

社会保険支払基金ホームページの審査の取り扱いが統一された事例 [833事例から泌尿器科関連を抽出]

2026年 4 月時点

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
医学管理	特定疾患療養管理料と慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定について	B000特定疾患療養管理料とB001「15」慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定は、原則として認められる。	特定疾患療養管理料は、厚生労働省告示※1に「別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合」に算定する旨示されている。 また、慢性維持透析患者外来医学管理料は、厚生労働省通知※2に「安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合」に算定する旨示されている。 同通知※2特掲診療料の通則に同一月に算定できない医学管理等が示されているが、この中に特定疾患療養管理料は含まれているが慢性維持透析患者外来医学管理料は含まれておらず、特定疾患療養管理料と慢性維持透析患者外来医学管理料に係る厚生労働省通知等においても双方の併算定が不可である旨示されていない。 以上のことから、B000特定疾患療養管理料とB001「15」慢性維持透析患者外来医学管理料の併算定は、原則として認められると判断した。 (※1) 診療報酬の算定方法 (※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	2025年 4 月30日	第23回
医学管理	【支払基金・国保統一事例】 癌化学療法で入院した場合の肺血栓塞栓症予防管理料の算定について	癌化学療法で入院した場合のB001-6肺血栓塞栓症予防管理料の算定は、原則として認められる。	肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。肺血栓塞栓症（PTE）/深部静脈血栓症（DVT）は手術後や出産後あるいは急性内科疾患での入院中などに多く発症し、PTE発症時の院内死亡率は14%、死亡例の40%以上が発症1時間以内の突然死とされている。したがって、臨床診断率の向上だけでは予後の改善は達成できず、その発症予防が不可欠とされている。入院による癌化学療法では、通常、複数の注射薬剤の併用投与や持続点滴注射が行われるため、長時間の臥床での治療となるが、癌化学療法はDVTの付加的な危険因子の強度が中等度で、リスクレベルを1段階上げることが推奨されていることから、中リスク以上と判断される。中リスクでは弾性ストッキングあるいは間欠的空気圧迫法（IPC）が予防法として推奨されている（PTE／DVTガイドライン2025）。 以上のことから、癌化学療法で入院した場合のB001-6肺血栓塞栓症予防管理料の算定は、原則として認められると判断した。	2025年11月28日	第30回
投薬	入院患者に対して、該当する傷病名の記載のない外用薬の算定について	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用薬は原則として認めない。	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用薬は原則として認められない。	2017年 4 月24日	第 1 回
投薬	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	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。	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。	2017年 4 月24日	第 1 回
投薬	抗インフルエンザウイルス薬の併用投与について	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。	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。	2224年 2 月29日	第 9 回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
投薬	前立腺肥大症に対する複数の $\alpha 1$ 遮断薬の併用について	前立腺肥大症に対する複数の $\alpha 1$ 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。	前立腺肥大症治療薬である $\alpha 1$ 遮断薬（ $\alpha 1$ 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、 $\alpha 1$ 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、 $\alpha 1$ 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 $\alpha 1$ 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。	2024年3月29日	第10回
投薬	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 $\beta 3$ 受容体作動薬）の併用について	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 $\beta 3$ 受容体作動薬の併用は、原則として認められる。	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、 $\beta 3$ 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 $\beta 3$ 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 $\beta 3$ 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。	2024年4月30日	第11回
投薬	前立腺肥大症に対する $\alpha 1$ 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	前立腺肥大症に対する $\alpha 1$ 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・5 α 還元酵素阻害薬）の併用投与は、原則として認められる。	前立腺肥大症の治療薬には、 $\alpha 1$ 遮断薬（ $\alpha 1$ 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）、5 α 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（タグラフィル）、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 $\alpha 1$ 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・5 α 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。	2024年4月30日	第11回
投薬	プロピペリン塩酸塩の算定について	① 次の傷病名に対するプロピペリン塩酸塩（パップフォー錠）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（パップフォー錠）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。	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（パップフォー錠）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（パップフォー錠）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（パップフォー錠）の算定は、原則として認められると判断した。	2024年7月31日	第14回
投薬	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	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。	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。	2024年12月27日	第19回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
投薬	抗ウイルス薬の併用投与（単純疱疹）について	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。 (1) ビダラビン（アラセナー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】 (2) ビダラビン（アラセナー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。 (1) 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）【注射薬】 (2) アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とビダラビン（アラセナーA点滴静注用）【注射薬】	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。	2025年1月31日	第20回
投薬	抗ウイルス薬の併用投与（帯状疱疹）について	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。 (1) ビダラビン（アラセナー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】 (2) ビダラビン（アラセナー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】 (3) ビダラビン（アラセナー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】 (4) ビダラビン（アラセナーA軟膏等）【外用薬】とビダラビン（アラセナーA点滴静注用）【注射薬】	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るが、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。	2025年1月31日	第20回
投薬	【支払基金統一事例】プロピオン酸系抗炎症薬（適応傷病名と当月発症以外の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するプロピオン酸系抗炎症薬（ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）又はプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル））の算定は、原則として認められる。	適応傷病名と当月発症以外の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するプロピオン酸系抗炎症薬（ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）又はプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル））の算定は、原則として認められる。	プロピオン酸系抗炎症薬（ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）やプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル））は、プロスタグランジン合成抑制作用等により、解熱、鎮痛、抗炎症効果を発揮する医薬品である。 その作用により、胃の血流量が減少し消化性潰瘍が悪化することがあるため、消化性潰瘍のある患者には禁忌とされている。一方、潰瘍治療薬（胃酸抑制および胃粘膜保護）の作用によって、潰瘍の経過（ステージ分類）は、急性期以降、治癒過程へ向かうと示されており、胃血流減少による治癒過程への影響は小さいと考えられることから、適応傷病名に対する解熱、鎮痛、抗炎症目的で当該医薬品の投与が優先されることが多い。 以上のことから、適応傷病名と当月発症以外の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するこれらの医薬品の算定は、原則として認められると判断した。	2025年2月28日	第21回
投薬	【支払基金統一事例】抗NSAID潰瘍剤とPPI等の併算定について	経口、経皮鎮痛消炎剤使用中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対する抗NSAID潰瘍剤（サイトテック錠）と次の薬剤の併算定は原則として認められる。 (1) プロトンポンプ・インヒビター（PPI） (2) H2ブロッカー	非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）は、高頻度に胃潰瘍又は十二指腸潰瘍等を引き起こすことが知られており、潰瘍が発症した場合、「消化性潰瘍診療ガイドライン2020（改訂第3版）」（日本消化器病学会）では、投与を中止するか、NSAIDsの継続投与が必要となる場合はPPIが第一選択薬として推奨されているが、H2ブロッカーも一定の効果があるとされている。 また、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」である。胃酸分泌抑制作用に加えて粘膜を保護するサイトプロテクション作用を併せもつ防御因子増強薬であり、攻撃因子抑制薬であるPPIやH2ブロッカーとは作用機序が異なる。 以上のことから、経口、経皮鎮痛消炎剤使用中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に対する抗NSAID潰瘍剤（サイトテック錠）とPPI又はH2ブロッカーの併算定は、原則として認められると判断した。	2025年2月28日	第21回
投薬	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	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（アラセナーA点滴静注）	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250mg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。	2025年6月30日	第25回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
投薬	【支払基金統一事例】 アロプリノール（肝障害、肝機能障害等）の算定について	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	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。	2025年8月29日	第27回
投薬	【支払基金統一事例】 ベンズプロマロン製剤（肝不全等）の算定について	① 適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するベンズプロマロン製剤（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プロマロン製剤（ユリノーム錠等）の算定は、原則として認められる。	ベンズプロマロン製剤（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プロマロン製剤（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。	2025年8月29日	第27回
投薬	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	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、バクリタキセル等	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。	2025年9月30日	第28回
投薬	【支払基金・国保統一事例】 抗コリン薬（前立腺肥大症）の算定について	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（スビ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。	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（スビ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。	2025年10月31日	第29回
投薬	チオトロピウム臭化物水和物（前立腺肥大症）の算定について	チオトロピウム臭化物水和物（スビリーバ吸入用カプセル等）について、前立腺肥大等による排尿障害のある患者には禁忌とされているが、次の状態の前立腺肥大症に対する算定は、原則として認められる。 (1) 排尿障害あり・尿閉なし (2) 排尿障害なし	スビリーバ吸入用カプセルは、選択的ムスカリン受容体拮抗薬であり、添付文書の禁忌に「前立腺肥大等による排尿障害のある患者」とし、膀胱平滑筋の収縮を抑制することで「更に尿を出にくくすることがある」と示されているが、尿閉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、上記(1)及び(2)の状態の前立腺肥大症に対するチオトロピウム臭化物水和物（スビリーバ吸入用カプセル等）の算定は、原則として認められると判断した。	2026年1月30日	第32回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
注射	淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬の投与について	淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬の投与は、原則として認める。	性感染症診断・治療ガイドライン2016（2016年11月1日 日本性感染症学会誌第27巻 第1号）において、淋菌感染症の治療にあつては、経口抗菌薬に関する耐性菌の問題が指摘されており、注射薬である「セフトリアキソン（ロセフィン）」、「スペクチノマイシン（トロビシン）」の2剤が有効とされている。 保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という。）第二十条第四項のイに「注射は、次に掲げる場合に行う。」とあり、(1)に「経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。」とある。 このことから、淋菌感染症に対するセフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）、スペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の投与は、経口抗菌薬に関する耐性菌の問題が指摘されていることから、療養担当規則第二十条第四項のイに合致していると考えられる。 また、淋菌感染症は、頻度の高い性感染症であり、性行為による感染伝達率も高いことから、適切な検査・適切な治療を行うことで感染拡大防止を図る必要があり、療養担当規則第二十条第四項のイの(2)「特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。」にも合致していると考えられる。 以上のことから、淋菌感染症の治療における第一選択薬として、セフトリアキソンナトリウム（ロセフィン）又はスペクチノマイシン塩酸塩水和物（トロビシン）の注射薬を投与することについては、原則認められると判断した。	2017年9月25日	第2回
注射	膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の局所使用について	膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の使用は、原則として認められない。	日本泌尿器科学会による「泌尿器科領域における感染制御ガイドライン」（泌尿器科領域における感染制御ガイドライン作成委員会、2009）に「抗菌薬を加えて膀胱洗浄をすることは短期間の感染防止には役立つかもしれないが、尿路感染症の頻度を減少させない。」と示されている。 したがって、膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の使用は、有効性が認められていないこと、加えて用法外使用であることから、原則認められないと判断した。 なお、膀胱炎における感染症治療の一環としての膀胱内注入又は洗浄する局所投与の用法・用量が承認されている抗生剤は、現在、経口又は局所投与による血中移行のない「日本薬局方 ポリミキシンB硫酸塩」に限られている。	2021年8月31日	第7回
注射	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	次の薬剤に対するフルルビプロフェン アキセチル（ロビオン静注）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（トラマル注）	フルルビプロフェン アキセチル（ロビオン静注）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。	2024年5月31日	第12回
注射	フィルグラスチム又はレノグラスチムの算定について	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。	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	2024年6月28日	第13回
注射	注射用ガベキサートメシル酸塩とナファモスタットメシル酸塩製剤の併用投与について	注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワンイ等）とナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）の併用投与は、原則として認められない。	注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）とナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）は、添付文書の効能・効果に急性痔炎や汎発性血管内血液凝固症が示され、共に、合成プロテアーゼインヒビターで、酵素活性化抑制作用や抗凝固（AT非依存性の抗トロンビン）作用等、同様の作用を有しており、双方の算定は過剰と考えられる。 以上のことから、これら医薬品の併用投与は、原則として認められないと判断した。	2024年12月27日	第19回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
注射	アシクロビル【注射薬】（単純ヘルペス等）の算定について	入院患者における次の傷病名に対するアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）の算定は、原則として認められる。 (1) 単純ヘルペス、単純疱疹 (2) 带状疱疹 (3) 水痘	ゾビラックス点滴静注用の添付文書の効能・効果は、「単純ヘルペスウイルス及び水痘・带状疱疹ウイルスに起因する下記感染症（下記は、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・水痘・带状疱疹、脳炎・髄膜炎）、新生児単純ヘルペスウイルス感染症」である。 当該ウイルスに感染した場合には、周囲の入院中の免疫機能低下患者への感染の拡がりを極力防ぐことが重要である。したがって、入院中の当該ウイルス感染患者に対しては、速やかかつ強力な治療が必要であり、それには本剤の使用が有効と考えられる。 以上のことから、入院患者における上記傷病名に対するアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）の算定は、原則として認められると判断した。	2025年4月30日	第23回
注射	フルビプロフェン アキセチル（急性疼痛等）の算定について	次の傷病名に対するフルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）の算定は、原則として認められない。 (1) 急性疼痛 (2) 外傷	疼痛には、短期間で治る急性痛と、長期間持続する慢性痛に分けられている。 また、末梢組織の損傷である切り傷、打撲、火傷、骨折などの外傷では侵害受容性の疼痛が生じるとされている。フルビプロフェン アキセチル（ロピオン静注）は、組織のCOX（シクロオキシゲナーゼ）阻害作用によるプロスタグランジンの生合成を抑制する非ステロイド性鎮痛剤であるが、添付文書の効能・効果は次の疾患並びに状態における鎮痛として「術後、各種癌」である。 また、用法・用量には「本剤の使用は経口投与が不可能な場合又は効果が不十分な場合とする。」とされている。 以上のことから、急性疼痛、外傷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。	2025年6月30日	第25回
注射	フルオロウラシル【注射薬】（尿道癌等）の算定について	次の傷病名に対するフルオロウラシル【注射薬】（5-FU注等）の算定は、原則として認められない。 (1) 尿道癌 (2) 腎盂癌	フルオロウラシル【注射薬】（5-FU注等）の添付文書の効能・効果※は以下のとおりであり、尿道癌、腎盂癌に対するフルオロウラシル【注射薬】（5-FU注等）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 ○ 下記疾患の自覚的並びに他覚的症状の緩解 胃癌、肝癌、結腸・直腸癌、乳癌、膵癌、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌 ただし、下記の疾患については、他の抗悪性腫瘍剤又は放射線と併用することが必要である。 食道癌、肺癌、頭頸部腫瘍 ○ 以下の悪性腫瘍に対する他の抗悪性腫瘍剤との併用療法 頭頸部癌、食道癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌 ○ レボホリナート・フルオロウラシル持続静注併用療法 結腸・直腸癌、小腸癌、治癒切除不能な膵癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌	2025年7月31日	第26回
注射	【支払基金・国保統一事例】上部消化管出血に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】の算定について	上部消化管出血に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】の算定は、原則として認められる。	プロトンポンプ・インヒビター（PPI）【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、当該医薬品は薬理作用として、胃内pHを上昇させることにより血液凝固能および血小板凝集能を改善し、出血抑制作用を示すとされている。以上のことから、上部消化管出血に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】の算定は、原則として認められると判断した。	2026年4月30日	第35回
注射	【支払基金・国保統一事例】アセトアミノフェン【注射薬】（外来患者）の算定について	外来患者に対するアセトアミノフェン【注射薬】（アセリオ静注液）の算定は、原則として認められる。	アセリオ静注液の添付文書の効能・効果は、「経口製剤及び坐剤の投与が困難な場合における疼痛及び発熱」であり、用法・用量に「15分かけて静脈内投与する」旨記載されている。当該医薬品は、経口製剤及び坐剤の投与が困難で、迅速な治療効果を期待する必要がある場合に投与するものであり、特に入院患者に限るものではない。以上のことから、外来患者に対するアセトアミノフェン【注射薬】（アセリオ静注液）の算定は、原則として認められると判断した。	2026年4月30日	第35回
処置	単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリーの使用について	単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリー2%の使用は、原則として認めない。	キシロカインゼリー2%は、表面麻酔剤であり、表面麻酔を必要とする検査・処置・手術等に際して使用するものである。 「浣腸」や「坐薬挿入」時の使用は、単なる潤滑油的な使用であり、麻酔の必要性がない場合は、当該薬剤は適応外と考える。 したがって、疼痛を伴わない、単なる「浣腸」や「坐薬挿入」時における表面麻酔剤キシロカインゼリー2%の使用は、原則認められないと判断した。	2017年9月25日	第2回
処置	女性に対する導尿（尿道拡張を要するもの）の算定について	女性に対するJ064導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、尿道狭窄症がある場合、原則として認められる。	尿道狭窄症は、外傷や炎症等により尿道粘膜（壁）が損傷し、その治療過程で粘膜（壁）の線維化や瘢痕化がおり、尿道内腔が狭くなる疾患である。女性には尿道が短いため、尿道狭窄症は少ないが、尿道狭窄症を発症した場合は、尿の排出障害や尿路感染症を引き起こすことがある。 このため、女性で尿道狭窄症がある場合は、導尿の際に尿道拡張が必要となり、J064導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、原則として認められると判断した。	2024年3月29日	第10回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
処置	留置カテーテル設置時（膀胱）等の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定について	次の場合の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められない。 （１）J063留置カテーテル設置時（膀胱） （２）尿管ステントセット（一般型・標準型）又は尿路拡張用カテーテル（尿管・尿道用）使用時 （３）K682－２経皮的胆管ドレナージ術時 （４）胆管造影時	血管造影用ガイドワイヤーは、血管造影用カテーテル等を血管内の標的部位に誘導することを目的に使用するガイドワイヤーであり、微細血管用については、厚生労働省通知※において、血管内手術用カテーテル等と併用するものである等の定義が示されている。 以上のことから、上記処置等の場合の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められないと判断した。 （※）特定保険医療材料の定義について	2024年 8 月30日	第15回
処置	いぼ焼灼法及びいぼ等冷凍凝固法の算定について	次の傷病名に対するJ055いぼ焼灼法又はJ056いぼ等冷凍凝固法の算定は、原則として認められる。 （１）尖圭コンジローマ （２）軟性線維腫 （３）軟性線維腫二次感染 （４）尋常性疣贅 （５）日光角化症 また、算定回数は、原則として週１回（月５回）まで認められる。	いぼ等冷凍凝固法は、液体窒素を用いて凍結を繰り返し実施して病変部を壊死させる治療法で、疣贅治療の第１選択として最も頻用されている。 上記（１）から（５）の傷病名は、いずれも疣贅が出現する疾患であり、上記治療法が有用であると考えられる。 いぼ焼灼法は、電気メス等を用いて局所麻酔下にて病変部を焼灼する治療法で、標準治療で効果が無い場合の治療の選択肢の一つとして推奨されている。 上記治療法は、病変部に発赤や水疱が出現することがあるため、症状により１週間から２週間の間隔を空けて実施する必要がある。 以上のことから、上記（１）から（５）の傷病名に対するJ055いぼ焼灼法又はJ056いぼ等冷凍凝固法の算定は、原則として認められ、その回数は週１回（月５回）まで認められると判断した。 なお、尖圭コンジローマの外科的治療には、K747肛門尖圭コンジローム切除術、K824陰茎尖圭コンジローム切除術、K856－４腔壁尖圭コンジローム切除術があることから、算定にあたっては留意する必要がある。	2024年10月31日	第17回
処置	尿路感染症に対する膀胱洗浄の算定回数について	尿道カテーテル留置例における尿路感染症に対するJ060膀胱洗浄週１回の算定は、原則として認められる。	膀胱洗浄は、カテーテルを用いて膀胱内の洗浄や膀胱への薬剤注入を行った場合に算定するものである。また、尿路感染症は尿道カテーテル留置例に多く、血尿・濃尿や浮遊物による尿路閉塞の原因となる。 尿路管理を含む泌尿器科領域における感染制御ガイドライン改訂第２版のカテーテル関連尿路感染症の治療において、「１週間以上または２週間以上尿道カテーテルを留置している場合は、抗菌薬投与前に尿道カテーテルを交換するべきである」と記載されており、尿道カテーテルの交換頻度より、感染性浮遊物などによる尿路閉塞除去を目的とした週１回の膀胱洗浄の算定は妥当と考えられる。 以上のことから、尿道カテーテル留置例における尿路感染症に対するJ060膀胱洗浄週１回の算定は、原則として認められると判断した。	2024年10月31日	第17回
処置	前立腺液圧出法（急性前立腺炎）の算定について	急性前立腺炎に対するJ069前立腺液圧出法の算定は、原則として認められない。	急性前立腺炎の病状に鑑み、前立腺液圧出法の施行は妥当ではない。「JAID/JSC感染症治療ガイドライン2015 尿路感染症・男性性器感染症」においても、急性前立腺炎に対する前立腺マッサージは菌血症を惹起する可能性が高く、禁忌とされている。 以上のことから、急性前立腺炎に対するJ069前立腺液圧出法の算定は、原則として認められないと判断した。	2025年 4 月30日	第23回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
処置	リドカイン塩酸塩【ゼリー】（摘便時等）の算定について	① 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。 (1) 肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）があるJ022－2摘便時 (2) J032肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）時 (3) J034イレウス用ロングチューブ挿入法 (4) J037痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）時 (5) 導尿もしくはカテーテル設置と同時に行うJ060膀胱洗浄時 (6) J063留置カテーテル設置時 (7) J064導尿（尿道拡張を要するもの）時 (8) 栄養カテーテル・胃管カテーテル・胃瘻カテーテルの挿入又は交換時 (9) D311－2 肛門鏡検査又は直腸診時 (10) D413前立腺針生検法時 (11) E003造影剤注入手技「6」腔内注入及び穿刺注入 イ 注腸時 ② 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ない。 (1) 肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）がないJ121滋養浣腸時	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、「リドカイン塩酸塩は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。上記①の場合、強い疼痛を伴うことから、その緩和のための当該医薬品の使用は有用である。 一方、滋養浣腸は腸壁から栄養液を吸収させる目的で経肛門的に注入する処置であるが、肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）がない当該浣腸時や、痔核に対する外用薬（軟膏や坐剤等）処方時は、単なる潤滑目的の使用であり、また、比較的疼痛が軽いことから、その臨床的有用性は低いと考えられる。 以上のことから、リドカイン塩酸塩【ゼリー】（キシロカインゼリー等）について、上記①の場合の算定は、原則として認められ、上記②の場合の算定は、原則として認められないと判断した。	2025年 6 月30日	第25回
処置	女性における神経因性膀胱又は過活動膀胱	女性における「神経因性膀胱」又は「過活動膀胱」の病名に対するJ064導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、原則として認められない。	導尿については、厚生労働省告示※に、「尿道拡張を要するもの」と示されており、女性における「神経因性膀胱」又は「過活動膀胱」の場合、尿道拡張を必要としないものと考えられる。 以上のことから、女性における「神経因性膀胱」又は「過活動膀胱」の病名に対するJ064導尿（尿道拡張を要するもの）の算定は、原則として認められないと判断した。	2025年 3 月31日	
手術	院内感染防止措置加算の算定について	① HBVキャリア又はHCVキャリアに対する第10部手術通則11加算（院内感染防止措置加算）の算定は、原則として認められる。 ② 慢性肝炎又は肝硬変に対する第10部手術通則11加算（院内感染防止措置加算）の算定は、原則として認められない。	第10部手術通則11加算（院内感染防止措置加算）については、厚生労働省通知※において、「HBs又はHBc抗原によって抗原が陽性と認められたB型肝炎患者」、「HCV抗体定性・定量によってHCV抗体が陽性と認められたC型肝炎患者」が対象患者である旨示されている。 HBVキャリアはHBs又はHBc抗原陽性の状態、HCVキャリアはHCV抗体陽性の状態であり、それぞれ、上記通知の対象患者に該当すると考えられる。 一方、慢性肝炎又は肝硬変の傷病名では、上記通知の要件に合致するか否か判断することはできない。 このため、当該加算について、HBVキャリア又はHCVキャリアに対する算定は原則として認められる。 慢性肝炎又は肝硬変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	2024年 3 月29日	第10回
手術	自己血輸血時の間接クームス検査加算等の算定について	自己血輸血時の間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算の算定は、原則として認められない。	間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算は不適合輸血を防ぐための検査であり、自己血輸血に当たっては、出庫時並びに輸血時に患者氏名、生年月日、血液型、ID番号等を複数の医療従事者で確認するなど、本人の自己血との確認が適正に行われていると考え、上記検査の保険診療上の必要性は低いと考えられる。 以上のことから、自己血輸血時の間接クームス検査加算、不規則抗体加算及び血液交叉試験加算の算定は、原則として認められないと判断した。	2024年 3 月29日	第10回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
手術	【支払基金統一事例】ペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定について	① 次の手術時のペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められる。 (1) 硬膜切開を伴う開頭術又は脊髄手術 (2) 弁形成術（1弁） (3) 腹腔鏡下手術 ② 次の手術時等のペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められない。 (1) 指創傷処理、指創傷処置時 (2) 乳房切除術時	ペリプラストPコンビセット組織接着用及びボルヒール組織接着用の添付文書の効能・効果は、「組織の接着・閉鎖（ただし、縫合あるいは接合した組織から血液、体液又は体内ガスの漏出をきたし、他に適切な処置法のない場合に限る）」であり、保険診療上の取扱いとして、単なる止血を目的としての使用は不可とされている（昭63.4.18保険発35）。 ①に掲げる手術時においては、これらの医薬品を使用することで、手術縫合部や切断面又は切離面からの血液や体液の漏れ、肺などの切断面からの空気漏れを防ぐことが可能である。 また、食道領域、肝・胆・脾、大腸領域の吻合部リークを防ぐことも可能である。 以上のことから、①に掲げる手術時の算定は原則として認められると判断した。 一方、②に掲げる手術時等においては、医療上の必要性は認められず、また、上記の添付文書の効能・効果及び保険診療上の取扱いからも、原則として認められないと判断した。	2024年 4 月30日	第11回
手術	体外式連続心拍出量測定用センサーの算定について	心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における006体外式連続心拍出量測定用センサーの算定は、原則として認められない。	体外式連続心拍出量測定用センサーは、心拍出量を連続的に測定することを目的として、患者の動脈内に留置されたカテーテル等に接続して用いられる専用のセンサーであり、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等における手術の際に、血行動態を把握する必要性がある。 以上のことから、心疾患を有する患者、ショック状態にある患者、大量出血が予測される患者等以外の手術時における当該材料の算定は、原則として認められないと判断した。	2024年10月31日	第17回
手術	【支払基金統一事例】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	K781経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるものの後の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。	K781経尿道的尿路結石除去術「1」レーザーによるもの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。	2025年 8 月29日	第27回
手術	悪性腫瘍手術（悪性腫瘍疑い）の算定について	悪性腫瘍疑い病名に対する悪性腫瘍手術の算定は、原則として認められない。	臨床上、高い蓋然性をもって悪性腫瘍と判断された場合の傷病名は、「〇〇癌」や「〇〇悪性腫瘍」とすべきである。 以上のことから、悪性腫瘍疑い病名に対する悪性腫瘍手術の算定は、原則として認められないと判断した。	2025年 9 月30日	第28回
手術	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）の算定について	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（尿道狭窄用ディスポーザブルカテーテル）の手術時の使用については、尿道狭窄をきたす傷病名がない場合又は詳記等を含め尿道狭窄をきたす病態が把握できない場合は、原則として認められない。	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（小児用及びトリプルルーメンを除く）は、尿道狭窄等の場合であって24時間以上体内留置した場合に算定できる保険医療材料であり、手術時の単なる尿路確保での算定は、原則として認められないと判断した。 以上のことから、膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル特定（Ⅱ）（尿道狭窄用ディスポーザブルカテーテル）の手術時の使用については、尿道狭窄をきたす傷病名がない場合又は詳記等を含め尿道狭窄をきたす病態が把握できない場合は、原則として認められないと判断した。	2025年 9 月30日	第28回
手術	【支払基金統一事例】経尿道的尿路結石除去術時の尿路拡張用カテーテルの算定について	尿管結石症に対し、尿管狭窄症、尿管閉塞の傷病名がない場合のK781経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の算定は、原則として認められる。	傷病名に「結石症」があれば「狭窄」等の状態は考えられることから、傷病名に「尿管狭窄、尿管閉塞」の病名がない場合でも、K781経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の必要性は判断できる。 以上のことから、尿管結石症に対し、尿管狭窄症、尿管閉塞の傷病名がない場合のK781経尿道的尿路結石除去術に対する尿路拡張用カテーテル①尿管・尿道用の算定は、原則として認められると判断した。	2025年11月28日	第28回
手術	【支払基金統一事例】麻酔薬の算定がない創傷処理の算定について	麻酔薬の算定がない、K000創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）の算定は、原則として認められる。	K000創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）には、無麻酔又は薬価が15円以下の少量の麻酔剤を用いて行う場合がある。 以上のことから、麻酔薬の算定がない、K000創傷処理「4」筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）の算定は、原則として認められると判断した。	2026年 3 月31日	第34回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
手術	【支払基金・国保統一事例】フェントラミンメシル酸塩（褐色細胞腫の手術時等）の算定について	① 褐色細胞腫の手術時に、血圧調整等がない場合のフェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の算定は、原則として認められる。 ② 褐色細胞腫以外の手術時に、血圧調整等がない場合のフェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の算定は、原則として認められない。	フェントラミンメシル酸塩（レギチーン注射液）の添付文書の効能・効果は「褐色細胞腫の手術前・手術中の血圧調整、褐色細胞腫の診断」である。また、作用機序として「フェントラミンは過剰の循環アドレナリンやノルアドレナリンを生じる褐色細胞腫（クロム親和細胞腫）の診断や、褐色細胞腫の術前・術中の発作性高血圧の血圧降下に用いられる。」と示されている。 褐色細胞腫の手術時には、手術操作で腫瘍を刺激することにより血圧が急激に変動するため、レセプトに手術時の血圧調整や術中異常高血圧症等の記載がない場合であっても、当該医薬品の使用は医学的に妥当と判断できる。 一方、褐色細胞腫以外の手術時に血圧調整等の記載がない場合の使用は、適応外と判断する。以上のことから、血圧調整等の記載がない場合の①褐色細胞腫の手術時は、原則として認められ、②褐色細胞腫以外の手術時は、原則として認められないと判断した。	2026年4月30日	第35回
手術	【支払基金・国保統一事例】組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）と合成吸収性癒着防止材（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）時）の併算定について	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）における組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）と合成吸収性癒着防止材の併算定は、原則として認められる。	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術において、組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）はヘルニアの修復を目的に使用される。一方、合成吸収性癒着防止材は、腹腔内の腹膜切開部位等の腹膜癒着防止を目的に使用されるものであり、両材料は使用目的及び使用部位が異なる。以上のことから、K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）における組織代用人工繊維布（ヘルニア修復・胸壁補強用）と合成吸収性癒着防止材の併算定は、原則として認められると判断した。	2026年4月30日	第35回
麻酔	麻酔時等のデクスメデトミジン塩酸塩の算定について	次の麻酔時等のデクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）の算定は、原則として認められる。 (1) L002硬膜外麻酔 (2) L004脊椎麻酔 (3) L005上・下肢伝達麻酔 (4) 局所麻酔 (5) DPCレセプトにおける局所麻酔下の非挿管での手術時の鎮静目的での投与	デクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）は、効能・効果に「集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静」及び「成人の局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静」と示されている。 また、「成人の局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静」については、重要な基本的注意に「硬膜外・脊髄くも膜下麻酔時には、輸液の投与等により、循環動態の変動が安定した後に本剤の投与を開始する等、併用に注意すること」と示されており、成人における国内第Ⅲ相試験で「局所浸潤・伝達麻酔等の局所麻酔下」と「硬膜外・脊髄くも膜下麻酔下」で、「治験薬投与中にプロポフォールの追加投与を必要としなかった症例の割合」は、「プラセボ群に対し、初期負荷 3 μg/kg/時群及び 6 μg/kg/時群で有意に高かった」と示されている。 このため、上記麻酔時等におけるデクスメデトミジン塩酸塩（プレセデックス静注液）の算定は、原則として認められると判断した。	2024年3月29日	第10回
麻酔	リドカインテープ剤（脊椎麻酔時等）の算定について	次の場合のリドカインテープ剤（ペンレストーブ等）の算定は、原則として認められない。 (1) L004脊椎麻酔時 (2) ゴセレリン酢酸塩デボ（ゾラデックスデボ等）投与時	リドカインテープの添付文書の効能・効果は「静脈留置針穿刺時の疼痛緩和」、「伝染性軟属腫摘除時の疼痛緩和」、「皮膚レーザー照射療法時の疼痛緩和」であり、脊椎麻酔時やゴセレリン酢酸塩デボ（ゾラデックスデボ等）投与時の適応はない。 以上のことから、L004脊椎麻酔時、ゴセレリン酢酸塩デボ（ゾラデックスデボ等）投与時のリドカインテープ剤（ペンレストーブ等）の算定は、原則として認められないと判断した。	2024年12月27日	第19回
検査	手術前においてスクリーニングを目的として実施したD006の14 Dダイマー定性、D006の15 Dダイマー半定量及びD006の17 Dダイマーの算定について	手術前において、スクリーニングを目的として実施したD006の14 Dダイマー定性、D006の15 Dダイマー半定量及びD006の17 Dダイマーの算定は、血栓症の発症リスクの高い症例を除き、原則として認められない。	Dダイマーは、安定化フィブリンのプラスミンによる分解産物で、二次線溶（フィブリン形成に伴う線溶）の亢進の指標となるものであり、DICや深部静脈血栓症の診断ならびに病勢の推移の評価に用いるものである。 したがって、血栓症の発症リスクが高い症例を除き、手術前におけるスクリーニングを目的とした当該検査の必要性は低く、原則認められないと判断した。	2021年3月22日	第6回
検査	オブジーボ点滴静注投与時の抗GAD抗体の算定について	留意事項通知の要件を満たさないD008「21」抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の算定は、オブジーボ点滴静注投与時であったとしても、原則として認められない。	オブジーボ点滴静注の特に注意を要する副作用の一つに1型糖尿病の発症があげられる。 抗GAD抗体は、1型糖尿病に高頻度に検出される膵β細胞に対する抗体だが、厚生労働省通知※に、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して1型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる旨示されており、当該通知の要件を満たさない当該検査の算定は、原則として認められないと判断した。 (厚生労働省通知) 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して1型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。 (※) 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	2024年2月29日	第9回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	腎癌の疑いに対するCEAの算定について	腎癌の疑いに対するD009「2」癌胎児性抗原(CEA)の算定は、原則として認められない。	癌胎児性抗原(CEA)は、大腸癌をはじめとする消化器癌、肝癌、胆道・胆管癌などのさまざまな臓器由来の癌に幅広く用いられる腫瘍マーカーであるが、腎癌に対する有用性は低いとされている。このため、腎癌の疑いのみ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。	2024年2月29日	第9回
検査	前立腺肥大症又は前立腺炎に対するPSAの算定について	前立腺肥大症又は前立腺炎に対するD009「9」前立腺特異抗原(PSA)の算定は、原則として認められない。	前立腺特異抗原(PSA)は、厚生労働省通知※に「診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。」と示されている。 本検査は、前立腺腫瘍マーカーとして頻用されており、前立腺肥大症や前立腺炎でもPSA値が上昇することがあるが、いずれも前立腺癌の鑑別診断として行われるものであり、当該通知から、前立腺肥大症又は前立腺炎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	2024年2月29日	第9回
検査	血液採取(静脈)での血液ガス分析の算定について	代謝性アシドーシス(糖尿病性ケトosis、糖尿病性ケトアシドーシス等)に対する血液採取(静脈)でのD007「36」血液ガス分析の算定は、原則として認められる。	静脈血における血液ガス分析でも、酸塩基平衡などの評価が可能である。 糖尿病性ケトosis、糖尿病性ケトアシドーシスなどの代謝性アシドーシスは、重炭酸イオン(HCO ₃ ⁻)が減少する(体内の酸塩基平衡が酸性に傾く)病態であり、血液採取(静脈)でのD007「36」血液ガス分析の算定は、原則として認められると判断した。	2024年3月29日	第10回
検査	心不全又は心不全の疑い以外の傷病名に対するBNPの算定について	心不全又は心不全の疑い以外の傷病名に対するD008「20」脳性Na利尿ペプチド(BNP)の算定は、原則として認められない。	脳性Na利尿ペプチド(BNP)については、厚生労働省通知※に、「心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。」と示されていることから、心不全又は心不全の疑い以外に対する算定は、原則として認められないと判断した。ただし、心臓性浮腫等があり、心不全と同様の病態であることが傷病名や症状詳記等から明らかに判断できる場合は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	2024年3月29日	第10回
検査	同一日の糞便中ヘモグロビン定性等の2回の算定について	同一日における2検体でのD003「5」糞便中ヘモグロビン定性、D003「7」糞便中ヘモグロビン又はD003「8」糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量の2回の算定は、原則として認められる。	上記検査については、偽陰性の可能性を考慮し通常2回法が用いられており、同一日における2検体での2回の算定は、原則として認められると判断した。	2024年4月30日	第11回
検査	【支払基金統一事例】敗血症疑いでのプロカルシトニン(PCT)定量等の算定について	敗血症疑いでのD007血液化学検査「58」プロカルシトニン(PCT)半定量又はプロカルシトニン(PCT)定量の算定は、細菌培養同定検査(血液)がない場合でも原則として認められる。	プロカルシトニン(PCT)は細菌感染症により高値を示すことより、当該検査は敗血症(細菌性)診断において補助的な意義が高く、臓器障害が進展する状態である敗血症疑いで、細菌培養同定検査(血液)のない場合でもD007血液化学検査「58」プロカルシトニン(PCT)定量又はプロカルシトニン(PCT)半定量の算定は、原則として認められると判断した。	2024年4月30日	第11回
検査	【支払基金統一事例】初回受診時の心不全に対するBNPの算定について	① 初回受診時の基礎疾患のない心不全に対するD008「20」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に対するD008「20」BNPの算定は、原則として認められる。	D008「20」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、心不全が確定している場合は、初回受診時の基礎疾患のない心不全に対する算定、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に対する算定は、原則として認められると判断した。	2024年5月31日	第12回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	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	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	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。	2024年6月28日	第13回
検査	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	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) 腎臓疾患・尿路系疾患以外（再診時）	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、高脂血症、脳血管障害、腎臓疾患・尿路系疾患以外(再診時)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。	2024年6月28日	第13回
検査	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	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	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み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。	2024年6月28日	第13回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	副甲状腺ホルモン（PTH）の算定について	① 次の傷病名に対するD008「29」副甲状腺ホルモン（PTH）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D008「29」副甲状腺ホルモン（PTH）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	副甲状腺ホルモン（parathyroid hormone：PTH）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PTH分泌異常を伴うものである。また、上記②の疾患はPTH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（PTH）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。	2024年6月28日	第13回
検査	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	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「10」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	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。	2024年7月31日	第14回
検査	IgG4の算定について	① 次の傷病名に対するD014「41」IgG4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) IgG4関連疾患のみ ② 治療中（ステロイド投与初期）のD014「41」IgG4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「41」IgG4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「41」IgG4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	IgG4は、免疫グロブリンG（IgG）の4種のサブクラスの1種で、IgG4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IgG4関連疾患であり、高IgG4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、IgG4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、IgG4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、IgG4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。	2024年7月31日	第14回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	時間外緊急院内検査加算の算定について	① 処置・手術の算定がない患者における、次の傷病名等に対するD000尿中一般物質定性半定量検査時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。 (1) 急性腹症 (2) 血尿 ② 処置・手術の算定がない患者における、D012「22」インフルエンザウイルス抗原定性時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。	時間外緊急院内検査加算は、厚生労働省通知※に医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できるとされており、緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるができないような場合とされている。 上記通知では、必ずしも当該レセプトに処置、手術が算定されていることが要件とはされておらず、処置・手術の算定がない場合であっても、医師が緊急に検体検査を行う必要があると判断した場合においては、本加算の算定は妥当と考えられる。 尿中一般物質定性半定量検査は、腎・泌尿器系疾患のスクリーニングに用いられる最も基本的な検査で、疾患の早期発見や治療効果を調べる検査である。 急性腹症は、急激に発症した腹痛で病態や原因疾患も多種多様であり、緊急手術を含む迅速な対応が必要である。血尿は、尿路（腎臓、尿管、膀胱、尿道）や前立腺の感染症や悪性腫瘍等、迅速な対応を必要とする様々な疾患の症状として出現する。 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り、インフルエンザウイルス抗原検査等により迅速に診断し、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。 以上のことから、上記①②の処置・手術の算定がない患者における時間外緊急院内検査加算の算定は、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	2024年9月30日	第16回
検査	疑い傷病名に対する細菌薬剤感受性検査の算定について	疑い傷病名に対する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。	細菌薬剤感受性検査は、起因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。 疑い傷病名の場合は、起因菌が特定されていないことから、菌が検出できていないと判断され、本検査の対象とはならない。 以上のことから、疑い傷病名に対する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。	2024年9月30日	第16回
検査	精巣腫瘍の疑いに対する α -フェトプロテイン（AFP）の算定について	精巣腫瘍の疑いに対するD009「2」 α -フェトプロテイン（AFP）の算定は、原則として認められる。	精巣腫瘍においては、必ずしもAFPの値が上昇するとは限らないが、最初の鑑別診断（ファーストステップ）としての有用性は認められる。 以上のことから、精巣腫瘍の疑いに対するD009「2」 α -フェトプロテイン（AFP）の算定は、原則として認められると判断した。	2024年10月31日	第17回
検査	【支払基金統一事例】前立腺肥大症の疑い等に対する残尿測定検査の算定について	① 次の傷病名に対するD216-2残尿測定検査の算定は、原則として認められる。 (1) 前立腺肥大症疑い (2) 神経因性膀胱疑い (3) 過活動膀胱疑い ② 次の傷病名に対するD216-2残尿測定検査の算定は、原則として認められない。 (1) 神経性頻尿症疑い (2) 前立腺癌 (3) 膀胱結石症 (4) 尿道結石症 (5) 膀胱尿管逆流 (6) 遺尿症 (7) 夜尿症 (8) 膀胱結核	残尿測定検査は、排尿後の膀胱内の残尿量を測定して膀胱機能や下部尿路の状態を診断するものであり、厚生労働省通知※に「前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する」と示されている。したがって、本検査は、上記①の疑い傷病名に対する算定は妥当であるが、上記②の傷病名は通知の要件を満たさない。 以上のことから、上記①の傷病名に対するD216-2残尿測定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	2024年10月31日	第17回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】嫌気性培養加算の算定について	① 次の傷病名に対するD018の注1に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められる。 (1) 肺膿瘍、肺化膿症（疑い含む。） (2) 誤嚥性肺炎、嚥下性肺炎 (3) 咽頭周囲膿瘍 (4) 扁桃周囲膿瘍 (5) 偽膜性腸炎、クロストリジウム・ディフィシル腸炎（CD腸炎） (6) 肛門周囲膿瘍 (7) 腹腔内膿瘍 (8) 子宮付属器炎 (9) 子宮内膜炎 (10) 子宮内感染症 (11) 子宮頸管炎 (12) ググラス窩膿瘍、骨盤腹膜炎 (13) 外陰部膿瘍、バルトリン腺膿瘍 (14) 産褥熱 (15) 眼内感染症 (16) 深在性皮膚感染症 (17) 深在性膿瘍 (18) 蜂窩織炎 ② 次の傷病名に対するD018の注1に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。 (1) 肺結核（疑い含む。）(2) 急性腸炎、急性胃腸炎 (3) 薬剤性腸炎（偽膜性腸炎、クロストリジウム・ディフィシル腸炎（CD腸炎）を除く。） (4) 細菌性膣炎、膣炎、外陰炎 (5) 滲出性中耳炎 (6) 表在性皮膚感染症	嫌気性培養は、酸素が存在する環境では増殖できない偏性嫌気性菌を検出するための検査である。偏性嫌気性菌が存在する部位（嫌気性環境）から採取した検体を用いて嫌気性培養を実施した場合に有用であり、対象となる傷病名は多岐にわたる。一方、酸素が存在する部位から採取した検体を用いて実施した場合の診断としての正確性は低い。 以上のことから、上記①の傷病名に対する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められるが、上記②の傷病名に対する算定は認められないと判断した。	2024年11月29日	第18回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】検体別の嫌気性培養加算の算定について	① 次の検体に対するD018の注1に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められる。 (1) 経皮的経気管吸引物、経皮的肺穿刺液 (2) 気管支鏡下採取材料（Protected Brush付着物） (3) 胸水 (4) 腹水 (5) 子宮頸管分泌物 (6) 子宮分泌物 (7) ダグラス窩からの検体 (8) 中耳穿刺液 (9) 血液 (10) 髄液 (11) 閉鎖性の膿 (12) CAPDカテーテルからの排液 ② 次の検体に対するD018の注1に規定する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。 (1) 喀痰 (2) 咽頭液 (3) 鼻腔液 (4) 口腔採取物 (5) 胃液 (6) 排泄尿 (7) カテーテル尿 (8) 尿道分泌物 (9) 腔分泌物 (10) 皮膚（開放的分泌物）	嫌気性培養は、酸素が存在する環境では増殖できない偏性嫌気性菌を検出するための検査である。偏性嫌気性菌が存在する部位（嫌気性環境）から採取した検体を用いて嫌気性培養を実施した場合に有用であり、対象となる検体及び菌種は多岐にわたる。一方、酸素が存在する部位から採取した検体を用いて実施した場合の診断としての正確性は低いと考えられる。 以上のことから、上記①の検体に対する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められるが、上記②の検体に対する算定は認められないと判断した。 なお、喀痰については、口腔から採取した場合は認められないが、気管切開口から採取した場合は認められる。	2024年11月29日	第18回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	一般検査（初診時、入院時）の算定について	① 初診時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) D000尿中一般物質定性半定量検査 (2) D005「5」末梢血液一般検査 ② 初診時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ない。 (1) D002尿沈渣（鏡検法）、D002-2尿沈渣（フローサイトメトリー法） (2) D005「2」網赤血球数（レチクロ） (3) D006「1」出血時間、「2」プロトロンビン時間（PT）、「7」活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT） (4) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量 (5) フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）※1 (6) Dダイマー※2 (7) D011「1」ABO血液型、Rh(D)血液型 (8) D208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 ③ 入院時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) D000尿中一般物質定性半定量検査 (2) D005「3」末梢血液像（自動機械法）、「6」末梢血液像（鏡検法） (3) D005「5」末梢血液一般検査 (4) D015「1」C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP） (5) D208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 ④ 入院時一般検査として次の検査の算定は、原則として認められない。 (1) D003「5」糞便中ヘモグロビン定性、「7」糞便中ヘモグロビン (2) D005「2」網赤血球数（レチクロ）	日常初期診療における基本的検査については、日本臨床検査医学会のガイドライン※3において「問診・診察所見をもとに迅速に結果が得られる比較的簡便な基本的検査を診察の一部として必要に応じ選択し、診察所見と検査所見を総合的に評価し、どの系統の疾患ないし病態かを推定し、仮の診断を行うこと」と示されており、「基本的検査」として上記①および③の検査が掲げられている。 そのうえで、「次に患者の問題点を明確化し、問題解決に必要な診察と並行して臓器系統別検査を行う。さらに必要ならば診断確定のための検査を追加すること」とされており、②および④の検査がこれに該当する。したがって、上記の基本的検査として①および③は一般検査として必要と考えられる。一方、②および④は基本的検査に加え、個々の病態に応じて実施されることから、初診時または入院時の一般的検査として、実施することは医学的必要性は低いと考えられる。 以上のことから、初診時の一般検査については、①の検査の算定は原則として認められるが、関連する傷病名のない場合の②の検査は原則として認められないと判断した。また、入院時の一般検査については、③の検査の算定は原則として認められるが、関連する傷病名のない場合の④の検査は原則として認められないと判断した。 (※1) D001「7」フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿）、D006「11」フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量 (※2) D006「14」Dダイマー定性、「15」Dダイマー半定量、「17」Dダイマー (※3) 臨床検査のガイドライン JSML2021（日本臨床検査医学会）	2024年12月27日	第19回
検査	一般検査（内視鏡検査前）の算定について	① 内視鏡検査前の一般検査としてD005「5」末梢血液一般検査の算定は、原則として認められる。 ② 内視鏡検査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ない。 (1) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量 (2) D011「1」ABO血液型、Rh(D)血液型 (3) D015「1」C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP） (4) D208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部	内視鏡検査の実施に当たっては、事前に患者の全身状態をチェックの上、実施の可否を判断する必要がある。末梢血液一般検査は、全身状態の一次的チェックに有用な検査であると考えられる。 一方、②の検査については、内視鏡検査の目的及び手技内容から、その実施の可否の判断に用いる検査としての医学的必要性は低いと考えられる。 以上のことから、内視鏡検査前の一般検査として①の検査の算定は認められ、関連する傷病名のない場合の②の検査の算定は認められないと判断した。	2024年12月27日	第19回
検査	【支払基金統一事例】C3、C4（慢性糸球体腎炎）の算定について	慢性糸球体腎炎に対するD015「8」C3、C4の算定は、原則として認められる。	慢性糸球体腎炎は糸球体の炎症により血尿や蛋白尿などの症状が1年以上持続する状態であり、様々な腎炎を包括する傷病名である。IgA腎症、膜性増殖性糸球体腎炎、ループス腎炎などの増悪期は低補体血症を呈する疾患を含むため、C3、C4は重要である。また、糸球体腎炎の確定診断に必要な腎生検時には、C3、C4の免疫染色とともに血清値の測定は必須である。 以上のことから、慢性糸球体腎炎に対するD015「8」C3、C4の算定は、原則として認められると判断した。	2025年1月31日	第20回
検査	PCT定量と細菌培養同定検査（血液）の併算定について	敗血症疑いに対するD007「59」プロカルシトニン（PCT）定量とD018「3」細菌培養同定検査（血液）の併算定は、原則として認められる。	PCT定量は、速やかに検査結果が得られ、診断及び治療に迅速性が求められる敗血症では有用な検査であり、一方の細菌培養同定検査（血液）は、確定診断ならびに確定診断後の治療薬の選択のために必要不可欠な検査である。全身性感染症で重篤な病態である敗血症では早期の診断及び原因菌の同定が必要である。 以上のことから、敗血症疑いに対するD007「59」PCT定量とD018「3」細菌培養同定検査（血液）の併算定は、原則として認められると判断した。	2025年2月28日	第21回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】HBs抗原、HBs抗体及びHBc抗体半定量・定量（免疫抑制剤、生物学的製剤の投与時等）の算定について	B型肝炎ウイルス関連病名がなく、免疫抑制剤、生物学的製剤の投与や化学療法を行うことがレセプト上判断できる場合のD013「3」HBs抗原、HBs抗体及び「6」HBc抗体半定量・定量の算定は、原則として認められる。	免疫抑制剤、生物学的製剤、癌化学療法の施行中あるいは施行後に免疫力が低下しB型肝炎ウイルス再活性化によってB型肝炎が発症し、中には劇症化して死亡する事例が報告されている。そのため、B型肝炎ウイルス検査については、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。」と示されている。 以上のことから、B型肝炎ウイルス関連病名がなく、免疫抑制剤、生物学的製剤の投与や化学療法を行うことがレセプト上判断できる場合の上記の検査の算定は、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	2025年2月28日	第21回
検査	HbA1cの算定間隔（糖尿病疑い）について	糖尿病疑いに対するD005「9」HbA1cの算定間隔は、原則として3か月に1回とする。	HbA1cは、過去1か月から3か月の平均血糖値を反映する。 以上のことから、糖尿病疑いに対するD005「9」HbA1cの算定間隔は、原則として3か月に1回が妥当な間隔と判断した。 ただし、D005「9」HbA1cについては、厚生労働省通知※において、「(略)クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンA1c (HbA1c) を月1回に限り別に算定できる。」と示されており、この要件に合致する薬剤を投与している場合は、この限りではない。 (※) 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	2025年3月31日	第22回
検査	【支払基金統一事例】 $\beta 2$ -マイクログロブリンと $\beta 2$ -マイクログロブリン（尿）（急性尿細管障害疑い等）の併算定について	次の傷病名に対するD015「10」 $\beta 2$ -マイクログロブリンと $\beta 2$ -マイクログロブリン（尿）の併算定は、原則として認められる。 (1) 急性尿細管障害疑い (2) 腎障害 (3) 多発性骨髄腫（骨髄腫腎）	$\beta 2$ -マイクログロブリンは低分子蛋白のため容易に腎糸球体で濾過されることより、糸球体濾過値が低下すると血中濃度は上昇する。一方、 $\beta 2$ -マイクログロブリン（尿）は、通常そのほとんどは尿細管で再吸収されるが、尿細管障害時には再吸収量が減少し尿中排泄量が増加する。 このため、 $\beta 2$ -マイクログロブリンと $\beta 2$ -マイクログロブリン（尿）は、糸球体濾過値及び尿細管障害の双方の影響を受けるため、病態の評価には両者を併せた判断が必要となる。 以上のことから、急性尿細管障害疑い、腎障害、多発性骨髄腫（骨髄腫腎）に対する当該検査の併算定は、原則として認められると判断した。	2025年3月31日	第22回
検査	【支払基金統一事例】輸血料の算定がない輸血前検査の算定について	① 輸血前又は輸血予定の記載がある場合の輸血前検査の算定は、原則として認められる。 ② 輸血前又は輸血予定の記載がない場合の輸血前検査の算定は、原則として認められない。	輸血の実施に当たっては、肝炎ウイルス等の感染リスクを考慮して関連検査を実施する必要がある。したがって、輸血料の算定がない場合における輸血前検査は、輸血前又は輸血予定の記載がある場合は原則として認められるが、これらの記載がなくレセプト内容からも輸血前又は輸血予定であることが判断できない場合はその必要性は認められない。 以上のことから、上記①の輸血前又は輸血予定の記載がある場合は原則として認められ、②の記載がない場合は原則として認められないと判断した。	2025年3月31日	第22回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】輸血前後（HBs抗原定性・半定量等）の算定について	① B型肝炎、C型肝炎等（疑い含む。）がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められる。 (1) D013「1」HBs抗原定性・半定量、「3」HBs抗原 (2) D013「6」HBc抗体半定量・定量 (3) D013「5」HCv抗体定性・定量 ② B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症等、HTLV-1感染症（疑い含む。）がない次の輸血前検査の算定は、原則として認められない。 (1) D023「4」HBV核酸定量 (2) D023「15」HCV核酸定量 (3) D023「18」HIV-1核酸定量 (4) D012「58」HIV-2抗体（ウエスタンブロット法） (5) D012「13」HTLV-I抗体定性、「31」HTLV-I抗体 ③ B型肝炎、C型肝炎等（疑い含む。）がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められる。 (1) D023「4」HBV核酸定量 (2) D013「5」HCVコア蛋白 ④ B型肝炎、HIV感染症等、HTLV-1感染症（疑い含む。）がない次の輸血後検査の算定は、原則として認められない。 (1) D013「2」HBs抗体定性、HBs抗体半定量、「3」HBs抗体 (2) D013「6」HBc抗体半定量・定量 (3) D023「18」HIV-1核酸定量 (4) D012「58」HIV-2抗体（ウエスタンブロット法） (5) D012「13」HTLV-I抗体定性、「31」HTLV-I抗体	輸血に伴うB型及びC型肝炎ウイルス感染、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染、及びヒトT細胞白血病ウイルスI型に係る検査については、「輸血療法の実施に関する指針（厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課）」に感染リスクを考慮し実施することを含めて記載されている。 B型及びC型肝炎ウイルス感染が疑われる場合は、関係学会のガイドライン等を参考として、肝炎ウイルス関連マーカーの検査等を行うとされており、輸血前後に基本的な検査を実施したうえで、必要に応じて精密検査を実施するとされているが、一般的には従来どおり、輸血前にはスクリーニング的検査を、輸血後には精密検査を実施するのが通例である。 ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染は、「供血者がウインドウ期にあることによる感染も含めて極めてまれ」で、「感染が疑われる場合等には、輸血後2～3ヶ月以降に抗体検査等を行う」旨記載されている。 また、ヒトT細胞白血病ウイルスI型は、「輸血によるヒトTリンパ球向性ウイルスI型（HTLV-1）などの感染の有無や免疫抗体産生の有無などについても、問診や必要に応じた検査により追跡することが望ましい。」旨記載されており、上記記載内容より、輸血前後のHIV関連検査並びにHTLV関連検査の有用性は低いと考えられる。 以上のことから、B型肝炎、C型肝炎等（疑い含む。）がない上記①及び③の検査の算定は原則として認められ、B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症等、HTLV-1感染症（疑い含む。）がない上記②及び④の検査の算定は、原則として認められないと判断した。 ただし、関連学会が発出した文書※において「輸血された患者全例に実施すべき検査ではない」と示されていることに留意する。 ※ 日本輸血・細胞治療学会「輸血後感染症検査実施症例の選択について」	2025年4月30日	第23回
検査	【支払基金統一事例】残尿測定検査と超音波検査（胸腹部）の併算定について	D216-2残尿測定検査「1」超音波検査によるものとD215「2」ロ（1）超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の併算定は、原則として認められる。	残尿測定検査は、厚生労働省通知※に「前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する」と示されている。本検査での超音波検査は、排尿後の膀胱内の残尿量を測定し、膀胱機能や下部尿路の状態を確認することにより、前立腺肥大症や神経因性膀胱等の重症度判定や治療法選択の目安とするものである。 一方、本取扱いにおける超音波検査（断層撮影法）の主な対象は前立腺肥大であり、前立腺の大きさや形状、その状態を確認するもので、残尿測定検査と超音波検査（断層撮影法）は検査目的が異なる。 以上のことから、D216-2残尿測定検査「1」超音波検査によるものとD215「2」ロ（1）超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の併算定は、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	2025年4月30日	第23回
検査	手術前検査（梅毒血清反応（STS）定性等）の算定間隔について	次の手術前検査の算定間隔は、原則として3か月に1回とする。 (1) D012「1」梅毒血清反応（STS）定性、「4」梅毒トレポネーマ抗体定性 (2) D013「1」HBs抗原定性・半定量、「3」HBs抗原 (3) D013「5」HCV抗体定性・定量	梅毒血清反応（STS）定性、梅毒トレポネーマ抗体定性、HBs抗原定性・半定量、HBs抗原、HCV抗体定性・定量は、手術前において、周術期の医療者への感染防止や手術室の汚染による感染拡大防止の目的で実施されるが、手術が繰り返し実施される場合、これらの算定間隔は3か月に1回が妥当と考えられる。 以上のことから、上記手術前検査の算定間隔は、原則として3か月に1回とすると判断した。 なお、当該算定間隔については、入院時検査も含めた算定間隔とする。	2025年7月31日	第26回
検査	入院時検査（HBs抗原定性・半定量等）の算定間隔について	次の入院時検査の算定間隔は、原則として3か月に1回とする。 (1) D013「1」HBs抗原定性・半定量、「3」HBs抗原 (2) D013「5」HCV抗体定性・定量	入院時検査としてのHBs抗原定性・半定量、HBs抗原、HCV抗体定性・定量は、B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスの感染の見逃しを防止するために実施されるものであり、入退院が繰り返される場合、これらの算定間隔は3か月に1回が妥当と考えられる。 以上のことから、上記入院時検査の算定間隔は、原則として3か月に1回とすると判断した。 なお、当該算定間隔については、手術前検査も含めた算定間隔とする。	2025年7月31日	第26回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））（甲状腺癌等）の算定について	① 次の傷病名に対するD215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））の算定は、原則として認められる。 （1）甲状腺癌（2）甲状腺腫瘍疑い（3）甲状腺腫瘍（4）甲状腺腫（結節性）（5）甲状腺腫（単純性・びまん性）（6）甲状腺機能低下症・橋本病（7）慢性甲状腺炎（8）甲状腺機能亢進症・バセドウ病（9）急性化膿性甲状腺炎（10）亜急性甲状腺炎（11）続発性副甲状腺機能亢進症（12）頸動脈狭窄症（13）頸動脈硬化症（14）先天性股関節脱臼（15）肩腱板断裂（16）アキレス腱断裂（17）滑膜炎（18）滑液包炎（19）鼠径ヘルニア（20）関節リウマチ（21）ペーカーのう腫（22）軟部腫瘍（23）皮下腫瘍（24）頭部、頸部腫瘍（25）血腫（26）頸部腫瘍（27）アテローム（28）ガングリオン（29）肛門部膿瘍・肛門部皮下腫瘍（30）精巣腫瘍（疑い含む。）（31）乳癌（32）乳腺症（33）腋窩腫瘍（34）網膜剥離（35）眼内腫瘍（36）眼窩疾患（37）眼窩内異物（38）他の検査で眼底所見の確認ができない場合の白内障・前房出血・網膜剥離疑い・硝子体疾患 ② 次の傷病名に対するD215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））の算定は、原則として認められない。 （1）高血圧症（2）高脂血症（3）糖尿病（4）手指ひょう疽（5）表在性皮膚感染症	超音波検査は、高周波音波（超音波）を対象臓器等に当て、反射した音波の強さや反射するまでの時間等様々な情報を元に映像化（画像化）する検査で、上記①の疾患の臓器の形状、病態の把握や診断に有用である。また、D215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））は、厚生労働省通知※に「体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節を含む」旨記載されており、上記①の疾患は、同通知の要件にも該当する。 一方、高血圧症と糖尿病では動脈硬化性病変部位に、高脂血症ではアキレス腱に超音波検査を実施することがあるが、その際は、これらの傷病名に加えて合併する傷病名の記載が必要である。また、手指ひょう疽と表在性皮膚感染症に対する当該検査の算定は、臨床的有用性が低いと考えられる。 以上のことから、上記①の傷病名に対するD215「2」ロ（3）超音波検査（断層撮影法）（その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等））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	2025年 7 月31日	第26回
検査	【支払基金統一事例】パルスドブラ法加算（肝腫瘍等）の算定について	① 次の傷病名等に対するD215「2」超音波検査（断層撮影法）のパルスドブラ法加算の算定は、原則として認められる。 （1）肝腫瘍（疑い含む。）（2）門脈血栓症（3）胆のう腫瘍（4）腎臓腫瘍（5）透析シャント狭窄又は閉塞（疑い含む。）（6）精巣腫瘍（疑い含む。）（7）甲状腺悪性腫瘍（癌を含む。）（診断時又は増悪期）（8）下肢静脈血栓症（疑い含む。）（9）下肢動脈閉塞症（10）深部静脈血栓症（DVT）（疑い含む。）（11）動脈狭窄疾患 ② 次の傷病名に対するD215「2」超音波検査（断層撮影法）のパルスドブラ法加算の算定は、原則として認められない。 （1）肝内結石症（2）肝硬変（3）乳腺腫瘍（4）乳腺症（5）膀胱癌（6）甲状腺機能亢進症（バセドウ病）（経過観察時（安定期））（7）甲状腺機能低下症（診断時又は増悪期）（8）甲状腺機能低下症（経過観察時（安定期））（9）慢性甲状腺炎（橋本病）（診断時又は増悪期）（10）慢性甲状腺炎（橋本病）（経過観察時（安定期））（11）甲状腺腫（単純性・びまん性）（経過観察時（安定期））（12）甲状腺腫（経過観察時（安定期））（13）結節性甲状腺腫（経過観察時（安定期））	パルスドブラ法は、短いパルス状の超音波パルス送信から一定時間後の反射超音波の受信信号を収集することにより、目的位置の血流速度を計測するものである。当該加算は、厚生労働省通知※に「断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドブラ法を併せて行った場合」に算定できる旨記載されており、上記①の傷病名等に対するパルスドブラ法の臨床的有用性は高いと考えられる。一方、上記②の傷病名に対するパルスドブラ法の必要性は低いと考えられる。 以上のことから、上記①の傷病名等に対するD215「2」超音波検査（断層撮影法）のパルスドブラ法加算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	2025年 9 月30日	第28回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金統一事例】一般検査（手術前）の算定について	① 手術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) D000尿中一般物質定性半定量検査 (2) D005「5」末梢血液一般検査 ② 手術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ない。 (1) D005「1」赤血球沈降速度（ESR） (2) D005「2」網赤血球数 (3) D215「2」ロ(1)超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）	手術前検査は術前の患者の全身状態を把握し、手術による合併症の発症リスクを予測する目的で実施する。尿中一般物質定性半定量検査は、腎・泌尿器疾患や糖尿病等のスクリーニングとして、末梢血液一般検査は、赤血球数、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット、白血球数、血小板数を測定して、血液疾患、炎症性疾患、出血性疾患等のスクリーニングとして、臨床の有用性は高いと考えられる。 一方、赤血球沈降速度（ESR）は炎症性疾患、悪性腫瘍、赤血球増加症、播種性血管内凝固症候群等のスクリーニングとして実施するもの、網赤血球数は骨髓における赤血球産生の指標となるもの、超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）は臓器の形状、疾患の診断や病態把握を行うものであり、手術前一般検査としての実施は過剰と考えられる。 以上のことから、手術前の一般検査として、上記①の検査の算定は原則として認められ、上記②の検査の算定は、原則として認められないと判断した。	2025年11月28日	第30回
検査	一般検査（観血的手術前）の算定について	観血的手術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「3」末梢血液像（自動機械法）、「6」末梢血液像（鏡検法） (2) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量 (3) D015「1」C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP） (4) D200「1」肺気量分画測定、「2」フローボリュームカーブ (5) D208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部	観血的手術は出血を伴うものであり、手術前に出血や感染症等の発症リスクを把握する必要がある。末梢血液像（自動機械法）は白血球分類および末梢血液細胞の形態学的異常を、末梢血液像（鏡検法）は赤血球、白血球、血小板の形態変化や異常細胞の有無を観察する検査である。フィブリノゲンは血液凝固異常を調べる検査で、出血傾向や血栓形成の指標になる。CRPは急性期蛋白の一つで、細菌感染症、膠原病、心筋梗塞、悪性腫瘍等の炎症性疾患の診断目的に実施する。肺気量分画測定とフローボリュームは呼吸器疾患の診断と呼吸機能の評価目的で、心電図検査（四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導）は、心臓の収縮力や虚血、梗塞の有無等の評価目的で実施する。これらの検査を観血的手術前に実施することは、手術を安全に遂行する上で臨床的有用性が高いと考えられる。 以上のことから、観血的手術前の一般検査として上記の検査の算定は、原則として認められると判断した。	2025年11月28日	第30回
検査	【支払基金・国保統一事例】慢性腎臓病ステージ3a（確定診断）に対するシスタチンCの算定について	慢性腎臓病ステージ3a（確定診断）におけるD007「30」シスタチンCの算定については、原則として認められる。	シスタチンCは、全身に分布する有核細胞から産生される塩基性低分子蛋白で、ほかの血清蛋白と複合体を形成しないため、腎糸球体で濾過され、近位尿細管から再吸収される。血清シスタチン濃度は糸球体濾過率（GFR）を反映し、GFRの低下に伴いクレアチニンに先行して上昇するため、軽度～中等度腎機能障害時の腎機能の評価の指標として有用とされている。慢性腎臓病ステージ3aは、GFR値45～59と軽度～中等度腎機能障害時の状態であり、末期腎不全あるいは慢性腎不全とは異なり、腎機能の評価次第により適切な治療選択が可能となるため、シスタチンC検査は有用である。 以上のことから、慢性腎臓病ステージ3a（確定診断）におけるD007「30」シスタチンCの算定については、原則として認められると判断した。 なお、慢性腎臓病ステージ3b以降における当該検査の算定については、以下の取扱いを踏まえ、個々のレセプト内容から判断することとする。	2025年11月28日	第30回
検査	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）（精巣腫瘍等）の算定について	次の傷病名に対するD008「17」ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）の算定は、原則として認められる。 (1) 精巣腫瘍（疑い含む。） (2) HCG産生腫瘍の疑い (3) 絨毛性疾患（疑い含む。） (4) 存続絨毛症（疑い含む。） (5) 絨毛癌（疑い含む。） (6) 絨毛性腫瘍の疑い (7) 胚細胞腫瘍（(1)を除く。） (8) 胞状奇胎の疑い	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）については、厚生労働省通知※に「HCG産生腫瘍患者に対して測定した場合に限り算定できる」と示されている。ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）は胎盤の絨毛組織から産生される性腺刺激ホルモンで、当該検査は絨毛性疾患や異所性絨毛性ゴナドトロピン（HCG）産生腫瘍で高値を示すことから、上記(1)から(8)の傷病名に対する有用性は高いと考えられる。 以上のことから、上記(1)から(8)の傷病名に対する当該検査の算定は、原則として認められると判断した。	2025年11月28日	第30回
検査	【支払基金・国保統一事例】ヘルニア手術における術前検査としての血液型検査の算定について	ヘルニア手術（K633ヘルニア手術、K633-2腹腔鏡下ヘルニア手術、K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側））における、術前検査としてのD011「1」ABO血液型、Rh(D)血液型の算定は、原則として認められる。	ヘルニア手術は観血的手術と考えられる。観血的手術においては、出血による輸血が必要となる場合があり、時には救命用の輸血を行うことも想定される。 以上のことから、ヘルニア手術（K633ヘルニア手術、K633-2腹腔鏡下ヘルニア手術、K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側））における、術前検査としてのD011「1」ABO血液型、Rh(D)血液型の算定は、原則として認められると判断した。	2026年3月31日	第34回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
検査	【支払基金・国保統一事例】超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）（腎腫瘍等）の算定について	① 次の傷病名に対するD215「2」ロ(1)超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の算定は、原則として認められる。 (1) 腎腫瘍 (2) 膵内分泌腫瘍 (3) 肝内結石 (4) 肝硬変 (5) 肝障害 (6) 肝機能障害 (7) 急性腹症 (8) イレウス (9) 虫垂炎 (10) 急性腎盂腎炎 ② 次の傷病名に対するD215「2」ロ(1)超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の算定は、原則として認められない。 (1) 高血圧症 (2) 高脂血症 (3) 糖尿病疑い (4) 胃炎 (5) 胃潰瘍（再診時） (6) 胃腸炎（再診時） (7) 嘔吐症（再診時） (8) 胃ポリープ (9) 腸炎（再診時） (10) 十二指腸潰瘍（再診時） (11) 過敏性腸症候群 (12) 内頸動脈狭窄症 (13) 乳腺炎 (14) 乳腺腫瘍 (15) 乳癌疑い	超音波検査は、高周波音波（超音波）を対象臓器等に当て、反射した音波の強さや反射するまでの時間等様々な情報を元に映像化（画像化）する検査である。上記①の疾患は「胸腹部」の領域分類内に含まれる傷病であり、各々の臓器の形状、病態の把握や診断に有用である。一方、上記②の疾患に対する超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）実施の臨床的有用性は低い。また、内頸動脈狭窄症、乳腺炎、乳腺腫瘍、乳癌疑いに対しては、超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）ではなく、超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定が妥当と考えられる。 以上のことから、D215「2」ロ(1)超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）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。 おって、超音波（胸腹部）を算定するに当たっては、厚生労働省通知※において以下のとおり検査を行った領域を記載（選択）するとされていることに留意すること。 （※）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 （8）「2」の「ロ」の「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 消化器領域 イ 腎・泌尿器領域 ウ 女性生殖器領域 エ 血管領域（大動脈・大静脈等） オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等 カ その他		
検査	結核菌特異的インターフェロナーγ産生能と結核菌群核酸検出（結核疑いの初診時）の併算定について	結核疑いの初診時に対するD015「30」結核菌特異的インターフェロナーγ産生能とD023「14」結核菌群核酸検出の併算定は、原則として認められる。	結核菌特異的インターフェロナーγ産生能は結核感染の有無を調べる検査であり、結核菌群核酸検出は喀痰、髄液、尿などの臨床検体で結核菌の存在を調べる検査である。目的が異なる2つの検査は結核疑いの初診時の検査として必要と考える。 以上のことから、結核疑いの初診時に対するD015「30」結核菌特異的インターフェロナーγ産生能とD023「14」結核菌群核酸検出の併算定は、原則として認められると判断した。	2026年4月30日	第35回
画像診断	各種癌に対するMRI撮影の算定について	次の傷病名（各種癌）に対するE202磁気共鳴コンピュータ断層撮影（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	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。	2024年5月31日	第12回

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
画像診断	時間外緊急院内画像診断加算の算定について	処置・手術の算定がない患者における、緊急に画像診断の必要性を認めた場合の時間外緊急院内画像診断加算の算定は、原則として認められる。	時間外緊急院内画像診断加算は、厚生労働省通知※に医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できるとされており、緊急に画像診断を要する場合は、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような重篤な場合とされている。上記通知では、必ずしも当該レセプトに処置、手術が算定されていることが要件とはされておらず、処置・手術の算定がない場合であっても、病態把握のため、医師が緊急に画像診断を行う必要性があると判断した場合においては、本加算の算定は妥当と考えられる。 以上のことから、処置・手術の算定がない患者における、緊急に必要性を認めた場合の時間外緊急院内画像診断加算の算定は、原則として認められると判断した。	2024年9月30日	第16回
画像診断	【支払基金統一事例】ボジトロン断層撮影又はボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の算定について	① 次の傷病名に対するE101-2ボジトロン断層撮影又はE101-3ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の算定は、原則として認められる。 (1) 多発性骨髄腫 (2) 原発不明癌 (3) 悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）の術後 ② 悪性腫瘍の疑いに対するE101-2ボジトロン断層撮影又はE101-3ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の算定は、原則として認められない。	18FDGを用いたボジトロン断層撮影、ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、厚生労働省通知※において、悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の算定要件は病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、「他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する」とされ、その場合に限り算定できる旨示されている。 多発性骨髄腫は、血液細胞の一種である形質細胞が腫瘍化したものであり、上記画像診断は、骨病変の診断、病期の評価、化学療法の評価等に有用と考えられる。FDG-PETは、日本血液学会の「造血器腫瘍診療ガイドライン2024年版」においても、治療開始前のベースライン評価として勧められる検査項目の一つに挙げられている。 原発不明癌は、十分な検索にもかかわらず原発巣が不明で組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍である。日本臨床腫瘍学会の「原発不明がん診療ガイドライン改訂第2版」においても、PETに関して「頭頸部原発不明がん、あるいは単一転移病変と考えられた症例では有用である。それ以外ではCTなどで原発が検出できないときに有用である」と推奨されている。 また、上記画像診断は、悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）の術後においても、転移・再発の診断に用いられている。 以上のことから、多発性骨髄腫、原発不明癌、悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）の術後に対する上記画像診断の算定は、原則として認められると判断した。ただし、厚生労働省通知※「他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する場合に限り算定する」と示されていることに留意すること。 なお、悪性腫瘍の疑いでは、病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とする等の厚生労働省通知※の算定要件に合致しないことから、原則として認められないと判断した。	2025年7月31日	第26回
画像診断	【支払基金・国保統一事例】前立腺癌の診断時におけるコンピューター断層撮影（CT撮影）の算定について	前立腺癌の診断（前立腺癌の疑い病名）において、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。	前立腺癌の診断においては、PSA検査や直腸診を施行し、癌が疑われる場合には、さらに超音波検査や骨盤部MRI撮影の画像診断を追加し最終的な診断として前立腺生検法を行う。CT撮影については、「前立腺癌のすべて（第4版）、前立腺癌診療ガイドライン（2023年版）」には、癌の局在診断が困難とされ、診断能が低いことから有用性についての記載はない。 以上のことから、前立腺癌の診断（前立腺癌の疑い病名）において、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と判断した。	2026年1月31日	第32回

（※）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

（※）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

区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した根拠等	公表年月日	公表回
その他	DPCレセプトにおける退院時に処方した薬剤（残薬）の取扱いについて	DPCにおいて、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、当該薬剤（残薬）の算定を認める。	平成28年3月31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1）」のDPC（問10－5）において、「入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に関り、退院時に処方したものとして差し支えない。」と回答されている。 同疑義解釈資料のDPC（問10－6）において、前（問10－5）の取扱いについて「当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。」と回答されている。 これらの回答については、フォルテオ皮下注は他の注射薬とは算定方法が異なり、薬価を使用可能日数（回数）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料として算定することとされていることから、疑義解釈資料において、当該算定方法で請求される薬剤の退院時処方の取扱いが示されたものである。 入院中の注射に係る薬剤料は、1日分ごとに使用した量により算定するものであり、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、同疑義解釈資料のDPC（問10－3）において「残薬に相当する処方を中止した後、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。」と回答されている。 さらに同疑義解釈資料のDPC（問6－5）において「「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、在宅医療に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。」と回答されている。 以上のことから、DPCにおいて、入院中に使用していない量（残薬）を退院時に処方した場合については、当該算定を認めると判断した。	2017年4月24日	第1回
その他	DPCレセプトにおけるアナペイン注2mg/mLの算定について	DPCにおいて、アナペイン注2mg/mLは「第11部の麻酔、第3節の薬剤料」として、その算定を原則として認める。	アナペイン注2mg/mLは、薬効分類コード1210「局所麻酔剤」に該当し、効能効果は術後鎮痛である。 L003硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入は、平成28年3月4日付け保医発0304第3号「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」別添1で「第2章第11部麻酔」の項目であり、当該持続的注入において使用された薬剤は、術前、術中、術後にかかわらず、同第11部麻酔の第3節薬剤料としての算定となる。 平成28年3月31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1）」のDPC（問6－27）の回答は、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤の取扱いが示されたものであり、同疑義解釈のDPC（問6－23）の「包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。」については、「医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。」と回答されている。 硬膜外麻酔は、手術開始前から始まり、さらに手術が終わってからも麻酔覚醒までは麻酔が続いている。アナペイン注2mg/mLは、手術終了間際（術中）あるいは手術終了直後（術後）に、麻酔覚醒時の疼痛対策（術後鎮痛）を目的として用いているものである。 術後であっても、まだ硬膜外麻酔持続的注入は継続していることから、その時使用したアナペイン注2mg/mLは麻酔の項目としてDPCで認められると判断した。	2018年2月26日	第4回
その他	【支払基金統一事例】アセトアミノフェン（DPCの手術時）の算定について	DPCレセプトにおける手術時（麻酔管理中）のアセトアミノフェン【注射薬】（アセリオ静注液）の算定は、原則として認められる。	DPCレセプトにおいて手術に係る費用として別途算定可能な薬剤については、厚生労働省保険局医療課事務連絡※において「当該手術の術中に用いたものに限られる」と示されている。 アセトアミノフェン（アセリオ静注）は、効能・効果が「経口製剤及び坐剤の投与が困難な場合における疼痛及び発熱」に対する薬剤で、投与後15分程度で効果が現れ、作用時間は6～8時間とされている。当該医薬品の投与を麻酔管理下（離脱時）及び覚醒後の疼痛を考慮し術中から開始する重要性からも、DPCレセプトにおいて手術（麻酔）の部で請求された当該薬剤は術中に投与されたものと判断できる。 以上のことから、DPCレセプトにおける手術時（麻酔管理中）のアセトアミノフェン【注射薬】の算定は、原則として認められると判断した。 （※）「疑義解釈資料の送付について（その1）」（別添3 DPC）（問6－26）手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。 （答）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。	2025年2月28日	第21回