

## 社保・国保審査委員連絡委員会

とき 平成 26 年 6 月 26 日（木）15:00～

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[ 報告：常任理事 萬 忠雄  
理 事 清水 嘉暢 ]

### 協議

#### 1 糖尿病治療薬の併用について〔支払基金〕

糖尿病薬の併用についてはこれまでにも協議されてきたが、別表のとおり取り扱うことでよろしいか確認したい。

別表（次頁掲載）のとおり取り扱う。

#### 2 漢方薬の「特定疾患処方管理加算 長期加算」について 〔山口県医師会〕

（都市保険担当理事協議会からの提出議題）

高血圧症治療薬として当該疾患の適応を持つ漢方製剤、例えばツムラ No.7 八味地黄丸、ツムラ No.12 柴胡加竜骨牡蠣湯、ツムラ No.46 七物降下湯を 28 日分以上処方した際に、長期加算 65 点が 18 点に査定される事例が発生している。「高血圧」に限らず、「慢性胃炎」、「糖尿病」でも同様の査定が行われているが、これら算定要件を満たす事例での審査取扱いについて確認したい。

保険請求を認める。

#### 3 アルブミン定量（尿）について〔支払基金〕

アルブミン定量（尿）は、留意事項通知にお

いて「糖尿病又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 期又は第 2 期のものに限る）に対して行った場合に、3 月に 1 回に限り算定できる。」とされているが、具体的取扱いについて協議願いたい。

以下のとおり取扱う。

- 糖尿病 ⇒ 3 月に 1 回認める。
- 糖尿病性腎症（疑） ⇒ 3 月に 1 回認める。
- 糖尿病性腎症
  - ・「第 1 期（腎症前期）」 ⇒ 腎症ステージの記載を求める。3 月に 1 回認める。
  - ・「第 2 期（早期腎症期）」 ⇒ 腎症ステージの記載を求める。3 月に 1 回認める。
  - ・「第 3 期（顕性腎症期）」 ⇒ 認めない。
- 慢性腎不全
  - ・「第 4 期（腎不全期）」 ⇒ 認めない。
  - ・「第 5 期（透析療法期）」 ⇒ 認めない。

#### 4 悪性中皮腫に対するヒアルロン酸の算定について 〔支払基金〕

平成 15 年 12 月の社保国保審査委員連絡委員会において、胸膜中皮腫（胸水検体）の診断及び経過観察に対するヒアルロン酸の算定について協

### 出席者

委 員 藤原 淳  
小田 達郎  
山下 哲男  
西村 公一  
矢賀 健  
藤井 崇史  
赤司 和彦  
田中 裕子  
久我 貴之

委 員 土井 一輝  
大藪 靖彦  
中山 晴樹  
安武 俊輔  
浴村 正治  
上岡 博  
上野 安孝  
村上不二夫  
松谷 朗  
道重 博行

県医師会  
会長 小田 悅郎  
常任理事 萬 忠雄  
理 事 清水 嘉暢  
船津 浩彦

議され、「胸水の場合は、胸膜中皮腫、胸膜中皮腫の疑い、アスベスト肺について認める。腹水の場合は、硬化性皮囊性腹膜炎について認める。」と協議されているが平成 25 年 9 月 11 日付 事務連絡 厚労省疑義解釈資料(その 16)において、「悪性中皮腫の診断を目的に、胸水を検体として D007 血液化学検査の「39」ヒアルロン酸を実施した場合は、所定点数を算定できるか。」の間に對し、「不可」とする回答が出された。

ついては、胸膜中皮腫（胸水検体）の診断及び経過観察に対するヒアルロン酸の算定について、再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 2 月 1 日号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 25 年 9 月 11 日付疑義解釈資料（その 16）により認められない。

## 5 空腹時インスリン定量の査定に関して

〔山口県医師会〕

(都市保険担当理事協議会からの提出議題)

コントロールに苦慮する糖尿病患者に対して IRI を測定した例で、4～8か月遅れで IRI が査定された（保険者からの再審査）。HOMA-R や HOMA- $\beta$  を算出して、その結果を評価し、どの作用機序の薬剤を選択するかを決定するために必要として再審査請求したが、「原審どおり」と判定された。IRI は決して傾向的にすべての患者で測定しているわけではないため、協議願いたい。

インスリンの使用がなく、傾向的でない場合は年 1 回程度の算定は認められる。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 26 年 9 月診療分から適用する。

別表

### 糖尿病薬の取扱いについて

併用が可能な上限数	<ul style="list-style-type: none"> <li>適応の範囲内において、経口薬のみの場合は「4剤」まで認める。</li> <li>選択的SGLT2阻害剤については、「SGLT2阻害薬の適正使用に関する Recommendation」により、当分の間、当該薬剤を含め「3剤」まで認める。</li> <li>適応の範囲内において、インスリンと経口薬併用の場合は「インスリン+経口薬3剤」まで認める。</li> </ul> <p>(注記なしで認める。ただし、薬剤使用に傾斜することなく、生活指導が行われることは前提である。)</p>
	<p><b>【認められるもの】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>原則、どちらかの薬剤に適応があれば併用投与は可能とする。</li> <li>ビグアナイドと <math>\alpha</math> グルコシダーゼ阻害剤については、GLP-1受容体作動薬を除きどのような組み合わせであっても認める。（4剤併用を限度）</li> </ul> <p><b>【認められないもの】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>速効型インスリン分泌促進薬（スターシス、ファスティック等）と SU 薬の併用投与は認められない。</li> <li>バイエッタ皮下注の単独投与は認められない。（「SU 薬との併用となっているが、結果的に SU 薬を中止した」などのコメントあれば認められる。）</li> </ul>
配合剤について	<ul style="list-style-type: none"> <li>2つの成分が配合されている場合は、2剤としてカウントする。</li> </ul>
適 応	<ul style="list-style-type: none"> <li>ビグアナイドは、インスリン抵抗性を伴なった I 型糖尿病に対しても認める。</li> </ul>