

月刊基金

5

May 2021



特別寄稿

医療の現場と保険診療

糖尿病治療の現況

大津赤十字志賀病院 院長 岡本 元純

トピックス

支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)を公表

公費負担医療制度のしくみ 連載5回 自立支援医療(2)

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



チューリップ (富山県)

富山県では大正時代の1918年よりチューリップ栽培が始まり、その後、水田裏作の特産物として県全域で栽培されるようになりました。砺波チューリップ公園で開催される「となみチューリップフェア」では300品種、300万本の色あざやかなチューリップの光景を楽しむことができます。

CONTENTS

2

特別寄稿 医療の現場と保険診療

糖尿病治療の現況

大津赤十字志賀病院 院長 岡本 元純

6

トピックス

支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)を公表

7

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 連載142回

静脈血栓塞栓症

～長時間の同じ姿勢で発症～

国立病院機構九州医療センター (福岡県) 血管外科 小野原 俊博

8

審査委員長に伺いました。

審査委員長の役割は 最終決定者であり調整者

北海道社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 米川 元樹

10

災害時の概算請求等の仕組みについて

12

公費負担医療制度のしくみ 連載5回

自立支援医療(2)

14

よくわかるASPチェック 連載4回

16

保険請求の基礎知識

18

おたずねに答えて-Q & A-

19

よくわかる情報セキュリティ 連載4回

パスワード管理

社会保険診療報酬支払基金 情報セキュリティ責任者

日本ハッカー協会代表理事

杉浦 隆幸

20

医療保険等の動き マンスリーノート

22

よくわかる帳票の見方 連載1回

24

コンピュータチェックに関する公開の更新

支払基金メールマガジンのご案内

25

インフォメーション

支払基金の人事異動

糖尿病治療の現況



岡本 元純 大津赤十字志賀病院 院長

I はじめに

糖尿病治療は、食事療法・運動療法・薬物療法で成り立っているが、それらの一番基礎となる食事療法において、2019年に大きな改定があった。総エネルギー摂取量をどのように決めるかで、第1点は、それまでの身長と肥満度（BMI）の基準値22から計算した「標準体重」から、患者の年齢や病態等が異なることを考慮して個別化された「目標体重」への変更、第2点は、身体活動レベルとエネルギー定数の改定である。これは、わが国の世界に類を見ない超高齢社会において、フレイル^(注1)やサルコペニア^(注2)の予防に配慮されたことによる。以下、一般的な糖尿病治療概念の整理とともに、ふれてみたい。

II 糖尿病とは — その現状と課題 —

糖尿病とは、インスリン作用不足による慢性の高血糖状態を主徴とする代謝疾患群で、発症機序により1型、2型、その他、妊娠糖尿病に分類される。1型糖尿病におけるインスリン作用不足の主要な原因は、インスリンを分泌する膵ランゲルハンス島β細胞の破壊で、患者数は

10〜14万人（有病率は約0・09〜0・11%）と推計されている。他方、2型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食（とくに高脂肪食）、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症する。

糖尿病が強く疑われる者の割合は最近20年間で増加傾向にあり、平成28年「国民健康・栄養調査」では、糖尿病が強く疑われる者が約1000万人、糖尿病の可能性を否定できない者が約1000万人、合わせて約2000万人と推計される。年齢が高いほど糖尿病が強く疑われる者の割合が高くなる傾向にあり、65歳以上が7割以上を占め、そのうちの3割が後期高齢者にあたる。

日本糖尿病学会が10年ごとに行っている糖尿病患者の死因調査では、1970年代には40%程度であった心筋梗塞、脳卒中、腎血管死が2010年代には14・5%に減少し、糖尿病の治療の進歩の結果と推察される。しかしながら依然毎年1万6000人が糖尿病性腎症による透析導入が余儀なくされている。また、近年の高齢者糖尿病の増加に伴い、悪性新生物や感染症の死因は増加しており、サルコペニアや認知症への対策が新たに必要となっている。

III 糖尿病の治療

治療の目的

糖尿病の治療の目的は、血糖、血圧、脂質代謝などの良好なコントロール状態により、糖尿病合併症である網膜症、腎症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患などの発症と進展を防ぎ、健康な人と変わらない寿命の確保と、日常生活の質（QOL）の維持をすることである。

しかし、従来からの合併症が抑制されてきた一方で、超高齢社会において、フレイルやサルコペニアなどの併存症を予防・管理することも重要となってきた。さらに、糖尿病が原因となつてのステイグマ^(注3)や社会的不利益、差別に対し、アドボカシー活動^(注4)などを通じてこれらを取り除くよう努力することも、重要な治療目標である。

（注1）「身体的」「精神・心理的」「社会的」要素によって起こる虚弱

（注2）筋肉量減少による筋力低下

（注3）誤った知識や情報が拡散することにより対象となつた者が精神的・物理的に困難な状況に陥ること

（注4）糖尿病患者が疾患を理由に不利益を被ることなく治療の継続により糖尿病のない

人と変わらない生活を送ることができ、
社会環境を構築することを目指す活動

コントロールの指標

個々の症例によって、年齢と合併症に
応じて適切な治療目標を設定する。糖尿
病のコントロールは、血糖だけでなく、
血圧、血清脂質、体重も重要である。

血糖コントロール目標

血糖コントロール指標ではHbA1c
を重視する。HbA1c値は、患者の過
去1〜2か月間の平均血糖値を反映する
指標で、1人の患者でのばらつきが少な
い反面、血糖値の日内変動や低血糖の有
無が把握できない。

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、
低血糖の危険性、サポート体制などを考
慮して個別に設定する。血糖正常化を目
指す際の指標としてHbA1c (%) が
6・0%未満、合併症予防のための目標
として7・0%未満、治療強化が困難な
際の目標として8・0%未満とされる。
適切な食事療法や運動療法だけで達成可
能な場合、または薬物療法中でも低血糖
などの副作用なく達成可能な場合は6・
0%未満を目標とし、低血糖などの副作
用や、その他の理由で治療の強化が難し
い場合は、8・0%未満を目標とする。
いずれも成人に対しての目標値であり、
妊娠例は除かれる（日本糖尿病学会編・

著 糖尿病治療ガイド2020-2021より引
用）。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標
は、成人とは別に定められている。治療
目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血
糖の危険性、サポート体制などに加え、
認知機能や基本的ADL、手段的ADL、
併存疾患なども考慮して個別に設定する
必要がある。

まず、患者の特徴・健康状態により、
カテゴリーI（①認知機能正常かつ②A
DL自立）、カテゴリーII（①軽度認知機
能障害／軽度認知症または②手段的AD
L低下、基本的ADL自立）、カテゴリー
III（①中等度以上の認知症または②基本
的ADL低下または③多くの併存疾患や
機能障害）に分ける。さらに、重症低血
糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、
SU薬、グリニド薬など）の使用がなし
とありで分類される。なしの場合はカテ
ゴリーIとカテゴリーIIではHbA1c
が7・0%未満、カテゴリーIIIでは8・
0%未満、ありの場合はおおむねそれよ
り0・5%高い目標値が設定されている
が、年齢によりさらに区分され、低血糖
を起こさず達成可能な場合や治療の強化
が難しい場合、社会的サポートが乏しい
場合などはそれぞれ個別の目標値が設定
されている。

特筆すべきは、高齢者で重症低血糖が
危惧される薬剤ありの場合は、HbA1
cの目標に下限が設定されていることで
ある。加齢に伴って、重症低血糖の危険
性が高くなることに配慮したものである
（日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガ
イド2020-2021より引用）。

血糖値は、HbA1cを補完する重要
な代謝指標で、細小血管障害の発症予防
や進展の抑制には、低血糖を起こさず、
良好なHbA1c値を得られるよう、空
腹時血糖値、食後2時間血糖値、随時血
糖値などを勘案して治療を行う。

従来は、HbA1cと来院時の血糖値
を、あるいはSMBG (Self Monitoring
of Blood Glucose: 血糖自己測定で1日
1〜4回程度測定するのが一般的) の結
果を参考に治療してきた。しかし最近で
は、皮下に刺した細いセンサーにより皮
下の間質液中の糖濃度（間質グルコース
値）を持続的に測定することで、1日の
血糖変動を知る持続グルコースモニタリ
ング (CGM: Continuous Glucose Mo-
nitoring) も利用できるようになった。

CGMでは、血糖自己測定ではわから
ない血糖変動が明らかになるので、今の
治療法がうまくいっているかどうかを見
ることができ、CGMにはセンサーを
抜去してから記録されたデータを医療機

関で読み取ることで、今のその時の間質
グルコース値はわからないもの (profe-
sional CGM) と、常時直近の間質グル
コース値が表示され、患者自身が、リア
ルタイムに血糖変動を見ながら生活する
ことができるもの (personal CGM) が
ある。personal CGMは異常値や異常変
動の際にアラームで知らせてくれる。

持続皮下インスリン注入療法 (CSII
I) と呼ばれ、小型のポンプにより持続
的にインスリンを皮下注入して血糖コン
トロールを行う治療法があるが、これと、
personal CGMを組み合わせて、血糖値
に合わせて自動的にインスリン量が調節
されるSAP (Sensor Augmented
Pump) 療法もある。

また、FGM (Flash Glucose Moni-
toring) は、CGMと同様に皮下の間質
グルコース値を持続的に測定できるセン
サーを上腕に留置し、センサーにリー
ダーをかざした時の値を確認できる医療
機器である。

これらから得られた情報は、機器を活
用して治療した患者自身はもちろんのこ
と、装着していない患者の血糖日内変動
パターンを推定する際に参考にもなる。
いろいろな治療経験が報告されているが、
いずれにしても、血糖値とHbA1cを
参考に、低血糖を起こさず良好な血糖

コントロールを得ることを目標とする。糖尿病のコントロールでは、血糖のコントロールが重要ではあるが、それ以外にも血圧や脂質、体重のコントロールも重要である。

血圧コントロール目標

収縮期血圧130mmHg未満、拡張期血圧80mmHg未満を目指す。高年齢者における降圧目標（前期高齢者…140/90mmHg未満、後期高齢者…150/90mmHg未満）

0/90mmHg)を目指し、忍容性があれば、慎重に130/80mmHg未満を目指す。

血清脂質コントロール目標

LDLコレステロール120mg/dL未満、HDLコレステロール40mg/dL以上、中性脂肪150mg/dL未満、Non-HDLコレステロール150mg/dL未満で、冠動脈疾患がある場合は、さらに厳格な基準が適用される。

体重

体重は、総死亡が最も低くなるBMIは年齢によって異なるため、目標BMIが年齢や合併症、経過、活動量などを参考に個々に決めることとし、「標準体重」から「目標体重」に変更された。また、身体活動度とエネルギー係数に関しては、事務職の会社員などは、従来は①軽い労作(25~30kcal)に分類されるが多かったが、②普通の労作(30~35kcal)に分類されることとなった。その結果、非肥満者や高齢者では、カロリー制限がやや緩和され、肥満者では当面の目標体重が立てやすく、実情にそった改定となった。

総エネルギー摂取量=目標体重 × エネルギー係数

○目標体重 (kg)

- 65歳未満 : 身長 (m) × 身長 (m) × 22
- 65歳～74歳 : 身長 (m) × 身長 (m) × 22～25
- 75歳以上 : 身長 (m) × 身長 (m) × 22～25*

* 75歳以上の後期高齢者では現体重に基づき、フレイル、(基本的)ADL低下、併発症、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状態の変化を踏まえ適宜判断する。

○身体活動レベルとエネルギー係数

- ①軽い労作 (大部分が座位の静的活動) 25～30kcal
- ②普通の労作 (座位中心だが通勤・家事、軽い運動) 30～35kcal
- ③重い労作 (力仕事、活発な運動習慣) 35kcal～

(日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド2020-2021より引用)

IV 病型分類別の薬物治療の方針

個々の症例では、1型(多くはインスリン依存状態)、2型(多くはインスリン非依存状態でインスリン抵抗性が合併)のように成因と病態(病期)の両面からとらえ分類し、治療方針をたてる。病態(病期)の指標となる内因性インスリン分泌能は、空腹時や食後のインスリン値や、インスリンの合成過程にできるCペプチド値で評価する。インスリン依存状態の目安は、空腹時の血中Cペプチド量0.6ng/mL以下、あるいは24時間尿中Cペプチド量20μg/日以下で、治療の基本は不足しているインスリンを補充することになる。

その他の糖尿病は、クッシング症候群やステロイド糖尿病のようにインスリン抵抗性が主体の場合は2型糖尿病に準じて、隣全摘や隣全後でインスリン分泌が期待できないあるいは枯渇している場合は1型糖尿病に準じて治療薬を選択する。妊娠糖尿病は、薬物治療が必要な場合はインスリンに限る。

V 薬物療法の基本的考え方

薬物は、インスリン分泌非促進系(ビ

グアナイド薬、チアゾリジン薬、αグルコシダーゼ阻害薬、SGLT2阻害薬)、インスリン分泌促進系(DPP4阻害薬、GLP1受容体作動薬、SU薬、速効型インスリン分泌促進薬、グリニド薬)、インスリン製剤に分類される。このうちインスリン製剤とGLP1受容体作動薬が注射薬である。

日本の糖尿病患者の大多数を占める2型糖尿病では、通常はインスリン分泌があるので、まず食事療法と運動療法で治療を開始し、十分な血糖コントロールが得られない場合に薬物療法の併用となる。薬剤の選択は、まずは低血糖を起しにくい経口薬からで、肥満が強ければビグアナイド薬が選択されることが多いが、最近では腎保護作用を期待して、SGLT2阻害薬を選択される例も増えてきている。

1剤でコントロール困難なら、2剤、3剤と併用することになるが、低血糖を起しにくい薬剤を少量から開始して注意深く増量する。2型糖尿病でも、経口薬だけでコントロール困難な場合はインスリン療法への切り替え、あるいはインスリン併用となる。

インスリン分泌が期待できない1型糖尿病あるいはそれに準じる病態ではインスリン療法が基本で、インスリン分泌促進

系の薬剤は原則として使用しない。ただし、緩徐進行1型糖尿病は1型糖尿病に分類されるが、糖尿病のインスリン枯渇状態が通常の1型糖尿病より緩徐に進行するため、発症時たちにはインスリン療法が必要とならない。日常診療でも当初2型糖尿病と診断され2型糖尿病の薬剤で治療されていた症例が、経過中に抗GAD抗体の検査結果などにより緩徐進行1型糖尿病と診断され、徐々にインスリン療法に移行される例も散見される。

1型糖尿病あるいはそれに準じる病態であっても、インスリン非分泌系の薬剤はインスリン療法と併用されることがある。1型糖尿病であってもインスリン抵抗性も合併する症例ではビッグアナイド薬が併用されるし、SGLT2阻害薬はインスリン療法と併用しつつ1型糖尿病にも承認されている薬剤がある。また、αグルコシダーゼ阻害薬もインスリン療法と併用しつつ1型糖尿病にも可能と糖尿病治療ガイドに明記されている。

VI 薬物療法の実際

まず、インスリン療法の絶対的適応や相対的適応を除外する。妊娠中や授乳中、妊娠予定の患者には経口血糖降下薬は使わず、薬剤が必要な場合はインスリンに

限定される。高度の腎障害や肝障害の場合も経口血糖降下薬は使わないので、経口糖尿病薬を開始する前に腎障害と肝障害の評価は重要である。抗GAD抗体、IA2抗体、ICAなど、緩徐進行性も含めた1型糖尿病を示唆する検査が陽性の場合、現在インスリン分泌能が残っていても早期にインスリン治療に変更する。

インスリン療法の絶対的適応や相対的適応を除外したら、それ以外の薬剤の選択となる。食後血糖値のみが高く、空腹時血糖値が正常に近い場合は、インスリンの基礎分泌は比較的保たれていると考えられる。このような場合は、低血糖を起こしにくい薬剤を優先するが、病態から選んだ薬剤を少量投与してもよい。

DPP-4阻害薬は、単独で用いれば低血糖も起こしにくく、グルカゴン分泌抑制や、睪ランゲルハンス島β細胞の保護効果も期待でき、軽症糖尿病患者への初期から投与されることが多い。さらに、血糖値が高いときに作用も強いので、血糖値の変動も少なくなることから、空腹時血糖値にはほとんど異常がなくても、あるいは軽度の上昇でも、まずDPP-4阻害薬を開始し、効果不十分なら注意深く他剤を併用することも多い。ただし、高用量のSU薬に追加併用した場合に高度の低血糖症例が報告されている。

食後血糖値だけでなく空腹時血糖値も高い場合は、インスリンの追加分泌だけでなく基礎分泌の不足も推定される。このような場合はビッグアナイド薬、チアゾリジン薬、α-GIなどの単独投与では効果が十分得られず、グリニド薬、SU薬、DPP-4阻害薬など、インスリン分泌促進薬が必要となることが多い。

インスリン抵抗性が疑われる場合は、ビッグアナイド薬やチアゾリジン薬の併用、食事前後の血糖値の変動が大きい場合はα-GIの併用を考慮する。最初は単剤少量からはじめ必要に応じて作用機序の異なる多剤併用となる。SGLT2阻害薬は、高度腎機能障害や、るい瘦の患者を避けて使用すれば広い患者に効果が期待されるが、脱水や尿路・性感感染症のリスクに関する説明が重要で、高齢患者への投与時の注意も必要である。

インスリン以外では同系統の薬剤の併用はしない。さらにSU薬とグリニド薬の併用、GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬の併用もしない。

VII おわりに

糖尿病治療薬は1990年ごろまではSU薬とビッグアナイド薬とインスリンしかなく、選択肢は限られていた。しかし、

1990年代半ばにαグルコシダーゼ阻害薬が開発されて以後、多くの種類の糖尿病治療薬が開発され、その効果的な活用により、糖尿病のコントロールは非常に改善された。さらに血糖測定機器の急速な進歩により、保険適応で利用できる患者はまだ限られてはいるものの、良好なコントロールを達成するための多くの情報が得られるようになってきた。

他方、超高齢社会に向けて、コントロール目標も変わりつつある。また、糖尿病治療を妨げる要因として、「Stigma（ステイグマ）…特定の属性に対して刻まれる負の烙印」が挙げられる。糖尿病は寿命が短い、自己責任であるという間違った偏見から、必要なサービスを受けられない、就職や昇進に影響する、などの不利益を被る現状が、糖尿病であることを周囲に隠すようになり、患者を中心とした治療環境の構築の妨げになっている。これを取り除こうとするのがアドボカシー活動である。

糖尿病治療は今でも変化し続けている。治療薬や治療目標の使い方だけでなく、糖尿病に対する社会の意識も含め治療法の改善に努力し続けなければならない分野である。

※本稿の記述に関しては保険診療の可否を判断するものではありません。

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）を公表

このたび、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（第6回）」として、2事例を3月22日に公表しました。

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

診療項目	事例	取扱い	取扱いを作成した根拠等
検査	手術前においてスクリーニングを目的として実施したD 006の14 Dダイマー定性、D 006の15 Dダイマー半定量及びD 006の17 Dダイマーの算定について	手術前において、スクリーニングを目的として実施したD 006の14 Dダイマー定性、D 006の15 Dダイマー半定量及びD 006の17 Dダイマーの算定は、血栓症の発症リスクの高い症例を除き、原則として認められない。	Dダイマーは、安定化フィブリンのプラスミンによる分解産物で、二次線溶（フィブリン形成に伴う線溶）の亢進の指標となるものであり、DICや深部静脈血栓症の診断ならびに病勢の推移の評価に用いるものである。 したがって、血栓症の発症リスクが高い症例を除き、手術前におけるスクリーニングを目的とした当該検査の必要性は低く、原則認められないと判断した。
検査	アレルギー性鼻炎の疑いに対するD 015の10非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定について	アレルギー性鼻炎の疑いに対して、D 015の10非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定は、原則として認められる。	IgEは血清中にごく微量存在する免疫グロブリンで、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、じんま疹I型（即時型）アレルギー反応が関与する疾患などのI型アレルギー疾患で高値を示す。 非特異的IgEは、IgEの血中総濃度を測定する検査であり、I型アレルギーのスクリーニング検査として有用である。 このため、アレルギー性鼻炎の疑いに対するD 015の10非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定は、原則として認められることとした。

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について

社会保険診療報酬支払基金における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

今般、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、平成31年4月に支払基金に設置した「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」及び「疑義対応検討委員会」（※）において、検討を重ね、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」を取りまとめましたので、公表いたします。

なお、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意願います。

（※）「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、平成29年1月から平成31年3月までの間は、「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」で検討していましたが、平成30年度に審査に関する検討体制の改編を行い、令和元年度以降は「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」及び「疑義対応検討委員会」で検討することとなりました。

知っておきたい
病気の豆知識
連載 142回

医学の はなし



国立病院機構
九州医療センター
(福岡県)
血管外科

小野原 俊博

静脈血栓塞栓症

～長時間の同じ姿勢で発症～



静脈血栓塞栓症とは、主に下肢の深部静脈に血栓ができる「深部静脈血栓症」と、これに引き続き、静脈血栓が遊離し肺動脈を詰まらせることにより発症する「肺塞栓症」を併せた疾患概念です。飛行機内などで長時間同じ姿勢を取り続けると発症しやすいことが知られており、「エコノミークラス症候群」として一般的には知られています。近年では、地震等の大災害時の避難先で高頻度に発症し、災害関連死の原因の一つとなることが報告されています。また、癌患者さんで静脈血栓塞栓症を発症しやすいことでも注目されています。

深部静脈血栓症

下肢の筋肉内を走行する深部静脈にできた血栓が静脈血の停滞（うっ血）を生じさせることにより、下肢の腫脹・発赤をきたす疾患です。血液凝固亢進（血液が固まりやすくなる）、血流の停滞、静脈壁の異常の三つの因子が関与していると言われており、長時間の移動や災害時の避難は、血流の停滞のみならず脱水等による凝固能亢進も伴うために、深部静脈血栓症を引き起こしやすいと考えられます。同様の機序で、入院中の長期のベッド上安静・手術後も深部静脈血栓症をきたしやすく、弾性ストッキング着用等による予防が行われます。

肺塞栓症

静脈血栓、腫瘍、脂肪、羊水、空気などが静脈血流にのって心臓に戻り、肺動脈を詰まらせることにより呼吸循環障害が生じる疾患ですが、主な原因となる疾患が深部静脈血栓症です。呼吸困難、胸痛が主要な症状ですが、血栓が大きく、広い範囲の肺塞栓をきたすとショックや心停止が起きることもあり、突然死に至ることもあります。深部静脈血栓症の症状は伴わず、肺塞栓症が初発症状となることもあります。

静脈血栓塞栓症の診断と治療

診断は、下肢静脈超音波検査を用いて、深部静脈を観察し、血栓の有無を評価します。次に、肺塞栓症の有無を確認するために、造影剤を注射してCT検査を行います。

急性期の治療として、抗凝固療法（血を固まりにくくする薬物治療）と弾性ストッキング着用等による下肢の圧迫療法を行います。従来は、経口薬のワルファリンを使用するのが通例でした。ワルファリンは内服を開始してもすぐには効果を発揮しませんし、投与量は個人差が大きいため、効果発現までの間は、即効性のある注射薬（ヘパリン）の投与を行います。また、抗凝固作用のコントロールが安定するまでは頻回の血液検査

が必要です。最近では、即効性があり、コントロールも容易な直接作用型経口抗凝固薬と呼ばれる新規の薬剤を投与することも多いです。症例によっては、カテーテルを血栓内に挿入したうえで血栓溶解剤を注入する治療や、肺塞栓症を予防するために、静脈血栓を捕捉することを目的とした下大静脈フィルターという器具を血管内に留置することも行われています。

遠隔期の合併症（後遺症）

深部静脈血栓症は、静脈の閉塞により下肢のうっ血をきたします。抗凝固療法等により血栓が溶解することもありますが、静脈弁の機能が失われたため逆流が生じた場合も、うっ血をきたします。下肢のうっ血が長期にわたると、皮下組織が炎症を起こし、皮膚炎や潰瘍を生じる静脈炎後症候群となります。この状態になると、劇的な解決は望めず、弾性ストッキングを着用して、皮膚炎の悪化を防ぐことが主眼となります。肺塞栓症の遠隔期には、肺動脈の広範囲に血栓が残っていると慢性血栓性肺高血圧症をきたします。労作時に息切れを起こし、重症の場合、肺動脈内の血栓を摘出する手術も行われてきましたが、最近では、血栓閉塞した肺動脈をバルーンで拡張するカテーテル治療も行われています。



米川 元樹 北海道社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

審査委員長の役割は 最終決定者であり調整者

医師として

— 医師を志したきっかけは

父、祖父ともに医師をしていたこともあり、高校生の頃から医師になろうと思っていました。医学部に入って、6年目に父が膵臓がんになって、あと数年しかもたないことが分かりました。そのとき手術を受けた病院の病院長が外科の医師だったので、卒業後は父親の面倒をみたほうがいいと言われて、ご自身の病院に誘っていただき、それがきっかけで外科を専攻しました。一般外科をずっとやっていますが、血液浄化や人工臓器にもかなり力を入れて

きました。

— 医師として大事にされていることを教えてください

医師として心がけていることは、医療というものは正解がないものが多い、まず患者さんにとって何が最善か、何を最優先させるべきかということです。もう一つは、患者さんやその家族に話をするときに、どれほど私の話を理解されているかということを考えながら話すようにすることです。とはいえ、医療の本身は非常に難しい話なので、その場で理解するのは困難です。私が説明しても、帰宅したら半分も覚えていないというのは当たり前なんです。そ

れで、私は、患者さんに録音を勧めています。私の話を録音すれば、帰宅してから何回も聞けるし、その場にいなかった人にも聞かせることができるので、理解してもらおう最短距離だと思っています。

— ポリシーや座右の銘は

二つの言葉を時々思い出して医療に取り組んでいます。一つは「案ずるより産むが易し」。医師、病院管理者、審査委員長の立場として、いろいろ考えてもしようがない、とにかくやってみようということです。もう一つは「継続は力なり」。いいことは継続していくことが大事ですが、実は継続は難しい

こともありません。

— 診療のなかで印象に残るエピソードを教えてください

大学を卒業して8、9年目の頃、北海道内の地方都市にある、一般外科の医師が私一人しかない病院に赴任しました。毎日のように交通事故の患者さんが運び込まれ、たった一人ですべて対応していました。整形外科や泌尿器科、口腔外科の先生にいろいろ教わり、手術を覚えていったことが後々非常に役に立っています。

審査委員長として

— 審査委員になって感じたことは

日本の医療は必要十分な医療が保障されているわけでなく、必要最小限に近い医療しか認められていないことを実感しました。皆保険による保険診療は幅広く、いろいろな患者さんに適用される意味では公平性は保たれていますが、制約されています。保険診療で認められなければ適用させることができないという意味で、かなり制限的な医療社会だと思います。

— 審査委員会の中で力を入れている

ことは

審査委員長の仕事は、最終的には審査委員会の最終決定だと思っています。北海道支部は、結構大所帯ですのである意味では審査委員のいろいろな調整を行う調整者の役割が審査委員長だと思っています。支部内の差異の調整や再審・再々審の対象について、いかに減らしていくか一番頭を痛めるところです。支部内の差異については、診療科間の差異がありますが、これは比較的限定されています。一方で、一番問題となるのは、同じ診療科内での差異です。特に内科は、循環器科、呼吸器科などいろいろな科があり、それぞれの中で審査委員によって見解が異なる場合がありますので調整するのは難しいところがあります。支部内で差異があるような問題は、支部間の差異としてもまとまらないと思います。

—— **そのような中で、どのように調整されていらっしゃるのでしょうか**

基本的には、その診療科の主任審査委員、あるいは主任的な立場の方に最初は調整をお願いします。しかし、それ

でもまとまらないときは、医療顧問の先生に入ってもらい、最終的には私が関与して、支部として「このような形にしよう」というところまで歩み寄っていきます。

——職員に望むことは

職員の皆さんは、非常によく勉強していると思います。ただ、知識に結構差があり、非常によく知っている方もいれば、十分理解していない方もいます。経験年数による知識の差はやむを得ないと思いますが、職員の間でも、共有してほしい知識が基本的にあるので、理解していただければと思います。

また、審査委員による審査内容の差異は職員から指摘されなければ分からないので、意見調整をするためには、職員の方との連携がなければ絶対にできないことだと思っています。

—— **医療機関や保険者にお願ひしたいことはありますか**

医療機関には、医療と保険診療は違うことを理解していただきたいと思っています。医療としては正しいかもしれないが、保険診療としては過剰だとか、認められていないなどの制約がたくさん

あります。また、審査委員は1枚のレポートを見て患者の病態を推定し、治療経過をストーリーとして頭の中に描いて審査します。医療機関にもレポートで理解してもらえように、必要であれば説明やコメントを入れてくれるとありがたいですね。

保険者からの再審査が非常に増えてきています。保険者としては支部間差異がない全国一律の審査を求めてくるのは当たり前だと思います。ただ、個々の患者に一番適した医療、テーラードメディシンも求められている時代です。そうすると、同じような病態でも医療の内容が異なることも現実です。で、保険者にも理解していただきたいと思っています。

—— **これからの医療保険制度のあり方についてご意見を聞かせてください**

今の保険診療が今後も続き、2年に一度の診療報酬改定を行うとなると、どんどんルールが増え、それを審査で見えていくことができるのかというのが非常に疑問です。入院についてはDPC病院だけではなく、全国の病院がDPCのように包括に近いかたちで、審

査できるのであれば、審査は非常に簡素化されると思います。ただ、それを実現するには知恵が必要になると思います。

プライベートについて

—— **趣味を教えてください**

20年ほど前から自分で料理をしており、家に夜いるときは、私が晩ご飯を全てつくります。パソコンに入っているレシピは今や3000ほどです。きっかけは、ダッチオーブンという鉄鍋料理に興味を持って、北海道で開かれた日本ダッチオーブン協会のコンテストに参加し、優勝したことです。

また、週末にはくん製をつくります。くん製ベーコンは評判がよくて、今では毎年お歳暮として親しい方に送っています。



災害時の概算請求等の仕組みについて

支払基金では災害発生時に、厚生労働省から通知等を受け災害関連情報を発信しています。今号では災害時の概算請求やレセプト請求にかかる概要をご紹介します。

診療録等の滅失等の場合の概算による請求等

概算による診療報酬等の請求の取扱い

1. 診療録等の滅失等の場合の概算による請求

- 災害救助法適用日以前の診療等分は、概算による請求が行えます。
- 概算請求を行う場合は、概算請求届出書を所在する支払基金支部に提出します。
- 災害救助法適用日の翌日以降の診療等分は、通常の手続き（レセプト）による請求を行います。

例①：令和元年台風第19号 入院分

$$\frac{\text{令和元年6月～令和元年8月 入院分診療報酬等支払額}}{92 \text{ 日}} \times 0.9993 \times \text{令和元年10月の入院診療 実日数}^{(\ast 1)}$$

例②：令和元年台風第19号 外来分

$$\frac{\text{令和元年6月～令和元年8月 外来分診療報酬等支払額}}{77 \text{ 日}} \times 0.9993 \times \text{令和元年10月の外来診療 実日数}^{(\ast 1)}$$

(※1) 災害救助法適用日までの診療等実日数

2. 被災後に診療を行った場合の概算による請求

- 災害救助法適用地域に所在する医科に係る保険医療機関であって、災害救助法適用日の翌日以降に診療を行ったものについては、当該保険医療機関の状況に鑑み通常の手続きによる請求を行うことが困難な場合には、概算請求届出書を提出することにより、当該月1か月分を通して概算による請求を行うことができます。

例③：令和元年台風第19号 災害救助法適用日以降の診療増（入院診療の増加、被災直後における時間外診療分）及び一部負担金等の猶予分

$$\begin{aligned} & \frac{\text{令和元年6月～令和元年8月 入院分診療報酬等支払額}}{92 \text{ 日}} \times 0.9993 \times \text{災害救助法適用日翌日以降の入院診療実日数} \times (0.05 + 0.001) \\ + & \frac{\text{令和元年6月～令和元年8月 外来分診療報酬等支払額}}{77 \text{ 日}} \times 0.9993 \times \text{災害救助法適用日翌日以降の外来診療実日数} \times (0.054 + 0.001) \end{aligned}$$

通常の手続きによる請求

上記「概算による診療報酬等の請求の取扱い」による請求以外については、通常の手続き（レセプト）で請求を行います。

概算請求届出書又は診療報酬請求書等の提出期限

概算による請求を選択する場合「概算請求届出書」の提出には期限があります。

期限日までに診療報酬等の請求がない保険医療機関等には、所在する支払基金支部から当該月に係る診療等の提出について照会し対応します。

被保険者証等を保険医療機関等に提示せずに受診した患者の 診療報酬明細書(レセプト)の請求方法

保険者を特定した場合であって、記号・番号が確認できない場合

紙レセプトによる請求

- 保険者番号は、レセプトの所定の欄に記載します。
- レセプトの欄外上部に赤色で「**不詳**」と記載します。

電子レセプト(電子媒体・オンライン)による請求

- 保険者番号を記録します。
- 記号は記録しません。
- 番号は「99999999」(9桁)を記録します。
- 摘要欄の先頭に「不詳」と記録します。

保険者を特定できない場合(記号・番号も確認できない)

紙レセプトによる請求

- 住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先をレセプトの欄外上部に記載します。
- 記号・番号は、記載しません。

電子レセプト(電子媒体・オンライン)による請求

- 保険者番号は「99999999」(8桁)を記録し、摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合は連絡先を記録します。
- 記号は記録しません。
- 番号は「99999999」(9桁)を記録します。

保険医療機関等の窓口で一部負担金等を猶予した患者の請求

紙レセプトによる請求

- レセプトの欄外上部に赤色で「**災1**」と記載し、一部負担金欄に「支払猶予」と記載します。
- 同一の患者について、猶予措置等に係るレセプトと猶予措置等の対象にならないレセプトがある場合には、双方を2枚1組にし、通常のレセプトとは別に束ねて提出します。ただし、同一の患者について、猶予措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難なレセプトについては、レセプトの欄外上部に赤色で「**災2**」と記載し、一部負担金欄に「支払猶予」と記載します。そして、被災以前の診療に関する一部負担金等の額を摘要欄に記載します。

電子レセプト(電子媒体・オンライン)による請求

- 「**災1**」について
レセプト共通レコードのレセプト特記事項に「96」、保険者レコードの減免区分に「3：支払猶予」、摘要欄の先頭に「災1」と、記録します。
- 「**災2**」について
レセプト共通レコードのレセプト特記事項に「97」、保険者レコードの減免区分に「3：支払猶予」、摘要欄の先頭に「災2」と、記録します。

保険優先の公費負担医療を持つ患者の請求

- 一部負担金等を猶予したときは、患者の負担分がゼロであることから、保険優先の公費負担医療の対象になりません。
- このため、一部負担金等の支払を猶予した場合には、従来、公費併用レセプトとして請求する患者のレセプトであっても、医療保険単独として取扱い、公費負担者番号及び公費受給者番号は記載しません。ただし、摘要欄に「公費負担医療」など、公費負担医療の受給者である旨を記載します。

診療報酬請求書等の取扱い

保険者が特定できない場合の診療報酬請求書等

- 診療報酬請求書等の備考欄に、未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定の事項(件数・診療実日数・点数等)を記載します。

保険医療機関等の窓口で一部負担金の支払を猶予した患者の診療報酬請求書等

- 診療報酬請求書等については、各レセプトの該当する種別及び管掌の欄に通常請求するレセプトと合算して記載します。

5 自立支援医療（2）

法別番号 15 更生医療 / 16 育成医療
/ 21 精神通院医療

4月号では、自立支援医療共通のしくみについて解説しました。この自立支援医療には、更生医療・育成医療・精神通院医療の3種類があり、それぞれ対象患者や支給範囲が定められています。

1 更生医療

更生医療は、身体障害者の自立と社会活動への参加の促進を図ることを目的に、確実に治療の効果が期待できるものとして提供されます。更生医療の対象となる人は、身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の交付を受けた18歳以上の身体障害者です。

◆更生医療の対象となる障害

対象になる障害	疾病（例）
視覚障害	白内障、網膜剥離、瞳孔閉鎖、角膜混濁
聴覚、平衡機能の障害	鼓膜穿孔、外耳性難聴
音声機能、言語機能、そしゃく機能の障害	外傷性または手術後に生じる発音構語障害、唇顎口蓋裂
肢体不自由	麻痺障害、関節拘縮
内部障害（心臓、腎臓、小腸、肝臓、免疫）	先天性心疾患、後天性心疾患、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害、HIVによる免疫機能障害

●治療材料・移送費・マッサージの取扱い

治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用の最小限の治療材料と治療装具のみが支給されます（育成医療も同様です）。移送費は、医療保険でうけられない場合に支給されます。

マッサージは、その指定自立支援医療機関にマッサージ師がおらず、担当医師の処方にもとづいて指定する施術所でうける場合のみ費用が支給されます（施術料は、医療保険と同様に算定します）。

●慢性腎不全患者には高額療養費で10,000円の限度額

医療保険の高額療養費では、慢性腎不全患者などの患者については10,000円の自己負担限度額を設定しています（指定自立支援医療機関は、受給者証等とともに特定疾病療養受療証の提示を受けます）。

このため、①自立支援医療の負担額、②その月の自立支援医療対象医療費の1割相当額、③高額療養費の限度額10,000円のうちの、いずれか一番低い額が、その月の費用徴収額となります。

2 育成医療

育成医療の対象となる人は、児童福祉法で定める障害児のうち、身体に障害をもつ18歳未満の児童です。

育成医療は、身体に障害がある児童、または現在ある障害や疾患について医療を行わなければ将来において障害を残すと認められる児童に、確実な治療の効果が期待できるものが提供されます。内部障害については、手術により、将来、生活能力を維持できる状態となるものに限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。

3 精神通院医療

精神通院医療の対象となる人は、精神保健福祉法に規定する精神障害者またはてんかんを有する人です。

精神通院医療は、精神障害およびその精神障害に起因して生じた病態に対して入院しないで行われる通院医療を範囲とします（外来での投薬、デイケア、医療保険・介護保険の訪問看護等が含まれます）。現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要がある場合には、対象となります。

●精神通院医療の範囲外の医療

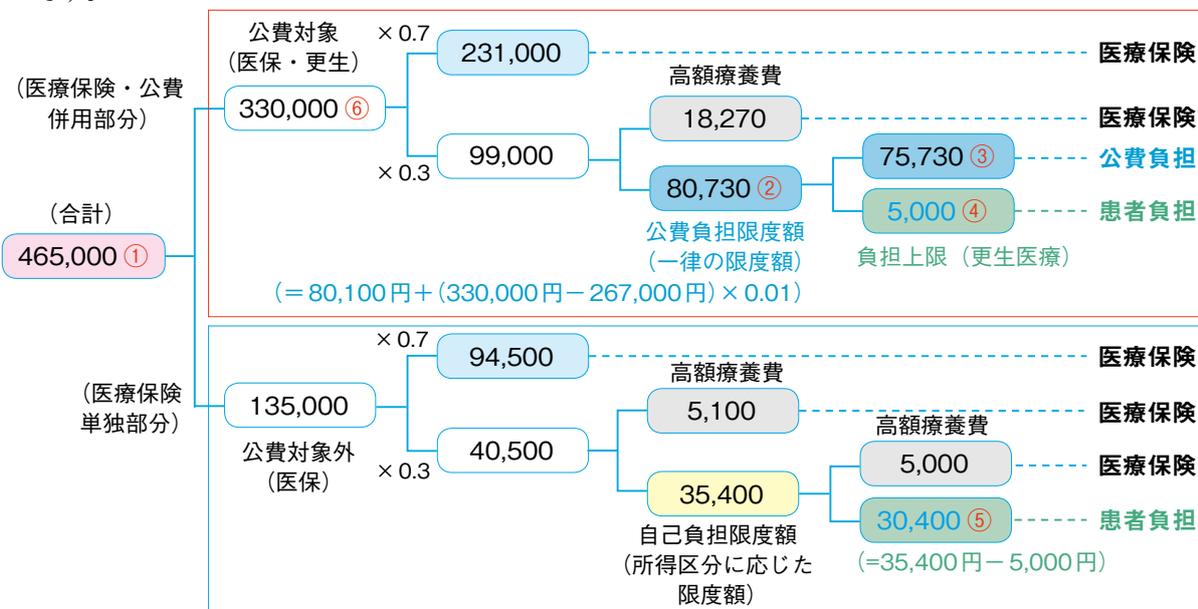
複数の診療科を有する医療機関では、精神通院医療を行う診療科以外において行った医療は精神通院医療の範囲外です。精神障害と直接関係のない傷病は、受給者証記載の医療機関で精神医療を担当する医師による医療でも対象外となります。

◆精神通院医療の対象となる障害

状態	疾病 (例)
躁および抑うつ状態	気分 (感情) 障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害
幻覚妄想状態	統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害
精神運動興奮および昏迷の状態	統合失調症、統合失調症型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期あるいは寛解期
統合失調等残遺状態	統合失調症、統合失調症型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期あるいは寛解期
情動および行動の障害	成人の人格および行動の障害、症状性を含む器質性精神障害、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、精神遅滞、心理的発達障害
不安および不穏状態	統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害
けいれんおよび意識障害	てんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害
精神作用物質の乱用、依存等	精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害
知能障害等	精神遅滞、認知症

事例

●外来における更生医療で、一般の医療保険の加入者（3割負担）・収入が低所得2（公費の負担上限月額5,000円）の場合です。月の医療費合計が465,000円で、そのうち330,000円が公費対象となる例です。



- ※ 医療保険・公費併用と医療保険単独の療養が行われている場合、基本的には区分して限度額を適用します。
- ※ 公費の費用徴収額(5,000円)と医療保険単独の一部負担金等(35,400円)の合算による患者負担に、所得区分に応じた自己負担限度額を適用します。患者負担が自己負担限度額を超える場合は、その差額も高額療養費として現物給付され、患者負担は自己負担限度額までとなります(ただし、70歳未満については、併用部分と医療保険単独部分の一部負担金等がそれぞれ21,000円以上で、公費の費用徴収額があることが条件です)。
- ※ 障害者や乳幼児を対象に各地方自治体が独自に実施している医療費助成事業の対象患者については、国の公費が優先されるため、患者負担分が地方自治体の医療費助成事業の対象となります。

療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金額	円
		公費①	46,500	①			(80,730) ② 111,130 ③ + ④ + ⑤
公費②		33,000	⑥			5,000 ④	

「療養の給付」欄の①⑥は点数表記です。

受付・事務点検ASPチェックでエラーとなったレセプトで、エラー内容が「診療行為において病床数の記録が必要となる事例」及び「高齢受給者の特記事項の記録が必要となる事例」について、原因を解説します。

事例① 診療行為において病床数の記録が必要となる事例の解説について

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58. 10. ●●	3639	病床数の記録が必要です。	13	特定疾患療養管理料（100床未満）147×1

電子レセプトの受付データ（抜粋）

RE,1,1116,202101,●● ●●,1,198310●●,.....
レセプト種別 診療年月 氏名 性別 生年月日

SI,13,1,113001910,,147,1,,,.....
診療識別 負担区分 点数 回数

 病床数の記録箇所

出力紙レセプト（抜粋）

病床数の記録を必要とする診療行為コード

保険医療機関
 の所在地及び
 名称
 東京都港区新橋●●-●●-●●
 ●●●●●●
 TEL:03-●●●●●●-●●●●●● () 床

13|01 特定疾患療養管理料（100床未満）147×1

●解説

レセプト共通レコード（RE）に病床数を記録せず、診療行為レコード（SI）において病床数の記録が必要である診療行為コードを記録した場合、L3639エラーが発生します。

●記録方法

該当箇所に病床数を記録します。

●備考

・医科診療行為マスターの病床数区分が「1」、「2」及び「6」の場合（参考）は、該当箇所に病床数の記録が必要となっております。

参考

マスター 種別	診療行為コード	診療行為省略名称	病床数区分
		省略漢字名称	
S	113001810	特定疾患療養管理料（診療所）	0
S	113001910	特定疾患療養管理料（100床未満）	1
S	113002010	特定疾患療養管理料（100床以上200床未満）	2
S	112011310	外来診療料	6

※詳細は支払基金ホームページに掲載されている「医科診療行為マスター」及び「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」をご参照ください。

・記録した診療行為コードの誤りによりL3639エラーが発生した場合は、正しい診療行為コードを記録して下さい。

（例）診療行為コードの記録誤りがあった場合
 「特定疾患療養管理料（100床未満）」を誤って記録していたため、
 「特定疾患療養管理料（診療所）」へ修正

ポイント

該当箇所への病床数の記録及び記録した診療行為コードを確認の上、記録願います。

知識

今回は①「初診料を算定する初診以外での乳幼児育児栄養指導料の算定について」②「GEAとDUPAN-2の併算定について」を掲載します。

事例① 医科

初診料を算定する初診以外での乳幼児育児栄養指導料の算定について

診療報酬明細書 (医科入院外)		令和 3 年 5 月分 県番:	医科:	1 医科	1 社保	2 2併	4 六外	
公負①	公受①			保険者番号				給付割合
公負②	公受②			記号・番号				(枝番)
氏名	2女 5令 2. 1. 4 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称				
傷病名	(1) おむつ皮膚炎(主) (2) 急性気管支炎 (3) 気管支喘息		診療開始日	(1) 令 03.04.12 (2) 令 03.05.26 (3) 令 03.05.26	転	帰	診療実日数	1 日 公① 日 公② 日
1 1	初診	×	回					公費点数
1 2	再診	112	×	1	112			
	再外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	診休日	×	回					
	深夜	×	回					
1 3	医学管理			140				
1 4	往診		回					
	夜間		回					
	在深夜・緊急		回					
	在宅患者訪問診療		回					
				(12) * 外来診療料 * 乳幼児加算(外来診療料) 112 × 1 * (13) * 薬剤情報提供料 10 × 1 * 乳幼児育児栄養指導料 130 × 1 (20) * 一投薬 略一				

本事例については、初診料を算定する初診以外（外来診療料を算定）において、乳幼児育児栄養指導料が算定されていますが、令和2年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第1号に「区分番号「A000」初診料（「注5」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。」旨示されていることから、当該指導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

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【通知 令和2年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第1号】

別添1（抜粋）

医科診療報酬点数表に関する事項

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児

科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して区分番号「A000」初診料（「注5」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

Q

おたずねに 答えて

A

今回は、支払基金ホームページを利用されている方から寄せられたご質問を紹介します。

Q1 保険者との契約状況について、ホームページのどこに掲載されていますか。

A1

トップページ → 組織概要 → 支払基金について → 組織の概要 → あゆみに掲載しています。



Q2 支払基金へ請求したレセプトを取り下げたいのですが、取下げの用紙はホームページに掲載されていますか。

A2

取下げに必要な「再審査等請求書」は、支払基金ホームページの「様式集」に掲載しています。

ダウンロードしたうえで、必要事項を記載いただき、所在地の支払基金支部へ提出願います。

なお、オンラインで請求されている保険医療機関等につきましては、オンライン請求システムで提供している「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」を使用して再審査等請求ファイルを作成し、オンラインにより請求することもできます。詳しくは支払基金ホームページで案内しています。

- ・再審査等請求書

トップページ → 様式集 → 医療機関・薬局の方 → 5.再審査 → 再審査等請求書



- ・オンライン請求システム

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 10.オンラインによる再審査等請求



Q3 診療報酬等の支払予定日などはホームページのどこに掲載されていますか。

A3

トップページ → カレンダー に各種日程を掲載しています。



そのほか、トップページ → Q&A よくあるご質問 にも、お問い合わせの多い事例を掲載しています。



パスワード管理

インターネットを利用している期間が長いと様々なサイトに登録している人は多くいます。スマートフォンを利用するために、ショッピングや旅行サイト、金融機関、ゲーム、会員制サイト、数十では収まらずに百以上のサイトに登録している人も多しはです。これらに登録するときに使用しているパスワードはどうしているのでしょうか。実のところ多くの人が同じパスワードを使っています。

●パスワードを使い回す危険性

パスワードを使い回してはいけない理由は明白です。各サイトに、登録時にパスワードを預けているために、ユーザ登録しているサイトが1つでも侵入された場合には、登録されたメールアドレスとパスワードが盗まれてしまいます。メールアドレスとパスワードを登録することで、ログインできるサイトが多いため、1つのパスワードが漏れると多くのサイトにログインできてしまうのです。パスワードを含む個人情報報漏えい事件はニュースになり周知されやすいのですが、漏えいしていても、サイト運営者が対応しないため放置されている個人情報報漏えい事件もあります。そのため、いつの間にか情報が漏れていても気づかないことがあります。

●パスワードを変更する必要性

すでに延べ何十億人分のメールアドレス

とパスワードのセットが流通しているため、これらのリストを利用して、パスワードリスト攻撃として様々なサイトで有効なメールアドレスとパスワードのセットを見つけた活動がされていたり、特定のユーザのメールアドレスとパスワードで入れるサイトにログインするような活動もあります。パスワードの漏えいはすでに消せない事実としてネット上に残り続けています。そのようなこともあり、パスワードは各サイトごとに変更する必要があります。それはいつまでも、登録して忘れていたサイトも多くあり全部変更することや、サイトごとに作成したパスワードをすべて覚えることは、不可能なのでパスワードを別に管理する必要があります。

●パスワードの管理方法と課題

パスワードの管理はノートに書いたり、パスワード管理ソフトを使うか、ブラウザのパスワード管理機能を使います。個人ではこの方法でもよいのですが、組織としては十分ではありません。パスワードが分からなくなった場合は、登録先のサイトで解決する場合もありますが、対処法もなく諦めるしかないこともあります。そのため二要素認証※1もしくは二段階認証※2の対応も必要です。SMSで認証をしている場合などは、アカウントが携帯電話の契約に結び付いていることが多くあります。ワン

タイムパスワード※3のキーも保存しておかないと端末の変更で使用できなくなりますが、アカウントを安全に保つには二要素認証は必要なのですが、個人に結びつく契約で二要素認証をしていると、その人物が急に退職したりする場合に対応ができません。

担当者がいつい

なくなっても会社の権限として利用できるようにする必要があり、パスワードのコピーを鍵のかかる場所に保管していざというときには利用できるようにする必要があります。

図：パスワード管理ソフトによるパスワード管理

Title	User Name	Password
利用端末1	Suzuki	*****
オンライン請求	tanaka	*****
オンライン資格確認	taro	*****
電子カルテ	iryu2	*****

※1 二要素認証：利用者の本人確認などの認証において、記憶、生体、持ち物のうち二つ以上の要素を組み合わせて認証手段として用いることにより精度と安全性を高める手法

※2 二段階認証：利用者の本人確認などの認証を行う際に、異なる二つの情報や方式を用いた認証を組み合わせ、二回に分けて認証を行う方式で、同一要素を含むことがある認証形式

※3 ワンタイムパスワード：利用者の本人確認などに用いるパスワードに、主として時刻と秘密鍵により生成される一定の秒数間有効な6桁等の数字を使った認証形式

MONTHLY MANSLY-NOOT NOTE

医療保険等の動き

3 → 4
March April

3月4日

【医療保険】

昨年10月の医療費
8か月ぶりに増加

厚労省は3月4日の社会保障審議会医療保険部会に、令和2年10月までの医療費の動向（メディアス）を報告した。10月の医療費の対前年同月比は入院1・0%増、入院外0・4%増、調剤1・1%増で、いずれも減少傾向から増加に転じた。医療費の総計は1・5%増で、8か月ぶりに増加した。

3月5日

【診療報酬】

令和3年度薬価改定を告示
初めての中間年改定に

厚労省は5日、初めての中間年改定となる令和3年度薬価改定を

告示した。品目ベースでは、1万7550品目のうち、1万2180品目（全体の69%）が改定の対象。薬価基準の告示数は統一名称載などにより、品目数が減少し、1万4228品目が全体の医薬品数となる。昨年の薬価調査に基づき、公定価格と市場実勢価格の乖離率が5・0%を超える品目を対象とした。平均乖離率は8・0%。

3月10日

【診療報酬】

2年度改定の入院料等経過措置
9月末までの再延長を了承

中医協は10日の総会で、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた診療報酬上の取扱いを議論した。昨年10月からの実施を今年3月末までに半年間延長していた令和2年度診療報酬改定の「重症度医療・看護必要度」の基準値など入院料等の見直しの経過措置について、今年9月末まで、さらに半年間延長することを了承した。

3月10日

【医薬品】

セルフメディケーション税制
追加候補に4症状

厚労省のセルフメディケーシヨ

ン推進に関する有識者検討会は10日、新たにセルフメディケーシヨン税制の対象医薬品の考えをまとめた。追加医薬品の症状群として、①腰痛・関節痛・肩こり、②風邪の諸症状、③アレルギーの諸症状、④胃腸の諸症状の4つ。

3月11日

【医薬品】

高齢者のポリファーマシー対策
病院の始め方・進め方案了承

厚労省の高齢者医薬品適正使用検討会は3月11日、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方（案）」を了承した。ポリファーマシー対策をゼロから始める病院向けの「スタートアップツール」としての手段と、ポリファーマシー対策をある程度進めている病院が業務手順書を整備するための参考資料として活用する。また、同案を活用したモデル事業を来年度から実施する。

3月17日

【医療保険】

協会けんぽが事業計画を決定
ジェネリックの目標支部別に

全国健康保険協会（協会けんぽ）は3月17日の運営委員会で、

令和3年度事業計画を決定した。ジェネリック医薬品の使用促進については、使用割合80%を目指し、年度末の目標値を支部別に設定する。すでに使用割合が80%以上の支部では「年度末時点で対前年度以上」とした。令和2年10月時点の使用割合は79・6%。

3月19日

【医療保険】

2019年度の特定健診
実施率は55・6%に

厚労省は3月19日、2019年度の特定健診・特定保健指導の実施状況を公表した。実施率は特定健診55・6%（2018年度54・7%）、特定保健指導23・2%（同23・2%）で、特定健診は前年度を上回ったものの、特定保健指導は横ばいとなった。

3月24日

【診療報酬】

プログラム医療機器の
診療報酬の検討へ

中医協は3月24日の総会で、プログラム医療機器の診療報酬上の対応を保険医療材料専門部会で議論し、12月末を目途にまとめる方針を了承した。アプリや人工知能

を使用したプログラム医療機器が薬事承認されて保険収載となる事例が出ており、昨年12月の規制改革推進会議の方針を踏まえ、中医協が検討することとなった。

3月24日 【介護保険】

3年度介護報酬改定の効果検証の調査案を了承

社会保障審議会介護給付費分科会は3月24日、令和3年度介護報酬改定の効果検証の調査案を了承。調査項目は、介護医療院のサービス提供実態等やLIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証など4つ。夏頃に調査票案をまとめ、9月頃に調査実施予定。

3月24日 【新型コロナ】

今後の感染拡大に備えた医療提供体制整備求める

厚労省は3月24日、事務連絡「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」を发出した。都道府県には、緊急的な対応方針として、第3波の流行の最大感染者

数の2倍程度の患者が生じるなど、大幅に患者が増えた場合の対応を早急に検討し、4月中に厚労省に報告するよう求めている。

3月26日 【医療保険】

健保組合の納付猶予433億円に

社会保障審議会医療保険部会は3月26日、厚労省から新型コロナウイルスの影響による健康保険料の納付猶予について報告を受けた。納付猶予された健保組合は、令和3年1月支払い時点で、のべ5384事業所で、猶予額は計432・8億円。協会けんぽでは、令和3年1月29日時点で、計2325・8億円の納付が猶予されている。

3月26日 【医療保険】

オンライン資格確認の本格運用は10月に延期

厚労省は3月26日の社会保障審議会医療保険部会に、オンライン資格確認の本格運用の開始を3月下旬から10月に延期することを報告。保険者が登録している加入者データの一部が不正確であること

や、医療機関内システムのデータ読み取りエラーの発生などを理由にあげた。当面は「ブレ運用」を継続するが、対象施設は当初予定の約500機関から、10万機関程度まで順次拡大していく。

3月26日 【新型コロナ】

ワクチンの2回目接種後35・6%が発熱

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会は3月26日、新型コロナウイルスワクチンの先行接種者の健康調査の中間報告を受けた。2回目の接種後に発熱した人は35・6%で、1回目接種後は3・3%だった。2回目接種後に頭痛があった人は49・0%、倦怠感があった人は67・3%で、1回目より全身症状が出た人の割合が高かった。

3月29日 【医療保険】

審査支払機能あり方検討会報告書と工程表まとめる

厚労省の審査支払機能の在り方に関する検討会は3月29日、報告

書と改革工程表をまとめた。支払基金と国保連の各都道府県の審査基準の統一に向け、2022年10月までに各機関で重複や整合性の整理を行い、2024年4月までに検討を一巡させることを明記。2024年4月までに支払基金と国保中央会・国保連で整合的なコンピュータチェックを実現するため、国保連の外付けシステムによるコンピュータチェックは国保総合システムに取り込むか廃止し、両機関のコンピュータチェックの全国統一を行うとした。

4月1日 【支払基金】

1月診療分の確定件数対前年同月比▲13・3%

支払基金は4月1日、令和3年1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8197万件で、対前年同月伸び率は▲13・3%（医療保険分▲13・9%）となった。減少幅は前月▲10・1%よりも3・2ポイント拡大した。一方、確定金額は総計1兆370億円で、対前年同月伸び率は▲4・3%（同▲5・0%）。減少幅は前月の▲1・9%よりも2・4ポイント拡大した。

[保険者の方へ]

** 社会保険診療報酬支払基金

G

備考

資格関係等理由別状況				
理由	件数(件)	比率(%)	金額(円)	比率(%)
1 1 記号・番号の誤り	3	30.0	-17766	29.9
1 2 患者名の誤り	1	10.0	-2688	4.5
1 3 認定外家族				
1 4 該当者なし				
1 5 番号と記号の不一致				
1 6 旧証によるもの				
1 7 本人・家族の誤り	4	40.0	-19537	32.9
1 8 資格喪失後の受診	2	20.0	-19418	32.7
1 9 重複請求				
2 0 給付外傷病(業務)				
2 1 / (適用外)				
2 2 老人保健・国保該当				
2 3 給付期間満了				
2 4 その他				
2 5 医療機関再審査				
2 5 実施機関再審査				
計	10	100.0	-59409	100.0

資格関係等理由別状況を請求理由別に表示します。

診療内容・事務上理由別状況				
理由	件数(件)	比率(%)	金額(円)	比率(%)
3 0 固定点数の誤り				
4 1 必要項目の記載もれ				
4 2 区分、生年等の誤り	7	46.7	-90440	63.8
4 3 実日数の誤り				
4 4 請求点数誤り				
4 5 一部負担金の誤り				
4 6 他の保険者分				
4 7 給付対象外傷病				
4 8 請求先変更				
4 9 調剤審査の再審査				
5 0 その他				
5 1 老健公費負担誤り				
5 2 医療機関再審査				
5 2 実施機関再審査				
6 0 診療内容	8	53.3	-51248	36.2
計	15	100.0	-141688	100.0

診療内容・事務上理由別状況を請求理由別に表示します。

理由	件数(件)	比率(%)	金額(円)	比率(%)
資格関係等	10	29.4	-59409	24.2
診療内容・事務上	15	44.1	-141688	57.8
突合再審査	9	26.5	-44198	18.0
計	34	100.0	-245295	100.0

資格関係等、診療内容・事務上及び突合再審査を集約して表示します。

(118-0** -0000115)

表示内容

①「年月分」欄

調整対象となる請求レセプトの診療年月を表示しています。

②「資格」欄

「再審査等請求内訳票(その1) 資格関係等(様式第901号の1)」に係る受付分を、処理した結果分は件数及び金額を点数表別に表示し、未処理分は件数を表示しています。
 なお、減額の場合は、「-」符号を付して表示しています。

③「診療内容・事務上」欄

「再審査等請求内訳票(その2) 診療内容・事務上(様式第901号の2)」に係る受付分を、処理した結果分は件数及び金額を点数表別に表示し、未処理分は件数を表示しています。
 なお、減額の場合は、「-」符号を付して表示しています。

④「突合再審査」欄

「調剤報酬請求についての審査請求内訳票(様式第901号の3)」に係る受付分を、処理した結果分は件数及び金額を点数表別に表示し、未処理分は件数を表示しています。
 なお、減額の場合は、「-」符号を付して表示しています。

⑤「原審件数」欄

③「診療内容・事務上」及び④「突合再審査」による再審査等の結果、原審どおりとして処理した件数を表示しています。

⑥「受付分」欄

受付入力処理年月別に、当月、前月及び前々月以前の順に集計して表示しています。ただし、前月以前に処理済みとしたものは、当該帳票の集約の対象外としています。
 (印字例：診療年月=令和2年1月分の場合、区分は2月受付分、1月受付分、12月以前受付分、合計となります。)

⑦「備考」欄

資格関係等理由別状況(②「資格」)及び診療内容・事務上理由別状況(③「診療内容・事務上」)を請求理由別に集約し、件数(比率)及び金額(比率)を表示しています。
 なお、減額の場合は、「-」符号を付して表示しています。

再審査等結果管理票

この様式は、保険者からの再審査等請求において、再審査等の処理・未処理の結果を、受付月別（3か月間及び合計）、請求種別、請求理由別に件数及び金額を集計して作成します。

再審査等結果管理票

管掌 府県 番号
(06)(**)(201*) 御中

A 令和 3年 1月分

区分	B 資格		C 診療内容・事務上		D 突合再審査		E 原審件数 (件)	
	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(円)		
F 2月受付分	医科						1	
	歯科							
	調剤	1	-6202	1	-3486			
	食事・生活施設							
	訪問看護							
	計	1	-6202	1	-3486		1	
	未処理	26		82		26		
当月受付分を表示します。		27		83		26		
1月受付分	医科	3	-11711	1	-11648			
	歯科	2	-25473	4	-67977			
	調剤	4	-16023	1	-7329			
	食事・生活施設							
	訪問看護							
	計	9	-53207	6	-86954			
	未処理			71		24		
前月受付分を表示します。		9		77		24		
12月受付分	医科			6	-49806	9	-44198	60
	歯科			2	-1442			7
	調剤							
	食事・生活施設							
	訪問看護							
	計			8	-51248	9	-44198	67
	未処理	1		28		5		
前々月以前受付分を表示します。				36		14		
合計	医科	3	-11711	7	-61454	9	-44198	61
	歯科	2	-25473	6	-69419			7
	調剤	5	-22225	2	-10815			
	食事・生活施設							
	訪問看護							
	計	10	-59409	15	-141688	9	-44198	68
	未処理	27		181		55		
合計分を表示します。		37		196		64		

コンピュータチェックに関する公開の更新

令和3年3月31日にコンピュータチェックに関する公開を更新しました

コンピュータチェックに関する公開については、「コンピュータチェックに関する公開基準」において「診療報酬等の取扱いが変更となった場合は、適宜公開事例の変更等を行う。」こととしています。

今般、令和2年度診療報酬改定等に伴い、新規に実施している事例等について、支払基金ホームページに掲載しているコンピュータチェック対象事例を更新しました。

なお、コンピュータチェック対象事例の主な内容は次のとおりです。

- ① 令和2年度診療報酬改定等に伴い、新規に実施している事例
- ② 公開後、新規掲載（保険掲載）された医薬品（新薬・後発品等）

コンピュータチェック対象事例

●コンピュータチェック対象事例は、支払基金ホームページからダウンロードできます。

なお、コンピュータチェック対象事例の診療内容の適否については、審査委員会の医学的判断により決定されています。

支払基金	<input type="text" value="検索"/>
------	---------------------------------

- ① トップページ → 診療報酬の請求支払 → コンピュータチェックに関する公開
- ② トップページ → 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 → コンピュータチェックに関する公開



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	<input type="text" value="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。



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 企画広報課

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

理事会開催状況

3月理事会は3月22日に開催され、議題は次のとおりでした。

- | | |
|--|---|
| <p>議 題</p> <p>1 議事</p> <p>(1) 令和3事業年度保健医療情報等の活用に関する取組に係る支払基金予算</p> <p>ア 保健医療情報会計収入支出予算(案)</p> <p>イ 医療機関等情報化補助関係特別会計収入支出予算(案)</p> <p>(2) 令和3事業年度財政調整等特別会計予算</p> <p>ア 前期高齢者特別会計等予算(案)</p> <p>イ 認可事業特別会計特別保健福祉事業費勘定予算(案)</p> <p>2 報告事項</p> <p>(1) 公益代表役員等の公募</p> | <p>(2) 「支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)」の公表(第6回)</p> <p>(3) 本部・支部総合監査結果報告(令和2年11月～令和3年2月実施分)</p> <p>(4) 令和2事業年度特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等支給関係特別会計収入支出予算等の一部変更の認可</p> <p>3 定例報告</p> <p>(1) 令和3年1月審査分の審査状況</p> <p>(2) 令和3年3月審査分の特別審査委員会取扱状況</p> <p>(3) 令和3年2月理事会議事録の公表</p> |
|--|---|

プレスリリース発信状況

- 3月 1日 12月診療分の件数は対前年同月伸び率で10.1%減少 ～確定金額は1.9%減少～
- 3月23日 3月定例記者会見を開催

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

- 3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12月診療分)を追加
統計月報(令和2年12月診療分)を掲載
- 3月 2日 令和2年度診療報酬改定関係通知を更新
- 3月 5日 医科電子点数表テーブルを更新
基本マスター(医科診療行為及び歯科診療行為)を更新
令和3年度のオンラインによる請求前の資格確認に係る運用スケジュール及び保険者・実施機関オンライン
配信日程を掲載
- 3月 8日 経過措置医薬品情報を更新
令和3年度薬価改定に係る基本マスター(医薬品)を更新
- 3月 9日 コメントマスターの廃止時期の延期に関するお知らせを掲載
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
- 3月10日 保険者等向け請求関係帳票データに係るアンケートの実施期間を4月30日まで延長
- 3月11日 「委託金現在高証明書発行依頼書」を掲載
- 3月22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
「支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)(第6回)」を公表
- 3月24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
- 3月26日 レセ電通信(医科・DPC、調剤)を掲載
- 3月31日 コンピュータチェックに関する公開を更新

支払基金の人事異動

●令和3年4月5日付

退職・退任等

辞職

平子 哲夫

前職名

本部 審議役