

平成28年度版
(平成28年6月更新)

保険診療の理解のために

関東信越厚生局東京事務所指導課
東京都福祉保健局指導監査部指導第三課

目次

I	わが国の医療保険制度	
1	わが国の医療保険制度	3
2	国民医療費の推移	4
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	5
2	保険診療の基本的ルール	9
3	保険医及び保険医療養担当規則	10
III	医科診療報酬点数に関する留意事項	
1	診療録（カルテ）	12
2	傷病名	14
3	基本診療料等	15
4	医学管理等	18
5	在宅医療	21
6	検査・画像診断・病理診断	24
7	投薬・注射・輸血	26
8	リハビリテーション	29
9	精神科専門療法	32
10	処置・手術（輸血を除く）・麻酔	34
11	食事療養	36
IV	急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）について	
1	DPCとはなにか	38
2	制度の概要	38
3	診療報酬の算定方法	41
V	保険診療に関するその他の事項	
1	診療報酬明細書（レセプト）の作成	47
2	患者から受領できる費用	48
3	保険外併用療養費制度について	49
4	サービス等に対する実費徴収について	52
5	自己診療、自家診療について	53
6	医療保険と介護保険の給付調整について	53
VI	健康保険法等に基づく指導・監査について	
1	指導・監査について	55
2	平成26年度指導・監査等の実施状況について	57
VII	登録・指定等に関する各種変更届について	
1	保険医・保険薬剤師の登録等に関する変更届	58
2	保険医療機関・保険薬局の指定等に関する変更届	58
資料	保険医療機関及び保険医療養担当規則	60
	（いわゆる「療担」、「療養担当規則」）	
	診療録	71
	処方せん	74
	領収書	75

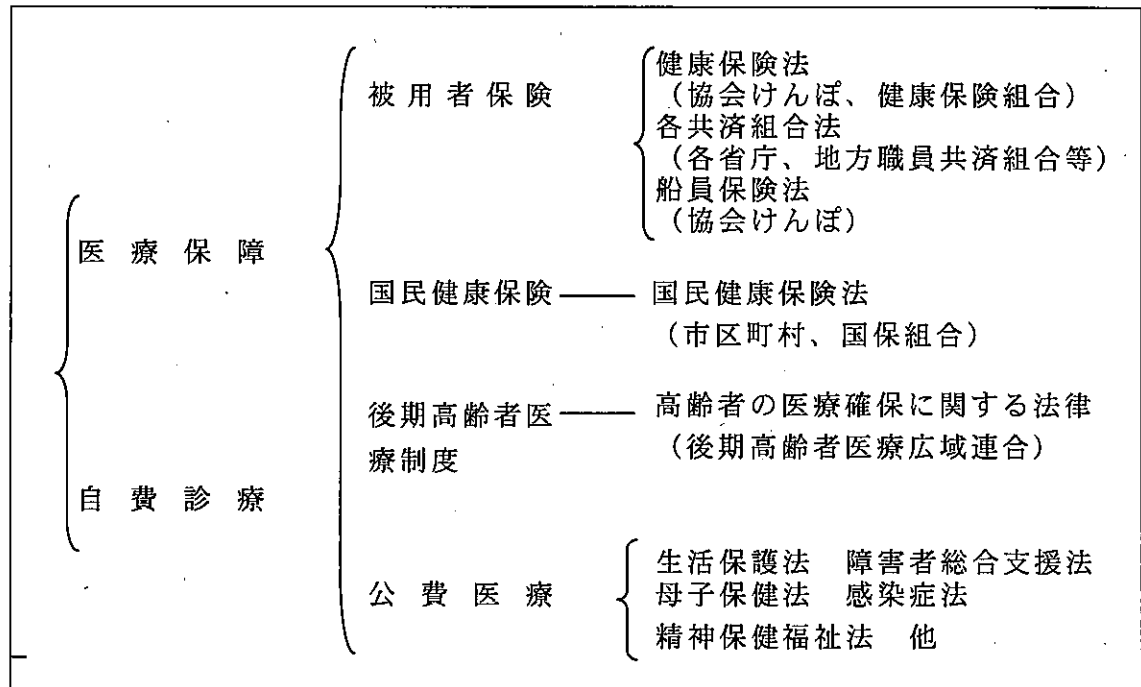
I わが国の医療保険制度

1 わが国の医療保険制度

(1) 医療保険制度の種類

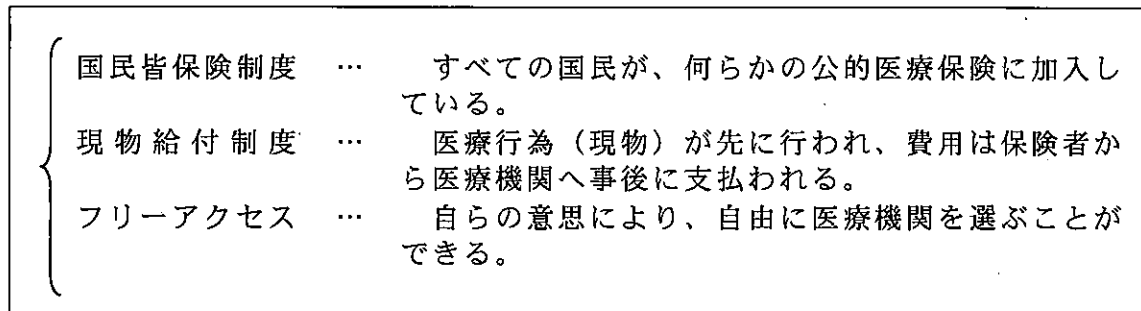
わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、共済保険（共済）、船員保険（船保）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者については、後期高齢者医療制度が適用となる。



(2) 医療保険制度の特徴

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

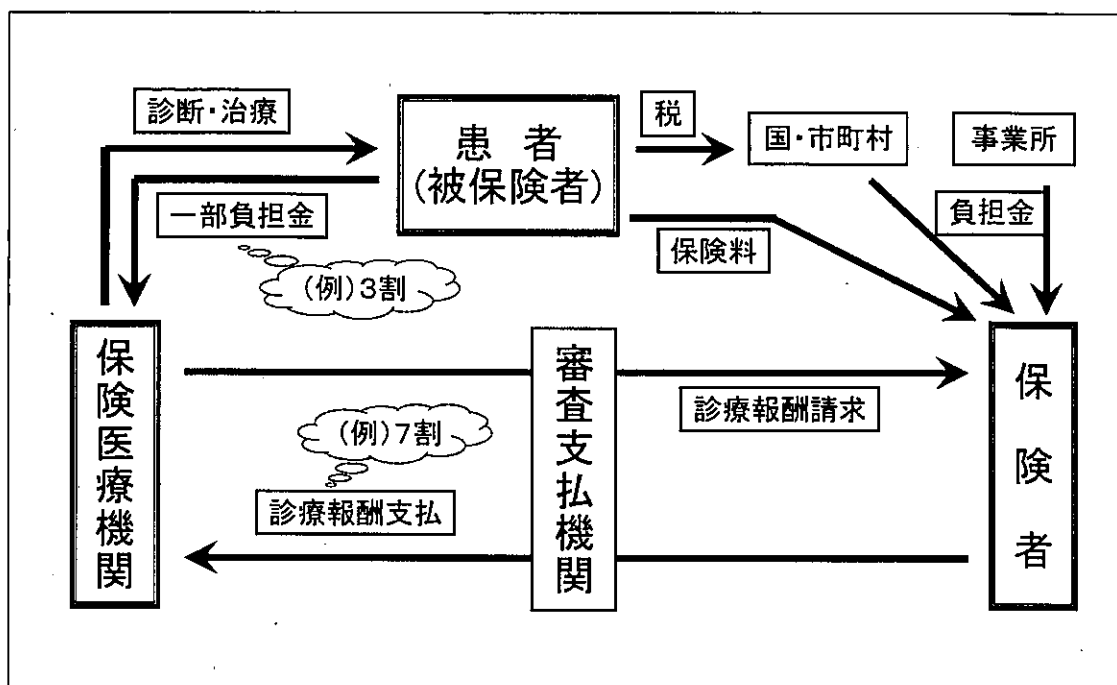


(3) 保険診療の具体的な仕組み

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

この仕組みは健康保険法その他の保険医療各法に規定されており、それらの規定に同意した保険医療機関等が自由意志で参加することにより実施されている。これが保険診療

療が「保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”」と称される所以である。



2 国民医療費の推移

わが国の国民医療費、国民1人あたりの医療費は年々増加傾向にある。平成25年度の国民医療費は約40.06兆円、前年度の約39.21兆円に比べ約0.85兆円、2.2%の増加となっている。人口一人当たりの国民医療費は31万4,700円、前年度の30万7,500円に比べ2.3%増加している。国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は8.29%(前年度8.26%)、国民所得(NI)に対する比率は11.06%(同11.14%)となっている。

【メモ】

II 保険医、保険医療機関の責務

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。」（健康保険法第 64 条）とされている。

保険医登録

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保険医として登録されるわけではない。医師が保険診療を担当したいという自らの意思により、勤務先の保険医療機関の所在地（勤務していない場合は住所地）を管轄する地方厚生（支）局長へ申請する（所在地を管轄する地方厚生（支）局の事務所がある場合には、当該事務所を経由して行う）必要がある。また、申請後交付された保険医登録票は適切に管理し、登録内容に変更が生じた時には速やかに（変更の内容によっては保険医登録票を添えて）届け出る必要がある。（健康保険法第 71 条）

2 保険医療機関とは

病院、診療所とは、医師が公衆又は特定多数人のため医業を行う場所である（医療法第 1 条の 5）。

保険医療機関は、健康保険法等で規定されている療養の給付を行う病院、診療所である。

保険医療機関の指定は、病院、診療所の開設者が、その自由意思に基づいて申請することにより、厚生労働大臣が行う。（健康保険法第 65 条）

3 保険医と保険医療機関の責務等

保険医の責務

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（*注）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。（健康保険法第 72 条）

保険医療機関の責務

保険医療機関は、従事する保険医に厚生労働省令（*注）で定めるところにより、診療にあたらせるほか、厚生労働省令（*注）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。（健康保険法第 70 条）

療養の給付に関する費用

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。（健康保険法第 76 条第 2 項）

保健医療機関は、療養の給付に要する費用の額から被保険者が支払う一部負担金を除いた額を保険者に請求する。（健康保険法第 76 条第 1 項）

(※注) 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」(療養担当規則)であり、保険診療を行うに当たって、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を定めたものである。

4 主な関係法令

保険診療の前提として医師法・医療法・医薬品医療機器等法を遵守する必要がある。

医師法

(1) 免許(第2条)

(2) 免許の相対的欠格事由(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

(3) 免許の取消、医業の停止(第7条第2項)

医師が免許の相対的欠格事由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行為があったときは次の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 免許の取消し

(4) 応召義務等(第19条)

診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければこれを拒んではならない。

診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証明書の交付の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

(5) 無診察治療等の禁止(第20条)

医師が自ら診察しないで治療をし、もしくは診断書もしくは処方せんを交付してはならない。(保険診療としても当然認められない。)

(無診察治療とは)

- ・ 例えば定期的に通院する慢性疾患の患者に対し、診察を行わず処方せんの交付のみをすること。実際には診察を行っていても、診療録に診察に関する記載が全くない場合や、「薬のみ」等の記載しかない場合には、後に第三者から見て無診察治療が疑われかねない。このようなことを避けるためにも診療録は十分記載する必要がある。

(6) 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。

(7) 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。

医療安全上の問題が生じた場合、診療録の記載の有無やその内容が重要視されることも多い。忙しいから週末にまとめて診療録を記載するといったことはしてはいけない。

診療録は、5 年間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保存し、それ以外の診療録については医師本人が保存する。

(8) 罰則

上記のうち、第 20 条、第 22 条、第 24 条の規定に違反した者は 50 万円以下の罰金を処せられる。

医療法

(1) 目的（第 1 条）

医療法の目的は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与すること。

(2) 医療の基本理念（第 1 条の 2）

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。）において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

(3) 医師等の責務（第 1 条の 4）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第 1 条の 2 に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情

報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

医療提供施設の開設者及び管理者は、医療技術の普及及び医療の効率的な提供に資するため、当該医療提供施設の建物又は設備を、当該医療提供施設に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手の診療、研究又は研修のために利用させるよう配慮しなければならない。

(4) 病床の種別（第7条第2項）

- 一 精神病床（精神疾患を有する者）
- 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の患者）
- 三 結核病床（結核の患者）
- 四 療養病床（長期にわたり療養を必要とする患者）
- 五 一般病床（それ以外）

- ・ 結核でない者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たりすることは望ましくない。

(5) 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
- 五 その他厚生労働省令で定める事項

なお、入院基本料の算定には、保険診療上規定された入院診療計画の基準に適合することが必要である。

5 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」による契約診療である。
- 保険医療機関は、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）に従って、療養の給付及び費用の請求を行う必要がある。
- 保険医は、保険診療のルールに従って、療養の給付を実施する必要がある。

(1) 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、医薬品医療機器等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こと。

(2) 療養担当規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項につき取りまとめられている。（P. 60～の巻末資料参照）

- ・ 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

6 保険医及び保険医療養担当規則

(1) 療養の給付の担当の範囲（第1条）

保険医療機関が担当する療養の給付の範囲は、以下の通りである。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 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
- ⑤ 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

(2) 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。

(3) 適正な手続の確保（第2条の3）

保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方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。

（例）7対1入院基本料で届出をしていた保険医療機関が看護師の減少により看護基準を満たすことができなくなった場合、保険医療機関は速やかに地方厚生（支）局長に変更等の届出を行わなければならない。

(4) 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、一部負担金の額に応じて収益業務に係る物品の対価の額の値引きをする等、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において診療を受けるように誘引してはならない。

また、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。

(5) 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（第2条の5、第19条の3）、処方せんの交付（第23条）

- ① 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」を受けたりすることは、療養担当規則により禁止されている。

ただし例外として地域包括診療料、地域包括診療加算を算定する保険医療機関が①連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるように説明すること、②時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供することや、保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供することは「特定の保険薬局への誘導」に該当しない。

- ② 保険医は、その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) 診療録の記載及び整備、帳簿類の保存（第 8 条、第 9 条、第 22 条）

保険医は、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。また、保険医療機関は、これらの診療録を保険診療以外（自費診療等）の診療録と区別して整備し、患者の診療録についてはその完結の日から 5 年間、療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録についてはその完結の日から 3 年間保存しなければならない。

(7) 施術の同意（第 17 条）

・患者があん摩・マッサージ、はり及びきゅうの施術を受ける際には医師の同意が必要となるが、あくまでも医師が療養の給付を行うことが困難であると認めた場合に同意を与えるべきであり、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同意を与えてはならない。

(8) 特殊療法・研究的診療等の禁止（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
・患者申出療養

(9) 健康診断の禁止（第 20 条）

健康診断は、保険診療として行ってはならない。

(10) 濃厚（過剰）診療の禁止（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行う必要がある。

(11) 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。

「請求関係は事務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。」というようなことがないように保険医はレセプトを確認する必要がある。

Ⅲ 医科診療報酬点数に関する留意事項

1 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

(1) 診療録とは

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

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担第 22 条、医師法第 24 条）

- ・ 医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない。（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) 記載上の留意点（一例）

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

(4) 医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.3 版」（平成 28 年 3 月）が厚生労働省から公表されているので、医療情報を扱う際にはこれに十分留意する。

- ・ 診療録等の真正性、見読性、保存性を確保すること。

真正性：修正、消去やその内容の履歴が確認できる。記録の責任の所在が明らか。

見読性：記録事項を直ちに明瞭、整然と機器に表示し、書面を作成できる。

保存性：記録事項を保存すべき期間中、復元可能な状態で保存する。

- ・ 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。また、席を離れる際はクローズ処理等（ログオフやパスワード付きスクリーンセ이버等）を施すこと。

- ・パスワードは英数字、記号を混在させた 8 文字以上が望ましい。また、最長でも 2 ヶ月以内に定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワードや ID は、本人しか知り得ない状態に保つようにすること。例えば、それらを記したメモを端末に掲示したり、医師がそれらを看護師に伝達し、食事、臨時処方等のオーダーを代行入力等させないこと。

- ・紛失、盗難の可能性を十分考慮し、可能な限り端末内に患者情報を置かないこと。また、個人情報保存されている機器や記録媒体の設置、保存場所には施錠し、PC 等の重要機器には盗難防止用チェーンを設置すること。

2 傷病名

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

(1) 傷病名記載上の留意点

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

(2) 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MRI等の検査目的
- ・ 「〇〇癌の疑い」 → 適応外の腫瘍マーカーの検査目的

②投薬・注射の適応外投与ための「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) 症状詳記

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

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

3 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、再診料と外来診療料については、許可病床数により分類される。

(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つ目の診療科に限り初診料の1/2を算定できる。但し、一定の要件を満たす必要がある。

（2つ目の初診料の算定が不可能な例）

- ・ 糖尿病で継続管理中の患者について、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合。（同一疾病、互いに関連のある疾病等）
- ・ 1つ目と2つ目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。

※ 再診についても、同一日の2科目の再診について、再診料（36点）を算定できる。但し、2科目の再診料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

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

（電話再診料を算定が不可能な例）

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

- ④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り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。

(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。

特定入院料の中でも救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料は専任の医師が常時治療室内に勤務していなければならない。また、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行っていない。

(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が出来ないこととなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

（各体制の主な基準）

①入院診療計画に関する基準

- ・医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同で、総合的な診療計画を策定し、患者に対し、文書（「入院診療計画書」）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

- ・MRSA等の感染を防止するにつき、十分な設備を有し、体制が整備されていること。
- ・院内感染防止対策委員会の設置、当該委員会の月1回程度の定期的開催、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。

※ なお、これに加えて一定の要件を満たす院内の感染防止対策が実施されている場合については、感染防止対策加算1・2として別途評価が行われる。

③医療安全管理体制に関する基準

- ・安全管理指針の整備、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、委員会の月1回程度開催、職員研修の年2回程度実施など。

※ 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1・2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から構成される褥瘡対策チームの設置、褥瘡対策委員会の定期的開催、褥瘡に関する危険因子の評価、専任の医師及び看護職員による褥瘡対策の診療計画の作成・実施及び評価、体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制など。

※ 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

- ・ 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士（有床診療所では非常勤でも可）の 1 名以上配置、医療従事者が共同して栄養管理を行う体制の整備、栄養管理手順の作成など。
- ・ 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している。
- ・ 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、栄養状態の評価を行い、医療従事者が共同して栄養管理計画を策定し、それに基づいた栄養管理の実施と栄養状態の定期的な記録や評価、栄養管理計画の見直しを行う。

(5) 入院中の患者の他医療機関受診

入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要な場合に限る。

- ・ 入院医療機関は、必要な診療情報を文書により提供し、診療録にその写しを添付する（費用は患者の入院している保険医療機関が負担する。）。
- ・ 他医療機関受診日の入院基本料等は減算となる（但し、DPC算定病棟では医療機関間で合議とし、他医療機関において実施された医療行為を含めて診断群分類を決定する。）。

(6) 入院基本料等の加算

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

（加算の例と主な算定要件）

① 臨床研修病院入院診療加算

- ・ 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 救急医療管理加算

休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っている医療機関に対する評価をしたものである。平成 28 年度改定では緊急カテーテル治療・検査や t-PA 療法が必要なものを加算 1 の対象とするとともに、評価の見直しが行われた。

平成 28 年度改定前

救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点（1日につき、7日まで）
【救急医療管理加算1の対象患者】
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術を必要とする状態

平成 28 年度改定後

救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 300点（1日につき、7日まで）
【救急医療管理加算1の対象患者】
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

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。→算定要件を満たさなければ請求は返還対象となる。

(1) 医学管理等

医学管理等とは、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 特定疾患療養管理料

- ・生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。
- ・区分番号「A000」初診料（「注5」の但し書きに規定する所定点数を算定する場合を含む。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1ヶ月以内は算定できない。
- ・管理内容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 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。

④ 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料

- ・厚生労働大臣が定める特別食を必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとに食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね30分以上（2回目以降は概ね20分以上）、栄養指導を行った場合に算定する。
- ・管理栄養士への指示事項は、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の

量、病態に応じた食事形態等に係わる情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。

- ・医師は管理栄養士への指示事項を診療録に記載する。管理栄養士は栄養指導記録を作成し、指導内容の要点と指導時間を記載する。

⑤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、弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用い、計画的な医学管理を行う。危険度、管理等は関係学会が作成した「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」を踏まえることとする。

⑥診療情報提供料（Ⅰ）

- ・別の保険医療機関での診療の必要を認め、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。

⑦療養費同意書交付料

- ・医師が療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり及びきゅうの施術に係る同意書又は診断書を交付した場合に算定する。(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で診断・治療を行わずに、みだりに同意を与えることができない。)(療担第17条)
- ・なお、各施術の対象疾患については、以下のとおり、対象疾患が限定されていることに留意されたい。(柔道整復についても、応急手当を除く骨折及び脱臼については医師の同意が必要であるが、療養費同意書交付料算定の対象とはならない。)

(はり・きゅうの対象疾患)

慢性病で医師の適切な治療手段のないもの

①主として、神経痛、リウマチ

②類似疾患(頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等)

(あんま・マッサージ・指圧の対象疾患)

筋麻痺、関節拘縮等で医療上マッサージを必要とするもの

(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。)
- ・医療情報システムを導入している場合に、医学管理料のオーダー項目が存在せず

（または医師に周知されてなく）、傷病名、投薬・検査の内容等により一律に医学管理料を算定。

5 在宅医療

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

(1) 在宅患者診療・指導料

① 往診料

患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できる。定期的又は計画的に行われる対診の場合は算定出来ない。医療機関と患家の所在地との距離は原則16キロメートル以内。

② 在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料は、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。

(請求上の留意点)

訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ・当該患者又はその家族等の署名付き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在宅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14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ なお、同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者(往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く。)のことをいう。

③ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に月1回算定する。

(請求上の留意点)

- ・「C001」在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合に「月2回以上訪問診療を行っている場合」を、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を月1回算定した場合には「月1回訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住す

る者のうち、当該保険医療機関が区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。）の人数をいう。また、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定したものとみなすことができる。

(2) 在宅療養指導管理料

患者又は患者の看護に当たる者に対して、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い、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）。
- ・ 同一の患者に対して、2以上の保険医療機関が同一の在宅療養指導管理を行っている場合は、主たる指導管理を行っている保険医療機関で算定する（特に規定する場合を除く）。

(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、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定可能である。

(4) 在宅療養指導管理料算定上の留意点

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る。
- ・ また平成28年度改定では、注射回数に応じた評価の差が縮小された。

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在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

- ・末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、在宅において、鎮痛療法又は化学療法を自ら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。
- ・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。

④在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1と2のそれぞれに、対象となる患者の基準が定められている。
- ・当該治療の開始後、1、2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。
- ・保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。

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

(1) 実施方針について

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

また、検査は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行わなければならない。

(2) 検査の算定上の留意点

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

また、医学管理等と同様に、診療録やレセプトの摘要欄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

- ・尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）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) 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、甲状腺機能検査等）を画一的に実施

②検査の重複

- ・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

- ・DICの診断・治療に反映されないTAT、Dダイマー、フィブリンモノマー複合体、プラスミン、 $\alpha 2$ 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
- ・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（保険外併用療養費制度を用いた治験等は除く）

(4) 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専ら画像診断を担当する放射線科医師以外の医師の読影した場合は算定できない。
- ・画像診断管理加算 2 を算定する場合は、医療機関内で行われる全ての核医学撮影、断層撮影（CT、MRI）の 8 割以上について撮影翌日までに報告文書が作成されている必要がある。

②ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・核磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン撮影

- ・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、心疾患、悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。乳がん等））や、具体的病態（他の検査、画像診断により病期診断が確定できない等）が、算定要件として定められている。

(5) 病理診断の算定上の留意点

①病理組織標本作製

- ・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。

②病理診断料

- ・病理診断を専ら担当する医師は、検体検査管理加算（Ⅲ）（Ⅳ）の施設基準である「臨床検査を専ら担当する常勤の医師」を兼ねることは出来ない。

③病理診断管理加算

- ・病理診断科を標榜している保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合に算定できる。

- 薬剤の使用にあたっては、医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を順守する。

(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。
また、投与期間に上限が設けられている医薬品は、厚生労働大臣が定めるものごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とされている。（療担第 20 条第 2 号）
- ⑤投薬及び処方せんの交付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。（療担第 20 条第 2 号）また、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。（療担第 20 条第 4 号）

(2) 後発医薬品の使用促進

保険診療に際しては、前項の通り後発医薬品の使用努力を療養担当規則で規定している。

（処方せん様式）

- ・医師は、個々の医薬品について後発医薬品への変更に差支えがあると判断した場合には、その旨を明示する。この場合、「保険医署名」欄に、署名又は記名・押印する。
- ・医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合には加算（処方せん料の一般名処方加算）が設けられている。
- ・なお、保険薬局の保険薬剤師は、①「保険医署名」欄に処方医の署名等がないなど後発医薬品への変更調剤が可能な処方せんや、②一般名処方に係る処方せんを受け付けた場合、患者に対して後発医薬品に関する説明を適切に行うとともに、記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

（後発医薬品使用体制加算）

- ・医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対して、後発医薬品の使用促進する体制を評価を行っている。

(3) うがい薬と湿布薬について

- ①治療目的でなくうがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬にかかる処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。
- ②入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。また、入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき月70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。
ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定できる。

(4) 不適切な投薬・注射の具体例

- ①禁忌投与
 - ・静注用脂肪乳剤を血栓症の患者やケトーススを伴った糖尿病の患者に投与
- ②適応外投与
 - ・肝庇護剤（グリチルリチン・グリシン・システイン配合剤、グルタチオン製剤等）を薬剤性肝障害、術後肝障害等の患者に使用
- 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
 - ・腹腔内投与の適応のない抗がん剤を、腹腔内撒布
- ④過量投与
 - ・蕁麻疹に対するグリチルリチン・グリシン・システイン配合剤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）
 - ・プロトンポンプ・インヒビターを経口と注射の両方で使用
 - ・総合ビタミン剤と内容の重複する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、プロトンポンプ・インヒビターと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
 - ・必要性に乏しい抗不安薬あるいは睡眠薬の3種類以上の併用
- 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）
 - ・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

※ビタミン剤の投与については食事療養（P. 36～37）を参照

(5) 輸血・血液製剤

患者等に対し、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法、その他の留意点等について、あらかじめ説明するとともに、同意を得る。また、その文書には患者の署名または押印を得て、患者に交付し、写しを診療録に添付する。

(血液製剤等の使用方針)

血液製剤の国内自給率は平成 25 年度においてアルブミン製剤 58.7%、免疫グロブリン製剤 95.9%、血漿由来の血液凝固因子製剤と赤血球、血小板、FFP といった輸血用血液製剤は 100%である。血液製剤の自給率は各国 100%を目指すこととなっているため今後アルブミン製剤や免疫グロブリン製剤はさらなる適正使用が求められる。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』（平成 26 年 11 月 12 日改正）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。

- 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

疾患別リハビリテーション料は「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」「廃用症候群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5つに区分されている。

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

(疾患別リハビリテーションの種類)

①心大血管疾患リハビリテーション

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

②脳血管疾患等リハビリテーション

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

③廃用症候群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：急性疾患等に伴う安静による廃用症候群で、一定程度以上に動作能力、言語聴覚能力、日常生活能力が低下したもの（治療開始時に FIM：115 以下、BI：85 以下の状態等のもの）

④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

⑤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) 疾患別リハビリテーションの算定日数制限

疾患別リハビリテーションを継続することにより、治療上有効であ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、標準的算定日数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

- ・ 廃用症候群リハビリテーション … 120 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

標準的算定日数を超えたものについては、月 13 単位を上限に算定可能である。
 なお、算定単位数上限を超えたものについては選定療養として実施可能である。

(3) がん患者リハビリテーション料

がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

(4) 疾患別リハビリテーション料の算定上の留意点

- ①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し、診療録にその要点を記載する。
- ②個々の患者の状態に応じて行ったり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。
- ③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。
- ④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、加算が設けられている。加算の算定可能期間、施設基準に留意する。
- ⑤外来リハビリテーション診療料 1・2（医学管理料）

医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。具体的にはリハビリテーションの目的で来院した外来患者のうち、状態の安定した患者については、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行うことや、直ちに医師の診察が可能な体制をとること等を要件とした上で、再診料等を算定せずに疾患別リハビリテーションを提供出来る。

(5) ADL 維持向上等体制加算

入院患者の ADL の維持向上等を評価したもので、ADL の維持向上等を目的とした指導を行うこと、患者家族への情報提供やカンファレンスの開催を行う。

ただし疾患別リハビリテーション等を算定した場合は、当該加算を算定することはできない。

(6) 維持期リハビリテーション

入院中以外の要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、原則として平成 30 年 3 月までに介護保険へ移行する。

(7) 介護保険によるリハビリテーション移行支援料

維持期リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行うものである。

9 精神科専門療法

(1) 入院精神療法

入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この項において「対象精神疾患」という。）又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんがあるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。

（主な算定要件）

- ①入院精神療法（Ⅰ）については、精神保健指定医が30分以上当該療法を行った場合に算定する。
- ②当該療法の要点を診療録に記載する。（入院精神療法（Ⅰ）については、診療時間の記載も必要）

(2) 通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、対象精神疾患又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんのため社会生活を営むことが著しく困難なものに対して、精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

（主な算定要件）

- ①診療に要した時間が5分を超えた時に限り算定する。ただし、通院・在宅精神療法の「1」のイ、「2」のイは、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が、区分番号「A000」初診料（「注5」の但し書きに規定する初診を含む。）を算定する初診の日に、30分以上当該療法を行った場合に限り算定する。
- ②当該療法の要点及び診療時間を診療録に記載する。

(3) 向精神薬の適切な処方の促進（平成28年7月から実施）

- ①通院・在宅精神療法の注6、精神科継続外来支援・指導料の注5

当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとされた。

・ 通院・在宅精神療法の注6及び精神科継続外来支援・指導料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

以下に掲げる要件をいずれも満たすこと。

- 一 当該保険医療機関における3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。
- 二 当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。
- 三 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。

(4) 長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

- ①精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限られる。
- ②精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者を除いて、所定点数の100分の90に相当する点数で算定する。（精神科ショート・ケアは除く。）

(精神科デイ・ケア等の留意点)

- ・当該療法の要点及び診療時間を診療録に記載する。
- ・月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。
- ・精神科専門療法を含む特掲診療料は、特に規定する場合を除き、基本診療料（再診料等）とあわせて算定することとなるため、精神科デイ・ケア等を行った日の医師の診察と診療録への記載に留意する。

- 点数表にない手術は保険診療では禁止されている。特殊な手術や、従来の手技と著しく異なる手術等については、必ず当局に内議する。

(1) 処置の算定上の留意点

①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。
- ・ 点数表に掲げられていない簡単な処置については、基本診療料に含まれ、別に算定できない。

（点数表にない簡単な処置の例）

- ・ 浣腸、注腸
- ・ 吸入
- ・ 100 cm²未満の第1度熱傷の熱傷処置
- ・ 100 cm²未満の皮膚科軟膏処置
- ・ 洗眼、点眼
- ・ 点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄

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、実際に使用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

- ・ 「特殊な療法、新しい療法については原則行ってはならない」（療養担当規則第18条）とされている。（先進医療等は除く）
- ・ 点数表に掲載されていない特殊な手術や、点数表に掲載されていても従来の手技と著しく異なる手術等の手術料については、術者や請求事務担当者の判断のみで勝手に準用せず、その都度必ず当局に内議すること。
- ・ 既に保険適応されている胸腔鏡、腹腔鏡下手術以外で胸腔鏡、腹腔鏡を用いる場合も、その都度当局に内議し、準用が通知されたもののみが保険適応になる。それ以外の場合については、その手術を含む診療全体が保険適応外となり、不正請求に該当する可能性がある。
- ・ これらの手術の費用を患者から別に徴収し、手術以外の費用を保険請求することも認められていない。

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. 対象となる手術の区分毎に、前年1年間の実施件数を院内に掲示する。

(3) 麻酔の算定上の留意点

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

(算定要件の例)

①麻酔料

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

②麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)

- ・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常勤の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(Ⅰ)を算定できない。
- ・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(Ⅰ)を算定する。
- ・麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師(非標榜医でも可)が麻酔前後の診察と麻酔の主たる手技を行って初めて麻酔管理料(Ⅱ)が算定できる。

11 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 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。
- ② 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。
- ③ 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、原則として医師自らが食事せんを作成し、オーダーを行うこと。（オーダーエントリーシステム等により、医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認めるものとする。）

（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。）

なお、市販されている流動食のみを経管栄養法により提供したときは、特別食加算は算定しない。

（各治療食の対象となる患者の例）

- ・脂質異常症食：空腹時 LDL-コレステロール値 140 mg/dL 以上、又は HDL-コレステロール値 40 mg/dL 未満、又は中性脂肪値 150 mg/dL 以上の患者、高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMIが35以上）の患者
 - ・貧血食：血中ヘモグロビン濃度 10 g/dL 以下で、その原因が鉄欠乏である患者
- ④ 治療食の名称は、混乱を避けるため、出来る限り告示の名称（腎臓食、肝臓食、糖尿食等）を用いることが望ましい。なお、平成 28 年度改定で、治療食にてんかん食が追加された。
 - ⑤ 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。

(2) ビタミン剤の投与について

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

また、ビタミン剤の投与が必要と判断した趣旨を具体的に診療録に記載する。

（適切な投与の例）

- ・疾患・症状の原因がビタミン欠乏・代謝障害であることが明らかな患者（またはその疑いのある患者）が、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合
- ・妊産婦、幼児等、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合

- ・重湯等の流動食、五分粥以下の軟食を提供している場合
- ・無菌食、代謝異常食（フェニールケトン尿症食等）を提供している場合

IV 急性期医療に係る診断群分類別包括評価制度 (DPC/PDPS) について

1 DPC/PDPSとはなにか

DPC 制度 (DPC/PDPS) は、平成 15 年 4 月、閣議決定に基づき、特定機能病院を対象に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。DPC (Diagnosis Procedure Combination) は、わが国独自の患者分類としての「診断群分類」の略称であり、PDPS (Per-Diem Payment System) は、「1 日当たり包括支払い制度」の略称である。診断群分類に基づく 1 日当たり定額報酬算定制度、いわゆる「DPC 制度」の略称は、DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) である。

なお、平成 28 年 4 月 1 日見込みでの DPC/PDPS 対象病院数は 1667、約 49 万 5 千床となり、全一般病床の約 55% を占めるに至っている。

2 制度の概要

(1) 診断群分類の基本構造

日本における診断群分類は、まず、18 の「主要診断群 (MDC : Major Diagnostic Category)」と呼ばれる疾患分野ごと (例えば MDC01 : 神経系疾患、MDC02 : 眼科系疾患、MDC03 : 耳鼻咽喉科系疾患など) に大別され、それぞれ傷病により分類される。次に、診療行為 (手術、処置等)、重症度等により分類されている。傷病名は国際疾病分類である ICD10 (ICD : International Classification of Disease) により、診療行為等については診療報酬上の区分により定義され、重症度等については傷病ごとに評価する重症度等の指標が設定されている。

【主要診断群】

MDC01	神経系疾患
MDC02	眼科系疾患
MDC03	耳鼻咽喉科系疾患
MDC04	呼吸器系疾患
MDC05	循環器系疾患
MDC06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC07	筋骨格系疾患
MDC08	皮膚・皮下組織の疾患
MDC09	乳房の疾患
MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC14	新生児疾患、先天性奇形
MDC15	小児疾患
MDC16	外傷・熱傷・中毒

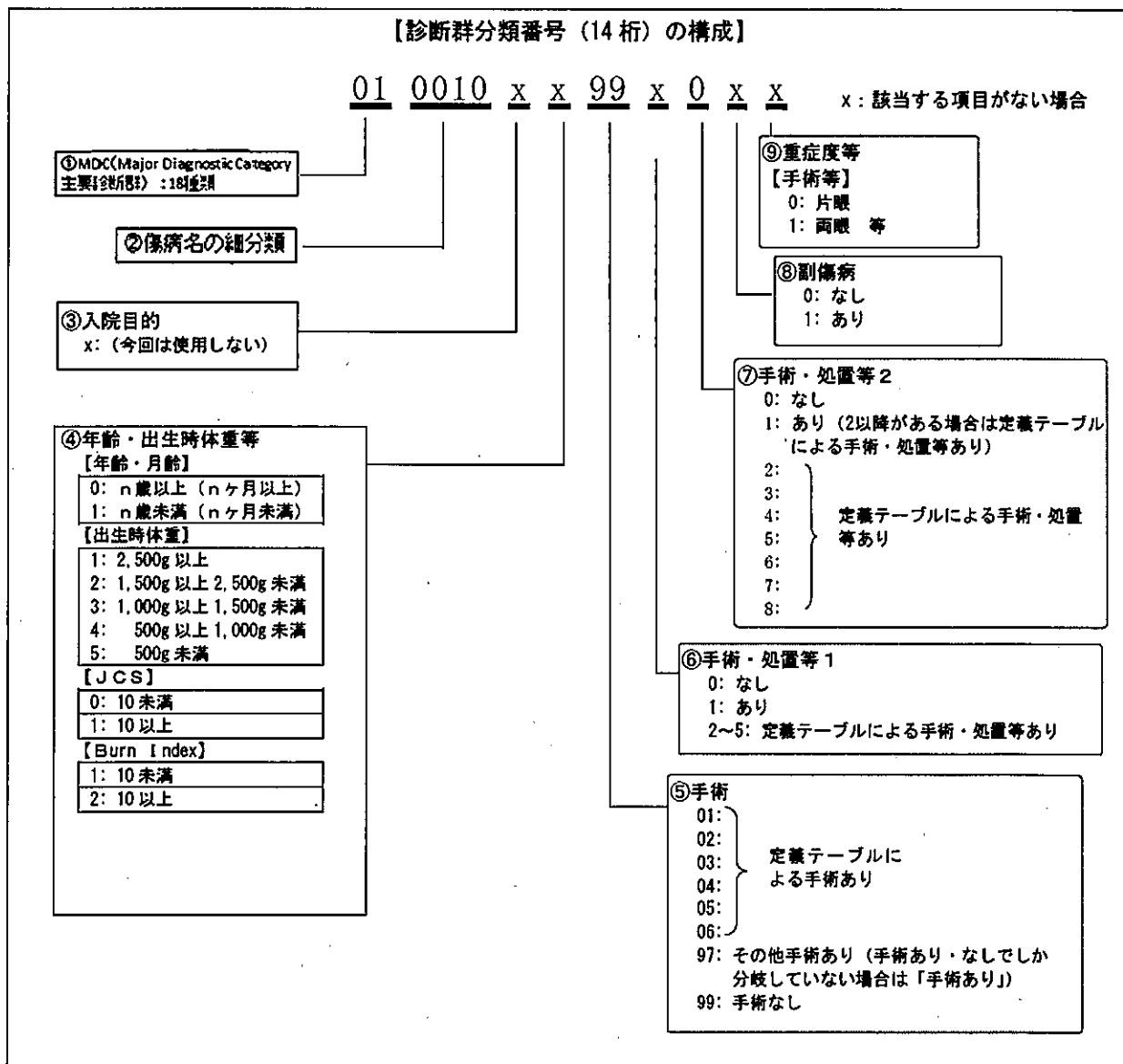
MDC17 精神疾患
MDC18 その他

(2) 診断群分類の構成

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

《診断群分類の見直し》

診断群分類は、臨床専門家等により構成されるMDC毎作業班における見直し案の報告及びDPC対象病院等の退院患者に係る調査に基づき、診療報酬改定時のほか、高額薬剤の保険収載等に応じて部分的には随時見直されている。現在は18主要診断群、506疾患、5078診断群分類、うち包括対象の分類は4404分類（平成28年度改定における数）から構成されている。



(3) 診断群分類の決定方法

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

なお、包括評価の対象診断群分類に該当しない患者は出来高算定となる。

(注) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するものとする。

《診断群分類の決定の手順》

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

※診断群分類点数表

包括評価の対象となる診断群分類ごとに1日当たり点数等を規定している。

※診断群分類ツリー図、定義テーブル

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

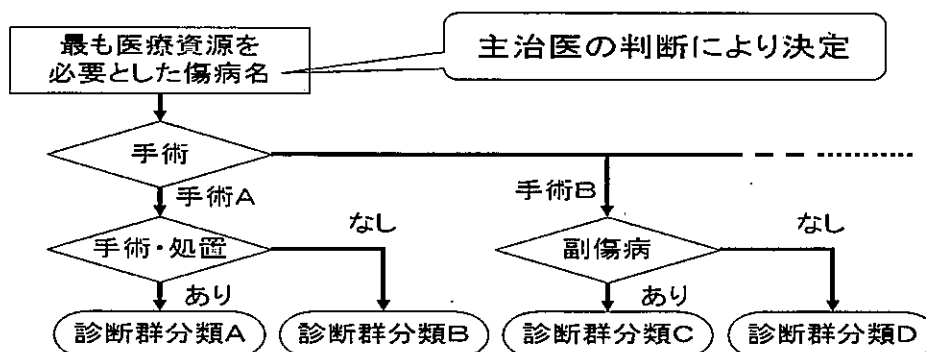
「定義テーブル」には「ツリー図」の分岐の基準の定義を記述している。

※診断群分類電子点数表

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

【診断群分類決定までの流れ】

- 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



(4) 平成 28 年度 D P C 対象病院の基準

- ①一般病棟入院基本料等の 7 対 1 又は 1 0 対 1 入院基本料に係る届出をおこなっており、急性期入院医療を提供する病院
- ②診療録管理体制加算に係る届出
- ③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加
- ④上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、調査期間 1 か月当たりの（データ／病床）比が 0. 8 7 5 以上
- ⑤「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年 4 回以上、当該委員会を開催

(5) 包括評価の対象患者

- ①包括評価の対象患者は、一般病棟の入院患者のうち、包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者である。
- ②ただし、以下の者を除く。
 - ・入院後 24 時間以内に死亡した患者、生後 1 週間以内に死亡した新生児
 - ・評価療養、患者申出療養を受ける患者
 - ・臓器移植患者の一部
 - ・一部の特定入院料等の算定対象患者
 - ・その他厚生労働大臣が定める者

3 診療報酬の算定方法

(1) 包括評価制度における診療報酬の額

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

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

①包括評価部分

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

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

【包括評価の範囲】

○ ホスピタルフィー的要素

入院基本料、入院基本料等加算（総合入院体制加算等に限る）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る）、検査（カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、脾臓）、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料を除く）、画像診断（画像診断管理加算 1、画像診断管理加算 2 及び選択的動脈造影カテーテル手技を除く）、投薬、注射、1,000 点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料、病理標本作製料 等

※ 選択的動脈造影カテーテル手技：区分 E 003 に掲げる造影剤注入手技（「3」の「1」に規定する主要血管の枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）

② 出来高部分

「医科点数表」に基づいた評価が行われる。

【出来高評価の範囲】

○ ドクターフィー的要素

入院基本料等加算（総合入院体制加算等を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く）、精神科専門療法（薬剤料を除く）、手術、麻酔、放射線療法、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、脾臓）、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技に限る）、処置料（基本点数が1,000点以上の処置に限る）、病理診断・判断料、無菌製剤処理料、術中迅速病理組織標本作製、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流等

○ 手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

(2) 「診断群分類」ごとの1日当たり点数

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

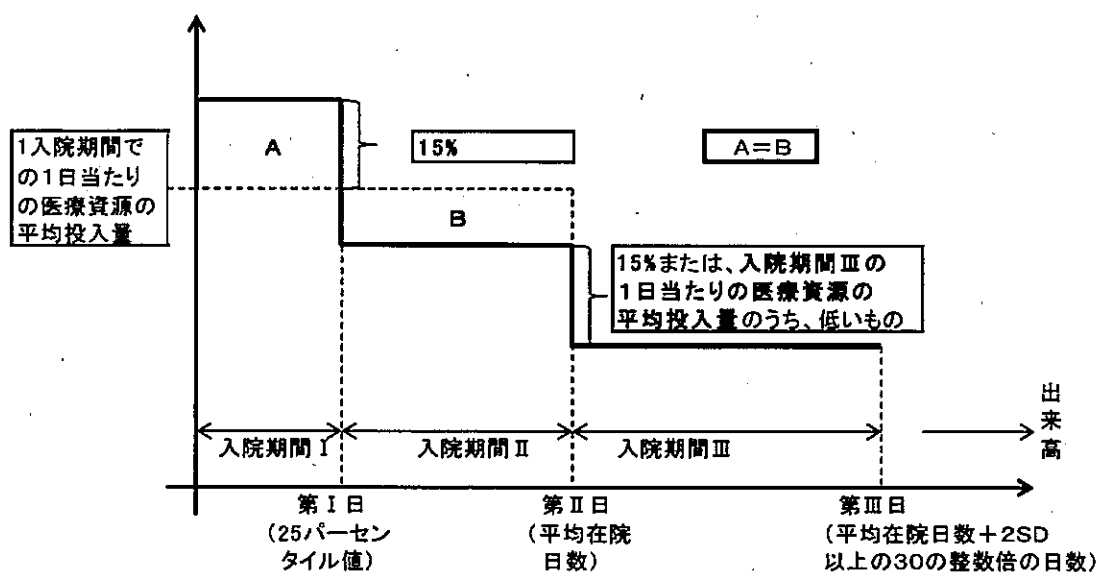
・入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定しており、例外的に入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数から標準偏差の2倍以上の30の整数倍を超えた部分については、医科点数表により出来高算定とする。

実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、以下の4種類の点数設定パターンがある。

通常の場合（設定方法A）

診断群分類入院日数の25パーセンタイル値（入院期間Ⅰ）までは平均点数に15%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数で算定。

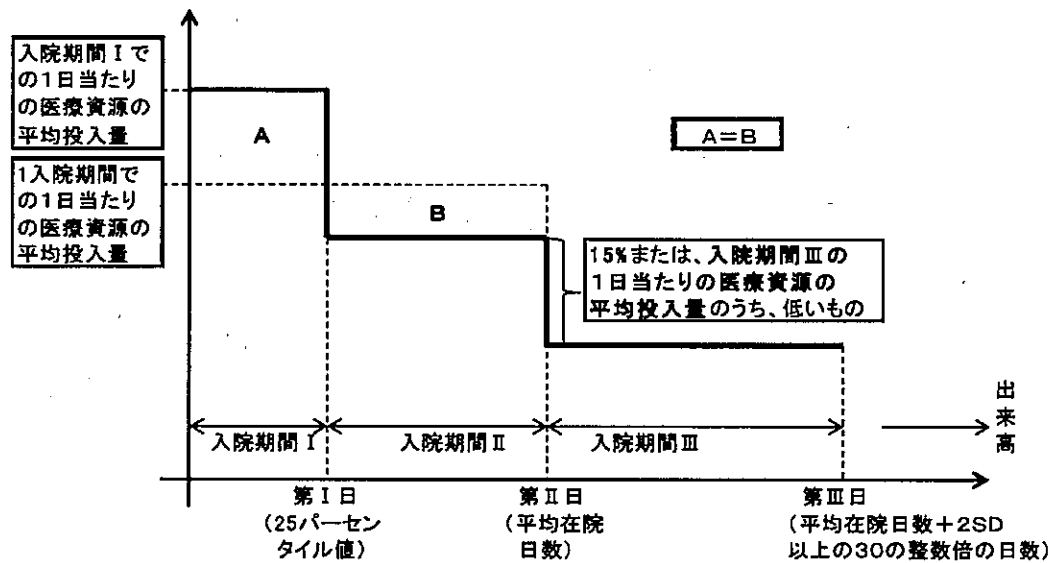
設定方式A



入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合（設定方法B）

入院期間Ⅰは、その期間での平均点数とし、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数で算定。

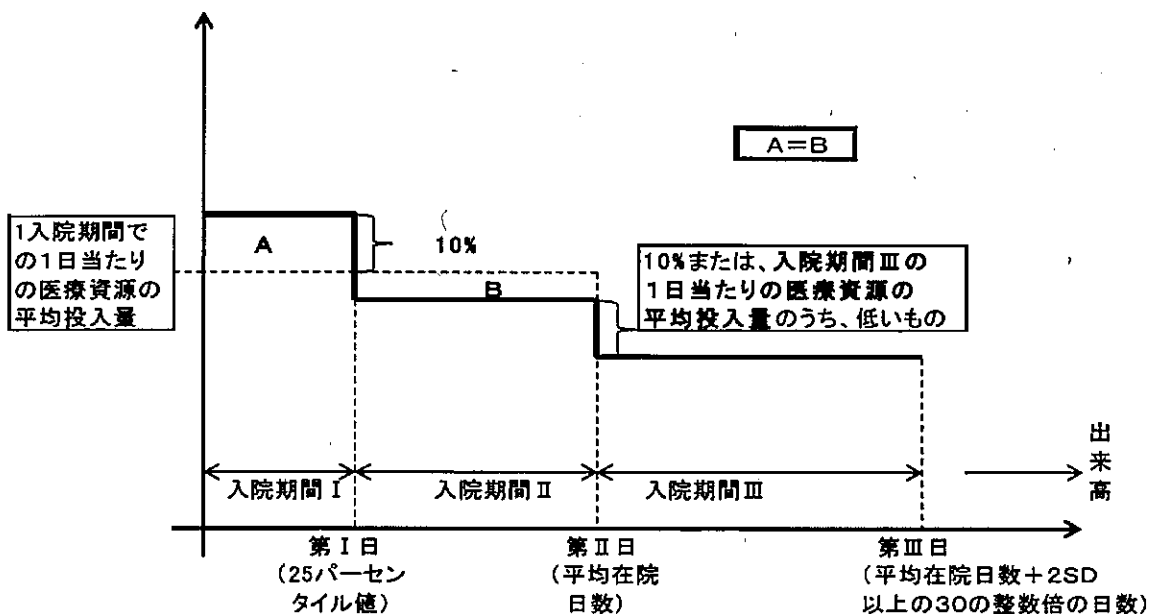
設定方式B



入院初期の医療資源の投入量が小さい場合（設定方法C）

入院期間Ⅰは、平均点数に10%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の90%または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数で算定。

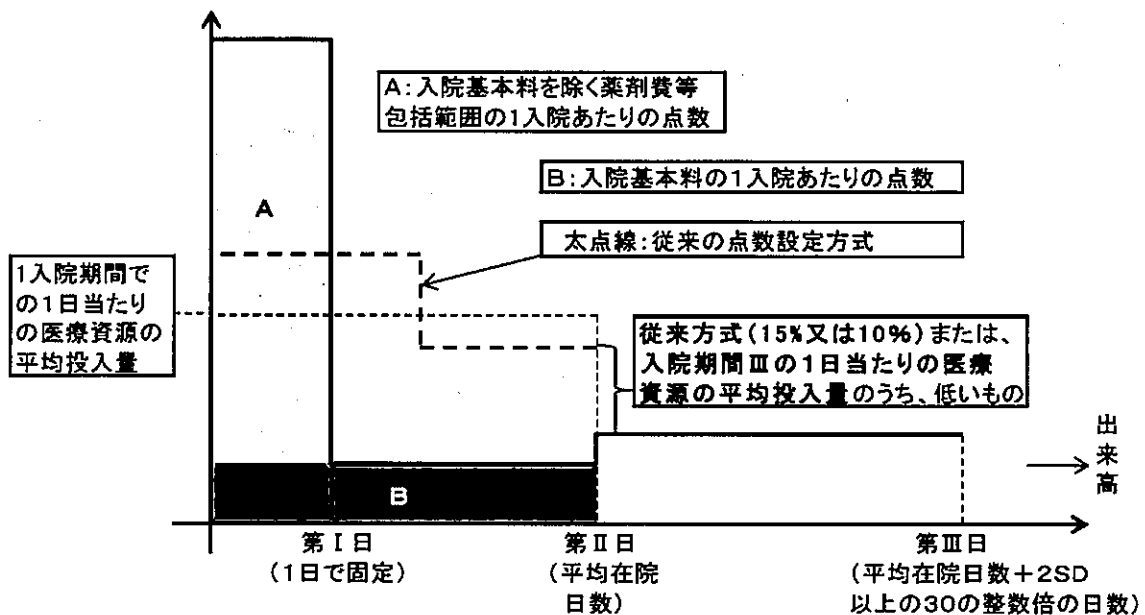
設定方式C



高額薬剤等に係る診断群分類（設定方法D）

入院基本料を除く薬剤費等包括範囲点数を入院期間Ⅰ（1日で固定）で算定し、平均在院日数までは入院基本料の1入院あたりの点数で算定。平均在院日数を超えた日から従来方式（前日の点数の90%または85%）または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数で算定。

設定方式D



(3) 医療機関別係数による評価・調整

医療機関別係数は、基礎係数と機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱと暫定調整係数から構成されている。

$$\text{医療機関別係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数Ⅰ} + \text{機能評価係数Ⅱ} + \text{暫定調整係数}$$

①基礎係数

基礎係数は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定されている。医療機関群は「DPC 病院Ⅰ群（大学病院本院）」、「DPC 病院Ⅱ群（大学病院本院に準じる病院。）」、「DPC 病院Ⅲ群（Ⅰ群、Ⅱ群以外）」のⅢ群である。

DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数は、平成 30 年度を目処に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており平成 28 年度改定においては調整部分の 75%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定することとなった。

②機能評価係数Ⅰ

出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

③機能評価係数Ⅱ

診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数。保険診療指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数、後発医薬品指数、重症度指数の 8 つの項目からなる。項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。

(4) 特定入院料の取扱い

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

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

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

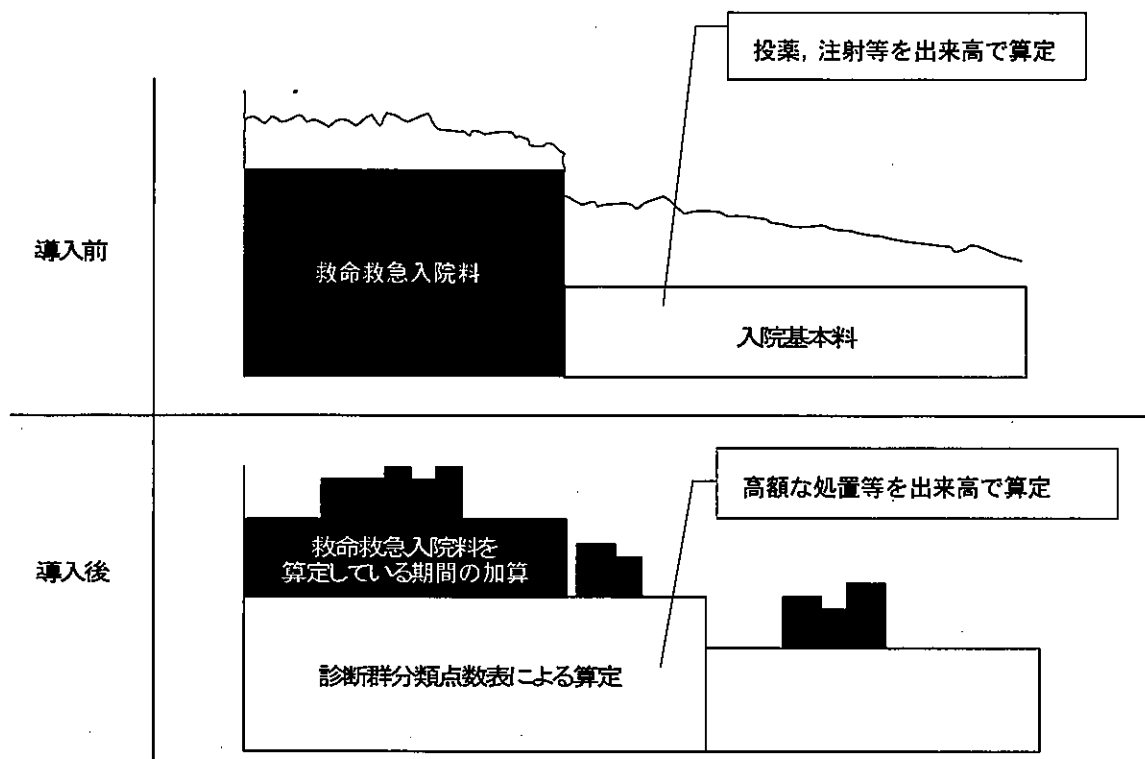
・救命救急入院料 1 3 日以内 7,825 点 等

また、包括範囲は、本包括評価制度の包括範囲に整理されている。

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

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

例) 救命救急入院料のDPCの中での取扱い



(5) 7日以内の再入院(再転棟)について

- ① 同一傷病(診断群分類番号の上2桁が同一のもの)における7日以内の再入院及び再転棟については、前回入院と一連の入院と見なして取り扱うものとする。

また、再入院の契機となった病名が、分類不能コードである場合も、前回入院と一連の入院とみなす。

- ② 同一傷病に該当するか否かの判断については、前回入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の上2桁と、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁により判断する。
- ③ 7日以内に同一傷病で再入院する場合であっても、再入院時に悪性腫瘍にかかる計画的な化学療法を実施する場合は、起算日は再入院した日とする。
- ④ 再入院後に診断群分類の変更があった場合については、1回目の入院から診断群分類を変更して退院月に差額の調整を行う。

(6) 持参薬について

入院が予定されている場合に、当該入院の契機となった傷病の治療に係るものとして、特段の理由がない限り、あらかじめ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認められない。(特段な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である。やむを得ず持参薬を入院中に使用する場合は、当該特別な理由を診療録に記載すること。)

V 保険診療に関するその他の事項

1 診療報酬明細書（レセプト）の作成

(1) レセプトへの関与について

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

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

（参考：療養担当規則）

第23条の2（適正な費用の請求の確保）

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

(2) レセプト点検のポイント

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

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

（レセプト点検時の注意点の一例）

①傷病名

- ・診療録に記載（あるいは医療情報システムに登録）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。

③DPC

- ・レセプトについては、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も記載しているか（特定入院料を算定する期間も含む）。
- ・診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院

期間において統一しているか。

入院当初は診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定していた患者が、退院時には医科点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合等、入院期間内において診療報酬の請求方法が複数存在する場合は、退院時（DPC算定対象となる病棟以外の病棟に転棟する場合を含む。）に決定された請求方法により必要な請求を行っているか。

- ・診断群分類は医学的に妥当適切なものか。
- ・傷病名、副傷病名その他レセプト上の傷病名が、診療録上のものと一致しているか（診断群分類の決定過程に単独でつけられた傷病名となっていないか。）。
- ・入院中に新たに発生した手術・処置・副傷病等により、入院時につけた診断群分類と異なっていないか。
- ・DPC対象外患者など、本来は出来高で請求すべき患者がDPCで請求されていないか。

(3) 症状詳記について

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

（不適切な症状詳記の例）

- ・悪筆、殴り書き等、審査支払機関の審査委員が解読できないもの。
- ・論点を絞らず、診療経過を羅列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の写し等、不必要な部分を多く含むもの。
- ・一般的な診療方針に終始し、患者の個々の病態に応じた記載になっていないもの。

2 患者から受領できる費用

(1) 一部負担金等の受領について

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

（患者に負担を求めることができるもの）

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

(2) いわゆる「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

保険外併用療養費制度は、平成18年10月に設けられた制度で、それまでの特定療養費制度の趣旨を踏まえつつも、「評価療養」「選定療養」として整理再編したものである。また、平成28年度4月には「患者申出療養」が新設された。

①評価療養とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣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)

- 先進医療（高度医療を含む）
- 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（公知申請されたもの）
- 保険収載医療機器の適応外使用（公知申請されたもの）

②選定療養とは、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら、診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自己選択の保障、質の確保などの一定のルール化を定め、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)

- 特別の療養環境の提供
- 予約診療
- 時間外診察
- 前歯部の金合金等
- 金属床総義歯
- 齲蝕の継続的な指導管理
- 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
- 制限回数を超える医療行為
- 180日を超える入院

③患者申出療養とは、困難な病気と闘う患者の思いに応えるため、先進的な医療について、患者の申出を起点とし、安全性・有効性等を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにする制度である。

この制度は、国において安全性・有効性等を確認すること、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国において確認すること、及び実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めている。

(参考) 先進医療

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

従来の特定期間療養費制度では、実施するにあたって、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、「適」、「否」、「変更」又は「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、実施体制等に遺漏がないよう、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、医薬品医療機器等法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施にあたっては、医薬品医療機器等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（治験実施期間）とする。
治験実施期間とは、治験薬等の投与を開始した日から投与を終了した日までであり、治験薬等を投与していない前観察期間及び後観察期間はこれに含まれない。
- ・ 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）。

4 サービス等に対する実費徴収について

(1) 「療養の給付と直接関係ないサービス等」の費用の徴収について

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

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

(費用の徴収に必要な手続き)

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

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例

療養の給付と直接関係ないサービス等	療養の給付と直接関係ないサービス等 とはいえないもの
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	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）、消拭用タオル代、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

ら患者へ貸与するものとする。) 等 4. 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用 ア インフルエンザ等の予防接種、感染症の予防に適應を持つ医薬品の投与 イ 美容形成(しみとり等) ウ 禁煙補助剤の処方等(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、禁煙補助剤を処方する場合に限る。) エ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診(治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。) 等 5. その他 ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料 イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料 ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料 エ 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用 等 オ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用(現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。) カ 院内託児所・託児サービス等の利用料 キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等 ク 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等) 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 医薬品医療機器等法上の承認前の医薬品・医療機器(治験に係るものを除く。) イ 適応外使用の医薬品(評価療養を除く。) ウ 保険適用となっていない治療方法(先進医療を除く。) 等
---	---

5 自己診療、自家診療について

(1) 自己診療について

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

(2) 自家診療について

医師が、医師の家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。

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

6 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。

(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、特別養護老人ホームでは、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、急性増悪時の医療等を除き、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

- ・特別養護老人ホーム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。
- ・特別養護老人ホーム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と同様。）
- ・介護保険の要介護被保険者等である患者に対しては、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等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等は、特別養護老人ホーム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。）
- ・特別養護老人ホーム等の職員（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。ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第 1 第 2 章第 2 部第 3 節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については同第 4 節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第 3 部第 1 節第 1 款検体検査実施料を算定できる。なお、これらの場合にあっては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

VI 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導・監査について

(1) 指導について

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

指導には、集団指導、集団的個別指導及び個別指導がある。個別指導のうち、厚生労働省・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、保険医の「取消」「戒告」「注意」がある。

また、本来、「取消」を行うべき事例であるが、すでに保険医療機関が廃止され、又は保険医が登録抹消している等の場合には、「取消相当」という扱いとし、「取消」と同等に取扱われる。

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^{つけぞし}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。
- ④二重請求：自費診療で行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。
- ⑤その他の請求
 - a 医師数、看護師等数の標欠
 - b 定数超過入院
 - c 非保険医の診療、業務上の傷病についての診療に関して請求すること
 - d 保険医療機関以外の場所での診療に関して請求すること
 - e 保険請求できない診療行為(押し掛け往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等に関して請求すること。

取消処分となった場合、原則5年間は再指定・再登録は行わないこととなっている。

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26年度指導・監査等の実施状況について

※医科・歯科・調剤を含む

(1) 指導・監査等による返還金額

- ・平成26年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約133億2千万円。
- ・内訳：指導による返還分 … 約41億3千万円
監査による返還分 … 約26億7千万円
適時調査による返還分 … 約65億2千万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消等の状況

- ・保険医療機関等の指定取消 … 41件（指定取消相当を含む）
保険医等の登録取消 … 30名（登録取消相当を含む）
（特徴等）
 - ・保険医療機関等の指定取消処分（指定取消相当を含む。）の原因（不正内容）を見ると、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。
 - ・指定取消処分（指定取消相当を含む。）に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等からの情報提供が25件と指定取消処分（指定取消相当を含む。）件数の過半数を占めている。

【メモ】

VII 登録・指定等に関する各種変更届について

1 保険医・保険薬剤師の登録等に関する変更届

保険医又は保険薬剤師は、登録後、申請した事項に変更があった場合、保険医・保険薬剤師の登録等に関する届書に所要事項を記載のうえ、地方厚生（支）局長（東京都においては関東信越厚生局長）に提出しなければならない。

なお、これらの届は、保健所への届と全く別のものであるので十分注意しなければならない。

- ① 保険医又は保険薬剤師が登録している地方厚生（支）局の管轄を越えて異動したとき
・・・保険医・保険薬剤師管轄地方厚生（支）局長変更届
- ② 保険医又は保険薬剤師が登録を行った管轄地方厚生（支）局内において都道府県を越えて異動等したとき
・・・保険医・保険薬剤師管轄地方厚生（支）局内の管轄事務所等変更届
- ③ 保険医又は保険薬剤師の氏名に変更があったとき
・・・保険医・保険薬剤師氏名変更届
- ④ 保険医又は保険薬剤師が死亡し、又は失そうの宣告を受けたとき
・・・保険医・保険薬剤師死亡・失そう届
- ⑤ 保険医又は保険薬剤師の登録を抹消しようとするとき
・・・保険医・保険薬剤師登録抹消申出書

各種様式、添付書類等については、関東信越厚生局ホームページ

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/index.html>

申請等手続き⇒指導監査課・事務所⇒保険医・保険薬剤師の登録等に関する申請・届出を参照。

2 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する変更届

保険医療機関又は保険薬局が次に該当する場合、保険医療機関・保険薬局の指定等に関する届書に所要事項を記載のうえ、地方厚生（支）局長（東京都においては関東信越厚生局長）に提出しなければならない。

また、これらの届は、保険医の場合と同様、保健所への届とは別に必ず提出しなければならない。

- ① 保険医療機関の指定に係る病床の数を増加又は病床の種別に変更が生じるとき
・・・保険医療機関指定変更申請書
- ② 保険医療機関の指定の申請事項（名称等）に変更が生じたとき
・・・保険医療機関・保険薬局届出事項変更（異動）届

<具体的事項>

- ・名称の変更
 - ・代表者の変更
 - ・管理者（管理薬剤師）の変更
 - ・保険医又は保険薬剤師の変更（勤務先異動、退職等）
 - ・その他の変更（区画、診療科目、診療時間（開局時間）、病床数変更（減床））
- ③ 保険医療機関等のうち、事業の廃止、休止又は再開したとき
- ・・・保険医療機関・保険薬局廃止・休止・再開届
- ④ 保険医療機関又は保険薬局の指定を辞退しようとするとき
- ・・・保険医療機関・保険薬局辞退申出書

各種様式、添付書類等については、関東信越厚生局ホームページ

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/index.html>

申請等手続き⇒指導監査課・事務所⇒保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出を参照。

資料

保険医療機関及び保険医療養担当規則 (いわゆる「療担」、「療養担当規則」)

○保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和 32 年 4 月 30 日 厚生省令第 15 号)

(最終改正:平成 28 年 3 月 4 日 厚生労働省令第 27 号)

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

保険医療機関及び保険医療養担当規則

目次

第一章 保険医療機関の療養担当（第一条―第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条―第二十三条の二）

第三章 雑則（第二十四条）

附則

第一章 保険医療機関の療養担当

（療養の給付の担当の範囲）

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であっ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っ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わ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者に対して、患者を紹介する対価として金品又は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、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收受してはならない。

（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かめなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提出することができない患者であって、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った者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二条第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同行第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）に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百十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百十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百十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。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五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百十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。

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

※ 正当な理由がある場合は、平成 28 年 9 月 30 日まで猶予あり。

（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。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。

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。

第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあったときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る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。

※ 正当な理由がある場合は、平成 30 年 3 月 31 日（診療所は当面の間）まで猶予あり。

※ 明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、平成 30 年 3 月 31 日（診療所は当面の間）まで有償で発行することができる。

2 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、照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、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。

3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払いを受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号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、法第一百二条第一項の規定による出産手当金又は法第一百四十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

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

(診療録の記載及び整備)

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

(帳簿等の保存)

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完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及び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、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他の不正な行為により、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長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原則)

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つてはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第十九条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、医薬品医療機器等法（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験（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受受してはならない。

(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、医薬品医療機器等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、同法第十四条又は第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ず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。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 前号によるほか、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挙げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限って行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

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

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

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

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

(歯科診療の具体的方針)

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

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

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

ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。

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。

二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品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、治療の効果を上げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。

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

三 処方せんの交付

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

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

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

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ 歯冠修復

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

(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復については金合金又は白金加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)

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号			
受 診 者	氏 名				有効期限	平成 年 月 日	
	生年月日	明大昭平	年	月	日生	男・女	被保険者氏名
	住 所	電話 局 番			資 格 取 得	昭和 年 月 日	
	職 業	被保険者との続柄			事(船舶所有者)業所有所	所 在 地	電話 局 番
					保 険 者	所 在 地	電話 局 番
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見				入 院 期 間		
	意見書に記入した労務不能期間		意 見 書 交 付				
	自 至	月 月 日 日 日間	年 月 日		自 至	月 月 日 日 日間	
	自 至	月 月 日 日 日間	年 月 日		自 至	月 月 日 日 日間	
	自 至	月 月 日 日 日間	年 月 日		自 至	月 月 日 日 日間	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考				公費負担者番号			
				公費負担医療の受給者番号			

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等

[illegible]

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	男 大 小 年	月	日	男・女	電話番号																													
	区分	被保険者					被扶養者					保険医氏名 (印)																							
												都道府県番号										点数表番号		医療機関コード											

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	個々の処方案について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」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「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																	
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ薬調照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供																		

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号を標準とすること。
 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61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。

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

請求期間 (入院の場合)
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外 負担	評価療養・選定療養	その他	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
	(内訳)	(内訳)	円	円	円
			円	円	円
	領収額 合 計				円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇〇-〇〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印