

第10回 一般外来勉強会



Q 休薬をしなければならないPPI製剤を初月に1か月分処方済みで、月途中内視鏡検査を行いピロリ菌除菌となった場合休薬期間が必要なのは患者様へお伝えしますが、レセプトを請求する上では休薬コメントはやはり必要か。

A コメント入れていただければ間違いはないかとおもいます。また、休薬を必要としない抗体測定での検査もごさいます。

Q 三次除菌を行うこととなり二次除菌後の除菌終了のコメントの他になにか詳記入れた方がよいでしょうか。

A 三次除菌から自費となるためコメントはなくて大丈夫かとおもいます。

Q 内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者とありますが急性でも慢性でも胃炎であれば大丈夫でしょうか。

A 大丈夫でございます。他院で内視鏡を行い診断がなされた場合はお忘れないよう確定病名をお願いいたします。

Qピロリ検査は迅速ウレアーゼ法、
尿素呼気試験等数種類ありますが、
感染診断・除菌後の診断で行った時
に実施できる検査はそれぞれ1種類の
みですか？

2種類以上同時に行うことは出来ます
か？

A 陰性だった患者に対して、異なる検査に
より再検査を実施した場合は、さらに1項目算
定できます。感染が強く疑われる場合に、異
なる検査法により再度検査を実施した場合は、
さらに1項目算定できます。

※この場合は、医療上の必要性を摘要欄に記
載することとなっております。

Q感染診断の検査→除菌→除菌後の
検査と検査2回行うのが一般認識で
よろしいでしょうか。

A 基本的に検査2回行うまでがピロリ菌
除菌の一連の流れであると医師から伺っ
たのでその認識で良いかと思えます。



在宅自己注射について

在宅自己注射指導管理料

在宅自己注射指導管理料を算定するにあたり、入院もしくは外来で2回以上の指導を行ってから算定が行えるようになる。
初診料算定時は基本的に在宅自己注射管理料は算定できない。

算定点数

1. 複雑な場合=1,230点
2. 1以外の場合
 - イ 月27回以下の場合=650点
 - ロ 月28回以上の場合=750点

導入初期加算

新たに在宅自己注射を導入した患者に対しては、3か月を限度として、月1回に限り、「導入初期加算」として580点を算定することができる。処方内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定できる

各加算について

注入器加算・注入器用注射針加算

糖尿病治療での加算
血糖自己測定器加算

算定要件

- ・在宅自己注射に係る指導管理は、当該在宅自己注射指導管理料の算定の対象である注射薬の適応となる疾患の患者に対する診療を日常の診療においておこなっており、十分な経験を有する医師がおこなうこと
- ・在宅自己注射の導入前には、入院または2回以上の外来、往診もしくは訪問診療によって、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導をおこなうこと
- ・かかりつけ医師と異なる医師が在宅自己注射に係る指導管理をおこなう場合には、緊急時の対応などについて当該かかりつけ医師とも十分な連携を図ること
- ・在宅自己注射の実施に伴う廃棄物の適切な処理方法などについても、併せて指導をおこなうこと

注入器加算・注入器用注射針加算

注入器加算

300点

「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスプレイポータブル注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。

注入器用注射針加算

- 1 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点
- 2 1以外の場合 130点

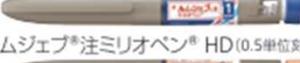
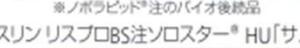
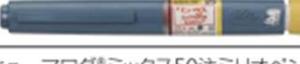
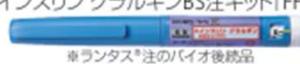
血糖自己測定器加算（外来）

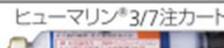
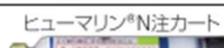
月20回以上測定する場合**350点**

月30回以上測定する場合**465点**

月40回以上測定する場合**580点**

月60回以上測定する場合**830点**

		ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	日本イーライリリー株式会社	サノフィ株式会社	株式会社三和化学研究所 (製造販売元：富士フィルム富山化学株式会社)
超速効型 	食事開始時後	フィアスプ®注フレックスタッチ® 	ルムジェブ®注ミリオベン®  ルムジェブ®注ミリオベン® HD (0.5単位刻み) 		
	食直前	ノボラピッド®注フレックスタッチ®  ノボラピッド®注フレックスペン® 	ヒューマログ®注ミリオベン®  ヒューマログ®注ミリオベン® HD (0.5単位刻み) 	アビドラ®注ソロスター®  インスリン アスバルトBS注ソロスター® NR「サノフィ」  ※ノボラピッド®注のバイオ後継品 インスリン リスプロBS注ソロスター® HU「サノフィ」  ※ヒューマログ®注のバイオ後継品	
速効型	食事30分前	ノボリン®R注フレックスペン® 	ヒューマリン®R注ミリオベン® 		
配合溶解	食直前	ライソデグ®配合注フレックスタッチ® 			
混合型	食直前	ノボラピッド®30ミックス注フレックスペン® 	ヒューマログ®ミックス25注ミリオベン® 		
		ノボラピッド®50ミックス注フレックスペン® 	ヒューマログ®ミックス50注ミリオベン® 		
	食事30分前	ノボリン®30R注フレックスペン® 	ヒューマリン®3/7注ミリオベン® 		
中間型		ノボリン®N注フレックスペン® 	ヒューマリン®N注ミリオベン® 		
持効型溶解 		トレスーパー®注フレックスタッチ® 	インスリン グラルギンBS注ミリオベン®「リリー」  ※ランタス®注のバイオ後継品	ランタス®XR注ソロスター®  ※このインスリンは、1.5mL 450単位含有製剤で、他のインスリンと濃度が異なるため、シリンジでインスリンを抜き取らないこと。	インスリン グラルギンBS注キット「FFP」  ※ランタス®注のバイオ後継品
		レベミル®注フレックスペン® 		ランタス®注ソロスター® 	
配合薬 		ゾルトファイ®配合注フレックスタッチ® 		ソリクア®配合注ソロスター® 	

		ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	日本イーライリリー株式会社	サノフィ株式会社
専用注入器		ノボペン®6)  ノボペン エコー®プラス) (0.5単位刻み) 	ヒューマペン®サビオ®(あずきらくいす/銀氷色) 	イタンゴ® 
超速効型 超速効	食事開始時後	フィアスプ®注ベンフィル® 	ルムジェブ®注カート 	
	食直前	ノボラビット®注ベンフィル® 	ヒューマログ®注カート 	アビドラ®注カート  インスリン アスバルトBS注カート NR「サノフィ」  <small>※ノボラビット®注のバイオ後続品</small> インスリン リスプロBS注カート HU「サノフィ」  <small>※ヒューマログ®注のバイオ後続品</small>
速効型	食事30分前		ヒューマリン®R注カート 	
混合型	食直前	ノボラビット®30ミックス注ベンフィル® 	ヒューマログ®ミックス25注カート 	
		ノボラビット®30ミックス注ベンフィル® 	ヒューマログ®ミックス50注カート 	
	食事30分前		ヒューマリン®3/7注カート 	
中間型			ヒューマリン®N注カート 	
持効型溶解 持効		トレシーバ®注ベンフィル® 	インスリン グラルギンBS注カート「リリー」  <small>※ランタス®注のバイオ後続品</small>	ランタス®注カート 
		レベミル®注ベンフィル® 		

	ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	日本イーライリリー株式会社	
1日1回 GLP-1	ビクトーザ®皮下注18mg 		
週1回 GLP-1	オゼンピック®皮下注2mg 	トルリシティ®皮下注0.75mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております	
	日本イーライリリー株式会社 / 田辺三菱製薬株式会社		
週1回 GIP/GLP-1	マンジャロ®皮下注2.5mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております	マンジャロ®皮下注5mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております	マンジャロ®皮下注7.5mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております
	マンジャロ®皮下注10mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております	マンジャロ®皮下注12.5mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております	マンジャロ®皮下注15mgアテオス®  あらかじめ針が装着されております

リブレについて

間歇スキャン式持続グルコースモニタリング：リブレ

採血をしなくても血糖値のおおよその値が測定でき、
1度の装着で14日間、血糖値の推移を確認できる機器

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの**1250点**

インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り所定点数に加算する。



糖尿病以外での在宅自己注射指導管理料算定例

デュピクセント

*在宅自己注射指導管理料（1以外）（月27回以下）		
前治療要件ア（デュピクセント皮下注）		
I G A スコア 4		
前治療要件イ（デュピクセント皮下注）		
全身E A S I 23.1、頭頸部 2.4		
前治療要件ウ（デュピクセント皮下注）		
B S A 37%	650 ×	
<hr/>		
*在宅自己注射指導管理料2（1以外の場合）		
（月27回以下の場合）	650 ×	1
*導入初期加算（在宅自己注射指導管理料）		
	580 ×	1
★デュピクセント皮下注300mgペン		
2mL 6キット		
2週間に1回	32195 ×	1

- *施設要件ア(デュピクセント皮下注)
- *患者要件ア(デュピクセント皮下注)
- *患者要件イ(デュピクセント皮下注)
- *慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注);令和 5年 7月 14日
- *本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注): 右3 左3
- *本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注): 2
- *本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注): 10週間
- *24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注): 喘息もあり、投与継続によって鼻症状と喘息のコントロールが良好のため

ご静聴ありがとうございました



info@medical-takt.com

次回は6月17日13:00からとなります。
す。

ご不明点・ご相談ごとございましたら
申し込みメールアドレスへご連絡いた
だきますようお願いいたします。