

保険診療の理解のために

(令和3年4月現在版)

厚生労働省 北海道厚生局 医療課
北海道 保健福祉部 健康安全局 国保医療課

説明内容

- [1] 保険診療のしくみ
- [2] 保険診療の禁止事項
- [3] 指導・監査とは
- [4] 入院基本料の注意点
- [5] 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
- [6] 診療録
- [7] 傷病名
- [8] 医科診療報酬点数表の解釈
- [9] DPC／PDPSについて
- [10] 医療保険と介護保険との関係について

[1] 保険診療のしくみ

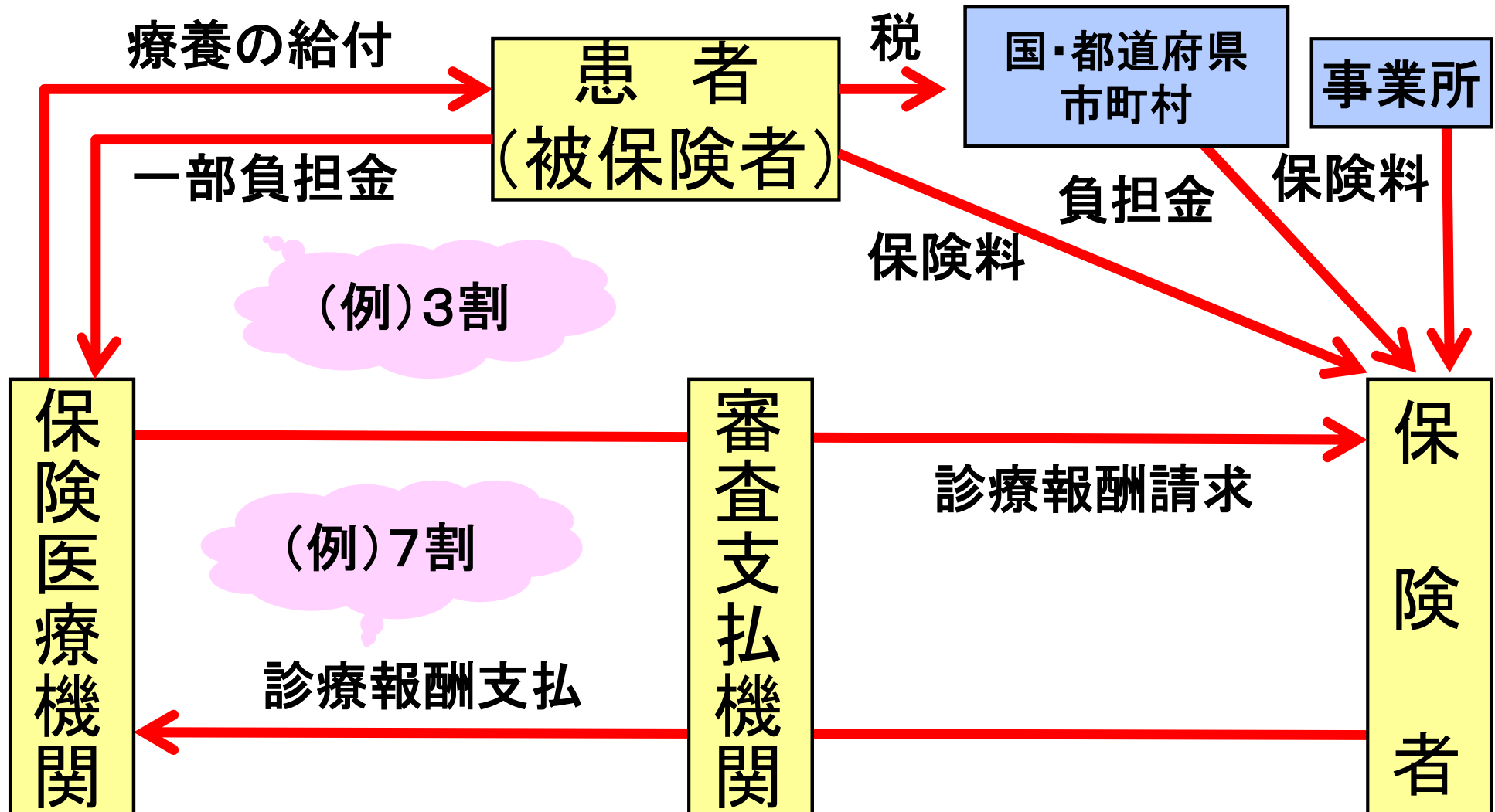
保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である
- 保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法で規定されている保険診療のルールを熟知していることが前提となっている

療養担当規則 診療報酬点数表
健康保険法等の関係法令など

療養の給付・費用の負担の流れ

医療費の大部分は保険に基づく



診療報酬が支払われる条件

- 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』(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

保 険 医

- 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、**保険医**でなければならない。(健康保険法第64条)
- 医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録。(法第71条)
 - **自らの意思で保険医となる。**
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、健康保険診療に当たらなければならない。(法第72条)
 - **保険医は保険上のルールを守る必要がある。**
- 保険医は、健康保険の診療に関し、厚生労働大臣の**指導を受けなければならない**。(法第73条)
 - 厚生労働大臣の指導を受ける義務がある。(個別、集団)

医師と保険医

医師

医師法で規定される、**医業を行える唯一の資格**
(医師法第十七条)

保険医

健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる医師
(健康保険法第六十四条)

保険医登録票

見覚えが
ありますか？

登録の記号 及び番号		登録年月日
氏名	氏名	氏名
職名	職名	職名

上記のとおり登録したことを証明する。

北海道厚生局長



医師を採用する際、
必ず確認していま
すか？

都道府県をまたがる
異動の都度、書き換
えていますか？

保険医療機関

- 保険医療機関の指定

- 病院または診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する(法第65条)



- 保険医療機関の責務

- 『厚生労働省令』で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない(法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする(法第76条)

病院、診療所と保険医療機関

病院、診療所

医療法で規定される
(医療法第一条の五)

保険医療機関

健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる医療機関
(健康保険法第六十三条)

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』

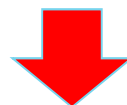
(厚生労働大臣が定めた規則：省令)

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

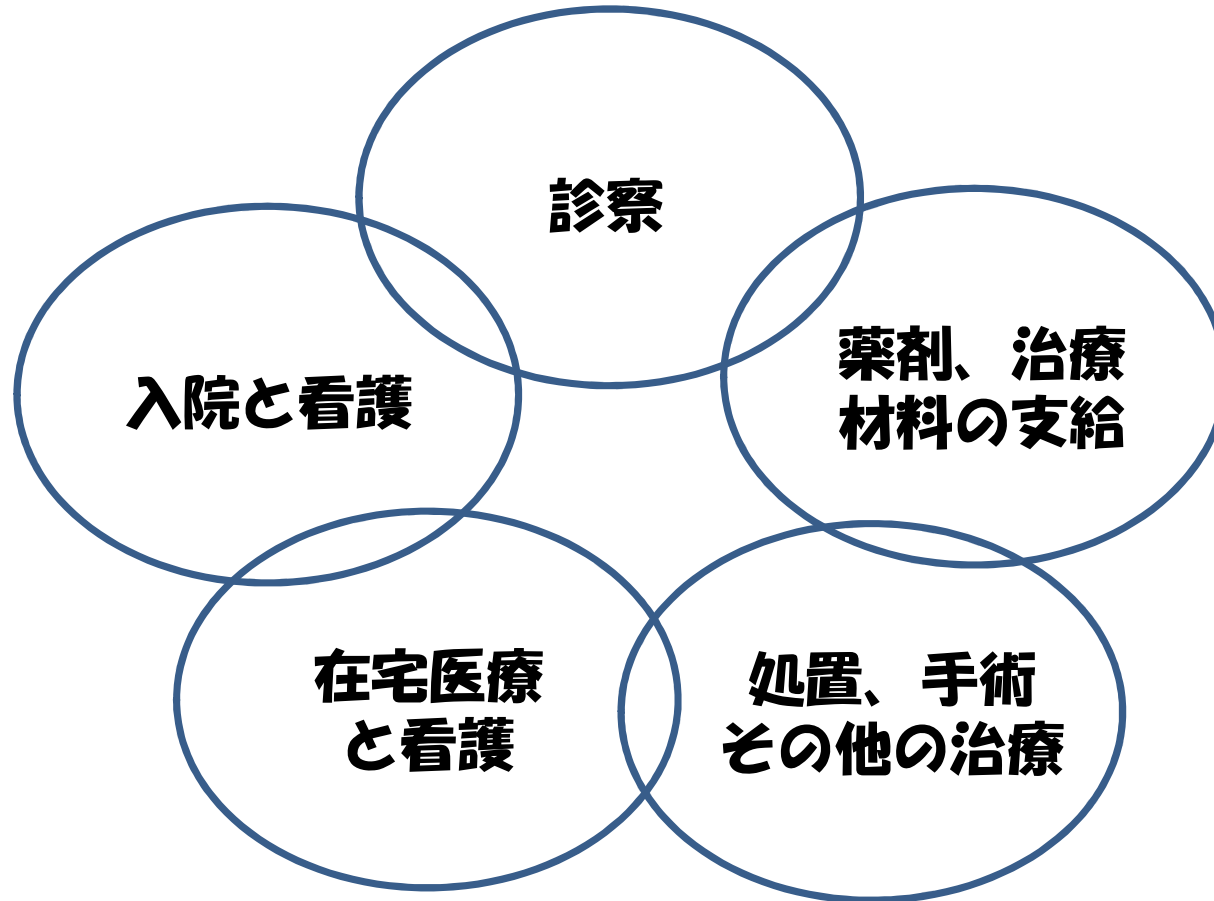
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

縦型資料「保険診療の理解のために
(医科)」に最新版を掲載。

療養の給付の担当の範囲 (療養担当規則第1条)



「療養の範囲」＝「保険診療の範囲」

「医療の範囲」とは異なる

診療の具体的方針①

(療養担当規則第20条)

- 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。
- 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- 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。
- 手術、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。
- 処置は、必要の程度において行う。
- 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。

診療の具体的方針②

(療養担当規則第20条)

- 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- 同一の投薬は、みだりに反復せず、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。
- 注射は、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等に行う。
- 投薬・注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮する。
- 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。 等

医師法 ①

医師免許(第2条)とその取消、医業の停止

【相対的欠格事由】(第4条)

次のいずれかに該当する者には免許をあたえないことがある。

- 一 心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者
- 二 麻薬、大麻又はあへんの中毒者
- 三 罰金以上の刑に処せられた者
- 四 医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者

【免許の取消、医業の停止】(第7条)

医師が上記のいずれかに該当、又は医師としての品位を損するような行為があったときは次に掲げる処分をすることができる。

- 一 戒告
- 二 3年以内の医業の停止
- 三 免許の取消

医師法 ②

応召義務等(第19条)

- 診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。
- 診察・検案をした医師、出産に立ち会った医師は、診断書、検案書、出生証明書、死産証明書の交付の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

処方せんの交付義務(第22条)

医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認められた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。



処方せんをFAXで直接薬局に送り、それを処方せんの原本とすることは認められない。

医師法 ③

無診察治療等の禁止(第20条)

医師は、自ら診察しないで治療をし、診断書や処方せんを交付してはならない。(50万円以下の罰金)

**無診察治療は、保険診療以前に
医師法で禁止されている！**

初診時はもちろんのこと、再診時においても同様。

■「次回は薬だけもらってください」 → **無診察投薬**

医師法違反

医師法 ④

診療録の記載及び保存(第24条)

医師は、診療をしたときは、**遅滞なく**診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

外来が忙しいので診療録は週末にまとめて記載した。 → ×

診療録は、5年間これを保存しなければならない。
(勤務医の診療録については病院又は診療所の管理者が、それ以外の診療録については医師本人が保存する。)

新しい電子カルテを導入したため導入以前の診療録は電子媒体、紙媒体どちらも残っていない。 → ×

医療法 ①

病床の種別(第7条)

- 一 **精神病床** 精神疾患を有する者を入院させるためのもの
- 二 **感染症病床** 一類感染症、二類感染症(結核を除く)、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症並びに新感染症の所見がある者を入院させるためのもの
- 三 **結核病床** 結核の患者を入院させるためのもの
- 四 **療養病床** 前3号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの
- 五 **一般病床** 前各号に掲げる病床以外のもの

原則として、空床があるからといって、結核でないものを結核病床に入院させたり、精神疾患を有しない者を精神病床に入院させることは望ましくない。

医療法 ②

入院診療計画書(第6条の4)

病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、当該患者の診療を担当する医師により次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。

- 一 患者の氏名、生年月日及び性別
- 二 当該患者の診療を主として担当する医師の氏名
- 三 入院の原因となった傷病名及び主要な症状
- 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療(入院中の看護及び栄養管理を含む)に関する計画 など

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律

(医薬品医療機器等法(以下、「薬機法」という。))

医薬品の品質、有効性、安全性等について厚生労働大臣の承認を受けなければ、医薬品の製造・販売は行えない。(第14条)

薬機法により承認された用法・用量、効能・効果等を遵守することが、有効性・安全性の前提となっている。



添付文書を確認すること

(参考)

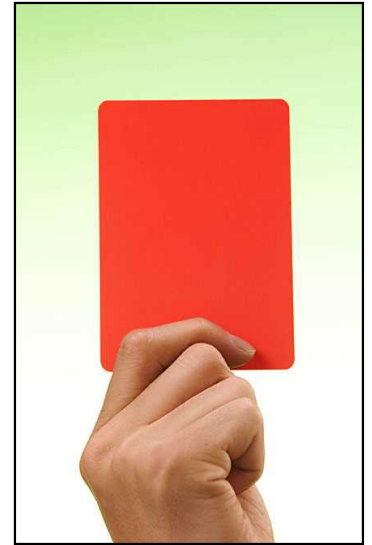
保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外は用いてはならない。
(療担第19条)

薬機法で承認されている薬品の類似薬を個人輸入し、保険診療として使用した。 → ×

[2] 保険診療の**禁止事項**

保険診療の**禁止**事項(概略)

- ① 無診察治療の禁止
- ② 特殊療法等の禁止・混合診療の禁止
- ③ 健康診断の禁止
- ④ 特定の保険薬局への誘導の禁止
- ⑤ 自己診療の禁止
- ⑥ 経済上の利益の提供による誘引の禁止
- ⑦ 一部負担金の減免の禁止



① 無診察治療の禁止

- 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付してはならない。

(医師法第20条)

- 初診時はもちろんのこと、再診時においても同様である。

例：無診察による投薬、リハビリ、注射、処置等は**禁止**

②ー1 特殊療法・研究的検査の禁止

- 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。

(療担第18条)

例外 …厚生労働大臣が定めた 先進医療(高度医療を含む)

- 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。(療担第20条)

例外 …手続きを踏んだ治験



②-2 混合診療の禁止

- 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。（療担第18条）
- 保険診療における一連の治療において、保険診療と自由診療を混在させてはならない。

例外・・・患者申出療養等

骨折で入院治療中の患者にインフルエンザの予防接種を自費で実施した ⇒ 混合診療にならない

③ 健康診断の禁止

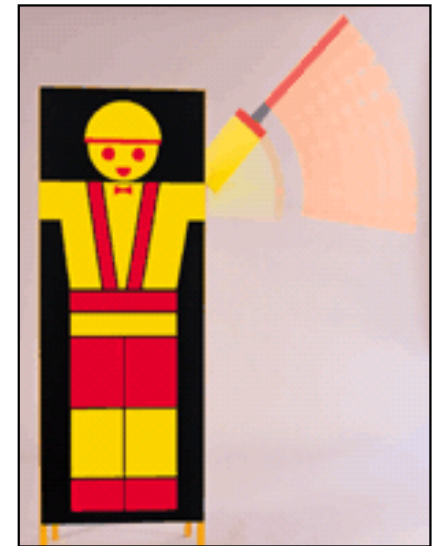
- 保険医の診療は、一般に医師として診療の必要
があると認められる疾病又は負傷に対して、適確
な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当
適切に行われなければならない。(療担第12条)
- 健康診断は、療養の給付の対象とし
て行ってはならない。(療担第20条)

例：症状はないが胃がんが心配との
訴えで胃カメラを実施 → ×



④ 特定の保険薬局への誘導の禁止

- 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。
例外 … 地域包括診療加算、地域包括診療料に係る院外処方
在宅での療養を行っている者への院外処方
- 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。
(療担第2条の5、第19条の3)



⑤ー1 自己診療の禁止

- 「自己診療」とは、**医師が自身に対し**診察し治療を行うこと
- 健康保険法等に基づく医療保険制度は、被保険者、患者(他人)に対して診療を行う場合の規定であることから、「自己診療」を保険診療として行うことは認められない
- 同一の保険医療機関内であっても、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける**必要**がある

⑤ー2 自家診療の注意点

- 「自家診療」とは、**医師が医師の家族や従業者**に対し治療を行うこと
- 指導時に確認された不適切な例
 - ①**無診察投薬**
 - ②**過剰な鎮痛剤、湿布薬等の投与**
 - ③**診療録記載の省略**
 - ④**一部負担金の減免** 等

⑥-1 経済上の利益提供による誘引の禁止

- 保険医療機関が患者に対して一部負担金等の額に応じて自院が行う収益業務に係る物品の値引きをすることは認められない



例：一部負担金の額に応じてポイントを付与し、自院が販売する商品の値引きをする 等

- 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って、患者が保険医療機関である自院において診療を受けるように誘引してはならない



例：「〇回受診したら、〇〇(金品)がもらえる」 等

⑥-2 経済上の利益提供による誘引の禁止

- 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してはならない

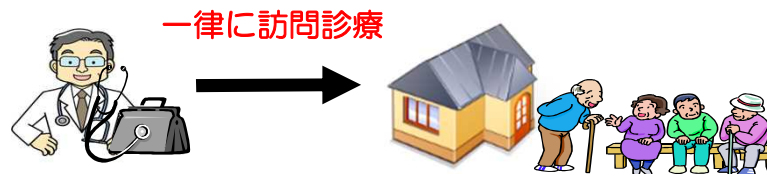
例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



+

事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



➡ 禁止

⑦ 一部負担金の減免の禁止

- 保険診療において、一部負担金は
必ず全ての患者から徴収しなければなりません
(注意！)

※当該保険医療機関の開設者・管理者及び親族
又は職員についても必ず所定の一部負担金
を徴収しなければ健康保険法違反となります。

(法第74条)

[3] 指導・監査とは

たかが “レセプト病名”？

- 「そんな算定要件があるとは知らなかった。」
- 「たかが“レセプト病名”ではないか。」
- 「たかが“適応外投与”ではないか。」
- 「たかが“カルテの記載忘れ”ではないか。」

※健康保険法第81条（保険医又は保険薬剤師の登録の取消し）

「知らなかった」などの言い訳は通用しない！

「指導」と「監査」

- 根拠法令
 - 健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律
- 具体的には「指導大綱」「監査要綱」の規定に基づき実施
 - 最終改正 … 平成20年9月
 - 中央社会保険医療協議会(中医協)において、診療側・支払側・公益側による議論を経て決定
- 対象
 - 保険医療機関・保険薬局
 - 保険医・保険薬剤師 等

「指導」とは

- 目的

- 「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う」(指導大綱より)

- 指導の形態 … 集団指導、集团的個別指導、個別指導

- 対象医療機関の選定

恣意性を排除するため、北海道厚生局に選定委員会を設置して選定

集団指導

- 対象医療機関等

- ①新規指定の保険医療機関等
- ②診療報酬改定時
- ③保険医等の新規登録時
- ④保険医療機関の更新時



- 指導形態

保険診療の取扱い、診療報酬の請求事務、診療報酬の改定内容、過去の指導事例等について、講習、講演等の方法で行う

集团的個別指導

- 対象医療機関等

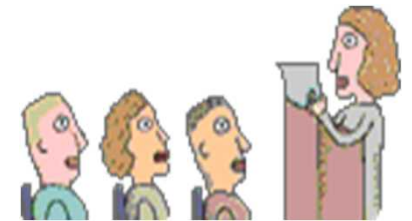
- ◇診療報酬明細書の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関
(ただし、取扱件数の少ない保険医療機関を除く)

- ※現在は、更新時集団指導の対象医療機関と同じ会場で同時に講習会を開催しています。

- 指導形態

- ◇講習会方式(集団部分)と個別面談方式(個別部分)により行う

- ※現行、北海道においては、講習会方式(集団部分)のみ実施



個別指導

- 主な対象医療機関

- ①保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬請求に関する情報提供があり、個別指導が必要と認められた保険医療機関
 - ②個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関
 - ③監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
 - ④高点数に該当する保険医療機関のうち翌年度の実績においても、なお高点数に該当する保険医療機関
- 等

- 指導形態

◇個別面談方式により懇切丁寧に行う



- 指導後の措置

◇概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

医療費通知について(1)

- 協会けんぽ、市町村国保など各保険者が、「健康に対する認識」を深めてもらうことを目的として、医療費通知を定期的に各加入者(患者)あて送付している

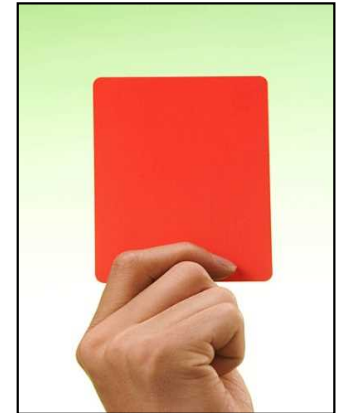
【医療費通知に記載されている事項】

- 受診者名
- 受診年月日
- 医療機関等の名称
- 入院(通院、施術)日数
- 医療費の金額(一部負担金を含む)など

医療費通知について(2)

- 医療費通知を受け取った患者が、疑問を抱くと...
- 疑問を抱いた患者が、行政や知人に相談することも多く...
- 疑問が不信感に変わることも！ 風評被害になりうることも！
- 単純な 計算間違い や 算定誤り でも同様！

➡ ルールを守り、適切な請求を！



➡ 持続可能な医療保険制度を守ることにつながります！

※医療費通知は、医療費適正化に向けた保険者の取組みの一つ。
※患者自身が自分の医療費をインターネットで確認できるサービスを提供している保険者も。

「監査」とは

- 目的

- 「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする」

(監査要綱より)

健康保険法上の処分の基準

監査要綱

保険医登録・保険医療機関指定**取消処分**の基準

- ・**故意に不正**又は**不当**な診療(診療報酬の請求)を行ったもの
- ・**重大な過失**により、**不正**又は**不当**な診療(診療報酬の請求)を**しばしば**行ったもの

故意でなくとも、重大な過失が認められれば、健康保険法上の処分の対象となりうる。

不正請求例

詐欺や不法行為に当たるもの

- その月に受診していない患者の保険証番号を使って前の月と同じ内容の診察を請求した。(架空請求)
- 実際に2回しか診察していないのに再診料を4回請求した。(付増請求)
- 実際に行った創傷処置が50cm²であったにもかかわらず請求は500cm²～3000cm²で行った。(振替請求)

不当請求例

算定要件を満たさない等、診療報酬請求の妥当性を欠くもの

- 診療録に腫瘍マーカーの検査結果・治療計画の要点を記載していないにもかかわらず、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している。
- 診療録にモニターの要点を記載していないにもかかわらず、呼吸心拍監視を算定している。

監査後の措置

行政上の措置

- 保険医療機関・保険医の
 - 指定・登録の取消(取消処分)
 - 戒告
 - 注意
- 取消処分となった場合原則として、**5年間**は**再指定・再登録を行わない**

経済上の措置

診療内容または診療報酬の請求に関し不正、不当の事実が認められた場合、**原則として5年間分を返還する。最大40%の加算金**が加えられることもある。

[4] 入院基本料の注意点

入院基本料のポイント

- 以下の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、**入院基本料が算定できない**
 - 入院診療計画に関する基準
 - 院内感染防止対策に関する基準
 - 医療安全管理体制に関する基準
 - 褥瘡対策に関する基準
 - 栄養管理体制に関する基準

入院基本料の算定要件(1) 入院診療計画

- 病名、症状、治療計画、検査内容・日程、手術予定、入院期間の推測について、入院後7日以内に文書により説明
- 医師、看護師、その他必要に応じた関係職種が共同して診療計画を作成
- 説明に用いた文書は患者・家族等に交付するとともに、その写しを診療録に添付
- 入院時に患者の栄養状態を医師、管理栄養士、看護師が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について記載する

入院基本料の算定要件(2)

院内感染防止対策

- 院内感染対策委員会を月1回程度開催
- 感染情報レポートを週1回程度作成等

医療安全管理体制

- 医療事故等の院内報告制度の整備
- 安全管理のための委員会を月1回程度開催
- 職員研修を年2回程度開催等

褥瘡対策

- 褥瘡看護に関して臨床経験を有する看護職員等により構成される褥瘡対策チームの設置
- ADLが低い入院患者に対する評価の実施等

栄養管理体制

栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している等

栄養管理体制に関する基準

- 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること（有床診療所除く）
- 管理栄養士、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理手順を作成すること
- 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載すること
 - 管理栄養士、医師、看護師、その他医療従事者が共同して、特別な栄養管理が必要と医学的に判断された患者ごとに栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を入院7日以内に作成すること

看護要員配置の留意事項①

看護要員の配置に関するルールは、入院基本料の正しい請求のために、十分に理解しなければならない。

- 実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数を算入し、実際に看護に当たっていない看護部長、外来勤務、手術室勤務等の看護要員は算入しない。
- 1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしている。
- 夜勤は看護職員2人以上で行い、同一の入院基本料を算定する病棟全体での月当たりの平均夜勤時間72時間以内(夜勤専従者及び夜勤時間数16時間未満の者を除く)でなければならない。

(急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料以外は、8時間未満の者を除く。)

看護要員配置の留意事項②

- 看護配置等を偽って届出した場合、**虚偽の届出として不正請求**となり、**保険医療機関の指定取消**もありえる。
- 当初は基準を満たしていても、**職員の退職等で基準を満たさなくなった場合は**、正しく届出し直さなければならない。
(基準を満たさなくなったにもかかわらず、届出し直さずに誤った請求を続けていれば、**指定取消**もありえる。)
- 入院基本料にかかる誤請求は、指定取消に至らなくても、**多額な返還金**を求められる場合がある。

例：平均入院患者数200人/日の病院で、1日あたり50点の入院基本料を過剰に算定していた場合、年間3650万円の過剰請求となる。

[5] 保険医療機関及び保険医療養担当規則について

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』

(厚生労働大臣が定めた命令：省令)

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



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で
守らなければならない基本的なルール

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。
- 保険医療機関が担当する療養の給付は、患者の療養上妥当適切なものでなければならない。

適正な手続きの確保 (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厚生(支)局に対する申請、届け出、療養の給付に関する費用の請求に係わる手続きを適正に行わなければならない。

(例) **急性期一般入院料1**で届け出していたが、看護師の数が少なくなり、7:1が維持出来なくなったため、**急性期一般入院料2**に届出なおした。

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切なものとなるよう努めなければならない。

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。

診療録の記載及び保存（医師法第24条）

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

[6] 診療録

診療録

- 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ある。**
 - 診療の都度、必要事項を記載する。
 - 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二重線で行う。
 - 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する。
 - 責任の所在を明確にするため、署名を必ず行う。
 - 診療報酬請求の算定要件として、診療録に記載すべき事項が定められている項目があることに留意する。

- 事実に基づいて必要事項を十分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。

電子カルテ ①

電子カルテの3原則

- ①保存義務のある情報の**真正性が確保**されていること
故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること 等
- ②保存義務のある情報の**見読性が確保**されていること
情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること 等
- ③保存義務のある情報の**保存性が確保**されていること
法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること

電子カルテ ②

医療情報システム(電子カルテ等)の注意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.1版」

- ガイドラインに準拠した**運用管理規程**を定めること。
- 長時間離席する際に、正当な利用者以外の者による入力のおそれがある場合には、クリアスクリーン等の対策を実施。
- 令和9年度時点で稼働していることが想定される医療情報システムを、今後新規導入又は更新に際しては、**二要素認証**を採用するシステムの導入、又はこれに相当する対応を行うこと。
- パスワードは以下のいずれかを要件とする。
 - a 英数字、記号を混在させた13文字以上の推定困難な文字列
 - b 英数字、記号を混在させた8文字以上の推定困難な文字列を定期的に変更させる(最長でも2ヶ月以内)
 - c 二要素以上の認証の場合、英数字、記号を混在させた8文字以上の推定困難な文字列。ただし他の認証要素として必要な電子証明書等の使用にPIN等が設定されている場合には、この限りではない。
- 更新履歴を保存し、必要に応じて**更新前と更新後の内容を照らし合わせる**ことができるようにすること。
- 不適切な取扱いの例。
 - IDとパスワードが書かれた紙等が貼られている。

[7] 傷病名

傷病名 ①

- 医学的に妥当適切な傷病名を**医師自ら**決定する。
- 必要に応じて慢性・急性、部位、左右の別を記載する。
- 診療開始・終了年月日を記載する。
- 傷病の転帰を記載し病名を整理する。
 - － 疑い病名は早期に確定病名または中止とする
 - － 一般的に急性病名が長期間続くことは不適切

査定を防ぐための虚偽の傷病名、
いわゆる「**レセプト病名**」は認められない

傷病名 ②

■ いわゆる「レセプト病名」の例

ST合剤 : 「慢性尿路感染症」「ニューモシチス肺炎」

PPI : 「難治性逆流性食道炎」

ビタミン剤 : 「ビタミン欠乏症」「摂食不能」

リボトリール : 「てんかん」

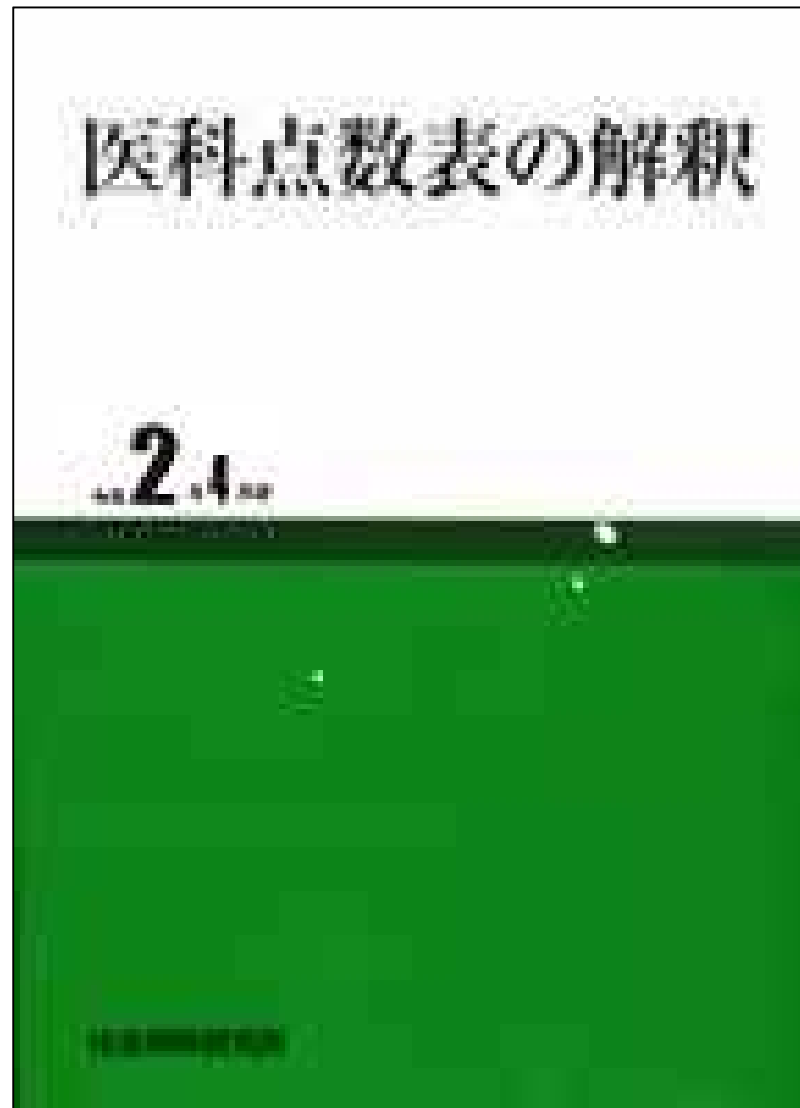
■ 傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は摘要欄及び症状詳記で補う



客観的事実（検査結果等）に基づき、
当該診療行為が必要な理由を具体的に記載する

[8] 医科診療報酬点数表 の解釈

診療報酬点数表



①基本診療料

初診料のポイント

- 医学的に初診といわれる診療行為があった場合に算定。
- ある疾患の診療中に別の疾患が発生した場合は、新たに初診料を算定できない。
- 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。(ただし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。)

(例) 胃炎で通院中、新たに大腸癌の診療を開始する場合
→初診料は算定できない

初診料及び再診料のポイント

- 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、当該初診又は再診に付随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。
 - ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
 - イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
 - ウ 初診又は再診の際、検査、画像診断、手術等の必要を認めたと、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

再診料のポイント

- 一般病床200床未満は再診料、一般病床200床以上は外来診療料(検査、処置の一部が包括化)を算定する。
- 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、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。(電話再診の際は外来診療料も算定不可。)
- 外来リハビリテーション診療料及び外来放射線照射診療料を算定した場合には、規定されている日数の間はリハビリテーションや放射線治療に係る再診料(外来診療料)は算定出来ない。

オンライン診療料のポイント

- リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診療を行った場合に算定。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから3か月を経過した患者に限る。
- 対面診療とオンライン診療を組み合わせた治療計画を作成した上で実施。
- 3か月に1回は対面診療が必要。
- 診療録にオンライン診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を記載。
- オンライン診療料が算定可能な患者は以下の通り。
 - 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者
 - 一部の在宅自己注射指導管理料を算定している患者
 - 慢性の頭痛患者
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時には原則として当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。

②医学管理等 在宅療養指導管理料

医学管理等、在宅療養指導管理料

- 項目ごとに、具体的な算定要件が定められている。
- 医学的管理や療養指導を適切に行った上で、算定要件として定められた指導の内容の要点等を診療録に記載したり、添付が求められている文書については添付する必要がある。
- 保険医療機関の請求事務担当者(部門)は、保険医が算定を指示した算定項目や保険医が記載した診療録等から抽出される算定項目について、算定要件を満たしているか確認の上、診療報酬請求を行うこと。

算定要件を満たさずに算定していれば返還の対象となる

医学管理等の例

- 「B001・3」悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 「B001・10」入院栄養食事指導料
- 「B001・22」がん性疼痛緩和指導料
- 「B001・23」がん患者治療管理料
- 「B001-6」肺血栓塞栓症予防管理料
- 「B008」薬剤管理指導料
- 「B009」診療情報提供料（Ⅰ）

ほか多数

「B001・3」悪性腫瘍特異物質治療管理料

- 悪性腫瘍と確定診断がされた患者に対し、腫瘍マーカー検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定
- 診療録に添付又は記載する事項
 - ①腫瘍マーカー検査の結果
 - ②治療計画の要点
- 月1回まで
- 尿中BTAに係るもの 220点
- その他のもの 1項目で360点、2項目以上で400点

「B001・10」入院栄養食事指導料1

- 厚生労働大臣が定める者に対して、**管理栄養士が医師の指示**に基づき、具体的な献立等によって、初回は**概ね30分以上**、2回目は**概ね20分以上**、栄養指導を行った場合に算定。
- 診療録等に記載する事項
管理栄養士は栄養指導記録を作成し、指導内容の要点及び指導時間を記載
- 入院中2回まで 初回260点、2回目200点
(ただし、1週間に1回を限度)

「B001・22」がん性疼痛緩和指導料

- がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、麻薬を処方した日に算定する。
 - 緩和ケアの経験を有する医師が指導管理を行った場合に算定する。
 - 麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を**診療録**に記載する。
- 月1回まで 200点

「B001・23」がん患者指導管理料イ

- 悪性腫瘍と診断された患者に対して、十分配慮された環境で、**がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師**が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定
- 診療録等に記載する事項
 - 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載**
- 患者1人につき1回に限り算定
- 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点

在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料は、通則に記載されている下記の点に留意する。

- 患者又は患者の看護に当たるものに対し
 - － 療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で医学管理を十分に行う。
 - － 在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行う。
 - － 必要かつ十分な量の衛生材料、保険医療材料を支給する。

- 診療録に記載する事項
 - ① 当該在宅療養を指示した根拠
 - ② 指示事項(方法、注意点、緊急時の措置を含む)
 - ③ 指導の内容の要点

往診料に関する留意点

- 患者を**定期的に訪問**して診療を行った場合に、算定するのは在宅患者訪問診療料であり、**往診料ではない**。
- 往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し、電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、**定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない**。

③検査・画像診断

検査・画像診断のポイント

- 個々の患者の状況に応じ検査項目を選択し段階を踏んで必要最少限の回数で行う。
- いわゆる「セット検査」は問題となりやすい。
- 検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載する。
- 算定要件が規定されている検査項目に注意。

尿沈渣(鏡検法) 衛生検査所等に委託する場合であって4時間以内に
検査が行われ速やかに報告があった場合は算定できる。

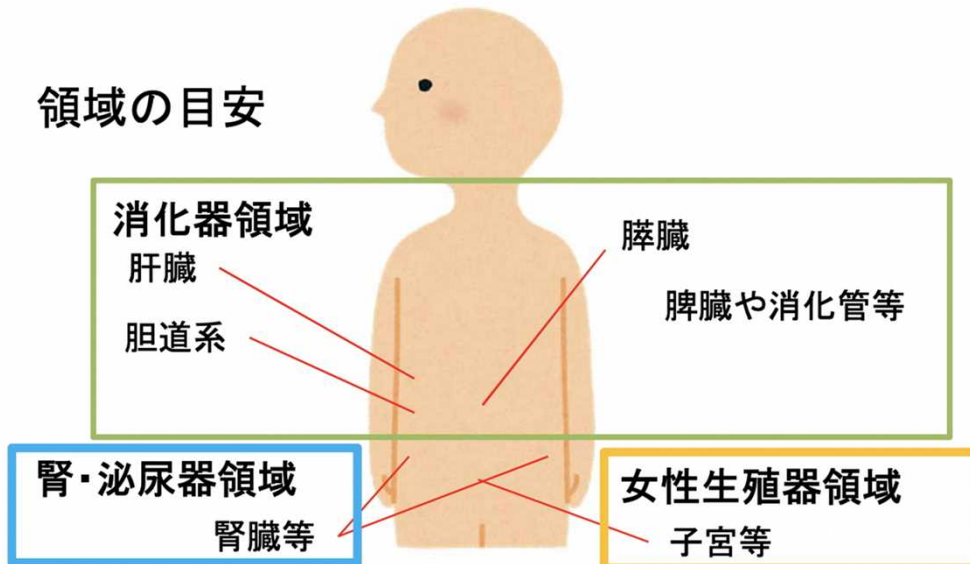
不適切な請求の例

- ✓ オーダーして採血したが、**検体量が少なく検査できなかった検査の点数**を請求
- ✓ 健康診断又は研究を目的とした検査を保険請求
(例)論文のデータを集めるために診療に必要なの無い検査項目を測定する。
- ✓ 検査結果の記載等を怠り、算定要件を満たしていないにもかかわらず算定
(例)呼吸心拍監視(心電図モニター)を、観察結果の要点を診療録に記載していないにもかかわらず算定。

超音波検査

- 当該検査で得られた主な所見を**診療録**に記載する又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載する。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について**医師が確認した旨を診療録に記載する。**
- 検査で得られた**画像を診療録に添付**する。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付する。
- 胸腹部を検査した場合、領域についてレセプトの摘要欄に該当項目を記載する。

領域の目安



- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等
- カ その他

④投薬・注射

投薬・注射のポイント

- 原則、薬価基準に記載されている医薬品を、医薬品医療機器等法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)の範囲内で使用した場合に保険適用となる。
- 経口と注射の両方が選択可能な場合は、経口投与を第一選択とする。
- 抗菌薬等は、抗菌スペクトラムを十分に考慮し、適宜薬剤感受性検査を行い、漫然と投与することのないよう注意する。

不適切な投与例①

適応外投与の例

- 「胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期」に適応があるテプレノン、レバミピドを、それ以外の単なる慢性胃炎の患者に対して投与
- 「全身麻酔の導入・維持」に適応があるプロポフォール注を睡眠導入目的で投与

用法外投与の例

- 筋注、静注の用法しかないブプレノルフィンを、硬膜外に投与

不適切な投与例②

禁忌投与の例

- スピロラクトンを高カリウム血症の患者に投与
- 静注用脂肪乳剤を、血栓症の患者やケトーシスのある糖尿病の患者に投与

長期漫然投与の例

- メコバラミンを月余にわたり漫然と投与
- エパルレスタットを漫然と投与(12週以上)

後発医薬品の使用の推進

- 後発医薬品の使用を一層促進（療養担当規則第20条）
- 保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担軽減

→ 一般名処方の推進

- 後発品のある全ての医薬品を一般名で記載した処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき7点、1品目でも一般名処方が含まれている場合は5点を加算する。

⑤手術・先進医療

点数表にない手術

- ✓ 「特殊な療法、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」

(療養担当規則第18条)

「厚生労働大臣が定めるもの」の例：先進医療、治験に用いる療法

- ✓ 特殊な手術の手術料は、保険医の判断で勝手に準用せず、医療機関の医事部門を通じて地方厚生(支)局へ照会すること。
 - 点数表にあっても、手技が従来の手技と著しく異なる場合
 - 従来、一般的に開胸又は開腹で行われていた手術を内視鏡下で行った場合 等

※ 保険適用の腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いた場合、当局から準用が通知されたもの以外については、手術を含む診療全体が保険適用とならない。胸腔鏡下手術も同様。

先進医療とは

- 未だ保険診療に至らない先進的な医療技術について**保険診療との併用を認める**制度。
- 医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、該当する保険医療機関は**届出により保険診療との併用ができる**。
※先進医療Bは先進医療技術審査部会の承認が必要
- 令和3年3月1日現在で81種類の先進医療について、当該技術の施設の要件が設定されている。

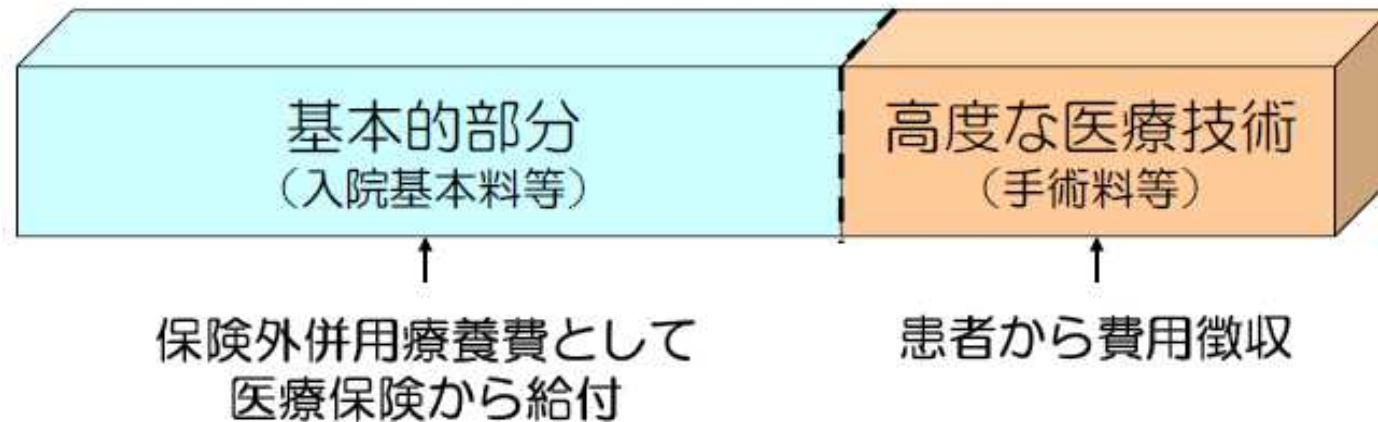
先進医療の例

重粒子線治療

LDLアフェシス療法 等

※ 「患者申出療養」創設(平成28年度)

先進医療の費用負担



【注意】

保険診療に含まれず、先進医療としても届けられていない医療技術を用いた場合、**当該疾患に関わる一連の診療が保険の保険適用外**となる。



一連の診療で発生する経費の全額を、患者か医療機関が負担することになる。

[9] DPC/PDPSについて

DPC/PDPSにおける診療報酬の構成

診療報酬

=

包括評価部分

+

出来高部分

(例)

- ・入院基本料
 - ・画像診断
 - ・投薬・注射
 - ・検査(心カテ、内視鏡、生検等以外)
 - ・処置(腹膜灌流、カウンターショック等以外)
- 等

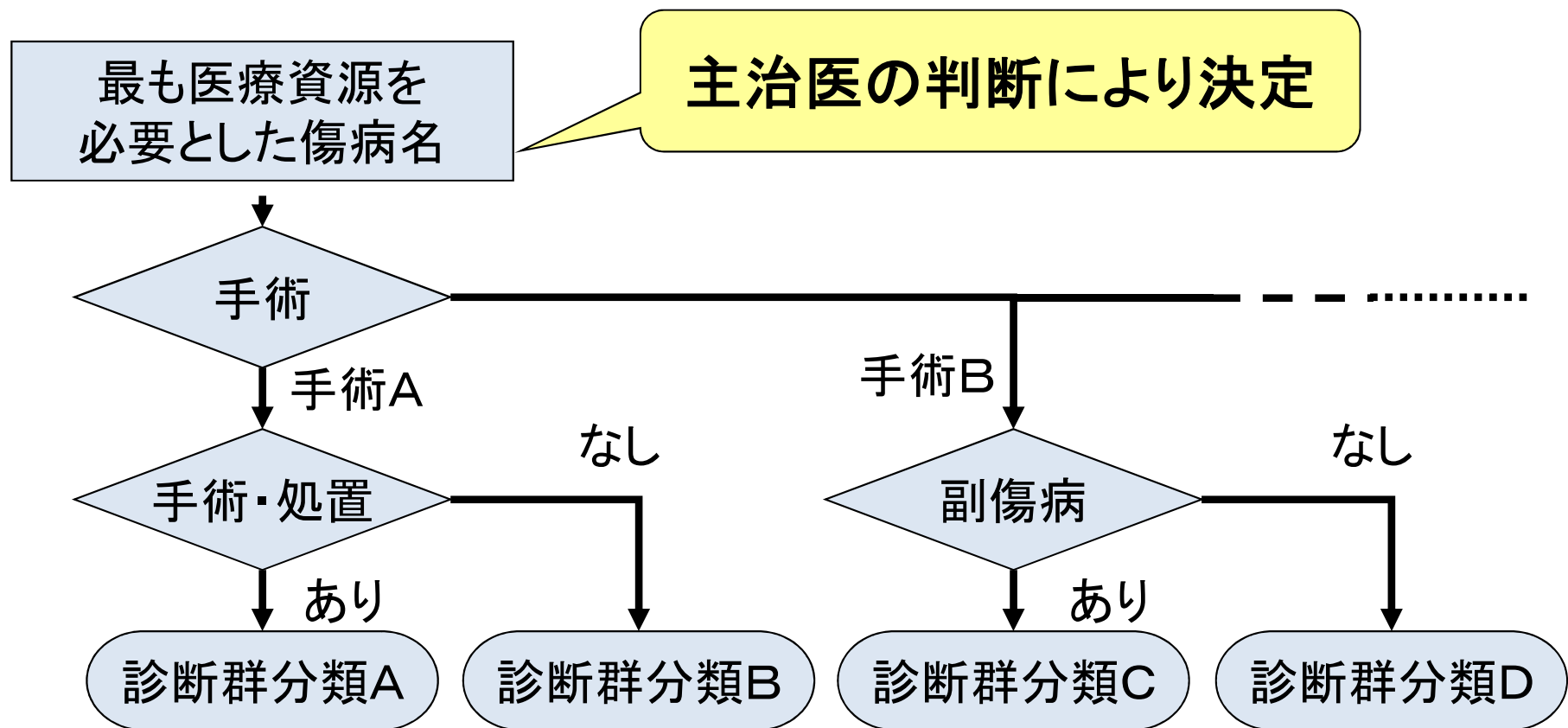
(例)

- ・医学管理料
 - ・手術料・麻酔料
 - ・リハビリテーション
 - ・検査(心カテ、内視鏡、生検等)
 - ・処置(腹膜灌流、カウンターショック等)
 - ・病理診断・判断料
- 等

※ 上記の例示は、大まかなイメージ。例外の算定項目があるので留意のこと。
例えば、E 画像診断において、画像診断管理加算は出来高算定。

診断群分類の決定の流れ

- ① ICD分類に基づく傷病名により分類
- ② 診療行為(手術、処置等)により分類



「傷病名」の決定

- 診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」=
「入院期間全体を通して、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」により決定される。
- 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。
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

不適切な診断群分類の決定例

- 診断群分類を決定する際に、医療資源を最も投入した傷病名からではなく、包括評価による点数が最も高い診断群を選択した。
- 退院時処方の際、医薬品医療機器等法上の承認外で使用したので、「レセプト病名」をつけたら「副傷病名あり」となった。

その他の注意点①

(1)退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合で、以下のケースに該当するものについては、当該入院は前回入院と一連の入院とみなす。(悪性腫瘍に対する予定化学療法目的は除く。)

- 前回入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一のもの
- 再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類番号の上6桁が前回の入院と同一の場合
- 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」が分類不能コードである場合
- 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合

その他の注意点②

- (2)入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院で入院中に処方することが原則。当該入院の契機となる傷病の治療のために処方された薬剤を患者に持参させ、入院中に使用することは、特別な理由がない限り認められない。特別な理由を診療録に記載すること。
- (3)入院中に包括算定から出来高算定に変更された患者の場合（又は、その逆の場合）、退院時の請求方法で必要な請求を行う。

[10] 医療保険と介護保険 との関係について

医療保険と介護保険の給付調整

- 要介護被保険者等については、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。
- ただし、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こととされており、これを**医療保険と介護保険の給付調整**という。

介護保険施設の入所者に係る給付調整

- 介護保険施設（介護保険法）には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、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）、介護医療院の4種類がある。
- これらの施設には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範囲が各々異なる。

診療報酬請求における留意点

- ◆ 保険医と保険医療機関は、診療報酬のルールをよく理解し、**勝手な解釈に基づいて請求しない**。
- ◆ 分からない場合は**診療報酬点数表を確認**する。
それでも分からなければ**厚生局に問い合わせる**。
- ◆ 厚生局が実施する**説明会や指導に出席**する。

今後とも保険診療の適正な運用にご協力いただきますようお願いいたします。