

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 14 年 8 月 22 日 (木)

ところ 県医師会館

[報 告]

常任理事 山本 徹

理 事 三浦 修・佐々木 美典・西村 公一

■藤井会長挨拶

本日はお暑い中、お忙しい中をこの協議会にご参加いただきまして、ありがとうございました。心よりお礼申し上げます。

また、先生方には、日頃より審査業務にご尽力いただいておりますこと、この場を借り感謝申し上げます。

この 4 月の診療報酬改定は、減額改定とともに、その内容に多くの疑義事項を含んでおり、加えて主傷病名記載問題も生じ、医療現場におきましては不安と混乱を生じましたことは、ご承知の通りであります。

これへの対応として、県医師会としましては日本医師会へ必要事項を要望としてあげるとともに、県内におきましては社保・国保審査委員のご協力の下に、個々の問題につきご協議をいただき、意見調整を行っていただきました。この件につきましてもこの場を借りお礼申し上げます。

今回の減額改定が予想を超えるものであること、また、私たち医療側から見て不合理な要素が含まれていることより、日本医師会としましても緊急レセプト調査を行い、このデータを資料として再改定に向けての作業を進めているところであります。

また、さきの国会で健保法等の一部改正が可決されました。その内容は保険料増額と患者負担増を主旨としたものであります。さらに、この法の附則に診療報酬審査・支払の事務処理体制の見直しというものがありますが、診療報酬は医療内容

を形作るものであり、また、医療機関の運営の基幹となるものであります。その意味からこの見直しが単に経済的、事務的効率のみに終わることなく、公平で内容ある審査が行われるべきであることが必要であり、そのためにも本日まで出席の先生方のご支援をお願いするものであります。

今なお流動的な面もありますが、現時点において、両審査会間におきましても、また、審査委員間におきましても、格差のない公平な審査を行っていただくことを願い、本日この協議会を開催しました。その主旨をご理解のうえ、ご協議いただくことをお願いし、開会の挨拶に代えます。

為近社保審査委員長・藤井国保審査会会長から、協議会開催のお礼、正確なレセプト提出の依頼等のご挨拶の後、協議にはいる。

◇協 議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会 (6 月 6 日・27 日) 報告

山本常任理事から報告。山口県医師会報 1650 号に掲載のため省略。

2. 慢性疼痛疾患管理料の算定について

【国保連合会】

慢性疼痛疾患管理料は、「変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、……。」「患者ごとに慢性疼痛疾患管理料の算定を行うかどうかを判断することができるものであり……。」と

規定されている。

対象疾患が主病として継続中の場合は、慢性疼痛疾患管理料を継続して算定すべきと考える。また、対象外疾患が主病となった場合は、慢性疼痛疾患管理料を算定しないことが妥当と考える。

新設の点数であり明確でないことから、この取扱いについて協議願いたい。

貴見の通り。

出席者

社会保険

内科 為近 義夫
 内科 安藤啓次郎
 内科 登坂 正子
 内科 増本 英男
 内科 井上 幹茂
 内科 国重 一彦
 内科 佐田 孝治
 内科 田中 裕子
 内科 岡澤 寛
 内科 河村 奨
 内科 野瀬 善光
 内科 平田 牧三
 内科 矢賀 健
 内科 萬 忠雄
 神経内科 野垣 宏
 精神科 中邑 義継
 精神科 平野 均
 小児科 神田 亨
 小児科 杉尾 嘉嗣
 外科 矢野 忠生
 外科 江上 哲弘
 外科 村上 卓夫
 外科 井上 強
 外科 村田 武穂
 外科 守田 信義
 整形外科 今釜 哲男
 整形外科 小田 裕胤
 整形外科 城戸 研二
 整形外科 池本 和人
 脳外科 山下 哲男
 皮膚科 荒木 勲生
 皮膚科 西岡 和恵
 皮膚科 濱本 嘉昭
 泌尿器科 馬場 良和

泌尿器科

眼科 石津 衛
 産婦人科 伊藤 和雄
 産婦人科 沼 文隆
 産婦人科 後 克和
 耳鼻咽喉科 兼定 啓子
 耳鼻咽喉科 平田 哲康

国民健康保険

内科 藤井 英雄
 内科 篠山 哲郎
 内科 重田幸二郎
 内科 柴田 正彦
 内科 杉山 元治
 内科 多田 利彦
 内科 茶川 治樹
 内科 中村 功
 内科 半田 哲朗
 内科 村上不二夫
 内科 村田 欣也
 内科 大藪 靖彦
 内科 神徳 翁甫
 内科 藤本 茂博
 内科 和田浩一郎
 内科 板垣 達則
 内科 河野 通裕
 内科 道重 博行
 内科 吉金 秀樹
 内科 米澤 文雄
 小児科 吉本 賢良
 精神科 今泉 潤一
 外科 安武 俊輔
 外科 野村 眞一
 外科 小佐々博明
 外科 藤井 正隆

整形外科

整形外科 土井 一輝
 整形外科 西村 義昭
 整形外科 五十嵐憲司
 脳神経外科 湧田 幸雄
 皮膚科 内平 信子
 耳鼻咽喉科 中島 恒彦
 耳鼻咽喉科 伊藤 正博
 泌尿器科 林田 重昭
 産婦人科 山下 三郎
 産婦人科 黒川 博厚
 眼科 永谷 学

県医師会

会長 藤井 康宏
 副会長 柏村 皓一
 専務理事 藤原 淳
 常任理事 上田 尚紀
 東 良輝
 木下 敬介
 小田 達郎
 藤野 俊夫
 山本 徹
 理事 吉本 正博
 三浦 修
 廣中 弘
 濱本 史明
 佐々木美典
 津田 廣文
 監事 末兼 保史
 青柳 龍平
 小田 清彦

3. ボルタレン、ロキソニン等 NSAIDS 内服薬の禁忌の取扱いについて 【国保連合会】

NSAIDS を消化性潰瘍のある患者等に投与した症例について再審査請求があることから、この取扱いについて協議願いたい。

消化性潰瘍存在下でも、医療現場では消炎鎮痛剤を使わざるを得ないケースがある。もちろん、これは潰瘍のステージにもよるわけで、その判断は医師に任せられるべきである。従来通り、使用可とするが、慎重に投与されたい。

4. 人工骨頭挿入術における骨セメント（頭蓋骨用以外）の適応について 【国保連合会】

骨セメント（頭蓋骨用以外）は、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項」において「頭蓋骨用以外については、人工関節（股関節・膝関節）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。」と規定されている。

人工骨頭挿入術は医学的には骨頭の置換術であり、請求事例も多いことから、この取扱いについて協議願いたい。

医学的に人工骨頭の挿入は置換と同義であり、骨セメントの必要な場合は認める。（協議題 8. 会員からの意見・要望 No. 15 及び 16 参照）

5. 「かぜ」又は「かぜ症候群」に対する抗生物質の算定について 【支払基金】

「かぜ」に対する抗生物質の算定について査定事例が散見されるが、平成 6 年 10 月の社保・国保審査委員合同協議会（保険診療に関する協議事項等参考資料・P41、P43）において、「かぜ」及び「かぜ症候群」の双方とも抗生物質の使用については認める旨の協議がされている。

また、レセプト電算処理システムの傷病名マスターでは「かぜ」しか登録されていないため、今後の「かぜ」、「かぜ症候群」に対する抗生物質の算定について整理願いたい。

平成 6 年の合同協議会でも討議された通り、「かぜ」あるいは「かぜ症候群」での病名でも、抗生物質投与は可とするが、安易な使用は避けてい

ただきたい。できるだけ、「扁桃炎」、「気管支炎」等の具体的な病名が望ましい。

6. X 線撮影における画像記録用（CR）フィルムの請求枚数について 【支払基金】

現在は単純撮影においてもデジタル映像化処理の画像記録用（CR）フィルムの請求が行われている。

この場合、価格が一般フィルムの 2 倍程度する画像記録用フィルムの請求が、1 回の撮影で 20 数枚請求される事例があるが、疾患や部位により請求枚数に基準が設けられるか協議願いたい。

（参考）フィルム価格

	一般フィルム	画像記録用 (CR) フィルム
半切	187 円	356 円
大角	157 円	294 円
大四ツ切	114 円	271 円
四ツ切	96 円	192 円

診療科や疾患によって請求枚数が多い場合がある。上限は設けないが、そういうケースでは注記を書いてほしい。注記がない場合は返戻もあり得る。

7. 外皮用殺菌消毒剤の算定について 【支払基金】

平成 14 年 4 月の点数改正により、イソジン等の外皮用殺菌消毒剤が手術料に含まれることとなったが、次の場合の取扱いについて協議願いたい。

- (1) 麻酔料の項目であるトリガーポイント注射の場合
- (2) 麻酔料の項目である神経ブロックの場合
- (3) 処置料の項目である人工透析の場合

《参 考》

社保・国保審査連絡委員会（平成 14 年 2 月）
関節腔内注射は算定不可。

関節腔内穿刺（処置又は検査）は算定可。

《イソジン液の適応》

手術部位（手術野）の皮膚・粘膜の消毒
皮膚・粘膜の創傷部位の消毒
熱傷皮膚面・感染皮膚面の消毒

(1)(2)(3)とも認める。手術料と在宅管理料の項についてはルールどおり算定不可。また注射の項に関しては改めて検討する。

8. 会員からの意見・要望

No. 1 特定疾患処方管理加算について

胃炎や潰瘍病名があり、セルベックスやムコスタを処方しているが、特定疾患処方管理加算を査定されたが、事由 (D) となっていた。これを算定できない理由を教えてください (社保)。

【下関市】

慢性疼痛疾患管理料が算定されているため、この場合の主傷病は整形外科的疾患になる。したがって、特定疾患処方管理加算の併算定はできない。

No. 2 カタクロットの減点

患者は 1/15 より仕事中に数を間違えたり、ちょっとした計算ができなくなるなど、突然、高次脳機能障害が出現し、また歩行時のふらつきもあり 1/18 当院受診。脳血栓症の診断にてウロナーゼ、カタクロットを投与したが、カタクロットとウロナーゼを併用したとのことで減点されたが、ウロナーゼを併用していない日の分まで減点しているのは納得できない。また、その説明もまったくない (国保)。

【下関市】

脳血栓発症後の使用期間は、カタクロットが 2 週間、ウロキナーゼは 1 週間以内とされている。カタクロットは特に脳血栓急性期の運動障害に対して有効とされている。朝夕、連日で点滴すべきものであり、できれば入院で使用すべき薬剤。外来でめまい、ふらつき等の軽症例に使用すべきではない。傾向的であれば査定もあり得る。

No. 3 ヴェノグロブリン -IH の査定について

先天性に IgG、IgA、IgM がすべてゼロの患者で、山大小児科でヴェノグロブリン -IH(2,500 mg) × 5V の治療を受けてきた。

平成 14 年 4 月より当院に転医、山大小児科系の医師にも相談しながら当院で継続治療を行っているが、転医前の山大小児科での治療分

である平成 14 年 1 月より急にヴェノグロブリン -IH(2,500 mg) × 5V を 2 ないし 4V にするようにと削減された。

この患者は皮膚及び尿路系の感染症を繰り返しており、しかも重症である。ペニス周辺を中心とする感染症が次第に難治化してきており、要介護度も高くなってきている。高点数すぎるといわれる 5V を点滴しても、なお IgG は正常域以下の 700 mg/d l がやっとならぬ。これをせめて 1,000 mg/d l 台以上にしたい。そのために 5V から 7V/月に増量する必要さえあると考えている。医療のみでなく介護面でも山口市役所や地域ケアセンターと協力して感染予防に注力している。

それまですべて 5V が認められてきていたのに、新年になった途端に突然返戻付箋もなしにカットされるという事態はとても納得できない。

【山口市】

γ グロブリン製剤を投与する場合、IgG 値を測定し、200mg/dl となるように投与量を調節する。また山大小児科では最近では 400mg/dl を目標にしているとのことである。無 γ グロブリン血症に対するヴェノグロブリン IH2,500mg の投与量は 2V とされているが、この症例では重症度を考慮して、許されている増量の上限 (4V) + α の 5V を認めることになった。

No. 4 佐薬の減額

佐薬としてテイコク人参末 7 点 (< 17) を投与したが適応外として減額された。低薬価でも不可か (社保)。

【下関市】

紅参末は単独では効能・効果を持っていないため、他の漢方薬との併用でのみ認められている。したがって、単剤での使用は認められない。

No. 5 脳波図、心機図、ポリグラフ

昨年 3 月より日本コーリン製フォルムを使用して PMV (脈波伝播速度) 及び ABI (Ankle Brachial Index) を測定している。本法は簡便な動脈硬化の測定法として評価されている。

メーカーのパフレットにある対象疾患としては「閉塞性動脈硬化症、高安動脈炎、糖尿病、高

血圧症、動脈硬化症、冠動脈疾患、脳動脈疾患、その他」となっている。

しかるに本年 5 月より国保からの再審査申立により、糖尿病、高脂血症の患者 6 名分の減点通知がきている（昨年～本年 1 月分まで）。

動脈硬化については生活習慣病とのかかわりから特に重視されている点であり、本検査法の対象疾患である糖尿病はもとより、高脂血症（高コレステロール血症）についても当然その対象となるものと考えるがいかがか。

なお、本法による検査は多くて年 1 回と考えている。 【岩国市】

PMW（脈波伝播速度）及び ABI(Ankle Brachial Index)は臨床症状あるいは所見があり、末梢循環障害が疑われるとき、その障害の有無・程度の診断及び経過観察に用いるもので、ドック的検査として行うのは保険診療の主旨になじまない。また、病名がつけられていてもあまりに傾向的な場合は査定されることもあるのでご留意願いたい。

No.6 ECG 検査について

糖尿病の病名のみで ECG 検査を認めてほしい。

心臓病の病名がないとの理由で減点された。

基金に照会したところ高血圧と高脂血症は、心臓の病名なしで ECG の定期検査可とのことであった。

また、この例は 8 か月経っての返戻で、協定に違反すると思う。 【岩国市】

心電図検査について、高脂血症で認められれば、糖尿病でも容認されるべきであるが、現在のところ両者とも病名を必要としている。高血圧症については、薬剤選択の上でも心電図所見を参考にすることが多く、心臓疾患の病名なしでも認めている。

No.7 伝染性紅斑の CRP 定量検査の返戻

どうして伝染性紅斑症で CRP 定量検査をしたらいけないのか。返戻する理由がわからない。もし、ウイルス感染症で CRP 定量検査をしても上昇しないから不必要と考えたら、感冒、インフル

エンザ、風疹、麻疹などのウイルス感染症等も同様の扱いになるはずで、これは重要な問題である。感染症で発疹を来す病気はウイルス・細菌感染症等多数あり、その中から最終的に伝染性紅斑症を診断したのであり、その過程と鑑別疾患をいちいち傷病名や適応欄に記載する必要はないと考えるが、いかがか（国保）。 【山口市】

「ウイルス感染症」の診断過程で CRP 検査が必要なこともあり、認められる。一般的には典型的な伝染性紅斑では行わないので返戻されたものとする。

No.8 尿検査の返戻

傷病名は蛋白尿。2 日の日数で 3 回の検尿かと返戻された。なぜ、1 日 2 回検尿したら返戻されるのだろうか、理由がわからない。蛋白尿を来す疾患は腎炎・ネフローゼなど多種多様ある。なかには、起立性蛋白尿もあり、安静時（早朝）、来院時（非安静時）、起立負荷時等 1 日に 2、3 回検尿して蛋白・尿沈渣を調べる場合があるが、これも蛋白尿の鑑別疾患にあることなのは医学的に周知のことであろうから、傷病名や適応欄にこれを記入する必要はないと考えるが、いかがか（国保）。 【山口市】

貴見の通りであるが、確認のため返戻もあり得る。

No.9 TPHA

高齢者の陳旧性梅毒では、TPHA をしてはいけないのか（国保）。 【山口市】

梅毒は治癒後も TPHA の陽性期間が長く続くため、治療後の経過観察、治療判定は STS でおこなわれている。したがって、「陳旧性」であれば TPHA よりも STS を選ぶべきと考える。このケースでは TPHA が高値であったため経過をみるために行ったと考えるが、ケースバイケースで返戻もあり得る。

No.10 不安定狭心症例におけるトロポニン T の有用性

不安定狭心症例（急性冠症候群）例におけるト

ロポニン T の臨床的有用性は確立していると思う。この例では AS あり LVstrain による ST-T 異常がもともと強いため、ECG や心エコーのみでなく、血清酵素学的評価が必要だった例である(国保)。【山口市】

この症例は ECG を行わず、心筋トロポニン T 精密を測定している。急性心筋梗塞や切迫心筋梗塞を疑って実施するのであれば、そういう病名が必要である。

No. 11 ペースメーカー移植後のフランドルテープ S 投与について

人工ペースメーカー移植後の狭心症をもつ患者にフランドルテープ S を使用したところ、「ペースメーカー移植後のフランドルテープ S 投与」の理由を求められた。人工ペースメーカーを狭心症への治療と理解されていて、ペースメーカーをしたらもう狭心症への薬剤は不要とお考えなのか(国保)。【山口市】

この症例は「狭心症」という病名があるので問題ない。

No. 12 術前の血液型検査について

痔核等の手術において輸血の可能性がある場合には、事前に血液型検査をするのは当然と思われるが、査定の対象となっている。どのようなものか。【吉 南】

輸血の可能性があれば事前に血液型を検査してもよいが、注記が必要。傾向的であれば査定もあり得る。ケースバイケースで実施のこと。

No. 13 関節リウマチにおける抗ガラクトース欠損 IgG 抗体の検査について

関節リウマチ患者の血清中には免疫グロブリン IgG の Fc 部分に対する自己抗体であるリウマトイド因子が高率に出現することが知られている。関節リウマチは自己免疫異常により引き起こされている関節滑膜の慢性炎症であると考えられており、このためその診断と治療観察には CRP などの炎症性マーカーと免疫異常としてのリウマト

イド因子の観察が必要である。特に現在の関節リウマチの治療はいわゆる抗リウマチ薬といわれる DMARD が中心で、NSAID は従前の位置に変わっている。その大きな理由の一つは DMARD は血清リウマトイド因子の低下もしくは消失をきたす、すなわち免疫系に作用して、関節リウマチの大本のところに作用していることが明らかになったからである。したがって、リウマトイド因子の検査をフォローすることは、患者の関節リウマチの全体像を把握する上に絶対的に必要となっている。

RA 患者の血清 IgG と健常人血清 IgG の比較により、RA 患者ではガラクトースを欠いた糖鎖が著明に増加するという糖鎖構造異常が起きていることが明らかになり、抗ガラクトース欠損 IgG 抗体として測定することができるようになった。抗ガラクトース欠損 IgG 抗体は IgM、IgG、IgA すべての抗体を測定しており、リウマトイド因子と同じとして扱われるものである。

RA 患者においては早期 RA 患者では約 70% が従来のリウマトイド因子陰性であり、経過のたった RA 患者においては約 30% が陰性である。抗ガラクトース欠損 IgG 抗体を用いると、早期 RA 患者でリウマトイド因子陰性患者の 70% が陽性となり、経過のたった RA 患者でリウマトイド因子陰性の患者の 50% が陽性となる。

以上の理由により抗ガラクトース欠損 IgG 抗体検査はリウマトイド因子測定と同様の扱いで検査を許可してもらいたい。【宇部市】

No. 14 抗ガラクトース欠損 IgG 抗体 (CARF と略) の RA における検査について 【山口市】

抗ガラクトース欠損 IgG 抗体は関節リウマチの検査として臨床的に有用性が確立されており、経過観察として 3~4 か月以上に 1 回認める。ただし、リウマチ因子測定と併施した場合は主たるもののみ算定になる。

No. 15 ボーンセメントの減点

H14.1.23「左大腿骨頸部内側骨折(82歳女性)」の診断で、人工骨頭挿入術施行。そのときにデピュー社 CMW ボーンセメント使用。

H14.3.13「右大腿骨頸部内側骨折(80歳女性)」の診断で、人工骨頭挿入術施行。そのときにデ

ピュー社 CMW ボーンセメント使用。

2 例とも骨粗鬆症が強くボーンセメントを使用した。人工骨頭挿入術にセメント使用は適応外であろうか。【厚狭郡】

実際の手術においては骨セメントの使用が不可欠な場合が多いため、必要な場合は認める。

No. 16 人工骨頭置換術における骨セメント使用について

今年 4 月より、人工関節以外でのセメント使用が山口県では認められなくなっている。

早期荷重にセメントは大切であるし、病的骨折例では不可欠ともいえるものなので、骨セメントの使用をぜひ認めてくださるよう要望する。

【宇部市】

No.15 と同様、認める。

No. 17 指の骨折に対する理学療法・早期リハビリテーション加算

6 月の「山口基金だより」請求の手引きによると、「理学療法・早期リハビリテーション加算」に関して、指の骨折については加算の対象とならないと記載されている。

加算対象の患者は原文では「脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄（中枢神経）外傷、大腿骨頸部骨折、下肢骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者」とされている。

手指ももちろん上肢であるにもかかわらず、今回の基金だよりでは手指の骨折については加算の対象とならないという制限解釈になっている。

手指の術後リハビリが重要であることは論を待たないものとする。

また、6 月 28 日の労災診療の説明会では、当然手指足趾の骨折も早期リハビリテーション加算対象であるとの説明であった。【宇部市】

文書での通達はないが、手指の骨折（中手骨以遠の骨折）は認められない、との指導があった。しかし、手指の骨折ほど早期リハビリテーションを必要としていることは、医学的に確定した概念

であり、認めるよう上申していく必要がある。

No. 18 早期リハビリテーションの対象疾患

早期リハビリテーションの対象疾患から、腱の手術、神経の手術が抜けていること。また、対象疾患として認められている上肢骨折から、手指の骨折は除外することが申し合わされていること。これらは、いずれも早期リハビリの不可欠な疾患、手術であるので、認めてほしい。【吉 南】

腱の手術、神経の手術は早期リハビリテーションの対象にしてよいと解釈している。ただし、新たに通知が出れば、見直しされることもあり得る。手指骨折については、No.17 を参照。

No. 19 リハビリ回数の制限について

リハビリの回数が制限されたのは理解できない。整形外科疾患、特に、手の外科手術後のリハビリは毎日、一定期間は継続しなければ、優れた機能回復は得られない。また、PT、OT の一日にできる単位数を限定するのも問題である。患者が多ければ、時間外勤務をして、機能回復のために尽くしている PT、OT の努力が認められなくなるばかりか、病院の経営破綻のため、患者の回復を犠牲にする事態が生じている。現実には、従来は毎日行っていたリハビリを今回の改定のため、回数制限された患者が多くいることを認識していただきたい。少なくとも、手術、疾患に応じて術後 3～6 か月は毎日のリハビリを認めるべきである。【吉 南】

現行どおりである。

1 人の理学療法士が、個別療法を A 単位、集団療法を B 単位、介護の理学療法を C 人実施した場合は、 $A/18+B/54+(C/36) \leq 1$ を満たす必要がある。

No. 20 腓腹筋内側頭挫傷等の筋肉挫傷に対する理学療法を消炎鎮痛処置とする最近の審査の傾向について（社保）

筋肉挫傷は肉ばなれであるが、重症のものでは疼痛が激しく、腫脹も見られ、足をつけず著明な跛行を呈する。このような症例には、足関節固定

のギプスで疼痛が軽減できるが、基本的には、受傷後 3、4 日後からのストレッチが望ましい。十分なストレッチ訓練をせず、スポーツを再開した場合、再発は容易に起こることは承知のことである。そのためには、やはり消炎鎮痛処置としての超早期のアイシングのあと早期に筋萎縮を防ぐ理療・スポーツ再開前のストレッチ・筋力強化・バランス訓練は不可欠と思われる。もちろんこの程度の理療はスポーツ選手が対象となるので、理解は得られやすく、患者指導による自己管理が本質的に重要であり、比較的短期間で終了できる。また、アイシングは PT がやるべき行為であり、その知識がない治療者が行くと、凍傷の危険がある。さらにアイシングのあとにストレッチは有効である。しかし、最近の審査の傾向として、このような理学療法はすべて消炎鎮痛処置として減額されてきている。ご考慮を願いたい。【長門市】

基本的治療法であり、理学療法として認める。

No. 21 創外固定加算

- ① 創外固定加算が本年度から、関節内骨折及び粉碎骨折の手術も認められるようになったが、これは併施手術の場合に主たるものに骨折観血手術が該当するものに限られ、骨折観血手術が従たるもの場合は認められないとある。粉碎骨折には皮膚欠損を伴うことが多く、遊離皮弁、自家複合組織移植術と併施することが多く、これらが主たる手術になり、創外固定加算が請求できない。実際の臨床においては、これら併施手術が多いので、骨折観血手術が従たる手術でも認めてほしい。
- ② 偽関節手術、骨髄炎手術でも創外固定は第 1 選択される固定材料であり、この手術にも創外固定加算を認めるべきである。【吉 南】

現行では認められない。

No. 22 セプラフィルムの使用目的について

急性虫垂炎で旁腹直筋切開を行い、閉腹時にセプラフィルム 1 枚使用。過剰・不適當で減点。

結腸癌手術で下腹部正中切開（臍上部まで）にてセプラフィルム 2 枚使用。過剰・不適當で減点。

セプラフィルムの適用範囲（保険）に術後の癒着の軽減とあり、2 枚を限度として使用できるとある。

（腹部又は骨盤腔の手術患者に対して腹部切開創下、腹膜損傷部位……）

切開方法、手術術式に関係なく、開腹であれば使用できるはずである。特に虫垂炎は術後癒着イレウスの頻度が高いのが現状である。

再審査をお願いしたいのだが、減点事由 D（不適當又は不必要）であった（原審通り）。保険適用範囲から考えて再審査のときに不適當、不必要の理由を説明すべきと思うが、いかがか。【厚狭郡】

保険適応範囲であり、傾向的であれば認める。

No. 23 術後の再縫合処置

肺癌に対して、平成 14 年 4 月 12 日「胸腔鏡下肺急性腫瘍術」を施行。術後 11 日目にドレーン抜去部の創が多開したため、デブリードマン後再縫合を行った。再縫合を「創傷処理」として算定したところ、「創傷処置」へ減点された。

このケースは「ドレーン抜去部創多開」という術後の合併症であるが、新たな疾病が発生したので局麻下に縫合術を行った。

創傷処理を算定できると思われるが、協議を願う（国保）。【山口市】

術後 1 か月程度であればケースバイケースで創傷処理として認める。

この症例の場合は創傷処置とする。

No. 24 手術当日の注射手技料の解釈について

4 月の改定において、「第 10 部 手術の項で手術料算定の原則（3）手術当日に、手術に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。」と、算定不可の項目に注射手技が新たに加わった。現在、社保については査定をうけていないが、国保は手技の査定を受けている。

手術に関連して行う注射手技料の解釈の違いがあるように思える。関連した注射の解釈に関係が

あるのか。それとも、手術当日はすべて算定不可なのかご検討いただきたい。

例えば	5/25	ポタコール 500 1V	
		ヴィーン D500 1V	経口摂取困難にて点滴 点滴手技 95 点
	5/26	同点滴	〃
	5/27	同点滴	〃
	5/28	IVH 開始	140 点
	5/29 ~ 6/1	同 IVH 施行	
	6/2	午前中、同 IVH 施行	
		午後、 食道悪性腫瘍手術施行	
		手術関連注射 点滴	
		ラクテック 500 2V	← 手術に関連した注射
		スルペラゾン 1g	

この場合の 6/2 の IVH 手技料 140 点は算定可かどうか。【長門市】

大することには問題があり、従来通り個々の製品名で審査する」と合議されているが、将来的には再検討したい。

手術に関連のない注射液のみであれば、注射の手技料は算定できる。

この症例の場合の 6/2 の IVH 手技料 140 点は算定できる。

No. 26 小児科でのネブライザー

4 月の改定により、再診でネブライザーを施行した場合の処置料は算定できるが、外来管理加算が算定できなくなった。しかし吸入は基本診療料に含まれているので外来管理加算は算定できると思う。

No. 25 適応病名のない医薬品の使用

医療費抑制と患者負担軽減を目的としてジェネリック薬品の使用が拡大してきている。その適応欄に病名が明記されているものは先発品と区別して使用しなければならないが、先発品でも適応病名にない塩酸チクロピジンの場合、狭心症への使用は認められるのか。

小児科における気管支喘息等の患者に行うネブライザーは、實際上吸入と同一のことと考えられる。吸入と解釈し、外来管理加算を算定する保険請求でよろしいか。【吉 南】

H14 年 4 月分の過誤調整通知書で、H13 年 6、7、8 月の投与分を 0 査定されたので、山口県医師会報 H12 年 7 月 1 日号のパナルジンの狭心症への適応可を拡大解釈して、再審査申請中である(国保)。【山口市】

再診時に行うと外来管理加算が算定できない処置に、ネブライザーが新たに加わったということで、ネブライザー自体は算定できる。吸入は基本診療料に含まれ、別に算定できない。ネブライザー及び超音波ネブライザーは耳鼻咽喉科処置とされており、吸入とは区別されている。

この問題は過去に何度も出されている。現在は原則的に能書主義であるが、個々の問題についてはできるだけ薬効でという姿勢での対応をお願いしている。

No. 27 生活習慣病指導管理料の算定

生活習慣病指導管理料を算定している患者は、診療情報提供料が算定できないのは理解できない。【徳 山】

パナルジンは、狭心症、心筋梗塞、心房細動などの心疾患では適応拡大の特例が認められている。パナルジン以外の後発品についての適応拡大については、これまでも度々要望がされているが、適応外とされてきた。

生活習慣病指導管理を受けている患者に対して行なった指導管理等、検査・投薬及び注射の費用は含まれる。診療情報提供料は、指導管理等の項目に含まれているので併算定できない。要望とし

この会議においても、「特例を無制限に適応拡

てお聞きしておく。

No. 28 インスリン自己注射注入器用注射針加算について

インスリン自己注射の患者は 2 回以上注射する人が多く、保険点数と購入価格を比べて購入価格の方が上回るので、改善をお願いしたい。【徳 山】

ご意見として拝聴。

No. 29 主傷病名について

これは月々によって変化するもので固定することはできないから、所詮は無理な要求である。【岩国市】

主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについては当分の間返戻しないと社保・国保審査委員連絡委員会で合議されている。ご意見として拝聴。

No. 30 訪問看護指示料について

外総診を算定して、外来で月 1～2 回診察している患者（うっ血性心不全）に対し、痴呆が進んだため介護保険で要介護 3 と認定された。訪問看護ステーション利用のため指示書を出したが、外総診と訪問看護指示料は併せて算定できないとして 300 点減点された。指示書を出さないと訪問看護を受けられないが、外総診をやめるといことなのか。

次回からは訪問看護指示料を算定せず、診療情報提供料 (A) を算定している (国保)。【徳 山】

在宅医療料（往診料を除く）を算定した患者については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。指定居宅介護支援事業者等に必要な情報を文書で提供した場合には、診療情報提供料 (A) を算定できる。

No. 31 1 年前に遡って査定されるが、事務処理をもっと迅速化して早く査定してほしい。 (国保) 【下関市】

昭和 60 年 4 月 30 日の厚生省及び社会保険庁の課長通達の中で、社保・国保とも「原則として 6 か月以内を遵守すること、また同一事例に対する再度の考案（再々審査）の申出は特別の事情が

ない限り認められない」とされている。毎年のように出される要請であるが、山口県医師会は医療保険関係団体に「6 か月以内の遵守」については、毎年申入れをしている。ただし、この「6 か月以内」とは、レセプトが保険者に渡って 6 か月と解釈され、当月診療分から 8～9 か月以内であり、老人保健についてはこれよりさらに遅れると考えていただきたい。

No. 32 再審査請求の結果について

再審査請求の結果を早く送ってもらいたい。また、ある程度理由を付した回答でお願いしたい。

【吉 南】

再審査請求の結果が「原審どおり」となったものへの理由の明記について改善の要望はしているが、基金法に基づく通達であり難しい。

No. 33 社保の返戻について

社保の返戻については、月末までをお願いしたい。【吉 南】

No. 34 基金増減点連絡書について

支払基金の増減点連絡書が氏名のみのため、基金の氏名の入力誤りで大変困ったことがあった。氏名だけでなく、生年月日、性別など入力してほしい。【柳 井】

支払基金では毎月 1 日に届くよう極力努力していると聞いている。事務担当者へ改めて対応をお願いした。連絡書は、氏名と本人・家族別、保険者別が入力されている。

No. 35 レセプト記載事項に関する返戻処理について

保険請求にあたり、レセプト記載事項に不備がある場合は返戻されることになっている。

しかし、返戻理由の中で下記の 5 つの事項については「レセプト記載要領」で定められているにしても、明らかに不必要な事項と考えられるが、いかがであろうか。

- (1) 初診月に「特定薬剤治療管理料の初回月加算」算定のあるレセプトに対して、初回算定年月の記載もれとして返戻される事例。
- (2) 初診月に実日数 1 日で、「診療情報提供料」算定のあるレセプトに対して、情報提供料算

定日の記載もれとして返戻される事例。

- (3) 実日数 1 日で「慢性疼痛疾患管理料」算定のあるレセプトに対して、管理料算定日の記載もれとして返戻される事例。
- (4) 初診月に「熱傷処置」算定のあるレセプトに対して初回処置月日の記載もれとして返戻される事例。
- (5) 休日である初診日に「時間外緊急院内検査加算」算定のあるレセプトに対して、緊急検査開始日時の記載もれとして返戻される事例。

【山口市】

(1)～(5)のケースは記載が必要。したがって、レセプトの記載要領に定められているルールなので記載漏れの場合は返戻される。

No. 36 福祉レセプトの形式について

社会保険、国民健康保険の福祉関係レセプトの形式がひどく異なっていて、実際記入するのに困る。これは同じ様式にしてもらえば事務方としては大いに助かる。

【岩国市】

ご意見として拝聴。

No. 37 保険証コピーの件

日経メディカル誌 7 月号の記事に、保険証偽造の事件が書かれていた。

山口県においては、保険証はコピーしないようにと指導されていると思う。

記事のなかに記載されているが、コピーがあれば医療機関無責とされるとの内容である。

このような事態も今後予想されると思う。山口県医師会として今後どのように対応されるのか。【宇部市】

保険証の不正使用が一方的に医療機関の負担にされるのは納得がいかないし、保険証を確認していれば、保険者間で調整すると約束されている。しかし、この問題は保険証の偽造であり、犯罪である。もし、山口県でこのようなケースが発生すれば県医までご連絡をお願いしたい。

保険証のコピーについては、プライバシーを重視し、今後もコピーはしないよう指導していく。

No. 38 病名記載について

レセプトに必要な病名を、もっと具体的に指示してほしい。減点が怖くて、つい以前のように多くの病名を書いてしまう。

過去減点になったケース、減点になる可能性のあるケースを提示してほしい（社保・国保）。

【山口市】

原則的には、傷病名は必要。

なお具体的事例の提示はご容赦願いたい。

■閉会のことば（藤原副会長）

本日は意見・要望等を含めまして多くの議題が提出されました。最後までご熱心にご協議いただき、ありがとうございました。本日の協議結果につきましては会報を通じ会員へ周知したいと思います。

一点だけお願いを申し上げます。

はじめに会長挨拶で触れられました主傷病名記載については、当分の間返戻しないということに落ち着きましたが、これに付随して持ち上がってきた病名の簡素化の問題は、審査委員の先生方や支払基金・国保連合会のご協力もあり、何とか方向づけができたと思っております。しかし、スムーズに運営されるには、いままし時間が必要かと存じます。

いま、医療サイドに求められているものは、医療の質を担保するということであり、これまでの安易なレセプト病名は医療の不信を増幅することになりかねません。もちろんこれは保険ルールがもたらした一つの弊害であるといえますが、われわれ医師が率先して自浄作用を図り環境づくりをしなければならぬと考えています。審査の先生方のより一層のご協力ご理解をお願いしたいと思います。

長時間のご協議、ありがとうございました。

※ 以上の合意事項については、いずれも 14 年 10 月診療分から適用する。