

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
医学管理等	6 4 3	器質性月経困難症のみに対する婦人科特定疾患治療管理料の算定について	1
検査	6 4 4	末梢血液一般検査等（組織採取前）の算定について	2
検査	6 4 5	抗 V E G F 阻害剤投与中における D ダイマー（副作用チェック）の算定について	3
検査	6 4 6	B 型慢性肝炎疑いに対する H B s 抗体の算定について	4
検査	6 4 7	尿素呼気試験（U B T）の算定について	5
検査	6 4 8	チンパノメトリー（滲出性中耳炎等）の算定について	6
画像診断	6 4 9	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン（子宮卵管）の算定について	7
投薬	6 5 0	高血圧症の患者（腎のう胞又は単なる腎疾患がある場合）に対するカンデサルタン シレキセチル錠の投与量について	8
投薬	6 5 1	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	9
投薬	6 5 2	トルバプタン【内服薬】等（単独投与）の算定について	10
投薬	6 5 3	カナマイシンー硫酸塩カプセル（肝硬変のみ）の算定について	11
投薬	6 5 4	アロプリノール（肝障害、肝機能障害等）の算定について	12
投薬	6 5 5	ベンズブロマロン製剤（肝不全等）の算定について	13
投薬	6 5 6	ダビガトランエテキシラートメタンズルホン酸塩等（非弁膜症性心房細動等）の算定について	14
投薬	6 5 7	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	16

診療項目	番号	タイトル	頁
投薬	658	オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール腔錠600mg 等）の投与量について	17
投薬	659	大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾンの投与量について	18
リハビリテーション	660	未破裂脳動脈瘤術後に対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定について	19
処置	661	気管切開術後の創傷処置の算定について	20
処置	662	産褥性乳腺炎に対する消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法の算定について	21
処置	663	緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（血漿交換療法等）の算定について	22
処置	664	ヘモダイアフィルターと吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）の併算定について	23
手術	665	腰部脊柱管狭窄症に対する脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「23」腰椎椎弓形成術の算定について	24
手術	666	経尿道的尿路結石除去術後の経尿道的尿管ステント抜去術の算定について	25
手術	667	体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート）の2本の算定について	26
手術	668	人工心肺「注1」選択的冠灌流加算の算定について	27

【 医学管理等 】

6 4 3 器質性月経困難症のみに対する婦人科特定疾患治療管理料の算定について

《令和 7 年 8 月 2 9 日》

○ 取扱い

子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、チョコレートのお胞等がなく、器質性月経困難症の傷病名のみに対する B 001「30」婦人科特定疾患治療管理料の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

B 001「30」婦人科特定疾患治療管理料については、厚生労働省通知※に「器質性月経困難症の患者であって」と示されており、器質性月経困難症の傷病名に加えて、当該疾患の原因となった子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、チョコレートのお胞等の傷病名が併記されている必要がある。

以上のことから、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、チョコレートのお胞等の病名がなく B 001「30」婦人科特定疾患治療管理料の算定は、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 】**6 4 4 末梢血液一般検査等（組織採取前）の算定について****《令和7年8月29日》****○ 取扱い**

組織採取前の一般検査として次の検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D005「5」末梢血液一般検査
- (2) D006「1」出血時間、「2」プロトロンビン時間（P T）、「7」活性化部分トロンボプラスチン時間（A P T T）

○ 取扱いを作成した根拠等

組織採取は、針生検、吸引生検又は外科的切開により実施するものであり、採取に伴う出血に対する止血処置にあたり、凝固障害や出血性病態を把握する必要がある。

末梢血液一般検査は主に血液疾患や出血疾患に対して、出血時間、プロトロンビン時間（P T）、活性化部分トロンボプラスチン時間（A P T T）は、それぞれ主に出血傾向、外因系凝固能、内因系凝固能を評価するものであり、組織採取前の上記検査の臨床的有用性は高いと考えられる。

以上のことから、組織採取前の一般検査としての上記(1)及び(2)の算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**6 4 5 抗 V E G F 阻害剤投与中における D ダイマー（副作用チェック）の算定について**

《令和 7 年 8 月 2 9 日》
《令和 8 年 6 月 1 日更新》

○ 取扱い

抗 V E G F 阻害剤（アバスチン点滴静注用等（眼内用抗 V E G F 阻害剤を除く。））投与中における副作用チェックのための D006「16」D ダイマーの算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

抗 V E G F 阻害剤の 1 種であるアバスチン点滴静注用については、添付文書の警告に「脳卒中、一過性脳虚血発作、心筋梗塞、狭心症、脳虚血、脳梗塞等の動脈血栓塞栓症があらわれ、死亡に至る例が報告されている。観察を十分に行い異常が認められた場合には、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。動脈血栓塞栓症があらわれた患者には、本剤を再投与しないこと。」と示されている。

また、動脈血栓塞栓症のスクリーニングには D ダイマーが有用であることは周知のことであり、治療中の本検査の実施は妥当と判断できる。

以上のことから、抗 V E G F 阻害剤（アバスチン点滴静注用等（眼内用抗 V E G F 阻害剤を除く。））投与中における副作用チェックのための D006「16」D ダイマーの算定は、原則として認められると判断した。

【 検 査 】**6 4 6 B型慢性肝炎疑いに対するHBs抗体の算定について****《令和7年8月29日》****○ 取扱い**

B型慢性肝炎の疑いに対するD013「3」HBs抗体の算定は、原則として認められない。

ただし、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う可能性がある場合はこの限りではない。

○ 取扱いを作成した根拠等

HBs抗体については、HBV感染の既往の確認やワクチンの効果の判断を行う検査であり、B型肝炎の診断に直接寄与しない検査である。

以上のことから、B型慢性肝炎の疑いに対するD013「3」HBs抗体の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、厚生労働省通知※に「免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「3」のHBs抗原、HBs抗体及び「6」のHBc抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。」とあり、本検査は薬剤投与前に行われるものであることを踏まえ、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う可能性がある場合は、HBV再活性化のリスク等を考慮して、当該検査の算定は認められる。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

【 検 査 】

6 4 7 尿素呼気試験（UBT）の算定について

《令和 7 年 8 月 2 9 日》

○ 取扱い

D023-2「2」尿素呼気試験（UBT）について、ボノプラザンフマル酸塩（タケキャブ錠等）投与中又は投与中止若しくは終了後 2 週間未満での算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

H. pylori 検査（特に尿素呼気試験）を行う際は、関連学会のガイドライン※にボノプラザンフマル酸塩にはウレアーゼ活性を阻害し尿素呼気試験に影響するとあり、服用中は偽陰性を示す可能性があるため、H. pylori に対して抗菌活性を有している他の PPI と同様に非服用時又は服用中止 2 週間以降に施行する必要がある。

以上のことから、D023-2「2」尿素呼気試験（UBT）について、ボノプラザンフマル酸塩（タケキャブ錠等）投与中又は投与中止若しくは終了後 2 週間未満での算定は、原則として認められないと判断した。

（※）日本ヘリコバクター学会「H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン
2024 年改訂版」

【 検 査 】

648 チンパノメトリー（滲出性中耳炎等）の算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

- ① 滲出性中耳炎又は耳管狭窄症に対するD247「2」チンパノメトリーの算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対するD247「2」チンパノメトリーの算定は、原則として認められない。
 - (1) 慢性中耳炎（穿孔がある場合）
 - (2) 末梢前庭障害
 - (3) 感音難聴（初診時除く。）

○ 取扱いを作成した根拠等

チンパノメトリーは、中耳腔内圧と鼓膜・中耳伝音系の可動性を調べる検査である。外耳道の気圧を連続的に変化させ、鼓膜の振動を記録することにより、中耳腔の気圧、貯留液の有無を確認できるため、耳管狭窄症や滲出性中耳炎の診断、経過観察時の病態把握に有用である。

一方、穿孔がある場合の慢性中耳炎や内耳の前庭神経に障害が生じる末梢前庭障害、蝸牛神経の障害により生じる感音難聴（初診時除く。）に対する本検査の臨床的有用性は低いと考えられる。

以上のことから、D247「2」チンパノメトリーについて、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。

【 画像診断 】

649 アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン（子宮卵管）の算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

子宮卵管に対する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76%）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

ウログラフィン注76%の効能・効果は「唾液腺撮影」であり、子宮卵管造影撮影での当該医薬品の使用は適応外である。また、子宮卵管造影撮影には、通常、リピオドール又はイソビストが使用される。

以上のことから、子宮卵管に対する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76%）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投 薬 】**650 高血圧症の患者（腎のう胞又は単なる腎疾患がある場合）に対する
カンデサルタン シレキセチル錠の投与量について**

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

高血圧症の患者において腎のう胞又は単なる腎疾患がある場合のカンデサルタン シレキセチル錠（ブロプレス錠等）の投与量は、原則として1日1回12mgまで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

カンデサルタン シレキセチル錠（ブロプレス錠等）の高血圧症に対する用法及び用量については、添付文書に「成人：（略）必要に応じ12mgまで増量する。ただし、腎障害を伴う場合には、1日1回2mgから投与を開始し、必要に応じ8mgまで増量する。」「小児：（略）必要に応じ12mgまで増量する。ただし、腎障害を伴う場合には、低用量から投与を開始し、必要に応じて8mgまで増量する。」と記載されている。また、重要な基本的注意の「腎障害のある患者＜高血圧症＞」に「少量より開始し、増量する場合は血圧、腎機能及び患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。まれに血圧が急激に低下し、ショック、失神、一過性の意識消失や腎機能の低下を起こすおそれがある。」と記載されている。

腎のう胞では、通常腎障害を呈することはなく、また、レセプト上、単に腎疾患の傷病名の併存をもって、当該医薬品投与時に腎機能が低下している状態であったと判断することはできない。当該医薬品の効能・効果における副作用を熟知した主治医の慎重な判断のもとで上記の用法・用量に即し、通常量を投与した場合は妥当と考える。

以上のことから、高血圧症の患者において腎のう胞又は単なる腎疾患がある場合のカンデサルタン シレキセチル錠（ブロプレス錠等）の投与量は、原則として1日1回12mgまで認められると判断した。

【 投 薬 】**6 5 1 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29日》****○ 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。

- (1) 感冒
- (2) 小児のインフルエンザ
- (3) 小児の気管支喘息
- (4) 感冒性胃腸炎、感冒性腸炎
- (5) 慢性上気道炎、慢性咽喉頭炎

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】**6 5 2 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 2 9 日》

○ 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

- (1) トルバプタン【内服薬】（サムスカOD錠等）
- (2) 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）

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】**６５３ カナマイシンー硫酸塩カプセル（肝硬変のみ）の算定について****《令和７年８月２９日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

カナマイシンー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ー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。

【 投 薬 】**6 5 4 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 2 9 日》

○ 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。

- (1) 肝障害、肝機能障害
- (2) 非代償性肝硬変
- (3) 腎（機能）障害
- (4) 腎不全

○ 取扱いを作成した根拠等

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(1)から(4)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。

【 投 薬 】**6 5 5 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 8 月 2 9 日》

○ 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。
 - (1) 肝不全
 - (2) 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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可能性がある」ことや「劇症肝炎等の重篤な肝障害が主に投与開始 6 ヶ月以内に発現し、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。

【 投 薬 】

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

《令和7年8月29日》

○ 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シルホン酸塩（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シルホン酸塩（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。
 - (1) 僧帽弁閉鎖不全症（単独）
 - (2) 僧帽弁修復術後
 - (3) 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シルホン酸塩（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。
 - (1) 僧帽弁閉鎖不全症
 - (2) 特発性拡張型心筋症
 - (3) 肥大型心筋症
 - (4) 僧帽弁修復術後
 - (5) 心臓弁置換術後（生体弁）

○ 取扱いを作成した根拠等

ダビガトランエテキシラートメタンシルホン酸塩（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(1)から(3)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。

【 投 薬 】**６５７ 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２９日》****○ 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。

○ 取扱いを作成した根拠等

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。

【 投 薬 】

658 オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール膦錠 600mg 等）の投与量について

《令和 7 年 8 月 2 9 日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

オキシコナゾール硝酸塩（オキナゾール膦錠 600mg）の用法・用量については、添付文書に「1 週 1 回 1 錠を膦深部に挿入する。なお、真菌学的効果（一次効果）が得られない場合は、オキナゾール膦錠 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（オキナゾール膦錠 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。

【 投 薬 】**6 5 9 大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾンの投与量について****《令和7年8月29日》****○ 取扱い**

大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾン（強力ポステリザン（軟膏）等）の1回の処方量180gを超える算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

大腸菌死菌浮遊液 ヒドロコルチゾン（強力ポステリザン（軟膏）等）については、添付文書の重要な基本的注意に、「長期連用により、全身投与の場合と同様な症状があらわれることがあるので、長期連用は避けること。」と示されている。このため、副作用の観察が必要であることから、1回の処方量（概ね2g、通常1日1～3回）としては、概ね1か月分の投与量が妥当と考える。

以上のことから、強力ポステリザン（軟膏）の1回の処方量180gを超える算定は、原則として認められないと判断した。

【 リハビリテーション 】

660 未破裂脳動脈瘤術後に対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

未破裂脳動脈瘤の術後に対するH001 脳血管疾患等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。

○ 取扱いを作成した根拠等

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者については、厚生労働省通知※に「「特掲診療料の施設基準等」の「別表第九の五」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、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるもの」と示されており、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等とされているが、未破裂脳動脈瘤は、これらの疾患には該当しない。

以上のことから、未破裂脳動脈瘤の術後に対するH001 脳血管疾患等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。

ただし、未破裂脳動脈瘤の手術後に、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などを合併することがあり、これらの合併病名の記載がある場合は、算定を認めることとした。

（※）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

【 処置 】**6 6 1 気管切開術後の創傷処置の算定について****《令和 7 年 8 月 2 9 日》****○ 取扱い**

K386 気管切開術後の J 000 創傷処置「1」100 平方センチメートル未満の算定は、原則として 14 日まで認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

K386 気管切開術については、厚生労働省通知^{※1}に「気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、「J 000」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。」と示されている。

また、J 000 創傷処置「1」100 平方センチメートル未満については、厚生労働省告示^{※2}に「手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して 14 日を限度として算定する。」と示されており、気管切開術後の J 000 創傷処置も、これに則することが妥当と考える。

以上のことから、K386 気管切開術後の J 000 創傷処置「1」100 平方センチメートル未満は、原則として 14 日まで認められると判断した。

（※1）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

（※2）診療報酬の算定方法

【 処 置 】

6 6 2 産褥性乳腺炎に対する消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法の算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

産褥性乳腺炎に対する J 119 消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

産褥性乳腺炎は、産後の授乳期間中の乳汁のうっ滞や細菌感染が原因で乳腺に炎症が生じた疾患である。その症状緩和のため乳房マッサージは必要な処置であり、J 119 消炎鎮痛等処置「1」マッサージ等の手技による療法の算定は妥当と考える。

以上のことから、産褥性乳腺炎に対する当該処置料の算定は、原則として認められると判断した。

【 処 置 】**６６３ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（血漿交換療法等）の算定について****《令和７年８月２９日》****○ 取扱い**

次の場合の緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルの算定は、原則として認められる。

- (1) J 039 血漿交換療法時
- (2) K 921 造血幹細胞採取「２」末梢血幹細胞採取時

○ 取扱いを作成した根拠等

緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは、血液浄化療法で体外循環のために血液の出入り口（ブラッドアクセス）を緊急に確保する場合などに内頸静脈や大腿静脈などの静脈に留置して使用するものである。

血漿交換療法・末梢血幹細胞採取は、手技の実施に際していずれも十分な体幹循環血液量の一時的な確保を必要としており、当該カテーテルの使用は有用である。

また、造血幹細胞採取の末梢血幹細胞採取時、十分な太さの血管が確保できない場合などにおいて、当該材料は有用と考えられる。

以上のことから、上記(1)及び(2)の場合の当該材料の算定は、原則として認められると判断した。

【 処置 】

664 ヘモダイアフィルタールと吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）の併算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

透析アミロイドーシスを伴う慢性腎不全における人工腎臓（オンラインHDF）時のヘモダイアフィルタールと吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）の併算定は、原則として認められる。

なお、人工腎臓（オンラインHDF）とは、J038 人工腎臓「1」～「3」（慢性維持透析を行った場合）の各所定点数に、注13 慢性維持透析濾過加算（50点）を併せて行ったものをいう。

○ 取扱いを作成した根拠等

吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）については、厚生労働省通知※に「吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）は、（略）人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から1年を限度として算定する。」と示されている。

本材が保険適用になった1996年時点では、本邦の血液浄化療法のほぼ全てが血液透析であったが、現在ではオンライン血液透析ろ過が確立し、2021年時点では、透析ろ過50.5%、血液透析45.9%となっている。そのような状況を勘案し、重症の透析アミロイドーシスに吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）を算定することは医学的に妥当と考える。

以上のことから、透析アミロイドーシスを伴う慢性腎不全における人工腎臓（オンラインHDF）時のヘモダイアフィルタールと吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）の併算定は、原則として認められると判断した。

（※）特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

【 手術 】**665 腰部脊柱管狭窄症に対する脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「23」
腰椎椎弓形成術の算定について**

《令和7年8月29日》
《令和8年6月1日更新》

○ 取扱い（変更前）

腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「6」椎弓形成の算定は、症状詳記等により必要性及び術式が確認された場合に限り、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等（変更前）

腰部脊柱管狭窄症に対する基本的術式は、椎弓切除術である。

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

以上のことから、腰部脊柱管狭窄症に対するK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術「6」椎弓形成の算定は、症状詳記等により必要性及び術式が確認された場合に限り、原則として認められると判断した。

○ 取扱い（変更後）

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

○ 取扱いを作成した根拠等（変更後）

腰部脊柱管狭窄症に対する基本的術式は、椎弓切除術である。

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

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

【 手術 】**6 6 6 経尿道的尿路結石除去術後の経尿道的尿管ステント抜去術の算定について****《令和 7 年 8 月 2 9 日》****○ 取扱い**

K781 経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるもの後のK783-3 経尿道的尿管ステント抜去術の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

K781 経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるもの後の尿管ステントの留置は、急性腎盂腎炎等の発症抑制に必要である。

以上のことから、K781 経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるもの後に留置した尿管ステントを抜去するためのK783-3 経尿道的尿管ステント抜去術の算定は、原則として認められると判断した。

なお、K781 経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるものと同日のK783-3 経尿道的尿管ステント抜去術は想定していない。

【 手術 】**６６７ 体外循環用カニューレ（心筋保護用カニューレ（成人用・小児用）ルート）の２本の算定について****《令和７年８月２９日》****○ 取扱い**

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

【 手術 】

668 人工心肺「注1」選択的冠灌流加算の算定について

《令和7年8月29日》

○ 取扱い

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

○ 取扱いを作成した根拠等

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

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

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について