精神病、急性一過性精神病性障害
⑺　非定型精神病
⑻　躁状態、躁うつ病
⑼　うつ状態
⑽　気分循環症
⑾　社会恐怖症、対人恐怖症、恐怖症性不安障害
⑿　不安神経症
⒀　強迫性障害
⒁　心的外傷ストレス障害（PTSD）、適応障害
⒂　解離性健忘、解離性運動障害、解離性障害
⒃　心気症
⒄　神経衰弱
⒅　拒食症、異食症、摂食障害
⒆　神経症性不眠症
⒇　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

⑵8　錯乱状態、情緒障害、登校拒否
⑵9　過食症
⑶0　老人性（老年期）精神病
⑶1　認知症
⑶2　神経症性うつ状態
⑶3　知的障害
⑶4　発達障害
⑶5　レビー小体型認知症
⑶6　てんかん
⑶7　不眠症
⑶8　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

○ 取扱いの根拠

入院精神療法及び通院・在宅精神療法の対象患者は、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

【国保】

J-1 ネブライザー(気管支炎)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、気管支炎に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

喉頭及び喉頭下ネブライザーによる吸入療法は、気管支へも到達し得るものであり、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対しても有効であると認められる。

○ 留意事項

薬剤塗布の目的をもって行った加圧スプレー使用は、J098 口腔・咽頭処置により算定する。

【国保】

J-2 ネブライザー(喘息)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、喘息に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

喉頭及び喉頭下ネブライザーによる吸入療法は、気管支へも到達し得るものであり、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対しても有効であると認められる。

○ 留意事項

薬剤塗布の目的をもって行った加圧スプレー使用は、J098 口腔・咽頭処置により算定する。

【国保】

J-3 超音波ネブライザー（気管支炎）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

気管支炎に超音波ネブライザーの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対して有効であると認められる。

【国保】

J-4 超音波ネブライザー(喘息)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

喘息に超音波ネブライザーの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから喘息に対して有効であると認められる。

【国保】

J-5 介達牽引(腰痛症)

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、腰痛症に対しての介達牽引は認められる。

○ 取扱いの根拠

腰痛症に対する介達牽引は教科書にも有効な治療法として記載されている。

○ 留意事項

原則として、腰痛症に対して介達牽引は認められるが、急性期や筋膜性腰痛症等には症状を悪化させることがあるので、事例によっては適応とならない場合もある。

【国保】

J-6 消炎鎮痛等処置とトリガーポイント注射（併施）

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

消炎鎮痛等処置とトリガーポイント注射の併施は認められる。

○ 取扱いの根拠

トリガーポイント注射は、圧痛点に局麻剤又は局麻剤を主剤とする薬剤を注射して疼痛の軽減を図る手技であり、一方、消炎鎮痛等処置は、湿布・マッサージ・器具などを用いて患部の消炎・鎮痛を図る処置で別範疇の医療行為である。

両者ともそれぞれ有効な治療手段であり、それらの併施を過剰とする考え方は適切とはいえない。

【国保】

J-7 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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行かないため、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。

【国保】

J-8 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-9 酸素量（酸素吸入、人工呼吸、L008「注３」酸素加算に使用する場合）

《令和２年９月８日新規》

○ 取扱い

原則として、J024 酸素吸入、J045 人工呼吸又は L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（「注 3」酸素加算）に使用する酸素量は、1 日最大 14,400Ｌとする。

○ 取扱いの根拠

24 時間では 14,400L の酸素が必要となるため、酸素吸入、人工呼吸、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の酸素の限度量は 1 日最大 14,400L までとする。

なお、J026-4 ハイフローセラピー等上記以外に使用する酸素量についてはこの限りではなく、医学的に判断することとする。

【国保】

J-10　膀胱洗浄(寝たきり状態の患者)

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、寝たきり状態の患者に留置カテーテルを設置し、「膀胱炎、尿路感染症」等の病名がない場合の膀胱洗浄は認められる。

○ 取扱いの根拠

寝たきり老人の場合は、排泄の医学的管理上、膀胱留置カテーテルを設置せざるを得ない場合も多い。特に寝たきりの場合、水分摂取も少なく、砂状の沈殿物も多いため、カテーテルが閉塞するトラブルが多く発生するので、頻回のカテーテル交換を予防するため、膀胱洗浄を必要とすることもある。

○ 留意事項

膀胱洗浄は、医学的には、尿路感染の機会が増大することから、できるだけ施行しない事が望ましい。

【国保】

J-11　人工腎臓時のペンレス（枚数）

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、人工腎臓時のペンレスは 1 回につき 2 枚まで認められる。

○ 取扱いの根拠

貼付が必要な箇所は、脱血箇所と返血箇所の 2 箇所でありそれ以上は必要ない。

【国保】

J-12　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 9 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-13 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-14　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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-15 ネブライザの算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-16 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-17 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-18　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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-19 超音波ネブライザの算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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）。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-20 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-21 耳垢栓塞除去(複雑なもの)(両側)の算定について

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-22 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-23 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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）。

1　J022 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、2　E003 造影剤注入手技の「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

【国保】

J-24 骨粗鬆症に対する介達牽引の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-25 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-26 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-27 耳処置の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-28 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 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-29 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-30 血腫、膿腫穿刺の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-31 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-32 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 6 月 6 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

J-33 耳処置(滲出性中耳炎)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、滲出性中耳炎の病名のみで耳処置の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

耳処置は外耳道から鼓膜面に対する処置であり、処置の対象部位と異なる中耳の疾患である「滲出性中耳炎」は認められないと整理した。

【国保】

J-34 耳処置(難聴)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、難聴の病名のみで耳処置の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

耳処置は外耳道から鼓膜面に対する処置であるが、難聴は多岐にわたる病態を含んでおり、外耳道から鼓膜面に特定できないため「難聴」のみの病名では認められないと整理した。

【国保】

J-35 耳処置(耳垢栓塞)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、耳垢塞栓の病名のみで耳処置の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

耳垢塞栓除去は複雑なものと単純なものがあり、複雑なものは耳垢塞栓除去として算定するが、単純なものは基本診療に含まれるため耳処置での算定は認められないと整理した。

【国保】

J-36 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 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-37 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 8 月 29 日新規》

○ 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 回又は月 5 回まで認められる。

○ 取扱いの根拠

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 回又は月 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。

【国保】

J-38 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-39 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-40 肩関節等に対する湿布処置の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

J-41 耳垢栓塞除去(複雑)(片)(鼓膜切開術との併施)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、耳垢栓塞及び中耳炎等の病名がある場合、同側耳に対する耳垢栓塞除去及び鼓膜切開術（複雑なもの）の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

中耳炎に対する鼓膜切開術の前処置として耳垢を除去する場合、耳垢栓塞除去は手術の一連の行為であるため算定は認められないが、耳垢栓塞に対する耳垢栓塞除去後に中耳炎が確認され鼓膜切開術に至った場合は、「耳垢栓塞」及び「中耳炎」それぞれの疾患に対応する処置が行われたものとして算定は認められると整理した。

○ 留意事項

耳垢塞栓法（複雑なもの）については、耳垢塞栓を完全に除去した場合にのみ算定が認められる。

【国保】

J-42 耳垢栓塞除去(耳垢)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-1 真皮縫合加算(指)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

指にあっては、真皮縫合加算は認められない。

○ 取扱いの根拠

皮膚は、表面より表皮・真皮に分けられ、真皮には血管・神経（知覚神経）・筋肉（起毛筋）・皮脂腺・毛根が存在する。表在感覚（知覚）が不可欠な指において、この部分の損傷や瘢痕形成は可及的最小限にするべきであり、真皮層に瘢痕を遺残する真皮縫合はむしろ有害である。指の背側面においては、真皮層が薄く真皮縫合は手技上不可能である。指の手術に際しては、特に手掌面において知覚障害の発生を防止するとともに、極力瘢痕拘縮を残さないことが重要である。

【国保】

K-2 骨移植術(人工関節置換術(膝・股関節))

《令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、人工関節置換術（膝・股関節）において、腸骨等から採取した海綿骨を骨切り面にある嚢腫様の病変部に充填した場合、骨移植術は認められる。

○ 取扱いの根拠

嚢腫様の病変は骨欠損状態であり、力学的に不利な状態である。インプラントを安定的に設置するためには、この骨欠損を腸骨等から採骨し充填する操作が必要であり、骨移植術として認められる。

【国保】

K-3 血管内超音波プローブ(経皮的カテーテル心筋焼灼術(心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの))

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、経皮的カテーテル心筋焼灼術（K595「1」心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの）における心腔内超音波プローブ又は血管内超音波プローブ（標準・太径）について、いずれか一方の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

心房中隔の形状を確認し、心房中隔穿刺を安全に実施するため、また、心タンポナーデなど重篤な合併症を早期に発見するために有用である。

○ 留意事項

使用する血管内超音波プローブは、心房中隔の穿刺部位とその周辺臓器（大動脈等）の位置関係が確認できるものであること。

また、心腔内超音波プローブと血管内超音波プローブの併用は認められない。

【国保】

K-4 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-5 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-6 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-7 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

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-8 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９月８日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-9　血管の状態や位置を確認するための造影剤の使用（K597 ペースメーカー移植術時）

《令和 3 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、K597 ペースメーカー移植術時の血管の状態や位置を確認するための造影剤の使用は認められる。

○ 取扱いの根拠

リード又はリードレスペースメーカーを X 線ガイド下で適切な位置に留置するために用いることは妥当。

【国保】

K-10 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 3 年 2 月 26 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-11 骨移植術(人工関節置換術(膝関節))

《令和 3 年 9 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、人工関節置換術（膝）において、脛骨骨切り面の強度を増すために、海綿骨を骨切り面に imPaction した場合、骨移植術は認められる。

○ 取扱いの根拠

人工関節置換術(膝)時に、生理的に必要な部分に骨欠損が生じた場合、力学的に不利な状態である。

脛骨骨切り面の強度を増すためには、海綿骨を骨切り面に imPaction する操作が必要であり、骨移植術として認められる。

※imPaction ：突き固める（強固にする）

【国保】

K-12 皮膚欠損用創傷被覆材（皮膚欠損創、外傷性皮膚潰瘍）

《令和３年９月７日新規》

○ 取扱い

原則として、皮膚欠損創、外傷性皮膚潰瘍に対する皮膚欠損用創傷被覆材の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

皮膚欠損創、外傷性皮膚潰瘍に対する皮膚欠損用創傷被覆材を用いることは妥当。

【国保】

K-13　人工靭帯（伸縮性ポリエステルメッシュ）（直腸脱手術）

《令和 3 年 11 月 30 日新規》

○ 取扱い

原則として、直腸脱手術時に使用する人工靭帯の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

Thiersch 法において、伸縮性のある人工靭帯を使用することは有用。

【国保】

K-14 K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術と K596 体外ペースメーキング術の併算定

《令和 4 年 3 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術と K596 体外ペースメーキング術の同一日の併算定を認めない。

○ 取扱いの根拠

経カテーテル大動脈弁置換の術中に施行されるペーシングは、当該術式に伴って実施されるものであり、体外ペースメーキングとして手技料が別途算定されるものではないと整理した。

【国保】

K-15 ベリプラスト P コンビセット（K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術時）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術時に使用したベリプラスト P コンビセットの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通常クリッピングによって操作は完結できるものであり、当該薬剤を使用することは適当ではないと考える。

【国保】

K-16 組織代用人工繊維布（臓器欠損補強用）（K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術時）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術時に使用した組織代用人工繊維布（臓器欠損補強用）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通常クリッピングによって操作は完結できるものであり、当該材料を使用することは適当ではないと考える。

【国保】

K-17 ベリプラストＰコンビセット（K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術時）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術時に使用したベリプラストＰコンビセットの算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通常クリッピングによって操作は完結できるものであり、当該薬剤を使用することは適当ではないと考える。

【国保】

K-18 組織代用人工繊維布(臓器欠損補強用)(K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術時)

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術時に使用した組織代用人工繊維布（臓器欠損補強用）の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

通常クリッピングによって操作は完結できるものであり、当該材料を使用することは適当ではないと考える。

【国保】

K-19 四肢の血管拡張術･血栓除去術時の血管内超音波プローブ（腸骨の血管）

《令和 5 年 3 月 2 日新規》

○ 取扱い

原則として、腸骨の血管に対する四肢の血管拡張術・血栓除去術時の血管内超音波プローブの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

血管径やプラークの性状など病変部の情報が得られ、治療前後の評価に有用。

【国保】

K-20 胃がん手術時の K672 胆嚢摘出術または K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術の併算定（胆のう結石を有しない胆のう炎、慢性胆のう炎）

《令和 5 年 6 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、胆のう結石を有しない胆のう炎、慢性胆のう炎に対する胃がん手術時の K672 胆嚢摘出術または K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

胃の切除時、迷走神経の切断により、胆のう結石や胆のう炎が生じることがあるため、併せて胆のうを摘出することは妥当である。

【国保】

K-21 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-22 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-23 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-24 血管塞栓術における肝動脈塞栓材の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-25 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 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-26 タコシール組織接着用の算定について

《令和 5 年 6 月 29 日新規》
《令和 5 年 8 月 31 日更新》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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）

【国保】

K-27 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-28 四肢の血管拡張術・血栓除去術時の血管内超音波プローブ（膝上の血管）

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 取扱い

原則として、膝上の血管に対する四肢の血管拡張術・血栓除去術時の血管内超音波プローブの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

血管径やプラークの性状など病変部の情報が得られ、治療前後の評価に有用。

【国保】

K-29　PCI 時に併用した IVUS（血管内超音波）と FFR（冠血流予備量比）または IFR（瞬時血流予備量比）

《令和 5 年 8 月 31 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI 時に実施した IVUS（血管内超音波）と FFR（冠血流予備量比）または IFR（瞬時血流予備量比）の使用材料の併用は認められる。

○ 取扱いの根拠

使用目的が異なることから併用は妥当。

【国保】

K-30 院内感染防止措置加算の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-31 真皮縫合加算の算定について

《令和 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-32 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-33 創傷処理の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-34 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-35 食道狭窄拡張術の再算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-36 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 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-37 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-38 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

開頭あるいは脳血管内手術による頭蓋内手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。

【国保】

K-39 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-40 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-41 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-42 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

K-43 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 29 日新規》

○ 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）

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-44 手術時等のペルフルブタンの算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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、本剤のマイクロバブルは、肝のクッパー細胞に取り込まれることから、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

【国保】

K-45 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 8 月 29 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

K-46 経皮的心肺補助法、大動脈バルーンパンピング法（PCI 時）

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

原則として、急性心筋梗塞や心原性ショック等、循環補助が必要な症例においては、PCI 時の経皮的心肺補助法（PCPS）または大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

ショック状態等で循環補助が必要となる状態の患者において PCI 時に PCPS または IABP を併施することは適当と考える。ただし、予防的、バックアップを目的に行う場合は認められないと考える。

【国保】

K-47 肺悪性腫瘍手術(縦隔郭清手術との併施)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、肺悪性腫瘍手術と縦隔郭清手術の併算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

肺悪性腫瘍手術の標準的な手技として、肺葉切除とリンパ節群郭清術（縦隔郭清術）を行う。通常、縦隔郭清手術が単独で行われることはないため、縦隔郭清手術との併算定は認められないと整理した。

【国保】

K-48 血管塞栓術「2 選択的動脈化学塞栓術」(肝癌)

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、肝癌に対する血管塞栓術「2 選択的動脈化学塞栓術」は、2 週間に 1 回まで算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

選択的動脈化学塞栓術（TACE）については、術後の局所転移による再手術や、病変部が複数箇所ある場合に患者の負担等を考慮し複数回の手術を行う場合があるが、術後から短期間で再手術を行うことは適切ではなく、最低限の間隔として 2 週間が妥当であると整理した。

【国保】

K-49 補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）（IABP・PCPS の施行がない場合）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、IABP・PCPS の施行のない補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

IABP 等で十分な心原性ショックもある一方、左冠動脈主幹部病変に対する PCI や左室駆出率低下に伴う PCI、血流がない状態（No flow）に伴う広範心筋梗塞、劇症型心筋炎など、IMPELLA でなければ救命困難である症例もある。レセプトに記載のカテコラミン使用量、血圧、心拍出量など、具体的な数値を踏まえ IMPELLA でなければ救命困難な症例に対しては認められると整理した。

【国保】

K-50 血管造影用カテーテル(PCI 時)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI 時に 009 血管造影用カテーテル（マルチパーパス型を除く）を使用した場合は 3 本以内の算定が認められる。ただし、マルチパーパス型を使用した場合は主たるもの 1 本の算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料の算定については必要最小限度にとどめるべきであり、PCI 時に診断を目的とする血管造影用カテーテルについては、左室、大動脈造影及び左右の冠動脈について種類の異なるカテーテル 3 本、マルチパーパス型であれば 1 本を用いて診断することが可能であると整理した。

【国保】

K-51 経皮的冠動脈形成術用カテーテル(再狭窄抑制型)(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、130 心臓手術用カテーテル（1）経皮的冠動脈形成術用カテーテル（再狭窄抑制型）をステント内再狭窄（ISR）に用いた場合は、ステント 1 か所につき 1 本の算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料の算定については必要最小限度にとどめるべきであり、ステント内再狭窄（ISR）に経皮的冠動脈形成術用カテーテル（再狭窄抑制型）を使用する場合は、必要最小個数であるステント 1 か所につき 1 本を標準とすることが妥当であると整理した。

【国保】

K-52 血管造影用シースイントロデューサーセット（PCI 時）（数量）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、心臓カテーテル検査から引き続き PCI へ移行する場合、001 血管造影用シースイントロデューサーセットは 2 組までの算定が認められる。

なお、005 サーモダイリューション用カテーテル使用時は、3 組までの算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

心臓カテーテル検査から引き続き PCI へ移行する場合、血管造影用シースイントロデューサーセットは診断時用のサイズから治療用のサイズへと交換する必要があり、2 組までの算定が妥当であると整理した。

また、別のアプローチからサーモダイリューション用カテーテルを挿入する場合は、合計 3 本までの算定が妥当であると整理した。

【国保】

K-53 血管造影用シースイントロデューサーセット(心臓カテーテル検査)（数量）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、心臓カテーテル検査時に 001 血管造影用シースイントロデューサーセットは 1 組の算定が認められる。

なお、005 サーモダイリューション用カテーテル使用時は、2 組の算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

心臓カテーテル検査の際、血管造影用シースイントロデューサーセットは 1 組を標準とし、サーモダイリューション用カテーテルを用いる場合は、それぞれのアプローチより 2 本までの算定が妥当であると整理した。

【国保】

K-54 サーモダイリュージョン用カテーテル(PCI 時)(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI 時に使用する 005 サーモダイリューション用カテーテルは、急性心筋梗塞における心原性ショック、右室梗塞、重症心不全等に対して 1 本までの算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

PCI 時にサーモダイリューション用カテーテルを用いて、肺動脈楔入圧および心拍出量の測定を行うことにより、右室梗塞、急性心筋梗塞における心原性ショック、左心機能低下患者の血行動態評価やモニタリングを行うことは認められるが、病態が安定している患者への PCI 時のモニターとしてスワンガンツカテーテルを使用することは過剰であると整理した。

【国保】

K-55 ガイディングカテーテル(PCI 時)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、左右の冠動脈に対する 132 ガイディングカテーテルは、左右それぞれ 1 本を基準とし、形状等の不一致などの理由からそれ以上使用する場合であっても両側で合計 3 本までの算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

PCI 時に使用するガイディングカテーテルについては、左右の冠動脈へそれぞれ 1 本の使用で挿入可能であるが、血管の形状やサイズ不一致等の理由で合計 3 本までの使用は認められると整理した。

【国保】

K-56 血管造影用ガイドワイヤー(PCI 時)(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI 時に用いる 012 血管造影用ガイドワイヤー(交換用)又は 197 ガイドワイヤーはいずれか 1 本の算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきである。血管造影用カテーテルを標的部位に誘導することを目的に使用する場合、1 本の使用を標準とすることは妥当であると整理した。

【国保】

K-57 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（PCI 逆行性アプローチの場合）（数量）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、完全閉塞（CTO）時における PCI 逆行性アプローチにおける 013 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 6 本まで算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

完全閉塞（CTO）時における PCI 逆行性アプローチにおけるガイドワイヤーについては、順行性アプローチに比較し、使用する本数は多くなることはやむを得ないと考えるが、特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、標準的な治療として 6 本までが妥当であると整理し、それ以上の使用については治療内容や症状詳記等の内容により必要性について医学的に判断する。

【国保】

K-58 冠動脈狭窄部貫通用カテーテル（PCI 逆行性アプローチの場合）（数量）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、完全閉塞（CTO）時における PCI 逆行性アプローチにおける 130 心臓手術用カテーテル（2）冠動脈狭窄部貫通用カテーテルは 3 本まで算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

完全閉塞（CTO）時における PCI 逆行性アプローチにおける貫通用カテーテル（マイクロカテーテル）については、順行性アプローチに比較し、使用する本数は多くなることはやむを得ないと考えるが、特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、標準的な治療として 3 本までが妥当であると整理し、それ以上の使用については治療内容や症状詳記等の内容により必要性について医学的に判断する。

【国保】

K-59 経皮的カテーテル心筋焼灼術（再手術）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術の再手術については、前回手術より 3 か月以上経過していなければ算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

心房細動に対するアブレーション後、3 か月以上経過した心房細動の再発は、病態による再発例として新たに手術を認めるが、当該手術後、洞調律に復しない症例への再治療は前回の手術と一連として整理した。

【国保】

K-60 冠動脈交換用カテーテル(PCI 時)(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI 時に使用する 133 血管内手術用カテーテル（18）交換用カテーテルは 1 本までの算定が認められる。

また、013 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（1）一般用（製品名：エクステンションワイヤー）との併算定は認められない。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、PCI 時に使用する冠動脈交換用カテーテルは 1 本の使用が妥当であると整理した。

また、同様の目的として使用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（製品名：エクステンションワイヤー）との併用は認められないとして整理した。

【国保】

K-61 血管内超音波プローブ(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、同一日の PCI で使用する血管内超音波プローブは 1 本までの算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

通知より「血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき 1 本のみ算定できる」とある。同一日に PCI を実施する場合にそれぞれ血管内超音波プローブを算定することは過剰であると整理した。

【国保】

K-62 体外ペースメーキング術（PCI 時）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、PCI と同日に実施された体外ペースメーキング術の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

PCI に伴って、術中に実施したペーシングについては PCI の手術手技に含まれ、別途体外ペースメーキング術については算定が認められないと整理した。ただし、ペーシングの際に使用した特定保険医療材料については算定が認められる。

【国保】

K-63 胆道結石除去用カテーテル(採石用バスケット)と胆道結石除去用カテーテル(砕石用)(併算定)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的胆道結石除去術等を実施する際、胆道結石除去用カテーテル（採石用バスケット）と胆道結石除去用カテーテル（砕石用）の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

胆道結石除去用カテーテル（砕石用）は、結石を摘出するための機能が備わっているが、胆道結石除去用カテーテル（採石用バスケット）とはバスケットの形状が異なるため、両者のカテーテルは必要な場合があり、併算定は認められると整理した。

【国保】

K-64 胆道結石除去用カテーテル(内視鏡バルーン(十二指腸乳頭切開付))と胆道結石除去用カテーテル(内視鏡バルーン(併算定))

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的胆道結石除去術等を実施する際、胆道結石除去用カテーテル（内視鏡バルーン（十二指腸乳頭切開付)）と胆道結石除去用カテーテル（内視鏡バルーン）の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

胆道結石除去用カテーテル（内視鏡バルーン（十二指腸乳頭切開付)）はバルーンによる排石機能が備わっているが、結石除去の精度を高めるために、胆道結石除去用カテーテル(内視鏡バルーン)は必要な場合があり、併算定は認められると整理した。

【国保】

K-65 内視鏡用粘膜下注入材(ムコアップ等)(数量)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的粘膜切除術、内視鏡的粘膜剥離術に用いる内視鏡用粘膜下注入材（ムコアップ等）の使用量については 1 か所につき 2 バイアルまで算定が認められる。

それ以上の使用を必要とする場合は、理由について記載が必要。

○ 取扱いの根拠

本材料は、粘弾性により粘膜下に滞留し、粘膜層と筋層の間を大きく解離させ粘膜層を切除又は剥離する際に病変部位（粘膜層）の隆起を形成・維持するものである。粘膜内に限局した腫瘍性病変に対する内視鏡的手術における臨床成績の使用量からも、一部位につき原則 2 バイアルが妥当であると整理した。

【国保】

K-66 内視鏡的消化管止血術（止血剤の散布のみ）

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡的消化管止血術は止血剤を散布するのみでは算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

内視鏡的消化管止血術は電気メスやマイクロ波、止血クリップなど、何等かの操作が行われた場合に認められるものであり、単に局所止血剤を散布したのみでは認められないと整理した。

【国保】

K-67 内視鏡的消化管止血術(生検時の止血)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、内視鏡検査実施中の生検によって生じた出血に対する止血術については、内視鏡的消化管止血術の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

内視鏡検査等の実施中に、生検などの医療行為によって生じる出血に対する手技については、内視鏡検査に含まれ別途算定は認められないと整理した。

【国保】

K-68 心臓電気生理学的検査機能付加型･温度センサー付きカテーテル（体外式ペースメーカー用カテーテル電極）

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、経皮的カテーテル心筋焼灼術に使用する心臓電気生理学的検査機能付加型・温度センサー付きカテーテルについては、左心房及び肺静脈に対する焼灼の場合にのみ算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

心房細動を治療するための左房アブレーション術において、左房の近くに位置する食道が過熱されることで起こる食道瘻などの合併症の防止のため、食道温を管理することができる心臓電気生理学的検査機能付加型・温度センサー付きカテーテルの使用は認められると整理した。

【国保】

K-69 血管内血栓異物除去用留置カテーテル(一般型)(PCI 時)(数量)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、133 血管内手術用カテーテル（7）血管内血栓異物除去用留置カテーテル（ア 一般型）については１本までの算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、血管内血栓異物除去用留置カテーテル（一般型）については１本までを標準とすることは妥当であると整理した。

【国保】

K-70 血管内異物除去用カテーテル（PCI 時）（数量）

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、133 血管内手術用カテーテル（8）血管内異物除去用カテーテルについては 1 本までの算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、血管内異物除去用カテーテルについては 1 本までを標準とすることは妥当であると整理した。

【国保】

K-71 血栓除去用カテーテル(PCI 時)(数量)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、同一の機能区分に該当する 133 血管内手術用カテーテル(9) 血栓除去用カテーテルについては 1 本までの算定が認められる。

それ以上使用する場合は、必要性について理由の記載が必要。

○ 取扱いの根拠

特定保険医療材料は必要最小限度の使用にとどめるべきであり、同一の機能を持つ血栓除去用カテーテルについては 1 本までを標準とすることは妥当であると整理した。

【国保】

K-72 トロンビン【内服薬】の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）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。

○ 取扱いの根拠

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）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）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。

【国保】

L-1 仙骨部硬膜外ブロック(坐骨神経痛)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、陳旧例であっても、しばしば再発、症状の増悪を繰り返す「坐骨神経痛」に対し、仙骨部硬膜外ブロックは認められる。

○ 取扱いの根拠

神経ブロックは坐骨神経痛に対して有効な治療手段である。

坐骨神経痛は難治性で陳旧例であっても、しばしば再発・症状の増悪を繰り返すことが多い疾患であるため、症状に応じては神経ブロックをその都度施行せざるを得ない事例がある。

【国保】

L-2 星状神経節ブロック(アレルギー性鼻炎)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

アレルギー性鼻炎に対し、星状神経節ブロックは認められない。

○ 取扱いの根拠

星状神経節ブロックにより症状が緩和することは、他の疾患に併発したアレルギー性鼻炎に星状神経節ブロックを施行し、症状が改善したと経験的にいわれているところであるが、星状神経節ブロックによって鼻腔周辺の血流が増し、鼻粘膜の腫脹、鼻汁の増加をきたすことがあり、必ずしも有効とは言い難い。星状神経節ブロックにより症状の改善する症例（鼻閉症例）もあるようだが、根本的な治療とは言えない。

○ 留意事項

医学的根拠に乏しいため現状では認められない。

【国保】

L-3 神経根ブロック(外来患者)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、外来患者に対する、神経根ブロックの算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

病名に○○○神経根症や○○○根性神経症など特定の神経根に由来する疼痛疾患（例えば、椎間板ヘルニア、脊椎狭窄症などで根性症状のあるもの）であれば、適応症として認められる。

○ 留意事項

神経根を特定して神経ブロックを行うためには、造影又は透視下に正確に神経根を特定しなければならず、こうした処置が神経根ブロックと同時に行われている必要がある。

【国保】

L-4 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3年9月7日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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)

【国保】

L-5 全身麻酔の硬膜外併施加算（頚・胸部）（腎臓や副腎の手術時）

《令和 4 年 9 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、腎臓や副腎の手術時に対して、全身麻酔の硬膜外併施加算（頚・胸部）は認められる。

○ 取扱いの根拠

支配神経が異なる。

【国保】

L-6 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 取扱い

1　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。

⑴　肺切除術（胸腔鏡下を含む。）

⑵　K502 縦隔腫瘍、胸腺摘出術

⑶　K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

2　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。

⑴　乳癌手術

⑵　K697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法

○ 取扱いの根拠

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。）。

【国保】

L-7 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

L-8 笑気ガスの使用量について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

L-9 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３月７日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

L-10 静脈麻酔(適応)

《令和６年６月６日新規》

○ 取扱い

原則として、静脈麻酔は、薬効分類「全身麻酔剤（111)」に該当する薬剤が使用されている場合のみ算定が認められる。

○ 取扱いの根拠

通知より「静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう」とあるため、薬効分類「全身麻酔剤（111)」以外の薬剤での算定は認められないと整理した。

【国保】

L-11 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

L-12 静脈麻酔(内視鏡検査時)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

L-13 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 5 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

M-1 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 5 年 8 月 31 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

M-2 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

M-3 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 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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

【国保】

N-1 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(ヘリコバクター・ピロリ)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、病理組織標本作製のみを施行している場合、ヘリコバクター・ピロリの除菌判定のための免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 8 のその他（1 臓器につき）は認められない。

○ 取扱いの根拠

「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)」に即していない。

○ 留意事項

除菌後は菌数が減るため検出しにくいこと、また雑菌が増えることがあり、その鑑別に免疫染色が必要である場合があること。

【国保】

N-2 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(ヘリコバクター・ピロリ)

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、病理組織標本作製のほかにヘリコバクター・ピロリ関連の検査を施行している場合、ヘリコバクター・ピロリの除菌判定のための免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 8 のその他（1 臓器につき）は認められない。

○ 取扱いの根拠

「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)」に即していない。

【国保】

N-3 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 9 月 8 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

N-4 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 3 年 9 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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・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。

【国保】

N-5 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 5 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

N-6 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 3 月 7 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

N-7 細胞診(回数)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、経気管肺生検法による細胞診の算定は 1 回のみ認められる。

○ 取扱いの根拠

細胞診は通知により、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作成を行った場合であっても、1 回として算定する。
したがって、経気管肺生検時に数検体を採取した場合であっても 1 回のみ算定が認められると整理した。

【国保】

N-8 病理組織標本作成(痔核)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、痔核のみの病名に対する病理組織標本作成の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

病理組織標本作成は摘出された組織の良性、悪性の鑑別や炎症性疾患を病理的に判断する場合などに行われるが、痔核のみの病名に対する病理組織標本作成は過剰であると整理した。

【国保】

N-9 病理組織標本作成(痔瘻)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、痔瘻に対して病理組織標本作成の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

病理組織標本作成は摘出された組織の良性、悪性の鑑別や炎症性疾患を病理的に判断する場合などに行われる。痔瘻に対する病理組織標本作成は有用であると整理した。

【国保】

N-10 病理組織標本作成(虫垂炎)

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、虫垂炎に対して病理組織標本作成の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

病理組織標本作成は摘出された組織の良性、悪性の鑑別の他、炎症性疾患を病理的に判断する必要性がある場合などに行われるが、虫垂炎に対する病理組織標本の作成は有用である。特に小児の虫垂炎についてはカルチノイド(NET)が発見される例もあるため、算定は認められると整理した。

【国保】

N-11 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 6 年 12 月 5 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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）

【国保】

X-1 特別食加算(食事療養費)

《平成 27 年 2 月 5 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

原則として、「肝機能障害」に対する特別食加算の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

肝機能障害は、臨床的には原因となっている肝疾患が特定できないか、またはその必要性が低いと判断されるような、軽度の肝障害を意味し、一般的に経過観察とされていることが多い。

したがって、治療食を含めた特別の治療を要しない状態を指しており、特別食加算の算定は認められないとした。

【国保】

X-2 特別食加算(食事療養費)

《平成 27 年 2 月 5 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》

○ 取扱い

原則として、「心不全」に対する特別食加算の算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

心臓疾患、妊娠高血圧症候群等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓食に準じて取り扱うことができるものである。なお、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、このような取扱いは認められない。

【国保】

X-3 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

《令和元年8月29日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

X-4 DPC レセプトにおけるアナペイン注 2mg/mL の算定について

《令和元年 8 月 29 日新規》

○ 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。

○ 取扱いの根拠

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。

【国保】

X-5 特別食加算の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》

○ 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

○ 取扱いの根拠

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