

月刊基金

2

February 2021



特別寄稿

医療の現場と保険診療

脳血管内治療の実態と保険診療上の問題点

医療法人泰庸会 新潟脳外科病院 院長補佐 兼 教育センター長 竹内 茂和

特集 ▶▶▶▶

社会保障・税番号制度の概要と 医療保険者等向け中間サーバー等の運用

おたずねに答えて-Q&A-

よくわかるASPチェック 連載1回 受付・事務点検ASPとは

支払基金ホームページをご活用ください

支払基金ホームページでは、みなさまのお役に立つ情報を掲載しています。ぜひご活用ください。

<https://www.ssk.or.jp/>

支払基金

検索



1

利用される方が「知りたいこと」を内容から探す入口です。

2

利用される方に合わせて、各種ページをピックアップしていきます。

3

「お知らせ」と「プレスリリース」を切り替えて表示させることができます。

4

利用が多いコンテンツへのショートカットを配置しています。

社会保険診療報酬支払基金
Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

音声読み上げ・文字拡大 → 本部・支部所在地 → サイトマップ

検索

組織概要 事業内容 診療報酬の審査 診療報酬の請求支払 統計情報

国民の皆様に関わる大切な仕事をしています
診療報酬の「適正な審査」「迅速な支払」を通じ医療保険制度を支えています
詳細を見る

医療機関・薬局の方 保険者の方 地方公共団体の方 一般の方

重要なお知らせ
【オンライン請求の期限延長】オンライン請求システムにおいて一部の保険医療機関等のレセプトが送信できない事象に係る対応について

お知らせ > プレスリリース >

新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ（令和3年1月5日更新）
オンライン資格確認導入に関する医療機関等向けポータルサイトを開設しました
コンピュータチェックに関する公開を更新しました（令和2年10月27日掲載）
コンピュータチェックに関する試行的公開を更新しました（令和2年12月22日掲載）
コンピュータチェック公開に対するアンケートを実施しています
番」の記録方法に係るお知らせを掲載しました（令和2年
の電子レセプトを対象とする資格確認結果の通知方法等

支払基金
ってどんなところ？
支払基金についてわかりやすくご説明します

用語集 採用案内 フォーラムのご案内

オンライン請求 本部・支部情報 様式集 レセプト請求計算事例
レセプト電算処理システム 電子点数表・基本マスター 広報誌・メルマガ カレンダー

社会保険診療報酬支払基金 基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様にご信頼される専門機関として、診療報酬の「適正な審査」と「迅速な支払」を通じ、国民の皆様にとって大切な医療保険制度を支えます。

今月の表紙



浅野川大橋（石川県）

金沢市の中心部を流れる浅野川に美しい3連アーチを描いて架かる浅野川大橋。加賀藩初代藩主前田利家によって架けられたのが始まりとされています。

現在の橋は1922年に建造されたもので、長さ55mのコンクリート製。大正ロマンを感じさせる姿で人気の撮影スポットとなっています。2000年に国の登録有形文化財に指定されました。

CONTENTS

2

特別寄稿 医療の現場と保険診療

脳血管内治療の実態と 保険診療上の問題点

医療法人泰庸会 新潟脳外科病院 院長補佐 兼 教育センター長 竹内 茂和

6

特集

社会保障・税番号制度の概要と 医療保険者等向け中間サーバー等の運用

9

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 連載139回

感染性胃腸炎

大分県立病院 院長 井上 敏郎

10

審査委員長に伺いました。

支払基金職員のスキルアップを推進 国民皆保険の堅持を支える

佐賀県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 二宮 冬彦

12

保険請求の基礎知識

15

よくわかるASPチェック 連載1回

受付・事務点検ASPとは

18

公費負担医療制度のしくみ 連載2回

感染症の入院医療

20

おたずねに答えて-Q&A-

22

医療保険等の動き マンスリーノート

24

【電子レセプト】記載事項等において 誤りの多い事例について（お知らせ）

25

インフォメーション

脳血管内治療の実態と 保険診療上の問題点

竹内 茂和 医療法人泰庸会 新潟脳外科病院 院長補佐 兼 教育センター長



I 脳血管疾患の 外科的治療法

脳血管疾患に対する外科的治療のうち、脳血管（主に動脈）に対する手術には、皮膚を切開して血管外から病変部にアプローチする手術と、皮膚を切開しないでカテーテルを用いて血管内から病変部にアプローチする手術があり、後者が脳血管内治療といわれるものです。

II 血管外からのアプローチ 1チの代表的な手術

1 脳動脈瘤頸部クリッピング（K17）

脳動脈瘤は破裂するとくも膜下出血を生じますが、ほとんどは膨らんだ瘤の先端部分が破裂します。脳動脈瘤頸部クリッピング術は動脈瘤頸部を外側からクリップで挟んで、破裂した（もしくは破裂する可能性のある）先端部分への血流を遮断する手術です。

2 頭蓋外—内動脈吻合術（K610） 動脈形成術、吻合術 1 頭蓋内動脈

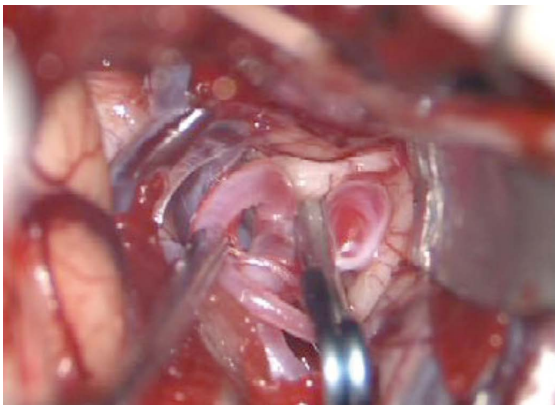
頸部や頭蓋内の脳動脈が高度に狭窄または閉塞してその先の脳血流が減少する

と、脳梗塞や一過性脳虚血発作を生じることがあります。狭窄・閉塞部分を再開通させることができない場合に、遠位部の脳動脈と頭蓋外動脈を吻合して、頭蓋外動脈からの血流で脳血流を増加させる手術です。動脈硬化症による内頸・中大脳動脈の狭窄・閉塞、もやもや病などが対象となります。

3 頸部内頸動脈血栓内膜摘出術（K609） 動脈血栓内膜摘出術 2 内頸動脈

総頸動脈が内頸動脈と外頸動脈に分岐する部位の内頸動脈起始部に壁肥厚が生じることが多く、狭窄を来します。頸部

脳動脈瘤頸部クリッピング術



で皮膚切開して内頸動脈を露出し、動脈を切開して肥厚内膜や血栓を切除する手術です。

III 血管内からのアプローチ 1チII 脳血管内治療

カテーテルによって血管内腔から病巣部まで到達し、治療を行うのが脳血管内治療です。通常は大脳動脈穿刺によって留置したシース内にカテーテルを進め、遠隔操作によって手術を行います。頭蓋内動脈における手術では、親カテーテルの内腔にマイクロカテーテルを進めて病巣部へ到達させ手術を行います。手技、医療材料の進歩により、近年は飛躍的に治療成績が向上し、メスを使用する手術から血管内治療へ移行しつつある疾患もあります。1982年に日本脳神経血管内治療学会が発足し、2020年には第36回学会総会が開催されました。

医科点数表の解釈における脳血管内手術（K178）とは「脳動脈瘤、脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。」と記載されていますが、他の疾患にもカテーテルを使用して

血管の内腔からアプローチして治療する方法があり、これらを含めて脳血管内治療といえます。

保険診療上の開頭手術との大きな違いは、脳血管内治療には試験開頭術（K148）と同様な手技料の設定がないことです。開頭術で脳動脈瘤頸部クリッピング術を予定して開頭したが、何らかの理由でクリッピング術ができなかった場合には、手技料を試験開頭術として請求し、使用した医療材料の請求をすることができます。しかしながら、脳血管内治療では途中まで行った手技に対する適切な請求項目がありません。

以下に代表的な疾患や治療法を取り上げ、治療が困難な事例について解説します。

1 脳血管内手術（K178）

(1) 脳動脈瘤の治療

脳動脈瘤頸部クリッピング（K177）が脳動脈瘤頸部を外側から遮断するのに対し、脳動脈瘤内にコイルと呼ばれるプラチナ製の細い針金を充填させることで脳動脈瘤内に血流が行かないようにして破裂を防ぐ治療です。局所麻酔下でも行えますが、全身麻酔下で行うことが

多いようです。頭を開けないので、開頭術より安全と思われがちですが、術中破裂や脳梗塞の危険性は存在し、決して常

コイル塞栓術後



コイル塞栓術前



に開頭術より安全という訳ではありません。脳動脈瘤の部位・大きさ・形状によっては開頭・脳動脈瘤頸部クリッピング術の方が良い場合があります。

脳動脈瘤近傍に置いた親カテーテル内にマイクロカテーテルを進め、脳動脈瘤内に留置したマイクロカテーテルを通して離脱型コイルを充填します。十分な充填をしないと、破裂予防効果がなため、脳動脈瘤の大きさによりコイルは数本〜十数本必要なことがあります。

マイクロカテーテルを目的の部位に進める前段階として、親カテーテルを脳動脈瘤手前まで進める必要がありますが、途中の動脈が屈曲・蛇行している場合には、特殊なカテーテルに変更したり、親カテーテルより細径の中間カテーテルを用いて2〜3重構造として目的の部位まで進めたりすることもあります。親カテーテルの先端位置が適切でないと、マイクロカテーテルの支えとしての機能が弱くなり、コイルを適切な位置に充

填できないことがあります。また、マイクロカテーテルを脳動脈瘤内に留置するために、先端を曲げて使用することや、形状の異なるマイクロガイドワイヤーを数種類必要とすることもあります。

マイクロカテーテルが瘤内に安定して留まらない時や、後述するバルーンやステントを用いてもコイルを脳動脈瘤内に収めることができなかったり、動脈瘤近傍の分枝動脈狭窄を来したりなどのさまざまな理由で、コイル留置を断念し回収することがあります。

脳動脈瘤頸部が比較的大きい場合（ワイドネック）には、コイル充填中にコイルの一部が脳動脈瘤から親動脈側に出てきてしまうことがあります。これを防ぐために、親動脈内に留置したバルーンカテーテルでコイルの逸脱を抑えたり、ステント（金網状の筒）を脳動脈瘤頸部の親動脈に留置することがあります。ステント使用対象は未破裂脳動脈瘤に限定され、原則1本の使用となりますが、症例によっては2本以上必要な場合があります。ステントを破裂嚢状脳動脈瘤や破裂解離性脳動脈瘤で使用したい時が少なくありませんが、破裂急性期では対象外患

者となります。ステントは添付文書中の使用目的として「コイル塞栓術時のコイル塊の親動脈への突出、逸脱を防ぐために使用される」と記載されており、コイル塞栓術を行う際の補助的な位置づけです。

ワイドネック型の内頸動脈瘤に対しては網目の細かなフロードバイターというステントを留置するだけの治療法があります。フロードバイターステントは施設・術者限定となっており、「複数留置すると、虚血性合併症のリスクが増加するおそれがある」ことから、原則、1回の手術で1個を限度とされていますが、医学的な必要性から2個以上使用する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。

(2) 脳動静脈奇形の治療

脳動静脈奇形とは毛細血管ではない異常血管により動脈と静脈が短絡している血管奇形で、破裂すると脳出血やくも膜下出血を生じます。治療法は開頭・摘出術、カテーテル使用による塞栓術、定位放射線治療の3つがあり、各々の単独もしくは組み合わせで治療されます。前述のとおり、脳血管内手術は「脳動脈瘤、

脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して」

となっていますので、脳動静脈奇形も脳血管内手術の対象です。脳動静脈奇形に対する液体塞栓物質として10年前から導入されたのがONYX（オニキス）液体塞栓システムLD（中心循環系血管内塞栓促進用補綴材）で、瞬時には固まらないためシアノアクリレート系薬剤（n-butyl-2-cyanoacrylate：NBCA）より扱いやすいのですが、「外科手術以外では治療困難な脳動静脈奇形の外科的摘出術に際し、術前塞栓術が必要な場合にその塞栓物質として使用する。また、経静脈的塞栓術等では十分に治療目的を達成することが困難な硬膜動静脈瘻に対する塞栓物質として血管塞栓術にて使用する。」という使用目的に限定されています。オニキスのみを使用した場合には脳血管内手術（K178）ではなく、血管塞栓術（K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）3 その他のもの）で請求することとなります。

脳動静脈奇形の塞栓術では、流入動脈にマイクロカテーテルを挿入しても、その動脈が奇形以外に正常脳へ血液を送っている場合には塞栓術ができません。奇

形のみに血液を送っていると思われる部位までマイクロカテーテルを進めても、麻酔薬注入により神経症状を呈する場合には塞栓術は行えません。麻酔薬注入テストのためには、塞栓術を局所麻酔下で行う必要があります。

2 経皮的脳血栓回収術（K178・4）

脳梗塞急性期治療として組織プラスミノゲン活性化因子（t-PA：アルテプラゼ）の静注療法は一般に知られた療法ですが、内頸・中大脳・椎骨・脳底動脈などの大きな動脈の再開通は困難であることが分かっており、近年では血栓をカテーテルで直接回収する治療が積極的に行われます。対象疾患は心房細動という不整脈のある患者さんの左心房内に生じた血栓が遊離して脳動脈を閉塞してしまいう心性脳塞栓症が大部分です。以前は開頭・脳動脈切開により血栓を除去する手術（K164・3 脳血管塞栓（血栓）摘出術）が行われたことがありますが、時間を要することもあって限られた施設での治療でした。経皮的脳血栓回収術は局所麻酔下で行い、血栓回収直後から症状が劇的に改善することもまれではありません。症状回復の可能性は発症から動脈

再開通までの時間が短いほど良好で、時間との戦いです。そのためには患者さんが一刻も早く病院へ来ることと、短時間で血栓回収できる院内での体制を整えることが重要です。

現在使用される血栓回収用カテーテルは、血栓をステントに絡めて回収するステント型と、血栓を吸引する吸引型とに大別されます。1種類のカテーテルで血栓が十分に回収できない場合もあり、2-3種類を使用することも少なくありません。また、ステント型と吸引型カテーテルを併用して血栓回収を行うこともあります。

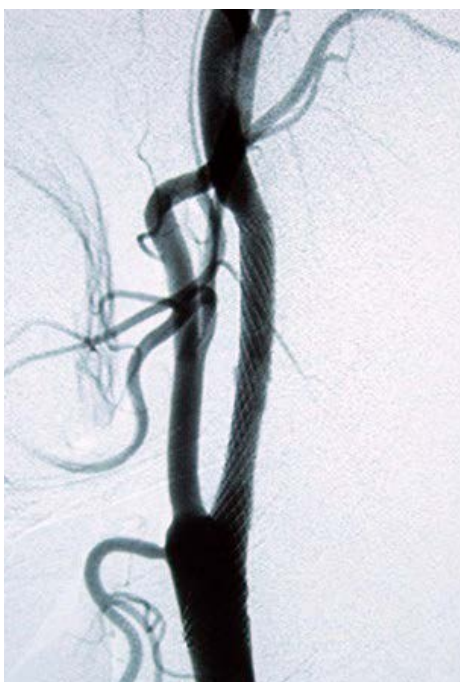
この治療の対象患者さんは高齢者も多く、全身動脈に強い動脈硬化を伴っていることが珍しくありません。血栓回収用カテーテルを血栓部位まで到達させるために、太い親カテーテルを内頸動脈や椎骨動脈に留置しなければならず、この段階で強い動脈硬化のために手技を完遂できないことがあります。また、血栓部分まで回収用カテーテルを到達できたとしても、硬いなどの理由で血栓を回収できないこともあります。

3 経皮的頸動脈ステント留置術（K6

頸動脈ステント留置術前



頸動脈ステント留置術後



09・2

頸部内頸動脈狭窄症の外科的治療法には、II3の頸部内頸動脈血栓内膜摘出術（K609 動脈血栓内膜摘出術 2 内頸動脈）がありますが、近年では狭窄部にステントを留置して動脈内腔を拡張させ

る経皮的頸動脈ステント留置術（K609・2）が多く行われています。局所麻酔下でも全身麻酔下でも行われます。総頸動脈が内頸動脈と外頸動脈に分岐する部位の内頸動脈起始部に壁肥厚が生じます。

狭窄部にステ

ントを留置して拡張させる際に、手術合併症としての脳梗塞が生じないようにするためには、狭窄部の肥厚内膜の一部や血栓などが遠位の脳動脈へ移動しないような防止策が必須で、内頸動脈の順行性血流を止めるか、遠位部で塞栓子を捉える網目状のフィルターが必要で、内頸動脈順行性血流停

止の方法として、総頸動脈のバルーンガイディングカテーテルと外頸動脈のバルーンカテーテルで両動脈を遮断することが行われます。これにより内頸動脈順行性血流は停止しますので、長時間停止できる場合には、そのままステント留置が可能です。この場合には内頸動脈中枢側からの逆行性血流が存在しますので、総頸動脈のカテーテルからフィルターを通した血液を大腿静脈へ還流させる回路を作成することもあります。短時間で内頸動脈血流の再開が必要な例では、血流を止めない網目状のフィルターワイヤーを狭窄部の遠位部に留置する方法がありますが、このフィルターワイヤーの狭窄部通過時には、総頸・外頸動脈をバルーンカテーテルで一時的に遮断し、内頸動脈順行性血流を停止させる場合があります。ステント留置に際しては、留置前に血管拡張用バルーンカテーテルで狭窄部を拡張させ（前拡張）、ステント留置後にも前拡張時より大きなバルーンカテーテルで拡張を行います（後拡張）。また、ステント留置前・後には血管内超音波エコーで内腔の状況を見る場合もあります。高度狭窄で一次的にステント留置をす

ると脳血流が増えすぎる危険性が予測される場合には、最初にバルーンカテーテルによる血管拡張術のみを行い、後日ステント留置をする二段階治療を行うこともあります。

IV おわりに

脳血管内治療の実態を知っていたことで、困難さや決して型通りにいかない場合があることをご理解いただけたのではないのでしょうか。脳血管内治療では開頭術と比較して、同じ疾患であっても医療機関ごと・症例ごとに手技や使用する医療材料が異なることが少なくなく、審査上の難点といえます。また、医療材料の進歩は目覚ましく、次々に新製品が登場してきますので、審査する側も進歩に遅れないようにしていく必要があります。脳血管内治療は今後益々発展していくと考えられますが、診療報酬体系も現実に即したものと変革していくことが重要であると思われる。

※写真提供…日本大学医学部附属板橋病院脳神経外科

社会保障・税番号制度の概要と医療保険者等向け中間サーバー等の運用



社会保障・税番号制度の目的

平成25年5月31日「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）」が公布され、平成28年1月1日から社会保障・税番号制度（以下「マイナンバー制度」という。）が導入されました。

マイナンバー制度の目的は主に次の3つです。①国民の利便性の向上（従来の行政手続きで必要だった添付書類などの削減及び様々な行政機関サービスのお知

らせの受取りなど）、②行政の効率化（行政機関などで、さまざまな情報の照合、転記等に要する時間や労力の削減及び業務間の連携が進むことによる無駄の削減など）、③公平・公正な社会の実現（税や社会保障の負担を不当に免れることや不正受給の防止、さらに本当に困っている方へのきめ細やかな支援など）に向けて、社会保障、税、災害対策の分野で効率的に情報を管理し、個人番号（以下「マイナンバー」という。）を活用して複数の機関が保有する個人の情報が同一人の情報であることを確認しています。

医療保険者等向け中間サーバー等の概要

マイナンバー制度によりマイナンバーを利用して、地方公共団体等の外部機関が保有している各分野の情報を、国が運営する情報提供ネットワークシステムを介して収集・提供することが可能となりました。

医療保険者等向け中間サーバー等（以下「中間サーバー」という。）では、医療保険分野である加入者の資格情報、給付情報等を保有しており、マイナンバーを利用して、外部機関からの情報照会に対し情報の提供を行います。

また、医療保険者では、情報提供ネット

トワークシステムを介して外部機関への住民票情報や税情報等の照会を行うことができます。

なお、医療保険者における中間サーバーの具体的利用として、検認（被扶養者資格確認）があります。従前、医療保険者の加入者である被保険者（本人）は、事業主を経由し医療保険者に対し、検認に必要な被扶養者（家族）の所得証明証、住民票等を紙媒体で提出していたところですが、これらの情報を医療保険者のPC端末から各自自治体へ照会し、データとして取得できるようになりました。

※情報連携の対象となる個人情報（本人として保有・管理し、情報提供ネットワークシステムを介して医療保険者情報の授受の仲介をする役割を担うものとして、平成29年7月試行運用、同年11月本格運用を開始しました。）

中間サーバーの運用体制

医療分野における情報連携の一元化・効率化、資格情報等の管理・提供、医療保険者の業務負担の軽減を図るため、情報の収集・整理、情報の利用・提供に関する事務について医療保険者から委託を受け、支払基金と国民健康保険中央会が医療保険情報提供等実施機関（以下「実施機関」という。）を設置し、共同運用しています。

1 中間サーバーの運用

医療保険者において、マイナンバー制度における情報提供ネットワークシステムを介して情報連携が円滑に実施されるよう、実施機関では安定的かつ効率的な運用を行っています。

万が一、システム障害が発生した場合には関係機関への報告や状況説明が迅速に行えるよう、運用保守事業者との連携訓練を定期的に実施しています。

また、利用者からの要望等に対応することで利便性の向上に努めています。

2 セキュリティ対策

中間サーバーは個人情報情報を保有しているため、「住民基本台帳法」、「社会保険診療報酬支払基金法」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律」、「社会保険診療報酬支払基金情報セキュリティポリシー」に基づき、個人情報の漏えい、改ざん等の防止の徹底を図ると共に運用保守事業者の安全管理措置について適正に管理し業務の安全性の確保に努めています。

●マイナンバー制度の概要

個人番号（マイナンバー）	個人情報保護
市区町村長は、住民票コードを変換して得られる個人番号（12桁）を指定し、本人に通知	- 法定される場合を除き、特定個人情報の収集・保管を禁止 - 国民は、マイナポータルで、情報連携記録を確認 - 個人番号の取扱いを監視・監督する個人情報保護委員会を設置 - 特定個人情報ファイル保有前の特定個人情報保護評価を義務付け
個人番号カード	情報連携
- 市区町村長は、申請により、顔写真付きの個人番号カードを交付 - 個人番号カードは、本人確認や番号確認のために利用	複数の機関間において、それぞれの機関ごとに個人番号やそれ以外の番号を付して管理している同一人の情報を紐付けし、相互に活用する仕組み
法人番号	
- 国税庁長官は、法人等に、法人番号（13桁）を指定し、通知 - 法人番号は原則公開され、民間での自由な利用が可能	

個人番号（マイナンバー）の利用分野		
社会保障分野	年金分野	・年金の資格取得・確認、給付を受ける際に利用
	労働分野	・雇用保険等の資格取得・確認、給付を受ける際に利用 ・ハローワーク等の事務等に利用
	福祉・医療・その他分野	・医療保険等の保険料徴収等の医療保険者における手続に利用 ・生活保護の実施等に利用 ・福祉分野の給付を受ける際に利用 ・低所得者対策の事務等に利用 ・特定健診、保健指導に関する事務に利用 ・予防接種に関する事務に利用
	税分野	・国民が税務当局に提出する確定申告書、届出書、調書等に記載 ・当局の内部事務等に利用 ・預金口座に付番し、税分野で利用
	災害対策分野	・被災者生活再建支援金の支給に関する事務に利用 ・被災者台帳の作成に関する事務に利用

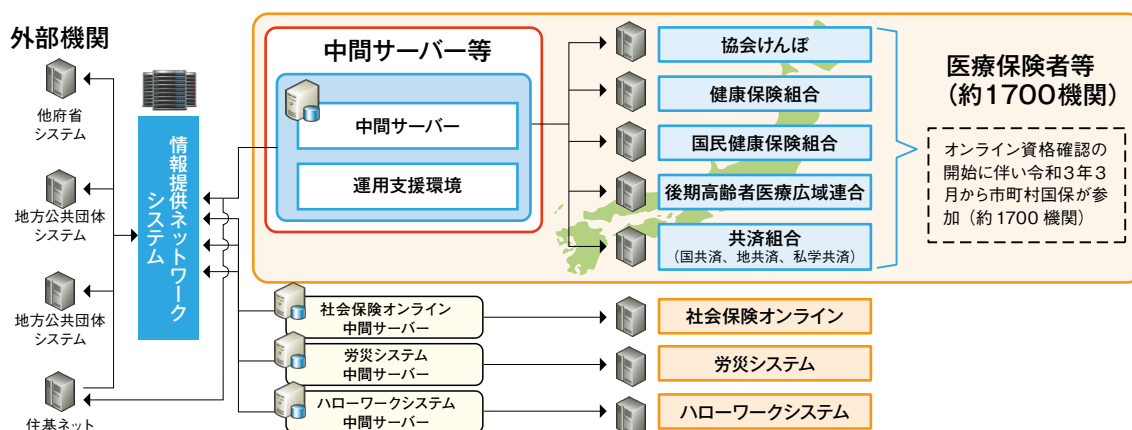
上記の他、福祉、保健若しくは医療その他の社会保障、地方税又は防災に関する事務その他これらに類する事務であって条例で定める事務に利用。



マイナンバーのキーワードは5つ。「マイナンバー」・「マイナンバーカード」・「法人番号」・「個人情報保護」・「情報連携」です。社会保障・税制度の効率性・透明性を高め、国民にとって利便性の高い公正な社会を実現するため、社会保障、税等の事務に利用され、さらにその効率を高めます。

出典：総務省個人番号企画室：マイナンバー制度入門編eラーニング研修資料『第7章まとめ』より

●中間サーバーの関係機関



3 中間サーバーの利用者との連携

●情報共有サイト（専用Webサイト）
総務省が運営し、マイナンバー制度に関する情報共有の場として、地方公共団体、医療保険者等で活用されています。

●デジタルPMO（専用Webサイト）
実施機関が運営し、マイナンバー制度に関する法改正の情報、中間サーバーのシステム仕様の更改情報及び中間サーバー利用に関する各種質疑応答など、医療保険者及び厚生労働省への連携に活用されています。

4 医療保険者への運営負担金等の取扱い

中間サーバーの運用に必要な経費（以下「運営負担金」という。）は医療保険者が負担しています。

運営負担金は原則、月次で請求しますが、希望される医療保険者については年次の対応をしています。

また、運営負担金の他に医療保険者が地方公共団体情報システム機構（以下「J-LIS」という。）の運営する住民基本台帳ネットワークシステムへ本人確認等の照会を行った際に生じる情報提供手数料があります。情報提供手数料は、J-LISから支払基金へ四半期ごとに

請求されますので、医療保険者に対し当該手数料を請求し、J-LISへ支払っています。

5 オンライン資格確認等システムへの連携

令和3年3月からオンラインによる資格確認が開始されますが、中間サーバーからオンライン資格確認等システムへ資格情報を連携することで、マイナンバーカードを健康保険証として利用し医療機関へ受診することが可能となります。

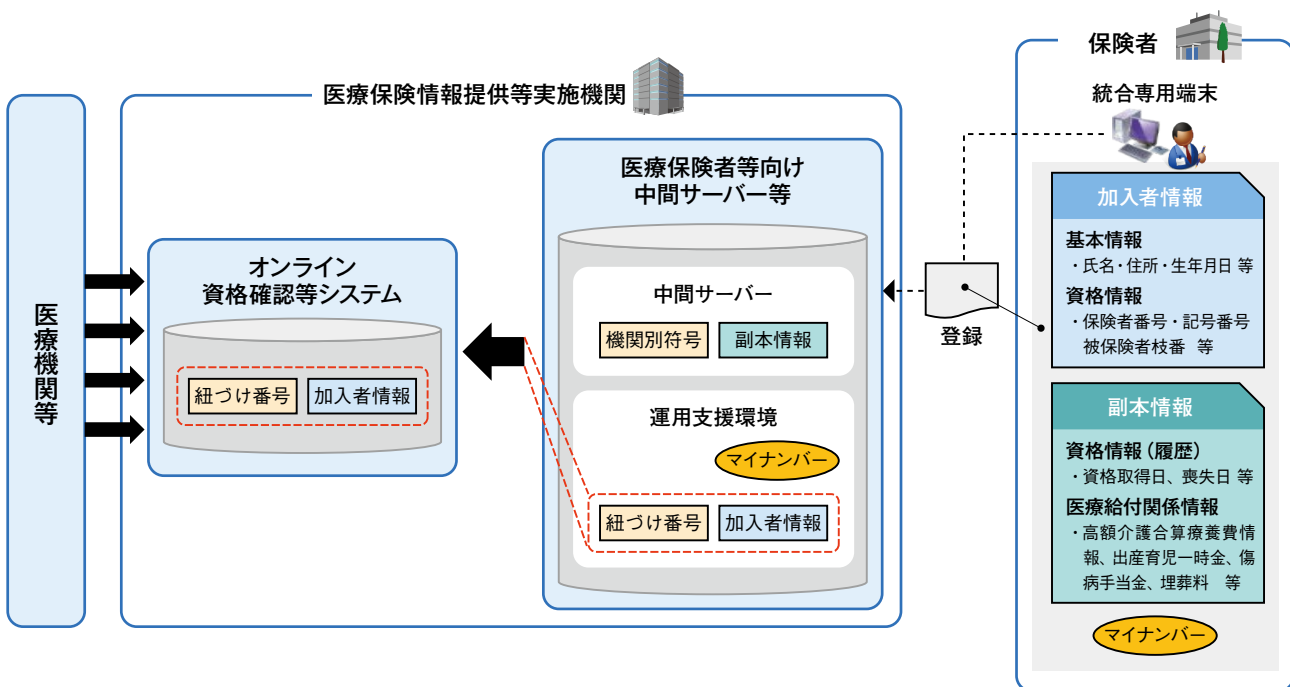
最後に

中間サーバーは、マイナンバー制度を支える重要なシステムであり、システムの安定稼働が、医療保険者をはじめとする利用者の方々のサービス向上につながると考えています。

現在、中間サーバーは、令和3年3月からのオンライン資格確認等システムの運用に伴い、令和2年6月にオンプレミス（自己保有）からクラウドサービスへ移行し運用しています。

今後も実施機関として「運用コストの抑制」、「システムの安定稼働」及び「利便性の向上」に向け取り組んでまいります。

●中間サーバーからオンライン資格確認等システムへの連携



大分県立病院
(大分県)
院長

井上 敏郎

感染性胃腸炎



感染性胃腸炎と聞いてまず頭に浮かぶのは「どの範囲までを含むの?」ということ。というのは現在では、この病名はウイルス、細菌、寄生虫によって起こる胃腸炎の総称ですが、かつてはその多くがウイルス性で、特に流行性があるものを指す傾向があり、小児科領域では意識的に細菌性とは区別されていた時期があったからです。

乳児嘔吐下痢症から ウイルス性胃腸炎へ

こどもの「お腹壊し、吐き下し」の病名は年代とともに呼び方に変遷があります。乳児期に好発、多発するものはかつて乳児嘔吐下痢症と呼ぶのが一般的でした。米のとぎ汁様の白色水様便が特徴的で仮性コレラと呼ばれることもありましたが、その多くがロタウイルスであることがわかってこの呼称はすたれてしまいました。

昔は症状と便性と流行サーベランス情報をもとに診断していました。時代とともに病原体の確定は時間のかかるウイルス分離培養から迅速抗原検査へと移り、その日の内に診断可能となりました。現在では、ロタウイルス以外にノロウイルス、アデノウイルスなども迅速診断が可能となりました。

治療の基本は、回復を早める目的で可能な限りウイルスの体外排出を妨げないように下痢止めを極力控え、経口や経静

脈的に水分、電解質の補充を行うことが中心になります。ただし、嘔気嘔吐が激しい場合は制吐剤や鎮静剤を使うこともあります。便や吐物などの排泄物の適切な処理や汚染された箇所の消毒・手洗い、そして手袋使用で感染拡大を防ぐ努力も重要です。現在、ロタウイルスには予防接種が可能となっています。

細菌性腸炎

代表的なものはキャンピロバクター、サルモネラ、腸管出血性大腸菌で、便性は血液や粘液が混じることが多く、その量や水分量によってモズク様から鮮血便そのものまでさまざまです。細菌性では腹痛、下痢以外に発熱も伴いやすくなります。血液検査での多くは白血球が増加、サルモネラでは減少も見られ、CRPの上昇も多く認められます。診断確定には細菌分離培養が必須で、キャンピロバクターでは微好気性菌なので特殊な嫌気性培養が必要です。

また、O・157等の腸管出血性大腸菌感染症では腹部エコーで著明な腸管浮腫、腹水の出現もあり、診断の手助けになります。治療は適切な安静、水分、電解質補充と抗菌薬投与です。ここで注意すべきはO・157感染症などでは止痢剤や強力な抗菌剤投与はベロ毒素放出を誘導し、溶血性尿毒症合併のリスクが増す可能性があることです。激烈な腹痛、下痢も可能な限り菌排出には必要な生体

反応なので、症状緩和を優先すべきかどうか常に板挟みとなります。

もう一つ悩ましいのは菌消失確認です。登園、登校再開についての基本的な考え方は主要症状が一定日数消失すれば「可」なのですが、学校や園側に病原体検査での消失確認を求められて繰り返し行う例がまれにあります。

感染性胃腸炎の流行と 急性虫垂炎、腸重積の発症

小児の感染性胃腸炎の流行時期に紛れ込んできて痛い目にあう可能性があるのが、手術や整復処置を要する急性虫垂炎と腸重積です。

特に乳幼児の腸重積では肉眼的血便がはつきりしない例もあり、疑って腹部の診察を繰り返すか、被曝を避けるために腹部X線写真や腹部CTより腹部エコーを繰り返すかしか早期に診断をつけられないものです。また、穿孔して見つかりやすい小児の急性虫垂炎は血液検査の白血球増多だけでは診断困難です。疑って丁寧な触診や腹部エコーを繰り返すことが現実的です。

両疾患とも診断が遅れると開腹術を実施しても最悪、穿孔性腹膜炎の合併、敗血症、播種性血管内凝固症候群(DIC)、多臓器不全へ進行し、命を危険にさらすことになります。この二つの疾患を常に念頭に置いておくことが悲劇を防ぐうえで最も重要なことです。



二宮 冬彦

佐賀県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

支払基金職員のスキルアップを推進 国民皆保険の堅持を支える

医師として

——医師を志したきっかけは

父は市立病院で院長をしていましたが、短歌誌の主宰としており、全国から送られてくる短歌の添削に明け暮れる姿を見て育ち、白衣姿を見たのは数えるほどでした。その影響もあり私は高校2年までは完全に文系でしたが、母から医師になってくれと懇願されて方向転換しました。

久留米大学医学部の大学院では生化学を専攻し、ヒューストンのベイラー医科大学と徳島大学医学部に留学後、消化器内科で肝・胆・膵疾患などの検査・臨床を学びました。

平成16年に佐賀市内で消化器内科医

院を開業しましたが、3年前に長男に譲り、佐賀支部の医療顧問（医科）となり現在に至っています。

——診療の中で印象に残るエピソードを教えてください

入局2年目に出向先の病院で私が1人で当直をしていたとき、妊娠9か月の妊婦さんが腹痛で受診されました。採血をすると高度の乳糜血清で検査不能でしたが、尿中アミラーゼが物凄く上昇していました。よく調べたところ、大きくなった子宮に膵臓が圧迫されて急性膵炎を起こしていました。当時妊婦の急性膵炎は日本で8例目という稀な症例でした。母子共に死亡率が25%から40%と高く、一時は「母体よりも胎児を優先する」という方針を決める

ほど重症でしたが、懸命な治療により母子共に無事に退院でき、翌年の1歳の誕生日に招待されたことがとても印象に残っています。

——好きな言葉やポリシーは

東京慈恵会医科大学の学祖である高木兼寛先生の「病気を診ずして病人を診よ」という言葉が今でも一番好きです。

もう一つ、尊敬する先輩から「データ医者になるな」と教わりました。データは、あくまでもバックアップするもので、まずは自分で聞いて・診て・触って・考える。その上でデータで判断するよう心掛けています。

例えば肝性脳症の患者さんのアンモニア臭は、対面であればすぐに分かり

ますが、軽症の場合はオンライン診療ではまず診断不可能です。やはり患者さんの目の前で観察することが一番重要です。

審査委員長として

——審査委員になって感じたことは

それまでは重箱の隅をつつくような仕事だと思っていましたが、実際に自分が審査委員になってみると、療養担当規則や関係法令に無知だったことが分かりました。国民皆保険を堅持するためには、保険診療の意義や役割について、医師免許取得前の学生に授業で教える必要があります。

——佐賀支部の特徴や、審査委員長として大切にしていること

医療機関からのクレームが非常に少ないのが、佐賀支部の特徴の一つです。これは前々審査委員長が、査定の原則をクリアカットに整理され、それが県内に浸透し、今日まで引き継がれているからだと思います。

佐賀県の審査は日本で一番厳しいと言われたりしますが、査定の理由を明確に示しますので、医療機関からの信頼は厚いと自負しています。

審査をする側の姿勢がしっかりとしていないと、医療機関側に連鎖反応が起きて、究極的には「医師の裁量権」と対峙して、審査が骨抜きになりかね

ません。そのせめぎ合いが悩ましいわけですが、大切な点です。

ただし審査の対象はレセプトなので、生きている患者さんへの医療そのものではありませんから「限界」はありません。それを前提に「原則」を大切にしながら審査をする、ということだと思えます。

医療機関にこまめに連絡して、査定理由等をきちんと説明することも大切です。原審査における査定理由と再審査における原審どおり理由の記載の促進は、佐賀支部は他県に率先して取り組んできました。現在の記載率は、ほぼ100%になっています。

開業して間もないと知識不足などから返戻や査定が多く発生してしまうケースがあります。そうした時に、保険診療のあり方などについて連絡書で事細かく説明することを、粘り強く何度か繰り返したら、返戻や査定、また医療機関からの再審査請求がぴたりと止まったということもありました。このように適正なレセプトへ改善いただいた時が一番やりがいを感じます。

それから査定や原審どおりの理由の記載に当たっては、徹底的に調べます。例えば、亜鉛欠乏症という病名をつけて、多くの外来患者に亜鉛を検査している事例がありました。そのレセプト1枚だけみると査定対象にはなりませ

ん。しかし患者数がとても多い。そこで亜鉛の吸収率、半減期や食物中の含有量、食事療法の有効性などを調べたこともありました。

医療機関が納得できるような根拠を集めて、査定等の理由を記載したり説明したりすれば、すんなりと進みます。

保険者からは、関連学会から公表されているガイドライン通りではないといった理由による再審査請求がありましたが、それらは諸学会の有識者による一定の方向性を示したものです。代替薬もなく患者救命にはこれしかないといった妥当性が確認されるなどしたらガイドラインに一致しなくても認める場合もあります。

ただ、少子高齢化がさらに進むと、医療費を支える人はますます減り、利用者は増えます。オプジーボのような高額医薬品が今後増えることを考えれば将来を見据えた国民皆保険のリニューアルも必要になるでしょう。

— AI の活用や支部間差異の解消について

AI の活用は大切ですが、レセプトの病名と、薬や検査などの診療内容に齟齬がなければ査定対象にしない、あるいは逆に一律に査定対象とする、ということにならないようにしなくてはなりません。AI などを使ううまく活用しつつ、いかに患者さんに実際に「手を

当ててみた」診療がなされているかを考えながら審査をすることが、今後より一層求められてくると思います。

支部間差異の解消については、一気に全国で解消するのは大変なので、まずは九州なら九州の各県が集まって協議し、その後、全国で統一するといった段階を踏むことが必要だと思っています。

昨年3月の審査事務集約化計画工程表では「診療科別ワーキンググループ」を設置して検討する方針が打ち出されたので良かったと思います。差異解消は小規模の支部も納得できるよう進めてもらいたいと思います。

— 佐賀支部は、職員教育を重視されていますね

審査支払は支払基金の仕事ですが、それだけに追われる支部にはしたくない、とずっと考えてきました。そこで職員のスキルアップ、研修は重視しています。

職員の最大の弱点は、臨床を知らないことです。例えば肝生検は何点と覚えていても、実際にどんな器具を使っている、どうやって採るのかは分からない。でも、写真等で具体的にを見せてあげると理解が深まると思うんです。佐賀支部では職員が臨床を知る機会を設けています。

この試みは好評で、協会けんぽからも依頼され、何度か実施しています。そ

の際に、再審査請求のときに念頭に置いていただけるよう、例えば薬に関して通常よりも長期にわたって投与が必要になるケースもあることなどを説明したりしています。

プライベートについて

— 趣味や好きなこと

以前はゴルフをしていましたが、開業や腰を痛めたこともあってやめてしまいました。それでも寺に高校3年間下宿したからか、神社へ続く静かな参道をゆっくり歩くのは好きです。体調の良い時は佐賀県に点在する日本有数の杉の巨木を訪ねるのも楽しみです。また精密機械が好きで、手巻きや自動巻き時計の動く仕組みに興味があり、見ていると先人達の知恵には驚かされます。



今回は①「療養に要する費用の額の算定方法に基づき別に定める患者に係る取扱い（DPC）」②「同月内における初診料と婦人科特定疾患治療管理料の算定について」を掲載します。

事例① DPC

療養に要する費用の額の算定方法に基づき別に定める患者に係る取扱い

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)				令和 03 年 02 月 分 県 番		医 科		1 医科		1 社保		2 併用		1 本入			
一		一		公 負 ①		公 受 ①		保 険 者 番 号		給 付 割 合		記 号 ・ 番 号					
公 負 ②		公 受 ②		公 負 ②		公 受 ②		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称							
氏 名		特 記 事 項		職 務 上 の 事 由		分 類 番 号		診断群分類区分		その他の感染症（真菌を除く。）		定義副傷病なし		軽快		保 険 ① 5 日	
氏 名		特 記 事 項															
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名	
氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏 名		特 記 事 項		氏					

本事例については、医療資源を最も投入した傷病名として「U071 COVID-19」が選択され、診断群分類点数表により算定されています。厚生労働省告示、記載要領通知及び事務連絡より、医療資源を最も投入した傷病名として当該傷病名を選択した患者については、医科点数表により算定し、診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」と記載することとなりますのでご注意ください。

本取扱いについては、令和2年3月23日付け厚生労働省告示第82号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件」、令和2年3月27日付け厚生労働省通知保医発0327号第1号「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」及び令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」において、次のとおり記載されています。

【告示 令和2年3月23日付け厚生労働省告示第82号】（抜粋）

三 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表19の診断群分類点数表の番号3979又は3980に該当するもののうち、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名（平成20年厚生労働省告示第95号）の表に規定する傷病名U071に該当する患者。

別表19の診断群分類点数表（抜粋）

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等1	手術・処置等2	定義副傷病	重症度等	入院日（日）			点数（点）		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
3979	180030xxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。）				なし		4	8	30	3,058	2,295	1,951
3980	180030xxxxxx1x	その他の感染症（真菌を除く。）				あり		9	20	60	3,488	2,655	2,257

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名（抜粋）

番号	疾患コード	傷病名	ICDコード	手術	手術・処置等1	手術・処置等2	定義副傷病名
				区分番号等	区分番号等	区分番号等	疾患コード
3979及び3980	180030	その他の感染症（真菌を除く。）	A060,A061,A062,A063,A067 T793,U049, U071				あり 10007X

【通知 令和2年3月27日付け厚生労働省通知保医発0327号第1号】（抜粋）

別添2

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

2 明細書の記載要領に関する事項

(14) その他について

⑬ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第140号）第三項により、医療資源を最も投入した傷病名がU07.1に該当し医科点数表に基づき算定する場合、出来高明細書の「摘要」欄に「U07.1」と記載すること。

【令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡】（抜粋）

（別添2）

医科診療報酬点数表関係（DPC）

3 診断群分類区分の適用の考え方について

【「医療資源を最も投入した傷病名」について】

問3-1-9 医療資源を最も投入した傷病名として「U07.1 COVID-19」を選択した患者については、どのような算定となるか。

（答） 医科点数表により算定する。診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」と記載すること。



支払基金ホームページでは、過去に掲載した「保険請求の基礎知識」の事例をご覧ください。
[トップページ](#) → [診療報酬の審査](#) → [保険請求の基礎知識](#)

事例② 医科

同月内における初診料と婦人科特定疾患治療管理料の算定について

診療報酬明細書 (医科入院外)				令和 3 年 2 月分 県番:				医科:																																																																																																																									
<table border="1"> <tr> <td>一</td> <td></td> <td>一</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td></td> <td>公費②</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td></td> <td>公費②</td> <td></td> </tr> </table>				一		一		公費①		公費②		公費②		公費②		<table border="1"> <tr> <td>1 医科</td> <td>1 社保</td> <td>1 単独</td> <td>2 本外</td> </tr> </table>				1 医科	1 社保	1 単独	2 本外																																																																																																										
一		一																																																																																																																															
公費①		公費②																																																																																																																															
公費②		公費②																																																																																																																															
1 医科	1 社保	1 単独	2 本外																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td>保険者番号</td> <td></td> <td>給付割合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td colspan="3">(枝番)</td> </tr> </table>				保険者番号		給付割合		記号・番号	(枝番)																																																																																																																								
保険者番号		給付割合																																																																																																																															
記号・番号	(枝番)																																																																																																																																
<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3">2 女 4 平 7 . 8 . 1 1 生</td> </tr> <tr> <td>職務上の事由</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				氏名	2 女 4 平 7 . 8 . 1 1 生			職務上の事由				特記事項																																																																																																																					
氏名	2 女 4 平 7 . 8 . 1 1 生																																																																																																																																
職務上の事由																																																																																																																																	
特記事項																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="3">(1) 器質性月経困難症 (2) 子宮内膜症 (3) 貧血の疑い</td> </tr> <tr> <td>診療開始日</td> <td colspan="3">令和 3 . 2 . 8</td> </tr> <tr> <td>診療終了日</td> <td colspan="3">令和 3 . 2 . 8</td> </tr> <tr> <td>転院</td> <td colspan="3">婦</td> </tr> <tr> <td>診療日数</td> <td colspan="3">2 日</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				傷病名	(1) 器質性月経困難症 (2) 子宮内膜症 (3) 貧血の疑い			診療開始日	令和 3 . 2 . 8			診療終了日	令和 3 . 2 . 8			転院	婦			診療日数	2 日			公費①				公費②																																																																																																					
傷病名	(1) 器質性月経困難症 (2) 子宮内膜症 (3) 貧血の疑い																																																																																																																																
診療開始日	令和 3 . 2 . 8																																																																																																																																
診療終了日	令和 3 . 2 . 8																																																																																																																																
転院	婦																																																																																																																																
診療日数	2 日																																																																																																																																
公費①																																																																																																																																	
公費②																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>1 1</td> <td>初 診</td> <td>288 × 1 回</td> <td>288</td> <td>(11) *</td> <td>初診料</td> <td>288 × 1</td> </tr> <tr> <td>1 2</td> <td>再 診</td> <td>74 × 1 回</td> <td>74</td> <td>(12) *</td> <td>- 再診 略 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>再 外</td> <td>来 管理 加算</td> <td>52 × 1 回</td> <td>52</td> <td>(13) *</td> <td>婦人科特定疾患治療管理料</td> <td>250 × 1</td> </tr> <tr> <td>診 時</td> <td>間 外</td> <td>× 回</td> <td></td> <td>(60) *</td> <td>- 検査 略 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診 休</td> <td>日</td> <td>× 回</td> <td></td> <td>(80) *</td> <td>- その他 略 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診 深</td> <td>夜</td> <td>× 回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 3</td> <td>医学 管理</td> <td></td> <td>250</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 4</td> <td>往 診</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>在 夜</td> <td>間</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>在 深</td> <td>夜・緊急</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>宅 在</td> <td>宅患者訪問診療</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>宅 其</td> <td>他の</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬 薬</td> <td>剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 0</td> <td>21 内服 薬剤</td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>投</td> <td>22 屯服 薬剤</td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23 外用 薬剤</td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25 処方</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26 麻 毒</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1 1	初 診	288 × 1 回	288	(11) *	初診料	288 × 1	1 2	再 診	74 × 1 回	74	(12) *	- 再診 略 -		再 外	来 管理 加算	52 × 1 回	52	(13) *	婦人科特定疾患治療管理料	250 × 1	診 時	間 外	× 回		(60) *	- 検査 略 -		診 休	日	× 回		(80) *	- その他 略 -		診 深	夜	× 回					1 3	医学 管理		250				1 4	往 診	回					在 夜	間	回					在 深	夜・緊急	回					宅 在	宅患者訪問診療	回					宅 其	他の						薬 薬	剤						2 0	21 内服 薬剤	単位					投	22 屯服 薬剤	単位					23 外用 薬剤	単位						25 処方	回						26 麻 毒	回					
1 1	初 診	288 × 1 回	288	(11) *	初診料	288 × 1																																																																																																																											
1 2	再 診	74 × 1 回	74	(12) *	- 再診 略 -																																																																																																																												
再 外	来 管理 加算	52 × 1 回	52	(13) *	婦人科特定疾患治療管理料	250 × 1																																																																																																																											
診 時	間 外	× 回		(60) *	- 検査 略 -																																																																																																																												
診 休	日	× 回		(80) *	- その他 略 -																																																																																																																												
診 深	夜	× 回																																																																																																																															
1 3	医学 管理		250																																																																																																																														
1 4	往 診	回																																																																																																																															
在 夜	間	回																																																																																																																															
在 深	夜・緊急	回																																																																																																																															
宅 在	宅患者訪問診療	回																																																																																																																															
宅 其	他の																																																																																																																																
薬 薬	剤																																																																																																																																
2 0	21 内服 薬剤	単位																																																																																																																															
投	22 屯服 薬剤	単位																																																																																																																															
23 外用 薬剤	単位																																																																																																																																
25 処方	回																																																																																																																																
26 麻 毒	回																																																																																																																																

本事例については、同月内において初診料と婦人科特定疾患治療管理料を算定していますが、令和2年3月5日付け厚生労働省告示第57号に「区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれる」旨示されていることから、当該管理料は算定できませんのでご注意ください。

【告示 令和2年3月5日付け厚生労働省告示第57号】

別表第一（抜粋）

医科診療報酬点数表

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

30 婦人科特定疾患治療管理料 250 点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であっ

て、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

2 区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

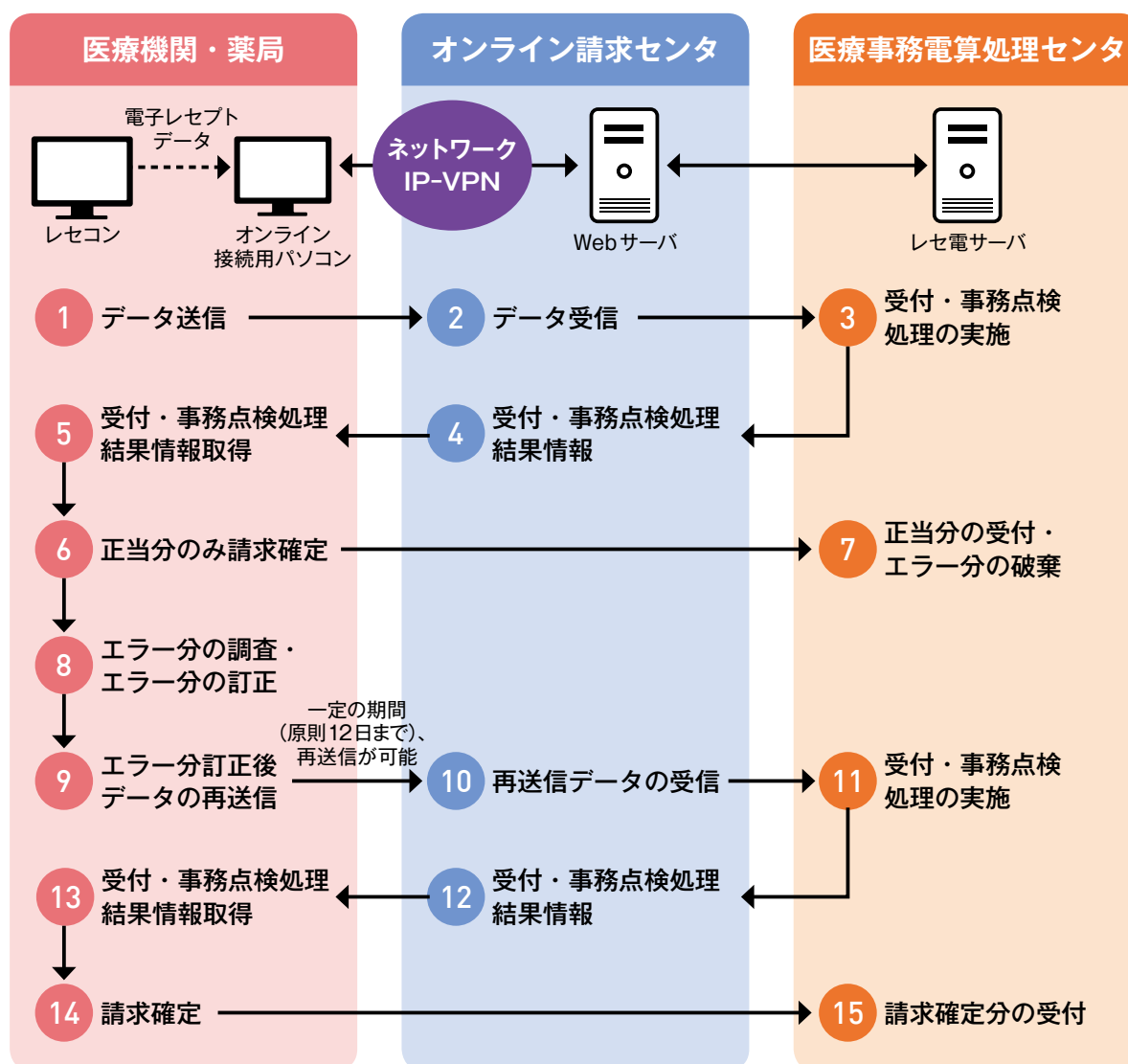
第1回 受付・事務点検ASPとは

保険医療機関・保険薬局がオンライン請求時に支払基金の事務点検プログラムを利用して、患者氏名の記録漏れなど事務的な誤りがあるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスです。

これにより、保険医療機関・保険薬局では、エラーを速やかに訂正し、当月のうちに訂正したレセプトを提出することができるようになり、支払基金としても業務処理の効率化が図られます。

また、支払基金では、エラーとなったレセプトのうち、資格関係のエラーについて、Web上でレセプトデータを訂正することができる機能を提供しています。

受付・事務点検ASPについて



※受付・事務点検ASP機能によりエラーとなるレセプトは、事務的な記載誤りなどにより支払基金から返戻となるものが該当します。

オンライン請求の詳細については、支払基金ホームページに掲載している「保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求」をご覧ください。

支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>)

トップページ → 診療報酬の請求支払 → オンライン請求 → 保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求



受付・事務点検ASPチェックでエラーとなったレセプトで、エラーの内容が「第一公費負担医療の受給者番号に誤った受給者番号が記録された事例」及び「コメントの文字データに外字が記録された事例」について、エラーとなった原因と修正方法を説明します。

事例①

第一公費負担医療の受給者番号に誤った受給者番号が記録された場合に発生するエラーの修正方法について

受付・事務点検 ASP 結果リストのイメージ

1 2 1 2 1 2 1 : 注目ポイント

患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	診療 識別	事項名
●● ●● 昭和60.3.●●	4152	第一公費受給者番号末尾の検証番号が検証結果と不一致です。受給者番号を確認してください。		1 2 1 2 1 2 1

出力紙レセプト(抜粋)

—		—	
公負①	1 2 X X X X X X	公受①	1 2 1 2 1 2 1
公負②		公受②	

1 2 1 2 1 2 1 : 検証番号

電子レセプトの受付データ(抜粋)

KO,12XXXXXX,1212121,1,463,,,,,

●解説

第一公費負担医療の受給者番号の項目に記録された受給者番号の入力不備等により、当該番号末尾の検証番号が検証結果と異なることからエラーが発生しています。

●修正方法

医療券等に記載されている7桁の受給者番号を確認の上、正しい受給者番号に修正します。

●備考

同様のエラーは各種公費受給者番号で発生する可能性があります。

ポイント

記録した内容に誤りがあることから、医療券等に記載されている7桁の受給者番号を確認の上、修正する必要があります。

【参考】検証番号の算出方法（保険者番号の場合）

例	法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号
	0 6 × × 2 1	1 3 × × 2 1	0 4 ⑧ ←起点 × × × 2 1 2
	0+6	+ 2+3	+ 0+4+(1+6) =22
	10-2=	8	……検証番号

- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

※ 公費負担医療の受給者番号の検証番号の算出方法も同様です。

(昭和51年8月7日保発第45号・庁保発第34号)

事例②

コメントの文字データに外字が記録された場合に発生するエラーの修正方法について

受付・事務点検 ASP 結果リストのイメージ

: 注目ポイント

患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	診療 識別	事項名
●● ●● 昭和60.3.●●	3390	コメントの文字データに外字が含まれています。	99	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤等・処方箋料): ロキソプロフェンNaテープ100?

: 外字の「mg」が「?」と表示される

出力紙レセプト(抜粋)

薬	②③外用薬剤	単			80	01	処方箋料(その他)	68×	1
	外用調剤	回				02	一般名処方加算2(処方箋料)	5×	1
	②⑤処方	回				03	処方箋料(その他)	68×	1
	②⑥麻毒	回				04	処方箋料(その他)	68×	1
	②⑦調基								
③⑩注	③①皮下筋肉内	回				01	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤等・処方箋料): ロキソプロフェンNaテープ100		

: 外字の「mg」が「□」と表示される

電子レセプトの受付データ(抜粋)

CO,99,1,830100204, ロキソプロフェンNaテープ100mg

●解説

電子レセプトに記録できる文字は「規定文字※」として定められた文字のみとなります。

ただし、規定文字のうち「外字」は文字データとして電子レセプトに記録ができませんので、「外字」を含む電子レセプトは医療機関等で修正が必要となります。

「外字」として記録の多い文字は「mg」「kg」「①」「(1)」「I」等があります。

※「オンライン又は光ディスク等による請求に係る標準仕様」の第2 具体的事項において定められている文字

●修正方法

該当する外字を電子レセプトにおいて記録できる文字に修正します。

例:「mg」を「m」と「g」に修正

●備考

外字に関するエラーが発生する可能性が高い項目は次のとおりです。

各種コメント、用法特別指示、重症度等、
症状詳記、治験概要、リハビリ、廃用症候群の評価表 等

ポイント

コメントの文字データにおいて、医薬品名称の一部に環境依存文字である「mg」を記録していることから、該当箇所を全角文字で「m」と「g」(mg)に修正する必要があります。

2 感染症の入院医療

法別番号 28 感染症 / 29 新感染症

感染症法が定める一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、新感染症の患者について、都道府県知事等は勧告・措置により指定医療機関に原則、入院させます。

この入院医療について、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症は医療保険優先の公費負担が行われます。新感染症についての医療費は、全額公費負担（公費優先）です。

また、医師は感染症と診断した場合、ただちに保健所に届け出ます。

なお、結核医療の取扱いについては別に定められています（月刊基金2021年1月号参照）。

勧告による入院医療（法第37条）

感染症と診断された患者のうち、感染症のまん延を防止する必要がある場合、都道府県知事等により入院勧告が行われます（勧告に従わない場合は、入院措置が行われます）。

◆公費医療の対象となる感染症

一類感染症	原則入院、建物等への措置・通行制限等・消毒等の措置／エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
二類感染症	状況に応じて入院、消毒等の措置／急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARSコロナウイルスに限る）、結核、中東呼吸器症候群（MERSコロナウイルスに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1・H7N9）
新型インフルエンザ等感染症	状況に応じて入院、消毒等の措置／新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ
新感染症	原則入院（一類に準じた措置）／現在、該当疾病なし
指定感染症	すでに知られている感染症の疾病（一類感染症、二類感染症、三類感染症、新型インフルエンザ等感染症を除く）であって、指定された感染症 ※1年以内の期間を定めて、公費医療を含めた感染症法の取扱いを個別に準用

(1)一類感染症等は保険優先の公費医療

一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症は入院医療費全体が公費対象で（保険優先）、一部負担金等や食事の標準負担額が公費で補てんされます（所得税額により自己負担あり）。

公費に優先する医療保険の給付（70%または80%）	公費 （30%または20%）
---------------------------	-------------------

(2)新感染症は全額公費負担（公費優先）

新感染症の医療費は全額公費負担で（公費優先）、医療保険は適用されません（所得税額により自己負担あり）。

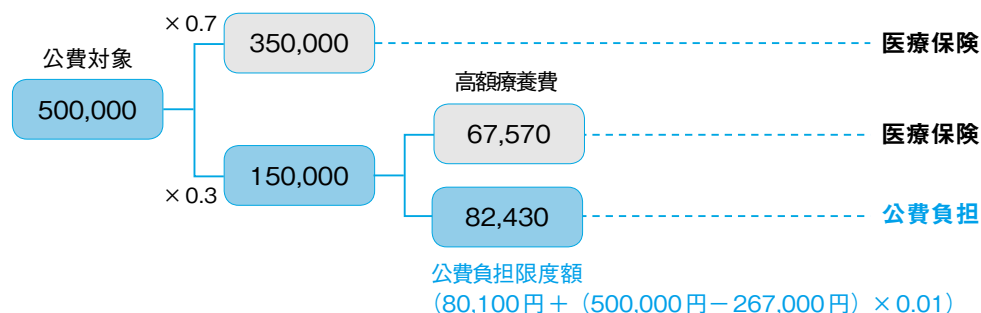
公費（100%）

(3)指定感染症は政令で指定

現在感染症法に位置付けられていない感染症について、感染症法上の措置を講ずる必要がある場合には、指定感染症として、具体的な感染症名や公費医療を含めた取り扱いが、個別に政令で定められます。指定される期間は、1年以内の政令で定める期間です。

事例

- 一類感染症で、一般の健康保険の加入者（3割負担）の場合、かつ、高額療養費が現物給付された例です。



療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円
		50,000		
	公費①			
	公費②			

新型コロナウイルス感染症

法別番号 28

新型コロナウイルス感染症は、指定感染症として定められています。この指定により、感染症法で定められている入院の勧告・措置などが行われます。

◆入院の勧告・措置の対象

- ① 65歳以上の者
- ② 呼吸器疾患を有する者
- ③ ②のほか、腎臓疾患、心臓疾患、血管疾患、糖尿病、高血圧症、肥満その他の事由により臓器等の機能が低下しているおそれがあると認められる者
- ④ 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由により免疫の機能が低下しているおそれがあると認められる者
- ⑤ 妊婦
- ⑥ 現に新型コロナウイルス感染症の症状を呈する者であって、当該症状が重度又は中等度であるもの
- ⑦ ①から⑥までのほか、新型コロナウイルス感染症の症状等を総合的に勘案して医師が入院させる必要があると認める者
- ⑧ ①から⑦までのほか、都道府県知事が新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため入院させる必要があると認める者
- ⑨ ①から⑧までのほか、感染症のまん延を防止するため必要な事項を守ることに同意しない者

医療費は、公費対象です（保険優先）。医療機関は、患者負担分を都道府県等に請求します。指定医療機関で受診するのが原則ですが、指定医療機関外での受診も認められており同様に扱われます。

なお、新型コロナウイルス感染症は、令和4年1月31日まで指定感染症として指定期間が延長されています。

※月刊基金発行時の情報をもとに作成しています。

Q

おたずねに 答えて

A

毎年、確定申告の時期に支払基金へ多く寄せられる「支払調書」関係の問合せについて紹介します。

支払調書（機械様式第370号）関係

Q1 支払調書は何を基に作成されているのでしょうか。

A1

毎月の当座口振込通知書を基に作成しており、1月診療分から12月診療分、つまり3月支払分から2月支払分までの1年分の合計で作成しています。

Q2 発送日はいつ頃でしょうか。

A2

保険医療機関等の所在する都道府県の支払基金支部から、2月25日に発送予定です。

Q3 送付先はどこでしょうか。

A3

保険医療機関等の住所に送付します。

なお、保険医療機関等の廃止に伴い送付先の住所を変更している場合は、保険医療機関等が所在する都道府県の支払基金支部へご連絡ください。

Q4 「支払金額」欄と摘要の「内本人分」「内家族分」欄の合計金額が一致しないのはなぜでしょうか。

A4

「支払金額」欄には全ての診療報酬の合計金額を表示しており、摘要の「内本人分」「内家族分」は医療保険のみの診療報酬の合計金額を表示しているため、医療保険以外（生活保護や自治体医療等）の請求がある場合には一致しません。

Q5 摘要の「内本人分」「内家族分」欄の点数から金額を算出できるのでしょうか。

A5

高齢受給者に係る点数等は「内本人分」に含まれ、未就学者（6歳未満）に係る点数等は「内家族分」に含まれますので、医療保険の負担割合が混在する場合や高額療養費が発生する場合は点数から金額を算出することはできません。

Q6 支払調書の記載内容から保険医療機関等の窓口徴収額を含めた年間収入額は把握できるのでしょうか。

A6

把握できません。

支払調書は支払基金から保険医療機関等に支払った診療報酬の合計であり、保険医療機関等において徴収した窓口負担額は含まれていません。

また、Q4及びQ5の回答のとおり、摘要の「内本人分」「内家族分」は医療保険のみの診療報酬の合計であることから、記載されている点数から年間収入額は算出できません。

Q7 支払調書の「支払金額」と当座口振込通知書の「差引振込額」12か月分の合計金額が一致しないのはなぜでしょうか。

A7

支払調書の「支払金額」は、「特定健診・特定保健指導費」、「出産育児一時金等」及び「電子証明書発行・更新料」に係る金額を除くため、当座口振込通知書の「差引振込額」12か月分の合計金額とは一致しません。

支払調書の「支払金額」は、当座口振込通知書の「診療報酬支払確定額」欄の12か月分の合計金額*と一致します。

なお、当該項目を確認の結果、一致しない場合は保険医療機関等の所在する都道府県の支払基金支部へお問い合わせください。

※ 1月診療分（3月支払）～12月診療分（2月支払）

Q8 再発行は可能でしょうか。

A8

可能です。

支払基金ホームページの様式集に掲載している「再発行依頼書」に必要事項を記入のうえ、保険医療機関等が所在する都道府県の支払基金支部へ送付してください。

支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>)

トップページ → 様式集 → 医療機関・薬局の方 → 7.再発行依頼書



支払調書の見方については、支払基金ホームページに掲載しています。

トップページ → 医療機関・薬局の方 → 支払調書 → 増減点連絡書
・各種通知書の見方



MONTHLY マンスリーノート NOTE

医療保険等の動き

12 → 1
December January

12月4日

【新型コロナ】

感染拡大、偏見・差別防止に向け
官民一丸のプロジェクト始動

新型コロナウイルスの感染拡大及び偏見・差別防止を図るため、官民が一丸となった対話型情報発信プロジェクト「#広がれありがとうの輪」が12月4日に始まった。「感染予防の重要性」や「感謝の想い」を、ハッシュタグ「#広がれありがとうの輪」を用いてSNSなどで発信することを呼び掛けている。

12月9日

【データヘルス】

オンライン資格確認システムを
利用して確認できる情報を拡充

厚労省の健康・医療・介護情報

利活用検討会は12月9日、「データヘルス集中改革プラン等の主な論点と検討の方向性」を大筋で了承した。

オンライン資格確認システムを利用して令和4年夏から医療機関等が確認できる情報に、①過去に受診した医療機関名②診療年月日③手術（移植・輸血含む）④放射線治療⑤画像診断⑥病理診断⑦処置のうち透析⑧特定の傷病に対する長期・継続的な療養管理が確認できる医学管理等・在宅療養指導管理料を追加する。

12月15日【全世代型社会保障】

後期高齢者の医療費2割負担は
令和4年度後半から実施

政府は12月15日、全世代型社会保障検討会議の最終報告を閣議決定した。「少子化対策」と「医療」が2本柱で、後期高齢者の医療費の窓口負担を2割に引き上げる対象は、課税所得が28万円以上（所得上位30%）及び年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）に限定し、実施は令和4年度後半からとする。ことなどが盛り込まれている。

12月17日

【薬価改定】

令和3年度薬価改定について
3大臣が合意、コロナも考慮

厚労・財務両大臣と内閣官房長官は12月17日、令和3年度薬価改定について合意した。

改定の対象範囲は、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることを念頭に、令和2年薬価調査の平均乖離率8%の0.5倍（0.75倍の中間）である0.625倍（乖離率5%）を超える価格乖離の大きな品目を対象とする。一方、新型コロナウイルス感染症による影響を考慮し、薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

12月17日

【介護報酬改定】

令和3年度の改定率は
大臣折衝で+0.70%に決定

厚労・財務両大臣の折衝が12月17日に行われ、令和3年度介護報酬改定の全体の改定率を+0.70%とすることが決まった。新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価+0.05%（本年9月末まで）が含まれている。

また同23日には社会保障審議会介護給付費分科会が改定内容に関

する審議報告をまとめた。

12月20日【オンライン資格確認】

カードリーダー等の申込は
全医療機関等の2割に

厚労省は12月20日、オンライン資格確認の顔認証付きカードリーダー等の申込状況（同日時点）を公表した。申込数は4万6318施設で、全国の医療機関・薬局22万8280施設の20.3%。内訳は病院27.7%、医科診療所13.6%、歯科診療所16.2%、薬局34.1%となっている。

12月21日

【新型コロナ】

医療関係9団体が
「医療緊急事態宣言」

日本医師会など医療関係9団体は12月21日、新型コロナウイルスの急激な感染拡大を踏まえて、「医療緊急事態宣言」を発表した。宣言では、①国や地方自治体に国民への啓発並びに医療現場の支援のための適切な施策を要請するとともに、②国民の生命と健康を守るため、地域の医療及び介護提供体制を何とかして守り抜くと宣言。③国民に引き続き徹底した感染防止対策を

呼びかけている。

12月21日 【来年度予算案】

新型コロナウイルスの影響で医療費の
国庫負担は▲2000億円減

政府は12月21日、令和3年度予算案を閣議決定した。厚労省予算案は33兆1380億円を計上。大部分を占める社会保障関係費は32兆7928億円、対前年度比で1609億円（0・5%）増となった。ただし新型コロナウイルスの影響による医療費の国庫負担分の減を▲2000億円程度見込んでいるため、実質的な伸びは3500億円程度になる。

12月21日 【オンライン診療】

初診からのオンライン診療の
恒久化に向けた工程表を提示

厚労省は12月21日のオンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会に、初診からのオンライン診療の恒久化に向けた工程表を示した。改定内容を6月までにまとめ、秋を目途に指針を改定する予定。

主な検討事項は、①事前説明及び同意②研修の充実と必須化③受

診歴のない患者の場合の取扱い④事前トリアージ⑤処方薬等の制限の5項目。

12月22日 【新型コロナウイルス】

感染症指定医療機関等の
約2割で看護職が離職

日本看護協会は12月22日、「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」結果を公表した。昨年9月の調査で、感染症指定医療機関・新型コロナウイルス感染症重点医療機関・新型コロナウイルス感染症重点医療機関の3つに該当する医療機関では21・3%で看護職の離職があった。該当しない医療機関の11・3%の約2倍にのぼる。

12月23日 【医療保険】

医療保険部会が「議論の整理」
今後の改革の姿を提示

社会保障審議会医療保険部会は12月23日付で「議論の整理」をまとめた。

①後期高齢者の窓口負担割合の在り方②傷病手当金の見直し③不妊治療の保険適用④育児休業中の保険料免除⑤「現役並み所得」の

判断基準の見直し⑥薬剤自己負担の引上げ⑦大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医療機能の強化を図るための定額負担の拡大などについて改革の姿を示している。

12月24日 【審査支払】

支払基金と国保連のシステムの
整合性・効率性の実現に向け検討

厚労省の審査支払機能の在り方に関する検討会は12月24日に第5回会合を開催。厚労省は、支払基金と国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方の実現に向けた工程表の年度内の策定に向けて「たたき台」を提出した。

また訪問看護レセプトの電子化については、令和5年1月（令和4年12月診療分）からオンライン請求を開始する予定で調整中であることが示された。

12月25日 【新型コロナウイルス】

退院患者の介護施設における
適切な受入等を求め事務連絡

厚労省は12月25日、事務連絡「退院患者の介護施設における適切な受入等について」を发出した。新型コロナウイルスの感染拡大に

伴う病床逼迫を受けて、退院患者の介護施設における適切な受け入れ促進を図るための留意点を提示している。

1月4日 【支払基金】

10月診療分の確定件数は
▲0・8%で減少幅が縮小

支払基金は1月4日、令和2年10月診療分の確定件数・確定金額を公表した。確定件数は総計9434万件で対前年同月伸び率は▲0・8%（医療保険分▲0・8%、各法分▲0・4%）。減少幅は前月の▲7・8%から7・0ポイント縮小した。一方、確定金額は総計1兆1238億円で同+3・3%（医療保険分+3・7%、各法分+1・7%）となった。

1月6日 【生活保護】

10月の医療扶助の人員は
4月以降では最多に

厚労省は1月6日、被保護者調査（令和2年10月分概数）の結果を公表した。10月の医療扶助の人員は171万6559人で、前月より1万213人増加。4月以降では最多になった。

【電子レセプト】

記載事項等において誤りの多い事例について（お知らせ）

診療（調剤）報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等については、令和2年3月27日付け厚生労働省通知保医発0327第1号「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」において定められています。電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、令和2年10月診療（調剤）分以降、厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格に基づき、該当するコードを選択することとされていますのでご注意ください。

なお、フリーコメントコードによる記載等、該当するコードが選択されていない場合は、記載要領通知に係る不備により、受付・事務点検ASP^(※)の対象となります。

令和2年10月診療分以降の請求において、受付・事務点検ASPによるエラーが多く発生している事例は、次の事例となりますので、特にご留意願います。

※ オンライン請求を行う保険医療機関等が、支払基金の事務点検プログラムを利用して、事務的な誤りがあるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスです。

診療報酬明細書 (医科入院外)		令和 2 年 10 月 分 県 番 :		医 科 :	
1	公費①	1	公費②	1	医 科
2	公費③	2	公費④	2	社 保
3	公費⑤	3	公費⑥	3	単 独
4	公費⑦	4	公費⑧	4	本 外
氏 名		特 記 事 項		保険医 療機関 の所在 地及び 名 称	
2 女 3 昭 5 8 . 2 . 1 0 生					
職 務 上 の 事 由		正 しい 記 録 方 法			
(1) うつ病 (2) 不眠症 (3) 心身症 (4) 胃炎		【傷病手当金意見書交付料】 電子レセプトにより請求を行う場合、レセプト電算処理システム用コードの「交付年月日（傷病手当金意見書交付料）：(元号) yy"年"mm"月"d d"日"」（850100089）を選択し、交付年月日を記録します。			
1 1 初 診		【該当のレセプト電算処理システム用コードを用いた場合の表示】 交付年月日（傷病手当金意見書交付料）：令和2年10月19日			
1 2 再 診					
再 外 来 管 理 加 算					
時 間 外					
診 休 日					
深 夜					
夜					
1 3 医 学 管 理		1 回 100			
往 診		回			
1 4 夜 間					
在 深 夜 ・ 緊 急					
在 宅 患 者 訪 問 診 療					
宅 の 他					
薬 剤					
2 0 21 内 服 薬 剤					
投 22 電 服 薬 剤					
23 外 用 薬 剤					
薬 25 処 方					
26 麻 毒					
27 調 基					
3 0 3 1 皮 下 筋 肉 内					
注 3 2 静 脈 内					
射 3 3 そ の 他					
4 0 処 置					
処 薬 剤					
5 0 手 術 ・ 麻 酔					

正しい記録方法

【傷病手当金意見書交付料】
電子レセプトにより請求を行う場合、レセプト電算処理システム用コードの「交付年月日（傷病手当金意見書交付料）：(元号) yy"年"mm"月"d d"日"」（850100089）を選択し、交付年月日を記録します。

【該当のレセプト電算処理システム用コードを用いた場合の表示】
交付年月日（傷病手当金意見書交付料）：令和2年10月19日

該当のレセプト電算処理システム用コードではなくフリーコメントコード（810000001）を使用するとエラーが発生します。

【受付・事務点検ASP結果リスト】

患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	診療 識別	事項名
〇〇 〇〇〇 昭和58. 2. 10	4411	選択式コメント（記載要領別表1「レセプト電算処理システム用コード」欄のコメントコード等）の記録が必要な適用コードが記載されていますが、対応するコメントコード等が記録されていません	13	傷病手当金意見書交付料 100 × 1

【療養費同意書交付料】
上記の「傷病手当金意見書交付料」と同じく、フリーコメントコード（810000001）を使用するとエラーが発生しますのでご注意ください。

●レセプト電算処理システム用コード
「同意書又は診断書に記載した病名（療養費同意書交付料）：*****」（830100083）
「交付年月日（療養費同意書交付料）：(元号) yy"年"mm"月"d d"日"」（850100090）

月刊基金令和2年8月号20ページに「【電子レセプト】記載事項等の記載方法のお知らせ」を掲載していますので、併せてご確認をお願いします。

理事会開催状況

12月理事会は12月21日に開催され、議題は次のとおりでした。

議 題

1 議事

- (1) 役員の選任（案）
- (2) 社会保険診療報酬支払基金高齢者医療制度関係及び病床転換助成事業関係等業務方法書の一部変更（案）

2 報告事項

- (1) 公益代表役員選任の認可
- (2) 令和2年3月末現在における診療報酬等収支整理不能額の処理

- (3) 支部総合監査結果報告（令和2年8月～10月実施分）

3 定例報告

- (1) 令和2年10月審査分の審査状況
- (2) 令和2年12月審査分の特別審査委員会取扱状況
- (3) 令和2年11月理事会議事録の公表

4 その他

令和2年12月期末手当及び勤勉手当

プレスリリース発信状況

- 12月1日 令和2年9月診療分の件数が対前年同月伸び率で7.8%減少 ～確定金額は0.1%増加～
11月定例記者会見を開催
- 12月21日 理事長に神田裕二氏が再任
- 12月22日 12月定例記者会見を開催
- 12月25日 令和3年度における審査支払業務の平均手数料は、令和2年度と同額の59.90円／件に

支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) 新着状況（抜粋）

- 12月1日 支部情報（各支部ページ）において「お知らせ」「診療報酬確定状況」「管掌別診療報酬等確定状況」を更新
統計情報に確定状況及び収納状況（令和2年9月診療分）を追加
統計月報（令和2年9月診療分）を掲載
令和2年度診療報酬関連通知及び新型コロナウイルスに関するお知らせを更新
- 12月3日 未コード化傷病名コードで記録した傷病名に係る対応コードについて資料を掲載
- 12月4日 保険者の異動について（2020年11月分）を掲載
- 12月7日 被保険者証に記載された「枝番」における電子レセプトの記録方法に係るお知らせを掲載
基本マスター（医科診療行為及び歯科診療行為）を更新
医科電子点数表テーブルおよび歯科電子点数表テーブルを更新
レセプト電算処理システムマスターファイル仕様説明書を更新
- 12月10日 基本マスター（医薬品）を更新
- 12月16日 基本マスター（医科診療行為、歯科診療行為及び調剤行為）の更新
医科電子点数表テーブルおよび歯科電子点数表テーブルを更新
- 12月17日 基本マスター（特定器材）を更新
- 12月21日 令和2年9月審査分の審査状況を掲載
- 12月22日 コンピュータチェックに関する試行的公開の更新
- 12月23日 「オンライン又は光ディスク等による請求に係る標準仕様（医科用）（令和2年4月版）」を更新
レセ電通信（医科・DPC）を掲載
- 12月25日 保険者との契約状況を更新

お 知 ら せ

「支払基金が受託している医療費助成事業」、「支払基金における審査状況」および「診療報酬等確定状況と諸率の推移」については、支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) でご覧ください。

支払基金が受託している医療費助成事業 [トップページ](#) → [事業内容](#) → [医療費助成事業関係業務](#) → [支払基金が受託している医療費助成事業](#)

支払基金における審査状況 [トップページ](#) → [統計情報](#) → [審査統計](#)

診療報酬等確定状況と諸率の推移 [トップページ](#) → [統計情報](#) → [確定状況](#)

支払基金メールマガジンのご案内

もう登録は
お済みですか？

1

支払基金メールマガジンでは以下の情報をインターネットメールで提供しています。

保険者等 (保険者団体を含む)へ 配信している情報

レセプトデータおよび請求
関係帳票データがオンライン
請求システムからダウンロー
ド可能になったという情報

医療機関等 (診療担当者団体を含む)へ 配信している情報

返戻レセプトデータ、増減点
連絡書データおよび振込額明細
データ等がオンライン請求シス
テムからダウンロード可能にな
ったという情報

保険者・医療機関等共通の配信情報

- ①オンライン請求システム等に障害が発生した場合の緊急連絡
- ②電子レセプトの記録条件仕様、レセ電の基本マスターおよび電子点数表が更新されたという情報
- ③厚生労働省から連絡文書（疑義解釈、保険適用等）が発出されたという情報

2

登録方法

メールアドレスの登録は次のいずれかの方法によりお願いします。
登録方法は、支払基金ホームページでもご案内しています。

支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) トップページ→広報誌・メルマガ→「支払基金メールマガジン」のご案内

支払基金

検索

空メールによる登録方法

メールの宛先を右の2次元バーコードから読み込み、空メールを送信します。
または、宛先欄に次のアドレスを直接入力し、空メールを送信します。
空メールの送信先：toroku@mail.ssk.or.jp



Web上の登録ページからの登録方法

アクセス先を右の2次元バーコードから読み込み、ブラウザよりWebページにアクセスし、登録するメールアドレスを入力します。
返信メールに記載されている登録フォームへアクセスし、必要な項目をご入力ください。



3

Q&A (よくあるお問い合わせ)

Q₁

登録メールを送信したのですが、返信メールが届きません。

A₁

ドメイン指定受信等を設定されている場合、返信メールが届かない場合があります。
「ssk@mail.ssk.or.jp」からのメールを受信できるように設定する必要があります。

Q₂

登録しているメールアドレスを変更できますか。

A₂

配信されているメールに掲載されている「登録内容の変更」でメールアドレスの変更はできません。
お手数ですが、現在登録しているアドレスを配信停止手続き後に、変更後のアドレスを新規登録願います。

Q₃

登録するメールアドレス等の情報漏えいが心配です。

A₃

登録された情報は厳正に管理し、IP制限や、二要素認証機能などのアクセス制御機能を付加することにより、不正アクセスを遮断し、情報漏えいのリスクから守っています。

Q₄

メールマガジンに掲載してあるリンク先は安全ですか。

A₄

メールマガジンに掲載のリンク先は、支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) へ移行するよう設定しているため安全です。

(※診療報酬情報提供サービスについては、厚生労働省が運用するホームページ (<http://www.iryohoken.go.jp/>) をご案内しています。)

支払基金メールマガジンに
関するお問い合わせ先

社会保険診療報酬支払基金 本部 経営企画部 広報室 広報課

TEL : 03-3591-7441 9時～17時30分 (土、日、祝日、年末年始を除く)