

# 医療保険のしおり

## 支払基金および国保連合会の審査に対する要望事項 (令和5年11月実施)

【基金】は支払基金、【国保】は国保連合会への要望事項です。

### 【管理料、リハ 等】

#### 1. 【基金】

コンピュータチェック対象事例での地域包括ケア病棟退院後の計画書算定について

Web上で社会保険診療報酬支払基金のコンピュータチェック対象事例が公開されており、「地域包括ケア病棟入院料算定後の入院外でリハビリテーション総合計画評価料が算定された場合にチェックを実施」という項目があります。

実際に地域包括ケア病棟退院後、同月に外来リハビリテーションを実施する際のリハビリテーション総合実施計画書の算定が返戻となるケースがみられます。退棟後の算定は可能であると中四国厚生局に確認させて頂いておりますので御確認の程宜しくお願い致します。《中部》

意見回答：

#### 【基金】

リハビリテーション総合計画評価料については、月1回算定できるものであることより地域包括ケア病棟入院料に包括評価されておりますので、退院後、同一月での算定は認められない取扱いとなっております。

#### 2. 【基金】 【国保】

回復期リハビリテーション病棟での疾患別リハビリテーション料について

回復期リハビリテーション病棟において、特に脳血管リハビリテーション料等で9単位（PT・OT・ST合計）の請求が返戻となるケースがみられます。1日9単位まで算定できる対象として「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者」とリハビリテーション通則に明記してあります。機能障がい・合併症・年齢等々で総合的に単位数の判断して頂ければと思います。御検討の程宜しくお願い致します。《中部》

意見回答：

#### 【基金】

疾患別リハビリテーション料の算定単位数等の審査につきましては、傷病名、併存症、診療内容、開始日からの経過、年齢、症状詳記内容などを基に検討のうえ、総合的な判断により審査を行っています。

また、査定理由につきましても内容記載に努めていますので、ご理解のほどお願い申し上げます。

#### 【国保】

回復期リハビリテーション病棟での疾患別リハビリテーション料については、PT・OT・STの介入程度、回復の程度（効果）などを考慮し、医学的な必要性が認められれば9単位まで認めており、傷病名・発症時期・合併症・年齢等々で総合的に単位数の判断をしております。

### 3. **基金** **国保**

運動器リハビリテーション料について

運動器リハビリテーション料において、「急性腰痛症」などの腰部に関連する急性疾患への請求が返戻となるケースが、特に今年度から散見されています。昨年度までは同様の請求で運動器リハビリテーション料の算定が可能であった印象があります。急性疾患での診断名において、安静時期でリハビリテーション適応外と判断いただくのではなく、非特異的な問題で障がいが生じている場合、患部外の要因に対する理学療法が特に重要となると思われますので、今後御検討の程宜しくお願い致します。《中部》

意見回答：

#### **基金**

「急性腰痛症」に対する「運動器リハビリテーション料」の算定については、エビデンスは無いとされており、認めていません。

#### **国保**

「急性腰痛症」に伴う疼痛は、比較的すみやかに症状が軽快し、基本動作障害やADL障害を来するような症例となることは稀であると考えます。

### 【検査・処置・投薬 等】

#### 4. **基金**

高血圧で他院（中核病院）から継続治療及びコントロールの改善目的で当院へ紹介受診。これまでの治療歴は、

- 1 アジルバ10mg／日→20mg／日→40mg／日
- 2 ノバスク 5 mg／日→10mg／日
- 3 ①、②で不十分でアダラートCR 20mg／日 追加あり

既に2次性高血圧の院外は行われており、アジルバ40mg／日+ノルバスク10mg／日+アダラートCR 20mg／日で血圧コントロール不良という処方内容で紹介あり。

医療費を少しでも下がればと思い、サクラスHD 2T／日、アダラートCR 20mg／日と変更したところ、アダラート20mg／日が過剰/重複の「B」で返ってきています。

CCB自体は投与量に合わせて降圧効果も望めると考えており、納得いかず。

サイアサイド系利尿剤は、この症例では40才代の女性で塩分過剰もなく、またMRAなども検討しましたが薬価などと考えると妥当とは考えられず。

併存疾患はてんかん+知的能力症他あり。病名は「高血圧症」で提出しました。「治療抵抗性高血圧症」などをつけるのがよいのでしょうか？

他にも同様にCCBのmax-doseの併用にARBのstandard-doseの併用例はありますが問題となっていますが、審査で返戻などになったことはありません。具体的にどうすれば良いかご教示お願いします。とりあえず、返戻後はコメントつけてレセプト提出しています。《東部》

意見回答：

#### **基金**

原則Ca拮抗薬の総量を超えての算定は認めておりません。

なお、治療内容や、治療経過、症状詳記等から個々の症例に応じて判断しております。

## 5. 基金 国保

「皮膚欠損用創傷被覆材は原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する」となっています。

重症または難治性の褥瘡や皮膚潰瘍があり、3週間で治癒しなかった場合、詳細な症状詳記の記載があれば皮膚欠損用創傷被覆材の3週間以上の算定は認められると理解してよろしいでしょうか。《東部》

意見回答：

### 基金

症状詳記等に詳細な記載がある場合は、一律に「3週間を限度」と判断せず、その医学的必要性、妥当性等を十分検討の上、個々の症例に応じて医学的に判断します。

### 国保

重症または難治性の褥瘡や皮膚科潰瘍等の症例の場合、詳細な症状詳記があれば、その必要性を医学的に判断しますが、皮膚欠損用創傷被覆材以外の他の外用療法のご検討も考慮いただきたいと思います。

## 6. 基金 国保

現在、透析患者にナルフラフィン塩酸塩OD錠を処方し、傷病名に“透析皮膚そう痒症”を記載。また同患者には皮膚のかゆみもあることからフェキソフェナジン塩酸塩錠も処方しており、“皮膚そう痒症”の傷病名も記載している。R4年の個別指導の指摘事項のまとめによると、傷病名を適切に整理していない例が認められたという内容に、類似の傷病名の記載があったことがあげられていた。適応病名はそれぞれ違い、レセプト病名には両方とも載せているが、“透析皮膚そう痒症”と“皮膚そう痒症”という類似と捉えるような傷病名の記載は問題ないのでしょうか。《中部》

意見回答：

### 基金

それぞれの傷病名が記載してある事については、問題ありません。

### 国保

レセプトへの傷病名の記載において、「透析皮膚そう痒症」と「皮膚そう痒症」の両方の記載は問題ないと考えます。

## 7. 基金 国保

フェノフィブラート錠を処方した際に、高コレステロール血症で保険請求したが国保連より適応病名は高脂血症が必要とのことで減点されたことがある。例えば、フェノフィブラート錠とロスバスタチン錠やアトルバスタチン錠を併用して処方する場合は高脂血症と高コレステロール血症の両方の病名が必要でしょうか。脂質異常症ではダメでしょうか。《中部》

意見回答：

### 基金

高脂血症は高コレステロール血症を含んだ代表的な傷病名であり、両方の傷病名は必要とはしていません。また、脂質異常症に対してはこれらの薬剤の算定を認めており、査定の対象とはしていません。

### 国保

高脂血症を適応とするフィブラート系の高脂血症治療剤には傷病名記載として「高脂血症」の記載を必要と考えております。

ロスバスタチン錠やアトルバスタチン錠は、「高脂血症」病名で認めております。

「脂質異常症」の病名では「低HDL血症」なども含み、使用薬剤の適応病名の記載としては、「高脂血症」「高コレステロール血症」など具体的な記載が適当と考えます。

#### 8. 基金 国保

コロナが2類から5類に移行しましたが、インフルエンザの検査と同様にコロナ検査を行った場合に2回目にコメントを入れるのは理解できますが、初回検査でもコメントを入れないといけないのは大変です。実際に審査される方も全てのコメントを読んでおられますか。初回検査のコメントは省略してもよいのではないのでしょうか。《中部》

意見回答：

##### 基金

記載要領上、当該検査が必要と判断した医学的根拠の記載は必要です。

変更は行われておりませんので、5類移行後であっても、保険請求上省略はできません。

##### 国保

SARS-CoV-2抗原検出等の検査においては、5類移行後も当該検査が必要と判断した医学的根拠を記載することは変更されておられません。

#### 9. 基金 国保

緑内障の病名だけで眼底三次元画像解析および前眼部三次元画像解析の請求は可能でしょうか。浅前房とか注が必要なのでしょうか。《中部》

意見回答：

##### 基金

- ・D256-2眼底三次元画像解析……緑内障の病名で認めています。
- ・D274-2前眼部三次元解析……点数表の解釈より、「急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植又は外傷後毛様体剥離の患者に対して月1回に限り算定する。」と記載されておりますので、「浅前房」の注記あるいはコメント等では認められません。

##### 国保

D256-2眼底三次元画像解析は、緑内障の病名のみで認めています。

D274-2前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者であることが判断できる傷病名、コメント等が必要と考えるため、浅前房などの注書きでは認められません。

#### 10. 基金 国保

アデノウイルス結膜炎の病名だけで抗菌剤の点眼液は処方可能でしょうか。別に細菌性結膜炎の病名が必要なのでしょうか。《中部》

意見回答：

##### 基金

当該傷病名のみでの算定は可能としております。注記の記載についても必要としておりません。

**国保**

アデノウイルス結膜炎の病名で認めています。

11. **国保**

89歳の重症心不全末期の状態に対し、緩和医療として、アンペック座薬10mgを使用して症状緩和を図り、在宅看取りを行った患者さんですが、適応外として、アンペック座薬が全て査定となっていました。再審査を令和5年4月に請求いたしましたが、やはり適応外とのことにて査定となっております。しかし、日本緩和医療学会の心不全患者の緩和ケアの手引きにおいても、末期心不全患者の胸部症状（呼吸困難等）に対しての緩和ケアとして適応症となっている麻薬としてモルヒネが挙げられております。本患者さんにおいても、アンペック座薬使用にて、症状緩和され、自宅で家族に看取られての最期を迎えることが出来ております。本査定に従い、在宅末期心不全患者の緩和療法を行うに当たり、麻薬を使用しなかったとすれば患者の苦しみが非常に強い状態が続き、結局のところ、末期心不全患者の在宅医療は困難な状態となり、高次医療機関に紹介しなければならぬとご判断されるのでしたら、その旨を明確にご回答頂きたいです。また、査定内容を確認したところ、麻薬加算および麻薬管理指導加算という項目がありました。本患者に対するアンペックの処方については、調剤薬局に家族が薬を取りに行き、家族が自宅に持って帰った後、当方より、どのように投与するのか、座薬の入れ方等を指導しております。麻薬の適応がないのであれば、麻薬加算は該当せず、また、上記理由より指導などは当方が行っている状態であることにより、この項目についてまで当方が負うことはおかしいと思われまます。こちらにつきましてもご回答頂きたいです。《西部》

意見回答：

**国保**

「アンペック座薬」の適応については、「激しい疼痛を伴う各種癌における鎮痛」となっており、癌病名がないため適応外と考えます。

「モルヒネ塩酸塩水和物」などの内服薬は、適応と考えますが、「アンペック座薬」は癌病名が必要です。また、突合審査により査定となった薬剤に付随する加算は、査定対象となります。

12. **基金** **国保**

〈耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算〉で「インフルエンザ疑い」病名があると算定できない点について。6才未満の感冒症状の患者について。

COVID19、インフルエンザの蔓延状況から発熱症状のある患者では野外での簡易診察と抗原検査を施行しています。陰性確認のち、鼻炎や中耳炎の評価、処置を行うこととなります。

このため、感冒症状の方では迅速抗原検査を行うことが現況では増えており、インフルエンザ疑いが付いていることが多いです。

しっかり鼻・耳をみて、AMRを参考に抗菌薬の適正使用を心がけていますが、加算がとれないことが多くなっています。抗菌薬・適正使用をすすめるためにもお認めいただけるとうれしいです。（RSウイルスやCOVID19疑いのみなら、問題なくとれるので整合性がありません。）《西部》

意見回答：

**基金**

点数表の解釈より、認められません。制度上の問題でありますので、厚生労働省へお申し出ください。

国保

厚生労働省への要望事項と考えます。

【その他】

13. 国保

以前にも要望がございました「狭帯域光強調観察（NBI拡大観察）」についての質問です。

以前より各地区より複数回同様の要望が提出されており、令和2年、3年にも同様の提議ございましたが、そのたびに、「上部・下部消化管内視鏡検査時に係る「狭帯域光強調加算」の審査上の取扱いについては、原則として癌の確定病名と既往歴、ESD施行予定がコメントにより判断できる場合に認めており、癌が疑い病名の場合は、内視鏡下生検法の施行があれば認めるという審査をしています」という回答を頂いております。

ただ、添付の文献のごとく、以前より「狭帯域光強調観察（NBI拡大観察）」は観察のみで病変の良悪性までかなり迫ることができ、さらには病変の深達度まで診断することができるパフォーマンスのある手技です。

これにより肉眼的に良悪性判別できれば、良性病変に対する無用な生検を避けることができます。

また、病変によっては生検することで生検部位が瘢痕化し、その後の内視鏡治療（特にESD）に障りが出ることもあります。

鳥取県にあっても基金では認められており、また、他の都道府県国保にあっても生検の施行如何に関わらず、「狭帯域光強調観察（NBI拡大観察）」加算が算定可能と複数の都府県で伺っております。

改めまして、本県におきましても「狭帯域光強調観察（NBI拡大観察）」の算定にあたっての御検討を宜しくお願い申し上げます。

（できうることでございましたら、医学的、内視鏡学的に、県内の内視鏡専門医が納得しうるだけの根拠をもった御回答を頂ければ幸甚に存じます。）《東部》

意見回答：

国保

上部・下部消化管内視鏡検査時に係る「狭帯域光強調加算」の審査判断については、要望事項の内容を踏まえ、支払基金と調整のうえ、見直しを視野に審査上の取り扱いを再検討する予定としています。

14. 国保

内視鏡検査における狭帯域光強調加算について。

国保では、以前から上記の算定が認められません。

胃癌、大腸癌の診断において現在はわずかな色調の差により、癌を疑うことにより診断の第1歩になると思います。

上記加算を認めて頂ける様に希望します。《西部》

意見回答：

国保

要望事項13に対する回答のとおり。