

令和4年度  
第39回  
九州各県内科審査委員懇話会

日時：令和4年11月12日（土） 16時00分～18時00分

会場：オンライン（那覇市医師会館および九州各県会場）

## 第 39 回九州各県内科審査委員懇話会

日時：令和 4 年 11 月 12 日（土） 16 時 00 分～18 時 00 分

会場：オンライン（那覇市医師会館および九州各県会場）

### 次 第

司会・進行 沖縄県内科医会 副会長 湧上 民雄

#### 1. 開 会

#### 2. 担当県挨拶 沖縄県内科医会 副会長 湧上 民雄

#### 3. 協 議

- (1) コンピューター審査について (大分県)
- (2) 糖尿病内服薬の多剤併用について (長崎県)
- (3) 肺炎や腎盂腎炎など感染性疾患における検体検査の回数について (長崎県)
- (4) シスタチン C 115 点について (熊本県)
- (5) PT, APTT の取り扱いについて (福岡県)
- (6) HIF-PH 阻害薬、ESA 製剤を投与する際の病名について (福岡県)
- (7) 妊娠糖尿病患者に対してインスリン導入することについて (鹿児島県)
- (8) 月の初めに 30 日分のインスリン処方と血糖測定 60 回（1 日 2 回測定）を  
処方するのは問題ないが、月末に同じ内容の処方をすると血糖測定 60 回は  
不可となり、翌月分は査定される。 (鹿児島県)
- (9) 短いインターバルにおける院内トリアージ実施料の算定について (佐賀県)
- (10) メトホルミン内服下での造影 CT について (佐賀県)
- (11) 再診時のスクリーニング検査について (宮崎県)
- (12) ネフローゼ症候群に対するミゾリビンの使用について (宮崎県)
- (13) 妊娠糖尿病における耐糖能精密検査について (沖縄県)
- (14) 心電図検査のないトロポニン T, CK アイソザイム測定について (沖縄県)

#### 4. 閉 会

## 提案事項および 各県からの回答

## (1) コンピューター審査について (大分県)

## 《提案趣旨》

すでに九州各県は統一して月々の審査をコンピューター審査（AI 審査）に肩代わりさせる状況が進みつつある。

当県の社保審査においても、他県との審査基準の平準化を目指すためにいくつかの項目で変更（他県と統一）が行われた。

今後はさらにこれが進んでいけば、一部の特に高点数などや複雑な診療内容の例を除けば、ほとんどの通常診療の審査はコンピューター審査に置き換わってしまうと思われる。

すでに大分県では審査支払機関統合により事務職員の削減が行われている。審査方法については AI が学習することにより全国一律に平準化される日は遠くないように思われる。次は審査員の削減が画策されることとなろうが、各県のご意見を伺いたい。

## 各県からの回答

## 【 大分県 】

提案県

## 【 長崎県 】

厚生労働省によると、社会保険診療報酬支払基金は令和 4 年 10 月より職員のレセプト業務を全国 14 か所に集約し、「新生支払基金」として新たなスタートを切っている。全国の支払基金事務職員の削減は約 800 人を予定している。長崎県社会保険診療報酬支払基金では業務の集約化・スリム化の目的で、事務職員 30 人が令和 4 年度 10 月から福岡県社会保険診療報酬支払基金へ異動となっている。長崎県においては、社保審査委員の削減は未定だそうです。

国民健康保険診療報酬支払基金では、事務職員や審査委員の削減の予定はありません。

## 【 熊本県 】

審査に AI を導入すると審査のスピードは上がると思われますが、詳記にあるような微妙な問題を正確に解決できるか疑問です。また AI が誤って学習したり、故意に操作されたりして正しい答えを出さなくなることもあります。いずれにしても最終的には人の判断が必要であり、あくまで人が権限を持って AI を使うことができるようにシステムを作る必要があります。

## 【 福岡県 】

AI 審査の導入、ならびにそのための審査基準の平準化は、審査の効率化と医療の地域格差を是正という点から合理的だと思います。人間に頼らず処理される業務が増えれば、結果的に事務職員のみならず審査員の削減の可能性も考えられます。ただし審査基準の決定、また審査結果が妥当であるかの最終判断は人間によるべきであり、AI の機械学習により審査のアルゴリズムがブラックボックス

化し、審査結果の判断根拠が分からなくなったり、さらには人間の意見よりも AI の審査結果の方が重視されたりすることのないようにシステムが構築されることが必要であると考えます。

## 【鹿児島県】

### < 社保 >

当県の社保においても貴県同様に AI 審査が導入され、熊本県との統合に向けて事務員の削減と審査基準の平準化が行われています。今後は、県ごとの基準は廃止され、九州ブロックでの基準になり、将来的には全国一律の平準化を目指していると思われます。将来的に AI 審査の能力が高まれば、目視審査の件数は減ってくるため、審査員の削減も行われると思われます。ただし、病名だけではなく、コメントや詳記の内容を解釈する必要があり、人的審査も必要と考えます。

### < 国保 >

国保審査会の地域間での審査格差、社保審査会との審査格差について、審査委員の意見を確認しながら審査委員会会長連絡協議会や、審査支払機関における審査の判断基準の統一化を推進するための連絡会議（厚労省、支払基金、国保）等で基準統一を進めており、2024 年度に国保・社保の審査基準の統一が図られる予定です。その後に統一された基準でのコンピューター審査が開始となる予定。AI 審査導入後においても、審査にあたってはコメントや詳記の内容を加味して審査することが必要と考えます。

## 【佐賀県】

### < 社保 >

令和 3 年 9 月審査分から、2/3 程がコンピューター審査となり、画面審査の数が減っているが、画面審査となる基準が不明のため、当初はかえって審査に時間がかかることもあった。また、当初より予想されていたことであるが、1 次審査ではコンピューター審査で問題無しとされていたものが、保険者より再審査として上がってくる事例も出てきているようである。

コンピューター審査では、YES か NO か二者択一となってしまうため、今までより、厳しい基準での審査となる可能性が高く、医師の裁量権が一切認められないことになりかねないと危惧している。一方で、コンピューター審査ではここまで認められると分かると、過剰な検査・治療も出てくる可能性が考えられる。

審査基準に関しても国保連合会との調整も進んでおらず、審査の差異を生じる原因の一つとなる可能性もある。

### < 国保 >

国保については、AI 審査はまだ始まっていない（将来的には導入される見込み）が、AI 審査が導入されても高点数などの診療内容が複雑なものや医療機関の傾向的な請求を見つける部分など、一定の割合のレセプトは審査委員の目視による審査に委ねられると考える。

ただし、AI 審査が進んで効率化が図られ審査委員の業務量が軽減されれば、審査委員の削減という話もでてくる可能性はあると考える。

## 【 宮崎県 】

当県では下記のような意見がありました。

- ①AI 庁の主導による、コンピューター審査への大きな流れが推進されつつある。事務職員によるチェックも簡素化され、審査員（医師）は、人員も減り、裁量権は一層狭くなっていくものと考えられる。基金と国保の審査員も統一され、審査員数も減らされていくことが予想される。
- ②今後は、AI 審査が進歩していけばかなりの部分が置き換わってくるとは思われます。当県においても、審査支払機関統合により職員の移動等が行われており、今後は、審査医の削減も多少はあるかと思いますが、それぞれ専門医の判断が必要な箇所もあり、AI 審査で判断しきれない事例もまだまだありますし、医療機関を保険診療上、守っていくためにも AI 審査のみではなく、まだまだ、審査医による保険診療審査は必要と考えます。
- ③AI による審査は、審査委員の目視が必要なレセプトを抽出するために使用することに留めていただき、実際の審査（特に査定）は審査委員の判断が必要と考えます。

## 【 沖縄県 】

今後、審査基準が全国一律となることは避けられないが、審査の効率化のためにはやむを得ないものと思われる。ただ、当県で話し合っていることは、たとえ統一基準に反することでも医学的見地から認められることはあると考えている。コメントが妥当であれば認めることを申し合わせている。医学上当然であること、また治療費を考えた上での処置が AI で機械的に査定されないように注視していかなければならないと思われる。



## (2) 糖尿病内服薬の多剤併用について (長崎県)

## 《提案趣旨》

当県では安易な多剤併用が実施されないように、十数年前に発表された「血糖コントロールのためのアルゴリズム」を参考に、糖尿病内服薬の併用は原則 3 剤以下としています。ただし、インスリンや他の注射薬の導入が困難な例などコメントがあれば 4 剤まで認めていますし、合剤は 1 剤扱いとしていますので実際には 5 剤以上の併用も可能です。

ところで、ここ数年、新しい作用機序の治療薬も出てきており、診療者から原則 3 剤ルールは厳しすぎるのではないかとの意見もあります。

審査規準統一の動きも強くなっており、足並みを揃えようと考えていますが、各県の対応はいかがでしょうか。

## 各県からの回答

## 【 大分県 】

SU 薬とグリニドの併用、DPP4 阻害薬と GLP-1 阻害薬の併用は認めていませんが、これ以外の併用投与については上限を定めずに認めています。以前と異なり、新しい作用機序の治療薬が開発され、病態に応じて併用は必要と考えます。

## 【 長崎県 】

提案県

## 【 熊本県 】

近年、作用機序の異なる薬剤が開発され、薬物療法の選択肢は増えてきましたが、安易な多剤併用を抑制するため 3 剤ルールは有効と思われます。4 剤以降は投与理由を詳記すれば、必要な薬剤を追加できるようにすればいいと思います。

## 【 福岡県 】

福岡県では 4 剤までは注記なしでも認められています。4 剤以内であってもスルホニル尿素薬とグリニド薬、DPP-4 阻害薬と GLP-1 受容体作動薬の併用など同種同効薬剤の併用は認められません。合剤は 1 剤としますので、現実では 5 剤まで併用可能です。

現在使用できる糖尿病薬は 10 種類あります。インスリン分泌非促進系として、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬、SGLT2 阻害薬、チアゾリジン薬、ビグアナイド薬があり、血糖依存性のインスリン分泌促進系には、イメグリミン、DPP-4 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、血糖非依存性のインスリン分泌促進系にスルホニル尿素薬とグリニド薬、そしてインスリン製剤があります。3 剤ルールというのは時代に合っていない。

4 剤までは注記なしで認められるべきです。

【鹿児島県】

＜社保＞

糖尿病内服薬の剤数制限はありません。

＜国保＞

専門委員の意見

同じ機序の薬剤の併用は査定（例えばSU 薬とグリニドなど）。異なる機序の薬剤であれば、3 剤以下という縛りは実施していません。

【佐賀県】

＜社保＞

ご指摘のとおり、新たな経口糖尿病薬の出現により、多剤併用症例も増加しており、同効薬の併用や、併用禁忌投与などがなければ、原則併用薬剤数に制限は設けていません。

＜国保＞

併用に関して何剤までというルールは設けていない。

ただし、グリニド薬とSU 薬、DPP-4 阻害薬とGLP-1 受容体作動薬の併用は認めていない。

【宮崎県】

宮崎県では経口血糖降下薬の多剤併用時の剤数制限は設けておりません。

なお、同一作用機序薬（DPP-4 阻害薬とGLP-1 受容体作動薬の併用、SU 剤と即効性インスリン分泌促進薬の併用など）の併用は認めていません。

【沖縄県】

沖縄県では経口糖尿病薬の処方数の制限はない。作用機序が異なり、組み合わせが不適切でなければ認めている。





## (3) 肺炎や腎盂腎炎など感染性疾患における検体検査の回数について (長崎県)

## 《提案趣旨》

肝炎や腎盂腎炎など感染性疾患の治療において、抗生剤等で治療を行う場合、治療開始時（診断のため）に検血（WBC 数等）や CRP を測定し、抗生剤の必要性を判断する。治療開始後 3 日経過後、投与した抗生剤が有効であるか判断するため再度、検血・CRP の検査を行い、有効であれば治療を継続し、無効であれば変更という対応を行う。1 週間～10 日後に、病状改善時にあるいは治療判定のため（治療の継続の必要性判定のため）検血・CRP を測定する。

以上が一般的経過と思われるが、上記の 3 回測定は過剰として 1 回査定されることが度々あります。他の県ではいかがでしょうか？

## 各県からの回答

【 大分県 】	感染性疾患に対しては、診断時、治療開始 3 日後、1 週間～10 日後に 1 回の合計 3 回の CRP 検査を認めています。診療開始日が古い場合等を除き、過剰とは判断しておりません。
【 長崎県 】	提案県
【 熊本県 】	診断時のみならず治療効果や病状の変化の判定にも検査は有効なので、肺炎や腎盂腎炎などの複数回の検血・CRP は認めています。ただし CRP を連日測定するのは過剰として査定します。電子カルテが普及して、過去の検査や検査セットをコピー／ペーストするようになった影響があるのかもしれませんが。
【 福岡県 】	治療の前後に行う CBC や CRP の回数について、福岡県国保審査会として取り決め事項はありません。治療前後に行う検査については必要と考えられます。病状改善を確認するための検査については、その必要性を詳記する必要があると考えます。
【 鹿児島県 】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>当県の社保では、初診時、3 日後、7～10 日後の検体検査は、必要があれば認めています。ただし、一律、上記のように 3 回検査を行う必要はなく、症状などから治療過程を判断する必要があると考えます。</p> <p>&lt; 国保 &gt;</p> <p>細菌感染症に対し、抗菌剤での治療をおこなった例で、治療開始時検血、CRP の検査を行い、3 日経過後効果判定のための検査、7～10 日後に治療終了の判定</p>

の検査をしていると判断できれば、査定対象としていません。

ただし、レセプト内容から軽症例と思われる例でも同様の検査が行われていると、傾向的と判断され、査定となることがあります。検査値等のコメントがあると審査委員としても状況を理解しやすく査定となることは少なくなると思います。

【 佐賀県 】

< 社保 >

検査のタイミング・治療内容・詳記の有無（内容）から判断しており、一律に3回は過剰との判断は行っていない。

個別事例として判断している。

< 国保 >

検査の回数については、個々の症例において治療内容、症状詳記なども含めて判断している。

上記事例であれば3回認めてもよいのではと考える。

【 宮崎県 】

どこの感染症か、外来か入院かでも異なると思います。肺炎であれば、月3～4回のCBC検査、CRP測定は認められていると思います。入院でも、週2回くらいで抗生剤投与期間くらいなら認められていると思います。

外来であれば、なかなか3回目の測定を行うか（熱が下がってからまた来てくださいと言うかどうか）微妙なところだと思いますが、抗生剤などでの治療終了時などの検査であれば、認められていると思います。

【 沖縄県 】

特に検査の数の制限を決めておりません。本事例の場合、3回の測定は妥当と思われます。



## (4) シスタチンC 115点について (熊本県)

通知より「尿素窒素またはクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3 か月に 1 回に限り算定できる。」とあることより、適応症は「急性糸球体腎炎疑い」「腎機能低下疑い」「慢性糸球体腎炎疑い」「慢性腎臓病疑い」等、疑い病名のみにしか認められず、確定病名には認めないことになっています。

## 《提案趣旨》

軽度～中等度の腎機能障害であれば確定病名にも認め、3 か月に 1 回の経過観察にも認めるべきと思いますが、いかがでしょうか。

## 【別添資料】

追加資料(シスタチンC)

令和4年7月5日  
重要度分類

## 支部取決事項(本部検討分) 全国統一取決事項

診療項目	取扱い	支部通知年月
検査	次の傷病名に対するD007「30」シスタチンCの算定は、原則として認められる。 (1) 腎機能低下(疑い含む。)(2) 腎不全の疑い	令和4年7月5日
検査	次の傷病名に対するD007「30」シスタチンCの算定は、原則として認められない。 (1) 末期腎不全 (2) 腎不全(透析施行中)	令和4年7月5日

## 各県からの回答

- 【大分県】 慢性糸球体腎炎等の確定病名であっても、「腎機能低下」の状態を確認するために必要ですので、認めています。(3 か月に 1 回)
- 【長崎県】 長崎県では、シスタチンCの保険適応病名は、腎疾患疑いなど疑い病名と慢性腎臓病の確定病名でも可能です。3 か月 1 回の算定となり末期腎不全は認められていません。
- 【熊本県】 提案県

【 福岡県 】

全国統一基準で、原則として腎不全確定患者に対する算定は認められない、となっている。当県ではシスタチン C は血清クレアチニンの盲目領域をカバーすることから腎機能評価の検査として有益であるが、腎不全状態に至った患者に対しての算定は過剰とする。まだしか決めていない。あとは各審査委員の医学的判断にて対応している。確定病名の場合でも頻度は別にして貴県の提案に賛成である。

【鹿児島県】

＜社保＞

当県の社保では、シスタチン C について疑い病名だけでなく、軽度から中等度の腎機能低下であれば確定病名でも現時点では認めています。ただし、今後は貴県のように、確定病名では認められなくなる可能性が高いと考えます。

＜国保＞

専門委員の意見

シスタチン C は「尿素窒素」または「クレアチニン」により腎機能低が疑われた場合に、3 か月に 1 回に限り算定できるとなっています。血清シスタチン C 値は、軽微な腎機能低下 (GFR 60~90ml/min) でも上昇を示すので軽度の腎機能障害でも早期に治療開始が可能であることから、腎不全への進行を抑止できます。また血清クレアチニン値は筋肉量の多い人の場合、高値となり偽陽性となりやすく、筋肉量の少ない人の場合、低値となり偽陰性となりやすい。シスタチン C は慢性腎臓病の診断が確定している場合、腎機能障害程度を早期から中等症、重症まで正確に診断できるので、腎不全確定例を除き貴県のご提案とおり慢性腎臓病の診断確定後も 3 か月に 1 回の経過観察時にもシスタチン C の測定を認めて良いと考えています。

【 佐賀県 】

＜社保＞

末期腎不全の傷病名や、透析施行中でなければ、査定対象とはしていない。

尿素窒素、またはクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3 か月に 1 回に限り算定できる取り扱いに変更はありません。

＜国保＞

通知のとおり、腎機能低下が疑われた場合に算定可能となっているため、腎不全の確定病名がある場合は認めていない。

【 宮崎県 】

宮崎県では、末期腎不全、腎不全（透析中）以外の場合には、疑い傷病名、確定傷病名を区別せず 3 か月に 1 回程度は認めております。

慢性腎不全については、初回は認めていますが、検査の反復は過剰と判断しております。

< 社保 >

ご指摘のとおり、シスタチンC測定は「疑い」病名のみにしか算定できないとの通知があります。腎機能障害は血清Cr値やeGFR値（→血清濃度Crに年齢・性別を考慮した計算値）で診断されますが、Crは食事や筋肉量、運動、年齢、性差等の影響を受け正確に腎機能を評価できないことがあります。シスタチンCはこれらの影響を受けないため、CrやeGFRで「軽度の腎機能障害」が確定されていても、シスタチンC測定によって軽度の腎機能障害が否定される場合もあります。シスタチンC測定は軽度腎障害の病名が確定されていても、それを確認する意味でも有用です。従って、血清Crが軽度上昇例で評価が困難な場合、シスタチンC測定は有意義であると思われます。

以上より、本県ではスタチンC測定に関して、「腎機能低下疑い」の病名しか認めないという意見と軽度腎機能低下では認めるとの意見があり、算定に関しては統一されていません。

< 国保 >

慢性腎不全では査定。腎機能障害疑いの病名がなければ査定。



## (5) PT, APTT の取り扱いについて (福岡県)

## 《提案趣旨》

当県では下記 1～5 のような取り決めをして審査をしています。他県ではいかがですか？

1. 出血傾向、凝固異常 (DIC を含む) の病名、または「術前検査」のコメントがあれば、PT、APTT 算定は認められる。
2. ワーファリン等の「ビタミン K 拮抗経口凝固薬」の投与中のモニタリングとして PT のみを認める。
3. プラザキサについては、PT が薬効指標とはならないが、APTT は必要な場合もある。プラザキサ投与中のコメントがある場合は APTT は認める。
4. 肝硬変、急性肝不全、劇症肝炎、急性肝炎、NASH (非アルコール性脂肪肝炎)、C 型もしくは B 型慢性肝炎と明記された確定病名がある場合は、ヘパプラスチンテストと同様に肝臓の状態把握のため PT のみを認める。ただし、外来では 3 か月に 1 回までとする。
5. 上記以外の肝臓疾患で治療方針決定や Child-Pugh 分類の評価に検査が必要と判断するときはその旨の記載を求める。

## 各県からの回答

## 【 大分県 】

具体的な取り決めは行っておりません。  
 1～3 については同様と考えます。  
 4 については、算定間隔は定めておりません。  
 5 は特に記載を求める事例は確認できておりません。

## 【 長崎県 】

1. →PT, APTT いずれも算定可
2. →PT は認めているが、一月に 2 回の場合はコメント必要。  
 APTT については定期検査としては認めていない。必要理由があれば認めている。
3. →APTT 基本的には認めている
4. 5. →長崎県では PT、APTT の重度肝疾患での測定が査定レベルまで上がらず認めていると思われる。測定頻度や急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、劇症肝炎、NASH、B 型または C 型肝炎、急性肝不全以外の肝疾患や Child-Pugh 分類に評価が必要な時は血液凝固異常疑い、DIC 疑いなどの記載が必要と思われる。

【 熊本県 】	<p>1. 貴県と同様です。</p> <p>2. 貴県と同様です。</p> <p>3. 基本的に認めないが、検査の必要性が詳記されていれば認める。</p> <p>4. 貴県と同様です。</p> <p>5. 貴県と同様です。</p>
【 福岡県 】	提案県
【 鹿児島県 】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>当県の社保では、貴県の取り決め 1～5 とほぼ同様です。</p> <p>&lt; 国保 &gt;</p> <p>厳密な取り決めはありませんが、貴県の取り決めとほぼ同様に認めています。</p>
【 佐賀県 】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>貴見のとおり。</p> <p>4 については特に検査頻度の制限は設けていませんが、個別事例として判断している。</p> <p>5 についても PT のみを認めている。</p> <p>&lt; 国保 &gt;</p> <p>1～3 については貴県と同様。</p> <p>肝疾患に関しては特段の取り決めは行っておらず、事例ごとに審査委員の裁量で審査を行っている。</p>
【 宮崎県 】	<p>宮崎県では特に取り決めはありませんが、貴県の審査姿勢と概ね同じ審査をしています。</p> <p>なお、プラザキサはご指摘のとおりですが、DOAC は 4 剤とも PT、APTT とも認めています。</p>
【 沖縄県 】	<p>1. 2. 3. 4. 5. について当県でも貴県と同じように考えております。</p>



## (6) HIF-PH 阻害薬、ESA 製剤を投与する際の病名について (福岡県)

## 《提案趣旨》

腎性貧血治療薬である HIF-PH 阻害薬や ESA 製剤の適応はともに「腎性貧血」で、保存期慢性腎臓病患者への有効性と安全性については国内第Ⅲ相試験でも確認されており、また添付文書の『効能または効果に関する注意』にも保存期慢性腎臓病患者への投与開始目安が記載されています。

ただし当県では同薬剤を投与する際、病名として「腎性貧血」だけでなく基礎疾患として「慢性腎不全」が必要で、「慢性腎臓病」では認められません。

近年、腎性貧血については早期治療が推奨されていますが、「慢性腎不全」の病名記載をすることで他の併用薬が査定されやすくなることが懸念されます。他県ではいかがでしょうか？

## 各県からの回答

## 【大分県】

腎性貧血に加えて、「慢性腎不全」若しくは「慢性腎臓病ステージ G4・G5」の病名が必要と判断しています。また、併用薬との査定については、慢性腎不全の病名が記載されていることのみでの査定は行っておりません。

## 【長崎県】

長崎県では  
 ①HIF-PH 阻害薬、ESA 製剤使用には「慢性腎不全+腎性貧血」の診断名が必要  
 ②HIF-PH 阻害薬、ESA 製剤使用には「慢性腎臓病+腎性貧血」では認められない  
 ③「慢性腎不全」の病名での他の薬剤の査定について  
 使用薬剤などについては適応病名が決まっているので薬剤変更せざるを得ない(カンデサルタン等)

## 【熊本県】

HIF-PH 製剤の適応症は腎性貧血とされていますので、ほかの病名は必要ないと思われます。

## 【福岡県】

提案県

## 【鹿児島県】

<社保>

当県の社保では、添付文書の記載に従い、貴県と同様に基礎疾患として「慢性腎不全」の病名が必要です。

<国保>

専門委員の意見。

IF-PH 阻害薬、ESA 製剤の効能・効果は「腎性貧血」となっています。エポエチン  $\alpha$  (エスポー) の対象は透析施行中の腎性貧血となっていますが、その他の



ESA 製剤の対象は血液透析患者ではヘモグロビン濃度で 10g/dL (ヘマトクリット値で 30%) 未満を目安とし、活動性の高い比較的若年の血液透析患者、腹膜透析患者および保存期慢性腎臓病患者ではヘモグロビン濃度で 11g/dL 未満を目安とされています。HIF-PH 阻害薬の場合は、赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合、本剤投与開始の目安は、腹膜透析患者および保存期慢性腎臓病患者では Hb 濃度で 11g/dL 未満、血液透析患者ではヘモグロビン濃度で 10g/dL 未満とすると記載されています。従ってエポエチン  $\alpha$  を除くと、保存期慢性腎臓病患者であり、貧血の原因が腎臓のエリスロポエチン産生低下による「腎性貧血」であることが確認できれば、「慢性腎不全」の病名がなくても「腎性貧血」と「慢性腎臓病」の病名記載で ESA 製剤や HIF-PH 阻害剤は使用可能と考えています。

## 【 佐賀県 】

### < 社保 >

腎性貧血・慢性腎不全の病名が必要。

レセプト記載要項ではないが、効能・効果に関する使用上の注意より保存期慢性腎臓病および腹膜透析患者はヘモグロビン 11g/dl 未満、血液透析患者はヘモグロビン 10g/dl 未満となっており、記載を求める。

重篤な腎障害に禁忌である薬剤が問題になるが、支払基金（社保）では、禁忌薬であっても、原則認めるとの審査基準が作成されたため、一律に査定とはしていない。しかし、国保には知らされておらず、社保－国保間の審査に差異が生じることになる可能性がある。

### < 国保 >

「腎性貧血」のみでなく基礎疾患である「慢性腎不全」の病名も必要としている。

※「慢性腎臓病」では認めていない。

## 【 宮崎県 】

宮崎県では添付文書に示されている適応症の「腎性貧血」の診断が確定していれば認めています。基礎疾患の傷病名（慢性腎不全）は求めています。

## 【 沖縄県 】

原則として慢性腎不全、腎性貧血両方の病名が必要であるが、腎専門医より慢性腎臓病でもよいのではないかという意見があります。

## (7) 妊娠糖尿病患者に対してインスリン導入することについて (鹿児島県)

## 《提案趣旨》

①妊娠糖尿病は胎児の健全な発育のために早急に血糖コントロールを行う必要がある。

食事療法の徹底による効果を待てない場合も多い。特に空腹時血糖値が高い場合、ガイドラインでは 95mg/dl 以下にコントロールとあるが、食事療法のみで達成するのはまず困難である。

②また入院にてインスリン導入とあるが幼い上の子がいる場合、必ずしもすぐに入院できるとは限らない。

以上の理由により、妊娠糖尿病患者の初診時にインスリン導入を行うことが必要な場合もあるので、このような場合には、初診時のインスリン導入を認めていただきたい。勿論、初診時にインスリン導入を行う場合には、電話にて自己血糖測定の数値を確認して、インスリン量を調整することが必要である。

## 各県からの回答

【 大分県 】	ご提案の趣旨に賛同いたしますが、現在のルール上、再診時（指導 2 回）にのみ認められているため、初診時のインスリン導入（在宅自己注射指導管理料）は査定を行っています。
【 長崎県 】	妊娠糖尿病のインスリン導入は、2 回以上の指導または入院で認められている。外来で導入するときは 1 回目と 2 回目のインスリン注射は処置として施行し、3 回目から在宅自己注射指導管理料を算定している。
【 熊本県 】	貴見のとおり。
【 福岡県 】	在宅自己注射指導管理料の算定は、外来の場合は、自己注射の導入前に 2 回以上の診察がないと算定できないということになっていますが、インスリン療法の絶対的適応に糖尿病合併妊婦が当てはまります。受胎してから 7 週までの器官形成期に血糖値が高いと先天奇形を合併しやすくなりますので、妊娠を継続させるためには早急な血糖コントロールが必要です。入院できない場合は、初診であってもインスリン導入は認められるべきです。
【鹿児島県】	提案県

【 佐賀県 】

＜社保＞

初診時からの外来インスリン導入の必要性詳記があれば認めている。

＜国保＞

原則、認めていない。

【 宮崎県 】

宮崎県では妊娠糖尿病に対してであっても、インスリンの導入は初診時には認めていません。

【 沖縄県 】

確かに貴県のご指摘のとおりですが、当県では通常認めておりません。

しかし、医学的観点からどうしても初診時にインスリン導入が必要であるとのコメントがあれば認めることもあり得る。



- (8) 月の初めに 30 日分のインスリン処方と血糖測定 60 回 (1 日 2 回測定) を処方するのは問題ないが、月末に同じ内容の処方をすると血糖測定 60 回は不可となり、翌月分は査定される。  
(鹿児島県)

《提案趣旨》

これは、以下の規定によるものである。

「医科点数表の解釈」令和 2 年 4 月版 225 頁

(算定回数の単位について)

算定回数が「週」単位または「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間または月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

この規定は、臨床現場での診療実態に合っておらず、暦の月単位でなく、処方日数、つまり月をまたいだ 1 か月分というような運用ができるようにしてほしい。

各県からの回答

【 大分県 】	月初めに在宅自己注射指導管理料の算定を行い、月末に加算のみの算定は行えませんが、血糖自己測定器加算は 1 か月に最大 3 か月分の加算が可能ですので、まとめて数か月分を処方することで解決できると考えています。
【 長崎県 】	賛同します。長崎県でも血糖自己測定器加算は月単位の請求となっています。
【 熊本県 】	貴見のとおり。診療報酬の請求で診療期間が月単位で判定されるからですが、柔軟な対応が望まれます。
【 福岡県 】	血糖自己測定加算は在宅自己注射指導管理料と一緒になければ算定できません。3 か月に 3 回まで算定が認められていますので、月末に再度血糖測定用のセンサーチップを処方する場合は 2 か月分として処方すると可能ですが、翌月は算定することができません。
【鹿児島県】	提案県

## 【 佐賀県 】

## &lt; 社保 &gt;

質問の内容が明確に理解できません。

現状は、例えば月半ばでの算定であっても、その月の1日～月末までの指導加算として認められているという理解でよいでしょうか？

そのため、月初めと月末の2回算定は（月末分が）認められないことになるが、月末の算定は翌月分の指導加算として認めてほしいという内容でしょうか。

自己血糖測定器加算は3か月に3回に限り、所定点数に加算するとされているため、前月・前々月に1回ずつ算定していると当月に2回の算定は、月末での受診時の算定を査定されるものと思われます。また、週・月にかかる算定方法は、当加算のみではなく、他の算定にもかかってくるものであり、当加算の算定においてのみ、この解釈を審査の上で変えることは困難ではないかと考えます。

現状では、月初めの処方の場合は、例えば35日処方として測定チップと穿刺針は70回分を配布して、60回以上での加算算定を行うことで、同月算定とならないように工夫するしか無いように思われます。

## &lt; 国保 &gt;

血糖自己測定器加算は月〇〇回の回数に応じて算定することとなるが、月末開始であっても1か月単位での回数が60回を超える場合は月60回以上の点数を認めている。

## 【 宮崎県 】

貴県の意見に同意します。

当県では、この内容が審査上問題になったことはなく、請求どおりとしています。

## 【 沖縄県 】

貴県のご指摘もっともと思われますが、当県ではこのような事例では査定としております。今後、規定の改善が望まれます。



## (9) 短いインターバルにおける院内トリージ実施料の算定について (佐賀県)

## 《提案趣旨》

新型コロナ感染の疑いで、初診④院内トリージ実施料+⑤二類感染症患者入院診療加算+⑥SARS-CoV-2 抗原検出（定性）陰性のため経過観察。1～2 日後、高熱が出て再診し、抗原陽性となった場合について、再診の際、④+⑤+⑥は高点数となるが、認めているか。また、2 回目の来院時の抗原検査結果が陰性であっても認めているか。各県の現状とご意見をお伺いしたい。

## 各県からの回答

## 【大分県】

COVID-19 が疑われる状態であって、算定要件を満たす場合（院内感染対策の施行等）は、算定間隔の長短および検査結果にかかわらず、受診の都度、院内トリージ実施料を認めています。

ただし、二類感染症患者入院診療加算は令和 4 年 8 月以降（～9 月 30 日まで）、医学的に初診といわれる診療行為がある場合に算定できる扱いと示されたため、再診時については認めない扱いとしています。

## 【長崎県】

①再診察時、④+⑤+⑥は抗原検査結果が陰性の場合も認めている。  
トリージの発熱の段階では陽性か、陰性かは不明のためとのこと。

## 【熊本県】

④+⑥は認められます。（令和 4 年 8 月 1 日～令和 4 年 9 月 30 日）

## 【福岡県】

新型コロナ感染の疑いで⑤二類感染症患者入院診療加算は初診時のみ算定でき、再診時は算定できません。一方、2 回目の来院時に陽性となった場合は⑦救急医療管理加算 1（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）：950 点 が算定できます。従って再診時、陰性であれば④+⑥のみ、陽性であれば④+⑥+⑦の算定を認めています。

## 【鹿児島県】

<社保>

当県の社保では、どちらも認めています。

<国保>

必要性のコメントがあればどちらも認めています。コメントがなければ返戻し、複数回の検査が必要な理由の記載を求めています。

## 【佐賀県】

提案県

【 宮崎県 】

初診の際は、(A) (B) (C) 加算を認めています。

再診時には、(A) と (C) を認めています。

当該加算は、医療機関の新型コロナ感染対策への負荷に対しての加算であることを踏まえると、短いインターバルにおける院内トリージ実施料等の算定は、抗原検査陰性であっても、臨床的に COVID-19 の蓋然性が高い場合には、認めてよいと判断できる内容です。

【 沖縄県 】

陰性が確定した患者であっても、その後に新型コロナウイルスに罹患する場合があります。このため、患者が新たな症状を訴え受診した場合は、改めて検査を行うことが可能との通知があります。

従って当県では、要件（感染防止に留意した対応等）を満たせば再診においても認めております。



## (10) メトホルミン内服下での造影 CT について (佐賀県)

## 《提案趣旨》

メトホルミンは eGFR 30 未満は禁忌ですが、以前、循環器病学会、腎臓病学会共同の通達で造影 CT でのメトホルミン休薬は不要とされている。しかしながら、他病院で造影 CT を実施した患者について、メトホルミン休薬を求められる場合がある。各県の現状とご意見をお伺いしたい。

## 各県からの回答

【 大分県 】	<p>予定された造影 CT では前 2 日～後 2 日の 5 日間休薬が原則と考えますが、救急で行う場合等は、当日と後 2 日の休薬を行えばよいと考えます。</p> <p>レセプト上では eGFR 値も不明であり、投薬の休薬期間も判断できないことから認めています。</p>
【 長崎県 】	<p>施設ごとに腎機能(eGFR)により休薬期間は規定しており、若干差があると思われる。</p> <p>①eGFR&lt;60</p> <p>a. 検査 2 日前からビグアナイド系薬剤中止し検査後 5 日間休薬する施設</p> <p>b. 検査後 2 日間中止し、eGFR 再評価し再開を決める施設あり</p> <p>②eGFR≥60</p> <p>a. 検査当日から中止し検査後 3 日間休薬する施設</p> <p>b. 休薬の有無はその主治医に確認するし休薬なしで施行</p> <p>③緊急検査の場合はビグアナイド系薬剤服用したまま施行</p>
【 熊本県 】	<p>添付文書に記載してある以上、メトホルミンは休薬しなければならないと考えます。</p>
【 福岡県 】	<p>福岡県国保審査会の取り決め事項はありません。日本糖尿病協会のメトホルミンの適正使用に関する Recommendation (2020/3/18) によれば、eGFR が 30～60 の患者では、乳酸アシドーシス予防のため、ヨード造影剤投与後 48 時間はメトホルミンを再開せず、腎機能の悪化が懸念される場合には eGFR を測定し腎機能を評価した後に再開する。ただし、脱水、ショック、急性心筋梗塞、重症感染症の場合などやヨード造影剤の併用なども含め、eGFR は急激に低下することがあるので適切なタイミングで腎機能をチェックすることとなっています。</p>
【 鹿児島県 】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>当県の社保では、造影 CT 検査時のメトホルミン内服休薬の有無に関しては、</p>



審査対象になっていません。造影 CT 検査時のメトホルミン内服休薬に関しては、休薬していることが多いと思いますが、緊急性や腎機能などを鑑み、最終的には主治医の判断になります。

# <国保>

## 放射線科専門委員の意見

造影 CT 検査時のメトホルミン内服休薬の有無に関しては、審査対象になっていません。

## 1)腎障害を伴う場合

「腎障害患者におけるヨード造影剤使用に関するガイドライン 2018」が根拠。緊急検査時を除きビグアライド系糖尿病薬 一時的に休薬するなど、適切な処置を行うことを推奨するとなっています。

## 2)腎障害がない場合

上記ガイドラインに記載されているとおりヨード造影剤を用いた検査の前にビグアライド系糖尿病薬の休薬を勧めるものは欧米のガイドラインにはほとんど無いとされています。

ヨード造影剤投与により一過性に腎機能が低下した場合、ビグアライド系糖尿病薬の腎排泄が減少し、乳酸の血中濃度が上昇することで、乳酸アシドーシスを起こす危険性があると考えられており、合併症・乳酸アシドーシスの危険性を造影検査前に説明することは必要不可欠。

現状、ビグアライド系糖尿病薬はヨード造影検査前後 2 日間の休薬を行っている施設が多い。

## 糖尿病専門委員の意見

糖尿病学会のメトホルミン recommendation (2020/3 月)では  $eGFR > 60$  以上であれば、休薬は不要としています。

## 【 佐賀県 】

提案県

## 【 宮崎県 】

$eGFR 30$  未満は添付文書ではメトホルミンが禁忌ですので、 $eGFR 30$  以下の患者には休薬が必要と考えています。

$eGFR$  が  $30 \sim 60$  の場合であっても特別な事情で休薬できない場合を除いて、休薬が可能な場合は休薬する必要があると考えますが、審査においては必要性があれば査定にはしていません。

## 【 沖縄県 】

審査会よりメトホルミン休薬を指示したり、そのことを理由に査定することはありません。審査で問題になったことはありません。

## (11) 再診時のスクリーニング検査について (宮崎県)

定期的再診患者で通院の理由となっている主疾患と直接関連のない場合に、以下の検査を疑い傷病名なしで、6 か月に 1 回実施した場合に、保険診療として認めておられますか。

## (1) 検尿 (尿一般) (尿沈渣は除く)

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## (2) 末梢血一般 (分類は除く)

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## (3) 生化学検査一般 (肝機能、腎機能、脂質、電解質、血糖程度の項目の場合)

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## (4) 心電図

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## (5) 胸部レントゲン写真 (正面のみ)

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## (6) CRP 検査

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他 (具体的に )

## 《提案趣旨》

外来の定期的な再診時の検査は、どこまで許容されるのでしょうか。診療を行っている患者については診察だけでは発見できない問題が発生していないか、時々検査を実施することがありますが、保険請求のためにその都度、疑い傷病名を付ける必要があるか疑問に感じています。特別な検査を除いて、医療機関の管理下にある患者に対して、特に疑い傷病名を付けることなく基本的な検査を年に 1～2 回程度実施することは適正な医療の範囲ではないかと考え、各県のお考え、ご意見をお伺いしたく提案させていただきました。

【 大分県 】

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①
- (4) ③病名により判断（対象となる心疾患があれば定期再診患者でも認めます。）
- (5) ③病名により判断（高血圧症等の対象疾患があれば定期再診患者でも認めています。）
- (6) ③病名により判断（関節リウマチ等の炎症性疾患があれば定期再診患者でも認めています。）

【 長崎県 】

- (1) ③ 関連していると推測される病名がある場合可
- (2) ③ 関連していると推測される病名がある場合可
- (3) ③ 関連していると推測される病名がある場合可
- (4) ③ 循環器系病名、高血圧性心疾患などが必要
- (5) ③ 循環器系病名、高血圧性心疾患などが必要
- (6) ③ 炎症性疾患、悪性腫瘍などの病名が必要

【 熊本県 】

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①
- (4) ②
- (5) ②
- (6) ②

慢性疾患の患者であれば、病態の変化や薬物療法の副作用を感知するために、検尿、末梢血一般、生化学検査は必要です。心電図と胸部レントゲン写真は対象となる疾患や合併症によります。CRP の定期検査は必要ない。

複数の疾患を持つ患者を診るには、生活習慣病管理指導料を使う方法がありますが、あまり使われていない。

【 福岡県 】

病名によるので一概にはいえない。年に1～2回程度の検査であれば、できればその必要性が分かるような病名（疑いを含む）を書いてほしい。高血圧、糖尿病では年1度程度の胸写、心電図は認められるが、年1回の検査等のコメントを注記するのが望ましい。生化学検査も病名にもよるが連月でなければ査定しない。CRP は初診であっても炎症が疑われる病名がないと認められない。

- (1) ③ 査定はしない
- (2) ①
- (3) ①

- (4) ③ 病名次第ですが査定はしない
- (5) ③ 病名次第ですが査定はしない。注記が欲しい
- (6) ②

【鹿児島県】

<社保>

当県の社保では、病名記載と関連がない場合、(1) ～ (6) 全て、「②認めていません。」

<国保>

病名あるいは薬剤との関連がなければ、全て認めていません。

【佐賀県】

<社保>

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①
- (4) ② (③高血圧症があれば年に1回)
- (5) ② (③高血圧症があれば年に1回)
- (6) ② (適応症病名が必要。スクリーニングとしては末梢血液一般)  
(末梢血液像も3か月に1回は病名無しでも認めている)

<国保>

明確な取り決めは行っていない。

※原則疑い病名やコメントがあることが望ましいが、検尿、末梢血一般、生Iなどの検体検査は6か月に1回程度であれば疑い病名なしでも認めてもよいのではと考える。

【宮崎県】

提案県

宮崎県の現状

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①
- (4) ①
- (5) ①
- (6) ②

【沖縄県】

高血圧、糖尿病、心血管病変など必要と思われる病名があれば通している。そのほか病態から考えて必要がないと思われる検査は査定の対象としている。

## (12) ネフローゼ症候群に対するミゾリビンの使用について (宮崎県)

適応は原発性糸球体腎炎を原因とするネフローゼ症候群（副腎皮質ホルモン剤のみでは治療困難な場合に限る。また、頻回再発型のネフローゼ症候群を除く）となっていますが、下記のような場合は認められますか。

- (1) 糖尿病、骨粗鬆症等、副腎皮質ホルモン剤の投与量を増やしたくない事例に対して、治療開始当初からの副腎皮質ホルモン剤との併用投与。

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他（具体的に ）

- (2) 原発性糸球体腎炎以外の原因によるネフローゼ症候群で、副腎皮質ホルモン剤のみでは治療困難な事例に対して、副腎皮質ホルモン剤との併用投与。

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他（具体的に ）

- (3) 原発性糸球体腎炎を原因とする頻回再発性ネフローゼ症候群で、副腎皮質ホルモン剤のみでは治療困難な事例に対して、副腎皮質ホルモン剤との併用投与。

回答：① 認めている ② 認めていない ③ その他（具体的に ）

## 《提案趣旨》

副腎皮質ホルモン剤のみではコントロールが不十分なネフローゼ症候群に対して、ミゾリビンが他の免疫抑制剤に比較して、血中濃度が安定する等の理由で、使用しやすいことより、原発性糸球体腎炎以外の原因による、ネフローゼ症候群での併用投与や、原発性糸球体腎炎を原因とする頻回再発性ネフローゼ症候群への併用投与事例が増えている。

これに対して最近、保険者より、原発性糸球体腎炎によらないネフローゼ症候群や頻回再発事例に対するミゾリビン投与に対して、添付文書の効能・効果「原発性糸球体腎炎を原因とするネフローゼ症候群」およびのただし書きの「頻回再発型のネフローゼ症候群を除く。」を理由とした再審査請求が増えており、苦慮しています。

宮崎県（社保）では、ネフローゼ症候群は基本的に再発を繰り返すものであり、副腎皮質ホルモン剤のみでは不十分と判断できる事例で免疫抑制剤の適応があると判断される場合には、原発性糸球体腎炎以外の原因もしくは頻回再発事例に対する投与を容認していますが、各県の状況をお伺いしたい。

【 大分県 】

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①

【 長崎県 】

- (1) ネフローゼ症候群に対するミゾリビンの使用は、副腎皮質ホルモンを増量したくない例が治療困難な理由と認められていれば、投与を認められている。
- (2) 原発性糸球体腎炎以外の原因によるネフローゼ症候群で、副腎皮質ホルモン以外のみでは治療困難な事例では、併用を認めている。
- (3) 原発性糸球体腎炎を原因とする頻回再発性ネフローゼ症候群で、副腎皮質ホルモンのみでは治療困難な事例に対して、併用投与を認めている。

【 熊本県 】

- (1) ①
- (2) ②
- (3) ①

ネフローゼ症候群に置いてミゾリビンの蛋白尿を減少させる効果は薬剤使用成績調査や後ろ向き研究などで示されたもので、エビデンスが弱いと考えられています。

【 福岡県 】

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ①

【 鹿児島県 】

< 社保 >

当県の社保の方針は、添付文書の記載に従い、以下のとおりです。

- (1) ②
- (2) ②
- (3) ①

< 国保 >

- (1) ③（副腎皮質ホルモン剤のみでは治療困難な場合に併用を認める）
- (2) ②
- (3) ①

【 佐賀県 】

＜社保＞

- (1) ①（原発性糸球体が原因である場合）
- (2) ②
- (3) ②

＜国保＞

薬事承認事項に基づき認めていない。

【 宮崎県 】

提案県

宮崎県の現状

- (1) ①
- (2) ①
- (3) ②

【 沖縄県 】

- (1) ②
- (2) ③ 疾患による。糖尿病性腎症などは認めない。
- (3) ①



## (13) 妊娠糖尿病における耐糖能精密検査について (沖縄県)

## 《提案趣旨》

妊娠糖尿病においてもインスリンの分泌について評価するのは妊婦の糖尿病治療において大変意義のあることと思われますが、常用糖負荷で良いのではと考える医師もあり、当県でも時に議論となります。当県の社保では妊娠糖尿病における耐糖能精密検査を認めておりますが、貴県ではいかがでしょうか。

## 各県からの回答

【 大分県 】	妊娠糖尿病の確定患者は、通常の糖尿病と同じ扱いとして耐糖能精密検査を認めています。妊娠糖尿病疑いであれば、原則は常用負荷での算定が妥当と考えますが、グルコースや HbA1c での異常値がある場合等に耐糖能精密検査を認めています。
【 長崎県 】	妊娠糖尿病について耐糖能精密検査は認めていない。特別な理由があれば妊娠中 2 回まで常用糖負荷は認めている。
【 熊本県 】	認める。
【 福岡県 】	妊娠糖尿病を発症した人は、産後に改善したとしても将来 2 型糖尿病を発症しやすい素因を持っています。インスリン分泌を評価するために妊娠糖尿病でも耐糖能精密検査を認めてよいと考えます。ただし産後に治ったかどうか再びブドウ糖負荷試験を行う場合は、常用糖負荷でよいと考えます。
【 鹿児島県 】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>当県の社保では、妊娠糖尿病における耐糖能精密検査を認めています。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>基本的に、妊娠糖尿病あるいは糖尿病の診断のために初回で耐糖能精密検査は認めていません。理由は、どちらも数が多いために、一律に認めると医療費増大につながることに、糖尿病の診断には IRI は必要ないとの考えから。</p> <p>耐糖能精密検査を認めているのは、糖尿病と診断された後どうしてもインスリン分泌パターンの情報が必要との注記がある場合に限っています。</p>



【 佐賀県 】

＜社保＞

妊娠糖尿病に限らず、糖尿病確定病名がある場合には初診月に限り耐糖能精密検査を認めている。

疑い段階では常用負荷試験でよいと考える。

＜国保＞

認めている。

【 宮崎県 】

宮崎県では認める扱いとしています。

【 沖縄県 】

提案県



## (14) 心電図検査のないトロポニン T, CK アイソザイム測定について (沖縄県)

## 《提案趣旨》

心筋梗塞疑いもしくは不安定狭心症疑いで心電図検査をせずにトロポニン T や CK アイソザイムを測定する事例が散見されます。社保においては実臨床では心電図検査を省略してトロポニン T, CK アイソザイム測定することもありうるとの意見があり認めております。国保では認めておりません。貴県ではどのように取り扱っているのでしょうか。

## 各県からの回答

- |          |  |
|----------|--|
| 【 大分県 】  | 査定は行わず、医療機関に対して「原則として心電図検査のない心筋マーカーは認められない」旨の文書連絡を行っていましたが、支払基金の全国的な取扱いとして、認めない方向性が示されましたので、査定する扱いへ変更いたしました。   |
| 【 長崎県 】  | ①心筋梗塞疑い、不安定狭心症疑いの病名の場合トロポニン T, CK アイソザイムの検査は、心電図検査なしでは原則認めていない。<br>②心電図検査していない妥当なコメントがあれば考慮。   |
| 【 熊本県 】  | 認めない。心筋梗塞以外でもトロポニン T が上昇する疾患があるため。   |
| 【 福岡県 】  | 国保審査会全国統一取り決め事項として、急性心筋梗塞マーカーの施行に際し心電図検査 (12 誘導) は必須であり、同日に心電図検査がない場合、急性心筋梗塞マーカーの算定を認めない。  |
| 【 鹿児島県 】 | <p>&lt;社保&gt;</p> <p>当県の社保では、心電図検査のないトロポニン T、CK アイソザイム測定は認めていません。バイオマーカーで急性心筋梗塞を診断できるのは発症後 3 時間程度経過してからであり、それ以前での診断には、心電図検査が必須です。従って、バイオマーカーのみでの検査では発症早期の急性心筋梗塞を見逃す可能性があり、心電図検査との併施行は必要です。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>心電図検査のないトロポニン T、CK アイソザイム測定は原則認めていません。</p> |

【 佐賀県 】

＜社保＞

直ちに査定とはしていないが、令和4年1月診療分より、本部コンピューターチェックにより、査定・返戻の対象とされていることから、心電図検査を行わずに測定が必要であった理由を記載していただくよう、文書送付等行っています。

＜国保＞

心電図が施行されていない場合は認めていない。

【 宮崎県 】

原則認めていませんが、直ちに査定ではなく返戻して確認しています。

【 沖縄県 】

提案県

