

第2章 特掲診療料

算定回数が「週」又は「月」と記載されているものについては、特に定めのない限り「週」は日曜日から土曜日までの1週間（暦週）。「月」は月の初めから月の末日までの1か月（暦月）単位として算定する。

第1部 医学管理等

○ 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

医学管理料とは、処置や投薬等の技術と異なり、医師による患者指導や医学管理そのものを評価する診療報酬項目である。いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限などがある。

【B000 特定疾患療養管理料】

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点

厚生大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月に2回に限り算定する。主病とは患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいい、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

診療録に主病とする特定疾患の管理に関して記載されていることが必要である。指導時においてもっとも多く指摘される事項である。漫然と算定されることがないように注意を要する。

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

R6年度の改定で特定疾患治療管理料の対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除外

【B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料】

イ 尿中BTAに係るもの 220点

ロ その他のもの

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等一②

(1) 1項目の場合 360点

(2) 2項目以上の場合 400点

悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

- ・遊離型PSA比 (PSA F/T比)、S2, 3 PSA%およびPHIは前立腺癌治療の経過観察時に行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不能である。
- ・腫瘍マーカーのI型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) のみではなく、生化学的検査のI型コラーゲン架橋-N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ (TRACP-5b)、デオキシピリジノリン (DPD) (尿) についても、前立腺癌と既に確定診断された患者について骨転移の診断のために行った時には、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。

【癌と確定している臓器以外の癌を疑った時の取り扱い】

例外規定を除き、すでに悪性腫瘍の確定診断病名があるときには、他の腫瘍に対して腫瘍マーカー検査を行った場合でも悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。しかし腫瘍マーカー検査が必要であることが確認できる病名を傷病名欄に記載し、検査結果および治療計画を診療録に記載しないと算定要件は満たさない。

- ※ 他の悪性腫瘍の既往がある場合 (レセプトに悪性腫瘍の記載がある場合) でPSAを測定する場合は、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。ただし「前立腺癌疑い」の病名が必要。前立腺癌が確定している場合、PSA F/T、S2, 3 PSA%およびPHIの請求は不可

【B001 13 在宅療養指導料】

イ 初回対面で行った場合 170点

ロ 2回目以降

(1) 対面で行った場合 170点

(2) 情報通信機器を用いた場合 148点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回 (初回の指導を行った月にあっては、月2回) に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

- ※ 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具 (人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等) を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

- ※ 「医師は診療録に保健師、助産師または看護師への指示事項を記載する」の文言が削除された。

【B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料】

緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合のみ算定可 200点

【B001 23 がん患者指導管理料】

- イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点
- ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

【B001 24 外来緩和ケア管理料】 290点

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

※ R8年改定で末期腎不全患者が追加された。

【B005-6-3 がん治療連携管理料】

- 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点
- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750点

【B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料】 500点

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【B005-9 外来排尿自立指導料】 200点

入院患者の尿道カテーテル抜去を目的としたチーム医療による取り組みを評価

排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（排尿ケアチーム）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等－④

自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケアを実施することを評価する

「排尿自立指導料」に関する手引き 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編を参照

※ 排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

【B009 診療情報提供料（Ⅰ）】250点

他の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、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に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。（患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については算定できない）

情報提供に関して算定できる範囲が拡大。以前は指定居宅事業者に対しては退院後2週間以内であったが、期間がなくなり他の介護機関への情報提供に関しても算定可能となった。

どの機関に対して	何のために	何を提供したとき
別の保険医療機関	診療の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
指定居宅介護支援事業者 指定介護予防支援事業者 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者		診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
精神障害者施設 介護老人保健施設		診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
介護老人保健施設 介護医療院		診療状況を示す文書を添えて患者の紹介
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について鑑別診断等の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
通園又は通学する保育所 学校（大学を除く。）等の学校医等		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、は食物アレルギー患者について学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合

★ 急病等で患者治療上の必要性から、休日夜間における救急医療の確保のために診療を行っている
と認められる次に掲げる医療機関の受診を指示・必要な診療情報を文書で提供した場合はB009
診療情報提供料Ⅰが算定可とされた。

※ 対象となる保険医療機関（イ）地域支援病院（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院または救急診療所（ハ）「救急医療の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用病院

★ 入院中の診療情報提供料（Ⅰ）（退院に際しては除く）は入院基本料に含まれ算定できない。ただし、専門的な診療料を必要として他医療機関を受診した際に、他医療機関から入院先医療機関への診療情報提供料（Ⅰ）は、入院中の患者であっても認められる。また、セカンドオピニオンに係わる診療情報提供料Ⅱは、入院中でも算定できる。

★ 受診先医療機関不明の情報提供書は、算定要件を満たさず、算定できない

★ 診療情報提供料（Ⅰ）は紹介先医療機関ごとに月一回の算定となる。

【B010 診療情報提供料（Ⅱ）】 500点

治療法の選択等に関して他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者、家族に対して診療情報を提供したときに算定する。

★ 診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき診療情報の提供にあたっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

【B010－2 診療情報連携共有料】 120点

注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

【B011 連携強化診療情報提供料】 150点

提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定可となった。

診療情報提供料（Ⅰ）は「別の医療機関での診療の必要性を認め、患者の紹介を行った場合に算定し、連携強化診療情報提供料は「紹介元の保険医療機関からの求めに応じ、患者の診療状況を示す文書を提供した場合」算定するとされた。算定できる医療機関はかかりつけ医機能を持つ医療機関である。かかりつけ医機能を持たない医療機関ではかかりつけ医機能をもつ医療機関から紹介された患者に対して算定できる。

★ 泌尿器科は多くはかかりつけ医機能を持つ医療機関（※）には当たらないと考えられるため、泌尿器科では主にかかりつけ機能を持つ医療機関（※）から紹介された患者にたいして算定することになる。

【B013 療養費同意書交付料】 100点

療養費の支給対象

はりきゅう：神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

マッサージ：麻痺、拘縮

療養費同意書交付料は原則として当該疾病に係わる主治の医師が、診察に基づき、診療の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係わる同意書または診断書を交付した場合に算定する。

「レセプト摘要欄に交付年月日に加え、同意書または診断書の病名欄に記載した病名を記載する。」

はり、きゅうについて、同一疾患で、医療機関で治療中の患者は保険診療での給付（診察、検査および療養費同意書を除く）の対象とはならない。

柔道整復師への情報提供は「B009 診療情報提供料（Ⅰ）、B013療養費同意書交付料」では算定できない。（療担規則6条）

療担規則（17条）で「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない」とされているため泌尿器科医が交付するときには注意が必要である。

第2部 在宅医療

在宅の費用は下記で算定

第1節 (在宅患者診療・指導料)

+

第2節 (在宅療養指導管理料)

+

第3節 薬剤料

+

第4節 特定保険医療材料

- 医師の診療日以外に訪問看護ステーション等の看護師等が医師の指示に基づき、患者に点滴又は処置等を実施する際に用いた薬剤料や特定保険材料料が算定できるとされた。この場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤や特定医療材料の使用日を「摘要」欄に記入する。なお手技料は算定することはできない。
- 注射薬や特定保険医療材料は在宅の部で規定されている注射薬や特定保険医療材料に限られる

※ 以前は1人の患者に対して在宅患者訪問診療が算定できるのは1つの医療機関に限られ、他科で在宅患者訪問診療料が算定され「在宅寝たきり患者処置管理指導料」が算定されているときには、カテーテル交換は泌尿器科でと依頼されて定期的に交換に行っても算定できる点数がありませんので保険請求できませんでした。平成30年度の改定で在宅患者訪問診療料2が新設され、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医から依頼を受けたとき、月に一回に限り在宅患者訪問診療料2が算定可能となります。

第1節 在宅患者診療・指導料

【C000 往診料 720点】

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へ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ない。

患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

患家の求めに応じて訪問した場合

初診

再診 のいずれか＋往診

外来診療料

今回の改定で患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価が見直された。

以下のいずれかに該当する場合の往診料の加算は維持

- ①往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
 ②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
 ③往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者
 ④往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外が行う往診時の加算

上記①から③に該当する患者

- (1) 緊急に行う往診 325点
 (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 650点
 (3) 深夜の往診 1,300点

上記以外の患者の往診時の加算は大幅に減額された。

- (1) 緊急に行う往診 325点
 (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 405点
 (3) 深夜の往診 485点

（時間的な加算）

夜間……午前6時～午前8時、午後6時～午後10時

深夜……午後10時～午前6時

緊急……診療に従事している時間であって概ね午前8時～午後1時

<例：標榜時間午前9時～午後1時、午後4時～午後7時>

午前0時～	午前6時～	午前8時～	午前9時～	午後1時～	午後4時～	午後7時～	午後10時～
深夜	夜間		緊急		緊急	夜間	深夜

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、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は以下の管理料。指導料を算定

【C001 在宅患者訪問診療料Ⅰ（1日につき）】

在宅患者訪問診療料Ⅰ（主治医が算定）

- イ 同一建物居住者以外の場合 890点
 ロ 同一建物居住者の場合 215点

在宅患者訪問診療料Ⅱ

（主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回に限り算定できる。）

- イ 同一建物居住者以外の場合 886点
 ロ 同一建物居住者の場合 189点

※ 主治医が診療状況を共有した上で、再度依頼をうけた場合は6か月を超えて算定できる。診療報酬明細書の摘要欄に以下の継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

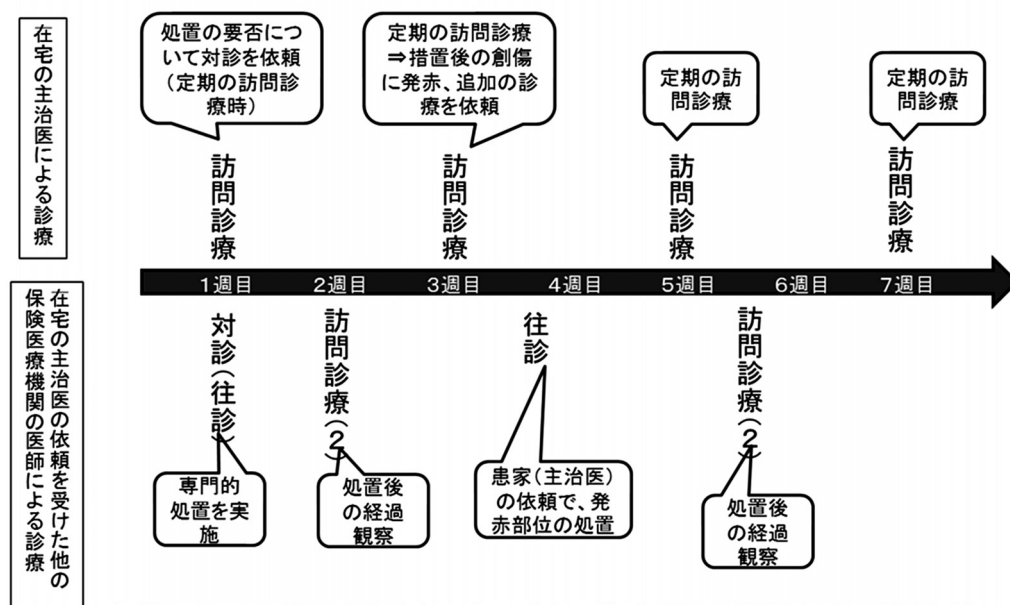
ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- ★ C001 在宅患者訪問診療料算定時は初診料、再診料、外来診療料、往診料は算定しない。
- ★ 文書のみではなく、電話等で依頼があったときも算定可能であるが、ケアマネージャーを通じた訪問診療の依頼では認められない。
- ★ 他の保険医療機関からの求めがあった年月を 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載すること。
- ★ 往診料を算定することも可能
- ★ 主治医が行う訪問診療に同行して行った時は、立ち合い診療となるため往診料で算定
- ★ 月2回以上の訪問診療をおこなった場合、2回目以降については在医総管等を算定する医療機関が診察のうえ、必要な場合は対診として取り扱い、往診料で算定する。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合は在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）・施設入居時等医学管理料（以下、施設総管）は算定できない。
- ★ 在医総管・施設総管を算定している医療機関から求めに応じて訪問診療を行い、在宅患者訪問診療料2を算定する場合、在医総管・施設総管に包括される処置等を実施した際は、在宅患者訪問診療料2を算定する医療機関は当該処置等の費用を算定できる。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合、診療録に以下の内容を記載する。
 - ①訪問診療の計画および診療内容の要点。
 - ②主として診療を行う他の医療機関が診療を求めた傷病名。
 - ③訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻および終了時刻）および診療場所
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合他の保険医療機関から診療の求めがあった年月をレセプト摘要欄に記載する。

複数の医療機関による訪問診療の例

○ 専門的処置を要するため、在宅の主治医から、他の診療科の医師に診療を依頼した場合



【C002 在宅時医学総合管理料（月1回）】

【C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）】

【C005－1－3 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき）265点】

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等 2,650円

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

	(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく 定期的な訪問（訪問看護）	(B) 予定された訪問看護がない場
①医師と同一の医療機関の看護師 等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護の費用（在宅患者訪問看護・指導料等）	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 ・訪問看護遠隔診療補助料 （在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）
②訪問看護の指示を受けた訪問看護 STの看護師等の場合	【医療機関で算定】 ・情報通信機器を用いた診療 【訪看STで算定】 ・指定訪問看護の費用（訪問看護療養費）	＜医療保険の訪問看護対象者＞ ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【訪看STで算定】 ＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞ ・情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 ・訪問看護遠隔診療補助料 【医療機関で算定※合議精算】

D to P with Nのオンライン診療時に尿道バルーンカテーテル交換を施行したときには、

J060膀胱ぼうこう洗浄（1日につき）、

J063留置カテーテル設置

J064導尿（尿道拡張を要するもの）

のいずれかを実施したときは看護師等遠隔診療処置実施料1種類100点が算定可能となった。

またJ060膀胱洗浄（1日につき）とJ061腎盂洗浄（片側）を実施したときには看護師等遠隔診療処置実施料2種類150点が算定可能となった。

【C007 訪問看護指示料 300点】

患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

「第1款 在宅療養指導管理料」+「第2款 在宅療養指導管理材料」加算で算定

第1款 在宅療養指導管理料

1. 在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
2. 在宅療養指導管理のうち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のみにより算定する。
3. 退院時に本款各区分に掲げる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おいては、当該退院の日に所定点数を算定できる。

【C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点】

【C163 特殊カテーテル加算】

- 1 再利用型カテーテル 400点
- 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
 - イ 親水性コーティングを有するもの
 - (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点
 - (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点
 - (3) 120本以上の場合 2,100点
 - ロ イ以外のもの 1,000点
- 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点

- ・特殊カテーテル加算は3月に3回に限って算定可。例えば4月に2か月分(3.4月) 5月に3か月分(5～7月) などまとめて算定できる。当月分に加えて複数月算定するときには適応欄に算定した月情報を入力する必要がある。
- ・親水性コーティングを有するカテーテルを算定するときには要件を満たす医学的根拠を電算コード入力する必要がある。
- ・間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて支給した場合や再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを合わせて支給した場合は主たるもののみを算定する。

在宅自己導尿指導管理料を算定している患者については、導尿、膀胱洗浄および留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できないため、外来で医師が処置として行う膀胱洗浄に用いる薬液や膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの費用は算定不可である。

- ※1 週一回の在宅自己導尿を算定しても在宅自己導尿指導管理料を算定できる。
- ※2 外尿道口の消毒薬の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※3 消毒薬・潤滑剤の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※4 器具の消毒薬は算定不可(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※5 入院中の患者でも退院時に算定可。
当局の指導により変更になりました。(平成21年4月より)
- ※6 麻酔剤としてのキシロカインゼリーは算定不可。
在宅で使用できる薬剤に麻酔薬はない。
自己麻酔は認められていない。

【C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点】

- 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者についての医師が処置として行う膀胱洗浄、留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できない。しかし患者またはその家族が行うときには在宅の項目での特定保険医療材料の請求は可能である。支給できるカテーテルは在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルとして規定されているものおよび膀胱瘻用カテーテルのみであり、腎瘻用カテーテルの算定は不能である。

「記載要領」

在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

【C108-4 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

【C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】800点

経過措置が終了し、在宅自己導尿指導管理料と併算定できないとされた。

【C172 経肛門的洗腸療法材料加算（新設）】2,400点

在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合、3月に3回算定できる。

【在宅で算定可能な特定保険医療材料】

001 腹膜透析液交換セット

- (1) 交換キット (2) 回路

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

- (1) 本体 (2) 付属品 ① フーバー針 ② 輸液バッグ

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

- (1) 2管一般（Ⅰ）
 (2) 2管一般（Ⅱ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
 (3) 2管一般（Ⅲ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
 (4) 特定（Ⅰ）
 (5) 特定（Ⅱ）

005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）

- (1) ダイアライザー (2) 吸着型血液浄化器（β 2-ミクログロブリン除去用）

007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

- (1) 化学療法用 (2) 標準型 (3) PCA型

008 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり 6 円
 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 1 cm²当たり 10 円 ② 異形型 1 g 当たり 37 円
 (3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり 25 円

009 非固着性シリコンガーゼ

- (1) 広範囲熱傷用 (2) 平坦部位用 (3) 凹凸部位用

010 水循環回路セット

011 膀胱瘻用カテーテル

012 交換用胃瘻カテーテル

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

015 人口鼻材料

- (1) 人工鼻 (2) 接続用材料 (3) 呼気弁

第3部 検査

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められている（通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断p125～128参照）ほか、算定可能な組み合わせが限定されている（検査の同時算定一覧p129～131参照）ことに留意する。

検査の費用は下記で算定

$$\begin{aligned} & \text{第1節 検体検査料} \quad \text{又は} \quad \text{第3節 生体検査料の各区分の所定点数} \\ & \qquad \qquad \qquad + \\ & \qquad \text{第4節 診断穿刺・検体採取料} \\ & \qquad \qquad \qquad + \\ & \qquad \text{第5節 薬剤料} \\ & \qquad \qquad \qquad + \\ & \qquad \text{第6節 特定保険医療材料料} \end{aligned}$$

○ 検査のために使用した薬剤に係わる処方料、調剤料、処方せん料、調剤基本料および注射料の算定は出来ない。薬剤料のみ検査の項目で算定する。

※ 膀胱ファイバースコピー時の抗菌剤の処方料、処方箋料、注射料は算定できない。薬剤料のみ算定できる。

○ 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

※ 両側の腎盂尿を採取して検査しても、検査料は1回のみ算定

○ 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は訪問看護ステーション等の看護師等が検査のため検体採取等を実施した場合には当該保険医療機関で検体検査実施料が算定できることとなった。この場合検体採取料は算定できないが、検体検査判断料の算定は可能である。検査の項目で算定し、検体採取が実施された日を摘要欄に記載する。

※ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

各種検査は、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する。

結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的とみなされ、保険請求は認められない。

※ 算定要件が定められている検査（別表参照）

尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象

※ 必要性が乏しいと思われる検査

DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等

※ 「検査で」「念のため」「ついでに」「患者の希望で」これらについては、保険診療の範囲外となりますのでご注意ください。

検体検査

【外来迅速検体検査加算】

入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

★ 当日行われた検体検査について、下記にあげられている検査についてはすべてを当日中に結果を説明した上で文書により報告した場合に算定

★ 厚生労働大臣が定める検体検査実施料に規定する検体検査

1. D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
2. D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）
3. D003に掲げる糞便検査のうち次のもの：糞便中ヘモグロビン
4. D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの：赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1C（HbA1C）
5. D006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの：プロトロンビン時間（PT）、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量、Dダイマー
6. D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの：総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ グルタミルトランスフェラーゼ（ γ GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、クレアチンキナーゼ（CK）、HDLコレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDLコレステロール、グリコアルブミン
7. D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの：甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊離サイロキシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）
8. D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの：癌胎児性抗原（CEA）、 α -フェトプロテイン（AFP）、前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9
9. D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの：C反応性蛋白（CRP）
10. D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次の：その他のもの

【腫瘍マーカー検査の留意点】

- ※ 腫瘍マーカーは、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、悪性腫瘍の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。
- ※ 腫瘍マーカーは、転帰の決定までに1回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

【前立腺癌の疑いでPSA検査を算定する場合の留意点】

- ※ 1 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。「未確」と記載し、前回までの検査日と値を記載する。
- ※ 2 PSA 3回目の結果を患者さんに説明した日付でカルテとレセプトに転帰を記載すること。転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了

第2章 特掲診療料 第3部 検査③

すれば、次回のPSA検査は初回となります。この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

- ※3 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次回の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていました。しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしてくることが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。
- ※4 初診時のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、コメントがあれば可
- ※5 前立腺癌の疑いでPSAとフリーPSA／トータルPSA比精密測定の2項目は算定可
- ※6 初診月のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、傾向検査であれば不可
- ※7 前立腺癌の疑いで前立腺腫瘍マーカーは40歳以上で算定可

悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ※1 前立腺癌の確定後フォローアップでは、腫瘍マーカーは2種類まで（転移を含む）
- ※2 前立腺癌の確定後フォローアップでは遊離型PSA比（PSA F/T比）、S2, 3 PSA%およびPHIを測定しても算定は不可。
- ※3 精巣悪性腫瘍（術後も）の場合、HCG- β （血）は算定可、HCG- β （尿）は算定不可

その他

- ※8 精巣悪性腫瘍（術後も）で抗癌剤治療中は、HCG- β （血）は週1回算定可、HCG- β （尿）は算定不可

	確定	疑い
腎癌 腎臓癌術後	フェリチン（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	
膀胱癌	尿BTA	NMP22（尿）
膀胱癌術後	NMP22（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） サイトケラチン8・18（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	サイトケラチン8・18（尿）
前立腺癌	PSA γ -SM 尿中デオキシビリジニリン 以下、骨転移・骨転移の疑い病名があれば算定可 I型コラーゲンCテロペプチド I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx） 酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ（TRACP-5b） PSA F/T比算定不可	PSA PSA F/T比 γ -SM S2, 3 PSA % PHI
精巣癌 精巣癌術後	AFP HCG- β （血）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） HCG- β （尿）算定不可	AFP HCG- β （血） HCG- β （尿）算定不可
尿路上皮癌 尿路上皮癌術後	以下、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可 NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）	NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）

※ 尿NMP22又は尿中サイトケラチン8・18のいずれか一方のみ算定可

【D006-15】 膀胱がん関連遺伝子検査 1597点

膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者に対して、FISH法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

本検査を実施した場合には、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

D009-31 S2, 3 PSA %

前立腺癌であることが強く疑われる者であって、前立腺特異抗原(PSA)の結果が4.0ng/mL以上10.0 ng/mL以下である者に対して、LBA法（定量）により、S2, 3 PSA %を測定した場合に限り算定できる。

本検査は、前立腺癌の診断に当たって実施した場合に、原則として1回を限度として算定する。ただし、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できる。

S2, 3 PSA %と、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）又はプロステートヘルスインデックス（phi）を併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

診療報酬明細書の摘要欄に、前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。また、本検査を2回以上算定する場合は、本検査の2回以上の実施が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

D009-32 プロステートヘルスインデックス（phi）

診療及び他の検査（前立腺特異抗原（PSA）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下の（イ）から（ハ）までのいずれかに該当する者に対して、CLEIA法により、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA及び[-2] proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス（phi）を算出した場合に限り算定する。

（イ）前立腺特異抗原（PSA）値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ロ）50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ハ）65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に、原則として1回を限度として算定する。ただし、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できる。

前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

微生物学的検査**【D018 細菌培養同定検査】**

症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を2か所以上から採取した場合に限り、「3」の血液又は穿刺液を2回算定

できる。

【排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査】

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査と尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）が同一検体では主たるもののみとされているが、尿道分泌物や前立腺分泌液などの別検体で当該検査を実施する場合は、細菌顕微鏡検査に使用した検体の種類をレセプト摘要欄に記載することが必要である。

症状等から同一起炎菌によると判断される場合であって、当該起炎菌を検索する目的でことなる複数の部位または同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位一箇所のみの所定点数を算定する。

【D019 細菌薬剤感受性検査】

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

※1 細菌薬剤感受性検査は、培養陽性が判明して2次的に施行されるが、その検査料は細菌培養同定検査と同時算定されている場合が多い。

外来患者で実日数1日の場合翌月レセプトに実日数0日で細菌薬剤感受性検査のみを請求する。（翌月レセプトでの判断料請求不可）又は当月レセプトに「菌種名」を記入し「患者来院せず」と記載する。

D023-12 膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出は、以下のいずれかに該当する場に算定する。

ア 膣トリコモナス感染症を疑う患者であって、鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して、治療法の選択を目的として行った場合。

イ 膣トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して、治療効果判定を目的として実施した場合。

※尿道炎で初診よりクラミジア、淋菌検査と同時に施行するのは過剰であるとして査定される可能性あり。

【PSA検査の保険外併用療養費としての算定について】

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項の改定（保医発0624第3号平成28年6月24日）

患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、「前立腺特異抗原（PSA）」について、その費用を患者から徴収することができることとなります。患者から費用を徴収できるのは患者の不安を軽減する必要がある場合にかぎるとされ、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載する必要があります。また保険医療機関は、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておく必要があります、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける必要あり。当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付する必要があります。

特別の料金は医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とし、特別の料金等の

内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生（支）局長にその都度報告する。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告することとされている。

生体検査

生体検査料

D206からD214-2までに掲げる呼吸循環機能検査、D215およびD216超音波検査等、D295からD323まで及びD325内視鏡検査については、同一検査を同一月2回以上行った場合は、2回目以降は100分の90で算定する。入院・外来でも同じ月に行われたものは、2回目以降は100分の90で算定する。

残尿測定（D216-2）は2回目でも減算の必要はない。

【D215 超音波検査】

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 Aモード法 | 150点 |
| 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） | |
| イ 訪問診療時に行った場合 | 400点 |
| 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。 | |
| ロ その他の場合 | |
| （1）胸腹部 | 530点 |
| （2）下肢血管 | 450点 |
| （3）その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） | 350点 |
| 3 心臓超音波検査 | |
| イ 経胸壁心エコー法 | 880点 |
| 他 | |

★ 前回の改定で2 断層撮影法 イ 訪問診療時に行った場合が新設された。往診時におこなった場合は ロ その他の場合で算定する。

★ 2のロの「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域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こととされた。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 消化器領域

イ 腎・泌尿器領域

ウ 女性生殖器領域

エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ その他

★ 超音波画像をカルテに添付することとされた。

★ 同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。D215超音波検査の「2」断層法と「3」心臓超音波検査を同一月に行った場合は、いずれも100分の100で算定となる。

【D216-2 残尿測定検査】

残尿測定検査については、月2回を上限とし算定。算定可能な疾患は前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱の3疾患であり、前記3疾患の疑いにより検査したときも算定可能である。

（月に2回施行しても100分の90にはならない）

【D317 膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2 膀胱尿道鏡検査】

平成28年改訂において膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査に狭帯域光強調加算（200点）の加算が新設された。しかし狭帯域光強調加算は上皮内癌（CIS）と診断された患者に対して、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定するとされ、単なる「膀胱癌」病名や「上皮内癌の疑い」病名での算定は不能である。算定には「上皮内癌」の病名が必要である。

【他院撮影内視鏡写真診断】

当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、初診料（注5に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、70点を算定できる。

（平成30年の改定で新設）

第4部 画像診断

- ※ ESWL当日は術前後KUB算定可（短期滞在手術基本料3の場合は包括）
- ※ KUBの際、腎尿管と膀胱は異なる部位でそれぞれ算定可
- ※ KUBとDIPを同日に施行しても撮影方法が異なるので一連でない。
- ※ 腎盂造影撮影時の透視診断（110点）、尿管造影撮影時の透視診断、膀胱造影時の透視診断については認められない。
- ※ 内視鏡下の造影剤注入：尿管カテーテル法（両側） D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）の所定点数（1,200点）
- ※ E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）：前立腺癌の骨転移検出のために全身MRIを行ったときに全身MRI撮影加算として、600点の加算が認められている。

第5部 投薬

○ 薬剤の使用に当たっては、医薬品医療機器等法の承認事項（効能、効果・用法・用量・禁忌等）を遵守する。

（1）実施方針について

患者を診察することなく投薬・注射・処方せんの発行は出来ない。（医師法第20条）

保険診療においては、厚生大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることができない。

（療担第19条）

経口投与を原則として、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う（療担第20条第4号）

投薬量は、予見することができる必要範囲に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分または90日分を限度とする。（療担第20条第2項）

患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。（療担第20条第2項）

治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。（療担第20条第2項）

【30日を超える長期投薬】

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、病状が変化した際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。

※ 30日を超える長期の投薬の際は「病状が安定して、服薬管理ができている旨の診療録記載」と「病状変化時の対応方法の患者への周知」が必要となった。

【分割指示に係わる処方せんについて】

平成30年度の改定で今までの処方箋（様式第2号）に加えて、分割指示に係わる処方箋（様式第2号の2）が使用可能となった。分割の回数は3回までとし、分割指示に係わる処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋および別紙を保険薬局に提出するよう指導する。

分割の回数および分割ごとの調剤日数を「備考欄」に記載する。また処方した医薬品の中に分割調剤のや対象でない医薬品がある場合のみ、分割調剤を行う医薬品が明確に分かるように「処方」欄に記載する。なお、薬局への具体的な指示事項がある場合にも備考欄に記載する。

【90日を超える処方について】

投薬日数については、療担規則で「投薬は予見できる必要期間に従ったものではないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣の定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分とする」とさだめられている。

厚生労働大臣の定める医薬品以外は、医薬品医療機器等法上の効能・効果・用法を考慮した上で患者の症状に応じて医師が決定するが、抗てんかん剤は90日と定められているところから、投薬量の予見できる必要期間は90日が限度である。

★ 新規収載された医薬品については、薬価収載された日から1年間は14日を超えての投与は出来ない。(年末・年始は30日が限度)

【湿布の処方に関して】

湿布薬の処方1回あたり63枚が上限とされた、それ以上の処方をおこなったときには、超過した分の薬剤料のみではなく、調剤料、処方料、処方箋料および調剤技術基本料の算定ができない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、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することで算定可能とされている（泌尿器科診療ではありえないだろう）。

【リフィル処方箋の導入】

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組。医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者に対して発行。

方法：保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間。保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常処方箋の場合と同様。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内。

コメント

療養担当規則で限度が定められている医薬品のリフィルはできないと定められている。一般的な薬は療養担当規則で90日が限度と定められているわけではないが、審査上の扱いは医師の予見できる範囲内として90日が上限とされており、また新規ARSIは30日が上限とされている。

リフィル処方の対象は医師が患者の病状等を踏まえ個別に医学的に適切と判断した期間とされているが、その対象は生活習慣病のような比較的安定した病態を想定していると考えられる。新規ARSIの対象は去勢抵抗性前立腺癌や転移性去勢感受性前立腺癌であり安定している状況と判断するのは無理があると思われるため、新規ARSIの30日処方の処方箋をリフィル可とすることは問題があると判断される。

ARSIの30日を超える長期処方に関しても、ほとんどの例が高額療養費制度の対象となるため「療養担当規則第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。(健康保険事業の健全な運営の確保)」に抵触する可能性がある。

第2章 特掲診療料 第5部 投薬—③

審査機関による一審では判断できない内容なので、保険者からの再審査請求にて大きな査定になることが考えられる。注意が必要であろう。リフィル処方の導入は医療費の抑制が大きな目的である。患者からリフィル処方箋の発行を依頼されたときの対応などは日ごろから検討しておく必要があるだろう。

【参考】 投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間に上限が設けられている医薬品	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する麻薬（30日を限度とされているものを除く。） ○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（30日又は90日を限度とされているものを除く。） ○新医薬品であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。）
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤 ○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬 ○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

【退院時処方に関して】

保険医療機関から介護老人保健施設に直接入所する場合、あるいは保険医療機関から療養病棟、回復期リハビリテーション入院料等の投薬の費用が包括されている病棟へ転入院する場合は、退院時処方では認められない。

投薬が包括されている病棟に入院している患者が退院する場合に在宅で使用する薬剤については、薬剤料に係わる費用は算定できる。ただし調剤料等の投薬に係わる技術料は算定できない。

投薬の費用

「調剤料＋処方料＋薬剤料＋特定医療材料」または「処方箋料」にて算定

【F000 調剤料】

- 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
- 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

【F200 薬剤】

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える

場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。(五捨六入である)

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

【薬剤の所定単位】

一回の処方において、2種以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点および服用回数が同じであるものについては、次のものを除き1剤として算定する。

- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- イ 固形剤と内用液剤の場合
- ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

【多剤投与の場合の算定】

ア 外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

- (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。
- (ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

※ 「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」とされているため高額な医薬品を処方するときには注意が必要です。

【F100 処方料】

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 18点 |
| 2 | 1以外の場合であつて、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合 | 29点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 42点 |

【特定疾患処方管理加算（診療所又は許可病床数が200床未満の病院）】 56点

特定疾患治療管理料が算定されたときには、算定対象の特定疾患に対する薬剤の投与処方期間が28日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上）の処方を含む。）を行った場合、特定疾患処方管理加算として56点の算定が可能。

今回の改定前は算定対象の特定疾患以外に対する薬剤の投与に対し特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点が算定可能であったが、この特定疾患処方管理加算1が廃止された。また特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算2の66点が算定できたが、特定疾患処方管理加算に変更56点に減点された。

F400 処方せん料（今回の改定で減点）された。）

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 20点 |
| 2 | 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合 | 32点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 60点 |

○特定疾患処方管理加算は処方料と同様に算定可能

【一般名処方による処方箋を交付したときの加算】

薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につきそれぞれ一般名処方加算が算定できます。（今回の改定で増点）

- | | | |
|---|--|----|
| イ | 一般名処方加算1 | 8点 |
| | 交付した処方せん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（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方 | |
| ロ | 一般名処方加算2 | 6点 |
| | 1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合 | |

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

【術後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）
 - ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合 注射3日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤
 - イ. 大手術の場合 注射5日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」

のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤

2. 炎症病名がある場合

ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合

イ. 大手術の場合

ともに

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可

投与期間と種別は、ケースバイケース

【検査後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）

内視鏡、生検、尿道ブジー、逆行性尿道造影等の場合

注射1日または内服3日まで

ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤

2. 炎症病名がある場合

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可

投与期間と種別は、ケースバイケース

※ ベシケア、ウリトス、ステーブラ、トビエース、ベタニス、ベオーバなどの過活動膀胱治療薬投与に際しては、レセプト傷病名欄に「過活動膀胱」の病名が必要である。

※ 去勢抵抗性前立腺癌治療薬（イクスタンジ、ザイティガ、アーリーダ、ニューベクオ）の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。これらの薬剤は他の適応症（遠隔転移を有する前立腺癌）に対して投与されたときも同様である。

※ 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対する分子標的薬の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。

第6部 注射

【注射の手技料について】

- ※1 検査にあたって使用した薬剤の費用は別に算定できるが、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を検査の項目で算定する)
- ※2 処置にあたって、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を処置の項目で算定する)
- ※3 手術当日に手術（自己血貯血は除く）に関連して行う処置の費用及び注射の手技料は、算定できない。(薬剤料を手術の項目で算定する)
- ※4 自己血貯血当日のエリスロポエチン製剤の注射手技料および鉄剤の点滴手技料は算定できません。

【中心静脈注射】

- ※1 単なるルート確保であれば、G004点滴注射になります。
- ※2 点滴内容にカロリーが入っていなければ、G004点滴注射となることもあります。
- ※ 中心静脈注射用カテーテル挿入後、抜去の手技料はありません。

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リュープロレリン注、ゾラデックス注、ゴナックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。

【介護老人保険施設入所者の外来受診時の抗がん剤投与に関して】

介護老人保健施設入所中の患者の外来診療時、リュープリン、ゾラデックス、ゴナックス、ゾメタ、ランマークなどを抗悪性腫瘍剤の注射の算定が認められる。抗悪性腫瘍剤の内服薬は以前より算定可能

第7部 リハビリテーション (略)

第8部 精神科専門療法 (略)

第9部 処置

処置の費用

「第1節処置料」+「第2節処置医療機器等加算（酸素加算等）」+「第3節薬剤料」+
「第4節特定保険医療材料料」

対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、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とする。

浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

★ 処置のために使用したあるいは使用する薬剤は処置の項目で算定し、処方料、処方せん料、調剤基本料は算定できない。

【泌尿器科外来で算定される主な処置】

J000 創傷処置 1 100平方センチメートル未満 52点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点 4 3,000平方センチメートル以上 6,000平方センチメートル未満 160点 5 6,000平方センチメートル以上 275点 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	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（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、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、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定できない。
J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 420点 注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	
J043-3 ストーマ処置（1日につき）（点数の見直し） 1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点 2 ストーマを2個以上もつ持つ患者に対しておこなった場合 120点	
J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 150点 注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。	尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。
J043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1400点	
J058 膀胱穿刺 80点	
J059 陰嚢水腫穿刺 80点	
J059-2 血腫、膿腫穿刺 80点	

第2章 特掲診療料 第9部 処置－②

J060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時にを行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。	（1）カテーテル留置中に膀胱洗浄を行った場合は、1日につき、膀胱洗浄により算定する。 （2）膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。
J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点	（3）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び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。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。
J061 腎盂洗浄（片側） 60点	（1）腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。 （2）尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D318」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる
J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,612点 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
J063 留置カテーテル設置 40点 注1 膀胱洗浄と同時にを行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	（1）長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。 （2）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び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。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。 （3）留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
J064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点 注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び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。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。
J065 間歇的導尿（1日につき） 150点 注 在宅自己導尿を予定している入院中の患者に対し、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、親水性カテーテル加算として70点を所定点数に加算	間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。
J066 尿道拡張法 216点	
J066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	

J067 誘導ブジー法 270点	
J068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点	小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。
J069 前立腺液圧出法 50点	
J070 前立腺冷温榻 50点	
J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点 注 入院中の患者以外の患者について算定する。	（１） 干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。 （２） 治療開始時点においては、３週間に６回を限度とし、その後は２週間に１回を限度とする。
J070-4 磁気による膀胱等刺激法 70点 注 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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	（１） 次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。 ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者 イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者 （２） １週間に２回を限度とし、６週間で１クールとして、１年間に２クールに限り算定できる。

- ※１ 在宅自己導尿指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者では膀胱洗浄、後部尿道洗浄、留置カテーテル設置、導尿（薬剤および特定保険医療材料に係わる費用を含む）は算定できない。
- ※２ 腎瘻の交換、膀胱瘻の交換は、留置カテーテル設置又は尿路ストーマカテーテル交換法で算定
- ※３ 尿路ストーマカテーテル交換法は尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に算定可です。
- ※４ 尿路ストーマカテーテル交換法は対称器官同時に行った場合も処置料は一回のみの請求となる。両側の腎瘻交換、両側尿管皮膚瘻交換をおこなっても一回のみの請求となる。

尿管皮膚瘻の交換では、留置カテーテル設置は算定できない。

（平成11年版および平成13年版医科報酬Q&Aより）

問 尿管皮膚瘻から腎盂に留置してあるカテーテルを交換した場合、留置カテーテル設置として算定できるか？

答 算定できない。

問 尿管皮膚瘻で同一日の留置カテーテル設置と腎盂洗浄は併せて算定できるか？

答 腎盂洗浄のみ算定する

【尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等に関して】

透視による確認（透視診断の費用は請求できない）、超音波断層法なども含まれる。

泌尿器科医がカテーテルの位置確認のために行う膀胱洗浄・腎盂洗浄も尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等にあたるとして、膀胱洗浄・腎盂洗浄による位置確認で尿路ストーマカテーテル交換法を認めている都道府県がほとんどである。（平成30年12版より継続して記載）

「記載要領」

干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

磁気による膀胱等刺激法を算定した場合は、当該療法の初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載すること。

点数が請求できない場合のレセプト記載について
(記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力ください)

留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみの算定となります。この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力ください。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」の請求がでてきます。この中にカテーテル代の請求があります。カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求が出てきません。保険者が納得できるレセプト作成にご協力ください。

第10部 手術

第1節 手術料

第2節 輸血料

第3節 手術医療機器等加算

第4節 薬剤料

第5節 特定保険医療材料料

手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定

手術に伴って行った処置及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、手術料に含まれ別に算定できない。

第3節手術医療機器等加算、第4節薬剤料（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）第5節特定保険医療材料料を合算した点数により算定する。

対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。（検査、処置と異なるところ）

同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

以下の特例を除き、主たるもので算定

- 複数手術に係わる費用の特例で50/100の加算が決められているもの。
- 手術の通則14に通知されている場合（胃手術と腎摘出術、胃切除と直腸切除の組み合わせ）

★ 腎盂尿管癌と膀胱癌があり、腎盂尿管全摘術と膀胱全摘術が併施されたときは、連続性を有する臓器ではあるが手術内容が全く異なるため、遠隔部位の2手術を行う場合と同様と判断されるため審査上、両者の算定が認められている。

第1節 手術料

【泌尿器科外来として算定される主な手術】

皮膚

K000 創傷処理

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------|
| 1 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） | 1,400点 |
| 2 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 1,880点 |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | |
| | イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） | 9,630点 |
| | ロ その他のもの | 3,090点 |
| 4 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） | 530点 |
| 5 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 950点 |

第2章 特掲診療料 第10部 手術―②

6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,480点

注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 長径2センチメートル未満 | 1,660点 |
| 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 | 3,670点 |
| 3 長径4センチメートル以上 | 4,360点 |

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）

- | | |
|---------------------------|--------|
| 1 長径3センチメートル未満 | 1,280点 |
| 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 | 3,230点 |
| 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 | 4,160点 |
| 4 長径12センチメートル以上 | 8,320点 |

腎臓・尿管

- | | |
|----------------------------|---------|
| K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 | 19,300点 |
| K771 経皮的腎嚢胞穿刺術 | 1,490点 |
| K775 経皮的腎（腎盂）瘻造設術 | 13,860点 |
| K775-2 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき） | 6,000点 |
| K781 経尿道的尿路結石除去術 | |
| 1 レーザーによるもの | 22,270点 |
| 2 その他のもの | 14,800点 |
| K783 経尿道的尿管狭窄拡張術 | 20,930点 |
| K783-2 経尿道的尿管ステント留置術 | 4,080点 |
| K783-3 経尿道的尿管ステント拔去術 | 1,300点 |

膀胱

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| K797 膀胱内凝血除去術 | 2,980点 |
| K798 膀胱結石、異物摘出術 | |
| 1 経尿道的手術 | 8,320点 |
| 2 膀胱高位切開術 | 3,780点 |
| 3 レーザーによるもの | 11,980点 |
| K798-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用） | 8,320点 |
| K800-2 経尿道的電気凝固術 | 9,060点 |

尿道

- | | |
|-----------------|--------|
| K813 尿道周囲膿瘍切開術 | 1,160点 |
| K814 外尿道口切開術 | 1,010点 |
| K815 尿道結石、異物摘出術 | |
| 1 前部尿道 | 2,180点 |
| 2 後部尿道 | 6,300点 |
| K816 外尿道腫瘍切除術 | 2,180点 |

K821 尿道狭窄内視鏡手術	15,040点
K821-2 尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点
K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K822 女子尿道脱手術	7,560点
K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点

陰茎

K824 陰茎尖圭コンジローム切除術	1,360点
K828 包茎手術	
1 背面切開術	830点
2 環状切除術	2,040点

精巣

K829 精管切断、切除術（両側）	2,550点
K830 精巣摘出術	3,816点

前立腺

K839 前立腺膿瘍切開術	2,770点
K841 経尿道的前立腺手術	
1 電解質溶液利用のもの	20,400点
2 その他のもの	18,500点
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1 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	20,470点
2 ツリウムレーザーを用いるもの	20,470点
3 その他のもの	19,000点
K841-3 経尿道的前立腺高温治療（一連につき）	5,000点
K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000点
K841-5 経尿道的前立腺核出術	21,500点
K841-6 経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療	12,300点
K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）	18,500点

※ 腎瘻造設や膀胱瘻造設時に使用される「造設用セット」「交換用セット」が廃止され、構成品に基づいた機能区分に分割された。ダイレーター、穿刺針、膀胱瘻用穿刺針に分類された。「いずれの材料も、原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること」とされた。

※ 「経皮的腎瘻拡張術」適正な病名として「腎瘻造設状態：Z936」または「腎瘻の術後：N288」と「水腎症：N133」を確実に入れて頂くようお願いします。

※ 以前から体外衝撃波尿路結石破碎術や経尿道的尿路結石除去術に伴い留置された尿管ステントの抜去が保険請求可能か否かなど議論のあったところである。R4年の改定に伴い発出された疑義解釈において、既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて交換のみを行う場合は区分番号「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を

併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて抜去のみを行う場合は区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を算定するとされた。

診療報酬点数表には記載がありませんが、尿管ステント抜去術がみとめられた改定において、疑義解釈にて「予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められない」とされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

【手術の算定例】

- ◇ K797膀胱内凝血除去術についてTUR-Bt、TUR-Pなどの内視鏡手術の術後の膀胱タンポナーデになった場合に算定

手術ですので麻酔が必要、洗浄液の量で判断（少なくともJ060膀胱洗浄（60点）となります）。

- ◇ 膀胱良性腫瘍で経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った場合

K800-2 経尿道的電気凝固術（9,060点）で算定

- ◇ 尿道狭窄と膀胱癌の手術を同時に行った場合

K803-6 膀胱悪性腫瘍手術・経尿道的手術（13,530点又は10,400点）またはK821尿道狭窄内視鏡手術（15,040点）のどちらか一方で算定

- ◇ 尿道良性腫瘍に対して経尿道的手術を行った場合（コメント要）

K815 尿道結石、異物摘出術 1 前部尿道（2,180点）または後部尿道（6,300点）どちらかで算定

- ◇ 腎尿管悪性腫瘍と膀胱悪性腫瘍の手術を同時に行った場合
（都道府県によって異なる場合があります。）

膀胱全摘出を行わない場合

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（1・2・3・4・5・6）のどちらか一方で算定

膀胱全摘出を行う場合（コメント要）

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（2・3・4・5）の両者算定可

複数手術に係る費用の特例について（平成30年3月20日保医発第0320 1）

- 1 「複数手術に係る費用の特例」別表第一及び別表第三の上（右）欄と下（右）欄に掲げる手術について2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数の他、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。
- 2 「複数手術に係る費用の特例」別表第二に掲げる手術のうち2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数に、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。なお、当該手術には、緊急的に実施されない場合を含む。
- 3 従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加えて算定する場合、従たる手術の所定点数には注による加算は含まれない。なお、合算の対象となる従たる手術は1種類とする。
- 4 「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。なお、別表第一及び別表第三の左欄に掲げる手術等が必ずしもこれに該当するものではないので留意されたい。

別表第一

K643 後腹膜悪性腫瘍手術	K695 肝切除術 K772 腎摘出術
K716 小腸切除術	K633 ヘルニア手術 K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K714 腸管癒着症手術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K740 直腸切除・切断術	K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K719 結腸切除術 K799 膀胱壁切除術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K843 前立腺悪性腫瘍手術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K751 鎖肛手術	K138 脊椎披裂手術 K191 脊髄腫瘍摘出手術 1 髄外のもの K751-2 仙尾部奇形腫手術 K809-2 膀胱尿管逆流手術 K859 造脛術、脛閉鎖症術
K764 経皮的尿路結石除去術 （経皮的腎瘻造設術を含む）	K781 経尿道的尿路結石除去術
K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術	K619 静脈血栓摘出術 K702 睪体尾部腫瘍切除術 1 睪尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合 K711 脾摘出術 K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術
K780 同種死体腎移植術	K772 腎摘出術

第2章 特掲診療料 第10部 手術—⑥

K798 膀胱結石、異物摘出術（経尿道的手術及びレーザーによるものに限る。）	K841 経尿道的前立腺手術 K841-2 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及びツリウムレーザーを用いるものに限る。） K841-5 経尿道的前立腺核出術 K841-6 経尿道的前立腺吊上術 K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療 K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）
K803 膀胱悪性腫瘍手術	K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術 K849 女子外性器腫瘍摘出術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K818 尿道形成手術 1 前部尿道（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	K825 陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
K819 尿道下裂形成手術	K836 停留精巣固定術
K826-3 陰茎様陰核形成手術	K859 造脛術、脛閉鎖症術 3 脛断端挙上によるもの

別表第二

K534 横隔膜縫合術 K615-2 経皮的大動脈遮断術 K640 腸間膜損傷手術 K647 胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。） K655 胃切除術 K672 胆嚢摘出術 K690 肝縫合術 K695 肝切除術 K701 脾破裂縫合術 K710 脾縫合術（部分切除を含む。） K711 脾摘出術 K712 破裂腸管縫合術 K726 人工肛門造設術 K757 腎破裂縫合術 K769 腎部分切除術 K787 尿管尿管吻合術 K795 膀胱破裂閉鎖術
--

別表第三（略）

複数の腹腔鏡下手術の算定について

平成14年度版Q&Aでは主たるもののみ算定するとあったが、
 腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない2手術を同時に行う場合
 腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の2手術を行う場合は「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。
 なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は「通則3」に照らしてその都道府県に内議のうえ決定する。
 と記載されている。
 現状ではどの組み合わせが認められるかは、都道府県により差があると思われる。

第2節 輸血料

輸血における注入量は1日における保存血および血液成分製剤の実際に注入した総量または原材料として用いた血液の総量のうち少ない量により算定する。
 不規則抗体検査加算についての算定は歴週（日曜～土曜）単位で算定可能である。

※ 輸血は手術（Kコード）での算定となりますので、実施日の記載が必要です。
 「厚生労働省保健局医療課長通達（平成18年3月29日保医発第0329003号）」

自己血貯血の際の薬剤の請求について（エスポー、エボジンの使用にあたって）
 貯血量800mL以上で1週間以上の貯血期間

薬剤費は外来レセプトで請求
 手術予定日、貯血日（次回の貯血予定日又は前月の貯血日）貯血量、投与前の体重、貯血前のHb濃度等の記載要）

保険で認められる必要条件（貯血開始前）
 体重70kg以上……ヘモグロビン濃度13g/dL以下
 体重70kg未満……ヘモグロビン濃度14g/dL以下

自己血貯血量が算定可（自己血輸血に関係なく）
 自己血輸血は、手術時および手術後3日以内に輸血を行ったときには算定可
 自己血貯血量当日の注射手技料は算定可（平成20年4月改定より）

自己血貯血に使用する薬剤は以下のものです。

エスポー皮下注6000、9000、12000、24000、
 エボジン注1500、3000、6000
 エボジン皮下注24000

第3節 K393-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算450点

注 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保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

第2章 特掲診療料 第10部 手術―⑧

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算について)

◇ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する事務連絡)

問 手術医療機器等加算については、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日医療課事務連絡)の「問180」(編注；「(複数手術に係る費用の特例に関する事務連絡)」参照。)において、従たる手術の費用が算定できない場合には算定できない旨回答されているが、K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の算定要件に「人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うこと」とあることから、算定要件を満たしていれば告示及び通知(手術「通則14」にて、同一手術野、同一病巣にかかる手術として請求できない等)で人工肛門・人工膀胱造設術の請求ができない場合においても当該加算は請求できると解していいか。

答 人工肛門・人工膀胱造設の手術が算定できない場合にあっても、当該加算の算定はやむを得ない。
(平24.8.9 その8・問45)

(厚生労働大臣が定める施設基準「注」)

◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「特掲診療科の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第63号)の第十二の三の二の四を参照。

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

- L009麻酔管理料（Ⅰ）は常勤の麻酔科標榜医が行った場合に算定し、L010麻酔管理料（Ⅱ）は常勤の麻酔科標榜医の指導のもと、麻酔科標榜医以外の医師が行った場合に算定する。
- 1つの手術に対し、複数の方法で麻酔を行った場合は主なもので算定する
脊椎麻酔と全身麻酔の同時算定は認められない。
- 静脈麻酔の手技料は、静脈麻酔剤と分類される薬剤を使用して麻酔を行ったときには算定可であるが、ソセゴン・ホリゾン・ドルミカムなどの静脈麻酔薬以外のみを薬剤を使用したときには算定できない。
- 緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外におこなわなければならない。
即ち算定日は麻酔の翌日以降であることが望ましい。

第12部 放射線治療（略）

第13部 病理診断

第1節 病理標本作成料

- 対称器官で左右検査を行った場合、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料として左右1臓器で算定。

例

両側の尿管カテーテル法を行い採取した両側の腎盂尿の細胞診を検査したとき。
両側の尿管皮膚瘻より採取した尿を同時に細胞診に提出したとき。

- ※1 尿細胞診は、2穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの190点となります。
- ※2 尿は膀胱腔から排出された液体のため（体腔液細胞診）
- ※3 膀胱洗浄液・腎盂洗浄液等もこれに該当します（体腔洗浄細胞診）
- ※4 尿細胞診の算定は以前は「血尿」の病名で認められていたが、近年は「血尿」の病名のみでは査定されるようになった。「膀胱がんの疑い」などの病名が必要である。