

第5回審査支払機関の在り方に関する検討会

須藤英仁（群馬県国保診療報酬審査委員会会長）

For The Patient

群馬県国保審査委員会では、レセプト審査業務にあたっては“For The Patient”つまり、患者さんのためになるかということを中心に審査にあたっています。このことは、毎月の医科合同会議や各種会合の際にも話題として提供されています。これを踏まえ、日頃の審査業務で感じていること、また、この審査支払機関のあり方に関する検討会で話題になっていることについて私の意見を述べてみたいと思います。

1) 社保・国保の審査基準の統一、ダブルスタンダードについて

群馬県では、5～6年前は国保の審査が厳しく診療側から再審査請求が非常に多かった時代があり、その当時話題となったのが社保・国保の審査基準の統一の問題でした。

現在この点について、2か月に1回程度、社保・国保専任審査委員、国保会長、社保委員長を中心にテーマを決め、審査基準について合同会議を行っています。その際、話題の専門である審査委員の出席を求め、時には審査委員以外の群馬大学医学部等にも専門家の出席を依頼し、医学の進歩に遅れないよう、時代に則した審査基準を示すよう努力しています。

（資料1-1、1-2参照）

これらの資料は、国保審査委員には全て配布し、審査の参考になるようにしています。

審査基準のダブルスタンダードについて、診療というものは、患者の状態・年齢・性・合併症など個々によって全て異なると言っても過言ではありません。全て一律に回数、処方等が決まるとは決して思えません。ダブルスタンダードは、時にはトリプルスタンダードになってしまうこともあり得ます。しかし、療養担当規則にあるように、最大公約数的な治療が求められるのが保険診療であることから、行き過ぎた治療、処方等は慎むべきであり、そして、このダブルスタンダードになってしまうことを理解し、その調整を図ることが審査委員会の仕事と思えます。

ダブルスタンダードは、社保・国保の審査委員会の2委員会があるということが原因ではなく、医療という不確実な審査には当然のつきものであると考えます。

2) 審査基準統一に対する審査委員会への周知徹底について

群馬県では、年に一度、社保・国保の審査委員全員を集め、合同会議を行っています。その際、国保連合会の事務局、支払基金事務局、群馬県国保援護課などの行政事務局、関東厚生局等にも出席していただき、審査の統一についての議論を行っています。

会議では、国保中央会の7.3ルールや、支払基金のホームページに掲載されている審査基準を配布し、双方の審査基準についての情報交換を行っています。これらの審査基準については、社保・国保で意見が全く異なるということはほとんどありません。医学的常識にほとんどが収まる問題と思っております。

3) 診療側に対する審査上の注意、審査基準の周知徹底について

群馬県では、群馬医師会を中心に、年間11か所で保険講習会を行っています。これは、関東厚生局の協力により、集団的個別指導の下に行っており、全ての医療機関の管理者に出席を求めています。事務職員ではなくすべて医師であります。出席率は80~90%以上と非常に高く、年に一度、2時間の講習会ではありますが、保険診療についての理解を深める機会となっています。

(資料2-1~2-6参照)

この資料で分かるように、療養担当規則の解説、保険診療についての考え方、その時々保険診療の話題、また査定されることの多い診療内容等について解説を行っています。

また、厚生局からも、個別指導から監査に至ること、保険医取り消しの事例まで解説していただいています。

この会は、年に一度であります。診療実務者にとっては、保険診療を考える大きな機会になっています。

4) 画面審査について

平成18年6月から画面システム(国保中央会開発)を導入し、効率的な審査への取り組みを開始しましたが、国保中央会がペーパーレス化と審査の効率化を目的として二画面システムを開発したため、平成20年9月から導入し、更なる効率的な審査を実施しております。

二画面システムは、レセプトの特徴を示す情報(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)と審査の着眼点(医薬品の日計表、検査・処置内容等)ごとに一覧表示される画面で構成されているため、審査委員の審査が効率的に行えるようになっております。(国保の二画面システムについては別紙のとおり)

5) 査定率が審査機関の評価となり得るか

これはまさにNOである、と思います。これまで述べてきたように、保険診療のルールについて診療側の理解が深ければ深いほど程、査定率は下がると思

われます。群馬県では、一般保険医に対してのルール徹底、審査側には情報の共有を徹底しています。また、医療費そのものが西高東低の傾向にあり、群馬県の医療費は、全国的にみても低く、査定されるべきものも少ないと考えるべきです。

6) 社保・国保は統一すべきか

私は、事務費については、1件当たりの審査料程度のことしか理解していないので、支払基金と国保連合会が、どの程度の総合的な事務経費が掛っているかについてはコメントできません。しかし、先程から話題になっている審査基準のダブルスタンダードの問題は、逆に、医療ということでは常に存在するところであり、これが患者のためにならないようであれば、早急に解消する努力をすれば良いことです。

これは、審査委員会がたとえ一つになったとしても、審査員個々で審査基準が異なる場合もあり、常に存在し続けている問題です。審査会が一つとなり、一人の絶対権力者によって全てが統一された場合、その審査が陳腐化し、患者の不利益が増大するような審査体制となることの方が恐ろしいと考えます。

7) 厚生労働省への要望

レセプトの電子化の進展に伴い画面審査を導入など、電子レセプトに対応した審査体制の構築を行っているが、症状詳記等に関する補足説明資料は電子化されていないため、紙ベースで提出されています。このため、レセプトが表示されている画面と症状詳記等に関する補足説明資料などをみななければならないので、非常にわずらわしく、効率的な審査ができなくなっています。これが電子化されると、画面上でみれるようになることから効率的な審査になると思われます。また、傷病名については、レセ電の傷病名またはICD（国際疾病分類）に基づき、傷病名及びそのコードを入力するようになれば効率的な審査になると思われますのでよろしくお願いします。

別紙

◎国保の画面審査・事務共助システムの開発経緯（主な項目）

○平成15年11月

全国国保連合会事務局長会議で国保中央会で標準システムを開発表明

○平成16年1月

全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会役員会で基本的な開発方針提示

○平成16年2月

全国国保連合会常勤役員会議で基本的な開発方針提示

○平成16年11月・12月

医科・調剤システム提供開始（試験運用）

○平成17年7月

医科・調剤システム本格運用開始

○平成18年2月

DPCシステム提供開始

○平成19年10月

医科二画面システム提供開始

○平成21年2月

歯科二画面システム提供開始

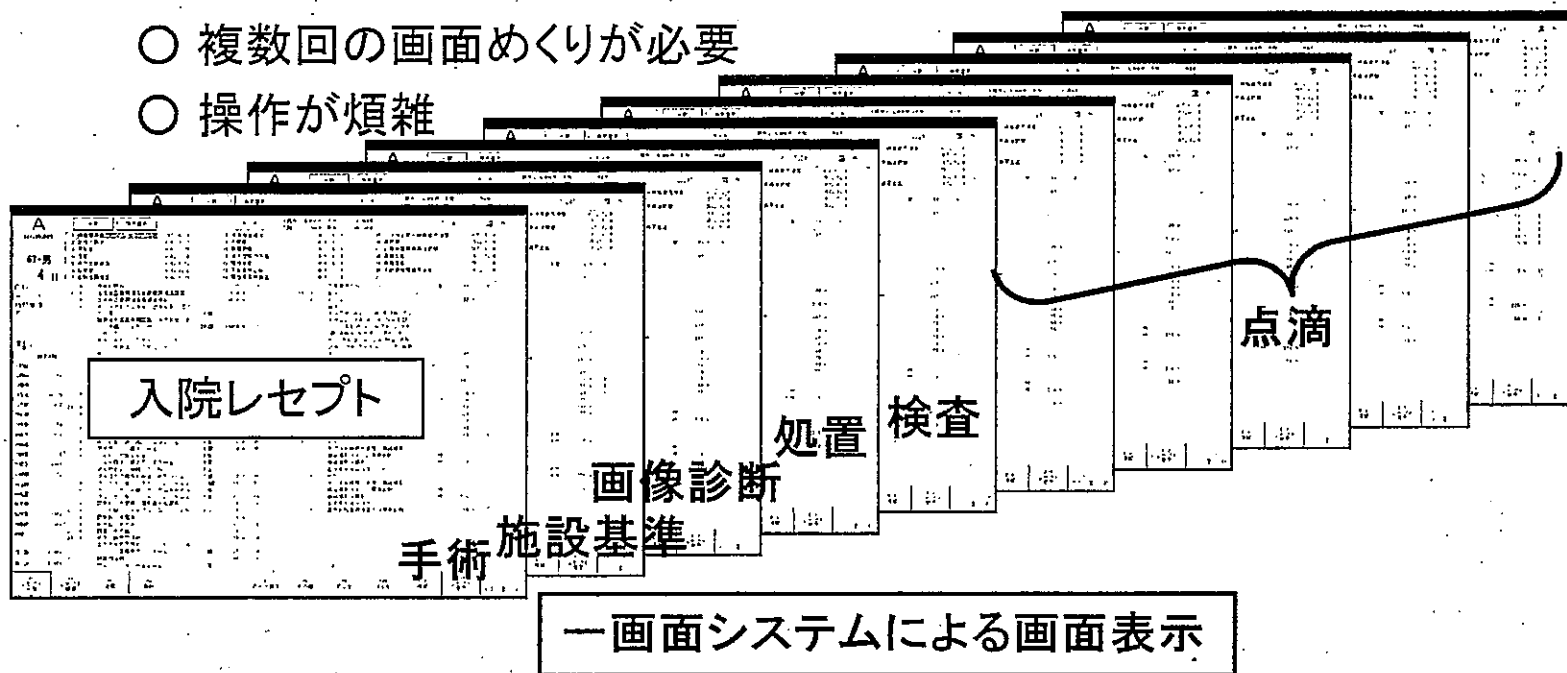
* 審査委員等の意見・要望を参考に随時機能強化

国保の二画面システムの開発

- 必要性：一画面で情報量の多い入院レセプトを表示すると、以下の理由により使い勝手の悪いシステムになり、一瞥しやすくするために紙に打出しての処理が行われる等、ペーパレス化が困難であった。

(例：傷病名と診療行為との関係など)

- 画面を一瞥して、内容の把握ができない
- 複数回の画面めくりが必要
- 操作が煩雑

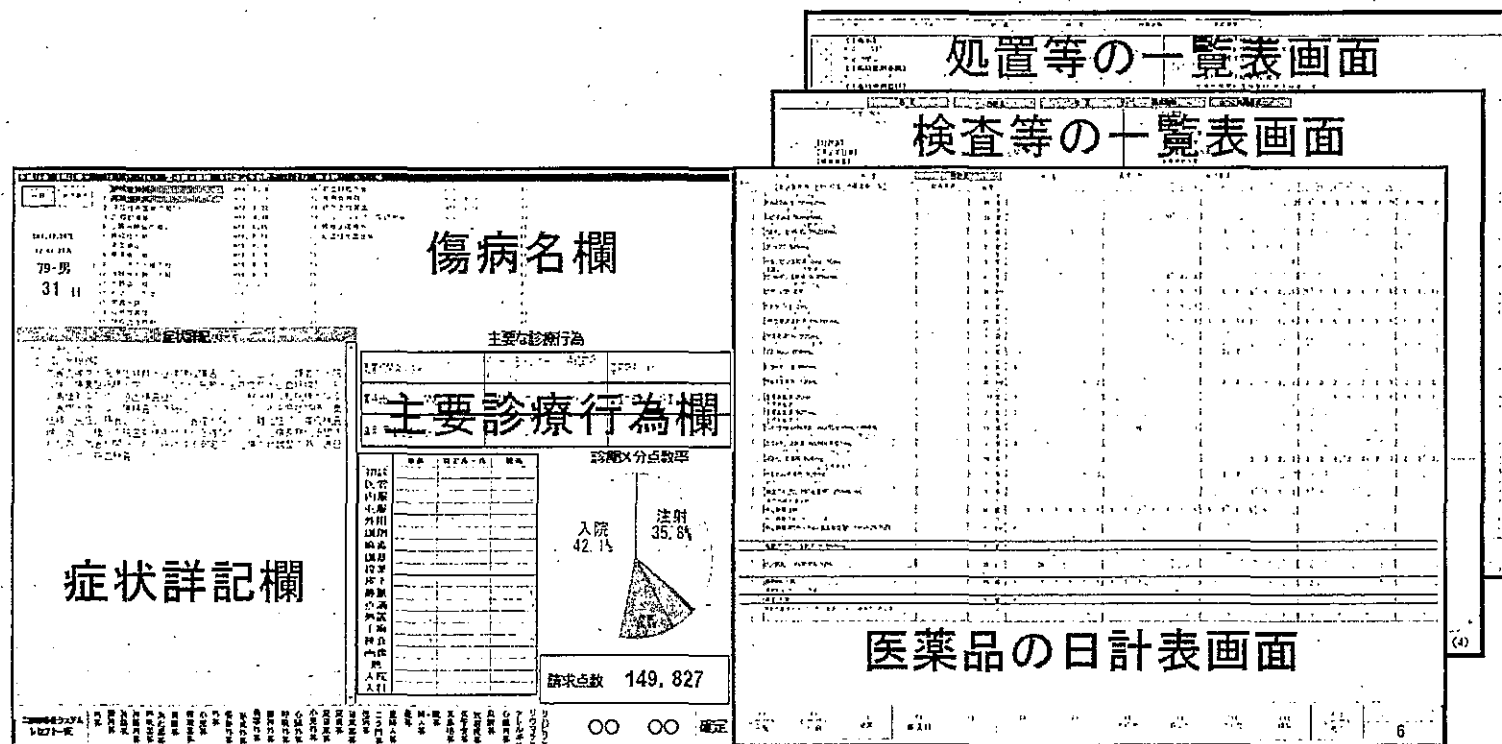


- ペーパレス化と審査の効率化のため、二画面システムの開発へ：
レセプト情報を集約、整理することにより、画面数を少なくしています。

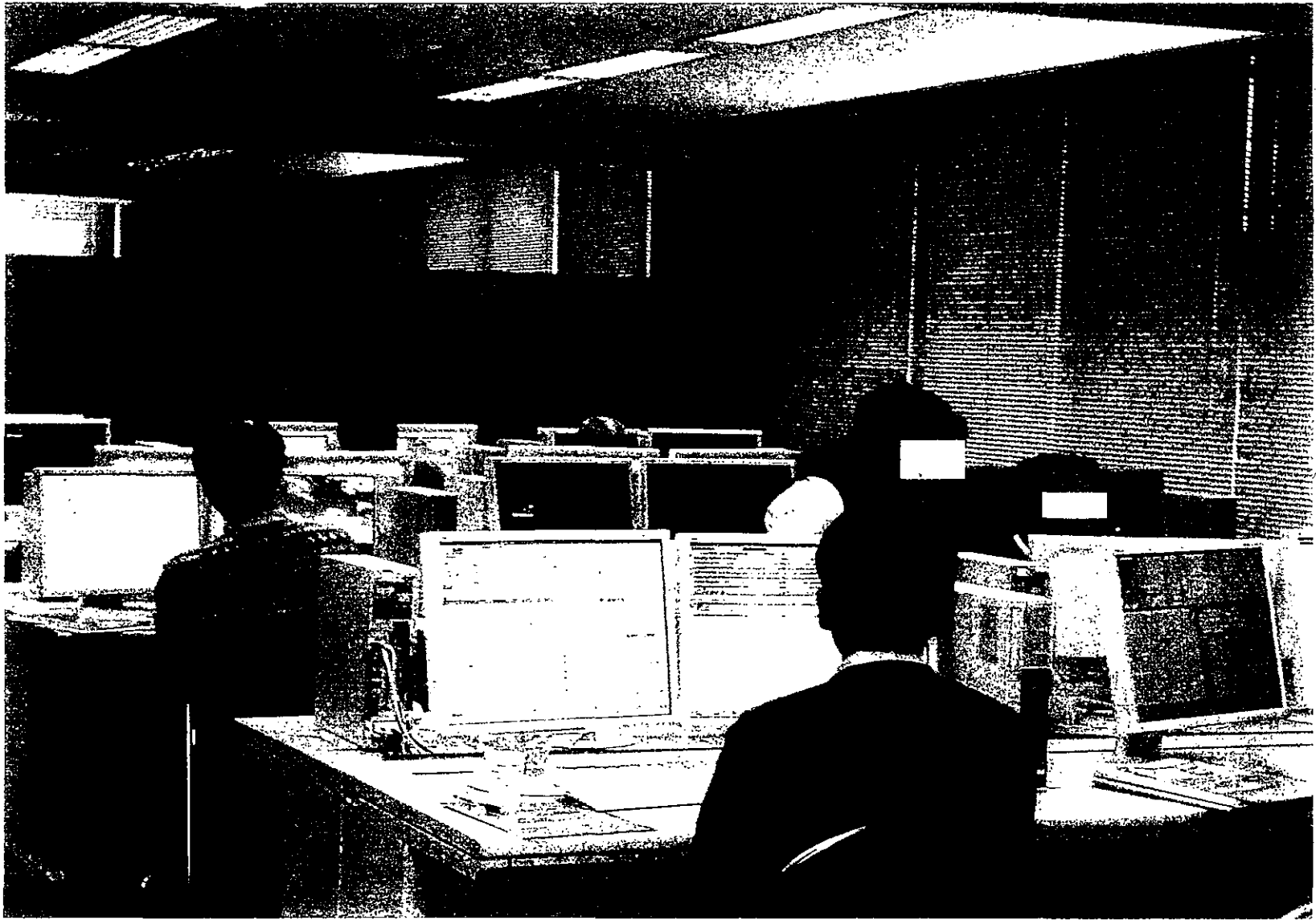
国保の二画面システムの開発

- 左側の画面はレセプトの特徴を示す情報を集約(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)して表示 □ レセプトの概要を早くつかめる
- 右側の画面は投与された医薬品を投与日ごとに集計した日計表や検査・処置など審査の着眼点ごとに一覧表を作成する □
全体として画面数を少なくするとともに、審査効率の向上を図っている
- 二画面で審査を行うため、例えば、傷病名と症状詳記、傷病名と医薬品、症状詳記と医薬品、傷病名と処置等の診療項目などとの審査に必要な相互関係が容易に把握できる □ 職員の審査事務共助や審査委員の審査が効率的にできる

9



7



平成22年1月21日

I 脳外科領囲

平成21年第2回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会

1 協議結果

(1) 脳梗塞における高気圧酸素治療（1日につき）の適応

ア 救急的なものは脳塞栓のみのため、脳血栓の病名や脳血栓のみの適応の薬剤を使用すると、非救急的となり減算（5,000点→200点）だが、脳血栓急性期も救急的として扱うかどうか

高気圧酸素治療の救急的なものに対する疾患は、脳塞栓とされている。また、脳血栓もしくは脳塞栓、脳梗塞の病名で使用できる薬剤があるため、傷病名と使用薬剤に注意し審査することとし、医療機関には正しい傷病名及び薬剤で請求するよう指導することとする。

イ 非救急的の回数制限が無く、入院外来の区別もないが、制限するかどうか（非救急的なDPCではFファイルでしか判定できない）

個々の事例で判断することとし、制限は設けないこととする。

(2) 脳梗塞急性期における注射薬の適応

ア 発症から投薬開始までの時間により使用できる薬剤がきまるが、無視してよいか用法・用量のとおり取り扱うこととする。

イ 脳血栓もしくは脳塞栓、脳梗塞の病名で使用できる薬剤は決まるが、無視してよいか効能・効果のとおり取り扱うこととする。また、適宜増減とされている薬剤（カタクロット、キサノン）については、原則14日～16日まで認めることとする。

ウ ウロキナーゼは6万単位7日間だが、24万単位1日、42万単位1日でもよいか血栓が解けてしまえば短時間で退院する患者もいることもあるが、6万単位7日間とされていることから、最高で42万単位までとし、42万単位（ワンショット）も可とする。

エ 選択的脳血栓・塞栓溶解術に適応のある薬剤はないが、発症から3時間以内ならt-PA、6時間以内ならUK（24万単位もしくは42万単位）を適応としてよいか
次回の協議会（脳神経外科）での協議とする。

オ 脳動脈瘤術後脳梗塞に脳梗塞急性期の注射薬の適応を認めるか
（キサノンには脳血管収縮の適応あり）（DPCではFファイルでしか判定できない）
社保・国保の脳神経外科の審査委員により意見を交わしたが結論は出なかった。

(3) メマイや脳循環障害でのSPECTを認めるか

この傷病名には幅があるが、診療内容より脳疾患以外の、単なるメマイや脳循環障害では認められない。今後、医療機関への指導について検討する。

- (4) AVMの手術で脳動脈瘤クリップを認めるか。認めるならAVM用クリップ無しで何個までか
手術内容により判断する。
- (5) 脳梗塞の病名のみ初診時、ECGを認めるか
初診時においては、診断を確定するため必要と考え認める。
- (6) メマイや脳梗塞でプリンペラン、セルシン、メイロンを認めるか。低分子デキストランLを認めるか。認めるとしたら何日間認めるか
メマイや脳梗塞でプリンペラン、セルシン、メイロンを認める。
また、低分子デキストランLについても認め、投与期間については、原則5日とするが、患者の状態により7日まで認める。
- (7) 脳腫瘍末期でのグリセオール、マンニトールは何日認めるか
特に制限は設けない。
- (8) 転移性脳腫瘍、ガンマナイフによる定位放射線治療は数回行っても一連となっているが照射間隔一定以上（例えば1年）であれば一連とみなさなくてもよいか
点数表の解釈に「数か月間の一連の治療過程に複数回行った場合でも1回のみ」とされているが、原則2～3か月の間があれば認める。
- (9) CT、MRI検査を同時に施行した場合認めるか
CT、MRI検査の同時算定は、1回目は認める。2回目の同時算定は症例による。
- (10) 頸部頸動脈瘤狭窄に対する抗血小板凝固抑制剤の使用を認めるか。病名に脳梗塞が必要か（神経内科では認めていないが）
メマイ等で軽い症状であっても、狭窄率が50%以上の場合も考えられ、頸部頸動脈瘤狭窄に対する抗血小板凝固抑制剤の使用を認める。
- (11) トリプタンの処方量について
片頭痛治療薬であるトリプタンは頓用処方されるが1回の処方量をどのくらいにすべきか
次の協議会（脳神経外科）での協議とする。（原則、内服での投与が望ましい）
- (12) 定位的脳腫瘍生検術
定位脳手術装置を用いた脳腫瘍生検術の保険点数は、片側機能的脳手術として扱ってよいのか
片側機能的脳手術として扱う。
- (13) 海綿状血管腫の手術について
脳内血腫除去術を行った際に、病理で海綿状血管腫を発見された場合、脳腫瘍の手術とするのか（頭蓋内血腫除去術として扱っているところが多いが）
原則、頭蓋内血腫除去術として扱う。ただし、AVMの場合は脳腫瘍の手術を認める。

(14) 脳動静脈奇形に対する塞栓術

新規塞栓物質オニキスが登場して以降、脳動静脈奇形に対する塞栓術は血管内手術でなく単なる塞栓術に格下げされたが、それでよいか（オニキスの使用が認められている施設は全国で3施設のみである。）

塞栓術で算定する。

(15) ラジカットの使用日数について

脳保護材ラジカットの使用は脳血管障害発症後、何日まで認めるか

14日以内まで認める。

(16) ウロキナーゼの使用量について

血栓溶解療法におけるウロキナーゼの使用量はどのくらいを上限とすべきか

上限42万まで認める。

(17) 出血性の脳病変（くも膜下出血、外傷性頭蓋内出血、脳出血、出血性脳梗塞）におけるペルジピン、ミリスロールの使用について

血圧をコントロールする目的で使用されるが、特に「高血圧」病名がなくても認める。

(18) 出血性病名（脳内出血後後遺症等）が残ったままの脳梗塞、狭心症等の患者に抗血小板剤の使用を認めるか

原則、抗血小板剤の使用を認める。（出血性病名の診療開始日に注意）

(19) SPECTとMRIの併施はどこまで認めるか

経過観察及び慢性期には認めない。

(20) 高気圧酸素とラジカットの併用は認めるか

認める

(21) ルーチンの頸動脈エコー（ドップラー加算）は認めるか

病名より何の根拠もなく実施している場合は、ドップラー加算を認めない。

(22) 脳動脈瘤に対するMRI撮影時の造影剤使用加算について

「疑義解釈」通知のとおり、造影剤使用加算は認めない。

なお、本年4月の点数改正時には、認める方向で厚労省に働きかける。

II 呼吸器領囲

平成22年6月21日

平成22年度第2回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会議題

【内科審査】

- 1 病名が肺癌の外来レセプトで、CTを月2回算定していますがいかがでしょうか。

なお、胸部X-Pを2回算定しています。

協議結果 個々の症例により認める。

【基金見解】 診療開始日及び診療実日数等により、個々の事例により判断している。(月の回数制限は設けていない。)

- 2 病名が肺結核、肺非定型抗酸菌の外来レセプトで、胸部X-Pを2回算定していますが必要でしょうか。

協議結果 個々の症例により認める。

【基金見解】 前記1と同様。

- 3 サルコイドーシスのリゾチーム検査が適応外(?) : 申請書類に必要な項目なのに適応がないのはいかがなものでしょうか。(議題から削除)

協議結果 議題から削除

【基金見解】 当該検査は点数表にない検査であり、やむを得ない。

- 4 肺膿瘍に抗菌剤が2週間までいいというのは治療の面からもおかしく、4週間までは使用できるようにしていただきたい。

協議結果 肺膿瘍において長期間の場合は詳記を必要とする。

【基金見解】 診療開始日及び患者の状態等により、個々の事例により判断している。(投与制限は設けていない。)

なお、投与制限がある薬剤(メロペン等)については、注記又は詳記を必要とする。

- 5 結核に対してニューキノロン（特にLVFX）が使えるようにしてほしい。
協議結果 認める。症状詳記が必要。
【基金見解】 薬効上、効能・効果を有する薬剤として認めているが、「耐性又は副作用のため」等の注記又は詳記を必要とする。
- 6 非結核性抗酸菌症（MAC）の治療で、ニューキノロンに頼らざるを得ないときがあります。いつもG5-6で血痰が続いておりRFP+EB+CAMでだめなときはSMやニューキャロンを使用せざるを得ません。よろしくお願いたします。
協議結果 原則認める。症状詳記が必要。
【基金見解】 前記5と同様。
- 7 また血痰の検査で生の痰をPCRで調べた時、陰性の場合、（液体培地で）同じ痰の培養が陽性となった場合は、同定で更にPCRとなってTB/MACのPCRが2回ずつとなってしまいます。決して過剰ではなく、経過のコメントがあればよろしくご理解をお願いいたします。
協議結果 経過のコメントがあれば認める。
【基金見解】 注記により、必要性が判断できれば認める。
- 8 気胸の場合のX線写真は、いつも回数が気になりますが、一般的な回数の基準はあるのでしょうか。
協議結果 認める。（受診の範囲）
【基金見解】 回数（枚数）の制限は設けていない。（療養担当規則に則って請求されたい。）
- 9 ASOの適応について 上気道炎、咽頭炎で可？
協議結果 認める。
【基金見解】 診断確定のため、認めている。（ただし、必要性を考慮されたい。）
- 10 CHA（寒冷凝集）の適応について 気管支炎や肺炎で可？
協議結果 認める。
【基金見解】 前記9と同様。

11 インフルエンザの迅速検査の回数について

2回までは可。コメントがあれば3回まで可？

協議結果 認める。

【基金見解】 原則、1傷病名2回までは認めている。(診療開始日等を勘案し、2以上の傷病名があれば3回以上の算定も認めている。)

12 CTの回数について

肺炎や肺癌は、2回まではOK。コメントがあれば3回目も可？

協議結果 認める。

【基金見解】 前記1と同様。

13 去痰剤の適応病名について

添付文書にこだわらず、効能で可？

協議事項 認める。

【基金見解】 「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」に基づき判断している。(記載した傷病名から判断してその発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。)

14 スピリーバの禁忌について(議題から削除)

単なる前立腺肥大では、使用可。排尿障害がある時のみ不可。

協議結果 議題から削除

【基金見解】 薬事法上、禁忌とされている「排尿障害」と判断される事例は認められない。(傷病名「前立腺肥大」は、慎重投与のため、医師の判断により妥当と認める。)

※ 薬剤の適応において、「前立腺肥大に伴う排尿障害」とされているものが、「前立腺肥大」で認められないとされてしまうことが想定される。

15 点眼薬、点鼻薬、各種軟膏などを院外処方した場合、処方せんに細かく1日何回点滴など記載しないと不備ということで受け付けられないことがあり、「適時使用、医師の指示どおり」などで可能と思いますがいかがでしょうか。基本的には認めているようですが、群馬方式(医師の指示どおり)ではだめなようです。改善を希望します。

協議結果 「適時使用、医師の指示どおり」とする。

【基金見解】 出来る限り、「処方せんの記載上の注意事項」に基づき、取扱うことが適当と思われる。(参考：(7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法のあり方に関する検討会報告書の公表について」(平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号)も参考にされたい。)

16 肺気量分画測定と機能的残気量測定を認めるか？

協議事項 通知どおり

【基金見解】 傷病名等から必要性が判断できれば認める。(ただし、画一的な算定は認められない。)

17 喘息の病名での呼吸機能検査の急性期は認めない？

では、いつの時期ならば認める？(議題から削除)

協議結果 議題から削除

【基金見解】 医師の判断により、実施したものであり認めている。(ただし、画一的な算定は認められない。)

18 咽頭培養で嫌気性培養加算は認める？

協議結果 症例により認める。(咽頭周囲膿瘍は認める。咽頭炎は認めない。)

【基金見解】 傷病名「咽頭周囲膿瘍」、「肺疾患」は必要な検査として認めている。

19 性気管支炎に対する「クラリス」の投与期間について

協議結果 低用量の長期投与は認める。
適宜症例を見ながら判断する。

【基金見解】 200mgの長期投与は認めている。

Ⅲ 糖尿病領圏（今月予定）

平成22年9月8日

平成22年度第3回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会議題

【内科審査】

【糖尿病について】

- 1 脂質異常症（糖尿病、高血圧もあります）で長期間通院されている場合にLDL-C、HDL-C、TG検査とリポ蛋白分画（80点）、脂肪酸分画（450点）の検査の同時算定はいかがでしょうか。
毎月数件あるため、症状詳記をお願いしましたところ「頸動脈エコーにてプラークを認める。心血管ハイリス群と考え脂肪酸分画とリポ蛋白分画の検査を実施した」とのコメントがありました。
- 2 糖尿病の病名のみで「精密眼底」は認められるでしょうか。
- 3 糖尿病の病名のみで「誘発筋電図（MCV測定）」は認められるでしょうか。
- 4 DPP-4と他の糖尿病薬の併用について承認効能以外の組み合わせは可能でしょうか。（ α -GI、Su剤、ビグアナイド剤、グリニド剤）
- 5 DPP-4阻害剤とインスリンの併用は可能でしょうか。
- 6 DM治療薬について、併用剤の制限はありますか。何剤まで併用が可能でしょうか。
- 7 メタクト（アクトス+メトホルミン500mg）にメトホルミン250mgの併用は可能でしょうか。
- 8 グラクティブは50mgからではなく、初めから100mgの処方可能でしょうか。

- 9 ネシーナの（通常25mg）12.5mgからのスタートでも問題ないでしょうか。
- 10 ベイسنをIGT患者に処方する場合に、OGTTは必ず実施しなければいけないでしょうか。病名は耐糖能異常（IGT）でよろしいでしょうか。
- 11 グリコアルブミン又は1.5-AGのどちらかとHbA1cの同時測定は可能でしょうか。
- 12 心不全疑い病名で、BNPを測定した場合、アクトスの投与は控えるべきでしょうか。
- 13 ビクトーザとメトホルミンを始め、他の経口薬、インスリンとの併用について
- 14 ビクトーザを初めて処方する際、用量はどのように記載したら良いでしょうか。例えば、最初は0.3mgから開始するので、細かくそこまで記入する必要があるでしょうか。
- 15 ビクトーザは適応上、対象患者は食事・運動療法中もしくはSUで治療中の患者となっていますが、インスリン治療中の患者をインスリンから切り替えてビクトーザを開始するのは問題ないのでしょうか。
- 16 70歳以上の高齢者にメトホルミンの処方認められるでしょうか。
- 17 ベミル1日2回投与は認められるでしょうか。
- 18 糖尿病性腎症に対するメトホルミンの禁忌投与について腎機能障害の検査値が正常な糖尿病性腎症でも認められないでしょうか。

- 19 ビグアナイドの高齢者への投与をどのレベルまで許容するのでしょうか。
後期高齢者まで可とされるのであれば線引きが明確になっているのでしょうか。
- 20 タケプロンが「低容量アスピリンにおける胃潰瘍、十二指腸潰瘍の再発抑制」効能が承認されていますが、潰瘍の既往歴記載は必要でしょうか。
- 21 エカードHD（プロプレス8mg＋HCTZ6.25mg）にプロプレス4mgの併用は可能でしょうか。
- 22 エカードLD（プロプレス4mg＋HCTZ6.25mg）にユニシアHD（プロプレス8mg＋アムロジピン5mg）の併用は可能でしょうか。
- 23 ロゼレムと他の睡眠導入剤との併用は可能でしょうか。
- 24 脂質検査であるイコサペント酸 アラキドン酸比(EPA/AA)について冠動脈疾患、糖尿病、高脂血症、ASOなど既往のある患者への検査は認められるでしょうか。
- 25 原則として同一月内に2か所以上の医療機関では、在宅自己注射指導管理料は認められず、指導管理料が算定できない医療機関では薬剤料も算定できないとされている。
この場合、たとえば出帳など旅先でインシュリンが終了した場合、同一月内で当該指導管理料を算定できない旅先の医療機関で処方された薬剤料の取扱いはどうなるのか。

保険室だより

先生方へ愛をこめて 保険審査委員連絡帳のページ

1年中で最も過ごしやすい季節となり群馬県医師会会員の先生方もますますご活躍のことと思います。今年度は介護保険の改定はありましたが、医療保険は変わらないため、保険担当としては落ち着いて仕事を進め、先生方のためになる情報の伝達を心がけているところです。今回の社保国保の審査委員による合同会議では最も進歩の著しい放射線科を中心にし、画像診断の第一人者である松本満臣先生にアドバイザーとして出席して頂き、画像診断の審査疑義について行われました。そのいくつかを紹介させていただきます。

- 1) 2008年2月号にて1度掲載しましたCT、MRIのフィルム枚数の件が話題に上りました。つまりレセプトのオンラインに伴い、ある枚数以上をチェックすることはコンピューターではいとも簡単に出来てしまいます。例えば造影剤を用いたCT検査で、フィルム10枚を上限とすれば11枚以上の検査はすべて査定されることとなってしまいます。ほとんどのCTがマルチスライスとなり極めて情報量が多いなかで、一律の査定は極めて疑問が残る、との意見が大勢をしめ、やはり症状により個別の判断が必要である。との結論に達しました。しかしながらすべての症例に何十枚というフィルム枚数が必要なはずはありません。無駄のない検査が求められることは言うまでもありませんのでフィルム枚数についても注意して頂きたいと思えます。
- 2) 頭部の疾患か、頸部の疾患かで迷うとき、同一日に頭部と頸部両方のMRI検査を行ったとき両方の検査の点数がとれるか？という話題がありました。これは同一日には2か所の検査料は請求できませんのでご注意ください。
- 3) 一連の撮影という解釈について、議論されました。よく見られるのはろっ骨骨折などで、胸部XPとろっ骨XPが一連か、否かの問題です。これは撮影条件も異なるので、一連ではなく別々に請求可能との判断となりました。しかしながら撮影条件が同一で病名が1つの場合、例として足関節骨折などで下腿と足関節を撮影したような時は一連と見なされることもありますので注意してください。
- 4) 透視診断について。支私基金のホームページに（平成20年8月25日掲載）膵胆管造影撮影時（以下BRCP）の透視診断は認められない、との内容について議論されました。ERCPの際、造影剤が膵管に入ったか胆管に入ったかでは病巣部位によっては診断価値が無くなってしまいます。また施術後、逆流性胆管炎や膵炎の危険性もあり、透視診断は極めて重要な診断手技であるとの意見が出されました。この件については結論に達せず、関東ブロックなどを通じ日本医師会に意見を具申するとの結論でした。

文責 須藤英仁

先生方へ愛をこめて 保険審査委員連絡長の発言

ゴールデンウィークも明け、初夏らしい天候となってきました。巷では、新型インフルエンザの話題でもちきりですが、この原稿が先生方の目にとまる時は、この騒ぎもおさまってくれることを祈っているところです。

さて今回、保険室からのおしらせは、精神科領囲についてです。社保、国保それぞれの精神科審査委員に出席していただき、13項目についての討議がされました。非常に大きな問題もあり、審査委員会だけの見解では決定できない点多々ありましたが、そのいくつかを紹介したいと思います。

1. 薬剤適宜増減について

抗精神病薬の薬剤量については、常に議論されているところです。適宜増減という表現の中で症状によってどの位まで使用量を認めるかということが大きな問題になっております。定型抗精神病薬については、症状によって2倍量までは仕方がないのではないか、という意見が大半でした。しかし、新薬については、昔に比べ、薬剤の種類も増え、効果の期待できる薬剤も増加していることから、一概に2倍まで認めるかは議論のわかれるところでした。使用される先生方は、個々の疾病の状況に合わせ、慎重な投与をこれからもお願いいたします。

2. デプロメール、ルボックス、パキシル、トレドミン、ジェイゾロフトの適応病名について

これらの薬剤はそれぞれ適応病名に微妙な差がありますが、“不安神経症”についてはいずれも適応病名としては認められておりませんので、注意して下さい。

3. 精神科・領囲の病名について

気分障害、感情障害、児童思春期精神疾患などは、非常に大きなカテゴリーとなってしまうので、保険診療上の病名としては認められないということです。レセプト作成上、はっきりとした病名の記載をお願いいたします。

4. 睡眠薬について

睡眠薬マイスリーについては、統合失調症あるいは躁うつ病に伴う不眠症には効果が期待できないとの記載があることから認められないという意見です。なおうつ病については使用を認めます。

また、睡眠薬について上限がしっかり決まっているものについては、その量までは認めることとなりました(マイスリーは10mgを超えないという記載あり)。2倍までというルールは適応されません。当然多剤併用の症例も多くなると思いますが、4種類以上使用する場合は症状詳記も必要となることもありますので、よろしくお願いいたします。

5. 特定薬剤治療管理については、「てんかん」「そう病」「そううつ病」などの特定病名が必要です。病態像では、認められないことがあります。また、リチウム製剤について“てんかん”は使用禁忌となっていますので注意して下さい。

精神科領囲については、個々の症例によって、治療法、薬剤量などにも大きな差異のあることは十分に理解しております。

今回掲載した点ですべてが解決できるとは考えておりませんが、保険診療上の考え方ということで、ご理解いただきたいと思います。

保険室だより

先生方へ愛をこめて

医療審査委員連名の挨拶

群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会のお知らせ

寒い日が続いております。先生方お変わりありませんでしょうか？平成21年度医療保険講習会でお話ししましたように、11月から支払基金審査委員会と国保審査委員会との間で2か月に1度の割合で審査基準のすり合わせを行っております。一回目は整形外科領域、第2回は脳外科領域について行われました。今後も引き続き定期的開催したいと思います。その会議で感じることは、実際の診療の考え方の多様性、奥深さ、などです。非常にいろいろな考え方があり、どうしても“個々の症例により判断する。”という玉虫色の裁定になりがちです。しかしながらこの結論が医師の裁量権を認めることになるのだとも思います。先生方へお願いですが、どうもこの症例は厳しい状態で使用薬剤の量も多い、検査の回数も多い、などという症例はぜひレセプトに症状詳記をお願いしたいと思います。

整形外科領域で話題となったのは抗関節リウマチ薬の副作用に対する検査でした。リウマトレックスは骨髄抑制や間質性肺炎などの副作用が知られています。またレミケード、など生物学的製剤は敗血症をはじめとする感染症についての十分な注意が必要です。これらの副作用に対する検査はもちろん実施されなければなりませんし認める方向でありますが、院外処方などの場合など、何の薬が使われているかレセプト上では不明のこともあります。審査員はこの検査が何のための検査か解らないこともあるのです。是非薬剤副作用のための検査、間質性肺炎疑いなどの病名コメントを入れていただければと思います。

次に脳外科領域について報告します。脳外科領域では脳梗塞と脳塞栓、脳血栓の臨床的差異について診断可能かという極めてプリミティブな問題が議論されました。内科的には30～40パーセントの診断的誤りがあり、結論的には病理解剖に伏さなければ不明であるなどの意見も出されました。しかしながら使用する薬剤については細かく規定されていることも事実です。薬剤の適応、使用時期などについては今回改めて掲載しますので参考にしていただきたいと思います。

今回は内科系、とくに消化器系、肝胆膵、などについて開催したいと思っております。先生方から多くのご意見が寄せられますようお願いいたします。

文責 須藤英仁

保険室だより

先生方へ愛を込めて 保険審査委員連絡帳のページ

保険室から愛を込めて

先生方にはしばらくご無沙汰しておりました。当初の計画どおり年に5、6回のペースで支払基金と国保連合会との審査基準のすり合わせを行っているところです。また国では支払基金と国保という審査機関が2つ存在する理由があるのかという議論も始まっているようですがなかなか結論は難しいようです。今回は消化器を中心とした問題についてお知らせいたします。

- 1) パリエット20mgの再発、再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法への使用について。

基本的には1日1回10mgです。しかし病状により20mgを8週間まで使用可能となっております。つまり20mgはあくまでも病状が悪化した場合など、期間を区切って使用した例にかぎられます。ただらと使用すると査定の原因となりますので注意してください。

- 2) 急性胃炎にたいしてガスターは20mg使用となっているが適宜増減という記載もあり40mgまで使用可能か？

通常はやはり20mgと思われます。しかし40mgという投与量は症状によっては仕方がないとも思われます。ただし急性憎悪という期間はおそらく2週間程度と思われまので40mgを使用する期間についてもおのずから限定されるとおもわれます。

- 3) インターフェロン治療中のHCV核酸定量測定について

インターフェロン治療中は基本的には毎月測定可能、また治療終了後も6か月は測定が必要との見解でした。

- 4) 内視鏡検査のためのHBs抗原、HCV抗体測定は病名なしでも認めるか？HBC抗体については？

HBs抗原HCV抗体についてはもちろん認められます。しかしHBC抗体については意見のわかれるところでした。最近支払基金ではHBC抗体の測定は認めないという通達が出されましたのでご注意ください。HBC抗体を測定している医療機関はごく限られておりますが注意してください。

- 5) リーバクト、ラクチュロース内服薬などは肝硬変の病名だけで投与可能か？

低たんぱく血症や高アンモニア血症を思わせる病名があれば投与可能、という意見がありますが、不確実となりますのでぜひ低アルブミン血症、や肝性脳症などの病名を入れるようにお願いします。

文責 須藤英仁

平成21年度 第11回 医療保険指導講習会

(高崎市医師会・群馬郡医師会 対象)

日 時 平成21年12月9日(水) 19時

場 所 高崎ビューホテル

次 第

司 会 高崎市医師会副会長 有 賀 長 規

1. 開 会

2. 挨拶

高崎市医師会長

群馬県医師会長

関東信越厚生局群馬事務所長

釜 菫 敏

船 谷 嘉 武

秋 山 明

3. 研 修

(1) 療養担当規則、請求に関する留意事項について

群馬県医師会 理事

長 坂 資 夫

(2) 医療保険制度と保険医としての心構えについて

群馬県医師会 理事

須 藤 英 仁

(3) 保険医療機関及び保険医に関する申請・届出について

関東信越厚生局群馬事務所指導課長

齊 藤 一 弘

(4) 保険診療の理解のために

関東信越厚生局群馬事務所保険指導医

青 山 正 道

4. 閉会の辞

群馬郡医師会長

永 井 伊 津 夫