

## 診療報酬関連情報

## 新点数Q &amp; A (厚生労働省疑義解釈その15,16)

2024年(令和6年)11月26日、12月6日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は11月26日、12月6日、2024年(令和6年)度診療報酬改定に係るQ & A(疑義解釈)を事務連絡しました。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

(2024年11月26日・その15)

## 【通院・在宅精神療法】

問1 I002通院・在宅精神療法の「注11」に定める早期診療体制充実加算及び「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法の施設基準において、「精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている」とあるが、具体的にどのような体制を取る必要があるのか。

答1 地域の実情に応じて、精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等に当該保険医療機関の電話番号等を登録することによって、当該保険医療機関の受診歴のある患者に関する電話等による問合せ及び診療情報の提供依頼等に対し、常時速やかに対応できる体制を確保する。

問2 I002通院・在宅精神療法の「注11」に定める早期診療体制充実加算及び「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法の施設基準において、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っている」とあるが、当該保険医療機関以外で行った精神保健指定医の業務等も実績に含めることができるのか。

答2 不可。精神保健指定医として当該保険医療機関に勤務している期間において、精神保健指定医としての業務等を年1回以上実施している必要がある。

問3 I002通院・在宅精神療法の「注11」に定

める早期診療体制充実加算の算定留意事項通知において、「当該患者を診療する担当医を決める。担当医により、通院・在宅精神療法を行った場合に当該加算を算定する」とされているが、担当医を複数定めることは可能か。

答3 不可。担当医は1人とする。担当医を変更する場合は、変更前の担当医が、当該患者に対して、次回以降は別の担当医が診療する旨及び変更後の担当医について説明する。なお、当該加算は精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであることから、当該患者について1年以内に3回以上担当医を変更した場合は、3回目以降の医師は算定留意事項通知上の担当医とはみなさない。

(令和6.11.26事務連絡)(提要P.664)

(2024年12月6日・その16)

## 【初診料】

問1 自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、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合は、A000初診料を算定できるか。

答1 不可。ただし、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医(当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く)において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(参考)「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」(令和6年3月5日保医発0305第4号)

(抜粋) A000 初診料

- (4) 自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、当該保険医が、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。ただし、当該治療（初診を除く）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- (5) (4)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険

医を除く）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

**【再診料】**

問2 保険医療機関が実施する健康診断を受診する患者について、健康診断の同一日に当該保険医療機関において、1回の受診で保険診療を行う場合は、再診料を算定することは可能か。

答2 保険診療として治療中の疾病又は負傷に対する医療行為を、健康診断として実施する場合は、再診料を算定できない。

## 在宅自己注射指導管理料等に規定する注射薬

2024年（令和6年）11月19日 厚生労働省告示第333号、第335号  
保医発1119第11号

**【編注】**厚生労働省は11月19日、①筋萎縮性側索硬化症（ALS）における機能障害の進行抑制に効能・効果を有するメコバラミン（販売名：ロゼバラミン筋注用25mg）、②先天性プロテインC欠乏症に起因する静脈血栓塞栓症、電撃性紫斑病の治療及び血栓形成傾向の抑制に効能・効果を有する乾燥濃縮人プロテインC（販売名：セプーロチン静注用1000単位）を、在宅医療で用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」として告示、通知しました。適用は2024年11月20日です。下線部は追加です。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年（令和6年）6月改定版の該当ページです。

**厚生労働省告示第333号（2024年11月20日適用）**

- 1. 特掲診療料の施設基準等の一部改正
- ・別表第9 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬（略）
  - トラロキヌマブ製剤
  - エフガルチギモド アルファ・ボルヒアルロニダーゼ アルファ配合剤
  - ベドリズマブ製剤
  - ミリキズマブ製剤
  - 乾燥濃縮人プロテインC製剤
  - メコバラミン製剤

（令和6.11.19告示333）（提要P.412、右段下から5行目の次に下線部追加）

**厚生労働省告示第335号（2024年11月20日適用）**

- ・療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正
- 第10 厚生労働大臣が定める注射薬等
  - 1 療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
    - インスリン製剤（中略）、トラロキヌマブ製剤、エフガルチギモド アルファ・ボルヒアルロニダーゼ アルファ配合剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤及びメコバラミン製剤

（令和6.11.19告示335）（提要P.1575、右段上から20行目の次に下線部追加）

**保医発1119第11号 (2024年11月20日適用)****【第2章 特掲診療料】 【第2部 在宅医療】****【第2節 在宅療養指導管理料】 【第2款 在宅療養指導管理材料加算】****→C150血糖自己測定器加算**

(1)~(8) (略)

(9) インスリン イコデクの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回行っている患者は、インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者に準じて、所定点数を算定できる。

(令和6保医発1119・11) (提要P.428、右段上から27行目の次に(9)を追加)

**【第3節 薬剤料】****【C200 薬剤】****→薬剤**

(1) 次の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。

**【厚生労働大臣の定める注射薬】**

インスリン製剤、(中略)、トラロキヌマブ製剤、トラロキヌマブ製剤、エフガルチギモドアルファ・ボルヒアルロニダーゼアルファ配合剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤及びメコバラミン製剤

(令和6保医発1119・11) (提要P.437、右段上から7行目に下線部追加)

**・薬価基準の一部改正に伴う留意事項 (2024年11月20日適用)****→ロゼバラミン筋注用25mg**

①本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の罹病期間、ALS重症度、呼吸機能等の背景及び試験結果を熟知し、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」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

②本製剤はメコバラミン製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

**→アウイクリ注 フレックスタッチ 総量300単位**

①本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「1型糖尿病患者においては、本剤の有効性及び安全性を十分に理解し、連日投与のBasalインスリン等を用いたインスリン治療を選択することも検討したうえで、本剤の適用を慎重に考慮する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

②本製剤は、インスリン製剤であり、本剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

③本製剤は、注入器一体型のキットであるので、C151注入器加算は算定できない。

**→セプーロチン静注用1000単位**

本製剤は乾燥濃縮人プロテインC製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

(令和6保医発1119・11)

**→アドトラーザ皮下注150mgシリンジ及び同皮下注300mgペン**

①本製剤はトラロキヌマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

②本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

(令和6保医発0329・4、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

# 薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2024年(令和6年)11月19日 厚生労働省告示第335号

保医発1119第11号

2024年(令和6年)12月5日 保医発1205第1号

【編注】11月19日、薬価基準が一部改正されました。令和6年厚生労働省告示第333号、第334号、第335号の適用は2024年11月20日です。

また、12月5日、薬価基準が一部改正されました。令和6年厚生労働省告示第359号の適用は2024年12月6日です。

このうち「薬価基準の一部改正に伴う留意事項について」等について掲載します。

下線部は追加です。

なお、京都府保険医協会では薬価に関する情報提供は行っておりません。今回の薬価改定に関する収載品目及び価格に関する令和6年厚生労働省告示第333号、第334号、第335号、第359号についてはインターネットの「厚生労働省ホームページ/法令等データベースサービス-登載準備中の新着法令-」を閲覧してください。

(2024年11月20日適用分)

## 1. 投薬期間制限(14日分を限度とする)の例外とされた新医薬品

### 第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

#### 2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- (1) 療担規則第20条第2号へ及びト並びに第21条第2号へ並びに療担基準第20条第3号へ及びト並びに第21条第3号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ・ロ (略)

- ハ 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1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(次に掲げるものを除く)

エブリスデイドライシロップ60mg(中略)、ゾキンヴィカプセル50mg、ゾキンヴィカプセル75mg、アリッサ配合錠及びユバンシ配合錠

(令和6.11.19告示335)(提要P.1575、右段下から8行目、下線部追加。ただし、アリッサ配合錠については、1回の投薬量が30日分以内である場合に限る)

## 2. 薬価基準の一部改正等に伴う留意事項

→アセノベル徐放錠500mg

本薬剤の効能又は効果に関連する注意に、「15.1 臨床使用に基づく情報」及び「17. 臨床成績」項の内容を熟知し、臨床試験で対象とされた患者背景、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤の投与が適切と判断される患者に使用する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ビルタサ懸濁用散分包8.4g

本薬剤の効能又は効果に関連する注意に、「本剤は効果発現が緩徐であるため、緊急の治療を要する高カリウム血症には使用しない」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ユバンシ配合錠

本薬剤の効能又は効果に関連する注意に、「本剤を肺動脈性肺高血圧症の第一選択薬としない」及び「原則として、マシテンタン10mg 1日1回及びタダラフィル40mg 1日1回による併用治療を受けている場合に、本剤の使用を検討する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→アリッサ配合錠

- ①本薬剤の効能・効果は、「月経困難症」である。
- ②本薬剤が避妊の目的で処方された場合には、保険給付の対象とはしない。
- ③本薬剤は、新医薬品として承認されたものであるが、揭示事項等告示第10第2号(1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限(14日間を

限度とする)の適用に当たっては、本製剤の効能・効果に係る疾患の特性や治験の成績を勘案し、特例的に当該の投薬期間制限を14日間ではなく30日間として取り扱う。

- ④本製剤は1シートに有効成分を含有する錠剤(実薬錠)を24錠及び有効成分を含有しない錠剤(プラセボ錠)を4錠、合計28錠を含む製剤であり、その用法・用量から、原則、シートの形態で処方されるものであるため、実薬錠及びプラセボ錠の区別無く、本製剤の1日あたりに算定した額を用いて、以下に示す例を参考に請求を行う。

例) アリッサ配合錠 1錠

1日1回 28日分

#### →ルプキネスカプセル7.9mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「eGFRが45mL/min/1.73m<sup>2</sup>以下の患者では、投与の必要性を慎重に判断し、eGFRが30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の患者では可能な限り投与を避ける」及び「[17.臨床成績]の項の内容を熟知し、本剤の臨床試験の投与対象、有効性及び安全性を十分に理解した上で、診療ガイドライン等の最新の情報を参考に、本剤の投与が適切と判断される患者に投与する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

#### →オータイロカプセル40mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「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、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

#### →タスフィゴ錠35mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「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、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与する」とされているので、FGFR2融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

#### →テッペーザ点滴静注用500mg

- ①本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与時に、聴覚障害(難聴、聴力低下、耳管機能障害、耳管開放、聴覚過敏、耳鳴、鼓膜障害等)があらわれることがあり、重篤かつ不可逆的な事象も報告されている。[17.臨床成績]の項の内容を熟知し、臨床試験で対象とされた患者背景、並びに本剤の有効性及び安全性の試験結果等も十分に理解した上で、適用患者を選択する。軽症の活動性甲状腺眼症患者を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

- ②本製剤の重要な基本的注意において、「本剤投与により聴覚障害が発現する可能性があることを患者に説明し、聴覚障害に関連する症状が認められた場合には、医療機関を受診するよう患者に指導する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

#### →トロデルビ点滴静注用200mg

- ①本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

- ②本剤の効能又は効果に関連する注意において、「タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象とする」とされているので、過去に実施したタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

#### →ライブリバント点滴静注350mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「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、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与する」とされているので、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

### 3. 向精神薬多剤投与に係る「別紙36」の改正

- ・「睡眠薬」に「ダリドレキサント塩酸塩」が追加。

(令和6保医発1119・11) (提要P.578、「別紙36」、メラトニンの次に追加)

### 4. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」(令和6年保医発0305第5号)の改正

#### →後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

#### ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤、イノラス配合経腸用液及びイノソリッド配合経腸用半固形剤

#### イ～オ (略)

(令和6保医発1119・11) (提要P.1179、右段上から6行目、下線部追加)

### 5. 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」(令和6年保医発0305第6号)の改正

#### →外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

- (1)～(3) (略)

- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

#### ①経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤、イノラス配合経腸用液及びイノソリッド配合経腸用半固形剤

#### ②～⑤ (略)

(令和6保医発1119・11) (提要P.1372、右段下から27行目、下線部追加)

### 6. 関係通知の一部改正

#### →タフィンラーカプセル50mg、同カプセル75mg及び小児用分散錠10mg

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「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、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

(平成28保医発0524・1、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

#### →メキニスト錠0.5mg、同錠2mg及び同小児用ドライシロップ4.7mg

本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「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、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

(平成28保医発0524・1、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

#### →クレセンバカプセル40mg、同カプセル100mg及び同点滴静注用200mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤を投与する前に、原因真菌を分離及び同定するための真菌培養、病理組織学的検査等の他の検査のための試料を採取する。培養等の検査の結果が得られる前に薬物療法を開始する場合でも、検査の結果が明らかになった時点でそれに応じた抗真菌剤による治療を再検討する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

(令和5保医発0314・4、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

#### →アドトラザーザ皮下注150mgシリンジ及び同皮下注300mgペン

最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するように十分留意する。

(令和5保医発0314・5、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

#### →ヘムライブラ皮下注12mg、同皮下注30mg、同皮下注60mg、同皮下注90mg、同皮下注105mg及び同皮下注150mg

- ①本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因

子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

- ②本製剤は、エミズマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- ③本製剤は針及び注入器付の製品であるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

(平成30保医発0521・8、令和6保医発1119・11) (下線部追加)

(2024年12月6日適用分)

- ・薬価基準の一部改正に伴う留意事項について
- バイクロット配合静注用2.5mL、同配合静注用5mL及び同配合静注用10mL**

- ①本製剤は乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤であり、本製剤の自己注射を

行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

- ②本製剤は針及び注入器付の製品であるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。
- ③本製剤の使用に当たっては、血液凝固第VIII因子又は第IX因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

(平成26保医発0902・1、令和6保医発1205・1)

→**イミグラン錠50及び後発医薬品のスマトリプタンコハク酸塩製剤**

本製剤は、片頭痛の確定診断が行われた場合にのみ投与する。

(平成13.8.31保医発224、令和6保医発1205・1)

## リムパーザ錠100mg、同錠150mgの留意事項の一部改正

2024年(令和6年)11月22日 保医発1122第4号

【編注】厚生労働省は11月22日、リムパーザ錠100mg、150mgを「ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法後の維持療法」に用いる場合について通知しました。

→**リムパーザ錠100mg、同錠150mg**

①～③ (略)

- ④本製剤を「ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法後の維持療法」に用いる場合は、効能又は効果に関連する注意において、「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、pMMRが確認された患者に投与する」とさ

れているのでミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

(令和6保医発1122・4) (④を追加)

# 抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの 策定に伴う留意事項の一部改正

2024年(令和6年)11月22日 保医発1122第5号

【編注】「ペムプロリズマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:キイトルーダ点滴静注100mg)」については、「抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」(平成29年保医発0214第4号通知)において、保険適用上の取扱いに係る留意事項が通知されています。

今般、「ペムプロリズマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(子宮頸癌)の一部改正について」(令和6年医薬審発1122第1号通知)により、最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、本製剤に係る留意事項が改正されました。

## →キイトルーダ点滴静注100mg

(1)~(20) (略)

(21) 局所進行子宮頸癌

本製剤を局所進行子宮頸癌の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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

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

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)

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。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。

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。うち、3年以上は、婦人科腫瘍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。

3) 本製剤を同時化学放射線療法と併用する場合、次に掲げる併用療法を行った旨(「併用投与ア」と記載)

ア シスプラチンを用いた同時化学放射線療法

(令和6保医発1122・5)(21)を追加)



# 抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの 策定に伴う留意事項の一部改正

2024年(令和6年)11月22日 保医発1122第6号

【編注】「デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:イミフィンジ点滴静注120mg及び同点滴静注500mg)」については、「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」(平成30年保医発0828第2号通知)において、保険適用上の取扱いに係る留意事項が通知されています。

今般、「デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(子宮体癌)の作成及び最適使用推進ガイドライン(非小細胞肺癌、小細胞肺癌、肝細胞癌及び胆道癌)の一部改正について」(令和6年医薬薬審発1122第2号通知)のとおり、最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、本製剤に係る留意事項が改正されました。

## →イミフィンジ点滴静注120mg及び同点滴静注500mg

(7) 本製剤を進行・再発の子宮体癌に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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

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

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)

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。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。

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。うち、3年以上は、婦人科腫瘍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。

③本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載及び「併用投与イ」に該当する場合は、その理由)

ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与

イ カルボプラチン及びドセタキセル水和物との併用投与

(令和6保医発1122・6)((7)を追加。その他、通知の記の(2)、(3)、(4)、(5)及び(6)中、①のエの「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」とあるのを、「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」に改める)

# ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインの 策定に伴う留意事項

2024年(令和6年)11月19日 保医発1119第12号

【編注】ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:ケサンラ点滴静注液350mg)については、「ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドラインについて」(令和6年医薬薬審発1119第1号通知)のとおり、最適使用推進ガイドラインが策定されています。

これに伴う当該製剤の保険適用上の留意事項は下記のとおりです。

## →ケサンラ点滴静注液350mg

(1) ケサンラ点滴静注液350mgについては、最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するように十分留意する。

(2) 本製剤を最初に投与した際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

①次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載)

ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者

イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者

- ・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者
- ・本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者

ウ MRI検査(1.5Tesla以上)が実施可能であることが確認された患者

②認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日

ア 認知機能評価MMSEスコア

イ 臨床認知症尺度CDR全般スコア

③次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの(「患者要件エ」

又は「患者要件オ」と記載)、実施年月日及び検査実施施設名

エ アミロイドPET

オ 脳脊髄液(CSF)検査

④次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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「医師要件エ」までのうち該当するものを記載)

ア 日本神経学会の専門医

イ 日本老年医学会の専門医

ウ 日本精神神経学会の専門医

エ 日本脳神経外科学会の専門医

⑤次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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(「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載)

オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有している

カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師である

キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講している

ク 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講している

⑥次に掲げる項目のうち、該当するもの(「施

設要件ア」又は「施設要件イ」と記載)

ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。

イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。

(項目)

Ⅰ MRI検査(1.5Tesla以上)が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っている

Ⅱ 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び臨床認知症尺度(CDR全般スコア)が実施可能な者が配置されている

Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能である

Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されている

Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいる

Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いる

Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設である

Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設である

(3) 本製剤の投与開始後6カ月以降の投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

①本製剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地  
ウ 初回投与施設((2)の初回投与施設と同一の施設)

エ 連携施設((2)の初回投与施設と連携している施設)

②次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与

施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載)

オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる

③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(「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載)

ケ 日本神経学会の専門医

コ 日本老年医学会の専門医

サ 日本精神神経学会の専門医

シ 日本脳神経外科学会の専門医

④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(「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載)

ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有している

セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師である

ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講している

タ 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講している

(4) 本製剤の継続投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、本製剤は、初回投与後6カ月までは、初回投与施設で投与する。

①本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。

②本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日

③本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日

(5) 本剤投与開始後12カ月を目安に実施するP

ET検査について、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ①本剤投与中、PET検査を受けた年月日（投与開始前のPET検査を除く）
  - ②本剤投与中、PET検査を実施した施設（「施設要件カ」又は「施設要件キ」と記載）及び「施設要件キ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地  
カ 初回投与施設と同一施設内  
キ 初回投与施設と連携がとれる施設
- (6) 本剤の初回投与から起算して、18カ月を超える投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ①本剤投与の継続が必要と判断した理由（PET検査によるアミロイドβプラークの評価結果、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自

他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載する）

- ②本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行う」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として(2)の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載する）

(令和6保医発1119・12)

## 公知申請に係る事前評価が終了し、医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認がなされた医薬品の保険上の取扱い

2024年（令和6年）11月22日 保医発1122第3号

**【編注】** 適応外使用に係る公知申請について事前評価が行われた結果、公知申請を行っても差し支えないとの結論が得られた下記の医薬品については、「公知申請に係る事前評価が終了した医薬品の保険上の取扱いについて」（令和6年保医発0426第1号）により、追加が予定された用法・用量が保険適用されていました。

11月22日、当該下記の医薬品について、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定に基づき、通知により保険適用とされていた用法・用量の一部変更が承認されたことから、通知が廃止されました。今後の使用は、新しい添付文書を参照してください。

1. 一般名：エルロンボパグ オラミン  
販売名：レボレード錠12.5mg、同錠25mg  
会社名：ノバルティスファーマ株式会社
2. 一般名：ロミプロスチム（遺伝子組換え）  
販売名：ロミプレート皮下注250 $\mu$ g調製用  
会社名：協和キリン株式会社
3. 一般名：リツキシマブ（遺伝子組換え）  
販売名：リツキサン点滴静注100mg、同点滴静注500mg  
会社名：全薬工業株式会社

# 検査料の取扱い

2024年(令和6年)11月29日 保医発1129第8号

【編注】厚生労働省は11月29日、検体検査の準用点数を新規追加しました。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

## 【第2章 特掲診療料】

### 【第3部 検査】

#### 【第1節 検体検査料】

##### 【第1款 検体検査実施料】

###### D014自己抗体検査

→抗GM-CSF抗体(1,380点)(準用点数の追加)

抗GM-CSF抗体は、自己免疫性肺胞蛋白症が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により測定した場合に、D014自己抗体検査の「43」抗GM1IgG抗体、抗GQ1bIgG抗体の所定点数2回分を合算した点数を準用し、「希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の設定方法」に基づく係数150/100を乗じ算定する。なお、診断時に1回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(令和6保医発1129-8)(提要P.496、右段上から13行目の次に追加)

販売名：KBM ラインチェックAPAP

保険適用希望企業：コージンバイオ株式会社

主な使用目的：血清中の抗GM-CSF抗体の検出(自己免疫性肺胞蛋白症の診断の補助)

###### D015 血漿蛋白免疫学的検査

→「18」のTARC

以下のいずれかの場合に算定できる。

ア (略)

イ 薬剤性過敏症症候群が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合に、一連の治療につき1回を限度として算定でき

る。ただし、医学的な必要性から一連の治療につき2回以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ウ ㄦ (略)

(令和6保医発1129-8)(提要P.497、右段上から6行目の次にイを追加)

## 【第13部 病理診断】

### 【第1節 病理標本作製料】

→FGFR2融合遺伝子標本作製(7,850点)(準用点数の追加)

FGFR2融合遺伝子標本作製は、治癒切除不能な胆道癌患者を対象として、FGFR阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法(Break-apart法)により遺伝子標本作製を行った場合に、本区分のALK融合遺伝子標本作製を準用し、「希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の設定方法」に基づく係数120/100を乗じ算定する。なお、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度とする。

(令和6保医発1129-8)(提要P.882、右段上から8行目の次に追加)

販売名：AmoyDx FGFR2 Gene Break-apart FISH プローブキット

保険適用希望企業：日本ステリ株式会社

主な使用目的：がん組織中のFGFR2融合遺伝子の検出(タスルグラチニブコハク酸塩の胆道癌患者への適応を判定するための補助に用いる)

# 検査・画像診断の留意事項の一部改正

2024年（令和6年）11月19日 保医発1119第13号

【編注】厚生労働省は11月19日、ドナネマブ（遺伝子組換え）製剤（製品名：ケサンラ点滴静注液350mg）の薬価収載や、以下のアミロイドPETに用いる放射性医薬品の保険適用を受けて、検査・画像診断の算定留意事項に係る通知を一部改正しました。

•アミヴィッド静注

保険適用希望企業：PDRファーマ株式会社

主な使用目的：アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化

•ビザミル静注

保険適用希望企業：日本メジフィジックス株式会社

主な使用目的：アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化

下線は訂正・追加です。適用は2024年11月20日です。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年（令和6年）6月改定版の該当ページです。

## 【第2章 特掲診療料】

### 【第3部 検査】

#### 【第1節 検体検査料】

##### 【第1款 検体検査実施料】

###### →D004 穿刺液・採取液検査

(13) アミロイドβ42/40比（髄液）

ア 「15」のアミロイドβ42/40比（髄液）

は、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβアミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度

認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18カ月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本検査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。

イ（略）

（令和6保医発1119-13）（提要P.459、右段上から31行目、下線部変更・追加）

## 【第4部 画像診断】

### 【第2節 核医学診断料】

#### →E101-2 ポジトロン断層撮影

(6) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア 「5」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対

し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影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。

イ (略)

ウ 「5」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 「5」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「5」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ 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)の「4」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)又は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)の「3」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(令和6保医発1119・13)(提要P.562、左段上から29行目、下線部変更・追加)

→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)

(6) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア 「4」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影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。

イ (略)

ウ 「4」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージン

グ剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 「4」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18カ月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「4」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ E101-2ポジトロン断層撮影の「5」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)又は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)の「3」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(令和6保医発1119・13)(提要P.563、右段下から29行目、下線部変更・追加)

→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)

(5) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア「3」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対

し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18カ月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影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。

イ (略)

ウ 「3」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 「3」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18カ月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに1回に限り算定できる。

オ 「3」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ E101-2 ポジトロン断層撮影の「5」ア



ミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）又は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）の「4」アミロイド

PETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(令和6保医発1119-13) (提要P.564、右段下から10行目、下線部変更・追加)

## 特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)、算定留意事項通知、定義の一部改正

2024年(令和6年)11月29日 厚生労働省告示第354号  
保医発1129第2号

【編注】厚生労働省は11月29日、特定保険医療材料の新規収載に伴い、算定留意事項通知、材料価格基準、材料の算定留意事項通知、定義通知の改正、追加を行いました。

下線部は追加です。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

1. 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の一部改正(令和6年・保医発1129第2号、令和6年12月1日適用)

### 【第2章 特掲診療料】

#### 【第10部 手術】

#### 【第8款 心・脈管】

##### →K619-2 総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術

静脈用ステント留置術は、既存療法では治療困難な症候性腸骨 大腿静脈流出障害の患者に対し、関連学会の定める適正使用指針を遵守して、静脈ステントセットを用いて実施した場合、本区分の所定点数を準用して算定する。

(令和6保医発1129-2) (提要P.802、右段下から7行目の次に追加)

2. 材料価格基準の一部改正(告示第354号)、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項」、「特定保険医療材料の定義」の一部改正(保医発1129第2号)(令和6年12月1日適用)

#### 133 血管内手術用カテーテル

(1)~(8) (略)

(9) 血栓除去用カテーテル

①・② (略)

③経皮的血栓除去用

ア・イ (略)

ウ 離捕捉型 1,050,000円

④ (略)

(10)~(22) (略)

(23) 大動脈分岐部用フィルターセット

520,000円

(令和6.11.29告示354) (提要P.1014、左段上から11行目の次、左段下から11行目の次に下線部追加)

##### →133 血管内手術用カテーテルの算定

(1)~(5) (略)

(6) 血栓除去用カテーテル

ア 経皮的血栓除去用・破砕吸引型、経皮的血栓除去用・分離捕捉型又は脳血栓除去用は、1回の手術に対し、3本を限度として算定する。

イ 経皮的血栓除去用・破砕吸引型、経皮的血栓除去用・分離捕捉型又は脳血栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ウ 経皮的血栓除去用・破砕吸引型、経皮的血栓除去用・分離捕捉型又は脳血栓除去用を使用するに当たっては、関係学会の定める実施基準に準じる。

エ・オ (略)

(7)~(14) (略)

(15) 大動脈分岐部用フィルターセット

ア 関連学会の定める適正使用指針に従っ

て、経カテーテル大動脈弁置換術中の塞栓物質に対する予防的措置が必要と判断される場合に限り算定できる。

イ 血管病変部の画像所見等を踏まえ、大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切である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。

(令和6保医発1129・2)(提要P.1014、右段下から28～23行目に下線部追加、P.1015左段上から35行目の次に下線部追加)

→133 血管内手術用カテーテルの定義

(1) 血管内手術用カテーテルの機能区分の考え方  
術式により、経皮的脳血管形成術用カテーテル、末梢血管用ステントセット(3区分)、PTAバルーンカテーテル(9区分)、下大静脈留置フィルタセット(2区分)、冠動脈灌流用カテーテル、オクリュージョンカテーテル(2区分)、血管内血栓異物除去用留置カテーテル(4区分)、血管内異物除去用カテーテル(6区分)、血栓除去用カテーテル(11区分)、塞栓用コイル(7区分)、汎用型圧測定用プローブ、循環機能評価用動脈カテーテル、静脈弁カッタ(3区分)、頸動脈用ステントセット(2区分)、狭窄部貫通用カテーテル、下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル、血管塞栓用プラグ、交換用カテーテル、体温調節用カテーテル(2区分)、脳血管用ステントセット、脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム(2区分)及び血管形成用カテーテル(2区分)の合計63区分に区分する。

(2)～(9) (略)

(10) 血栓除去用カテーテル

【機能区分の定義】

ア～エ (略)

オ 経皮的血栓除去用

i・ii (略)

iii 分離捕捉型：次のいずれにも該当する。

a 経皮的に深部静脈の血栓を分離し捕捉除去する際に使用するカテーテルである。

b 自己拡張能を持つ網状のワイヤと、分離した血栓を捕捉するためのバッグからなる。

カ (略)

(11)～(23) (略)

(24) 大動脈分岐部用フィルターセットの定義：

次のいずれにも該当する。

① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具(5)医療用嘴管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「中心循環系塞栓捕捉用カテーテル」である。

② 経カテーテル大動脈弁置換術中に飛散する塞栓物質の捕捉を目的として、経カテーテル大動脈弁置換術に際し、置換前に大動脈分岐部に一時的に留置する複数のフィルターを持つカテーテルである。

(令和6保医発1129・2)(提要P.1015、左段上から37～43行目、下線部訂正、P.1016、右段下から15目に下線部追加、P.1018、左段上から2行目の次に下線部②4追加)

販売名：ClotTrievers 血栓除去システム  
保険適用希望企業：ヴォーパル・テクノロジーズ株式会社

主な使用目的：本品は重度の急性期症状を呈する深部静脈血栓症（血栓後症候群は除く）において、既存治療の実施が困難又は実施しても有効な治療効果が得られないと予想される患者を対象として、血流の再開を図るために使用する。

販売名：SENTINEL 脳塞栓保護デバイス  
保険適用希望企業：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

主な使用目的：本品は、経カテーテルの大動脈弁置換術の際に生じる塞栓物質を捕捉、除去することを目的に、大動脈分岐部に一時的に留置する遠位塞栓防止デバイスである。

230 静脈用ステントセット 335,000円

→230 静脈用ステントセットの算定

(1) 静脈用ステントセットは、深部静脈血栓症患者のうち、本品による治療が医学的に必要であると判断された患者に対して、経血管的に腸骨大腿静脈の内腔を確保することを目的に使用した場合に限り、1回の手術に対して2個を限度として算定できる。

(2) 静脈用ステントセットは、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

→230 静脈用ステントセットの定義

【定義】 次のいずれにも該当する。

(1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具(07)内臓機能代用器」であって、一般的

称が「静脈用ステント」である。

- (2) 既存療法では治療困難な症候性腸骨大腿静脈流出障害に対し、腸骨大腿静脈の内腔を確保することを目的に、経血管的に挿入され、体内に留置するステントセット（デリバリーシステムを含む）である。

(令和6.11.29告示354、令和6保医発1129・2) (提要P.1036、左段上から2行目の次に追加)

販売名：VENOVO 静脈ステントシステム  
 保険適用希望企業：株式会社メディコン  
 主な使用目的：本品は既存療法では治療困難な症候性腸骨大腿静脈流出障害に対し、腸骨大腿静脈の内腔を確保するために用いる。

## 支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)

2024年(令和6年)11月29日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は11月29日、「審査の一般的な取扱い事例」第18回を追加しました。

「取扱いを作成した根拠等」の詳細は、社会保険診療報酬支払基金トップページ>診療報酬の審査>審査結果の差異に対する取組>審査の取扱いが統一された事例>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)でご確認ください。

(第18回・2024年11月29日分)

### 【検査】

#### 355 肺血栓塞栓症等に対するフィブリノゲン半

定量・定量 支払基金・国保統一事例

次の傷病名に対するD006「4」フィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量の算定は、原則として認められる。

- (1) 肺血栓塞栓症(疑い含む)又は肺塞栓症(疑い含む)
- (2) 深部静脈血栓症

#### 356 フェリチンの算定(回数) 支払基金統一事例

鉄欠乏性貧血に対するD007「25」フェリチンの月1回の算定は、原則として認められる。

#### 357 TSH(甲状腺機能低下症) 支払基金・国保統一事例

甲状腺機能低下症疑いに対するD008「6」TSHの算定は、原則として認められる。

#### 358 TSH(甲状腺機能亢進症) 支払基金・国保統一事例

甲状腺機能亢進症疑いに対するD008「6」TSHの算定は、原則として認められる。

#### 359 卵巣癌疑い等に対するCA19-9 支払基金統一事例

①次の傷病名に対するD009「9」CA19-9の

算定は、原則として認められる。

- (1) 卵巣癌疑い
- (2) 肝内胆管癌疑い
- (3) 原発性肝内胆管癌疑い
- (4) 転移性肝癌疑い

②次の傷病名等に対するD009「9」CA19-9の算定は、原則として認められない。

- (1) 乳癌疑い
- (2) 前立腺癌疑い
- (3) 原発性胆汁性胆管炎疑い
- (4) CA19-9高値
- (5) 肝細胞癌疑い
- (6) 原発性肝細胞癌疑い

#### 360 抗核抗体(蛍光抗体法)定量(混合性結合組織病) 支払基金統一事例

混合性結合組織病(疑い含む)に対するD014「5」抗核抗体(蛍光抗体法)定量の算定は、原則として認められる。

#### 361 抗核抗体(蛍光抗体法)定量(全身性エリテマトーデス) 支払基金統一事例

全身性エリテマトーデスに対するD014「5」抗核抗体(蛍光抗体法)定量の算定は、原則として認められる。

#### 362 抗核抗体(蛍光抗体法)定性(全身性エリテマトーデス疑い) 支払基金・国保統一事例

全身性エリテマトーデス疑いに対するD014「5」抗核抗体（蛍光抗体法）定性の算定は、原則として認められる。

### 363 全身性エリテマトーデス（疑い含む）等に対する抗核抗体定性等 支払基金統一事例

①全身性エリテマトーデス（疑い含む）に対するD014「17」抗DNA抗体定性又は抗DNA抗体定量とD014「5」抗核抗体等<sup>\*</sup>の併算定は、原則として認められる。

②次の傷病名に対するD014「17」抗DNA抗体定性又は抗DNA抗体定量とD014「5」抗核抗体等<sup>\*</sup>の併算定は、原則として認められない。

- (1) 膠原病（疑い含む）
- (2) 関節リウマチ

※ 抗核抗体等：D014「5」抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量、D014「7」抗核抗体（蛍光抗体法を除く）

### 364 抗DNA抗体定性（混合性結合組織病） 支払基金統一事例

混合性結合組織病（疑い含む）に対するD014「17」抗DNA抗体定性の算定は、原則として認められる。

### 365 抗DNA抗体定性（全身性エリテマトーデス） 支払基金・国保統一事例

全身性エリテマトーデス（疑い含む）に対するD014「17」抗DNA抗体定性の算定は、原則として認められる。

### 366 PR3-ANCA（ANCA関連血管炎） 支払基金統一事例

ANCA関連血管炎に対するD014「33」PR3-ANCAの算定は、原則として認められる。

### 367 C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>及びCH<sub>50</sub>（混合性結合組織病） 支払基金・国保統一事例

混合性結合組織病に対するD015「8」C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>及びD015「4」CH<sub>50</sub>の算定は、原則として認められる。

### 368 C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>及びCH<sub>50</sub>（全身性エリテマトーデス） 支払基金・国保統一事例

全身性エリテマトーデスに対するD015「8」C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>及びD015「4」CH<sub>50</sub>の算定は、原則として認められる。

### 369 嫌気性培養加算 支払基金統一事例

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) ダグラス窩膿瘍、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

### 370 検体別の嫌気性培養加算 支払基金統一事例

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)

**371 抗ウイルス療法治療中におけるHBV核酸定量の連月の算定** 支払基金統一事例

B型慢性肝炎又はB型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のD023「4」HBV核酸定量の連月の算定は、原則として認められる。

**372 気管支喘息等に対する肺気量分画測定、フローボリュームカーブ** 支払基金統一事例

- ①次の傷病名に対するD200「1」肺気量分画測定、D200「2」フローボリュームカーブの算定は、原則として認められる。
- (1) 気管支喘息(疑い含む)  
 (2) 咳喘息(疑い含む)  
 (3) 慢性閉塞性肺疾患(疑い含む)

②薬剤負荷検査日におけるD200「1」肺気量分画測定、D200「2」フローボリュームカーブの算定は、負荷前後にそれぞれ1回ずつ、原則として1日2回まで認められる。

**373 気管支喘息に対する肺気量分画測定とフローボリュームカーブの併算定** 支払基金・国保統一事例

気管支喘息に対するD200「1」肺気量分画測定と「2」フローボリュームカーブの併算定は、原則として認められる。

**374 気管支喘息等に対する呼気ガス分析** 支払基金・国保統一事例

次の傷病名に対するD200「4」呼気ガス分析の算定は、原則として認められる。

- (1) 気管支喘息(疑い含む)

- (2) 咳喘息(疑い含む)

**375 脈波図、心機図、ポリグラフ検査②** 支払基金統一事例

次の傷病名に対するD214脈波図、心機図、ポリグラフ検査「1」1検査、「2」2検査、「3」3又は4検査、「4」5又は6検査及び「5」7検査以上の算定は、原則として認められない。

- (1) 腎臓病  
 (2) 腎疾患  
 (3) 糖尿病  
 (4) 高脂血症  
 (5) 高血圧症  
 (6) 膠原病  
 (7) 不整脈  
 (8) 静脈疾患

**376 消化管内視鏡検査時等のブチルスコポラミン臭化物製剤** 支払基金・国保統一事例

次の場合のブチルスコポラミン臭化物製剤(ブスコパン注等)及びグルカゴン(遺伝子組換え)(グルカゴンGノボ注射用)の併算定は、原則として認められない。

- (1) 消化管内視鏡検査時  
 (2) 消化管X線検査の前処置時

**【画像診断】**

**377 透視診断** 支払基金・国保統一事例

- ①注腸造影時のE000透視診断の算定は、原則として認められる。  
 ②骨折診断時のE000透視診断の算定は、原則として認められない。

**【投薬】**

**378 1型糖尿病に対する糖尿病治療剤(チアゾリジン薬)** 支払基金・国保統一事例

1型糖尿病に対する糖尿病治療剤(チアゾリジン薬)の算定は、原則として認められない。

**379 うつ病等に対するクロナゼパム** 支払基金・国保統一事例

次の傷病名に対するクロナゼパム(リボトリール錠)の算定は、原則として認められない。

- (1) うつ病  
 (2) パーキンソン病

**380 腸疾患(腸炎等)がなく、抗生物質又は化学療法剤の投与がない場合の耐性乳酸菌製剤**

**支払基金・国保統一事例**

腸疾患(腸炎等)がなく、抗生物質又は化学

療法剤の投与がない場合の耐性乳酸菌製剤（ビオフェルミンR散等）の算定は、原則として認められない。

### 381 ロキソプロフェンナトリウム水和物（感冒等の患者） 支払基金統一事例

次の傷病名に対するロキソプロフェンナトリウム水和物（ロキソニン錠等）の算定は、原則として認められる。

- (1) 感冒
- (2) インフルエンザ
- (3) 肋間神経痛
- (4) 坐骨神経痛
- (5) 神経痛
- (6) 帯状疱疹
- (7) 頭痛

### 382 チアラミド塩酸塩（急性気管支炎の患者）

#### 支払基金統一事例

急性気管支炎に対するチアラミド塩酸塩（ソランタール錠）の算定は、原則として認められる。

### 383 トコフェロールニコチン酸エステル製剤

#### （末梢神経炎） 支払基金・国保統一事例

末梢神経炎に対するトコフェロールニコチン酸エステル製剤（ユベラNカプセル等）の算定は、原則として認められない。

### 384 潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症等に対するイコサペント酸エチルカプセル 支払基金統一事例

- ①潰瘍を伴わない閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）の算定は、原則として認められる。
- ②次の傷病名に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）の算定は、原則として認められない。
  - (1) 腰部脊柱管狭窄症術後
  - (2) 高血圧症
  - (3) 狭心症
  - (4) 動脈硬化症

### 385 潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症等に対するベラプロストナトリウム錠 支払基金統一事例

潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症（閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症）に対するベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）の算定は、原則として認められる。

### 386 適応傷病名と心筋梗塞(安定期)等がある患者に対するシロスタゾール 支払基金統一事例

適応傷病名と次の傷病名がある患者に対するシロスタゾール（プレタールOD錠等）の算定は、原則として認められる。

- (1) 心筋梗塞（安定期）
- (2) 狭心症（安定期）
- (3) 心室頻拍（安定期）

### 387 逆流性食道炎に対するイトプリド塩酸塩錠 支払基金統一事例

逆流性食道炎に対するイトプリド塩酸塩錠（ガナトン錠等）の算定は、原則として認められない。

### 388 仙腸関節炎等に対するシクロスポリン（内服薬） 支払基金統一事例

次の傷病名に対するシクロスポリン（内服薬）（ネオーラルカプセル等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 仙腸関節炎
- (2) 巨赤芽球性貧血
- (3) 関節リウマチ

### 389 再生不良性貧血に対するシクロスポリン

#### （内服薬） 支払基金・国保統一事例

再生不良性貧血に対する次の場合のシクロスポリン（内服薬）（ネオーラルカプセル等）の算定は、原則として認められる。

- (1) 罹病期間が6カ月を超える場合
- (2) 投与期間が16週を超える場合

### 390 シクロスポリン(内服薬)とミコフェノール酸モフェチル製剤の併用投与 支払基金・国保統一事例

骨髄移植における移植片対宿主病（GVHD）の発症抑制に対するシクロスポリン（内服薬）（ネオーラルカプセル等）とミコフェノール酸モフェチル製剤（セルセプトカプセル等）の併用投与は、原則として認められる。

### 391 上気道炎等に対するブロムヘキシシン塩酸塩（吸入液） 支払基金・国保統一事例

次の傷病名に対するブロムヘキシシン塩酸塩（吸入液）（ビソルボン液吸入液等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 上気道炎（急性・慢性）
- (2) 咽頭炎（急性・慢性）
- (3) 感冒

#### 【注射】

### 392 消化管出血を確認した外来の患者に対する塩酸メトクロプラミド(注射液) 支払基金・国

**保統一事例**

内視鏡検査等により消化管出血を確認した外来患者に対する塩酸メトクロプラミド(注射液)(プリンペラン注射液等)の算定は、原則として認められない。

**393 経口投与が可能な場合に対するブロムヘキシン塩酸塩(注射液)** 支払基金・国保統一事例

次の傷病名で経口投与が可能な場合に対するブロムヘキシン塩酸塩(注射液)(ビソルボン注等)の算定は、原則として認められない。

- (1) 上気道炎(急性・慢性)
- (2) 咽頭炎(急性・慢性)
- (3) 喉頭炎(急性・慢性)

## 支払基金・近畿ブロックにおける審査上の取扱い(医科)

2024年(令和6年)12月1日  
社会保険診療報酬支払基金近畿ブロック

【編注】支払基金近畿審査事務センターは12月1日、「近畿ブロック取決事項」として、「審査上の取扱い」を示しました。適用は2025年(令和7年)3月診療分からです。

「取扱いを作成した根拠等」の詳細は、社会保険診療報酬支払基金トップページ>都道府県情報>京都府>近畿ブロック・近畿審査事務センター(大阪センター)でご確認ください。

- 2024年12月1日分(適用年月:2025年3月診療分)

**【検査】**

1. 原則として、膝内障に対する超音波検査(その他)の算定は認められない。超音波検査(その他)を必要とする靭帯損傷等の病名を必要とする。

**【手術】**

2. 関節鏡下半月板縫合術での半月板縫合デバイスは、通常8個の算定は想定範囲内であることから認めることとする。ただし、8個を超えて使用する場合は、その必要性を症状詳記等により医学的に判断する。