

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
投薬	192	気管支炎に対するモンテルカストナトリウム及びプラニルカスト水和物の算定について	1
投薬	193	扁桃炎に対する去痰剤の算定について	2
投薬	194	非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与した場合の抗NSAID潰瘍剤の算定について	3
投薬	195	ツロブテロールの算定について	4
投薬	196	皮膚潰瘍に対するトラフェルミンの算定について	5
注射	197	グリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・L－システインの算定について	6
注射	198	フィルグラスチム又はレノグラスチムの算定について	7
注射	199	ベバシズマブの単独投与について	8
手術	200	食道狭窄拡張術の再算定について	9
検査	201	アルブミン定性（尿）の算定について	10
検査	202	アルブミン定量（尿）の算定について	11
検査	203	尿沈渣（鏡検法）の注3に規定する染色標本加算の算定について	12
検査	204	尿沈渣（鏡検法）及び尿沈渣（フローサイトメトリ法）の算定について	13
検査	205	再診時の高血圧症に対する蛋白分画の算定について	14
検査	206	有機モノカルボン酸（乳酸）又は有機モノカルボン酸（乳酸）（尿）の算定について	15

診療項目	番号	タイトル	頁
検査	207	高脂血症又は脂質異常症と虚血性心疾患等に対するリポ蛋白等の算定について	16
検査	208	インスリノーマの疑いに対するインスリン（IRI）の算定について	17
検査	209	初診時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するコルチゾール等の算定について	18
検査	210	特発性拡張型心筋症に対する脳性Na利尿ペプチド（BNP）の算定について	19
検査	211	副甲状腺ホルモン（PTH）の算定について	20
検査	212	関節リウマチの疑い又は診断時に対する抗核抗体（蛍光抗体法）定性等の算定について	21
検査	213	膠原病の疑いに対する抗核抗体定性等の算定について	22
検査	214	糖尿病疑いに対する抗インスリン抗体の算定について	23
検査	215	IgG型リウマトイド因子の算定について	24
検査	216	トランスサイレチン（プレアルブミン）の算定について	25
検査	217	肺結核の疑いに対する結核菌群核酸検出の算定について	26
検査	218	耐糖能精密検査の算定について	27
検査	219	喉頭ファイバースコピーの算定について	28
検査	220	中耳ファイバースコピーの算定について	29
画像診断	221	単純撮影（胸部）の算定について	30

診療項目	番号	タイトル	頁
画像診断	2 2 2	心筋梗塞に対する冠動脈の C T 撮影と心臓 M R I 撮影の併算定について	31
処置	2 2 3	血腫、膿腫穿刺の算定について	32

【 投 薬 】

１９２ 気管支炎に対するモンテルカストナトリウム及びプラシルカスト水和物の算定について

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するモンテルカストナトリウム（シングレア錠等）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 急性気管支炎
 - (2) 慢性気管支炎
- ② 次の傷病名に対するプラシルカスト水和物（オノンカプセル等）の算定は、原則として認められない。
 - (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

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）とプラシルカスト水和物（オノンカプセル等）はロイコトリエン受容体拮抗作用による気管支（気道）収縮抑制ならびに粘膜分泌抑制作用を示す。したがって、本剤の添付文書に示された効能・効果である「気管支喘息、アレルギー性鼻炎」の症状は改善させるが、気管支炎そのものは、ロイコトリエンが関与する病態ではないことから、有用性は低いと考えられる。

以上のことから、上記①②の傷病名に対するモンテルカストナトリウム（シングレア錠等）、プラシルカスト水和物（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。

【 投 薬 】

１９３ 扁桃炎に対する去痰剤の算定について

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

扁桃炎に対する、効能・効果に上気道炎のない去痰剤【内服薬】（アンブロキシソール塩酸塩、ブロムヘキシシン塩酸塩等）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

去痰剤【内服薬】の一つであるアンブロキシ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】（アンブロキシソール塩酸塩、ブロムヘキシシン塩酸塩等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】

194 非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与した場合の抗NSAID潰瘍剤の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

次の場合の抗NSAID潰瘍剤（サイトテック錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 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
- (2) 胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名があり、非ステロイド性消炎鎮痛剤を投与していない場合

○ 取扱いを作成した根拠等

抗NSAID潰瘍剤であるミソプロストール（サイトテック錠）の添付文書の効能・効果は「非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍」で、効能又は効果に関連する注意に「本剤は原則として非ステロイド性消炎鎮痛剤を3ヵ月以上長期投与する必要がある関節炎患者等の胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療にのみ用いること。」と記載されている。

以上のことから、(1)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、(2)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。

【 投 薬 】**１９５ ツロブテロールの算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するツロブテロール【外用薬】（ホクナリンテープ等）の算定は、原則として認められない。

- (1) かぜ症候群・感冒
- (2) インフルエンザ
- (3) 上気道炎（急性・慢性）
- (4) 咽頭炎（急性・慢性）
- (5) 慢性咽喉頭炎
- (6) 間質性肺炎
- (7) 慢性呼吸不全
- (8) 溶連菌感染症

○ 取扱いを作成した根拠等

ツロブテロール【外用薬】（ホクナリンテープ）の添付文書の効能・効果は「気管支喘息、急性気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫」に伴う「気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解」であり、気管支拡張作用により諸症状を改善するが、気道狭窄が見られない上記傷病名に対する有用性は低いと考えられる。

以上のことから、上記(1)から(8)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。

【 投 薬 】**１９６ 皮膚潰瘍に対するトラフェルミンの算定について**

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

- ① 皮膚潰瘍に対するトラフェルミン（フィブラストスプレー）の算定は、特に部位を問わず、原則として認められる。
- ② トラフェルミン（フィブラストスプレー）の１日使用量は、原則として $1,000\mu\text{g}$ 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 $1,000\mu\text{g}$ に月の日数を乗じた量まで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚潰瘍は、表皮から真皮あるいは皮下組織に及ぶ皮膚欠損である。トラフェルミン（フィブラストスプレー）の添付文書の効能・効果は「褥瘡、皮膚潰瘍（熱傷潰瘍、下腿潰瘍）」であり、薬効薬理より皮膚全層欠損創の治癒を促進することから、部位にかかわらず有用と考えられる。

また、１日使用量及び１月使用量については、同添付文書の用法・用量に関連する注意に「１日投与量はトラフェルミン（遺伝子組換え）として $1000\mu\text{g}$ 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 $1,000\mu\text{g}$ 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。

【 注射 】**１９７ グリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システインの算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するグリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注）の使用量は、原則として 40mL まで認められる。

- (1) 湿疹、皮膚炎
- (2) じんま疹
- (3) 蕁疹
- (4) 中毒疹

○ 取扱いを作成した根拠等

グリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注）については、添付文書の用法・用量に「通常成人には、１日１回 5～20mL を静脈内に注射する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載されており、年齢、症状により適宜増減した場合であっても、40mL を超えない使用量が適切と考えられる。

以上のことから、上記(1)から(4)までの傷病名に対するグリチルリチン酸－アンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩水和物配合（強力ネオミノファーゲンシー静注）の使用量は、原則として 40mL まで認められると判断した。

【 注射 】**１９８ フィルグラスチム又はレノグラスチムの算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

- ① 好中球減少症の傷病名等の記載がないインターフェロン投与時のフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められない。
- ② 原疾患の記載がない好中球減少症の傷病名のみに対するフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

フィルグラスチム（グランシリンジ等）、レノグラスチム（ノイトロジン注）は、好中球前駆細胞から成熟好中球の細胞までに存在する受容体に特異的に結合し、好中球前駆細胞の分化と増殖を促進させ、成熟好中球の機能を亢進させると考えられている。

これらの医薬品の主要な対象は、血液疾患を始めとした、悪性腫瘍等に対して治療中に実施された強力な化学療法や免疫抑制療法の結果としての好中球減少症である。また、インターフェロン投与中にも好中球減少症がみられ、本剤が必要となることがある。

また、好中球減少症は、一般的に原疾患がありその臨床経過上付随してくる病態で、独立して存在する病名ではないことから、その治療薬の使用にあたっては、好中球減少症を来す原疾患の記載は必須となる。

以上のことから、①好中球減少症の傷病名等の記載がないインターフェロン投与時のフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められない、②原疾患の記載がない好中球減少症の傷病名のみに対するフィルグラスチム（グランシリンジ等）又はレノグラスチム（ノイトロジン注）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 注射 】

199 ベバシズマブの単独投与について

《令和6年6月28日》
《令和6年10月31日更新》

○ 取扱い

悪性神経膠腫以外の傷病名に対するベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）の単独投与※は、原則として認められない。

※ 他の抗悪性腫瘍剤との併用が確認できない場合

○ 取扱いを作成した根拠等

ベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）は、再発悪性神経膠腫以外での単独投与での有効性及び安全性は確立していないとされており、添付文書の用法・用量においても、効能・効果に記載のある傷病名のうち、悪性神経膠腫以外の疾患に対しては、各疾患に応じ、パクリタキセル、アテゾリズマブ（遺伝子組換え）や他の抗悪性腫瘍剤と併用することが示されている。

以上のことから、悪性神経膠腫以外の傷病名に対するベバシズマブ（遺伝子組換え）（アバスチン点滴静注用等）の単独投与は、他の抗悪性腫瘍剤等との併用が確認できない場合、原則として認められないと判断した。

なお、卵巣癌については添付文書に「本剤とカルボプラチン及びパクリタキセルを併用する場合は、併用投与終了後も本剤単独投与を継続すること（本剤を継続投与しない場合の有効性は確認されていない）」と示されていることから、併用投与終了後であれば認められる。

【 手術 】

200 食道狭窄拡張術の再算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

- ① 外来において、前回手術日から2週間以上経過しているK522 食道狭窄拡張術「1」内視鏡によるもの、「2」食道ブジー法の再算定は、原則として認められる。
- ② 外来において、前回手術日から2週間未満でのK522 食道狭窄拡張術「1」内視鏡によるもの、「2」食道ブジー法の再算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

食道狭窄拡張術は、内視鏡等を用いて食道の狭窄部を拡張する手術で、厚生労働省告示※に「1及び2については、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。」と示されている。

食道狭窄の原因としては、悪性疾患や良性疾患、手術後の吻合部狭窄などがあげられ、当該狭窄に対して複数回の拡張が実施される場合があるが、拡張によって狭窄部が浅く裂けることがあるため、同部が修復していない時期での再拡張は穿孔のリスクがある。そのため上記告示の「短期間」は、狭窄部の状態が沈静化し所期の治療が評価されるまでの概ね2週間が妥当な期間と考えられる。

以上のことから、外来において、前回手術日から2週間以上経過しているK522 食道狭窄拡張術「1」内視鏡によるもの、「2」食道ブジー法の再算定は原則として認められる、2週間未満での再算定は原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法

【 検 査 】**２０１ アルブミン定性（尿）の算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】**２０２ アルブミン定量（尿）の算定について**

《令和６年６月２８日》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

- ① 糖尿病に対するD001「10」アルブミン定量（尿）の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名等に対するD001「10」アルブミン定量（尿）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 高血圧症
 - (2) 糖尿病疑い
 - (3) 糖尿病性腎症（第３期・４期・５期）
 - (4) 腎炎（急性・慢性を含む。）
 - (5) ネフローゼ症候群
 - (6) 腎不全

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検査 】**２０３ 尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定について**

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD002尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定は、原則として認められる。
- (1) 尿路感染症(疑い含む。)
 - (2) 腎炎（疑い含む。)
 - (3) 腎盂腎炎
 - (4) 腎（機能）障害（疑い含む。)
 - (5) 腎不全（疑い含む。)
 - (6) 慢性腎臓病
 - (7) 特発性腎出血
 - (8) 前立腺炎
- ② 次の傷病名に対するD002尿沈渣（鏡検法）の注３に規定する染色標本加算の算定は、原則として認められない。
- (1) 急性上気道炎
 - (2) 高血圧症
 - (3) 腹痛

○ 取扱いを作成した根拠等

尿沈渣（鏡検法）は、無染色で観察する場合と染色して観察する場合とがある。

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

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

【 検査 】**２０４ 尿沈渣（鏡検法）及び尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定について**

《令和６年６月２８日》

《令和７年１０月３１日更新》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD002 尿沈渣（鏡検法）又はD002－２尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定は、原則として認められる。
 - (1) 糖尿病性腎症
 - (2) 溶連菌感染症
- ② 次の傷病名に対するD002 尿沈渣（鏡検法）及びD002－２尿沈渣（フローサイトメトリー法）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 高脂血症
 - (2) 脳血管障害
 - (3) 高血圧症（再診時）
 - (4) 糖尿病（再診時）
 - (5) 咽頭炎・扁桃炎・上気道炎（再診時）
 - (6) 腎臓疾患・尿路系疾患以外（再診時）

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

以上のことから、糖尿病性腎症、溶連菌感染症に対する当該検査の算定は、原則として認められると判断した。

なお、上記②の傷病名等に対する当該検査の有用性は乏しく、これらに対する算定は原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

205 再診時の高血圧症に対する蛋白分画の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

ただし、高血圧症患者においては、蛋白分画検査で特異的な変化は見られない。

以上のことから、再診時の高血圧症に対する当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

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

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

《令和６年６月２８日》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

高脂血症又は脂質異常症と次の傷病名が併記されている場合におけるD007「27」リポ蛋白（a）又は「43」レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）の算定は、原則として認められる。

- (1) 虚血性心疾患
- (2) 動脈硬化性疾患
- (3) 脳梗塞
- (4) 糖尿病、腎疾患

○ 取扱いを作成した根拠等

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

以上のことから、高脂血症又は脂質異常症と上記傷病名に対するD007「27」リポ蛋白（a）及び「43」レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

208 インスリノーマの疑いに対するインスリン（IRI）の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

インスリノーマの疑いに対するD008「8」インスリン（IRI）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 検 査 】**２０９ 初診時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するコルチゾール等の算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

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

- (1) D008「14」 コルチゾール
- (2) D008「15」 アルドステロン（尿）
- (3) D008「29」 カテコールアミン分画
- (4) D008「37」 カテコールアミン
- (5) D008「45」 メタネフリン・ノルメタネフリン分画

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】

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

《令和6年6月28日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

特発性拡張型心筋症に対するD008「19」脳性Na利尿ペプチド（BNP）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

以上のことから、特発性拡張型心筋症に対するD008「19」脳性Na利尿ペプチド（BNP）の算定は、原則として認められると判断した。

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

【 検 査 】

2 1 1 副甲状腺ホルモン（P T H）の算定について

《令和 6 年 6 月 2 8 日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD 008「29」副甲状腺ホルモン（P T H）の算定は、原則として認められる。
 - (1) 続発性副甲状腺機能亢進症
 - (2) 特発性副甲状腺機能低下症
 - (3) 偽性副甲状腺機能低下症
 - (4) 自己免疫性多腺性内分泌不全症
- ② 次の傷病名に対するD 008「29」副甲状腺ホルモン（P T H）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 甲状腺機能低下症
 - (2) 低マグネシウム血症
 - (3) サルコイドーシス
 - (4) 尿管結石症
 - (5) 甲状腺機能亢進症
 - (6) 骨粗鬆症
 - (7) 腎不全

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】

2 1 2 関節リウマチの疑い又は診断時に対する抗核抗体（蛍光抗体法）定性等の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

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

- (1) 疑い
- (2) 診断時

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】

2 1 3 膠原病の疑いに対する抗核抗体定性等の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

膠原病の疑いに対するD014「5」抗核抗体（蛍光抗体法）定性・半定量・定量の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 検 査 】

2 1 4 糖尿病疑いに対する抗インスリン抗体の算定について

《令和6年6月28日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 検 査 】**2 1 5 I g G型リウマトイド因子の算定について**

《令和6年6月28日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

- ① 関節リウマチ（疑い含む。）に対するD014「25」I g G型リウマトイド因子の算定は、原則として認められる。
- ② 全身性エリテマトーデス（疑い含む。）に対するD014「25」I g G型リウマトイド因子の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

D014「25」I g G型リウマトイド因子は、血清中のI g G型リウマトイド因子を測定するものであり、通常用いられるD014「2」リウマトイド因子（R F）定量よりも関節リウマチの活動性に関連すると言われている。

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

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

【 検 査 】**２１６ トランスサイレチン（プレアルブミン）の算定について**

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

なお、算定回数については、一般的に月１回までが妥当と判断した。

【 検 査 】**２１７ 肺結核の疑いに対する結核菌群核酸検出の算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 検 査 】

2 1 8 耐糖能精密検査の算定について

《令和 6 年 6 月 2 8 日》

○ 取扱い

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

- (1) 耐糖能異常(糖代謝障害を含む。)
- (2) 糖尿病疑い
- (3) 境界型糖尿病
- (4) 糖尿病

○ 取扱いを作成した根拠等

耐糖能精密検査は、常用負荷による血糖、尿糖測定と同時に血中のインスリン又は血中 C－ペプチドを併せて測定する検査である。負荷時におけるこれらの測定は、糖尿病の診断時（特に空腹時血糖及び H b A 1 c でも糖尿病疑いを否定できない場合、糖負荷による同検査が有用であること）及び糖尿病確定後におけるインスリン分泌能、インスリン初期分泌の低下、インスリン抵抗性等を同時に把握し、病型・病態の診断・評価や治療法の選択上必要である。

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

【 検 査 】**２１９ 喉頭ファイバースコープの算定について**

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

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

【 検 査 】**２２０ 中耳ファイバースコープの算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するD300 中耳ファイバースコープの算定は、原則として認められる。
 - (1) 急性中耳炎（鼓膜穿孔あり）
 - (2) 滲出性中耳炎（鼓膜穿孔あり）
- ② 次の傷病名に対するD300 中耳ファイバースコープの算定は、原則として認められない。
 - (1) 急性中耳炎（鼓膜穿孔なし）
 - (2) 滲出性中耳炎（鼓膜穿孔なし）
 - (3) 外耳炎

○ 取扱いを作成した根拠等

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

以上のことから、D300 中耳ファイバースコープについて、上記①の傷病名に対する算定は、原則として認められるが、②の傷病名に対する算定は、原則として認められないと判断した。

【 画像診断 】

2 2 1 単純撮影（胸部）の算定について

《令和 6 年 6 月 2 8 日》

○ 取扱い

- ① 初診時（診断時）の次の傷病名に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められる。
 - (1) 高血圧症
 - (2) 睡眠時無呼吸症候群
- ② 再診時（経過観察時）の次の傷病名に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められない。
 - (1) 糖尿病
 - (2) 高脂血症
 - (3) 睡眠時無呼吸症候群

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

以上のことから、初診時（診断時）の高血圧症、睡眠時無呼吸症候群に対する E 001 写真診断「1」単純撮影の胸部の算定は、原則として認められると判断した。

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

【 画像診断 】

２２２ 心筋梗塞に対する冠動脈のＣＴ撮影と心臓ＭＲＩ撮影の併算定について

《令和６年６月２８日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 処置 】**２２３ 血腫、膿腫穿刺の算定について****《令和６年６月２８日》****○ 取扱い**

耳介血腫に対するＪ０５９－２血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

Ｊ０５９－２血腫、膿腫穿刺については、厚生労働省通知※に「血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「Ｊ０５９－２」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない」と示されている。

耳介血腫は、外傷等により耳介の軟骨と皮下組織の間に血液が溜まった状態の疾患であり、放置した場合には自然治癒することは少なく、耳介に変形を残す。これらの後遺症を防ぐには早期の血腫・膿腫穿刺が有効であり、通知に合致するものと判断できる。

以上のことから、耳介血腫に対するＪ０５９－２血腫、膿腫穿刺の算定は、原則として認められると判断した。

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について