

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 21 年 1 月 29 日 (木) 15:00 ~

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

開会挨拶

木下会長 本委員会は、各審査委員会における取扱いの難しい項目について協議し、較差是正を図り、共通認識をもって審査できることを目的としている。本日も 7 つの議題と 2 つのお知らせ事項が提出されていますが、慎重審議をお願いして挨拶とさせていただきます。

協 議

1 プラビックス錠の適応症について〔国保連合会〕

適応の一つに「経皮的冠動脈形成術 (PCI) が適用される急性冠症候群 (不安定狭心症、非 ST 上昇心筋梗塞)」とあるが、「狭心症」「心筋梗塞」の病名での算定について協議願いたい。

「狭心症」「心筋梗塞」病名のみでは認められない。「冠動脈形成術施行予定あるいは施行後」である旨の注記又は「病名」が必要である。病名等のない場合は返戻扱いとする。

2 アリセプト錠の適応について〔支払基金〕

適応が「アルツハイマー型認知症」となっていることから、単なる「認知症」では認められないと考えるが確認願いたい。

適応症どおり「アルツハイマー型認知症」に限る。単なる「認知症」では査定扱いとする。

3 造影剤使用 CT 時のヘパリン Na ロックシリンジの算定について〔国保連合会〕

ヘパリン Na ロックシリンジの適応は、「静脈ルート内の血液凝固防止」であるため、造影剤使用 CT 時について、入院中の患者は認めるが、外来患者については認めない(特殊な事情は注記要) 取扱いでよろしいか確認願いたい。

外来患者では原則認められない。造影後ルート確保が必要な場合は、注記を要す。

4 新鮮凍結血漿 (FFP) の取扱いについて

〔支払基金〕

以下の取扱いについて協議 (確認) 願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 19 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

適応症	使用基準等
血液凝固因子の補充 (DIC・重症肝障害等)	原則 12ml ~ 18ml / kg / 日 使用量が上限を超える場合は注記
手術時	同上
血漿交換療法時 (劇症肝炎等)	上限 3,200 ml (体重 50 kg) ~ 4,000 ml (体重 70 kg)

平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

平成 15 年 4 月 11 日・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

上記表を使用基準とする。

5 インスリン (IRI) 精密測定の適応について

〔支払基金〕

「糖尿病疑い」での算定については、平成 15 年 6 月の社保・国保審査委員連絡委員会で協議し「医学的判断による。傾向的であれば、査定もあり得る。」との取扱いとなっている。医療機関側からは、症例を選んで施行している事例についても「査定」例があることに対して、説明を求める再審査請求が多く提出されているため、再度取扱いの確認をしたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 15 年 7 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

「糖尿病疑い」では原則認められない。

6 腫瘍マーカー検査（事前検査が実施されていない場合）について〔山口県医師会〕

画像診断又は超音波検査等が実施されていない場合の腫瘍マーカー検査の算定については、以前より必要に応じて協議を行い、現在、「疑った理由を注記」が必要とされている。しかし、平成 20 年度の診療報酬改定の通知から「診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から…」の文言が削除（告示は従来どおり「診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から…」）された。

そのため、今後の取扱いは「疑った理由を注記」は記載不要としてよいか協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 18 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会等

「〇〇癌疑い」病名があれば診断確定までに一回に限り認める。注記は必要としない。ただし、傾向的に検査を施行している医療機関に関しては返戻・査定もあり得る。

7 ヘリコバクター・ピロリ検査における病名記載について〔山口県医師会〕

ヘリコバクター・ピロリ（以下、HP という。）抗体精密測定を含む HP 感染診断（除菌前）の保険診療上の取扱いについては、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が対象である。この場合の病名記載においては、平成 13 年 7 月・医師会報のブルーページに、胃潰瘍等に併せて「HP 疑い」と記載することが必要と掲載されているが、「状況をみながら、今後検討したい。」とも掲載されているため、今後の継続について協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 7 月 11 日・郡市保険担当理事協議会

従来どおり、「内視鏡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のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者」に限る。したがって「胃潰瘍又は十二指腸潰瘍」病名と「HP 疑い」病名が必要。

※以上の合意事項については、平成 21 年 4 月診療分から適用する。

お知らせ

1 レセプト請求における注記一覧表の提供について（審査関係）

社保・国保審査委員連絡委員会等の保険協議において、審査上の問題から、レセプト請求における注記を必要としている項目について、一覧表（要約版）を別添のとおり掲載するので、保険請求の参考として利用いただきたい（右頁）。

なお、詳細取扱いについては、一覧表右欄の「会報掲載年月」を参考として、山口県医師会報（ブルーページ）を参照してほしい。

※巻末に掲載

2 主治医意見書作成時（介護保険）における胸部 X 線撮影の請求について

標記については、平成 20 年 8 月の社保国保審査委員合同協議会に「会員からの意見要望」として、介護保険請求上の問い合わせがあった。県医師会において各市町に調査した結果、20 市町中の 13 市町から以下のとおり回答があった。なお、回答のない市町を含めて「電子画像管理加算を認めない」とする回答は提出されていないため、各医療機関においては以下のとおり取扱うようお願い申し上げる。

主治医がなく、主訴もない申請者の介護保険主治医意見書を記載するため、医師が必要と判断し行った胸部 X 線撮影について、算定要件を満たす場合には、電子画像管理加算を含めて請求を認める。

出席者

委員 為近 義夫
池本 和人
守田 義信
小田 達郎
村上 卓夫
矢賀 健

委員 江里 健輔
古賀 勝
柴田 正彦
大藪 靖彦
杉山 元治
土井 一輝
上野 安孝
安武 俊輔

県医師会
会 長 木下 敬介
副 会 長 三浦 修
専務理事 杉山 知行
常任理事 西村 公一
理 事 萬 忠雄
田村 博子
河村 康明

レセプト注記必要項目の一覧（審査関係・平成21年1月現在）

項 目 等

記載必要事項

会報掲載
年 月

【初・再診料】

輪番制当番医の休日加算	当番日	4.11
再診の時間外・休日加算	急性病名がない場合は必要理由	11.07

【医学管理等】

慢性疼痛疾患管理料	慢性病名がない場合は受傷日等	15.04
	初回算定日（記載要領による）	16.06

【在宅医療】

在宅自己注射指導管理料	注入器用注射針加算(1)は「Ⅰ型糖尿病」と記載	17.06
	膝全摘後の場合は「Ⅰ型に準ずる」と記載	18.10
在宅IVHでのガスター注等の使用	経口投与不能等の理由	16.10
在宅気管チューブの交換	本数が増える場合は理由	20.07

【投薬料】

内服薬

PPI	初回投与月日記載（再発再燃性逆流性食道炎は不要） （初診月は不要）	3.11 6.10
PPIとH2ブロッカー併施	難治性逆流性食道炎の場合は可だが理由必要	15.07
PPIの再投与	休薬期間中の再投与は必要理由（再出血等）	15.07
アリセプト錠	5mgから開始の場合は理由必要「他院からの紹介」等	20.10
免疫抑制剤の適応外投与（イムラン等）	必要理由「他剤投与無効」等	19.08 13.10
オキシコンチン錠の投与量（癌性疼痛）	倍量までは可。超える場合は必要理由	20.03 20.07
抗生剤の2週超投与	必要理由詳記	17.10
パナルジン	血栓性静脈炎等は必要理由	8.03
投与日数制限のある薬剤の長期処方	理由記載「年末年始のため」等	14.07
ビタミン剤	適応病名ない場合は必要理由（記載要領による）	8.03
ブラビックス錠	適応病名ない場合は「冠動脈形成術予定或いは術後」の記載	21.03

外用薬

バクトロバン鼻腔用軟膏	MRSAの記載必要	17.08
外用剤の処方量	原則100g（湿布剤1kg）まで可。超える場合は必要理由	17.06

処方料

特定疾患処方管理加算（特処長）14日投与の場合	隔日投与等の場合はその旨記載	17.04
-------------------------	----------------	-------

【注射料】

アルブミン	投与前の数値記載（急性3.0g/dl、慢性2.5g/dl未満は保険適用）	7.11
	ネフローゼ症候群に伴う腹水等で投与量不足の場合は必要理由	20.03
	体重記載・計算値以上の投与は必要理由	20.03
免疫グロブリン	必要理由あれば6瓶可	16.10
オメプラール注	7日投与を超える場合は必要理由	16.10
ガスター注	3A以上は必要理由	10.10
	在宅IVHでの使用も必要理由あれば可	16.10
抗癌剤（ランダ注等）	適応外使用は必要理由	13.09
ペグイントロン	ウイルス型・量・投与開始日等の記載	20.08
ヘパリンNaロックシリンジ	造影剤使用CT時（外来）は必要な特殊事情を記載	21.03
ゾピラックス注	外来使用は必要理由	4.07
	適応外使用は必要理由	16.08
ホスミシン点滴（胃腸炎での投与）	注射適応はないため、経口投与できない理由必要	20.07
ラジカットとノバスタン等の併施	必要理由	14.03
インスリン注とアクトス錠の併施	BMI25以上又はインスリン必要量1日30単位以上の記載必要	17.04
新鮮凍結人血漿（FFP）	計算値以上の投与は必要理由	20.03 21.03
注射用抗菌薬	同一薬剤の14日超算定の場合は理由	16.02
ビタミン剤	適応病名ない場合は必要理由（記載要領による）	8.03

【処置料】

創傷処置（術後）	長期間となる場合は理由	13.09
膀胱洗浄	長期間となる場合は理由	7.11
下肢牽引処置	変形性股関節症での施行は必要理由	13.07
疾患別リハビリテーション	限度日数を超える場合は理由（記載要領による）	19.03
鶏眼処置と他の処置料（2次感染）	鶏眼処置以前の処置はその旨記載	14.07

【手術料】

局所麻酔	薬剤請求のない場合は「局麻あり」と記載	15.10
経皮的冠動脈形成術（特定保険医療材料）	規定数超使用は「理由と医学的根拠」必要	15.04
脛骨高位骨切り術	腓骨骨切り術併施はその旨記載	17.06

【検査料】

薬剤副作用検査	特殊事例は必要理由	20.07
		18.03
HANP	心不全に対しては必要理由	13.03
HTLV-1（輸血後の検査）	HIV検査に準ずる（輸注最終日を記載）	16.04
P S A精密	3 か月以内の再検査は必要理由	16.10
インターフェロン投与中の血液検査	頻回の場合は必要理由	7.08
インスリン精密測定（IRI）	疑い病名は必要理由。（内容により審査判断）	21.03
インフルエンザ抗原精密	月 2 回算定は理由	15.04
カラードップラー検査（乳癌）	原則不可（必要理由により判断）	18.03
肝炎ウイルス検査	健診後施行の場合は必要理由	11.07
結核菌検査とMACの併算定	MACと併算定認めるが、結核菌陰性の記載必要	20.08
甲状腺ホルモン検査（月 2 回）	毎月 2 回算定は理由	20.07
手術料算定のない術前検査等	必要理由。「翌月施行」等	12.09
術前の血液型検査	必要理由	18.10
		14.10
腫瘍マーカー	「〇〇癌疑い」病名は必要。疑った理由注記は原則不要	21.03
ヘリコバクターピロリ検査	HP疑い病名必要（胃・十二指腸潰瘍の病名は必須要件）	13.07
大腸菌抗原同定検査と細菌培養同定検査	同一日算定は不可。別日算定は各々検査日必要 （注：疑病名の大腸菌抗原同定検査は不可）	20.07 15.02
直腸鏡検査（前処置なし）	必要理由（画一的理由は不可）	18.08
内視鏡検査時の前処置剤	アネキセート等は必要理由	20.03
		11.03
病理組織標本作成料（臓器名）	類推できない場合は臓器の記載が望ましい	20.08
ヘモグロビンA1C等（2回算定）	「妊娠中」等の定められた理由必要	20.08
種々の検査料算定	病名から類推できない場合は必要理由	13.10
抗シトルリン化ペプチド抗体精密	既往リウマチに対しては必要理由	19.10
心電図（高脂血症）	必要理由。「虚血性心疾患等」	13.10
不規則抗体検査	妊娠歴・輸血歴等の定められた理由	16.06
不規則抗体検査（輸血算定のない場合）	「翌月輸血予定」等の記載	15.07

【画像診断】

CRフィルムの請求枚数	多数算定の場合は必要理由	14.10
骨折整復時のX線検査 3 回	一連計算とならないための理由（術前・中・後）	10.10

【その他】

院外処方せん	PPI等は院外処方せんに投与開始月日を記載	14.03
妊娠週数の記載	妊娠関連疾病は週数記載	16.10

【留意事項】

本一覧表は要約版であるため、詳細取扱いについては、一覧表右欄の「会報掲載年月」を参考として山口県医師会報（ブルーページ）をご参照くださいますようお願いいたします。