

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24年10月実施)

平成24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22件の意見について、平成24年11月29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、**両方**は基金・国保、**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. **両方** **県医**

- ①オンライン請求を行っています。返戻されたレセプトは直して紙で請求書を送付しています。この返戻分の請求額はいつの月に入金されているのでしょうか。また、支払額決定通知書のどこを見て入金の確認ができるのかお尋ねします。
- ②「鳥取市保険年金課の〇〇です」と電話があり、患者様の受診日の確認をさせて下さいと言われ教えました。こちらが確認の理由を尋ねたら「教えることはできません」と言われました。これはおかしいですよ。迂闊にも患者様の情報を教えてしまいました。一方的な質問に応じなくてはいけないのでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 ①10日までに請求された返戻については、当月分に請求された他の明細書と合算し、原則として請求翌月の21日に支払いをしています。なお、支払額決定通知書には、当月の請求分と返戻明細書分を合算して記載しています。またオンラインで請求されたレセプトについては、患者単位の支払額のデータがダウンロードできるようになっています。

国保 ①オンライン医療機関からの返戻については、翌月は紙レセプトでの請求も可能です。紙レセプトを請求された翌月の20日まで（曜日の関係で変更あり）にオンライン請求分と合わせて支払いをしています。支払額決定通知書の中段あたりに振込日を記載していますので、ご確認をお願いします。

県医師会 ②資格喪失の関係で、医療機関へ問い合わせることがあるようです。電話での照会は記録に残らず煩雑になることがあるため、中には医療機関側からの要望で、そのような照会は紙で通知してもらっている医療機関もあるようです。県医師会としても一定のルールが必要と考えますので、できるだけ文書で依頼してもらうよう、保険者協議会に対して要望を行いたいと思います。

2. **国保**

減点や返戻された理由を尋ねてもはっきりした回答をしてもらえないことがあります。次回の請求の為

にも誠意ある回答をお願いします。《東部》

意見回答：

国保 できるだけコメントを付け、分かりやすいように心がけています。再審査の場合は特に細かいコメントも付けるようにしていますが、どうしても初回の減点などで納得頂けない場合は、再審査をお願いします。

3. **両方**

査定減において、増減点事由ABCD等だけでは査定内容が分からない場合が多く、再審査請求の可否の判断が難しい状況です。査定連絡書に書いてあるのが望ましいのですが、無理であれば、電話での問い合わせに対して教えていただくと、その後の処理が助かります。《東部》

意見回答：

国保 少しずつ分かりやすいシステムに変わってきているので、ご理解をお願いします。「D」とは、ABC以外のもので、医学的判断の範疇となります。検査の回数など一律には明文化できないものもあり、個別の判断となるので、ご理解をお願いします。

基金 できるだけ分かりやすい回答を迅速に心がけていますが、中には審査委員会への確認が必要な事案もあり、ご理解をお願いします。「D」とは、「告示・通知の算定要件（算定ルール）に合致していないと認められるもの」という意味です。

4. **両方**

基金と国保の増減点連絡書、過誤、再審査結果通知書の増減点事由のCとDについて事由を統一して頂きたい。

減点事由Bの過剰については、電話で理由を確認しても直ぐには回答が頂けない場合が多く、中には審査医でないと解らないとの回答の場合もある。主治医へ結果を伝える際に時間を要し、また不明では伝えようが無い。過剰による減点の場合は、誰でも理解できる理由を連絡書の中に記して頂きたい。《東部》

意見回答：

基金 統一については、全国組織のため鳥取支部単独では対応できず、ご理解をお願いします。ただし査定事由の統一については、このような要望があったことを基金本部へ伝えております。なお、事由ABCDの意味は、増減点連絡書に記載しているので、ご参照願います。

国保 全国統一基準のため難しいかもしれませんが、記号の統一については、国保中央会へ要望したいと思います。

5. **両方**

自立支援医療のレセプト記載方法が国保と基金で異なっているため統一していただきたい。（特に国保の記載方法が複雑すぎる）《東部》

意見回答：

国保 自立支援医療は国保被保険者、後期被保険者では所得に応じた負担金額が設けられています。4月から高額療養費の現物支給が始まり、このことが、医療機関側に新たな混乱を生じているようです。記載方法については記載要領に基づいた記載をお願いします。ご不明な点は、直接電話をいただければ回答させていただきます。

基金 レセプトの記載方法については、厚労省により定められた記載要領に基づいて実施しているので、ご理解をお願いします。

6. **両方**

保険医の保険療養担当規則を遵守して診療にあたっているにもかかわらず、乱暴（暴力的）な査定が多い。特に突合点検が開始されてから一方的な査定が多く、そのすべてが誤った査定である。そのたびに事務員らが多大な労力を費やして再審査請求を行い、診療そのものに支障が出るほどで保険診療の本文に照らし合わせても本末転倒である。

乱暴な査定と書いたのは当方の主観であり、関係機関としては言い分もあろうがコード化された簡単な減点理由のみで心血を注いだ診療行為を非難されればそうした主観をもたざるを得ない。また、査定をする側は無記名であり、異議申し立てをしてもいつも事務員から「確認します」の返答のみであることも公平さを欠く。記名にせよとまでは申さないが、①誰の責任で査定したのかは審査委員のコード番号等で我々にもわかるようにしていただきたい。

当院は院外薬局であるが薬剤の査定を受けた場合、薬剤費および調剤費など当方になんら収益となっていない費用の返還を求められる。②本件に関して医療機関が返還義務を負う法的根拠をお示しいただきたい。《西部》

意見回答：

県医師会 ①審査委員のコード番号化については対応できません。②診療が不適正の場合は、医師の責任において返還をお願いします。なお、厚生局（指導や監査、各種施設基準の届出など）と支払基金および国保連合会（審査機関）は全く別の団体であり、業務も異なりますので、混同されないようご留意願います。

基金・国保 ②厚生労働省保険局長通知（平成24年2月1日付 保発0201第11号（国保は12号））の別添に調剤報酬請求についての審査要領があり、「診療が不適切な場合（処方せんの内容が不適切な場合）は、保険医療機関に対し調剤査定分を請求する。」と記載されています。

7. **両方**

①疑義解釈の例を示してほしい。②注釈を貼付する事でどの程度まで認めてもらえるのか？（注釈を貼付しても審査に反映されないものは何かあるか？）③返戻分の結果を知らせてほしい（再審査に関しては連絡をもらっているが）。《西部》

意見回答：

国保 ①審査基準については、毎月、支払基金と意見交換会を実施しており、審査取扱上の取り決め事項については、医師会にも情報提供しています。直近では県医師会報平成22年2月号（No.656号）に掲載されています。②レセプトにより注釈があっても査定せざるを得ない場合もありますが、参考となる場合もあります。③再請求され、増減点連絡書による連絡が無い場合は、請求通りの決定になります。

基金 ①厚生労働省からの疑義解釈であれば、支払基金のホームページに掲載しています。②注釈については審査決定の際に参考となるので、必要に応じてお願いします。③結果はお知らせしていません。返戻分が再請求された場合は、当月分と同様に保険者に請求しております。

【検査・画像診断・処置 等】

8. 両方

鼻汁RSウイルス抗原迅速検査の年齢条件の弾力的運用について

上記検査は、従来外来では認められていませんでしたが、昨年10月から外来でも算定可となりました。しかし、1歳未満との年齢条件がついています。実際には1～2歳児で呼吸困難が強く入院加療となる症例が多数あります。国・マスコミの発表報道により、保護者・幼稚園・保育園などからの検査の要望も強くなっています。入院に至るような症例に関して弾力的な運用はできないのでしょうか。基金から「一律に審査基準を定め診査を行うことは、個々の患者の個別性を考慮した審査が困難となる」との見解も出ており、鳥取ならではの先進的な運用があってもよいのではないかと考えます。《東部》

意見回答：

基金・国保 RSウイルス抗原迅速検査は適応条件どおりの対応と考えます。外来での適応対象の拡大には日本小児科学会、日本小児科医会などの関連した学会からの厚生労働省への働きかけが必要と考えます。よろしく申し上げます。

9. 基金

自己免疫性肝炎の検査について

自己免疫性肝炎が疑われる方に抗核抗体（蛍光抗体法113点）で検査を施行し、検査理由も記載し、LEテスト（ラテックス凝集法68点）で請求しております。以前、「〈疑い〉病名の方のANA検査はLEテストで請求して下さい」と指導を受けたのでそうしておりますが、基金の方では全例査定され続けております。

ウイルスマーカー陰性で、肝障害が疑われるような薬剤服用や常習飲酒の無い、NAFLDで説明出来ない様なLET異常の症例でもANA検査の査定が続いておりますが、この様な症例でのAIHチェックはどうすればよろしいのでしょうか。

γ -Glob 2/d未満のAIHも10%足らず有った様に記憶しております。 γ -Globの量のみではAIHの否定は出来ないと思いますが、この様な症例からAIHを拾い上げて治療するには、ANAをチェックし、高値で、AIHが疑われれば肝生検査等の検討をするしか無い様に思いますが如何でしょうか。

また、NASHの診断基準にしても、一定量の飲酒を超えない事やウイルス性肝炎の否定をする事はもちろん、AIHの除外もする様に記載されており、学会の講演等でもそう聞いております。原因不明の肝障害と放置し、増悪してから肝生検をすれば良いのでしょうか。もしそれで良ければ、そういう方針を出して頂ければ従いますので、文書で御教授頂きたく存じます。

以前にも同様の質問をしておりますが、査定理由のお答えは無く、査定理由の記号のみで同様の事が続いております。理由が納得出来ればもちろん従うつもりですが、査定理由が判りません。疑問（文書での質問）に対して（他の事例でも）もう少し判りやすく御教授頂ければと思います。宜しくお願い致します。《東部》

意見回答：

基金 自己免疫性肝炎の診断に抗核抗体検査の施行は必須とされています。LEテストは抗核抗体系の検査ではあるが、検査の特性から、その有用性はSLEには高いものの自己免疫性肝炎にはそれほど高くないとされていることから、本疾患の診断には不向きと考えます。

10. **両方**

糖尿病における検尿検査 月2回まで（腎症除く）

14日処方している患者であれば、月3回受診することがあり、月3回までは認めるべきではないでしょうか。《中部》

意見回答：

基金 糖尿病診療における検尿の意義の主たるものは、尿蛋白の有無をみることであり、原則として月2回程度で十分と考えます。

国保 受診した際に必ず検尿をするという必要性が明記されていれば認めています。腎症を除くのであれば、2回で十分と考えます。

11. **国保**

国保家族の5歳の小児で、平成22年7月より気管支喘息あり。キプレス投薬加療中です。平成24年3月アレルギー検査施行。非特異的IgEを減点されました。どうしてでしょうか。IgERASTはOKでした。《西部》

意見回答：

国保 点数表の解釈には非特異的IgEと特異的IgEの併算定はできないという記載はないので、通常は認めています。お手数ですが再審査請求をお願いします。

12. **両方**

自院のアークレイ（生化19項目（max19項目）DCA2000日本光電製、HbA1c未血一般）を実施。全項目自院で説明して本人に結果を手渡しておりますが、自家検査加算が削られます。理由がわかりかねます。《西部》

意見回答：

国保 外来迅速検体検査加算は、検査の中で一つでも検査実施日に情報提供が行えない場合、または時間外緊急院内加算を算定している場合は算定できません。また1日5項目が限度となっています。条件に合致して査定されている場合は、再審査請求をお願いします。

基金 条件に合致しておりそれでも査定されている場合は、再審査をお願いします。

13. **両方**

尿アルブミン検査は、慢性腎臓病の診断、経過観察を行ううえで、有効な検査と考えますが、いかがでしょうか？ 尿アルブミン検査を行ってよい病態としては、糖尿病性腎症以外にはどういったものが保険上は可能でしょうか？《西部》

意見回答：

基金 尿アルブミン定性検査（49点）は点数表の解釈に特に規定はありません。各種の腎疾患が対象と考えます。ただし、尿アルブミン定量検査（113点）は点数表の解釈に、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カ月に1回に限り算定できるとされています。

国保 基金と同じ。糖尿病性腎症以外には、糸球体腎炎、腎硬化症、うっ血性心不全、尿路感染症でも異常値を示すことがありますが、臨床上、測定する必要性は少ないものと考えます。

14. 基金

平成23年8月30日にバセドウ病患者にFT4、TSHが減点されました。同日にほかの検査はしていません。H22より加療中の患者さんで、メルカゾール1錠を服用中。7月1日に来院し、FT4、TSHとも正常値であった。メルカゾール1錠を30日処方した。7月30日再来、著変なく30日処方した。8月30日再来、朝起きづらい、だるいとの事で、機能低下を疑いFT4、TSHを測定。FT4正常、TSH 6.63と少し高値であり、メルカゾール1錠を隔日服用とした。

この患者さんは内服を減量すると再燃するため、30日処方と60日処方を状態に応じて行っている。

2カ月続けて検査をしたために減点されたのでしょうか。

減点された点数も返してほしいが、何より減点された理由を解りやすく教えてほしいと思います。《西部》

意見回答：

基金 バセドウ病患者に対するホルモン測定の頻度は、治療開始から1年以上を経過した事例では、3カ月に1回を基準にしています。投薬量の変更等治療内容が変更された場合には2～3カ月程度の連月検査を認めていますが、症状の変化のみで上記間隔を短縮して検査をされた場合には状況が分からないので、施行理由の注記を付けて頂くようお願いします。

15. 両方

〈尿沈渣について〉

最近、尿沈渣がよく査定されます。①検尿で蛋白や潜血が陽性なら、沈渣は必ずみるべきものと考えます。逆に沈渣がみてあれば、蛋白か潜血かが陽性と考えれば病名は不要と考えますが如何でしょうか。また②糖尿病性腎症は、常に尿蛋白が陽性ですが、糖尿病では、尿路感染症の頻度も高く、その都度沈渣をみるべきと考えますが、回数に制限があるとすれば、その根拠をお教え下さい。また③尿沈渣に対する査定の基準は全国的に統一されたのでしょうか。御教示下さい。《西部》

意見回答：

国保 フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定については、腎疾患があれば認めています。また初診時にも認めています。腎疾患が無くても、糖尿病、感染症、高血圧症、悪性腫瘍、免疫不全の方であれば、経過中に月1回は認めています。対象病名以外では、傾向的に施行されているようであれば、医学的判断により注意文書や返戻・査定により対応しています。

基金 ①尿蛋白や潜血が、陽性の場合、沈渣をみることは妥当ですが、適正な病名の記載をお願いします。②糖尿病というだけでその都度、尿路感染症を診断するのに沈渣をみるのは妥当ではないと考えます。③傷病名に対する一般症状から症例毎に医学的に判断しています。

16. 両方

尿沈渣の査定について

医科診療報酬点数表（H24年4月版）250ページD002尿沈渣（鏡検法）について（2）「D00」「尿中一般物質定量定性半定量検査において何らかの所見が認められ実施した場合には算定する。」と記載あり、限度（回数）については言及されていません。この度、尿沈渣を3カ月に1回のみ算定できるように審査会で決定されたようですが、糖尿病の患者さんでは、受診時に尿中一般物質定量定性半定量検査をすべきであると考えます。その際に異常所見があった場合にも、沈渣をしてはいけない理由を御教示下さい。他

府県では同様な見解になっているのですか。また、算定基準を変更される場合は、事前に通達をしていた
だくようお願い申し上げます。《西部》

意見回答：

基金 糖尿病性腎症では沈渣に異常所見を認めることは多くありません。検尿一般で異常所見を認めた
場合、沈渣をみることは妥当と考えます。その際は適切な傷病名の記載をお願い致します。

国保 15と同じ。

【投薬・注射 等】

17. **基金**

降圧剤（ARB+Ca拮抗剤）との配合剤で、今回、レザルタスLDを家庭血圧を記録しながら1日2回
（朝、寝る前）投与し良好なコントロールを得ていますが、1日1回投与の用法の文言で査定されました。
1日1回で24時間血中濃度は同一に得られません。従って1日2回投与しています。レザルタスHDはLD
の含有量の倍量の薬剤です。これを半分ずつ2回に投与しても査定となりますよね。（用法1日1回の文
言）また、1日1回の文言を中心に考えて、LD1錠、HD1錠と、それぞれ1日1回としてもよろしい
でしょうか（ARB、Ca拮抗剤ともHDより増量となる）。LD1錠、HD $\frac{1}{2}$ 錠の組合せはいかがでしょうか。
とにかく、高血圧は24時間にわたり血圧の正常化を目指す事が現在の目的です。臨床的に患者から離れた
チェックは何のための医療でしょうか。医師の裁量を認めるべきです。《東部》

意見回答：

基金 1日1回投与の薬剤は朝1回投与が一般的であるが、早朝の血圧が高くなるタイプの場合は、
朝・夕に投与することも必要となります。投薬量ではレザルタス配合錠の成分薬剤であるオルメサルタ
ン・アゼルニジピンの投与量はそれぞれ1日最大40mg、16mgとされていることから、各成分薬の用
量がこれを超えない範囲での投薬を認めています。

18. **両方**

近年、絞扼性末梢神経障害（手根管症候群、外大腿皮神経痛、肘部管症候群、等）に対し、ステロイド
+局麻剤を注入する際の請求につき、神経幹内注→腱鞘内注、腱鞘内注→神経幹内注に変更されて困惑し
ている。確たる基準を示して下さい。《東部》

意見回答：

国保 絞扼性末梢神経障害に対して、ステロイド+局麻剤を注入することは問題ありません。レセプト
を見ないと判断できませんが、変更することは通常はありえないため、納得頂けない場合は、再審査請
求をお願いします。

基金 絞扼性末梢神経障害におけるステロイド+局麻剤の注入手技料の算定に当たっては、「L102神経
幹内注射」にて請求願います。

【その他】

19. **両方**

加入者様へ資料を送付させる際の要望

診療を受け、その後に、検査・処置・投薬となる原則について、直接送付される資料に全く記載がされ
ていません。明示いただくよう希望します。（ジェネリックについてのカードを送付された折にも、全く

書かれていませんでした。) ご高配お願いします。《東部》

意見回答：基金・国保の審査機関では回答できません。

20. **県医**

院外処方でジェネリックに変更にした場合、色々変更があったり、長期にわたると先発品の薬品名が分からなくなります。院外薬局によっては、必ずその都度先発薬品名の記載があるところもあります。毎回、先発と後発の薬品名が記載してあるよう義務づけていただくのとありがたいのですがいかがでしょうか。

ジェネリックを使うより先発品を安価にする方が絶対よいと思います。《東部》

意見回答：

県医師会 医師が責任を持って確認をお願いします。薬局からも情報提供されるので、お薬手帳などで確認をお願いします。

21. **両方**

保険証、資格関係等返戻について

当院の窓口で、保険証確認しているにもかかわらず、その後、資格喪失が判明したり、回収日がその後となり、後で医療機関に返戻されてきます。医療機関には全く落ち度が無いのに、余計な負担をかけさせられます。回収日が遅れたなどの原因は本来社会保険事務所の責任で、未収金の支払い手続きなどはそちらがすべきではないでしょうか？《中部》

意見回答：

国保 審査機関としてはコメントできません。

基金 保険者側への要望だとは思いますが、資格喪失等の資格関係誤りについては、基金としても、発生防止の協力要請を保険者団体へ向けて行っています。

22. **両方** **県医**

前略 平素より大変お世話になっています。この度、せっかくの機会なので、以下の件について説明し、お尋ね、お願いいたします。

当院の診療業務の大半は、へき地に在住されている高齢者の在宅訪問診療と、後期高齢者の診療です。また高齢になったため米子市の病院、医院への通院が困難となり、当院の標榜科以外の整形外科、皮膚科、眼科などからも依頼された場合は、当院で対応し治療、投薬を行っています。

高齢者1人、あるいは高齢夫婦での患者様が多く、服薬管理がうまくできず、飲み忘れも多いため、当院では院内処方で一包化し、朝昼夕の袋に日付を記入して処方する患者さんも約30パーセントおられます。訪問診療時には残った薬がないか、当院以外で処方されているヒート（バラ）の薬も確認しています。多くの場合は調剤薬局から処方されたヒートの薬が多種、多数残っており、薬剤情報提供書も薬袋の中に入ったままで、本人もなにがどの薬で、何のために飲んでいるのか解らなくなっている場合もあります。その場合は当院に一旦持ち帰り、一包化しなおして持参することもあります。ご本人や家族から依頼され、処方された病院、医院からも依頼されれば、その後は当院からの処方になることもあります。

このような事情で、当院では1人あたりに処方する薬も多くなっているのが現状です。当然、高点数医療機関となり、院長継承して以来は、新規個別指導、集団の個別指導、個別指導を全て受けています。指

導では、新規個別指導では妥当と評価していただきました。平成23年11月22日に施行された個別指導では経過観察となりました。

しかし、このような事情があり、どう努力してみても高点数医療機関となってしまう、今の制度では毎回、指導の対象とならざるを得ないと思います。

当院では、実質、医師1人、看護師1人の小さな医院で、在宅支援診療所ではありません。患者様の数も決して多いとはいえないと思いますが、上記のような状況のため、平成24年度診療科目別平均点数の調査では、鳥取県内科では1番の高点数医療機関となっており、愕然としました。

せめて、院内処方と、院外処方の医院に分別して診療科目別平均点数を計算していただくことはできないのでしょうか？

長い文章になってしまい恐縮ですが、何卒ご一考してくださり、意見をいただけますようお願い致します。《西部》

意見回答：

県医師会 審査に対する要望ではなく、厚生局の指導に対する要望です。県医師会としても、厚生局に対して指導の選定方法の見直しについて要望していますが、現在の指導大綱上、全国同じ方法で実施しており、高点数からの選定以外に方法が無いとの説明であり、ご理解をお願いします。また、今年度から集团的個別指導の内科の類型区分に「内科在宅」が加わり、多少は改善の流れがあることを、ご承知おき下さい。

なお、厚生局（指導や監査、各種施設基準の届出など）と支払基金および国保連合会（審査機関）は全く別の団体であり、業務も異なりますので、混同されないようご留意願います。

基金・国保 審査機関としてはコメントできません。