

月刊基金



特別寄稿

医療の現場と保険診療

治療抵抗性高血圧とJSH2019

仙台市健康福祉事業団健康増進センター 所長 角田 一男

令和2年度における相談窓口対応状況 お客様の声から

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



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

1

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

利用される方が「知りたいこと」を内容から探す入口です。

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

2

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

3

重要なお知らせ
災害関連情報はここからご確認ください。(令和3年4月12日更新)

お知らせ > プレスリリース >

審査支払新システムへの移行に伴う現行システムの利用停止。(令和3年9月1日～5日)に関するお知らせ
新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ(令和3年5月6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3年3月31日掲載)
試行的公開を更新しました(令和2年12月22日掲載)
試行的公開のアンケートを実施しています(令和3年4月27日掲載)
第1の記録方法に係るお知らせを掲載しました(令和2年12月7日掲載)

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

70

4

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

利用される方が「知りたいこと」を内容から探す入口です。

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。

「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。

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 基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様様に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



ミヤマキリシマ (鹿児島県)

霧島山系を中心に九州の火山帯に自生するミヤマキリシマ。その可憐な姿が多く植物ファンや登山者に愛されています。常緑の低木で、初夏の山肌をあざやかなピンク色に染めて咲きほこります。植物学者・牧野富太郎により発見され、「深い山に咲くツツジ」という意味でその名がつけられました。

CONTENTS

2

特別寄稿 医療の現場と保険診療

治療抵抗性高血圧とJSH2019

仙台市健康福祉事業団健康増進センター 所長 角田 一男

6

審査委員長に伺いました。

審査結果の不合理的な 差異解消の取組みが必要

熊本県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 菅 守隆

8

令和2年度における相談窓口対応状況

お客様の声から

10

保険請求の基礎知識

14

よくわかるASPチェック 連載5回

16

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 連載143回

全身性エリテマトーデス(SLE)

～診断・治療の費用対効果研究の必要性～

大阪市立大学医学部附属病院 (大阪府) 膠原病内科 特任教授 根来 伸夫

17

よくわかる帳票の見方 連載2回

20

公費負担医療制度のしくみ 連載6回

療養介護医療

22

医療保険等の動き マンスリーノート

24

コンピュータチェックに関する試行的公開のアンケート実施 新任支部長の紹介

25

インフォメーション

お詫びと訂正

本誌2021年5月号に掲載しました「公費負担医療制度のしくみ」において一部誤植がありましたので、次のとおり訂正いたします。

P13下「療養の給付」欄中「公費①」「一部負担金額」の項
(誤) 35,400 ④+⑤
(正) 5,000 ④

また、訂正用シールをご用意いたしました。お手数をおかけして申し訳ございませんが、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

読者の皆さま、関係者の皆さまにご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。

治療抵抗性高血圧と JSH2019



角田 一男 仙台市健康福祉事業団健康増進センター 所長

I はじめに

宮城県社会保険診療報酬請求書審査委員会
の審査委員を拝命して20年目となります。

東北大学病院ならびに関連病院勤務医時代は主に高血圧専門外来を担当してきました。高血圧症は最も一般的な疾患ですが、優秀な降圧薬の開発や二次性高血圧診断技術の進歩にもかかわらず、降圧治療に難渋する症例に遭遇することがあります。そこで本稿では日本高血圧学会発行の高血圧治療ガイドライン（JSH2019）に基づき「治療抵抗性高血圧」について私見を交えながら概説したいと思います。

II 治療抵抗性高血圧の定義と類縁病名

(1) 治療抵抗性高血圧

JSH2019において治療抵抗性高血圧とは利尿薬を含むクラスの異なる3剤の降圧薬を用いても血圧が目標まで下がらない状態と定義されています。4剤以上の降圧薬で血圧値が目標値に到達しているものも、コントロールされた治療

抵抗性高血圧とされています。厳密な意味での治療抵抗性高血圧とは、十分な生活習慣の修正を行ったうえで、利尿薬を含む適切な用量の降圧薬を投与しても目標血圧まで下がらない状態です。

(2) 難治性高血圧

JSH2019では5剤以上の降圧薬を用いても血圧が目標値に達しない高血圧を難治性高血圧と定義しています。なお白衣現象、血圧測定上の問題、患者側の問題などから偽性治療抵抗性高血圧、偽性難治性高血圧を呈する場合もあるのに注意を要します。

III 治療抵抗性高血圧の頻度

治療抵抗性高血圧の頻度は、一般診療においては数%程度、腎臓内科や高血圧の専門外来では半数以上の場合もあります。わが国の報告では実地医家（かかりつけ医など）を主としたJ-HOME研究において、3剤以上服薬しても自宅または病院で血圧コントロールが不十分な患者は13%と報告されています。米国の報告では3種類の降圧薬で血圧が140/90 mmHg以上、あるいは血圧値にか

かわらず4種類以上の降圧薬治療がなされていたものを治療抵抗性高血圧とした場合、その頻度は治療中の高血圧患者の12・8%でした。前述した厳密な定義を満たす治療抵抗性高血圧の頻度はより低いと考えられますが、実際の数値は明らかではありません。難治性高血圧の頻度は欧米および東アジアのコホート研究から0・5～1・7%とされています。

IV 治療抵抗性高血圧の要因と評価（表1）

定義にあった治療抵抗性高血圧の要因として、生活習慣の修正不良、二次性高血圧（睡眠時無呼吸症候群や薬剤誘発性高血圧を含む）、腎障害が進行して体液量が適切に減少できていない、動脈硬化が進行して末梢血管の拡張が得られない等があげられます。治療抵抗性高血圧患者の23～65%が服薬遵守不良とされています。見かけ上の治療抵抗性高血圧あるいはコントロール不良高血圧の要因としては血圧評価が不適切、白衣高血圧や白衣効果、処方された薬剤の服薬不良、利尿薬が処方されていないなど定義を満たさない薬剤の処方、病態に適應していない

表1 ● 治療抵抗性高血圧を疑った時のチェックリスト

要因	チェック事項
1. 本当に治療抵抗性高血圧か？	
血圧測定とその評価は正しいか？	<input type="checkbox"/> カフが小さすぎないか？（カフ幅は上腕周囲の40%、かつ、長さは少なくとも上腕周囲を80%取り囲むものを使用する） <input type="checkbox"/> 家庭血圧を正しく測定できているか？（家庭血圧計の精度、血圧の自己測定手技） <input type="checkbox"/> 診察室外血圧も本当に治療抵抗性？（白衣高血圧、白衣効果）
処方通りに服薬できているか？	<input type="checkbox"/> 残薬はないか？ <input type="checkbox"/> 患者の服薬に対する意識に問題はないか？（特定の薬剤を飲まない、服薬回数を意識的に減らしている、など患者による自己調節） <input type="checkbox"/> 認知機能に問題はないか？
薬剤の処方は適切か？	<input type="checkbox"/> 3剤以上処方されているか？ <input type="checkbox"/> 3剤は異なる作用機序を持つ降圧薬の組み合わせか？ <input type="checkbox"/> 利尿薬は処方されているか？（腎機能低下例ではサイアザイド系利尿薬ではなくループ利尿薬が必要） <input type="checkbox"/> 処方量は適切か？（利尿薬は少量、ほかは忍容性がある範囲で通常量～最大用量） <input type="checkbox"/> 薬効の持続は十分？（1日1回型か？ 1日1回型でも分2が良い場合や夜の内服に移すことが良い場合もある）
2. 治療抵抗性高血圧の要因のスクリーニング	
生活習慣修正はできているか？	<input type="checkbox"/> 食塩の過剰摂取はないか？ <input type="checkbox"/> 肥満の影響は？ <input type="checkbox"/> 節酒はできている？ <input type="checkbox"/> 睡眠不良や精神的・肉体的ストレスは？
血圧を上昇させる薬剤や食品はないか？	<input type="checkbox"/> 非ステロイド性抗炎症薬、副腎皮質ステロイド、カンゾウ（甘草）を含む漢方薬、グリチルリチン製剤、経口避妊薬、シクロスポリン、エリスロポエチン、抗うつ薬、分子標的薬など
二次性高血圧はないか？	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群、原発性アルドステロン症、腎血管性高血圧症、甲状腺機能異常症などは比較的頻度が高く、外来診療である程度スクリーニング可能
3. 二次性高血圧疑いや、上記チェック項目への対応後も治療抵抗性が残れば、専門医に紹介	

降圧薬の選択・併用等があげられます。高血圧治療において家庭血圧測定的重要性は言うまでもありませんが、思维的に虚偽の低い家庭血圧値を記載してくる患者も見受けられます。これは糖尿病患者

での自己血糖測定記録でも見受けられる事象ですが、家庭血圧記録でも同じ数値が高頻度で記録されている時は注意を要します。

V 治療抵抗性高血圧への対策

治療抵抗性高血圧での生活指導では減塩が最も重要です。再現性や信頼性に問

題があるものの、外来にて随時尿あるいは起床後第二尿を用いた1日食塩摂取量推定値を示すことは、患者の減塩努力におけるモチベーション維持に役立つかもしれません。1日食塩摂取量推定値の自

動計算ソフト（パラメーター

…年齢、身長、体重、尿中ナトリウム濃度、尿中クレアチニン濃度）がネット上に公開されています。

治療抵抗性高血圧に対する薬物療法を表2に示します。降圧薬の選択については積極的適応がある薬剤を優先しますが、Ca拮抗薬とARBあるいはACE阻害薬と利尿薬の組み合わせが主体となります。また血圧コントロールには十分な量を用いることが重要です。ただし利尿薬の種類と量は病態によって異なるので注意を要します。

治療抵抗性高血圧では多剤併用となるため患者の治療に対するアドヒアランス（患者自身の治療への積極的な参

表2 ● 治療抵抗性高血圧およびコントロール不良高血圧への薬物療法

Ca拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、利尿薬の3剤で目標血圧に達しない場合
1. 増量、または服薬法変更（1日2回あるいは夜1回に） 2. MR拮抗薬の追加（血清カリウムに注意） 3. 交感神経抑制薬（ α 遮断薬、 β 遮断薬、 α 遮断薬）の追加 4. さらなる併用療法 a. 中枢性交感神経抑制薬の追加 b. ジヒドロピリジン系、非ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬の併用 c. ARB、ACE阻害薬、直接的レニン阻害薬のうち、2種類の併用（血清カリウム、腎機能に注意） d. 古典的血管拡張薬（ヒドララジンなど）の追加（反射性頻脈に注意） e. サイアザイド系利尿薬、ループ利尿薬の併用 5. 適切な時期に高血圧専門医に相談 * ARB（アンジオテンシン受容体遮断薬）、ACE（アンジオテンシン変換酵素）阻害薬、MR（ミネラルコルチコイド受容体）拮抗薬

加）、また患者とのコンコーディナンス（患者の考えを尊重する話し合いの後に患者と医療者が到達する合意）形成は重要です。そのためにも降圧薬の多剤併用が必要な理由や副作用などを丁寧に説明し患者の十分な理解と信頼を得ること、また常に患者の経済的、心理的問題に対して配慮することが重要です。一方的な指導の押

し付けは戒めなければなりません。

表1に示すチェック項目への対応後も治療抵抗性高血圧が残る場合、あるいは二次性高血圧疑いがあれば高血圧専門医、内分泌専門医、腎臓専門医などに紹介して下さい。二次性高血圧の中でも睡眠時無呼吸症候群、原発性アルドステロン症、腎血管性高血圧症、甲状腺機能異常症などは比較的頻度が高く、外来診療である程度スクリーニングが可能です。なお、専門医の診療によっても治療抵抗性を克服できない症例がありますが、多くは複数の要因が重なり、時に体液量管理が困難な場合や動脈硬化が高度で末梢血管抵抗の軽減が図れない症例です。

VI 治療抵抗性高血圧と臨床イナーシャ (Clinical inertia)

最近、診断法や降圧薬の進歩があり、

かつ、治療ガイドラインも作成されているにもかかわらず、高血圧対策が不十分であることの要因として服薬アドヒアランスの不良、不適切な生活習慣とともにClinical inertia（臨床イナーシャ）が注目されています。イナーシャとは「慣性（惰性）」と訳されます。臨床イナーシャには医療提供側、患者側、医療制度の問題など多岐の因子が関与します。JSH 2019でも臨床イナーシャの重要性が強調されています。高血圧診療での臨床イナーシャには「高血圧であるにもかかわらず治療を開始しない、または、ガイドラインで示されている降圧目標値よりも高いにもかかわらず、治療を強化せずにもそのまま様子を見ること」を意味する治療イナーシャ (Therapeutic inertia) と「治療抵抗性・難治性高血圧の原因を精査しないこと」を意味する診断イナーシャ (Diagnostic inertia) が含まれます。

臨床イナーシャによって不十分な血圧管理が継続されることになり、結果的に生命予後や心血管疾患の発症に悪影響を及ぼすと考えられています。米国の一般医家に対する調査では、未治療高血圧患

者の降圧薬治療開始率は26・4%、すでに降圧薬治療を受けていて降圧目標に達していない患者の治療強化率は11・2%と報告されています。臨床イナーシャの医療側の要因として患者が多数であること、患者側の要因として年齢、合併症の存在などがあげられております。治療抵抗性の原因を精査しようとする診断イナーシャを含めて、医療者側の臨床イナーシャに注意すべきです。高血圧診療は高血圧を専門としない医療機関で行われることが大半を占めるため、高血圧治療における臨床イナーシャを減らすためには、ガイドラインの浸透、ガイドラインの遵守、一般医家と専門医との連携、家庭血圧などを通じて患者が治療参加を行う（コンコーディナンスの形成）、医師のみならず薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士など医療スタッフによるチーム医療、そして患者・一般住民に対する啓蒙・教育が有用とされています。

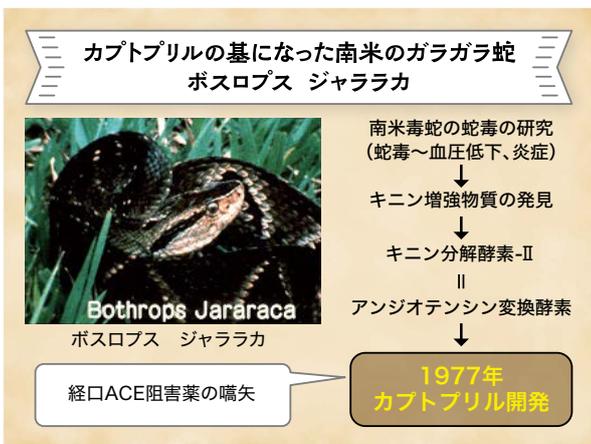
VII おわりに

治療抵抗性高血圧について現行の高血圧治療ガイドライン（JSH 2019）

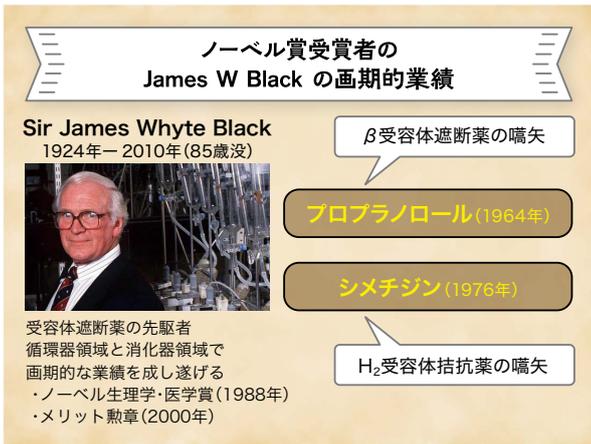
● 図1



● 図2



● 図3



筆者略歴

東北大学医学部卒業
東北大学医学部第二内科入局
モナーシュ大学医学部内科 / メルボルン大学医学部内科
東北大学大学院医学系研究科修了
仙台市立病院医長
仙台通信病院主任医長
東北大学医学部腎高血圧内内分泌科(旧第二内科) 講師
仙台社会保険病院(現 JCHO 仙台病院) 主任部長
仙台市健康福祉事業団健康増進センター所長

【降圧薬のトリビア】

を基に概説しました。いささか教条主義的な総説になりましたが、ご容赦頂きたいと思います。最後に降圧薬のトリビアを紹介いたしました。稿を終えます。

国内で最も使用頻度が高いジヒドロピリジン系Ca拮抗薬の嚆矢であるニフェジピンは、セリ科の一種アンミビスナガ(英名・ケラ、和名・イトバドクゼリモドキ、図1)を煎じて飲むと狭心痛に効くとの民間伝承からドイツにて開発されました。当初、日本国内においてニフェ

ジピンは狭心症が主な適応病名であり高血圧関連では高血圧緊急症と重症高血圧症のみが適応病名でした。ニフェジピンが広く高血圧適応となったのは剤型変更となった1985年からです。経口ACE阻害薬の嚆矢となったカプトプリルは南米の毒蛇ボスロプスジャララカ(図2)の蛇毒の研究に端を発しており米国で開発されました。私の初期研修医時代は治験薬SQ14225として臨床治験中でした。国内承認されたのは1983年です。大阪大学蛋白質研究所がニホンマムシを用いて同様の研究を行っていました。

β受容体遮断薬の嚆矢となったプロプラノロールを開発した英国人医学者のJames Whyte Blackは渡米後、H₂受容体阻害薬であるシメチジンを開発し、1988年ノーベル生理学・医学賞を受賞しました(図3)。経口ARBの嚆矢であるロサルタンカリウムは、国内開発された弱いARB作用を有する利尿薬誘導体が源流です。この誘導体の特許が切れた後に米国でロサルタンカリウムが開発されました。世界のARBは日本発とはならず米国発となったのです。

参考文献

- ・日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編)「高血圧治療ガイドライン2019」ライフサイエンス出版、2019
- ・日本高血圧学会高血圧治療ガイド2020作成委員会(編)「高血圧治療ガイド2020」文光堂、2020
- ・高血圧診療ステップアップ―高血圧治療ガイドラインを極める―。診断と治療社、2019

※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。



菅守隆

熊本県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

審査結果の不合理な 差異解消の取組みが必要

医師として

— 医師を志したきっかけは

高校に入ったとき、大好きだった祖父から「人のためになるような仕事をしろ」と言われました。当時、人のためになるのは医師か弁護士しか思いつかず、私は理系を専攻していたので、医師を志すこととなりました。

— ご専門は呼吸器内科と伺っています

大学の歓迎会で、アメリカ帰りの先生から「これからは免疫が重要になる。免疫学を勉強してアメリカに留学したらどうかね」といきなり言われたことがきっかけです。この先生が、後に夏型過敏性肺炎という病気の原因を突き止め、呼吸

器の分野で第一人者になった安藤正幸教授です。

大学卒業後、アメリカのジョンズ・ホプキンス大学に留学し、免疫病理の教室に入りました。特にマクロファージという細胞の研究をして、相応な実績も残せました。たくさん勉強もしましたし、アメリカでの生活は非常におもしろかったですね。

アメリカには2年半いたのですが、その間、家族が3回入院しました。日本とは医療制度がまったく違っていて主治医を自分で決め、退院後には入院費、ドクターズ費、麻酔費、麻酔をかけたドクターズ費、それから部屋代、食事代などの請求書が別々に送られてきました。ま

た、入院時に食事が選べるという日本には全くない仕組みが既に入っていて、日本とアメリカはこんなに差があるんだなということも痛感しました。大変驚きましたが、いい経験になりました。

— 医師として大事にされていることを教えてください

私は内科医ですので、患者さんの納得を得ることが一番大事です。どのような治療をするにしても、患者さんの納得なくして医療は行えないというのが基本です。そのことだけは気をつけて、よく患者さんとお話をするにしています。

私自身、がんが2回かかって、3回手術をしています。その経験からも、患者さん目線で物事を考えるというのが医師としての基本的なやり方です。患者さんが満足して納得感を得るためには、十分な説明以外にないと思います。

— 診療のなかで印象に残るエピソードを教えてください

医師になったばかりのとき、いきなり救急病院の当直をさせられ、経験がないのに交通事故の患者さんの縫合をしました。優しい看護師に一つ一つ教えられながら初めて縫合したことは、今でも鮮明に覚えています。

また、喘息の患者さんが、喘息に使ってはいけない禁忌薬を用いて心肺停止の状態で担ぎ込まれたことがありました。そうした経験もあって、今でも禁忌には非常に慎重になっています。

— コロナ禍で思うことは

私の病院は救急病院ですから、新型コロナウイルス感染症の重症患者を預かります。新型コロナウイルス感染症は、やはりある時期には徹底した感染症対策が必要です。それをやらないと、経済を立て直すとしてもかえってマイナスになってしまいます。

審査委員長として

— 審査委員になって感じたことを教えてください

十数年前に初めて審査委員になりましたが、当時は紙レセプトの時代ですから紙の束の量に驚きました。世の中は進んでいるのに、ここはなんて遅れているんだろうとショックを受けました。

もう一つは、審査委員長会議は、なかなか物事が決まらない会議なんだと思いました。今は、数人の運営委員の先生で話を詰めてから会議にかけると、改善されています。

また、紙レセプトの束と同時に驚いたのは、職員の優秀さです。何も知らなかった私との間に、できるだけ垣根がなく、フランクに話せるような雰囲気をつくってくれました。勉強会なども自主的に開催し、大変熱心で、ありがたいと感じています。

——審査委員長として大切にしていることは

一番気をつけていることは、多様性のある医療を扱うなかで、いろいろな意見のある先生方の話をどうやってまとめて一つの結論に導くかですね。

審査委員の先生方には、「どんどん意見を言っても構いません。でも一度これと決まったら守りましょう」と話しています。かなり強引と言われるかもしれませんが、「たくさんの意見を聞いた後に決める。決めた後は絶対にそれを守る」というスタンスで取り組んできました。あいまにしているといけないところがたくさんあるので、やはりどこかで決めなくてははいけません。

——支部門差異についてご見解を聞かせてください

全国の審査委員長会議で過去に「地域の医療には特性があって、それぞれの支部の決定を重んじるべきであり、支部門差異はある程度仕方ない」といったような意見が出たことがありました。確かに地域の医療には差があると思います。しかし、保険診療、保険制度には絶対に差があってはいけないと思っています。

医療の特殊性や個別性、医師の裁量は、保険制度できっちり決められている中でやるべきものであって、これが崩れてしまったら保険制度は成り立ちません。

熊本支部では、何か分からないことがあったら原則に戻ることとしています。全国に比べて厳しい面もありますが、医療保険の財源はすべて国民のお金であり、不合理な支部門差異があることは、国民にとつて不平等、不公平だと思っています。地域の医療には差があっても、保険制度には差があってはいけないというのが基本的な考えです。

——医療機関や保険者に対してお願いしたいことはありますか

医療機関には、点数表の解釈を含めて医療保険制度を理解していただきたいと思っています。医療保険制度は、限りある医

療資源を使って、いかに広く医療を受けようかが重要です。再審査を請求する医療機関には、「それはこういう約束事で成り立っています」と繰り返し説明をすることが大事だと思っています。

保険者に対しても、基本的な医療の仕組みと、限りある資源の中できちんと医療が行われていることを理解してほしいと思います。

——今後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

私の危機感は、先ほど述べた審査における不合理な支部門差異、地域間差異によって、患者さんに不公平が生じていることです。これについては、是正すべきだと思います。

解決方法としては、ICTやAIの活用も重要だと思っています。懐疑的な先生もいらつしゃいますが、ICTやAIを使うことで、もっと効率的に良い審査、良い医療の礎ができるのではないのでしょうか。私のモットーでもあるのですが「変わらずあり続けるためには、常に変わらなければならぬ」という言葉があります。支払基金がこの先も国民のためにこの医療制度を保つていくためには、変化を恐れず、ICTやAIを活用し変わらなければいけないと思います。

プライベートについて

——健康づくりや休日の過ごし方などを教えてください

溪流釣りが好きで、数年前までは、山に入って溪流釣りをよくやっていました。最近はウォーキングをしています。自宅から病院まで約6kmありますが、土日は往復歩いています。片道1時間ですが、黙々と歩くことで意外とストレスが抜けます。



令和2年度における相談窓口対応状況

お客様の声から

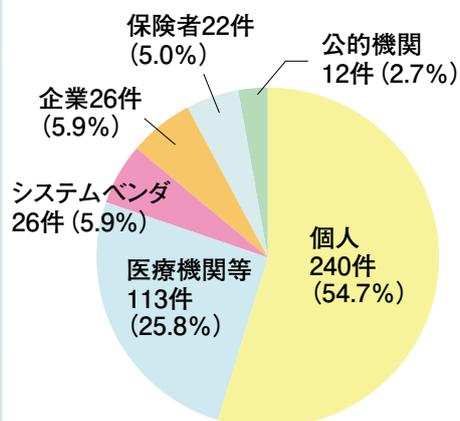
支払基金は、保険者・医療機関をはじめ関係者の皆さまからのご意見・苦情・相談に迅速かつ懇切丁寧に
対応し、「お客様の声」を事業運営に反映させることを目的に相談窓口を設置しています。

「お客様の声」の対応状況

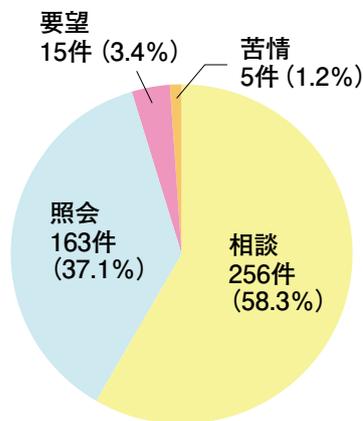
令和2年4月から令和3年3月の間に相談窓口寄せられた
「お客様の声」の内訳は次のとおりです。

「お客様の声」の合計 **439** 件

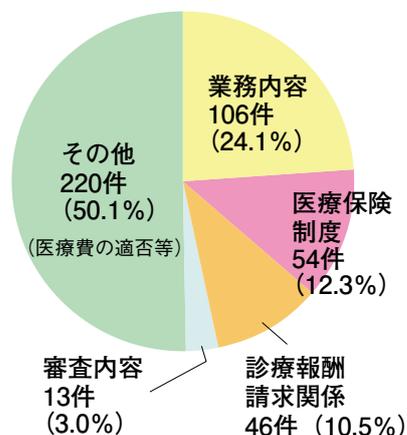
お客様の内訳



寄せられた内容



内容の内訳



お問い合わせ先

電話番号

企画広報課（支払基金本部）
0120-328973（フリーダイヤル）

受付時間

月曜日から金曜日
9時から12時 13時から17時30分
（国民の休日、年末年始を除く。）

令和2年度における主な相談事例

保険者から

支払基金への診療報酬の各種振込みにあたり、払込請求書（機械様式第51号）を使わずに、ATMやインターネットバンキング等での振込はできますか。

支払基金で発行している払込請求書（機械様式第51号）及び納付書を使わずに、ATMやインターネットバンキング等で振込みいただくことができます。（出産育児一時金、納付金等）

医療機関から

医療機関の名称変更を予定しています。厚生局への届出により、医療機関コードの変更がなかった場合、新たに電子証明書を取得する必要はありますか。

電子証明書は、オンライン請求システムを利用する際の認証及び暗号化通信を利用するために取得が必要ですが、当該認証については、医療機関コード等で識別していることから、医療機関の名称を変更しても、医療機関コードに変更がない場合は、新たに電子証明書を取得する必要はありません。

個人の方から

医療機関の窓口で請求された医療費が妥当かどうか教えてほしい。

厚生労働省告示等に示されている診療報酬の算定方法についてはご説明させていただきますが、支払基金では、医療機関が患者に請求する医療費については、その適否を判断できないことから、受診された医療機関に確認されるようご案内しています。

治療内容について医師から十分な説明が得られず不安があります。どこに相談すればよいですか。

医師に説明を求めるのが一番ですが、直接聞きにくい場合は病院内の相談窓口等を通して確認されるようご案内しています。

また、納得できる回答が得られない場合などは、患者や住民の方からの医療に関する苦情・心配や相談を受け付けている医療安全支援センター（医療の相談窓口）が各都道府県に設置されていることを説明し、当該医療機関の所在地を管轄している医療安全支援センターをご案内しています。

高額療養費の支給申請の手続きをしたい。

医療費の自己負担額が一定の限度額を超えた場合に支給される高額療養費は、加入されている健康保険組合などの保険者から直接支払われることから、支給申請の手続きについては、加入されている保険者に確認されるようご案内しています。

診療報酬にかかる不正請求を行っている医療機関があります。どこに言えば正してもらえますか。

地方厚生（支）局（都府県事務所を含む）が、保険医療機関に対する指導等を実施していることを説明し、その連絡先をご案内しています。

今回は①「化学療法による再入院に係る記載について」、②「テンポラリークラウンについて」、③「同一月内における「薬B」及び「薬特A」の算定について」を掲載します。

事例① DPC 化学療法による再入院に係る記載について

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)		令和 3 年 6 月分 県番		医科			
—	—	1 医科	1 社保	1 単独	1 本入		
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					
氏名	特記事項			保険医療機関の所在地及び名称			
1 男 3 昭 3 6 . 0 9 . 2 4 生							
職務上の事由	分類番号	診断群分類区分	膀胱腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし		不変		診療日数 3 日
	1 1 0 0 7 0 x x 9 9 x 0 x x						
傷病名	尿管口部膀胱癌		ICD	傷病名		C676	
副傷病名			10	副傷病名			
今回入院年月日	令和 3 年 6 月 1 6 日		今回退院年月日	令和 3 年 6 月 1 8 日			
傷病者 の 基 礎 情報	主傷病名	C676 尿管口部膀胱癌		93	(6月請求分)		
	入院の契機となった傷病名	C676 尿管口部膀胱癌			入1	2,701 ×	3 =
患者 の 基 礎 情報	予定・緊急入院区分	: 予定入院		合計	8,103	1.1234	9,103
診療報酬 情報	0005 *化学療法	令和3年6月24日		<出来高部分> 一略—			

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)		令和 3 年 6 月分 県番		医科			
—	—	1 医科	1 社保	1 単独	1 本入		
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					
氏名	特記事項			保険医療機関の所在地及び名称			
1 男 3 昭 3 6 . 0 9 . 2 4 生							
職務上の事由	分類番号	診断群分類区分	膀胱腫瘍 手術なし 手術・処置等2_2あり 定義副傷病なし		不変		診療日数 6 日
	1 1 0 0 7 0 x x 9 9 x 2 0 x						
傷病名	尿管口部膀胱癌		ICD	傷病名		C676	
副傷病名			10	副傷病名			
今回入院年月日	令和 3 年 6 月 2 3 日		今回退院年月日	令和 3 年 6 月 2 8 日			
傷病者 の 基 礎 情報	主傷病名	C676 尿管口部膀胱癌		93	(6月請求分)		
	入院の契機となった傷病名	C676 尿管口部膀胱癌			入1	2,971 ×	4 =
患者 の 基 礎 情報	予定・緊急入院区分	: 予定入院		入2	2,302 ×	2 =	4,604
診療報酬 情報	前回退院年月日	: 令和3年6月18日		合計	16,488	1.1234	18,523
	0005 *化学療法	令和3年6月24日		<出来高部分> 一略—			
				化学療法の実施日(予定日)及びレジメンを含む化学療法の概要を記載する。			
				食事・生活環境	円	※公2	点

本事例については、前回退院した日から7日以内に予定入院しており、傷病名「C676 尿管口部膀胱癌」で手術・処置等2「2 化学療法」を選択しています。令和2年3月23日付け厚生労働省通知保医発0323第2号及び令和2年3月27日付け同保医発0327第1号より、同一傷病等での一連の入院とはみなしませんが、化学療法の実施日（予定日）及びレジメンを含む化学療法の概要を記載することとなっておりますのでご注意ください。

【通知 令和2年3月23日付け厚生労働省通知保医発0323第2号】（抜粋）

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(7) 同一傷病等での再入院に係る取扱い

① -略-

② 予め当該病院に再入院することが決まっております、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ、化学療法（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」^{*}）に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。）に該当する場合は、①に該当する場合でも同一傷病等での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とはみなさない。当該規定を適

用する場合については、化学療法の実施日（予定日）及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

③ -略-

※ 悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤の使用（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用および外来又は退院時に処方されたものは含まない。）をいう。

【通知 令和2年3月27日付け厚生労働省通知保医発0327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

⑩ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い②に規定する、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「出来高部分」欄に記載すること。

【参考 令和2年3月23日付け厚生労働省告示第81号】（抜粋）

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
3256	110070xx99x0xx	膀胱腫瘍	なし		なし		
3258	110070xx99x20x	膀胱腫瘍	なし		2あり	なし	

【参考 令和2年3月23日付け厚生労働省告示第83号】（抜粋）

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		手術・処置等2		定義副傷病名	
			ICDコード		区分番号等		疾患コード
3256 から 3271 まで	110070	膀胱腫瘍	C67, C680, C681, C791, D090, D303, D414	なし	ペムプロリスマブ, 化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	060210, 070040, 110420, 130070, 130090
				1あり	放射線療法, G005, J045		
				2あり	化学療法		

事例③ 調剤

同一月内における「薬B」及び「薬特A」の算定について

調剤報酬明細書		令和 3 年 6 月分		都道府県番号		薬師コード		1 調剤 1 社保 1 単独 6 家外		
公費①		公費②		保険		記号・番号				
氏名	2女 4平 16.09.20 生			特記事項	保険薬局の所在地及び名称					
職務上の事由	— 記載省略 —			保	1 基金 太郎	6			依	2 回
保		険	2			7		受		
医		氏	3			8		付		
名		名	4			9		田		
			5			10		公		
調剤	調剤月日		処方月日	調剤	調剤報酬点数		公費点数			
1	6・7	6・7	【内服】 1日1回就寝前	調剤	調剤料	薬剤料	加算料			
			〇〇錠 10mg	1錠						
1	6・28	6・28	【内服】 1日1回就寝前	調剤	調剤料	薬剤料	加算料			
			〇〇錠 10mg	1錠						
摘要	公費負担点数									
保	請	求	点	決	定	点	一部負担金	円	調剤基本料	点
険			476						基A	84
局									薬B	
ハ									薬特A	70

本事例については、同一月内において「薬B」及び「薬特A」が算定されています。厚生労働省告示注13の規定により、別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき13点を算定することとなっていますので、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】（抜粋）

別表第三

調剤報酬点数表

第2節 薬学管理料

区分10 薬剤服用歴管理指導料

- 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点
- 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点
- 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点
- 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

注13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2又は注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。

（略）

【通知 令和2年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第3号】（抜粋）

第99 薬剤服用歴管理指導料の注13に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 手帳の活用実績は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年3月1日から当年2月末日までの薬剤服

用歴管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

- 1及び2により、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近3月間における1の割合が50%を上回った場合には、2にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

【通知 令和2年3月27日付け厚生労働省通知保医発0327第1号】（抜粋）

別表Ⅱ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
34	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬B	「薬学管理料」欄
40	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬特A	「薬学管理料」欄

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「初診料の算定に当たり確認を要する事例」及び「文字データの記録が必要なコメントコードに係る事例」について、原因を解説します。

事例① 初診料の算定に当たり確認を要す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
●● ●● 平成●●. ●●. ●●	4451	初診料を算定する条件を満たしていません。 診療開始日及び転帰の記録を確認してください。	11	初診料 288 × 1

電子レセプトの受付データ (抜粋)

レコード識別情報 SY, ① A病名 ,20210320,1,~,

レコード識別情報 SY, ② B病名 ,20210405,1,~,

レコード識別情報 傷病名コード 診療開始日 転帰区分

転帰区分コード

コード名	コード	内容
転帰区分コード	1	治ゆ、死亡、中止以外
	2	治ゆ
	3	死亡
	4	中止 (転医)

※詳細は社会保険診療報酬支払基金ホームページに掲載されている「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様 (医科用) 令和2年4月版」の別表18を参照ください。

出力紙レセプト (令和3年4月診療分) (抜粋)

傷病名	① A病名 ② B病名	診療開始日	回数	点数	公費点数①	公費点数②	診療 11 01	初診料	診療 実日数	保	
										①	②
			1回	288					1日		
									288 × 1		

●解説

継続的に診療を行っている場合、改めて初診料を算定することはできないと厚生労働省告示・通知で示されていることから、レセプト共通レコード (RE) の診療年月並びに傷病名レコード (SY) の診療開始日及び転帰等との関連性をチェックしています。

当該事例では、A病名 (診療開始日：令和3年3月20日) に対する転帰の記録がなく、初診料が記録されているため、L4451エラーが発生しています。

●修正方法

診療月分、診療開始日及び転帰等を確認し、該当項目を正しい内容に修正します。いずれも正しい場合は、初診料の算定について、再考願います。

●留意事項

上記例のように、新たに初診料を算定する場合については、記載要領より、該当傷病名が治癒した場合は転帰区分に「治ゆ」を記載すること等となっており、該当する転帰区分コードを記録いただきますようお願いいたします。

なお、記録条件仕様に定められた値で転帰区分コード以外を記録した場合、「L3208」エラー「転帰区分に誤ったコードが記録されています。」が発生します。

ポイント

診療開始日及び転帰区分等を確認の上、正しい内容に修正します。

事例②

文字データの記録が必要なコメントコードに係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
●● ●● 平成●●. ●●. ●●	3438	文字データの記録が必要なコメントコードですが、文字データが記録されていません。	70	撮影部位（単純撮影）：足__；

電子レセプトの受付データ（抜粋）

出力紙レセプト（抜粋）

CO,70,1,830181540,
CO,70,1,810000001,右

70 | 01 | 撮影部位（単純撮影）：足__；
 | 02 | 右

レコード 診療 負担 コメントコード 文字データ
識別情報 識別 区分

●解説

コメントレコード（CO）において、文字データを記録すべきコメントコード「830181540」に、文字データの記録がないためL3438エラーが発生します。

また、コメントコード「830181540」に記録すべき文字データを、コメントコード「810000001」に記録しています。

●修正方法

当該事例（四肢の場合）は、コメントコード「810000001」は使用せず、コメントコード「830181540」に左・右・両側の別を記録します。

CO,70,1,830181540,右

レコード 診療 負担 コメントコード 文字データ
識別情報 識別 区分

●備考

文字データの記録方法についてコメントコードにはコメントパターン（コメントコードの先頭2つ目から2桁）があり、コメントパターンごとに文字データの記録方法が異なるため注意願います。

パターン	文字データの記録方法	(参考) レセプト編集方法
10	任意の文字列情報を記録する	医療機関が記録した文字列を表示する
20	記録しない	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文を表示する
30	一部の文字列情報を記録する	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した文字列を表示する
31	診療行為コード（医科）を記録する（全角数字）	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した診療行為コードを翻訳して表示する
40	一部の数字情報を記録する（全角数字）	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文に医療機関が記録した数字を埋め込んで表示する
42	一部の数字情報等を記録する（全角数字、全角「.」（ドット）、全角「-」（マイナス）及び全角「+」（プラス））	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した数字等を表示する
50	一部の数字情報を記録する（全角数字）	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した数字に「年月日」を付加して表示する
51	一部の数字情報を記録する（全角数字）	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した数字に「時分」を付加して表示する
52	一部の数字情報を記録する（全角数字）	コメントマスターの「漢字名称（項番7）」のコメント文の後に医療機関が記録した数字に「分」を付加して表示する
90	修飾語（部位）コードを記録する（全角数字）	※複数記録可能（複数記録する場合、続けて記録）医療機関が記録した修飾語コードを翻訳して表示する

※詳細は、社会保険診療報酬支払基金ホームページに掲載されている「レセプト電算処理システム電子レセプトの作成手引き（医科）（令和2年7月）」を参照ください。

ポイント

コメントコードを記録する際は、文字データの記録方法にご注意願います。

知っておきたい
病気の豆知識
連載 143回



大阪市立大学
医学部附属病院
(大阪府)
膠原病内科 特任教授

根来 伸夫

全身性エリテマトーデス(SLE)

～診断・治療の費用対効果研究の必要性～



概要

全身性エリテマトーデス(SLE)は多彩な自己抗体が出現する代表的な自己免疫疾患で、日本では指定難病になっています。

症状

典型的な症状は皮膚紅斑、多発性関節痛、腎炎であり、血液・凝固障害、頭痛・脳梗塞を含む精神神経症状も多く、筋炎・イレウスなど稀な症状がでると主治医を悩ませます。多数の科を受診していることが多く全身性疾患の特徴を有します。

病因

免疫による慢性炎症を通して、臓器の虚血障害、炎症による機能障害、自己抗体・補体活性化による細胞障害が目立つ疾患で、免疫を調節する制御性T細胞の異常、インターフェロンα活性増加による炎症異常が目立ちますが、すべての患者のすべての時期にあてはまるわけではありません。近年では新薬の治験も増加しています。

診断

免疫反応による多彩な症状が全身に出現するため、患者により症状経過が異なる

ります。疾患の存在に気づかれず診断が遅れることも多いです。診断の困難性を解決するため、1974年(昭和49年)米国リウマチ学会により、初めての診断指針が作成されることとなりました。

わが国では厚生労働省の診断基準(米国リウマチ学会の分類基準1997)が用いられています。現在一番新しい診断指針としては、2019年米国・欧州各

リウマチ学会による診断指針が登場しています。いずれも、すべての患者に診断基準があてはまるわけではないことに留意する必要があります。

治療

SLEの治療は、パルス療法を含む副腎皮質ステロイド、シクロフォスファミド、アザチオプリンが有名であり、近年、生物学的製剤のベリムマブ、ハイドロキシクロロキンが保険適応となりました。SLEの症状の一つであるループス腎炎の治療にタクロリムス、ミコフェノール酸モフェチルがあり、その他、免疫グロブリン大量療法、血漿交換療法があります。抗リン脂質抗体症候群には、ワーファリンなど抗凝固療法も使われます。現在の治療目標は低疾患活動性であり、副作用に気をつけながら治療方針を総合的に判断します。

再燃予防も大切であり、紫外線・寒冷

暴露などのストレスを避けること、臓器障害を軽減する食事・生活改善が薦められます。

個人的な見解(実臨床・医療経済)

個々の患者の違いは次のように説明されています。「バラ園には多数のバラが咲いています。見た目には、赤いバラ、白いバラ、八重のバラなど多数のバラがあり、いずれも同じではありません。個々の特徴は違っていても、すべてバラです。バラをSLEに置き換えてみなさい。SLEと同じ病名でも、臨床的特徴が異なる患者がいることを理解できるようにしましょう(米国リウマチ学会2015)」。実際、30%以上の米国のSLE患者は診断指針に満足していません。SLEの診断で治療を受けていてもSLE患者の診療にすなわち、すべてのSLE患者の診療に診断指針が役立つわけではなく、治療がないゆえ治療薬を中止できる寛解も少ないのが現状です。したがって、治療中の経過観察のために検査を実施しているのが実態であり、症状が少ないSLE患者でも、疾患活動性を一つの検査で判断することは難しく、多種類・頻回の検査が医学的に必要な患者が存在します。高価な治療を継続することがあり、長期予後の指標として医療費用対効果を評価する研究が必要な時代を迎えています。

[医療機関・薬局の方へ]

再審査結果連絡書
(原審どおり)

再審査結果連絡書（原審どおり）は、医療機関等からの再審査請求で、原審どおりとなった場合、医療機関等へお知らせする結果内容を表示しています。

(機械様式第908号) 再審査結果連絡書(原審どおり)

年 月 診療 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関等コード: 12-34567

医療機関等名: 支払基金病院 御中

点数表: 1 診療科: 〇〇〇〇

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

貴医療機関等からの再審査請求のうち次の事案につきましては、再審査の結果原審どおりと決定いたしましたのでお知らせします。

受付年月	診療年月区分	保険者(実施機関)番号	記号・番号又は受給者番号	患者氏名(整理番号)	請求番号	診療項目	理由
2.1	1.6 本 外	0613****	01010101 0002597	基金 太郎 (49142205920002002)	1	21	本症例の診療内容、症状・経過から判断して原審どおりといたします。
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)

表示内容

①「受付年月」欄

支払基金で受付処理を行った年月を表示しています。

②「診療年月・区分」欄

- ・1行目の診療年月欄には、当該レセプトの診療(調剤)年月を表示しています。
- ・2行目の区分欄には、本入(本人入院)や家外(家族外来)などのレセプト種別による区分を表示しています。

③「保険者(実施機関)番号」欄

保険者番号又は公費負担者番号を表示しています。

④「記号・番号又は受給者番号」欄

- ・保険者に該当する場合は、1行目に記号を、2行目に番号を表示しています。
- ・公費実施機関に該当する場合は、1行目に公費負担医療の受給者番号を表示しています。

⑤「患者氏名・(整理番号)」欄

- ・1行目の患者氏名欄には、患者の氏名を表示しています。
- ・2行目の整理番号欄には、保険者等からの再審査申出コードである整理番号を表示しています。

⑥「請求番号」欄

医療機関等から再審査申出がある場合に請求番号を表示しています。

⑦「診療項目」欄

21(内服)等の診療項目番号を表示しています。

⑧「理由」欄

再審査の結果、原審どおりとなった理由を表示しています。

再審査等支払調整額 通知票 (補正・査定分)

再審査等支払調整額通知票(補正・査定分)は、再審査等の結果、診療(調剤)報酬明細書(レセプト)に調整金額が発生した場合、医療機関等へお知らせする増減点数や事由等を表示しています。

(機械様式第101号) 再審査等支払調整額通知票(補正・査定分)

医療機関等コード: 12-34567
 医療機関等名: 支払基金病院 御中
 点数表: 1 診療科: 〇〇〇〇

令和〇〇年〇〇月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をいたしましたので通知いたします。 社会保険診療報酬支払基金〇〇〇支部

診療年月 区分	保険者番号 (継承前) 受給者番号 主保険者	患者氏名 カルテ番号 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支給額 回数 基準額 標準負担額	増減点 項目、事由 (請求番号)	増減点内容		備考	
						請求内容	補正・査定後内容		
0106 本 外	0613****	基金 太郎 0000000-0001 S408.16 49142205920002002	-112 -16		-16 21 B (2) B	【請求理由】100060 診療内容に関するもの	A錠 600mg 3錠 B錠 10mg 3錠 C 細粒10% 1.5g 17×4	A錠 600mg 3錠 B錠 10mg 3錠 13×4 B:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上 過剰・重複となるもの	
						20,184		20,168	
件数		合計調整金額		合計調整支給額		備考欄の数字は以下のとおりです。			
1		-112		0		1:保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の金額を表示しています。			

再審査により調整したレセプトの調整点数および調整金額を表示します。

再審査等に係る調整金額について、調整した診療年月を表示します。

「増減点内容」欄の「請求内容」欄には補正・査定前の請求内容等を、「補正・査定後内容」欄には補正・査定後の内容等を表示します。
 ※審査結果の具体的な理由を可能な限り表示します。

本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。

表示内容

A 欄外左上の調整年月表示

再審査等に係る調整金額について、調整した診療年月を表示しています。

B 「診療年月・区分」欄

- 1行目の診療年月欄には、当該レセプトの診療(調剤)年月を表示しています。
- 2行目の区分欄には本入(本人入院)や家外(家族外来)などのレセプト種別による区分を表示しています。

C 「保険者番号・(継承前)・受給者番号・主保険者」欄

- 1行目の保険者番号欄には、保険者番号及び公費負担者番号を表示しています。
 なお、統廃合等により保険者番号又は公費負担者番号に継承があった場合は、継承後保険者番号又は継承後公費負担者番号を表示しています。
- 2行目の(継承前)欄には、保険者番号等に継承があった場合、継承前の保険者番号等を括弧書きで表示しています。
- 3行目の受給者番号欄には、公費負担医療の受給者番号を表示しています。
- 4行目の主保険者欄には、医療保険と公費負担医療等の併用の場合、主保険である保険者番号を表示しています。
 なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合、公費負担者番号①の公費負担者番号を表示しています。

D 「患者氏名・カルテ番号・生年月日・整理番号」欄

- 1行目の患者氏名欄には、患者の氏名を表示しています。
- 2行目のカルテ番号欄には、医療機関等が請求したレセプトデータに記録されたカルテ番号を表示しています。
- 3行目の生年月日欄には、患者の生年月日を表示しています。
- 4行目の整理番号欄には、保険者等からの再審査申出コードである整理番号を表示しています。

E 「調整金額・日数・点数・一部負担金」欄

- 各項の増減額等の印字については、減の場合は「-」符号を付して表示しています。増の場合は符号を付しません。
- 1行目の調整金額欄には、再審査により調整された金額を表示しています。
- 2行目の日数欄には、再審査により調整された日数を表示しています。
- 3行目の点数欄には、再審査により調整された合計点数を表示しています。
- 4行目の一部負担金欄には、再審査により調整された一部負担金を表示しています。

F 「調整支給額・回数・基準額・標準負担額」欄

- 各項の増減額等の印字については、減の場合は「-」符号を付して表示しています。増の場合は符号を付しません。
- 1行目の調整支給額欄には、再審査により調整された食事療養費又は生活療養費の金額を表示しています。

療養費の金額を表示しています。

- 2行目の回数欄には、再審査により調整された食事療養費又は生活療養費の回数を表示しています。
- 3行目の基準額欄には、再審査により調整された食事療養費又は生活療養費の基準額を表示しています。
- 4行目の標準負担額欄には、再審査により調整された標準負担額を表示しています。

G 「増減点・項目・事由・(請求番号)」欄

- 1行目の増減点欄には、再審査により調整された診療項目の調整点数を表示しています。減点の場合は「-」符号(一部負担金の場合は「-¥」符号)を付しています。増点の場合は符号は付しません。
- 2行目左の項目欄には、21(内服)、60(検査・病理)等の診療項目番号を表示しています。
- 2行目右の事由欄には、増減点が生じた事由記号を表示しています。事由内容については、増減点連絡書の欄外「増減点事由」をご参照ください。
- 3行目の(請求番号)欄には、医療機関(薬局)から再審査申出がある場合に、請求番号が表示されます。

H 「請求内容」欄

医療機関等が請求した診療(調剤)内容を表示しています。

なお、継承前(廃止)医療機関(薬局)がある場合は、継承前の医療機関(薬局)コードを表示しています。

I 「補正・査定後内容」欄

再審査等による補正・査定後の内容を表示しています。

J 「備考」欄

70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置に該当する場合に「1」を印字しています。

K 「件数」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(内科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の合計件数(併用分はダブルカウント)を表示しています。

L 「合計調整金額」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(内科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の合計調整金額(併用分も合算)を表示しています。

M 「合計調整支給額」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(内科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の食事・生活療養費に係る合計調整支給額(併用分も合算)を表示しています。
 ※本帳票は、保険者等から電子レセプトにより再審査請求された場合に、医療機関等へ結果をお知らせする帳票です。

再審査等支払調整額 通知票(返戻分)

再審査等支払調整額通知票(返戻分)は、再審査等により診療内容等の確認のため、医療機関等へお返しする診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の内訳や事由等を表示しています。

(機械様式第101号) 再審査等支払調整額通知票(返戻分)

医療機関等コード: 12-34567
 医療機関等名: 支払基金病院 御中
 点数表: 1 診療科: 0000

令和〇〇年〇〇月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をしましたので通知いたします。

再審査等の返戻に係る調整金額について、調整した診療年月を表示します。

診療年月 区分	保険者番号 (継承前)	受給者番号 主保険者	患者氏名 カルテ番号	生年月日 整理番号	療養の給付 点数 一部負担金	食事・生活 基準額 標準負担額	日数 回数	調整金額 調整支給額	請求理由	備考
0106 本 外	0613****		基金 太郎 000-000001	S40.08.16 2214220591000101	-1,234		-2	-8,638	【請求理由】100018 資格喪失後の受診	
(M)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
件数 1	合計調整金額 -8,638	合計調整支給額 0	備考欄の数字は以下のとおりです。 1: 保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の金額を表示しています。							

本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。

表示内容

▲欄外左上の調整年月表示

再審査等により返戻となった診療(調剤)報酬明細書に係る調整金額について、調整した診療年月を表示しています。

▲「診療年月・区分」欄

- 1行目の診療年月欄には、当該レセプトの診療(調剤)年月を表示しています。
- 2行目の区分欄には本入(本人入院)や家外(家族外来)などのレセプト種別による区分を表示しています。

▲「保険者番号・(継承前)」欄

- 1行目の保険者番号欄には、保険者番号又は公費負担者番号を表示しています。
- なお、統廃合等により保険者番号又は公費負担者番号に継承があった場合は、継承後保険者番号又は継承後公費負担者番号を表示しています。
- 2行目の(継承前)欄には、保険者番号等に継承があった場合、継承前の保険者番号等を括弧書きで表示しています。

▲「受給者番号・主保険者」欄

- 1行目の受給者番号欄には、公費負担医療の受給者番号を表示しています。
- 2行目の主保険者欄には、医療保険と公費負担医療等の併用の場合、主保険である保険者番号を表示しています。
- なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合、公費負担者番号①の公費負担者番号を表示しています。

▲「患者氏名・カルテ番号」欄

- 1行目の患者氏名欄には、患者の氏名を表示しています。
- 2行目のカルテ番号欄には、医療機関等が請求したレセプトデータに記録されたカルテ番号を表示しています。

▲「生年月日・整理番号」欄

- 1行目の生年月日欄には、患者の生年月日を表示しています。
- 2行目の整理番号欄には、保険者等からの再審査申出コードである整理番号を表示しています。

▲「点数・一部負担金」欄

- 1行目の点数欄には、当該レセプトの点数を「-」符号を付して表示しています。
- 2行目の一部負担金欄には、当該レセプトの一部負担金を「-」符号を付して表示しています。

▲「基準額・標準負担額」欄

- 1行目の基準額欄には、当該レセプトの食事療養費又は生活療養費の金額

を「-」符号を付して表示しています。

- 2行目の標準負担額欄には、当該レセプトの食事療養費又は生活療養費の標準負担額を「-」符号を付して表示しています。

▲「日数・回数」欄

- 1行目の日数欄には、当該レセプトの日数を「-」符号を付して表示しています。
- 2行目の回数欄には、当該レセプトの食事療養費又は生活療養費の回数を「-」符号を付して表示しています。

▲「調整金額・調整支給額」欄

- 1行目の調整金額欄には、再審査返戻により調整される療養の給付金額(当該レセプトの請求金額)を「-」符号を付して表示しています。
- 2行目の調整支給額欄には、再審査返戻により調整される食事療養費又は生活療養費の金額(当該レセプトの請求金額)を「-¥」符号を付して表示しています。

▲「請求理由」欄

当該レセプトを返戻することとなった請求理由コード及び請求理由を表示しています。

なお、継承前(廃止)医療機関(薬局)がある場合は、継承前の医療機関(薬局)コードを表示しています。

▲「備考」欄

70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置に該当する場合に「1」を印字しています。

▲「件数」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(医科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の合計件数(併用分はダブルカウント)を表示しています。

▲「合計調整金額」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(医科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の合計調整金額(併用分も合算)を表示しています。

▲「合計調整支給額」欄

医療機関(薬局)単位、点数表単位(医科、歯科、DPC、調剤)及び診療科単位の食事・生活療養費に係る合計調整支給額(併用も合算)を表示しています。

※本帳票は、保険者等から電子レセプトにより再審査請求された場合に、医療機関等へ結果をお知らせする帳票です。

6 療養介護医療

法別番号 24

障害者総合支援法にもとづく公費負担医療には、4・5月号で説明した自立支援医療のほか、療養介護医療があります。療養介護医療とは、障害福祉サービスの介護給付のひとつである療養介護の医療部分です（法第70条）。患者は、原則1割負担で、市町村で認定された負担上限月額までを負担します。

1 対象者

療養介護は、病院等への長期入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする次の18歳以上の障害者・障害児が対象となります。

- ①筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者など、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている人で、障害支援区分が区分6の人
- ②筋ジストロフィー患者または重症心身障害者で、障害支援区分が区分5以上の人
- ③旧児童福祉法の重症心身障害児施設入居者・指定医療機関入所者で、平成24年（2012年）4月以降に療養介護事業所を利用する人

指定療養介護事業所として指定を受けた病院が、主として昼間に機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を提供します。そのうちの医療部分が療養介護医療です（指定要件を一部満たしていない事業所で療養介護医療を行う場合は、基準該当療養介護医療のしくみがあります）。

2 患者負担

療養介護の支給決定を受けた障害者・障害児には、「障害福祉サービス受給者証」に加えて「療養介護医療受給者証」が交付されますので、医療機関は「障害福祉サービス受給者証」とともに提示をうけます。「療養介護医療受給者証」には、医療部分と食費部分についての負担上限月額が記載されています（療養介護の医療に係る部分の利用者負担上限月額は、別に設定されています）。

医療費の1割は患者負担となり、3割または2割が療養介護医療費として公費負担の対象となります。患者の負担上限月額を超える分についても療養介護医療費となります。

●療養介護医療費のしくみ



◆療養介護医療費の負担上限月額

所得区分		負担上限月額
生活保護		0円
低所得2	（市町村民税世帯非課税）	24,600円
低所得1	（市町村民税世帯非課税で障害者または障害児の保護者等の年間収入が80万円以下）	15,000円
一般		40,200円

※医療型個別減免を受けている受給者については、受給者ごとに負担上限月額が設定されています。

◆療養介護医療費の請求

医療機関は、支払基金に療養介護医療費を請求します（入院時食事療養費等を含みます）。

ただし、食事等の標準負担額に負担上限月額が設定されていて、一部公費対象が発生した場合は、その一部公費負担分のみ市町村に請求します（福祉部分の介護給付費等と併せて請求します）。

療養介護医療費の医療型個別減免

医療型個別減免とは、療養介護医療の負担上限月額について、申請により負担上限月額が軽減される制度です。

(1)20歳以上の場合

20歳以上の場合、低所得1・2の世帯が対象になります。障害者の所得状況を勘案して算定した額が、負担上限月額となります。

認定月収額が「療養介護の自己負担額+食事療養負担額 (または生活療養負担額)+その他生活費」を超える場合	認定月収額-「療養介護の自己負担額+食事療養負担額 (または生活療養負担額)+その他生活費」
認定月収額が「療養介護の自己負担額+食事療養負担額 (または生活療養負担額)+その他生活費」を超えない場合	0円

※認定月収額=1月における収入から税、社会保険料を控除した額

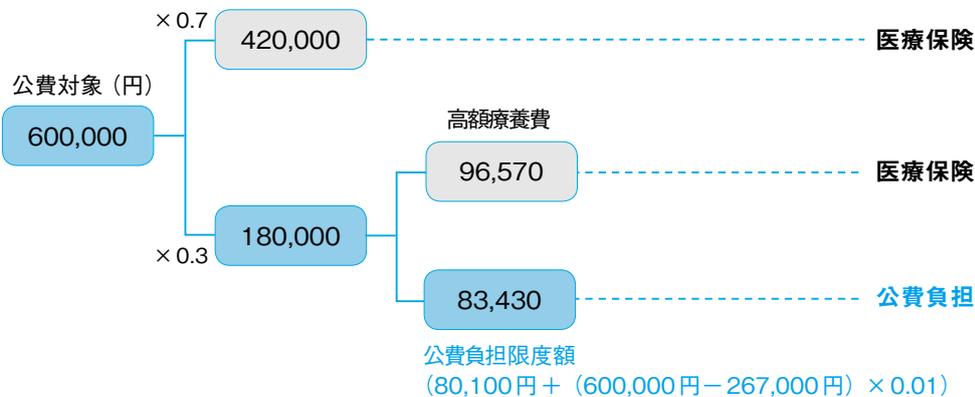
(2)20歳未満の場合

20歳未満(18歳・19歳)の場合、すべての所得区分が対象となります。「地域で子どもを育てるために通常必要な費用」から「その他生活費」を差し引いた額が、負担上限月額となります。

※低所得1・2と20歳未満で市町村民税所得割額28万円未満の所得区分の受給者を対象とした医療型個別減免は、令和3年(2021年)3月31日までの経過措置でしたが、令和6年(2024年)3月31日まで経過措置が延長されています。

事例

- 療養介護医療で、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(負担上限月額0円の場合)。



	請求点	※決定点	負担金額 円
療養の給付	60,000		
公費①			
公費②			

MONTHLY

マンスリーノート

NOTE

医療保険等の動き

4 → 5
April → May

4月8日

健康保険法等改正法案
衆院本会議で審議入り

【医療保険】

衆議院本会議は4月8日、後期高齢者の窓口負担2割導入などを盛り込んだ「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」の議論を開始した。田村憲久厚生労働大臣が法案の趣旨を説明。これに対して、各党の代表が質疑を行い、田村厚労大臣のほか、菅義偉首相、麻生太郎財務大臣が答弁した。

4月8日

医療法等改正法案
衆院本会議で可決

【医療】

衆議院本会議は4月8日、新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療計画の見直しなどを盛り込んだ「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」を与党などの賛成多数で可決し、参議院に送付した。前日の7日には衆議院厚生労働委員会でも可決し、新型コロナウイルスの対応で経営状況が厳しい医療機関への財政支援などを求めることなど10項目の附帯決議を採択した。

4月13日

マイナンバーカードと
保険証の完全一体化を

【医療保険】

経済財政諮問会議は4月13日、行政のデジタル化をテーマに議論した。民間議員は行政のデジタル化を加速させるため、マイナンバーカードの活用を求める意見書を提出し、健康保険証や運転免許証との一体化を早急に進めることを提案。マイナンバーカードを保険証として利用できる医療機関を増やすために早急にカードリーダーの普及を求めるとともに、マイナンバーカードの保険証利用について、「各企業の健保組合におい

て、単独の健康保険証交付をとりやめ、完全な一体化を実現すべき」と主張した。

4月14日

費用対効果の価格調整を了承
キムリアの薬価を引き下げ

【診療報酬】

中医協は4月14日の総会で、本格的運用が始まって初となる費用対効果評価制度の対象医薬品の価格調整案を了承した。慢性閉塞性肺疾患（COPD）の治療薬であるテリルジーと白血病等の治療薬であるキムリアについて、いずれも薬価を引き下げる。適用日は7月1日。テリルジー100エリプタ14吸入用は、現行薬価の4183・5円が4160・8円に下がる。キムリア点滴静注は、現行薬価の3411万3655円が3264万7761円に下がる。

4月14日

令和4年度診療報酬改定
中医協がスケジュール了承

【診療報酬】

中医協は4月14日の総会で、令和4年度診療報酬改定に向けた検討スケジュールを了承した。6月下旬から秋にかけて議論で、次期

改定の主要な論点をまとめ、9月に意見を整理する。秋以降、令和2年度改定の検証などの調査結果を踏まえ、本格的な議論を開始する。諮問・答申は通常どおり来年2月頃とする予定。

4月15日

後期高齢者医療制度
都道府県を保険者に

【医療保険】

財務省は4月15日の財政制度等審議会財政制度分科会に、医療など社会保障改革についての考え方を示した。後期高齢者医療制度については、医療費を適正化し、現役世代の負担を抑制する取組みを求め、「現状では保険者が広域連合となっているが、医療提供体制の運営主体と財政運営の主体が切り離され、責任主体が曖昧であるため、医療費適正化策を実効性あるものにするためにも、都道府県が財政運営の主体を担うべき」と提案。65歳から74歳の前期高齢者医療費については、8割が国保の医療費であることを踏まえ、「国保の都道府県単位化の改革を徹底することで、医療費の適正化を図っていくべき」とした。

4月20日

【医療保険】

健保連の佐野副会長が発言
健保法等改正案で参考人

衆議院厚生労働委員会は4月20日、審議中の健康保険法等改正法案について参考人の意見陳述を行った。健保連の佐野雅宏副会長、日本福祉大学の二木立名誉教授、全国市長会相談役の前葉泰幸津市長、全国保険医団体連合会の住江憲勇会長の四氏が発言した。佐野氏は、一定所得以上の後期高齢者の窓口負担割合2割への引き上げについて「高齢者と現役世代の給付と負担のアンバランスの是正、現役世代の負担軽減の観点から評価できる」と述べた。

4月21日

【診療報酬】

薬価改定の課題と議論の進め方
中医協薬価部会が了承

中医協の薬価専門部会は4月21日、令和4年度薬価改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方を了承した。令和2年度改定と初の中間年改定となった令和3年度改定の骨子に記載された事項や政府の他の会議などで指摘された課題について、関係業界や薬価算定

組織からの意見聴取を踏まえつつ、検討項目を整理した上で議論を深める。

4月21日

【診療報酬】

費用対効果評価制度
議論の進め方を了承

中医協の費用対効果評価専門部会は4月21日、費用対効果評価制度の見直しに向けた今後の議論の進め方を了承した。令和4年度改定に向け、平成31年2月の費用対効果評価の今後の検討についての骨子などを踏まえ、関係業界や費用対効果評価専門組織からの意見聴取を行いつつ、議論を進める。

4月22日

【医療保険】

健保組合は5098億円の赤字
健保連の令和3年度予算集計

健保連は4月22日、令和3年度健保組合の予算早期集計結果を発表した。4月1日に現存する1387組合の財政状況推計をみると、①令和3年度予算の経常赤字は5098億円で、健保組合の約8割が赤字②実質保険料率は10.06%となり、初めて10%を超える③義務的経費に占める拠出金割合

4月26日

【医療保険】

現役世代の負担軽減に軸足を
諮問会議の民間議員が提言

が50%超の健保組合が全体の26.2%にのぼる④保険料収入は報酬が減少し、前年度比2167億円(2.6%)減の8兆60億円⑤前期高齢者納付金は前年度比1007億円(6.5%)増の1兆6467億円と厳しい実態が示された。

経済財政諮問会議は4月26日、社会保障をテーマに議論した。民間議員は、「これまで高齢者への支援が中心になっていた社会保障制度において、現役世代の負担軽減や支援強化に軸足を置いて改革を推進していくべき」と提言。重点課題として、後期高齢者の自己負担割合引き上げを円滑に実施するとともに、次期診療報酬改定のメリハリを含め、医療・介護制度の

不断の改革をあげた。革新的な医薬品の評価のあり方を再検証する一方、そうでない医薬品の評価の適正化や既収載医薬品の保険給付の見直しを求めた。

4月28日

【医療保険】

令和3年度の調査項目了承
中医協の入院医療分科会

中医協の入院医療等の調査・評価分科会は4月28日、令和4年度診療報酬改定に向けた検討事項とスケジュールを確認するとともに、令和3年度調査の調査項目を了承した。令和3年度は、「特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響」など4項目を調査する。

5月6日

【支払基金】

2月診療分の確定件数
対前年同月比▲10.2%

支払基金は5月6日、令和3年2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8858万件で、対前年同月伸び率は▲10.2%(医療保険分▲10.5%)となった。減少幅は前月▲13.3%よりも3.1ポイント縮小した。一方、確定金額は総計1兆378億円で、対前年同月伸び率は▲3.9%(同▲4.1%)。減少幅は前月の▲4.3%よりも0.4ポイント縮小した。

コンピュータチェックに関する試行的公開のアンケート実施

コンピュータチェックに関する試行的公開のアンケートを実施しています
アンケートにご協力くださいますよう、どうぞよろしくお願いいたします

コンピュータチェックに関する試行的公開については、コンピュータチェック公開事例の拡大に向けて、関係団体に混乱や負担が生じないか等の課題を整理するため、令和2年10月27日から支払基金ホームページにより実施しているところです。

コンピュータチェック公開事例の拡大に向けた課題の把握および試行的に公開したファイルの活用状況等を把握するため、令和3年4月27日から支払基金ホームページにおいてアンケートを実施しています。

コンピュータチェック公開事例の拡大等に向けて、より多くの皆さまからご意見を伺うことが非常に重要と考えていますので、アンケートにご協力くださいますようお願いいたします。

なお、これまで実施していたアンケートについては、本アンケートの実施に伴って終了しています。

支払基金

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試行的公開
- 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試行的公開



新任支部長の紹介

支払基金では、5月1日付けで人事異動を行い、新たに1名が支部長に就任しました。

新支部長のプロフィール、「自己紹介」および「座右の銘」を紹介します。

これからどうぞよろしくお願いいたします。

青森支部長

おきだ たかひろ
長田 隆洋

前職
神奈川支部
総務部長

出身地
北海道

採用支部
北海道



自己紹介

このたび、青森支部勤務となりました。採用の北海道支部から数えて4支部目の勤務地となります。

一日でも早く新しい環境に溶けこみ、職員の方々と力を合わせて、前向きに改革に取り組んでいきたいと考えています。

座右の銘

「人間到る所青山あり」

幕末の僧、月性の漢詩の一部で、世の中は広くて、骨を埋める場所はどこにでもあるのだから、志をもって故郷を出て活躍すべきであるという意味です。

私も青森に骨を埋める覚悟をもって、職責を果たしてまいります。

理事会開催状況

4月理事会は4月26日に開催され、議題は次のとおりでした。

- | | |
|------------------------------------|--|
| 議 題 | (4) 令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金事業
計画及び予算の認可 |
| 1 議事 | 3 支払基金改革の進捗状況 |
| 社会保険診療報酬支払基金保有資産活用基本方針
(案) | |
| 2 報告事項 | 4 定例報告 |
| (1) 審査支払機能の在り方に関する検討会 | (1) 令和3年度前期高齢者納付金徴収額等決定状況 |
| (2) 令和2年度監事監査振り返り及び令和3年度監
事監査計画 | (2) 令和3年2月審査分の審査状況 |
| (3) 令和3年度内部監査計画 | (3) 令和3年3月審査分の特別審査委員会審査状況 |
| | (4) 令和3年3月理事会議事録の公表 |

プレスリリース発信状況

- 4月 1日 令和3年1月診療分の件数は対前年同月伸び率で13.3%減少 ～確定金額は4.3%減少～
- 4月27日 コンピュータチェックに関する試行的公開のアンケートを実施
- 4月28日 4月定例記者会見を開催
- 4月30日 令和3年度診療報酬の審査支払に関する保険者との契約を締結

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

- 4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を追加
統計月報を掲載
特定個人情報保護評価書を更新
医科電子点数表テーブル及び歯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)を更新
- 4月 9日 特定器材コードリストを更新
- 4月12日 保険者の異動について(2021年3月分)を掲載
- 4月13日 月刊基金「令和3年4月号」を掲載
- 4月21日 令和2年度診療報酬改定関係通知を更新
- 4月27日 コンピュータチェックに関する試行的公開のアンケートを実施
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
- 4月28日 「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(DPC用)(令和2年4月版)」を更新
レセ電通信(医科・DPC、調剤)を掲載
- 4月30日 女性活躍推進法に基づく「社会保険診療報酬支払基金行動計画(第2回)」を策定