



以上の方策は外来枠、人員確保の問題もあるため強制ではありません。最終的には各医療機関、各症例に応じてご判断いただければと思います。また神奈川県での方策の効果を評価することを目的として、後日 RSV 入院実態調査(アンケート調査)をおこなう予定です。結果は地方会でも報告させていただきますので、是非ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

併せて、ご参考までにレセプト記載の要綱として注意点を下記に示します。

- 4 月から 11 月までを標準的なシナジス投与期間とします。これ以外の期間においては流行状況や重症化リスクに応じて投与の妥当性を判断し、投与理由のコメントもしくは症状詳記を必ず記載のうえ請求してください。
- 初回投与時に適応であれば、そのシーズン終了まで(3 月は除く)は継続して月 1 回の投与は認められますが、毎月のレセプトには必ず初回投与日とその日の月齢の記載を徹底してください。
- 毎月のレセプトに必ず記載していただきたい事項
  - ✓ 適応症名
  - ✓ 初回投与日および初回投与日の月齢
  - ✓ 今回投与日
  - ✓ 通算投与回数
  - ✓ 投与量(シナジス 1 回投与量 体重(kg)×15 mg/kg÷100 mg/mL)
  - ✓ 体重

<この件に関するお問い合わせ先>

日本小児科学会神奈川県地方会 感染症小委員会

清水博之 hiroyuki@yokohama-cu.ac.jp

勝田友博 katsuta-7-@marianna-u.ac.jp

今川智之 timagawa@gmail.com