

平成30年度
第35回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：平成30年10月20日(土)午後4時～6時
場 所：城山ホテル鹿児島 4階「カトレア」

第35回九州各県内科審査委員懇話会

日時：平成30年10月20日（土）午後4時～6時

場所：城山ホテル鹿児島

（鹿児島市新照院町41番1号 099-224-2211）

◇提案事項

- (1) 上部又は下部内視鏡検査時の鎮静剤投与について (佐賀県)
- (2) 特定薬剤治療管理料及び悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定日について (佐賀県)
- (3) 遊離カルニチン及び総カルニチン測定の適応病名について、『イ』及び『ウ』に記載されている疾患以外は認められないのでしょうか (佐賀県)
- (4) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランへの対応 (宮崎県)
- (5) 外来診療での抗菌薬(注射薬)の「単回投与」に対する審査方針を伺いたい。
現在の取扱い、および将来的な方向性についてお伺いしたい。 (宮崎県)
- (6) 緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP4阻害剤の適応について (沖縄県)
- (7) 外来でのPCT(プロカルシトニン)と血液培養について。 (沖縄県)
- (8) プレガバリン(リリカ)の適応について (大分県)
- (9) 原審査および再審査における審査結果理由の連絡欄の記載について (大分県)
- (10) 甲状腺ホルモン関連検査(FT3,FT4,TSH)の測定頻度について (長崎県)
- (11) 大腸内視鏡検査の観察範囲について (長崎県)
- (12) DPCの入院料に於ける救命救急入院料、特定集中治療室管理料の取扱いについて (熊本県)
- (13) 消化管内視鏡検査における静脈麻酔薬の使用について (熊本県)
- (14) サムスカについて当県では以下のような取り決め事項を結構厳密に対応していますが貴県ではいかがですか？ (福岡県)
- (15) 漢方エキス製剤の上限規制についてお伺いします。 (福岡県)
- (16) 配置医師でない保険医による定期的な往診について (鹿児島県)
- (17) 「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でのHbA1c測定について (鹿児島県)

提 案 事 項 及 び
各 県 か ら の 回 答

(1) 上部又は下部内視鏡検査時の鎮静剤投与について（佐賀県）

《 提案要旨 》

内視鏡検査に関する事務連絡では、「鎮静下を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は要件を満たせばそれぞれの所定点数を算定できる」とありますが、モニターに係る検査をしなければ内視鏡検査をしてはならないとの記載はありません。

以上を踏まえて以下の①及び②についてお尋ねします。

- ①鎮静下で内視鏡検査を施行する場合は、モニターなどで患者の全身状態を把握する必要がありますが、モニターに該当する検査をしなくても、上記の通りに鎮静下に内視鏡検査を実施してもよいことになりますが、それでよろしいでしょうか。
- ②鎮静剤の範囲をご教授ください。催眠・鎮静剤・抗不安薬に分類される注射薬は全て対象薬と考えてよろしいでしょうか。特に全身麻酔の導入剤であるミダゾラムはいかがでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

- ①本県社保において、鎮静剤使用時にモニター使用をした際でも内視鏡検査時のモニター使用の算定は原則認めておりません。（特別、不安定狭心症やCOPDなどの呼吸障害などが基礎疾患としてあり、監視下が不可欠な際は、そのための詳記など記載してもらい、特殊な例の時のみとしております）
- ②前処置としての鎮静剤の範囲はサイレースなどの催眠薬、セルシンなどの抗不安薬・鎮静剤やオピスタンなどの麻薬系（下部）などは上部・下部での検査のみの場合は1剤まで、手術の場合は2剤までと分けて認めている。ただし、ミタゾラムは麻酔医などのいるような緊急時に対応の出来る施設のみ使用可となっており、それに準じて現時点では一般的に認めていません。ファーストチョイスで使う薬剤ではないと考えております。

【沖縄県】

- ①モニターに関して
モニターに関しては当県では査定の対象となっている。ただし、状態の悪い患者、肺気腫の重症例、小児の場合などはコメントを見つつ判断している。通常はレセプトに上がることがないため、各医療機関は算定していないものと考えている。
- ②鎮静剤の投与に関して
同じベンゾジアゼピン系であれば認めている。

各 県 からの 回 答

【大分県】

- ①モニター等で患者の全身状態を行うこととあり、モニターの算定の有無により内視鏡検査の算定の可否はしていない。
- ②催眠・鎮静剤・抗不安薬は対象としている。
- ミダゾラムも対象としている。

【長崎県】

- ①モニターなしでの鎮静下内視鏡検査を認めています。
- ②以下の薬剤のいずれか1錠のみを認めています。併用は認めていません。
- また、拮抗剤も認めています。
- ・オピスタン(塩酸ペチジン)
 - ・ペンタジン(ペンタゾシン)
 - ・セルシン(ジアゼパム)
 - ・ドルミカム(ミダゾラム)
 - ・サイレース(ロヒプノール等フルニトラゼパム)
 - ・プレセデックス
- なお、プロポフォールについては、全身麻酔または静脈麻酔を実施する場合のみ認めています。

【熊本県】

- ①モニターに関わる検査を内視鏡検査の鎮静剤投与の算定要件にはしていない。
- ②認めている鎮静剤はすべてではなく、上部消化管検査では、ベンゾジアゼピン系麻酔薬、ミダゾラム(ドルミカム)、ジアゼパム、(ホリゾン、セルシン)のいずれか一つ、下部消化管検査においては、ジアゼパム、ミダゾラム、に加えてオピオイド系鎮痛剤、ペチジン(オピスタン)のいずれか1剤の使用を認めている。
- しかし、検査が長時間になる場合はベンゾジアゼピン系とオピオイドの併用を認めている。
- 静脈麻酔薬、プロポフォールの使用は認めていない。
- * 参考:内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン
(日本消化器内視鏡学会。日本麻酔科学学会、2013年)

【福岡県】

- ①内視鏡検査では、鎮静剤の使用の有無を問わずモニター実施は認めています。
- ②国保では、現在ホリゾンは認めています。が、社保はミダゾラムは認めているので、国保もミダゾラムは認めても良いのではと考えています。
- 但し、高齢者への使用については個々の症例で勘案する必要があるでしょう。

【鹿児島県】

【国 保】

①鎮静・鎮痛目的の使用の有無にかかわらず

- 1) 心電図 病名より、心電図検査が必要と判断される場合は認める。
- 2) 呼吸心拍監視 重篤な心機能障害を有する患者またはその恐れのある患者に対して、常時監視を行なっている場合は認める。
- 3) 経皮的動脈血酸素飽和度測定

ア)呼吸不全もしくは循環不全または術後の患者であって、酸素吸入もしくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ)静脈麻酔、硬膜外麻酔または脊椎麻酔を実施中の患者に行なった場合
なお 鹿児島県国保審査会では、医療機関に以下の文書を送付している。

消化管内視鏡検査時の鎮静剤については、患者の苦痛の軽減を目的とした使用を認めているところですが、鎮静剤の中には半減期の長短で麻酔の影響が長時間残り、特に外来患者の場合は拮抗剤の使用による危険性も高いことから、鎮静剤及び拮抗剤の取扱いについて下記のとおりとしますので、よろしくお願い致します。

記

- ・フルニトラゼパム（ロヒプノール、サイレース等）の外来患者に対する使用は、必要最小限に止めるべきであり、原則認められません。
- ・上部消化管に対するオピスタン注は原則認められません。
- ・拮抗剤（フルマゼニル、ナロキソン塩酸塩等）は、鎮静剤として認められる薬剤に対して自然覚醒が得られなかった場合に限りご使用ください。単なる薬効の解除のためにルーチンとして使用することは原則認められません。

* 委員の意見

ベンゾジアゼピン

セルシン、ホリゾン半減期が長いですが、従来、中心的に使用され、副作用も少ないことより認めている。超短時間型のミタゾラムも認めている。

フルニトラゼパムは、半減期が長いので、特別なことがない限り認めない。
(使用する場合は詳記がいる)

❖ 静脈麻酔薬としてのプロポフォール

薬剤的には内視鏡検査の鎮静薬としたら、2013年の内視鏡検査における鎮静に関するガイドラインにもあるように、ベンゾジアゼピン系+鎮痛剤よりも、副作用、効果とも良好とこのことがあり、使用は認めてよいと考える。

❖ アネキセート使用時には詳記が必要。

各県からの回答

【鹿児島県】

【社 保】

①鎮静剤使用時は酸素飽和度等、モニターすべきであり、殆どの医療機関はそうしていると思われる。「モニターしなくても、鎮静下に内視鏡検査を実施してよいか」との質問であるが、それは主治医の判断になるので、保険診療として内視鏡検査をしてはいけないということではないと思う。

鹿児島県の現状は、前述の通り、殆どの医療機関はモニターをしているはずであるが、大半は保険請求されていない。請求されても「低酸素血症疑い」の病名や詳記等がない場合は査定になっている。

(医学的には安全性の面から、鎮静剤使用時はモニターすべきであり、病名や詳記がなくても認めるべきであり、個人的には矛盾を感じるが・・・)

②現在、内視鏡検査時の鎮静における保険適応を取得している薬剤はなく、各県で取り扱いに差異があるようである。

鹿児島県ではベンゾジアゼピン系[ジアゼパム(セルシン、ホリゾン)ミタゾラム(ドルミカム)、フルニトラゼパム(サイレース)]については、特に詳記がなくても認めている。

(1)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (1)

日本消化器内視鏡学会雑誌

内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン

小原勝敏¹⁾ 春間 賢¹⁾ 入澤篤志¹⁾ 貝瀬 満¹⁾ 後藤田卓志¹⁾
杉山政則¹⁾ 田辺 聡¹⁾ 堀内 朗¹⁾ 藤田直孝¹⁾ 尾崎 眞²⁾
吉田雅博¹⁾ 松井敏幸¹⁾ 一瀬雅夫¹⁾ 上西紀夫¹⁾

1) 日本消化器内視鏡学会, 2) 日本麻酔科学会

6. 鎮静および鎮静レベルの定義

1) 鎮静の定義

鎮静 (sedation) とは、投薬により意識レベルの低下を惹起することである。一方、鎮痛 (analgesia) は意識レベルの低下をきたさずに痛みを軽減することであり、鎮痛と鎮静は明確に区別されている。なお、オピオイド系鎮痛薬は鎮痛とともに軽い鎮静効果を発揮するので、今回のガイドラインでの鎮静にはオピオイド系鎮痛薬も含めて検討する。

2) 鎮静レベルの定義

本邦で独自に制定した鎮静レベルの定義がないため、米国麻酔学会の鎮静・麻酔レベルとその定義を採用する (Table 3)⁷⁾

Table 3 米国麻酔学会 鎮静・麻酔の分類

軽度鎮静=不安除去 minimal sedation		中等度鎮静/鎮痛 =意識下鎮静 moderate sedation/analgesia; conscious sedation	深い鎮静/鎮痛 deep sedation/analgesia	全身麻酔 general anesthesia
反応	問いかけに正常に反応	問いかけまたは触覚刺激に対して意図して反応できる	繰り返しまたは痛みを伴う刺激に反応できる	疼痛刺激にも反応しない
気道	影響なく正常	処置を必要としない	気道確保の処置が必要になることがある	気道確保が必要
自発呼吸	影響なく正常	適切に維持	障害される	消失する
心血管機能	影響なく正常	通常維持されている	通常維持されている	障害されうる

*内視鏡検査および治療の目的で行われる鎮静は主に中等度鎮静/鎮痛 (意識下鎮静) moderate sedation (conscious sedation) である。

■ CQ 6：意識下鎮静は内視鏡診療において至適鎮静レベルか？

ステートメント 6

通常内視鏡検査における妥当な鎮静レベルは中等度鎮静 (意識下鎮静)、すなわち「問いかけまたは触覚刺激に対して意図して反応でき、呼吸循環機能と気道防御反射は維持されている状態」である。

Delphi 法による評価；中央値：9，最低値：7，最高値：9
Evidence level I，推奨度 A

- ・ 検索方法：1983 年～2011 年
- ・ 言語：英語
- ・ キーワード：
 - Endoscopy, Colonoscopy, EGD
 - sedation, anesthesia, analgesia
 - randomized, controlled, meta-analysis
- ・ 検索件数：45 件 (英文)

(2) 特定薬剤治療管理料及び悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定日について （佐賀県）

《 提案要旨 》

特定薬剤治療管理料及び悪性物質特異物質治療管理料は、前者は「投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する」とあり、後者は「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算定できるものであり、採血実施日に算定している例が認められたため改めること」と注意されます。

そこでお尋ね(提案)します。

- ①薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーの採血日には上記治療管理料を算定できないのであれば、この日の採血料は算定できないことになるのでしょうか。
- ②患者さんが、採血日以降に入院されたりあるいは亡くなれたりして結果を聞きに来られなかった場合は、薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーの費用は病院が負担することになるのでしょうか。
- ③入院や移転された後に(たとえば1年後)全く別疾患で(たとえば上気道炎など)受診された場合、その日に1年前の検査結果を説明して治療管理料を請求しても果たして患者さんは納得されるのでしょうか。
- ④両検査はいずれも管理料であり、指導管理ではないので、継続して管理していることが分かればいいのではないのでしょうか。
- ⑤大部分の定期薬処方が30日分となった現在、ほとんどの患者さんの最新日は1ヶ月後になります。自院に検査室を持たない一般の無床診療所においては、患者さんへの検査結果の説明は当日の結果ではなく1ヶ月前のデータになるのが一般的です。主治医は採血数日後には結果が分かりますので、異常があれば患者さんに連絡して至急受診していただいて説明しています。したがって、診療録には前回の検査結果に基づいて計画的な治療管理を継続して行っても急変でない限り特に支障はないので、「採血日に当該治療管理料の算定ができるように算定要件の変更」をお願いしたい。

実際に患者さんに伺っても、採血された当日の支払いには抵抗はないが、当日は治療管理料以外の同時に施行した生化学検査等の検査代を支払い、次回受診日には説明を受けただけで採血もしていないのに前回の治療管理料を請求されると、二度払い(過重請求)の感が残り、医療機関に対して不信感を持つようになるといわれています。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

宮崎県では採血を行った当日の算定を認めています。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	<p>①当日の採血料は請求せず、特定薬剤治療管理料及び悪性物質特異物質治療管理料のみの請求を認めています。</p> <p>②③上記①での請求のため、問題は生じていません。</p> <p>④⑤継続して薬物血中濃度などの検査でのフォローを基本としています。</p>
【大分県】	<p>本件は現時点で審査の段階で問題になったことはなく、当県では個別指導や病院共同指導の際の指摘事項であった。</p> <p>最近では本件に限らず規定の文面を厳格に適応して、検査や報告書の日付と指示日や指導日のわずかなずれを指摘して不適切であるとの指導を受ける事があり、現場では貴県の指摘のように現場の診療実態に合わず、当惑を禁じ得ないという事案が増えている。</p> <p>本件に関しては規定を厳格に適応すれば不適切となるが、貴県の指摘のように現実に即した対応が望まれる。日医からの申し入れが必要と考える</p>
【長崎県】	<p>①認めていません。</p> <p>②当月の管理料算定の場合、前月の検査に基づくのか当月の検査に基づくのか曖昧なため、採血当日の算定でも査定はされていないと思いますが、監査時には指導を受けると思います。次回の来院がない場合、通常は問題になっていないようですが、病院負担の可能性はあると思います。</p> <p>③算定の主旨から1年後などの算定は無理と考えます。</p> <p>その他、貴県の御意見の通り問題があり、現実に則した算定要件への変更を希望します。</p>
【熊本県】	<p>① 出来ない。</p> <p>② 医療機関が負担する。</p> <p>③ おそらく、納得しない。</p> <p>④ 良いと思う。</p> <p>⑤ 望ましい。</p>

各 県 から の 回 答

【福岡県】

- ①当日に提案事項の採血のみだと採血料は算定不可、ほかに生化学1、血算等の採血もしていれば、その採血料は算定できると思われます。
- ②点数表の解釈上、検査結果に基づいた医学管理を行った場合に算定できるとなっていますので、算定はできないと考えます。
- ③1年前の検査結果に対する治療管理料は算定できないと考えます。必要であれば改めて検査を行うことになるでしょう。
- ④ 検査結果や治療計画の要点を診療録に記載する等のことが青本に書いてありますのでそれを満たせば算定可能と考えます。
- ⑤ 同感です。

【鹿児島県】

【国 保】

薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーについて自院で検査可能な医療機関は、検査当日確認してカルテに記載、治療管理料を請求することになるが、検査室を持たない一般の無床診療所においては、⑤の判断で良いかと思う。ただし検査結果判明後、異常があれば患者さんに連絡して受診していただき説明したことを記載する必要がある。

【社 保】

何れも管理料なので実日数「1日」でも算定でき、採血当日に算定可である。

特定薬剤治療管理料については、確かに血中濃度の測定結果に基づき・・・とあるが、実際、採血当日に結果が判明している場合は多くないと思われる。しかしながら、レセプトだけでは判断不可能で、結果が判明した後で、診療録に結果と計画的な治療管理内容を記載しているものと考え、実日数1日でも算定可能としている。社会保険研究所の医科診療Q&Aの平成13年度版において、同様の記載があるので参考にされたい。

悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定については厚生局の個別指導あるいは集団指導で注意されることがある。しかしながら、実際は上記管理料と同じで、当日結果が判明することは限られた医療機関のみであり、レセプトだけの判断では、実日数1日でも、月1回の結果に基づく医学管理が行われていれば算定可能としている。

(3) 遊離カルニチン及び総カルニチン測定に適応病名について、『イ』及び『ウ』に記載されている疾患以外は認められないのでしょうか (佐賀県)

《 提案要旨 》

以下は厚労省から通知された遊離カルニチン及び総カルニチン測定に適応(抜粋)です。

「ア」には「関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること」とあります。日本小児連絡協議会栄養委員会が策定された「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」では、あとがきに「小児科学会関連学会の委員会により策定されたが、小児患者のみに限定することなく、高齢者を含めた幅広い年齢層のカルニチン欠乏症に適応することを念頭に策定したものである」と記載されています。本書には、肝不全・肝硬変、横紋筋融解症、ピボキシル基含有抗菌薬長期投与患者、その他低栄養・筋肉量が低下している患者、抗がん剤などによりカルニチン欠乏症が疑われる患者等が対象にあげられています。フローチャートも分かりやすく実用的と考えます。

「イ」は、先天代謝異常症の診断補助または経過観察で月に1回を限度として算定する。

「ウ」は、静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー(・・・等以下略)などの患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助または経過観察で6月に1回を限度として算定する。

以下の場合における審査上の取り扱いについてお尋ねします。

- ①日本小児連絡協議会栄養委員会が策定の「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」は、「ア」に該当する「関係学会の指針」となるのでしょうか。
- ②もし該当すれば、本指針に記載されている、肝不全・肝硬変などで測定しても認められますか。
- ③「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」フローチャートでは、血中カルニチン2分画検査で診断することになっています。遊離カルニチンと総カルニチンの同日測定は認められますか。

各 県 か ら の 回 答

<p>【佐賀県】</p>	<p>提案県</p>
--------------	------------

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

- ①日本小児連絡協議会は、日本小児医療保健協議会(四者協)であり、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会、日本小児期外科系関連学会協議会の4団体です。カルニチン欠乏症は2016日本小児科学会からお知らせとして通知されていて、当然、関係学会の指針に該当すると考えます。
- ②「ウ」において、肝不全・肝硬変もカルニチン欠乏症の診断があれば認められると考えます。
- ③(血中カルニチン 2 分画検査は、総カルニチン濃度と遊離カルニチン濃度を各々測定し、その差からアシルカルニチン濃度を算出し、総カルニチン濃度、遊離カルニチン濃度、アシルカルニチン濃度を求める検査法です。)フローチャートにおいて、カルニチン欠乏症の診断は、血中カルニチン 2 分画検査で診断することになっていることから、総カルニチン濃度と遊離カルニチン濃度の同時検査は必要であり、認められます。

【沖縄県】

- ①明確な回答は困難。審査員の裁量に任せている。
- ②保険診療に該当し、肝不全・肝硬変などに測定しても認めているが、『カルニチン欠乏症(疑い)』の傷病名を求めている。
- ③治療指針に基づき、遊離カルニチンと総カルニチンの同日算定も認めている。

【大分県】

当県ではカルニチン測定の請求件数が少ないためか、現時点では本検査と病名に関して問題になった事案はなかったようだ。今後、本検査の請求が増えた場合、他県の状況を参考に対処したいと考える。

【長崎県】

- ①関係学会の指針に該当するか否かは不明です。
- ②該当したとしても保険診療上認められるかどうかは別問題であると思います。
- ③2分画検査の同日測定は認めています。
- その他「イ」、「ウ」の記載に従って審査しています。

【熊本県】

- ① 認める。
- ② 認める。
- ③ 認めない。

【福岡県】

小児科連絡協議会栄養委員会は小児を対象としたものであり、成人の肝不全・肝硬変の考え方は異なるため、一律な回答は困難である。

【鹿児島県】

【国 保】

①審査委員会では議論になっていない。小児科審査委員も特別の発言なし。肝疾患等では検査することがあるとのことで、「関係学会の指針」と判断。

②審査委員の判断

③同時測定は認めない

【社保(小児科)】

社保の改定説明会の回答では：

①日本小児連絡協議会栄養委員会の策定した「カルニチン欠乏症の診断・治療指針2016」は留意事項通知「ア」に該当する「関係学会の指針」となるか、についてはその通り。

②該当すれば本書にある肝不全・肝硬変などでも測定して算定できるか、に対しては「算定できない。基本的には留意事項通知に記載がある疾患のみを対象とする。」

③本書では血中カルニチン2分画検査で診断することになっている。総カルニチンと遊離カルニチンを同日に測定した場合、それぞれ算定できるか、に対しては「算定できる」と回答を得ている。

また平成30年7月20日、平成30年度診療報酬改定に伴う打ち合わせ会質疑応答で、

(1)総カルニチンと遊離カルニチンは平成30年3月までは「及び」で結ばれていたが、今回「及び」が削除された。このことから、両者行えば95点X2で算定できるか、に対して「その通り」。

(2)通知に「6ヶ月に1回を限度」とあるが、総カルニチン、遊離カルニチンそれぞれで6ヶ月を限度とするのか、に対しても「その通り」との回答であった。

これまでのところ、本県小児科の審査では特に話題となったことはないが、総カルニチン、遊離カルニチン検査の適応としては、先天性代謝異常、人工乳もしくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者などが適応と考えられるが、そのままの病名では査定される可能性がある。やはり、「カルニチン欠乏症(疑い)」病名が必要と考える。また最近ピボキシル基含有抗菌薬投与患者でカルニチン欠乏症を発症する報告が小児科学会雑誌等に掲載されている。小児科領域ではセフテラム(商品名トミロン)、セフジトレン(メイアクト)などピボキシル基含有内服抗生剤はよく処方されるが、一般に長期投与がリスクとなるので、検査を算定した場合は病名に「カルニチン欠乏症」の病名が必要である。

*内科では、カルニチン測定は肝疾患病名だけでは認めない。

カルニチン欠乏症または疑いが必要。

提案事項(3)-1

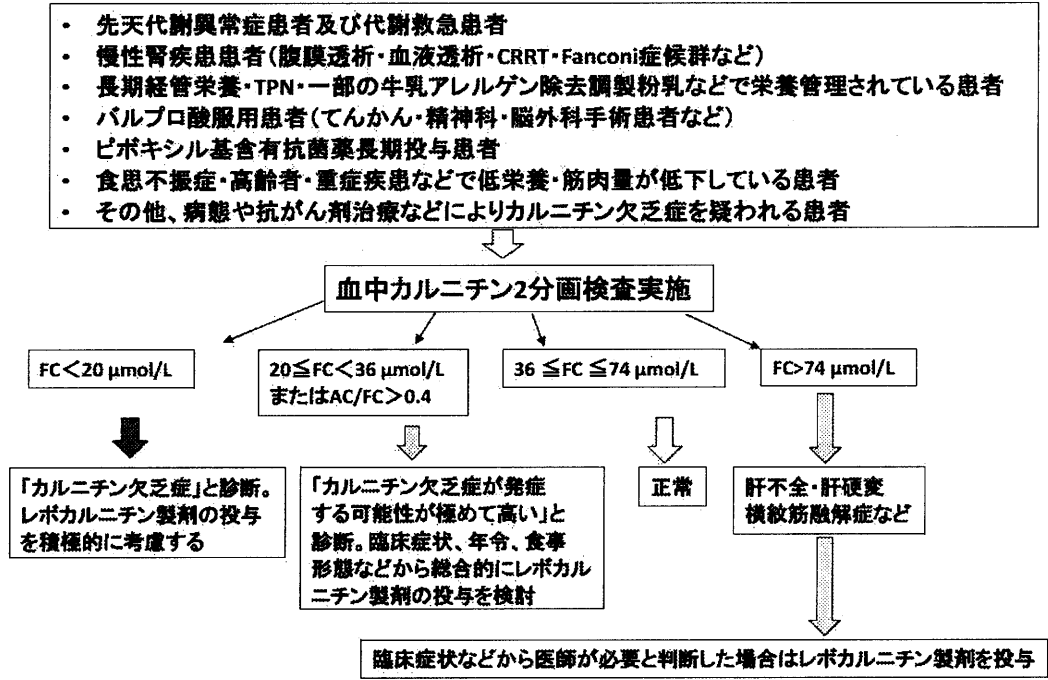
『カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016』

2016 年 11 月

位田 忍*、高柳 正樹、大浦 敏博*、濱崎 祐子、曹 英樹、
内田 恵一*、別所 一彦、鈴木 光幸*、伊藤 節子*、渡邊 誠司、
井ノ口美香子*、奥村 彰久*、菊池 透*、杉原 茂孝*、瀧谷 公隆*、
田中 大介*、原 光彦*、虫明聡太郎*、吉池 信男*、児玉 浩子*、
岡田 知雄*、堤 ちはる*、太田百合子*、塙 佳生*、川上 一恵*、
猪股 弘明*、小國 龍也*、山高 篤行*、尾藤 祐子*、
清水 俊明*、海老澤元宏*

*日本小児連絡協議会栄養委員会委員

以下に血中カルニチン 2 分画検査診断薬を用いたカルニチン欠乏症の診断・治療の流れを示す。



FC: 遊離カルニチン濃度、AC: アシルカルニチン濃度、CRRT: continuous renal replacement therapy (連続腎代替療法)、TPN: total parenteral nutrition (経静脈栄養)

要旨 図 2 血中カルニチン 2 分画検査とカルニチン欠乏症の診断・治療

(3)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (3)-2 平成30年度診療報酬改定に伴う打合せ会質疑応答（医科）

No.	点数表	出典	項目	タイトル	質問内容	回答
1	医科 診療報酬点数表 改正 点の解説 平成30年4 月版 医科、調剤 (社会保険研究所刊)	検査 総カルニチン 遊離カルニチン			1. 総カルニチン及び遊離カルニチン測定について 留意事項通知 (18)「ウ」及び「エ」に記載されている疾患以外は認められないのか。 「ア」には「関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること」とあるが、日本小児神経協議会栄養委員会が 策定された「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」(別添)では、あとがきに「小児科学会関連学会の委 員会により策定されたが、小児患者のみに限定することなく、高齢者を含めた幅広い年齢層のカルニチン欠乏症に 適用することを念頭に策定したものである」と記載されている。本書には、肝不全・肝硬変、機軸筋融解症、ピボ キシル基含有抗菌薬長期投与患者、その他低栄養・筋肉量が低下している患者、抗逆剤などによりカルニチン欠乏 症が疑われる患者等が対象にあげられている。フローチャートも分かりやすく実用的であると考える。 以下の場合における審査上の取扱いについてお尋ねする。 ①本書は留意事項通知「ア」に該当する「関係学会の指針」となるか。 ②該当すれば、本書にある肝不全・肝硬変などでも測定して算定できるか。 ③本書では、血中カルニチン2分画検査で診断することになっている。総カルニチンと遊離カルニチンを同日に 測定した場合、それぞれ算定できるか。	①そのとおり。 ②算定できない。基本的には、留意事項 通知に記載がある疾患のみを算定対象と する。 ③算定できる。
2	医科 診療報酬点数表 改正点の解説 平成30年4月版 医科・調剤 社会保険研究所刊	投薬 処方科			2. ペンゾジアゼピン系薬剤の長期継続処方減算規定について 今回の改定で、ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬剤の長期継続処方減算規定が新設された。「不安若しくは不眠の症 状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める投薬を行った場合 (薬効分類上の抗不安剤、 催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用剤のいずれかに該当する医薬品のうち、BZ受容体作用薬を1 年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で継続して処方している場合)」には29点を算定するとさ れている。また「定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない」とある。 以下の場合における審査上の取扱いについてお尋ねする。 ①「同一の成分を同一の1日当たり用量で継続処方している場合」とあるが ア、時々用量を加減して1年以上投与している場合。 イ、何日休薬 (一時中止) すれば継続投与に該当しないのか。また、その期間について。 ②対象となるBZ系薬剤については3月30日の薬価情報資料 (その1、問168) によれば、「エチゾラム、ジアゼパ ム、ソピクロン、ゾルピデム」順石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページも参考とすること」とされてい る。 向精神薬のうちBZ系薬ではなく「その他」に分類されるラメルテオン (ロゼレム錠)、タンドスピロンクエン酸 塩 (セディール錠) 又はスボレキサント (ベルソムラ錠) を1年以上同一用量で継続処方している場合。 ③対象BZ系薬に該当するデパキン錠には心身症、神経症、うつ病、統合失調症の他に「筋収縮性頭痛・頸性症・腰 痛症における筋緊張」という適応があるので、不安若しくは不眠の記載がなく、傷病名に「筋収縮性頭痛における 筋緊張」の記載があり1年以上継続投与されている場合。 ④「定期処方と屯服間の変更は、同一の1日当たり用量には該当しない」とあるが、定期処方と屯服を不定期に交 互処方された場合。	① 該当しない。 イ 患者の治療状況により、休薬の期間 は様々であり、一律にお示しすることは 困難である。したがって、具体的な期間 は定めていない。 ② 該当しない。 ③ 不安若しくは不眠の症状を有する患 者に対して投与されていない場合は、該 当しない。 ④ 該当しない。

(4) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランへの対応 (宮崎県)

《 提案要旨 》

当県では急性上気道炎病名での抗生剤投与を内科では認め、小児科では認めていません。大半がウイルス感染症ですので、抗生剤は無効と思われます。急性上気道炎病名に対する抗生剤投与をどのように扱っていますか。

また、各支部では、感染症に対する抗菌剤のマクロライド、キノロン、カルバペネム系抗菌剤使用について何らかの基準を決められていますか？また今後決められる予定がありますか？

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

- ①80%以上がウイルス感染症といわれていますが、菌培養やウイルス抗体価まで検査しなければ細菌性を全て否定できないので、抗生剤の処方認めています。傾向的・画一的でなければ返戻もしません。多数例算定されていれば、添付文書に「耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、最低限の期間の投与にとどめること」とあるので、感受性検査を施行してから処方するように文書か電話で連絡しています。
- ②今のところ特段の取り決めも基準ありません。本県では保険診療の手引きに、下記の(1)～(4)を記載しています。
- (1)ジスロマック錠・細粒・カプセルは3日間、バクシダール錠(小児用)は7日以内(腸チフス、パラチフスでは14日間)、マキシピーム注射、パシル点滴静注、ハベカシン注射などは14日以内としている。パズクロス点滴静注300・500、パシル点滴静注などは、用法関連通知に、細菌学的検査を実施後投与する。投与開始して3日で投与継続の可否を検討し、投与期間は14日以内と限定されているので注意する。
- (2)内服薬と注射の併用など、複数の薬剤を併用する場合には、その必要性が客観的に検証できる指標となる感染症関連検査をすることが望ましいとされている。
- (3)細菌性腸炎(大腸菌、赤痢菌、カンピロバクター、ビブリオ等)には適応を確認して抗菌薬を使用する。
- (4)外傷・熱傷及び術後の二次感染に適応のある抗生剤注射については、適応を確認して使用する。(別表)

【 国 保 】

急性上気道炎のみであっても査定はしていない。

感染症に対する抗菌剤使用についての基準は設けていない。審査上は、個々の症例ごとに判断している。必要に応じ、薬剤感受性検査結果の添付を求めることもある。

各県からの回答

【宮崎県】

提案県

【沖縄県】

○急性上気道炎での抗生剤投与について
(社保支払基金)
原則認めている。担当医の裁量に任せている。画一的処方の多用が見られる際は、文書連絡や返戻し詳記を求めている。
○マクロライド、キノロン、カルバペネム系抗菌剤使用についての基準
原則としての取決め基準はなく、診療担当医師・審査担当医師の裁量に任せている。但し、画一的処方の乱用がみられる際には診療施設に文書連絡をしている。

【大分県】

原則、上気道炎での抗生物質は認めていないが、内服薬については、医療機関からの請求状況等を勘案して文書連絡としている。
注射薬は認めていない。

【長崎県】

急性上気道炎病名での抗生剤投与は5日分まで認めています。
今のところ特に基準は決めていません。今後も未定です。

【熊本県】

急性上気道炎という病名に対して、抗生剤の処方是不認めない。
マクロライド、キノロン、カルバペネム系の使用にあたっては適応症を確認して認めているが、AMR対策の観点から今後は基準を決める必要があると考える。

【福岡県】

急性上気道炎病名での抗生剤の投与は基本的には認めている。

【鹿児島県】

1)基準は決めていない
2)審査委員の判断
内科医会では表記タイトルでの研修会を実施した。

提案事項 (4)-1

薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2016－2020

1. 2015 年 5 月の世界保健総会において、2 年以内に AMR に対する国家行動計画を策定。
2. 2016 年 4 月本邦でも、AMR 対策を推進するにあたり、今後 5 年間（2016－2020 年）に取り組むべき事項として、「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2016－2020」を取りまとめ。
- 薬剤耐性菌とそれに伴う感染症の増加が国際社会で大き、課題の一つにあげられている。不適切な抗微生物薬の使用に対する対策を講じる必要がある。

日本の AMR の現状と課題

1. 国内の人に対する抗菌薬使用量は他国と比較して少ない。本邦の抗微生物薬使用量の 92.4%が経口抗菌薬。
2. 一方、抗菌薬種類別使用割合では他国と比較して、細菌に対して幅広く効果を示す経口のセファロスポリン系薬、フルオロキノロン系薬、マクロライド系薬の使用が多く、ペニシリン系薬の使用が少ない。→ 風邪や急性上気道炎など抗菌薬が不要な患者にも広域の抗菌薬が用いられるケースが多い。
3. MRSA やバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) といった薬剤耐性グラム陽性球菌、多剤耐性緑膿菌 (MDRP) や他剤耐性アシネトバクター (MDRA) といった薬剤耐性グラム陰性球菌による医療関連感染症の広がりが問題 → 院内感染対策の充実により、院内では低い出現率を維持。一方、医療機関外での市中感染型の薬剤耐性感染症 (ARI)が増加。

主な成果指標 (ヒトに関して)

指 標	2014年	2020年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン耐性率	48%	15%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
大腸菌、肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1～0.2%	同水準 (0.2%以下)

薬剤と薬価 (2018 年現在薬価)

1. アミノベンジルペニシリン (アモキシシリン水和物：アモリン、サワシリン、パセトシン等)
●アモリン (250 mg) 3Cap → 17.2 円 (後発 8.6) × 3 Cap = 51.6 円/日 (後発 25.8 円/日)
2. 第 3 世代セファロスポリン系 (メイアクト MS、セフゾン、フロモックス、パナン、セフспан等)
●メイアクト MS (100mg)3 錠 → 50.6 円 (後発 35.3) × 3 錠 = 151.8 円/日 (後発 105.9 円/日)
3. マクロライド系 (クラリス、エリスロシン、ルリッド、ジスロマック、ジョサマイシン等)
●クラリス(200mg)2 錠 → 76.1 円 (後発 33.5) × 2 錠 = 150.2 円/日 (後発 67.0 円/日)
4. フルオロキノロン系 (ニューキノロン：クラビット、シプロキサ、オゼックス、スオード、アベロックス、ジェニナック、グレースビット等)
●クラビット (500 mg) 1 錠 → 415.7 円 (後発 169.9) × 1 錠 = 415.7 円/日 (後発 169.9 円/日)

(4)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (4)-2

急性気道感染症（風邪として受診される病態）

1. 感冒

抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

2. 急性鼻副鼻腔炎

①成人では軽症の場合、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

中等症又は重症の場合のみ：アモキシシリン水和物内服 5～7 日間。

②学童期以降の小児では、原則抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

遷延性、重症の場合は抗菌薬投与を検討。アモキシシリン水和物内服 7～10 日間

3. 急性咽頭炎

①A 群β溶連菌の検出がなければ、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

②A 群β溶連菌が検出されれば、アモキシシリン水和物内服 10 日間。

③IDSA の指針では、ペニシリンアレルギーがある場合は、第 1 世代セフェム系のセファレキシンか、アレルギー重症例ではダラシンを推奨。

4. 急性気管支炎

①成人の百日咳を除く場合は、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

②JAID/JSC 及び CDC の指針では、百日咳にはマクロライド系抗菌薬が第一選択薬。

急性下痢症

1. 急性下痢症（ウイルスに起因する場合と、細菌に起因する場合とがある）

①まずは水分摂取を励行、基本的には対症療法のみ行うことを推奨する。

JAID/JSC の指針では、重症例又は海外渡航歴のある帰国者の急性下痢症を除いては抗菌薬投与は推奨しない。

②小児における急性下痢症の治療でも、抗菌薬を使用せず脱水への対応を行うことが重要とされている。

JAID/JSC の指針では、以下の場合には抗菌薬投与を考慮すること。

①血圧の低下、悪寒戦慄などの菌血症が疑われる場合

②重度の下痢による脱水やショック状態などで入院加療が必要な場合

③菌血症のリスクが高い場合

④合併症のリスクが高い場合（50 歳以上、人工血管、人工弁、人工関節）

⑤渡航者下痢症

（IDSA 米国感染症学会、JAID 日本感染症学会、JSC 日本化学療法学会、CDC 米国疾病予防管理センター）

外傷・熱傷及び手術創等の二次感染に適応のある主な抗生剤(注射)

	系等	略号	一般名	製品名
1	アミノペニシリン	ABPC	アンピシリン水和物	ピクシリン
2	セファロスポリン系 (第一世代)	CEZ	セファゾリンNa水和物	セファメジンα
3	セファロスポリン系 (第一世代)	CET	セファロチンNa	コアキシン
4	セファロスポリン系 (第二世代)	CTM	セフォチアム塩酸塩	パンスポリン
5	セファロスポリン系 (第三世代)	SBT/CPZ	スルバクタムNa・セフォペラゾンNa	スルペラゾン
6	セファロスポリン系 (第三世代)	FMOX	フロモキシムNa	フルマリン
7	セファロスポリン系 (第三世代)	CAZ	セフトアジム水和物	セフトシン
8	セファロスポリン系 (第三世代)	CPZ	セフトゾラゾンNa	セフトゾット、セフトペラジン
9	セファロスポリン系 (第三世代)	CZOP	セフトゾプララン塩酸塩	ファーストシン
10	セファロスポリン系 (第三世代)	CPR	セフトロム硫酸塩	セフトロム硫酸塩
11	セファロスポリン系 (第三世代)	CMX	セフトメノキシム塩酸塩	ベストコール
12	セファロスポリン系 (第三世代)	CTX	セフトオタキシムNa	セフトオタックス、グラフトオラン
13	セファロスポリン系 (第三世代)	CFPM	セフトエピム塩酸塩	マキシピーム
14	カルバペネム系	MEPM	メロパネム	メロペン
15	カルバペネム系	DRPM	ドリパネム	フィニバックス
16	カルバペネム系	IPM/CS	イミパネム・シラスタチンNa	チエナム
17	カルバペネム系	PAPM/BP	パニパネム・ベタミプロン	カルベニン
18	ペネム系	FRPM	フアロパネム	ファロム
19	アミノグリコシド系	MSD	ゲンタマイシン	ゲンタシン
20	アミノグリコシド系	AMK	アミカシン	アミカシン
21	アミノグリコシド系	ISP	イセパマイシン	イセパシン、エクサシン
22	アミノグリコシド系	TOB	トブラマイシン	トブラシン
23	アミノグリコシド系	DKB	ジベカシン	パニマイシン
25	アミノグリコシド系	KM	カナマイシン	硫酸カナマイシン
26	テトラサイクリン系	MINO	ミノマイシン塩酸塩	ミノマイシン
27	テトラサイクリン系	DOXY	ドキシサイクリン塩酸塩	ピプトラマイシン
28	ニューキノロン系	CPEX	シプロフロキサシン	シプロキサ
29	ニューキノロン系	PZFX	パズフロキサシンメシル酸塩	パシル、パズクロス
29	ニューキノロン系	LVFX	レボフロキサシン	クラビット
30	マクロライド系	EM	エリスロマイシン	エリスロシン
31	その他	VCM	バンコマイシン塩酸塩	塩酸バンコマイシン
32	その他	TEIC	テイコプラニン	タゴシッド
33	その他	DAP	ダプトマイシン	キュービシン
34	その他	PL-B	ポリミキシンB硫酸塩	硫酸ポリミキシンB

適応のない抗生剤(注射)

	広域ペニシリン	PIPC	ピペラシリンNa	ペントシリン
	セファロスポリン系 (第二世代)	CMZ	セフメタゾールNa	セフメタゾン
	セファロスポリン系 (第二世代)	CTRX	セフトリアキソンNa	ロセフィン

提 案 事 項

(5) 外来診療での抗菌薬(注射薬)の「単回投与」に対する審査方針を伺いたい。現在の取り扱い、および将来的な方向性についてお伺いしたい。(宮崎県)

《 提案要旨 》

昨年(平成29年6月)厚生労働省保険局結核感染症課から抗微生物薬適正使用の手引き(第一版)が発行され、抗菌薬の使用を、より厳格にするとの方向性が打ち出されています。

外来、初診(実日数1日)の感染症傷病名の患者に対し、経口抗菌薬の処方と注射薬の単回投与(初診日のみの投与)の併施が傾向的に実施されている場合があります。

検査内容より重症であることが伺われる事例もありますが、そうではない事例もあり、適応傷病名はありますが、抗菌薬の適正使用の観点からは過剰と思われる場合も多く、審査に苦慮しています。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

4の提案事項に対する回答と一部重複します。

経口抗菌薬と注射薬の併施に対して、必要理由の注記がなければ返戻します。感染症関連検査(CBC、CRP、必要に応じて胸写、尿細菌培養など)が必要です。初診から査定はしませんが、傾向的に施行している医療機関又は病名から過剰と判断された場合は、注射薬を査定する場合があります。

【 国 保 】

外来における単回投与、経口薬との併用のみを理由に査定はしていない。傾向的な使用が散見される医療機関には、「審査上の通知」を発出し、注意喚起を行っている。

【宮崎県】

提案県

【沖縄県】

【 社 保 】

診療内容が重症と判断され事例によっては抗菌薬の静脈内投与に経口投与処方をせざるを得ない場合もあり認めています。症例の重症度に関わらず傾向的に施行されている場合もあり、その場合は査定ないし文書連絡しております。いろいろなケースがあり苦慮しており、将来的な方向性をつけるところまでには至っていません。

各 県 から の 回 答

【大分県】	経口抗菌薬の処方と注射薬の併施は、医学的判断としているが、傾向的な場合は文書連絡などで対応している。
【長崎県】	適応であれば査定していません。施設により傾向的であれば文書連絡等の対象となります。
【熊本県】	適用疾患が明確であれば認めている。
【福岡県】	内服が困難な例か重症例を除き、明らかな感染症と判断される場合、基本的には内服薬等での治療が優先と考えています。
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>審査委員の判断</p> <p>一般的にはレセプト内容等から必要と思われるものは認める。傾向的な場合は、返戻し注意喚起。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>本県でも、肺炎や急性咽頭炎などの病名で、上記のような抗菌剤の併用が見られる。特定の病院で同様な処方が頻回に見られる場合は、詳記を求めることになると思う。場合によっては、指導の必要もあると考える。</p> <p>患者さんの合併症や治療内容、検査の結果（細菌検査の結果や画像所見、採血検査所見など）から、単回使用で、あとは内服の理由が根拠のあるものであれば、認められる場合もあると思う。</p> <p>例）検査結果などから、入院治療を勧めるが、患者自身の入院治療の拒否や家族の意向などで入院が困難な場合、初診時に点滴を行い、在宅での内服薬での治療を行う場合など。</p>

(6) 緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP-4阻害剤の適応について。(沖縄県)

《 提案要旨 》

DPP-4阻害剤は1型糖尿病には適応がありません。緩徐進行型1型糖尿病は最終的にはインスリン分泌能は枯渇するものと考えられますが、初期にはインスリン分泌能が保たれており、同薬剤が血糖コントロールに効果があるとする報告もあります。沖縄県の社保ではコメントが妥当であれば緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP-4阻害剤の投与を認めております。貴県ではどのように判断されておられるのでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

該当事例は少ないが、食後過血糖がある場合は、αグルコシダーゼ阻害薬とインスリンの併用例は認めています。研究レベルでは、インクレチン関連薬(DPP-4阻害薬)が有効という報告もありますが、現時点では適応がないので査定になると思います。今のところDPP-4阻害薬を算定してくる医療機関はありません。今後注記に妥当性があれば認める場合も出てくるかもしれませんが、現時点では特に取り決めはしていません。

【国 保】

認めていない。(薬事承認通り)

【宮崎県】

当県では認めていません。

【沖縄県】

提案県

【大分県】

緩徐進行型1型糖尿病の場合は、2型糖尿病薬を認めている。

【長崎県】

インスリン分泌能の如何にかかわらず、2型糖尿病のみの適応の場合認めていません。効果は有すると思いますが、その後の安全性等現在不明であり、今後の治験・適応拡大を必要と考えます。

【熊本県】

1型糖尿病はDPP-4阻害剤の適応症ではないので認めていない。

【福岡県】

DPP-4阻害薬は、1型糖尿病に対し禁忌であるため当県では認めていません。

各 県 からの 回 答

【鹿児島県】

【国 保】

SPIDDMは、ラ氏島に対する抗体が存在する1型糖尿病。発見の時期が早ければ、自己インスリンはまだ充分あり、インスリン以外の経口薬でもある期間、良いコントロールが継続出来る病態。SU薬を使用すると、B細胞の目減りは早くなるとの報告があり、SU薬は使用せず、インスリンを早めに使うのが現在のスタンダードの治療。

糖尿病専門医で充分にその病態と予後の経験がある場合は、あり得る治療。しかしそれが有効だとのエビデンスも今のところない。これを保険で認めることには、問題がある。

SPIDDMの場合、必ず近い将来にインスリンは必要になる。患者さんにその病態と治療計画について充分説明をし、血糖が悪化してきたらすみやかにインスリン強化療法へと移行するという同意を得た上で持効型インスリンを併用し、DPP4iを使用する必要がある。これを保険で認めてしまうと、インスリンを拒否する患者さんに、非専門医の先生が充分の説明をしないまま安易にDPP4iで治療し、インスリン導入が遅れてしまう可能性が出てくる。

保険診療は、広く一般の医師を対象にエビデンスに基づいたスタンダードの方法を勧めるべきもの。医師の裁量権でするのであれば、上記の患者説明と同意をしっかりとった上で、2型糖尿病（GAD抗体陽性）として、保険請求するのが妥当と判断。

最近1型糖尿病の病名でインスリン強化療法にDPP4iを使用している例が時々見られます。B細胞が殆ど機能していない場合には、DPP4iは効かないので、これは査定すべき。

【社 保】

鹿児島県では国保・社保とも、認めていません。

他、αGI薬のみ1型糖尿病にも適応があり、ビグアナイド薬は肥満症合併例などにて容認している。

(7) 外来でのPCT(プロカルシトニン)と血液培養について。(沖縄県)

《 提案要旨 》

外来で感染症治療の際にPCTと血液培養を提出する場合がありますがPCT単独、血液培養単独で提出する場合も散見されます。当県ではPCT、血液培養を提出している場合には査定はありませんが、PCTのみの場合査定としています。貴県での取り決めにに関して教えていただけますでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

提案要旨について、「感染症治療の際に」とありますが、「感染症診断の際に」ではないでしょうか？

血液培養は菌血症にしか適応はありませんので、「菌血症(疑い)」のみの病名でも査定はしません。本来「菌血症」と「敗血症」の定義は異なり、PCTは敗血症の検査で、必ずしも血液培養での細菌の証明は必要としません。しかし、現在本邦におけるPCTの保険適応病名は「細菌性敗血症(疑い)」であり、敗血症の保険適応取得のためには、血液中での細菌の証明が必要です。PCT単独の場合でも原則査定はしますが、返戻して、他の医療機関での血液培養検査の有無について尋ねています。血液培養検査があり、その結果が陽性の場合には請求通りとしますが、陰性の場合にはPCTが必要であった理由について説明を求めています。

【 国 保 】

両者の併算定を必須とはしていない。(PCT単独でも認めている)

【宮崎県】

結論:PCT単独での提出でも認めている。

理由:PCTも血液培養も敗血症診断において重要な検査である。しかし、臨床の場、特に外来の場面においては種々の状況が考えられます。(敗血症を疑い、採血をするが、バイタルが悪く血液培養が取れないなど。診療所では、その場合はすぐに高次医療機関への紹介をおこなうなど)

そのため、二つの検査がそろわないと認めない、というのは臨床の現場を反映しない考えだと思います。

【沖縄県】

提案県

各 県 からの 回 答

【大分県】	血液培養をしてPCTを行うものとするが、敗血症の病名がある場合は、今のところPCTのみ認めている。
【長崎県】	PCT単独であっても敗血症の疑い等の病名があれば基本的には認めています。
【熊本県】	適応症が明確であれば、単独でも認めている。
【福岡県】	特に取り決めはありません。個々の症例により判断しております。
【鹿児島県】	<p>【国 保】</p> <p>外来での敗血症疑いでPCT検査実施例で外来通院継続例については、血液培養実施例は殆どない。(血液培養実施例は重症例と思われ殆ど入院となっているのでは?) PCTのみの場合、初回から必要性の詳記記載がある、もしくは頻回受診で検査・治療内容から必要性のあると判断できる例を除くと査定。</p> <p>【社 保】</p> <p>細菌性敗血症早期診断について、その緊急的必要性に鑑み、血液培養がなくても敗血症の判断基準に沿って外来診療でのPCT単独算定は可能と判断している。PCTの測定時間は30分ほどであり、また発熱後2-3時間でPCTの血中放出が起こるので、外来早期診断での算定は妥当と考える。血液培養での菌検出率は高くないこともあるが、臨床症状に応じて細菌検査や免疫血清学的検査を併施することも必要。まだ支払基金での合議はない。</p>

(8) プレガバリン(リリカ)の適応について (大分県)

《 提案要旨 》

本剤の適応は神経障害性疼痛と線維筋痛症に伴う疼痛と定められている。最近では内科系および整形外科系の医療機関で処方されることが多くなったが、整形外科系の審査員は、本剤は神経学的疼痛を惹起する疾患がないと、単独病名では査定が妥当との見解である。しかし一方で内科系審査員は帯状疱疹後神経痛や糖尿病性神経障害などの病名を併記あるいはこれらの単独病名でも算定が可能ではないかという意見もある。

本剤の処方において

- ①神経障害性疼痛(その他の病名が無くても)単独で認めるか。
- ②帯状疱疹後神経痛、あるいは糖尿病性神経障害のみの病名でも認めるか
について各県の審査状況をうかがいたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

神経障害性疼痛とその原因疾患の併記が必要です。

- ①神経障害性疼痛単独の場合は、査定はしないが、返戻して原因疾患の記載を求める。
- ②同じく査定はしないが、返戻して神経障害性疼痛の傷病名の記載を求める。
2011年1月5日にメーカーから「リリカのレセプト請求に関して」という通知が発せられています。それによると、「リリカは原因療法ではなく、対症療法の薬剤であり、その原因疾患があると考えられるので、原疾患名に加えて末梢(性)神経障害性疼痛の併記をお願いしたい。これは支払基金本部の見解として確認している」とされています。

【 国 保 】

- ①神経障害性疼痛のみでは認めていない。(原疾患が必要と考える)
- ②帯状疱疹後神経痛のみで認めている。(帯状疱疹が原疾患と考える)
糖尿病性神経障害のみでは認めない。(疼痛治療剤であり、神経障害のみでは認めていない)

【宮崎県】

- ①認めている。(原因となる疾患名があることは当然望ましい)
- ②認めている。

各県からの回答

【沖縄県】	<p>①神経障害性疼痛単独で認めている。</p> <p>②帯状疱疹後神経痛、糖尿病性神経障害では認めない。</p>
【大分県】	<p>提案県</p>
【長崎県】	<p>①原因疾患名を要し、単独では認めていません。</p> <p>②神経障害性疼痛の併記が必要です。糖尿病性有痛性神経障害では判断が分かれています。</p>
【熊本県】	<p>神経症障害性疼痛と神経障害の基礎疾患名の併記を必要とするので、①、②はいずれも認めない。</p>
【福岡県】	<p>①内科では神経障害性疼痛の病名があれば単独病名でも認めているが、本疾患を起こしうる病名の記載を求める方向に進んでいる。</p> <p>②いずれの病名も認めている。</p>
【鹿児島県】	<p>【国 保】</p> <p>（神経内科医）</p> <p>他の原因となる病名（多発性神経炎、三叉神経痛など）を併記すべきとしているが神経障害性疼痛のみでも査定はしていない。帯状疱疹後神経痛は認めている。糖尿病性神経障害や末梢神経障害のみで疼痛の有無が不明な場合は併記を求めている。座骨神経痛や三叉神経痛でも認めている。</p> <p>（整形外科医）</p> <p>神経障害性疼痛とそれを引き起こす原因となる病名を必要としており、神経障害性疼痛のみでは認めていない。</p> <p>明確な取り決めはないが、帯状疱疹後神経痛あるいは糖尿病性神経障害に最初から本剤を使用するのは問題があり、何らかの注記が必要。</p> <p>【社 保】</p> <p>国保にほぼ同じ</p>

(8)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (8)

＜リリカ：ICD-10 対応標準病名マスター・保険請求について＞

- 第 2 版 -

2011 年 1 月 5 日

ICD-10 対応標準病名マスター更新に関する情報が財団法人医療情報システム開発センター (MEDIS-DC) のウェブサイト (<http://www2.medis.or.jp/stdcd/byomei/index.html>) に公開されました。新規追加の病名表記に「末梢神経障害性疼痛」が記載され、同義索引語として「末梢性神経障害性疼痛」が記載されました（更新日：2011 年 1 月 1 日）。

つきましては、ICD-10 対応標準病名マスターに「末梢神経障害性疼痛」（ICD-10 コード：G64）が登録されたことを、ご担当施設にお伝えして下さい。詳細に関しましては、MEDIS-DC のウェブサイトをご参照頂く様お伝えして下さい。

なお、マスター登録の方法や時期などは、施設毎によって異なりますので、医療機関の方から電子カルテベンダーへ問い合わせをして頂くようお伝えして下さい。

- Q & A -

Q：なぜ、病名表記「末梢神経障害性疼痛」とリリカの適応症「末梢性神経障害性疼痛」が異なるのか？

A：ICD-10 に関する病名表記やコードなどは、財団法人医療情報システム開発センターで決定されるものであり、医学用語、学会用語集など様々な観点から総合的に判断し、病名表記が決定されます。

なお、ペインクリニック用語集（日本ペインクリニック学会用語委員会編集）において、国際疼痛学会による英語表記である“Peripheral neuropathic pain”の日本語訳は、第 2 版（L20101221010）では「末梢性神経障害性疼痛」、第 3 版（L20101221011）では「末梢神経障害性疼痛」と記載されており、「末梢神経障害性疼痛」と「末梢性神経障害性疼痛」は同じ疾患を指しています。

＜リリカ：レセプト・保険請求に関して＞

Q：レセプトへの記載はどのようにすればよいのか？

A：リリカは原因療法ではなく対症療法の薬剤です。[添付文書 使用上の注意 2. 重要な基本的注意 (5) をご参照ください。]

従って、リリカを投与するような患者様は原因疾患があると考えられますので、その原因疾患名に加えて「末梢性神経障害性疼痛」の併記をお願いしております。これは支払基金本部のご見解として確認しております。

（あくまでも保険審査通過の可否の見解ではなく、単純にレセプト傷病名欄の記載方法についての見解です。）

なお、保険審査通過の可否につきましては、各地域の審査支払機関毎に判断が異なる場合がありますため、審査支払機関や地方厚生局にご確認下さい。

以上

(9) 原審査および再審査における審査結果理由の連絡欄の記載について （大分県）

《 提案要旨 》

近年、(特に社保において)個々の審査結果について医療機関(査定の場合)あるいは保険者(再審査原審の場合)に理由を連絡欄に記載するよう事務局から依頼されている。下記のように、県によって記載割合に差が生じており、特に当県では記載割合がいずれも低いため事務局から記載割合を増やすよう繰り返し依頼されるようになってきている。

事務局によれば年々記載割合は増加しており、目標値に達している県が多いが、今後も目標値を引き上げられる可能性もあるので理由記載はさらに推進したいとの考えである。

実際には限られた時間に審査を行わねばならず、審査員からは個々の例についてすべての記載は不要ではないかという意見や、一つ一つ文書を入力するのも手間がかかり、用意された多くの例文を検索して選択するにも手間がかかるとの意見もある。

いずれにしても、情報開示の考えから審査理由を提供することは望ましいと考えるが、記載割合の高い各県の状況や独自の工夫などがあればうかがいたい。

審査結果理由記載割合（％） 社保・平成30年3月の状況

	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄
(A)原審査で査定	78.8	92.6	87.7	82.7	66.4	88.4	71.4	82.4
(B)再審査で原審	45.7	72.7	54.4	90.5	21.9	63.6	39.5	65.5

※目標値 (A)50% (B)40%

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

二次審査委員会、審査研究会、再審査部会等の際に毎回、部会長、主・副審査委員長が審査委員に対して常に口頭でお願いしています。特に事由記載の少ない診療科の審査委員には、その場で名指しで丁寧をお願いしています。また、時々ですが、各支部の事由記載割合と自支部との比較も報告していて自覚を促しています。

【 国 保 】

- ・原審査、再審査とも査定の場合は記号(A～D)のみ。
- ・保険者再審査での原審理由は定型文から選択。(使用頻度の高い理由を上位に表示し、選択しやすいようにしている)
- ・医療機関再審査での原審の場合、詳細な原審理由を通知している。(理由入力事務局で対応)

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

医師も結果理由を記入する努力はしていますが時間が限られていることより十分ではありません。

高い記入割合が達成できているのは、医師が記入した理由を事務職員が編集して類似事例に代理記入していることによります。

（補足事項）

現実的には適応外のA査定に、「当該薬剤は傷病名に照らして適応とはなりません。」のような、説明として有用性を持たない文言を記入して記入率を稼いでいるだけの面もあります。

結果理由の記入率が高くても、本当に審査結果の理由を伝えることが必要な事例に対して適切に理由が記入できているか否かは不明です。

基金本部からの指示で、とりあえず内容は問わずに記入率を上げているだけの状態で、記入率が低くても必要な事例に十分な記載があればその状態で良いと思います。

記入率を上げるためだけに、無駄な時間を使用している状態ですので、考え直す時期と思います。

【沖縄県】

【 社 保 】

貴県の提案のとおり限られた時間で審査結果理由の記載をするのには手間がかかり、各委員より不満があるのは事実です。検索システムはありますが手間がかかるのも同様です。当県では審査結果が同じような理由で判断されている場合、事務で処理することを行っております。

【大分県】

提案県

【長崎県】

審査研究会時等に各審査員にお願いし、それぞれ努力されています。同じ施設で運用に渡って同じ査定事例を繰り返す場合があります、そのような場合全例に実施できていません。

【熊本県】

熊本県の場合

・・・審査結果理由の記載：現審査査定については H30年6月 81.5%
：再審査原審については H30年6月 87.5%

で、目標値 80% に達しています。

職員から審査委員に記載をお願いしています。

各 県 からの 回 答

【福岡県】	原審査、再審査でも審査結果の理由や連絡(連月同様査定の時)は記載し、医療機関への注意点となるようにしています。
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>原審査の場合、A B C D等の記載、再審査では定型文での記載が主。具体的な記載はしていない。</p> <p>保険者再審査で原審の場合 殆ど定型文で記載されているが、審査委員の判断で、原審理由を補記。</p> <p>医療機関再審査で原審の場合 定型文で記載されているが、医療機関から詳細な理由を求められた場合は審査委員がコメントを記載している。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>定型文のみでは、医療機関や保険者を納得させる審査理由になりにくい場合が多く、個々のケースに応じてわかりやすい審査結果理由を記載するように努めている。</p>

(10) 甲状腺ホルモン関連検査(FT3,FT4,TSH)の測定頻度について （長崎県）

《 提案要旨 》

以下の基準で審査をしています但貴県はいかがでしょうか。

①長期安定例では原則、甲状腺機能亢進症で月1回、甲状腺機能低下症で2ヶ月に1回

②ただし、免疫チェックポイント阻害剤(オプジーボ等)投与時は上記の限りではなく、審査員の判断とする。

各 県 からの 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

①特に取り決めはしていませんが、連月の場合は返戻して必要理由を説明していただいています。

②貴見の通り。オプジーボの添付文書の基本注意として、「甲状腺機能障害（機能低下症が6.6%、機能亢進症が1.4%）」が起こることがあるので、投与開始前及び投与期間中は定期的にTSH、FT3、FT4の検査を実施する」と記載されていますが、検査の頻度に関しての記述はありません。

【 国 保 】

①長期安定例では亢進症、低下症とも月1回を基本とし、個々の症例による医学的判断。

②月1回。毎月の算定を認めている。

【宮崎県】

①宮崎県医師会で作成した保険診療の手引きでは、「FT3とFT4とTSHを初診1カ月は2～3回、それ以降は月1回までとするが安定期になれば3カ月に1回で十分である。妊婦、バセドウ病の手術前後やバセドウ病クリーゼの場合はその限りではないが、注記が必要」となっています。

②具体的取り決めはありません。

【沖縄県】

【 社 保 】

①長期安定していると思われる症例では3ヶ月に1回程度が妥当と思われます。

②ただし甲状腺ホルモンの変化が予想される場合(オプジーボ投与等)においては認められるものと思います。個々の取り決めはなく審査員の判断によります。

【 国 保 】

甲状腺ホルモン関連検査(FT3, FT4, TSH)の測定頻度について、明確な取り決めはない。傾向的な場合は返戻を求める。

注釈: ちなみに甲状腺機能亢進症におけるTSHレセプター抗体の測定は維持量投与期において3～4ヶ月に1回の測定で十分とされている(取り決めあり)。

各県からの回答

【大分県】	<p>①6ヶ月までは月2回まで認めている。6ヶ月以降は原則、月1回としている。</p> <p>②医学的判断としている。</p>
【長崎県】	<p>提案県</p>
【熊本県】	<p>①認めている、②審査員の判断とする。</p>
【福岡県】	<p>①頻度は取り決めていません。審査員の多くは3カ月に1回ぐらいの方が 多いようです。甲状腺機能亢進症では上記3項目、低下症ではFT3以外の 2項目を認めています。</p> <p>②取り決めはありません。必要と思われる検査については、審査員が個別に 判断しています。</p>
【鹿児島県】	<p>【国 保】</p> <p>①甲状腺疾患の確定診断後、1年間はFT3 FT4 TSHの3項目を認める。 1年経過して安定している例では、FT3 もしくはFT4とTSHの2項目を認める。 3項目必要な場合は、詳記を求めるとしていたが、内分泌専門審査委員から 以下の提言があり、合議の結果決定となった。</p> <div><p>甲状腺疾患においては診断確定後の期間にかかわらず、FT3 FT4 TSHの 3項目同時測定を認める。測定の間隔については、バセドウ病、甲状腺 機能亢進症、亜急性甲状腺炎の場合には連月測定可。それ以外の疾患、 病態において診断確定後または病態変化後1年を経過して連月測定 の場合には該当する病名及び註記が必要。該当する病名及び注記があれば 測定を認める。</p></div> <p>②免疫チェックポイント阻害剤(オプジーボ等)投与時は上記の限りではなく、 審査委員の判断。</p> <p>【社 保】</p> <p>甲状腺機能異常(亢進・低下)を来す診断確定病名にて、連月算定を認めて いる。疑い病名に対しては、3か月毎算定可としている。</p>

(11) 大腸内視鏡検査の観察範囲について（長崎県）

《 提案要旨 》

大腸内視鏡検査は傷病名の部位までとし、直腸がんでは直腸ファイバーで、またS状結腸がんの傷病名では全大腸検査を認めていません。S状結腸がんであっても全大腸の観察は当然であるとの意見があります。貴県での対応はいかがでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

提案要旨に「傷病名の部位までとし」とあるので、今回の大腸内視鏡検査の前に既に部位が分かっていると考えてよいのでしょうか？今回が2回目の内視鏡検査であれば傷病名の部位まででもいいと思いますが、注腸造影やCTなどの画像診断による大腸癌の疑い病名では、大腸の他の部位にも病変があるかもしれないので、病名がS状結腸癌であっても全大腸内視鏡検査を認めています。

【 国 保 】

直腸がん、S状結腸がんでも全大腸検査を認めているが、傾向的な請求がなされている場合は査定する場合もある。

【宮崎県】

再審査で保険者側から最近そのようなコメントが来ておりますが、検査前から病変部位が判っていて、その部位のみ検査処置するのであれば、その対応で良いと思われるが、一般的には全大腸を検査し、結果として病変が直腸にあったり、S状結腸にあったりしているので全大腸検査施行したのであれば、その請求を認めて良いと考えます。

【沖縄県】

当県では直腸癌、S状結腸癌であっても上行結腸及び盲腸で算定している。ただしコメントにて癌にて全周性病変であり病変部を超えることができないなどとあればその部位に準じて読み替えている。

【大分県】

S状結腸がんであっても全大腸の観察を認めている。

【長崎県】

提案県

各 県 からの 回 答

【熊本県】	疾患名が検査を規定する必然性はないと思われる。S状結腸がんの病名であつても全大腸検査は認めている。粘膜上皮の腫瘍はどこにでも発生するので全大腸検査が望ましい。
【福岡県】	<p>直腸がん、S状結腸がん、であつても他の部位に病変のある可能性があります。従つて、TCS(全大腸鏡検査)は行うべきだと考えます。</p> <p>また、直腸ファイバー、あるいはS状結腸ファイバーを準備しておられる施設は少ないと思います。</p> <p>実際、福岡県内の大きな基幹病院では、TCSしか行っていない施設がかなりあります。</p> <p>ただし、「大腸がん疑い」などTCSを必要とする傷病名があるのが望ましいと考えます。</p>
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>消化器内科審査委員 全大腸の観察は当然である。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>大腸内視鏡検査においては、通常、盲腸まで挿入し、観察している。</p> <p>その結果として「直腸がん」、「S状結腸がん」の病名になつたとしても、他の部位に何も異常がないことを確認した上での診断であるので、全大腸内視鏡検査としての請求は当然認められる。</p> <p>特殊な場合(狭窄等、あるいは検査医師の技術の問題で深部大腸に挿入できなかった時)は到達部位までの請求になる。</p>

(12) DPCの入院料に於ける救命救急入院料、特定集中治療室管理料の取り扱いについて
傷病名:①MRSA敗血症

②急性肺炎(市中肺炎、A-DROPスコア:1)

③症候性てんかん (熊本県)

《 提案要旨 》

DPCの入院料の加算として、救命救急入院料、特定集中治療室管理料が設定されているが、その算定対象となる患者は通知で規定されています。(参考資料あり)

上記の①②③の場合、入院区分は緊急入院であっても算定が認められないのではないかと考えています。

又、認められない場合はそれに伴う加算は認められず、包括される救急医療管理加算1又は2が認められることとなりますが、1又は2のいずれを認めるか、貴県に於ける取り扱いについて御教示ください。

各 県 からの 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

①、②、③の全てに症状詳記を求めて返戻します。②のA-DROPscore1の場合は、外来でも入院でもよいレベルなので査定するケースが多いようです。包括の場合も同様に返戻しています。

【 国 保 】

個々の症例により医学的判断。治療内容等から判断しかねる場合は症状詳記を求めている。

①～③とも救急医療管理加算1の要件を満たすと考えため、振り替える場合は、救急医療管理加算1としている。

【宮崎県】

重篤な急性呼吸不全や意識障害等の救命救急の算定対象の病態が明確でなければ、① MRSA敗血症②急性肺炎③症候性てんかんの傷病名だけでは算定は難しいと考えます。救急医療管理加算1または2は、医師の判断であり明確な基準はありませんので、詳記次第と考えます。

② 急性肺炎A-DROPスコアー1)は、外来または入院治療のレベルであり、該当しない。

救命救急入院料が認められない場合はケースバイケースでの判断になります。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】

＜救命救急入院料＞
⇒施設基準に適合して届け出た医療機関(■救急救命センター)で算定可能
＜特定集中治療室管理料＞
⇒施設基準に適合して届け出た医療機関(■ICU)で算定可能
＜救急医療管理加算＞
⇒施設基準を満たす医療機関において救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者で算定可能
救急医療管理加算1の対象となる患者は、
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査またはt-PA療法に必要とする状態
救急医療管理加算2の対象は、ア～ケまでに準ずる重篤な状態にあって医師が診察の結果、緊急に入院が必要と認めた重篤患者となっています。
従って、①MRSA敗血症、②急性肺炎(市中肺炎、A-DROPスコア:1)、③症候性てんかんの疾患に関しては、ア～ケに準ずる状態として、救急医療管理加算2で算定しています。

【大分県】

貴県の指摘通り、①②③のいずれの場合も救命救急入院料、特定集中治療室管理料の算定は認められないと思われる。本件に関しては当県では独自の厳格な規定はなくケースバイケースで審査員の判断に委ねられているが、一般的に医学的必要性や病状から考慮して救急医療管理加算2が相当と思われる。

【長崎県】

病名だけではなく、レセプト内容から審査員の判断により審査しています。

【熊本県】

提案県 (1)に準ず。

各 県 から の 回 答

【福岡県】

①②③の病名だけで判断せず、診療状況や詳記にて判断している。

【鹿児島県】

【 国 保 】

救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 大手術を必要とする状態

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

との条件から① ② ③については緊急入院であっても算定が認められないと判断、返戻している。

救急医療管理加算1又は2いずれを認めるか病態を判断して決定。

審査委員会で検討予定

【 社 保 】

救命救急入院料や特定集中治療室管理料の算定要件に該当すれば算定可能と思われる。

①MRSA敗血症は重症度をレセプトに記載する必要がある。

②急性肺炎(市中肺炎、A-DROP1)は中等度ですが算定は不可能と思われる。

③症候性てんかんは算定不可能です。

救急医療管理加算については、①は生命に関わるようなことがあれば1であるが、通常であれば2と思われる。

②、③は救急医療管理加算は認められないのではないか。

重症度によると思われる。

(13) 消化管内視鏡検査における静脈麻酔薬の使用について （熊本県）

《 提案要旨 》

熊本では一般に消化管内視鏡検査ではペチジンとエチゾラム等のベンゾジアゼピンの併用は査定の対象になりますが、最近ではプロポフォール等の新しい静脈麻酔薬がガイドライン等により多用される所も現れています。

これらの静脈麻酔薬について、各県ではどのように対処されていますか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

提案事項1と重複しますが、上部消化管内視鏡検査では、原則静脈麻酔は認めていません。ただし、精神神経疾患を有しており、検査が困難な場合は、注記があれば認めています。上部消化管内視鏡検査の全患者に対して麻酔しなければできないのであれば、手技(技術)が未熟であり、検査はすべきでないと考えます。麻酔後の覚醒が異常に遅い患者や、車を自分で運転して来院した患者さんには検査を延期する等の配慮が必要です。万一を考えて挿管の準備をし、自院で入院設備のない医療機関では検査の度に急変時の転送病院との連携をとっておく必要があります。そこまでの準備ができていなければ、静脈麻酔は控えるべきと考えます。

下部消化管内視鏡検査では、上記に加えて開腹手術の既往があり、癒着のため前回検査ができなかったとの注記があれば認めています。

支部間差異検討委員会でも認める方向であり、いずれは上部・下部とも静脈麻酔を認めることになると思われます。

【 国 保 】

鎮痛剤、鎮静剤の併用を認めている。ただし、両者とも必要性の注記が必要との取り決めをしている。

プロポフォールについて、現状、請求事例はない。使用を認めるかについては、今後検討が必要であるとする。

各 県 からの 回 答

<p>【宮崎県】</p>	<p>静脈麻酔剤を消化管内視鏡検査の前処置剤としては認めていません。宮崎県医師会で作成した保険診療の手引きでは、前処置剤に関しては 上部消化管検査では原則として1剤のみ認められる。2剤（オピスタン・セルシンなど鎮静剤）併用する場合には詳記が必要。内視鏡による手術時には2剤併用も認められる。さらに麻薬を第一選択としないこととあります。下部消化管検査でも同様となっていますが、現実的には2剤OKです。</p> <p>但しプロポフォールは静脈麻酔剤ですので認められないと思います。（使用例にあたったことはありません）</p> <p>（ちなみに添付文書におけるプロポフォールの使用上の注意には、一般の全身麻酔剤と同様、麻酔開始より患者が完全に覚醒するまで、麻酔技術に熟練した医師が、専任で全身状態を注意深く監視。集中治療の鎮静に利用する場合においても、集中治療に熟練した医師が取り扱うとなっており、ベンゾジアゼピン系の鎮静剤とは異なる扱いです。）</p>
<p>【沖縄県】</p>	<p>【社 保】</p> <p>当県では併用の細かな取り決めはありませんがプロポフォールも認めております。</p> <p>【国 保】</p> <p>プロポフォールを内視鏡の鎮静として使用したレセプトは当県では経験がありません。他のベンゾジアゼピン系に関して覚醒の点で早く有用であるとは考えますが、適切なコメントがない場合、高価であるあるため査定の対象になります。</p>
<p>【大分県】</p>	<p>「体動抑制」等のコメントがある場合は、認めている。</p>
<p>【長崎県】</p>	<p>提案（１）に対する回答通りです。鎮静剤１剤のみは認めますが併用は認めません。またプロポフォール等は麻酔の必要性和それが実施された場合に認めています。</p>

各県からの回答

【熊本県】

提案県

【福岡県】

当県でも併用は査定していますが、プロポフォル、ミタゾラム等の使用は認める方向で検討していきたいと考えています。

【鹿児島県】

【国 保】

提案事項(1)とほぼ同じ

【社 保】

ベンゾジアゼピン系とペチジン(オピスタン)の併用については、上部消化管内視鏡検査においてはペチジンを査定、詳記があれば認めている。

大腸内視鏡検査においては、詳記が無くても両者の併用を認めている。

プロポフォルについては、最近、使用している医療機関がでてきているが、ベンゾジアゼピン系よりも効能が限られている薬剤であり、現時点では特に詳記が無い場合は、査定している。

提 案 事 項

(14) サムスカ:心不全に対する体液貯留;一日一回15mg 経口投与
肝硬変における体液貯留;一日一回7.5mg 経口投与
について当県では以下のような取り決め事項を結構厳密に対応していますが貴県ではいかが
ですか? (福岡県)

《 提案要旨 》

- ①本剤は他の利尿薬と併用されていなければ算定は認められない。
- ②本剤の投与開始に当たっては原則入院で行わなければならない。ただし一時中止後の再投薬については、7.5mgのみ外来でも認められる。
- ③一回の投与日数は30日分までを認めるが、本剤の投与開始にあたっては血液検査(血清電解質:Na,K,Cl および肝機能検査:AST,ALT,ガンマGTP,ビリルビンなど)を行う必要があり、同月に血液検査の算定がない場合、本剤の算定は認められない。

各 県 からの 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

- ①サムスカの添付文書の「重要な基本的注意」及び「警告」として、他の利尿剤と併用して使用することと記載されています。従って併用されていない場合は返戻して、他の医療機関でも利尿剤が投与されていなければ査定しています。
- ②添付文書の警告に、「入院下で投与を開始又は再開すること」とされているので、中止後の再投与の場合でも入院下での投与が必要です。投与期間は特に制限していません。1回の投与期間は30日分まで認めているとのことですが、添付文書には、肝硬変、心不全のいずれも2週間を超える使用経験はないとされています。また、2週間でも効果がなければ中止、目標体重に達したら漫然投与しないとされています。従って、1回の投与期間は2週間が妥当と考えます。
- ③添付文書の警告に検査のスケジュールが定められており、開始月に電解質及び肝機能検査がなければ、他医で当月検査されているかどうかについて返戻確認し、検査がなければ査定しています。

【 国 保 】

社保回答と同様である。

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

宮崎県(社保)では原則として添付文書を遵守する扱いとしています。

①他の利尿剤と併用されていない場合はD査定としています。

②一時中止の後の再投薬については、7.5mg錠の場合であっても、外来での再開は認めていません。外来で再開され、継続している事例に対しては、外来での再開時の初回処方分はD査定とし、次回以降の継続処方分からは認める扱いとしています。

③投与開始は入院以外は認めていないので、血液検査がない事例は存在しません。外来で継続処方をするときには、血液検査を処方の条件とはしていません。

【沖縄県】

サムスカはバソプレシンV2受容体拮抗薬という新しいタイプの利尿薬です。普通の利尿薬と異なり、ナトリウムなどの電解質排泄を増やさずに水分だけを排出させるのが特徴です。電解質の排泄増加を伴わないので、ラシックス等のような低ナトリウム血症や低カリウム血症を起こすことはありませんが。一方で、それらの血清濃度が異常に上昇してしまう(⇒とくに高Na血症)おそれがあるため、開始当初は必ず入院し、電解質の測定(特にK)を数回行うことが必要です。

①利尿薬との併用は必須です。薬剤の添付文書の<<効能・効果に関連する使用上の注意>>に記載されています。

http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/2139011D1022_1_02/

②投薬開始は、上記のごとく入院が必要です。

(⇒導入最初は頻回に電解質チェックが必要)

③同意見です。

各 県 からの 回 答

【大分県】	①～③ 医学的判断としている。
【長崎県】	①貴県の通り、他の利尿剤の併用がなければ認めません。 ②同様な場合、15mgでも認めています。 ③1回の投与日数は30日、投与開始時には諸検査が実施されているようで特に問題になっていません。
【熊本県】	同様だが、投与開始はすべて入院を原則としている。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	【 国 保 】 審査委員の判断 【 社 保 】 本県の社保の審査会では、問題に上がったことがなく、合議等はない。篆書文書通りの警告に従った使用方法で対処しており、貴県のような取決め事項は設けていない。

(15) 漢方エキス製剤の上限規制についてお伺いします。（福岡県）

《 提案要旨 》

福岡県では社保・国保審査員の申し合わせ事項として、下記のような取り決めに30年程前から行っています。

「漢方エキス顆粒（医療用）は用法・用量の1日量を上限とし、複数処方を行う際には満量2剤までとする。3剤以上を併用する場合はそれぞれ減量して満量2剤を越えないようにする。（例：ツムラ葛根湯7.5g＋ツムラ小柴胡湯7.5gは可。これに桔梗湯を加える場合にはツムラ葛根湯5g＋ツムラ小柴胡湯5g＋ツムラ桔梗湯5gとそれぞれ3分の2として、総量を満量2剤以下とする）」

最近、国保審査会の漢方担当部門より、「適宜増減の文言があるので、1剤処方では倍量まで認めてよいのではないか（例：ツムラ葛根湯15g／1日まで可とする）」との意見が出されていますが、倍量投与では麻黄や甘草の過量による副作用の懸念もあり、従来通り、1剤に関しては1日量を上限とする方針を社保側は維持したい考えで、今後調整して行く予定です。

各県では漢方エキス顆粒（医療用）の投与量、複数処方について、上限をどのように決めておられますでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

貴県の申し合わせ事項と同じ取り決めで審査しています。

本県では、保険診療の手引きに、単剤の場合は、原則的に厚生労働大臣が承認した範囲内で処方する。エキス剤の多剤併用又は生薬の浸煎薬（全体としてエキス剤の1剤とみなす）を併用する場合は、配合生薬の用量が過剰にならないように注意する。エキス顆粒製剤の多剤併用の場合も成分生薬の適正投与のため、併用注意に留意して、1日量は、製剤の満量2倍相当量（15～18g/日）程度を目安とする。漢方製剤処方時のいわゆる裏処方についても適応傷病名がないものについては認めていないと記載しています。

【 国 保 】

満量2剤相当量を基準としている。（貴県と同じ）

1剤処方の場合であっても、倍量は認めていない。

【宮崎県】

取り決めはありません。ケースバイケースで判断します。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	漢方エキス顆粒は2剤までしか併用を認めていません。3剤以上の併用は原則として査定しています。定期外来で漢方薬2剤併用の患者が急性疾患、例えば急性上気道炎になり葛根湯等を処方している場合や、どうしても3剤併用が必要で貴県のご指摘のように用量を加味している場合はコメントにより認めているケースもあります。
【大分県】	医学的判断としている。
【長崎県】	基本的に2剤のフルドース相当量まで認めています。3剤以上の場合貴県と同様です。葛根湯15gはそれだけで2剤相当と考えられると思います。ところで当県では問題になってはいませんが、ツムラ大建中湯は常用量が15gとなっていますが取り扱いはいかがでしょうか。
【熊本県】	漢方薬は2剤まで、3剤以上は用量に関わらず査定の対象としている。 1剤の上限は明記された用量とする。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	【 国 保 】 上限等については審査委員の判断 【 社 保 】 合議での取決めはない。複数のエキス剤の処方の際、保険者から再審査依頼が時々あり、再審査では、それぞれの薬剤に含まれる乾燥エキス組成量を計算し、重なりのある成分について処方量から合算し、その量が適宜増減の範囲内にあれば、算定可とし、過量であれば、許容範囲内に薬剤を減量査定している。

(16) 配置医師でない保険医による定期的な往診について （鹿児島県）

《 提案要旨 》

かかりつけの患者が特別養護老人ホームに入所し、配置医師へと主治医が自動的に変更になった場合、平成18年4月24日医療課事務連絡において、緊急の場合や配置医師の専門外にわたるものの場合、配置医師でない保険医が入所者からの求めに応じて往診を行うことは妨げない、とされているが、これを定期的に行った場合は審査上どのように扱われておられますか？患者本人や家族から要望があれば、定期的なものでも往診または在宅訪問診療でできるようにしてほしいとの会員からの要望あり、各県での対応をお伺いしたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

患者又はその家族からの要望であったとしても、保険医が定期的に行った場合は往診とは認めていません。

往診は患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるもので、定期的に診療した場合は算定できないとされています。配置医師でない保険医は、特に診療を必要とする場合を除きみだりに診療してはならない。定期的な医学管理を目的として診療を行った保険医は配置医師とみなすとされています。配置医師、保険医にかかわらず、患家の求めが定期的にあっても、定期的に診療すれば往診とはみなされないと考えます。

【国 保】

レセプト審査上は認めている。

指導の範疇になると考えるが、定期的な往診等の算定は認められないと考える。

【宮崎県】

配置医師でない保険医が定期的に往診を行った場合には査定されます。

患者本人や家族からの要望はありませんが、現時点では困難かと思います。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	<p>【 社 保 】</p> <p>貴県の提案されたような事例は当県では報告がありません。解釈上複数の医師に定期的な往診、在宅診療は認められないものと思われます。</p>
【大分県】	<p>患者本人や家族からの要望であっても、定期的なものは往診料の算定要件に該当しないため、算定できないと考えます。</p> <p>在宅訪問診療料は、配置医師、配置医師以外のいずれも算定できない項目のため、算定できないと考えます。</p>
【長崎県】	<p>定期的なものは認められません。配置医師の要請があれば認めています。</p>
【熊本県】	<p>定期的な往診はありえないと思われるが、訪問診療は配置医師のみ認めている。</p>
【福岡県】	<p>往診を行うことは妨げないが、定期的に行った場合は査定となる。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>

提 案 事 項

(17)「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でのHbA1c測定について（鹿児島県）

《 提案要旨 》

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でHbA1cを測定すると当県国保では、査定されます。「糖尿病疑い」病名として、3か月に1回であれば認めるとのことです。社保では今のところ査定されていません。「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」病名でも、高血圧症や脂質異常症があれば、2型糖尿病への進行抑制目的でのベイスン0.2mgの使用が認められています。治療目的での薬物使用が認められるのであれば、効果判定などのために検査を認めてもいいのではないのでしょうか。貴県ではいかががされていますか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

添付文書には、ベイスン0.2mg投与開始後1～3ヵ月毎を目安に、空腹時血糖・随時血糖、HbA1cなどの検査を実施するとあるので、効果判定の目的で毎月HbA1cを検査されても査定はできない。連月検査の場合は、必要理由について返戻することもある。この場合、食事療法、運動療法を3～6ヵ月間行っても改善されなかった旨の注記及び高血圧症、脂質異常症、肥満（BMI25以上）又は2親等以内の糖尿病家族歴のいずれかの診断名をレセプトに記載する必要があります。

【国 保】

糖尿病疑いの併記が望ましいが、査定はしていない。
※国保の全国調査で87%が「境界型糖尿病でのHbA1cを（原則）認めている」との結果が出ている。

【宮崎県】

当県では「耐糖能異常」、「境界型糖尿病」、「糖尿病疑い」のいずれの病名でも3ヵ月に一回の測定を認めています。

【沖縄県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」は糖尿病疑いと同じような病態と考えられます。ゆえに当県では3ヶ月に1回の測定を認めております。当県でも「耐糖能異常」「境界型糖尿病」にベイスン0.2mgの使用は認められています。

【大分県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でHbA1cを認めている。

【長崎県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」でのHbA1cの測定は認めています。「糖尿病の疑い」では診断を確定するために2ヶ月連用までは認めますが、3ヶ月以上の連用検査は認めていません。一旦中止にして3ヶ月以上の間隔を空けた場合、それから2ヶ月の連用までは認めています。

各 県 からの 回 答

【熊本県】	耐糖能異常や境界型糖尿病の場合は、3ヶ月の1回のHgbA1c測定を認めている。
【福岡県】	初回であれば、グルコースと共に「耐糖能異常」「境界型糖尿病」もしくは「糖尿病の疑い」でHbA1c測定は認めています。しかし、3ヶ月に1度は頻回と思われます。当県では、大旨6ヶ月に1回程度です。
【鹿児島県】	提案県