【 検査 】

499 輸血前後（HBs抗原定性・半定量等）の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

- 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

○ 取扱いを作成した根拠等

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（H I V）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（H T L V－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H I V関連検査並びにH T L V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、H I V感染症等、H T L V－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」

【 検査 】

500 抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（バセドウ病等）の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD014「3」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められる。
 - (1) バセドウ病（初診時又は診断時）
 - (2) 甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
 - (3) 慢性甲状腺炎・橋本病（初診時又は診断時）
 - (4) 甲状腺機能低下症（初診時又は診断時）
 - (5) 無痛性甲状腺炎（初診時又は診断時）
- ② 次の傷病名に対するD014「3」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又は「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められない。
 - (1) 甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
 - (2) 亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
 - (3) 急性化膿性甲状腺炎
 - (4) 甲状腺癌（術後）
 - (5) 悪性甲状腺腫瘍（術後）
 - (6) 結節性甲状腺腫（経過観察時（定期チェック））

○ 取扱いを作成した根拠等

抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量及び抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体は、甲状腺ホルモン合成に関わる酵素、ペルオキシダーゼに対する自己抗体であり、甲状腺細胞に対する障害性が認められており自己免疫性甲状腺疾患の病態に関与する。そのため、バセドウ病や橋本病などにおける初診時又は診断時に必要と判断される。

一方、経過観察時においては臨床的有用性は低い。また、その他の疾患は自己免疫性甲状腺疾患には該当せず、検査の対象とはならない。

以上のことから、①の傷病名に対するD014「3」抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量又はD014「11」抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体の算定は、原則として認められ、②の傷病名では、原則として認められないと判断した。

【 検査 】**501 抗サイログロブリン抗体半定量又は抗サイログロブリン抗体（バセドウ病等）の算定について**

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

- ① 次の傷病名に対するD014「3」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められる。
- (1) バセドウ病（初診時又は診断時）
 - (2) 甲状腺機能亢進症（初診時又は診断時）
 - (3) 慢性甲状腺炎・橋本病（初診時又は診断時）
 - (4) 甲状腺機能低下症（初診時又は診断時）
 - (5) 無痛性甲状腺炎（初診時又は診断時）
- ② 次の傷病名に対するD014「3」抗サイログロブリン抗体半定量又は「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められない。
- (1) 甲状腺機能異常（経過観察時（定期チェック））
 - (2) 亜急性甲状腺炎（経過観察時（定期チェック））
 - (3) 急性化膿性甲状腺炎

○ 取扱いを作成した根拠等

抗サイログロブリン抗体半定量及び抗サイログロブリン抗体（TgAb）は、甲状腺濾胞細胞が産生するサイログロブリン（Tg）に対する自己抗体である。これらの検査は、バセドウ病や橋本病（慢性甲状腺炎）などの自己免疫性甲状腺疾患において、自己免疫異常の存在や程度を知る目的で実施されることから、当該疾患の初診時又は診断時に必要と判断される。

一方、自己免疫異常が見られない甲状腺機能異常、急性化膿性甲状腺炎においては臨床的有用性は低い。

以上のことから、①の傷病名に対するD014「3」抗サイログロブリン抗体半定量又はD014「10」抗サイログロブリン抗体の算定は、原則として認められ、②の傷病名では、原則として認められないと判断した。

【 検査 】

504 TRAb（甲状腺機能低下症疑い）の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

甲状腺機能低下症疑いに対するD014「27」抗TSHレセプター抗体（TRAb）の算定は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

甲状腺刺激ホルモン受容体（TSHレセプター）抗体（TRAb）は、バセドウ病の疾患マーカーとして利用されている。バセドウ病は甲状腺の自己免疫性疾患の1つで、TSHレセプターに対する自己抗体がレセプターを恒常的に刺激し続け、甲状腺ホルモンを過剰に産生・分泌させることで発症する。バセドウ病では、TRAbが検出されて甲状腺機能の亢進を呈し、TSHは抑制される。一方、TRAbには、TSHレセプターをブロックしてTSH作用を阻害し、甲状腺機能の低下を呈する特殊型も存在する。したがって、甲状腺機能低下症が確定し、TRAbによる自己免疫疾患を疑う場合には、本検査が必要となることもあるが、一般的に、甲状腺機能低下症の疑いでのTRAb検査の医学的有用性は低い。

以上のことから、甲状腺機能低下症疑いに対するD014「27」抗TSHレセプター抗体（TRAb）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 検査 】

505 PR3-ANCA（顕微鏡的多発血管炎）の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

顕微鏡的多発血管炎（MPA）に対する診断時のD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）の算定は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

顕微鏡的多発血管炎（MPA）は、小血管を主体とする壊死性血管炎で、抗好中球細胞質抗体（ANCA）陽性率が高いことを特徴とするANCA関連血管炎に含まれる自己免疫性疾患である。代表的なものには、MPAに加えて多発血管炎性肉芽腫症（GPA）や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）があり、MPO-ANCAまたはPR3-ANCAを検出することで診断される。MPAではMPO-ANCAの検出率が高い（疾患標識抗体、活動性指標である）が、鑑別を含めた早期診断・適切な治療法の選択のためには、MPO-ANCAと共に、PR3-ANCAの検査は有用である。ただし、MPA診断確定後の経過観察時におけるPR3-ANCAの必要性は低い。

以上のことから、顕微鏡的多発血管炎（MPA）に対する診断時のD014「33」抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）の算定は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**5 1 3 胃粘膜保護剤（健胃消化剤等）の算定について**

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められる。

- (1) 薬効分類番号 2330 健胃消化剤
- (2) 防御因子増強剤（セルベックスカプセル、ムコスタ錠等）

○ 取扱いを作成した根拠等

健胃消化剤は、主に複数の消化酵素を体内に補うことで消化酵素の不足により生じる消化器症状などを改善する医薬品、また、防御因子増強剤は、胃粘液などの防御因子を増強することで胃粘膜保護作用をあらわす医薬品であり、共に粘膜の保護に有用であることから胃粘膜保護剤として有用性が高い。

以上のことから、上記(1)、(2)の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】

5 1 4 胃粘膜保護剤としてH₂遮断剤等の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

- ① 次の薬剤を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められない。
 - (1) 薬効分類番号 2325H₂遮断剤
 - (2) ドンペリドン（ナウゼリン錠等）、チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）
- ② 次の薬剤を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められない。
 - (1) ワルファリンカリウム（ワーファリン錠等）
 - (2) 合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等）
 - (3) 解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）

○ 取扱いを作成した根拠等

H₂遮断剤は、H₂受容体に拮抗的に作用し、胃酸分泌を抑制する作用を有する医薬品である。また、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）は、胃・十二指腸のドパミンの働きを抑えて消化管運動を改善し、くわえて、吐き気に関与するC T Zに作用して制吐作用をもたらす。チキジウム臭化物（チアトンカプセル等）は、抗ムスカリン作用により消化管等の平滑筋の痙攣や運動機能の亢進を改善する作用を有する医薬品である。したがって、これらの薬剤は、それぞれが粘膜保護剤とは異なる薬理作用を有し、効能・効果も異なる。

以上のことから、薬効分類番号 2325H₂遮断剤、ドンペリドン（ナウゼリン錠等）やチキジウム臭化物（チアトンカプセル等）を胃粘膜保護剤として処方した場合の算定は、原則として認められないと判断した。

また、プロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）は、胃の壁細胞のプロトンポンプに作用し、胃酸の分泌を抑制する作用を有する医薬品であり、添付文書の主な効能・効果は、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎、低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制、非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制等であり、粘膜保護作用は有していない。

以上のことから、ワルファリンカリウム（ワーファリン錠等）、合成副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン錠等）、解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン錠等）を処方した場合の胃粘膜保護剤としてのプロトンポンプ・インヒビター（タケプロンカプセル等）の算定は、原則として認められないと判断した。

【 投薬 】**515 プロトンポンプ・インヒビター（難治性逆流性食道炎）の投与量について**

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（P P I）【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（P P I）【内服薬】による治療は、初期治療量を最長8週間まで行うこととされている。また、再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法について、多くのP P I製剤の添付文書には、症例に応じ、初期治療量の半量～初期治療量を投与する旨示されており、難治性逆流性食道炎に対する当該医薬品の初期治療量の継続投与は有用と考えられる。

以上のことから、難治性逆流性食道炎に対するプロトンポンプ・インヒビター（P P I）【内服薬】の初期治療量の継続投与は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**518 気管支拡張薬等（急性増悪時）の算定について**

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性 β_2 刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められる。

○ 取扱いを作成した根拠等

喘息性気管支炎は、ウイルスや細菌により気管に炎症が起こる急性気管支炎の一種である。小児の場合、細い気管支壁の腫脹により気管が狭窄し、喘鳴や陥没呼吸も生じる。

短時間作用性 β_2 刺激薬であるプロカテロール塩酸塩やテオフィリン製剤には気管支拡張作用があり、小児の喘息性気管支炎に対する本医薬品の投与は、有用性が高いと考えられる。

以上のことから、小児の喘息性気管支炎に対する急性増悪（発作）時の気管支喘息治療剤又は気管支拡張薬（短時間作用性 β_2 刺激薬、テオフィリン薬）は、原則として認められると判断した。

【 投薬 】**519 オセルタミビルリン酸塩【カプセル】（腎機能障害患者等）の算定について**

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

インフルエンザが確定した次の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】（タミフルカプセル）1日1回75mgの算定は、原則として認められる。なお、腎機能障害（慢性腎不全）がある患者に対する投与期間は5日間とする。

- (1) 腎機能障害（慢性腎不全）がある患者
- (2) 透析を実施している患者

○ 取扱いを作成した根拠等

タミフルカプセルは、添付文書の用法・用量に「通常、成人及び体重37.5kg以上の小児にはオセルタミビルとして1回75mgを1日2回、5日間経口投与する。」と記載されているが、成人の腎機能障害患者のインフルエンザの治療においては、用法及び用量に関連する注意に、血漿中濃度が増加するため、腎機能の低下に応じてクレアチニンクリアランス（C c r）が「 $10 < C c r \leq 30$ 」の場合は、1回75mg1日1回、 $C c r > 30$ の場合は、1回75mg1日2回の投与法が記載されている。

また、「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」に「透析患者に対する抗インフルエンザ薬の投与量は腎機能を勘案して行う。」、「オセルタミビルの排泄経路は腎臓であり、減量する必要がある。オセルタミビル75mg単回投与で、5日後症状が残っていた場合、もう1回投与する。」旨記載されている。

腎機能障害がある患者については、上記添付文書の記載より、C c r値に応じて1日1回75mgを5日間投与する場合があります。また、透析患者に対する1日1回75mgの単回投与は有用であると考えられる。

以上のことから、上記(1)、(2)の患者の治療時におけるオセルタミビルリン酸塩【カプセル】（タミフルカプセル）1日1回75mgの算定は、原則として認められると判断した。なお、腎機能障害（慢性腎不全）がある患者に対する投与期間は5日間が妥当と判断した。

【 注射 】

524 アシクロビル【注射薬】（単純ヘルペス等）の算定について

《令和7年4月30日》

○ 取扱い

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) 帯状疱疹
- (3) 水痘

○ 取扱いを作成した根拠等

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・帯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・帯状疱疹、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。

【 処置 】

5 2 7 耳垢栓塞除去と耳処置の併算定（別疾患）について

《令和 7 年 4 月 3 0 日》

○ 取扱い

次の場合の J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）と J 095 耳処置（耳浴及び耳洗淨を含む。）の併算定は、原則として認められる。

- (1) 別疾患に対して同側に行った場合
- (2) 別疾患に対して対側に行った場合

なお、同一疾患に対して同側に行った場合は、原則として認められない。

○ 取扱いを作成した根拠等

対称器官に係る処置料の算定方法については、厚生労働省告示※に「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。」（特に規定する場合とは、処置名の末尾に「片側」、「1 肢につき」等と記入したもの）と示されているが、別疾患（耳垢栓塞の他に耳処置を必要とする傷病名がある場合）に耳垢栓塞除去（複雑なもの）と耳処置を異なる目的で実施した場合、双方の処置料の算定は同側や対側に関わらず妥当と考えられる。

以上のことから、上記(1)、(2)の場合の J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）と J 095 耳処置（耳浴及び耳洗淨を含む。）の併算定は、原則として認められると判断した。

一方、同一疾患に対する同側の双方の処置料の算定は過剰であり、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