【国保】

審査情報提供事例について

審査支払機関における診療（調剤）報酬に関する審査は、国民健康保険法及び各法、療担規則及び薬担規則並びに療担基準、診療（調剤）報酬点数表並びに関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

他方、高度多様化する診療内容について的確、かつ、迅速な審査を求められており、各審査委員会から自らの審査の参考とするため、他の審査委員会の審査状況について知りたいとの要望のある事例について、平成１７年度より全国調査を実施し、各審査委員会及び国保連合会間で情報の共有をしてまいりました。

今般、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、審査上の一般的な取扱いについて、「審査情報提供事例」として広く関係者に情報提供することといたしました。

今後、全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会等で協議を重ね提供事例を逐次拡充させることとしております。

なお、療担規則等に照らして、それぞれの診療行為の必要性、妥当性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としていますので、本提供事例に示されている方向性がすべての個別事例に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものでないことにご留意願います。

平成２３年３月

【国保】

F-132 ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾールの算定について

《令和 6 年 12 月 5 日新規》
《令和 8 年 5 月 1 日更新》

「第 33 次審査情報提供事例(医科)(令和 8 年 2 月 25 日提供分)」を追記

○ 取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール（フラジール内服錠）の算定は、原則として認められない。

ただし、クラリスロマイシン（CAM）耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に処方した場合はこの限りではない。

○ 取扱いの根拠

ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌療法として、プロトンポンプ・インヒビター、アモキシシリン水和物、クラリスロマイシンの 3 剤による一次除菌療法が行われる。

一次除菌療法で除菌不成功の場合、二次除菌療法としてプロトンポンプ・インヒビター、アモキシシリン水和物、メトロニダゾールの 3 剤による除菌療法が行われる。

以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌とレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール（フラジール内服錠）の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、メトロニダゾール（フラジール内服錠)は、CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に処方した場合、当該薬剤を審査上認める旨審査情報提供※されたため、原則として認められると判断した。

（※） 審査情報提供事例（令和 8 年 2 月 25 日公表）

422 ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール（消化器病 4）

○ 標榜薬効（薬効コード）

その他の抗生物質製剤（619）

○ 成分名

ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール

○　主な製品名

ボノピオンパック

○　承認されている効能・効果

〈適応菌種〉

アモキシシリン、メトロニダゾールに感性のヘリコバクター・ピロリ

〈適応症〉

胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃 MALT リンパ腫・免疫性血小板減少症・早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃におけるヘリコバクター・ピロリ感染症、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎

○　承認されている用法・用量

プロトンポンプインヒビター､アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの 3 剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合

通常、成人にはボノプラザンとして 1 回 20mg、アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びメトロニダゾールとして 1 回 250mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回、7 日間経口投与する。

○　薬理作用

胃酸分泌抑制作用（ボノプラザンフマル酸塩)、細胞壁合成阻害作用（アモキシシリン水和物)、核酸（DNA)障害作用（メトロニダゾール）

○　使用例

原則として、「ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、メトロニダゾール【内服薬】」を「CAM 耐性ヘリコバクター・ピロリ菌の一次除菌を目的に」処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

○　使用例において審査上認める根拠

薬理作用に基づいており、妥当と推定される。

○　留意事項

⑴　当該使用例の用法・用量

成人にはボノプラザンとして 1 回 20mg､アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びメトロニゾールとして 1 回 250mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回、7 日間経口投与する。

⑵　ピロリ菌の感受性検査によりクラリスロマイシン耐性の存在が明らかであること。

○　その他参考資料等

H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン 2024 年改訂版