

令和元年度
第36回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和元年10月26日（土）午後3時30分～5時30分
場 所：ホテルマリターレ創世 3階「ミューズ」

第36回九州各県内科審査委員懇話会

日時：令和元年10月26日(土) 午後3時30分～5時30分

場所：ホテルマリターレ創世 4階「ミューズ」

(佐賀市神野東2-5-15 TEL 0952-33-5511)

次 第

1. 開 会
2. 担 当 県 挨 拶 佐賀県医師会内科医会
3. 来 賓 挨 拶 日本臨床内科医会
4. 協 議

- (1) 脂質異常症(高脂血症)および閉塞性動脈硬化症の確定病名がある患者に対する「D010-07 脂肪酸分画(429点)」の算定を認めているか。(宮崎県)
- (2) 漢方の多剤(3剤以上)の投与について
長期投与(6カ月以上の常用量多剤投与)について(宮崎県)
- (3) ①L-FABP測定の具体的な保険対象疾患について
②本年、高血圧治療ガイドライン2019で厳格な降圧治療目標基準が発表されました。
これを受けて、降圧治療の強化が図られるものと予想されます。
そこで降圧薬の併用についてお尋ねします。(沖縄県)
- (4) 禁忌薬物の許容範囲および許容条件について(大分県)
- (5) 電気生理学的検査(EPS)で右心カテーテル検査の算定について(大分県)
- (6) 口腔乾燥症状改善薬の適応病名について(長崎県)
- (7) 脂肪性肝炎(NASH、NAFLD)のみの病名でAFP、PIVKA-IIの測定について
(長崎県)
- (8) 複数の医療機関において、別の医療機関の傷病名に対する禁忌薬剤の投与について再
審査申し出があるか。(横覧点検時)
申し出がある場合は対応を伺いたい。(熊本県)
- (9) ①傷病名「全身性エリテマトーデス」に対しネオオーラルカプセルの投与を認めている
か。
②傷病名「間質性肺炎」に対しネオオーラルカプセルの投与を認めているか。
③傷病名「アトピー性皮膚炎」に対しネオオーラルカプセルの投与を認めているか。
認めていない場合は支部の取扱いを伺いたい。(熊本県)
- (10) 診断時における膠原病関連検査の複数項目の取り扱いについて(福岡県)
- (11) 消化管観血的治療後の止血処置について(福岡県)
- (12) ベンゾジアゼピン系薬剤の1年以上処方時の減算規定への対応について(鹿児島県)
- (13) CKD患者に対する医薬連携について(鹿児島県)
- (14) 大腸内視鏡ポリプ切除の間隔について(佐賀県)
- (15) 心カテ、DES留置後のDAPT、胃潰瘍予防目的のP-CAB、PPI投与について
(佐賀県)

提 案 事 項 及 び

各 県 か ら の 回 答

提 案 事 項

(1) 脂質異常症（高脂血症）および閉塞性動脈硬化症の確定病名がある患者に対する「D010-07 脂肪酸分画（429 点）」の算定を認めているか。（宮崎県）

《提案要旨》

当該検査は血中のEPA（エイコサペンタエン酸）、DHA（ドコサヘキサエン酸）、AA（アラキドン酸）、DHLA（ジホモγリノレン酸）等を測定し、動脈硬化や冠動脈硬化が既知の患者での動脈硬化の進展の有無を知るために用いる検査とされている。

既知の動脈硬化の範囲の捉え方で当該検査の適応症が変わってくるが、現在宮崎（社保）では、心筋梗塞、狭心症、脳梗塞の確定病名がある場合のみ、保険診療として認めており、閉塞性動脈硬化症（確定病名）は適応外としているが、各県の審査状況を伺いたい。

各県からの回答

【宮崎県】	提案県
【沖縄県】	<p>【社保】</p> <p>EPA/AA 比は動脈硬化進展予防の指標としての測定を認めており、心筋梗塞、狭心症、脳梗塞の確定病名などの動脈硬化症等の診断で認めている。</p> <p>上記より閉塞性動脈硬化症（確定）でも認めている。</p> <p>測定間隔については明確な取り決めはなく、概ね3か月に1度程度までは認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症（確定病名）でも認めていない。</p>
【大分県】	脂質異常症の確定患者であり、血栓症・動脈硬化性疾患（脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、閉塞性動脈硬化症、内頸動脈狭窄症等それぞれの病名（疑い含む）が併記されている場合に認める。
【長崎県】	<p>特に取り決めはありません。</p> <p>脂質異常症と閉塞性動脈硬化症での脂肪酸分画の算定はほとんどみられないようですが、請求があれば認められていると思います。</p>
【熊本県】	熊本県では、脳梗塞は認めていません。

各県からの回答

【福岡県】

国保では特に取り決めはない。

社保では算定を認めていない。当該検査は保険点数が 429 点と高く、測定に時間がかかるので、すでに心筋梗塞、狭心症、脳梗塞等がある患者で、出血や血栓の危険性が増すような状況にある場合に測定すべきと考える。因みに支払基金 47 支部のうち認める、原則認める支部は 50.1%、認めない、原則認めない支部は 47.9%である。

【鹿児島県】

【社保】

平成 23 年 2 月に合議で取決めあり。

①高脂血症、高血圧症、糖尿病の病名のみでは認めない。

②心筋梗塞、狭心症、脳梗塞等の動脈硬化症性疾患があり、かつ、高脂血症、高血圧症、糖尿病の病名のある症例については認める。

閉塞性動脈硬化症の病名でも可。

③心筋梗塞、狭心症、脳梗塞等の病名のみで検査をしている場合は、高脂血症、高血圧症、糖尿病の疾患があると考えられるので、医療機関へ返戻照会する。

【国保】

合議なし。

・専門医委員の意見

個人的には、冠動脈疾患、脳梗塞と同じように、閉塞性動脈硬化症も認めていただきたい → 基本的には、心筋梗塞、狭心症、脳梗塞等の確定病名があり、脂質異常症がある場合のみと思われる。

【佐賀県】

【社保】

認めていない。

【国保】

閉塞性動脈硬化症のみでは認めていない。

心筋梗塞、脳梗塞等がある場合は認めている。

(2) 漢方の多剤（3剤以上）の投与について

長期投与（6カ月以上の常用量多剤投与）について（宮崎県）

《提案要旨》

当県では2剤までの常用量投与を認め、3剤以上の常用量投与は併用の必要性の詳記を求めている。その詳記の内容で現投与で効果があり副作用も出ていないため、長期投与を行っている事のコメントで途中減量することなく長期投与を継続されている事例がみられるようになった。これらの事例に対しての取り決めなどされているかお伺いしたい。

各県からの回答

【宮崎県】	提案県
【沖縄県】	漢方薬は原則2剤までで3剤以上の併用はコメントを要す。 期間についての取り決めはありません。
【大分県】	漢方は2剤まで認めている。長期投与については取決めを行っていない。
【長崎県】	漢方は2剤の常用量を認めています。 少量ずつ3剤以上の投与の場合、2剤常用量相当までは認めており、投与期間に制限はありません。短期投与であっても、2剤常用量に追加しての投与は原則認めていません。
【熊本県】	コメントがあっても認めていません。
【福岡県】	長期投与は貴県と同じく満量2剤までは認めている。長期処方で3剤以上を投与する場合には、それぞれを減量して満量2剤と同程度の量になるように調整するように指導している。ただし定期処方として2剤処方している患者に追加処方する場合、処方日数、病名等より臨時処方であると判断される場合は一時的に満量3剤以上になっても認める。社保、国保とも同様の扱いである。
【鹿児島県】	【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。 【国保】 合議なし。

各県からの回答

【佐賀県】

一次審査で外来処方 of 全てを確認できる状況ではないが、漢方製剤の多種処方、長期処方が問題となっている事例はないように思う。

【社保】

エキス顆粒製剤の多剤併用の場合は、成分生薬の適正投与のため併用注意に留意して、製剤の満量2倍相当量（15～18g／日）程度を目安としている。

長期投与については、現在制限はしていない。

【国保】

多剤（3剤以上）投与の場合は、2剤の満量相当量程度まで認めている（詳記は求めている）。

また、基礎疾患がない症状名（肩こり、筋肉痛等）のみでの長期投与は6カ月まで認めている。基礎疾患がある場合はそれ以上の長期投与も認めている。

(3) ① L-FABP 測定 of 具体的な保険対象疾患について

② 本年、高血圧治療ガイドライン2019で厳格な降圧治療目標基準が発表されました。

これを受けて、降圧治療の強化が図られるものと予想されます。

そこで降圧薬の併用についてお尋ねします。(沖縄県)

《提案要旨》

① L-FABP は対象疾患が eGFR60 以上で糖尿病患者、糸球体腎炎などの慢性腎臓病が疑われる患者となっております。保険の適応疾患として具体的な疾患名がまだ特定しかねる現状であると思われます。当県ではほとんど測定されていないようです。貴県では L-FABP 測定の対象疾患、病態についての取り決めがありますでしょうか。

② 降圧薬(主軸となる ARB、CCB)について、降圧目標達成のため、それぞれ異なった種類の ARB あるいは CCB 同士の併用が散見されています。

本県では下記のように取り決めていますが、貴県での取り扱いについてご教授ください。

以下に用いる記号は、

◎：認めている、○：詳記あれば認めている、△：取り決めなし、×：認めない、としています。

(1) 2 種類の ARB の併用を認めていますか？

① 2 種の単剤 例：○○サルタンと××サルタン

② ARB を含む合剤と ARB (単剤) 例：○○サルタン・CCB 等の合剤＋××サルタン

③ ARB 合剤＋ARB 合剤 (本県では、①◎、②◎、③◎としています)

(2) 下記のような 2 種類の ARB 併用についてどのように対処されていますか？

① A 剤(常用量)＋B 剤(常用量)

② A 剤(極量)＋B 剤(常用量)

③ A 剤(極量)＋B 剤(極量) (本県では、①◎、②○、③×としています)

(3) CCB の併用についてお尋ねします。下記のような 2 種類の CCB 併用についてどのように対処されていますか？

① A 剤(常用量)＋B 剤(常用量)

② A 剤(極量)＋B 剤(常用量)

③ A 剤(極量)＋B 剤(極量) (本県では、①◎、②◎、③○としています)

各県からの回答

【宮崎県】

① 当県ではほとんど測定されていないようです。対象疾患、病態についても取り決めは行っていない。

② 降圧薬の併用

(1) 2 種の単剤 ①× ②× ③×

(2) 2 種の ARB 併用 ①× ②× ③×

(3) 2 種の CCB の併用 ①◎ ②× ③×

各県からの回答

【沖縄県】	提案県
【大分県】	<p>① L－F A B Pは対象疾患、病態の取決めは行っていない。</p> <p>② 異なる成分のA R B製剤の併用投与は、2剤それぞれ上限量まで併用投与を認めている。</p>
【長崎県】	<p>① 尿細管機能障害の伴う腎疾患の早期診断目的に、そのように状態が示唆される傷病名、コメントがあれば認められると思います。特に取り決めはなく、また、ほとんど請求もみられません。</p> <p>②－ (1) ①× ②× ③×</p> <p>②－ (2) ①× ②× ③×</p> <p>②－ (3) ①○ ②○ ③△</p> <p>異なるA R Bの併用は、単剤であれ合剤であれ、認めていません。</p> <p>合剤にその成分であるA R B単剤の併用はその薬剤の極量まで認めています。合剤同士の併用は認めていません。</p>
【熊本県】	<p>(1) ①△、②△、③△</p> <p>(2) ①△、②×、③×</p> <p>(3) ①○、②×、③×</p>
【福岡県】	<p>① 特に取り決めはない。</p> <p>② 合剤2錠は認めてなく1錠に査定している。それぞれ最大量まで単剤での上のせは認めている。それ以外の項目で取り決めはない。各審査員の医学的判断によるが、A R B 2種類は認めてないことが多いようである。C a拮抗剤も各審査員の医学的判断によるが作用機序の違いがある2種類を循環器の先生は認めている。</p>
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>①当県でもL－F A B Pの請求事例はなく、今のところ特に取決めもない状況である。</p> <p>②2種類のA R B製剤併用については、不可。A R Bを含む配合剤は同じものであれば、添付文書と異なる使用のため、公式には望ましくないが、効果不十分であれば可としている状況。異なるA R B 2種類の併用については、C C Bや降圧利尿剤などの併用もあり、降圧困難の時に認めるとされている。C C Bについては、透析症例などで高圧困難例あるときは、1～3いずれでもジヒドロピリジン系2剤、ときにジルチアゼムまでの3剤併用も認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>①合議なし。検査も少ないように思う。</p> <p>②合議なし。</p>

各県からの回答

【佐賀県】

・専門委員の意見

3剤以上の内服でもコントロール不良の患者もあり、いずれも詳記あれば認めている。→ 特に極量以上の処方には詳記がなければ認めていない。

【社保】

①取り決めはないが、糸球体腎炎、糖尿病性腎症、尿細管間質性腎炎、慢性腎臓病、薬剤性腎障害等の早期診断に認めている。

②(1) ①○ ②◎ ③△ (③は、これまで該当レセの経験はないが、今後請求があれば○)

(2) ①◎ ②× ③× (②は、極量以上は認めない)

(3) ①◎ ②× ③× (②は、極量以上は認めない)

(高血圧、狭心症の病名が併存する場合は、(3)①～③は全て◎)

【国保】

①取り決めはないが、CKD、糸球体腎炎、糖尿病性腎症等が適応と考える。

②明確な取り決めはないが、下記が基本と考える

(1) ARB

①2種の単剤 ◎

②ARBを含む合剤とARB(単剤) ◎

③ARB合剤+ARB合剤 ◎

(2) ARB

①A剤(常用量)+B剤(常用量) ◎

②A剤(極量)+B剤(常用量) ×

③A剤(極量)+B剤(極量) ×

(3) CCB

①A剤(常用量)+B剤(常用量) ◎

②A剤(極量)+B剤(常用量) ×

③A剤(極量)+B剤(極量) ×

(4) 禁忌薬物の許容範囲および許容条件について（大分県）

《提案要旨》

保険者再審査において、処方内容が併存する病名に禁忌の記載があることを理由に査定を要求される事がある。

以前話題になったピオグリタゾンに加えて最近ではシロスタゾール（プレタール）を心不全例に処方した場合が指摘されるようになってきている。さらに、メトホルミン（メトグルコ）の禁忌項目に「ショック、心不全、心筋梗塞、等・・・心臓血管系に高度障害を有する例・・・」に禁忌記載があることを理由に、心筋梗塞や急性心不全の病名がある例では本薬剤の査定を求められるようになってきた。

これに対して、薬剤によっては疾病に禁忌の項目があっても、医学的判断で必要性があればこれを認めてもよいという意見もある。過去には前述のピオグリタゾン（アクトス）を心不全合併例に投与する場合は、必要性の注記を行えば認める判断となった。

各県では種々の禁忌薬物の許容範囲や許容条件について取り決めがあればうかがいたい。

各県からの回答

【宮崎県】	宮崎県では医学的判断としている。
【沖縄県】	禁忌薬物の許容範囲や許容条件について特に取り決めはありません。貴県のお考え通りに、薬剤によっては疾病に禁忌の項目があっても、医学的判断で必要性があれば医師の裁量権によりこれを認めてもよいと思います。従いましてコメントを記載することが望ましいと考えます。
【大分県】	提案県
【長崎県】	<ol style="list-style-type: none"> 1 基本的には、禁忌薬物の許容範囲、許容条件に関して決められたものは無い様です。 2 診断名、使用薬剤、使用状況等を勘案してその症例ごとに判断しています。例えば、ピオグリタゾン使用時、「急性心不全」の診断名では認められないが、「慢性心不全」の診断名では、審査員の医学的判断で対処しています。
【熊本県】	禁忌は原則認めていません。

各県からの回答

<p>【福岡県】</p>	<p>シロスタゾール：うっ血性心不全に禁忌。心不全、慢性心不全、心臓性浮腫等は禁忌にあたらないとしている。</p> <p>アクトス：心不全及び心不全の既往に禁忌となっているため認めていない。</p> <p>例えば、ユリーフだと禁忌は、前立腺肥大症に伴う排尿障害となっているため、前立腺肥大症のみでは禁忌としては扱っていない。尿閉があると禁忌としている。他の薬剤に関しても禁忌の内容を厳密に解釈することで対応している。</p>
<p>【鹿児島県】</p>	<p>【社保】</p> <p>禁忌の中でも患者の病態等により投与せざるを得ない事例があるため詳記を求め認めている事例があると考えますが、生命の危険や他の臓器に多大な副作用を生じる事例は、認めていないと思われる。この場合も審査委員において、個々の事例により判断されることとなる。</p> <p>【国保】</p> <p>合議なし。</p> <p>病名確定日と禁忌薬剤の処方開始日が近接している場合（当月あるは翌月など）、査定。病名確定日と禁忌薬剤の処方開始日がどの程度離れていた場合、認めるかは審査委員の判断。</p> <p>該当病名が数年間記載のままのレセプトもあり、指示として病名整理をお願いすることもある。</p>
<p>【佐賀県】</p>	<p>【社保】</p> <p>利尿薬、強心薬（ジギタリスを含む）などのうっ血改善薬や心収縮能改善薬が投与されている場合には認めないが、心機能保護薬（β遮断薬、ACE、ARB）のみ投与されている場合には認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>禁忌については、傷病名（併存病名）、診療開始日、治療内容等から判断し査定対象か否かを判断している。</p> <p>ただし、レセプト上に適切な注記があれば、施設の責任のもと処方していると判断し査定としていない。</p>

(5) 電気生理学的検査 (E P S) で右心カテーテル検査の算定について (大分県)

《提案要旨》

電気生理学的検査 (E P S) の点数設定がなく右心カテーテルの加算として評価されているため、サーモダイリレーション用カテーテル (スワンガンツカテーテル) の算定がなく、E P S のみで右心カテーテルの算定を認めていない。

しかしスワンガンツカテーテルは心機能の評価、E P S は不整脈の診断であり、スワンガンツカテーテルの算定がないと、右心カテーテルを認めないことは、不整脈の診断に不必要な検査 (スワンガンツカテーテル) を要求することになり、不合理である。スワンガンツカテーテルを行わなくても E P S のみで右心カテーテルの算定を認めるべきと考えるがいかがか。

各県からの回答

【宮崎県】

当県では E P S のみで右心カテーテルの算定を認めている。

【沖縄県】

E P S は右心カテーテル検査の点数での算定となっています (→S-G カテ検査なしの E P S でも右心カテーテル検査として算定しています)。

右心カテーテル 3,600 点 (36,000 円) と、行った以下の検査の分の点数が取れます。

- ・伝導機能検査+200 点
- ・ヒス束心電図+200 点
- ・診断ペーシング+200 点
- ・期外 (早期) 刺激法による測定・誘発試験+600 点

全て行えば 4,800 点 (48,000 円) となります。

再新検査・画像診断辞典で、右心カテについては「④電極カテーテルを用いて刺激伝導系の電位を記録する電気生理検査」も含まれていますので、電気生理検査 (E P S) は右心カテでの算定を認めています。

D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)

1 右心カテーテル right cardiac catheterization (右心カテ) 3,600点

【目的】 静脈系からカテーテルでアプローチし、右房、右室、肺動脈、三尖弁、肺動脈弁、心房・心室中隔、刺激伝導系など右心系を構成する要素の形態と機能異常を診断する。

【方法】 末梢静脈を穿刺して各種のカテーテルを挿入し、①右房、右室、肺動脈に進めて、部位別の内圧や酸素飽和度を測定する。また、造影剤による右室造影、肺動脈造影も行える。② Swan-Ganz カテーテルを用いると内圧情報だけでなく、心拍出量と肺動脈楔入圧を測定することができる。③カテーテルを通して心筋組織を採取する心筋生検も可能である。④電極カテーテルを用いて刺激伝導系の電位を記録する電気生理学的検査が実施できる。

【適応疾患】 ①先天性心疾患〔心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、ファロー (Fallot) 四徴症、動脈管開存症、エプスタイン (Ebstein) 奇形、肺動脈閉鎖症、肺動脈狭窄症など〕、三尖弁および肺動脈弁の狭窄と閉鎖不全、肺高血圧症、右心系にできる心臓腫瘍、②低心拍出量症候群、急性・慢性心不全 (急性および陳旧性心筋梗塞、狭心症、各種心筋症・心筋炎・心内膜炎、ショック、心臓術後、高血圧などに伴う左室拡張不全、肺性心、大動脈弁狭窄症・閉鎖不全症、僧帽弁狭窄症・閉鎖不全症、不整脈などに伴う)、③特発性心筋症、心筋炎、④各種不整脈。

各県からの回答

【大分県】	提案県
【長崎県】	<p>1 長崎県では、電気生理学的検査は右心カテーテル検査として 3600 点算定されています。更に、それに伴う加算検査も問題が無ければ基本的に認めています。</p> <p>2 電気生理学的検査をカテーテルアブレーション施行時に同時に施行した場合はカテーテルアブレーションの点数のみ認めています。</p>
【熊本県】	貴見の通り。詳記等により医学的判断とする。
【福岡県】	<p>スワングantzカテーテルの主な適応は、左心機能低下患者、急性心不全患者、慢性心不全の急性増悪、心臓手術分の患者等であり、合併症として不整脈も考えられる。</p> <p>E P S のみで、右心カテーテルの算定は認められない。</p>
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>当県支払基金審査では、特に取決めはない。確かに、E P S の場合は、右心カテーテル法の算定をしないと E P S 加算のみの算定となり、検査の本体での算定のないきわめて不合理な算定法となると思われ、貴見に同意したい。</p> <p>【国保】</p> <p>・専門委員の意見</p> <p>通常は、電気生理学的検査（E P S）のみの点数設定はない。</p> <p>→ 右心カテーテル検査はスワングantzカテーテルを使用して検査するので、スワングantzカテーテルを使用しない右心カテーテル検査は認めていない。</p> <p>左心カテーテルや右心カテーテル検査時に、電気生理学的検査（E P S）を施行することがある。逆に E P S 時に右心カテーテル検査をすることもある。</p> <p>→ その場合は、左心カテーテルや右心カテーテル検査の点数に、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算等の点数の加算が保険上認められている。</p>
【佐賀県】	<p>【社保】</p> <p>すべて認めている。E P S で用いる電極カテーテルもサーモダイリレーションカテーテルも大静脈経由で右心系にアプローチするため、手技やシース等の材料はほぼ同一であり算定を認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>認めてもよいと考える。</p> <p>なお、右心カテを算定するような施設は D P C 医療機関が殆どであり、サーモダイリレーション用カテーテル（スワングantzカテーテル）は包括されてしまうので、審査上、スワングantzカテの有無だけでは判断できないことが多い。</p>

(6) 口腔乾燥症状改善薬の適応病名について（長崎県）

《提案要旨》

口腔乾燥症治療薬として、サラジェン、エポザックなどの内服薬とサリベートエアゾール等があります。適応病名としてシェーグレン症候群や放射線治療後となっています。これまで厳格に対応してきましたが、サリベートの成分から考えて単なる「口腔乾燥症」でも認める方向で検討しています。（他の内服薬はこれまで通り）

各県の取り扱いはいかがでしょうか。

各県からの回答

【宮崎県】	特に定めておりませんが、認める扱いとしている場合が多いようです。
【沖縄県】	サリベートエアロゾルの処方では口腔乾燥症のみでも認める。
【大分県】	<p>効能効果が</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. シェーグレン症候群による口腔乾燥症 2. 頭頸部の放射線照射による唾液腺障害に基づく口腔乾燥症 <p>となっているため「口腔乾燥症」では認めない。</p>
【長崎県】	提案県
【熊本県】	<p>認めていません。</p> <p>適応通りです。</p>
【福岡県】	口腔乾燥症治療薬処方では、シェーグレン症候群の病名がないと査定対象としています。
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>サリベートの適応病名としてシェーグレン症候群や放射線治療後としており、変更の予定はない。</p> <p>【国保】</p> <p>合議なし。</p> <p>長崎県と同じで良いかと思う。</p>

各県からの回答

【佐賀県】

【社保】

一般的には認めないが、シェーグレン症候群の診断がない患者等で、口腔乾燥症状に対して使用せざるを居ない場合（適切な薬剤がない等）は、認めることもある。

【国保】

薬事承認どおり、原疾患（シェーグレン症候群糖）がなく、口腔乾燥症のみでは認めていない。

提 案 事 項

(7) 脂肪性肝炎（NASH、NAFLD）のみの病名でAFP、PIVKA-IIの測定について

(長崎県)

《提案要旨》

肝腫瘍マーカーの測定をB型、C型、慢性肝炎や肝硬変では認めていますが、NASH等では「肝がんの疑い」病名を求める場合と単独で認める場合と意見が分かれています。各県の取り扱いはいかがでしょうか。

各県からの回答

【宮崎県】	「肝癌疑い」の病名を必要としている。
【沖縄県】	NASH、NAFLDの場合、肝線維化の速度が速く、血小板減少などから推測が難しいためAFP、PIVKA-IIの測定を認める方向になっています。
【大分県】	脂肪性肝炎（NASH、NAFLD）のみの病名でAFP、PIVKA-IIの算定は認めない。
【長崎県】	提案県
【熊本県】	適応通りであり、現時点では認めていません。
【福岡県】	NASH、NAFLDの病名で、画像診断(US、CTなど)なく、腫瘍マーカーの測定は認めておりません。
【鹿児島県】	本県ではNASH、NAFLDのみの病名ではAFP、PIVKA-IIの測定は認めていない。 「肝硬変」あるいは、「肝がんの疑い」の病名が必要である。
【佐賀県】	【社保】 認めていない。ウイルス性の慢性肝疾患や肝細胞癌疑い等の適応となる疾患が必要である。 【国保】 NASH、NAFLDのみでは認めていない。

(8) 複数の医療機関において、別の医療機関の傷病名に対する禁忌薬剤の投与について再審査申し出があるか。(横覧点検時)

・ 申し出がある場合【◎】

・ 申し出がない場合【×】

申し出がある場合は対応を伺いたい。(熊本県)

※参考資料【事例1】

《提案要旨》

再審査の申し出があり苦慮しているため。調剤レセプトに薬剤服用歴管理指導料1の算定有の場合。

各県からの回答

【宮崎県】	申し出の事例はない。
【沖縄県】	複数の医療機関において、別の医療機関の疾病名に対する禁忌薬剤の投与について再審査申し出は当県ではありません。
【大分県】	【×】 申し出がない
【長崎県】	長崎県において、そのような再審査の申し出はないようです。 お薬手帳の内容から判断しなければならないと思いますが、例示の場合、眼科が問題となるケースのようです。禁忌の可能性のある疾患名等も目立つように記載して、代替同効薬に変更できればいいでしょうが、他の同効点眼薬も同様に禁忌の可能性がありそうです。「症状増悪の可能性はある」で禁忌であれば治療できなくなり、問題であると考えます。
【熊本県】	提案県
【福岡県】	×
【鹿児島県】	【社保】 現在のところ、そのような事例はみられない。 【国保】 (事務局にも確認済み) 【×】
【佐賀県】	【社保】 【×】 申し出がない。 【国保】 【×】 現在、別医療機関の傷病名に対する禁忌薬剤の再審査申し出はない。 過去には、稀に申し出があったが、査定対象とはしていない。

RESEARCH DESIGN

5

B 医療機関

事例 1-2

ページ番号: 7000, 905-000

保険者

再審査等請求内訳票(その2) 診療内容・事務上 【再審査専用】

○この内訳票を貼付したまま提出してください。

請求回数: 01

保険者番号又は実施機関番号:

整理番号:

診療年月: 30年 9月

都道府県番号: 43

区分: 本人外

点検番号: 1

番号:

標準負担額

食事・生活費

一部負担金

療養の給付

943

公2

公3

公4

再審査等請求理由	再審査等結果
1 70 参照レポート	<input type="checkbox"/> 申し出とあり(査定)事由() <input type="checkbox"/> 原番とあり理由() <input type="checkbox"/> 返戻(連絡)診療項目()

請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
療養の給付	一部負担金 食事・生活費				
医療	公1				
公2					
公3					
公4					

6

カルテ番号: 150086

レセプト番号: 000,064

住所: 43

診療科目: 内科

診療時間: 9時分

診療日: 30年 9月 1日

診療時間: 9時分

診療日: 30年 9月 1日

診療時間: 9時分

診療日: 30年 9月 1日

診療時間: 9時分

診療日: 30年 9月 1日

B 医療機関

公費①

公費②

氏名	性別	年齢	生年	住所	診療科目
1 男	30	9.22	生		

① 気管支喘息(主)

② 2型糖尿病・糖尿病性合併症なし(主)

③ アレルギー性鼻炎

④ アレルギー性鼻炎

⑤ アレルギー性鼻炎

⑥ アレルギー性鼻炎

⑦ アレルギー性鼻炎

⑧ アレルギー性鼻炎

⑨ アレルギー性鼻炎

⑩ アレルギー性鼻炎

⑪ アレルギー性鼻炎

⑫ アレルギー性鼻炎

⑬ アレルギー性鼻炎

⑭ アレルギー性鼻炎

⑮ アレルギー性鼻炎

⑯ アレルギー性鼻炎

⑰ アレルギー性鼻炎

⑱ アレルギー性鼻炎

⑲ アレルギー性鼻炎

⑳ アレルギー性鼻炎

㉑ アレルギー性鼻炎

㉒ アレルギー性鼻炎

㉓ アレルギー性鼻炎

㉔ アレルギー性鼻炎

㉕ アレルギー性鼻炎

㉖ アレルギー性鼻炎

㉗ アレルギー性鼻炎

㉘ アレルギー性鼻炎

㉙ アレルギー性鼻炎

㉚ アレルギー性鼻炎

㉛ アレルギー性鼻炎

㉜ アレルギー性鼻炎

㉝ アレルギー性鼻炎

㉞ アレルギー性鼻炎

㉟ アレルギー性鼻炎

㊱ アレルギー性鼻炎

㊲ アレルギー性鼻炎

㊳ アレルギー性鼻炎

㊴ アレルギー性鼻炎

㊵ アレルギー性鼻炎

㊶ アレルギー性鼻炎

㊷ アレルギー性鼻炎

㊸ アレルギー性鼻炎

㊹ アレルギー性鼻炎

㊺ アレルギー性鼻炎

㊻ アレルギー性鼻炎

㊼ アレルギー性鼻炎

㊽ アレルギー性鼻炎

㊾ アレルギー性鼻炎

㊿ アレルギー性鼻炎

重要性分類II

平 成 31 年 4 月 23 日

御 中

医療機関 〆一上

医療機関名称

診療科

症状詳細記に關する照會について

1. 照会	受理番号:	2014	平成 30 年 9 月
	患者名:		診療年月:
	照会事項:	<p>平成30年5月～9月までミクブレット配合点眼液が処方されており、また、他国産機軸にてミカルブ配合点眼液に対して禁忌である気管支喘息(開始日平成27年1月27日)の病名が確定しており、アドエア250デイスカス60吸入用(60ブリスター)の処方もござい ます。薬Aの禁忌にもあることより、当該患者が気管支喘息の患者 であるといふ点に留意されたのでしようか。また、持病をされて いた場合、姓川眼科へ照会をされたのでしようか。お知をす ください。</p>	

上記の順食につぎ下記のとおり回答いたします。

平成30年5月16日に、ミケルナ面己会点回談が初めて交わされた時、患者様が気管支喘息であることを把握しています。治療にて併用薬（下江ノ吸）も確認されており、眼科への疑義照会はしておりません。

⇒ 疑義照会

(注) 1. 回答欄に記載されない場合は、納紙をご使用願います。
(または照会に対する症状詳細等を添付願います)

◎ この件に関する事務担当若様のお名前をご記入ください。

平成31年4月28日

症状詳記に関する照会についての回答

平成30年5月16日にミケルナ配合点眼液が初めて処方された時、患者様が気管支喘息であることを把握しています。手帳にて併用薬も確認しております。この時、健康帳本眼科への疑義照会はしておりません。

疑義照会しなかった理由

平成29年9月27日 初めて来局された時に、気管支喘息であること、吸入を使用されていることを手帳と問診にて把握しました。これまでも（眼科に転院して来られる以前）、病院よりコンブト配合点眼液を処方され点眼を継続してきたこと、眼科の医師からこれまでと同じ点眼液を継続するよう指示を受けたという旨を患者様より聞き取りました。この時点で、コンブト配合点眼液は、気管支喘息の方に対して禁忌であるが、これまでも副作用はなく点眼を継続してきたこと、医師には気管支喘息であることとを伝えていて、そのうえで処方されていると患者様から聞き取り確認しました。そして初来局時の平成29年9月から平成30年5月にミケルナ配合点眼液が処方されるまで、継続して眼科からコンブト配合点眼液が処方されていました。初来局時と同じく、医師は患者様が気管支喘息であることも把握し、これまでも同薬効のコンブト配合点眼液を継続してきたこと、ミケルナ配合点眼液に変更して様子を見るとの医師の説明を受けていること、気管支喘息の悪化もないと聞き取ったため疑義照会はしませんでした。

第2節 薬学管理料

区分

10 薬剤服用歴管理指導料

- 1 原則6月以内に再度処方箋を増えた患者に対して行った場合 41点
 - 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点
 - 3 特別家庭老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点
- 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行なった場合に、処方箋交付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行なった場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋交付1回につき、53点を算定する。

薬剤服用歴管理指導料

(薬学管理等におけるプライバシーへの配慮等)

薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならぬ。

なお、患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点検の別に薬剤を整理することができる資料（以下「開薬カレンダー」という。）を提供する場合には、患者から実費を徴収しても差し支えない。

開

(薬剤服用歴管理指導料)

(イ) 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等の全てを行なった場合に算定する。

ただし、手帳を持参していない患者又は「区分番号00」の調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して次に掲げる指導等の全てを行なった場合は、「注1」のただし書の点数を算定する。

ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行う。

(イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

(ロ) 用法、用量、効能、効果

(ハ) 副作用及び相互作用

(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項

(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

(ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。薬剤服用歴の記録への記載は、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じて直ちに参照できるように患者ごとに保存・管理する。

ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載する。

エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握する。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努める。

オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関

別添Ⅱ 関税行為名称等の略号一覧

項目	区分	項目	略号	記載欄
1	区分番号01	地下埋蔵物掘削加工を算定した場合	田	「加算科目」欄
2	区分番号01	一括化計算を算定した場合	色	「加算科目」欄
3	区分番号01	恒常加工を算定した場合	恒	「加算科目」欄
4	区分番号01	向付特種加工を算定した場合	内	「加算科目」欄
5	区分番号01	複層積層加工を算定した場合	変	「加算科目」欄
6	区分番号01	層間加工を算定した場合	層	「加算科目」欄
7	区分番号01	原料に依る特殊加工を算定した場合	特	「加算科目」欄
8	区分番号01	原料に依る特殊加工を算定した場合	体	「加算科目」欄
9	区分番号01	原料に依る特殊加工を算定した場合	深	「加算科目」欄
10	区分番号01	原料に依る特殊加工を算定した場合	特	「加算科目」欄
11	区分番号01	非常規加工を算定した場合	自	「加算科目」欄
12	区分番号01	計算単位間加工を算定した場合	計	「加算科目」欄
13	区分番号01	平輸加工を算定した場合	平	「加算科目」欄
14	区分番号01	船舶積荷加工を算定した場合	積	「加算科目」欄
15	区分番号00	船舶基本料1の場合	基A	「船舶基本料」欄
16	区分番号00	船舶基本料2の場合	基B	「船舶基本料」欄
17	区分番号00	船舶基本料2のみの場合	基C	「船舶基本料」欄
18	区分番号00	船舶基本料3のみの場合	基D	「船舶基本料」欄
19	区分番号00	特別積荷基本料の場合	基E	「船舶基本料」欄
20	区分番号00	水運に該当する場合	水運	「船舶基本料」欄
21	区分番号00	特殊支那特殊加工を算定した場合	特殊	「船舶基本料」欄
22	区分番号00	特殊支那特殊加工を算定した場合	特殊	「船舶基本料」欄
23	区分番号00	特殊支那特殊加工を算定した場合	特殊	「船舶基本料」欄
24	区分番号00	特殊支那特殊加工を算定した場合	特殊	「船舶基本料」欄
25	区分番号00	特殊支那特殊加工を算定した場合	特殊	「船舶基本料」欄
26	区分番号01	在屯倉等積荷加工を算定した場合	在	「船舶基本料」欄
27	区分番号00	船舶基本料1に係る特別加工を算定した場合	特	「船舶基本料」欄
28	区分番号00	船舶基本料1に係る特別加工を算定した場合	体	「船舶基本料」欄
29	区分番号00	船舶基本料1に係る特別加工を算定した場合	深	「船舶基本料」欄
30	区分番号00	船舶基本料1に係る特別加工を算定した場合	特	「船舶基本料」欄
31	区分番号01	船舶基本料1に係る特別加工を算定した場合	保	「船舶基本料」欄
32	区分番号10	船舶基本料1を算定する場合において、船舶積荷運賃(10)を算定した場合、0月	基A	「運賃管理」欄
33	区分番号10	船舶基本料1を算定する場合において、船舶積荷運賃(10)を算定した場合、0月	基B	「運賃管理」欄
34	区分番号10	船舶基本料1を算定する場合において、船舶積荷運賃(10)を算定した場合、0月	基C	「運賃管理」欄

(9) ①傷病名「全身性エリテマトーデス」に対しネオーラルカプセルの投与を認めているか。

- ・ 認めている場合【◎】
- ・ 認めていない場合【×】

②傷病名「間質性肺炎」に対しネオーラルカプセルの投与を認めているか。

- ・ 認めている場合【◎】
- ・ 認めていない場合【×】

③傷病名「アトピー性皮膚炎」に対しネオーラルカプセルの投与を認めているか。

- ・ 認めている場合は【◎】
- ・ 認めていない場合は【×】

認めていない場合は支部の取扱いを伺いたい。(熊本県)

※参考資料【事例2】

《提案要旨》

- ① 適応がないことから原則認めていないが、SLEの合併症としてループス腎炎等ある場合は認めていることより、保険者からの再審査請求があるため他支部の取扱いを伺いたい。
- ② 適応はないが、他に有効な薬剤、治療法がないことから、コメント等ある場合は認めていることより、保険者からの再審査請求があるため他支部の取扱いを伺いたい。
- ③ 当支部は12週まで認めている。
また、3か月程度の休薬期間があれば再投与も認めているが、他支部の取扱いを伺いたい。

各県からの回答

【宮崎県】	<p>①◎認めている。</p> <p>②◎認めている。</p> <p>③◎認めている。期間の取り決めはない。</p>
【沖縄県】	<p>【社保】</p> <p>ネオーラルの投与を①②③で認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>①ループス腎炎やネフローゼ症候群の病名併記があれば、ネオーラルの使用を認める。ループス腎炎やネフローゼ症候群の病名併記がない場合は、タクロリムスが使用できない理由等の記載があれば、ネオーラルの使用を認める。</p> <p>②決まった取り決めはない。</p> <p>③決まった取り決めはない。</p>
【大分県】	<p>①適応がないが認めている。</p> <p>②適応がないが認めている。</p> <p>③12週を超えての投与を認める。ただし、コメントを必要とする。</p>

各県からの回答

【長崎県】	<p>①ループス腎炎によるネフローゼ症候群、ステロイド剤などで治療困難でシクロスポリン剤で効果が認められるなどコメントがあれば、認めるケースもあるようです。</p> <p>②間質性肺炎に対しての請求はないようです。原則認められないと思います。</p> <p>③アトピー性皮膚炎に対しては、効能又は効果に関連する使用上の注意に準じて対応しています。長期投与に対する取り決めは、特にありません。</p>
【熊本県】	提案県
【福岡県】	<p>①原則認められない。</p> <p>ただし、パルス療法（ステロイド）や他の免疫抑制剤でコントロール出来ない場合或いは重篤な副作用等のために使用できない場合等、必要とした注記があれば認める。</p> <p>参考：九州ブロック ◎認めている：4支部 △原則認めていない：4支部 (備考：「地区別主任審査委員会議」平成17年6月30日)</p> <p>②原則認められない。</p> <p>ただし、パルス療法（ステロイド）や他の免疫抑制剤でコントロール出来ない場合或いは重篤な副作用等のために使用できない場合等、必要とした注記があれば認める。(備考：平成24年8月「プロジェクトチーム」)</p> <p>なお、「特定薬剤治療管理料」の算定は認めない。(備考：平成24年9月「審査研究会」)</p> <p>③◎ 当支部も12週まで認めている。また、3か月程度の休薬期間があれば再投与も認めている。(皮膚科担当審査員談)</p>
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>①【×】ただし、詳記がある場合は医学的判断による。</p> <p>②【◎】ステロイド製剤との併用の場合は認めている。</p> <p>③【◎】適応疾患に記載されており、コメントなしでも重症または難治性と判断し認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>合議なし</p> <p>①【◎】原則として適応外使用（学会のガイドライン等に記載あり）については詳記を求めている。</p> <p>②【◎】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門委員の意見 <p>原則的に詳記やコメントがなければ認めていない。しかし、提案要旨にあるように、適応はないものの他に有効な薬剤や治療法がないことから、「他</p>

各県からの回答

	<p>の薬剤を試して効果がなかった」という記載があった場合は認めている。間質性肺炎は難治なことが多く、まだ有用な治療法も確立されておらず、増悪すれば命に関わることから、今後、公知申請としてでも認められればと思っている。（専門委員）</p> <p>③【◎】</p> <p>・専門委員の意見</p> <p>2009年に日本皮膚科学会が作成した「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」に沿った投与法であれば今までは特に祥記は求めてこなかった。ガイドラインには使用開始（再開）後3ヶ月以内に休薬することが使用指針により求められているので《提案要旨》に書かれてあるように鹿児島でも投与は12週まで、それ以上は注記が必要としている。休薬期間も概ね3ヶ月としている。本薬剤は最重症・難治例に対して短期的に使用すべきもので、アトピー性皮膚炎の治療に精通した医師のもとで使われることが前提となっているので使用件数はそう多くはないと思う。</p>
【佐賀県】	<p>【社保】</p> <p>①【◎】 必要理由の記載により認めている。</p> <p>②【◎】 必要理由の記載により認めている。</p> <p>③【◎】 12週で別の薬剤に切り替える等、休薬期間があれば再投与を認めている。</p> <p>【国保】</p> <p>①「全身性エリテマトーデス」 【×】</p> <p>②「間質性肺炎」 【◎】 ※要コメント</p> <p>③「アトピー性皮膚炎」 【×】</p>

全性の評価を定期的に行うこと。8週間の投与でも改善がみられない場合には投与を中止すること。なお、1回の治療期間は12週間以内を目安とする。

【使用上の注意】

1. 血漿成分(次の項目)は循環系には含まれておらず、本報に
100 (1) サイアミチン内因性又はカプセルから切り取ったものを
使用する患者【副作用が上昇して副作用が発現するおそ
れがある。】
- (2) 腎臓機能障害のある患者【腎臓機能が悪化するおそれがある。】
- (3) 肝臓機能障害のある患者【肝臓機能が悪化する、本剤の代謝ある
いは胆汁分泌の障害が生ずるおそれがある。】
- (4) 糖尿病と診断された患者【血糖値が悪化するおそれがある。】
- (5) 高血圧症の患者【血圧の上昇及び症状の悪化が報告されて
いる。】
- (6) 感染症のある患者【免疫抑制により感染症を悪化するおそ
れがある。】
- (7) 急性呼吸気又はその既往歴のある患者【免疫抑制により進行
又は再発のおそれがある。】
- (8) (9) PUVA療法を含む紫外線照射法中の患者【「3. 相互作用」
の項参照】
2. 重要な基本的注意
100 (1) 本剤投与時のシトクロソポリリンの吸収は患者により個人差があ
る一方で、血中濃度の急激な低下に伴って血中濃度の
低い場合、血中濃度の高い場合を問わず、患者の状態に応
じて血中濃度が安定し、トラナクセンを参考に投与量を調
節すること。特に移植直後は両側に血中濃度を測定を行うこ
とが望ましい。
- (2) 本報が本剤生化学的に同等でない限り、シトクロソポリリン
の血中濃度低下することや患者の状態に応じて血中濃度を
調整は行わないこと。および得ず切り除ける場合は、血中
濃度の測定を行わなければならない。また患者の状態が十分観察し、
必要に応じて投与量を調節すること。
- (3) 腎・肝・胆管機能障害(血液検査、尿検査)の副作用が生じることがあるので、
頻回に臨床検査(血液検査、クレアチニン、BUN、ビリ
ルビン、AST(GOT)、ALT(GPT)、アマラーゼ、尿酸値等)
めを行うなど、患者の状態を十分に観察すること。異常が
認められる場合には、減量の体重を考慮して処置を行うこと。

(「4. 副作用(1)重大な副作用」の項参照)

- (4) ネブロン（クローチンゲン、HMG-CoA）の代謝に注意すること。
- (5) 免疫抑制剤の投与量は増強した細胞免疫ウィルスキャリアの増殖を抑制する作用により、細胞免疫ウィルスの再活性化による肝炎があらわれることがある。また、HMG-CoAの代謝に注意すること。
- (6) 免疫抑制剤の投与開始後には増強した細胞免疫ウィルスの再活性化により、免疫抑制剤の投与開始後に細胞免疫ウィルスの再活性化による肝炎を惹起した症例が報告されている。また、細胞免疫ウィルスキャリアの増殖を抑制して、免疫抑制剤の投与開始後に細胞免疫ウィルスの再活性化による肝炎があらわれることがある。肝炎を誘発したウィルスキャリアの患者に本剤を投与する場合は、肝機能検査を定期的に実施すること。
- (7) 肝臓の免疫抑制剤と併用する場合は、過剰な免疫抑制により肝臓に対する感受性や副作用の発現、悪性化の可能性があるため、十分に注意すること。
- (8) 本剤の投与により調節性免疫抑制剤による肝臓機能の減量も可能であるが、調節性免疫抑制剤の副作用の発現についても引き起こされる可能性がある。
- (9) 血中免疫抑制剤を十分に含むことあり、可溶性後白質細胞産生剤、高血圧症、肝臓に与えることがあるので、定期的に正確な検査を行い、血圧上昇があらわれた場合は、降圧剤投与を行うなど適切な処置を行うこと。
- (10) 低マウスウィルスで、特に移植後には中程神経障害があらわれることがあるので、特に移植後は中程神経障害に注意すること。

し、マグネシウム低下がみられた場合にはマグネシウムを
補給するなど、適切な処置を行うこと。

- バーチカル・カット型車体において、特許番号・トップ傾度係数（傾斜角・傾斜損失率）を調製し、運動状態、整地時状況、運動状態（傾斜抵抗増大等）の特性と土曜化が把握されているのを往復して利用し、経過を考慮するところである。
- 意匠として、性能面からみては、リンパ節腫瘍を合併するアトピー性皮膚炎患者においては、リンパ節腫瘍の合併することがあるが、通常には消失すること、本剤によって改善される。通常の状態で定期的に検査し、本剤によってアトピー性皮膚炎が改善された後にリンパ節腫瘍が持続している場合は、悪性リンパ腫の発症診断のための検査を実施することが必要である。
- 副作用として、運動状態患者においては、活動性単核細胞透過率は、本剤投与中に治療よく働くことが望ましい。また、本剤投与中に血球減少傾向による骨髄抑制が合併した場合は、適切な処置により正常範囲に回復する。

3. 相互作用

多くの薬剤との相互作用が報告されているが、可能性のある相互作用について、本稿又は引用を依拠して立証している。他剤と併用した、薬剤又は作用を依拠して立証している。本剤は代謝酵素シトクロームP450 CYP3A4 (CYP3A) で代謝されるため、CYP3A4と相互作用の相互作用を有するため、これらの酵素、輸送体や薬物の相互作用を有するため、これらの酵素、輸送体や薬物に影響する医薬品、食品に併用する場合には、可能な限り薬物の血中濃度を増大する用量に留意して慎重に投与すること。

(一) 併用禁忌 (併用しないこと)

[illegible]

101626301	
-----------	--

 (2) 併用注意 (併用に注意すること)

[illegible]

--	--	--

[illegible]

後の大量投与や、腎疾患のある患者への使用あるいは腎毒性のある薬剤（「3. 相互作用」の項参照）との併用により起こりやすい。（5%以上）なお、腎移植後にクレアチニン、BUNの上昇がみられた場合は、本剤による腎障害が恒態反応かを注意深く観察し、個別による必要がある。

②肝障害、肝不全：肝機能障害、黄疸等の肝障害、肝不全があらわれることがあるので、AST (GOT)、ALT (GPT)、ALP、LDH、ビリルビンの上昇等の異常が認められた場合には、減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

3) 可逆性後白質脳症候群、高血圧性脳症等の中枢神経系障害：可逆性後白質脳症候群、高血圧性脳症等の中枢神経系障害があらわれることがあるので、全身痙攣、意識障害、失見当識、

錯乱、運動麻痺、小脳性運動失調、視覚障害、
視神経乳頭浮腫、不眠等の症状があらわれた場
合には、CT、MRIによる画像診断を行うことも
に、本剤を減量又は中止し、血圧のコントロール、
抗痙攣薬の投与等適切な処置を行うこと。

(1) 神經ペーチェット病症状：ペーチェット病患者において神経ペーチェット病症状（頭痛、発熱、活動失禁、運動失調、錐体外路症状、意識障害、髄液細胞増多等）が誘発又は悪化することがあ

るので、このような場合には減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

(ベネチアチン病患者での頻度：1%～5%未満)

5) 感染症：細菌、真菌あるいはウイルスによる重篤な感染症（肺炎、敗血症、尿路感染症、単純

疱疹、帯状疱疹等)を併発することがある。また、B型肝炎ウイルスの再活性化による肝炎やC型肝炎の悪化があらわれることがある。強力な免疫抑制剤下では急速に重症化することがあるので、本剤を投与する場合は観察を十分に行い、

異常が認められた場合には減量又は投与を中止し、適切な処置を行うこと。（1%～5%未満）

③進行性多巣性白血病（PML）：進行性多巣性白血病（PML）があらわれることがあるので、本剤の治療期間中及び治療終了後は患者の状態を本剤の副作用期間中及び治療終了後は患者の状態を


を十分に観察し、意識障害、認知障害、麻痺症
状（片麻痺、四肢麻痺）、言語障害等の症状があ
らわれた場合は、MRIによる画像診断及び脳脊
髄液検査を行うとともに、投与を中止し、適切
な処置を行うこと。（明瞭不明）

BKウイルス腎症:BKウイルス腎症分は減量又
ることがあるので、このような場合には減量は投与を中止し、適切な処置を行うこと。
(順度不明)

(1)血性尿、血管障害：急性尿毒症候群（HUS）
（1%未満）

(1) 1%未満、血性血小板減少性紫斑病(TTP)
爆症状(血小板減少、微小血管性溶血性貧血、
腎機能障害、精神神経症状を主徴とする)(頻度
不明)等の血栓性微小血管障害があらわれるこ
とがあるので、このような場合には減量又は持

とを中止し、適切な処置を行うこと。
②溶血性貧血、血小板減少（各1%未満）：溶血性貧血、血小板減少があらわれることがあるので、適量の場合は減量又は投与を中止し、適切な処置を行うこと。



504258117220

骨髄移植 218例中、何らかの副作用が報告されたのは126例(57.8%)で、主なものは腎障害54件(24.8%)、多毛症7件(2.6%)、高血圧9件(4.1%)、収縮9件(4.1%)等であった。

(承認時まで及び再審査終了時までの集計)
42例中、何らかの副作用が報告されたのは308例(69.7%)で、主なものは多毛33件(18.8%)、腎障害64件(14.5%)、肝障害44件(10.0%)、BUN増加43件(9.7%)、熱感41件

9.3%)等であった。
(承認時まで及び再審査終了時までの集計)
を鑑 1,756例中、何らかの副作用が報告されたのは454例(25.9%)で、主なものは高血圧・血圧上昇129件(7.3%)、多毛61件(2.6%)、BUN増加35

牛(2.0%)、血中クレアチニン増加24件(1.4%)等であった。

(承認時まで及び再審査終了時までの集計)

厚生不良性貧血、赤芽球病 415例中、何らかの副作用が報告されたのは201例(48.8%)で、主なもの

のは腎障害34件(8.1%)、血中クレアチニン増加30件(7.2%)、BUN増加23件(5.5%)、多毛21件(5.0%)等であった。

エルトロトンボバグの国内臨床試験において、ATG
抗胸腺細胞免疫グロブリン）、シクロスポリン及
ダズレトロトンボバグの3剤を併用した結果、10例
中、何らかの副作用が報告されたのは8例(80.0%)
で、主なものは悪心3例(30.0%)、頭痛3例(30.0%)

（効能又は効果の一要素承認時までの集計）

脊髄萎縮症47件(3.2%)、血中クレスチニン増加32件(2.2%)等であった。(承認時まで及び再審査終了時までの集計)

主・血圧上昇16例(13.1%)、夢遺7例(5.7%)、
骨機能障害4例(3.3%)、血中クレアチニン増加
例(3.3%)、脱毛症4例(3.3%)等であった。
(使用成績調査終了時までの集計)

定率は、昭和27年度に比べて、主なものでは七五倍に増加した。その内訳は、血中ビリルビン増加18例(10.2%)、血中トリグリセリド増加18例(8.8%)、血中ビリルビン増加18例(8.8%)、鼻出血11例(5.4%)等であった。(承認時までの集計)

報告されたのは259例(23.0%)で、主なものは高血圧37例(3.3%)、毛状袋26例(2.3%)、けん怠20例(1.8%)、血圧上昇17例(1.5%)等であった。
(胃癌立終了時までの集計)

腎臓書：腎機能障害は本剤の副作用として高頻度に見られる。主な発現機序は用量依存性の腎症にみられる。国内においては承認時までに、副作用発現頻度が明確となる調査を実施していない。

血圧に取縮作用によると考えられ、通常、減量又は血圧低下により回復する。(BUN上昇、クレアチニンは尿薬により回復する。糸球体通過値の低下を示し腎血流量減少、糸球体通過値の低下がみられる。尿細管機能への影響としてカリウム排泄減少による高カリウム血症、尿酸排泄

低下による高尿酸血症、マグネシウム排泄吸収低下による低マグネシウム血症がみられる。〕また、器質的な腎障害（尿細管萎縮、細動脈硬化、間質の線維化等）があらわれることがある。〔移植

[illegible]

※※ 4. 副作用
本剤の国内での臨床試験において、本剤を新規に投与された症例340例中、何らかの副作用が報告されたのは141例(41.5%)で、臨床検査値異常が報告されたのは160例(47.1%)であった。肝臓の事

ンデイミューンから本剤に切り換えられた症例での臨床試験では、185例中29例(15.7%)で副作用が報告され、臨床検査値異常は44例(23.8%)で報告された。報告された症状及び臨床検査値異常は、サンデイミューンでの報告と同様の副作用及び異常

に、本剤に特異的と考えられる副作用及
び臨床検査値異常はみられなかった。

別の副作用発現状況は以下のとおりである。

腎移植 2,414例中、何らかの副作用が報告されたのは622例(27.4%)で、主なものは腎障害219件(9.1%)、肝障害118件(4.9%)、多毛107件(4.4%)、振戦103件(4.3%)、糖尿・高血糖87件(3.6%)、高

血圧・血圧上昇74件 (3.1%) 等であった。
(承認時まで及び再審査時までの集計)

血圧2件(4.0%)、血小板減少症2件(4.0%)、発熱2件(4.0%)等であった。

(承認時まで及び2003年3月31日までの集計)

心移植	75例中、何らかの副作用が報告されたのは39例(52.0%)で、主なものは腎機能障害7件
-----	--

肺移植 91例中、何らかの副作用が報告されたの
(9.3%)、高血圧7件(9.3%)、腎不全3件(4.0%)、
血中クレアチニン増加3件(4.0%)、白血球減少
3件(4.0%)等であった。

(再審査終了時までの集計)

は44例(48.4%)で、主な副作用は嘔吐10件(11.0%)、サイトメガロウイルス血症10件(11.0%)、腎機能障害7件(7.7%)、肝機能異常5件(5.5%)等であった。

(再審査終了時までの集計)

臓移植 5例中、2例(40.0%)に副作用が報告

され、それぞれニューモシスチス・イロペチイ肺
炎1件(20.0%)、発熱1件(20.0%)であった。
(再審査終了時までの集計)

[illegible]

(6) ラットで、精細管障害を示す組織像(40mg/kg、経口投与)、精子運動能の低下(20mg/kg、経口投与)、精子数減少、精子運動能及び妊孕性の低下(1mg/kg、皮下投与)が認められたとの報告がある。

【藥物動態】

1. 血中濃度²⁾ 1) 移植体腎臓の固定した18名の腎臓移植患者に、それぞれ常用していたサンディニウムと同等の用量又はサンディニウムの半量として1日2回1200mg、全血クロスマリッジ法で検出した時(1日2回1200mg)の、全血中シクロスポリン濃度を8法により測定して比較した結果、単位投与量当たりの薬物動態パラメータは、表のとおりで

パラメータ	平均値	標準偏差	変動係数 (%)
UFC ₀₋₂₄ /Dose (mg/kg ^{0.75} /Dose)	31.4 ± 11.34	29.4 ± 14.19	22.7 ± 20.8
Crmax/Dose (mg/mL)	11.00 ± 2.941	8.61 ± 4.701	45.6 ± 47.9
Crmin/Dose (mg dL/mg)	0.749 ± 0.427	0.701 ± 0.430	8.8 ± 17.0
Toxmax (hr)	1.1 ± 0.21	1.6 ± 1.57	-12.9 ± 31.0

2) サンディミューンで維持療法中の腎臓移植患者で、サンディミューンに吸収不良を来す例は、それまで服用していたサニタリーパーティキュロンと同量の20%例はサンディミューンをクロロキシロース法で投与した(表1)(11月2日(2時間)後)、血中クロロキシロースが正常濃度の範囲にあり7月測定して比較した結果、吸収が正常だったりの薬剤投与法により薬剤のとりであった。吸収不良の例は、 AUC_{0-12} が正常化して、 $\text{AUC}_{0-12}/\text{hr}$ 以下を参考に算出(表1)。その結果、

項目	平均値	標準偏差	標準誤差	変動係数 (%)
AUC ₀₋₂₄ (ng・h/mL)	32.2 ± 8.3	17.4 ± 0.8	103.6 ± 74.5	
C _{max} (ng/mL)	10.49 ± 3.00	3.93 ± 1.87	216.6 ± 259.8	
t _{1/2} (hr)	0.77 ± 0.26	0.58 ± 0.23	38.3 ± 26.9	
t _{max} (hr)	1.4 ± 0.5	2.4 ± 1.1	52.9 ± 27.8	

3) 本剤はサンディニウムと比較して脂肪成分量や食率による影響を受けにくいとの報告がある。

代価は-10
シタロスポリンは主としてサトクロームP430-3A4 (CYP3A4)
で代謝され、主要代謝物はモノヒドロキシ体、ジヒドロキシ体、
N-脱メチル体であった。
(94) 日本人のデータ

シタロスポリンは主として胆汁を介して排泄される。腎臓値が低下している患者ではシタロスポリンを経口投与した場合、尿中排泄率は6%で、未変化体としては投与量の0.1%であった(94例中4例)。

【臨床成績】

[illegible]

心臓手術におけるアテクトとサリドマイドの併用に関する検討¹⁾は、心臓手術後、アテクトとサリドマイドの併用による副作用を報告とした。多施設二重盲検随行比較試験に於けるサリドマイド月々の処方頻度でグループ別では、社会的な副作用は、ネーショナル平均42.6%、(80例)FEA以上の患者は48.6%、ネーショナル平均42.6%、(80例)/188例、サリドマイド平均31.7%、(177例/188例)、サリドマイド最大、生体腎臓はネーショナル平均43.1%、(177例/188例)、サリドマイド平均42.7%、(177例/188例)であった。生体腎臓6ヶ月までは7.1%、92.7%、(177例/188例)の患部が低下した。その主な原因は、肺動脈閉塞、12例、肥大型、4例、拡張性、2例であった。(94人)であった。

7. 小児等への投与

(1) アトピー性皮膚病については、低出生体重児、新生児、幼児又は小児に対する本剤の臨床試験は実施されておらず、用法・用量及び安全性は確立していない（使用経験がない）ので、これら患者への本剤投与による治療上の有益性が危険性を上回ると判断される限り投与しないこと。

【警告】(項参照)

なお、他の適応疾患については、低出生体重児、新生児又は乳児に対する安全性は確立していない（使用経験が少ない）ので、適応患者の選択を慎重に行い、投与する際には患者の状態を十分に観察する。

(2) 一般に小児での多毛の発現率 10~18% は成人 (2~6%) に比べて小児の創作性発現率は同程度 (35%) 程度であるが、ネンデ・マヨニ症候群に対する低血糖症候群 (サングレ、エリオン内服後及びフェルでの検査) では成人 (18~32%) に比べ小児 (25~41%) で発現率が向上傾向にある。特に小児での多毛 10~18%、ALP上昇 (7%前後) の発現が成人 (多毛: 2~3%、ALP上昇: 1%前後) に比べて多かった。したがって、小児の多毛ローゼに比べて投与量に投与する際には、これら副作用の発現に十分注意すること。

3. 過量投与
中毒候、症状：悪心・嘔吐、傾眠、頭痛、頻脈、血圧上昇、呼吸機能低下等
処置：服用後短時間であれば催吐、活性炭投与、胃洗浄が有効である。シクロスポリンの血中濃度と毒物の型別に相関性にあり得るので、血中濃度をモニタリングし、必要により対症療法を行う。シクロスポリンは透析によりほとんど除去されない。

3. 適用上の注意

本剤とサリチン酸（内用液又はカプセル）を同時に用いることは避けること。（本剤はサリチン酸と生体学的に同等ではなく、バイアスピリンと生体学的に同等ではないので、シクロホリリン含有量と同じでも血中濃度に差があるため。）

(2) 出血し、出血傾向の患者はPTT（サリチン酸）の原状により、強い腹部が食道腫瘍へ転入し更には穿孔を起こすことでは総動脈炎等の重篤な合併症を併発する可能性があることが報告されている。

0. その他の注意

(1) 循環器障害：本剤との因果関係は確立されていないが、心不全等の重篤な循環器障害があらわれたとの報告がある。

2) 長期にわたるJPUVMA療法を受けていた被験者又はアレルギー性皮膚炎患者に本剤を投与する場合、皮膚病の発現リスクが増大する可能性があるため、皮膚病の病状の経過に注意すること。

3) サンディミューン注射液の活動期であるポリオキシエチレンビシヤロ（商品名：クレモホル®[EL]）によるショックの発現が報告されているので、注によるショックの発現が報告されているので、注によるショックの発現に際してはその使用上の注意を参照すること。

4) 海外でネフローゼ症候群の患者において、クレアチニンの上昇を伴わない腎臓の組織変化が報告されている。これを本例を1年以上の長期にわたり使用する際には、腎臓の組織学的検査を行うことが望ましい。

5) 血中濃度測定用採血：血中濃度測定のための血液採取は末梢血を用いること。付着性血栓で中心静脈カテーテルによるカテーテル血栓を防止する場合、その血中濃度測定用採血は末梢血を用いる。末梢血中の濃度は全血中濃度とほぼ等しい。

[illegible]

その他の副作用
以下のような副作用があらわれた場合には、投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

[illegible]

精度は、ネオワール内用液・カブセル、サンディミニョン内用液・カブセル・注射液に関する承認時までの臨床試験及び使用成績調査結果を合わせて算出した。

高齢者への投与

高齢者では一般に生理機能（腎機能、肝機能、免疫機能等）が低下しているので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

妊娠、産褥、授乳期間等の投与
妊婦又は妊娠している可能性のある女性には治療上
の有益性は妊娠による上回ると判断され、胎児にのみ
投与すること（効用奇形（ラット）で優等奇形作用、トモ
ナ、毒草及び動物死因で報告されている）、トモ
ナで胎毒を誘発すること及び報告されている。妊娠中
で胎毒を誘発された女性において、早産及び早へ
に米粥を授けられた女性において、早産及び早へ
に米粥（低出生体重、先天奇形）の報告がある。
本剤投与中は妊娠を避けること。（毎乳中へ移
入するとの報告がある。）

提 案 事 項

(10) 診断時における膠原病関連検査の複数項目の取り扱いについて（福岡県）

《提案要旨》

診断時に疑い病名をつけて一日で多数項目を算定している場合、貴県では審査上どのように取り扱われておられますでしょうか。

各県からの回答

【宮崎県】	制限は設けておらず、1日であっても認めている。
【沖縄県】	<p>【社保】</p> <p>同日の複数項目数についての査定の取り決めは特にない。疑い病名を含め、診断名が対応しておれば、各々認めている。（元々の重複検査による査定項目を除いて）</p> <p>【国保】</p> <p>国保では膠原病関連検査の算定は、疑い病名の羅列だけではなく、その検査の必要性を想定される他の病名併記があれば、審査員の裁量で可能な範囲認めており、一定の項目を認めるなどの基準は設けていない。</p>
【大分県】	特に取決めはしていない。
【長崎県】	<p>検査内容と疑いを含めた傷病名の間および傷病名間に矛盾がなければ、基本的に請求通りとしています。</p> <p>傾向的であれば、文書連絡等何らかの注意がなされると思います。</p>
【熊本県】	認めざるを得ない。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>通常、抗核抗体以外で3項目まで認めている。ただし、抗SS-B/La抗体はシェーグレン症候群疑いの病名があれば、別途、認めている。</p> <p>同様にMPO-ANCA、PR3-ANCAも病名があれば認めている。</p> <p>「関節リウマチ疑い」の場合のリウマチ因子、抗CCP抗体も同様である。</p> <p>【国保】</p> <p>診断時に疑い病名をつけて一日で多数項目を算定している場合、疑い病名の関連性が妥当と考えられれば認めている。</p>

各県からの回答

【佐賀県】

【社保】

段階を踏んで検査を施行すべきと考える。紹介患者など精査目的で施行する場合は認める場合もあるが、その旨記載を求める。

【国保】

明確な取り決めなし。

本県でもどこまで認めるべきか対応に苦慮している。

(11) 消化管観血的治療後の止血処置について（福岡県）

《提案要旨》

大腸ポリープ切除やEMR、ESDのような消化管観血的治療後に止血処置が必要になることがあります。本県では両者が同日の場合は一連の処置として止血処置の算定を認めていませんが（日付が変われば算定可）、貴県ではどのように対応しておられるのでしょうか？ご教示ください。

各県からの回答

【宮崎県】	消化管観血的治療と止血処置が同日の場合は一連の処置として止血処置の算定は認めていません。翌日以降の算定は認めています。
【沖縄県】	消化管観血的治療後の止血処置については原則として認めない。
【大分県】	内視鏡手術後の手術部位からの出血に対する取り扱い ・手術当日の止血術は認めない ・翌日以降の算定は認める。
【長崎県】	同日であれば一連の処置として認めていません。日付が変われば基本的に認めています。場合によってコメント等を要します。
【熊本県】	貴見の通り。認められない。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	<p>【社保】</p> <p>大腸ポリープ切除やEMR、ESD等の消化管観血的治療と同日の止血処置については算定を認めていない。</p> <p>消化管観血的治療の翌日以降であれば、算定を認めている。（福岡県と同様である）</p> <p>【国保】</p> <p>・専門委員の意見</p> <p>出血に関しては、同日の場合は、一連の処置。日付けが変われば止血処置の算定でいいのでは。</p>

各県からの回答

【佐賀県】

【社保】

大腸ポリープ切除術等と同日の内視鏡的止血術は認めていないが、翌日以降の施行であれば認めている。

【国保】

同日の場合は一連として認めていない。

日付が変われば（厳密には 24 時間以上経過していれば）認めている。

(12) ベンゾジアゼピン系薬剤の１年以上処方時の減算規定への対応について（鹿児島県）

《提案要旨》

平成30年の診療報酬改定で、不安の症状または、不眠の症状に対するベンゾジアゼピン系薬剤については、2018年４月以降の処方を対象として、１年以上連続して同一の成分を１日あたり同一量で処方した場合に処方料・処方せん料に減算規定が設けられました。ただし、該当症状を有する患者に対する診療を行うにつき、適切な研修を受けた医師が行う処方、又は精神科医から直近１年以内に抗不安薬・睡眠薬について助言を受けている処方については除外規定が設けられました。改定から１年経過した４月以降、該当するような処方例の患者さんが出てきましたが、厚労省の見解に沿った研修を受けているため、今のところ減算しないで、またレセプトへのコメント記載もしないで請求を行っている医療機関がほとんどですが、このままでいいのかという不安を抱えている実情かと思えます。今後の対応について貴県では何か動きがありますか。

ちなみに、鹿児島県の審査では、現状のレセプト審査にて査定するかどうかは判断がつかないため、請求通りとする。個別指導で要件を満たさない審査と判断されれば、返還を求められることになるとのこと。

各県からの回答

【宮崎県】	レセプトとしては審査になじまない内容のため、審査していない。 また、当県では県精神科医会と県内科医会の共催等にて積極的な履修を働きかけている。
【沖縄県】	ベンゾジアゼピン系薬剤の１年以上処方時の減算査定は実施していない。 厚労省の通知に沿ったレセプトへのコメント記載は求めている。
【大分県】	適切な研修を受けた医師が行う処方、又は精神科医から直近１年以内に抗不安薬・睡眠薬について助言を受けている処方については除外規定が設けられておりレセプト上では判断できないため査定はしていない。
【長崎県】	今のところ査定例はありません。 医師会として数回研修会を実施しており、またその他研修単位が取得できる講演会も開催されています。 医師会には参加者が登録されており、それらに出席されていれば、除外規定に該当すると思えます。
【熊本県】	今のところ動きはありません。
【福岡県】	特に動きはないようです。

各県からの回答

【鹿児島県】

提案県

【佐賀県】

【社保】

適切な研修を受けた医師であるかまたは精神科医から直近１年以内に抗不安薬・睡眠薬について助言を受けている処方であるか、コメントの記載をする必要がなく審査上判断することは困難である。

今後の対応について何か動きがあるかどうかは把握していない。

【国保】

現状、レセプト審査で研修や助言の有無を判断することはできないため査定等を行っていない（コメントの記載等も求めている）。

提 案 事 項

(13) CKD患者に対する医薬連携について（鹿児島県）

《提案要旨》

CKD患者に対して薬物投与量の減量など十分な配慮が必要である。当県の薬剤師会では個別化eGFRを用いてCKD患者の薬物投与量の調整に取り組んでいる。

医薬連携を行う事で副作用の予防や医師の負担軽減につながると考えられる。

各県の取り組みについてご意見を頂きたい。

各県からの回答

【宮崎県】	県の薬剤師会としての取組はない。また、宮崎市のCKD対策推進会議には薬剤師会からの参加はありません。
【沖縄県】	重要な課題と思われます。沖縄県でも医薬の連携に取り組んでおりますが、現状として貴県のような踏み込んだ取り組みは行われておりません。
【大分県】	特に行っていない。
【長崎県】	基本的には主治医の判断に委ねられています。 薬剤師へのeGFRや病名の情報提供はありません。慢性腎不全などの病名がある場合など、薬剤量の減量査定となる場合があります。
【熊本県】	県では特にありませんが、熊本市ではCKD専門医とかかりつけ医の連携はあります。
【福岡県】	当県におけるCKD患者に対する医薬連携については、自治体の医師会・薬剤師会単位での取り組みは把握しておりません。 尚、九州大学病院では院外処方せんへの検査値表示に伴って、クレアチニンクリアランス、eGFRを含む検査値理解のための病薬連携研修会を開催しており、今後、同様の取り組みが他の医療機関・薬局でも行われていく可能性が考えられます。
【鹿児島県】	提案県
【佐賀県】	佐賀県においても一部の泌尿器科の医師と薬剤師がグループを形成し、同様の取り組みを行っていると聞いている。取り組みの詳細については把握していない。

(14) 大腸内視鏡ポリープ切除の間隔について（佐賀県）

《提案要旨》

多発性の大腸ポリープがあるときのポリープ切除において、一括して全部のポリープを切除すると検査（手術）時間が長くなるなどの理由で、取り残しのポリープを後日改めて切除することがあります。その折に、レセプト審査において検査（手術）を一連とするか否か悩ましいと思いますが、2回に分けてポリープ切除を行うときに、その間隔がどの程度なら一連とみなしますか。それとも、複数回のポリープ切除の算定をそれぞれ認めていますか。

各県からの回答

【宮崎県】	原則、翌月であれば、承認していましたが、縦覧ができる今では、間隔が短い場合は詳記を求めている。
【沖縄県】	2～3週間の間隔で認めている。癌化している可能性のポリープを切除し、病理上断端陰性か否かの判定をするために2～3週間の間隔をあけて行っている場合は、通常の理屈に合うので認めている。
【大分県】	多発性の大腸ポリープに対して複数回に分けて算定することは認める。 ただし、コメントを必要とする。 2回目までの期間については特に定めていない。
【長崎県】	同月内では認めていません。 1回で切除できない場合、問題になる大きめのポリープをできるだけ切除して、小さいポリープは相当期間（6ヶ月後など）の後、再度実施しているようです。翌月であれば、患者の状態等コメントにより認められる可能性はあります。
【熊本県】	特に間隔の取り決めはありません。
【福岡県】	大腸ポリープの内視鏡的切除が短期間で複数回行われた場合に、一連とみなす期間については2～3カ月を目安とし、審査委員の裁量により判断されることになっています。
【鹿児島県】	【社保】 「2回に分けてポリープ切除を行うとき、その間隔がどの程度なら一連とみなすか？」 「複数回のポリープ切除の算定をそれぞれ認めているか？」

各県からの回答

<p>【佐賀県】</p>	<p>一連とみなす間隔がどれくらいか、については明確な取り決めはなく、病態や手術内容により、医学的判断ということになっている。</p> <p>一般的には「一連」は手術の種類にもよるが、1～2週間が目安になるかと思う。現実的な対応としてはポリープの数はかなり多く、その旨の詳記がある場合は、複数回のポリープ切除術の算定をそれぞれ認めている。複数回のポリープ切除術がされており、詳記がない場合、返戻して治療経過を確認することが多いと思う。間隔が短くて（例えば3～4日位）、詳記がない場合は、査定されている場合もあると思う。）</p> <p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門委員の意見 <p>前処置を行わないで行うもの換言すれば3～4日以内だけが一連でいいのではないかと思う。</p> <p>提案県</p>
--------------	--

(15) 心カテ、DES留置後のDAPT、胃潰瘍予防目的のP-CAB、PPI投与について
(佐賀県)

《提案要旨》

- ① 佐賀県の近隣では、ステント留置後のDAPTと同時に、胃カメラなしでPPIが投与されているケースが多くあります。全国レベルでの投与状況について教えてください。
- ② 投与している県では病名はどうされているのでしょうか。
- ③ 九州での統一した扱いを希望します。

各県からの回答

【宮崎県】	胃潰瘍、十二指腸潰瘍の既往が判る傷病名若しくは注記が記載されている場合には、胃内視鏡検査の実施の有無は問わず認めている。
【沖縄県】	<p>低用量アスピリン使用時のPPI併用は消化管潰瘍の病名無くても算定認めています。(PPIが低用量アスピリン投与時における胃潰瘍・十二指腸潰瘍再発抑制の効能追加あり)</p> <p>血栓・塞栓形成の抑制を目的に低用量アスピリンが使用されていますが、低用量アスピリンの長期服用により消化性潰瘍が発症することがあるものの、投与目的が血栓・塞栓の形成抑制のため、低用量アスピリンの休薬は容易ではありません。</p> <p>ただし、合剤「タケルダ（アスピリンとランソプラゾールの合剤）」に関しては胃潰瘍・十二指腸潰瘍病名が必要です。</p> <p>当初、沖縄県は、タケルダも潰瘍病名無しで算定認めていましたが、地区検討委員会でタケルダは潰瘍病名が必要とのことで、沖縄県では2016年5月より上記に変更となっています。</p>
【大分県】	<ol style="list-style-type: none"> ① ステント留置後のDAPTと同時に、胃カメラなしでPPIが投与されている。 ② 病名欄に胃潰瘍等の病名は必要ないが、摘要欄に「アスピリン投与中」又は「胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往あり」等のコメントを必要とする。 ③ 希望します
【長崎県】	<p>長崎県が御迷惑をおかけしていると思います。</p> <p>逆流性食道炎の病名で投与しているケースがほとんどであり、その病名は内視鏡検査がなくても症状等から診断したと判断して査定をしていません。</p>
【熊本県】	「胃潰瘍の既往」の確認が必要です。

各県からの回答

<p>【福岡県】</p>	<p>① P C I ステンツ留置後のD A P Tに伴うP P Iの投与はスタンダードとしてほぼ全例で行われており、当県でも胃カメラ検査をされていない例が多くみられます。</p> <p>② 当県では「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制」、あるいは「（維持療法に必要な難治性）逆流性食道炎」などの病名があれば問題ないとしています。</p> <p>③ 九州での統一した扱いを希望されることについて同意いたします。</p>
<p>【鹿児島県】</p>	<p>【社保】</p> <p>① 胃潰瘍または十二指腸潰瘍の既往があれば、再発予防の観点からステント留置後のD A P T開始と同時に胃カメラ検査がなくてもP P I投与は認められている。</p> <p>② 狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患の病名と冠動脈ステント留置術の病名があること、そして潰瘍の既往を示す病名があれば認めています。</p> <p>③ 同感である。貴見のとおり。</p> <p>【国保】</p> <p>合議なし。</p> <p>・専門委員の意見</p> <p>ステント留置前後のD A P Tは必要であり、過去に胃潰瘍等の既往があれば、胃カメラなしでもP P Iは認めている。</p>
<p>【佐賀県】</p>	<p>提案県</p>