

令和3年度
第38回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和3年10月23日（土）16：00～18：00

場 所：宮崎県医師会館及び九州各県会場（Web 会議）

第 38 回九州各県内科審査委員懇話会

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土） 16：00～18：00

場所：宮崎県医師会館及び九州各県会場（Web 会議）

次 第

1 開 会

2 担 当 県 挨 拶 宮崎県内科医会 副会長 重平 正文

3 協 議

- 1) 超音波エラストグラフィーについて（沖縄県）
- 2) COVID-19 感染症関連検査について（沖縄県）
- 3) 直接経口抗凝固薬（direct oral anticoagulants：DOAC）の門脈血栓症や脳静脈血栓症への適応について（大分県）
- 4) 緩徐進行 1 型糖尿病にメトホルミンや DPP-4 阻害薬の投与を認めますか（長崎県）
- 5) IgG4 関連疾患における IgG4 検査について（長崎県）
- 6) 先発品にある適応名が後発品に無い場合、認めるか（熊本県）
- 7) 疾患別リハビリテーションにおいて、1 日合計 9 単位を高齢者に認めるか（熊本県）
- 8) KL-6 の算定について（福岡県）
- 9) 慢性気管支炎に対するエリスロシン錠、エリスロマイシン錠の少量長期投与の算定を認められていますか（福岡県）
- 10) COVID-19 検査の注記について（鹿児島県）
- 11) 代償性肝硬変と非代償性肝硬変との診断基準について（佐賀県）
- 12) 悪性腫瘍マーカー（可溶性インターロイキン 2 レセプター）の適応について（宮崎県）
- 13) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術等における「経皮的冠動脈形成術用カテーテル」もしくは「冠動脈用ステントセット」の算定数について（宮崎県）

4 閉 会

提案事項及び
各県からの回答

(1) 超音波エラストグラフィーについて（沖縄県）

《提案要旨》

超音波エラストグラフィーは汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして肝硬変患者（肝硬変が疑われるもの患者を含む）に対し、肝臓の繊維化の程度を評価した場合に、原則として3か月に1回算定するとあります。当県の肝臓専門医より慢性肝炎の病名でも線維化の程度を評価するために認めてほしいとの意見がありますが、貴県ではいかがでしょうか。

各県からの回答

【沖縄県】

提案県

【大分県】

超音波エラストグラフィーについては、肝硬変が疑われる患者に対しても算定できますので、「肝硬変疑い」の病名の記載が望ましいですが、線維化を評価して肝硬変への移行を確認することから、慢性肝炎の病名で認める扱いとしています。

【長崎県】

長崎県においても慢性肝炎の線維化の評価に使用されているが、慢性肝炎の病名では査定を受けるため、「肝硬変の疑い」で検査を行っているのが現状である。慢性肝炎でも線維化の進行が軽い段階の方が、むしろ、検査結果が治療に活かされることを考えると、慢性肝炎の病名の方が優先されるべき病名と考えられ、貴県の意見に賛成である。

【熊本県】

診療報酬点数表の規定に従い超音波エラストグラフィーの適用は肝硬変に限っているが、超音波エラストグラフィーは慢性肝炎、NASHの進行度の評価に有用であり、これらに対する保険収載を強く望む。

【福岡県】

慢性肝炎のみの病名では認められず、「肝硬変」の病名を必要とします。また、「肝硬変の疑い」では、基礎疾患として慢性肝炎がある患者、あるいは肝硬変が疑われる症候名や詳記があれば認めます。

【鹿児島県】

現状では肝硬変または慢性肝炎+肝硬変疑いの病名が必要で、貴県と同じです。慢性肝炎の症例で測定頻度が多い検査ではないので、繊維化マーカーや腫瘍マーカーと同様、現在の運用で大きな問題はありません。

<p>【佐賀県】</p>	<p><国保></p> <p>通知のとおり、「肝硬変症」若しくは「肝硬変症の疑い」の病名があれば認めている。</p> <p>「慢性肝炎」の患者さんであっても「肝硬変症の疑い」の病名があれば認めている。</p> <p><社保></p> <p>D215-3 超音波エラストグラフィー（200 点）および D215-2 肝硬度測定（200 点）は、対象が肝硬変患者（疑いも含む）とされているため、慢性肝炎では認めていません。</p> <p>しかし、D007 血液化学検査の 43 ヒアルロン酸の対象は、慢性肝炎患者のみであり、46 の Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体は慢性肝炎または肝硬変患者です。いずれも肝の線維化をみるものですが、線維化は連続して進行するものであり慢性肝炎末期と肝硬変初期の鑑別は困難です。貴見の通り超音波エラストグラフィーについては慢性肝炎（疑い）も対象患者に含まれるべきと考えます。</p>
<p>【宮崎県】</p>	<p>慢性肝炎の傷病名では認めていません。</p> <p>肝硬変または肝硬変の疑いの病名を必要としています。</p> <p>慢性肝炎での保険適応を希望します。</p>

(2) COVID-19 感染症関連検査について（沖縄県）

《提案要旨》

COVID-19 関連検査については当初審査基準が確立されておりましたが、次第に整理されつつあるように思います。当県では社保と国保の審査基準が異なっておりますが、おおむね以下のように決めています。貴県ではどのように審査されておりますでしょうか。ご教授よろしくをお願いします。

<国保>

1. PCR 検査に関しては、2 回までは認め、それ以上はコメントを求める。
2. 重症度マーカー（フェリチン、D ダイマー、KL-6 等）に関しては疑い症例では入院後 1 週間は週 2 回程度、2 週目からはコメント必要、コロナ確定して最初の 1 週間は隔日で認めます。2 週目以降は週 1～2 回。

<社保>

1. PCR について回数の制限はない。
2. 重症度マーカーの測定について疑い事例では認めないが、確定症例については回数の制限を定めない。

各県からの回答

【沖縄県】

提案県

【大分県】

<国保>

1. PCR 検査について回数の制限はない。
2. 重症度マーカーの測定について、疑い事例でも 1 回は認める。2 回目以降については事例ごとに個々に判断する。確定事例については制限を定めない。

<社保>

1. PCR 検査については、1 エピソード 2 回までを原則とし、クラスターが発生した場合等、特殊なケースはエピソードの線引きが困難なため、コメントがあれば回数を制限しない扱いとしています。（県の感染症対策課と中核市保健所との了承済）
2. 疑いでは認めていません。確定患者については、回数の制限を定めず、個々の症例に応じて医学的判断としています。

【長崎県】	<p>当県では明確な基準を定めていません。PCR 検査について、入院期間中 3 回以上を認めているケースもあります。重症度マーカーについてもレセプト内容を総覧して審査医の裁量に委ねています。D ダイマー、KL-6 に関しては単なる COVID-19 感染症ではなく、それぞれの疾患または病態の疑いなどの記載がなされているようです。</p> <p>抗原検査で不確実だったためとのコメントで、傾向的に抗原定性検査と PCR 検査を合わせてまた複数回実施している医療機関がありました。この場合、抗原検査の多くを査定しました。</p> <p>貴県の提案を参考にさせていただいて当県でも審査基準を設けたいと考えます。</p>
【熊本県】	<p>PCR 検査は診断確定までに 1 回、結果が陰性でも症状が続けば、さらに 1 回、計 2 回まで認める。治療の場合は複数回でも認めている。</p> <p>COVID-19 確定患者の重症度マーカーは医学的判断に基づくものであり、制限はない。</p>
【福岡県】	<p><国保></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCR 検査に回数の制限はありません。 2. 重症度マーカーについても、COVID-19 の病名があれば回数の制限はなく審査員の医学的判断に任されています。 <p><社保></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCR 検査は 1 エピソードにつき発症 9 日以内に 2 回まで認めています。もともと検査の必要性については注記するようになっていますが、その記載で複数のエピソードあれば、同月に 2 回以上の算定も認めます。 2. 重症度マーカーについては、COVID-19 の病名だけでは認められず、フェリチンであれば鉄欠乏性貧血や血球貪食症候群、D ダイマーであれば血栓症、KL-6 であれば間質性肺炎などの病名（あるいは疑い病名）が必要です。COVID-19 の診断確定例においては詳記があれば複数回の算定を認めています。
【鹿児島県】	<p><国保></p> <p>明確な審査基準は設けていないが、大凡以下のような基準で審査している。</p> <p>(1)PCR 検査</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 回までは認めている（検査間隔や注記内容も判断材料とする） 3 回以上については、記載された必要性が妥当と判断されれば認める。 <p>(2)重症度マーカー</p> <p>疑い例 頻回検査の請求は少ない（注記を見て判断）</p> <p>確定例 1 週目 3-4 回</p>

	<p>2週目以降 治療内容・コメントを見て判断</p> <p><社保></p> <p>(1) PCR 検査の回数 「疑い」例では、2回目まで認める。それ以上は必要理由の詳記が必要。「確定」例は、退院判断に使用する場合は認めるが、その旨の記載が必要。</p> <p>(2) 重症度マーカーの測定 「疑い」症例では、原則認められない。「確定」症例では、入院後1週間程度が隔日程度でも可とするが、2週目以降は週1～2回まで（それ以上のときは、病状詳記を求める。）</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>1. PCR 検査に関しては、通知通り2回までが基本となるが、それ以上の算定がある場合もコメントがあれば認めている。</p> <p>なお、1日2回以上算定している場合は査定対象としている。</p> <p>2. 重症度マーカーは、疑い例では認めておらず、確定例では回数の制限は設けていない。</p> <p><社保></p> <p>1. PCR について回数に取り決めはしていませんが、原則、疑い事例では1回、確定事例では2回を目途とし、それ以上の場合は必要性の詳記を求めて返戻しています。</p> <p>2. 重症度マーカーについては、原則、疑い事例では初診時1回、確定事例では回数に制限は設けていません。外来通院中または入院時に連日の検査は必要理由を求めて返戻していますが、審査委員によっては過剰で査定されている場合もあるようです。</p>
【宮崎県】	<p>1. PCR の回数について</p> <p>PCR 検査は2回まで認めている。それ以上は注記が必要。</p> <p>2. 重症度マーカーについて</p> <p>病態に応じた傷病名もしくは鑑別を要する疾患の傷病名を必要としている。</p> <p>疑い傷病名では認めていない。</p>

(3) 直接経口抗凝固薬 (direct oral anticoagulants : DOAC) の門脈血栓症や脳静脈血栓症への適応について (大分県)

《提案要旨》

ダビガトラン (プラザキサ®), リバーロキサバン (イグザレルト®) 等に代表される DOAC は血栓症の治療や血栓塞栓症の予防に広く用いられるようになってきた。

これらの薬剤は用量によって相違があるが、適応症は「非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制」および「静脈血栓塞栓症 (深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症) の治療及び再発抑制」と定められている。

近年、前述の適応症以外の門脈血栓症や脳静脈血栓症に処方する例が見られるようになってきた。これを定められた適応外として査定するか、あるいはこれを容認する対応とするか、各県の意見を伺いたい。

各県からの回答

【沖縄県】	門脈血栓症や脳静脈血栓症のみでは DOAC の算定は認めない。
【大分県】	提案県
【長崎県】	特に取り決めはありません。主にワーファリンが使用されているようです。MRA 等で診断され投与されている例があるのかもしれませんが、深部静脈血栓症の傷病名で投与されているようです。
【熊本県】	収載された適応症のみ。
【福岡県】	門脈血栓症に保険適応がある医薬品としては、アンチトロンビン III 低下を伴う門脈血栓症に対する「献血ノンスロン」のみであると思いますが、薬価が高く、また同薬の添付文書に「完全閉塞した門脈血栓症、陳旧性門脈血栓症に対する有効性は期待できないので、他の治療を考慮する」との注意記載もあることから、広い意味で門脈血栓症も静脈血栓塞栓症と考え DOAC の処方を認めてよいのではという意見があります。脳静脈血栓症に対しても DOAC の効果が期待できることから認めていることもあります。しかしながら、これら疾患には厳密には適応外であるため、審査員によって判断・見解が分かれ査定されるケースもあるのが現状です。

<p>【鹿児島県】</p>	<p><国保></p> <p>審査会での合意はない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員の個人的意見 <p>有効性を示す国内外の論文はある。但し国内からの報告は少数例での報告が多く臨床研究結果としての論文や関連学会の上記薬剤に対する明確な結論はまだ無いようである。現状では適応外使用として査定。</p> <p><社保></p> <p>門脈血栓症や脳静脈血栓症に対する直接経口抗凝固薬の添付文書では適応疾患に含まれていないので原則査定する。</p> <p>しかし、実態的には、門脈血栓症や脳静脈血栓症に使用したと思われるレセプトも見ることがあるが、適応のある病名（心房細動や深部静脈血栓症など）が併記されており、その時は、容認せざるを得ない。</p>
<p>【佐賀県】</p>	<p><国保></p> <p>門脈血栓症や脳静脈血栓症についても認めている。</p> <p><社保></p> <p>現時点では適応症以外では認めていません。ただし門脈血栓症は静脈血栓症として認めています。肺動脈血栓症で請求された事例には、返戻して医療機関の了解のもとに静脈血栓塞栓症の病名を追加していただきました。</p>
<p>【宮崎県】</p>	<p>門脈血栓症および脳静脈血栓症に対する投与は認めていません。</p>

(4) 緩徐進行1型糖尿病にメトホルミンやDPP-4阻害薬の投与を認めますか（長崎県）

《提案要旨》

メトホルミンやDPP-4阻害薬の適応疾患は2型糖尿病となっています。緩徐進行1型糖尿病は病因的には異なりますが、病態的には2型糖尿病に類似した状態を示す場合が多く、インスリン分泌能も保たれているケースが多いと考えられます。実際、上記薬剤の効果は認められます。長崎県では、1型である以上すべて適応外として査定されます。特にメトホルミンは、 β 細胞に負荷をかけることもなく、理論的には投与可能とも考えられますが、貴県での取り扱いはいかがでしょうか。

各県からの回答

【沖縄県】

メトホルミンは肥満した1型糖尿病には有効と考えられますので認めております。DPP-4阻害剤はコメントが適切であれば認めることもあります。

【大分県】

緩徐進行1型糖尿病は、病態が2型と類似していることから、2型糖尿病薬を認める扱いとしています。

【長崎県】

提案県

【熊本県】

収載された適応症のとおり。理論上は可能と思われるが、薬剤の適応承認の手続きが必要。

【福岡県】

緩徐進行1型糖尿病ではインスリン依存状態でないことが詳記にあれば、メトホルミンやDPP-4阻害薬の投与も認めるようにしています。

【鹿児島県】

<国保>

・専門委員の意見

最近1型糖尿病でも肥満して、インスリン必要量が増えている患者さんが多く、メトホルミンの併用によりインスリン必要量を減らしたり、HbA1cを改善することができる。鹿児島県では国保・社保とも、1型糖尿病で、肥満やインスリン抵抗性のある患者さんでは、その旨の注記があれば認めている。注記がなければ査定。

・根拠となる論文

Petrie JR et al. Cardiovascular and metabolic effects of

	<p>metformin in patients with type 1 diabetes (REMOVAL): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial.</p> <p>Lancet Diabetes Endocrinol. 5.: 597-609., 2017</p> <p><社保></p> <p>DPP-4 阻害薬は I 型糖尿病では認めていない。メトホルミンは、肥満症合併の I 型糖尿病では、インスリン抵抗性の改善と体重減少効果などにより認めている。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>薬事承認された適応は「2 型糖尿病」であるため、「緩徐進行 1 型糖尿病」の病名では認めていない。</p> <p><社保></p> <p>糖尿病専門審査委員によると、実際メトホルミン等を使用する場合もあるそうです。審査では、緩徐進行 1 型糖尿病でインスリン分泌がある程度残存している状態であるとの注記があれば認めているそうです。</p> <p>社保では令和 3 年 9 月からは A I を利用したコンピュータチェックに変更されることになっていますので、1 型糖尿病の病名のみでは、コンピュータチェックがかかり査定対象になる恐れがあります。今後は緩徐進行 1 型糖尿病でインスリン分泌がある程度残存している状態であれば、その旨を注記して 2 型糖尿病の病名を併記していただくことも検討しています。</p>
【宮崎県】	<p>メトホルミンは認めています。</p> <p>DPP-4 阻害薬は認めていません。</p>

(5) IgG4関連疾患における IgG4検査について（長崎県）

《提案要旨》

IgG4関連疾患の診断確定後に IgG4検査を認められますか。

長崎県では、次の規準で認めています。

対象疾患は、IgG4関連疾患、ミクリッツ病、自己免疫性膵炎とし、治療中は月に1回、治療中でない場合は3ヶ月に1回、算定を認めています。

貴県の取り扱いはいかがでしょうか。

各県からの回答

【沖縄県】

取り決めはありませんが、貴県の対象疾患および測定頻度は妥当と思われる。

【大分県】

貴県とほぼ同様の取扱いです。
「IgG4 関連疾患」については、様々な病態を含んだ病名であることから、傾向的に当該病名で請求している場合はコメントを求める扱いとしています。

【長崎県】

提案県

【熊本県】

確定診断時の1回のみ認める。経過観察には認めていない。

【福岡県】

対象疾患は同様で、治療中でも治療中でない場合でも原則3か月に1回の算定を認めています。ただし治療中、必要性についての詳記があれば連月の算定を認めています。

【鹿児島県】

<国保>

明確な審査基準は設けていないが、長崎県とほぼ同じ基準で審査している。

<社保>

当該問題に対する支払基金鹿児島支部審査委員会での合議はありません。2020年に改訂 IgG4 関連疾患包括診療基準（厚生労働省 IgG4 関連疾患研究班）が発表されていますが、あくまでも診断基準であり、本症の IgG4 値経過については述べられておりません。日本膵臓学会・厚生労働省 IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針を目指す研究班の中で、自己

	<p>免疫性膵炎臨床ガイドライン 2020（パブリックコメント公表案）が作成されており、その中に（CQIV-7）再燃の早期発見は可能か？の問題提起があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液生化学検査、血清 IgG4 値、IgG4 関連疾患の膵外病変を含めた各種画像検査による定期的経過観察の継続が早期発見を可能とする（推奨度：B) ・再燃予測として、短期間でのステロイド治療中止、診断時の IgG4 高値、ステロイド治療後の血中 IgG4 持続高値、びまん性膵腫大、胆管病変合併、複数の膵外病変などが挙げられる（推奨度：B) <p>本解説に、ステロイド反応性の観点から、血中 IgG4 値の低下率、膵腫大の改善率の低いものが再燃リスクとなる可能性があり、これらの再燃予測因子に該当する場合には、再燃の可能性を考慮しながら血液生化学検査、血中 IgG4 値、画像検査を用いて 3～6 ヶ月ごとの経過観察を行うことが、再燃の早期発見に有用であると思われるとの記載があります。</p> <p>長崎県での、治療中は月 1 回、治療中でない場合は、3 ヶ月に 1 回の算定は妥当ではないかと判断します、上記研究班の解説を参考に、この判断で審査しています。経過で、治療内容が不明の場合は治療内容について返戻することもあります。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>初診時（診断時）より治療を行う過程で 3 ヶ月間は連月認めるが、これ以降は安定した時期と判断し、3 ヶ月に 1 回程を原則としている（特別に必要性があれば、コメントを記載し、個別に判断）。</p> <p><社保></p> <p>貴県と同じ取り扱いとしています。</p>
【宮崎県】	<p>特に取り決めはありませんが、治療中は月に 1 回は認めています。</p> <p>治療中でない場合、疑い傷病名の時は、3 ヶ月に 1 回程度認めています。</p>

(6) 先発品にある適応名が後発品に無い場合、認めるか（熊本県）

《提案要旨》

後発薬品には効能効果や用法用量が先発薬品と異なる製剤があるが、一般名で処方すると患者の傷病名が伝わらない院外の調剤薬局で問題になることがある。厚労省保険局医療課は、「査定を行い医療機関と薬局のどちらかに薬剤費の自己負担を除いた7割を負担させるか判断がつく場合、査定処理を行い、判断できない場合は査定処理しない。」と答えている。（3／21 MEDIFAX、）。熊本県では、特に詳記がない限り認めていない。

各県からの回答

【沖縄県】

社保では認めている。
国保では認めない。

【大分県】

先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品について、一律に査定を行うことは、後発医薬品への変更調剤が進まなくなること、また、それに伴い医療費が増える可能性があること等を鑑みて、先発医薬品に適応があれば、調剤薬局で適応のない後発医薬品を処方していても認める扱いとしています。（院外処方のみ）

【長崎県】

先発品に適応のあるものは、後発品で適応症の記載がなくても原則認めています。従って薬局との間の問題もないようです。但し、先発品で認められた上限量より低容量を上限量とする後発品（ある種のメトホルミンなど）では、過剰の査定があっています。

【熊本県】

提案県です。

【福岡県】

一般名処方で先発に適応があれば後発になくとも認めている。（院外処方）

【鹿児島県】

<国保>

院外処方では先発品と同様の適応とみなすが、院内処方では適応外の後発品使用は認めていない。

<社保>

「認める。」

	<p>先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品に関する情報を保険医療機関及び保険薬局が正確に把握することができない現状並びに審査上においては、当該医薬品の効能効果及び薬理作用から判断すべきものであることなどから、査定処理は困難であると考えている。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>通達があり、認めている。</p> <p><社保></p> <p>特に詳記はなくても先発品の適応症のない後発品でも認めています。</p> <p>社保では基金本部より平成 24 年 2 月 7 日付けで「先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品の取り扱いについて（通知）」が発出されています。その中で、「保険薬局において、効能等相違後発医薬品に変更調剤された場合に支払基金の審査で適応外として査定され、医療機関又は保険薬局のいずれかに査定分を請求しなければならないケースが生じる。しかしながら、保険薬局から処方箋を取り寄せても、いずれに査定分を請求するか判断は困難であると考えられる。」その取扱いについて基金理事長から厚生労働省保険局長に見解を求めた結果、基金本部の取扱いに関する基本的な考え方として、「医療機関および保険薬局においては、後発医薬品の正確な情報が把握できないこと、また、審査上においては、効能等相違後発医薬品の効能効果および薬理作用から判断すべきものであることなどから、査定処理は困難であるとして査定は行えないこと」とされています。佐賀支部の調剤審査委員もこの取扱いに準じて審査しているとのことでした。</p>
【宮崎県】	<p>先発品に適応症があれば後発品の適応症の有無にかかわらず請求を認めています。</p>

(7) 疾患別リハビリテーションにおいて、1日合計9単位を高齢者に認めるか（熊本県）

《提案要旨》

疾患別リハビリテーション料の算定は、患者1人につき1日合計6単位であるが、①回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、②脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの、③入院患者であって、入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立を目的にリハビリテーション料（I）を算定するものは1日合計9単位まで認められる。

しかし、高齢者の患者の場合、熊本県国保審査会では、高齢者は身体的活動制限があるので1日合計3単位に査定することがある。

各県からの回答

【沖縄県】	高齢による身体的活動制限を理由に疾患別リハビリテーションの点数を制限することはない。		
【大分県】	1日に6単位を超えて算定できる対象患者であれば、年齢に関係なく認める扱いとしています。医療における「高齢者」の定義は年齢のみでなく、個々の健康状態やADL等によると考えられ、「高齢者」としての一律な線引きは行っていません。		
【長崎県】	患者の年齢のみで1日合計のリハビリの単位を一律に制限することはありません。一部の医療機関では90歳以上の高齢者や人工呼吸器装着中などの患者で9単位のリハビリテーションが6単位に減算されるところが見受けられる。症状詳記をしても査定されることが散見されている。		
【熊本県】	提案県です。		
【福岡県】	【80歳代】	【90歳以上】	
	脳血管リハビリ	6～9単位（目安7単位）	3～9単位（目安5単位）
	運動器リハビリ	6～9単位（目安6単位）	4～6単位（目安4単位）
	呼吸器リハビリ	6～9単位（目安6単位）	4～6単位（目安4単位）
	心大血管リハビリ	3単位	3単位
	としています。		
【鹿児島県】	<国保> 80歳以上の高齢者に対するリハビリテーションについては、入院前の		

	<p>状態が健康であり、リハビリによって十分な回復が見込めるような患者さんについては、適切なリハビリは必要である。また患者状況についても、術後等で回復の見込みがある患者さんについては適切なリハビリテーションは必要である。</p> <p>高齢者（80-89歳 90歳以上について）の場合、年齢別、リハ別（脳血管リハ、運動器リハ、心大血管疾患リハ、呼吸器リハ）、患者さんの状況別（レスピレーター装着中、IVH挿入中、経管栄養中、胃瘻、鼻腔栄養、透析の有無）、入院治療室別などを加味して判断としている（詳細は省略）。</p> <p>SCUでの脳血管リハ、術後の運動器リハであれば9単位認めることもある。</p> <p><社保></p> <p>高齢者に限らず単位数に制限は設けていない。診療内容及び症状詳記内容により患者の病態に合わせて医学的判断としている。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>1日9単位（180分）のリハビリが高齢者には負担となり、過剰と判断。6単位までとしたい。</p> <p><社保></p> <p>通知通りに認められた範囲内で審査しています。したがって高齢者を理由に3単位に査定してはいません。</p>
【宮崎県】	<p>担当者1職種（PT, ST, OT）あたり3単位の合計9単位までは認めているが、高齢者や治療内容を考慮して過剰と判断して認めない場合もあります。</p> <p>一律の取り決めはなく、ケースバイケースで対応しています。</p>

(8) KL-6 の算定について (福岡県)

《提案要旨》

「間質性肺炎の疑い」の場合は胸写が無ければ認めていません。

「間質性肺炎」と確定している場合は、KL-6、SP-A、SP-D のいずれかを原則 3 カ月に 1 回（急性増悪病名や数値を含むコメントがある場合を除く）の頻度で認めています。

他県ではどのような取り扱いをされていますか？

各県からの回答

【沖縄県】

国保では「間質性肺炎」であれば測定は認める。「間質性肺炎疑い」では胸写の実施の上での測定が望ましいが、膠原病、免疫抑制剤使用、生物学的製剤を使用している場合は算定を認めることがある。
 社保では間質性肺炎疑い病名でも認めている。確定している場合は原則 3 か月に 1 回の頻度で認める。

【大分県】

間質性肺炎疑いの場合は、傾向的な算定を除き、胸写がなくても認めています。
 間質性肺炎の確定患者については、原則として KL-6、SP-A、SP-D のいずれかを月 1 回認めています。毎月受診されているということは、活動性がある間質性肺炎と類推しています。

【長崎県】

以前は胸写等の画像診断が無ければ認めないという厳格な基準を設けていましたが、最近緩和されています。間質性肺炎をきたしやすい疾患や治療内容で聴診等診察所見で疑ったと考えられれば認めるようになりました。間質性肺炎が確立している場合、治療中であれば 1 ヶ月に 1 回、それ以外では原則 3 ヶ月に 1 回、いずれか 1 種の検査を認めています。

【熊本県】

貴県と同様。

【福岡県】

提案県

【鹿児島県】

※昨年度と同じ回答
 <国保>
 明確な基準なし
 ・専門医委員の意見

	<p>1. 「間質性肺炎の疑い」の場合</p> <p>疑い病名があれば、KL-6 の測定は良いかと思います。聴診上の所見で疑うこともあり、必ずしも同時に胸写が必要ではないかと思います。</p> <p>疑い病名での測定であれば3ヶ月に1回でよいかと思います。</p> <p>2. 「間質性肺炎」と確定している場合</p> <p>間質性肺炎が確定しても必ずしもKL-6が上昇するわけではありませんので、同時の測定は不可ですが、同月内の次の機会にSP-DあるいはSP-Aを測定することはあると思います。</p> <p>「28」のKL-6、「34」の肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) 及び「35」の肺サーファクタント蛋白-D (SP-D) のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。」となっておりますので、併せての実施でなければ（採血のタイミングがずれば）算定可能と考えております。</p> <p>ただいずれのマーカーが上昇しているかが明らかになれば、次回以降はその値をfollowしていくので、連月に2つ以上測定することはないと思います。</p> <p>確定病名がついていれば、治療の有無に関わらず厳密なfollowが必要なこともありますので、月に1回は測定してよいと考えます。</p> <p><社保></p> <p>「間質性肺炎疑い」の場合は胸部CTか胸部レントゲンなど画像診断検査なしには認められないと思います。更に疑い病名だけで連月算定することは認めません。</p> <p>ただし、免疫チェックポイント阻害薬(キートルダ、オプジーボ)の投与を行なっている肺癌等の患者については投与毎に認めることを合議で決めました。「間質性肺炎」確定病名の場合は経過を追うために月1回の算定を認めています。</p> <p><国保></p> <p>疑い病名に対しては胸写がない場合は認めていない。</p> <p>確定例に関しては3ヵ月に1回程度が妥当と考える。</p> <p>ただし、免疫チェックポイント阻害剤等を投与している事例については、副作用チェックとして胸写がなくても月1回の算定を認めている。</p> <p><社保></p> <p>貴県と同じ取り扱いとしています。</p>
【佐賀県】	
【宮崎県】	<p>間質性肺炎の発生に注意する病態の時には「間質性肺炎の疑い」の病名があれば胸写なしでも認めています。</p> <p>確定傷病名がある場合にはSP-Aを除いて連月の実施も認めています。高頻度の実施には注記を求めています。</p>

(9) 慢性気管支炎に対するエリスロシン錠、エリスロマイシン錠の少量長期投与の算定を認められていますか。(福岡県)

《提案要旨》

医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱いについて（保医発第 0921001 号、平成 23 年 9 月提供事例）において「クラリスロマイシン（内服薬）を「好中球性炎症性気道疾患」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。」とありますが、エリスロシン錠、エリスロマイシン錠についてはそのような通知はありません。

慢性気管支炎に対するエリスロシン錠、エリスロマイシン錠の少量長期投与に対して福岡県では算定を認めていますが、貴県では如何でしょうか。

各県からの回答

【沖縄県】	認めない。
【大分県】	慢性気管支炎に対するエリスロシン錠、エリスロマイシン錠の少量長期投与は、クラリスロマイシンと同様に認めています。
【長崎県】	算定を認めています。投与期間についても特に取り決めはありません。
【熊本県】	慢性気管支炎にも認めている。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	<p>※昨年度と同じ回答</p> <p><国保></p> <p>明確な基準なし</p> <p>・専門医委員の意見</p> <p>マクロライド（クラリスロマイシン（CAM）、エリスロマイシン（EM）、アジスロマイシン（AZM））による COPD の増悪抑制は十分なエビデンスをもって報告されています。ただし「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン 2018[第 5 版]」の中では、『近年の非結核性抗酸菌症の増加を考えると、その治療薬であるクラリスロマイシンの使用に先行してエリスロマイシンの使用を考慮する』よう提案されています。</p> <p>以上より慢性気管支炎に対するエリスロシン錠、エリスロマイシン錠の投与は可能と考えます。用量については少量長期投与のエビデンスがある</p>

	<p>のはびまん性汎細気管支炎（DPB）のみであり、必ずしも少量である必要はないかと思います。</p> <p>しかし、昨今は慢性気管支炎が COPD として診断されておらず、長期の咳や痰に対して漫然と投与されている症例が見受けられるように思います。そのため、私に審査がまわってきた場合は、マクロライドの投与がされている症例でその他の COPD 治療薬（気管支拡張剤や吸入ステロイド、喀痰調整薬など）が投与されている症例にのみ長期投与を認めるようにしています。</p> <p><社保></p> <p>クラリスロマイシンと同じマクロライド系抗菌薬であり、歴史的に少量長期マクロライド投与の起源は DPB（びまん性汎細気管支炎）に対するエリスロマイシン少量長期投与ですので、認めてよいと思います。</p> <p>傷病名としては、びまん性汎細気管支炎や気管支拡張症は問題ありませんが、極めてあいまいな傷病名である「慢性気管支炎」に対して認めるかどうかは議論のあるところだと思います。</p> <p>漫然と使用されているような場合は治療効果や喀痰検査等の病態確認を詳記により求める必要があると考えます。</p> <p>何らかの検査も行わず、「好中球性炎症性気道炎症」という医療機関もあるので。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>エリスロシン、エリスロマイシンについても、クラリスロマイシンと同様に少量長期投与を認めている。</p> <p><社保></p> <p>慢性気管支炎に対してエリスロマイシン錠、エリスロシン錠の少量長期投与は認めていません。社保では、審査の一般的な取り扱いとして、COPD（慢性気管支炎、肺気腫）に対するクラリスロマイシン（200mg）1錠の長期間投与を認めていますので、エリスロマイシン錠を投与されている医療機関にはクラリスロマイシンを投与されるように文書連絡しています。</p> <p>（参考）エリスロマイシンDSと顆粒は慢性気管支炎の二次感染に適応がありますが、少量長期投与は認められない可能性が高いと思われます。</p>
【宮崎県】	<p>認めています。</p>

(10) COVID-19検査の注記について（鹿児島県）

《提案要旨》

発熱外来で COVID-19の抗原定性検査や PCR 検査を施行した場合にレセプト注記が求められているが、ワクチン接種等で多忙ななか、レセプト注記記載で仕事量が増えるため、注記を免除していただきたい。

各県からの回答

【沖縄県】	注記は必須であり省略することはできない。
【大分県】	厚生労働省の通知にて定められているため、記載は必要と判断しています。
【長崎県】	基本的に疑い病名などの記載があれば認めており、特に問題にはなっていないようです。
【熊本県】	注記は必要と考える。
【福岡県】	医学的必要性を書くように通知があつてます。簡単に書けばよろしいのではないですか。
【鹿児島県】	提案県
【佐賀県】	<p><国保> 現状では全て簡単な注記が必要です。</p> <p><社保> 算定要件に、検査を必要と判断した根拠、検査日時と検査した医療機関名、結果などをレセプトに記載することになっていますが、貴見の通り非常に煩雑であり実情にそぐわないと考えます。佐賀支部ではレセプトの傷病名欄に「COVID-19 感染症（疑い）」があれば詳記は求めています。保険者からもこのことで再審査請求はありません。</p>
【宮崎県】	<p>発熱外来に COVID-19 を鑑別すべき主訴で来院した場合には、注記がない場合でも疑い病名のみで2回までの検査を認めています。</p> <p>3回以上の検査が必要な時には、必要理由を注記に書いてもらっています。</p>

(11) 代償性肝硬変と非代償性肝硬変との診断基準について（佐賀県）

《提案要旨》

ハーボニー配合錠は、非代償性肝硬変には適応がないとされています。

以下のレセプトの場合、どう審査されますか？

入院時のChild Pugh（以下C P）スコア10点で、C P分類Cの非代償性肝硬変と診断されています。入院後リーバクト配合顆粒を投与された結果、症状が安定し、C Pスコア6点と改善したので、C P分類Aの代償性肝硬変と診断され、2018年9月から12週間ハーボニー配合錠が投与された事例です。傷病名には非代償性肝硬変だけで代償性肝硬変はありませんが、症状詳記を求めたところ、上記の理由で非代償性肝硬変から代償性肝硬変に改善したとあります。

しかし、①「日本肝臓学会編：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイド2016」（文光堂出版）p. 60には、C P分類は「治療を行わない状態で分類し、治療後に無症候性となった症例も非代償性とする」と記載されており、その後、②「日本肝臓学会編：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイド2019」（文光堂出版）p. 52にも全く同文が記載され、さらには、③「日本消化器病学会・日本肝臓学会編：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイドライン2020（改定第3版）」（南江堂出版）p. 2のBQ1-1.「肝硬変の機能的分類」にも非代償性肝硬変について、「治療を行わない状態で分類し、治療後に無症候性となった症例も非代償性とする。現在、あるいは以前に非代償性肝硬変であることを次のいずれかの基準で判定する。(1) C Pスコア7点（分類B）以上 (2)「非代償性肝硬変の対象医療行為」*の治療歴を現在あるいは以前に有する。*：腹腔穿刺、胸水・腹水濾過濃縮再静注法、内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術などの肝不全および肝硬変合併症に対する治療（腹水・肝性脳症・低栄養に対する内服薬治療などを含むものとする）」と記載されています。

佐賀県社保では、2016年（レセプト提出前）の①、レセプト提出後の2019年の②及び2020年の③より、C Pスコア10点で非代償性肝硬変と診断した事例に対して治療後にC Pスコアが6点に改善しても、代償性肝硬変とすることは出来ないと考えています。一方、非代償性肝硬変でありリーバクト配合顆粒は認めると判断しています。

【問題点】：上記の冊子①、②、③をご存じない肝臓専門医もおられますので、判断に苦慮しております。貴県では非代償性肝硬変の診断基準はどうされていますか。

各県からの回答

【沖縄県】

非代償性肝硬変の考え方に関しては審査員により意見が分かれるが学会の診断基準に準ずることが多い。また現在では非代償性肝硬変にも使用できるエプクルーサがでているため、今後は厳しく貴県の言う通りの審査になり査定になると思われる。

また、当県のレセプトでは肝硬変との表記が多く、併存疾患で静脈瘤、肝性腹水などの病名があればリーバクト配合顆粒はみとめている。

【大分県】	<p>ガイドラインのとおり、治療を行わない状態で分類し、治療後に無症候性となった症例も非代償性として取扱っています。よって、上記の症例は認めない扱いです。高額な抗ウイルス薬治療にあたり、ガイドラインを踏まえての投与が必要と考えます。</p>
【長崎県】	<p>長崎県でも貴県と同じ状況であり、ハーボニー配合錠とリーバクトを併用せざるを得ない場合、薬価の高いハーボニーを優先させた病名付けを行っているのが現状である。</p> <p>しかし最近、ハーボニー無効例や非代償性肝硬変に適応がある抗ウイルス剤（エプクルーサ）が認可されたため、リーバクトとの併用が可能となっており、今後は診断基準に悩まされる事は少なくなりそうである。</p>
【熊本県】	<p>貴県のとおり。審査は治療前の Child Pugh 分類を基に行っている。</p>
【福岡県】	<p>基本的に認めていない。現時点ではエプクルーサがあるのでそちらを使ってください、ということになるが、エプクルーサは 2019 年 2 月薬価掲載なので、当該レセプトの「2018 年 9 月から 11 月にハーボニー配合錠投与」に関してはエプクルーサ承認以前の段階なので、高額な薬剤でもあり、貴県同様判断に苦慮すると思います。</p>
【鹿児島県】	<p>当県においてもご指摘のとおり、肝臓専門医を含めて理解が不十分、曖昧な点があり、講習会等で周知をしていく必要がありますが、診断基準については貴県の記載のとおりです。例に上がっている症状詳記では当県でも認められません。</p> <p>診断に適応する薬剤の使用はもちろんですが、適応に即した適切な病名の整理が必要な事案だと思われます。</p>
【佐賀県】	<p>提案県 ＜社保＞</p> <p>「日本消化器病学会・日本肝臓学会編：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイドライン 2020（改訂第 3 版）」（南江堂出版）に準じて次のように分類しています。</p> <ol style="list-style-type: none"> 代償性肝硬変：以下の①～③を参考とする <ol style="list-style-type: none"> 肝機能がよく保たれており、臨床症状はほとんどない。 肝脾腫、くも状血管腫、手掌紅斑、食道静脈瘤などが存在しても、無症状の場合は代償性とする。 C P スコア 6 点以下（分類 A） 非代償性肝硬変：以下の①～③を参考とする。 <ol style="list-style-type: none"> 肝性脳症、黄疸、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状

【宮崎県】

が出現する。

②治療を行わない状態で分類し、治療後に無症候性となった症例でも非代償性とする。

③現在あるいは以前に非代償性肝硬変であることを次のいずれかの基準で判定する。

(1) CPスコア7点以上(7～9点:分類B、10～15点:分類C)

(2)「非代償性肝硬変の対象医療行為」*の治療歴を現在あるいは以前に有する。*腹腔穿刺、胸水・腹水濾過濃縮再静注法、内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術などの肝不全および肝硬変合併症に対する治療(腹水・肝性脳症・低栄養に対する内服薬治療などを含むものとする)

提示事例(診断名が非代償性肝硬変)であればハーボニーの投与は認めていません。過去に非代償性肝硬変の診断があった場合でも、治療等で代償性肝硬変まで改善し、傷病名が整理されている場合には、請求を認めています。

改訂第3版



1
 2
 3
 4
 5

肝硬変の原因や病態はどのようなものか？

回

④ 肝細胞の壊死・脱落と再生の過程で、線維化と肝細胞の毛細血管化を生じることによって成立する。肝実質細胞の減少、線維化と構造変換による血流障害、門脈大循環シャント形成、などにより、門脈圧亢進、腹水、肝性脳症、脾腫大、心障害、腎障害、血漿ナトリウム低下などを引き起こす。さらに肝細胞障害の発生・増悪傾向が高い。NASHなど非B型肝炎の頻度が増加傾向にある。近年減少傾向にある。

解説

肝硬変は、肝臓全体に再生結節が形成され、再生結節を線維性隔壁が取り囲む状態と定義される²⁾。肝疾患の終末像である。病因は慢性ウイルス肝炎、アルコール肝疾患、自己免疫性肝炎などであるが、肝細胞が慢性に、持続的に傷害されることに起因するが、慢性肝炎などでも肝細胞の広範壊死が生じたあとに結節性再生が起り肝硬変に進展する場合はある。肝臓機能がよく保たれた臨床症状がほとんどない代償性肝硬変と肝性脳症、黄疸、腹水、浮腫、出血傾向など肝不全に起因する症状が出現する非代償性肝硬変に分類される³⁾。一般に Child-Pugh B 以上 (Child-Pugh score 7 点以上) または過去に明らかな肝硬変の既往・治療歴がある場合に非代償性肝硬変と示した⁴⁾ が、ガイドラインなどで明確な指針は示されていない。誤りに肝硬変の最嚴格分類を示した。

わが国の2018年の肝臓感染症別調査^{3,4)}では、B型肝炎11.5%、C型肝炎48.2%、B型+C型0.7%、アルコール性19.9%、NASH6.3%、胆汁うっ滞型3.4%、自己免疫性2.7%、うっ血性0.7%、アルコール性1.9%、代謝性0.2%、薬物性0.06%、特発性感染症0.01%、原因不明6.6%とC型肝炎が最も多い³⁾が、2008年の調査ではC型肝炎60.9%、アルコール性13.6%、NASH21.1%であっ

表 1 機能的分類

- 1) 代謝性肝硬変
○肝臓はほとんど保たれており、臨床症状はほとんどない。
○肝臓病、クモ状血管腫、手皸疽、食慾減退などが存在していても、無症候性の場合は代償性とする。
- 2) 非代償性肝硬変
○肝臓縮小、黄疸、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。
○治療を行わない限り、治癒後に無症候性になった事例も非代償性とする。
○現在では以前より非代償性肝硬変であることを示すいくつかの基準で判断する。
Child-Pugh score 7点（分類Ⅲ）以上
- [「非代償性肝硬変の診断基準行方」] の治療を要するものは前記に有する、
①：腹部圧痛、胸水、脚水、全身衰弱、意識障害、内因性低血糖、肩膊筋痛症候群などの肝不全および肝機能低下を示唆する所見がある場合、
②：肝機能低下を伴う治療、（糖尿病、肝性脳症、低栄養に対する栄養療法などを含むものとする）

慢性肝炎・肝硬変の診療ガイド

2019

日本肝臓学会

文光堂

第3章 肝硬変

10) 原因不明

- 上記1)～9)のいずれにも該当せず、原因の判明していない症例

② 機能的分類

1) 代償性肝硬変 (compensated cirrhosis)

- 肝機能がよく保たれており、臨床症状はほとんどない。
- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。
- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。
- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。

2) 非代償性肝硬変 (decompensated cirrhosis)

- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。
- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。
- 肝動脈、くも状血管網、肝静脈、胆管、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。

③ 病理組織的分類

1) WHO 分類

- 肝生結節の大きさにより、以下の3型に分類される。
- ① 小結節性 (micronodular pattern) : ほぼ全ての結節径が3mm未満である。
- ② 大結節性 (macronodular pattern) : 多くの結節径が3mm以上で、大きさはまちまちである。
- ③ 混合型 (mixed pattern) : 小結節と大結節がほぼ同率に存在する場合をいう。

2) 日本門脈圧亢進症学会による分類

- 成因に基づいた分類に、再生結節の大きさに基づいた分類を併記する。
- 例 : B型肝動脈硬化、大結節性、[アルコール性肝硬変、小結節性]
- (「門脈圧亢進症取り扱い規約 第3版」による)

3. 疫学

① 頻度

- 年別死亡率は1971年に最高値を示し、以降は減少している。
- 年齢は50歳代にピークがあり、女性はやや高齢で肝硬変に進展する傾向がある。
- 男女比は3:3で男性に多い。

② 成因 (図1)

- B型およびC型のウイルス性とアルコール性が成因として重要である。
- 成因として最も多いのはC型で、1991～1998年の全国集計では全体の65%で、1999～2008年では60%、2011年では53%、2018年では49%と年々減少している。
- B型は1991年までの調査で39%であったが、1991～1998年には12%と減少し、

(12) 悪性腫瘍マーカー（可溶性インターロイキン-2レセプター）の適応について（宮崎県）

《提案要旨》

可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R) (D009-29、438点)の適応については、医科点数表の通知では「非ホジキンリンパ腫、ATL またはメトトレキサート使用中のリンパ増殖性疾患の診断の目的で測定した場合に算定出来る。また非ホジキンリンパ腫またはATL であることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「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の「ロ」により算定する。」と示されている。

このためホジキンリンパ腫の傷病名がある場合、非ホジキンリンパ腫の傷病名の明示がない場合の請求に対する審査上のばらつきが存在しているのが現状です。各県おける取り扱いについてお伺いしたく協議議題といたしました。

当該検査を下記の場合に認めるか？

- ①ホジキンリンパ腫の疑いの新規病名のみの時
- ②ホジキンリンパ腫の確定後の経過観察時
- ③ホジキンリンパ腫疑い、悪性リンパ腫の疑いの新規病名が併存している時
- ④ホジキンリンパ腫の確定後、悪性リンパ腫疑いの新規病名のある時
- ⑤悪性リンパ腫疑いの新規病名のみの時
- ⑥悪性リンパ腫(詳細記載なし)の確定後の経過観察時

各県からの回答

【沖縄県】

- ①ホジキンリンパ腫疑い
- ②ホジキンリンパ腫確定後の経過観察
- ③ホジキンリンパ腫疑いと悪性リンパ腫疑い共存
- ④ホジキンリンパ腫確定後の悪性リンパ腫疑い
- ⑤悪性リンパ腫疑い
- ⑥悪性リンパ腫確定後の経過観察

可溶性 IL-2 レセプター測定は①②は社保、国保とも認めない。③④は社保では返戻対応、国保は認める。⑤⑥は社保、国保とも認める。

【大分県】

- 1 認めない
- 2 認めない
- 3 腫瘍マーカーとして算定を認める
- 4 腫瘍マーカーとして算定を認める

	<p>5 腫瘍マーカーとして算定を認める</p> <p>6 悪性腫瘍特異物質治療管理料として算定を認める</p>
【長崎県】	<p>非ホジキンリンパ腫または非ホジキンリンパ腫が疑われるケースのみ算定可能としています。</p> <p>従って、①②③④は算定不可、⑤は算定可、⑥は何らかのコメントを要します。</p>
【熊本県】	<p>①認めない、②認めない ③認めない ④認めない、⑤認める、⑥認めない。</p> <p>ホジキンリンパ腫では sIL-2R はマーカーにならないので①②は認めない。③④の悪性リンパ腫疑いは検査のための病名と思われるので認めない。ただし、まれにホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫が合併することがあるので、病名や詳記から明らかになれば認めることもある。</p> <p>⑥は悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。</p>
【福岡県】	<p>ホジキンリンパ腫のみの病名では疑い、確定に拘わらず保険適応を認めていません。悪性リンパ腫があれば認めています。</p>
【鹿児島県】	<p><国保></p> <p>悪性リンパ腫は、ホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫からなるが、両者の確定診断には病理学的検査が必要で有、それまでの病名は悪性リンパ腫となる。また日本でのホジキンリンパ腫の発生頻度は 10%未満であり、悪性リンパ腫の 90%以上は非ホジキンリンパ腫である。</p> <p>①ホジキンリンパ腫疑いの新規病名のみ査定。</p> <p>②ホジキンリンパ腫の確定後の経過観察時査定。</p> <p>③ホジキンリンパ腫疑い、悪性リンパ腫疑いの新規病名が併存病名として不適切査定。</p> <p>④ホジキンリンパ腫の確定後悪性リンパ腫の疑いの新規病名のある時 初回病理診断がホジキンリンパ腫で寛解となり、再発時の組織検査で非ホジキンリンパ腫となることが稀にある（病理学的見直しで初回から非ホジキンリンパ腫となること、あるいはその逆も）。注記がなければ判断できないので返戻し注記を求め、妥当であれば認める。</p> <p>⑤悪性リンパ腫疑いの新規病名のみ。 初回は認める。ただし悪性リンパ腫疑いの病名で繰り返し検査している事例は査定。</p> <p>⑥悪性リンパ腫（詳細記載なし）の確定後の経過観察時。 認めた上で確定病名の記載を指示。</p> <p><社保></p>

	<p>可溶性インターロイキン2レセプター（sIL-2R）については、医科点数表通りで審査しています。悪性リンパ腫の疑い、悪性リンパ腫確定後の経過観察、あるいは、ホジキンリンパ腫疑いと悪性リンパ腫疑いの新規病名併存、ホジキンリンパ腫確定後の悪性リンパ腫疑いの新規病名のある時については、非ホジキンリンパ腫の傷病名あるいは ATL の傷病名がない限り、鹿児島県支部では sIL-2R の算定は認めていません。医療機関に対しては文書連絡を行っています。</p>
【佐賀県】	<p><国保></p> <p>①～④は認めていない。⑤、⑥は認めている。</p> <p><社保></p> <p>sIL-2R は、対象が非ホジキンリンパ腫とされていることから、①と②は認めない。③～⑥は悪性リンパ腫（疑い）の病名があることにより、非ホジキンリンパ腫とホジキンリンパ腫が含まれるため認めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本邦では、悪性リンパ腫の 90%以上は非ホジキンリンパ腫で、ホジキンリンパ腫は少ないとされているが、非ホジキンリンパ腫とホジキンリンパ腫のいずれも含まれている。 ・メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患は、ほとんどがB細胞性非ホジキンリンパ腫であるが、ホジキンリンパ腫やリンパ腫とはいえないBリンパ球増殖像を示すケースもあり、非ホジキンリンパ腫とホジキンリンパ腫が含まれている。
【宮崎県】	<p>提案県</p>

(13) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術等における「経皮的冠動脈形成術用カテーテル」もしくは「冠動脈用ステントセット」の算定数について。(宮崎県)

使用する数量に上限もしくはガイドラインを設けておられますか。

- ①上限は設けていない
- ②ガイドラインを決めている
- ③その他

《提案要旨》

医科点数表には1病変に対して完全閉塞以外の場合、「経皮的冠動脈形成術用カテーテル1本以下」、「冠動脈用ステントセット1セット以下」と示されています。

保険者から、これを根拠として「数量の過剰」を理由とした再審査申出が後を絶たない状況です(実例1～5)。

宮崎(社保)では、この数量の上限は詳記が記載されていない場合の数量(詳記なしで認められる数量)であり、その数量を超える場合、詳記に医学的必要性の記載があり、その内容が適正であれば、上限には制限を設けずに請求を認める扱いとしています。

各県における審査状況をお伺いしたく協議議題といたしました。

各県からの回答

【沖縄県】

基本的には医科点数表のとおり「1病変に対して完全閉塞病変以外の場合」は、「PTCA用カテ1本、ステント1本」としていますが、

- ①同一病変の場合に血管内超音波(IVUS)あるいは光干渉断層法(OCT)施行された場合、IVUSあるいはOCT施行の前と後に1本ずつのPTCA用カテ(計2本)使用は認めています(→社保の循環器医師合意のもと)
- ②一病変でも分岐部の場合は、(KBT法等で)分岐枝を拡張する場合もあり、PTCA用カテ2本は認めています。
- ③同一病変でも、複雑な場合やトラブル等でPTCA用カテが2本以上必要な場合は、詳記の内容により審査委員の裁量で算定可としています。
- ④一病変でも病変がびまん性に長く、1本のステントで病変部をカバーできずにステントが2本以上必要な場合は、詳記の内容により算定可としています。

【大分県】

- 1 上限は設けていない
治療により2本(2セット)以上必要とする場合もあり、詳記に記載があれば認める扱いとしています。

【長崎県】

特に取り決めはありません。基本的には医科点数表に従って審査をしていますが、詳記によってはプラス1程度を認めているようです。

【熊本県】

③その他
PTCA カテーテルには、一般型、インフュージョン型、パーフュージョン型、カッティング型、スリッピング防止型、再狭窄抑制型があるので、医科点数表の解釈 P786 通知 (6) に基づき、定められた本数を上回る場合は記載された症状詳記 (手術内容) を参考にして、医学的に必要性のある本数を認めています。
冠動脈用ステントについても、医科点数表の解釈 P788 通知 (6) に基づき、症状詳記 (手術内容) を参考にして医学的に必要なセット数を認めています。
なお、症状詳記が無い場合は返戻して、詳記を依頼しています。

【福岡県】

当県では貴県と同様に上限はありませんが、医科点数表に規定されている本数が基本で、それを超える場合は詳記を必要とし、それにより適正に使用されていることが分かれば認めています。

【鹿児島県】

①上限は設けていない
→ 厳密な上限ではありません。
②ガイドラインを決めている
→ おおよその上限設定はあります。
医科点数表の数量を超える場合には、詳記内容を十分に吟味した上で、妥当性の高い数量であれば請求を認めることを原則としていますが、手技に問題がある場合や道具の選択に問題がある場合などは、査定とする場合があります。

【佐賀県】

<国保>
P C I 施行時は病変部の狭窄度や経皮的冠動脈形成術用カテーテル、冠動脈用ステントセットの使用部位、目的等の詳記を必須としている。詳記がある場合は、医科点数表の規定 (※) を基本とするが、経皮的冠動脈形成術用カテーテルについては医学的妥当性がある場合は規定以上の本数を認める事例もある。
詳記がない場合は、医科点数表の規定 (※) の本数までしか認めていない。
※医科点数表の規定

	病変箇所数	カテーテル	ステント
完全閉塞病変	1 箇所	2 本以下	1 セット以下
	2 箇所	3 本以下	2 セット以下
完全閉塞病変以外	1 箇所	1 本以下	1 セット以下
	2 箇所	2 本以下	2 セット以下

<社保>
貴県社保と同じです。上限を超えて使用されている事例では全例に必要理由が詳記されており、それが妥当適切であれば認めています。特にガイドラインは設けていません。

【宮崎県】

提案県

実例1

申し出内容(医科)

1 ページ

出力年月日 令和3年01月07日

内 令和3年1月診療分

男 61歳

入院年月日 令和2年

医単独・本入

保険者	保	4日
公費①	①	日
公費②	②	日

【申し出内容1】

請求回数 1
理由番号 100060 診療内容に関するもの
理由内容コード 100002
理由内容 50) 症状詳記より、seg 4AV病変に対する手術です。完全閉塞病変以外の1病変に対し、『PTCA用カテーテル(一般型)』2本の使用量はいかがでしょうか。PTCA用カテーテル(一般型) 35500円/本の過剰

<申し出結果>

再審査等申し出機関 101・医療保険
審査結果 102 原審どおり(診療・事務)
連絡 詳記により4AVも血管性が大きい病変です。いきなり大きなサイズのパルーンを使用すると重篤な血管乖離を来す恐れがあり、詳記のようにサイズアップすることは妥当と考えます。
診療項目1 50 手術
原審どおり 理由1. 100098
連絡項目により原審どおりとします。
処理区分 部会処理
専門診療科 内科
審査委員

事例2

再審査時レセプト（医科）

2 ページ

出力年月日 令和03年06月07日

内 令和 3 年 1 月診療分

医単独・本入

保険者 4 日
 公費① ① 日
 公費② ② 日

男 61歳

入院年月日 令和 2 年

傷病名	診療開始日	転帰
01) 冠動脈ステント植え込み状態	R 2.12. 2	
02) 慢性心不全	R 2.12. 2	
03) 陳旧性心筋梗塞（主）	R 2.12. 2	
04) 1 型糖尿病	R 2.12. 2	
05) 高血圧症	R 2.12. 2	
06) 脂質異常症	R 2.12. 2	
07) 狭心症	R 2.12. 2	

	決定点数	公費①	公費②
11 初 診 回			
13 医学管理	450		
14 在 宅			
21 内服(薬剤)	4 単	24	
22 屯服(薬剤)	単		
23 外用(薬剤)	単		
24 調 剤	2 日	14	
26 麻 毒	日		
27 調 基		42	
28 その他			
31 皮下筋	回		
32 静 脈 内	回		
33 その他	1 回	15	
39 薬剤料減点			
40 処 置	1 回	52	
50 手 術	1 回	74,246	
54 麻 酔	回		
60 検査・病理	25 回	1,444	
70 画像診断	回		
80 その他			
90 入 院 料	4 日	9,540	
92 特 入 院			
97 食・生		5,928	
再審査請求点数	85,827 点		

13	※14日		
	診療情報提供料（1）	250 X	1
	退院時診療状況添付加算	200 X	1
	情報提供先（診療情報提供料（1））， にしぞの内科		
	退院年月日（注8加算（診療情報提供料 （1）） 令和 3 年 1 月14日		
21	エゼチミブ錠10mg「DSEP」 1錠	6 X	4
24	調剤料（入院）	7 X	2
27	調基（入院）	42 X	1
33	YDソリターT1号輸液 500mL 1袋	15 X	1
40	創傷処置（100cm2未満） ※13日	52 X	1
50	ニトロダームTTS25mg 10cm 2 1枚	7 X	1
	リドカインテープ18mg「ニプロ」 30 5mm×50 0mm 1枚	3 X	1
	※12日		
	経皮的冠動脈ステント留置術（その他） ※12日	21,680 X	1
	該当する病変（経皮的冠動脈ステント留 置術（その他のもの）） イ 心臓カテ ーテル法における90%以上の狭窄病変		
	大塚生食注 1L 1瓶		
	大塚生食注 500mL 1袋		
	ヘパリンNa注5千単位/5mL「モチ ダ」 5 000単位 4瓶		
	ニトロール注5mg 0 05%10m L 1管		
	キシロカイン注シリンジ1% 10mL 1筒		
	オムニパーク350注50mL 75 49% 1瓶		
	オムニパーク350注100mL 75 49% 1瓶	890 X	1
	ラジフォーカスガイドワイヤーM RF -GA35153 0 89mm (0 035インチ) Lg 150cm, ア		

事例3

再 審 査 時 レ セ プ ト （ 医 科 ）

3 ページ

出力年月日 令和03年06月07日

内 令和 3 年 1 月診療分

男

<p> ングル型 ガイドワイヤー 1950円/本 1本 血管造影用シースイントロデューサーセ ット（一般用） 2210円/個 1個 ガイディングカテーテル（冠動脈用） 10700円/本 1本 血管内超音波プローブ（標準 細径） 80300円/個 1個 PTCA用カテーテル（一般型） 35 500円/本 2本 PTCA用カテーテル用ガイドワイヤー （一般用） 11900円/本 1本 冠動脈用ステントセット（再狭窄抑制型 ） 161000円/個 2個 PTCA用カテーテル用ガイドワイヤー （複合 高度狭窄部位） 16600円 /本 1本 </p>	<p> 51,666 X 1 </p>	<p> ※12日 * ECG12 検査運減 117 X 1 ※13日 * 呼吸心拍監視（3時間超）（7日以内） 算定開始年月日（呼吸心拍監視等） 令 和 3 年 1 月11日 90* 退 院 令和 2 年12月 4 日 再入院 令和 3 年 1 月11日 退 院 令和 3 年 1 月14日 *急性期一般入院料1 一般病棟入院期間加算（14日以内） 25対1急性期看護補助体制加算（看護 補助者5割未満） 看護職員夜間16対1配置加算1 ※11日～14日 2,385 X 4 97* 入院時食事療養（1）（1食につき）（ 2以外の食事療養） 1食 特別食加算（食事療養） 1食 食堂加算（食事療養） 766 X 2 ※11日 14日 食事療養標準負担額（一般） 1食 460 X 2 * 入院時食事療養（1）（1食につき）（ 2以外の食事療養） 3食 特別食加算（食事療養） 3食 食堂加算（食事療養） 2,198 X 2 ※12日～13日 食事療養標準負担額（一般） 3食 1,380 X 2 </p>
<p> 60* 末梢血液一般検査 ※12日～13日 21 X 2 B * 末梢血液一般検査 末梢血液像（自動機 械法） PT APTT HbA1c 132 X 1 ※11日 * 糖（試験紙法） 11 X 11 ※11日～14日 ※血糖コントロール不良の為頻回の測定 を実施 * AST ALT LD CK BUN クレアチニン ナトリウム及びクロール カリウム グルコ ス 99 X 2 B ※12日～13日 * TP BIL/総 ALP AST A LT LD ChE γ-GT CK ナトリウム及びクロール カリウム カ ルシウム BUN UA クレアチニン Tcho TG Alb（BCP改良法 BCG法） Amy グルコ ス L DL-コレステロール 109 X 1 ※11日 * 入院時初回加算 20 X 1 ※11日 * CRP 16 X 2 ※11日 13日 * 血液学的検査判断料 125 X 1 * 生化学的検査（1）判断料 144 X 1 * 免疫学的検査判断料 144 X 1 * 検体検査管理加算（2） 100 X 1 * ECG12 130 X 1 </p>		

症 状 詳 記

4 ページ / E

出力年月日 令和03年06月07日

1

内 令和 3 年 1 月診療分

男 61歳

生

入院年月日 令和 2 年

医単独・本入

保険者

公費①

公費②

保

①

②

4 日

日

日

2020年12月3日にfollow up CAGを施行した。その際に既知RCA seg 4AV病変が中等度狭窄から高度狭窄に進行していた。この為、2021年1月12日にRCA seg 4AVへPCIを施行した。rt radial Aアプローチで、GCは6Fr AL 1を使用した。GW ランスルーでseg 4AVをcrossし、2本目のGW・アスリートソフトで病変部より分岐する枝をcrossした。枝も起始部狭窄があり、15mmのEmergeでPOBAした。seg 4AVをIVUSで確認後、275mmZINRAI（セミコン）で順次前拡張を加えた。遠位部にDES Resolute Onyx2 75/18mmを留置、POBAしていた近位部のre coilあり、近位部seg 3にもDES Resolute Onyx3 0/18mm留置した。TIMI IIIのflowで終了、合併症はなかった。

上記経過により高額となりました。どうかご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

実例5

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下
	2箇所	3本以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下
	2箇所	2本以下

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用 カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット 算定セット数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下	1セット以下
	2箇所	3本以下	2セット以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下	1セット以下
	2箇所	2本以下	2セット以下