



泌尿器科 保険診療の手引き

(令和 8 年 6 月第16版)

一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会編

「泌尿器科保険診療の手引き第16版」 発刊に当たって

一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会
会長 斎藤 忠則

このたび、『泌尿器科保険診療の手引き第16版』
を発刊する運びとなりました。

診療報酬制度は二年ごとの改定を重ね、本巻も
約30年以上の歴史を重ねました。

わが国の医療を取り巻く環境は大きく変化を続
けています。診療報酬制度は二年ごとの改定を重ね、医療DXの推進、地域包括ケアシステムの深化、働き方改革への対応など、私たち泌尿器科医に求められる役割はますます多様化しています。そのような中であっても、保険診療の基本原則を正しく理解し、適切な診療を継続していくことは、安全で質の高い医療を提供するための重要な基盤であります。



本手引きは、日常診療で遭遇する保険診療上の疑問点や留意事項について、泌尿器科診療の実際に即した形で整理し、実務に役立つことを目的として編集されています。保険制度は複雑化し、解釈や運用も時代とともに変化しますが、現場で診療に携わる先生方が必要な情報を容易に確認できるよう工夫を凝らしてあります。特に今回の16版は、混迷を極める前立腺癌の治療に関し、新規前立腺癌治療薬に関し、富士幸蔵保険担当理事を中心に、適応症・必要病名につきまとめてあります。正井基之副会長・富士幸蔵専務理事ならびに保険委員会の先生方が最新の知見を踏まえて内容の充実を図ってくださいました。関係各位のご尽力に深く敬意を表します。

保険診療は単に診療報酬を請求するための知識ではなく、限りある医療資源を有効に活用し、患者さんへ適切な医療を公平に提供するための社会的責務でもあります。本手引きが、開業医・勤務医を問わず、また若手医師から経験豊富な先生方まで、多くの会員の皆様の日常診療において実践的な指針となることを願っております。

日本臨床泌尿器科医会の役員は、社会保険・国民健康保険の審査員も多く、今後も保険診療に関する情報提供やQ&Aの充実、診療現場から寄せられる課題への対応を通じて、会員の皆様の支援するとともに、国民により良い泌尿器科医療を提供できる環境づくりに努めてまいります。

最後に、本書の編集・改訂に携わっていただいた編集委員会、保険委員会ならびに関係者の皆様に心より感謝申し上げます。本手引きが会員の皆様の診療に広く活用され、適正な保険診療の実践に寄与することを祈念し、発刊のご挨拶といたします。

令和8年7月

目 次

「保険診療の手引き」発行にあたって	1
保険医の責務	5
療養担当規則	7
療養担当規則に基づいた診療	17
新規個別指導について	19
傷病名記載上の注意点	20
医科点数表に関して泌尿器科医が知っておく事項について	53
泌尿器科に関連する主な変更点	56
抗がん剤の適応病名について	64
第1章 基本診療料	78
第2章 特掲診療料	
第1部 医学管理等	84
第2部 在宅医療	89
第3部 検査	95
第4部 画像診断	102
第5部 投薬	103
第6部 注射	109
第7部 リハビリテーション 略	109
第8部 精神科専門療法 略	109
第9部 処置	110
第10部 手術	114
第11部 麻酔	122
第12部 放射線治療 略	122
第13部 病理診断	122
不妊手術をすれば届出を	123
審査用語について	124
通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断	125
検査の同時算定一覧（泌尿器科関連のみ）	129
算定期間の定められている検査（泌尿器科関連で行われているもの）	132
支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）	134
審査情報提供に関して	159
審査情報提供事例（診療行為等）	159
審査情報提供事例（医薬品等）	164
診療報酬点数の概要（早見表）	170

保険医の責務

良質な医療を広く国民に供給できることを目的として、社会保険医療制度が制定されています（国民健康保険法等）。この目的を遂行するには診療を実践する医療機関の質と、提供される医療内容の質が保証されることが必要になってきます。質の保証のため、国はその時代の医学や科学技術の進歩に即した水準的医療を想定し、その水準的医療を社会の要望に応じた国民への提供を、保険医療機関及び保険医に周知し、遵守を求めることになります（保険医療機関および保険医療養担当規則）。

一方、医療を広く国民に提供するためには国民が負担する医療費を適切なものに制定する必要が生じます。医療費を担う側と医療を実践する側の状態を考慮しつつ診療報酬が決定され、保険医療機関および保険医はこの決定された診療報酬の算定方法（診療報酬点数表）に従うことが求められることになります。

【Ⅰ】法による規制

法で規制されている社会的規則であり、医師のみでなく該当するすべての国民が対象とされている。法による直接規制のため、抵触した場合は検察庁などで取り調べを受けることになります。

（１） 医師法

医療行為を行うことのできる資格を規定すると同時に有資格者の責務を規定している。資格を有していない者への医療行為や類似行為を厳しく罰している。また有資格者には社会的要請への責任（処方箋の発行義務、死因の診断等）や実際に行った行為の社会的妥当性を印すための診療録記載などの責務が規定されている。

（２） 医薬品医療機器等法

有害物質の取り扱いなどの規制であり、医薬品の製造、販売等に関したことが定められている。国が許可した医薬品を使用法に基づいてしか使用できないことが規定されている。

（３） 健康保険法

憲法が定める国民の健康な生活を保障するために設けられたもので、身分や財産に左右されることなく医療を享受できるような医療供給体制を規制したものである。この法律の主旨に基づき、国民全てが公的医療の対象となり、この制度を運営するために保険による医療制度と保険医による契約医療制度が導入されている。

【Ⅱ】国（厚生労働省）との契約による規制

契約を結ぶことにより、契約に準じた医療を提供することが責務となるものである。契約内容は厚生労働大臣が認めた範囲内での医療行為とその代価としての報酬の請求に係わるものに大別される。それらで規定された項目は契約事項であるため、これに違反した場合は契約の打ち切りという形でしか処分されない。しかし、その内容が恣意的であった場合は詐欺的行為となり、刑法にて罰則が科せられることにもなり、その結果、医道審において医師資格をも問われることになります。

（１） 保険医療機関、保険医療養担当規則

保険医療機関に関するものと診療方針に係わるものからなっています。

- A 保険医療機関に係わる規定には保険資格の確認、一部負担金の徴収などがあります。一部負担金に係わる考え方は混合診療の禁止と深く関係し、一部負担金を徴収できないものが含められた場合は関わった診療費の全てが保険外として取り扱われることになります。
- B 診療の方針についての記載は抽象的な記載となっています。投薬にあたっては厚生労働大臣が定めた要綱に沿って行い、検査、処置等は必要な場合に行うというような記載です。医学的判

断に委ねられる行為が多いため、そのような規定となっていますが、医学的判断は水準的医療の尺度で決められるため、請求する側と審査する側でしばしば意見の相違が発生します。解決の方法は学会等の上部団体を通して協議し、妥当な線をきめることになります。社会保険支払い基金では「審査の一般的な取り扱いに関する検討委員会」により検討された内容は「支払基金における審査の一般的な取り扱い」としてHPに掲載しています。

今回は巻末に泌尿器科関連分をまとめてありますので参照ください。また保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生労働大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされていますが、長期収載品ではメーカーが新たな適応を申請することには消極的のため「保険診療における医薬品の取扱いについて」（昭和55年9月3日付保発第51号厚生省保険局長通知）により、国内で承認され、再審査期間が終了した薬品にかんして学術上の根拠と薬理作用に基づいて使用される場合、当該効能効果等の適応外使用の事例について、社会保険診療報酬支払基金が設置している「審査情報提供検討委員会」において検討が行われ検討結果がまとめられ「審査情報提供事例」としてHPに公表されています。巻末に泌尿器科関連分をまとめてありますので参照ください。

（２）診療報酬の算定方法（点数表の解釈本）

行われた医療行為に対する評価（診療報酬額）が定められた告示部分（中央線より左に記載）と費用を算定できる要件を定めた通知部分（中央線の右側に記載）からなっております。告示部分に記載のない項目は厚生局に問い合わせ、適切な項目で算定することになっていることにご留意ください。また、通則に記載された算定要件はその項目の記載だけでなく、その項目のある節全体に渡った要件の記載があることにも注意が必要です。保険医の指導において最も数多く指摘されるのはこの要件に関するものですので、診療報酬明細書を「提出する際には保険医自らが点検しておくこと」がもとめられます。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和三十二年四月三十日厚生省令第十五号)

最終改正：令和8年3月5日厚生労働省令告示第69号

第一章 保険医療機関の療養担当（第一条―第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条―第二十三条の二）

第三章 雑則（第二十四条）

附則

第一章 保険医療機関の療養担当

(療養の給付の担当の範囲)

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(療養の給付の担当方針)

第二条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

- 2 保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

(診療に関する照会)

第二条の二 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な手続の確保)

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の四 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事

業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

- 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

- 2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止)

第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

- 1 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）
- 2 介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 3 介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 4 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設
- 5 介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 6 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）
- 7 介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者
- 8 介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者
- 9 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者

(掲示)

第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

- 2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(受給資格の確認等)

第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。たし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

- 1 法第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）
- 2 患者の提出し、又は提示する資格確認書
- 3 当該保険医療機関が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報（保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。）を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法（当該患者が当該保険医療機関から療養の給付（居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護に限る。）を受けようとする場合であつて、当該保険医療機関から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。）
- 4 その他厚生労働大臣が定める方法
 - 二 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「次に掲げるいずれかの」とあるのは「第一号又は第三号に掲げる」と、「事由によって」とあるのは「事由によって第一号又は第三号に掲げる方法により」とする。
 - 三 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第三条の四第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令附則第三条の五第一項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。
 - 四 保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

(要介護被保険者等の確認)

第三条の二 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第百条、第百五条又は第百十三條の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であった者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。
- 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。
 - 一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。
 - 二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

(領収証等の交付)

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

- 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するとき、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。
- 3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求

に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

- 2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(食事療養)

第五条の三 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(生活療養)

第五条の三の二 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供し、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

- 2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条

第一項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条第一項の規定による出産手当金又は法第一百四十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

（指定訪問看護の事業の説明）

第七条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス（同法第八条第四項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

（診療録の記載及び整備）

第八条 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

（帳簿等の保存）

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から五年間とする。

（通知）

第十条 保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

（入院）

第十一条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

- 2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（看護）

第十一条の二 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

- 2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

(報告)

第十一条の三 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。

2 前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

第二章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもとし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

(療養及び指導の基本準則)

第十三条 保険医は、診療に当っては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

(指導)

第十四条 保険医は、診療にあたっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

第十五条 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

(転医及び対診)

第十六条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

(診療に関する照会)

第十六条の二 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

(施術の同意)

第十七条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第十八条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第十九条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診

療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

- 2 歯科医師である保険医は、厚生労働大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴において使用してはならない。ただし、治験に係る診療において、当該治験の対象とされる機械器具等を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

- 2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第十九条の四 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。

- 2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

- イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。
- ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。
- ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
- ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品

を選択する機会を提供すること等患者が当該医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

- (1) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）
- (2) 遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）

- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならない。厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

- イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。
- ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない

四 注射

- イ 注射は、次に掲げる場合に行う。
 - (1) 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。
 - (2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
 - (3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。
- ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ハ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を上げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限って行う。
- ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。
- ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(歯科診療の具体的方針)

(略)

療養担当規則に基づいた診療

保険医、保険医療機関の責務

1. 保険医、保険医療機関

(1) 保険医とは

健康保険法の規定により「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない」（第64条）とされている。この登録（保険医登録）は、医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に登録されるものではない。医師自らの意志により、地方厚生局長へ申請する必要がある。

(2) 保険医・保険医療機関の責務

健康保険法の規定により、「保険医療機関において従事する保険医は、厚生労働省令の定めるところにより健康保険の診療に当たらねばならない」（第72条）とされている。ここでいう厚生労働省令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）」とよばれるものであり、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が順守すべき基本的事項を厚生労働大臣が定めたものである。

2. 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」による契約診療である。
- 保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。

(1) 療養担当規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が順守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項について取りまとめられている。

第1章：保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章：保険医の診療方針等

診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等

(2) 診療報酬が支払われる条件

以下に掲げる事項を満たしていなければ、保険診療として認められず、診療報酬の支払いを受けることができない。

- ・保険医が、
- ・保険医療機関において、
- ・健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し、
- ・「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の規定を遵守し、
- ・医学的に適切な診療を行い
- ・「診療報酬点数表」に定められたとおりに請求を行っている。

(3) 保険診療の禁止事項

ア 無診察治療等の禁止（療担第12条）

医師が自ら診察を行わずに治療、投薬（処方箋の交付）、診断書の作成等を行うことにつ

いては、保険診療の必要性について医師の判断が適切に行われているといえず、保険診療としては認められるものではない。

なお、医師法違反「医師は自ら診察しないで治療してはならない」（第20条）にもあたるものであり、極めて不適切な行為である。

イ 特殊療法・研究的診療等の禁止（療担第18条、19条、20条）

医学的評価が十分に確立されていない「特殊な療法または新しい療法等」の実施、「厚生大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究目的」による検査の実施などは、保険診療上認められるものではない。

（例外）

- ・ 先進医療による一連の検査
- ・ 治験による薬物の投与や。これに伴う一連の検査

ウ 健康診断の禁止（療担第20条）

健康診断は保険診療としては行ってはならない。

エ 濃厚（過剰）診療の禁止（療担第20条）

検査、投薬、注射、手術・処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最低限に行う必要がある。

オ 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担第19条の3）

患者に対して、「特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等」を行ったり「指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益」を受けることは、療養担当規則により禁止されている。

（4） その他

カ 適正な手続きの確保（療担第2条の3）

保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣または地方厚生局長に対する申請、届出に係る手続き及び療養の給付に関する費用の請求に係わる手続きを適正に行わなければならない。

キ 適正な費用請求の確保（療担第23条の2）

保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

ク 証明書等の交付（療担第6条）

保険給付をうけるための証明書は無償で交付しなければならない。

ケ 転医及び対診の義務（療担第16条）

患者の疾病が専門外にあるときに他の保険医に対診を求める必要があることともに、患者との信頼関係が成り立たなくなってしまった時には、当該医療機関で保険診療を続けるのではなく、他の保険医療機関へ転医を行うなどの措置が必要であることが記載されている。

新規個別指導について

保険診療の「指導」には、集团的指導、集团的個別指導、新規個別指導、個別指導があるが、この項では新規あるいは継承にて医療機関を開設された後1年以内に受けることになる新規個別指導の内容について、以下箇条書きで述べる。

- 1 根拠法令は健康保険法 第78条、国民健康保険法 第45条の2、高齢者の医療に関する法律 第72条である。
- 2 各地域の厚生局から呼び出しをうける。
- 3 指導実施は4週間前をめぐりに通知される。
- 4 指導対象となる患者の通知は、1週間前に診療所は10人分、病院は20人分をFAXにて行われる（該当日が土、日曜日、祭日、休診日の場合は前日に連絡）。カルテを人数分用意する（電カルの場合カルテのコピー、どうしても電カルで説明したいときは厚生局に相談、ただしこの場合閲覧用の機器の準備も必要）。厚生局は当該レセプトをすでに把握している。
- 5 通常厚生局事務官と医師である医療技官が対応する（年配の技官は元大学教授か大病院の部長以上の経験者が多い）。
- 6 都道府県医師会の保険指導委員、当該地区の医師会役員が立ち会うことがある。
- 7 通常医療機関側は開設者と事務責任者が出席する。
- 8 先ず書類の確認がある、電カルなら各使用者のID作成、3か月ごとのパスワードの変更など守秘義務のためのルールがあるか事務方より質問がある。
- 9 指導実施時間は事務確認を除いて1時間、患者一人ずつレセプトとカルテの内容の突合、特に指導管理料の算定要件の記載、特に指導内容、画像検査の算定根拠、結果の記載を確認、カルテの記載はSOAPなど判りやすく整理されていることが望ましい。
- 10 指導内容は厚生局了解の上うえ録音も可、メモを取るのもよい。
- 11 通常新規個別指導は教育的指導であるが保険ルールが守られていないときは当日検閲のレセプト分につき自主返還が求められる。施設継承の場合は以前から同様の保険診療違反が疑われれば、さかのぼって別途個別指導を受ける可能性もある。

傷病名記載上の注意点

- ※ 診療の都度、医学的に妥当適切な病名を診療録に記載する。
- ※ いわゆるレセプト病名をつけるのではなく、必要があれば摘要欄に注記を行う。
- ※ 医学的に妥当な病名を主治医自らがつけること。
- ※ 炎症の場合、急性・慢性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では急性と判断されます）
- ※ 腫瘍の場合、良性・悪性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では良性と判断されます）

例）精巣腫瘍とあれば、良性腫瘍扱いとなりますので、腫瘍マーカーは算定できません。

- ※ 病名は原則として傷病名コードに記載されたものを用いる
- ※ 傷病名欄に症状・病態・徴候等はできる限り使用しないで下さい。（傷病名コードがあっても）

例：排尿困難、尿閉、頻尿、夜間頻尿、不安定膀胱、血尿、高PSA血症、発熱、ED、勃起障害等

- ※ 転帰欄には、治癒・中止・死亡を記載し日付も記載して下さい。
記載要領に転帰の日付の記載は、ありませんが、元社会保険事務局（現厚生局）では記載を指導していますのでご協力下さい。
- ※ 急性炎症は、早期に治療をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る急性炎症→返戻）
- ※ 疑い病名は、早期に診断をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る疑い病名→返戻。但し、前立腺癌の疑いを除く）
- ※ 左右の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）
- ※ 両側という接頭語はできる限り使用しないで下さい。

例：両側腎結石症→右腎結石症、左腎結石症

- ※ 「転移性腎がん」や「転移性前立腺癌」は他の臓器の癌が腎臓や前立腺に転移した状況を表すため「転移を有する腎がん」「転移を有する前立腺癌」と記載する。

- ◆ 特殊ケース（いずれのケースも病名ならびに術名に左右の区別がある場合です。両側という場合は、判断しにくい場合があります、保険者から疑義申請されることもありますので使用を控えて下さい。）

1. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（4,080点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
2. 左D-Jカテーテル留置+右D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（4,080点）+K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
3. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル留置の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（4,080点）+K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。
4. 右D-Jカテーテル抜去+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。

算定不可例

1. K783—2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）またはK783—3 経尿道的尿管ステント抜

2. D319腎盂尿管ファイバースコピー（片側）（2,160点）当日のD317膀胱尿道ファイバースコピー（950点）又はD317—2膀胱尿道鏡検査（890点）とD318尿管カテーテル法（1,200点）は算定できません。

◆悪い例

この場合、他院で急性膀胱炎と診断され処方を受けて来院したと考えた場合、治療での処方は不可となります。
 または、再診時に治療判断したと考えられるので2回目の処方は、不要（査定）となります。転帰の日付を記載して下さい。
 ※ 治療や疑い病名での処方は認められません。

◆悪い例

※ IP、CT、MRIなどの精密検査を施行したら、転帰を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）

傷病名の記載の例

◆悪い例 (令和8年4月16日初診→即日入院・手術)

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 右精巣腫瘍 (2) 右精巣腫瘍の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月16日 令和8年4月16日	転帰	中止 16日	診療実日数	保	
								①	
								②	
11 初診				(50)	令和8年4月16日 右精巣摘出術 (当院)				
					16日 (右) K830 精巣 (睾丸) 摘出手術 3,816×1				

手術欄

K833 精巣悪性腫瘍手術 12,340点ではなくて

K830 精巣摘出手術 3.816点になります。必ず病名には悪性と判るようにお願いします。(精巣癌)

〇〇腫瘍と記載があれば、保険では良性扱いとなります。

良性腫瘍となれば、腫瘍マーカーは算定できません。

転帰 治療でも可

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 精巣腫瘍の術後

「精巣腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後精巣腫瘍と表示されます。「精巣腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

癌と診断し手術をしたが、組織検査で良性であった場合

◆悪い例 (令和8年4月1日初診→令和8年4月8日入院・9日手術)

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎腫瘍 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月9日	転帰	中止 9日	診療実日数	保	
								①	
								②	
11 初診				(50)	令和6年4月9日 右腎摘出術 (腎血管筋脂肪腫) (当院)	9日 (右) K772 腎摘出術			21,010×1

手術欄

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術 42,770点ではなくて

K772 腎摘出術 21,010点になります。

レセプト摘要欄に

令和8年4月9日 右腎全摘術（腎血管筋脂肪腫） 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 腎腫瘍の術後

「腎腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎腫瘍と表示されます。「腎腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日	転帰	中止 10日	診療実日数	保	
	①								
	②								
11 初診								令和8年4月10日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 (当院)	

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 施行と記載をお願いします。

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日	転帰	中止 10日	診療実日数	保	
	①								
	②								
11 初診								令和8年4月10日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘+回腸導管造設) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘+回腸導管造設) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻します)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

◆例

対側固定を行えば、
K838 精巣捻転手術 1. 対側の精巣固定術を伴うもの 8,230点で算定。(術後コメント 要)
対側固定を行っていないければ、2. その他のもの 7,910点で算定です。

傷病名の記載の例

◆悪い例

この病名では、手術したのかどうかわからない。また、いつ手術したかもわからない。手術の内容もわからない。TUR-Btなら術後の創傷処置は算定できません。

25

傷病名の記載の例

腫瘍マーカーは、転帰の決定までに 1 回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

※ 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。但し、計3回まで。前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。（暦月で3ヶ月：平成30年改訂より）

◆例

[illegible]

摘要欄

PSA 令和8年4月8日測定 8.6ng/mL

令和8年7月と令和8年10月にPSAを検査しても可。

令和8年7月と令和4年10月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

令和8年10月または令和8年11月のレセプトで転帰を記載すること。

傷病名の記載の例

◆例

令和8年7月分

氏名				特記事項						
職務上の事柄										
傷病名	(1) 前立腺癌の疑い			診療開始日	令和8年4月8日	転帰	中止 13日	診療実日数	保	2日
									①	
									②	
11	初診					「未確」 PSA 令和8年4月8日測定 8.6ng/mL PSA 令和8年7月9日測定 8.8ng/mL				

◇ 令和8年1月にPSAを検査した後、令和8年5月と令和8年8月にPSAを検査した場合、審査上 可

前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。(暦月で3ヶ月：平成30年改訂より)

令和8年5月と令和8年8月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

PSA 3 回目の結果をみてカルテとレセプトに転帰を記載すること。

転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了すれば、次回のPSA検査は初回となります。

この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

転帰の記載は、患者さんに説明した日付で。(月末に便宜的に中止と記載は、無診察診療と判断されることもあります。)

☆ 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていました。しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしてることが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。

傷病名の記載の例

ステント留置術に関して

- ※1 D-Jカテーテルを留置した場合、摘要欄にその旨（例：右尿管ステント留置術・術後 平成〇年〇月〇日）を記載する。
- ※2 記載が無い場合、後日抜去や交換は、認めない。（留置が無ければ、抜去や交換する必要がないため）
- ※3 抜去の月の傷病名欄に「D-Jカテーテル留置」を遡って記載することは「病名の出没」で指導の対象となることもあります。必ず留置した月のレセプトに記載して下さい。
- ※4 必ず左右の区別を記載して下さい。（できるだけ、両側という接頭語は使用しないで下さい。）
- ※5 ステント留置には、水腎症、尿管狭窄等ステントが必要となる傷病名を記載して下さい。
- ※6 結石破碎後の閉塞予防のため留置したというコメントは止めて下さい。

◆例

氏名			特記事項											
職務上の事柄														
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 (3) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月1日 令和8年4月10日			転帰	中止 10日			診療実日数	保	
									①					
									②					
11 初診				令和8年4月10日 右ステント留置術（当院）										

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを交換した場合

氏名			特記事項												
職務上の事柄															
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和8年1月1日 令和8年2月1日		転帰				診療実日数	保			
	①														
	②														
11 初診						(50)	令和8年2月1日 右ステント留置術（当院） 令和8年4月10日 右ステント交換（当院）								
							10日（右） K783-2 経尿道的尿管ステント留置術		4,080×1						

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術（1,300点）は算定できません。

※ レセプト摘要欄に 令和6年4月10日 右ステント交換と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを抜去した場合

令和8年4月分

氏名	特記事項		傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数	保	
職務上の事柄			(1) 右尿管結石症 (主) (2) 右水腎症 の術後	令和8年1月1日 令和8年2月1日			①	
11 初診				(50)	令和8年2月1日 右ステント留置術 (当院) 令和8年4月10日 右ステント抜去術 (当院)	10日 (右) K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術	1,300×1	

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術 (1,300点) が算定できます。

※ レセプト摘要欄に

令和8年2月1日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。
令和8年4月10日 右ステント抜去術 施行と記載をお願いします。

☆ 診療報酬点数表には記載がありませんが、疑義解釈にて予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められないとされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

症状・詳記について

- ※ 1 保険診療の範囲かどうか判断できない場合、症状・詳記を記載されたほうが認められるケースがあります。
- ※ 2 高額医療の場合、症状・詳記を記載して下さい。
- ※ 3 請求点数が低くても、必要と思われる場合はコメントを記載して下さい。
- ※ 4 抗癌剤等で適応外処方の場合、症状・詳記を記載されれば認められるケースがあります。

認められない（査定される）ケース

- ※ 1 ◇◇◇は常識である。→書かれた先生の常識で保険診療では非常識です。
- ※ 2 学会発表であった。→一般的医療ではないので保険診療の範囲外です。
- ※ 3 外国では一般に行われている。→日本の医療では一般的でないので保険診療の範囲外です。
- ※ 4 ガイドラインに載っている。→ガイドラインの医療をしていただいても結構ですが、保険診療の範囲でご請求下さい。
- ※ 5 症状・詳記の後述は、認められません。必要と思った時は最初に記載して下さい。

点数が請求できない場合のレセプト記載について (記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力下さい。)

- ※ 1 レセプトには行った医療行為全てを記載していただくようにご協力下さい。(点数が請求できない場合はコメントを記載して下さい。)

- ※ 2 留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみ算定となります。
この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」で保険請求がでてきます。その中にカテーテル代の請求があります。

カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間留置ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求がでてきません。保険者が納得できるレセプトの作成にご協力下さい。

- ※ 3 ESWL 2 回目以降は、K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

（当局に確認済）

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
42	A251	排尿自立支援 加算	当該加算の初回算定日及び初回からの通算算 定回数（当該月に実施されたものを含む。） を記載すること。	850100027	初回算定年月日（排尿自立支援加 算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				842100022	通算算定回数（排尿自立支援加 算）；*****
71	A400の1	短期滞在手術 等基本料1	短手1と表示し、算定日及び手術名を記載す ること	算定日情報	（算定日）
				820101004	対象手術（短手1）：経皮的シャ ント拡張術・血栓除去術 1 初回 （透析シャント閉塞又は高度狭窄 の場合）
				820101344	対象手術（短手1）：経皮的シャ ント拡張術・血栓除去術 1 初回 （その他の場合）
				820101005	対象手術（短手1）：経皮的シャ ント拡張術・血栓除去術 2 1の 実施後3月以内に実施する場合
				820101013	対象手術（短手1）：尿失禁手術 （ボツリヌス毒素によるもの）
				820101014	対象手術（短手1）：顕微鏡下精 索静脈瘤手術
				820100539	対象手術（短手1）：経尿道的レー ザー前立腺切除・蒸散術 1 ホル ミウムレーザー又は倍周波数レー ザーを用いるもの
				820101161	対象手術（短手1）：経尿道的レー ザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリ ウムレーザーを用いるもの
				820101162	対象手術（短手1）：経尿道的レー ザー前立腺切除・蒸散術 3 その 他のもの

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			(短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	830100056	非算定理由(短手1);*****
			(短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)
72	A400の3	短期滞在手術 等基本料3	短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	算定日情報	(算定日)
90	B001の15	慢性維持透析 患者外来医学 管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料);*****
			(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「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第2章第1部第1節B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のアからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査
				820100067	イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査
				820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査
				820100069	エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査
				820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-マイクログロブリン検査
				820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査
99	B001の31	腎代替療法指 導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料);*****
			(「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第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「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」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL/min/1.73m2以上 30mL/min/1.73m2未満
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL/min/1.73m2以上 25mL/min/1.73m2未満
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73m2未満
			(「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第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合) 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由;*****
105	B001の37	慢性腎臓病透 析予防指導管 理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
131	B005-9	外来排尿自立 指導料	A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数（外来排尿自立指導料）；*****
181	C004-2	救急患者連携搬送料	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	830100816	搬送先の保険医療機関名（救急患者連携搬送料）；*****
192	C005-1-3	訪問看護遠隔連携補助料	情報通信機器を用いた診療を行う医師が実施した診療前相談により判断された看護師等による患者への訪問の必要性について記載すること。	830100933	看護師等による患者への訪問の必要性（訪問看護遠隔連携補助料）；*****
193	C005-1-3	訪問看護遠隔連携補助料	訪問看護遠隔連携補助料を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合）その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超
209	C100	退院前在宅療養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)
210	C101	在宅自己注射指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
				830100480	薬剤支給日数（在宅自己注射指導管理料）；*****
			(緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合) 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。	820100656	算定理由（在宅自己注射指導管理料）：緊急時
				850100133	緊急受診した年月日（在宅自己注射指導管理料）；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
211	C101注4	在宅自己注射指導管理料 バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
213	C102の1	在宅自己腹膜灌流指導管理料1	(1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合) 「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第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
			(人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合（院外処方の場合を除く。)) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
				算定日情報	(算定日)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			(在宅自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) J 038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）；*****
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）；*****
214	C102の2	在宅自己腹膜灌流指導管理料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」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（1）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820101354	ア 在宅自己連続携帯式腹膜灌流の導入期にあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101355	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101356	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101357	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101358	オ その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
215	C102-2	在宅血液透析指導管理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「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第2章第2部C102-2在宅血液透析指導管理料の（3）のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日（在宅血液透析指導管理料）；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
				820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの
				820100116	イ 合併症の管理が必要なもの
				820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)
			(在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)
223	C106	在宅自己導尿指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
230	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)
237	第2款 在宅療養指	在宅療養指導管理材料加算	(1月に2回分又は3回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、	820100122	当月分
				820100123	翌々月分

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	導 管 理 材 料加算 通則		前々月分のいずれを算定したのか又は当月分 に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定し たのかを選択して記載すること。	820100124 820100125 820100126	翌月分 前月分 前々月分
240	C163	特殊カテーテル加算 「2」の「イ」 親水性コー ティング	「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第2章第2部 C163の「特殊カテーテル加算」の（3）の アからエまでの中から該当するものを選択し て記載するとともに、要件を満たす医学的根 拠を記載すること。	830100104 830100105 830100106 830100107	ア 脊髄障害の要件を満たす医学 的根拠；***** イ 二分脊椎の要件を満たす医学 的根拠；***** ウ 他の中樞神経を原因とする神 経因性膀胱の要件を満たす医学 的根拠；***** エ その他の要件を満たす医学 的根拠；*****
247	D	時間外緊急院 内検査加算	検査開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載するこ と。	853100001 820100129	検査開始日時（時間外緊急院内検 査加算）；dd“日”hh“時”mm“分” 引き続き入院
248	D	外来迅速検体 検査加算	(外来診療料を算定した場合であって、当該 診療料に包括される検査のみに対して当該加 算を算定した場合) 当該加算を算定した日に行った検体検査の項 目名を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載するこ と。	830100111 820100129	検体検査名（外来迅速検体検査加 算）；***** 引き続き入院
267	D006-15	膀胱がん関連 遺伝子検査	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見を記 載すること。 K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手 術の実施年月日を記載すること。 (本検査を過去に算定している場合) 過去の算定日を記載すること。	830100125 850100155 850100156	上皮内癌（CIS）と診断された病 理所見（膀胱がん関連遺伝子検 査）；***** 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） の実施年月日（膀胱がん関連遺 伝子検査）；（元号）yy“年”mm“月” dd“日” 過去の算定年月日（膀胱がん関連 遺伝子検査）；（元号）yy“年”mm “月”dd“日”
268	D006-18	BRCA1／2遺 伝子検査	その医療上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性（BRCA1／2遺伝 子検査）；*****
269	D006-19	がんゲノムプ ロファイリン グ検査 固形腫瘍を対 象とする場合	(血液を検体とする場合であって、医学的な 理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし てがんゲノムプロファイリング検査を行うこ とが困難な場合) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施 困難である医学的な理由を記載すること。 (血液を検体とする場合であって、固形腫瘍 の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノム プロファイリング検査において、包括的なゲ ノムプロファイルの結果を得られなかった場 合) その旨を記載すること。	830100761 820100859	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした 検査が実施困難である医学的な理 由（血液を検体とする）（がんゲ ノムプロファイリング検査）； ***** 包括的なゲノムプロファイルの結 果を得られない（血液を検体とす る）（がんゲノムプロファイリン グ検査）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			(抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合) 包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。	850100435	前立腺癌におけるBRCA 2 遺伝子検査の実施年月日 (がんゲノムプロファイリング検査); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
				830100833	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由 (マイクロサテライト不安定性検査); *****
287	D008の19	脳 性Na利 尿 ペ プ チ ド (BNP)	(脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 及び心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	830100834	(算定日)
288	D008の21	脳 性Na利 尿 ペプチド前駆 体N端フラグ メント (NT- proBNP)	(脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 及び心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
290	D008の26	酒石酸抵抗性 酸ホスファ ターゼ (TRACP-5 b)	(診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合) 診断補助として実施した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日 (TRACP-5b); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
292	D008の46	心 房 性Na利 尿 ペプチド (ANP)	(脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 及び心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
295	D009の 9	前立腺特異抗 原 (PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原 (PSA) を 2 回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	算定日情報	(算定日)
				850100164	検査の実施年月日 (前立腺特異抗原 (PSA)); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
297	D009の31	S2, 3PSA %	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 前回の実施日 (初回の場合は初回である旨) を記載すること。	850190220	前回実施年月日 (S2, 3PSA %); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
				820190494	初回 (S2, 3PSA %)
			前立腺特異抗原 (PSA) の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原 (PSA) の測定年月日 (S2, 3PSA %); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
				830100838	前立腺特異抗原 (PSA) の測定結果 (S2, 3 PSA %); *****
			(2 回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100839	2 回以上算定する必要性 (S2, 3 PSA %); *****
298	D009の32	プロステート ヘルスイ ンデックス (phi)	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 前回の実施日 (初回の場合は初回である旨) を記載すること。	850190051	前回実施年月日 (プロステートヘルスインデックス (phi)); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
				820190056	初回 (プロステートヘルスインデックス (phi))
			前立腺特異抗原 (PSA) の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原 (PSA) の測定年月日 (プロステートヘルスインデックス (phi)); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
				830100494	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
305	D012の28	SARS-CoV-2 抗原定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2抗原定性）；*****
307	D012の53	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス 抗原同時検出 定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性）； *****
308	D012の56	白癬菌抗原定性	（KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合） 検査を実施した医学的必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性（白癬菌抗原定性）；*****
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由（白癬菌抗原定性）；*****
309	D012の60	サイトメガロウイルスpp65 抗原定性	（高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合） 当該検査が必要であった理由を記載すること。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由（サイトメガロウイルスpp65抗原定性必要理由）； *****
312	D012の65	SARS-CoV-2 抗原定量	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2抗原検出定量）； *****
329	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡 検査	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類（S-蛍光M、位相差M、暗視野M）；*****
				830100134	検体の種類（S-M）；*****
				830100135	検体の種類（S-保温装置使用アメルバM）；*****
334	D023の17	サイトメガロウイルス核酸 定量	（高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合） 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由（サイトメガロウイルス核酸定量）；*****
335	D023の19	SARS-CoV-2核酸 検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2核酸検出）；*****
336	D023の20	SARS-CoV-2・インフルエンザ 核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出）；*****
337	D023の20	SARS-CoV-2・RSウイルス 核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出）；*****

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
338	D023の20	SARS-CoV-2 ・インフルエン ザ・RSウ イルス核酸同 時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、 COVID-19以外の診断がつかない場合であ って、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載す ること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠 (SARS-CoV-2・インフルエン ザ・RSウイルス核酸同時検出) ; *****
347	D215	超音波検査 (記録に要す る費用を含 む。) 2 断層撮影法 (心臓超音波 検査を除く。) ロ その他の 場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): ア 消化器領域
				820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): イ 腎・泌尿器領域
				820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): ウ 女性生殖器領域
				820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): エ 血管領域(大動脈・大 静脈等)
				820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): オ 腹腔内・胸腔内の貯留 物等
				820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹 部): カ その他
			(カに該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域; *****
372	D	算定回数が複 数月に1回の みとされてい る検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみと されている検査を実施した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である 旨)を記載すること	850190008	前回実施年月日(アルブミン定量 (尿)); (元号) yy“年”mm“月”dd “日”
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿)); (元号) yy“年”mm“月”dd“日”
				820190011	初回(シュウ酸(尿))
				820190016	初回(遊離カルニチン)
				850190017	前回実施年月日(総カルニチン); (元号) yy“年”mm“月”dd“日”
				820190017	初回(総カルニチン)
				850190021	前回実施年月日(シスタチンC); (元号) yy“年”mm“月”dd“日”
				820190021	初回(シスタチンC)
				850190026	前回実施年月日(抗HLA抗体(ス クリーニング検査)); (元号) yy “年”mm“月”dd“日”
				820190026	初回(抗HLA抗体(スクリー ニング検査))
				850190027	前回実施年月日(抗HLA抗体(抗 体特異性同定検査)); (元号) yy “年”mm“月”dd“日”
				820190027	初回(抗HLA抗体(抗体特異性 同定検査))
				850190035	前回実施年月日(経皮的酸素ガス 分圧測定); (元号) yy“年”mm “月”dd“日”
				820190035	初回(経皮的酸素ガス分圧測定)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
373	D	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合) 当該検体採取が実施された年月日を記載すること。	850100197	訪問看護ステーション等の看護師等による検体採取実施年月日； (元号) yy“年”mm“月”dd“日”
374	D 通則 7	看護師等遠隔診療検査実施料	当該検査の区分番号を記載すること。	830100944	看護師等により実施した検査の区分番号；
375	D	「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合	(「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合) 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査 21×1 末梢血液像(鏡検法) 25×1 (検選) AFP 1,070円×1	830100457	検選；*****
376	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。	830189300	撮影部位(写真診断、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影以外)：その他；*****
	E	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100003	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算)；dd“日”hh“時”mm“分”
377	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181220	撮影部位(単純撮影)：胸部(肩を除く。)
				820181300	撮影部位(単純撮影)：腹部
				820181340	撮影部位(単純撮影)：骨盤(仙骨部・股関節を除く。)
387	E200	コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合)それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)
				820182210	撮影部位(CT撮影)：胸部・肩
				820182300	撮影部位(CT撮影)：腹部
				820182350	撮影部位(CT撮影)：骨盤・股関節
387	E200	コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合)それぞれ初回の算定日を記載すること。	830189100	撮影部位(CT撮影)(その他)； *****
390	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合)それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170041410	MRI撮影（3テスラ以上）共同利用施設（画診共同）
				170041510	MRI撮影（3テスラ以上）（その他）（画診共同）
				170041610	MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満）（画診共同）
				170041710	MRI撮影（1又は2以外）（画診共同）
				820183300	撮影部位（MRI撮影）：腹部
				820183360	撮影部位（MRI撮影）：骨盤・股関節
				820183330	撮影部位（MRI撮影）：腰椎・仙骨部
				830189200	撮影部位（MRI撮影）（その他）； *****
481	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「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」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のアからエまで(エについては(イ)から(ヌ)まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211	ア 急性腎不全の患者
				820100212	イ 透析導入期（1月に限る。）の患者
				820100213	ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施
				820100214	エ 特別な管理が必要（イ 進行性眼底出血）
				820100215	エ 特別な管理が必要（ロ 重篤な急性出血性合併症）
				820100216	エ 特別な管理が必要（ハ ヘパリン起因性血小板減少症）
				820100217	エ 特別な管理が必要（ニ 播種性血管内凝固症候群）
				820100218	エ 特別な管理が必要（ホ 敗血症）
				820100219	エ 特別な管理が必要（ヘ 急性膵炎）
				820100220	エ 特別な管理が必要（ト 重篤な急性肝不全）
				820100221	エ 特別な管理が必要（チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍）
				820100222	エ 特別な管理が必要（リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態）
				820100223	エ 特別な管理が必要（ヌ 麻酔による手術を実施した状態）
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名（人工腎臓）；*****
482	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100275	導入年月日（導入期加算（人工腎臓））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
483	J038 注3	人工腎臓の障害者等加算	「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第2章第9部	820100224	ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	J038-2 注 2	持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	J038人工腎臓の（18）のＡからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100225	イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
				820100226	ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの
				820100227	エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者
				820100228	オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
				820100229	カ 認知症患者
				820100230	キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者
				820100231	ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
				820100232	ケ 出血性消化器病変を有する者
				820100233	コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
				820100234	サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者
				820100235	シ 末期癌に合併しているために入院中の患者
				820100236	ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
				820100237	セ 妊婦（妊娠中期以降）
				820100238	ソ うっ血性心不全（NYHA3度以上）
				820100239	タ 12歳未満の小児
				820100240	チ 人工呼吸を実施中の患者
				820100241	ツ 結核菌を排菌中の患者
484	J038注14	人工腎臓透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日（透析時運動指導等加算（人工腎臓））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
491	J042の 1	連続携帯式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100279	導入年月日（導入期加算（腹膜灌流））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
492	J043-3 注 4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「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 第 2 章第 9 部 J043-3ストーマ処置の（４）のＡからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820101242	ア 傍ストーマヘルニア（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101243	イ ストーマ脱出（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101244	ウ ストーマ腫瘍（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101245	エ ストーマ部瘻孔（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101246	オ ストーマ静脈瘤（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101247	カ ストーマ周囲肉芽腫（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
				820101248	キ ストーマ周囲難治性潰瘍等（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
502	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	850100286	初回実施年月日（磁気による膀胱等刺激法）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				842100061	通算実施日（磁気による膀胱等刺激法）；*****
506	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術（片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
539	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	（経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合） 前回算定日を記載すること。	850100291	前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
540	K616-4の1	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	「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」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（1）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100958	アの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（1 初回））；*****
				830100959	イの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（1 初回））；*****
541	K616-4の2	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	「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第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（2）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；*****
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；*****
			前回算定年月日（他の保険医療機関での算定を含む。）を記載すること。	850100291	前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
542	K616-8	吸着式潰瘍治療法	「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第2章第10部K616-8吸着式潰瘍治療法の（2）のア及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100591	医学的根拠（吸着式潰瘍治療法）；*****
558	K755-3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由（副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法）；*****
559	K823-6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合） 前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100491	前回実施年月日（尿失禁手術）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				820190491	初回（尿失禁手術）
560	K838-2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア 閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1 単純なもの）
				820100877	イ 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1 単純なもの）
				820100878	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術1 単純なもの）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
561	K838-2の 2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの）
				820100880	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの）
562	K838-2	精巣内精子採取術	（「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第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の（2）のウ又は（3）のイに該当する患者に算定する場合）実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；*****
577	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）を記載すること。	150327510	自己血貯血（6歳以上）（液状保存）
				150327610	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）
				150327710	自己血貯血（6歳未満）（液状保存）
				150327810	自己血貯血（6歳未満）（凍結保存）
				850100464	自己血貯血手術予定年月日
			（6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合） 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重 g
578	K920の4	自己血輸血	（6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重 g
				150286410	自己血輸血（6歳未満）（液状保存）
				150286510	自己血輸血（6歳未満）（凍結保存）
584	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
27	エスポー皮下用 24000シリンジ		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）； *****
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）； *****
33	エボジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合）	830600019	貯血量（エボジン皮下注シリンジ24000）； *****

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重 及びHb濃度を記載すること。	830600020	投与する前の患者の体 重（エボジン皮下注シ リンジ24000）；*****
				830600021	Hb濃度（エボジン皮 下注シリンジ24000）； *****
40	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。（※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア（オブジーボ点滴静注）
				820600186	施設要件イ（オブジーボ点滴静注）
				820600190	施設要件ウ（オブジーボ点滴静注）
				820600194	施設要件エ（オブジーボ点滴静注）
				820600197	施設要件オ（オブジーボ点滴静注）
44	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600419	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（オブジーボ点滴静注）
				820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オブジーボ点滴静注）
				820600154	患者要件イ（オブジーボ点滴静注）
				820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載) 及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
			(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要がある患者の場合:平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”
52	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌(オブジーボ点滴静注)
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
			(尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由(オブジーボ点滴静注);*****
53	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600428	非小細胞肺癌における術前補助療法(オブジーボ点滴静注)
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
64	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
69	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600436	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
70	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
71	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600438	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
77	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600446	腎細胞癌における術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ（キイトルダ点滴静注）
93	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2.5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2.5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2.5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2.5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トーフ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーフ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。 また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2.5mg等）； （元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2.5mg等）； （元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2.5mg等）； （元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2.5mg等）； （元号）yy“年”mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィ ルム25mg バイアグラODフィ ルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男 性不妊の治療を目的として一般不妊 治療におけるタイ ミング法において 用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
			以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）；*****
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy“年”mm“月”
			（6か月を超えて投与を継続する場合）継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
160	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院	820600244	施設要件ア（バベンチオ点滴静注200mg）
				820600245	施設要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
161	パベンチオ点滴静注 200mg	根治切除不能な尿 路上皮癌における 化学療法後の維持 療法の治療	ウ 都道府県知事が指定するがん診療 連携病院（がん診療連携指定病院、 がん診療連携協力病院、がん診療連 携推進病院など）	820600246	施設要件ウ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			エ 外来化学療法室を設置し、外来腫 瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化 学療法診療料2の施設基準に係る届 出を行っている施設	820600247	施設要件エ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設 基準に係る届出を行っている施設	820600248	施設要件オ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			2）次に掲げる医師の要件のうち、本 製剤に関する治療の責任者として配置され ている者が該当するもの（「医師要件ア」 又は「医師要件イ」と記載）	820600249	医師要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に5年以上のがん治療の 臨床研修を行っていること。うち、 2年以上は、がん薬物療法を主とし た臨床腫瘍学の研修を行っているこ と。		
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に4年以上の泌尿器科学 の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法 を含むがん治療の臨床研修を行っ ていること。		
			次の事項を記載すること。	820600250	医師要件イ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			1）次に掲げる施設のうち、該当する もの（「施設要件ア」から「施設要件オ」 までのうち該当するものを記載）	820600244	施設要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 厚生労働大臣が指定するがん診療 連携拠点病院等（都道府県がん診療 連携拠点病院、地域がん診療連携拠 点病院、地域がん診療病院など）	820600245	施設要件イ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			イ 特定機能病院	820600246	施設要件ウ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ウ 都道府県知事が指定するがん診療 連携病院（がん診療連携指定病院、 がん診療連携協力病院、がん診療連 携推進病院など）		
			エ 外来化学療法室を設置し、外来腫 瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化 学療法診療料2の施設基準に係る届 出を行っている施設		
			オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設 基準に係る届出を行っている施設	820600247	施設要件エ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			2）次に掲げる医師の要件のうち、本 製剤に関する治療の責任者として配置され ている者が該当するもの（「医師要件ア」 又は「医師要件イ」と記載）	820600248	施設要件オ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に5年以上のがん治療の 臨床研修を行っていること。うち、 2年以上は、がん薬物療法を主とし た臨床腫瘍学の研修を行っているこ	820600249	医師要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			と。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600250	医師要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）
173	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）；*****
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）；*****

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電 算処理シス テム用コー ド	左記コードによる レセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複するレ セプト電算 処理システ ム用コード
1	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び 前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA))；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****	I	850100164
5	D015の10	β2-ミクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び 前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-ミクログロブリン)；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
7	医薬品	解凍赤血球液－LR「日赤」 赤血球液－LR「日赤」 洗浄赤血球液－LR「日赤」 照射赤血球液－LR「日赤」 照射解凍赤血球液－LR「日赤」 照射洗浄赤血球液－LR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、 投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等)；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電 算処理シス テム用コー ド	左記コードによる レセプト表示文言	別表 I・II	重複するレ セプト電算 処理システ ム用コード
8	医薬品	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板-LRBS「日赤」 照射濃厚血小板-LR「日赤」 照射濃厚血小板-LRBS「日赤」 濃厚血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LRBS「日赤」 照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」 照射濃厚血小板HLA-LRBS「日赤」 濃厚血小板HLA-LR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値（人血小板濃厚液等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
9	医薬品	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120 新鮮凍結血漿-LR「日赤」240 新鮮凍結血漿-LR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間（PT）及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT（INR又は%）及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間（INR）（新鮮凍結人血漿）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
				880100093	検査実施年月日及びプロトロンビン時間（%）（新鮮凍結人血漿）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
				880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値（新鮮凍結人血漿）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
28	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「トローワ」 レボカルニチンFF錠250mg「トローワ」 レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包装5mL「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包装10mL「トローワ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100094	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンFF錠100mg「トローワ」等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電 算処理シス テム用コー ド	左記コードによる レセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複するレ セプト電算 処理システ ム用コード
29	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100095	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” 検査値：*****		
30	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100096	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” 検査値：*****		
31	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「アメル」 レボカルニチンFF錠250mg「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「アメル」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100097	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチン塩化物錠100mg「アメル」等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” 検査値：*****		
32	医薬品	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン皮下注シリンジ24000	（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値（エボジン注シリンジ1500等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” 検査値：** *****	Ⅱ	830600018

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ・Ⅱ」欄にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていればよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）

項番	別表	区分	特定保険医療材料の 機能区分	記載事項	レセプト電算 処理システ ム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
93	Ⅱ	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	830800104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積（前立腺用インプラント）；* *****
				②（５個以上使用する必要がある場合） 医学的必要性を記載すること。	830800105	５個以上使用する医学的必要性（前立腺用インプラント）；*****
97	Ⅱ	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的な根拠を記載すること。	830800109	使用する医学的な根拠（前立腺組織用高圧水噴射システム）；*****

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第73号）の別表のことを指す。

（例：「別表」欄の『I』は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。）

医科点数表に関して泌尿器科医が知っておく事項について

医科診療報酬点数表は大きく分けて基本診療料、特掲診療料、介護老人保健施設入所者に係る診療料および経過措置の4章よりなる。

基本診療料が基本的な医療行為および通常初診時、再診時又は入院時に行われる基本的な診療行為に対する費用であるのに対し、特掲診療料は基本診療料として、一括支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々の点数が設定されたものである。

1人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額である。

医科診療報酬点数表は以下のような構造で設定されている。告示・通知などの記載を理解するためには、それがどの部分に書かれているかを理解して読む必要がある。

各部の一番初めには通則が記載されているが、この通則は各部を通じての規定が記載されているため必ず理解しておく必要がある。

対称器官にかかわる点数が「処置」「病理診断」では両側の器官の点数であること、「手術」では片側の器官の点数であることなどは通則に記載されている。

特に薬剤は在宅、検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術などいろいろな項目で算定することになる。それぞれの項目で算定方法が異なることに留意する必要がある。

注射薬を「検査」「処置」「手術」に当たって使用した時にはそれぞれの項目内で薬剤料を算定し、注射実施料は算定できない。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料	第1節 初診料 第2節 再診料	
第2部 入院料等	第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料	

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等	第1節 医学管理等	
	第2節 プログラム医療機器等医学管理加算	
	第3節 特定保険医療材料	
第2部 在宅医療	第1節 在宅患者診療・指導料	
	第2節 在宅療養指導管理料	第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第3部 検査	第1節 検体検査料	第1款 検体検査実施料 第2款 検体検査判断料
	第2節 削除	
	第3節 生体検査料	
	第4節 診断穿刺・検体採取料	
	第5節 薬剤料	

	第6節 特定保険医療材料料	
第4部 画像診断	第1節 エックス線診断料	
	第2節 核医学診断料	
	第3節 コンピューター断層撮影診断料	
	第4節 薬剤料	
	第5節 特定保険医療材料料	
第5部 投薬	第1節 調剤料	
	第2節 処方料	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
	第5節 処方せん料	
	第6節 調剤技術基本料	
第6部 注射	第1節 注射料	第1款 注射実施料
		第2款 無菌製剤処理料
	第2節 薬剤料	
	第3節 特定保険医療材料料	
第7部 リハビリテーション	第1節 リハビリテーション料	
	第2節 薬剤料	
第8部 精神科専門療法	第1節 精神科専門療法料	
	第2節 薬剤料	
第9部 処置	第1節 処置料	
	第2節 処置医療機器等加算	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第10部 手術	第1節 手術料	第1款 皮膚・皮下組織 第2款 筋骨格系・四肢・体幹 第3款 神経系・頭蓋 第4款 眼 第5款 耳鼻咽喉 第6款 顔面・口腔・頸部 第7款 胸部 第8款 心・脈管 第9款 腹部 第10款 尿路系・副腎 第11款 性器 第12款 削除 第13款 臓器提供管理料
	第2節 輸血料	
	第3節 手術医療機器等加算	
	第4節 薬剤料	
	第5節 特定保険医療材料料	
第11部 麻酔	第1節 麻酔料	
	第2節 神経ブロック料	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第12部 放射線治療	第1節 放射線治療管理・実施料	
	第2節 特定保険医療材料料	
第13部 病理診断	第1節 病理標本作製料	
	第2節 病理診断・判断料	
第14部 その他		

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項
第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

第4章 経過措置

R 8 診療報酬改定の泌尿器科に関する主な変更点

物価上昇などによる経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療機関等における賃上げ対応により30年ぶりの大幅プラス改定ではある。特定機能病院や高度急性期病院に対して手厚い点数配分がされた一方、診療所や中小病院に対してはベースアップ評価料や物価対応料のみで大きな配分はなされなかった。

ベースアップ評価料については令和6年改定によるベースアップ評価料を算定していたかどうかで令和8年以降のベースアップ評価料が異なる。しかし3月までに届けていなかった医療機関に関しても対応手段示されているので、詳細は厚生労働省のHPを参照していただきたい。

また特定機能病院、高度急性期病院などを問わずDPC算定医療機関でも短期滞在手術基本料3で算定することになったため、これらの手術が多い急性期病院に対して大きな影響があると思われる。

日本臨床泌尿器科医会で要望事項として挙げていた、尿路ストーマカテーテル交換法を片側の点数として規定してもらう要望は、尿路ストーマカテーテル交換法の増点として対応してもらえた。しかし納入価と償還点数が逆ザヤになっている尿道留置カテーテルの償還価格の増額は認められなかった。

診療報酬 +3.09% (R8年度及 R9年度 2年度平均)

R8年度+2.41% R9年度+3.77% (R8年6月施行)

賃上げ分 +1.70% (2年度平均) R8年度+1.23% R9年度+2.18%

物価対応分+0.76% (2年度平均) R8年度+0.55% R9年度+0.97%

賃上げ対応
(例)

外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点⇒17点 (※)

入院ベースアップ評価料 1点 ~250点 (※)

※令和9年度は2倍となる予定

物価対応
(例)

(新) 外来・在宅物価対応料初診時 2点 (※)

(新) 入院物価対応料急性期一般入院料 1 58点 (※)

※令和9年度は2倍となる予定

入院料等の見直し

急性期一般入院料 1 1,688点⇒1,874点 (※)

特定集中治療室管理料 1 7日以内14,406点⇒14,980点

地域包括ケア病棟入院料 1 40日以内2,838点⇒2,955点

※入院料に関しては大幅な引き上げに見えるが令和6年改定における入院ベースアップ評価料が溶け込んでおり、今回の上昇分はその分を差し引いて考える必要あり。入院ベースアップ評価料未対応の医療機関では減算規定あり。

短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)

以前は短期滞在手術基本料3は出来高算定病院のみでの算定であったが、DPC算定医療機関でも

短期滞在手術基本料3に係わる入院に関しては短期滞在手術基本料を算定することとされた。入院基本料が高い施設やDPCで係数の高い施設でも同額の算定となる。

高度急性期病院におけるロボット手術の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算15,000点

特定疾患療養管理料の施設基準の設定

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

1. 包括範囲の見直し

生活習慣病管理料（Ⅱ）は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、その実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直された。

令和6年改定では悪性腫瘍特異物質治療管理料も包括されていたため、生活習慣病管理料を算定していると、がん患者に腫瘍マーカー検査をしても包括されて請求できなかったが、今回の改定で悪性腫瘍特異物質治療管理料が算定可能となった。

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。

2. 手続きの簡素化

患者の署名は不要になった。

泌尿器科に関する主な変更点

【基本診療料】

① 初・再診料

改定後	現行	O100 物価対応料	O001 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ	O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
A000 初診料 291点	291点	2点	17点（23点）	8～96点
A001 再診料76点	75点	2点	4点（6点）	4～12点
A002 外来診療料77点	76点	2点	4点（6点）	

O001外来・ベースアップ評価料 I O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）は届け出が必要
O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）は無床診療所で算定
O00 I 外来・ベースアップ評価料 I の括弧内は令和 8 年 3 月時点ですでにベースアップ評価料を算定している医療機関で算定。
物価対応料の点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する

オンライン診療にかかわる改定

D to P with Nのオンライン診療において予定さえた訪問看護がない場合でも訪問看護遠隔診療補助料が新設され、医師と同一の医用機関の看護師の場合も訪問看護の指示をうけた訪問看護ステーションの看護師でも算定可能となった。医療機関は情報通信機器を用いた診療の費用が算定可能である。

D to P with Dのオンライン診療について遠隔連携診療料が算定可能であったが、算定可能な患者や施設が限定されていた。今回の改定で遠隔連携診療料に於いて訪問診療の場合が新設された。訪問診療を行う医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要するものにたいして、算定可能となった（対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県の保険医療機関に陰られる）。

② 短期滞在手術等基本料 1

改定後	現行	
A400 短期滞在手術等基本料		
1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）		
イ 主として入院で実施されている手術を行った場合		
（1） 麻酔を伴う手術を行った場合 2,948点	2,947点	（増点）
（2）（1）以外の場合 2,719点	2,718点	（増点）
ロ イ以外の場合		
（1） 麻酔を伴う手術を行った場合 795点	1,588点	（減点）
（2）（1）以外の場合 680点	1,359点	（減点）

泌尿器科で「イ 主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術
「K834－3」顕微鏡下精索静脈瘤手術
「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」
ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」
ツリウムレーザーを用いるものツリウムレーザーを用いるもの
「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」
その他のもの

③ 短期滞在手術等基本料 3（4泊5日までの場合）の点数改定

	改定	O100 物価対応料
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	10,262点⇒10,336点（増点） （生活療養を受ける場合） 10,188点⇒10,232点	80点
K007－2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882点⇒32,768点（増点） （生活療養を受ける場合） 30,882点⇒32,664点	98点

エ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 1 初回（高度狭窄の場合）	26,013点（新設） （生活療養を受ける場合） 24,998点	87点
エ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 1 初回（その他の場合）	22,942点（新設） （生活療養を受ける場合） 22,838点	87点
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	26,057点⇒26,278点（増点） （生活療養を受ける場合） 25,983点⇒26,174点	97点
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	25,702点⇒24,944点（減点） （生活療養を受ける場合）、 25,628点⇒24,840点	70点
K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	23,829点⇒24,548点（増点） （生活療養を受ける場合） 23,755点⇒24,444点	80点
K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524点⇒22,745点 （生活療養を受ける場合） 21,450点⇒22,641点	41点

物価対応料の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する

【特掲診療料】

【第1部 医学管理】

B001 23 がん患者指導管理料

イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合
500点

患者1人につき1回に限り算定するとされていたが、「病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に1回に限り算定できる。」と追記された。

【第2部 在宅医療】

D to P with Nのオンライン診療の評価が明確化 された

（新）C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき） 265点

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等2,650円

（新）看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類／2種類以上 100点／150点

（新）看護師等遠隔診療注射実施料100点

	(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	(B) 予定された訪問看護がない場
①医師と同一の医療機関の看護師等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護の費用（在宅患者訪問看護・指導料等）	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護遠隔診療補助料 （在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）

②訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 【訪看STで算定】 ・指定訪問看護の費用（訪問看護療養費）	<医療保険の訪問看護対象者> ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【訪看STで算定】 <医療保険の訪問看護対象者以外の場合> ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【医療機関で算定※合議精算】
----------------------------	--	--

D to P with Nのオンライン診療時に尿道バルーンカテーテル交換を施行したときには、

J060 膀胱ぼうこう 洗浄（1日につき）、

J063 留置カテーテル設置

J064 導尿（尿道拡張を要するもの）

のいずれかを実施したときは看護師等遠隔診療処置実施料 1種類100点が算定可能となった。

またJ060 膀胱洗浄（1日につき）とJ061 腎盂洗浄（片側）を実施したときには看護師等遠隔診療処置実施料 2種類150点が算定可能となった。

【第3部 検査】

点数の改定

D001 尿中特殊物質定性定量検査	
8 フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿）	72点 ⇒77点（増点）
16 IV型コラーゲン（尿）	184点 ⇒179点（減点）
D006 出血・凝固検査	
12 フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量	80点 ⇒95点（増点）
D007 血液化学検査	
29 シスタチンC	112点 ⇒109点（減点）
D008 内分泌学的検査	
26 遊離テストステロン	159点 ⇒156点（減点）
D009 腫瘍マーカー	
27 γ-セミノプロテイン（γ-Sm）	192点 ⇒187点（減点）
D012 感染症免疫学的検査	
15 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性	80点 ⇒95点（増点）
19 HIV-1,2抗体定量	127点 ⇒124点（減点）
D013 肝炎ウイルス関連検査	
5 HCV抗体・HCVコア蛋白同時検出定性	102点（新設）
D018 細菌培養同定検査	
3 血液又は穿刺液	225点⇒240点（増点）
真菌培養加算	122点（新設）
D023 微生物核酸同定・定量検査	
12 マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸及びマクロライド耐性変異同時検出	350点（新設）
19 SARS-CoV-2核酸検出	700点 ⇒650点（減点）
D242 尿水力学的検査	
1 膀胱内圧測定	260点 ⇒312点（増点）

D319 腎盂尿管ファイバースコピー（片側）	1,800点 ⇒2,160点（増点）
D412-2 経皮的腎生検法	2,000点⇒2,400点（増点）
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	1,540点 ⇒1,848点（増点）
E101-2 ポジトロン断層撮影 6 PSMAイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	2,780点（新設）
E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 5 PSMAイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	3,905点（新設）
E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 4 PSMAイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	4,440点（新設）
E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき） イ 128列以上のマルチスライス型の機器による場合 （1）共同利用施設において行われる場合 （2）その他の場合	1,120点（新設） 1,100点（新設）
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき） 1 3テスラ以上の機器による場合 イ 共同利用施設において行われる場合 ロ その他の場合	1,620点 ⇒1,720点（増点） 1,600点 ⇒1,700点（増点）

【第5部 投薬】

処方箋料の見直し

イ一般名処方加算1 10点⇒8点（減点）

ロ一般名処方加算2 8点⇒6点（減点）

【第6部 注射】

G003-2 薬液膀胱内注入（1日につき） 60点（新設）

【第9部 処置】

J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺	350点 ⇒420点（増点）
J038 人工腎臓（1日につき） 1 慢性維持透析を行った場合1 イ 4時間未満の場合 ロ 4時間以上5時間未満の場合 ハ 5時間以上の場合 2 慢性維持透析を行った場合2 イ 4時間未満の場合 ロ 4時間以上5時間未満の場合 ハ 5時間以上の場合 3 慢性維持透析を行った場合3 イ 4時間未満の場合 ロ 4時間以上5時間未満の場合 ハ 5時間以上の場合 4 その他の場合	1,876点⇒1,856点（減点） 2,036点⇒2,016点（減点） 2,171点⇒2,151点（減点） 1,836点⇒1,816点（減点） 1,996点⇒1,976点（減点） 2,126点⇒2,106点（減点） 1,796点⇒1,776点（減点） 1,951点⇒1,931点（減点） 2,081点⇒2,061点（減点） 1,580点 ⇒1,560点（減点）
注15 腎代替療法診療体制充実加算	20点（施設基準あり）
J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法	100点 ⇒150点（増点）

J060 膀胱洗浄（１日につき）	注１ 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする (薬液注入は注射の項目に変更)
J065 間歇的導尿（１日につき）	注）在宅自己導尿を予定している入院中の患者に対し、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、親水性カテーテル加算として70点を所定点数に加算する。 (注の新設)

【第10部 手術】

① 高度急性期病院におけるロボット手術の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算15,000点

②複数手術に係る費用の特例の追加 通則14の改定

膀胱結石とWAVE、Aquablationと膀胱結石手術の併施が追加された。

② 点数の改定

K001 皮膚切開術 ３ 長径20センチメートル以上	2,270点 ⇒2,724点（増点）
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 １ 初回 イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄場合 ロ その他の場合 ２ １の実施後３月以内に実施する場合	12,000点（新設） 9,840点（新設） 12,000点
K773-4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの） １ ２センチメートル以内のもの ２ ２センチメートルを超えるもの	51,200点（新設） 66,200点（新設）
K783-2 経尿道的尿管ステント留置術	3,400点 ⇒4,080点（増点）
K798 膀胱結石、異物摘出術 ２ 膀胱こう高位切開術	3,150点 ⇒3,780点（増点）
K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 ２ 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	117,790点 ⇒129,569点（増点）
K803-3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 ２ 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	115,790点 ⇒127,369点（増点）
K830 精巣摘出術	3,180点 ⇒3,816点（増点）
K834 精索静脈瘤手術	3,410点⇒4,092点（増点）
K835 陰嚢水腫手術 ２ その他	2,630点⇒3,156点（増点）
K835-2 陰嚢形成術（二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る。）	10,500点（新設）
K836-3 鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術	20,500点（新設）
K920-2 輸血管管理料 １ 輸血管管理料Ⅰ ２ 輸血管管理料Ⅱ	220点⇒242点（増点） 110点 ⇒121点（増点）

K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2,000点	追加
K773-5 腹腔くう鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 1 原発病巣が7センチメートル以下のもの	

【第12部 放射線治療】

M001 体外照射 3 強度変調放射線治療（IMRT）

イ 前立腺癌に対する前立腺照射の場合（一連につき）が新設

これまでの1回3,000点から一連の治療で96,500点に変更（前立腺癌の寡分割照射が含まれる）

【特定保険医療材料】

価格の改定

031 腎瘻又は膀胱瘻用材料 （1）腎瘻用カテーテル ② カテーテルステント型	10,200円⇒7,420 円（減額）
035 尿管ステントセット （1）一般型 ② 異物付着防止型 ③ 長期留置型 （2）外瘻用 ① 腎盂留置型 ア 標準型	23100円⇒22,700 円（減額） 139,000円⇒92,900 円（減額） 7900円⇒7,700 円（減額）
040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。） （1）ダイアライザー ① I a型 ② I b型 ③ II a型 ④ II b型 ⑤ S型 ⑥ 特定積層型 （2）ヘモフィルター （3）吸着型血液浄化器（β2-ミクログロブリン除去用） （4）持続緩徐式血液濾過器 ① 標準型 ア 一般用 イ 超低体重患者用 ② 特殊型 （5）ヘモダイアフィルター	1,440円⇒1,610 円（増額） 1,500円⇒2,090 円（増額） 1,450円⇒1,310 円（減額） 1,520円⇒1,820 円（増額） 2,200円⇒1,890 円（減額） 5,590円⇒5,800 円（増額） 4,340円⇒3,750 円（減額） 21700円⇒21,500 円（減額） 27,000 円 27,000円⇒21,400 円（減額） 27,400 円 2,630円⇒2,600 円（減額）

抗がん剤の適応病名と使用・請求にあたっての注意

添付文書に記載されている適応病名を転載しました。また、『「臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で適応患者の選択を行うこと』などと記載されているものについては添付文書に記載されている臨床試験の対象選択基準、投与方法にも注意してください。

【前立腺癌】

新規前立腺癌治療薬

内服薬

イクスタンジ（エンザルタミド）

去勢抵抗性前立腺癌

遠隔転移を有する前立腺癌

ザイテイガ（アピラテロン）後発医薬品あり

去勢抵抗性前立腺癌

内分泌療法未治療のハイリスクの予後因子を有する前立腺癌

※ハイリスクの予後因子：3つの予後因子（（1）Gleasonスコアが8以上、（2）骨スキャンで3ヵ所以上の骨病変あり、（3）内臓転移あり（リンパ節転移を除く））のうち、2つ以上を有する。

アーリーダ（アパルタミド）

遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺癌

※腸骨分岐部下の2 cm未満の骨盤内リンパ節転移を有する患者は組入れ可能とされた。

遠隔転移を有する前立腺癌

※骨スキャンで1ヵ所以上の骨転移が確認された患者（骨病変が1ヵ所のみの場合は、CT又はMRIにおいても骨転移が確認された患者）が組み入れられた。内臓転移又はリンパ節転移のみを有する患者は除外された。

ニューベクオ（ダロルタミド）

遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺がん

遠隔転移を有する前立腺癌：ADT及びドセタキセル併用

※ADT（GnRHアゴニスト／アンタゴニスト又は精巣摘除術）は無作為割付け前12週間以内に開始した。ドセタキセル（1回75mg/m²、3週間間隔）は本剤投与開始後6週間以内に開始し、6サイクル投与した。

リムパーザ（オラパリブ）

BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌

効能又は効果に関連する注意：承認された体外診断用医薬品又は医療機器注）を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。

臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の

有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：通常、成人にはオラパリブとして1回300mgを1日2回、経口投与する。他の薬剤と併用する場合は、アビラテロン酢酸エステル及びプレドニゾロンと併用すること。

用法及び用量に関連する注意：100mg錠と150mg錠の生物学的同等性は示されていないため、**300mgを投与する際には100mg錠を使用しないこと。**

アビラテロン酢酸エステル又はエンザルタミドによる治療歴のない患者における本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。

国際共同第III相試験（PROfound試験）

アビラテロン若しくはエンザルタミド又はその両剤の治療歴のある相同組換え修復関連遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌患者を対象とし、本剤単独投与。

国際共同第III相試験（PROpel試験）

遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌（mCRPC）に対する薬物療法歴のないmCRPC患者を対象とし、本剤300mg1日2回とアビラテロン酢酸エステル1000mg1日1回併用投与。

※アビラテロン酢酸エステルは、プレドニゾロン又はprednisone（国内未承認）（いずれも5mg1日2回経口投与）と併用。

※無作為割付け4週間前までのビカルタミド、フルタミド等の抗アンドロゲン剤の使用は許容された。また、mCRPCとなる前のエンザルタミド、アパルタミド、又はダロルタミドの使用については、それらの治療中に病勢進行がなく、無作為割付け12カ月間以上前に投与が終了している場合に限り許容された。限局性前立腺癌に対する術前・術後薬物療法中及び遠隔転移を有するホルモン感受性前立腺癌におけるドセタキセルの使用は、それらの治療中又は治療直後に治療無効又は病勢進行の徴候が認められていなければ許容された。

ターゼナ（タラゾパリブ） ファイザー

遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌

用法：エンザルタミドとの併用

用法及び用量に関連する注意：0.1mgカプセルと0.25mgカプセルの生物学的同等性は示されていないため、0.5mgを投与する際に0.1mgカプセルを使用しないこと。

国際共同第III相試験（TALAPRO-2試験）

去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）に対する薬物療法歴のない遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌（mCRPC）患者が対象とし、タラゾパリブ+エンザルタミド併用投与。

※アンドロゲン除去療法及び第一世代抗アンドロゲン剤は許容された。また、転移性去勢感受性前立腺癌に対してアビラテロン又はタキサン系抗悪性腫瘍剤は許容された。

注射薬

ゾーフィゴ（R） 静注

骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌

用法及び用量：、1回55kBq/kgを4週間間隔で最大6回まで

効能又は効果に関連する注意：内臓転移のある前立腺癌における有効性及び安全性は確立していない。

用法及び用量に関連する注意：化学療法未治療で無症候性又は軽度症候性の骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌患者に対する本剤とアビラテロン酢酸エステル及びプレドニゾロンの併用投与は推奨されない。

国外第III相試験（ALSYMPCA試験）

ドセタキセル水和物に不応又は不耐で、内臓転移がなく、症候性の骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌患者（※1）を対象に、標準的治療（※2）との併用で、本剤55kBq/kg又はプラセボを4週間間隔で6回投与の検討。

※1 臓器転移の既往歴がある、又は過去8週間以内に腹部及び骨盤のコンピュータ断層撮影（CT）又は胸部X線検査によって臓器転移が認められた患者は除外された。短径で3cmを超える悪性のリンパ節腫脹がある患者は除外された。

※2 局所的な外部放射線治療、鎮痛剤、コルチコステロイド製剤、LH-RHアゴニスト製剤、LH-RHアンタゴニスト製剤、抗アンドロゲン製剤、エストロゲン製剤、ビスホスホネート製剤、デノスマブ（遺伝子組換え）等。なお、デノスマブ（遺伝子組換え）は国内第II相試験でのみ併用が許容された。

タキソテル（ドセタキセル）

前立腺癌

ジェブタナ（カバジタキセル）

前立腺癌

効能または効果に関連する注意：

本剤は外科的又は内科的去勢術を行い、進行又は再発が確認された患者を対象とすること。

本剤の化学療法未治療の前立腺癌における有効性及び安全性は確立していない。

プルヴィクト（ルテチウムビピボチドテトラキセタン（¹⁷⁷Lu））

PSMA陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌

効能または効果に関連する注意：

承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA陽性病変を有することが確認された患者に投与すること。

アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。

臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：

通常、成人にはルテチウムビピボチドテトラキセタン（¹⁷⁷Lu）として1回7.4GBqを6週間間隔で最大6回静脈内投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

用法及び用量に関連する注意：

外科的又は内科的去勢術と併用しない場合の有効性及び安全性は確立していない。

副作用が発現した場合には、以下の基準を参考に、本剤を休薬、減量又は中止すること。なお、副作用による休薬が4週間を超えた場合は、本剤の投与中止を考慮すること。副作用により本剤を減量した場合には、再増量しないこと。

特定の背景を有する患者に関する注意：重度の腎機能障害患者又は末期腎不全患者

※重度の腎機能障害患者（クレアチニンクリアランス（CLcr）15～29mL/分）又は末期腎不全患者を対象とした臨床試験は実施していない。

海外第III相試験（A12301／VISION試験）

1 剤以上のARSI及び1又は2 剤のタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のあるPSMA陽性のmCRPC患者831例を対象。

※2 剤目のタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療が適応にならないと治験担当医師に判断された場合に、組入れ可能とされた。

※ガリウム（68Ga）ゴゼトチドを用いたPET/CT検査で、中央判定によりPSMA陽性と診断された患者

※ADT、ARSIの使用は可とされ、他の治験薬、細胞傷害性抗悪性腫瘍剤、免疫療法、他の放射性医薬品及び半身放射線療法の使用は不可とされた。

海外第III相試験（B12302／PSMAfore試験）

1 剤のARSIによる治療歴があり、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のないPSMA陽性のmCRPC患者469例を対象に、本剤（7.4GBqを6 週間間隔で最大6 回静脈内投与）と治験担当医師により選択された2 剤目のARSIの有効性及び安全性を検討する無作為化非盲検比較試験。

【腎癌】

ネクサバル、スーテント、ヴォトリエント、アフィニトール、トーリセル
根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

インライタ（アキシチニブ）

効能又は効果：根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

用法及び用量に関連する注意：抗悪性腫瘍剤（サイトカイン製剤を含む）による治療歴のない患者に対しては、PD-1/PD-L1阻害剤と併用すること

国際共同第III相試験（A4061032試験）

一次治療としての全身療法（スニチニブ、ベバシズマブ、テムシロリムス又はサイトカインを含むレジメン）による1 レジメンの治療歴のある転移を有する腎細胞癌（淡明細胞癌）患者を対象として、アキシチニブの有効性及び安全性を検討。

国際共同第III相試験（B9991003試験）

化学療法歴のない、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（淡明細胞癌）患者を対象として、アキシチニブ（開始用量として1 回5 mgを1 日2 回経口投与）とアベルマブ（10mg/kgを2 週間間隔で静脈内投与）の併用投与の有効性及び安全性を検討。

国際共同第III相試験（KEYNOTE-426試験）

化学療法歴のない、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（淡明細胞癌）患者を対象として、アキシチニブ（開始用量として1 回5 mgを1 日2 回経口投与）とペムブロリズマブ（200mgを3 週間間隔で静脈内投与）の併用投与の有効性及び安全性を検討。

カボメティクス（カボサンチニブ）

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

効能または効果に関連する注意：「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。特に、前治療歴がない患者への本剤単独投与につい

ては、他の治療の実施についても慎重に検討すること。

用法及び用量：通常、成人にはカボザンチニブとして1日1回60mgを空腹時に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

ニボルマブと併用する場合は、通常、成人にはカボザンチニブとして1日1回40mgを空腹時に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

用法及び用量に関連する注意：20mg錠と60mg錠の生物学的同等性は示されていないため、60mgを投与する際には20mg錠を使用しないこと。

海外第III相試験（METEOR試験）

血管新生阻害剤（スニチニブ、パゾパニブ等）による治療後に増悪した、根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象。

国際共同第III相試験（CA2099ER試験）

化学療法歴のない、根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象とした、本剤（1日1回40mg投与）及びニボルマブ（240mgを2週間間隔投与）の併用投与。

レンビマ（レンバチニブ）

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

用法及び用量：ペムブロリズマブとの併用で1日1回20mgを経口投与。なお、患者の状態により適宜減量する。

国際共同第III相試験

化学療法歴のない根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、本剤20mg 1日1回投与とペムブロリズマブ200mg 3週間間隔投与の併用療法の有効性及び安全性を検討。

キイトルーダ（ペムブロリズマブ）

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

腎細胞癌における術後補助療法

<根治切除不能又は転移性の腎細胞癌>

用法及び用量：他の抗悪性腫瘍剤との併用において、通常、成人には、ペムブロリズマブとして、1回200mgを3週間間隔又は1回400mgを6週間間隔で30分間かけて点滴静注。

用法及び用量に関連する注意：併用する他の抗悪性腫瘍剤は「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、国内外の最新のガイドライン等を参考にした上で、選択すること。

国際共同第III相試験（KEYNOTE-426試験）

化学療法歴のない、根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、本剤200mg 3週間間隔投与とアキシチニブ開始用量として5mg 1日2回投与の併用療法の有効性及び安全性を検討。

国際共同第III相試験（E7080-307／KEYNOTE-581試験）

化学療法歴のない根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、本剤200mg 3週間間隔投与とレンバチニブ20mg 1日1回投与の併用療法の有効性及び安全性を検討。

<腎細胞癌における術後補助療法>

効能または効果に関連する注意：臨床試験に組み入れられた患者の病期等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：ペムブロリズマブとして、1回200mgを3週間間隔又は1回400mgを6週間間隔で30分間かけて点滴静注。投与期間は12ヵ月間まで。

国際共同第III相試験（KEYNOTE-564試験）

腎摘除術又は腎部分切除術後の再発リスクが高い淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、術後補助療法として本剤200mg 3週間間隔投与の有効性及び安全性を検討。

※再発高リスクとしての組み入れ基準：(i) 又は (ii)

(i) 術後の病理組織学的診断により下記のいずれかに該当する患者

- ・ pT2、Grade 4又は肉腫様変化を伴う、N0かつM0
- ・ pT3/4、Grade問わず、N0かつM0
- ・ pT問わず、Grade問わず、N1かつM0

(ii) M1 no evidence of disease (M1 NED) であり、原発巣及び遠隔転移巣ともに、腎摘除術時点又は腎摘除術後1年以内のいずれかの時点で完全切除可能であった患者

オブジーボ（ニボルマブ）

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

効能又は効果に関連する注意：化学療法未治療患者に対してイピリムマブと併用する場合、IMDCリスク分類がintermediate又はpoorリスクの患者を対象とすること。

本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。

「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：通常、成人にはニボルマブとして、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

カボザンチニブと併用する場合は、通常、成人にはニボルマブとして、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対してイピリムマブと併用する場合は、通常、成人にはニボルマブとして、1回240mgを3週間間隔で4回点滴静注する。その後、ニボルマブとして、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

用法及び用量に関連する注意：化学療法未治療患者及びサイトカイン製剤のみの治療歴を有する患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。

国際共同第III相試験（ONO-4538-03/CA209025試験）（単独投与）

血管新生阻害作用を有する抗悪性腫瘍剤（アキシチニブ、スニチニブ、ソラフェニブ、パゾパニブ等）を含む化学療法歴を有する進行性又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、本剤3mg/kgを2週間間隔で点滴静注したときの有効性及び安全性を検討。

国際共同第III相試験（ONO-4538-16/CA209214試験）（併用投与）

化学療法未治療の進行性又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、1,096例（日本人患者72例を含む）。ニボルマブ＋イピリムマブ併用の有効性及び安全性を検討。

※本剤1回3mg/kg（体重）とイピリムマブ1回1mg/kg（体重）を同日に3週間間隔で4回点滴静注した後、本剤1回3mg/kg（体重）を2週間間隔で点滴静注。併用投与時においては、本剤を最初に投与し、イピリムマブは本剤の投与終了から30分以上の間隔をおいて投与を開始。

国際共同第III相試験（ONO-4538-81/CA2099ER試験）（併用投与）

化学療法未治療の進行性又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象に、ニボルマブ＋カボザンチニブ併用の有効性及び安全性を検討。

バベンチオ（アベルマブ）

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

用法及び用量：アキシチニブとの併用において、通常、成人にはアベルマブ（遺伝子組換え）として、1回10mg/kg（体重）を2週間間隔で1時間以上かけて点滴静注する。

国際共同第III相試験（B9991003試験）

化学療法歴のない、根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象として、本剤（10mg/kgを2週間間隔で静脈内投与）とアキシチニブ（開始用量として1回5mgを1日2回経口投与）の併用投与の有効性及び安全性を検討。

ウェリレグ（ベルズチファン）

がん化学療法後に増悪した根治切除不能又は転移性の腎細胞癌

効能又は効果に関連する注意：臨床試験に組み入れられた患者の病理組織型等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

PD-1/PD-L1阻害剤及びVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤による治療歴のない患者に対する本剤の有効性及び安全性は確立していない。

使用に際しての留意事項：投与に伴う貧血に対しては、ネスプ注射液プラシリンジ（製造販売元：協和キリン株式会社）、ダルベポエチン アルファ注シリンジ「KKF」（製造販売元：協和キリンフロンティア株式会社）以外のESAは本邦適応外です。

国際共同第Ⅲ相試験（LITESPARK-005試験）

PD-1/PD-L1阻害剤及びVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤による治療歴のある根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象。

※根治切除不能又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌に対する前治療歴が3つ以下の患者で、PD-1/PD-L1阻害剤及びVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤投与後に疾患進行が認められた患者が組み入れられた。PD-1/PD-L1阻害剤及びVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤は順に投与又は併用投与が可能であった。

【尿路上皮癌】

キイトルーダ（ペムブロリズマブ）

根治切除不能な尿路上皮癌

効能または効果に関連する注意：白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法の適応とならない化学療法未治療患者への本剤単独投与については、他の治療の実施についても慎重に検討すること。

用法及び用量：ペムブロリズマブとして、1回200mgを3週間間隔又は1回400mgを6週間間隔で30分間かけて点滴静注する

用法及び用量に関連する注意：エンホルツマブ ベドチン以外の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。

白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法の適応となる化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。

国際共同第III相試験（EV-302／KEYNOTE-A39試験）

化学療法歴のない根治切除不能な尿路上皮癌患者を対象に、本剤とエンホルツマブ ベドチンとの併用療法の有効性及び安全性を検討。

※術前又は術後補助化学療法が行われた場合は、終了後12ヵ月超を経過した後に再発した患者が対象。

※21日を1コースとして、本剤200mgを1日目に、エンホルツマブ ベドチン（遺伝子組換え）1.25 mg/kgを1、8日目に投与。

海外第II相試験（KEYNOTE-052試験）

化学療法歴のないシスプラチンを含む化学療法に不適格の根治切除不能な尿路上皮癌患者を対象に、本剤200mg 3週間間隔投与の有効性及び安全性を検討。

国際共同第III相試験（KEYNOTE-045試験）

プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する局所進行性又は転移性の尿路上皮癌患者を対象に、本剤200 mg 3週間間隔投与の有効性及び安全性を検討。

※プラチナ製剤を含む化学療法（一次治療）後に疾患進行を認めた患者及びプラチナ製剤を含む化学療法による術前・術後補助化学療法後12ヵ月以内に再発した患者をが組み入れ。

オプジーボ（ニボルマブ）

尿路上皮癌における術後補助療法

根治切除不能な尿路上皮癌

〈尿路上皮癌における術後補助療法〉

効能又は効果に関連する注意：シスプラチン等のプラチナ製剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。

本剤の有効性は、原発部位により異なる傾向が示唆されている。原発部位ごとの結果について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、腎盂・尿管癌においては、術前補助療法歴も踏まえ、本剤以外の治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。

臨床試験に組み入れられた患者の病期等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

本剤の術前補助療法における有効性及び安全性は確立していない。

用法及び用量：通常、成人にはニボルマブとして、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。ただし、投与期間は12ヵ月間までとする。

用法及び用量に関連する注意：他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。

国際共同第III相試験（ONO-4538-33/CA209274試験）（単独投与）

筋層浸潤性尿路上皮癌の術後患者を対象に、本剤240mgを2週間間隔で点滴静注（最長12ヵ月間）したときの有効性及び安全性を検討。

※シスプラチンを含む術前補助療法を受け、術後の病理組織学的診断結果がypT2-ypT4a又はypN+の患者、又はシスプラチンを含む術前補助療法を受けておらず、術後の病理組織学的診断結果がpT3-pT4a又はpN+であり、かつシスプラチンを含む術後補助療法が不適応又は当該療法を拒否した患者を対象。

〈根治切除不能な尿路上皮癌〉

用法及び用量：ゲムシタビン塩酸塩及び白金系抗悪性腫瘍剤との併用において、通常、成人にはニボ

ルマブとして、1回360mgを3週間間隔で6回点滴静注する。その後、ニボルマブとして、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

用法及び用量に関連する注意：併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し選択すること。

ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用において治療を開始すること。

国際共同第Ⅲ相試験（ONO-4538-56/CA209901試験（副試験））（併用投与）

化学療法未治療の根治切除不能な尿路上皮癌患者を対象に、本剤と化学療法（ゲムシタビンとシスプラチンとの併用）併用の有効性及び安全性を検討。

※シスプラチンの適応となる患者が対象。また、登録前の12ヵ月間に術前又は術後補助療法を受けた患者は対象外。

※3週間を1サイクルとして、本剤1回360mgを各サイクルの1日目に、ゲムシタビン1回1000mg/m²を各サイクルの1及び8日目に、シスプラチン1回70mg/m²を各サイクルの1日目に6サイクル点滴静注した後、本剤1回480mgを4週間間隔で初回投与から24ヵ月間まで点滴静注。

バベンチオ（アベルマブ）

根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法

効能又は効果に関連する注意：化学療法で疾患進行が認められていない患者を対象とすること。

臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：通常、成人にはアベルマブとして、1回10mg/kgを2週間間隔で1時間以上かけて点滴静注する。

国際共同第Ⅲ相試験（B9991001試験）

プラチナ製剤を含む一次化学療法（4～6サイクル）にて疾患進行が認められていない、根治切除不能な尿路上皮癌患者を対象として、本剤（10mg/kgを2週間間隔で静脈内投与）の有効性及び安全性を検討。

イミフィンジ（デュルバルマブ）

膀胱癌における術前・術後補助療法

効能又は効果に関連する注意：臨床試験に組み入れられた患者の病期等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。

用法及び用量：術前補助療法では、ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用において、通常、成人にはデュルバルマブとして、1回1500mgを3週間間隔で4回まで、60分間以上かけて点滴静注。その後、術後補助療法では、デュルバルマブとして、1回1500mgを4週間間隔で8回まで、60分間以上かけて点滴静注。

国際共同第Ⅲ相試験（NIAGARA試験）

臨床病期T2-T4aN0M0又はT2-T4aN1M0の周術期の筋層浸潤性膀胱癌（MIBC）患者を対象に、術前補助療法としての本剤、ゲムシタビン及びシスプラチンの併用投与並びに術後補助療法としての本剤単独投与の有効性及び安全性を検討。

※本剤併用群は、術前補助療法期にゲムシタビン及びシスプラチンとの併用で本剤1,500mgを3週間間隔で4回静脈内投与し、術後補助療法期に本剤1,500mgを4週間間隔で最大8回静脈内投与、なお、ゲムシタビン及びシスプラチンの用法及び用量は、クレアチニンクリアランス60mL/min以上の患者には、3週間を1サイクルとして、第1日目にゲムシタビン1,000mg/m²及びシスプラチン70mg/m²、

第8日目にゲムシタビン1,000mg/m²を静脈内投与、クレアチニンクリアランス40mL/min以上60mL/min未満の患者には、3週間を1サイクルとして、第1、8日目にゲムシタビン1,000mg/m²及びシスプラチン35mg/m²を静脈内投与。

バルバーサ（エルダフィチニブ）

がん化学療法後に増悪したFGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を有する根治切除不能な尿路上皮癌

警告：本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。

効能または効果に関連する注意：

本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。

PD-1/PD-L1阻害剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。

十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子が確認された患者に投与すること。検査にあたっては、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いること。

用法及び用量：通常、成人にはエルダフィチニブとして1日1回8mgを2週間経口投与し、それ以降は1日1回9mgを経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

国際共同第III相試験（BLC3001試験）コホート1

PD-1/PD-L1阻害剤を含む治療歴のあるFGFR遺伝子異常を有する根治切除不能な尿路上皮癌患者を対象に、本剤8mgを1日1回経口投与した際の有効性及び安全性を検討。

注1）1又は2つの化学療法歴のある患者が対象とされた。術前又は術後補助療法中又は終了後12カ月以内に疾患進行が認められた場合は、1つの化学療法歴としてみなすこととされた。

注2）FGFR3遺伝子変異（R248C、S249C、G370C又はY373C）又はFGFR融合遺伝子（FGFR2-BICC1、FGFR2-CASP7、FGFR3-TACC3又はFGFR3-BAIAP2L1）のいずれかに該当する遺伝子異常が対象とされ、FGFR3遺伝子変異（R248C、S249C、G370C、Y373C）及びFGFR3-TACC3を有する患者が組み入れられた。

腎癌

分類	投与	薬剤名（商品名）	一般名	使用方法	対象症例	その他の注意	薬価承認
サイトカイン療法	注射	インターフェロン	スミフェロン（天然型）		腎癌		
	注射	IL-2	テセロイキン		腎癌		
TKI療法	内服	ネクサバル	ソラフェニブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2008年 4 月
TKI療法	内服	スーテント	スニチニブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2008年 6 月
TKI療法	内服	ヴォトリエント	パゾパニブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2012年11月
TKI療法	内服	インライタ	アキシチニブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2012年 8 月
TKI療法	内服	カボメティックス	カボサンチニブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	最大60mg、注 2）	2020年 5 月
mTOR阻害	内服	アフィニトール	エベロリムス		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2010年 4 月
mTOR阻害	注射	トーリセル	テムシロリムス		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2010年 9 月
HIF- α 阻害	内服	ウェリレグ	ベルズチファン		がん化学療法後に増悪した根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（PD-1/PD-L1阻害剤及びVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤による治療歴のある腎細胞癌）		2025年 8 月
IO療法	注射	オブジーボ	ニボルマブ		根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（血管新生阻害作用を有する抗悪性腫瘍剤（アキシチニブ、スニチニブ、ソラフェニブ、パゾパニブ等）を含む化学療法歴を有する腎細胞癌患者）		2016年 9 月
IO療法	注射	キイトルーダ	ペンプロリズマブ		〈術後補助療法〉腎摘除術又は腎部分切除術後の再発リスクが高い腎細胞癌 注 1）		2022年 8 月
IO-TKI療法	注射＋内服	キイトルーダ＋インライタ	ペンプロリズマブ＋アキシチニブ	併用※）	化学療法歴のない根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2019年12月
	注射＋内服	キイトルーダ＋レンビマ	ペンプロリズマブ＋レンパチニブ	併用※）	化学療法歴のない根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2022年 2 月
	注射＋内服	オブジーボ＋カボメティックス	ニボルマブ＋カボサンチニブ	併用※）	化学療法歴のない進行性又は転移性の腎細胞癌	最大40mg	2021年 8 月
	注射＋内服	バベンチオ＋インライタ	アベルマブ＋アキシチニブ	併用※）	化学療法歴のない根治切除不能又は転移性の腎細胞癌		2019年12月
IO-IO療法	注射	オブチーボ＋ヤーボイ	ニボルマブ＋イピリズマブ	併用※）	化学療法歴のない進行性又は転移性の腎細胞癌		2018年 8 月

※）使用方法として薬剤の併用が必須なもの

注 1）

(i) 術後の病理組織学的診断により下記のいずれかに該当する患者（GradeはFuhrman分類）

- ・ pT2、Grade4又は肉腫様変化を伴う、N0かつM0・ pT3/4、Grade問わず、N0かつM0
- ・ pT問わず、Grade問わず、N1かつM0

(ii) M1noevidenceofdisease（M1NED）であり、原発巣及び遠隔転移巣ともに、腎摘除術時点又は腎摘除術後 1 年以内のいずれかの時点で完全切除可能であった患者

注 2）生物学的同等性は示されていないため、20mg錠を使用しないこと。

前立腺癌

分類	投与	薬剤名(商品名)	一般名	使用方法	対象症例	特記事項	その他の注意	薬価承認
抗アンドロゲン剤	内服	プロスタール	クロルマジノン酢酸エステル		前立腺癌			1981年 9 月
		プロセキソール	エチニルエストラジオール		前立腺癌			2008年12月既存成分製剤として
		エストラサイト	エストラムスチンリン酸エステルナトリウム水和物		前立腺癌		販売終了（2027年 3 月31日をもって経過措置期間が満了）	2007年 6 月再承認
		カソデックス	ビカルタミド/OD錠		前立腺癌			1999年 5 月販売/ 2013年12月
		オダイン	フルタミド		前立腺癌			1994年12月（2008年再承認）
		イクスタンジ	エンザルタミド		去勢抵抗性前立腺癌			2014年 3 月
					遠隔転移を有する前立腺癌	前立腺癌に対する薬物療法歴のない患者が対象。ただし、12週以内に開始されたアンドロゲン除去療法又は外科的去勢術は許容された。		2020年 5 月
		ザイティガ	アピラテロン酢酸エステル		去勢抵抗性前立腺癌	ブレドニゾン投与との併用。		2014年 7 月
					内分泌療法未治療のハイリスクの予後因子を有する前立腺癌	（1）Gleasonスコアが8以上、（2）骨スキャンで3カ所以上の骨病変あり、（3）内臓転移あり（リンパ節転移を除く）のうち、2つ以上を有するもの。		2018年 2 月
		アーリーダ	アパルタミド		遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺癌	腸骨分岐部下の2cm未満の骨盤内リンパ節転移を有する患者は組入れ可能とされた。		2019年 3 月
GnRHアゴニスト	注射	ゾラデックス	ゴセレリン酢酸塩3.6mg/10.8mg		前立腺癌			1991年 6 月/2002年
					前立腺癌			1992年 7 月/ 2002年 7 月/2015年
		リュープリン	カバジタキセル アセトン付加物製剤/SR/PRO		前立腺癌			2012年 6 月
		ゴナックス	デガレリクス酢酸塩		前立腺癌			
		リムパーザ	オラパリブ		BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌	アピラテロン若しくはエンザルタミド又はその両剤の治療歴のあるBRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌患者（両側精巣摘除術あるいはGnRHアナログは継続）	100mg錠と150mg錠の生物学的同等性は示されていないため、300mgを投与する際には100mg錠を使用しないこと。	2020年12月
				併用※	BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌	アピラテロンとの併用において使用 薬物療法歴のない遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌患者（両側精巣摘除術あるいはGnRHアナログは継続）		2023年 8 月
		ターゼナ	タラゾパリプトシル酸塩		BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌	エンザルタミドとの併用において使用 アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤のいずれかを含む化学療法歴があり、他方に適応のない患者	0.1mgカプセルと0.25mgカプセルの生物学的同等性は示されていないため、0.5mgを投与する際に0.1mgカプセルを使用しないこと。	2024年 1 月
				併用※	遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌			2026年 3 月
		タキソテール	ドセタキセル		前立腺癌	遠隔転移を有する又は去勢抵抗性の患者		2008年 8 月
					前立腺癌	ドセタキセルによる化学療法歴を有する去勢抵抗性前立腺癌患者を対象(ブレドニゾンとの併用)		2014年 7 月
放射性医薬品	注射	ゾーフィゴ	塩化ラジウム（223Ra）		骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌	ドセタキセル水和物に不応又は不耐で、内臓転移がなく、症候性の骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌患者	化学療法未治療で無症候性又は軽度症候性の骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌患者に対する本剤とアピラテロン酢酸エステル及びブレドニゾンの併用投与は推奨されない。	2016年 5 月
		ブルビクト	ルテチウムビピボチドテトラキセタン（177Lu）		PSMA陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌	アピラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴を有すること		2025年11月

※）使用方法として薬剤の併用が必須なもの

尿路上皮癌

分類	薬剤名（商品名）	投与	一般名	使用方法	対象症例	特記事項	その他の注意	薬価承認
抗がん剤	MVAC療法	注射	メトトレキサート、ビンブラスチン、ドキソルビシン（アドリアマイシン）、シスプラチン	併用※	尿路上皮癌			1985年に有効性が報告
	GC療法	注射	ゲムシタビン+シスプラチン	併用※	尿路上皮癌			2008年ゲムシタビンの適応承認
	dose-denseMVAC療法	注射	メトトレキサート、ビンブラスチン、ドキソルビシン（アドリアマイシン）、シスプラチン	併用※	尿路上皮癌			2021年VESPER試験で評価
IO療法	オブジーボ	注射	ニボルマブ		〈術後補助療法〉根治切除不能な尿路上皮癌 注1)			2022年3月
	キイトルーダ	注射	ペンブロリズマブ		根治切除不能な尿路上皮癌			2017年4月
抗がん剤＋IO療法	GC＋オブジーボ	注射	ゲムシタビン＋シスプラチン＋ニボルマブ	併用※	化学療法未治療の根治切除不能な尿路上皮癌患者			2024年12月
抗体薬物複合体	パドセブ	注射	エンホルツマブベトチン		根治切除不能な尿路上皮癌（白金系抗悪性腫瘍剤及びPD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のある患者			2021年11月
IO療法＋抗体薬物複合体	キイトルーダ＋パドセブ	注射	ペンブロリズマブ＋エンホルツマブベトチン	併用※	化学療法歴のない根治切除不能な尿路上皮癌患者（術前又は術後補助化学療法が行われた場合は、終了後12ヵ月超を経過した後に再発した患者が対象）			2024年9月
IO療法	パベンチオ	注射	アベルマブ		〈維持療法〉プラチナ製剤を含む一次化学療法（4～6サイクル）にて疾患進行が認められていない、根治切除不能な尿路上皮癌患者			2021年2月
IO療法	イミフィンジ	注射	デュルバルマブ		臨床病期T2-T4aN0M0又はT2-T4aN1M0の周術期の筋層浸潤性膀胱癌（MIBC）患者	術前・術後の補助療法	注2)	2025年9月
TKI療法	バルバーサ	内服	エルダフィチニブ		PD-1/PD-L1阻害剤を含む治療歴のある、がん化学療法後に増悪したFGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を有する根治切除不能な尿路上皮癌			2025年7月

※）使用方法として薬剤の併用が必須なもの

注1）以下の患者が対象

①シスプラチンを含む術前補助療法を受け、術後の病理組織学的診断結果がypT2-ypT4a又はypN＋の患者、

②シスプラチンを含む術前補助療法を受けておらず、術後の病理組織学的診断結果がpT3-pT4a又はpN＋であり、かつシスプラチンを含む術後補助療法が不適応又は当該療法を拒否した患者

注2）術前補助療法では、ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用において、3週間間隔で4回まで投与。その後、術後補助療法では4週間間隔で8回まで投与。

参考) 傷病名マスター

傷病名名称	請求コード	ICD10コード	管理番号
去勢抵抗性前立腺癌	8848040	C61	20100081
前立腺癌骨転移	8842788	C795	20087565
限局性前立腺癌 8	848043	C61	2011174
進行性前立腺癌	8848066	C61	20100075
前立腺癌	1859003	C61	20068229
PSMA陽性の遠隔転移のある去勢抵抗性前立腺癌		C61	20108141
腎癌	1890009	C64	20066218
腎細胞癌	1890010	C64	20066244
腎盂尿路上皮癌	8845336	C65	20093606
尿管尿路上皮癌	8845454	C66	20093604
尿道尿路上皮癌	8845456	C680	20093608
膀胱尿路上皮癌	8845493	C679	20093608
修飾語名称	請求コード		管理番号
遠隔転移のある	7544		27002305
遠隔転移のない	7545		27002306
高リスク	7527		27002251
内分泌療法未治療の	7531		27002255
化学療法後	7546		27002307
の増悪	8140		27001963
切除不能な	7475		27002112

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料について

A000 初診料 291点

A001 再診料 76点

外来管理加算 52点

A002 外来診療料 77点

(一般病床数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合一部の検体検査・処置が包括)

再診料一覧表

改定後	現行	O100 物価対応料	O001 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ	O002 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
A000初診料291点	291点	2点	17点(23点)	8～96点
A001再診料76点	75点	2点	4点(6点)	4～12点
A002外来診療料77点	76点	2点	4点(6点)	

O001外来・ベースアップ評価料Ⅰ O002外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は届け出が必要

O002外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は無床診療所で算定

O00Ⅰ 外来・ベースアップ評価料Ⅰの括弧内は令和8年3月時点ですでにベースアップ評価料を算定している医療機関で算定。

物価対応料の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

情報通信機器を用いた初診・再診の評価。

(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 253点

(新) 再診料(情報通信機器を用いた場合) 76点

(新) 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 76点

- ① 外来診療における初診料・再診料には簡単な検査(例えば血圧測定等)の費用は含まれる。
- ② 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- ③ 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該医師が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。
- ④ 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ⑤ 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は初診として取り扱う。しかし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推測される場合の診療は初診として取り扱わない。
- ⑥ 労災保険、健康診断、自費等により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院している期間にあっては、当該医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- ⑦ 再診料は診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度(同一日におい

第1章 基本診療料―②

て2以上の再診があってもその都度算定できる。

- ⑧ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定できる。ただし、この場合において、外来管理加算及び地域包括診療加算は算定しない。
- ⑨ 外来管理加算：厚生労働大臣の定める検査、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理をおこなった場合に算定できる。慢性疼痛疾患管理、一定の検査(超音波検査、脳波検査、神経筋検査、耳鼻科的検査、眼科的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた検査、内視鏡検査)、処置、手術、麻酔および放射線治療を行ったときには算定できない。
- ⑩ 外来管理加算が算定できない泌尿器科関係の検査：超音波検査 断層撮影法(胸腹部、その他)、残尿測定(超音波検査によるもの、導尿によるもの)、尿水力学検査(膀胱内圧検査、尿道圧測定図、尿流測定、括約筋筋電図)、尿失禁定量テスト、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)、腎盂尿管ファイバースコープ
- ⑪ 電話等による再診：再診以後、患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。

第2部 入院料・特定入院料について

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能(病院、有床診療所、特定機能病院)、病棟類型別(一般病棟・療養病棟・結核病棟・精神病棟等)により分類される。各基本料は重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、人員配置基準によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化の観点から、処置・検査等の点数が包括化されている場合がある。

(1) 入院基本料の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な8つの医療提供体制が、厚生労働大臣が定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料の算定ができなくなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

(各体制の主な基準)

① 入院診療計画に関する基準

以前は全患者に入院後7日以内に入院診療計画を説明、計画書を交付することとされていた。令和8年度改定では入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後7日以内に行ったものと同様の取扱いとするとされた。また、入院期間が2日以内であると見込まれる場合又は3日以上入院が見込まれていたものの入院期間が2日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録にその旨を記載することとされた。

② 院内感染防止対策に関する基準

感染防止委員会の設置、感染情報レポートの作成、必要な感染対策の実施

③ 医療安全管理体制に関する基準

指針の作成、医療事故、インシデントの報告制度、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など

④ 褥瘡対策に関する基準

褥瘡対策チームの設置、危険因子の評価の実施

⑤ 栄養管理体制の基準。

管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成。入院診療計画書に特別な栄養管理の有無を明記

⑥ 意思決定支援に関する基準

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成。

⑧ 身体拘束最小化に関する基準

医療機関において身体拘束を最小化する体制の整備

(2) 入院基本料等加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて、入院基本料に一定点数が加算となる。

急性期総合体制加算

- ① 地域医療支援病院入院診療加算
- ② 臨床研修病院入院診療加算
- ③ 紹介受診重点医療機関入院診療加算
- ④ 診療録管理体制加算

など

A205 救急医療管理加算（1日につき）

〔施設基準〕の追加

- | | |
|--------------|--------|
| 1 救急医療管理加算 1 | 1,050点 |
| 2 救急医療管理加算 2 | 420点 |

直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上の場合は、救急医療管理加算2を算定する患者については、本入院した日から起算して7日を限度として、210点に減算。

A251 排尿自立支援加算（施設基準あり）：（週1回）200点

医学管理B005-9 外来排尿自立指導料（施設基準あり）と合わせて（週1回）200点で計12回算定可能。

A400 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

令和8年改定で短期滞在手術等基本料1のロ 主として入院で実施される手術以外の場合は大幅な原点となった。

第1章 基本診療料－④

A400短期滞在手術等基本料 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） イ主として入院で実施されている手術を行った場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 （2）（1）以外の場合 ロイ以外の場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 （2）（1）以外の場合	2,947点⇒2,948点（増点） 2,718点⇒2,719点（増点） 1,588点⇒795点（減点） 1,359点⇒680点（減点）
---	--

泌尿器科で「イ主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K834－3」顕微鏡下精索静脈瘤手術

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」

ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」

ツリウムレーザーを用いるものツリウムレーザーを用いるもの

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」

その他のもの

A4002短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）の点数改定

	改定	O100 物価対応料
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	10,262点⇒10,336点（増点） （生活療養を受ける場合） 10,188点⇒10,232点	80点
K007－2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882点⇒32,768点（増点） （生活療養を受ける場合） 30,882点⇒32,664点	98点
エ K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1初回（高度狭窄の場合）	26,013点（新設） （生活療養を受ける場合） 24,998点	87点
エ K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1初回（その他の場合）	22,942点（新設） （生活療養を受ける場合） 22,838点	87点
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	26,057点⇒26,278点（増点） （生活療養を受ける場合） 25,983点⇒26,174点	97点
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	25,702点⇒24,944点（減点） （生活療養を受ける場合） 25,628点⇒24,840点	70点
K823－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	23,829点⇒24,548点（増点） （生活療養を受ける場合） 23,755点⇒24,444点	80点
K834－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524点⇒22,745点（増点） （生活療養を受ける場合） 21,450点⇒22,641点（増点）	41点

物価対応料の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

* 以前は短期滞在手術基本料3は出来高算定病院のみでの算定であったが、DPC算定医療機関で

も短期滞在手術基本料3に係わる入院に関しては短期滞在手術基本料を算定することとされた。入院基本料が高い施設やDPCで係数の高い施設でも同額の算定となる。一般病棟用の重症度医療看護必要度の評価対象であるが、自宅等に退院するものの割合の計算からは除外される。

＊ 短期滞在手術基本料3算定時の注意事項について

入院して5日以内に規定された検査、手術を行った場合は短期滞在手術基本料3で算定となる。短期滞在手術料には在宅療養指導管理料、在宅で算定する薬剤・特定医療材料および透析にかかわる費用、退院時処方、食事以外のすべての診療行為が包括されているため、短期滞在手術基本料3が算定された入院日以降、外来診療にて行われる同月の診療行為のうち月に1回の算定と規定されている点数は算定不能である。

短期滞在手術基本料算定後に同月退院日以降に算定できない点数：

検体検査判断料（尿・糞便検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料、微生物的検査判断料）、検体検査管理加算、基本的検体検査判断料、脳波検査判断料、核医学診断、コンピューター断層診断、医学管理料にて月に1回に限り算定するとされているもの（悪性腫瘍特異物質治療管理料、診療情報提供料の他多数）

例えば前立腺生検にて短期滞在手術基本料3を算定して退院後、前立腺癌が確定したためPSA検査を行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。もちろんPSAの検体検査料も算定不能であるため注意が必要です。

別表第五

特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

二 これらに含まれる処置

創傷処置（手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。）

喀痰吸引	摘便	酸素吸入	酸素テント
------	----	------	-------

皮膚科軟膏処置	膀胱洗浄	留置カテーテル設置	導尿
---------	------	-----------	----

膣洗浄	眼処置	耳処置	耳管処置
-----	-----	-----	------

鼻処置	口腔、咽頭処置	間接喉頭鏡下喉頭処置	ネブライザー
-----	---------	------------	--------

超音波ネブライザー	介達牽引	消炎鎮痛等処置	鼻腔栄養
-----------	------	---------	------

長期療養患者褥瘡等処置

別表第五の一の二

特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤

- ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるも

のに対して投与された場合に限る。)

- ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
- ・HIFPH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
- ・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
- ・JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リユープロレリン注やゾラデックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。

第2章 特掲診療料

算定回数が「週」又は「月」と記載されているものについては、特に定めのない限り「週」は日曜日から土曜日までの1週間（暦週）。「月」は月の初めから月の末日までの1か月（暦月）単位として算定する。

第1部 医学管理等

○ 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

医学管理料とは、処置や投薬等の技術と異なり、医師による患者指導や医学管理そのものを評価する診療報酬項目である。いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限などがある。

【B000 特定疾患療養管理料】

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点

厚生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、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月に2回に限り算定する。主病とは患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいい、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

診療録に主病とする特定疾患の管理に関して記載されていることが必要である。指導時においてもっとも多く指摘される事項である。漫然と算定されることがないように注意を要する。

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

R6年度の改定で特定疾患治療管理料の対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除外

【B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料】

イ 尿中BTAに係るもの 220点

ロ その他のもの

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等一②

(1) 1項目の場合 360点

(2) 2項目以上の場合 400点

悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

- ・遊離型PSA比 (PSA F/T比)、S2, 3 PSA%およびPHIは前立腺癌治療の経過観察時に行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不能である。
- ・腫瘍マーカーのI型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) のみではなく、生化学的検査のI型コラーゲン架橋-N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ (TRACP-5b)、デオキシピリジノリン (DPD) (尿) についても、前立腺癌と既に確定診断された患者について骨転移の診断のために行った時には、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。

【癌と確定している臓器以外の癌を疑った時の取り扱い】

例外規定を除き、すでに悪性腫瘍の確定診断病名があるときには、他の腫瘍に対して腫瘍マーカー検査を行った場合でも悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。しかし腫瘍マーカー検査が必要であることが確認できる病名を傷病名欄に記載し、検査結果および治療計画を診療録に記載しないと算定要件は満たさない。

- ※ 他の悪性腫瘍の既往がある場合 (レセプトに悪性腫瘍の記載がある場合) でPSAを測定する場合は、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。ただし「前立腺癌疑い」の病名が必要。前立腺癌が確定している場合、PSA F/T、S2, 3 PSA%およびPHIの請求は不可

【B001 13 在宅療養指導料】

イ 初回対面で行った場合 170点

ロ 2回目以降

(1) 対面で行った場合 170点

(2) 情報通信機器を用いた場合 148点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回 (初回の指導を行った月にあっては、月2回) に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

- ※ 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具 (人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等) を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

- ※ 「医師は診療録に保健師、助産師または看護師への指示事項を記載する」の文言が削除された。

【B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料】

緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合のみ算定可 200点

【B001 23 がん患者指導管理料】

- イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点
- ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

【B001 24 外来緩和ケア管理料】 290点

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

※ R8年改定で末期腎不全患者が追加された。

【B005-6-3 がん治療連携管理料】

- 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点
- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750点

【B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料】 500点

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【B005-9 外来排尿自立指導料】 200点

入院患者の尿道カテーテル抜去を目的としたチーム医療による取り組みを評価

排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（排尿ケアチーム）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等－④

自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケアを実施することを評価する

「排尿自立指導料」に関する手引き 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編を参照

※ 排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

【B009 診療情報提供料（Ⅰ）】250点

他の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。（患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については算定できない）

情報提供に関して算定できる範囲が拡大。以前は指定居宅事業者に対しては退院後2週間以内であったが、期間がなくなり他の介護機関への情報提供に関しても算定可能となった。

どの機関に対して	何のために	何を提供したとき
別の保険医療機関	診療の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
指定居宅介護支援事業者 指定介護予防支援事業者 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者		診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
精神障害者施設 介護老人保健施設		診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
介護老人保健施設 介護医療院		診療状況を示す文書を添えて患者の紹介
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について鑑別診断等の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
通園又は通学する保育所 学校（大学を除く。）等の学校医等		小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者、は食物アレルギー患者について学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合

★ 急病等で患者治療上の必要性から、休日夜間における救急医療の確保のために診療を行っている
と認められる次に掲げる医療機関の受診を指示・必要な診療情報を文書で提供した場合はB009
診療情報提供料Ⅰが算定可とされた。

※ 対象となる保険医療機関（イ）地域支援病院（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院または救急診療所（ハ）「救急医療の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用病院

★ 入院中の診療情報提供料（Ⅰ）（退院に際しては除く）は入院基本料に含まれ算定できない。ただし、専門的な診療料を必要として他医療機関を受診した際に、他医療機関から入院先医療機関への診療情報提供料（Ⅰ）は、入院中の患者であっても認められる。また、セカンドオピニオンに係わる診療情報提供料Ⅱは、入院中でも算定できる。

★ 受診先医療機関不明の情報提供書は、算定要件を満たさず、算定できない

★ 診療情報提供料（Ⅰ）は紹介先医療機関ごとに月一回の算定となる。

【B010 診療情報提供料（Ⅱ）】 500点

治療法の選択等に関して他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者、家族に対して診療情報を提供したときに算定する。

★ 診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき診療情報の提供にあたっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

【B010－2 診療情報連携共有料】 120点

注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

【B011 連携強化診療情報提供料】 150点

提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定可となった。

診療情報提供料（Ⅰ）は「別の医療機関での診療の必要性を認め、患者の紹介を行った場合に算定し、連携強化診療情報提供料は「紹介元の保険医療機関からの求めに応じ、患者の診療状況を示す文書を提供した場合」算定するとされた。算定できる医療機関はかかりつけ医機能を持つ医療機関である。かかりつけ医機能を持たない医療機関ではかかりつけ医機能をもつ医療機関から紹介された患者に対して算定できる。

★ 泌尿器科は多くはかかりつけ医機能を持つ医療機関（※）には当たらないと考えられるため、泌尿器科では主にかかりつけ機能を持つ医療機関（※）から紹介された患者にたいして算定することになる。

【B013 療養費同意書交付料】 100点

療養費の支給対象

はりきゅう：神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

マッサージ：麻痺、拘縮

療養費同意書交付料は原則として当該疾病に係わる主治の医師が、診察に基づき、診療の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係わる同意書または診断書を交付した場合に算定する。

「レセプト摘要欄に交付年月日に加え、同意書または診断書の病名欄に記載した病名を記載する。」

はり、きゅうについて、同一疾患で、医療機関で治療中の患者は保険診療での給付（診察、検査および療養費同意書を除く）の対象とはならない。

柔道整復師への情報提供は「B009 診療情報提供料（Ⅰ）、B013療養費同意書交付料」では算定できない。（療担規則6条）

療担規則（17条）で「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない」とされているため泌尿器科医が交付するときには注意が必要である。

第2部 在宅医療

在宅の費用は下記で算定

第1節 (在宅患者診療・指導料)

+

第2節 (在宅療養指導管理料)

+

第3節 薬剤料

+

第4節 特定保険医療材料

- 医師の診療日以外に訪問看護ステーション等の看護師等が医師の指示に基づき、患者に点滴又は処置等を実施する際に用いた薬剤料や特定保険材料料が算定できるとされた。この場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤や特定医療材料の使用日を「摘要」欄に記入する。なお手技料は算定することはできない。
- 注射薬や特定保険医療材料は在宅の部で規定されている注射薬や特定保険医療材料に限られる

※ 以前は1人の患者に対して在宅患者訪問診療が算定できるのは1つの医療機関に限られ、他科で在宅患者訪問診療料が算定され「在宅寝たきり患者処置管理指導料」が算定されているときには、カテーテル交換は泌尿器科でと依頼されて定期的に交換に行っても算定できる点数がありませんので保険請求できませんでした。平成30年度の改定で在宅患者訪問診療料2が新設され、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医から依頼を受けたとき、月に一回に限り在宅患者訪問診療料2が算定可能となります。

第1節 在宅患者診療・指導料

【C000 往診料 720点】

往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

患家の求めに応じて訪問した場合

初診

再診 のいずれか＋往診

外来診療料

今回の改定で患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価が見直された。

以下のいずれかに該当する場合の往診料の加算は維持

- ①往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
 ②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
 ③往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者
 ④往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外が行う往診時の加算

上記①から③に該当する患者

- (1) 緊急に行う往診 325点
 (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 650点
 (3) 深夜の往診 1,300点

上記以外の患者の往診時の加算は大幅に減額された。

- (1) 緊急に行う往診 325点
 (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 405点
 (3) 深夜の往診 485点

（時間的な加算）

夜間……午前6時～午前8時、午後6時～午後10時

深夜……午後10時～午前6時

緊急……診療に従事している時間であって概ね午前8時～午後1時

<例：標榜時間午前9時～午後1時、午後4時～午後7時>

午前0時～	午前6時～	午前8時～	午前9時～	午後1時～	午後4時～	午後7時～	午後10時～
深夜	夜間		緊急		緊急	夜間	深夜

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合は以下の管理料。指導料を算定

【C001 在宅患者訪問診療料Ⅰ（1日につき）】

在宅患者訪問診療料1（主治医が算定）

- イ 同一建物居住者以外の場合 890点
 ロ 同一建物居住者の場合 215点

在宅患者訪問診療料2

（主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回に限り算定できる。）

- イ 同一建物居住者以外の場合 886点
 ロ 同一建物居住者の場合 189点

※ 主治医が診療状況を共有した上で、再度依頼をうけた場合は6か月を超えて算定できる。診療報酬明細書の摘要欄に以下の継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

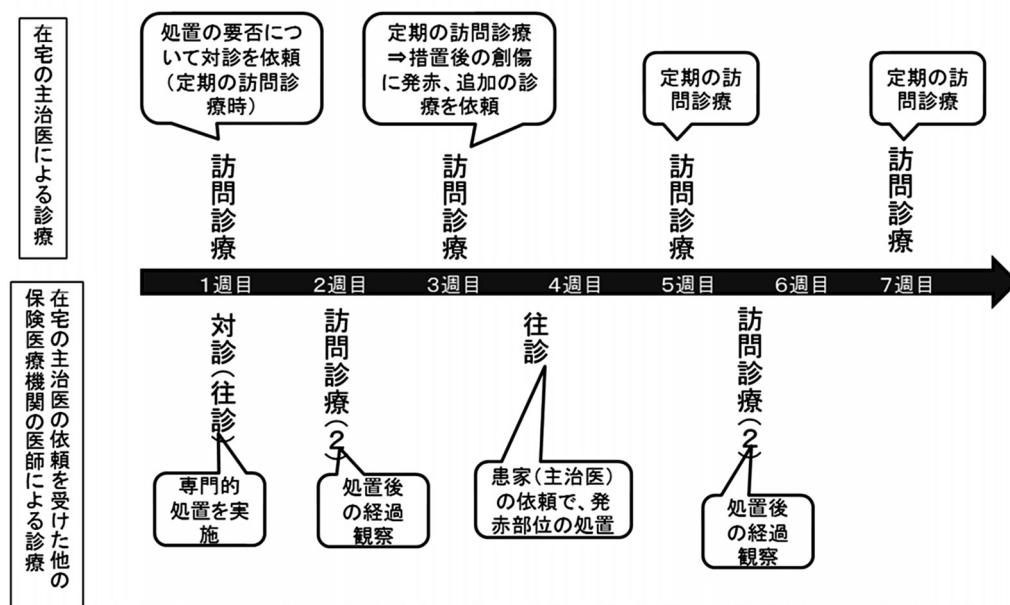
ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- ★ C001 在宅患者訪問診療料算定時は初診料、再診料、外来診療料、往診料は算定しない。
- ★ 文書のみではなく、電話等で依頼があったときも算定可能であるが、ケアマネージャーを通じた訪問診療の依頼では認められない。
- ★ 他の保険医療機関からの求めがあった年月を 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載すること。
- ★ 往診料を算定することも可能
- ★ 主治医が行う訪問診療に同行して行った時は、立ち合い診療となるため往診料で算定
- ★ 月2回以上の訪問診療をおこなった場合、2回目以降については在医総管等を算定する医療機関が診察のうえ、必要な場合は対診として取り扱い、往診料で算定する。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合は在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）・施設入居時等医学管理料（以下、施設総管）は算定できない。
- ★ 在医総管・施設総管を算定している医療機関から求めに応じて訪問診療を行い、在宅患者訪問診療料2を算定する場合、在医総管・施設総管に包括される処置等を実施した際は、在宅患者訪問診療料2を算定する医療機関は当該処置等の費用を算定できる。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合、診療録に以下の内容を記載する。
 - ①訪問診療の計画および診療内容の要点。②主として診療を行う他の医療機関が診療を求めた傷病名。③訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻および終了時刻）および診療場所
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合他の保険医療機関から診療の求めがあった年月をレセプト摘要欄に記載する。

複数の医療機関による訪問診療の例

○ 専門的処置を要するため、在宅の主治医から、他の診療科の医師に診療を依頼した場合



注) 説明用のイメージとして作成したものであり、実際には様々なパターンが想定されこれに限定されるものではない

【C002 在宅時医学総合管理料（月1回）】

【C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）】

【C005－1－3 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき）265点】

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等 2,650円

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

	(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく 定期的な訪問（訪問看護）	(B) 予定された訪問看護がない場
①医師と同一の医療機関の看護師 等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護の費用（在宅患者訪問看護・指導料等）	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護遠隔診療補助料 （在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）
②訪問看護の指示を受けた訪問看護 STの看護師等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 【訪看STで算定】 ・指定訪問看護の費用（訪問看護療養費）	＜医療保険の訪問看護対象者＞ ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【訪看STで算定】 ＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞ ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【医療機関で算定※合議精算】

D to P with Nのオンライン診療時に尿道バルーンカテーテル交換を施行したときには、

J060膀胱ぼうこう洗浄（1日につき）、

J063留置カテーテル設置

J064導尿（尿道拡張を要するもの）

のいずれかを実施したときは看護師等遠隔診療処置実施料1種類100点が算定可能となった。

またJ060膀胱洗浄（1日につき）とJ061腎盂洗浄（片側）を実施したときには看護師等遠隔診療処置実施料2種類150点が算定可能となった。

【C007 訪問看護指示料 300点】

患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

「第1款 在宅療養指導管理料」+「第2款 在宅療養指導管理材料」加算で算定

第1款 在宅療養指導管理料

1. 在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
2. 在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
3. 退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できる。

【C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点】

【C163 特殊カテーテル加算】

- 1 再利用型カテーテル 400点
- 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
 - イ 親水性コーティングを有するもの
 - (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点
 - (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点
 - (3) 120本以上の場合 2,100点
 - ロ イ以外のもの 1,000点
- 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点

- ・特殊カテーテル加算は3月に3回に限って算定可。例えば4月に2か月分(3.4月) 5月に3か月分(5～7月) などまとめて算定できる。当月分に加えて複数月算定するときには適応欄に算定した月情報を入力する必要がある。
- ・親水性コーティングを有するカテーテルを算定するときには要件を満たす医学的根拠を電算コード入力する必要がある。
- ・間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて支給した場合や再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを合わせて支給した場合は主たるもののみを算定する。

在宅自己導尿指導管理料を算定している患者については、導尿、膀胱洗浄および留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できないため、外来で医師が処置として行う膀胱洗浄に用いる薬液や膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの費用は算定不可である。

- ※1 週一回の在宅自己導尿を算定しても在宅自己導尿指導管理料を算定できる。
- ※2 外尿道口の消毒薬の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※3 消毒薬・潤滑剤の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※4 器具の消毒薬は算定不可(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※5 入院中の患者でも退院時に算定可。
当局の指導により変更になりました。(平成21年4月より)
- ※6 麻酔剤としてのキシロカインゼリーは算定不可。
在宅で使用できる薬剤に麻酔薬はない。
自己麻酔は認められていない。

【C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点】

- 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者についての医師が処置として行う膀胱洗浄、留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できない。しかし患者またはその家族が行うときには在宅の項目での特定保険医療材料の請求は可能である。支給できるカテーテルは在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルとして規定されているものおよび膀胱瘻用カテーテルのみであり、腎瘻用カテーテルの算定は不能である。

「記載要領」

在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

【C108-4 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

【C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】800点

経過措置が終了し、在宅自己導尿指導管理料と併算定できないとされた。

【C172 経肛門的洗腸療法材料加算（新設）】2,400点

在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合、3月に3回算定できる。

【在宅で算定可能な特定保険医療材料】**001 腹膜透析液交換セット**

- (1) 交換キット (2) 回路

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

- (1) 本体 (2) 付属品 ① フーバー針 ② 輸液バッグ

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ**004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル**

- (1) 2管一般（Ⅰ）
 (2) 2管一般（Ⅱ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
 (3) 2管一般（Ⅲ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
 (4) 特定（Ⅰ）
 (5) 特定（Ⅱ）

005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル**006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）**

- (1) ダイアライザー (2) 吸着型血液浄化器（ β 2-ミクログロブリン除去用）

007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

- (1) 化学療法用 (2) 標準型 (3) PCA型

008 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり 6 円
 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 1 cm²当たり 10 円 ② 異形型 1 g 当たり 37 円
 (3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり 25 円

009 非固着性シリコンガーゼ

- (1) 広範囲熱傷用 (2) 平坦部位用 (3) 凹凸部位用

010 水循環回路セット**011 膀胱瘻用カテーテル****012 交換用胃瘻カテーテル****013 局所陰圧閉鎖処置用材料****014 陰圧創傷治療用カートリッジ****015 人口鼻材料**

- (1) 人工鼻 (2) 接続用材料 (3) 呼気弁

第3部 検査

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められている（通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断p125～128参照）ほか、算定可能な組み合わせが限定されている（検査の同時算定一覧p129～131参照）ことに留意する。

検査の費用は下記で算定

$$\begin{aligned} & \text{第1節 検体検査料} \quad \text{又は} \quad \text{第3節 生体検査料の各区分の所定点数} \\ & \quad \quad \quad + \\ & \quad \quad \quad \text{第4節 診断穿刺・検体採取料} \\ & \quad \quad \quad + \\ & \quad \quad \quad \text{第5節 薬剤料} \\ & \quad \quad \quad + \\ & \quad \quad \quad \text{第6節 特定保険医療材料料} \end{aligned}$$

○ 検査のために使用した薬剤に係わる処方料、調剤料、処方せん料、調剤基本料および注射料の算定は出来ない。薬剤料のみ検査の項目で算定する。

※ 膀胱ファイバースコピー時の抗菌剤の処方料、処方箋料、注射料は算定できない。薬剤料のみ算定できる。

○ 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

※ 両側の腎盂尿を採取して検査しても、検査料は1回のみ算定

○ 患者の診療を担う保険医の指示に基づき当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が検査のため検体採取等を実施した場合には当該保険医療機関で検体検査実施料が算定できることとなった。この場合検体採取料は算定できないが、検体検査判断料の算定は可能である。検査の項目で算定し、検体採取が実施された日を摘要欄に記載する。

※ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

各種検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的とみなされ、保険請求は認められない。

※ 算定要件が定められている検査（別表参照）

尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象

※ 必要性が乏しいと思われる検査

DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等

※ 「検査で」「念のため」「ついでに」「患者の希望で」これらについては、保険診療の範囲外となりますのでご注意ください。

検体検査

【外来迅速検体検査加算】

入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

★ 当日行われた検体検査について、下記にあげられている検査についてはすべてを当日中に結果を説明した上で文書により報告した場合に算定

★ 厚生労働大臣が定める検体検査実施料に規定する検体検査

1. D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
2. D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）
3. D003に掲げる糞便検査のうち次のもの：糞便中ヘモグロビン
4. D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの：赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1C（HbA1C）
5. D006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの：プロトロンビン時間（PT）、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、Dダイマー
6. D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの：総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ グルタミルトランスフェラーゼ（ γ GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、クレアチンキナーゼ（CK）、HDLコレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDLコレステロール、グリコアルブミン
7. D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの：甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊離サイロキシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）
8. D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの：癌胎児性抗原（CEA）、 α -フェトプロテイン（AFP）、前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9
9. D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの：C反応性蛋白（CRP）
10. D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次の：その他のもの

【腫瘍マーカー検査の留意点】

- ※ 腫瘍マーカーは、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、悪性腫瘍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、悪性腫瘍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。
- ※ 腫瘍マーカーは、転帰の決定までに1回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

【前立腺癌の疑いでPSA検査を算定する場合の留意点】

- ※ 1 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。「未確」と記載し、前回までの検査日と値を記載する。
- ※ 2 PSA 3回目の結果を患者さんに説明した日付でカルテとレセプトに転帰を記載すること。転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了

第2章 特掲診療料 第3部 検査③

すれば、次回のPSA検査は初回となります。この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

- ※3 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次回の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていました。しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしていくことが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。
- ※4 初診時のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、コメントがあれば可
- ※5 前立腺癌の疑いでPSAとフリーPSA／トータルPSA比精密測定の2項目は算定可
- ※6 初診月のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、傾向検査であれば不可
- ※7 前立腺癌の疑いで前立腺腫瘍マーカーは40歳以上で算定可

悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ※1 前立腺癌の確定後フォローアップでは、腫瘍マーカーは2種類まで（転移を含む）
- ※2 前立腺癌の確定後フォローアップでは遊離型PSA比（PSA F/T比）、S2, 3 PSA%およびPHIを測定しても算定は不可。
- ※3 精巣悪性腫瘍（術後も）の場合、HCG- β （血）は算定可、HCG- β （尿）は算定不可

その他

- ※8 精巣悪性腫瘍（術後も）で抗癌剤治療中は、HCG- β （血）は週1回算定可、HCG- β （尿）は算定不可

	確定	疑い
腎癌 腎臓癌術後	フェリチン（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	
膀胱癌	尿BTA	NMP22（尿）
膀胱癌術後	NMP22（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） サイトケラチン8・18（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	サイトケラチン8・18（尿）
前立腺癌	PSA γ -SM 尿中デオキシビリジニリン 以下、骨転移・骨転移の疑い病名があれば算定可 I型コラーゲンCテロペプチド I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx） 酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ（TRACP-5b） PSA F/T比算定不可	PSA PSA F/T比 γ -SM S2, 3 PSA % PHI
精巣癌 精巣癌術後	AFP HCG- β （血）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） HCG- β （尿）算定不可	AFP HCG- β （血） HCG- β （尿）算定不可
尿路上皮癌 尿路上皮癌術後	以下、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可 NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）	NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）

※ 尿NMP22又は尿中サイトケラチン8・18のいずれか一方のみ算定可

【D006-15】 膀胱がん関連遺伝子検査 1597点

膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者に対して、FISH法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

本検査を実施した場合には、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

D009-31 S2, 3 PSA %

前立腺癌であることが強く疑われる者であって、前立腺特異抗原(PSA)の結果が4.0ng/mL以上10.0 ng/mL以下である者に対して、LBA法（定量）により、S2, 3 PSA %を測定した場合に限り算定できる。

本検査は、前立腺癌の診断に当たって実施した場合に、原則として1回を限度として算定する。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。

S2, 3 PSA %と、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）又はプロステートヘルスインデックス（phi）を併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

診療報酬明細書の摘要欄に、前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。また、本検査を2回以上算定する場合は、本検査の2回以上の実施が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

D009-32 プロステートヘルスインデックス（phi）

診療及び他の検査（前立腺特異抗原（PSA）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下の（イ）から（ハ）までのいずれかに該当する者に対して、CLEIA法により、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA及び[-2] proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス（phi）を算出した場合に限り算定する。

（イ）前立腺特異抗原（PSA）値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ロ）50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ハ）65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

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。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。

前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

微生物学的検査**【D018 細菌培養同定検査】**

症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を2か所以上から採取した場合に限り、「3」の血液又は穿刺液を2回算定

できる。

【排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査】

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査と尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）が同一検体では主たるもののみとされているが、尿道分泌物や前立腺分泌液などの別検体で当該検査を実施する場合は、細菌顕微鏡検査に使用した検体の種類をレセプト摘要欄に記載することが必要である。

症状等から同一起炎菌によると判断される場合であって、当該起炎菌を検索する目的でことなる複数の部位または同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位一箇所のみの所定点数を算定する。

【D019 細菌薬剤感受性検査】

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

※1 細菌薬剤感受性検査は、培養陽性が判明して2次的に施行されるが、その検査料は細菌培養同定検査と同時算定されている場合が多い。

外来患者で実日数1日の場合翌月レセプトに実日数0日で細菌薬剤感受性検査のみを請求する。（翌月レセプトでの判断料請求不可）又は当月レセプトに「菌種名」を記入し「患者来院せず」と記載する。

D023-12 膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出は、以下のいずれかに該当する場に算定する。

ア 膣トリコモナス感染症を疑う患者であって、鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して、治療法の選択を目的として行った場合。

イ 膣トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して、治療効果判定を目的として実施した場合。

※尿道炎で初診よりクラミジア、淋菌検査と同時に施行するのは過剰であるとして査定される可能性あり。

【PSA検査の保険外併用療養費としての算定について】

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項の改定（保医発0624第3号平成28年6月24日）

患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、「前立腺特異抗原（PSA）」について、その費用を患者から徴収することができることとなります。患者から費用を徴収できるのは患者の不安を軽減する必要がある場合にかぎるとされ、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載する必要があります。また保険医療機関は、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておく必要があります、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける必要あり。当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付する必要があります。

特別の料金は医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とし、特別の料金等の

内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生（支）局長にその都度報告する。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告することとされている。

生体検査

生体検査料

D206からD214-2までに掲げる呼吸循環機能検査、D215およびD216超音波検査等、D295からD323まで及びD325内視鏡検査については、同一検査を同一月2回以上行った場合は、2回目以降は100分の90で算定する。入院・外来でも同じ月に行われたものは、2回目以降は100分の90で算定する。

残尿測定（D216-2）は2回目でも減算の必要はない。

【D215 超音波検査】

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 Aモード法 | 150点 |
| 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） | |
| イ 訪問診療時に行った場合 | 400点 |
| 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。 | |
| ロ その他の場合 | |
| （1）胸腹部 | 530点 |
| （2）下肢血管 | 450点 |
| （3）その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） | 350点 |
| 3 心臓超音波検査 | |
| イ 経胸壁心エコー法 | 880点 |
| 他 | |

★ 前回の改定で2 断層撮影法 イ 訪問診療時に行った場合が新設された。往診時におこなった場合は ロ その他の場合で算定する。

★ 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とされた。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。

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

★ 超音波画像をカルテに添付することとされた。

★ 同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。D215超音波検査の「2」断層法と「3」心臓超音波検査を同一月に行った場合は、いずれも100分の100で算定となる。

【D216-2 残尿測定検査】

残尿測定検査については、月2回を上限とし算定。算定可能な疾患は前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱の3疾患であり、前記3疾患の疑いにより検査したときも算定可能である。

（月に2回施行しても100分の90にはならない）

【D317 膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2 膀胱尿道鏡検査】

平成28年改訂において膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査に狭帯域光強調加算（200点）の加算が新設された。しかし狭帯域光強調加算は上皮内癌（CIS）と診断された患者に対して、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定するとされ、単なる「膀胱癌」病名や「上皮内癌の疑い」病名での算定は不能である。算定には「上皮内癌」の病名が必要である。

【他院撮影内視鏡写真診断】

当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、初診料（注5に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、70点を算定できる。

（平成30年の改定で新設）

第4部 画像診断

- ※ ESWL当日は術前後KUB算定可（短期滞在手術基本料3の場合は包括）
- ※ KUBの際、腎尿管と膀胱は異なる部位でそれぞれ算定可
- ※ KUBとDIPを同日に施行しても撮影方法が異なるので一連でない。
- ※ 腎盂造影撮影時の透視診断（110点）、尿管造影撮影時の透視診断、膀胱造影時の透視診断については認められない。
- ※ 内視鏡下の造影剤注入：尿管カテーテル法（両側） D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）の所定点数（1,200点）
- ※ E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）：前立腺癌の骨転移検出のために全身MRIを行ったときに全身MRI撮影加算として、600点の加算が認められている。

第5部 投薬

○ 薬剤の使用に当たっては、医薬品医療機器等法の承認事項（効能、効果・用法・用量・禁忌等）を遵守する。

（1） 実施方針について

患者を診察することなく投薬・注射・処方せんの発行は出来ない。（医師法第20条）

保険診療においては、厚生大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることができない。

（療担第19条）

経口投与を原則として、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う（療担第20条第4号）

投薬量は、予見することができる必要範囲に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分または90日分を限度とする。（療担第20条第2項）

患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。（療担第20条第2項）

治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。（療担第20条第2項）

【30日を超える長期投薬】

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方せんを交付する。

※ 30日を超える長期の投薬の際は「病状が安定して、服薬管理ができている旨の診療録記載」と「病状変化時の対応方法の患者への周知」が必要となった。

【分割指示に係わる処方せんについて】

平成30年度の改定で今までの処方箋（様式第2号）に加えて、分割指示に係わる処方箋（様式第2号の2）が使用可能となった。分割の回数は3回までとし、分割指示に係わる処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋および別紙を保険薬局に提出するよう指導する。

分割の回数および分割ごとの調剤日数を「備考欄」に記載する。また処方した医薬品の中に分割調剤のや対象でない医薬品がある場合のみ、分割調剤を行う医薬品が明確に分かるように「処方」欄に記載する。なお、薬局への具体的な指示事項がある場合にも備考欄に記載する。

【90日を超える処方について】

投薬日数については、療担規則で「投薬は予見できる必要期間に従ったものではないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣の定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分とする」とさだめられている。

厚生労働大臣の定める医薬品以外は、医薬品医療機器等法上の効能・効果・用法を考慮した上で患者の症状に応じて医師が決定するが、抗てんかん剤は90日と定められているところから、投薬量の予見できる必要期間は90日が限度である。

★ 新規収載された医薬品については、薬価収載された日から1年間は14日を超えての投与は出来ない。(年末・年始は30日が限度)

【湿布の処方に関して】

湿布薬の処方では1回あたり63枚が上限とされた、それ以上の処方をおこなったときには、超過した分の薬剤料のみではなく、調剤料、処方料、処方箋料および調剤技術基本料の算定ができない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とされている（泌尿器科診療ではありえないだろう）。

【リフィル処方箋の導入】

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組。医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者に対して発行。

方法：保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間。保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内。

コメント

療養担当規則で限度が定められている医薬品のリフィルはできないと定められている。一般的な薬は療養担当規則で90日が限度と定められているわけではないが、審査上の扱いは医師の予見できる範囲内として90日が上限とされており、また新規ARSIは30日が上限とされている。

リフィル処方の対象は医師が患者の病状等を踏まえ個別に医学的に適切と判断した期間とされているが、その対象は生活習慣病のような比較的安定した病態を想定していると考えられる。新規ARSIの対象は去勢抵抗性前立腺癌や転移性去勢感受性前立腺癌であり安定している状況と判断するのは無理があると思われるため、新規ARSIの30日処方の処方箋をリフィル可とすることは問題があると判断される。

ARSIの30日を超える長期処方に関しても、ほとんどの例が高額療養費制度の対象となるため「療養担当規則第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。(健康保険事業の健全な運営の確保)」に抵触する可能性がある。

第2章 特掲診療料 第5部 投薬—③

審査機関による一審では判断できない内容なので、保険者からの再審査請求にて大きな査定になることが考えられる。注意が必要であろう。リフィル処方の導入は医療費の抑制が大きな目的である。患者からリフィル処方箋の発行を依頼されたときの対応などは日ごろから検討しておく必要があるだろう。

【参考】 投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間に上限が設けられている医薬品	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する麻薬（30日を限度とされているものを除く。） ○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（30日又は90日を限度とされているものを除く。） ○新医薬品であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。）
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤 ○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬 ○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

【退院時処方に関して】

保険医療機関から介護老人保健施設に直接入所する場合、あるいは保険医療機関から療養病棟、回復期リハビリテーション入院料等の投薬の費用が包括されている病棟へ転入院する場合は、退院時処方では認められない。

投薬が包括されている病棟に入院している患者が退院する場合に在宅で使用する薬剤については、薬剤料に係わる費用は算定できる。ただし調剤料等の投薬に係わる技術料は算定できない。

投薬の費用

「調剤料＋処方料＋薬剤料＋特定医療材料」または「処方箋料」にて算定

【F000 調剤料】

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

【F200 薬剤】

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える

場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。(五捨六入である)

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

【薬剤の所定単位】

一回の処方において、2種以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点および服用回数が同じであるものについては、次のものを除き1剤として算定する。

- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- イ 固形剤と内用液剤の場合
- ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

【多剤投与の場合の算定】

ア 外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

- (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。
- (ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

※ 「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」とされているため高額な医薬品を処方するときには注意が必要です。

【F100 処方料】

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 18点 |
| 2 | 1以外の場合であつて、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合 | 29点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 42点 |

【特定疾患処方管理加算（診療所又は許可病床数が200床未満の病院）】 56点

特定疾患治療管理料が算定されたときには、算定対象の特定疾患に対する薬剤の投与処方期間が28日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上）の処方を含む。）を行った場合、特定疾患処方管理加算として56点の算定が可能。

今回の改定前は算定対象の特定疾患以外に対する薬剤の投与に対し特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点が算定可能であったが、この特定疾患処方管理加算1が廃止された。また特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算2の66点が算定できたが、特定疾患処方管理加算に変更56点に減点された。

F400 処方せん料（今回の改定で減点）された。）

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 20点 |
| 2 | 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合 | 32点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 60点 |

○特定疾患処方管理加算は処方料と同様に算定可能

【一般名処方による処方箋を交付したときの加算】

薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につきそれぞれ一般名処方加算が算定できます。（今回の改定で増点）

- | | | |
|---|--|----|
| イ | 一般名処方加算1 | 8点 |
| | 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方 | |
| ロ | 一般名処方加算2 | 6点 |
| | 1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合 | |

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

【術後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）
 - ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合 注射3日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤
 - イ. 大手術の場合 注射5日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」

のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤

2. 炎症病名がある場合

ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合

イ. 大手術の場合

ともに

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可

投与期間と種別は、ケースバイケース

【検査後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）

内視鏡、生検、尿道ブジー、逆行性尿道造影等の場合

注射1日または内服3日まで

ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤

2. 炎症病名がある場合

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可

投与期間と種別は、ケースバイケース

※ ベシケア、ウリトス、ステーブラ、トビエース、ベタニス、ベオーバなどの過活動膀胱治療薬投与に際しては、レセプト傷病名欄に「過活動膀胱」の病名が必要である。

※ 去勢抵抗性前立腺癌治療薬（イクスタンジ、ザイティガ、アーリーダ、ニューベクオ）の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。これらの薬剤は他の適応症（遠隔転移を有する前立腺癌）に対して投与されたときも同様である。

※ 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対する分子標的薬の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。

第6部 注射

【注射の手技料について】

- ※1 検査にあたって使用した薬剤の費用は別に算定できるが、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を検査の項目で算定する)
- ※2 処置にあたって、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を処置の項目で算定する)
- ※3 手術当日に手術（自己血貯血は除く）に関連して行う処置の費用及び注射の手技料は、算定できない。(薬剤料を手術の項目で算定する)
- ※4 自己血貯血当日のエリスロポエチン製剤の注射手技料および鉄剤の点滴手技料は算定できません。

【中心静脈注射】

- ※1 単なるルート確保であれば、G004点滴注射になります。
- ※2 点滴内容にカロリーが入っていなければ、G004点滴注射となることもあります。
- ※ 中心静脈注射用カテーテル挿入後、抜去の手技料はありません。

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リュープロレリン注、ゾラデックス注、ゴナックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。

【介護老人保険施設入所者の外来受診時の抗がん剤投与に関して】

介護老人保健施設入所中の患者の外来診療時、リュープリン、ゾラデックス、ゴナックス、ゾメタ、ランマークなどを抗悪性腫瘍剤の注射の算定が認められる。抗悪性腫瘍剤の内服薬は以前より算定可能

第7部 リハビリテーション (略)

第8部 精神科専門療法 (略)

第9部 処置

処置の費用

「第1節処置料」+「第2節処置医療機器等加算（酸素加算等）」+「第3節薬剤料」+
「第4節特定保険医療材料料」

対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

★ 処置のために使用したあるいは使用する薬剤は処置の項目で算定し、処方料、処方せん料、調剤基本料は算定できない。

【泌尿器科外来で算定される主な処置】

J000 創傷処置 1 100平方センチメートル未満 52点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点 4 3,000平方センチメートル以上 6,000平方センチメートル未満 160点 5 6,000平方センチメートル以上 275点 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、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。	在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定できない。
J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 420点 注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	
J043-3 ストーマ処置（1日につき）（点数の見直し） 1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点 2 ストーマを2個以上もつ持つ患者に対しておこなった場合 120点	
J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 150点 注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。	尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断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等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。
J043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1400点	
J058 膀胱穿刺 80点	
J059 陰嚢水腫穿刺 80点	
J059-2 血腫、膿腫穿刺 80点	

第2章 特掲診療料 第9部 処置－②

J060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。	（1）カテーテル留置中に膀胱洗浄を行った場合は、1日につき、膀胱洗浄により算定する。 （2）膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。
J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点	（3）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。
J061 腎盂洗浄（片側） 60点	（1）腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。 （2）尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D318」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる
J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,612点 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
J063 留置カテーテル設置 40点 注1 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	（1）長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。 （2）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。 （3）留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
J064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点 注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。
J065 間歇的導尿（1日につき） 150点 注 在宅自己導尿を予定している入院中の患者に対し、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、親水性カテーテル加算として70点を所定点数に加算	間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。
J066 尿道拡張法 216点	
J066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	

J067 誘導ブジー法 270点	
J068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点	小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。
J069 前立腺液圧出法 50点	
J070 前立腺冷温榻 50点	
J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点 注 入院中の患者以外の患者について算定する。	（1）干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。 （2）治療開始時点においては、3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。
J070-4 磁気による膀胱等刺激法 70点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	（1）次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。 ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者 イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者 （2）1週間に2回を限度とし、6週間で1クールとして、1年間に2クールに限り算定できる。

- ※1 在宅自己導尿指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者では膀胱洗浄、後部尿道洗浄、留置カテーテル設置、導尿（薬剤および特定保険医療材料に係わる費用を含む）は算定できない。
- ※2 腎瘻の交換、膀胱瘻の交換は、留置カテーテル設置又は尿路ストーマカテーテル交換法で算定
- ※3 尿路ストーマカテーテル交換法は尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に算定可です。
- ※4 尿路ストーマカテーテル交換法は対称器官同時に行った場合も処置料は一回のみの請求となる。両側の腎瘻交換、両側尿管皮膚瘻交換をおこなっても一回のみの請求となる。

尿管皮膚瘻の交換では、留置カテーテル設置は算定できない。

（平成11年版および平成13年版医科報酬Q&Aより）

問 尿管皮膚瘻から腎盂に留置してあるカテーテルを交換した場合、留置カテーテル設置として算定できるか？

答 算定できない。

問 尿管皮膚瘻で同一日の留置カテーテル設置と腎盂洗浄は併せて算定できるか？

答 腎盂洗浄のみ算定する

【尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等に関して】

透視による確認（透視診断の費用は請求できない）、超音波断層法なども含まれる。

泌尿器科医がカテーテルの位置確認のために行う膀胱洗浄・腎盂洗浄も尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等にあたるとして、膀胱洗浄・腎盂洗浄による位置確認で尿路ストーマカテーテル交換法を認めている都道府県がほとんどである。（平成30年12版より継続して記載）

「記載要領」

干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

磁気による膀胱等刺激法を算定した場合は、当該療法の初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載すること。

点数が請求できない場合のレセプト記載について
(記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力ください)

留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみの算定となります。この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力ください。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」の請求がでてきます。この中にカテーテル代の請求があります。カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求が出てきません。保険者が納得できるレセプト作成にご協力ください。

第10部 手術

第1節 手術料

第2節 輸血料

第3節 手術医療機器等加算

第4節 薬剤料

第5節 特定保険医療材料料

手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定

手術に伴って行った処置及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、手術料に含まれ別に算定できない。

第3節手術医療機器等加算、第4節薬剤料（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）第5節特定保険医療材料料を合算した点数により算定する。

対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。（検査、処置と異なるところ）

同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

以下の特例を除き、主たるもので算定

- 複数手術に係わる費用の特例で50/100の加算が決められているもの。
- 手術の通則14に通知されている場合（胃手術と腎摘出術、胃切除と直腸切除の組み合わせ）

★ 腎盂尿管癌と膀胱癌があり、腎盂尿管全摘術と膀胱全摘術が併施されたときは、連続性を有する臓器ではあるが手術内容が全く異なるため、遠隔部位の2手術を行う場合と同様と判断されるため審査上、両者の算定が認められている。

第1節 手術料

【泌尿器科外来として算定される主な手術】

皮膚

K000 創傷処理

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------|
| 1 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） | 1,400点 |
| 2 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 1,880点 |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | |
| | イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） | 9,630点 |
| | ロ その他のもの | 3,090点 |
| 4 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） | 530点 |
| 5 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 950点 |

第2章 特掲診療料 第10部 手術―②

6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,480点

注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 長径2センチメートル未満 | 1,660点 |
| 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 | 3,670点 |
| 3 長径4センチメートル以上 | 4,360点 |

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）

- | | |
|---------------------------|--------|
| 1 長径3センチメートル未満 | 1,280点 |
| 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 | 3,230点 |
| 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 | 4,160点 |
| 4 長径12センチメートル以上 | 8,320点 |

腎臓・尿管

- | | |
|----------------------------|---------|
| K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 | 19,300点 |
| K771 経皮的腎嚢胞穿刺術 | 1,490点 |
| K775 経皮的腎（腎盂）瘻造設術 | 13,860点 |
| K775-2 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき） | 6,000点 |
| K781 経尿道的尿路結石除去術 | |
| 1 レーザーによるもの | 22,270点 |
| 2 その他のもの | 14,800点 |
| K783 経尿道的尿管狭窄拡張術 | 20,930点 |
| K783-2 経尿道的尿管ステント留置術 | 4,080点 |
| K783-3 経尿道的尿管ステント拔去術 | 1,300点 |

膀胱

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| K797 膀胱内凝血除去術 | 2,980点 |
| K798 膀胱結石、異物摘出術 | |
| 1 経尿道的手術 | 8,320点 |
| 2 膀胱高位切開術 | 3,780点 |
| 3 レーザーによるもの | 11,980点 |
| K798-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用） | 8,320点 |
| K800-2 経尿道的電気凝固術 | 9,060点 |

尿道

- | | |
|-----------------|--------|
| K813 尿道周囲膿瘍切開術 | 1,160点 |
| K814 外尿道口切開術 | 1,010点 |
| K815 尿道結石、異物摘出術 | |
| 1 前部尿道 | 2,180点 |
| 2 後部尿道 | 6,300点 |
| K816 外尿道腫瘍切除術 | 2,180点 |

K821 尿道狭窄内視鏡手術	15,040点
K821-2 尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点
K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K822 女子尿道脱手術	7,560点
K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点

陰茎

K824 陰茎尖圭コンジローム切除術	1,360点
K828 包茎手術	
1 背面切開術	830点
2 環状切除術	2,040点

精巣

K829 精管切断、切除術（両側）	2,550点
K830 精巣摘出術	3,816点

前立腺

K839 前立腺膿瘍切開術	2,770点
K841 経尿道的前立腺手術	
1 電解質溶液利用のもの	20,400点
2 その他のもの	18,500点
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	20,470点
2 ツリウムレーザーを用いるもの	20,470点
3 その他のもの	19,000点
K841-3 経尿道的前立腺高温治療（一連につき）	5,000点
K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000点
K841-5 経尿道的前立腺核出術	21,500点
K841-6 経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療	12,300点
K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）	18,500点

※ 腎瘻造設や膀胱瘻造設時に使用される「造設用セット」「交換用セット」が廃止され、構成品に基づいた機能区分に分割された。ダイレーター、穿刺針、膀胱瘻用穿刺針に分類された。「いずれの材料も、原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること」とされた。

※ 「経皮的腎瘻拡張術」適正な病名として「腎瘻造設状態：Z936」または「腎瘻の術後：N288」と「水腎症：N133」を確実に入れて頂くようお願いします。

※ 以前から体外衝撃波尿路結石破碎術や経尿道的尿路結石除去術に伴い留置された尿管ステントの抜去が保険請求可能か否かなど議論のあったところである。R4年の改定に伴い発出された疑義解釈において、既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて交換のみを行う場合は区分番号「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を

併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて抜去のみを行う場合は区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を算定するとされた。

診療報酬点数表には記載がありませんが、尿管ステント抜去術がみとめられた改定において、疑義解釈にて「予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められない」とされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

【手術の算定例】

- ◇ K797膀胱内凝血除去術についてTUR-Bt、TUR-Pなどの内視鏡手術の術後の膀胱タンポナーデになった場合に算定

手術ですので麻酔が必要、洗浄液の量で判断（少なければJ060膀胱洗浄（60点）となります）。

- ◇ 膀胱良性腫瘍で経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った場合

K800-2 経尿道的電気凝固術（9,060点）で算定

- ◇ 尿道狭窄と膀胱癌の手術を同時に行った場合

K803-6 膀胱悪性腫瘍手術・経尿道的手術（13,530点又は10,400点）またはK821尿道狭窄内視鏡手術（15,040点）のどちらか一方で算定

- ◇ 尿道良性腫瘍に対して経尿道的手術を行った場合（コメント要）

K815 尿道結石、異物摘出術 1 前部尿道（2,180点）または後部尿道（6,300点）どちらかで算定

- ◇ 腎尿管悪性腫瘍と膀胱悪性腫瘍の手術を同時に行った場合
（都道府県によって異なる場合があります。）

膀胱全摘出を行わない場合

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（1・2・3・4・5・6）のどちらか一方で算定

膀胱全摘出を行う場合（コメント要）

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（2・3・4・5）の両者算定可

複数手術に係る費用の特例について（平成30年3月20日保医発第0320 1）

- 1 「複数手術に係る費用の特例」別表第一及び別表第三の上（右）欄と下（右）欄に掲げる手術について2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数の他、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。
- 2 「複数手術に係る費用の特例」別表第二に掲げる手術のうち2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数に、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。なお、当該手術には、緊急的に実施されない場合を含む。
- 3 従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加えて算定する場合、従たる手術の所定点数には注による加算は含まれない。なお、合算の対象となる従たる手術は1種類とする。
- 4 「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。なお、別表第一及び別表第三の左欄に掲げる手術等が必ずしもこれに該当するものではないので留意されたい。

別表第一

K643 後腹膜悪性腫瘍手術	K695 肝切除術 K772 腎摘出術
K716 小腸切除術	K633 ヘルニア手術 K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K714 腸管癒着症手術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K740 直腸切除・切断術	K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K719 結腸切除術 K799 膀胱壁切除術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K843 前立腺悪性腫瘍手術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K751 鎖肛手術	K138 脊椎披裂手術 K191 脊髄腫瘍摘出手術 1 髄外のもの K751-2 仙尾部奇形腫手術 K809-2 膀胱尿管逆流手術 K859 造脛術、脛閉鎖症術
K764 経皮的尿路結石除去術 （経皮的腎瘻造設術を含む）	K781 経尿道的尿路結石除去術
K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術	K619 静脈血栓摘出術 K702 睪体尾部腫瘍切除術 1 睪尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合 K711 脾摘出術 K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術
K780 同種死体腎移植術	K772 腎摘出術

第2章 特掲診療料 第10部 手術—⑥

K798 膀胱結石、異物摘出術（経尿道的手術及びレーザーによるものに限る。）	K841 経尿道的前立腺手術 K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの及びツリウムレーザーを用いるものに限る。） K841-5 経尿道的前立腺核出術 K841-6 経尿道的前立腺吊上術 K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療 K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）
K803 膀胱悪性腫瘍手術	K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術 K849 女子外性器腫瘍摘出術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K818 尿道形成手術 1 前部尿道（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	K825 陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
K819 尿道下裂形成手術	K836 停留精巣固定術
K826-3 陰茎様陰核形成手術	K859 造脛術、脛閉鎖症術 3 脛断端挙上によるもの

別表第二

K534 横隔膜縫合術 K615-2 経皮的大動脈遮断術 K640 腸間膜損傷手術 K647 胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。） K655 胃切除術 K672 胆嚢摘出術 K690 肝縫合術 K695 肝切除術 K701 脾破裂縫合術 K710 脾縫合術（部分切除を含む。） K711 脾摘出術 K712 破裂腸管縫合術 K726 人工肛門造設術 K757 腎破裂縫合術 K769 腎部分切除術 K787 尿管尿管吻合術 K795 膀胱破裂閉鎖術
--

別表第三（略）

複数の腹腔鏡下手術の算定について

平成14年度版Q&Aでは主たるもののみ算定するとあったが、
 腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない2手術を同時に行う場合
 腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の2手術を行う場合は「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。
 なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は「通則3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。
 と記載されている。
 現状ではどの組み合わせが認められるかは、都道府県により差があると思われる。

第2節 輸血料

輸血における注入量は1日における保存血および血液成分製剤の実際に注入した総量または原材料として用いた血液の総量のうち少ない量により算定する。
 不規則抗体検査加算についての算定は歴週（日曜～土曜）単位で算定可能である。

※ 輸血は手術（Kコード）での算定となりますので、実施日の記載が必要です。
 「厚生労働省保健局医療課長通達（平成18年3月29日保医発第0329003号）」

自己血貯血の際の薬剤の請求について（エスポー、エボジンの使用にあたって）
 貯血量800mL以上で1週間以上の貯血期間

薬剤費は外来レセプトで請求
 手術予定日、貯血日（次回の貯血予定日又は前月の貯血日）貯血量、投与前の体重、貯血前のHb濃度等の記載要）

保険で認められる必要条件（貯血開始前）
 体重70kg以上……ヘモグロビン濃度13g/dL以下
 体重70kg未満……ヘモグロビン濃度14g/dL以下

自己血貯血量が算定可（自己血輸血に関係なく）
 自己血輸血は、手術時および手術後3日以内に輸血を行ったときには算定可
 自己血貯血量当日の注射手技料は算定可（平成20年4月改定より）

自己血貯血に使用する薬剤は以下のものです。

エスポー皮下注6000、9000、12000、24000、
 エボジン注1500、3000、6000
 エボジン皮下注24000

第3節 K393-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算450点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

第2章 特掲診療料 第10部 手術―⑧

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算について)

◇ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する事務連絡)

問 手術医療機器等加算については、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日医療課事務連絡)の「問180」(編注；「(複数手術に係る費用の特例に関する事務連絡)」参照。)において、従たる手術の費用が算定できない場合には算定できない旨回答されているが、K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の算定要件に「人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うこと」とあることから、算定要件を満たしていれば告示及び通知(手術「通則14」にて、同一手術野、同一病巣にかかる手術として請求できない等)で人工肛門・人工膀胱造設術の請求ができない場合においても当該加算は請求できると解していいか。

答 人工肛門・人工膀胱造設の手術が算定できない場合にあっても、当該加算の算定はやむを得ない。
(平24.8.9 その8・問45)

(厚生労働大臣が定める施設基準「注」)

◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「特掲診療科の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第63号)の第十二の三の二の四を参照。

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

- L009麻酔管理料（Ⅰ）は常勤の麻酔科標榜医が行った場合に算定し、L010麻酔管理料（Ⅱ）は常勤の麻酔科標榜医の指導のもと、麻酔科標榜医以外の医師が行った場合に算定する。
- 1つの手術に対し、複数の方法で麻酔を行った場合は主なもので算定する
脊椎麻酔と全身麻酔の同時算定は認められない。
- 静脈麻酔の手技料は、静脈麻酔剤と分類される薬剤を使用して麻酔を行ったときには算定可であるが、ソセゴン・ホリゾン・ドルミカムなどの静脈麻酔薬以外のみを薬剤を使用したときには算定できない。
- 緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外におこなわなければならない。
即ち算定日は麻酔の翌日以降であることが望ましい。

第12部 放射線治療（略）

第13部 病理診断

第1節 病理標本作成料

- 対称器官で左右検査を行った場合、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料として左右1臓器で算定。

例

両側の尿管カテーテル法を行い採取した両側の腎盂尿の細胞診を検査したとき。
両側の尿管皮膚瘻より採取した尿を同時に細胞診に提出したとき。

- ※1 尿細胞診は、2穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの190点となります。
- ※2 尿は膀胱腔から排出された液体のため（体腔液細胞診）
- ※3 膀胱洗浄液・腎盂洗浄液等もこれに該当します（体腔洗浄細胞診）
- ※4 尿細胞診の算定は以前は「血尿」の病名で認められていたが、近年は「血尿」の病名のみでは査定されるようになった。「膀胱がんの疑い」などの病名が必要である。

不妊手術をすれば、届出を

不妊手術をした時、保健所を通じて都道府県知事に届出を出していますか？泌尿器科医でも産婦人科医でも不妊手術をすれば、母体保護法(旧優生保護法より改正)第25条により届出の義務があります。これに違反したものには、罰金刑(母体保護法第32条)の規定があります。罰金刑に処せられますと、医師法第7条により医師免許の取り消しまたは医業停止処分となりますのでご注意ください。

母体保護法第3条

医師は、次の各号の一に該当する者に対して、本人の同意及び配偶者（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。）があるときはその同意を得て、不妊手術を行うことができる。ただし、未成年者については、この限りでない。

- 一 妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼすおそれのあるもの
- 二 現に数人の子を有し、かつ、分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれのあるもの
- 2 前項各号に掲げる場合には、その配偶者についても同項の規定による不妊手術を行うことができる。
- 3 第一項の同意は、配偶者が知れないとき又はその意志を表示することができないときは本人の同意だけで足りる。

母体保護法第25条

医師又は指定医師は、第3条第一項又は第14条第一項の規定によって不妊手術又は人工妊娠中絶を行った場合は、その月中の手術結果を取りまとめて翌月十日までに、理由を記して、都道府県知事に届け出なければならない。

母体保護法第26条

不妊手術を受けた者は、婚姻しようとするときは、その相手方に対して、不妊手術を受けた旨を通知しなければならない。

母体保護法第28条

何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術又はレントゲン照射を行ってはならない。

母体保護法第32条

第25条の規定に違反して、届出をせず又は虚偽の届出をした者は、これを十万円以下の罰金に処する。

医師法第7条

2 医師が第4条各号のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為があったときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて医業の停止を命ずることができる。

医師法第4条

次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 1 省略
- 2 省略
- 3 罰金以上の刑に処せられた者
- 4 前号に該当する者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者

審査用語について

一次審査の容認：医療機関のレセプト内容に問題はありません。

一次審査の査定：医療機関のレセプト内容に問題があります。

A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの

B：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められないもの

C：療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの

D：告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの

一次審査での返戻：レセプト内容に不備があります。このままでは査定となります。そこで一旦、医療機関に戻しますので病名を追加するか、修正するか、症状詳記を追加するなど改良して下さい。その上で再提出して下さい。再審査します。ただし、何の改善・記載等が無ければ査定します。

保険者再審査での容認：一次審査では容認したが、保険者の申し出の通りレセプト内容に問題があり査定となる。

A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの

B：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められないもの

C：療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの

D：告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの

保険者再審査での原審：一次審査では容認したが、保険者の申し出にもかかわらずレセプト内容に問題がない。

保険者再審査での返戻：レセプト内容に不備があります。このままでは査定となります。そこで一旦、医療機関に戻しますので質問等に回答の上で再提出して下さい。再審査します。傷病名の追加は認められません。

保険者再審査での問合せ：レセプト内容に疑義があります。このままでは査定となります。返戻しますと傷病名の追加・変更やレセプトの再作成等の可能性がありますので問合せを行います。質問等に回答の上で再提出して下さい。再審査します。

保険や審査に関するご質問は事務局までお寄せ下さい。査定や返戻に関しては、該当するレセプト（コピー）と事由（A、B、C、D）を記載して下さい。Q&Aとして会報等でお知らせいたします。尚、名称等個人情報に関する事項は公表しません。

通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断

区分	検査名	対象疾患・対象患者等	目的	備考
検体検査実施料	時間外緊急院内検査加算	入院中の患者以外の患者		
検体検査実施料	外来迅速検体検査加算	入院中の患者以外の患者		
D001 9	トランスフェリン（尿）	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）		
D001 10	アルブミン定量（尿）	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）		
D001 19	シュウ酸（尿）	再発性尿路結石の患者		キャピラリー電気泳動法により行った場合
D002	尿沈渣（鏡検法）	尿中一般物質定性半定量検査若しくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合		
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	尿中一般物質定性半定量検査若しくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合		
D006 29	トロンボモジュリン	① 膠原病 ② DIC若しくはそれに引き続いて起こるMOF	① 診断若しくは経過観察 ② 観察	
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	膀胱がんの患者であって、上皮内癌(CIS)と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者。 同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る	再発の診断の補助	経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。 本検査を実施した場合には、上皮内癌(CIS)と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
D006 30	フィブリンモノマー複合体	静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症	診断及び治療経過の観察	
D007 23	総カルニチン及び遊離カルニチン	① 先天性代謝異常症 ② 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症	① 診断補助又は経過観察 ② 診断補助若しくは経過観察	関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイクリング法により測定した場合
D007 29	シスタチンC	尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合		
D007 31	ペントシジン	尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合		

D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性及び定量	急性心筋梗塞	診断	
D007 45	ヒアルロン酸	慢性肝炎の患者	慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認	
D007 52	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	高トリグリセライド血症及びLPL欠損症が疑われる場合	鑑別	
D007 58	プロカルシトニン (PCT) 定量又は同半定量	敗血症 (細菌性) を疑う患者		
D007 60	プレセシン定量	敗血症 (細菌性) を疑う患者		
D007 62	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃	慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンD依存症Ⅰ型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病	診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD ₃ 剤による治療中	
D008 19	脳性Na利尿ペプチド (BNP)	心不全	診断又は病態把握	
D008 21	脳性Na利尿ペプチド前駆体フラグメント (NT-proBNP)	心不全	診断又は病態把握	
D008 18	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβサブユニット (HCG-β)	HCG産生腫瘍患者		
D008 36	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP)	① 高カルシウム血症 ② 悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症	① 鑑別 ② 治療効果の判定	
D008 38	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	① 高カルシウム血症 ② 悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症	① 鑑別 ② 治療効果の判定	
D008 41	エリスロポエチン	① 赤血球増加症 ② 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者 ③ 骨髓異形成症候群に伴う貧血	① 鑑別診断 ② 腎性貧血の診断 ③ 治療方針の決定	
D008 49	ノルメタネフリン	褐色細胞腫	診断又は術後の効果判定	
D009	腫瘍マーカー	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者		
D009 1	尿中BTA	膀胱癌であると既に確定診断がされた患者	膀胱癌再発の診断	悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定
D009 9	前立腺特異抗原 (PSA)	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		
D009 12	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)	尿沈渣 (鏡検法) により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者		尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。
D009 21	サイトケラチン8・18 (尿)	尿沈渣 (鏡検法) により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者		尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。
D009 17	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	診療及び他の検査 (前立腺特異抗原 (PSA) 等) の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者		

D009 23	I 型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP)	乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者	骨転移の診断	悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定
D009 31	S2、3 PSA%	前立腺特異抗原 (PSA) の結果が4.0ng/mL以上10.0ng/mL以下であるもの。	前立腺癌の診断	LBA法 (定量) により測定した場合
D009 32	プロステートヘルスインデックス (phi)	(イ) 前立腺特異抗原 (PSA) 値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下 (ロ) 50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原 (PSA) 値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下 (ハ) 65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原 (PSA) 値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下	診断の確定又は転帰の決定	CLEIA法により、前立腺特異抗原 (PSA)、遊離型PSA及び[-2]proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス (phi) を算出した場合
D009 36	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	非ホジキンリンパ腫、ATL	診断	非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。
D011 6	血小板関連IgG (PA-IgG)	特発性血小板減少性紫斑病	診断又は経過判定	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D011 10	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D011 11	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D012 28	ノロウイルス抗原定性	当該ウイルス感染症が疑われる以下のいずれかに該当する患者 ア 3歳未満の患者 イ 65歳以上の患者 ウ 悪性腫瘍の診断が確定している患者 エ 臓器移植後の患者 オ 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者		
D012 46	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患 (骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等)	診断	
D012 44	(1→3)-β-D-グルカン	① 深在性真菌感染症が疑われる患者 ② 深在性真菌感染症	① 治療法の選択 ② 治療効果の判定	
D014 31	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	急速進行性糸球体腎炎	診断又は経過観察	
D014 32	抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群	診断又は治療方針の決定	
D015 29	結核菌特異的インターフェロニン-γ産生能	診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者		
D023 5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	① クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なもの クラミジア ② トラコマチスと淋菌の重複感染者	① 治療法選択 ② 治療効果判定	

D023 9	HCV核酸検出	C型肝炎	治療方法の選択及び治療経過の観察	
D023 18	HIV－1 核酸定量	① HIV感染者 ② HIV－1 抗体、HIV－1,2抗体定性、同半定量、HIV－1,2抗原・抗体同時測定定性、同定量、HIV－1,2抗体定量が陽性の場合	① 経過観察 ② 確認診断	
D216-2	残尿測定検査	前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者		
D217	骨塩定量検査	骨粗鬆症	診断及びその経過観察	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合		
D290-2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	尿失禁患者	定量的な尿失禁の評価	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー 「注」の狭帯域光強調加算	上皮内癌（CIS）と診断された患者	治療方針の決定	
D318	尿管カテーテル法（両側）	尿管の通過障害、結石、腫瘍等	検索	

検査の同時算定一覧（泌尿器科関連のみ）

NO	検査名	点数	算定ルール	点数表区分
1	時間外緊急院内検査加算	200	同一日に外来迅速検体検査加算は別に算定できない。	
	外来迅速検体検査加算	10		
2	アルブミン定量（尿）	99	主たるもののみ（3月に1回に限り算定できる。）（同時）	D001 10
	トランスフェリン（尿）	98		D001 9
	Ⅳ型コラーゲン（尿）	184		D001 16
3	尿沈渣（鏡検法）	27	主たるもののみ算定	D002
	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	24		D002 2
4	尿沈渣（鏡検法）	27	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D002
	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	50～64		D017
5	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	24	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D002 2
	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	50～64		D017
6	末梢血液像（自動機械法）	15	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D005 3
	好酸球数	17		D005 4
	末梢血液像（鏡検法）	25		D005 6
6	ヘモグロビンA1C（HbA1C）	49	同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。	D005 9
	グリコアルブミン	55		D007 17
	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）	80		D007 21
7	膀胱がん関連遺伝子検査	1597	主たるもののみ	D006-15
	細胞診（1部位につき）の「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合	190		N004
8	アルブミン	11	主たるもの2つ	D007 1
	総蛋白	11		D007 1
	蛋白分画	18		D007 4
9	カルシウム	11	いずれか一方（同時）	D007 1
	イオン化カルシウム	26		D007 7
10	クレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）	11	主たるもののみ	D007 1
	イヌリン	120		D007 32
11	HDL-コレステロール	17	主たるもの2つ	D007 3
	総コレステロール	17		D007 3
	LDL-コレステロール	18		D007 4
12	重炭酸塩	48	血液ガス分析のみ（同一検体）	D007 14
	血液ガス分析	131		D007 35
13	ALPアイソザイム	96	主たるもののみ	D007 24
	ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）	180		D007 46
	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	157		D008 27
14	ペントシジン	118	主たるもののみ	D007 31
	シスタチンC	112		D007 29

15	心筋トロポニンI	109	主たるもののみ（同一月）	D007 29
	心筋トロポニンT（TnT）定性・定量	109		D007 29
16	心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性及び定量	131	主たるもののみ	D007 35
	ミオグロビン定性又は定量	131		D007 35
17	プロカルシトニン（PCT）定量	276	主たるもののみ	D007 58
	プロカルシトニン（PCT）半定量	276		D007 58
	プレセブシン定量	301		D007 60
	エンドトキシン	229		D012 55
18	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性	55	主たるもの1つ	D008 1
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン- β サブユニット（HCG- β ）	129		D008 18
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量	130		D008 19
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	130		D008 19
19	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	130	主たるもの1つ（1週間以内）	D008 19
	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）	136		D008 21
	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	221		D008 46
20	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	156	いずれか1つ	D008 26
	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）	156		D008 28
	オステオカルシン（OC）	157		D008 25
	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）	191		D008 39
	前立腺特異抗原（PSA）	121	主たるもの	D009 9
	遊離型PSA比（PSA F/T比）	150		D009 17
	S2、3 PSA%	248		D009 31
	プロステートヘルスインデックス（phi）	281		D009 32
21	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）	139	いずれか一方	D009 12
	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿）	139		D009 12
	サイトケラチン8・18（尿）	160		D009 21
22	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）	376	主たるもの	D011 9
	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）	390		D011 10
	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性	420		D011 11
23	梅毒血清反応（STS）定性	15	主たるもの	D012 1
	梅毒血清反応（STS）半定量	34		D012 5
	梅毒血清反応（STS）定量	34		D012 5
24	カンジダ抗原定性、同半定量、同定量	134	主たるもの	D012 23
	アラビニトール	160		D012 34
	アスペルギルス抗原	157		D012 32

	クリプトコックス抗原半定量	166		D012 36
	クリプトコックス抗原定性	169		D012 37
	(1→3)-β-D-グルカン	195		D012 44
25	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152	主なもののみ	D012 30
	クラミジア・トラコマチス核酸検出	188		D023 1
26	淋菌抗原定性	180	細菌培養同定検査のみ	D012 42
	細菌培養同定検査「1」から「6」	60～225		D018
27	淋菌抗原定性	180	主たるもののみ	D012 42
	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152		D012 30
	細菌培養同定検査「1」から「6」	60～225		D018
	淋菌核酸検出	198		D023 2
	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	262		D023 5
28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152	主たるもののみ	D012 30
	淋菌抗原定性	180		D012 42
	クラミジア・トラコマチス核酸検出	188		D023 1
	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	262		D023 5
29	C反応性蛋白（CRP）定性	16	主たるもののみ	D015 1
	C反応性蛋白（CRP）	16		D015 1
	血清アミロイドA蛋白（SAA）	47		D015 6
30	細菌培養同定検査「1」から「5」	180～225	細菌培養同定検査「1」から「5」のみ（同一検体）	D018
	簡易培養	60		D018 6
31	残尿測定検査 1 超音波検査によるもの	55	主たるもののみ（同一日）	D216-2
	残尿測定検査 2 導尿によるもの	45		D216-2

算定期間の定められている検査(泌尿器科関連で行われているもの)

平成28年の改定で通知により「算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する」とされている。

「算定回数が複数月に一回又は年に一回とされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回である場合は初回である旨）を記載する。

例

月に一回と定められている検査を2月中に施行したときは、3月1日以降になれば再度算定可能

3月に一回と定められている検査を2月中に施行したときは、5月1日になれば再度算定可能

区分番号	検査名	点数		備考
D001 10	アルブミン定量（尿）	99	3月	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）
D001 9	トランスフェリン（尿）	98	3月	
D001 16	Ⅳ型コラーゲン（尿）	184	3月	
D001 19	シュウ酸（尿）	200	1年	再発性尿路結石患者におこなった場合
D005 9	ヘモグロビンA1C（HbA1C）	49	1月	妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1597	経尿道的手術後2年以内に2回	膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者。同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る
D007 17	グリコアルブミン	55	1月	妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007 21	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）	80	1月	
D007 23	総カルニチン及び遊離カルニチン	95	① 1月 ② 6月	① 先天性代謝異常症 ② 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症
D007 31	ペントシジン	118	3月	
D007 32	イヌリン	120	6月	
D007 29	シスタチンC	115	3月	
D007 62	1,25-ジヒドロキシビタミンD3	388	3月	活性型ビタミンD3剤による治療開始後1月以内においては2回
D008 19	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	130	1月	
D008 21	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）	136	1月	
D008 25	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）	156	6月	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
D008 26	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	156	6月	診断補助として1回、その後6月以内に経過観察として1回、治療方針変更後6月以内に1回に
D008 24	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	154	6月	治療開始前においては1回
D008 34	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）（尿）	169	6月	治療開始前においては1回

D008 35	I 型コラーゲン架橋C-テロペプチド- β 異性体 (β -CTX)	170	6 月	治療開始前においては 1 回
D008 39	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	191	6 月	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
D009 2	α -フェトプロテイン (AFP)	98	1 月	
D009 9	前立腺特異抗原 (PSA)	121	3 月	検査結果が4.0ng/mL以上 3 回を上限
D009 31	S2, 3 PSA%	248	3 月	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3 月に 1 回に限り、3 回を限度
D009 32	プロステートヘルスインデックス (phi)	281	3 月	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3 月に 1 回に限り、3 回を限度
D009 10	PIVKA-II 半定量又は定量	131	1 月	
D026	検体検査判断料		1 月	
D216-2	残尿測定検査 超音波によるもの 導尿によるもの	55 45	1 月に 2 回限度	
D217	骨塩定量検査 DEXA法による腰椎撮影 MD法、SEXA法等 超音波法	360 140 80	1 年に 1 回に限り算定する。 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して 1 年以内の場合には 4 月に 1 回	骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1280	6 月	
D290-2	尿失禁定量テスト (パッドテスト)	100	1 月	

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8年5月（社会保険診療報酬支払基金 ホームページより）

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皮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皮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皮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皮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（トラマール注）	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（トラマール注）は、μオピオイド受容体作動による上行性痛覚伝達抑制作用に加え、モノアミンの再取り込み阻害により下行性痛覚抑制系の賦活作用等を有する非麻薬性オピオイド鎮痛剤である。これらの3剤はそれぞれ作用機序が異なる。 以上のことから、アセトアミノフェン静注液、トラマドール塩酸塩注射液に対するフルルビプロフェン アキセチルの併用投与は原則として認められると判断した。	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、標準治療で効果がな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 週間の間隔をあ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。[J AID/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、表在リンパ節等を含む」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】ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・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ポジトロン断層撮影又はE101-3ポジトロン断層・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ポジトロン断層撮影又はE101-3ポジトロン断層・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を用いたポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・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に、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2 mg/mLの算定について	DPCにおいて、アナペイン注2 mg/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2 mg/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2 mg/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2 mg/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

審査情報提供に関して

審査支払機関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・歯科医学的見解に基づいて行われています。

一方、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、審査における一般的な取扱いについて広く関係者に情報提供を行い、審査の透明性を高めることとしております。

このため、平成16年7月に「審査情報提供検討委員会」、平成23年6月に「審査情報提供歯科検討委員会」を設置し、情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例について、情報提供を行ってまいりました。

今後とも、当該委員会において検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしておりますので、関係者の皆様のご参考となれば幸いと考えております。

なお、情報提供する審査の一般的な取扱いについては、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的・歯科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、本提供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ください。

令和8年5月（社会保険診療報酬支払基金 ホームページより）

審査情報提供事例（診療行為等）泌尿器科関連のみ

No.	診療行為名等	取り扱い	取り扱いを定めた理由	留意事項
8	血液ガス分析① 《平成17年4月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	急性期の呼吸不全の場合、毎日複数回の血液ガス分析の算定は認められる。	急性期の呼吸不全とは、血液ガス上PaO ₂ の低下、PaCO ₂ の上昇がもたらされる状態であり、血液ガスを正常化させる呼吸管理が治療上最も重要であり、その為には複数回の血液ガス分析は必要と認められる。	1日の必要回数については、個々の病状により異なる。急性期とは、通常、1～2週間程度である。
9	T3、FT3、T4、FT4（併施） 《平成17年4月25日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、T3とFT3、T4とFT4の併施は認められない。T3およびT4、あるいはFT3およびFT4の組み合わせによる併施は認められる。	日常の臨床の場で、甲状腺ホルモンの動向をみるためには、特定の場合を除き総甲状腺ホルモンT3、T4の測定によってのみでも可能であるが、総甲状腺ホルモン（T3やT4）は、血中ではその大部分が蛋白（TBG等）と結合した形で存在しており、実際の生体での作用は遊離系のfreeT3（FT3）、freeT4（FT4）濃度によって決定されることから、病態の把握には遊離ホルモンの測定がより有用となる。また、甲状腺ホルモンの総量と遊離系ホルモン量とは概ね相関して増減することから、特定の場合を除き、甲状腺ホルモンの測定は、その遊離系ホルモン量あるいは甲状腺ホルモン総量測定のいずれかによることが望ましい。	まれに、TBG異常症等でT3・T4とFT3・FT4との間に乖離（かいり）が見られることがあり、臨床的にそのようなことが想定されT3とFT3、T4とFT4の併施測定の医学的必要性が認められる場合に限り認められる。

16	細菌顕微鏡検査(血液培養) 《平成17年4月25日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、血液培養の際の検体での細菌顕微鏡検査は認められない。	臨床的に感染症の診療に当っては、原虫類、一部のスピロヘータ類は塗抹検査でその種類を特定できるが、細菌類、真菌類の多くは培養検査の結果を待たなければならない。また、検体塗抹検査によって菌が検出されるためには、材料中に多量の菌の存在が必要であり、化学療法の実施した今日にあっては、塗抹検査で菌の検出されることは極めて限られており、日常診療での有用性は極めて限られていると判断される。	原則として、血液培養の際の検体からの細菌顕微鏡検査は認められないが、マラリア、アメーバ赤痢等顕微鏡検査による形態学的診断が極めて重要な役割を演じる疾患であって、当該疾病を疑う医学的必要性が認められる場合は、D005の7血中微生物検査により算定する。
26	血液ガス分析② 《平成18年3月27日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、症状の安定している慢性期の呼吸不全においては、毎日複数回の血液ガス分析の実施は認められない。	室内気吸入時の動脈血酸素分圧(PaO ₂)が60Torr以下の状態が1か月以上持続する状態を慢性呼吸不全というが、慢性期の呼吸不全患者での動脈血ガス分析による経過観察は、通常1～6か月間隔で行う。在宅酸素療法の患者など症状・重症度によっては自ずから頻回の測定が必要となる場合もあり、また適宜外来等においてパルスオキシメーターによる管理も行われるが、連日複数回の血液ガス分析は通常の慢性呼吸不全においてはその必要性は認められない。	慢性呼吸不全の急性増悪期にあっては、連日あるいは1日に複数回の動脈血ガス分析が必要となる場合もあり、このような症例に対しては認められる。
28	梅毒血清反応(STS)定性③ 《平成18年3月27日新規》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、内視鏡検査時における梅毒血清反応(STS)定性は認められる。	梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
29	HBs抗原定性・半定量③ 《平成18年3月27日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、内視鏡検査時におけるHBs抗原定性・半定量は認められる。	B型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
30	HCV抗体定性・定量③ 《平成18年3月27日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、内視鏡検査時におけるHCV抗体定性・定量は認められる。	C型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
31	インスリン(IRI) 《平成18年3月27日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン(IRI)は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。糖尿病の病態把握、特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要な場合もある。 まれな病型であるが、slowly progressive I型糖尿病においては、発症初期には一見II型糖尿病のような臨床症状を呈する。	C-ペプチド(CPR)との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。 インスリン治療中は認められない。
32	C-ペプチド(CPR)	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、C-ペプチド(CPR)は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要である。 まれな病型であるが、slowly progressive I型糖尿病においては、発症初期には一見II型糖尿病のような臨床症状を呈する。また、小児・若年の糖尿病においては、発症初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがある。	インスリン(IRI)との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。
40	血清補体価(CH50) 《平成19年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価(CH50)は認められる。	血清補体価検査は、その病態にII型・III型アレルギー機序が関与する膠原病(全身性エリテマトーデス、クリオグロブリン血症、血管炎症候群等)では低値を示すことが一般的に知られている。 したがって、CH50は膠原病の診断を進める際に用いる血清補体価検査として有用である。	

44	パルスドプラ法加算① 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、腎悪性腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	腎癌の大半は血管の豊富な腫瘍であり診断的価値は大きい。また腎静脈、下大静脈などへの腫瘍浸潤の診断にも有用である。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、腎血管筋脂肪腫などの血管の豊富な腫瘍では、パルスドプラ法が必要である場合がある。
45	パルスドプラ法加算② 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、尿管腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められない。	尿管腫瘍は血流がほとんど存在せず、小さいので診断的価値が小さい。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、進行病変では診断的価値が高いことから、悪性腫瘍、血管病変では必要である場合がある。
46	パルスドプラ法加算③ 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、精索静脈瘤に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	手術適応の決定の際に、精索静脈の血流状態の診断が必要である。	
47	パルスドプラ法加算④ 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	精索及び精巣捻転症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	精巣温存のためには緊急手術を要する疾患であり、その手術適応の決定の際に、精巣の血行障害の診断が必要である。	
95	HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量① 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	入院時の検査として、HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量は認められない。	本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。	
96	HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量② 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	内視鏡検査時の検査として、HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量は認められない。	本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。	
97	呼吸心拍監視① 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	硬膜外麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	硬膜外麻酔による術中・術後において、血圧降下など当然のごとく発生する副作用や術中・術後の出血に伴って発生する偶発事故の兆候を早期に発見するには、呼吸心拍監視を用いる。	手術を伴わない硬膜外麻酔として、硬膜外ブロックでは、偶発事故の発生は少ないことから、呼吸心拍監視の算定については、「心機能の低下があり、神経ブロックによる血圧降下の及ぼす影響が著しく、合併症の危険性が増す」等の医学的に必要な理由がある場合に限られる。
98	呼吸心拍監視② 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	脊椎麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	脊椎麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	
99	呼吸心拍監視③ 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	静脈麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	静脈麻酔を用いる場合、その薬剤の特性から合併症として呼吸停止や血圧降下が見られる。これら術中の合併症の情報を早期に取得するために呼吸心拍監視を用いる。	

100	画像診断① 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	画像診断における腎と尿管は、同一の部位の取扱いとする。	腎・尿管は連続した臓器であり、同一の部位と考えられる。	
101	透視診断① 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	腎盂造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
102	透視診断② 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》 ○	尿管造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
103	透視診断③ 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	膀胱造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
104	透視診断④ 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	血管造影撮影時の透視診断は認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
156	膀胱洗浄 《平成22年 6 月21日新規》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、寝たきり状態の患者に留置カテーテルを設置し、「膀胱炎、尿路感染症」等の病名がない場合の膀胱洗浄は認められる。	寝たきり老人の場合は、排泄の医学的管理上、膀胱留置カテーテルを設置せざるを得ない場合も多い。特に寝たきりの場合、水分摂取も少なく、砂状の沈殿物も多いため、カテーテルが閉塞するトラブルが多く発生するので、頻回のカテーテル交換を予防するため、膀胱洗浄を必要とすることもある。	膀胱洗浄は、医学的には、尿路感染の機会が増大することから、できるだけ施行しない事が望ましい。
157	アルブミン定量（尿） 《平成23年 2 月28日新規》 《平成24年 9 月24日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	糖尿病性早期腎症（第1期又は第2期の記載がないもの。）に対してのアルブミン定量（尿）の算定を認める。	D001の8アルブミン定量（尿）は通知に「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。」とある。 糖尿病診療ガイドラインに糖尿病性腎症病期分類の表が記載されているが、第1期とは尿蛋白（アルブミン）が正常であるもの、第2期とは尿蛋白（アルブミン）が微量アルブミン尿であるものと定義し、第2期を早期腎症と呼称している。傷病名「早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミンを診断できる患者であり、通知に該当すると考えられる。	

295	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA） 《平成26年2月24日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、ANCA関連血管炎（疑いを含む）に対して、抗好中球細胞質ミエロペルオキシターゼ抗体（MPO-ANCA）は認められる。	急速進行性糸球体腎炎は急速に腎機能に影響を及ぼす病態の一つの総称であり、具体的傷病名として多くの疾患が包含されている。ANCA関連血管炎は急速進行性糸球体腎炎の様々な原因疾患の中の一つであり、MPO-ANCAの測定はANCA関連血管炎の診断および病態把握に有用であると考えられる。	「ANCA関連血管炎の疑い」に対して、MPO-ANCAを連月算定する場合は、ANCA関連血管炎を疑う所見等のコメントが必要であり、単に「ANCA関連血管炎の疑い」の病名が記載されているだけでは、MPO-ANCAの算定は認められない。
304	HBs抗原① 《平成28年2月29日新規》	原則として、健診等の結果、血液検査の結果及び症状等から、「B型肝炎の疑い」病名がある場合において、スクリーニングを目的として実施した、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原の算定は認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、健診等で肝機能障害や黄疸が指摘された場合や、血液検査の結果及び全身倦怠感に引き続き食欲不振、悪心・嘔吐などの症状からB型肝炎が疑われる場合に実施されており、B型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。 したがって、B型肝炎が疑われた時点で高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	
305	HBs抗原② 《平成28年2月29日新規》	原則として、手術前及び観血的検査前において、スクリーニングを目的として実施した区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原の算定は認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、一般的に手術前及び観血的検査前において実施されており、B型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。 したがって、手術前及び観血的検査前において高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	
306	HBs抗原③ 《平成28年2月29日新規》	原則として、「B型肝炎」の抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療をしている経過観察において、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を測定し算定することは認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、B型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、肝細胞内のB型肝炎ウイルスの増殖の病態を把握するためにHBs抗原定量値を経時的に測定することが最も有用である。 したがって、B型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	

審査情報提供事例（医薬品等）

No.	医薬品等	使用例	使用例において 審査上認める根拠	留意事項
49	アドレナリン①（循環器科2） 《平成19年9月21日新規》 《平成26年9月22日更新》 ボスミン注	原則として、「アドレナリン」を心停止時の心拍再開のため、1回1mg静注（反復投与）した場合、審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	救急蘇生法の指針（日本版救急蘇生ガイドライン）において心停止時のアドレナリン静脈投与は、1回1mg3～5分間隔で追加投与するとされている。
52	ドパミン塩酸塩①（麻酔科2） 《平成19年9月21日新規》 《平成26年9月22日更新》 イノバン注、他後発品あり	原則として、「ドパミン塩酸塩」を「麻酔時の昇圧、乏尿等の急性循環不全の前状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
73	クロタミトン（皮膚科1） 《平成19年9月21日新規》 オイラックス、クロタミトン軟膏	原則として、「クロタミトン」を「疥癬」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
120	インドメタシン①（麻酔科5） 《平成21年9月15日新規》 インドメタシン坐剤、インテダール、インテバン坐剤、インデラニック坐剤、インデラポロン坐剤、インメシン坐剤、ミカメタン坐剤	原則として、「インドメタシン【坐剤】」を「癌性疼痛」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
121	アミトリプチリン塩酸塩①（麻酔科6） 《平成21年9月15日新規》 《平成26年9月22日更新》 トリプタノール錠	原則として、「アミトリプチリン塩酸塩【内服薬】」を「慢性疼痛におけるうつ病・うつ状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。慢性疼痛に併発するうつ症状の改善、慢性疼痛の補助薬として用いられている。	
122	イミプラミン塩酸塩①（麻酔科7） 《平成21年9月15日新規》 《平成26年9月22日更新》 トフラニール錠	原則として、「イミプラミン塩酸塩【内服薬】」を「慢性疼痛におけるうつ病・うつ状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。慢性疼痛に併発するうつ症状の改善、慢性疼痛の補助薬として用いられている。	
126	アミオダロン塩酸塩（麻酔科11・麻酔科12） 《平成21年9月15日新規》 アンカロン注	原則として、「アミオダロン塩酸塩【注射薬】」を「難治性かつ緊急を要する場合の、心房細動又は心房粗動」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	緊急を要する心房細動又は心房粗動には、他に用いる薬剤が認められており、本剤を第一選択として用いるべきではないこと。
130	ヘパリン類似物質（皮膚科6） 《平成21年9月15日新規》 ヒルドイドクリーム、ヒルドイドソフト軟膏、ヒルドイドローション、他後発品あり	原則として、「ヘパリン類似物質【外用薬】」を「アトピー性皮膚炎に伴う乾皮症」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
165	フマル酸クエチアピン（神経10） 《平成23年9月26日新規》 セロクエル錠、セロクエル細粒	原則として、「フマル酸クエチアピン【内服薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
166	ハロペリドール（神経11） 《平成23年9月26日新規》 ハロペリドール【内服薬】【注射薬】 セレネース錠、セレネース細粒、セレネース注、他後発品あり	原則として、「ハロペリドール【内服薬】【注射薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	

167	ペロスピロン塩酸塩水和物（神経12） 《平成23年9月26日新規》 ルーラン錠	原則として、「ペロスピロン塩酸塩水和物【内服薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
197	フロセミド（麻酔科17） 《平成23年9月26日新規》 ラシックス注、他後発品あり	原則として、「フロセミド20mg【注射薬】」を「急性・慢性腎不全による乏尿」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
198	ニトログリセリン①（麻酔科18） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ミリスロール注、他後発品あり	原則として、「ニトログリセリン【注射薬】」を「異常高血圧」、「開心術後心不全」、「冠動脈虚血」、「肺動脈性肺高血圧症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
199	バソプレシン（麻酔科19） 《平成23年9月26日新規》 ビトレシン注射液	原則として、「バソプレシン【注射薬】」を「急性低血圧」、「ショック時の補助治療」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
203	アデノシン三リン酸二ナトリウム①（麻酔科23） 《平成23年9月26日新規》 アデホス-Lコーワ注、トリノシンS注射液、ATP協和注、ATP注、他後発品あり	原則として、「アデノシン三リン酸二ナトリウム【注射薬】」を「心房性（上室性）頻脈」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
212	ワルファリンカリウム（循環器科5） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ワーファリン錠	原則として、「ワルファリンカリウム【内服薬】」を「心房細動」、「冠動脈バイパス術」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
214	ピペラシリンナトリウム①（化学療法2） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ペントシリン注射用、ペントシリン筋注用、ペントシリン静注用、他後発品あり	原則として、「ピペラシリンナトリウム【注射薬】」を「外傷・熱傷・手術創等の二次感染」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
215	ホスホマイシンナトリウム（化学療法3） 《平成23年9月26日新規》 ホスミンS静注用、ホスミンSバッグ点滴静注用、他後発品あり	原則として、「ホスホマイシンナトリウム【注射薬】」を「緑膿菌を含むバイオフィーム等による多剤耐性菌による感染症（他抗菌薬との併用療法）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
218	メコバラミン②（皮膚科11） 《平成23年9月26日新規》 メチコパール錠、メチコパール細粒【後発品】	原則として、「メコバラミン【内服薬】」を「帯状疱疹」、「帯状疱疹後神経痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
228	カルボプラチン②（耳鼻咽喉科7） 《平成23年9月26日新規》 カルボプラチン点滴静注液、注射用パラプラチン、他後発品あり	原則として、「カルボプラチン【注射薬】」を現行の適応症に対し動脈注射として使用した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	当該医薬品の添付文書に「警告」として、「①本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施すること。適応患者の選択にあたっては、各併用薬剤の添付文書を参照して十分注意すること。また、治療開始に先立ち、

				患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。②本剤を含む小児悪性固形腫瘍に対するがん化学療法は、小児のがん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで実施すること。」との記載があることに留意して、使用されるべきものであること。 また、動脈注射化学療法での使用は、緊急時に十分対応できる医療機関において、十分な経験を持つ医師の下で行うべきであること。
229	シスプラチン②(耳鼻咽喉科8)《平成23年9月26日新規》 ランダ注、プリプラチン注、プラトシン注、他後発品あり	原則として、「シスプラチン【注射薬】」を現行の適応症に対し動脈注射として使用した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	当該医薬品の添付文書に「警告」として、「【注射液】①本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施すること。適応患者の選択にあたっては、各併用薬剤の添付文書を参照して十分注意すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。②本剤を含む小児悪性固形腫瘍に対するがん化学療法は、小児のがん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで実施すること。【動注用】緊急時に十分に措置できる医療施設において、癌化学療法及び肝動注化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例についてのみ投与すること。」との記載があることに留意して、使用されるべきものであること。 また、動脈注射化学療法での使用は、緊急時に十分対応できる医療機関において、十分な経験を持つ医師の下で行うべきであること。
241	ベンジルペニシリンカリウム②(感染症6) 《平成24年3月16日新規》 注射用ペニシリンGカリウム	原則として、「ベンジルペニシリンカリウム【注射薬】」を「壊死性筋膜炎」に対して「1回200～400万単位を4～6時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
242	クリンダマイシンリン酸エステル(感染症7) 《平成24年3月16日新規》 ダラシンS注射液、他後発品あり	原則として、「クリンダマイシンリン酸エステル【注射薬】」を「壊死性筋膜炎」「毒素ショック症候群」に対して「静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
250	スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム④(感染症15) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 ユナシン-S静注用、ピシリバクタ静注用、他後発品あり	原則として、「スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム【注射薬】」を「皮膚・軟部組織感染症」に対して「1回3gを6時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	

251	セファゾリンナトリウム水和物 (感染症16) 《平成24年3月16日新規》 セファメジンα注射用、他後発品あり	原則として、「セファゾリンナトリウム水和物【注射薬】」を「現行の適応症の重症例」に対し「1回2gを8時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
253	セフトジジム水和物(感染症18) 《平成24年3月16日新規》 モダシン静注用、他後発品あり	原則として、「セフトジジム水和物【注射薬】」を「発熱性好中球減少症」に対し「1回2gを8時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	
266	アミカシン硫酸塩②(血液19) 《平成24年3月16日新規》 アミカシン硫酸塩注射液、他後発品あり	原則として、「アミカシン硫酸塩【注射薬】」を「現行の適応症」に対し「1回で1日量を静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
270	チクロピジン塩酸塩②(循環器科9) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 パナルジン錠、パナルジン細粒、他後発品あり	原則として、「チクロピジン塩酸塩【内服薬】」を「心筋梗塞」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
271	アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物③(循環器科10) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 アデホス-Lコーワ注、トリノシンS注射液、他後発品あり	原則として、「アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物【注射薬】」を「発作性上室頻拍」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
287	イミプラミン塩酸塩②(麻酔科28) 《平成24年9月24日新規》 《平成26年9月22日更新》 トフラニール錠、イミドール糖衣錠	原則として、「イミプラミン塩酸塩【内服薬】」を「末梢性神経障害性疼痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
293	カルボプラチン③(泌尿器科1) 《平成26年2月24日新規》 《平成26年9月22日更新》 パラプラチン注射液50mg、同150mg、同450mg、他後発品あり	原則として「カルボプラチン【注射薬】」を「腎機能障害がある尿路上皮癌」に対し点滴静注した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
294	パクリタキセル(泌尿器科2) 《平成26年2月24日新規》 タキソール注射液30mg、100mg、他後発品あり	原則として「パクリタキセル【注射薬】」を「尿路上皮癌(腎機能障害がある場合又は二次化学療法として使用される場合に限る)」に対し、「A法(通常、成人にはパクリタキセルとして、1日1回210mg/m ² (体表面積)を3時間かけて点滴静注し、少なくとも3週間休薬する。これを1クールとして投与を繰り返す。)又はC法(通常、成人にはパクリタキセルとして1日1回80mg/m ² (体表面積)を1時間かけて点滴静注し、週1回投与を3週間連続する。これを1クールとして、投与を繰り返す。)により点滴静注」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	

297	ロキソプロフェンナトリウム水和物③（泌尿器科3） 《平成27年2月23日新規》 ロキソニン錠60mg、ロキソニン細粒10%、他後発品あり	原則として、「ロキソプロフェンナトリウム水和物【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
298	ジクロフェナクナトリウム③（泌尿器科4） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレン錠25mg、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
299	ジクロフェナクナトリウム④（泌尿器科5） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレンSRカプセル37.5mg、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
300	ジクロフェナクナトリウム⑤（泌尿器科6） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレンサボ、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【外用薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
301	ゲムシタビン塩酸塩（泌尿器科7） 《平成27年2月23日新規》 ジェムザール、ゲムシタビン、他後発品あり	原則として、「ゲムシタビン塩酸塩【注射薬】」を「転移を有する胚細胞腫・精巣がん」に対し二次化学療法として静脈内にオキサリプラチン又はパクリタキセルと併用投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
302	ドセタキセル水和物（泌尿器科8） 《平成27年2月23日新規》 タキソテール点滴静注用20mg・80mg、他後発品あり	原則として、「ドセタキセル水和物【注射薬】」を「尿路上皮癌（腎機能障害がある場合又は二次化学療法として使用される場合に限る）」に対し静脈内に投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
308	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム②（泌尿器科9） 《平成28年4月25日新規》 ティーエスワン配合カプセルT20・T25、ティーエスワン配合顆粒T20・T25 ティーエスワン配合OD錠T20・T25、他後発品あり	原則として、「テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム【内服薬】」をサイトカインおよび分子標的薬治療が困難な場合に限り「腎細胞癌」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	添付文書に記載されている「警告」に留意して使用されるべきであること。
312	インジゴカルミン注射液（泌尿器科10）《平成29年2月27日新規》	原則として、「インジゴカルミン注射液【注射薬】」を「尿路損傷部位の検索又は尿管口の位置確認」を目的に、「静注又は尿路内注入薬として使用」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	合併症を予防し、安全・確実な手術の遂行に本剤が術中に使用された場合に限り認める。
316	ガバペンチン（ペインクリック）《平成30年2月26日新規》 ガバペン錠200mg・300mg・400mg、ガバペンシロップ5%	原則として、「ガバペンチン【内服薬】」を「神経障害性疼痛」に対して「通常、成人には、ガバペンチンとして300mg～900mgを1日3回分割経口投与」として処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、 <u>妥当と推定される。</u>	当該使用例は、単剤での投与を認める。 また、用量については、症状により適宜増減するが、1日最高投与量は2400mgまでとする。
321	アモキサピン（泌尿器科11） 《平成30年9月28日新規》アモキサピカプセル10mg・25mg・50mg、アモキサピン細粒10%	原則として、「アモキサピン【内服薬】」を「逆行性射精症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める	薬理作用が同様と推定される。	当該使用例の用法・用量アモキサピンとして1日量25～50mgを1日1回夕食後、あるいは眠前に連日服用する。効果不十分の場合は、1日量75mgまで増量する。また、用時服用では、1回量25～50mgを1時間前に1回服用する。

332	ポリドカノール①(泌尿器科12、大腸肛門1) 《令和元年9月30日新規》エトキシスクレロール1%注射液ポリドカスクレロール1%注2mL	原則として、「ポリドカノール【注射薬】(1%製剤に限る。)」を「ストーマ静脈瘤出血」に対して投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	使用例のポリドカノールは、1%製剤を液状で使用した場合に限り認められる。 使用例のストーマ静脈瘤出血は、尿路ストーマ(回腸導管、結腸導管)静脈瘤又は消化器ストーマ(回腸ストーマ、結腸ストーマ)静脈瘤からの出血が該当する。 当該使用例の用法・用量ストーマ静脈瘤出血を対象に、静脈瘤内に投与する。なお、静脈瘤内に対する1回の投与量は0.2mL/kg(2mg/kg)以下とする。また、必要に応じて静脈瘤周囲にも投与する。1回の総投与量は、静脈瘤の状態及び患者の病態により適宜増減するが、静脈瘤内及び静脈瘤周囲への投与を併せて30mL(300mg)以内とする。ただし、静脈瘤内には0.2mL/kg(2mg/kg)以下の投与とする。1回の処置で治療が終了しない場合、次の投与は原則として1週間後とする。ストーマ静脈瘤の硬化退縮不十分例又は増大例に限り、出血予防を目的とした硬化退縮としての投与を認める。添付文書に記載されている使用上の注意等に従い、適正使用に努めること
380	ブドウ糖(透析1) 《令和5年2月27日新規》	原則として、「ブドウ糖50%、70%【注射薬】」を「栄養障害」又は「経口摂取困難」に対して、血液透析、血液濾過、血液透析濾過又は持続緩徐式血液濾過等の治療中に透析回路の静脈側から投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	(1) 高血糖、反応性低血糖、高トリグリセライド血症、水分過剰に注意が必要であり、透析回路の静脈側からの薬剤投与(IDPN)実施中は血液生化学検査値や体液量をモニタリングすることが望ましい。 (2) IDPN単独では一日必要量を満たすことができないため、IDPNで栄養状態が改善しない場合は別の治療(経腸栄養等)を考慮する必要がある。
390	デスマプレシン酢酸塩水和物①(小児腎臓1)《令和6年2月26日新規》 ミニリンメルトOD錠60μg	原則として、「デスマプレシン酢酸塩【内服薬】」を「尿浸透圧あるいは尿比重低下に伴う夜尿症」に対して「1日1回60μg製剤を経口投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	

改定診療報酬点数表の概要（令和 8 年 6 月 1 日実施）

（詳細及びその他の項目については、本会作成の「改定診療報酬点数表参考資料」をご参照ください。）

1. 基本診療料 ○は診療所のみ算定可

(1) 初診料	病院・診療所	(2) 再診料・外来診療料	再診料	◎ 時間外対応体制加算	外来診療料
◆ 一般	時間内 (85点) 291点 時間外加算 (376点) 376点 休日加算 (250点) 541点 深夜加算 (480点) 771点 時間外特例 (230点) 521点 夜間・早朝等加算 (50点) ◎ 341点	◆ 一般 時間内 (65点) 76点 時間外加算 (141点) 141点 休日加算 (190点) 266点 深夜加算 (420点) 496点 時間外特例 (180点) 256点 夜間・早朝等加算 (50点) ◎ 126点	76点 141点 266点 496点 256点 ◎ 126点	◎ 時間外対応体制加算 1 (常勤常時) : 7点 2 (非常勤常時) : 5点 3 (常勤準夜帯) : 4点 4 (輪番制対応) : 2点 ・継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制をとること等で全患者の再診料に加算	77点 142点 267点 497点 257点 - 115点 212点 337点 667点 327点
◆ 6歳未満乳幼児	時間内 (75点) 366点 時間外加算 (200点) 491点 休日加算 (365点) 656点 深夜加算 (695点) 986点 時間外特例 (345点) 636点	◆ 6歳未満乳幼児 時間内 (38点) 114点 時間外加算 (135点) 211点 休日加算 (260点) 336点 深夜加算 (590点) 666点 時間外特例加算 (250点) 326点	114点 211点 336点 666点 326点		
(3) その他の加算等 ◇は要届出	初診料	再診料	外来診療料	※ 1 : 認知症を有する患者等の場合はそれぞれ38点/31点。診療データを継続して提出している場合は、更に外来データ提出加算◎10点(月1回) ※ 2 : 防止策を講じて感染症疑い患者を診療した場合、更に発熱患者等対応加算20点(月1回) ※ 3 : 感染対策向上加算1の届出医療機関との連携体制を確保 ※2に更に加算(月1回) ※ 4 : サーベイランスに参加 ※2に更に加算(月1回) ※ 5 : 抗菌薬の適正使用の実績を有する場合 ※2に加算(月1回) ※ 6 : 月1回(明細書発行体制等加算との併算定不可) ※ 7 : 職員の賃金改善を行う場合 ※ 8 : 令和9年6月以降は2倍 ※ 9 : 令和9年6月以降は増加 ※ 10 : 賃金改善が一定水準未満の場合 ※ 11 : 賃金改善評価の165区分に応じ算定 ※ 12 : 同一建物居住者等以外の場合イ、それ以外はロを算定 ※ 13 : 令和9年6月以降は最大500点	
情報通信機器を用いた場合◇	253点	76点	76点		
機能強化加算◇	80点	-	-		
外来管理加算	-	52点	-		
明細書発行体制等加算	-	◎ 1点	-		
地域包括診療加算1/2◇ ※1	-	◎ 28点/21点	-		
外来感染対策向上加算◇ ※2	◎ 6点	◎ 6点	-		
連携強化加算◇ ※3	◎ 3点	◎ 3点	-		
サーベイランス強化加算◇ ※4	◎ 1点	◎ 1点	-		
抗菌薬適正使用体制加算◇ ※5	◎ 5点	◎ 5点	-		
特定機能病院等紹介患者受入加算◎	60点	-	-		
電子的診療情報連携体制整備加算1/2/3◇◎ ※6	15点/9点/4点	2点	2点		
看護師等遠隔診療補助加算◇	-	50点	50点		
(4) ベースアップ評価料等	初診	再診等	訪問診療※12		
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)◇※7※8	17点	4点	イ79点ロ19点		
継続的な賃上げを実施した場合◎ ※9	23点	6点	イ107点ロ26点		
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) ※10	8点～96点	1点～12点	8点～96点		
継続的な賃上げを実施した場合◎ ※9	16点～160点	2点～20点	16点～160点		
外来・在宅物価対応料◎ ※8	2点	2点	3点		
看護職員処遇改善評価料◇ ※11		1点～340点			
入院ベースアップ評価料◇ ※13		1点～250点			

2. 医学管理等 届出医療機関において情報通信機器を用いて行った場合、〔〕内を算定

(1) 通則	外来感染対策向上加算：6点 発熱患者等対応加算：20点 連携強化加算：3点 サーベイランス強化加算：1点 抗菌薬適正使用体制加算：5点 遠隔電子処方箋活用加算 [※] ：10点 医療提供機能連携確保加算 [※] ：50点				
(2) 特定疾患療養管理料	診療所	225点 [196点]	・施設基準を満たす医療機関において、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、月2回に限り算定 ・在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる		
病院	許可病床100床未満	147点 [128点]			
	許可病床100床以上200床未満	87点 [76点]			
(3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)(月1回)	1 脂質異常症 610点		2 高血圧症 660点	3 糖尿病 760点	包括：外来管理加算、医学管理等（糖尿病透析予防指導管理料等を除く）、検査、注射、病理診断
(4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)(月1回)	333点 [290点]				
※充実管理加算 [※]	1 30点		2 20点	3 10点	
※血糖自己測定指導加算：500点(年1回) ※眼科医療機関連携強化加算 [※] ：60点(年1回) ※歯科医療機関連携強化加算 [※] ：60点(年1回)					

(5) 特定疾患治療管理料

悪性腫瘍 特異物質 治療管理料	イ 尿中BTA ロ その他 1項目 2項目以上	220点 360点 400点 ※腫瘍マーカー検査初回月加算	150点	イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中BTAに係る検査を行い、ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、腫瘍マーカーに係る検査（イの検査を除く）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づき計画的な治療管理を行った場合（月1回第1回の検査及び治療管理を行ったとき）腫瘍マーカー（ロに規定）の検査を行った場合、1回目の治療管理料算定月に限りロに加算
小児特定疾患カウンセリング料 イ 医師による場合				
(1) 初回	(2) 初回日後1年以内	(3) 初回日から2年以内	(4) 初回日から4年以内	
－	月の1回目	月の2回目	月の1回目	月の2回目
800点 [696点]	600点 [522点]	500点 [435点]	500点 [435点]	400点 [348点]
初回日から起算して2年以内は月2回、2年超は4年限度で月1回 ※小児科又は心療内科標榜				
小児科療養指導料	270点 [235点]	15歳未満の慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする外来患者に対して、必要な生活指導を継続して行った場合（月1回） ※小児科標榜		
てんかん指導料	250点 [218点]	外来患者（月1回） ※小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科、心療内科標榜		
難病外来指導管理料	270点 [235点] 1 勤2 270点 [235点]	・「1」は難病法に規定する指定難病等の難病外来患者（月1回） ・「2」は生活指導が特に必要な慢性疾患を主病とする外来の紹介患者（小児科標榜の他の医療機関からの紹介患者で、初診日起算から5年以内に限り）に対し、必要な生活指導を継続して行った場合（月1回）		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点 [218点]	天疱瘡、類天疱瘡、紅斑性狼瘡等の外来患者（月1回）※施設基準を満たす医療機関		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点 [87点]	帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（外用療法を要する16歳以上の患者）、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎の外来患者（月1回）※施設基準を満たす医療機関		
外来栄養食事指導料	初回	2回目以降		
	1 260点 [235点]	200点 [180点]	・特別食を必要とする外来患者に対し、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合（初回指導月は月2回、その他の月は原則月1回限り）	
	2 250点 [225点]	190点 [170点]	・2は当該診療所以外の管理栄養士による場合	
※初回の追加的な指導を行った場合勤：50点又は45点				
・外来化学療法実施患者に専門管理栄養士の指導月1回に限り260点				

慢性維持透析患者外来医学管理料 ※腎代替療法実績加算	2,211点 100点	外来慢性維持透析患者に検査結果に基づき計画的な医学管理を行った場合（月1回） 腎代替療法に関する届出医療機関において加算
喘息治療管理料 1 1月目 2月目以降	75点 25点	1 外来の喘息患者にピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合（月1回） 2 外来の喘息患者（6歳未満又は65歳以上）で、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合（初回に限る）
喘息治療管理料 2	400点	
糖尿病合併症管理料	170点	届出医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有する外来患者に対し、医師又は医師の指示に基づき看護師が30分以上の指導を行った場合（月1回）
慢性疼痛疾患管理料	130点	診療所において、慢性疼痛に係る疾患を主病とする外来患者に対し、療養上必要な指導を行った場合（月1回）（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置等の費用は含まれる）
耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	150点	施設基準を満たす医療機関において、15歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る）の外来患者に対し計画的な医学管理を行い、療養上必要な指導を行った場合（月1回）
糖尿病透析予防指導管理料	350点 [305点]	届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める糖尿病の外来患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して透析予防に関する指導を行った場合（月1回）
小児運動器疾患指導管理料	250点	届出医療機関において、20歳未満の運動器疾患を有する外来患者に対して、必要な指導を行った場合（6月に1回限り、初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）
アレルギー性鼻炎 1月目 疫療法治療管理料 2月目以降	280点 25点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容に係る説明を文書を用いて行い、同意を得た上で計画的な治療管理を行った場合（月1回）
慢性腎臓病透析予防指導管理料		・届出医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く）で、医師が認めた外来患者に対し、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合（月1回）
イ 初回日から起算して1年以内	300点 [261点]	
ロ 初回日から起算して1年超	250点 [218点]	

		初診時	再診時			
(6) 小児科外来診療料（１日につき）		処方箋交付 交付以外	604点 721点	411点 529点	・ 6歳未満の乳幼児（施設基準を満たす医療機関） ・ バリビズマブ等の投与患者（投与日に限る）には算定しない	
	(7) 小児かかりつけ診療料 （１日につき）	1	処方箋交付 交付しない	652点 769点		459点 577点
2			処方箋交付 交付しない	641点 758点	448点 566点	
		<共通>※小児抗菌薬適正使用支援加算：80点（施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症で受診した患者で抗菌薬を使用しないものに対して、指導及び検査結果の説明を行い文書提供した場合に、初診時・月1回に限り算定） <包括除外>初診料の機能強化加算、初再診料・外来診療料の時間外加算等、医学管理等通則の外来感染対策向上加算等、地域連携小児夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、診療情報提供料（Ⅰ）〔7のみ〕、診療情報提供料（Ⅱ）、連携強化診療情報提供料、往診料及び電子的診療情報評価料〔7のみ〕				

(8) 地域連携小児夜間・休日診療料 地域連携小児夜間・休日診療料 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2	450点 600点	(要届出 ※小児科標榜) 6歳未満の外来患者 (在宅当番医制で行う夜間・休日診療は不可) 1: 夜間・休日・深夜の医療機関が定めた時間に対応 (対応可能時間を地域に周知) 2: 24時間診療可能な体制を有し、地域に周知されている 届出医療機関において、夜間で別に定める時間、休日又は深夜に外来患者に診療を行った場合 ※(8)・(9)共通: 院内トリアージ実施体制加算 ^㉞ : 50点			
(9) 地域連携夜間・休日診療料	200点				
(10) 乳幼児育児栄養指導料	130点 [113点]	3歳未満の乳幼児に対する育児、栄養等の指導を行った場合 (初診時) ※小児科標榜			
(11) 救急外来医学管理料	1 救急搬送医学管理料 ^㉞		2 夜間休日救急医学管理料 ^㉞		
	イ 800点	ロ 600点	ハ 200点	イ 600点	ロ 400点 ハ 50点
①「1」は届出医療機関において、救急車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合 ②「2」は届出医療機関において、診療時間以外の時間 (土曜日以外の日 (休日を除く)) にあっては夜間に限る)、休日又は深夜において救急外来を受診した患者 (救急車等により搬送された患者を除く) に対して医学管理を行った場合					
救急時医療情報取得加算 ^㉞	50点	届出医療機関で、上記①又は②の意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋の仕組みを用いて診療情報を取得した場合 (月1回)			
時間外救急搬送加算 ^㉞	イ 土・日曜日 又は祝日の夜間 300点	ロ 土・日曜日 又は祝日の夜間 250点	ハ 土・日曜日 又は祝日の夜間以外 200点	「1」において土・日若しくは祝日又は夜間において、救急車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合	
院内トリアージ実施体制加算 ^㉞	50点	「2」において届出医療機関が算定 (地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料で規定する院内トリアージ実施体制加算の算定不可)			
※救急外来緊急検査対応加算 1 ^㉞ : 300点 ※救急外来緊急検査対応加算 2 ^㉞ : 200点 ※精神科疾患患者等受入加算: 400点					
(12) 外来リハビリテーション診療料 1 (7日間に1回限り) 2 (14日間に1回限り)	74点 111点	外来患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合 算定日から起算して、1は7日以内、2は14日以内の期間においては、リハビリテーションの実施に係る初診料、再診料、外来診療料は算定しない			
(13) 地域包括診療料 (月1回、初診日除く)	1 イ 認知症を有する患者等 ^㉞ ロ その他の慢性疾患等を有する患者 ^㉞	2 1,682点 1,661点	1,614点 1,601点	届出医療機関において、外来患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て指導及び診療を行った場合	
※薬剤適正使用連携加算・外来データ提出加算 (下記) 及び①～⑥を除き包括 ①再診料の時間外加算等②医学管理等通則の外来感染対策向上加算等③地域連携小児夜間・休日診療料、心不全再入院予防管理料 (慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る)、診療情報提供料 (Ⅱ)、連携強化診療情報提供料④在宅医療 (訪問診療料、在医総管、施設総管は包括) ⑤投薬 (処方料、処方箋料は包括) ⑥ベースアップ評価料等・物価対応料⑦急性増悪時の検査・画像診断・処置のうち所定点数が550点以上のもの					
※薬剤適正使用連携加算	30点	他医療機関・介護老人保健施設に入院・入所した患者又は継続的に診療を受けている外来患者が減薬した際の処方内容についての連携等			
※外来データ提出加算 ^㉞ (月1回)	10点	診療データを継続して提出している場合			
(14) ニコチン依存症管理料 1 イ 初回 ロ 2～4回目まで (1)対面 (2)情報通信機器 ハ 5回目 2 (一連につき)	230点 184点 155点 180点 800点	・届出医療機関において、スクリーニングテスト (TDS) 等によりニコチン依存症であると診断された禁煙を希望する患者に対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合。別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は70/100を算定。(1は5回限り、2は初回時に1回限り) ・1のロの(2)を算定する場合は、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) (Ⅱ) は別に算定できない			
(15) 心不全再入院予防継続管理料 ^㉞		・「1」は、届出医療機関の病棟に入院している患者で慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全での入院に対して、再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合 (入院中1回) ・「2」及び「3」は、届出医療機関において、「1」を算定した外来患者に対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合 (初回算定日の属する月から起算して1年を限度とし月1回に限り) ・特定疾患療養管理料 (心不全を主病とする患者に限る)、地域包括診療料 (慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者を除く) は、算定不可。また、「2」は、同一の患者につき、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導管理料、心血管疾患患リハビリテーション料の同一日の算定不可			
1 心不全再入院予防継続管理料 1	1,000点				
2 心不全再入院予防継続管理料 2					
イ 6回目まで	700点				
ロ 7回目以降	225点				
3 心不全再入院予防継続管理料 3					
イ 6回目まで	400点				
ロ 7回目以降	225点				

(16) がん治療連携指導料 (月1回)	300点	がん治療連携計画策定料1又は2を算定した外来患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行い、同意を得た上で計画策定病院に患者に係る診療情報を文書により提供した場合
(17) 認知症療養指導料 (月1回) 1 認知症療養指導料1 2 認知症療養指導料2 3 認知症療養指導料3	350点 300点 300点	(治療を行った日の属する月を含め6月を限度) 1 認知症専門診断管理料1を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等* 2 認知症サポート指導料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等* 3 認知症患者の支援体制確保に協力する認知症サポート医による療養計画に基づく治療等
(18) 薬剤総合評価調整管理料 (月1回)	250点 [218点]	6種類以上の内服薬が処方されていた外来患者の処方内容について、総合的に評価・調整し2種類以上減少した場合 ※連携管理加算: 50点
(19) 診療情報提供料 (I) (1人につき月1回)	250点	・別の医療機関での診療の必要を認めた場合 (紹介先ごと) ・市町村又は指定居宅介護支援事業者等若しくは指定特定相談支援事業者等 ・保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認めた場合 ・精神障害者施設等に対し、当該入所患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合 ・介護老人保健施設 (同一敷地内等は除く) 又は介護医療院に対し、患者の紹介を行った場合 ・認知症に関する専門の医療機関等での鑑別診断等の必要を認めた場合 ・小児慢性特定疾病児、医療的ケア児、食物アレルギー患者等について、学校医等に必要な情報を提供した場合
※退院時診療状況添付加算: 200点 ※ハイリスク妊婦紹介加算: 200点 ※認知症専門医療機関紹介加算: 100点 ※認知症専門医療機関連携加算: 50点 ※精神科医連携加算: 200点 ※肝炎インターフェロン治療連携加算: 50点 ※歯科医療機関連携加算 (1: 100点/2: 100点) ※地域連携診療計画加算: 50点 ※療養情報提供加算: 50点 ※検査・画像情報提供加算 (イ 退院患者: 200点/ロ 入院中の患者以外の患者: 30点)		
(20) 電子的診療情報評価料	30点	届出医療機関が、別の医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る主要な診療記録を電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合
(21) 診療情報提供料 (II)	500点	診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて患者がセカンドオピニオンを得るための支援を行った場合 (1人につき月1回)
(22) 診療情報連携共有料 (1人につき3月に1回)	120点	歯科診療を担う別の医療機関からの求めに応じ、同意を得て、検査結果・投薬内容等を文書により提供した場合 (提供する医療機関ごと)
(23) 連携強化診療情報提供料 (1人につき3月に1回)	150点	施設基準を満たす医療機関において、施設基準を満たす医療機関から紹介された又は紹介した患者について、他の医療機関からの求めに応じて又は他の医療機関と共同して治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て診療状況を文書で提供した場合
(24) 薬剤情報提供料 (月1回) ※手帳記載加算	4点 3点	処方内容に変更があった場合には、その都度算定可能 薬剤名、用法、用量、効能、効果、副作用、相互作用に関する主な情報を文書 (薬袋等) で提供

*診療情報提供料 (I)、連携強化診療情報提供料の費用を含む

3. 在宅医療

通則	外来感染対策向上加算: 6点 発熱患者等対応加算: 20点 連携強化加算: 3点 サーバイランス強化加算: 1点 抗菌薬適正使用体制加算: 5点
----	---

*①～③は別に厚生労働大臣が定める患者に行う場合		①在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で別に厚生労働大臣が定めるもの (「機能強化型」)		②在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院 (①以外)	③保険医療機関 (①、②以外)	④①～③で定める以外の患者	※患者診療時間加算: 診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに、100点を加算 ※在宅医療充実体制加算: ①の緊急・夜間・休日・深夜の往診に200点を加算 (①～③のみ) ※在宅療養実績加算1又は2: ②の緊急・夜間・休日・深夜の往診に75点又は50点を加算 (①～③のみ) ※看取り加算: 3,000点 (在宅ターミナルケア加算を算定する場合のみ) ※死亡診断加算: 200点 (看取り加算との併算定不可) ※往診時医療情報連携加算: 200点 ※介護保険施設等連携往診加算: 200点
往診料		有床	無床				
往診料	昼間	720点	720点	720点	720点	720点	・往診料と在宅患者訪問診療料 (I)・(II) の在宅ターミナルケア加算は併算定不可 ・(往診の場合) 在宅で死亡の患者 (往診後24時間以内の在宅以外での死亡も含む) に死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導料1を算定し、かつ往診を実施した場合 ・(在宅患者訪問診療料 (I) の「1」又は (II) の「イ」の場合) の在宅で死亡した患者 (往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む) に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合
	緊急	1,570点	1,470点	1,370点	1,045点	1,045点	
	夜間休日	2,420点	2,220点	2,020点	1,370点	1,125点	
	深夜	3,420点	3,220点	3,020点	2,020点	1,205点	
※在宅ターミナルケア加算	往診料、在宅患者訪問診療料 (I) (1に限る)	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点		※在宅医療充実体制加算: 2,000点を加算 ※在宅療養実績加算1又は2: 750点又は500点を加算 ※酸素療法加算: 2,000点を加算 (がん患者に酸素療法を行っていた場合)
	在宅患者訪問診療料 (II) (イに限る)	6,200点	5,200点	4,200点	3,200点		

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）			在宅患者訪問診療料（Ⅱ）		※在宅ターミナルケア加算については上記を参照 ・（Ⅰ）の「１」、（Ⅱ）の「イ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週３日を限度（患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要を認めた場合、当該診療の日から１４日以内に行う訪問診療は１４日を限度（１月１回に限る）） ・（Ⅰ）の「２」、（Ⅱ）の「ロ」は在総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼に応じた場合（末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から６月を限度）
	１（１日につき）	２（月１回）	イ 在総管、施設総管の算定要件を満たす医療機関（１日につき）	ロ イ又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼（月１回）	
イ 同一建物居住者以外の場合	890点	886点	152点	152点	
ロ 同一建物居住者の場合	215点	189点			
※乳幼児加算 400点 ※看取り加算（（Ⅰ）の「１」、（Ⅱ）の「イ」を算定する場合に限る） 3,000点					

在宅がん医療総合診療料（1日につき）		処方箋交付	交付しない	在宅診療又は在宅病において、在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者で通院が困難なものに対し、その同意を得て、計画的な医学管理の下に次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定 ①訪問診療又は訪問看護を合わせて週4回以上、②週1回以上の訪問診療、③週1回以上の訪問看護、④院内又は他の医療機関等との連携で、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、往診担当医等の情報を文書で提供している	
① 在宅診療又は在宅病（機能強化型）	有床	1,800点	2,002点		
	無床	1,650点	1,852点		
在宅医療充実体制加算		300点	300点		
② 在宅診療又は在宅病（①を除く）	在宅療養実績加算1		1,495点		1,687点
	在宅療養実績加算1		110点		110点
	在宅療養実績加算2		75点		75点
※死亡診断加算：200点 ※小児加算（15歳未満、小児慢性対象は20歳未満）（週1回）：1,000点 ※在宅データ提出加算（月1回）：50点 ※在宅医療DX情報活用加算1・2（月1回）：11点・9点 ※在宅医療情報連携加算（月1回）：100点 ※在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（月1回）：200点					

		在宅時医学総合管理料（月1回算定）				施設入居時等医学総合管理料（月1回算定）					
訪問診療	単一建物 診療患者	1 在宅診療又は在宅病 （機能強化型）		2 在宅診療又は 在宅病 （1以外）	3 1, 2 以外	1 在宅診療又は在宅病 （機能強化型）		2 在宅診療又は 在宅病 （1以外）	3 1, 2 以外		
		有床	無床			有床	無床				
(1)月2回以上 （別に定める状態の患者）	①1人	5,385点	4,985点	4,585点	3,435点	3,885点	3,585点	3,285点	2,435点		
	②2～9人	4,485点	4,125点	3,765点	2,820点	3,225点	2,955点	2,685点	2,010点		
	③10人～19人	2,865点	2,625点	2,385点	1,785点	2,865点	2,625点	2,385点	1,785点		
	④20人～49人	2,400点	2,205点	2,010点	1,500点	2,400点	2,205点	2,010点	1,500点		
	⑤上記以外	2,110点	1,935点	1,765点	1,315点	2,110点	1,935点	1,765点	1,315点		
(2)月2回以上（(1)以外）	①1人	4,485点	4,085点	3,685点	2,735点	3,185点	2,885点	2,585点	1,935点		
	②2～9人	2,385点	2,185点	1,985点	1,460点	1,685点	1,535点	1,385点	1,010点		
	③10人～19人	1,185点	1,085点	985点	735点	1,185点	1,085点	985点	735点		
	④20人～49人	1,065点	970点	875点	655点	1,065点	970点	875点	655点		
	⑤上記以外	905点	825点	745点	555点	905点	825点	745点	555点		
(3)月1回	①1人	2,745点	2,505点	2,285点	1,745点	1,965点	1,785点	1,625点	1,265点		
	②2～9人	1,485点	1,365点	1,265点	980点	1,065点	975点	905点	710点		
	③10人～19人	765点	705点	665点	545点	765点	705点	665点	545点		
	④20人～49人	670点	615点	570点	455点	670点	615点	570点	455点		
	⑤上記以外	575点	525点	490点	395点	575点	525点	490点	395点		
在宅医療充実体制加算		①800点	②400点	③200点	④170点	⑤150点	①600点	②300点	③150点	④128点	⑤113点
在宅療養実績加算1		①300点	②150点	③75点	④63点	⑤56点	①225点	②110点	③56点	④47点	⑤42点
在宅療養実績加算2		①200点	②100点	③50点	④43点	⑤38点	①150点	②75点	③40点	④33点	⑤30点
<共通> ※処方箋を交付しない場合の加算：300点 ※別に定める基準を満たさない場合：3について、所定点数の80/100で算定、(2)について(3)で算定 ※在宅移行早期加算（月1回）：100点 ※頻回訪問加算（1人1回）初回：800点、2回目以降：300点 ※在宅療養移行加算（3の算定患者のみ）1：316点、2：216点、3：216点、4：116点 ※包括的支援加算：150点 ※在宅データ提出加算（在宅総管のみ）：50点 ※在宅医療情報連携加算：100点（月1回） ※在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（月1回）：200点											

在宅患者訪問看護・指導料		同一建物居住者訪問看護・指導料					
在宅患者		同一建物（同一の敷地内の建物含む）居住者					
1 保健師、助産師又は看護師	-	イ 同一日2人	ロ 3～9人	ハ 10～19人 ^①	ニ 20～49人 ^①	ホ 50人以上 ^①	
	イ 週3日目まで 580点	週3日目まで 580点	週3日目まで 293点	月20日目まで 290点	月20日目まで 285点	月20日目まで 275点	
	ロ 週4日目以降 680点	週4日目以降 680点	週4日目以降 343点	月21日目以降 280点	月21日目以降 275点	月21日目以降 265点	
2 准看護師	イ 週3日目まで 530点	週3日目まで 530点	週3日目まで 268点	月20日目まで 266点	月20日目まで 261点	月20日目まで 251点	
	ロ 週4日目以降 630点	週4日目以降 630点	週4日目以降 318点	月21日目以降 256点	月21日目以降 251点	月21日目以降 241点	
3 専門の研修を受けた看護師	1,285点	1,285点					
※難病等複数回訪問加算（1日につき）	在宅患者	同一建物居住者					
	-	(1)1又は2人	(2)3～9人	(3)10～19人 ^①	(4)20～49人 ^①	(5)50人以上 ^①	
1日2回	450点	450点	400点	370点	350点	330点	
1日3回以上	800点	800点	①月20日目まで 720点	①月20日目まで 630点	①月20日目まで 480点	①月20日目まで 410点	
			②月21日目以降 690点	②月21日目以降 520点	②月21日目以降 350点	②月21日目以降 300点	

救急搬送診療料（救急用自動車等に同乗）		1,300点
※新生児加算：1,500点 ※乳幼児加算（6歳未満）：700点		
※長時間加算(30分超)：700点 ※重症患者搬送加算：1,800点		
救急患者連携搬送料（救急搬送診療料との併算定不可）		
1 ①	イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗	
	i 入院以外 2,400点	ii 入院初日 1,200点
	iii 入院2日目 800点	iv 入院3日目 600点
	ロ その他の場合	
	i 入院以外 1,000点	ii 入院初日 500点
2 ②	iii 入院2日目 350点	iv 入院3日目 200点
	イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗	800点
	ロ その他の場合	200点
※長時間加算 700点（1イ又は2イの場合で30分超）		
在宅患者訪問点滴管理指導料（1週につき）		100点
介護職員等喀痰吸引等指示料（3月に1回）		240点
訪問看護指示料（月1回）有効期間6月以内		300点
※特別訪問看護指示加算（別に定める患者は月2回）		100点
※衛生材料等提供加算		80点
※手順書加算（6月に1回）		150点
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）		
1 同一建物居住者以外の場合		300点
2 同一建物居住者の場合		255点
外来在宅共同指導料 1（在宅療養医療機関）		400点
2（外来診療医療機関）		600点
在宅自己注射指導管理料（月1回）		
1 複雑な場合		1,230点
2 1以外の場合		650点
イ 月27回以下		566点
ロ 月28回以上		653点
※導入初期加算 580点 ※バイオ後続品導入初期加算 150点		
在宅酸素療法指導管理料（月1回）		520点
1 チアノーゼ型先天性心疾患		2,400点
2 その他の場合		150点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2の算定患者）		
在宅中心静脈栄養法指導管理料		3,000点
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料		2,500点
在宅寝たきり患者処置指導管理料（月1回）		1,050点
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）		2,250点
1		240点
2		240点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2のCPAP患者）		150点

在宅自己導尿指導管理料		1,400点
在宅自己腹膜灌流指導管理料		4,000点
※頻回指導管理（月2回）（「1」のみ）		1,500点
※遠隔モニタリング加算（月1回）		115点
在宅療養指導管理材料加算		1,500点
乳幼児呼吸管理材料加算		300点
注入器加算		300点
間歇注入シリンジポンプ加算		2,500点
1 プログラム付き		1,500点
2 1以外		200点
注入器用注射針加算		130点
1		880点
2 携帯用		3,950点
酸素ボンベ加算		4,000点
1 1以外		291点
酸素濃縮装置加算		780点
呼吸同調式デマンドバルブ加算		100点
在宅酸素療法材料 1 チアノーゼ型先天性心疾患		100点
2 その他の場合		100点
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算		100点
血糖自己測定器加算		
1 月20回以上		350点
2 月30回以上		465点
3 月40回以上		580点
4 月60回以上		830点
5 月90回以上		1,170点
6 月120回以上		1,490点
7 間歇スキャン式持続血糖測定器		1,250点
持続皮下注入シリンジポンプ加算		
1 月5個以上		2,330点
2 月10個以上		3,160点
3 月15個以上		3,990点
4 月20個以上		4,820点
在宅持続陽圧呼吸療法用		3,750点
1 ASVを使用		960点
2 CPAPを使用		2,000点
在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算		1,250点
注入ポンプ加算		2,000点
在宅経管栄養法用栄養管セット加算		
特殊カテーテル加算		
1 再利用型カテーテル		400点
2 間歇導尿用ディスプレイザブルカテーテル		
イ 親水性コーティングを有する		
(160本～1,700点 (2)90本～1,900点 (3)120本～2,100点		
ロ イ以外のもの		1,000点

4. 検 査		[通則]		看護師等遠隔診療検査実施料（1日につき） イ 1種類の場合 ロ 2種類以上の場合	100点 150点	看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、生体検査又は診断穿刺・検体採取を実施した場合は、各区分の所定点数に代えて算定
(1) 検体検査実施料（通則）						
時間外緊急院内検査加算（1日につき）	200点	外来患者について、緊急のために、診療時間外、休日又は深夜に当該医療機関内で検体検査を行った場合（ただし、この場合、同一日に外来迅速検体検査加算は別に算定できない）				
外来迅速検体検査加算（1項目につき）	10点	外来患者に対し実施した検体検査であって厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合、各項目の所定点数に加算（5項目を限度）				
(2) 検体検査判断料						
尿・糞便等検査判断料	34点	生化学的検査（Ⅰ）判断料	144点	血液採取（1日につき）	静脈	40点
遺伝子関連・染色体検査判断料	100点	生化学的検査（Ⅱ）判断料	144点		その他	6点
血液学的検査判断料	125点	免疫学的検査判断料	144点		乳幼児加算（6歳未満）	35点
		微生物学的検査判断料	150点		鼻腔・咽頭拭い液採取	25点
(4) 尿・糞便等検査						
尿中一般物質定性半定量検査（院内検査）	26点	(7) 生化学的検査（Ⅱ）				
尿中特殊物質定性半定量検査	7点	甲状腺刺激ホルモン（TSH）	98点			
尿グルコース	9点	遊離サイロキシシン（FT ₄ ），遊離トリヨードサイロニン（FT ₃ ），コルチゾール	121点			
尿浸透圧	16点	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	130点			
N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿）	41点	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）	136点			
アルブミン定性（尿）	49点	前立腺特異抗原（PSA），CA19-9	121点			
黄体形成ホルモン（LH）定性（尿）	72点					
アルブミン定量（尿）	99点					
L型脂脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）	210点					
尿沈渣（鏡検法）（院内検査）	27点	(8) 免疫学的検査				
※染色標本による検査の加算	9点	梅毒血清反応（STS）定性	15点			
尿沈渣（フローサイトメトリ法）（院内検査）	24点	梅毒トレポネーマ抗体定性	32点			
糞便中ヘモグロビン定性	37点	A群β溶連菌迅速試験定性	121点			
糞便中ヘモグロビン	41点	インフルエンザウイルス抗原定性	132点			
糞便中ヘモグロビン及びブトランスフェリン定性・定量	56点	ノロウイルス抗原定性，SARS-CoV-2抗原定性	150点			
ヒューナー検査	20点	アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）	174点			
関節液検査	50点	百日咳菌抗原定性	217点			
精液一般検査	70点	赤痢アメーバ抗体定性 [○]	223点			
頸管粘液一般検査	75点	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225点			
顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液），IgE定性（涙液）	100点	アスペルギルスIgG抗体 [○]	390点			
(5) 血液学的検査						
血液形態・機能検査	9点	SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性，SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420点			
赤血球沈降速度（ESR）（院内検査）	9点	SARS-CoV-2抗原定量	560点			
網赤血球数	12点	HBs抗原定性・半定量	29点			
血液浸透圧，好酸球（鼻汁・喀痰），末梢血液像（自動機械法）	15点	HCV抗体定性・定量，HCV抗体・HCVコア蛋白同時検出定性 [○]	102点			
好酸球数	17点	C反応性蛋白（CRP）	16点			
末梢血液一般検査	21点	非特異的IgE半定量，非特異的IgE定量	100点			
末梢血液像（鏡検法）	25点	特異的IgE半定量・定量（特異抗原の種類ごと）	110点			
ヘモグロビンA1c（HbA1c）	49点	※1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は1,430点を限度				
出血時間	15点	TARC	179点			
プロトロンビン時間（PT）	18点					
フィブリノゲン半定量，フィブリノゲン定量	23点					
活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）	29点					
アンチトロンビン活性，アンチトロンビン抗原	70点					
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性	80点					
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量	95点					
Dダイマー定性	121点					
Dダイマー	127点					
Dダイマー半定量	128点					
(6) 生化学的検査（Ⅰ）						
総ビリルビン，直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン，総蛋白，アルブミン（BCP改良法），尿素窒素，クレアチニン，尿酸，アルカリホスファターゼ（ALP），コリンエステラーゼ（ChE），γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT），中性脂肪，ナトリウム及びクロール，カリウム，カルシウム，マグネシウム，クレアチン，グルコース，乳酸デヒドロゲナーゼ（LD），アミラーゼ，ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP），クレアチンキナーゼ（CK），アルドラーゼ，遊離コレステロール，鉄（Fe），血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの），不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法），総鉄結合能（TIBC）（比色法）	11点					
HDL-コレステロール，無機リン及びリン酸，総コレステロール，アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST），アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）	15点					
LDL-コレステロール，蛋白分画	17点					
銅（Cu）	23点	リン脂質	15点			
イオン化カルシウム	26点					
注：1回に採取した血液を用いて上記項目を5項目以上行った場合						
イ 5項目以上7項目以下		93点				
ロ 8項目又は9項目		99点				
ハ 10項目以上（入院初回に限り20点を加算）		103点				
ALPアイソザイム，アミラーゼアイソザイム	48点					
アンモニア	50点					
CKアイソザイム，グリコアルブミン	55点					
フェリチン半定量，フェリチン定量	102点					
ロイシンリッチα ₂ グロブリン	268点					

5. 画像診断

〔通則〕	時間外緊急院内画像診断加算（１日につき）	110点	外来患者について、緊急のために診療時間以外の時間、休日又は深夜に当該医療機関内で撮影及び画像診断を行った場合
------	----------------------	------	--

(1) エックス線診断料

透視診断	110点					
		写真診断	撮影	間接撮影	電子画像	撮影料の加算
			アナログ	デジタル	[診断料・撮影料]	管理加算
単純撮影	イ 頭部・胸部・腹部・脊椎 ロ その他	85点 43点	60点	68点	所定点数の 50/100により 算定	57点 58点 66点 54点
特殊撮影（一連につき）		96点	260点	270点		新生児 80/100 乳幼児 50/100 幼児 30/100 乳房トモシンセシス加算 100点
造影剤使用撮影		72点	144点	154点		
乳房撮影（一連につき）		306点	192点	202点		

(2) 造影剤注入手技

腔内注入及び穿刺注入	イ 注腸：360点	ロ その他：120点
------------	-----------	------------

(3) コンピューター断層撮影診断料

	①コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）	②磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）
通則	同一月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の80/100に相当する点数 新生児加算 80/100（頭部外傷は85/100）、乳幼児（3歳未満）加算 50/100（頭部外傷は55/100）、幼児（3歳以上6歳未満）加算 30/100（頭部外傷は35/100）	
撮影	イ 128列以上のマルチスライス型 ロ 64列以上128列未満 ハ 16列以上64列未満 ニ 4列以上16列未満 ホ イからニまで以外	(1)共同利用施設：1,120点 (2)その他の場合：1,100点 (1)共同利用施設：1,020点 (2)その他の場合：1,000点 ： 900点 ： 750点 ： 560点
		1 3テスラ以上 イ 共同利用施設で行われる場合 ロ その他の場合 2 1.5テスラ以上3テスラ未満 3 1又は2以外の場合
		： 1,720点 ： 1,700点 ： 1,330点 ： 900点
加算	造影剤使用加算 冠動脈CT撮影加算	500点 600点
		造影剤使用加算 肝エラストグラフィ加算
		250点（脳血管造影は除く） 600点
コンピューター断層診断		（月1回）450点
電子画像管理加算		（一連の撮影につき1回）120点 ※フィルムの費用は算定できない

6. 投薬

- ・ 外来患者に治療目的でなくうがい薬のみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。
- ・ 外来患者に、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合には、調剤料、処方料、超過分に係る薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合は、算定できる。
- ・ 外来患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

		内服・ 浸煎・ 頓服薬	外用薬	3歳 未満 加算	麻・向 覚・毒 加算	特定疾患処方 管理加算	地域支援・外来医薬 品供給対応体制加算 （診療所のみ）	一般名処方 加算	向精神薬 調整連携 加算
調剤料	外来（1処方につき） 入院（1日につき）	11点 7点	8点	－	1点	－	－	－	－
処方料 （1処方につき）	内服薬6種類以内 内服薬7種類以上※1 向精神薬の多剤投与※2	42点 29点 18点		3点	1点	（診療所・200 床未満病院） 56点 （月1回）	1 8点（90%） 2 7点（85%） 3 5点（75%）	－	12点 （月1回 1処方に つき）
処方箋料 （1交付につき）	内服薬6種類以内 内服薬7種類以上※1 向精神薬の多剤投与※2	60点 32点 20点		3点	－		－	1 8点 （※3） 2 6点	
調剤技術基本料 （月1回）	入院中の患者 ※院内製剤加算 その他の患者	42点 10点 14点		－	－	－	－	－	－
薬剤料	・ 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定するものを除く） ・ 向精神薬の多剤投与※2	90/100 80/100							

- ※1 内服薬7種類以上（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く）の投薬又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く）を行った場合。
- ※2 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合。
- ※3 施設基準を満たす医療機関において、処方内容について、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合。

7. 注射

〔通則〕	生物学的製剤注射加算	15点	精密持続点滴注射加算（1日につき）	80点
------	------------	-----	-------------------	-----

	麻薬注射加算	5点	看護師等遠隔診療注射実施料（1日につき）	100点
--	--------	----	----------------------	------

（1日につき・要届出）	15歳未満	15歳以上	・ 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師、看護師、常勤薬剤師が勤務 ・ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価・承認する委員会を開催
外来化学療法加算1	670点	450点	・ 化学療法の経験を有する専任の看護師、当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務
外来化学療法加算2	640点	370点	
バイオ後続品導入初期加算	150点（開始月から3月・月1回）		

注射実施料（㊤：外来化学療法加算の対象となる注射実施料）

皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25点
静脈内注射（1回につき）㊤	37点
※乳幼児加算（6歳未満）	52点
動脈注射（1日につき）㊤	186点
1 内臓の場合	45点
2 その他の場合	45点
抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）	165点
薬液膀胱内注入（1日につき）	60点
中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点
※乳幼児加算（6歳未満）	600点

点滴注射（回路代を含む）（1日につき）㊤	
1 6歳未満の乳幼児（1日分の注射量が100mL以上）	105点
2 6歳以上の者（1日分の注射量が500mL以上）	102点
3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る）	53点
※乳幼児加算（6歳未満）	48点
※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	50点
※無菌的分割製剤作成加算（当日限り）	400点
中心静脈注射（1日につき）㊤	140点
※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	50点
※乳幼児加算（6歳未満）	50点

臍鞘内注射	42点	硝子体内注射	600点
関節腔内注射	80点	※未熟児加算	600点
テノン氏嚢内注射	80点	腋窩多汗症注射（片側につき）	200点

8. リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーション料

	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
(Ⅰ) (1単位)	205点	245点 (147点)	180点 (108点)	185点 (111点)	175点
(Ⅱ) (1単位)	125点	200点 (120点)	146点 (88点)	170点 (102点)	85点
(Ⅲ) (1単位)	－	100点 (60点)	77点 (46点)	85点 (51点)	－
標準的算定日数	150日	180日	120日	150日	90日
・患者1人につき1日6単位（厚生労働大臣が定める患者は9単位）に限り算定できる（個別療法20分を1単位） ・いずれの実施者による場合も同一の点数を算定 ・離床を伴わずに20分以上個別療法のリハビリテーションを行った場合は、所定点数の90／100により算定（1日2単位まで算定可） ・標準的算定日数を超えた場合、1月13単位に限り算定できる ・（ ）内の点数は、入院中の要介護被保険者等に対して必要があって標準的算定日数を超えて行った場合					

初期加算（起算日から14日）	45点（1単位）	急性疾患等の入院患者に対して算定。ただし、初期加算、早期リハビリテーション加算については、一定の要件に該当する患者については、退院後の外来でも算定可
早期リハビリテーション加算（起算日から14日）	1～3日目：60点（1単位） 4日目以降：25点（1単位） （初期加算との併算定可）	
急性期リハビリテーション加算	50点（1単位）	
休日リハビリテーション加算 [㊦] （起算日から30日）	25点（1単位）	
リハビリテーションデータ提出加算	50点（月1回）	診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している保険医療機関において、規定の外来患者に対して算定（要届出）

(2) その他の主なリハビリテーション料

リハビリテーション総合計画評価料	1 イ 初回 [㊦] ロ 2回目以降 [㊦]	300点 240点 240点 196点	1は介護リハビリテーションの利用を予定しない患者等、2は介護リハビリテーションの利用を予定している患者が対象（1月1回）。 ※運動量増加機器加算（それぞれ月1回） 上肢：150点 下肢：150点
	2 イ 初回 [㊦] ロ 2回目以降 [㊦]		
摂食機能療法（月4回限度）	30分以上 30分未満	185点 130点	「30分未満」は脳卒中発症から14日以内に限り算定 ※摂食嚥下機能回復体制加算（週1回に限り算定） 1：210点 2：190点 3：120点
視能訓練（1日につき）	1 斜視視能訓練 2 弱視視能訓練	135点 135点	両眼視機能に障害のある患者に対して、その機能回復のため矯正訓練を行った場合に1日につき1回のみ算定
障害児（者）リハビリテーション料（1単位） ※届出医療機関で、厚生労働大臣が定める患者1人につき1日6単位まで算定			
1 6歳未満：225点 2 6歳以上18歳未満：195点 3 18歳以上：155点			

9. 処 置 ○は入院中の患者以外の患者のみ算定可

〔通則等〕

時間外加算1（外来のみ）	80／100	届出医療機関で1,000点以上の処置に限る
休日加算1・深夜加算1（入院・外来とも）	160／100	
時間外加算2（外来のみ）	40／100	150点以上の処置に限る
休日加算2・深夜加算2（外来のみ）	80／100	
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算	60点（1日につき）	耳鼻咽喉科担当医が6歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行った場合（耳垢栓塞除去の乳幼児加算との併算定不可）※耳鼻咽喉科標榜施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎で受診した6歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行い、抗菌薬を使用しないで、指導及び処置結果の説明を行って文書提供した場合
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	80点（月1回）	看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、各区分の所定点数に代えて算定
看護師等遠隔診療処置実施料（1日につき） [㊦] イ 1種類の場合 ロ 2種類以上の場合	100点 150点	
腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）	170点	

区 分	創傷処置	熱傷処置 ^{※1}	重度褥瘡処置	皮膚科軟膏処置
100cm ² 未満	52点 ^{※2}	135点 ^{※2}	90点 ^{※2}	－
100cm ² ～500cm ² 未満	60点	147点	98点	55点
500cm ² ～3,000cm ² 未満	90点	337点	150点	85点
3,000cm ² ～6,000cm ² 未満	160点	630点 ^{※3}	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点 ^{※3}	2,250点 ^{※3}	500点	270点

※1：電撃傷、薬傷及び凍傷を含む ※2：入院中の患者以外の患者及び手術後の入院患者（手術日から14日を限度）のみ算定可 ※3：乳幼児加算（6歳未満） 55点

〔ギプス〕		(2) 義肢採型法	
(1) 四肢ギプス包帯		① 四肢切断の場合（1肢につき）	700点
① 鼻ギプス	310点	② 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）	1,050点
② 手指及び手、足（片側）	490点	(3) 治療用装具採寸法（1肢につき）	200点
③ 半肢（片側）	780点	(4) 治療用装具採型法	
④ 内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点	① 体幹装具	700点
⑤ 上肢、下肢（片側）	1,200点	② 四肢装具（1肢につき）	700点
⑥ 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,840点	③ その他（1肢につき）	200点
※乳幼児加算（6歳未満）55／100 ※既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合、所定点数の20／100を算定			

人工腎臓（1日につき）				※時間外・休日加算：380点	※障害者等加算：140点
慢性維持透析を行った場合	1	2	3	※導入期加算 1：200点 2：410点 3：810点	※透析液水質確保加算：10点
イ 4時間未満	1,856点	1,816点	1,776点	※長時間加算：150点	※下肢末梢動脈疾患指導管理加算（月1回）：100点
ロ 4時間以上5時間未満	2,016点	1,976点	1,931点	※慢性維持透析濾過加算：50点	※透析時運動指導等加算：75点
ハ 5時間以上	2,151点	2,106点	2,061点	※腎代替療法診療体制充実加算 [㊦] ：20点	
その他の場合	1,560点				

下肢創傷処置（足部は踵を除く）	
1 足部の浅い潰瘍	135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍	147点
3 足部の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	270点
絆創膏固定術	500点
鎖骨又は肋骨骨折固定術	500点
爪甲除去（麻酔を要しないもの）	○ 80点
喀痰吸引（1日につき）	48点
※乳幼児加算（6歳未満）	83点
摘便	100点
酸素吸入（1日につき）※使用した精製水の費用を含む	65点
経管栄養・薬剤投与用力カテーテル交換法	200点
皮膚科光線療法（1日につき）	
1 赤外線又は紫外線療法	○ 45点
2 長波紫外線又は中波紫外線療法（290nm 以上315nm 以下）	150点
3 中波紫外線療法（308nm 以上313nm 以下に限定）	340点
いぼ焼灼法	1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 260点
いぼ等冷凍凝固法	1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 270点
※脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法は、当該項目で算定	
軟属腫摘除	1 10箇所未満 120点 2 10箇所以上30箇所未満 220点 3 30箇所以上 350点
面皰圧出法	49点
鶏眼・胼胝処置（月2回に限り）	170点
膀胱洗浄（1日につき）	60点
留置カテーテル設置	40点
導尿（尿道拡張を要するもの）	40点
前立腺液圧出法	50点
干渉低周波による膀胱等刺激法	○ 50点
腔洗浄（熱性洗浄を含む）	○ 56点
子宮脱非観血的整復法（ベッサリー）	290点
薬物放出子宮内システム処置	挿入術 300点 除去術 150点
眼処置（蒸気罌法、熱気罌法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む）※点眼、洗眼は基本診療料に含まれる	○ 25点

10. 手術

- (1) 【通則】
- ・MRSA感染症患者、B型若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対し、声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算
 - ・届出医療機関において上記の閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算
 - ・外皮用殺菌剤の費用は手術点数に含まれる
 - ・届出医療機関において再製造単回使用医療機器を手術に使用した場合、再製造単回使用医療機器使用加算として、所定点数の10/100に相当する点数を加算 ※時間外加算1、休日加算1及び深夜加算1は届出病院で算定

体重1,500g未満加算（一部手術のみ）	400/100
新生児加算（一部手術のみ）	300/100
乳幼児加算（3歳未満）	100/100
幼児加算（3歳以上6歳未満）	50/100

(2) 創傷処理、小児創傷処理（6歳未満）	創傷処理	小児創傷処理
筋肉、臓器に達するもの		
1 長径5cm未満	1,400点	1,540点
2 長径5cm以上10cm未満	1,880点	2,860点
3 長径10cm以上	—	4,410点
頭頸部（長径20cm以上に限る）	9,630点	—
その他	3,090点	—
筋肉、臓器に達しないもの		
1 長径5cm未満	530点	560点
2 長径5cm以上10cm未満	950点	1,060点
3 長径10cm以上	1,480点	1,950点
※真皮縫合加算（露出部の創傷に限る）：460点		
※デブリードマン加算（当初1回限り）：100点		
（汚染された挫創に行った場合）		
(3) 皮膚切開術	1 長径10cm未満 2 長径10cm以上20cm未満 3 長径20cm以上	640点 1,110点 2,724点
(4) 静脈奇形硬化療法（一連につき）	筋	18,000点
(5) 腱鞘切開術、腱鞘切開術（内視鏡下）	筋	2,350点
(6) 骨折非観血的整復術		
1 肩甲骨骨折非観血的整復術	筋	1,840点
2 上腕骨骨折非観血的整復術	筋	1,840点
3 大腿骨骨折非観血的整復術	筋	1,840点
4 前腕骨骨折非観血的整復術	筋	2,040点
5 下腿骨骨折非観血的整復術	筋	2,040点
6 鎖骨骨折非観血的整復術	筋	1,440点
7 膝蓋骨骨折非観血的整復術	筋	1,440点
8 手部骨折非観血的整復術	筋	1,440点
9 足部骨折非観血的整復術	筋	1,440点
10 その他の骨折非観血的整復術	筋	1,440点
(7) 軟骨修復材移植術	筋	14,030点
(8) 軟骨修復材移植術（関節鏡下）	筋	22,340点

睫毛抜去（両側及び上・下眼瞼）	1 少数の場合 2 多数の場合	○ 25点 45点
結膜異物除去（1眼瞼ごと）		100点
涙嚢プリー法（洗浄を含む）		54点
耳処置（両側）		○ 27点
※点耳、簡単な耳垢栓塞除去は基本診療料に含まれる		
鼓室処置（片側）※鼓室洗浄・鼓室内薬液注入を含む		62点
耳管処置	1 カテーテルによる耳管通気法（片側） 2 ポリッツェル球による耳管通気法	○ 36点 ○ 24点
鼻処置 ※鼻洗浄は基本診療料に含まれる		○ 16点
副鼻腔自然口開大処置 ※処置に用いた薬剤の費用を含む		25点
口腔、咽頭処置		○ 16点
扁桃処置		40点
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）		○ 32点
副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む）（片側）		
1 副鼻腔炎治療用カテーテル		55点
2 1以外の場合		25点
耳垢栓塞除去（複雑なもの）	1 片側 2 両側	90点 160点
※乳幼児加算（6歳未満）		55点
ネブライザ		○ 12点
超音波ネブライザ（1日につき）		24点
介達牽引（1日につき）		35点
消炎鎮痛等処置（1日につき）		
1 マッサージ等の手技による療法		35点
2 器具等による療法		35点
3 湿布処置（診療所のみ）		○ 35点
（半股の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上）		
腰部又は胸部固定帯固定（1日につき）		35点
低出力レーザー照射（1日につき）		35点
肛門処置（1日につき）（診療所のみ）		○ 24点
関節穿刺（片側）		144点
※乳幼児加算（3歳未満）		110点
鼻腔栄養（1日につき）		60点
※間歇的経管栄養法加算（1日につき）		60点

時間外加算1（外来のみ）	80/100
休日加算1・深夜加算1（入院・外来とも）	160/100
時間外加算2（外来のみ）	40/100
休日加算2・深夜加算2（入院・外来とも）	80/100

(9) 関節脱臼非観血的整復術		
1 肩関節脱臼非観血的整復術	筋	1,800点
2 股関節脱臼非観血的整復術	筋	1,800点
3 膝関節脱臼非観血的整復術	筋	1,800点
4 胸鎖関節脱臼非観血的整復術	筋	1,560点
5 肘関節脱臼非観血的整復術	筋	1,560点
6 手関節脱臼非観血的整復術	筋	1,560点
7 足関節及び距骨周囲関節脱臼非観血的整復術	筋	1,560点
8 肩鎖関節脱臼非観血的整復術	筋	960点
9 手指関節脱臼非観血的整復術	筋	960点
10 足趾関節脱臼非観血的整復術	筋	960点
11 小児肘内障非観血的整復術	筋	960点
(10) 角膜・強膜異物除去術		640点
(11) 水晶体再建術		
1 眼内レンズを挿入する場合	イ 縫着レンズ ロ その他のもの	17,840点 12,100点
2 眼内レンズを挿入しない場合		7,430点
3 計画的後囊切開を伴う場合		21,780点
※水晶体囊拡張リングを使用した場合の加算		1,600点
※高次収差解析加算（1のイのみ）（手術前後1回限り）		150点
(12) 後発白内障手術		1,380点
(13) 外耳道異物除去術	1 単純なもの 2 複雑なもの	260点 850点
(14) 鼓膜切開術		830点
(15) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術		
1 長径2cm未満		5,000点
2 長径2cm以上		7,000点
※消化管ポリポーシス加算（年1回）		5,000点
※病変検出支援プログラム加算		60点
(16) 人工授精		1,820点
(17) 帝王切開術	1 緊急帝王切開 2 選択帝王切開 ※複雑な場合の加算	22,200点 20,140点 2,000点

編集後記

令和8年の診療報酬改定は+3.09%と30年ぶりの大幅なプラス改定でした。しかしその大部分は職員の処遇改善と特定機能病院をはじめとする高度急性期の医療機関に割り当てられ、中小の病院には回されませんでした。また、DPC病院を含むすべての病院で短期滞在手術基本料3にかかわる入院はこの点数で算定されることとされ、これらの手術が多い病院は大きな減収が見込まれています。今後の医療体制を見据えたメッセージ性の強い改定だと思われます。

医療の高度化により保険診療が複雑化しており、点数表なども以前にくらべ大分内容が多くなっています。この手引きは泌尿器科診療にとって注意すべき事柄を中心に作成しています。過去の全国泌尿器科審査委員懇談会での多数の御意見を踏まえ、できるだけ泌尿器科診療に関連する内容にしぼって記載しています。

今回は特に富士幸蔵先生と相澤卓先生にお願いして、抗がん剤に関する適応について充実した内容にいただきました。また支払基金では意見の相違のある項目について検討を行い社会保険支払基金ホームページに「審査の取り扱いが統一された事例」として掲載されていますが、泌尿器科関連部分を抽出して掲載いたしました。

勿論、療養担当規則など保険診療の基本的ルールは残し、保険講習でも使用できるように致しました。作成に当たっては斎藤忠則会長、相澤卓保険委員会委員長、富士幸蔵理事および保険委員会のメンバーにご協力いただき充実した内容となったと思います。会員の皆様の今後の保険診療のお役にたてば幸いです。

編集責任者 副会長 正井基之

発行



一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会

発行責任者

清原久和

編集責任者

「保険診療の手引き」編集委員会

製作

(株)プランニング フォレスト

会員のみ配布

※コピー、転用不可