社保・国保審査委員合同協議会

と　き　　平成 17 年 8 月 18 日（木）
ところ　　山口県医師会館

報告：常任理事　西村　公一
　　理　　事　萬　　忠雄
　　理　　事　加藤欣士郎

藤原会長挨拶

審査委員の先生方には、常日ごろより、審査の公平、公正の立場よりご尽力いただき、会員を代表して厚くお礼申し上げます。

さて、郵政民営化法案が参院で否決されたのを受け、小泉首相は衆院を解散し、9 月の総選挙となったが、衆院を解散した状態という異例の形で、2006 年度のシーリングがこの 8 月 11 日に閣議決定された。これによると、社会保障費の自然増 8,000 億円を 2,200 億円圧縮し、5,800 億円とするとしている。

総選挙の結果如何では政権交代もあり得る中での予算編成で、暫定的意味合いもあるが、谷垣財務相は骨太の方針の中にある「（聖域なき）歳出改革路線を堅持・強化」するという文言を引き合いに出し、「医療を中心に抑制をやらざるを得ない」としての厳しい方針を打ち出している。

この 10 日に厚労省より発表された平成 16 年度医療費は対前年度比 2％増である。その内訳をみると、医科では約 0.3 兆円、1％の増である。この 5 年間でみると、医療費総額は 2 兆円増加しているが、医科ではわずか（5 年間で）0.6 兆円増で、あとの 1.4 兆円は調剤費の増である（ちなみに、16 年度の調剤費は 4.2 兆円、歯科は 2.5 兆円）。医療費が毎年 1 兆円増と政府やマスコミに喧伝されながら、これがその実態である。また、医療費が増えたからといって、これが医療機関の懐に入っている訳ではない。もちろん、自然増（3.7％）を上回って伸びれば医療の質や安全確保に少しはまわせるといった程度である。

医療現場の声を訴える場は結局医政しかない。医師会としてはこれまで以上に医政に注力しなければならないと考えている。

さて、本協議会の目的はいうまでもなく社保・国保両審査委員会の較差是正、また、委員間同士の較差是正にある。そして、審査の基本的問題である医薬品適応外投与については、日医松原常任理事が厚労省に確認し改めて通知が出された、「医師の裁量権を認めた」いわゆる「55 年通知」は生きていることを周知したい。この医薬品の適応外投与については、山口県の審査ではケースバイケースではあるが、両委員会の合意の下に、今後も弾力的に運用していくことが肝要であると考えている。

本年度の保険指導について、会員の誤解もあるようなので触れておきたい。その前に、審査委員で保険指導に当たられている先生方には、まず、ご苦労に心より感謝申し上げる。既に、再三協議会等でお話していることであるが、厚労省の強い指導により、今年度から山口県においても保険指導医に医師会役員が就任できなくなった。しかし、指導形態こそ若干、従来より変わったが、指導内

容自体はまったく変わってはいない。この件については当局ともよく協議し、確認している。現在の形態は、むしろ以前より透明性も確保されていると考えている。

また、保険指導選定基準としていた審査録の内容の指数化については今回より中止となった。これは審査録の記入方法にバラツキが大きいことが主要因である。審査録の内容の充実については、この委員会でもこれまで繰り返してお願いしているが、この情報を選定基準のひとつに組み入れることが難しいとなると、保険指導の選定が自ずと高点数、あるいは必ずしも公平性が担保されていない情報に頼らざるを得なくなる危険性がある。高点数選定はつまりは集団的個別指導の復活であり、医療現場では萎縮診療に繋がるもので断固阻止すべきものである。先般、基金本部理事会での質疑に答えて、中西理事長は「基金審査はあくまで保険診療ルールに則って行うべきもので、財政効果云々という評価（経済的審査）をすべきものではない」と明言されているが、保険指導の本質はあくまで教育的指導であり、医療費削減の道具であってはならない。本来、医療機関の診療傾向に関しては、審査録の内容が充実していれば適切な情報源と成り得るはずであるが、現在は十分活用できない状況にあり、改めて、審査録の内容の充実をお願いしたい。

本日は、会員より多くの質問・意見をいただいている。例年より若干少ないかと思われるが、中身の濃い意見が多いようだ。慎重審議をお願いしたい。

為近社保審査委員長・江里国保審査会会長から、協議会開催を謝し、当協議会の重要性を認識し、両審査会審査委員へ十分な協議をされることを依頼し挨拶とされた。

出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員　41 名
国民健康保険診療報酬審査委員　26 名
県医師会

会長	藤原　淳	理事	湧田　幸雄
副会長	上田　尚紀		萬　忠雄
	木下　敬介		杉山　知行
専務理事	三浦　修		弘山　直滋
常任理事	吉本　正博		加藤欣士郎
	濱本　史明		田中　豊秋
	佐々木美典	監事	青柳　龍平
	西村　公一		小田　清彦
理事	正木　康史		山本　貞壽
	小田　悦郎		

◇協　議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会（6 月 30 日）報告

山口県医師会報 1740 号に掲載のため省略。

2.「強皮症」に対する薬剤の適応について〔国保連合会〕

「強皮症」（随伴症状の記載のない）の病名のみでアンプラーグ錠、ユベラ N ソフトカプセルの算定が認められるか協議願いたい。

薬理作用により、次のとおり取扱う。

①アンプラーグ錠については、適応病名又は随伴症状の記載を必要とする。

②ユベラ N ソフトカプセルについては認める。

3. 管理料と特定疾患処方管理加算の併算定について〔国保連合会〕

以下の管理料を算定している患者について、厚生労働大臣が定める疾患に対する薬剤を処方した場合の特定疾患処方管理加算の算定はいかがか。

①認知症患者在宅療養指導管理料
②難病外来指導管理料
③慢性疼痛疾患管理料

（提案趣旨）

平成 16 年 6 月 17 日　社保・国保審査委員連絡委員会において、「厚生労働大臣が別に定める疾患以外の疾患を主病とする患者に対し、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（長期）の算定については、**主病にかかわらずレセプトに該当する病名があれば算定を認める。**主病の表記は必ずしも必要はないが、記載する場合は特定疾患に該当するかどうか確認を要す。特定疾患処方加算（長期）について

は、特定疾患に対する薬剤（処方期間が 28 日以上処方）の請求がなければ算定できない。」という取り決めがあるが、上記①～③の管理料が算定されている患者に対し、厚生労働大臣が定める疾患に対する薬剤を処方した場合の特定疾患処方管理加算の算定は認められるか。

①　併算定を認める。
②③併算定は認められない。（告示上、主病限定があるため）

なお、「レセプト上の主病については 1 つであり、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を 2 種類以上算定することは認められない。」（平成 14 年 3 月 28 日・記載要領に関する問答集・厚労省医療課）とする算定ルールによる。

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

4. 会員からの意見要望

No.1　他医療機関入院中の診療情報提供料の査定について

標記の件は、昨年の社保・国保審査委員合同協議会（8 月 19 日）で「現在、日本医師会と厚労省が協議中であり、協議の結果が出るまでは保留（査定しない）とする。」となっている。

しかし、その後、当院に近隣の精神病院から紹介があり、診断並びに療養上の留意点を記載した返事を書いて、診療情報提供料（B）を算定し、保険請求したが、保険者再審査（国保）で容認・過誤調整となっている。国保連合会に問い合わせたところ、継続管理加算、外来管理加算等は保留（査定しない）とするが、診療情報提供料（指導料）は算定できないとの判断であった。いまだに厚労省から返事がないことを承知の上で、保留とせずに指導料なので算定できないとの判断を示している。

国保の審査委員会では昨年の保留の判断を変更したのか伺いたい。（国保）　【宇部市】

（昨年の社保・国保審査委員合同協議会まで国保では「診療情報提供料は入院中の患者には算定できない」としていた。同会議の結論は保留であった。保留するということは、国保ではこれまでの取扱いどおり「査定する」の意に解釈するのが妥当と考える。
（国保連合会回答））

標記の協議については、「基本診療料」である継続管理加算、外来管理加算と「指導管理料」である診療情報提供料を同項目として協議したこと及び「一般病棟」と「療養病棟」を同項目として協議したことによる問題点と考えられる。算定ルールでは「基本診療料」と「指導管理料」あるいは「一般病棟」と「療養病棟」では別々のルール構成（医科点数表の解釈・第 2 部入院料等・入院中の患者の他医療機関への受診について参照）となっているため、精神病棟等においては、保険者により入院レセプトと外来レセプトの照合が行われたうえで、審査申し出された場合は当議題のケースが発生する。
なお、「入院中」の取扱いについて、自院と他院の問題が未だ明確とされていないため、引き続き日医から厚労省に取扱いの徹底を要望するが、次回、診療報酬改定後も未解決であれば、審査委員連絡委員会において山口県としての対応を協議したい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 16 年 10 月 1 日号・社保国保審査委員合同協議会
平成 16 年 6 月 21 日号・郡市医師会保険担当理事協議会

No.2　他院入院中の患者の薬剤情報提供料について

他院入院中の患者に薬剤を処方し、薬剤情報提供料を算定したが査定された。もともと薬剤情報提供料は処方した医師の、薬の名前、使用方法、副作用などの説明に対して算定できるものである。入院中の病院にその診療科がない理由で当院に受診している訳で、入院医療機関の主治医がそれを代行することはできない。確かに診療報酬点数表には「注 1. 入院中の患者以外の患者に対して算定する」とあるが、この「入院中」とは自院入院中のことであり、他院入院中まで含めるのは間違いだと思われる。われわれにとって患者が他院に入院しているか否かによって対応が変わる訳ではないので再考願いたい。　【宇部市】

前（No.1）と同様。

No.3　入院栄養指導料算定について

当該指導料は「入院中 2 回を限度として算定する。ただし、1 週間に 1 回を限度とする。」とある。しかし、1 週間に 1 回の解釈が社保と国保では違っている。社保は 1 週を日曜～土曜とし、週が変われば算定可能との見解を示しているが、国保はあくまでも 1 週間経過後でなければ算定できないとし、何度再審査請求しても「原審どおり」との回答しか返ってこない。全国保険医団体連合会の返事は社保と同じで、極端な例は土曜日と月曜日でも算定可能とのことであった。国保の解釈だけが違うことについて検討願いたい。（国保）　【山口】

診療報酬点数表の記述には「週」、「月」に 1 回とする点数が多数ある。薬剤管理指導料のように「週 1 回算定、間隔は 6 日以上とする。」等、間隔を明記している項目以外はすべて歴週算定とする。

No.4　抗生剤の 2 週間以上の使用について

肺炎の治療で抗生剤を投与する場合、十分有効であるにもかかわらず、治癒まで 2 週間以上を要する場合、コメントを添付していても 2 週間を限度として査定された。有効であっても、2 週間で他の抗生剤に変えないといけないのか。（国保）　【下松】

14 日間を超える投与は個別判断であるが、その場合、詳記が必要。

No.5　外来でのユナシン 1 日 6g 投与について

中等症から重症の肺炎患者に対してユナシン 1 日 4g の投与を保険適応があるにもかかわらず査定された。「1 日 4g の投与をしなければならない患者は入院すべきで、外来での投与は認めていない」との理由だが、厚労省の「可能ならば入院させないで治療をするべき」とする方針と異なるため検討していただきたい。　【防府】

個別判断となる。この事例は再審査請求願いたい。

No.6　「仮性クループ」に対する吸入薬について

「仮性クループ」に対してメプチンやベネトリンの吸入は適応外となっているが、エピネフリン等は認められている。両者に薬理作用の違いはないが、審査委員の見解をうかがいたい。

「仮性クループ」の吸入療法は小児科診療エビデンスがあり、米国小児科学会の「RED　BOOK」にも記載されている。臨床的にもベネトリンの吸入は有効（ステロイド吸入よりも）であるので検討願いたい。　【吉南】

「仮性クループ」は急性喉頭炎による浮腫が原因であるため、β - 刺激剤吸入の算定は適応とならない。

No.7　テタガム注射液の適応記入について

テタガム注射液を 10 年近く使用しているが、突然、テタガム施行の理由確認の返戻があり、現在、適応を記入して請求している。今後も適応記入が必要か伺いたい。　【下関市】

病名に「外傷疾患」があれば注記の必要はないが、「使用上の注意」に留意が必要。
「血液を原料としていることに由来する感染症の伝播等の危険性を完全に排除することはできないことから、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、必要最小限の使用にとどめる」（日本医薬品集）

No.8　MS アンチゲン 40 使用時の生食査定について

MS アンチゲン 40 は凍結乾燥注射剤であり、使用時には生食あるいは注射用水が 2ml 必要となるため、生食 20ml（64 円）を請求したが査定となり、再審査請求するも原審どおりであった。その後、レセプト摘要欄に「管残ハキ」と記載してからは査定となっていないが、このような事例で注記は必要なのか。　【下関市】

やむを得ない請求であり、「管残ハキ」の注記は必要としない。

No.9　静注用ホスミシンの査定について

気管支炎の患者で、いずれの症例も状態、重症度、検査結果等により投与している。査定の根拠及び理由がまったく理解できないためご教示いただきたい。（社保）　【下松】

傾向的使用は査定対象となる。療養担当規則に基づいた適正な使用が必要。

No.10　ブミネートの査定について

（90 歳・女性）　病名：全身浮腫、低アルブミン血症

低酸素血症、脳浮腫後の意識レベルの低下が続いており、DM の加療、中心静脈栄養により、コレステロール 85mg/dl の低値、アルブミン 2.3g/dl で低値、軽度のトランスアミラーゼの増加、コリンエステラーゼ低下等があり、高度の肝機能障害、合成障害、全身栄養状態の不良があった。腎機能､心機能は正常レベルに保たれていた。胸水、高度浮腫の解消のため、利尿剤を使用しつつ、ブミネートを 3 日間使用した。病名もあり、アルブミン値も 2.4　g/dl 以下で使用基準内であるにもかかわらず査定されている。検討をお願いする。（国保）　【防府】

超高齢者の血清アルブミン値は低値を示すことが多く、2.3g/dl だからアルブミン投与の基準にあるとは必ずしもいえない。安易な投与は厳に慎み、単なる栄養補給目的や単なる血漿アルブミン濃度維持目的での使用は認められない。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会
「保険診療の手引き」平成 15 年 2 月改訂・第 9（5）

No.11　術後の酸素吸入査定について

全身麻酔後の病室での術後酸素吸入が査定され、再審査請求するも診療内容、症状、経過から判断して原審どおりとなった。以前は問題なく認められていたがいかがか。（社保）　【下関市】

平成 12 年の診療報酬改定時に「手術当日に、手術に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用は、術前、術後にかかわらず算定できない。」の通知が追加され、それ以降は取扱いが変更された。また、その処置に伴う酸素代も請求できないので留意して請求願いたい。

No.12　MAC-PCR-DNA 検査について

MAC-PCR-DNA 検査は結核が否定された場合にのみ算定できる。また、結核菌 Direat-Tbc などとは同時に算定できない。

結核菌の同定を待たずに非定型抗酸菌症の診断ができれば、その間に費やす検診等の医療費（検査費用等）からみても、不要な検査をすることなく対応できる。他の感染症であれば、同時に既存の検査が認められているので、MAC-PCR-DNA についても、医療費や伝染病に対する対応の問題から、同時に検査を認めていただきたい。【岩国市】

ご指摘のとおり両検査の同時算定は認められていないため、診療報酬算定上はやむを得ないと考えられる。（ご意見はごもっともであり、承りたい。）

No.13　細菌薬剤感受性検査に対する返戻について

細菌検査時に細菌薬剤感受性検査を請求したところ、「同一日の細菌薬剤感受性検査について」理由を記入するようにと返戻があった。

診療報酬点数表では「結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。」と記載があるため、診断が確定した場合にのみ請求している。

したがって、返戻は何の規則に基づいて行われているのか伺いたい。（国保）　【宇部市】

返戻については「実日数 1 日の場合は「再来院なし」等の注記が必要。」（厚労省・質疑応答）の理由からであるが、「初診又は再診に付随する一連の行為の取扱い」（平 16.2.27 保医発）等も考慮し、今後については、原則、返戻はしない。ただし、同定検査の実施日や傾向的算定等の疑問がある事例は返戻する場合もある。

No.14　簡易聴力検査等に対する返戻について

急性中耳炎の病名で簡易聴力検査とティンパ

ノメトリーを行ったところ、「診療理由を記入するように」と返戻があり、理由を記入して再請求したが結局両検査とも査定を受けた。査定理由がはっきりしない。難聴の病名がないので査定の対象になったのか。急性中耳炎の場合には難聴や耳閉感を訴えることがあり、難聴の程度や中耳内の病態の把握に必要と考えて実施している。査定の理由が解らないので以後も急性中耳炎の病名で上記の検査を行って請求しているが、その後は返戻されていない。査定の対象になった理由を伺いたい。（国保）　【宇部市】

検査に対しては、難聴、滲出性中耳炎、鼓膜穿孔の残存及び混合性難聴を生じている急性中耳炎等の病名が必要である。急性中耳炎の小児に対しての簡易聴力検査の必要性については留意願いたい。また、傾向的な場合は返戻、査定もあり得る。

No.15　検査の施行回数について

血液検査、CT 等の検査施行回数について、「過剰である」という査定が多いが、どういう基準で考えればよいか伺いたい。　【宇部市】

病状等により必要な限度とする。医学的な必要性により審査委員会にて判断しているが、回数が多くなる場合はその旨注記願いたい。今後、スタンダードとなる基準の作成を検討していきたい。

No.16　骨塩定量検査の検査日記載について

検査日を書き忘れた場合（初回及び前回検査日）査定されてしまうので、返戻していただきたい。（審査委員によっては返戻もある）　【下関市】

骨粗鬆症の病名があれば査定とせず、原則、返戻とする。

No.17　腫瘍マーカーの査定について

老人で貧血が出現し、肝機能が上昇、T-Bil 値も上昇した患者に、腫瘍マーカー（CA-19-9）を 1 項目（複数施行は査定されることが多いため）だけ施行し請求したが査定された。基金に問い合わせると「腫瘍マーカー前検査として腹部エコーの検査が必要であるため請求は認められない」との回答であった。

当院には腹部エコー専門の検査機器がないため、このような症例は、専門医（大病院等）へ紹介せよということか。また、CEA 等の場合も同じで腹部エコーが必要なのか。確かに何も考えずに次から次へと検査をする医療機関が多いことは承知しているが、症例に合わせた検査が査定されることのないよう審査体制を整えていただきたい。（社保）　【柳井】

腫瘍マーカーの算定には、原則、画像診断又は超音波検査が必要である。画像診断等がない場合は、悪性腫瘍を強く疑った理由等の注記が必要である。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 12 年 9 月 1 日・社保国保審査委員連絡協議会

No.18　鎖骨骨折での画像診断の査定について

（42 歳・男性）病名：左鎖骨骨折（遠位端骨折）

平成 17 年 3 月 3 日より入院中の患者で、鎖骨の X 線撮影が、5 回から 2 回に査定された。骨折の X 線撮影は月 2 回までしか認められないのか。（国保）　【防府】

当事例は受傷後 1 か月を経過し、安定期にあるとの判断である。頻回に X 線撮影が必要な事情があれば注記願いたい。

No.19　再審査通知に対する疑問について

（80 歳・男性）

病名：糖尿病　平成 6 年 12 月 30 日
糖尿病性腎障害　平成 16 年 7 月 27 日

平成 16 年 7 月 27 日よりクレメジン投与開始。国保から平成 17 年 6 月 10 日作成の過誤調整済通知書を 7 月 2 日に受け取る。
（内容・平成 16 年 10 月診療分のクレメジンが A 査定）

以上の状況に対して、次の 3 項目について伺いたい。

①慢性病名は入っていないが、糖尿病病名は 10 年前からあり、クレメジンの適応「慢性腎障害」と考えられる状況ではないか
②なぜ、投与開始 4 か月後のクレメジンが査定

となるのか

③なぜ、平成 16 年 10 月診療分の査定が平成 17 年 7 月に通知されるのか　(国保)【山口市】

①慢性腎不全病名が必要。

②医療機関から再審査請求願いたい。

③レセプトが保険者到着後 6 か月以内に再審査の申し出がされている事例であるため、制度上やむを得ない。

〔関連記事「山口県医師会報」〕

平成 6 年 10 月 21 日・社保国保審査委員合同協議会

No.20　再審査の方法及び通知書について

次の 3 項目についてうかがいたい。

①再審査は、いきなり査定をすることなく、返戻により見直す機会を与えていただきたい（例えば、病名が落ちていることにより、すべてが査定されてしまう）

②通知書には、査定された項目だけではなく、その理由も記載していただきたい

③査定された項目について異議を申し立てたい場合、もっと簡単な方法でその機会を与えていただきたい

【厚狭郡】

①原則、再審査レセプトの返戻はできないこととなっている。

②現在の再審査処理件数と再審査処理システムを勘案した場合、現行の通知方法はやむを得ないと思われる。

③レセプトは個人情報が収載されているため、簡易に取扱うことが難しい制度となっている。従来どおりの手続を取っていただきたい。

〔関連記事「山口県医師会報」〕

平成 6 年 7 月 1 日・郡市医師会保険担当理事協議会

No.21　再審査決定に対する不服の処理について

超音波検査の査定に対して、再審査の申出をしたが「原審どおり」となった。

再審査は一審のみで、再々審査はできないと聞いているが不当な決定に対しての異議申立ての方策はないものか。(国保)　【岩国市】

原則、一審となっているが、特別の理由があれば再々審査も可能である。

No.22　保険者からの再審査請求の容認率について

審査委員会の話を聞くと、山口県は 1 次審査が充実しているので、保険者からの再審査請求は「原審どおり」が多く、容認率は 2 割以下程度ということである。しかし、最近、当院（産婦人科）は国保の保険者からの再審査請求で査定されることが多く（多くの場合、理不尽なもので当院の方からも再審査請求している）、容認率はかなり高いと思われる。そこで社保・国保別、各科別に保険者からの再審査請求の容認率を公表していただきたい。　【宇部市】

社保、国保とも公表する予定はなく、公表の必要性も認められない。

No.23　日帰り入院手術後の外来治療点数について

日帰り入院手術では、手術後の外来治療が高点数となり、その外来レセプトが個別指導あるいは高点数による査定の対象となっている。

したがって、日帰り手術後 2 週間までのレセプトは外来レセプトではなく、入院レセプト扱いとしていただきたい。これにより点数比較するとかなり低いものになると思われる。高点数のみを理由とした指導は行っていないとの意見はあるが、現実的には、前回の個別指導の理由は高点数であった。　【徳山】

現行のルールでは不可能である。しかし、ご意見は機会をみて日医に提言してみたい。

No.25　医療と介護の連携（在宅医療と地域包括ケア）について

地域内で完結するような医療と介護が必要であるが、在宅で介護を受ける人の医療への依存は高いものがあり、医療の供給が定期的、連続的になされることが重要である。現在の医療では、開業医の訪問診療や往診で成り立っているのが現状であり、在宅対応の増加は、今までの診療スタイルで対応できるものではない。今後、施設から在宅

へという流れの中で、要介護度の高い人の在宅介護の需要が高まれば、必然的に医療の関与が必要となり、地域の中に基幹病院や開業医の在宅診療と連携が取れる在宅医療専門の医療機関があればと考える。また、医療が手薄な特養入所にて医療の必要な人に、可能であれば今までの「かかりつけ医」の訪問診療を受けることができるようになることにより、在宅からの連続的な医療介護が行われると思われる。地域包括ケアを推し進めるに当たり、このような仕組みも必要と思う。

要介護認定者の数が年々増加しており、医療機関では主治医の意見書を書いた患者の現在の要介護度やケア内容を把握することが次第に難しくなり、介護との連携を取ることへの障害になっている。連携を取るには、情報の共有は欠かせない。セキュリティの問題はあるものの、保険者が管理をするホストコンピュータが設置され、これに医療機関がアクセスでき、一元化された情報を共有できる仕組みの構築を要望する。　【徳山】

ご意見を承る。

No.26　その他

（情報提供）

今回の協議会にも出題されたが、再審査における「病名もれレセプトの取扱い」については、従来から「病名追記はできない」とされている。しかし、現在、他県では「明らかな病名もれ」については返戻容認の事例もあるため、今後、検討が必要と考えられる。しかし、この問題は 1 次審査後、迅速に診療報酬の支払いが行われている現行の審査支払制度の関係から、慎重な対応が必要とされる。

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

※以上の合意事項については、いずれも平成 17 年 10 月診療分から適用する。