

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27年10月実施)

平成27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24件について、平成27年11月26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。

【一般】

1. **基金** **国保**

保険証の確認について、基金だよりでは「月1回の確認」と記載されているが、協会けんぽの担当者は毎回確認、月途中の喪失は査定といわれる。どちらが正しいのでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 月1回とは「少なくとも月1回」という意味で、受診時には被保険者証の変更等の（声掛け）確認をお願いします。支部だよりでは、現在「窓口で保険証確認の励行をお願いいたします」と記載しております。なお、月途中の喪失は保険者からの再審査申し出（資格関係）により、「返戻」としていません。

国保 国保連合会では協会けんぽと共同で受診の都度確認していただく旨のポスターを作成し医療機関に配布しています。なお、月途中の喪失は「返戻」としていません。

県医追加要望 保険者間調整は難しいのだろうか。医療機関では確認しているのに、後日、医療機関に返戻があるのはおかしい。

⇒**基金** オンライン請求の施設と一部保険者（請求前の資格確認のシステムを導入している保険者）に限り、請求前の資格確認ができます。今後も各保険者に対し受診教育を徹底していきたいと思いません。現在のシステムでは保険者間調整は難しいのが現状です。

2. **基金** **国保**

審査にあたり、不備・不適切な点など、改善すべきところがあれば広く医療機関に教えていただきたく思います。《東部》

意見回答：

国保 該当する医療機関には、適宜、連絡文書にてお知らせしています。

基金 該当する医療機関には、文書連絡または面接懇談を実施しています。また、審査情報については支払基金ホームページに「審査情報提供事例」として掲載しています。現在、医科で74事例掲載されています。

県医コメント 鳥取県医師会ホームページ⇒医師の皆様へ⇒審査情報からもリンクを掲載しています。

3. **基金** **国保** **県医**

保険点数の算定方法に関しての要望です。老人医療で施設に入所（入院）されている方の外来診療の算定方法について。

入院患者さん又は施設に入所されている方が紹介されて診療しても、介護病棟、一般入院病棟、老健施設、特別養護老人ホーム等、様々な場合で院外処方可・不可、情報提供料算定可・不可等、複雑でややこしい。入院施設も不便を感じていらっしゃると思います。簡素化してほしい。老健施設等全ての薬剤を持っていらっしゃる訳でもなく、皮膚科の外用加療も皮疹に応じた治療も困難で、せめて院外処方可として欲しい。ご検討よろしく申し上げます。《東部》

意見回答：

基金・国保 審査機関としては回答できませんのでご理解願います。医師会、関係学会等を通じて厚労省へ要望願います。

県医コメント 点数の算定方法については、医師会として日医へ要望はできますが、決定はできませんのでご理解願います。また、特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて、算定できるものとできないものがあります。施設側と医療機関との連携も重要かと思えます。

4. **基金** **国保**

外来にて（こちらの紹介でない限り）患者の入院を把握する事は困難である。指導料の査定は適切とは云えない。《西部》

国保・基金 問診等により、受診した医療機関で可能な限り把握をお願いします。

県医コメント 特定疾患療養管理料のことと推測します。点数表のルールで決まっているためご理解願います。なお、日帰り入院が多い眼科医療機関については、何らかの様式を検討してはどうかと、県眼科医会を通して要望してみます。

【管理料、リハ等】

5. **基金** **国保**

脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合）の保険審査の見直しについて、回復期リハビリテーション病棟及び一般病棟のリハビリテーションにおける大幅査定について意見を述べさせていただきます。特に脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合）の査定は著しいものがあります。

現在行われている保険審査の状況は、廃用症候群に対するリハビリは1日3単位を基準として一律査定が行われているのが実態であり、診療報酬解釈表に基づく保険診療に対して、専門性個別性の高さから専門家による個別症例についての審査を行うという保険審査の在り方から逸脱していると考えます。また、そのことは、全国どこでも同じ医療を提供できるとした国民皆保険制度の考え方に矛盾し、同時に、リハビリを必要とする患者の受療権の制限にもつながると考えます。このような審査の在り方には納得できません。是非とも、保険審査基準について再考して頂き、適切な対処をお願いしたいと思います。《東部》

意見回答：

基金 算定する場合には必要性を摘要欄に記載することになっています。明確な基準は決めていませんが、全体を見渡し必要があれば認めています。

国保 全国的にも改善の要望が多かったことから、現在は、医療機関からの申し出をある程度反映すべく、適正な必要単位数を認めていく方向となっています。客観的な指標がないため全てを認めること

は難しいですが、審査がしやすいよう、より詳細な病態が分かるもの、客観的データ、症状詳記など記載、添付をお願いします。今まで以上に症状詳記に留意し、審査を行っていきたいと思います。

県医 中国四国医師会の状況を聞いたところ、島根、岡山は本県同様に厳しい状況でしたが、広島、山口、香川、愛媛は特に大きな問題は報告されていませんでした。医療経営に大きな影響を与えるだけでなく、リハビリスタッフのモチベーション低下にも繋がることから、日医でも問題を認識しており、次期診療報酬改訂の際に要望したいとのコメントがありました。

6. **基金** **国保** **県医**

回復期リハビリ病棟において、退院後の自宅復帰・地域活動参加を目的とする患者が多いにも関わらず、年齢・疾患別リハ・疾患名などにより一律に算定単位の上限が設けられている。例えば、運動器80歳以上は1日6単位まで、廃用症候群は1日3単位まで、脊椎圧迫骨折は1日4単位までなど。

回復期リハビリ病棟の患者は1日最大9単位算定可能と認められており、また、積極的な自宅退院・社会復帰を目指すうえでPT・OT・STの総合的なリハビリ、(9単位)を展開する必要がある。

回復期リハビリ病棟では、年齢・疾患別リハ・疾患名等によって算定単位の上限を設けるのではなく、総合的な心身の状況、生活環境に合わせたリハビリが特に必要である。身体機能の改善にとどまらず、その個人に合わせたADL能力向上・社会参加能力の改善・再獲得を念頭にするうえでは、PT・OT・STによる総合的で積極的なリハビリが必要かつ重要と考える。(1日最大9単位)《西部》

意見回答：

5の回答のとおり。

【検査・処置・投薬等】

7. **基金**

溶連菌感染のテストについて月2回検査でしばしば1回査定されています。

1度改善しても同じ月内に再感染することはある事で、その度にコメントをつけて請求しています。また他のケースでは、2日前の来院時は陰性と出ましたが、その後高熱と全身に蕁麻疹を出し再来院したケースも、2回目の検査をし、陽性となったとのコメントをつけて出しましたが査定されました。なぜでしょうか。《東部》

意見回答：

基金 原則、月2回は認めています。ただし間隔が2週間程度必要です。短期間で2回実施する場合は、必要理由の記載をお願いします。

国保 鳥取県医師会報No.657(2010年3月号)に記載のとおり、原則月1回としていますが、2回以上実施する場合は必要理由の記載をお願いします。

8. **基金** **国保**

溶連菌迅速試験について、現在、ひと月に2回以上の検査の実施は認められていません。日常、ひと月に2回以上溶連菌を発症することはよくあり、ひと月に2回以上迅速試験をすることは日常茶飯事です。是非ともひと月に2回以上の迅速検査を認めていただきたい。現在2回目以降は請求せずに実施しています。《東部》

意見回答：

7の回答のとおり。

9. **基金** **国保**

- ①何か月も経ってから保険者から査定が来るが、保険者には専属の医師がいて（基金や国保の医師をさしおいて）査定するのか教えてほしい。
- ②同じ処方でも大病院では査定されなくて個人では査定されるように思う。例えば、アルツハイマー病と統合失調症でセロクエル25mg 1 Tを出すと適応外として査定されました。神経内科はよく出します。2011年9月28日の支払基金よりの通達では通っているのに、国保で査定されました。《東部》

意見回答：

- 基金**
- ①保険者の専属医師の存在については不明です。
 - ②セロクエル錠については、2011年9月に審査情報提供事例として情報提供していますが、その際には、提供事例に示された適否が、すべての個別診療内容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はないことも併せて通知していますので、ご留意下さい。
- 国保**
- ①県内国保保険者では確認していません。
 - ②各保険者においても点数表のルールに照らし合わせ点検をしており、薬効に基づく適応疾患が無い、又は禁忌の場合には、各保険者から国保連合会へ再審査の申し出があります。それを審査委員会において再審査し、医学的判断を行なっています。また、支払基金とは適宜情報交換を行なっていますので、ご了承願います。

10. **基金** **国保**

プラセンター製剤、とくにラエンネックの適応基準（傷病名、使用間隔等）についてお教え下さい。

《東部》

意見回答：

- 国保・基金** 慢性肝炎、肝硬変であれば認めています。使用間隔は薬事法上の基準に基づき審査しています。1日1回2ml、症状により1日2～3回です。
- 県医コメント** 脂肪肝は、原則認められていないようです。

11. **国保**

多発性脊椎圧迫骨折、骨粗鬆症の患者にエルシトニン20単位筋注を5月に5回、6月に4回施行したところ、各々3回、2回に減点されました。用法には1週間毎に施行と明記されており、再審査請求していますが返答はありません。用法通り使用しているにも関わらず減点されるのは納得できません。7月7日に電話で問い合わせた際には1ヵ月に3回までと回答されましたが、6月には2回に減点され矛盾しています。《東部》

意見回答：

- 国保** 病名の発症時期（診療開始日）により判断していますが、個々の事例により審査の判定が異なる場合があります。

12. **基金** **国保**

1回目受診：吸入実施、超音波ネブライザー算定（J115）。2回目受診（同日再診）：吸入実施、超音波ネブライザー算定否。外来管理加算算定否。『外来管理加算は第9部処置を行わない場合に算定する』

吸入以外の処置は受診毎に算定でき、処置代と外来管理加算の二重算定不可は理解できるが、超音波ネブライザーは1日につきの算定のため2回目の受診は算定できず、処置代も外来管理加算を算定できず、薬液代のみの算定は不合理ではないでしょうか。処置代を算定しない場合は、外来管理加算は算定できると考えられないでしょうか。《東部》

意見回答：

基金・国保 ルール上、薬液代のみの算定となります。処置を行ったかどうかであり、この場合は算定不可となります。処置を行っていない場合、外来管理加算は算定できます。

13. **基金** **国保**

人工透析を受けていて高額長期疾病に該当する患者について、支払基金と国保連合会とでレセプト記載方法が異なり、患者負担も異なる場合があります。例えば、自立支援の公費があり、特別医療の公費がない場合、同じ診療内容でも10,000円と57,600円となったりします。平成20年から続いている状況のようですが、違いが解消する見込みはないでしょうか。《東部》

意見回答：

国保 国保中央会の全国的なシステムで対象となる公費点数をもとに計算しており、ご理解願います。不明な点があれば個別にお問い合わせ下さい。

基金 基金では最高10,000円となっています。

14. **基金** **国保**

インフルエンザAの103才の方にラピアクタを使用したら、お尋ねが来ました。80才以上で虚弱な方は、吸入薬（うまくできない人もある）もタミフル（中枢抑制作用あり）も使いにくく、少なくとも90才以上では、無条件で使用して良いのではないのでしょうか。短期で改善しますし。《中部》

意見回答：

基金 添付文書にもあるように、高齢者では生理機能が低下していることが多いので、患者の状態を観察しながら投与するものであり、年齢のみによる審査判断はしておりません。

国保 最初から注射剤を用いた理由が不明であったため返戻になったと思われますので、今後は適宜必要理由の記載をお願いします。

15. **基金** **国保**

白血球分画、CPKに対して検査抑制が送られてきました。いずれも副作用チェックには欠かせません。半年に1回は許されるべきではないでしょうか。

また、HbA1cも昨年度来、抑制がかかっていますが、血糖値のみでチェックできない2型糖尿病が存在しており、これも1年に1回は許されるべきと考えます。県をあげて、糖尿病のチェック、治療を推進しているのに反していると思います。《中部》

意見回答：

国保 画一的に検査が行われていたためと思われますので、今後は病名、詳記（コメント）の適切な記

載をお願いします。適正な頻度での検査をお願いします。

基金 適正な頻度であれば認めています。

16. **基金** **国保**

上部内視鏡検査時に使用するセデーション薬剤について

- 〔・ドルミカム（ミダゾラム）使用は認められないのはなぜでしょう。
- 〔・フルニトラゼパム（ロヒプノール、サイレース）はどうですか。

半減期の長いジアゼパムは開業医では使い難いです。

※内視鏡学会でも推奨されています。

※他県ではほとんど通っているようです。《中部》

意見回答：

基金 上部内視鏡検査の場合は、原則認めていません。胆膵内視鏡（ERCP）、超音波内視鏡（EUS）、内視鏡治療法（ESD）など苦痛を伴う場合は、薬剤使用を認めています。

国保 内視鏡で観察のみの場合は認めていません。粘膜切除術などの手術、患者に特殊事情がある旨のコメントの記載がある場合、考慮して判断しています。

17. **基金** **国保**

①検診で胃カメラ施行、慢性胃炎だった。自己都合により後日にピロリの検査をした際、初・再診料はとれないのでしょうか。

②①で初・再診とれる場合、保険診療が初めてなら初診扱いでよいのでしょうか。

③検診と同日にいつもの私病でもかかった。保険で検診関連のピロリの検査と私病の検査等した場合、初・再診料は算定出来ますか。

④Drが自分が診ていた患者さんを他院・自分宛に紹介状を書いた場合、他院では初診扱いにならないのでしょうか。《中部》

意見回答：

基金 ①「自己都合」が患者の都合で、別の医療機関での検査実施であれば別の医療機関で算定可能ですが、後日、検診に伴う検査のみ来院の場合は算定不可。診察を伴えば再診料は算定可能です。

②①と同様。

③算定不可。

④医師が別の施設におり、自分の医療機関に書いた場合と想定すれば、算定不可。

国保 ①②④基金と同じ

③市町村検診では診察料が含まれている市町村があります。レセプト上は分かりませんが、後日市町村から再診料について再審査申出となるケースがあり、その場合は査定となります。

県医コメント なお、外来管理加算は再診料の基本点数がないものは算定できません。

18. **基金** **国保**

血腫に対する穿刺は新生児頭血腫大以下でも算定可能とすべきである。《西部》

意見回答：

基金・国保 ルール上、算定不可です。点数表の解釈663ページ。

19. 基金 国保

RSV抗原検査の年齢制限をはずせないのでしょうか。

3～4才のRSV肺炎入院例が少なからず存在し、保険診療として検査したいのですが、よろしくお願ひします。《西部》

意見回答：

基金・国保 ルール上、算定不可です。点数表の解釈434ページ。

20. 国保

査定→睫毛抜去（少数）—睫毛乱生

サンコバ点眼—眼精疲労の病名をつけているのに削られ、再審査請求しましたが、原案どおりとして返ってきました。

理由を問い合わせたところ病名がついてなかったということでした。システムの問題でしょうか。納得がいきませんでした。《西部》

意見回答：

国保 原審査に提出された明細書に病名があれば認めています。再度、再審査請求をお願いします。

21. 国保

検尿で蛋白あるいは潜血反応が陽性であれば、必ず、沈渣をみる必要があります。然るに本県では、沈渣に対する病名記載が求められています。

沈渣がみてあれば、蛋白か潜血かが陽性ですので病名は不要と考えますが、そのようにならないのでしょうか。また、他県でこのように病名を求めている県はあるのでしょうか。《西部》

意見回答：

国保 検査の必要性を判断するため、適切な病名記載をお願いします。

22. 基金 国保

①頭部CT、MRIを同日に施行した場合、査定されている件数が増えてきております。御周知の通り、脳卒中診療において、脳出血、くも膜下出血が頭部CTで否定された場合でも、脳梗塞は急性期の場合所見が無い場合が多く認められます。その際頭部MRIを施行しないと、診断、治療をすることができません。同日施行が不可能であれば保険診療内で脳卒中診療ができなくなります。病名不備などがあるのであれば改善致しますので、御教示のほどよろしくお願ひ申し上げます。

②また指導料について、他科でインスリンや抗がん剤などの指導料を算定しているパーキンソン病やてんかんなどの患者が、当科での難病、てんかんなどの指導料はいつも査定されています。もちろんそれぞれの科での専門的治療は必要ですが、難病やてんかんの専門的な治療、指導も必要であると考えます。査定とされますと当科での専門的な治療は必要ではないということなののでしょうか。査定にいつも疑問を抱いております。御教授の程よろしくお願ひ申し上げます。《西部》

意見回答：

- 基金** ①脳梗塞という病名であればCTとMRIの同日算定は認めています。脳出血の場合はCTを優先して同日のMRIは原則認めていません。
- ②同一月に算定できない医学管理料等は認めていません。点数表の解釈221ページ。
- 国保** ①適用疾患名・疑い病名が無い場合には主にCTを査定しています。レセプト上判断できない場合には返戻としています。
- ②基金と同じ。

23. **国保**

アリセプトで効果の無かった認知症患者さんですが、メモリーに変更したところ落ち着きが出てうまくコントロール出来たと思っていました。5mgで効果が十分でしたが、突然減点がありました。月初と月末に受診したので、56日分です。

電話で理由を尋ねると、増量して20mgを使用していないからだとの事でした。この査定は事務ではなく審査委員の先生が行われたと伺いました。医師であるからこそさじ加減を考慮した審査をしていただきたいと思います。この患者さんの場合はメモリーを中止するか、20mgに増量するかを審査委員の先生はどちらを選択されるのでしょうか。《西部》

意見回答：

- 国保** 低用量の持続投薬については認める方向にありますが、審査の参考とするのでコメントの記入をお願いします。

24. **国保**

- ①帯状疱疹の病名あり、訪問看護で15回の点滴。適応と認められないとのことで全部減額査定。訪問看護での施行なので手技料は算定せず。←訪問診療の方で帯状疱疹で点滴施行しました。要介護4で入院もままならず施行しました。
- ②腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症でテリボンが査定されています。変形性膝関節症をつけているにもかかわらず、スベニールが査定されていました。
- ③認知症の疑い CT頭部減額査定《中部》

意見回答：

- 国保** ①在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定要件を満たしている場合、管理料、薬剤料の算定は可能です。適応薬剤であっても用法外の場合は認められない場合もあります。具体的な事例が不明のため問い合わせ願います。
- ②11の回答と同じ。
- ③病名が確定していなければ診断時の施行は認めています。減額査定している事例があれば問い合わせ願います。