

医療保険のしおり

支払基金および国保連合会の審査、県医師会に対する要望事項 (平成23年10月実施)

平成23年10月、全医療機関を対象に「支払基金および国保連合会の審査、県医師会に対する要望事項」のアンケート調査を実施しました。

会員から寄せられた32件の意見について、平成23年12月1日開催の医療保険委員会において協議、意見交換を行いました。その議論を以下のとおりまとめましたので、お知らせ致します。日常診療の参考にして下さい。

なお、**基金**は支払基金、**国保**は国保連合会、**県医**は県医師会への要望事項です。意見回答の**県医師会**は県医師会からのコメントです。

【一般】

1. **基金**

返戻を月初めではなく、国保のように月中又は月末にして頂ければ月初めのレセプト業務が余裕をもって行うことができますと思います。ご高配をお願いします。《東部》

意見回答：増減点連絡書、返戻内訳書については、全国統一のシステムにて月初めに出力し、確認後発送しているため、このような時期となります。ご理解をお願いします。

県医師会 間に合わないようであれば1ヵ月遅れで出すなどの対応をお願いします。

2. **両方**

「審査委員会は医師会の代表である」という基本姿勢を以て審査に当たられたい。《東部》

意見回答：

基金・国保 審査委員は診療担当者、保険者、学識経験者の3者構成となっているが、どの代表という意識は持っていません。審査は、医療機関からの診療報酬明細書の内容が療養担当規則に合致しているか、また医学的に妥当かどうかを基準に、公平で適正な審査となるように心がけています。

3. **国保**

増減点連絡書で査定内容を知らせていただき、はじめて検査に対する病名が不適當であったことを知り、再審査をお願いしたことがあります。一度査定されたものはお返しできませんとの返事がありました。検査の値も高く、患者さんにとって必要な検査であるにもかかわらず、病名がもれていたり、違っていたりしたら二度と請求することができないのでしょうか。《東部》

意見回答：検査の必要性が不明なものについては返戻することがありますが、原則として病名漏れは認められていません。請求前の確認をお願いします。なお、病名漏れが多い場合は、注意文書を出すようにしています。

県医師会 病名漏れを認めるとその数が膨大な量になり、また各医療機関からのレセプト作成を慎重にお願いしたいという意味もあるようです。提出前の確認をお願いします。

4. 両方 レセプト提出日について

連休等がある場合に土曜日の受付が無く、祝日に受付されていますが、祝日に受付にわざわざ行く所は少ないのではないのでしょうか。(結局、レセプト提出日が早まっている事になっています。) 連休明けの日の提出も受付けて頂けないのでしょうか。《東部》

意見回答：

国保・基金 省令により翌月10日までに請求するように定められています。なお、毎月10日は祝祭日に関係なくレセプト提出を受け付けています。

5. 両方

薬の長期投与に関して、調剤薬局から、「当病院だけが90日、91日しか出していない。他の病院は出せるのになぜでしょうか」という質問あり。他の病院というのは、どこかは不明である。実際、当病院が92日などを出すと査定される。当病院だけが査定対象なののでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 長期投薬は原則3ヵ月(90日)とされていますが、週単位で考えて、最大91日としています。これは全ての医療機関が対象です。

国保 概ね3ヵ月を目安に審査を行っています。

6. 国保

病院から紹介の方で、平成22年8月内服7種類以上で処方箋料68→40へ査定されたので、平成22年9月より飲み方を変更し6種類とした。患者は薬剤師なので7種類→6種類を十分説明した。ところがまた9月分が7種類で68→40と査定されたので、レセプト画面を確認し処方内容と点数計算をそえて再審請求したところ、また先日9月と10月分の返戻があり、院外薬局の処方内容と違うから双方で相談せよと書いてあった。9月の再審請求でこちらが説明したわけだから、次は国保連合会が院外薬局にコンタクトして当院発行の処方箋の提出をさせるべきではないのでしょうか。二度目まで当院に振ってくるのはおかしいではないか。ちなみに患者さんは薬剤師で身内の別の院外薬局へ出されたが、そこで確認せず9月10月と処方を出してしまったと、謝罪の電話あり。《東部》

意見回答：

県医師会 審査機関には責任がないものと思います。処方せんを確認せず調剤したという点は疑問ですが、審査機関ではなく、双方において相談をお願いします。個別の案件については、当会へご相談下さい。

7. 国保

最近支払明細や減点詳細などがオンラインで管理しやすくなったが、国保と基金ではまだ差があり、国保での支払に関する患者情報がオンラインにないので詳細の公表をお願いしたい。支払基金ではオンラインで個々の患者の明細を見ることができ、国保は紙ベースであり、また個々の患者の支払状況などが確認できず、病院として管理しづらい状況です。《東部》

意見回答：国保連合会のシステムは国保中央会が開発した全国システムであり、ご指摘のようにオンラインで個々の患者の明細を見ることができない仕様となっているため、ご了解をお願いします。将来的な運用については、現在は不明です。

県医師会 将来的にはまだ不明とのことであるが、鳥取県からこのような要望があったということを保連合会としてご承知願います。

8. **基金**

点数解釈には掲載されていない支払基金ルールがあるそうですが、どのようなものがあるのか公表して欲しい。《地区不明》

- ①アデノウイルス抗原、A群β溶連菌迅速試験を月に2回検査をすると医学的過剰で減点。
- ②CTP（CPR？）とインスリンを同時算定をした場合、初診時は減点とならないが再診時は過剰で減点。
など

意見回答：一般的な取扱いについては、現在、支払基金のホームページに公開しています。なお、各審査委員会においては、審査のためにそれなりの「判断基準」を設けていますが、審査においては個々の症例や合併症、治療方法など様々な組み合わせに応じて医学的判断により柔軟に運用しています。全ての「判断基準」を公開すると誤解を生じる場合があるため、コンセンサスが得られたものについて、公表しています。①原則として月1回としています。必要性、詳記、病名があれば、この限りではありません。②必要理由、もしくは適切な病名をお願いします。

9. **両方**

以前からの要望ですが、各審査機関で審査の基準が異なっていると感じております。鳥取県あるいは全国で統一された基準を望みます。《東部》

意見回答：

国保 審査基準が異ならないよう、毎月、支払基金鳥取支部と意見交換を実施しています。なお、支払基金において公表されたものについては、国保も同様の取扱いとしています。

基金 支部間、支部内において、定期的に話し合いの場を持ち、差異が生じないよう努力をしています。ただ審査基準の難しいものについては医学的判断となるので、若干の差異が生じる場合もあります。

県医師会 合意が得られたものは積極的に公表してもらいたいが、ある程度すり合わせができたもの、医療機関の知っておくべき事項については、なるべく医師会へも情報提供をお願いしたい。

10. **両方**

- ①再審査請求の結果の「原審どおり」について、審議結果（内容）を教示して頂きたい。
- ②増減点連絡でのD判定理由が不明な場合がある。（審査機関へ問い合わせても回答して頂けない場合がある）
- ③減点理由の問い合わせに対し、回答が遅れるため、その間に同様な請求が行われるので、出来るだけ早急に回答を頂きたい。《西部》

意見回答：

基金 ①原審どおりの場合、できるだけコメントをお願いしていますが、今後もそのように努めていきたいと思えます。②Dは「告示、通知の算定要件に合致していない」というものであり、照会があった場合は、回答していきたいと思えます。③早急な対応を心がけていますが、中には、厚労省や基金本部へ確認が必要なものがあり、ご理解をお願いします。

国保 ①②できるだけ分かりやすいように努めています。③事案により遅れることもありますので、ご

理解をお願いします。

【医学管理 等】

11. 基金

回復期リハ病棟入院中の患者の運動器リハビリ料が1日平均6単位から4単位に査定されたが、理由が「過剰」とだけでよく分からない。再審査請求をしているところですが、もう少し具体的な理由を示していただけないのでしょうか。《西部》

意見回答：対象傷病名や診療内容全体を通覧して、適切な算定単位数を判断するようにしています。医療機関からの再審査請求については、できる限りコメントを記載するようにしています。特殊な状況で通常より単位を増やす必要がある場合は、それが分かるような記載があると審査の参考となります。

12. 両方

胃ろうにて経管栄養を行っている方に対してエンシュアリキットやラコールを使用しているが、「在宅薬剤」として在宅欄で算定していた。今回、在宅時医学総合管理料（院内処方）を算定している方において、平成22年からのエンシュアリキットが全て査定されました。基金に尋ねたところ、「在宅薬剤欄で算定できる薬剤ではない。この薬剤は内服に該当するため管理料に含まれる」との返事でした。他県では「在宅薬剤」での対応で行っているとのことですが、この点について鳥取県ではどのように対応されているのか、ご教授下さい。《西部》

意見回答：

国保 「在宅薬剤」で対応しています。

基金 基金の査定誤りであり、「在宅薬剤」で算定可能であると厚生局へ確認済みです。ご迷惑をおかけしますが、再審査請求をお願いします。

13. 国保

膀胱癌として治療している患者がPSAの検査を実施した場合、PSAの管理をしているわけではないので管理料としての算定は出来ないと厚生局から回答を頂いておりますが、国保連合会ではどのような回答になるのでしょうか。《西部》

意見回答：膀胱癌として診断が確定し、さらに前立腺癌を疑いPSAを実施したという前提での回答として、悪性腫瘍の診断が確定していれば、悪性腫瘍特異物質管理料で算定することとなっています。これを算定している場合に、必要があって他の腫瘍マーカーを施行される場合は併算定となり、制限されています。

【検査・画像診断・処置 等】

14. 基金

人間ドックで腫瘍マーカーが上昇したとき、1度だけなら請求できると医師会と支払基金の話し合いで決められていると理解していた。しかし今回査定された。基金へ問い合わせたところ、そういう話し合いがあったことは肯定されたが、病名がいけない、と言われた。「腫瘍マーカーが上昇したとき1度だけなら請求できる」ということを確認したい。詳細は以下のとおり。

6月28日のドックにてCEA10.3（正常5.0以下）、7月29日当院受診。コメントは以下の通りとした。「6

月28日人間ドックにてCEA10.3と上昇しており、再検査を希望され来院。胸X-P、便検査、胃内視鏡は既に施行され、異常なし。今回CEAは14.2。」

病名はCEA高値し、何故ならドックの結果から腹部悪性腫瘍疑いとか大腸癌疑いとか決められないからであり、コメントからも人間ドックにてCEAが高いとの記載があれば良いと思います。このような場合、病名が悪いというだけで査定するのは理解できません。せめて返戻とすべきと思います。又、今後このようなことも多くあると思われるので、病名は何にしましと決めて頂きたいと思います。《東部》

意見回答：平成15年、17年に県医師会へ提示した取扱いは、健診後の注記があれば他の検査がなくても腫瘍マーカー単独での算定を認めるというものであり、高CEA血症病名での検査を認めたものではありません。腫瘍マーカーを請求する要件は、悪性腫瘍を強く疑われるものに対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定または転記の決定までの間に1回を限度として算定するとされていることから、当基金では、高CEA血症単独記載は適切ではないと考えています。

県医師会 悪性腫瘍を疑うような病名の記載（例えば大腸癌疑い）が望ましいと考えます。

15. 両方・県医 「RSウイルス抗原テスト」

マスコミでも大流行の兆し等の報道もあり、外来での検査も可能となるように働きかけをお願いしたい。《中部》

意見回答：

基金・国保 厚労省から発出された平成23年10月17日付 保医発1017第1号通知により、入院中の患者以外に対しても、乳児やパリビズマブ製剤の適用となる患者については、算定可能となりました。

県医師会 問題なく保険請求できるようです。

16. 基金

2月に検便し陰性であったが、貧血もあり4月に再度検便した。貧血の責任病巣が見つからない場合、再検してもよいのではと思い再審査請求した。原審通りで、その理由として「大腸出血のみを検査した場合、大腸癌疑という病名をお書きください」との返事でしたが、保険病名として検便すれば記入してもよいのでしょうか。《東部》

意見回答：貧血は正式な病名ではなく状態なので、原因を特定するには疑った疾患名を病名欄に記載をお願いします。ただし、鑑別のため多数の疾患を疑う場合は、その理由として「貧血」の記載があると審査上参考となります。

県医師会 疑った病名の記載があると参考となります。

17. 基金

1年以上前のレセプトが返戻となったが、熱傷処置の初回処置日を当院の初回日を記入していたが、前医で数日前受診しており、その日を書くようにとあったが、そのようにすべきなのかどうか（紹介状なし）。

さらに、熱傷処置は2ヵ月以内ではあるが明らかに前医からでも2ヵ月以内であるのに、わざわざ返戻するのでしょいか。《中部》

意見回答：保険者からの再審査請求分で、処理上、1年以上前の審査が出てくることはありますが、再審査請求不可とこちらから保険者側へ言う事ができません。明細書の記載要領には、熱傷処置を算定した

場合は、摘要欄に初回の処置を行った月日を記載することとなっています。前医で処置を行っていれば初回処置日を記載するので、その記載不備により返戻となったと思われます。

県医師会 紹介状がない場合は、患者から前医での処置日を聞いて記載するのが良いと思います。なお、再審査請求の申出期間は、原則6ヵ月以内ということになっています。

18. **国保・県医**

平成21年9月18日から高コレステロール血症にて加療中。年1回の検尿検査（潜血があり沈渣）を査定され、再審査でも認められませんでした。理由をご教授下さい。《西部》

意見回答：尿一般は算定可能です。沈渣が不適ということだったのではないのでしょうか。

県医師会 沈渣が査定されたということであれば、その理由（コメント、適切な病名）があると、審査の参考となるようです。

19. **基金**

8月の査定例より、初診の頸肩腕症候群で誤って腰椎X-Pで請求していた。これは誰がみても頸椎X-Pの間違いで事務的なミスであることは明らかです。医師も忙しくて点検しても見逃してしまうこともあると思います。このような場合に、適応外ですぐ査定するのではなくて返戻していただくようお願いします。その方が親切ではないのでしょうか。《東部》

意見回答：明らかに主病名がぬけている場合は返戻して確認をお願いしています。提出前に、十分な点検をお願いします。

20. **両方**

骨粗鬆症の検査に対してNTXを6ヵ月に1回、約3回しているが、その6ヵ月の間隔において、骨腫瘍マーカー TRACP-5bを6ヵ月おきに約3回程度施行の方針であるが、それで妥当でしょうか。《西部》

意見回答：

国保・基金 算定ルールがあるので、回数ではなく、必要に応じて実施して下さい。

21. **基金**

①透析患者で糖尿病あり。HbA1c月1回検査（グリコアルブミン、1.5AGなどなし）をするのに必要理由を必ず毎月記入する必要ありとのことであるが、糖尿病があれば必要理由がなくても返戻理由にしないで欲しい。なお、国保では返戻されない。

②糖尿病患者月2回の検尿が1回に査定され返戻された（22年4月～10月まで来た）。これまで無かったことだが、そのようになったのでしょうか。

③C型肝炎保菌者が年1回、抗体、RNA検査をしていたが、今年は査定返戻された。保菌者の経過観察のため年1回ぐらひは査定しないで欲しい。《中部》

意見回答：①糖尿病の病名があれば、月1回のHbA1c検査を査定することはありません。慢性維持透析患者外来医学管理料の請求がある患者の場合は、必要性を明細書の摘要欄に記載することとなっているため、ご理解をお願いします。②検尿回数については、従来取り決めをしていませんでしたが、平成23年9月以降の審査については、原則月2回、顕性腎症の患者については月3回を基準としています。

③感染後の経過観察や治癒判定を目的とする場合には、HCV核酸定量検査が有用とされています。

22. **両方** 「CRPの査定について」

外来での患者に対して、生Iの検査と一連で実施するケースが多く、慢性疾患病名の定期受診では査定になる。例えば3ヶ月ごとの来院に同じ検査をすると、疑い病名をつけても査定される現状で、患者の状態を検査結果でみる必要はないということで片付けてよいのでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 CRP検査は各種疾患の診断、経過観察に有用です。現在、初診時のほか、3ヵ月に1回程度は認めています。最近、慢性疾患の経過中に疑い病名を含む新しい病名を付けて、毎月もしくは隔月傾向的に施行されている例もあり、症例ごとに判断をしています。

国保 疾患名によりますが、必要と判断される場合は認めています。

23. **両方**

経皮的動脈血酸素飽和度測定が14日で査定されるが、「医科点数表の解釈」に14日間までという算定基準は載っていない。医師が必要としても事務的な査定になるのはなぜか？ また、他県は査定されない。違いがあるのはおかしいのではないのでしょうか。《東部》

意見回答：

国保 一律に14日間としていません。入院した月や重篤な状態の月などは認めています。過剰等不適切と思われるものについては査定しています。

基金 実施回数については上限を決めていません。疾患名が妥当と思われる症例であれば、認めています。

24. **両方**

血糖測定の1日4回測定を12日間請求したが、12日間を9日に査定されている。こういった日数査定はなぜおこるのか。患者の状態の判断はどこでしているのでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 ご質問の内容では入院日数が不明なために十分な回答はできませんが、月に何回までという取り決めはしていません。傷病名やその他の病態などを含めて、全体的に判断しています。機械的に判断はしていません。必要であったということであれば、再審査請求の上、検討します。

国保 入院した月であれば概ね60～70回を上限の目安としていますが、それ以上であれば、必要性を明記して下さい。

25. **両方**

手術査定、材料査定など大きな査定が保険者から相当な月遅れでおこると、患者さんへの説明が発生する。患者さんはレセプトの事は理解できず、まるで手術が失敗、材料が間違いだったように思い、その後の対応で病院は訴訟に持ち込まれるなど大変なことになる。執刀医の術式の見解と点検される医師の見解が違くと大変困った問題。ましてや、保険者より例えば5,000点の減点となっても患者通知に50,000円病院からかえしてもらえると勘違いできる文章が送られる。患者の窓口負担しか返せないという説明を繰り返すが、こういった現状をご存知でしょうか。《東部》

意見回答：

国保 審査機関としては回答、対応できませんのでご了解ください。

基金 審査機関としては回答、対応できません。ただ、高額な再審査査定となる可能性のあるレセプトについては、症状、詳記を医療機関側に求めて、妥当と判断できれば保険者に返すようにしています。

26. **両方**

病院は院内検査としてできるものと、外注に出さないと出来ない検査があります。その中には保険請求できると「医科点数表の解釈」にある検査でも点数以上に金額がかかる検査がある。入院患者でも検査をすればするほど赤字になるし、開業医からでもそういった検査のみ病院紹介をしてくる開業医もあります。

1 例として K920-注7
HLA型適合血小板輸血に伴って行うHLA型クラス I (A、B、C) 1,000点
クラス II (DR、DQ、DP) 1,400点

この検査は外注検査で全部自費で120,000円かかる。両方の検査で保険が通ったとしても（病名が必要）24,000円で、常に96,000円の病院持ち出しとなっています。《東部》

意見回答：

基金・国保 審査機関では回答できません。

県医師会 紹介した医師へ内容を確認し、話し合いをしてもらうのが良いと考えます。金額についてもお知らせし、双方で話し合いをお願いします。

27. **国保**

筋筋膜性腰痛症や肩関節周囲炎の病名がつけられている患者さんで、消炎鎮痛等処置を行っております。症状があるから毎日電気治療に通っておられるのに、実日数16日で16回処置を行い請求すると、「過剰である」という理由で減点され、16回→8回になります。治療器具のメーカーに2日に1回しか治療できないのですかと問い合わせましたが、そんなことは決まっていないとのこと。再審査も通りませんでした。今までこの様なことはありませんでしたが、今年に入ってからの様なことが続きます。どうしてなのでしょう。《西部》

意見回答：慢性疼痛患者の消炎鎮痛処置は、発症から3ヵ月（急性期）は20回程度は認めています。それ以降については、必要最小限をお願いします。国保については、1年以上前からこのように取り扱っています。

28. **基金**

5歳女児。初診病名：左)急性結膜炎、右)遠視、左)混合乱視。検査：屈折検査、矯正視力（その他）、精密眼底（両）が査定をうけました。また、祝日の急患診療なのに休日加算が削られました。最近では、アレルギー性鼻炎の病名があるのにナゾネックス点鼻液、角膜びらんの病名があるのにアイケア点眼が削られています。審査委員の先生に聞いたところ、眼科医以外の先生がみられた可能性があるとのことですが、査定される前に眼科の先生にみてもらうなど適正な対処をお願いします。《西部》

意見回答：この症例であれば、この病名の初診であれば算定可能と思われます。休日加算についても認めています。アイケア点眼についても角膜びらんで認めていますので、お手数ですが再審査請求をお願いします。

【投薬・注射 等】

29. **両方** トリガーポイント注射及び鎮痛消炎処置

処置が過剰の理由で「適当」に査定されています。担当規則に則り、納得できる理由付けと「成文化」を希望します。権力乱用的な査定にいつも不快感を持っています。《西部》

意見回答：

国保 回数が多いと筋肉が線維化しやすいので、期間を決め、漫然と注射を行わないようにお願いします。週3回程度までであれば、最大限認めています。

基金 頻回実施する場合は、必要理由をお願いします。

30. **国保**

非代償性肝硬変などの低アルブミン血症に投与される献血アルブミン“化血研”25% 50mlは、どのような基準で査定となるのでしょうか。《西部》

意見回答：レセプト全体を通覧し、医学的判断のもとに審査しています。

31. **両方**

トリガーポイントや消炎鎮痛処置の回数に基準があるのかご教示願いたい。《西部》

意見回答：29番の回答と同じ。

【その他】

32. **両方・県医** 「高点数保険医療機関の選定について」

当院のようにへき地で地域医療が主な医療機関においては、対象となる患者さんの80%以上が70歳以上の高齢者であり、在宅で治療を行う患者さんも多数おられます。また通院できる方でも医大や総合病院への通院が困難な方は、症状が安定している方については、継続治療は当院で行う方も多数おられ、結果として高点数になっている場合がほとんどです。今のシステムでは必ず3～4年に1回は集团的個別指導あるいは個別指導を受けることになります。選定にあたって、患者さんの平均年齢や在宅患者訪問診療を行っている方の割合、あるいは人数、へき地などの地域性を考慮して頂けないでしょうか。当院は平成21年5月の個別指導で「妥当な診療」と言われましたが、今のシステム上、同年7月にも集团的個別指導を受けました。《西部》

意見回答：

基金・国保 審査機関では回答できません。

県医師会 現在の厚生局の選定システム上、高点数からの選定になっています。高点数に変わるシステムがないのも事実であり、このシステムを廃止する見込みも立っていないようです。この問題については、県医師会としても中国四国医師会連合でも議題に挙げ、たびたび、改善を求めて日本医師会へ要望してきたところです。しかしながら、インターフェロン、在宅医療など一つを特例として認めると、他の事例はどうなのかと、様々なケースが出てくるため、現行のシステムとしてご理解をお願いします。