

郡市医師会保険担当理事協議会

と き 5 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

=会長挨拶=

藤原副会長 本日はお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。あいにく会長は東京へ出張しておりますので、代わってご挨拶申し上げます。

すでにマスコミ等を通じてご承知かと存じますが、昨日、中医協でわれわれが注目していた再診料の逡減制について、廃止が決まりました。財政中立という観点から、改正前の再診料点数にはなりませんでしたが、一応日医の主張が通ったかたちではありました。この件に関しては、郡市医師会より質問も出ておりますので、後ほど説明させていただきます。

さて、今年も 5 月初めに行政より、今年度の保険指導計画が示されました。ここで山口県にお

ける保険指導の経緯について簡単にご説明いたしますと、平成 7 年度までは高点数と情報を主とした基準により個別指導対象者が選定されておりました。しかし、平成 8 年の新指導大綱の施行により、新しく集団的個別指導なるものが登場しました。これは高点数だけにより選定されるシステムで、経済的審査の強い性格のものであり医師会はもとより行政からもその効果について疑問視する声があがるほどでした。結局、8 年度、9 年度の 2 年間実施された後凍結され、平成 10 年度より従来の個別指導を拡充したかたちの指導形態で今日まで山口県では続けられています。ただ、医師会員の保険ルールに対する無知からくる違反が出るなどしたことを考え、医師会としては全保険医療機関を対象にした集団指導を行政側に提案し、これが平成 12 年度から実施されているとこ

出席者

大島郡	正木 純生	萩 市	市原 隆	県医師会
玖珂郡	吉岡 春紀	徳 山	清水 活宏	副会長 藤原 淳
熊毛郡	藤田 潔	防 府	清水 暢	常任理事 小田 達郎
吉 南	薦田 信	下 松	阿部 政則	山本 徹
厚狭郡	民谷 正彰	岩国市	正木 康史	理 事 三浦 修
美祢郡	吉崎 美樹	小野田市	長沢 英明	佐々木美典
阿武郡	松井 健	光 市	松村壽太郎	西村 公一
豊浦郡	青柳 俊平	柳 井	小林 修	
下関市	伊達洋次郎	長門市	村田 武穂	
宇部市	福田 信二	美祢市	高田 敏昭	
山口市	安藤慎太郎			

るです。後ほど担当理事による説明がありますが、この形態を維持するには少なくともこの集団指導に保険医療機関が参加しなければなりません。幸い、ご協力によりこれまで極めて高い出席率で、行政側からも一定の理解が得られているところがあります。また、こうしたある意味では自主的な要素を加味した指導形態を続けていくためには、医師会として故意によるルール違反については、日本医師会も言っているように、自浄作用を発揮していかなければ行政や国民の方々の理解は得られないと考えています。

以上、会員の皆様方より一層のご理解、ご協力をお願いして、ご挨拶といたします。

＝議事＝

1 平成 15 年度社会保険医療担当者指導計画

平成 8 年より「新指導大綱」による集団的個別指導が実施されてきたが、これは類型区分の上位 8% の高点数医療機関に集団指導を行い、このうち上位の 4% に個別指導を行うものであった。

平成 12 年の指導計画に際して、山口県医師会は、高点数のみによる集団的個別指導は本意であるとして、療養担当規則の周知徹底を図るとともに、自ら積極的に保険指導を受けることで、ピアレビュー的要素を取り入れるとして、全医療機関を対象とした講演・講習方式による集団指導の実施を提案し、実施してきた。

平成 15 年度の指導計画に際して、社会保険事務局から「新指導大綱」に基づいた集団的個別指導の復活を強く求められた。この提案に対して山口県医師会は平成 12・13・14 年度に実施された全医療機関を対象とした集団指導で、対象保険医療機関 1,082 のうち 1,034 医療機関 (95.6%) が出席という非常に高い出席率であったことを中心に、社会保険事務局と粘り強く交渉を重ねた。その結果、今年度と来年度の 2 年間は、集団的個別指導は凍結し、講演・講習方式による集団指導を実施することとなった。

目的

保険医療機関及び保険医に対し、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等に定める保険診療

の取扱い、診療報酬等に関する事項について指導を行い、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

指導形態

(1) 集団指導

保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、診療報酬の改定内容、過去の指導事例等について講習、講演等の方式により行う。

(2) 個別指導

連続した 2 か月のレセプトに基づき、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により行う。

指導対象保険医療機関の選定

(1) 集団指導

- ①全保険医療機関の半数程度を対象 (15 年度については、医療機関コードの下一桁が奇数の保険医療機関)
- ②平成 14 年 7 月から平成 15 年 6 月までの新規指定保険医療機関等
- ③大学病院

(2) 個別指導

次の①から⑩に該当する場合は、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」において選定する。ただし、②のうち再指導については、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」に報告とする。

- ①支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報に基づき、個別指導が必要と認められた保険医療機関
- ②個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関
- ③監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
- ④医療監視の結果、問題があった保険医療機関
- ⑤検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関
- ⑥他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関

- 連して、指導の必要性が生じた保険医療機関
- ⑦会計検査院の实地検査の結果、指導の必要性が生じた保険医療機関
 - ⑧一件当たりの点数の高い保険医療機関
 - ⑨その他特に個別指導が必要と認められる保険医療機関
 - ⑩新規指定保険医療機関

指導の日程

(1) 集団指導

- 平成 15 年 10 月 10 日（金）大学病院（予定）
- 平成 16 年 1 月 15 日（木）山口市（予定）
- 平成 16 年 2 月 12 日（木）山口市（予定）
- 平成 15 年 11 月 16 日（日）新規指定の保険医療機関等

(2) 個別指導

- 平成 15 年 7 月 31 日（木）萩地区
- 平成 15 年 8 月 7 日（木）岩国地区
- 平成 15 年 9 月 4 日（木）病院
- 平成 15 年 9 月 25 日（木）徳山地区
- 平成 15 年 10 月 30 日（木）山口地区
- 平成 15 年 11 月 13 日（木）下関地区
- 平成 15 年 11 月 27 日（木）病院
- 平成 15 年 12 月 18 日（木）宇部地区
- 平成 15 年 11 月 16 日（日）新規指定の保険医療機関等

指導対象保険医療機関選定基準（個別指導）

(1) 指導対象保険医療機関の選定 (2) の①から⑨までの事由によるものについては、保険医療機関総数の 4%程度とする。

(2) 選定対象から除外する保険医療機関

- ①平成 13 年度、14 年度に個別指導を実施した保険医療機関
- ②平均件数が 20 件未満の診療所である保険医療機関
- ③平均件数が 50 件未満の病院である保険医療機関

2 平成 15 年度生活保護法指定医療機関の個別指導

目的

指定医療機関に対する指導は、被保護者の処遇の向上と自立助長に資するため、法による医療の給付が適正に行われるよう制度の趣旨、医療扶助に関する事務取扱等の周知徹底を図ることを目的とする。

対象

(1) 次の区分により、それぞれ選定する。

- ①精神病院
 - 基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。
- ②一般病院・診療所
 - ア 一般病院…委託患者が概ね月平均 20 人以上いる病院
 - イ 診療所…委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所

(2) 上記の基準のほか、特に福祉事務所から個別指導の要望があった医療機関を選定する。

個別指導の内容

個別指導は、被保護者の処遇が効果的に行われるよう、福祉事務所と指定医療機関相互の協力体制を確保することを主眼として、被保護者の医療給付に関する事務及び診療状況等について診療録その他の帳簿書類等を閲覧し、懇談指導を行うものとする。

3 第 2 回保険委員会の報告

2 月 27 日開催。平成 14 年度保険指導の結果及び問題点等について協議。

詳細については、県医師会報 4 月 1 日・1673 号に掲載。

4 第 3・4 回社保国保審査委員連絡委員会の報告

12 月 5 日・3 月 6 日開催。詳細については、県医師会報 2 月 1 日・1667 号、4 月 21 日・1674 号に掲載。

5 医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

2月14日、山口県歯科医師会の担当で開催。

山口社会保険事務局、山口県健康福祉部国保医療指導室、同高齢保健福祉課（介護保険室）、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、健保連山口連合会、社保支払基金、国保連合会の9団体で構成される連絡協議会の要旨を報告する。

最初に各団体の代表が現状並びに懸案事項を報告した。山口県医師会からは藤原副会長が、平成14年4月の診療報酬改定の影響について、日本医師会の行った4～6月、10～12月の緊急レセプト調査の結果を基に現状報告した。また「3割負担凍結キャンペーン」について日医総研のデータを基に診療報酬マイナス改定による医療費の抑制や総報酬制導入による保険料収入の増加により保険財政の改善が見込まれることを説明し、2割負担のままでも保険財政の破綻は免れると各団体に理解を求めた。

〈協議事項〉

山口県医師会より以下の2題を提出し、関係団体に対し善処方、要望した。

1. 国保保険料（税）滞納の受診患者の扱いについて

国民健康保険の保険料滞納者については、被保険者証の交付に代えて「被保険者資格証明書」を交付して療養費支給の対象とし、受診の際にこの資格証明書が提示された場合は、保険診療に準じた取扱いをすることとされている。しかし、この「被保険者資格証明書」を提示した受診者が、診療費を支払わない事例が増加しているのが現状である。

国民健康保険の保険料（税）滞納者に対する措置の取扱いについて、①医療機関の窓口でトラブルが生じることのないよう十分な説明・指導を行うこと、②医療機関からの連絡により、保険者は、当該医療機関と連携して、当該被保険者が診療費を支払うよう十分な協力を行うものとする、③診療費の不払いを未然に防止するため、定期的に保険料（税）の納付相談・指導を行い、資格証明書の有効期限をできるだけ短期間にする、

以上を確実に実施されたい旨、要望した。

2. 「資格喪失後の受診について」

医療機関に返戻されてくるレセプトを分析すると、昨今の経済不況から中小企業のリストラにともない、政管健保の資格喪失後の受診が急増している。医療機関の窓口でチェックできないものがあり、①資格喪失後は速やかに被保険者証を回収するなど被保険者教育を徹底すること、②保険者はレセプトを受け取った時点で早急に記号・番号、資格をチェックし、医療機関にもっと早く連絡すること、以上の2点を要望した。

6 郡市医師会からの意見及び要望

Q1 RS ウイルス抗原迅速テスト

現在は3歳未満の入院患者のみに保険適応がある。RSウイルス感染症は冬季の小児の入院患者の中でもっとも多い疾患である。また、乳児の入院の適否を判断する重要な検査である。したがって、①入院患者の適応を5歳未満まで延長してほしい。②外来患者の保険適応（0歳児）を認めてほしい。 【徳山】

A 小児科における乳幼児肺炎の原因の過半数を占めるRSウイルスは重症化しやすく、入院の適否を決めるために抗原迅速テストは大変参考になる。①②とも日医へ要望するが、小児科や感染症など関連学会からも要望していただきたい。

Q2 インフルエンザ迅速キットについて

2回/月のインフルエンザ迅速キットの使用は認めていただきたい。他県では2回/月ではクレームがつかないと聞いている。 【岩国市】

A 平成15年3月の社保・国保審査委員連絡委員会で協議された結果、当県では月2回は認めるが原則「注記」が必要となった。（県医師会報第1674号285ページに留意事項として掲載）

Q3 内視鏡検査の生検後の止血剤の注射手技料について

内視鏡検査を実施し、生検を行った際の出血に対し、止血剤の静脈注射を実施したところ、注射手技料の査定、減点を受けた。止血剤の静注は内視鏡検査と一連の行為ではないので、減点は納得いかないが、いかがか。 【吉南】

A 生検の際の出血に対しての止血剤の静脈注射に関しては、内視鏡検査との一連の行為と考えられる。

Q4 内視鏡検査

ドルミカム、セルシン使用後に覚醒のためアネキセートを使用したものが認められないのはなぜか。 【下松】

A ドルミカム、セルシンの内視鏡前処置としての使用は傾向的であれば問題ないが、ベンゾジアゼピン系薬剤の拮抗剤であるアネキセートを使用する場合には、注記が必要である。

Q5 要望

(1) トリガーポイント注射など外来管理加算より低い点数のブロックは、ブロックではなく注射としていただきたい。

また、腱鞘内注射は手技の困難さを考慮すると、点数が低すぎるのではないか。

(2) 同一疾患の創傷処置と消炎鎮痛処置（又は理学療法）は、双方とも算定可としていただきたい。

例えば骨折の亜急性期などに一時的にギプスシーネをはずして清拭し、さらに渦流浴等を（RSI や拘縮予防のため）行うことがある。

ちなみに消炎鎮痛処置、理学療法、湿布処置は、同時に算定不可とのことは承知している。

【岩国市】

A (1)、(2) ともに要望として承る。

Q6 併算定不可の場合の査定の仕方について

併算定不可の場合いずれかを査定されるのは致し方ないのだが、その場合必ず点数の高い方（主たるもの）を査定される（国保・社保とも）。主たるものを残し従たるものを査定するのが常識と思う。審査は適正な請求を指導監督するのが目的であり、懲罰を目的とするものではないはずである。 【岩国市】

A 通常は、主たるものを残して、従たるものを査定している。

Q7 手術時の血液（輸血）準備のための不規則抗体のスクリーニング

手術時、結果的に輸血を必要としなかった場合、不規則抗体が削られているケースが多いのであるが、日本赤十字社発行の「輸血療法の実施に関する指針」においても出血量が少なく術中輸血の可能性があまりないことが予測される待機的手術例においても臨床的に意義のある不規則抗体の有無をあらかじめ検査をする、と明記されている。査定される真意を教示いただきたい。 【下松】

A レセプトに注記をお願いしたい。

Q8 脈波図・心機図、ポリグラフ検査について

本検査法が日本コーリン・フクダ電子の新しい機器によって簡単に検査できることは臨床医にとっては喜ばしいことではあるが、一方で医療経済の観点から、急激な検査の増加で昨年より保険上抑制にかかっている。

審査側は対象疾患を閉塞性動脈硬化症のみに限定するなど、実地医家の検査目的との間でギャップが生じているが、毎年東京で開催される臨床動脈波研究会に出席していると、生活習慣病での本検査の指標としての有用性が明らかになってくる。高血圧・糖尿病・高脂血症などのリスクファクターは、今後の脳血管・心疾患減少のためには管理が必要な生活習慣病であるが、習慣のみでなく遺伝があるのも事実である。しかも、ほとんど症状がなく、患者に治療の必要性を納得していた

だくためには、数値で説明できる本法は有用な指標であると考えます。

メーカーが成人病での保険請求で大丈夫と説明し、販売しているとのことで（両メーカーのパンフレットには多少の差はあるが同様に成人病は対象疾患となっている）、県内の某医療機関では目に余る保険請求が発生しているとのこと。このことには怒りを憶えるが、しかし、一方できちんとした根拠で必要な検査として請求している医師についても一律に査定されることは、経済原則からのみの査定と判断され、医学的根拠とは思われない。

対策として、本検査の年齢制限（例えば 50 歳以上など）、回数制限（例えば年 1 回など）などを設け、これまでも規定のある微量アルブミンや BNP と同じく、レセプトに前回検査日を記入させるなどの手段はいかがなものであろうか。

先日の医学会総会でも、坂口厚労大臣・下村健保連副会長から同じように『患者中心の医療を』という発言があった。何が患者中心かを考え、医療を行うのは医師として当然のことである。医師の中に経済中心に考える人がいることも残念ながら事実であるが、患者中心の医療を行っている医師のために保険制度を改善し、運用すべきと考える。

本検査については山口県が全国の見本となるような規定を作成し、運用されるよう希望する。

【岩国市】

A メーカーのパンフレットに記載してある適応症は幅広く、動脈硬化を惹起する疾患なら何でも通るように書かれている。本来検査の適用は医師の自由な裁量に任されているのだが、あまりにも無制限に実施する医療機関があり、昨年から全国的に問題となっている。ご意見の意味も分かるが、現在はある程度審査の中で制限を加えていかなければならない状況にあり、ご理解願いたい。早急に審査委員連絡委員会等で見直しを検討していきたい。

Q9 血糖自己測定指導加算について

インスリン自己注射患者のみが対象となってい

る。

食事療法のみ、血糖降下剤投与の患者の中にも血糖自己測定を望む方が増えている。

インスリン自己注射以外の糖尿病患者にも、意味のあることだし、対象の拡大を要望する。【下松】

A 糖尿病患者にとってインスリン依存性が否かにかかわらず、血糖を自己測定することは意味のあることだと思う。機会を見て要望していきたいが、現在は医療財政が逼迫しており、難しいと思う。

Q10 上部消化管出血

再出血時のオメプラールの再投与についての基準を教えていただきたい。【下松】

A 再投与までの期間は 1 か月が目安だが、再出血の場合はこの限りにあらず、注記すれば認められている。

Q11 「BioferminR」は「佐薬」として用いてよいか。

(1) この薬剤は、抗生剤投与時のみに用いるべきか。

(2) 抗生剤投与の有無に関せず「佐薬」として用いてもよいか。【吉南】

A (1) その通り。

(2) 能書通りに使用していただきたい。

Q12 長期投与について

(1) 14 年の改定で投薬期間の制限がなくなったが、「予見できる期間に対する必要な量」という大変曖昧な表現がなされている。しかし、健保連などはテレビの CM 等で「長期投薬をしてもらいましょう」という呼びかけをしているため、患者から投薬日数や湿布などの量に関して無謀な投薬の要求が多い。そして、その要求を撥ね付けることも難しい。また、薬の「使用上の注意改定」も頻繁にあり、「投薬初期には血液検査を定期的に

実施する」旨の注意書きが出ることも多い。何か問題が起こった場合の責任の所在も明確でないままであり、医事紛争の火種になりうる。改善を望む。 【防府】

(2) 調剤薬局では、長期投与では処方日数に比例して技術料がアップとなっているが、院内処方においても処方料に関して同様な手当をしていたきたい（少なくとも 15 日分以上の処方について）。 【厚狭郡】

(3) 睡眠薬が種類によって 2 週間しか処方できないため、慢性期の統合失調症の患者が困らされている。もう少し長期投与できるように考慮していただけないか。 【山口市】

(4) 長期投与（2 週間以上）についてはリスクも大きくなり、慎重なフォローを要することから、投薬料なり、処方料なりを 2 週間以内より高くするように要望すべきではないか。 【宇部市】

(5) 長期投与の期限なしというシステムはアメリカのようなめっちゃくちゃな国ならばともかく、日本では無謀であると考え。医療そのものに対する考え方が異なり、責任をもって診療を行うには、長くて 4 週間、甲状腺疾患のような特殊な疾患では 8 週がいいところではないか。早急の改善を要望したい。 【宇部市】

A この薬剤の長期投与制限の原則廃止は、再診料及び外来管理加算の月内通減制と同様に、明らかに財源不足のみを根拠とする医療費の抑制を狙った、換言すれば規制改革を利用した医業経営を危機的状況に貶める改定であると考え。資料としてお配りした県医師会報（平成 14 年 7 月 1 日号）の「今月の視点」に「内服薬・外用薬の投与期間規制の見直し」として、長期投与は、目安として活用し、特に理由のある場合を除いて、従来通りとすべきであるし、医師の裁量の中身が今まで以上に問われていると長期投与に対する危惧を書いた。さらに昨年 9 月、中国四国医師会連合の医療保険研究会（高松市）においても、山口県医師会の提出議題とし、各県の対応と日医の考えを聞いたが、各県とも同意見で、「無制限に長期投与を可能とした今回の改定は極めて無謀である」と一致した。

「予見することができる必要期間」という文言

には、何かおきた時には医師に責任を負わせようとするもので、医師側がそのことを十分に認識して投与期間を予見すべきである。薬剤の投与期間については、あくまでも医師の判断による。単に、患者にメリットがあるからとか、評判がよいからとの理由で長期投与を行うべきではないと考える。現時点では、患者から長期投与の要望があれば、症状、疾患により投与期間は個々に判断されるということ、患者に理解してもらうことが必要だと思うし、原則 14 日処方を実行すべきであると考え。

もし仮に、近い将来、長期投与が一般的となれば、投薬料、処方料はもちろん、再診料、指導料などの技術料の見直しは当然必要であり、各関係方面に要望すべきと考える。

Q13 特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導料の算定について

(1) 30 日投与希望の患者が増加することが予想されるので、特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導料などは月 1 回の算定ですむようお願いする。

(2) 特定疾患療養指導料（老人慢性疾患生活指導料）は月 2 回に分けて算定するようになっているが、長期投薬が多くなり月 1 回にまとめて算定できるよう要望する。

また、長期投与加算の新設を要望する。【山口市】

Q14 老人慢性疾患生活指導料について要望

保険診療便覧では、「内服薬については 14 日、外用薬については 7 日を超えて投与することは認められない」と明記されているのにもかかわらず、30 日又はそれ以上の長期投与を安易に認めただけにもかかわらず、特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導料を据え置くのは解せない。老人慢性疾患生活指導料は、月 1 回算定とし、450 点又はそれ以上にすることを要望する。

かかる要望が通らなければ、予防注射等の公衆衛生活動のボイコットぐらい日医として打ち上げるべきである。こんな弱腰な日医なんて不要である。 【下松】

A 特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導

料については、指導料・管理料は、いわば「見えない」技術料であり、この薬剤の長期投与制限の原則廃止をするならば、ご質問の通りであり、同時に改定するべきであったと考えられる。もう少し状況を見て、長期投与が一般的となれば、日医に要望していきたいと思う。

Q15 老人慢性疾患生活指導料の算定にあたって主病を確認する返戻(国保)について

高血圧症や高脂血症、心房細動、胃潰瘍など老人慢性疾患生活指導料の算定対象患者に腰痛や膝関節痛などがある場合、理学療法もあわせて行っているが、その疾患に対する指導を行った上で、老人慢性疾患生活指導料を算定したところ、「生活指導料の算定について……対象疾患が主病でしょうか」との返戻がかなりの数出ているようである。主傷病、副傷病の記載に関しては、取り扱いは昨年から変更はないはずであり、返戻すること自体が問題と思われるがどうか。【防府】

A レセプトを見たが、骨粗鬆症、変形性膝関節症が 11 年 12 月 24 日、肩関節周囲炎が 12 年 2 月 4 日の初診、高血圧症が 12 年 9 月 4 日、心房細動及び狭心症が 13 年 6 月 29 日の初診、胃潰瘍が 15 年 2 月 21 日の初診であった。老人慢性疾患生活指導料の算定に関しては、なんら問題はなく、国保に対して、このような「主病」に関する返戻をしないよう申し入れる。

Q16 再診料、外来管理加算の逡減制について

- (1) 再診料半減を中止しても再診料そのものを引き下げられては意味がない。
- (2) 医師会と当局の間で、3割負担導入と再診料半減制中止とを、バータ取引されたとマスコミ等にいわれたらおしまいである。患者からの信頼はゼロとなり、今後の医療制度改革において応援を受けることは不可能になる。
- (3) 再診料の半減は、せめて月のうち 13 回目からにしてもらえないか。(週 3 回までは許してもらいたい。【厚狭郡】)
- (4) 再診料、外来管理加算の逡減制はまったく理

屈に合わないので、中止するように要望すべきである。【宇部市】

A 5 月 21 日の中医協で再診料逡減制廃止が決まった。立場によって見解が違うが、会員の総意は逡減制廃止であった。答申では再診料について、診療所 73 点、200 床未満の病院は 58 点としており、これも財政中立という観点からは止むを得ないだろう。

Q17 外総診について

外総診の復活を要望するのはおかしい(まるめそのものに反対していたのに、点数が高いからと存続を要求するのは筋が通らない)。【宇部市】

A 日医は確かに外来は原則出来高というスタンスではあるが、出来高と包括との最適な組み合わせという言い回しもしている。外総診はいわば後者といえる。日医は外総診を選択している医療機関は 20% 足らずとっているが、山口県では 30% に近く、今後も伸びる勢いであった。運用されて僅か 6 年での廃止であり、これを選択していた医療機関は日医の調査でも今回大幅な減収となっている。まったく行政側のご都合主義で身勝手なものを感じず、外総診自体矛盾も内包していた。また、昨年 10 月からの定率負担の中ではこの外総診の選択も正直厳しい。復活を希望する声もあまり強くない、今後別途の対応を考えることになるのではないか。

Q18 医療費の改定について

医療費の改定は年 1 回にしてほしい。

今年の改定では、新薬(先発)と旧薬(後発)の別が分からなくて困った。薬価基準にでも掲載してほしい。【山口市】

A 医療費の改定については、一方で改定の度に悪くなり、改定をしないでほしいという要望もある。また、改定のルールが定着しないうちに再び改定となると、医療現場が大変混乱する。要望として、拝聴したい。

先発品と後発品の区別については貴見の通り。'04 年には後発品の再評価が終わるとされており、いずれ近いうち整理され明確になると考えられる。

Q19 被用者本人の負担軽減について

本人 3 割負担を早急に 2 割負担に戻してほしい。1 割負担から僅か数年で 3 倍になっている。

【厚狭郡】

A 日医はこの件について最後まで戦った。県医としても各郡市医師会のご協力をいただき、県民を巻き込んだ患者負担増反対キャンペーン運動を実施して、日医を応援した。結果は残念ながら思いが叶わなかったが、要は今後の健保組合の収支にかかっている。この 4 月 15 日に発表された健保組合の平成 15 年度予算見込みからは、3 割負担増や保険料の総報酬制導入により大幅に財政が好転するとしている。今後、こうした状況を見ながら、2 割負担に戻す運動を展開することも考えられる。その節は、また、郡市医師会のご協力を仰ぐことになるだろう。

Q20 治療行為、薬物の適応病名の扱いについて

当院は精神科中心なので、ICD-10 による病名には慣れているが、治療行為、薬物の適応症が従来病名のままなので、困っている。

例えば「情緒不安定性人格障害」(F60.3) に対して、精神療法や分析療法は人格障害で適用になるが、薬物に関しては適応病名にならない(人格障害に適応の薬はない)。現実には抗うつ剤、抗不安薬、抗精神病薬、抗てんかん剤、抗躁薬、睡眠薬入剤など、ほとんどすべての向精神薬が使われるのが実情である。

レセプトに病名がなければ査定になるし、いわゆるレセプト病名はいけないといわれるので、病状コメントを入れてはいるが、「リチウムとバルプロ酸の組み合わせ」のように、一般には禁忌となる組み合わせも多く、苦慮している。どう考えればよろしいか。病名を ICD-10 に切りかえて本当によろしいのか。

【下関市】

A 昨年 9 月より、レセ電対象の医療機関では「病名マスタ」を使用しているが、それ以外の医療機関では、病名は ICD-10 にこだわらず、慣用病名でも審査上はかまわないとしている。

レセプト提出前の点検時に病名と診療内容の間に乖離や問題点があれば、ご質問の通り摘要欄にコメントを注記すべきである。審査の現場においては、病状コメントが医学的に妥当かつ適切であると判断され、必要性が認められれば、審査委員は査定しない。

Q21 病名記入について

①糖尿病②末梢神経障害の病名でキネダックを使用すると返戻された。国保連合会へ照会すると「糖尿病性末梢神経障害」でなければ不可との返答。①病に記載しているのにどうだろうか。【岩国市】

A レセプトは医師だけでなく、保険者や審査機関の事務方も見ているので、分かるように作成すべきである。したがって病名はできるだけ能書通りに正確に記入してほしい。この場合の②「末梢神経障害」は、「糖尿病性」を付けなければ不可。

Q22 カルテの記載について

カルテに医師以外の医療従事者が患者の症状等について記載してはいけない県があるようだが、山口県ではどうなっているか。

チーム医療が必要な今、医療従事者がカルテを共有することは大変必要なことだと思っている。

【岩国市】

A 診療録は保険請求の根拠であることを認識し、必要な事項の記載を十分に行う。複数の医師が担当する場合、責任の所在を明確にするため、記載医師の署名が必要とされている。診療録の記載にあたっては、診療を担当した医師自ら行うこととされ、原則として「医師以外の者(看護師等)が記載するのは適切ではない」とされている。

Q23 請求事務の簡素化を要望

請求事務が複雑すぎて間違いが多くなる。もっと簡素にしてほしい。指導料についても請求できるのか、できないのか、保険診療の手引書などを読んでも不明なことが多いので、もっとわかりやすいものにしてほしい。【宇部市】

A 要望として承る。

Q24 老人医療費の 1 割 (2 割) の定率負担について

14 年 10 月から老人医療費については定率負担が導入されたが、在宅患者（特に在宅酸素療法や在宅自己注射療法施行患者）については患者負担が大きく、徴収しづらい。また、急性増悪などで頻回訪問の場合などは、徴収は当然のこととはいえ忍びない。では上限を超えた場合でも、青森県の例が話題になったように、高額医療費支給該当患者の還付請求については未申請率が非常に高く、複雑すぎるシステムを老人に強いているとしか思えない。早急に在宅総合診療料算定患者など在宅患者については、定額化又は負担の軽減を計るべきである。

また、償還申請などの複雑なシステムは止めるべきである。【防府】

A 高齢者の高額医療費制度について、ご指摘のように未返還事例が多いことが報告されている。医師会として実態を把握し、対処したい。

Q25 鍼灸、柔道整復師の医療保険適用について

鍼灸、柔道整復術師について、医療保険の適応からはずしてはどうか。少なくとも保険は、急性期に厳密に限定して個別指導したらどうか。【厚狭郡】

A 保険適応は急性期疾患のみである。

Q26 無効被保険者証の早期回収を望む

当院への返戻レセプトのほとんどが、受診時に

提示された保険証が無効であることによる。転職、退職の多い昨今のことであるから、期限切れの保険証回収をさらに徹底するように保険者に要望してほしい。【宇部市】

Q27 資格喪失による返戻・減点について

資格喪失後の受診に対する請求については、「月初め（当該月の最初の診療の日）に保険証を確認しておれば、月途中で資格喪失があっても医療機関の責任ではなく、保険者間あるいは保険者と患者との間で調整する」べきと思われるが、これについては明確にルールがあるのだろうか。

ある社会保険事務所では、問い合わせに対して、資格喪失後の診療分は支払えないとして、「患者の新たな保険を確認して請求し直すか、患者から全額（残りの 7 割分）徴収しろ」と求めた上で、「それは医療機関でやるのが当然のこと」と述べたということである。もちろん医療機関では保険証の確認は行っているが、いまだに医療機関での調整を求める保険者がある。

具体的には、昭和 62 年 5 月 7 日の都市保険担当理事協議会において「あくまでも保険証を確認していることが前提であるが、資格喪失の通知があったとき、その場合、必ず医療機関に照会があるはずである。その場合保険証を確認した旨の返事をした場合は、保険課の責任のもとに保険者間で調整させるという約束を交した」とされているが、現在もこの通りでよいか。【防府】

A 再審査請求のうち、被保険者の資格誤りをもっとも多く、資格喪失後の受診が月平均 2,500 件 (45%) を占めている。リストラなどの影響で被保険者の異動が多いので、医療機関としてもなお一層の資格確認の徹底が必要となっている。

医療保険関係団体九者連絡協議会をはじめ保険事務局等を通じて退職時の被保険者証の回収について、保険者への指導を徹底するよう繰り返し要望している。平成 14 年 5 月にも、山口社会保険事務局を通じ社会保険庁に被保険者証の未回収の防止に努めるよう申し入れを行った。

保険証の確認を行っていれば、基本的には医療機関に責任はなく、明確なルールではないが、保険者間で調整をするようになっていく。

Q28 国保保険証について

(1) 保険証を確認するよう義務づけられているが、カードの場合検印を押すことができない。資格喪失後受診の場合問題とならないか。【下関市】

(2) 山口県医師国保では他に先駆けて 1 人一枚の保険証を実施されたが、医療機関にとっては前の受診医療機関（受診歴）の記入のある方が何かと便利と思うが、そういう情報については今後どのように扱われようとしているのか。

IT 化が進んで各医療機関にカードの読み取りができるまで、なんらかの方策はとれないか。

【山口市】

(3) 国保保険証で受診されたが、後でこの患者は「特別療養費にて支払いできません」との通知を受けた。理由は保険料を支払っていないからとのことであった。われわれ窓口ではそういうことは分からないので、こういう例についてはどのようにしたらよいかご教示ください。【山口市】

A 保険証のカード化は、受診医療機関の印を押すことができないし、前の受診医療機関も不明である。また、カードを本人以外が持参しての不正使用も発生する可能性がある。これらのマイナス点を考慮しても、カード化による個人別の保険証の実施は、評価されていると思う。ご質問の不便さは、問診や本人確認で対処していただきたい。

国民健康保険の保険料滞納者が増加しており、保険料滞納者については被保険者証の交付に代えて、「被保険者資格証明書」を交付して療養費支給の対象者としている。この「被保険者資格証明書」を提示した受診者が、診療費を支払わない事例が増加しているのが現状である。

昭和 62 年 3 月に、国保の保険料滞納者に対する措置の取り扱いについて、日本医師会と厚労省保険局との間に、①医療機関の窓口でトラブルが生じることのないよう、十分な説明・指導を行うこと。②医療機関からの連絡により、保険者は当該医療機関と連携して、当該被保険者が診療費を支払うよう十分な協力を行うものとする。③診療費の不払いを未然に防止するため、定期的に保険料の納付相談・指導を行い、資格証明書の有効期限をできるだけ短期間とすることと協議されている。今回の医療保険関係団体九者連絡協議会で、

山口県医師会は、県の国保医療指導室に対して市町村への指導を要望したが、市町村の問題であり、県は関与できないとの回答であった。

ご質問の事例は、この資格証明書の提示もなく、保険証の回収もされていない事例であり、医療機関にはまったく責任はないと考える。医師会を通して、関係市町村と協議していただきたいが、被保険者証の不正使用であり、問題は複雑であろう。

Q29 6 か月経過後の返戻

6 か月以上経ってからの番号違い、資格喪失、病名もれなどの理由による返戻がまだある。申し合わせで 6 か月以内ということになっていたはずである。保険者側に再確認をお願いしたい。

6 か月という期間は、保険者側に渡ってからとの解釈と聞かすが、いかがか。【光市】

A 昨年の協議会でお答えしたが、山口県医師会は、医療保険関係団体九者連絡協議会で「6 か月以内の遵守」について、毎年申し入れをしている。ただし、この 6 か月とは、レセプトが保険者に渡ってからの 6 か月であり、当月診療分から 8～9 か月以内のことで、老人保健については、この期間よりさらに遅れると考えていただきたい。

Q30 再審査結果

原審通りではなく、理由を明記していただきたい。【下松】

A 昨年の協議会でも出された質問である。再審査請求の結果が「原審通り」となったものへの理由の明記について、社保・国保に改善の要望はしているが、基金法に基づく通達によるもので難しい。

Q31 審査委員に対する要望

保険審査委員会委員の先生方の判断の基準を統一していただきたいことと、現実にあった判断をしていただきたい。【宇部市】

A 山口県医師会は、社保・国保審査委員連絡委員会を年 3 回、社保・国保審査委員合同協議会を年 1 回開催して、社保、国保間、また、各審査委員間の差ができるだけないよう努めている。不統一な審査と考えられるものがあれば、その都度これらの協議会に意見・要望として出していきたい。

＝閉会のことば＝

藤原副会長 本日は貴重なご意見をいただきありがとうございました。今回も各郡市医師会より多くのご意見・要望をいただきました。実際、保険点数表でのルールは運用してみると、不合理点や矛盾点は山ほど出てきます。“まるめ”にして簡素化すればことは簡単ですが、合理的でしかも現場で行っている内容が分かる出来高制を維持しようとするれば、面倒ですが少しでも現場がスムーズに運用できるよう是正すべき点を一つ一つ挙げ、修正を求めていくことが必要と考えます。もちろん、不合理点を挙げても全部要求が通るわけではありませんが、あきらめないことが肝要です。

この点をぜひご理解いただきまして、今後ともご協力の程よろしく願いいたします。

お知らせ

再審査請求に係るレセプトの取り扱いについて

＝山口社会保険事務局＝

保険者からの再審査等請求の申出については、これまでレセプトの原本で取り扱いがされてきましたが、保険者が一定の要件のもとで、紙以外の媒体 (DVD 等) により保存する場合には、その媒体から復元されたレセプト (紙媒体) を原本として再審査等請求の申出を行うことができることとなりました。

この媒体から復元されたレセプトが返戻された場合も、請求されたレセプトと内容に相違はなく、これまでと同様の取り扱いをするようになります。

また、復元されたレセプトのため、不鮮明な場合がありますが、問い合わせ等は保険者をお願いします。

なお、政府管掌健康保険においては、本年 4 月以降返戻されるレセプトが上記の取り扱いになっています。

JMA PRESS NETWORK (略称 JPN) について

JMA は日本医師会傘下の医療ニュース専門の通信機関で、日本医師会の動向をはじめとする医療関係のニュース (記事) を、ホームページとメールを利用して無料で提供いたします。

また、誰もが無料で自由にアクセスでき、JPN のホームページおよびメールニュースサービスから、**新聞、各種会報、雑誌、ミニコミ紙、ホームページ等の媒体に自由に転載することが可能**です。(マスコミ・一般・議員・行政・学会関係者の方々も自由に登録できます。)

【内容】

・日本医師会定例会見速報・日本医師会関係ニュース・国会関連ニュース (重要法案の審議状況等)・地域医師会関連ニュース・日本医師会役員へのインタビュー記事・海外医療情報。(これらのニュースをホームページへの掲載と同時にメールで送信いたします。)

【メール登録会員制度 (無料) の詳しい内容と登録は】

<http://www.jmapress.net/> の、[ABOUT US][サービス案内] をご覧下さい。

または、「氏名・フリガナ・所属・郵便番号・住所・電話番号・FAX 番号・E メールアドレス」を FAX にて、日医総研 (FAX:03-3946-2138) へお送り下さい。