

超音波検査（D215）：断層撮影法「胸腹部、その他」、パルスドプラ法など(201801)

超音波検査は非侵襲的に繰り返し行うことができ、小児においても極めて有用な画像診断法です。超音波検査を日常的に駆使することは早期の診断や見落としを防ぐ手段としても有効ですが、一方で保険診療に際しては一定の取り決めがあります。今回、超音波検査の算定方法や適応となる疾患・病状について再確認したいと思います（H21年3月保険診療メモ参照）。

1. 算定方法

断層撮影法「胸腹部またはその他」と「心臓超音波検査」の2つの検査法について述べます。同一日に「胸腹部またはその他」と「心臓超音波」を実施した場合は、それぞれ算定できます。「胸腹部」と「その他」を実施した場合は、別部位ですが同一の検査法とみなしますので主たるもので算定します。なお、パルスドプラ法を加算した場合は点数の高い方で算定します。

別日（同一月）または同一日で別時間帯（同日再診など）に「胸腹部またはその他」と「心臓超音波」を実施した場合、上記と同様にそれぞれ算定できます。「胸腹部またはその他」あるいは「心臓超音波」を2回以上実施した場合、2回目以降の所定点数は90/100に逡減されます。「胸腹部」と「その他」を実施した場合も、2回目以降は90/100に逡減されます。また、同一日で複数の診療科を受診した場合、他科での実施については同一日別時間帯の扱いとして認められます。

また、診断を確定するために同一日に反復して検査を実施しても、危急的な場合を除いて1回の算定しか認められません。別日に反復検査を行った場合も必ずしも適正とみなされない場合がありますので、疾患・病状を勘案した上で算定をお願いします。再検が必要となった理由を備考欄にコメントした方が丁寧です。

2. 断層撮影法「胸腹部またはその他」

臨床症状・所見や血液検査などにより容易に診断される疾患は適応とならず、原則として形態に異常を認める疾患（疑いも含む）が適応となります。診断以外にも鑑別診断、重症度や合併症の評価、診断確定後の経過観察は医学的な判断により認められます。

以下、本法による疾患の適否について、具体的にいくつかを例示します。

腸炎の病名では、腹痛、嘔吐、血便などの症状があっても算定は認められません。鑑別を念頭に本法を実施した場合は、具体的に虫垂炎、腸重積などの病名（疑いを含む）の記載が求められます。腸間膜リンパ節炎は、例えば虫垂炎を疑って本法を行い、結果的に腸間膜リンパ節炎と診断された場合は認められます。イレウスや急性腹症は原則として腸回転異常症などの原因となる病名やコメントの記載が望まれます。また原因となる病名があっても、本法の実施のみで腹部し線などがなく、かつ傾向的であれば査定の対象になることもあります。

腎炎や肝炎も、鑑別として水腎症や腎奇形、肝腫瘍や腫瘍（疑いも含む）などの病名が求められます。脾炎は原則認められませんが、鑑別診断、重症度や合併症などの記載が望まれます。

副鼻腔炎は、専門医のいる医療機関は別としてそれ以外の医療機関では必要性は認められません。また副鼻腔が未発達のため、し線と同様に2歳以下では適応になりません。

頸部リンパ節炎、流行性耳下腺炎または反復性耳下腺炎は認められますが、これらの疾患に対する本法の実施は傾向的にならないように注意して下さい。

鼠径ヘルニアの診断の際は「その他」ですが、嵌頓の場合は「胸腹部」で算定できます。

3. 心臓超音波検査（H29年7月保険診療メモ参照）

4. パルスドプラ法加算

心臓超音波検査以外の断層撮影法を実施し、血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を行った場合に加算が認められます。疑い病名では認められず、算定は1日につき1回になります。小児では精巣（精索）捻転、鼠径ヘルニア嵌頓、絞扼性イレウス、肝・腎移植後の血行再建の評価など、診断の精度向上や治療方針に不可欠な場合に適応となります。虫垂炎や胆石症などの病名では適応となりません。

5. その他の特殊手技

残尿測定検査は月2回（2回目も100/100で算定）までに限り算定できます。超音波法による骨塩定量検査（算定は4月に1回）などがあります。

（福岡県小児科審査員連絡会）

インフルエンザの診療について (201802)

インフルエンザが流行する季節となりました。インフルエンザの診療についてご注意いただきたいことを確認したいと思います。この話題は毎年のように取り上げていますが、今シーズンも迅速検査や処方薬で問題となるレセプトが散見されています。

【初診の取り扱い】

保険診療メモでは何回も取り上げられる事項なので詳細は省略します。同系統の急性疾患では処方薬が無くなった日から一週間を経過した後に認められます。慢性疾患が併存している場合は認められません。前月までに便秘への長期処方や皮脂欠乏症への軟膏の大量処方などがある場合には、保険者が継続診療中と見なす場合があります。以前の傷病名と転帰、処方内容にご注意ください。

【検査】

インフルエンザ抗原迅速検査は一連のエピソードにつき2回まで認めています。2回目が認められるのは、1回目が陰性でその日の傷病名が「インフルエンザ疑い」、転帰が「中止」と記載され、2回目が発症後48時間以内に行われたものです。2回目が陽性であれば「インフルエンザ」、陰性であれば「インフルエンザ疑い」と「中止」としてください。また、「発熱が持続したため48時間以内に再検した」等のコメントがあれば「インフルエンザ疑い」の傷病名が1回でも構いません(2回目の検査日に転帰を中止とする)。一連のエピソードで48時間以上経過した2回目の検査や3回以上の検査は査定対象、また、「インフルエンザ」が傷病名として確定した(抗インフルエンザ薬投与の有無にかかわらず)あとの検査は査定となります。

一連の検査から1週間以上間隔が空けば、再度の検査は算定可能です。ただし前回のエピソードの傷病名を治癒または中止とし、かならず再度病名をあげて下さい。

その他の検査として、血液検査やCRP、画像検査、培養検査などを行った場合には、インフルエンザ以外の疑われた傷病名をご記載下さい。

【治療】

抗インフルエンザ薬としては、内服薬のタミフル、吸入薬のリレンザ、イナビル、点滴静注するラピアクタの4種類があります。近年の変更点として、タミフルが、新生児・乳児(1歳未満)が1回3mg/kg、幼小児(1歳以上)が1回2mg/kgを一日2回5日間投与となりました。最高用量は1回75mgです。年齢による投与量の違いにご注意ください。

その他の抗インフルエンザ薬の使用法は変更ありません。これらの薬の併用および連用(ラピアクタ→タミフルなど)は原則として認めておりません。タミフルの内服ができなかったためにラピアクタを投与した場合などには必ず詳記をお願いします。予防投与は、タミフル、リレンザ、イナビルで認められており、原則としてハイリスク群(65歳以上の高齢者、慢性心疾患、代謝性疾患、腎機能障害など)が暴露した場合に使用します。ただし、予防投与は保険診療の適応外です(初診料等を含め全て自費)。

対症療法として使用する薬は、上気道炎に保険適応あるものについてはインフルエンザの傷病名のみで認めています。一部の去痰薬、気管支拡張薬、抗アレルギー薬についてはそれぞれの適応傷病名が必要ですのでご注意ください。蛇足とは思いますが、抗菌薬を処方される場合は合併している細菌感染症名をお願いします。トスフロキサシンやテビペネムは適応症が限られていますのでご注意ください。

(福岡県小児科審査員連絡会)

長期投薬について (201803)

投薬期間については、2016年4月の改定で原則として30日を超えないこととされ以下のように定められました。

・医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

(ア) 30日以内に再診を行う。

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

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

（筆者注：分割指示とは、処方医は処方箋の備考欄に分割日数および分割回数を記載し、薬剤師は、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行うことを意味する。）

以上より、30日を越える長期処方の際には、処方医は、病状が安定していることと十分な服薬管理ができることを確認した旨を診療録に記載し、病状が変化した場合には直ちに主治医または処方医療機関に連絡できる体制を整え、患者に知らせておく必要があります。

しかしながら、最近、これらの点に関しては多少とも“緩み”がちであり、特に大病院において90日を越える処方が散見され状況にあります。

薬剤の副反応や中毒反応についてはある程度の予測が可能と思われ、副作用には、発生しやすい時期がある程度判明しているものもあります。重篤な副作用の代表例とされるスティーヴンス・ジョンソン症候群（皮膚粘膜眼症候群）は、死亡率も10～30%と高いですが、薬剤の投与開始後早くて3日以内、多くは15～21日以内に発生し、疾病発症後2週間の初期治療が重要な要因であるとされています。一方、アレルギー性の副作用や過敏症を予知することは容易ではありません。いずれにしても、いかなる薬剤であれ、初回投与時には用心する必要がある一方、長期投薬が一定のリスクを伴うことも明白です。

添付文書は薬機法に基づく公文書であり、最高裁判決は、医師が添付文書の注意に合理的な理由なく従わず発生した事故について、過失を推定しています。その添付文書によれば、現在の医療用医薬品の凡そ10%については、定期的な血液検査が必要、あるいは重大な副作用に『血液障害・骨髄抑制・汎血球減少・貧血・白血球減少・血小板減少』などの項目が記載されており、無受診での長期投与は不適切であるということになります。

なお、投薬期間が1回14日分と定められた薬剤（麻薬、向精神薬、新薬）であっても、海外への渡航、年末年始および連休（ゴールデンウィーク等）に限って1回30日分を限度としての投薬が認められていますが、この場合もその理由をレセプトに記載することが望まれます。ただし、国内旅行、帰郷、お盆休み、あるいは、単に通院が困難あるいは保険医療機関が遠隔地にあるとの理由での投薬期間の延長は認められません。なお、他の薬剤についても「通院困難」や「遠隔地」は長期投与の理由とはなりません。

次号で、添付文書に投薬期間制限等が記載されている薬品の具体例をあげてみます。

（福岡県小児科審査員連絡会）

投薬期間について (201804)

前号で長期投薬に関する規則等について概説しましたが、今回は添付文書に投薬期間制限等が記載されている薬品の具体例を紹介します。

傷病名（適応症）によって、投与期限が設定されている薬剤として、オメプラール・タケプロンCapがありますが、胃潰瘍・吻合部潰瘍で8週間、十二指腸潰瘍で6週間、ヘリコバクター・ピロリの除菌補助では7日間とされています。

アシクロビル錠（ゾビラックス他）についても、単純疱疹では原則5日間、造血幹細胞移植における単純ヘルペスウイルス感染症（単純疱疹）の発症抑制には造血幹細胞移植施行7日前より施行後35日まで、さらに帯状疱疹については、皮疹出現後5日以内に投与を開始し7日間、ただし、初発型性器ヘルペスは重症化する場合があるため、10日間まで使用可能とするとされています。なお、「本剤は、主として免疫機能の低下を伴わない患者に適応される。悪性腫瘍、自己免疫疾患などの免疫機能の低下した患者には、アシクロビル注射剤の点滴静脈内投与等を考慮すること」と記載されていることにも留意する必要があります。なお、バラシクロビル（バルトレックス他）は、経口投与後、主に肝初回通過効果によりアシクロビルに加水分解され、アシクロビルとして抗ウイルス作用を発現します。

また、日常用いられている薬剤の中にも、小児用バクシダール錠（7日間）、ジスロマック（3日間）、タミフル（5日間）、カロナール座薬（5日間）等について投与期間が記載されています。

長期投与の代表例が成長ホルモン剤ですが、「使用後は速やかに冷蔵庫に入れ、凍結を避け保存」が原則で、使用期限が、「35日以内」、あるいは「4週間以内」、「42日以内」、「38日以内」と製剤によって異なり、加えて規格（mg）も、5、5.3、6、8、10、12、15と様々で混乱が起こりかねません。いずれにしても、1回の投与量に関わらず、1キットを1か月前後で残量廃棄という事になります。

また、深在性真菌症治療剤であるジフルカン（フルコナゾール）ドライシロップについても、「懸濁液に調製後の保存は、凍結を避け、5°C～30°Cで保存し、2週間以内に使用すること」、さらに、ループス腎炎や臓器移植後に用いられるセルセプト懸濁用散については、「調製後の懸濁液は、凍結を避けて室温で保存し調製後60日以内に使用すること」とされ、いずれも「処方された服用期限後の残液は廃棄すること」と記載されています。

さらに、尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う夜尿症に用いられるミニリンメルトOD錠については、「本剤投与中は定期的（1か月毎）に患者の状態を観察し、水中毒を示唆する症状（倦怠感、頭痛、悪心・嘔吐等）の発現に十分注意こと。」と記載されており、30日以上長期投与するに適さないものと判断されます。

「薬剤使用の適正化等について」（平成27年11月6日、厚生労働省）においても、「近年、経年的にみて、投薬期間（処方日数）が長くなる傾向がみられる。また、医療機関の規模で比較すると、大規模な病院ほど、慢性疾患の薬剤に関する投薬期間（処方日数）が長い傾向がある。薬を飲み残したことがある患者は半数を超えている。また、投薬期間が長くなること、服用する薬の種類が増えることにより、飲み残しが多くなる傾向がある。」と現状・課題について述べられています。なお、2016年度診療報酬改定で、「かかりつけ薬剤師指導料」及び「かかりつけ薬剤師包括管理料」が新設されており、かかりつけ薬剤師には、処方医と連携して一元的・継続的に服薬に関する情報を把握し服薬指導等を行う役割が期待されていることとなります。

いずれにしても、処方医は折に触れ添付文書に目を通しておくことが求められます。

（福岡県小児科審査員連絡会）

九州小児科審査員連絡協議会の報告：その1 (201805)

毎年、九州医学会（九州小児科学会）の期間中に、九州各県の保険審査員で構成する九州小児科審査員連絡協議会が開催されます。昨年は10月28日に福岡県が担当して第23回目の会議が行われました。この会議の中で各県の合意がほぼ得られたものの中から、重要と思われるものを2回に分けてご紹介したいと思います。今月はその1回目として「基本診療料・指導管理料に関するもの」と「検査に関するもの」です。

（基本診察料・指導管理料など）

Q-1、乳児健診時の小児科外来診療料の算定は可能か？

A-1、健診を保険請求することはできない。包括化の対象で健診後に治療や検査が必要になった場合は、基本診察料を除く部分について出来高で算定と変更（H29年4月）になっている（従来は包括化の再診料で請求であった）。

Q-2、溶連菌感染症後の検尿における初診料の算定は可能か？

A-2、再診料で請求。検尿は医師の指示による受診なので、関連性のある受診である。

Q-3、初診料に関して：アレルギー性鼻炎で翌月初診が算定できるか。治癒の転帰がない場合は？

A-3、転帰ありの場合は投薬終了日から1ヶ月後。転帰なしの場合は、連月は不可。

Q-4、別の診療科の初診料（半減）算定について：「関連のある疾患」の判断をどうしているか？

A-4、原則、「明らかに関連性のない」疾患名でなければ認められない

Q-5、病名と症状詳記（コメント）の関係について：例えば、MRSA適応薬剤の投与例において、傷病名には重症感染（敗血症など）があるが、MRSA感染症の記載がない場合

A-5、傷病名欄への記載が必須。病状詳記などで記載漏れと判断されたものは返戻。MRSAの感染部位の記載漏れも返戻の必要がある。

Q-6、小児カウンセリング料は2年間で限度だが、傷病名が変わると以降も算定は可能か？ 例えば、発達障がい・自閉症（2年）から不登校（2年）へ病名追加など

A-6、例に掲げられた状況は追加であり、前の疾患と関連があることから認められない。まったく別の疾患が新たに発症した場合は認められる。

Q-7、ファロー四徴症術後で在宅酸素療法指導管理料（その他）の加算は？「チアノーゼ型先天性心疾患」での算定ではと保険者側からの指摘がある。

A-7、病態的には認められるが、請求は長期に及ぶので肺高血圧症、慢性心不全、慢性呼吸不全などの追加病名が望ましい。

Q-8、ネフローゼ症候群の特定薬剤治療管理料の対象薬剤はシクロスポリンだが、タクロリムスでは？

A-8、算定不可。

（診断、検査）

Q-1、輸血（血液製剤・γグロブリン投与を含む）後感染では、B型肝炎の抗体検査は算定可能か？

A-1、HBs抗原とHBV核酸定量が対象であり、抗体検査は不要。

Q-2、「乳酸」に対する適応病名について：アシドーシスのみで認められるか？ 乳酸アシドーシスの傷病名が必要か。

A-3、乳酸の代謝異常を示す傷病名が必要。

Q-3、関節型若年性特発性関節炎の経過観察でMMP-3とRF定量の併施は可能か？

A-3、併算定は可能。病型を分類するためにはRF定量の3回の測定が必要とされている。

Q-4、若年性特発性関節炎疑いでMMP-3単独は査定か。疑い病名の場合、リウマトイド因子および抗CCP抗体との算定でなければならないとの意見もあるが。

A-4、MMP-3単独でも認められる。抗CCP抗体の方が特異度が高く、診断時は抗CCP抗体、経過観察はMMP-3が適当で月に1回が原則。

Q-5、甲状腺機能亢進症の経過観察におけるサイログロブリンは認められるか？

A-5、甲状腺機能亢進症では不要。

Q-6、甲状腺機能低下症（橋本病）の診断時に用いる下記の抗体は、診断後の経過観察でも認められるか？ また、認める場合の頻度は？（抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体、抗甲状腺マイクロゾーム抗体、抗サイログロブリン抗体）

A-6、認められる。年に3、4回が原則。甲状腺ペルオキシダーゼ抗体とマイクロゾーム抗体の併算定は不可。

九州小児科審査員連絡協議会の報告：その1 (201805)

Q-7、急性気管支炎、急性咽頭喉頭炎（酸素吸入なし）の経皮的酸素濃度測定は認められるか？

A-7、酸素投与は必須としないが、呼吸障害が起こりうるものに限定。例として挙げられている疾患は原則不可。

Q-8、終末呼気炭酸ガス濃度測定（D224）：慢性疾患でも人工呼吸器装着されている日数全て算定は可能か？

A-8、二酸化炭素血症を起こしうる疾患ではやむを得ない。日数の制限はない。

Q-9、新生児の黄疸に総ビリルビンと直接ビリルビンの併施は？

A-9、最初の1, 2回は直接ビリルビンの併施も新生児黄疸の病名で認められる。

Q-10、HBV核酸定量をB型肝炎（疑い）で認められるか？

A-10、一般的には認められない。輸血歴のある例など特殊な例のみ。

Q-11、検尿・沈渣で、染色加算の算定について：入院時のルーチン検査や、肺炎・気管支喘息などの病名で染色加算は算定可能か？

A-11、尿沈渣の適応は尿一般で異常を認めた例、診察の結果で必要がある場合（傷病名で判断している）のみ（青本463頁）。染色加算は細菌や細胞が出現する可能性のある疾患。

Q-12、骨形成不全症、骨粗鬆症病名で骨形成マーカーのオステオカルシン（OC）の測定は認められるか？

A-12、認められない。

Q-13、心筋炎疑いでTnT定性検査は？

A-13、算定可能。ただし、心筋炎を疑う際の他に検査が併施されているかも考慮した上で。

（福岡県小児科審査員連絡会）

九州小児科審査員連絡協議会の報告：その2 (201806)

今月も昨年の九州小児科審査員連絡協議会で、ほぼ合意が得られたものの中から重要と思われるものをご紹介しますと思います。今回の2回目は「治療に関するもの」と「処置・リハビリなどに関するもの」です。

(治療)

Q-1、未然・頓用の投与について：抗アレルギー剤など「症状出現時」、「じんましん出現時」などの処方、認められるか？ もし認められる場合、処方量はどのくらいか？
A-1、認められる。内服（定期）処方の場合は2、3日分。頓服では10回分以内。

Q-2、アドエアディスカス100（およびエアゾール50）以外は小児では不可か？

A-2、10歳未満には小児用製剤のみ。それ以上の年齢では妥当なコメントがあれば成人用製剤を認める。

Q-3、ホクナリンテープは年齢で投与量が決まっているが、体重での投与量（分割して貼付）は如何か？

A-3、年齢を重視。体重の記載があれば大きいものの適応も考慮する。

Q-4、ロイコトルエン受容体拮抗薬は年齢で剤型・用量が決まっているが、年齢通りでなければ不可か？

A-4、原則は添付文書の量。妥当なコメントがあれば増量も考慮する。

Q-5、ジルテックドライシロップの用法・用量においては年齢により投与量が定められているが、用法・用量を超える投与を認めているか？

A-5、原則は添付文書の量。妥当なコメントがあれば増量も考慮する。

Q-6、適応年齢外の使用について：リスパダール®（原則5歳以上18歳未満）、エビリファイ®（原則6歳以上18歳未満対象）となっているが、厳密に守るべきか？

A-6、適切なコメントがあれば、±2歳くらいは許容される。

Q-7、オゼックス細粒の適応症について：適応菌種にマイコプラズマが追加されたが、気管支炎+マイコプラズマ感染症で認められるか？

A-7、適応菌種の拡大であって、傷病名ではない。肺炎の病名が必要。

Q-8、ナウゼリン坐剤60の適応は成人のみであるが、例えば10歳以上での投与を認められるか？

A-8、成人であっても多くの場合、適応外。胃・十二指腸術後または抗悪性腫瘍投与時に適応が限られている。

Q-9、特発性血小板減少性紫斑病でネオールは算定できるか？

A-9、適応外。

Q-10、皮膚掻痒疹における抗アレルギー剤投与は適応か？（別途アレルギー傷病名が必要？）

A-10、明らかに皮膚掻痒症を伴う疾患では病名追加は不要。

Q-11、胃瘻造設状態のみの病名でファモチジン散10%の使用について：慢性胃炎等の病名併記が必要か？

A-11、適応症の記載が別途必要。

Q-12、五苓散を坐薬で使用している施設がある。使用法が保険適応外だが査定の対象になるか？

A-12、注腸や坐薬の場合は認められない。

Q-13、イノベロン®やディアコミット®など新しい抗てんかん薬は他剤との併用となっているが単剤で使用した場合、「併用療法で始まり他剤の中止により単独となった」等コメントがあれば認められるか？

A-13、コメントがあれば認める。

Q-14、エピペンの禁忌について：リスパダール、エビリファイにはボスミンが禁忌となっているが、服用中のアナフィラキシー患者へのエピペン処方では認められるか？

A-14、認める。小児心身医学会から厚労省に400例を超える併用例の安全性を提示している。

Q-15、多形滲出性紅班におけるセレスタミンの処方不可か？

A-15、認める。皮膚科学会のHPで推奨されている。

Q-16、汗疹でのステロイド剤の使用について：ローション、クリームだけでなく軟膏も認められるか？

A-16、認める。

Q-17、バルトレックス錠を「造血幹細胞移植における単純ヘルペスウイルス感染症（単純疱疹）の発症抑制」として用いる場合、「移植施行7日前より施行後35日まで」となっているが、35日を超えて処方できるか？

A-17、原則認められない。必要性をコメントすべき。

Q-18、骨肉腫で手術後に転移があり通常の化学療法が無効である場合、適応外ではあるが有効性が報告されている治療を保険診療として認めているか？

A-18、まれな症例、重篤な症例として使用した根拠を文献とともに記載することで認める。

九州小児科審査員連絡協議会の報告：その2 (201806)

(処置・リハビリ・その他)

Q-1、導尿（尿道拡張を要するもの：J064）について：
成人では女性は算定不可、男性は前立腺肥大症などが適応だが、小児の適応は？

A-1、基礎疾患による。女児であるなどの理由で査定は行わない。

Q-2、新生児の低体温療法：適応は「心肺蘇生後」であるが、重症新生児仮死があれば認められるか？（例として、アプガーからは重症仮死だが、心肺蘇生がない、またはバッグのみの場合）

A-2、心肺蘇生が必須。バッグのみでは認めない。施行時点での脳障害がないことも重要。

Q-3、浣腸の適応病名について：「嘔吐下痢症」「感染性胃腸炎」の傷病名で浣腸は認めているか？ 「観便のため」等コメントが必要か？

A-3、消化器（腸）疾患の傷病名で認める。添付文書の適応症は便秘の他、「腸疾患時の排便」となっている。

Q-4、脳血管リハビリテーション料を極小低出生体重児や脳性麻痺の病名で算定出来るか？

A-4 脳性麻痺は認められるが、極低出生体重児では不適當。青本で適応を確かめて欲しい。

(福岡県小児科審査員連絡会)

病名についてのお願い (201807)

コンピュータを利用した保険審査の工程表が発表され、この4年間でレセプトの9割をコンピュータチェックで審査完了する計画が進んでいます（政府の規制改革推進会議の提言による）。ここで大きな役割を担うのが傷病名のコード化です。大病院では未コードが10%未満であれば加算点数も新設されています。診療所においても、そろそろコード化に対応し、正しい傷病名を使用する準備をしておく必要があります。

1) 気管支喘息と喘息性気管支炎をはっきり区別してください

この件に関しては、平成8年、11年に保険診療メモとして先生方にはお願いしてきたところですが、未だに区別をされていない先生がおられますし、この間に新規開業された先生もおられます。そこで改めてお願いする次第です。

今回の点数改正で小児科外来診療料（従来のみ）、小児かかりつけ医診療料では、小児抗菌薬適正使用支援加算（80点）が新設されましたが、気管支喘息は基礎疾患ありとして、同日に「気管支喘息」の病名が併記されている場合には算定できません。安易に「気管支喘息」の病名を付けることは不利になります。

一方、これまでも「喘息性気管支炎」病名で特定疾患療養管理料を算定している場合や、ロイコトルエン受容体拮抗剤（モンテルカスト細粒など）、ステロイド喘息用吸入薬、クロモグリク酸ナトリウム吸入液など「気管支喘息」のみに適応のある薬剤を使用している場合などは保険者から厳しい異議の申し立てがあります。コンピュータチェックになると、これらの状況は「喘息性気管支炎」の病名では査定の対象と判断されると思われ、今後は審査でも可能な限り区別をしていく方針です。

2) 学校検診（検尿異常）はコメント欄にその由をお書きください

学校検尿で異常を指摘されたお子さん以外では、「血尿（または蛋白尿）」の病名だけでC3やIgAは認められません。学校検尿異常者は小児科ばかりでなく内科にも受診しますし、他の診療科が併設されている診療所の一部では、小児科以外の主たる診療科の専門医が審査している場合もあります。学校検尿異常のマニュアルにあるルーチン検査の範囲で行われている場合であっても、それが判るように適応欄に「学校検尿で異常を指摘された」などのコメントをお願いいたします。

3) 皮膚炎（湿疹）には範囲・部位を記入してください

皮膚科では範囲や部位の記載がないレセプトはほとんどないと聞いています。外用薬が最小規格であれば、現在のところ皮膚炎（湿疹）のみの傷病名でも認めています。複数の外用薬、量の多いものでは返戻の対象となります。アトピー性皮膚炎でも、治療範囲が広い場合には「全身性」や「重症」などの接頭語を考慮してください。

軟膏処置は100平方センチ未満の場合は基本診察料に含まれますが、それ以上の範囲で軟膏処置料を算定する場合には範囲・部位の記載は必須です。

4) 中耳炎・肘内障は左右（両）の区別をしてください

耳鼻科では中耳炎の接頭語として「左」「右」「両」が必ず付記されています。保険請求だけでなく、日常診療においても診察や処置の際にカルテに部位を記載しておくことは不可欠と思われ、レセの提出の際にも左右の別の転記ををお忘れなく。

肘内障整復術は手術の項で算定しますが、左右の別はきちんと記入してください。

これまで小児科では当たり前のように許されていた傷病名の記載法が、各専門領域の知識を盛り込んで全医療機関を一律に審査するコンピュータチェックでは通用しなくなる可能性があります。

多数の返戻を避けるために早めの準備をお願いいたします。

（福岡県小児科審査員連絡会）

小児抗菌薬適正使用支援加算についてのQ&A (201808)

表題の加算については同じようなご質問を多くいただき、また審査の場で査定の対象となる例も少なくありませんので、Q&Aとしてまとめてみました。3月に出された日本医師会の保険改定の説明資料や厚労省の「抗微生物薬適正使用の手引き」については必ずご一読願います。

Q-1：診療科目が小児科であれば算定できますか？

A-1：算定のための施設基準があり、小児科外来診療料（いわゆるまるめ）または小児かかりつけ診療料を算定している医療機関のみ算定できます。出来高制の医療機関は対象外です。また、対象は前述の2つの診療料のどちらかを算定している患者のみとなります。

Q-2：初診時に算定となっていますが、月に2、3回初診があるときにはその都度算定できますか？

A-2：算定できます。算定するには初診料の算定が可能かどうかもお確かめください。

Q-3：初診時には抗菌薬の投与は行わなかったのですが、2日後の再診時に投与しました。この場合、遡って初診時の加算は削除するのでしょうか？

A-3：必要ありません（算定できます）。

Q-4：Q-3に関連して、午前中は使用しなかったのですが、午後の受診の際に抗菌剤の必要性を認め、投与しました。この場合も算定可能でしょうか？

A-4：算定できません。初診料である包括化点数は「1日につき」となっているため、初診料算定の日には抗菌剤を使用したこととなります。

Q-5：抗菌剤が含まれている軟膏や点眼液を投与した場合は算定可能ですか？

A-5：局所に使用する外用薬のみ投与した場合は算定できません。全身性に投与する内服、注射、坐剤（薬効分類で611-619、621、624に該当）を併用した場合は算定不可です。

Q-6：「基礎疾患がある場合は算定不可」となっていますが、具体的にはどのような疾患を指しますか？

A-6：原則は「抗生剤の選択に影響を及ぼす疾患」となっていて具体的には示されていません。厚労省への質疑応答で気管支喘息は「基礎疾患あり」とされ、同日に気管支喘息の病名がある場合には算定できません。

Q-7：急性気道感染症や下痢症で「疑い」の場合にも算定できますか？

A-7：「疑い」病名は算定できません。また、お尋ねの病名は症候名ですので、確定診断であっても不適切です。抗微生物薬適正使用の手引きを参照し、具体的な傷病名を用いてください。

Q-8：急性気道感染症の病名のうち、感冒・鼻炎・副鼻腔炎・中耳炎はすべて対象となりますか？

A-8：中耳炎のみ対象外です。鼻炎でも「アレルギー性鼻炎」は感染症ではありませんので対象外です。

Q-9：おたふくかぜや水痘なども対象となりますか？

A-9：対象外です。厚労省の手引きのフローチャートの冒頭で、流れが「気道症状なし」となりますので対象外です。他にも気道症状のない急性発疹症や下痢のない疾患（嘔吐症など）も対象外です。

Q-10：アデノ、RS、ヒトメタニューモ、ロタ、ノロなどのウイルスに因り、迅速法で診断可能な疾患でも算定可能ですか？

A-10：算定できます。アデノウイルス感染症などではなく、アデノウイルス扁桃炎などとの具体的な傷病名にしてください。ただし、インフルエンザは例外として算定できません。さらに、「インフルエンザ疑い（迅速法が陰性だった場合など）」や、インフルエンザに気管支炎など適応となる疾患が併記してある場合でも算定できません。

Q-11：キャンピロバクタ腸炎には原則抗菌剤を使っていませんが、投与しなければキャンピロバクタ腸炎病名でも算定可能ですか？

A-11：算定できます。

（福岡県小児科審査員連絡会）

4月の保険改定での変更点いろいろ (201809)

今回の保険診療メモは、4月の診療報酬改定で変更になった点のいくつかを記載します。

遺伝学的検査の対象疾患の追加と検査料の細分化が行われました。先天異常症候群、遺伝性自己炎症性疾患、エプスタイン症候群の3疾患が追加になり、現行の3,880点から、処理が容易なもの、複雑なもの、きわめて複雑なもの3種類に変更、それぞれ3,880点、5,000点、8,000点になりました。たくさんの疾患がありますので、成書をご参照ください。検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び関係学会における「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」を遵守してください。

小児入院医療管理料の包括範囲の見直しが行われました。小児入院医療管理料1および2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」および「緩和ケア診療加算」の算定が可能になりました。また、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢が15歳未満から20歳未満に引き上げられました。

小児かかりつけ診療料の見直しですが、医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医などを案内することでもよいこととすると記載されております。具体的には地域の夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力するか、#8000などの電話相談窓口において、相談対応者として年に1回以上協力したことがある常勤の小児科医です。

入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により入院早期から福祉などの関係機関との連携が必要な状態および小児における退院困難な場合が加えられました。小児加算：200点（退院時1回）です。

小児科療養指導料の対象患者に、医療的ケアが必要な時に該当する患者が追加されました。患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とします。

在宅で療養しながら、生活する小児への支援を充実するために、医療的ケアが必要な児においては、長時間訪問看護加算の算定が週1日から、週3日まで拡大されました。乳幼児の訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価が充実されました。すなわち、訪問看護基本療養費などの乳幼児加算を50点から150点に増加する等です。

(福岡県小児科審査員連絡会)

フェリチンと血中ケトン体：血液化学検査の包括部分から考える（201810）

一線小児科医の理解が十分ではない、血液化学検査をめぐる審査の視点を解説します。

医科点数表の第3部 検査・D007 血液化学検査（生化学検査Ⅰ）には1. 総ビリルビンから総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、電解質、脂質、クレアチンキナーゼとつづき、鉄、不飽和鉄結合能（比色法）、鉄結合能（比色法）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化電極によるもの）など29項目（各11点）。2. リン脂質（15点）。3. 肝酵素（AST、ALT）、総コレステロール、HDLなど5項目（17点）。4. 蛋白分画、LDL（18点）とつづき、8. マンガン（27点）までに40項目を超え、28. フェリチン半定量・定量（111点）、そして、62. 25-ジヒドロキシビタミンD（400点）まであります。そして、その注には「1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を行った場合は、検査項目数に応じて算定する。イ 5-7項目 93点、ロ 8-9項目 99点、ハ 10項目以上 112点。」とあります。いわゆる包括算定です。診療所では4項目以内の個別算定がみられますが、大学や病院ではほとんどが10項目以上の検査が施行されて、ハ（112点）でマイナスになりうる算定がされています。医療の質と経済性のバランスを各施設・医師の判断にゆだねて、皆保険制度を維持するための仕組みといえます。なお検体検査判断料（D026）が、生化学的検査（Ⅰ）、同（Ⅱ）-内分泌、腫瘍マーカーなど、免疫学的検査、微生物学的検査の区分ごとに144-150点、月1回算定されます。

そこで次のような約束事ができます。

1. フェリチン半定量・定量（111点）については、鉄欠乏性貧血（疑い）の病名があっても、血清鉄と不飽和鉄結合能（比色法）あるいは鉄結合能（比色法）が検査されていなければ、その算定は認めない。まず包括項目内で診断すべきで、それ以上の鉄代謝にかかわる臨床的意義について、一定の間隔で、認めるということです。

フェリチンは、悪性疾患や膠原病、血球貪食症など組織破壊や網内系賦活化（サイトカイン上昇）を反映して有用ですが、臓器特異度に乏しく、他の検査が同時に行われていれば問題視されます。フェリチンの保険点数（114点）は、単独で生化学的検査（Ⅰ）の1-8に含まれる検査10項目以上（112点）にほぼ相当することをあらためて意識してください。

2. たとえ糖尿病疑いがあってもHbA1C（49点）-D005 血液形態・機能検査-が査定されて納得がいかないことがあるでしょう。血中グルコース検査がなければ査定されるのは同様の論理です。生化学的検査の包括部分で血中グルコース値の上昇を認めて、次に行われるべきと考えます。

3. 血中ケトン体をめぐって

「脱水や代謝性アシドーシス、ケトーシス」と「鉄欠乏性貧血」とはまったく異なる病態ですが、ともに小児とくに乳幼児によくみられて、保険審査のうえでも共通する問題があります。

乳幼児が脱水におちいりやすいこと、その際、低血糖やケトーシス（ケトン性低血糖症）をとともなうことから、輸液内容と速度、投与量は小児科診療の入り口です。飢餓（空腹）状態の血糖維持としての糖新生、さらに脂肪酸代謝によるアセト酢酸などのケトン体利用がホメオスタシスの一端とされていますからケトン体の上昇の把握は重要です。その場合、尿中ケトン体の検出と血中ケトン体の検出があります。ここでも、生化学的検査（Ⅰ）の包括部分に血中グルコース、ケトン（電極法）があることに注意してください。

まずは、尿を採取して試験紙を用いて判定する方法が行われて、ケトン体（試験紙法-ニトロプルシドNa発色法）が、蛋白定性、グルコース、ビリルビン、潜血反応、尿細菌、白血球、アルブミンなどと一緒に検査されます。このD000 尿中一般物質定性半定性検査（26点）は1回につき所定点数を算定できますので、治療（輸液）すれば、その効果判定と考え、2回の検査が認められます。なお尿定性検査にかかわる判断料の算定はできません。

脱水により採尿できないとき、あるいはより深刻な病態では血液中のケトン体上昇を検査する必要がありましようが、所定点数と判断料でかなりの負担増となるため、適応が問われます。さらにこの場合にも、血液生化学的（Ⅰ）D007には包括範囲1と包括範囲外の10. 血中ケトン体があります。前者は、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙・固定化酵素電極）で、実際には固定化酵素電極法：「フリースタイルプレジジョンネオ（ABBOTT社）」などが、糖尿病管理のために普及しているようです。血中ケトン体は、糖代謝異常の代表、糖尿病での脂肪酸利用増加を反映するからです。さらに、生化学的検査の包括範囲外にある10. 血中ケトン体(30点)は、吸光光度法によりケトン総量、アセト酢酸、ヒドロキシ酪酸などを測定してえられます。血清あるいは血漿を検体にするにより測定所要時間に差があるようです。20. ケトン体分画（59点）には、細胞内エネルギー低下と肝臓内ミトコンドリア機能、アセト酢酸 / ヒドロキシ酪酸比と肝予備能指標などの評価の意義あるとされていますが、上記のようにケトン総量と分画はほぼ同一方法で行われています。保険請求上は「ケトン体およびケトン分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン分画の所定点数のみ算定する」ことになり、適切な傷病名が必要です。

このように見ていきますと、いくつかの総合病院救急外来から尿検査や生化学的検査の包括部分をこえた血中ケトン体の請求が多くみられるのは気がかりです。重篤な病態の把握を意図して選ばれた例に行われているのでしょうか？ さらに、37. 血液ガス検査（140点）で代謝性アシドーシスの評価をすることに重複はないのでしょうか？ 検討の余地があります。

（福岡県小児科審査員連絡会）

小児かかりつけ診療料：ルールを守って算定しましょう（201811）

本年4月の診療報酬改定により、小児かかりつけ診療料（小か診）の届出を行うことで、初診時に機能強化加算と小児抗菌薬適正使用支援加算を算定できるようになったため、福岡県の届出数は前年度に比べ約1.7倍に増えました。そのためでしょうか、自院のかかりつけ患児が、初めて受診したと思われる近隣の小児科で小か診の同意書を取られた、などの苦情を聞くようになりました。今回は、繰り返しになりますが、小か診の算定ルールのいくつかを確認したいと思います。

（1）小か診の算定には、自院を4回以上受診していることが必要です。

「小か診は、当該保険医療機関を4回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む。）した未就学児（3歳以上の患者にあつては、3歳未満から小か診を算定しているものに限る。）の患者を対象とする。」とされています。予防接種や乳児健診で受診した回数も含めてよいため、保険診療の第1回目からの算定も可能です。保険外診療については通常の審査では確認できません。本当に4回以上受診したのかについては先生方の良識に任せられていますので、適正な算定をお願いいたします。

（2）小か診の算定には、書面による説明と同意が必要です。

「小か診算定の要件となる指導等を行う旨を患者に対して書面（筆者注：指導内容および書面例については厚生局HP等を参照）を交付して説明し、同意を得ること。」とされています。また、かかりつけ医として上記の指導等を行っている旨を外来受付等の見やすい場所に掲示していること、も要件です。

（3）小か診を算定できるのは、1人の患者につき1か所の保険医療機関です。

同意を得る際には、同意書に「小児かかりつけ診療料は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。」などと但し書きし、確認することが必要です。また、小か診の算定要件のひとつとして、かかりつけ医は「患者が受診している医療機関を全て把握する」とされており、同意を得た後も、他院への受診状況について問診を行い、「かかりつけ医」を変更していないかを確認する必要があります。

（4）小か診を算定する医療機関では、抗菌薬の適正使用が求められます。

「小か診を算定する場合（小児科外来診療料も同様）、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。」とされており、小児抗菌薬適正使用支援加算の算定の有無にかかわらず、全患者に対して抗菌薬の適正使用が求められます。初診時に抗菌薬を処方しなかった患児の大半で2回目の受診時に抗生剤を投与したり、年長児では高い割合で抗生剤を投与している医療機関が散見されます。「手引き」に準じた適正な投与であるのかをご確認ください。抗菌薬投与の頻度によっては、算定要件を満たさないとして診療報酬の返還を求められる可能性もあります。

（5）小か診は、3歳未満で算定を開始すれば就学前まで算定できます。

上記（1）に記載したとおり、3歳未満より小か診を算定している患児においては、小児科外来診療料とは異なり、3歳以上となっても小学校入学前まで算定が可能です（小児抗菌薬適正使用支援加算を含む）。しかし、3歳以降で一度でも出来高を選択した場合には、以後小か診の算定はできません。

「小児かかりつけ診療料」、「機能強化加算」、「小児抗菌薬適正使用支援加算」の組み合わせにより初診時に大きな増点となり、初診の多い小児科には有利です。しかし、算定要件を守らないと、先生方の肉体的・精神的なご負担が増え、たうえに、医師同士で、または後日に嫌な思いをすることになります。算定ルールの遵守をよろしくお願いいたします。

（福岡県小児科審査員連絡会）

吸入療法の算定方法（201812）

全国統一の審査基準の集約に向けて、いわゆるローカルルールを整理しようとする動きが活発になってきました。その一つとして、当県で多数の医療機関で行われている吸入の算定方法が対象となりそうな気配です。この件に関しては保険者からの再審査請求も急増しています。

そもそも、吸入は保険点数的に3つの請求方法があります。1) 基本診察料（初診料や再診料）に含まれるため保険点数を持たないもの、2) ネブライザー（1回につき12点）、3) 超音波ネブライザー（1日につき24点）です。2) は外来のみ、3) では使用した酸素の金額を別途請求できるなどの差はありますが、超音波ネブライザーの器材を使用して2) で請求することは問題ありません。しかしながら、1) については歴史的経緯として、単に水蒸気を吸入させることを指していたこともあり、薬剤の使用はできないというのが一般的な解釈です。当県を含む数県を除きますと、ほぼ全国的にはそのように判断されています。薬剤料が適応外として査定されることとなります。

薬剤を用いた吸入の算定方法は2) または3) となりますが、いずれも再診の際には外来管理加算（52点）が算定できません（A001再診料 注8：処置等が行われた場合については外来管理加算は算定できない）。初診の際にはネブライザーまたは超音波ネブライザーで請求しながら、再診時には1) として処置料は請求せずに薬剤料+外来管理加算で請求をしている例について、保険者から疑義が出ているのです。

ちなみに、吸入療法によく使用される薬剤のうち、ベネトリン吸入液が（吸入器を用いて）となっている他は、インターール吸入液（電動式ネブライザーを用いて）、メプチン吸入液・吸入液ユニット（ネブライザーを用いて）、パルミコート吸入液（ネブライザーを用いて。その際はジェット式ネブライザーを使用すること）、などと使用する器材に関する記載があります。なお、パルミコートなどのステロイド吸入薬を外来で一時的に使用することは原則査定対象となります（パルミコートの基本的注意事項：既に起きている発作を速やかに軽減する薬剤ではないので、毎日規則正しく使用する。なお、通常本剤の効果は投与開始から2～8日で認められ、最大効果は4～6週間の継続投与で得られる）。

電動式ネブライザーで使用すると記載があるインターールについて、本年10月31日に基金本部から、「ネブライザー（または超音波ネブライザー）で吸入することとし、外来管理加算の算定は認めない」由の通達が出ました。いずれ統一した審査基準になれば、他の薬剤を用いた吸入療法についても再診時の外来管理加算が査定対象となると思われます。可及的速やかに請求方法の改善をお願いします。

本通達の対象は小児科専門の医療機関だけではありませんので、審査委員会から全医療機関への文書を準備中です。二重にお受け取りになることとなりますが、ご了承ください。

（福岡県小児科審査員連絡会）