

## 保険診療に関する審査上の取扱いについて － 審査連絡協議会における協議から －

### 社 会 保 険 部

社会保険部では、社保、国保両審査委員会間の審査の整合性を図ることを目的として、審査連絡協議会を定期的に開催しております。平成28年5月13日に開催した同協議会において協議された事項の中から、周知が必要な項目について掲載いたします。

#### 1 投与制限がある薬剤の隔日投与における投与日数について

新医薬品（薬価収載日の属する月の翌月初日から起算して1年間）及び向精神薬等、厚生労働大臣が定める投与日数に制限がある薬剤の隔日投与における投与日数については、服用しない日も含めた期間を投与日数として取扱うこととする。

例えば、投与日数制限が14日分の薬剤を隔日投与すると、延べ28日分の投与日数になるため、服用しない日を含め14日分に相当する日数までは認め、それを超える分は認められない。

#### 2 透析導入の遅延に適応があるクレメジン細粒分包の取扱いについて

クレメジン細粒分包及びカプセルの効能・効果は「慢性腎不全（進行性）における尿毒症症状の改善及び透析導入の遅延」とされていることから、透析導入後の投薬は原則認められない。ただし、クレメジン投薬後、症状悪化により透析導入された場合、透析導入前に処方された薬剤料については認める扱いとする。

#### 3 局所陰圧閉鎖処置の審査上の取扱いについて

##### (1) 規定・通知（抜粋）

##### ア 局所陰圧閉鎖処置

(ア) 局所陰圧閉鎖処置（入院・入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

(イ) 局所陰圧閉鎖処置（入院・入院外）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「J 000創傷処置」により算定する。

##### イ 局所陰圧閉鎖処置用材料

(ア) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

- a 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）
- b 外科手術後離開創・開放創
- c 四肢切断端開放創
- d デブリードマン後皮膚欠損創

(イ) 局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合には4週間を限度として算定できる。3週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。



## (2) 適応

前(1)イ(ア)のd「デブリードマン後皮膚欠損創」とは、「K000創傷処理・デブリードマン加算」及び「K002デブリードマン」の他、基本診療料に含まれる感染や壊死を伴う創傷の洗浄・除去等のデブリードマンに相当する処置行為も該当すると解釈される。局所陰圧閉鎖処置装置の使用にあたっては、前提として感染や壊死を伴う創傷の清浄等の処置行為は必須とされている。

したがって、「K000創傷処理・デブリードマン加算」や「K002デブリードマン」の算定がなくても、基本診療料に含まれレセプト上に現れないデブリードマンに相当する処置行為もあることから、傷病名に「褥瘡」や「皮膚潰瘍」等があれば局所陰圧閉鎖処置及び局所陰圧閉鎖用材料の算定は認められる。

## (3) 算定

前(1)イの(イ)に規定された使用期間の限度（4週間）を超過したことにより、局所陰圧閉鎖処置用材料の算定がない場合は、局所陰圧閉鎖処置の算定も認められない。ただし、4週間を超過した場合は、前(1)アの(イ)に基づき「J000創傷処置」により算定する。

## 4 IgG4検査の適応について

## (1) 基本的な考え方

近年、IgG4関連疾患の概念が普及し、多くの臓器にこの概念に入る疾患が挙げられている。

この分野で保険診療上問題になる点は、「IgG4関連疾患の疑い」の病名のみで臓器の疾患名が記載されていないレセプトにおいて、IgG4の検査が算定されている例がしばしば見受けられていることである。

基本的には、IgG4関連疾患と考えられる臓器疾患名が記載されていることが前提条件として求められている。

## (2) 現段階でIgG4検査の算定が認められる疾患

	単独で認められる疾患	備 考
①	自己免疫性膵炎（疑い）	「IgG4関連」の修飾語がなくても可
②	後腹膜線維症（疑い）	
③	ミクリッツ病（疑い）	
④	IgG4関連硬化性胆管炎（疑い）※	「IgG4関連」の修飾語がなくても「原発性硬化性胆管炎（疑い）」「硬化性胆管炎（疑い）」は可
⑤	IgG4関連腎臓病（疑い）	「IgG4関連」の修飾語がない単なる「腎臓病（疑い）」は不可

※ IgG4関連硬化性胆管炎の鑑別を目的にIgG4を検査し、その結果、「原発性硬化性胆管炎（疑い）」又は「硬化性胆管炎（疑い）」が記載されている場合は認められる。

## (3) その他の疾患

前(2)以外の疾患については、「各臓器病変の確定病名」と「IgG4関連疾患（疑いを含む）」が併記されていることが必要であり、併記された傷病名や検査理由等に応じて、適宜、医学的に判断する。



## 5 PTH（副甲状腺ホルモン）検査の適応について

### (1) 慢性腎不全の患者

#### ア 適応

特に副甲状腺疾患がなくても、慢性腎不全に対して認められる。

#### イ 検査間隔

透析の有無にかかわらず、原則3カ月未満の頻回検査は認められない。

ただし、治療の変更や高PTH血症に対する積極的な治療（経口及び静注活性型ビタミンD製剤、シナカルセト塩酸塩、インターベンション）が行われていれば、安定するまでは月1回の検査は認められるが、その場合にはその旨のコメント記載が求められる。

### (2) 骨粗鬆症の患者

副甲状腺疾患、高カルシウム血症や低カルシウム血症等がない、単なる骨粗鬆症は認められない。