

保険集団指導講習会資料

平成15年3月

福岡県医師会

保険集団指導講習講習会

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 講 習

- 1) 「保険診療における留意事項」
- | | |
|--------------|----------------|
| 福岡県医師会保険担当理事 | 宮 崎 良 春 (4 日) |
| 福岡県医師会保険担当理事 | 秋 田 章 二 (7 日) |
| 福岡県医師会保険担当理事 | 佐 藤 雅 典 (10 日) |
| 福岡県医師会保険担当理事 | 山 内 孝 (11 日) |
- 2) 「保険集団指導」
- | | |
|----------------|----------------|
| 福岡社会保険事務局医療指導官 | 藤 原 昇 (4 日) |
| 福岡社会保険事務局医療指導官 | 水 田 朝 博 (7 日) |
| 福岡社会保険事務局医療指導官 | 小 野 慶 治 (10 日) |
| 福岡社会保険事務局医療指導官 | 小山田 千 秋 (11 日) |

4. 閉 会

ブロック	と き	と ころ
福岡ブロック	平成15年3月 4日 (火) 19:00～20:00	メルパルクホール
筑後ブロック	平成15年3月 7日 (金) 19:00～20:00	久留米医師会館
筑豊ブロック	平成15年3月10日 (月) 19:00～20:00	飯塚医師会館
北九州ブロック	平成15年3月11日 (火) 19:00～20:00	小倉医師会館

保険診療の理解のために

(平成14年度集団指導用資料)

福岡社会保険事務局 保険課
福岡県保健福祉部 国保・援護課
福岡県保健福祉部 高齢者福祉課

《 目 次 》

I 一般的事項

1 医療保険制度と医療費の動向	2 頁
2 保険医、保険医療機関	4 頁
3 保険診療の基本的ルール	4 頁

II 診療に係る事項

1 診療録（カルテ）	5 頁
2 傷病名	5 頁
3 基本診療料等	5 頁
4 指導管理等	6 頁
5 在宅医療	6 頁
6 検査・画像診断	7 頁
7 投薬・注射	8 頁
8 処置・手術・麻酔	9 頁
9 リハビリテーション	9 頁
10 食事療養	10 頁
11 病棟業務	10 頁
12 診療報酬明細書（レセプト）の作成	11 頁

【参 考】	12～16 頁
-------	---------

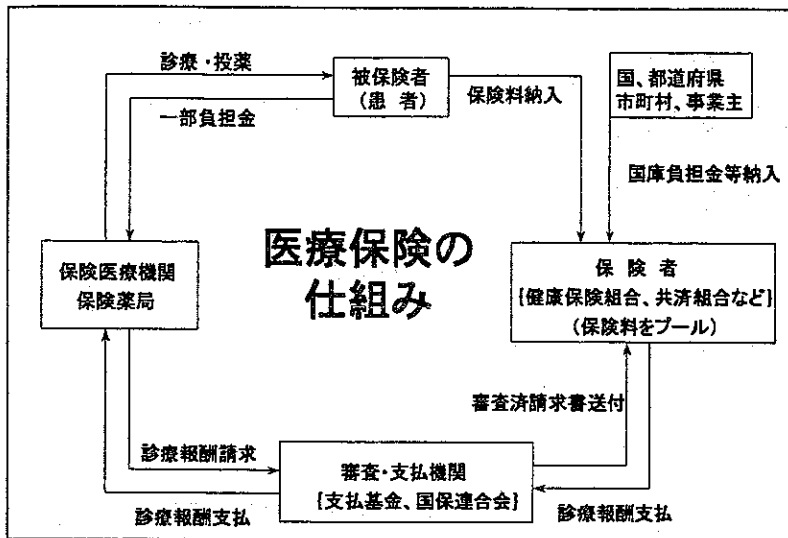
- 1 院外処方せんの交付について
- 2 患者に負担を求めることができるもの
- 3 特定療養費について
- 4 臨床試験（治験）の取扱いについて
- 5 実費徴収について
- 6 自己診療・自家診療について
- 7 関係各法について
- 8 指導・監査について
- 9 監査による取消事例について

【資 料】

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」	17～23 頁
---------------------	---------

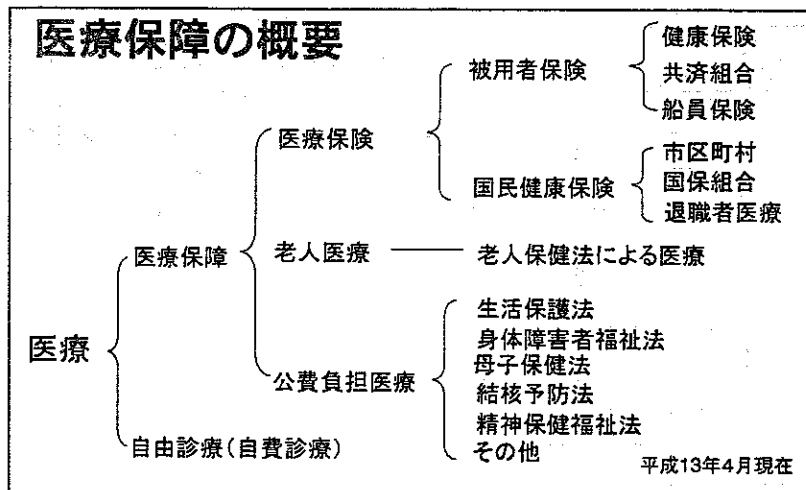
I 一般的事項

1 医療保険制度と医療費の動向



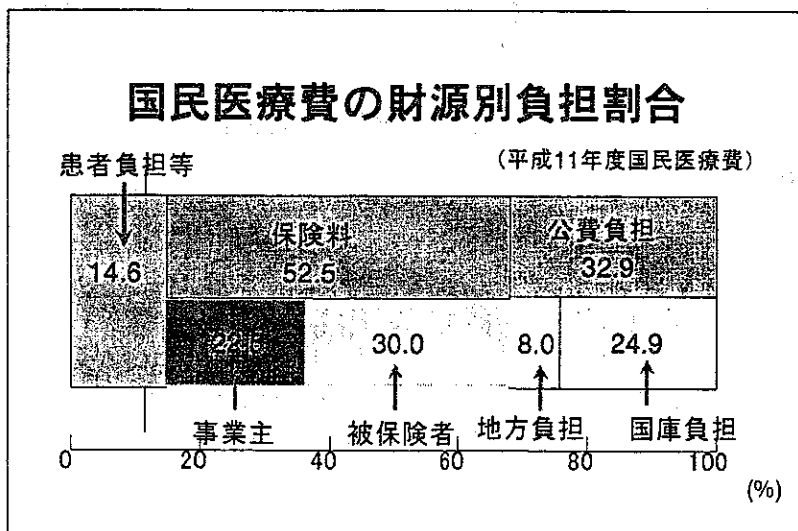
1) 医療保険の仕組み

患者は保険医療機関の窓口で一部負担金を支払い、残りの診療報酬については、保険者から審査・支払機関を通して保険医療機関に支払いが行われる。



2) 医療保障の概要

我が国の医療保険は、「被用者保険」、「国民健康保険」およびこれらを基礎とした共同事業である「老人保健法による医療」に大別される。

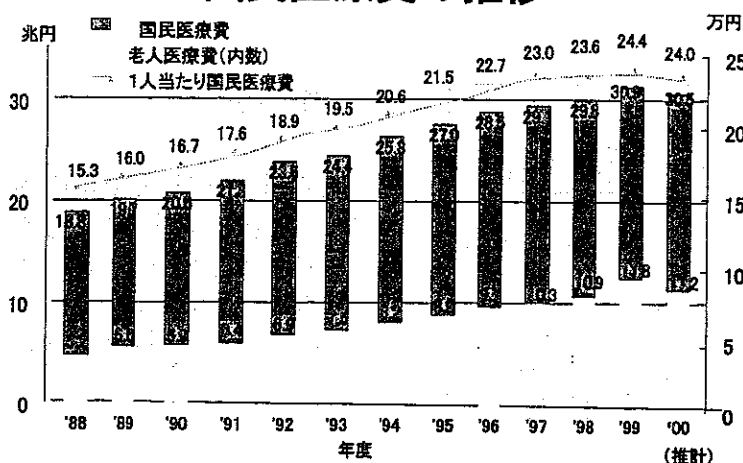


3) 国民医療費の財源別

負担割合

医療費の財源は、保険料、公費（税）、患者一部負担のいずれかであり、その割合は左図のようになっている。

国民医療費の推移



4) 国民医療費の推移

国民医療費は年々増加傾向にある。

特に、老人医療費の伸びが著しい。

国民医療費は、平成37年には80兆円程度となり、これに占める老人医療費の割合も、56%に達するものと見込まれている。

OECD諸国の医療費の状況 (1998)

	1人あたりの医療費		医療費の対GDP比	
	順位	金額(円)	順位	比率(%)
アメリカ	1	545,199	1	12.9
スイス	2	504,881	2	10.4
ドイツ	5	353,037	3	10.3
フランス	8	304,212	4	9.4
日本	9	293,478	18	7.4
スウェーデン	11	280,911	16	7.9
イギリス	18	214,152	22	6.8

出典: OECDヘルスデータ2001

(注)'98の年間平均為替レートで換算

5) OECD諸国の医療費の状況 (1998年)

他国と比較した場合、日本の1人あたりの医療費は、OECD諸国の中で9番目である。また、医療費のGDPに占める割合は、他のOECD諸国の中では比較的低い。

保険医療制度の国際的評価

(2000年版WHO世界保健報告)

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

世界191か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WHOの報告

6) 保険医療制度の国際評価

わが国の医療制度の特徴は、全ての国民が公的医療保険に加入している国民皆保険体制、希望する医療がすぐに受けられ、費用は保険組合などから医療機関に支払われる現物給付方式、自由に医療機関を選ぶことができるフリーアクセスの3点にある。

この制度はWHOの世界保健報告において、世界1位と高く評価されている。

2 保険医、保険医療機関

- 1) 保険医療機関および⇒『保険医療機関において診療に従事する保険医は、命令（療担規則）
保険医の責務 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』
(健康保険法第72条)
『保険医療機関及び保険医は厚生労働大臣または都道府県知事の指
導を受けなければならない』 (健康保険法第73条)
(国民健康保険法第41条)
(老人保健法第27条)

3 保険診療の基本的ルール

○ 保険診療は「契約診療」 ⇒ 『知らなかった』は通用しない！！

- 1) 保険診療は、健康保険法等に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
2) 診療報酬が支払われる条件（以下の6つの条件を全て満たさなければならない。）
① 保険医が
② 保険医療機関において、
③ 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、
④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則』（療担規則）の規定を遵守し、
⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い、
⑥ 『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（医師法第20条、療担規則第12条）
医師は自ら診察しないで、治療、処方せん、診断書等の交付を行ってはならない。
(診療録に診察に関する記載が全くないか、「薬のみ (medication)」旨の記載しかないと、
無診察投薬と疑われかねないので注意すること。)
② 特殊療法・研究的診療等の禁止（療担規則第18条、20条）
評価の確立していない特殊な療法又は新しい療法等は保険診療として行ってはならない。
(但し、高度先進医療、医薬品の治験を除く)
③ 健康診断の禁止（療担規則第12条、20条）
健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
④ 濃厚（過剰）診療の禁止（療担規則第20条）
検査、投薬、注射、手術等は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。
⑤ 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担規則第19条の3）
特定の保険薬局へ患者を誘導してはいけない。また、処方せんの交付に関し、特定の保険
薬局から財産上の利益を収受してはならない。

II 診療に係る事項

1 診療録（カルテ）

○ 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

- 1) 診療録の記載義務 ⇒ 医師法第24条、療担規則第22条。
- 2) 診療録の保存 ⇒ 診療完結の日から5年間（療担規則第9条）
その他の記録は完結の日から3年間
- 3) 診療録は保険請求の根拠であり、診療行為の事実に基づいて必要事項を十分に記載する。必要事項の記載がないと不正請求の疑いを招く。
- 4) 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二本線で行う。（修正前の記載内容がわかるように記載すること。）複数の医師が診療にあたる時は、診療にあたった医師がその都度署名、記名又は押印をする。（責任の所在の明確化）

2 傷病名

○ レセプトの傷病名は、診療録の傷病名と一致していなければならない。

- 1) 医学的に妥当適切な傷病名をつける。
- 2) 急性・慢性、部位、左右の区別をする。
- 3) 疑い病名は、診断がついた時点で確定病名に変更する。または、当該病名に相当しないと判断した段階で中止とする。
- 4) 診療開始、終了年月日および転帰を記載する。
- 5) 実態のない、いわゆるレセプト病名（保険病名）は認められない。

3 基本診療料等

- 1) 再診料・外来診療料は医師による診察を行った場合に算定する。
- 2) 院内感染防止対策：各病室に水道又は消毒液が設置されている。院内感染対策委員会が、月1回程度定期的に開催されている。（院内感染防止対策未実施減算）
- 3) 入院診療計画書：入院後7日以内に、定められた書式に従って、医師が文書により患者に説明する。（入院診療計画未実施減算）。
- 4) 医療安全管理体制（平成14年10月1日より）：安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されている。職員研修が年2回程度実施されている。（医療安全管理体制未整備減算）
- 5) 褥瘡対策（平成14年10月1日より）：日常生活の自立度が低い入院患者について、定められた書式に従って診療計画を作成する。（褥瘡対策未実施減算）
- 6) 重症者等療養環境特別加算は、絶対安静が必要な者など医療上の必要性から入室させた場合

でなければ算定できない。医療機関の都合等で入室させた場合は算定できない。

- 7) 電話等による再診を「再診料」として算定できるのは、緊急やむを得ず実施した場合に限られる。
 - 8) 入院基本料の算定において、保険医療機関を退院後、同一傷病名により当該保険医療機関又は特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。
 - 9) 保険医療機関は、患者の入院に際し、過去3ヶ月以内の入院の有無を確認しなければならない。また、患者の退院に際しては、退院証明書を患者に渡すことが望ましい。
- これらのことを怠っている場合は、入院料は算定できない。

4 指導管理等

○ **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) 指導料・管理料は、いわば『見えない』技術料である。
- 2) ほとんどの指導料・管理料は、指導内容あるいは治療計画等の診療録への記載が算定要件となっている。
 - ① 悪性腫瘍特異物質治療管理料（検査結果・治療計画の要点を診療録に記載）
 - ② 特定薬剤治療管理料（対象疾患・薬剤が規定。血中濃度・治療計画の要点を診療録に記載）
 - ③ （老人）退院指導料（関係職種が共同して療養計画を作成し、説明文書の写しを診療録に貼付）
 - ④ 診療情報提供料（患者紹介の返事は算定不可）
 - ⑤ 薬剤管理指導料（医師の同意、薬剤師による薬剤管理指導記録の作成）

5 在宅医療

○ **算定要件に注意する。**

- 1) 在宅酸素療法指導管理料
（対象患者が規定。指示事項・指導内容の要点を診療録に記載。）
- 2) 在宅自己注射指導管理料（対象患者が規定。指示事項・指導内容の要点を診療録に記載。）
- 3) 在宅患者訪問看護・指導料は、保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については原則として算定できない。

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、必要最少限の回数で実施する。

- 1) 結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的とみなされ、保険請求は認められない。
- 2) 算定要件（対象、診療録の記載等）が規定されている検査項目に注意する。
- 3) CTおよびMRIを同一月に同一部位に対して実施した場合、当該月の2回目以降の費用は頭部・軀幹・四肢毎に定められた点数（逡減された点数）を算定する。
- 4) 以下のような不適切な実施例に注意。

ア 不適切なセット検査

- ① 出血凝固線溶系検査として一律にFDP、D-Dダイマー、AT-Ⅲ等を実施。
- ② スクリーニング的に多項目（免疫系検査、甲状腺機能検査系検査等）を一律に実施。

イ 検査の重複

- ① 炎症反応を調べるために画一的に併施しているCRP、ESR。
- ② 甲状腺機能を調べるために併施しているFT₃とT₃、またはFT₄とT₄。

ウ 算定要件の定められている検査

- ① 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。
- ② 呼吸心拍監視は、観察結果の要点を診療録に記載し、レセプトの摘要欄に算定開始日を記載。
- ③ 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。
- ④ HbA_{1c}、フルクトサミン、グリコアルブミン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。

エ 必要性の乏しいと思われる検査

- ① 貧血のない患者に対する網赤血球数、白血球数に異常のない患者に対する末梢血液像
- ② 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
- ③ 外来と入院あるいは転科、転棟等により同一検査を実施（血液型、感染症検査 等）
- ④ 医学的必要性なく実施されたUCGのパルスドップラー加算

オ 回数が過剰な検査

- ① 末梢血液一般検査、末梢血液像、生化学的検査 等
- ② 研究目的で定期的に検査を実施（骨塩定量検査、尿中アルブミン定量精密測定 等）

カ 検査に係る誤請求

- ① 細菌薬剤感受性検査：細菌培養で菌が検出されなかったにもかかわらず算定。
- ② 病理組織顕微鏡検査：所属リンパ節を2臓器として算定。

7 投薬・注射

○ 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) 保険診療では、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。
(療担規則第19条)
- 2) 薬剤の投与期間に係る規制は原則として廃止されたが、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。ただし、例外として麻薬及び向精神薬、薬価基準収載後1年以内の医薬品については、投与期間の制限が設けられている。
- 3) 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。(無診察治療の禁止)
- 4) 処方せんの交付に際し、患者を特定の保険薬局へ誘導することは禁止されている。
(療担規則第19条の3)
- 5) 経口と注射の両方が選択可能な場合には、経口投与を第一選択とすること。
(注射については、療担規則第20条第4号を参照)
- 6) 抗菌薬等は、抗菌スペクトルを十分に考慮し、適宜薬剤感受性試験を行い、漫然と投与することのないよう注意すること。また、常用量を超える投与については、その必要性を十分考慮すること。
- 7) 血液製剤(赤血球濃厚液、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤等)の使用にあたっては、(財)血液製剤調査機構から出されている「血液製剤の使用にあたって」の内容を遵守すること。
- 8) 以下のような不適切な実施例に注意。

ア 禁忌投与

- ① 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
- ② パナルジンを出血傾向のある患者に使用
- ③ 静脈用脂肪乳剤(イントラリポス等)を血栓症のある患者に使用

イ 適応外投与

- ① 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
- ② 肝庇護剤(強ミノC、タチオン注)を薬剤性肝障害、術後肝障害等の患者に使用
- ③ セレネース、ドルミカム等を単なる鎮静目的で使用

ウ 用法外投与

- ① 外用の適応のない抗菌薬等(アミノグリコシド等)を吸入あるいは局所洗浄等で使用
- ② 抗癌剤(パラプラチン、ランダ)を腹腔内撒布

エ 過量投与

- ① 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
- ② 蕁麻疹に対する強ミノCの常用量を越える投与

オ 重複投与(同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用)

- ① ガスターを経口と注射の両方で使用
- ② MVIと各種ビタミン剤の併用

カ 多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）

- ① 消化性潰瘍に対するPPIとH₂ブロッカーの併用
- ② 各種抗菌薬等の併用

キ 長期漫然投与

- ① 各種抗菌薬等（特に投与期間が定められている抗菌薬等）
- ② 慢性動脈閉塞症に対するPGE₁製剤

8 処置・手術・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) 創傷処置、術後創傷処置、皮膚科軟膏処置は、処置の範囲により点数が異なる。
処置を行った際は、診療録に処置した範囲、使用した薬剤等を記載すること。
- 2) 点数表にない手術の手術料のみを患者または医療機関の負担とし、残りを保険請求することはできない。（患者に負担を求めることができるものの限定）
- 3) 特殊な手術（点数表にあっても、従来の手技と異なる場合を含む。）の手術料は、勝手に準用（振替請求）せず、事前に地方社会保険事務局に照会すること。
- 4) 手術当日に手術に関連して行った処置、診断のための試験穿刺、検体採取等の費用は、当該手術料に含まれ、別途算定できない。
- 5) 手術には、「施設基準に適合していない場合は算定できない手術」、「施設基準に適合していない場合は70/100に相当する点数により算定する手術」及び施設基準の設けられていない手術がある。
- 6) 特定保険医療材料については、告示で定められた材料価格基準に規定されている価格で算定する。また、価格が定められていない特定保険医療材料については、実際に医療機関が購入した価格により算定する。
- 7) 閉鎖循環式全身麻酔における実施時間とは、患者に「麻酔器を接続した時点」を開始とし、患者が「麻酔器より離脱した時点」を終了とする。
- 8) 麻酔管理料は、麻酔科標榜医が麻酔を実施するとともに、麻酔実施日以外に術前・術後の診察を行い、その内容をカルテに記載した場合に算定する。
- 9) 輸血料は、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行わなければ算定できない。（説明に用いた文書の写しを診療録に貼付すること。）

9 リハビリテーション（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）

○ 患者ごとに実施計画（原則として3ヶ月に1回以上）を作成し患者に説明すること。

- 1) 従事職員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、従事者）ごとに訓練実施終了患者の一覧表を作成し、1日ごとの取扱い患者数を把握できるようにすること。
- 2) 訓練の都度、訓練内容の要点、訓練を実施した職員の氏名、訓練開始時刻及び終了時刻を記

載する。

- 3) 個別療法、集団療法ともに、それぞれ算定要件が定められていることに留意する。

なお、訓練時間が20分に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

- 4) 1日の実施単位数は、従事職員一人につき集団療法で54単位、個別療法で18単位を限度とする。
- 5) 患者1人あたりの算定単位数についても、患者ごとに限度が定められている。
- 6) 理学療法(I)(II)、作業療法(I)(II)の個別療法で、早期リハビリテーション加算を算定するには、1ヶ月に1回以上定められた様式に基づいて患者に説明の上交付し、その写しを診療録へ添付する。

10 食事療養

○ 食事も治療の一環である。

- 1) 特別食(治療食)の食事せんは医師が記載する。
- 2) 特別食加算を算定している患者の食事せんは、患者の病態が算定要件を満たしているか、食事せんの記載事項に不備がないかを食事療養部門においてもチェックする。
- 3) 食堂加算を算定している場合、食堂において食事が摂取可能な患者については、できる限り食堂での食事提供に努める。
- 4) 医師または栄養士による検食を毎食行い、その結果を活用する。
- 5) 栄養食事指導料については、算定要件に注意する。

11 病棟業務

○ 医師の指示が、正確に実施され請求事務部門に伝わるような看護業務体制にする。

- 1) 検査伝票等にあらかじめ主治医の押印等をしないこと。(必ず指示を出したときに、指示を出した医師の氏名を記載又は押印等をして、責任の明確化をはかること。)
- 2) 医師の指示により行った診療補助行為については看護記録等へ記載するのみならず、主治医自らが診療録に指示した旨を記載する。
- 3) 呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定等は、漫然と長期間実施する事のないよう注意する。
- 4) 一般病室、差額病室、集中治療室等の間を移動した患者については、診療録にその旨を記載する。
- 5) 外出、外泊の許可簿を整理する。
- 6) 院内感染の防止に努める。

12 診療報酬明細書（レセプト）の作成

1) レセプト作成と点検のポイント

- ① レセプトの傷病名は、診療録の傷病名と一致しているか。
- ② 実態のない、いわゆる『レセプト病名（保険病名）』が記載されていないか。
- ③ 疑い病名や急性病名、状態名が、長期間放置されていないか。
- ④ レセプトと診療録の診療開始日が一致しているか。

（PPI、ファーストシン、インターフェロン等）

- ⑤ 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。
 - ⑥ 薬剤の剤分けが正しく行われているか。
 - ⑦ 間違った記載欄に記載されていないか。（例：処置に用いた薬剤を投薬欄に記載等）
- 2) レセプトは、審査支払機関への提出前に必ず主治医自らが診療録等と照合し、記載事項に誤りや不備がないか等について、十分に点検を行うこと。
- 3) 病名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、『傷病詳記（病状説明）』をレセプトに添付する。

【参 考】

1 院外処方せんの交付について

院外処方せんを交付する際には、保険医療機関及び保険医として以下の点に留意する必要がある。

- 1) 特定の保険薬局への患者の誘導の禁止。
- 2) 特定の保険薬局から財産上の利益の収受の禁止。
- 3) 保険医は、保険薬剤師からの疑義照会には適切に対応する。（療担規則第23条）

2 患者に負担を求めることができるもの

保険診療は医療に直接関わる部分は保険によって全てをカバーすることを原則としている。保険診療において患者に負担を求めることができるのは、法令で定められている一部負担金、患者自身の選択による一部医療（特定療養費）等に限られる。

《患者に負担を求めることができるもの》

- 1) 一部負担金
- 2) 薬剤一部負担金（平成15年3月で廃止）
- 3) 入院時食事療養費における自己負担
- 4) 特定療養費における差額
- 5) 外来透析患者に対する食事の提供
- 6) 治療とは直接関連のないサービス等で実費徴収が認められるもの

3 特定療養費について

特定療養費制度は、医療に対するニーズの多様化に対応して患者の選択の幅を広げるため、特に定められた特別なサービスや高度な医療を含んだ療養を受けた場合、一般治療と共通する基礎部分については特定療養費として医療保険の給付を行い、特別なサービスなどアメニティ部分については自費負担とする制度である。平成14年4月現在、次のような例がある。

- 1) 高度先進医療
- 2) 特別の療養環境（定員4人以下の部屋の差額病床）
- 3) 200床以上の病院で他の保険医療機関からの紹介がない場合の初診
- 4) 予約診療（要届出）
- 5) 時間外診療（患者の希望によるもの）
- 6) 金属床総義歯
- 7) 医薬品の治験
- 8) 齲蝕患者の指導管理
- 9) 200床以上の病院の再診
- 10) 医療用具の治験
- 11) 薬事法の承認を受けた医薬品で薬価基準に収載されていない医薬品（承認を受けてから90日以内）
- 12) 入院期間が180日を超える入院（平成14年3月31日以前の入院期間が入院期間に通算されることとなる者については経過措置あり）

13) 特別な前歯の材料

4 臨床試験（治験）の取扱いについて

平成8年4月1日以降契約分から医薬品の治験を特定療養費の対象とし、保険診療として請求できる範囲を明確に限定した。保険診療として請求できる部分は、治験期間中の薬剤（治験薬または対照薬、及びそれと同様の効能・効果を有する薬剤）、検査及び画像診断を除く部分である。

治験の実施にあたっては、患者に十分な情報提供を行い患者の同意を得るとともに、薬事法及び同法施行規則の関係規定の他、『医薬品の臨床試験の実施に関する基準(GCP)』を遵守することは言うまでもない。

また、平成14年4月1日以降契約分から医療用具の治験を特定療養費の対象とした。診療報酬請求できる部分は、手術若しくは処置の前後1週間に行われた検査及び画像診断、診療報酬上評価されていない手術及び処置を除く部分である。

5 実費徴収について

治療（看護）とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、患者側からその実費を徴収すること（いわゆる「実費徴収」）については、その適切な運用を期するため、通知等で定められている。

1) 実費徴収に関する手続について

- ① 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に実費徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこととされている。
- ② 患者からの実費徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容及び料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収しなければならない。この同意の確認は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであるが、この同意書による確認は、実費徴収の必要が生じるとに逐次行う必要はなく、入院に係る説明等の際に具体的な内容及び料金を明示した同意書により包括的に確認する方法で差し支えない。
- ③ 患者から実費徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行しなければならない。
- ④ なお、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での実費徴収は認められないので、注意が必要である。

2) 実費徴収が認められるサービス等

治療とは直接関連がなく、患者から実費徴収できるサービス等の具体例としては、次に挙げるものがある。

① 日常生活上必要なサービスに係る費用

- ア おむつ代
- 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 等

② 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

ア 証明書代

イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料） 等

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

ア 在宅医療に係る交通費

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

3) 実費徴収が認められないサービス等

実費徴収が認められないサービス等としては、具体的には次に掲げるものが挙げられる。

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

ア 入院環境に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代、清拭用タオル代 等

イ 材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ等、絆創膏代等）、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代 等

ウ サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、診療情報提供に際しX線フィルム等をコピーした場合のフィルムコピー代 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

③ 新薬、新医療材料、先進治療等に係る費用

ア 薬事法の承認前の医薬品、医療材料（治験薬を除く。）

イ 適応外使用の医薬品

ウ 不妊治療等の保険適用となっていない治療方法（高度先進医療を除く。）

エ 予防、生活改善に係る診療 等

6 自己診療、自家診療について

医師が自分自身を診察治療することを「自己診療」といい、保険給付の対象として認められていない。

また、医師が自身の所属する医療機関の職員やその家族を診察治療することを「自家診療」という。診察が省略されやすい、カルテの記載がおろそかになりやすい、一部負担金を徴収しない等の問題が起こりやすいので注意が必要である。

7 関係各法について

1) 健康保険法（大正11年）

健康保険法において、被保険者・被扶養者、費用の負担、保険給付、療養の給付、保険医療機関等について定めている。診療報酬点数表や薬価基準等は、健康保険法の規定に基づき定められており、国民健康保険法等の他の医療保険各法もこれによるものとされている。

2) 老人保健法

70歳以上（ねたきり等の状態にある人は65歳以上）の老人の医療については、老人保健法の規定に基づいた診療報酬点数表が定められている。

3) 医療法（昭和23年）

医療施設に関する事項を定めた法律で、医療提供の理念、医療施設の種類、施設基準、医療施設の開設及び管理に関し必要な事項、並びにこれらの施設整備の推進に必要な事項、広告制限等を定めている。また、インフォームド・コンセントについても新たに規定された。

4) 医師法（昭和23年）

医師について定めた法律で、応招義務（第19条）、無診察治療等の禁止（第20条）、診療録の記載及び保存等の義務（第24条）、保健指導の義務（第23条）など、医師業務におけるさまざまな義務、禁止事項等が規定されている。

5) 薬事法（昭和35年）

薬事一般に関する法律で、医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療用具の品質、有効性及び安全性の確保のために必要な規制を行うとともに、医療上特にその必要性が高い医薬品及び医療用具の研究開発の促進のために必要な措置を講ずることにより、保健衛生の向上を図ることを目的としている。薬事法第14条により、医薬品の製造にあたっては厚生労働大臣の承認が必要であり、用法・用量、効能・効果、副作用等が審査される。これが『薬事法承認事項』である。

8 指導・監査について

1) 指導

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、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社会保険事務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

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。

これらの不正請求は、医療保険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。したがって、故意に不正請求をするのは論外であり、極めてまれであると考えられるが、監査で故意に不正請求を行っていたことが明らかになれば、取消等の厳しい行政処分が行われる。また行政処分だけでなく、当然、不正または不当な請求にかかるものについては、返還金も求められる。

医療の多くが保険診療として行われている現在、保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されると、医療機関の経営は成り立たなくなり、医師の仕事がほとんどできなくなるので、十分注意する必要がある。

9 監査による取消事例について

取消事例（１）

１）監査に至った経緯

当該医療機関の元従業員からの情報提供による

２）不正内容

- ・ 診療していないにもかかわらず、診療報酬を不正に請求
- ・ 健康診断の保険請求
- ・ 看護師等の水増しによる請求：看護要員の不足にもかかわらず変更の届出を行わず、診療報酬を不正に請求

取消事例（２）

１）監査に至った経緯

個別指導により疑義が生じた

２）不正内容

- ・ 実際に行った診療に、行っていない診療項目を加え、診療報酬を不正に請求
- ・ 実際に行った診療項目を、よりい点数の高い診療項目に振り替えて、診療報酬を不正に請求

取消事例（３）

１）監査に至った経緯

保険者のレセプト点検で疑義が生じた

２）不正内容

- ・ 診療していないものを不正に請求
- ・ １回の採血による血液検査を、数回に分けて検査したように請求
- ・ 継続療養の対象である傷病について、健保・国保の両方に請求

取消事例（４）

１）監査に至った経緯

当該医療機関の元従業員からの情報提供による

２）不正内容

- ・ 処方箋料の不正請求：介護保険による通所リハビリテーションのサービスを受けている患者に対して、院外処方箋を交付せず、特定の薬局より当該医療機関へ薬剤を配達させ患者に渡していた

保険医療機関及び保険医療養担当規則(抜粋)

(昭和32年4月30日厚生省令第15号)

(最終改正:平成14年9月12日厚生労働省令第120号)

第1章 保険医療機関の療養担当

(療養の給付の担当の範囲)

第1条 保険医療機関(特定承認保険医療機関を含む。第5条及び第5条の4第1項を除き、以下同じ。)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2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2条の2 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2条の3 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社会保険事務局長に対する申請、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2条の4 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2条の5 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つてはならない。

- 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收受してはならない。

(掲示)

第2条の6 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5条の3第4項及び第5条の4第2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。

ない。

(受給資格の確認)

第3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（健康保険継続療養証明書を含む。以下同じ。）によって療養の給付を受ける資格があることを確か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3条の2 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9年法律第123号）第7条第5項に規定する居宅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12条第3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62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4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つたとき、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、被保険者証に所定の事項を記入して、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11年法律第70号。以下「法」という。）第100条、第105条又は第113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5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74条の規定による一部負担金、法第85条に規定する標準負担額（同条第2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「標準負担額」という。）及び法第86条の規定による療養（食事の提供たる療養（法第63条第1項第5号に掲げる療養と併せて行うものに限る。以下「食事療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第74条第1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（当該療養に薬剤の支給（法第86条第3項各号に掲げるものを除く。）が含まれる場合にあっては当該薬剤の支給につき法第74条第2項、第4項及び第5項の規定の例により算定した一部負担金に相当する額（以下「薬剤一部負担金相当額」という。）を、食事療養を行った場合においては標準負担額を、それぞれ加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項又は第86条第2項第1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110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並びに同条第2項第2号、第4号及び第6号に掲げる療養（食事療養を除く。）についての費用の額の100分の20に相当する金額（食事療養を行った場合にあっては、当該額及び標準負担額の合算額）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85条第2項又は第110条第7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、法第63条第2項に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第7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。

第5条の2 特定承認保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第86条の規定による療養（食事療養を除く。）についての費用の額に法第74条第1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（当該療養に薬剤の支給（法第86条第3項各号に掲げるものを除く。）が含まれる場合にあっては薬剤一部負担金相当額を、食事療養を行った場合においては標準負担額を、それぞれ加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項又は第86条第2項第1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110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 特定承認保険医療機関は、食事療養及び当該特定承認保険医療機関において高度先進医療として厚生労働大臣の承認を受けた療養その他厚生労働大臣の定める療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第7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。

(食事療養)

第5条の3 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わなければならないとともに、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、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5条第2項又は前条第2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。

(特定療養費に係る療養の基準等)

第5条の4 保険医療機関は、法第63条第2項に規定する選定療養に関して第5条第2項の規定による支払を受けようとする場合において、特定承認保険医療機関は第5条の2第2項に規定する厚生労働大臣の承認を受けた療養その他厚生労働大臣の定める療養に関して同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6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87条第1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99条第1項の規定による傷病手当金、法第101条の規定による出産育児一時金、法第102条の規定による出産手当金又は法第114条の規定による配偶者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7条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者及び介護保険法第41条第1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。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護（法第88条第1項に規定する指定訪問看護及び介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス（同法第7条第8項に規定する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8条 保険医療機関は、第22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9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結の日か

ら3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、その完結の日から5年間とする。

(通知)

第10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、その旨を管轄地方社会保険事務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11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23年法律第205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11条の2 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11条の3 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、地方社会保険事務局長に定期的に報告を行わなければならない。

第2章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第12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13条 保険医は、診療に当たっては、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14条 保険医は、診療にあ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15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16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16条の2 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17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18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。ただし、特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生労働大臣の承認を受けた療養については、この限りでない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第19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35年法律第145号）第2条第7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（てつ）において使用してはならない。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。

3 保険医が特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生労働大臣の承認を受けた療養については、前2項の規定は適用しない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第19条の2 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19条の3 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収受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第19条の4 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20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12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 健康診断は、療養の給付の対象として行つてはならない。
- ハ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ニ 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。
- ホ 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1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2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 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、治療の効果を挙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。
- ホ 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。
- ヘ 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ず、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4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 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を挙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。
- ハ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。
- ニ 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 理学的療法

理学的療法は、投薬、処置又は手術によって治療の効果を上げることが困難な場合であつて、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う。

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。

八 次に掲げる治療の治療方針、治療基準及び治療方法は、厚生労働大臣の定めるところによるほか、前各号に定めるところによる。

イ 性病の治療

ロ 結核の治療

ハ 高血圧症の治療

ニ 慢性胃炎、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療

ホ 精神科の治療

ヘ 抗生物質製剤による治療

ト 副腎皮質ホルモン、副腎皮質刺激ホルモン及び性腺刺激ホルモンによる治療

(歯科診療の具体的方針)

第21条 (略)

(診療録の記載)

第22条 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1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23条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2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23条の2 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3章 雑 則 (略)