

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 (令和元年12月実施)

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**

再請求で病名経過から検査の必要性、また検査の結果から治療への反映などを書き提出しても「原審通り」がほとんどで、どう改善すれば良いのか不明であることが多い。再請求時に「同じ過ちを繰り返してはいけないので、きちんと説明をお願いします」とまで記入しても「原審通り」であり、どうにもならない。

最新の学会ガイドラインの引用を加えて記述をしても定型的な「原審通り」などと返されるため、どうしたものかと考えてしまう。

①在宅自己注射管理料について

「在宅自己注射管理料は2回/月以上の場合でないと算定できない」という条件について、紹介などの転医による初診時、前医では2～3ヵ月ごとだったと言われることが多いのですが、そのようにするとこの条件を満たせなくなります。極端に言えば、月末最終開院日の初診ではどうすれば良いのでしょうか？ランセットやインスリン注射針、血糖検査試験紙などのSMBG関連資材は持ち出し（サービス？）せざるを得ないのでしょうか？どう具体的に対応するか分からず困っております。

②甲状腺機能検査（特に甲状腺機能亢進症について）

甲状腺機能亢進症の薬物治療開始時、MMI (or PTU1) で治療開始し、効果の確認、副作用チェックのため1～2週間で再度血液生化学検査を行っております。TSH、freeT4 (or freeT3) で経過を追いつながりながら薬剤を減量していき維持量を決定、安定期になれば、3～6ヵ月の血液生化学検査の確認という方針で診ております。

この際の導入後の維持量が決まるまでの甲状腺機能検査が減点されることがあります。安定期でもないのに一律に減点されても、何を目安に診療していいのかわかりませんし、どう対応すれば良いか返戻を求めたり、事前に症状詳記をつけて提出しても、お決まりの「原審通り」です。

甲状腺機能低下症合併妊婦（第2子）の場合もどうしても甲状腺機能検査は1～2ヵ月毎に確認せざるを得ないような状況でも、同様の「原審通り」でした。《東部》

意見回答：

基金 ①在宅自己注射指導管理料の通知（8）には「在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。（後略）」と定められており、導入月には、アドレナリン製剤を除き、外来の場合は2回以上の指導が必要です。

ただし、他医等により在宅自己注射の指導が行われていた場合には、当該算定要件は満たしているものと考えますので、転医後の初診でも、在宅自己注射指導管理料については、関連す

る薬剤及び医療材料を含み、算定は可能と判断しています。

なお、この場合、レセプトにその旨の記載をお願いします。

- ②薬剤投与開始後の概ね半年間及び半年経過後であってもホルモンの上昇低下を繰り返す症例（この場合、詳記等による説明が必要）では、使用量が安定するまで複数回の検査が必要と判断します。

なお、3か月程度で安定期に入る場合もあり、このような症例では毎月の検査は不要と思われます。

また、妊娠中及び出産後3か月はTSHが不安定になることから、コントロールを図るための複数回の検査は必要と判断します。

国保 再審査請求されたレセプトについては、1次審査とは別の審査委員による部会において審査を行っております。

今後も詳細な内容を付していただき再審査請求いただきたくお願いします。

なお、請求にあたっては、可能な限り請求時にコメント等による詳細な記載を行っていただくことが、適正な審査につながりますので、ご協力をお願いします。

また、学会ガイドラインは、あくまで診療の指針であると認識しており、保険診療の請求としての必要性、妥当性については、別の観点（経済的妥当性等も含めて）で行っていますことをご理解下さい。

- ①ご指摘については、在宅自己注射の導入前の算定要件と思われ、設問のような事例であれば、コメント等により転医による継続であることが判断できれば認められると考えます。

- ②甲状腺機能検査については、診療開始から1年程度は毎月の必要性を認め、その後の安定期は数か月に1回程度が妥当な頻度と判断しています。

治療導入の不安定期については、詳記等を参考に妥当な回数について医学的に判断しております。

コメント、詳記等の記載について、よろしくをお願いします。

2. **国保**

査定理由が分からず、問い合わせをするが、明確な回答を得られず困る。「コメントを明記して請求してみてください」と言われたので、コメント記載したが査定をされてしまう。査定理由を明確にしてほしい。

（「封入体筋炎」でのリハビリ実施分、全て査定されていますが、査定の理由及びなぜ全て査定されるかわかりかねますのでご説明をお願いします。）《西部》

意見回答：

国保 医学的判断での査定内容の場合は、事務方では査定理由を正確にお伝えすることは難しく、その必要性等について詳細に記載いただき再審査請求で対応いただくことが、審査委員会へ正確に伝わるためご理解願います。

「封入体筋炎」に対する脳血管疾患等リハビリテーションに係る査定については、レセプト内容から判断してのリハビリテーションの必要性、また、運動器リハビリテーションが適応との見解もあり、審査上で査定した症例もあります。

審査委員会で再度検討し調整する予定としておりますので、再審査請求で対応いただきたくお

願います。

3. **国保**

2019年度になり、「腰椎脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）」が「同上（椎弓切除）」に査定を受けるようになった。再審査請求に際し、詳細な術内容を記載するが、結果は「原審通り」のみであり、査定理由が不明のままである。新年度となり審査基準の修正があったと考えているが、それであればその査定事由を詳らかにしていただかない限り医療機関は戸惑うばかりである。

こういった事案に対し、審査側、診療側双方が納得できる対応をお願いしたい。《中部》

意見回答：

- 国保** 現在の審査上の判断としては、脊椎に係る「椎弓形成術」は、椎弓を一旦切離し、除圧操作後に元に戻す術式と考えており、腰椎に片側侵入両側除圧術を行った場合は「椎弓切除術」にあたりと考えると審査を行っております。
- ご理解の程よろしく願います。

【管理料、リハ 等】

4. **基金** **国保**

①『退院後の目標設定支援管理料算定についての配慮のお願い』

他院からのリハビリ目的の転院患者において、既に起算日から標準算定日数の1/3を超えた状態で転院されると、初回リハビリから減算されることになる。転院後の場合は2週間程度の猶予を与えて頂きたい。ご検討宜しく願ひ致します。

※運動器疾患の標準算定日数は150日、減算は50日から開始

②『リハビリ開始が遅れた場合のリハビリ実施期間の延長について』

初診の時点で、既に受傷からかなりの日数が経過した患者においては標準算定日数を超えた場合においても、リハビリが実施出来ていない期間分はご配慮頂きたい。現状は改善し続けている場合においても減点対象とされている。ご検討宜しく願ひ致します。

③『県外からのリハビリ紹介患者の受け入れについて』

県外患者の多くは標準算定日数を超えても月13単位以内でリハビリを実施している。転勤等の理由で、リハビリ紹介を受けるも当県では対応出来ない。改善を示している患者においてはご配慮頂きたい。ご検討宜しく願ひ致します。《中部》

意見回答：

- 基金** ①②③算定方法については、保険請求上の算定ルールであり、審査機関として回答はできません。

- 国保** ①②③ともに、制度的な要望であるため、審査機関では回答できません。

5. **基金** **国保**

リハ査定について、ある年齢以上は脳リハ6単位…など査定をされるが、査定基準がはっきりと分からない（回復期入院患者）。

リハ査定について、県単位で査定にバラツキが生じている（中国五県において然り）。これについてはいかがなものかと思料する。見解を伺いたい。《西部》

意見回答：

基金 疾患別リハビリテーション料の単位数については、傷病名、開始日、年齢、合併症などを参考に、総合的な判断であることをご理解願います。

国保 高齢者に対するリハビリテーションは、長時間の施行は体力的にも精神的にも負荷が大きく、多くの場合、効果も少ないとの考えのもと、妥当な単位数を判断しています。

全体的なりハビリテーションの審査については、傷病名・発症時期・合併症・年齢等で総合的に判断し、個々の症例に応じて医学的判断で審査を行っています。

また、審査基準の統一の面についても、中国ブロック・全国での審査基準の統一に向けて取り組みを進めていますので、ご理解願います。

【検査・処置・投薬 等】

6. **基金** **国保**

睡眠薬の中にはフルニトラゼパムなどのように、高齢者に対しては半量までの投与となる薬剤があります。この高齢者、何歳以上を高齢者と基金・国保では決めていますか。《東部》

意見回答：

基金 高齢者を原則75歳以上としています。

国保 審査上は、75歳以上を高齢者の目安としています。

7. **基金** **国保**

不妊治療、卵巢機能不全で加療中の方に血中卵巢ホルモン（エストロゲンE2、プロゲステロンP）を測定し、排卵の有無、ホルモン補充が必要かどうかの指標としている。今までは月3回程度までE2、P測定は通っていたが、今回月2回の測定で必要理由を書くようにとの依頼があった。月2～3回のE2、P測定は必要なので無条件で通していただきたい。《東部》

意見回答：

基金 審査においては、日本産婦人科医会発行の「医療保険必携」を基準とし、診療内容が基準を外れている場合においては、その必要理由等を求めています。

国保 排卵障害（単なる不妊症では不可）、卵巢機能不全で加療中の方には、通常1か月に1～2回の測定を基本とし、排卵時期の決定、HMGによる排卵誘発のモニタリングに対しては1周期3回までが妥当と判断しています。

請求にあたっては、詳細な情報に基づいた適正な審査のため、可能な限りコメント等の記載をお願いしているところであり、ご理解とご協力をお願いします。

8. **基金** **国保**

急性胃腸炎でムコスタを処方したら査定されました。急性胃炎とどう違うのでしょうか。「上気道気管支炎」のように効能書にない病名の取扱いは？《東部》

意見回答：

基金 1－「急性胃腸炎」と「急性胃炎」については、別の病態であると考えます。

ただし、投与期間を含め、使用が適切であると判断された場合は、「急性胃腸炎」に対する「ムコスタ」の保険使用を認めます。

なお、内科（成人）に限るものであり、小児科では当該使用を認めておりません。

2-「上気道気管支炎」は不適切な傷病名と考えます。

また、傷病名の選択にあたっては、※記載要領にある「傷病名マスター」に沿った傷病名の記載をお願いします。

※「新明細書の記載要領」から抜粋（社会保険研究所）

(15)「傷病名」欄について

「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成28年4月28日付保発0428第14号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ）※別添3に規定する傷病名を用いること。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成30年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

※別添3（傷病名マスター）

国保 「急性胃腸炎」とは、胃・腸の広範囲にわたる急性炎症状態であり、腹痛、嘔気、下痢などの多彩の症状をあらわし「急性胃炎」が含まれています。

従って、「急性胃腸炎」はムコスタの適応と考えています。

査定事例があれば再審査請求で対応いただきたくお願いします。

また、「上気道気管支炎」のように効能書にない病名の場合は、基本的に不適當な請求と判断します。

9. **基金** **国保**

ワーファリンコントロール中などで、コントロール不良でひと月に2～3回などコントロール域に入るので確認するまで複数回測定することがあるが、これもレセプト提出時に注釈をつけて提出しても過剰などと判断されることがある。これが過剰なら当院ではやっていないが、コントロールのできる症例の毎月肝機能や腎機能、HbA1cを測定しているのが過剰ではないのか疑問である。（診療する内容は同じと思われるのに）《東部》

意見回答：

基金 ワーファリン錠によるコントロール開始月、或いはコントロール不良時等でひと月に頻回の検査を必要とする場合、レセプトへコメントの記載をお願いします。

国保 ワーファリンコントロール中などで、コントロール不良な期間は月に2～3回の施行は妥当な回数と判断しており、査定事例があれば再審査請求で対応いただきたくお願いします。

審査にあたっては、コメント等を参考に個々の症例に応じて医学的判断で行っていますので、引き続きコメント記載についてよろしくをお願いします。

また、HbA1c検査の糖尿病確定患者の連月施行は必要な頻度と判断しており、肝機能・腎機能検査についても、その必要性・妥当性を判断し、適正な審査に努めていますのでご理解願います。

10. 基金 国保

足及び爪白癬のある患者に掌蹠膿疱症が合併した場合、真菌検査をしなければならない部位は多数あるが1受診何ヶ所まで認められるか？《中部》

意見回答

基金 細菌培養同定検査の留意事項通知に「症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数ヶ所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1ヶ所のみので算定する。」とあることから、原則、1受診1ヶ所までとしています。

国保 原則として1受診1ヶ所までの算定を認めています。

11. 国保

「前腕透析シャント狭窄」に対し、「D215-2ハ 超音波検査（断層撮影法）（その他）350点」「パルスドプラ法加算200点」合計550点の請求をおこなっております。

支払基金ではみとめられておりますが、国保連合会では、「D215-4イ ドプラ法末梢血管血行動態検査20点」に査定減され、再審査請求した所、原審通りの減点と回答を得ました。

審査基準を統一して頂きたい、お伺する次第です。《中部》

意見回答：

国保 審査上の判断基準については、差異が生じないように、社保・国保間で毎月協議を行っているところであり、今後も継続して基準の統一に努めていきます。

当該事例についても、取り扱いの統一への協議事項とする予定ですので、ご理解願います。

12. 基金 国保

抗アレルギー剤の投与で、眠気を訴える患者さんに、朝タリオン10mg 1錠、夜アレロック 5mg 1錠を処方していたら、突然保険者からクレームがあったと査定を受け、処方料も査定された。どちらも1日2錠まで投与可能な薬剤なので、査定はおかしいのでは？《中部》

意見回答：

基金 用量及び使用法より、請求は認められると考えます。

同じ効能・効果の薬剤であり、同日に処方される場合はレセプトへコメントの記載をお願いします。

国保 同効薬の抗アレルギー剤の複数処方については、コメント等により必要性が判断できれば認めています。

13. 基金 国保

①抗凝固療法にてDOACを使用中の患者で、PT及びAPTTにて凝固能評価の基準指針を教示願いたい。

②凝固系及び線溶系の検査においてPT、APTT、フィブリノーゲン定量（半定量）、ヘパプラスチンテスト、FDP、d-ダイマーを同時に提出することが多い。各検査の1ヶ月において妥当な施行回数についての指針を伺いたい。《西部》

意見回答：

基金 ①基本的に効果の判定には不要と考えます。

②検査は、各検査の目的、適応疾患等から、患者の症状、状態等を勘案したうえで、その必要性を主治医が判断するものです。

それが療養担当規則等に合致しているかどうかを審査するため、特に定められたものではありません。

国保 ①審査機関では回答できかねる設問であり、内容的にはDOAC関連の学術等へ照会いただく性質のものと考えます。

②血液凝固系検査については、「血液凝固異常疑い」「DIC疑い」などの傷病名を記載し、多項目算定、連月算定が多く見られ、施行の必要性に疑義の生じる事例も多数見受けられます。

審査上は、その病態等を引き起こす「基礎疾患」の記載等も考慮し、項目数、施行頻度の妥当性を判断しています。

【その他】

14. **県医**

電子カルテを用いた個別指導は診療所で行っていただきたい。《東部》

意見回答：

県医 厚生局に質問したところ、次のような返答を得た。

診療所への個別指導は、「事務所等会議室」もしくは「公的施設等」にて実施することとしている。診療所で実施するのは現時点では難しい。

15. **国保**

増減点連絡書及び返戻レセプトの発送が少しでも早くならないか？

月初（3～7日の間、月によって変動あり）に届いた増減点連絡書の減点内容を精査、10日請求の診療報酬明細書に少しでも反映をさせ減点を減らそうと努力しているのだが、発送が遅いとその取り組みが困難になってくる。返戻レセプトも同様に保留とせず、同月内で再請求したいのだが与えられた日数が少ないと再請求が難しい状況となる。1日でも早い発送、当院着をお願いしたい。《西部》

意見回答：

国保 業務スケジュールについては、全国で統一（全国決済）したスケジュールで運用しており、早期発送の可能な限りの努力はしているところですが、現状についてご理解いただきたいと思いません。

令和元年度生活保護法に基づく指導指摘事項

「右片麻痺」「左片麻痺」等の病名に対して、「片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群」と誤認して高額の医学総合管理料を算定する不適切な例が認められた。

→「片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群」が一つの病名として難病指定を受けているものであり、「片麻痺」「てんかん」のみの病名では算定できない。