

福耳会ニュース web 版

2023 年 11 月（令和 5 年）

福耳会ニュース web 版

2023 年 11 月（令和 5 年）

目次-----

- | | | |
|----------|--|----------------|
| 1.巻頭言 | : 就任のご挨拶、自己紹介、今後の抱負 | 堀 龍介 |
| 2.報告事項 | : 令和 5 年度 第 2 回福耳会保険医療委員会
地方部会保険医療委員会合同委員会
第 18 回日耳鼻保険医療委員会全国協議会報告 | 松田 洋一
松田 洋一 |
| 3.新入会員紹介 | : 入会のご挨拶 | 中野 貴文 |
| 4.編集後記 | | |

【巻頭言】

就任のご挨拶、自己紹介、今後の抱負

産業医科大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科 堀 龍介

2023年6月16日付で産業医科大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教授を拝命いたしました。謹んでご挨拶申し上げます。

耳鼻咽喉科学教室は産業医科大学が開設された1978年4月に設置されました。初代岡本健教授、2代目牧嶋和見教授、3代目鈴木秀明教授と受け継がれ、私で4代目となります。診療科・講座の名称は2013年に「耳鼻咽喉科・頭頸部外科」に改定され、これまでの間に100名近い先生方が在籍し、数々の業績を積み上げ、多くの優れた人材を輩出してきました。当教室の伝統をかみしめ、その重責を担うこととなり身が引き締まる思いです。

私はこれまで福岡および九州には居住や勤務したことがなく、私のことを福耳会会員の皆様はご存じないと思われるので、自己紹介と今後の抱負を述べさせていただきます。私は兵庫県西宮市出身ですが、父親の仕事の関係で西宮市、芦屋市、徳島市、西宮市と中学受験まで引っ越しを繰り返しました。幼少時から体を動かすことが好きで、幼稚園からスパルタで有名なイトマンスイミングに通い小学校入学時には選手育成コースに所属となりました。徳島に引っ越ししてからはサッカー、西宮ではバスケットと、スポーツばかりしておりました。小学校高学年には進学塾に通うようになり、中学には灘中学校に進学しました。中高でもサッカー部に所属して、高校ではキャプテンも務めました。

1994年に京都大学医学部に進学し、サッカー部に所属し大手の塾での講師アルバイト(主に数学と化学)もして大学生活を送っておりました。ただ、大学4年時には親の勤めていた会社が自主廃業をするという波乱も経験しました。このように、学生時代にはスポーツを通して身体やメンタルを鍛錬し、良き友人にも恵まれつつ様々な環境に適合していく経験を重ね、現在に生かされているものと思います。ちなみに、父親の会社の件は元読売巨人軍取締役球団代表の清武氏によりノンフィクション小説で取り上げられ、本作はWOWOWドラマにもなりました(父の役柄も有名俳優が演じておりました)。

2000年に京都大学医学部を卒業後、着任されたばかりの伊藤壽一先生が主催されていた京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室に入局いたしました。倉敷中央病院、西神戸医療センターで耳鼻咽喉科・頭頸部外科全般の研修を行った後、京都大学大学院に進学いたしました。大学院での研究テーマは、当時の教室のテーマである内耳再生(+内耳保護)でした。当時鳥類では薬剤のみのin vivoでの有毛細胞再生の報告はありましたが、哺乳類での報告はありませんでした。かなりの試行錯誤(=失敗)を繰り返した結果、哺乳類動物(モルモット)において薬剤のみ(Notchシグナル阻害剤)を用いたin vivoでの有毛細胞再生に、世界で初めて成功しました。また、突発

性難聴の治療においてプロスタグランジンが用いられますが、効果がある症例もあるもののどちらかといえば効果がない症例が多い、その疑問を解明するべく、プロスタグランジン E1 受容体の選択的作動薬による蝸牛有毛細胞再生と保護の研究に取り掛かることにしました。詳細は省きますが、本研究においてこの疑問をクリアに説明できる知見を得ることができ、本研究は学位論文とすることができました。在学中スウェーデン王国カロリンスカ研究所に留学する機会を頂き、高分子有機伝導体を用いた新規イオンポンプにてイオンのみを flow なく蝸牛に注入する実験に従事し、こちらは Nature Materials に掲載されることになりました。多くの上司と素晴らしい研究環境に恵まれて業績を積めたことに心から感謝しております。

その後、臨床志向が強かったこともあり、2010年から天理よろづ相談所病院へ赴任することになりました。天理よろづ相談所病院は九州の先生方にはなじみがないと思われませんが、昭和41年に開設された50年以上の歴史がある1000床以上を有する関西でも指折りの病院です(現在は精神科など分院に分離して、本院は減床しております)。天理教の教えに基づき(私は天理教ではありません)、身体と心と生活に目を向け、「病だけでなく、病む人そのものに向かい合う」という“全人的”取り組みを開設当初から続けております。天理よろづ相談所病院での臨床および臨床研究経験は、私のキャリアに大きく影響しました。着任後2011年に副部長、2016年1月には病院として過去最年少で診療科部長を拝命いたしました。着任当時の上司の専門である、頭頸部癌、甲状腺外科、音声外科など診

療や手術の研鑽を積むとともに、手薄であった耳科手術にも積極的に取り組み、特に経外耳道的内視鏡下耳科手術(TEES)を新たに立ち上げました。耳科以外にも鼻科、咽喉頭、頭頸部、甲状腺においても奈良県全体、京都府南部、三重県西部と非常に広い診療圏(但し、ほとんど山地で人口密度は低い)での病診/病病連携を推進し、そしてご開業の先生方と密にコンタクトが取れる体制を強化して症例数を増やしました。その結果、着任前までは年間40件ほどであった耳科手術症例数は、コロナ禍前には120件以上まで増えました。わずか7人のスタッフで総手術件数は年間1200件を超えるに至り、また外来指標として着任前の年間初診数3500人ほどであったものが4900人まで増加し、総外来患者数は適切な逆紹介を行った上で年間3万人ほどの人数を維持いたしました。診療科医業収入も年間約2億円増加し9.4億円程となりました。であります、手術手技の洗練、低侵襲医療の実践、業務の効率化により、カンファレンスの日以外は17時までに実臨床業務が終わるように業務改善を推進してまいりました。学会発表準備や論文作成については自己研鑽ということになりますが、若手は天理にいる間のテーマで英文論文2本を書き上げるように積極的に推進し及び全面的にサポートいたしました。私の取得した専門医/指導医も多数に上り、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会指導医、日本気管食道科学会専門医、日本頭頸部外科学会専門/指導医、日本内分泌外科学会専門医/指導医、日本耳科学会手術指導医、日本甲状腺学会専門医、補聴器相談医、喉頭形成手術実施医と幅広い領域にわたります。基礎研究や臨床研究も多く携わり、

第20回日本耳科学会奨励賞(基礎部門)、第22回日本耳科学会奨励賞(臨床部門)、第81回耳鼻臨床学会総会・学術講演会ポスター賞(指導)、第29回日本耳科学会ヤングアワード(指導)、日本内分泌外科学会雑誌最優秀論文賞(指導)などの受賞経験も致しました。また、天理よろづ相談所病院は歴史的にも症例数的にも甲状腺・副甲状腺外科領域において日本をリードしており、年100件以上ある甲状腺手術症例において、単純な半切であれば30分以内に終了するべく侵襲が少ない術式を選択しておりました。この甲状腺腫瘍症例が豊富にある環境の中で、新しい細胞診装置の開発を行いました。従来の用手による粗い前後運動で細胞を採取する方式から、微細振動を用いて細胞を採取する方式を採用しました。製造企業/販売企業に加え大阪商工会議所などと産学連携を組み、2023年に研究計画がAMEDにも採択されて2～3年後の上市に向けて努力しております。他にも顔面神経麻痺診断アプリ(FazialPalsyZero)、音声診断アプリ(GRBASZero)も開発し、これらはApp Storeにて無料で公開しております。是非、福耳会会員の先生方にも日常診療で活用していただければと存じます。

その後2021年には、藤田医科大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座 楯谷一郎教授とのご縁があり、藤田医科大学に着任いたしました。咽喉頭ロボット手術に関わるとともにTEESを導入し、中部・東海圏にてその普及と手術手技の教育に取り組んでまいりました。藤田医科大学では、Da Vinci Surgical

System(手術支援ロボット)コンソール術者、日本頭頸部外科学会認定頭頸部アルミノックス治療指導医、日本耳科学会認定耳管ピン手術実施医も取得いたしました。

産業医科大学着任後の臨床としては、北九州市を含めたより広域の診療圏において私の専門とする耳科手術、頭頸部癌手術(ロボット手術含む)、細胞診断に裏打ちされた甲状腺外科手術を進めてまいりたいと考えております。TEESについては九州ではまだまだ普及しているとは言えない状況であると思われまます。産業医科大学にてTEESを積極的に推進していくとともに、篤志御献体でのカダバーダイセクションを実施してより安全・確実なTEESを九州に広めていきたいと考えております。そしてTEESだけでなく、耳鼻咽喉科頭頸部外科のすべての領域における内視鏡下手術(内視鏡下鼻副鼻腔手術、経口的咽喉頭ロボット手術、内視鏡下甲状腺手術など)を推進し、低侵襲医療を地域の患者さんに提供してまいりたいと考えております。また、研究としてはこれまで多くの臨床から着想したテーマをベースに、臨床研究、場合によれば基礎研究を進めていきたいと思ひます。これらをもって、学生教育及び医局員のトレーニングにつなげていきたいと思ひます。

産業医科大学での、そして福岡県での耳鼻咽喉科・頭頸部外科学がさらに発展できるよう邁進する所存でございます。今後ともより一層のご指導ご鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

令和5年度 第2回福耳会保険医療委員会地方部会保険医療委員会合同委員会

松田 洋一

日時：令和5年10月19日(木)19:00～21:00 ZOOMにて

出席：麻生 丈一郎、荒木 謙三、嬉野 元喜、河野 浩万、熊本 芳彦、末吉 誠一、
妻鳥 敬一郎(前原 宏基代理)、富田 和英、中川 尚志、平木 基裕、平野 清幸、藤井 加奈子、
松尾 美央子、松田 洋一、森 貴稔、安元 義博、若杉 哲郎 (五十音順・敬称略)

欠席：江浦 重治、杉本 卓矢、田中 久一郎、中島 寅彦 (五十音順・敬称略)

【会長挨拶】

中川 尚志会長
末吉 誠一会長

【報告事項】

1. 令和5年度九州ブロック保険医療委員会 報告

福岡県の主幹で令和5年7月1日に九州大学耳鼻咽喉科医局からZoomを介してハイブリッド開催した。現地参加は中川尚志会長、末吉誠一会長、松尾美央子委員、松田洋一委員長の4名であった。事前に九州各県からご提出頂いた疑義に関する協議を行い、質問事項2項目と要望事項30項目を第18回日耳鼻保険医療委員会全国協議会の議題として提出した。

2. 第18回日耳鼻保険医療委員会全国協議会 報告〈別添資料1参照〉

3. 臨時保険医療委員会 報告

日時：令和5年10月3日 19時30分～21時30分

出席者：中川 尚志、末吉 誠一、江浦 重治、熊本 芳彦、平野 清幸、嬉野 元喜、藤井 加奈子、
松田 洋一

第18回日耳鼻保険医療委員会全国協議会での質問事項/日耳鼻の見解について報告・協議を行った。

4. 令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いに関して〈別添資料2参照〉

【協議事項】

1. 令和5年度福耳会福岡県地方部会保険医療実態調査について

- ・例年通り10月のレセプトデータからの集計を予定している。
- ・今年度より森貴稔委員長から麻生丈一郎委員に引き継ぎを行いながら、11月からの集計作業を予定している。
- ・普遍的かつ、正確なデータ収集の為に、より多くの医療機関にご参加を頂きたい。

2. 令和5年度日耳鼻保険医療実態調査について

- ・日耳鼻からの依頼に従い、今年度も県下24施設にお願いする予定。
- ・対象医療機関は地域、年齢に偏りが生じない様に、順次入れ替えを行っていく。
- ・今年度は3医療機関の入れ替えを予定している。

3. 令和6年度福岡県耳鼻咽喉科専門医会専門医共通講習並びに耳鼻咽喉科領域講習会

(保険医療講習会の開催について)

①開催時期について

- ・令和6年10月下旬から11月中旬に予定する。

第1候補日：11/9(土)、第2候補日：11/16(土)、第3候補日：10/26(土)

【参考】令和6年秋期の学会予定

9/26(木)-28(土)	第63回日本鼻科学会
10/3(木)-5(土)	第34回日本耳科学会
10/17(木)-18(金)	第69回日本音声言語医学会
10/24(木)-25(金)	第69回日本聴覚医学会
11/13(水)-15(金)	第83回日本めまい平衡医学会
11/30(土)-12/1(日)	第38回日耳鼻秋期大会

②演題と講師について

- ・領域講習は講師、演題とも未定。
- ・共通講習としては
「保険診療マニュアルの解説」 演者：藤井 加奈子先生
「福耳会診療調査の解析」 演者：麻生 丈一郎先生

③開催形式について

- ・現時点では未定。

④共催について

- ・共催に関しては本年末を目処に決定する見通し。

4. 令和6年度診療報酬改定説明会について

- ・令和6年度改定は6月1日に施行の予定。
- ・重点改定項目のみ令和6年福耳会総会にて報告する。
- ・疑義解釈を含めた詳細な説明会を令和6年5月下旬ころにZoomにて開催予定する。

【レセプト審査、査定、返戻などの状況】

- ・処置・処方に対する傷病名が適切か請求前に確認をお願いします。また請求する医療行為と傷病名の開始日もご確認下さい。保険者再審となった場合に救済出来ません。
- ・耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の算定要件について、算定前に今一度ご確認下さい。抗菌薬が処方されているにも関わらず、算定されている例が散見されます。またマクロライド少量投与の場合、本来の抗菌薬の薬理効果とは違う薬理効果を期待して使用することは、学術的な見地から適切と思われるが、抗菌薬を使用している事実には相違ありませんので、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算は算定できません。
- ・術側の記載(左・右・両)や耳下腺手術に於ける浅葉・深葉は明記下さい。最近保険者からの指摘が厳しくなっています。
- ・組織検査を行う場合、生検の手技(D417 組織試験採取、切採法)を併せて算定して下さい。
- ・耳鼻咽喉科の傷病名に対する耳鼻咽喉科の処置・手術は医科診療報酬点数表に則った算定をお願い致します。耳鼻咽喉科疾患に対する手技を歯科診療報酬の点数で算定している例が見られます。
- ・「耳垢栓塞除去」を算定する場合、必ず「治癒」の転帰を記載して下さい。転帰がない場合や「中止」の転帰は査定となります。
- ・急性病名の整理をお願いします。特に3ヶ月以上経過した急性咽頭喉頭炎、急性副鼻腔炎などは速やかに慢

性病名への変更をお願いします。

- ・単純ヘルペスは反復しますが、抗ウイルス薬を処方する場合には、その都度で古い傷病名に転帰を付けた上で新たな傷病名を付けて下さい。
- ・口内炎に対して外用薬を処方する場合など、病態が連続していない場合には、その都度で古い傷病名に転帰を付けた上で新たな傷病名を付けて下さい。

《今後の予定》

令和5年10月：日耳鼻保険医療実態調査

令和5年10月：福耳会福岡県地方部会保険医療実態調査

令和6年1月27日：日耳鼻保険医療委員会 WS および全国会議

令和6年3月31日：日耳鼻診療報酬改定伝達会議

次回委員会開催予定

令和6年2月15日(木)：令和5年度第3回福耳会・地方部会合同保険医療委員会

第18回日耳鼻保険医療委員会全国協議会報告

保険医療担当理事 松田 洋一

日時：令和5年9月24日(日) 10時～13時

開催形式：対面開催のみ

会場：TKP 品川カンファレンスセンター

出席者：末吉 誠一、嬉野 元喜、藤井 加奈子、松田 洋一

1) 協議議題質疑応答

【基本診療料】

1. 突発性難聴、顔面神経麻痺に対して救急医療管理加算2を認めるか。〈A205の2〉(中部：新潟)

平成27年にも議題になっており、突発性難聴に関しては、「審査に関する苦情等相談窓口への紹介(支払者から)に関する回答などについて」での基金本部の見解で「緊急にステロイド治療を要するもの」として、原審通り(算定可)との指摘があったことが示された。この時点では対応は分かれていた。当県ではこれまで認めていなかったが、ともに早期治療開始が望まれる疾患であり、認めてよいのではないかとの意見がある。

〈見解〉

2020年の本会議で説明されておりますが、本加算は、個々の疾患名ではなく患者の入院管理を必要とする状態に対する加算であります。考え方としては生命予後を左右するような緊急状態を重篤と判断し、重篤ではないものの嚴重に管理が必要であり、自宅療養では危険と判断し、入院となった例は加算2になると思います。

ご質問の突発性難聴、顔面神経麻痺につきましては、原則算定不可と考えます。

【医学管理】

1. アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について。〈B001の35〉(東北：岩手)

過去に免疫療法を中断し再開する場合、1月目の算定を認めるか。

再開時にあらためて治療内容に係る説明について文書を用いて行い1月目の算定をするには、どの程度の中断期間以上であれば可能か。

〈見解〉

医科点数表の解釈の通知には「アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料イにおいて「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう」との記載があります。従って過去に本療法を中断して再開する場合は、中断期間の長さにかかわらず「1月目」での算定になると考えます。また、厚労省から支払基金への令和4年度診療報酬改定説明会で、「患者が任意に診療を中止し、その後新たに初診料を算定できる場合は、再度1月目の所定点数で算定できるか」の問いに対して「算定不可」との回答があったことを確認しました。

2. 慢性あるいは急性副鼻腔炎の患者につき歯性上顎洞炎等を疑って歯科へ紹介を行った場合、B009診療情報提供料(I)注14による歯科医療機関連携加算Iの算定は可能でしょうか。〈B009の注14〉(近畿：京都)

注14には「患者の口腔機能の管理の必要性を認め」とあるがこの解釈が不明なため。

〈見解〉

算定不可。

歯科医療機関連携加算1の算定要件として、医科診療報酬点数表に「歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合に限る」とあり、自院

や紹介先の歯科医療機関へ通院可能な場合は算定出来ないと考えます。

算定可能なケースとしては、往診や在宅医療の患者さんを、歯科訪問診療を目的として、在宅歯科医療を行っている歯科医療機関へ紹介した場合などを想定します。また、「患者の口腔機能の管理の必要性を認め」については、「口腔機能に対する歯学的なアプローチを要すと判断した場合」と解釈します。歯性上顎洞炎等が疑われる場合、齲蝕や歯周病などの歯科疾病を患っているケースが大多数であり、同時に口腔機能(捕食、咀嚼、食塊の形成と移送、嚥下など)の障害を来す場合も十分に考えられます。

【検査】

1. 最近、聞き取り困難を訴える患者に対して(Listening Difficulties)、両耳分離聴検査や歪語音(早口語音)聴取検査、雑音下語音聴取検査などのいわゆる聴覚情報処理検査を、公開されている音源(学会などで authorize されていない音源)を用いて施行する施設が全国的に増えてきたが、検査点数の算定は可能か?(早口語音などの歪語音の検査をしていれば、後迷路機能検査で算定可能か?) <D244>(東北:宮城)

当施設では現在は検査点数の算定をしていないため。

<見解>

後迷路機能検査は、D244 自覚的聴力検査 4(通知 6)に、「後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(TTD)のうち、1種又は2種以上のものを組み合わせて行うものをいい、2種以上行った場合においても、所定点数により算定する。」とされています。

また、自覚的聴力検査には、通知(1)に「1」の標準純音聴力検査は、『日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により(中略)を両耳について測定する方法をいう』と明記されています。

以上より、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法に従い、後迷路機能検査が行われた場合に、算定可能と考えます。

2. ANCA 関連血管炎の疑いでPR3-ANCA とMPO-ANCA の同時算定を認めるか。<D014の30、31>(東北:岩手)

各マーカーが陽性となる疾患がそれぞれ少し異なるため。

<見解>

算定可

理由: ANCA 関連血管炎には、顕微鏡的多発血管炎(MPA)、多発血管炎性肉芽腫症(GPA)、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)があり、いずれも難病に指定されており、診療ガイドラインも発行されています。

これらの疾患は患者数が少なく、全身に多彩な症状を呈し、特徴的な症状も無く、早期診断が難しい疾患とされています。ある調査では、約半数の患者さんが3ヶ所以上の医療機関を受診していたとの報告もあります。ANCA 関連血管炎の診断については、厚労省が定めた診断基準に準じ、主要症候(症状)、主要組織所見、主要検査所見から総合的に行うとされており、主要検査所見の中に顕微鏡的多発血管炎(MPA)では「MPO-ANCA 陽性」とあり、多発血管炎性肉芽腫症(GPA)では「PR3-ANCA が高率に陽性を示す」とあります。また、ANCA 関連血管炎は早期発見と治療開始が予後を左右するとされており、疑いの段階でMPO-ANCA とPR3-ANCA を同時測定することは、必ずしも特異的とは言えないまでも、早期の診断確定、鑑別、治療開始のためには有用(必要?)だと考えます。なお、社保支払基金の全国統一取り決め事項では2者の同時算定可となっています。

3. CPAP 導入の際のPSG 算定について。<D237の1、D237の3>(中・四国:愛媛)

従来診療所の外来ではD237の1(720点)で算定されていたが、最近一部のクリニックから高額D237の3口(3570点)で算定されることが散見される。以前の日耳鼻の見解ではD237の3口の算定は原則入院での検査実施した場合とのこと。今後の算定基準について見解を伺いたい。

<見解>

以前の耳鼻科の見解とは2020年の全国協議会で見解と原則変わりません。業者が在宅で行うPSGは脳波検査の精度が低く、睡眠障害を診断することは困難であるとされています。次に、脳波検査と筋電図は臨床検査技師がおこなう必要があります。従って、装置を宅配で送り、技師が直接関与せず患者が自ら検査機器を装着する場合には、算定不可です。

本検査は耳鼻科以外に、呼吸器内科、精神科などでも行われており、関連他科との協議も必要です。各支部におかれましては、以上に述べました問題点がある事を踏まえ、算定医療機関にはどのような状況で検査が行われているのかレセプト詳記にて確認されて、審査に当たっていただきたいと考えます。

4. vHITを月何回まで認めますか。<D250の6>(東北：山形)

経過観察として用いる場合、月1回程度の算定は可能でしょうか。

<見解>

vHITについては昨年の本協議会でも委員会としての考えを述べているところです。vHITの保険収載前の2010年に、ENGについては、山本委員が、ほぼ月1度の申し合わせになっていると思われるが、必要であれば行うことには問題はないが、ただ必要であることの症状詳記は必要と思われます。検査は、必要最小限で且十分な結果を得る回数の範囲で行われることが本来の回数であると思われると回答しております。これをもとに、vHITの施行回数に関しては、医学的な判断で本来は行っているが、月1回が妥当と思われます。もし、急性期の半規管障害の病態により、これ以上の回数を行う必要がある場合には症状詳記をお願いいたします。また、vHITはENGとは同時算定することは原則考えていない位置づけであることを申し添えます。

5. 中咽頭疾患の傷病名に対しD298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープとD299 喉頭ファイバースコープのどちらを適応病名として認めているか。<D298、299>(中部：静岡)

舌根部腫瘍の傷病名でD298の算定につき審査上疑義が生じることがある。

<見解>

鼻咽腔とは上咽頭のことを指します。中咽頭は硬口蓋と軟口蓋移行部から舌骨上縁(喉頭蓋谷底部)までの範囲と定義されています。中咽頭病変の精査としては、D299であれば中咽頭下端までの観察が可能で請求は妥当です。D298を算定している場合には、可視範囲が鼻腔から上咽頭までであり、ご質問のような舌根部腫瘍の精査であるにもかかわらずD298を算定している場合には腫瘍が巨大で上咽頭方向への進展範囲を確認することが目的と推察され、その旨の注記があれば容認してよいと考えます。

6. 上咽頭Bスポット療法の算定基準について。<D298>(中・四国：愛媛)

上咽頭炎などに対してBスポット療法を実施する際に、毎回(連月や月2回以上も含む)鼻咽腔ファイバー検査を算定する施設があるが、算定はどうか？

<見解案>

上咽頭擦過療法は、現状においては口腔、咽頭処置としての請求のみと考えます。上咽頭炎に対する咽頭処置回数の制限はありません。鼻咽腔ファイバーの算定に関しては、それに伴う病名があれば検査として月1回程度と考えます。現在、日本耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会としては内視鏡下上咽頭擦過療法(Bスポット療法、E-EAT療法)として保険収載を求めています。そのため、当面はこの治療に関して特別な判断はせず、現行の保険診療としての考え方での算定をお願いしたいと考えております。

【画像診断】

1. CT撮影後のPET-CTについて。<E101-2>(北海道)

前月にCTを撮影した後に当月にPET検査を必要とした場合、PET-CTを行い算定している施設があります。

前月のCT以外に他の検査又は画像診断の算定がない場合はPET-CTでは無くPET検査のみ認めるべきでしょうか。

提案理由：E-101(2)「同月内にCT撮影を行った後にPET-CTを行う場合は、PET検査で算定する。」とあり同月内ではCT検査は認められませんが、E101-2(3)では、表中2.悪性腫瘍での「他の検査又は画像診断により・・・使用する」のうち「画像診断からはCT撮影を除く」との記載があるために疑義が生じるためです。

<見解>

前月にCT検査を行ない、当月PET-CTを行なった場合についてはPET-CTの算定は可能です。

2. メニエール病に対する内耳造影MRI検査 <E202> (九州：長崎)

内リンパ水腫の描出が可能となりましたが、検査実施時にメニエール病の病名だけで算定を認めてよいでしょうか。

手間や労力を考えますと認めてよいかと思われませんが、見解をお聞かせ下さい。

<見解>

メニエール病診療ガイドライン2011年版には、診断の為に造影MRIの記載はなく、2017年版においても聴覚症状のある耳に造影MRIで内リンパ水腫を認めるとの記載にとどまっています。「メニエール病・内リンパ水腫診療ガイドライン2020版」中で初めて、メニエール病の検査法の一つとして「内リンパ水腫画像検査」が明記されています。したがって、「メニエール病」病名だけでも算定可ではありますが、撮影方法、判定方法の習熟度においては放射線科医、技師、耳鼻咽喉科医による、施設間の差は大きいのが現状です。場合によっては詳記が必要と考えます。

【投薬・注射】

1. ディレグラ錠(フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プソイドエフェドリン配合)の投与期間について。(北海道)

過去の本協議会において1処方30日を限度となっておりますが、それ以上の長期処方を認めることは出来ないでしょうか。

全国社保AIでは1処方60日で制限が掛かっているとのこと。全国ならびに他科との整合性が取れず、審査に苦慮しております。

<見解>

フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プソイドエフェドリン配合錠(ディレグラ®配合錠)については添付文書に「本剤を2週間を超えて投与したときの有効性及び安全性は臨床試験では検討されていない」との注意が記載されていますが、2018年には「2週を超えて投与する場合には患者の症状を確認しながら投与すること」との文言が追加されており、日耳鼻としては過去に開催された本協議会において、1回の処方30日以内が望ましいと回答しております。花粉症に対する投薬においてもガイドラインに従った投薬期間が適切と考えます。

あくまでも安易に長期投与を漫然と施行することは、学術的にも、保険診療上としても好ましくないと考えられます。

2. フェキソフェナジン塩酸塩、塩酸プソイドエフェドリン(ディレグラ®)を朝2錠、フェキソフェナジン塩酸塩(アレグラ錠®)を夕2錠という処方認められるか。(中部：岐阜)

ディレグラ錠®の成分がアレグラ錠®の成分を包括しているため認めてよいか、異なる抗アレルギー剤2種として認めないか判断に迷うため。

<見解>

日耳鼻としては添付文書の記載を遵守すべきであり用法外使用を容認できる立場にはありません。

3. オマリズマブ製剤について。(関東：埼玉)

スギ舌下免疫療法中にオマリズマブ製剤を投与について。

① 併用の可否について。

オマリズマブ製剤を投与する際は、アレルゲン免疫療法に関する説明をする必要があります。ただし併用の可否についての記載はありません。

医学上・保険上、併用は認められるのでしょうか。

② オマリズマブ製剤の患者選択条件について。

オマリズマブ製剤の患者選択条件は、本剤初回投与前のスギ花粉抗原に対する血清特異的 IgE 抗体がクラス 3 以上とあります。舌下免疫療法は IgE 値に影響すると考えます。舌下免疫治療中のオマリズマブ製剤投与前、あるいは舌下免疫療法開始前のいずれの IgE 値を参照して判断したらよいのでしょうか。解釈について先刻のブロック会議でも意見が分かれたため。ガイドラインの作成等の判断基準の確認が必要と考えますがまずは全国的な解釈を確認したい。

<見解>

① オマリズマブ投与は花粉飛散中と想定されます。舌下免疫療法が先行して始まっている場合、オマリズマブの投与基準に合致する状況なら、併用は問題ありません。

② オマリズマブは IgE 量に応じて投与量が決定されるため、投与直前の IgE 値を用います。一般的に、舌下免疫療法後では IgE 値は上昇しますが、仮にスギ特異的 IgE スコアが選択条件以下に低下していれば、オマリズマブの最適使用推進ガイドラインに合致せず投与できません。

4. リティンパについて (近畿：大阪)

リティンパは薬価収載時から DPC 病院において包括評価対象外薬剤として慢性化膿性中耳炎などの疾患群で出来高算定が認められていましたが、昨年の改定でこの取り扱いが終了しています。過去にはこれを根拠に鼓室形成術においてもリティンパが算定されていましたが、これが終了した現在、どのように取り扱ったらよろしいのでしょうか。

<見解>

鼓室形成術は外耳道皮膚ならびに鼓膜を挙上したうえで鼓室内の肉芽などを清掃し、耳小骨連鎖を点検・再建したうえで、筋膜や結合織を鼓膜穿孔縁に接着して閉鎖する術式であり、鼓膜の再生を促し穿孔閉鎖するリティンパを用いた術式とは異なります。したがって筋膜や結合織の代用にリティンパを用いることは適切ではないと考えます。

また鼓室形成術で鼓室内清掃を要する活動性の炎症、感染症または耳漏のある症例はリティンパを投与しないことが添付文書に明記されています。またリティンパは 2022 年に DPC 病院における慢性化膿性中耳炎などの疾患群の包括評価対象外薬剤から外れています。以上から、鼓室形成術に使用したリティンパについては基本的に算定できないと考えます。

5. 舌下免疫療法における 1 回の処方日数の延長について (近畿：京都、和歌山)

すでに過去 2 回全国協議会において検討され、30 日までとの見解を承知しております。しかし、舌下免疫療法が保険適応となり 10 年弱となり、実地臨床において多くの投与経験・治療実績が積み重なってまいりました。その安全性についても、この間のエビデンスが積み重なり、以前より高い安全性の認識が広まっていると考えられます。長期経過例では安定例が多く、長期処方も可能と考えますが、日耳鼻のご意見をお聞かせください。

<見解>

日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会、日本アレルギー学会ともに 1 ヶ月処方を推奨している現状では、実情と乖離があっても 1 ヶ月を越える処方是不適切と考えます。安全性は担保されていても、有効性は内服コンプライアンスに依存する面が多く、長期処方でコンプライアンスが担保されない懸念から、長期処方が推奨され

ていない状況かと思えます。毎月受診しコンプライアンスが良い例において、長期処方を認めたいところではありますが、日本アレルギー学会「スギ花粉症におけるアレルギー免疫療法の手引き」2018年版では、「実施法として①医師、患者とも正しい理解のもとに行われるべきである。②花粉飛散時期に開始しない。少なくとも2年間毎日連続して投与可能であること、かつ月(2週*)に1度受診可能であることを確認する。」とあり、関連学会でのガイドラインが変更されない限り長期処方保険診療としてはなじまないのではないかと考えます。

【処置】

1. 処置通則8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について。〈通則8〉(北海道)

J095からJ115-2までに上げる処置を行った上で所定の条件の下で算定可能となっておりますが、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎に対する処置以外でも算定可能としてよろしいでしょうか。

例えば耳垢栓塞、急性副鼻腔炎の傷病名で耳垢栓塞除去(複雑)のみを施行し、本加算を算定している場合です。処置内容にしぼりが無いため算定解釈上は問題ないとは考えられますが、抗菌薬適正使用の目的から感染性疾患に対応しない処置の場合には、本加算の主旨として如何なものでしょうか？実際に保険者から再審査請求があります。

〈見解〉

処置通則8に記載があるようにJ-095からJ115-2を行っていれば算定可能としていいと考えます。

2. 6歳未満の患者に対して、外耳炎、急性気管支炎という2病名で耳処置をして「耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算」を請求したら、耳処置は加算対象にならず加算は査定としていますか？〈通則8〉(中部：富山)

「急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎の3病名があり、区分番号J-095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合に算定できる」としたら、急性気管支炎という急性気道感染症病名があれば、中耳炎の病名がなくても耳処置で加算を算定できると解釈できるため。同様に、この区分には、J-108鼻出血止血法やJ-112唾液腺ブジー法やJ-113耳垢除去も含まれているため、多様な組み合わせがあり得るが、病名があればこれらの処置でも加算対象として認めていますか？

〈見解〉

記載されている通り、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎の病名があり、J-095からJ115-2をおこなっていただければ、どのような組み合わせでも加算可能と考えます。

3. 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について。〈通則8〉(近畿：京都)

同加算は青本に「インフルエンザまたはインフルエンザを疑う患者には算定できない」とありますが、咽頭痛と発熱がありインフルエンザを疑って抗原迅速検査をしたがその結果が陰性であり、抗菌薬の投与なしに解熱剤(アセトアミノフェン)の投与のみで帰宅させた場合、「インフルエンザの疑い、急性咽頭炎・急性喉頭炎」の病名で同加算は算定可能にも思えます。このような場合に注記なしでも認めるか、注記があれば認めるか、あるいは認めないか。日耳鼻のご意見をお聞かせください。

〈見解〉

インフルエンザ抗原迅速検査はインフルエンザの疑われた患者に行う検査であるので、耳鼻咽喉科小児抗菌薬使用支援加算は算定できないと思います。

4. 副鼻腔自然口開大処置の適応年齢は？また、どのような処置を適正とするか？〈J097-2〉(東北：青森)

3、4歳に対して算定してくる施設がある。単純な吸引や薬剤噴霧の操作では鼻処置のはず。耳鼻咽喉科乳幼児加算が算定されるようになり今後請求してくる施設が増えることも考えられるため、日耳鼻に確認したい。

〈見解〉

処置に対する年齢制限については、過去にも他の処置(耳管カテーテル、扁桃処置、喉頭鏡下喉頭処置)で議題

になっています。今回の副鼻腔開大処置に関してもネブライザーの効果をあげる為、副鼻腔洗浄・吸引をする為の処置であり、処置内容を考えると3歳未満では難しいと考えます。副鼻腔自然口開大処置としては、0.1%エピネフリン(ボスミン)と4%キシロカイン混合液を浸した綿棒や小ガーゼを用いて中鼻道処置を行った場合で、その後小児なら乳幼児鼻用吸引嘴管(アマツ式)や小児用オリーブ管で吸引できれば開大処置の効果ありと考えられます。

5. 上咽頭擦過療法は咽頭処置の請求でよろしいでしょうか、それとも保険外診療(自費)になりますでしょうか。上咽頭炎の傷病名記載がある場合はいかがでしょうか。

また、ファイバースコープの請求回数は何回程度が妥当でしょうか。<J098>(東北:青森)

処置の都度に算定される可能性あり、また鼻咽喉直達鏡検査での算定、請求が想定されるため。

<見解>

検査の項目でも述べましたが、現在は口腔、咽頭処置での請求となると考えます。内視鏡を用いて行う医療機関も多いと思いますので、自費診療で行うかは各診療所の判断となると考えます。上咽頭炎の記載でも口腔、咽頭処置の請求は可能と思います。観察下で行う場合は、鼻咽喉ファイバーでの請求が妥当であると考えます。鼻咽喉直達鏡検査は光学系を持たないもの筒状ものであり、経口的に挿入し鼻咽喉病変、主に咽頭扁桃の観察、ないしは手術の際に使用されるものです。硬性内視鏡を使用した場合は鼻咽喉ファイバーでの請求が正しい請求です。鼻咽喉ファイバーは、現状においては月に1回が限度と思われまます。現在、内視鏡下上咽頭擦過療法として保険収載を目指していますので、今は過度の請求は控えて頂きたく思います。

6. オスラー病に対するサージセルの使用量について。<J108>(近畿:兵庫県)

オスラー病の鼻出血は止血しにくく、症状が高度で鼻出血を反復する場合の処置としてサージセルが使用されることがあります。サージセルは、これまで手術時の止血および耳鼻咽喉科領域の止血処置の薬剤として認められてきましたが、今般、薬剤から特定医療材料として扱われることに変更となりました。そのため今後、処置薬剤として請求されることになると思われますが在宅での使用も含めて、1回あるいは1か月の使用量の上限はどのように考えればよいでしょうか。

<見解>

本医療材料は手術や処置に際して医療機関で使用されることが想定されているものと考えられ、患者自身で鼻腔に充填する薬剤としての処方認められないかと思われまます。

【手術・麻酔】

1. 手術時の副損傷に対する手技の同時算定について(関東:茨城)

鼻手術時に生じた頭蓋底損傷+髄液漏に対する髄液漏閉鎖術や術中の反回神経誤切断に対する神経吻合術など明らかな医原性による過失や、同一術野の操作など保険診療上認めにくいところではありますが、術前や術中の想定外、不測の事態など状況によって認めることも必要なのでは。という解釈もあり先刻のブロック会議でも意見が分かれたため。全国的な解釈を確認したい。

<見解>

手術時の副損傷については、同時算定はできません。

2. リティンパを用いての鼓膜穿孔閉鎖について。<K311>(中部:愛知)

従来より、K311の鼓膜穿孔閉鎖術(1900点)の算定が妥当と判断してきましたが、K318の鼓膜形成術を算定してくる施設が見受けられます。算定の可否につきご教示ください。

<見解>

リティンパを用いる K311 鼓膜穿孔閉鎖術と、耳後からの結合織や筋膜を採取し穿孔縁に直接接着する K318

鼓膜形成術では侵襲度が異なります。リテインパを用い、かつ鼓室内操作を行わない手術を施行した場合は、K311 鼓膜穿孔閉鎖術として算定し、K318 鼓膜形成術での算定は不可と考えます。

3. TEES に加え大きく乳突削開した際、K319-2 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術 2 上鼓室・乳突洞開放を伴うものに、K305 乳突削開術を併算定可能か？ <K319-2 の 2、K305> (中部：岐阜)

TEES と顕微鏡・外視鏡を併用することもあると思われるため。

<見解>

TEES で乳突削開を行った場合は、「K319-2 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術」のうち、「2 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの 52,990 点」のみを算定し、大きく乳突削開した場合でも、K305 乳突削開術は 100 分の 50 に相当する点数であっても併算は不可と考えます。

4. K34-2 鼻骨変形治癒骨折矯正術について。<K334-2> (北海道)

鼻中隔湾曲症で外鼻変形を伴う場合や前弯が顕著な症例に対して鼻中隔外鼻形成術を施行し、鼻骨変形治癒骨折矯正術で算定する施設があります。算定可能でしょうか。鼻骨骨折等の外傷歴が無い場合には、変形外鼻手術で算定すべきなのでしょうか。

過去の骨折等の外傷歴が明らかではない場合、手術名より疑義が生じる可能性があります。

<見解>

まず、変形外鼻手術(K347-2: 16390 点)は外傷ではなく先天性奇形や悪性腫瘍術後の変形に対する手術であるため適応になりません。受傷後 1 か月以上経過した陈旧性鼻骨骨折で鞍鼻や斜鼻に対して、鼻骨変形治癒骨折矯正術が算定できます。一方、鼻中隔前弯が顕著な症例に対して行う Hemi-transfixion 法や外鼻変形を伴う鼻中隔湾曲に対して行う外鼻形成術は、通常の鼻中隔矯正術と比べたらどれも手間がかかり、人員も要する手術ですが、これらの手術は、今のところ点数表になく、手術の通則 3 によりもっとも近似する手術で算定することになり、この鼻骨変形治癒骨折矯正術が挙がると考えられます。

実際は、外鼻形成術、HTF 法が必要となる患者さんは、気がついていないだけで展開すると軟骨骨折や篩骨骨折があることが多いと思われます。詳細な問診を行い、外傷歴の記載ないしは詳記が必要と考えます。実際の審査では、鼻骨骨折の病名がなければ、詳記によって鼻骨変形治癒骨折矯正術で請求を認めていいのではと考えます。この問題も現在、既存の術式では治せなかった症例に対する手術であり、新規性および治療効果は高いものとして日本耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会から外保連に内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型：56,715 点、内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型：119,243 点として保険収載を目指して活動しています。その結果が出るまでは従来の取扱での継承でお願いしたいと思います。

5. 内視鏡下副鼻腔手術と鼻茸摘出手術の併算定を認めていますか。

<K340、K340-2、K340-3、K340-4、K340-5、K340-6、K340-7> (中部：愛知)

当県では、同一視野ですが、嗅裂鼻茸もあり認めています、対応を伺いたい。

<見解>

併算定不可と考えます。また K341 上顎同性後鼻孔ポリープ切除術に関しても同様と考えます。

6. 深頸部膿瘍で切開を行った場合 K384-2 深頸部膿瘍切開術(4,800 点)を算定しますが、膿瘍切開時に汚染組織の切除を行った場合 K002 デブリードマンの併算定は可能でしょうか。また深頸部膿瘍が壊死性筋膜炎である場合、A 群溶連菌感染でなくとも 5 回までのデブリードマンは認められるのでしょうか。<K002、K384-2> (近畿：奈良)

重症の深頸部膿瘍の場合、排膿だけでは不十分であり創部のブラッシングや汚染組織の切除が必要となる場合があるため。また壊死性筋膜炎の起炎菌は必ずしも A 群溶連菌感染だけとは限らないため。

<見解>

深頸部膿瘍に対する初期治療として行われる K384-2 深頸部膿瘍切開術と K002 デブリードマンの併算定は、同一術野となるため、不可能ですが、その後の経過中に壊死組織の除去が必要となった場合には、その広さに応じて K002 デブリードマンの算定が可能と考えます。また、A 群溶連菌感染でなくとも壊死性筋膜炎の病名があれば、5 回まで算定可と考えます。

7. 舌垂全摘、頸部郭清、腹直筋皮弁の再建で、38 万点を超えたため中央審査となり、舌垂全摘が舌部分切除に査定されてきました。この様な査定につきまして日耳鼻はどの様にお考えでしょうか？

<通則 9、K415 の 2、K016>(九州：鹿児島)

第 17 回全国協議会での喉頭下咽頭悪性腫瘍手術のように見解が分かれるものと違い、診療報酬点数表上で特に問題ない請求と考えますが、いかがでしょうか。

<見解>

舌の切除範囲が正中を越えていて、腹直筋皮弁を用いて再建する必要がある程の舌切除であれば、舌垂全摘術として矛盾がないものとする。詳記に切除範囲を図示して再審査請求して良いものとする。

8. 「K394 喉頭悪性腫瘍手術 2 全摘」と同日の「K400 喉頭形成術 1 人工形成材料挿入術」の併算定を認めているかお伺いしたい。<K394 の 2、K400>(中部：静岡)

プロボックス初回挿入術は(単独の場合は)「K400 1」での算定になり、入れ替えに関しては気管切開後の管理料に含まれ材料費のみの算定と認識しております。喉頭全摘後のプロボックス挿入術について、当県では同日の場合は同一視野として材料費のみを認めておりますが、医療機関からは「腫瘍摘出」と「機能再建」の目的が全く異なる手術なので皮弁術などに準じて認めるべきとの意見もある。

<見解>

喉頭悪性腫瘍手術全摘出と同日のプロボックス挿入術は同一視野の手術であり、併算定はできないと考える。「悪性の腫瘍摘出」と「機能再建」の手術で目的は異なるが、通則 14 に従い同一視野の手術の手術として考える。

9. 下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、腹部操作を含む)時の腸瘻増設は腹部操作に含まれると考えてよろしいでしょうか。<K395、K725>(東北：青森)

下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、腹部操作を含む)時の腸瘻増設は腹部操作に含まれるとして再審査請求されました。

<見解>

腸瘻造増設は腹部操作に含まれると考えます。喉頭悪性腫瘍手術全摘時に永久気管孔作成が算定できないように、空腸切除後の腸瘻増設は腹部操作に含まれると考えます。

10. 昨年度議題に上がった「下咽頭進行癌に対する自家遊離複合組織移植術併算定の是非」についての現在のお考えはいかがでしょう。<K395、K017 の 2>(東北：山形)

昨年度の会議では「現在も意見が割れており検討中」とのご回答であったため。

<見解>

K395 喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)と K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)の併算定については、現在も意見が割れており、各県で対応をお願いしたい。

福耳会審査会ブロックで協議した結果、K395 喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(現行点数 113,880 点)には「再建を含む」と医科診療報酬点数表に明記されてある点を踏まえて、従来通り K020 自家遊離複合組織移植術の併算定は不可とします。他の再建術においても同様です。今後、現状に則した術式を新たに申請することが望ましいと考えます。

11. 同日の両側の内視鏡下鼻・副鼻腔手術でのナビゲーションの請求について。〈K939の1〉(中・四国：徳島)
ナビゲーション、プランニングは一回と思われます。対応をお知らせください。

- ① ×2で認める
- ② ×2を認めない
- ③ ×2で認めるが、設定の変更などの注記が必要

〈見解〉

厚労省の疑義解釈資料によると「K939 画像等手術支援加算について、複数の手術を行った場合も1回のみ算定か。」という問いに対し、「複数の手術が行われ、それぞれの手術について点数が算定される場合には、それぞれの手術に対して当該加算が算定できる」と回答されており、①の×2で認めることができます。

【その他】

1. AI 審査に関する対策について (関東：神奈川)

支払基金で AI による審査がすでに行われていますが、これまでの保険審査上の解釈との齟齬が生ずることで審査上の混乱があるかどうか。全国的な状況と今後の対策について確認したい。

〈見解〉

支払基金では 2021 年 9 月、レセプト審査に新システムを導入し、AI を活用してチェックを行うようになりました。事務職員や審査委員による目視審査部分を可能な限り省き、最終的にはレセプト全体の 9 割程度をコンピュータチェックで完結することを目指しています。そのため AI が問題ありと判断したレセプトのみが審査委員に送られるようになり、すべてのレセプト内容を審査委員が判断することが難しくなりました。それに伴い全国統一取決事項(見解)を作る動きも進行しています。

その際まず各(旧)支部の主任宛てにアンケートが行われ、その 80% で同じ見解であれば統一見解を作成します。その見解について国保連合中央会、協会けんぽ、日本医師会等に連絡をとり、合意があれば約 2 年後基金 HP に掲載され、一般に公開されることとなります。

またコンピュータによるチェックの際の抽出基準として各(旧)支部の状況を調べ、多数が採用している基準を採用する場合があります。結果として従来の各支部の見解・基準との差異が生じたり、支払基金と国保の審査に差異が生じたりする事態も散見されます。

現在学会や医会の保険医療委員会と支払基金・国保連合会事務局が直接的・定期的に事務連絡・打ち合わせを行う体制はありません。そのため、支払基金の主任の先生や各地方部会保険医療委員の先生方には、新たな動きや情報を入手された際には日耳鼻保険医療委員会事務局まで連絡をいただきたいと思います。それを基にして日耳鼻・臨床耳鼻科医会合同保険医療委員会で協議を行い、主任の先生方・支払基金(旧)支部を通じて支払基金本部へ申し出を行ったり、場合によっては委員会から支払基金本部・国保連合中央会、さらには厚生労働省に直接連絡を取り、善処を求めることを考えます。将来的には審査事務局との定期的な協議の場を構築することも図らなければいけないかもしれません。その間、先生方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

2) 令和 4 年度耳鼻咽喉科実態調査報告

- ・ 回答数 / 採用数：603 施設 / 601 施設
- ・ 平均レセプト件数：1,166 件
- ・ 平均点数 点 / 件：737(785)、日 / 件：1.38(1.4)、点 / 日：533(569)(括弧内は社会保険統計月間)

3) 令和 5 年度耳鼻咽喉科実態調査の説明

- ・ 例年同様の調査
- ・ 専用ソフトを使つてのレセコンからの抽出。
- ・ 順次対象医療機関の入れ替え(若返り)をお願いしたい。

・対象医療機関数は昨年と同様(福岡県は24施設)

4) 要望項目の説明

- ・過去10年以内に要望項目として各ブロックから複数回挙がった項目を提示
- ・提出項目

外保連經由

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術における頸部郭清術併算定要件の緩和

内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型・Ⅳ型(前鼻・外鼻)の新設

鼻副鼻腔悪性腫瘍手術

EAT

耳科手術における脊髄誘発電位測定

超音波凝固切開装置の使用適応拡大

ロボット手術の適応拡大

内保連經由

中等度難聴指導管理料

めまい疾患管理料

脳血管障害リハビリテーションの末梢性めまいへの適応拡大

EBV 核酸検出検査の中咽頭癌への適応拡大

日医經由

重点

中等度難聴指導管理料

EAT

標準純音聴力検査の増点

その他

指導管理料

めまい疾患

嚥下障害

好酸球性副鼻腔炎

耳鼻咽喉科特定疾患の年齢制限の要件緩和

往診に関わる点数の増点

外来管理加算の要件緩和

ネブライザの増点(超音波ネブライザとの点数差是正)

【新入会員紹介】

入会のご挨拶



福岡市 中野 貴史

福耳会の先生方をはじめまして。この度は入会させていただきありがとうございます。2023年9月に開業させていただきました、中野貴史と申します。

私は福岡県太宰府市出身で、2007年に山梨大学卒業後に地元福岡に戻り、九州大学耳鼻咽喉科学教室に入局致しました。在局中は、九州大学病院、九州がんセンター、浜の町病院、千鳥橋病院で勤務して参りました。また、2010年からの4年間は九州大学形態機能病理学教室で唾液腺病理を中心に耳鼻科病理について研究を行っておりました。更に、米国ミシガン大学への留学し、大学院時代の研究を続け知

見を広げる機会もいただきました。

この度は縁あって、福岡市城南区に「なかの耳鼻科・美容皮膚科」を開院することとなりました。私自身は、これまでは頭頸部腫瘍を中心に診療を行っておりましたが、今後は耳鼻咽喉科医として全力で地域医療に貢献したいと考えております。また、当院では妻が美容皮膚科医として美容医療を提供しております。

福耳会の先生方にはご迷惑をお掛けすることもあると思いますが、今後ともご指導ご鞭撻のほどどうぞよろしくお願い致します。

なかの耳鼻科・美容皮膚科

〒814-0103 福岡市城南区鳥飼 7-1-21 2F

TEL 092-400-0833

FAX 092-400-0832

【編集後記】

今号は初めてのデジタル版福耳会ニュースです。どのくらいの会員の先生方にこの編集後記まで目を通していただけるかわかりませんが・・・令和6年1月11日午後7時から福岡地区耳鼻咽喉科医会（五孔会）の新年会を西鉄ソラリアホテルで開催します。大学医局の先生に医会へ入会していただいた後の初めての懇親会で、五孔会としても初の新年会となります。貴重な親睦の機会ですので、多数の先生の出席をお待ちしております。

嬉野 元喜

コロナとインフルエンザのダブル流行の最中ですが、周りはすっかり忘年会シーズンになりました。当クリニックでも3年間中止していましたが、今年は久しぶりに忘年会を行うことになりました。しかしながら食事は大皿ではなく個々に分けてなど、まだまだ神経を使います。さて、今年度から福耳会ニュースを紙ベースで年1回（5月）発刊とし、不足分を11月にweb版で福耳会のホームページに掲載することになりました。今回は初回のweb版となります。主に報告事項や新入会員紹介を行い、急な会員の皆様への連絡事項などを掲載していきます。編集長の原口先生ご足労おかけしますが、引き続きよろしく願いいたします。

富田 和英

諸先輩方のお力で、福耳会 web 版が完成となりました。本当にありがとうございます。今後とも微力ながら私もお手伝い出来たらと思っています。

小泉 弘樹

8月に電子カルテを変更しました。電子カルテ変更は大変で、患者さんやスタッフや薬局の協力に感謝する毎日です。

宮地 英彰

8月初旬に新型コロナに罹患しました。倦怠感、咳、息切れ、嗅覚障害などが1ヶ月間続きとても辛かったです。コロナは単なる風邪ではないと思います。

末吉 誠一

今回、福耳会ニュース web 版を初めて編集しました。不慣れで上手く行かない事もあります。が、今後も試行錯誤を重ねながらよりよい物を作れたらと思っています。

原口 正大