

令和 6 年度
第 4 1 回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和 6 年 1 1 月 1 0 日（日） 10 時 40 分～12 時 40 分
場 所：ホテルニュー長崎 地下 1 階 「海鳳の間」
（長崎市大黒町 14 番 5 号 TEL 095-826-8000）

第 41 回九州各県内科審査委員懇話会

日時：令和 6 年 11 月 10 日（日）10 時 40 分～12 時 40 分

会場：ホテルニュー長崎 地下 1 階 「海鳳の間」

（長崎市大黒町 14 番 5 号 TEL 095-826-8000）

次 第

司会・進行 長崎県臨床内科医会副会長 中西 俊明

1. 開 会

2. 担 当 県 挨 拶 長崎県臨床内科医会 副会長 中西 俊明

3. 協 議

- （1）FDP と D-dimer の同時測定（熊本県）
- （2）同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中の帯状疱疹予防のためのアシクロビルの投与について（熊本県）
 - ①アシクロビルの（内服薬）をトレアキシン、ニンラーロ、カイプロリス使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して処方した場合の投与期間について
 - ②BTK 阻害剤（イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル）使用時の帯状疱疹の発症抑制におけるアシクロビル（内服薬）の算定と投与期間について
- （3）検査「血中エリスロポエチン」の適応病名について（福岡県）
- （4）ACE 阻害薬、ARB、MRA などの心不全薬とロケルマの併用について（福岡県）
- （5）救急医療管理加算（心不全）の算定における判定基準について（鹿児島県）
- （6）救急医療管理加算【呼吸不全】の算定における P/F 値の算出について（鹿児島県）
- （7）在宅当番医における休日加算について（佐賀県）
- （8）美容整形術後の合併症治療における保険診療上の取扱いについて（佐賀県）
- （9）リベルサス単独投与について（宮崎県）

糖尿病患者に対するリベルサス単独投与（単独投与を必要とした医学的理由の記載がない場合）の扱いについて。

 - 1 認めない（査定）。
 - 2 糖尿病での再診（フォローアップ中）であれば単独投与を認める。
 - 3 新患（糖尿病の診療開始日）であっても単独投与を認める。
 - 4 その他（具体的扱いを記載願います）

(10) エンシュア H の適応について（宮崎県）

長期に渡り経口摂取が困難な低栄養患者に対するエンシュア H の適応について。

- 1 無条件で認めている。
- 2 水分摂取の制限が必要と判る場合等（下記の①～③の状態であることがわかる傷病名もしくは注記の記載のある場合）でないと原則認めない。
- 3 その他（具体的な取り扱いを記載願います）

(11) 静注薬の PPI と静注薬のプリンペランの扱いに関して（沖縄県）

(12) 神経学的検査の算定頻度の目安について（沖縄県）

(13) 糖尿病患者に対するインスリン注射投与中の IRI の算定について（大分県）

(14) 甲状腺腫に対する TSH、FT3、FT4 の初診月以外の算定について（大分県）

(15) ケレンディア 10mg 錠およびリベルサス 7mg 錠の 2 錠投与について（長崎県）

(16) 気管支喘息診療におけるスピリーバレスピマットの査定状況につきまして、お尋ねしたい（長崎県）

4. そ の 他

5. 閉 会

提 案 事 項 及 び 各 県 か ら の 回 答

提 案 事 項

(1) FDP と D-dimer の同時測定 (熊本県)

《提案要旨》

プラスミンによるフィブリノーゲンおよびフィブリンの分解産物が FDP (fibrin and fibrinogen degradation products) であり、フィブリン血栓 (架橋化フィブリン) の分解産物が D-dimer である。DIC のスクリーニンなら FDP でよいと思われるが。さらに DIC の病型において線溶亢進の関与を確かめるために D-dimer を測定する (DD/FDP) が、FDP と D-dimer の同時測定が救急外来などで頻回にされることがある。当県では、同時測定は DIC の診断のためなら 1 回、DIC 疑いなら 2 回までとしている。

各県ではどう対応されているか。

各県からの回答

熊 本

<提案県>

福 岡

FDP と D-dimer 併施の取り扱いについて

1. 深部静脈血栓症や肺塞栓症などの病名の場合は FDP と D-dimer の併施は認めておりません。
2. 血液凝固異常の診断だけの場合は両者とも査定となります。
3. DIC 疑いの場合併算定は可能ですが、スクリーニング的に併算定している施設に対しては FDP のみとするなどの傾向査定となる可能性があります。また DIC 疑い病名での請求回数ですが通常は 1 回まで、詳記があれば 2 回までは可能と考えます。

線溶系亢進型 DIC の基礎疾患がある場合や妥当な詳記がある場合は併算定を認めます。

鹿 児 島

【社保の見解】

DIC 疑いで FDP と D-dimer の併算定はみとめず、どちらか一方のみ認めています。

DIC 診断後の FDP と D-dimer の併算定に関しては、線溶亢進型 DIC の鑑別に D-dimer/FDP が有用であるため 1 回に限って併算定を認める場合があります。

【国保の見解】

現在市販の FDP 検査キットは、FgDP (fibrinogen degradation products、一次線溶) と FnDP (fibrin degradation products、二次線溶) を同時に測定しており、別途、二次線溶の D-D を同日に測定することは重複、過剰と判断される。

特殊な病態 (急性前骨髄芽球性白血病、解離性大動脈瘤、転移性前立腺がんなど) では線溶亢進型 DIC を呈するときがあり、fibrinogen が先に分解され FgDP は上昇するが、fibrin 形成がゆるやかなため 2 次線溶の DD の上昇が

各県からの回答

| | |
|-----|---|
| | <p>mild となったり（乖離）、敗血症、悪性リンパ腫や子宮頸癌などでは fibrin 形成が速やかで FgDP と同じくらい D-D も上昇するなどの細かい軌態の差異が指摘されている。</p> <p>D ダイマーと FDP の併算定の場合、詳記等がなければ検査点数の関係で FDP を査定。</p> <p>FgDP と FnDP（すなわち D-D）を同時に測定が必要であれば、その理由の詳記が必要。</p> |
| 佐 賀 | <p>【社保】</p> <p>FDP と D-dimer の同時測定については、DIC(疑い含む)の病名があれば認めているが、算定回数については特に定めはない。</p> <p>測定間隔やレセプトの DIC 以外の傷病名・検査内容・治療内容によって審査委員各々で判断している。</p> <p>【国保】</p> <p>原則、併算定（同時測定）は認めていない。</p> |
| 宮 崎 | <p>原則として、同時測定は認めていません。</p> <p>診断基準を踏まえると D ダイマーを査定とすべきですが、審査においては、検査点数の低い FDP を査定しています。</p> <p>尚、他の血栓症病名等、医学的必要性がある場合は認めています。</p> |
| 沖 縄 | <p>当県では、社保国保で下記の差異がみられる。</p> <p>（国保）救急外来での FDP, D-dimer 同時算定は認めていない。</p> <p>（社保）貴県同様に「DIC 疑い」で、原則 2 回は認めている。</p> <p>しかし、確定診断後は基礎疾患や DIC の治療により病態は変動するため、同時測定の回数制限の取り決めは設けていない。</p> |
| 大 分 | <p>通常 DIC 疑いに対しては初回 FDP と D ダイマーの同時測定を認めています。</p> <p>FDP を加えた検査で DIC と診断された場合は D ダイマーの測定は妥当と考えます。DIC を疑われる状態は緊急、重症の場合があり、初回の検査で D ダイマーと FDP の併施は妥当と考えます。2 回目は線溶亢進の DIC かは判明しており、コメント・詳記がなければ不適當と考えます。</p> |
| 長 崎 | <p>FDP と D-dimer の同時測定は「DIC」または「DIC 疑い」の病名があるのならば通る。DIC 治療中の経過を見るための検査でも同時測定は通る。何回まで通るかはわかりませんが、漫然と続けると査定される。「凝固異常」や「血栓症」の病名では同時測定をすると査定される。</p> |

提 案 事 項

(2) 同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中の帯状疱疹予防のためのアシクロビルの投与について (熊本県)

- ①アシクロビルの(内服薬)をトレアキシシ、ニンラーロ、カイプロリス使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して処方した場合の投与期間について
- ②BTK 阻害剤(イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル)使用時の帯状疱疹の発症抑制におけるアシクロビル(内服薬)の算定と投与期間について

《提案要旨》

当県での取り扱いは、下記の通りです。

※添付資料 51 ページ

- ①同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中で、ベルケイド、カイプロリス、ニンラーロ、トレアキシシ使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して「アシクロビル(内服薬)」を投与する場合、投与期間は治療中、及び治療終了後1年間とする。
- ②同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中で、BTK 阻害剤(イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル)使用時の帯状疱疹の発症抑制に対してアシクロビル、(内服薬)の投与を認める。また投与期間は治療中、及び治療後1年間とする。

貴県での取り扱いについてお伺いしたい。

各県からの回答

熊 本

<提案県>

福 岡

投与期間については、今のところ①②とも取り決めはなく審査員の判断に委ねられます。

算定については原審の段階でコメントを求め、投与の必要性について記載があれば審査員の判断で認められます。

鹿 児 島

【社保の見解】

- ① ベルケイド、カイプロリス、ニンラーロ、トレアキシシ投与終了後3か月程度は免疫抑制作用が持続すると考え、投与終了後3か月まではアシクロビルの予防内服を認める。
- ② BTK 阻害剤のイムブルビカとカルケンスとベレキシブルに関しては、添付文書の「重要な基本的注意」の記載内容を鑑み、これらの薬剤使用時の帯状疱疹の発症抑制に対してアシクロビル(内服薬)の投与を認める。保険適応がないため、アシクロビルの予防投与は認めない。イムブルビカとカルケンスとベレキシブル終了後は、上記理由により、投与終了後3か月まではアシクロビルの予防内服を認める。

佐 賀

【国保の見解】

①の薬剤の適応は以下の通りです。

トレアキシシ 低悪性度 B 細胞リンパ腫 マントル細胞リンパ腫 慢性リンパ性白血病 再発・難治びまん性大細胞リンパ腫
ニンラーロ 多発性骨髄腫
カイプロリス 再発・難治多発性骨髄腫

ニンラーロ、カイプロリスは骨髄腫の治療薬であり比較的長期に使用する薬剤。トレアキシシも慢性リンパ性白血病の治療薬として選択した場合は、効果がある限り長期使用となることが多い。疾患による免疫抑制に加え、薬剤による免疫抑制も加わり帯状疱疹の合併頻度が高い。上記薬剤については資料にあるように社会保険診療報酬支払基金のホームページの審査情報提供事例に記載されているようにアシクロビルによる帯状疱疹の発症抑制は適応として認めている。

治療終了後はいつまでという取り決めはないが、治療内容や詳記等を参考に決定している。

【社保】

当県でも、造血器悪性腫瘍治療中のアシクロビル投薬に関して、用量・用法外の投薬例が多いが、疾患や治療の特異性を考慮し、その必要性や投与法に関する詳記があれば、認めている。投与期間についても、特に定めてはいないが、貴県提案の治療終了後 1 年間は妥当な期間ではないかと思われます。

詳記の記載が無い場合は、返戻としている。

【国保】

投与は認めているが、期間に関する取決めは行っていない。

宮 崎

投与期間は、治療継続中および治療終了後半年程度を目途にしています。

しかし、明確に 6 か月までは認めて 7 か月は査定との扱いをしている訳ではありません。

沖 縄

貴県同様に原則として示された薬剤の治療期間中および治療終了後 3 か月から 1 年間程度予防投与を認めている。

各県からの回答

大 分

- ① トレアキシン、ニンラーロ、カイプロリス使用中は認めます。使用後は免疫の状態を見て判断しますが、1年間を目安とします。ただし、詳記・コメント等も考慮します。
- ② BTK 阻害剤使用中は認めます。使用後は免疫の状態を見て判断しますが、1年間を目安とします。ただし、詳記・コメント等も考慮します。

長 崎

ボルテゾミブ（ベルケイド）使用時は「带状疱疹の発症抑制」という病名でアシクロビル（内服薬）は通る。しかし、同じプロテアソーム阻害薬であるニンラーロ、カイプロリス使用時は審査する人によって通るかどうかわからない。化学療法中の予防投与ということで通ることが多いとは伺っている。トレアキシン、イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル使用時も化学療法中の予防投与ということで通ることが多いとは伺っている。投与期間は化学療法中と考えます。重要なのは病名が「带状疱疹の発症抑制」であることで「带状疱疹」、「単純疱疹」、「性器ヘルペス」などは急性疾患と捉えられ、7日間を超えると査定される。

九内懇 2 参考資料

【審査情報提供事例】

原則として「アクシロビル（内服薬）」を次の薬剤使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して算定を認める。

- ・ベルケイド（ボルテゾミブ）→ボルテゾミブ使用時の管理としてアクシロビル算定可（平成 23 年 9 月 26 日公表）
 - ・トレアキシン（ベンダムスチン）
 - ・カイプロリス（カイフィルゾミブ）
 - ・ニンラーロ（イキサゾミブクエン酸エステル）
- （令和 1 年 9 月 30 日公表）

【添付文書の「重要な基本的注意」】

イムブルビカカプセル 140mg

肺炎、敗血症等の重篤な感染症や日和見感染症が発現又は悪化することがあり、B 型肝炎ウイルス、結核、帯状疱疹等が再活性化するおそれがあるので、本剤投与前に適切な処置を行い、本剤投与中は感染症の発現又は増悪に十分注意すること。

カンケンスカプセル 100mg

○感染症（アスペルギルス症等の日和見感染症を含む）の発現、若しくは悪化、又は B 型肝炎ウイルスの再活性化があらわれることがあるので、本剤投与に先立って肝炎ウイルス等の感染の有無を確認すること。本剤投与前に適切な処置を行い、本剤投与中は感染症の発現又は悪化に十分注意すること。

ベレキシブル錠 80mg

○感染症（日和見感染症を含む）の発現若しくは悪化、又は B 型肝炎ウイルス、帯状疱疹等の再活性化があらわれることがあるので、本剤投与に先立って肝炎ウイルス等の感染の有無を確認すること。本剤投与前に適切な処置を行い、本剤投与中は感染症の発現又は悪化に十分に注意すること。

(3) 検査「血中エリスロポエチン」の適応病名について (福岡県)

《提案要旨》

当県では腎性貧血治療薬である HIF-PH 阻害薬については「慢性腎不全」の病名記載をすることなく「腎性貧血」の病名で認められていますが、一方で腎性貧血の診断の際に行う血中エリスロポエチンの検査は「腎性貧血の疑い」のみでは認められず、「慢性腎不全」の病名を必要としています。

糸球体濾過量 (GFR) が比較的保たれた腎機能低下が軽度の症例であっても、他に貧血の原因が見当たらず、反応性の血中エリスロポエチン上昇が認められない場合には腎性貧血と診断してよいと考えられます。

「慢性腎不全」の病名記載については併用薬が査定されやすくなることも懸念されますし、そもそも「慢性腎不全」の定義自体が曖昧でありますので、「慢性腎不全」ではなく「慢性腎臓病」の確定病名と「腎性貧血の疑い」で血中エリスロポエチンの検査は認められてよいのではないかと考えます。

他県ではいかがでしょうか？

各県からの回答

熊 本

現在は慢性腎不全の病名を必要としているが、慢性腎臓病でも差し支えないと考えます。

福 岡

<提案県>

鹿 児 島

【社保の見解】

慢性腎臓病の中に慢性腎不全が入ると考え、血中エリスロポエチンの検査に関しては、「慢性腎臓病」の確定病名と「腎性貧血の疑い」で認めています。

【国保の見解】

エリスロポエチンの検査適応は

ア 赤血球増加症の鑑別診断

イ 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における腎性貧血の診断

ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定となっています。

慢性腎臓病 (CKD) は GFR の数値によって G1-G5 (腎機能正常一高度低下ないし末期腎不全) に分類されています。慢性腎臓病の病名では腎機能はどの程度低下している状態なのか不明であり、慢性腎臓病+腎性貧血疑いでのエリスロポエチン測定は認められないと思います。

佐 賀

審査の現場では慢性腎不全など腎性貧血の基礎疾患の病名がなく腎性貧血疑いでエリスロポエチンの検査がある、あるいは腎性貧血の病名でエリスロポエチン製剤の治療が行われているが、基礎疾患（慢性腎不全等）の病名がないといった例が散見されます。

【社保】

支払基金の全国統一の見解として

- ①慢性腎不全のある腎性貧血(疑い含む)に対するエリスロポエチンの算定は、原則として認められる。
- ②慢性腎不全のない腎性貧血(疑い含む)に対するエリスロポエチンの算定は、原則として認められない。
- ③次の傷病名等に対する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

となっていることから、提案の内容は上記②、③－(3)に該当する案件と思われる査定としている。

【国保】

腎性貧血の疑いのみでなく、慢性腎不全の病名も必要としている。
なお、慢性腎臓病では認めていない。

(留意事項通知)

エリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。

- ア 赤血球増加症の鑑別診断
- イ 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、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
- ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定

宮 崎

慢性腎不全（または慢性腎臓病）（腎機能障害は不可）の存在を前提とした腎性貧血の疑いでないと認めていません。

沖 縄

国保社保で下記の差異がある。

（国保）①赤血球増加症、②腎性貧血（慢性腎不全、透析患者）、③骨髄異形成症候群に伴う貧血の診断、治療方針のために実施した場合に算定を認めている。

ただし、“慢性腎不全”については、慢性腎臓病 G4、G5 等の grade を記載した病名があれば、腎性貧血の疑いで検査適応に値すると考える。

大 分

(社保)「重度の慢性腎不全」の定義が曖昧で、当県でも「慢性腎臓病」のステージ詳記と「腎性貧血(疑い)」で認めてほしいとの意見があるが、現時点では認めていない。また、「腎性貧血(疑いを含む)」のみでは、認めていない。

支払基金の「審査の一般的な取扱い」(令和6年2月29日公表)にて、以下の取扱いが示されましたので、「慢性腎臓病」の確定病名と「腎性貧血の疑い」では認めていません。ただし、慢性腎臓病G4期以上の記載があれば認めています。

＜審査の一般的な取扱い＞「46 エリスロポエチンの算定について」

○取扱い

① 次の傷病名に対する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

② 慢性腎不全のない腎性貧血(疑い含む)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。

慢性腎不全のある腎性貧血(疑い含む)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る。

長 崎

血中エリスロポエチン測定は「腎性貧血」、「腎性貧血疑い」の病名だけでは通らない。必ず「慢性腎不全」か「慢性腎臓病」の病名がセットとして必要である。

余談ですが、血液内科では腎性貧血と鑑別が難しい血液疾患として赤芽球癆と貧血だけの骨髓異形成症候群がある。腎性貧血では血中エリスロポエチンが比較的低値を示すのに対し、赤芽球癆、骨髓異形成症候群では異常高値をとることがしばしばある。これが診断の補助となるのですが、「赤芽球癆」、「骨髓異形成症候群」という病名では血中エリスロポエチン測定は通らない。ただしネスプなど骨髓異形成症候群に適用があるエリスロポエチン製剤があるので骨髓異形成症候群の治療目的で血中エリスロポエチン測定をする場合は上記の「腎性貧血」などの病名がなくても通る。血中エリスロポエチン濃度500mIU/ml以下の場合にエリスロポエチン製剤を使用することが推奨されている。

HIF-PH阻害薬についても「腎性貧血」だけでは不十分であり、「慢性腎不全」か「慢性腎臓病」の病名がセットとして必要のようです。

提 案 事 項

(4) ACE 阻害薬、ARB、MRA などの心不全薬とロケルマの併用について (福岡県)

《提案要旨》

ロケルマの適応は現在高カリウム血症のみとなっています（慢性腎不全の併記は添付文章上ありません）

現在収縮率の低下した左心不全（HFrEF）の基本薬は RAS 系阻害薬、 β 遮断薬、SGLT2 阻害薬、MRA となっていますが、ACE 阻害薬、ARB、MRA は高 K 血症に禁忌となっています。

ロケルマを使用すると保険者よりこの心不全薬の査定申請があります。

高 K のためこれらの薬剤をやめると心不全の予後が悪化する evidene もあり、K バインダーを使用しながら RAS 系阻害薬や MRA を使うことが推奨されています。

ロケルマとこれらの薬剤の併用は認められるべきだと思いますがいかがでしょうか？

各県からの回答

熊 本

ロケルマは K を吸着するとき Na を放出するので、添付文書上は心不全への使用は禁忌とされています。したがって左心不全のある場合は他の高 K 血症治療薬を使うことになります。

福 岡

<提案県>

鹿 児 島

【社保の見解】

ロケルマの併用禁忌薬・併用注意薬に RAS 系阻害薬や MRA の記載はありません。主治医の裁量により慎重投与されているものと判断し、併用は認めています。

【国保の見解】

十分な詳記の記載があれば認められるべきと思われます。（HFrEF に対して ACE/ARB/MRA 等は必要な薬剤であり、予後の点からも K 値をコントロールして投与すべきかと思います。）

佐 賀

【社保】

RAS 系薬剤とロケルマの併用は、ご提案通り、心不全の治療上必要な患者に対しては原則認められると考える。

①少なくとも、ACE-I、ARB については、高 K 血症時には禁忌とはなっておらず、慎重投与となっている。

②MRA（アルダクトン・セララ）については高 K 血症に対して禁忌となっているが、コメントに“腎機能は保たれており、K 排泄能も保たれてい

各県からの回答

る旨 “の記載があれば併用も認めてよいと思う。

又、MR A とロケルマの併用禁忌は添付文書にはなく、併用時には、カリウム値の変動に注意する事となっている。

【国保】

禁忌に関しては原則査定対象としているが、必要性や禁忌病名の管理についてのコメントがある場合は、施設側の責任のもと投与されていると判断し認めている。

宮 崎

原則として認めていますが、医学的必要性等の注記が必要と考えています。

沖 縄

貴県のご意見に賛同する。

RAS 系阻害薬は、高 K 血症に対して禁忌とされているが、重度の心不全に対しては K バインダーを用いての投薬も推奨されている。以上より、病状を勘案した主治医の裁量として、慎重投与されたものと判断し、認めている。

大 分

心不全薬を投与することによりカリウムが上昇し、ロケルマを緊急的に 1～2 週間投与することは認められると考えます。

長 崎

RAS 系阻害薬や MRA の必要性が明確な症例では、高カリウム血症の病名があっても査定すべきではないと考えます。

提 案 事 項

(５) 救急医療管理加算（心不全）の算定における判定基準について（鹿児島県）

《提案要旨》

- ・心不全症例において、NYHA III° ～IV° であれば『心不全で重篤な状態』と判断して救急医療管理加算 1 を算定してよいのではないのでしょうか？
- ・NYHA I° ～II° の心不全であれば、検査所見や理学所見の追記を条件にして、救急医療管理加算 2 の算定の妥当性を検討してもよいかと思います。
- ・いずれにしても心不全症例での救急医療管理加算 1 と 2 をより明確に区分けするための基準設定を要望したいと思います。

各県からの回答

熊 本

救急管理加算は入院時の病状や重症度により算定されるので、日常性の重症度分類である NYHA 分類で算定を規定するのは難しいと思われます。算定の妥当性を確認には詳記を参考にするしかないと思います。

福 岡

心不全症例の救急医療管理加算算定の判断基準として NYHA 分類を用いることはクリアカットではあると思います。しかしながら実際の診療内容から推察される重症度と異なるケースもでてくることが考えられ、NYHA 分類の記載だけでは判断が難しく、現時点では審査員の判断に依らざるを得ないと思います。ただし今後のご提案されたように、例えば緊急手術が行われた場合は救急医療管理加算 1 を、それに準ずる緊急の侵襲検査・処置が行われた場合は救急医療管理加算 2 を算定できる、など診療内容に則したかたちで、ある程度具体的な条件を挙げたほうがよいように思います。

鹿 児 島

< 提案県 >

佐 賀

【社保】

NYHA－Ⅲ度～Ⅳ度については、加算 1 を算定してよいと思うが、NYHA－Ⅰ度～Ⅱ度については加算 2 が妥当とは限らず、基礎心疾患や合併症等を勘案して判断すべきと考える。貴見の検査所見や理学所見の追記を条件にして算定の妥当性を検討するとの提案に同意します。

加算 2 の算定条件を明確な基準設定で判断するのは困難な場合もあるのではないかとされる。

各県からの回答

【国保】

下記の基準で審査を行っている。

なお、「△」については個々の事例により医学的判断とする。

| 分類 | 救急医療管理加算 1 | 救急医療管理加算 2 |
|--------|------------|------------|
| NYHA 1 | × | × |
| NYHA 2 | × | △ |
| NYHA 3 | △ | △ |
| NYHA 4 | ○ | ○ |

宮 崎

①NYHA 3～4 度の場合は救急医療管理加算 1 を認めています。

②NYHA 1～2 度は原則として救急医療管理加算 1 は認めていません。

この場合、注記の医学的根拠を踏まえて救急医療管理加算 1 を認めるか救急医療管理加算 2 に査定するかを判断しています。

注記のない NYHA 1 度は査定としています。

沖 縄

NYHA III° 以上で救急医療管理加算 1 を NYHA I-Ⅱ° で救急管理加算 2 を算定している。NYHA 分類については、詳記より判断している。

大 分

NYHA 分類について、概ね III° ～Ⅳ° は「心不全で重篤な状態」と判断して差し支えないと思いますが、患者の基礎疾患や症状詳記の内容により状態が異なると思われ、一律に数値のみで救急医療管理加算を区分することはしておりません。心不全であれば急変で合併症を引き起こすこともあり、救急医療管理加算の算定は主治医の裁量とも考えます。

長 崎

NYHA 分類は日常生活活動制限による心機能分類と考えます。来院時の状態として単に NYHA 分類で救急医療管理加算 1 または 2 の適応を判断するのではなく、ⅡからⅣに変化したとか変化の状態なども判断基準に必要ではないでしょうか。

提 案 事 項

（６）救急医療管理加算【呼吸不全】の算定におけるP/F値の算出について（鹿児島県）

《提案要旨》

呼吸不全における換気療法として、Nasal high flow や NPPV が多く使用されていますが、救急医療管理加算【呼吸不全】の算定においてP/F値を算出する際に、これらの換気法では FIO2 の算出基準が明確ではありません。FIO2 の合理的な算出法の提案を要望します。

各県からの回答

熊 本

換気方法が異なっても吸入酸素濃度（FiO2）は投与した酸素量によると思われます。

室内気；約 21%、

酸素流量 1L/min：約 24%、2 L/min：約 28%、3 L/min：約 32%、etc

福 岡

Nasal High Flow（NHF）も NPPV も以下の方法で FiO2 を算出できます：

酸素流量と空気流量の比率を使用：酸素と空気の流量を調整することで、FiO2 を設定します。例えば、酸素流量を 20L/min、空気流量を 40L/min に設定すると、FiO2 は約 47%になります。

酸素ブレンダーの使用：酸素ブレンダーを使用して、酸素と空気の混合比率を調整し、FiO2 を設定します。ブレンダーには酸素濃度計が付属しており、正確な FiO2 を確認できます。

鹿 児 島

<提案県>

佐 賀

【社保】

沖縄県の審査委員会において、別紙の通り暫定取り決めがなされており、令和 6 年 8 月に九州各県の審査委員会への見解が確認されている所です。

佐賀県の場合は、沖縄県と同意見。

※添付資料 61 ページ

【国保】

$P/F \text{ ratio} = PaO_2 / FIO_2$

NPPV 装着の場合 FIO2 は器械に表示されているので P/F 比は出せるそうです。

Nasal High Flow は酸素流量と myAirvo2 目標流量設定から換算表があるので FIO2 は算定できるとして、器械を提供する Teijin より説明があった。

宮 崎

貴県のとおりです。明確な算出基準の策定を望みます。

沖 縄

P/F \geq 300 で救急管理加算 2 を P/F<300 で救急管理加算 1 を算定している。
FiO₂ の算出方法については酸素吸入方法と吸入量による算出表が一般的に用いられている。
(参照) 社保では、救急医療管理加算 1 の判断基準について別表のような取り決めがある。

| 九内懇 提案事項(6) 沖縄県 別表 | |
|--|--|
| 救急医療管理加算1の判断基準について(沖縄県審査委員会暫定取決) 令和6年5月審査～ | |
| 救急医療管理加算1の判断基準については審査委員個々の考え方に相違があるため、原審査で請求どおりとなったレセプトが再審査で査定となり審査結果に差異が出ているため暫定取決を行った。 (沖縄審査委員会で一定の基準を定め審査結果に差異が生じないよう検討) | |
| 基準案: 救急医療管理加算1「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」 | |
| P/F比200未満 | → 救急医療管理加算1を認める。 |
| P/F比200～300未満 | → 救急医療管理加算を1認める。 ただしA-DROPスコア「0」又は「1」については重症と判断できないため救急医療管理加算2が妥当と考える。 |
| P/F比300～400未満 | → 詳記がなければ救急医療管理加算2が妥当と考えるが、医療機関からの詳記(明らかに呼吸状態が重症と説明された場合、あるいは他の要件を加味して総合的に重症と判断できる場合)より救急管理加算1が妥当と判断できる場合は救急医療管理加算1を認める。 詳記がない場合は救急医療管理加算2へ査定(詳記求めるため返戻してもよい) |
| P/F比400以上 | → 救急医療管理加算2へ査定 (医科点数表解釈では、救急入院が必要であると判断した医学的根拠を摘要欄に記載とあるがP/F比400以上は重症と判断しないため) |

大 分

「FI02 の合理的な算出法」の質問の意図が把握できておりませんが、機械的に表示される FI02 では不都合があるということでしょうか。救急医療管理加算については、FI02 等の数値のみでなく、症状詳記や他の傷病名等も含め、個別に判断しています。

長 崎

救急医療管理加算(呼吸不全で重篤な状態)算定の妥当性について、P/F 値は参考にしますが、レセプトを通覧して判断しています。PaCO₂ を考慮していないなどの問題はあると思いますが、合理的算出法については皆様の御意見を伺いたいと思います。

救急医療管理加算1の判断基準について（沖縄県審査委員会暫定取決）

救急医療管理加算1の判断基準については審査委員個々の考え方に相違があるため、原審査で請求どおりとなったレセプトが再審査で査定となり審査結果に差異が出ているため暫定取決を行った。
（沖縄審査委員会で一定の基準を定め審査結果に差異が生じないよう検討）

基準案：救急医療管理加算1「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」

P/F比200未満 → 救急医療管理加算1を認める。

P/F比200～300未満 → 救急医療管理加算1を認める。
ただしA-DROPスコア「0」又は「1」については重症と判断できないため救急医療管理加算2が妥当と考える。

P/F比300～400未満 → 詳記がなければ救急医療管理加算2が妥当と考えるが、医療機関からの詳記（明らかな呼吸不全が確認できる場合、あるいは他の要件を加味して総合的に重症と判断できる場合）より救急医療管理加算1が妥当と判断できる場合は救急医療管理加算1を認める。
詳記がない場合は救急医療管理加算2へ原則、査定。

P/F比400以上 → 救急医療管理加算2へ査定。
（医科点数表解釈では、救急入院が必要であると判断した医学的根拠を摘要欄に記載とあるがP/F比400以上は重症と判断しないため）

【適用開始日】令和6年5月審査

(7) 在宅当番医における休日加算について (佐賀県)

《提案要旨》

当県では「急病等やむを得ない理由により受診した患者については休日加算が算定できるが、通常の再診については算定できない」としてきました。今回在宅当番医から「定期薬がなくなるので処方した」とのコメントで休日加算が算定されたため査定したところ医療機関から再審査請求がありました。九州厚生局佐賀事務所へ照会したところ口頭の返事でしたが、「医科点数表の解釈の通知にある休日加算の算定要件 イ. に掲げる(イ)と(ロ)は別に考えて、在宅当番医は(イ)の③に該当する」ので算定できるとの返事でした。

貴県では急病等やむを得ない理由もなく単に定期薬のみを処方された場合、休日加算の算定はいかがされていますか。

(19) 休日加算

ア 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第 3 条に規定する休日をいう。なお、1 月 2 日及び 3 日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③ 「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(ロ) 当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記（イ）以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ 休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

各県からの回答

| | |
|-------|--|
| 熊 本 | 定期薬のみの処方には休日加算は算定されない。 |
| 福 岡 | イの（イ）に記載があるように当番医（③に該当）を受診した場合、緊急性の有無に関わらず算定可であり、当番医でない場合には（ロ）が適用され緊急性がなければ算定できないことになります。 |
| 鹿 児 島 | <p>【社保の見解】</p> <p>急病等やむを得ない理由もなく単に定期薬のみを処方された場合、休日加算の算定は認めていません。</p> <p>【国保の見解】</p> <p>ほとんど申し出がなく、把握できないのが実情。保険者からの申し出で再審査、査定した事例はあります。</p> |
| 佐 賀 | <提案県> |
| 宮 崎 | ルールの問題として厚生局が認めるとの判断をしているのであればそれに従うべき内容ですが、今回問題提起の定期処方についての現場の感覚としては、「かかりつけの患者が定期薬のみで受診した場合は「とらない」、他院通院中の患者が、定期薬を希望された場合は「とる」」程度で線引するべきと思います。 |
| 沖 縄 | 当県では現時点では、特に取り決めはなく、休日加算の算定を認めている。症例が少なく、あまり問題となっていない。 |
| 大 分 | <p>九州厚生局の回答どおりの扱いとしています。</p> <p>通知にて、「イ 休日加算は次の患者に対して算定できるものとする」とあり、（イ）については「急病等やむを得ない理由により受診」という要件はありません。救急当番医等であれば、急病でなくても休日加算は算定できます。レセプトに「休日当番医」と記載していただくこととしています。</p> |
| 長 崎 | 在宅当番医制は救急医療の確保のためと記載されています。休日に開院していたからと言って定時薬の処方のみのための受診に対しては、救急医療ではなく休日加算は認めるべきではないと考えます。実際にそのようなケースでは休日加算は算定していないようです。請求するなら休日分は患者の全額自己負担が適当と考えます。 |

提 案 事 項

(8) 美容整形術後の合併症治療における保険診療上の取扱いについて (佐賀県)

《提案要旨》

福岡市の美容整形外科の術後、発熱と蜂窩織炎で来院されたケースです。

美容クリニックは土日・夜間は電話対応を行わない方針が多いため、佐賀県内の保険医療機関を受診されました。自由診療後のトラブルについて、医療保険で診療可能か否か、ご教示ください。

各県からの回答

熊 本

自由診療なので医療保険は適用されない。

福 岡

原因が何であれ、保険診療の適応となる病名があれば医療保険での診療は可能と考えられます。

鹿 児 島

【社保の見解】

医療機関の判断に委ねられているのが現状です。自由診療後のトラブルに関しては、過去には自由診療が主流だったようですが、現在での方針は、一次的なトラブル（例：豊胸バッグの痛みのための除去）は自由診療、二次的なトラブル（例：脂肪吸引術後の蜂窩織炎）については保険診療を考慮するといった方針です。

【国保】

国保は事例なしとのことでした。

佐 賀

<提案県>

宮 崎

基本的な考え方は自由診療で発生した問題は、自由診療で解決するべきと思います。通常とは逆のパターンですが混合診療になると考えます。

他の医療機関に依頼する場合でも保険診療にはそぐわないと考えます。

質問の「医療保険での診療の可否」については不可と考えます。

沖 縄

原則、保険診療外と考え、手術を施行した医療機関の受診を促すことが望ましいと考える。

ただ、治療を受けた医療機関で対応できなかったり、術後長期間が経過しており症状誘因が手術合併症であると明確に判別できない場合など、対応した医療機関において“蜂窩織炎”等の病名で通常の保険診療を行っていることも考えられる。

(美容外科による合併症であると詳記はほとんどみられないため、通常の保健診療と見分けがつかない。)

各県からの回答

大 分

自由診療を行った医療機関とは別の医療機関を受診しており、傷病を発症している状態ですので、保険診療に該当すると考えます。

長 崎

当県ではこれまでのところ表立って提案のようなケースは発生していないと思われます。発熱や蜂窩織炎で来院されたら、原因の如何にかかわらずその病名のもとに通常診療、通常請求をされると思われます。請求上問題であれば明確な除外規定が必要ではないでしょうか。

提 案 事 項

(9) リベルサス単独投与について (宮崎県)

糖尿病患者に対するリベルサス単独投与（単独投与を必要とした医学的理由の記載がない場合）の扱いについて。

- 1 認めない（査定）。
- 2 糖尿病での再診（フォローアップ中）であれば単独投与を認める。
- 3 新患（糖尿病の診療開始日）であっても単独投与を認める。
- 4 その他（具体的扱いを記載願います）

《提案要旨》

当該医薬品の保険メモに「関係学会のガイドライン等における GLP-1 受容体作動薬の位置付けに留意し、他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載（令和 2. 11. 17 保医発 1117 第 3 号）」との通知があることより、単独投与で必要理由の記載がない事例に対して、保険者からの再審査請求がなされている。

同一成分の注射薬（オゼンピック皮下注）には、理由記載の縛りがないことより、単独投与の場合、注射薬から経口薬へ変更するだけでも記載義務が生じることになる。

医療機関からは「肥満症患者に糖尿病の傷病名を付けて使用する医療機関に対する対策としての通知であることより、糖尿病であることがレセプトから読み取れる場合や糖尿病の病歴が長い場合は認めるべき。」との意見が寄せられている。

社保の他支部でも認めているところと、認めていないところがあるようであり、審査対象となる事例数も多いことより、審査において差異がない審査が求められる内容と考え提案いたしました。

各県からの回答

熊 本

糖尿病であればリベルサスは単独投与でも認める (②)

福 岡

医学的理由の記載がない場合、事務レベルで返戻を行いコメントを求めます。単独投与を認めるかどうかについてはコメントの内容により審査員の判断となります。(例えば再来であれば「食事療法・運動療法を行ったが改善が認められず過食・肥満傾向が持続するため投与が必要であった」、あるいは新患であっても「他院ですでに他の薬剤による治療を受けたが改善しないため」などの理由があれば認められると思われます。)

鹿 児 島

【社保の見解】

1 認めない。単独投与を必要とした医学的理由の記載があれば、記載内容を検討して認めることがある。

| | |
|-----|---|
| | <p>【国保の見解】</p> <p>1 認めない。オゼンピック注射に比べ、コスト面からやせ薬として、糖尿病でない患者が処方希望する場合があるのだと思います。血糖コントロールのために、初回からいきなり単独でリベルサスを処方することは通常臨床上ありえないと考えるので、糖尿病の診断名があっても、メトホルミンなどの他の薬剤使用がない場合は、糖尿病という病名がたとえあっても、リベルサス単独使用の場合、しかるべき理由の記載がやはり必要と考えます。オゼンピックの場合は、初回から単独で使用する事は、ほぼ無いと思います。</p> |
| 佐 賀 | <p>【社保】</p> <p>提案事例の様な経験なく（本部チェックにかからない？）、取扱としては決めている。事例があった場合は、貴県提案の中にあるように、通知がある以上、査定となっても致し方ない事例と思われるが、返戻の扱いとする可能性が高いと考えます。</p> <p>【国保】</p> <p>他の経口血糖降下薬の服薬歴がある場合は理由の記載がなくても認めているが、適正な審査ができるよう医療機関に対しては過去の服薬歴の有無に関係なく、単独投与の場合は理由を記載するようお願いしている。</p> |
| 宮 崎 | <p><提案県></p> <p>2 糖尿病での再診（フォローアップ中）であれば単独投与を認める。</p> <p>診療開始日の単独投与については、医学的理由の注記なしでは原則認めていません（返戻扱いとしています）。</p> <p>診療開始日以外においては、罹病期間、適切な検査の有無を踏まえて単独投与の理由記載なしで認めています。</p> <p>要望</p> <p>リベルサスの有用性を踏まえて、美容目的等ではないと判断できるときには初回単独投与であっても理由の記載なしで認める扱いとして戴きたい。</p> |
| 沖 縄 | <p>(3)</p> <p>(理由) 「2型糖尿病の薬物治療のアルゴリズム（第2版）」によると、GLP-1受容体作動薬は初期治療選択薬剤にあげられており、2型糖尿病確定であれば、算定可能と考える。特に記載は求めている。</p> |
| 大 分 | <p>4</p> <p>記載要領に定められた内容の記載もれについては返戻しています。</p> |
| 長 崎 | <p>単なる肥満症で体重減量目的の投与ではなく、傷病名、診療内容等より糖尿病治療の目的と確認できるレセプトであれば、新患であっても単独投与を認めるべきだと考えます。薬効上からも問題ありません。</p> |

(10) エンシュア H の適応について (宮崎県)

長期に渡り経口摂取が困難な低栄養患者に対するエンシュア H の適応について。

- 1 無条件で認めている。
- 2 水分摂取の制限が必要と判る場合等（下記の①～③の状態であることがわかる傷病名もしくは注記の記載のある場合）でないと原則認めない。
- 3 その他（具体的な取り扱いを記載願います）

《提案要旨》

エンシュアリキッドに対してエンシュア H は 1.5 倍の濃度であり、効能・効果は下記のようになっている。

- ①水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）
- ②安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）
- ③経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）
- ④経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）

このため、保険者より「単に経口摂取困難かつ低栄養の傷病名」のみの患者に対する投与事例に対して「エンシュア H の算定は如何でしょうか。本剤は、エンシュアリキッドと適応が異なります。適応：水分の摂取制限が必要な患者、安静時エネルギー消費量が亢進している患者、経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者です。」というような理由での再審査請求がなされている。

医療機関からは、現時点では「エンシュア・リキッド」の販売が縮小されストロベリー味のみとなっている。一方「エンシュア H」はバニラ味・コーヒーマ味・バナナ味・黒糖味・メロン味・ストロベリー味の 6 種類の味が販売されており、患者の希望を踏まえて、エンシュアリキッドの適応があれば、エンシュア H の使用もやむを得ないのではないかと意見が寄せられています。

各県の審査の状況をお伺いいたしたく、議題とさせていただきます。

当県（社保）ではエンシュアリキッドの販売縮小には配慮するが、保険診療としてはエンシュア H の適応症に留意して審査しています。尚、胃瘻からの注入時等には「投与容量を減らしたい患者」に該当すると判断してエンシュア H の使用を認めています。

＜参考＞

エンシュアリキッドの効能・効果（1cal/ml）

一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。

エンシュア H の効能・効果（1.5cal/ml）

一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリーの経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補給に使用する。

- 水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）
 安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）
 経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）
 経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）

各県からの回答

熊 本

経口摂取困難かつ低栄養に対して、エンシュアの適用は認めるが、エンシュアHは認めていない。

福 岡

当県では選択肢2の「水分摂取の制限が必要と判る場合等（下記の①～③の状態であることがわかる傷病名もしくは注記の記載のある場合）でないと原則認めない。」となります。

鹿 児 島

【社保の見解】

2 水分摂取の制限が必要と判る場合等（下記の①～③の状態であることがわかる傷病名もしくは注記の記載のある場合）でないと原則認めない。

【国保の見解】

今のところ取り決め、議論は特になされていません。

佐 賀

【社保】

適応は、「手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。」となっており、さらに貴県提案の①～④の場合との記載もみられる事から、現時点の審査上は、貴県提案の2に該当する審査を行っている。

但し、傷病名・注記等がない場合は詳記を求めて返戻するものと思われる。

（投与による効果がみられる症例もあることから、医療保険・介護保険に関する日本臨床内科医会への要望事項として経口摂取が可能であっても適応を拡大していただきたいとの要望を提案しています）

【国保】

エンシュアリキッドとHに審査上の差異は設けておらず、何れも下記の取扱いとしている。

（取扱い）当薬剤は一般に手術後患者の栄養保持、特に長期にわたり経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給として認められているため、原則外来（在宅）患者の補食としての少量長期投与は認められない。

宮 崎

<提案県>

エンシュアリキッドの販売が縮小されている現状を踏まえると、エンシュアリキッドの適応がある場合にエンシュアHを認めるべきと考えています。

九州各県で認める方向での意見が統一されることを希望します。

各県からの回答

沖 縄

当県では下記の差異はあるものの、概ね認めている。

(国保) 1. 無条件で認めている。

(社保) 2. を原則としているが、低栄養状態が分かれば、詳記や病態が分からないからといって査定はしていない(無条件とは言い難いため)。

大 分

2

エンシュア・Hとエンシュア・リキッドは濃度も適応も異なるため、エンシュア・リキッドと取扱いを区別しています。

長 崎

経口摂取困難な低栄養患者であれば、エンシュア・リキッドとエンシュアHは区別せず無条件で認めています。高カロリーで下痢など副作用がなければ、もともと経口摂取が困難な例ですので、容量が少なく効率的に栄養分を摂取できる方を選択してもいいのではないのでしょうか。

提 案 事 項

(11) 静注薬の PPI と静注薬のプリンペランの扱いに関して (沖縄県)

《提案要旨》

1. 静注薬の PPI の場合の効能効果として出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変・経口投与不可能とある。出血性は胃潰瘍のみならず、十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと解釈しているか。
2. 当県では通常静注の PPI は出血性胃潰瘍がなければ大方査定としているが、ICU 入室、脳内出血の場合プリンペランとの併用は、認めているか。単独で認めていなければ、どのような病名が必要か。
3. 少しでも上部消化管出血の病名があればプリンペランは査定を強いるのか。

各県からの回答

熊 本

上部消化管出血に使われた静注薬 PPI にはプリンペランの併用を認めないが、出血を伴わない場合の静注薬 PPI にプリンペラン投与は可能、その場合は詳記が必要です。ただし、レセプト上消化管出血が疑われる場合、消化管出血の病名、輸血などは査定する。

福 岡

1. その通りの解釈です
2. 侵襲ストレスによる上部消化管出血抑制は H2 blocker 静注が適応となり、上部消化管出血病名がなければ PPI 静注には適応がないため査定となります。ご質問の趣旨が不明な点 (ICU 入室、脳内出血の場合・・・) がありますが、消化管出血病名がある場合はプリンペランは原則査定となります。
3. 内視鏡で消化管出血が確認された例では査定対象となります。

鹿 児 島

【社保の見解】

1 に関しては、出血性は胃潰瘍のみならず、十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと解釈している。

2 と 3 に関しては、静注薬の PPI と静注薬のプリンペランの併用は、医師の裁量の範囲として認めている。

【国保の見解】

1. ○
2. ○
3. 査定する。症状詳記がありやむを得ないと判断する場合は認める。

佐 賀

【社保】

1. 経口投与不可能な場合を前提として、(経口投与が不可能な以下の疾患：出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍・・・との記載) 出血性の部分は胃潰瘍にかかるものと考えている。
2. プリンペランとの併用は認めていない：併用禁忌となっているため提案1の病名があればPPI 静注単独なら認めている。
(単独で認めていなければ、・・・の部分は質問の意図がよく理解できません。ICU 入室・脳内出血の症例の嘔吐にプリンペランの効果がどの程度あるのか疑問。グリセオール製剤・マンニトール製剤の適応では?)
3. 査定としている。

【国保】

1. 出血性は十二指腸潰瘍、急性胃粘膜病変も含むと考える。
2. プリンペランとの併用は認めている。
3. プリンペランの査定は行っていない。

宮 崎

- 1 貴県と同じく、出血性は十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと判断しています。
- 2 消化管出血が存在していない場合は、併用を認めている。
- 3 医学的に考慮すべき事情がない場合は、原則として査定としている。

沖 縄

<提案県>

大 分

1. 添付文書の効能・効果の記載より、各々の疾患の全てに「出血を伴う」状態が適応と考えます。出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変
2. 脳内出血の場合は、PPI の静注を認めています。プリンペランとの併用については、「出血性胃潰瘍」等の病名がなければ認めています。
3. 出血性胃潰瘍等の発症から概ね1週間を禁忌としています。また、PPI 静注を投与している期間の併算定は認めていません。

長 崎

出血性であれば十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと解釈し、PPI の静注を認めます。また、プリンペランによる消化管運動亢進による出血への悪影響と嘔吐による出血の増悪を勘案して、禁忌となっていますが、主治医の裁量として基本的にプリンペランの併用を認めています。

提 案 事 項

(12) 神経学的検査の算定頻度の目安について (沖縄県)

《提案要旨》

「神経学的検査 (D239-3) は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき 1 回に限り算定する。」とされています。

初診時での神経学的検査の他に、病状変化での検査実施および算定が通常行われますが、その間隔に取り決めはありますでしょうか。

各県からの回答

熊 本

取り決めはないが、病状の変化で複数回行われた神経学的検査は一連とみなして 1 回算定する。

福 岡

検査の間隔についての取り決めはないと思われます。一般的に安定している例では 6 か月以上の間隔をあけて、それ未満なら詳記の記載が必要と考えます。

鹿 児 島

【社保の見解】

原則、神経学的検査は初診時の算定としている。必要があれば、1 年後の算定は認めることがある。

【国保の見解】

間隔に取り決めはありません。治療介入の前後など、詳記があれば認めています。詳記が無く、3 カ月に一回などの場合は査定する。

佐 賀

【社保】

通知に記載の通り、一連につき 1 回に限り算定となっているため、病状変化での検査は算定出来ないと判断している。

同一の傷病に対する精査・治療の経過の中であれば、2 回目の算定は認めていないため、検査の間隔にて認める取扱とはしていない。

【国保】

算定間隔についての明確な取決めは行っていない。

ただし、連月で算定されている場合は査定対象としている。

各県からの回答

宮 崎

D239-3 神経学的検査は医科点数表の解釈のとおり 1 連につき 1 回としています。
病状等のフォローアップ目的での検査については、必要性があれば検査料、判断料とも認めています。
回数について制限はしていません。

沖 縄

< 提案県 >

大 分

患者により病状変化は一律ではないので、間隔に取決めはなく個別に判断している。

長 崎

算定の間隔に特に取り決めはありません。初診時以外は症状変化により必要であれば算定を認めていいと考えます。

提 案 事 項

(13) 糖尿病患者に対するインスリン注射投与中の IRI の算定について (大分県)

《提案要旨》

審査情報提供に「インスリン投与中の IRI は認められない」とあり、検査前に休薬を行っても正確な IRI の数値を測定できないため、インスリン作用時間にかかわらず投与中は認められないと考えますが、各県のご判断はいかがでしょうか。

各県からの回答

| | |
|-------|--|
| 熊 本 | 現実にインスリンを中止するのは難しく、また膵臓の内分泌機能を推定するには CPR を測定できるので、インスリン投与中の IRI 測定はできないと考える。 |
| 福 岡 | インスリン投与中の IRI は認められません。内因性のインスリン分泌能については C ペプチド (CPR) 測定で評価を行うことが妥当であると思われます。 |
| 鹿 児 島 | <p>【社保の見解】</p> <p>インスリン投与中の IRI は認められない。</p> <p>【国保の見解】</p> <p>認められない。</p> |
| 佐 賀 | <p>【社保】</p> <p>認めていない。</p> <p>【国保】</p> <p>休薬の有無にかかわらずインスリン治療中は認めていない。</p> |
| 宮 崎 | 当県では認めていません。 |
| 沖 縄 | 通常 IRI は内因性インスリン分泌能の評価として測定する。インスリン注射中は注射濃度 (単位数) を反映するので、測定意義が不明であり査定している。 |
| 大 分 | <提案県> |
| 長 崎 | 基本的に認めていません。外因性インスリンと内因性インスリンの区別がつかない点、インスリン投与により程度の差はあれ、インスリン抗体が形成され測定に影響を及ぼす可能性があるなどの点より認めていません。IRI ではなく CPR の測定は認めています。 |

提 案 事 項

(14) 甲状腺腫に対する TSH、FT3、FT4 の初診月以外の算定について (大分県)

《提案要旨》

TSH、FT3、FT4 は、甲状腺機能を把握する検査甲状腺機能異常を疑う疾患が必要である。ただし、初診月は甲状腺機能異常の確認のために認められると考えられますが、各県のご判断はいかがでしょうか。

各県からの回答

熊 本

初診月は認める、ただし TSH は 1 回／月である。

福 岡

甲状腺機能異常を疑う場合のスクリーニング検査としては TSH、FT4 のみ認めています。機能異常が確定した場合、審査員の判断にはなりますが、FT3 測定の医学的理由が記載され必要であったと判断されれば認められると思います。

鹿 児 島

【社保の見解】

甲状腺腫の病名であれば、初診時のみ TSH、FT3、FT4 の算定は認め、その後は、認めない。その後に測定する場合には甲状腺機能異常、あるいはそれを疑う病名が必要である。

【国保の見解】

単に甲状腺腫の病名のみで初診月以外の算定は医学的にも根拠に乏しい。

①甲状腺機能異常（亢進症、低下症など）を示す病名

②甲状腺腫以外の具体的な甲状腺疾患（バセドウ病、慢性甲状腺炎、橋本病、結節性甲状腺腫、腺腫様甲状腺腫、甲状腺癌、プランマー病など）

①、②のいずれかの確定病名又は疑い病名が必要。初回以降は何らかの具体的な甲状腺疾患名を記載しないと TSH、FT3、FT4 の算定は認めない。

佐 賀

【社保】

初診月以外でも認めている。

（初診月以外は査定との取決めは行っていない）

連月・隔月での算定の場合等は、レセプト縦覧情報により、医学的判断にて審査を行い、状況に応じて必要性詳記を求めている。

【国保】

認めている。

各県からの回答

宮 崎

初診月は認めています。

初診月以後の再検査は、新たな甲状腺機能の異常の可能性のある傷病名が診療開始となるか、相当期間経過していない場合は認めていません。

沖 縄

初診月でも、具体的な病名（甲状腺機能亢進症疑い、バセドウ病疑い、甲状腺機能低下症疑い、橋本病疑いなど）が必要である。

経過を見る場合は、原則は3か月に1回算定を認めている。ただし、バセドウ病など症状が急激に変動することが考えられる場合、詳記などをもとに毎月算定することもある。

大 分

<提案県>

長 崎

単なる甲状腺腫では、初診月以外は繰り返し検査を認めません。甲状腺機能異常の病名を必要とします。なお、病状が落ち着いていると判断される甲状腺機能低下症では連月の検査は過剰としています。（隔月は算定可）

提 案 事 項

(15) ケレンディア 10mg 錠およびリベルサス 7mg 錠の 2 錠投与について (長崎県)

《提案要旨》

2 型糖尿病を合併する慢性腎臓病に対するケレンディア錠は 20mg まで認められていますが、「10mg 錠と 20mg 錠の生物学的同等性は示されていないため、20mg を投与する際には 10mg 錠を使用しないこと」と使用上の注意に記載されています。10mg 錠を 2 錠処方された場合の取り扱いについて各県の対応をお知らせ下さい。

- (1) すべて認める。
- (2) 10mg 1 錠のみ認める。
- (3) すべて認めない。

また、経口 GLP-1 受容体作動薬であるリベルサス 7mg 錠の 2 錠投与についてはいかがでしょうか。こちらの使用上の注意は、「本剤の 7mg 錠を 2 錠投与することは避けること」と、やや表現は異なっています。

各県からの回答

熊 本

ケレンディアの 10mg 錠と 20mg 錠は配合剤の量的な違いによる吸収や体内分布の違いがあるとされている。

リベルサスも同様に 7mg 2 錠と 14mg の生物学的同等性は異なると考えられる。吸収促進剤として添加されている SNAC（サルカプロザートナトリウム）の量によって薬剤の吸収が変化すると考えられる。

福 岡

審査員の判断になりますが、添付文書の記載を重んじ査定となると考えられます。取り決めはありませんが (2) とするケースが多いようです。

鹿 児 島

【社保の見解】

添付文書の記載に準じ、(3) すべて認めない。

【国保の見解】

(2) ケレンディア 20mg を使用する場合、20mg 製剤を使用するようにとの注意書きは、十分に情報が行き渡っていないと考えるので、10mg 1T のみを認め、1T は過剰投与として査定する。そのことで、20mg にするときは 20mg 製剤を使用する必要があることを情報提供できると考える。

各県からの回答

佐 賀

【社保】

添付文書に明記されている事から、認めていない。

【国保】

ケレンディア錠 10mg、リベルサス錠 7mg の何れも 2 錠投与は認めていない。

宮 崎

ケレンディア錠、リベルサス錠共に、(1) すべて認めています。

沖 縄

原則は (3) と考える。

(理由) ケレンディア 10mg と 20mg の生物学的同等性は示されていないためリベルサス 7mg 錠の 2 錠投与も原則は認めない。

(理由) 使用上の注意にもあり 14mg 錠製剤が準備されているため。

ただし、ケレンディア 20mg 錠やリベルサス 14mg 錠の供給が安定せず、やむを得ず、各 10mg 錠、7mg 錠の 2 錠処方となった場合は、詳記より認めることもあると考える。

大 分

<ケレンディア錠>

(1)すべて認める

ケレンディア錠のインタビューフォームに記載されている解説によると「C_{max} の両側 90%信頼区間の上限が生物学的同等性の基準 (80%~125%) を超えたことから、10mg 錠と 20mg 錠の生物学的同等性は示されなかった」とあり、130.27%とわずかに基準値を超えたため、「用法及び用量に関する注意」が記載されたと思われます。臨床の場において効果の大幅な減弱、副作用等患者に不利益となる事象ではないことから認めています。

<リベルサス錠>

リベルサス錠は規格単位が異なっても SNAC の含有量は同量であり、7mg2 錠服用により SNAC が倍量となるため、リベルサスの吸収率が不安定となり効果にバラつきが出ることから、7mg を 2 錠投与することは認めていません。

(1 錠へ査定)

長 崎

<提案県>

提 案 事 項

(16) 気管支喘息診療におけるスピリーバレスピマットの査定状況につきまして、お尋ねしたい

(長崎県)

《提案要旨》

スピリーバレスピマットは、気管支喘息が適応追加になっておりますが、令和 4 年以降で A 査定、C 査定がみられますので、査定状況につきまして、お尋ねしたいと思います。

A 査定の事例をみますと、気管支喘息の病名はありますが、ステロイド吸入の残薬があるために、レセプト上ステロイド吸入がなく、単独使用のようにもみえますが、A 査定となる理由がわかりません。

C 査定につきましては、レセプト上フルティフォームにスピリーバレスピマットを併用した形となっておりました。詳記を付けていなかったための査定でしょうか？

気管支喘息診療におけるスピリーバレスピマットの査定状況につきまして、お教えいただけますとありがたいです。

各県からの回答

熊 本

特に問題にはなっていないと思われる。

福 岡

お示しされた症例が査定された理由については同じく腑に落ちませんが、個別の審査結果についてはレセプトを詳しくみているわけではないのでよく分かりません。

一般的にステロイド吸入が併用されていない場合には原則査定となります（保険者からも再審査請求があります）。ステロイド吸入と同時に処方されていなくても縦覧などから残薬があるようであれば通ると思います。

鹿 児 島

【社保の見解】

添付文書に準じ、スピリーバレスピマットは、吸入ステロイド剤等の併用で使用する必要があると考えます。

【国保の見解】

このような査定の事例がありません。適応通りで審査しています。

佐 賀

【社保】

吸入ステロイド剤との併用が適応条件となっており、レセプト縦覧にて併用中であることを確認出来なければ査定としている。

該当月のみ併用されていない場合や、縦覧等により、他の医療機関にて吸入ステロイド剤併用の可能性が考えられる場合は返戻としている。

| | |
|-----|--|
| | <p>【国保】</p> <p>規格 1.25 μg を慢性閉塞性肺疾患に投与している場合は適応外、前立腺肥大症などがある場合は禁忌として査定対象としている。</p> <p>※なお、禁忌に関してはコメントがある場合は認めている。</p> <p>(効能効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スピリーバ 2.5 μg レスピマット 60 吸入 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫）、気管支喘息 ・スピリーバ 1.25 μg レスピマット 60 吸入 気管支喘息 <p>(禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・閉塞隅角緑内障 ・前立腺肥大等による排尿障害 ・アトロピン及びその類縁物質あるいは本剤（成分）に過敏症の既往歴 |
| 宮 崎 | <p>①スピリーバレスピマットは気管支喘息の適応があるので A 査定は不適切です。当月レセプトで単独投与に見える場合でも、単独投与であることが確認されない限り査定はしていません。</p> <p>②フルティフォームにスピリーバレスピマットを併用することは喘息ガイドラインに記載されている内容であり、認めています。</p> |
| 沖 縄 | <p>当県では、スピリーバレスピマットを気管支喘息に使用した例がほとんどないため、審査上、問題になっていないようです。</p> <p>A 査定に関しては、ご指摘のように、用法にスピリーバレスピマットを単独で用いることのないように記載があることを重視し、単独投与とみなしての査定かと思います。詳記にステロイド吸入の残薬がある旨を記載した方が良かったのではないかと思います。</p> <p>C 査定につきましては、気管支喘息に対する用法に、吸入ステロイド剤等により症状の改善が得られない場合、あるいは患者の重症度から吸入ステロイド剤等との併用による治療が適切と判断された場合にのみ、本剤と吸入ステロイド剤等を併用して使用すること、となっており、吸入ステロイド剤等との併用が認められています。フルティフォームは、吸入ステロイド剤と $\beta 2$ 刺激薬の配合剤ですので、吸入ステロイド剤等に含めてもいいようにも思いますが、スピリーバレスピマットとフルティフォームを併用した場合、吸入ステロイド剤・$\beta 2$ 刺激薬・抗コリン薬の三成分の併用となります。そうするなら、単剤で三成分の併用ができる、テルルジーまたは、エナジアを使うべきという示唆かもしれません。</p> |

各県からの回答

大 分

- ・レセプト上にステロイド吸入薬がない場合であっても、残薬や他院での投与等が考えられるため一概に査定せず、医療機関に照会を行っています。

査定状況 原審査査定なし 再審査 1 件査定

- ・フルティフォームとスピリーバレスピマットの併用については特に詳記を必要とせず認める扱いとしています。

査定状況 原審査再審査とも査定なし

長 崎

< 提案県 >