

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 15 年 8 月 21 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

出席者

社会保険		皮膚科	安野 秀敏	外科	藤井 正隆
内科	為近 義夫	皮膚科	西岡 和恵	整形外科	西村 義昭
内科	安藤啓次郎	皮膚科	濱本 嘉昭	整形外科	五十嵐憲司
内科	田邊 完	泌尿器科	馬場 良和	脳神経外科	湧田 幸雄
内科	野瀬 善光	泌尿器科	原 好弘	心臓血管外科	上野 安孝
内科	増本 英男	眼科	石津 衛	皮膚科	内平 信子
内科	村上 紘一	産婦人科	伊藤 和雄	泌尿器科	林田 重昭
内科	井上 幹茂	産婦人科	沼 文隆	産婦人科	山下 三郎
内科	佐田 孝治	産婦人科	後 克和	産婦人科	黒川 博厚
内科	田尾 健	耳鼻咽喉科	兼定 啓子	耳鼻咽喉科	中島 恒彦
内科	田中 裕子	耳鼻咽喉科	平田 哲康	耳鼻咽喉科	伊藤 正博
内科	岡澤 寛				
内科	奥屋 茂	国民健康保険			
内科	河村 奨	内科	藤井 英雄	県医師会	
内科	矢賀 健	内科	重田幸二郎	会 長	藤井 康宏
内科	萬 忠雄	内科	柴田 正彦	副 会 長	藤原 淳
神経内科	野垣 宏	内科	杉山 元治	専務理事	上田 尚紀
精神科	平野 均	内科	茶川 治樹	常任理事	東 良輝
小児科	倉光 誠	内科	中村 功	常任理事	木下 敬介
小児科	杉尾 嘉嗣	内科	村上不二夫	常任理事	小田 達郎
外科	矢野 忠生	内科	神徳 翁甫	常任理事	藤野 俊夫
外科	江上 哲弘	内科	藤本 茂博	常任理事	山本 徹
外科	村上 卓夫	内科	和田浩一郎	理 事	吉本 正博
外科	井上 強	内科	板垣 達則	理 事	三浦 修
外科	村田 武穂	内科	河野 通裕	理 事	廣中 弘
外科	守田 信義	内科	吉金 秀樹	理 事	濱本 史明
整形外科	今釜 哲男	内科	米澤 文雄	理 事	佐々木美典
整形外科	小田 裕胤	小児科	吉本 賢良	理 事	津田 廣文
整形外科	城戸 研二	精神科	今泉 潤一	理 事	西村 公一
整形外科	池本 和人	外科	安武 俊輔	監 事	末兼 保史
脳外科	山下 哲男	外科	小田 悦郎	監 事	青柳 龍平
脳外科	石光 宏	外科	小佐々博明	監 事	小田 清彦

開会のことば

昨年の合同協議会では、多くの審査委員が出席されているのに、協議の時間が少なかったのご指摘があった。今回は、協議題が少なく、十分に協議できると考えている。もし時間が取れば、審査に関する自由討議をしたいと考えている。

藤井会長挨拶 本日はご多忙の中、この協議会にご出席いただきお礼申し上げます。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、あわせ感謝申し上げます。

本日の合同協議会開催の目的は、すでに皆様ご承知のように公平な審査を行っていただくため、審査の格差是正を願ってのものであります。とりわけ、昨年 4 月の診療報酬改定では減額改定であったのみでなく、医学的見地よりみて不合理項目があり、算定の要件緩和、さらには是正と多くの項目に途中変更があったため、これらに対し医療現場ではとまどいや混乱がありました。

しかし、このような状況の中で、審査業務は円滑に行われることが必要であり、そのため再三にわたり協議をお願いし、先生方に対応をしていただきました。このことにつきましてもこの場を借りお礼申し上げます。

さて、2004 年 4 月に予定される診療報酬改定に関与するものとして、私たちが大きな関心を持っておりました来年度予算概算要求基準において、医療を含む社会保障関係予算の自然増での減額が示されております。

今、医療・介護・福祉すべてにおいて、財政的に後退を重ねております。このような状況の中で国民の医療の質を確保することは、私たち医療に携わる者の最大の責務かと考えております。そのためにも私たちは医師としてのプロフェッショナル・オートノミーのもと、職業的倫理と医学的に根拠に基づいた裁量権の確保に向けそれぞれの立場で可能な限り努力するべきかと考えております。

本日は会員からの質問・要望が提出されており、それにつきましても有意義なご協議をお願いし、開会の挨拶とさせていただきます。

為近社保審査委員長 本日はお忙しいところ、非常にたくさんの先生方にお集まりいただきお礼申

し上げます。

小泉総理をみておきますと、医療保険を潰すつもりではなかろうかという言動が最近盛んにみえております。医療特区の件然り、混合診療の推奨、スーパーでの薬の販売など、保険を大事にする発言ではないように思えます。

いずれにしても、医療保険は必要なものであり、今後公明正大な審査をお願いし、よりよい保険制度にしたいと思います。ご審議をよろしく願います。

藤井国保審査会会長 審査というものは一口で申せばペーパー審査であり、ルールに合うように正確なレセプトを作成していただきたい。そうすれば査定も返戻も減少する。医師会員の先生方によく理解していただくようお願いしたい。

提出されたレセプトを審査していると、理由も不明、保険ルールも分かっておられないというものもある。医学的な問題になると、個々にわれわれが妥当性を見つけ、ある程度厚労省に反発するような結果も出さなくてはならないと思う。いろいろな面を含め協議願いたい。

◇協議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会 (6月5日) 報告

山本常任理事より報告。山口県医師会報 1684 号に掲載のため省略。

2. 下大静脈フィルター留置術の適応について

[国保連合会]

当該手術は、「肺塞栓の患者であって、再発するおそれが高いと判断されたものに対して行った場合に適応する」と規定されている。手術後の肺塞栓予防として実施した症例が散見されるので、この取扱いについて協議願いたい。

深部静脈血栓症がない場合は、フィルター留置術を肺塞栓予防として実施することは認められない。

深部静脈血栓症がある場合には、原則的には認められるが、既往症や超音波検査所見などの注記が必要である。

3. 会員からの意見・要望

No. 1 特定疾患指導管理料について

胃切除後で、以前吻合部潰瘍から大量出血した既往のある患者で、以後は、胃・十二指腸潰瘍と同様の医療を継続中である。

病名こそ「吻合部潰瘍」だが、病態は「胃・十二指腸潰瘍」と同じであるため、「特定疾患指導管理料」を算定したところ、減点された。

再審査請求したが「原審どおり」とのことであった。再度協議願いたい。【山口市】

吻合部潰瘍は、医学的に「消化性潰瘍」に分類されるため、胃・十二指腸潰瘍に準じて算定可能とする。

No. 2 尿中微量アルブミン検査の適応対象疾患について

H11.7.8 の社保・国保審査委員連絡委員会で、基本的には糖尿病性腎症の早期発見を対象とするということになっているのは承知している。しかし、高血圧症の予後評価として微量アルブミン尿又は GFR が主要危険因子としてあげられているのも事実である。

今回、米国合同委員会の第 7 次報告 (JNC7) でも、尿中微量アルブミンが高血圧と診断された患者の評価に必要な検査としてあげられている。

高血圧症の患者評価として年 1～2 回の微量アルブミン検査を認めてほしい。GFR 測定は認められていると思うが。【下関市】

当検査は、厚労省から「尿蛋白陽性になる前の早期糖尿病に限り 3 か月に 1 回算定可」と通知されており、現在はこれを審査基準にしている。保険診療の中に学会等の新しい診断指針がすぐ取り入れられるわけではないので、今後の要望事項として拝聴する。関連学会からも要望していただきたい。

No. 3 BNP 検査について

階段昇降時及び活動時の動悸息切れを認めた症例に (原病高血圧症)、心不全の疑いで BNP 測定した際、BNP 測定する場合は心不全の疑いで認められないとのことであった。

再審査依頼した際 BNP 高値であり心不全の治療を開始したと回答したにもかかわらず、認めら

れないとの回答があった。

心不全を疑い検査するのに、心不全の疑いで検査を認めないというのは不合理ではないか。

【美祢市】

BNP は急性心不全又は慢性心不全の急性増悪の病態把握あるいは心不全の治療経過の把握に有用であり、疑い病名では認められない。

No. 4 BNP 検査日記載について

保険診療の手引きに BNP を行ったら測定日を記入することとなっているが、月 1 回認めている検査にその月の測定日記入は意味がない。前回測定日ならば意味があるが、なぜなのか。【岩国市】

厚労省の通知で診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日を記載するよう決められている。なお、1 週間以内に本検査と HANP を併施した場合は主たるものを算定することになっているため、両者を施行した場合は両検査の実施日をそれぞれ記載することが必要である。

No. 5 HbA1c 検査について

HbA1c に関して、東京では、糖尿病病名がなくても膵臓や肝臓関連の主病名があるか、ステロイドを使用中であれば、血糖値と HbA1c を算定可能としている。そこで、山口県でも、今後これらの病名でも算定を認めてほしい。【徳山】

膵臓、肝臓疾患やステロイド使用中で糖尿病や糖代謝異常があるか又は疑われる場合は、「糖尿病 (疑い)」あるいは「糖代謝異常 (疑い)」の病名が必要となる。

No. 6 脈波・心機図検査について

社保 5 月分審査から事務連絡として心疾患を有するものには 2ch、あるいは 3ch 検査を認めるが、それ以外には「血管伸展性検査」にて算定するとの通知を受け取った。検査に対する基準として歓迎するが、「心疾患」の定義が不明である。想像するには虚血性心疾患をいうのであろうが、ASO も当然であるし、心疾患には弁膜症も含まれてくる。もう少しハッキリした定義の表示、例えば「動脈硬化性疾患など」の説明をお願いしたい。【岩国市】

平成 15 年 6 月 5 日の社保・国保審査委員連絡委員会において、「脈波・心機図 2ch・3ch 検査は、心疾患を有する患者に 2 種類以上の脈波を記録して循環器機能の解析を行った場合に限り、D214 (脈波・心機図 2ch あるいは 3ch 検査) を算定する。上記以外で動脈硬化症検査を目的として施行した場合は、D207-2 (血管伸展性検査) にて算定する。検査回数は、閉塞性動脈硬化症の場合を除き、原則年 1～2 回とする。」との合意がなされた。

本来、心機図検査とは各種脈波図と心電図、心音図等の 2 以上を同時に記録して、循環機能の解析を行う検査であるとの定義から、あえて「心疾患」の定義をおこなう必要はないと考える。

No. 7 脳血栓症急性期に対するオザグレリナトリウムの適応

最近、脳血栓症急性期に対するオザグレリナトリウム(カタクロットの類)を入院患者にのみ適応といわれるが、大変奇異なことである。このことは肺炎に対する抗生物質の投与は「入院したときのみ」といわれるのと同じことである。

脳血栓症でも症状は軽いものから命取りになるほどのものまで種々で、脳血栓はみな入院とは限らない。むしろ軽症の場合は外来での治療が適当なことも多々ある。そういう場合に外来で上記の点滴をするのも極めて当たりまえのことと思う。

【下関市】

平成 14 年 8 月 22 日の社保・国保審査委員合同協議会で「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。使用期間は約 2 週間。傾向的であれば査定もありうる。」とされた。

この薬剤の性質上、外来での投与は慎重であるべきであり、合議のとおりとする。

No. 8 病名について

新しい高脂血症の薬剤が登場して、適応症は高脂血症ではなく高コレステロール血症のみとなっているものがある。従来、その場合は高脂血症では適応外とされていたが、他府県では高脂血症でも認めているとの話があり、支払基金に問い合わせたが、審査員によって違う可能性があるとのこ

と。山口県では統一見解としてはいかがか。

【岩国市】

平成 6 年 4 月の点数改正により、特定疾患名については「疾病名について各医療機関での呼称が異なっても、その医学的内容が分類表上の対象疾患名と同等である場合は、算定の対象となる」となった。

したがって、高コレステロール血症は高脂血症に含まれる。このことは、平成 7 年 8 月 24 日、14 年 1 月 24 日の社保・国保審査委員合同協議会・連絡委員会でも合議がなされている。

No. 9 同日検査

子宮頸管スミアと体部スミアを同日検査する場合、社保は保険が通るが国保はレセプトが返戻される。同日の検査は無理か。

【宇部市】

子宮頸管と子宮体部は、明らかに部位が違い、疾患も別のものと考えられる。それぞれ子宮頸がん、子宮体がんを疑う病名があれば、同日検査であっても認める。

No. 10 注射：抗生剤について

痔瘻術後の症例に対して抗生剤(セフトリック 1g×2)を 6 日間投与したところ、過剰とのことで 6 日間→4 日間に減らされた。

この 10 年間減額されたことはなく、痔瘻術後(括約筋温存)にはこの程度の投与は必要である。審査の継続性をお願いしたい。(本年 5 月・2 例・国保)

【岩国市】

傾向的な使用であれば、査定もありうる。

No. 11 創哆開後の縫合について

肺癌で入院した患者に「胸腔鏡下肺悪性腫瘍」の手術を施行、術後第 11 病日にドレーン抜去部の創が筋膜まで哆開していたので、そのまま放置し処置を行うのみだと気胸になるおそれがあったため、デブリードマン後、再縫合を行った。

創傷処置を処置に減点されたため、再審査請求を行ったところ「原審どおり」との結果だった。

医学的判断により適当と判断し請求したケースであるが、このような事例の取扱いを再度協議願いたい。

【山口市】

平成 12 年 8 月 24 日開催の社保・国保審査委員合同協議会において、術後およそ 1 か月以上であれば、ケースバイケースで認めるということで合議した。この場合は、術後第 11 病日の再縫合であり、術後創傷処置となる。

No. 12 処置：導尿について

腰椎麻酔術後の症例の排尿困難に対して行った 1 回の導尿を適応外として、減点された。(本年 5 月・2 例・国保) 【岩国市】

「手術当日に、手術に関連して行う処置の費用は、術前、術後にかかわらず算定できない」(平 14.3.8 保医発 0308001) とあり、導尿も算定できない。

No. 13 手術料の算定

局所麻酔薬 1 cc 以下では薬価点数がとれないので、レセプト上局麻なしの手術となる。したがってこれでは手術として認められないとのこととなる。小切開の場合、局麻なしに切開することも時にあるが、ほとんどの患者はどんな小さな切開でも焼灼でも局麻を希望する。

局麻の薬価点数がとれないため、レセプト上局麻なしになり、いちいちレセプトに局麻を使用したと注記しているが、注記がなくても手術料がとれるようにしてほしい。 【吉南】

本例のような場合には、麻酔剤使用の注記をお願いしたい。

No. 14 資格喪失後の保険証の回収

H15.1.9 に資格取消になっていたにもかかわらず、財務省共済組合門司税関支部発行の保険証には、1 月 22 日の時点では、取消の処置がされておらず、当院事務は診療を受け付けたが、後日レセプトが返戻された。当方で調べたところ、1 月 9 日より国保加入であるが、給付開始は 2 月 10 日よりとなっており、当院の診療費は未収の状態となった。

その都度電話で問い合わせはできないので、資格取消になったときは早急に回収し、このようなことが起こらないようにお願いしたいと思う。

【下関市】

資格関係の問題は、この社保・国保審査委員合同協議会で協議すべき問題ではないので、簡単に報告する。いつも出てくる問題であるが、本年も 2 月の医療保険関係団体九者連絡協議会において、「国保保険料滞納の受診患者の扱いについて」とともに「資格喪失後の受診について」を要請した。医療機関が窓口で保険証の確認をしていれば、医療機関側に責任はなく、過誤調整は保険者間で行うことになっている。

本事例は、患者受診時に窓口で、旧保険証の確認がされており、医療機関には落ち度はなく、保険者側の被保険者に対する教育・指導の問題であることから、支払基金に申し入れをし、対処した。

No. 15 要望

- (1) 高点数について。このことのみで、減点・指導の対象としないよう強く要望してほしい。
- (2) 重箱のスミをつつくような審査はしないでほしい。
- (3) 薬剤の使用は、その薬理作用に重点をおくべきである。
- (4) 後発品の効能は、先発品に比べて同じ薬剤でありながら効能が少ない。これは医学的見地から理解できない。高薬価の先発品を使えば、医療費の無駄づかいとなる(現実にそうである。) 【吉南】

- (1) 審査委員会は、個人の意見ではなく、複数の審査委員が相談して審査しており、専門外のことは、専門の審査委員と相談して審査をしている。ただ高点数だからとの理由で、いわゆる「経済的審査」は行われていないと考える。平均点数より著しく高い医療機関には、その理由がどこにあるのかを考えて、文書連絡をすることもある。審査委員も診療を行っている医師であり、文書注意をする上での「苦悩」があるが、医師でない審査委員に審査をさせるわけにはいかない。審査委員の気持ちを少しでも理解をしていただいで、わかり易い適正なレセプトの提出をお願いしたい。
- (2) 県医師会として、社保・国保審査委員会に「重箱のスミをつつくような審査はしないでほしい」と常々お願いしている。一方会員にも、集団指導を通じて、「保険診療は、ある種の契約診療であり、療養担当規則や点数表解釈、

さらには県医師会が出している保険診療の手引きなどをよく読んでいただき、適正な診療に努めていただきたい」とお願いしている。

レセプトの重要性を認識して、審査委員にわかり易いレセプトの提出をお願いしたい。

(3) 及び (4)

能書主義か薬効主義かの問題であるが、山口県では原則的には能書を主体に審査している。多くの会員から「能書」による適応症の解釈の拡大の要望があれば、それを取り上げ、適応症の拡大ということで運用してきた。平成 3 年の合同協議会で、同じ効能の薬剤の適応について協議され、「従来どおり、個々の製品名で審査する」ということで合意され、その後も、同じ効能の薬剤の適応症の解釈の拡大について、この合同協議会で度々協議されてきた。

もっと薬効重視で審査すべきという意見もあるが、今後も県医師会としては、この協議会での合議により、適応症の拡大を行うことで対応したいと考えている。

後発品に対しては、いわれるとおりである。しかし、適応病名を獲得するためには製薬会社側の努力があり、これを無視して、こちらの都合のみでの拡大解釈は、製薬業界に混乱を招きかねないと考えている。後発品の適応症の拡大に関しても、会員からの要望があれば、この協議会での合議で対応したいと考えている。

閉会のことば

藤原副会長 本日は長時間にわたりまして、熱心にご協議いただきありがとうございました。

今回は協議題 15 題ということで、例年に比べ若干少ないようである。これは保険診療に対する理解が深まった、あるいは、社保・国保の審査格差の是正がなされたためとも必ずしも言えないと受け止めている。むしろ、昨年 4 月の診療報酬のマイナス改定と、10 月以降の制度改正による受診抑制により、医療機関の経営に深刻なダメージを受け、意気消沈の表れではないかと思っている。

8 月はじめに発表された厚労省の平成 14 年度概算医療費の動向によると、伸び率は前年度比 0.7% 減 (30.2 兆円) で、伸び率がマイナスになっ

たのは昭和 59 年の調査が始まって以来初めてである。マイナス 0.7% の伸び率は一見大したことではないと受け止める人もいるかもしれない。しかし、平成 14 年度の医療費についてみると、平成 13 年度の当初予算がベースになるわけで、このときの医療費の国庫負担は 7 兆 2,083 億円である。平成 14 年度の厚労省の医療費自然増に対する要求額は 5,500 億円で、うち 2,800 億円がカット (診療報酬マイナス 2.7%、制度改正・高齢者の完全定率自己負担)、しかし、高齢者の人口増として 2,700 億円が認められた。伸び率にすると 3.7% である。これがマイナス 0.7 になったわけで、単純にいうと 4% を超える大きな減額となっている。国庫負担ベースの伸び率と概算医療費の伸び率とでは同列ではないが、この乖離は大きい。これでは現在の診療報酬改定のあり方、予算編成のあり方が問われかねない。

医療費が下がり、保険財政が好転しているはずであるから、当然穴埋めを求めたい。日医も別の試算より 7% 増を求めるとしているが、現状は非常に厳しい。

8 月はじめのシーリングでは、厚労省の医療費自然増 9,100 億円の要求に対し、6,900 億円が認められ、2,200 億円の縮減が求められた。内訳は、年金の物価スライドで 1,050 億円の縮減、医療・福祉で 1,150 億円の減が求められている。自民党総裁選、衆議院の解散含みで、「診療報酬引き下げ」の文言は削除されたが、仮に診療報酬・薬価に振り当てられると、2% 弱のマイナス改定となる。これでは医療が立ち行かなくなり、われわれの危機感は非常に強い。これから年末にかけて攻防が繰り広げられるであろうが、まったく予断ができない状況である。

以上はいわばマクロの話で、ミクロ的には本日肅々とご議論いただいた医療現場での保険診療に対する疑義である。もちろん、どちらも保険診療を行う上で極めて大切である。今日の協議結果については会報等を通じ会員に周知したい。

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