

令和6年度 集团的個別指導（医科）

厚生労働省

北海道厚生局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

留意点

本資料は令和6年度 診療報酬改定に基づいて作成している。

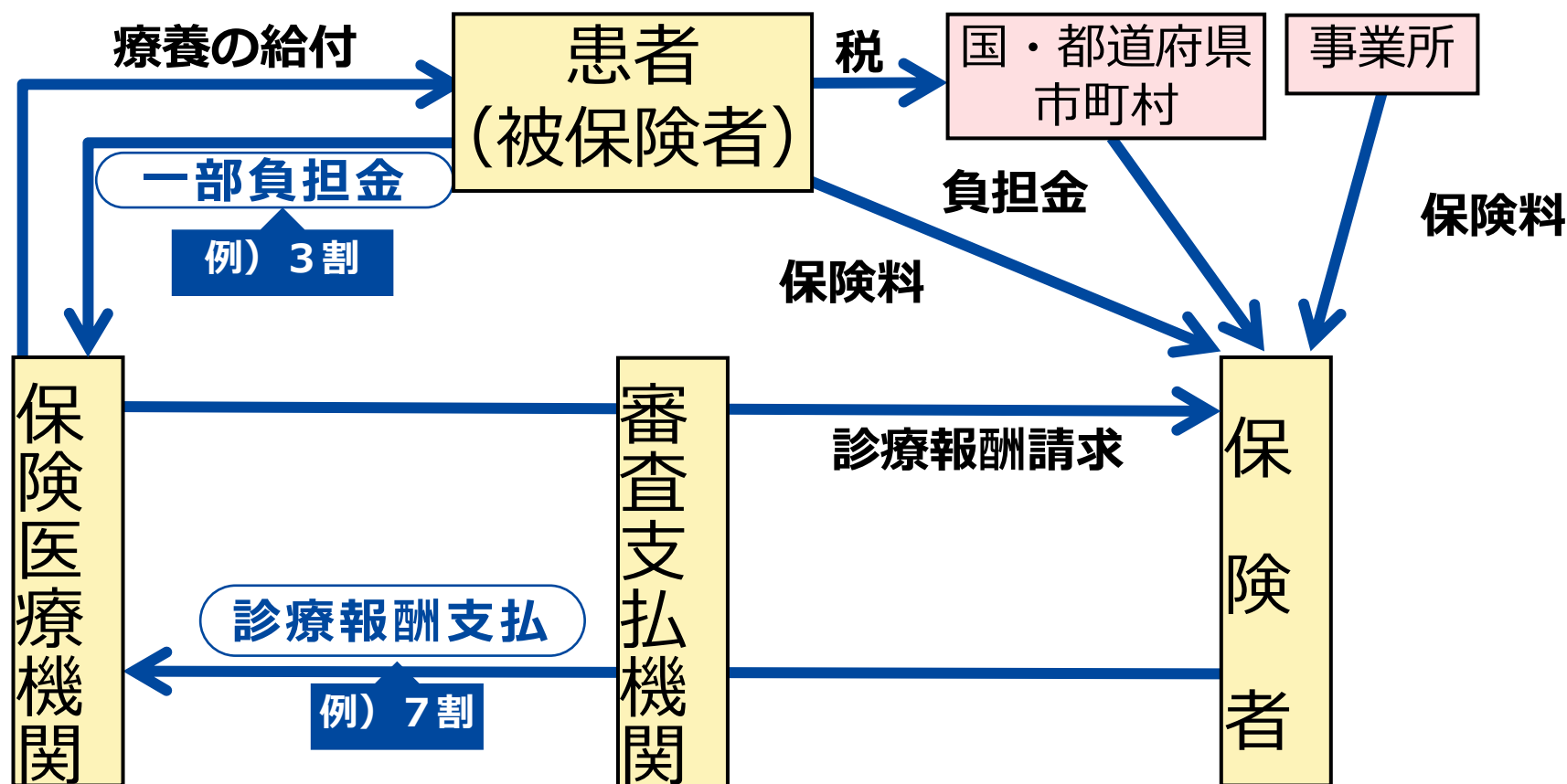
疑義解釈等が随時発出されるため、算定に当たってはその時点での要件等を確認して請求を行うこと。

1. 保険診療の仕組み

2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
4. 医科診療報酬点数表の解釈
5. DPC/PDPSについて
6. 医療保険と介護保険との関係について
7. 指導・監査等について
8. 最後に

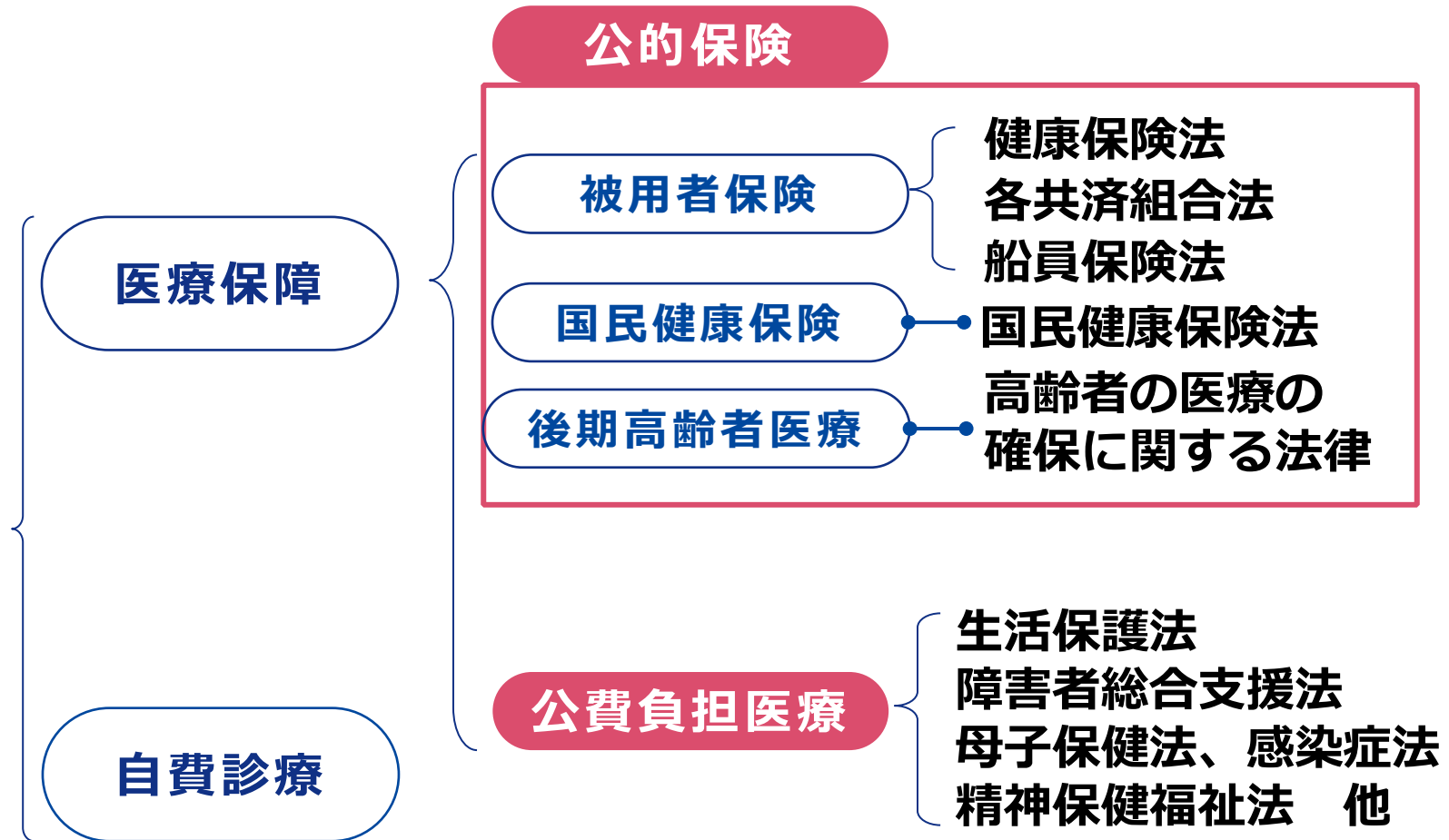
療養の給付・費用の負担の流れ

医療費の大部分は保険に基づく



医療費の給付の仕組み

医療保険各法により、医療保険制度を構成



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
によって成り立っている。
- **保険医療機関の指定**は、指定を希望する医療機関が、
保険医の登録は、登録を希望する医師が、
医療保険各法等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。

健康保険法

目的（第1条）

疾病、負傷等に関して**保険給付**を行い、**国民の生活の安定と福祉の向上**に寄与することを目的とする。

基本的理念（第2条）

健康保険制度については、**医療保険制度の基本**をなすものである（中略）
医療保険の運営の効率化、
給付の内容及び費用の負担の適正化
並びに国民が受ける医療の質の向上
を総合的に図りつつ、実施されなければならない。

保険診療に係わる各法令

医師法



医療法



薬剤師法



保健師助産師
看護師法



医薬品
医療機器等法



健康保険法

療養担当規則（省令）



保険診療

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17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64条)

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)
→ 保険医であることが必須である。
- 医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録する。 (同法第71条)
→ 自らの意思で保険医となる。
- 保険医は「厚生労働省令」で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。 (同法第72条)
→ 保険医は保険診療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。 (同法第73条)
→ 指導を受ける義務がある。

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1条の5)

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63条)

保険医療機関

保険医療機関の指定

- 病院若しく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。
(健康保険法第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。
(同法第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。
(同法第76条)

保険診療として診療報酬が支払われるには

- 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
- 『 **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
- 保険医療機関が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。

わが国の保険医療制度の特徴

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

自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

1. 保険診療の仕組み

2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について

3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について

4. 医科診療報酬点数表の解釈

5. DPC/PDPSについて

6. 医療保険と介護保険との関係について

7. 指導・監査等について

8. 最後に

医師法

医師免許の取り消し、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与えないことがある。

- 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し、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、厚生労働大臣は、次に掲げる処分をすることができる。

- 一 戒告
- 二 **三年以内の医業の停止**
- 三 **免許の取消し**

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、正当な理由がなければ、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、死産証書の**交付の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。**

処方箋の交付義務（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箋を交付しなければならない。**（後略）

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）

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。
- 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。）

入院診療計画書の作成（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。

記載が必要な事項（抜粋）

- 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 等

保険診療における使用医薬品

療養担当規則 第19条（使用医薬品及び歯科材料）

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。

- 「厚生労働大臣が定める医薬品」 ⇒ 薬価基準に記載されている医薬品
- 医薬品が薬価収載されるためには、医薬品医療機器等法に基づいて薬事承認を受ける必要

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)


医薬品医療機器等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

医薬品等の製造販売の承認 (同法第14条関係)

医薬品の製造販売をしようとする者は、当該医薬品の名称、成分、分量、用法、用量、効能、効果、副作用その他の品質、有効性及び安全性に関する事項の審査を受け、厚生労働大臣の承認を受ける必要がある。

注意事項等情報の公表 (同法第68条の2 関係)

医薬品に関する最新の論文その他により得られた知見に基づき、注意事項等情報(用法、用量その他使用及び取扱い上の必要な注意 等)について公表しなければならない。



医薬品は添付文書とともに同法で審査及び承認されている。
最新の添付文書を確認及び遵守することが求められる。

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
- 3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について**
4. 医科診療報酬点数表の解釈
5. DPC／PDPSについて
6. 医療保険と介護保険との関係について
7. 指導・監査等について
8. 最後に

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

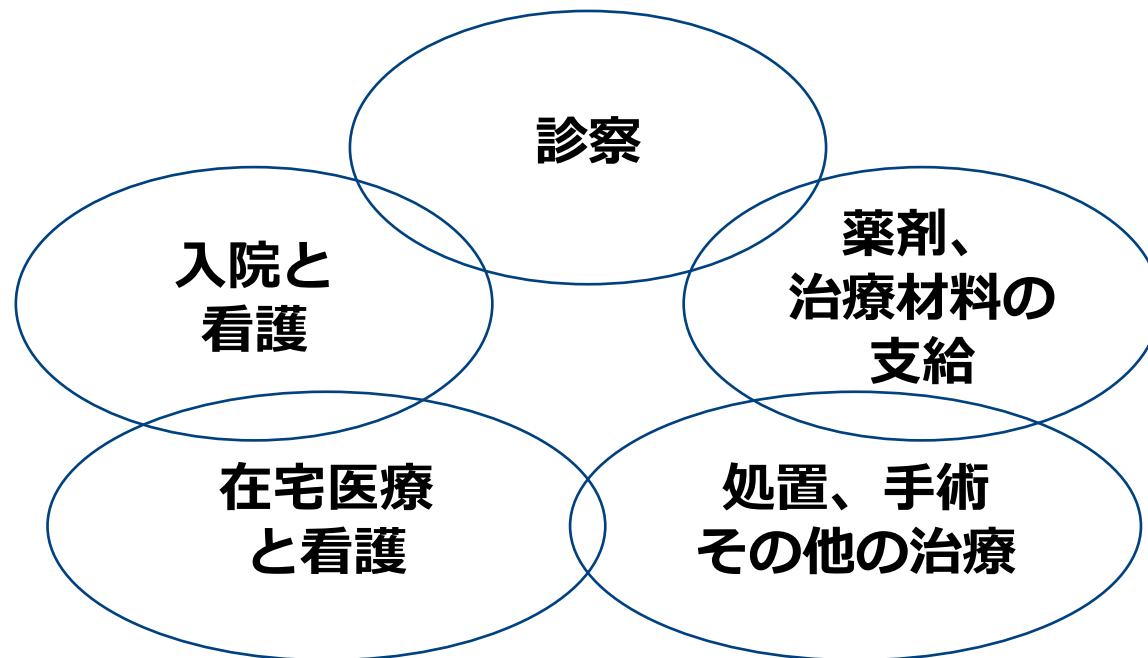
第2章 保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等



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

療養担当規則

療養の給付の担当の範囲（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

療養担当規則

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）局長に対する申請、届出、療養の給付に関する費用の請求に係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場合、**急性期一般入院料2**に届出しなおさなければならない。

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、食事療養の内容及び費用に関する事項、生活療養の内容及び費用に関する事項及び評価療養、患者申出療養又は選定療養の内容及び費用に関する事項、別に厚生労働大臣が定める事項（保険外併用療養費に係る療養の基準等に規定する事項）を掲示しなければならない。
- ・ 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項を**ウェブサイト**に掲載しなければならない。

療養担当規則

受給資格の確認等（第3条）

- 保険医療機関は、患者の受給資格を確認する際、患者が**マイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならない。**
- 現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関は、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外。
- 保険医療機関（上記の例外となる保険医療機関を除く。）は、**患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるように、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。**

療養担当規則

診療報酬明細書（レセプト）の確認について

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に努めなければならない。



「請求関係は事務担当者に一任しているのでこんな請求がされているとは知らなかった。」ということがないように保険医は必要に応じてレセプトを確認するなど、自分の診療録記載等による診療の情報等が請求事務担当者に適切に伝わっているか確認する必要がある。



療養担当規則

特定の保険薬局への誘導の禁止（第2条の5、第19条の3）

- 保険医療機関は、処方箋の交付に関し、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。**
- 保険医は、処方箋の交付に関し、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。**

処方箋の交付（第23条）

- 保険医は、処方箋を交付する場合には、処方箋に**必要な事項**（医薬品名、分量、用法及び用量等。医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、その旨及び署名等。）【※患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、その旨等（※2024年10月から施行）】**を記載しなければならない。**
- 保険医は、**リフィル処方箋**を交付する場合には、処方箋にその旨及び使用回数の上限を記載しなければならない。
- 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の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。

「リフィル処方」について

- 症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられた。
- 保険医療機関内の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」の欄にレ点を記入する。
- リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回まで。1回当たりの投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- 療担規則20条2項において、投薬量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- 処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要がある。また、リフィル処方により2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要がある。

リフィル可 (回)

療養担当規則

経済上の利益の提供による誘引の禁止（第2条の4の2）

保険医療機関は、

- 患者に対して、受領する費用の額に応じて収益業務に係る**物品の対価の値引き**等、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**自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。**
- 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**する等、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、**自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。**

療養担当規則

診療の具体的方針（第20条） 診察、手術及び処置、リハビリテーション、入院

- 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。

療養担当規則

診療の具体的方針（第20条）投薬、注射

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

療養担当規則

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(新しい医療材料含む)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。

(特殊療法等の禁止の例外として、厚生労働大臣の定めるもの)
評価療養 及び 患者申出療養

※**評価療養又は患者申出療養の届出がない**場合は、一連の診療は保険請求できず、すべて**自由診療**となる。

診療の具体的方針（研究的検査の禁止）（第20条）

保険医は、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。

(例外) 保険外併用療養費制度を用いた治験に係る検査

療養担当規則

診療の一般的方針（第12条）

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。

診療の具体的方針（健康診断の禁止）（第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。

療養担当規則

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**、所定の様式の**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）（再掲）

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。

- 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。
 - 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。

傷病名

- 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。
 - 疑い病名について、病名が確定次第に確定病名を記載し、転帰を「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

レセプトに記載する傷病名

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

「**レセプト病名**」の例

- ST合剤 : 「慢性尿路感染症」「ニューモシスチス肺炎」
- 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」

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。

医療情報システム（電子カルテ等）の注意点

平成16年に成立したe-文書法により、法令等で定められた書面は電子的に取扱うことが可能となった。医療情報の電子化においては「[医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版](#)」に準拠することが求められており、その中で医療情報の電子保存においては**3つの基準と各基準ごとに「最低限守るべきガイドライン」**が示されている。

真正性

虚偽入力、書き換え、消去及び混同を避ける。記録作成の責任の所在の明確化。

→ 入力者・確定者の識別・認証（二要素認証、パスワードの条件、離席時のクリアスクリーン）、更新履歴の保存、代行入力の承認機能 等。

見読性

書面の内容が肉眼で容易に見読可能、直ちに書面で準備できる。

→ 情報の所在の日常的な管理、見読化手段の管理 等。

保存性

定められた期間保たれていること。

→ ウイルス等による情報の破壊の防止、記録媒体及び記録機器の保管及び取扱いについて運用管理規定を作成すること 等。

医療情報システム（電子カルテ等）の留意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0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。

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
- 4. 医科診療報酬点数表の解釈**
5. DPC／PDPSについて
6. 医療保険と介護保険との関係について
7. 指導・監査等について
8. 最後に

4. 医科診療報酬点数表の解釈

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。

(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**

- 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。)

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が、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）は算定できない。

情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定。

- 診療録に**診療の内容、診療日および、診療時間等の要点**を記載。
- 原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。
- 以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 「かかりつけの医師」がいる場合、当該医師の所属医療機関名
 - イ 「かかりつけの医師」がいない場合、対面診療ができない理由、適切な紹介先医療機関名、紹介方法・患者の同意
- 当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを**診療録及び診療報酬明細書の摘要欄**に記載すること。
- 予約に基づく診察による、特別の料金の徴収はできない。
- 情報通信機器の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等として、別途徴収できる。

「A000」注12 機能強化加算 【初診料】

外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する加算

- 施設基準の届出を行った**診療所**又は**許可病床数が200床未満の病院**において**初診料**を算定する場合に加算することができる。
- かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、以下の対応を行うとともに、院内及び**ホームページ等**に当該内容を**掲示し**、必要に応じ患者に対して説明すること。
 - 患者が受診している**他の医療機関・処方されている医薬品**を把握し、必要な管理を行うとともに、**診療録に記載する**。
 - **専門医師又は専門医療機関への紹介**を行う。
 - 健康診断の結果等の**健康管理に係る相談に応じる**。
 - **保健・福祉サービスに関する相談に応じる**。
 - 診療時間外を含む、**緊急時の対応方法等に係る情報提供を行う**。

「A001」注8 外来管理加算 【再診料】

外来管理加算は、**診療所**と許可病床のうち**一般病床が200床未満の病院**の再診外来において、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場合の**再診料**に対する加算。

- 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は**丁寧な問診**と**詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）**を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

[提供される診療内容の事例]

1. 問診し、患者の訴えを総括する。
 2. 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
 3. これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。
 4. 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。
- 診察に当たっては、上記に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、**患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。**

第1章第2部入院料等

- 以下の7つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める基準に適合していない場合、**入院基本料が算定できない**。
 - ① **入院診療計画**に関する基準
 - ② **院内感染防止対策**に関する基準
 - ③ **医療安全管理体制**に関する基準
 - ④ **褥瘡対策**に関する基準
 - ⑤ **栄養管理体制**に関する基準
 - ⑥ **意思決定支援**に関する基準
 - ⑦ **身体的拘束最小化**に関する基準

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について 別添1

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り**入院基本料**（中略）、**特定入院料**又は**短期滞在手術等基本料3**の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

入院基本料の基準

①入院診療計画 入院診療計画書について

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 院 _____

平成 年 月 日

| | |
|------------------------------------|----------------|
| 病棟 (病室) | |
| 主治医以外の担当者名 | |
| 在宅復帰支援担当者名 * | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 症状 | |
| 治療計画 | |
| 検査内容及び日程 | |
| 手術内容及び日程 | |
| 推定される入院期間 | |
| 特別な栄養管理の必要性 | 有 ・ 無 (どちらかに○) |
| その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画 | |
| 在宅復帰支援計画 * | |
| 総合的な機能評価 ◇ | |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

医師、看護師、その他必要に応じ**関係職種が共同して総合的な診療計画を策定**し、患者に対し、文書により、病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、**入院後7日以内に説明**を行う。

- 入院診療計画書は必ず患者・家族等に交付するとともに、**写しを診療録に添付**する。
- 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、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。
- なお、用いる入院診療計画書は、別紙2に示されている全ての項目が必要である。

「特別な栄養管理の必要性」の有無については必ず記載する。

入院基本料の基準

②院内感染防止対策

- **院内感染対策委員会**を月1回程度、定期的に開催
- **感染情報レポート**を週1回程度作成 等

③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

入院基本料の基準

④褥瘡対策

- 褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員により構成される、**褥瘡対策チーム**の設置
- 日常生活の自立度が低い入院患者に対する褥瘡に関する危険因子の評価
- 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、上記の専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価
- 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、**必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載**

入院基本料の基準

⑤ 栄養管理体制

- 保険医療機関内に**常勤の管理栄養士**を1名以上配置（病院である場合）
 - 多職種が共同して**栄養管理手順**（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価 等）を作成
 - 入院時に患者の栄養状態を**医師、看護職員、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**
 - 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について**多職種が共同して、栄養管理計画**を作成
 - 栄養管理計画に基づいた**栄養管理**
 - 栄養状態を**定期的に評価**し、必要に応じて**計画を見直し** 等
-
- 食事は**医療の一環**として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

入院時食事療養(Ⅰ)について

- 医師、管理栄養士又は栄養士による**検食が毎食**行われ、その**所見が検食簿に記入**されていること。
- 患者の病状等により、特別食を必要とする患者については、**医師の発行する食事箋**に基づき**適切な特別食が提供**されていること。
- 適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で**患者に夕食が配膳される時間**が、原則として**午後6時以降**とする。
- 医師の指示の下、**医療の一環として、患者に十分な栄養指導を行う**こと。

入院時食事療養(Ⅰ)のポイント

検食簿の記入



午後6時以降
に配膳



医師の特別食の食事
箋



栄養指導



特別食加算について

- 特別食加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、**患者の病状等に対応して医師の発行する食事箋に基づき**、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」の第2号に示された**特別食**が提供された場合に、1食単位で1日3食を限度として算定する。
- **流動食（市販されているものに限る）のみを経管栄養法により提供したときは算定しない。**
- 特別食の献立表の作成が必要。
- 加算の対象となる特別食は、**疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて**提供される患者の年齢、病状等に対応した**治療食、無菌食及び特別な場合の検査食**である。治療乳を除く**乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食**等そして単なる**流動食及び軟食**は**除かれる**。
- 薬物療法や食事療法等により、血液検査等の数値が改善された場合でも、**医師が疾病治療の直接手段として特別食に係る食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定することができる。**

特別食加算のポイント

医師の特別食の食事箋



流動食のみを経管栄養法により提供した場合は算定不可



数値改善後も必要があれば算定可



入院基本料の基準

⑥意思決定支援

- 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な**意思決定支援に関する指針**を作成

⑦身体的拘束最小化

- 患者または他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、**身体的拘束を行ってはならない**
- 身体的拘束最小化チームの設置 等**

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

- 病棟において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、**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。
- **夜勤は常時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時間以下**（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、夜勤時間数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。**
- 入院基本料にかかる誤請求は、**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50人/日の病院で、1日あたり200点の入院基本料を過剰に算定していた場合、年間3,650万円の過剰請求となる。

過去の事故事例

1. 事案の概要

- 一般病棟入院基本料等の施設基準を満たしていないにもかかわらず、実態と異なる届出を行うことにより、診療報酬を不正・不当に請求していた。

2. 端緒

- 匿名の者から、**病棟看護師が不足**しており、勤務表、タイムカード、看護要員の勤務状況等の管理に関する記録等を**作り替えていた**旨の**情報提供**があった。

3. 主な事故内容

- 一般病棟入院基本料（13対1）、療養病棟入院基本料1及び回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準等を満たしていないにもかかわらず満たしているとして、実際の勤務実態とは異なる勤務時間等を記載した届出を行い、当該届出に基づき診療報酬を不正に請求していた（その他の請求）。

4. 不正不当請求額

- 不正請求： 950件 1億5千万円

5. 措置

- **保険医療機関**：指定取消
- **保険医**：措置無し

「A204-2」臨床研修病院入院診療加算

- **研修医の診療録**の記載に係る指導及び確認は、**速やかに行うこととし**、診療録には指導の内容が分かるように**指導医自らが記載を行い、署名**をする。

「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

急性期医療におけるADLが低下しないよう、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進するために、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーション含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を設けた。

- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内**にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係わる**計画を作成**すること。
- 患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る**計画を作成した日から14日**を限度に算定できる。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的**に開催されていること。
- 当該病棟に**専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置**されていること。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置**されていること。

「A400」 短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日以内の入院による**手術、検査及び放射線治療**）を行うための環境及び当該**手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの**であり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

- **手術室を使用**している（別に規定する場合を除く）。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合には、**内視鏡室を使用してもよい**。
- 手術等の実施前に十分な説明を行った上で、**「別紙様式8」を参考にした様式を用いて患者の同意を得る**。
- **退院翌日に患者の状態を確認**する等、十分なフォローアップを行う。
- **退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること**（短期滞在手術等基本料3を除く。）。

「A400」短期滞在手術等基本料を算定する際の 同意書の記載事項について

(別紙様式8)

短期滞在手術等同意書

(患者氏名) _____ 殿

令和 年 月 日

| | |
|-------------------------|--|
| 病 名 | |
| 症 状 | |
| 治 療 計 画 | |
| 手術内容及び日程 | |
| 手術等後に起こりうる 症状とその際の対処 | |

(主治医氏名) _____ 印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術等を受けることに同意します。

(患者氏名) _____ 印

「A400」短期滞在手術等基本料 1 の施設基準の概要

短期滞在手術等基本料 1

| | |
|-----------|--|
| 看護体制・回復室等 | 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。 |
| 麻酔科医 | 短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 |
| 緊急時の体制 | 手術を行う場合にあっては、当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 |
| 患者からの同意 | 術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式 8 を参考として同意を得ること。 |

4. 医科診療報酬点数表の解釈

② 特掲診療料
医学管理等
在宅医療

医学管理等、在宅医療

- 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診療録への指導内容の要点等の記載や添付が求められている文書の添付を実施する必要がある。
- 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た場合、返還の対象となる

「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する。

診療録等に記載する事項

- 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

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、指導時間及び指導した年月日を記載する。**

「B001・22」がん性疼痛緩和指導管理料

- 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。

診療録等に記載する事項

- **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。

「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、患者の心理状態に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する。

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**する。

診療情報提供書の作成費用の類型

B009 診療情報提供料 (I) B010 診療情報提供料 (II)

- 【 B009 診療情報提供料 (I) 】 診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、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、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 【 B010 診療情報提供料 (II) 】 : セカンドオピニオンを得るために患者が持参する紹介状の作成、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B011 連携強化診療情報提供料

- 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

地域の診療所等



患者を紹介

紹介受診重点医療機関



診療状況を提供

連携強化診療情報提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

特掲診療料第2部 在宅医療

在宅患者診療・指導料

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料
- C002 在宅時医学総合管理料
- C002-2 施設入居時等医学総合管理料

等

在宅療養指導管理料

- C101 在宅自己注射指導管理料
- C103 在宅酸素療法指導管理料
- C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

等

「C000」 往診料に関する留意点

- 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**。
- 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。

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

4. 医科診療報酬点数表の解釈

③ 検査・画像診断

検査・画像診断のポイント

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。

- 個々の患者の状況に応じ検査項目を選択し、必要最小限の回数で行う。
- 個別の検査の必要性を検討せずに医療機関や診療科等が事前に取り決めた検査の組み合わせ、いわゆる「セット検査」は実施する検査項目の中に実施の必要性の低い検査が含まれていたり、連日検査する必要のない項目が含まれる場合があり十分注意する必要がある。
- 結果が治療に全く反映されない検査は実施しないこと。
- 算定要件が規定されている検査項目には、算定要件への該当性についてよく検討すること。

段階を踏んで実施する必要がある検査

実施する前に他の検査を行なっていることなどが算定要件となっている検査がある。

「D023-2」 その他の微生物学的検査

「5」 クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出

- ・ 2歳以上の入院患者であること

【算定要件】

- ・ D012 「12」 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性にて**抗原陽性**及び**トキシン陰性**並びに**上記を診療録に記載** が必要
- ・ Bristol Stool Scale 5以上の下痢症状
- ・ 24時間以内に3回以上、又は平常時より多い便回数

施設基準

検体検査管理加算（Ⅱ）～（Ⅳ）のいずれかの施設基準を満たしていること。

- ・ 院内検査
- ・ 臨床検査を担当する常勤の医師の配置

A 234-2 感染対策向上加算1の施設基準を満たしていること。 等

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無い検査項目を測定する。

- 検査結果の記載等をせず、**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）に係る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した。

「D215」 超音波検査

- 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。

- 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること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こと。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こと。
- 検査で得られた画像を診療録に添付すること。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こと。

- 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

超音波検査のポイント



- ✓ 所見を診療録に記載
又は
実施者が記載した文書を診療録に添付
(医師が確認した旨を診療録に記載)



- ✓ 画像を診療録に添付



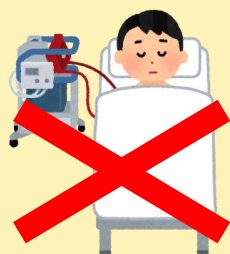
動脈血液採取について

- 人工腎臓、人工心肺等の回路から動脈血採取を行った場合の採血料は算定できない。

透析回路
から採取



人工心肺回路
から採取



観血的動脈圧測定回路
から採取



4. 医科診療報酬点数表の解釈

④ 投薬・注射

不適切な投与例

適応外投与の例

- ゾニサミドを有効成分とする医薬品のうち、てんかんを効能・効果とするものをパーキンソン病治療薬として投与
- 胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往歴がない患者に対するキャブピリン配合錠の投与
- RANKL阻害剤が投与されていない患者へのデノタスチュアブル配合錠の投与

用法外投与の例

- 腹腔内投与の用法がない**抗がん剤**を、**腹腔内散布**
- 注射用**抗菌薬**による**術野洗浄**
- アムロジピン錠の**1日2回**投与

不適切な投与例

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**の12週を超えた長期漫然投与

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

- 一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、一般名処方による処方箋を交付した場合、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1（10点）を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2（8点）を、処方箋の交付1回につき加算する。

4. 医科診療報酬点数表の解釈

⑤ リハビリテーション

リハビリテーションの記載・添付要件

- リハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の**機能訓練の内容の要点**及び**実施時刻（開始時刻と終了時刻）**の記録を診療録等へ記載する。
- リハビリテーション実施計画書を原則として**7日以内、遅くとも14日以内**に作成する。
- リハビリテーション実施計画書の**作成時及びその後3か月に1回以上**（特段の定めのある場合を除く）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の**内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付する。

4. 医科診療報酬点数表の解釈

⑥ 処置・手術

「J038」人工腎臓

【 慢性維持透析を行った場合 1・2・3 】

- イ 4時間未満の場合
- ロ 4時間以上5時間未満の場合
- ハ 5時間以上の場合

【 留意事項通知 】

人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を**人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点**として、人工腎臓用特定保険医療材料から**血液を生体に返却し終えたときまで**とする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。

人工腎臓の時間等については、患者に対し**十分な説明を行った上で**、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を**診療録等に記載すること**。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。

特定保険医療材料について

- 算定要件に「**24時間以上体内留置した場合に算定できる**」とされているものがある。

24時間以上体内留置が算定要件となっている特定保険医療材料の一例

- 套管針カテーテル
- 栄養カテーテル
- 気管内チューブ
- 胃管カテーテル
- 吸引留置カテーテル
- イレウス用ロングチューブ
- 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料
- 胆道ステントセット
- 尿管ステントセット
- 尿道ステント
- 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル



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」の例として先進医療、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当局へ照会すること。
 - 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。

4. 医科診療報酬点数表の解釈

**その他. 保険外併用療養
(先進医療、患者申出療養)**

先進医療

先進医療

- 保険収載されてい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6年3月1日時点で78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
 - 子宮内細菌叢検査等の一部の不妊治療
 - 血中循環腫瘍DNAを用いた微小残存病変量の測定 等

患者申出療養制度

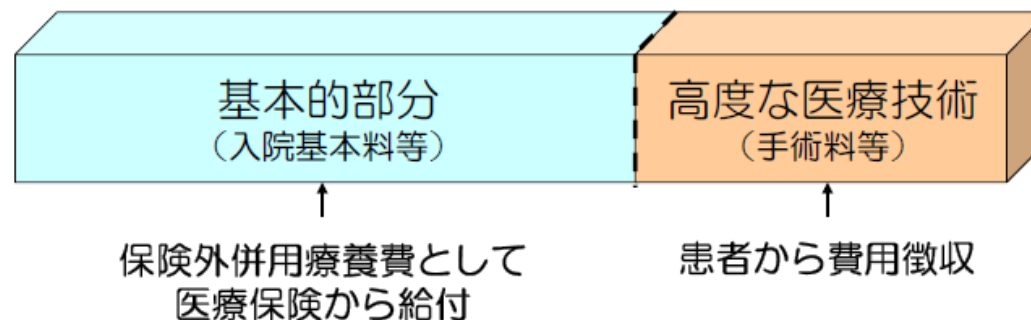
患者申出療養

- 未承認薬等を迅速に保険外併用療養として使用したいという、困難な病気と闘う患者さんの思いに応えるため、患者さんからの申出を起点とし、安全性・有効性等を確認しつつ、できる限り身近な医療機関で受けられるようにする制度。
- **届出により保険診療との併用ができる。**
- 患者さんから主治医への申出が起点となる。
- 主治医が大学病院と連携し、各種情報を収集し、治療方法が適しており、患者希望の医療機関に通院可能で、希望の医療機関と協力医療機関が参加可能なら患者申出療養に参加できる。

先進医療と患者申出療養の違い

- 先進医療：医療機関が起点となり、先進的な医療を実施する。
- 患者申出療養：患者さんの申出が起点となり、未承認薬等の使用について安全性が一定程度確認された上で、身近な医療機関において実施できる。

保険外併用療養費制度の費用負担



【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。

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
4. 医科診療報酬点数表の解釈

5. DPC/PDPSについて

6. 医療保険と介護保険との関係について
7. 指導・監査等について
8. 最後に

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
- 検査（心カテ、内視鏡、生検等以外）
- 画像診断
- 投薬・注射
- 処置（人工腎臓、腹膜灌流、カウンターショック等を除く）
等

(例)

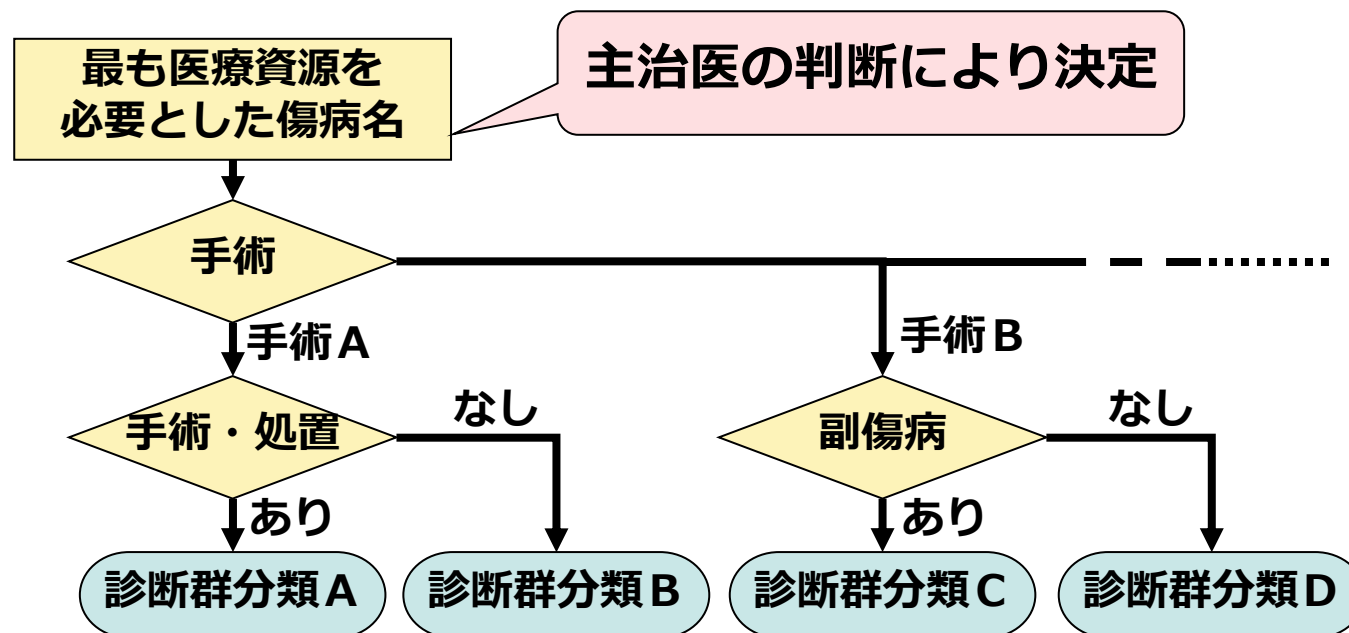
- 医学管理料
- 検査（心カテ、内視鏡、生検等）
- リハビリテーション
- 処置（人工腎臓、腹膜灌流、カウンターショック等）
- 手術料・麻酔料
- 病理診断・判断料
等

包括評価部分 = 診断群分類ごとの1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 入院日数

※ 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すること。
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-10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 入院期間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。

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分類を選択**する。
- 「医療資源病名」と実施した手術や処置との間に「**乖離**」がある。
例：医療資源病名が狭心症、実施した手術が肺悪性腫瘍手術

その他の注意点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、「180040 手術・処置等の合併症」に係るICDコードである場合

その他の注意点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。
- 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。

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
4. 医科診療報酬点数表の解釈
5. DPC／PDPSについて
- 6. 医療保険と介護保険との関係について**
7. 指導・監査等について
8. 最後に

医療保険と介護保険の給付調整

- 健康保険法では、被保険者に係る療養の給付等の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない（第55条第3項）と規定されている。
- これは、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者については、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いうことであり、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

介護保険法で規定されている介護保険施設（3種類）

- 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）
- 介護医療院

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。

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
4. 医科診療報酬点数表の解釈
5. DPC／PDPSについて
6. 医療保険と介護保険との関係について
- 7. 指導・監査等について**
8. 最後に

指導とは

「保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。」

(健康保険法 第73条)

厚生労働大臣の指導を受ける義務がある。

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」
(指導大綱)

集団的個別指導とは

保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対する指導については、健康保険法第73条等の規定に基づき実施されているが、その詳細については、指導大綱、指導大綱実施要領等に定められている。

集団的個別指導の意義

- 保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分に応じて、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等を**一定の場所に集めて講義形式等で行う指導**である。
- 教育的観点から指導を実施し、レセプト1件当たりの平均点数が高いことを認識し、保険診療に対する理解を一層深めていただくことを主眼としており、客観的な選定方法に基づいて選定するものであり、「高点数であることが即悪い」という趣旨で指導対象とするものではない。

指導対象となる保険医療機関等

- レセプト1件当たりの平均点数が次の都道府県の平均点数の一定割合を超えるもの
 - 医科病院の場合は1.1倍
 - 医科診療所等の場合は1.2倍
- かつ
- 前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね8%の範囲のものが対象となる。

集团的個別指導とは②

使用する基礎データ

- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会で管理されている保険医療機関等ごとのデータを使用する。

算出に使用するレセプトの種類

- 社会保険、国民健康保険の一般分及び後期高齢者分を使用する。

レセプト1件当たりの平均点数の算出方法

- 類型区分ごとに、保険医療機関等のレセプトの総点数をレセプトの総件数で除することにより、算出する。

集団的個別指導とは③

類型区分の内訳とそれぞれの累計区分で使用するデータ

病院：3区分、入院データ

- ① 一般病院
- ② 精神病院
- ③ 臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院

医科診療所：12区分、入院外データ

- ① 内科（下記②、③の区分に該当するものを除き、呼吸器科、消化器科（胃腸科を含む。）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科を含む。）
- ② 内科（下記③の区分に該当するものを除き、在宅療養支援診療所に係る届出を行っているもの。）
- ③ 内科（人工透析を行うもの（内科以外で、人工透析を行うものを含む。））
- ④ 精神・神経科（神経内科、心療内科を含む。）
- ⑤ 小児科
- ⑥ 外科（呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児外科、こう門科、麻酔科、形成外科、美容外科を含む。）
- ⑦ 整形外科（理学療法科、リハビリテーション科、放射線科を含む。）
- ⑧ 皮膚科
- ⑨ 泌尿器科（性病科を含む。）
- ⑩ 産婦人科（産科、婦人科を含む。）
- ⑪ 眼科
- ⑫ 耳鼻いんこう科（気管食道科を含む。）

個別指導とは

指導対象

- 診療報酬請求等に関する情報提供があった保険医療機関
- 個別指導を実施したが改善が見られない保険医療機関
- 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当（※）する保険医療機関 等

※ 高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等とは、翌年度の実績において、集団的個別指導を受けたグループ内の保険医療機関等の数の上位より概ね半数以上である保険医療機関等を指す。個別指導の実施件数は、医科、歯科及び薬局ごとの類型区分ごとに全保険医療機関等の4%程度としている。

指導方法

- 保険医療機関等を一定の場所に集める等して面接懇談方式により行う。

個別指導後の措置

- 「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」

監査とは

監査の目的

主たる関係法令

- 健康保険法 第78条
- 船員保険法 第59条で準用する健康保険法第78条
- 国民健康保険法 第45条の2
- 高齢者の医療の確保に関する法律 第72条

監査要綱

「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執ること」

不正請求

詐欺や不法行為に当たるもの

架空請求

例) 当月には受診していないのに、前月に受診した患者の被保険者証の記号・番号を使って前月と同内容の診察を行ったものとして請求した。

付増請求

例) 実際には一か月に2回しか診察していないのに、4回診察したものとして、再診料を付け増して請求した。

振替請求

例) 実際に行った創傷処置は50cm²であったにもかかわらず、500cm²以上3000cm²未満の創傷処置を行ったものとして請求した。

不当請求

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

例：

- 診療録に腫瘍マーカーの検査結果・治療計画の要点を添付又は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た。
- 専ら画像診断を担当する医師が読影していないにもかかわらず、画像診断管理加算を算定した。
- 診療録に呼吸心拍監視装置等の観察結果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た。

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）

監査要綱

- **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、保険医療機関等の指定の取消及び保険医等の登録の取消処分の対象となりうる。

監査後の措置

行政上の措置

- 保険医療機関・保険医
 - ✓ 指定・登録の取消（取消処分）
 - ✓ 戒告
 - ✓ 注意
 - ✓ 措置なし
- 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。
 - 40%の加算金が加えられることもある。
- （健康保険法第58条）**

過去の監査事例

1. 事案の概要

- 実際には月に1回しか来院していないにもかかわらず、来院日に加え14日程度経過した日に診療したものとして、診療報酬を不正に請求していた。

2. 端緒

患者の家族から、慢性疾患で月に1回受診し、その際に14日分の薬剤の処方せんを2枚もらっているが、2枚のうち1枚は交付日が14日後の日付になっている旨の情報提供があった。

3. 主な事故内容

実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。
(付増請求)

4. 不正不当請求額

- 不正請求：144件 45万6千円

5. 措置

- 保険医療機関：指定取消
- 保険医：登録取消

過去の監査事例

1. 事案の概要

実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。

2. 端緒

匿名の者からの情報提供。「院長が自分で服用する薬を他人の名前を使って処方している」

3. 主な事故内容

- 自身や親族が使用するための薬剤を入手するため、実際には行っていない親族等への診察を行ったと偽り、処方箋を発行し、保険薬局を通じて薬剤を入手した。また、来院した患者を診察せずに処方箋を交付し、診療報酬を請求した（再診料、処方箋料等の架空・付増請求、その他の不正な請求）。
- 診察を行っていない患者に対し、リハビリテーションを担当する従業員に消炎鎮痛等処置を行わせていた。

4. 不正不当請求額

不正請求：361件 135万5千円

5. 措置

- 保険医療機関：指定取消
- 保険医：登録取消

古典的不正請求の手法とその発覚の典型例

平成29年度の確定申告から、医療費控除の手続きで、領収書の提出に代えて、「医療費通知」の原本の提出が認められた。患者や保険者が架空請求や付増請求の疑い事案に気がつくことが増えている。

典型例

- ① 保険者から医療費通知（医療費のおしらせ）が患者に送られてくる。
- ② 患者が
 - ・ 受診していない日に「被保険者等が支払った医療費の額」が記載されていることに気がつく
 - ・ 「被保険者等が支払った医療費の額」が自分が支払った金額と異なることに気がつく 等
- ③ 患者が保険者に問い合わせで不正請求の疑いがかかる。
- ④ 患者が、警察、行政や報道機関へ情報提供
- ⑤ 捜査、指導監査等で発覚する。→詐欺罪で逮捕、取消処分



患者さんにも様々な迷惑がかかるので、不正請求は絶対にやめましょう。

令和4年度の指導、監査等実施状況

- 監査を受けた保険医療機関・保険医等

52施設、90人



- 指定・登録の取消（取消相当含む）を受けた保険医療機関・保険医等

18施設、14人

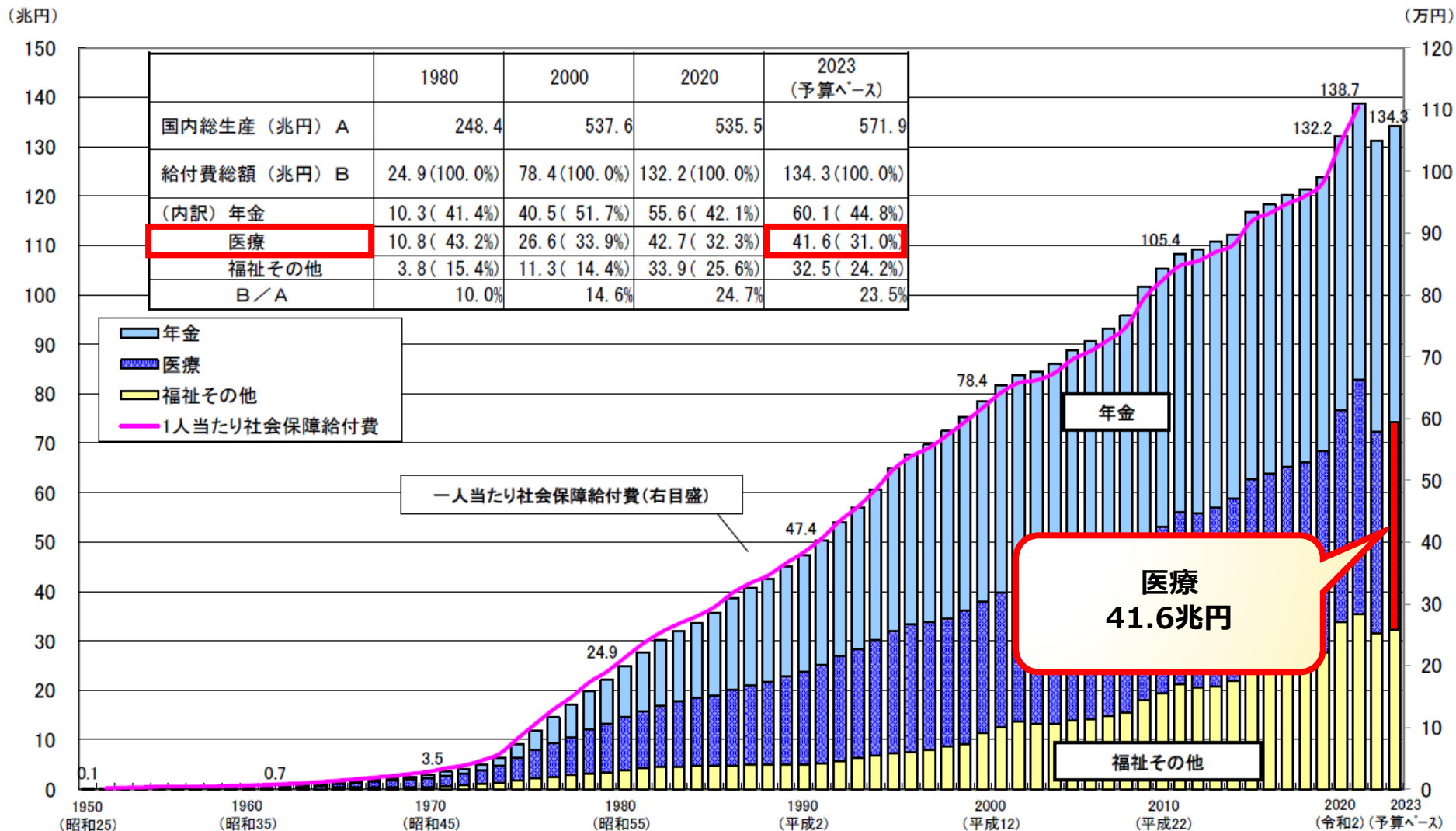
指導、適時調査、監査により

返還を求めた金額は 約19.7億円

(医科・歯科・調剤を含む)

1. 保険診療の仕組み
2. 医師法・医療法・医薬品医療機器等法について
3. 保険医療機関及び保険医療養担当規則について
4. 医科診療報酬点数表の解釈
5. DPC／PDPSについて
6. 医療保険と介護保険との関係について
7. 指導・監査等について
- 8. 最後に**

社会保障給付費の推移

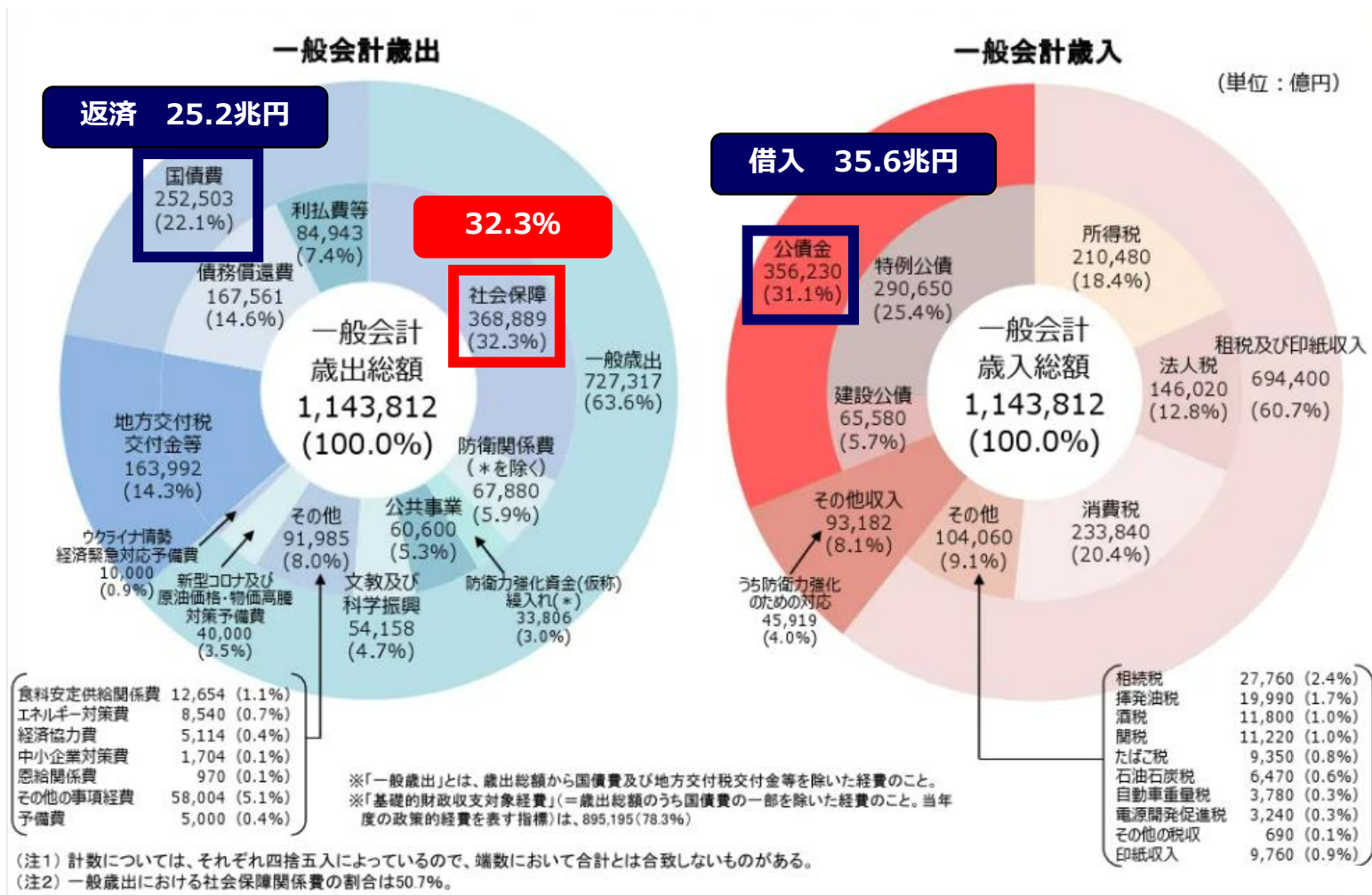


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和3年度社会保障費用統計」、2022~2023年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和5年1月23日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2021並びに2023年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

令和5年度一般会計歳出・歳入の構成



社会保障の費用と財政

- 令和4(2022)年度の日本の社会保障給付費は、1年間に**約131.1兆円**。そのうち約半分弱が「年金」で、**1/3が「医療」**、2割強が介護を含む「福祉 その他」が占める。
- 社会保障の財源は、社会保険料が58.7%で、公費負担は41.3%を占める。(その他、積立金の運用収入等。) (令和4年度予算ベース)

- 令和4年度一般会計歳出において、**社会保障のための歳出(36.9兆円)は最大**である。
- 国の財政は、**25.2兆円の借金を返しながら新たに35.6兆円の借金をしている**状態。
- 社会保障は財政に大きく影響しており、**適正化**が求められている。

保険診療確認事項リスト

保険診療確認事項リスト (医科)

令和5年度改訂版 ver.3

使用上の留意点

本リストに掲載の内容は令和4年度診療報酬改定の内容に添った算定要件や施設基準を基に作成しています。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについては反映しておりませんのでご留意の上、ご使用ください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

- ・
- ② リハビリテーション実施計画書
 - ・別紙様式21を参考としたリハビリテーション実施計画書を [作成していない ・ 原則7日以内、遅くとも14日以内に作成していない] 。
 - ・リハビリテーション実施計画書の内容 [に不備がある ・ が個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ に空欄がある] 。
 - ・(例:)
 - ・ [リハビリテーション実施計画書の作成時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族等に対して実施計画書 [の内容を説明していない ・ の内容を (職種:) が説明しており、医師が説明していない ・ を交付していない] 。
 - ・ [リハビリテーション実施計画書の作成時の ・ 3か月毎の] 実施計画書の写しが診療録に添付されていない。
 - ・計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合に家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、 [説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載していない ・ 患者又はその家族等への計画書の交付をしていない] 。
 - ・リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施していない又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示がないにもかかわらず、当該疾患別リハビリテーション料を算定している。
 - ・
- ③ 機能訓練の記録
 - ・機能訓練の内容の要点について診療録等への記録が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・(例:)
 - ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載がない。
 - ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻について診療録等に記載された [開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。
(例:)
 - ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が患者毎の実施記録又は診療録と、リハビリテーション従事者毎に管理した実施記録の時刻が一致していない。
 - ・
- ④ 適応及び内容
 - ・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。
 - ・対象疾患に該当するとした診断根拠が確認できない。
 - 例: 運動器不安定症の診断根拠が確認できない運動器リハビリテーション
 - 例: 高次脳機能障害の診断根拠が確認できない脳血管疾患等リハビリテーション
 - 例:
 - ・対象疾患以外の患者に対して算定している。
 - ・
 - ・医学的に最も適当な区分とは考えられない区分で算定している。
 - 例: 他の疾患別リハビリテーション料等の対象となる患者に対して 廃用症候群リハビリテーション料[H001-2]を算定している。
 - 例: () リハビリテーション料の対象となる患者に対して () リハビリテーション料を算定している。

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、**独自の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**地方厚生(支)局に問い合わせる。**
- 地方厚生(支)局が実施する**説明会や指導に出席する。**



診療報酬改定は原則、2年に1回実施されます。

算定ルールの新設・変更について、

2年に1回知識のリニューアルが必要です。

マイナ保険証

(令和6年1月時点)

マイナ保険証をご利用ください



-本年12月2日から現行の保険証は発行されなくなります-

マイナ保険証を使うメリット

1 医療費を20円節約できる

紙の保険証よりも、皆さまの保険料で賄われている医療費を20円節約でき、自己負担も低くなります。

マイナ保険証の方が自己負担も低くなるんだ



2 より良い医療を受けることができる

過去のお薬情報や健康診断の結果を見られるようになるため、身体の状態や他の病気を推測して治療に役立てることができます。また、お薬の飲み合わせや分量を調整してもらうこともできます。

よく覚えてない内容もあるから助かるわね



3 手続きなしで高額医療の限度額を超える支払を免除

限度額適用認定書等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

一度に高額な負担をしなくて済むわ



- ・本年12月2日以降、マイナ保険証を保有していない方には、申請いただくことなく「資格確認書」が交付され、引き続き、医療を受けることができます（マイナ保険証を紛失等した場合は、保険者に申請いただくことで「資格確認書」が交付されます）。
- ・本年12月1日の時点でお手元にある有効な保険証は、12月2日以降、最長1年間（来年12月1日まで）使用可能です。



マイナンバーカードを健康保険証として利用するための登録がまだの方は、以下2つの準備をお願いします。

STEP1.

マイナンバーカードを申請

■申請方法は選択可能です

- ① オンライン申請
(パソコン・スマートフォンから)
- ② 郵便による申請
- ③ まちなかの証明写真機からの申請



STEP2.

マイナンバーカードを健康保険証として登録

■利用登録の方法

- ① 医療機関・薬局の受付
(カードリーダー)で行う
- ② 「マイナポータル」から行う
- ③ セブン銀行ATMから行う



よくあるご質問

マイナンバーカードは安全なの？

マイナンバーカードのICチップには保険証情報や医療情報自体は入っていません。紛失・盗難の場合はいつでも一時利用停止ができますし、暗証番号は一定回数間違えると機能がロックされます。不正に情報を読みだそうとするとチップが壊れる仕組みもあります。



マイナンバーカードを健康保険証として利用するためにはどうしたらいいの？

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、ご利用登録が必要です。初めて医療機関を受診していただいても顔認証付きカードリーダーの画面で、そのまま初回の利用登録ができます。



どうやって受付するの？

マイナ受付は顔認証付きカードリーダーで行います。マイナンバーカードを読み取り口に置くと受付が始まりますので、画面の指示に沿って受付してください。



詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認いただけます。

マイナンバーカード 保険証利用

検索

