

郡市医師会保険担当理事協議会

と き 平成 17 年 5 月 19 日 (木)
ところ 県医師会館

報告：常任理事 西村 公一
理 事 萬 忠雄・加藤欣士郎・湧田 幸雄

会長挨拶（藤原会長）

本日はご多用の中、ご出席いただきありがとうございます。

さて、来年の診療報酬改定ですが、まだ改定率も分らない状況では、どういう内容の改定になるのか定かではありません。前回は±0改定であり、次の改定の布石をうった診療報酬改定と位置付けているようですので、これまでの改定と一味違った改定となるのではという思いもあり、聊か気もめるところであります。

しかし、前年同様の±0改定、あるいはマイナス改定では、まず改革の名に値することは何もできないはずですが、厚労省幹部等のこれまでの発言を見聞きした範囲では、18年度改定は介護報酬との同時改定ということもあり、介護報酬の境界領域となっている療養病床、在宅医療、ターミナルケア、訪問看護等を一挙に整理するといったので、一応このあたりは一つの大きなポイントだと思えます。

また、われわれからみて特に関心のあるのは、

日医の診療報酬検討委員会で4つの柱の一つに据えている、①物と技術の分離ということですが、これからこの委員会で日医としての意見を集約していくところです。この「物と技術の分離」は古くて新しい課題です。平成15年3月に閣議決定した改革の基本方針の中の「診療報酬体系について」をみますと、「医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)、医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)(後一つ：患者の視点の重視)を見直しでの基本的考え方としており、このあたりをどの程度切り込んで意見が集約できるかだと思っています。医師の技術力評価は医師の差別化につながる可能性もありますが、これまでの護送船団方式でいくこともかなり限界に近いところでもあります。その他、この委員会の柱として②医療技術の適正評価③現在の診療報酬の不合理的点・矛盾点の是正④国民に分り易い診療報酬体系の確立を掲げているところです。

診療報酬に関してはいろいろ論点があり、きり

出席者

大島郡 正木 純生	豊浦郡 青柳 俊平	下松市 阿部 政則	県医師会 会 長 藤原 淳 副 会 長 木下 敬介 常任理事 西村 公一 理 事 湧田 幸雄 萬 忠雄 加藤欣士郎
玖珂郡 松原 宏	下関市 浅野 正也	岩国市 高田 省吾	
熊毛郡 藤田 潔	宇部市 福田 信二	小野田市 吉中 博志	
吉南市 利重 恭三	山口市 永田 一夫	光市 兼清 照久	
厚狭郡 民谷 正彰	萩市 森 繁広	柳井市 桑原 浩一	
美祢郡 吉崎 美樹	徳山 清水 活宏	長門市 天野 秀雄	
阿武郡 藤原 弘	防府市 清水 暢	美祢市 高田 敏昭	

がありませんが、先日の県代議員会の運営委員会で質問があった社会保険医療担当者保険指導医について触れておきます。

既に各郡市にはご連絡申し上げていますが、今回、山口社会保険事務局が「今年度より医師会役員の保険指導医は認めない。」という強い方針を打ち出しました。この当局の決定は決して唐突なことではなく、これまで中央の指示で、段階的に削減され、今回 1 人も認めないということになった訳です。この通知を受けて、山口県医師会では今後、保険指導医の推薦はせず、指導の立会いにのみ関与することとしました。ただ、指導形態・内容についてはこれまでと変化はなく、保険指導医も保険審査委員を中心に選任されることになっています。しかし、実施に当たって指導現場では諸問題が起る可能性もあり、その場合、必ず県医師会にご意見をお願いいたします。

本日は 22 題の事前のご意見、ご要望をいただいています。積極的な意見交換を期待してご挨拶といたします。

＝議事＝

1 平成 16 年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について

平成 16 年度個別指導は、診療所 46、病院 5 の合計 51 医療機関に対して実施され、新規指定等医療機関に対する集団・個別指導は、診療所 33、病院 4 の合計 37 医療機関に対して実施された。

集団指導は保険医療機関コードの末尾 1 桁が偶数の医療機関を対象とし、講演・講習方式で実施された。指導を受けたものは合計 541 医療機関で、指導対象医療機関の 85.3%と極めて良好な出席率であった。

2 平成 17 年度山口県社会保険医療担当者指導計画について

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平成 15 年度、平成 16 年度に実施した集団指導に出席していない保険医療機関
- ②勤務医（病院）
- ③大学病院
- ④新規指定保険医療機関

(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が高い保険医療機関

- ⑨その他特に個別指導が必要と認められた保険医療機関
- ⑩新規指定保険医療機関

指導日程

(1) 集団指導

平成 17 年 10 月 23 日（日）新規指定保険医療機関（山口市）

平成 18 年 1 月 26 日（木）山口市

平成 18 年 2 月 9 日（木） "

日時未定 大学病院

(2) 個別指導

平成 17 年 8 月 4 日（木）場所未定

平成 17 年 8 月 11 日（木） "

平成 17 年 9 月 1 日（木） "

平成 17 年 9 月 15 日（木） "

平成 17 年 9 月 22 日（木） "

平成 17 年 9 月 29 日（木） "

平成 17 年 10 月 6 日（木） "

平成 17 年 10 月 13 日（木） "

平成 17 年 10 月 23 日（日）新規指定保険医療機関（山口市）

3 平成 17 年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

目的

指定医療機関に関する指導は、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、それぞれ選定することとし、1 つの福祉事務所において対象となる医療機関が複数ある場合は、4 医療機関までとする。

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

次のア～ウの手順で選定する。

ア 各福祉事務所です委託患者数が多い医療機関を抽出する。

イ アの中から、県厚政課で次のとおり抽出する。

(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

ウ イの中で過去 10 年間に於いて個別指導の対象となった医療機関を除外する。

(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。

平成 17 年度対象予定医療機関

20 医療機関とする。

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。

4 平成 16 年度第 2 回保険委員会の報告

2 月 10 日開催。平成 16 年度保険指導の結果及び問題点等について協議。

個別指導の指摘事項として、①診療録の記載等にかかる事項、②診療内容にかかる事項、③診療報酬請求関係にかかる事項、④その他に区分。指導内容、問題点や指摘事項等を報告し検討した。

5 平成 16 年度第 2 回社保・国保審査委員連絡委員会の報告

3 月 3 日開催。詳細については、県医師会報 3 月号・1736 号に掲載。

6 医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

3 月 24 日山口県国民健康保険団体連合会の担当で開催された。

山口社会保険事務局、山口県健康福祉部国保医療指導室、山口県健康福祉部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、健康保険組合山口連合会、山口県社

会保険診療報酬支払基金、山口県国民健康保険団体連合会の九者で構成され、医療及び介護保険関係についての話題提供や情報の共有を行い、さらに諸問題についての協議を行う目的で毎年開催されている。

最初に各団体の代表が、それぞれの現状や懸案事項について報告した。山口県医師会からは藤原会長が、昨年秋の混合診療反対運動についての理由と、医師会を中心とした国民医療推進協議会が約 600 万の反対署名を集め、混合診療全面解禁阻止に至った経緯を説明した。また政府が行おうとしている三位一体改革については、地方にとって特に医療界にとって重要な課題になると考える。この改革により県、市町村の裁量権は拡大し国保、政管健保の県単位の運営が求められてくる。これに対応して各団体の協議会で疾病予防を含めた医療費の効率的活用が議論されてくると思うが、これについては医師会としても、県民の視点に立って積極的に取り組まなければならない課題だと思ふと述べた。

〔協議事項〕

山口県医師会より 2 題の協議題を提出した。

(1) 外用薬の使用部位の処方箋への記載について

国保において、処方箋に記載されている外用薬の使用部位が、医療機関からのレセプトの傷病名と一致しないという理由で薬剤料が査定されたことが問題となった。これについては昨年 9 月の国保審査運営委員会で「当分の間、査定の取扱いとはしない」とされたが、このことを確認した。

(2) 資格喪失後の受診の是正について

資格関係の誤りについては医療機関も留意しているが、資格喪失については把握できないことがある。保険証の回収遅れ、社保の任意継続への変更については保険者に責任があり、保険者間で調整できることなのでお願いしたいとの提案を行った。

「保険者には資格喪失後の速やかな保険証の回収を、被保険者には速やかな返還をお願いし教育しているつもりだが、未だ徹底していないところがあり今後も努力したい。保険者間の調整は現在のところ出来かねるので理解願うとともに、医療

機関の御協力をお願いしたい。」との回答であった。

7 会計検査院実地検査に係る確認調査について

本年 1 月から 3 月にかけて山口県の 29 の医療機関に対して、会計検査院の指摘に基づく確認調査が実施された。この件については既に県医師会報 3 月号に中間報告をしているので、まずはこれを参照していただきたい。

会計検査院はほぼ 2 年に 1 回、山口県に立ち入り検査を実施する。今年度は昨年 11 月末から 12 月初めに検査があり、医科 29 医療機関の疑義を指摘し、県は確認調査を実施したうえで、結果を会計検査院に報告することとなった。そのため、本年になり社会保険事務局と国保医療指導室が分担して 29 医療機関に確認(立ち入り)調査を行ったものである。調査では疑義を指摘し、自主点検のうえ、自主返還(2 年分)を求めている。

今回の確認調査で指摘された疑義の内容は次のとおりである。

- ・在宅患者訪問看護料の要介護者の医療保険での請求 7 件
- ・在宅患者訪問リハビリ料の要介護者の医療保険での請求 1 件
- ・特養の配置医師の初診・再診料の算定 7 件
- ・特養入所者の指導料の算定 1 件
- ・特養入所者の点滴手技料の算定 1 件
- ・特養入所者の検査の疑義 1 件
- ・特養入所者の処方せんの発行回数 1 件
- ・ペースメーカーの施設基準 1 件
- ・療養環境加算の届出不備 1 件
- ・緊急入院加算の届出不備 1 件
- ・胸部レ線、心電図検査の回数 1 件
- ・歯科訪問診療時の障害者加算の算定回数 2 件

内容をみると在宅医療関係が多いことが分かる。確認調査はこれまでも実施されてきたが、あまり問題は提起されなかった。今回は多くの会員から本調査について問い合わせが県医師会にあったが、これは疑義に在宅関連が多く、また、調査対象に診療所が多くなったことによると考えられる。

会員からの提起を受けて県医師会は、会員への

情報提供と立合を行った。今後も調査対象となる医療機関の会員の疑問や不安をできるだけ軽減できるように、情報収集と会員への情報提供をしていきたい。

8 郡市医師会からの意見及び要望

No.1 薬剤に対する傷病名の記載漏れについて

長期処方一般化した現在、傷病名の記載漏れについては即査定するのではなく、医療機関に返戻・照会を行うようにしてほしい。一般の商行為では請求書の不備が理由で請求権が無くなることはあり得ない（法律的にも無理があるのではないか?）。

また、再審査の結果には、詳しい理由を記載してほしい。 【防 府】

A. 傷病名漏れ即査定としないよう両審査委員会をお願いするが、記載漏れの無いレセプトを提出するのが原則である。再審査結果の理由記載方法（現在、保険者申出分については記号による記載）の変更に関しては、診療報酬の支払日の変更をとるため、審査連絡委員会等で検討する。

〔関連記事「医師会報」平成 10 年 10 月 1 日〕
社保国保審査委員合同協議会

No.2 はっきり判断できる摘要欄へのコメントの省略について

たとえば、I 型糖尿病の患者に対して注射針加算を算定した場合、病名欄に I 型糖尿病とあっても、摘要欄に「I 型糖尿病による注射針加算」というコメントを注記されるように求められている。これは省略できないのか。 【厚狭郡】

A. I 型糖尿病で一日概ね 4 回以上自己注射が必要な場合は 200 点加算できるが（その他の場合は 130 点）、「診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載する」となっているため省略できない。

〔関連記事「医師会報」平成 14 年 10 月 1 日〕
社保国保審査委員合同協議会

No.3 閉院にともなう患者の紹介に対して算定した診療情報提供料の減点について

当院は 3 月末で閉院している。

閉院に際して患者（全部で 50 人程度）を希望する医療機関に紹介し、すべてに診療情報提供料を算定した。これに対して、保険者からクレームがあり、すべて減点された。

当院では、患者の便宜を図り、また、地域の医療機関との連携を考えて対応したつもりである。診療情報提供書も 50 人分それぞれの患者の状態に合わせて丁寧に記載しており、こうした患者紹介に対して診療情報提供料が認められないというのは納得できないがいかか。

【徳 山】

A 社保では算定可能としているが国保では算定不可との判断。診療情報提供料の算定目的から考えても算定可能と思われるが、次回の社保・国保審査委員連絡委員会の議題とする。

No.4 眼科における特定疾患療養指導料の算定について

一昨年来眼科では国保のみ、糖尿病性網膜症に対する特定疾患療養指導料（老人慢性疾患生活指導料）、特定疾患処方管理加算を「他院にて糖尿病の指導あり」とのことで査定されていたが、昨年の社保・国保審査委員連絡委員会（H16.6.17 開催）で社保と同様な取扱いで算定が可能となった。しかし、6 月の委員会でその取扱いは 8 月からということになったにも拘わらず、昨年秋まで大量かつ高額な査定が行われた。県の眼科医会では国保に抗議文を出すとともに、遡って減点査定分の復活を求めているが、今になっても何の反応も見られないがいかか。 【防 府】

A 国保及び県眼科医会に確認した結果、16 年 8 月診療分以降の査定はなく、再審査における 16 年 7 月診療分以前の査定に対するクレームと、減点の始まった時点で遡っての返金要請であるため、県医としてはこの件に関して対応する立場ではない。個別に対応していただきたい。

〔関連記事「医師会報」平成 16 年 8 月 1 日〕
社保国保審査委員連絡委員会

No.5 長期処方と特定疾患療養指導料について

長期処方一般化しており、患者からの希望が大変多くなっている。健保連などは一般向けの TV 等で長期処方を推奨しているようで、患者から長期処方を望む圧力が強い。医療には投薬をして服薬効果を見て治療方針が決まることも多く、事情を説明しても患者側に理解させることが難しい。また、短期間の生活指導と長期処方に対しての生活指導などは大いに違いがあり、長期処方の場合の特定疾患指導料は現行より引き上げるべきである。【防 府】

A ご意見もつともで、中四医師会連合総会で何度もこの問題が議題となり、日医を通じて厚労省に改善を申し込んでいるが実現していない。今後も継続して改善を要求していく。

No.6 在宅患者訪問点滴管理指導料について

在宅患者訪問点滴管理指導料が今年の改定で新設されたが、ほぼ急性期のみ算定が可能な点数で実態としては大変使いにくい。在宅患者への直近の診察に基づき、必要があって看護職員が点滴等をする場合は、条件を満たさなくても最低限、薬剤料の算定については認めること。また、炎暑の時期には老人患者など食思不振から脱水状態に陥る患者が多い。この場合は、急性期を過ぎても点滴を希望する人も多く、これに対応するためには在宅患者訪問点滴管理指導料の条件をもう少し緩和してほしい。【防 府】

A 現時点ではご指摘のように算定できない。この件を含め、介護保険を利用しての訪問看護でも算定できるよう、5 月 29 日開催の中四医師会連合総会に議題として提出している。

No.7 在総診算定時の在宅療養指導管理料について

少なくとも在宅酸素療法指導管理料は認めるべきである。なぜなら、ほぼすべての診療所は在宅酸素に対して 10 万円近いレンタル料を業者に払うわけだから、トータルすると在宅酸素療法をすることによって、しない場合より利益が大きく減ってしまう。【吉 南】

A 在総診算定時は、指導管理料・検査及び投薬の費用は、所定点数に含まれるが、在宅療養指導管理料の各区分の「注」に規定する加算は別途請求できる。したがって、在総診の点数と酸素投与に必要な加算点数を請求していただきたい。

No.8 塩酸バンコマイシンの内服投与について

適応病名と投与期間の統一の見解はあるのか。たとえば、MRSA 腸炎の場合は 7 日間、偽膜性腸炎の場合は 14 日間など、統一見解があれば教えていただきたい。【下 松】

A MRSA 腸炎・偽膜性腸炎とも投与期間は、原則 14 日以内とされている。この範囲内でケースバイケースとされたい。

〔関連記事「保険診療の手引き」平成 15 年 2 月改訂
第 9 保険診療にあたって (5)〕

No.9 インフルエンザ病名での処方について

“インフルエンザ”の病名で以下の薬を処方しても認められるか。

- ・PG、PL、PA などのいわゆる「かぜ薬」
 - ・フスコデなどの「咳止め薬」
 - ・イソジンガーゲルなどの「うがい薬」
 - ・小児へのホクナリンテープ、ホクナリンドライシロップ
- 【吉 南】

A いわゆる「かぜ薬」、「咳止め薬」、「うがい薬」の投与は問題ないが、気管支拡張剤 (175 円超の場合) は 175 円ルールの「一過性の症状に対する薬剤として傷病名に係らず認める範囲」の申し合わせ薬剤に該当していないため「気管支炎」等の病名が必要となる。

〔関連記事「医師会報」平成 15 年 4 月 11 日
社保国保審査委員連絡委員会
関連記事「医師会報」平成 14 年 7 月 21 日
社保国保審査委員連絡委員会【追記】〕

No.10 外用剤の処方量

外用剤の処方量に関して、少なくとも皮膚科標榜医が行う場合は、処方量による査定をなくして

いただきたい。

現在(平成 14 年度以来)、内服薬の処方日数は医師の判断に委ねられている。それにもかかわらず外用剤は一回処方量 100g までという従来の目安で制限される査定が見受けられる。

具体例として、尋常性乾癬に対し、オキサロール軟膏は 1 日 10g まで処方できる薬剤であるが、140g(14 日分)でも多すぎるとの指摘が社会保険支払基金よりあった。尋常性乾癬は年余にわたる疾患であり、ある程度安定していれば月 1 回の診察でも差し支えないと考える。

われわれ皮膚科医は、使用範囲や皮疹の経過・外用剤の副作用も考え、外用剤の処方量を決定している。画一的な上限(しかも処方日数に制限があった頃の古い基準)で判断されては困る。このことは外用ステロイド剤に関しても同様である。

【徳 山】

A 原則を設けておかないと法外な請求が出ることもあるため、「原則 100g まで」とされているが、ご質問のような症例も多々あると思われる。このような場合は、摘要欄に使用部位・使用範囲を注記いただきたい。

〔関連記事「医師会報」平成 14 年 7 月 21 日
社保国保審査委員連絡委員会【追記】〕

No.11 TPA<tissue plasminogen activator> について

- ①肺動脈血栓塞栓症
- ②深部静脈血栓症
- ③末梢動脈血栓症

に対してやむを得ず使用した場合の保険適応についてはいかがか。 【下 松】

A ②、③については算定不可。①については次の社保・国保審査委員連絡委員会の議題とする。

No.12 関節腔内注射の算定回数について

スベニールディスポを RA 患者の膝関節に注射した。左は 1 月 20 日に開始し 1 月 27 日、2 月 3 日・10 日・17 日の 5 回で終了。右は 2 月 3 日開始し 2 月 10 日・17 日・24 日と続けた。したがって

2 月施行回数は合計 7 回となるが 7 回すべてが減点となった。この件について検討願いたい。(社保レセプト) 【長門市】

A スベニールディスポは関節リウマチの膝関節痛に適応が認められている。本例では減点の理由は見当たらないので再審査請求をされたい。

No.13 脛骨高位骨切り術の点数請求について

基本的に、脛骨高位骨切り術は、脛骨の骨切り後、矯正角度で骨接合する手術であるが、腓骨骨切り術もしなくてはならない術式である。

これに対して、膝関節形成術(26,500 点)を社会保険 1 月診療分として支払基金に請求したところ、骨切り術×1(12,200 点)の点数に減額された。

骨切り術の点数請求が正当化されるなら、腓骨骨切り術も追加して、骨切り術×2(12,200 点×2)として承認されるべきである。

また、脛骨は骨切り後矯正位に再骨接合する術式であり、変形治癒骨折の矯正手術(16,300 点)と同等の手術操作が必要である。したがって、本来なら脛骨高位骨切り術は、脛骨の変形治癒骨折の矯正手術(16,300 点)と、腓骨の骨切り術(12,200 点)を合わせ請求することが正しいと思われるが、厳正なる協議をお願いしたい。

【長門市】

A 脛骨高位骨切り術は、骨切り術(下腿骨、12,200 点)で算定することとなっている。

関節形成術は関節自体に侵襲操作が加えられた場合に算定根拠がある。変形治癒骨折矯正手術の算定はあくまで骨折後の変形治癒にその適応がある。そのため、それぞれの点数設定がされている。脛骨高位骨切り術で腓骨骨切り術も併施した場合は 12,200 点×2 で請求されたい。その場合はレセプトにその理由が解るように注記が必要となる。

No.14 腹部超音波検査の前処置薬について

腹部超音波検査の時の前処置薬を院外処方患者に院内で処方した場合に算定できるかどうか確

認したところ、検査 (60) で算定するようという指示だったので、院内処方 of の患者についても検査 (60) で算定したところ、当該月に検査が実施できなかった。レセプトが返戻となった。

以前、内服 (21) で算定した同じ例の場合、返戻とはならなかった。

これは、検査 (60) と内服 (21) のどちらで算定するのか。【厚狭郡】

A 検査 (60) での算定となる。また、当該月に検査が実施できなかった場合は、その旨注記を要する。

〔関連記事「医師会報」平成 14 年 3 月 1 日
社保国保審査委員連絡委員会【例・ルーチン検査】〕

No.15 HBs 抗体の測定基準について

ALT、AST が上昇しており、肝機能障害の原因検索のために HBs 抗原 HBs 抗体 HCV 抗体の同時測定で HBs 抗体が査定された。

HBs 抗原のみで B 型肝炎を否定できないと思うが、HBs 抗体の算定基準を示してほしい。

【下 松】

A HBs 抗体検査は B 型肝炎 (疑) またはウイルス性肝炎 (疑) の病名の場合に適応がある。単なる肝機能障害では算定が認められていない。

〔関連記事「医師会報」平成 16 年 10 月 1 日
社保国保審査委員合同協議会
関連記事「医師会報」平成 12 年 10 月 1 日
社保国保審査委員合同協議会〕

No.16 HBs 抗体 (入院時検査) の算定について

以前、山口県では入院時一般検査で HBs 抗体が認められていたが、現在では認められていない。B 型肝炎ウイルスについては潜在性感染がいわれており、HBs 抗体保有者についても follow up の必要がある。今の医療水準から見れば従来どおりの取扱いが妥当と考えられる。【防 府】

A No.15 の回答に準じて、HBs 抗体検査は入院時一般検査としては認められていない。

〔関連記事「医師会報」平成 11 年 3 月 21 日〕

〔社保国保審査委員連絡委員会
関連記事・その他 No.15 と同様〕

No.17 国保と社保の審査較差について

国保と社保の審査較差がありすぎる。社保では問題にならず、国保だけ問題になる事例が多いのはなぜか。また、社保、国保ともにそれぞれ支払基金及び国保連合会から正式に審査委員の氏名と任期を明らかにしてほしい。【防 府】

A 国保と社保の審査において、較差が見られることは審査の公平性から見て好ましいこととは言えないため、県医師会では、社保・国保審査委員連絡委員会、審査委員合同協議会を開催して協議を行い、較差是正に努めている。

審査委員の氏名については、県医師会員名簿に記載されている。また、任期は 2 年となっている。

No.18 保険指導について

今年度から個別指導については県医師会は保険指導医の推薦等に一切係わらなくなったということであるが、改めて県医からの文書通知があったということは、今後は行政主導で指導が行われて選定方法や指導内容にも変化があるということか。現状では複数のテーブルで個別指導が同時に行われていることが多く、一人の立会人が複数の個別指導に同時に立ち会えるわけはなく、改善してほしい。【防 府】

A 今年度の行政との協議で、医師会役員は一切指導医として就任できないとされ、その理由が「公平性が保たれないため」とされたため、県医師会としては今後指導医の推薦などに関わらないこととした。このことは文書にてお知らせしたとおりである。

今年度は昨年までの指導医の多くが留任しているため、指導内容については、これまでと変わらないと思われる。選定方法についてもこれまでどおり選定委員会でされることになっている。

医師会役員が指導に関与できなくなった以上、医師会としては指導時の立会いを強化していく予定であり、県医師会、都市医師会の役員を動員し

て対応していくつもりである。

No.19 みなし指定について(介護保険)

通常、診療所は介護保険で「みなし指定」となる。当院は先代の院長が、いったん、取り消していたが、現在、再び当院でも介護保険(居宅療養管理指導のみ)が必要となった。ところが、再認定を受けるのに 0 からやり直さなくてはならない。同じ条件で診療所は成り立っているのだから、簡易な方法を検討していただきたい。【吉 南】

A 県介護保険室の回答によれば、厚生労働省に確認したところ、「いったん指定を辞退した後に再び指定を受けようとする場合は、介護保険法の本則に立ち戻って必要書類を添付の上、指定申請が必要である。指定申請の取扱いは全国一律に行われるものであることから、ご要望の趣旨については機会をみて厚生労働省に伝えていきたい。」との回答であった。

No.20 退職者国保について

受付で保険証確認を行い、国保の本人であったので、そのように請求したが、後日、保険者より退職国保であるとして返戻された。保険者の事情による場合(国保→退職国保)は返戻でなく、保険者の内部処理で行ってもらいたい。

(数回、同様なことがあった) 【吉 南】

A このことについては、過去に何度も県医師会より当局に申し入れている。平成 16 年度の医療保険関係九者連絡協議会でも議題として出されたが、当局は「保険者は失効保険証の速やかな回収に努めているし、被保険者教育も折に触れて行っている。医療機関の協力もお願いしたい。保険者間の調整は現在のところ不可能である」としている。

No.21 1 件当たりの医療費の平均値算出について

各診療所の 1 件当たりの医療費が当該科の平均値よりあるレベル以上に高いときは、その診療所は個別指導を受けることになっている。そうであるならば、各科の 1 件当たりの医療費は、院

外処方をしている医療機関と院内処方をしている医療機関とでは、当然ながら、後者のほうが高くなるので、それぞれ 1 件当たりの医療費の平均値を算出すべきである(最近、そうするようになると承知しているが)。同様に、小児科では 3 歳未満児の取り扱いについて、出来高払い制か包括制かで、1 件当たりの医療費は異なるはずである。したがって、以下の 4 通りについて、それぞれの 1 件当たりの医療費の平均値を算出すべきである。

- ①院外処方&出来高払い制
- ②院外処方&包括制
- ③院内処方&出来高払い制
- ④院内処方&包括制

【宇部市】

A 現在のところ院内処方と院外処方の格差はつけているが、ご指摘のような細かい分類はしていない。

小児科ばかりでなく、他科においても包括点数を採用しているところ(例えば、内科における生活習慣病指導管理料など)とそうでないところがあり、細かく分けていけば極めて煩雑となり、必ずしも公平な扱いになるかどうかは疑問である。

また、高点数医療機関の中には、専門的な特殊医療を行っているところもあるので県医師会では、高点数すなわち悪であるという考えには抵抗している。選定にあたって、高点数であっても医療機関の事情を十分に勘案するように当局に要望している。

No.22 在宅末期医療総合診療料(在医総)等の算定について

国保のレセプト審査において、実地に医療を行っている立場からすると納得できない症例があり、レセプト請求ができない状況に陥っている。よろしく協議いただきたい。

(2 月診療分)

73 歳の末期胃癌患者。術後の癌再発・転移のため経口摂取ができない状態かつ病状の進行が著しく、積極的な治療の適応がない状態と診断されていた。総合病院に入院し中心静脈栄養管理を受けていたが、退院し在宅で終末期医療を行うため

に当院に紹介となった。

総合病院退院後は訪問診療を行いながら、在宅にて中心静脈栄養管理（注入ポンプ使用）、癌性疼痛管理を開始した。在宅生活の利便を図るため（入浴時や外出時の利便）、中心静脈栄養用埋め込み型カテーテル設置術を行った。

その後、見る見る全身状態の悪化が生じ、ほぼ毎日の訪問診療あるいは訪問看護が必要になったため、月の最終週から「在宅末期医療総合診療料（在医総）」を算定した。

以上のような経過で「在宅末期医療総合診療料（在医総）」とあわせて、「在宅中心静脈栄養法指導管理料」（注入ポンプ加算、輸液セット加算を含む）、「悪性腫瘍特異物質治療管理料」を算定しレセプト請求した。ところがこれが返戻扱いとなり、返戻付せんには「出来高と在医総が混在する場合、指導料等月 1 回のみ算定となる項目は算定できません（判断料を除く）」との記載がなされていた。

悪性腫瘍末期患者を在宅にてケアしていく際、経時的な状態悪化が生じるのは自明の理である。病状の悪化のため「在宅末期医療総合診療料（在医総）」を算定するのが妥当な病状になったとして、その時点までの医療行為は正当に評価されてしかるべきである。経過中に初めて在医総を算定した月には、在医総算定までの期間の医療行為の算定が並存するのは当然である。現に「医科点数表の解釈」平成 16 年 4 月版の「在宅末期医療総合診療料」の解説、163 ページの (9) には「・・・ただし、同一月において在宅末期医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。」との記載がある。この記載は「検体検査判断料のみが算

定できる」という意味ではなく、検体検査判断料等の「月あたりの算定となっているもの」であっても別に算定できるということである。したがって、本症例のような場合には、在医総算定以前に行われた医療行為の評価として「在宅中心静脈栄養法指導管理料」、「悪性腫瘍特異物質治療管理料」ともに算定できると理解するのが妥当ではないか。

A ご指摘のとおり、在医総は 1 週間単位の算定点数である。月の途中（在医総算定初月）で在医総算定をした場合、それ以前に行われた医療行為について算定された「在宅中心静脈栄養法指導管理料」、「悪性腫瘍特異物質治療管理料」については算定できる。



後継体制は万全ですか？

D to D は後継者でお悩みの開業医を支援するシステムです。まずご相談ください。



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯、PHS対応】受付時間：9:00～18:00（月～金曜日）担当：藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>

総合メディカル株式会社。

山口支店 / 山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL (083) 974-0341 FAX (083) 974-0342
本 社 / 福岡市中央区天神 東京本社 / 東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

〈登録無料・秘密厳守〉