

厚生関連資料

今月の資料 (法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い (保医発 0225-1) ……………	p.49
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (2/27 告示 54) ……………	p.50
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0227-6) ……………	p.50
通	「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 (保医発 0227-5) ……………	p.50
告通	特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正等 (2/27 告示 57, 保医発 0227-5) ……………	p.51
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (2/27 支払基金) ……………	p.54
告通	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第 1 項第 5 号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部改正 (DPC/PDPS) (2/19 告示 41, 保医発 0219-7) ……………	p.54
* * *		
通	令和 7 年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施 (医政発 0126-67 等) ……………	p.54
通	令和 7 年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費補助金の国庫補助 (医政発 0130-1 等) ……………	p.58

* 本欄で示す “p.00/p.00” は、原則 “診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2024 年度版 / 2025 年 4 月増補版” ページ数です。



通 医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い

令和 8 年 2 月 25 日
保医発 0225 第 1 号

(p.595 左段下から 28～27 行目 / p.609 右段 25～26 行目, 下線部訂正)

● アセメタシン【内服薬】(ランツジールコ
ーワ錠) :

- (1) 原則, 「好酸性膿疱性毛包炎」(後略)
- (2) 原則, 「片頭痛, 筋収縮性頭痛 (緊張型頭痛), 発作性片側頭痛, 持続性片側頭痛, 一次性咳嗽性頭痛, 一次性運動時頭痛, 一次性穿刺様頭痛」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.595 右段 3～4 行目 / p.609 右段下から 20～19 行目, 下線部訂正)

● アモキシシリン水和物【内服薬】(サワシリンカプセル, サワシリン錠, アモキシシリンカプセル, サワシリンカプセル, サワシリン細粒, 他後発品あり) :

- (1) 原則, 「急性副鼻腔炎」(後略)
- (2) 原則, 「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.595 右段下から 21 行目 / p.610 左段 16 行目の次に挿入)

● エンバグリフロジン【内服薬】(ジャディアンス錠 10mg, 25mg) : 原則, 「糖尿病 1b 型に伴う好中球減少症」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.596 右段 13 行目 / p.610 左段下から 18 行目の次に挿入)

● シタグリプチンリン酸塩水和物【内服薬】(ジャヌビア錠 125mg, ジャヌビア錠 25mg, ジャヌビア錠 50mg, ジャヌビア錠 100mg, グラクティブ錠 125mg, グラクティブ錠 25mg, グラクティブ錠 50mg, グラクティブ錠 100mg) : 原則, 「緩

徐進行 1 型糖尿病 (probable)」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.596 右段下から 28～26 行目 / p.611 左段 10～12 行目, 下線部訂正)

● タクロリムス水和物【内服薬】(プロクラカプセル, プログラフ顆粒, グラセプターカプセル) :

- (1) 原則, 「ラスムッセン脳炎」(後略)
- (2) 原則, 「ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。
- (3) 原則, 「頻回再発型ネフローゼ症候群・ステロイド依存性ネフローゼ症候群」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.596 左段下から 2 行目 / p.611 左段 32 行目の次に挿入)

● デスモプレシン酢酸塩水和物【内服薬】(ミニリンメルト OD 錠 25μg, ミニリンメルト OD 錠 50μg) : 原則, 「中枢性尿崩症」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.597 右段 27 行目 / p.611 右段下から 22 行目の次に挿入)

● ボノプラザンフマル酸塩【内服薬】(タケキャブ錠 20mg, 同 OD 錠 20mg, タケキャブ錠 10mg, 同 OD 錠 10mg) : 原則, 「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

● ボノプラザンフマル酸塩, アモキシシリン水和物, メトロニダゾール (ボノビオ

ンパック) : 原則, 「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.598 左段 7 行目 / p.612 左段 25 行目の次に挿入)

● メトホルミン塩酸塩【内服薬】(メトグルコ錠 250mg, メトグルコ錠 500mg, グリコラン錠 250 mg, 他後発品あり) : 原則, 「緩徐進行 1 型糖尿病 (probable)」に対して処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.598 左段 22～23 行目 / p.612 左段下から 30～28 行目, 下線部訂正)

● メトロニダゾール【内服薬】(フラジール内服錠) :

- (1) 原則, 「プロピオン酸血症, メチルマロン酸血症」(後略)
- (2) 原則, 「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.609 右段下から 16 行目 / p.624 右段下から 14 行目の次に挿入)

● インスリン グラルギン (遺伝子組換え)【注射薬】(ランタス注シロスター) : 原則, 「妊娠糖尿病」に対して使用した場合, 当該使用事例を審査上認める。

● インスリン デグルデク (遺伝子組換え)【注射薬】(トレシーバ注フレックスタッチ, トレシーバ注ベンフィル) : 原則, 「妊娠糖尿病」に対して使用した場合, 当該使用事例を審査上認める。

(p.610 右段下から 9 行目 / p.625 右段下

5 25 行目の次に挿入)

- **ソマトロピン(遺伝子組換え)【注射剤】**
(ジェノトロピンゴークイック注 5.3mg, 12mg, グロウジェクト 6mg, 12mg, ノルディトロピンフレックスプロ 5, 10, 15mg, ジェノトロピン TC 注用 5.3, 12mg, ヒューマトロップ注射用 6, 12mg, 他後発品

あり)：原則、「骨端線閉鎖を伴わないインスリン様成長因子 (IGF-I) 不応症に伴う低身長 (遺伝学的に IGF1R 異常が同定されている症例に限る)」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.611 左段 10 行目/p.625 右段下から 9 行目の次に挿入)

- **デスマプレシン酢酸塩水和物【注射薬】**
(デスマプレシン 静注 4μg「フェリング」)：原則、「クッシング病の診断を目的に」使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和 8 年 2 月 27 日
告示第 54 号

【解説】3 月 1 日から適用されます。

(p.1603 左段下から 30~28 行目/p.1635 左段 11~13 行目, 削除)

- 1 削除 (インターフェロン α 皮下投与及び

ジドブジン経口投与の併用療法)

(p.1603 右段下から 8~7 行目/p.1635 右段 10~11 行目, 削除)

- 26 削除 (肺動脈自律神経叢除神経療法)

(p.1604 右段下から 9 行目/p.1636 左段下から 9 行目, 下線部訂正)

- 6 経皮的胸部悪性腫瘍凍結融解壊死療法 (肺悪性腫瘍, 縦隔悪性腫瘍, 胸膜悪性腫瘍又は胸壁悪性腫瘍)

通

検査料の点数の取扱い

令和 8 年 2 月 27 日
保医発 0227 第 6 号

【解説】3 月 1 日から適用されます。

(p.469 左段 4 行目/p.471 左段下から 12 行目の次に挿入)

→がんゲノムプロファイリング検査

- (6) 「注 2」に係る規定は、(中略)

ア~コ (略)

サ 固形癌における HER2 遺伝子検査

シ 乳癌における ESR1 遺伝子検査

(後略)

(令 6 保医発 0305・4, 0430・1, 令 7 保医発 0228・2, 令 8 保医発 0227・6)

(p.472 左段下から 12 行目/p.475 左段 14 行目の次に挿入)

→悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿)

- (12) HER2 遺伝子検査 (大腸癌及び肺癌以外の固形癌に係るもの)

HER2 遺伝子検査 (大腸癌及び肺癌以外の固形癌に係るもの) は、大腸癌及び肺癌以外の固形癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、

本区分の「7」HER2 遺伝子検査 (大腸癌に係るもの) の所定点数を準用して算定する。

- (13) ESR1 遺伝子検査 (乳癌に係るもの)

ESR1 遺伝子検査 (乳癌に係るもの) は、乳癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、本区分の「7」HER2 遺伝子検査 (大腸癌に係るもの) の所定点数を準用して算定する。

(令 6 保医発 0305・4, 令 8 保医発 0227・6)

通

「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 8 年 2 月 27 日
保医発 0227 第 5 号

【解説】3 月 1 日から適用されます。

(p.426 右段 12 行目/p.429 左段 16 行目の次に挿入)

→在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

- (5) 在宅腫瘍治療電場療法 (非小細胞肺癌) は、次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り、本区分の所定点数を準用して算定する。

ア 非小細胞肺癌の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行う。

イ PD-1/PD-L1 阻害剤と併用して切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療を目的とする。

ウ 本療法の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守する。

エ 非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1

阻害剤による治療の経験を過去 1 年間に 5 例以上有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の医師が実施する。

オ 以下のいずれも満たす保険医療機関である。

i 呼吸器内科、呼吸器外科又は腫瘍内科を標榜している。

ii 非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療を過去 1 年間に 10 例以上実施している。

iii 皮膚関連有害事象を含む有害事象が発生した際、当該施設又は連携施設において専門的な対応が可能である。(令 6 保医発 0305・4, 令 8 保医発 0227・5)

(p.785 左段 12 行目/p.803 左段 12 行目の

次に挿入)

→食道ステント留置術

内視鏡的切除後の辺縁遺残、瘻痕上又は近傍の再発で、内視鏡的切除が困難である異形成又は粘膜内にとどまる食道がん病変に対して、特定保険医療材料 238 の冷凍アブレーション用バルーンカテーテルを用いて、内視鏡下に冷凍アブレーションを行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。(令 8 保医発 0227・5)

(p.792 右段 9~10 行目/p.810 右段 25~26 行目, 下線部訂正・追加)

→経皮的僧帽弁クリップ術

- (1) 経皮的僧帽弁クリップ術 (後略)

- (2) 特定保険医療材料 240 の経皮的三尖弁クリップシステムを用いて、経皮的三尖



弁クリップ術を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。

(令6保医発0305・4, 令8保医発0227・5)

(p.800 左段下から10行目/p.818 右段下から25行目の次に挿入)

→腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)

治療抵抗性高血圧の患者に対して、特定保険医療材料239の腎神経焼灼術用カテーテルを用いて、関連学会の定める適正使用指針を遵守して腎神経焼灼術を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。なお、診療報酬請求に当たって、診療

報酬明細書に症状詳記を記載する。

(令8保医発0227・5)

(p.822 右段下から5~4行目/p.841 右段12~13行目, 下線部訂正・追加)

→腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)

- (1) 経皮的, 開腹下又は(後略)
- (2) 肝腫瘍又は標準治療に不適応若しくは不応の以下の腫瘍に対して経皮的に凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。ただし、実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針を遵

守する。

- ア 肺悪性腫瘍
- イ 骨悪性腫瘍
- ウ 類骨骨腫
- エ 骨盤内悪性腫瘍
- オ 四肢, 胸腔内及び腹腔内に生じた軟部腫瘍

- (3) 標準治療に不適応又は不応の結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫に対して経皮的に凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。ただし、実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針を遵守する。(令6保医発0305・4, 令8保医発0227・5)

告 通

特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正等

令和8年2月27日 告示第57号, 保医発0227第5号

【解説】3月1日から適用されます。

(p.444 左段最下行/p.446 右段最下行の次に挿入(新規のため下線なし)。p.1030 右段下から34~18行目/p.1050 左段下から28~12行目, 材料番号の「016」を「195」と読み替え, 下線部訂正)

016 体表面用電場電極

(1) 膠芽腫用	35,900円
(2) 非小細胞肺癌用	
①小型	48,800円
②大型	65,000円

→体表面用電場電極の算定

ア 膠芽腫用

a 膠芽腫用は、薬事承認された使用目的のうち、初発膠芽腫について使用した場合に限り算定できる。

b 膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載する。

c 膠芽腫用は、1月につき40枚を限度として算定できる。

d 膠芽腫用は、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用し、日本脳神経外科学会と日本脳腫瘍学会が行うレジストリに症例情報を登録した場合に限り算定する。

イ 非小細胞肺癌用

a 非小細胞肺癌用は、薬事承認された使用目的のうち、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌について白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で増悪後にPD-1/PD-L1阻害剤との併用治療として使用した場合に限り算定できる。

b 非小細胞肺癌用は、1月につき60枚を限度として算定できる。

c 非小細胞肺癌用は、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

ウ・エ

→体表面用電場電極の定義 薬事承認上、類別が「機械器具(2)理学診療用器具」であって、一般的名称が「交流電場腫瘍治療システム」である。

【機能区分の定義】

① 膠芽腫用：次のいずれにも該当。

ア テント上膠芽腫の治療を行う目的で交流電場を患者に印加するための電極である。

イ 頭部表面に貼付し、交流電場腫瘍治療システム本体に接続して使用するものである。

ウ アレイに6個又は9個の電極を有するものである。

② 非小細胞肺癌用

ア 非小細胞肺癌用・小型：次のいずれにも該当。

i 非小細胞肺癌の治療を行う目的で交流電場を患者に印加するための電極である。

ii 胴体(胸部周囲)に貼付し、交流電場腫瘍治療システム本体に接続して使用するものである。

iii アレイに13個の電極を有するものである。

イ 非小細胞肺癌用・大型：次のいずれにも該当。

i 非小細胞肺癌の治療を行う目的で

交流電場を患者に印加するための電極である。

ii 胴体(胸部周囲)に貼付し、交流電場腫瘍治療システム本体に接続して使用するものである。

iii アレイに20個の電極を有するものである。

(p.1006 右段19行目~p.1007 左段21行目/p.1025 左段下から31行目~右段下から18行目, 下線部訂正・追加)

123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル

(3) パルスフィールドアブレーション用

①標準型 681,000円

②熱アブレーション機能・心臓電気生理学的検査機能(心房内・心室内全域型)付加型 883,000円

→経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの算定

ア 熱アブレーション用の「体外式ベーシング機能付き」, 「体外式ベーシング機能付き・特殊型」又はパルスフィールドアブレーション用の「熱アブレーション機能・心臓電気生理学的検査機能(心房内・心室内全域型)付加型」を算定する場合は、(後略)

イ パルスフィールドアブレーション用・標準型については、(後略)

ウ パルスフィールドアブレーション用・熱アブレーション機能・心臓電気生理学的検査機能(心房内・心室内全域型)付

加型については、体外式ペースメーカー用カテーテル電極・心臓電気生理学的検査機能付加型・心房内・心室内全域型と併せて使用した場合は、主たるもののみ算定できる。

→経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの定義 次のいずれにも該当。(後略)

【機能区分の定義】

- ①～⑧ (略)
- ⑨ パルスフィールドアブレーション用・標準型：次のいずれにも該当。
ア～ウ (略)
エ ⑩に該当しない。
- ⑩ パルスフィールドアブレーション用・熱アブレーション機能・心臓電気生理学的検査機能(心房内・心室内全域型)付加型：次のいずれにも該当。
ア 薬剤抵抗性を有する再発性症候性発作性心房細動、薬剤抵抗性を有する症候性持続性心房細動又は通常型心房粗動の治療を目的として使用するパルスフィールドアブレーション用のカテーテルである。
イ 高周波電流等、熱による心筋焼灼機能を有する。
ウ 心房内又は心室内全域の心臓電気生理学的検査を行う機能を有する。

(p.1013 左段 20～21 行目 / p.1031 右段下から 16～15 行目, 下線部訂正)

→ガイディングカテーテルの算定

エ その他血管用は、経皮的四肢血管拡張術、血栓除去術、経皮的肺動脈拡張術及び腎神経焼灼術を行う際に使用した場合にのみ算定できる。

(p.1013 右段 8 行目 / p.1032 左段下から 19 行目, 下線部訂正)

→ガイディングカテーテルの定義 次のいずれにも該当する。

【機能区分の定義】

- ①・② (略)
- ③ その他血管用：経皮的血管拡張術、血栓除去術又は腎神経焼灼術を行う際に、(後略)

(p.1013 左段下から 28 行目～p.1015 右段下から 30 行目 / p.1032 右段 12 行目～p.1034 右段下から 24 行目, 下線部訂正・追加)

133	血管内手術用カテーテル
(3)	PTA バルーンカテーテル

⑥ 再狭窄抑制型

ア	標準型	173,000 円
イ	橈骨動脈穿刺対応型	192,000 円

→血管内手術用カテーテルの算定

- ウ PTA バルーンカテーテル
a～d (略)
e 再狭窄抑制型・橈骨動脈穿刺対応型は、橈骨動脈を穿刺して使用した場合に算定できる。
f ボディワイヤー型を使用した(後略)

→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、(中略)、PTA バルーンカテーテル (10 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 (3 区分)、(中略)、血管形成用カテーテル (2 区分) 及び大動脈分岐部用フィルタセット (~~1~~ 区分) の合計 69 区分に区分する。

- (2)～(3) (略)
- (4) PTA バルーンカテーテル

【機能区分の定義】

- ア～カ (略)
- キ 再狭窄抑制型
i 標準型：次のいずれにも該当。
a 大腿膝窩動脈の自家血管に狭窄病変若しくは (後略)
b ii に該当しない。
ii 橈骨動脈穿刺対応型：次のいずれにも該当。
a 大腿膝窩動脈の自家血管に狭窄病変又はステント内再狭窄病変のある患者に対し、経皮的血管形成術のバルーン拡張時に、バルーンに塗布されている薬剤を血管内壁に吸収させることを目的に使用するカテーテルである。
b 橈骨動脈の穿刺部位から挿入するものであって、その趣旨が薬事承認又は認証事項に明記されている。

(p.1027 左段 29 行目～下から 20 行目 / p.1046 右段下から 26～5 行目, 下線部訂正・追加)

168	心腔内超音波プローブ	
(3)	再製造	
①	標準型	209,000 円
②	磁気センサー付き	229,000 円

→心腔内超音波プローブの算定

- ア 磁気センサー付き又は再製造・磁気センサー付きを算定する場合は、(後略)
- イ 再製造の標準型又は磁気センサー付きを使用する場合は、(後略)

→心腔内超音波プローブの定義 次のいずれにも該当。

【機能区分の定義】

- ① 標準型：②から④までに該当しない。
- ② (略)
- ③ 再製造・標準型：①の再製造品である。
- ④ 再製造・磁気センサー付き：②の再製造品である。

(p.1033 左段下から 10 行目～右段 33 行目 / p.1052 左段下から 3 行目～p.1053 左段下から 32 行目, 下線部訂正・追加)

211	植込型骨導補聴器 (直接振動型)	
(1)	インプラント	
①	標準型	720,000 円
②	特殊型	744,000 円
(2)	音声信号処理装置	
①	標準型	325,000 円
②	特殊型	325,000 円
(3)	オプション部品 (標準型)	29,800 円

→植込型骨導補聴器 (直接振動型) の算定

- ア 植込型骨導補聴器 (直接振動型)・標準型は、(後略)
- イ (略)
- ウ オプション部品・標準型は、(後略)
- エ (略)
- オ 植込型骨導補聴器 (直接振動型)・特殊型は、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。
a 少なくとも一側が伝音あるいは混合性難聴である。
b 植込側耳の聴力について、純音による 500Hz, 1000Hz, 2000Hz 及び 4000Hz の骨導聴力レベルが平均 55dB 以内である。
c 気導補聴器や骨導補聴器あるいは軟骨伝導補聴器の装用が困難か、補聴効果が不十分である。

→植込型骨導補聴器 (直接振動型) の定義

次のいずれにも該当。(後略)

【機能区分の定義】

- ① インプラント・標準型：次のいずれにも該当。
ア～イ (略)
ウ ④に該当しない。

②音声信号処理装置・標準型：次のいずれにも該当。

ア マイクロホンで受信した音声デジタル信号に変換し、(後略)

イ ⑤に該当しない。

③オプション部品・標準型：(略)

④インプラント・特殊型：次のいずれにも該当。

ア 受信コイル、圧電トランスデューサ、骨導端子、固定用スクリュー及びマグネットから構成され、側頭骨に埋め込むものである。

イ 音声信号処理装置から送信された信号を受信コイルで受信し、圧電トランスデューサで振動に変換し、振動を骨に植え込んだ骨導端子に伝えることで、音声を骨伝導により内耳に伝達し、聴神経を刺激するものである。

⑤音声信号処理装置・特殊型：次のいずれにも該当。

ア マイクロホンで受信した音声デジタル信号に変換し、インプラントに送信する装置である。

イ ④と組み合わせて使用するものである。

(p.1036 左段 1 行目/p.1055 右段下から 9 行目の次に挿入)

238 冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	389,000 円
-------------------------	-----------

→冷凍アブレーション用バルーンカテーテルの算定

ア カートリッジの費用は本区分の材料価格に含まれる。

イ 冷凍アブレーション用バルーンカテーテルは、関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り、1 回の手術に対して 1 個を限度として算定できる。なお、算定に当たっては、当該材料を用いる医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→冷凍アブレーション用バルーンカテーテルの定義 次のいずれも該当。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具(3)医療用焼灼器」であって、一般的名称が「汎用冷凍手術ユニット」である。
- ② 内視鏡的切除後の辺縁遺残や瘢痕上又は近傍の再発で、内視鏡的切除が困難である異形成又は粘膜内にとどまる食道がん病変を有する患者に対して、当該病変を内視鏡下に冷凍アブレーションするこ

とを目的に使用するバルーンカテーテルである。

239 腎神経焼灼術用カテーテル

- (1) 超音波エネルギー式
 - ①カテーテル 694,000 円
 - ②カートリッジ 124,000 円
- (2) 高周波エネルギー式 1,410,000 円

→腎神経焼灼術用カテーテルの算定

ア 腎神経焼灼術用カテーテルは、治療抵抗性高血圧の患者に対して、関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。

イ 超音波エネルギー式・カテーテルは、1 回の手術に対して 2 個を限度として算定できる。ただし、医学的必要性から 3 個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で、3 個を限度として算定できる。

ウ 超音波エネルギー式・カートリッジは、1 回の手術に対して 1 個を限度として算定できる。冷却水の費用は本区分の材料価格に含まれる。

エ 高周波エネルギー式は、1 回の手術に対して 1 個を限度として算定できる。

→腎神経焼灼術用カテーテルの定義

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具 (51) 医療用尿管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「腎神経焼灼術用カテーテル」である。
- ② 治療抵抗性高血圧の追加的治療として血圧を低下させるために使用するカテーテル及びその付属品である (冷却水等を含む)。

【機能区分の定義】

- ① 超音波エネルギー式・カテーテル：超音波エネルギーを血管周囲組織に円周状に照射して、腎動脈周辺の交感神経を焼灼するカテーテルである。
- ② 超音波エネルギー式・カートリッジ：超音波エネルギー式・カテーテルと組み合わせて使用するものであって、カテーテルのバルーン内に冷却水を還流する機器である (冷却水を含む)。
- ③ 高周波エネルギー式：高周波エネルギーにより円周状に照射して、腎動脈周辺の交感神経を焼灼するカテーテルである。

240 経皮的三尖弁クリップシステム	3,060,000 円
--------------------	-------------

注 経皮的三尖弁クリップシステムのクリップを 2 個以上使用する場合は、

追加する 1 個当たり償還価格の 100 分の 50 に相当する価格を加算する。

→経皮的三尖弁クリップシステムの算定

ア 経皮的三尖弁クリップシステムは、関連学会の定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り、1 回の手術に対し、原則として 2 個を限度として算定する。ただし、医学的必要性から 3 個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で、4 個を限度として算定できる。また、経皮的三尖弁クリップシステムのクリップを 2 個以上算定する場合は、2 個目以降は 1 個につき償還価格の 100 分の 50 に相当する価格を算定する。

イ 経皮的三尖弁クリップシステムは、症候性の高度三尖弁閉鎖不全を有する患者のうち、至適薬物療法を行ったにもかかわらず三尖弁閉鎖不全症の重症度及び症状が改善されない患者であって、ハートチームが以下のいずれにも該当すると判断した患者に対して使用した場合に限り算定できる。算定に当たっては、経皮的三尖弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容及び症状詳記を診療報酬明細書に記載する。

- a 本邦のガイドラインに準じ、左心系疾患が十分に治療されている患者
- b 三尖弁外科手術が最適治療ではないと判断された患者
- c 経カテーテル edge-to-edge 三尖弁形成術に適した臨床状態である患者

→経皮的三尖弁クリップシステムの定義 次のいずれにも該当。

- (1) 薬事承認上、類別が「機械器具(7)内臓機能代用器」であって、一般的名称が「経皮的三尖弁接合不全修復システム」である。
- (2) 症候性の高度三尖弁閉鎖不全を有する患者のうち、至適薬物療法を行ったにもかかわらず三尖弁閉鎖不全症の重症度及び症状が改善されない患者に対し、三尖弁の逆流を低減する目的で経皮的に挿入し、三尖弁を接合するために使用するものである。
- (3) クリップの送達に使用するガイディングカテーテル及びデリバリーシステムを含むものである。

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

令和8年2月27日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」5事例が示され、これまでの事例と合わせて793事例となりました。

【検査】

789. 自己免疫性肝炎の疑いに対する抗ミトコンドリア抗体定性

自己免疫性肝炎の疑いに対する D014「21」抗ミトコンドリア抗体定性の算定は、原則として認められない。

【投薬】

790. 慢性腎臓病に対するカルシトリオール及びアルファカルシドール

慢性腎臓病（ステージ G4, G5 及び G5D）に対するカルシトリオール（注射剤を除く）（ロカルトロールカプセル等）及びアルファカルシドール（アルファロールカプセル

等）の算定は、原則として認められる。

【注射】

791. 抗生物質製剤又は合成抗菌剤【注射薬】（急性胃腸炎等）

ペニシリン系、セフェム系、キノロン系、マクロライド系の注射薬で効能・効果に適応疾患として記載がない例において、次の傷病名に対する抗生物質製剤【注射薬】又は合成抗菌剤【注射薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性胃腸炎，胃腸炎，急性腸炎，腸炎
- (2) 慢性上気道炎，慢性咽喉頭炎

【手術】

792. 慢性硬膜下血腫洗浄・除去術（穿頭）時における脳脊髄手術用洗浄・灌流液

慢性硬膜下血腫洗浄・除去術（穿頭）時における脳脊髄手術用洗浄・灌流液（アートセレブ脳脊髄手術用洗浄灌流液）の算定は、原則として認められる。

【麻酔】

793. 橈骨遠位端骨折に対する K048 骨内異物（挿入物を含む）除去術「3」前腕時の神経ブロック併施加算

橈骨遠位端骨折に対する K048 骨内異物（挿入物を含む）除去術「3」前腕に神経ブロック併施加算^{*1}の算定は、原則として認められない。

（※1）L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の告示「注9」神経ブロック併施加算「イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合」