

# 東京泌尿器科医会ニュース

No.72

2025年1月発行

発行人 長倉和彦 編集 築田周一  
発行所 〒154-0003 世田谷区野沢 3-2-8-101  
こだいら泌尿器科内  
東京泌尿器科医会 TEL・FAX 03-3410-2373

## 主な記事

- 巻頭言 1頁
- 寄稿1 2頁
- おさえておこう！保険診療の基礎 4頁
- 寄稿2 15頁
- 寄稿3 16頁
- 保険診療のQ&A 17頁
- 東京都各科医会協議会報告 21頁
- 日本臨床泌尿器科医会だより 22頁
- 編集後記 23頁

## 巻頭言

### 「2025年の節目を迎えた地域医療の今後について」

東京泌尿器科医会 会長 長倉和彦

団塊の世代の全てが後期高齢者となる2025年になりました。日本にとって、予想される医療費の増大や医療従事者の不足をどう克服するかが課題となっています。医療に関する国庫支出が今後増えることは期待できません。限られた予算の中で質の高い医療を提供するために、医師が取るべき行動やアプローチをいくつかの観点から考えてみたいと思います。

1. 予防医療の推進、健康教育：超高齢化社会では、予防医療が医療費削減に直結すると考えられます。患者に生活習慣病予防やワクチン接種の重要性を説き、早期発見・早期治療を徹底することが疾病の重篤化を防ぎます。医師は健康診断やスクリーニング検査を積極的に推進し、患者が健康を維持するための啓発活動を行う必要があります。医師自身が地域社会に出向き、健康講座やオンラインセミナーを活用し、住民と直接関わって地域全体の健康意識を高めることが重要となります。

2. タスクシフトとチーム医療：医師数は限られています。看護師や医療秘書、薬剤師などに一部の業務を委譲（タスクシフト）する仕組みを一層活用する必要があります。初期診療や患者教育、服薬指導など、医師以外の職種が担える業務は積極的に分担してもらい、多職種のチームで患者を支える体制を構築する必要があります。また、高齢者の複合的な問題に対応するには、他の医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、MSW等との連携が不可欠となります。

3. 医療の効率化とデジタル化：電子カルテの活用は医療の効率化を促進します。患者情報を一元化することで、重複検査や投薬ミスを防ぎ、効率的な診療が可能になります。また、オンラインの遠隔診療を活用すれば、通院が困難な患者にも一定の医療を提供することができます。単純な文章入力自動化（PRA）、説明動画などの活用など他、AIを用いた問診入力、診断補助や医療データ解析により、医療の質を高めながら労働力の削減につなげる必要があります。また、画像診断や



薬剤選択の最適化にも AI 技術は応用可能であり、医師の負担を軽減できると考えられます。

4. 在宅医療の充実：地域包括ケアシステムと連携して、高齢者が住み慣れた地域で暮らしながら必要な医療を受けられる在宅医療を推進しなくてはなりません。これにより長期入院を減らし、医療費の抑制につながります。診療所の医師の場合、その専門の診療科によらず、可能であれば訪問診療の体制を整え、地域でのケアの中心的役割を担うべきです。特に末期がん患者や認知症高齢者に対応するため、医師が患者の自宅に足を運ぶことが重要となります。

5. 医師自身の学びと意識改革：高齢者医療や新しい医療技術に対応するため、医師は生涯に亘り継続的に最新の知識を学ぶ必要があります。認知症ケア、終末期医療、リハビリテーションなどの分野に対する理解を深めることが大切です。高齢者の多様なニーズに応えるため、患者とその家族の意思を尊重するコミュニケーションが求められます。患者を中心とした医療を意識して、共感を持ちながら治療計画を立てることで、患者満足度を向上させ、結果として無駄な医療の抑制にもつながります。

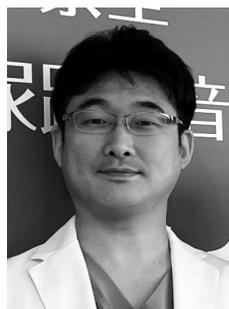
6. 政策提言と地域への影響力発揮：医師は地域や国に対して、実際の現場での課題を基に政策提言を行い、医療制度改革に自らが貢献する必要があります。特に、地方では医療資源が限られるため、医師が医療政策の実施において重要な役割を果たします。

結論：限られた予算の中で超高齢化社会に対応するには、医師は予防医療の推進や医療効率化、在宅医療の充実に力を注ぐべきです。また、多職種と連携し、デジタル技術を活用することで、医療の質を保ちながら効率的な体制を構築することが求められます。これらの取り組みは、地域医療を支える開業医の積極的な参加と意識改革によって実現可能と考えられます。

## 寄稿 1

### 泌尿器科医によるウロギネ診療 ～過活動膀胱の薬物治療も含め～

東京女子医科大学  
腎臓病総合医療センター  
泌尿器科講師  
沢田 勇吾 先生



#### 1. ウロギネ (Urogynecology) とは

Urogynecology はウロ (Urology) とギネ (Gynecology) からなる造語で、泌尿器科と婦人科の境界領域疾患を診断治療する分野である。子宮脱・膀胱瘤・直腸瘤などの骨盤臓器脱や尿失禁、頻尿、夜間頻尿などの排尿障害、便失禁や直腸脱、さらに腔や外陰部の不快感など

も Urogynecology の分野に含まれる。本邦の主だった Urogynecology 関連学会は女性骨盤底医学会と骨盤臓器脱手術学会であり、泌尿器科、婦人科の他にも外科医や看護師・理学療法士といったコメディカルも参加している。特に女性骨盤底医学会においては専門医制度が発足し、2024 年度から新たに女性骨盤底専門医が生まれている。

#### 2. 骨盤臓器脱 (Pelvic Organ Prolapse: POP)

子宮、膀胱、直腸などの骨盤内の臓器が腔口から下垂する状態の総称をさす。POP のために手術をうける生涯累積リスクは 12.6% との報告があり、女性にとっては common disease と呼べる。一般には「子宮脱」はよく耳にする疾患名であるが、主に下垂する臓器は、膀胱瘤 64%、子宮脱 14%、直腸瘤 22% との報告があり、POP を診るときは膀胱瘤を診察する事が多い。また、膀胱瘤は下垂悪化により尿道が屈曲するため排尿困難を認め、膀胱過伸展により過活動

膀胱等の排尿障害を認める事から、婦人科医よりも泌尿器科医が最初に診るケースも多い。また、手術治療は Native Tissue Repair からメッシュを用いた経膈メッシュ手術 (TVM)、腹腔鏡下 (LSC) ないしロボット支援下仙骨膈固定術 (RSC) 等と様々であるが、POP 術後に腹圧性尿失禁 (de novo SUI) をしばしば認める為、婦人科で施術しても泌尿器科医がフォローする場合があります、POP 診療で泌尿器科医が活躍できる場は多いと考えられる。

### 3. Genitourinary Syndrome of Menopause: GSM

GSM とは閉経に伴う、外陰・膈の乾燥、焼灼感、痛み症状だけでなく、尿意切迫感、尿失禁や繰り返す膀胱炎症状といった排尿障害を含む症状・病態の概念である。従来広く使われてきた萎縮性膈炎の用語は性器に限定されており、閉経後の尿生殖系に関連する症状・病態を示すのには不十分であるため、2014 年に国際女性性機能学会と北米更年期学会が新たに GSM といった概念を提唱した。GSM は中年以降女性の約半数が罹患しているとされ、2025 年には GSM 関連の訴えをもつ 50 歳以上の女性が世界で 11 億人を超えると予測さ

れている。世界的にも平均寿命が延びてきている昨今、高齢女性診療における重要性が増してきている。

治療は骨盤底筋体操といった行動療法やエストロゲン補充療法が中心となる。米国を例にすると SERMs や DHEA 膈剤が承認されているが、本邦ではそれらは保険適応外となり、薬物療法はエストロゲン補充療法の一択となる。更に、経口投与エストロゲン投与は基本的に黄体ホルモン併用が必要となる等の理由から、泌尿器科医による処方ではエストリオール膈錠が主に用いられる。

GSM は加齢や膀胱・骨盤底への影響による症状も含む包括的な用語のため、それを懸念する意見がある。ときに GSM と診断される慢性骨盤痛症候群に関しては、骨盤底筋の筋膜痛の有病率が高いにも関わらず医療従事者間でその認識が不足していると、主要な国際学会において指摘されている。GSM 症状を診た医師は鑑別疾患を熟知し除外した後に低エストロゲン血症に起因するものと判断すべきである。患者が硬化性苔癬や扁平苔癬といった外陰部炎症性皮膚疾患や膈・外陰部悪性腫瘍または間質性膀胱炎・膀胱痛症候群を診断するのに十分な専門知識を持った医療従事者によって評価される機会を失わせてはならない。

#### 入会のお誘い

東京泌尿器科医会では只今新規入会のお誘いを行っています。

都内で開業ないし勤務する日本泌尿器科学会に所属の医師の方で、入会を希望される方は下記にお申込み下さい。

〒154-0003 世田谷区野沢 3-2-8-101  
こだいら泌尿器科

2024

# おさえておこう! 保険診療の基礎

日本大学泌尿器科学系  
山口 健哉 先生

## 講演者の立ち位置



③

社会保険診療報酬支払基金審査委員  
指導は出来る  
指南は出来ない  
審査基準は非公開  
日本泌尿器科学会保険委員  
会員の為に有益な事業

3

2024

# おさえておこう! 保険診療の基礎

日本大学泌尿器科学系  
山口 健哉



①

1

## 内容

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への道筋
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

④

4

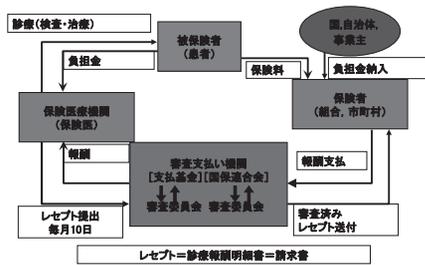
## 内容

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への道筋
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

②

2

図2 審査の流れ



⑤

5

まだないくすりを  
創るしごと。

### ⑥ 保険診療は契約診療

保険診療は保険者(保険組合や国保連合会)と  
 保険医療機関の公法上の契約診療  
 保険医は関係法令順守の責務  
厚生労働省保険局医療課医療指導室(保険診療の確保のために)

(要約)「知らなかった」は通用しない  
 →「わすれました」

⑥

6

### ⑩ 内容

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への道筋
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

⑩

10

### ⑦ 保険医療

- ・ 実証主義:十分に証明された医療のみ。  
あのままにはよく効く
- ・ 類推薬効は認めない。  
学問的(薬理学的)拡大解釈はNo!  
ロキソニンは頻尿に効きますよ
- ・ 実験的試み、奇抜な医療、勝手な応用は認めない。  
一円玉を張ると肩こりに効きますよ

⑦

7

保険医療機関及び保険医療養担当規則  
 第二章 保険医の診療方針等(第十二条~第二十三条)  
 診療の一般的・具体的方針、診療録の記載等

というのがあって「保険医の診療方針等、  
 診療の一般的・具体的方針、診療録の記載  
 等」に細かく規定があり、その中に

⑪

11

### ⑧ 保険給付外の療養

- 労災、法定伝染病(他の法令)
- 正常分娩
- 労務、日常に支障のない症状
- 不行跡または故意の事故
- 予防医学(例外あり)
- 美容整形手術

不行跡 (ふぎょうせき)  
 品行のよくないこと。身持ちの悪いこと。また、そのさま。

⑧

8

### 第二十条 (診療の具体的方針)

#### 二 投薬(抜粋)

へ 投薬量は、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ないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

⑫

12

### ⑨ 診療報酬支払いの4条件

- 1) 保険医が、保険医療機関において
  - 2) 関係法令(健康保険法、医師法、医療法、薬事法)と省令(療養担当規則)を遵守して診療し
  - 3) 点数表の規定通りに請求し
  - 4) 審査委員会の審査をパスした内容に対して支払われる
- 要約) 契約通りの診療には報酬を支払うが  
 契約違反のものには支払わない  
 -制約診療-

「良きに計らえ」は通用しない。

⑨

9

### 抗アンドロゲン薬の薬価

製品名	1日薬価	1ヵ月薬価	後発品
ピカルタミド	166.9円	5,007円	
フルタミド	244.8円	7,344円	あり
エストラムスチン	501.4円	15,042円	
エンザルタミド	9,272.2円	278,166円	
アビラテロン	15,037.2円	451,116円	
アパルタミド	9,160.4円	274,812円	なし
ダロルタミド	9,244.0円	277,320円	

2023年3月時点

⑬

13

⑭ 保険医療機関及び保険医療費担当規則

第二章 保険医の診療方針等

(健康保険事業の健全な運営の確保)

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。

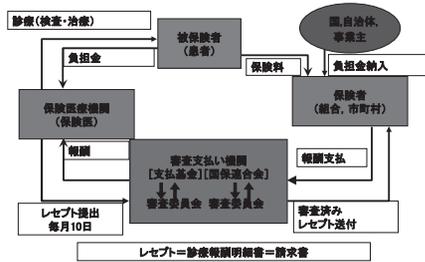
⑮ 内容

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への連携
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

⑯ 保険医療機関及び保険医療費担当規則  
第二章 保険医の診療方針等(第十二条~第二十三条)  
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載等

- ・ 第二十条 (診療の具体的方針) 二 投薬(抜粋)
- ・ イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ・ ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
- ・ ハ 同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ・ ヘ 投薬量は、予想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ないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

図2 審査の流れ



80歳の男性。排尿困難を主訴に初診。  
直腸診で前立腺腫大を認め前立腺肥大症と診断した。

α遮断薬と5α還元酵素阻害薬を処方した。

療養担当規則に従えば、まずα遮断薬を投与して、効果不十分なら5α還元酵素阻害薬を追加する。

⑰ レセプト=診療報酬明細書=請求書

品名	単位	数量	単価	金額
前立腺癌疑い、膀胱癌疑い	診	1	420	420
大腸癌疑い、肺癌疑い	診	1	0	0
PSA	検査	1	0	0
CEA	検査	1	0	0
CA19-9	検査	1	0	0
NMP22	検査	1	0	0
合計				420

70歳の男性。BPHを伴ったOABで初診。

α遮断薬と抗コリン薬を処方

Q11

前立腺肥大症を伴う過活動膀胱に対して、α遮断薬と抗コリン薬またはβ<sub>3</sub>作動薬の併用療法は推奨されるか？

要約 α遮断薬と抗コリン薬の併用は推奨される(レベル1)。 [推奨グレードA]  
α遮断薬とβ<sub>3</sub>作動薬の併用については、有用性はあると思われるがエビデンスが十分とはいえない(レベル3)。 [推奨グレードC1]

いずれの併用においても、排尿症状が強い場合、前立腺体積が大きい場合、高齢者に投与する場合などには、排尿困難・尿閉などの有害事象に十分に注意し、薬剤を低用量から開始するなどの慎重な投与が推奨される。α遮断薬を先行投与し、過活動膀胱症状が残存する場合に対して抗コリン薬やβ<sub>3</sub>作動薬の追加を行うことが望ましい。

療養担当規則に従えば、まずα遮断薬を投与して、効果不十分なら抗コリン薬を追加。

⑱ 査定とは？

- A: 適応外(傷病名忘れ)
- B: 過剰
- C: 医学的に不相当
- D: ルール上不相当

(22)

# では、ルールブックは？

22

(26)

## 医科診療報酬点数表

第2章第10部 手術  
通則

**13 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。**

両側水腎症の傷病名で  
尿管ステント留置術(K783-2)両側に施行した。

26

(23)

## 保険審査のルールブック

医科点数表の解釈 診断群分類点数表のてびき 特材算定ハンドブック

23

(27)

## 審査委員の悩み

「両側水腎症」「材料2個請求」なのに「尿管ステント留置術」が一個請求なのでこれは材料一個のみにB査定しましょう。  
←え。何で。  
←尿管は左右のある臓器なので「尿管ステント留置術」は両側の場合x2で算定できる。逆に一個のみ算定では材料一個過剰で査定されかねない。

27

(24)

## 図6 医科点数表の解釈

<b>第1章 基本診療料</b>	<b>第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料</b>
第1部 初・再診料	第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項
第2部 入院料等	第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
<b>第2章 特種診療料</b>	<b>第4章 経通措置</b>
第1部 医学管理等	別紙様式
第2部 在宅医療	特定医療保険材料に関する告示・通知
第3部 検査	入院時食事療養及び入院時生活療養に関する告示・通知
第4部 画像診断	診療方針に関する法令編
第5部 投薬	療養担当規則関係
第6部 注射	基本診療料関係
第7部 リハビリテーション	特種診療料関係
第8部 精神科専門療法	医療保険と介護保険の給付調整
第9部 処置	
第10部 手術	
第11部 麻酔	
第12部 放射線治療	
第13部 病理診断	

24

(28)

## 医科診療報酬点数表

第2章第10部 手術  
通知

**4. 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技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、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ない。**

経尿道的尿管ステント留置術(K781)に際し、膀胱鏡検査で膀胱内を確認した(D317 膀胱尿道ファイバースコープ)

28

(25)

# 通則は要注意

25

(29)

## 留置針やカテーテル類(24時間以上留置の原則)

020 プラスチックカニューレ型  
静脈内留置針

プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、おおむね24時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合又は6歳未満の乳幼児、ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限り算定できる。

039 膀胱留置用  
ディスプレイバルカテーテル

膀胱留置用ディスプレイバルカテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

腎臓又は膀胱瘻用カテーテル、尿管ステント、尿道ステントなども同様に24時間以上留置が必要

29

**腎瘻/膀胱瘻用カテーテル** ③0

031 腎瘻又は膀胱瘻用材料

(1) 腎瘻用カテーテル (2) 膀胱瘻用カテーテル (3) ダイレーター (4) ガイドワイヤー (5) 穿刺針 (6) 膀胱瘻用穿刺針

腎瘻造設では細いダイレーターから順次拡張し、カテーテルを挿入するのが通常の手術方法です。そのため、腎瘻造設セットには5本のダイレーターが入っています。

穿刺針を用いてガイドワイヤーを腎内に挿入し、12Fr腎瘻カテーテルを留置するために5Fr、7Fr、9Fr、11Fr、13Frの5本のダイレーターを使用し腎瘻を拡張しました。

30

「どうしたら査定を受けないか。」

③3

**キシロカインゼリー®** ③1

2023年11月01日(第9版)  
2024年11月01日

商品名 キシロカインゼリー-2x  
Xyllocaine<sup>®</sup> 2x

【用法・容量】  
リドカイン塩酸塩として、尿道麻酔には通常成人では男子は200~300mg(10~15mL)、女子は60~100mg(3~5mL)を使用する。

31

③4

A査定	病名落ち	病名をつける
B査定	過剰・重複	減らす
C査定	医学的に不適当	「適当」に合わせる
D査定	告示・通知に合致しない	合致させる

34

**ロピオン®** ③2

【効能又は効果】  
下記疾患並びに状態における鎮痛術後、各種痛

【用法及び用量】  
通常、成人にはフルビプロフェン アキセチルとして1回50mgをできるだけゆっくり静脈内注射する。その後、必要に応じて反復投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、本剤の使用は終口投与が不可能な場合又は効果が不十分な場合とする。

32

A査定の例

- ① 感染症病名のない抗生物質投与
- ② 前立腺癌疑いのままでLH-RHアナログ
- ③ 前立腺癌疑いのないままPSA
- ④ 手術以外で膀胱カテーテル留置時「尿閉」なし
- ⑤ 「算定日」が「診療開始日」以前

③5



より多くの患者さんの、  
しあわせ  
幸福な時間を支えたい。

排尿の悩みのない毎日を目指して、  
キッセイ薬品の挑戦は続きます。

キッセイ薬品工業株式会社

BV021-01  
2024年12月作成

(36)

### A査定の例

意味のない病名 (ICD)

尿路感染症 (N390)  
 排尿障害 (R391)  
 尿路腫瘍(なし)  
 頻尿症 (R391)  
 尿意切迫感(なし)

36

(40)

医科点数表の解説

4.1

### 「残尿測定」

**D216-2 残尿測定検査**  
 1 超音波検査によるもの 55点

注 残尿測定検査は、患者1人につき2回に限り算定する。  
 通知  
 残尿測定検査は、**前立腺肥大症、神経因性膀胱**  
**又は過活動膀胱の患者**に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

40

(37)

### B査定の例

- ① エソメプラゾールなど56日以内処方薬品の日数超過
- ② 膀胱鏡時の2%リドカインゼリー (男性15ml / 女性5ml)
- ③ 急性炎症での7日以上での処方で実診療1日
- ④ 同系同効薬剤併用 (α1遮断薬を2剤など)

37

(41)

### 傷病(症状)詳記の書き方

読みやすい字で簡潔に ➡ 症状略記  
 必要性を具体的、客観的に  
 禁句

- ①「予防のため」
- ②「重症のため」
- ③「常識である」
- ④独善的な見解
- ⑤まだ一般的医療でない学会発表や、外国文献の引用

41

(38)

### C査定の例

- ① 尿検体で嫌気性培養
- ② 「汚染したので」「不手際で」2セット使用
- ③ 尿管皮膚瘻で、経尿道的尿管ステント留置

38

(42)

### 返戻とは？

事務職員よりー記載もれ、誤記・付箋  
 審査委員よりー診療内容の疑問・付箋

レセプトと共に医療機関へ差し戻すこと  
 (整備のうえ次月再提出)

42

(39)

### D査定の例

- ① 「残尿測定」で青本以外の病名(尿道狭窄など)
- ② PSA 「4.0以上の時、3月に1回限り3回まで測定可」でレセプトに検査値記載。これで4.0未満を記載してしまうなど。  
 また、縦覧で7月以内の測定は閲覧可能。
- ① 「同時に施行した場合は主たるもののみ算定する」の記載があるとき(フリーテストステロンとテストステロンなど)

39

(43)

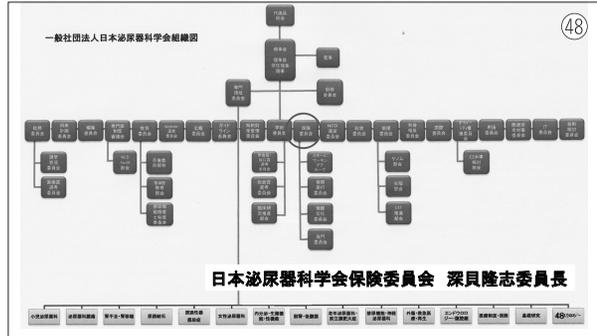
43

### 返戻の例

44

- ① スtentセッのない経尿道的尿管stent留置
- ② 「電解質溶液利用TURBT」でウロマチックのみ
- ③ 外来での無麻酔高額手術  
(経尿道的尿道形成術—レーザー使用など)

44



48

### 再審査申し立てとは？

45

申し立て	医療機関より	保険者より
目的	査定→復活	原審通り→査定

45

### 保険委員会の役割

49

会員の保険関連ニーズに(なるべく)こたえる

1. 学会保険委員会の開催
2. 保険収載に関する疑義・要望
3. 医薬品関連(適応外使用・供給停止・OTC)
4. 未承認医療機器等の導入に関する要望補助
5. 診療報酬改訂関連(外保連および内保連活動)
6. ICD(international statistical classification of diseases)11 関連事項
7. DPC(Diagnosis procedure Combination) 関連事項

49



46

### 保険委員会の役割

50

会員の保険関連ニーズに(なるべく)こたえる

1. 学会保険委員会の開催
2. 保険収載に関する疑義・要望
3. 医薬品関連(適応外使用・供給停止・OTC)
4. 未承認医療機器等の導入に関する要望補助
5. 診療報酬改訂関連(外保連および内保連活動)
6. ICD(international statistical classification of diseases)11 関連事項
7. DPC(Diagnosis procedure Combination) 関連事項

50

### 内容

47

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への道筋
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

47

### 個々の医療技術が保険適応になるまでの基本的な流れ

51



51



### 内容

60

1. 保険診療の基本的仕組みと医療給付および医療費の流れ
2. 療養担当規則のうち保険医として知っておくべきこと
3. レセプト審査の流れと査定と返戻および再審査について
4. 日本泌尿器科学会保険委員会と診療報酬改定への道筋
5. 令和6年度泌尿器科領域保険改訂の概要

60

令和6年度診療報酬改定 医療技術の評価	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	774 件 新規技術 307件 既存技術 467 件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	177 件 新規技術 56 件 既存技術 121 件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	597 件 新規技術 250 件 既存技術 347 件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案※3又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が 撤回された提案	116 件
	177/774=23%

63

61

#### 令和6年度診療報酬改定に向けた外保連スケジュール

令和4年

6月	新設・改正・材料要望項目アンケートの依頼 (簡単な内容記載) 試案未掲載項目の各種委員会提出・承認期間
	→日本泌尿器科学会から提出項目の募集 →現在保険委員会にて提出項目の選定
11月	新設・改正・材料要望項目アンケートの締切 (簡単な内容記載) 要望項目の調整作業(要望書記載学会の調整)

改訂に向けたスケジュールは2年前から始まっている。

61

要望学会	原簿番号	名称	評価	件数
日本泌尿器科学会	原簿番号改訂再掲番号	膀胱結石、異物取出術(経尿道)(レーザー)	新規	1
日本泌尿器科学会	膀胱結石、異物取出術(経尿道)(レーザー)	膀胱結石、異物取出術(経尿道)(レーザー)	新規	3
日本泌尿器科学会	経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの	経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの	改正	1
日本泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(内視鏡手術用文書標準を用いる場合)に係る膀胱鏡視鏡手術の増設	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(内視鏡手術用文書標準を用いる場合)に係る膀胱鏡視鏡手術の増設	改正	2
日本泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(内視鏡手術用文書標準を用いるもの)の膀胱鏡視鏡手術の増設	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(内視鏡手術用文書標準を用いるもの)の膀胱鏡視鏡手術の増設	改正	3
日本泌尿器科学会	「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」の増設	「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」の増設	改正	4
日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	改正	1
日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	改正	2
日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	「V358 膀胱等手術支援装置 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大縮小立体モデルによるもの(2,000点)」の増設	改正	1
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	2
日本小児泌尿器科学会	ロボット支援下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	ロボット支援下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	2
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	1
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	2
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	3
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	新規	4
日本泌尿器科学会	経皮的体外補助膀胱鏡視鏡手術(カテテル)	経皮的体外補助膀胱鏡視鏡手術(カテテル)	改正	1
日本泌尿器科学会	経皮的体外補助膀胱鏡視鏡手術(カテテル)	経皮的体外補助膀胱鏡視鏡手術(カテテル)	改正	2

64

8/15=53%

64

62

#### 令和6年度診療報酬改定に向けた外保連スケジュール

令和5年

3月上旬	要望書記載学会への要望書作成依頼
3月中旬	要望書作成説明会(開催しない場合もある)
3月下旬	新設・改正・材料要望項目要望書締切
4月	外保連事務局による校正作業
5月中旬	外保連総会にて承認 (3月総会の要望項目承認のみで開催しない場合もある)
5月下旬	厚生労働省へ要望書を持参し陳情
7月	(要望書として製本する場合は製本し、関係方面に配布)
7月~8月	厚生労働省によるヒアリング実施

62

要望学会	学術名	診療報酬コード	診療報酬(点)
日本泌尿器科学会	原簿番号改訂再掲番号	K314-4	50,800
日本泌尿器科学会	膀胱結石、異物取出術 レーザーによるもの	K798-3	11,800
日本泌尿器科学会	経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの	K341-2-2	20,470
日本泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(内視鏡手術用文書標準を用いる場合)に係る膀胱鏡視鏡手術の増設	K303-2	
日本泌尿器科学会	「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」,あるいは「経尿道的レーザー-前立腺切除-術後療 ツリウムレーザーを用いるもの」の増設	K798-1	4,160(50%)
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	K309-4	30,200
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	K320-3	3,400
日本小児泌尿器科学会	膀胱鏡下膀胱鏡視鏡手術(膀胱外アプローチ)	K330-3	20,000
日本泌尿器科学会	経尿道的膀胱鏡視鏡手術(経尿道)	K341-7	12,800
日本泌尿器科学会	経尿道的膀胱鏡視鏡手術(経尿道)	K341-8	18,000

65



選択的β<sub>3</sub>アドレナリン受容体作動性過活動膀胱治療剤  
処方箋医薬品<sup>®</sup>  
ビベグロン錠 薬価基準記載

# ベオーバ<sup>®</sup>錠50mg

Beova<sup>®</sup> Tablets 50mg

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

製造販売元 **杏林製薬株式会社** 販売元 **キッセイ薬品工業株式会社**  
 東京都千代田区大手町一丁目3番7号 松本市芳野1-9番4-8号  
 (文部科学省及び厚生労働省(申請)承認) https://www.kissei.co.jp  
 東京都港区北青山4丁目1番1号 文部科学省および厚生労働省(申請)承認センター  
 (文部科学省) 東京都文京区小石川3丁目1番3号  
 フリーダイヤル 0120-409-341 TEL 0120-007-622  
 (販売情報提供活動問い合わせ先) 0120-115-737

BV006-01  
2024年5月作成



74

### 【精巣部分切除術】

**技術の概要**  
 風湿症を根治して精巣を固定し、内臓産物の位置で一時的に精巣血管の血流を遮断後、除腫を切開して精巣を内へ移動し、正常な精巣組織を温存して腫瘍のみをそり抜いて切除する。迅速病理診断により良性腫瘍であることを確認後、精巣血管の血流遮断を解除し、精巣を固定して固定後に閉鎖する。

**既存の治療法との比較、当該技術の有効性 保険収載が必要な理由**  
 ・精巣腫瘍（K82）では血管および精管を高位置に移動し腫瘍を一緒に切除するが、本術式では腫瘍のみを切除し、非腫瘍部の正常な精巣組織を温存することにより、尿生能に寄与することが可能である。  
 ・また、精巣摘出術では血管を結紮した状態で腫瘍・精巣切除を行うが、本術式では一時的な閉鎖を行うことにより正常な精巣血流が行われるため、通常の精巣摘出術の技術に加えて、切開面からの出血をコントロールする技術を要する。  
 ・本術式は国内が先行して施行され、その有効性は確立しており、患者のQOLは大幅に改善する。  
 ・しかし、本術式に対する診療報酬点数がないため十分な保険収載を要する。

**対象疾患名**  
 精巣の成熟形腫瘍（悪性前駆型）、良性疾患  
 超音波検査や術中迅速病理診断にて良性であり、正常な精巣組織が温存可能と判断された場合

**診療報酬上の取扱い**  
 K798 精巣部分切除術  
 外保連請求点数:33,843点  
 (人件費:30,526点、必要材料費:33,170円)

診療報酬コード	診療報酬額(点)
K814-4	60,800
K798-3	11,800
K841-2.2	18,100~20,470
K808-2	
K798-1	4,160(309%)
K808-4	38,280
<b>K830-3</b>	<b>2,770~3,400</b>
K830-3	20,800
K841-7	12,300
K841-9	18,800

77

### 令和8年度診療報酬改定に向けた外保連スケジュール

**令和7年**

3月上旬	要望書記載学会への要望書作成依頼
3月中旬	要望書作成説明会(開催しない場合もある)
3月中旬	新設・改正・材料要望項目要望書締切
4月	外保連事務局による校正作業
5月中旬	外保連総会にて承認 (3月総会の要望項目承認のみで開催しない場合もある)
5月下旬	厚生労働省へ要望書を持参し陳情
7月	(要望書として製本する場合は製本し、関係方面に配布)
7月~8月	厚生労働省によるヒアリング実施

75

### 【腹腔鏡下停留精巣内精巣動脈結紮術】

**技術の概要**  
 非転写精巣に対しては、腹腔鏡検査を施行して腹腔内停留精巣の有無や形態を確認後、腹腔内の高位に精巣が位置し、一期的に精巣を腹腔内へ引き下ろして固定できない場合には、二期的Fowler-Stephens(F-S)法の一期手術を施行することとなる。二期的F-S法の一期手術ではクリップ結合系による内精巣動脈結紮術を行い、卵巣以外に二期手術で精巣を腹腔内に引き下ろして固定する。

**既存の治療法との比較、当該技術の有効性 保険収載が必要な理由**  
 ・二期的Fowler-Stephens法の一期手術ではクリップ結合系による内精巣動脈結紮術を行って腹腔内停留精巣の可動性を高め、6か月以内に二期手術で精巣を腹腔内に引き下ろして固定する。  
 ・内精巣動脈結紮・切断後も精巣への血流が保持されるためには精巣動脈と精管動脈を連携する組織移行の存在が重要であり、精巣動脈の切断・癒着を一定期間待ったあとに精巣固定術を行って二期手術に二期的Fowler-Stephens法より成績がよく、安全性に寄与することが期待される。  
 ・しかし、二期的手術の一期手術に該当する診療報酬の内臓動脈結紮術に対する診療報酬点数がないため早急な保険収載を要する。

**対象疾患名**  
 腹腔内停留精巣

**診療報酬上の取扱い**  
 K798 腹腔鏡下停留精巣内精巣動脈結紮術  
 外保連請求点数:50,096点  
 (人件費:35,874点、必要材料費:16,220円)

診療報酬コード	診療報酬額(点)
K814-4	60,800
K798-3	11,800
K841-2.2	18,100~20,470
K808-2	
K798-1	4,160(309%)
K808-4	38,280
K830-3	5,400
<b>K830-3</b>	<b>20,800</b>
K841-7	12,300
K841-9	18,800

78

個々の事例のご質問は  
**東京泌尿器科医会**か  
**日本臨床泌尿器科医会**へお願いいたします。

**東京泌尿器科医会**

**日本臨床泌尿器科医会**

76

### 令和8年度診療報酬改定に向けた外保連スケジュール

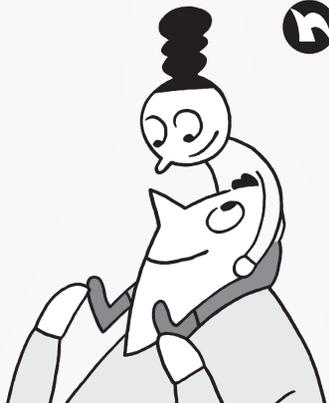
**令和8年**

4月	新設・改正・材料要望項目アンケートの依頼 (簡単な内容記載) 試案未掲載項目の各種委員会提出・承認期間
	→日本泌尿器科学会から提出項目の募集 →現在保険委員会で提出項目の選定中
9月30日	新設・改正・材料要望項目アンケートの締切 (簡単な内容記載) 要望項目の調整作業(要望書記載学会の調整)

**次改訂に向けたスケジュールはすでに始まっている。**

新しい  
 生きろを、創る。  
 A new way of life

 **日本新薬**  
 NIPPON SHINYAKU CO., LTD.



## 第60回 東京泌尿器科医会学術集会のお知らせ

【日時】2025年3月8日 17:00~19:10

【場所】京王プラザホテル 本館 42階 「富士」

東京都新宿区西新宿 2-2-1 TEL 03-3444-0111

(交通) JR・私鉄・地下鉄各線新宿駅西口徒歩5分、都営大江戸線都庁駅前 B1 出口すぐ

(参加費) 1,000円

1. 講演Ⅰ 演題 「転移性前立腺癌の薬物療法の最近の話題 (仮題)」  
講師 東京慈恵会医科大学附属第三病院 助教 占部 文彦 先生
  2. 講演Ⅱ 演題 「ARPIと合併症の管理について (仮)」  
帝京大学医学部附属溝口病院 泌尿器科 教授 横山みなと 先生
- 「保険診療のQ&A」  
昭和大学横浜市北部病院 泌尿器科 教授 富士 幸藏 先生

### 寄稿 2

## 女性難治性排尿障害の治療戦略

東京女子医科大学  
腎臓病総合医療センター泌尿器科講師

沢田 勇 吾 先生

難治性排尿障害の原因となる疾患は多岐にわたり、過活動膀胱、間質性膀胱炎・膀胱痛症候群 (Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: IC/BPS)、神経因性膀胱、尿道狭窄、慢性・反復性膀胱炎などが主な疾患に挙げられ、男性は前立腺肥大症、そして女性は骨盤臓器脱もその原因となる。中でも難治性過活動膀胱に対しては仙骨神経刺激療法やボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法、そしてICに対しては膀胱内DMSO注入療法が保険収載されたため、それらの治療の幅が広がってきている。一方でそれらの疾患を正しく診断することがより求められている。

IC/BPSに関しては、2018年の国際尿失禁会議 (ICI) でICはハンナ病変を有すると定義され、それまで混同されがちであった両者が別の疾患として扱われることになった。それに伴い、本邦の2019年版のIC/BPS診療ガイドラインでも両者は同様に区別されるようになった。BPSはハンナ病変を認めず、結石や感染症さらには更年期障害といった婦人科疾患等を除外した後に、基本的に原因が定かでない場合に診断される。しかし、近年、BPSと診断されるケースの中には骨盤底筋筋膜痛 (Myofascial Pelvic Pain Syndrome: MPPS) を認める事が注目されている。MPPSは骨盤底筋群の過度な緊張や筋膜異常が原因となり、骨盤底や外陰部の痛みや不快等を引き起こし、排尿・排便・性交痛を伴うこともある状態である。特に肛門拳筋群の起始部でもある肛門拳筋腱弓や内閉鎖筋の筋膜痛を認める事が多い。内閉鎖筋は股関節を外転・外旋させる筋肉であり直接は排尿・排便に関与しないが、その筋膜が広

く肛門挙筋群の起始となっているため、それと肛門挙筋群は互いに影響を与えていると考えられる。股関節運動改善後（人工股関節術後）に尿失禁が改善した報告や、しゃがんだ状態（股関節の外転、外旋）は排便機能を改善させたという報告も認められ、それらは内閉鎖筋と肛門挙筋腱弓との関係を支持するものと考えられる。MPPS の治療はそれらの筋膜リリースや理学療法となる。筋筋膜痛の概念は新しくはなく、主要国際学会（AUA、EAU）や本邦のIC/BPS や慢性骨盤痛のガイドラインでも理学

療法（骨盤内外筋膜マッサージ）について記載を認める。しかし、BPS や慢性骨盤痛の患者の中にも筋筋膜痛の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者の間でこの要素に対する認識が不足しているため、適切な診断がされずドクターショッピングを続ける場合がある。そのような患者が筋膜リリースで排尿に伴う痛み等が改善した際のその満足度は大きい。

難治性排尿障害に対する治療選択肢が増えてきた昨今、自戒の意を込めて、まず適切な診断に注力する事も大切と考える。

### 寄稿 3

## 8 k 超高精細画像の臨床応用

一般社団法人メディカル・イノベーション・  
コンソーシアム理事長  
千葉敏雄先生

われわれは、超高精細 8 K 画像（7680 × 4320 ピクセル）の取得が可能なカメラ技術を基に、硬性内視鏡手術において外科医がより高い治療成績を安全に達成するための 8 K 硬性内視鏡を開発してきた。当初この開発は、米国などで約 30 年前より行われてきた、子宮内でのヒト胎児内視鏡手術の我が国への導入に際し、その精度を高めるために着手されたものであったが、水中での内視鏡手術という意味においてその方向性は当初から、泌尿器科的膀胱鏡手術等と一定の共通基盤を有するものであった。

この開発過程において 2014 年、我々は世界初の臨床的 8K 手術（腹腔鏡下胆嚢摘出手術）に成功しているが、当時その内視鏡カメラ重量は約 2.5Kg という日常的使用にはいまだ困難なレベルのものであった。そこで我々はその飛躍



的小型軽量化への取り組みを開始し、2017 年には 450g の 8 K 内視鏡カメラの完成に到達するとともに、同年、この 8 K 硬性内視鏡システムは医療機器としての正式承認（クラス 1）を取得するに至っている。この 8 K 内視鏡は、現在の主流である 2K 内視鏡（ハイビジョン、1920 × 1080 ピクセル）の約 16 倍という高い解像度を有することから、臨床的に重要なものながら、これまでは術野での視認が困難であった極細径の血管・神経、また体腔内臓器膜被覆の複雑な多層構造等の識別を可能とすることが明らかになっている。このことは同時に、内視鏡手術の手技的な向上、その術後成績の向上、ひいては医療経済的な効果をもたらすものと期待させるものであることから、従来の内視鏡手術を臨床的に一層進化させてゆくと考えられる。

一方、この超高精細 8 K 画像は、2K・4K 画像と比べ画面被写体の立体感・実物感が有意に高く、また画面を観察する立場からは臨場感・没入感の高いものであることも知られており、これまでの遠隔手術での応用に加え今後は、いわゆるオンライン遠隔医療における患者視診の精度を高め、さらには医師—患者間のコミュニケーションを促進する医療技術としても大きく期待されるものとなっている。

このようなさまざまな 8 K 画像技術の医療へ

の展開を進めるために我々は、国連ITU（国際電気通信連合）に対し、8K医療画像の遠隔伝送（リアルタイム）とその通信手段に関する世界標準試案を提出し（2017）、既にその内容はすべて国際標準勧告案として採用され（2018）、また普及しつつある。このような8K超高精細画像技術とその応用・展開は今後、医学領域のみならずさまざまな産業・防災領域等にも拡充されてゆくものと考えられ、その社会的応用展開には一層大きな期待がもたれている。

## 投稿のお願い

東京泌尿器科医会ニュース編集部では医会ニュースを充実させるため会員の皆様の投稿やご要望を歓迎いたします。今後の医会の方向や泌尿器科における保険診療上の問題点、疑問等いろいろな話題提供でも結構です（匿名掲載の場合はその旨ご連絡下さい）。

投稿される方は下記へお送り下さい。

〒154-0003 世田谷区野沢 3-2-8-101  
 こだいら泌尿器科

## 保険診療の Q & A

東京医科大学病院 医療保険室 室長  
 相澤 卓先生

### 本講演内容における免責事項

②

- <承認外の情報について>  
 本講演内容には一部、国内承認外の効能・効果、用法・用量の臨床成績等が含まれておりますが、承認外の地方を推奨するものではありません。  
 国内で承認された効能・効果、用法・用量につきましては、当該製品の添付文書をご参照ください。
- <承認情報の情報について>  
 本講演内容には一部、国内の承認済の臨床成績等が含まれておりますが、承認済の地方を推奨するものではありません。
- <症例提示について>  
 本講演内容には一部、有効例等の症例報告に関する情報があります。その報告がすべての症例にあてはまるものではありません。当該医薬品の地方を推奨するものではありません。  
 国内で承認された効能・効果、用法・用量、使用上の注意につきましては、当該製品の添付文書をご参照ください。
- <他社医薬品の紹介について>  
 本講演内容には一部、他社医薬品の臨床成績等に関する情報があります。  
 当該医薬品の効能・効果、用法・用量、使用上の注意につきましては、当該医薬品の添付文書をご参照ください。



## 保険診療の Q & A

①

東京医科大学病院 医療保険室/泌尿器科  
 相澤 卓

### QUESTION 1 (文京区 開業医)

③

都の医療措置協定の発熱等対応加算は急性膀胱炎や尿道炎で算定できますか？



**D011 免疫血液学的検査**

1 ABO血液型、Rh(D)血液型	24点
2 Coombs試験	
イ 直接	34点
ロ 間接	47点
3 Rh(他の因子)血液型	148点
4 不規則抗体	159点
注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第9款の各区分に掲げる心臓手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる生殖器手術のうち区分番号K998に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。	
5 ABO血液型関連糖転移酵素活性	181点
6 血小板関連1gG(PA-1gG)	190点
7 ABO血液型型	260点
8 血小板抗体	261点
9 血小板第4因子ヘパリン複合体抗体(1gG抗体)	376点
10 血小板第4因子ヘパリン複合体抗体(1gG、1gM及び1gA抗体)	390点

検査上は特殊な例(移植、大量輸血)を除き、異なる血液型に接する場合は1回検査機関1回の算定

医療点数表の解説 P534

**Answer 2**

検査のところにD011免疫血液学的検査にABO血液型、Rh(D)血液型 24点があり、K920輸血の通則の注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用として54点を所定点数に加算する。とありますので手術前には前者の検査、輸血の際には後者の血液型加算で算定してください

**K920 輸血**

1 自家採血輸血(200mLごとに)	
イ 1回目 750点	750点
ロ 2回目以降 650点	650点
2 保存血液輸血(200mLごとに)	
イ 1回目 450点	450点
ロ 2回目以降 350点	350点

注 1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性について文書による説明を行った場合に算定する。

2 自家採血、保存血又は自己血の輸血には、採血回数や量は含まれないものとする。

3 骨髄内輸血又は血管内輸血を行った場合は、所定点数に区分番号D404に掲げる骨髄穿刺又は区分番号K920に掲げる血管内輸血の所定点数をそれぞれ加算する。

4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、区分数に掲げる所定点数を加算する。

5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用として54点を所定点数に加算する。

6 不明抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき197点を所定点数に加算する。ただし、連続に輸血を行う場合にあっては、1週間毎に1回に限り、197点を所定点数に加算する。

医療点数表の解説 P961

**QUESTION 3** (小平市 開業医)

膀胱癌の患者さんを定期フォローしています。前立腺がんを疑いPSAを検査する際に悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定します。その後のPSA再検査には3ヶ月おきに3回まで、その後は6ヶ月以上あけるなどの縛りはありますか？また、PSA値をレセプトの適応欄に毎回記載する必要はありますか？

**入院前検査** → **治療** → **輸血前**

交差血など、必ず採血しますよね！

血液型検査(1回目) → 血液型検査(2回目)

D011 免疫血液学的検査  
1 ABO血液型、Rh(D)血液型で算定

K920 輸血  
注5にある血液型加算で算定

**前立腺癌の疑い + それ以外の癌(確定)** (PSA検査) の算定

悪性腫瘍特異物質指導管理料 で算定 (ただし、当該管理料の算定要件をみたと)

ただし、経過府県により多少、審査がとることがあります。

**Answer 2**

1回目はD011 免疫血液学的検査、2回目以降はK920 輸血の注5にある血液型加算で算定してください

輸血についてはいくつかのガイドラインがあります。それらには血液型の「同一患者の二重チェック」という項目があり、同一患者からの異なる時点での2検体で、二重チェックを行う必要がある。とされています

**Answer 3**

①悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定した場合、月1回算定できます。PSA再検査のように回数や何月以上あけるなどの縛りはありません(しかし、過剰な検査とみなされると査定はありえます)。また、PSA検査には「前立腺癌の疑い」病名が必要です

②PSA値をレセプトの摘要欄に毎回記載する必要はありません(「適応欄」ではなく「摘要欄」)



「同様の事例で今まで査定されていなかったが、あらたに査定されるようになった」理由として考えられるもの

- ①見逃されていた
- ②診療報酬点数表の改定、審査基準が変わった
- ③審査委員が変わった
- ④その医療機関の傾向を判断するため、審査委員が経過観察していた（今まで返戻などはなかったか？）
- ⑤（医療機関側の）勘違い（全く同じ請求ではなかった）

今まで査定されていなかったことは、必ずしも審査・請求上、正しいと認められたものではありません！

### Answer 6

- 同様の事例で今まで査定されていなかったが、あらたに査定されるようになったという事例はよくあります。今まで査定されていなかったことは、必ずしも審査・請求上、正しいと認められたものではありません。「残尿感」は症状であり、好ましい診断病名ではありません。正しい診断名を記載してください

### Answer 6

「残尿感」は好ましい診断病名ではありません。正しい診断名を記載してください。



## 東京都各科医会協議会報告



会長・各科医会協議会担当 長倉和彦

東京泌尿器科医会は東京都各科医会協議会に参加しています。令和6年7月から令和6年11月までの活動について報告します。

令和6年7月1日、東京都医師会館にて令和6年度総会が開催されました。長倉による会長挨拶と尾崎東京都医師会長の来賓挨拶の後、総会議事として令和5年度の事業報告、会計報告、監査報告、令和6年度事業計画、予算が提案され、審議を経て承認されました。引き続き各医会からの近況報告がありました。

令和6年10月7日、今年度第2回の幹事会

が東京都医師会館で開催され、齋藤副会長、長谷川副会長、中島学術部長、築田広報部長、古平事務局長、長倉が参加しました。長倉の挨拶の後、日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東甲信部会、東京産婦人科医会、東京都臨床整形外科医会の3医会より、「各科から他の医会への要望」をテーマに発表がありました。

日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東甲信部会からは、腹部、骨盤部の撮影時の性腺防御について、それによって利益が無いので行うべきでないこと、今後読影専門医が不足する見込

みであること、画像診断報告書の未読による危険性についての説明がありました。東京産婦人科医会からは、正常分娩の保険適用についての提言、プレコンセプションケアの推進について、母と子のメンタルヘルスフォーラム開催のお知らせ、HPV ワクチン接種、キャッチアップ接種の推進について協力要請がありました。東京都臨床整形外科医会からは、側弯症を中心とした運動器健診の推奨、家庭での調査の推進などについて説明がありました。

これらの他科への要望の要旨は、メールアドレスをお知らせいただいている会員の皆様にお知らせいたしました。会員の皆様には、東京

都医師会、東京都、他の臨床医会への要望など、忌憚のないご意見をお寄せいただくようお願いいたします。



## 日本臨床泌尿器科医会だより



東京泌尿器科医会 副会長 齋藤忠則  
(一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会副会長)

令和6年10月31日に日本医師会担当理事参加のもと、日本臨床各科医会代表者会議が三笠会館本店にて小児科医会担当で開催され、各科より日本医師会への要望や、タダラフィルのOTC化問題などにつき議論が交わされました。

第20回臨床検討会は、令和6年11月3日(日)にSHIROYAMA HOTEL kagoshima(旧城山ホテル鹿児島)4階パールにて新村友季子(にいむら病院理事長)会長のもと行われました。

特別講演は座長：榎田英樹先生(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 腫瘍学講座 泌尿器科学分野教授)で、野々村祝夫先生(大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学講座(泌尿器科)教授)より『尿路上皮がんの最新情報』の講演をいただきました。

教育講演は座長：矢内原仁先生(埼玉医科大学医学部 泌尿器科教授)で、川原和也先生

(川原・腎泌尿器科クリニック 院長)より『超高齢化社会における地域医療連携について－排尿障害他－』の講演をいただきました。

ランチョンセミナーは座長：武井実根雄先生(原三信病院 泌尿器科 部長)で、山本恭代先生(徳島大学 泌尿器科 准教授)より『女性外来で行っているLUTS診療』の講演をいただきました。

イブニングセミナーは、座長：野々村祝夫先生(大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学講座 泌尿器科 教授)で、鈴木啓悦先生(東邦大学医療センター佐倉病院 院長)より、『日本におけるmCSPCの標準治療(SOC)を考える』の講演をいただきました。また、一般演題も10演題の参加があり活発な質疑が交わされました。

現在、当医会では、「大規模言語モデルを有する生成AIを用いた、泌尿器科臨床のDx化

「推進の試み」進行中が、ホームページ上の会員専用ページ内に、「泌尿器科のためのChatBOT」が公開されました。日本泌尿器科学会JUAの理事会にお願いし、JUAの多くの臨床ガイドラインも条件付きで取り込む許可をいただきました。会員の皆様の利用により、今後のブラッシュアップが期待されます。



### 編集後記

9月の連休に単独で佐渡旅行に行ってきました。毎年、大学の同期たちと1泊2日の日程で主に新潟県でトレッキングを楽しんでいます。卒業後から続いているので赴く場所が減ってきています。今回自分が幹事になったため、思い切って世界遺産に指定された佐渡島に行こうと考え、下見に行きました。

事前の旅行計画では1日目は佐渡金山と朱鷺を見学、2日目はドンデン高原のトレッキングにしました。佐渡には鉄道はなく、バスも便数が極端に少ないため、レンタカーが必須です。予約を試みるもどこも一杯で予約できず、やっと佐渡両津港から徒歩20分のお店で軽自動車を借りることができました。新潟港からの交通はジェットfoil（新潟港⇄両津港）を利用しますが、1便の定員は250人弱であり、便数も午前中2便のみのため、14日前くらいのキャンセル待ちでやっと往復の予約が取れました。

初日ですが、雨の中「史跡佐渡金山」でトンネル内を見学し、ついで「佐渡奉行所」、佐渡奉行所と金山を結ぶ歴史の町である「京町通り」を観光しました。次いで「トキの森公園」を訪れ、遠目に朱鷺を観察しました。夕方、ホテルにチェックインしましたが、フロントの男性に、「ドンデン高原」までの道が雨のため土砂崩れを起こし、不通となっていることを聞き翌日の予定を変更することとなりました。

翌日はよく晴れて、西端の「佐渡国小木民族博物館・千石船展示館」を訪れました。風光明媚な地にある民族博物館は小学校の木造校舎を利用した建物で、展示館内では復元された千石船が見物でき有意義な経験でした。2日目は午後早い時間に両津港から帰途につき、無事帰宅できました。

佐渡には東京23区の1.5倍の面積に約5万5000人が住んでいるようですが、朝と夕に幹線道路で軽く車の渋滞を経験するのみで、港周辺を歩いて人も人通りはほとんどなく、世界遺産に指定を受けた金山も、3連休中にも関わらず東京近郊の観光地のような混雑とは無縁の世界でした。車を走らせるとすぐ舗装の行き届いた山道となり、緑豊かで心穏やかな経験でした。来年は同期と再度訪れる予定です。興味のある方は一度訪れてはいかがでしょうか。

(S.Y.)