

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 19 年 8 月 30 日 (木)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告：常任理事 西村 公一
理 事 萬 忠雄

藤原会長挨拶

審査委員の先生方には、平素から保険診療の向上、レセプト審査の適正化にご尽力いただき、会員を代表して心より感謝申し上げます。



これから本格的な高齢者社会を迎えるにあたり、国家財政の破綻が喧伝される中、社会保障費の増大、特に医療費の増大に対する危機感から、国の過剰とも言える医療費抑制政策が医療崩壊を現実の

ものにさせている。

しかし、一昨年 11 月の日経新聞の経済教室(コラム欄)の記事で、コロンビア大学のデービット・ワインシュタイン教授が喝破したように、「日本の財政が破綻の瀬戸際にあるというのは誤解である。日本政府の債務水準もネットベースでみれば

途方もなく高いわけではない。」と説明している。事実、財政赤字の中身をみれば、総債務から資産を引いた、純債務は半額でしかなく、純利払いは他の欧米諸国並みとなっている。また、厚労省は 7 月中旬の「医療費の見通しに関する検討会」で、論点整理を示し、従来の厚労省推計は「概ね妥当」であると報告しているが、この検討会は昨年未からこの 7 月までの間に 5 回開催され、結果がこの結論のようだ。しかし、使用されたデータは医療費の伸びが大きかった平成 7 年から 11 年までを基礎算定期間としており、その間が経済に連動していたという理由のみで「概ね妥当」という言葉を引き出し、この検討会の結論としている。これまで厚労省は、平成 37 年(2025 年)の医療費を、平成 6 年には 141 兆円、平成 9 年には 104 兆円、平成 12 年には 81 兆円、平成 16 年には 69 兆円、直近の平成 18 年には 65 兆円というように、その都度修正してきている状況の中で、改革を実行することにより医療費を 59 兆円

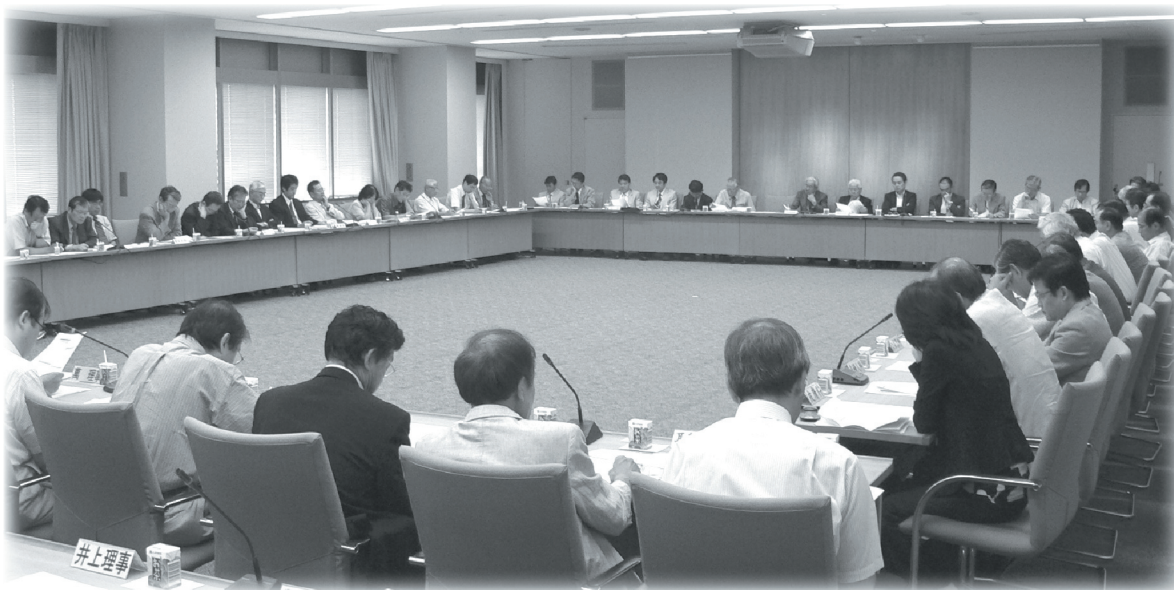
出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員 31 名
国民健康保険診療報酬審査委員 31 名

県医師会

会 長	藤原 淳	
副 会 長	木下 敬介	三浦 修
専 務 理 事	杉山 知行	
常 任 理 事	吉本 正博	濱本 史明
	西村 公一	加藤欣士郎
	弘山 直滋	

理 事	正木 康史	小田 悦郎
	萬 忠雄	田中 豊秋
	田中 義人	田村 博子
監 事	青柳 龍平	山本 貞壽
	武内 節夫	



にすると、昨年 6 月の国会で医療改革関連法を成立させた。一方、日医は同じ平成 37 年の医療費を、直近の算定基礎期間（平成 13 年から 17 年）をもとに、平成 16 年には 58.6 兆円、平成 18 年には改革がなくても 49 兆円と試算している。他の機関の推計でも、日本医事新報が昨年の 9 月に 53.7 兆円と発表（改革を実行すれば 41 兆円）しているなど、厚労省以外の推計では改革を実行しなくても、厚労省の目標を下回っているのである。そもそも、この検討会を何故、医療改革関連法成立後に立ち上げ、「概ね妥当」との結論を求めたのか、厚労省自身が推計を過大と認識していたからに他ならないと勘ぐられても致し方ない。先に述べた国家財政と同じく、過大な数値を示し、国民に危機感を煽って政策の同意を得ようとしているのであれば、恫喝に近いのではないかと思っている。問題は、改革ということばを借りて、その効果にさほど根拠があるとは思えない改革へと向かわせ、国民皆保険制度の崩壊へと導くことである。この度の検討会設置も、将来恐らく糾弾されるであろう今回の改革に対する厚労省の“言いわけ作り”にしか見えない。

さて、社保国保審査委員合同協議会は長い歴史を持つが、保険診療ルールという枠がある中で、医学・医療の視点を加味した中立な結論を導き出してきたことが、審査委員会の権威を高め、会員の強い信頼を得てきた要因だと思っている。近年、行政による医療費の抑制政策が一段と強くなっている中で、各審査委員会では査定、返戻処理にお

いて、医療現場との間に齟齬が生じていることも現実である。たとえローカルルールといえども、それが周知されたものであれば当然従わなければならない。そのためには、本日の議題にもあるように、審査の透明性及び取扱いルールの情報公開を徹底していくことが重要であり、県医師会としても最大限の協力を惜しまないものである。

本協議会が今回も実り多いものとなるようお願い挨拶とさせていただきます。

為近社保審査委員長・江里国保審査会会長から、前回診療報酬改定（7 対 1 看護料等）が医療現場に即して運用できていない問題点や各審査委員は各専門領域でのリーダーであるべきとの見解を示され、当協議会において全体のレベルアップを図ること等を指示され、挨拶とされた。

協 議

1 社保・国保審査委員連絡委員会（6 月 28 日） 報告

山口県医師会報 1764 号に掲載のため省略。

2 抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定について 〔支払基金〕

D 014「15」の抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定については、「診察、リウマチ因子測定、画像診断等の結果から、関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として 1 回を限度として算定す

る。」とあるため、前月以前に既に確定している関節リウマチ病名に対しては認められない取扱いになると考える。

しかし、医療機関から「治療（抗リウマチ薬を投与等）のため、関節リウマチの病名を付けてはいたが、その時点では真に確定診断が得られていなかったため、過去のリウマチ因子測定結果などから関節リウマチの診断を更に確かなものとするため検査を行った」との理由から、前月以前に関節リウマチ病名があったとしても当該検査を認めてほしいと申し出がある。

このことから、次の 2 点について協議願いたい。

〈例〉

関節リウマチ（診療開始日：平成 19 年 2 月 1 日）
平成 19 年 6 月診療分にて抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定を実施

(1) 前月以前に関節リウマチの病名がある場合は認められないか。

(2) 「自院又は他院で R A、M M P -3 検査が陰性のため」等のコメントがあれば認められるか。

(1) 前月以前に「関節リウマチ」病名があっても、診断を確定するために実施した抗シトルリン化ペプチド抗体の算定は認めるが、その場合、検査を必要とした旨の注記を要する。(2) この場合算定を認める。

なお、初診時に関節リウマチのスクリーニング検査として、当該検査を一律に実施している場合は査定もあり得る。

3 神経ブロックについて

〔支払基金〕

神経ブロックにおけるステロイド剤の使用は「ステロイドの使用基準」により取り扱われているが、再度、認められるブロックの種類を、周知の意味も含めて協議願いたい。

従来どおりの取扱いとする。（「山口県医師会報」平成 6 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会の合議事項参照）

4 アルブミン製剤の取扱いについて

〔国保連合会〕

アルブミン製剤の使用に関しては、『「血液製剤の使用基準」（厚生省薬務局監修）を原則とし、「アルブミンの期待値としては、急性状態では 3.0g/d l 以上、慢性状態では 2.5g/d l 以上を維持することを目標とするが、（中略）状態に応じ適切な量を使用する」とある。投与効果の評価は 3 日間を目途とする。アルブミン製剤の使用は病態の一時改善であり、原因療法ではないことから、安易な投与は厳に謹み、単なる栄養補給目的や単なる血漿アルブミン濃度維持目的での使用は認めない。』（平成 16 年 8 月社保国保審査委員合同協議会）の取決めがあるが、審査取扱いに較差がみられるため、再度協議願いたい。

〔関連記事〕「保険診療の手引き」

平成 15 年 2 月・第 9（5）参照

従来どおりの取扱いとする。

5 HCV 核酸同定検査の算定について

〔山口県医師会〕

HCV 核酸同定検査は点数表では、「HCV 核酸定量検査で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できる」とある。しかし、HCV 抗体価が陽性ではあるが低値を示す場合は、医師の裁量として定量検査を実施せずに直接、同定検査を実施することが認められるべきとの意見が会員から寄せられている。このことについて協議願いたい。

C 型肝炎の診断時において、HCV 抗体価が陽性で低値の場合は、核酸定量検査をせず始めから核酸同定検査を行うことを認める。

6 閉院に伴う患者紹介に対する診療情報提供料の算定について

〔山口県医師会〕

平成 17 年 6 月・審査委員連絡委員会の保留議題。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

（平成 17 年 6 月 30 日の社保国保審査委員連絡委員会の議題、「閉院に伴う患者の紹介に対する

診療情報提供料の算定について、各審査委員会の取扱いを伺いたい。」について、厚労省へ問い合わせの回答や、平成 19 年 6 月 28 日の社保国保審査委員連絡委員会での検討内容を踏まえて、今回以下の合議となった)

閉院予定であるか否かにかかわらず、算定要件を満たした診療情報提供料であれば認める。

7 会員からの意見要望

No.1 特定疾患療養管理料について

支払基金から「慢性肝機能障害」に対して特定疾患療養管理料の算定は認められないと連絡があった。しかし、社会保険研究所の資料では、当該病名が算定対象と記載してあるため、取扱いの確認をお願いしたい。【萩 市】

慢性肝機能障害は病態であって病名ではないため、具体的病名が必要。慢性肝機能障害では返戻扱いとなる。

No.2 在宅中心静脈栄養法指導管理料算定中の注射費用について

標記管理料算定中の静脈内注射等の費用については、手技料及び薬剤料が査定された事例（国保）について、平成 19 年 5 月の郡市保険担当理事協議会で協議され、結果は在宅医療の算定ルール（当該管理料を算定している患者については末梢静脈からの投与の場合も費用は算定できない）により、手技料も薬剤料も認められないものであった。しかし、注射「費用」の範囲については、診療報酬上、明確になっておらず、「在宅中心静脈栄養法指導管理料算定中の患者に対して、末梢静脈から脂肪乳剤等を投与した場合」の「薬剤料」の算定については、注射の項（32）であれば認められるのではないかと。他県の状況も含めて伺いたい。

【防 府】

注射手技料の算定はできないが、在宅の項（14）ではなく、注射の項（32）で請求すれば薬剤料の算定は認められる。他県も同じ取扱いのようである。今後、同様な事例に関しては、査定ではなく返戻とするよう要望する。

No.3 糖尿病剤の併用投与について（調剤審査）

アマリール（3mg）1錠・朝
ファスティック（30mg）1錠・夕
アクトス（15mg）1錠・朝

上記投与でファスティックが査定となった。患者はもともとアマリール（3mg）1錠を朝夕内服していたが、早朝に低血糖が生ずるため、夕のアマリールを（1mg）に減量していた。それでも早朝に低血糖があるため、速効性で短時間作用型のファスティックに変更投与したものである。再審査において、このような使用説明をする機会がないことについて改善を希望する。（社保）

【柳 井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 15 年 2 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

ファスティックとSU剤との併用は、現時点では薬理作用からみて当事例でも認められない。なお、調剤審査の再審査請求については、医科同様に可能である。

No.4 特定疾患長期処方管理加算について

難治性逆流性食道炎の患者については、長期に内服する必要があるが当該加算は認められていない。胃潰瘍に対して認められているのに全く理解できないため、見直しを要求する。【下関市】

ご意見はもっともであり、今後も要望していきたい。

No.5 フロセミドの請求について

「心不全で両側胸水貯留のため使用した」とレセプトに注記しているが、「フロセミドの使用理由の記載が必要」として返戻される。どのように請求すればよいのか伺いたい。（国保）【萩 市】

該当レセプトを検討した結果、フロセミドとF F Pの使用には問題ないが、病名記載に問題があり返戻となった。病状・治療内容に合った病名（この場合 DIC）を検討し回答願いたい。

No.6 新鮮凍結人血漿の請求について

「肺炎やその他の感染症のため炎症が強く、DIC 状態であり、凝固因子も著明に減少している(出血傾向もある)。」と注記しているが返戻される。どのように請求すればよいのか伺いたい。

【萩 市】

NO.5 と同様。

No.7 直腸鏡検査の前処置について

前処置なしでも直腸鏡検査は十分行えることは多く、あえて前処置をすることが弊害になること等を踏まえ、以下について質問をする。

(1) 平成 18 年 6 月の審査委員連絡委員会で「前処置を施行しない直腸鏡検査は、全例に十分な視野が得られる保証がないため、前処置をしない理由について注記を要す」とある。この合意を受けて、前処置のない事例には「前処置なしで直腸鏡を用いた直腸検査が可能であった」と注記して請求した。しかし、「直腸鏡を用いる場合には前処置が必要である」と文書注意が送られてきたが、これは「前処置をしない理由」にならないのか。

(2) 前処置をした場合、直腸鏡検査は不向きであるため、直腸ファイバー検査以上の高い点数の検査を施行し、請求することになるがよいのか。

(3) 文書注意をされた先生方は、前処置をした上で直腸鏡検査を実施していると思われるが、その状況はいかか。直腸鏡検査を実施していないのであれば、すべて CF 検査を実施しているのか。

患者に有益な、前処置なしの直腸鏡検査を、初診で直腸検査が疑われる場合に、是非、保険適用を認めていただきたい。(国保) 【岩国市】

「直腸診の結果、前処置不要であった」等の注記が望ましい。なお、印刷したものをレセプトに貼付するような、画一的な注記はさけること。

No.8 生化学検査等の算定回数について

生化学、末梢血液一般、CRP 等の検査の査定(過剰)については、患者の状態に関係なく行わ

れているように思えるが、査定回数に根拠があれば教えていただきたい。(社保)(国保) 【長門市】

検査回数は、ケースバイケースで審査されている。一定の基準はなく、また、あつてはならない。

No.9 審査の内部規定の周知について

「統合失調症の患者に対して標準型精神分析療法は認められない」として支払基金からレセプトが返戻されてきた。当院の持っている資料を調べたが明文化されたものはなかったため、後日、支払基金へ確認の電話をしたところ、「平成 18 年 5 月から内部規定により算定できない」との回答であった。そのため、何か明文化したものがあるかと質問したところ、「ない」との回答であった。こういった取扱いを内部で変更する場合は、査定、返戻をする前に、「通知」や「お知らせ」がなければ、引き続き保険診療が認められていると思い診療を行ってしまう。今後の審査基準については内部だけに止まらず、事前に通知等を行うように医師会から申し入れていただきたい。(社保)

【吉 南】

統合失調症の患者に対しての標準型精神分析療法は医学的に認めていない。

また、確認したところ当該事例は以前からの取扱いであった。

なお、審査委員会内部で審査の整合性を保つための合議については、可能なものについては周知していくべきとの意見もあり、具体的には県医師会と両審査委員会で今後、協議を進めていく。また、審査取扱いが変更される場合は、いきなり査定するのではなく、(1) 文書等による連絡 (2) 返戻 (3) 査定の順で審査処理することを原則とする。

No.10 審査委員間較差について

審査委員によって審査の見解が分かれている。同じ症例でも一方は査定され、もう一方は問題なしという結果が散見される。審査委員会には客観性や透明性が求められていると考えるがいかがか。

【萩 市】

各審査委員会では審査委員間の較差を是正する

ために、内部合議に基づいた細かなルールが設けられており、審査の客観性や透明性を高めるために努力を行っているところである。また、社保・国保間の審査較差については、県医師会の連絡委員会、合同協議会等で、その是正を図っている。

No.11 オンライン化に伴う高額レセプトの症状詳記等について

平成 20 年 4 月より、400 床以上の病院は電子レセプトでの提出が義務化される。これに伴い 35 万点以上に添付する治療内容、症状詳記、日計表も電子化されることが定められている。山口県では平成 10 年より、8 万点以上について日計表等の添付をお願いされている。レセプトに日計表を添付することは審査効率からして仕方がないが、症状詳記の 8 万点以上への添付については撤廃或いは 15 万点以上等に変更していただきたい。特に病院の勤務医の過重労働は目に余るものがあり、負担軽減のため変更をお願いしたい。

【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 10 年 10 月 1 日・社保国保審査委員会合同協議会

8 万点以上のレセプトについては「症状詳記又は日計表の添付」とされており、その両方を添付することは必須ではない。しかし、症状詳記等を行うことにより返戻や査定を防ぐことも多く、むしろ医療機関のメリットになるものと考えられる。このことはオンライン化後においても同様である。

No.12 処方せんへの病名記載について (PPI)

本年 6 月以降、薬局の個別指導において、「PPI の持続投与の場合は、処方せんに再燃再発する逆流性食道炎と病名を記載すること」との指導があり、そのため、薬局から医療機関に対して「PPI の処方については、処方せんに病名の記載」を依頼されることが多発しており会員が混乱している。過去には、審査委員連絡委員会（平成 13 年 2 月）において、調剤審査での PPI の査定不備を防ぐために、休薬後の「再投与月日」の記載を調剤レセプトに記載することを薬剤師会を通じ要請したことはあるが、処方せんに病名を記載する問

題が生じたことはない。当該病名記載の是非について伺いたい。

【防 府】

山口社会保険事務局の説明では「このようなケースでは、個別指導において調剤レセプトの摘要欄に病名記載をするよう指導しているが、処方せんへの記載は求めている」というものであった。しかし、この指導により薬剤師会では会員に「処方せんへの病名記載の依頼」を指示している状況である。

このことについて、山口社会保険事務局及び薬剤師会と協議を行ったところ、厚労省の共同指導の内容とも関連することから、10 月の中国四国医師会連合研究会で協議することとする。

No.13 増減点連絡書の査定理由について

審査査定等については、増減点連絡書により結果が知られるが、査定事由が記号で示されており漠然としている。事由「C」は「医学的理由により適当と認めない」とされているが、どのような医学的見地に基づいているのか根拠が分からず、保険診療に速やかに反映できないため改善できないか。

【萩 市】

審査支払機関の事務処理量を勘案して、現在のように記号により通知されているところであるが、審査委員会としても可能な限り分かり易い通知となるよう改善努力をしているのでご理解願いたい。

なお、社保と国保では通知の記号内容が異なるところがあるので、参考まで以下に説明を加えておく。

社保 A : 適応外
B : 過剰・重複
C : 前各号外の不適當
D : 算定要件誤り

国保 A : 不適當
B : 過剰
C : 重複
D : 担当規則違反
E : 前各号外の不適當不必要

※以上の合意事項については、いずれも平成 19 年 10 月診療分から適用する。