

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（過去分のまとめ）

**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。

過去の要望事項を関連質問ごとにまとめました。内容は当時の医療保険委員会で協議されたものであり現在とは回答が異なる場合があります。予めご了承ください。

## 【 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》（平成 27 年度）

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」としています。

**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」としています。

**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す。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。

### 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のでしょうか。《東部》（平成 27 年）

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。

1. **基金** **国保**

基金、国保共に病名漏れがあった場合、再審査請求を受け付けないというのは改善していただきたい。適正に投薬、検査をしているのであり、レセプトに記載漏れがあったとしても再診査請求で通していただきたい。《東部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金・国保** 病名もれを理由とする再審査請求は、症状の経過等について医療機関から客観的な検査データ等に基づいた詳細な説明がなされ、病態が確認できる場合は、これを参考に再審決定することとしています。提出前にはカルテとレセプトの点検をお願いします。

**県医コメント** まずは病名もれがないよう、提出前の確認をお願いします。

2. **基金** **国保**

負担金、一部負担金の記載のしかたについて、社保と国保では異なる記入の仕方を求められるケースがあります。（例えば⑨の考え方の相違）

医療機関のシステムは保険ごとに計算方法や出力の仕方をわけることが出来ないため、手修正を加える必要があります。事務処理的に大きな負担となっておりますので統一していただく事を要望致します。《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**国保** ご要望の件は当会でも認識しておりますが、費用計算は全国共通システムを使用しているため、何卒ご理解願います。国保の「マル長」と「公費 15」併用の考え方は、透析等の治療対象である「公費 15」対象部分に「マル長」に係る扱いです。

**基金** 高額療養費における高額長期疾病の特例は、自己負担限度額を月 1 万円として計算しています。ご理解願います。

**県医コメント** 昨年も他地区より同様の要望がありました。両者とも全国共通システムのため、ご理解願います。

3. **国保**

増減点連絡書に基金のように、理由を記載していただけると助かります。

《西部》（平成 28 年度）意見回答：

**国保** ご要望の件は当会でも認識しておりますが、一次審査結果は全国共通システムを使用し、現在は査定理由を記載するコメント欄がないため、本県独自の対応は難しい状況です。医療機関申出の再審査結果については、今後もできるだけ詳しく記載するよう努めます。

1. **基金**

H29.1 鳥取県医師会報「医療保険のしおり」の回答に、「症状経過など説明がされ病態が確認できた場合は、これを参考に再審決定する」と記載されていますが、説明を記載し、再審請求をしたところ「病名漏れは再審請求できません」との回答と共に、再審請求が却下された事例がありました。

「病名漏れ」の再審請求について再度確認したい。《東部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金** 単なる「病名漏れ」による再審査請求は、原則認めていません。提出前のレセプト点検をお願いします。

2. **国保**

平成 28 年度東部医事部会で意見交換をした内容ですが、基金と同様に、具体的な査定理由を記載していただきたいと希望しています。査定内容についても月毎に審査委員の先生方の特徴が色濃く出ているとも思えます。現場では対策に苦慮しています。基金・国保連合会共に、毎月同基準で詳細な理由を伝えていただくのは、やはり難しいのでしょうか。

《東部》（平成 29 年度）

意見回答：

**国保** 現在、厚労省・支払基金・国保中央会等で構成される会議において、審査支払業務（「審査基準の統一」「返戻・査定理由の明確化」など）が協議・検討されている段階であり、具体的な対応はその方針に沿って行いますので、ご理解をお願いします。

なお、審査上の判断基準については、差異が生じないように審査委員間で合議のうえ決定しており、今後も継続して基準の統一に努めていきます。

3. **基金** **国保**

査定減の理由を詳細に知りたい。《中部》（平成 29 年度）

意見回答：

**国保** 要望事項 2 のとおり。

**基金** 審査結果につきましては、各帳票に個々の査定理由および源信通原審どおり理由を具体的に分かり易く記載し、審査結果の説明責任の履行を果たすよう取り組んでいます。

4. **基金** **国保**

減点理由が分からない際、問合せするのですが、はっきりとした理由が分からない場合がある。「審査員の医師が判断されている為、ハッキリとは断言できませんが、たぶんこうではないでしょうか？再審査請求してみてください。」と言われることがあるが、

こちらとしては、正確な部分の減点理由を知りたい。《西部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金** 要望に沿える様に努力しています。

また、審査結果を連絡している各帳票に個々の査定理由を具体的に分かり易く記載するようにしておりますのでご理解をお願いします。

**国保** 査定内容が医学的判断の場合は、職員では査定理由を正確にお伝えすることは困難ですが、審査委員と職員の連携を深め、出来るだけ詳しい説明に努めていきますので、ご理解をお願いします。

#### 5. **基金** **国保**

①医療機関によって査定があるない等内容が違っているのを統一してもらいたい。

例) 同じ抗生剤で対象病名も同じなのに査定がある病院と無い病院がある

②再審査請求のコメントを症状詳記の追加は不可の理由で原審通りになる場合と復活の時の違いが分からない

例) 適応病名あるのに査定の為再審査するも症状詳記の追加は不可の理由で原審通りになるなど

《西部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金** ①傾向的な内容の場合には、査定となるなど多少の差異はあるかもしれませんが。文書連絡等に対応しています。②詳記の内容を精査した上での判断となります。

**国保** ①審査上の判断基準については、差異が生じないよう審査委員間で合議のうえ決定しており、今後も継続して基準の統一に努めていきますので、ご理解をお願いします。②保険請求の審査にあたっては、傷病名、症状経過など診療内容全体で判断しており、個々の症例に応じて医学的判断で審査を行っております。

#### 6. **基金** **国保**

査定理由の細分化を希望。

→増減点事由 ABC だけでは非常に分かりづらいため。《西部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金**・**国保** 要望事項 2 のとおり。

#### 7. **基金** **国保**

①入院患者の減点に際して「再審査等請求書」を郵送、支払基金から「コメント、詳記の追記は原則認められませんので今後は適正なレセプトの請求をお願いいたします」との回答を頂いた。

回答の主旨は理解出来るが「再審査等請求書」にて伺いを立てた時点でそれは計らずと

もコメント、詳記の追加となるのではないかと？

それが回答の通り、原則認められないのであればどのような事例が「再審査等請求書」の対象となるのか？

②増減点連絡書の書式、減点の基準、理由などの統一をお願いしたい。

**国保**

③毎月の増減点連絡書を参考にして改めなければいけない減点や、注意すべき減点など精査しているのだが、支払基金と違い減点となった理由が「事由での記号」か「縦覧・横覧点検」としか通知されない。もう少し減点理由を詳しく通知していただけると大変有り難い。《西部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①詳記の内容を精査した上での判断となります。②増減点事由の国保連合会との統一については、基金は全国組織のため、鳥取支部単独では対応できないことをご理解願います。

**国保** ①一次審査の査定結果に対する疑義・不服等がある場合は、該当箇所に関する必要理由等を付して再審査請求いただければ、再審査を行っております。なお、レセプト請求時にコメント・症状詳記などの記載について、ご協力をお願いします。②③要望事項 2 のとおり。

1. **基金** **国保**

レセプトで病名漏れがあった分について、再審査請求をしてもほとんど通りません。薬、注射、検査が適切に使われているなら通していただきたい。《東部》（平成 30 年度）

意見回答：

（鳥取県医師会報 No. 751 に掲載済み。）

2. **基金** **国保**

①査定を受ける条件に一貫性がないように思います。つまり、同じ薬剤あるいは手技でも査定を受けるものとそうでないものがあるという点です。さらに、査定理由の項目が A～D と非常に大まかなくりのため、査定理由を当方から推し量ることができません。査定理由をもっと具体的に明示していただきたいと思います。

②再審査の結果について、『原審どおり』『復活』だけで済ますのではなく、そうなった理由を具体的に文書で提示していただきたい。《東部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①審査決定は個々の症例に応じて判断しています。また、差異が出ないよう検討のうえ、統一した審査判断に努めていることをご理解願います。②審査結果理由は査定理由記号のほか、各帳票に個々の査定理由及び原審どおり理由の記載を行っています。今後具体的な理由記載に努めますのでご理解願います。

**国保** ①審査上の判断基準については、差異が生じないよう審査委員間で合議のうえ決定しており、今後も継続して基準の統一に努めていきます。査定理由については、全国統一のシステムを使用しており、県単独では対応できませんので、ご理解をお願いします。②再審査の結果について「原審どおり」の場合は、申し出に対する判断理由の具体的な記載を行っており、今後も詳細、具体的な記載に努めていきますので、ご理解をお願いします。

### 3. **基金** **国保** **県医**

- ①悪意を持って間違った請求をする人はほとんど居られないのではないのでしょうか。  
「注意、勧告後に是正されなければ不正請求と見做す」ではいけないのでしょうか。
- ②病名記載漏れに関しても、不実記載ではないので指摘して頂いて加筆するではないのでしょうか。
- ③「うつ病性障害」に適応となっている薬剤の病名記載を「気分障害」と記していたら切られたのですが、あくまで病態ではなく『文言』が重要なのでしょうか？

〈東部〉（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①審査委員会における審査は、書面審査を基調として、その診療内容が保険医療機関及び保険医療養担当規則に定めるところに合致しているかどうか、その請求点数が健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法に照らし、誤りがないかどうか検討し、もって適正な診療報酬額を審査算定する審査機関であり、請求された 1 枚ずつのレセプトに対する診療内容の審査を行っていることをご理解願います。②要望事項 1 のとおり。なお、査定理由の結果記載や適宜の「文書連絡」も行っており、これらの内容をご理解いただき請求願います。③「気分障害」の傷病名は大きなくくりであるため、「うつ病」等の具体的な傷病名を記載して下さい。

**国保** ①審査上は、傷病名と診療内容の整合性等で判断しているところであり、ケースによっては連絡文書で注意喚起を行っていますので、ご理解をお願いします。②要望事項 1 のとおり③「気分障害」の傷病名は症状の範囲が広く、薬剤投与の対象として記載する傷病名としては不相当と考えます。保険請求に相応しい具体的な傷病名記載をご検討下さい。

**県医** 審査は、傷病名と診療内容から判断されます。レセプトに誤りや記載漏れがないことをしっかり検討して、請求してください。

### 4. 『資格喪失後の受診に関する返戻について』

#### **基金** **国保**

保険証の確認を励行し、それを基に保険請求を行っています。それにも関わらず、資格喪失後の受診として返戻される事例が減りません。資格喪失後の再請求 0 件を目標とし



ています。保険証の回収を適正に行って頂きたいと思います。《中部》（平成 30 年度）

**国保**

倉吉市の当該返戻が他市町村に比べかなり遅く、10 カ月前のレセプトが届くこともあります。返戻が数ヶ月に及ぶ場合、再請求作業の負担が増しますので、お早めの対応をお願い致します。《中部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** 支払基金では、保険者証等の管理は行っていないのでご理解願います。なお、資格関係誤りレセプトの発生防止の取組みとして、広報誌である「中国四国ブロック通信」の記事において、保険者等へ資格喪失又は資格変更となった場合は、速やかに被保険者証等の回収・訂正をお願いしています。また、併せて被保険者証等に変更があった場合は、継続受診中の保険医療機関に速やかに申し出されるよう被保険者等への連絡をお願いしています。

**国保** 審査機関では対応できないため、回答できません。

5. **国保**

国保連合会の増減点連絡書にも、支払基金のように、査定理由をもう少し詳しく載せて頂けませんか？《西部》（平成 30 年度）

意見回答：

**国保** 全国統一のシステムを使用しており、県単独では対応できませんので、ご理解をお願いします。

6. **基金** **国保**

特に検査についてですが、返戻されずに検査点数を削ってしまわれる事があります。出来ましたら一度、返戻して頂いて検査の必要理由などを記入し、再請求させて頂けると有難いのですが。《西部》（平成 30 年度）

意見回答：

（鳥取県医師会報 No. 739 に掲載済。）

15. **基金** **国保**

①訪問診療している方が歯科治療のために歯科医院へ受診している場合（支援 2 でつかまり歩行可だが、独居であり、独りで受診できない方）、訪問診療はその時点で中止しないといけないでしょうか。

②外来通院されている方に訪問歯科診療が開始になった場合、医科も訪問診療に切り替えないといけないでしょうか。《東部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①医科点数表解釈「在宅患者訪問診療料」の算定要件として、「通院が可能な者

に対して安易に算定してはならない。」と記載されていることから、これを参考にご請求願います。②医科点数表解釈「在宅患者訪問診療料」の算定要件として、「通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。」と記載されていることから、これを参考にご請求願います。

**国保** 具体的なケースがわからないため、明確な回答はできませんが、算定要件（対象は通院困難な患者）から判断すると、同じ取り扱いとなるのが一般的だと考えます。

1. **基金** **国保**

初診の場合に、初診料の算定と療養費同意書交付料の算定の両方の請求は認められますか。《東部》（令和3年度）

意見回答：

**基金** 療養費同意書交付料は、主治医が問診や触診等の必要な診察を行い、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し交付するものでありますので、医学的な初診に相当する診察があれば両方の算定は可能と考えます。

**国保** 「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項通知（平 30. 6. 20 保医発 0620 1）の別紙「同意書交付の留意点」に「初診であっても治療の先行が要件ではありません。」との記載があることから、初診料と療養費同意書交付料の両算定を認めております。

10. **基金** **国保**

①A205 救急医療管理加算の出産時の取扱いについて

自院で出生した新生児の場合には算定不可とされている。自院出産の場合に当該加算が算定できない理由、どのような場合に算定できるかについて確認したい。

②国保では、その関連性の有無にかかわらず、手術がある日の検体採取料を査定される。

③国保では、CV ポートより高カロリー輸液以外の薬剤（ソルアセト等）を注入した場合、「植込型カテーテルによる中心静脈注射」の手技が「点滴注射」に査定される。以前は「中心静脈栄養」であったものが、改定により「中心静脈注射」に変更になり、高カロリー輸液以外でも当該手技を認めて頂きたい。

②、③とも国保では査定対象だが基金では査定がないため統一願いたい。《中部》（令和3年度）

意見回答：

**基金** ①救急医療管理加算については、告示の注1に「(略) 救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者」とあることから、元々入院している患者は算定要件を満たさないと考えます。自院で出生した新生児は、元々入院している患者と解釈いたしますので、算定要件を満たさず算定不可としています。（2021. 12. 21 中四国厚生局鳥取支部回答）このことを踏まえ、算定できるケースは、母体搬送されて出産



した新生児、または出産後、救急車で搬送された新生児であれば算定可能としています。

②については、関連性のないものは算定可能としています。

③については、高カロリー輸液以外であれば、点滴注射の手技が妥当と考えます。国保連合会と見解が統一できていないものは、協議していきますのでご理解のほどお願いいたします。

**国保**①自院で出生した新生児の場合であっても、当該加算の算定要件を満たしていれば算定可と判断しておりました。今後、基金と取り扱いの調整を行う予定としております。

②手術当日の検体採取料については、その関連性を考慮し査定対象としております。関連しない検体採取であれば、その旨のコメント記載をいただきたくお願いします。

③「植込型カテーテルによる中心静脈注射」の手技料は高カロリー輸液の使用を算定している場合と判断しております。

※①、②、③について、基金と意見交換を行い、審査基準の統一に努めてまいります。

## 2. **国保**

10日前から右耳痛、右耳出血があると6月17日受診。右外耳道にティッシュペーパーと思われる異物が充満しており、除去すると外耳道には膿汁が多量にあり、鼓膜も第3～第4象限にかけて発赤・腫張を認め、側頭骨CT検査を行った。右鼓室内～乳突蜂巣内にび慢性陰影を認めたため、CBC検査も行った。2022/6/17診療分について2022/8/8に国保連から静脈血液採取料37点の削除通知あり。以前にも国保連から別の患者さんで、採血手技料を認めないという査定を受けたことがあり、とても納得できることではないため、この度医療保険委員会への要望事項として提出させていただきます。よろしくお願い致します。《中部》（令和4年度）

意見回答：

**国保**当該事例は手術施行の症例であり、手術に係る点数表の規定に「手術に伴って行われた検体採取については所定点数に含まれる」とあることから、当初の審査では手術に関連したものと判断され査定になったものであるが、再度の審査の結果、詳記の内容等から手術に関連したものでないと判断し、復活の処理としております。

## 4. **基金** **国保**

処方箋料について。国保連合会の再審査結果にて、処方箋料（その他）68点から処方箋料（7種類以上内服薬）40点に減点。国保連合会に確認したところ、朝夕食直後と朝夕食後は一般的に同じ用法でカウントすると言われたが、別々ではないでしょうか。《中部》（令和4年度）

意見回答：

**基金** 現行の本部通知等から別々での用法として取り扱っております。医科と調剤では1剤の考え方が異なります。調剤報酬点数表には、服用時点が「食直前」等であって

も「食前」とみなし、1 剤として取扱うことが記載されています。医科レセプトにおいて「食前」と「食直前」は、服用時点が異なるものと考えられているため、別剤として種類数をカウントすることから、調剤レセプトから医科の処方せんの種類数をカウントすることは困難です。

**国保** 服用時点に係る調剤報酬点数表の記載に「食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」「食前 30 分」等であっても、薬剤調製料の算定にあつては、「食前」とみなし、1 剤として扱う」とあるため、朝夕食直後と朝夕食後は同じ服用時点としてカウントしていますが、今後、支払基金との審査結果の統一に向けて検討していきます。

6. **基金**

病院を退院後、同一グループ内の診療所を受診した場合、特定疾患療養指導料、血液学的検査判断料等の算定は認められないのでしょうか。国保では査定がありません。  
《中部》（令和4年度）

意見回答：

**基金** 何れの項目も通知等において、「特別の関係」に係る規定等は示されていないため、算定は認められるものと考えます。

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はありません。）《西部》（令和5年度）

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** 厚労省への要望事項と考えます。

【管理料、リハ 等】

2. **基金**・**国保**

特定疾患処方管理加算は特定疾患に対する薬剤の処方の場合のみ認められる、と解釈している先生もありますが、「点数表の解釈」によれば、特定疾患処方管理加算は、特定疾患を主病とする患者について、地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したもの、と記載されています。これによれば、特定疾患に対する薬剤でなくても算定し得ると考えられますが、如何でしょうか。ちなみに、長期処方の加算は「特定疾患に対する薬剤の処方に対して」と明記されています。

《西部》（平成 20 年度）

意見回答：**基金**・**国保**

**貴見のとおり算定できる。（平成 13 年版医科診療報酬 Q & A・算定ルール上の解釈）**

7. **基金**・**国保**

健診時に明らかな異常を認め治療が必要と判断されたとき健診後再診料は認められるべきだと思えるが、いかがでしょうか。（健診時高血圧、高血糖、不整脈などの場合あるいは胃がん内視鏡検診後の胃潰瘍確認時など）《東部》（平成 21 年度）

意見回答：**基金**・**国保**

**「健診のメニューに診察料に値するものが含まれていれば、二重取りになるので再診療は不可、無ければ可」との見解が厚生労働省医療課から示されています。**

5. **基金**・**国保**

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》（平成 23 年度）

意見回答：

**基金**：長期投薬は原則 3 ヶ月（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 ヶ月を目安に審査を行なっています。

1 2. **基金**・**国保**

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」での対応で行な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》（平成 23 年度）

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。

#### 10. **基金**・**国保**

・「特定疾患療養管理料」の算定について

採血などの検査結果を聞きに来院された場合、処方など特に何もなかった時でも算定可能かどうか。（然るべき指導などは行っています。）いかがでしょうか。《東部》

意見回答：**基金**・**国保**

特定疾患療養管理料の算定については、「再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できない」とされています。

#### 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》（平成 27 年度）

#### 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に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》(平成 27 年度)

#### 5 および 6 の意見回答：

**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。

#### 4. **国保**

①脊椎圧迫骨折のリハビリは、発症から 1 週間は 1 日 1 単位、その後経過日数に応じて 1 日 4 単位まで可能とする査定を受けている。コルセット装着等で早期にリハビリが可能な症例があると思われるが。

②呼吸器リハビリについては、理学療法士、作業療法士のみ算定可能のはずが、言語聴覚士も同リハビリを行い算定しているとの回答があった。誤りではないか。

③回復期リハビリ病棟において、90 歳以上の脳血管疾患リハビリ料が 1 日 6 単位までの査定を受けている。回復期リハビリ病棟以外では、80 歳以上は 1 日 4 単位までの査定を受けている。年齢による一律の査定は患者に不利益が多い。発症から経過期間にそって 9→6→4 単位としてはいかがか。

④基金からの査定通知は理由(詳細)が記載されるようになり、対応が可能となったが、国保の通知には記載が無いため査定根拠が理解できず、対応が遅くなる。電話で問い合わせると「審査の先生の判断なので、答えられない」のこと。基金と国保の一貫性のある審査を期待する。(平成 28 年度)

**国保** ①圧迫骨折で入院となる場合は、脊椎の骨折部の疼痛により起立・歩行などの ADL



低下による入院となります。骨折当初は疼痛により体動困難が著名にあり、リハビリ施行が十分に行えないのが現状です。ADL 低下や疼痛が軽度なものは、本来入院外治療が適当と思われます。できるだけ症状、詳記をお願いします。

②呼吸器疾患を起因とする廃用症候群の患者に対し、脳血管リハ（廃用症候群の場合）を算定された場合、呼吸器リハへの置き換え査定を行っていたものに対してと思われますが、H28 年度改定によりこの取扱いに変更されていますので、現在は改善されていると認識しています。

③リハビリが必要な患者、効果がある患者には提供していかなければならないと考えており、一律ではなく、レセプトに記載されている情報をもとに医学的な判断で審査しています。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。

④審査にあたっては、差異が生じないよう審査委員同士の合議で決定し、合同審査委員会においても周知徹底しています。支払基金とも毎月意見交換会を開催し、差異解消のための協議を行っていますので、ご理解をお願いします。

#### 9. **国保**

リハビリ査定について

入院でのリハビリ査定が多いですが、単位数を削減する根拠を明確に示してほしい。

特に、回復期でのリハビリ 2 単位を 1 単位に査定されるが、回復期の必須条件は 2 単位以上のはずです。減点の根拠を示してください。《中部》（平成 29 年度）

意見回答：

**国保** リハビリについては、傷病名、年齢、発症時期、合併症など総合的な医学 的判斷で審査を行っております。また、回復期でのリハビリについても、同様の判断で審査を行っており、1 日の単位数を一律に 1 単位とする査定は行っておりません。

#### 17. **基金** **国保**

①脊柱圧迫骨折に対し、発症直後から仮硬性コルセットを装着し、複数単位施行しているにもかかわらず 1 単位に査定されている

②75 歳以上の高齢者に対し 4 単位以上施行しても一律 3 単位までしか認めない

③誤嚥性肺炎の診断で、すでに嚥下障害の状態があることが解っているにもかかわらず摂食機能療法算定を認めない（査定）

④現状は機能維持リハ 13 単位／月が認められているにもかかわらず、消炎鎮痛に査定される

→②については特に運動器リハⅠの対象患者

① ～④については是正頂きたい。また、査定の真意を明らかにして欲しい。《西部》（平成 29 年度）



意見回答：

**基金** ①②個々の事例については、詳細な内容が不明であり、一概に判断できませんが、医学的にみて、必要と判断できれば、一律に査定とはなりません。

③誤嚥性肺炎を対象疾患とした摂食機能療法は、認められます。なお、H004 摂食機能療法の算定に当たっては、留意事項の通り、摘要欄に疾患名及び治療開始日の記載が必要です。

④傷病名、治療内容、治療開始日からの経過などからリハビリテーション料算定の必要量を判断しています。

**国保** ①骨折当初は、疼痛により体動困難があり、リハビリ施行が十分に行えないのが現状と判断し、その後のリハビリ実施にあたっては、段階的に増やしていくことが適当と判断しております。

②高齢者の廃用症候群については、1日4単位以上は体力的・精神的にも負荷が大きく、効果についても期待は高くないと判断しております。

なお、その他の疾患別リハビリについては、傷病名、年齢、発症時期、合併症など総合的な医学的判断で審査を行っており、一律に3単位とする査定は行っておりません。

③現在は、検査等により「嚥下機能に障害があることがレセプトで判断できる場合」は、「摂食機能療法」を認めるという審査を行っております。

④運動器リハビリについては、傷病名が変性疾患（変形性膝関節症、股関節症、変形性脊椎症、運動器不安定症、腰部脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア等）の場合は、5ヶ月以降は、明確な効果が期待できないと考え、消炎鎮痛処置が適当と判断しております。

## 18. **国保**

平成29年1月4日社保支払基金鳥取支部よりの事務連絡にて、疑義解釈の一部変更あり、「入院中の患者が他医療機関を受診した場合における外来管理加算及び通院・在宅精神療法の取扱いについて」外来管理加算を他医療機関において算定可能、というお知らせを頂きました。国保連合会にお問い合わせしたところ、「国保ではそのように解釈しない」とのお返事でしたが、社保基金では「厚労省からの回答を基に」解釈の変更があったと記載されています。国保でも解釈の統一をお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

《西部》（平成29年度）

意見回答：

**国保** 現在は、支払基金と同様に算定可という解釈で審査を行っておりますので、ご理解をお願いします。

## 7. **基金** **国保**

①「圧迫骨折で入院となる場合は、疼痛により起立・歩行などのADL低下を来とし入

院となる。骨折当初は疼痛により体動困難となる患者が著明にあり、リハビリ施行が十分に行えないため、発症から 1 週間は 1 日 1 単位となっている」と説明されていますが、疼痛があるからこそ、リハビリに多くの時間を要すると判断しています。特に初回リハビリ等では十分に基本動作の状態を把握するために、疼痛に配慮しながら評価を実施し、患者個人に応じた基本動作方法練習等を理学療法士が実施します。またベッド上 ADL の自立に向けた応用動作の獲得、せん妄予防として作業療法も行います。初回から数回の個別リハビリに関しては、最低 2 単位は認めて頂きたい。

②手術日における個別リハビリテーションの算定について、認めていないことについては十分理解しています。しかし、総合リハビリテーション計画書の算定を手術日に算定できない理由を伺いたい。本人からの同意が困難な患者からは、家族から同意を得て署名して頂いているが、家族が遠方に在住で手術日しか来られない方もおられます。ご配慮願いたい。

③疾患別リハビリテーションの単位数を傷病名、発症時期、合併症、「年齢」で総合的に判断されておられるが、「年齢」を含めるのは除外して頂きたい。若年層であれば活動レベルにばらつきは少ないかもしれないが、高齢になればなるほどばらつきが非常に大きいと判断しています。ご検討願いたい。

④傷病名により「患別リハビリテーション」「消炎鎮痛」に分けられている印象を受けるが、そもそも理学療法士等は傷病に対するリハビリではなく「障害」に対するリハビリを実施するものである。例えば急性腰痛症は「消炎鎮痛」とされているが、急性腰痛症に伴う疼痛により、基本動作障害や ADL 障害を来し、その改善に向けて理学療法等を実施すると解釈している。疼痛を伴う傷病名についても疾患名についても疾患別リハビリテーションの算定を認めて頂きたい。《中部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①疾患名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。

②算定要件を満たしていれば、手術当日の算定は可能であり認めています。

③一律な審査ではなく、総合的な判断であることをご理解願います。

④「運動器リハビリテーション料」の対象患者（平成 30 年 4 月版医科点数表の解釈：p 715、別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者）から、算定は不適切と判断します。

（参考）別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者

一 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

二 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

**国保** ①審査上の判断としては、骨折当初は疼痛による体動困難があり、リハビリ施行

が十分に行えない状態であり、その後のリハビリ施行についても、段階的に増やしていくことが適当であるという考えのもとに審査を行っていますので、ご理解をお願いします。

②手術日に「総合リハビリテーション計画書」が算定できないというルールはなく、当該項目が査定となるケースは、「疾患別リハビリテーションの請求が全くない場合」「包括入院料の算定後（入院料に包括されるため）の場合」などですので、査定内容をご確認下さい。

③審査上は、高齢者に対するリハビリテーションについては、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、個々の症例に応じて医学的判断で審査を行っていますので、ご理解をお願いします。

④審査上の判断としては、「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 障害を来すような症例となることは稀であると考えます。

## 8. **国保**

リハビリの減点について、呼吸器リハ、廃用症候群リハ等一律の単位で査定を受けておりますが、どの様な基準で査定されておりますでしょうか。査定基準を教えてください。

《西部》（平成 30 年度）

意見回答：

**国保** 審査上は、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。具体的には、リハビリテーションの要因となった疾患の発症からの期間、認知機能や精神機能の状態、合併症の有無、高齢者の体力や精神面への影響、詳記の内容等から回復の程度（効果）等を考慮し判断していますので、ご理解をお願いします。

## 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下さい」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がわかりかねますのでご説明をお願いします。）《西部》（令和元年度）

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します。

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》（令和元年度）

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。全体的なリ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。

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》（令和元年度）

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。全体的なリ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。

3. **基金** **国保**

・リハビリ実施計画書について

術前から術後の日常生活動作時の注意点の説明を行うと、術後の日常生活動作が円滑に行うことができる。そのため手術前日入院の方にも日常生活動作指導を含めた疾患別リハビリを提供することが多い。しかし、術前リハビリ時においてもリハビリ実施計画書が必要である。リハビリ計画書は、初回リハビリ効果を踏まえた内容を反映させることが必要なため、初回リハビリ→合同カンファレンス→リハビリ実施計画書の作成を同日に行う必要性が生じる。術前リハビリ期間が短い場合は、術前リハビリ・術後リハビリ計画書を一つのものとして取り扱うこととしてはいかがでしょうか？《中部》（令和2年度）

意見回答：

**基金** 医科点数表に「リハビリテーション実施計画書」は、疾患別リハビリテーションを開始してから原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成すること。また、継続する場合は、その後3か月に1回以上（特段の定めのある場合は除く）作成することが規定されています。申し出内容につきましては理解できますが、内容的には厚生労働省保険局医療課への要望が適当と考えられますので、審査委員会としての回答は、控えさせていただきます。

**国保** 制度的な要望であるため、審査機関では回答できません。

#### 4. **基金** **国保**

運動器リハビリテーション料の算定について

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者は1日9単位まで算定可能でありながら、最近、特に若い方でも6単位までしか認められないのはなぜでしょうか。（同一疾患名で同年齢でも違いがあります。）宜しく願いいたします。《西部》（令和2年度）

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入院料を算定する患者についても、レセプトを通覧し総合的に判断し審査を行っており、一律に6単位への査定はしておりせん。長時間の施行は体力的にも精神的にも負荷が大きいとの考えも含め、発症時期、疾患、合併症、詳記の内容等から回復の程度（効果）等を考慮し、個々の症例に応じて妥当な単位数を判断しています。

#### 5. **基金** **国保**

疾患別リハビリ1日の算定上限が6単位を9単位までとできる患者に回復期リハビ



リハビリテーション入院料を算定する患者も該当すると思いますが、病状・経過により査定される例が多いです。入院料を算定していても9単位までは算定できない明確な理由を教えてください。《西部》（令和2年度）

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入院料を算定する患者についても、レセプトを通覧し、長時間の施行は体力的にも精神的にも負荷が大きいとの考えも含め、個々の症例に応じて保険請求としての妥当な単位数を判断しています。

#### 4. **国保**

・73才 女（腰部脊椎管狭窄症・右膝OA） リハ5ヵ月目

2単位×3日 → 1単位×3日に査定

・69才 男（腰部脊椎管狭窄症） リハ5ヵ月目

1単位×4日 → 1単位×3日に査定

・66才 女（腰部脊椎管狭窄症・頸椎症・運動器不安定症） リハ2ヵ月目

2単位×5日 → 2単位×3日に査定

・60才 男（腰部脊椎管狭窄症・運動器不安定症） リハ2ヵ月目

2単位×4日 → 1単位×4日に査定

査定基準が理解できず、今後の改善へ向けての判断が困難です。

月に何単位まで可能なのか。（病名によって違うのか。）開始からの経過期間でも変化するのか。明確な基準設定をお願いしたいです。県によっても査定基準や、適応病名が違うのも統一できませんでしょうか。《東部》（令和3年度）

意見回答：

**国保** リハビリテーションの単位数については、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。具体的には、リハビリテーションの要因となった疾患の発症からの期間、認知機能や精神機能の状態、合併症の有無、高齢者の体力や精神面への影響、詳記の内容等から回復の程度（効果）等を考慮し判断していますので、ご理解をお願いします。また、査定基準の統一についても、全国的に取り組みが進められているところですので、併せてご理解をお願いします。

#### 5. **国保**

・76才女性で変性性膝関節症の術後のリハビリテーションについて、回復期病棟にて1



日9単位の運動器リハビリを実施しましたが、1日6単位に査定されました。減点事由が㊸の月だったり、㊹の月だったりするのですが、同一症例で異なるのはなぜでしょうか。

・73 才女性で大腿骨転子部骨折の術後のリハビリテーションについて、回復期病棟にて1日9単位の運動器リハビリを実施しましたが、1日6単位に査定されました。健康寿命の延伸といった観点からこの年代へのリハビリ実施が抑制されることについては疑問です。《西部》（令和3年度）

意見回答：

**国保**回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者についても、レセプトを通覧し総合的に判断し審査を行っております。長時間の施行は体力的にも精神的にも負担が大きいとの考えも含め、発症時期、疾患、合併症、詳記の内容等から回復の程度（効果）等を考慮し、個々の症例に応じて妥当な単位数を判断しています。なお、単位数の減点査定に対しては基本的に「B（過剰）」を使用しますが、同等の意味合いで「C（不適當）」を使用する場合があります。

## 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》（令和5年度）

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》（令和5年

度)

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》（令和 5 年度）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 障害を来すような症例となることは稀であると考えます。

【 検査・処置等 】

6. **基金**・**国保**

血中ヒアルロン酸は種々の肝疾患や、慢性関節リウマチ、変形性関節症、S L Eなどで上昇することが知られている。その中で慢性肝疾患の診断及び治療における臨床的意義として

1. 慢性肝炎と肝硬変の鑑別診断にもっとも有用な検査である（例えばヒアルロン酸 150ng/ml 以上は肝硬変を示唆し、200ng/ml 以上ではほぼ肝硬変と診断可能である）。
2. 肝硬変で定期的にヒアルロン酸をフォローすると、肝硬変の進展、重症度が判明する。
3. 慢性肝炎の治療、例えばインターフェロン等で治療経過や病態の改善等が予測できる。以上の見解により、血中ヒアルロン酸検査は慢性肝炎及び肝硬変の診断で認めて欲しい。

《西部》（平成 17 年度）

意見回答：「点数表の解釈 P205」に記載されているように、肝硬変だけでは認められない。慢性肝炎の患者に対して算定できる。

8. **基金**・**国保**

肝機能異常を認めた場合、次の検査時に原因検索として肝炎ウイルス検査を実施しますが、その場合、最初の肝機能障害の他に更に病名が必要でしょうか。少し前に肝機能障害の病名があれば、検査の意味は分かりますので、記載しなくてもよいように思うのですが…。《西部》（平成 17 年度）

意見回答：「肝機能障害」だけでは認められない。肝炎ウイルス検査を行う場合は、必要な病名を必ず記載して頂きたい。

9. **基金**・**国保**

H b A 1 c とグリコアルブミンとを併用検査した場合、一方しか認められていませんが、血糖と H b A 1 c とで解離が著しい、等の何らかの理由があって実施した場合、その理由を記載することによって認めていただくことは出来ないでしょうか。医師の裁量を審査委員の判断で認めることのできる審査であって欲しいものと思います。《西部》（平成 17 年度）

意見回答：「点数表の解釈 P201」参照。月に 1 回に限り主たるもののみ算定する、とあるため原則として算定不可。

11. **国保**

耳鼻咽喉科において、下咽頭癌の患者に同一日に喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術と気管切

開術を実施した場合に担当規則に反するもの（D査定）として査定されました。査定理由について、具体的にご教授願います。《大学》（平成 17 年度）

意見回答：**国保**この場合、複数手術に伴う規定には該当せず、同一手術野で主たるもの一方のみの算定となる。

15. **基金**・**国保**

硬膜外ブロックについて、ほとんどすべてカテラン硬膜外で算定されています。何年もブロックしているのは治療上問題があると思いますが、急性期のものにはブロックの算定をしても良いのではないのでしょうか。基準を示してください。《東部》（平成 17 年度）

意見回答：急性期については週 1 回程度認める。ただし、初診後 3 か月を超えるものは、必要な注記あるいは急性増悪等の傷病名が必要であり、かかる注記等のないものについては、カテラン硬膜外注射にて算定をお願いしたい。

16. **基金**・**国保**

化膿性腱鞘炎で腱鞘切除術を行った場合、何で請求したら良いのかわかりません。教えていただければ幸いです。《東部》（平成 17 年度）

意見回答：手術の内容で決めればよい。腱鞘切開のみの場合は「K028 腱鞘切開術」、腱鞘滑膜切除を行った場合は「K035-2 腱滑膜切除術」で算定をお願いしたい。化膿性腱鞘炎の場合は、一般的には後者が適用になると思われる。

9. **基金**・**国保**

呼吸器疾患で酸素飽和度を測定しますが、例えば月に 20 回測定しても査定されます。レセプトでは何回まで認められているのでしょうか。《西部》（平成 18 年度）

意見回答：基金、国保とも回数は特に決めていない。ケースバイケース。医学的判断による。

10. **基金**・**国保**

頸椎捻挫の患者さまに頸椎カラーを使用し、解釈本 P 354 を読み、「腰部固定帯」に準じて算定しましたが、査定されました。どのように解釈したらよいでしょうか？また、頸部脊椎症の方にも、保険請求はできないのでしょうか？《西部》（平成 18 年度）

意見回答：胸部の場合は腰部と同じ。頸椎については規定がない。算定要件を満たさないと認められない。療養費払いとなる。

16. **基金**・**国保**

インフルエンザと診断した患者に対して、

イ. うがい薬を処方したら査定された。何故。

ロ. 発熱して短時間後にインフルエンザ試験で陰性であったが、翌日再検査して陽性となったが、2回目のインフルエンザ試験を査定された。2回は認めてもよいのでは。

《中部》（平成18年度）

意見回答：

イ. インフルエンザという病名だけでは、病名が適切でないという判断があったためと思われる。病名の記載が必要となる。

ロ. 抗原検査は発症から48時間以内に限されている。回数について明記されていないが、1病につき原則1回としている。ただ、小児の患者についてはすぐ受診して陰性の為に2回目で陽性となる頻度が高いため、48時間以内の実施であれば2回目も認めるよう昨年11月に取り決めを行った。

23. **国保**

膣炎、子宮膣部びらんでの頸部細胞診が削除されます。数例ありました。60歳以上では適応になりませんか。《西部》（平成18年度）

意見回答：**国保**老人性膣炎、びらんでの細胞診は問題ありません。

24. **基金**・**国保**

男性の泌尿器淋菌感染症（尿道分泌物等の染色検査で淋菌陽性）の診療初診日に、クラミジアトラコマチス核酸PCR検査を併せて認められるか（日本医師会雑誌臨時増刊号第132巻第12号－感染症の診断治療ガイドライン2004 285頁参照）

認められるならば、根拠記載は適要欄でよろしいか？疑病名が必要か？《東部》（平成18年度）

意見回答：疑い病名があれば問題はない。

14. **基金**

B型肝炎の診断で、HBs抗原とHBs抗体を測定した時に、同一月にも関わらず査定された人と査定されない人がいましたが、何故ですか。また、月によって査定された月と査定されない月があったのは、何故でしょうか。《西部》（平成19年度）

意見回答：**基金**急性B型肝炎の治癒判定が必要な場合は認める、という申し合わせをしているが、実際はレセプトで判断するのは難しい。必要の旨のコメントを頂きたい。詳しくは18/10/15発行「日本医師会雑誌」第135巻特別号(2)「最新臨床検査のABC」P338をご参照下さい。

15. **基金**・**国保**

慢性肝炎に対し肝ウイルスマーカー検査を施行する場合、HBs抗原（定性）、HC

V 3rd（C型肝炎ウイルスマーカー）は同時に（同日）できないか。（基本検診では同時に施行されています。）《西部》（平成 19 年度）

意見回答：慢性肝炎ではなく、ウイルス性肝炎またはその疑いの場合は認めている。

17. **基金**・**国保**

ヘリコバクターピロリ菌の検査は保険診療で胃カメラあるいは胃透視を行わないとやってはいけないのでしょうか。健診で胃潰瘍と言われたので調べて欲しいという患者が時々受診されます。《西部》（平成 19 年度）

意見回答：内視鏡検査での診断がされた患者であれば可能。その旨コメントに記入して頂きたい。

19. **基金**・**国保**

「頭部エコー検査」

1 歳の誕生日の月に検査を実施したところ査定され、再診の結果、頭部エコーは 1 歳以上は認められないとの回答でした。脳室などの拡大がある場合、C T・MR I などの検査は小児の場合鎮静する必要があると頭部エコーは簡便で患児に負担をかけない検査であり有用と考えます。実際は骨の上からも検査可能ですが、大泉門が閉鎖していなければさらに良好な画像が得られます。1 歳で全例大泉門が閉鎖しているわけではありません。1 歳の誕生月に認められない理由を解説願いたい。《東部》（平成 19 年度）

意見回答：どこで区切るかという問題であるが、概ね 1 歳が妥当である。

20. **基金**・**国保**

骨粗鬆症において B A P と N T X は同意義なので、同月に算定できないとのことで査定されたが、B A P は骨産生、N T X は骨破壊のマーカーで、両者を見て投薬を決定することが常識となっている。基金に問い合わせたところ、委員会の整形医の取り決めと言われた。治療の根本にかかわる部分なので、骨粗鬆症治療を行うすべての医師が納得できないのではないかと考えるが、いかがであろうか。《西部》（平成 19 年度）

意見回答

**基金**：骨粗鬆症の診断は骨代謝マーカーだけでなく、症状経過、画像検査、骨液定量検査等総合的に判断すると考えている。2006 年の骨粗鬆症に関するガイドラインでは骨吸収マーカーを優先することとなっているため、同時に算定する場合は避けて頂きたい。技術的に両方やるのは問題である。

**国保**：N T X（骨吸収マーカー）は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回、その後 6 月以内の薬剤効果判定時に 1 回、また薬剤治療方針を変更した時は変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できる。という算定要件を遵守すべきものです。B A P（骨形成マーカー）と N T X は、バランスを考えると初回だけは両方実施しても止むを得ない場



合もあると思われます。

21. **基金**・**国保**

抗核抗体（精密）すなわち蛍光抗体法をスクリーニングとして検査すると、最近はスクリーニングならば抗核抗体すなわちLEテストを施行しなければ査定されています。本来LEテストはとても感度の低い検査で、膠原病全般のスクリーニングには、適していません。誤診にもつながる危険性もあり、疑い病名での抗核抗体（精密）の検査を認めて頂けないと患者様に多大な不利益を被る危険性があり危惧していますし、困っております。単に（精密）としてあるだけで、単純にスクリーニングは認められないというのは納得がいきません。本来、抗核抗体（精密）で陽性が出たらそのタイプによって、他の抗Sm抗体や抗RNP抗体、抗DNA抗体などを検査するのが精密になるのでしょうか。LEテストは古い検査で価値があまりないと考えますがいかがでしょうか。ご検討頂きますよう、宜しくお願い申し上げます。《西部》（平成19年度）

意見回答：できるだけ最小限に検査をしていただく、というのが基本原則である。病名または疑い病名など最初から精密検査の必要性があれば良いが、あくまでもスクリーニングでは認められない。

23. **基金**・**国保**

「CMVアンチゲネミアについて」

種々の疾患において、ステロイド（時に大量）や免疫抑制剤を治療に用いる機会が増えております。そのような免疫不全状態の患者において、CMV感染症（腸炎、肺炎など）を発症するリスクは高く、又重篤となります。抗体検査やPCR検査は病態を反映せず、治療開始及び中止時期の決定に有用でないことはよく知られたことであり「CMVアンチゲネミア」はHIV、移植患者以外の症例においても必要な検査と考えますが、いかがでしょうか。《東部》（平成19年度）

意見回答：保険診療上で個々に算定要件が決められているので、認められない。

29. **基金**・**国保**

子宮卵管造影剤（イソビスト 300）が、2本使った時に削られていた事があったが、必要以上に造影剤を使っているわけではなく子宮カニューレを使用して逆流が多い時、バルンカテーテル下で再度造影剤を入れて卵管の状態を確認しているため、2本までは保険で削るのをやめていただきたい。《東部》（平成19年度）

意見回答：基金では原則2本までは認めている。国保では特に査定していないが、傾向的に多い医療機関には返戻等で対応している。

4. **国保**

老人性膣炎、子宮膣部びらんでの頸部細胞診が査定され、膣部細胞診となります。病名にがん疑いを付けねばなりません。《西部》（平成 20 年度）

意見回答：

**国保** 頸部細胞診は、膣部細胞診不適例に対して行うべきである。必要な器具も考慮して 30 点の採取料がある。コルポ適応例では、S C J が外側にあたるため膣部細胞診の適応となる。また、病名を満たしても膣部、頸部細胞診の同日算定は認められない。

5. **基金**・**国保**

切迫流産の患者で外来の場合週 1 回、入院の場合週 2 回まで超音波検査は保険適応となったはずですが、いまだに減点される場合があります。《東部》（平成 20 年度）

意見回答：

**基金**：外来は週 1 回、入院は週 2 回という基準で審査しているが、週数が合致していない場合は査定もあり得る。

**国保**：基本的に査定はしていない。

6. **基金**・**国保**

術後の尿検査が減点されていますが、術後に尿検査は 1 回は必要だと思われそうですが、いかがでしょうか？また尿沈査も 1 回は必要と思われそうですが、いかがでしょうか？  
《東部》（平成 20 年度）

意見回答：各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う（療養担当規則第 20 条）ため、症例に応じて適切な種類でお願いしたい。術前尿検査で異常がなければ、腎泌尿器系の疾患（疑い病名含む）がない限り術後は不要と考える。

7. **基金**・**国保**

悪性腫瘍の加療後外来で follow up している患者に対し腫瘍マーカー 2 項目採血した場合、減点されることがありますが、1 項目のみで判定することは非常に危険と思います。これについてはいかがでしょうか。また、化学療法施行時の 5 H T 3 受容体拮抗剤（グラニセトロン等）を点滴で使用した場合の使用限度についての基準は？シスプラチン等で嘔吐がある場合内服は困難と考えられますが。《東部》（平成 20 年度）

意見回答

**基金**：対象疾患により複数項目の実施も認めている。5 H T 3 受容体拮抗剤については、明確な制約はないが注射の場合 3 日間を目安としている。

**国保**：算定要件で併算定不可のもの以外は、疾患に適切な腫瘍マーカーであれば、複数項目でも認めている。5 H T 3 受容体拮抗剤の使用限度については、特に定めていない。

8. **基金**・**国保**

伝染性軟属腫に対する硝酸銀塗付の場合の軟属腫摘除術の算定の可否。《東部》（平成 20 年度）

意見回答：軟属腫摘除に準じて算定する。

15. **基金**

トリガーポイント注射と関注の（腰－トリガー、膝－関注）（肩－関注、膝－トリガー）など同時施行は保険診療上、過剰であるか、尋ねたい。《西部》（平成 20 年度）

意見回答：**基金**

適応病名と回数が適切であれば、認めている。しかし、膝関節へのトリガーポイント注射は不適切と考える。

20. **国保**

75 g－GTT の件（糖尿病で加療中）

インスリン分泌能、HOMA 指数をみるため 75 g－OGTT を行ったが査定されてきました。内服治療を行う迄のケースしか認められないのでしょうか。《東部》（平成 21 年度）

意見回答：

**国保**経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT) は、糖代謝異常の有無およびその異常の程度を診断するための検査方法であり、主に軽症糖尿病の診断時に用いられます。診断確定後の患者に対しては認めていません。

22. **基金**・**国保**

前立腺肥大症の治療について、高齢者で数年間保存療法（薬物療法）を継続している場合の PSA 検査について。《東部》（平成 21 年度）

①摘要欄に必要な根拠を記載して 1 年 1 回くらいの施行は認められるか。

②前立腺癌の疑、病名がなければ認めないか。

意見回答：

①PSA が正常範囲内であれば 1 年に 1 回は不必要、2～3 年に 1 回が常識的と考えます。異常であれば、点数表の解釈 294 ページに沿って保険請求をお願いします。

②前立腺癌(疑)または前立腺癌の病名記載が必要です。

24. **基金**・**国保**

消化管手術の術後に、術後嘔吐、吻合物の徐圧、腸閉塞の予防目的にて、経鼻的胃管挿入を従来より行っております。この胃管チューブに関しては、改良が重ねられ、ダブルルーメン（サンプドレーン）が良いことが明らかとなっております。現在、腹部手術の術後にこのダブルルーメンチューブを使用致しますと査定されることが多く困っております。シングルルーメンを試みましたが、やはり効果不十分にて誤嚥 etc

の危険性が高く、本邦における標準的な方法としてのダブルルーメンチューブの使用許可を是非お願いしたいと存じます。《西部》（平成 21 年度）

意見回答：通常の特設手術では、絶食によって胃内は空虚であり、胃管の挿入が術中、術後早期の単なる排液・減圧のためであれば、シングルルーメンの胃管でその目的は十分達成されると考えています。手術の内容や術前の患者の病態によっては、ダブルルーメンの胃管が必要なこともありますので、必要理由の記載をお願いします。

#### 1 1. **国保**

以下 3 つは健保では通るが国保では通りません。《東部》（平成 22 年度）

- ①萎縮性膣炎の病名で膣分泌物検鏡検査を認めて頂きたい。
- ②子宮膣部びらんの病名での子宮膣部細胞診と同時にコルポ診を認めて頂きたい。
- ③子宮膣部細胞診と子宮内膜細胞診の同時検査を認めて頂きたい。

意見回答：

**国保**①②については、原則認めています。レセプト全体を通覧して審査しております。ご理解下さい。③については、同時検査を必要とする場合は、納得できるコメントがあれば認めています。

#### 2 1. **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 回ぐらいは査定しないで欲しい。《中部》（平成 23 年度）  
意見回答：

**基金**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療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。

#### 2 2. **基金・国保**

「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場合が多く、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ないということで片付けてよいのでしょうか。《東部》（平成23年度）

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. **基金**・**国保**

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。医師が必要としてい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》（平成23年度）

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. **基金**・**国保**

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》（平成23年度）

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。

### 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。今までこのようなことはありませんでしたが、今年に入ってからこのようなことが続きます。どうしてなのでしょう。《西部》（平成 23 年度）

意見回答：

**国保**慢性疼痛患者の消炎鎮痛処置は、発症から 3 ヶ月（急性期）は 20 回程度は認めています。それ以降については、必要最小限でお願いします。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。

## 29. **基金**・**国保**

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》（平成 23 年度）

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、漫然と注射を行な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。

## 13. **基金**・**国保**

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、糖尿病性腎障害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》（平成 24 年度）

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 ヶ月に 1 回に限り算定できるとされています。

**国保**：基金と同じ。糖尿病性腎症害以外には、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。

## 15. **基金**・**国保**

＜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るれば、その根拠を教え下さい。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ものでしょうか。御教示下さい。《西部》（平成 24 年度）

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。

#### 18. **基金**・**国保**

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》（平成 24 年度）

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。

#### 13. **基金**・**国保**

① 関節リウマチの診断のため抗 CCP 抗体、リウマチ因子の検査を行うのがふつうであると考えられますが、鳥取県では認められていないようです。リウマチ診療においてどちらか一方が陰性であっても関節リウマチを否定できないし、陽性であっても肯定できないと考えられます。また、採血についても段階的に複数回採血を希望する患者はいないと思われます。他県では両方の測定が認められていることありますが鳥取県では認められておりません。関節リウマチの診断に抗 CCP 抗体、リウマチ因子が必要であると

考えます。

② 関節リウマチ患者で HBs 抗原陰性で HBs 抗体又は HBc 抗体陽性患者に対して、日本リウマチ学会の「B 型肝炎ウイルス感染リウマチ性疾患患者への免疫抑制療法に関する提言」で、メトトレキサートを含む免疫抑制療法時、HBV-DNA 定量と AST、ALT などの肝機能検査を月に 1 回モニタリングし投与終了後も 12 か月間測定するとあり、保険診療についても算定可能としています。リウマチの勉強会、学会でのディスカッションで鳥取ではガイドライン通り検査をして査定されることがあるということですが、学会のガイドラインを否定するのであれば鳥取県の社保のガイドラインを提示してください。

③ ②に関してですが、以前に査定されたため社会保険再診査請求書を出したところ復活となりましたが、この程度のことで病状詳記が必要でしょうか、リウマチ診療を普通にしているものであれば誰でもわかることだと思います。《中部》（平成 26 年度）意見回答：

① **基金** 抗 CCP 抗体は、関節リウマチ診断においては非常に感度、特異度とも高く有効であると言われています。診断にあたっては、より鋭敏な検査をまず行い、疑わしい場合、追加の検査をするという段階をおった検査をお願いします。

**国保** 診断のためであれば、認めています。

②③ **基金** リウマチ患者に対しては、免疫抑制剤等投与時、HBV-DNA 定量と AST、ALT などの肝機能検査を月に 1 回モニタリングして投与終了後も 12 ヶ月間測定するとあり、保険診療も可能です。ただし、既往感染者で HBV-DNA 量が 2.1 未満であることの詳記をお願いします。

**国保** 学会提言であるので、整合性を踏まえて審査をするようにしています。

#### 8. **国保**

・在宅訪問患者（在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している経鼻経管栄養中の患者）→栄養カテーテル（経鼻用・一般用 180 円／本）はひと月に何本まで認められるのでしょうか。《東部》（平成 26 年）

月に 2 本算定 ⇒ 1 本に減点

月に 2 本を 2 回算定 ⇒ 月に 2 本を 1 回に減点

医学的過剰で減点

意見回答：

**国保** 原則、月 1 本で十分だと思います。必要理由の記載があれば参考としています。

#### 10. **国保**

関節の脱臼で非観血的整復をした後、同日に家に帰って転倒し、再脱臼を起こしたため、同日時間外に再び整復をしたが、2 回目の整復が査定されました。（病名は再脱臼もかいていました）《中部》（平成 26 年）

意見回答：

**国保** レセプト上、家に帰って転倒したなどの背景が読み取れないので、その旨のコメントをお願いします。

11. **基金**

骨折疑いでレントゲン施行した際に異常を認めず、臨床上での痛みの原因を確認するため、同日にエコーを施行した場合、過剰という理由でエコーが減点になります。じん帯損傷及び骨折の有無をより明確に診断するためには必要だと思われます。同日施行のコメントはレセプトに記載しています。《中部》（平成 26 年）

意見回答：

**基金** 疼痛の原因究明には臨床症状や経過からも診断可能なものが多いと考えられますので、症例を選んで実施して下さい。

12. **基金** **国保**

①肺結核の診断時に結核菌の喀痰での塗抹、培養検査を行う場合、1 ヶ月に何回まで検査が可能か。又、抗酸同定検査は、喀痰、胃液、胸水それぞれに対して1 ヶ月に1 回ずつ検査が可能でしょうか。

《西部》（平成 26 年）

意見回答：

**基金** ①現時点では算定回数の上限は決めていません。症例ごとに医学的判断を行っています。胸水までということになると、適切な病名をお願いします。

**国保** ①点数表の解釈では、抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なっても同時、または一連として1 回のみ算定できるとなっています。

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》（平成 27 年度）

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》（平成 27 年度）

7 および 8 の意見回答：

**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 No657（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。

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》（平成 27 年度）

意見回答：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せん。

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》（平成 27 年度）

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》（平成 27 年）

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》（平成 27 年）

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。

② ①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》（平成 27 年）

**意見回答：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、よろしくお願いします。《西部》（平成 27 年）

**意見回答：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→睫毛拔去（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。別紙③

《西部》（平成 27 年）

**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》（平成 27 年）

**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い申し上げます。

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い申し上げます。

《西部》（平成 27 年）

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。

5. **基金** **国保**

皮内反応、パッチテスト施行時は、外来管理加算が算定できません。他の検査では外来管理加算の算定が可能であり、上記の検査だけ例外的です。検査の説明には時間もかかります。理由を伺いたい。《西部》（平成 28 年度）

意見回答：点数表のルール上、外来管理加算を別に算定することはできません（点数表の解釈 59 ページ）。審査委員会では対応できませんので、関係学会等を通じて厚生労働省へご要望願います。

6. **基金** **国保**

RS ウイルス迅速検査、アデノウイルス迅速検査は 1 月に何回まで検査が可能でしょうか。（外来診療では、1 月に 2 回以上必要となる場合もあるので。）《東部》（平成 28 年度）

意見回答：

**国保** 原則月 1 回が適当ですが、症例によっては 2 回以上必要な場合もあると考えますので、その場合はコメント記載をお願いします。

**基金** 原則月 2 回は認めていますが、間隔が 2 週間程度必要です。なお、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。

10. **基金** **国保**

炎症反応 CRP の検査が高いとき、改善されたかどうか 2 回目の検査をしますと、それがよく査定されます。臨床的に必要と思いますが。《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**国保** 原則月 1 回とはしておりません。検査の必要性がレセプト上で判断できれば認めております。

**基金** 傷病名や治療内容等により、個別の症例ごとに判断しています。

11. **基金** **国保**

細菌性膣炎と真菌性膣炎を合併している場合、抗菌剤と抗真菌剤が必要です。

現在、同時に使用する事が認められていないと聞きました。医学的に併用は必要と考えます。併用を認めて頂けるよう切に要望します。《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金** 日本産婦人科医会中国ブロック協議会の医療保険協議会において、膣剤の併用は 2 剤までとされており、また、抗菌剤と抗真菌剤の併用は不可とされています。

**国保** 自覚症状・診療所見から細菌性・真菌性の診断は比較的容易であり、通常はその治療が優先されます。原因の特定が困難な場合は、可能であれば培養検査の結果を確認後に薬剤投与を行うのが順当です。両者の合併が確認されれば抗菌剤と抗真菌剤の同時使用も必要になりますが、原因が真菌の場合に一般抗菌剤を用いると悪化することがあるため、原因が特定できない場合には、最初に抗真菌剤で治療後に抗菌剤を使用するのが妥当と考えます。

12. **基金**

子宮頸管粘液の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出の際、子宮頸管粘液採取料も算定可能であることを当院が認識しておらず、数年間淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出料のみを請求しており、当院としては自覚がないまま過少請求が続いていました。（基金ではそれを把握していたが、当院へ指摘しなかったそうです。）

ある日、基金より「過少請求が続いているようなので、過去数年分の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出料を当院から保険者に対して返還しないといけない可能性がある」との通知がありました。

今回の事例だけでなく、医療機関が誤った請求を繰り返していて、それを基金が把握しているようなら、医療機関に早めに教えていただけないでしょうか。

《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金** 当事例は本会職員の認識が不十分であったケースであり、大変申し訳ございません。今回を踏まえ、職員の全体勉強会において当該事例について解説し、審査事務の際に留意するよう周知しました。今後、このような請求が見られる場合は医療機関へ照会する等、的確な対応を行うよう併せて周知徹底しましたので、ご理解をお願いいたします。

14. **基金** **国保**

間質性肺炎の疑い例及び確定例に対する、KL-6 の検査頻度は、どの程度までが妥当でしょうか？

①診断時において

1. 膠原病経過中の事例で間質性肺炎を疑う場合
2. インターフェロン、抗がん剤等の間質性肺炎をおこしうる治療を行っている事例の場合。

②診断確定後のフォローアップをする場合で、1年間までと1年以上経過した後での頻度の割合はどうでしょうか。《西部》（平成28年度）

意見回答：①1の場合、3ヵ月に1回の実施を認めています。①2の場合、連月の実施を認めています。②診療開始（急性増悪含む）から1年間は連月、1年経過後は3ヵ月に1回の実施を認めています。

15. **基金** **国保**

PSA 高値での前立腺癌が疑われる方に対し、2～3ヶ月間隔での PSA 値の測定ができないのは、早期の前立腺癌を発見するためには非常に困ります。PSA が高値の方に対する定期的な PSA 測定をお認めいただきたく存じます。鳥取大学泌尿器科の教授も定期的な PSA 測定の意義を推奨しておられます。《西部》（平成28年度）

意見回答：保険診療ですので点数表のルールに基づき審査しております。（点数表の解釈 486 ページ）

16. **基金** **国保**

下部消化管内視鏡検査でも、以前は通っていたドルミカムが査定されるようになりましたが、安全で苦痛のない検査をするためには必須です。他県では認められているようです。是非、元に戻していただきたい。《西部》（平成28年度）

意見回答：原則、検査では認めていません。内視鏡手術時であれば医学的判断により認めています。

17. **基金** **国保**

①疾患別リハビリテーションについて、査定の基準を明示してもらいたい。

②縦覧点検等において、多くの検査（特にフェリチン、MMP-3、HbA1c、FT4、TSH など）が査定されているが、縦覧点検において査定される基準を明示してもらいたい。

③肺血栓塞栓症予防管理料において、主に40歳以下の患者が査定される傾向にあるが、算定要件上年齢は求められていない。年齢により査定される根拠は何でしょうか？

④PT・APTT 実施時における APTT のみの査定の根拠

→病名が付与されているにも関わらず、APTT のみ査定される根拠は何でしょうか？

《西部》（平成 28 年度）

意見回答：

- 国保** ①発症時期、年齢、疾患、合併症など総合的に判断して審査しております。
- ②点数表、通知等に記載されているものを基準に、審査委員がレセプト全体を見て必要性を考慮して判断しています。
- ③年齢による算定可否を判断する審査は行っていません。
- ④出血傾向の原因診断の場合は両者の同時検査は必要であるが、継続的に行なわれている抗凝固療法の効果判定について、両者が必要なケースは稀であり、保険診療であることを踏まえ、必要な検査の実施をお願いします。
- 基金** ①基準はありませんが、対象疾患あるいは開始日からの期間、年齢等により医学的判断としています。
- ②フェリチン・MMP-3：医学的判断としています。HbA1c：確定病名は月 1 回、疑い病名は連月検査の必要はないと考えます。FT4、TSH：診療開始日および投薬内容により個別に判断しています。
- ③手術内容および患者の病態により医学的判断としています。
- ④記載されている傷病名および縦覧情報等により医学的判断としています。

18. **国保**

- ①術前検査として試行した肺気量分画、フローボリュームの査定  
→その他の術前検査は認められており、当該検査のみ査定される根拠は何でしょうか？
- ② 超音波（心臓超音波検査）（経胸壁心エコー法）の査定  
→病名を付与しているにも関わらず、特定の診療科のみ査定を受ける根拠は何でしょうか？《西部》（平成 28 年度）

意見回答：

- 国保** ①全身麻酔により実施される手術の場合は検査を認めています。②検査の必要性により審査を行っています。診療科によって査定をすることはありません。

19. **国保**

超音波骨折治療法（一連につき）の査定について。

平成 28 年 1 月から平成 28 年 6 月までの標記の件について下記の通りであった。

- ・請求件数 29 件
  - ・査定件数 9 件
- （査定件数の内訳）

| 年齢 | 性別 | 部位        | 再審査結果 |
|----|----|-----------|-------|
| 73 | 男  | 左鎖骨骨折     | 再審査中  |
| 75 | 女  | 右大腿骨骨幹部骨折 | 原審通り  |

|    |   |                             |      |
|----|---|-----------------------------|------|
| 76 | 男 | 右第2中足背骨折                    | 原審通り |
| 82 | 女 | 左大腿骨頸部骨折                    | 原審通り |
| 85 | 女 | 左大腿骨転子下骨折                   | 原審通り |
| 87 | 女 | 左大腿骨転子下骨折                   | 原審通り |
| 87 | 女 | 右大腿骨転子下骨折                   | 原審通り |
| 92 | 女 | 右脛骨骨幹部骨折                    | 復活   |
| 93 | 女 | 右腓骨遠位端骨折・右脛骨骨幹部骨折・右上腕骨近位端骨折 | 原審通り |

査定後、再審査請求するも原審通りの回答となるケースが多く、見解をお聞かせ願います。《中部》（平成28年度）

意見回答：

**国保** 手術症例に対しては認めています。

## 9. **基金** **国保**

### ①電子画像管理加算について

同日でも撮影部位、時間が異なり病名があれば其々に算定できると解釈していますが、毎月回数に対する査定があります。（レセプトには撮影時間等のコメント記載あり）再審査すると復活するが、毎月のように査定があるので審査をしっかりと行なっていたきたい。《中部》（平成29年度）

意見回答：

**基金** ①提出時での一連とならない相応の理由ついて、詳記をお願いします。

**国保** ①解釈としては、ご要望の趣旨と同様の見解ですが、一次審査では、コメント・症状詳記等の内容で総合的な医学的判断で審査を行っておりますので、ご理解をお願いします。

## 10. **国保**

国保連合会より査定通知があり、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定していた患者さんに胃瘻カテーテル（バンパーボタン型、ガイドワイヤー付き）を交換した際の医療材料費（1本22,100円）が認められないとのことでした。今までバルーンチューブ型にせよバンパーボタン式にせよ、胃瘻カテーテルの医療材料費を請求して査定されたことがありませんでしたので、国保連合会に問い合わせたところ、在宅療養指導管理料に伴う医療材料で算定可なのは共通して「皮膚欠損用創傷被覆材」と「シリコンガーゼ」のみである、いままで査定されなかったのは見落としではないか、との返事でした。これが正しいとすれば査定を避けるためにカテーテル交換をすべて病院に依頼しなくてはならず、結局は医療費の増大を招きます。また、寝たきりの患者さんを移動させるための患者さんや家族の負担は大きく、主治医による胃瘻カテーテル交換の要望は強い

ものがあります。

昨年、社会保険支払基金から胃瘻カテーテルは「在宅」の項で請求するのではないという返戻が来たことがあり、「処置」の項で再請求したら認められたという経緯があります。これは明らかに国保の態度と異なるものです。また「医科診療報酬点数表（社会保険研究所）」をみますと、在宅自己導尿指導管理料には注釈として「カテーテルの費用は所定点数に含まれる」と記載がありますが、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の箇所にはこのような記載はありません。各種の解説を調べますと殆どの資料においては「算定できる」となっていますが、算定できないというのであれば、予告なしに査定されるのは困りますので、明確に示していただきたいです。

《東部》（平成 29 年度）

意見回答：

**国保** 「在宅成分栄養経管栄養法指導管理料」に「在宅経管栄養法用栄養管セット加算」の算定がある場合は、当該加算に「胃瘻カテーテル」等の材料の費用が評価されているため、材料を査定する審査を行っております。保険請求の審査にあたっては、点数表、各種通知、医学的判断等に基づき行っており、予告をして査定するような審査は行っておりませんので、ご理解をお願いします。

## 12. **基金**

①前立腺癌の疑いで3か月に1回、3回を上限に算定可とされている。病名（前立腺癌の疑い）は初回の年月日を3回目測定した年月まで継続しておくべきなのか？

3回目以降、PSA 検査の必要がある場合は何か月あければ、新たに「前立腺癌の疑い」病名をつけて算定できるのか。

前立腺生検を施行して癌が検出されなかった場合で、PSA が高値の場合は継続して検査が必要になります。

②男性更年期障害（加齢男性性腺機能低下症候群）で男性ホルモン剤（エナルモン）を使用する場合、症状詳記が必要と指導されましたが、いつまで注釈をつけ続けたらよいのか教えていただきたい。

《中部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金** ①「前立腺癌の疑い」病名は、PSA 検査を規定に従って継続して実施する場合、検査終了時点（上限3回）までは、転帰付けをすることなく、初回傷病名は継続して記載して下さい。算定のリセットについては、相応の必要理由があれば、認めています。

②症状詳記の要記載の件については、基金では掌握していませんが、レセプト審査は月単位で行っており、治療月毎での記載が必要と思われます。

## 10. **基金** **国保**



化膿性関節炎を疑う場合、関節液諸検査とともに関節液内糖値をオーダーします。細菌培養は外注ですと時間がかかり（一応オーダーしますが）結局総合病院紹介となります。関節液糖はすぐ分かり、判断に有効と考えますが、コメントを加えても必ず削られます。他院でもしておられますが、削られたとは聞いていません。病名が理由とされますが、化膿性関節炎（あるいは疑い）ではだめでしょうか。《東部》（平成 30 年度）  
意見回答：

**基金** 特に不適切な診療行為とは考えられませんが、症例を選び算定願います。

**国保** 化膿性関節炎に対し、関節液諸検査とともに関節液内糖値をオーダーすることは特に不適切とは考えていません。

11. **基金** **国保**

①従来、インフルエンザ迅速検査は発症 48 時間以内に 2 回と言われていましたが、ゾフルーザは 48 時間以降も効果が期待されるため、発症 48 時間以降の検査の可否、3 回以上の検査の可否について。

②ノイラミニダーゼ阻害剤使用したが効果が認められない場合、ゾフルーザの追加投与は認められるのか。《東部》（平成 30 年度）

意見回答：

**基金** ①インフルエンザの症状発現から 48 時間経過後のゾフルーザ投与においては、原則、用法・用量等の記載内容を遵守し、また、3 回目のインフルエンザ迅速検査は、臨床症状、周辺の流行状況及び接触歴などの総合的に判断するものが一般的であり、インフルエンザ迅速検査が絶対的ではないと考えています。

②基本的には self.-limited（治療しなくても長期的には症状が落ち着いたり、治まる）な疾患であることから、当該事例では詳記をお願いします。

**国保** ①インフルエンザを確定診断して、ゾフルーザを投与した後、再度インフルエンザ検査をする必要はないと考えます。インフルエンザの効果判定（治癒判定）としては、認めていません。

②初回と 2 回目が別の型のウイルスによる感染であれば認めていますが、原則、1 度の発症に 1 剤の抗インフルエンザ薬の投与が妥当と考えます。

13. **基金** **国保**

消炎鎮痛処置の回数の制限は何を根拠にされているのか？《西部》（平成 30 年度）  
意見回答：

**基金** 傷病名全般、開始日、併用治療、算定日などから総合的に判断しています。

**国保** 審査上の判断としては、治療開始から数箇月経過している症例においては、1 週間に 3 回程度が妥当な回数と考えていますので、ご理解をお願いします。

#### 14. **国保**

##### ①他施設から紹介された患者のマンモグラフィ取り込みの査定について

当院に紹介された患者さんの他施設でのマンモグラフィの取り込みが 3 月診療分より、査定されて大変困っています。当院に紹介される患者さんはマンモグラフィに所見があり、経過観察や精密が必要な患者さんがほとんどですが、マンモグラフィで乳腺の所見を経過観察や精査をする場合、他施設の過去のマンモグラフィと当院のものを比較する比較読影することがすべてで、これがなければ仕事になりません。したがってこれを査定されるということは適切な乳腺の診療をするなということになります。以上のような理由より、他施設のマンモグラフィの取り込みをぜひ認めていただきたいと思います。《西部》（平成 30 年度）

##### ②眼科のスリットM（前眼部）の減点について

平成 30 年 2 月診療分から 5 月診療分についての査定は再審査にて復活しました。6 月診療分についてはスリットM（前眼部）の査定がなく、7 月診療分から又スリットM（前眼部）が査定になりました。再審査で査定が復活した月、査定が無い月、査定が再びある月がありますが、医療機関としてはどのようなことに注意して請求したらよいのでしょうか。審査基準をお知らせください。《西部》（平成 30 年度）

意見回答：

**国保** ①他施設のマンモグラフィの取り込みを行って、自院で比較読影することは問題ありませんが、審査上は、個々の症例に応じて必要性・妥当性の観点から判断しますので、ご理解をお願いします。

②細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、算定可となっており査定が誤った判断でした。今後の審査にあたっては、十分注意いたします。

#### 1. **基金** **国保**

##### 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 ヶ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。《東部》（令和元年度）

##### 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 PTU 1）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 ヶ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不明ですし、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 ヶ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》（令和元年度）

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、よろしくお願いします。

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》(令和元年度)

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」にあたると考えて審査を行っております。ご理解の程よろしく願います。

7. **基金** **国保**

不妊治療、卵巣機能不全で加療中の方に血中卵巣ホルモン(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》(令和元年度)

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)、卵巣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。

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》(令和元年度)

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をお願いします。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ぬ部位は多数あるが1受診何ヶ所まで認められるか？《中部》（令和元年度）

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カ所のみ在所定点数を算定する。」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》（令和元年度）

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。

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》（令和元年度）

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。

#### 7. **基金** **国保**

最近、ピロリ抗体検査を健診オプションとして行う健診施設がある。胃透視をしてあるケースもあるが活動性潰瘍もなく、また胃内視鏡はしていないで除菌治療を希望してこられるケースがあるため、当院では、内視鏡を施行しピロリ抗体再検査をし直して除菌治療しているが、ピロリ抗体については健診オプション検査結果は流用できないのか。（基金に以前問い合わせしたときは、一連の手順によって行って下さいとの事でしたが…）《東部》（令和2年度）

意見回答：

**基金** ヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）[「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」](#)に即して行うことと規定されており、これには、「ヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査」の対象患者は「内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者」などとあることから、除菌治療に係る保険請求においては、内視鏡検査等により胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断後に感染診断を行っていただくようお知らせさせていただきました。

なお、当該事例においては、保険診療以外の自費が伴う内容であることから、中国四国厚生局鳥取事務所へ問い合わせたところ、「本来は内視鏡検査等の後に感染前診断検査を実施すべきであるが、不可とは言えない。」旨の回答がありましたので、詳記等の記載により認めることとします。

**国保** 「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い」（平成12年10月31日保険発第180号）の手順では、内視鏡検査等により胃潰瘍等の確定診断がされた



患者に対し、除菌前の感染診断としての抗体測定等の実施が示されており、保険診療はこれに即して行うこととなっているため、除菌治療開始に当たっては一連の手順に従うべきと考えます。健診施設等での検査結果の流用については、コメントにより実施検査、実施時期、検査結果の明記があれば認めることとします。

8. **国保**

血尿・蛋白尿（学校検尿、3才健診など）精査時の早朝尿・来院時尿検尿の査定。検尿2回→1回（同日）。

起立性蛋白尿・血尿の鑑別のため必要。学校検尿の精査結果記入用紙に早朝尿・来院時尿検尿2日が必須。前回再審時は復活したが、今回は病名の追加、コメントの追加は認められないとの理由で復活せず。一回受診で早朝尿・来院時尿2回の検尿は認められないのか。起立性蛋白尿などの病名、学校検尿などのコメントがあれば認められるのか。  
《東部》（令和2年度）

意見回答：

**国保**同一検査の同日施行については、原則的にその必要性の判断ができるコメント記載が必要と考えます。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ければ、適正な審査につながりますので、ご協力をお願いします。

9. **国保**

中部休日急患診療所では、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その9）」より、外来に於ける対応について、新型コロナ感染症であることが疑われる患者に対し、院内トリアージ実施料を算定しております。R2年6月より算定しておりますが、8月診療分より国保連合のみ減点査定され続け本日に至っております。11月11日国保連合会からのお電話より、「コロナウイルス検査するぐらいしないとトリアージ実施料を算定できない」ということでした。発熱患者の定義の見解の相違であるかも知れません。

しかし、当院は休日の第一次救急を担っており、来院される患者は初診の患者が殆どであり、常に新型コロナウイルス感染症を念頭に置いて待合室での院内感染を防ぎつつ、必要な感染予防策を講じ、発熱外来（陰圧室）を設置して（入り口、インターフォン、待合室、診察室それぞれ2つありゾーニングを行っている）、来院全ての患者の診療にあたっております。

幸い感染拡大の状況は現在ありませんが、新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者等を受け入れた医療機関に於ける感染拡大防止に留意した診療を実施する観点から、院内トリアージ実施料を算定出来るものと解釈しております。《中部》（令和2年度）

意見回答：

**国保**当該実施料につきましては、新型コロナウイルス感染が疑われる患者の外来診療を行った場合に算定できるものであり、発熱等の症状があるなど「新型コロナウイルスの感染が疑われる患者」が対象となります。レセプトに記載されている傷病名からそのような症状が見受けられない場合の算定は適当ではないと判断しています。患者の症状に応じて算定されるべきものと考えますので、ご理解をお願いします。

10. **基金**

2020 年 4 月以降、基金側のみ尿沈渣の査定を受けるようになりました。腎不全症例、糸球体腎炎の症例であり、活動性を見る上で必要ではないかと考えています。国保側では特に査定はありません。審査の先生のお考えもあるかと思いますが、基金と国保とで同じ診療をしているのに差があることにやや疑問を感じています。よろしくお願いします。《西部》（令和 2 年度）

意見回答：

**基金**専門診療科の場合は、経過観察として月 1 回程度の請求を認めております。当該査定事例につきましては、個別に対応をさせていただきますので、検査データ等をご提示のうえ、再審査請求をお願いいたします。

11. **基金** **国保**

①新型コロナ感染症で抗原もしくは PCR 検査を行う場合、1 エピソードあたり何回まで検査をすることができますか。

②小児かかりつけ診療料を算定している患者に対して抗原検査を行う場合、やはり同診療料に含まれることになるのでしょうか。《西部》（令和 2 年度）

意見回答：

**基金**①回答：2 回まで

**国保**①インフルエンザの取扱いと同様に 2 回が適当と考えております。

<参考>

（保医発 0305 第 1 号 令和 2 年 3 月 5 日付）

第 2 章第 3 部第 1 節第 1 款 D023

(17) SARS-CoV-2 核酸検出（抜粋）

COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を 1 回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに 1 回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 6 月 25 日健感発 0625 第 5 号）の「第 1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1 回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※合算した点数

- ・検体採取した保険医療機関以外の施設へ検査委託した場合  
SARS-CoV2 核酸検出（検査委託）（1,800 点）  
検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載
- ・検体採取した保険医療機関（検査委託以外）の場合  
SARS-CoV2 核酸検出（検査委託以外）（1,350 点）

(22) SARS-CoV-2 抗原検出（抜粋）

COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を 1 回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに 1 回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

上記に加え、COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として化学発光酵素免疫測定法（定量）による SARS-CoV-2 抗原検出を実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 6 月 25 日健感発 0625 第 5 号）の「第 1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1 回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※合算した点数

- SARS-CoV-2 抗原検出（600 点）
- SARS-CoV-2 抗原検出（定量）（600 点）

**基金**②回答：含まれない。（別途、算定可）

**国保**②「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その 22）」より、別途算定できることとなっております。

＜参考＞「臨時的な取り扱いについて（その 22）」

入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合

入院中以外において、小児外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びに SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判を算定することができることとする。

12. 基金 国保

今後、新型コロナウイルスを疑い SARS-CoV-2 抗原定性検査とインフルエンザウイルス抗原定性検査の両方を同じ患者に対し実施することがあると思います。

また、同一の患者に対して月 2 回以上行う可能性もあると思います。新型コロナウイルス感染が広がっているこの時期に SARS-CoV-2 抗原定性検査とインフルエンザウイルス抗原定性検査に関して、保険者は月何回まで実施することを認めるのか、何回を超えると査定されるのかということについて基準を明確に示していただきたいと思います。

また、新型コロナウイルスに関係なくとも、インフルエンザウイルス抗原定性検査は必要があつて行うわけですから、月 2 回以上実施しても査定されないようお願いしたいです。《西部》

意見回答：

○新型コロナウイルスを疑い SARS-CoV-2 抗原定性検査とインフルエンザウイルス抗原定性検査の両方の実施について

回答：同時算定は認められる。

○新型コロナウイルスを疑い SARS-CoV-2 抗原定性検査とインフルエンザウイルス抗原定性検査の両方の複数回の実施について

回答：新型コロナウイルス抗原は、診断の確定までの間に 1 回と発症後、陰性であったものの、COVID-19 以外の診断が付かない場合は、さらに 1 回に限り算定可能。

○インフルエンザウイルス抗原定性検査の回数について

回答：原則 2 回まで。

13. 国保

栄養失調の病名があるのにレチノール結合蛋白（RBP）が削られたが、どうしてですか？

《西部》

意見回答：

**国保**当該検査の審査上の判断としては、入院医療における栄養状態の指標としては有意義と考えますが、外来診療での施行の意義は少ないと判断しています。

14. **国保**

当院では大腸の検査の際に、フジノンのレーザー内視鏡を用いているが LCI、BLI による狭帯域光観察が査定されます。大腸腫瘍の診断には、まず病変の発見が第一です。WLI では見落す病変でも LCI により病変が拾い上げられ、BLI により表面の拡大観察を行うことにより生検する事なく良悪性の診断が可能です。大腸内視鏡検査でも狭帯域光観察を認めて頂きたいと思います。《西部》（令和 2 年度）

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。

9. **国保**

椎弓形成術の術前後の CT 画像を毎回求められ添付し請求しています。この画像添付し請求するのはいつまで必要でしょうか。《中部》（令和 3 年度）

意見回答：

**国保**「腰部脊柱管狭窄症」等に係る請求診療項目の術式判定のため画像を求めておりました。審査の参考とはさせていただいておりますが、当該症例については、審査判断の整理を行いましたので添付は結構でございます。審査判断に画像添付の必要な症例がありましたら、返戻等でご依頼しますので、その場合はご協力をよろしくお願いします。

11. **国保**

内視鏡検査の狭帯域光強調加算がずっと査定されています。病変の拾いあげ、確定診断には、必須だと思います。国保でも認めて頂きたい。内視鏡専門医であれば必要性は理解できると思います。《西部》

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。

12. **基金** **国保**

日本耳鼻咽喉科学会では顔面神経麻痺、突発性難聴等のステロイド治療における HBV 再



活性化の予防策について、指針を作成しています。その中でステロイド投与と同時に HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体の検査の必要性を記載しています。突発性難聴、顔面神経麻痺等のステロイド治療における B 型肝炎ウイルス再活性化防止に関する指針（第 2 版）

この検査については日本肝臓学会の B 型肝炎治療ガイドライン（3・2 版）にも記載があります。

当院では 2021 年上記疾病に対するステロイド使用の際 6 名の方に上記検査を施行しました。6 名中社保 4 名、国保 2 名の方でした。この内社保本人 2 名の方で検査が一部減点されました。

今同様疾患に対して B 型肝炎ウイルス検査を施行した際の請求の審査の対応についてお答えいただけますか。《西部》（令和 3 年度）

意見回答：

**基金** 近年は、ステロイド治療に伴う HBV の再活性化による劇症肝炎の発症が問題となっています。ステロイド治療においては、B 型肝炎を発症する可能性があるため、当該疾患における HBs 抗原、HBc 抗体と HBs 抗体を認めております。査定をした事例があれば再審査をいたしますので申し出願います。

**国保** 指針に沿った審査をしており、顔面神経麻痺、突発性難聴等のステロイド治療における HBV 再活性化の予防のための HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体の検査を認めております。

#### 1. **基金**

足底板採型に関して

変形性膝関節症、扁平足障害、及び関連疾患（外反母趾、足底腱膜炎、後脛骨筋腱炎等）に対し足底板を採型する際、石膏を用いて足部の形状を把握し採型している。この度、治療用装具採型法（四肢装具）はフットインプレッションフォームで行うよう減点（700 点→200 点）がなされた。なお、返戻事項には石膏で採型しなくてはならない理由があれば詳記をとの記載もあった。シーバー病など、荷重に伴う扁平化増悪のない症例ではフットインプレッションフォームを使用し採寸し、インナーソウルを作成しているが、足底板の作成においては足部全体の把握が必要（バンドを用いて足部に固定するため）であり、また、荷重に伴う変形を考慮し、免荷での採型を必要とする。足底板の構造を理解していないために、フットインプレッションフォームでの作成可能と判断されたのかと疑う。この度、急に適応外の判断がなされ、詳記記載後も減点されたことは大変遺憾であり、早急な対応改善を希望する。（昨年度までは、適応に問題なく評価されている）《中部》）令和 4 年度）

意見回答：

**基金** 足底板の採型は、ギプスによる採型の必要性があると思われる疾患あるいは病態（例えば、先天性内反足など小児の疾患、外傷後の免荷中など）以外の場合は、原則、



「J129-4 治療用装具採型法 「3」 その他」(200 点)での算定としています。

《参考》「令和 2 年度の全国整形外科保険審査委員会」会議録、p 63～p 65

3. **基金**

梅毒検査について

陰茎のびらん硬結があり梅毒を疑い梅毒血清検査を施行しました。「脂質抗原検査」として RPR 定性検査と「梅毒トレポネーマ抗原法検査」として FTA-ABS 試験半定量検査を施行したところ、FTA-ABS 試験半定量検査が「医学的に保険診療上過剰・重複となるもの」として減点されました。査定減点されました。査定の理由が「梅毒トレポネーマ抗原法検査」自体を過剰（やってはいけないもの、脂質抗原検査だけで良い）とみなされたのか、他のやりかたの検査法（梅毒トレポネーマ抗原法検査）なら問題ないのか、具体的にはどの検査なのかを教えて欲しい。《中部》（令和 4 年度）

意見回答：

**基金**当該事例を確認しましたが、傷病名は単なる「梅毒の疑い」で、「陰茎のびらん硬結」の傷病名或いはコメント等の記載はありませんでした。審査は、個々の症例ごとに判断しており、一律に認めないとはしていません。

5. **基金**

下肢創傷処置に関して、同日に創傷処置をした場合は併せて算定できないとありますが、部位が違っていても算定はできないのでしょうか。

（例）創傷処置が足以外、手や体幹、頭部など 《中部》（令和 4 年度）

意見回答：

**基金**処置の費用の算定ルール上、主たるものでの算定となります。

9. **国保**

H23. 12. 3 より B 型肝炎に対するエンテカビルを継続投与中の現在 63 才の女性です。1 回/年肝炎治療受給者証の交付申請書に係る診断書を作成するにあたり HBe 抗原、HBe 抗体検査を同月に施行したところ、「原則併算定不可であり HBe 抗原と HBe 抗体は別月に施行することが妥当」との再審査結果が届きました。納得がいきませんので、「原則併算定不可」の理由を御教授いただきたく存じます。《西部》（令和 4 年度）

意見回答：

**国保**B 型慢性肝炎の初診時には、HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体、HBV 核酸定量の同時算定は認めています。これにより、B 型慢性肝炎の活動性がある程度確認できます。その後、核酸アナログ製剤を投与した症例に関しては、少なくとも 3 か月ごとの採血検査で効果判定をする必要があると認識しており、HBV 核酸定量と HBe 抗原、あるいは HBV 核酸定量と HBe 抗体、あるいは HBs 抗原と HBe 抗原、あるいは HBs 抗原と HBe 抗体の測

定は認めていますが、HBe 抗原と HBe 抗体の同時算定、あるいは HBs 抗原と HBV 核酸定量の同時算定は認めていません。申請書は年 1 回提出する必要がありますが、その 1 年間に同時算定にならないように検査ができると考えております。

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もらえますか。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》（令和 5 年度）

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りません。

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》（令和 5 年度）

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、角膜移植術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、浅前房などの注では認められません。

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癒痕化し、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、要望事項の内容意を踏まえ、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》（令和5年度）

意見回答：

**国保**要望事項13に対する回答のとおり。

【 投薬 等 】

10. **国保**

小児科において、シナジス筋注を使用した場合に在胎週数をコメントしているが、適応と認められないもの（A査定）として査定された。再審査請求を提出したが原審通りの回答であった。ガイドラインがありましたら、ご教授願います。《大学》（平成 17 年度）

意見回答：

**国保**在胎の 28 週－35 週の間であれば適応がある。日本医薬品集(2005 P1667)を参照されたい。

13. **基金**・**国保**

ラミシール錠（足・爪白癬治療薬）内服のときには、内服前、内服後 1 ヶ月目、2 ヶ月目に汎血球減少、肝機能障害などをチェックするため必ず血液検査（血液一般、肝機能検査）をするようにと厚生労働省からの指示があります。したがって、ラミシール内服時に指示の 3 回の血液検査をしたとしても、その度ごとに副作用チェックの為とか肝機能異常（疑）とかをレセプトに書く必要があるとは思わないのですが。それを書けという理由を教えてくださいたいのですが。《西部》（平成 17 年度）

意見回答：「日本医薬品集(2005 P1434)」に記載のとおり、ラミシールの内服が明らかな場合は記載の必要はない。ただし、院外処方のため処方されていることが分からない場合や、白癬の診療開始日が古い場合には注記をお願いしたい。

18. **基金**・**国保**

リスパダールは統合失調症以外の病気に有効であり、リボトリールもてんかん以外にはうつ病に有効であることは多くの研究で判明しています。薬剤は適応病名以外の疾患にも薬理学的に有効であれば保険使用してもよいということになってはいますが、現実には前記の二剤は査定されることは頻回におきています。参考文献を添付して再審査請求を出していても、あいかわらず査定がくり返されています。こういうことはなぜ何回もくり返されるのでしょうか？精神科の薬剤はとくに相性があり、それしか有効でないこともあるのです。《東部》（平成 17 年度）

意見回答：

〔リスパダール〕

非定型抗精神病薬は統合失調症の治療薬で、非定型抗精神病薬は統合失調症以外の病気にも有効性があるという文献はあるが、まだ一般的には認められていない。

〔リボトリール〕

日本医師会雑誌 6 月 15 日号「精神障害の臨床」より、抗不安薬としては認めるが、

抗うつ薬としてはまだ一般的に認められていない。

19. **基金**・**国保**

マイスリーの適応症は、不眠症（精神分裂病及び躁うつ病に伴う不眠症を除く）とあります。ちなみに、精神医学的には「うつ病」（生涯有病率：男性 10%、女性 25%）と「躁うつ病（双極性感情障害）」（生涯有病率：1～2%）とは全く別個の疾患なのですが、マイスリーが「うつ病」で査定された例があると聞きます。

過去、「躁うつ病」が「うつ病」を含んだ概念で使用されていた時代もありますが、現在は、両者は「気分障害」として総称され、「うつ病性障害」（うつ病）、「双極性障害」（躁うつ病）、さらに「他の気分障害」（身体疾患による気分障害など）とに分類されています。

今後は、「うつ病」で少なくとも「不眠症」が併記してある場合、マイスリーが査定されることのないようにお願いします。《東部》（平成 17 年度）

意見回答：神経性うつ病、反応性うつ病、適応障害等明らかに内因性を否定できるものは、これまでも認めている。内因性のうつ病ではないことを書き加えて頂きたい。

25. **基金**・**国保**

クラリス、クラリシッドの標準的使用量は 1 日 400mg 2 回分服であるが、慢性副鼻腔炎、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎 etc に 3 ヶ月以上投与すると査定される。1 日 200mg 1 回投与の根拠はあるのでしょうか。《西部》（平成 19 年度）

意見回答：

療養担当規則第 20 条二のハに・・・「同一の薬剤はみだりに反覆せず症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。」とあります。一定期間経過後、全部査定はしないで半量認めています。

（参考）クラリスロマイシンの標準使用量が 1 日 400mg とされているのは、急性感染症が対象の場合であります。近年、副鼻腔炎、慢性呼吸器感染症に対する本剤の少量投与による治療について教科書にも記載があり、これに拠って 1 日 1 回 200mg を標準使用量としています。

28. **基金**・**国保**

がん性疼痛緩和のために使用された強オピオイドが不適切（過剰）な投与として減点査定されることがあると聞きましたが、実際にそのようなことがありますでしょうか。強オピオイドの鎮痛・除痛効果には個体差があり、一定量で一律の効果が期待出来るのではなく、鎮痛レベルや副作用に状況をみながら漸増して適量を決めるのが通常で、その過程で一時的に過量となり減量することも稀なことではないと思います。このような状況を踏まえれば、強オピオイドの不要な過剰投与は無いとみるのが

妥当であり、同薬剤の減点査定はしないことが原則と思いますが如何でしょうか。査定は緩和医療を委縮させることにもなりかねません。尚、強オピオイドの減点査定が有るとすれば、どのような基準で行われるかについてご教示下さい。《西部（平成 21 年度）》

意見回答：ご指摘のとおり算定できます。強オピオイドの投与制限はしていません。

29. **基金**・**国保**

成人に対して抗生剤投与を点滴で行う場合、溶解液として用いた 500ml 未満の点滴液（維持液）の使用理由を記す必要がありますか。《西部》（平成 21 年度）

意見回答：主薬の用法に指定された量の範囲内であれば、使用理由の付記は必要としていません。ただし、5 単糖（キシリトール）含有液の使用は糖尿病患者に限定していただきたい。

30. **基金**

抗悪性腫瘍剤持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合に「通則 4」の加算を算定するが、同一の薬剤でも、加算部分を査定される例とされない例がある。（具体的には 5-Fu）査定の基準を明らかにしていただきたい。《西部》（平成 21 年度）

意見回答：

**基金**抗悪性腫瘍剤持続注入時の精密持続点滴加算の対象薬剤は、カテコールアミン、 $\beta$  ブロッカー等となっていますが、5-FU については、FOLF0X 法等で 1000ml 以上の場合を目安としています。

12. **基金**

高尿酸血症に手が以来加療中の患者が、痛風発作を引き起こしたときに、消炎鎮痛剤のうち服あるいは注射を使用した場合、痛風発作の病名が必要ですか。摘要欄に痛風発作を来した旨を記入してもだめでしょうか。《西部》（平成 22 年度）

意見回答：

**基金**痛風に対して適応する薬剤を使用した場合は、開始年月日と傷病名への記載が必要です。

19. **国保**

ラミブジン（ゼフィックス）投与開始後、約 3 年で中止を勧められました。陽性→陰性→中止→再陽性とウイルスの増殖を認めました。もっと、長期間の連続投与を認めて欲しい。《東部》（平成 22 年度）

意見回答：

**国保**適応、用法の通りとしています。



20. **基金**・**国保**

エンテカビル（バラクルード）投与について。5年を越える長期の投与を認めて欲しい。《東部》（平成22年度）

意見回答：**通常であれば認めています。**

22. **基金**・**国保**

関節リウマチ患者に対して抗TNF $\alpha$ 製剤（生物学的製剤）を使用するにあたり、結核の既感染が疑われる場合には、INHの予防投与をすることが薦められていますが、この場合INHは保険適応として認められますか。保健所に届けて公費負担とすべきでしょうか。《中部》（平成22年度）

意見回答：**コメントがあれば、認めています。**

23. **基金**・**国保**

関節リウマチ患者に対してMTX（リウマトレックス、メソトレキセート）を使用する際、肝障害などの副作用を予防する目的で、葉酸（フォリアミン5mg/週）を投与する際には、コメントあるいは病名が必要でしょうか。《中部》（平成22年度）

意見回答：**できれば病名を付けて頂くようお願いします。**

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》（平成24年度）

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。

12. **基金** **国保**

②心カテ後の PCI にバイアスピリンとプラビックスを併用する場合、併用期間に限度があるでしょうか。

③脳血管障害に対して、抗凝固薬剤を 2 剤併用での投与が可能な場合はありますか。

《西部》（平成 26 年）

意見回答：

**基金**②ガイドラインでは 1 年以内とありますが、それを超える期間の併用については、ケースバイケースで医学的に判断しています。具体的には、ステント留置後の病変形態が不良な場合、主幹動脈に対する P C I 後は柔軟に審査しています。

③脳血管障害に対して抗凝固剤の 2 剤併用は必要性がないと考えます。基金では現在までに 2 剤併用の請求もありません。

**国保**②併用期間の制限はしていません。

③ 1 剤を原則としています。

9. **基金**

自己免疫性肝炎（再発性）に対し、ウルソ 600mg／日を A 病院にて処方されていた。本年 4 月に落着いているので当院へ紹介となった。ウルソ 600mg／日の処方が続けたところ、300mg／日しか認めてもらえず、再審査請求したが却下され、9 月から再び A 病院へ受診してもらった。A 病院でも認めてもらえないのかどうか分からないが、何か理不尽に思われる。《中部》（平成 26 年）

意見回答：

**基金**ウルソ錠の用法・用量から自己免疫性肝炎に対しては、1 日あたり 300mg 投与を上限として審査しています。なお、医療機関を見て判断するようなことは行なっておりません。どの医療機関に対しても同じ基準で審査しています。

9. **基金** **国保**

①何カ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 25mg1T 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》（平成 27 年度）

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》（平成 27 年度）

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 ヶ月に 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》（平成 27 年度）

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。

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でしようか。短期で改善しますし。《中部》（平成 27 年）

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。

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きてうまくコントロール出来たと思っていました。5 mg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 20 mg 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、20 mg 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》（平成 27 年）

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に対して点滴施行しました。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。

《中部》（平成 27 年）

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。

7. **基金** **国保**

認知症治療薬「メモリー」について、他医で治療、処方されていた患者が当院に転医され、当院から他医同量で処方したところ、初回導入量の 5 mg ではなく、不適切であるとされ査定を受けました。その後は症状詳記にその旨を記載し、請求しています。症状詳記はいつまで続ける必要があるのでしょうか。初回の処方時のみでよいのか、ご指

示下さい。《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金** 明確な期間は決めていませんが、1 枚のレセプトでは他院からの紹介など分かりませんので、しばらくの間は症状詳記にコメントの記載をお願いします。

**国保** 本年 6 月の通達後は、少量使用の場合もコメントは必要としていません。

**県医コソト** 11 月の日医都道府県会長会議でも議題に挙がっていたが、全国的には問題となる事例は発生していないようです。

8. **基金** **国保**

少用量から開始し、漸増させて常用量に到る薬剤がある（メマリー 5→10→20）が中等量で一定の効果が得られた場合、常用量でなくてもよいのではないのでしょうか。医師の裁量権を認めてもよいのではないかと考えます。

※メマリー10mg 1錠で症状改善し、ずっと処方していたが査定された。20mg に up したら査定されなくなった。《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金** 本年 6 月の通達以前より、低用量の持続投与を認めています。

**国保** 上記 7 と同じ。

9. **国保**

抗認知症治療薬の投与量が維持量未満である場合（例えば、メマリーが 10mg）、レセプトに症状詳記を記載しないと、国保では査定されるということが昨年秋からなりました。本年 6 月の厚生労働省からの通達（抗認知症治療薬少量処方の容認）がありました。この通達を受けて、抗認知症治療薬の維持量未満投与の国保の審査はどのように変わりましたのでしょうか。抗認知症治療薬の投与量が維持量未満である場合（例えば、メマリーが 10 mg）、レセプトに症状詳記を記載しなくとも査定されないということでもいいのでしょうか。《東部》（平成 28 年度）

意見回答：

上記 7、8 と同じ

13. **国保**

当院は内科、呼吸器内科を専門としており、慢性気管支炎（副鼻腔－気管支炎症候群）の方を診療しています。経過が慢性で感染増悪→喀血、血痰を繰り返す方のみに、エリスロシン半量長期投与を行っていますが、H28.9 月の国保の審査で一斉に切られました。現在、再審査の要請中です。EM 半量長期投与は保険適外ではありますが、20 年以上実績のある治療法で、小生もずっと行ってきましたが、これまで切られたことはありません。患者様の健康状態にかかわることですので、この先同じことがないようお願い

できませんでしょうか。《西部》（平成 28 年度）

意見回答：

**国保** 記載内容のような症例であれば認めておりますので、お手数ですが再審査請求をお願いいたします。

21. **基金**

本年 1 月のレセプトで、十二指腸潰瘍再発に対し、ネキシウム（20）を 60 日分処方しました。過剰の 18 日分の査定ではなく、30 日分の査定を受けました。年内の再発は初診でないと処方できないという理由でした。他疾患で診ている方もあり、初診になるとは限らない旨の反論をしましたが、いかがでしょうか。

《中部》（平成 28 年度）

意見回答：

**基金** 十二指腸潰瘍は 6 週間、胃潰瘍は 8 週間という決まりがあり、治癒が確認され、他の疾患治療中での経過観察中に再発したということであれば、必要な検査、傷病名等の記載があれば、通常は認めています。

13. **基金 国保**

アコファイド錠の効能病名は「機能性ディスペプシア」ですが、逆流性食道炎との合併がある場合があります。アコファイド錠と PPI 又は H2 ブロッカーとの併用は認められるでしょうか。《西部》（平成 29 年度）

意見回答：

**基金** 慢性胃炎かつ胃潰瘍または逆流性食道炎に対し、PPI あるいは H2 ブロッカーなどの適切な治療が施行されたうえで、なお症状が残存している場合で「機能性ディスペシア」と認められる場合にあっては「アコファイド錠 100mg」と PPI あるいは H2 ブロッカーの併算定は認められます。ただし、「機能性ディスペプシア」の傷病名の記載は必要です。なお、本剤は、上部消化管内視鏡検査等により、胃がん等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外したうえでの投与が認められることとされているので、投与開始日等に注意して下さい（例えば、他の器質性病変開始日が本剤開始月と同一で無い等）。また、初回投与に限って、レセプト摘要欄に、投与開始日及び上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載することとされていますので、注意して下さい。

**国保** アコファイド錠は、内視鏡検査において器質的病変が確認できる症例には認められないため、基本的には PPI 等の薬剤との併用は不可と判断しております。なお、「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法」等の器質的病変が確認できない症例もあり、その場合には併用可と判断しております。

15. **基金 国保**



この1年くらいで、高齢者（65歳以上）に対する眠剤、抗不安薬の査定が増えてきました。（ハルシオン、ロヒプノール、デバス等）

しかし、院外処方でこれらの薬剤を処方している際、疑義照会がされていない場合はすべて医療機関扱いの責任となるのでしょうか。これまで、査定で医療機関が査定分を引かれています、薬局の責任はないのでしょうか。薬局では、処方するだけで向精神薬加算等がついているので、疑義照会なしの場合は、薬局が査定分を負担するべきではないのでしょうか。《西部》（平成29年度）

意見回答：

**基金** 調剤レセプト単一で判断できる事項については医療機関へ疑義照会がない場合は薬局からの査定となります。

（新薬等の長期投与の適否（長期旅行等の記載有無確認を含む。））

**国保** 医科と調剤の突合審査については、原則、1,500点以上の「調剤レセプト」を対象として、適応病名等の有無を審査しており、不適切と判断した場合、「医科レセプト」を査定する処理を全国統一で行っております。現在、全国で審査基準を検討（医薬の責別等）している段階ですので、ご理解をお願いします。

#### 9. **基金** **国保**

白人（アメリカ人やオーストラリア人）の場合で、高脂血症に対しスタチン系薬剤の投与が必要となる場合、日本の承認容量のmaxにしても、本来のその人種の国の標準容量程度でcontrolが不良の場合があります。この場合は、日本の最大承認容量を超えて投与しても良いのでしょうか？症状詳記すれば良いのでしょうか？以前、他県では「認めない」というところもあれば「認める」というところもあり、混乱しています。

《東部》（平成30年度）

意見回答：

**基金** 審査は、基本的に医薬品添付文書に記載されている内容等に基づき行いますが、承認用量を超える場合は症状詳記を必要とし、医学的に判断しています。

**国保** 審査上の判断としては、日本の医療保険のルールが上限と考えます。

#### 12. **基金** **国保**

①薬効・薬価リストに記載のとおりエルカトニン筋注20単位を使用しているが減点される。

→（例）週に1回と記載が有るので週に1回、月3回施行する。

②膀胱洗浄や摘便など施行回数の具体的な制限が決められているのかわかりませんが、一定回数を超えると減点されてしまう。

③帯状疱疹に対し、ソフラチュールを処置用として処方すると減点される明確な理由がわからない。《中部》（平成30年度）

意見回答：

**基金** ①エルカトニン製剤(10単位、20単位)については、急性期は1週間に20単位、6か月超では2週間に20単位が妥当と考えます。なお、漫然な投与にはご留意願います。

②膀胱洗浄は一般的には推奨されておらず、回数が多い場合は必要理由等の詳記をお願いします。なお、審査は傷病名、診療内容等を踏まえ、医学的判断となりますのでご理解願います。

③特に査定はしておりません。

**国保** ①薬剤添付文書の『重要な基本的注意』に「投与は6か月を目安とし、長期にわたり漫然と投与しない」とあり、審査上の判断としては、6か月経過後は通常量の半量程度を基準としています。

②審査上は、個々の症例に応じて医学的判断で審査を行っており、連日施行症例等の必要性・妥当性の観点から審査しています。

③帯状疱疹に対するソフラチュールは、適切な使用と考えます。

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》（令和元年度）

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。

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》（令和元年度）

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、基本的に不適当な請求と判断します。

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》（令和元年度）

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。

6. **基金** **国保**

ACE 阻害薬と ARB を併用した場合は認められますか。詳記などは必要となるのでしょうか。《東部》（令和 2 年度）

意見回答：

**基金** 原則、併用投与は認めていませんが、併用投与の必要性などが記載された詳記等から、医学的妥当性を判断しています。

**国保** ACE 阻害薬と ARB の併用については、コメント記載があれば認めております。請求にあたっては、可能な限りコメント等による詳細な記載があれば、適正な審査につながりますので、ご協力をお願いします。

6. **基金** **国保**

国保の審査で、带状疱疹に対してバラシクロビル塩酸塩の7日間処方を2回、14日間処方しましたが、7日分が査定されました。国保に問い合わせたところ、「7日間しか使用できない」となっているから査定したと返答をもらいました。しかし正確には、「7日間使用し、改善の兆しが見られないか、悪化する場合には、他の治療に切り替える」となっており、「7日間しか使用できない」ということはなく、带状疱疹が改善傾向にある場合には7日間を超えて処方できると解釈できます。国保の带状疱疹に対してバラシクロビル塩酸塩は7日間しか投与できないという判断に関して再検討をお願いできればと思います。

带状疱疹とバラシクロビル塩酸塩 14 日間処方に関して、社保の審査基準も教えていただけないでしょうか。《東部》（令和3年度）

意見回答：

**基金** 带状疱疹が改善方向にある場合には、さらに7日間を超えての追加投与を認めております。ただし、症状等により必要最小限の追加投与（3～5日分程度）が望ましいと考えており、一律に7日分の追加請求を認めるものではありません。

**国保** ご指摘内容にありますように「带状疱疹の治療においては、7日間使用し、改善の兆しが見られないか、あるいは悪化する場合には、他の治療に切り替える」とありますことから、審査上は、7日間処方を原則とする判断をしております。また、改善傾向にある場合であっても当該薬剤の抗ウイルス効果は7日間で完了すると考えられるため、原則7日を超えての投与は過剰と判断します。

7. **基金** **国保**

抗アレルギー剤のルパフィンの添付文書には「6. 用法及び用量通常、12 歳以上の小児及び成人にはルパタジンとして1回 10mg を1日1回経口投与する。なお、症状に応じて、ルパタジンとして1回 20mg に増量できる。」とあります。

これは「小児も症状に応じて1回 20mg に増量できる」と読めますが、如何でしょう？  
《中部》（令和3年度）

意見回答：

**基金** 12 歳以上の小児であれば、成人同様 20mg まで増量できるものと考えます。

**国保** 12 歳以上の小児及び成人には、20mg まで増量できるものと考えます。

8. **国保** **県医**

ロコアテープ（エスフルルビプロフェン）に関しましては、経口の消炎鎮痛薬の投与困難な症例に対し、極めて有用な効果が得られ、消化管への副作用も出にくいことから、長年ありがたく使用しておりました。ところが、昨年より、急に国保のみ「適応外」と

の指摘にて腰部への使用が制限されるようになりました。適応症は「変形性関節症」であり、腰椎症では当然椎間関節の狭小化（関節症性変化）などは当然生じており腰部に処方することは適当と判断いただいております。（昨年までは）なぜ急に適応外との判断が国保のみ生じたのか、不明であります。診断名に変形性関節症（腰椎）と記載しても、適応外との判断がなされました。経口内服薬の使用困難な腰痛患者に不利益が生じております。今一度適応に関しましてご検討頂けますようお願いいたします。

《中部》（令和3年度）

意見回答：

**国保**「腰椎症」のみの傷病名記載であれば、審査上認めておりませんが、ご指摘の「変形性関節症（腰椎）」との記載であれば認めております。請求時点でこのような記載されている事例であれば再審査申し出をお願いします。

**県医**添付文書の適応症は「変形性関節症」であり、添付文書に従われていれば問題はないと思われます。「変形性関節症（腰椎）」との記載であれば認められているようです。

13. **基金** **国保**

男性、46才 躁うつ病・不眠症で心療内科通院中

R3年8月分レセプトでトリンテリックス 10mg 錠がA. 保険診療上適応とならないという理由で減点されました。上記トリンテリックス 10mg の処方 は R3年6月より処方開始となっているのですが、突然8月分レセプトから減点された経緯と理由を教えてください。病名が躁うつ病ではないということでしょうか？

《西部》（令和3年度）

意見回答：

**基金**「うつ病」の薬剤は、「躁うつ病」に対して適応外ではありますが、臨床的にやむを得ず使用されることも考えられることから、従前より算定を認めております。査定事例があれば再審査をいたしますので申し出願います。

**国保**躁うつ病に対する当該薬剤の処方については、審査上で適応外とはしておりません。

7. **国保**

カリメート経口液 20% 25g をカリウムが多い食事を取った時の頓服として、これまで一月分 20 包を処方していましたが今回 15 包に査定されました。理由を教えてください。《中部》（令和4年度）

意見回答：

**国保**頓服は症状に応じて服用するものであり、一定期間ごとに服用に係る医師の管理が必要と考えており、その期間は 15 回程度が適当であるとの考えのもと、常用処方の日数などを考慮のうえ、症例に応じた判断をしております。

8. **国保**

当院では、長期透析用留置カテーテルを使用して透析を施行している患者様がおります。その患者様のカテーテルの管理のため、「ヘパリン Na 透析ロック用 1 千 U/mL シリンジ 5mL ニプロ 1 筒」を毎回使用しております。レセプト適用欄コメントに「透析終了後、カテーテル管理のために使用」と入っていますが、毎月減点されています。今まで何度も国保審査会の方へ問合せし、再審査請求をし、その都度復活していただいています。第一審査で通るよう、周知をお願い致します。《西部》（令和 4 年度）

意見回答：

**国保**「透析終了後、カテーテル管理のために使用」などのコメント記載があれば認めており、現在は査定しておりません。

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 5mg / 日 → 10mg / 日
- 3 ①、②で不十分でアダラート C R 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 C R 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》（令和 5 年度）

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》（令和5年度）

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シ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》（令和5年度）

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》（令和5年度）

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。

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》（令和 5 年度）

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 10m g 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ないとご判断されるのであれば、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つて、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》（令和 5 年度）

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。