

島根県臨床内科医会 第二回松江地区勉強会

2019. 3. 27

- 1) 支払基金 HP より、審査の流れについて
- 2) 支払基金島根支部通信より、審査委員会だより (84~90 号)
- 3) しまね国保連通信 診療報酬請求上の留意点 (38~42 号)
- 4) H30 年度社会保険委員会から  
(島根県医師会と支払基金、国保連合会の意見交換)
- 5) その他

支払基金島根支部通信 審査委員会だより			
号	発効日	お知らせ	キーワード
90号	H31.3	爪白癬治療剤の使用について クレナフィンについて再周知 使用上の注意に「直接鏡検または培養等で爪白癬であると確定診断された患者に使用」とあり、上記検査での確定診断が必要。以前の検査または他院の検査で確定診断された場合その旨のコメントを記載するようお願いいたします。	クレナフィン
89号	H31.2	ロコアテープと消炎鎮痛剤の併用投与に関する取扱い ロコアテープは「1日1回患部に貼付。同時に2枚を超えて貼付しない。本剤2枚の全身暴露量はフルルビプロフェン経口剤の通常用量投与時と同程度に達する。本剤投与時は他の消炎鎮痛剤との併用は可能な限り避ける事～」とあることから ①1日2枚を貼付する場合、他の消炎鎮痛剤は屯用のみとする ②1日1枚の場合、常用量以内ならば他の消炎鎮痛剤の内服は可 *カロナールとセレコックスは除く？	ロコアテープ
88号	H31.1	超音波エラストグラフィー 留意事項通知に「～肝硬変(疑いも含む)に対し、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に評価した場合、3ヶ月に1回限り算定」とあり 〇〇肝炎+肝硬変の疑いまたは肝硬変の病名が必要 〇〇肝炎とは慢性肝炎、NASH、AIH、PBC、アルコール性肝炎等 *肝機能障害、脂肪肝、アルコール性肝障害では認めない	エラスト グラフィ
87号	H30.12	サムスカの効能・効果 効能効果に「他の利尿薬で効果不十分な～」とあり、「心不全及び肝硬変における体液貯留の場合、他の利尿薬と併用する事」とあるので、原則、利尿剤との併用使用が必要。 やむを得ず単剤使用となる場合は十分な詳記が必要。	サムスカ
86号	H30.11	インフルエンザウイルス感染症について (1)インフルエンザ抗原定性 診断確定のため48時間以内なら2回の検査を認める。 48時間以上経過した場合は当初の疑い病名を「中止」とし、新たな疑い病名を記載する。 再度感染の場合、2週間以上の間隔であれば再検査は認める。 (2)抗インフルエンザウイルス薬について ①抗インフルエンザ薬の併用使用は原則として認めない。 ②使用期間の遵守をお願いします 症状発現から48時間以内に投与を開始 ③治療目的での使用のみ保険適応	インフル
85号	H30.10	イソバイドシロップの適応 ①脳腫瘍、頭部外傷時の脳圧亢進、腎・尿管結石時の利尿、緑内障の眼圧低下 ②メニエール病 単なる「めまい症」では認められない 「急性低音障害型感音難聴」「内リンパ水腫」では審査上認める	イソバイド めまい

84号	H30.9	<p>Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体に関する取扱いについて 慢性肝炎または肝硬変の患者(疑いも含む)に対して、肝線維化の診断補助を目的に実施した場合に認める。 下記傷病名が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①慢性肝炎(B,C型を含む)</li> <li>②〇〇肝炎+肝硬変の疑い(アルコール性、NASH、PBC、AIH等)</li> <li>③肝硬変</li> </ul> <p>肝機能障害、脂肪肝、アルコール性肝障害のみでは認められない。</p>	肝線維化
82号	H30.7	<p>IRI と CPR IRIとCPRは、原則、糖尿病確定診断後の検査として認める。「インスリン異常症(疑いも含む)」及び「高インスリン血症(疑いも含む)」では認められない。 尚、「インスリノーマ(疑いも含む)」について、請求内容から判断して認められることはある。 IRIはインスリン治療中は認めない。 IRIとCPRの併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則認められない。</p>	糖尿病 IRI CPR
81号	H30.6	<p>アルブミン定量(尿)、IV型コラーゲン(尿)に関する取扱い アルブミン定量(尿)、IV型コラーゲン(尿)については、留意事項通知に「(略)糖尿病または糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの(糖尿病性腎症第1期または第2期のものに限る)に対して行った場合に、3ヶ月に1回に限り算定できる」と示されている。 従って、適応病名は</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病の確定診断あり</li> </ul> <p>その上で</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>②糖尿病性腎症疑い</li> <li>③早期糖尿病性腎症疑い</li> <li>④早期糖尿病性腎症</li> <li>⑤糖尿病性腎症(微量アルブミン尿を伴う)</li> </ul> <p>糖尿病性腎症だけでは認めない</p>	糖尿病 腎症 尿アルブミン
77号	H30.2	<p>HP感染の診断および治療</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①胃潰瘍、十二指腸潰瘍については、内視鏡検査または造影検査により確定診断がなされた患者。</li> <li>②胃炎については、内視鏡検査を施行し確定診断がなされた患者で認められる。</li> </ul>	HP検査 HP治療
76号	H30.1	<p>片頭痛治療剤 片頭痛治療剤は「片頭痛の頭痛発作時に経口投与する。なお、効果不十分の際は追加投与することが出来るが、前回投与から2時間以上(アマージ錠は4時間)あけること」とある。 このことから、連日使用が必要な場合も、屯用処方を原則とする。</p>	片頭痛
75号	H29.12	<p>定量噴霧式気管支拡張剤の投与量について 短時間作用型定量噴霧式気管支拡張剤(SABA)である、メプチンエアー10<math>\mu</math>g吸入100回は「通常成人1回20<math>\mu</math>g(2吸入)小児10<math>\mu</math>g」とある。(最大4回/日) このことから、1回処方量は1か月分として2キット、1か月を超える場合は3キットの投与が適当。これを超える場合は喘息が十分にコントロールできていないと判断できる。注記があればこの限りではない。</p>	喘息 SABA

74号	H29.11	<p>インフルエンザウイルス感染</p> <p>(1)インフルエンザ抗原定性</p> <p>①感染確定のため連日2回の検査は認める</p> <p>②再感染の場合、2週間以上の間隔であれば再検査を認める</p> <p>③インフルエンザ確定後の検査は認めない</p> <p>(2)抗インフルエンザ剤の使用</p> <p>①抗インフルエンザ薬の併用使用は原則として認めない</p> <p>②使用期間を遵守する</p> <p>③予防投与は保険適応にならない</p>	インフル
73号 (1)	H29.10	<p>HbA1cの算定回数について</p> <p>「糖尿病の疑い」で初回算定から2ヶ月連月の検査は必要と判断。3か月目以降は「糖尿病の疑い」で診療開始日が更新されていても連月算定は過剰とであり、3か月に一回の算定が妥当。ただし、ステロイドやジプレキサなど内服中で糖尿病の合併に注意が必要であることが類推できる場合、または連月算定の必要性の詳記がある場合は、この限りではない。</p>	
73号 (2)		<p>BNPの算定回数について</p> <p>「心不全の疑い」で初回算定から2ヶ月連月の検査は必要と判断。3か月目以降は「心不全の疑い」で診療開始日が更新されていても連月算定は過剰とであり、3か月に一回の算定が妥当。ただし、ヴィキラックス内服中などで体液貯留および心不全の合併に注意が必要であることが類推できる場合、または連月算定の必要性の詳記がある場合は、この限りではない。</p>	
73号 (3)		H28年12月～H29年9月までの審査委員会だよりのとりまとめ(別紙)	

しまね国保連通信 診療報酬請求上の留意点			
号	発効日	留意点	キーワード
42号	H31.3	<p>①結核菌群PCRとMAC核酸検出との同日算定について【取り扱い変更】 これまでPCRとMACの同日算定は、胸水や手術検体等の採取困難な検体を除き、喀痰等容易に採取できる検体では認めていなかった。しかし、PCR判定が早期に可能となるケースがあることから、4月以降はPCRが陰性であった場合は、原則併算定を認める。 なお、PCRが陰性であった旨のコメント付記が必要。</p> <p>②リリカカプセルの算定について H30年5月号でお知らせの通り、神経障害性疼痛をきたすことが明らかな場合は、疼痛の原因疾患のみの記載でも算定を認める。</p>	PCRとMAC リリカ
41号	H31.1	<p>①ロコアテープとNSAIDsの併算定について 本剤投与時は他の消炎鎮痛剤との併用は可能な限り避け、やむを得ず使用する際は必要最小限にとどめるとありますが、NSAIDsが屯用の場合およびロコアテープが1日1枚の場合は併用を認める。 ただし併用の場合は1日あたりの使用量についてのコメントを記載。</p> <p>②出血に禁忌とされる薬剤の算定について 出欠に禁忌とされる薬剤の算定に当たっては、無効となっている出血病名の記載にご留意ください。不要な病名の整理および転帰の記載をお願いします。 (例)エリキュース、エフィエント、バイアスピリン、ワーファリン等)</p>	ロコアテープ 出血に禁忌
40号	H30.11	<p>HbA1cの算定について 精神疾患治療薬やステロイド剤等の副作用チェックを目的に連月または隔月で実施する場合は、対象となる疑い病名(ステロイド糖尿病、薬剤性糖尿病等)を傷病欄に記載の上、薬剤名を摘要欄に付記する。</p>	HbA1c
39号	H30.9	<p>①特定保険医療材料の算定について レセプトの摘要欄に商品名および告示の名称又は通知の名称、規格またはサイズ、材料価格および使用本数又は個数の順で記載する。 なお、告示の名称または通知の名称は括弧書きとなります。</p> <p>②電話等再診時の医学管理について 電話等による再診料を算定する場合、医学管理等は算定できない。</p>	特定保険 医療材料  電話等再診

38号	H30.7	<p>①内視鏡検査における色素内視鏡法加算および狭帯域光強調加算算定に当たっては癌または癌疑いなどの対象となる病名を記載、または必要に至った理由を詳記するようお願いいたします。 なお、生検等が併せて行われていることは算定要件ではありません。内視鏡検査の全症例において癌疑い等の病名を記載し、一律に当該加算を請求される場合は保険請求上不適当と判断されます。</p> <p>②ロコアテープについて ロコアテープの投与時は他の全身作用を期待する消炎鎮痛剤との併用は可能な限り避ける。やむを得ず併用する場合は必要最小限にとどめる。</p> <p>③アコファイドについて 上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を摘要欄に記載する。 (検査を実施した月のみ。ただし初回投与時は必ず記載する)</p> <p>④ザルティア2.5mg、5mgについて 尿流量測定検査、残尿測定検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた検査の実施年月日を摘要欄に記載する。</p> <p>⑤タグリッソ40mg、80mgについて(非小細胞肺癌) EGFR T790M変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載。 (検査を実施した月のみ。ただし初回投与時は必ず記載する)</p>	色素内視鏡 ロコアテープ アコファイド ザルティア タグリッソ
36号	H30.3	<p>HbA1cの算定について 糖尿病疑い、境界型糖尿病、耐糖能異常等の傷病名での、連月または隔月の算定はご注意ください。頻回な検査が必要な場合はレセプトに理由を記載して下さい。</p>	糖尿病 HbA1c
35号	H30.1	<p>血液凝固阻止剤投与時のレセプト記載について エリキュース、イグザレルト、プラザキサ等の血液凝固阻止剤は、腎不全(重度の腎障害)に対して禁忌となっている。 腎不全のある患者にやむを得ず投与する場合は、腎障害の程度を把握できるように、レセプトにCr値またはeGFR値を記載していただくようお願いいたします。</p>	DOAC 腎不全
34号	H29.11	<p>PPI投与時のレセプト記載 「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍または十二指腸潰瘍の再発抑制」でのPPI投与時は、次のいずれかを記載。 ①傷病名に「胃潰瘍」または「十二指腸潰瘍」と記載 ②コメントで、過去に胃潰瘍または十二指腸潰瘍に罹患したことを記載 尚、ラベプラゾール、オメプラール等、「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍または十二指腸潰瘍の再発抑制」に適応の無いPPIもあるので留意を。</p>	PPI 胃潰瘍
33号	H29.9	<p>診療情報提供料(I) 紹介先保健医療機関ごとに患者一人につき月1回算定する。 紹介先で診療料が異なった場合でも、算定は1回のみ 在宅酸素療法指導管理料 算定に当たっては、動脈血酸素分圧測定を月一回程度実施し、その結果をレセプトに記入する。 特定疾患処方管理加算 長期投薬加算(65点)を算定する場合、同一月に特定疾患処方管理加算(18点)の算定は出来ない。</p>	紹介状 在宅酸素 特定疾患

32号	H29.7	在宅酸素療法指導管理料(その他の場合) 適応は、諸種の原因による高度慢性呼吸不全、肺高血圧または慢性心不全患者のうち、安定した状態にある退院患者および手術待機患者で、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するもの。 対象病名に留意を。	
30号	H29.3	腫瘍マーカー検査と悪性腫瘍特異物質治療管理加算 腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合、悪性腫瘍の確定または転帰の決定までの間に1回を限度に算定できる。 なお、悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、腫瘍マーカー検査費用は悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれるため、腫瘍マーカーを同時算定は出来ない。	腫瘍マーカー
29号	H29.1	ザルティア錠について 適応は「前立腺肥大症に伴う排尿障害」であり、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できる。 請求にあたっては、尿流量測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等、診断に用いた主な検査について実施年月日をレセプトに記載する事。	ザルティア
	同上	湿布薬の容量記載 湿布薬は、枚数としての投薬全量を記載するとともに、1日用量または投薬日数を併せて記載する。 (例)モーラステープL40mg10×14cm 28枚 1日1枚28日分	湿布薬

## H30 年度第 1 回社会保険委員会 (H31. 2. 23)

### 1) 県医師会からの質問と回答

#### ① ベンゾジアゼピン受容体作動薬処方における算定について

カリキュラムコード 69(不安)または 20(不眠)の研修について

一方のみ 2 単位でも可能

取得は一度で良い (毎年または数年ごとの更新は不要)

単位取得のレセプト記載要領上の規定はない

\*そもそも縦覧は 6 か月分であり、1 年間継続処方基金ではわからない。

#### ② オンライン診療について

島根県でのオンライン診療の現況について

中四国厚生局 HP の届け出状況によると、島根県で 11 機関の届け出あり。

実際の請求事例は、社保で 2 医療機関、国保は 0 件

### 2) 支払基金から、審査の現状について

① 支払基金改革について 島根県医師会報 4 月号以降に掲載予定

② 審査に関する事項、お願い

## インフルエンザウイルス抗原定性検査及び治療に関するお願い

1. インフルエンザウイルス抗原定性は、発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。(「医科点数表の解釈」)
2. 抗インフルエンザウイルス剤の【用法・用量に関する使用上の注意】において、治療に用いる場合には、インフルエンザ様症状の発現から 2 日以内に投与を開始すること(症状発現から 48 時間経過後に投与を開始した患者における有効性を裏付けるデータは得られていない)。(「日本医薬品集」)
3. インフルエンザウイルス抗原定性については、陽性的中率は 99% であるが、陰性的中率は 50% という報告がある。(従って、臨床診断での治療を認めている。)
4. 基金本部苦情相談窓口の回答後を参考にして、治療開始後のインフルエンザウイルス抗原定性の実施については、必要性は認められないと取扱いを統一している。(療養担当規則 第二十条 一 のホ「各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。」)
5. 【保険メモ】抗インフルエンザ剤は、A 型又は B 型インフルエンザウイルス感染症の発症後の治療を目的として使用した場合に限り算定可。予防的投与は保険適応外。(「日本医薬品集」)
6. タミフルカプセルの【用法・用量に関する使用上の注意】では、「成人の腎機能障害患者では、血漿中濃度が増加するので、腎機能の低下に応じて、次のような・・・投与方法を目安とすること(外国人における成績による)。小児等の腎機能障害患者での使用経験はない。」より、少量投与は原則として認めている。(「日本医薬品集」)



## 【効能・効果】の傷病名に原因疾患の記載が望ましい薬剤

「日本医薬品集」の【効能・効果】に対して原因疾患の付記が望ましい薬剤があります。審査委員の医学的判断によっては審査差異が生じる可能性がありますのでご注意ください。

1) リリカカプセル:【効能・効果】は、神経障害性疼痛

神経障害性疼痛の原因疾患が問題となります。

2) リパクレオンカプセル:【効能・効果】は、膵外分泌機能不全における膵消化酵素の補充

【使用上の注意】に、「非代償期の慢性膵炎、膵切除、膵嚢胞線維症等を原疾患とする膵外分泌機能不全により、脂肪便等の症状を呈する患者に投与すること。」とされており、原因疾患である膵臓疾患が問題になります。

3) 種々の配合剤:

(1) タケルダ配合錠: アスピリン／ランソプラゾール配合剤

(2) カデュエット配合錠: 持続性Ca拮抗薬／HMG-CoA還元酵素阻害剤

4) その他

配合錠については、配合されている薬剤に対する単剤の追加は、過剰にならないように注意が必要です。

例) アイミクス配合錠HDにはイルベサルタン100mg＋アムロジン10mgが含まれています。

イルベサルタンは200mg／日まで使用できますので、単剤のイルベサルタン100mgの追加は可能ですが、アムロジンは10mg／日までですので、単剤の追加は過剰になります。