

小児かかりつけ診療料についてー小児科外来診療料との比較ー(201701)

平成28年4月の診療報酬改訂にともない小児かかりつけ診療料が新設され、同年12月までに県内で69の医療機関により届け出が行われています。今回、小児科外来診療料（B001-2いわゆる「まるめ」）と小児かかりつけ診療料（B001-2-11）の相違を比較し、小児かかりつけ診療料（通知）について厚労省などの疑義解釈を中心に記載しました。

Ⅰ.小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料（以下、当該診療料）の比較

1. 施設基準：小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関であれば算定可能で、届出の必要はありません。当該診療料は、

- ①専ら小児科または小児外科の常勤医師が1名以上配置されている。
- ②小児科外来診療料を算定している。
- ③小児科または小児外科の医師がア～オの3つ以上に該当すること（別添1の第6の8の3(4)：青本P1713）の基準を満たし、地方厚生局長等に届出が必要になります（別添2の様式7の8:青本P1813）。

2. 対象患者：小児科外来診療料は、算定した医療機関では原則として3歳未満の全ての患者が対象になります。当該診療料は、未就学児の患者（3歳以上の患者にあっては3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。）で、かかりつけ医として患者の同意を得た患者のみが対象になります。

3. 算定要件：小児科外来診療料は、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行います。但し、

- ①パリーブズマブを投与している患者や在宅療養指導管理料を算定している患者、
- ②電話再診のみの場合は、出来高で算定できます。当該診療料は、原則として1人の患者につき1カ所の保険医療機関が算定します。なお、パリーブズマブの費用や在宅療養指導管理料については、当該診療料に含まれるため、当該診療料を算定した場合にこれらの費用を算定することはできません。但し、当該診療料は必ず算定するものではないため、パリーブズマブを投与した日は小児科外来診療料(上述の算定要件により結果として出来高)を算定することができます。②電話再診は小児科外来診療料と同様となっています。
- ③3歳未満については、当該診療料を算定しない場合（かかりつけ医の同意を得ていない患者）については、小児科外来診療料を算定します。

4. 包括範囲：小児科外来診療料は、一部を除き全て所定点数に含まれます。

- 出来高で算定可能な診療項目として、
- ①時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、
 - ②地域連携小児夜間・休日診療料、
 - ③院内トリアージ実施料、
 - ④夜間休日救急搬送医学管理料、
 - ⑤診療情報提供料（Ⅱ）、
 - ⑥往診料

があります。当該診療料も、同様に一部を除き全て所定点数に含まれます。出来高で算定可能な診療項目としては、上述の①～⑥に加えて、⑦診療情報提供料（Ⅰ）、⑧電子的情報評価料が含まれます。

5. 保険点数：小児科外来診療料の点数に30点加算されたものが当該診療料の保険点数になっています。なお時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算などの保険点数は小児外来診療料の初診と再診の点数にそれぞれ115点、70点加算されたものが当該診療料の保険点数になっています。

小児かかりつけ診療料についてー小児科外来診療料との比較ー(201701)

II.小児かかりつけ診療料の通知と疑義解釈

1. 通知(1)：小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、
- ①緊急時や明らかに専門外の場合等を除き
 - ②継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、
 - ③原則として1人の患者につき1カ所の保険医療機関が算定する。なお
 - ④月の途中で転医した場合など、やむを得ず2カ所の保険医療機関で算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載する。

- 「下線部分の疑義解釈」
- ①緊急時とはどのようなケースなのかは医学的判断によります。
 - ②患者が継続的に受診していれば、年間で2、3回の受診でも該当します。
 - ③複数の医療機関から当該診療料が請求された場合、妥当な理由がなければ、当該診療料が認められるのは1医療機関のみです。
 - ④前医で当該診療料を算定していたことを確認するには、別紙様式10（青本P1032-1033）などを用いることを基本とします。

2. 通知(2)：小児かかりつけ診療料は、
- ①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
 - ②未就学児
 - （③3歳以上の患者にあっては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者を対象とする。なお、
 - ④過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を一度でも行わなかった場合、3歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできません。

- 「下線部分の疑義解釈」
- ①4回以上受診には、電話相談や家族のみの来院は含まれません。また予防接種などの実施を目的とした保険外の受診があった場合、診療録に記録していれば、レセプトに記載する必要はありません。当該診療料は4回目の受診時から算定できます。
 - ②未就学児とは小学校入学前の3月31日までを指します。
 - ③3歳以上で、当該診療料を算定する場合も摘要欄などにコメントの必要はありません。
 - ④当該診療料の算定を行わなくなった場合とは、
 - i）患者がかかりつけ医療機関を変更した。
 - ii）当該診療料を算定できるにもかかわらず、医療機関の判断で算定しなかったなどが該当します。

3. 通知(3)：再診が電話等により行われた場合であっては、小児かかりつけ診療料を算定できない。
- 「下線部分の疑義解釈」
- 当該診療料の算定はできませんが、電話等などによる時間外、休日、深夜等の再診料は算定できます。
4. 通知(7)オ：①当該診療料を算定する患者から電話等による緊急の相談等に対しては、
- ②原則として当該保険診療機関において、常時対応を行う。

- 「下線部分の疑義解釈」
- ① i）当該診療料を算定する患者からの電話相談には、電子メールやファックスは含まれず、電話または対面での相談が該当します。
 - ii）「深夜帯において、小児救急電話児事業（#8000）等の利用を勧めることを妨げるものではない。患者から緊急の連絡があった場合には可能な限り対応を行うこととし、対応ができなかった場合にあたっては、可能な限り速やかに患児にコールバックすること。」（厚労省疑義解釈資料）。
 - ②「当該医療機関での対応が困難と判断される場合は、患者に対して救急医療機関あるいは提携医療機関へ直接受診を勧めることは医師の判断として認められる。」（九州厚生局）。

5. 通知(8)：小児かかりつけ診療料を算定した場合は、小児科外来診療料は算定できない。
- 「下線部分の疑義解釈」
- 両診療料の同日の算定ができないという意味です。
- （福岡県小児科審査員連絡会）

算定要件のついている検査について（201702）

皆様も既にお気づきのように、近年、保険収載が認められてきた諸検査の中には、様々な算定要件がついている検査が多くなっています。

適正と思われる傷病名がレセプトの傷病名欄に記載されているにもかかわらず、算定要件が揃っていないと、査定を受けてしまう検査が増えているのです。

例えば、小児科領域のレセプトで誤りの多い事例として、RSウイルス抗原定性やヒトメタニューモウイルス抗原定性を見てみましょう。

RSウイルス抗原定性（免疫学的検査）146点では、医科点数表の解釈（青本）を見ますと、以下のいずれかに該当する患者で、RSウイルス感染が疑われた場合に適用するとされ、以下の3要件が記載されています。

（ア）入院中の患者
（イ）1歳未満の乳児
（ウ）パリミズマブ製剤の適応となる患者

つまり、外来患者では、（ウ）の要件がない限り、1歳の誕生日以降は、算定が認められない検査です。

また、ヒトメタニューモウイルス抗原定性（免疫学的検査）150点を青本でみますと、本検査は、ヒトメタニューモウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する、と明記されています。

従って、外来・入院を問わず、6歳未満の患者であること、画像診断（胸写等）が実施されていることが必要で、傷病名は、ヒトメタニューモウイルス肺炎、あるいは、急性肺炎とヒトメタニューモウイルス感染症（ないしは、その疑い）とすべきでしょう。

さらに、RSウイルス抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性及びインフルエンザウイルス抗原定性の3項目を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する、と明記されていますので、ご注意ください。

同様に、ロタウイルス抗原定性（糞便）65点とアデノウイルス抗原定性（糞便）60点を同時に行った場合は、主たる検査のみとされています。

また、ウイルス性急性胃腸炎の代表的原因ウイルスのノロウイルスに関しては、ノロウイルス抗原定性（糞便）を、併用することは可能ですが、それ自体に以下の算定要件が掲げられています。

（以下のいずれかに該当する患者）

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

さて、以下に、平成28年4月以降に保険収載された諸検査の中で、小児科にも関係すると思われる検査で、その算定要件を見てみましょう。

デングウイルス抗原検査（233点）とデングウイルス抗原・抗体同時測定定性（233点）

平成28年6月1日から保険適応となりましたが、算定要件は、患者の集中治療に対応できる特定の保険医療機関（詳しくは青本参照）に入院する場合に限り算定するとされ、医学的にやむを得ないと判断される場合の算定を妨げるものではないが、その場合は、症状詳記を記載すること、とその疑義解釈が出されています。

25-ヒドロキシビタミンD（血液化学検査） 400点

平成28年8月1日から保険適応可能となりましたが、CLIA法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できると明記されています。

しかも、診断時には1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定すると、検査回数やその後の検査間隔も明記されていることに留意する必要があります。

抗MDA5抗体、抗Mi-2抗体、抗TIF- γ 抗体（自己抗体検査） 各々270点

いずれも、平成28年10月1日より保険適用となった自己抗体ですが、本検査は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ELISA法により測定した場合に算定できるとされています。

“膠原病（あるいはその疑い）”などの傷病名では、認められません。皮膚筋炎、ないしは多発性筋炎の傷病名が必要となります。

また、本検査と区分番号「D014」自己抗体検査の「9」から「14」まで及び「17」に掲げる検査（詳細は青本をご覧ください）を、2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定すると決められており、多項目の自己抗体検査には、点数の上限が設定されていることを知っておく必要があります。

算定要件のついでいる検査について（201702）

百日咳菌核酸検査（微生物核酸同定・定量検査） 360点

平成28年11月1日より保険適用となりましたが、本検査は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床診断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる、とされています。

小児呼吸器感染症ガイドライン2017による百日咳の新しい診断基準では、咳があり（1歳未満では、咳の期間を限定せず、1歳以上～成人では1週間以上）、百日咳の典型的な症状である「吸気性笛声（息を吸う時に笛のようなヒューという音が出る：whooping）」「発作性の連続性の咳き込み（スタッカート様咳嗽）」「咳き込み後の嘔吐」「無呼吸発作」のいずれか1つ以上認められれば、患者は臨床診断例となり、確定のために検査を行うとされています。

HTLV-1 核酸検出（微生物学的検査） 450点

平成28年4月1日から算定可能となりましたが、妊婦がHTLV-1のキャリアであるか確定するための保険適用であり、しかも、HTLV-1抗体（ウエスタンブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合のみ算定する、とされています。

従って、本検査を妊婦に実施した場合は、レセプトの摘要欄に、ウエスタンブロット法による検査実施日及び判定保留である旨を記載することが、求められています。

今後も様々な新しい検査が保険収載されてくることでしょうが、その検査の保険点数は、比較的高く、適応傷病名を傷病名欄に落とさないことと同時に、その検査の算定要件を十分に把握して実施する必要があるそうです。

（重要）今シーズンのシナジスの投与期間について

RSウイルス感染症の流行は「おおむね10月から翌年4月まで」となっていることから、シナジスの接種は9月から翌年3月までを基本としています。国立感染症研究所のサーベランスの報告や、この1、2ヶ月の福岡県でのレセプト請求でも流行が落ち着いてきています。そこで、例年通り、シナジスの投与は3月末日までとします。4月からの接種は査定の対象となりますので、ご注意ください。

（福岡県小児科審査員連絡会）

医薬品の適正使用について（201703）

アスピリン、ロペミン、ボルタレン、ペリアクチン、パラミン・タベジール・ザジテンなどの抗ヒスタミン剤、テオフィリン、さらにニューキノロン系やテトラサイクリン系抗生物質等々、小児科領域では「禁忌」あるいは「慎重投与」とされる医薬品が少なくありません。

厚生省（平成5年）によれば、（「医薬品の適正使用」とは、まず的確な診断に基づき患者の症状にかなった最適の薬剤、剤形と適切な用法・用量が決定され、これに基づき調剤されること、次いで患者に薬剤についての説明が十分に理解され、正確に使用された後、その効果や副作用が評価され、処方にフィードバックされるという、一連のサイクルである。）とされています。

したがって、医薬品の保険適用は原則として薬事法上の承認が得られ、薬価収載されたものが対象になりますが、「保険診療における医薬品の取扱いについて」（厚生省、昭和55年9月）で、「いわゆる適応外投与でも、薬理作用に基づき処方された場合には、診療報酬明細書の審査に当たり、学術的に正しく、また、全国統一的な対応が求められる」とされています。したがって、「原則的には添付文書に記載されている用法・用量及び使用上の注意に従って使用されることが基本となるが、個別の事例については、現在の医学・薬学の学問水準に照らして総合的な見地から判断される」ということになります。

薬事法上、小児に適応がある医薬品とは、添付文書の使用上の注意に、「新生児、乳児、幼児、小児に対する安全性は確立されていない」、あるいは「新生児、乳児、幼児、小児の使用経験はない」等の注意喚起の記載がないもので、それ以外は「適応外使用」になります。しかし、薬事法上、成人に対する用法・用量の承認があっても、小児に対する承認のないものが極めて多いのが現状で、小児に必要な効能・効果が記載されていれば、小児の用法・用量が記載されていない場合でも、「通常成人には--」あるいは「適宜増減」等の指示に従い、医師の裁量で細心の注意を払いつつ慎重に小児に使用することは可能と考えられます。

添付文書は薬事法で定められた公的文書で、原疾患、合併症、既往歴、家族歴、併用薬剤、医薬品を使用する人の体質などから当該医薬品の使用で病状の悪化、副作用の発現、薬効の減弱などの可能性が高くなる場合には、「禁忌」として当該薬品を使用しないこととされています。また、「原則禁忌」とは、当該医薬品を使用しないことを原則とするが、他に治療法がないなどの理由から特別に必要とする場合には慎重な使い方をすべき場合としています。

以上に関しては最高裁の判決事例があり、「医師が医薬品を使用するにあたって医薬品の添付文書に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定される」とあります。他の判決事例でも、「医師が医薬品を治療に用いる場合、その使用する医薬品の副作用については、常にこれを念頭において治療に当たるべきであり、その医療上の知見については、同医薬品の最新の添付文書を確認し、必要に応じて文献を参照するなど、当該医師の置かれた状況の下で可能な限りの最新情報を収集する義務がある」としています。

従って、添付文書上の使用上の注意に反した医薬品の投与に際しては、常にそれを正当化する合理的な理由が問われるものと考えられます。さらに、「合理的な理由」の具体例については、禁忌事項に反した合成抗菌剤の処方が注意義務違反に当たるとした損害賠償請求に対して、「10 数年間にわたり小児に投与してきたが1 度も問題が発生したことは無い」との医師の主張が、添付文書に従わなかったことの合理的理由にあたるとはいえないとして、慰謝料請求の支払いが命じられた事例があります。

以上より、医師が添付文書記載の使用上の注意に反した医薬品の使用を正当化する合理的理由としては、当該医薬品を投与しなければならない客観的な事情、受療者の強い希望とその許容性等の積極的理由が求められていると考えられ、このような積極的理由が無い限り、禁忌とされている医薬品を投与し、重度の副作用という事例が生じた場合、裁判上、「医師の裁量」を逸脱していると判断され注意義務違反が認められる可能性が極めて高いと判断されます。

医薬品の使用に際しては、自身の経験だけに依らず、最新の添付文書を確認のうえ、「禁忌」とされる場合には可能な限りその使用を避け、万が一止む無く使用しなければならない場合、その理由の客観性を担保し、詳細に記録に残したうえで受療者に対しても十分な説明を行う等しておくことが求められます。

今回は、いささか堅苦しい内容で、「釈迦に説法」になりましたが、昨今の社会情勢の中で心すべき事項と思う次第です。

（福岡県小児科審査員連絡会）

ここまで

九州小児科審査員連絡協議会の報告（201704）

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11月19日に熊本市で第22回目の会議が行われました。この際に各県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。

I. 基本診察料、指導管理料に関するもの

1、新生児特定集中治療室管理料（NICU） 新生児治療回復室入院医療管理料（GCU） 総合周産期特定集中治療室管理料について

Q 1 の 1 退院日のNICU加算は認められるか

A 1 の 1 特別な事由（死亡、他院のNICUへ転院など）がある場合以外、認められません

Q 1 の 2 退院日のGCU加算を認められるか

A 1 の 2 適応基準のA) からS) に該当する状況が懸念される症例については認めています。病状詳記を添付する方が丁寧です

Q 2 心身医学療法の適応症病名について、頭痛（心身症）、不眠（心身症）等、心因性によると推定される症候名で認められるか

A 2 症候名は不適當であり、対象疾患は小児心身症ガイドラインの傷病名にあるものが原則です。青本702頁に従って「胃潰瘍（心身症）」などの記載としてください

Q 3 アレルギー性鼻炎の病名で前月の処方が終了し治癒の転帰があった場合、翌月のアレルギー性鼻炎の病名で初診が算定できるか

A 3 投薬終了後から1か月以上空いていれば認められます

Q 4 點頭てんかんでのACTH療法中の小児療養環境特別加算は算定可能か

A 4 易感染状態と見なせますので認められます。コメントも不要と考えます

II. 検査に関するもの

Q 1 マイコプラズマ核酸検出とマイコプラズマ抗原定性（またはマイコプラズマ抗体定性）と同時算定できるか（抗原と抗体については青本499頁に主たるもののみとある）

A 1 マイコプラズマに関する検査については、核酸検出、抗原定性、抗体定性の3つのうちいずれか一つのみ算定可能です。抗体定性についてはペア血清の場合は2回の請求が可能です

Q 2 学校検尿を発端とした患者（腎炎(疑い)、血尿（症候群）、蛋白尿などの傷病名）の検査の範囲は？

A 2 原則として学校検尿ガイドライン必須項目は認められますが、選択項目は病名（疑いを含む）が必要です。一般的な検査とは、検尿、C3、BUN、クレアチニン、IgAを指します。シスタチンC、 β 2マイクログロブリン、腎エコー、HBs抗原などは適応傷病名が別途必要です。IgG、IgM、CH50、C4、HCV抗体などは検尿異常の検査としては適応外です

Q 3 IRIは糖尿病の「疑い」病名でも算定は可能か、また成長ホルモン使用中の症例では定期検査で算定は可能か

A 3 糖尿病の確定例のみで算定できます。定期検査としては認められません

Q 4 便を検体として嫌気性菌培養加算はコメントなしでも算定は可能か

A 4 偽膜性腸炎、キャンピロバクタ腸炎、エルシニア腸炎などの適応がある傷病名（疑い）やコメントが必要です

Q 5 便を検体とするS-M（細菌塗沫）は算定可能か

A 5 アメーバ赤痢（疑い）を除いて適応にはなりません

Q 6 可溶性インターロイキン-2レセプター（sIL-2R）はホジキンリンパ腫でも算定できるか

A 6 適応外です

Q 7 中耳炎疑いで中耳ファイバーは算定可能か

A 7 適応外です。中耳ファイバーは中耳腔に挿入するファイバースコピーであり、鼓室形成術などの術前検査用となっています（鼓膜の観察に用いるファイバースコピーには保険点数はありません）

Q 8 急性リンパ性白血病治療後の外来管理における造血器腫瘍細胞抗原は連月の算定が可能か

A 8 認められません。再発を疑う場合には必要なこともあります。再発（疑いを含む）の病名と妥当なコメントを記入してください

Q 9 橋本病母体より出生した児に対して疑い病名で連月の甲状腺検査（FT3,FT4.TSH,抗サイログロブリン抗体,抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体）は認められるか

A 9 FT3,FT4.TSHは連月でも認めています。移行抗体は4-5か月までほぼ消失しますので、それまでは認められます。

九州小児科審査員連絡協議会の報告（201704）

- Q 1 0 アレルギー性紫斑病の病名でD-ダイマーは検査可能か
 A 1 0 線溶系凝固障害ではありませんので認められません
- Q 1 1 若年性特発性関節炎の病名で β 2ミクログロブリンは算定可能か
 A 1 1 自己免疫疾患で高値になりますが、本症に特異性がありませんので認められません
- Q 1 2 貧血病名でのフェリチン、Fe、UIBC(TIBC)の算定基準は
 A 1 2 Fe、UIBC(TIBC)は貧血でも認められますが、鉄欠乏性貧血（疑い）とした方が丁寧です。フェリチンは鉄欠乏性貧血の確定病名が必要です。診断時にFe、UIBC(TIBC)を行わず、フェリチンのみの請求は不適切です
- Q 1 3 「食物アレルギー」の診断名でハウスダスト、ダニ類などの吸入抗原の特異的IgE検査は認められるか
 A 1 3 食物アレルギーでは吸入抗原は認められません。気管支喘息などでは吸入・食物抗原ともに認めています
- Q 1 4 診断確定後、治療経過観察中におけるRF定量検査は認められるか
 A 1 4 認められますが、マーカーとする臨床的意義については疑問があります
- Q 1 5 「小児食物アレルギー負荷検査」は年2回を限度として算定可能となっているが、短期間に2回実施は可能か
 A 1 5 12月（1年）に2回以内であれば問題ありません。間隔は不問です
- Q 1 6 骨形成不全症で骨粗鬆症に関する検査（NTXなど）は可能か
 A 1 6 原則、骨形成不全症には適応がありません。青本での適応は骨粗鬆症確定診断例の治療方針の選択の際（薬剤変更時）です
- Q 1 7 新生児においてサイトメガロウイルスPP65抗原定性は算定可能か
 A 1 7 算定できません。本検査の適応は移植後とHIVなどの高度免疫不全と青本に記載されています

（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2（201705）

昨年11月の第22回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の中から重要と思われるものを2回に分けて報告しています。今月はその2回目として「治療に関するもの」をご紹介します。例年は「処置に関するもの」もありましたが、昨年は議題に上がりませんでした。

Ⅲ．治療に関するもの

Q 1 成長ホルモン注射薬の投与日数は制限があるか

A 1 90日分までは認められます。キットで処方されることから、わずかに90日分を超える場合も認めています。高価薬ですので、できる限り返戻していますが、妥当な理由がない限り減数査定の対象となります。また、縦覧で確認できることから、十分に残薬がある状態で次の処方控えてください

Q 2 ダイアップ坐剤について、適応が小児になっているが成人使用は可能か

A 2 成人年齢に達した寝たきりの患者などに必要とすることがあるので、妥当なコメントがあれば認めています

Q 3 ゾレア皮下注は「気管支喘息」の傷病名だけで認められるか

A 3 重症あるいは難治性の病名または「他の治療での効果なし」などのコメントが必要です。高価薬ですので、できる限り返戻としています

Q 4 グラニセトロン静注はメソトレキセート使用時にも認められるか

A 4 認められます。メソトレキセートは（悪性腫瘍治療薬ではなく）葉酸代謝拮抗剤との理由で保険者から疑義がありますが、白血病などに使用された場合は抗悪性腫瘍剤の一つです。一方、関節リウマチなど使用されたメソトレキセートに対するグラニセトロンやゾフランは適応外です

Q 5 イホマイドの投与期間について、1コース3～5日連続（点滴）静注となっているが6日以上連続投与は認められるか

A 5 個々の症例での必要性のコメントや病状詳記、または推奨しているプロトコールの添付が必要です

Q 6 メイロン静注（点滴静注を含む）は、脱水の病名のみで算定可能か

A 6 認められません。アシドーシスなどの適応病名（確定）が必要です

Q 7 アナフィラキシーの病名のみで、ホクナリンテープの処方可能か

A 7 認められません。ホクナリンテープの適応症の併記が必要です

Q 8 単純ヘルペス感染症での抗ヘルペス内服薬最大投与量は

A 8 アシクロビルの最大量は、小児800mg/日（200mg/回X4回）、成人1000mg/日（200mg/回X5回）です。なお、体重が40kg以上の小児では、体重を記載していれば成人量を認めます。バラシクロビルの最大量は、小児、成人ともに1000mg/日（500mg/回X2回）です。水痘带状疱疹ウイルスに対する薬用量とは異なりますので、ご注意ください。

Q 9 五苓散エキス顆粒を注腸投与したり坐薬に自己調剤した場合、保険請求時できるか

A 9 有効性は理解できますが、決められた用法以外は適応外です

Q10 皮脂欠乏症は、当月治癒可能か また、月に2回の初診料が算定できるか

A10 少量処方（25g～50g程度）の場合、治癒記載も可能と考えます。しかし同月に再度同一病名とするのは認められません

Q11 ネフローゼのみの病名でセルセプトカプセルは認められるか

A11 認められません。ループス腎炎が原因となっていることが分かる病名が必要です。ただし、現在先進医療Bとして治験中との話もありますので、他に治療法がない場合には詳しい病状詳記を記載してください

小児科循環器診療：外来検査（201706）

小児科の循環器診療のおもな対象は先天性心疾患，不整脈，川崎病などで，いずれも100－200人に1人発症する Common Diseases です。まれにコクサッキー B やアデノウイルス感染にともなう急性心筋炎があります。本稿では，この領域の保険診療とくに外来検査について解説します。背景として，増え続ける医療費抑制のために，高齢者にきわめて多い循環器疾患の検査や治療薬への審査が厳しさを増していることに留意してください。

キーワード：「顔面浸水」負荷心電図，心臓超音波検査，CK アイソザイム，BNP，心臓CT撮影

1. 特定疾患治療管理料（B001）の5..小児科療養指導料（250 点）：小児科医が慢性疾患の生活指導を行った場合，月1 回，初診翌月，退院後1 か月以降に算定。15才未満の「先天性心疾患」と「川崎病で冠動脈瘤のあるもの」が対象になります。ほかに脳性麻痺，染色体異常，腎炎・ネフローゼ，血小板減少性紫斑病などがあります。

2. 心電図関連の検査

1) 心電図検査（D208. 130 点）.

いわゆる標準心電図検査（12 誘導以上）で食道誘導も含まれます。当該施設外の医療機関で描写した心電図について診断した場合は，1 回につき70点の算定が認められます。

2) 負荷心電図検査（D209. 320 点）.

「負荷」は運動負荷と薬剤負荷と明示されており，小児では簡易運動負荷（階段昇降・マスター法，ダッシュ法）や起立テストなどが行われます。適応病名は，疑いをふくめて各種不整脈や川崎病冠動脈瘤，起立性調節障害などで，同日に行われた安静時の標準心電図（D208）は算定できません。

3) トレッドミル負荷心肺機能検査

（エルゴメーターを含む）（D211. 1,200 点）.

標準心電図（D208）は一連の検査としてふくまれており，同日には算定できません。前項の運動負荷心電図検査（D209）は目的が重複するので，同日の算定は認められません。実施に30 分以上を要し，立会いと評価で医師・検査技師に負担があるため高額に設定されています。適応病名には一層注意してください。また，病状が比較的安定したときに行われるでしょうから，同日のCRP やBNP，凝固線溶検査などは不自然です。

4) 小児に特有な負荷心電図検査として，「顔面浸水法」があります。学童生徒の健康管理上（水泳に関わる心事故防止）重要なQT 延長症候群の診断に有用で，上記のトレッドミル負荷心電図との同日算定も認められますが，傷病名を「QT 延長（疑い）」と明示し，必ず「顔面浸水法」と注記してください。

5) ホルター型心電図検査（D210 1. 30 分又はその端数を増すごとに90 点，2. 8 時間を超えた場合は1,500 点）。携帯用の記録装置で連続記録し再生およびコンピューターによる解析を行った場合の費用を含んでいます。たんなる心疾患ではなく，各種不整脈や心筋虚血（ST 変化）を生じる相応の傷病名が必要です。日常生活での運動時の負荷も評価する検査方法ですが，同日の標準心電図検査や負荷心電図検査の算定は認められます。

3. 超音波検査（D215）

経胸壁心エコー法（D215-3 イ. 880 点）は，心臓機能や形態をとらえる非侵襲的で有用な検査です。実際には断層撮影法とドプラ法（パルス，連続波，カラー）は連動しておこなわれますので，基本的にパルルドプラ法の費用を含むことになり，高額の算定が認められます。したがって，こどもに優しい検査とはいえ，安易なスクリーニング検査ととらえるべきではないでしょう。

初診時に心電図，胸部レ線がない単独の検査には問題があります。検診など受診の契機を注記してください。心疾患が確定した場合，再診ごとの施行，特に連月・隔月などであれば診療の質が疑われます。新生児・乳児早期の重症例や術後早期などに配慮を求めるには，適切な注記が望めます。川崎病では，初期に診断補助として冠動脈の拡大や僧帽弁逆流などの観察，ときに反復検査を要しますが，漫然と再検査することは認められません。同月，2 回目以降は100 分の90 に減算と設定されていますが，初回検査時の異常所見を記載すべきです。とくに発症後2か月を過ぎれば，川崎病に適切な傷病名，「冠動脈瘤・拡大」（疑い）の追加が不可欠です。

なお，同日に腹部臓器（肝臓や腎臓）について超音波検査断層撮影法（D215-2 530 点）を施行した場合，傷病名はもちろん異なる検査機材を使用したと注記することを勧めます。同一の方法による場合は，部位数に関わらず，1 回のみの算定とする（留意1）と記載されているために，保険者の異議が絶えません。パルルドプラ法加算（200 点）は，重大な血流障害などの極めて限られた病変（傷病名）にのみ認められます。

4. 経皮酸素飽和度SpO2（D223 1 日につき30 点）

低酸素症の客観的評価に有用ですが，おもな適応は呼吸不全で酸素吸入の必要性を判断するものです。気管支喘息では気管支拡張剤吸入やステロイド静注などの治療があれば認められていますが，チアノーゼ性先天性心疾患の経過観察にはなじみません。

小児科循環器診療：外来検査（201706）

5. 血液検査

1) CK（クレアチンキナーゼ. D007-1 血液化学検査. 11点）生化学1包括区分（1-8），10項目で115 点に分類されており，単独での算定はほとんどありません．ここでは別算定されるCKアイソザイム（55点）CK-MB測定（90 点）について考えます．CKはM型（筋型）とB型（脳型）の2 つのサブユニットの組み合わせからなる2 量体で，MM,MB,BBの型が存在し，骨格筋はすべてMM型，心筋はMMのほかにMBを30%程度もつことを特徴とします．多くの施設で行われている汎用機器を用いた測定は免疫阻害UV法で，CK-Mサブユニットモノクローナル抗体によりCK-MM,CK-MBのM サブユニット活性を阻害し，残るCK-Bサブユニットを測定しこの値の2 倍をCK-MB活性値としています（今日の検査法，南江堂. CK-MB MtO測定法添付文書）．この方法は，脳や神経，平滑筋に分布するBB型が他に比較して少なく無視することを前提にしており，特異性に問題があります．神経疾患などでBB型が増加していれば，CK-MB高値，まれにCK値を上回ることさえあります．電気泳動法ではこの問題はありませんが，3－4時間を要し实际的ではありません．特異抗体でCK-MBを測定（90 点）すればよいのですが，免疫専用機材を用いた煩雑な手法から実施は限られます．急性疾患の診療で神経疾患も鑑別にふくまれる状況で，心電図や胸部レ線検査あるいは超音波検査など行われず，傾向的であれば，心筋炎や心筋梗塞の追加傷病名があっても血液検査CK アイソザイムは認められないことがあります．

心筋障害・壊死の検出については，特異度と迅速性に優れるイムノクロマト法による心筋トロポニンTnT / Tn-I（120 点）が，成人の冠不全-心筋梗塞の早期診断のために普及してきました．TnT とTnI の同一月実施は，主たるもの一方のみです．心筋炎でも認められますが（事務連絡H24.3），小児期の発症頻度からみて，心電図やその他の検査がない場合には，セット検査として厳しく審査されることがあります．

2) BNP（140 点）．NT-proBNPと同等で，心不全の重症度マーカーとして有用です．内分泌学的検査（D008-16）に分類され，別個に判断料が発生します．「月1 回にかぎり算定．1週間以内の心房性Na利尿ペプチドANPとの同時算定は認めない」と規定されています．初診時にやや唐突と思われる検査が問題になるのは，CKや超音波検査と同様です．最近，内科領域では，縦覧審査で3-6 月以内とくに連月の検査には必要性を示す病名や測定値・注記の記載が求められるなど，ずいぶん踏み込んだ審査が行われています（内科Q&A27 福岡県医師会保険診療の手引き 第5版H28.12）．

6. 心臓CT 撮影 (E200-1 イ64 列以上 1,000 点)

専門施設に特有な問題ですが，非侵襲的で外来でも施行可能な方法として，三次元心臓CT検査が徐々に増えてきましたので取り上げます．検査後の情報処理に特殊なソフトと専門知識，さらにはかなりの時間を要することはあまり認識されていません．関連する保険請求は「冠動脈撮影加算（600 点）」で，留意に施設基準，64 列以上のマルチスライス型の装置，冠動脈を撮影したうえで「三次元画像処理を行った場合」に限り算定とあります．本来，成人の虚血性心疾患の診断を目的に普及しましたが，先天性心疾患で，小児・成人ともに重要な情報がえられます．請求に際し，造影加算（500 点）も追加できますが，点滴手技料や静脈麻酔料（L001-2）の算定は認められません．適応傷病名は，たとえば「冠動脈起始（走行）異常，完全大血管転位（冠動脈移植後），川崎病の冠動脈瘤や狭窄」などであり，さらに高性能撮像機材（256-320 列など）と三次元画像処理の注記が望まれます．

（福岡県小児科審査員連絡会）

最近の自閉スペクトラム症、ADHD治療薬と抗てんかん薬について（201707）

「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」の治療薬2剤の効能追加が認められました、いずれも抗精神病薬です。2016年2月にリスペリドン（リスパダール®：ヤンセンファーマ）、2016年9月にアリピプラゾール（エビリファイ®：大塚）が効能追加されました。

リスペリドンは原則5歳以上18歳未満対象で体重15kg-20kgは0.25mgから開始、最大1mgまで。20kg以上は0.5mgから開始、最大3mgまで。剤型は錠、OD錠、液、散剤ですが3mg錠は統合失調症のみの適応です。

アリピプラゾールは原則6歳以上18歳未満対象で、1日1mgを開始量とし最大1日15mgまでです。今回の効能追加に伴い、1mg錠の剤型が追加されました。

ADHDの新しい治療薬にグアンファシン塩酸塩（インチュニブ®：塩野義）が2017年3月に承認されました。選択的 $\alpha 2A$ アドレナリン受容体作動薬です。原則6歳以上18歳未満が対象ですが投与量が体重あたり細かく設定されています。

新しい抗てんかん薬もいくつか発売されています。

ルフィナミド（イノベロン®：エーザイ）はLennox-Gastaut症候群における強直発作及び脱力発作に対する併用療法に使用します。

スチリペントール（ディアコミット®：Meiji Seikaファルマ）はDravet症候群における間代発作又は強直間代発作に対するクロバザム及びバルプロ酸Naとの併用療法が対象です。

ペランパネル（フィコンパ®：エーザイ）は成人及び12歳以上の小児に併用療法で使用される純国産の薬剤です。グルタミン酸AMPA受容体に作用します。昨年6月に承認され、今年6月から長期処方が可能になりました。

ラコサミド（ビムパット®：第一三共／UCB）は緩徐不活性化Naチャネルブロッカーで、成人に対する部分発作の併用療法で認可されました。

（福岡県小児科審査員連絡会）

「返戻」に対する上手な対応（201708）

「本患者に〇〇（投薬、処置、検査など）を必要とした理由をご説明ください。」という返戻（へんれい）を受けた経験は多くの先生がお持ちだと思います。自分の診療行為を否定されたように感じて立腹されたかもしれません。しかし、返戻は、多くの場合、その診療行為を査定するためではなく、不明確な点について主治医の説明を聞くことにより算定を認めたいとの考えで行っています。従って、査定を避けるためには、返戻内容に適切に回答する必要があります。しかし、回答が的外れであったり、ご自分の診療行為の妥当性を独善的に述べられるばかりのことも多く、最終的に査定となることがあるのも事実です。そこで今回は、返戻への対応についてお願いをしたいと思います。

返戻は、原則として次に該当する場合に行います。

- ①一概に審査決定することが困難な事例で、診療内容から判断して保険医療機関に症状詳記を求める必要があると思われる事例
- ②明らかに傷病名の記載が漏れている事例（当該明細書に記載された診療行為の大部分を査定することとなる事例に限る）
- ③包括点数（まるめ）を算定している事例で、査定することによって出来高部分が発生する事例
- ④DPCレセプトにおいて、診断群分類番号が変更となる事例

この中で最も多いのは①です。検査では、疑い病名を羅列して関連の検査を多数行っている（内分泌疾患や自己免疫疾患など）、同じ検査を短期間で繰り返している、などです。投薬では、投与量が通常より多い、投与期間が長い、同じ効能の薬剤が同時に投与されている、難治性・抵抗性の場合に投与される薬剤が第一選択として投与されている、などです。このような例では、傷病名と診療内容は一致していますが、過剰な（不要な）診療ではないか、治療効果を検証することなく漫然と投薬されていないか、大学病院などでは研究目的の治療・検査ではないか、時には、適応外の検査や投薬のためのレセプト病名ではないか、などの疑義が生じます。また、古い傷病名で検査や投薬がなされているが、現在の病状が不明のこともあります。

このような返戻を受けた場合には、その内容に対し的確かつ具体的に回答することが重要です。まず行うことは、問題となっている診療行為について添付文書や医科点数表の解釈などを熟読し、適応症、用法用量、算定要件などを確認した上で、レセプトを見直すことです。これによりなぜ返戻されたのかの理解が深まります。次に返戻となった原因に焦点を絞って必要理由を説明します。検査であれば、臨床症状から考え得る鑑別診断や検査成績およびその推移についての考察などを述べながら、検査項目や回数について必要理由を説明します。特に、類似検査の併施理由は詳しく記載します。

投薬であれば、患児の体重やこれまでの治療経過および検査成績の変化を示しつつ、当該治療を必要とした理由を具体的に述べます。投与量、投与期間、他薬剤との併用などが添付文書に記載された内容と異なれば、その理由を説明します。また、特殊または高額な診療行為については、一般的に実施可能な他の検査や治療法などでは代替できない理由を述べます。「重症だから」など具体性のない回答は無意味です。

②では、腸重積の疑い病名で整復術がなされている、低身長の病名のみ（成長ホルモン分泌不全症など適応症の記載がない）で成長ホルモン剤の投与がなされている、などです。この場合は、病状を詳記するだけでなく、必ず適応症を傷病名欄に追加してください。また、ご理解いただきたいことは、返戻するのは「傷病名漏れにより診療行為の大部分が査定となる」場合のみであり、それ以外の傷病名漏れは返戻することなく査定になります。その場合、詳記に傷病名を追記し再審査を請求しても、原則として復活しません。

今回は返戻に回答する際の注意事項を述べましたが、返戻①の考え方は査定となった場合に再審査を請求する時も全く同様です。一方で、問題となった診療行為を再検討した結果、先生ご自身が保険診療としては認められないと判断された場合には、無理な説明はせずに算定を取り下げてください。査定になると、その結果は保険者に通知されますので、同様の診療行為について過去に遡って調べられたり、他の患者についても検索されることになりかねません。

（福岡県小児科審査員連絡会）

早すぎる治癒日・処置薬1回分処方（201709）

今月は表題にある2つのテーマを記載します。

まず、転帰の記入が不十分な医療機関には個別に連絡をさせていただき、かなり改善がみられています。一方で、処方日数（量）が多いにもかかわらず短期間に治癒として、新たな初診料を算定している例が散見されます。縦覧および突合審査のため、画面で処方終了日が判断できることから、多くは初診料が再診料に振り替え査定になります。月をまたぐような長期の抗アレルギー剤、便秘薬、大量の軟膏などの処方にもご注意ください。

同系統の急性疾患（気管支炎→上気道炎など）では、前病の投薬終了後7日を経過した場合に初診料の算定を認めています。処方がなくて当日治癒（肘内障、軽度の頭部打撲など）の場合には、関連する疾患でなければ翌日の初診料も認められます。異なる系統の疾患（上気道炎→肘内障など）では、前病の投薬終了日翌日から初診料が認められますが、感染症同士の場合にはケースバイケースで判断しています。

慢性疾患が多い成人（内科）では、初診料の算定が月に2回以上になることはほとんどないようです。小児の特殊性で2, 3回の初診料はやむを得ないのですが、くれぐれも特例であることを考慮して、初診日については充分にご確認のうえ、初診料の算定をお願いします。

2つ目のテーマは「処置薬1回分処方」です。算定している医療機関は多くありませんが、吸入液や坐薬を1回分処方しているものを指します。小児科外来診療料（まるめ）を採用している医療機関では、本来診療料に含まれるものを別途請求している可能性があります。出来高の年齢でも、薬局では調剤料が加算されます。厚労省のQ&Aでは、「院内で使用されたものは処置の薬剤として算定する。挿入を医師（又は看護師）が行えば処置となり、一度処方した薬剤を患者自ら挿入した場合は投薬として扱う」、となっています。

院外で使用するために1回分のみ処方することは少ないと思われますが、その際には必要性を示すコメントをお願いします。

（福岡県小児科審査員連絡会）

学校検尿陽性者の検査と傷病名（201710）

1974年より始められた学校検尿の目的は慢性に経過する腎尿路疾患を早期発見して治療し予後を改善することです。一定の成果があり、日本の小児期の「糸球体腎炎」による腎不全患者は減少しました。「糸球体腎炎」の中で大きな比率をしめるのが「IgA腎症」です。また近年は「慢性腎臓病（chronic kidney disease：CKD）」という概念が浸透してきました。蛋白尿を有する患者や腎機能低下の患者を一連の疾患と考え、予後を改善しようとする考え方です。腎機能、蛋白尿を適切に評価することが重要となってきましたが、九州学校腎臓病検診マニュアル（第4版）に示されている必須検査項目は次の通りです。

血尿単独	尿素窒素、クレアチニン、IgA、C3
蛋白尿単独、 あるいは 蛋白尿＋血尿	尿素窒素、クレアチニン、IgA、C3 総蛋白、アルブミン、総コレステロール 尿蛋白定量、尿クレアチニン
白血球尿	尿素窒素、クレアチニン

学校検尿陽性者の検査の場合、保険審査では必須項目の検査については「腎炎疑い」、「血尿」、「蛋白尿」などの所見病名でも認めています。「学校検尿による異常」などのコメントが備考欄にあった方が丁寧です。診断、病態判断のために必須項目以外の検査を追加した場合には個々の症例に適応となる病名（疑いを含む）を記載してください。

濃縮尿では尿蛋白が偽陽性に、逆に尿濃縮障害をとまなう先天性腎尿路異常などでは希釈尿のため軽度の蛋白は偽陰性になる場合があります。濃縮尿や希釈尿の影響を減らすために尿蛋白/クレアチニン比（g/gCr）による評価が重要です。また尿蛋白/クレアチニン比は1日蛋白尿と相関し蛋白尿の程度をみることができます。3歳以上の尿蛋白/クレアチニン比の基準値上限は0.15g/gCrとされています。

蛋白尿の場合、「体位性蛋白尿」の除外は重要です。保険審査上、原則1日2回は検尿を認めています。早朝尿と来院時尿（運動負荷後）などのコメントがあった方が丁寧です。2回の検尿で鑑別が困難な場合は前腕負荷試験、仰臥位安静による方法を行います。必ずコメントをつけてください。

補体C3以外にC4、CH50を追加する場合は補体の低下する「急性糸球体腎炎（疑い）」「膜性増殖性糸球体腎炎（疑い）」、「膠原病（疑い）」などの病名が必要です。同様にIgAに加え、IgG、IgMの検査を行う場合には必要性が解かる傷病名を併記してください。

腹部超音波検査は本検査で診断できる「先天性腎尿路異常」、「水腎症」などの器質的疾患（疑いを含む）が必要です。腎炎の病名では適応外として査定の対象となります。

糸球体濾過量のマーカーは血清クレアチニン以外に血清シスタチンC、血清β2マイクログロブリンがあります。それぞれ3か月以上17歳未満の日本人小児の基準値が報告されており、腎機能を適切に評価することが重要です。必須項目の血清クレアチニン以外は腎機能低下（疑い）、腎不全（疑い）の傷病名が必要です。シスタチンCはクレアチニンよりも感度が高いですが尿素窒素またはクレアチニンがあって、腎機能低下が疑われた場合に3か月に1回算定でき、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する必要があります。

β2マイクログロブリン（尿）は尿細管性蛋白尿を疑ったときに検査をします。NAG（N-acetyl-β-D-glucosaminidase）（尿）の併施は尿細管間質性腎炎（疑い）など尿細管障害を疑う病名を追加してください。

前述しましたが必須項目のみの患者さんでも学校検尿であることが解かるようにお願いしたいと思います。また、追加の検査を行う場合には適応のある傷病名の追加を忘れないで下さい。さらに画一的に多項目にならないような注意も必要です。

（福岡県小児科審査員連絡会）

消えないウイルスとの戦い/ B型肝炎ウイルス：HBV（201711）

少し専門的な話で恐縮ですが、古くは、HBs抗原は陰性で、HBs抗体やHBc抗体陽性の、いわゆるHBV既往感染者であるドナーからの肝移植後に、レシピエントが免疫抑制剤を投与されている時、B型肝炎（しかも重症あるいは劇症化）を発症することなどをきっかけに、HBVは、急性感染（急性肝炎）の後、結果として、HBs抗体やHBc抗体が陽性化して、感染したご本人は健康な状態になっていても、その人の肝細胞の核の中に、HBV cccDNA (covalently closed circular DNA)という完全二本鎖の閉鎖環状DNAがプールされていることがわかりました。このHBV cccDNAは、らせん状構造で非常に安定であるため、HBVが一度感染してしまうと、ヒトの体から排除不能であることの大きな要因になっています。

一方、HBs抗原が陰性化し、HBs抗体やHBc抗体が陽性の人（HBV既往感染者）が、化学療法や免疫抑制療法を受ける場合、HBV cccDNAが起点となって、HBVが再活性化し、de novo B型肝炎を発症するリスクがあるのです。しかも、de novo B型肝炎は劇症化しやすく、死亡率が高いとされています。

成人では近年、特に、抗CD20モノクローナル抗体製剤であるリツキシマブ(リツキサン) や抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤であるインフリキシマブ(レミケード) などの生物学的製剤で、このde novo B型肝炎のリスクが高く、投与前に、HBs抗原検査を行い、HBs抗原が陰性であれば、HBs抗体とHBc抗体を両方とも検査し、既往感染者かどうかを判定することが、保険適応として認められています。また、最近、悪性腫瘍の化学療法前の検査として、同様の検査を認めていくことが確認されました。添付文書上B型肝炎ウイルス再燃の注意喚起のある薬剤（2017年5月現在）

は、日本肝臓学会の以下のホームページにあるPDFをご参照ください。
https://www.jsh.or.jp/files/uploads/資料4_添付文書上B型肝炎ウイルス再燃の注意喚起のある薬剤（2017年5月現在）_v2.pdf

わが国においては、小児のHBVキャリアの数は、保険診療による母子感染予防の実施の継続により、相当の減少を示していますが、ゼロにすることは難しく、また、父子感染等の水平感染のリスクの指摘から、B型肝炎ワクチンが定期接種になりましたが、ワクチンの効果で、ほとんどの子ども達が、HBs抗原(-)、HBs抗体(+)、HBc抗体(-)の免疫血清学的検査結果となって、de novo B型肝炎の発症を危惧しなくて済むようになるには、まだ10数年の月日がかかりそうです。小児のHBV既往感染者が、化学療法や免疫抑制療法により、どの程度の確率でde novo B型肝炎を発症するかは、いまだに定かではありませんが、重症のB型肝炎を発症する可能性があることは事実であり、少なくとも、しばらくの間は、小児についても、成人と同様の配慮が必要です。

検査の保険請求にあたっては、傷病名欄に、B型肝炎の疑いと記載し、摘要欄に具体的な生物学的製剤の投与前、あるいは化学療法前といったコメントを入れて下さい。HBs抗原をまずチェックし、陰性の場合、HBs抗体とHBc抗体の両方を実施します。HBワクチン歴がなくHBs抗体(+)の場合やHBc抗体(+)の場合、既往感染者として、フォローします。

なお、日本肝臓学会の免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドラインは、以下のホームページでPDFをご覧いただきたいと思います。薬剤投与後のHBVの感染状態を、HBV DNA量によりモニタリングすることが重要です。（https://www.jsh.or.jp/files/uploads/資料3_免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン_v3_Sept2017.pdf）

（福岡県小児科審査員連絡会）

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（2017/12）

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すが、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）