

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

社会保険診療報酬支払基金における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

今般、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、平成31年4月に支払基金に設置した「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等^(※)において、検討を重ね、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」を取りまとめましたので、公表いたします。

なお、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意願います。

(※)「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、平成29年1月から平成31年3月までの間は、「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」で検討していましたが、平成30年度に審査に関する検討体制の改編を行い、令和元年度以降は「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等で検討することとなりました。

令和6年2月

診療項目	番号	タイトル	頁
検査	153	Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体等の算定間隔について	1
検査	154	初回受診時の心不全に対するBNPの算定について	2
検査	155	肺炎等に対するクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体等の算定について	3
検査	156	トキソプラズマ抗体とトキソプラズマIgM抗体の併算定について	4
検査	157	抗Sm抗体定性等の算定について	5
検査	158	TARCと非特異的IgE半定量又は非特異的IgE定量の併算定について	6
検査	159	インフルエンザウイルス抗原定性の算定について	7
画像診断	160	各種癌に対するMRI撮影の算定について	8
画像診断	161	狭心症、心筋梗塞に対する冠動脈CT撮影又はMRI撮影の算定について	9
画像診断	162	関節リウマチに対するMRI撮影の算定について	10
投薬	163	急性気管支炎等に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物(口腔用に限る。)の算定について	11
投薬	164	リトドリン塩酸塩の算定について	12
投薬	165	ベタメタゾン吉草酸エステル等の算定について	13
投薬	166	ジフロラゾン酢酸エステル又はフルオシノニドの算定について	14
投薬	167	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン等の算定について	15

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	168	ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩の算定について	16
投薬	169	フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏の算定について	17
投薬	170	ポビドンヨード含嗽剤及びデカリニウム塩化物の算定について①	18
投薬	171	裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合の算定について	19
投薬	172	急性上気道炎等に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】の算定について	20
投薬	173	ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合の算定について	21
注射	174	濃グリセリン・果糖注射液の算定について①	22
注射	175	アセトアミノフェン静注液又はトラマドール塩酸塩注射液とフルビプロフェン アキシチルの併用投与について	23
注射	176	脳梗塞に対するエダラボン注射液とオザグレナトリウム注射液等の併算定について	24
リハビリテーション	177	運動器リハビリテーション料の算定について	25
処置	178	皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定について	27
処置	179	皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定について	28
処置	180	皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定について	29
処置	181	乳癌手術後の創部体液貯留に対する乳腺穿刺の算定について	30
手術	182	挫創に対するデブリードマン加算の算定について	31

診療項目	番号	タイトル	頁
手術	1 8 3	創傷処理の算定について①	32
手術	1 8 4	骨折非観血的整復術（その他の骨折非観血的整復術）の算定について	33
手術	1 8 5	開頭による頭蓋内手術翌日以降の試験開頭術の算定について	34
手術	1 8 6	大伏在静脈拔去術の算定について	35
手術	1 8 7	内視鏡的膵管ステント留置術の算定について	36
手術	1 8 8	膵疾患がない場合の内視鏡的膵管ステント留置術と同日の内視鏡的乳頭切開術等の算定について	37
手術	1 8 9	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定について	38
麻酔	1 9 0	閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術時における眼軟膏剤の算定について	39
病理診断	1 9 1	虫垂炎に対する病理組織標本作製の算定について	40

【 検 査 】

153 Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体等の算定間隔について

《令和6年5月31日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

次の検査の算定は、原則として3か月に1回認められる。

- (1) D007「35」IV型コラーゲン
- (2) D007「38」プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）
- (3) D007「41」IV型コラーゲン・7S
- (4) D007「45」ヒアルロン酸
- (5) D007「49」Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 検 査 】

154 初回受診時の心不全に対するBNPの算定について

《令和6年5月31日》

《令和8年3月31日更新》

《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

- ① 初回受診時の基礎疾患のない心不全（疑い含む。）に対するD008「19」BNPの算定は、原則として認められる。
- ② 初回受診時の胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全（疑い含む。）に対するD008「19」BNPの算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

D008「19」BNPについては、心不全の診断又は病態把握のために実施されている。

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

【 検 査 】**１５５ 肺炎等に対するクラミドフィラ・ニューモニエ I g G 抗体等の算定について**

《令和 6 年 5 月 3 1 日》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

クラミジア感染症の記載がない次の傷病名に対する D012「9」クラミドフィラ・ニューモニエ I g G 抗体、D012「10」クラミドフィラ・ニューモニエ I g A 抗体又は D012「30」クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎（疑い含む。）
- (2) 肺結核
- (3) 慢性閉塞性肺疾患
- (4) 急性上気道炎
- (5) 急性気管支炎
- (6) 急性副鼻腔炎
- (7) 気管支喘息

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】**１５６ トキソプラズマ抗体とトキソプラズマ I g M 抗体の併算定について****《令和 6 年 5 月 3 1 日》****○ 取扱い**

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

- (1) 先天性トキソプラズマ症疑い
- (2) 胎児のトキソプラズマ症が疑われた妊婦
- (3) トキソプラズマ感染妊婦からの出生児

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】**１５７ 抗Ｓｍ抗体定性等の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

- ① 全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するD014「12」抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量又は抗Ｓｍ抗体定量の算定は、原則として認められる。
- ② 関節リウマチの疑いに対するD014「12」抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量又は抗Ｓｍ抗体定量の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】

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

《令和6年5月31日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

D015「17」TARCと「11」非特異的IgE半定量又は「11」非特異的IgE定量の併算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

以上のことから、D015「17」TARCと「11」非特異的IgE半定量又は「11」非特異的IgE定量の併算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**１５９ インフルエンザウイルス抗原定性の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 画像診断 】

160 各種癌に対するMRI撮影の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

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

- (1) 乳癌（疑い含む。）
- (2) 悪性腫瘍確定患者
- (3) 前立腺癌疑い

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 画像診断 】

１６１ 狭心症、心筋梗塞に対する冠動脈ＣＴ撮影又はＭＲＩ撮影の算定について

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

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

- (1) 狭心症
- (2) 心筋梗塞

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 画像診断 】

１６２ 関節リウマチに対するMRI撮影の算定について

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 投薬 】

１６３ 急性気管支炎等に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る。）の算定について

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る。）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎
- (2) 慢性気管支炎

○ 取扱いを作成した根拠等

アズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る。）の添付文書の効能・効果は「咽頭炎、扁桃炎、口内炎、急性歯肉炎、舌炎、口腔創傷」である。

気管支炎は、咽頭をはじめとした上気道ではなく、下気道（気管、気管支）に炎症を起こす疾患の総称であり、上記の効能・効果には該当しない。

以上のことから、急性気管支炎、慢性気管支炎に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**１６４ リトドリン塩酸塩の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するリトドリン塩酸塩【内服薬・注射薬】（ウテメリン等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 骨盤位
- (2) 前期破水（子宮内感染症を伴う場合を含む。）

○ 取扱いを作成した根拠等

リトドリン塩酸塩（ウテメリン）の作用機序は、添付文書に「 β 受容体に対する選択的な刺激効果に基づき c - AMP 含量を増加させ、 Ca^{++} の貯蔵部位への取り込みを促進して子宮運動抑制をきたすと考えられるとともに、膜の過分極、膜抵抗減少及びスパイク電位発生抑制をきたし、子宮収縮抑制作用を発揮する」と記載されており、子宮収縮抑制作用により切迫早産又は流産を防止する。

切迫流産は、様々な原因により妊娠 22 週未満で妊娠の終了が差し迫った状態であり、切迫早産は、妊娠 22 週以降 37 週未満で下腹部痛や性器出血、破水等の症状があり、かつ内診で子宮口の開大や児頭の下降などの所見を伴い、分娩となる可能性が高まっている状態である。

骨盤位や前期破水では、切迫流産又は切迫早産がない場合も临床上あり得る。

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。

【 投 薬 】**１６５ ベタメタゾン吉草酸エステル の算定について**

《令和 6 年 5 月 3 1 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロンーV軟膏 0.12%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹
- (2) 慢性じんま疹
- (3) 乾皮症、皮脂欠乏症

○ 取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、1 か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、1 か月以上症状が継続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第2世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが、副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

乾皮症（皮脂欠乏症）は、皮膚表面を覆う皮脂の減少により皮膚が乾燥する疾患であり、治療には保湿剤を使用する。保湿剤による治療にもかかわらず増悪して湿疹化した場合は、ステロイド外用薬等の抗炎症薬を用いた治療を併用することがあるが、乾皮症や皮脂欠乏症に対する、ステロイド外用薬投与の必要性は低いと考えられる。

ベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロンーV軟膏 0.12%）は、皮膚外用合成副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記(1)から(3)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。

【 投薬 】**166 ジフロラゾン酢酸エステル又はフルオシノニドの算定について****《令和6年5月31日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するジフロラゾン酢酸エステル（ダイアコート軟膏 0.05%）又はフルオシノニド（トプシム軟膏 0.05%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹
- (2) 慢性じんま疹

○ 取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、1か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、1か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第2世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン2018において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが、副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

ジフロラゾン酢酸エステル（ダイアコート軟膏 0.05%）及びフルオシノニド（トプシム軟膏 0.05%）は、外用合成副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記(1)及び(2)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。

【 投 薬 】**１６７ オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン等の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するオキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）又はベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートN軟膏）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹
- (2) 慢性じんま疹

○ 取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、１か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、１か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第２世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン 2018 において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが、副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。また、本疾病は感染症を伴っておらず、抗生物質軟膏の使用の必要性はない。

オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）及びベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートN軟膏）は、いずれも抗生物質・副腎皮質ホルモン混合製剤（軟膏）（ステロイド外用薬）である。

以上のことから、上記(1)及び(2)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。

【 投 薬 】

168 ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩（リンデロンーV G軟膏 0.12%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹
- (2) 慢性じんま疹
- (3) せつ
- (4) 乾皮症、皮脂欠乏症

○ 取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、1か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、1か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第2世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン2018において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが、副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

せつは、毛包へのブドウ球菌感染により生じる皮膚膿瘍であり、皮膚の発赤、痛み及び腫れ等の症状が生じる。治療には病巣の穿刺や切開で膿を排出し、抗菌薬を内服投与する治療が一般的で外用薬塗布による抗菌薬の効果は限定的である。

乾皮症（皮脂欠乏症）は、皮膚表面を覆う皮脂の減少により皮膚が乾燥する疾患であり、治療には保湿剤を使用する。保湿剤による治療にもかかわらず増悪して湿疹化した場合は、ステロイド外用薬等の抗炎症薬を用いた治療を併用することがあるが、乾皮症や皮脂欠乏症に対する、ステロイド外用薬投与の必要性は低いと考えられる。

ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩（リンデロンーV G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(1)から(4)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。

【 投薬 】**169 フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏の算定について**

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するフラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹
- (2) 慢性じんま疹

○ 取扱いを作成した根拠等

じんま疹は、真皮又は皮下組織の毛細血管が拡張し、同時に血管から血漿成分（水分）が漏れ出して膨らむことにより、皮膚に一過性、限局性の膨疹、紅斑及び瘙痒が生じる疾患であり、食物や薬剤等原因が明らかなものと明らかな原因がなく繰り返し症状が出現する特発性のものがある。特発性のものは、1か月以内に症状が消失するものを急性じんま疹、1か月以上症状が持続するものを慢性じんま疹と分類している。

治療には薬物療法の第一選択として第2世代の抗ヒスタミン薬を使用する。ステロイド外用薬の使用は、蕁麻疹診療ガイドライン2018において、「膨疹出現が抑制されることを期待し得るが、副作用の可能性を考慮すると一般的な蕁麻疹の治療法としては推奨されない」とされている。

フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）は、外用副腎皮質ホルモン剤（軟膏）（ステロイド外用薬）及び抗生物質を含むものであり、皮膚感染がないことから、抗生物質含有軟膏を使用する必要はない。

以上のことから、上記傷病名に対する本剤の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投薬 】**１７０ ポビドンヨード含嗽剤及びデカリニウム塩化物の算定について①****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対する含嗽剤及びデカリニウム塩化物（ＳＰトローチ）の算定は、原則として認められない。

- (1) 気管支炎
- (2) 肺炎
- (3) 副鼻腔炎
- (4) アレルギー性鼻炎、花粉症

○ 取扱いを作成した根拠等

ポビドンヨード含嗽液（イソジンガーグル液）とデカリニウム塩化物（ＳＰトローチ）の添付文書の効能・効果は、「咽頭炎、扁桃炎、口内炎」であり、口腔内から扁桃に至る部位の炎症に対して使用する。

上記(1)から(4)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。

【 投薬 】**１７１ 裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

他の痔疾患のない裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合（ネリザ軟膏等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合（ネリザ軟膏等）の添付文書の効能・効果は「痔核に伴う症状（出血、疼痛、腫脹）の緩解」である。

裂肛は肛門の出口付近の皮膚が切れた状態（いわゆる切れ痔）であり、肛門クッション部のうっ血により腫れ上がった状態の痔核（いわゆるいぼ痔）とは異なる。

以上のことから、他の痔疾患のない場合の裂肛に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**１７２ 急性上気道炎等に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】の算定について**

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠小児用等）の算定は、小児・成人ともに原則として認められない。

- (1) 急性上気道炎
- (2) 術後感染症

○ 取扱いを作成した根拠等

トスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠小児用等）の適応症は、「肺炎、コレラ、中耳炎、炭疽」であり、同薬剤の小児用以外（オゼックス錠等）の適応症にある「咽頭・喉頭炎、手術創等の二次感染」はない。

急性上気道炎は、ウイルス感染によるものが大半を占め、抗菌薬の有用性は低く、術後感染症については、適応外であると判断される。

以上のことから、上記(1)(2)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。

【 投 薬 】**１７３ ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合（セレスタミン配合錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎
- (2) 急性上気道炎、扁桃炎、鼻咽頭炎、感冒
- (3) 慢性上気道炎
- (4) 副鼻腔炎
- (5) 鼻炎
- (6) 化膿性中耳炎
- (7) 滲出性中耳炎
- (8) アレルギー性結膜炎

○ 取扱いを作成した根拠等

セレスタミン配合錠は、副腎皮質ホルモン・抗ヒスタミン配合剤で、抗ヒスタミン作用と抗炎症作用を有する。本剤の添付文書の効能・効果は、「蕁麻疹（慢性例を除く）、湿疹・皮膚炎群の急性期及び急性増悪期、薬疹、アレルギー性鼻炎」であるが、上記(1)から(8)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(1)から(8)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。

【 注射 】

174 濃グリセリン・果糖注射液の算定について①

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

次の傷病名等に対する濃グリセリン・果糖注射液（グリセオール注等）の算定は、原則として認められない。

- (1) めまい症
- (2) 感音難聴
- (3) 突発性難聴
- (4) 慢性透析施行時（透析不均衡症候群なし）

○ 取扱いを作成した根拠等

濃グリセリン・果糖注射液（グリセオール注等）の添付文書の効能・効果は以下のとおりであることより、上記傷病名に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

＜グリセオール注の添付文書の効能・効果＞

頭蓋内圧亢進、頭蓋内浮腫の治療

頭蓋内圧亢進、頭蓋内浮腫の改善による下記疾患に伴う意識障害、神経障害、自覚症状の改善

脳梗塞（脳血栓、脳塞栓）、脳内出血、くも膜下出血、頭部外傷、脳腫瘍、脳髄膜炎

脳外科手術後の後療法

脳外科手術時の脳容積縮小

眼内圧下降を必要とする場合

眼科手術時の眼容積縮小

【 注射 】**１７５ アセトアミノフェン静注液又はトラマドール塩酸塩注射液とフルルビプロフェン アキセチルの併用投与について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

次の薬剤に対するフルルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）の併用投与は、原則として認められる。

- (1) アセトアミノフェン静注液（アセリオ静注液）
- (2) トラマドール塩酸塩注射液（トラマール注）

○ 取扱いを作成した根拠等

フルルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）は、組織のCOX阻害作用によりプロスタグランジンE₂の合成抑制にて鎮痛効果を発揮する非ステロイド性鎮痛剤（NSAIDs）である。

一方、アセトアミノフェン静注液（アセリオ静注液）は、中枢性COX阻害作用に加え、下行性痛覚抑制系の賦活作用により鎮痛効果があると考えられている。また、トラマドール塩酸塩注射液（トラマール注）は、 μ オピオイド受容体作動による上行性痛覚伝達抑制作用に加え、モノアミンの再取り込み阻害により下行性痛覚抑制系の賦活作用等を有する非麻薬性オピオイド鎮痛剤である。これらの３剤はそれぞれ作用機序が異なる。

以上のことから、アセトアミノフェン静注液、トラマドール塩酸塩注射液に対するフルルビプロフェン アキセチルの併用投与は原則として認められると判断した。

【 注射 】**１７６ 脳梗塞に対するエダラボン注射液とオザグレルナトリウム注射液等の併用投与について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

脳梗塞に対する次の薬剤の併用投与は、原則として認められる。

- (1) エダラボン注射液（ラジカット注等）とオザグレルナトリウム注射液（カタクロット注射液等）
- (2) エダラボン注射液（ラジカット注等）とアルガトロバン水和物注射液（ノバスタンH I 注等）

○ 取扱いを作成した根拠等

エダラボン注射液は、フリーラジカルを消去し、脂質過酸化を抑制する作用により脳細胞や神経細胞の酸化による傷害を抑える作用を有する脳保護薬である。一方、オザグレルナトリウム注射液はトロンボキサン合成酵素阻害作用を介した抗血小板療法薬、アルガトロバン水和物注射液は抗トロンビン作用を介した抗凝固療法薬であり、それぞれ作用機序が異なることから脳梗塞急性期において、エダラボン注射液とこれらの医薬品との併用は有用である。

以上のことから、エダラボン注射液と、オザグレルナトリウム注射液又はアルガトロバン水和物注射液の併用投与は、原則として認められると判断した。

【 リハビリテーション 】

１７７ 運動器リハビリテーション料の算定について

《令和 6 年 5 月 3 1 日》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

- ① 関節拘縮の傷病名がある場合の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められる。
- ② 腋窩部郭清等を伴う次の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合であっても認められる。
 - (1) 「4」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））
 - (2) 「5」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの
 - (3) 「6」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの
 - (4) 「7」拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）
 - (5) 「9」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）
- ③ 腋窩部郭清等を伴わない次の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合は認められない。
 - (1) 「1」単純乳房切除術（乳腺全摘術）
 - (2) 「2」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
 - (3) 「3」乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
 - (4) 「8」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））

○ 取扱いを作成した根拠等

乳癌手術後は、肩関節可動域低下や腕の筋力低下、肩・腕の疼痛、リンパ浮腫といった患側の upper limb 機能障害が出現することがあり、腋窩リンパ節郭清術の半数以上の症例で出現するとされている^{*1}。したがって、このような機能障害に対するリハビリテーションは、H002 運動器リハビリテーション料の厚生労働省通知^{*2}の「ア急性発症した運動器疾患」に該当することから、K476 乳腺悪性腫瘍手術後、関節拘縮の傷病名がある場合の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。

また、関節拘縮の傷病名がない場合であっても、腋窩部郭清等を伴う上記②

の手術後は、関節拘縮の状態であることが十分類推できるため、H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。

一方、腋窩部郭清等を伴わない上記③の手術後においては、通常、機能障害を来すことはないと考えられることから、関節拘縮の傷病名がない場合の当該リハビリテーション料の算定は、原則として認められないと判断した。

(※1) 日本乳癌学会「乳癌診療ガイドライン」より

(※2) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

別表第九の六運動器リハビリテーション料の対象患者

- 一 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者
- 二 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

【 処置 】

178 皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
 - (1) 挫創
 - (2) 挫滅創
 - (3) 褥瘡
 - (4) 皮膚潰瘍
 - (5) 表皮剥離
 - (6) 熱傷・凍傷（Ⅱ度以上）
 - (7) 擦過創
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）
 - (2) 挫傷

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）については、厚生労働省通知^{※1}に「真皮に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知^{※2}に、手術縫合創に対して使用した場合や真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも真皮に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に真皮に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※1）特定保険医療材料の定義について

（※2）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

【 処 置 】**１７９ 皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定について**

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
- (1) 挫創
 - (2) 挫滅創
 - (3) 褥瘡
 - (4) 皮膚潰瘍
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
- (1) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）
 - (2) 擦過傷
 - (3) 挫傷
 - (4) 搔創

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）については、厚生労働省通知^{※１}に「皮下組織に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知^{※２}に、手術縫合創に対して使用した場合や皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも皮下組織に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に皮下組織に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※１）特定保険医療材料の定義について

（※２）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

【 処置 】

180 皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
 - (1) 挫滅創
 - (2) 褥瘡
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 擦過傷
 - (2) 挫傷
 - (3) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）
 - (4) 擦過創
 - (5) 刺創
 - (6) 掻創
 - (7) 表皮剥離

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）については、厚生労働省通知^{※1}に「筋・骨に至る創傷に使用されるものであること」と示されている。

また、厚生労働省通知^{※2}に、手術縫合創に対して使用した場合や筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合は算定できない旨示されている。

①に掲げる創傷はいずれも筋・骨に至る創傷であり、上記通知の要件を満たすものである。

一方で、②に掲げる創傷は一般的に筋・骨に至る創傷とは言えない。

以上のことから、当該材料について、①に掲げる創傷に対する算定は原則として認められる、②に掲げる創傷に対する算定は原則として認められないと判断した。

（※1）特定保険医療材料の定義について

（※2）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

【 処置 】

１８１ 乳癌手術後の創部体液貯留に対する乳腺穿刺の算定について

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

乳癌手術後の創部体液貯留に対する J 014 乳腺穿刺の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

J 014 乳腺穿刺については、乳腺炎、乳腺のう胞、乳腺腫瘍、乳腺膿瘍など乳腺組織内の病巣に対し穿刺吸引を行った際に算定するものであり、乳癌手術後の創部体液貯留は皮下組織など、乳腺組織外の病巣と考える。

以上のことから、乳癌手術後の創部体液貯留に対する J 014 乳腺穿刺の算定は、原則として認められないと判断した。

【 手術 】**１８２ 挫創に対するデブリードマン加算の算定について****《令和６年５月３１日》****○ 取扱い**

挫創に対するK000 創傷処理及びK000-2 小児創傷処理（６歳未満）のデブリードマン加算の算定は、レセプトの記載上、汚染について明示されていない場合であっても、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

デブリードマン加算については、厚生労働省告示[※]において、「汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。」と示されているが、レセプトの記載上、挫創の傷病名を記載する際、当該挫創が汚染されたものであるか否かの記載は必要とされていない。

また、挫創は、鈍体が強く作用した部位の皮膚、皮下組織が挫滅し、皮膚が離断した創であり、創部の汚染を伴っているとの判断のもとに対応するのが通例である。したがって、デブリードマンが行われている蓋然性が高い。

このため、挫創に対する当該加算の算定は、レセプトの記載上、汚染について明示されていない場合であっても、原則として認められると判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【 手術 】

183 創傷処理の算定について①

《令和6年5月31日》
《令和7年6月30日更新》

○ 取扱い

次の創傷等に対するK000 創傷処理の算定は、原則として認められる。

- (1) 挫創
- (2) 裂創（裂傷を含む。）
- (3) 切創
- (4) 挫滅創
- (5) 割創
- (6) 褥瘡

なお、挫傷に対するK000 創傷処理の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

創傷処理は、厚生労働省通知[※]に示されるとおり、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う手技である。

挫創、裂創（裂傷を含む。）、切創、挫滅創、割創は、皮膚の連続性が断たれた開放性損傷であり、これらに対するK000 創傷処理の算定は、原則として認められると判断した。

また、褥瘡における壊死組織の切除についても、創傷処理の算定は妥当と判断した。

なお、挫傷は非開放性損傷であり、創傷処理の対象ではないため、K000 創傷処理の算定は原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 手術 】

184 骨折非観血的整復術（その他の骨折非観血的整復術）の算定について

《令和6年5月31日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い（変更前）

肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「3」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等（変更前）

K044 骨折非観血的整復術「3」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他は、骨折部を非観血的に整復した場合に算定するものである。

肋骨骨折に対しては、通常、徒手整復せずに絆創膏等により骨折部固定を行う。したがって、肋骨骨折に対しては、J001－3 鎖骨又は肋骨骨折固定術で算定することが妥当と考える。

以上のことから、肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「3」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 の算定は、原則として認められないと判断した。

○ 取扱い（変更後）

肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「10」その他の骨折非観血的整復術の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等（変更後）

K044 骨折非観血的整復術「10」その他の骨折非観血的整復術は、骨折部を非観血的に整復した場合に算定するものである。

肋骨骨折に対しては、通常、徒手整復せずに絆創膏等により骨折部固定を行う。したがって、肋骨骨折に対しては、J001－3 鎖骨又は肋骨骨折固定術で算定することが妥当と考える。

以上のことから、肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「10」その他の骨折非観血的整復術の算定は、原則として認められないと判断した。

【 手術 】

185 開頭による頭蓋内手術翌日以降の試験開頭術の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

開頭による頭蓋内手術翌日以降の術後血腫（血腫除去）に対するK148 試験開頭術の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

開頭あるいは脳血管内手術による術後の頭蓋内出血は脳機能障害を来すリスクがあるため、早急に血腫除去術を施行することがある。この際の血腫除去術に対する適切な点数設定はない。本手術に対する算定は、術後合併症であることや他科との整合性を考慮し、その手技内容からK148 試験開頭術での算定が妥当と考える。

以上のことから、開頭あるいは脳血管内手術による頭蓋内手術翌日以降の術後血腫（血腫除去）に対するK148 試験開頭術の算定は、原則として認められると判断した。

【 手術 】**186 大伏在静脈抜去術の算定について****《令和6年5月31日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 手術 】**187 内視鏡的膵管ステント留置術の算定について****《令和6年5月31日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

（※）厚生労働省難治性膵疾患調査研究班・日本膵臓学会

【 手術 】**188 膵疾患がない場合の内視鏡的膵管ステント留置術と同日の内視鏡的乳頭切開術等の算定について****《令和6年5月31日》****○ 取扱い**

膵疾患がない場合の次の手術と同日のK708－3内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

- (1) K687 内視鏡的乳頭切開術
- (2) K688 内視鏡的胆道ステント留置術

○ 取扱いを作成した根拠等

内視鏡的乳頭切開術、内視鏡的胆道ステント留置術の際、膵疾患が認められない場合では、術後膵炎の発症予防目的に膵管ステント留置術が行われることがある。厚生労働省告示※に「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する」と示されている。

以上のことから、膵疾患がない場合の内視鏡的乳頭切開術又は内視鏡的胆道ステント留置術と内視鏡的膵管ステント留置術の同日の算定は、同一病巣（胆道系疾患）につき2以上の手術に該当することから、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法

【 手術 】**189 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定について****《令和6年5月31日》****○ 取扱い**

外来において、前回手術日から2週間未満でのK721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められない。

前回手術日から1か月以上経過しているK721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術は、内視鏡を用いて大腸ポリープを切除する手術で、厚生労働省通知※に「短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。」と示されている。

当該手術は、ポリープの数に応じて、複数回必要となる場合があるが、上記告示の「短期間」は、所期の目的が達成される一連の期間であり、その期間は少なくとも、外来においては、前回手術日から2週間未満と判断されるため、その期間内での再算定は原則として認められない、前回手術日から1か月以上経過後の再算定は原則として認められると判断した。

なお、2週間以上1か月未満の再算定については、医学的判断に基づくこととする。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 麻 酔 】

１９０ 閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術時における眼軟膏剤の算定について

《令和６年５月３１日》

○ 取扱い

閉鎖循環式全身麻酔を伴う眼科手術以外の手術時における眼軟膏剤（タリビッド眼軟膏等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

閉鎖循環式全身麻酔時に角膜乾燥や消毒薬の飛散などの防止のために眼軟膏剤が使用される場合があるが、合成抗菌薬であるタリビッド眼軟膏の添付文書の効能・効果は眼科周術期の無菌化療法であり、眼科以外の手術時における眼感染症のない使用は適応症に該当しない。

以上のことから、閉鎖循環式全身麻酔を伴う眼科手術以外の手術時における眼軟膏剤（タリビッド眼軟膏等）の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、閉鎖循環式全身麻酔を伴う脳外科手術等で手術部位から当該医薬品の効能・効果に合致した使用の場合は、この限りではない。

【 病理診断 】

191 虫垂炎に対する病理組織標本作製の算定について

《令和6年5月31日》

○ 取扱い

虫垂炎に対するN000 病理組織標本作製の算定は、原則として年齢にかかわらず認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

虫垂切除時の病理検査は、腫瘍性病変との鑑別等に有用である。虫垂癌の好発年齢は50～70歳代とされているが、10歳から15歳での小児虫垂神経内分泌腫瘍（カルチノイド）の報告例もあり、若年者に対する当該検査の有用性を否定することはできない。

以上のことから、虫垂炎に対するN000 病理組織標本作製の算定は、原則として年齢にかかわらず認められると判断した。