

福岡県医発第 1921 号 (地)
平成 20 年 12 月 12 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

『平成 20 年度保険集団指導講習会』の資料の送付について

平成 20 年 11 月 20 日・21 日・28 日・12 月 2 日に県内 4 ブロックの
会場にて開催いたしました『平成 20 年度保険集団指導講習会』の資料をご参
考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

医療保険・後期高齢者医療担当理事	毛利康茂
医療保険副担当理事	島田昇二郎
後期高齢者医療副担当理事	名取一幸
会長	丸山 泉

平成20年度 保険集団指導講習会

平成20年11月・12月
福岡県医師会・九州厚生局

平成20年度保険集団指導講習会

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 講 習

1) 「個別指導における指摘事項について」

大 橋 輝 明 (福岡県医師会理事) (11月20日)

川 波 壽 (福岡県医師会副会長) (11月21日)

寺 澤 正 壽 (福岡県医師会常任理事) (11月28日)

伊 東 清四郎 (福岡県医師会常任理事) (12月 2日)

2) 「保険診療の理解のために」

高 木 郁 江 (九州厚生局指導監査課指導医療官)

(11月20・21日)

中 村 征 矢 (九州厚生局指導監査課指導医療官)

(11月28日・12月2日)

4. 閉 会

ブロック	と き	と こ ろ
筑 後	平成20年11月20日 (木) 19時～20時	久留米医師会館
筑 豊	平成20年11月21日 (金) 19時～20時	飯塚医師会館
福 岡	平成20年11月28日 (金) 19時～20時	福岡国際会議場
北九州	平成20年12月 2日 (火) 19時～20時	小倉医師会館

個別指導における指摘事項について

福岡県医師会

平成19年度個別指導に おける指摘事項

福岡県医師会

1. 診療録の整備及び記載 状況に関する事項

1) 診療録は、保険請求の根拠になるだけではなく、実施された医療行為の正当性、妥当性を社会に証明する「公的な文書」であるという認識を持って医師は診療の都度、遅滞なく診療の内容を診療録に記載すること。

2) 診療録への記載が乏しい。初診時の所見、既往歴、家族歴及び再診時の診察所見等をきちんと記載すること。

3) 診療録の記載は、診療行為の手順に沿って記載すること。

4) 診療録の記載は、第三者にも判読できるよう明瞭に記載すること。

5) 診療録の様式について、定められた様式に準じること。

6) 診療録第1面の傷病名に開始日等が記載されていない例が見られた。

7) 傷病名で記載漏れがあった。診察の都度、不要になった傷病名は終了年月日とともに転帰を記載すること。

- 8) 診療録と診療報酬明細書の傷病名を一致させること。
- 9) レセプト病名と思われる傷病名が見受けられた。
- 10) 傷病名は医学的根拠に基づき的確につけること。
- 11) 傷病名の診断根拠となる記載がほとんど見られない。傷病名を付けるときは、症状・所見等診断根拠となる診察内容を記載すること。

- 12) 傷病名は急性、慢性、右、左、部位を記載すること。
- 13) 傷病名欄は一行一傷病名とし、転帰がわかるようにすること。
- 14) 傷病名は日本語で記載すること。
- 15) 複数の医師による診療の場合は、責任の所在を明らかにするため、医師の署名を行うこと。

16) 電話再診の算定に関しては、再診の理由を診療録に記載すること。

17) 「本日は薬のみ希望」等の記載が見られたが、問診や診察からの情報を記載すること。

18) 健康保険証のコピーが行われているが、個人情報保護の観点からも健康保険証のコピーは中止し、必要な時に確認を行うこと。

19) 同日再診を算定する場合は診療録にその必要性を記載すること。

20) 検査結果の説明のみを行っているにもかかわらず、電話再診を算定している症例があった。

1. 電子カルテに関する事項

- 1) サーバーは施錠できる部屋に置き、システム運用日誌を付けること。
- 2) データーのバックアップは定期的に行い、サーバーとは別の施錠できる場所又は部屋に保管すること。
- 3) 不正アクセス防止の目的から、パスワードは有効期間(3ヶ月程度が多い)を設定すること。

4) 診療端末から診療情報がUSBやFDに抽出できない仕様に変更すること。

5) システム管理者と監査責任者が同一人物(院長)であることに関してはシステムの健全な運営上からも問題がある。早急に、システム管理者以外の者に監査責任者を委任すること。

6) 個人情報保護の観点からも電子カルテシステムの使用に当たっては、職員に利用申請書及び誓約書を提出させること。

7) 電子カルテへの診療情報の入力には遅滞なく行うこと。また、電子カルテへの入力情報確定までの保留期間を設定すること。通常は2日程度が保留期間で、それ以後は自動的に確定されるシステムが多い。

8) 診療情報の修正を行った場合には、更新履歴と修正前の診療情報(二重取消線が入った情報が望ましい。)が参照できるシステムであること。

9) 運用マニュアル及びダウン対策マニュアル等を整備すること。

10) 診療端末を開いたまま放置した場合に、スクリーンセーバーが機能しているが、入力再開時にはリターンキーではなく、利用者IDとパスワード入力が必要なシステムに変更すること。

11) 職種毎にアクセス権限を設定し、不正アクセスを防止するよう努めること。

12) 電子カルテシステムと周辺機器との時刻の同期をとることが望ましい。

3. 検査・画像診断に関する 事項

- 1) 検査については、診断に基づき必要性を十分考慮して段階を踏んで行うこと。
- 2) B型、C型肝炎の傷病名のない慢性肝炎症例に腫瘍マーカー（AFP）の測定が実施されていた。腫瘍マーカー測定に当っては、診察結果、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から悪性腫瘍が強く疑われる患者に実施すること。また、その必要性等について記載すること。

4. 在宅医療に関する事項

- 1) 在宅患者訪問診療料の算定に際して、個々の訪問診療料の計画及び診療内容の要点の診療録への記載が不十分な例が見られた。
- 2) 在宅療養指導料について、診療録に看護師への指示事項の記載がない。
- 3) 往診は、患家の求めに応じて行うものであり、どのような理由で往診の依頼が発生したかを診療録に記載すること。

4)在宅時医学総合管理料に係る在宅療養計画及び家族等への説明の要点の記載が不十分

5)通院可能と考えられる患者に対して訪問看護指示書を算定している症例が見られた。在宅医療に当たっては、通院困難であるかどうか十分検討して算定すること。

5. 管理料・指導料に関する事項

- 1)生活習慣病指導管理料に係る指導及び治療計画の内容の記載が不十分かつ指導内容も運動療法のみ等に等しく、個別に総合的な指導・治療管理を実施しているとは言いがたい。
- 2)指導管理料に係る指導内容の要点の記載が不十分である。
- 3)特定疾患療養管理料の算定において、算定日の診療録への記載がない。

- 4)主病でない傷病名に対して、特定疾患療養管理料を算定している。
- 5)特定薬剤治療管理料に係る薬剤の血中濃度の診療録への記載及び治療計画の要点記載が不十分。
- 6)喘息治療管理料に係る治療管理の記載がない。ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供していない。

7) 診療情報提供料(Ⅰ)を算定するに際しては、その写しを診療録に添付しておくこと。

8) 退院指導料は、医師、看護師等が共同して退院後に必要となる保健医療サービス等に関する計画を策定し、医師が患者又はその家族に対して説明を行い、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付し、写しを診療録に貼付することになっているが、診療録への写しの文書の貼付が見当たらないし、また、これらを行った記載も診療録にない。

9) 退院時リハビリテーション指導料においては、退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定できるが、指導(又は指示)内容の要点が診療録等に記載が見られない。

6. リハビリテーションに関する事項

- 1) リハビリテーションの算定対象となる傷病名に関する記載が全く見られない。診断根拠に基づき行うこと。
- 2) 運動器リハビリテーションを算定する場合は、「診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患の発症日等につき明記すること。」となっているが、診療報酬明細書の傷病名欄に記載されている傷病名に無い傷病名の記載が見られた。また、発症日が傷病名欄の開始日と異なる。

3)リハビリテーションを行うための機能検査や評価の記載がなく、また、リハビリテーション実施後の効果判定等に関する記載もない。

4)リハビリテーション開始時及び開始後3ヶ月に1回以上患者又は家族に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載することになっているが、全く見られない。

5)リハビリの実施記録が計画表と全く同じ時間になっている。また、画一的に20分、40分、60分毎となっており、実際に行った時間を記録すること。

7. 投薬に関する事項

- 1) 電話再診後に処方箋の郵送が行われているが、患者本人又は家族に直接手渡すことを原則とすること。告示及び通知等に郵送不可との記載は見られないが、郵送中の事故等を考慮すると望ましくない。
- 2) 同一の効能効果のものについては、1種類を投与すること。
- 3) 診察なしに投薬がなされたと疑われる例があった。(診療実日数と診療日との不一致)。

8. 診療報酬の請求に関する事項

- 1) 診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出する前に、必ず主治医が診療録と照合して点検を行うこと。
- 2) 対診として同一病院に往診した場合の2人目以降の患者については往診料を算定せず、初診料もしくは再診料を算定する。
- 3) 保険記号・番号が間違って請求している症例があった。

9. 看護・食事・寝具・設備等 に関する事項

- 1) 外出・外泊許可証について、行先や連絡先等の記載がないものが散見された。
- 2) 勤務表、出勤簿等の整合性を図り、毎月、入院基本料等の施設基準の要件を点検すること。
- 3) 医師が発行する食事せんに特別食であるにもかかわらず、病名漏れが見受けられた。
- 4) 入院基本料(夜勤時間を含めて)の確認のため、毎月、計算書を作成し点検すること。

10. その他

- 1) 外来患者の一部負担金は、診療の都度患者より徴収し、領収書を交付すること。
- 2) 保険診療と自由診療は明確に区分して診療すること。
- 3) 保険医異動届の届出漏れがあった。異動に伴い速やかに届け出ること。

保険診療の理解のために

(平成20年度医科集団指導用資料)

平成20年11月

九州厚生局指導監査課

目 次

I	わが国の医療保険制度	
1	わが国の医療保険制度	20
2	国民医療費の推移	22
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	23
2	保険診療の基本的ルール	23
III	医科診療報酬点数に関する留意事項	
1	診療録（カルテ）	25
2	傷病名	26
3	基本診療料等	27
4	医学管理等	29
5	在宅医療	30
6	検査・画像診断	31
7	投薬・注射・輸血	33
8	リハビリテーション	35
9	処置・手術（輸血を除く）・麻酔	36
10	食事療養	38
11	病理診断	39
IV	急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）について	
1	DPCとはなにか	40
2	DPCが導入された背景・これまでの流れ	40
3	制度の概要	41
4	診療報酬の算定方法	45
V	保険診療に関するその他の事項	
1	診療報酬明細書（レセプト）の作成	49
2	患者から受領できる費用	50
3	保険外併用療養費制度について	50
4	サービス等に対する実費徴収について	54
5	自己診療、自家診療について	55
VI	健康保険法等に基づく指導・監査について	
1	指導・監査について	56
2	平成18年度指導・監査の実施状況について	56
資料	保険医療機関及び保険医療養担当規則	57
	（いわゆる「療担規則」、「療養担当規則」）	

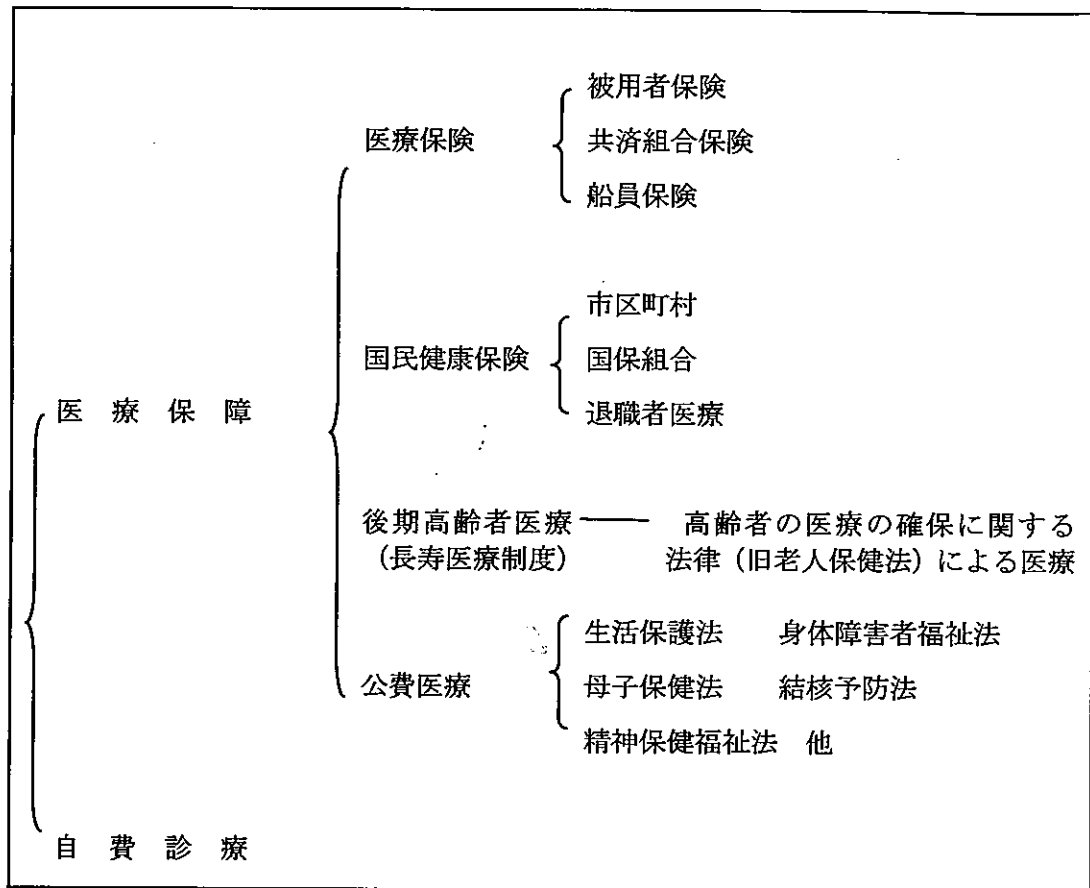
I わが国の医療保険制度

1 わが国の医療保険制度

(1) 医療保険制度の種類

わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、船員保険（船保）、共済保険（共済）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者については、高齢者の医療確保に関する法律に基づく医療保険制度が適用となる。



(2) 医療保険制度の特徴

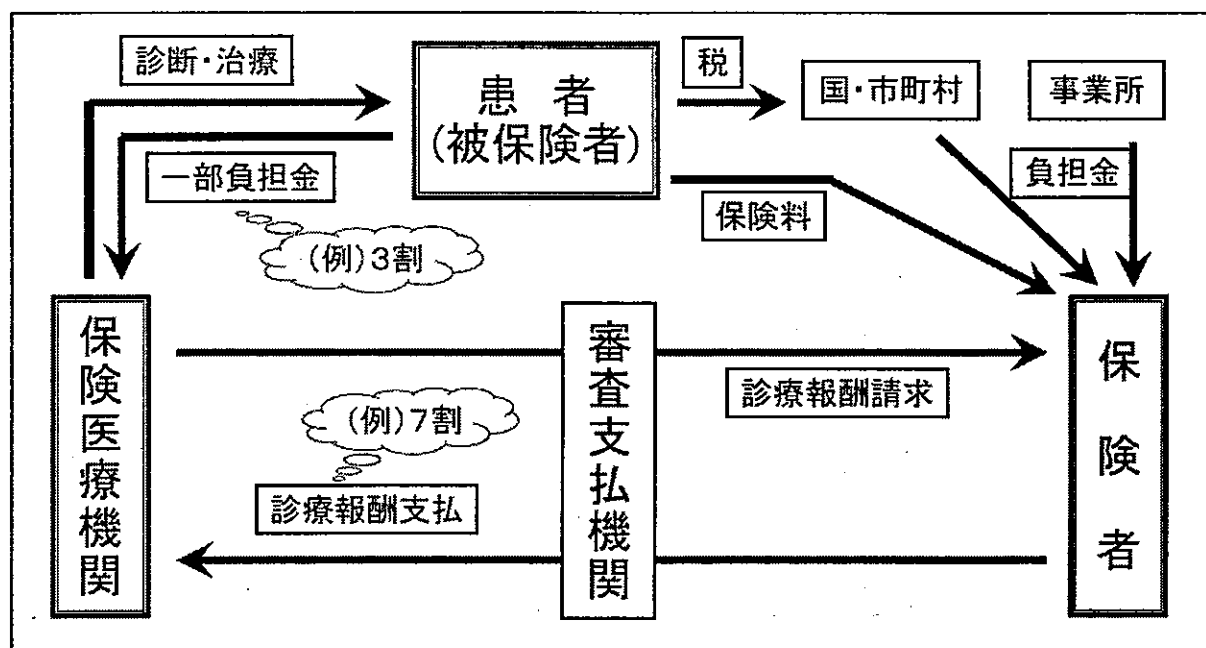
わが国の保険医療制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。

- 国民皆保険制度・・・すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。
- 現物給付制度・・・医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。
- フリーアクセス・・・自らの意思で、自由に医療機関を選ぶことができる。

(3) 保険診療の具体的な仕組み

患者は、保険医療機関の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険医療機関に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法その他の保険医療各法に規定されている。そのため、保険診療が「保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”」と称される所以である。



(4) 保険医療制度の国際評価

わが国の保険医療制度は、WHO（世界保健機関）の世界保健報告において、世界第1位と高く評価されている。

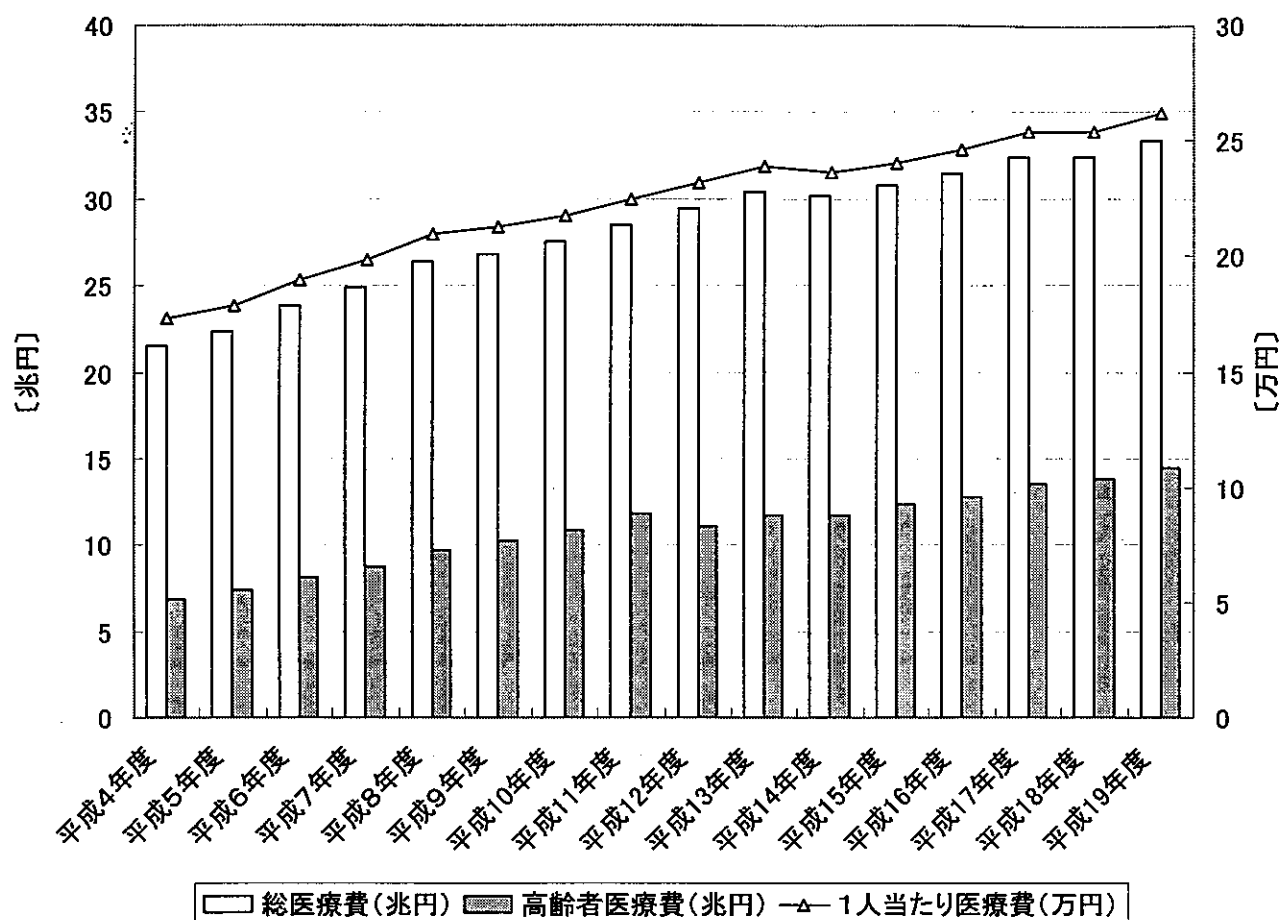
日 本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
1 位	15 位	9 位	6 位	14 位

(2003 年 WHO (世界保健機構) 報告による)

〔 世界 191 か国 (国連加盟国) の保険医療制度を、医療の質や平等性と
いう観点から総合的に評価したもの。 〕

2 国民医療費の推移

わが国の国民医療費は年々増加傾向にあり、特に、老人医療費の伸びが著しい。



【メモ】

Ⅱ 保険医、保険医療機関の責務

1 保険医、保険医療機関

(1) 保険医とは

健康保険法の規定により、「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない。」（第64条）とされている。

この登録（保険医登録）は、医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に登録されるのではない。医師自らの意思により、地方厚生（支）局又は各県事務所へ申請する必要がある。

(2) 保険医・保険医療機関の責務

健康保険法の規定により、「保険医療機関において診療に従事する保険医は、命令の定めるところにより健康保険の診療に当たらなければならない。」（第72条）とされている。

ここでいう命令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）」と呼ばれるものであり、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を厚生労働大臣が定めたものである。

2 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」による契約診療である。
- 保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。

(1) 療養担当規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項につき取りまとめられている。

- ・ 第1章：保険医療機関の療養担当
療養の給付の担当範囲、担当方針 等
- ・ 第2章：保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等

(2) 診療報酬が支払われる条件

以下に掲げる事項を満たしていなければ、保険診療として認められず、診療報酬の支払を受けることができない。

- ・ 保険医が、
- ・ 保険医療機関において、
- ・ 健康保険法、医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し、

- ・『保険医療機関及び保険医療養担当規則』の規定を遵守し、
- ・医学的に妥当適切な診療を行い、
- ・『診療報酬点数表』に定められたとおりに請求を行っている。

(3) 保険診療の禁止事項

①無診察治療等の禁止（療担第12条）

医師が自ら診察を行わずに治療、投薬（処方せんの交付）、診断書の作成等を行うことについては、保険診療の必要性について医師の判断が的確に行われているとはいえず、保険診療としては認められるものではない。

なお、無診察治療については、保険診療上不適切であるのみならず、医師法違反（「医師は、自ら診察しないで治療をしてはならない」（第20条））に当たるものであり、また、倫理的にも医療安全の観点からも極めて不適切な行為であることは言うまでもない。

（無診察治療の例）

- ・定期的に通院する慢性疾患の患者に対し、診察を行わず処方せんのみ交付。
- ・診療録に、診察に関する記載が全くなかったり、「薬のみ（medication）」等の記載しかない。（無診察治療の疑い）

②特殊療法・研究的診療等の禁止（療担第18条、第19条、第20条）

医学的評価が十分に確立されていない、「特殊な療法又は新しい療法等」の実施、「厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究の目的」による検査の実施などは、保険診療上認められるものではない。

（例外）

- ・先進医療による一連の診療
- ・治験による薬剤の投与や、これに伴う一連の検査

③健康診断の禁止（療担第20条）

健康診断は、保険診療として行ってはならない。

④濃厚（過剰）診療の禁止（療担第20条）

検査、投薬、注射、手術・処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行う必要がある。

⑤特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担第19条の3）

患者に対して、「特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等」を行ったり、「指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益」を受けることは、療養担当規則により禁止されている。

なお、保険医が交付した処方せんに関し、保険薬局の保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、適切に対応する必要がある。

Ⅲ 医科診療報酬点数に関する留意事項

1 診療録（カルテ）

○ 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

(1) 診療録とは

診療録（カルテ）は、診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠でもある。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、不正請求の疑いを招くおそれがある。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担第22条、医師法第24条）

- ・ 医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない。

② 診療録の保存（療担第9条、医師法第24条第2項）

- ・ 患者の診療録は、その完結の日から5年間保存しなければならない。
- ・ 療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存しなければならない。

(3) 記載上の留意点（一例）

- ・ 診療の都度、診療の経過を記載する。必然的に、外来患者であれば受診の都度、入院患者であれば原則として毎日、診療録の記載がなされることになる。
- ・ 慢性期入院患者、集中治療室入室中の患者、慢性疾患で長期通院中の患者等についても、診療録の記載が必要なことは当然である。
- ・ 診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数の項目があることに留意する。
- ・ 修正等の履歴が確認できるよう、記載はペン等で行うとともに、修正は修正液・貼り紙等を用いず二重線で行う。
- ・ 責任の所在を明確にするため、署名を記載の都度必ず行う。

(4) 電子カルテ、オーダーリングシステムに関する留意点

- ・ 端末使用開始前に、ログアウトの状態であることを確認すること。また、席を離れる際には必ずログアウトすること。
- ・ パスワードは定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワード等を記したメモ等を端末に掲示しないこと。
- ・ 医師が他の者（例えば担当看護師等）にパスワードを伝達し、食事、臨時処方等のオーダーの入力代行等をさせることのないようにすること（場合によっては、当該看護師の無資格診療を問われる可能性がある。）。
- ・ 電子カルテにおいても紙カルテと同様に、修正等の履歴が確認できるシステムが構築されていること。特に患者に対する療養指導や交付文書等については、その内容や実施日が算定要件に大きく関わることとなる。

2 傷病名

- 診断の都度、医学的に妥当適切な傷病名を、診療録に記載する。
- いわゆる「レセプト病名」を付けるのではなく、必要があれば症状
詳記等で説明を補うようにする。

(1) 傷病名記載上の留意点

- ・医学的に妥当適切な傷病名を主治医自らつけること。請求事務担当者が主治医に確認することなく傷病名をつけることは厳に慎むこと。
- ・診断の都度、診療録（電子カルテを含む）の所定の様式に記載すること。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、オーダーリングシステムのみに傷病名を保存することは、診療録への傷病名の記載とは見なされないため、必ず診療録自体に記載すること。
- ・必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること。
- ・診療開始年月日、終了年月日を記載すること。
- ・傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理すること。特に、急性病名が長期間にわたり継続するのは不自然な場合があるので、適宜見直しをすること。
- ・疑い病名は、診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更すること。また、当該病名に相当しないと判断した場合は、段階で中止とすること。

(2) 症状詳記

レセプト上の傷病名等のみで診療内容の説明が不十分と思われる場合は、請求点数の高低に関わらず、「症状詳記」で補う必要がある。

- ・当該診療行為が必要な具体的理由を、簡潔明瞭かつ正確に記述すること。
- ・客観的事実（検査結果等）を中心に記載すること。
- ・診療録の記載やレセプトの内容と矛盾しないこと。

(3) いわゆる「レセプト病名」について

保険適応外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられる、実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を用いてレセプトを作成することは、極めて不適切で認められない。

（不適切な傷病名の例）

① 検査の適応外実施目的

- ・「慢性肝炎の疑い」 → 適応外の感染症の検査目的
- ・「脳梗塞の疑い」 → 適応外のMRI等の検査目的
- ・「〇〇癌の疑い」 → 適応外の腫瘍マーカーの検査目的

② 投薬・注射の適応外ための「レセプト病名」

- ・「上部消化管出血」「胃潰瘍」 → 適応外のH₂ブロッカーの使用目的
- ・「低アルブミン血症」 → 適応外のアルブミン製剤の使用目的
- ・「好中球減少症」「重症感染症」 → 適応外のG-CSFの使用目的
- ・「ビタミン欠乏症」「摂食不能」 → 適応外のビタミン製剤の使用目的

3 基本診療料等

- 外来患者が医療機関に来院しても、初診料・再診料（外来診療料）等が請求できない場合がある。
- 入院基本料等を算定するための要件があることに留意する。

(1) 初診料・再診料（外来診療料）

初診料・再診料は、保険医療機関における初診又は再診に対する基本的な費用について評価するものである。初診料については、病院・診療所とも同一であるが、再診料については、病院・診療所の別や許可病床数によりさらに分類される。

(2) 初診料・再診料の算定時の留意点

- ① 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診・再診に伴う一連の行為と見なされる場合には、これらの費用は当該初診料・再診料（外来診療料）に含まれ、別に再診料（外来診療料）は算定できない。

（一連の行為と見なされる場合がある例）

- ・ 初診・再診の際に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
- ・ 往診等の後に、薬剤のみを取りに来た場合
- ・ 初診・再診の際に検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日に検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- ② 同一日に、他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つめの診療科に限り初診料の1/2を算定できる。但し、一定の要件を満たす必要がある。

（2つめの初診料の算定が不可能な例）

- ・ 糖尿病で継続管理中の患者について、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合。（同一疾病、互いに関連のある疾病等）
- ・ 1つめと2つめの診療科の医師が同一の場合。
- ・ 患者が専門性の高い診療科を受診できるよう医療機関が設置した総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合。

- ③ 電話再診は、患者の病状の変化に応じ、医師の指示を受ける必要がある場合に限り算定できる。なお、通常の再診と同様に、電話再診の内容を診療録に記載すること。

（電話再診料を算定が不可能な例）

- ・ 電話等を通じた指示が、当日の初再診に付随する一連の行為である場合。
- ・ 単なる定期的な病状報告を受ける内容のものである場合。

(3) 入院基本料・特定入院料

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能（病院、有床診療所、特定機能病院）、病棟類型別（一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟 等）により分類される。各基本料は、平均在院日数、人員配置等によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化等の観点から、処置・検査等の点数が包括されている場合もある。

(4) 入院基本料等の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な4つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料等を算定が出来ないこととなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

(各体制の主な基準)

①入院診療計画に関する基準

- ・医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同で、総合的な診療計画（「入院診療計画書」）を策定するとともに、入院後7日以内に患者に対し、入院診療計画書に沿って診療計画の説明を行う。
- ・入院診療計画書は必ず患者に交付するとともに、写しを診療録に貼付する。

②院内感染防止対策に関する基準

- ・院内感染対策委員会の設置、感染情報レポートの作成、職員に対する手洗い励行の徹底、必要な消毒機材の設置など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

③医療安全管理体制に関する基準

- ・安全管理指針の策定、医療事故・インシデント報告制度の整備、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※ なお、これに加えて、一定の要件を満たす医療安全対策が実施されている場合については、医療安全対策加算として別途評価が行われる。

④褥瘡対策に関する基準

- ・褥瘡対策に関する専任の医師、看護職員等により構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- ・日常生活の自立度が低い入院患者について、「褥瘡に関する危険因子評価票」に沿って危険因子の評価が実施されている。

※ なお、これに加えて、一定の要件を満たす褥瘡対策が実施されている場合については、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算として別途評価が行われる。

(5) 入院基本料等の加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて入院基本料に一定点数が加算となる。

(加算の例と主な算定要件)

①臨床研修病院入院加算

- ・研修医の人数や、研修医数に応じた適正な指導医（臨床経験7年以上）の人数について、医療機関の規模に応じて定められた基準を満たしている。
- ・研修医の診療録の記載について、指導医による速やかに確認・指導が行われているとともに、その指導内容が指導医自ら診療録に記載・署名されている。

②診療録管理体制加算

- ・中央病歴管理室が設置され、専任の診療記録管理者が配置されている。
- ・入院患者の疾病統計（ICD大分類程度以上）が作成されており、疾病別に診療記録が検索・抽出できる。
- ・全診療科において、全患者の退院時要約（サマリー）が作成されている。

4 医学管理等

- 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

(1) 医学管理料（旧・指導管理料）

医学管理料とは、処置や投薬等の物理的な技術料と異なり、医師による患者指導や医学的管理そのものを評価する診療報酬項目であり、いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限など、請求上留意すべき事項についても知っておく必要があり、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。

(2) 算定上の留意点

対象患者に対し、単に指導を行ったのみでは算定できない。指導内容、治療計画等診療録に記載すべき事項が、算定要件としてそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに留意する。

（算定要件の例）

①悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ・悪性腫瘍であると確定診断がされた患者に、腫瘍マーカー検査の結果に基づいた計画的な治療管理を行った場合に算定できるものであり、単に悪性腫瘍マーカー検査を行ったことのみで算定できるものではない。
- ・検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

②特定薬剤治療管理料

- ・対象疾患に対し対象薬剤を投与した患者について、投与薬剤の血中濃度を測定した結果に基づき、投与量を精密に管理した場合に算定できるものであり、単に薬剤血中濃度を測定したことのみで算定できるものではない。
- ・血中濃度及び治療計画の要点を診療録に記載する。

③肺血栓塞栓症予防管理料

- ・肺血栓塞栓症を発症する危険性の高い入院患者に対して、弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置を用い、計画的な医学管理を行う。
（肺血栓塞栓症の予防措置を施したことのみをもって、一律に算定できるわけではないことに留意する。）

④診療情報提供料

（診療情報提供料（Ⅰ））

- ・他の保険医療機関での診療を認め、診療状況を示す文書を添えて患者

の紹介を行った場合に算定する。

(患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については、算定できないことに留意する。)

- ・ 交付した診療情報提供書の写しを診療録に添付するとともに、紹介先からの照会に対しては懇切丁寧に対応する。

(診療情報提供料(Ⅱ))

- ・ 治療法の選択等に関して、他の医療機関の医師の助言(セカンドオピニオン)を求める患者・家族に対し、診療情報を提供した場合に算定する。
- ・ 患者・家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

(3) いわゆる「自動算定」について

医学管理料の算定対象となる状態にある患者に対し、医事部門のみの判断で一律に請求を行う、いわゆる「自動算定」は、極めて不適切な請求行為であり、不正請求の温床となりうる。

医学管理料の算定が可能か否かについて、算定要件(対象疾患、記載要件等)を満たしていることを主治医自ら確認し、算定する旨を医事部門に伝達する必要がある。

(不適切な算定例)

- ・ 悪性腫瘍マーカーを測定した患者に対して、一律に悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定(医学的管理の必要性、診療録の記載等、個々の事例ごとに算定要件を満たしていることを確認していない。)
- ・ 電子カルテ、オーダーリングシステムを導入している場合に、医学管理料のオーダー項目が存在せず(または医師に周知されてなく)、傷病名、投薬・検査の内容等により一律に医学管理料を算定。

5 在宅医療

○ 在宅療養患者への指導管理についても、指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

(1) 在宅療養指導管理料

在宅療養患者の医学的管理を十分に行い、在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置等に関して、患者やその看護者等に指導を行った際に算定できるものである。

また、項目ごとの算定要件や算定回数制限など、請求上留意すべき事項についても知っておく必要があり、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。

(請求上の留意点)

- ・ 1月1回を限度として算定(特に規定する場合を除く)。
- ・ 2以上の指導管理料を一医療機関で算定できない(主たる指導管理料のみを算定する)。
- ・ 同一患者に対し同一月内に、同一の在宅療養指導管理料を複数の医療機関で算定できない(主たる医療機関で算定)。

(2) 在宅医療の材料等の費用について

在宅療養指導管理料を算定する場合、その在宅療養を行うのに必要な衛生材料、保険医療材料等の費用や、小型酸素ボンベ、人工呼吸装置等の機材の費用は、原則として当該指導管理料に含まれおり、別に算定することができないし、患者から実費徴収をすることもできない。

なお、在宅療養指導管理材料加算として規定された、一部の衛生材料、保険医療材料等の費用については、指導管理料本体に加え月1回に限り算定可能である。

(3) 算定上の留意点

当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置等を含む）、指導内容の要点を診療録に記載することが、全ての項目の算定要件として定められていることに留意する。

また、それぞれの在宅療養指導管理料ごとに、対象患者や追加記載事項等が算定要件として定められているほか、一部の処置費用の算定に制限があることに留意する。

（算定要件の例）

①在宅自己注射指導管理料

- ・投与対象薬剤の種類によって、薬剤ごとに、対象となる疾患や投与目的等が限定されたり、満たすべき外来診療の頻度等が規定されている。

②在宅酸素療法指導管理料

- ・チアノーゼ型先天性心疾患以外の疾患（慢性呼吸不全、肺高血圧症、慢性心不全等）については、算定可能な状態（動脈血酸素分圧、NYHA、無呼吸低呼吸指数等）が規定されている。
- ・動脈血酸素飽和度を月1回程度測定し、結果を診療報酬明細書に記載する。

③在宅悪性腫瘍患者指導管理用

- ・末期悪性腫瘍患者に対して、在宅鎮痛療法又は在宅化学療法を実施した場合に算定できるものであり、単なる在宅療養の患者に算定できるものではない。
- ・在宅化学療法については、末期でない悪性腫瘍患者についても末期悪性腫瘍患者に準じて取り扱う。

6 検査・画像診断

- 各種の検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

(1) 実施方針について

療養担当規則の規定により、各種の検査は診療上必要があると認められる場合に行うこととされており、健康診断を目的とした検査、結果が治療に反映されない研究を目的とした検査について、保険診療として請求することは認められていない。

また検査は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小

限に行わなければならない。

(2) 検査の算定上の留意点

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められているほか、算定可能な検査の組み合わせが限定されていることに留意する。

また、指導管理料等と同様に、診療録に記載すべき事項が定められている検査項目があることに留意する。

(算定要件の例)

①検体検査

- ・尿沈査顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象。
- ・プロトロンビン時間とトロンボテストを同時に測定した場合は、主たるもののみ算定。
- ・ヘモグロビンA1c、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトールのうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定。

②呼吸心拍監視

- ・対象患者は、重篤な心機能障害、呼吸器障害を有する（おそれのある）患者に限定されている。
- ・観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載する。
（単にモニター装置の装着のみで算定できるものではないことに留意する。）

③静脈血採取、動脈血採取

- ・観血的動脈圧測定用カテーテル、人工腎臓回路、心カテーテル検査用カテーテル回路など、血液回路から採取した場合は算定できない。

(3) 画像診断の算定上の留意点

それぞれの画像診断項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められているほか、算定可能な検査の組み合わせが限定されていることに留意する。

(算定要件の例)

①画像診断管理加算1、2

- ・放射線診断部門からの報告文書を診療録に添付する。
- ・あらかじめ施設基準として届け出られた放射線科医師以外の医師の読影した場合は算定できない。
- ・画像診断管理加算2を算定する場合は、医療機関内で行われる全ての核医学撮影、断層撮影（CT、MRI）の8割以上について撮影翌日までに報告文書が作成されている必要がある。

②ポジトロン断層撮影

- ・保険診療として実施するためには、算定対象となる疾患（てんかん、虚血性疾患、悪性腫瘍）や、具体的病態（病理診断により確定診断が得られない等）が、算定要件として定められている。

(4) 不適切な検査の具体例

① 不適切なセット検査

- ・セット検査（入院時セット、術前（後）セット、〇〇病セットなど）を、患者ごとに必要な項目を吟味せず画一的に実施
- ・スクリーニング的に多項目（出血凝固線溶系検査、免疫系検査、甲状腺機能検査系検査等）を画一的に実施

② 検査の重複

- ・炎症反応を調べるために、CRP、ESRを画一的に併施
- ・甲状腺機能を調べるために、FT₃とT₃（FT₄とT₄）を画一的に併施

③ 必要性の乏しいと思われる検査

- ・貧血のない患者に対する網赤血球数検査を実施
- ・白血球数に異常のない患者に対する末梢血液像検査を実施
- ・DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 α_2 プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等
- ・入院、転科、転棟の際、血液型、感染症検査等をその都度実施
- ・エコー検査の際、医学的必要性なくパルスドップラーを実施
- ・診療に不必要な検査項目を、単なる学術研究目的で定期的の実施

7 投薬・注射・輸血

○ 薬剤の使用にあたっては、薬事法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を遵守する。

(1) 実施方針について

- ① 患者を診察することなく投薬、注射、処方せんの交付はできない。（療担第12条、医師法第20条）
- ② 保険診療においては、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない（療担第19条）
- ③ 経口投与を原則とし、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う。（療担第20条第4号）
- ④ 投薬日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない。（療担第20条第2号）
- ⑤ 処方せんの交付または注射を行うに当たっては後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を考慮するように努めなければならない。（療担第20条第2号）

(2) 後発医薬品の院外処方について

保険診療に際しては、処方せんの様式を改め、療養担当規則で後発医薬品の使用努力を規定すると共に、従来の後発医薬品の処方せん料を廃止した。

（処方せん様式の変更）

- ・医師は、後発医薬品への変更が全て不可の場合、当該記載欄に医師の署名又は記名・押印を行う。
- ・保険薬局は、医師の署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、

記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品の調剤が可能。

(3) 血液製剤等の使用方針

赤血球濃厚液、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤、凝固因子製剤等の使用に当たっては、薬事・食品衛生審議会の専門家により策定された『血液製剤の使用指針』、『輸血療法の実施に関する指針』、『血小板製剤の適正使用について』の規定を遵守し、適正な使用を行う必要があり、保険診療上も指針の遵守が算定要件となっている。

これらの各種指針については、院内の輸血管理部門等が中心となり、医師等への情報提供や啓発等に努める必要がある。

(4) 不適切な投薬・注射の具体例

① 禁忌投与

- ・非ステロイド系消炎鎮痛薬を消化性潰瘍のある患者に使用
- ・抗血小板剤、抗凝固剤を出血傾向のある患者に使用
- ・静脈用脂肪乳剤を血栓症のある患者に使用

② 適応外投与

- ・H₂ブロッカーを胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期以外の患者に使用
- ・肝底護剤（強力ネオミノファーゲンシー、タチオン注等）を薬剤性肝障害、術後肝障害等の患者に使用
- ・セレネース、ドルミカム等を単なる鎮静目的で使用

③ 用法外投与

- ・外用の適応のない抗菌薬等（アミノグリコシド等）を、ネブライザーによる吸入や手術時の局所洗浄等で使用
- ・抗癌剤（パラプラチン、ランダ）を腹腔内撒布

④ 過量投与

- ・慢性胃炎に対するガスター錠の1日あたり20mgを越える投与
- ・蕁麻疹に対する強力ネオミノファーゲンシーの常用量を越える投与

⑤ 重複投与（同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用）

- ・H₂ブロッカーを経口と注射の両方で使用
- ・総合ビタミン剤と他の各種ビタミン剤の併用

⑥ 多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）

- ・消化性潰瘍に対し、PPIとH₂ブロッカーの併用
- ・医学的に妥当とは考えられない組み合わせによる各種抗菌薬等の併用

⑦ 長期漫然投与

- ・各種抗菌薬等（特に投与期間が定められている抗菌薬等）
- ・慢性動脈閉塞症に対するPGE₁製剤
- ・効果が認められないのに月余にわたり漫然と投与されたメコバラミン製剤

- 定期的な効果判定、リハビリテーション実施計画の作成、患者に対する実施計画の内容の説明等を行う必要がある。

(1) 疾患別リハビリテーションについて

リハビリテーション料は従来、理学療法、作業療法、言語聴覚療法として、手技毎に分類されていたところであるが、平成 18 年 4 月より「心大血管疾患リハビリテーション」「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」として、リハビリテーションの目的と対象疾患ごとに 4 区分として再編成された。

なお、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、いずれかのリハビリテーション料を算定する。

(疾患別リハビリテーションの種類)

①心大血管疾患リハビリテーション

- ・心機能の回復、再発予防を図るために、運動療法等を行った場合
- ・対象：急性心筋梗塞、狭心症、解離性大動脈瘤、心不全 等

②脳血管疾患等リハビリテーション

- ・基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練、言語聴覚訓練等を行った場合 等
- ・対象：脳梗塞、脳出血、脊髄損傷、慢性の神経筋疾患、言語聴覚障害 等

③運動器リハビリテーション

- ・基本的動作能力の回復等の通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練等を行った場合等
- ・対象：脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上肢・下肢の外傷・骨折 等

④呼吸器リハビリテーション

- ・呼吸訓練や種々の運動療法等
- ・対象：慢性閉塞性肺疾患、肺炎、胸部外傷 等

(2) リハビリテーションの算定日数制限について

リハビリテーションを継続することにより、状態の改善が期待できると医学的に判断される場合については、各疾患別リハビリテーション毎に定められた疾患の患者に限り、算定日数の上限を超えてリハビリテーションの算定が可能である。

(算定日数の上限)

- | | | |
|------------------|---|---------|
| ・心大血管疾患リハビリテーション | … | 150 日以内 |
| ・脳血管疾患等リハビリテーション | … | 180 日以内 |
| ・運動器リハビリテーション | … | 150 日以内 |
| ・呼吸器リハビリテーション | … | 90 日以内 |

疾患別リハビリテーション料の逡減性と、算定日数上限後に算定していたリハビリテーション医学管理料を廃止し、標準的算定日数を超えたものについては、月 13 単位を上限に算定可能となった。

なお、算定単位数上限を超えたものについては選定医療として実施可能である。

(3) リハビリテーションの算定上の留意点

- ①通院リハビリテーション目的で訪れた患者に対し、理学療法士等によるリハビリテーションを行ったのみで、医師の診察の事実がない場合については、再診料の請求は不可能である。(この場合、基本診療料が算定できないため、リハビリテーション料についても算定できない)。(「3 基本診療料等」も参照)
退院リハビリテーションの場合、その通院の都度、医師による診察によって療法が必要と判断されたものについてのみ、算定可能である。
- ②医師は定期的な機能検査等をもとに効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成するとともに、リハビリテーションの開始時とその後3ヶ月に1回以上、患者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明する。
- ③個々の患者の状態に応じて行ったリハビリテーションのみ算定可能であり、集団療法として行った場合については算定できない。
- ④物理療法のみを行った場合は、リハビリテーション料として算定できない。この場合、処置料の該当項目により算定する。
- ⑤発症後早期のリハビリテーションを図るため、より早期に実施したものについて、標準的算定日数の起算日から30日間に限り、早期リハビリテーション加算を算定する(従来のADL加算は廃止)。

9 処置・手術(輸血を除く)・麻酔

○ 点数表にない手術は保険診療では禁止されている。

(1) 処置の算定上の留意点

- ①創傷処置、術後創傷処置、皮膚科軟膏処置
 - ・処置の範囲により点数が異なることに留意する。
 - ・処置の範囲が、請求の根拠として後から確認できるよう、診療録に記載することが望ましい。
 - ・比較的簡単な処置については、基本診療料に含まれるものとなった。
(比較的簡単な処置の例)
 - ・熱傷処置：100cm²未満の第1度熱傷
 - ・皮膚科軟膏処置：100cm²未満のもの
 - ・眼処置：洗眼、点眼
- ②酸素吸入、人工呼吸
 - ・酸素使用量の請求の根拠となる、酸素流量、人工呼吸器の設定等を必ず記録する。
 - ・一律の概算等で酸素量の請求を行うのではなく、使用実態に即した酸素量を請求するのは当然である。

(2) 手術の算定上の留意点

①特殊手術等

点数表に掲載されていない特殊な手術や、従来の手技と異なる手術等(腹腔鏡の点数が定義されていない腹部手術等)の手術料を、術者や医事部門の判断のみで、勝手に準用してはならない(不正請求(振替請求)に該当する。)

これらの手術の費用を患者から別に徴収し、残りを保険請求することも認められていない（不正請求（混合診療）に該当する。）。

②手術に関する情報の患者への提供について

一部の手術については、手術に関する情報提供が患者に対して適切に行われることが施設基準として定められており、要件を満たさない場合については手術料が算定できないこととなっている。

（施設基準）

①当該医療機関で実施される全ての手術（当該施設基準が設定された手術を以外の手術も含む）について、手術を受ける患者に対し、当該手術の内容、合併症、予後等を文書により詳細に説明する等、十分な情報を提供する。

②手術の区分毎に、前年1年間の実施件数を院内に掲示する。

（3）麻酔の算定上の留意点

麻酔の算定要件については、麻酔科医師のみが知っていればよいというものではない。手術麻酔や検査麻酔等において麻酔を依頼する機会のある外科系・内科系診療科の医師についても、十分に知っておく必要がある。

（算定要件の例）

①麻酔料

- ・診療報酬請求上の麻酔時間は、閉鎖循環式全身麻酔の場合は「患者に麻酔器を接続した時点」から「患者が麻酔器より離脱した時点」、脊椎麻酔等の場合は「患者に麻酔薬を注入した時点」から「手術が終了した時点」となる。
- ・硬膜外麻酔カテーテルを抜去した際は診療録にその旨を記録しておかないと、手術の終了した時をもって終了時間とみなされる可能性がある。なので注意が必要である。

②麻酔管理料

- ・麻酔実施日以外に麻酔前後の診察を行い、その内容を診療録に必ず記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録の診療録への添付で代用できる。
- ・麻酔記録を診療録に必ず添付する。
（手術麻酔、検査麻酔を依頼した主治医も十分に留意する必要がある。）
- ・あらかじめ施設基準として届け出られた麻酔科標榜医以外の医師が、麻酔や麻酔前後の診察を担当した場合は、麻酔管理料を算定できない。
- ・研修医等の非標榜医と共同で麻酔を行った症例については、麻酔科標榜医が、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当り、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に麻酔管理料を算定する。（従前の通り、麻酔科標榜医が複数麻酔の管理に当たった場合、たとえ非標榜医が麻酔毎に麻酔を行っていたとしても、麻酔管理料は算定できない。）

- 食事も治療の一環であることに留意する。
- 食事摂取可能な患者へのビタミン剤の投与については、要件を満たすことを必ず確認する。

(1) 食事の算定上の留意点

- ① 治療食等の特別食を提供する場合については、患者の状態や傷病名等が提供の要件を満たしていることを十分確認した上で、必ず医師自らが食事せんを作成し、オーダーを行うこと。
(医師以外の者が治療食の提供の可否を判断し、栄養部門へのオーダー(オーダー変更を含む)を行うことのないよう留意する。)
- ② 傷病名や患者の状態が、治療食の提供の要件を満たしていることを十分に確認した上で、オーダーを行うこと。
- ③ 食事療養の費用は1食ごとに算定することとなっているため、食事の開始・中止、食種の変更等の指示を適時適切に行うこと。
- ④ 医師又は栄養士による毎食の検食と検食簿の記載は、入院時食事療養(I)の算定のために必要なものである。単なる「試食」ではないということに留意するとともに、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載すること。

(2) ビタミン剤の投与について

食事を提供している患者に対し、ビタミンB群製剤、ビタミンC製剤を投与する場合は、医師がビタミン剤の投与が有効であると判断し、適切に投与された場合に限られる。(なお、薬事承認上の用法・用量を遵守することは前提である。)

また、ビタミン剤の投与が必要と判断した趣旨を具体的に診療録に記載する。

(適切な投与の例)

- ・ 疾患・症状の原因がビタミン欠乏・代謝障害であることが明らかな患者(またはその疑いのある患者)が、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合
- ・ 妊産婦、幼児等、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合
- ・ 重湯等の流動食、五分粥以下の軟食を提供している場合
- ・ 無菌食、代謝異常食(フェニルケトン尿食等)を提供している場合

11 病理診断

○ これまでは「検査」として位置付けていたものを「病理診断」として評価するとともに、併せて実際の診療に即した項目に再編した。

(1) 病理診断・判断料

特定入院料に包括して評価されていた病理診断・判断料を、病理診断による治療方針決定の重要性を鑑みて、特に急性期病床については病理医の技術料として包括外で評価する。

(2) 病理組織顕微鏡検査

- ・原則として1臓器ごとに所定の点数を算定できるが、複数臓器でも算定上は1臓器として数える組み合わせがある。(例：胃と十二指腸、気管支と肺臓 等)
- ・リンパ節については所属リンパ節ごとに1臓器として数える。
- ・左右対称の臓器は1臓器として数える。

IV 急性期医療に係る診断群分類別包括評価(DPC)について

1 DPCとはなにか

「DPC」は、もともとは、わが国独自の診断群分類を意味する英語の固有名詞 (Diagnosis Procedure Combination) の頭文字である。

現在、一般的には「DPC」は、「平成15年4月に特定機能病院に導入された急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当りの包括評価制度」を意味する単語として使用されている。

2 DPCが導入された背景・これまでの経緯

(1) 診療報酬体系見直しの必要性の高まり

現行の診療報酬体系は、昭和33年に新医療費体系として構築されたものであり、基本的特徴は、診療行為ごとの出来高払い方式である。その後、40年以上が経過し、累次の改定を経る中で、点数項目は大幅に増加、複雑化し、国民に分かりにくいものとなっているとの批判がある。また、現在の診療報酬体系には、以下のような課題が存在していると指摘されている。

- ① 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、検査、投薬等の量的拡大のインセンティブが働く。
- ② 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分でない（平均在院日数の長さ、医療機関の機能分化の不十分さ等の医療提供体制の課題とも密接に関係）。
- ③ 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分でない。

(2) 診療報酬体系の見直しに関する取り組み

- ① 「健康保険法等の一部改正に伴う附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（診療報酬体系の見直しの基本方針）」の閣議決定（平成15年3月）

【基本的な考え方】

- ・ 医療技術の適正な評価
 - ・ 医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価
 - ・ 患者の視点の重視 等
- ② 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会における検討
 - ③ 診療報酬調査専門組織の設置（平成15年7月）
 - 4つの分科会（DPC評価分科会、慢性期医療評価分科会、医療技術の評価分科会、コスト評価分科会）
 - ④ 平成15年特定機能病院におけるDPCの導入、平成16年診療報酬改定の実施、平成16年DPC試行的適用の開始
 - ⑤ 平成18年度診療報酬改定の実施、平成18年度DPC対象病院の拡大、DPC対象病院及びDPC準備病院の位置づけ
 - ⑥ 平成20年度診療報酬改定の実施、平成20年度DPC対象病院の拡大

(3) DPCに係るこれまでの取り組み

平成14年 3 月	平成14年診療報酬改定に係る中医協答申において特定機能病院へのDPC導入が決定
平成14年 9 月	中医協基本小委における検討の開始
平成15年 4 月	特定機能病院におけるDPCの導入
平成15年 7 月	診療報酬調査専門組織DPC評価分科会におけるDPCの評価の開始
平成15年12月	DPC評価分科会における評価結果（中間報告）の中医協基本問題小委員会への報告
平成16年 3 月	特定機能病院の包括評価制度の見直し、平成16年診療報酬改定に係る中医協答申において「DPC調査協力病院におけるDPCの試行的適用」を実施することが決定（62病院が試行的適用の対象病院となる。）
平成18年 4 月	DPCに係る評価について、診断群分類・診断群分類ごとの診療報酬点数・入院期間Ⅰの設定方法・包括範囲・調整係数の見直しが行われ、支払対象病院の拡大が決定（「DPC対象病院」として既存の対象病院82病院に加えて試行的適用病院62病院を位置づけるほか、調査協力病院228病院のうち一定基準を満たす病院を位置づける。なお、調査協力病院228病院のうち今回DPC対象病院とならなかった病院のうちDPC適用を希望する病院及び新たにDPC適用を希望する病院については「DPC準備病院」として位置づける。）
平成20年 4 月	平成18年度のDPC対象病院の基準は平成20年度以降も継続する。軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。再入院に対するDPC算定ルールの見直し、診断群分類の見直し、今後調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定を検討する。

3 制度の概要

(1) 診断群分類の基本構造

日本における診断群分類は、まず、16の「主要診断群（MDC:Major Diagnostic Category）」と呼ばれる疾患分野ごと（例えばMDC1：神経系疾患、MDC2：眼科系疾患、MDC3：耳鼻咽喉科系疾患など）に大別され、それぞれ傷病により分類される。次に、診療行為（手術、処置等）、重症度等により分類されている。傷病名はICD10により、診療行為等については診療報酬上の区分により定義され、重症度等については傷病ごとに評価する重症度等の指標が設定されている。

なお、傷病名は、国際疾病分類（ICD:International Classification of Disease）に基づいて定義されている。また、手術、処置等1および手術、処置等2は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義されている。

【主要診断群】

MDC 1	神経系疾患
MDC 2	眼科系疾患
MDC 3	耳鼻咽喉科系疾患
MDC 4	呼吸器系疾患
MDC 5	循環器系疾患
MDC 6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC 7	筋骨格系疾患
MDC 8	皮膚・皮下組織の疾患
MDC 9	乳房の疾患
MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC14	新生児疾患、先天性奇形
MDC15	小児疾患
MDC16	外傷・熱傷・中毒
MDC17	精神疾患
MDC18	その他

診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定されることとなる。「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通して見て、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病のことであり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

本包括評価制度の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集した平成14年7月～10月の退院患者に係る調査に基づき開発（当時の包括評価対象診断群分類は1,860分類）され、その後も継続的に検討が行われており、平成18年改定、平成20年度改定においても見直しが行われた。なお、包括評価の対象診断群分類に該当しない患者は、出来高算定となる。

(2) 診断群分類番号の構成

すべての診断群分類は、数字と'x'からなる14桁の診断群分類番号であらわれ、それぞれ意味の桁ごとに意味をもつ。

《診断群分類の見直し》

臨床専門家等により構成されるMDC毎作業班における見直し案の報告及び平成18年7月～12月の退院患者に係る調査に基づき、平成20年4月に診断群分類が見直された。

①MDC16（外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他の疾患）に分割した。

②診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行った。

③診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入した。

(見直し前)

16主要診断群 (MDC)

516疾患

2,347診断群分類

1,438包括対象分類

→

→

→

→

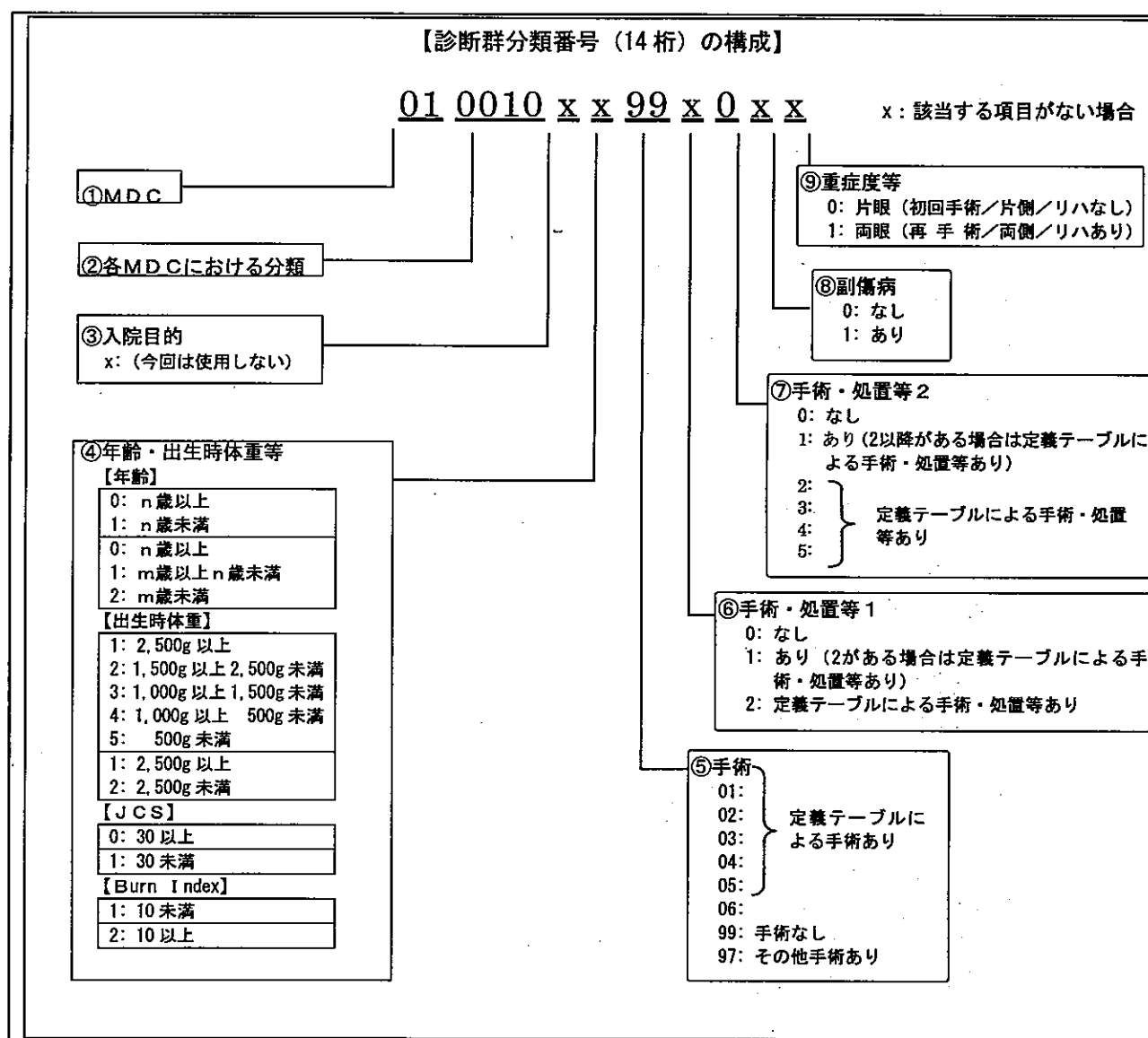
(見直し後)

18主要診断群

506疾患

2,451診断群分類

1,572包括対象分類



(3) 診断群分類の決定方法

診断群分類の決定の手順は、下記の通りである。

- ①「医療資源を最も投入した傷病名」の決定
- ②「医療資源を最も投入した傷病」に対応するICD10が分類されている診断群分類の検索
- ③診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づく診断群分類の決定。
(診断群分類ツリー図、定義テーブル、診断群分類点数表、診断群分類電子点数表を活用する。)

※診断群分類点数表

包括評価の対象となる診断群分類ごとに1日当たり点数等を規定している。

※診断群分類ツリー図、定義テーブル

「ツリー図」は包括評価の対象外となった診断群分類を含めて全診断群分類を体系的に図示しているもので、通知により示されている。

「定義テーブル」には「ツリー図」の分岐の基準の定義を記述している。

※診断群分類電子点数表

各医療機関における医事会計システムに対応しやすい形に整えた診断群分類点数表、定義テーブルである。

(4) 対象病院 (DPC対象病院としての基準)

平成20年度以降のDPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び(データ/病床)比が10ヶ月で8.75以上という要件を満たさなくてはならない。

(平成18年度の基準)

- ①一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料、10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ②診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
- ③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

(5) 平成20年度以降のDPC制度の運用

- ①平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準(望ましい基準を除く。)を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- ②平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、(4)の(データ/病床)比の基準は適用しない。
- ③平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- ④DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院から除外する。
- ⑤DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

(6) 包括評価の対象患者

- ①包括評価の対象患者は、一般病棟の入院患者のうち、包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者である。
- ②ただし、以下の者を除く。
 - ・入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - ・治験の対象患者
 - ・臓器移植患者の一部

- ・先進医療（従前の高度先進医療を含む）の対象患者
- ・急性期以外の特定入院料等の算定対象患者
- ・その他厚生労働大臣が定める者

4 診療報酬の算定方法

(1) 包括評価制度における診療報酬の額

包括評価制度における診療報酬の額は、包括評価部分と出来高部分で構成されている。

$$\text{診療報酬} = \text{包括評価部分} + \text{出来高部分}$$

① 包括評価部分

「診断群分類」ごとの1日当たりの包括評価であり、医療機関別係数による評価・調整が行われる。

$$\text{包括範囲点数} = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

【包括評価の範囲】

○ ホスピタルフィー的要素

入院基本料、入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算に限る）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る）、検査（病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、脾臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料を除く）、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技を除く）、投薬、注射、1,000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料 等

※ 選択的動脈造影カテーテル手技：区分E003に掲げる造影剤注入手技

（「3」の「イ」に規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）

② 出来高部分

「医科点数表」に基づいた評価が行われる。

【出来高評価の範囲】

○ ドクターフィー的要素

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く）、精神科専門療法（薬剤料を除く）、手術、麻酔、放射線療法、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、脾臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像

診断管理加算 1、画像診断管理加算 2 及び選択的動脈造影カテーテル手技に限る）及び処置料（基本点数が1,000点以上の処置に限る）等

○ 手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

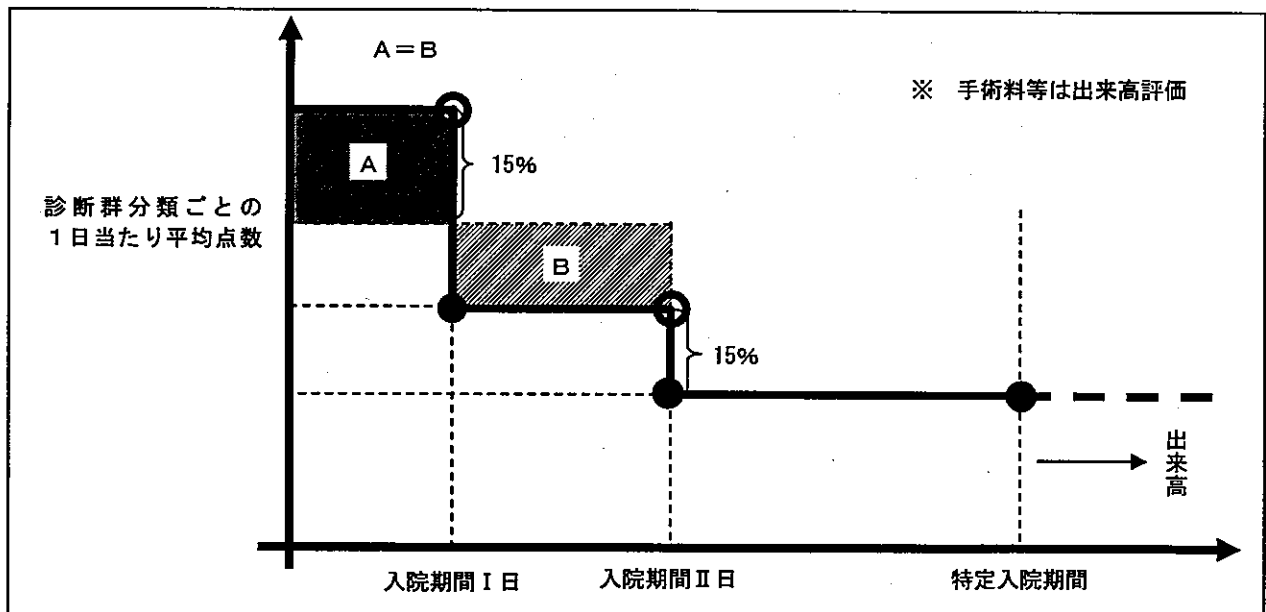
(2) 「診断群分類」ごとの1日当たり点数

①在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっている。

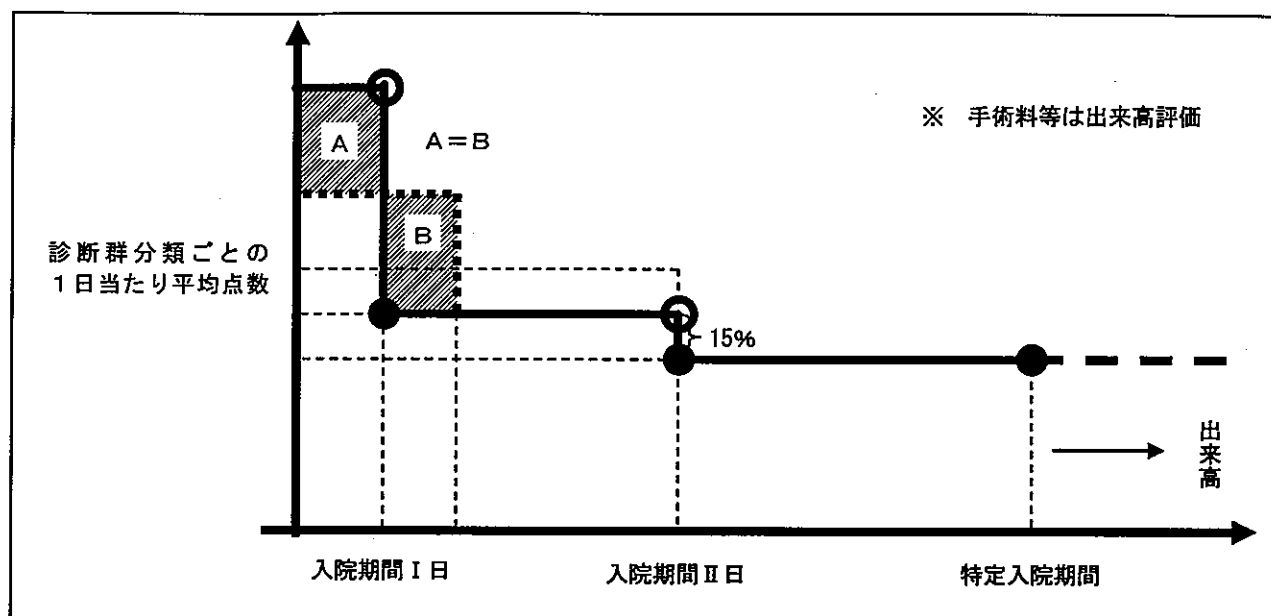
- ・診断群分類ごとに3段階の点数が設定されている。その点数設定の考え方は下記の通りである。（従来の設定方法参照）
- ・入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。
- ・25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点数が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
- ・平均在院日数を超えた日から前日の点数の85パーセントで算定。
- ・悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類及び短期入院が相当程度存在する脳梗塞等の分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定されている。（悪性腫瘍の化学療法の短期入院等に係る新しい設定方法参照）

②入院期間が著しく長い場合（診断群分類ごとにみて平均在院日数から標準偏差の2倍以上入院した場合）には、在院日数から標準偏差の2倍を超えて入院した日から出来高により算定することとされている。

【従来の設定方法】



【悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る新しい設定方法】



(3) 医療機関別係数による評価・調整

医療機関別係数は、機能評価係数と調整係数から構成されている。

①機能評価係数

医療機関の機能を評価するための係数であり、入院基本料等加算等を係数にしたものである。

- ・入院時医学管理加算 0.0299
- ・医療安全対策加算 0.0015
- ・臨床研修病院入院診療加算 0.0012 等

②調整係数

医療機関の前年度実績を担保するための調整係数であり、診断群分類による包括評価に係る医療費が2年間（10ヶ月分）の医療費の実績に改定率を反映させたものと等しくなるように、各医療機関ごとに設定されている。

平成20年度改定時までは調整係数は存続することとしているが、それ以降については調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

(4) 特定入院料の取扱い

①急性期型特定入院料を算定している間も包括評価対象診断群分類に該当する場合には、包括評価の対象となる。

- ・急性期型特定入院料とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料等のことである。

②包括評価の対象となる場合には、急性期型特定入院料を算定する期間には、特定入院料を算定せず1日当たりの加算点数を算定することとされている。

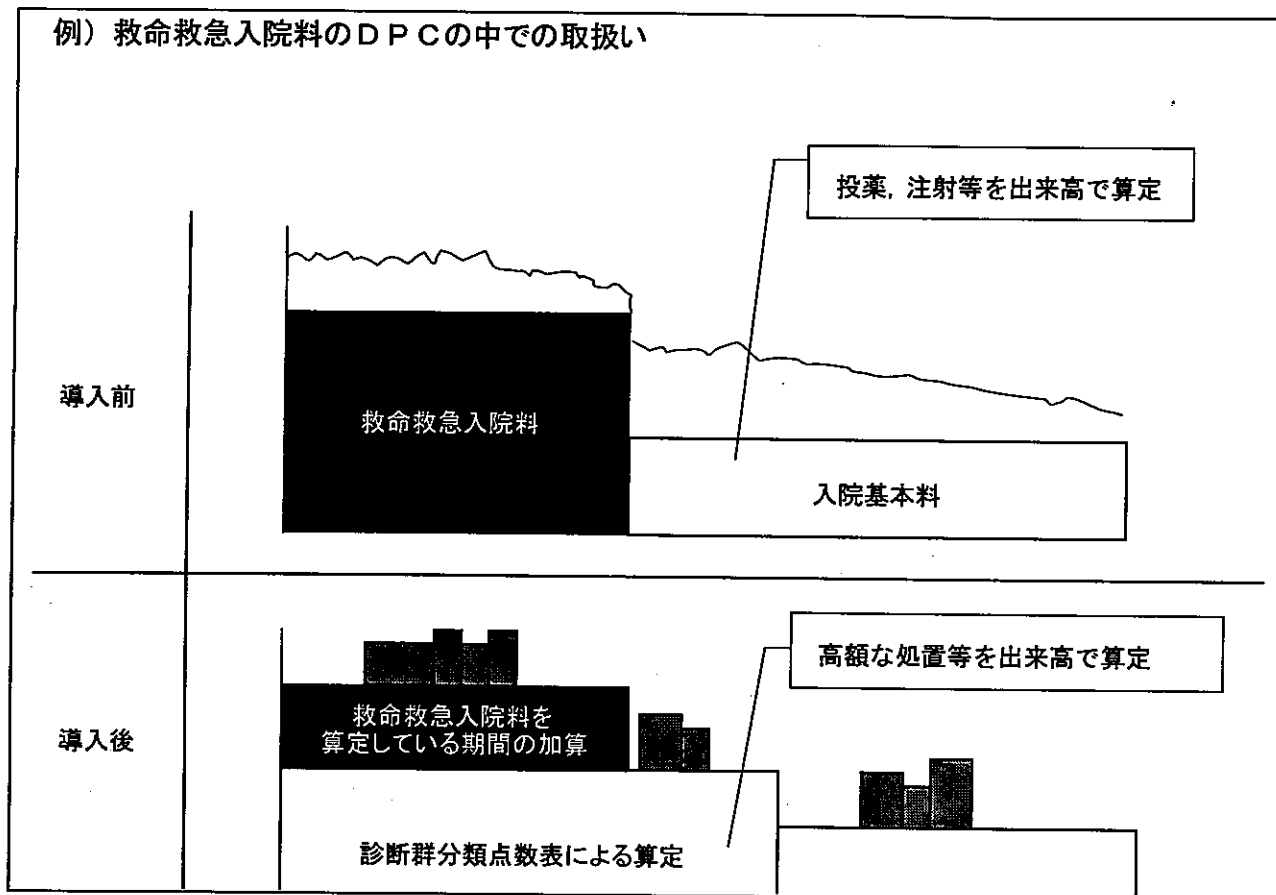
- ・救命救急入院料1 3日以内 7,688点 等

また、包括範囲は、本包括評価制度の包括範囲に整理されている。

- ・例えば、特定集中治療室管理料に係る加算を算定している期間であっても心臓カテーテル検査に係る手技料等は算定できる。（医科点数表では包括評価の範囲に含まれている。）

- ・ただし、1日当たりの加算点数を算定している期間は、地域加算以外の入院基本料等加算は算定できない。

例) 救命救急入院料のDPCの中での取扱い



【メモ】

V 保険診療に関するその他の事項

1 診療報酬明細書（レセプト）の作成

(1) レセプトへの関与について

診療報酬明細書（レセプト）は、請求事務部門が単独で作成するものではなく、保険医もまた作成の一翼を担っていることを十分に認識する必要がある。

また、誤請求や不適切請求を未然に防ぐためにも、レセプトの作成を請求事務部門任せにするのではなく、主治医自らレセプトの点検作業等に参加し、レセプト作成に積極的に関わる必要がある。

（参考：療養担当規則）

第23条の2（適正な費用の請求の確保）

保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

(2) レセプト点検のポイント

審査支払機関への提出前には、主治医自ら必ず診療録等と照合し、記載事項に誤りや不備等がないか十分に確認する必要がある。

以下に、保険医がレセプト点検の際に注意すべき留意点の一例を示す。これらはあくまで参考であり、医療機関の診療体制の実態に応じて、適切なレセプトチェック体制を院内全体で確立する必要がある。

（レセプト点検時の注意点の一例）

① 傷病名

- ・診療録（オーダーリング端末）に登録した傷病名と一致しているか。
- ・査定等を未然に防ぐことを目的とした実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）が記載されていないか。
- ・疑い病名、急性病名等が長期間にわたり放置されていないか。
- ・診療開始日が、レセプトと診療録とで一致しているか。

② 請求内容

- ・レセプトの請求内容は、診療録の診療内容と一致しているか。
- ・診療録への必要記載事項が定められた項目の請求については、必要な事項がきちんと診療録に記載されているか。
- ・医師がオーダーしていない医学管理料等が算定されていないか。また、同一の医学管理料が、入院と外来とで重複して算定されていないか。
- ・中止、取消した薬剤等が誤って算定されていないか。また、処置等に用いた薬剤を投薬欄に記載するなど、誤った場所に記載されていないか。
- ・処置名、術式は、実際に行った手術と合致しているか。

③ D P C

- ・診断群分類は医学的に妥当適切なものか。
- ・傷病名、副傷病名その他レセプト上の傷病名が、診療録上のものと一致しているか（診断群分類の決定過程に単独でつけられた傷病名となっていないか。）。
- ・入院中に新たに発生した手術・処置・副傷病等により、入院時につけ

た診断群分類と異なっていないか。

- ・DPC除外患者など、出来高で請求すべき患者がDPCで請求されていないか。

(3) 症状詳記について

レセプト上の傷病名や請求項目のみでは診療内容に関する説明が不十分と思われる場合は、診療から保険請求に至った経緯について「症状詳記」として作成し、レセプトに添付する必要がある。この際、検査データ等の客観的・具体的事実を簡潔明瞭に記載することが望ましい。

(不適切な症状詳記の例)

- ・悪筆、殴り書き等、審査支払機関の審査委員が解読できないもの。
- ・論点を絞らず、単なる診療経過を記載しただけの冗長なもの。
- ・検査データ等が、実際の値と異なるもの。
- ・単なる退院サマリー等、不必要な部分を多く含むもの。
- ・一般的な診療方針に終始し、患者の個々の病態に応じた記載になっていないもの。

2 患者から受領できる費用

(1) 一部負担金等の受領について

療養担当規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲が以下の通り定められている。これらの費用は、原則的に全ての患者から徴収する必要があり、特定の患者（職員、職員家族等）に対して減免等の措置を取ってはならない。

(患者に負担を求めることができるもの)

- ①患者一部負担金
- ②入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額
- ③保険外併用療養費における自費負担額
- ④人工腎臓を実施した患者について、療養の一環として行われた食事以外の食事の実費
- ⑤療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

(2) 混合診療の禁止について

保険医療機関が、保険診療として認められていない特殊な療法（手術、検査、処置等）の費用を、保険診療適用分の一部負担金等と一括して患者より徴収することは、いわゆる「混合診療」に該当し、保険診療上認められない。

3 保険外併用療養費制度について

(1) 保険外併用療養費制度について

従前の特定療養費制度は、新しい医療技術の出現や患者のニーズの多様化等に対応し、高度先進医療や特別のサービス等について保険給付との調整を図るために創設されたものであったが、平成18年10月から、特定療養費が廃止され、新たに保険外併用療養費制度が設けられた。

この保険外併用療養費制度は保険外負担のあり方を抜本的に見直すことを目的としたものである。従前の特定療養費制度の趣旨を踏まえつつも、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養を「評価療養」、特別の病室の提供など被保険者の選定に係るものを「選定療養」として整理再編したものである。

(2) 評価療養

評価療養とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、例えば、“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣が設置する先進医療専門家会議において個々の技術について審査・承認し、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務化している。

(評価療養の種類)

A. 医療技術に係るもの

先進医療（従前の高度先進医療を含む）

B. 医薬品・医療機器に係るもの

医薬品の治験に係る診療

医療機器の治験に係る診療

保険（薬価基準）収載前の医薬品の投与

保険適用前の医療機器の使用等

保険（薬価基準）収載医薬品の適応外使用

(3) 選定療養

選定療養とは、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら、診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自主的な選択の保障、質の確保などの一定のルールを定め、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(選定療養の種類)

C. 快適性・利便性に係るもの

特別の療養環境の提供

予約診療

時間外診療

前歯部の材料差額

金属床総義歯

D. 医療機関の選択に係るもの

200床以上の病院の未紹介患者の初診

200床以上の病院の再診

E. 医療行為等の選択に係るもの

制限回数を超える医療行為

180日を超える入院

(参考) 先進医療

療養担当規則18条には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」との規定があるが、先進医療については、保険診療で禁止されている特殊な療法又は新しい療法の例外として認められている。具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により、先進医療と保険診療との併用ができることとしたものである。

従来の特定期間制度では、実施するにあたって、医療技術有効性・安全性を確認し、かつ、その技術ごとに医療機関の審査・承認が必要であった。しかし、平成18年10月の制度改正によって、既に先進医療（従来の高度先進医療を含む）として評価を受けている医療技術については、各技術ごとに一定水準の要件を設定し、該当する医療機関は届出により実施可能な仕組みとなった。

また、未評価の新規技術については、①医療技術の科学的評価は、厚生労働大臣の設置に係る「専門家会議に委ね透明化、②医療機関からの要件の設定に係る届出がなされたから、原則3か月以内に、支障なし、中止又は変更、保留（期間の延長）、のいずれかを書面により、理由を付して通知することにより、透明化・迅速化が図られた。

制度改正によって、先進医療実施の敷居が低くなったものの、先進医療が保険診療における例外であるとの位置づけに変わりはなく、以上のようなルールを遵守しなければ、たとえ良質な医療行為を提供していたとしても、療養担当規則違反とも問われかねない。届出や報告、実施体制等に遺漏ないよう、現場の医師と医事課部門で密に連絡を取りつつ実施していただきたい。

(参考) 医薬品の治験に係る診療に関する留意点

- ・保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施にあたっては、薬事法その他の治験に関する諸規定を遵守する。
- ・保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治療を実施した期間とする。
- ・検査、画像診断の費用については、保険外併用療養費の支給対象としない。また、投薬、注射の費用のうち、治験薬の予定される効能、効果と同様の効能、効果を有する医薬品の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない（治験依頼者の費用負担とする）。
- ・保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られる（治験の内容等を患者に説明することが医療上好ましくない場合等の場合は、支給対象とならない）。

(参考) 高度医療評価制度

- ・薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法ではないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、一定の要件下に行われるものについて、先進医療の一類型として保険診療との併用を認め、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした枠組みを設けた。
- ・従来の先進医療と異なり、薬事法上未承認である医薬品・医療機器の使用を伴う医療技術、承認を受けているが承認外の用量・用法・適応等で使用する医療技術が対象となる。

4 サービス等に対する実費徴収について

(1) 「療養の給付と直接関係ないサービス等」の費用の徴収について

患者に対し、保険診療における療養の給付と直接関係のないサービス等を提供し、その費用を患者から別途徴収することについては、一定の範囲内で認められており、サービスの範囲や運用上の留意事項等が通知により示されている。

なお、これらのサービスを提供し、その費用の徴収を行おうとする場合には、一つの診療科や病棟のみ判断するのではなく、個々の事例ごとに、請求事務部門等に事前に相談し、費用の徴収の可否を確認した上で運用を開始するべきである。

(費用の徴収に必要な手続き)

- ① 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に、費用徴収が必要となるサービス等の内容や料金について、患者に分かりやすく掲示する。
- ② 費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、サービスの内容や料金等についてきちんと説明し、文書により同意を確認の上で徴収する。
- ③ 徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。
- ④ 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行する。「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められない。

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例

療養の給付と直接関係ないサービス等	療養の給付と直接関係ないサービス等 とはいえないもの
<u>1. 日常生活上のサービスに係る費用</u> ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代 イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。） ウ テレビ代 エ 理髪代 オ クリーニング代 カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し キ MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し ク 患者図書館の利用料等 <u>2. 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用</u> ア 証明書代 （例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要診断書等の作成代等 イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料） ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料等 <u>3. 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用</u> ア 在宅医療に係る交通費	<u>1. 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用</u> ア 入院環境等に係るもの （例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代等 イ 材料に係るもの （例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代等 ウ サービスに係るもの （例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より

イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等 から患者へ貸与するものとする。）等 4. 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用 ア インフルエンザ等の予防接種 イ 美容形成（しみとり等） ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）等 5. その他 ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料 イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料 ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料 エ 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用等	取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等 2. 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。） 3. 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用 ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。） イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。） ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。）等
--	---

5 自己診療、自家診療について

(1) 自己診療について

医師が、自身に対して診察し治療を行うことを「自己診療」といい、健康保険法等に基づく現行の医療保険制度は、被保険者、患者（他人）に対して診療を行う場合についての規定であるとされていることから、自己診療を保険診療として行うことについては、現行制度下では認められていない。保険診療として請求する場合は、同一の保険医療機関であっても、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける必要がある。

(2) 自家診療について

医師が、医師の家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。自家診療を保険診療として行う場合については、加入する保険医療制度の保険者により取扱いが異なるようである。認められる場合についても、診療録を作成し、必ず診察を行い、その内容を診療録に記載し、一部負担金を適切に徴収するのは当然である。無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起こりやすいため、診察をする側、受ける側ともに注意が必要である。

VI 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導・監査について

(1) 指導について

保険診療の質的向上と適正化を目的として行われるものであり、保険医療機関、保険医として指定、登録されたすべてが対象となり得る。

指導には、集団指導、集団的個別指導及び個別指導がある。個別指導のうち、厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同して行うものを共同指導といい、特に大学附属病院、臨床研修指定病院等を対象として行うものを特定共同指導という。

(2) 監査について

診療内容および診療報酬請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足る理由がある時に行われる。監査後の行政上の措置として、保険医療機関、保険医の「取消」「戒告」「注意」がある。

なお、不正請求の代表例としては次のようなものがある。

- ①架空請求：診療の事実がないものを診療したとして請求すること。
- ②付増請求：実際に行った診療に行っていない診療を付増して請求すること。
- ③振替請求：実際に行った診療を保険点数の高い別の診療に振替えて請求すること。

こうした法令に対する不正な行為は、医療保険の世界に限らず社会のどの分野においてもあってはならないことであるが、特に現物給付出来高払いを基本とする医療保険制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、通常の診療報酬請求を行っているのであれば起こり得ないものである。

仮に監査の場で、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険医療機関、保険医の取消等の厳しい行政処分が下されることとなる。また行政処分のみならず、不正・不当な請求により支払われた診療報酬については、保険者に対する返還金も発生することとなる。

医療の多くが保険診療として行われている現在において、保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されることとなれば、医療機関の経営は成り立たなくなり、医師が診療を行うことが実質的に不可能となる。これは、医療機関、医師のみの問題ではなく、医療を受ける側である住民に対し多大な悪影響を与えてしまうものである。

2 平成18年度指導・監査の実施状況について

※医科・歯科・調剤を含む

(1) 指導・監査による返還金額

- ・平成18年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約53億4千万円（対前年度7億2千万円増）。
- ・内訳：指導による返還分 … 約25億8千万円
監査による返還分 … 約27億6千万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消の状況

- ・保険医療機関等の指定取消 … 36件（対前年度18件減）
保険医等の登録取消 … 41名（対前年度13名減）

（特徴等）

- ・無資格者による診療等に不正請求や虚偽の届出等による不正請求などの悪質性の高い不正が見られた。
- ・取消にかかる発端として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者からの通報が、24件と多かった。

資料

保険医療機関及び保険医療養担当規則 (いわゆる「療担」、「療養担当規則」)

○保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和三十二年四月三十日)

(厚生省令第十五号)

(最終改正；平成20年3月5日 厚生労働省令第28号)

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第四十三条ノ四第一項及び第四十三条ノ六第一項（これらの規定を同法第五十九条ノ二第七項において準用する場合を含む。）の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法（昭和二十八年法律第二百七号）及び船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）を実施するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則を次のように定める。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

目次

第一章 保険医療機関の療養担当（第一条—第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条—第二十三条の二）

第三章 雑則（第二十四条）

附則

第一章 保険医療機関の療養担当

（療養の給付の担当の範囲）

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

（療養の給付の担当方針）

第二条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

2 保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

（診療に関する照会）

第二条の二 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

（適正な手続の確保）

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生（支）局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の四 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(掲示)

第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

(受給資格の確認)

第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

(要介護被保険者等の確認)

第三条の二 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二条第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同行第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）に

についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払いを、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第四号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

（領収証の交付）

第五条の二 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

（食事療養）

第五条の三 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

（生活療養）

第五条の三の二 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、証明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払いを受けることにより食事を提供し、温度、証明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払いを受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

（保険外併用療養費に係る療養の基準等）

第五条の四 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第五条第二項の規定による

支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条の規定による出産手当金又は法第一百四十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

第七条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス（同法第八条第四項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス（同法第八条の二第四項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

(診療録の記載及び整備)

第八条 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿等の保存)

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完了の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完了の日から五年間とする。

(通知)

第十条 保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を附して、その旨を管轄地方厚生(支)局長又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

(入院)

第十一条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

- 2 保険医療機関は、病院にあっては、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあっては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（看護）

第十一条の二 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

- 2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

（報告）

第十一条の三 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生（支）局長に定期的に報告を行わなければならない。

第二章 保険医の診療方針等

（診療の一般的方針）

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

（療養及び指導の基本準則）

第十三条 保険医は、診療に当つては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

（指導）

第十四条 保険医は、診療に当たっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

第十五条 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

（転医及び対診）

第十六条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

（診療に関する照会）

第十六条の二 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

（施術の同意）

第十七条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第十八条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第十九条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十五項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

2 歯科医師である保険医は、厚生労働大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴において使用してはならない。ただし、治験に係る診療において、当該治験の対象とされる機械器具等を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第十九条の四 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。

2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行つてはならない。

ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行つてはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を上げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならないが、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方せんの交付

- イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

- イ 注射は、次に掲げる場合に行う。
 - (1) 経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。
 - (2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
 - (3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。
- ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ハ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を上げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限って行う。
- ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。
- ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

- イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤使用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行つてはならない。

ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ヘ ニによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行つてはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するように努めなければならない。

ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を上げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。

ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ハ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を上げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限り行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ 歯冠修復

(1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。

(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限り使用するものとし、前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯については金合金又は白金合金を使用することができるものとする。

ロ 欠損補綴

(1) 有床義歯

(一) 有床義歯は、必要があると認められる場合に行う。

(二) 鉤こうは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。

(三) バーは、代用合金を使用する。

(2) ブリッジ

(一) ブリッジは、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、その維持管理に努めるものとする。

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞かどうか若しくはポンティックに限り使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴

口蓋補綴及び顎補綴は、必要があると認められる場合に行う。

七 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

七の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

八 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

九 歯科矯正

歯科矯正は、療養の給付の対象として行つてはならない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(診療録の記載)

第二十二條 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(処方せんの交付)

第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第二十三条の二 保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

第三章 雜則 (略)

【メモ】

平成 2 0 年次
会計検査院実地検査結果について

平成20年次 会計検査院実地検査結果

1. 初診料・再診料等（配置医師）について

特別養護老人ホーム等の入所者に対して、当該施設の配置医師が診療を行った場合には、初診料・再診料等や特定疾患療養管理料等については診療報酬として算定出来ないこととされている。そして、特別な必要があつて行う診療以外の外来診療に係る再診料についても、同様に取り扱うこととされているが、特別養護老人ホーム等の入所者に対して行った診療について、再診料、特別の必要があつて行う診療以外の外来診療に係る再診料や特定疾患療養管理料等を算定している。

2. 療養病棟入院基本料2（患者の医療区分判定疑義）について

療養病棟入院基本料2は、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社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者の疾患、状態等について、厚生労働大臣が定める区分に従って当該患者ごとに所定の点数を算定することとされており、医療区分3の患者については入院基本料Aを、医療区分2の患者については患者のADL区分の評価に対応して入院基本料のB、Cのいずれかを、また、医療区分1の患者については患者のADL区分評価に対応して入院基本料のD、Eのいずれかを算定することとされている。そして、患者の医療区分及びADL区分については、所定の基準に従って評価することとされているが、医療区分の評価に当たり、日数制限がある項目について制限日数を超えて連続して該当するものとしていたり等、医療区分の評価の実態に疑義が生じている。

3. 入院基本料等加算（有床診療所療養病床入院基本料2に算定不可）について

入院基本料等加算のうち、難病患者等入院診療加算は、厚生労働大臣が定める疾患を主病とする入院患者であつて、厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して所定点数を算定することとされている。ただし、この加算は有床診療所療養病床入院基本料2を算定している患者に対しては算定出来ないこととされているが、算定していた。

4. 入院基本料等加算（療養環境加算等 未届）について

入院基本料等加算のうち療養環境加算等は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において算定することとされているが、未届で算定していた。

5. 医学管理等（配置医師以外）について

特別養護老人ホーム等の入所者については、当該施設の配置医師でない場合は、緊急の場合又は患者の傷病が同施設に配置されている医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、みだりに診療を行ってはならないとされているが、配置医師でもないにもかかわらず、定期的に施設の入所者に対して診療を行い、特定疾患療養管理料等を算定していた。

6. 医学管理等（在宅療養指導料）について

医学管理等のうち在宅療養指導料は、第2部第2節第1款 在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を行った場合に所定点数を算定することとされています。ただし、この指導は患者のプライバシーが配慮されている専門の場所で行うことが必要であり、患家において行った場合は、算定できないこととされているが、在宅患者訪問診療料を算定していて患家において在宅療養指導が行われたと思料される患者に対して、在宅療養指導料を算定していた。

7. 医学管理等（診療情報提供料（1）重複算定）について

医学管理等のうち診療情報提供料（1）は、保険医療機関が診療に基づき患者の同意を得て市町村又は介護保険法の規定により都道府県が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合（点数表の注2）などに患者1人につき月1回に限り250点を算定することとされています。ただし、診療情報提供料（1）を算定した同一月において、医師による介護報酬の居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合、この提供料のうち注2に係るものは算定できないこととされているが、医師による居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている同一月に診療情報提供料（1）注2を算定していた。

8. 在宅医療料（在宅寝たきり患者処置指導管理料）について

在宅医療料のうち、在宅寝たきり患者処置指導管理料は、在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定することとされています。この場合、家庭において療養を行っている患者が対象となり、特別養護老人ホーム等の施設入所者については、算定できないこととされていますが、施設に入所している患者に対して、この指導管理料を算定していた。

9. 在宅医療料（在宅患者訪問看護・指導料 要介護被保険者）について

在宅医療料のうち在宅患者訪問看護・指導料は、保険医療機関が、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定することとされています。ただし、要介護認定を受けた在宅の老人等に対しては、厚生労働大臣が定める疾病等の患者等に該当する場合を除き、この指導料は算定できないこととされていますが、厚生労働大臣が定める疾病等に該当しない要介護認定を受けた在宅の老人等に対して、在宅患者訪問看護・指導料を算定していた。

10. 在宅医療料（在宅患者訪問薬剤管理指導料 要介護被保険者）について

在宅医療料のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料は、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に算定することとされています。

ただし、要介護認定を受けた在宅の老人等に対しては、この管理指導料は算定できないこととされていますが、要介護認定を受けた在宅の老人患者に対して、この管理指導料を算定していた。

11. 検査料（血液科学検査 分割算定疑義）について

血液化学検査を5項目以上行った場合は、その項目数に応じて所定点数が定められており、10項目以上行った場合は、上限として130点とするなどが定められていますが、全く異なる検査項目を2回に分割して実施し、1回当たりの検査項目数を減らすことにより、項目数の逓減を受けないようにしていると思料され、その実施及び算定に疑義が生じている。

12. 検査料（健康診断）について

健康診断に要する費用は、保険請求の対象としてはならないこととされているが、特別養護老人ホームの入所者に対して実施した健康診断の際の血液検査、心電図、エックス線撮影について、保険診療として請求していると思料される事態が見受けられた。

13. リハビリテーション総合計画評価料（算定対象外）について

リハビリテーション総合計画評価料は、疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき各疾患別リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につき1月に1回を限度として算定することとされていますが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）ではなく、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っているのに、当該リハビリテーションを行った際に、リハビリテーション総合計画評価料を算定していた。

14. 精神科専門療法料（入院精神療法（Ⅱ））について

精神科専門療法料のうち入院精神療法（Ⅱ）は、入院中の患者について、入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合、1回につき80点を算定することとされています。そして、算定できる回数は、妥当と認められる限度に止めるべきこととされており、何らかの行動制限を受けている重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行った場合を除き、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回を限度とすることとされていますが、入院の日から起算して4週間を超えて入院している患者のほとんど全員に対して、週1回を超えて入院精神療法（Ⅱ）を実施していて、その算定に疑義が生じている。

15. 処置料（酸素の価格）について

酸素吸入のほか酸素を使用した診療に係る酸素の価格は、「酸素及び窒素の価格について」で規定された単価により算出することとされていますが、医療機関が地方社会保険事務局長に対して届け出た酸素の購入単価が、上記の規定された単価に満たない場合には、酸素の購入単価によって算出することとされていますが、医療機関が地方社会保険事務局長に対して届け出た酸素の購入単価が、上記の規定された単価に満たない場合であるのに、規定された単価によって酸素の価格を算出し、この価格により酸素を使用した診療に係る費用を請求していたり、購入単価が規定単価より高いのに、購入単価により酸素価格を算出していた。