

令和 5 年度  
第 6 0 回  
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和 5 年 11 月 11 日（土）午後 4 時～ 6 時  
場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）3 F「牡丹」



## 第 60 回九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和 5 年 11 月 11 日（土）午後 4 時～6 時  
場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）3F「牡丹」  
（大分市中央町 4 丁目 2-5 TEL 097-533-1121）

### 次 第

司会・進行 大分県内科医会常任理事 生山 祥一郎

1. 開 会
2. 担当県挨拶 大分県内科医会常任理事 吉賀 攝
3. 協 議

#### 【提案事項】

- (1) 糖尿病内服薬の併用について（長崎県）…………… 4
- (2) 腎機能低下または、腎不全がある症例で、腎生貧血が疑われる場合の  
「エリスロポエチン（EPO）」測定について（長崎県）…………… 6
- (3) 「C 型非代償性肝硬変」に対して、マヴィレット配合錠の投与について  
傷病名「C 型非代償性肝硬変」「低アルブミン血症」に対し、マヴィレット配合錠とヘパアクト  
配合顆粒が併用投与されていることについて疑義が生じている（熊本県）…………… 8
- (4) 同一手術野で 2 以上の手術を行う場合の費用の算定について  
K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞 36,000 点と  
K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380 点の場合（熊本県）…………… 11
- (5) 糖尿病性腎症重症化予防を推進するにあたり、尿アルブミン / 尿クレアチニン比の  
測定頻度を増やすためには、どのような工夫が必要でしょうか（福岡県）…………… 15
- (6) 新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合の PCR 検査の併算定について（鹿児島県）…………… 19
- (7) ビソノテープの適用について（鹿児島県）…………… 21
- (8) 生体腎移植ドナーに対する術前の上部内視鏡検査、胸部～骨盤 CT、常用負荷  
試験の算定について（佐賀県）…………… 23
- (9) 妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 及び血糖自己測定器加算の  
算定について（佐賀県）…………… 28
- (10) FISH 検査や染色体分析などの遺伝子検査は、何回位可能でしょうか（宮崎県）…………… 31
- (11) リクシアナ（エドキサパン）とワソラン（ベラパミル）の併算定について（宮崎県）…………… 33
- (12) 新規抗がん剤使用時の血液検査について（沖縄県）…………… 36
- (13) 血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変に対する薬剤塗布バルーン（DCB）の  
使用の詳記について（別添資料あり）（沖縄県）…………… 38
- (14) アレルギー性鼻炎・花粉症に対する抗アレルギー薬の複数投与について（大分県）…………… 41



提 案 事 項 及 び  
各 県 か ら の 回 答

## (1) 糖尿病内服薬の併用について (長崎県)

## 《提案趣旨》

昨年は糖尿病内服薬の多剤併用制限について各県の御意見を伺いました。薬剤の組み合わせについて、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を認めないことは共通の規準となっていますが、一部類似作用を有するイメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）とビグアナイド薬の併用については認めておられるでしょうか。ビグアナイド薬極量にイメグリミンの併用についてはいかがでしょうか。

## 各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕  
提案県

【熊本県】

併用を認めている。

【福岡県】

ビグアナイド薬とイメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）の併用については、ビグアナイド薬極量を投与していても認めています。

【鹿児島県】

&lt; 社保 &gt;

当県の社保においては、ツイミーグとビグアナイドは作用機序が異なるため、両者の併用は認めています。同じ理由により、ビグアナイドの最大投与量にツイミーグの併用も認めています。

&lt; 国保 &gt;

糖尿病専門委員の意見

Imeglimin は、メトホルミンから合成されていますが、その主たる作用は異なっており（前者が肝臓からの糖放出抑制、後者が食後高血糖抑制）、併用療法は病態上からも意義あるもので、両者の併用は保険診療上も認められるものと思います。

両者共に腎排泄性ですが、Imeglimin は作用機序からも乳酸を増やす事はないので、腎機能に問題なければメトホルミン極量との併用も可能とは思いますが、しかし両者の併用では、腹部症状（下痢など）が出やすく、今のところメトホルミン極量との併用が審査で上がって問題になったことはないようです。

## 【佐賀県】

## &lt; 社保 &gt;

- ・ ビグアナイドとイメグリミンの併用は認めている
- ・ ビグアナイド極量との併用に関しては、併用禁忌ではないが、消化器症状が出やすく、注意が必要とされている。又 eGFR 45 未満の腎機能障害では非推奨とされている事にも注意が必要。

## &lt; 国保 &gt;

イメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）とビグアナイド薬の併用に関する取決めはない（認めている）。

## 【宮崎県】

イメグルミン塩酸塩とビグアナイド薬の併用についてはビグアナイド薬が極量であっても認めています。

## 【沖縄県】

作用機序が異なるので、イメグリミンとビグアナイド製剤の併用を認めています。

## 【大分県】

ビグアナイド薬とイメグリミンの併用投与については取扱いを定めていません。ツイミーグの添付文書の併用注意に、ビグアナイド系薬剤は「低血糖及び消化器症状の発現に注意すること。」とあることから、慎重投与であれば問題ないと考えます。

## 提 案 事 項

- (2) 腎機能低下または、腎不全がある症例で、腎生貧血が疑われる場合の「エリスロポエチン (EPO)」測定について (長崎県)

## 《提案趣旨》

近年、高齢化に伴い腎機能悪化、貧血の増悪がみられる症例が増加している、更に、最近は従来のエリスロポエチン、ダルベポエチン等の注射薬に加え、HIF-PH 阻害薬など経口薬での治療が増加して来ています。治療に際し、腎性貧血診断のためエリスロポエチン (EPO) 測定の機会も増えると思われます。長崎県では、エリスロポエチン検査については、「重度の慢性腎不全患者、又は、エリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者」となっています。

その為、診断名に慢性腎不全の病名および腎性貧血疑いの病名だけでは査定の対象となり状態の詳細が必要のようです。各県のご意見はいかがでしょうか。

## 各県からの回答

【長崎県】	〔回答記入欄〕 提案県
【熊本県】	腎不全による腎性貧血がわかれば、詳記の必要はない。
【福岡県】	エリスロポエチンの検査については、赤血球増多症 (多血症)、腎不全、骨髄異形成症候群等の病名が必要です。
【鹿児島県】	<p>＜社保＞</p> <p>当県の社保においても長崎県と同様、算定要件どおり、「重症の慢性腎不全患者、又は、エリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者」としてしています。</p> <p>＜国保＞</p> <p>内科系審査委員の意見</p> <p>慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル若しくは HIF-PH 阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断 (疑いを含む) に対して算定するとしています。</p>



## 【佐賀県】

＜社保＞

慢性腎不全・腎性貧血の疑いで認めている。

＜国保＞

下記の留意事項通知に従い、慢性腎不全と腎性貧血の疑いの病名があれば認めている。状態の詳記は必要としていない。

＜留意事項通知＞

重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン若しくはHIF-PH阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断の目的で行った場合に算定する。

## 【宮崎県】

慢性腎不全が確定しており、腎性貧血の疑いの場合は詳記がなくても認めています。

【参考】支払基金の全国統一取り決め（令和4年8月25日）

次の傷病名等に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。

- 1) 腎不全疑い
- 2) 慢性腎不全疑い
- 3) 慢性腎臓病
- 4) 慢性貧血            となっています。

## 【沖縄県】

慢性腎不全と腎性貧血（疑いを含む）の病名あれば、腎機能などの詳記を問うことはなく、認めています。腎性貧血治療後は認めておりません。

## 【大分県】

「重度」等の病態については傷病名に記載する必要がないため、慢性腎不全と腎性貧血の疑い病名があれば認めています。

(3) 「C 型非代償性肝硬変」に対して、マヴィレット配合錠の投与について

傷病名「C 型非代償性肝硬変」「低アルブミン血症」に対し、マヴィレット配合錠とヘパアクト配合顆粒が併用投与されていることについて疑義が生じている (熊本県)

《提案趣旨》

マヴィレット配合錠の効能又は効果

C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

ハーボニー配合錠の効能又は効果

セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) の C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

エプクルーザ配合錠の効能又は効果

C 型慢性肝炎、C 型代償性肝硬変又は C 型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

ペパアクト配合顆粒 (イソロイシン、ロイシン・バリン顆粒) の効能又は効果

食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善

「症状詳記」非代償性肝硬変であったが、リーバクト (ヘパアクト) 配合顆粒等の治療により代償性肝硬変に改善した。

「本部の苦情相談に寄せられた照合内容」(本部回答日 令和 3 年 10 月 13 日)

「ハーボニー配合錠の適応外について」

傷病名：C 型慢性肝炎、低アルブミン血症、非代償性肝硬変

投与内容：ハーボニー配合錠、リックル配合顆粒が併用投与

【本部回答】

ハーボニー配合錠及びリックル配合顆粒の効能・効果等から、それぞれの治療目的があり、ハーボニー配合錠の投与は原案通りが妥当と考える

リックル配合顆粒を投与したことについては「ウイルス治療とは異なり、低アルブミン血症が生じることにより起こりうる全身のむくみや腹水、胸水等の抑制のための投与。

リックル配合顆粒をハーボニー配合錠投与後も持続的に安定させるために必用な投与を判断し、それぞれ異なる治療効果を目的として投与されたものであり、医学的妥当適当なものとして審査決定したものと思料される。

「肝硬変診療ガイドライン 2020(決定第 3 版)日本消化器病学会 日本肝臓学会編(2020. 11. 15) P2」

肝硬変の機能的分類

1) 代償性肝硬変

○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、クモ状血管腫、手掌紅斑、食道静脈瘤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。

○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であることを次のいずれかの基準で判断する。

・Child-Pugh score 7点（分類B）以上

・「非代償性の対象医療行為」Ⅱの治療歴を現在あるいは以前に有する

Ⅱ腹腔穿刺、胸水・腹水濾過濃縮静注法、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。）

以上より、非代償性肝硬変は治療後に検査データにより、代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬であることに変わりはないと判断し、マヴィレット配合錠適応外である。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

### 各県からの回答

【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>非代償性肝硬変の傷病名では、適応のないウイルス血症改善剤は査定。一方、代償性肝硬変では通常ヘパクト配合顆粒は査定。この場合、必要性のコメントにより認められることはあるが、非代償性肝硬変がヘパクト投与により代償性に改善しているとの理由であれば、非代償性に適応のないウイルス血症改善剤の併用は認められない。</p>
【熊本県】	提案県
【福岡県】	<p>非代償性肝硬変にはマヴィレット配合錠は適応外であり、むしろ「重度（Child-Pugh 分類C）の肝機能障害のある患者」には禁忌となっています。薬剤の選択は慎重に行われるべきであり、非代償性肝硬変にも適応があるエプクルーザ配合錠がある現在、マヴィレット配合錠は処方されるべきではないと考えます。しかしながら薬価が高額なだけに査定は躊躇されます。同様なケースがあった場合、原審査の段階でできるだけ拾い上げ、その段階で返戻して病名の確認を行うことで対応します。</p>
【鹿児島県】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>C型非代償性肝硬変患者が治療後に代償性肝硬変に改善した場合には、臨床</p>

状況を確認し、患者さんへの治療効果メリットを鑑み、マヴィレット配合剤の算定を認めています。

＜国保＞

肝臓専門委員の意見

マヴィレットは代償性の肝硬変が適応ですが、開始時の肝予備能が代償性であれば、その投与は許容できます。一方で、リーバクト等のアミノ酸製剤は「食事が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善」を目的に開始されますが、開始後にアルブミンが改善した後も、継続投与が必要な場合があります。リーバクト投与により肝予備能が保たれ、マヴィレットの投与対象になりうる場合があります、査定の対象にはならないと思われます。

なお、リーバクト以外のその他の併用薬により肝予備能の低下が強く疑われる場合には、疑義照会の対象になりえます。

【佐賀県】

＜社保＞

令和3年 第38回内科審査委員懇話会に提案事例と思われます。  
貴見のとおり、適応外と考えます。

＜国保＞

請求事例なし。

なお、それぞれの薬剤の適応からして両薬剤を併用投与することは認められないと考える。

【宮崎県】

非代償性肝硬変は治療後で代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬変であることに変わりはないと判断し、マヴィレット配合錠の算定は認めていません。

【沖縄県】

ヘパアクト配合顆粒投与に伴う経過の如何に関わらず、C型非代償性肝硬変に対してマヴィレット配合剤の処方認めていません。

【大分県】

「非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症」に適応となるヘパアクト配合顆粒が投与されている場合は、「代償性肝硬変」の患者が対象であるマヴィレット配合錠の算定は認めていません。

(4) 同一手術野で2以上の手術を行う場合の費用の算定について

K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞 36,000 点と

K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380 点の場合 (熊本県)

《提案趣旨》

令和2年の点数改正で【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】の点数が32,000点→36,000点へ改定。

このことから【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点より高額な手術手技になった。

緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、引き続きステント留置術を行った場合の主たる手術の算定について

医科点数表の解釈

手術 通則

14 同一手術又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合[複数手術に係る費用の特例]は別に厚生労働大臣が定めるところ[複数手術に係る費用の特例]により算定する。

同一手術野又は同一病巣における算定方法

(1)「通例14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

「複数手術に係る費用の特例について」

複数手術に係る費用の特例の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令4.3.18 保医発0318第1号)

(4)「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいうこと。なお、別表第一及び別表第三の上欄(左)に掲げる手術が必ずしもこれに該当するものではないことに留意されたい。

審査に関する疑義照会に対する本部回答(審査に関する情報(抜粋版)R5.6月)

経皮的冠動脈形成術について

令和2年の点数改定により【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】32,000点が36,000点に改正されました。これにより【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点より高額な手術手技となったことより、緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、ステント留

置術を行った場合、従前のステント留置術での算定ではなく形成術で算定する医療機関があります。同一手術野で2以上の手術を行った場合、主たる手術手技で算定する扱いですが、ステント留置術をもって手術完遂と考える場合、ステント留置術で算定すべきとの意見もあり審査見解に差異が生じていることから、形成術とステント留置術を行った場合はどちらの点数で算定すべきでしょうか。

また、一般的に形成術を行った後にステント留置術を行うものと考えますが、主たる手術を点数設定の高い形成術を考える場合、【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点を算定する場合とはどのようなケースを想定しているのでしょうか。

当該事例については、基金本部審査統括部で検討した結果、次のとおり回答します。

【本部回答】

第10部手術の通則14に「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と示されていることから、K546及びK549を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき、主たる手術の所定点数で算定するものと考えます。

なお、令和2年度診療報酬改定により、K546 経皮的冠動脈形成術「1 急性心筋梗塞」32,000点が36,000点に増点され、K549 経皮的冠動脈ステント留置術34,800点を上回る改正がされたことについては、厚生労働省の告示で示される点数設定につき、本照会において回答できないことを申し添えます。

以上より、K546 及び K549 を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき主たる手術は K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞と判断します。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

各県からの回答	
【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>同時に実施した場合、規定通り主たる手術である K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞 36,000 点のみを認める。急性心筋梗塞を発症していない症例では、冠動脈狭窄に対する手術として K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380 点でいいのではないのでしょうか。</p>
【熊本県】	<p>提案県</p>
【福岡県】	<p>基本的には、基金本部審査統括部の考えのように、「同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と考えますが、経皮的冠動脈形成術と経皮的冠動脈ステント留置術を同時に行なった場合、ステント 1 本でも使用していれば、K549 経皮的冠動脈ステント留置術の算定を認め、PCI 治療の最終手段としてバルーンカテーテルで終われば K546 経皮的冠動脈形成術を、ステント留置で終わればステント留置術を算定することを認めています。</p> <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術の請求点数が K546 経皮的冠動脈形成術「1 急性心筋梗塞」36,000 点より減じる点は、今後の課題と考えます。</p>
【鹿児島県】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>当県の社保としては、急性心筋梗塞症例において K546 と K549 を実施した場合、K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞の算定で問題ないと考えます。</p> <p>&lt; 国保 &gt;</p> <p>循環器専門委員の意見</p> <p>両者を実施した場合、K546 経皮的冠動脈形成術 急性心筋梗塞の算定と判断。</p> <p>急性心筋梗塞例に対しステント留置しているが、K546 経皮的冠動脈形成術で算定している施設があり、経皮的冠動脈ステント留置術に査定しています。</p>
【佐賀県】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>貴見の通りと判断します。</p> <p>本部の回答と同意見です。</p> <p>K546 の急性心筋梗塞での手技は、ステント留置前に閉塞部位の形成術や血栓吸引等が必要で、その後、再閉塞・再狭窄に対してステント留置を行うものと考えます。</p>

一方、K549 の手技は、前拡張を必要とする程の狭窄が無い場合に、ダイレクトにステントバルーンを通過させてステント留置を行うものと考えます。

<国保>

K549.1 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）34,800 点での算定が妥当としている。

点数の逆転現象が起きているが、最終的に冠動脈の拡張はバルーンカテーテルではなくステント留置をもって行っているので、上記点数が妥当と考える。

【宮崎県】

ステント留置術で算定するべきとの意見と経皮的冠動脈形成術で算定するべきとの意見がありました。

医学的な問題ではなく請求ルールの問題ですので、社保、国保を問わず九州として扱いを統一するべき内容と考えます。

【沖縄県】

通達通り、ステント留置があれば、冠動脈ステント留置術での算定としている。（審査員の中では、冠動脈形成術での算定を認めてよいのではとの意見も多くみられる。）

【大分県】

PTCA カテーテルの算定があり、形成術が行われていると判断される場合には、2 以上の手術を同時に行った場合の主たる手術（点数の高い手術）の「K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞」での算定を認めています。



(5) 糖尿病性腎症重症化予防を推進するにあたり、尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには、どのような工夫が必要でしょうか (福岡県)

《提案趣旨》

平成 28 年 3 月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、行政と医療関係者が連携体制を構築し、その取り組みを全国に横展開するため、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結しました。目的は、透析導入原因の第一位が糖尿病性腎臓病であることから、適正な医学的介入により腎機能の可逆的改善が見込める早期糖尿病性腎症 II 期を早期に発見し、生活習慣の改善と必要な治療を開始し、腎不全、人工透析への移行を防止することです。一方、その重要なマーカーと認められている尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度少ないと言われていきます。2019 年の全国レセプトデータで検討した国立国際医療研究センターのデータで、診療を受けた患者の内、尿アルブミンまたは蛋白の定量検査を受けたのは 19.4%にすぎませんでした。さらに、厚生労働省による第 2 回 NDB オープンデータの解析で、HbA1c 測定件数に対する尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数の割合が、全国平均でもわずか 2.62%で、最も高い北海道でも 4.6%ほど。九州の中で、全国平均を超えていたのは大分県、沖縄県、佐賀県、鹿児島県のみで、福岡県は 1.9%程でした。全国的に糖尿病性腎症重症化予防の取り組みがなされているにも関わらず、その重要な指標である尿アルブミン/尿クレアチニン比測定がなされていない背景は、かかりつけ医の認知度にも原因があると思われますが、保険診療における査定の厳しさにも問題があるように思われます。糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを持続し、腎不全への移行を少しでも少なくするため、今後どのように尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数を増やしていくのかご教示いただければ幸いです。

#### 各県からの回答

##### 【長崎県】

〔回答記入欄〕

HbA1c は糖尿病の診断があれば連月定期検査として他の血液検査と共に実施しやすく抜けが少ない。一方、尿中微量アルブミン検査は、糖尿病性早期腎症の発見に重要な検査であるとの認知度は実際の検査実施割合よりずっと高いと思われるが、適応傷病名記載の問題、認められる測定間隔の問題等より抜けが生じている可能性が大きいと思います。尿中タンパク定量/クレアチニン比では傷病名の縛りは少ないので代替検査して施行しやすいかもしれません。

また、尿中アルブミン定量を最低年 1 回、誕生月に検査するなどが主治医の習慣付けとなれば、確実な実施につながるのではないのでしょうか。

##### 【熊本県】

糖尿病の診断名があれば、初回の尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定を認める。以後、定期的な測定が必要な場合は、早期糖尿病性腎症の診断名を必要とする。

【福岡県】

提案県

【鹿児島県】

尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには

尿アルブミン/尿クレアチニン比は、2 型糖尿病腎症 II 期までの診断に有用であることの臨床的意義と早期診断の必要性を周知させることが重要と考えます。また、尿アルブミン/尿クレアチニン比で評価できる糸球体異常は、血管内皮障害も反映することから血管内皮障害の早期診断に繋がることもアピールすれば、糖尿病専門医以外の先生方にも使って頂けるのではないかと考えます。

尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度の当県内科医会アンケート調査結果を紹介します。

アンケート調査名	尿アルブミン/尿クレアチニン比測定頻度
鹿児島県糖尿病大規模実態調査（H27 年）	専門医 66% 非専門医 39%
鹿児島県 CKD 診療実態調査（R4 年）	23.1% （尿蛋白定量実検査施率 38.8%）
JDOME2022	専門医 57.2% 非専門医 35.2%

全国調査（JDOME2022）と比較して当県の測定実施率は高率であった。

アンケート調査は自己の日常診療を振り返り、身近な他医の診療実態に触れるまたとない機会となります。アンケート調査実施は測定頻度増加につながるだけでなく、腎症重症化予防に益すると考えます。

糖尿病腎症 1・2 期では 3 か月に 1 回の測定頻度であれば査定されない。（1 期では「早期腎症の疑い」病名の記載が必要）。

【佐賀県】

< 社保 >

件数を増やす事に関しては、各都道府県や糖尿病学会の取り組みにおいて行なわれるべき事案と思われます。

審査の上では、現在特に審査を厳しく査定している状況にはないと考えます。

審査上の対応として考えられる対応は、腎不全の傷病名のない糖尿病の傷病名にて適応とする事や、3 ヶ月に 1 回の縛りを無くす事等が考えられます。

＜国保＞

内科の審査から外れると思いますが、個人的な意見とします。

検査を増やす手段として

- # 1 定期的に忘れずに外来で検査するには、患者の誕生月に尿アルブミン検査の予約を入れる。
- # 2 尿アルブミンの保険点数を検尿並みに下げて、外来迅速検査の保険請求ができるようにする。
- # 3 糖尿病専門医の先生に地域の講習会や研究会で尿アルブミンの検査の目的と陽性になった場合、具体的にどうしているのかレクチャーしてもらおうと非専門医の先生も検査するようになると考えます。

【宮崎県】

本県では、糖尿病性腎症重症化予防のために、県内科医会や各郡市内科医会などで糖尿病性腎臓病に関する講演会を開催し、その中で尿中アルブミン測定的重要性を強調し、検査を推奨しています。また、保険診療においても、糖尿病の診断のみで尿中アルブミン測定を認めるようにしています。しかしながら、福岡県と同様にかかりつけ医での検査は少ない状態が続いており、なかなか妙案がないのが実情です。行政の方では、この検査の重要性を理解しており、一部の自治体では、糖尿病があれば、特定健診の二次検査として尿中アルブミン検査を自己負担なしで行っているところもあり、また、医療機関に二次検査としてこの検査を保険診療で行うことを依頼している自治体もあります。

【沖縄県】

沖縄県における糖尿病性腎症重症化予防プログラムについては、現在、各地域医師会、行政等を通して推進・展開しております。その中で尿アルブミン/尿クレアチニン比測定の啓蒙はできていると思われます。また、市町村によっては特定健診後に拾い上げた受診勧奨者に対する2次検診に尿中微量アルブミンの測定項目を付け加えており、このような方法で受診した医療機関での認知度も上昇していると考えられます。

国保の審査に関しては、3ヶ月に1回以上測定すると査定されます。ご提案の件については、尿中アルブミン/尿クレアチニンは検査精度が不安定で、複数回測定し平均することが望ましいとされています。

従って連月で測定しても査定されなければハードルが下がり、測定する医療機関が増える可能性はあります。尿蛋白、クレアチニン比を利用することで早期の治療介入が期待でき、その有用性をアピールすることで普及を図ることができるものと思われます。

【大分県】

尿アルブミン/尿クレアチニン比の算定回数については取決めは行っていません。必要性により認めています。

## (6) 新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合の PCR 検査の併算定について (鹿児島県)

## 《提案趣旨》

新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR 検査の併算定が査定された事例があります。新型コロナウイルス感染症診断の手引き(9.0 版)において、有症状者場合には新型コロナウイルス抗原検査陽性のみで確定診断できるとなっています。そのため、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR 検査の併算定を認めない審査員もいます。新型コロナウイルス抗原検査の偽陽性は 0.05%と報告(JAMA, 2022; 327:485)されており、極めて低い確率ですが、臨床現場では、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合でも確定診断のために PCR 検査も同時に行うことが多いようです。各県のご対応をお伺いします。

## 各県からの回答

【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>COVID-19 を強く疑うケースで抗原検査(－)の場合、PCR 検査の併算定での確認は意味があると思いますが、感度の低い抗原検査(＋)の場合、さらに PCR 検査を実施する必要性は低いと判断されますので認めていません。偽陽性率 0.05%は無視されうると考えます。</p>
【熊本県】	<p>抗コロナウイルス薬を使う場合を除いて、COVID-19 の診断を厳格に行う必要はない、また PCR にも擬陽性があるので、確定診断のために PCR 検査を行う必要はない。</p>
【福岡県】	<p>抗原検査で陽性の場合、その時点で診断確定となるので追加で行われた PCR 検査は認めておりません。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>
【佐賀県】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>抗原陽性の結果をレセプト記載されていれば、PCR は不要と考えますが、抗原検査の結果記載のないレセプトが大部分であるため、併算定について、査定は行っていない。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>抗原検査と PCR 検査の併算定は認めている。</p>

但し、スクリーニング的に両検査を併用している事例が散見されるため、2類相当から5類に移行されたこともあり、今後は一定の基準を設けることも検討している。

【宮崎県】

抗原検査が陽性の場合には、原則としてPCR検査の併施（追加実施）は認めていません。臨床的に擬陽性である可能性が強く疑われる場合に限り（注記等の記載）認めています。しかしながら、現実的に査定することはありません。

【沖縄県】

新型コロナウイルス抗原検査結果の如何に関わらず、PCR検査との同時実施は査定の対象とならない。

【大分県】

通知に、「COVID-19が疑われる者に1回に限り算定する。ただし、結果が陰性であったものの、診断がつかず再度実施した場合は、さらに1回に限り算定できる。」とあることから、抗原検査であっても陽性になった後の検査は認めていません。

## (7) ビソノテープの適用について

添付文書にてビソノテープ 2 m g は、頻脈性心房細動に適応が限定されている。高血圧症に対して 4 m g または 8 m g を使用していて、血圧の低下を来してきた場合、2 m g まで減量することもあり、査定される医療機関があった。（鹿児島県）

## 《提案趣旨》

高血圧症にて治療中、ビソノテープの減量が必要と思われた症例の場合、高血圧症でも 2 m g ビソノテープの使用は認めてもいいのではないのでしょうか。

## 各県からの回答

	〔回答記入欄〕
【長崎県】	適応通りビソノテープ 2 m g の高血圧症への投与は認めていません。4 m g を 2 分の 1 にカットして使用することも、使用上の注意より基本的に認められません。コメントで認められるか否かは不明です。
【熊本県】	適応症は添付文章にしたがう。
【福岡県】	ビソノテープ 2 m g に、高血圧症は適応ではありません。適応外使用で査定とを考えます。
【鹿児島県】	提案県
【佐賀県】	<p>&lt; 社保 &gt;</p> <p>原則として適応傷病名以外での使用は認めていません。</p> <p>2 m g が適量と判断されれば、4 m g テープを半分にして貼付しても良いと考える。</p> <p>製薬メーカーはテープの単位面積あたりのビソプロロールの濃度は一定としている様です。</p> <p>&lt; 国保 &gt;</p> <p>原則、規格ごとの適応病名がない場合は認めていない。</p> <p>但し、コメントが記載されている場合は医学的判断としている。</p>

【宮崎県】	原則として認めていません。
【沖縄県】	<p>国保社保の審査で以下のような差異がある。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>ビソノテープ 2mg の高血圧への使用は認めない。</p> <p>&lt;社保&gt;</p> <p>4～8mg ; 高血圧で認めており、現時点では 2mg も認めている（投与量調整は主治医の裁量と考えています）。</p>
【大分県】	規格単位により効能・効果が異なる医薬品については適応どおりとしているため、高血圧症に対し 2 m g が処方された場合は認めない扱いとしています。



(8) 生体腎移植ドナーに対する術前の上部内視鏡検査、胸部～骨盤 CT、常用負荷試験の算定について (佐賀県)

《提案趣旨》

末期腎不全の患者に対して生体腎移植術を行う場合、医科点数表の解釈では、『①日本移植学会の「生体腎移植ガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。②組織適合試験は所定点数に含まれ別に算定できない。③臓器提供者に係る（指定された）感染症検査を行った場合は1回に限り算定する。』と記載されています。ガイドラインでは、ドナーに悪性腫瘍がないこと、糖尿病がないこと等の8項目の適応条件が記載されていますが、提案事項に記載した検査の算定については言及されていません。ドナーの保険で請求するのか又は自費とするのか貴県ではどのように取扱われていますか。

(参考)

- A. 年齢は 20 歳以上で 70 歳以下(\*1)
- B. 以下の疾患、または状態を伴わないこと  
全身性活動性感染症  
HIV 抗体陽性  
クロイツフェルト・ヤコブ病  
悪性腫瘍（原発性脳腫瘍および治癒したと考えられるものを除く）(\*2)
- C. 血圧は 140/90mmHg 未満
- D. 肥満がない BMI は 30Kg/m<sup>2</sup> 以下。高値の際は 25 Kg/m<sup>2</sup> 以下への減量に努める(\*3)
- E. 腎機能は、GFR（イヌリンクリアランスまたはアイソトープ法、クレアチニンクリアランスで代用可）が 80ml/min/1.73m<sup>2</sup> 以上(\*4)
- F. タンパク尿は 24 時間蓄尿で 150mg/day 未満、あるいは 150mg/gCr 未満、またはアルブミン尿が 30mg/gCr 未満
- G. 糖尿病（耐糖能障害）はないこと。早朝空腹時血糖値で 126mg/dL 以下で HbA1c（NGSP）値で 6.2%以下、(\*5)。判断に迷う際には 0-GTT 検査を行い評価することが望ましい
- H. 器質的腎疾患がない（悪性腫瘍、尿路感染症、ネフローゼ、嚢胞腎など治療上の必要から摘出された腎臓は移植対象から除く）

注記

\*1 日本人の平均寿命と欧米人の平均寿命の差を考えると基本基準は 70 歳以下が適正。

アムステルダムフォーラムでは若年者を 18 歳以上だが日本では 20 歳以上とした。

\*2 悪性腫瘍に関しては腫瘍により事情が大きく異なる。原発性脳腫瘍でも転移の可能性が皆無でない腫瘍もあるなど今後に論議が必要である。今回は悪性腫瘍の各論に関する詳細な記述はしていない。今後、各領域の腫瘍専門医の意見を求め、より適正なガイドラインを目指

すことが望ましい。

- \* 3 日本人と欧米人の肥満評価で BMI 差が 5 程度とする意見が多いことを反映させた。
- \* 4 腎機能評価法として日本人のための eGFR 推算式 (194 式) は eGFR 高値でのばらつきが大きいため使用しない。
- \* 5 日本では空腹時血糖での糖尿病評価ではなく HbA1c が定着していることを反映した。
- \* 6 腎提供後に単腎となり CKD 患者となるドナーでは CKD 患者の管理目標が条件となることから目標血圧を設定した。少量降圧薬内服中の高齢ドナーでは家庭血圧測定値なども考慮して決定することが望ましい。
- \* 7 日本人の肥満者は増加しているが BMI<35Kg/m<sup>2</sup> は緩すぎるため設定した値では根拠ない。BMI が 30Kg/m<sup>2</sup> 以上の肥満に対しては適正に減量指導して 30Kg/m<sup>2</sup> 未満に下降してから手術が行われるべきである。
- \* 8 糖尿病患者は原則としてドナーとすべきではないが、糖尿病専門医のこのレベルに管理されていれば将来にわたるリスクが少ないと考えることができると HbA1c 値を参考に、より厳格なレベルを目標値として設定した。アルブミン尿のないことが重要である。

#### 「参考文献」

両角國男, 市丸直嗣, 片山昭男, 他. 生体腎移植ドナーガイドライン。日本移植学会ホームページ

【生体腎移植ガイドライン】 平成 20 年 5 月 18 日の日本移植学会理事会で承認

#### I. 腎移植希望者 (レシピエント) 適応基準

##### 1. 末期腎不全患者であること

透析を続けなければ生命維持が困難であるか、または近い将来に透析に導入する必要に迫られている保存期慢性腎不全である

##### 2. 全身感染症がないこと

##### 3. 活動性肝炎がないこと

##### 4. 悪性腫瘍がないこと

#### II. 腎臓提供者 (ドナー) 適応基準

##### 1. 以下の疾患または状態を伴わないこととする

a. 全身性の活動性感染症

b. HIV 抗体陽性

c. クロイツフェルト・ヤコブ病

d. 悪性腫瘍 (原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く)

##### 2. 以下の疾患または状態が存在する場合は、慎重に適応を決定する

a. 器質的腎疾患の存在 (疾患の治療上の必要から摘出されたものは移植の対象から除く)

b. 70 歳以上

##### 3. 腎機能が良好であること

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

腎移植は地方審査ではなく特審対象ですので審査の判断は正確なところ不明です。生体腎移植実施医療機関の医師に問い合わせたところ、請求はレシピエントで提出し、悪性腫瘍の有無の検査に上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CTはルーチンに実施されており、糖尿病の有無はHbA1C および血糖値より判断して疑わしい場合、糖負荷試験を行っているとのこと。コメント記載して提出しているようですが、査定されることがあるようで、再審査請求での復活はないようです。

【熊本県】

保険診療では難しい。

【福岡県】

ドナーの診療は全てレシピエント側の保険で請求することとされています。ドナーのレセプトに保険病名をつけて請求することは認められません。また、検査費用を自費とすることも混合診療に抵触し認められないと考えます。したがって、検査費用は実施する医療機関で負担するしかないのではないですか。

【鹿児島県】

< 社保 >

当県の社保では、生体腎移植のドナーに対する術前検査のうち、保険診療で認められている検査項目は、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に記載したものを認めています。ご質問の悪性腫瘍がないことを証明するための上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CT検査などの算定方法については、上記の項目にあてはまらず、ドナーの個人負担で検査して頂いており、症状がある場合には保険診療、症状がない場合には自費で検査をしています。

< 国保 >

国保における生体腎移植例の保険請求は極めて少ないのが現状。

泌尿器科専門医委員の意見

移植チームに現状を確認しました。

「ドナーの糖負荷試験 HbA1c が基準値以下など、糖尿病でないことが明らかな場合、糖負荷試験は不要。

胸腹部骨盤CT、上下部内視鏡検査は必要（ドナーが女性の場合、乳がん、婦人科癌なども）だが、移植病院では行わず市中病院での検査となっており、請求は実施医療機関からドナー本人に行われており、自費か保険かは相応の症状の有無などにより、先方の医療機関で判断している」とのことです。

【佐賀県】	提案県
【宮崎県】	ドナーが適応で無い場合は原則として自費となります。ドナーに検査を必要とする医学的事情がある場合は保険請求も容認しています。
【沖縄県】	<p>腎機能評価や術前評価に関わる部分はレシピエント請求にしている。「HLA や適合検査、腎血流シンチ、腹部造影 CT、24 時間蓄尿検査、術前の一般的採血と採尿」などがこれにあたると思われる。</p> <p>原則疑い病名があれば認めている。</p> <p>CT は、疑い病名があれば術前術後に 1 回ずつは認めている。しかし、MRI との併用は認めない。</p> <p>上部内視鏡や負荷試験は、疑い病名があれば認めている。</p>
【大分県】	<p>移植に必要な検査であればレシピエントでの請求、ドナー本人の個別の状態に必要があって行われる検査であればドナーでの請求と考えます。</p> <p>ご質問の上部内視鏡検査は認めていませんが、胸部～骨盤 CT、常用負荷試験については特に定めていません。</p> <p>以下の検査について、腎移植術（提供者の療養上の費用）として認めていません。</p> <p>（肝炎ウイルス）</p> <p>HBe 抗原、HBe 抗体（HBs 抗原陽性（キャリア）は認める）</p> <p>HA 抗体（IgM-HA 抗体）</p> <p>HCV 抗体、HCV 核酸定量、HCV 核酸同定</p> <p>（ウイルス等）</p> <p>アデノウイルス、コクサッキーウイルス、エコーウイルス、ヘルペスウイルス、インフルエンザウイルス（A・B）、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、パラインフルエンザウイルス（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）、RS ウイルス、麻疹ウイルス、ポリオウイルス（1・2・3）、マイコプラズマ</p> <p>（生化学的検査）</p> <p>アンモニア、エンドトキシン精密、ヒアルロン酸、CPK・アイソザイム</p> <p>（腫瘍マーカー）</p> <p>AFP、PIVKAⅡ、CA19-9、CEA 以外の腫瘍マーカー</p> <p>（自己抗体）</p> <p>抗核抗体、抗 DNA 抗体</p> <p>（甲状腺関連検査）</p>

T3、T4、FT3、FT4、TSH

(その他)

アルブミン定量、(1→3)- $\beta$ -D-グルカン、CH50、補体蛋白 (C3・C4)、クームス試験 (間接・直接)、ASO、免疫グロブリン (IgA、IgG、IgD)、胃・十二指腸ファイバー、負荷心電図、胃造影、注腸造影、大腸ファイバー

(9) 妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 及び血糖自己測定器加算の算定について (佐賀県)

《提案趣旨》

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 の対象は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者となっており、ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者では対象になりません（たとえば 75gOGTT で 1 項目のみ該当して非妊娠時の BMI が 25 未満のかた）。

ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者においては、自己血糖測定で血糖経過を見る場合には算定できません（病院負担か自費負担になります）。管理目標はすべての妊娠糖尿病患者で同じでありますので、できればすべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。

各県ではどのように審査されていますか。

＜妊娠糖尿病の診断基準＞

ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である者（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

(イ) 空腹時血糖値が 126mg/dL 以上

(ロ) HbA1c が J D S 値で 6.1%以上（NG S P 値で 6.5%以上）

(ハ) 随時血糖値が 200mg/dL 以上

(注) (ハ)の場合は、空腹時血糖値又は HbA1c で確認すること。

(ニ) 糖尿病網膜症が存在する場合

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である者

(イ) HbA1c が J D S 値で 6.1%未満（NG S P 値で 6.5%未満）で 75gOGTT2 時間値が 200mg/dL 以上

(ロ) 75gOGTT を行い、次に掲げる項目に 2 項目以上該当する場合又は非妊娠時の BMI が 25 以上であって、次に掲げる項目に 1 項目以上該当する場合

① 空腹時血糖値が 92mg/dL 以上

② 1 時間値が 180mg/dL 以上

③ 2 時間値が 153mg/dL 以上

各県からの回答	
	〔回答記入欄〕
【長崎県】	妊娠糖尿病すべてに自己血糖測定は求めておらず、定期検診でフォローアップしているようです。ハイリスクに該当しないケースはそれで特に問題ないようです。
【熊本県】	貴見のとおり。
【福岡県】	妊娠糖尿病の病名があっても、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1の基準には当てはまらない症例では、インスリン療法が行われていなければ血糖自己測定器加算の算定は認めておりません。
【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在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1と血糖自己測定器加算に関しては、既定の通り、ハイリスクな妊娠糖尿病において認めています。規定以外の場合には、自費あるいは医療機関による血糖自己測定となります。約80万人の妊娠者うち、7～9%に妊娠糖尿病を発症しており、全ての妊娠糖尿病患者に血糖自己測定を施行すると多額の費用が生じるため、ハイリスクな妊娠糖尿病患者のみを保険診療の対象としています。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>糖尿病専門委員の意見</p> <p>妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1及び血糖自己測定器加算についてはハイリスクな妊娠糖尿病患者についてのみ認めています。症例数から見ても、適応拡大はかなりの医療費増加につながると考えます。</p>
【佐賀県】	提案県（通知通りの審査が行われています）
【宮崎県】	<p>審査においては、算定要件についてレセプトへの記載義務がないため、「妊娠糖尿病」の傷病名があれば在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1および血糖自己測定器加算は認めています。</p> <p>医療機関においては、すべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。</p>

【沖縄県】

妊娠糖尿病に関して特に問題となったことはなく、いずれも算定しています。

【大分県】

血糖値等の記載要領が定められていないため「妊娠糖尿病」の病名に対して算定を認めています。要件を満たさないことが判断できる場合は、現状認められないと考えます。



(10) FISH 検査や染色体分析などの遺伝子検査は、何回位可能でしょうか (宮崎県)

《提案趣旨》

血液や組織などを用いた染色体や遺伝子検査の内容は表示されず、複数種の検査をしていても、同様の検査をしている様に表示されてしまいます。そのため、複数回必要か？との確認が入ります。回数で区切るしかなければ、何回まででしょうか。また、項目の表示はできないので、どうされていますでしょうか。

各県からの回答

【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>検査回数に対する取り決めは特にありません。診断時と治療後に必要性が認められれば認めています。</p>
【熊本県】	<p>治療効果の確認や経過観察のために、遺伝子検査が複数回必要な場合もあり、検査回数の制限は設けていない。</p>
【福岡県】	<p>何回までという回数の決まりはありません。疾患・診療内容によっては同月複数回あるいは連月の検査を行う必要もあると考えられ、そのような場合は詳記を求めています。</p>
【鹿児島県】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>当県の社保としては、遺伝子検査は、原則、患者一人につき1回に限り算定を認めています。治療効果判定や経過観察での遺伝子検査を繰り返す場合には、その検査の算定基準に準じて判断しています。そのため、単なる回数ではお答えできません。保険診療上は、コメントや詳記で遺伝子検査項目を記載するのが必要と考えます。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>内科系審査委員の意見</p> <p>遺伝子検査は患者一人につき1回が原則です。経過観察、治療効果の判定、再発診断等で必要であればコメント、詳記が必要であり記載がなければ返戻して記載を求めています。</p>

【佐賀県】

＜社保＞

当該事例の経験がありません。

複数種の検査を行っている可能性も考えられるのであれば、返戻して確認するのではないかと思います。

同じ内容で複数回なら査定でしょうか。

＜国保＞

回数の取決めは行っていない。

【宮崎県】

提案県

疾患にも寄りますが、染色体検査の結果が予後因子になっている物では測定する必要はあると思われます。診断時についてはFISH 検査で3回、分染法で2回までは可能としています。

治療開始後は、治療効果判定のため、いずれかの検査1, 2回まで可能としています。

【沖縄県】

悪性腫瘍（含む増血器腫瘍）の場合

①診断時に1回認めている。

②再発（再燃）時に1回認めている（コメントなどで再発が確認できること）。  
なお、造血器腫瘍のなかには確定診断のために3回まで可となっているものもある。

③「分子標的薬の適応を決めるため」などの記載があれば認める。

【大分県】

通知に、「びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断目的では、確定までの間に3回算定できる」とあるため、原則は3回までと考えます。ただし、濾胞性からびまん性に変化することもあるため、コメントにより医学的判断としています。

(11) リクシアナ（エドキサバン）とワソラン（ベラパミル）の併算定について （宮崎県）

（１）質問

問１：68歳、男性、非弁膜症性心房細動、高血圧、うっ血性心不全、頻脈性不整脈、血栓塞栓症の患者にリクシアナ 60mg とワソラン 240mg の併用を認めるか。

○ リクシアナ 60mg を認める。

× 当該事例は認めない。

問２：上述の患者で、もしワソランが 240mg ではなく 120mg 以下の投与の時にリクシアナ 60mg の併用を認めるか。

○ ワソランが 120mg 以下であればリクシアナ 60mg を認める。

× ワソランの量に関わらず併用していれば 30mg までしか認めない。

《提案趣旨》

問１：リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に、「キニジン硫酸塩水和物、ベラパミル塩酸塩、エリスロマイシン、シクロスポリンと併用する場合には、本剤 30mg を 1 日 1 回経口投与すること。」との記載があるため、保険者より「ワソラン併用時にはリクシアナは 30mg までしか認められない。」とする再審査請求がなされる一方、医療機関からは「脳梗塞等のリスクを上げるのでリクシアナの減量は出来ない。」との申し出があり、苦慮している。

問２：リクシアナの添付文書にはワソランとの併用と記載されているが、ワソランは「通常成人、1 回 1～2 錠（ベラパミル塩酸塩として 1 回 40～80mg）を、1 日 3 回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜減量する」となっており、投与量は 60mg～240mg と幅があり、少量投与でもリクシアナを減量しなくてはならないか、判断に迷う内容である。

宮崎県としてはワソランが 120mg 以下の時にはリクシアナ 60mg を認めている。ワソランが 120mg を超える時には、リクシアナ 60mg の必要性の詳記を求めている。  
各県の扱いについてお伺いしたい。

各県からの回答

【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>ワソラン併用の場合、120mg、240mg 共にリクシアナ 30mg までとしています。ヘルベッサ（ジルチアゼム）であれば、リクシアナ 60mg の併用を認めます。出血性副作用増加等を考慮して、用法、用量に関する注意通りとしてリクシアナ 60mg を認めることには消極的です。</p>
【熊本県】	<p>問 1 : ×、 問 2 : ×</p> <p>用量に関わらず、リクシアナとワソランの併用は認めない。</p>
【福岡県】	<p>問 1、2 一緒に回答いたします。リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に、「キニジン硫酸塩水和物、ベラパミル塩酸塩、エリスロマイシン、シクロスポリンと併用する場合には、本剤 30mg を 1 日 1 回経口投与すること。」との記載がありますので、ワソランの用量にかかわらず、リクシアナ 30mg までの処方と考えます。</p>
【鹿児島県】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>当県の社保としては、問 1 は×、問 2 は×と判断します。添付文書の記載通り、ワソランの投与量に関わらず、ワソラン併用時にはリクシアナは 30 mg に減量すべきです。もし、リクシアナ減量による脳梗塞のリスクの上昇を危惧されるのであれば、保険診療上は、減量なしにワソランと併用できる他の DOAC かワーファリンと併用投与すべきと考えます。</p> <p>&lt;国保&gt;</p> <p>循環器専門委員の意見</p> <p>基本的にはワソランは重症心不全には禁忌ですが、レートコントロールのために必要な患者がいます。また、ワソラン併用時のリクシアナは添付文書どおり 30mg までしか認めていません。それ以外の場合は、基本的には詳記が必要です。</p> <p>問 1    ×                      問 2    ×</p>
【佐賀県】	<p>&lt;社保&gt;</p> <p>問 1 ×</p> <p>添付文書に則って投与すべきと考える。ワーファリンと異なり、薬剤投与量の適正な指標がない現状では、出血傾向に対する懸念が常に存在する。医療機</p>

関からの“脳梗塞のリスクが上がる”という根拠より、メーカー側の根拠が科学的に実証済と思われる。もし、脳出血・消化管出血などの major side effect があった場合には、訴訟のリスクが増大するのではと懸念される。

問2 × 同上

<国保>

薬事承認事項のとおりベラパミル等と併用している場合はリクシアナは 30mg までしか認めていない。

#### 【宮崎県】

提案県

宮崎県としては血栓のリスクを踏まえて、ワソランが 120mg 以下の投与量の時にはリクシアナ 60mg の併用を認めている。ワソランの投与量が 120mg を超える時には、リクシアナ 60mg の必要性の詳記を求めている。査定の扱いにはしていません。

#### 【沖縄県】

(ワソラン 120mg 以上の併用の症例は経験ないが) 原則、主治医の裁量として減量査定はしていない。

#### 【大分県】

問1 ×

問2 ×

リクシアナの添付文書の用法及び用量に関連する注意に、「ベラパミル塩酸塩と併用する場合は、リクシアナ 30 mg を 1 日 1 回経口投与すること。」となっていることから併用投与の際、リクシアナは 30mg までしか認めていません。ワソランが頓服処方の場合はリクシアナを減量せず 60mg でも問題ないとしています。

## (12) 新規抗がん剤使用時の血液検査について (沖縄県)

## 《提案趣旨》

近年、悪性腫瘍の化学療法は分子標的薬の出現により各段の進歩を遂げています。従来の抗がん剤に加え、これらの新薬でも致死的な副作用が報告されています。薬剤により副作用の種類、頻度が異なっているにも関わらず一律また頻回に検査されているのが現状です。

当県では別紙のように検査に関して目安を定めようと考えています。各県での状況がどのようなになっているのか教えていただけますでしょうか。(別添資料あり)

## 各県からの回答

## 【長崎県】

〔回答記入欄〕

特に取り決めはありません。薬剤によりそれぞれ異なる規準を設けることは審査の実際上、繁雑になると思いますが、ある程度の規準は審査の統一性から必要と考えます。貴県の目安を参考にさせていただきたいと思います。

## 【熊本県】

決めていない。

## 【福岡県】

抗がん剤使用時の血液検査について

検査を算定する場合の疑い病名については、提出県と同様に CBC、生化学、CRP、尿沈渣等の基本的な検査は病名を求めています。それ以外の検査については「疑い病名」を求めています。

KL-6、SP-A、SP-D（胸写が必要）：間質性肺炎の診断として、3項目のいずれかを3か月に1回認めている。ただし、抗悪性腫瘍剤全般、免疫抑制剤等の投与開始や増量時には連月の算定を認める。（数値を含むコメントが必要）

BNP、NT-proBNP：原則、6カ月に1回まで。頻回に検査を必要とする場合は、必要性についてコメントを記載。（傾向的な場合は認めない）

以上が取り決め事項となります。

その他として、血液検査については各薬剤の添付文書に検査頻度の記載があるものは、記載に沿って審査が行われており、「定期的に行う」と記載があるものは医学的判断になると思われます。

## 【鹿児島県】

## &lt; 社保 &gt;

CBC や生化学や尿検査は月に1回であれば問題ありませんが、月に複数回の場合にはコメントや詳記の必要があると考えます。CRP や凝固系のその他の検査は、疑い病名を含めた適切な病名が必要で、算定の頻度に関しては、それぞれの新規抗がん剤の副作用出現頻度とそれぞれの検査項目により、個別の判断になります。上記理由により、一律の基準を設けることは難しいと考えます。

## &lt; 国保 &gt;

## 内科系審査委員の意見

末梢血、生化学、検尿あるいはCRP等の月1回の算定は認めています。新規抗がん剤による有害事象には、免疫チェックポイント阻害薬のように内分泌異常を呈するものもあります。新規抗がん剤による多岐にわたる有害事象チェックのための検査内容、検査頻度に一律の基準を設けることはかなり難しいと考えます。また現在、社保・国保審査会ともに審査格差解消のための作業が進行中であり、審査会独自の審査基準を新たに設定することも難しいと思います。現状は詳記・治療内容等を見て各審査委員の判断としています。

## 【佐賀県】

## &lt; 社保 &gt;

特に取り決めは行っていない。

頻回と考えられるような事例では症状詳記を求める事もある。

## &lt; 国保 &gt;

検査回数の取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。

## 【宮崎県】

化学療法中の検査の回数に関する取り決めはありません。

患者の状態、治療開始からの時期、医薬品の種類等、変化する因子が多く、新薬の薬価収載などもある事より、一律の審査は難しいと考えます。

今回ご提示戴いた目安は、今後の審査の参考とさせて戴きます。

## 【沖縄県】

提案県

## 【大分県】

化学療法時の血液検査については肝炎ウイルス検査（HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体は認める。）以外、特に定めていません。個々の薬剤の添付文書に記載された内容より必要性を判断しています。

(13) 血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変に対する薬剤塗布バルーン (DCB) の使用の詳細について (別添資料あり) (沖縄県)

《提案趣旨》

(日本心血管インターベンション治療学会より)

冠動脈インターベンション治療において薬剤塗布バルーン (DCB) の適用範囲の拡大が進み、薬剤溶出性ステント (DES) に加えて DCB での治療も一つの選択肢となってきました。このような状況の中、DCB の適用拡大のためには更なるエビデンス収集が必要であり、CVIT として、国内のリアルワールドエビデンスを構築することによって、その流れを推進及びサポートしたいと考えています。従来、DCB では 3.0mm 径以上の新規病変はオフラベルの状況ですが、今般薬事承認された DCB 製品では、行政と相談の上、3.0mm 径以上の新規冠動脈病変における成績に基づいて一定の条件下での使用が可能となりました。しかしながら、そのエビデンスはまだ十分ではありません。そのため、DCB 製品の 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変での使用については、DCB Real World Registry (研究代表医師：中村正人先生) への登録を、行政からの指導を受けて一定条件が付されている期間必須といたします。使用条件及び DCB 治療が考慮される症例及び病変については下記のとおりです。なお、当該レジストリーのプロトコルに記載の症例数を目途に、リアルワールドデータの収集を実施し、リアルワールドエビデンスを用いて、当該企業からの一変申請の承認後に 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変への一般使用が可能となる予定です。ステント再狭窄と小血管については当該レジストリー登録と関係なく通常の臨床使用が可能です。

記 1. 使用条件・DCB Real World Registry への登録

2. DCB 治療が考慮される症例及び病変

- ・出血リスクが高い患者又はステント留置に伴う長期の抗血小板療法が困難と考えられる患者
- ・ステントの成績が十分確立していない病変 (回旋枝入口部、分岐部側枝等)

ただし、DCB 治療時の前拡張において重度の解離が発生した場合は、急性冠閉塞のリスクがあるためステント留置を考慮する。

以上を踏まえて 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変に対して DCB に使用の際に、

①現時点で、3.0mm 径以上の新規病変に対して DCB に使用を認めていますか？

(認められている場合)

②症例のレジストリー登録の有無の確認をしていますか？

③DCB が考慮される病変の詳細を求めていますか？



## 各県からの回答

## 【長崎県】

〔回答記入欄〕

- ①3.0mm 径以上の新規病変に対して DCB の使用を認めています。  
 ②症例のレジストリー登録の有無の確認はしていません。  
 ③DCB 実施の場合、血管径の表記は求めています。

## 【熊本県】

当県では、該当例がない。

## 【福岡県】

- ①3.0mm 径以上の新規病変に対して、DCB の使用を認めています。  
 ②改正通知で、症例のレジストリー登録をレセプトに記載することまでは求められていないため、登録の有無の確認はしていません。  
 ③DCB が考慮される病変の詳記について、PCI 算定時には、DCB の使用如何にかかわらず下記事項の記載を求めています。
- ・ PCI 対象病変と各々の狭窄度
  - ・ 急性心筋梗塞と不安定狭心症に対する PCI を算定する場合はその要件
  - ・ PCI の成否
  - ・ 上記の記載がない場合には原則、事務で返戻とする
- この詳記の内容を確認し、DCB の使用が適切か否かの判断をしております。  
 具体的な記載事項については現在検討中です。

## 【鹿児島県】

（社保）当県の社保では、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB の使用に関して、令和 5 年 1/31 の通達に準じ、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB を算定する場合には、CVIT の DCB Real World Registry への登録が必要で、詳記あるいはコメントでの記載を求めます。もし、記載がない場合には、返戻で確認します。現時点では、CVIT の DCB Real World Registry への登録がなければ、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB の算定は認められません。

（国保）循環器専門委員の意見

血管径 3.0mm 以上の新規冠動脈病変に対する薬剤溶出バルーン（DCB）は認めていません。

これまでは、「SeQuent Please Neo ドラッグ イルーティング バルーンカテーテル」を対照血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変へ使用する際は、認めていません。しかしながら、今般、ニプロ株式会社の「SeQuent Please Neo ドラッグ イルーティング バルーンカテーテル」が、国内治験の結果を元に対照血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変への使用について適応拡大の製造販売承認を受けました。今後、要件がそろえば認める方針です。

「Agent パクリタキセルコーティッド バルーンカテーテル」の場合は、対照

血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変への使用については、DCB Real World Registry (Alliance Registry) に登録する症例のみに使用が可能です。鹿児島では登録施設はないため認めていません。

【佐賀県】

(社保)

①原則として対象血管径 3.0mm 未満としているが、症状詳記がある場合は、認める事例もあると考える。

②レジストリー登録の有無確認は行っていない。

③求めている。

(国保)

取決めは行っていない。登録の有無や病変の詳記も求めている。

【宮崎県】

①認めている。

②確認していない。

③詳記は求めている

【沖縄県】

提案県

【大分県】

① 血管径が 3.0 mm 以上と明確に判断できる場合は認めていない。

②現状は確認していない

② DCB に限定した詳記は特に求めている。

PCI に使用したデバイスについては詳記を求めています。血管径を記載している医療機関はないため DCB3.5 mm サイズを使用していても認めています。血管径が 3.0 mm 以上と記載がある場合はレジストリー登録の有無の確認が必要と考えます。

(14) アレルギー性鼻炎・花粉症に対する抗アレルギー薬の複数投与について (大分県)

《提案趣旨》

アレルギー性鼻炎・花粉症に対して複数の抗アレルギー（抗ヒスタミン）薬を処方しているケースがしばしばみられる。抗ヒスタミン薬は鎮静作用・抗コリン作用が強い第1世代抗ヒスタミン薬と、脳血液関門の透過性が少なく鎮静作用や抗コリン作用の弱い第2世代抗ヒスタミン薬に分類され、現在では後者が汎用されている。さらに、第2世代抗ヒスタミン薬は化学構造上、ピペリジン/ピペラジン系と三環系の2種に分類される。

これらの抗ヒスタミン薬の併用を認めるか、また認めるのであれば、どのような組み合わせで何剤まで認めているか、診療科（例えば内科、耳鼻咽喉科など）における差異がないかなどについて、各県の判断をお尋ねしたい。

【参考】第2世代抗ヒスタミン薬の化学構造による分類

・ピペリジン/ピペラジン系

オキサトミド（セルテクト R）、エバスチン（エバステル R）、フェキソフェナジン塩酸塩（アレグラ R）、ベボタスチンベシル酸塩（タリオン R）、セチリジン（ジルテック R）、レボセチリジン（ザイザル R）

・三環系

ケトチフェンフマル酸塩（ザジテン R）、アゼラスチン塩酸塩（アゼプチン R）、エピナスチン塩酸塩（アレジオン R）、ロタラジン（クラリチン R）、オロパタジン塩酸塩（アレロック R）

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

抗ヒスタミン剤＋抗アレルギー剤の併用は認めています。  
 系統の異なる抗アレルギー剤の併用も認めています。  
 内服薬と点鼻薬など投与方法の異なる併用は認めています。

【熊本県】

認めない。

【福岡県】

特段の取り決めはありませんが基本は抗ヒスタミン薬単剤ですが、症状に応じて抗ヒスタミン薬に加えて抗ロイコトリエン薬等の併用は認めています。花粉症、鼻アレルギーのガイドラインを参考にしています。診療科（耳鼻咽喉科、内科など）による差異はおおむねありません。

【鹿児島県】

（社保）当県の社保では、耳鼻科、内科、皮膚科とも抗アレルギー薬の2剤併用は認めており、組み合わせに関する縛りは設けていません。以前は、科による差がありましたが、現在は、統一しています。

（国保）耳鼻咽喉科審査委員の意見

アレルギー性鼻炎に対する抗ヒスタミン薬の2剤併用については、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の保険医療委員会全国会議でも何度か議題として取り上げられています。最近では、2021年の全国会議で質問事項に上がりましたが、抗ヒスタミン薬の2剤併用は原則として認められないとの見解でした。鹿児島県においても同様に、抗ヒスタミン薬の2剤併用は認めておりません。なお、抗ヒスタミン薬以外の薬効の異なる抗アレルギー治療薬との併用は可能です。

内科系審査委員

アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤の併用について審査基準は設けていません。同効薬（抗ヒスタミン薬）の2剤併用については、その必要性についてコメント・詳記等があった方が望ましいと考えます。

【佐賀県】

（社保）

「全国統一取り決め事項」により以下を認めている。

- (1) 抗ヒスタミン作用を持つ第1世代1種類と第2世代1種類
- (2) 抗ヒスタミン作用を持つもの1種類と抗ヒスタミン作用を持たないものの1種類
- (3) 抗ヒスタミン作用を持たないもので、作用機序の異なる2種類

	(国保) 併用に関する取決めは行っていない。
【宮崎県】	作用機序が異なる薬剤の組み合わせであれば2剤までの併用を認めている。 内科と耳鼻咽喉科での差異はありません。
【沖縄県】	同世代薬剤の併用は原則認めてはいませんが、異世代薬剤（第一世代のセレスタミンと第二世代の抗アレルギー薬など）は、作用機序が異なるため査定しておりません。内科、耳鼻科においても差異はありません。
【大分県】	提案県