

保険診療の理解のために

(平成27年度 医科集団指導用テキスト)

厚生労働省 北海道厚生局

北海道 保健福祉部 健康安全局

目 次

I	わが国の医療保険制度	1
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	2
2	保険診療の基本的ルール	2
III	医科診療報酬点数に関する留意事項	
1	診療録（カルテ）	5
2	傷病名	6
3	基本診療料等	7
4	医学管理等	9
5	在宅医療	11
6	検査・画像診断	12
7	投薬・注射・輸血	14
8	リハビリテーション	16
9	処置・手術（輸血を除く）・麻酔	18
10	食事療養	19
11	病理診断	20
IV	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	21
2	患者から受領できる費用	22
3	保険外併用療養費制度について	22
4	医療保険と介護保険の給付調整について	25
5	サービス等に対する実費徴収について	26
6	自己診療、自家診療について	28
V	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	29
2	平成25年度指導・監査の実施状況について	29
資料	保険医療機関及び保険医療養担当規則	31

I 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）、共済組合（共済）〕と、自営業者や無職の方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。

75歳以上の高齢者については、長寿医療制度が適用される。

医療保険	被用者保険	健康保険	全国健康保険協会 健康保険組合
		共済組合の短期給付	
		船員保険	
	国民健康保険	市町村……………一般と退職者 国民健康保険組合	
長寿医療制度(後期高齢者医療制度)			
公費負担医療	生活保護制度の医療扶助 母子保健法、感染症法、障害者総合支援法 等 地方公共団体独自の公費負担医療		
自費診療			

(2) 医療保険制度の特徴

わが国の保険医療制度の特徴として、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点が上げられる。

国民皆保険制度	…	原則として、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	…	保険医療機関で医療行為（現物）を提供する、という考え方。費用は保険者が医療機関へ事後に支払う。
フリーアクセス	…	患者自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

(3) 保険診療の費用支払の仕組み

患者は、保険医療機関の窓口で、原則3割の一部負担金を支払い、残りの原則7割の費用については、事後、保険者から、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険連合会）を通じて、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。

保険診療は、「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”」とも称されている。

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。

保険医の登録は、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が行われるものではない。

医師自らの意思により、地方厚生（支）局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、厚生労働省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。

ここでいう厚生労働省令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則（略称：療担規則…りょうたんきそく）」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き、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。
つまり、医療を行って、保険者から保険負担分の支払を受けるためには、療担規則などのルールを守っていないと行えない。

(1) 療担規則（正式名称：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、二つの部分からなる。

- ・ 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、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、診察を行わずに投薬。又は、診察を行わずに処方せんの交付。
- ・ 通院リハビリテーション目的で訪れた患者が、理学療法士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のに再診料を請求。
- ・ 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（高度医療を含む）による一連の診療
- ・ ルールに従った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。

⑥経済上の利益の提供による誘引の禁止（療担第2条の4の2）

患者に対して、一部負担金の額に応じて当該保険医療機関が行う収益事業に係る物品の対価の額の値引きをすること等により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引することは、療養担当規則により禁止されている。

事業者又はその従業員に対して、患者紹介する対価として金品を提供すること等により、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引することは、療養担当規則により禁止されている。

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。（罰則 50万円以下の罰金）

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) 診療録の記載については種々留意すべき点があるが、その主なものは次のとおり。

- ・ 診療のつど、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つど、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なければならない。
- ・ 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。修正は、修正液・貼り紙等を用いない。修正は、二重線で行う。
- ・ 責任の所在を明確にするため、署名を記載のつど必ず行う。

(4) 電子カルテやオーダリングシステムに関する留意点

- ・ 電子カルテは、「診療録等の電子媒体による保存について」（平成11年4月22日付け厚生労働省健康政策局長・医薬安全局長・保険局長連名通知）に基づいて保存すること。
- ・ 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。
- ・診断のつど、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で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。
- ・傷病名は主傷病名と副傷病名を区別し、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、その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。症状詳記については、

- ・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、極めて不適切であり認められない。

（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MR I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・注射の適応外投与ための「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
- ・「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。ただし、一定の要件を満たす必要がある。

- ③ 同一日に、他の傷病について、自らの意思により、別の診療科を再診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り再診料として36点を算定できる（1科目の再診料：72点）

（2つめの初・再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。

- ④ 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5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でき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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算として別途評価が行われる。

⑤ 栄養管理体制に関する基準

- ・ 栄養管理手順の作成、特別な栄養管理が必要と判断された場合に栄養管理計画書を、入院後7日以内に策定するとともに栄養状態を定期的に評価し、見直しすること。
- ・ 栄養管理計画書の写しを診療録に貼付する。

(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。

(加算の例と主な施設基準等)

① 臨床研修病院入院診療加算

- ・ 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、指導医によって速やかに確認・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

- ・ 診療記録（過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- ・ 中央病歴管理室が設置され、専従あるいは専任の診療記録管理者が配置されている。
- ・ 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

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(又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

- 在宅療養患者への訪問診療及び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) 在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料

「同一建物居住者」、「同一建物居住者以外」の区分に応じて算定する。

在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。

保険医療機関と患家との距離が16kmを超える訪問診療については、当該保険医療機関からの訪問診療を必要とする絶対的な理由（患家から半径16km以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合など）がある場合以外は認められない。

（算定要件の例）

- ・ 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。
- ・ 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。
- ・ 訪問診療を行った日における当該医師の当該患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時間）及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付すること。
- ・ 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載する。

(2) 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算定）。
- ・ 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することはできない（主たる医療機関で算定）。

(3) 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。

(4) 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ていたり、満たすべき外来診療の頻度等が規定されている。
- ・医師が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。

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料

- ・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

療担規則の規定により、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(C T、MR I)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

○ 薬剤の使用に当たっては、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処方せんの交付又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) 後発医薬品の使用促進

平成20年4月から、保険診療に際しては、療養担当規則で後発医薬品の使用努力を規定するとともに処方せんの様式を改めた。

平成22年4月から、都道府県番号、点数表番号、医療機関コードが加えられ、処方せんの様式を改めた。

さらに、一定の要件の下において、処方せんに記載された医薬品（以下「処方薬」という。）について保険薬局において処方医に事前に確認することなく含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤すること（以下「変更調剤」という。）が認められている。

平成24年4月から、処方せんを個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に改めた。（以前の処方せんは、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる様式。）

(変更調剤の方法について)

処方せんの「備考」欄中の「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた保険薬局においては、処方薬の後発医薬品への変更調剤について、次のそれぞれの場合に応じて取扱う。

	含量規格が同一の後発医薬品への変更調剤	含量規格が異なる後発医薬品への変更調剤	類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤
「変更不可」欄への記載なし	可	可	可
「変更不可」欄への記載あり	不可	不可	不可
「含量規格変更不可」の記載あり	可	不可	可
「剤形変更不可」の記載あり	可	可	不可
「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載あり	可	不可	不可

(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
- ・肝庇護剤（強力ネオミノファーゲンシー注、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
- ・セレネース注、ドルミカム注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（パラプラチン注、ランダ注）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日当たり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超える投与

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

8 リハビリテーション

○ 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、手技ごとに分類されていたが、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
- ・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を通じ、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

また、疾患別リハビリテーション料毎に定められた患者であって、必要があつて治療開始日から若しくはそれぞれ発症、手術又は急性増悪から算定日数の上限を超えてリハビリテーションを行った場合には、月13単位に限り算定が可能である。

なお、患者の要望に伴い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数（算定単位数上限）を超えて行うものについては選定療養として実施可能である。但し、これについては、「患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合」に限り実施されるものでなければならない。

(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、再診料の算定は不可能である（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）

通院リハビリテーションの場合、その通院のつど、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。

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：第1度熱傷の100cm²未満のもの
- ・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手術の区分ごとに、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して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たり、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。(従前のおり、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ごと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。)

10 食事療養

- 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、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（又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

(1) 病理診断・判断料

病理診断料について、術中迅速細胞診若しくは細胞診（穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの）により作製された標本に基づく診断料を行った場合には、細胞診断料として算定することになり、従前の病理診断料の算定要件を満たす場合には、組織診断料として算定する。

(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 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、保険医が真の主役であ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。これらはいくまで参考であり、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。

③D 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。
- ・D P C除外患者など、出来高で請求すべき患者がD P C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

健康保険法や療担規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲は以下のとおり定められている。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採ってはならない。

(患者に負担を求めることができるもの)

- ①所定の患者一部負担金
- 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、それまでの特定療養費制度が廃止され、新たな「保険外併用療養費制度」

に再編された。

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、例えば、“先進医療”は、医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の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付けている。

(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、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

時間外診察

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つてはならない」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、実施するに当たって、医療技術の有効性・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医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、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いう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られかねない。**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。また治験の実施に当たっては、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はしない。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 医療保険と介護保険の給付調整について

要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下、「要介護被保険者等」という。）については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先される（健康保険法第55条）が、別に厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できるとされており、これを医療保険と介護保険の給付調整という。

（1）介護保険施設の入所者に係る給付調整

介護保険法で定められた介護保険施設には介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養病床）の三種類がある。これらにはそれぞれ医師の配置があるが、各施設類型で医療提供の密度が異なることから、介護報酬に包括されている部分と医療保険において給付される（診療報酬として算定できる）範囲が各々異なっている。

例えば、特養では、日常的な健康管理については介護報酬に包括されているが、それ以外は、医療保険において個別に算定可能となっている。老健においては、診療報酬として算定できる（または算定できない）検査・処置等が別途定められている。介護療養病床については、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射、手術、放射線治療、急性増悪時の医料等を除き、医療に係る費用は介護報酬に包括されている。

（2）要介護被保険者等に対する診療報酬算定の留意点

- ・ 特養等の配置医師が入所者に対して行う診療については、その診療に係る給付が介護報酬に包括されているものであることから、初診料及び再診料は算定できない。
- ・ 特養等の配置医師が入所者に対して行った医学管理（特定疾患療養管理料など）については、一部の項目を除き、その医学管理に係る給付が介護報酬に包括されているものであることから、診療報酬において算定できない。（配置医師でない医師が定期的に入所者の診療に当たっている場合でも、その医師は実質的に配置医師とみなされるので取扱いは同様。）
- ・ 介護保険の要介護被保険者等である者に対しては、同一月において、介護保険の居宅療養管理指導等を医師が行い居宅療養管理指導費等を算定している場合、診療情報提供料（I）は、市町村若

しくは指定居宅介護支援事業者又は薬局に対する情報提供に係るものには算定できない。

- ・在宅医療のうち在宅患者訪問診療料は、特養等の入所患者に対しては算定できない。（末期の悪性腫瘍の患者を除く。）
- ・特養等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。

5 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)

- 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

① 療養の給付と直接関係ないサービス等

1. 日常生活上のサービスに係る費用

- 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

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（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な診断書等の翻訳料等
- 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。）
- 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 ニコチン貼付剤の処方等（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、ニコチン貼付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代
 - エ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用 等

② 療養の給付と直接関係ないサービス等とは言えないもの

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

6 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。

V 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・地方厚生(支)局・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、保険医療機関又は保険医の「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25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25年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約9.6億円

内訳：指導による返還分 … 約3.4億2千万円（対前年度比約6億4千万円減）

監査による返還分 … 約5.0億2千万円（対前年度比約3.2億6千万円増）

(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 … 20件（対前年度比11件減）

・保険医療機関等の指定取消相当 … 39件（対前年度比2件減）

・保険医等の登録取消 … 26人（対前年度比9人減）

- ・ 保険医等の登録取消相当 : 0人（対前年度比 7人減）

（特徴等）

- ・ 不正請求（架空請求、付増請求、振替請求、二重請求）がそのほとんどを占めている。
- ・ 取消（取消相当を含む。）に係る端緒として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者等からの通報が30件と取消（取消相当）件数の過半数を占めている。

【メモ】

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26年3月5日 厚生労働省令第17号)

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った場合には、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局長若しく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。

(経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

- 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診

療を受けるように誘引してはならない。

(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って、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(平成九年法律第二百二十三号)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(同条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。

(領収証等の交付)

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、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。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(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次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られた場合には、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結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、その完結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、その旨を全国健康保険協会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、地方厚生局長又は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。

2 前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

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)

第十四条 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った場合には、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ってはならない。

(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)第二条第十六項に規定する治験(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ってはならない。

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ってはならない。
- 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、研究の目的をもって行ってはならない。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、同法第十四条又は十九条の二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。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応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。
- 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こととし、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 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ってはならない。

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ってはならない。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 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、代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復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、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴

口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、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ってはならない。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（略）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)

第二十三條 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)

第二十三條の二 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 雑則 （略）

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号				保 険 者 番 号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	.		

患 者	氏 名							保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女				電 話 番 号
	区 分	被保険者	被扶養者		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	保 険 医 氏 名 (印)

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	-----------	----------	--

処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕							
--------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

備 考	保険医署名〔 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 〕								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号			
--------	----------	---------	--	--	--

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号			
-------------------------	-----	--------------	--	--	--

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧

(1) 保険医療機関関係

No.	申請・届出事項	申請書等の名称	義務者	添付書類	提出先	備考
1	新たに保険医療機関の指定を受けようとするとき	保険医療機関指定申請書	開設者	開設許可、使用許可又は開設届の写 など	北海道厚生局	保険医登録票(勤務医全員)の写も添付。詳細は北海道厚生局に事前確認のこと。
2	保険医療機関指定の有効期間(6年)が満了し、再指定を申請するとき	保険医療機関指定申請書	開設者		北海道厚生局	事前に北海道厚生局から対象機関に対し、指定申請書を発送。
3	医療機関を廃止したとき	保険医療機関廃止届	開設者		北海道厚生局	
4	保険医療機関の所在地を変更したとき	旧所在地:No.3に同じ	開設者	No.1に同じ	北海道厚生局	前医療機関は廃止、変更後の医療機関は新規指定とする。
		新所在地:No.1に同じ	開設者			
5	保険医療機関の開設者に変更があったとき	前開設者:No.3に同じ	前開設者	No.1に同じ	北海道厚生局	前医療機関は廃止、変更後の医療機関は新規指定とする。(個人⇄法人へ変更の場合も同様)
		新開設者:No.1に同じ	新開設者			
6	病院が診療所となったとき	病院:No.3に同じ	開設者	No.1に同じ	北海道厚生局	病院を廃止し、診療所を新規指定とする。
		診療所:No.1に同じ	開設者			
7	診療所が病院となったとき	診療所:No.3に同じ	開設者	No.1に同じ	北海道厚生局	診療所を廃止し、病院を新規指定とする。
		病院:No.1に同じ	開設者			
8	保険医療機関の名称・住所表示・診療科・診療時間・休診日、開設者の氏名・名称、保険医の担当診療科等に変更があったとき	保険医療機関指定申請書記載事項変更届	開設者		北海道厚生局	
9	保険医療機関の管理者に変更があったとき	保険医療機関管理者変更届	開設者		北海道厚生局	保険医が異動した場合は、No.10の届出も必要。
10	保険医療機関の保険医に異動(転入、転出)があったとき	保険医療機関保険医異動届	開設者		北海道厚生局	管理者が異動した場合は、No.9の届出も必要。
11	保険医療機関を休止するとき	保険医療機関休止届	開設者		北海道厚生局	
12	休止の保険医療機関を再開しようとするとき	保険医療機関再開届	開設者		北海道厚生局	
13	保険医療機関であることを辞退しようとするとき	保険医療機関辞退届	開設者		北海道厚生局	辞退の1か月前に申し出る。

<注意> 保険医療機関の指定は「毎月1日」の「月1回」です。(※毎月20日までの受付分を翌月1日に指定。)

(2) 保険医関係

No.	申請・届出事項	申請書等の名称	義務者	添付書類	提出先	備考
14	保険医の登録を受けようとするとき	保険医登録申請書	歯科医師	登録済証明書(歯科医籍)又は免許証の写	北海道厚生局	
15	保険医が道外に転出したとき	保険医住所変更届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	変更後、10日以内に届出が必要。
16	保険医が道内に転入してきたとき	保険医管轄地方厚生局長変更届	保険医	保険医登録票	転入前の管轄厚生局・事務所	変更後、10日以内に届出が必要。
17	保険医の氏名を変更したとき	保険医氏名変更届	保険医	戸籍抄本、保険医登録票	北海道厚生局	
18	保険医が医師法第7条又は歯科医師法第7条に規定する処分を受けたとき	処分を受けたことの届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	
19	保険医が死亡し、又は失踪宣告を受けたとき	保険医死亡又は失踪届	戸籍法での届出義務者	保険医登録票	北海道厚生局	
20	保険医登録票を破り、汚し、又は失ったとき	保険医登録票再交付申請書	保険医		北海道厚生局	
21	保険医登録票を滅失したとき	保険医登録票の滅失届	保険医		北海道厚生局	
22	保険医であることを辞退しようとするとき	保険医登録抹消届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	辞退の1か月前に申し出る。また、保険医登録票は辞退日から10日以内に返納。

<注意> 上記(1)(2)ともに、該当する事項があったときは、「すみやかに」申請又は届出をする必要があります。

《共通事項》

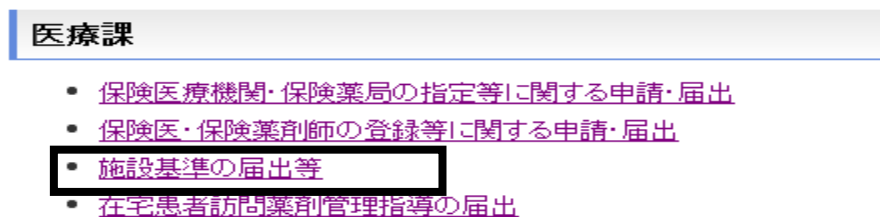
※各申請・届出・報告等の様式は、「北海道厚生局ホームページ」→「申請等手続き」→「医療課」（施設基準の届出等）からダウンロードすることができます。

○北海道厚生局ホームページ（<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>）

「申請等手続き」をクリックする



○医療課の「施設基準の届出等」をクリックする



○該当する項目をクリックして、施設基準の様式をダウンロードする



下記項目のいずれかを選択してクリックしてください。

1. [基本診療料の届出一覧](#)
2. [特掲診療料の届出一覧](#)
3. [入院時食事療養・入院時生活療養等の届出](#)
4. [施設基準に係る辞退届\(エクセル:25KB\)](#)

※診療報酬改定内容等に係る告示・通知・疑義解釈等については、随時、厚生労働省ホームページに掲載されます。

※届出用紙等に関しましては、従来どおりFAXや郵送での取扱いもしておりますので北海道厚生局のホームページよりダウンロードできない場合等におかれましては、裏面の北海道厚生局医療課宛にご連絡ください。