

令和 7 年度 9 月 静岡県産婦人科社保講習会

一般

1. 何度注意しても傷病名の転帰を取らず、不妊症と妊娠の傷病名が混在していたり、術後も子宮筋腫や卵巣嚢腫の傷病名が残っている場合はどのように対処したら良いですか。旧傷病名の転帰をとってもらいたい良い方法はありますか。

解答：すべて返戻してください。傷病名整理の対象となります。

2. 新生児特定集中治療管理料に関して未熟児の扱いについて各県および本部のご意見はいかがでしょうか？

算定対象は条件としてはア～スとあり、エ未熟児とあります。保険者は未熟児とは 2500 g 未満ではと申し出てきてます。しかし、小児科の先生に確認したところ、未熟児とは 2500 g 未満の低出生体重児や 37 週未満の早期産児なので 37 週未満で生まれた児でも算定出来るのではとの回答でした。解釈には未熟児の定義の記載はありません。いかがでしょうか？

解答：母子保健法第 6 条第 6 項で、「未熟児とは、身体の発育が未熟のまま出生した乳幼児であって、正常児が出生時に有する諸機能を得るに至るまでのものをいう」とされています。これに合えば 37 週未満の早産児でも算定可です。

3. CIN3 における悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定について

2021 年の香川県の質問「子宮頸部上皮内癌は子宮頸癌取り扱い規約からは削除されていますが、特定疾患療養管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は妥当でしょうか」に対して、「現時点では、子宮頸部上皮内癌の悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は可としています」との本部水本先生回答案でした。近年は、子宮頸部高度異形成と上皮内癌の区別がなくなり、CIN3 と表現するようになりましたが、CIN3 においても悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は認められるでしょうか。

解答：CIN3 において悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は認められない。

4. ハイリスク分娩管理料の算定について

算定要件を満たす選択的帝王切開目的で手術前日に入院した場合、手術前日（入院日）からハイリスク分娩管理料を算定する機関があります。ハイリスク分娩管理料の算定は分娩日からと判断し、査定しています。各県いかが取り扱われていますか。

解答：帝王切開前の入院日であっても分娩の準備段階と考えて認めていく。

検査

1. 妊娠糖尿病合併妊娠・分娩で分娩中（ハイリスク分娩等管理加算算定している）の血糖検査を頻回にしています。1日の回数に特に上限はありませんか？

解答：分娩中では点滴にもよりますがそれでも血糖検査は4-6回程度でしょう。

2. 日産婦ガイドライン産科編では、妊娠糖尿病の患者に対して分娩後6～12週の75gOGTTが推奨されているが、産後の同検査も妊娠糖尿病の確定病名のみで算定可能か、それとも糖尿病の疑い等の新病名が必要か？ 社保便覧には妊娠中検査の記載のみ（P125）

解答：妊娠糖尿病であれば、新たな病名は必要ないと思います。ただし、常用負荷試験は算定できますが、耐糖能精密検査は算定できません。耐糖能精密検査算定のためには糖尿病（疑いでも可）の病名が必要です。

3. HPV ジェノタイプ判定を2回目に算定をする場合、前回からどれくらいの間隔をあける必要がありますか？また、2回目の検査の前に、組織診でCIN1あるいはCIN2であることを再度確認しておく必要がありますか？

解答：CIN1や2が出ていて一度HPV ジェノタイプを行った後、組織検査なしで再度HPV ジェノタイプを行うことは可とはなっていません。算定する時は前回の検査日をレセプトに記載する必要があります。パートナーとの関係もあり、一概には言えませんが、間隔的には半年は短く少なくとも年単位の間隔が必要でまた検査前には一般的には組織検査でCIN1、CIN2の確認後の算定が妥当と考えます。

4. トキソプラズマ抗体検査：ウイルス疾患でないため、IgG、IgMの併算定ができる（社保便覧132頁）。しかし、点数表では、D012の14 トキソプラズマ抗体93点+15 トキソプラズマ IgM 抗体95点で請求するため、（トキソプラズマ抗体 IgGの項目がない）査定となるか。

解答：その通りです。トキソプラズマ抗体検査（抗体判定量）の検査陽性の場合、トキソプラズマ抗体とトキソプラズマ IgM 抗体検査を行う。トキソプラズマ抗体がトキソプラズマ IgG 抗体のことです。

5. 膣トリコモナス核酸及びマイコプラズマ・ジェニタリウム同時核酸検出の算定要件は、リアルタイム PCR 法により、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又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して治療法選択のために実施した場合及び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のために実施した場合に算定する、となっています。縦覧点検にて、検鏡の算定やフラジールなどによるトリコモナス検査・

治療が行われていない症例、単にマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の疑いのみで臨床症状に関する病名の記載やコメントのない症例がみられます。査定と考えていますが、全国的には本検査の算定状況や査定状況など、どの様になっているのかご教示お願いします。

解答：請求数は少なく全国的にどのようなになっているか把握できていません。基本は安いものから検査するのが一般的です。臨床症状に関する病名の記載やコメントのない症例では査定です。

6. 免疫チェックポイント阻害剤の副作用チェックについてお聞きします。各ブロックで何度も話題になっていると思います。「検査は治療開始前と治療開始後、原則月2回程度です。状態が不安定であると示した詳記がある場合はこの限りではありません。」とご回答を頂いていますが、「治療開始前と治療開始後」の適応は初回治療時でしょうか。また、「原則月2回程度」は、その後の治療中「原則月1回」で何か症状（状態の変化）があれば追加可能で「通常はせいぜい2回まで」と考えて良いのでしょうか。

解答：2回までと考えてください。症状によっては1-2回追加することもあります。詳記対応。傾向的なら査定対応で。他科での審査会で検討してください。

7. 採卵術/胚移植術当日の超音波検査は算定不可となっているが、人工授精(術)当日の算定は可となっています。なぜ、人工授精(術)当日の算定は可で、採卵術/胚移植術当日の算定は不可なのか。その根拠は何か。ご教授ください。

解答：人工授精時の超音波検査は手術のタイミングを見るためのものなので可です。採卵術は手術時のガイドとしての超音波検査、胚移植術は既にプログラムされているものなので不可です。

8. 最近、子宮頸部細胞診を液状検体で行っている施設が多いと思われませんが、ASC-USの結果が出た場合、残っている液状検体で、HPV簡易ジェノタイプの検査は可能でしょうか、またその際の保険請求は

- ・病院の近くに住んでいる患者さんの場合は、再診の上、細胞診の結果説明後に HPV 検査が必要と説明したうえで請求でしょうか

- ・遠方に住んでいる患者さんで来院困難（県外など）な場合は電話で細胞診の結果を連絡後に HPV 検査は可能でしょうか

解答：細胞診の結果を受け、HPV 核酸同定検査を同一検体で追加検査をした。というような詳記があれば算定可能と考えます。採取料は算定できません。

9. 「卵巣癌の疑い」単独病名に対する超音波検査、腫瘍マーカーの算定について卵巣癌を疑う根拠となる診断名（例えば 卵巣腫瘍）がない場合、明らかにスクリーニ

ングであり、実態のない検査のための病名として「いずれの検査も原則査定」と考えますが、各県・本部の御見解をお聞かせください。

解答：本来は、「卵巣嚢腫」があり「卵巣がんの疑い」があるのが望ましいです。医療機関への指導もお願いします。

10. ホルモン産生卵巣腫瘍疑い病名での「FSH」「エストラジオール」の算定について

58歳女性。不正性器出血、ホルモン産生卵巣腫瘍の疑い、の傷病名で、「FSH」「エストラジオール」の各々の算定は認めてよいのか？

エストラジオールは可と考えますが、FSHは如何でしょうか？各県の状況および本部の見解をお願いします。

解答：ケースバイケースと思われます。この症例でいえば、子宮内膜病変の確認や精査が行われているのか、付属記領域に該当する病変（の病名）があるのか、また、一次施設での初診時なのか、診断に難渋して紹介された症例かなどによって、症例毎に必要性をご判断ください。

11. 胎盤遺残でのhCG測定は認められる（令和4年社保協議会）とのことですが、経過観察中の胎盤ポリープでは認められますか。また、認められる場合その検査間隔、回数などは？

解答：特定の施設からの傾向的な請求でなければ、胎盤遺残と同様に認めてよいと思われます。回数や間隔は、出血量や遺残のボリュームなどにより個別の判断となります。むしろルーティンでスクリーニング的に行われているのであれば査定の対象と考えます。

投薬・注射

1. オキシコナゾール硝酸塩膣錠 600mg の処方が認められましたが、膣洗、細菌培養、簡易培養などがなく、処方のみの場合も認められますか。この場合、現在はカンジダ膣炎がなく、将来にかかった場合に備えての処方とも考えられます。

解答：視診でも診断可能と考えますので、カンジダ膣炎の病名が新規にあれば、検査なしで2錠までは認められると考えます。

2. オキシコナゾール膣錠 600mg 投与について

カンジダ膣炎に対して本剤は2錠まで投与可能ですが、さらに追加投与する例が見受けられます。3錠以上の投与は査定となりますが、カンジダ膣炎が再発しやすいことを考

慮すると、ある期間を経れば認めてよいのではと考えます。その際にどの程度の期間を経れば認めているのか、また病名の追加が必要かをお伺いします。

解答：添付文書に2錠とある以上原則は2錠までとなります。ご指摘の通り、妊娠中や再発を繰り返す例においては、それ以上の投与が必要となる場合があります。一方単純に同じ治療を繰り返すほかにも内服や他の錠剤を使用するなどの選択肢もあります。添付文書を超える使用ですから、これがあればよいという定義は難しく、あくまでもケースバイケースということになります。簡易培養は治療後7日（治療開始後14日）程度以上開けて再検するのが妥当と考えます。従いまして、ロジカルにつきつめると、詳記は必要ということになります。

なお、急性感染症ですので、2か月以上前の病名であれば、新たな感染として新たな病名のもとで新たに2錠使用することは問題ないと思われます。

3. 不妊症でエフメノの使用は認められますか。一応、「卵巣機能不全」など「卵巣欠落症状」を示す傷病名の記載と、エストラーナテープの処方を行っています。

解答：適応がないので、特別な事情がない限りは算定不可と考えます。

手術・処置

1. 鉗子・吸引・骨盤位娩出術時の会陰（膣壁）裂創縫合術について

鉗子・吸引・骨盤位娩出術時に伴い会陰切開及び縫合術を行った場合、会陰裂傷の傷病名がなくても会陰（膣壁）裂創縫合術は算定可でしょうか。会陰裂傷の傷病名の記載がない場合に保険者より再審査請求が多く届きます。

解答：傷病名があったほうが望ましい

2. K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術の（2）傍大動脈は、「子宮体がんから傍大動脈リンパ節に転移したものに対して実施した場合」となっています。また、単独に施行した場合と限定されています。

どの様な場合に算定可能でしょうか。腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（IAに限る）後のリンパ節郭清ではおかしいですし、腹腔鏡下あるいは子宮全摘後に子宮内膜がんと診断された場合というのも術前の評価が不十分ということになります。臨床検査から子宮体がんと診断されるが、子宮には触れずにリンパ節だけ郭清する、以前に子宮体がんで子宮全摘術で終わっていたが、経過観察中に傍大動脈リンパ節の転移が診断されたので郭清する、なども考えられますが、いかがでしょうか。

解答：子宮体癌で腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術施行後（IA期）、その後再発でのリンパ節転移の際の算定です。基本は単独請求です

3. TLH（全腹腔鏡下子宮全摘術）は良性を中心とした子宮疾患の子宮全摘術として広く行われるようになってきていますが、手術後の腔断端離開の発生が問題となることもあります。TLHを行なった3週間後に腔断端離開となった症例に対して、腹腔鏡下に腔断端を再縫合した場合、創傷処理 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）3090点、および麻酔料（閉鎖循環式麻酔4、および5）の算定は妥当でしょうか？

解答：手術内容によると思われます。特殊な場合なので、手術記録等で確認できれば問題ないのではないかと思います。

4. 「子宮脱」および「子宮筋腫」の傷病名で、「腹腔鏡下腔式子宮全摘術」（K-877-2, 42050点）と「腔壁形成手術」（K-860, 7880点）が請求された例です。保険者から、両術式とも、経腔的アプローチが行われており併算定は過剰ではないかとの申し出がありました。併算定は可能でしょうか。

なお、支払基金の本部は協会健保の問い合わせに対し、過剰であり「腔壁形成手術」は査定とされる、との見解を示しているようです。

解答：同一視野の手術となり腹腔鏡下腔式子宮全摘術42050点のみの算定が適当と考えます。今後認めていただけるように働きかけたいと思います

5. 子宮附属器悪性腫瘍手術の算定について

麻酔時間(200分前後)からみて手術内容に疑義あり との保険者からの申し出があり、返戻して手術内容を確認したところ「卵巣癌に対して 子宮全摘術+子宮附属器切除術(両側)+大網切除術を施行、骨盤リンパ節郭清は省略」との回答でした。

1) 標準術式を「子宮全摘術+子宮附属器切除術(両側)+大網切除術+骨盤リンパ節郭清術」と考えて「骨盤リンパ節郭清を施行していないのでは？」との疑義と思われますが、術前診断でリンパ節郭清の必要性がないと認められ、且つ、術中の視触診でリンパ節の腫大が認められない症例に対しては、骨盤リンパ節郭清術の有無に拘わらず、子宮附属器悪性腫瘍根治術として妥当 としております。各県の対応、本部の御見解をお聞かせください。

2) 麻酔時間による疑義については 縮小手術、術者の熟達度等により時間短縮が可能と考えられるので、極端に短い時間でなければ 麻酔時間は問わないこととしています。各県・本部の御見解をお聞かせください。

解答：1) ご指摘の通り、最終的には手術中の所見に基づく術者の判断ということになると考えられますので、手術においてそのプロセスがふまれた場合には術式は妥当と考えます。

2) その通りでよいと考えます。逆に低侵襲や短時間の手術における高額な麻酔請求(手

術点数を上回る麻酔点数) については、手術記録を確認するなどしていただき、慎重にご判断いただくようお願いいたします。

6. 異所性妊娠において腹腔鏡下あるいは腹式に卵管切除を行った場合、異所性妊娠手術ではなく卵管全摘除術で請求してくる施設があるが、認めて良いか？(卵管全摘除術は婦人科疾患に対する術式か)

解答：異所性妊娠に対する手術であるので、異所性妊娠手術での算定とすべきと考えます。

不妊関係

1. 一般不妊治療保険適応の年齢上限に関して。

体外受精の年齢上限は 42 歳、人工授精は制限無しとなっていますが、それ以外の一般不妊治療の診療行為、すなわち一般不妊治療管理加算、タイミング法の超音波検査、排卵誘発の際の処方、配偶者が高年齢の男性の精液検査などが保険適応となる年齢の上限をお示し下さい。

解答：一般不妊治療に対する年齢制限は設けられていません。閉経が考えられる年齢については極めて症例数が限られると思われるので、詳記を求めるなど状況を明示して請求するようにしていただくのが妥当と考えます。

2. 採卵時の静脈麻酔について

採卵術時の静脈麻酔で、十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)と十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)を、傾向的にそれぞれ算定する機関が 2 施設あります。そのため保険者からの再審査が多数あります。必要があると判断し算定を認めていますが、各県いかがお考えでしょうか。

解答：短時間のものの請求は認めていただいてもよいと考えますが、長時間が続くのであれば、詳記を求めている方がよいのではないかと考えます。

3. 凍結胚を残して妊娠・分娩の後、残存している凍結胚の移植を希望して来院された場合です。凍結胚が保険化以前の自費診療で保存されていて、初診料を算定して移植治療を行った場合、胚が残っていたから再診ではないかとしばしば保険者から再審が戻ってきます。この場合に、胚保存が自費で行われてはいたが、妊娠判明時点から、分娩後の具体的な胚移植の計画が立てられていなかった場合には、妊娠し経過が順調であった場合、不妊治療はいったん終了となるために、再度の受診時点では初診として扱うのは妥当だと考えますが本部の見解は如何でしょうか。

解答：凍結胚管理料に相当する料金を自費で算定している形なので自院で凍結保存しているのであれば初診料ではなく再診扱いとする。

4. 精子の凍結保存が保険化されましたが、男性の年齢に制限はありません。しかし女性側には体外受精治療の保険適応に関して 43 歳未満であること、移植回数の制限があります。従って女性側の年齢が 43 歳を超えた時点や移植回数限度を超えた場合に、精子凍結保存に対する保険適応の条件は満たさなくなりますか。またはこれらの保険給付の制限を超えた場合でも、保険の適応になるのでしょうか。

解答：不妊治療はカップルとして考えるので女性側が保険の条件を満たさなくなったあとの精子凍結保存は保険適用外である。

5. 一般不妊治療などでの頸管粘液検査は 1 周期何回くらい認められますか？以前は 4 回くらいは認めておりましたが、最近結構保険者からの再審が来ます。昔の社会保険の ABC の本には 4 回くらいは可能となっておりましたが、最近記載も無くなっておりません。

解答：原則は変わっていない。1 周期 3～4 回程度である。

6. 不妊症における子宮内膜生検標本の免疫染色について

慢性子宮内膜炎の組織検査では免疫染色 CD138 陽性細胞の確認が診断に有用とされていますが、最近免疫染色が査定されるようになりました。他県ではどのように取り扱われていますか。

解答：先進医療であり、請求不可です。

7. ホルモン補充周期での凍結融解胚移植後のデュファストン併用の可否について

ホルモン補充周期での凍結融解胚移植の場合、黄体ホルモンの膣錠を使用することが多いと思われますが、その際にデュファストンの内服を併用することは可能でしょうか。また、同周期に妊娠が成立し、切迫流産となった場合はデュファストンを併用して良いのでしょうか。

解答：デュファストンの内服を併用については不可です。切迫流産となった場合のデュファストンの併用は投与の目的が異なる薬剤なので制度上は可能です。

8. エストラナテープ 0.72mg はその効能・効果の一部に生殖補助医療における調節卵巣刺激の開始時期の調整や凍結融解胚移植におけるホルモン補充周期とあります。エストラナテープの適切な使用法・使用量について教えてください。ある医療機関ではその月の 18 日に胚移植を行うにあたり 1 日に 18 枚、12 日に 25 枚、29 日に 10 枚のエストラナテープの処方があります。どのように対処すればよろしいのでしょうか。

解答:最大 5.76mg ですのでエストラジオール最大 8 枚 1 日おきに使用可能になります。
内膜肥厚などの移植時期が適切でなかったから増量したなどの可能性もあり詳記を求
めるのが良いかと思います。

〈生殖補助医療における調節卵巣刺激の開始時期の調整〉

通常、エストラジオールとして 0.72mg を下腹部、臀部のいずれかに貼付し、21~28 日
間、2 日毎に貼り替え、投与期間の後半に黄体ホルモン剤を併用する。

〈凍結融解胚移植におけるホルモン補充周期〉

通常、エストラジオールとして 0.72~5.76mg を下腹部、臀部のいずれかに貼付し、2 日
毎に貼り替え、子宮内膜の十分な肥厚が得られた時点で、黄体ホルモン剤の併用を開始
して、妊娠 8 週まで本剤の投与を継続する。