

新規開業医のための 保険診療の要点（各論）

令和4年6月



公益社団法人
東京都医師会

【編集】医療保険委員会

【はじめに】

東京都内の医療機関が保険医療に係る規則を正確に整理・認識することを目的とした「新規開業医のための保険診療の要点（各論）」をお届けします。

これから新規に開業しようと考えている医師の皆様は、「最新の医学知識をもって正しいと思われる医療を行うことが開業医の務めであり責任である。」と考え、開業準備をしている方がほとんどではないかと思います。勤務医でいた時には、保険医療を行っているということはわかっている、せいぜい報酬が決められているくらいの理解の方も多いのではないのでしょうか。学会で報告されるような最新の知見だから保険請求も認めるのが当然、と考えがちですが、保険診療には診療報酬以外にも健康保険法等で決められた制約がありその枠組みの中で診療を行うことが義務付けられているということを理解する必要があります。

この「各論」は個々の診療体制において必要な項目について、東京都医師会医療保険委員会が東京都各科医会にご協力をいただき、各々の専門分野についてまとめました。ご自身に必要な分野を見ていただくと、その分野における保険診療及び請求に関する要点を確認することができます。題目を見て、先ず関連のある所を確認してみてください。また、他の診療科についても、開業後に必要となる場合もございますので、参考としてください。

記載された内容は、保険診療において守らなければいけない基本的な規則をはじめ、レセプト審査において間違いの多くみられる項目、指導・監査において指摘されることの多い項目等になっていますが、本書に加え診療報酬点数表やそれに関係する各種通知、さらに必要に応じ医師法・健康保険法等・保険医療機関及び保険医療費担当規則なども一緒に確認していただきたいと思います。本書の作成に当たっては、個々の分野で重要と思われる内容をまとめている関係上、それぞれに同様の注意点が標記されている項目も多く見られますが、共通して重要な案件であることとご理解ください。また、本書で示しております診療報酬上の留意点等の適否が、すべての個別診療内容に係る審査等において、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してください。

本書は、新規に開業される医師の方々を対象に、是非最低限知っておいていただきたい基本的な内容を中心に作成されていますが、既に開業されているベテランの医師の皆様にももう一度お読みいただき、保険診療制度を再確認し、正しい診療かつ請求に役立ててもらえることを願います。

令和4年6月

公益社団法人 東京都医師会
医療保険委員会 委員長 子田 純夫

目 次

はじめに	1
第 1 部 各診療科別説明	
1-1 内科	3
1-2 外科	15
1-3 眼科	20
1-4 整形外科	27
1-5 リハビリテーション	34
1-6 皮膚科	41
1-7 小児科	48
1-8 泌尿器科	59
1-9 耳鼻咽喉科	65
1-10 産婦人科	70
1-11 精神科	80
1-12 腎臓—透析	85
1-13 放射線科・放射線診断科	94
第 2 部 診療科横断的事項	
2-1 開業における留意事項	103
2-2 ペインクリニック	118
2-3 緩和ケア	123
2-4 在宅医療	130
2-5 訪問看護	148
2-6 内視鏡検査、治療	153
2-7 連携（病診連携・医介連携・診療情報提供）	158
2-8 診療報酬明細書の記載要領について	165
2-9 審査情報提供事例等について	178
東京都各科医会のご案内	189
リンク集	200
編集	201
おわりに	202

1-1 内科

<はじめに>

1996 年厚生労働省の医道審議会が医療法施行令の改正に関して、標榜診療科目名についての意見では、基本的な考えとして以下をまとめました。

(1) 独立した診療分野を形成していること、(2) 国民の要望の高い分野であること、(3) 国民が適切に受診できること、(4) 国民の受診機会が適切に確保できるよう、診療分野に関する知識・技術が医師、または歯科医師に普及・定着していること、の 4 点をあげています。

医療法施行令によって、この時点に病院及び診療所などの医療機関が表示や広告をしてもよいと認められた内科系の標榜診療科目名は以下の科名が認められています。

内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、(または胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、感染症内科、心療内科です。

平成 20 年 3 月 31 日(医政発第 0331042 号)では、厚生労働省医政局長から各都道府県知事宛に「広告可能な診療科名の改定について」の発出があり、診療科名の具体例が示されました。

提示された内科系の診療科名は以下のとおりとなります。

内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、心臓内科、血液内科、気管食道内科、胃腸内科、腫瘍内科、糖尿病内科、代謝内科、内分泌内科、脂質代謝内科、腎臓内科、神経内科、心療内科、感染症内科、漢方内科、老年内科、女性内科、新生児内科、性感染症内科、内視鏡内科、人工透析内科、疼痛緩和内科、ペインクリニック内科、アレルギー疾患内科、内科ペインクリニック、内科(循環器)、内科(薬物療法)、内科(感染症)、内科(骨髄移植)、以上です。

内科領域の診療における保険診療の適用は広範囲にわたり、個々の領域で専門性の高い分野が含まれますが、内科系学会レベルにおける最新情報が必ずしも保険適応になっていない点に十分留意すべきです。

今回は、内科の基本的な留意事項を外来中心に記載していますので、詳細は医療保険の手引き等をご参照下さい。

I 各種法令における留意事項

療養担当規則が基本となります。(1) 厚生労働大臣の定めのない医療行為は、たとえ学会で常識となっても認められません。(2) 健康診断は自己負担。(3) 研究目的(治験を含む)で行われたものは請求できません。(4) 食事摂取ができる状態では注射薬よりも内服薬が優先されます。(5) 単なる疲労や通院不便などでは入院は認められません等です。

さらに、医療保険給付対象外の診療、公費負担医療(精神保健福祉法、生活保護法、感染症法など)、労災保険の適用については法令に準じた給付を要します。

診療報酬請求書記載要領に沿った請求書作成の確認とともに、算定にあたり施設基準が設けられており、特に、診療報酬改定時には確認を要します。

II 診療録(カルテ)への記載の留意事項

- 1 診断根拠(症状・検査)および治療とその結果について具体的に記載してください。

- (1) 初診時に漠然とした広範囲の諸検査を行わず、順序立てた検査の結果を待って、患者に結果を説明し、さらに精密な検査を行い確診に至る努力をしなければなりません。
 - (2) 初診時から悪性腫瘍の疑いで、複数の腫瘍マーカーの検査に当たっては、病歴や一般採血検査、画像診断を参考にして適切に行うべきです。
 - (3) 回数や頻度に制限が設けられている検査については、前回施行日を記載する必要があります。
 - (4) 医学管理料の多くは診療録に記載をもって要件を満たすとなっており、患者への説明と同意の記載も必要です。
- 2 「予防のため」、「保険適用はないが多数の報告がある」等は認められません。
- (1) ビタミン剤の漠然とした処方、習慣的疼痛緩和のための湿布処方等が例となります。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

- 1 再審査請求時には病名の追加は認められないので、医療行為に該当する病名を明記すること。病名が診察時点で判明しないときは、疑い病名を挙げるべきです。
- 2 病名はできるだけ整理し、転帰を明確にしてください。
 - (1) 急性・慢性の別、身体部位を明記してください。
 - ・基本的に急性疾患は早期に中止、治癒が記載上望ましいと思われます。
 - ・閉塞性動脈硬化症（部位を明記）・不整脈（上室性、心室性など）が例となります。
 - (2) 治療継続中の疾患を除き、病名の転帰（中止、治癒、死亡）は、日付を記載しなければなりません。
 - ・咽頭炎、気管支炎、肺炎等は注意を要します。
 - (3) 再発や増悪は、再発日、増悪日を記載してください。
 - (4) 保険請求のための「レセプト病名」は認められません。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

保険医は基本的には診療報酬点数表に該当する項目について契約診療を行うので、診療の根拠が診療録に記載され、診療報酬明細書に反映されなければなりません。

<基本診療料>

1 初・再診料

- (1) 一度診療が終了していても、検査の結果のみを聞きに来た場合など、前の診療と一連の行為と考えられる場合、診察料の算定は不可となります（電話再診を含む）。
- (2) 再診料における外来管理加算は、厚生労働大臣の定める検査等を行わないとして、厚生労働大臣の定める計画的な医学管理を行っている場合は算定できます。また、算定の場合には診療録に内容の記載義務があります。
- (3) 地方厚生局長に届け出た医療機関は、初診時に機能強化加算、外来感染症対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算の算定が可能です。

- (4) 地方厚生局長に届け出た医療機関は、再診時に時間外対応加算、地域包括診療加算の算定が可能です。

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

(1) 特定疾患療養管理料

特定疾患が主病であり、計画的に療養上の管理を行った場合が適応となり初診から1ヶ月後より、月2回まで算定可能です。この場合、管理内容を診療録に記載することが要件となっています。基本的に他の管理料も指導内容、治療計画等の診療録への記載が算定要件となっています。

(2) 地域包括診療料

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（透析を行っていないもの）又は認知症のうち2つ以上の疾患を有する入院外の患者に対し、月1回に限り算定可能となります。

(3) 生活習慣病管理料

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、患者の同意を経て治療計画を策定し、治療計画に基づき生活習慣病に関する総合的な治療管理を行った場合に、月に1回に限り算定可能となります。投薬が令和4年度診療報酬改定で包括から除外されました。

(4) 療養・就労両立支援指導料（初回、2回目以降）

厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、患者と事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえて、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、患者の同意を得て勤務する事業所に選任されている、産業医、統括安全衛生管理者、衛生管理者、衛生推進者、保健師に対して、病状、治療計画、就労上の措置に関する就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合、月に1回に限り算定可能です。

(5) 認知症サポート指導料（6ヶ月に1回算定）

認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じて、患者又は家族の求めに応じて療養上の指導を行い、療養の方針に係る助言を行った場合に算定することができます。

(6) 診療情報提供料Ⅰ

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文章を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介元保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定できます。

(7) 診療情報提供料Ⅱ

診療を担う医師以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を得ることを推進し、家族又は患者の求めに応じて、診療方針に対して助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又は家族に提供した場合1月に1回に限り算定できます。

(8) 傷病手当金意見書交付料

健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場

合に算定できます。

(9) 療養費同意書交付料

「あん摩・マッサージ・指圧、はり・きゅう」療養費に係る同意書を交付した場合に算定できます。

2 検査

<基本的事項>

検査は主訴、身体所見を踏まえて必要な項目を最小限度に行う必要があります。

疾患と病態によっては広範囲にわたる検査が必要になりますが、診断のロジックがレセプトに反映されることが重要です。検査結果は当該患者に十分説明して理解のもとに次の段階に移行することにより、トラブルの予防にもなります。

検体検査は、尿・糞便検査、血液学的検査、生化学的検査等がありますが、個々の手技料、判断料については請求漏れの無いように注意してください。

検査に伴って薬剤を使用した場合は、点数表の「検査」の部で、薬材料のみを算定することになります。

算定回数が複数月に1回とされている検査を行った場合は、レセプト摘要欄に前回実施日（初回の場合は初診である旨）を記載してください。

<各論>

(1) パルスドプラ法加算（超音波検査（断層撮影法））

原則として、肝臓（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、血流の定量的評価により診断の向上を図る目的で行われるため、パルスドプラ法加算の算定は認められます。

ただし、肝血管腫での算定は認められませんのでご注意ください。

(2) パルスドプラ法加算（超音波検査（断層撮影法））

原則として、乳癌が疑われる患者に対するスクリーニング検査として、乳癌自体の血流量が少ないので、パルスドプラ法は意味がないため、超音波検査の断層撮影法におけるパルスドプラ法加算は認められません。

乳腺腫瘍での算定も認められませんのでご注意ください。

(3) 輸血

現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（不規則抗体の標的）をほとんど含まないので、不規則抗体は適当とは認められません。

(4) HbA1c ①（膵臓疾患）

原則として、HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査なので糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合のHbA1c検査は認められません。

(5) HbA1c ②（肝臓疾患）

原則として、HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査です。糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、肝臓疾患のみの場合のHbA1c 検

査は認められません。

(6) 細菌顕微鏡検査（血液培養）

原則として、臨床的に感染症の診療にあたっては、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りません。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、化学療法が普及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血液培養の際の検体での細菌顕微鏡検査は認められません。

ただし、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します。

(7) リポ蛋白分画とコレステロール分画（併施）

原則として、リポ蛋白分画とコレステロール分画の併施は認められない。

根拠として、脂質異常症の分類については、脂質代謝過程で障害されている経路や機構を把握する目的でリポ蛋白分画が測定され、Fredrickson の分類を改変した WHO の表現型分類が用いられています。しかし、実際の臨床場では上記の日本動脈硬化学会の基準に基づいた診療が行われています。また、リポ蛋白は脂質値（コレステロール分画）やアポ蛋白値と相関して変動することが多く、コレステロール分画についてはその測定も容易であり、その測定値でリポ蛋白の値を類推できることから、日常の脂質異常症の診療はコレステロール分画測定にて足りると考えられ、原則として両検査の併施は認められません。ただし、治療上必要となる場合は、当該理由を詳記することにより認められる場合もあります。

(8) インスリン（IRI）（糖尿病確定後の患者）

原則として、糖尿病確定後の患者に対して、その型別の判断が困難である症例も見受けられます。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ります。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ので、インスリン（IRI）は認められます。

ただし、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ず、インスリン治療中は認められないのでご注意ください。

(9) 糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン（IRI）の算定

糖尿病確定診断後の患者に対するインスリン（IRI）の連月の算定は、原則として認められません。ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認められますので、ご注意ください。

(10) 狭心症（確定後）の傷病名のみに対する D215 の 3 心臓超音波の算定

狭心症（確定後）の傷病名のみに対する D215 の 3 心臓超音波 イ 経胸壁心エコー法の算定は、狭心症確定後においては、心腔壁運動の異常、心筋虚血の有無の検出等に有用である。以上のことから、原則として認められます。

- (11) ヒアルロン酸①（肝機能障害、肝細胞癌疑い）
原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合、「肝機能障害」では慢性肝炎かどうか明確ではなく又は「肝細胞癌疑い」ではヒアルロン酸の測定は診断の参考とならないためヒアルロン酸は認められません。
- (12) ヒアルロン酸②（肝硬変）
原則として、肝硬変では既に肝の線維化が認められるものであり、ヒアルロン酸の測定は、疾患の経過観察の参考とならないためヒアルロン酸は認められません。
- (13) ヒアルロン酸③（肝細胞癌）
原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合、肝細胞癌」では、ヒアルロン酸の測定は、経過観察や治療方針の決定には参考とならないので、ヒアルロン酸は認められません。
- (14) ヒアルロン酸④（原発性胆汁性肝硬変）
原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合であっても、原発性胆汁性肝硬変は診断時には必ずしも肝硬変とは言えず、そのステージングの参考となるためヒアルロン酸は認められます。
- (15) α -フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）（慢性肝炎）
原則として、初診月又は再診月に傷病名が「慢性肝炎」のみの場合、 α -フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）は告示・通知から、「慢性肝炎」のみでは認められません。
- (16) 抗核抗体、抗 DNA 抗体定性、抗 DNA 抗体定量（疑い病名、「注記」がない場合）
原則として、「疑い病名」あるいは「注記」がない場合、抗てんかん剤の副作用として SLE 様症状は稀であるので、抗てんかん剤に対する抗核抗体、抗 DNA 抗体定性、抗 DNA 抗体定量は認められません。
ただし、「疑い病名」又は「注記」の記載がある場合は認められます。
- (17) ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量 ①（膠原病疑い）
「c2 施 uc2 抗 R リン脂質抗体症候群」の病名がない場合、「膠原病疑い」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量はクリーニング検査として測定することは認められません。
- (18) アルブミン定量（尿）（糖尿病性早期腎症）
アルブミン定量（尿）は、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 月に 1 回に限り算定できます。なお、アルブミン定量（尿）、トランスフェリン（尿）及びⅣ型コラーゲン（尿）これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定することにご注意ください。
- (19) 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)（ANCA 関連血管炎）
原則として、ANCA 関連血管炎（疑いを含む）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ので、抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）は認められます。

ただし、「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、MPOANCA の算定は認められないのでご注意ください。

(20) HBs 抗原① (B 型肝炎疑い)

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、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 抗原をスクリーニングを目的として実施した場合、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ます。

(21) HBs 抗原② (B 型肝炎の経過観察)

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、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ため、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とは認められます。

3 投薬

<基本的事項>

- (1) 処方 63 枚を超えた湿布薬の投薬の場合には調剤料、処方料、超過分の薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料は算定できません。
- (2) 薬剤の適正量の処方と病名漏れに注意してください。
- (3) 令和 4 年度診療報酬改定で、3 回まで使用可能なリフィル処方箋が導入されましたが、個々の診療所の患者の受診状況や疾患の安定性に考慮した対応が求められます。

<各論>

(1) 副腎皮質ホルモン剤と免疫抑制剤の併用

原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められます。

(2) 脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等

原則として医薬品の適応を審査する上で、脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等は同等として取扱うことは妥当です。

ただし、高トリグリセライド血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高コレステロール血症の病名のみでは認められず、高コレステロール血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高トリグリセライド血症の病名のみでは認められないのでご注意ください。

(3) 過活動膀胱治療剤①

原則として、「効能・効果、用法・用量」より「過活動膀胱の記載がない単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められません。

(4) 過活動膀胱治療剤②

原則として、「効能・効果、用法・用量」より「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められません。

(5) キネダック錠

原則として、「効能・効果、用法・用量」には、「次の症状（糖化ヘモグロビンが高値を示す場合）の改善 / 糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」と記載されており、「糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」の明示がない「糖尿病」の傷病名のみでキネダック錠の投与は認められません。

(6) フオイバン錠

原則として、胃切除（胃全摘、噴門側又は幽門側胃切除、胃管再建など）術後は、十二指腸液の逆流によるアルカリ性食道炎をきたしますが、フオイバン錠の有用性は、この十二指腸液のトリプシン等、蛋白分解酵素の阻害作用にあります。一方、胃切除を伴わない逆流性食道炎は胃酸の逆流によるものであります。両者の病態、治療法は全く異なることから、術後かどうかは明確に区別されなければならないので逆流性食道炎の傷病名のみでフオイバン錠の投与は認められません。

(7) ヘリコバクター・ピロリ（以降「HP」という。）感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（以降「PPI」という。）投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-2の2尿素呼気試験（UBT）の算定（検査結果が陽性の場合）

検査結果が陽性の場合であっても、原則として認められません。根拠としては、HP感染診断において、PPIが投与されている患者に対するD023-2の2尿素呼気試験（UBT）については、PPIの静菌作用により検査結果が偽陰性となる可能性があるためです。厚生労働省通知にも「ランソプラゾール等、HPに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後2週間以上経過していることが必要である。」と示されています。このため、当該検査はPPIの投与を中止又は終了してから2週間以上経過後に実施する必要があります。一方、投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施し、結果「陽性」だった場合は、HP感染について「真に陽性」と判断し得ます。しかし、HP感染者の偽陰性率はPPI服用中が33%、服用中止後3日目9%、7日目3%、14日目0%と報告されています。本検査において重要なことは、偽陰性例（真の陽性例の見落とし）の発生を極力避けることによって、HP感染を正確に診断することです。以上のことから、HP感染診断において、PPI投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-2の2尿素呼気試験（UBT）の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則認められないと判断されます。

(8) 糖尿病に対するグリニド薬とスルホニル尿素系製剤（以降「SU剤」という。）の併用投与について

原則として糖尿病に対するグリニド薬とSU剤の併用投与は認められません。

根拠としては、グリニド薬（スターシス、グルファスト等）については、添付文書の「重要な基本的注意」に「本剤は、速やかなインスリン分泌促進作用を有する。その作用点はスルホニル尿素系製剤と同じであり、スルホニル尿素系製剤との相加・相乗の臨床効果及び安全性が確認されていないので、スルホニル尿素系製剤とは併用しないこと。」等記載されています。また、SU 剤（アマリール、グリミクロン等）については、日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド」（2018-2019）において、薬物療法の使用上の注意点として、「2 種類以上の SU 薬の併用や、速効型インスリン分泌促進薬との併用は、治療上意味がない。」と示されています。このことから、糖尿病に対するグリニド薬と SU 剤の併用投与は原則認められないと判断しています。

- (9) 同一成分の持続性 Ca 拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与の取扱い
個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められます。根拠として、＜カデュエット配合錠 4 番（アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物）とノルバスク OD 錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞カデュエット配合錠 4 番は、アトルバスタチンとして 10mg 及びアムロジピンとして 5mg が含有されている配合薬であり、持続性 Ca 拮抗薬にも該当します。ノルバスク OD 錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性 Ca 拮抗薬に該当します。カデュエット配合錠の添付文書の「用法及び用量」には、「以下のアムロジピンとアトルバスタチンの用法・用量に基づき、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンの項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5 ～ 5mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には 1 日 1 回 10mg まで増量することができる。」と記載されています。また、「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「配合用量以外の用量を投与する場合は、個別のアムロジピン製剤又はアトルバスタチン製剤を用いることができるが、それぞれの成分の用法・用量の範囲内で投与すること。」と記載されています。カデュエット配合錠 4 番とノルバスク OD 錠 5mg の併用投与については、アムロジピン製剤の投与量は合計 10mg となり、個別のアムロジピン製剤の成分の用法・用量の範囲内で投与したものであり、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考えられます。＜ユニシア配合錠 HD（カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩）とアムロジピン錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞ユニシア配合錠 HD は、カンデサルタンシレキセチルとして 8mg とアムロジピンとして 5mg が含有されている配合薬であり、持続性 Ca 拮抗薬にも該当します。アムロジピン錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性 Ca 拮抗薬に該当します。ユニシア配合錠 HD の添付文書の「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「以下のカンデサルタンシレキセチルとアムロジピンベシル酸塩の用法・用量を踏まえ、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンベシル酸塩の項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5 ～ 5mg を 1 日 1 回経口投与します。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には 1 日 1 回 10mg まで増量す

ることができる。」と記載されています。ユニシア配合錠 HD とアムロジピン錠 5mg の併用投与については、アムロジピンの投与量は合計 10mg となり、当該成分量から判断し、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当とされています。

- (10) モサプリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算 2 の算定

平成 16 年 7 月 7 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」において、「特定疾患に対する薬剤を投与したときの 45 点の加算は、特定疾患に直接適応のある薬剤の処方の場合のみ算定できるのか。」の問いに対して、「そのとおり」と回答されているため、算定は認められます。

- (11) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）腸炎、偽膜性大腸炎及び 造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩 散）の投与

本薬剤は、通常、経口投与によってほとんど吸収されず、高い消化管内濃度が得られますが、血中にはほとんど現れないことから、消化管以外の感染症には用いられないため、原則として認められません。

- (12) アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬（錠・ドライシロップ・ゼリー等）の投与

認知症疾患治療ガイドライン 2010（日本神経学会監修）において、アルツハイマー型認知症（AD）が脳血管障害と共通の危険因子を有することや、病理学的にも、特に高齢者ではアルツハイマー型認知症の病理所見と脳血管障害が重なる病態が多く認められるとされています。また、近年では、血管性認知症（VaD）の疾病概念が変更され、「脳血管障害を有するアルツハイマー型認知症（AD）」あるいは「混合型認知症」という概念が広まっているため、原則として認められます。

- (13) 除菌前の感染診断の請求がない HP 除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及び HP の感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合の取扱い

病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則として認められます。なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱います。

- (14) 潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与

原則として認められます。根拠は潰瘍性大腸炎の治療については、左側あるいは全大腸炎型でも遠位大腸の活動性がある場合には、内服療法に加え局所投与の併用が望ましいことです。ペンタサ錠は小腸から大腸の広い範囲で吸収される特徴がありますが、大腸の末端までは、高い濃度のメサラジンが行き届きません。潰瘍性大腸炎では、病変が直腸からびまん性に口側に進展することから、ペンタサ注腸は、病変部位に十分な薬剤を到達させる製剤です。なお、ペンタサ注腸の「効能・効果に関連する使用上の注意」には「脾湾曲部より口側の炎症には効果が期待できない」とあります。また、厚生労働省研究班（鈴木班）

による治療指針でも左側大腸炎型・全大腸炎型の軽症・中等症の寛解導入療法で、内服に注腸の併用は効果増強が期待できるとあり、重症例でも併用が認められています。寛解維持療法でも内服と注腸の併用は有用であるとされています。（潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針：平成 27 年度改訂版（平成 28 年 3 月 31 日））これらのことから、ペンタサ錠とペンタサ注腸は大腸内でも作用する部位が異なるため、潰瘍性大腸炎に対する併用投与は、原則認められると判断しています。

(15) 単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与

適応は「高脂血症の改善」に加えて「ビュルガー病、閉塞性動脈硬化症、レイノー病、レイノー症候群に伴う末梢循環障害」とされています。上記の動脈疾患は、末梢循環障害を主要症状とする一群です。したがって、単なる「動脈硬化症」に対するペリシット錠の投与は、原則認められないと判断しています。

4 注射

(1) 疾患の状態に応じた用量・用法に注意が必要です。

(2) ビタミン剤の注射や点滴静注は査定の対象になり易いので慎重に医学的必要性を判断して下さい。

V 令和 4 年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

令和 4 年度診療報酬改定で内科関連項目では、新型コロナウイルス感染症への対応、通信情報機器を用いた診察の評価、かかりつけ医機能の評価では訪問診療のみならず、緊急往診や在宅の看取り件数が実績となる「初診料の機能強化加算」の見直しがあり、「体制要件」から「在宅医療実績」が要件化され、算定にあたり施設基準を満たす必要があります。

診療報酬改定の新設・改定の主な項目を列記します。

- 1 (新設) 外来感染対策向上加算 (6 点、月 1 回)：感染症対策の徹底、抗菌薬適正使用等
- 2 (新設) 連携強化加算 (3 点、月 1 回)：感染症対策向上加算 1 病院と連携している。外来感染対策向上加算届出診療所が対象
- 3 (新設) サーベイランス強化加算 (1 点、月 1 回)：感染症防止対策に資する情報を提供する体制が整備されている外来感染対策向上加算を届出でた診療所
- 4 (改定) 機能強化加算 (初診料に 80 点)：要件に緊急往診や見取りの実績が追加
- 5 (改定) 地域包括診療加算等「2」：直近 1 年間に、算定患者が 3 人以上、または、在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)、(Ⅱ) または往診料を算定患者 3 人以上
- 6 (改定) 地域包括診療加算または地域包括診療料算定患者の追加：従来の算定対象患者、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、または認知症に加えて慢性心不全、維持透析を行っていない慢性腎臓病が追加。6 疾患のうち 2 以上の疾患を有する患者が対象
- 7 (新設) 電子的保健医療情報活用加算 (初診 7 点、再診 4 点・いずれか 1 月 1 回限り)：オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、情報を活用して診療等を実施することの評価

- 8 (新設) 情報通信機器を用いた診療に対する評価 (初診料 251 点、再診料 73 点、外来診療料 73 点): 従来のオンライン診療料に替えて新設。また、情報通信機器を用いた医学管理についても評価が見直された (例、特定疾患療養管理料 196 点)。
※詳細は総論 ⑥ オンライン診療を参照
- 9 (改定) 生活習慣病管理料: 投薬に係る費用が生活習慣病管理料の包括対象から除外された。また、総合的な治療管理を多職種と連携して実施しても差し支えないことが明確化された。
- 10 (新設) 外来在宅共同指導料: 外来から在宅へかかりつけ医師を交代した場合の連携強化
外来在宅共同指導料 1 (400 点、患者 1 人に付 1 回限り): 在宅療養を担う医療機関
外来在宅共同指導料 2 (600 点、患者 1 人に付 1 回限り): 外来診療を担う医療機関
- 11 (新設) リフィル処方箋: 処方箋に医師が「リフィル可」とチェックすることにより、繰り返し使用し、薬剤師による服薬管理の下、一定期間に反復回の利用できるが、向精神薬、抗がん剤等の除外薬があることに注意
算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- 以上

VI その他

<おわりに>

診察・検査・治療等に関しては療養担当規則に定められているので、これを日常的に理解する必要があります。さらに、2 年ごとに診療報酬改定が行われ、疑義解釈が発出され解釈が変わる事もあるので、医療保険に関する最新の情報を得る必要があります。

最新情報は日本医師会、東京都医師会、地区医師会や内科医会から提供されるので是非利用してください。

毎月の診療の結果が 2 ヶ月後の診療報酬となって反映されますが、些細な手続き上のミスで査定されることがありますので、カルテのチェックとレセプトのチェックは必要であると思います。

メモ

1-2 外科

＜はじめに＞

外科は算定条件が細かく分かれています。例えば創傷処理では長さや深さによって、点数が違いますし、皮膚腫瘍摘出術では露出部と露出部以外では点数が違います。

また皮膚科や整形外科と共通するところも多く、そちらの算定要件も知らなければなりません。例えば皮膚科軟膏処置というものもありますし、捻挫で絆創膏固定は足関節と膝関節しか算定できません。

適切な診療報酬請求を行うために、複雑な算定条件を知る必要があります。

I 各種法令における留意事項

外科においても医学的に妥当適切な診療を行い、診療報酬点数表に定められた請求を行うことが必要です。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

外科は外傷や熱傷等を診療するため、その部位や範囲、色、形状等を診療録に図示したほうがいいと思います。

III 傷病名付与の留意事項

- 1 必ず部位を付けてください。右前腕切創、頸部皮膚腫瘍等
- 2 部位や、範囲は審査の判断に必要です。
- 3 熱傷は2度以上でないと熱傷処置はとれません。何度も書いて下さい。

IV 診療報酬上の留意事項

＜特掲診療料＞

1 検査

(1) 超音波検査

原則として、単なる挫傷に対する局所診断を目的とした超音波検査は認められません。

(2) 内視鏡検査

原則として肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査実施加算は痔核に対しては認められません。

2 処置

(1) 創傷処置

- ① 処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さになります。
- ② 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、処置ごとを併せて算定することは出来ません。

- ③ 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定してください。
 - ④ 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できません。
 - ⑤ 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置は併せて算定できません。
- (2) 熱傷処置
- ① 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できません。
 - ② 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれます。
 - ③ 100 平方センチメートル未満については、第 1 度熱傷では算定できません。
 - ④ 範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さです。
 - ⑤ 初回の処置を行った日から起算して 2 月を経過するまで行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については創傷処置の例により算定してください。
- (3) 絆創膏固定術
- 足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定できます。ただし交換は原則として週 1 回となります。
- (4) 重度褥瘡処置
- 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して 2 月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については創傷処置の例により算定してください。
- ① 処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さです。
 - ② 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）に対して行った場合に算定できます。
 - ③ 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できません。
 - ④ 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、重度褥瘡処置は併せて算定できません。
 - ⑤ 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、重度褥瘡処置は併せて算定できません。
- (5) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）
- 注：入院中の患者以外の患者についてのみ算定できます。
- ① 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については、爪甲除去（麻酔を要しないもの）の費用は算定できません。
 - ② 熱傷処置を算定する場合は、爪甲除去は併せて算定できません。
 - ③ 重度褥瘡処置を算定する場合は、爪甲除去は併せて算定できません。
 - ④ 副鼻腔手術後の処置を算定した場合、爪甲除去は別に算定できません。
- (6) 皮膚科軟膏処置
- ① 各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行

うべき広さです。

- ② 同一疾病又はこれに起因する病変に対して皮膚科軟膏処置、創傷処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、処置ごとを併せて算定することはできません。
 - ③ 同一部位に対して皮膚科軟膏処置、創傷処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか 1 つのみにより算定し、併せて算定できません。
 - ④ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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、皮膚科軟膏処置の費用は算定できません。
 - ⑤ 100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第 1 章基本診査料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできません。
 - ⑥ 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、皮膚科軟膏処置は併せて算定できません。
 - ⑦ 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、皮膚科軟膏処置は併せて算定できません。
- (7) 鶏眼・胼胝処置
- ① 同一部位について、その範囲にかかわらず月 2 回の算定が限度です。
- (8) 湿布処置（消炎鎮痛等処置）
- 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は基本診療料に含まれ、湿布処置を算定することはできません。
- 同一部位に対して湿布処置、創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法が行われた場合はいずれか 1 つのみにより算定し、併せて算定できません。
- また、令和 4 年度診療報酬改定により、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数が、1 処方につき 70 枚から 63 枚に変更されました。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しなければなりません。

3 手術

(1) 創傷処理

- ① 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第 1 回治療のことであり、第 2 診以後の手術創に対する処置は創傷処置により算定することになります。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合の事です。
- ② 創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して 1 つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにしてください。
- ③ 頭頂部のもの（長径 20 センチメートル以上のものに限る。）は、長径 20 センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に

限り算定できます。

- ④ 露出部とは頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下の事を言います。
 - ⑤ デブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定できます。
- (2) 皮膚切開術
- ① 長径 10 センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさとなります。
 - ② 多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も 1 切開としての算定になります。
- (3) 皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）K006（露出部以外）
- ① 露出部とは頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下となります。
 - ② 近接密生しているいば及び皮膚腫瘍については、1 個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにしてください。
 - ③ 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の 50% 以上の場合は露出部の所定点数により算定し、50% 未満の場合は露出部以外の所定点数により算定します。
- (4) 鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）、（露出部以外で縫合を伴うもの）
- ① 露出部とは創傷処理の露出部と同一の部位となります。
 - ② 近接密生している鶏眼・胼胝等については、1 個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにしてください。
 - ③ 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の 50% 以上の場合は、本区分の所定点数により算定し、50% 未満の場合は、鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）の所定点数により算定します。
- (5) 爪甲除去術
- 爪甲白癬又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定します。

V 令和 4 年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

1 下肢創傷処置管理料

下肢創傷処置管理料（500 点）が新設されました。入院中以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、下肢創傷処置を算定した日の属する月において、療養上必要な指導を行った場合に月 1 回に限り算定できます。

2 下肢創傷処置

下肢創傷処置 1 ～ 3 が新設されました。

- | | |
|---------------------------|-------|
| (1) 足部（踵を除く）の浅い潰瘍 | 135 点 |
| (2) 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 | 147 点 |
| (3) 足部（踵を除く）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 | 270 点 |

下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾、又は踵であって、浅い潰瘍とは、潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものになります。

3 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

消化管ポリボース加算（5,000 点）が新設されました。家族性大腸線腫症の患者に実施した場合に年 1 回に限り所定点数に加算できます。

4 小腸内視鏡検査

スパイラル内視鏡によるもの（6,800 点）が新設されました。

5 小腸結腸内視鏡的止血術及び小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

スパイラル内視鏡加算（3,500 点）が新設されました。スパイラル内視鏡検査を用いて実施した場合に所定点数に加算されます。

IV その他

あらかじめ予定されている手術に対しては、小外科であっても梅毒定性、HBs 抗原、HCV 抗体の感染症検査は認められています。

メモ

1-3 眼科

<はじめに>

保険診療は、保険者と医療機関との契約による契約医療であり、保険診療のルールに従って診療費を請求する必要があります。保険医は、「療養担当規則」を守り、医学的に適切で標準的な診療を行うこととされています。

眼科医療機関を新規開業され、保険医となられた先生は、「療養担当規則」「点数表の留意事項」「薬剤の適応病名」等を参考に適切な保険診療および保険請求をして頂きたいと思います。

I 各種法令における留意事項

1 療養担当規則

近年、眼科の医療機器は進歩し、診断や治療に広く使われています。しかしながら、新しい検査法や治療法が、必ずしも保険診療で認められているわけではありません。

保険診療で禁止されているものに、特殊療法・研究的診療があります。眼科では、レーシック手術、オルソケラトロジー、低濃度アトロピン点眼による近視治療等は保険診療が認めれていませんので、それらに関わる検査や投薬等すべてが自費診療となりますので注意してください。また、点数表に掲載されていない手術や処置は実施しても保険請求はできません。

検査、投薬、注射、手術、処置等は、診断・治療を行う上で必要性がある範囲で実施し、濃厚（過剰）診療とならないように心がけて頂きたいと思います。点数表の各項目に算定要件、算定回数が記載されており、確認の上、請求してください。保険医は、保険請求の責任者ですから、提出前のレセプト確認を必ずしてください。

2 医師法・医療法

非常勤医師が常態勤務している場合、その非常勤医師は保険医としての勤務を厚生局に届け出る必要があります。

眼科学的検査は、視能訓練士、看護師、准看護師、臨床検査技師等の有資格者においても認められています。

コンタクトレンズ販売店との業務委託契約を結んでいるいわゆる「コンタクト診療所」の管理者が診療にほとんど関わらず、無資格者が検眼やコンタクトレンズの装用指導等の医療行為を行うことは違法です。

医療広告については「医療広告ガイドライン」を参考にして下さい。医療機関のウェブサイトについては、虚偽・誇大等の不適切な表示は禁止されていますので、特に内眼手術を行っている医療機関は注意して下さい。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

- 1 診療報酬点数の項目で、算定要件を診療録に記載することが定められているものがあります。レセプト審査の上で疑義が生じた場合にカルテのコピーの提出が求められることがありますし、また厚生局の指導においてカルテ確認がされる場合がありますので、記載漏れの無いようにしましょう。

- (1) 難病外来管理指導料（対象疾患は網膜色素変性等）を算定する場合は、治療計画と診療内容の要点をカルテに記載するとあります。
 - (2) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者のうち、算定要件を診療録への記載した場合に限り眼科学的検査の算定が認められる疾患があります。
緑内障又は高眼圧症の患者の場合の算定要件は治療計画の作成、アプラーン・ショントノメーターによる精密眼圧測定、精密眼底検査による視神経乳頭所見の記載が必要です。
網膜硝子体疾患もしくは視神経疾患の場合の算定要件は治療計画の作成、散瞳剤使用による汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査と細隙灯顕微鏡検査（前眼部・後眼部）眼底カメラ撮影、網膜硝子体又は視神経乳頭所見の記載が必要です。
 - (3) 視能訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を算定する場合は、個々の患者の症状に応じた実施計画を作成し記載するとあります。
 - (4) 外来管理加算を算定する場合は、患者本人が受診した場合が対象になり、その内容を記載してください。
- 2 眼科では、医療機器による検査結果をもとに診断がされますので、眼科検査点数には判断料も含まれています。検査結果をカルテに添付するとともに、診断の根拠となった結果をカルテにも記載してください。
自動視野計による検査の場合、カルテには記録紙を添付するとともに、MD 値や判定結果、検査結果の考察および治療方針等を記載すると良いでしょう。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

- 1 原則として、右眼、左眼、両眼を区別して記載してください。
- 2 必要に応じて、慢性、急性の区別を記載してください。
- 3 疑い病名は、診断がつきましたら、疑い病名は中止とし、確定病名を記載してください。
- 4 傷病名の診療開始年月日と終了年月日を記載し、転帰は治癒・中止・転医も忘れずに記載してください。終了年月日が記載されていないと、新たな傷病名を記載しても診療継続中とみなされ、初診料を算定することができない場合があります。
- 5 初診時に疑い病名を含め5傷病名以上が同時に記載されているレセプトが多数ある場合や、調節力が減退する中高年患者の初診日に老視病名と調節検査が傾向的に多数のレセプトに算定されていると、傾向的とみなされ査定対象となることがありますので、主訴に応じた必要な検査をしてください。
乳幼児の結膜炎が主訴の初診時に、硝子体混濁や網膜変性（疑）等の傷病名を併記し精密眼底検査を請求することなどは慎んで頂きたいと思います。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

<基本診療料>

1 初・再診料

(1) 初診料

- ① 初診料は、患者が初めて医療機関を受診し、医学的に初診の診療行為があった場合に算定可能です。

- ②「A 傷病について診療継続中の患者が、別日に B 傷病について初診があった」ような場合、当該初診については、初診料は算定できませんが、再診料は算定できます。（総論⑤基本診療料を参照）また、終了の転帰がない場合は、初診料算定が困難です。
- ③ 患者が任意に診療を中止し、1 月以上経過した後、再び同一の保険医療機関を受診した場合、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、初診として取り扱うとあります。この場合の 1 月の期間の計算は、例えば、2 月 10 日～3 月 9 日、9 月 15 日～10 月 14 日と計算します。急性結膜炎等の急性疾患が該当します。
- しかしながら、慢性疾患等明かに同一の疾病又は負傷と推定される時の診療は、初診として取り扱わないとなっています。屈折異常、緑内障、黄斑変性等の慢性疾患が該当します。
- ④ 診療継続中の患者が他の医療機関に転医し、数ヶ月を経て再び以前の医療機関に診療を求めた場合においても、治癒が推定される時に限り、初診料を算定することができます。白内障の患者が他院で両眼白内障手術を受け、再受診した場合等が該当します。
- ⑤ 過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者は、屈折異常病名が継続するという厚労省見解から、過去にコンタクトレンズ検査料を算定した医療機関では初診料は算定できないとされています。但し、眼内レンズ挿入眼および角膜移植後の患者は、初診料算定は可能です。その時は手術日等の詳記を記載する必要があります。
- ⑥ 往診は患者から依頼があった場合に算定できます。交通費は実費徴収できます。
- ⑦ 複数科がある医療機関で、同一日に新たに別の科を受診した場合は、二つめの診療科に限り、初診料の二分の一を算定できますが、糖尿病の場合を例に挙げると、二つ目の眼科で糖尿病網膜症では算定できません。
- ⑧ 初診または再診と同一日の再診は、新たな疾患が発症した場合は再診料を算定できるが、以下の場合は算定できません。
- ・手術を受けた日に、疼痛やガーゼ交換のために再度受診した場合
 - ・往診後に薬剤処方を受けに来た場合
 - ・受診後に再受診し、検査や手術を受けた場合
 - ・患者の保護者等が結果を聞きに来た場合
- ⑨ 入院中の患者が専門的な眼科診療を受けたい場合、入院中の医療機関に眼科がない場合に限り、他の眼科医療機関を受診することができ、その場合には初診料又は再診料を算定することができる

<特掲診療料>

1 医学管理料

(1) 特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料は主病を治療している医療機関一つのみが算定できるとありますので、眼科医療機関では算定は困難です。

(2) 難病外来管理指導料

難病外来管理指導料を算定する場合は、指導内容および治療計画をカルテに記載してください。眼科において対象となる疾患は下記の疾患です。

- ① 網膜色素変性
- ② スチーブンス・ジョンソン症候群
- ③ シェーグレン症候群
- ④ 無虹彩症
- ⑤ 網脈絡膜萎縮症
- ⑥ 黄斑ジストロフィー
- ⑦ レーベル遺伝性視神経症
- ⑧ 膠様滴状角膜ジストロフィー

(3) 診療情報提供料（Ⅰ）

診療情報提供料（Ⅰ）は手術や精密検査等の診療依頼をするときに算定できませんが、単なる受診報告や経過報告では算定できません。

糖尿病の患者の眼底検査等の依頼を受けた場合、その結果を返信するだけでは算定できませんが、眼科の所見記載と共に今後の内科診療の必要性を記載する内容であれば算定することができます。

手術依頼を受けた医療機関が、手術又は手術後の経過報告の返事では算定できないが、今後の診療依頼が記載された文書であれば算定できます。

2 検査

(1) 光干渉断層血管撮影

光干渉断層血管撮影（OCTA）の適応病名は網脈絡膜疾患および緑内障です。緑内障では診療開始日での算定と経過観察としては3月から6月に1回が妥当と思われるます。

(2) 屈折検査、矯正視力検査

① 6歳未満の「屈折異常」と「弱視の疑い」又は「不同視の疑い」の場合

ア 初診日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

イ 眼鏡処方箋の交付日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

ウ 3月に1回については、屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

この時に調節麻痺剤使用した場合は、屈折検査×2＋矯正視力検査が算定できます。

② 6歳未満の「屈折異常」と「弱視」又は「不同視」の場合

ア 初診日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

イ 眼鏡処方箋の交付日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

③ 6歳未満の小児に対する屈折検査に3ヶ月に1回小児矯正視力検査加算が算定可能

この時に調節麻痺剤を使用した場合は、（屈折検査＋小児矯正視力検査加算）×2が算定できます。

④ 「眼内レンズ挿入眼」の病名のみで、屈折検査と矯正視力検査を併施できるのは、水晶体再建術後に初めて受診した場合に算定できます。この場合、手術日の記載が必要です。

(3) 調節検査

調節検査は、近点計による調節力を調べる検査です。

- ① 負荷調節検査は、連続調節検査で調節力の変化を測定する場合に算定します。その測定方法は、アコモドポリレコーダーや石原式近点計による連続近点測定によるものです。
- ② 小児の調節緊張での算定は一般的ではありません。
- ③ 調節緊張の診断前後に、調節麻痺剤を使用して屈折検査をした場合は、屈折検査（調節麻痺剤使用前後）が算定できます。
- ④ 傷病名「老視」では、初診時と近用眼鏡処方時のみ算定できます。
- ⑤ 白内障術後の近用眼鏡処方箋交付する場合は、調節検査は認められていますが、傷病名「老視」が必要となります。

(4) コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者で、水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に検査するもので、手術の前後各 1 回算定可能です。レセプトには、術前視力の記載をしておくといいです。一般的には、0.7 以上が適用とされています。

(5) 角膜形状解析検査

以下の点に留意してください。

- ① 初期円錐角膜等の角膜変形患者は算定できますが、コンタクトレンズ処方をする場合は算定できません。
- ② 角膜移植後の患者は、2 ヶ月に 1 回を限度に算定できます。
- ③ 白内障患者で高度角膜乱視（2 ジオプトリー以上）は手術の前後各 1 回算定可です。レセプトには角膜乱視の度数を記載しておくといいです。

(6) 前眼部三次元画像解析

- ① 患者 1 人につき月に 1 回に限り算定できますが、角膜形状解析検査および前房隅角検査と合わせて算定できません。
- ② 適応となる患者は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植後の患者、外傷後毛様体剥離です。

3 投薬

- (1) 医師法により、診察をせずに、投薬、処方箋の交付はできません。患者が来院できない場合は、その理由と病状をカルテに記載するようにしてください。
- (2) 処方薬は適応病名を確認して処方してください。疑い病名では処方できません。アレルギー性結膜炎の病名だけでは、抗菌剤点眼液の投与は認められておりません。
- (3) 医学的に効能・効果が認められていても保険診療上、適応とされていない薬剤があります。例えば、ヒアレインミニ点眼液は、シェーグレン症候群およびスチーブンスジョンソン症候群の患者だけに処方が認められています。
- (4) 眼軟膏を処方する場合は、使用部位が眼科領域であることがわかる病名または詳記が必要です。例えば、「帯状疱疹」ではなく「眼部帯状疱疹」と記載してください。

- (5) 内眼手術の周術期無菌化療法として、抗菌剤点眼液処方は認められています。手術日がわかる記載が必要です。この時に術後の抗炎症剤の処方は認められません。
- (6) 1回の投薬量は、医師が予見できる量とされていますので、1日3回点眼であれば、病状によりますが、初診時では2本位が妥当と思われます。また、1回の処方量を多くし、受診間隔を空けて初診料算定を繰り返すことは保険医として慎むべきです。

4 注射

- (1) 抗 VEGF 薬の注射の適応は、病名とともに病態がわかる記載が必要です。高額薬剤ですので、治療上の必要性を支払い側にも納得させるためにも、確認の上で請求をしてください。また、投与間隔も守ってください。記載が必要な適応病名を示します。
- ① 加齢黄斑変性に伴う中心窩下脈絡膜新生血管
 - ② 病的近視における脈絡膜新生血管
 - ③ 網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫
 - ④ 糖尿病黄斑浮腫
 - ⑤ 未熟児網膜症
- (2) ボトックス注射の場合、過剰投与と思われる請求があります。残薬廃棄した場合には、その旨の注記が必要です。

5 処置

手術に伴う処置は請求できません。ただし、使用した薬剤は算定できます。処置に使用する薬剤料は片眼につき点眼液 0.2ml 以下、眼軟膏 0.2mg 以下とされています。

6 手術

手術は、傷病名に対して適正か否かが審査されますので、レセプトの傷病名と合致していることを確認してください。必要があれば手術の詳細または手術記録を添付すると良いでしょう。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

令和4年度改定において、眼科的には大きな変化はありませんでしたが、あらたな保険収載として、緑内障および斜視の手術に新しい医療技術が評価された手術法が新設項目として追加されました。また、ロービジョン検査判断料の施設基準の緩和がありました。

なお、今回の改定で、オンライン診療が初診から認められたことやリフィル処方箋が導入されましたが、いずれも眼科医療にはすぐわないと思われます。適切な安全な眼科医療を行っていくためには、今後の動向を見極めてから判断されると良いと考えられます。

Ⅵ その他

<おわりに>

レセプト審査で、返戻や査定があった場合には、点数表の留意事項の確認、薬剤の添付文書で適用病名を確認してください。確認しても納得がいかない場合は、再審査請求をされると良いと思います。ただし、再審査請求では、病名追加は認められておりませんので、ご注意ください。本稿が皆様の参考になれば幸いです。

メモ

1-4 整形外科

<はじめに>

保険診療における請求にあたっては、診療報酬点数表に基づいて行うことになりますが、この場合該当する点数項目の確認だけではなく各部・節・款の最初にある通則や診療報酬の算定方法（留意事項）、診療報酬請求書記載要領なども十分確認しないと誤った請求をしてしまうことがあるので注意を要します。さらに算定に当たり施設基準が設けられている項目も多数ありこちらの確認も必要です。審査により査定を受けることもあります。このような時にはまず何が問題で査定されたかを調べるのが重要です。前記の規則を確認しても理由が不明の場合には審査機関に直接確認することもできます。査定を放置せずご自身で査定理由を十分に調べてください。それでも、どうしても納得がいかない場合には、是非再審査請求を行っていただきたいと思います。

I 各種法令における留意事項

保険診療は健康保険法や療養担当規則等に基づいた保険者と保険医との契約診療であるということを先ず理解する必要があります。つまり、法令等を遵守したうえで診療報酬点数表に決められた請求を行うことが要求されていますので、是非もう一度療養担当規則の確認をお願いします。

整形外科では療養費に係る書類等についても注意が必要です。治療に必要とした義肢装具等は、医師の関与で製作所が作成・提供（一部の既製品も含む）した場合は、患者は基準に従った代金を実費で製作所に支払い、保険組合には医師の証明書（診断書）を添えて請求することで療養費として還付されますが、この場合の書類は保険給付に係るものになるので無償で発行しなければいけません。施術の同意に関しては、あんま・鍼・灸・マッサージ（柔道整復以外）については、療養費同意書交付料として診療報酬で請求できますが、同意においては対面診療が義務付けられていることと、それぞれの施術における適応が設定されていますのでご注意ください。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

医師にとってカルテは、患者の状況や治療経過の情報として重要なものですが、一方診療報酬の請求やトラブル時には、行った行為の重要な証拠となるものです。つまり第三者が診療の経過を確認できる内容の記載が必要であり、記載のないものは行為そのものが否定されてしまうこともあります。物理治療やリハビリテーション等の治療時も対面での再診は義務付けられていますので、再診時の状況記載は必要で「n.p.」等の記載は避けるべきです。

医学管理料の多くは診療録への記載が求められていること、各種検査、画像診断では必要性とともにその結果及び患者への説明内容等の記載も必要です。

III 傷病名付与の留意事項

傷病名は診断の都度診断医がつけることが原則で、部位によっては左右の区別や急性慢性の記載も必要です。診断根拠のない、いわゆる保険請求のための「レセプト病名」は認められません。また、急性病名や疑い病名が長期に続くことは好ましくなく、転機につい

ては適宜判断し整理をするようにして下さい。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1 初・再診料

- (1) 一度診療が終了していても、検査の結果のみを聞きに来た場合など、前の診療と一連の行為と考えられる場合、診察料は算定できません（電話再診を含む）。
- (2) 再診料における外来管理加算は、慢性疼痛疾患管理料、処置、手術等がなくても計画的な医学管理を行っていない場合は算定できません。また、算定の場合には診療録に内容の記載義務があります。

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

(1) 特定疾患療養管理料

特定疾患が主病であり、これに対し計画的に療養上の管理を行った場合が適応となります。この場合、管理内容を診療録に記載することが要件であることに注意して下さい。基本的に他の管理料も指導内容、治療計画等の診療録への記載が算定要件となっています。

(2) 慢性疼痛疾患管理料

マッサージ又は器具等による療法を行った場合が適応で、外来管理加算および前記処置等を包括していますが、月毎に算定の選択が可能です。初診後最初に算定した月はそれ以前の包括項目は併算定可能な場合もありますが、レセプトに算定日の記載が必要であることなどに注意が必要です。特定疾患療養管理料等、他の管理料とは同一月に併算定出来ないものがあります。処方料、処方せん料の特定疾患処方管理加算も同一月には算定できません。

(3) 小児運動器疾患指導管理料

20歳未満の患者に成長に応じた継続的に必要な病態に対して診療を行った場合に、最初の算定から6月間は連月、それ以降は6月に1回算定出来ます。施設基準を満たし届出が必要なこと、指導内容のカルテ記載が必要です。

(4) 二次性骨折予防継続管理料

骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折の術後患者が対象で、病診連携・リエゾンサービスにより再骨折予防を目的とし、令和4年に新設されました。診療所では同管理料3が対象ですが、条件として管理料1が算定された患者で初回算定後1年間に限り月1回算定可能の縛りがあります。施設基準を満たし届出が必要です。

(5) 下肢創傷処置管理料

循環障害等による足部潰瘍患者に対し、下肢創傷処置と併せて専門的な管理を行った場合が対象になります。施設基準を満たし届出が必要です。

(6) 診療情報連携共有料

保険歯科医の求めにより、文書により情報提供を行った場合に3月に1回算定出来ます。診療情報提供料（Ⅰ）は保険医が診療の結果、別の保険医への受診

が必要と判断し、情報提供を行った場合等に算定出来るもので条件が異なることに注意が必要です。

(7) 療養費同意書交付料

「はり・きゅう」と「マッサージ」の同意書が対象となります。同意書は必ず診察の上適応を判断し交付する必要があることと、「はり・きゅう」では対象疾患に限られ、同一疾患での医療の併診は出来ないことに注意が必要です。

2 在宅医療

(1) 在宅患者訪問診療料

通院による療養が困難な患者に対し、往診料（不定期で、求めに応じ患家に赴き診療を行った場合）とは異なり、定期的に訪問診療を行った場合が適応になります。在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を持つ主治医から紹介され、併診で訪問診療を行った場合は原則 6 月に限り在宅患者訪問診療料 2 を算定します。この場合医学的に必要と判断される時には 6 月を超えても算定出来ませんが、レセプト摘要欄に継続的な訪問診療の必要性を記載することになっています。

(2) 在宅自己注射指導管理料

当該月に実施する注射の（予定）総回数で点数が設定されていて、月の途中で開始の場合は連日の注射でも 27 回以下となり得ることに注意が必要です。バイオ後続品導入初期加算は、初回の処方日の属する月から起算して 3 月に限り月 1 回算定でき、導入初期加算とともに対面診療を行った場合のみ算定できます。また自己注射薬のみを院外処方の場合は、処方箋料は算定出来ませんので注意が必要です。

(3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

別項「リハビリテーション」にて説明

3 検査

(1) 骨粗鬆症関係検査

① NTX、DPD（尿）は、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、また薬剤変更時は変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できます。TRACP-5b は代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌の骨転移の診断補助として実施した場合に 1 回算定でき、その後は 6 月以内の薬剤効果判定時に 1 回、また治療方針変更時は変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できます。ucOC は VitK2 剤の治療前、 β -CTX も骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回と 6 月以内の効果判定時に 1 回に限り算定できます。更に、それぞれ併算定できないものがありますので注意が必要です。

② 25- ヒドロキシビタミン D は、原発性骨粗鬆症の場合は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回に限り算定、ビタミン D 欠乏性くる病若しくはビタミン D 欠乏性骨軟化症の場合は、診断時に 1 回、その後は 3 月に 1 回を限度として算定可能です。1,25- ジヒドロキシビタミン D3 は、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 型または低リン血症性ビタミン D 抵抗性くる病の診断治療時のみが検査適応となり、骨粗鬆症は適応外になります。

- ③ オステオカルシンは、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できます。

(2) 関節リウマチ関係検査

- ① インフリキシマブ定性の算定は、関節リウマチの患者に対し増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合が適応で 3 回に限ります。
- ② RF 定量、MMP-3、抗ガラクトース欠損 IgG 抗体、C1q 結合免疫複合体、モノクローナル RF 結合免疫複合体及び IgG 型リウマトイド因子のうち 3 項目以上を実施の場合は、2 つに限り算定できます。
- ③ 抗ガラクトース欠損 IgG 抗体と RF 定量を実施の時は主たるもののみの算定になります。
- ④ 抗シトルリン化ペプチド抗体、MMP-3、抗ガラクトース欠損 IgG 抗体、C1q 結合免疫複合体、モノクローナル RF 結合免疫複合体、IgG 型リウマトイド因子及び C3d 結合免疫複合体のうち 2 項目以上実施の場合は主たるもののみ算定になります。
- ⑤ 抗シトルリン化ペプチド抗体検査の適応は以下のいずれかの場合に限られます。

ア 関節リウマチと確定診断できない場合に原則 1 回請求ができますが、検査結果が陰性の場合は 3 月に 1 回算定でき、この場合は検査値をレセプトの摘要欄に記載する必要があります。

イ 治療薬の選択のために行う場合も 1 回のみの算定になりますが、治療経過により再度の薬剤選択が必要の場合は「ア」と同様 3 月に 1 回算定できます。この場合もレセプトの摘要欄に必要性の記載が条件になります。

(3) 超音波検査

検査で得られた画像を診療録に添付し、かつ診療録には主な所見又は検査技師の報告文書について医師が確認し、診療録に記載した場合に算定できます。同一月の 2 回目以降の検査は 100 分の 90 の点数で算定することや、本検査の算定日は外来管理加算が算定できないことに注意してください。

(4) 骨塩定量検査

検査の種類にかかわらず、4 月に 1 回に限り算定ができます。

本検査も算定日には外来管理加算が算定できないことに注意してください。

4 画像診断

(1) 時間外緊急院内画像診断加算

診療時間以外で、直ちに何らかの処置・手術等が必要な状態のため、緊急に当該保険医療機関において撮影及び診断を実施した場合に限り算定できますが、この場合夜間・早朝等加算との併算定はできませんので注意が必要です。

(2) 電子画像管理加算

デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合に算定できます。フィルムへのプリントアウトを行った場合も算定できますが、この場合にはフィルム費用は算定できません。

(3) 透視診断

診断目的のために行った場合にのみ算定できます。撮影の時期決定や他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う場合は算定できません。

(4) 写真診断

他医撮影のフィルム等のエックス線診断料は撮影部位及び撮影方法別に算定できます。

(5) コンピューター断層診断

他医撮影のCT、MRI等コンピューター断層撮影像（ポジトロン断層・CT、MRI断層複合撮影は含まない）について診断を行った場合には、初診料を算定した日に限り算定でき、それ以外では算定できません。

5 投薬

(1) 外来患者に対する投薬（通則）

1 処方 63 枚を超えた湿布薬の投薬の場合には調剤料、処方料、超過分の薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料は算定できません。例外として、やむを得ず医師が必要と判断した理由を処方箋及びレセプトに記載した場合は認められることがあります。

プレガバリン（リリカ）、ミロガバリン（タリージェ）の効能効果は添付文書上は「神経障害性疼痛」と記されていますが、保険請求に当たってはこの傷病名のみでは査定される可能性があります。神経障害性疼痛を引き起こした原疾病の傷病名を記載することを忘れないようにしてください。

6 処置

(1) 通則

① 対称器官の処置で「片側」、「1 肢につき」等の規定がないものは、両側に行っても所定点数のみの算定になります。（例 鶏眼胼胝処置など）

② 時間外、休日、深夜に行われた 150 点以上の緊急処置はそれぞれ時間外、休日、深夜加算の対象となります。

(2) 創傷処置

同一部位又は同一疾病やこれに起因する病変に対して同時に行われた皮膚科軟膏処置、湿布処置は、合算した広さで何れかの処置点数で算定します。

(3) 下肢創傷処置

適応は足趾の血行障害による潰瘍で、部位が限局されています。浅い潰瘍とは深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）穿刺排膿後薬液注入は併算定できないこと、軟膏の塗布又は湿布の貼付のみは適応外とされています。

(4) 熱傷処置

算定は初回処置から起算して 2 月以内に限られます。それ以降の処置は創傷処

置で算定します。

第一度熱傷の場合 100cm²未満は基本診療料に含まれ薬剤料のみの算定になります。

(5) 血腫、膿腫穿刺

新生児頭血腫大程度のものが適応になり、それより小範囲のものや試験穿刺については算定できません。

(6) 湿布処置

半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲に行われた場合は算定できますが、それ以下の場合は薬剤料のみの算定になります。

(7) 治療用装具採寸法

既製品の装具は原則リストアップされたものが療養費対象となり、これを処方の場合、加工の必要を認め採寸が行われた場合のみが採寸法の適応になります。この場合レセプトの摘要欄に医学的な必要性と加工の内容を記載することが要件になります。

(8) 治療用装具採型法

フットインプレッションフォーム（足型採取器）で採型を行った場合は、「その他」で算定します。

(9) 皮膚欠損用創傷被覆材

皮膚欠損創に対し医療材料として2週間（特に必要と認められる場合については3週間）を限度として算定できますが、手術創に対して使用の場合は術後を含め算定できません。

7 手術

(1) 通則

手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く）の費用及び注射の手術料は、術前、術後にかかわらず算定できません。

(2) 創傷処理

切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む）を行う場合に算定します。筋肉、臓器に達するものとは、創傷の深さではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷については範囲を合算し算定します。「露出部」とは、頭部、頸部、上下肢にあっては肘関節及び膝関節以下をいいますが、指は真皮縫合加算の適応外となっています。

(3) 皮膚切開術

長径は切開を加えた長さではなく、膿瘍等の大きさをいいます。

(4) 腱縫合術

切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、創傷処理2筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）（小児の場合は小児創傷処理3）で算定します。

(5) 難治性骨折電磁波電気（超音波）治療法、超音波骨折治療法

治療の実施予定期間、頻度について患者に指導し、当該指導内容をレセプトの

摘要欄に記載することや、時期、対象等適応にも注意してください。

(6) 爪甲除去術

麻酔を要しない程度のものは処置の爪甲除去により算定します。

8 麻酔

神経ブロックは、疾病の治療又は診断を目的として行われる手技で、検査・画像診断・処置・手術の施行のための補助手段として行われる麻酔とは異なることに注意して、請求をお願いします。以下、外来で行われることの多い手技を中心に記載します。

(1) 静脈麻酔

静脈注射用麻酔剤を用いた意識消失を伴う全身麻酔が適応になり、静脈注射用麻酔剤の使用のないものは算定できません。実施時間が10分未満のものは「1短時間のもの」で算定します。

(2) 上・下肢伝達麻酔

上肢は腕神経叢、下肢は少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定できます。それ以下の部位での伝達麻酔は薬剤料のみの算定となることにご注意ください。

(3) 神経ブロック

同日複数の神経ブロックを行った場合は主たるもののみ算定、また同日神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射及び神経幹内注射は算定できない、神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は神経ブロックの所定点数に含まれ別に算定できないなど注意が必要です。

(4) トリガーポイント注射

施行回数及び部位にかかわらず1日1回のみの算定です。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

前項にも記載していますので再掲となりますが、整形外科関連の令和4年度の改定としては「小児運動器疾患指導管理料」の対象患者の年齢が20歳未満に変更されたこと、二次性骨折予防継続管理料、下肢創傷処置管理料及び下肢創傷処置が新設されたこと、そして外来患者に対する湿布薬の投薬の原則上限量が1処方70枚から63枚までに変更されたことなどが主なものになります。

VI その他

＜おわりに＞

以上、整形外科外来を中心に査定を受けやすい項目について簡単に抜粋・記載させてもらいましたが、再度、点数表等と供に内容の確認をしていただきたいと思います。また、本書 **2-9** 審査情報提供事例も合わせて確認をお願いいたします。

リハビリテーション料については、説明事項が多岐にわたるため、改めて項目立てをして説明致します。

1-5 リハビリテーション

<はじめに>

リハビリテーションは、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるもので、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の治療法より構成されています。

リハビリテーションの実施、保険請求にあたっては、多くの規定が設定されていますので、以下の記載を十分に確認していただきたいと思います。

I 各種法令における留意事項

医師法第 20 条には「医師は、自ら診察しないで治療をしてはならない。」とあり、これを踏まえ、保険診療ではリハビリテーションを行う際には毎回医師の診察を伴うことが原則とされています。ただし、疾患別リハビリテーション^{*1}の実施に関し、理学療法士等が患者の状態を観察し、必要に応じ医師が診察する「外来リハビリテーション診療料」（医学管理料）は初診料や再診料等が包括され、1 については、算定してから 7 日間、2 については 14 日間に 1 回に限り算定出来ます。

※ 1 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料をまとめて「疾患別リハビリテーション料」といいます。

療養担当規則には「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。」とあります。これに関連して点数表の通則に「リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。」とされており、具体的には算定上の留意事項の通則に、「疾患別リハビリテーションの実施にあたっては、医師は定期的な機能検査等をもとに効果判定を行い、リハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として 7 日以内、遅くとも 14 日以内に作成、また 3 月に 1 回以上患者又はその家族等に内容を説明の上交付とともに、写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に実施する場合には、医師が自ら実施又は医師の具体的指示が必要。」とされています。

疾患別、がん患者、認知症リハビリテーションでは、患者に対し個別に 20 分以上、訓練を行った場合「1 単位」として点数を算定でき、訓練時間が 1 単位に満たない場合は基本診療料に含まれます。また各々のリハビリテーションには対象疾患や標準的算定日数等が設定されています（表 1）。

その他、リハビリテーション料の多くは人員配置も含んだ施設基準が規定されていて（表 2）、配置職員等基準を満たさなくなった時には、その月中に速やかに変更の届出を行い、翌月から変更後の条件で算定することになります。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

- 1 リハビリテーションの実施にあたっては機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載することが必要です。また、適宜作成が必要な実施計画書については作成、内容の説明を行うとともに、診療録に添付することとされています。
- 2 疾患別リハビリテーション料で標準的算定日数を超えて治療を継続することにより

【様式 42 の 2】

別紙様式 42 の 2

疾患別ハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名

郵便番号

住所

報告年月日

1. 疾患別ハビリテーション料の算定状況について

令和 年 月 日から 30 日までの 1ヶ月間に疾患別ハビリテーション料を算定した患者について人数等を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の病名により同一の疾患別ハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

1 脳血管障害有ハビリテーション料の算定状況について		入院中の患者 （内訳あり）	入院中の患者 （内訳あり）
① 脳血管障害有ハビリテーション料の算定患者			
2①	① のうち、療養の認定日数（180 日）を超えた患者		
患 症	注 ① 注 ② 患 者 別 付 記 事		
②	② のうち、脳血管障害有ハビリテーション料について、治療を継続することにより右肩の脱臼が治癒する旨の診断を認められる。又は、治療を継続することにより右腕の拘縮が改善する旨の診断を受ける等の場合で、月 13 単位を超えた上肢の拘縮等となっている患者		
③	③ のうち、更迭介護保険患者等		
④	④ のうち、月 13 単位を超えた上肢の拘縮となっている患者		
2 慢性脳血管障害有ハビリテーション料の算定状況について			
① 慢性脳血管障害有ハビリテーション料の算定患者			
2①	① のうち、療養の認定日数（180 日）を超えた患者		
患 症	注 ① 注 ② 患 者 別 付 記 事		
②	② のうち、慢性脳血管障害有ハビリテーション料について、治療を継続することにより右肩の脱臼が治癒する旨の診断を認められる。又は、治療を継続することにより右腕の拘縮が改善する旨の診断を受ける等の場合で、月 13 単位を超えた上肢の拘縮等となっている患者		
③	③ のうち、更迭介護保険患者等		
④	④ のうち、月 13 単位を超えた上肢の拘縮となっている患者		
3 慢性脳血管障害有ハビリテーション料の算定状況について			
① 慢性脳血管障害有ハビリテーション料の算定患者			
2①	① のうち、療養の認定日数（180 日）を超えた患者		
患 症	注 ① 注 ② 患 者 別 付 記 事		
②	② のうち、慢性脳血管障害有ハビリテーション料について、治療を継続することにより右肩の脱臼が治癒する旨の診断を認められる。又は、治療を継続することにより右腕の拘縮が改善する旨の診断を受ける等の場合で、月 13 単位を超えた上肢の拘縮等となっている患者		
③	③ のうち、更迭介護保険患者等		
④	④ のうち、月 13 単位を超えた上肢の拘縮となっている患者		

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、毎年6月1日から7日までの1週間の間に直感型リハビリテーション利用を要定した患者のうち「治癒を確信することにより状態の悪化を期待できると医学的に判断される。又は、治療有効であると医学的に判断される等の理由で、月13 曜位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者の患者）を記載すること。

	診療科(病室)	1) 入院日数 単位:1/1000	2) 入院日数 単位:1/1000	3) 入院日数 単位:1/1000	4) 入院日数 単位:1/1000	5) ADL	6) 単位 数
	【診療科(病室)】 1. 呼吸器科 2. 消化器科 3. 泌尿器科 4. 外科 5. 内科 6. 皮膚科 7. 産婦人科	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 7					

- 3 その他、診療録に記載や添付が必要なものを以下に記します。
- (1) リハビリテーション計画提供料2を算定する場合は退院後、外来でリハビリを行う他の保険医療機関に提供した文書の写し。
 - (2) 目標設定等支援・管理料では、目標設定等支援・管理シートの写しの添付と医師の説明に対する患者等の受け止め方、反応を記載。
 - (3) 摂食機能療法では、治療開始日、毎回の訓練内容、開始時間・終了時間の記載、また摂食嚥下支援加算の算定に当たっては摂食嚥下支援計画書の写しを添付と見直しの場合はその内容を記載。
 - (4) 視能訓練では診療計画を記載または添付。
 - (5) 障害児（者）リハビリテーション料、及びがん患者リハビリテーション料はリハビリ実施計画の要点を記載または添付。
 - (6) 集団コミュニケーション療法料は、実施計画の内容の要点を記載または添付。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

リハビリテーションの点数を算定するには、それぞれ適応疾患が定められていますので、

傷病名はリハビリテーション対象疾患名またはリハビリテーションが必要となった原疾患名の付与が必要ですが、後者の場合は関連性を示すため詳記が必要な場合があります。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

1 在宅患者の場合

- ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

通院の困難な患者にリハビリテーションの必要を認め、理学療法士等を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分（1単位）以上行った場合で、医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合（主たる訪問診療医から診療情報提供料（Ⅰ）で情報提供を受けた場合は提供元医の情報提供のための診察日から1月以内）に算定できます。この場合、指示内容の要点を診療録に記載する必要があります。

2 疾患別リハビリテーション

- (1) リハビリテーションを実施する場合は、レセプトの摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日（心血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料）又は発症日等（脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）を記載することになっていて、それぞれの疾患別リハビリテーション料の算定においては、治療開始日、発症日等が標準的算定日数の起算となります。

後者の「発症日等」は、発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日とされていますので、新たな疾患が発症、手術日又は急性増悪の場合には、その時点をもって起算とし、レセプトの記載も更新します。他の医療機関から診療情報提供書等にて依頼され発症日が判明している場合には、前医における発症日が標準算定日の起算日となることがありますので注意が必要です。

- (2) 標準的算定日数には除外対象患者※2が設定されていて、要件を満たせば期間を超えても算定可能です。また、それ以外でも必要な場合は1月13単位に限り算定できます。また、患者が要望・選択した場合で施設内掲示や文書による同意等の要件を満たしている場合は選定療養としての実施も可能ですが、徴収料金の定めや、実施状況は厚生局に報告する義務があります。

※2《標準的算定日数上限の除外対象患者》

- ・治療継続により改善が期待できると医学的に判断される場合（レセプト適応欄にこれまでの実施状況、患者の状態（以上実施計画書添付でも可）、今後の見込み期間、具体的な状態等を示した継続の理由の記載が必要）

- ① 失語症、失認及び失行症の患者
- ② 高次脳機能障害の患者
- ③ 重度の頸髄損傷の患者
- ④ 頭部外傷及び多部位外傷の患者
- ⑤ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者
- ⑥ 心筋梗塞の患者
- ⑦ 狭心症の患者

- ⑧ 軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後 1 年以内のものに限る）の患者
- ⑨ 外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後 180 日以内のものに限る）の患者
- ⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪ 回復期リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から起算して 3 月以内の患者（保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設または介護医療院に入所する患者をのぞく）
- ⑫ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く）
- ⑬ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る）
- ⑭ その他、リハビリテーションを継続することにより改善が期待される患者・有効と医学的に判断される場合に除外対象となる患者
 - ① 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
 - ② 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く）
- (3) 鋼線等による直達牽引、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置等の処置料は、疾患別リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法、認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれ、併算できません。また、慢性疼痛疾患管理料と疾患別リハビリテーション料との併算定もできませんのでご注意ください。
- (4) 算定に当たっては、厚生労働大臣が定める場合（①回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者、②発症後 60 日以内の脳血管疾患等の患者）を除き、患者 1 人 1 日 6 単位が限度とされ、さらに心大血管疾患リハビリテーション料を除き、1 対 1 の個別実施が要件とされ、従事者 1 人につき 1 日 18 単位が標準（上限 1 日 24 単位）、週 108 単位までとされています。

3 介護保険との関係

- (1) 要介護・要支援の患者の外來での疾患別リハビリテーションで標準算定日数超えの場合は、原則介護保険が適用されます（入院中は脳血管疾患等、廃用症候群および運動器リハビリテーション料は通減点数で算定できます）ので、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うことになっています。
- (2) 脳血管疾患等、廃用症候群および運動器リハビリテーション料を算定中の要介護被保険者等に対し、医師等多職種が患者と共同して介護保険のリハビリテーションへの移行の是非を検討・管理した場合、3 月に 1 回「目標設定等支援・管理料」が算定できます（算定がない場合、当該患者の算定点数は通減対象となります）。また、同患者で介護リハビリテーションの利用を予定しているものに対し、本人等の同意を得て、当該指定リハビリテーション事業所に文書によ

りリハビリテーションの計画を提供した場合にリハビリテーション計画提供料1が算定できます。

- (3) 介護保険による訪問リハビリテーション事業所に対し、訪問リハビリ指示書を作成した場合は、事業所の経営主体が病院、診療所等の医療機関であった場合には、診療情報提供料（Ⅰ）を、それ以外の事業所の場合は、訪問看護指示書を作成します。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

外来で疾患別リハビリテーションを算定の場合に当該保険医療機関における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を行うことにより、リハビリテーションデータ提出加算が算定可能（届出要）となりましたが、開始時期は令和5年10月以降の予定で、現時点（令和4年6月）では算定できません。

VI その他

＜おわりに＞

リハビリテーションについては、項目によりそれぞれ専門領域があり、全てを網羅出来ていませんが、疾患別リハビリテーションを中心にまとめてみました。

それぞれの専門科での確認もよろしくお願いいたします。

メモ

主なリハビリテーションの標準的算定日数と対象疾患

【表1】

リハビリテーション名	標準的算定日数	対象疾患
心大血管疾患 リハビリテーション料	150 日	(ア) 急性心筋梗塞、狭心症発作、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のもの。 (イ) 慢性心不全であって、左室駆出率 40% 以下、最高酸素摂取量が基準値 80% 以下又は BNP が 80 pg/ml 以上の状態。末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態。
脳血管疾患等 リハビリテーション料	180 日	(ア) 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎又はその術後。 (イ) 脳腫瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重複発作等又はその術後。 (ウ) 多発性神経炎（ギラン・バレー症候群等）、多発性硬化症、神経筋疾患、末梢神経炎（顔面神経麻痺等）。 (エ) パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎。 (オ) 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害。 (カ) 喉頭摘出術後の言語障害、聴覚障害、言語聴覚障害、構音障害、言語障害を伴う発達障害等のもの。 (キ) 外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者。（治療開始時の FIM 115 点以下、Barthel Index（BI）85 点以下の状態などのもの） (ク) 急性性悪：脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の悪化等により、1 週間以内に FIM 得点又は BI が 10 以上低下するような状態等。
廃用症候群 リハビリテーション料	120 日	急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの。
運動器 リハビリテーション料	150 日	(ア) 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち 3 種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1 肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等又はその術後。 (イ) 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等。
呼吸器 リハビリテーション料	90 日	(ア) 肺炎、無気肺等のもの。 (イ) 肺腫瘍、胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する Lungvolume reductions surgery 等の呼吸器疾患またはその術後。 (ウ) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（DPB）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等。（Medical Research Council Scale で 2 以上の呼吸困難を有する状態、または慢性閉塞性肺疾患（COPD）で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態、または呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態に該当するもの） (エ) 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね 1 週間前後で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者。
難病患者 リハビリテーション料	—	ペーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、筋萎縮性側索硬化症、強皮症、皮膚筋炎および多発性筋炎、結節性動脈硬化症、ピュルガー病、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、アミロイドーシス、後縦靱帯骨化症、ハンチントン病、もやもや病（ウリス動脈輪閉塞症）、ウェグナー肉芽腫症、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリバー橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、広範骨柱管狭窄症、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、プリオン病、ギラン・バレー症候群、黄色靱帯骨化症、シェーグレン症候群、成人発症スチル病、関節リウマチ、亜急性硬化性全脳炎。
障害児（者） リハビリテーション料	—	脳性麻痺、脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候群、二分脊椎等、顎・口腔の先天異常、先天性切断、先天性多発性関節拘縮症、先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症、脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症、低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍による後遺症、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等。
がん患者 リハビリテーション料	—	(ア) 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がん等で入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの手術が行われる術前術後患者。 (イ) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頭頸部リンパ節郭清を必要とし、放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる術前術後患者。 (ウ) 乳がんで乳房切除術＋リンパ節郭清が行われる術前術後患者で、術後肩の運動障害等を起こす可能性があるもの。 (エ) 骨軟部腫瘍又はがん骨転移に対し当該病巣への手術、化学療法又は放射線治療が行われる術前術後患者。 (オ) 脳腫瘍患者で手術若しくは放射線治療が行われる術前術後患者。 (カ) 血液腫瘍で化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる術前術後患者。 (キ) 骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる治療前後の患者 (ク) 在宅において緩和ケア主体で治療中の進行又は末期がんで、一時的入院で在宅復帰を目的としたリハビリが必要な患者 以上全て入院中の患者
認知症患者 リハビリテーション料	—	重度認知症の状態にある患者

主なリハビリテーションの施設基準

表2

リハビリテーション名		医師 ※1	療法士全体	理学療法士 ※2	作業療法士 ※2	言語聴覚士 ※2※3	専有面積（内法による）		器械 器具
心大血管疾患 リハビリテーション科	(Ⅰ)	循環器科又は心臓 血管外科の医師が 実施時間帯に常時 勤務 専任常勤1名以上	—	専従常勤PT及び 専従常勤看護師合 わせて2名以上等	必要に応じて配置	—	病院30㎡以上 診療所20㎡以上		要
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記 の医師及び経験を 有する医師（いず れも非常勤を含 む）1名以上勤務		専従のPT又は看 護師いずれか1名 以上					
脳血管疾患等 リハビリテーション科 廃用症候群 リハビリテーション科	(Ⅰ)	専任常勤2名以上 ※4 1名は経験有+研 修修了	専従従事者合計 10名以上※4	専従常勤 5名以上※4	専従常勤 3名以上※4	〔言語聴覚療法を 行う場合〕 専従常勤 1名以上※4	160㎡以上※4	〔言語聴覚療法を 行う場合〕 専用室 (8㎡以上) 1室以上	要
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者合計 5名以上※4※5	専従常勤 1名以上	専従常勤 1名以上		病院100㎡以上 診療所45㎡以上		
	(Ⅲ)		専従の常勤PT※5、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上				病院100㎡以上 診療所45㎡以上		
運動器 リハビリテーション科	(Ⅰ)	経験を有する 専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			—	病院100㎡以上 診療所45㎡以上		要
	(Ⅱ)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは 専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上※5						
	(Ⅲ)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上※5				45㎡以上		
呼吸器 リハビリテーション科	(Ⅰ)	経験を有する 専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT 又は常勤ST合わせて2名以上			—	病院100㎡以上 診療所45㎡以上	要	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST1名以上				45㎡以上		
難病患者 リハビリテーション科		専任常勤1名以上	専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST1名以上及び専従看護師1名以上				60㎡以上 1人当たり4㎡以上	要	
障害児（者） リハビリテーション科		専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT2名以上 1名は経験を有する専従の常勤看護師でも可			—	病院60㎡以上 診療所45㎡以上	要	
がん患者 リハビリテーション科		経験を有し研修修 了の専任常勤1名 以上	研修修了の専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST2名以上				100㎡以上	要	
認知症患者 リハビリテーション科		経験を有又は研修修 了の専任常勤1名 以上	専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST1名以上				—	—	

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能（ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとなすことができるのは、一定の人数まで）

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○医師：専任常勤1名以上○専従常勤ST3名以上（2の適用あり）○専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅱ）について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○医師：専任常勤1名以上○専従常勤ST2名以上（2の適用あり）○専用室及び器械・器具の具備あり

※5 適切な研修を修了したマッサージ師等が医師PTの管理下で施行の場合は（Ⅲ）の点数が算定できる



1-6 皮膚科

<はじめに>

最近都内、特に都心では皮膚科の診療所が増える傾向にありますが、地区医師会、皮膚科医会等に入らない方も多く見られます。こういったケースでは周りの医師との連携に問題が生じる可能性もあり、地域医療を担うためにはできるだけ医師会への入会をお勧めいたします。周辺のクリニック、病院等と連携をとれる体制が重要であり、さらに、最近開業したクリニックは美容皮膚科も行う傾向がありますが、美容皮膚科では保険診療はできません。又訴訟などもある為、それなりの保険に入る等の対処をしておく必要があります。さらに日本臨床皮膚科医会の調査では皮膚科在宅医療を行っている医療機関が少ない為、これからの高齢社会を考え、少なくとも外来通院していた方、比較的近くに住んでいる方の皮膚科在宅医療も選択肢に入れてください。これから述べる皮膚科の保険診療ですが、療養担当規則等に沿ったものでなければ保険請求はできないという事を理解して頂き、適切な保険請求の一助になれば幸いです。

I 各種法令における留意事項

保険医療機関は「療養担当規則」の規定を遵守し、医学的に妥当適切な診療を行い、診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行う必要があります。各医療機関に関係のある療養担当規則は熟読して頂きたいと思います。

II 診療録(カルテ)への記載の留意事項

- 1 保険外診療について：皮膚科固有の問題として、しばしば美容としての治療、脱毛に対する保険外診療に関する問題があります。これらの診療は保険外診療であるため、カルテは必ず別にする必要があります。
- 2 皮膚科特定疾患指導管理料について：新規個別指導では指導料に対する指導内容の記載が欠落しているケースがかなり多くみられるので注意してください。診療録に指導内容、治療計画の記載をするなどの要件を満たしていなければ、算定できません。診療録に、「いつ、どのような指導を行ったか」が具体的に記載されていることが、算定上の必須条件です。

例えばアトピー性皮膚炎では、カルテに皮膚科特定疾患指導管理料Ⅱの記載があり、「保湿剤を定期的に外用する」、「入浴時にゴシゴシ擦らない」、「ダニ・ハウスダストにアレルギーがあるので、部屋の掃除をこまめにする」等の患者個人に合わせた指導内容が記載されていることが必要です。患者さんに日常の注意点を指導しているはずなのでそれを記載してください。

他の疾患で受診し指導を行わない時には算定できません。しばしば事務がアトピー、蕁麻疹などで自動的に算定していることがありますので注意してください。

基本的に、皮膚科を主標榜科目とするドクターが常勤していなければ、算定できません。

III 傷病名付与の留意事項

まず、傷病名ですが、これは皮膚科に限らず全ての診療科で重要です。

- 1 診療の都度、医学的に妥当適切な傷病名を診療録に記載してください。皮膚科では処置手術等の判断をするうえで重要なため、必ず部位を記載してください。慢性・急性の区別、部位、範囲（大きさ）、左・右の区別を必ず記載してください。部位・左右の記載に関しては、特に皮膚科軟膏処置、熱傷処置、いぼ等冷凍凝固処置では、皮疹の部位及び範囲によりレセプト上の点数に差がありますので、必ず記載してください。記載がない場合は、最小範囲とみなさざるを得ず、査定ないし減点される場合があります。いぼ等の処置も、適切な記載がなければ、3 か所以下と判断されます。手術に関しては、腫瘍の大きさ、露出部か否かの判断ができない場合、査定または返戻されることがあります。また、良性・悪性の区別、更にどの程度の手術をするべきかの判断ができないため、やはり査定、または返戻されることがあります。請求時に、診断した具体的な腫瘍名・部位・できるだけ正確な大きさを必ず記載してください。

【不適切な具体例】

- 皮膚科軟膏処置 155 点、或いは 85 点が請求されているが、部位の記載がなく処置に使用した軟膏の量の記載もない→返戻、あるいは 55 点に減点。
- 2 いわゆる「レセプト病名」をつけるのではなく、必要であれば症状詳記等で説明を補うようにしてください。保険適用外の診療行為を保険請求する為に、レセプト作成の為にみに用いられる、実体のない架空の傷病名を用いてレセプトを作成することは不適切な請求です。保険適用であっても、一連ないし初診時のみ請求できるものに対し部位・病名を変えて請求することも、査定逃れの為に意図的に毎回異なる疾患名や部位を記載することも、同様に不適切です。

【不適切な具体例】

- 扁平母斑のレーザー治療で、所定の治療回数が終了しているにもかかわらず、保険請求のために微妙に部位名をずらして新規病名として変更し、保険請求する。ダーモスコピー請求の際、同一の腫瘍病変にたいして微妙に病名や部位を書き換えて連月で請求する。これらは、ともに査定されます。
- 3 疑い病名は診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更してください。疑いだけの場合は処方した薬剤は査定、検査は返戻・査定されることがあり、診断がついた時点で確定病名に変更する必要があります。

【不適切な具体例】

「アトピー性皮膚炎の疑い」の病名で、デルゴシチニブ軟膏を処方、または血中 TARC を測定。「皮膚悪性腫瘍の疑い」で、皮膚悪性腫瘍摘出術を行う。これらは、ともに査定されます。

※検査の項でも説明しますが、皮膚科の傷病名にアレルギー性皮膚炎はありません。

診療報酬明細書にこのような傷病名があればアレルギー性接触皮膚炎と解釈されます。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

<基本診療料>

1 初・再診料

- (1) A000 初診料、A001 再診料

基本診療料としては初診の取り扱いが重要です。皮膚科では同月内での初診算定は原則不可です。まったく別疾患で受診した場合であれば、翌月初診は算定でき、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹などの慢性疾患の同一疾患では、3ヶ月以上診療の間隔が空かないと初診は算定できません。処方が2ヶ月以上出ているケースでは終了後から3ヶ月空いていれば初診として算定できます。算定また初診の算定をする際はいつから、どのような症状があり、どのような経過で、どのような治療を行い、現在どのような症状で、他の科で受診があればその疾患と治療、さらにアレルギーの有無などを記載しておきます。半年たった初診でも経過を含めほぼ同様な事項をカルテに記載します。こういった聴取、記載をする必要がある為に、初診料がより高点数になるという事を理解しておきましょう。

＜特掲診療料＞

1 在宅医療

(1) C000 往診料

往診では定期的な訪問は予定されていません。自宅療養中の患者さんの急変等が生じた際、患者さん本人や家族の依頼に基づき、自宅を訪問し治療を行った際に算定します。

(2) 訪問診療料

訪問診療は定期的、計画的に患者の自宅を訪問し、診療・治療・健康相談、生活上の注意などを行います。毎月スケジュールを決め、計画的に治療を行うのが訪問診療です。頻度は月数回程度です。関わりのある医療機関、訪問看護、ケアマネジャー等と情報交換連携を取りながら診療計画を立て、必要なら紹介、入院の手配などもします。患者さん・家族に訪問診療について説明、了承を取っておく必要があり、患者さん或いは家族のサインを記載した書類をカルテに残してください。訪問診療料を算定した際は（皮膚科では寝たきり老人処置指導管理料が主ですが）、褥瘡などで使用する衛生材料を患者さんに充分量支給する必要があります。衛生材料の支給をご存じない訪問医もあり注意して下さい。特別養護老人ホームでは訪問診療料は算定できませんのでご注意ください。続けて診る必要のある皮膚病患者が多数いる場合は、施設と相談し配置医師となる必要があります。

2 検査

(1) 細菌顕微鏡検査

同一起因菌の場合は同日に2回算定はできませんが、別疾患で同一起因菌でなければ算定できます。例えば疥癬と白癬の両方を検査した場合は細菌顕微鏡検査を同日に2回算定できますが、爪と足の白癬菌を同日に行った場合は起炎菌が同一の為現状では2回の算定はできません。爪白癬に適用をもつ外用薬・内服薬の処方、直接鏡検（KOH検査）または白癬菌抗原定性検査をしていない場合、原則として認められません。簡易培養を根拠に処方する場合、培養検査日に処方するのは不可です。処方には、糸状菌を確実に証明した診断を必要とします。

【不適切な具体例】

ホスラブコナゾールを処方するため、実際には検査せずに「爪白癬」の確定病名をつける（虚偽で「検査を行なった」と記載した場合は、架空請求にもあたります）。

毎月のS-M検査算定はできない。3ヶ月に1回が目安となります。

また、半年前に同じ医療機関で検査を行っていることが根拠の場合は初診ではなく再診で算定してください。

白癬菌抗原定性（新設）に関しては爪白癬が疑われる患者に対してイムノクロマト法により白癬菌抗原を測定した場合233点を算定できます。本検査は次のいずれかに該当する場合に算定できます。

① KOH直接鏡検が陰性であったものの臨床所見より爪白癬が疑われる場合。この場合、本検査を実施した医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

② KOH直接鏡検が実施できない場合（できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること）

爪白癬の診断においてはKOHが標準的な検査であり、本検査はあくまで補完として使用されるべきものです。爪白癬の診断に全て本検査が使われるようなケースでは返戻があります。

(2) ダーモスコピー

単なる母斑の病名では具体的な病名詳記の記載を求めて返戻される場合があります。すべて疑い病名も請求不可です。診断病名を記載してください。なお、扁平母斑・大田母斑は算定不可です。傾向的に悪性黒色腫の疑い・有棘細胞がんの疑いなどを算定している場合は算定不可となる事があります。また、新たに他の病変でダーモスコピーの検査を行う場合であって4ヶ月に2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載してください。できれば前月と部位、疾患などが異なるという事がわかるコメントがあればいいと思います。ダーモスコピーには適用疾患があり、これらの確定病名もしくは疑い病名がない場合は、査定となります。継続診療の場合、4ヶ月に1回だけ算定可能です。『円形脱毛症』では、脱毛箇所がいくつかあっても、どれだけ広範囲でも、算定は1回です。

【不適切な具体例】

「皮膚腫瘍」の病名をつけて、ダーモスコピーを施行した場合、査定されます

(3) 投与前に検査を必要とする薬剤

オルミネント・リンヴォックを処方する前に、 β -グルカン、KL6、結核、肝炎関連の検査を実施する場合は、薬剤名が不明のため、できれば病名を記載「●●の開始前検査」と詳記することが望ましいと思われます。

(4) 特異的IgE

連月測定する項目が重複していなければ請求できますが、同じ項目の連月測定は請求できません。

アレルギー性皮膚炎に対してIgE検査は特異、非特異とも請求は不可となります。（アレルギー性皮膚炎という病名はありません。ICD10ではアレルギー性

接触性皮膚炎に出ています。このためアレルギー性皮膚炎はアレルギー性接触性皮膚炎と考え IgE は算定できません。)

3 処置、手術

(1) 処置 手術部位に関して

「Ⅲ傷病名付与の留意事項」の1で述べたように、疾患名に部位大きさの記載のない例が多くみられます。その場合は処置範囲、手術範囲が判断できません。このような場合返戻されるか、傾向的な場合は最小範囲とみなし査定されることがあります。皮疹の部位及び範囲(大きさ)をレセプトに記載する必要があります。

(2) 中波長紫外線療法

アトピー性皮膚炎、尋常性白斑などで、初診よりいきなり行うのは不適切です。これまで他医療機関で施行している場合などで、紹介等により治療を続ける場合はその旨詳記してください。

(3) 熱傷処置

第一度熱傷の場合 100cm²未満なら基本診療料に含まれますが、100cm²以上なら算定可能です、但し受傷範囲をしっかりと記載することが必要です。日光皮膚炎では熱傷処置の算定は不可となります。

(4) ヒルドイド及びヘパリン類似物質 処置

初診以外で大きな範囲で処置を毎回行う傾向的な医療機関では、査定もあり得ます。長期間大きな範囲でヒルドイド処置の請求がある場合、処置の範囲区分がより狭い範囲に査定され、薬剤量も減点されることがあり得ます。

(5) いぼ等冷凍凝固術

部位の正確な記載がないと3か所以下とみなされます。

皮膚腫瘍だけの病名で腫瘍の疾患名がない場合は上記の適応可否かを判断できず腫瘍名を記載すべきです。また、皮膚腫瘍の病名だけでは返戻されることがあります。

疣贅に対する処置は1箇所とは1局所麻酔範囲を示し、例えば1cm四方に5-6個の疣贅があっても1箇所と解します。4箇所以上とは4局所麻酔範囲以上と理解してください。

いぼ等冷凍凝固の処置において足底などで固い部分を鶏眼処置後いぼ等冷凍凝固を行っても主たる処置だけを算定してください。同一部位に2つ以上の処置は算定できません。

(6) 口唇嚢腫の手術

① 口唇粘液嚢腫の手術は粘液嚢胞摘出術で請求してください。

② 唇の血管腫(静脈湖)は皮膚皮下腫瘍摘出術(露出部)で請求し、血管腫摘出術では認められません。

③ ピアスによる耳垂列裂は創傷処理で請求し、耳介形成術での請求は不可となります。

(7) 手掌足底の棘など小異物除去は、局所麻酔を必要とする場合は「皮膚切開術(長径10cm未満)」で請求します。画像検査が必要である複雑な異物除去で、「手

掌、足底異物摘出術」にて算定する場合は症状詳記が必要です。

【不適切な具体例】

手掌に刺さって迷入していた真っ直ぐな木の棘を、局所麻酔下に切開して除去し、「手掌、足底異物摘出術」を算定した場合は、査定されます

- (8) 「毛細血管拡張」のレセプト病名を付けての、酒さや赤ら顔に対して美容目的で色素レーザー治療を行うことは保険では認められていません。血管腫の色素レーザー治療の適用は器質的な疾患です。美容目的の施術、酒さ・酒さ様皮膚炎などの炎症性疾患は想定されていません。これらは、必ず自費で行ってください。
- (9) 血管拡張性肉芽腫、老人性血管腫、静脈湖、単純縫合で摘除できるレベルの単純性血管腫や星芒状血管腫などの切除術を施行した場合には、「皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術」は認められません。「皮膚、皮下腫瘍摘出術」で算定します。「皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術」は、ただ単に病理学的な血管腫を摘出した時ではなく、単純縫合や電気焼灼では、止血不可能な縫合や吻合などの血管操作を必要とする血管腫に対して適用となります。
- (10) 麻酔を要しない爪甲除去については、爪甲除去（麻酔を要しないもの）60点にて算定します。陥入爪手術では算定できず、査定、変更の対象となります。
- (11) 下肢創傷処置（新設）の処置点は、実際は下肢でなくて足部、足趾又は踵（浅い潰瘍）の処置の算定です。

想定疾患は糖尿病性壊疽、パージャール病、ASO、透析による血行障害などで、足趾の潰瘍など、腿が見えていたりとか、難治の疾患の創傷処置に対する点数と解釈してください。例えばうつ滞性皮膚炎の下腿潰瘍では基本的に算定できません。ただし、足部にまで潰瘍が生じていれば、算定可能と思います。

下肢創傷処置管理料の施設基準において求められる医師の研修は、現時点では一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア足病医学会認定師講習会」のうち「Ver.2」が該当すると示されております。（疑義解釈その1）今後も講習会の情報を確認してください。

4 投薬

査定される場合の多くは病名の記載漏れです。処方に検査が関連する際は病名の記載をその場でダブルチェックしてください。

(1) 抗ヒスタミン薬

第2世代同士の組み合わせでも、常用量＋常用量、常用量＋倍量の組み合わせは認められます。第1世代との組み合わせも認められますが、但しほとんどの症例に傾向的に行う場合は返戻されます。3剤併用は傾向的である場合は認められません。力士、或いは体重が通常より大幅に多い場合コメントを入れておくことをお勧めします。

(2) 腋窩多汗症

ボトックスとエクロックスの併用は原則認められません。

(3) 保湿剤の処方

ヒルドイド（ヘパリン類似物質）、パスタロン、ウレパール等保湿剤の適応は乾

燥している皮膚炎が前提です。脂漏性皮膚炎・接触性皮膚炎・自家感作性皮膚炎など、乾燥状態が考えられない疾患に対して投与した場合は算定できません。通常湿疹では算定できませんが、手湿疹は乾燥状態が普通であるため認めています。部位が記載されていないと薬剤量がわからないので必ず記載をしてください。

「湿疹」や「接触性皮膚炎」「アレルギー性皮膚炎」などの病名では、保湿剤の投与は認められません。また、保湿薬を処方するためのレセプト病名も、不適切です。ヘパリン類似物質含有外用剤などは保湿力が高いため、近年、化粧クリーム代わりにするために処方を求められる場合があります。これは社会問題にもなっており、もちろん保険診療上認められません。当然、美容目的で疾病の治療目的と判断できない場合は不可となります。

- (4) 瘡瘍に適用のあるアダパレンやBPO製剤の12歳以下の処方は安全性が確認されていないため基本的に認められていませんが、10～11歳は場合により算定できます。幼稚園児や乳児などへの使用は認められません。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

皮膚科の新設、改定項目に関しては検査等の該当する項に（新設）と記載し、注意点を説明してありますので、解釈を間違えないようご注意ください。

VI その他

医療保険の情報を得るために（特に皮膚科に関して）自分が行う、診察・検査・治療等に関しては療養担当規則に定められているので、これを熟知する必要があります。しかしながら改定が行われる、或いは解釈が変わる事もあるため、常に医療保険に関する知識を得る必要があります。全般的な情報は医師会或いは各科の医会から発信されるので、医師会・皮膚科医会に所属していると情報が得やすいと思われます。皮膚科においては日本臨床皮膚科医会と東京都皮膚科医会で皮膚科に関する保険診療の情報を得られます。（日本臨床皮膚科医会では改定時に必ず皮膚科全般に関する保険診療に関して会員に早期に最新の情報を発信しています）。地域の皮膚科医会でも保険診療の疑問に関しての情報発信があり、また、地域医師会には保険診療に関して詳しい医師がいるので所属していると疑問がある点を相談し易くなります。

メモ

1-7 小児科

<はじめに>

小児科領域の保険診療について、理解していただきたいこと、留意すべきことについて記載します。

I 各種法令における留意事項

1 保険診療と自費診療について

総論でもふれられていますが、小児科では疾病の診断、治療といった保険診療が中心となる小児医療と、小児の健やかな発育、発達を見守る乳幼児健診、疾病を予防する為の予防接種等の自費診療がどうしても混在します。この点に十分注意して保険診療上のルールに即して、レセプトを作成しなければなりません。以下に具体的な注意点と考え方を示します。

- (1) 保険診療の診療録と自費診療の診療録を完全に分けること。

保険診療の診療録に健診、予防接種の記載は認められません。

- (2) 乳児健診と同時に疾病が発見され、保険診療を行った場合、(初診料・再診料・外来診療料) 算定できません。

また以前からの疾患にて加療中の場合、健診等と同時に診察を行った場合には、再診料は算定できません。それぞれ、健診料の中に診察料が含まれていると考えます。従って、基本診療料は算定できませんが、診療に伴う、処置料、検査料、処方料、他院紹介に伴う診療情報提供料は算定できます。

- (3) 定期予防接種は、予防接種法に基づいて行われています。接種前に、問診、検温、視診、聴診等の診察を行い、接種が可能か否かを判断することを予診といいます。新型コロナワクチンは予防接種法の臨時接種にあたり、国から聴診を一律に行うことは求められていませんが、例外と考えて任意予防接種も、予防接種法に準じて予診を行ってください。

接種直後の血管迷走神経反射などの副反応などの診察を行った場合も、基本診療料は算定できません。(2) の健診と同様です

インフルエンザ予防接種等で来院者が多く、継続する疾患の処方など行う場合、算定ミスのないように十分に注意してください。

また、保険適応となる予防接種があります。小児科開業医関連としては、B 型肝炎ウイルス母子感染の予防(抗 HBs 人免疫グロブリンとの併用)の目的で使用了場合です。その 2 回目と 3 回目にあたる生後 1 ヶ月と 6 ヶ月のワクチンについては、保険診療として請求することとなり、定期予防接種としての請求はできません。

- (4) 自治体からの公費で行う、3,4 ヶ月健診、6,7 ヶ月健診、1 歳 6 ヶ月健診、3 歳児健診は当然自費診療となりますが、その間、保護者の希望で行う 1 歳児健診、2 歳児健診なども保険請求はできません。また保育園等の入園時健診も保険請求できません。それぞれ自費診療となります。注意してください。

- (5) 学校健診は学校保健安全法に基づいて行われています。学校健診で「疾患(の疑い)」として紹介された場合は、保険診療となります。ただし、学校医と保

険医が同一の場合は、初診料でなく再診料を算定し、処置料・検査料・処方箋料は算定できます。園医の場合も、同様に考えます。

また、学校健診を欠席して医療機関で健診を実施する場合には、保険診療にはならず、子ども医療費助成制度も利用できません。学校医以外に来院する児童・生徒も自費請求になります。無用なトラブルを避けるため、地区医師会へ問い合わせてください。

Ⅱ 診療録（カルテ）への記載の留意事項

- 1 診療録（カルテ）は、診療経過の記録であるとともに、診療報酬請求の根拠となります。診療の都度、診療事実に基づいて経過と必要事項を適切に記載してください。
- 2 喘息、糖尿病等の特定疾患に対しての特定疾患療養管理料は指導内容、治療計画等についての記載が必須となります。
- 3 記載はペン等で行い、修正等は履歴が確認できるように修正液は用いず必ず、二重線で行ってください。電子カルテにおいても修正の履歴が確認できることが必要です。
- 4 記載の都度、署名も行ってください。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

- 1 診断の都度、医学的に妥当適当な傷病名を記載することが必要です。
- 2 必要に応じて慢性、急性の区別、部位、左右の区別をしてください。
- 3 傷病の転帰を記載、傷病名を逐一整理することが必要です。小児科では急性上気道炎といった急性疾患の病名が多く、転帰の記載なく長期間続くのは不適切です。
- 4 疑い病名は診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更してください。
- 5 疑い病名での処方 は認められません。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

<基本診療料>

1 初・再診料

(1) 初診料算定の条件

傷病について医学的に初診の診療行為があった場合に算定できます。

医学的に初診の診療行為とは、患者が初めて医療機関を受診し、既往歴、家族歴、現病歴等の丁寧な問診及び視診、聴診、触診等の診察とその記録が診療録に記載され、確認できることです。過去に医療機関を受診していても、前疾患の転帰が終了となっている場合は算定出来ず。小児科では急性上気道炎等、軽症の急性疾患にて初診料の算定機会が多くなりますが、傷病の診療継続中に新たな傷病にて受診があった場合は算定できません。再診料となります。前回の受診時の処方薬の処方日数内での新たな疾患の受診も、前疾患の転帰が記載されていても診療継続中と考えられ再診となります。

具体的には皮脂欠乏性皮膚炎にて保湿剤等、アレルギー性鼻炎にて抗アレルギー剤が長期処方されているケースが該当します。

患者が任意に診療を中止し、1ヶ月以上経過した場合、同一病名又は同一症状によるものであっても初診と取り扱うとの規定がありますが、慢性疾患等明ら

かに同一の疾病と推定される場合は、初診料は算定できません。

具体的には気管支喘息、アトピー性皮膚炎等が該当します。

- (2) 外来患者が来院しても、基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）が請求できない例

初診、再診の際に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合、往診等の後に、薬剤のみを取りに来た場合、初診、再診の際に検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し後刻又は後日に検査、画像診断、手術等を受けに来た場合、当該基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）の一連の行為とみなされ、別に再診料（外来診療料）は算定できません。

- (3) 小児診療に対する加算について

主なものについて記載します。

- ① 基本診療料（初診料・再診料）

時間外加算：医療機関が表示する診療時間外の時間で応能体制を解いている場合、休日、深夜を除く時間に診療で算定できます。

乳幼児加算：6歳未満の乳幼児に算定できます。時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定する場合には算定できません。

- ② 小児科（小児外科を含む）を標榜する保険医療機関における夜間、休日、又は深夜の診療に係る特例＞

小児科を標榜する保険医療機関について、6歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日、又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できます。なお、診療を行う保険医が小児科以外を担当する保険医であっても算定できます。小児かかりつけ診療料、小児外来診療料を算定する場合も算定できます。

- ③ 夜間・早朝加算

診療所1週あたりの診療時間が30時間以上あることが条件です。

- ④ 機能強化加算

小児かかりつけ診療料や在宅時医学総合管理料などを届け出た医療機関において、初診時に加算できます。かかりつけ医機能を担う医療機関として、患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行い診療録に記載すること、専門医師又は専門医療機関への紹介、健康診断の結果等に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関である旨を院内及びホームページ等に掲示することが必要です。

- ⑤ 地域連携小児夜間・休日診療料

ア 地域連携小児夜間・休日診療料1（医療機関が定めた時間に対応）

イ 地域連携小児夜間・休日診療料2（24時間診療が可能な体制）

夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した6歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に医療機関を受診するものを対象としたもので、慢性疾患の継続的な治療等の為の受診については算定できません。

一連の夜間及び深夜または同一休日に、同一の患者に対しては、原則として1回のみ算定できます。尚、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載する必要があります。

地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療では算定できません。

⑥ 電話再診料

外来診療料を算定している場合は、診療を行った当日の電話再診料は算定できません。翌日以降の電話再診については、電話再診料を算定できます。

<特掲診療料>

1 医学管理料

医学管理料は対象患者に単に指導を行っただけでは算定できません。指導内容、治療計画等について、具体的に診療録に記載することが必須条件です。算定要件、算定回数制限などがそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに十分に留意してください。

(1) 小児かかりつけ診療料

- ① 対象年齢：未就学児、6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定している者に限ります。
- ② 診療時間外の対応体制の整備状況により施設基準が分かれています。
- ③ 診療時間外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に十分な対応ができる体制が整備されている医療機関は、小児かかりつけ診療料1を、必要な対応が整備されている医療機関は小児かかりつけ診療料2を算定します。
- ④ 同一月に院外処方箋を交付した場合、「処方箋を交付する場合」で算定します。夜間緊急の受診等やむを得ず院内処方した場合、「処方箋を交付しない場合」で算定できますが、診療報酬請求書に理由の記載が必要です。
- ⑤ 当該医療機関で院内処方を行わない場合は院外処方箋を交付しない場合であっても「院外処方箋を交付する場合」で算定します。
- ⑥ 対象患者の診療に係る費用は、原則全て所定点数に包括されます。ただし、[表1]の項目は包括対象に含まれず算定可能です。診療情報提供書（I）は包括対象に含まれず算定できます。
- ⑦ 臨時的な取扱いにより、新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の外来診療を行う医療機関における院内トリアージ実施料、新型コロナウイルス感染症のPCR検査・抗原検査の検査料や判断料は出来高で算定できます。臨時的取り扱いについては通知文書等を随時確認してください。
- ⑧ 小児かかりつけ診療料の算定にあたっては、急性の病気の対応、慢性疾患の指導管理、患児に対しての、発達段階に応じた助言、指導、健康相談、予防接種の接種状況の確認、指導、情報提供、電話等による緊急の相談等に原則、常時対応するとともに、かかりつけ医として上記の指導等を行うことを書面

にて説明し同意を得ることが必要です。

(2) 小児科外来診療料

- ① 対象年齢：6歳未満。
 - ② 処方箋の交付についての算定の取り扱いは小児かかりつけ診療料の場合と同様です。
 - ③ 対象患者の診療に係る費用は、原則全て所定点数に包括されます。診療情報提供料（Ⅰ）は包括対象のため算定できません。
ただし、**表1**の項目は包括対象に含まれないため算定可能です。
 - ④ 小児かかりつけ診療料と同様に、臨時的な取扱いにより、新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の外来診療を行う医療機関における院内トリアージ実施料、新型コロナウイルス感染症のPCR検査・抗原検査の検査料や判断料は出来高で算定できます。臨時的取扱いについては通知文書等を随時確認してください。
- なお、以下ア～オに該当する場合は小児科外来診療料を算定できません。
- ア パリビズマブを投与している患者（投与当日に限る）
- イ 在宅療養指導管理料を算定している患者（他の医療機関で算定している患者を含む）
- ウ 小児かかりつけ診療料を算定している患者
- エ 初診即入院となった場合（初診料は入院レセプトで算定）
- オ 電話再診のみの日（再診料を出来高で算定）

包括対象外の項目

表1

小児かかりつけ診療料	小児科外来診療料
・小児抗菌薬適正使用支援加算 ・時間外加算・休日加算・深夜加算・小児科特例加算（初診料・再診料・外来診療料） ・機能強化加算（初診料） ・院内トリアージ実施料 ・夜間休日救急搬送医学管理料 ・診療情報提供料（Ⅰ） ・電子的診療情報評価料 ・診療情報提供料（Ⅱ） ・連携強化診療情報提供料 ・往診料	・小児抗菌薬適正使用支援加算 ・時間外加算・休日加算・深夜加算・小児科特例加算（初診料・再診料・外来診療料） ・機能強化加算（初診料） ・院内トリアージ実施料 ・夜間休日救急搬送医学管理料 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料（Ⅱ） ・連携強化診療情報提供料 ・往診料

(3) 小児抗菌薬適正使用支援加算

- ① 対象は、小児かかりつけ診療料または小児外来診療料を算定している、急性気道感染症または、急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者。診察の結果、抗菌薬の必要性が認められず抗菌薬を使用しない者に対して、療養上の必要な指導及び検査の結果を文書により説明、提供した場合算定できます。
- ② 急性気道感染症は具体的に、「急性上気道炎」「急性咽頭炎」「急性気管支炎」

「急性鼻副鼻腔炎」等が該当します。急性胃腸炎でも算定できます。

③ 小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時、月に 1 回算定、インフルエンザ感染の疑われる患者には算定できません。

④ 軟膏や点眼薬などの外用の抗菌薬を処方した場合も算定できます。

⑤ 届出は必要ありません。

(4) 小児運動器疾患指導管理料

運動器疾患を有する 20 歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療育上必要な指導を行った場合に算定できます。

[対象患者]

① 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側湾症を有する患者

② 装具を使用する患者

③ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

④ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載することが必要です。

6 月に 1 回に限り算定できます。但し、初回算定日の属する月から起算して 6 月以内は月に 1 回算定できます。

小児科療養指導料を算定している患者は算定できません。

(5) 小児特定疾患カウンセリング料

小児科又は心療内科を担当する医師又は医師に指示を受けた公認心理師が、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分に勘案した上で、一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定できます。

[対象疾患]

18 歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者。

公認心理師による場合の算定要件として、一連のカウンセリングの初回は医師が行い、3 月に 1 回程度は医師がカウンセリングを行う必要があります。医師の指示、治療計画に基づき 20 分以上行った場合に算定し、医師、公認心理師合わせて月 2 回まで、特定疾患療養管理料、通院在宅精神療法、心身医学療法を算定している場合は公認心理師による算定はできません。

(6) 小児悪性腫瘍患者指導管理料

小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の 15 歳未満の患者又はその家族等に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月に 1 回に限り算定できます。ただし家族等に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定できます。

必要に応じて、患者の通学する学校との情報共有、連携を行うことが算定要件です。

(7) 小児慢性特定疾病の児童及び医療的ケア児に係る診療情報提供料

小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等、及び医療的ケア児が通学する学校医等に対して、主治医が学校医等へ診療情報提供を行った場合に診療情報提供料（Ⅰ）が月 1 回算定できます。

令和 4 年度の診療報酬改定によりこれまでの情報提供先である小学校、中学校等に加え幼稚園型認定こども園を含む幼稚園、高等学校、中等教育学校の後期課程、特別支援学校の幼稚部及び高等部、高等専門学校等が追加されました。保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定障害児相談支援事業者に情報提供した際も算定できます。

<注意事項>

- ・主治医と学校医が同一の場合は算定不可。
- ・小児科外来診療料を算定している場合は包括対象となり、算定不可。

(8) 特定疾患療養管理料

別に定める特定疾患に対し、治療計画に基づき療養上の管理を行った場合、月 2 回まで算定できます。

(9) 小児科療養指導料

小児科を標榜し小児科のみを専任する医師が、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 15 歳未満の患者で入院中以外のものに対して、一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定できます。

対象疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び児童福祉法第 6 条の 2 に規定する小児慢性特定疾病及び小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態の患者です。小児科療養指導料は、当該疾病又は状態を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月 1 回に限り算定できます。但し、家族に対して指導を行った場合は患者を伴った場合に限り算定できます。

(10) 乳幼児栄養指導料

3 歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他の療養上必要な指導を行った場合に算定できます。

(11) てんかん指導料

てんかん（外傷性のものを含む）の患者またはその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定できます。

特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者には算定できません。

2 検査

各種の検査は、診療上の必要性を十分に考慮し、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します。検査の必要性和評価がカルテから読み取れ

なくてはなりません。健康診断を目的にした検査、結果が治療に反映されない研究を目的にした検査は認められません。不適切な検査として（入院時セット、術前セット）といった患者ごとに必要な項目を吟味せず画一的に実施される検査、スクリーニング的に多項目（出血凝固系検査、甲状腺機能検査系検査）な検査があげられます。

＜算定要件に条件等があり注意が必要な検査＞

(1) RS ウイルス抗原定性

当該ウイルス感染症が強く疑われる以下が適応

入院中の患者、1 歳未満の患者、パリピズマブ製剤の適応となる患者

(2) インフルエンザウイルス抗原定性

発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定

(3) インフルエンザ関連検査

インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がないもの以外で、インフルエンザ関連検査の算定は認められません。

(4) ヒトメタニューモウイルス抗原定性

当該ウイルス感染が強く疑われ、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が疑われる 6 歳未満の患者

(5) ノロウイルス抗原定性

当該ウイルス感染症が強く疑われる以下が適応

3 歳未満の患者、65 歳以上の患者、悪性腫瘍の診断が確定している患者、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制剤効果のある薬剤を投与中の患者

(6) 小児食物アレルギー負荷検査

問診及び血液検査等から食物アレルギーが強く疑われる 16 歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に 12 月に 3 回を限度として算定できます。

(7) 細菌薬剤感受性検査

細菌培養の結果、病原菌の検出ができなかった場合、検査費用の算定はできません。

(8) フェリチン

鉄欠乏性貧血では、早期よりフェリチンが低下するため、鉄欠乏性貧血の疑い病名に対するフェリチン半定量又はフェリチン定量の算定は認められます。

(9) 赤血球沈降速度（ESR）と C 反応性蛋白（CRP）（併施）

ESR と CRP 検査データは、通常、並行的に変化するものであるが、両者のデータの乖離（かいり）は炎症初期及び回復期等に認められる場合があり、赤血球沈降速度（ESR）と C 反応性蛋白（CRP）の両者併施算定は認められます。

(10) T3、FT3、T4、FT4（併施）

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、T3 と FT3、T4 と FT4 の併施は認められません。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ます。

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ます。

(11) C- ペプチド (CPR) (糖尿病確定後の患者)

小児・若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがあるため原則として、糖尿病確定後の患者に対して、C- ペプチド (CPR) は認められます。

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ません。

(12) 血清補体価 (CH50) (膠原病の疑い)

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から、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価 (CH50) は認められます。

(13) アレルギー性鼻炎の疑いに対する非特異的 IgE 半定量及び特異的 IgE 定量の算定について

非特異的 IgE は、IgE の血中総濃度を測定する検査であり、Ⅰ型アレルギーのスクリーニング検査として有用であるため、アレルギー性鼻炎の疑いに対する非特異的 IgE 半定量及び特異的 IgE 定量の算定は、原則として認められます。

(14) 抗生物質

耐性菌の発現等を防ぐため、投与期間 14 日以内 (増減ありの記載のないもの) と規定されている抗生物質は、医学的な必要性の明確でない場合、14 日を超えての投与は原則として認められません。疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめるとともに、必要に応じて検査を行って下さい。

<施設基準>

小児科開業医関連では、以下のものに、施設基準がありますので、ご確認ください。

- ・喘息治療管理料
 - ・アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
 - ・小児かかりつけ診療料 1・2
- (令和 4 年度診療報酬改定により、1 も施設基準が緩和され、さらに緩和された 2 が新たに加われました。)
- ・小児食物アレルギー負荷検査

V 令和 4 年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

1 施設基準の変更

今回改定により小児かかりつけ診療料が、診療時間外の対応体制の整備状況により施設基準が分かれました。施設基準に応じた算定と届出をしてください。

(1) 小児かかりつけ診療料 1 と 2 共通の施設基準

- ① 小児科を標榜する保険医療機関であること。
- ② 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が確保されていること。
- ③ 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が 1 名以上配置されている

こと。

④ 下記のうち 2 つ以上に該当していること。

- ・乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする 1 歳 6 ヶ月、3 歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している。
- ・定期予防接種を実施している。
- ・過去 1 年間に 15 歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有している。
- ・幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任している。

(2) 小児かかりつけ診療料 1 の施設基準

上記共通基準に加え、当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。

具体的には、時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 に係る届出を行っていること。

(3) 小児かかりつけ診療料 2 の施設基準

共通基準に加え当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。

(4) いずれも施設基準の届出が必要です。

なお、小児科外来診療料は今回の改定により届出の必要がなくなりました。

2 保険医療機関が交付するアレルギー疾患にかかる学校生活管理指導表

今回、小児慢性特定疾病の児、及び医療的ケア児に係る診療情報提供の改定により、保険医療機関が、アナフィラキシーの既往歴または食物アレルギーがある児童生徒等の通学する学校等の学校医に対して、当該児童生徒等が学校生活を送るにあたり必要な情報（学校生活管理指導表）を提供した場合、診療情報提供料（1）が患者 1 人につき月 1 回算定できるようになりました。

※本章「Ⅳ 診療報酬上の留意事項＜特掲診療料＞（7）」を参照

Ⅵ その他

1 成長ホルモンを使用する場合

傷病名は、正しく記入してください。

身長、体重、使用した成長ホルモン剤の量を、詳記してください。

2 シナジス®

適応となる傷病名を正しく記入してください。

（早産児の場合は、在胎週数と出生体重）、シーズンの初回投与開始日およびその月齢、シーズンにおける通算投与回数、投与日、投与時の体重、投与量、廃棄量をレセプトに詳記してください。

東京都におけるシナジスの接種期間と投与回数の上限について、東京都新生児医療

協議会と小児循環器学会より指針が毎年出しますので、準拠してください。

3 エピペン®

処方できるのは、登録医のみ処方できます。

処方できるのは、自宅用 1 本、学校用（幼稚園、保育園）1 本、合計 2 本までです。

エピペンを処方する場合、処方箋料は算定せず、在宅処方にして在宅自己注射指導管理料 27 回以下で算定してください。

前回処方から 1 年以上の間隔があっても、通常、再診料となり、在宅自己注射指導管理料導入初期加算は、算定できません。また、前医から引き続き処方する場合は、初診料を算定できますが、在宅自己注射指導管理料導入初期加算は算定できません。導入初期加算は初回のみとなり、実質 1 回しか算定できません。

初診から、エピペンを処方する場合で、その必要性を診療録に記載して、レセプトに詳記が望まれます。

4 シダキュア®、ミティキュア®

処方できるのは、登録医のみ処方できます。

初回処方日数は、7 日と定められていますが、長期の連休や学業・就業等の事情により中断が予想される場合、過敏性が強く 7 日間では短くリスクが高い場合は、7 日を超える処方が可能ですが、その必要性を診療録に記載して、レセプトに詳記が望まれます。

2 回目以降の処方でも、初期量が続く場合には、その必要性について同様のことが望まれます。

<おわりに>

以上、小児科診療の特徴と注意点について記載しました。

診療及び保険請求の際は療養担当規則の遵守とともに医科点数表を繰り返し確認し、算定上の留意点について十分に注意して、請求内容に誤りがないか点検を行ってください。

メモ

1-8 泌尿器科

＜はじめに＞

泌尿器科領域で新規開業される方を対象に保険診療上の注意点を説明します。

I 各種法令における留意事項

総論の「保険診療とは（医療保険各法やルールについて）」を参照してください。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

医学管理料は対象患者に単に指導を行っただけでは算定できません。指導内容、治療計画等について、具体的に診療録に記載することが必須条件です。算定要件、算定回数制限などがそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに十分に留意してください。

III 傷病名付与の留意事項

- 1 炎症性疾患では急性・慢性の区別を記載してください。例えば前立腺液圧出法は急性前立腺炎では禁忌とされます。記載が無いと「急性」と判断されます。
- 2 腫瘍性疾患では良性・悪性の区別を記載してください。例えば「精巣腫瘍」病名では「良性」扱いとなり、腫瘍マーカー検査等は適応となりません。
- 3 対称器官に関わる病名は左右の区別を記載してください。
- 4 長期にわたる急性疾患の傷病名や疑い病名は転帰を付して整理してください。
例えば数ヶ月前の「急性膀胱炎」病名での細菌培養や、「膀胱炎疑い」病名での薬剤感受性検査の算定はできません。

IV 診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1 初・再診料

(1) 外来管理加算

超音波検査施行時の外来管理加算の算定はできません。残尿測定器による残尿測定時も超音波検査同様、算定はできません。

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

- (1) PSA F/T は前立腺癌を強く疑う場合に、尿中 NMP22 は尿路上皮癌等を疑う場合に限り算定できます。従って癌が確定した後は、悪性腫瘍特異物質治療管理料での算定はできません。
- (2) 在宅療養指導料は尿路カテーテル管理下の外来患者に算定できます（初回月は2回、その後月1回）が、保健師又は看護師が医師の指示のもと、医療機関内で個別に対面で30分以上の指導を行い、その記録も作成し診療録に記載する必要があります。

2 在宅医療

(1) 往診料

患者の求めにより臨時的に赴き診察した場合に算定できます。一方、在宅患者訪問診療料Ⅰ-1は、計画的な医学管理下に定期的に患者に赴き診察した場合に算定できます。定期的な留置カテーテルの交換など、尿路管理を実施している場合は後者で算定してください。

(2) 在宅患者訪問診療料Ⅰ-2

在宅管理料等の算定条件を満たす他の保険医療機関より尿路管理等（往診主治医がバルーン留置困難など）の訪問診療を依頼された場合、6ヶ月を限度に算定可です。（依頼があった月日を適応欄に記載）。さらに継続的な訪問診療を行う場合は、その必要性を摘要欄に記載してください。

(3) 在宅自己導尿指導管理料

在宅自己導尿指導管理料算定時に加算する特殊カテーテルが細かく分類されました。またカテーテルは3ヶ月分をまとめて算定可ですが、疑義解釈にあるとおり同一種類のみが算定可で、カテーテルの種類、算定月等の記載が必要です。従来通り消毒薬、潤滑剤は管理料に含まれ、算定同月内で使用された留置バルーンや手技料、薬液は算定不可です。

(4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料

医師が処置として行う膀胱洗浄、カテーテル、薬剤の費用はこれに含まれ、別算定はできません。ただし、患者や家族が処置を行った場合は特定保険医療材料として（尿道カテーテルと膀胱瘻用カテーテル）請求は可能です（材料の名称、個数、支給日の記載が必要）。

3 検査

(1) 検体検査

① 検尿は大多数の泌尿器科疾患には必須の検査ですが、尿沈渣（鏡検法またはフローサイトメトリー法）には適応疾患があります（例えば陰嚢水腫病名のみでは尿沈渣は算定できないと思います）。染色加算は炎症性や腫瘍性疾患で加算できます。

② 外来迅速検体検査加算

当日実施された全ての加算対象検査の結果を文書で患者へ提供した場合に、5項目を限度として算定できます。例えば尿沈渣の結果を説明したとしても、同日施行した血液検査結果が当日に出なければ算定できません。

③ 尿沈渣と別の検体で排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（S-M）を同一日に併算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を記載してください。同一疾患による場合は別検体でも併算定できません。

④ 嫌気性培養加算

検体が尿の場合、適応ではありません。

⑤ 細菌薬剤感受性検査

「尿路感染症」（急性前立腺炎等の感染部位の診断名が必要）、「感染症疑い」（疑いでは不可）や、結果として菌が検出できなかった場合は算定できません。

ん。患者再来無く実日数 1 日で算定する場合は、摘要欄に検出された菌種の記載が必要です。あるいは翌月に実日数 0 日で算定することになります。

- ⑥ 薬剤耐性菌検出は、 β -ラクタマーゼ産生菌等の耐性菌を検出した際に加算できます。摘要欄に検出菌の記載か「ESBL 産生菌感染症」等の病名が必要です。
- ⑦ 尿細胞診（細胞診、穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等）
「尿路上皮癌疑い」等の悪性（疑い）病名が必要です。同一あるいは近接した部位より複数採取した場合でも 1 回の算定になります。陰嚢水腫穿刺液の細胞診や腎癌、前立腺癌疑いの尿細胞診は算定できません。
- ⑧ クラミジア・トラコマチス抗原定性、同核酸検出検査
複数の部位（口腔や尿など）から検査しても主たるものののみ 1 つの算定となります。「クラミジア感染症疑い」等の病名も付けてください。同検査は治癒確認の為 2 回目まで検査できますが、「クラミジア感染症」の確定病名が必要です。
- ⑨ 淋菌核酸検出あるいは淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出と細菌培養同定検査の併施の場合は主たるもののみの算定となります。
- ⑩ 梅毒の「疑い」は RPR、TPHA 等の定性検査で算定し、確定時点で定量に変更します。定性と定量の同日算定はできません。
- ⑪ 前立腺特異抗原（PSA）は「前立腺癌（疑い）」病名が必要です（「PSA 高値」のみでは不可）。検査結果が 4.0ng/ml 以上であって癌の確定診断がつかない場合、3 月に 1 回、3 回を上限として算定できます。摘要欄には実施日と検査値を記載し、3 回目の結果が出た時点で転帰を必ず記載してください。デュタステリド等内服により基準値以下でも癌を疑い PSA を測定する場合は、その旨詳記してください。

(2) 生体検査

- ① 残尿測定は月 2 回まで可、尿流測定は月 1 回程度、超音波検査も頻回に行う場合は詳記が必要と思います。特に傾向診療が見られれば、査定の対象になる事があります。
- ② 膀胱尿道ファイバースコピー・膀胱尿道鏡検査での狭帯域光強調加算は膀胱癌で上皮内癌と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的にした場合に限り算定できます（上皮内癌の診断名も必要）。
- ③ 超音波検査の断層撮影法（心臓超音波検査を除く）を算定する場合、検査領域（腎・泌尿器領域等）を摘要欄に記載しなければなりません。複数部位を行っても 1 回のみの算定とし、結果を診療録に添付してください。在宅患者訪問診療料加算時は「訪問診療時に（超音波検査を）行った場合」に算定できます。
- ④ 初診時、他院で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は CT 等と同様、他院撮影内視鏡写真診断で加算できます。
- ⑤ 磁気共鳴画像・経直腸的超音波画像融合画像ガイド下前立腺生検が保険適応になりました。

4 画像診断

- (1) 透視は施行しても、泌尿器科領域では適応が無く、算定できません。
- (2) 全身 MRI 撮影加算は前立腺癌骨転移検出目的に施行した場合に加算でき、「前立腺癌」の確定病名と「骨転移（疑い）」病名が必要です。

5 投薬、注射

- (1) 検査後や術後の予防的抗生剤の投与は症例や種類にもよりますが、概ね 3～5 日を限度とします。当該炎症病名があれば 7 日前後可です。
- (2) 30 日を超える長期の投薬では医師による病状の安定、服薬管理の徹底などの確認が必要であり、特に副作用の予見される薬剤（抗癌剤、新規ホルモン剤等）の 30 日超え処方には注意が必要です。
- (3) 前立腺癌に対する新規ホルモン剤は去勢抵抗性前立腺癌（エンザルタミド、アピラテロン）、遠隔転移のない去勢抵抗性前立腺癌（アーリーダ、ニューベクオ）、ハイスクあるいは転移のある前立腺癌（エンザルタミド、アピラテロン、アパルタミド）等、適応病名が複雑なので注意が必要です。
- (4) 前立腺癌疑い（PSA 検査）での男性ホルモン（エンアルモン等）注射は算定できません。男子性腺機能不全等で注射する場合は、前立腺癌疑いの転帰を確定後にしてください。
- (5) 薬剤の保険適用外使用可例として、「尿管結石」に対するロキソニンやボルタレン（消炎鎮痛剤）は腰痛等の追加病名は不要、「腎癌」に対するテガフル、
「術中の尿路損傷部や尿管口の確認」にインジゴカルミン注などが認められています。社会保険診療報酬支払基金のホームページで確認してください。
- (6) キシロカインゼリーの尿道麻酔への使用量は、添付文書に有るように男性 200～300mg（10～15ml）、女性 60～100mg（3～5ml）を適量とします。前立腺液圧出法や浣腸での使用は適応不可ですが摘便では可です。
- (7) ED 治療薬（PDE 阻害薬）の保険適用は、勃起不全による男性不妊の治療目的です。不妊治療管理を受け、タイミング法に用いた場合のみ適応になります。
- (8) 間質性膀胱炎治療におけるジメチルスルホキシド膀胱内注入療法は、「ハンナ型」間質性膀胱炎の病名が必要です。

6 処置、手術

- (1) 保険診療で算定できる医療機器は、24 時間以上（一晚）体内へ設置した特定保険医療材料が原則です。したがって、尿路カテーテルを留置同日に抜去した場合は算定できません。一般的なウロバックは体外なので、保険診療では算定不可です（代わりに患者が身体障害者資格を取得したうえで、地方公共団体より装具実費の公費負担手続きをとる方法等もあります）。
- (2) 間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期や骨盤内手術後等の一時的な尿閉時のみ適応です。女性の導尿（尿道拡張を要するもの）は尿閉以外に尿道狭窄等の追加病名が必要です。
- (3) 陰茎の尖圭コンジローマに対する冷凍凝固法や焼灼法はその数にかかわらず 3 箇所以下で算定となります。切除術の場合は手術なので、麻酔薬剤の算定が必

要です。

- (4) 腎瘻または膀胱瘻の交換は尿路ストーマカテーテル交換法で請求可（両腎でも1回で算定）ですが、カテーテルの位置について画像診断等を用いて確認を行った場合に算定できます。「画像診断等」とあるため、専門医が行う洗浄をもって適正な位置にあることを確認できれば、その旨摘要欄に記載してください。同じ腎盂バルーン型でも腎瘻用と膀胱瘻用で特定医療保険材料費が異なるので注意が必要です。
- (5) 腎盂洗浄は片側ごとに算定できますが、同一日の留置カテーテル設置（交換）と洗浄を併施の場合、一方のみしか算定できません（膀胱洗浄も同様）。
- (6) バルーンに注入する蒸留水等は算定できません。洗浄用に使用する際はその旨記載（洗浄に使用等）したほうが良いかもしれません。
- (7) 腎瘻（左、右、両側）あるいは膀胱瘻の病名または摘要欄に記載が無いと、腎盂バルーンは査定になります。経尿道的留置時の腎盂バルーンの使用は原則不可ですが、特別な理由（例えば尿道狭窄が有り、ガイド可に挿入等）があれば摘要欄にその旨記載してください。
- (8) 過活動膀胱と神経因性膀胱に対するボツリヌス毒素製剤による治療が承認されました。12週以上の既存治療で軽快無ければ適応とあり、またそれぞれ製剤の使用量が異なりますのでご注意ください。4ヶ月に1回請求可能ですが、再治療が必要な場合は前回実施年月を摘要欄に記載してください。
- (9) 膀胱内凝血除去術は膀胱タンポナーデ処置に対する手術ですので、一般的には入院の上、麻酔下に行われるものです。
- (10) 過活動膀胱治療薬の抗コリン剤や β 3受容体アゴニストの処方時は、「過活動膀胱」の病名が必要です。例えば神経因性膀胱、頻尿、尿失禁などの病名のみでは査定になります。

V 令和4年度診療報酬改定における留意事項

- ・複数手術に関わる費用の特例（主たる手術の所定点数と、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を合算）が追加されました（開業医でも施行されうるもののみ記載しています）。

経尿道的膀胱結石（異物）摘出術＋経尿道的前立腺手術・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）・経尿道的前立腺核出術

- ・ハンナ型間質性膀胱炎手術（水圧拡張＋経尿道的切除焼灼術）と経尿道的前立腺吊り上げ術が新設されました。
- ・再生医療において、精巣内精子採取術が新設されました。

VI その他

<おわりに>

以上、泌尿器科領域の各論を簡単に記しましたが、これ以外にも保険診療上注意すべき事項は多々あります。保険診療・請求にあたっては、「医療保険の手引き」（東京都医師会）、「医科点数表の解釈」（社会保険研究所）、「保険診療の手引き」（日本臨床泌尿器科医会）等

を有効に活用して下さい。

メモ

1-9 耳鼻咽喉科

<はじめに>

耳鼻咽喉科は他科と比べ処置の比重の多い診療科です。処置・検査にあたっては医科点数表を参考に、適正な保険請求をしてください。以下に代表的な注意事項を記載します。

I 各種法令における留意事項

保険診療にあたっては「医科点数表」をもとに診療・保険請求してください。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

医療行為の正当性を証明するものは「診療録（カルテ）」です。必要事項の記載には、もれないようにしてください。

- 1 高度難聴指導管理料は指導内容の要点を診療録に記載すると定められています。
- 2 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載すると定められています。
- 3 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料は説明内容の要点を診療録に記載すると定められています。

上記1～3については算定要件と併せて算定可能時期にもご留意ください。

III 傷病名付与の留意事項

- 1 対称器官のある疾患の場合は、必ず患側記載（右・左・両側）をお願いします。例えば、単なる耳垢栓塞症だけでは両側耳垢栓塞除去術は保険審査上、査定となる場合があります。
- 2 急性と慢性では処置・検査・投薬に違いがあるため、急性・慢性の区別をしてください。
- 3 古い病名のままでの診療報酬請求は、場合によっては保険審査上、査定となる場合があります。できるだけ病名整理をお願いします。
- 4 初診料算定に関係するので、治癒・中止等の転帰の記載を必ずお願いします。
- 5 アレルギー性鼻炎単独では、抗アレルギー剤点眼薬はレセプト審査上査定対象です。アレルギー性結膜炎等の病名が必要です。
- 6 適応傷病名が限定された検査（例：sIL-2R、MPO-ANCA）や投薬（例：イソソルビド、ミテキキュア、オゼックス細粒／錠小児用）、処置（例：耳垢栓塞除去（複雑）、扁桃処置）等にご留意ください。

IV 診療報酬上の留意事項

<基本診療料>

1 初診料算定にあたっての一般的留意事項

- (1) 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不可です。
- (2) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険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ことが可能です。

- (3) 前項に関わらず、明らかな慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診算定は不可です。
- (4) アレルギー性鼻炎の場合（東京都社保・国保の場合）：最終来院日から1ヶ月以上、かつ最終服薬終了日から1ヶ月以上経過した場合には、初診料は算定可能です。

例：最終来院日2月15日に60日分の処方の場合、4月15日以降から初診料算定可能です。3月15日では再診となります。

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

- (1) 管理料算定にあたっては、点数表に記載されているように、診療録への指導内容等の記載が必須ですのでご注意ください。
- (2) 病名があれば、指導料が算定可能と考えている医療機関を見かけますが、保険審査上、査定となる場合があるのでおやめください。（例：0歳、慢性気管支炎病名で特定疾患療養管理料算定）
- (3) 医学管理料算定にあたっては施設基準を満たしてください。
- (4) 高度難聴指導管理料（届出必要）
以下の場合に算定可能です。
 - ① 人工内耳埋込術を行った患者
 - ② 伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合
 - ③ 感音性難聴の患者①は1回/月、②③は1回/年、算定可能です。
指導内容の要点を診療録に記載してください。
- (5) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料（届出必要なし）
対象となる患者は、15歳未満で、発症から3ヶ月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の1年間に3回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者で、1回/月算定可能です。
診療計画及び指導内容の要点を「診療録」へ記載してください。
- (6) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（届出必要なし）
アレルギー性鼻炎患者に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回算定可能です。
説明内容の要点を「診療録」へ記載してください。

2 検査

＜検査の一般的留意事項＞

- (1) 検査は段階を踏んで行ってください。
- (2) 画一的なセット検査はレセプト審査上、査定対象となるのでおやめください。
- (3) 同一月の複数回の検査は必要に応じて行ってください。

＜耳鼻咽喉領域の注意すべき主な検査＞

- (1) 鼻咽腔直達鏡と硬性ファイバーは別物です。硬性ファイバーを用いて観察した際に鼻咽腔直達鏡検査で算定することは振替請求となるのでおやめください。
- (2) 中耳ファイバーは中耳を観察した場合に算定可能です。外耳道異物あるいは鼓膜穿孔の確認等での保険請求は認められませんのでご注意ください。
- (3) 特異的 IgE 検査は、アレルギーが確定してから抗原検索の目的で行われるものと解釈されております。アレルギー疑いでの同検査は保険審査上、査定となる場合があるのでご注意ください。
- (4) 同日の標準純音聴力検査と簡易聴力検査の併施は保険審査上認められません。主たる検査で算定してください。
- (5) チンパノメトリーは、感音性難聴では保険請求上認められません。
- (6) 鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後 3 月以内に行った場合、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断目的で行った場合に算定可能となります。但し手術日前後 3 月の場合は、手術名および手術日、あるいは手術予定日を診療報酬明細書の適応欄に記載が必要です。
- (7) 重心動揺計は平衡機能標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限って算定可能です。
- (8) A 群 β 溶連菌迅速試験定性と細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、A 群 β 溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定すると定められています。

3 投薬

- (1) 投薬あたっては、効能・効果に従ってお願いします。
- (2) 投薬あたっては、予見できる期間の投薬をお願いします。
- (3) 同じ薬効の薬の重複投与は、保険審査上査定となる場合があるのでご注意ください。

4 処置、手術

＜処置の一般的留意事項＞

- (1) 耳鏡・鼻鏡・舌圧子・間接喉頭鏡で観察しただけでは、処置点数の算定は出来ませんので御留意ください。
- (2) 2 種以上の処置を同日に行った場合：主たるものの所定点数のみにより算定する。例：同日ネブライザー 2 回算定は不可となります。（同日再診除く）
- (3) 処置通則 3 簡単な処置（点耳・簡単な耳垢栓塞除去・鼻洗浄）は基本診療料に含まれるため、別に算定は不可となります。
- (4) 処置通則 6 対称器官に係る処置の所定点数：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です。
片側算定可能な処置：点数表に載っています。
 - ・鼓室処置・カテーテルによる耳管通気法
 - ・副鼻腔手術後の処置・鼓室処置・上顎洞穿刺
 - ・唾液腺管洗浄・副鼻腔洗浄又は吸引
 - ・耳管ブジー法・唾液腺管ブジー法

(耳垢栓塞除去：片側・両側で点数が異なる)

- (5) 処置通則 7 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算：耳鼻咽喉科を標榜する医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に処置を行った場合、1日につき60点が加算できます。
- (6) 処置通則 8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：急性気道感染症・急性中耳炎・急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対し、処置を行った上、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、月1回に限り80点が加算できます。
- なお、インフルエンザ・インフルエンザ疑いの場合には算定不可となります。

<耳鼻咽喉領域の注意すべき主な処置>

- (1) 耳処置：外耳道入口部から鼓膜までの部位の処置を行った場合算定可能です。単に鼓膜等を観察しただけでは算定不可となります。
- (2) 鼓室処置：鼓室内の処置なので、鼓膜穿孔の存在が示唆される病名あるいは病状が必要です。
- (3) 鼻処置：鼻吸引・単純鼻出血及び鼻前庭の処置は含まれる。口腔咽頭処置との併施は認められません。
- (4) 副鼻腔自然口開大処置：ネブライザー効果の増大を目的に行われるもので、同日にネブライザー処置がなければ保険審査上不可となります。また、東京都の社保・国保では、副鼻腔発育の状態より4歳以下の副鼻腔自然口開大処置は今のところ査定対象となります。
- (5) 扁桃処置：慢性扁桃炎の急性増悪。急性腺窩（陰窩）性扁桃炎・扁桃周囲炎・扁桃周囲膿瘍等が対象疾患となります。
- (6) 副鼻腔洗浄又は吸引：副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置との算定は不可となります。
- (7) 耳垢栓塞除去（複雑なもの）
- ① 耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定可能です。したがって、両側耳垢栓塞症病名で、1日目片側除去で耳垢栓塞除去片側算定、後日反対側除去で耳垢栓塞除去片側算定は算定不可となります。また、耳垢栓塞症病名で、1日目に一部除去したので耳処置算定も不可となります。
- ② 簡単な耳垢栓塞除去は、基本診療料に含まれます。
- (8) 口腔咽頭処置と鼻処置を合わせて実施したとしても、鼻処置は算定できません。また、扁桃処置には、咽頭処置が含まれ、咽頭処置は算定できません。
- (9) 耳処置、耳管処置2、鼻処置は一側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定すると定められています。副鼻腔自然口開大処置、扁桃処置等についても同様の取扱となります。
- (10) 超音波ネブライザーは1日につき1回の算定です。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

耳鼻咽喉科に関係する主なものを下記に列举したので、必要な方は医科点数表をご覧ください。

- ・B001（35） アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
- ・D250-6 ビデオヘッドインパルス検査 300点
- ・処置通則7 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点
- ・処置通則8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

VI その他

なし

メモ

1-10 産婦人科

<はじめに>

保険診療において産婦人科の特徴は本来行うことができない、いわゆる「混合診療」が場合によっては発生することです。但し十分に注意して算定すべきです。以下に基本的な考え方を示します。

I 各種法令における留意事項

1 保険診療と自費診療について

(1) 妊婦健診等

- ① 定期的に妊婦健診を受けている妊婦が疾病に罹った場合、妊娠・分娩との関係の有無にかかわらず再診料で算定します。(初診料はすでに妊婦健診で算定済みと考えるからです。)
 - ② 妊婦健診と同日に疾病が発見され保険診療を行った場合、健診料を徴収する際は妊娠との関係の有無にかかわらず疾病に対する再診料等の診察料は算定できません。(妊婦健診料の中に診察料が含まれていると考えるからです。)
 - ③ 妊婦健診と同時であっても健診料を徴収しない場合は、疾病に対する再診料は算定できます。
- (2) 婦人科においても自治体による子宮頸がん検診等の施行時に疾病が発見された場合、その診断や治療のために行われる診療行為は保険診療で請求できる場合もあります。但し、初診料や再診料などの診察料は原則的に検診の費用に含まれているので算定できません。
- (3) 出生時において新生児に疾病が発生した場合は初診料が算定できます。但し、新生児管理保育料をすでに徴収している新生児に疾病が発生した場合、入院の要・不要にかかわらず初診料・再診料は算定できません。(新生児保育管理料に診察料が含まれると考えられます。)

＊ 新生児管理保育料とは？

健康な新生児を収容し自費で保育する場合に上記名称を用いるようにしている。(日本産婦人科医学会)

2 その他法令等

(1) 胎児の傷病名での算定

超音波検査装置の進歩により、胎児の情報はかなり正確にとらえられるようになってきました。また胎児心エコー法なども算定可能となりました。しかし、胎児の診断・処置などに保険適応はありません。

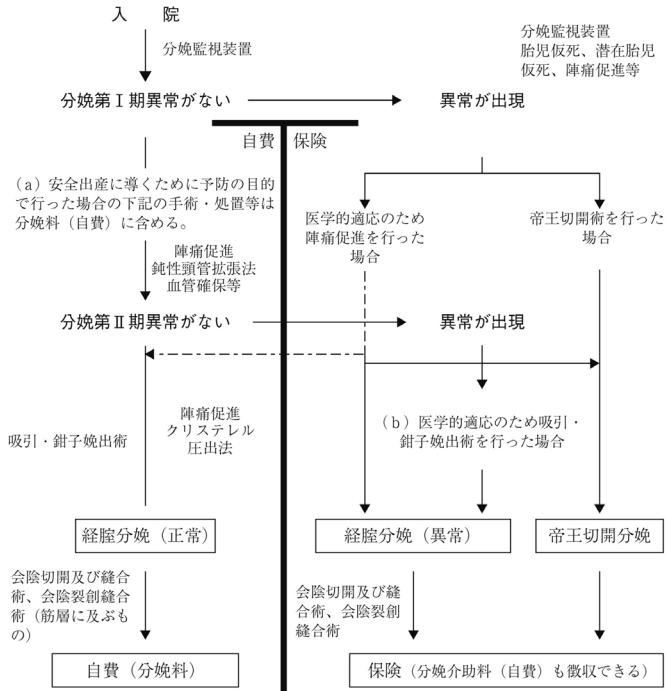
それは民法の第1編第1章第1条ノ3「権利ノ享有ハ出生ニ始マル」と定められているためです。従って母親の胎内にいる胎児は保険の対象とはなりません。

3 分娩費の考え方

分娩経過により、自費となる場合と保険となる場合について、原則をここに掲げますが、これに関しては、支部によって取り扱いが多少異なるので留意してください。

分娩費の考え方

分娩経過により、自費となる場合と保険となる場合について、一応の原則をここに掲げるが、これに関しては、支部によって取扱いが多少異なることもあるので留意されたい。



- (a) 安全出産に導くために予防の目的で行った場合の手術・処置等は分娩料（自費）に含める。
例：無痛分娩、母体疲労、遷延分娩が予想される等。
- (b) 医学的適応のある吸引・鉗子娩出術などに伴って、会陰切開及び縫合術、会陰裂創縫合術を行った場合には、保険として取り扱う。

- 348 -

（日本産婦人科医会 医療保険必携より引用）

- (1) 安全出産に導くために予防の目的で行った場合の手術・処置等は分娩料（自費）に含まれます。

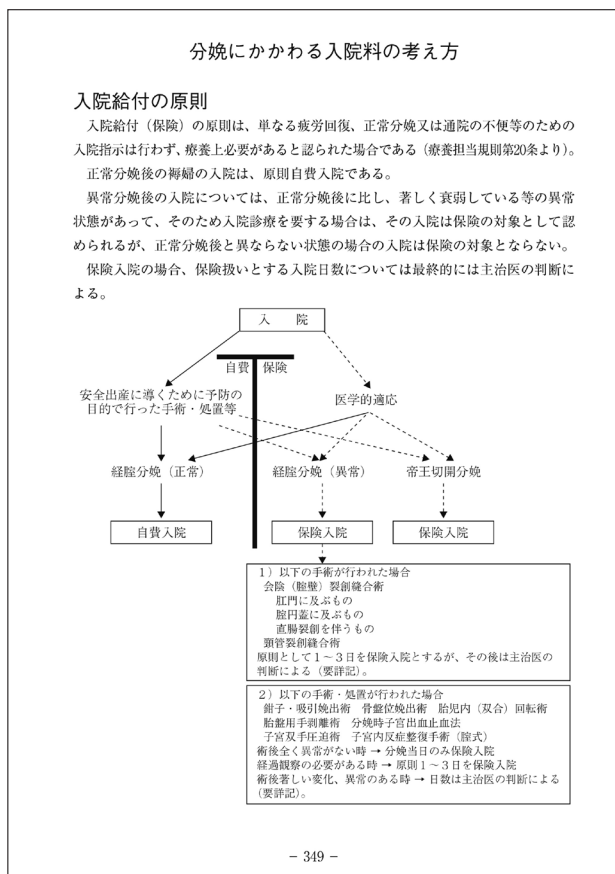
例：無痛分娩、母体疲労、遷延分娩が予想される等。

- (2) 医学的適応のある吸引・鉗子娩出術などに伴って、会陰切開及び縫合術、会陰裂創縫合術を行った場合には、保険として取り扱うことになります。

4 分娩にかかわる入院料の考え方

- (1) 入院給付（保険）の原則は、単なる疲労回復、正常分娩又は通院の不便等のための入院指示は行うことは出来ず、療養上必要があると認められた場合です（療養担当規則第20条より）。
- (2) 正常分娩後の褥婦の入院は、原則自費入院です。
異常分娩後の入院については、正常分娩後に比し、著しく衰弱している等の異常状態であって、そのための入院診療を要する場合は、その入院は保険の対象として認められますが、正常分娩と異なる状態の場合の入院は保険の対象とはなりません。
- (3) 保険入院の場合、保険扱いとする入院日数については最終的に主治医の判断によります。
また保険の対象となる入院診療が発生した場合は原則として入院基本料等も含めて保険扱いとなります。

図2



（日本産婦人科医会 医療保険必携より引用）

Ⅱ 診療録(カルテ)への記載の留意事項

- 1 産婦人科に限ることではありませんが、保険診療と自費診療の診療録が明確に区別されていることが必要です。別冊でなくてもいいですが、少なくとも様式第1号(1)の2の用紙は保険分と自費分で色を変えるなど工夫して明確にわかるようにしてください。新生児の診療録についても同様です。なお、会計カードも区別しなければなりません。電子カルテにおいても同様の配慮が必要です。
- 2 医療機器の日付や時間の設定は定期的に確認してください。
医療事故の裁判等で、カルテや看護記録と検査記録の時間がずれていて問題となることがあります。
- 3 婦人科特定疾患管理料は、施設基準に適合し関東甲信越厚生局に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質的月経困難症の患者であったホルモン剤を投与している患者に対して医師が患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導（指導内容はカルテ記載）を行った場合に3ヶ月に1回に限り算定できます。
- 4 乳腺炎重症化予防ケア・指導料
届出保険医療機関において、外来患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難をきたしているものに対して、医師または助産師が乳腺炎に係る包括的なケアおよび指導を行った場合に1回の分娩に月4回に限り算定できます。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

- 1 切迫早産、破水の診断
 - (1) 頸管腔分泌物中癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腔分泌液）（204点）は破水の診断では22週から37週未満で1、2回、切迫早産の診断では22週から33週未満で週1回程度です。
 - (2) 腔分泌物中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP-1）定性（190点）は破水の診断では22週から37週未満で1、2回程度です。但し、癌胎児性フィブロネクチン（頸管腔分泌液）を併せて実施した場合は主たるもののみとなります。
 - (3) 顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で「切迫早産の疑い」があるものに対して行った場合に算定できます。
- 2 妊娠に関する傷病名には妊娠週数を記載してください。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

<基本診療料>

- 1 初・再診料等
 - (1) 時間外加算・休日加算の取り扱い
排卵誘発のための注射など予定された診療の場合には、時間外加算や休日加算の算定はできません。（急患とみなされないためです。）

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

(1) 婦人科特定疾患治療管理料 250 点

婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3 月に 1 回に限り算定できます。

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。

2 検査等

(1) 腫瘍マーカー

腫瘍マーカー、「10」の CA125（144 点）、「23」の CA602（190 点）を併せて測定した場合は主たるもののみの算定となります。

腫瘍マーカー検査は、癌の患者以外、定期的に行うものではなく、診療報酬明細書の病名欄に転機が書かれていることが必要とされます。最近では半年間の縦覧点検が可能となっているので、十分に疑いえる場合に行ってください。また横覧点検も機械的に簡単にできてしまうので、入院中・外来での同一月内検査がないかも予め確認しておく必要があります。

- (2) HPV 核酸検出、HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）（D023）と細胞診（N004）予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上 ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部（腔部）切除術若しくは子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できます。なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合は算定できません。

※この場合、実日数 1 日では細胞診を過剰（B）として査定となります。過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者では算定できます。

(3) 胸腹部超音波検査と乳房超音波検査

超音波検査を同一の部位に同時に 2 以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により 1 回として算定します。また、同一の方法による場合は部位数にかかわらず 1 回のみの算定となります。

※このため同一日に胸腹部超音波検査と乳房超音波検査を行った場合は査定の対象となります。

但し、病院もしくは複数の診療科がありそれぞれに担当する別の医師のいる診療所などで、例えば産婦人科で経腔超音波検査を行った後に、外科で別の時間に別の医師が乳腺の超音波検査を行った場合、同一日であっても超音波

断層法（胸腹部）530 点に加えて、超音波断層法（その他）350 点の 90/100（315 点）が算定できます。

また現在、「超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。」とされており、今後の超音波検査の算定基準の変更につながる可能性があるため注意が必要です。

さらに、パルスドプラ法加算は標準搭載が一般的となったため 150 点に減点されました。

(4) コルポスコピー

① コルポスコピー下で子宮腔部組織を採取した場合は内視鏡下生検法（D414）で算定できます。（コルポスコピーが内視鏡検査の D321 に分類されているためです。）

② コルポスコピー施行時には腔洗浄は算定できません。（内視鏡検査に伴う処置は算定できないためです。）

(5) 細胞診

子宮腔部細胞診と子宮頸部細胞診もしくは子宮頸部細胞診と子宮内膜細胞診を同時に算定することはできません。

（細胞診）同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作成を行った場合であっても、1 回として算定する。」とされているためです。

(6) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出と細菌培養同定検査（D018）の併施について

平成 28 年度の改定で「細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアの感染を疑って実施するもの）」という表現に変更されたので、淋菌以外の細菌感染（疑いも含む）に対して、「細菌性陰症（炎）（疑い）」と「子宮頸管炎（疑い）」の所見があり傷病名があれば、上記 2 つの検査の併施は可能です。

(7) クラミジア・トラコマチス核酸検出について

「クラミジア咽頭炎」と「クラミジア頸管炎」の診断で咽頭及び子宮頸管のクラミジア・トラコマチス核酸検出を同時に行うことはできません。（H20.3.28 一部修正で「主たるもののみ 1 つを算定する。」とあるためです。）

(8) 分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在性胎児仮死及び異常分娩の経過改善目的で陣痛促進を行う場合のみに算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれます。

① 1 時間以内 400 点

② 1 時間を超え 1 時間 30 分以内 550 点

③ 1 時間 30 分を超えた場合 700 点

※日本産婦人科医会では「胎児仮死、潜在性胎児仮死の傷病名で分娩監視装置による諸検査を行う場合は、分娩時に限られ（昭 62.3 日母医報）、その際急速遂娩が行われているのが原則であるが、胎児仮死に対する処置、（酸素、アルカリ投与等）が行われていれば認められる。」（昭 60.3 日母医報）したがって、

- ・単に「胎児仮死」や「潜在性胎児仮死」の病名があるだけでは認められない。
- ・外来では不可。
- ・分娩誘発という意味で、ラミナリアやメトロイリントルの挿入でも可。
- ・急速遂娩という意味で、鉗子・吸引分娩や緊急帝王切開術でも可。
- ・選択的帝王切開術のみでは不可。

(9) 胎児心エコー法

16 週から 32 週くらいを目安として 1 回の妊娠期間中に 1、2 回程度となります。
 ※胎児心エコー法は D215 超音波検査の 3 心臓超音波検査となっているため、別の部位を診るための断層撮影法との併施は可能な場合があります。

(10) 外陰・腔細胞採取料

子宮全摘後の腔断細胞診を目的とした検体採取は子宮頸管粘液採取料（40 点）で算定することになります。（令 4 保医発 0304・1）

(11) 不規則抗体

輸血歴または妊娠歴のある患者に対し、胸部手術、心・脈管手術、同腹部手術または子宮全摘術、子宮悪性腫瘍手術、子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、帝王切開術または異所性妊娠手術が行われた場合に手術当日に算定します。

※不規則抗体の算定は手術当日に請求するものであって、術前検査では算定できません。

(12) ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量

抗リン脂質抗体は流産との関連性が大きく、不育症や習慣流産の重要な要因でもあるため、ループスアンチコアグラント定および、ループスアンチコアグラント定量は認められます。但し、抗リン脂質抗体症候群（疑い）等の傷病名があった方が良いと思います。

3 画像診断

(1) 子宮卵管造影検査（HSG）

① 初日

写真診断（3 造影剤使用撮影）＋撮影（3 造影剤使用撮影 イ アナログ撮影、ロ デジタル撮影）＋造影剤注入手技（6 腔内注入および穿刺注入 ロ その他のもの）＋薬剤＋フィルム（デジタル撮影では不可）

注 子宮卵管造影法施行時の透視診断は算定できない。

② 24 時間後撮影（診療報酬明細書には終末撮影または 24 時間後撮影と注記）

写真診断（単純撮 イ 頭部、胸部、腹部または脊椎）＋単純撮影（イ アナログ撮影、ロ デジタル撮影）＋フィルム（デジタル撮影では不可）

4 投薬

(1) 遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン（FSH）製剤

「在宅自己注射指導管理料」を算定している月には外来での使用は認められません。尚、遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン（r-FSH）製剤以外の薬剤は外来での使用は認められます。

5 注射

(1) 精密持続点滴注射加算（第6部 注射 通則4）

アトニンやプロスタグランディンで分娩誘発をした場合には算定してください。
※添付文書に精密持続点滴で行うように書かれている。安全上の観点から、アトニン使用時は精密持続点滴を行うことは推奨されています。

6 処置

(1) 処置料の留意点

① 処置＋処置の算定は対応する傷病名があれば算定できます。

例：子宮腔部びらん＋細菌性膣炎＝子宮腔部焼灼法＋膣洗浄

② 膣洗浄は入院中の患者には算定できません。

(2) ミレーナの挿入・抜去について

J082-2 薬物放出子宮内システム装置 1 挿入術（200点）、抜去術（150点）
ミレーナはレセプトの算定区分では20の投薬ではなく、40の処置の項目で薬物放出子宮内システム装置1挿入術＋薬剤ミレーナ52mgを算定することになります。ミレーナは処置薬のため投薬の項での外用調剤および処方料は算定できません。

超音波検査の目安は挿入時、挿入後3ヶ月以内、1年後、以後は年1回。脱出時も算定できます。但し「ミレーナ挿入中」と詳記があった方が良いと思われます。

7 手術

(1) 手術に伴う保険請求上の留意点

「手術に伴って行った処置、及び診断穿刺、検体採取は所定点数に含まれる。」と定められているため手術と同日の膣洗浄、子宮腔部焼灼法、子宮腔部薬物焼灼法などは算定できない。また頸管粘液採取料も算定できない。

「処置または手術と同時にを行った内視鏡検査は、別に算定できない。」ともあるため、手術と同日にコルポスコピーは算定できません。

(2) 麻酔に係る留意点

静脈麻酔は静脈麻酔薬の使用が必要です。鎮静薬や鎮痛薬のみの使用（いわゆるセデーション）では算定できません。また静脈麻酔薬の使用に当たっては、呼吸・循環管理等ができるような整備された手術の状態で使用することとされており、経皮的動脈血酸素飽和度測定や呼吸心拍監視、非観血的連続血圧測定等は基準を満たしていれば算定できます。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

《不妊治療の保険適応》

1 一般不妊治療管理料 250点

特定のパートナーとともに不妊症と診断された患者を対象として、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に 3ヶ月に1回 算定できます。

施設基準は産婦人科等または泌尿器科の5年以上の経験を持つ常勤医師1人以上配置されていること。不妊症診療を年間20例以上行っていて、生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携することとなっています。この連携に関しては文書を交わしてその写しを提出することを求めています。

技術：人工授精 1820点

算定要件としてはア 精子・精液の量的・質的異常、イ 射精障害・性交障害、ウ 精子・頸管粘液不適合、エ 機能性不妊を対象として密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施するとして、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できません。

2 生殖補助医療管理料 1 300点

生殖補助医療管理料 2 250点

外来患者で生殖補助医療を実施している不妊症の患者を対象として計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に月1回に限り算定できます。但し生殖補助医療の開始日時時点で43歳未満である場合に限るとなっています。

生殖補助医療管理料1および2の施設基準では、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていなければなりません。

日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること、そして関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。とされています。

生殖補助医療管理料1については施設基準に追加があり、「看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置、また社会福祉士等の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置、さらに他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整およびこれらのサービスに関する情報提供に努める。」とされています。

検査：抗ミューラー管ホルモン（AMH） 600点

不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定できます。

技術：体外受精・顕微授精等については専門性が高いため、割愛します。

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

《診療報酬改定》

1 ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）

- | | |
|-----------------------|---------------|
| (1) ハイリスク分娩管理加算 | 3,200点 |
| (2) <u>地域連携分娩管理加算</u> | <u>3,200点</u> |

2 地域連携分娩管理加算の対象患者

- (1) 40 歳以上の初産婦である患者
- (2) 子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外）
- (3) 糖尿病の患者（2 型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なもの））
- (4) 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者）

〔算定要件〕

- ① 入院に限り 8 日を限度として所定点数に加算
- ② 分娩を伴う入院前に、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該
- ③ 患者を紹介し、受診させる
- ④ 患者が複数の疾患等を有する場合には、算定できない

〔施設基準〕

- ① 専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師 3 名以上配置
- ② 常勤の助産師 3 名以上配置
- ③ 一年間の分娩実施件数が 120 件以上（実施件数等を医療機関の見やすい場所に掲示）
- ④ 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携
- ⑤ 産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施

Ⅵ その他

- 1 流産手術（11 週まで）は、2,000 点（4,000 点：手動真空吸引法）
不全流産は、「子宮内容除去術（不全流産）」で算定
- 2 アジスロマイシン処方：クラミジア尿道炎・子宮頸管炎の病名では、4 錠×1 日

本内容は日本産婦人科医会が編集した「医療保険必携」および日本産科婦人科学会が編集した「産婦人科医のための社会保険 ABC」を参考にしています。各地域によって若干の審査基準の相違はありますが、現状ではこの 2 冊の刊行物で確認することをお勧めします。

また本内容はあくまでも目安であるものもあり、絶対的ではないことはご理解ください。

メモ

1-11 精神科

＜はじめに＞

精神科は後述する自立支援医療をはじめ、公費負担医療を利用される方が多く来院されると思います。制度により、申請から指定を受けるまでに日数がかかりますので、診療を開始するまでに準備しておく必要があります。

事前に関連する法令をしっかりと確認しましょう。

I 各種法令における留意事項

1 自立支援医療制度

精神疾患のため通院による継続的な治療を受ける場合の負担軽減を図るため、精神科では自立支援医療制度があります。通常医療保険だけでは3割負担が基本となりますが、自立支援医療制度を利用することにより原則1割負担となり、所得によって6段階の負担上限月額が適用されますので、医療費の負担を軽減することができます。

自立支援医療を受けるためには、患者の住所地を管轄する市区町村へ申請が必要となりますので、受診後に継続的な通院が必要と判断される場合には、制度の案内を実施し、申請を希望される患者には診断書の作成をしてください。申請書類や診断書は市区町村の窓口で患者が取得可能です。

自立支援医療は医療機関の指定を受ける必要がありますので、開業前に都道府県へ申請を行ってください。

2 精神障害者保健福祉手帳制度

精神障害を持つ方が、一定の障害にあることを証明するものです。特に医療機関の診療では使用しませんが、手帳を取得することにより、様々な税金の限額や免除、都電・都営バス・都営地下鉄等が無料で乗車できます。こちらも自立支援医療制度と同様に、患者の住所地を管轄する市区町村へ申請が必要となりますので、該当する場合は診断書を作成してください。

自立支援医療制度及び精神障害者保健福祉手帳制度を同時に申請・更新をする場合には、診断書の作成は手帳用の診断書のみ作成し、同時申請とすることにより1枚で行えます。ただし、自立支援医療制度は通院の初日から申請は可能ですが、精神障害者保健福祉手帳制度については、精神科に初めて受診してから6ヶ月が経過している必要がありますので、初回申請のタイミングにはご注意ください。

申請後自立支援医療制度は毎年、精神障害者保健福祉手帳制度は2年に1回更新手続きが必要となります。自立支援医療制度は毎年更新が必要ですが、診断書は2年に1回必要となりますので、毎回同時申請をすれば2年に1回、手帳用の診断書のみ作成となります。

また、後述する障害基礎年金を受給している場合には、年金証書で手帳の更新は可能となりますので、自立支援の診断書のみ作成となります。

3 障害基礎年金

精神障害の等級が2級以上の場合には、障害基礎年金が受け取れます。申請は精神

科に初めて受診してから1年6ヶ月が経過している必要があります。初回の申請は同様に、患者の住所地を管轄する市区町村へ申請となりますが、申請時必要書類や受給条件は患者によって異なりますので、まずは役所へ相談のご案内のみをしていただき、申請可能な場合は診断書の作成をしてください。

受給後は障害により更新時期が異なりますが、更新の際には患者へ更新のお手紙が年金事務所より届きますので、提出がありましたら診断書を作成してください。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

- 1 精神科は他の診療科と異なり、一度発症すると治癒が難しいケースが多く、症状が安定しても再発し、また受診される患者が多いと思います。治療を自己中断し、他院へ措置入院や二次救急等で急遽受診となり、診療情報の提供を求められるケースもあるため、治療経過は特に詳細に記載が必要となります。

また、転院等で終診となった後でも、警察や市区町村等の関係機関から、通院時の治療経過の問い合わせや、自立支援や精神障害者福祉手帳・障害年金の診断書の控え等を、次回作成をする医療機関から求められることがありますので、古い記録の保管にも注意しましょう。

- 2 精神科では通常の再診料とは別に、通院・在宅精神料を算定されると思います。精神療法を算定される場合、病状説明・服薬指導等、一般的な療養指導のみを行っただけでは算定できません。一定の利用計画のもと危機介入・対人関係の改善・社会適応能力の向上を図るための指示・助言等の働きかけを継続的に行うことが条件となりますので、これらに分かるような記録となるように注意しましょう。

また、精神療法は診療時間によって点数が異なります。初診の場合は30分以上又は60分以上、再診の場合は5分以上又は30分以上となります。診療時間が分かるように記載しましょう。これは、初診の場合は60分以上であること、再診の場合は30分を超えたことが明らかであると判断され場合には、「〇〇分超」などの記載でも差し支えありません。

- 3 てんかん指導料や血中濃度測定による特定薬剤治療管理料を算定する場合には、治療計画に基づく指導内容を記載しましょう。

III 傷病名付与の留意事項

- 1 複数の傷病名を記載する場合は、必ず主病名を明確にしましょう。
- 2 精神疾患は検査をしても正確な診断は難しいケースが多いと思います。治療を進めていく上で傷病名が変わることも多いと思います。向精神薬を長期投与することにより、様々な副作用が発現すると思います。そのため、傷病名は定期的に見直しましょう。その際、終了する病名には終了年月日と転帰を記載しましょう。

IV 診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

- 1 初・再診料
 - (1) 初診料

初診料は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、

又は患者が任意に診療を中止し、1 月以上経過した後、再び受診した場合に算定可能です。

ただし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合には、初診として扱えません。精神疾患は治癒が難しいことから、慢性疾患と判断される可能性が高いので、任意の診療を中止後 1 月以上経過した場合には、初診とするには注意が必要です。初診とする場合には、以前の病名を終了し、再度傷病名を開始しましょう。

- (2) 2 回目以降の通院は再診料となります。

ただし、以下に記載する場合は、初診又は再診に附随する一連の行為とみなされますので、該当する日の再診料は算定できません。

- ① 初診時又は再診時に行った検査・画像診断の結果のみを聞きに来た場合
- ② 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
- ③ 初診又は再診の際の検査・画像診断・手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査・画像診断・手術等を受けに来た場合

＜特掲診療料＞

1 医学管理料

- (1) 特定薬剤治療管理料

薬物血中濃度測定をして計画的な治療管理を行った場合に月一回に限り算定できます。抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外は、4 月目以降は 100 分の 50 に相当する点数で算定します。てんかん患者であって、2 種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2 回に限り所定点数を算定できます。1 回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280 点を所定点数に加算する。それぞれの特定薬剤治療管理料について、該当するコメントの記載が必要です。

- (2) てんかん指導料

てんかん患者であって治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に月一回に限り算定します。

- (3) 診療情報提供料

保険医療機関が診療に基づき、別の医療機関での診療の必要性を認め、これに対し患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、紹介先医療機関ごとに月 1 回に限り算定できます。算定可能な紹介先は原則医療機関となりますが、市区町村・保健所・精神保健福祉センター・保険薬局・障害者施設・学校医等も対象となります。

- (4) 傷病手当金意見書交付料

医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できます。意見書を交付後、患者が意見書を紛失し、再交付する場合の費用は患者負担となります。

2 在宅医療

(1) 往診料

別に厚生労働大臣が定める時間において、緊急に行う場合に算定します。

(2) 在宅患者訪問診療料

通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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、週 3 回に限り算定できます。

(3) 訪問看護指示料

訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て訪問看護ステーションなどに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、月 1 回に限り算定できます。診療に基づき患者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護を行う必要性を認め、患者の同意を得て、訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、月 1 回に限り 100 点を所定点数に加算します。

3 検査

(1) 臨床心理・神経心理検査

発達及び知能検査・人格検査・認知機能検査その他の心理検査に分類されます。それぞれ操作が容易なもの・複雑なもの・処理が極めて複雑なもので点数が分かれます。それぞれの分類毎に、同日は主たる 1 種類のみしか算定できません。

4 投薬

(1) 精神科で多く使用される抗精神病薬や睡眠薬には、投与上限日数があります。

(2) 内服薬と同一薬剤を頓服として投薬される場合には、上限量に注意してください。

(3) 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬、または 4 種類以上の抗不安薬・抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合には、処方箋料が減算されます。投与上限日数がある薬剤が含まれる場合、リフィル処方箋は使用できません。

5 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法

① 退院後 4 週間以内を除き、週 1 回に限り算定できます。

② 精神保健指定医による場合とそれ以外で所定点数が分かれます。

③ 診療に要した時間によって所定点数が分かれます。

(2) 精神科継続外来支援・指導料

① 患者又はその家族等に対して、病状・服薬状況及び副作用の有無等を主とした支援を行った場合、1 日に 1 回に限り算定します。

② 1 回の処方において、3 種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬投与した場合は算定できません。

③ 他の精神科専門療法と同一日には算定できません。

(3) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

持続性抗精神病中薬剤を投与している統合失調症患者に対し、計画的な医学管

理を継続的に行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合、月 1 回に限り、当該薬剤を投与したときに算定します。

V 令和 4 年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

- 1 今回の改定では、通院精神療法の点数が、精神保健指定医とそれ以外で、初診・再診のいずれの場合も、所定点数が分されました。
- 2 こころの連携指導料が新設されました。
精神科では精神保健福祉士が 1 名以上配置されていることが条件となっており、連携する医療機関の医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していないといけないことから算定要件は厳しいですが、点数は 500 点と高いため、連携する医療機関があれば積極的に検討されることをお勧めします。
- 3 リフィル処方箋の仕組みが設けられました。
ただし、前述していますが、精神科では適応外となる抗精神病薬や睡眠薬の使用が多なるため、使用するケースは少ないと思います。

VI その他

診療所ではデイケア施設を有さないことが多いため、デイケアのみをデイケア施設を有する医療機関に依頼することがあると思いますが、別の医療機関であったとしても、デイケアと同一日に他の精神科専門療法は算定できません。別の医療機関でデイケアを利用している患者については、同一日に利用がないか確認を行ってください。1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬、または 4 種類以上の抗不安薬抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行うと多剤投与となり、精神療法が 100 分の 50 となり、処方箋料が 28 点となりますので、2 種類以下を推奨します。

メモ

1-12 腎臓－透析

＜はじめに＞

腎臓内科は、尿検査異常から急性腎不全や慢性腎臓病などの腎機能低下、末期腎不全に対する腎代替療法まで、腎臓に関わる疾患を扱う診療科です。一方、尿検査異常や腎機能低下を起こす種々の病態は、生活習慣病や自己免疫疾患など、様々な疾患が関わっています。

この項は、腎臓内科が扱う疾患や腎代替療法、特に透析療法に関わる保険診療上の留意事項を解説し、腎臓病を疑って検査を行う他科の医師にも参考にして頂ければ幸いです。

I 各種法令における留意事項

保険診療は、保険診療のルールに従って診療費を請求する必要があります。一方、臨床の現場で行っている標準的な診療・検査であっても、保険診療のルールでは認められていない項目もあることに留意してください。透析療法については「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（五訂版）」を始めとした各種ガイドライン、手術・処置に関する特定保険医療材料の適正使用指針などが日本透析医学会をはじめ関連学会から示されています。特に血液を扱う透析療法では感染対策が重要であるため、各種感染症検査が透析導入時・転入時には標準的に行われていますが、保険診療で認められないケースがあります。検査・処置を行う場合は、基本的に適切な診断又は疑いに基づく病名の記載が必要です。「療養担当規則」「点数表の留意事項」「薬剤の適応病名」「検査と適応疾患」等を参考にして、適切な保険診療と保険請求に留意してください。また保存期腎不全における「腎代替療法指導管理料」や透析医療の「人工腎臓」の施設基準をはじめ、「導入期加算」、「透析液水質確保加算」、「慢性維持透析濾過加算」、「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」の算定には施設基準が設けられており、地方厚生局に届け出が必要ですので、留意してください。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

診療録は、医師法第24条第1項「診療に関する事項を記載しなければならない」の規定とともに、保険診療においても療養担当規則第22条に「保険医は、患者の診療を行った場合には遅滞なく様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない」とされています。腎臓内科の診療および血液透析療法を含む腎代替療法においても、診療年月日とともに、診察に基づいて主要症状、治療法（処置および投薬）を記載し、その適応病名・適応疾患および点数表の留意事項に沿ったカルテ記載が必要です。以下、診療録に記載が必要な指導管理料等を列記します。

- 1 「腎代替療法指導管理料」の算定は、腎代替療法の情報提供が必要な患者に、治療方針を選択できるよう説明および相談を行い、指導内容等の要点または説明に用いた文書の写しを診療録に記載が必要です。
- 2 「糖尿病透析予防指導管理料」の算定は、糖尿病性腎症のリスク要因の評価を行い、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載が必要です。
- 3 「人工腎臓」の算定は、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む）の診療録等へ記載が必要です。

- 4 「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」の算定は、療養上必要な指導管理を行ったことを診療録に記載が必要です。
- 5 「慢性維持透析患者外来医学管理料」の算定は、計画的な治療管理の要点を診療録に記載が必要です。

Ⅲ 傷病名付与の留意事項

- 1 診療、診断及び治療を行ったときは、診療開始年月日、終了年月日および転帰を記載し、病名を逐一整理してください。感染症など急性疾患及びシャント閉塞などの病名は、当月発症の病名がない場合は査定される場合がありますので留意してください。
- 2 「腎炎、腎不全」などの病名に、急性・慢性の区別を記載してください。
- 3 「腎機能低下と慢性腎不全」など、傷病名の重複がないように注意してください。
- 4 傷病名は、できるだけ「疾病および関連保健問題の国際統計分類（ICD10）」に準拠し、必ず診療録自体にも記載してください。
- 5 傷病名等のみで診療内容の説明が不十分と思われる場合は、「摘要欄」や「症状詳記」に具体的な理由や客観的な事実（検査結果等）を付記して、簡潔明瞭かつ正確に記述してください。
- 6 「エリスロポエチン」検査は、以下いずれかの目的で行った場合に算定できます。
ESA 製剤投与中で以下の理由なく検査を算定した場合は査定されますので留意してください。
 - (1) 赤血球増加症の鑑別診断。
 - (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における腎性貧血の診断。
 - (3) 骨髓異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定。
(平成 26 年 12 月 18 日付「保医発 1218 第 2 号」厚生労働省保険局医療課長通知)
- 7 エリスロポエチン製剤等の使用は、「腎性貧血」の記載だけでは算定できません。
EPO 産生低下の原因となる「慢性腎臓病」や「慢性腎不全」、「糖尿病性腎症」など、腎障害が確定していること及び鉄欠乏性貧血などそれ以外の原因を否定して「腎性貧血」と診断する必要があります。なお「慢性腎不全」以外の腎障害は、eGFR 又は CKD ステージの注記が必要なので留意してください。初回の算定は、コメントまたは症状詳記の記載をしてください。
- 8 適応症によって投与量の違う薬剤や、経験的に行われる治療で使用される薬剤に対しては、適切な傷病名とともに、詳記を記載してください。
- 9 人工腎臓用特定保険医療材料の算定は、以下の点を留意して算定してください。
 - (1) 吸着型血液浄化器（β 2 ミクログロブリン除去用）の算定は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のアからウまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から 1 年を限度として算定する。また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、いったん使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のイ及びウの要件を満たすことを確認した場合に限り、さらに 1 年を限度

として算定できる。3 度目以降の使用にあたっても同様の取り扱いとする。

(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 9 号 (040) 人工腎臓用特定保健医療材料)

① 手術または政権により β 2 ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。

② 透析歴が 10 年以上であり、以前に手根管開放手術を受けている。

③ 画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお本材料を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該材料の使用開始日を記載すること。

(注 1) 透析アミロイド症が確定していること

(注 2) 血液濾過透析を行なっている患者で、アからウまでのいずれの要件も満たして、かつ、疼痛や関節破壊などの透析アミロイド症の症状が十分改善しないために、やむを得ず吸着型血液浄化器 (β 2 ミクログロブリン除去用) を併用して算定する場合は、必ずその根拠を提示して詳記してください。記載がない場合、査定される場合があります。

(2) 吸着型血液浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) の算定は、次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着型血液浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) を使用して治療を行なった場合には、本区分 (K000 (の「2」筋肉、臓器に達するもの (長径 5cm 以上 10 センチメートル未満) の所定点数 (1880 点) を準用して算定する。なお当該療法の実施回数は、原則として一連につき 3 月間に限って 24 回を限度として算定する。

(通知) 令和 3 年 2 月 26 日保医発 0226 第 2 号、第 2 章特掲診療料第 10 部手術第 1 節手術料第 1 款皮膚・皮下組織 K000 創傷処理

① フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者

② 膝下動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等、外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

なお本材料を使用して治療を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療を行う医学的必要性を記載すること

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

1 医学管理料

(1) 「腎代替療法指導管理料」の算定は以下の要件が必要です。

① 施設基準に適合しているものとして地方厚生局に届け出ること

② 対象となる患者の要件は、慢性腎臓病の患者で、3 月前までの直近 2 回の eGFR (mL/分/1.73m²) がいずれも 30 未満 (CKDG4)、または、急速進行性糸球体腎炎等による腎障害で急速な腎機能低下が不可逆的と判断される場合であること

③ 医師と看護師が共同して腎代替療法の情報提供が必要な患者に、治療方針を選択できるよう 1 回あたり 30 分以上の説明および相談を行い、指導内容等の要点または説明に用いた文書の写しを診療録に記載すること。

④ 1 人について 2 回に限り算定できるが、2 回目は診療報酬明細書の摘要欄に医療上の必要性を記載すること

- ⑤ 情報通信機器を用いて情報提供を行なった場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。
- ⑥ 腎移植希望登録後で登録更新した患者は算定できない。
- (2)「糖尿病透析予防指導管理料」は、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する糖尿病性腎症第2期以上（透析療法を行っている者を除く）の患者に算定できます。
- (3)「人工腎臓」は、「特掲診療料の施設基準等」に留意して算定してください。なお以下の場合、算定できませんので注意してください。
 - ① 緊急透析で血液透析の継続が必要ない場合は、導入期加算は算定できません。
 - ② 月15回以上の人工腎臓、持続緩徐式血液濾過は算定できません（妊娠中を除く）。
 但し、薬剤料又は特定保健医療材料料は別に算定できます。
- (4)「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」の算定は、以下の点に留意して算定してください。
 - ① 施設基準に適合しているものとして地方厚生局に届け出た上で、療養上必要な指導管理を行ったことを診療録に記録した場合に限り、月1回算定できます。
 - ② 糖尿病の病名のみで、処置・検査がない患者には算定できません。
- (5)「慢性維持透析患者外来医学管理料」の算定は、診療録に計画的な治療管理の要点の記載が必要で、記載のない場合は返戻または査定される場合があるので留意してください。
- (6)「慢性維持透析濾過加算」の算定は、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、慢性維持透析濾過（複雑なものに限る）を行った場合に所定点数に50点を加算できます。ただし以下の点に留意してください。
 - ① 人工腎臓（その他）は対象外項目であるため、算定できません。
 - ② ヘモダイアフィルターを使用していないと算定できません。
 - ③ 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成して使用していることが必要です。
- (7)「透析液水質確保加算」の算定は、以下の施設基準が算定要件として示されているので留意してください。
 - ① 関連学会から示されている基準に基づき水質管理が適切に実施されていること
 - ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること

2 検査

- (1) 初診などで一次性・二次性腎疾患を鑑別診断する場合、検査項目が一律に過剰とならないよう留意してください。
- (2)「慢性維持透析外来管理料」を算定している場合、包括される検査の追加（月2回以上行う場合）及び包括外検査を算定する場合は、それぞれ傷病名と理由を

詳記してください。

- (3) 適応傷病名のない検査は算定できません。

(例) 尿沈渣：一次性・二次性腎疾患の病名。

尿中アルブミン定量：糖尿病及び糖尿病性早期腎症の病名。

尿中 β 2MG・NAG・L-FABP 等：尿細管障害の病名。

(2 項目以上の算定には、詳記をしたほうが望ましいです)

- (4) 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およびその経過観察について、3 ヶ月に 1 回算定できます。

- (5) 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 MPO-ANCA

原則として、ANCA 関連血管炎（疑いを含む）、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察以外の場合は、算定できません。連月算定する場合は、所見等のコメントが必要です。

- (6) 透析導入時・転入時の感染症検査（梅毒血性反応、HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体および HIV-Ab 抗体等）は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査および治療を実施するにあたって感染の有無を確認することにより意義が認められていますが、保険診療上は一律には認められない場合があります。疑いも含めて必ず傷病名を付与してください。

① 人工腎臓実施時（初回）に梅毒血清反応（STS）定性の算定は認められますが、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量の算定は認められませんので、留意してください。

② 人工腎臓実施時（初回）に HBs 抗原定性・半定量の算定は認められます。

③ 人工腎臓実施時（初回）に HCV 抗体定性・定量の算定は認められます。

- (7) 透析前後の血液検査は、医学的妥当性や最低限必要性があるものは算定可能ですが、摘要欄に透析前後で実施したことがわかるような記載が望ましいです。

- (8) シャント部の超音波検査及びドプラー加算は、透析シャント機能低下・シャント血流不全などの病名および血流量、RI 値の記載が必要です。連月又は同月に複数回算定する場合や、PTA など処置当日の検査は、症状詳記の記載がないと査定される場合があります。

- (9) 超音波検査等で「透析シャント機能低下」などの診断をした翌月に、経皮的シャント血栓除去術・拡張術を算定した場合は、摘要欄または詳記にその経緯を記載することが望ましいです。

3 投薬

- (1) 腎機能低下時には、禁忌または減量が必要な薬剤が多数あり、併用禁忌も含めて十分留意してください。

① 禁忌・減量の例

抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬、糖尿病治療薬、H2 遮断薬、抗不整脈薬、向精神薬等

② 併用禁忌例

出血性病変（眼底出血等）がある場合のパルクス®の使用

- (2) 長期漫然投与とならないよう投薬の見直しや検査を適宜行ってください。
(例) ビタミン剤、エルカルチン、PPI など
- (3) 類似薬効の薬剤併用は、治療上の必要性が乏しいと判断される場合があります。
併用がやむを得ない場合は、その理由を詳記してください。
(例) 皮膚そう痒症における抗ヒスタミン剤と抗アレルギー剤の併用及び透析患者のそう痒症の改善（既存治療で効果不十分な場合に限る）に、ナルフラフェン塩酸塩（レミッチ®）を投与する場合など

4 処置、手術

- (1) 人工透析実施日は、B-A、B-V は算定できません。
人工透析と別に採血を行った場合は、症状詳記をしてください。
ESA の皮内注射、人工透析後に改めて点滴を行った場合も同様です。
- (2) シェント手術や透析後の止血の際に、スポンゼル・微線維性コラーゲンの使用は、適応外なので基本的に認められません。
- (3) シェント閉塞に対するウロキナーゼは、適切な投与量で使用し、その内容を詳記してください。
- (4) 長期留置型カテーテルの機械的閉塞に対するウロキナーゼのカテーテル内封入または持続注入は、適切な処置を行なった上でさらにウロキナーゼ投与が必要と判断された場合に適切な量を使用し、発症月日に適切な傷病名と詳記を記載してください。漫然とした使用は査定される場合があります。
- (5) 末梢血管用ステントグラフトの使用について
- ① 経皮的シェント拡張術・血栓除去術時は人工血管内シェントの静脈吻合部狭窄病変に使用した場合のみ算定できます。人工血管内の他部位病変や自己血管内シェントの狭窄病変への使用は認められません。
 - ② 末梢血管用ステントグラフトの使用には、発売元および関連学会から適正使用指針が発出されています。算定時には適応及び術者要件を満たしていることを詳記してください。
- (6) シェント鎖骨下静脈拡張の請求は、シェント関連であれば鎖骨下静脈や大腿静脈でも経皮的シェント拡張術の算定となります。
- (7) PTA バルーンカテーテル、シースイントロデューサー、ガイドワイヤー及び血栓除去用カテーテルの複数本の使用については、その必要性と手術記録を症状詳記に記載してください。
- (8) 微細血管造影用ガイドワイヤー・血管造影用マイクロカテーテルなどは、本来、冠動脈および末梢動脈に適応であり、透析シェントには適応外です。やむを得ず使用する場合は、必ず症状詳記を記載してください。記載のないものは返戻・査定となる場合があります。

V 令和4年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

- 1 HIF-PH 阻害剤の「人工腎臓」へ包括算定になることについて
算定要件は、表 1 を参照してください。

HIF-PH 阻害剤は当該医療機関において、院内処方することが原則です。

なお同一の患者に対して、同一診療日に HIF-PH 阻害剤のみを院内において投与する場合には、処方箋料の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方せんにより投与することができます。

- 2 導入期加算の変更・新設：施設基準は、表 2 を参照してください。
慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓に係る導入期加算が変更・新設されました。

(1) 導入期加算 1	200 点
(2) 導入期加算 2	400 点
(3) 導入時加算 3	800 点
- 3 透析中の運動指導に係る評価の新設：算定要件は、表 3 を参照してください。
- 4 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設：算定要件は、表 4 を参照してください。
- 5 在宅血液透析指導管理料の見直し：算定要件は、表 5 を参照してください。
- 6 有床診療所における評価の見直し：対象患者は、表 6 を参照してください。

VI その他

以上、保険診療の要点の主なものを記載いたしました。Ⅳ-2 検査、3 投薬、4 処置・手術は、内科や外科の項目も参照してください。透析に関しては、各種ガイドラインに記載されている検査等で、病名（疑いを含む）がない場合は保険診療で認められないこともあるので、必ず適用病名を確認してください。また「特定保健医療材料」の使用は、算定要件を確認して詳記を適宜記載してください。検査や処置は、症状詳記があっても適用病名がない場合は算定できません。また再審査請求では、病名追加は認められておりませんので、留意してください。本稿が皆様の保険診療の一助となれば幸いです。

人工腎臓の算定（HIF-PH 阻害剤を含む） 表1

【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合 1	場合 2	場合 3
4 時間未満	1,885 点	1,845 点	1,805 点
4 時間以上 5 時間未満	2,045 点	2,005 点	1,960 点
5 時間以上	2,180 点	2,135 点	2,090 点
[算定要件] ・「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む)には透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンペーパベグル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。 ・「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む)については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、HIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F 400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。			

【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点
導入期加算 2	400点
(新) 導入期加算 3	800点
【施設基準】	
(1) 導入期加算 1 の施設基準	
ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。	
イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。	
(2) 導入期加算 2 の施設基準	
次のすべてを満たしていること。	
ア (1)のアを満たしていること。	
イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。	
ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。	
エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。	
オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。	
(3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。	
ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。	
イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。	
ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療に係る情報提供を行っていること。	
エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。	
オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。	
カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。	

- 人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする)

【対象患者】

人工腎臓を実施している患者

【算定要件】 (概要)

- 透析患者の運動指導に係る研修を受講した**医師、理学療法士、作業療法士**又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した**看護師**が、1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定
- **日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」**等の関係学会によるガイドラインを参照すること

- 腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 遠隔モニタリング加算 115点（月1回に限る）

【算定要件】

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

- ア 自動腹膜灌流装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
 イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
 ウ 当該加算を算定する月においては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
 エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。



自動腹膜灌流装置
 出典：パラスター株式会社HP



（腹膜透析治療で得られた水分除去量）



（体重）



（血圧）

➤ 遠隔モニタリングで得られる治療結果（在宅機器のモニタリング）



在宅血液透析指導管理料の見直し

表5

【在宅血液透析指導管理料】 10,000点

【算定要件】

- (5) 日本透析医学会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。またマニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

有床診療所における評価の見直し（再掲）

表6

- 慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

有床診療所療養病床入院基本料

(新) 慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

【対象患者】

- ・ 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号 J 038 に掲げる人工腎臓、J 038-2 に掲げる持続緩徐式血液濾過、J 039 に掲げる血漿交換療法又は J 042 に掲げる腹膜灌流を行っている患者

メモ

1-13 放射線科・放射線診断科

<はじめに>

放射線科は「放射線診断」、「放射線治療」、「核医学」の大きく3つの分野に分かれますが、一般開業医に関係するのは放射線診断（画像診断）であるため、外来の画像診断に関する内容について記載させていただきます。

I 各種法令における留意事項

放射線科に関連する業務は、一般的な診療科と同様に医師法、医療法、健康保険法、薬機法等を準拠することの他、放射線障害防止法や労働安全衛生法における医療被ばく及び職業被ばくなどに留意する必要があります。

レントゲン撮影は医師または診療放射線技師が行うようにしてください。医師の指示の下でも看護師等が撮影をすると診療放射線技師法違反となり、一年以下の懲役または50万円以下の罰金に処せられます。

また必ず患者ID、氏名、撮影年月日、撮影部位、撮影方法等を記載した照射録を作成してください。5年間の保存義務があります。

II 診療録（カルテ）への記載の留意事項

- 1 単純撮影（頭部、胸部、腹部又は頸椎）の写真診断について、診療録に診断内容の記載を十分に行なわなければなりません。
- 2 コンピューター断層撮影（CT、MRI、他医撮影）について、診療録に診断内容の記載を十分に行なわなければなりません。
- 3 画像診断管理加算について、専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断した結果について、文書により当該患者の診療を担当する医師に報告を必ず行なわなければなりません。
- 4 実施した画像診断の必要性、結果及び結果の評価について、診療録への記載をしっかりと行なわなければなりません。
- 5 写真撮影又はコンピューター断層撮影について診断内容の記載を行なわなければなりません。
- 6 他医撮影のコンピューター断層診断について、診療録に診断内容の記載を行なわなければなりません。
- 7 診療放射線に係る安全管理体制面から、患者へ検査前に行う説明の内容と同意を得た旨をカルテに記載しなければなりません。

III 傷病名付与の留意事項

傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載してください。
以下のような傷病名記載は不適切です。

- 1 医学的な診断根拠がない傷病名
- 2 医学的に妥当とは考えられない傷病名
- 3 実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載している
- 4 実際には確定傷病名であるにもかかわらず、「疑い」の傷病名として記載している

- 5 急性・慢性、左右の別、部位、詳細な傷病名の記載がない傷病名
※レセプト作成のために撮影部位のコード入力が必要となるのと、また一連の撮影であるのか対側との比較であるのか等の判断の根拠になるので、必ず病名に撮影部位（四肢では左右両側も）を記載してください。
例）左変形性膝関節症、両側変形性膝関節症
- 6 単なる状態や傷病名ではない事項を傷病名欄に記載している。傷病名以外で診療報酬明細書に記載する必要のある事項については、摘要欄に記載するか、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付してください。

Ⅳ 診療報酬上の留意事項

<特掲診療料>

1 医学管理料

(1) 診療情報提供料（Ⅰ）

施設基準＊1に適合しているものとして届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合、又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として次に掲げる点数をそれぞれの所定点数に加算する。

ロ 入院中の患者以外の患者について必要な情報を提供した場合 30点

(2) 電子的診療情報評価料 30点

施設基準＊1に適合しているものとして届け出た保険医療機関が、別の保険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検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、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に算定する。

施設基準＊1

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受が可能なネットワークを構築していること
- ② 他の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること

※いずれの加算も、別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の医療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合は算定できません。

2 画像診断

画像診断は医学的根拠が必要です。

- ・段階を踏んで画像診断を行う
- ・実施回数は必要以上に行わない
- ・左右、部位の一致等、傷病名と画像診断内容を一致させる
- ・コンピューター断層撮影について、医学的根拠が必要

- ・画像診断管理加算 1 及び 2 について、画像診断を専ら担当する常勤医師が退職に伴い交代している場合には必ず、その届出がなされること

(1) 通則 3

時間外緊急院内画像診断加算

入院外の患者に、緊急のために診療時間外、休日、深夜において撮影及び画像診断を行った場合に 1 日につき 110 点を加算できます。

(2) 通則 4

画像診断管理加算 1

施設基準＊2 を満たす場合、画像診断管理加算 1 として月 1 回 70 点を加算できます。(画像診断管理加算 2,3 は病院が対象のため省略)

(3) 通則 6

遠隔画像診断による画像診断

施設基準に適合した保険医療機関間で行われた場合に算定できるが、送信側は施設の整った離島等の医療機関であり、受信側は高度医療を提供する病院であるため外来のクリニックには適応はないと思われます。

施設基準＊2

- ① 放射線科を標榜している保険医療機関であること
- ② 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている 2 年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が 1 名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう
- ③ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ④ 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと
- ⑤ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること

3 エックス線診断料

- (1) 通則 1：エックス線診断の費用は E000 透視診断もしくは E001 写真診断の所定点数を合算した点数により算定する。
- (2) 通則 2：同一部位につき、同時に 2 以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、写真診断の各所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- (3) 通則 3：同一部位につき、第 2 枚目から第 5 枚目までの写真診断及び撮影の費用については各所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定し、第 6 枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

※要するに 6 枚以上撮影しても 5 枚撮影したときと同じ点数になります。ただアナログ撮影の場合は使用フィルム代を請求できますが、デジタルの場合は

電子画像管理加算 1 回の算定になります。

- (4) 通則 4：撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前 3 号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。

- ① 単純撮影の場合 57 点
- ② 特殊撮影の場合 58 点
- ③ 造影剤使用撮影の場合 66 点
- ④ 乳房撮影の場合 54 点

- (5) 写真診断

- ① 単純撮影
 - イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85 点
 - ロ その他 43 点
- ② 特殊撮影（一連につき） 96 点
- ③ 造影剤使用撮影 72 点
- ④ 乳房撮影（一連につき） 306 点

注：間接撮影を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

- (6) 撮影

- ① 単純撮影
 - ア アナログ撮影 60 点
 - イ デジタル撮影 68 点
- ② 特殊撮影（一連につき）
 - ア アナログ撮影 260 点
 - イ デジタル撮影 270 点
- ③ 造影剤使用撮影
 - イ アナログ撮影 144 点
 - ロ デジタル撮影 154 点
- ④ 乳房撮影（一連につき）
 - ア アナログ撮影 192 点
 - イ デジタル撮影 202 点

注：間接撮影を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

- (7) 新生児加算（生後 27 日目まで） 100 分の 80 加算
- 乳幼児加算（生後 28 日目から 3 歳未満） 100 分の 50 加算
- 幼児加算（3 歳以上 6 歳未満） 100 分の 30 加算

表 1

エックス線診断料					
デジタル撮影		診断料	撮影料	電子画像管理加算	
				フィルムなし	フィルムあり
単純撮影	頭部・胸部・腹部・脊椎	85	68	57	フィルム料 または 電子画像管理加算
	その他	43	68	57	
特殊撮影		96	270	58	
造影剤使用撮影		72	154	66	

表2

乳房撮影		
写真診断		306 点
撮影料	アナログ	192 点
	デジタル	202 点
フィルム料		フィルム料
電子画像管理加算		54 点（デジタル撮影）
画像診断管理加算 1		70 点

＜乳房撮影算定要件＞

撮影専用の機器（マンモグラフィー）を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ 2 方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定します。

乳房撮影は写真診断が 306 点、撮影料はアナログの場合 192 点を合わせ 498 点が、デジタルの場合 202 点を合わせ 508 点が一連につき算定できます。

アナログ撮影の場合はフィルム料を、デジタル撮影の場合は電子画像管理加算 54 点のみを加算します。

＊単純エックス線撮影算定例＊

例 1：胸部 X-p（デジタル） 2 枚撮影した場合

算定：1 枚目 診断料 85 点 撮影料 68 点
 2 枚目 診断料 85/2 点 撮影料 68/2 点
 電子画像管理加算 57 点
 合計 286.5 点（四捨五入で 287 点）

例 2：対称器官の撮影

片側のみ疾患があり、比較対象のために両側を撮影した場合
 ⇒一連として算定する

(1) 病名：右変形性膝関節症 両膝 X-P 正側 4 回撮影

算定：両膝 X-P 4 回撮影
 （両膝）診断料 108 点 撮影料 170 点
 電子画像管理加算 57 点
 合計 335 点

※健側と対比のためというコメントが必要

(2) 病名：両側変形性膝関節症 両膝 X-P 正側 4 回撮影

算定：右膝 X-P 2 回撮影
 （右膝）診断料 65 点 撮影料 102 点
 電子画像管理加算 57 点
 小計 224 点

算定：左膝 X-P 2 回撮影

（左膝）診断料 65 点 撮影料 102 点
 電子画像管理加算 57 点
 小計 224 点
 合計 両膝で 448 点

4 コンピューター断層撮影診断料

表3

コンピューター断層撮影（CT）					
		コンピューター断層診断料	画像診断管理加算	撮影料	
				1 回目	2 回目
CT	64 列以上	コンピューター断層 診断料 450	画像診断管理加算 2：180 3：300	1020 共同利用 10%	816 共同利用 10%
				1000	800
	16 列以上 64 列未満		画像診断管理加算 1：70 2：180 3：300	900	720
	4 列以上 16 列未満			750	600
	4 列未満			560	448

< CT 撮影 施設基準 >

◎施設基準

- (1) 4 列以上の撮影料を算定する場合には施設基準の届出が必要
- (2) 64 列以上のマルチスライス型の CT 装置においては、画像診断管理加算 2 に関する施設基準 の届出を行っていること
- (3) 64 列以上のマルチスライス型の CT 装置においては、CT 撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が 1 名以上勤務している
- (4) 共同利用施設において行われる施設共同利用率は 10%

◎届出に関する事項

- (1) 画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスト数 (MRI の場合) を記載すること
- (2) CT 装置に係る安全管理責任者の氏名を記載し、CT 撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること

表4

核磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR）					
		コンピューター断層診断料	画像診断管理加算	撮影料	
		月 1 回		1 回目	2 回目
MRI	3T 以上	コンピューター断層 診断料 450	画像診断管理加算 2：180 3：300	1620 共同利用 10%	1296 共同利用 10%
				1600	1280
	1.5T 以上 3T 未満		画像診断管理加算 1：70 2：180 3：300	1330	1064
	1.5T 未満			900	720

< MRI 撮影 施設基準 >

◎施設基準

- (1) 1.5 テスラ以上の MRI 撮影料を算定するには施設基準の届出が必要
- (2) 3 テスラ以上の MRI 装置においては、画像診断管理加算 2 に関する施設基準の届出を行っていること
- (3) 3 テスラ以上の MRI 装置においては、MRI 装置に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が 1 名以上勤務していること
- (4) 共同利用施設において行われる施設共同利用率は 10%

◎届出に関する事項

- (1) 画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（MRI の場合）を記載すること
- (2) MRI 装置に係る安全管理責任者の氏名を記載し、MRI 撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること

< 新生児・乳幼児・幼児加算 >

エックス線撮影同様、新生児・乳幼児・幼児の撮影を行った場合

新生児加算（生後 27 日目まで） 100 分の 80 加算

乳幼児加算（生後 28 日目から 3 歳未満） 100 分の 50 加算

幼児加算（3 歳以上 6 歳未満） 100 分の 30 加算

が算定できます。

また、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は

新生児頭部外傷撮影加算 100 分の 85 加算

乳幼児頭部外傷撮影加算 100 分の 55 加算

幼児頭部外傷撮影加算 100 分の 35 加算

がそれぞれ算定できます。

ただし、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定でき、この場合において、その医学的な理由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。また力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載しなければなりません。

ア GCS ≤ 14

イ 頭蓋骨骨折の触知又は兆候

ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）

エ 受診後の症状所見の悪化

オ 家族等の希望

カ その他

画像診断管理加算の施設基準の施設基準			
	1	2	3
点数	70	180	300
対象点数区分	E001 写真診断 E004 基本的エックス線診断料 E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断	E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断	E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断
常勤画像診断医	1名以上	1名以上	6名以上
医療機関の種類	保険医療機関	病院	特定機能病院

＜算定における注意点＞

(1) CT と MRI を同日（同月）に行った場合

必要に応じて CT と MRI の撮影を同一日に両方行った場合には、CT の点数と MRI の点数をそれぞれ算定できます。ここで注意する点は、CT も MRI もどちらも「第3節 コンピューター断層撮影診断料」のグループになりますので、どちらか一方の撮影料を所定点数の 100 分の 80 にして算定することになります。また、診断料は同日でも同月でも 450 点を月 1 回限りの算定です。同月に CT と MRI を両方行った場合は、後から撮影した方の撮影料を所定点数の 100 分の 80 にして算定します。また同月に CT を 2 回以上、または MRI を 2 回以上行った場合も同様です。

(2) コンピューター断層撮影に関するクリニックにおける注意点

外来クリニックの場合には撮影料として CT64 列以上の 1,000 点（または 1,020 点）、MRI3 テスラ以上の 1,600 点（または 1,620 点）は算定できません。これは、算定要件の一つに「画像診断管理加算 2 の施設基準を満たしていること」とあり、前述した通り、その画像診断管理加算 2 の施設基準の中に「放射線科を標榜している病院であること」と記載されていますので、外来クリニックでは算定ができないことになります。この場合、CT は 900 点、MRI は 1,330 点で算定します。

V 令和 4 年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

令和 4 年度報酬改定において、外来の診療所に関係する新設された項目、改定された項目はありません。

VI その他

1 他の医療機関で撮影したエックス線フィルム等を診断した場合の診断料算定

初診・再診にかかわらず、撮影部位および撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影または乳房撮影を指し、アナログ撮影またはデジタル撮影の別は問わない）別に 1 回算定できます。たとえば、胸部単純写真と断層像についてであれば、2 回として算定できます。ただし、一つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわ

らず 1 回として算定します。

2 他の医療機関で撮影したコンピューター断層撮影（CT、MRI）のフィルムについて
診断を行った場合の診断料算定

初診料を算定した日に限り、コンピューター断層診断料（450 点）を算定できます。

3 フィルムや CD-ROM にデータをコピーする費用

他院に画像データをコピーして渡す場合、B009 診療情報提供料（I）の通知（10）に「診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。」とあり、これは画像データを CD-ROM 等にコピーした場合も該当しますので、CD-ROM 媒体の費用及びコピー手数料は診療情報提供料（I）に含まれ算定できません。

メモ

2-1 開業における留意事項

I かかりつけ医

「かかりつけ医」とは日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成 25 年 8 月）により「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義され「かかりつけ医機能」についても具体的に述べられています。

近年の診療報酬改定では改定の基本方針としてかかりつけ医機能の評価が取り上げられており、「機能強化加算」「小児かかりつけ医診療料」「地域包括診療料」などの点数が設定されています。一方、財務省は医療費の「適正化」の施策としてかかりつけ医の「制度化」を求めている。令和 4 年 4 月の財政制度分科会においても「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定する」と提言しています。

こういった中、令和 4 年 4 月に日本医師会において、かかりつけ医に関する考え方として「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」があらためて取りまとめられました。これは、かかりつけ医機能を果たしていく医師の覚悟を示したものであり、国民に分かりやすいものとするため、できるだけ専門用語を避けて作成しています。日本医師会の従来のスタンスとの違いについては（1）かかりつけ医は患者が医師を表現する言葉である、（2）患者ごとにかかりつけ医は異なり、患者にふさわしい医師が誰かを数値化して、測定することはできない、（3）患者が信頼できる医師がかかりつけ医である。これらのことを明確に示しています。

国民の信頼に応えるかかりつけ医として 2022年4月 公益社団法人日本医師会

日本医師会の思い

「かかりつけ医」とは、患者さんが医師を表現する言葉です。「かかりつけ医」は患者さんの自由な意思によって選択されます。どの医師が「かかりつけ医」かは、患者さんによってさまざまです。患者さんにもっともふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません。だからこそ、わたしたち医師は、心をこめてひとりひとりの患者さんに寄り添います。そうして患者さんに信頼された医師が、「かかりつけ医」になるのです。患者さんと「かかりつけ医」の信頼関係にもとづいて、全国でさまざまな形のかかりつけ医機能が発揮されています。わたしたち医師は、かかりつけ医機能をさらに深化させるとともに、より温かみのあるものにしていきます。

1 「かかりつけ医」の努め

わたしたち医師は、患者さんに信頼される「かかりつけ医」になるべく、これまで以上にかかりつけ医機能を発揮し、誠意をもって、患者さんを包括的かつ継続的に支えていきます。

患者さんに、いつでも、なんでも相談していただけるよう、しっかりとコミュニケーションをとって診察します。診察の結果をわかりやすい言葉で伝え、患者さんのライフスタイルを理解したうえで患者さんと治療目標を共有します。必要なときには、適

切なタイミングで適切な専門の医師や医療機関につながります。そのために日頃から、地域の医師たちとの対話を深め、患者さんをチームとして支えます。

いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択します。

日々、新しい医療技術の研鑽を積み、患者さんおよびご家族とともに最善の治療を選択します。

患者さんの意思を尊重し、ご家族とともに、患者さんの尊厳ある生き方を支えます。

予防接種や健康診断を担い、生活のこと、仕事のことも含め幅広く患者さんおよびご家族からの健康相談を受け、必要なときに適切な医療につなげます。

患者さんの主治医意見書の作成をはじめ、患者さんの希望を受け止めて、地域の介護サービスや福祉サービスにつなぐなど、地域包括ケアシステムの中で求められる役割を果たします。

患者さんがもっとも安心・安全かつ効率的に最善の医療に到達できるよう医療のデジタル化を進めます。患者さん個人を守ることを絶対の条件として、また、地域の方々がより効果的に予防・健康づくりを進められるよう、医療情報を活用します。

2 地域社会におけるかかりつけ医機能

わたしたち医師はお互いに協力し、さまざまな職種の方とも協力して、医師それぞれの特性を活かして地域住民の健康を支えます。主に医師会活動として行っています。

健康相談、予防接種、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健などの社会的な活動や、警察医などの行政活動に協力します。

災害が起きた地域の医療支援活動に参加し、被災者の方の健康管理や診療などを担います。

24時間365日、安心して相談、受診していただけるよう地域の医師同士で連携する体制をとるとともに、在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担します。

3 地域の方々に「かかりつけ医」をもっていただくために

医療法では「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供体制の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」と定められています。日本医師会は、国民の方に「かかりつけ医」をもっていただくための判断材料を提供します。

地域の方々が、「かかりつけ医」になりうる医師を探すことができるよう、それぞれの医師が担っている機能、専門分野や強みのある分野などについて、情報をわかりやすく公開します。現在、47都道府県で「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」が整備され、全国すべての医療機関の診療科目や対応可能な治療等が公開されています。日本医師会は国や都道府県医師会と協力して、患者さんにとってさらにわかりやすい情報提供を進めます。

地域医師会は、市民向け講座などを通じて、住民の方々とともに、地域の予防・健康づくりを進めます。

日本医師会は、必要なときに適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守ります。そして「かかりつけ医」として、患者さんにさらに信頼していただけるよう努めています。

《かかりつけ医機能》

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

- 1 かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- 2 かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 3 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

II アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

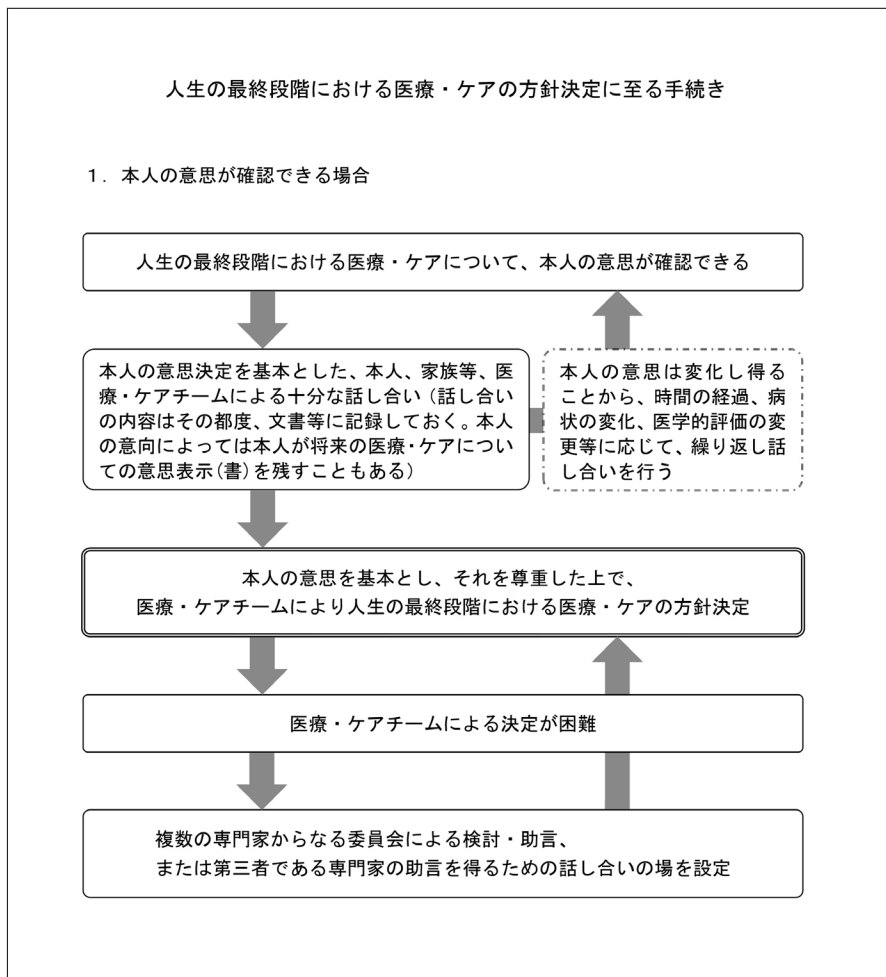
ACP (Advance Care Planning) とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

死期のいかんではなく、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきだという考え方により、厚生労働省は、平成 27 年 3 月に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改めました。(日本医師会ホームページより)

日本医師会生命倫理懇談会では、「終末期医療に関するガイドライン」を見直し、「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン (令和 2 年 5 月)」へ改訂しました。

その中では「人生の最終段階における医療・ケアのあり方」として、(1) 本人が自らの意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供することが基本的な考え方である。(2) 担当医・かかりつけ医は、いざという場合、本人が自らの意思を明らかにできない状態になる可能性があることから、特定の家族等を自らの意思を推定する者としてあらかじめ定めておくよう本人に勧めることが望ましい。同時に、本人が意思表示できる間に、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思や希望を繰り返し確認する ACP の実践をすることも重要である。と述べています。

令和 4 年度の診療報酬改定で全ての在宅療養支援診療所について「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』等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする」となるなど、かかりつけ医にとって ACP は必須のものとなっています。



https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

「ACP 日本医師会」で検索

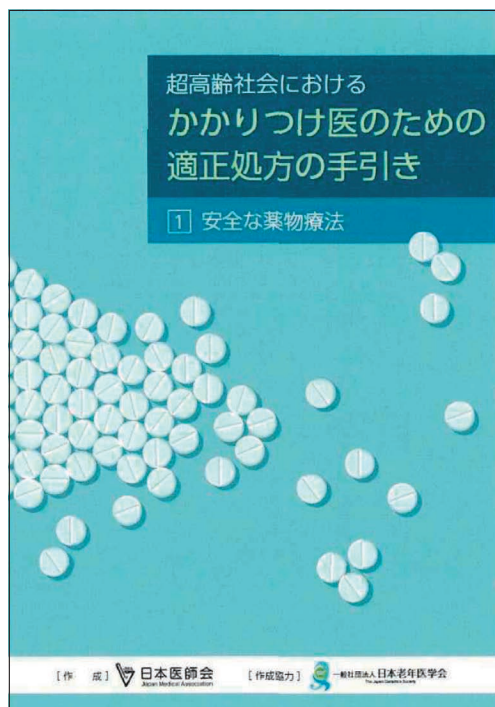
Ⅲ 超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き

日本医師会から「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」が出されています。これは多剤併用による薬物有害事象を防ぐための処方の考え方を中心に解説した手引きとなっています。

総論としての「安全な薬物療法」では「高齢者は多病のために多剤併用になりやすい。老年科外来の多施設調査では平均 4.5 種類、レセプト調査では 70 歳で平均 6 種類以上服用していた。多剤併用の問題は、薬剤費の増大、服用の手間などを含む QOL の低下、そして、最も大きな問題は、薬物相互作用および処方・調剤の誤りや飲み忘れ、飲み間違いの

発生確率増加に関連した薬物有害事象の増加である。有害事象に直接つながらなくても、多剤処方に起因する処方過誤や服薬過誤は医療管理上問題である。」などと記載され、各論として「認知症」「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧」について具体的に提案されています。患者さんの服薬管理を行う際の参考としてご活用ください。

図2



https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

「かかりつけ医 適正処方」で検索

IV 医療安全管理指針

平成 19 年 4 月に第 5 次医療法改正が施行され、これまで施行規則で規定されていた医療安全に係る事項が、法律の条文で明記されることになりました。合わせて、病院、有床診療所に義務づけられていた「医療安全管理指針」の整備等の対策が無床診療所にも義務づけられることになりました。さらに「指針」に盛り込むべき事項も追加されています。

日本医師会の作成した「医療安全管理指針のモデルについて」（改訂版）では無床診療所についてもモデルが掲載されています。「基本理念」「医療安全委員会」「報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策」「安全管理のための指針・マニュアルの整備」「医療安全管理のための研修」「事故発生時の対応」などについて記載されています。これを参考にいただき、医療安全管理指針を定めてください。また、院内感染対策指針の作成も必須となっていますので、同様に日本医師会のモデルを参考に作成してください。

(モデル3) 〇〇診療所（無床）医療安全管理指針

1 総 則

1- 1 基本理念

本診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、〇〇診療所の院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに〇〇診療所 医療安全管理指針を定める。

1- 2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) 職員

本診療所に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(3) 医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、院長の指名により、本診療所全体の医療安全管理を中心的に担当する者（医療安全管理者と同義、以下同じ）であって、専任、兼任の別を問わない

診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

2 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、

事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

① 職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(7) 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後直ちに院長へ報告する。

(4) 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに院長へ報告する。

(7) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、院長へ報告する。

② 報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

(2) 報告内容に基づく改善策の検討

院長は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

①すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること

②上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること

3 安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、全ての職員に周知する。

(1) 院内感染対策指針 *必携

(2) 医薬品安全使用マニュアル *必携

- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥瘡対策マニュアル
- (5) その他

4 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修の実施

院長は、1年に2回程度、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。

研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

(2) 研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3) 研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

5 事故発生時の対応

(1) 救命措置の最優先

① 医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

② 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

(2) 本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

6 その他

6- 1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者等を通じて、全職員に周知徹底する。

6- 2 本指針の見直し、改正

院長は、必要に応じ本指針の見直しを検討するものとする。

6- 3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

6- 4 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ院長等へ内容を報告する。

「医療安全管理指針のモデルについて」（改訂版）

<https://www.med.or.jp/nichikara/anzen.pdf>

「医療安全管理指針 日本医師会」で検索

「院内感染対策指針のモデルについて」

<https://www.med.or.jp/anzen/manual/kansenshishin.pdf>

「院内感染対策指針 日本医師会」で検索

V 個人情報の保護

「個人情報の保護に関する法律」の第15条では「個人情報取扱事業者は、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的をできる限り特定しなければならない。」とされ、第16条で「個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。」

と規定されています。診療所における医療に関する個人情報もちろん例外ではありません。日本医師会が次のようなポスターを作成していますので、これを参考にしてください。院内掲示をお願いします。

図4

当院は患者さんの個人情報保護に 全力で取り組んでいます

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

院長

当院における個人情報の利用目的

- **医療提供**
 - ▶ 当院での医療サービスの提供
 - ▶ 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
 - ▶ 他の医療機関等からの照会への回答
 - ▶ 患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ▶ 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ▶ ご家族等への病状説明
 - ▶ その他、患者さんへの医療提供に関する利用
- **診療費請求のための事務**
 - ▶ 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
 - ▶ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ▶ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ▶ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
 - ▶ その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用
- **当院の管理運営業務**
 - ▶ 会計・経理
 - ▶ 医療事故等の報告
 - ▶ 当該患者さんの医療サービスの向上
 - ▶ 入退院等の病棟管理
 - ▶ その他、当院の管理運営業務に関する利用
- **企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知**
- **医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等**
- **医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料**
- **当院内において行われる医療実習への協力**
- **医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究**
- **外部監査機関への情報提供**

付記

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等をすることが可能です。

個人情報保護 日本医師会ポスター

※日本医師会メンバーズルームからダウンロードできます。

VI 診療情報の提供（カルテ開示）

診療情報の提供については 平成 15 年の厚生労働省医政局長通知により「診療記録の開示も含めた診療情報の提供については、患者と医療従事者とのより良い信頼関係の構築、情報の共有化による医療の質の向上、医療の透明性の確保、患者の自己決定権、患者の知る権利の観点などから積極的に推進することが求められてきたところである。また、生活習慣病等を予防し、患者が積極的に自らの健康管理を行っていく上でも、患者と医療従事者が診療情報を共有していくことが重要となってきた。」とされ、さらに「患者の自己決定権を重視するインフォームド・コンセントの理念に基づく医療を推進するため、患者に診療情報を積極的に提供するとともに、患者の求めに応じて原則として診療記録を開示すべきである」と診療情報は原則開示である旨が表明されています。

日本医師会も「診療情報の提供に関する指針」を制定しています。その中で「診療記録等の開示による情報提供」として「医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする。」と、やはり原則開示としています。その他・診療記録等の開示を求めうる者・診療記録等の開示を求める手続き・費用の請求・診療記録等の開示などを拒みうる場合・遺族に対する診療情報の提供などについて述べられています。日本医師会の指針を参考にして自院の診療情報の提供に関する指針を策定しておくとい良いでしょう。

＊診療情報の提供に関する指針 日本医師会

https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/000318.html

「診療情報 日本医師会」で検索

VII 就業規則

常時 10 人以上の従業員を使用する使用者は、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 89 条の規定により、就業規則を作成し、所轄の労働基準監督 署長に届け出なければならないとされています。就業規則を変更する場合も同様に、所轄の労働基準監督署長に届け出なければなりません。

なお、従業員 10 人未満の医療機関でも就業規則を作成しておくことで従業員とのトラブル対応がスムーズになると思います。なお、労働施策総合推進法において今まで大企業のみが義務化されていたパワーハラスメント対策が 2022 年 4 月 1 日から中小企業に対しても義務化されます。厚労省の「モデル就業規則」にはパワーハラスメントについても記載されていますので参考にしてください。

就業規則

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/model/index.html

「モデル就業規則 厚労省」で検索

「職場のパワーハラスメント」とは、

同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為です。



これがパワハラ6類型！

※6類型は、パワハラに当たらないすべてを網羅したものではなく、これら以外は関係ないということではありません。



精神的な攻撃

同僚の目の前で叱責される。他の職員も宛先を含めメールで罵倒される。
必要以上に長時間、繰返し執拗に叱る。



身体的な攻撃

叩く、蹴るなどの暴行を受ける。
丸めたポスターで頭を叩く。



過大な要求

新人で仕事のやり方もわからないのに他の人の仕事までおしつけられ、同僚は、皆先に帰ってしまった。



過小な要求

運転手なのに営業所の草むしりだけを命じられた。
事務職なのに倉庫業務だけを命じられた。



人間関係からの切り離し

1人だけ別室に席をうつされる。
性的指向・性自認などを理由に、職場で無視するなどコミュニケーションをとらない。送別会に出席させない。



個の侵害

交際相手について執拗に問われる。
妻に対する悪口を言われる。

Ⅷ 「病院の言葉」を分かりやすく

国立国語研究所の「病院の言葉」委員会が『「病院の言葉」を分かりやすくする提案を発表しています。そこでは「医療の分野では、患者中心の医療の考え方が広まり、医療者は十分に説明をし、患者は説明を理解し納得した上で自らの医療を選ぶことが求められています。ところが、医療者の説明に出てくる言葉が分かりにくいことが、患者の理解と判断の障害になっています。」と述べ、病院の言葉を分かりやすく伝えるための工夫を医療者に対して提案しています。

「エビデンス」については、「エビデンス」の認知率は23.6%、理解率は8.5%であり一般にはほとんど理解されない言葉であるので、患者に対しては使わないで説明する方がよい。「エビデンスがある薬」と言いたい場合は「よく効くことが研究によって確かめられている薬」、「エビデンスに基づく治療」は「研究の結果、これがよいと証明されている治療」など、文脈に応じて日常的な表現で言い換えるのがよい。と提案しています。

「ADL」については、『ADL』というアルファベット略語は、患者にとってなじみがない（認知率29.7%）。また、意味を理解している人は極めて少ない（理解率9.3%）。非常に分かりにくい語なので、使わないようにしたい言葉である。高齢者はアルファベット略語を分かりにくく感じる人が多いので、特に配慮したい。」としています。さらに『「日常生活動作』』と言い換えることが一般的だが、この言い換え語は場合によって誤解を生むおそれがある。例えば『ADLが自立している』などという文脈で、単に『日常生活動作』と言い換えると、日常生活動作が自立しているので、通常の日常生活が送れると誤解される場合がある。通常の日常生活ではなく、日常生活を送るための最低限の動作を指すということが、きちんと伝わる言い換えや説明を心掛けたい。」と提案しています。

その他「日常語で言い換える」「明確に説明する」「重要で新しい概念の普及をはかる」の分類で56項目が紹介されています。

出典：国立国語研究所『「病院の言葉」を分かりやすくする提案』

国立国語研究所「病院の言葉」委員会

<https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/>

「病院の言葉」で検索

Ⅸ 後発医薬品の使用について

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認された医薬品です。

厚生労働省では後発医薬品の使用推進として、平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取り組みを進めております。さらに、平成27年6月の閣議決定において、2017年（平成29年）後発医薬品の使用割合を70%以上とするとともに、2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に80%以上とするという新たな目標が定められました。

この80%目標の具体的な達成時期については、その後、2021年（令和3年）6月の閣議決定において、「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023年度末

までに全ての都道府県で 80% 以上」とする新たな目標が定められました。

東京都も「東京都後発医薬品安心使用促進協議会」を設置し、毎年「後発医薬品安心使用促進に係る取組」を定め、後発医薬品の使用推進を進めています。東京都内における後発医薬品使用割合は 78.3% で、全国で 47 位となっています。（全国平均 81.7%）【R3.8 月現在】

また、診療報酬でも後発医薬品の推進を図る取扱いが設けられています。

1 一般名処方加算〔処方箋加算〕《外来（院外処方）》

処方された医薬品のうち、後発医薬品のあるすべての医薬品（2 品目以上）が一般名処方されている場合には一般名処方加算 1（7 点）を、1 品目でも一般名処方されている場合には一般名処方加算（5 点）を、処方せんの交付 1 回につきそれぞれ処方せん料に加算できます。

一般名処方加算を算定する場合、診療録に一般名か一般名が把握可能な製品名のいずれかを記載しなければなりません。

表1

診療報酬区分	主な内容	点数
一般名処方加算 1	交付した処方箋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が一般名処方である場合（後発医薬品のある医薬品が 2 品目以上に限る）	7 点
一般名処方加算 2	交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある医薬品が 1 品目でも一般処方である場合	5 点

2 外来後発医薬品使用体制加算〔処方料加算〕《診療所：外来（院内処方）》

外来後発医薬品使用体制加算については、後発品置換率の区分により加算の区分及び点数が定められています。令和 4 年度診療報酬改定において、置換率の基準が見直され、全ての区分について率の引き上げが行われました。

表2

診療報酬区分	令和 4 年 3 月まで	令和 4 年月以降	
	後発品置換率	後発品置換率	点数
外来後発医薬品使用体制加算 1	85%以上	90%以上	5 点
外来後発医薬品使用体制加算 2	75%以上	85%以上	4 点
外来後発医薬品使用体制加算 3	70%以上	75%以上	2 点

本加算を算定するためには施設基準の届出が必要となります。

＜施設基準＞（抜粋等により説明）

(1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ採用を決定する体制が整備されていることとされています。

薬剤師がいない診療所であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できます。

薬剤部門となる委員会等を設置しなければなりません。また、届出にあたり、「名称」「目的」「構成員の職種・氏名等」「検討する内容」「開催回数等」を記載した概要を添付しなければなりません。

- (2) 調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、使用薬剤の規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、区分の割合を満たしていることとされています。
- (3) 調剤した薬剤（一部、除外医薬品あり。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50% 以上であることとされています。（カットオフ値）

3 後発医薬品使用割合等の算定方法

(1) 算定の基礎

- ① 規格単位数量は、患者に処方したすべての薬剤（内用薬、外用薬 - 歯科では抗生剤（錠、カプセル）、消炎鎮痛剤（錠）、含嗽剤（g、ml）等）の合計数です。
- ② 患者に処方したすべての後発品のある先発医薬品および後発医薬品の規格単位数量を計算します。後発医薬品のない先発医薬品は含まれません。
- ③ 患者に処方したすべての医薬品を対象に、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」に記載のある「算定対象となる後発医薬品」の規格単位数量を計算します。

注：本通知には「算定対象となる後発医薬品」「算定対象とならない後発医薬品」「算定対象となる後発医薬品のある先発医薬品」「算定対象とならない後発医薬品のある先発医薬品」が記載されていますが、記載されていない薬剤はカウントの対象外となります。

(2) カットオフ値の割合

カットオフ値の割合は、上記の算定の基礎における②を①で除した%となります。
(② / ①) %

(3) 後発医薬品の割合

後発医薬品の割合は、上記の算定の基礎における③を②で除した%となります。
(③ / ②) %

《算定例》

患者 a A 後発医薬品 63 錠（後発品有）、B 先発医薬品 28 錠（後発品無）

患者 b C 先発医薬品 56 錠（後発品有）、A 後発医薬品 42 錠（後発品有）
D 先発医薬品 20ml（後発品無）

患者 c E 後発医薬品 40g（後発品有）

患者 d B 先発医薬品 21 錠（後発品無）、C 先発医薬品 42 錠（後発品有）

① 63 錠 + 28 錠 + 56 錠 + 42 錠 + 20ml + 40g + 21 錠 + 42 錠 = 312

② 63 錠 + 56 錠 + 42 錠 + 40g + 42 錠 = 243

③ 63 錠 + 42 錠 + 40g + 42 錠 = 187

◎カットオフ値 (② / ①) % $243/312 = \underline{78\%}$

◎後発医薬品の割合 (③ / ②) % $187/243 = \underline{77\%}$

2-2 ペインクリニック

I ペインクリニックとは

多くの方々は腰痛や頭痛など何らかの慢性の痛みを抱えて生活しています。元来痛みは、身体に生じた異常事態を知らせる警告反応として大切な役割を持っています。実際、医療機関を受診する一番の理由は「痛み」です。多くの痛みは原因となる病態の改善とともに軽減消失します。警告の役割を終えた痛みがいろいろな理由で長く存在すると、より強い痛みや新しい種類の痛みが加わり、病気の部位の器質的異常や機能低下だけの問題だけでなく身体的・精神的・社会的要因が複雑に関与し始め、私たちの生活の質（Quality of life: QOL）を低下させることとなります。この慢性痛は、頭痛、肩関節周囲炎、筋・筋膜性疼痛、変形性腰椎症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、帯状疱疹後神経痛、軽微な外傷をきっかけとしても起こる複合性局所疼痛症候群（complex regional pain syndrome: CRPS）と呼ばれ、術後の長く続く痛みなど数多くあり、その原因と病態は様々です。

ペインクリニックでは、急性痛と同様に慢性痛に対する的確な診断を行い、薬物療法、神経ブロック、リハビリテーション、認知行動療法など多職種と協同したチーム医療で治療に当たり痛みを軽減・消失させ QOL を向上させます。また、がんの痛みでは、身体症状としての痛みを軽減・消失させることはもちろんですが、精神的な「つらさ」にも焦点を当てて治療を進めます。

ペインクリニックでは、高度な技術が必要な神経ブロック等の手技や、複数の注射薬・内服薬を使用することがあるため、副作用が発生した際に適切な対処ができる等、熟練した医師が行うことも重要な点です。

II 痛みのメカニズム

痛みには大きく分けて 3 つの種類があります。外傷などによる痛みである、「侵害受容性疼痛」、椎間板ヘルニアやウイルス感染症などが原因となり、神経自体が損傷を受けることにより痛みが起こる「神経障害性疼痛」、そして社会的要因等で脳そのものに痛みを感じさせてしまう「心因性疼痛」です。

外傷などによって皮膚や内臓などの神経終末である侵害受容器というものが刺激されて侵害受容性疼痛が起きます。ここではさらに損傷が起きた組織から作られる様々な発痛物質によって痛みが増強されます。

神経そのものが損傷して痛みが出る神経障害性疼痛は、神経の変性が関与していることがあるため、根治させることは大変困難になります。

心因性疼痛は、脳の機能的な変調により発生している可能性もあり、中枢神経障害性疼痛と呼ばれるようになっています。

また痛みは交感神経を緊張させ、血管を収縮させることにより局所の血流低下を引き起こします。血流の低下が持続すると徐々に組織が酸素欠乏となり、また新陳代謝が悪化し組織が障害されます。組織が障害されるとブラジキニン・ヒスタミン・アセチルコリン・プロスタグランジン E などの発痛物質が産生され、これらが痛みを誘発するようになります。血流低下によりこれらの流失がなくなれば更に痛みが増すという悪循環が生じるようになります。この悪循環を断ち切ることも痛みを軽減させる重要なポイントになります。

Ⅲ ペインクリニックが扱う主な疾患

1 帯状疱疹後神経痛

帯状疱疹発症後、皮疹が消失したあとも痛みや皮膚の感覚過敏や異常感覚が残る神経痛の一種です。神経がウイルスによって損傷されたあとの神経痛で難治性です。この痛みに対しては神経ブロックを行っても完全には痛みをとることは困難です。様々な薬物療法や点滴治療を用いて痛みの軽減を目指します。

2 頸部・肩部・上肢の痛み

- (1) 変形性頸椎症
 - (2) 頸椎椎間板ヘルニア
 - (3) 頸椎椎間関節症
 - (4) 外傷性頸部症候群
 - (5) 肩関節周囲炎
 - (6) 頸椎脊柱管狭窄症
 - (7) 複合性局所疼痛症候群（CRPS）
- ＜上記疼痛に対する神経ブロック治療＞

- ① 星状神経節ブロック
- ② トリガーポイント注射
- ③ 硬膜外ブロック
- ④ 椎間関節ブロック
- ⑤ 神経根ブロック
- ⑥ 椎間板ブロック
- ⑦ 腕神経叢ブロック
- ⑧ 脊髄電気刺激療法

3 腰部・下肢の痛み

- (1) 腰部椎間板ヘルニア
 - (2) 腰部脊柱管狭窄症
 - (3) 腰部椎間関節症
 - (4) 変形性脊椎症
 - (5) 脊椎分離症・すべり症
 - (6) 筋筋膜性腰痛症
 - (7) 骨粗しょう症
- ＜上記疼痛に対する神経ブロック治療＞
- ① トリガーポイント注射
 - ② 硬膜外ブロック
 - ③ 神経根ブロック、神経根パルス高周波術
 - ④ 椎間関節ブロック
 - ⑤ 脊髄神経後枝内側枝熱凝固術
 - ⑥ 椎間板ブロック

⑦ 脊髄電気刺激療法

4 頭 痛

- (1) 片頭痛
- (2) 群発頭痛
- (3) 筋緊張型頭痛

＜頭痛の治療＞

片頭痛や群発頭痛には、トリプタン系内服薬・点鼻薬・注射薬を使用します。筋緊張型頭痛の治療は内服薬の他トリガーポイントブロックやその他のブロックを組み合わせで行うこともあります。

5 顔面の痛み・けいれん

- (1) 特発性三叉神経痛

＜特発性三叉神経痛の治療＞

① 薬物療法

抗痙攣薬であるテグレトールが特効薬です。眠気・ふらつき・目まい・吐き気・便秘・皮疹などの副作用が起こることがあります。

② 神経ブロック療法

神経あるいは神経節に直接ブロック針をあて神経破壊薬を注入するか、あるいは高周波熱凝固法を用いて神経を遮断する方法です。痛みの部位によってブロックする神経を決めます。眼窩上神経・眼窩下神経・上顎神経・おとがい神経・下顎神経ブロックおよびガッセル神経節ブロックなどがあります。有効期間はブロック部位や方法により異なりますが、1回のブロックで1年前後の鎮痛が期待できます。ブロック後は一定の部位の感覚が消失します。

③ 手術療法

血管の圧迫を取り除く手術で脳神経外科の医師が行います。

④ ガンマナイフ

脳神経外科や放射線科で行われています。

- (2) 眼瞼あるいは片側顔面けいれん

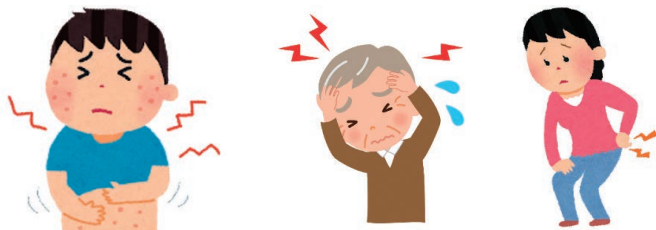
目の回りや顔の筋肉が無意識にけいれんする病気で、ボツリヌストキシンによる治療が選択されます。

6 その他の痛み疾患

- (1) 複合性局所疼痛症候群（Complex Regional Pain Syndrome）

持続的で局在性が不明瞭な難治性の痛みがあり、血管運動障害・発汗障害、皮膚・爪などの退行性変化、筋萎縮、骨粗鬆症などの局所栄養障害をきたす病態の総称です。外傷をはじめとする様々な原因によっておけるとされています。治療法としては、薬による治療や神経ブロック療法が用いられます。痛みを軽減した上でのリハビリテーションが重要とされています。帯状疱疹発症後、皮疹が消失したあとも痛みや皮膚の感覚過敏や異常感覚が残る神経痛の一種です。神経がウイルスによって損傷されたあとの神経痛で難治性です。この痛み

に対しては神経ブロックを行っても完全には痛みをとることは困難です。様々な薬物療法や点滴治療を用いて痛みの軽減を目指します。



Ⅳ ペインクリニック診療を行うために必要な設備

手技としては交感神経緊張を遮断する方法を用いますので、神経ブロックに必要な針・留置カテーテル・局所麻酔薬を使用します。またレーザー・低周波を使用した治療、針・灸を使用することもあります。局所麻酔薬による低血圧・痙攣等に対応することが可能な設備・薬剤が必要です。

Ⅴ ペインクリニック保険診療上の留意事項

- 1 神経ブロックとは、「疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（2%以上）等の神経破壊剤の注入又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいいます。
- 2 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤又は高周波凝固法を使用した場合に算定可能です。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できます。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載する必要があります。
- 3 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月1回に限り算定できます。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤又は高周波凝固法によるものを同一月に算定できます。
- 4 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定できます。また、2種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定します。
- 5 椎間孔を通して脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「1」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「1」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できません。
- 6 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できません。

- 7 同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できません。



メモ

2-3 緩和ケア

I 緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切な評価と治療によって、苦痛の予防と緩和を行うことで、QOL（Quality of Life：生活の質）を改善するアプローチです。

II 緩和ケアとは

- ・痛みやその他の苦痛な症状を和らげる
- ・生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ・死を早めたり、引き延ばすことを意図しない
- ・患者ケアにおける心理的側面とスピリチュアルな側面を統合する
- ・患者が最期まで人生をいきいきと、できるだけ活動的に生きることを支える
- ・家族に対し患者の闘病中や死別後の生活に適応できるように支える
- ・チームアプローチを用いて患者と家族のニーズに対処し、必要であれば死別後のカウンセリングを行う
- ・QOL を高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ・化学療法や放射線療法などの他の延命を意図する治療と併存しながら、疾病の初期から適用可能であり、さらに、必要ならそれらの治療に伴う副作用の緩和を行う

早期からの緩和ケア

図1



がんの診断時から緩和ケアを並行して行い、がん治療を支えるとともに、常に苦痛の緩和を目指す。WHO：1990年

過去には、がんの治療による効果が望めなくなった患者が、がん治療から緩和ケアに移行すると考えられていました。図1でがん治療と緩和ケアにはっきりとした縦線が引かれているように、緩和ケアはがん治療が終わった患者さんに行われているケアという認識で

す。しかし、WHO は 1990 年に、がん治療と緩和ケアの関係を図 1 のように示しました。

この図では、緩和ケアは診断時から治療と並行して行われるべきものとされ、がんのすべての経過に関わるものとなっています。診断時から痛みなどの症状がある場合には鎮痛薬などの処方がなされ、病名告知による気持ちの落ち込みには心理的な支援がなされます。治療中には、抗がん薬や放射線治療の副作用の予防や対処が必要となります。これらは全て緩和ケアです。がん治療がうまくいき、再発などがなければそのまま生活することになります。もし再発や転移などがみつかり、抗がん剤治療などで治療が難しくなってくると、がん治療に対して緩和ケアの占める割合が大きくなるという考え方です。

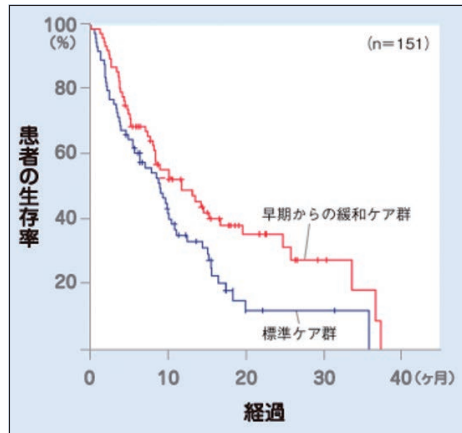
このように緩和ケアという言葉の捉え方が変わってきた背景には、以前はがんと診断されると手術で切除できなければ予後も非常に厳しかったのですが、最近では早期発見や手術、抗がん剤、放射線治療などの進歩により、がんと診断されてからの生存期間が大幅に延長され、がんを抱えながらも治療をしながら長期の生存が可能になってきたことがあります。ただ、長期の生存が可能になったといっても、痛みをはじめとしたからだの症状や気持ちのつらさなどを抱えていては充実した毎日を送ることができませんので、緩和ケアを併用することにより、よりその人らしい毎日を過ごすことが大事だと思われます。

1 早期から緩和ケアを受けると生存期間が長くなる !?

図 2 は 2010 年にアメリカのハーバード大学などのグループが世界的に一流の医学雑誌である New England Journal of Medicine に発表した論文の結果で、早期からの緩和ケアの重要性を改めて示すものです。この研究では転移を伴う肺癌患者 151 人の患者を「標準的ケア + 緩和ケア」と「標準的ケア」の 2 つの群にランダムに振り分け、「標準的ケア + 緩和ケア」の群の対象者は、全員が診断時から定期的に緩和ケアの専門家の診察を受けました。「標準的ケア」の群の対象者は必要に応じて緩和ケアの専門家の診察を受けました。



図2



Temel, JS. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. New England Journal of Medicine. 2010, 363 (8), P.741 より

この研究の当初の目的は QOL（Quality of Life：生活の質）とうつ病などの精神症状の予防でした。実際に「標準的ケア＋緩和ケア」群の患者は生活の質が高く、うつ病などの精神症状が少ないという結果でした。しかも、驚くべきことに、早期から緩和ケアを受けた群の患者は、終末期に抗がん治療などを受けている割合が少なかったにもかかわらず、生存期間の中央値が統計学的に有意に長かったのです（11.6 ヶ月 vs 8.9 ヶ月、 $P=0.02$ ）。

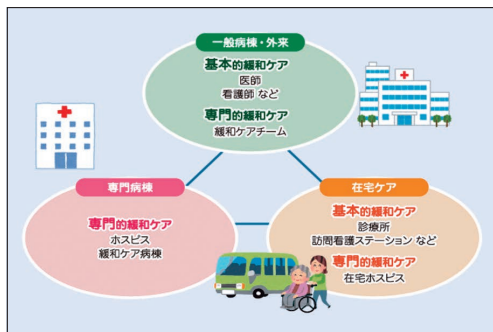
この結果は大変印象的なものでしたが、この研究 1 つだけで緩和ケアの併用が生存期間を延長すると結論づけることは出来ませんし、施設や国によって状況が異なるため、そのまま日本に当てはめることは難しいと思われます。いままでは緩和ケアという否定的なイメージを持つ患者・家族や医療者が多く、緩和ケアの専門家の診察を受けるのは末期になってからだと誤解している方が多いのが現状です。今までの研究の成果から、早期からの緩和ケアによって生存期間を延ばす可能性があり、少なくとも緩和ケアが生存期間を縮める可能性はほとんどないと思われます。

2 基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

緩和ケアは「専門病棟で行われるもの」「専門的な医療者によって行われるもの」と誤解している患者さんやご家族は多いです。もともと、緩和ケアはがんの診断時から、がん患者に関わるすべての医療者によって提供されるべきもので、これを基本的緩和ケアと呼びます。基本的緩和ケアとは手術や抗がん剤、放射線治療などのがん治療を行う医師や看護師などのがん医療に携わるすべての医療者によって提供されるものです。実際、がん医療に関わる全ての医師は 2 日間の「緩和ケア研修会」を受けることが必須になっており、すでに全国で 5 万人の医師がこの研修会を修了しています。それらの医師は医療用麻薬をはじめとした患者さんの症状を緩和するための基本的な薬剤の処方や技術を習得しています。

しかし、担当の医師・看護師らによる通常の診療・ケアで患者の苦痛を緩和することの困難も存在します。そのような場合は、緩和ケアについて特別なトレーニングを受けた専門家が対応し、これを専門的緩和ケアと呼びます。わが国の現状では、療養生活の場によって、専門的緩和ケアの提供形態が若干異なりますが、患者さんは、病状や家庭の介護の状況などにより、病院、自宅、緩和ケア病棟などの療養場所を移動しますので、それぞれの療養場所において適切な専門的緩和ケアが提供されるようになっています。それぞれの療養の場所と基本的緩和ケア・専門的緩和ケアの提供の状況を示したものが図3です。

図3



3 緩和ケアの利用の仕方

一般病棟における専門的緩和ケア（緩和ケアチーム）

一般病棟に入院したがん患者は、受け持ちの医師・看護師などから痛みに対する鎮痛薬の投与や不安に対するケアなど基本的な緩和ケアを受けることになります。

一般病棟のスタッフで対応が困難な苦痛に対しては、専門的緩和ケアとして緩和ケアチームが対応します。緩和ケアチームの活動形態はさまざまですが、患者さんを直接診察しながら、一般病棟の医師や看護師に専門的な見地からアドバイスをすることが多いです。がん診療連携拠点病院には、緩和ケアチームの設置が義務付けられており、2008年10月現在、緩和ケアチームが設置されている病院は612施設で毎年増加の一途をたどっています。

緩和ケアチームについては別途追加で説明します。



4 外来における緩和ケア（緩和ケア外来）

一般病棟と同様に外来で受け持ちの医師や看護師が基本的な緩和ケアを提供します。しかし、最近では一般のスタッフでは対応が困難な苦痛に対して緩和ケアの専門家が対応する「緩和ケア外来」の設置がすすんできています。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアを専門とする外来の設置が必須要件となっ



ており、すべての患者は緩和ケア外来（あるいは緩和ケアチームによる外来診療）を受診できるようになっています。しかし、残念ながら緩和ケア外来の活動の活発さには施設による違いがあり、緩和ケア外来がまだ開設されていない病院や毎日開かれていない病院も多く、外来における専門的な緩和ケアの提供は十分とはいえないかもしれません。

5 専門病棟における緩和ケア（ホスピス・緩和ケア病棟）

緩和ケア病棟（ホスピス）は、緩和ケアを専門的に提供する病棟です。名称としては緩和ケア病棟、ホスピス、緩和ケアセンターなどが用いられています。



緩和ケア病棟は、一般病棟や在宅ケアでは対応困難な心身の苦痛がある患者への対応や、人生の最期の時期を穏やかに迎えることを目的とした入院施設です。緩和ケアの専門的な知識・技術をもった医師が診察にあたり、看護師数も一般病棟より多い傾向にあります。病棟によっては専属の薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、宗教家（チャプレン）、ボランティアなどがおり、院内の栄養士、理学療法士、作業療法士などと共同して多職種によるチームケアがなされています。

抗がん剤治療などを行わない場合が多いため、医師や看護師などが患者のベッドサイドに行く時間も比較的取りやすく、病室は多くが個室であり、病室の中に家族がくつろげるスペースがあるなど、プライバシーに配慮された構造になっています。家族が宿泊できる家族室や家族風呂、家族が調理できるキッチン、談話室などもあります。また、病棟では七夕やクリスマスなど季節ごとの行事や、音楽会などのレクリエーションを行っていることも多いです。

患者さんにとって、緩和ケア病棟に入院するメリットは以下のようなものがあります。

- ・苦痛症状を緩和するための専門的なトレーニングを受けた医師・看護師が主治医・受け持ち看護師となり、24時間ケアを受けられる
- ・ほぼ全室個室であり、プライバシーが守られた環境で家族や友人と穏やかな時間を過ごせる
- ・面会や持ち込み物の制限が少なく、自分の家のようにその人らしい生活を送れることなどである

かつて緩和ケア病棟は、看取りの場としての役割が大きかったのですが、近年では、痛みなどの症状が強い場合に緩和ケア病棟に入院し、症状が緩和されたら自宅に退院することが増えてきました。緩和ケア病棟は、一度入院したら退院できない場ではなく、症状が強い時期に緩和治療を行い、自宅への退院をスムーズに行うなど、地域や在宅の医療機関と連携することが求められています。

6 在宅療養における緩和ケア（在宅緩和ケア）

在宅医療では、診療所や訪問看護ステーションが緩和ケアの担い手になります。診療所は外来、もしくは往診によって基本的・専門的緩和ケアを提供します。現在、夜間の往診や看取りにも対応する在宅療養支援診療所が制度化され、24時間訪問看護

ステーションなどとの連携も含めて、往診に対応できる診療所が増加しています。がん患者の在宅療養においては看護や介護が重要な役割をもつため、訪問看護ステーションや訪問介護事業所、居宅介護支援事業所などと協力し、チームとして緩和ケアを提供することが多いです。一部の診療所では、緩和ケアに関する専門的な知識や技術をもつ医師や看護師が24時間の訪問診療に対応しており、そのような施設によって提供されるケアは、在宅緩和ケア（在宅ホスピス）と呼ばれることがあります。



在宅緩和ケアのメリットとしては、患者さんが住み慣れた場所で生活でき、面会などの制限もないため家族や友人と充実した時間を過ごせるという点です。日本人の多くが出来る限り自宅で療養することを望んでいます。在宅緩和ケアの専門家の診察を受ければ痛みなどの身体症状などがあっても病院に入院しているのと同様に緩和することができます。

在宅緩和ケアのデメリットは家族の介護の負担です。しかし、家族の一時的な病気や旅行、仕事など介護の負担が大きい時には一時的に入院する（レスパイト入院）などの制度も利用できますし、介護保険をはじめとした介護負担を軽減するための公的なサービスの利用もできますので、専門家と相談しながら負担を最小限にすることができます。

7 緩和ケアチームの役割について

一般的に緩和ケアチームは、病院内において特定の病棟を持たず、病棟を横断的に活動する（全ての病棟を回って回診する）受け持ち医師や看護師に対するコンサルテーションを中心にしたチームです。通常は、一般病棟の医師や看護師から依頼を受けて病棟におもむき、医師・看護師からの情報収集の後に患者を直接診察し、一般病棟の医師・看護師に治療やケアのアドバイスをします。一般的な医療用麻薬の使用方法などの軽微な相談では、直接の診療を必要としなくてもあります。緩和ケアチームのメンバーは医師、看護師、薬剤師などが中心ですが、施設の規模や考え方によってメンバー構成や人数は異なります。



患者にとって緩和ケアチームが関わるメリットは、療養場所や主治医を変えずに苦痛な症状を緩和するための専門的なトレーニングを受けた医師・看護師の診療を受けられることです。

また、緩和ケア病棟では抗がん剤治療や放射線治療などの高額な医療費がかかる治療を受けられないことが多く、このような治療を希望しながらも治療の副作用などの緩和ケアのニーズが高い患者にとって、治療と並行して苦痛の緩和を図れることもメリットです。近年は、早期からの緩和ケアの必要性が強調されており、一般病棟に入院して抗がん剤や放射線治療を受けながら、緩和ケアチームによって苦痛の緩和がなされることは、患者にとって利益が大きいことです。

近年、がん治療を担うような急性期病院では在院日数が病院の経営に大きく影響することから、長期の療養を受け入れることが難しいケースがあり、そのような場合に転院や自宅療養を希望する患者・家族のため、緩和ケアチームは療養場所の調整の機

能を果たすこともあります。

Ⅲ ペインクリニックに係ることができる緩和ケア

がん疼痛治療の基本は WHO 方式がん疼痛治療法による薬物療法です。しかし、適応を選べば神経ブロックが疼痛治療法として選択されることにより良好な鎮痛効果が得られる場合があります。神経ブロックが適応となるがん疼痛の病態・背景、適応は下記 1、2 にお示しいたします。

神経ブロックとは、「脳脊髄神経や脳脊髄神経節または交感神経節およびそれらの形成する神経叢に向かってブロック針を刺入し、直接、またはその近傍に局所麻酔薬または神経破壊薬を注入して、神経の伝達機能を一時的または永久的に遮断する方法」と定義されています。現在では、高周波熱凝固による神経破壊も含まれ、さらに硬膜外腔やくも膜下腔へ麻薬や他の鎮痛薬を注入する方法（硬膜外ブロック、持続くも膜下オピオイド注入）も神経ブロックと手技が同じであることから、神経ブロックに含めています。

神経ブロックの適応を判断でき、技術的に施行可能な人材があれば、適切な時期に神経ブロックを行うことは極めて有効な鎮痛法で、早期から施行すべきであり、決して最後の手段ではありません。ただし出血傾向や全身の感染症がある場合には施行できないことがあります。

1 神経ブロックの適応となる病態・背景

- (1) 大量のオピオイドの全身投与では鎮痛効果が得られない時
- (2) オピオイドなどの鎮痛薬や鎮痛補助薬が副作用のために使用できない場合
- (3) 分節遮断（segmental block）や末梢神経ブロック、神経根ブロックが可能な限局した痛みで、神経ブロックにより鎮痛効果が得られると考えられる場合
- (4) ときにオピオイド使用量があまりに多く、経済的效果を考慮せざるを得ない場合

2 神経ブロックの適応となる痛み

- (1) 膵臓がんなど上腹部腹腔内臓器による腹痛、背部痛などの内臓痛
- (2) 直腸、前立腺、子宮頸部などの骨盤内臓器による内臓痛
- (3) 骨転移に伴う体動時痛
- (4) 筋攣縮（こむら返りなどの筋けいれん）の痛み
- (5) 神経障害性疼痛
- (6) 消化管蠕動に伴う痛み
- (7) 入浴により緩和する痛み（交感神経ブロックが適応）

メモ

2-4 在宅医療

I 「かかりつけ医」機能と在宅医療

1 「かかりつけ医」機能の充実と在宅医療の必要性

「かかりつけ医」とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されています。さらにかかりつけ医機能は医療的機能と社会的機能に分けられます。

(1) 医療的機能は以下のとおりとなります。

- ① 日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己範疇を超えるケースに対しては、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する
- ② 自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する

(2) 社会的機能は以下のとおりとなります。

- ① 日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。

2 「かかりつけ医」と地域包括ケアシステム

今後、わが国において必要な医療は2つあります。1つは高度急性期医療であり、もう1つは地域に密着した医療です。このうち、前者のニーズは人口や若年層の減少により低下していきませんが、後者のニーズは超高齢社会の進行に伴ってますます増加していきます。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所と専門医が開業するため質が高く、設備も整っており、検査、診断、治療からときに投薬、健診まで高齢者に便利なワンストップサービスが可能な、日本型診療所です。それらが互いに協力して在宅医療を支えるとともに、在宅における訪問看護、訪問リハビリや訪問介護などの多職種連携を通じて医療と介護をつなぐ必要がありますが、そのリーダーとなるのは「かかりつけ医」です。わが国の「かかりつけ医」は総合力を持った専門医であるので、わが国の在宅医療においては内科系や外科系の「かかりつけ医」が眼科や耳鼻咽喉科などの「かかりつけ医」とチームを組むことにより、在宅においてもより専門的な医療を提供することが可能となります。世界に類をみない超高齢社会となるわが国においては、すべての方々が在宅で診ることは不可能です。幸いわが国には身近に入院もできる中小病院や有床診療所、高齢者に便利なワンストップサービスが可能な日本型診療所が存在します。それらの貴重な既存資源を活用するとともに、重度者は特養や老健などの施設入所も利用する日本型高齢者ケアシステムが必要であり、それが全国の市町村ごとや人口10～20万人ごとに整

備されれば、わが国の『地域包括ケアシステム』が完成することになります。超高齢社会においては、がん・脳卒中・心臓病を克服した方でも、生きがいや役割を喪失すれば、廃用症候群や認知症が進行します。わが国は健康寿命でも世界一ですが、今後は生きがい就労を含む高齢者の就労や社会参加が必要となります。高齢者にとって住みやすいまちづくりは障害者を含むすべての世代の人々にとっても住みやすいまちづくりです。廃用症候群や認知症の進行をできるだけ遅らせるには、リハビリや認知症ケアの役割が大きくなります。特にできるだけ長く住み慣れた所で暮らすためには栄養管理が重要です。徐々にフレイル・サルコペニアになると病気になりやすく、かつ治りにくくなるが、具合が悪くなったら在宅医療を受けたり、ときに中小病院や有床診療所へ入院することになります。やがて寝たきりに近い状態になって在宅が困難となれば、施設へ入所する方も出てきます。2人に1人ががんに罹り、3人に1人ががんで亡くなる時代となりますが、がんと診断された時点から緩和ケアを導入することができます。世界でもっともすぐれた医療・介護制度を持ち、世界でもっとも長寿のわが国における、人生の最期にふさわしい看取りが求められています。全国において市区町村ごとや人口10～20万人ごとに地域性に応じたサイズで、『郡市区医師会』が中心になって、行政と連携して中小病院や有床診療所の入院や、老健や特養への入所も、自宅やサ高住などでの在宅も活用した日本型高齢者ケアシステム＝『地域包括ケアシステム』が確立し、“顔の見える関係”の中で看取りまで行えるようになれば、救急車で施設からいきなり救命救急センターに搬送されるようなこともなくなり、高度急性期医療と地域に密着した医療それぞれの本来の役割が効率的に果たせるようになると思われます。

3 かかりつけ医の義務と求められていること

「かかりつけ医」には、高齢社会への対応が求められています。前期高齢者に対しては、臓器疾患に伴う高血圧、糖尿病、高脂血症、がん対策などのヘルスケアなどは深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野でみる必要があります。特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患の情報を共有し、統合しなければなりません。体の一部だけを診察することではなく、全体的多疾患に対応することが求められています。このような総合的な診療能力を有することは、「かかりつけ医」の要件である必要性が生じてくるのです。65歳以上になると、平均して4個以上の疾患を持っています。したがって、自分の能力を超えるような問題については、専門医への紹介・相談が必要になりますが、それでも幅広い疾患に対応する必要があります。疾患のうち75%は、かかりつけ医による対応が可能といわれております。さらには、地域住民が生まれてから死に至る間に抱える医療を、患者や、患者の家族の人生とも向き合いながらカバーする必要性も考えられます。それは患者の身体、臓器のみをみるのではなく、精神的、心理的問題、社会的問題にも対応できるということです。それは具体的には生活機能の維持・向上をマネジメントし、暮らしの場でQOLの向上を支援することです。今ある病気のみではなく、将来予想される病気に対しても予想しながらアプローチすることが求められ、頻度が高い慢性疾患は、継続して試みるのが重要です。

4 かかりつけ医の重要な役割は以下のとおり

- ① 「かかりつけ医」は高齢社会における健康寿命の確保に重要な役割を果たす
- ② 総合的な診療能力を有することはかかりつけ医の持つべき要件であり、地域医療の大半を支える
- ③ 深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る医師
- ④ 地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する
- ⑤ 地域住民の生まれてから、死に至る間に様々な患者が抱える医療をカバーする
- ⑥ 患者や家族の人生にもかかわる
- ⑦ 生活機能の維持、向上をマネジメントする
- ⑧ 暮らしの場で QOL の向上を支援する
- ⑨ 認知症、リハビリテーション、がん緩和ケアにかかわる
- ⑩ 在宅医療は外来医療のその先の医療

5 治療のためだけでなく生活を支えるために

そのために、かかりつけ医は何をするべきかですが、予防も含めたすべての医療的問題に「かかりつけ医」として関与し、患者・家族とともに医療的問題の解決を考えてみます。今後、後期高齢者の増加が要介護者の増加をもたらします。患者が要介護になったとき、その多くは、高齢に伴って生じる疾患であり、通院が不可能となります。その予防的対応とともに、「かかりつけ医」には在宅で療養する高齢者への訪問診療が求められます。今後の超高齢時代では、国民医療費の 50%以上がこのような後期高齢者に使われます。複数の慢性疾患を持った高齢者対策として、単に外来診療のみではなく、訪問診療が必要となります。医師による訪問診療は、在宅医療の出発点であり基本です。しかし、訪問診療のみでは高齢者を支えることはできません。訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーションの統合的利用により、十分な機能を発揮させることが求められます。在宅医療は外来医療のその先の医療です。外来患者の継続的医療が在宅医療であり、それが終末期まで続く、すなわち在宅医療とは、患者の生活そのままを支える医療です。そして、その目的は疾病の治療、延命から ADL・QOL の向上へ、対象は疾患から障害へと変化します。訪問することによる、認知症、脳卒中後遺症、虚弱、関節疾患、骨折後遺症、糖尿病、心血管疾患、COPD などに対する日常生活支援が必要になります。また、その場合には、介護が必要になります。医療、介護の連携といわれますが、単なる連携では利用者にとって最適なものになりにくい状態がみられます。むしろ「かかりつけ医」には、統合的な機能の中心としての役割を果たすべきときが来ているといえます。さらに、ここに終末期医療が加わります。がんの終末期医療としては緩和ケアに対して習熟が求められます。がん以外の高齢者では摂食嚥下ができなくなり、終末期の最善の医療への視点と、その対応が求められます。脳卒中の後遺症に伴う機能低下に対してのリハビリの知識も必要となります。「かかりつけ医」が持つリハビリ知識により、廃用症候群を防止可能にするのです。またこの知識は、高齢者の肺炎などの治療後に伴う ADL にも応用が可能です。認知症への対応はその生活障害と、家族を支援することが重要です。BPSD

への早期の気づきにより、重度化の防止が可能になります。単に外来医療では気づくことが不明な環境因子も、訪問することにより見つけることができるのです。

6 治療のためだけでなく生活を支えるために

在宅医療はその家族を知ることとも重要な視点です。我が国の家族形態としては高齢者世帯、高齢者単独世帯が増加していますが、要介護者からみた主な介護者は配偶者が25%、子供が17.9%、子供の配偶者が14.3%です。また性別にみると男性が28%、女性が約72%となっています。さらには要介護者と同居している主介護者の年齢についてみると、男性では65.8%、女性では55.8%が60歳以上であり、いわゆる老老介護が相当数存在しています。介護保険を利用しているとはいえ、家族の精神的、身体的負担は大きいものがあります。「かかりつけ医」にはその負担を超えるものを探すこと、家族に寄り添うことから始めることが求められます。地域で暮らすことを可能にするために、『地域包括ケア』における在宅医療が求められています。在宅医療は『地域包括ケアシステム』の主要な柱です。地域において医療と介護が統合しなければ、このシステムは機能しません。その中心的役割がかかりつけ医の在宅医療なのです。かかりつけ医が行う在宅医療は一人で行えるものではありません。地域で支えるあらゆる職種、家族との共同作業です。しかし、その主軸は「かかりつけ医」と患者です。患者、そしてその家族もまた、「かかりつけ医」にさまざまなことを“託す”関係性が求められています。また、病院から退院する患者に対しては、病院スタッフとの相互理解が求められます。急性期病院からの退院時には、病気を持った生活者の視点への転換を考えることにより、地域住民の病院から地域への流れも可能になります。たとえば、病気を持ったとしても生活の継続性を保障することが、これからの超高齢時代にふさわしい目的であり、そのためには、円滑な地域との統合が必要となるでしょう。今後の医療は『連携』から『統合医療』としての考えが必要です。病院医療においても求められるのは単に臓器疾患の医療のみではなく、退院後の生活を見据えた医療であり、在宅では統合ケアとしての横のつながりが必要とされます。生活の向上のために、“治す医療”から“支える医療”があり、そのための地域包括ケアの統合された関係性があってこそ、一人一人の高齢者を救うことが可能となります。

7 地域包括ケアにおける「かかりつけ医」の在宅医療

- (1) 在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携
- (2) 病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携
- (3) 医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割
- (4) 超高齢者に応じた医療対応
- (5) 高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える
- (6) 生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす
- (7) 治す医療から支える医療へ
- (8) 連携から統合へ

在宅医療は、病院医療の延長線上にあって、医療の質を評価してきた従来の医療とは違います。患者の立場からすれば、医療において最も求められるのは自分の病気が

的確な治療により治ることです。したがって質の高い医療は、患者がよく治る医療としています。しかしながら在宅医療は、先端医療では対応不可能な病気を持った患者に対応しており、従来の医療の質の評価の延長線上の範囲で語るのはむずかしいものです。このことは医療のパラダイム変化として語られ、キュアからケアと言われています。その主軸は、治癒不可能な病態を持った患者を、いかに終末期まで生活の質を確保しながら医療対応するかにあります。的確な治療により治ることではなく、的確な対応の中に、満足度を高めることです。往診は病院・診療所を問わず第一線の医療機関にとって、欠くことのできない医療形態であり、入院、外来医療と比べ医療の本質においてなんら変わるわけではありませんが、外来診療の延長では済まされない“あるもの”を持っています。往診は医療形態としては救急医療と外来診療の中間に位置するものだと思いますが、こういった特徴も往診の“あるもの”を指しています。この『往診』という言葉を『訪問診療』に変えてみます。“あるもの”とは何か？臨床医は経験的に習熟した勘や人生観で外来診療を補い、一方病院では専門医療にとどまっていますが、今後は超高齢時代にふさわしい医療の展開が必要となります。すなわちそれは“新しい価値観を持ち、終末期医療にも対応可能な医療”です。それが在宅医療なのです。在宅医療は今までの医療対応のみではなく、社会性、環境、家族にも対応した医療であると思います。私たちはこれまで患者個々の死生観や価値観、思想、信条、信仰を踏まえて考えることを、習熟した医師の能力の中で行ってきました。終末期の医療やケアに伴って起こりうる病状経過については、個人の人生観で対応してきたのです。今、終末期医療に対して、現在の社会倫理の中で最善の医療が求められています。在宅医療は“あるもの”に向かう第3の医療なのです。

8 「かかりつけ医」と多職種協働

地域住民が住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスを受けつつ安心して暮らせる生活を実現できる社会を目指すためには、地域医療を担う地域医師会やかかりつけ医が地域の基幹病院との機能分担や医療連携をこれまで以上に図ることが必要となってきます。また、医療・介護連携のキーパーソンである「かかりつけ医」を中心とした在宅医療への取り組み強化は、今後の超高齢社会における地域医師会活動としての重要な課題であることに疑いはありません。その実現のためには、医師一人ひとりの意識改革と共通認識の醸成がまずは不可欠です。さらに、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、退院支援看護師や医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員や介護サービス事業者など多くの関係者との連携と協働については、地域医療を担うすべての医師の責務として、一層の取り組みを行っていかねばなりません。

9 地域包括ケアシステムと地域ケア会議

高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、保険者である市区町村や都道府県が地域特性を考慮しながら、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを作り上げることが求められています。地域包括ケアシステムの実態はシステムではなくネットワークです。その中心となるのは市区町村や地域包括支援センターであったり、地域医師会や老人保健施設などであったりと、地域の実情において

さまざまであることが考えられますが、少なくとも、市区町村が大きなかかわりを持つことは当然のことです。地域包括ケアを推進するためには、地域包括支援センターが『地域ケア会議』を開催することにより多職種協働を推進していくことも大変重要なファクターです。地域ケア会議とは、① 地域にある高齢者支援にかかわる団体や機関の代表者による会議、② 多職種の専門職が参加する困難事例の検討会議、と定義付けられ、地域の団体・機関のネットワーク作りを進めるとともに、ケアマネジャーへの教育的支援を目的としています。また、地域ケア会議を普及、定着させるべく、例えば在宅医療連携拠点事業に参加している市町村や医療機関などが、近隣の市町村の開催する地域ケア会議に専門職などを派遣することなども地域の実情に勘案し検討されています。

10 地域ケア会議とかかりつけ医

- (1) 地域包括ケアはシステムというよりネットワークであり、多職種の顔の見える関係作りが大切です。
- (2) 医師会役員などが「かかりつけ医」の代表として全体会議に参加します。
- (3) 処遇困難事例などに対し、医療職として地域ケア会議に参加します。
- (4) 地域包括ケアセンターや居宅介護支援事業所などとの連携の必要性は理解されていますが、その地域格差は大きいです。
- (5) 地域ケア会議への積極的なかわりが、多職種協働推進の引き金となることが期待されています。

11 他の職種が「かかりつけ医」に求めること

- (1) 他の職種が「かかりつけ医」に求めること（各職種に共通する要望）
 - ① 各職種が在宅の現場で果たす役割について正しく理解し、積極的に活用してほしい。
 - ② 「かかりつけ医」がリーダーとなって、多職種連携に積極的に取り組んでほしい
 - ③ 関係職種をよきパートナーと認識して、患者情報の共有をはじめ、信頼して活用してほしい
 - ④ サービス担当者会議など、関係職種との意見交換の場に定期的に参加し、治療方針・見解などを示してほしい
 - ⑤ 看取りに対する理解を深め、在宅看取り体制の整備に取り組んでほしい
- (2) 「かかりつけ医」に求めること（訪問看護師）
 - ① 訪問看護と介護の違いを理解し、地域の訪問看護ステーションを活用してほしい
 - ② 共同診療を行っている連携医師と訪問看護師との連携について、かかりつけ医と同様に情報共有できるようにしてほしい
 - ③ 終末期には、利用者の状態に合わせた医療を行い、家族の同意の下で自然な看取りができるかかりつけ医であってほしい
 - ④ ターミナル期は、医師と訪問看護師とのよりよい連携により、死の兆候の確認を訪問看護師に委ねることで、夜間往診の負担が軽減されるとともに、多

くの方の在宅看取りが可能となります

(3)「かかりつけ医」に求めること（退院支援看護師・MSW）

・退院支援看護師から

- ① 退院前カンファレンスを見据えて関係職種との定期的な話し合いの場の設定の必要性
- ② リビングウィルが不明瞭なまま救急搬送される患者に望まれない医療が提供されることについては、在宅療養時から「かかりつけ医」と患者・家族とのコンセンサスがほしい

・地域医療連携室に勤務する医療ソーシャルワーカーから

- ① 地域医師会などに総合病院の外来コーディネーターのような医療ソーシャルワーカーを置くことで、医療・福祉・介護の隙間を埋める仕事ができる

(4)「かかりつけ医」に求めること（介護支援専門員）

- ① 介護保険のルールや介護サービスの内容をしっかりと理解してほしい
- ② 専門的な医学用語等について解りやすく話してほしい
- ③ 多忙なかかりつけ医に対する遠慮があるため依頼や連絡がしづらいので、連絡方法のルール化など、連絡しやすい体制を作してほしい
- ④ 地域医師会単位で「かかりつけ医」と介護支援専門員との意見交換の場を持ってほしい
- ⑤ 患者情報の共有化がチームとして必要であることを理解してほしい

(5)「かかりつけ医」に求めること（歯科医師・薬剤師）

・歯科医師の立場から

- ① 「かかりつけ医」には訪問時に口腔内も診てほしい
- ② 歯科疾患と全身疾患との関係を理解・周知してほしい

・薬剤師の立場から

- ① 重複・併用禁忌・飲み忘れなど、適切な薬剤管理のため、薬剤師をもっと活用してほしい
- ② 既往歴、疾患名、検査データなど患者情報を知ること、患者に則した服薬指導やハイリスク医薬品の管理が可能となる
- ③ 退院時カンファレンスや訪問指導の際に薬剤師の参加を考慮してほしい

12 「かかりつけ医」に対する後方支援

(1) 訪問・外来機能

- ① 自分の専門外の疾患に対応してもらう各科の専門医の支援
- ② 虐待や独居、孤立または生活支援に対応する地域包括支援センターや民生委員の支援
- ③ 精神疾患や感染症の問題における保健所の支援
- ④ 認知症の人の成年後見制度など、弁護士やボランティアの支援

(2) 入院機能の確保

- ① 病院においては在宅患者の急性病変時の入院対応があげられます。急性期対応病院、在宅療養支援病院はその任に積極的にかわらなくてはなりません

ん。また、地域医療支援病院も同様です。

- ② がんの緩和ケアについては、地域がん拠点病院に緩和ケア病棟があり、疼痛コントロールを含めたトータルペインの緩和について支援してもらうことができます。疼痛コントロール不良の際、入院してもらい、再度在宅で療養することも可能です。
- ③ また、終末期ケアでは、在宅療養を経てホスピスを利用する方もいます。
- ④ そのほか、病状や介護環境により施設利用となる方もいるため、日頃より本人、家族と話し合っておくことが重要です。

13 後方支援病院に求められること

- (1) まずは緊急時の対応がスムーズに行えることが必要です。とりあえず受け入れてもらい、入院を含めその後のトリアージをすることが求められます。
- (2) 専門職による最新の専門知識の講習や支援により、「かかりつけ医」および関連多職種の資質の向上に貢献することが期待されます。
- (3) 在宅患者のレスパイト入院への対応を行ってもらいます。介護現場では、基本的にショートステイ利用を行っていますが、医療度の高い患者の対応は病院が受け入れるべきです。
- (4) 緩和コントロールについても、緩和ケア病棟でなくとも、一般病院で対応可能なスタッフを養成しておくことも必要です。
- (5) 緊急に必要な資材の提供について、「かかりつけ医」はさまざまな資材を用意しているわけではないので、提供していただけると大きな安心となると思われます。常時そのようなシステムができれば素晴らしいことです。
- (6) 検査についても、待ち時間がないようにスムーズに行えるようなシステムが必要です。
- (7) 地域の勉強会などに講師を派遣し、質の担保を図ることも必要であり、これは地域連携にも有効です。

14 在宅医療における『看取り』について以下の説明等が必要

- (1) 終末期に起こり得るさまざまな病状について、わかりやすく家族に説明しておく
- (2) 不安時、急変時の対応連絡網について話しておく
- (3) 後方待機病院との連携を説明し、安心感を提供する
- (4) 関係親族とも情報を共有し、終末期対応の意見の不一致がないようにしておく
- (5) 死亡時の対応（連絡方法、診断書の発行、エンゼルケアなど）につき看護師を含め説明しておく

II 訪問診療医療機関に求められること

1 厚生労働省等の求める内容

厚生労働省は、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することを目的とし、以下を構築することを求めています。

- (1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

- ① 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施
 - (2) 日常の療養支援が可能な体制
 - ① 多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
 - ② 緩和ケアの提供
 - ③ 家族への支援
 - (3) 急変時の対応が可能な体制
 - ① 患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
 - (4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制
 - ① 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- また、上記（１）から（４）の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24 時間体制で在宅医療が提供されることが重要です。

2 各医療機能と連携

在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記（１）から（４）に示します。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

- ① 在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること
- ② 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること
- ③ 在宅医療に係る機関に求められる事項・患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること・在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

- ① 目標・患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること
- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
 - ア 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
 - イ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
 - ウ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
 - エ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体

制を整備すること

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

- ① 目標・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること
- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
 - ア 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
 - イ 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
 - ウ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること
- ③ 入院医療機関に求められる事項・在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと・重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

- ① 目標・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
 - ア 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
 - イ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
 - ウ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること
- ③ 入院医療機関に求められる事項・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

Ⅲ 診療報酬上の留意点等

1 往診料

別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいいます）。

- (1) 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に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ません。

- (2) 緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定できます。

2 訪問診療料

- (1) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が、定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定できません。
- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者です。
- (3) 「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者 1 人につき所定点数を算定します。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 2 条第 1 号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から 60 日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者を除く。）のことです。
- (4) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者 1 人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定します。
- (5) 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、同一の患家において 2 人以上の患者を診療した場合には、(3) の規定にかかわらず、1 人目は、「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2 人目以降の患者については、初診料・再診料のみを算定することになります。
- (6) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと
 - ① 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること
 - ② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。(2)を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること
 - ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること

3 在宅療養指導管理料

- (1) 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十

分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定できます。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できません。

なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の（２）又は（３）の方法によることも可能です。

- （２）衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給できます。

また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う事が可能です。

- （３）また、医師は、（２）の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができます。
- （４）在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定することになります。
- （５）２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定することになります。
- （６）同一の保険医療機関において、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を算定します。
- （７）入院中の患者に対して、退院時に退院後の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は、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できます。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できません。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できません。
- （８）退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において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は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができます。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由

を記載しなければなりません。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認してください。

- (9) 在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意してください。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要です。
- (10) 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載しなければなりません。
- (11) 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供することになります。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できません。
- (12) 関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考としてください。

4 特定保険医療材料

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に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定できます。なお、この場合にあっては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載しなければなりません。

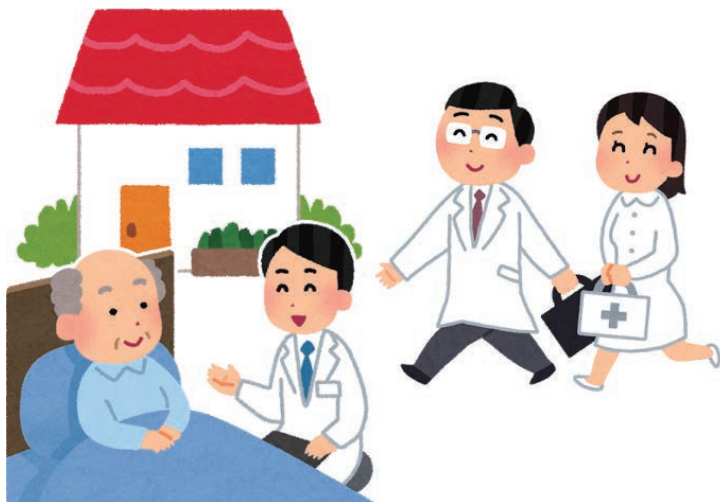


表1

	機能強化型在支診・在支病				在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	クリニック	病院	クリニック	病院		
全ての 在支診・ 在支病に 求められる 基本的な基準	1：24 時間連絡を受ける体制の確保 2：24 時間往診体制 3：24 時間訪問看護体制 4：緊急時の入院体制 5：連携医療機関への情報提供 6：年 1 回の看取り数等報告 (新) 7：ACP 指針の作成				●許可病床数 200 以上 ●在宅医療提供 医療機関と連 携し、24 時間連 絡体制を確保 ●連携医療機関 の求めに応じ た入院希望患 者の診療を 24 時間実施 (病床確保を 含む) ※やむを得ず 入院させる ことができ ない場合に は、対応可能 病床に紹介 ●連携医療機関 との間で、3 香 月に 1 回以上、 患者の診療情 報を交換し、 入院希望患者 一覧を作成	
全ての 在支病に 求められる 基準 (基本的な基 準に上乘せ)	1：許可病床数 200 未満(医療 資源の少ない 地域では 280 床未満)または 半径 4km 以内 にクリニック が存在しない 2：往診担当医が、 当該病院の当 直担当医と別		1：許可病床数 200 未満(医 療資源の少ない地域で は 280 床未満) または 半径 4km 以内にクリ ニックが存在しない 2：往診担当医が、当該病 院の当直担当医と別			
機能強化型に 求められる 基準	在宅医療担当の常勤医師が 3 人以上		在宅医療担当の常勤医師が 連携内で 3 人以上			
	過去 1 年間の 緊急往診 10 件以上	次のうちいずれか 1 つ ・過去 1 年間の緊急 往診 10 件以上 ・(新) 在支診など からの入院要請 に応えられる後 方病床を常に確 保し、要請による 緊急受け入れが 直近 1 年間で 31 件以上より患者 ・(新) 地域包括ケ ア 1・3 の取得	過去 1 年間の 緊急往診 実績が 連携内で 10 件以上、 各医療機関 で 4 件以上	次のうちいずれか 1 つ ・過去 1 年間の緊急 往診 10 件以上 ・(新) 在支診など からの入院要請 に応えられる後 方病床を常に確 保し、要請による 緊急受け入れが 直近 1 年間で 31 件以上より患者 ・(新) 地域包括ケ ア 1・3 の取得		
	過去 1 年間の看取りまたは 超・準超重症児の医学管理が 4 件以上		過去 1 年間の看取り 4 件以 上、かつ各医療機関で超・準 超重症児の医学管理 2 件以上			
	(新) 市町村実施の在宅医療・介護連携推進事業等で在支診 以外のクリニックと連携する・地域の 24 時間体制での在宅 医療提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

表2

			24 時間要件					
			往診体制		訪問看護体制		連絡体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在支診	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (< 10 ※ 1)		○ (< 10 ※ 1)		○ (< 10 ※ 1)	
	通常の在支診		○		○		◎	×
在支病	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (< 10 ※ 1)		○ (< 10 ※ 1)		○ (< 10 ※ 1)	
	通常の在支診		◎	×	○		◎	×
(新) 在宅療養移行加算 1			○ (※ 2)		—		○ (※ 2)	
(新) 在宅療養移行加算 2			※ 3		—		○ (※ 2)	

◎：必ず満たす必要あり ○：どちらでも良い ×：要件を満たさない —：施設基準上の要件ではない

※ 1：連携医療機関数が 10 未満である

※ 2：「地域医師会等の協力を得て規定する体制確保する」ことでも良い。協力しても良い旨であり、24 時間の体制は在支診等と同等に満たす必要がある

※ 3：「24 時間の往診体制」は求めないものの、「市町村や地域医師会との協力によって、往診が必要な患者に対して、自院または連携する他医療機関が往診を提供する体制を有している」ことを要件として求める

表3

往診の評価について

○ 往診料 720 点

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、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患者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。

往診料の加算について

● 点数

	機能強化型在宅療養支援診療所・病院		左記以外の在宅療養支援診療所・病院	在宅療養支援診療所・病院以外
	病床あり	病床なし		
緊急往診加算	850	750	650	325
夜間・休日往診加算	1,700	1,500	1,300	650
深夜往診加算	2,700	2,500	2,300	1,300

● 要件

	時間帯	その他の要件
緊急往診加算	標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時（概ね午前 8 時から午後 1 時）	往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合
夜間・休日往診加算	午後 6 時から午前 8 時／日曜日及び国民の祝日に関する法律第 3 条に規定する休日	—
深夜往診加算	午後 10 時から午前 6 時	—

① 在宅療養支援診療所・病院とその紹介先医療機関（※ 1）② 在宅療養後方支援病院とその連携医療機関（※ 2）それぞれ併算定できない在宅療養指導管理料の組合せ 表4

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	↔	C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	↔	C107 在宅人工呼吸指導管理料 C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	↔	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 又は C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	↔	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	↔	C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 又は C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	↔	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	↔	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	↔	C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	↔	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	↔	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	↔	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

※ 1 在宅療養支援診療所・病院から紹介を受けた医療機関では、在宅療養支援診療所・病院で実施するものとは異なる在宅療養指導管理（上記の関連性の高い組合せを除く）を行った場合は、その紹介月に限り、それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる（紹介月以外では、在宅療養支援診療所・病院と紹介先医療機関において、異なる在宅療養指導管理料の併算定は不可）。

※ 2 在宅療養後方支援病院では、15歳未満の人工呼吸器使用患者等に限り、在宅医療を提供する連携医療機関と異なる在宅療養指導管理（上記の関連性の高い組合せを除く）を行った場合に、それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる（15歳未満の人工呼吸器使用患者等以外では、在宅療養後方支援病院と連携医療機関において、異なる在宅療養指導管理料の併算定は不可）。

◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル 2022年版」）



在宅療養指導管理料の算定患者に対する注射の算定可否

表5

	C101 在宅自己注射指導管理料			C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料		C108 在宅悪性腫瘍患者等指導管理料 又は C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料		
	外来	往診	訪問診療	外来、往診	訪問診療	外来	往診	訪問診療
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射	△	○	△	○	○	△	○	△
G001 静脈内注射	△	○	△	○	△	△	○	△
G004 点滴注射	○	○	△	○	△	△	○	△
G005 中心静脈注射	○	○	○	×	×	△	○	△
G006 植込型力テールによる中心静脈注射	○	○	○	×	×	△	○	△

○：算定可。

△：当該管理料に係る注射の費用は算定不可（その注射に伴い使用する薬剤・特定保険医療材料も含めて算定できない。）ただし、当該管理の対象となる薬剤以外については算定可。

×：算定不可。

◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル 2022 年版」）

在宅自己注射指導管理に伴う「注入器」「注射針」の費用の算定

表6

注入器の種別		医療機関が支給		院外処方による支給の可否	対象となる薬剤の単位（例）
		注入器加算	注射針加算		
A	ディスポーザブル注射器	○	×	「ディスポーザブル注射器」 院外・院内いずれも支給可	40 単位 1mL バイアル
B	万年筆型注入器	○	○	「注射針」は、院外・院内いずれも支給可 「注入器」は、院内でのみ支給可	300 単位 1 筒
C	注入器一体型キット製剤	×	○	「注射針」は、院外・院内いずれも支給可 「注入器」の費用は薬価に含まれている	300 単位 1 キット

備考 1 院外処方により支給できる器材は、調剤報酬点数表に定める「ディスポーザブル注射器」、「万年筆型注入器用注射針」のみである。

2 院外処方により、ディスポーザブル注射器、注射針を支給した場合は、「注入器加算」「注射針加算」は算定できない。

3 「注入器加算」の対象となる上記 A、B 以外の注入器については省略した。

◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル 2022 年版」）



在宅療養指導管理料の算定患者に対する処置の算定可否一覧

表7

○：算定可 ×：算定不可

	C102 在宅 自己腹膜灌流 指導管理料	C102-2 在宅 血液透析 指導管理料	C103 在宅 酸素療法 指導管理料	C105 在宅 成分栄養経管 栄養法 指導管理料	C105-2 在宅 小児経管 栄養法 指導管理料	C106 在宅 自己導尿 指導管理料	C107 在宅 人工呼吸 指導管理料	C107-3 在宅 ハイフロー セラピー 指導管理料	C109 在宅 寝たきり 患者処置 指導管理料	C112 在宅 気管切開 患者 指導管理料	C112-2 在宅 喉頭摘出 患者 指導管理料
J000 創傷処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
J001-7 爪甲除去 (麻酔を要しないもの)	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
J001-8 穿刺排膿 後薬液注入	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
J018 喀痰吸引	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×
J018-3 干渉低周 波去痰器による喀 痰排出	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×
J024 酸素吸入	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J024-2 突発性難聴 に対する酸素療法	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J025 酸素 TENT	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J026 間歇的陽圧 吸入法	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J026-2 鼻マスク 補助換気法	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J026-3 体外式陰 圧人工呼吸器治療	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○
J038 人工腎臓	○※1	○※2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
JO42「1」 連続携 行式腹膜灌流	○※1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
JO43-3 ストーマ 処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
JO45 人工呼吸	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
JO53 皮膚科軟膏 処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
JO60 膀胱洗浄	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
JO60-2 後部尿道 洗浄(ウルツマン)	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
JO63 留置カテー テル設置	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
JO64 導尿(尿道拡 張を要するもの)	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
J118 介添牽引	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-2 矯正固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-3 変形機械 矯正術	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119 消炎鎮痛等 処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-2 腰部又は 胸部固定帯固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-3 低出力 レーザー照射	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-4 肛門処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J120 鼻腔栄養	○	○	○	×	×	○	○	○	×	○	○

■：その処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料も含め算定できない。ただし、在宅療養指導管理に用いる⑨在宅で請求する薬剤、特定保険医療材料については算定できる。

※1：週1回に限り、JO38 人工腎臓又は JO42 腹膜灌流「1」連続携行式腹膜灌流のいずれか一方と併算可。その場合、C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注1」に規定する2回目以降の費用は算定不可となる。

※2：週1回に限り、JO38 人工腎臓と併算可。その場合、C102 - 2 在宅血液透析指導管理料の「注1」に規定する2回目以降の費用は算定不可となる。

※3：在宅酸素療法指導管理料に含まれる処置に係る酸素代（酸素加算）も算定できない。

※4：在宅気管切開患者指導管理料に含まれる創傷処置には気管内ディスポーザブルカテーテル交換も含まれ、別に算定できない。

◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル 2022 年版」）

2-5 訪問看護

<はじめに>

訪問看護とは、主治医の指示に基づき看護師、理学療法士等が生活の場である自宅へ訪問し、健康上の問題や生活上の障害のある方々に対して病状の確認や点滴、医療機器の管理など専門的なケアを提供するサービスです。具体的には、状態の観察、日常生活の支援（入浴介助や排泄のケアなど）、医療処置（褥瘡処置、点滴注射、留置カテーテル管理など）、リハビリテーション（運動療法、マッサージ、ADL 訓練、嚥下機能訓練など）、心理的な支援、家族等介護者への支援、療養環境の調整、各種ケア（認知機能障害の方へのケアやエンドオブライフのケアなど）、緊急時の対応といった業務を訪問看護へ依頼します。訪問看護が必要と主治医が認めた患者が利用することができ、利用するためには主治医による訪問看護指示書が必要です。本項では、訪問看護との連携のために知っておくべき制度や心掛けについて説明いたします。

I 訪問看護活用のために把握しておくべきポイント

1 介護保険給付の訪問看護と医療保険給付の訪問看護の違い

訪問看護は介護保険から給付される場合と医療保険から給付される場合があります。患者が要支援・要介護認定を受けている場合は、基本的に介護保険から給付されます。患者が要支援・要介護認定を受けていても、末期の悪性腫瘍や難病などの「厚生労働大臣が定める疾病等」（注 1）に該当する場合と、急性増悪などで頻回の訪問看護が必要と主治医が判断した場合（特別訪問看護指示書を交付した場合）は、医療保険から給付されます。

そして、要支援・要介護認定を受けていない場合も、医療保険から給付されます。また、介護保険給付の訪問看護はケアプランに盛り込まれれば、利用回数に制限はありません。一方、医療保険給付の訪問看護は原則、週 3 日まで、1 日 1 回まで、という制限があります。

重症患者を在宅でフォローする場合、訪問看護がどちらの保険で給付されるのか把握することが大切です。というのも、訪問看護が医療保険で実施できれば、介護保険の区分支給限度基準額の範囲まで他の介護系サービスを利用することが可能となり、手厚い介護を提供することが可能になるからです。

2 「厚生労働大臣が定める疾病等」（注 1）、急性増悪などの特別訪問看護指示期間中、「厚生労働大臣が定める状態等」（注 2）のいずれかに該当するか？

医療保険給付の訪問看護を利用して重症患者を在宅でフォローする場合、利用者が、「厚生労働大臣が定める疾病等」、急性増悪などの特別訪問看護指示期間中、「厚生労働大臣が定める状態等」に該当しないかの把握も大切です。該当する場合は、週 4 日以上、1 日に複数回の訪問看護の利用など手厚い看護サービスの提供が可能になるからです。

Ⅱ 訪問看護を開始するまで

1 ご家族、ケアマネジャー、訪問看護事業所などから訪問看護指示書作成の依頼をうける場合

ご家族などからの指示書作成の打診を承諾すると、訪問看護事業所から正式に訪問看護指示書作成依頼の文書が届くので、それから訪問看護事業所へ訪問看護指示書を交付します。その後、患者が訪問看護事業所と契約を結んでから訪問看護が開始となります。

2 主治医が訪問看護を依頼する場合

介護保険の認定を受けている利用者であれば、担当ケアマネジャーに訪問看護の開始を調整してもらうのが一般的です。依頼先の訪問看護事業所が決まると、同事業所から訪問看護指示書作成依頼の文書が届くので、それから訪問看護事業所へ訪問看護指示書を交付します。介護保険の認定を受けていない利用者であれば、主治医が訪問看護事業所に連絡調整後、訪問看護事業所へ訪問看護指示書を交付します。その後、患者が訪問看護事業所と契約を結んでから訪問看護が開始となります。

Ⅲ 訪問看護事務所等との連携

1 連携の方法

まず、訪問看護事業所との連携の際には、患者の状態に関する情報や方針に関する「情報共有 / 相談」が重要です。主治医と訪問看護師との基本的な情報共有は、文書（定期的な訪問看護指示書と訪問看護計画書 / 報告書）で行います。そして、刻々と変化する患者の状態や療養に関する情報共有 / 相談は、電話、FAX、対面、情報共有ツール（Medical Care STATION や KANAMIC NETWORK に代表される、インターネットを利用したクラウド型情報共有システムなど。都合のよい時に PC やスマートフォンやタブレットからアクセスして、スムーズに多職種と情報共有 / 相談ができる）などを用いて行います。従来、急を要さない情報共有 / 相談は FAX、急を要する場合は電話で行われていましたが、近頃はペーパーレスの推進、情報通信技術の発達もあり、FAX に代わり情報共有ツールを用いた情報共有 / 相談が増えています。ただ、重要で難しい協議事項の場合は、極力対面での協議（コロナ禍においてはオンライン会議で代用も可）が望ましいです。対面での顔を見ながらの協議は、その後の連携にも生きてきます。上記の方法で訪問看護事業所と連携を行いますが、どの方法でも円滑な連携ができるように準備をすることが望まれます。

2 連携時の心掛け

訪問看護事業所との連携では、「双方からの報告、連絡、相談が日常的にあること」も重要です。相談しにくい雰囲気を作らないこと、他職種を尊重すること、そしてワンマンプレーに走らずにチームでケアする意識を持つことが重要です。医師が原因で連携が困難にならないように心掛けましょう。

IV 訪問看護事業所等に交付する指示書の種類と注意事項

訪問看護事業所等に交付する指示書には訪問看護指示書だけではなく、特別訪問看護指示書や在宅患者訪問点滴注射指示書などがあります。必要に応じて、主治医が訪問看護事業所等に交付します。各種指示書作成の際には、専用のソフトウェア（例：日本医師会が発行している「意見書」）などを用いると簡単に作成することが可能です。

1 訪問看護指示書

在宅療養中の患者に適切な在宅医療を提供するために訪問看護事業所に交付する指示書です。訪問看護事業所に訪問リハビリを依頼する場合も訪問看護指示書に記載します。指示書には、現在の状況（病状、内服、日常生活自立度、使用している医療機器）や留意事項、指示事項や有効期限（6ヶ月以内）を記載しますが、1ヶ月の指示を行う場合には有効期間を記載する必要はありません。また、指示書作成日は診療日である必要はありません。

2 特別訪問看護指示書

患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後などの理由により、一時的に週4日以上頻回の訪問看護が必要であると認められた患者について月1回交付する指示書です。気管カニューレを使用している患者や真皮を越える褥瘡のある患者であれば月2回まで交付できます。主治医が指示書を交付した診療日から14日を限度として医療保険の訪問看護（週4日以上）を提供できるようになります。指示書作成日は診療日である必要があります。

3 在宅患者訪問点滴注射指示書

在宅療養中の患者へ主治医の診療に基づき週3日以上点滴注射を行う必要を認めた場合に、訪問看護事業所等に交付する指示書です。主治医は指示書に有効期限（7日以内）と指示内容を記載します。併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与します。指示書作成日は診療日である必要はありません。

V 診療報酬算定について

1 訪問看護指示料

訪問看護事業所に訪問看護指示書を交付した場合、1ヶ月に1回を限度として算定します。

2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅患者訪問点滴注射指示書を交付して必要な管理指導を行い、看護師が週3日以上点滴注射を実施した場合、週1回算定できます。指導料には点滴注射に必要な回路等の費用は含まれていますが、薬剤料は含まれていないので別に算定できます。

3 特別訪問看護指示加算

1ヶ月に1回（気管カニューレを使用している患者や真皮を越える褥瘡のある患者

であれば2回)を限度として算定します。

4 手順書加算

主治医が訪問看護において特定行為（気管カニューレや胃瘻カテーテルの交換や脱水症状に対する輸液など）に係る管理の必要を認め、研修を修了した看護師に対して交付した場合に、6ヶ月に1回を限度として算定します。

5 衛生材料等提供加算

在宅において衛生材料等が必要な患者に対し、訪問看護計画書および訪問看護報告書をもとに療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定します。

Ⅵ よくある訪問看護事業所等からの問合せ

病状の悪化、発熱などの突発的なイベント、膀胱留置カテーテルや点滴ルートのトラブル、スキントラブル、物品系（浣腸や外用薬や被覆保護剤や輸液ルートなど）の問い合わせが多いです。予め想定されるイベントやトラブルへの対応や物品の補充は極力事前に手を打つように心掛けましょう。

<おわりに>

患者さんの病状や取り巻く環境がハードになるほど、生活上の問題から医療的な問題まで幅広い対応をしてくれる訪問看護との連携が欠かせないものになってきます。よい連携のためには日頃からまめに連絡を取り合って風通しの良い関係性の構築を心掛けることが重要だと思います。もし、医師が在宅医療に慣れていない場合は、その旨を正直に伝えて不慣れな点へのサポートをお願いしておくといよいでしょう。適切なサポートや提案をしていただけると幸いです。

注1 厚生労働大臣が定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ矯小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

注 2 厚生労働大臣が定める状態等

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

メモ

2-6 内視鏡検査、治療

I 内視鏡の種類

内視鏡は経口内視鏡と経鼻内視鏡に大別されます。経鼻内視鏡でも生検は可能であり、受診者の負担を軽減できます。また、近年では経鼻内視鏡の改善が進み、観察可能な視野も経口内視鏡と同等レベルとなっています。

経口内視鏡と経鼻内視鏡の比較

表1

	経口内視鏡	経鼻内視鏡
先端部の太さ	太い 8mm から 12mm	細い 5mm から 6mm
生検組織採取や切除	どちらもできる	生検は可能だが切除は困難
検査中の苦痛	あり	少ない
検査中の会話	出来ない	できる
循環動態への影響	あり	少ない

II 保険請求の留意点

- 1 内視鏡検査時における HBs 抗原定性・半定量の算定は認められます。
- 2 内視鏡検査時における HCV 抗体定性・定量の算定は認められます。
- 3 内視鏡検査時における梅毒血清反応（STS）定性の算定は認められます。
- 4 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・抗体同時測定定量の算定は認められません。
- 5 消化管内視鏡検査（ポリープ切除を実施しない場合）の術前検査として、プロトンポンプ時間（PT）の算定は認められます。
- 6 鎮静下に消化管内視鏡検査を実施する際のモニターとして、経皮的動脈血酸素飽和度測定、心電図、呼吸心拍監視の算定について、当該項目の算定要件を満たしている場合には、当該検査の算定は認められます。
- 7 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術（3250 点）は、食道及び胃内の異物（電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定します。
- 8 内視鏡検査時に粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算（60 点）を算定できます。また、内視鏡検査時にインジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定します。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれます。
- 9 内視鏡検査当日に、検査に関連して行う注射実施料は別に算定できません。
- 10 内視鏡検査当日に実施された感染症検査は、査定される可能性があります。当該検査の必要性について症状詳記を記載するなど注意する必要があります。
- 11 内視鏡検査時の狭帯域光強調加算（200 点）について、悪性腫瘍を疑う病変がなければ、算定は認められません。

- 12 内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できません。例えば、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を算定した場合、内視鏡下生検法は算定できません。
- 13 今回の改定で、診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項が追加されました。内視鏡下生検法（1臓器につき310点）について、下記の（1）から（9）までのいずれかを選択し記載してください。なお、選択する臓器又は部位がない場合は（10）の他を選択し、具体的部位名等を記載してください。

- （1）気管支及び肺臓
- （2）食道
- （3）胃及び十二指腸
- （4）小腸
- （5）盲腸
- （6）上行結腸、横行結腸及び下行結腸
- （7）S状結腸
- （8）直腸
- （9）子宮体部及び子宮頸部
- （10）その他

内視鏡下生検法を行った場合は、検体採取料は1臓器につき310点を算定します。「1臓器」の取扱いについては、N000 病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずると規定されています。例えば、胃および十二指腸の生検を行った場合は、1臓器として310点を算定することになります。1回の内視鏡検査で食道、胃・十二指腸の生検を行った場合は、2臓器として620点を算定します。

病理組織標本作製では、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定すると規定されています。そのため、3臓器以上の生検を行った場合は、査定される可能性があります。

●病理診断 病理標本作製料からの抜粋

通則

- ・病理標本作製に当たって、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。
- ・リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。

「N000」病理組織標本作製（1臓器につき）

- ・病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに1臓器として算定する。
ア 気管支及び肺臓 イ 食道 ウ 胃及び十二指腸 エ 小腸 オ 盲腸 カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
キ S状結腸 ク 直腸 ケ 子宮体部及び子宮頸部
- ・病理組織標本作製において、1臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器の標本作製として算定する。
- ・病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
- ・当該標本作製をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

Ⅲ 令和4年度診療報酬改定で新設

1 小腸内視鏡検査

スパイラル内視鏡によるもの（6,800点）が新設されました。

2 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

消化管ポリポーシス加算（5,000点）が新設され、家族性大腸線腫症の患者に実施した場合に年1回に限り所定点数に加算できます。

3 小腸結腸内視鏡の止血術

小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

スパイラル内視鏡加算（3,500点）が新設され、スパイラル内視鏡検査を用いて実施した場合に所定点数に加算できます。

参考：内視鏡検診

2016年度からの対策型胃がん検診に胃内視鏡検診が追加され、その実施にあたり、一般社団法人日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」（以下「検診マニュアル」）が公表され、運用にあたっては、検診マニュアルを参考にするとした指針が厚生労働省より通知されました。現在、各自治体で、一般の診療所を含めた医療機関で内視鏡検診が実施されています。

1 内視鏡検診の対象

50歳以上で、検診間隔は隔年（2年に1回）の方法が推奨されています。

2 内視鏡検診対象の除外条件

内視鏡検診の対象者として除外されている方は以下の通りです。

- (1) 胃内視鏡検診に関するインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない者
- (2) 妊娠中の者
- (3) 疾患の種類にかかわらず、入院中の者
- (4) 消化性潰瘍などの胃疾患で受療中の者（ピロリ除菌中の者を含む）
- (5) 胃全摘術後の者

3 内視鏡検診の実施方法

内視鏡検診の実施方法、留意事項は以下の通りです。

- (1) 胃内視鏡検査の実施に当たっては、検診マニュアルを参考にすること。
- (2) 検査の方法や利益・不利益などについて十分な説明を行い、検査の同意を得ること。同意書には説明の内容と説明者及び受診者の署名を記載すること。
- (3) 事前の感染検査は必須ではない。
- (4) 前処置で、ブスコパン、グルカゴンなどの鎮痙剤の使用は差し支えない。原則として鎮痛剤、鎮静剤は使用しない。咽頭麻酔（又は鼻腔麻酔）は、通常通り行ってよい。

- (5) 受診者が左側臥位での検査を原則とする。観察範囲は食道、胃、十二指腸とする。撮影コマ数は食道、胃、十二指腸を含めて、30～40コマが適当である。
- (6) 色素散布について、インジゴカルミンの使用は差し支えない。
- (7) 洗浄・消毒について
検査終了後、内視鏡は始めに手で洗浄する。用手洗浄後、高水準消毒薬（①グルタールアルデヒド、②フラタル製剤、③過酢酸）を使用し、自動洗浄消毒機にて洗浄、消毒を行う。
機能水の使用に関しては、一般財団法人機能水研究振興財団発行の“機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き”を参照とすること。

4 内視鏡検診と保険診療（生検）

- (1) 内視鏡検診の実施において、異常が発見され医師が治療（生検等検査）を認めた場合、その治療等については保険診療として実施します。
ただし、初診料、再診料、検査料等については内視鏡検診で算定済み（自費等）のため算定することは出来ません。保険請求する場合は、初診料等が無く生検等を実施するため、摘要欄に「初診料等は他法（内視鏡検診）により算定」などの表記が必要です。
このため、受診者に対し、事前に検診の自己負担額の他に、生検等実施に対する保険診療の自己負担額が追加される可能性のあることを説明し、了解を得ておく必要があります。
- (2) 生検を実施する場合は「胃がん」あるいは「胃がん疑い」の病変に限定して行ってください。導入時は、生検率は15%以下に留めるべきであり、さらに、精度管理体制を整備することにより要生検率を10%以下にすることを目標とします。

5 検査医の資格

以下のいずれかの条件を満たす医師であること。

- (1) 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師
- (2) 診療、検診にかかわらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
- (3) 地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が定める条件に適応し、上記（1）又は（2）の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された医師

6 読影会への参加

検査医は、読影委員会に参加する。

7 研修会への参加

検査医、メディカルスタッフ（看護師、臨床検査技師など）は、胃内視鏡検診運営委員会の主催する研修会に参加する。

8 偶発症対策

- (1) 検査同意書の取得：偶発症が起こり得ることを明記しておく必要があります。
- (2) 偶発症を意識した問診：既往歴、検査歴、服用薬（特に抗血栓薬）、アレルギーの有無、歯科治療における麻酔時の状況など、必要と思われる問診を事前に実施しなければなりません。
- (3) 胃内視鏡検査時は鎮痙剤などの使用は控えるのが望ましいが、使用する場合には、使用上の注意事項を熟知し、思わぬ副作用などに備える必要があります。
- (4) 鎮痛剤・鎮静剤は原則使用しません。
- (5) 呼吸停止、心停止への備えは常に必要であり、酸素、バグバルブマスク（BVM）、気管挿管セット、心電図モニター、除細動器（AED）など救命救急設備は備えておく必要があります。
- (6) 救急カートを近くにおき、輸液、強心剤など必要な医薬品を常備することが必要です。
- (7) 検査時間に余裕をもたせ、常に準備を怠らないことが必要です。
- (8) 救急カートを点検し、定期的に緊急対応の訓練を行うことも必要です。

メモ

2-7 連携（病診連携・医介連携・診療情報提供）

I 病診連携・医介連携

1 病診連携等とは

国は少子高齢化に伴う疾病構造・医療需要の変化に対し、地域医療構想による医療機能の分化と連携の推進や、医師確保計画および外来医療計画による医療提供体制の整備の方向性を示してきました。

国（厚生労働省）が進めている「医療の機能分化と連携」とは、「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への転換のために、各々の医療機関の機能に応じて役割を分担し（機能分化）、患者の状態に応じて医療機関同士が連携することで「医療の質、患者の生活の質や満足度の向上を目指した医療提供体制の均てん化、および効率化」を実現するため目指すことであります。

わが国には大学病院からかかりつけ医まで様々な医療機関があります。これらの病院が連携することで、従来の「一病院完結型医療」から、「地域完結型医療」へ転換し、各地域にて切れ目のない医療を提供する体制を構築することを目的とします。

特に、かかりつけ医機能・総合診療機能を十全に発揮するためには高度医療・先進医療を担う特定機能病院等をはじめ、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能等地域医療を支える医療機関との医療連携、地域包括ケアシステム、ひいては地域共生社会実現のために様々な医療職、介護福祉職との多職種連携、行政との連携など様々な連携の推進が必要です。

2 病介連携とは

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から 22 年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきました。しかし、高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきています。一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきています。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められています。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要です。（厚生労働省ホームページより抜粋）

2014 年に「地域医療・介護総合確保推進法」が成立され、区市町村において「在宅医療・介護連携の推進事業」が進められています。

このような背景のもと、自治体ごとの医療と介護の連携、具体的には、保健所、地域包括支援センター、市町村、医療機関、介護施設の連携の強化がますます必要になってきています。

Ⅱ 診療報酬上の留意事項

1 診療情報提供料（Ⅰ）

診療に基づき、患者の同意を得て、診療情報を示す「診療情報提供書」を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先の医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定できます。

- (1) 医療機関以外であっても、以下の示す施設、状況等で、患者等の同意を得て診療情報を示す「診療情報提供書」を添えて患者の紹介を行った場合は算定可能です。

- ① 区市町村又は指定居宅介護支援業者等
- ② 精神障害者施設等（患者または家族等の同意）
- ③ 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等及び医療的ケア児が通学する学校医等に対して、主治医が学校医等へ診療情報提供を行った場合
ただし、学校医が学校等に対して「情報提供書」を提出した場合は算定できません。

説明：令和 4 年度の診療報酬改定によりこれまでの情報提供先である小学校、中学校等に加え幼稚園型認定こども園を含む幼稚園、高等学校、中等教育学校の後期課程、特別支援学校の幼稚部及び高等部、高等専門学校等が追加されました。

保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定障害児相談支援事業者に情報提供した際も算定できます。

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若しくは食物アレルギー患者について、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を、学校医等に対し提供した場合も算定可能です。

- (2) 診療情報提供書には紹介先の医療機関名等の記載が無ければなりません。転居等で次に受診する医療機関が判明していない場合も算定はできませんので、ご注意ください。
- (3) 紹介元医療機関への単なる返事など、受診行動を伴わない情報提供は算定できません。
- (4) 診療を伴わない情報提供は算定できません。
- (5) 診療情報提供料（Ⅰ）の加算は下記のとおりです。

- ① 精神障害者施設等に対して、退院後の情報を提供し紹介した場合、200 点が加算できます。
- ② ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）算定医療機関から、別の同（Ⅰ）算定医療機関に対し情報提供し紹介を行った場合は、ハイリスク妊婦紹介加算として、妊娠中 1 回に限り 200 点が加算できます。
- ③ 認知症の疑い患者について鑑別診断等の必要を認め、専門医療機関に対して情報提供し紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として 100 点が加算できます。

また、専門医療機関で認知症と診断された外来患者が、症状が増悪し当該専

門医療機関に情報提供し紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として 50 点が加算できます。

- ④ 精神科以外の保険医療機関が、うつ病等の診断治療等の必要性を認め、精神科医療機関に予約を行い情報提供し紹介を行った場合は、精神科医連携加算として 200 点が加算できます。
- ⑤ 長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の外来患者を、連携して治療を行う肝疾患の専門医療機関に対して紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として 50 点が加算できます。
- ⑥ 地域連携診療計画加算を算定する患者について退院月又は翌月に、連携する医療機関に対し、地域連携診療計画に基づく情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として 50 点が加算できます。
- ⑦ 入院又は介護老人保健施設等に対して、訪問看護ステーションから得た情報提供し紹介を行った場合は、療養情報提供加算として 50 点が加算できます。
- ⑧ 施設基準を申請している保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報等のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数を加算できます。

ア 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200 点。ただし、上記①を算定している場合は、算定はできません。

イ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30 点を加算できます。

2 診療情報提供料（Ⅱ）

治療法の選択等に関して、別の医療機関の医師の意見を求める患者の要望（セカンドオピニオン）により、治療計画、検査結果等、別の医療機関で必要な情報を添付して「診療情報提供書」を患者に提供し、別の医療機関による医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定できます。

注：セカンドオピニオンは、現在診察を実施している医療機関以外の医師による助言を求めるものです。セカンドオピニオンを実施する医療機関は診療情報提供書等の資料により、治療方針等について「助言」や「変更」など患者に対し提案することになりますので、基本的には診療とはならず、一般的には自費診療になります。（セカンドオピニオンの結果、診察や治療を実施した場合は保険診療となります。）このため、患者からセカンドオピニオンの要望があった場合は、セカンドオピニオンを実施する医療機関では自費となる事を説明する事が必要です。また、セカンドオピニオンを受ける医療機関が、実施する体制等を整えているかを事前に確認していることも必要となります。

セカンドオピニオンの結果により、治療方針の変更を患者から求められた場合に、自院では対応できず、セカンドオピニオンを実施した医療機関での診療を患者が望む場合の紹介状は、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することになります。

3 連携強化診療情報提供料 届出必要

令和4年度の診療報酬改定において、診療情報提供料（Ⅲ）は、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合、患者1人につき月1回に限り150点を算定できます。

連携強化診療情報提供料を算定する場合には、紹介先、紹介元の医療機関が、注1から注5までのいずれかに該当していることが必要です。

連携強化診療情報提供料 注のまとめ

表1

注番号	紹介元	対象患者	紹介先 紹介元に診療情報を提供した場合に、 連携強化診療情報提供料が算定可能	定回数 制限
注1	地域包括診療加算等か かりつけ医機能の施設 基準の届出ている事	—	敷地内禁煙	月に 1回
注2	200床未満の病院又は 診療所	—	敷地内禁煙かつ外来機能報告対 象病院等	
注3	—	—	敷地内禁煙かつ地域包括診療加 算等かかりつけ医機能の施設基 準を届出ている事	
注4	—	難病（疑いを含む）患者	難病診療連携拠点病院又は難病 診療分野別拠点病院	
		てんかん（疑いを含む）の患者	てんかん支援拠点病院	3月に 1回
注5	—	妊娠中の患者	—	
	産科又は産婦人科を標榜		敷地内禁煙	
	—		産科又は産婦人科を標榜で、妊 娠中の患者の診療につき十分な 体制を整備してる事	月に 1回

4 電子的診療情報評価料

上記1の「診療情報提供料（Ⅰ）」（5）診療情報提供料（Ⅰ）の加算の⑨検査・画像情報提供加算は、診療情報を電子媒体により提出した紹介元が算定できますが、電子的診療情報評価料は、施設基準を申請している保険医療機関（紹介先）が、診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、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に30点が算定できます。

5 がん治療連携指導料

「がん治療連携計画策定料」を算定した外来患者の、治療計画に基づく診療情報を計画策定病院に文書により提供した場合、がん治療連携指導料として月1回に限り300点が算定できます。ただし、診療情報提供料（Ⅰ）との併算定はできません。

6 退院時共同指導料 1

入院中の患者に対し、退院後に在宅での療養を担う医療機関の医師等が、入院中の医療機関に赴き、退院後の在宅での療養に必要な説明、指導を、入院医療機関の医師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院中に 1 回（別に定める疾病の患者については 2 回）に限り、在宅療養を担う医療機関で退院時共同指導料 1（在宅療養支援診療所：1500 点、それ以外：900 点）が算定できます。（入院医療機関では退院時共同指導料 2 を算定）

在宅療養を担う医療機関は、入院中の医療機関で行う共同指導の際に、初診料、再診料、往診料、訪問診療料は算定できません。

7 療養・就労両立支援指導料

厚生労働省においては、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を作成し、企業や医療機関における仕事と治療の両立支援について取り組んでいます。診療報酬においても平成 30 年診療報酬改定において「療養・就労両立支援指導料」が設定され、当初、対象疾患が「がん」であったものが、令和 2 年度には「脳血管疾患」「肝疾患（慢性経過）」、「指定難病」が、令和 4 年度には「心疾患」「糖尿病」「若年性認知症」が追加されました。

- (1) 本指導料は、患者と企業が共同で作成した勤務情報書に基づき、主治医が、患者に療養上必要な指導を実施し、企業の「産業医」「総括安全衛生管理者」「衛生管理者」「安全衛生推進者」「衛生推進者」「保健師」に対して診療情報を提供した場合について評価するものです。診療情報を提供した後であっても、勤務環境の変化により、再度指導等を行った場合でも算定できます。初回が 800 点、2 回目以降が 400 点月 1 回算定できます。
- (2) 施設基準を申請した保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50 点加算できます。
- (3) 産業医等への文書の提供に係る診療情報提供料（Ⅰ）又は診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、本指導料の所定点数に含まれ算定できません。
- (4) 施設基準を申請した保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、初回は 696 点、2 回目以降は 348 点を算定することになります。

Ⅲ 選定療養（紹介状なしで大病院に受診する場合の定額負担）

令和 4 年診療報酬改定により、紹介状なしで 200 床以上の病院を受診した場合、選定療養費として患者から定額負担額の金額及び算定方法が変更となっています。（令和 4 年 10 月実施）

1 定額負担金額

- (1) 初診 5,000 円 ⇒ 7,000 円
- (2) 再診 2,500 円 ⇒ 3,000 円

2 算定方法

定額負担金額の変更に伴い、算定方法についても変更になり、保険給付範囲からの200点控除して計算することとなりました。

例：総医療費 10,000 円（1000 点）で受診した 3 割負担の患者の場合

※令和 4 年 9 月まで

総医療費	保険者請求分	一部負担金	選定療養	患者負担金合計
10,000 円	7,000 円	3,000 円	5,000 円	8,000 円
				3,000 + 5,000 = 8,000 円

※令和 4 年 10 月から

厚生労働省説明文書の計算（保険者請求分と一部負担金を各々 200 点控除）

総医療費	保険者請求分	一部負担金	選定療養	患者負担金合計
10,000 円	5,600 円	2,400 円	7,000 円	9,400 円
	$7,000 - (2,000 \times 0.7)$ = 5,600 円	$3,000 - (2,000 \times 0.3)$ = 2,400 円		2,400 + 7,000 = 8,000 円

IV 医療機器の共同利用

CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療などの高額医療機器については、人口当たりの台数に地域差があり、また医療機器ごとに地域差の状況は異なるため、国は効率的な医療提供体制の構築に向けて、医療機器の共同利用による活用を求めています。

医療機器の共同利用を実施した場合、算定方法は以下のとおりとなります。

1 依頼を受ける医療機関が「設備の使用（撮影等）のみ実施した場合」

依頼を受ける医療機関において CT 等の撮影等のみ行う場合は、初診料、診療情報提供料 I、検査料、画像診断料等は算定できません。

依頼する医療機関が実施したものとして、画像診断料等の保険請求を行います。このため、依頼する医療機関と依頼される医療機関との間で使用契約等を締結し、依頼する医療機関が使用料を、依頼を受ける医療機関に支払うことになります。

この場合、依頼する医療機関は CT 等の高額医療機器を設置していないため、診療報酬明細書の摘要欄に「画診共同」と記載してください。

2 依頼を受ける医療機関が「設備の使用（撮影等）だけでなく読影等も実施した場合」

検査や画像撮影の結果を読影も含めて実施し、さらに対診も実施した後、その読影結果等を依頼した医療機関に文書により回答した場合には、依頼された医療機関は初・再診料や診療情報提供料 I、画像診断等を算定できます。この場合は、「画診共同」の事例にはあたりません。

3 「CT・MRI」共同利用におけるその他の留意点

診療報酬改定において高性能 CT・MRI の点数に、「共同利用施設において行われる

場合」の点数が設定されています。共同利用の実績が 10% 以上であれば 20 点多い点数を算定できますが、上記 1 により依頼する医療機関が画像診断料等を算定する場合は、依頼を受ける医療機関の共同利用の実績にかかわらず「共同利用施設において行われる場合」の点数を算定できます。

メモ

2-8 診療報酬明細書の記載要領について

診療報酬明細書の書式及び記載要領等については、昭和 51 年厚生省令第 36 号「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省令」が定められ、以降、診療報酬改定時に「診療報酬請求書等の記載要領等について」も変更されています。

記載要領には診療報酬明細書の書式や、診療報酬明細書に記載する内容、診療報酬項目で記載しなければならない内容等が定められています。他の書式で請求することはできませんし、記載内容が不備な場合は返戻の対象となります。また、診療報酬項目で記載しなければならない内容に欠落、不備などがある場合は査定の対象となる場合がありますので、気を付けてください。

診療報酬改定で新たに設けられた項目などの中には、記載要領で経過措置として開始する時期が定められているものもありますので、改定後は必ず一読することをお勧めします。

診療報酬明細書の記載要領が定める内容は膨大なため、主なものを以下で説明いたします。

I 一般の事項

一般的な事項は、診療報酬明細書の書式を定めるとともに、請求に関する一般的な事項が定められています。

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

- 1 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成しなければなりません。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様となります。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載しなければなりません。
- 2 「特記事項」欄については、患者等の特記事項を略号で記載しなければなりません。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載することになります。代表的な略号は以下のとおりとなります。他多くの略号がありますので、患者等の状況にあわせて記載してください。

表1

コード	略号	内 容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 1 号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証についても同様
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合

14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求である場合（「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「摘要」欄へ記載すること。）
26	区ア	◎ 70 歳未満：「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（ア）の記載のある「難病法」に基づく、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。） ◎ 70 歳以上：「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
27	区イ	◎ 70 歳未満：「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。） ◎ 70 歳以上：「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）
28	区ウ	◎ 70 歳未満：「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。） ◎ 70 歳以上：「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（IV）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）

29	区工	◎ 70 歳未満：「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。） ◎ 70 歳以上：「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ② 適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）
30	区オ	◎ 70 歳未満：「低所得者の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。） ◎ 70 歳以上：「低所得者の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合
41	区力	◎ 後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
21	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者の場合

42	区キ	◎ 後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合
		① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1 割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）

※「区力」及び「区キ」については、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。令和 4 年 9 月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあつては従前どおり「区工」を使用されたい。

- 3 診療報酬項目の中には、摘要欄に記載しなければならない事項が定められています。その内容は多岐にわたっています。本要約では令和 4 年診療報酬改定にて改定等となった主だった項目を記載いたします。

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

表2

区分	診療行為	記載事項	コード	コードによる表示文言
A000	初診料	（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（初診料）
		（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（初診料）

※情報通信機器を用いた診療については、再診料や外来診療料等についても同様の記載事項があります。

B001 の 34 のハ	二次性骨折予防 継続管理料 3	初回算定年月日を記載すること。	850100406	初回算定年月日（二次 性骨折予防継続管理料 3）；（元号）yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
B001 の 35	アレルギー性 鼻炎免疫療法 治療管理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日（アレ ルギー性鼻炎免疫療法 治療管理料）；（元号）yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
B001 の 36	下肢創傷処置 管理料	下肢創傷処置を実施した年月日 を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月 日（下肢創傷処置管理 料）；（元 号）yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
C150	血糖自己測定器 加算	（「7 間歇スキャン式持続血糖測定 器によるもの」以外を算定する場 合）1 月に行われた血糖自己測定 の回数を記載すること。	842100048	1 月に行われた血糖自 己測定回数（血糖自己 測定器加算）；*****
		（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、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。	820100122	当月分
			820100123	翌々月分
			820100124	翌月分
			820100125	前月分
			820100126	前々月分
B009	診療情報 提供料（1）	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
		（保険医療機関以外の機関へ診療 情報を提供した場合）情報提供先 を記載すること。	830100080	情報提供先（診療情報 提供料（1））；*****
D414	内視鏡下 生検法	「1 臓器」の取扱いについては、区 分番号「N000」病理組織標本作 製（1 臓器につき）に準ずる。 「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」別添 1 第 2 章第 13 部 N000 病理組織標本作成の（1）の（ア） から（ケ）までのいずれかを選択 し記載する。 なお、選択する臓器又は部位が ない場合は（コ）その他を選択し、 具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓
			820100867	イ 食道
			820100868	ウ 胃及び十二指腸
			820100869	エ 小腸
			820100870	オ 盲腸
			820100871	カ 上行結腸、横行結 腸及び下行結腸
			820100872	キ S 状結腸
			820100873	ク 直腸
			820100874	ケ 子宮体部及び子宮 頸部
			830100612	コ その他；*****

F200 F400	薬剤等 (入院外分) 処方箋料	(湿布薬を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤料); *****
		(1回の処方において、63枚を超えて湿布薬を投与した場合) 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること	830000052	63枚を超えて湿布薬を投与した理由; *****
D 282-4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4つに2回以上算定する理由(ダーモスコピー); *****
	ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	(内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合) 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果; *****
			820100901	健康診断として内視鏡検査を実施
		除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法; *****
			830100615	検査結果; *****
		除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日; (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
		静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日; (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
			850100467	終了年月日; (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
		除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日(除菌前); (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
			850100469	抗体測定実施年月日(除菌後); (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
			830100616	測定結果; *****

上記2及び3はあくまでも例題です。標記の他多くの記載要領があります。下記の厚生労働省のホームページにおいて確認してください。

(令和4年度診療報酬改定ホームページ)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

(令和4年度診療報酬改定 診療報酬明細書記載要領)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000952228.pdf>

図 検査における併算定について

主たる項目のみ算定可能な検査	
D001「8」 D001「9」 D001「15」	アルブミン定量（尿） トランスフェリン（尿） IV型コラーゲン（尿）
D001「10」 D007「1」 D007「6」 D007「14」 D007「47」 D009「8」	トリブシノーゲン 2（尿）（以下を併施） アミラーゼ リパーゼ アミラーゼアインザイム トリブシン エラスターゼ 1
D001「19」 D001「19」	好中球ゼラチナーゼ結合性リボカリン (NGAL)（尿） L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)（尿）
D002 D002-2	尿沈渣（鏡検法） 尿沈渣（フローサイトメトリー法）
D002 D017	尿沈渣（鏡検法） 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
D002-2 D017	尿沈渣（フローサイトメトリー法） 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
（潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として、同一月に以下を併施）	
D003「9」 D007「57」 D313 D004「2」 D017	カルプロテクチン（糞便） ロイシンリッチ α 2 グリコプロテイン 大腸内視鏡検査 関節液検査 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
D004-2「1」 D006-24 N002「6」 N005-2	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）「肺癌における ALK 融合遺伝子検査」 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 ALK 融合タンパク ALK 融合遺伝子標本作製
D004-2「1」	悪性腫瘍組織検査「イ」（1）肺癌における EGFR 遺伝子検査、ROS1 融合遺伝子検査、ALK 融合遺伝子検査、BRAF 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く）又は METex14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く）に限る
D004-2「1」 D006-12 D006-24 N002「6」 N005-2	悪性腫瘍組織検査「ロ」肺癌における BRAF 遺伝子検査（次世代シーケンシング）又は METex14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く）に限る EGFR 遺伝子検査（血漿） 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 ALK 融合タンパク ALK 融合遺伝子標本作製
D004-2「1」 N005	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）乳癌における HER2 遺伝子検査 HER2 遺伝子標本作製
D004-2「1」	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）「固形癌におけるマイクロナサテライト不安定性検査」
D004-2「1」 D006-18	悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」「固形癌における NTRK 融合遺伝子検査」 BRCA 1/2 遺伝子検査「1」腫瘍細胞を検体とするもの
D005「3」 D005「4」 D005「6」	末梢血液像（自動機械法） 好酸球数 末梢血液像（鏡検法）
D005「7」 D005「7」	DNA 含有赤血球計数検査 血中微生物検査
D006「25」 D006「27」 D006「29」	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT) プロトロンビンフラグメント F1+2 フィブリンモノマー複合体
D006-15 N004	膀胱がん関連遺伝子検査 細胞診「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの

D006-27「2」 D002「6」 N005-2	ALK 融合遺伝子検査 ALK 融合タンパク ALK 融合遺伝子標本作製
（卵巣癌、乳癌、肺癌又は前立腺癌において併施）	
D006-27「4」 D006-18	NTRK 融合遺伝子検査 BRCA 1/2 遺伝子検査
D007「1」 D007「33」	クレアチニン（腎クリアランス測定目的で行い、血清及び尿を同時に測定した場合） イヌリン
D007「23」 D010「8」	総カルニチン、遊離カルニチン 先天性代謝異常症検査
D007「24」 D007「44」 D008「30」	ALP アイソザイム及び骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) ALP アイソザイム (PAG 電気泳動法) 骨型アルカリホスファターゼ (BAP)
D007「28」 D007「35」 D007「37」	KL-6 肺サーファクタント蛋白-A (SP - A) 肺サーファクタント蛋白-D (SP - D)
D007「30」 D007「32」	シスタチン C ペントシジン
D007「36」 D007「37」 D007「37」	IV型コラーゲン又は「40」IV型コラーゲン・75 プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P) 又は Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体
D007「36」 D007「36」	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H - FABP) 定性又は定量 ミオグロビン定性又は定量
D007「42」 D015「23」	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 1 型 (IGFBP-1) 定性 癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腔分泌液）
D007「48」 D007「36」 D007「37」 D007「40」 D007「43」 D007「48」	オオトタキシン（以下を併施） IV型コラーゲン プロコラーゲン-III-ペプチド IV型コラーゲン・75 ヒアルロン酸 Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体
D007「48」 D007「37」 D007「36」 D007「40」 D007「43」	Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体（以下を併施） プロコラーゲン-III-ペプチド IV型コラーゲン IV型コラーゲン・75 ヒアルロン酸
D007「58」 D007「58」 D007「59」 D012「50」	プロカルシトニン (PCT) 定量 プロカルシトニン (PCT) 半定量 プレセプシン定量 エンドトキシン
D008「1」 D008「19」 D008「21」 D008「21」	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性 ヒト絨毛性ゴナドトロピン β サブユニット (HCG- β) ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量 ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量
D008「27」 D008「28」 D008「39」	I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) オステオカルシン (OC) デオキシピリジノリン (DPD)（尿）
D008「27」 D008「27」 D008「28」 D008「39」	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（以下を併施） I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX) オステオカルシン (OC) デオキシピリジノリン (DPD)（尿）
D008「30」 D008「31」 D008「32」 D007「42」	骨型アルカリホスファターゼ (BAP) インタクト I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) ALP アイソザイム (PAG 電気泳動法)

D008「34」 D008「35」	I型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) I型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)
D008「44」 D008「49」	メタネフリン ノルメタネフリン
D008「42」 D008「50」	ソマトメジン C インスリン様成長因子結合蛋白 3 型 (IGFBP-3)
D008「44」 D008「45」 D008「49」 D008「51」	メタネフリン メタネフリン・ノルメタネフリン分画 ノルメタネフリン 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画
D009「2」 D009「7」	癌胎児性抗原 (CEA) DUPAN-2
D009「6」 D009「18」	CA15-3 シアリル Le ^x 抗原 (CSLEX)
D009「9」 D009「27」	前立腺特異抗原 (PSA) プロステートヘルスインデックス (phi)
D009「12」 D009「21」	神経特異ノラーゼ (NSE) ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP)
D009「11」 D009「23」	CA125 CA602
D009「13」 D009「13」 D009「18」	核マトリックスプロテイン 22 (NMP22) 定量 (尿) 核マトリックスプロテイン 22 (NMP22) 定性 (尿) サイトケラチン 8・18 (尿)
D009「16」 D009「27」	遊離型 PSA 比 (PSA F/T 比) プロステートヘルスインデックス (phi)
D011「10」 「9」	血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM 及び IgA 抗体)、 血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG 抗体)
D012「4」 D012「26」 D012「34」	マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量 マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) マイコプラズマ抗原定性 (FA 法)
D012「7」 D012「8」	アデノウイルス抗原定性 (糞便) ロタウイルス抗原定性 (糞便) 又は定量 (糞便)
D012「9」 D012「27」	クラミドフィラ・ニューモニエ IgG 抗体 クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体
D012「10」 D012「27」	クラミドフィラ・ニューモニエ IgA 抗体 クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体
D012「11」 D012「42」 D023「18」	ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査 サイトメガロウイルス核酸検出
D012「22」 D012「11」	インフルエンザウイルス抗原定性 (以下を併施) ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) インフルエンザウイルス A・B 型
D012「31」 D012「32」 D018	大腸菌 O157 抗体定性 大腸菌 O157 抗原定性 細菌培養同定検査「2」消化管からの検体
D012「38」 D012「39」	肺炎球菌細胞壁抗原定性 肺炎球菌荚膜抗原定性 (尿・髄液)
D012「40」	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 IgG 抗体価、IgA 抗体価、IgM 抗体価

D012「41」 D012「21」 D012「29」 D012「30」 D012「33」 D012「35」	(1→3)-β-D-グルカン (以下を併施) カンジタ抗原定性、同半定量又は同定量 D-アラビニトール アスベルギルス抗原 クリプトコックス抗原半定量 クリプトコックス抗原定性
D012「46」 D023「12」 D023「20」	百日咳菌抗原定性 百日咳菌核酸検出 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
D012「49」 D012「49」	デングウイルス抗原定性 デングウイルス抗原・抗体同時測定定性
D013「12」 D023「4」	HBV コア関連抗原 (HBcrAg) HBV 核酸定量
D014「2」 D014「7」	リウマトイド因子 (RF) 定量 抗ガラクトース欠損 IgG 抗体定性又は定量
E014「3」 E014「10」	抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体
E014「9」 E014「22」	抗 Jo-1 抗体定性、同半定量又は同定量 抗 ARS 抗体
D014「7」 D014「8」 D014「13」 D014「23」 D014「24」 D014「24」	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体定性、同定量 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP 3) C ₁ q 結合免疫複合体 モノクローナル RF 結合免疫複合体 IgG 型リウマトイド因子 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量
D014「27」 D014「28」 D014「28」 D014「28」 D014「28」	抗カルジオリビン β ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体 抗カルジオリビン IgG 抗体 抗カルジオリビン IgM 抗体 抗 β ₂ グリコプロテイン I IgG 抗体 抗 β ₂ グリコプロテイン I IgM 抗体
D014「33」 D014「37」	抗デスモグレイン 3 抗体 抗デスモグレイン 1 抗体 (尋常性天疱瘡の治療効果判定目的で併施)
D014「42」 D014「33」 D014「33」 D014「37」	抗デスモグレイン 1 抗体、抗デスモグレイン 3 抗体及び抗 BP180-NC16a 抗体 HI 時測定 抗デスモグレイン 3 抗体 抗 BP180-NC16a 抗体 抗デスモグレイン 1 抗体 (天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で併施)
D014「43」 D014「45」	抗アセチルコリンレセプター抗体 (AChR 抗体) 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体
D015「1」 D015「1」 D015「6」	C 反応性蛋白 (CRP) 定性 C 反応性蛋白 (CRP) 血清アミロイド A 蛋白 (SAA)
D015「17」 D015「24」 D015「27」	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 免疫電気泳動法 (特異抗血清) 免疫グロブリン L 鎖 κ / λ 比
D015「26」 D015「19」	SCCA2 (同一月中に以下を併施) TARC
D012「34」 D018 D023「3」	淋菌抗原定性 細菌培養同定検査 (淋菌感染を疑って実施するもの) 淋菌核酸検出
D017 D002 D002-2	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡査 (以下を併施) 尿沈渣 (鏡検法) 尿沈渣 (フローサイトメトリー法)

D023「1」 D023「16」 D023「21」 D023-2「1」	細菌核酸検出（白血球） ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'（PBP2'）定性
D023「2」 D012「28」	クラミジア・トラコマチス核酸検出 クラミジア・トラコマチス抗原定性
D023「5」 D012「37」	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 淋菌抗原定性
D023「5」 D012「28」	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 クラミジア・トラコマチス抗原定性
D023「5」 D018	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）
D023「5」 D023「3」	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 淋菌核酸検出
D023「5」 D023「2」	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 クラミジア・トラコマチス核酸検出
D023「10」 D023「11」	HPV 核酸検出 HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
D023「12」 D012「9」 D012「10」 D012「27」 D023「20」	肺炎クラミジア核酸検出 クラミドフィラ・ニューモニエ IgG 抗体 クラミドフィラ・ニューモニエ IgA 抗体 クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
D023「14」 D021	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー（MAC）核酸検出 抗酸菌同定
D023「19」 D023「13」	結核菌群リファンピシン耐・性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 結核菌群核酸検出
D023-2「1」 D023「16」	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'（PBP2'）定性 ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出
D236「3」 D236「4」	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 聴性定常反応
D237 D237-2	終夜睡眠ポリグラフイニ 反復睡眠潜時試験
D250「4」 D278	電気眼振図 眼球電位図（EOG）
D256「1」 D256「2」 D256「3」	眼底カメラ撮影（通常の撮影） 眼底カメラ撮影（蛍光眼底法） 眼底カメラ撮影（自発蛍光撮影法）
D258 D258-2 D258-3	網膜電位図（ERG） 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図） 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図
D278 D250「4」	眼球電位図（EOG） 電気眼振図
D282-2「1」 D282-2「2」	PL 法 乳幼児視力測定
D286 D286-2	腎のクリアランステスト イヌリンクリアランス測定
D298-2 D298 D299	内視鏡下嚥下機能検査 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ 喉頭ファイバースコープ

D302 D302-2	「注」気管支肺洗浄法検査同時加算 気管支カテーテル気管支肺洗浄法検査
D311 D311-2	直腸鏡検査 肛門鏡検査
D314 D315	腹腔鏡検査 腹腔ファイバースコープ
定性検査、半定量検査及び定量たる検査	
スクリーニング検査とその他の検査	

主たる 2 項目のみ算定可能な検査	
D007「1」 D007「1」 D007「4」	蛋白分画 アルブミン（BCP 改良法・BCG 法） 蛋白分画
D007「3」 D007「3」 D007「4」	総コレステロール HDL—コレステロール LDL—コレステロール

主たる 3 項目のみ算定可能な検査	
D014「28」 D014「28」 D014「28」 D014「28」	抗カルジオリビン IgG 抗体 抗カルジオリビン IgM 抗体 抗 β 2 グリコプロテイン II IgG 抗体 抗 β 2 グリコプロテイン II IgM 抗体
D007「1」 D007「7」	カルシウム イオン化カルシウム
D007「1」 「1」	総鉄結合能（TIBC）（比色法） 不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）
D007「13」	胆汁酸
尿中硫酸抱合型胆汁酸測定（酵素法）（→「18」「コレステロール分画」に準じて算定）	
D008「8」 D008「11」	レニン活性 レニン定量
D012「37」 D018	淋菌抗原定性 細菌培養同定検査
D012「42」	グロブリンクラス別ウイルス抗体価 （同一ウイルスにつき） IgG 型ウイルス抗体価 IgM 型ウイルス抗体価
D012「42」 D012「11」	グロブリンクラス別ウイルス抗体価 ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）
D013「6」 D013「8」	HbC 抗体半定量・定量 HbC-IgM 抗体
D013「8」 D013「8」	HA 抗体 HA-IgM 抗体
D014「26」 D014「38」	抗 TSH レセプター抗体（TRAb） 甲状腺刺激抗体（TSAb）
D273 D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部） 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

同一日は主たる項目のみ算定可能な検査	
D216-2「1」 D216-2「2」	超音波検査によるもの 導尿によるもの
D225 D225-2	観血的動脈圧測定 非観血的連続血圧測定

D228 D229	深部体温計による深部体温測定 前額部、胸部、手掌部又は足底部体表体温測定による末梢循環不全状態観察
D230 D206「1」	観血的肺動脈圧測定 右心カテーテル
D230 D226	観血的肺動脈圧測定 中心静脈圧測定
D231 D231-2	人工臓臓検査 皮下連続式グルコース測定
D231-2 J043-6	皮下連続式グルコース測定 人工臓臓療法

同月月中は主たる項目のみ算定可能な検査	
D004-2「1」 D006-2 D006-6 D006-14 D006-16	悪性腫瘍遺伝子検査 造血器腫瘍遺伝子検査 免疫関連遺伝子再構成 FLT3 遺伝子検査 JAK2 遺伝子検査
D004-2「1」 D006-12 D006-24	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」(1)「肺癌における EGFR 遺伝子検査」 EGFR 遺伝子検査 (血漿) 肺癌関連遺伝子多項目同時検査
D004-2「1」 D004-2「1」 D006-22	悪性腫瘍組織検査「イ」(1)「大腸癌における RAS 遺伝子検査」 悪性腫瘍組織検査「イ」(2)「大腸癌における K-ras 遺伝子検査」 RAS 遺伝子検査 (血漿)
D007「29」 D007「29」	心筋トロポニン I 心筋トロポニン T (TnT) 定性・定量
D007「57」 D003「9」 D313	ロイシンリッチ α ₂ グリコタンパク質 カルプロテクチン (糞便) 大腸内視鏡検査

併算定時に算定項目が決まっている検査	
検査項目	算定できる検査
D005「5」 D006「8」	末梢血液一般検査 血小板凝集能
D007「9」 D007「19」	ケトン体 ケトン体分画
D007「14」 D007「36」	重炭酸塩 血液ガス分析
D008「37」 D008「37」	エストロゲン半定量又は定量 エストリオール (E ₃)
D008「37」 D008「36」	エストロゲン半定量又は定量 エストジオール (E ₂)
D012「18」 D018	A 群 β 溶連菌迅速試験定性 細菌培養同定検査
D012「36」 D018	大腸菌血清型別 細菌培養同定検査
D014「29」 D014「40」	IgG ₂ (TIA 法) IgG ₂ (ネフェロメトリー法)
D208 D209	心電図検査 負荷心電図検査

D210-4 D208 D209 D210 D211	T 波オルタナンス検査 (以下を併施) 心電図検査 負荷心電図検査 ホルター型心電図 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	D210-4「T 波オルタナンス検査」
D211 D200 D208	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 (同一日に以下を実施) スパイログラフィー等検査 心電図検査	D211「トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査」
D211-2 D200 D208	喘息運動負荷試験 (一連で以下を実施) スパイログラフィー等検査 心電図検査	D211-2「喘息運動負荷試験」
D211-3 D200 D220 D221-2 D222 D222-2 D223 D223-2	時間内歩行試験 (同一日に以下を実施) スパイログラフィー等検査 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコプ (ハートスコープ)、カルジオタコスコープ 筋肉コンパートメント内圧測定 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 経皮的酸素ガス分圧測定 経皮的動脈血酸素飽和度測定 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D211-3「時間内歩行試験」
D211-4 D200 D220 D221-2 D222 D222-2 D223 D223-2	シャトルウォーキングテスト (同一日に以下を実施) スパイログラフィー等検査 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコプ (ハートスコープ)、カルジオタコスコープ 筋肉コンパートメント内圧測定 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 経皮的酸素ガス分圧測定 経皮的動脈血酸素飽和度測定 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D211-4「シャトルウォーキングテスト」
D215「3」 D211	「ホ」負荷心エコー法 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	D215「3」「ホ」負荷心エコー法
D215「5」 D007「38」 D207「3」 D220	血管内超音波法 血液ガス分析 心拍出量測定 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコプ カルジオタコスコープ等	D215「5」「血管内超音波法」
D215「5」 D206	血管内超音波法 心臓カテーテル法による諸検査	D206「血管内超音波法」
D215「5」 D324	血管内超音波法 血管内視鏡検査	同月月中は D215「5」「血管内超音波法」
D215-2 D215-3	肝硬度測定 超音波エラストグラフィ	D215-2「肝硬度測定」

D220 J045	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコブ（ハートスコープ）、カルジオタコスコーブ 人工呼吸	同一日は J045「人工呼吸」
D223 C103	経皮的動脈血酸素飽和度測定 在宅酸素療法指導管理料（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）	C103「在宅酸素療法指導管理料」
D223-2 C103	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 在宅酸素療法指導管理料（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）	103「在宅酸素療法指導管理料」
D231 D007「1」	人工臓臓検査 グルコース	同一日は D231「人工臓臓検査」
D231-2 D007「1」	皮下連続式グルコース測定 グルコース	同一日は D231-2「皮下連続式グルコース測定」
D237 D214 D223 D223-2	終夜睡眠ポリグラフィ「1」 脈波図、心臓図、ポリグラフ検査 経皮的動脈血酸素飽和度測定 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D237「終夜睡眠ポリグラフィ「1」」
D237 D223 D223-2	終夜睡眠ポリグラフィ「2」 経皮的動脈血酸素飽和度測定 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D237「終夜睡眠ポリグラフィ「2」」
D237 D200 D239	終夜睡眠ポリグラフィ「3」 （以下を併施） スパイログラフィ等から本区分の「2」まで 筋電図検査	D237「終夜睡眠ポリグラフィ「3」」
D239-3 D250	神経学的検査 平衡機能検査	D239-3「神経学的検査」
D239-3 D255	神経学的検査 精密眼底検査	D239-3「神経学的検査」
D247「5」 D247「5」	「イ」自発耳音響放射 「ロ」その他の場合	同一月中は D247「5」 「ロ」「その他の場合」
D255-2 D255	汎網膜硝子体検査 精密眼底検査（片側）	D255-2「汎網膜硝子体検査」
D255-2 D257	汎網膜硝子体検査 細網膜硝子体検査（前眼部及び後眼部）	D255-2「汎網膜硝子体検査」
D255-2 D273	汎網膜硝子体検査 細網膜硝子体検査（前眼部）	D255-2「汎網膜硝子体検査」
D256 D256-3	眼底カメラ撮影 光干渉断層血管撮影	D256-3「光干渉断層血管撮影」
D256-2 D256「1」	眼底三次元画像解析 眼底カメラ撮影（通常の方法）	D256-2「眼底三次元画像解析」
D265-2 D265	角膜形状解析検査 角膜曲率半径計測	同一月内は D265-2「角膜形状解析検査」
D265-2 D274 D274-2	角膜形状解析検査 前房隅角検査 前眼部三次元画像解析	D274-2「前眼部三次元画像解析」
D277-2 K202	涙道内視鏡検査 涙管チューブ挿入術	K202「涙管チューブ挿入術」

D296-2 D298	鼻咽腔直達鏡検査 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ	D298「嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ」
D302 D415-3	気管支ファイバースコープ 経気管肺生検法	D415-3「経気管肺生検法」
D317 D317-2 D318	膀胱尿道ファイバースコープ 膀胱尿道鏡検査 尿管カテテル法	D318「尿管カテテル法」
D324 D220	血管内視鏡検査 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコブ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	D324「血管内視鏡検査」
D415 D302	経気管肺生検法 気管支ファイバースコープ	D415「経気管肺生検法」
D415-3 D302	経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの） 気管支ファイバースコープ	D415-3「経気管肺生検法」
D415-4 D302	経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合） 気管支ファイバースコープ	D415-4「経気管肺生検法」
D415-5 D302	経気管支凍結生検法 気管支ファイバースコープ	D415-5「経気管肺生検法」

その他併算定時の条件がある検査		
検査項目		算定できる検査
D008「20」 D008「22」 D008「46」	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） 心房性 Na 利尿ペプチド（ANP）	主たる 1 項目（1 週間以内に 2 項目以上併施の場合）
D012「24」 D012「11」 D012「22」 D012「23」	ヒトメタニューモウイルス抗原定性（以下を併施） ウイルス抗体価（定性・半定量・定量） （インフルエンザウイルス A 型・B 型） インフルエンザウイルス抗原定性 RS ウイルス抗原定性	3 項目実施は 2 つ。ただし「11」「22」の併施は 1 項目と数える
D014「2」 D014「7」 D014「8」 E014「13」 D014「23」 D014「24」	リウマトイド因子（RF）定量 3 項目以上併施の場合、主たるものの 2 つ 抗ラクトース欠損 IgG 抗体定性、同定量 マトリックスメタロプロテナーゼ -3（MMP-3） C ₁ q 結合免疫複合体 モノクローナル RF 結合免疫複合体 IgG 型リウマトイド因子	
D023「9」 D023「15」	HCV 核酸検出 HCV 核酸定量	治療経過観察の場合、いずれか一方
D005「9」 D007「17」 D007「21」	ヘモグロビン A1c（HbA1c） グリコアルブミン 1,5-アンヒドロ D-グルシトール（1,5AG）	いずれか 1 項目（月 1 回限り）以下に別条件あり。 ※

※：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 ヶ月、インスリン治療を開始してから 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。また、クロザピンを投与中の患者については「9」ヘモグロビン A1c（HbA1c）を月 1 回に限り別に算定できる。

図 週 1 回・月 1 回・複数月 1 回のみ算定の検査（右欄の期間に 1 回に限り算定）等

区分番号	項目名	期間
D001「8」	アルブミン定量（尿）	3 月
D001「9」	トランスフェリン（尿）	3 月
D001「13」	ミオイノシトール（尿）	1 年
D001「16」	IV 型コラーゲン（尿）	3 月
D001「18」	シユウ酸（尿）	1 年
D001「19」	L 型脂脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）※ 1	3 月
D003「9」	カルプロテクチン（糞便）※ 2	3 月
D004「7」	IgE 定性（涙液）	1 月
D004「9」	マイクロバブルテスト	1 週
D005「9」	ヘモグロビン A1c（HbA1c）※ 3 ※ 4	1 月
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	1 月
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	6 月
D006-9	WT1mRNA	1 月
D007「8」	マンガン（Mn）	3 月
D007「17」	グリコアルブミン※ 4	1 月
D007「21」	1,5- アンヒドロ-D- グルシトール（1,5AG）※ 4	1 月
D007「23」	総カルニチン、遊離カルニチン※ 5	6 月
D007「26」	リボ蛋白（a）	3 月
D007「27」	ヘパリン	1 月
D007「30」	シスタチン C	
D007「31」	25- ヒドロキシビタミン D ※ 6	3 月
D007「32」	ペントシジン	3 月
D007「33」	イヌリン	6 月
D007「43」	レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）	3 月
D007「46」	アセトアミノフェン	1 月
D007「48」	マロンジアルデヒド修飾 LDL（MDA-LDL）※ 7	3 月
D007「57」	ロイシンリッチ α 2 グリコプロテイン※ 2	3 月
D007「62」	1,25- ジヒドロキシビタミン D ₃ ※ 8	3 月
D008「20」	脳性 Na 利尿ペプチド（BNP）	1 月
D008「22」	脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント（NT-proBNP）	1 月
D008「26」	低カルポキシル化オステオカルシン（ucOC）※ 9	6 月
D008「27」	I 型コラーゲン架橋 N- テロペプチド（NTX）（骨粗鬆症の場合）	6 月
D008「27」	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	6 月
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）※ 9	6 月
D008「35」	I 型コラーゲン架橋 C- テロペプチド β 異性体（β -CTX）※ 9	6 月
D008「39」	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）（骨粗鬆症の場合）	6 月

区分番号	項目名	期間
D008「52」	抗ミューラー管ホルモン（AMH）	6 月
D009「3」	α - フェトプロテイン（AFP）	1 月
D009「9」	前立腺特異抗原（PSA）※ 10	3 月
D009「9」	PIVKA- II 半定量又は定量	1 月
D009「19」	抗 p53 抗体	1 月
D009「27」	プロステートヘルスインデックス（phi）※ 11	3 月
D013「12」	HBV コア関連抗原（HBcrAg）	1 月
D014「17」	抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体（腎クリーゼのリスクが高い者、腎クリーゼ発症後の者）	3 月
D014「24」	抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量（陰性の場合）※ 12	3 月
D014「44」	抗グルタミン酸レセプター抗体	1 月
D014「46」	抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）	1 年
D015「19」	TARC	1 月
D015「26」	SCCA2	1 月
D023「4」	HBV 核酸定量※ 13	1 月
D023「8」	EB ウイルス核酸定量※ 14	1 月
D023「23」	HV ジェノタイプ薬剤耐性	3 月
D026	検体検査判断料	1 月
D026「注 4」	検体検査管理加算	1 月
D026「注 6」	遺伝カウンセリング加算	1 月
D026「注 8」	骨髄像診断加算	1 月
D027	基本的検体検査判断料	1 月
D205	呼吸機能検査等判断料	1 月
D206	（心臓カテーテル法による諸検査）血管内超音波検査加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算	1 月
D207「4」	血管内皮機能検査	1 月
D215	超音波検査「2」断層撮影法「イ」訪問診療時に行った場合	1 月
D215	超音波検査「3」心臓超音波検査「二」胎児心エコー法	1 月
D215-2	肝硬度測定※ 15	3 月
D215-3	超音波エラストグラフィー※ 15	3 月
D215-4	超音波減衰法検査	3 月
D217	骨塩定量検査	4 月
D219	ノンストレステスト（入院外患者）※ 16	1 週
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定	3 月
D225-3	24 時間自由行動下血圧測定	1 月
D233	直腸肛門機能検査	1 月

区分番号	項目名	期間
D237	終夜睡眠ポリグラフィー「1」「2」(C107-2 算定患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者の場合)	6月
D237	終夜睡眠ポリグラフィー「3」(C107-2 算定患者は初回月2回)	1月
D237-2	反復睡眠潜時試験 (MSLT)	1月
D238	脳波検査判断料	1月
D241	神経・筋検査判断料	1月
D255-2	汎網膜硝子体検査	1月
D256-2	眼底三次元画像解析	1月
D256-3	光干渉断層血管撮影	1月
D258-2	網膜機能精密電気生理検査※17	3月
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図※18	1年
D261「注」	小児矯正視力検査加算	3月
D265-2	角膜形状解析検査	1月
D265-2	角膜形状解析検査(角膜移植後の患者の場合)	2月
D270-2	ロービジョン検査判断料	1月
D274-2	前眼部三次元画像解析	1月
D282-4	ダーモスコピー※19	4月
D285	認知機能検査その他の心理検査「I」操作 が容易なもの「I」簡易なもの※14	3月
D286-2	イヌリンクリアランス測定	6月
D287	内分泌負荷試験※20	1月
D290-2	尿失禁定量テスト (パッドテスト)	1月
D291-3	内服・点滴誘発試験	2月
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	1月
D324	血管内視鏡検査	1月
D211-3	時間内歩行試験：1年に4回限度	
D211-4	シャトルウォーキングテスト：1年に4回限度	
D216-2	残尿測定検査：1月に2回限度	
D244-2	補聴器適合検査：1月に2回限度	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査：12月に3回限度	

- ※1：医学的必要性からそれ以上算定する場合は、詳細な理由をレセプト摘要欄に記載する。
- ※2：医学的必要性から1月に1回行う場合は、詳細な理由と検査結果を診療録およびレセプト摘要欄に記載する。
- ※3：クロザピンを投与中に患者については、月2回算定可。
- ※4：妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与開始から6月以内の患者、インスリン治療開始から6月以内の患者等については月2回算定可。
- ※5：先天性代謝異常症の診断補助または経過観察のために実施する場合は、月1回
- ※6：診断時には1回とし、その後は3月に1回とする。
- ※7：糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、別に術前1回に限り算定可。
- ※8：活性型ビタミンD3剤による治療開始後1月以内は2回を限度とし、その後は3月に1回とする。
- ※9：治療開始前に1回に限り算定可。その後は6月以内に1回。
- ※10：施行間隔の詳細は通知を参照のこと。
- ※11：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。
- ※12：関節リウマチの治療薬選択のために行う場合は患者1人につき1回に限り算定。
- ※13：病名ごとの施行間隔の詳細は通知を参照のこと。
- ※14：免疫抑制剤投与や化学療法を行う悪性リンパ腫等の患者にB型肝炎の再活性化を考慮して行つた場合、治療中及び治療後1年以内に限り月1回算定可。
- ※15：医学的必要性から3月に2回以上算定する場合は、レセプト摘要欄に理由と医学的根拠を詳細に記載する。
- ※16：入院患者の場合は1週間に3回算定可。
- ※17：初回診断時1回、以降3月に1回(網膜手術前後は各1回)
- ※18：年2回実施の場合、レセプト摘要欄に医学的必要性を記載。
- ※19：医学的必要性から4月に2回算定の場合、レセプト摘要欄にその理由を記載し、この場合でも1月1回を限度。
- ※20：「1下垂体前葉負荷試験」の「I成長ホルモン」については月2回まで算定可。

◎ (出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル2022年版」)

2-9 審査情報提供事例等について

社会保険診療報酬支払基金では、「審査情報提供検討委員会」を設置し、診療報酬請求の審査に関する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も検討を行い結果について、「支払基金における審査の一般的な取扱い」や「審査情報提供事例」として情報提供を行っております。

国民健康保険中央会においても同様に「審査情報提供事例について」として情報提供しております。

本各論では、「審査情報提供事例」の代表的な例をお示ししておりますが、それ以外の事例についても、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会のホームページに掲載されており、また、新たな事例等の情報提供も更新されておりますので、定期的に確認する事をお勧めいたします。

なお、本書に掲載した事例や、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会の示す事例等に表示された適否が、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。

社会保険診療報酬支払基金の事例等のホームページアドレス

<https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/index.html>

国民健康保険中央会の事例等のホームページアドレス

<https://www.kokuho.or.jp/inspect/jirei/>

＜社会保険診療報酬支払基金＞

検査			
項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項
アルブミン定量（尿） （糖尿病性早期腎症）	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ヶ月に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。	
赤血球沈降速度（ESR）とC反応性蛋白（CRP）（併施）	原則として、同一検体での赤血球沈降速度（ESR）とC反応性蛋白（CRP）の併施算定は認められる。	ESRとCRP検査データは、通常、並行的に変化するものであるが、両者のデータの乖離（かいり）は炎症初期及び回復期等に認められる場合がある。また、血管内凝固症候群など両者の乖離（かいり）が診断のきっかけとなることもあるなど、両者の併施は有用である。	
赤血球沈降速度（ESR）（高血圧症）	初診時以外で、「高血圧症」のみの病名に対する赤血球沈降速度（ESR）の算定は認められない。	「高血圧症」とESRは病態生理学的にみて、必然的な検査とは認められない。	

HbA1c ① (膵臓疾患)	原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合の HbA1c 検査は認められない。	HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。	膵臓疾患、特に慢性膵炎では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的有用性がある。こうした場合は「糖尿病」または「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的な必要性が認められる場合に限られる。
HbA1c ② (肝臓疾患)	原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合の HbA1c 検査は認められない。	HbA1c 検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。	上記、膵臓疾患と同様の留意事項
プロトロンビン時間 (PT) ② (術前検査)	原則として、消化管内視鏡検査 (ポリープ切除を実施しない場合) の術前検査として、プロトロンビン時間 (PT) は認められる。	当初の目的が消化管内視鏡 (特に大腸内視鏡) 検査であって、観察の結果で、そのままポリープ切除術など観血的な医療行為に移行することがある。	
フェリチン	原則として、鉄欠乏性貧血の疑い病名に対する D007 の 26 フェリチン半定量又はフェリチン定量の算定は認められる。	フェリチンは肝、脾、小腸粘膜などに含まれる鉄蛋白質で血液中に微量に存在し、体内貯蔵鉄の量を反映する。鉄欠乏性貧血では、早期よりフェリチンが低下するためその診断に有用である。	
リポ蛋白分画とコレステロール分画 (併施)	原則として、リポ蛋白分画とコレステロール分画の併施は認められない。	脂質異常症は、血液中の脂質すなわち LDL-コレステロール (LDLC)、HDL コレステロール (HDL-C) 中性脂肪 (TG) のうち少なくとも一つが病的範囲にある状態をいう。日本動脈硬化学会では、脂質異常症の診断基準として、LDL-C140mg/dl 以上、TG150mg/dl 以上を挙げ、HDL-C40mg/dl 未満を低 HDL-C 血症としている。また、同学会の動脈硬化性疾患予防ガイドラインは LDL-C を重視し、患者を冠動脈疾患の有無と LDLC 以外の主要危険因子により 4 カテゴリーに分け、その脂質管理目標値に従った管理を推奨している。一方、リポ蛋白は脂質と蛋白の複合体をさし、カイロミクロン、超低比重リポ蛋白 (VLDL)、低比重リポ蛋白 (LDL)、高比重リポ蛋白 (HDL) が含まれる。ある種の病的状態で中間比重リポ蛋白 (IDL) あるいはレムナントが増加する。従来、脂質異常症の分類については、脂質代謝過程で障害されている経路や機構を把握する目的でリポ蛋白分画が測定され、Fredrickson の分類を改変した WHO の表現型分類が用いられている。しかし、実際の臨床の場では上記の日本動脈硬化学会の基準に基づいた診療が行われている。また、リポ蛋白は脂質値 (コレステロール分画) やアポ蛋白値と相関して変動することが多く、コレステロール分画についてはその測定も容易であり、その測定値でリポ蛋白の値を類推できることから、日常の脂質異常症の診療はコレステロール分画測定にて足りると考えられ、原則として両検査の併施は認められない。	治療上必要となる場合は、当該理由を詳記することにより認められる場合もある。
ヒアルロン酸① (肝機能障害、肝細胞癌疑い)	「慢性肝炎」の病名がない場合、「肝機能障害」又は「肝細胞癌疑い」に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝機能障害」では、慢性肝炎かどうか明確ではない。「肝細胞癌疑い」では、ヒアルロン酸の測定は診断の参考とならない。	
D-59 ヒアルロン酸② (肝硬変)	原則として、肝硬変に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝硬変」では、既に肝の線維化が認められるものであり、ヒアルロン酸の測定は、疾患の経過観察の参考とならない。	
ヒアルロン酸③ (肝細胞癌)	原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合、肝細胞癌に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝細胞癌」では、ヒアルロン酸の測定は、経過観察や治療方針の決定には参考とならない。	

ヒアルロン酸④ (原発性胆汁性 肝硬変)	原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合であっても、原発性胆汁性肝硬変に対するヒアルロン酸は認められる。	「原発性胆汁性肝硬変」は、診断時には必ずしも肝硬変とは言えず、そのステージングの参考となる。	
T3、FT3、T4、FT4 (併施)	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。
インスリン(IRI) (糖尿病確定後の患者)	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。
C-ペプチド(CPR) (糖尿病確定後の患者)	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。
糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン(IRI)の算定について	糖尿病確定診断後の患者に対するインスリン(IRI)の連月の算定は、原則として認めない。ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認める。	審査情報提供事例(平成18年3月27日第2次提供事例)より「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。」とされ、その理由として「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。」としている。インスリン(IRI)は、インスリン分泌能の評価を行い、病型の診断(I型等)を行う検査であり、病型の診断が既に行われ症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないが、薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、経過観察が必要な場合もある。これらの状態が病名又は症状詳記等で医学的に判断できる場合は、連月の算定は原則認められると判断した。以上のことから、糖尿病確定診断後の患者に対してのIRIの算定は、一定間隔での経過観察が必要な場合等もあるため認めるが、病型の診断が既に行われ、症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないため、連月の算定については原則として認めないとし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できれば認める場合もあるとして取り扱うこととする。	
α-フェトプロテイン レクチン分画 (AFP-L3%) (慢性肝炎)	原則として、初診月又は再診月に傷病名が「慢性肝炎」のみの場合、α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)は認められない。	告示・通知から、「慢性肝炎」のみでは認められない。	

輸血	血小板製剤のみの輸血に対し、不規則抗体検査は認められない。	現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（不規則抗体の標的）をほとんど含まないので、不規則抗体は適当とは認められない。	
インフルエンザ関連検査	原則として、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」以外でインフルエンザ関連検査の算定は認められない。	本検査は、インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がない、インフルエンザ関連検査の算定は認められない。	
梅毒血清反応 (STS) 定性②	人工腎臓実施時（初回）に梅毒血清反応 (STS) 定性の算定は認められる。	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、観血的検査等を実施するに当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。	梅毒血清反応 (STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS) 定量の算定は認められない。
梅毒血清反応 (STS) 定性③	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。	
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	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。	
HBs 抗原	原則として、内視鏡時における HBs 抗原の算定は認められる。	B 型肝炎は、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。	
HBs 抗原定性・半定量② (人工腎臓実施時)	人工腎臓実施時（初回）に HBs 抗原定性・半定量の算定は認められる。	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、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
HBs 抗原定性・半定量③	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。	
HBs 抗原① (B 型肝炎疑い)	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。	
HBs 抗原③ (B 型肝炎の経過観察)	原則として、「B 型肝炎」の抗ウイルス療法、肝臓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、肝臓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、肝臓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。	
HCV 抗体定性・定量② (人工腎臓実施時)	人工腎臓実施時（初回）に HCV 抗体定性・定量の算定は認められる。	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、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	

HCV 抗体定性・定量③ D013	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。	
抗核抗体、 抗 DNA 抗体定性、 抗 DNA 抗体定量 (疑い病名、「注記」がない場合)	原則として、「疑い病名」あるいは「注記」がない場合、抗てんかん剤に対する抗核抗体、抗 DNA 抗体定性、抗 DNA 抗体定量は認められない。	抗てんかん剤の副作用として SLE 様症状は稀であるので、認めない。	「疑い病名」又は「注記」の記載がある場合は認める。
ループスアンチコア グラント定性、 ループスアンチコア グラント定量① (膠原病疑い)	「c2 施 uc2 抗 R リン脂質抗体症候群」の病名がない場合、「膠原病疑い」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められない。	膠原病のスクリーニング検査としてループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量を測定することは適当でない。	
ループスアンチコア グラント定性、 ループスアンチコア グラント定量② (習慣流産)	原則として、「抗リン脂質抗体症候群」の病名がない場合であっても、「習慣流産」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められる。	習慣流産の原因となる母体疾患として、「抗リン脂質抗体症候群」を持っている可能性が高いと考えられる。抗リン脂質抗体は、流産との関連性が大きく、不育症の重要な要因でもあるため、これらの母体疾患の有無を検討し、異常があれば治療を加えることで流産を予防することが可能である。	
抗好中球細胞質ミエ ロペルオキシダーゼ 抗体 (MPO-ANCA) (ANCA 関連血管炎)	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ダーゼ抗体 (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、MPOANCA の算定は認められない。
血清補体価 (CH50) (膠原病の疑い)	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。	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。	
アレルギー性鼻炎の 疑いに対する D015 の 10 非特異的 IgE 半定量及び 非特異的 IgE 定量の 算定について	アレルギー性鼻炎の疑いに対して、D015 の 10 非特異的 IgE 半定量及び非特異的 IgE 定量の算定は、原則として認められる。	IgE は血清中にごく微量存在する免疫グロブリンで、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、じんま疹Ⅰ型(即時型)アレルギー反応が関与する疾患などのⅠ型アレルギー疾患で高値を示す。非特異的 IgE は、IgE の血中総濃度を測定する検査であり、Ⅰ型アレルギーのスクリーニング検査として有用である。このため、アレルギー性鼻炎の疑いに対する D015 の 10 非特異的 IgE 半定量及び非特異的 IgE 定量の算定は、原則として認められることとした。	
細菌顕微鏡検査 (血液培養)	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、化学療法の影響を受けた今日においては、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。

心電図検査①	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。	同上	
超音波検査	原則として、単なる挫傷に対する局所診断を目的とした超音波検査は認められない。	単なる「挫傷」に対する超音波検査の算定は、挫傷局所の診断検査としては一般的ではない。なお、「単なる挫傷」とは「部位や併存症または合併症（疑い病名を含む）などの傷病名記載のない挫傷」のことをいう。	
バルスドブラ法加算	原則として、肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、バルスドブラ法加算の算定は認められる。	肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、バルスドブラ法加算の算定は、血流の定量的評価により診断の向上を図る目的で行われる。	肝血管腫での算定は認めない。
バルスドブラ法加算	原則として、乳癌が疑われる患者に対するスクリーニング検査として、超音波検査の断層撮影法におけるバルスドブラ法加算は認められない。	乳癌自体の血流量が少ないので、バルスドブラ法は意味がない。また、スクリーニング検査では、早期症例又は他の良性腫瘍も多く含まれる。	乳腺腫瘍での算定も認めない。
バルスドブラ法加算① （腎悪性腫瘍）	原則として、腎悪性腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にバルスドブ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、バルスドブラ法が必要である場合がある。
バルスドブラ法加算② （尿管腫瘍）	原則として、尿管腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にバルスドブ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少ない。	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。
バルスドブラ法加算③ （精索静脈瘤）	原則として、精索静脈瘤に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にバルスドブ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。	
バルスドブラ法加算④ （精索、精巣捻転症）	精索及び精巣捻転症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にバルスドブ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。	
狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の3心臓超音波の算定について	狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の3心臓超音波イ 経胸壁心エコー法の算定は、原則として認められる。	心臓超音波検査は、高周波の超音波を用いて心臓の動きや構造、血流を観察し、心臓疾患の診断や心機能・血行動態の判定を行う検査であり、狭心症確定後においては、心腔壁運動の異常、心筋虚血の有無の検出等に有用である。以上のことから、狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の3心臓超音波イ 経胸壁心エコー法の算定は、原則認められると判断した。	
呼吸心拍監視①	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において呼吸心拍監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。	同上	
呼吸心拍監視③ （静脈麻酔による手術）	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。	

経皮的動脈血酸素飽和度測定	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。	鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成 28 年 3 月 31 日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。
内視鏡検査	原則として肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査実施加算は痔核に対しては認められない。	肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査は痔核に対して診断を進める際に用いる検査としては一般的ではない。

薬剤			
項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項
副腎皮質ホルモン剤 と免疫抑制剤の併用	原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。	原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。	
脂質異常症、 高脂血症、 高コレステロール 血症等	原則として医薬品の適応を審査する上で、脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等とは同等として取扱うことは妥当である。	高コレステロール血症、脂質異常症、高脂血症は同義であると解釈されている。また、高トリグリセリド血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高コレステロール血症の病名のみでは認められず、高コレステロール血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高トリグリセリド血症の病名のみでは認められない。	
過活動膀胱治療剤①	原則として、「過活動膀胱の記載がない単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	
過活動膀胱治療剤②	原則として、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	
キネダック錠	原則として、「糖尿病」の傷病名のみでキネダック錠の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「次の症状（糖化ヘモグロビンが高値を示す場合）の改善／糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」と記載されており、「糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」の明示がない、「糖尿病」のみでのキネダック錠の投与は認められない。	
フオイパン錠	原則として、逆流性食道炎の傷病名のみでフオイパン錠の投与は認められない。	胃切除（胃全摘、噴門側又は幽門側胃切除、胃管再建など）術後は、十二指腸液の逆流によるアルカリ性食道炎をきたすが、フオイパン錠の有効性は、この十二指腸液のトリプシン等、蛋白分解酵素の阻害作用にある。一方、胃切除を伴わない逆流性食道炎は胃酸の逆流によるものである。両者の病態、治療法は全く異なることから、術後かどうかは明確に区別されなければならない。以上より、逆流性食道炎の傷病名のみでのフオイパン錠の投与は認められないとした。	
抗生物質	投与期間 14 日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、原則として 14 日を超えての投与は認められない。	投与期間 14 日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、医学的な必要性の明確でない場合の 14 日を超えての投与は原則として認められない。	耐性菌の発現等を防ぐため、疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめるとともに、必要に応じて検査を行うこと。

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 腸炎、偽膜性大腸炎及び 造血幹細胞移植 (骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植) 時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散 (バンコマイシン塩酸塩散) の投与について	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植 (骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植) 時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散 (バンコマイシン塩酸塩散) の投与は、原則として認めない。	塩酸バンコマイシン散 (バンコマイシン塩酸塩散) の適応は、「MRSA 感染性腸炎、クロストリジウム・ディフィシルによる偽膜性大腸炎及び骨髄移植時の消化管内殺菌」に特化されている。また、本薬剤は、通常、経口投与によってほとんど吸収されず、高い消化管内濃度が得られるが、血中にはほとんど現れないことから、消化管以外の感染症には用いられない。したがって、MRSA 腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植 (骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植) 時の消化管内殺菌以外での投与は、原則認められないと判断した。	
ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター (PPI) 投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-2の2尿素呼吸試験 (UBT) の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則として認められない。	ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター (PPI) 投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-2の2尿素呼吸試験 (UBT) の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則として認められない。	ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター (PPI) が投与されている患者に対するD023-2の2尿素呼吸試験 (UBT) については、PPIの静菌作用により検査結果が偽陰性となる可能性がある。厚生労働省通知 (※) にも「ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合には感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後2週間以上経過していることが必要である。」と示されている。このため、当該検査はPPIの投与を中止又は終了してから2週間以上経過後に実施する必要がある。一方、投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施し、結果「陽性」だった場合は、ヘリコバクター・ピロリ (HP) 感染について「真に陽性」と判断し得る。しかし、ヘリコバクター・ピロリ (HP) 感染者の偽陰性率はPPI服用中が33%、服用中止後3日目9%、7日目3%、14日目0%と報告されている。本検査において重要なことは、偽陰性例 (真の陽性例の見落とし) の発生を極力避けることによって、ヘリコバクター・ピロリ感染を正確に診断することである。以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、PPI投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-2の2尿素呼吸試験 (UBT) の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則認められないと判断した。	
モサブリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算2の算定について	モサブリドクエン酸塩 (商品名:ガスモチン錠等) の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算2の算定は認められる。	モサブリドクエン酸塩 (商品名:ガスモチン錠等) の効能・効果は「慢性胃炎に伴う消化器症状 (胸やけ、悪心・嘔吐)」と添付文書に記載されている。慢性胃炎に伴う消化器症状 (胸やけ、悪心・嘔吐) は、消化管運動を活性化させる神経伝達物質であるアセチルコリンの分泌により、症状の改善が図られる。モサブリドクエン酸塩の作用機序は、選択的なセロトニン 5-HT4 受容体 アゴニストであり、消化管内神経叢に存在する 5-HT4 受容体を刺激し、アセチルコリン遊離の増大を介して上部及び下部消化管運動促進作用を示すと考えられている。よって、本剤は、慢性胃炎の症状に直接適応のあるものと判断できる。(胃の粘膜に作用して種々の症状を改善する。) また、平成16年7月7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」において、「特定疾患に対する薬剤を投与したときの45点の加算は、特定疾患に直接適応のある薬剤の処方の場合のみ算定できるのか。」の問に対して、「そのとおり」と回答されている。以上のことから、モサブリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算2の算定は認められると判断した。	
単なる動脈硬化症に対するベリシット錠の投与について	単なる動脈硬化症に対するベリシット錠の投与は、原則として認めない。	ベリシット錠の適応は「高脂血症の改善」に加えて「ビュルガー病、閉塞性動脈硬化症、レイノー病、レイノー症候群に伴う末梢循環障害」とされている。上記の動脈疾患は、末梢循環障害を主要症状とする一群である。したがって、単なる「動脈硬化症」に対するベリシット錠の投与は、原則認められないと判断した。	

除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合の取扱いについて	ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎において、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法については、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則として認める。なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱う。	平成 25 年 2 月 21 日付け保医発 0221 第 31 号「「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」の一部改正について」の記の 1 の対象患者に「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」とある。記の 3 に「2 の感染診断により、ヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された対象患者に対しては、ヘリコバクター・ピロリ除菌及び除菌の補助が薬事法上効能として承認されている薬剤を薬事法承認事項に従い、3 剤併用・7 日間投与し除菌治療を行うこと」とある。記の 7 に「健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること」とある。平成 25 年 3 月 28 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 13）」の医科（問 6）に「健康診断で行った内視鏡検査で胃炎が見つかった患者も除菌治療の対象となるのか。」の問に対して、「対象となる。（以下省略）」と回答されている。このことから、「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」であり、「除菌前の感染診断によりヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された患者」であれば、除菌療法の対象患者となる。ただし、内視鏡検査及び除菌前の感染診断の実施機関について特に記載されていない。以上のことから、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則認められると判断した。なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱うものとする。	
糖尿病に対するグリニド薬と SU 剤（スルホニル尿素系製剤）の併用投与について	糖尿病に対するグリニド薬と SU 剤（スルホニル尿素系製剤）の併用投与は原則として認められない。	グリニド薬（スターシス、グルファスト等）については、添付文書の「重要な基本的注意」に「本剤は、速やかなインスリン分泌促進作用を有する。その作用点はスルホニル尿素系製剤と同じであり、スルホニル尿素系製剤との相加・相乗の臨床効果及び安全性が確認されないもので、スルホニル尿素系製剤とは併用しないこと。」等記載されている。また、SU 剤（アマリール、グリミクロン等）については、日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド」（2018-2019）において、薬物療法の使用上の注意点として、「2 種類以上の SU 薬の併用や、速効型インスリン分泌促進薬との併用は、治療上意味がない。」と示されている。このことから、糖尿病に対するグリニド薬と SU 剤の併用投与は原則認められないと判断した。	
潰瘍性大腸炎に対するベンタサ錠とベンタサ注腸の併用投与について	潰瘍性大腸炎に対するベンタサ錠とベンタサ注腸の併用投与は、原則として認める。	潰瘍性大腸炎の治療については、左側あるいは全大腸炎型でも遠位大腸の活動性がある場合には、内服療法に加え局所投与の併用が望ましい。ベンタサ錠は小腸から大腸の広い範囲で吸収される特徴があるが、大腸の末端までは、高い濃度のメサラジンが行き届かない。潰瘍性大腸炎では、病変が直腸からびまん性に口側に進展することから、ベンタサ注腸は、病変部位に十分な薬剤を到達させる製剤である。なお、ベンタサ注腸の「効能・効果に関連する使用上の注意」には「脾胃曲部より口側の炎症には効果が期待できない」とある。また、厚生労働省研究班（鈴木班）による治療指針でも左側大腸炎型・全大腸炎型の軽症・中等症の寛解導入療法で、内服に注腸の併用は効果増強が期待できたとあり、重症例でも併用が認められている。寛解維持療法でも内服と注腸の併用は有用であるとされている。（潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針：平成 27 年度改訂版（平成 28 年 3 月 31 日））これらのことから、ベンタサ錠とベンタサ注腸は大腸内でも作用する部位が異なるため、潰瘍性大腸炎に対する併用投与は、原則認められると判断した。	

同一成分の持続性 Ca 拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与の取扱いについて	同一成分の持続性 Ca 拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められる。	＜カデュエット配合錠 4 番（アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物）とノルバスク OD 錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞カデュエット配合錠 4 番は、アトルバスタチンとして 10mg 及びアムロジピンとして 5mg が含有されている配合薬であり、持続性 Ca 拮抗薬にも該当する。ノルバスク OD 錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性 Ca 拮抗薬に該当する。カデュエット配合錠の添付文書の「用法及び用量」には、「以下のアムロジピンとアトルバスタチンの用法・用量に基づき、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンの項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5～5mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には 1 日 1 回 10mg まで増量することができる。」と記載されている。また、「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「配合用量以外の用量を投与する場合は、個別のアムロジピン製剤又はアトルバスタチン製剤を用いることができるが、それぞれの成分の用法・用量の範囲内で投与すること。」と記載されている。カデュエット配合錠 4 番とノルバスク OD 錠 5mg の併用投与については、アムロジピン製剤の投与量は合計 10mg となり、個別のアムロジピン製剤の成分の用法・用量の範囲内で投与したものであり、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。＜ユニシア配合錠 HD（カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩）とアムロジピン錠 5mg（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞ユニシア配合錠 HD は、カンデサルタンシレキセチルとして 8mg とアムロジピンとして 5mg が含有されている配合薬であり、持続性 Ca 拮抗薬にも該当する。アムロジピン錠 5mg は、アムロジピンとして 5mg が含有されている薬剤であり、持続性 Ca 拮抗薬に該当する。ユニシア配合錠 HD の添付文書の「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「以下のカンデサルタンシレキセチルとアムロジピンベシル酸塩の用法・用量を踏まえ、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンベシル酸塩の項に「通常、成人にはアムロジピンとして 2.5～5mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には 1 日 1 回 10mg まで増量することができる。」と記載されている。ユニシア配合錠 HD とアムロジピン錠 5mg の併用投与については、アムロジピンの投与量は合計 10mg となり、当該成分量から判断し、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。以上のことから、同一成分の持続性 Ca 拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められると判断した。
アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬（錠・ドライシロップ・ゼリー等）の投与について	アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与は、原則として認める。	認知症疾患治療ガイドライン 2010（日本神経学会監修）において、アルツハイマー型認知症（AD）が脳血管障害と共通の危険因子を有することや、病理学的にも、特に高齢者ではアルツハイマー型認知症の病理所見と脳血管障害が重なる病態が多く認められるとされている。また、近年では、血管性認知症（VaD）の疾病概念が変更され、「脳血管障害を有するアルツハイマー型認知症（AD）」あるいは「混合型認知症」という概念が広まっている。以上のことから、アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与については、原則認められると判断した。

医学管理料			
項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項
生活習慣病管理料	原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し生活習慣病管理料の算定は認められない。	境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病のICD10コードはE14、耐糖能異常、境界型糖尿病はR730と異なることから糖尿病とは異なるため認められない。	
特定疾患療養管理料	同上	同上	
慢性疼痛疾患管理料	原則として、単なる下肢痛に対しB001の17慢性疼痛疾患管理料の算定は認められない。	慢性疼痛疾患管理料の留意事項通知に「慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。」とあるが、単なる「下肢痛」だけでは当該管理料は認められない。	

処置			
項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項
ネブライザー① (気管支炎)	原則として、気管支炎に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。	喉頭及び喉頭下ネブライザーによる吸入療法は、気管支へも到達し得るものであり、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対して有効であると認められる。	薬剤塗布の目的をもって行った加圧スプレー使用は、J098口腔・咽頭処置により算定する。
ネブライザー② (喘息)	原則として、喘息に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。	同上	同上
超音波 ネブライザー① (気管支炎)	気管支炎に超音波ネブライザーの算定は認められる。	吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対して有効であると認められる。	
超音波 ネブライザー② (喘息)	喘息に超音波ネブライザーの算定は認められる。	吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから喘息に対して有効であると認められる。	

画像診断			
項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項
画像診断	原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば同一部位でないため別々に算定することは認められる。	原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば同一部位でないため別々に算定することは認められる。	経過観察の段階において、継続的に左右別々に算定することは認められない場合もある。
画像診断① (腎・尿管)	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。	
画像診断② (仙骨・尾骨)	画像診断における仙骨と尾骨は、同一の部位の取扱いとする。	仙骨と尾骨は撮影条件を変える必要がなく同一の部位と考えられる。	
透視診断 ①(腎盂造影)・ ②(尿管造影)	腎盂造影撮影時・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。	
透視診断③(膀胱造影)・ ⑤(子宮卵管造影)	膀胱造影撮影時・子宮卵管造影の透視診断については認められない。	同上	
透視診断⑥ (関節造影)	原則として、関節造影撮影時の透視診断については認められない。	同上	

参考 東京都各科医会のご案内

東京都各科医会協議会は東京都における眼科、耳鼻咽喉科、小児科、精神神経科、内科、泌尿器科、皮膚科、産婦人科、外科、整形外科の10科が、それぞれの臨床専門分野の医師が相互に情報を交換、協力・連携し、知識、技術の向上を計り、患者のための医療を充実させることを目的に、昭和61年（1986年）に設立された会です。具体的には総会・幹事会・講演会等を実施することにより活動しています。

開業時に主たる標榜科の医会に入会して頂くと、臨床医としての最新情報を知るとともに、各医会の設定する認定医・専門医の資格の取得が可能となります。

東京都医師会とは別組織ですが、東京都医師会の各部門と密接な連絡、協力関係を持つ団体として活動しています。当会の会員は別に挙げる各科医会会員をもって構成されています。新規開業の際には、地区医師会、東京都医師会、日本医師会の会員となるとともに日常臨床の最新情報を得るために、開業時の標榜科目の関連医会に入会することをお勧めいたします。

東京都各科医会協議会構成10医会の詳細については、各医会ホームページへのリンクから御参照ください。

東京都各科医会協議会構成10医会

- ・ 東京都眼科医会
- ・ 東京都耳鼻咽喉科医会
- ・ 東京小児科医会
- ・ 東京精神神経科診療所協会
- ・ 東京内科医会
- ・ 東京泌尿器科医会
- ・ 東京都皮膚科医会
- ・ 日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東部会
- ・ 東京産婦人科医会
- ・ 東京都臨床整形外科医会

東京都各科医会協議会に対するお問い合わせ、
ご質問等は下記事務局宛にお願いします。

〒185-0021

東京都国分寺市南町3-5-3 伊東第1ビル1F
自由企画・出版内 東京都各科医会協議会事務局

TEL 042-325-1790 FAX 042-325-8950

東京都眼科医会

■目的

公益社団法人東京都眼科医会は 1914 年（大正 3 年）に発足され、100 年以上の歴史があります。現在は 2,482 名の会員を擁しています。

公益社団法人日本医師会・東京都医師会及び市区医師会と、公益社団法人日本眼科医会及び地区眼科医会との連携のもと、都民に対し正しい眼科医療の啓発活動を行うとともに、地域医療の充実を図っています。

さらに、眼科学及び眼科医療に関する調査研究活動等を行い、眼科医の倫理の昂揚と資質の向上、都民の目の健康・福祉の向上に寄与することを目的としています。

■事業内容

- (1) 都民への眼科医療の啓発及び相談に関する事業
目の愛護デー行事「Tokyo Eye Festival」の開催、「目の健康講座」の開催
- (2) 眼科に係わる地域医療の充実に関する事業
学校保健活動の充実、眼科休日診療の充実
- (3) 失明予防、視覚障害者対策事業及び関係団体への協力に関する事業
「東京都ロービジョンケアネットワーク」の運営
- (4) 眼科に係わる医学・医療の調査研究及び教育に関する事業
学術講演会の開催、研修会の開催、会報・ニュースの発行
- (5) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

連絡先

正 式 名 称	公益社団法人 東京都眼科医会
住 所	〒 160-0008 東京都新宿区四谷三栄町 3-10-201
電 話 番 号	03-3353-8383 / FAX 番号 03-3353-9796
ホームページ	https://www.tougan.org/
メー ル	office@tougan.org

東京都耳鼻咽喉科医会

■目的

東京都耳鼻咽喉科医会は都内耳鼻科医の集まりで約 700 名の会員からなり、開業医の多くが加入しています。昭和 42 年に発足し 50 年の歴史を持ち、地域医療に貢献し、会員の団結・親睦と福利厚生を図っています。

■事業内容

- (1) 年 5 ～ 6 回学術講演会を行い、実地臨床に役立つ最新の知見を提供しています。講演会後の懇親会は会員相互の親睦と情報交換に多いに役立っています。
- (2) 耳鼻科医向けの保険診療の説明会を設け、随時情報を提供しています。診療報酬改定時には、耳鼻科に特化したきめの細かい講習会を開きます。解説は診療報酬審査委員が行い、疑義照会にも対応しています。
- (3) 機関誌「都耳鼻会報」を年 3 回発行しています。医会活動の紹介、学術講演会の内容、会員からの意見や趣味の投稿などを載せています。
- (4) ホームページには学術講演会の案内、休日診療の案内などを掲載しています。
- (5) 年 2 回従業員向けにオーディオメータ使い方の講習会を行います。
- (6) 休日診療を行い都民の救急医療に大いに貢献しています。
- (7) その他
※同時に日本臨床耳鼻咽喉科医会の会員になります。
※専門医制度…講習会を受講すると日本専門医機構耳鼻咽喉科専門医の単位が取得できます。また日本医師会生涯教育制度参加証が取得可能です。

連絡先

正 式 名 称	東京都耳鼻咽喉科医会
住 所	〒 104-0031 東京都中央区京橋 2-11-8 全医協連会館 5F
電 話 番 号	03-5524-5233 / FAX 番号 03-5524-5228
ホームページ	http://www.tojibi.jp/
メ ー ル	jimu@tojibi.jp

東京小児科医会

■目的

子どもを診察する医師が子どもの健全な発育のため、専門領域での研鑽と社会活動の実践を目的とします。

■事業内容

学術広報活動

最新の実践的な医学情報の提供を行い、新しい知見、診療方法、手技などを身につけ、小児科医としての専門性を維持への貢献を行います。

- (1) 2021 年度は学術講演会を web で開催しました。講演は外来小児科診療ですぐに直接役立つ講演内容であり毎回多くの会員の参加をいただいております。
臨床テーマを絞ったセミナーも Web で開催しております。

- (2) 東京小児科医会報は、研究・臨床報告のほかに、専門家の総説を読める「視点」、「症例に学ぶ」、海外の子育て事情の報告「世界のこどもたち」などを掲載しています。

社会活動

- (3) 子どもを取り巻く環境の変化、各種問題の多様化が見られます。種々の問題について、随時ホームページなどで情報提供を行い、さらに、日本小児科医会、日本小児科学会、東京都医師会などとも連携して様々な社会的活動を行っています。

※専門医取得…当会の学術講演会は日本小児科学会専門医、日本小児科医会地域総合小児医療認定制度の単位取得にも対応しています。

連絡先

正 式 名 称	東京小児科医会
住 所	〒 331-0815 埼玉県さいたま市北区大成町 4-523-3
電 話 番 号	048-706-7196 / FAX 番号 048-706-7196
ホームページ	https://tokyo-pediatrics.org/
メー ル	tpatokyo@ab.auone-net.jp

東京精神神経科診療所協会

■目的

1972（昭和 47）年 11 月に「東京精神科医会」が発足し、50 年前から地域の精神保健・医療・福祉関係者とともに心を病む人のために 2011（平成 23）年 6 月に一般社団法人東京精神神経科診療所協会（略して「東精診」）になりました。

精神保健・医療・福祉に関する啓蒙活動、関係諸機関・他科との連携を通じ、精神神経科診療所を中心として地域精神保健・医療・福祉事業及び援助活動を行い、もって疾患または障害、及び両者を併せ持つ精神障害者の保健・医療・福祉の充実・増進、及び地域住民の精神保健の向上に貢献するとともに精神神経科診療所の資質の向上・発展を図ることを目的とする。

■事業内容

- (1) 地域精神保健・医療・福祉に関する調査及び研究
（児童思春期や周産期、会員のクリニックに通院している患者調査、自殺既遂例報告など）
- (2) 精神保健・医療・福祉に関する知識を年に 10 回近く例会、研修会を通して会員同士で研鑽していく（最近はオンラインですることが多い）
※例会毎に日医生涯教育制度参加証、日本精神神経学会の単位取得ができる
- (3) 精神障害者及び家族に対する会員によるこころの電話相談（毎日曜日）
- (4) 地区医師会や精神保健関係諸施設・他科との連携を通じての精神神経科診療所を中心とした地域精神保健・医療・福祉事業の普及・促進（最近は自殺、コロナ禍、産業メンタルなどが多かった）および学校医や東京都精神障害関連の事業に参画する医師派遣
- (5) 社労士、弁護士、警察庁に相談できる。
弁護士とはオアシスの会との間で勉強会が開かれる

連絡先

正 式 名 称	一般社団法人 東京精神神経科診療所協会
住 所	〒 164-0001 東京都中野区中野 2-22-4 ベリテ中野 402
電 話 番 号	03-6382-5955 / FAX 番号 03-6382-5956
ホームページ	http://www.tapc.gr.jp/
メー ル	office@tapc.gr.jp

東京内科医会

■目的

東京内科医会は日本臨床内科医会と表裏一体となり「内科学卒後研修の強化」「臨床内科医の在り方の改善」「内科系診療報酬の向上」を三大目標として活発な活動を行っている組織です。日本臨床内科医会はすでに全国 47 都道府県内科医会の団体加盟を得て 1 万 5 千人弱の会員を擁する内科系臨床医学実践の専門職集団となっています。東京内科医会に在籍して単位の取得により認定医、専門医の資格取得も可能です。内科を標榜する先生方のご入会をお待ちしています！

■事業内容

(1) 臨床研究会

症例検討を中心とした臨床研究会を大学病院と連携して開催。実地臨床に役立つユニークな会であり、病診連携の実も挙げています。

(2) 内科セミナー：医療の最新情報を中心として複数の講師によるセミナーを開催。

(3) 東京内科医会医学会：会員による学術研究および臨床経験の発表会です。

(4) 賛助会員（企業）と共催の学術講演会

内科臨床のトピックスについて、著名な講師による講演会です。

(5) 地臨床研修会：実地技術習得（エコー等）の研修会です。

(6) 医療保険・介護保険請求に関する情報

保険点数改定時など重要な項目について、ホームページに情報を提供いたします。

連絡先

正 式 名 称	一般社団法人 東京内科医会
住 所	〒 101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 4 階
電 話 番 号	03-3259-6133 / FAX 番号 03-3259-6155
ホームページ	http://www.topa.jp/
メー ル	topa@proof.ocn.ne.jp

東京泌尿器科医会

■目的

本医会は、泌尿器科医療の発展・普及を図り、会員自らが研鑽することを通じて泌尿器科の医療環境が改善することを目的としています。

日本臨床泌尿器科医会、東京都医師会、他科の臨床医会とも連携し、泌尿器科医療の普及・理解のため活動しています。大学病院、一般病院、診療所など、勤務先を問わず実地泌尿器科医にとって日常的に役立つ情報を提供しています。

■事業内容

(1) 学術集会

賛助会員との共催で年2回開催。内容は、特別講演、保険のQ&Aなど。

参加者に日本泌尿器科学会専門医制度単位、日本医師会生涯教育制度単位を付与します。

(2) 泌尿器科医師保険診療講習会

7月開催。特別講演、保険診療講習会で構成され、若い泌尿器科医師や臨床医に役立つ、保険制度の基礎から最新の保険診療情報まで丁寧に解説します。

(3) 医会ニュース

年2回刊行。講演内容の要旨、寄稿文、保険診療のQ&A、診療報酬改定時の要点、新規開業紹介、教室だよりなど

(4) ホームページ：<http://www.urology-tokyo.jp>

診療連携に役立ち、市民にとって泌尿器科専門医検索の助けになるよう、会員施設のMAPを掲載。入会方法はホームページ内に記載してあります。

連絡先

正 式 名 称	東京泌尿器科医会
住 所	〒154-0003 世田谷区野沢3-2-8-101 こだいら泌尿器科内
電 話 番 号	03-3410-2373 / FAX 番号 03-3410-2373
ホームページ	http://www.urology-tokyo.jp/
メー ル	kodaira@kodairaurology.jp

東京都皮膚科医会

開業おめでとうございます。これから地域医療に貢献していただく一方、煩雑な保険診療があります。保険診療には基本となる療養担当規則があり、その上、2年に1度の診療報酬改定があり、その度、対応していかなければなりません。

東京都医師会から保険医療講習会、医療保険情報などを通して情報は送られますが解りづらい点もあります。当医会は日本臨床皮膚科医会東京支部で、診療報酬改定時に概要を詳細にお知らせし、また、保険の問題点、質疑などの勉強会を年1回行っております。

レセプト審査基準は都道府県によって多少異なります。東京でのレセプト審査は殆どが当医会の皮膚科専門医によるものです。その他、学術講演会後の情報交換は、保険の難解な疑問点を話し合う絶好な場ともなっています。ぜひ、入会をお待ちしております。

■目的

設立理念：臨床皮膚科学の発展普及と社会福祉の増進および医業の合理化と医療技術の適正評価の実現、会員相互の団結と親睦融和。

■事業内容

- (1) 保険医療の健全化
- (2) 学術講演会
- (3) 在宅診療
- (4) 学校保健
- (5) 皮膚の日行事
- (6) 会員相互の親睦
- (7) 会誌発行
- (8) 日本皮膚科学会認定専門医取得の学術大会

連絡先

正 式 名 称	東京都皮膚科医会
住 所	〒160-0023 新宿区西新宿 7-21-1 新宿ロイヤルビル M2F
電 話 番 号	03-5332-1112 / FAX 番号 03-5332-2890
ホームページ	https://www.tcda.jp/
メー ル	tcda-net@nifty.com

日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東部会

■目的

日本放射線科専門医会・医会は、放射線医療の啓蒙と発展ならびに放射線科医の地位向上を推進し、会員間の情報交換を行い、もってわが国医療の発展を通して国民の福祉に貢献することを目的とする。

■事業内容

以上の目的を達成するため、次の公益目的事業を行う。

- (1) 放射線診療を通じた国民医療水準の維持向上に関する事業
- (2) 適正な放射線医療の管理・運営の推進に関する事業
- (3) 放射線医学の啓発と安全管理に関する事業
- (4) 会員の学術研修と生涯教育に関する事業
- (5) 放射線診療関連の診療報酬の適正化に関する事業
- (6) 会員の国際交流の促進に関する事業
- (7) 機関誌・論文集の刊行などの情報発信事業
- (8) 会員の親睦と互助に関する事業
- (9) 前各号に掲げる事業に附帯又は関連する事業

連絡先

正 式 名 称	一般社団法人 日本放射線科専門医会・医会
住 所	〒 105-0013 東京都港区浜松町 2-2-11 廣瀬ビル 6 階
電 話 番 号	03-6435-9750 / FAX 番号 03-6435-9751
ホームページ	https://jcr.or.jp/
メー ル	office@jcr.or.jp

東京産婦人科医会

■目的

東京産婦人科医会は女性の健康と母子保健の増進を目的として設立された組織で都内で開業・勤務する産婦人科 1200 余名を有する一般社団法人です。

■事業内容

(1) 母体保護法指定医師研修会

「母体保護法」は民法における堕胎罪を阻却する人工妊娠中絶、不妊手術、家族計画を規定した法律。指定医師の任命権者は東京都医師会。研修会を開催し、指定医の資質向上をはかっている。

(2) 女性の健康

子宮がん・乳がん検診の受診率向上、子宮頸がん予防ワクチンの啓発、性犯罪被害者支援、都内中学及び都立高校における性教育指導の実践に取り組んでいる。

(3) 母子保健

安心・安全な妊娠・出産をめざし、妊婦健康診査の充実、母子感染予防、新生児聴覚スクリーニング、母体救命講習会及び新生児蘇生研修会の実施、産科医療保障制度への参加、産婦（産後）健診の普及啓発。

(4) 臨床研究会の開催

年 4 回開催、内 2 回は東京産科婦人科学会と合同。

(5) 広報活動

ニュースレター年 4 回発行。会誌年 1 回発行。

(6) おぎゃー献金活動

障害児支援のための献金活動に協力している。

連絡先

正 式 名 称	一般社団法人 東京産婦人科医会
住 所	〒 102-0083 東京都千代田区麹町 4-7 麹町パークサイドビル 402
電 話 番 号	03-5357-1201 / FAX 番号 03-5357-1202
ホームページ	http://www.taog.gr.jp/
メー ル	jimu2@taog.gr.jp

東京都臨床整形外科医会

当会は 1969 年に設立され、都内で開業・勤務する整形外科医 400 名を有します。各地に同様の医会があり、それらを統合する日本臨床整形外科学会の会員は約 6000 名です。

■目的

- (1) 整形外科医の学術の向上を支援する
- (2) 保険診療に必要な算定基準や最新情報を提供する
- (3) 自賠責及び労災診療の特殊性を解説する
- (4) 都民が整形外科を理解して受診できるよう診療領域と診断治療を提示する
- (5) 会員相互の情報交換と親睦の場を提供する

■事業内容

- (1) TCOA 主催の研修会：年間 30 単位（専門医資格継続に必要な単位）
- (2) ① メーリングリストの運営：保険診療の改定情報や専門医資格更新について、メールを通じ会員へ発信、会員からの質問も受付可能
② 運動器リハビリテーションセラピスト講習会：資格継続の単位取得可能（1 回 4 単位、年 2 回開催）
- (3) 保険診療懇談会：年 2 回（診療報酬改定や自賠労災診療の内容に特化）
- (4) 都民公開講座：ロコモ啓発活動として年一回開催、リーフレットを 3 万部発行
- (5) ① 発行物：TCOA ニュース（年 4 回）、会誌（年 1 回）
② 病診連携：開業医の会員と勤務医会員の交流

連絡先

正 式 名 称	東京都臨床整形外科医会
住 所	〒 101-0062 千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 405
電 話 番 号	03-3518-2207 / FAX 番号 03-3518-2208
ホームページ	https://www.tcoa.jp/
メ ー ル	office_tokyo@tcoa.jp

参考 リンク集

厚生労働省「保険診療における指導・監査」 ※「保険診療の理解のために」も掲載
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/shidou_kansa.html

厚生労働省「令和4年度診療報酬改定について」 ※記載要領・疑義解釈等も掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

厚生労働省「オンライン診療研修実施概要」
<https://telemed-training.jp/entry>

日本医師会「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

日本医師会「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」
https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

日本医師会「医療安全管理指針のモデルについて」（改訂版）
<https://www.med.or.jp/nichikara/anzen.pdf>

日本医師会「院内感染対策指針のモデルについて」
<https://www.med.or.jp/anzen/manual/kansenshishin.pdf>

社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供事例（医科）」
<https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/teikyojirei/ika/index.html>

国民健康保険中央会「審査情報提供事例について」
<https://www.kokuho.or.jp/inspect/jirei/>

東京都各科医会協議会
<http://www.kakukaikai.org/>

日本医師会
<https://www.med.or.jp>

東京都医師会
<https://www.tokyo.med.or.jp/>

東京都医師会 医療保険委員会

(任期：令和3年8月～令和5年5月)

委員長	子田純夫	東久留米市医師会
副委員長	藤間芳郎	中野区医師会
委員	増森興治	千代田区医師会
委員	堀浩一朗	浅草医師会
委員	魚住葵	江東区医師会
委員	南塚俊雄	江東区医師会
委員	安藤策郎	新宿区医師会
委員	津田晃男	新宿区医師会
委員	清水恵一郎	目黒区医師会
委員	福下公子	世田谷区医師会
委員	高橋俊雅	渋谷区医師会
委員	種田明生	杉並区医師会
委員	石川徹	板橋区医師会
委員	長谷川倫男	練馬区医師会
委員	嵐裕治	調布市医師会
委員	松村英幸	府中市医師会
委員	須永進	昭和大学医師会

東京都医師会

	会長	尾崎治夫
担当役員	副会長	平川博之
	理事	黒瀬巖
	理事	蓮沼剛
	理事	新井悟
	理事	大坪由里子

【おわりに】

いわゆる 2025 年・2040 年問題と呼ばれる人口構造の変化や高度先端医療の開発・普及に伴って国民医療費が増大する懸念が指摘されるなど、社会保障制度に対する諸問題が浮き彫りにされています。国家財政が一層厳しさを増す中で、国民医療費を徴収した保険料だけでは賄いきれずその多くを税金に頼っている現実を背景に、医療保険の効率化や適正化が益々強く求められるようになりました。

一方、今般のコロナ禍を受けて令和 4 年度診療報酬改定では、オンライン診療を初診から原則解禁するなど DX 化を推進する方向性が随所に盛り込まれました。さらに外来感染対策向上加算、オンライン資格確認やリフィル処方箋など多くの新設項目や変更が加えられ、将来振り返ってみると、今年度改定は保険診療の歴史的な転換点であったと認識されるようになるかも知れません。

このように医療を取り巻く環境が急速に変化する中でも、国民の健康と生命を守ってきた“わが国が世界に誇る国民皆保険制度”を維持する事が肝要です。その使命を遂行するために、保険診療の基本的ルールを遵守しつつ質の高い医療を提供することが我々保険医に求められています。

以上のような現状認識から東京都医師会は、適切な保険診療を実践するために役立つガイドブックの必要性を痛感し、本書「新規開業医のための保険診療の要点（総論）及び（各論）」の作成を決意しました。「総論」では医療保険制度に係る重要情報を診療科横断的に整理し、一方「各論」では各診療科別に日常診療で留意すべきポイントを懇切丁寧に説明するよう心掛けました。つまり本書の総論と各論は“縦の糸と横の糸”として、“保険診療の要点”を詳細かつ幅広く網羅しています。

「各論」を作成するにあたって東京都各科医会の格別なご理解とご協力を賜りましたことを、この場を借りてご紹介するとともに感謝申し上げます。また、本書「総論」・「各論」の記載内容に関してご指導頂いた関東信越厚生局東京事務所、東京都社会保険診療報酬支払基金並びに東京都国民健康保険連合会に深甚なる謝意を表したいと思います。

本書が発刊できたのは、執筆頂いた医療保険委員会委員はもとより、東京都医師会医療保険課スタッフの献身的な努力の賜物でもあります。改めてご尽力賜りました全ての関係各位に心よりお礼申し上げます。

今後は本書をデジタル化して利便性向上に努める事に加えて、診療報酬改定毎の改訂も予定しております。東京都医師会各位には日常診療の現場において本書を十分に活用頂いた上で、忌憚のないご意見・ご感想をお寄せ下さいませよう期待しております。

令和 4 年 6 月吉日
公益社団法人 東京都医師会
理事（医療保険） 黒瀬 巖



「新規開業医のための保険診療の要点」

特設ページ

冊子の PDF データやリンク集を掲載しています。

新規開業医のための保険診療の要点 (各論)

発行 令和4年6月

公益社団法人 東京都医師会

東京都千代田区神田駿河台 2-5
電 話 03 (3294) 8821 (代)

無断転用・転載を禁じます