

第28回 糖尿病医療連携体制講習会

座長：鹿児島大学医歯学総合研究科 糖尿病・内分泌内科学
教授 西尾 善彦 先生

レクチャー①

糖尿病診療に関する保険情報と糖尿病患者の医療費について

天保山内科
橋口 恭博

hybrid@鹿児島県医師会館

共催：鹿児島市医師会・サノフィ

利益相反(COI) 開示

開示すべきCOI該当企業などありません

agenda

I. 糖尿病診療に関する保険情報

- i. 検査関連
- ii. 在宅療養指導管理加算
- iii. 在宅療養指導管理材料加算

II. 糖尿病患者の医療費について

I. 糖尿病診療に関する保険情報

i. 検査関連

インスリン分泌能の指標

D008 内分泌学的検査 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点

10 インスリン（IRI）（糖尿病確定後の患者）103点

13 C-ペプチド（CPR）（糖尿病確定後の患者）108点

取扱い

原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン（IRI）、C-ペプチド（CPR）は認められる。

取扱いを定めた理由

糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要である。

まれな病型であるが、**緩徐進行1型糖尿病**においては、発症初期には一見2型糖尿病のような臨床症状を呈する。

また、小児・若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがある。

留意事項

両者の併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。

インスリン（IRI）はインスリン治療中は認められない。



急性・慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス

[編集・発行] 日本心不全学会

本体1,000円+税10%

A4 国際判, 88頁, 4色刷

2019年3月発行

ライフサイエンス出版株式会社



糖代謝異常者における循環器病の診断・予防・治療に 関するコンセンサスステートメント

[監修] 日本循環器学会, 日本糖尿病学会

[編集] 日本循環器学会・日本糖尿病学会 合同委員会

本体 2,500 円 + 税

B5判

2020年 3月発行

南江堂

http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jcs_jds_statement.pdf



急性・慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイドンス

[編集・発行] 日本心不全学会

本体1,000円+税10%

A4 国際判, 88頁, 4色刷

2019年3月発行

ライフサイエンス出版株式会社



糖代謝異常者における循環器病の診断・予防・治療に 関するコンセンサスステートメント

[監修] 日本循環器学会, 日本糖尿病学会

[編集] 日本循環器学会・日本糖尿病学会 合同委員会

本体 2,500 円+税

B5判

2020年 3月発行

南江堂

http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jcs_jds_statement.pdf

日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン

急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版)

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure
(JCS 2017/JHFS 2017)

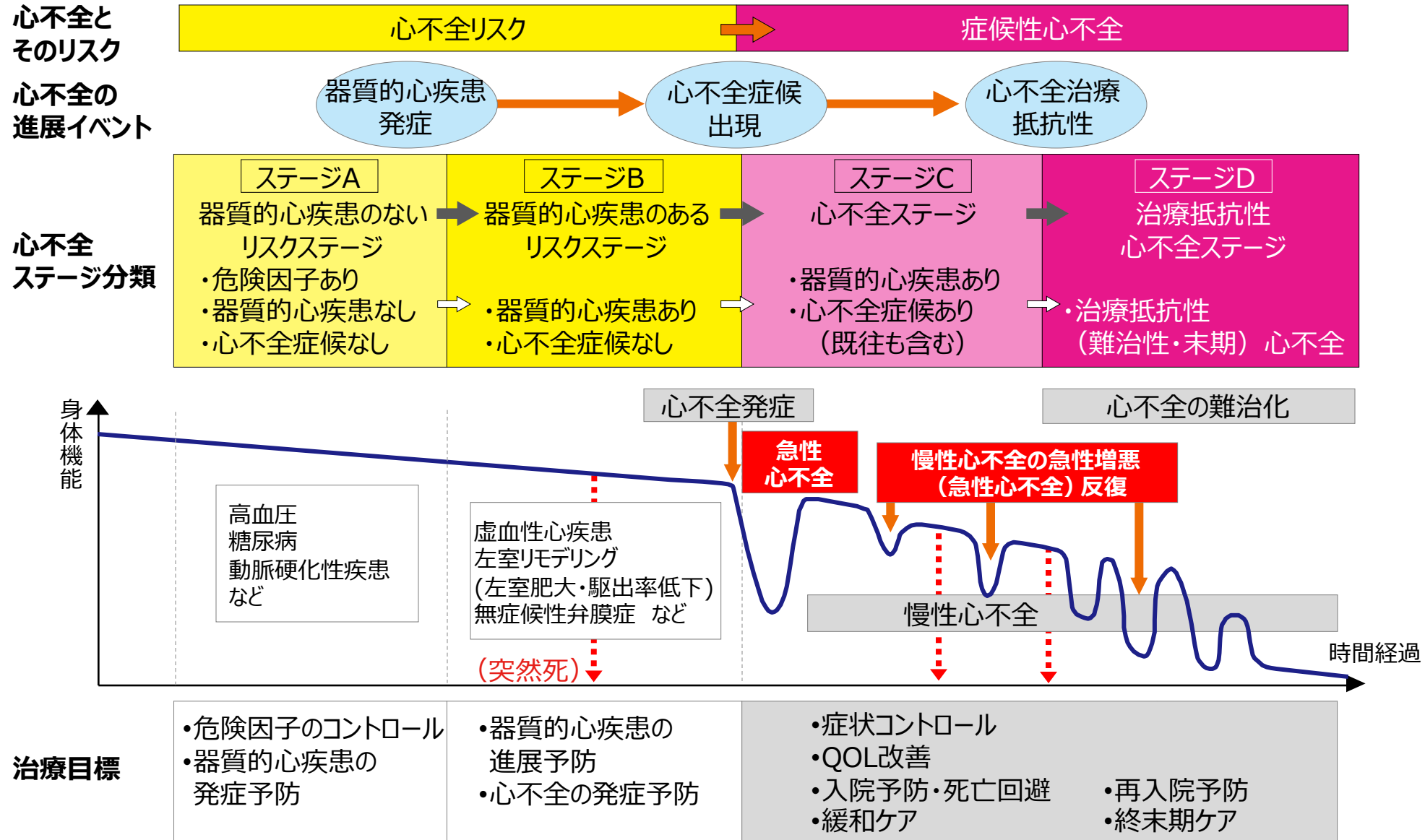
合同研究班参加学会・研究班

日本循環器学会 日本心不全学会 日本胸部外科学会
日本高血圧学会 日本心エコー図学会 日本心臓血管外科学会
日本心臓病学会 日本心臓リハビリテーション学会 日本超音波医学会
日本糖尿病学会 日本不整脈心電学会
厚生労働省 難治性疾患政策研究事業「特発性心筋症に関する調査研究」研究班
日本医療研究開発機構 難治性疾患実用化研究事業「拡張相肥大型心筋症を対象とした多施設登録観察研究」研究班

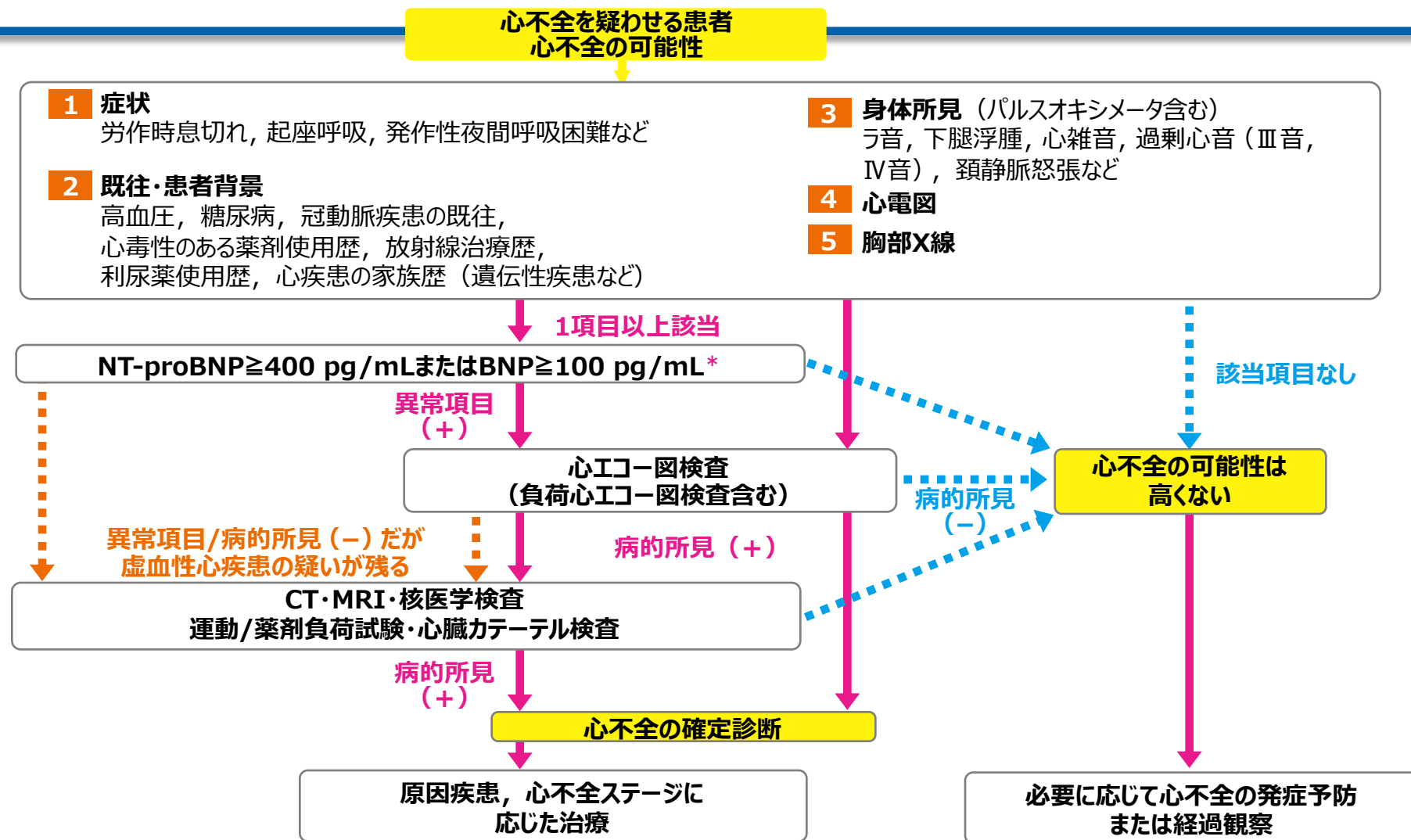
班長

筒井 裕之
九州大学大学院医学研究院
循環器内科学

心不全とそのリスクの進展ステージ



慢性心不全の診断フローチャート



* NT-proBNPが125~400pg/mLあるいはBNPが35ないし40~100pg/mLの場合, 軽度の心不全の可能性を否定しえない. NT-proBNP/BNPの値のみで機械的に判断するのではなく, NT-proBNP/BNPの標準値は加齢, 腎機能障害, 貧血に伴い上昇し, 肥満があると低下することなどを念頭に入れて, 症状, 既往・患者背景, 身体所見, 心電図, 胸部X線の所見とともに総合的に勘案して, 心エコー図検査の必要性を判断するべきである.



急性・慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス

[編集・発行] 日本心不全学会

本体1,000円+税10%

A4 国際判, 88頁, 4色刷

2019年3月発行

ライフサイエンス出版株式会社



糖代謝異常者における循環器病の診断・予防・治療に 関するコンセンサスステートメント

[監修] 日本循環器学会, 日本糖尿病学会

[編集] 日本循環器学会・日本糖尿病学会 合同委員会

本体 2,500 円+税

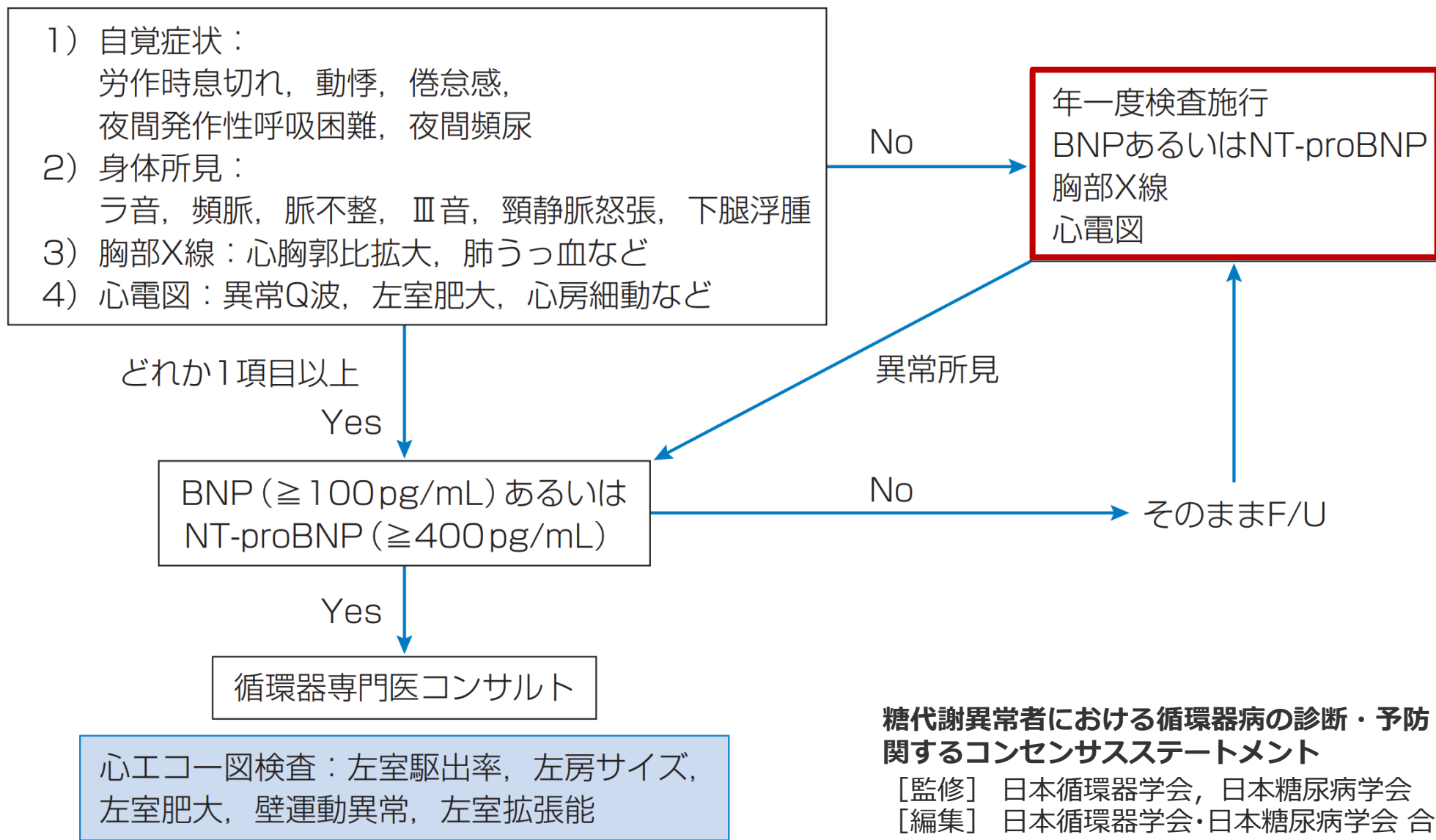
B5判

2020年 3月発行

南江堂

http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jcs_jds_statement.pdf

糖尿病患者における心不全の診断フローチャート



糖代謝異常者における循環器病の診断・予防・治療に関するコンセンサスステートメント

[監修] 日本循環器学会，日本糖尿病学会
[編集] 日本循環器学会・日本糖尿病学会 合同委員会

1. 診断のフローチャート (図 1)

心不全の診断は、『急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017 年改訂版』を参考にするとよい¹⁶⁾。心不全の診断は臨床症状と検査データの組み合わせにより行われる。糖尿病患者は心不全のハイリスク群であることを意識して、その存在を疑いながら詳細に症状を聴取する。心不全患者は症状を避けるために活動や運動を自制していることが多い。患者が無症状と主張しても、本当に症状がないか確認することが大切である。定期受診時に確認すべき症状は、労作時息切れ、動悸、倦怠感、下腿浮腫、夜間頻尿あるいは夜間発作性呼吸困難、起坐呼吸などである。日常の活動性ととも問診するとよい。身体診察から心不全が見つかることもある。身体所見の異常(心拍数の増加、脈不整、ラ音出現、心雑音、Ⅲ音聴取、頸静脈怒張など)を見逃さないようにする。心不全を疑わせる徴候があれば、胸部 X 線(心胸郭比の拡大、肺うっ血の有無など)そして 12 誘導心電図(心房細動の有無、左室肥大の有無、異常 Q 波、ST-T 変化など)をチェックし、心不全が疑われれば次のステップに進む。

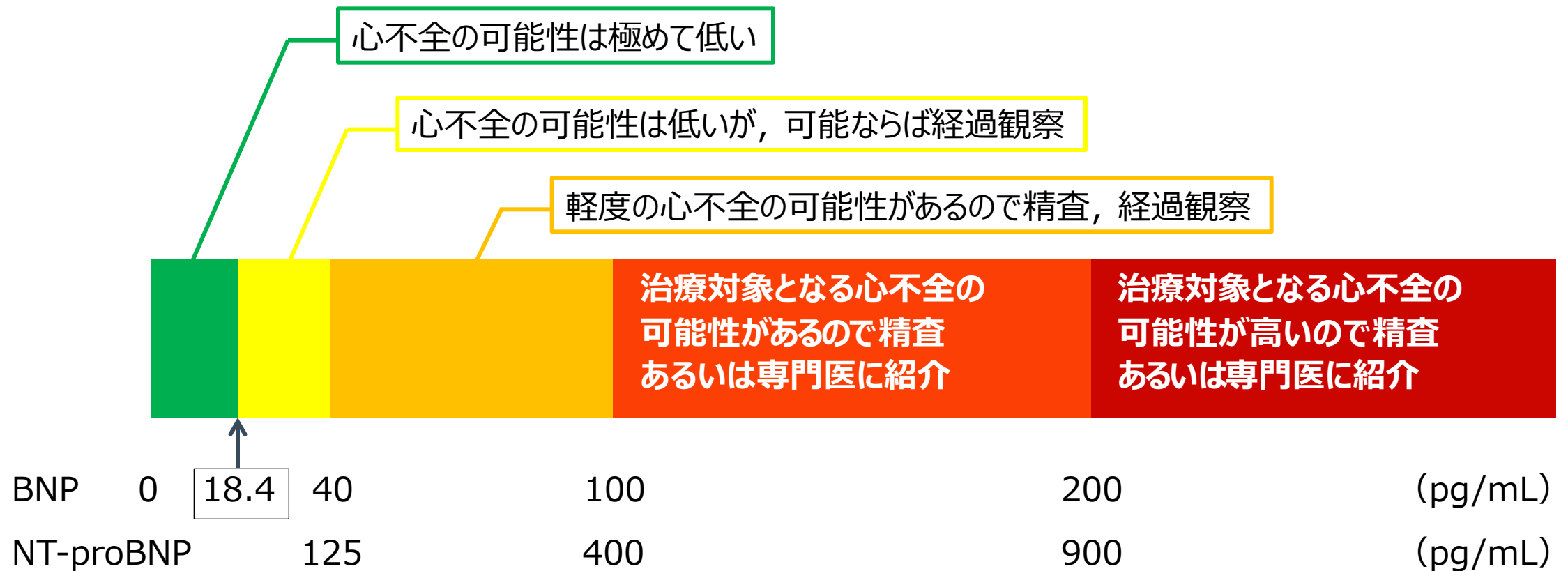
最初に行うスクリーニング検査は BNP あるいは NT-proBNP の測定である。BNP \geq 40 pg/mL (あるいは NT-proBNP \geq 125 mg/dL) であれば心不全の可能性がある。BNP \geq 100 pg/mL (NT-proBNP \geq 400 mg/dL) であれば治療対象となる心不全の可能性が高く、循環器内科医にコンサルトすべきである。活動や運動を制限しているために無症状であったり、心不全症状があっても“年のせい”と思い込んで、本人もそれと気づいていないことも少なくない。糖尿病患者には年に一度は BNP あるいは NT-proBNP を測定することが推奨される。

糖代謝異常者における循環器病の診断・予防・治療に関するコンセンサスステートメント

【監修】 日本循環器学会、日本糖尿病学会

【編集】 日本循環器学会・日本糖尿病学会 合同委員会

BNP, NT-proBNP値の心不全診断へのカットオフ値



BNP=脳性ナトリウム利尿ペプチド; NT-proBNP=N末端プロ脳性ナトリウム利尿ペプチド

BNPとNT-proBNPの対比

	BNP	NT-proBNP
分子量	約3,500	約8,500
ホルモン活性	+	-
交叉性	proBNP	
半減期	約20分	約120分
クリアランス	NPRC・NEP・腎臓	腎臓
採血法	EDTA加血漿	血清/ヘパリン加EDTA加血漿
添付文書記載基準値	≤ 18.4 pg/mL	≤ 55 pg/mL
濃度増加因子*	心機能低下・腎機能低下・高齢・全身炎症	
濃度低下因子*	肥満	

*濃度増加因子と濃度低下因子に関しては、主なものだけを示している。

またBNPとNT-proBNPのあいだで若干異なる可能性があるが、今後の検討課題である。

日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

D008 内分泌学的検査 生化学的検査（Ⅱ）判断料**144点**

- | | |
|---|-------------|
| 20. 脳性Na利尿ペプチド（BNP） | 133点 |
| 22. 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP） | 136点 |
| 46. 心房性Na利尿ペプチド（ANP） | 221点 |

通知

- ア [\[20\]](#)の脳性Na利尿ペプチド（BNP）は、**心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。（疑いの場合、3月に1回）**
- イ [\[20\]](#)の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、[\[22\]](#)の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）及び[\[46\]](#)の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- ウ [\[20\]](#)の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、[\[22\]](#)の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）及び[\[46\]](#)の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

あなたの心臓は
元気ですか？

日本心不全学会 心不全予防委員会

ご存知ですか？



“心臓の負担”の
程度をみる血液検査

ビー エア ビー
BNP

心不全の早期発見と治療のためにBNP検査を！

BNP検査 Q&A

Q1 BNPとは何ですか？

A BNPとは、心臓を守るため心臓（特に心室）から分泌されるホルモンです。心臓の機能が低下して心臓への負担が大きいくほど多く分泌され数値が高くなります。

※BNPは血圧を低下させ、利尿を促し、さらには心臓の肥大や線維化を抑えるという心臓を守る（心保護）作用があります。



Q2 BNP検査の方法は？

A 一般的な血液検査と同じです。
静脈血を採血して機械で測定する簡単な検査です。



Q3 BNP検査だけで心臓病の全てが分かりますか？

A BNP検査は心臓への負担の程度を大まかに
知ることができる検査です。

基礎疾患（心不全の原因となる病気）の診断は、別の血液検査、心電図検査、レントゲン検査、心臓超音波検査、心臓カテーテル検査、運動負荷検査や核医学検査などが必要になることがあります。

BNP検査 + その他の検査 = 総合判断



Q4 BNP値の正常値はいくらですか？

A 心機能低下に伴う心臓の負担の程度（心不全の程度）は一つの検査だけで判断することは困難です。BNPに関してもその値がいくら以上だと異常でそれ以下ならば正常であると明確に区別することは難しいです。

※正常値として一般に普及しているのは18.4pg/ml以下。但し、大よそ40pg/ml以下なら直ちに治療が必要となる心不全の可能性は低いと判断されます。



Q5 BNP値で本当に気を付けなければいけない値は？

A 大まかに言うとBNP値が約100pg/ml以上上昇すると治療が必要となることがあります。それに対応するNT-proBNP値は約400pg/ml以上となります。特に息切れ、疲れやすい、足がむくむ等の症状がある場合は早目にかかりつけ医に相談しましょう。

NT-proBNPという検査も同じですか？

BNPとNT-proBNPは同じ遺伝子由来で、同じ目的で使用されています。しかし、数値に違いがあり、一般的にBNPよりもNT-proBNPの方が4～5倍高い値を示します。どちらの検査を行ったか混乱しないよう注意が必要です。



現在、心臓病で治療を受けている方へ

BNP値はそれぞれの患者さんごとに最適な値があります。多くの場合は低いほうが良いのですが、必ずしもそうではありません。治療中の方のBNP値に関しては主治医の先生とよくご相談ください。

最後にこのBNPというホルモンは松尾壽之（まつおひさゆき）博士、寒川賢治（かんがけんじ）博士によって1988年に発見されました。我が国の誇る大発見です。

現在、BNP検査は心不全の程度を示す唯一の血液検査として世界中で用いられています。

日本心不全学会 理事長 磯部光章
日本心不全学会予防委員会

伊藤宏	筒井裕之
猪又孝元（旧委員）	錦見俊雄（旧委員）
北風政史	福田恵一
齋藤能彦（委員長）	山科章
佐藤直樹	吉村道博（副委員長）
佐藤幸人	

I. 糖尿病診療に関する保険情報

ii. 在宅療養指導管理加算

C 101 在宅自己注射指導管理料（1）

1. 複雑な場合

1,230 点

（間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者）

2. 1 以外の場合

イ) 月27回以下の場合

650 点

ロ) 月28回以上の場合

750 点

インスリン療法の絶対的適応（初回導入でも算定可）

- ① インスリン依存状態
- ② 高血糖性昏睡（糖尿病ケトアシドーシス，高浸透圧性高血糖状態）
- ③ 重度の肝障害・腎障害を合併しているとき
- ④ 重症感染症，外傷，中等度以上の外科手術（全身麻酔施行例など）のとき
- ⑤ 糖尿病合併妊婦（妊娠糖尿病で，食事療法だけでは良好な血糖コントロールが得られない場合を含む）
- ⑥ 静脈栄養時の血糖コントロール

インスリン療法の相対的適応（初回導入では査定）

- ① インスリン非依存状態の例でも著明な高血糖（たとえば空腹時血糖値250mg/dL以上，随時血糖値350mg/dL以上）を認める場合
- ② 経口薬療法のみでは良好な血糖コントロールが得られない場合
- ③ やせ型で栄養状態が低下している場合
- ④ ステロイド治療時に高血糖を認める場合
- ⑤ 糖毒性を積極的に解除する場合

C 101 在宅自己注射指導管理料（2）

注

1. 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、**自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。**
2. 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、**導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。**
3. **処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。**

在宅療養指導管理料及び血糖測定器加算を算定する際のカルテに記載について

【自己注射導入前指導例】

1/11 HbA1c : 10.3 %と血糖管理不良にて経口薬開始

1/18 血糖 ; 516 mg/dLと高値のため, インスリン療法適応と判断.

【指導 1 回目】 インスリン導入. Nsに持効型インスリン 6 単位朝食前自己注射施行すること, 低血糖症状と対処法につき文書を用いて指導.

1/21

【指導 2 回目】 空打ち法, 使用済み注射針は専用のボトルに廃棄のこと, 注射部位を変えて行うよう指導.

【在宅自己注射に対する指導】

在宅自己注射に際し以下の指導を行った

- ・低血糖の症状がある時は砂糖10gを内服すること
- ・注射部位は腹部の広い範囲で変更のこと
- ・使用済針は専用のボトルに廃棄のこと

【在宅自己注射が必要な根拠】

経口薬効果不十分と判断. インスリン療法導入を要すると判断.

【自己血糖測定に対する指導】

毎朝自己注射前, 血糖自己測定を実施し, 今月は30回自己測定. 依然として血糖管理不良と判断. 今後も持続するようであれば, 注射指示量の増量を検討

C 101 在宅自己注射指導管理料（3）

通知

7. 在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外
 医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行
 略) また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し
 節第1款の在宅療養指導管理料の通則の留意事項
 必要かつ十分な量を支給すること。



あなたが使う 注射薬の取り扱いについて

使用薬剤の名称

あなたが使う薬は、

A _____ (一般名: _____)

B _____ (一般名: _____)

この薬は、

インスリン 超速効型インスリン 速効型インスリン 中間型インスリン
 混合型インスリン 持効型溶解インスリン

GLP-1 受容体作動薬 _____ です。

作用時間

この薬の作用が続く時間は、

A _____ 時間程度です。

B _____ 時間程度です。

注射タイミング

この薬は、

A _____ に注射してください。

B _____ に注射してください。

注射量

この薬の使う量は、

A _____

B _____

針は回収

廃棄物
処理

- 注射針は医療機関で回収し、その他のものはご家庭で廃棄していただけます。
- 使用済みの注射針は、ふたのついた缶やびんに入れて受診時に持参してください。
- 針以外は、プラスチックごみとしてお住まいの自治体のルールに従って廃棄してください。



糖尿病の病態による分類と特徴

糖尿病の病態	インスリン依存状態	インスリン非依存状態
特徴	インスリンが絶対的に欠乏し、生命維持のためインスリン治療が不可欠	インスリンの絶対的欠乏はないが、相対的に不足している状態。生命維持のためにインスリン治療が必要でないが、血糖コントロールを目的としてインスリン治療が選択される場合がある
臨床指標	血糖値：高い、不安定 ケトン体：著増することが多い	血糖値：さまざまであるが、比較的安定している。 ケトン体：増加するがわずかである
治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化インスリン療法 2. 食事療法 3. 運動療法（代謝が安定している場合） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事療法 2. 運動療法 3. 経口薬、GLP-1受容体作動薬またはインスリン療法
インスリン分泌能	空腹時血中Cペプチド 0.6 ng/mL未満が目安となる	空腹時血中Cペプチド 1.0 ng/mL以上



HOME



はじめての方へ



患者さんへ



医療スタッフの方へ



友へ

日糖協について

HOME » 日糖協について » 治療支援 » インスリンケアサポート

サブメニュー

» 日糖協について

» アドボカシー活動

インスリンケアサポート

▶ インスリンメンター制度のご案内

▶ KiDS Project

» 国際交流

» 糖尿病医療支援チーム DiaMAT

» 各種申請

» ダウンロード

インスリンケアサポート

インスリンケアQ&A

糖尿病治療でインスリン注射を行っている皆さま

▶ インスリンケアQ&A

▶ インスリンケアQ&A (シニア版)

1型糖尿病やインスリンについての情報は、こちら

サノフィ : 糖尿病がよくわかるDMTOWN |

インスリン自己注射ガイド



C101 在宅自己注射指導管理料（4）

通知

8. 「[2](#)」については、医師が**当該月**に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定する。
9. 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月に限り、月1回に限り算定する。ただし、**処方の内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定**することができる。
10. 「注3」に規定する「**処方の内容に変更があった場合**」とは、処方された特掲診療料の**施設基準等の別表第九**に掲げる注射薬に変更があった場合をいう。また、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合及びバイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合には算定できない。なお、過去1年以内に処方されたことがある特掲診療料の**施設基準等の別表第九**に掲げる注射薬に変更した場合は、算定できない。

告示：特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第56号）

別表第九

在宅自己注射指導管理料，間歇注入シリンジポンプ加算，持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤 性腺刺激ホルモン製剤 ヒト成長ホルモン剤 遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤 遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤 遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤 乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤 乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤 性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤ソマトスタチンアナログゴナドトロピン放出ホルモン誘導体 グルカゴン製剤 **グルカゴン様ペプチド叢 1 受容体アゴニスト** ヒトソマトメジンC製剤 インターフェロンアルファ製剤 インターフェロンベータ製剤 エタネルセプト製剤 ペグビソマント製剤 スマトリプタン製剤 グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L 叢システイン塩酸塩配合剤 アダリムマブ製剤 テリパラチド製剤 アドレナリン製剤 ヘパリンカルシウム製剤 アポモルヒネ塩酸塩製剤セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレプレチン製剤 アバタセプト製剤 pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤 アスホターゼアルファ製剤 グラチラマー酢酸塩製剤 セクキヌマブ製剤 エボロクマブ製剤 ブロダルマブ製剤 アリロクマブ製剤 ベリムマブ製剤 イキセキズマブ製剤 ゴリムマブ製剤 エミシズマブ製剤 イカチバント製剤サリルマブ製剤 デュピルマブ製剤 **インスリン・グルカゴン様ペプチド叢 1 受容体アゴニスト配合剤** ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤 遺伝子組換えヒトvon Willebrand 因子製剤 ブロスマブ製剤 メポリズマブ製剤 オマリズマブ製剤 テデュグルチド製剤 サトラリズマブ製剤

通知

11. 「注4」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合に、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して、3月に限り、月1回に限り算定する。「バイオ後続品を処方した場合」とは、バイオ後続品の一般的名称で処方した場合（例えば、「○○○○○○○（遺伝子組換え）
[●●●●●後続1]」と処方した場合をいう。）又はバイオ後続品の販売名で処方した場合（例えば、「●●●●●BS注射液 含量 会社名」と処方した場合をいう。）をいう。
12. 「注2」及び「注3」に規定する導入初期加算並びに「注4」に規定するバイオ後続品 導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り、算定できる。

通知

- 13. (13) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時（緊急時に受診した場合を除く。）に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。なお、緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に緊急時の受診である旨を記載すること。**
- 14. (14) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射及び区分番号「G004」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。**

I. 糖尿病診療に関する保険情報

iii. 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

1.	月 20 回以上測定する場合	350 点
2.	月 30 回以上測定する場合	465 点
3.	月 40 回以上測定する場合	580 点
4.	月 60 回以上測定する場合	830 点
5.	月 90 回以上測定する場合	1,170 点
6.	月 120 回以上測定する場合	1,490 点
7.	間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの	1,250 点

5・6 : 1 型・膵全摘後・糖尿病合併妊娠・妊娠糖尿病症例のみ

7 : インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者



[🏠 トップページ](#) → [診療報酬の審査](#) → 審査情報提供事例

審査情報提供事例

 結果内再検索 同義語拡張検索

 絞込方法 サイト内検索

審査情報提供事例を検索する場合は下記の該当する項目にチェック願います。

- 医科 - 検査 医科 - 画像診断 医科 - 処置 医科 - 手術 医科 - 麻酔
 医科 - 病理診断 歯科 - 医学管理等 歯科 - 検査 歯科 - 画像診断 歯科 - 投薬
 歯科 - 処置 歯科 - 手術 歯冠修復・欠損補綴 薬剤

審査支払機関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・歯科医学的見解に基づいて行われています。

一方、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、審査における一般的な取扱いについて広く関係者に情報提供を行い、審査の透明性を高めることとしております。

このため、平成16年7月に「審査情報提供検討委員会」、平成23年6月に「審査情報提供歯科検討委員会」を設置し、情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例について、情報提供を行ってまいりました。

今後とも、当該委員会において検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしておりますので、関係者の皆様のご参考となれば幸いです。

なお、情報提供する審査の一般的な取扱いについては、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的・歯科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、本提供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ください。

→ [新規事例（以下の再掲）](#)

→ [医科（82事例）](#)

診療報酬の審査

[診療科別ワーキンググループにおける審査結果の不合理な差異の解消](#)

[審査委員会](#)

[審査の差異の可視化レポート](#)

[支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）](#)

[審査の意義](#)

[審査委員会の機能強化](#)

[審査情報提供事例](#)


[保険請求の基礎知識](#)

[経過措置医薬品情報](#)


[診療報酬関係通知](#)

[突合点検・縦覧点検](#)

利用者別メニュー

 [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](#)

2. 糖尿病患者の医療費について

医療費について

●治療内容

食事・運動療法のみ

+ 経口薬療法（先発品・後発品・薬剤数）

+ 注射療法（注射薬・注射回数）

●合併症

高血圧症・脂質異常症・心臓病・腎臓病・眼合併症など

自己注射療法 + SMBGにかかる費用

● C 101 在宅自己注射指導管理料

- | | |
|---------------------------------|---------|
| 1. 複雑な場合 | 1,230 点 |
| (間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者) | |
| 2. 1 以外の場合 | |
| イ) 月27回以下の場合 | 650 点 |
| ロ) 月28回以上の場合 | 750 点 |

● C 150 血糖自己測定器加算

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1.月 20回以上測定する場合 | 350点 |
| 2.月 30回以上測定する場合 | 465点 |
| 3.月 40回以上測定する場合 | 580点 |
| 4.月 60回以上測定する場合 | 830点 |
| 5.月 90回以上測定する場合 | 1,170点 |
| 6.月120回以上測定する場合 | 1,490点 |
| 7.間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの | 1,250点 |

フットケアや栄養指導など，特別なケアや指導を受けた場合にかかる費用

●B001_ 9 外来栄養食事指導料

初回 260 点 (2 回目以降 200 点)

管理栄養士による栄養指導を行う

●B001_13 在宅療養指導料

170 点

看護師により在宅自己注射や血糖自己測定の指導や，血糖推移を振り返り，今後の療養について見直す

●B001_20 糖尿病合併症管理料（フットケア） 170 点

看護師によるフットケア，日常のセルフケア方法について指導

●B001_27 糖尿病透析予防指導管理料 350 点

糖尿病腎症重症化予防のため，治療・療養・栄養指導について医師・看護師・管理栄養士が連携して行う

その他の医療費対策

- **食事・運動療法の積極的支援**
- **目標 HbA1c の見直し（高齢者糖尿病診療ガイドライン参照）**
- **配合薬・配合注・混合製剤・後発品の積極的利用**
- **血糖自己測定継続の見極め，回数減・中止**
- **再診間隔延長**

ご清聴ありがとうございました

