【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】

F-2 脂質異常症治療薬

《平成 25 年 2 月 1 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 3 月 4 日更新》
《令和 7 年 8 月 28 日更新》
《令和 7 年 12 月 4 日更新》

○ 取扱い

脂質異常症治療薬のうち効能及び効果が「高脂血症」である場合、傷病名が「脂質異常症」、「高コレステロール血症」又は「高トリグリセライド血（高トリグリセリド血症)」に対する投与は、原則認められる。

○ 取扱いの根拠

脂質異常症は高 LDL コレステロール血症、低 HDL コレステロール血症、高トリグリセライド血症（高トリグリセリド血症）を含めた総称である。また、「高脂血症」は 2007 年より「脂質異常症」に名称が変更されたため脂質異常症と高脂血症は同義と考える。

したがって、効能及び効果が「高脂血症」である医薬品については、「脂質異常症」及び脂質異常症に含まれる「高コレステロール血症」「高トリグリセライド血症（高トリグリセリド血症)」に対して原則認められると整理した。

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

○ 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「1」のハ 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、厚生労働省通知※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。

（※）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-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の算定について

《令和２年９月８日新規》
《令和８年６月１日更新》

○ 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》
《令和 8 年 5 月 1 日更新》

「第 33 次審査情報提供事例(医科)(令和 8 年 2 月 25 日提供分)」を追記

○ 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※1
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

（※1）原則として、シタグリプチンリン酸塩水和物【内服薬】を緩徐進行 1 型糖尿病（probable）に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

○ 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。

ただし、シタグリプチンリン酸塩水和物【内服薬】は、緩徐進行 1 型糖尿病（probable）に対して処方した場合は、当該薬剤を審査上認める旨審

査情報提供※2 されたため、原則として認められると判断した。

（※2）審査情報提供事例（令和 8 年 2 月 25 日公表）

413　シタグリプチンリン酸塩水和物（糖尿病 6）

○　標榜薬効（薬効コード）

糖尿病用剤（396）

○　成分名

シタグリプチンリン酸塩水和物【内服薬】

○　主な製品名

ジャヌビア錠 12.5mg、ジャヌビア錠 25mg、ジャヌビア錠 50mg、ジャヌビア錠 100mg、グラクティブ 12.5mg、グラクティブ錠 25mg、グラクティブ錠 50mg、グラクティブ錠 100mg

○　承認されている効能・効果

2 型糖尿病

○　承認されている用法・用量

通常、成人にはシタグリプチンとして 50mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、効果不十分な場合には経過を十分に観察しながら 100mg1 日 1 回まで増量することができる。

○　薬理作用

DPP−4 酵素を阻害し、インクレチンの DPP-4 による分解を抑制する。

○　使用例

原則として、「シタグリプチンリン酸塩水和物【内服薬】」を「緩徐進行 1 型糖尿病（probable）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

○　使用例において審査上認める根拠

薬理作用が同様であり、妥当と推定される。

○　留意事項

⑴　当該使用例の用法・用量

通常、成人にはシタグリプチンとして 50mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、効果不十分な場合には、経過を十分に観察しながら 100mg1 日 1 回まで増量することができる。

⑵　インスリン依存状態の 1 型糖尿病に対する本剤の単独投与は禁忌である。このため、必ず内因性インスリン分泌能の残存を確認してから使用する。

【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》
《令和 8 年 5 月 1 日更新》

「第 33 次審査情報提供事例(医科)(令和 8 年 2 月 25 日提供分)」を追記

○ 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。

ただし、クラリスロマイシン（CAM）耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に処方した場合はこの限りではない。

○ 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、二次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、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。

ただし、メトロニダゾール（フラジール内服錠)は、CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に処方した場合、当該薬剤を審査上認める旨審査情報提供※されたため、原則として認められると判断した。

（※） 審査情報提供事例（令和 8 年 2 月 25 日公表）

422 ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール（消化器病 4）

○ 標榜薬効（薬効コード）

その他の抗生物質製剤（619）

○ 成分名

ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール

○　主な製品名

ボノピオンパック

○　承認されている効能・効果

〈適応菌種〉

アモキシシリン、メトロニダゾールに感性のヘリコバクター・ピロリ

〈適応症〉

胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃 MALT リンパ腫・免疫性血小板減少症・早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃におけるヘリコバクター・ピロリ感染症、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎

○　承認されている用法・用量

プロトンポンプインヒビター､アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの 3 剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合

通常、成人にはボノプラザンとして 1 回 20mg、アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びメトロニダゾールとして 1 回 250mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回、7 日間経口投与する。

○　薬理作用

胃酸分泌抑制作用（ボノプラザンフマル酸塩)、細胞壁合成阻害作用（アモキシシリン水和物)、核酸（DNA)障害作用（メトロニダゾール）

○　使用例

原則として、「ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール【内服薬】」を「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

○　使用例において審査上認める根拠

薬理作用に基づいており、妥当と推定される。

○　留意事項

⑴　当該使用例の用法・用量

成人にはボノプラザンとして 1 回 20mg､アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びメトロニゾールとして 1 回 250mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回、7 日間経口投与する。

⑵　ピロリ菌の感受性検査によりクラリスロマイシン耐性の存在が明らかであること。

○　その他参考資料等

H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン 2024 年改訂版

【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】

F-141 PPI 製剤(内視鏡検査のない逆流性食道炎)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

内視鏡検査のない逆流性食道炎における次の場合の PPI 製剤の算定は、原則として認められる。

⑴ 初回投与時

⑵ 維持療法中

○ 取扱いの根拠

胸やけや呑酸などの患者の自覚症状により逆流性食道炎と診断することは、臨床上容易であり、必ずしも上部消化管内視鏡検査を必要としない。

以上のことから、内視鏡検査のない逆流性食道炎における初回投与時、維持療法中の当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-142 インターフェロン製剤とリバビリン(C型慢性肝炎かつ肝癌(治療後)等)の併用投与について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　C 型慢性肝炎かつ肝癌（治療後）に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル 200mg）の併用投与は、原則として認められる。

2　次の傷病名に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル 200mg）の併用投与は、原則として認められない。

⑴　アルコール性肝炎のみ

⑵　自己免疫性肝炎のみ

⑶　C 型非代償性肝硬変

⑷　C 型慢性肝炎かつ非代償性アルコール性肝硬変

○ 取扱いの根拠

1　リバビリン（レベトールカプセル 200mg）は、C 型慢性肝炎に対しインターフェロン ベータと併用して使用される。C 型慢性肝炎と肝癌の傷病名が併存している場合であっても、肝癌の治療後においては、インターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル 200mg）の併用療法は、C 型慢性肝炎に対する治療として有用と考える。

以上のことから、C 型慢性肝炎かつ肝癌（治療後）に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル 200mg）の併用投与については、原則認められると判断した。

2　リバビリン（レベトールカプセル 200mg）の添付文書の効能・効果は「インターフェロン ベータとの併用による（中略）C 型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善」であり、効能又は効果に関連する注意において「併用薬剤共通」事項として、「C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善に対する本剤の併用」と記載されているとおり、インターフェロン ベータと併用される、C 型肝炎ウイルスを原因とする C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変の治療薬である。

したがって、アルコール性肝炎や自己免疫性肝炎のみの傷病名に対する算定は適応外である。また、肝硬変は、「代償性」と「非代償性」に分

けられるが、肝機能を代償することができない非代償性の場合にあっては、併用投与の有用性は期待できないと考える。

以上のことから、上記⑴から⑷の傷病名に対するインターフェロン製剤とリバビリン（レベトールカプセル 200mg）の併用投与は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-143 5-HT3 受容体拮抗型制吐剤等の屯服薬としての算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　5-HT3 受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）の屯服薬としての算定は、原則として認められる。

2　次の薬剤の屯服薬としての算定は、原則として認められない。

⑴　経口抗菌薬

⑵　選択的直接作用型第 Xa 因子阻害剤(イグザレルト錠等)

⑶　神経障害性疼痛又は線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル錠等）

○ 取扱いの根拠

屯服薬は、1 日 2 回程度を限度として臨時的に投与するものと定義されている（昭和 24 年 10 月 26 日 保険発 310)。

1　5-HT3 受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）は、抗がん剤投与の 1 時間前に投与することで悪心・嘔吐の発症抑制に有用であることが示されている。

以上のことから、5-HT3 受容体拮抗型制吐剤（ナゼア錠等）の屯服としての算定は原則として認められると判断した。

一方、2　経口抗菌薬は細菌感染症の治療、選択的直接作用型第 Xa 因子阻害剤（イグザレルト錠等）は虚血性疾患、血管塞栓症・血栓症の発症抑制であり、神経障害性疼痛または線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル等）は慢性疾患の疼痛に対する治療薬である。これらの薬剤は薬効が一定期間安定して持続することが求められる薬剤である。したがって、屯服薬で服用する薬剤ではない。

以上のことから、経口抗菌薬、選択的直接作用型第 Xa 因子阻害剤（イグザレルト錠等)、神経障害性疼痛又は線維筋痛症に対する疼痛治療剤（リリカカプセル等）の屯服としての算定は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-144 アスピリン(虚血性心疾患等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴　虚血性心疾患

⑵　内頸動脈狭窄症、脳動脈狭窄症

⑶　慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）

2　次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　心房細動

⑵　不整脈

⑶　心筋症、心不全

⑷　心臓弁膜症（僧帽弁膜症）

⑸　心肥大

⑹　血栓性静脈炎

⑺　ペースメーカー装着患者

⑻　ネフローゼ症候群

⑼　肺血栓塞栓症

○ 取扱いの根拠

アスピリン（バイアスピリン錠等）は、シクロオキシゲナーゼ 1（COX－1）を阻害することでトロンボキサン A2（TXA2）の合成を阻害し、血小板凝集抑制作用を示す医薬品で、添付文書の効能・効果は「狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症）、心筋梗塞、虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞）における血栓・塞栓形成の抑制」等と示されており、微小循環も含めた虚血性血管障害の発症及び再発予防並びに循環障害に伴う症状改善に有用である。

1 の傷病名では、血栓・塞栓形成が重要な発症要因であることから、当該医薬品の有用性は高い。

一方、2 の傷病名は、当該医薬品の必要性は低く、かつ適応外である。

以上のことから、1 の傷病名に対する当該医薬品の算定は原則として認められ、2 の傷病名に対する算定は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-145 イコサペント酸エチルカプセル、ベラプロストナトリウム錠及びアルプロスタジル注射液（閉塞性動脈硬化症）の併用投与について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）、ベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）及びアルプロスタジル注射液（パルクス注、リプル注等）の 3 剤の併用投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

閉塞性動脈硬化症（ASO）は、動脈硬化により四肢末梢動脈が慢性的に狭窄・閉塞するために循環障害を来した病態であり、冷感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死などの虚血に伴う臨床症状を示す。

当該傷病名に対しては、抗血小板薬、血管拡張薬などの医薬品が潰瘍、疼痛、冷感の改善薬として用いられている。イコサペント酸エチルカプセルは「抗血小板作用」や「動脈の伸展性保持作用」などを有する EPA 製剤、ベラプロストナトリウム錠は「抗血小板作用」や「血管拡張・血流増加作用」などを有する PGI2 誘導体製剤、アルプロスタジル注射液は「血管拡張作用」や「血小板凝集抑制作用」などを有するプロスタグランジン E1 製剤であり、薬理作用や作用機序の異なるこれらの医薬品を併用することは、閉塞性動脈硬化症（ASO）の症状改善等に有用である。

以上のことから、閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）、ベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）及びアルプロスタジル注射液（パルクス注、リプル注等）の 3 剤の併用投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-146 カモスタットメシル酸塩錠(長期投与)の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

慢性膵炎に対するカモスタットメシル酸塩錠（フオイパン錠等）の長期投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

カモスタットメシル酸塩錠（フオイパン錠等）は蛋白分解酵素阻害作用等を有する医薬品で、添付文書の効能・効果は「慢性膵炎における急性症状の緩解、術後逆流性食道炎」である。

膵炎は、膵液に含まれるトリプシンやキモトリプシンなどの蛋白分解酵素が活性化され膵臓の炎症を引き起こした疾患であり、当該医薬品の投与により、蛋白分解酵素の働きが阻害され、膵炎の炎症症状が寛解される。また、慢性膵炎は、長期間にわたって膵臓の炎症が持続するものであり、症状の発現により、当該医薬品の長期投与が必要となる。

以上のことから、慢性膵炎に対する当該医薬品の長期投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-147 パンクレリパーゼ(単なる膵疾患)の算定について

《令和７年３月６日新規》
《令和８年８月１日更新》

○ 取扱い

傷病名もしくは詳記等から膵外分泌機能不全と判断できない単なる膵疾患に対するパンクレリパーゼ（リパクレオンカプセル等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

パンクレリパーゼ（リパクレオンカプセル）の添付文書の効能・効果には「膵外分泌機能不全における膵消化酵素の補充」と示されている。また、関連する注意として「非代償期の慢性膵炎、膵切除、膵嚢胞線維症等を原疾患とする膵外分泌機能不全により、脂肪便等の症状を呈する患者に投与すること」と示されている。

したがって、単なる膵疾患のみに対する算定は適切ではない。

以上のことから、傷病名もしくは詳記等から膵外分泌機能不全と判断できない単なる膵疾患に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-148 グルタチオン製剤【内服薬】(肝機能障害)の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

肝機能障害に対するグルタチオン製剤【内服薬】（タチオン錠等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

グルタチオンには、肝機能を改善する作用があると考えられているが、グルタチオン製剤【内服薬】（タチオン錠）の添付文書の効能・効果は「薬物中毒、アセトン血性嘔吐症（自家中毒、周期性嘔吐症)、金属中毒、妊娠悪阻、妊娠高血圧症候群」であり肝機能障害は適応外と考えられる。

以上のことから、肝機能障害に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-149 高リン血症治療薬(慢性腎臓病等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名のみに対する高リン血症治療薬※の算定は、原則として認められない。

⑴ 慢性腎臓病
⑵ 急性腎不全
⑶ 慢性腎不全
⑷ 腎障害
⑸ 腎機能低下
⑹ 続発性副甲状腺機能亢進症

※ 炭酸ランタン水和物、クエン酸第二鉄水和物、ビキサロマー、セベラマー塩酸塩、沈降炭酸カルシウム、スクロオキシ水酸化鉄

○ 取扱いの根拠

高リン血症治療薬である炭酸ランタン水和物（ホスレノール等)、クエン酸第二鉄水和物（リオナ)、ビキサロマー（キックリン)、セベラマー塩酸塩（レナジェル、フォスブロック等)、沈降炭酸カルシウム（カルタン等)、スクロオキシ水酸化鉄（ピートル）の添付文書の効能・効果は慢性腎臓病患者や慢性腎不全患者等における高リン血症の改善である。

高リン血症は、血液中のリン濃度が異常に上昇した（血清リン濃度が 4.5mg/dL を上回った）状態であり、慢性腎臓病が原因となるが、高リン血症治療薬を算定するに当たっては、高リン血症の傷病名又は当該状態が判断できる記載が必要と考える。

以上のことから、上記傷病名のみに対するこれらの高リン血症治療薬の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-150 ホスホマイシンカルシウム水和物【内服薬】(感冒等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するホスホマイシンカルシウム水和物【内服薬】(ホスミシン錠等) の算定は、原則として認められない。

⑴ 感冒

⑵ 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎

○ 取扱いの根拠

ホスミシン錠の添付文書の効能・効果は、「深在性皮膚感染症、膀胱炎、腎盂腎炎、感染性腸炎、涙嚢炎、麦粒腫、瞼板腺炎、中耳炎、副鼻腔炎」であり、効能・効果に関連する注意に「「抗微生物薬適正使用の手引き」を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること」と記載されている。

当該手引き(第三版)に「日本呼吸器学会、日本小児呼吸器学会・日本小児感染症学会及び ACP/CDC の指針では、感冒はウイルスによって引き起こされる病態であることから、抗菌薬投与は推奨しないとされている。」と記載されており、ウイルスが原因である感冒、感冒性胃腸炎、感冒性腸炎に対する当該医薬品の投与は適応外使用と考えられる。

以上のことから、上記傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-151 レボフロキサシン水和物【内服薬】(感冒性胃腸炎等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するレボフロキサシン水和物【内服薬】(クラビット錠等)の算定は、原則として認められない。

⑴ 感冒性胃腸炎

⑵ 急性胃腸炎

○ 取扱いの根拠

クラビット錠は、添付文書の効能・効果に「感染性腸炎」があり、効能・効果に関連する注意に「「抗微生物薬適正使用の手引き」を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること」と記載されている。

感冒は、当該手引き(第三版)に「日本呼吸器学会、日本小児呼吸器学会・日本小児感染症学会及び ACP/CDC の指針では、ウイルスによって引き起こされる病態であることから、抗菌薬投与は推奨しないとされている。」と記載されている。

また、急性胃腸炎は、その原因の多くはウイルス感染であり、その場合は当該医薬品投与の有用性は低い。

以上のことから、上記傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-152 メサラジンとサラゾスルファピリジン【内服薬】【外用薬】の併算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の内服薬と外用薬の併用投与は、原則として認められる。

⑴ メサラジン【内服薬】（ペンタサ錠等）とメサラジン【外用薬】（ペンタサ注腸等）

⑵ メサラジン【内服薬】（ペンタサ錠等）とサラゾスルファピリジン【外用薬】（サラゾピリン坐剤）

⑶ サラゾスルファピリジン【内服薬】（サラゾピリン錠等）とメサラジン【外用薬】（ペンタサ注腸等）

○ 取扱いの根拠

メサラジンとサラゾスルファピリジンは、5-アミノサリチル酸を有効成分とする潰瘍性大腸炎治療薬で、大腸の炎症を抑える作用を有する。経口剤（内服薬）と局所製剤（外用薬）の併用療法は、潰瘍性大腸炎の病期や病型、重症度に応じて行われ、また、寛解導入期、寛解維持期いずれの病期においても有用な療法である。

以上のことから、上記医薬品の内服薬と外用薬の併用投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-153 生薬の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

漢方処方の調剤に用いる生薬の単独投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

生薬とは、動植物の薬用とする部分、細胞内容物、分泌物、抽出物又は鉱物等であり、2 種類以上の生薬を決められた分量で組成して漢方薬として投与することが多いが、症状に応じて単独で投与する場合であっても有用と考えられる。

以上のことから、漢方処方の調剤に用いる生薬の単独投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-154 潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症等に対するイコサペント酸エチルカプセルの算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

1　潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）の算定は、原則として認められる。

2　次の傷病名に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）の算定は、原則として認められない。

⑴　腰部脊柱管狭窄症術後

⑵　高血圧症

⑶　狭心症

⑷　動脈硬化症

○ 取扱いの根拠

イコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）の添付文書の効能・効果は「閉塞性動脈硬化症に伴う潰瘍、疼痛および冷感の改善」及び「高脂血症」であり、抗血小板作用や動脈の伸展性保持作用、血清脂質低下作用等を有する。

閉塞性動脈硬化症は、症状として、冷感・しびれ感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死があげられるが、上記作用から、潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症に対しても有用と考えられる。

以上のことから、潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

一方、腰部脊柱管狭窄症術後、高血圧症、狭心症、動脈硬化症に対しては適応外であり、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-155 潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症等に対するベラプロストナトリウム錠の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対するベラプロストナトリウム錠(ドルナー錠等)の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ベラプロストナトリウム錠(ドルナー錠等)の添付文書の効能･効果は「慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍､疼痛及び冷感の改善」及び「原発性肺高血圧症」であり、抗血小板作用や血管拡張・血流増加作用等を有する。

慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）の症状として、冷感・しびれ感、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死があげられるが、上記作用から、潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対しても有用と考えられる。

以上のことから､潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-156 適応傷病名と心筋梗塞(安定期)等がある患者に対するシロスタゾールの算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するシロスタゾール（プレタール OD 錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴ 心筋梗塞（安定期）
⑵ 狭心症（安定期）
⑶ 心室頻拍（安定期）

○ 取扱いの根拠

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」及び「脳梗塞（心原性脳塞栓症を除く）発症後の再発抑制」であり、抗血小板作用や抗血栓作用、血管拡張作用等を有する。

警告として「本剤の投与により脈拍数が増加し、狭心症が発現することがあるので、狭心症の症状（胸痛等）に対する問診を注意深く行うこと」と記載され、また、特定の背景を有する患者に関する注意として「冠動脈狭窄を合併する患者」と記載されているが、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍が安定期にあると判断される場合には、注意事項を遵守した上での当該医薬品の投与は、適応傷病名に対する有用性が高いと考えられる。

以上のことから、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍の傷病名がある場合であっても、これらが安定期にある場合は、当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-157 ロサルタンカリウム(高血圧症がない糖尿病、糖尿病性腎症)の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

高血圧症がない次の傷病名に対するロサルタンカリウム（ニューロタン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 糖尿病

⑵ 糖尿病性腎症

○ 取扱いの根拠

ロサルタンカリウム（ニューロタン錠）はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬で、添付文書の効能・効果は、「高血圧症、高血圧及び蛋白尿を伴う２型糖尿病における糖尿病性腎症」であり、薬効薬理の作用機序において「ロサルタンカリウムは経口投与後速やかに吸収され、その一部が主代謝物であるカルボン酸体に変換される。ロサルタン及びカルボン酸体は、いずれも生理的昇圧物質であるアンジオテンシンⅡ（A-Ⅱ）に対して、その受容体において特異的に拮抗し、降圧効果を発揮する。」と示されている。

したがって、単なる糖尿病や糖尿病性腎症では、必ずしも、降圧効果を必要とする高血圧症が併存してはおらず、当該医薬品の適応外である。

以上のことから、高血圧症がない上記の傷病名に対するロサルタンカリウム（ニューロタン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-158 ジピリダモール製剤(ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓･塞栓の抑制の患者以外)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓･塞栓の抑制の患者以外における次の傷病名に対するジピリダモール製剤（ペルサンチン錠100mg）単独の算定は、原則として認められない。

⑴ 狭心症
⑵ 心筋梗塞（急性期を除く）
⑶ その他の虚血性心疾患
⑷ うっ血性心不全

○ 取扱いの根拠

ジピリダモール製剤（ペルサンチン錠 100mg）は、抗血小板作用をはじめ、血栓・塞栓抑制作用、尿蛋白減少作用、腎機能改善作用を有する医薬品であるが、添付文書の効能・効果は「ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制」、「次の疾患における尿蛋白減少：ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群」である。

以上のことから、ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制の患者以外における上記傷病名等に対するジピリダモール製剤（ペルサンチン錠 100mg）単独の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-159 胃粘膜保護剤としてH2遮断剤等の算定について

《令和7年3月6日新規》

○ 取扱い

1　次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められない。

⑴　薬効分類番号2325H2遮断剤

⑵　ドンペリドン（ナウゼリン錠等）、チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）

2　次の薬剤を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められない。

⑴　ワーファリン錠

⑵　合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等）

⑶　解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）

○ 取扱いの根拠

H2遮断剤は、H2受容体に拮抗的に作用し、胃酸分泌を抑制する作用を有する医薬品である。また、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）は、胃・十二指腸のドパミンの働きを抑えて消化管運動を改善し、くわえて、吐き気に関与するCTZに作用して制吐作用をもたらし、チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）は、抗ムスカリン作用により消化管等の平滑筋の痙攣や運動機能の亢進を改善する作用を有する医薬品である。したがって、これらの薬剤は、それぞれが粘膜保護剤とは異なる薬理作用を有し、効能・効果も異なる。

以上のことから、薬効分類番号2325H2遮断剤、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）やチキジウム臭化物（チアトンカプセル等）を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められないと判断した。

また、プロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）は、胃の壁細胞のプロトンポンプに作用し、胃酸の分泌を抑制する作用を有する医薬品であり、添付文書の主な効能・効果は、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎、低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制、非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰

瘍の再発抑制等であり、粘膜保護作用は有していない。
　以上のことから、、ワルファリンカリウム（ワーファリン錠等)、合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等)、解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-160 プロトンポンプ・インヒビター(難治性逆流性食道炎)の投与量について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI)【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI)【内服薬】による治療は、初期治療量を最長 8 週間まで行うこととされている。また、再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法について、多くの PPI 製剤の添付文書には、症例に応じ、初期治療量の半量～初期治療量を投与する旨示されており、難治性逆流性食道炎に対する当該医薬品の初期治療量の継続投与は有用と考えられる。

以上のことから、難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI)【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-161 トリメブチンマレイン酸塩製剤(胃炎)の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

胃炎に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤（セレキノン錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

トリメブチンマレイン酸塩は、消化管平滑筋に作用し、胃運動調律作用や消化管連動運動誘発作用、胃排出能改善作用、腸運動調律作用等を有している。

また、添付文書の効能・効果は、慢性胃炎における消化器症状（腹部疼痛、悪心、嘔気、腹部膨満感）の改善であり、胃炎の消化器症状に対しても有用である。

以上のことから、胃炎に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-162 トリメブチンマレイン酸塩製剤(胃潰瘍等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するトリメブチンマレイン酸塩製剤（セレキノン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 胃潰瘍
⑵ 胃癌
⑶ 胃癌術後
⑷ 逆流性食道炎
⑸ 十二指腸潰瘍

○ 取扱いの根拠

トリメブチンマレイン酸塩は、消化管運動に対する作用として、胃運動調律作用や消化管連動運動誘発作用、胃排出能改善作用、腸運動調律作用等を有するが、胃酸分泌抑制作用は認められない医薬品である。また、添付文書の効能・効果は、慢性胃炎における消化器症状（腹部疼痛、悪心、嘔気、腹部膨満感)、過敏性腸症候群であり、上記傷病名に対する投与は適応外である。

以上のことから、上記傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-163 小柴胡湯エキス(肝硬変等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

適応傷病名と次の傷病名等がある患者に対する小柴胡湯エキス（ツムラ小柴胡湯エキス顆粒等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 肝硬変
⑵ 肝癌
⑶ インターフェロン製剤を投与中の患者

○ 取扱いの根拠

ツムラ小柴胡湯エキス顆粒は、添付文書に「インターフェロン製剤を投与中の患者、肝硬変、肝癌の患者、慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が 10 万/mm3 以下の患者」には投与しない旨記載されており、肝硬変、肝癌の患者に投与した場合、警告に「間質性肺炎が起こり、早期に適切な処置を行わない場合、死亡等の重篤な転帰に至ることがあるので、患者の状態を十分観察し、咳嗽、呼吸困難、発熱、肺音の異常、胸部Ｘ線異常、胸部ＣＴ異常等があらわれた場合には、ただちに本剤の投与を中止すること」とされている。

以上のことから、適応傷病名と上記傷病名等がある患者に対する小柴胡湯エキス（ツムラ小柴胡湯エキス顆粒等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-164 イソニアジド(生物学的製剤投与中等)の算定について

《令和７年３月６日新規》

○ 取扱い

肺結核又はその他の結核症（既感染者を含む。）の記載がない、次の傷病名等に対するイソニアジド（イスコチン錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 生物学的製剤投与中
⑵ 免疫不全状態
⑶ HIV 感染症

○ 取扱いの根拠

生物学的製剤投与中の患者や免疫不全状態の患者、ＨＩＶ感染症の患者は、細菌やウイルス、真菌等の病原体に対する抵抗力が低下しており、結核の発症リスクがある。したがって、結核が疑われる場合や既結核感染者に対して、問診や胸部レントゲン検査等により感染の有無を十分に確認する必要がある。

一方、イスコチン錠の添付文書の効能・効果の適応症は「肺結核及びその他の結核症」であり、当該医薬品の投与に当たっては、レセプトの傷病名欄等にその旨の記載が必要である。

以上のことから、肺結核又はその他の結核症（既感染者を含む。）の記載がない、上記傷病名等に対するイソニアジド（イスコチン錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-165 経口血糖降下薬(2型糖尿病)の併用投与について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

2 型糖尿病に対する同一種類の経口血糖降下薬※の併用投与は、原則として認められない。

（※）経口血糖降下薬の種類は以下のとおり

①チアゾリジン薬　②ビグアナイド薬　③α-グルコシダーゼ阻害薬

④SGLT2 阻害薬　⑤DPP-4 阻害薬又は GLP-1 受容体作動薬

⑥スルホニル尿素（SU）薬又はグリニド薬（速攻型インスリン分泌促進薬）

○ 取扱いの根拠

経口血糖降下薬は、作用機序や作用臓器により数種に分類される。糖尿病の薬剤療法については、「糖尿病標準診療マニュアル」に、単剤から投与を開始して反応に応じて種類の異なる薬剤を追加する旨記載されており、作用機序の異なる種類の経口血糖降下薬の併用投与は有用と考えられるが、作用機序が同一である経口血糖降下薬の併用投与の臨床的有用性は低いと考えられる。

以上のことから、2 型糖尿病に対する上記の同一種類の経口血糖降下薬の併用投与は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-166 広汎性発達障害に対するリスペリドン等の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

広汎性発達障害に対する次の非定型抗精神病薬の算定は、原則として認められる。

⑴ リスペリドン【内服薬】（リスパダール錠等（3mg 錠を除く。））

⑵ アリピプラゾール（エビリファイ錠等）

○ 取扱いの根拠

広汎性発達障害は、自閉症障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害を総称する名称であるが、現在、「自閉スペクトラム症（レット障害を除く）」という診断名に統合されている。

リスパダール【内服薬】（3 ㎎錠を除く。）とエビリファイ錠の添付文書の効能・効果は、「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」があり、薬理作用は、抗ドパミン作用、抗セロトニン作用で、上記傷病名に対して有用である。

以上のことから、広汎性発達障害に対する上記⑴⑵の非定型抗精神病薬の算定は、原則として認められると判断した。

なお、リスペリドン 3mg 錠の添付文書の効能・効果は「統合失調症」のみであり、本取扱いからは除くこととする。

【国保】

F-167 抗ウイルス薬の併用投与(単純疱疹)について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　単純疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。

⑴　ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】

⑵　ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用）【注射薬】

2　単純疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められない。

⑴　アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用等）【注射薬】

⑵　アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とビダラビン（アラセナ-A 点滴静注用）【注射薬】

○ 取扱いの根拠

単純疱疹に対する抗ウイルス薬の治療は、内服薬による全身投与が基本であり、軽症例に外用薬、重症例に注射薬を投与するが、重症度や治療効果に応じて、内服薬、外用薬、注射薬を組み合わせた併用投与を実施する場合がある。

一方、内服薬と注射薬の併用は、強力な治療が必要な場合や内服薬のみの投与では効果を期待できない場合に限られ、薬効薬理が同様の医薬品の場合の併用投与は過剰と考えられる。

以上のことから、単純疱疹に対する上記 1 の抗ウイルス薬の併用投与は原則として認められるが、上記 2 の抗ウイルス薬の併用投与は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-168 抗ウイルス薬の併用投与(帯状疱疹)について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

帯状疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。

⑴ ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】

⑵ ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とバラシクロビル塩酸塩（バルトレックス錠等）【内服薬】

⑶ ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用）【注射薬】

⑷ ビダラビン（アラセナ-A 軟膏等）【外用薬】とビダラビン（アラセナ-A 点滴静注用）【注射薬】

○ 取扱いの根拠

帯状疱疹に対する抗ウイルス薬の治療は、早期に全身投与を開始する必要があり、軽症・中等症例に内服薬を使用するが、免疫機能が低下している患者や重症例には注射薬を投与する。重症度や治療効果に応じて、内服薬、外用薬、注射薬を組み合わせた併用投与を実施する場合がある。

以上のことから、帯状疱疹に対する上記抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-169 成分栄養剤(食欲不振)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

食欲不振（寝たきり及び高齢者以外の患者）に対する成分栄養剤（エレンタール配合内用剤等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

成分栄養剤の一種であるエレンタール配合内用剤については、添付文書の効能・効果において、「一般に、手術前・後の患者に対し、未消化態蛋白を含む経管栄養剤による栄養管理が困難な時用いることができるが、とくに下記の場合に使用する。」と記載され、「下記の場合」として「未消化態蛋白を含む経管栄養剤の適応困難時の術後栄養管理」など、種々の栄養管理が記載されている※。また、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤やヘパン ED 配合内用剤についても、同様に添付文書の効能・効果において、適応となる疾患の栄養管理等が記載されている。

したがって、単なる食欲不振の患者では、必ずしも消化吸収機能障害を有しているとは言えず、消化を必要としない成分栄養剤を第一選択とする必要性は低いと考える。

以上のことから、食欲不振（寝たきり及び高齢者以外の患者）に対する成分栄養剤（エレンタール配合内用剤等）の算定は、原則として認められないと判断した。

（※） 未消化態蛋白を含む経管栄養剤の適応困難時の術後栄養管理、腸内の清浄化を要する疾患の栄養管理、術直後の栄養管理、消化管異常病態下の栄養管理（縫合不全、短腸症候群、各種消化管瘻等）、消化管特殊疾患時の栄養管理（クローン氏病、潰瘍性大腸炎、消化不全症候群、膵疾患、蛋白漏出性腸症等）、高カロリー輸液の適応が困難となった時の栄養管理（広範囲熱傷等）

【国保】

F-170 プレガバリン(手根管症候群等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対するプレガバリン（リリカカプセル・OD 錠）の算定は、原則として認められる。

⑴　手根管症候群
⑵　頸椎症性神経根症
⑶　肋間神経痛
⑷　糖尿病性末梢神経障害
⑸　帯状疱疹後神経痛
⑹　坐骨神経痛
⑺　三叉神経痛
⑻　脊髄損傷後疼痛
⑼　帯状疱疹

2　次の傷病名に対するプレガバリン（リリカカプセル・OD 錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　腰痛症
⑵　関節炎
⑶　変形性膝関節症
⑷　外傷、打撲傷
⑸　糖尿病
⑹　術後疼痛
⑺　疼痛
⑻　難治性疼痛
⑼　頸肩腕症候群
⑽　侵害受容性疼痛

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル）の添付文書の効能・効果は「神経障害性疼痛」、「線維筋痛症に伴う疼痛」である。当該医薬品は、中枢神経系において、電位依存性カルシウムチャネルのα2δ サブユニットと結合することにより興奮性神経伝達物質の過剰な遊離を抑制することで、帯状疱疹

後神経痛などの末梢神経性疼痛に対して有意な鎮痛作用を有しており、日本ペインクリニック学会の「神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン 改訂第２版」においては、神経障害性疼痛の第一選択薬の一つとして示されている。

神経障害性疼痛は、同ガイドラインによると「体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる疼痛」と定義され、末梢神経から大脳に至るまでの侵害情報伝達経路のいずれかに病変や疾患が存在する際に生じるとされており、上記１の傷病名は神経障害性疼痛をきたす疾患であり、当該医薬品が有用と考えられる。

一方、上記２の傷病名は、神経障害性疼痛の発症要因には該当しないことから当該医薬品の適応はないと考えられる。

以上のことから、１の傷病名に対する当該医薬品の算定は原則として認められ、２ の傷病名に対する算定は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-171 プレガバリン(反射性交感神経性ジストロフィー等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

神経障害性疼痛と次の傷病名が併記されている場合のプレガバリン（リリカカプセル・OD 錠）の算定は、原則として認められる。

⑴ 反射性交感神経性ジストロフィー

⑵ 頸椎症

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル）の添付文書の効能・効果は「神経障害性疼痛」、「線維筋痛症に伴う疼痛」である。当該医薬品は、中枢神経系において、電位依存性カルシウムチャネルの α2δ サブユニットと結合することにより興奮性神経伝達物質の過剰な遊離を抑制することで、帯状疱疹後神経痛などの末梢神経性疼痛に対して有意な鎮痛作用を有しており、日本ペインクリニック学会の「神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂第 2 版」においては、神経障害性疼痛の第一選択薬の一つとして示されている。

神経障害性疼痛は、同ガイドラインによると「体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる疼痛」と定義され、末梢神経から大脳に至るまでの侵害情報伝達経路のいずれかに病変や疾患が存在する際に生じるとされている。

以上のことから、神経障害性疼痛と上記の傷病名が併記されている場合の当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-172 アミオダロン塩酸塩【内服薬】(不整脈等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名のみに対するアミオダロン塩酸塩【内服薬】(アンカロン錠等)の算定は、原則として認められない。

⑴ 不整脈
⑵ 心室期外収縮
⑶ 心不全
⑷ 心不全のない心房細動
⑸ 肥大型心筋症のない心房細動

○ 取扱いの根拠

アミオダロン塩酸塩【内服薬】(アンカロン錠等)は、添付文書の効能・効果に「生命に危険のある下記の再発性不整脈で他の抗不整脈薬が無効か、又は使用できない場合(下記は、心室細動、心室性頻拍、心不全(低心機能)又は肥大型心筋症に伴う心房細動)」と記載されており、警告として「患者の限定」の項において「他の抗不整脈薬が無効か、又は副作用により使用できない致死的不整脈患者にのみ使用すること」と示されているとおり、致死的不整脈に対し投与されるものである。

したがって、単なる不整脈、心室期外収縮、心不全の傷病名での算定は不適切であり、また、心不全や肥大型心筋症のない心房細動は適応外である。

以上のことから、上記⑴から⑸の傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-173　胃粘膜保護剤(健胃消化剤等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められる。

⑴　薬効分類番号 2330 健胃消化剤

⑵　防御因子増強剤（セルベックスカプセル、ムコスタ錠等）

○ 取扱いの根拠

健胃消化剤は、主に複数の消化酵素を体内に補うことで消化酵素の不足により生じる消化器症状などを改善する医薬品、また、防御因子増強剤は、胃粘液などの防御因子を増強することで胃粘膜保護作用をあらわす医薬品であり、共に粘膜の保護に有用であることから胃粘膜保護剤として有用性が高い。

以上のことから、上記⑴、⑵の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-174 気管支拡張薬等(急性増悪時)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性 β2 刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

喘息性気管支炎は、ウイルスや細菌により気管に炎症が起こる急性気管支炎の一種である。小児の場合、細い気管支壁の腫脹により気管が狭窄し、喘鳴や陥没呼吸も生じる。

短時間作用性 β2 刺激薬であるプロカテロール塩酸塩やテオフィリン製剤には気管支拡張作用があり、小児の喘息性気管支炎に対する本医薬品の投与は、有用性が高いと考えられる。

以上のことから、小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性 β2 刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-175 オセルタミビルリン酸塩【カプセル】(腎機能障害患者等)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

インフルエンザが確定した次の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】(タミフルカプセル) 1 日 1 回 75mg の算定は、原則として認められる。なお、腎機能障害(慢性腎不全)がある患者に対する投与期間は 5 日間とする。

⑴ 腎機能障害(慢性腎不全)がある患者

⑵ 透析を実施している患者

○ 取扱いの根拠

タミフルカプセルは、添付文書の用法・用量に「通常、成人及び体重 37.5kg 以上の小児にはオセルタミビルとして 1 回 75mg を 1 日 2 回、5 日間経口投与する。」と記載されているが、成人の腎機能障害患者のインフルエンザの治療においては、用法及び用量に関連する注意に、血漿中濃度が増加するため、腎機能の低下に応じてクレアチニンクリアランス(Ccr)が「10＜Ccr≦30」の場合は、1 回 75mg1 日 1 回、Ccr＞30 の場合は、1 回 75mg1 日 2 回の投与法が記載されている。

また、「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドラインに「透析患者に対する抗インフルエンザ薬の投与量は腎機能を勘案して行う。」、「オセルタミビルの排泄経路は腎臓であり、減量する必要がある。オセルタミビル 75mg 単回投与で、5 日後症状が残っていた場合、もう 1 回投与する。」旨記載されている。

腎機能障害がある患者については、上記添付文書の記載より、Ccr 値に応じて 1 日 1 回 75 ㎎を 5 日間投与する場合があり、また、透析患者に対する 1 日 1 回 75mg の単回投与は有用であると考えられる。

以上のことから、上記⑴、⑵の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】(タミフルカプセル) 1 日 1 回 75mg の算定は、原則として認められると判断した。なお、腎機能障害(慢性腎不全)がある患者に対する投与期間は 5 日間が妥当と判断した。

【国保】

F-176 SGLT2 阻害薬(末期腎不全等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

2　適応傷病名と慢性腎臓病がある患者に対する SGLT2 阻害薬の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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

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

【国保】

F-177 DPP-4 阻害薬(腎機能低下等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

⑴ 腎機能低下

⑵ 腎機能障害

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

F-178 トラフェルミン(切創等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

⑴ 切創

⑵ 擦過傷

○ 取扱いの根拠

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

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

以上のことから、上記傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-179 ジクロフェナクナトリウム坐剤・注腸軟膏剤（痔核手術後の患者）の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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

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

【国保】

F-180 トルバプタン(「腹膜灌流」施行患者)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

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

○ 取扱いの根拠

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

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

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

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

【国保】

F-181 PPI 及び H2 ブロッカー(胃亜全摘後等の術後逆流性食道炎)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　胃癌における胃亜全摘後の術後逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI)、H2 ブロッカー【内服薬】の算定は、原則として認められる。

2　胃癌における K653「2」早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術の術後逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）　、H2 ブロッカー【内服薬】の算定は、原則として認められる。

3　胃癌における胃全摘後の術後逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI)、H2 ブロッカー【内服薬・注射薬】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（胃・食道逆流症）は胃・食道接合部にある逆流防止機構の破綻により発症し（胃酸を含んだ）胃液の食道への逆流が大きな誘因となる。

胃亜全摘術後では胃酸分泌は残されており、また胃粘膜下層剥離術後では、胃酸分泌は保たれており、1、2 の手術後に見られる逆流性食道炎には、胃酸分泌抑制が重要な治療となり PPI 又は H2 ブロッカーが投与される。

以上のことから、1、2 の上記手術に対しての PPI 又は H2 ブロッカー【内服薬】の算定は原則として認められると判断した。

一方、胃癌における胃全摘手術では、胃酸を分泌する胃壁細胞は全て切除され胃酸は分泌されない状態である。この病態に対し、胃酸分泌抑制作用を示す PPI 又は H2 ブロッカーの投与は意味を持たない。

以上のことから、3 胃癌における胃全摘術の術後逆流性食道炎に対する PPI や H2 ブロッカー【内服薬・注射薬】の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-182 LH-RH アゴニスト投与下又は卵巣摘出後の状態等に対するアロマターゼ阻害剤の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　LH-RH アゴニスト投与下又は卵巣摘出後の状態における閉経前乳癌の患者に対するアロマターゼ阻害剤（アリミデックス錠等）の算定は、原則として認められる。

2　LH-RH アゴニスト投与下又は卵巣摘出後の状態以外の閉経前乳癌の患者に対するアロマターゼ阻害剤（アリミデックス錠等）の算定は、詳記等がない場合、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

ゾラデックス 3.6mg デポ等の LH-RH アゴニスト製剤の添付文書の効能・効果は「閉経前乳癌」、アリミデックス錠等のアロマターゼ阻害剤の添付文書の効能・効果は「閉経後乳癌」であるが、LH-RH アゴニスト製剤投与による卵巣機能抑制によって、生理的に閉経後と同様の状態となることから、アロマターゼ阻害剤での治療が可能となる。したがって、閉経前乳癌における内分泌療法の一つとして、LH-RH アゴニスト製剤とアロマターゼ阻害剤の併用療法も存在し、乳癌診療ガイドライン 2022 年版（日本乳癌学会）においても推奨されている※。また、卵巣摘出後においても、卵巣から分泌されるエストロゲンが大幅に減少し生理的に閉経後と同様の状態となる。

以上のことから、LH-RH アゴニスト投与下又は卵巣摘出後の状態における閉経前乳癌の患者に対するアロマターゼ阻害剤（アリミデックス錠等）の算定は原則として認められ、LH-RH アゴニスト投与下又は卵巣摘出後の状態以外の閉経前乳癌の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。

（※）閉経前ホルモン受容体陽性 HER2 陰性転移・再発乳癌に対する一次内分泌療法として、「卵巣機能抑制と非ステロイド性アロマターゼ阻害薬の併用療法を行うことを弱く推奨する」とされている。また、二次以降の内分泌療法として、「卵巣機能抑制を行い、アロマターゼ阻害薬などの閉経後に用いる内分泌療法薬との併用療法を行うことを弱

く推奨する」とされている。

【国保】

F-183 抗ウイルス薬【内服薬・注射薬】(単純疱疹等)の投与期間について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　単純疱疹に対する抗ウイルス薬【内服薬】※1 の 1 治療時の投与期間は、原則として 5 日まで認められる。

2　帯状疱疹に対する抗ウイルス薬【内服薬】※1 の 1 治療時の投与期間は、原則として 7 日まで認められる。

3　帯状疱疹に対する抗ウイルス薬【注射薬】(ヘルペス脳炎、髄膜炎に対する場合を除く) ※2 の 1 治療時の投与期間は、原則として 7 日まで認められる。

※1　アシクロビル (ゾビラックス錠・顆粒等)、バラシクロビル塩酸塩 (バルトレックス錠・顆粒等)、ファムシクロビル (ファムビル錠等)

※2　アシクロビル (ゾビラックス点滴静注等)、ビダラビン (アラセナ-A 点滴静注)

○ 取扱いの根拠

ゾビラックス錠、バルトレックス錠については、添付文書の用法及び用量に関連する注意に、単純疱疹には「5 日間」、帯状疱疹には「7 日間」使用し、「改善の兆しが見られないか、あるいは悪化する場合には、他の治療に切り替えること。」と記載されている。(ファムビル錠について、単純疱疹に対し 1 回 250m g を 1 日 3 回投与する場合及び帯状疱疹に対し投与する場合も同様の記載がある。) また、ゾビラックス点滴静注用については、用法及び用量に「7 日間点滴静注する」、「脳炎・髄膜炎においては、必要に応じて投与期間の延長もしくは増量ができる」旨記載されている。

以上のことから、単純疱疹に対する抗ウイルス薬【内服薬】の 1 治療時の投与期間は原則 5 日まで認められ、また、帯状疱疹に対する抗ウイルス薬【内服薬】と抗ウイルス薬【注射薬】(ヘルペス脳炎、髄膜炎に対する場合を除く) の投与期間は原則として 7 日まで認められると判断した。

【国保】

F-184 クロベタゾン酪酸エステル(じんま疹等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するクロベタゾン酪酸エステル（キンダベート軟膏 0.05%等）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、紅斑及びそう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。

クロベタゾン酪酸エステル（キンダベート軟膏 0.05%等）は、外用合成副腎皮質ホルモン剤（軟膏）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-185 リドカイン塩酸塩【ゼリー】(癌性皮膚潰瘍等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の場合のリドカイン塩酸塩【ゼリー】(キシロカインゼリー等) の算定は、原則として認められる。

⑴ 癌性皮膚潰瘍に対する疼痛緩和時 (他剤が無効、又は使用が困難な場合)

⑵ 癌化学療法又は頭頸部の癌放射線治療時の難治性口内炎

○ 取扱いの根拠

キシロカインゼリーは表面麻酔剤で、添付文書の作用機序に「神経膜のナトリウムチャネルをブロックし、神経における活動電位の伝導を可逆的に抑制し、知覚神経及び運動神経を遮断する」旨記載されている。

癌性皮膚潰瘍は、皮膚に浸潤又は転移した癌が体表面に表出・潰瘍化した状態のもの、難治性口内炎は、抗癌剤又は癌放射線治療の副作用による免疫力の低下や、抗癌剤又は放射線が口腔内粘膜に直接作用することにより発症するもので、これらの傷病名でのキシロカインゼリーの塗布や含嗽は疼痛緩和に有用と考えられる。

以上のことから、上記⑴、⑵の場合のリドカイン塩酸塩【ゼリー】(キシロカインゼリー等) の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-186 メルカプトプリン水和物(顕微鏡的多発血管炎等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するメルカプトプリン水和物(ロイケリン散)の算定は、原則として認められない。

⑴ 顕微鏡的多発血管炎
⑵ 結節性多発動脈炎
⑶ 多発血管炎性肉芽腫症
⑷ 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
⑸ 大動脈炎症候群
⑹ 全身性エリテマトーデス
⑺ 多発性筋炎
⑻ 皮膚筋炎
⑼ 強皮症
⑽ 混合性結合組織病

○ 取扱いの根拠

ロイケリン散はチオプリン製剤の一つで、添付文書の効能・効果は「急性白血病、慢性骨髄性白血病の自覚的並びに他覚的症状の緩解」であるが、以前から薬理学的に 6-メルカプトプリン（6-MP）のプロドラッグであるアザチオプリンと同等の効果が得られると判断され、白血病以外にも炎症性腸疾患やリウマチ性疾患、ANCA 関連血管炎、臓器移植後等の治療に一定の効果が期待され、使用されてきた経緯がある。しかし、現在は他の有効性に優れ、副作用が少ない薬剤が用いられてきており、また、本剤は添付文書に上記⑴から⑽までの傷病名は効能・効果に記載されていない。

以上のことから、上記傷病名に対するメルカプトプリン水和物（ロイケリン散）の算定は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-187 ジピリダモール製剤(腎疾患等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するジピリダモール製剤(ペルサンチン錠等)の算定は、原則として認められない。

⑴ 腎疾患
⑵ 糖尿病性腎症（第 1・2・5 期）
⑶ 慢性腎不全
⑷ 蛋白尿
⑸ 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
⑹ 顕微鏡的多発血管炎
⑺ クリオグロブリン腎症

○ 取扱いの根拠

ジピリダモール製剤（ペルサンチン錠等）は、抗血小板作用をはじめ、血栓・塞栓抑制作用、尿蛋白減少作用、腎機能改善作用等を有する医薬品で、添付文書の効能・効果※は以下のとおりである。

本剤は、糸球体係蹄での免疫反応等を介した血液凝固を起点に線維化、さらには硬化へと進む器質的病変を主病変としている場合に有用なことがあるが、上記の傷病名はこのような糸球体病変を主病変とするものではなく、当該薬剤の適応とはならない。

なお、糖尿病性腎症については、第 1 期・2 期は上記の器質的病変はなく、5 期はすでに糸球体が硬化状態であり、いずれの場合も当該薬剤の対象とはならない。

以上のことから、単なる腎疾患、糖尿病性腎症（第 1・2・5 期)、慢性腎不全、蛋白尿、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎、クリオグロブリン腎症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。

（※）添付文書の効能又は効果

【12.5mg 及び 12.5%製剤】

○狭心症、心筋梗塞（急性期を除く)、その他の虚血性心疾患、うっ血性心不全

【25mg 製剤】

〇狭心症、心筋梗塞（急性期を除く）、その他の虚血性心疾患、うっ血性心不全

〇ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制

〇次の疾患における尿蛋白減少：ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群

【100mg 製剤】

〇ワーファリンとの併用による心臓弁置換術後の血栓・塞栓の抑制

〇次の疾患における尿蛋白減少：ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群

【国保】

F-188 ジラゼプ塩酸塩水和物錠(腎疾患等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するジラゼプ塩酸塩水和物錠（コメリアンコーワ錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 腎疾患
⑵ 糖尿病性腎症（第 1・2・4・5 期）
⑶ 慢性腎不全

○ 取扱いの根拠

ジラゼプ塩酸塩水和物錠 （コメリアンコーワ錠等）の添付文書の効能・効果は、「腎機能障害軽度～中等度の IgA 腎症における尿蛋白減少」である。また、効能又は効果に関連する注意に「腎機能障害が軽度～中等度（クレアチニン・クリアランスとして 50mL/min 以上）の IgA 腎症における尿蛋白減少の目的にのみ使用すること。)」と示されており、上記傷病名に対する当該医薬品の投与は適応外である。

以上のことから、単なる腎疾患、糖尿病性腎症（第 1・2・4・5 期)、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-189 ブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】(COPD)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）に対するブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】（ブロムヘキシン塩酸塩吸入液 0.2%）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ブロムヘキシン塩酸塩【吸入液】の添付文書の効能・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、作用機序には「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。また、気管分泌細胞リソソーム顆粒から遊離されたリソソーム酵素の関与で酸性糖蛋白の繊維網を溶解低分子化する。肺表面活性物質の分泌促進作用や線毛運動亢進作用を有する。」と示されている。

慢性閉塞性肺疾患（COPD：chronic obstructive pulmonary disease）は、従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病態の総称であり、慢性気管支炎では気管支が、また肺気腫ではより末梢の終末細気管支から肺胞にかけた部位が主病変となっており、いずれも、煙草の煙を主とする、有害物質を長期に吸入、曝露することで生じた肺の炎症性疾患で、当該医薬品の投与により呼吸困難等の症状を軽減することが期待できる。

以上のことから、慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-190 逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）の屯服薬としての算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビターの屯服としての算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

プロトンポンプ・インヒビターは、添付文書の用法・用量より連日服用することで効果がみられる。

以上のことから、逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビターの屯服としての算定は、原則として認められないと判断した。

なお、逆流性食道炎の維持療法で安定期や休薬期にある場合のオンデマンド療法等の必要性・有用性については個々の症例ごとに判断することとする。

【国保】

F-191 間質性肺炎の傷病名がない多発性筋炎、皮膚筋炎に対するタクロリムス水和物カプセルの算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

間質性肺炎の傷病名がない多発性筋炎、皮膚筋炎に対するタクロリムス水和物（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

タクロリムス水和物（プログラフカプセル等）の添付文書の効能・効果には、「多発性筋炎・皮膚筋炎に合併する間質性肺炎」と記載されている。

以上のことから、添付文書の記載どおり、間質性肺炎の傷病名がない多発性筋炎、皮膚筋炎に対するタクロリムス水和物（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と判断した。

ただし、多発性筋炎・皮膚筋炎は間質性肺炎を合併しやすいこと、難治症例（副腎皮質ステロイド治療抵抗例に対するタクロリムス水和物（プログラフカプセル等）の併用）があることを踏まえ、レセプトの内容や症状詳記等から投与の必要性が判断できる場合については、この限りではない。

【国保】

F-192 ビグアナイド薬(糖尿病性腎症(4 期以上)等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するビグアナイド薬の算定は、原則として認められない。

⑴　糖尿病性腎症（4 期以上）
⑵　肝不全
⑶　肝性脳症

2　適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するビグアナイド薬の算定は、原則として認められる。

⑴　腎機能障害
⑵　慢性腎臓病
⑶　心不全
⑷　心筋梗塞
⑸　心疾患
⑹　肝機能障害
⑺　脂肪肝
⑻　慢性肝炎
⑼　慢性非活動性肝炎
⑽　肝癌

○ 取扱いの根拠

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

上記 1 の患者に対する当該医薬品の投与は、その記載内容より重大な転帰を招く可能性が高く、医学的に相対的有用性は低いと考えられる。一方、上記 2 の患者については、警告に「腎機能障害又は肝機能障害のある患者」に「投与する場合には定期的に腎機能や肝機能を確認するなど慎重に投与

すること」と記載されており、患者の状態を確認し慎重に投与した場合には、効果的な臨床使用を妨げることはないと考えられる。

以上のことから、上記 1 の患者に対するビグアナイド薬の算定は原則として認められないが、上記 2 の患者に対する当該医薬品は原則として認められると判断した。

【国保】

F-193 チアゾリジン薬(末期腎不全等)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

1　適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は、原則として認められない。
　⑴　末期腎不全
　⑵　肝性脳症
　⑶　肝不全
2　適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は、原則として認められる。
　⑴　腎機能障害
　⑵　心筋梗塞
　⑶　心疾患
　⑷　肝機能障害
　⑸　代償性肝硬変

○ 取扱いの根拠

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

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

与した場合の臨床的有用性に支障はないものと考えられる。
　以上のことから、適応傷病名と 1 の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は原則として認められないが、適応傷病名と 2 の傷病名がある患者に対するチアゾリジン薬の算定は原則として認められると判断した。

【国保】

F-194 肝機能障害等の傷病名がある高血圧症患者に対するテルミサルタン又はロサルタンカリウムの算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

高血圧症の患者において次の傷病名がある場合であってもテルミサルタン（ミカルディス錠等）又はロサルタンカリウム（ニューロタン錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴ 肝機能障害（肝障害含む。）
⑵ 脂肪肝
⑶ 肝のう胞
⑷ 肝炎
⑸ 慢性肝炎（B 型・C 型含む。）
⑹ 肝硬変
⑺ 肝癌

○ 取扱いの根拠

アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）であるテルミサルタン及びロサルタンカリウムは、血圧を上げる作用のあるホルモン（アンジオテンシンⅡ）の受容体への結合に拮抗することで降圧作用を発揮する医薬品である。

共に添付文書の「禁忌」欄には「重篤な肝障害のある患者」とあり、その理由について、ミカルディス錠のインタビューフォームには「本剤は未変化体としてはほとんど尿中に排泄されず、大部分が胆汁を介して、グルクロン酸抱合体として糞中に排泄される。従って、胆汁の排泄が途絶えているような患者や重篤な肝障害のある患者では本剤が体外に排泄されず蓄積するおそれがある。」旨、また、ニューロタン錠のインタビューフォームには「本剤によりときに AST・ALT の上昇が副作用として認められること、また本剤が主に肝臓で代謝され、胆汁中に排泄される」旨記載されている。

したがって、重度の胆汁うっ滞や重篤な肝障害のある患者に対する当該医薬品の投与は避けるべきであるが、高血圧治療の必要度に応じて、主治医の判断のもと慎重投与される場合の算定は妥当と考える。

以上のことから、高血圧症の患者において上記の⑴から⑺の傷病名がある場合の当該医薬品の算定については、原則として認められると判断した。

【国保】

F-195 脂肪肝又は肝のう胞の傷病名がある高血圧症患者に対するテルミサルタンの投与量について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

高血圧症の患者において次の傷病名がある場合のテルミサルタン（ミカルディス錠等）の投与量は、原則として 80mg まで認められる。

⑴ 脂肪肝

⑵ 肝のう胞

○ 取扱いの根拠

降圧薬であるテルミサルタン（ミカルディス錠）の用法・用量は、添付文書に「通常、成人にはテルミサルタンとして 40mg を 1 日 1 回経口投与する。ただし、1 日 20mg から投与を開始し漸次増量する。なお、年齢・症状により適宜増減するが、1 日最大投与量は 80mg までとする。」と記載されている。ただし、禁忌として「重篤な肝障害のある患者」、また、用法及び用量に関連する注意の項に「肝障害のある患者に投与する場合、最大投与量は 1 日 1 回 40 ㎎とする。」とされており、その理由について、インタビューフォームには「本剤は未変化体としてはほとんど尿中に排泄されず、大部分が胆汁を介して、グルクロン酸抱合体として糞中に排泄される。従って、胆汁の排泄が途絶えているような患者や重篤な肝障害のある患者では本剤が体外に排泄されず蓄積するおそれがある。」旨記載されている。

一方、単純性脂肪肝や肝のう胞は必ずしも肝障害を伴うものではなく、高血圧治療のために主治医の判断のもとで当該医薬品を上記の用法・用量に即し慎重に投与することは妥当と考える。

以上のことから、高血圧症の患者において脂肪肝又は肝のう胞がある場合のテルミサルタン（ミカルディス錠等）の投与量は、原則として 80mg まで認められると判断した。

【国保】

F-196 クロピドグレル硫酸塩等（PCI の術前又は術後の記載がない急性冠症候群）の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

K546 経皮的冠動脈形成術「3」その他のものの術前又は術後の記載がない急性冠症候群（不安定狭心症、非 ST 上昇心筋梗塞、ST 上昇心筋梗塞）に対する次の薬剤の算定は、原則として認められる。

⑴ クロピドグレル硫酸塩錠（プラビックス錠等）
⑵ クロピドグレル硫酸塩/アスピリン配合錠（コンプラビン配合錠等）
⑶ プラスグレル塩酸塩製剤（エフィエント錠）

○ 取扱いの根拠

抗血小板剤である、上記医薬品の虚血性心疾患に関する添付文書の効能・効果は、経皮的冠動脈形成術（PCI）が適用される急性冠症候群（不安定狭心症、非 ST 上昇心筋梗塞、ST 上昇心筋梗塞）、安定狭心症、陳旧性心筋梗塞である。

一方、急性冠症候群は、冠動脈粥腫（プラーク）の破綻とそれに伴う血栓形成により冠動脈内腔が急速に狭窄、閉塞し、心筋が虚血、壊死に陥る状態を示す症候群で、生命に危険を及ぼす疾患であり、経皮的冠動脈形成術（PCI）等が適用される可能性が高いと考える。

以上のことから、急性冠症候群（不安定狭心症、非 ST 上昇心筋梗塞、ST 上昇心筋梗塞）に対する上記医薬品の算定については、K546 経皮的冠動脈形成術「3」その他のものの術前又は術後の記載がない場合であっても原則として認められると判断した。

【国保】

F-197 ニセルゴリン、アマンタジン（併用）（脳梗塞）

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、「脳梗塞」の病名に対するニセルゴリンとアマンタジンの併用は認められる。

○ 取扱いの根拠

ニセルゴリン（サアミオン錠等）は脳循環改善薬、アマンタジン（シンメトル錠等）はドパミン放出促進薬で適応は「脳梗塞後遺症に伴う意欲・自発性低下の改善」であり、それぞれ作用が異なるため併用投与は認められると整理した。

【国保】

F-198 スルホニル尿素剤(インスリン投与中の患者)

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、インスリン投与中の 2 型糖尿病に対するスルホニル尿素（SU）剤は認められる。

○ 取扱いの根拠

スルホルニル尿素剤（SU 剤）はインスリンの分泌の促進により血糖値を下げる効果があり、インスリン製剤とは作用が異なる。

2型糖尿病患者においてインスリン分泌の状態に応じインスリン製剤投与中に SU 剤を併用することは認められると整理した。

【国保】

F-199 ロコアテープ(変形性頚椎症)(変形性胸椎症)(変形性腰椎症)

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

原則として、変形性頚椎症、変形性胸椎症、変形性腰椎症の病名に対するロコアテープの投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

変形性頚椎症、変形性胸椎症、変形性腰椎症は通例として椎間関節の変形を認めるため、ロコアテープの適応症である「変形性関節症」に該当する。

したがって、変形性頚椎症、変形性胸椎症、変形性腰椎症の病名に対するロコアテープの算定は原則認められると整理した。

【国保】

F-200 抗生物質製剤又は合成抗菌薬【内服薬】(感冒等)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対する抗生物質製剤【内服薬】又は合成抗菌薬【内服薬】※の算定は、原則として認められない。

※ ペニシリン系、セフェム系、キノロン系、マクロライド系の内服薬で効能・効果に次の傷病名の記載がないものに限る。

⑴ 感冒
⑵ 小児のインフルエンザ
⑶ 小児の気管支喘息
⑷ 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎
⑸ 慢性上気道炎、慢性咽喉頭炎

○ 取扱いの根拠

抗生物質製剤は細菌又は真菌に由来する抗菌薬、合成抗菌薬は化学的に合成された抗菌薬で、共に細菌感染症の治療において重要な医薬品である。感冒やインフルエンザはウイルス性感染症、気管支喘息はアレルギーや環境要因に起因して気道の過敏や狭窄等をきたす疾患、また、慢性咽喉頭炎を含む慢性上気道炎は種々の原因で発生するが、細菌感染が原因となることは少ない疾患で、いずれも細菌感染症に該当しないことから、抗菌薬の臨床的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抗生物質製剤【内服薬】又は合成抗菌薬【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-201 カナマイシン－硫酸塩カプセル(肝硬変のみ)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

肝硬変のみに対するカナマイシン－硫酸塩カプセルの算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

カナマイシン－硫酸塩カプセルの添付文書の効能・効果は「感染性腸炎」であり、消化管内でほとんど吸収されないため、腸管内で効果的に抗菌作用を発揮しアンモニアを産生するウレアーゼ産生腸内細菌を減少させる。その結果、血中アンモニア濃度が低下することにより、肝硬変に伴う高アンモニア血症を改善させる効果がある。ただし、肝硬変のみでは高アンモニア血症の状態にあるとはいえない。

以上のことから、肝硬変のみに対するカナマイシン－硫酸塩カプセルの算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-202 ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩等(非弁膜症性心房細動等)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

1　非弁膜症性心房細動のみの傷病名に対するダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル)、リバーロキサバン（イグザレルト錠等)、アピキサバン（エリキュース錠）及びエドキサバントシル酸塩水和物錠(リクシアナ錠)の算定は､原則として認められる。

2　心房細動と次の傷病名等が併記されている場合のダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル)、リバーロキサバン（イグザレルト錠等)、アピキサバン（エリキュース錠）及びエドキサバントシル酸塩水和物錠（リクシアナ錠）の算定は、原則として認められる。

⑴　僧帽弁閉鎖不全症（単独）
⑵　僧帽弁修復術後
⑶　心臓弁置換術後（生体弁）

3　心房細動の傷病名がない次の傷病名等に対するダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩（プラザキサカプセル)、リバーロキサバン（イグザレルト錠等)、アピキサバン（エリキュース錠）及びエドキサバントシル酸塩水和物錠（リクシアナ錠）の算定は、原則として認められない。

⑴　僧帽弁閉鎖不全症
⑵　特発性拡張型心筋症
⑶　肥大型心筋症
⑷　僧帽弁修復術後
⑸　心臓弁置換術後（生体弁）

○ 取扱いの根拠

ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩(プラザキサカプセル)等、上記の直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）は、血液凝固因子であるトロンビンやＸａ因子を直接阻害することで抗凝固作用を示す医薬品である。

これらの医薬品に共通する添付文書の効能・効果は「非弁膜症性心房細

動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制」であり、非弁膜症性心房細動患者について、虚血性脳卒中や全身性塞栓症の発症前に使用される。

なお、心房細動患者に対する抗凝固療法については、不整脈薬物治療ガイドライン：日本循環器学会/日本不整脈心電学会合同ガイドラインにおいて、僧帽弁置換術患者のうち、生体弁患者は「非弁膜症性」と扱われるようになり、その結果、僧帽弁狭窄症および機械弁置換術後のみが「弁膜症性」扱いとなり、それ以外はすべて「非弁膜症性心房細動」として差し支えないことになった。

以上のことから、1 非弁膜症性心房細動のみの傷病名及び 2 心房細動と⑴から⑶の傷病名等が併記されている場合の当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

一方、心房細動の傷病名がない 3 の傷病名のみでは、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-203 オキシコナゾール硝酸塩(オキナゾール膣錠 600mg 等)の投与量について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール膣錠 600mg 等）の投与量については、原則として 2 錠までとする。

○ 取扱いの根拠

オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール膣錠 600mg）の用法・用量については、添付文書に「1 週 1 回 1 錠を膣深部に挿入する。なお、真菌学的効果（一次効果）が得られない場合は、オキナゾール膣錠 600mg を更に 1 回 1 錠使用する」と示されている。

以上のことから、オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール膣錠 600mg 等）の投与量については、原則として 2 錠まで認められると判断した。

【国保】

F-204 メコバラ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メコバラミン（メチコバール）の算定は、原則として認められない。

⑴　肩関節周囲炎
⑵　変形性関節症
⑶　膝関節症
⑷　筋肉痛

2　次の傷病名に対するメコバラミン（メチコバール）の算定は、原則として認められる。

⑴　坐骨神経痛
⑵　糖尿病性神経痛
⑶　視神経炎
⑷　顔面神経麻痺

○ 取扱いの根拠

メコバラミン（メチコバール）は、神経の核酸・蛋白合成を促進し、軸索再生、髄鞘形成を促すことにより、傷ついた末梢神経を修復して、しびれ、痛みなどを改善する作用を有する医薬品で、添付文書の効能・効果は「末梢性神経障害」である。

末梢性神経障害は、種々の原因により末梢神経が障害され、運動麻痺、知覚障害、自律神経障害などを生じた状態であり、代表的な疾患である上記 1 の傷病名においては、通常、末梢性神経障害をきたすことは考えられない。一方で、上記 2 の傷病名は末梢神経障害をきたすと考えられる。

以上のことから、1 の傷病名での算定は、原則として認められず、2 の傷病名での算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-205 高血圧症のみ等に対するベンズブロマロン製剤の算定について

《令和 6 年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

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

⑴ 高血圧症のみ
⑵ 急性白血病
⑶ 人工透析患者における高尿酸血症

○ 取扱いの根拠

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

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

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

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

【国保】

F-206 抗インフルエンザウイルス薬(インフルエンザ菌感染症)

《令和 6 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、インフルエンザ菌感染症に対するタミフル等の抗ウイルス薬の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

インフルエンザ菌感染症は細菌感染症であるため、タミフル等の抗ウイルス薬は適応外であり算定は認められないと整理した。

【国保】

F-207 免疫抑制剤(併用)(生体腎移植後)

《令和 6 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

原則として、生体腎移植後の患者に対する免疫抑制剤 2 剤の併用は認められる。

○ 取扱いの根拠

生体腎移植後の患者に対して、免疫抑制剤の 2 剤併用はそれぞれの薬剤の効果を保ちつつ、各々の薬剤を減量することにより副作用の緩和が期待されるため、免疫抑制剤 2 剤の算定は認められると整理した。

【国保】

F-208 プレガバリン(適応)(脳卒中後疼痛)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、脳卒中後疼痛の病名に対するプレガバリン錠の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル・リリカ OD 錠）の適応疾患は「神経障害性疼痛・線維筋痛症に伴う疼痛」であり、神経障害性疼痛は、痛みを伝える神経の損傷・異常によって引き起こされる疾患である。

脳卒中後疼痛は、脳の損傷によって引き起こされる中枢性疼痛や筋肉や関節の障害による末梢性疼痛等が原因で生じる疼痛で、神経障害性疼痛をきたしているものと考えられる。

したがって、脳卒中後疼痛に対するプレガバリンの算定は原則認められると整理した。

【国保】

F-209 プレガバリン(適応)(頚椎症性脊髄症)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、頚椎症性脊髄症の病名に対するプレガバリン錠の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル・リリカ OD 錠）の適応疾患は「神経障害性疼痛・線維筋痛症に伴う疼痛」であり、神経障害性疼痛は、痛みを伝える神経の損傷・異常によって引き起こされる疾患である。

頚椎症性脊髄症は、頚椎の変性によって脊髄が圧迫され、神経の機能が障害される状態で、頚部から手足にかけての痛みやしびれ、筋力低下、運動機能の障害が引き起こされる。痛みやしびれは、神経の関与が類推され、神経障害性疼痛をきたしているものと考えられる。

したがって、頚椎症性脊髄症に対するプレガバリンの算定は原則認められると整理した。

【国保】

F-210 プレガバリン(適応)(腰部脊柱管狭窄(症))

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、腰部脊柱管狭窄（症）の病名に対するプレガバリン錠の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル・リリカ OD 錠）の適応疾患は「神経障害性疼痛・線維筋痛症に伴う疼痛」であり、神経障害性疼痛は、痛みを伝える神経の損傷・異常によって引き起こされる疾患である。

腰部脊柱管狭窄（症）は、腰部の脊柱管が狭くなり、神経根が圧迫されることで痛みやしびれ、歩行困難などの症状が引き起こされる病態である。神経根の圧迫によって生じる痛みは、神経の関与が類推され、神経障害性疼痛をきたしているものと考えられる。

したがって、腰部脊柱管狭窄（症）に対するプレガバリンの算定は原則認められると整理した。

【国保】

F-211 プレガバリン(適応)(腰椎椎間板ヘルニア)

《令和 6 年 12 月 5 日新規》

○ 取扱い

原則として、腰椎椎間板ヘルニアの病名に対するプレガバリン錠の投与は認められる。

○ 取扱いの根拠

プレガバリン（リリカカプセル・リリカ OD 錠）の適応疾患は「神経障害性疼痛・線維筋痛症に伴う疼痛」であり、神経障害性疼痛は、痛みを伝える神経の損傷・異常によって引き起こされる疾患である。

腰椎椎間板ヘルニアは、腰椎の椎間板が変性し、中心部の髄核が外側に突出することで、周囲の神経根が圧迫される状態である。この圧迫により、神経障害性疼痛をきたしたものと考えられる。

したがって、腰椎椎間板ヘルニアに対するプレガバリンの算定は原則認められると整理した。

【国保】

F-212 骨粗鬆症治療薬の併用(抗スクレロスチンモノクロナール抗体製剤)

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

原則として、抗スクレロスチンモノクロナール抗体製剤（イベニティ皮下注）とヒト副甲状腺ホルモン製剤、ヒト型抗 RANKL モノクロナール抗体製剤、ビスホスホネート製剤、SERM 製剤の併用は認められない。

○ 取扱いの根拠

抗スクレロスチンモノクロナール抗体製剤（イベニティ皮下注）とヒト副甲状腺ホルモン製剤、ヒト型抗 RANKL モノクロナール抗体製剤、ビスホスホネート製剤、SERM 製剤を併用投与することで治療効果が高まる等のエビデンスはなく、併用は認められないと整理した。

【国保】

F-213 単なる慢性肝炎に対するウルソデオキシコール酸の投与量について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

単なる慢性肝炎に対するウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の投与量は、原則として 300 ㎎まで認められる。

○ 取扱いの根拠

慢性肝炎については、ウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の添付文書に「慢性肝疾患における肝機能の改善」に対する用法・用量として、「通常、成人 1 回 50 ㎎を 1 日 3 回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載されている。

以上のことから、単なる慢性肝炎に対するウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の投与量は、原則として 300 ㎎まで認められると判断した。

【国保】

F-214 抗悪性腫瘍薬投与前に H2 受容体拮抗剤の投与を行う際の H2 受容体拮抗剤の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

抗悪性腫瘍薬※（抗体薬を含む。）投与前に H2 受容体拮抗剤（ファモチジン等）の投与を行う際の H2 受容体拮抗剤の算定については、原則として、その傷病名を必要とせず認められる。

※エロツズマブ（遺伝子組換え）、イサツキシマブ（遺伝子組換え）注射液、カバジタキセル　アセトン付加物、パクリタキセル等

○ 取扱いの根拠

上記抗悪性腫瘍薬については、重篤な過敏症状（Infusion reaction）を来すことがあるため、添付文書の用法及び用量に関連する注意に、過敏反応の軽減や過敏症状の発現防止を目的に本剤投与前に H2 受容体拮抗剤（ファモチジン等）の投与を行うことが明記されている。

したがって、上記抗悪性腫瘍薬投与前においては、レセプト上、H2 受容体拮抗剤の対象となる傷病名の記載がない場合であっても、H2 受容体拮抗剤投与の必要性は判断できる。

以上のことから、上記抗悪性腫瘍薬（抗体薬を含む。）投与前に H2 受容体拮抗剤（ファモチジン等）の投与を行う際の H2 受容体拮抗剤の算定については、原則として、その傷病名を必要とせず認められると判断した。

【国保】

F-215 糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

2 型糖尿病に対する次の糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与は、原則として認められる。

⑴ ビグアナイド薬
⑵ チアゾリジン薬
⑶ スルホニル尿素（SU）薬
⑷ グリニド薬（速効型インスリン分泌促進薬）
⑸ DPP-4 阻害薬
⑹ α-グルコシダーゼ阻害薬
⑺ GLP-1 受容体作動薬

○ 取扱いの根拠

2 型糖尿病は、過食や運動不足といった生活習慣の乱れに伴い、インスリンが相対的不足に陥った場合に発症する。

糖尿病の薬物療法については、「糖尿病標準診療マニュアル 2025」に、経口血糖降下薬の単剤で開始して反応に応じて先のステップで種類の異なる薬剤を追加する旨、また、インスリンの適応か否かは各ステップでも考慮する旨記載されており、糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与は臨床的に有用であると考えられる。

以上のことから、2 型糖尿病に対する上記糖尿病治療剤とインスリン製剤の併用投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-216 アロプリノール(高血圧症のみ等)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名等に対するアロプリノール（ザイロリック錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴ 高血圧症のみ
⑵ 血液疾患に伴う口内炎又は難治性口内炎
⑶ 移植に伴う口内炎又は難治性口内炎

○ 取扱いの根拠

アロプリノール（ザイロリック錠等）は、キサンチンオキシダーゼに対して尿酸前駆物質であるヒポキサンチン及びキサンチンと拮抗することによって尿酸の生合成を抑制し、血中及び尿中尿酸値を低下させる作用等を有する高尿酸血症治療剤である。また、添付文書の効能・効果には「下記の場合における高尿酸血症の是正」と記載され、下記として「痛風、高尿酸血症を伴う高血圧症」と記載されている。

したがって、高血圧症のみや血液疾患に伴う口内炎又は難治性口内炎、移植に伴う口内炎又は難治性口内炎では本剤の適応とはならない。

以上のことから、上記⑴から⑶の傷病名等に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-217 亜鉛(Zn)検査がない酢酸亜鉛水和物製剤(亜鉛欠乏症の患者に対する投与開始時)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

亜鉛欠乏症に対して投与開始時に D007「37」亜鉛（Zn）の検査がない酢酸亜鉛水和物製剤（ノベルジン錠等）の投与は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

酢酸亜鉛水和物製剤（ノベルジン錠等）の添付文書の用法及び用量に関連する注意には「投与開始時及び用量変更時には、血清亜鉛濃度の確認を行うこと。」とあり、血清亜鉛濃度からみて亜鉛不足に起因する症状を呈している患者であるかを確認する必要がある。

以上のことから、亜鉛欠乏症に対して投与開始時に D007「37」亜鉛（Zn）の検査がない酢酸亜鉛水和物製剤（ノベルジン錠等）の投与は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-218 広範囲抗菌点眼剤(アレルギー性結膜炎の患者)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

アレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（オフロキサシン点眼液）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

オフロキサシン点眼液の添付文書の効能・効果にある適応症は「眼瞼炎、涙嚢炎、麦粒腫、結膜炎、瞼板腺炎、角膜炎（角膜潰瘍を含む。）、眼科周術期の無菌化療法」である。アレルギー性結膜炎の症状を抑える対症療法として抗アレルギー剤の点眼液を使用し、炎症が強い場合はステロイド剤の点眼液を併用する場合もある。ただし、効能・効果に適応症がないアレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（オフロキサシン点眼液）の投与の必要性はないと考えられる。

以上のことから、アレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（オフロキサシン点眼液）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-219 肝性脳症のない肝不全に対するアミノレバン EN 配合散の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

F-220 肋骨骨折疑い、肋軟骨炎疑いに対する外用薬の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

肋骨骨折疑い、肋軟骨炎疑い病名のみに対する外用薬の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

肋骨骨折疑い、肋軟骨炎疑いでは疾患の存在は類推できるが、疑い病名のみに対する治療は、適切ではないと考える。

以上のことから、肋骨骨折疑い、肋軟骨炎疑い病名のみに対する外用薬の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-221 抗コリン薬(前立腺肥大症)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

排尿障害がない前立腺肥大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等）以外の抗コリン薬の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

抗コリン薬は、副交感神経を亢進させるアセチルコリンの作用を抑制することにより、消化管の運動亢進に伴う疼痛や痙攣、下痢等を抑制し、膀胱平滑筋の収縮を抑制する。抗コリン薬であるブスコパン錠は、添付文書の禁忌に「前立腺肥大による排尿障害のある患者」とし、「更に尿を出にくくすることがある」と示されているが、排尿障害を来すことがない程度の前立腺肥大等であれば、当該医薬品の使用は臨床上有用と考えられる。

以上のことから、排尿障害がない前立腺肥大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等）以外の抗コリン薬の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-222 ビタミン剤【内服薬】(手術後以外)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

手術後以外で食事療養があり、高カロリー輸液がない場合のビタミン剤【内服薬】の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

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

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

以上のことから、手術後以外で食事療養があり、高カロリー輸液がない場合のビタミン剤【内服薬】の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【国保】

F-223 原疾患又はカルニチン欠乏を起こす原因が特定できない場合のカルニチン欠乏症に対するレボカルニチン製剤の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

F-224 ベンズブロマロン製剤(肝不全等)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

1　適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められない。

⑴　肝不全

⑵　腎不全

2　適応傷病名と腎（機能）障害がある患者に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）については、添付文書の警告の項に「副作用として肝障害が発生する場合がある」ことや「劇症肝炎等の重篤な肝障害が主に投与開始 6 か月以内に発現し、死亡等の重篤な転帰に至る例も報告されている」ことが記載されている。さらに、禁忌の項に「肝障害のある患者」、「高度の腎機能障害のある患者」が記載されている。また、本医薬品の薬理作用が糸球体で濾過された尿酸が、腎臓近位尿細管管腔側に存在する尿酸トランスポーター（URAT1）によって再吸収を阻害し、尿酸排泄促進させる作用であることから、腎不全には有効性が期待できない。

以上のことから、適応傷病名と上記 1 の傷病名のある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

一方、レセプト上、単に腎（機能）障害の傷病名の併存をもって、高度腎機能障害の状態であると判断することはできず、また、当該医薬品の効能・効果や副作用等を熟知した主治医の慎重な判断のもとで用法・用量に即し投与した場合の算定は妥当と考える。

以上のことから、適応傷病名と腎（機能）障害のある患者に対するベンズブロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-225 術後化学療法としてのカペシタビン(HER2 陰性早期乳癌の患者)の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

HER2 陰性早期乳癌に対する術後化学療法としてのカペシタビン（ゼローダ錠等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

乳癌診療ガイドライン（2022 年版）では、CREATE-X 試験を基にしたカペシタビンの投与は「強く推奨」されているが、当該医薬品の添付文書に示されている乳癌に対する「効能又は効果」は「手術不能又は再発乳癌」である。

以上のことから、HER2 陰性早期乳癌に対する術後化学療法としてのカペシタビン（ゼローダ錠等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【国保】

F-226 成人の気管支喘息に対するプロカテロール塩酸塩水和物エアゾール(メプチンエアー10μg 吸入100 回)の投与量について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

F-227 心不全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》
《令和７年12月４日更新》

○ 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る。

⑴ 心不全
⑵ 潜在性心不全

○ 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。

心不全は、心臓の機能が低下し、全身に十分な血液を送り出せなくなった状態と同時に送り出した血液を心臓に戻すことが十分にできなくなった状態で、末梢に血液のうっ滞が起こる（うっ血性心不全)。

また、潜在性心不全は、安静時には心不全症状がなく、労作などの負荷がかかったときに心不全症状がでるものである。

よって、いずれの場合であっても、当該医薬品の投与により、低下した心臓の働きを改善させることが期待される。

以上のことから、心不全、潜在性心不全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ると判断した。

【国保】

F-228 ロキソプロフェンナトリウム水和物(感冒等の患者)の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

次の傷病名に対するロキソプロフェンナトリウム水和物（ロキソニン錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴ 感冒
⑵ インフルエンザ
⑶ 肋間神経痛
⑷ 坐骨神経痛
⑸ 神経痛
⑹ 帯状疱疹
⑺ 頭痛

○ 取扱いの根拠

ロキソニン錠の添付文書の効能・効果※は以下のとおりであり、上記⑴から⑺の傷病名は明記されていない。

しかしながら、作用機序に「プロスタグランジン生合成抑制作用により、すぐれた鎮痛・抗炎症・解熱作用を有し、特に鎮痛作用が強力である。」と記載されており、当該医薬品は、上記傷病名による発熱、腫脹、疼痛等の症状に有用と考えられる。

以上のことから、上記⑴から⑺の傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

（※）添付文書の効能・効果

○ 下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群、歯痛

○ 手術後、外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎

○ 下記疾患の解熱・鎮痛
急性上気道炎（急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む）

【国保】

F-229 適応傷病名と胃潰瘍等がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤の算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

1　適応傷病名と出血を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。

2　適応傷病名と出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

チクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）は「血小板凝集抑制作用、抗血栓効果等を示す医薬品であり、これらの作用から、出血している患者への投与は止血が困難になる危険性が高い。

以上のことから、適応傷病名と出血を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

一方、出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の患者に対する当該医薬品の投与は、上記の危険性は低く、適応傷病名に対する有用性が高いと考えられる。

以上のことから、適応傷病名と出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-230 半消化態栄養剤(摂食嚥下機能障害)の算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

摂食嚥下機能障害に対する半消化態栄養剤（エンシュア・リキッド等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

エンシュア・リキッドは、食事の摂取が困難なときの栄養補給に用いられる経口・経管両用の経腸栄養剤で、添付文書の効能・効果には、「一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。」と示されている。

摂食嚥下機能障害は、食べること、飲み込むことの障害で、消化吸収機能は比較的保たれている状態であり、当該医薬品の投与により、タンパク質、脂肪、炭水化物、ビタミン、ミネラルなどを効果的に補給することができる。

以上のことから、摂食嚥下機能障害に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-231 トリプタン系片頭痛治療薬の２種類以上の同日処方について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

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

⑴ 内服薬２種類以上

⑵ 内服薬と外用薬

○ 取扱いの根拠

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

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

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

（※）

・経口剤投与後に注射液あるいは点鼻液を追加投与する場合には２時間以上

・注射液投与後に経口剤を追加投与する場合には１時間以上

・点鼻液投与後に経口剤を追加投与する場合には２時間以上

【国保】

F-232 トルバプタン【内服薬】等（単独投与）の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

投与開始時における心不全又は肝硬変に伴う体液貯留に対する次の薬剤の単独投与※は、原則として認められない。

※　他の利尿剤の投与がない場合

⑴　トルバプタン【内服薬】（サムスカ OD 錠等）

⑵　トルバプタンリン酸エステルナトリウム【注射薬】（サムタス点滴静注用）

○ 取扱いの根拠

トルバプタン【内服薬】及びトルバプタンリン酸エステルナトリウム【注射薬】は腎集合管のバソプレシン V2 受容体に拮抗的に作用し、水分だけを体外へ排出するという他の利尿剤にはない特徴を有する。そのため、急激な水分排出によって脱水症や高ナトリウム血症をきたし、浸透圧性脱髄症候群などの重篤な副作用を起こすリスクがある。したがって、心不全や肝硬変に伴う体液貯留に対して当該薬剤を投与する場合は、血清ナトリウム、循環血漿量を厳密に管理し、作用機序の異なる他の利尿薬（ループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬、抗アルドステロン薬等）との併用が求められている。

以上のことから、投与開始時における心不全又は肝硬変に伴う体液貯留に対する両薬剤の単独投与は、原則として認められないと判断した。

なお、前医等で併用投与の既往歴がレセプトで読み取れる場合は、この限りではない。また、本剤は、剤形（顆粒、OD 錠、点滴静注用）、規格単位によって効能・効果が異なることに留意すること。

【国保】

F-233 アロプリノール(肝障害、肝機能障害等)の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するアロプリノール（ザイロリック錠等）の算定は、原則として認められる。

⑴ 肝障害、肝機能障害
⑵ 非代償性肝硬変
⑶ 腎（機能）障害
⑷ 腎不全

○ 取扱いの根拠

アロプリノール（ザイロリック錠等）については、添付文書の特定の背景を有する患者に関する注意に「肝疾患を有する患者又はその既往歴のある患者：定期的に肝機能検査を実施すること。肝障害が発現又は増悪するおそれがある。」、「腎機能障害患者：投与量の減量や投与間隔の延長を考慮すること。本剤やその代謝物の排泄が遅延し高い血中濃度が持続する。特に腎不全患者に副作用が発現した場合は重篤な転帰をたどることがあり、死亡例も報告されている」旨記載されている。

しかしながら、当該医薬品の効能・効果や副作用等を熟知した主治医の慎重な判断のもと定期的な肝及び腎機能の検査の実施及び投与量の減量や投与間隔の延長等が行われ、用法・用量に即し投与した場合の算定は妥当と考える。

以上のことから、適応傷病名と上記⑴から⑷の傷病名がある患者に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-234 脂肪肝に対するウルソデオキシコール酸の算定について

《令和 7 年 8 月 28 日新規》

○ 取扱い

単なる脂肪肝に対するウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

ウルソデオキシコール酸（ウルソ錠等）の添付文書の効能・効果は、「胆道（胆管・胆のう）系疾患及び胆汁うっ滞を伴う肝疾患」 、「慢性肝疾患における肝機能の改善」等であり、単なる脂肪肝は本剤の適応とならない。また、ガイドライン（日本消化器病学会・日本肝臓学会 NAFLD/NASH 診療ガイドライン 2020）では常用量のウルソ錠等は脂肪肝に対して有用性が認められていないとされている。

以上のことから、単なる脂肪肝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-235 高脂血症及び脂質異常症の傷病名に対する薬剤の投与量について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

高脂血症及び脂質異常症の傷病名に対する次の薬剤の算定は原則として認められ、使用量は下記の量まで認められる。

⑴ アトルバスタチンカルシウム（リピトール錠等） 1 日 20mg まで
⑵ フルバスタチンナトリウム（ローコール錠等） 1 日 60mg まで
⑶ ピタバスタチンカルシウム（リバロ錠等）小児の場合 1 日 2mg まで、成人の場合 1 日 4 ㎎まで
⑷ プラバスタチンナトリウム（メバロチン錠等） 1 日 20mg まで
⑸ シンバスタチン（リポバス錠等） 1 日 20mg まで
⑹ ベザフィブラート（ベザトール錠等） 1 日 2 回/400mg まで
⑺ オメガ-3 脂肪酸エチル（ロトリガ粒状カプセル等）1 日 2 回/4g まで
⑻ イコサペント酸エチル(エパデールカプセル等) 1 日 3 回 2,700mg まで

○ 取扱いの根拠

上記の脂質異常症治療薬は、高コレステロール血症、高トリグリセライド血症を含む高脂血症及び脂質異常症の傷病名に認められ、その際の使用量は、それぞれの薬剤の用法・用量の範囲内とした。

以上のことから、高脂血症及び脂質異常症の傷病名に対する上記医薬品の算定は原則として認められ、投与量は、上記の量まで認められると判断した。

【国保】

F-236 酸化マグネシウムの倍量までの算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

酸化マグネシウムの投与量は、原則として倍量まで認められる。

○ 取扱いの根拠

酸化マグネシウムの添付文書の用法用量には、「年齢、症状により適宜増減する。」とある。患者の症状の改善のため投与量を増量する場合であっても、用法用量の倍量までの投与が妥当と考える。

以上のことから、酸化マグネシウムの投与量は、原則として倍量まで認められると判断した。

【国保】

F-237 ジヒドロコデインリン酸塩配合の中枢性麻薬性鎮咳薬(12 歳未満の小児)の投与について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

ジヒドロコデインリン酸塩配合の中枢性麻薬性鎮咳薬（ライトゲン配合シロップ等）の 12 歳未満の小児への投与は、原則、認められない。

ただし、患者の年齢のみをもって画一的に判断するのではなく、主治医が患者の体重等を勘案し、治療上必要であると認め投与したこと等も考慮の上、症例個々に判断する必要がある。

○ 取扱いの根拠

ジヒドロコデインリン酸塩配合の中枢性麻薬性鎮咳薬（ライトゲン配合シロップ等）の算定については、添付文書に「12 歳未満の小児に投与しないこと。呼吸抑制の感受性が高い。海外において、12 歳未満の小児で死亡を含む重篤な呼吸抑制のリスクが高いとの報告がある。」とあることから、原則、認められない。

ただし、審査に当たっては、患者の年齢のみをもって画一的に判断するのではなく、主治医が当該患者の体重等を勘案し、治療上必要であると認め投与したこと等も考慮の上、症例個々に判断する必要がある。

【国保】

F-238 慢性便秘症に対するルビプロストン等の併用投与について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

慢性便秘症に対して、ルビプロストン（アミティーザカプセル)、リナクロチド（リンゼス錠)、エロビキシバット（グーフィス錠)、これら 3 つの薬剤はそれぞれ作用機序が異なるため、3 剤のうち 2 剤の併用は原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

3 種の便秘治療薬のうち、エロビキシバットは「胆汁酸トランスポーター阻害薬」に、ルビプロストンとリナクロチドは「粘膜上皮機能変容薬」に分類されている。

ルビプロストンとリナクロチドについては、作用機序として、最終的には腸管内に Cl イオンを分泌させることにより腸管内への水分分泌を促進させて排便を促進させるものの、Cl イオン分泌までの作用機序が異なること、またリナクロチドは知覚神経を抑制して大腸感覚過敏を改善させることから、異なる作用を持つ。

以上のことから、これら 3 つの薬剤は、それぞれ作用機序が異なるため、3 剤のうち 2 剤の併用は原則認められると判断した。

【国保】

F-239 変形性腰椎症に対するエスフルルビプロフェン･ハッカ油の算定について

《令和 7 年 12 月 4 日新規》

○ 取扱い

変形性腰椎症に対するエスフルルビプロフェン・ハッカ油（ロコアテープ）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

加齢や重労働など様々な要因で、椎体の変形、骨棘形成、椎間板変性、さらに椎間関節の変形性関節症を来したものが変形性脊椎症である。この現象が腰椎に発生したものが変形性腰椎症であることから、変形性関節症と同等の疾患としてロコアテープの使用は有用性が高いと考える。

以上のことから、変形性腰椎症に対するエスフルルビプロフェン・ハッカ油（ロコアテープ）の算定は原則として、認められると判断した。

【国保】

F-240 プロトンポンプ・インヒビター（再発・再燃の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍）の算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

内視鏡検査等の実施がレセプトで確認ができない場合の再発・再燃の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

胃潰瘍、十二指腸潰瘍の再発・再燃においては、心窩部痛や胸やけ、吐き気等の自覚症状により診断することは臨床上可能であり、プロトンポンプ・インヒビター（PPI）の投与に当たって、必ずしも上部消化管内視鏡検査を必要としない。

以上のことから、再発・再燃の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）の算定は、内視鏡検査等の実施がレセプトで確認できない場合であっても原則として認められると判断した。

【国保】

F-241 ゾルピデム酒石酸塩錠と他の催眠鎮静剤の併算定について

《令和 7 年 3 月 7 日新規》

○ 取扱い

ゾルピデム酒石酸塩錠（マイスリー錠）と他の催眠鎮静剤（薬効分類番号 1120）の併用投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

催眠鎮静剤は、バルビツール酸系催眠鎮静剤、ベンゾジアゼピン系催眠鎮静剤、非ベンゾジアゼピン系催眠鎮静剤、メラトニン刺激薬、オレキシン拮抗薬に大別され、作用時間別に超短時間作用型、短時間作用型、中時間作用型、長時間作用型に分類される。

ゾルピデム酒石酸塩錠（マイスリー錠）は、不眠症のうち入眠障害に対して投与する超短時間作用型の非ベンゾジアゼピン系催眠鎮静剤である。

不眠症は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒又は熟眠障害の 4 つのタイプに分かれるが、症状により複数の催眠鎮静剤を併用投与することがある。

このため、ベンゾジアゼピン系催眠鎮静剤の多剤併用によって有害事象のリスクが高まることが危惧されるものの、臨床上の有用性よりゾルピデム酒石酸塩錠（マイスリー錠）と他の催眠鎮静剤（薬効分類番号 1120）の併用投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-242 １型糖尿病(インスリン抵抗性の記載がある場合を含む。)等に対する糖尿病治療剤(α-グルコシダーゼ阻害薬)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糖尿病治療剤（α-グルコシダーゼ阻害薬）の算定は、原則として認められる。

⑴ １型糖尿病（インスリン抵抗性の記載がある場合を含む。）

⑵ 緩徐進行１型糖尿病

○ 取扱いの根拠

糖尿病治療剤（α-グルコシダーゼ阻害薬）は腸管での糖の分解を抑制して吸収を遅らせるため、食直前に内服することで、食後の高血糖や高インスリン血症を抑えることができる。また、その作用機序より、他の糖尿病治療剤との併用にも適しており、１型糖尿病患者にも使用でき、インスリンとの併用で食後高血糖の抑制も期待できる。

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。)、緩徐進行１型糖尿病に対する糖尿病治療剤（α-グルコシダーゼ阻害薬）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-243 高アンモニア血症等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６月６日新規》

○ 取扱い

次の傷病名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る。

⑴ 高アンモニア血症

⑵ 肝性脳症

○ 取扱いの根拠

ラクツロース（ラクツロース・シロップ 60%等）やラクチトール水和物散（ポルトラック原末）は、分解・吸収されることなく下部消化管に達し腸内で細菌により分解され有機酸を生成することにより腸管内を酸性化し、腸管内細菌の発育を抑制させ、腸管でのアンモニア産生抑制及びアンモニアの腸管吸収抑制作用を有する。その結果、血液中アンモニアが低下し、また、高アンモニア血症に伴う肝性脳症を改善させる。

以上のことから、高アンモニア血症、肝性脳症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ると判断した。

【国保】

F-244 シロスタゾールとチクロピジン塩酸塩製剤(慢性動脈閉塞症等)の併用投与について

《令和 7 年 3 月 6 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シロスタゾール（プレタール OD 錠等）とチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の併用投与は、原則として認められる。

また、以下の医薬品との複数投与も原則として認められる。

※　サルポグレラート塩酸塩（アンプラーグ錠等)、リマプロストアルファデクス錠(オパルモン錠等)、イコサペント酸エチルカプセル（エパデール S 等)、ベラプロストナトリウム錠　（ドルナー錠等）

○ 取扱いの根拠

シロスタゾール（プレタール OD 錠）及びチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）は共に抗血小板薬である。前者の添付文書の作用機序に、「セロトニン放出を抑制するが、セロトニン、アデノシンの血小板への取り込みには影響を与えない。また、トロンボキサン A2 による血小板凝集を抑制する」、「血小板及び血管平滑筋　PDE3（cGMP-inhibited phosphodiesterase）活性を選択的に阻害することにより、抗血小板作用及び血管拡張作用を発揮する」とされ、一方、後者は「血小板のアデニレートシクラーゼ活性を増強して血小板内 cAMP 産生を高め血小板凝集能・放出能を抑制する」とされており、両者の作用機序は異なる。

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これらの医薬品の併算定は、原則として認められると判断した。

また、同様に上記※に記載した抗血小板薬についても、それぞれの作用機序から、複数投与は原則として認められると判断した。

【国保】

F-245 ジピリダモール製剤(ネフローゼ症候群)の算定について

《令和 7 年 3 月 6 日新規》

○ 取扱い

ネフローゼ症候群に対するジピリダモール製剤（ペルサンチン錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ジピリダモール製剤（ペルサンチン錠等）は、抗血小板作用をはじめ、血栓・塞栓抑制作用、尿蛋白減少作用、腎機能改善作用等を有する医薬品で、添付文書の効能・効果の一つに「次の疾患における尿蛋白減少：ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群」と記載されている。

頻回再燃型を除いた多くのネフローゼ症候群は糸球体の器質的病変に起因しており、持続性でステロイド抵抗性であるが、当該薬剤は薬理作用より判断して有用である。

以上のことから、ネフローゼ症候群に対するジピリダモール製剤（ペルサンチン錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-246　ロスバスタチンカルシウム錠(高脂血症及び脂質異常症)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

高脂血症及び脂質異常症に対するロスバスタチンカルシウム錠（クレストール錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

ロスバスタチンカルシウム錠（クレストール錠等）の添付文書の効能・効果は「高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症」であるが、高脂血症、脂質異常症は高コレステロール血症を含む。

以上のことから、高脂血症及び脂質異常症に対するロスバスタチンカルシウム錠（クレストール錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-247 ビタミン剤(ビタミン B12 製剤を除く。)【内服薬】(急性腸炎等)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

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

⑴ 急性腸炎、急性胃腸障害、胃腸炎、感染性胃腸炎
⑵ 感冒、上気道炎
⑶ 脱水症
⑷ 嘔吐症、下痢症
⑸ インフルエンザ
⑹ 眼精疲労

○ 取扱いの根拠

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

上記⑴から⑹の傷病名等は、ビタミンの欠乏や代謝異常が原因ではないことから、上記告示の要件に合致しない。

以上のことから、上記傷病名等に対するビタミン剤（ビタミンＢ12 製剤を除く。）【内服薬】の算定は、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【国保】

F-248 ビタミン剤【内服薬・注射薬】(妊娠悪阻)の算定について

《令和 8 年 3 月 5 日新規》

○ 取扱い

妊娠悪阻に対するビタミン剤【内服薬・注射薬】の算定は、原則として認められる。

ただし、ビタミンB12製剤及びビタミンB12を含む配合剤については、個別の品目ごとの判断とする。

○ 取扱いの根拠

妊娠悪阻では、妊婦に出現した吐気、嘔吐、食欲不振等の重症化により、脱水や栄養代謝障害が生じる。治療には入院により経口摂取を中止し、カロリー輸液、チアミン、マルチビタミンおよび電解質等を投与する。ビタミン剤の注射は、ビタミンを経口摂取できるようになるまで継続する必要がある。

以上のことから、妊娠悪阻に対するビタミン剤【内服薬・注射薬】の算定は、原則として認められると判断した。

ただし、ビタミンB12製剤及びビタミンB12を含む配合剤については、添付文書の効能効果欄に「ビタミン B12 の需要が増大し、食事からの摂取が不十分な際の補給（消耗性疾患、妊産婦、授乳婦等)」と記載されていない医薬品もあることから、個別の品目ごとに医学的判断とする。

【国保】

F-249 アポハイドローション 20%の投与量について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

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

○ 取扱いの根拠

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

以上のことから、当該医薬品の 2 本の算定は、原則として認められると判断した。

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

【国保】

F-250 アシクロビル【内服薬】(造血細胞移植後の患者等)の投与期間について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

造血細胞移植後の患者、ボルテゾミブ又はベンダムスチン投与終了後の患者に対するアシクロビル【内服薬】(ゾビラックス錠等)の投与期間について、移植後(同種・自家)又は投与終了後から 1 年未満は、原則として認められる。

なお、1 年以上の場合は、患者の基礎疾患や GVHD 等治療内容から個々の症例により判断する。

○ 取扱いの根拠

造血細胞移植ガイドライン(日本造血細胞移植学会)には、移植後 1 年を境に「ACV(アシクロビル)の少量長期予防効果が認められた」との記載があり、造血細胞移植後 1 年未満のアシクロビル【内服薬】(ゾビラックス錠等)の投与は有用と考える。また、ボルテゾミブ又はベンダムスチン投与終了した患者に対しても同様に 1 年未満の投与は有用と考える。

以上のことから、造血細胞移植後の患者、ボルテゾミブ又はベンダムスチン投与終了後の患者に対するアシクロビル【内服薬】(ゾビラックス錠等)の投与期間について、移植後(同種・自家)又は投与終了後から 1 年未満は、原則として認められると判断した。

なお、1 年以上の場合は、患者の基礎疾患や GVHD 等治療内容から個々の症例により判断する。

【国保】

F-251 リナクロチド又はルビプロストン(慢性の記載がない便秘症)の算定について

《令和 7 年 5 月 29 日新規》

○ 取扱い

慢性の記載がない便秘症に対するリナクロチド（リンゼス錠）又はルビプロストン（アミティーザカプセル）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

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

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

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

【国保】

F-252 インフルエンザ等に対する去痰剤【内服薬】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、効能・効果に上気道炎（咽頭炎、喉頭炎含む。）のある去痰剤【内服薬】（L-カルボシステイン、セネガシロップ等）の算定は、原則として認められる。

⑴ インフルエンザ

⑵ 感冒

○ 取扱いの根拠

去痰剤【内服薬】の一つである L-カルボシステイン（ムコダイン錠250mg）の添付文書の効能・効果は「上気道炎（咽頭炎、喉頭炎）、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、慢性副鼻腔炎の排膿（去痰）」である。

インフルエンザ・感冒では、発熱、関節痛、筋肉痛、倦怠感や悪寒といった全身症状のほか、咽頭炎などの上気道炎症状を伴う。

以上のことから、インフルエンザ、感冒に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-253 アコチアミド塩酸塩水和物錠の算定について

《令和 6 年 6 月 6 日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名が併存する場合の機能性ディスペプシアに対するプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）とアコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の併用投与は、原則として認められる。

⑴　胃十二指腸潰瘍瘢痕

⑵　逆流性食道炎

2　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 H2 ブロッカーとアコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の併用投与は、原則として認められる。

⑴　胃十二指腸潰瘍瘢痕

⑵　逆流性食道炎

⑶　慢性胃炎

○ 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」である。

機能性ディスペプシア（以下、「FD」という。）は「症状の原因となる器質的、全身性、代謝性疾患がないのにもかかわらず、慢性的に心窩部痛や胃もたれなどの心窩部を中心とする腹部症状を呈する疾患」※と定義され、プロトンポンプ・インヒビターや H2 ブロッカーも FD と同様の症状改善に有効とされている。

胃十二指腸潰瘍瘢痕は、潰瘍が治癒し瘢痕化した状態であるが、慢性的に胃もたれや腹部膨満などの腹部症状を来すことがあり、当該医薬品が併用投与される。

逆流性食道炎は、胃酸など胃内容物の食道への逆流による症状（胸やけ、呑酸）を呈し、FD とは別疾患とされたが、関連学会において FD との併存及び合併がよくみられると報告されている。したがって、プロトンポンプ・インヒビターや H2 ブロッカーと当該医薬品の併用投与は有用であると考えられる。

慢性胃炎は「慢性的な胃粘膜の組織学的炎症」※との定義により、FD とは異なる病態とされるが、FD と同様の症状を呈すること、また一般臨床で胃粘膜病変を呈しないような慢性胃炎に FD が含まれていることから、H2 ブロッカーが併用投与される。

以上のことから、1 傷病名⑴⑵が併存する場合の FD に対するプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）と FD 治療剤・アコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の併用投与は、原則として認められる、2 傷病名⑴から⑶が併存する場合の FD に対する H2 ブロッカーと FD 治療剤・アコチアミド塩酸塩水和物錠（アコファイド錠）の併用投与は、原則として認められると判断した。

（※）機能性消化管疾患診療ガイドライン 2021－機能性ディスペプシア（FD）改訂第 2 版（日本消化器病学会）

【国保】

F-254 胃炎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

胃炎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る。

○ 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。上部消化管に対する薬理作用として、食後期の胃、十二指腸運動促進作用、それに伴う胃排出促進作用があることより、胃炎の症状に有用性があると考えられる。

以上のことから、胃炎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ると判断した。

【国保】

F-255 適応傷病名と未破裂脳動脈瘤がある患者に対するトリプタン系片頭痛薬の算定について

《令和 6 年 9 月 24 日新規》

○ 取扱い

適応傷病名と未破裂脳動脈瘤がある患者に対するトリプタン系片頭痛薬（イミグラン錠、ゾーミッグ錠、レルパックス錠、マクサルト錠、アマージ錠等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

トリプタン系片頭痛治療薬（イミグラン錠、ゾーミッグ錠、レルパックス錠、マクサルト錠、アマージ錠等）は、脳や心臓の血管に作用して強い血管収縮作用を有し、過度に拡張した血管を収縮させることで片頭痛発作を軽減する。添付文書の禁忌の中に、「次の患者には投与しないこと」があり、その中に「脳血管障害や一過性脳虚血発作の既往がある患者：脳血管障害や一過性脳虚血発作があらわれるおそれがある。」と示されている。ここで言う脳血管障害は、薬剤の作用機序から、虚血性の脳血管障害と考えられ、未破裂脳動脈瘤破裂の要因とはなりにくいと考える。

以上のことから、適応傷病名と未破裂脳動脈瘤がある患者に対するトリプタン系片頭痛薬（イミグラン錠、ゾーミッグ錠、レルパックス錠、マクサルト錠、アマージ錠等）の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-256 重症度の記載がないアルツハイマー型認知症に対するアルツハイマー型認知症治療剤の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

アルツハイマー型認知症に対する次のアルツハイマー型認知症治療薬の算定は、レセプトに重症度の記載がない場合であっても、原則として認められる。

⑴ 軽度から重度（高度）の記載がないドネペジル塩酸塩【10mg】（アリセプト錠 10mg 等）

⑵ 中等度及び高度の記載がないメマンチン塩酸塩（メマリー錠等）

⑶ 軽度及び中等度の記載がないリバスチグミン（リバスタッチパッチ等）又はガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠等）

○ 取扱いの根拠

アルツハイマー型認知症治療薬の選択は、病期、薬剤の特徴と使用歴、症状、治療効果、副作用を考慮して行い、必要に応じて投与量を変更する。各治療薬の添付文書の効能・効果等より、ドネペジル塩酸塩（アリセプト錠）は軽度から重度（高度）の患者に、メマンチン塩酸塩（メマリー錠）は中等度から重度の患者に、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）は軽度から中等度の患者に投与するものであり、軽度、中等度、高度の記載がない場合であっても、本治療薬の算定は適切であると考える。

以上のことから、レセプトに重症度の記載がないアルツハイマー型認知症に対する上記⑴から⑶のアルツハイマー型認知症治療薬の算定は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-257 エスフルルビプロフェン･ハッカ油の算定について

《令和８年３月５日新規》

○ 取扱い

1　次の傷病名に対するエスフルルビプロフェン・ハッカ油（ロコアテープ）の算定は、原則として認められない。

⑴　頚肩腕症候群
⑵　肩関節周囲炎
⑶　腰椎椎間板症
⑷　腰痛症
⑸　腰椎椎間板ヘルニア
⑹　坐骨神経痛
⑺　腱鞘炎
⑻　上顆炎
⑼　関節リウマチ
⑽　関節炎
⑾　関節痛
⑿　捻挫
⒀　打撲
⒁　骨折
⒂　挫傷
⒃　外傷
⒄　筋肉痛

2　部位の記載がない場合の変形性関節症に対するエスフルルビプロフェン・ハッカ油（ロコアテープ）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

エスフルルビプロフェン･ハッカ油（ロコアテープ）の添付文書の効能･効果は「変形性関節症における鎮痛・消炎」である。

変形性関節症は、四肢および脊椎の関節軟骨に退行変性が起こり、関節の痛み、こわばり、可動域制限や形態変化を起こす疾患※1で、1 に記載した疾患は、変形性関節症に該当しない。

このため、上記 1 の疾患に対する当該医薬品の算定は、原則として認め

られないと判断した。

一方、変形性関節症は、発症部位により、変形性頚椎症、変形性肘関節症、変形性腰椎症、変形性膝関節症等と呼ばれるが、厚生労働省通知※2 等において、レセプトに部位の記載が必要である旨示されていない。

よって、部位の記載がない場合の変形性関節症に対する当該医薬品の算定は、原則として認められると判断した。

（※1）南山堂医学大辞典第 20 版

（※2）診療報酬請求書等の記載要領等について

【国保】

F-258 クラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物（細菌性肺炎）の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

細菌性肺炎に対するクラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物（オーグメンチン配合錠）の投与は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

オーグメンチン配合錠は、呼吸器系の感染症に対して最も多い肺炎球菌感染症に対して有効である。また、成人肺炎診療ガイドライン 2024 において、市中肺炎の第一選択薬と示されている。

以上のことから、細菌性肺炎に対するクラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物（オーグメンチン配合錠）の投与は、原則として認められると判断した。

【国保】

F-259 メラトニン(16 歳以上の患者)の算定について

《令和 8 年 5 月 28 日新規》

○ 取扱い

16 歳以上の患者に対するメラトニン（メラトベル顆粒小児用 0.2%、メラトベル錠小児用 1mg 及び 2mg）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いの根拠

メラトニン（メラトベル顆粒小児用 0.2%、メラトベル錠小児用 1mg 及び 2mg）は、小児期の神経発達症に伴う入眠困難の改善に用いるメラトニン受容体作動薬であり、添付文書の「効能又は効果に関連する注意」に「6 歳未満又は 16 歳以上の患者における有効性及び安全性は確立していない（当該年齢の患者を対象とした臨床試験は実施していない)。」と記載されている。

また、成人に用いるメラトニン受容体作動薬としては、他にラメルテオン（ロゼレム錠 8mg）がある。

以上のことから、16 歳以上の患者に対するメラトニン（メラトベル顆粒小児用 0.2%、メラトベル錠小児用 1mg 及び 2mg）の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、メラトニンを 16 歳未満から継続的に投与している患者についてはこの限りではない。

【国保】

F-260 イソロイシン・ロイシン・バリンの算定について

《令和 8 年 8 月 27 日新規》

○ 取扱い

1　肝硬変かつ低アルブミン血症に対するイソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の算定は、原則として認められる。

2　次の傷病名のみに対するイソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の算定は、原則として認められない。

⑴　低アルブミン血症
⑵　C 型慢性肝炎
⑶　慢性肝炎
⑷　劇症肝炎
⑸　高アンモニア血症
⑹　肝硬変
⑺　肝性脳症
⑻　肝不全
⑼　慢性肝炎かつ低アルブミン血症
⑽　肝硬変かつ食道静脈瘤

○ 取扱いの根拠

イソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）の添付文書の効能・効果は「食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善」と示されている。一方、効能又は効果に関連する注意に「以下の患者は肝硬変が高度に進行しているため本剤の効果が期待できないので投与しないこと。」とあり、以下の患者に「肝性脳症で昏睡度がⅢ度以上の患者」、「総ビリルビン値が 3mg/dL 以上の患者」、「肝臓での蛋白合成能が著しく低下した患者」と示されている。

以上のことから、イソロイシン・ロイシン・バリン（リーバクト配合顆粒等）について、肝硬変かつ低アルブミン血症に対する算定は原則として認められ、2 の傷病名のみに対する算定は原則として認められないと判断した。

【国保】

F-261 慢性腎臓病に対するカルシトリオール及びアルファカルシドールの算定について

《令和 8 年 8 月 27 日新規》

○ 取扱い

慢性腎臓病（ステージ G4、G5 及び G5D）に対するカルシトリオール（注射剤を除く）（ロカルトロールカプセル等）及びアルファカルシドール（アルファロールカプセル等）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いの根拠

CKD 診療ガイド 2024（日本腎臓学会）の MBD※治療の実際において、ステージ G4 では「血清 Ca 値の低下はまだ始まっていないが、PTH 上昇を抑える目的で活性型ビタミン D 製剤の使用を考慮する。」とされ、ステージ G5 では「活性型ビタミン D 製剤は PTH 値を抑制するとともに血清 Ca 値を正常範囲に保つうえで有効である。」とされている。

カルシトリオール（注射剤を除く）（ロカルトロールカプセル等）及びアルファカルシドール（アルファロールカプセル等）は、慢性腎不全におけるビタミン D 代謝異常に伴う諸症状の改善を効能又は効果とする活性型ビタミン D3 製剤であり、慢性腎臓病のステージ G4、G5 及び G5D について慢性腎不全に相当すると判断される。

以上のことから、MBD が生じるとされる慢性腎臓病（ステージ G4、G５及び G5D）に対するカルシトリオール（注射剤を除く）（ロカルトロールカプセル等）及びアルファカルシドール（アルファロールカプセル等）の算定は、原則として認められると判断した。

※MBD (mineral and bone disorder)：骨・ミネラル代謝異常