【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】

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》
《令和 8 年 7 月 1 日更新》

○ 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

厚生労働省告示※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。

（※）診療報酬の算定方法

【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》
《令和 8 年 7 月 1 日更新》

○ 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、厚生労働省通知※1 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

厚生労働省通知※2 の涙液・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。

（※1）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意意事項について
（※2）特定保険医療材料の定義について

【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》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》
《令和 8 年 7 月 1 日更新》

○ 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

厚生労働省通知※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「4」又は「5」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。

（※）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-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》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 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、「4 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 門脈塞栓術（開腹によるもの）」、「4 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、「4 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》
《令和 8 年 3 月 1 日更新》

○ 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、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(その他の骨折非観血的整復術)の算定について

《令和 6 年 3 月 7 日新規》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「10」その他の骨折非観血的整復術の算定は、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「10」その他の骨折非観血的整復術は、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「10」その他の骨折非観血的整復術の算定は、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】

K-73 同一日における経皮的冠動脈形成術等と他の手術の併算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　同一日における K546 経皮的冠動脈形成術と次の手術の併算定は、原則として認められない。

⑴　K547 経皮的冠動脈粥腫切除術

⑵　K549 経皮的冠動脈ステント留置術

2　同一日における K549 経皮的冠動脈ステント留置術と K547 経皮的冠動脈粥腫切除術の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

K-74　体外式連続心拍出量測定用センサーの算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における 006 体外式連続心拍出量測定用センサーの算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

体外式連続心拍出量測定用センサーは、心拍出量を連続的に測定することを目的として、患者の動脈内に留置されたカテーテル等に接続して用いられる専用のセンサーであり、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等における手術の際に、血行動態を把握する必要性がある。

以上のことから、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-75 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー(一般用)(冠動脈慢性完全閉塞等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　冠動脈慢性完全閉塞に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められる。

2　次の検査等に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は、原則として認められない。

⑴　D206「1」右心カテーテル又は「2」左心カテーテル時

⑵　K599 植込型除細動器移植術時

⑶　閉塞性動脈硬化症

⑷　透析シャント狭窄時

○ 取扱いの根拠

経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤーは、厚生労働省通知※において「経皮的冠動脈形成術（PTCA）用カテーテル等を冠動脈狭窄部位に誘導するガイドワイヤーである」と示されている。

冠動脈慢性完全閉塞病変は冠動脈が完全に閉塞している状態であり、PCI を行う上で当該材料は経皮的冠動脈形成術（PTCA）用カテーテル等を冠動脈狭窄部位に誘導する過程で必要なものである。

以上のことから、1 の冠動脈慢性完全閉塞に対する経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー（一般用）の算定は原則として認められると判断した。

一方、2 の検査等においては、通常、経皮的冠動脈形成術（PTCA）用カテーテル等を含め当該ガイドワイヤーは使用されない。

以上のことから、2 の検査等に対する当該ガイドワイヤーの算定は原則として認められないと判断した。

（※）特定保険医療材料の定義について

【国保】

K-76 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(乳癌の疑い)の算定回数について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

乳癌の疑い（同一病変）に対する K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）の複数回の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、厚生労働省告示※において「一連」と示されている。一連の期間に関しては示されていない。当該吸引術の複数回の算定について、別病変に対して行われたものである場合は「一連」には該当しないが、同一病変に対して行われたものである場合は「一連」とすることが妥当である。

以上のことから、 乳癌の疑い（同一病変）に対する K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）の複数回の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【国保】

K-77 動脈塞栓除去術その他のもの(観血的なもの)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いた K608 動脈塞栓除去術「2」その他のもの（観血的なもの）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

K608 動脈塞栓除去術は、動脈内の血栓・塞栓を除去する手術であり、「1」開胸又は開腹を伴うものと、「2」その他のもの（観血的なもの）のいずれかで算定される。血管内の塞栓・血栓を除去する術式には、バルーン付きカテーテル（種々改良型カテーテル）をはじめ、症状により種々のカテーテルが用いられており、このうちの血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いた動脈塞栓除去術（その他のもの）（観血的なもの）は、様々な動脈閉塞性疾患に広く用いられている。

以上のことから、血栓除去用カテーテル（バルーン付き・一般型）を用いた K608 動脈塞栓除去術「2」その他のもの（観血的なもの）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-78 タコシール組織接着用、ボルヒール組織接着用又はベリプラスト P コンビセット組織接着用の 2 種以上の併算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　同一部位に対するタコシール組織接着用（肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術の場合）と、ボルヒール組織接着用又はベリプラスト P コンビセット組織接着用の 2 種の組織接着剤の併算定は、原則として認められる。

2　脳外科領域の硬膜手術時に対するボルヒール組織接着用とベリプラスト P コンビセット組織接着用の 2 種以上の組織接着剤の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

タコシール組織接着用シート、ボルヒール組織接着用及びベリプラスト P コンビセット組織接着用は、いずれも組織の接着・閉鎖に使用される組織接着剤で、有効成分はいずれもフィブリノゲンとトロンビンであるが、タコシール組織接着用はシート状組織接着剤、ボルヒール組織接着用及びベリプラスト P コンビセット組織接着用は液状組織接着剤であり、手術部位の形状等にあわせ双方の使用が有用な場合がある。

以上のことから、同一部位に対するタコシール組織接着用（肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術の場合）と、ボルヒール組織接着用又はベリプラスト P コンビセット組織接着用の 2 種（シート状と液状）の併算定は、原則として認められると判断した。

なお、脳外科領域の硬膜手術時に対するボルヒール組織接着用とベリプラスト P コンビセット組織接着用の組織接着剤の併算定は、同じ剤形の組織接着剤として重複する観点から、原則として認められない。

【国保】

K-79 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（その他）等における胃内粘液溶解除去剤の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の手術又は検査における胃内粘液溶解除去剤（プロナーゼ MS）の算定は、原則として認められる。

⑴ K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術「5」その他のポリープ・粘膜切除術

⑵ D310 小腸内視鏡検査「3」カプセル型内視鏡によるもの

○ 取扱いの根拠

プロナーゼ MS の添付文書の効能・効果は、「胃内視鏡検査における胃内粘液の溶解除去」である。胃内視鏡検査の実施にあたっては、胃内粘液の存在は胃粘膜の観察の妨げになることより、その除去が必要である。内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術や小腸内視鏡検査においても同様であると考えられることから、本剤の使用の有用性は高い。

以上のことから、上記手術又は検査における胃内粘液溶解除去剤（プロナーゼ MS）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-80 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の算定間隔について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術の連月の算定は、原則として認められない。

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

○ 取扱いの根拠

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

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

（※1）診療報酬の算定方法

（※2）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【国保】

K-81 下肢静脈瘤手術「2」硬化療法と「3」高位結紮術の併算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

同一日における K617 下肢静脈瘤手術「2」硬化療法（一連として）と「3」高位結紮術の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

下肢静脈瘤手術の硬化療法は、静脈に硬化剤を直接注入することで下肢静脈瘤を起こしている静脈を閉塞させる治療法である。高位結紮術は、小さな皮膚切開を行い、血液の逆流が起こっている大伏在静脈や小伏在静脈の根部を結紮して切離することで血流を遮断する治療法であるが、高位結紮術単独では再発率が高いため、硬化療法等他の治療法と併用することもある。しかし、厚生労働省告示※1 において「同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する」と規定されている。

また、厚生労働省通知※2 に「手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に 2 回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する」と示されている。

以上のことから、同一日における K617 下肢静脈瘤手術「2」硬化療法（一連として）と「3」高位結紮術の併算定は、原則として認められないと判断した。

（※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】

K-82 血管塞栓術(外傷と確認できない動脈瘤からの出血)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

外傷と確認できない動脈瘤からの出血に対する K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）「1」止血術の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）の厚生労働省通知※では「「1」止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。」と示されている。

「外傷等」の「等」とあり、必ずしも外因性疾患に限定したものではなく、動脈損傷を伴う疾患であれば算定可能と考える。

以上のことから、外傷と確認できない動脈瘤からの出血に対する K615 血管塞栓術（止血術）の算定は、原則として認められると判断した。

なお、脳動脈瘤については、K178 脳血管内手術の対象となる。

（※）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-83 結腸切除術(上行結腸憩室出血)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

上行結腸憩室出血に対する K719 結腸切除術「2」結腸半側切除の算定は、原則として認められる。ただし、「結腸半側切除」を認める切除範囲は、回腸から横行結腸の一部までを切除した場合とする。

○ 取扱いの根拠

上行結腸憩室出血（右側結腸憩室）は群発のことが多いため、その切除範囲は広範囲となる場合がある。

以上のことから、上行結腸憩室出血に対する K719 結腸切除術「2」結腸半側切除の算定は、原則として認められると判断した。ただし、「右結腸半側切除」を認める切除範囲を、回腸から横行結腸の一部までを切除した場合とする。

【国保】

K-84 同日の K044 骨折非観血的整復術「4」前腕骨骨折非観血的整復術と K046 骨折観血的手術「4」前腕骨骨折観血的手術の併算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

同日の K044 骨折非観血的整復術「4」前腕骨骨折非観血的整復術と K046 骨折観血的手術「4」前腕骨骨折観血的手術の併算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

手術については、厚生労働省告示※1 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、また、厚生労働省通知※2 に「手術料（輸血料を除く。）は特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に 2 回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と示されている。

前腕における同日の骨折非観血的整復術と骨折観血的手術の併算定は、上記告示及び通知に該当するが、複数手術に係る費用の特例には該当しない。

以上のことから、同日の K044 骨折非観血的整復術「4」前腕骨骨折非観血的整復術と K046 骨折観血的手術「4」前腕骨骨折観血的手術の併算定は、原則として認められないと判断した。

（※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】

K-85 内視鏡的膵管ステント留置術時の胆道ステントセットの算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術時の胆道ステントセットの算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

034 胆道ステントセットは、厚生労働省通知※「胆道狭窄部に対し、胆管の拡張又は管腔の維持を目的に、経皮的又は経内視鏡的に胆管内に留置して使用するステント（ガイドワイヤー及びダイレーターを含む。）である」と示されている。

内視鏡的膵管ステント留置術は、主膵管狭窄に伴う膵液流出障害を解除することにより、慢性膵炎の軽減、膵機能の改善、膵石の治療や再発防止などを目的に実施されるが、その際の胆道ステントセットの算定は上記通知より適応外と考えられる。

以上のことから、K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術時の胆道ステントセットの算定は、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

※ K-89 と同様の趣旨

【国保】

K-86 網膜光凝固術(網膜裂孔)の連月算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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。網膜光凝固術は、レーザー光で網膜を凝固することにより網膜剥離への進行を抑制する。術後瘢痕化に 10 日から数週間程度かかり、瘢痕後剥離の発生の危険性を考慮して一定期間の経過観察が必要であることから、当該凝固術を連月算定する医学的有用性は低いと考えられる。

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

【国保】

K-87 食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)又は虫垂切除術と胆嚢摘出術の併算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

⑴ K527 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

⑵ K718 虫垂切除術

○ 取扱いの根拠

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

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

【国保】

K-88 手術当日の術後出血に対する止血目的の再手術

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、手術当日の術後出血に対する止血目的の再手術の手技料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

手術当日の術後出血に対する止血目的の再手術については、初回の手術に関連して行う手術であるため、一連と考え、手技料の算定は認められないと整理した。

【国保】

K-89 内視鏡的膵管ステント留置術（胆道ステントセットとの併算定）

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、膵疾患に対する内視鏡的膵管ステント留置術の際の胆道ステントセットの算定は認められない。

ただし、内視鏡的胆道ステント留置術の適応となる傷病名及び内視鏡的胆道ステント留置術を実施した旨の記載がある場合に限り「内視鏡的膵管ステント留置術」及び「胆道ステントセット」の併算定は認められる。

○ 取扱いの根拠

内視鏡的膵管ステント留置術の際に胆道ステントセットは目的外であり算定できない。ただし、膵疾患及び内視鏡的胆道ステント留置術の適応となる傷病名が併記されている場合は、手術料は主たるものとして内視鏡的膵管ステント留置術のみを算定し、内視鏡的胆道ステント留置術の際に使用した胆道ステントセットは認められると整理した。

ただし、その場合は内視鏡的胆道ステント留置術を実施した旨の記載が必要である。

※ K-85 と同様の趣旨

【国保】

K-90 体外循環用カニューレ(心筋保護用カニューレ(成人用・小児用)ルート)の２本の算定について

《令和７年８月 28 日新規》

○ 取扱い

体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート）の同日の２本の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート）は、人工心肺時に心筋保護法を行う際に、大動脈基部から心筋保護液を注入するものであることから、通常１本で使用するものである。

以上のことから、新生児心臓手術等で２本が必要な場合を除き、体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート）の同日の２本の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-91 人工心肺「注１」選択的冠灌流加算の算定について

《令和７年８月 28 日新規》

○ 取扱い

体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）コロナリー）の算定がない場合の K601 人工心肺「注 1」選択的冠灌流加算の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K601 人工心肺の厚生労働省通知※には、「「注 1」の選択的冠灌流を併せて行った場合の加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する」と示されている。また、体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）コロナリー）は、冠状動脈口から直接心筋保護液を注入するものである。したがって、選択的冠灌流を行う場合は、新生児心臓手術等で使用できる心筋保護用カニューレがない場合を除き、体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）コロナリー）を使用するのが一般的である。

以上のことから、体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）コロナリー）の算定がない場合の K601 人工心肺「注 1」選択的冠灌流加算の算定は、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-92 悪性腫瘍手術(悪性腫瘍疑い)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

悪性腫瘍疑い病名に対する悪性腫瘍手術の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

臨床上、高い蓋然性をもって悪性腫瘍と判断された場合の傷病名は、「○○癌」や「○○悪性腫瘍」とすべきである。

以上のことから、悪性腫瘍疑い病名に対する悪性腫瘍手術の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-93 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定(Ⅱ)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（尿道狭窄用ディスポーザブルカテーテル）の手術時の使用については、尿道狭窄をきたす傷病名がない場合又は詳記等を含め尿道狭窄をきたす病態が把握できない場合は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（小児用及びトリプルルーメンを除く）は、尿道狭窄等の場合であって 24 時間以上体内留置した場合に算定できる保険医療材料であり、手術時の単なる尿路確保での算定は、原則として認められないと判断した。

以上のことから、膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（尿道狭窄用ディスポーザブルカテーテル）の手術時の使用については、尿道狭窄をきたす傷病名がない場合又は詳記等を含め尿道狭窄をきたす病態が把握できない場合は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-94 ベリプラスト P コンビセット(内シャント造設術時)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、内シャント造設術時におけるベリプラスト P コンビセット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、内シャント造設術時の止血に使用することは認められないと整理した。

【国保】

K-95 ベリプラストＰコンビセット(腹膜透析用カテーテル挿入時)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、腹膜透析用カテーテル挿入時における、ベリプラストＰコンビセット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、腹膜透析用カテーテル挿入時の止血に使用することは認められないと整理した。

【国保】

K-96 グルカゴン(禁忌で使用できない場合(消化管内視鏡手術))の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

ブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）が禁忌で使用できない患者に対する、消化管内視鏡手術時のグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴン G ノボ注射用）又はグルカゴン（グルカゴン注射用）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

グルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴン G ノボ注射用）又はグルカゴン（グルカゴン注射用）の添付文書の作用機序に消化管運動抑制作用がある。

消化管内視鏡手術時に、当該医薬品を使用することは、臨床上有用と判断する。

また通常、ブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）を使用するが、出血性大腸炎の患者や閉塞隅角緑内障の患者など禁忌で使用できない場合、当該医薬品が使用される。

以上のことから、ブチルスコポラミン臭化物製剤（ブスコパン注等）が禁忌で使用できない患者に対する、消化管内視鏡手術時の当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-97 シートン法締め直しの手技料としての創傷処理(筋肉、臓器に達しないもの)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

痔瘻患者に対するシートン法締め直しの手技料として、K000 創傷処理(筋肉、臓器に達しないもの）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K000 創傷処理については、厚生労働省通知※に「創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第 1 回治療のこと（略)」と示されており、シートン法締め直しの手技料はこれに該当しない。

以上のことから、痔瘻患者に対するシートン法締め直しの手技料として、K000 創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）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-98 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

霰粒腫（巨大（霰粒腫）を除く）に対する K215 瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出)の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

霰粒腫摘出に関しては、K214 霰粒腫摘出術と K215 瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）に区別されており、後者の手術を算定するに当たっては、レセプト上、対象が巨大（霰粒腫）であることを明確にする必要があると考える。

以上のことから、巨大（霰粒腫）の場合は、その旨、傷病名欄又は詳記に記載が必要であると判断した。

【国保】

K-99　痔疾患(痔核、痔瘻、裂肛)術後における直腸肛門部の止血以外に対するゼラチンスポンジ止血材の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

痔疾患（痔核、痔瘻、裂肛）術後における直腸肛門部の止血以外に対するゼラチンスポンジ止血材の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

ゼラチンスポンジ止血材については、厚生労働省通知※に、「ゼラチンスポンジ止血材は、痔疾患術後における直腸肛門部の止血のために用いた場合に算定できる。」と示されている。

以上のことから、痔疾患（痔核、痔瘻、裂肛）術後における直腸肛門部の止血以外に対するゼラチンスポンジ止血材の算定は、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-100 脊椎麻酔等での内痔核手術におけるジオン注無痛化剤付の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

L004 脊椎麻酔あるいは L002 硬膜外麻酔「3」仙骨部での内痔核手術におけるジオン注無痛化剤付の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

ジオン注無痛化剤付 10mL（希釈液付）の添付文書の用法・用量では「本剤の投与に先立ち、局所麻酔により肛門括約筋を弛緩させる。(略)」と示されている。また、用法・用量に関連する注意では、「本剤は痔核を十分に露出させて観察するための前処置として、局所麻酔の施行を選択する場合に使用すること。前処置として腰椎麻酔あるいは仙骨硬膜外麻酔を選択する場合には、ジオン注生食液付を使用すること。」と示されている。

以上のことから、L004 脊椎麻酔あるいは L002 硬膜外麻酔「3」仙骨部での内痔核手術におけるジオン注無痛化剤付の算定は、原則として認められない。

ただし、全身麻酔時等、他の方法で実施した場合の無痛化剤の算定は、個々の症例により審査すると判断した。

【国保】

K-101 ベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定について

《令和７年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

1　次の手術時のベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められる。

⑴　硬膜切開を伴う開頭術又は脊髄手術

⑵　弁形成術（1 弁）

⑶　腹腔鏡下手術

2　次の手術時等のベリプラストＰコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められない。

⑴　指創傷処理、指創傷処置時

⑵　乳房切除術時

○ 取扱いの根拠

ベリプラスト Ｐ コンビセット組織接着用及びボルヒール組織接着用の添付文書の効能・効果は、「組織の接着・閉鎖（ただし、縫合あるいは接合した組織から血液、体液又は体内ガスの漏出をきたし、他に適切な処置法のない場合に限る）」であり、保険診療上の取扱いとして、単なる止血を目的としての使用は不可とされている（昭 63.4.18 保険発 35）。

1 に掲げる手術時においては、これらの医薬品を使用することで、手術縫合部や切断面又は切離面からの血液や体液の漏れ、肺などの切断面からの空気漏れを防ぐことが可能である。

また、食道領域、肝・胆・膵、大腸領域の吻合部リークを防ぐことも可能である。

以上のことから、1 に掲げる手術時の算定は原則として認められると判断した。

一方、2 に掲げる手術時等においては、医療上の必要性は認められず、また、上記の添付文書の効能・効果及び保険診療上の取扱いからも、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-102 大伏在静脈抜去術の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

下肢静脈瘤に対する K617-2 大伏在静脈抜去術について、大伏在静脈瘤の傷病名や大伏在静脈を抜去した旨の詳記等がない場合であっても、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

一次性（下肢）静脈瘤は、小伏在静脈の弁不全や不全穿通枝によっても発症するが、多くは大伏在静脈の弁不全により発症する。傷病名マスターでは下肢静脈瘤として扱われている。

下肢静脈瘤の手術には、抜去切除術、硬化療法、高位結紮術、静脈瘤切除術、血管内焼灼術等がある。大伏在静脈に対する手術の K617-2 大伏在静脈抜去術（ストリッピング）は、下肢静脈瘤手術の一つであり、具体的には、鼠径部から下腿部に及ぶ広範な静脈弁不全を有する下肢静脈瘤に対し、大伏在静脈本幹を引き抜く手術で標準的な根治手術である。

以上のことから、大伏在静脈瘤の傷病名や大伏在静脈を抜去した旨の記載等がない場合の、下肢静脈瘤に対する K617-2 大伏在静脈瘤抜去術は原則として認められると判断した。

【国保】

K-103 内視鏡的膵管ステント留置術の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎予防の K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）施行の際、ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎の発症予防目的に膵管ステント留置術が行われることがある。ERCP 後膵炎ガイドライン 2015※においては、ERCP 後膵炎の予防的膵管ステント留置が推奨されているのは高リスク患者（oddi 筋機能不全疑い、若年者、女性、膵炎の既往、肝外胆管拡張なし、慢性膵炎でない、血清ビリルビン値正常など）に限定されている。したがって、通常の ERCP において全ての症例で必要とは考えられず、単に発症予防を目的とした一律的な手術の請求は保険診療上適切ではない。また同ガイドラインでも予防的膵管ステント留置は保険適応となっていないことが記載されている。

以上のことから、ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後膵炎予防の内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）厚生労働省難治性膵疾患調査研究班・日本膵臓学会

【国保】

K-104 グルカゴン(高齢者(消化管内視鏡手術時))の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

高齢者に対する消化管内視鏡手術時のグルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴン G ノボ注射用）又はグルカゴン（グルカゴン注射用）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

グルカゴン（遺伝子組換え）（グルカゴン G ノボ注射用）及びグルカゴン（グルカゴン注射用）の添付文書の「特定の背景を有する患者に関する注意」には「高齢者」と示されており、高齢者に対する当該医薬品の副作用（低血圧、高血糖、心虚血の増悪など）に注意する必要があるが、主治医の十分な注意、観察のもとでの使用であれば妥当と考えられる。

以上のことから、高齢者に対する消化管内視鏡手術時の当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-105 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)又は肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

同一入院期間に実施した、同一部位に対する次の手術の算定は、原則として１回まで認められる。

⑴ K697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

⑵ K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

○ 取扱いの根拠

肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）と肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）の一連の期間は、通常、所期の目的を達成するまでの期間であり、個々の症例によるところが大きいが、同一部位に対する同一入院期間内での複数回の実施は通常一連と考えることが妥当である。

以上のことから、同一入院期間に実施した、同一部位に対する上記手術の算定は、原則として１回まで認められると判断した。

【【国保】

K-106 半月板縫合術(関節鏡下)時の半月板縫合デバイスの使用量について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

K069-3 半月板縫合術（関節鏡下）で使用する半月板縫合デバイスは、原則として 8 個（4 セット）まで認められる。

○ 取扱いの根拠

半月板縫合術（関節鏡下）で使用する半月板縫合デバイスは、通常 8 個（4 セット）までが一般的に想定される使用量である。

以上のことから、K069-3 半月板縫合術（関節鏡下）で使用する半月板縫合デバイスは、原則として 8 個（4 セット）まで認められると判断した。

ただし、8 個（4 セット）を超えて使用された場合は、その必要性を症状詳記等により医学的に判断する。

【国保】

K-107 注射用ランジオロール塩酸塩(手術時)の算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

手術時に不整脈等の傷病名がない場合の注射用ランジオロール塩酸塩（オノアクト点滴静注用）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

注射用ランジオロール塩酸塩（オノアクト点滴静注用）の添付文書における効能・効果は「手術時の頻脈性不整脈に対する緊急処置、手術後の循環動態監視下における頻脈性不整脈に対する緊急処置、成人及び小児の心機能低下例における頻脈性不整脈、生命に危険のある不整脈で難治性かつ緊急を要する場合、敗血症に伴う頻脈性不整脈」とされており、手術時に頻脈性不整脈等が認められない場合、本剤の適応がない。

以上のことから、手術時に不整脈等の傷病名がない場合に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-108 胆道ステントセット（本数）

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、胆管（左右）に対する胆道ステントセットの使用は 2 本まで認められる。

○ 取扱いの根拠

胆管（左右）に対する胆道ステントセットはそれぞれ 1 本を標準として使用することが想定されるため 2 本まで認められると整理した。

【国保】

K-109 腰部脊柱管狭窄症に対する脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「23」腰椎椎弓形成術の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

腰部脊柱管狭窄症に対する K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「23」腰椎椎弓形成術の算定は、症状詳記等により必要性及び術式が確認された場合に限り、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

腰部脊柱管狭窄症に対する基本的術式は、椎弓切除術である。

症状詳記等により形成術の必要性及び脊柱後方要素（椎弓、椎間関節、棘突起）の再建等の術式が確認された場合は「椎弓形成」と判断する。

以上のことから、腰部脊柱管狭窄症に対する K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「23」腰椎椎弓形成術の算定は、症状詳記等により必要性及び術式が確認された場合に限り、原則として認められると判断した。

【国保】

K-110 股関節又は膝関節に対する人工関節置換術時のアルスロマチック関節手術用灌流液の算定について

《令和７年８月28日新規》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

股関節又は膝関節に対するK082 人工関節置換術「2」人工股関節置換術及び「3」人工膝関節置換術の施行時における乳酸リンゲル液（アルスロマチック関節手術用灌流液）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

乳酸リンゲル液（アルスロマチック関節手術用灌流液）の添付文書の効能・効果は、「関節鏡視下検査・手術時または関節切開による手術時の関節腔の拡張および灌流・洗浄」である。関節軟骨細胞・滑膜細胞の保護を目的とした薬剤であることに鑑み、関節腔の拡張及び灌流に伴う洗浄に使用するものである。

以上のことから、股関節又は膝関節に対するK082 人工関節置換術「2」人工股関節置換術及び「3」人工膝関節置換術の施行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】

K-111 内視鏡下経鼻的手術時の人工硬膜(吸収型)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

内視鏡下経鼻的手術時の人工硬膜（吸収型）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

内視鏡下経鼻的手術後の髄液漏は、頭蓋内感染を来す危険性が高いことから硬膜切開部を確実に閉塞する必要がある。

以上のことから、内視鏡下経鼻的手術時の人工硬膜(吸収型)の算定は、原則として認められると判断した。

なお、使用量については、医学的に妥当な範囲で個々の症例ごとに判断することとする。

【国保】

K-112 ヘルニア手術における術前検査としての血液型検査の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

ヘルニア手術（K633 ヘルニア手術、K633-2 腹腔鏡下ヘルニア手術、K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側））における、術前検査としての D011「1」ABO 血液型、Rh(D)血液型の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ヘルニア手術は観血的手術と考えられる。観血的手術においては、出血による輸血が必要となる場合があり、時には救命用の輸血を行うことも想定される。

以上のことから、ヘルニア手術（K633 ヘルニア手術、K633-2 腹腔鏡下ヘルニア手術、K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側））における、術前検査としての D011「1」ABO 血液型、Rh(D)血液型の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-113 麻酔薬の算定がない創傷処理の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

麻酔薬の算定がない、K000 創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 センチメートル未満）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

K000 創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 センチメートル未満）には、無麻酔又は薬価が 15 円以下の少量の麻酔剤を用いて行う場合がある。

以上のことから、麻酔薬の算定がない、K000 創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 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-114 神経剥離術(手根管症候群)

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、神経の癒着がない手根管症候群の病名のみに対する神経剥離術の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

手根管症候群の疾病の原因については、

⑴ 非特異性腱鞘炎： 過使用、妊娠

⑵ 特異性腱鞘炎： 関節リウマチ、感染、痛風

⑶ アミロイドーシス、サルコイドーシス

⑷ 腱鞘炎以外の占拠性病変：腫瘍（ガングリオン、巨細胞腫など)、血管や筋肉の破格

⑸ 骨性の手根管腔の変形：骨折後、変形性関節症、リウマチ

に整理できる。

⑴については、神経癒着が出現する可能性は低いが、⑵～⑸の原因においては、神経の癒着や変性を伴っていることがあり、神経と周囲組織および、神経外膜との癒着を解離したり、外膜切離による神経実質の除圧が必要になることもある。

⑵～⑸の傷病名又は、それを示唆する傷病名がレセプトに併記されている場合や、病態の症状詳記や注記があれば、神経剥離術の必要性が判断できることから、当該手術の算定は認められると整理した。

なお、「手根管症候群」のみの病名の場合は、当該医療機関に対し、神経の癒着、術式等を確認し、医学的に判断することが必要である。

【国保】

K-115 水晶体再建術での精製ヒアルロン酸ナトリウム製剤の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

K282 水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合に使用した精製ヒアルロン酸ナトリウム製剤（ヒアルロン酸 Na0.85 眼粘弾剤 1%）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ヒアルロン酸 Na0.85 眼粘弾剤 1%については、保険診療上の取扱いとして「連続して行われる白内障手術及び眼内レンズ挿入術に伴って使用される場合に限り算定できる」とされているが、最終的に眼内レンズ挿入に至らなくても、白内障摘出に伴う角膜内皮障害を防ぐ意味で手術前半に使用される粘弾性物質は必要と判断する。

以上のことから、K282 水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合に使用した精製ヒアルロン酸ナトリウム製剤（ヒアルロン酸 Na0.85 眼粘弾剤 1%）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-116 椎弓切除(腰部脊柱管狭窄症)の算定について

《令和８年３月５日新規》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）における「19」腰椎椎弓切除術の算定は、椎弓数によることとする。

○ 取扱いの根拠

厚生労働省告示※において、内視鏡下脊椎固定術又は椎間板摘出術の場合は、「椎間」と記載されており、椎間数での算定が妥当と考えるが、椎弓切除は「椎弓」と記載されているため、椎弓数での算定が妥当と考える。

以上のことから、腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）における「19」腰椎椎弓切除術の算定は、椎弓数によることと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【国保】

K-117 椎弓形成(腰部脊柱管狭窄症)の算定について

《令和８年３月５日新規》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）における「23」腰椎椎弓形成術の算定は椎弓数によることとする。

○ 取扱いの根拠

厚生労働省告示※において、内視鏡下脊椎固定術又は椎間板摘出術の場合は、「椎間」と記載されており、椎間数での算定が妥当と考えるが、椎弓形成は「椎弓」と記載されているため、椎弓数での算定が妥当と考える。

以上のことから、腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）における「23」腰椎椎弓形成術の算定は、椎弓数によることと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【国保】

K-118 組織代用人工繊維布(ヘルニア修復・胸壁補強用)と合成吸収性癒着防止材(腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術(両側)時)の併算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

K634 腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術（両側）における組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）と合成吸収性癒着防止材の併算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術において、組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）はヘルニアの修復を目的に使用される。一方、合成吸収性癒着防止材は、腹腔内の腹膜切開部位等の腹膜癒着防止を目的に使用されるものであり、両材料は使用目的及び使用部位が異なる。

以上のことから、K634 腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術（両側）における組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）と合成吸収性癒着防止材の併算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

K-119 フェントラミンメシル酸塩(褐色細胞腫の手術時等)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

1　褐色細胞腫の手術時に、血圧調整等がない場合のフェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の算定は、原則として認められる。

2　褐色細胞腫以外の手術時に、血圧調整等がない場合のフェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

フェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の添付文書の効能・効果は「褐色細胞腫の手術前・手術中の血圧調整、褐色細胞腫の診断」である。また、作用機序として「フェントラミンは過剰の循環アドレナリンやノルアドレナリンを生じる褐色細胞腫（クロム親和細胞腫）の診断や、褐色細胞腫の術前・術中の発作性高血圧の血圧降下に用いられる。」と示されている。

褐色細胞腫の手術時には、手術操作で腫瘍を刺激することにより血圧が急激に変動するため、レセプトに手術時の血圧調整や術中異常高血圧症等の記載がない場合であっても、当該医薬品の使用は医学的に妥当と判断できる。

一方、褐色細胞腫以外の手術時に血圧調整等の記載がない場合の使用は、適応外と判断する。

以上のことから、血圧調整等の記載がない場合の 1 褐色細胞腫の手術時は、原則として認められ、2 褐色細胞腫以外の手術時は、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-120 脊髄誘発電位測定等加算(腰椎)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

腰椎（L3 以降）の手術においても、K930 脊髄誘発電位測定等加算「1」脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

脊髄誘発電位測定は、脊椎の手術を正確かつ安全に行うために必要とされているが、K930 脊髄誘発電位測定等加算「1」脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合の対象手術は厚生労働省通知※により定められている。

以上のことから、腰椎（L3 以降）の手術においても、K930 脊髄誘発電位測定等加算「1」脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合の算定は、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-121 別日に行った下肢静脈瘤血管内焼灼術の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

同一側の大伏在静脈と小伏在静脈に対して別日に行った K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術の算定は、原則としてそれぞれ認められる。

○ 取扱いの根拠

厚生労働省通知※に示されている「一側につき 1 回に限り算定する」については、1 肢につき複数箇所の静脈瘤に対して同一日に施行した場合は、1 回に限り算定するものであり、別日に施行するものは医学的判断によると考える。

以上のことから、同一側の大伏在静脈と小伏在静脈に対して別日に行った K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術の算定は、原則としてそれぞれ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-122 硝子体茎顕微鏡下離断術の算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

K280 硝子体茎顕微鏡下離断術「1」網膜付着組織を含むものを算定する場合、原則として硝子体内出血の原疾患である糖尿病網膜症や網膜静脈閉塞症等の記載を必要とする。

○ 取扱いの根拠

K280 硝子体茎顕微鏡下離断術は、硝子体内出血を除去する場合に行う手術であり、硝子体内出血のみを除去した場合は「2」その他のものが算定され、硝子体出血と併せて網膜付着組織を除去した場合は「1」網膜付着組織を含むものが算定される。

硝子体出血は、何らかの網膜硝子体病変があって起こるものであるが、術中に付着組織が見られる等、その原因が後から分かることもあることより、原疾患（糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症等）を有する患者の場合にあっては、硝子体内出血を除去する際に、網膜付着組織を併せて除去することが硝子体内出血の再発を防ぐ観点から有用である。

以上のことから、K280 硝子体茎顕微鏡下離断術「1」網膜付着組織を含むものを算定する場合、原則として硝子体内出血の原疾患である糖尿病網膜症や網膜静脈閉塞症等の記載を必要とすると判断した。

【国保】

K-123 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】

K-124 眼瞼結膜腫瘍手術(眼瞼腫瘍)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

眼瞼腫瘍の傷病名のみに対する K215-2 眼瞼結膜腫瘍手術の算定は、原則として認められない。ただし、術式アプローチよりみて、「結膜に及ぶ症例」であるかを審査判断する必要がある。

○ 取扱いの根拠

K215-2 眼瞼結膜腫瘍手術は、眼瞼結膜に生じた良性腫瘍の切除・摘出時に、外科的治療が眼瞼・結膜に及ぶ場合に必要となる。

以上のことから、眼瞼腫瘍の傷病名のみに対する K215-2 眼瞼結膜腫瘍手術の算定は、原則として認められないと判断した。ただし、眼瞼腫瘍の傷病名のみに対し K215-2 眼瞼結膜腫瘍手術が算定されている場合は、症状詳記を求め、術式アプローチよりみて、眼瞼（瞼板を含む）から結膜までを切除していることが確認できれば、当該手術の算定を認める。

なお、眼瞼縁の縫合を伴わない単純切除や結膜組織を含まない場合においては、K005 皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）の算定が妥当であると考える。

【国保】

K-125 膀胱悪性腫瘍手術(全摘)(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

K803 膀胱悪性腫瘍手術「2」全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定については、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K803 膀胱悪性腫瘍手術「2」全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）が実施される患者にあっては、膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、術前に患者の体内に留置し、膀胱全摘術が終了するまで使用されるものであり、ストーマが造設されることが一般的であるため、24 時間以上体内留置されていないと考えられる。

以上のことから、K803 膀胱悪性腫瘍手術「2」全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定については、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-126 膀胱悪性腫瘍手術(全摘)(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

K803 膀胱悪性腫瘍手術「5」全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

K803 膀胱悪性腫瘍手術「5」全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）が実施される患者にあっては、膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、術前に留置し、膀胱全摘術が終了するまで使用されるものであり、1 本目の算定は認められないが、新膀胱を作成後、2 本目の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルを留置し、24 時間以上体内留置されることが一般的であると考えられる。

以上のことから、K803 膀胱悪性腫瘍手術「5」全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定については、原則として認められないと判断した。

【国保】

K-127 網膜光凝固術(網膜格子状変性)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

網膜格子状変性に対する K276 網膜光凝固術「1」通常のもの（一連につき）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

網膜格子状変性は、網膜剥離の原因の一つとなるもので、特に硝子体の牽引が強い場合や片眼に網膜剥離の既往がある場合等においては網膜剥離を防ぐため網膜光凝固術の実施は有用であり、当該手術の算定がある場合、そのような症例である蓋然性が高いと考えられる。

以上のことから、網膜格子状変性に対する K276 網膜光凝固術「1」通常のもの（一連につき）の算定は、原則として認められると判断した。

なお、網膜格子状変性に何らかのリスクファクター（反対眼に網膜剥離発症した場合や小円孔の存在等）が加わっている場合など、症状詳記等が記載されていることが望ましい。

【国保】

K-128 同一箇所で病態の変化のない網膜裂孔に対する網膜光凝固術の算定回数について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

同一箇所で病態の変化のない網膜裂孔に対する K276 網膜光凝固術の 2 回以上の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K276 網膜光凝固術「1」通常のもの（一連につき）及び「2」その他特殊なもの（一連につき）については、厚生労働省通知※に「「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。」と示されており、短期間に複数回施行された手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できないものと考える。

以上のことから、同一箇所で病態の変化のない網膜裂孔に対する K276 網膜光凝固術の 2 回以上の算定は、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-129 食道･胃静脈瘤硬化療法施行１週間以内(＝7 日以内)の｢アルゴンプラズマ凝固法(Argon Plasma Coagulation:APC)｣の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）施行 1 週間以内（＝7 日以内）の「アルゴンプラズマ凝固法（Argon Plasma Coagulation：APC)」の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）については、厚生労働省通知※において「「一連」とは 1 週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後 1 週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。」とあり、再度の算定は「1 週間を経過」してから可能となる。

以上のことから、K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）施行 1 週間以内（＝7 日以内）の「アルゴンプラズマ凝固法（Argon Plasma Coagulation：APC)」の算定は、原則として認められないと判断した。

なお、7 日経過した後の「アルゴンプラズマ凝固法（Argon Plasma Coagulation：APC)」を行った場合は算定できると判断した。

（※）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-130 脳動脈瘤手術クリップの算定について

《令和８年８月 27 日新規》

○ 取扱い

一時的な周囲血管の血流遮断時に使用した脳動脈瘤手術クリップの算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

脳動脈瘤手術クリップ※1 は厚生労働省通知※2 に「脳動脈瘤クリッピングを実施する際に、脳動脈瘤頸部又は周囲血管をクリッピングするために使用するクリップであること。」と示され、脳動脈瘤流入血管クリッピングなどで頭蓋内にクリップが永久的に留置される材料である。一方、脳血流遮断用クリップ※3 は、厚生労働省通知※2 に「脳血管吻合術又は脳動脈瘤クリッピング術を実施する際に、一時的な周囲血管の血流遮断を目的に使用するクリップであること。」と示され、脳血管の一時遮断を行う場合に使用する材料である。

脳動脈瘤手術クリップの厚生労働省通知※4 には、「脳動脈瘤手術クリップは、一時的な周囲血管の血流遮断を目的に使用した場合には算定できない。」と示され、一時的脳血流遮断時に使用するクリップは脳血流遮断用クリップを使用することとなる。

以上のことから、一時的な周囲血管の血流遮断時に使用した脳動脈瘤手術クリップの算定は、原則として認められないと判断した。

（※1）脳動脈瘤手術クリップ（標準型：17,500 円、特殊型：20,200 円 ）

（※2）特定保険医療材料の定義について

（※3）脳血流遮断用クリップ（7,450 円）

（※4）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-131 ステリーテープのみの使用に対する創傷処理の算定について

《令和 8 年 8 月 27 日新規》

○ 取扱い

小児（6 歳未満）以外の患者における、ステリーテープのみの使用に対する K000 創傷処理の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

創傷処理とは、厚生労働省通知※に「切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第 1 回治療のことであり、第 2 診以降の手術創に対する処置は「J000」創傷処置により算定する。」と、示されている。ステリーテープとは傷口閉鎖を補強する被覆接合用テープであり、上記に合致しない。

以上のことから、小児（6 歳未満）以外の患者における、ステリーテープのみの使用に対する K000 創傷処理の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【国保】

K-132 合成吸収性癒着防止材の算定について

《令和 8 年 8 月 27 日新規》

○ 取扱い

次の手術に対する合成吸収性癒着防止材の算定は、原則として認められる。

⑴ K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術

⑵ K718-2 腹腔鏡下虫垂切除術「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

○ 取扱いの根拠

合成吸収性癒着防止材は術後の癒着軽減を目的に使用する材料である。腹腔鏡手術は開腹手術に比べて癒着が少ない傾向にあるが、癒着が起こる場合もあることから、癒着防止材が用いられる。

以上のことから、上記手術に対する合成吸収性癒着防止材の算定は、原則として認められると判断した。