

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	224	アコチアミド塩酸塩水和物錠の算定について	1
投薬	225	ラパチニブトシル酸塩水和物の単独投与について	2
投薬	226	狭心症等に対するユビデカレノンの算定について	3
投薬	227	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	4
投薬	228	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	5
投薬	229	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	6
投薬	230	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	8
投薬	231	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	10
投薬	232	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	11
投薬	233	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	12
投薬	234	マジンドール錠の算定について	13
投薬	235	躁病に対するゾルピデム酒石酸塩の算定について	14
投薬	236	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	15
投薬	237	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	16

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	238	プロピペリン塩酸塩の算定について	17
投薬	239	抗アレルギー薬の併用投与について	18
投薬	240	ウベニメクスの算定について	19
投薬	241	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	20
投薬	242	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	21
投薬	243	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	22
注射	244	プロトンポンプ・インヒビター（PPI）の内服薬及び注射薬の併用投与について	23
注射	245	肝性脳症改善アミノ酸注射液の算定について	24
注射	246	プロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】の算定について	25
処置	247	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）の算定について	26
処置	248	皮膚科光線療法と皮膚科軟膏処置の併算定について	27
手術	249	経皮的冠動脈形成術等に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射液】の算定について	28
検査	250	血中微生物検査の算定について	29
検査	251	Ⅳ型コラーゲン、P-Ⅲ-P、Ⅳ型コラーゲン・7Sの算定について	30
検査	252	慢性肝炎疑いに対するヒアルロン酸の算定について	31

診療項目	番号	タイトル	頁
検査	253	経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するレニン活性等の算定について	32
検査	254	糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するIRIの算定について	33
検査	255	C-ペプチド（CPR）の算定間隔について	34
検査	256	骨粗鬆症疑いに対するI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）の算定について	36
検査	257	TSAbの連月の算定について	37
検査	258	免疫グロブリン（IgG、IgA、IgM）の算定について	38
検査	259	IgG ₄ の算定について	39
検査	260	爪白癬の診断確定時の微生物学的検査の算定について	41
検査	261	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの）の算定について	42
検査	262	気管支喘息に対する細菌培養同定検査及び細菌薬剤感受性検査の算定について	43
検査	263	標準語音聴力検査の算定について	44
検査	264	ことばのききとり検査の算定について	45
検査	265	後迷路機能検査の算定について	46
検査	266	中耳機能検査の算定について	47
画像診断	267	コンピューター断層撮影（CT撮影）の算定について	48

診療項目	番号	タイトル	頁
画像診断	268	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時の CT撮影の算定について	49

【 投 薬 】**２２４ アコチアミド塩酸塩水和物錠の算定について****《令和６年７月３１日》****○ 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。

- (1) 胃・十二指腸潰瘍
- (2) 胃癌
- (3) 胃癌術後（全摘）

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投薬 】

225 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7月31日》

○ 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

○ 取扱いを作成した根拠等

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。単剤で使用情况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。

【 投薬 】

2 2 6 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7月31日》

○ 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。

- (1) 狭心症
- (2) 虚血性心疾患
- (3) 高血圧性心疾患
- (4) 心臓弁膜症

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投薬 】**２２７ 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７月３１日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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 誘導体制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。

【 投 薬 】

228 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7月31日》

○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】

229 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7月31日》

《令和8年4月30日更新》

取扱い等の更新（「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。

- (1) DPP-4阻害薬^{※1}
- (2) SGLT2阻害薬（1型糖尿病に適応のある薬剤を除く。）
- (3) スルホニル尿素（SU）薬
- (4) GLP-1作動薬

（※1） 原則として、シタグリブ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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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、シタグリブ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 シタグリブ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、グラクティブ錠 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
 - (1) 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。
 - (2) 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。

【 投 薬 】

230 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7月31日》

《令和8年4月30日更新》

取扱い等の更新（「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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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
 - (1) 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。
 - (2) 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

【 投 薬 】**２３１ 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７月３１日》

○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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、Z o l l i n g e r－E l l i s o n 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。

【 投 薬 】**２３２ 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７月３１日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】**２３３ 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７月３１日》****○ 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。

- (1) 肝硬変
- (2) アルコール性肝硬変
- (3) 慢性肝炎
- (4) Ｃ型慢性肝炎

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】**２３４ マジンドール錠の算定について****《令和６年７月３１日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投薬 】

235 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7月31日》

○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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）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。

【 投 薬 】**２３６ 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７月３１日》****○ 取扱い**

パーキンソン症候群に対するカベルゴリン（カバサル等）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

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（カバサル）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（カバサル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**２３７ 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７月３１日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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（膣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、骨髓炎、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）、細菌性膣症、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。

【 投薬 】**238 プロピペリン塩酸塩の算定について****《令和6年7月31日》****○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するプロピペリン塩酸塩（バップフォー錠）の算定は、原則として認められない。
- (1) 前立腺肥大症
 - (2) 尿閉
 - (3) 急性膀胱炎、膀胱炎
 - (4) 急性前立腺炎、前立腺炎
 - (5) 夜尿症
- ② 神経因性膀胱に対するプロピペリン塩酸塩（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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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ペリン塩酸塩（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(1)から(5)の傷病名に対するプロピペリン塩酸塩（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ペリン塩酸塩（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。

【 投 薬 】**２３９ 抗アレルギー薬の併用投与について**

《令和６年７月３１日》

○ 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。

- (1) 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
- (2) 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の１種類
- (3) 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
- (4) 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

○ 取扱いを作成した根拠等

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、 Th_2 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 H_1 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 A_2 合成阻害薬、トロンボキサン A_2 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(1)から(4)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。

【 投薬 】**２４０ ウベニメクスの算定について****《令和６年７月３１日》****○ 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。
 - (1) 急性リンパ性白血病
 - (2) 骨髄異形成症候群

○ 取扱いを作成した根拠等

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は、白血病の一種だが、増殖する細胞等が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。

【 投 薬 】**２４１ 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７月３１日》

○ 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（メブチン吸入液等）（外用薬）の算定は、原則として認められない。

- (1) 喉頭炎
- (2) 急性気管支炎（成人）
- (3) 肺炎

○ 取扱いを作成した根拠等

プロカテロール塩酸塩水和物（メブチン吸入液等）は気管支平滑筋の β_2 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（メブチン吸入液等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**2 4 2 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 7 月 3 1 日》****○ 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 18 μ g）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎
- (2) 喘息性気管支炎
- (3) 気管支喘息
- (4) 気管支拡張症

○ 取扱いを作成した根拠等

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 18 μ g）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 18 μ g）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 18 μ g）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投薬 】**２４３ 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７月３１日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 注射 】

244 プロトンポンプ・インヒビター（P P I）の内服薬及び注射薬の併用
投与について

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

プロトンポンプ・インヒビター（P P I）の内服薬及び注射薬の併用投与は、
原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

P P I には、内服薬と注射薬の双方あるが、注射薬については、添付文書の
効能・効果に「経口投与不可能な下記の疾患」として「出血を伴う胃潰瘍」等
が記載されており、内服薬投与が不可能な患者が対象である。

以上のことから、プロトンポンプ・インヒビター（P P I）の内服薬及び注
射薬の併用投与は、原則として認められないと判断した。

【 注射 】

２４５ 肝性脳症改善アミノ酸注射液の算定について

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

- ① 肝硬変かつ高アンモニア血症に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 肝硬変
 - (2) アルコール性肝硬変
 - (3) 慢性肝炎
 - (4) C型慢性肝炎

○ 取扱いを作成した根拠等

肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注）の添付文書の効能・効果は「慢性肝障害時における脳症の改善」である。

肝性脳症は、肝臓の機能が低下したことにより体内にアンモニアが蓄積し、意識障害などの神経症状が出現する病態であり、肝硬変かつ高アンモニア血症では、肝性脳症の病態である蓋然性が高い。

以上のことから、肝硬変かつ高アンモニア血症に対するアミノレバン点滴静注等の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる傷病名のみの場合、一般的に肝性脳症の病態であるとは考えられないため、原則として認められないと判断した。

【 注射 】

246 プロトンポンプ・インヒビター（P P I）【注射薬】の算定について

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するプロトンポンプ・インヒビター（P P I）【注射薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 逆流性食道炎
- (2) 出血のない胃潰瘍
- (3) 胃癌

○ 取扱いを作成した根拠等

プロトンポンプ・インヒビター（P P I）【注射薬】の添付文書の主な効能・効果は、「経口投与不可能な出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変」である。

また、その他の注意として、「本剤の投与が胃癌による症状を隠蔽することがあるので、悪性でないことを確認のうえ投与すること」と示されており、胃癌には適応もない。

以上のことから、経口摂取可能な逆流性食道炎、出血のない胃潰瘍、胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター（P P I）【注射薬】の算定は、原則として認められないと判断した。

【 処置 】**２４７ 皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）の算定について**

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するＪ０５４皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められる。

- (1) 湿疹・皮膚炎（急性・慢性）
- (2) 脂漏性湿疹・皮膚炎
- (3) アトピー性皮膚炎
- (4) 痒疹
- (5) 乾癬
- (6) 掌蹠膿疱症
- (7) 尋常性白斑
- (8) 凍瘡
- (9) 円形脱毛症
- (10) 尋常性ざ瘡
- (11) 帯状疱疹

○ 取扱いを作成した根拠等

赤外線療法は、赤外線の温熱作用により毛細血管を拡張、充血させ、新陳代謝の活性化や鎮痛作用をもたらす。紫外線療法は、光源ランプを用いて直接紫外線をあてることにより、皮疹の軽快、免疫抑制、皮膚の炎症や掻痒感の軽減等の治療効果を有する。これらの療法はその作用や治療効果より、多様な皮膚疾患に実施されている。

以上のことから、上記(1)から(11)の傷病名に対するＪ０５４皮膚科光線療法「１」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められると判断した。

【 処置 】**２４８ 皮膚科光線療法と皮膚科軟膏処置の併算定について****《令和６年７月３１日》****○ 取扱い**

次の場合におけるＪ０５３ 皮膚科軟膏処置とＪ０５４ 皮膚科光線療法との併算定は、原則として認められる。

- (1) 同一部位で別疾患
- (2) 別部位で同一疾患

○ 取扱いを作成した根拠等

皮膚科軟膏処置は、患部に軟膏等を塗る処置で、皮膚症状の改善や維持を目的として実施される。

皮膚科光線療法は、赤外線や紫外線を患部に照射する治療法で、新陳代謝の活性化、鎮痛作用、皮疹の改善、免疫抑制、皮膚の炎症や掻痒感の軽減等、多様な皮膚疾患に実施される。

異なる疾患に対して皮膚科軟膏処置と皮膚科光線療法を実施する場合、同一部位であっても症状に応じて双方の処置を実施する。また、同一疾患であっても部位により皮膚症状が異なる場合は、必要に応じて双方の処置を実施する。

以上のことから、上記(1)、(2)の場合におけるＪ０５３ 皮膚科軟膏処置とＪ０５４ 皮膚科光線療法との併算定は、原則として認められると判断した。

【 手術 】**249 経皮的冠動脈形成術等に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】の算定について**

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

K546 経皮的冠動脈形成術、K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）及びK549 経皮的冠動脈ステント留置術に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】（ウログラフィン注）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

アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン（ウログラフィン注）は膵管胆道・唾液腺造影剤であり、添付文書の効能・効果は、60%製剤は「内視鏡的逆行性膵胆管撮影、経皮経肝胆道撮影」、76%製剤は「唾液腺撮影」である。イオン性である当該ヨード造影剤は高浸透圧造影剤（浸透圧比：約6（60%製剤）、約9（76%製剤））であり、血管内投与の適応はない（2001年2月血管内投与は副作用発生率が非イオン性に比べて高いことから効能・効果から削除され、現在、血管内投与の適応があるのは大部分が非イオン性の等浸透圧又は低浸透圧造影剤である。）。したがって、冠動脈造影用としての使用は不適切である。

以上のことから、K546 経皮的冠動脈形成術、K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）及びK549 経皮的冠動脈ステント留置術に対する当該医薬品の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

２５０ 血中微生物検査の算定について

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

次の傷病名に対するD005「７」血中微生物検査の算定は、原則として認められる。

- (1) フィラリア症
- (2) トリパノソーマ症
- (3) マラリア

○ 取扱いを作成した根拠等

血中微生物検査は、血液を鏡検して病原体や原虫を確認する検査であり、フィラリア症、トリパノソーマ症、マラリア等感染症の診断に有用である。

以上のことから、上記(1)から(3)の傷病名に対するD005「７」血中微生物検査の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

251 IV型コラーゲン、P-III-P、IV型コラーゲン・7Sの算定について

《令和6年7月31日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD007「35」IV型コラーゲン、「38」プロコラーゲン-III-ペプチド（P-III-P）又は「41」IV型コラーゲン・7Sの算定は、原則として認められる。
 - (1) アルコール性肝炎
 - (2) 非アルコール性脂肪性肝炎
 - (3) 原発性胆汁性胆管炎
 - (4) 自己免疫性肝炎
 - (5) 肝硬変
- ② 次の傷病名に対するD007「35」IV型コラーゲン、「38」プロコラーゲン-III-ペプチド（P-III-P）又は「41」IV型コラーゲン・7Sの算定は、原則として認められない。
 - (1) 慢性肝炎疑い
 - (2) 肝機能障害・肝障害（疑い含む。）
 - (3) 脂肪肝（疑い含む。）
 - (4) アルコール性肝炎疑い
 - (5) 非アルコール性脂肪性肝炎疑い
 - (6) 原発性胆汁性胆管炎疑い
 - (7) 自己免疫性肝炎疑い
 - (8) 肝細胞癌（疑い含む。）

○ 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は、いずれも、肝臓の線維化を反映するマーカーであり、①に掲げる傷病名に対する測定は、肝臓の線維化のステージを診断し治療方針を選択する上で有用である。

以上のことから、①に掲げる傷病名に対する当該検査の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる傷病名に対する測定は、確定診断に至っていないため、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**２５２ 慢性肝炎疑いに対するヒアルロン酸の算定について**

《令和６年７月３１日》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

慢性肝炎疑いに対するD007「45」ヒアルロン酸の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

ヒアルロン酸は、肝細胞の炎症後に起こる線維化に伴い合成が亢進し分解が障害され血中濃度が上昇することにより、肝臓の線維化を反映するマーカーとされている。また、厚生労働省通知※において、「本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。」と示されている。

慢性肝炎を疑う状態では、肝の線維化が進んでいる可能性は低く、本検査の有用性も低い。

以上のことから、慢性肝炎疑いに対する当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 検 査 】**２５３ 経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する
レニン活性等の算定について**

《令和６年７月３１日》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

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

- (1) D008「８」レニン活性
- (2) D008「９」レニン定量
- (3) D008「14」コルチゾール
- (4) D008「15」アルドステロン
- (5) D008「15」アルドステロン（尿）
- (6) D008「29」カテコールアミン分画
- (7) D008「37」カテコールアミン
- (8) 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、二次性高血圧症の原因疾患の診断ならびに経過観察に用いられる。

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

【 検 査 】**２５４ 糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するＩＲＩの算定について****《令和６年７月３１日》****○ 取扱い**

次の傷病名に対するD008「８」インスリン（ＩＲＩ）の算定は、原則として認められない。

- (1) 糖尿病疑い
- (2) 耐糖能異常疑い

○ 取扱いを作成した根拠等

インスリン（ＩＲＩ）は、インスリン分泌の評価に有用であるとともに、糖尿病（確定）の病型診断、薬剤の変更あるいはコントロール不良例などに対する治療方針の再評価等に際して必要不可欠な検査である。

一方、糖尿病状態が疑われるときの診断検査としては、通常、血糖値（空腹時、随時）とHbA1c値が有用である。

なお、糖尿病疑い又は耐糖能異常疑いが否定できない場合、75g経口糖負荷試験と同時に血中のインスリン又は血中C-ペプチドを併せて測定する耐糖能精密検査を用いる場合があるが、インスリン（ＩＲＩ）検査のみを実施することは必要ではない。

以上のことから、糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するD008「８」インスリン（ＩＲＩ）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】

255 C－ペプチド（CPR）の算定間隔について

《令和6年7月31日》

《令和7年11月28日更新》

○ 取扱い

糖尿病確定診断後の血糖コントロールが安定している患者の外来受診時におけるD008「12」C－ペプチド（CPR）の算定間隔は、原則として3か月とする。

○ 取扱いを作成した根拠等

C－ペプチド（CPR）は、プロインスリンが分解されてインスリンを生成する際の副産物で、インスリン投与中であっても、膵臓のインスリン分泌能の指標となり、（血中）インスリン動態の把握のため、一定間隔での観察が必要である。

一方、薬物療法を行う場合、3か月間継続しても目標に達成しない場合には、他剤との併用も含め、他の治療法を考慮するとされている。

以上のことから、糖尿病確定診断後の血糖コントロールが安定している患者の外来受診時における当該検査の算定間隔は、治療・経過観察期間等を考慮し原則として3か月が妥当と判断した。

C152-2 持続血糖測定器加算に係る厚生労働省通知の(1)のイの(ロ)[※]に該当するとして当該加算の2「間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合」を算定する患者、頻回に当該検査を実施する必要がある患者については、この取扱いから除くこととする。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

C152-2 持続血糖測定器加算

(1) 入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア 略

イ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

(イ) 略

(ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清Cペプチドが0.5ng/mL未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な

有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

- (２) 持続血糖測定器加算を算定する場合は、(１)のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、(１)のイの(ロ)に該当する場合、直近の空腹時血清Ｃペプチドの測定値を併せて記載すること。

【 検 査 】**256 骨粗鬆症疑いに対する I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) の算定について**

《令和 6 年 7 月 31 日》

○ 取扱い

骨粗鬆症疑いに対する D008「25」I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

骨粗鬆症は、既存骨折の有無及び骨量測定による骨密度で診断される。一方、骨代謝マーカー (I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) など) は骨密度とは独立した骨折の予測因子で、骨粗鬆症の診断後、薬物療法の必要性や薬剤選択に役立つとされ、薬剤治療効果の判定にも用いられる (骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015)。

I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) については、厚生労働省通知[※]に「原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回、その後 6 月以内の薬剤効果判定時に 1 回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できる。」と示されており、骨粗鬆症に対しては、当該疾患の診断確定後、薬剤治療方針の選択時、薬剤効果判定時、薬剤治療方針変更後に算定できるものである。

以上のことから、骨粗鬆症の疑いに対する当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 検 査 】**２５７ T S A b の連月の算定について**

《令和６年７月３１日》
《令和８年６月１日更新》

○ 取扱い

D014「39」 T S A b の連月の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

甲状腺刺激抗体（T S A b）は、T S H受容体に結合する抗体でT S Hの結合を阻害するが、一方で抗体自体が受容体刺激作用（T S H様作用）を有しているため、甲状腺ホルモン（T 4，T 3）の分泌を亢進させ、甲状腺機能亢進状態を生じさせる。

甲状腺機能の状態は、血中の甲状腺ホルモン等（F T 3，F T 4，T S H）を測定することにより、迅速な把握が可能であり、薬物治療開始時等の不安定期には連月、場合によっては同一月内に複数回の検査が必要となる。

一方、T S A bは免疫グロブリンであることより、その変動は緩徐であり、連月で測定することの有用性は低い。

以上のことから、D014「39」 T S A b の連月の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**258 免疫グロブリン（I g G、I g A、I g M）の算定について**

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

関節リウマチ疑い及び関節リウマチの経過観察に対するD015「4」免疫グロブリン（I g G、I g A、I g M）の算定は、原則として認められる。

また、算定間隔は、原則として3か月に1回とする。

○ 取扱いを作成した根拠等

免疫グロブリンは、抗体活性を持つ血清蛋白であり、I g G、I g A、I g Mは感染防御の生理的活性を持つ。関節リウマチにおいては免疫グロブリンが増加し、特にI g G及びI g Aの増加がみられることが多い。

以上のことから、関節リウマチの疑い及び関節リウマチの経過観察におけるD015「4」免疫グロブリン（I g G、I g A、I g M）の算定は、原則として認められると判断した。

なお、認められる算定間隔は、原則として3か月に1回が一般的とされている。

【 検 査 】

259 I g G₄の算定について

《令和6年7月31日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD014「40」I g G₄の算定は、原則として認められる。
 - (1) ミクリッツ病
 - (2) 自己免疫性膵炎
 - (3) 後腹膜線維症
 - (4) リーデル甲状腺炎
 - (5) キュットネル腫瘍
 - (6) I g G₄関連疾患のみ
- ② 治療中（ステロイド投与初期）のD014「40」I g G₄の連月の算定は原則として認められる。
- ③ 経過観察時のD014「40」I g G₄の算定は、原則として3か月に1回認められる。
- ④ 次の傷病名に対するD014「40」I g G₄の算定は、原則として認められない。
 - (1) 胆嚢炎
 - (2) 腎臓病
 - (3) 肺炎
 - (4) 肝疾患
 - (5) 後腹膜炎
 - (6) 硬膜炎

○ 取扱いを作成した根拠等

I g G₄は、免疫グロブリンG（I g G）の4種のサブクラスの1種で、I g G₄関連疾患で高値を示す。

①に掲げる傷病名（ミクリッツ病、自己免疫性膵炎、後腹膜線維症、リーデル甲状腺炎、キュットネル腫瘍）は、いずれもI g G₄関連疾患であり、高I g G₄血症が診断基準の一つとされている。

以上のことから、ミクリッツ病、自己免疫性膵炎、後腹膜線維症、リーデル甲状腺炎、キュットネル腫瘍、I g G₄関連疾患のみに対する当該検査の算定は、原則として認められると判断した。

一方、④に掲げる傷病名（胆嚢炎、腎臓病、肺炎、肝疾患、後腹膜炎、硬膜炎）では、I g G₄関連疾患に特異的な変動が見られないことより、これらの

傷病名に対する算定は原則として認められないと判断した。

なお、I g G₄ 関連疾患に対してはステロイド投与が有効であることより、ステロイド投与開始初期における、当該検査の連月の算定は原則として認められるが、病状が安定した各疾患の経過観察期間は、3 か月に 1 回の当該検査が妥当と判断される。

【 検 査 】

260 爪白癬の診断確定時の微生物学的検査の算定について

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

爪白癬の診断確定時の次の微生物学的検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「3」その他のもの
- (2) D018 細菌培養同定検査「5」その他の部位からの検体
- (3) D018 細菌培養同定検査「6」簡易培養

○ 取扱いを作成した根拠等

爪白癬は、爪甲、爪床、又はその両方に生じる真菌感染症である。診断は爪甲の変形や変色等の外観評価、直接顕微鏡検査（直接鏡検法）と真菌培養法を中心に実施する。

以上のことから、爪白癬の診断確定時の上記(1)から(3)の微生物学的検査の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**２６１ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの）の算定について**

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する便検体によるD017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「３」その他のものの算定は、原則として認められる。

- (1) トリコモナス
- (2) アメーバ赤痢
- (3) 胃結核
- (4) カンピロバクター腸炎
- (5) 腸管スピロヘータ症
- (6) 腸結核、結核性下痢

○ 取扱いを作成した根拠等

細菌顕微鏡検査「その他のもの」は、体内から採取した検体を顕微鏡で観察し、細菌の種類を特定する検査で、蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置、保湿装置等を使用しないものである。

種類を特定することができる病原菌には、トリコモナス、アメーバ赤痢、抗酸菌、カンピロバクター属菌、レプトスピラ（スピロヘータ）等がある。

以上のことから、上記(1)から(6)の傷病名に対する便検体によるD017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「３」その他のものの算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】

262 気管支喘息に対する細菌培養同定検査及び細菌薬剤感受性検査の算定について

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

気管支喘息に対するD018細菌培養同定検査及びD019細菌薬剤感受性検査「1」1菌種、「2」2菌種又は「3」3菌種以上の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

細菌培養同定検査は、細菌感染が疑われた場合、病変と思われる部位から採取した検体を培養し、細菌の有無、菌量および菌種を調べる検査であり、細菌薬剤感受性検査は、起病菌が分離同定された時点で、感染症治療に対する適切な抗菌薬の選択や投与量の決定、有効性を判断する目的で実施する検査である。

一方、気管支喘息は、アレルギーに起因し、反応性に気道の過敏や狭窄等をきたす疾患であり、細菌感染症には該当せず、薬物治療には気管支拡張薬等を投与する。

以上のことから、気管支喘息に対するD018細菌培養同定検査及びD019細菌薬剤感受性検査「1」1菌種、「2」2菌種又は「3」3菌種以上の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**２６３ 標準語音聴力検査の算定について****《令和６年７月３１日》****○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められる。
 - (1) 難聴
 - (2) 突発性難聴
- ② 顔面神経麻痺に対するD244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

標準語音聴力検査は、言葉のききとり、聴き分けの程度を調べる検査である。具体的には、語音を用いた最小可聴閾値を測定する語音聴取閾値検査と、聞き分けるのに十分な閾値上のレベルで聞き分け方を検査する語音弁別検査があり、その実施目的は、難聴の原因診断や純音聴力検査結果を補足するもので上記①の傷病名の診断や経過観察に有用である。

一方、顔面神経麻痺は、難聴やめまいを合併するハント症候群や聴神経腫瘍等の鑑別診断が重要であるが、顔面神経麻痺に対する本検査の必要性は低いと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「２」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められ、顔面神経麻痺に対する本検査の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検 査 】**２６４ ことばのききとり検査の算定について****《令和６年７月３１日》****○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められる。
 - (1) 難聴
 - (2) 突発性難聴
- ② 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められない。
 - (1) 顔面神経麻痺
 - (2) めまい
 - (3) 耳管狭窄症

○ 取扱いを作成した根拠等

ことばのききとり検査は、厚生労働省通知※に「難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合」に算定すると示されている。

一方、上記②の傷病名については、難聴をきたすことがあり鑑別診断のために聴力検査を実施するが、本検査の必要性は低いと考える。

以上のことから、上記①の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「２」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められるが、上記②の傷病名に対する本検査の算定は、原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 検 査 】**２６５ 後迷路機能検査の算定について****《令和６年７月３１日》****○ 取扱い**

- ① 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
 - (1) 難聴
 - (2) 突発性難聴
 - (3) メニエール病
- ② 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
 - (1) 中耳炎
 - (2) 耳管狭窄症
 - (3) 顔面神経麻痺

○ 取扱いを作成した根拠等

後迷路機能検査は、厚生労働省通知※に「短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(TTD)のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うもの」と示されている。

本検査は、他の聴覚検査により難聴と診断された後、感音難聴に分類される「内耳＝迷路」よりも「後方」に存在する聴神経から脳幹を經由し皮質聴覚野までに至る聴覚伝導路のうちいずれかの部位に生じた障害による後迷路性難聴を診断するために実施するものであり、内耳以外の部位に発症する傷病名に対する算定は、適切ではない。

以上のことから、D244 自覚的聴力検査「４」後迷路機能検査について、上記①の傷病名に対する算定は、原則として認められるが、上記②の傷病名に対する算定は、原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 検 査 】**２６６ 中耳機能検査の算定について**

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

- ① 中耳炎に対するD244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められない。
 - (1) めまい
 - (2) メニエール病
 - (3) 顔面神経麻痺
 - (4) 突発性難聴

○ 取扱いを作成した根拠等

中耳機能検査は、厚生労働省通知※に「骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせで行った場合にのみ算定する。」と示されている。

骨導ノイズ法は、被検耳にあてた気導受信器から検査音をきかせ、一方で前頭部にあてた骨導受話器からきかせる雑音（骨導雑音）によって検査音を遮蔽して、骨導聴力を測定する。

鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）は、鼓膜穿孔がある場合に穿孔部分を一次的に閉鎖して聴力検査を行うことにより、気導聴力の改善があるか否かを確認する。

したがって、本検査は、気骨導差があり気導聴力が低下している場合の中耳性難聴の診断のために実施されることから、中耳炎に有用である。一方、メニエール病や突発性難聴といった内耳疾患等上記②の傷病名に対する必要性は低いと考えられる。

以上のことから、上記①の傷病名に対するD244 自覚的聴力検査「６」中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)の算定は、原則として認められるが、②の傷病名に対する算定は、原則として認められないと判断した。

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 画像診断 】

２６７ コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定について

《令和６年７月３１日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名等に対するＥ２００ コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められる。
 - (1) 乳癌
 - (2) 乳癌の術前
 - (3) 化学療法後
 - (4) 四肢悪性腫瘍疑い
 - (5) 単純撮影のない虫垂炎（初診時）
 - (6) 単純撮影のない肺炎疑い（初診時）
 - (7) 内視鏡検査のない大腸癌疑い
 - (8) 内視鏡検査のない胃癌疑い
- ② 次の傷病名に対するＥ２００ コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 気管支炎
 - (2) 単純撮影のない急性胃炎（初診時）

○ 取扱いを作成した根拠等

①に掲げる傷病名等に対するコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）は、これら傷病名等の診断、評価に対し、レントゲン撮影より精度の高い検査として、また腸閉塞や消化管狭窄など内視鏡検査不可能な場合等において有用である。

以上のことから、①に掲げる傷病名等に対する コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の算定は、原則として認められると判断した。

一方、②に掲げる傷病名に対しては、その有用性は低く、原則として認められないと判断した。

【 画像診断 】

268 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のCT撮影の算定について

《令和6年7月31日》

○ 取扱い

J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のE200「1」CT撮影の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は厚生労働省通知※に「経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、1回に限り算定する。」と示されている。

カテーテル交換後の確認は、一般的に、胃内視鏡検査により胃瘻カテーテルの先端及びバルーンを直接視認することでカテーテルの胃内への挿入を確認する直接法又はカテーテル交換後、水溶性造影剤を注入し、X-P検査で胃が造影されることで胃内への挿入を確認する間接法で行うのが通例であり、CT撮影の必要性はないと考えられる。

以上のことから、J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のE200「1」CT撮影の算定は原則として認められないと判断した。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について