

制限回数を超える医療行為について（案）

1 基本的考え方

- 保険給付を行うに当たって制限回数が設けられている医療行為を、当該制限回数を超えて行った場合の保険上の取扱いについては、以下の基本的考え方に従って整理する。

「医療上の必要性がほとんどないことを前提として、患者の要望に従い、患者の自由な選択の下に制限回数を超えて医療行為が行われることが想定されるものについては、当該制限回数を超える医療行為について、保険給付との併用を認める。」

- なお、保険給付を行うに当たって医療行為に制限回数が設けられているのは、これまでの中医協における議論の積み重ねであることを尊重しつつ、制限回数の設定の当否について検証を行い、その結果に基づき、必要に応じて診療報酬改定の際に所要の措置を講ずる。

2 保険給付との併用について

- 「別に厚生労働大臣が定める制限回数が設けられている医療行為」について、当該制限回数を超えて当該医療行為を行った場合に、選定療養の一類型として、今回新たに保険給付との併用を認める。
- 「別に厚生労働大臣が定める制限回数が設けられている医療行為」については、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会の報告について更なる検討を行った結果（別添）、別紙1に掲げる「検査」、「リハビリテーション」及び「精神科専門療法」（7項目）とする。
 - * なお、別紙2に掲げるヘリコバクター・ピロリの除菌については、現時点では、制限回数を超える医療行為について医療上の悪影響が懸念されるが、将来的に医薬品の適応拡大が保険適用された時点で、「別に厚生労働大臣が定める制限回数が設けられている医療行為」として保険給付との併用を認めるかどうかについて検討する。

3 制限回数の設定の当否に係る検証について

- 保険給付を行うに当たって医療行為に制限回数が設けられているのは、これまでの中医協における議論の積み重ねであることを尊重しつつ、別紙3に掲げる「検査」、「リハビリテーション」、「在宅」、「精神科専門療法」、「処置」、「手術」、「麻酔」等（135項目）について、制限回数の設定の当否について、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において検証を行う。
- 別紙1に掲げる医療行為（今回新たに保険給付との併用を認めるもの）及び別紙2に掲げる医療行為（将来的に保険給付との併用について検討することとしているもの）についても、併せて診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において検証を行う。
- 平成18年度診療報酬改定においては、上記の検証を踏まえ、必要に応じて、所要の措置を講ずる。

(別添)

別に厚生労働大臣が定める制限回数が設けられている医療行為について

1 考え方

医療上の必要性がほとんどないことを前提として、患者の要望に従い、患者の自由な選択の下に制限回数を超えて医療行為が行われることが想定されるものについては、当該制限回数を超える医療行為について、保険給付との併用を認めることとする。

2 上記考え方に従い、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会の報告について更なる検討を行った結果、以下について、「別に厚生労働大臣が定める制限回数が設けられている医療行為」とする。

(1) 検査（腫瘍マーカー）

腫瘍マーカーのうち、AFP（ α -フェトプロテイン、 α -フェトプロテイン精密測定）、CEA（癌胎児性抗原精密測定）については、患者の不安を軽減する必要がある場合には、保険給付との併用を認めることとする。

(参考)

- ・腫瘍マーカー：癌細胞が産生する物質で、癌の存在、進行度等の目印となる。
- ・AFP（ α -フェトプロテイン、 α -フェトプロテイン精密測定）
：肝細胞癌等の悪性腫瘍、肝硬変、慢性肝炎等で上昇する。
- ・CEA（癌胎児性抗原精密測定）
：消化器系癌等の悪性腫瘍、家族性大腸線腫症、慢性炎症等で上昇する。

(2) リハビリテーション

リハビリテーションのうち、理学療法（個別療法）、作業療法（個別療法）及び言語聴覚療法（個別療法）については、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合には、保険給付との併用を認めることとする。

(3) 精神科専門療法

精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアについては、患者家族の負担を軽減する必要がある場合には、保険給付との併用を認めることとする。

(別紙1)

保険給付との併用を認めることが適当と考えられる項目

検査

区分	診療行為	算定回数制限
D009・注1	腫瘍マーカー (AFP、CEA)	悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用はB001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、B001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、B001・3悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

リハビリテーション

区分	診療行為	算定回数制限
H001・1・イ	理学療法 (個別療法)	患者1人につき1日3単位に限り算定する。
H002・1・イ	作業療法 (個別療法)	患者1人につき1日3単位に限り算定する。
H003・1・イ	言語聴覚療法 (個別療法)	患者1人につき1日3単位に限り算定する。

精神科専門療法

区分	診療行為	算定回数制限
I009	精神科デイ・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。
I010	精神科ナイト・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

(別紙2)

将来的に保険給付との併用について検討する項目

ヘリコバクターピロリの除菌

区分	診療行為	算定回数制限
	ヘリコバクター・ピロリ除菌	除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。

注)

再除菌に関しては、現在保険収載されている治療薬(クラシロマイシン+アモキシシリン+プロトンポンプ阻害剤)では効果が期待できない。新たにモロニダゾール(ピロリ除菌に薬事適応なし)を含む治療(モロニダゾール+アモキシシリン+プロトンポンプ阻害剤)が保険適用された時点で、制限回数を超える場合に保険給付との併用を認めるかも含め検討されることとなる。

(別紙3)

制限回数の設定の当否について検証を行う項目 (別紙1及び2を除く)

検査

区分	診療行為	算定回数制限
B001・2・注2	特定疾患治療管理料・ 特定薬剤治療管理料	同一患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は月1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
D001・15	尿中特殊物質定性定量 検査 (マイクロトランスフェリン精密測定 (尿中))	3か月に1回に限り算定できる。
D001・16	尿中特殊物質定性定量 検査 (アルブミン定量精密測定)	3か月に1回に限り算定できる。
D001・18	尿中特殊物質定性定量 検査 (IV型コラーゲン定量精密測定)	3か月に1回に限り算定できる。
D004・10	穿刺液・採取液検査 (羊水中肺サーファクタントアポ蛋白 (SP-A))	糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において1回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は妊娠満32週より前の時期において1回に限り、満32週以降においては週1回に限り算定できる。
D005・9	血液形態・機能検査 (ヘモグロビンA1 (HbA1))	本検査、ヘモグロビンA1c (HbA1c)、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定するが、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D005・10	血液形態・機能検査 (ヘモグロビンA1c (HbA1c))	本検査、ヘモグロビンA1c (HbA1c)、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定するが、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D006-2	血液細胞核酸増幅同定 検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査)	6月に1回を限度として算定できる。

D007・11	血液化学検査 (フルクトサミン)	本検査, ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は, 月1回に限り主たるもののみ算定するが, 妊娠中の患者については, フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・12	血液化学検査 (マンガン)	高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して, 3月に1回に限り算定できる。
D007・19	血液化学検査 (グリコアルブミン)	本検査, ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は, 月1回に限り主たるもののみ算定するが, 妊娠中の患者については, フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・23	血液化学検査 (1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG))	本検査, ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は, 月1回に限り主たるもののみ算定するが, 妊娠中の患者については, フルクトサミン, グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・25	血液化学検査 (心筋トロポニンT定性)	心筋梗塞の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回に限り算定する。(すでに心筋梗塞の治療のために入院中の患者については算定できない)
D007・26	血液化学検査 (ヘパリン)	同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合, 算定は1回とし, 第1回の測定を行ったときに算定する。
D007・30	血液化学検査 (リポ蛋白(a)精密測定)	3月に1回を限度として算定できる。
D007・30	血液化学検査 (I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定)	原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定, 副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお, 骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回, その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り, また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。
D007・33	血液化学検査 (尿中デオキシピリジノリン精密測定)	原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定, 副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお, 骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回, その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り, また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。

D007・34	血液化学検査（アセトアミノフェン精密測定）	同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回の測定を行ったときに1回に限り算定する。
D007・36	血液化学検査（心室筋ミオシン軽鎖I精密測定）	同一の患者につき同一日に2回以上行った場合は、1回のみ算定する。
D007・36	血液化学検査（レムナン様リポ蛋白（RLP）コレステロール）	3月に1回を限度として算定できる。
D007・48	血液化学検査（1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ （1,25(OH) ₂ D ₃ ））	活性型ビタミンD ₃ 剤による治療開始後1月以内においては2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。
D008・10	内分泌学的検査（ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定）	入院中の患者については急性心不全又は慢性心不全の急性増悪時の病態把握のため、入院中の患者以外の患者については心不全の病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
D009・注1	腫瘍マーカー（AFP、CEA及びPSAを除く）	悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用はB001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、B001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、B001・3悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。
D009・7	腫瘍マーカー（PSA精密測定）	前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、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、PSA精密検査の検査結果が4.0ng/mL以上であって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回を上限として算定できる。
B001・3・注1	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、AFP、IAP及びBTAに係る検査のうち1又は2以上の項目を行い、そ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回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
B001・3・注2	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査のうち、1又は2以上の項目を行い、そ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回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

D012・9	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体）	<p>除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p> <p>① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験</p> <p>除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p>
D012・10	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定）	<p>除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p> <p>① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験</p> <p>除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p>
D012・16	感染症血清反応（H I V-1抗体価）	<p>輸血料（自己血輸血を除く）算定患者又は血漿成分製剤輸注患者に対して、当該輸血又は輸注の最終日から起算して概ね2か月後に行われた場合は、当該輸血又は輸注につき1回に限り算定できる。</p>
D012・17	感染症血清反応（H I V-1,2抗体価）	<p>輸血料（自己血輸血を除く）算定患者又は血漿成分製剤輸注患者に対して、当該輸血又は輸注の最終日から起算して概ね2か月後に行われた場合は、当該輸血又は輸注につき1回に限り算定できる。</p>