

保 険 だ よ り

平成28年1月30日(土)に社保・国保両審査委員による合同協議会が開催され、下記の事項が合意されました。日常診療においてご留意くださいますようお願いいたします。

(1) 胃腸炎（急性・慢性含む）に対する特定疾患療養管理料及び特定疾患処方管理加算の算定について

【合意】 胃腸炎では特定疾患療養管理料及び特定疾患処方管理加算は認めない。但し、胃炎及び十二指腸炎病名があれば認める。

(2) 糖尿病の保険診療に関する事項について

- ・初診1型DM（疑）診断時のマーカー（抗インスリン抗体、抗GAD抗体、抗IA-2抗体）の検査順序について

【合意】 DM確定後、1型DMを疑う場合、抗GAD抗体及び抗インスリン抗体を、その後、抗GAD抗体が陰性時（30歳未満）には抗IA-2抗体検査を認める。

- ・インスリン非依存状態の1型DMにおけるDPP-4阻害剤の適応について

【合意】 インスリン自己抗体（抗GAD抗体など）が陽性でありながら、膵β細胞が完全に破壊されていない1型糖尿病（緩徐1型糖尿病など）も一部みられることから、インスリン治療下にDPP-4阻害剤の投与を認める。但しコメントを求める。

- ・（超）速効型インスリンとグリニド薬併用の適応について

【合意】 認める。

(3) DPCにおけるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下の当該手術の術中に用いた薬剤及び特定保険医療材料の算定について

DPCには、手術の費用は含まれないため、DPC点数のQ & A「問6-27」において、「手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。」とあります。

下記のような具体例について、算定を認めるか否か。

【合意】 具体例については下記の通りの判断とする。

【術中に用いた薬剤】（薬効別分類）

114	解熱鎮痛消炎剤（アセリオ静注液）	認めない
117	精神神経用剤（ノバミン筋注）	認めない
23	消化器官用薬（ガスター注射液）	認めない
31	ビタミン剤（ビタミンC注）	認めない
3321	カルバゾクロム系製剤（アドナ注（静注用））	認める
3327	抗プラスミン剤（トランサミン注）	認める
3999	他に分類されないその他の代謝性医薬品（ミラクリッド注射液）	認める
61	抗生物質製剤（セファゾリンNa注射用等）	認める
	但し、量や種類に注意（ゾシンは認めない）	
713	溶解剤（蒸留水）	認めない
729	その他の診断用薬（体外診断用医薬品を除く） （ソナゾイド注射用：溶解液付）	認めない

【特定保険医療材料】

中心静脈カテーテル、栄養カテーテル

認める

DPCにおけるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下の当該手術の術中例として挙げられた薬剤・特定保険医療材料について以上のように合意した。

(4) 静脈麻酔に使用する薬剤について

平成12年2月の社保・国保審査委員合同協議会の合意事項として、「静脈麻酔料の算定には薬効別薬価基準の111項の全身麻酔を使うこと。」と取り決めているところですが、フェンタニル注射液は821合成麻薬であり、この取り決めから除外されているため、再検討してはどうでしょうか。

フェンタニル注射液の適応としては、「全身麻酔、全身麻酔における鎮痛。局所麻酔における鎮痛の補助。激しい疼痛（術後疼痛、癌性疼痛等）に対する鎮痛。」とある。

【合意】 静脈麻酔剤は、薬効分類111分類に指定されている薬剤において認められていることから、フェンタニル注射液・821合成麻薬は認めないことを再確認した。

(5) クレナフィン爪外用液について

・1回また1ヵ月の投与量について

【合意】 「足爪白癬」または「手爪白癬」の1病名では、1ヵ月の投与量は2本まで1回の投与量は4本まで、「足爪白癬と手爪白癬」の2病名あれば1ヶ月の投与量は4本まで1回の投与量は6本まで認める。

注：量を多く出して、注釈で「重症」としていた場合、「重症患者における本剤の有効性及び安全性は確認されていない」とされているので認めない。

・初回投与時及び経過観察時の真菌検査の必要性について

【合意】 添付文書に「直接鏡検又は培養等に基づき爪白癬であると確定診断された患者に使用すること」とされているので、初回投与時に真菌検査の無い場合は査定する。但し、既に爪白癬の確定診断がついているとの注釈があれば初診時に検査なくても投薬を認める。

・48週を超えた場合は査定とするか

【合意】 添付文書に「48週を超えて使用した場合の有効性・安全性は確立していない」とあるので48週を超えると査定。但し、「経過良好、もう少しで完治」等の注釈があれば認める。

(6) 帯状疱疹に対する抗ウイルス薬「ゾピラックス（アシクロビル）、バルトレックス（バラシクロビル）、ファムビル（ファムシクロビル）」の投与期間について

【合意】 原則1回投与日数は7日とし、7日を超えて治療する場合はコメントを求める。

(7) 特定薬剤治療管理料について

A院にて特定薬剤が処方されているが、B院にて当該薬剤の血中濃度を測定し、投与量を精密に管理した場合にその算定は可能か。

【合意】 関係医療機関との連携の有無についてコメントを求め、連携があれば認める。

注記：なお、協議事項に関するご質問は社会保険診療報酬支払基金和歌山支部あるいは和歌山県国民健康保険団体連合会に直接お問い合わせください。

社会保険診療報酬支払基金和歌山支部 審査業務課 : 073-427-3711

和歌山県国民健康保険団体連合会 業務課 : 073-427-4668