保険診療の理解のために

【医科】
（令和８年度）

本資料は令和８年度診療報酬改定に基づいて作成しています。疑義解釈等が随時発行されるため、ご所属の保険医療機関で診療報酬請求をするに当たってはその時点での要件等を確認して請求を行ってください。

東北厚生局

目次

Ⅰ はじめに ..... - 3 -

Ⅱ 保険医、保険医療機関の責務 ..... - 4 -

1　保険医とは ..... - 4 -
2　保険医療機関とは ..... - 4 -
3　保険医と保険医療機関の責務等 ..... - 4 -
4　主な関係法令 ..... - 5 -
5　保険診療の基本的ルール ..... - 9 -
6　保険医療機関の指定の取消し及び保険医の登録の取消しに関する規定 ..... - 9 -

Ⅲ わが国の医療保険制度の現状 ..... - 11 -

1　わが国の医療保険制度 ..... - 11 -
2　国民医療費の推移 ..... - 12 -

Ⅳ 保険医療機関及び保険医療養担当規則について ..... - 13 -

1　保険医療機関及び保険医療養担当規則について ..... - 13 -
2　診療録（カルテ） ..... - 18 -
3　傷病名 ..... - 19 -

Ⅴ 医科診療報酬に関する留意事項 ..... - 21 -

1　基本診療料等 ..... - 21 -
2　医学管理等 ..... - 29 -
3　在宅医療 ..... - 33 -
4　検査・画像診断・病理診断 ..... - 35 -
5　投薬・注射 ..... - 38 -
6　輸血・血液製剤 ..... - 39 -
7　処置・手術・麻酔 ..... - 39 -
8　リハビリテーション ..... - 42 -
9　精神科専門療法 ..... - 47 -
10　食事療養 ..... - 50 -

Ⅵ ＤＰＣ/ＰＤＰＳについて ..... - 53 -

1　ＤＰＣ/ＰＤＰＳとは ..... - 53 -
2　制度の概要 ..... - 53 -
3　診療報酬の算定方法 ..... - 57 -

Ⅶ 保険診療に関するその他の事項 ..... - 60 -

1　診療報酬明細書（レセプト）の作成 ..... - 60 -
2　患者から受領できる費用 ..... - 61 -
3　保険外併用療養費制度 ..... - 61 -
4　医療保険と介護保険の給付調整について ..... - 64 -
5　サービス等に対する実費徴収について ..... - 65 -
6　自己診療、自家診療について ..... - 68 -

Ⅷ 健康保険法等に基づく指導・監査について ..... - 70 -
1　指導・監査について ..... - 70 -
2　令和６年度の指導・監査等の実施状況について ..... - 71 -
資料 ..... - 73 -
保険医療機関及び保険医療養担当規則 ..... - 73 -
参考１　指導大綱 ..... - 91 -
参考２　監査要綱 ..... - 99 -

Ⅰ　はじめに

保険医、保険医療機関として保険診療、保険請求を行うには、健康保険法等の各種関係法令に基づく必要がある。したがって、これらの関係法令を知らないことは、行政処分を免れる理由にはならない。

【保険医登録・保険医療機関指定の取消処分の基準】（監査要綱より）

① 故意に不正又は不当な診療を行ったもの。
② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。
③ 故意に保険医療機関の管理者が当該保険医療機関に勤務する者の監督又は当該保険医療機関の管理及び運営の注意を怠り、不正又は不当な診療が行われた又は診療報酬の請求が行われたもの。
④ 健康保険法第７８条第１項等の規定による報告や診療録等の書類の提出又は提示の求めに際し、保険医療機関の管理者が当該保険医療機関に勤務する者又は勤務していた者に対して、出頭の拒否、虚偽の説明、検査の拒否、妨害若しくは忌避又は診療録等の書類の改ざんを行うよう指示したもの。
⑤ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。
⑥ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。
⑦ 重大な過失により、保険医療機関の管理者が当該保険医療機関に勤務する者の監督又は当該保険医療機関の管理及び運営の注意を怠り、不正又は不当な診療がしばしば行われた又は診療報酬の請求がしばしば行われたもの。

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（保険医）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（健康保険法第 71 条）。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。

2　保険医療機関とは

保険医療機関とは、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（＊注）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）。

（＊注）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）。

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、診療に当たらせるほか、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）。

保険医療機関は、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（Ⅳで詳述し、ページ-73 -以降に全文を掲載）。

4　主な関係法令

保険診療の前提として健康保険法のみならず、**医師法・医療法・医薬品医療機器等法等をも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として厚生労働省令で定めるもの**

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) 免許の取消し、医業の停止（第 7 条第 1 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な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）

医師は自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付してはならない（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（Ⅳの（８）に関連項目あり）。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（**無診察治療等の禁止**）、第 22 条（**処方箋の交付義務**）又は第 24 条（**診療録の記載及び保存**）の規定に違反した者は 50 万円以下の罰金を処せられる。なお、第 7 条第 1 項（**免許の取消し、医業の停止**）の規定により医業の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、医業を行ったものは、1 年以下の懲役若しくは 50 万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

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、介護医療院、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感染症、指定感染症、新感染症の患者）

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」に基づいている。

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。

保険診療として診療報酬が支払われるには次の条件を満たさなければならない。

① 保険医が
② 保険医療機関において
③ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法の各種関係法令の規定を遵守し
④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則』の規定を遵守し
⑤ 療養上妥当適切な診療を行い
⑥ 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こと。

6　保険医療機関の指定の取消し及び保険医の登録の取消しに関する規定

健康保険法第 80 条及び第 81 条において、保険医療機関の指定及び保険医の登録の取消しの規定がある。健康保険法に関連した違反を行った場合はもちろんのことであるが、以下の法律で罰金刑に処せられたとき及び命令・処分に違反した場合は、保険医療機関の指定及び保険医の登録の取消しのほか、指定・登録拒否ということもありえるので、十分に注意する必要がある。

【　参考　】

健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）

第五章　保険給付

（保険医療機関等の指定の拒否等に係る法律）

第三十三条の三　法第六十五条第三項第三号、第七十一条第二項第二号、第八十条第七号、第八十一条第四号、第八十九条第四項第五号及び第九十五条第八号の政令で定める法律は、次のとおりとする。

一　船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)

二　医師法(昭和二十三年法律第二百一号)

三　歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)

四　保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)

五　医療法(昭和二十三年法律第二百五号)

六　私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二百四十五号)

七　国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第百二十八号)

八　国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)

九　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(昭和三十五年法律第百四十五号)

十　薬剤師法(昭和三十五年法律第百四十六号)

十一　地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第百五十二号)

十二　高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)

十三　再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成二十五年法律第八十五号)

十四　臨床研究法(平成二十九年法律第十六号)

2　法第八十条第九号、第八十一条第六号及び第九十五条第十号の政令で定める法律は次のとおりとする。

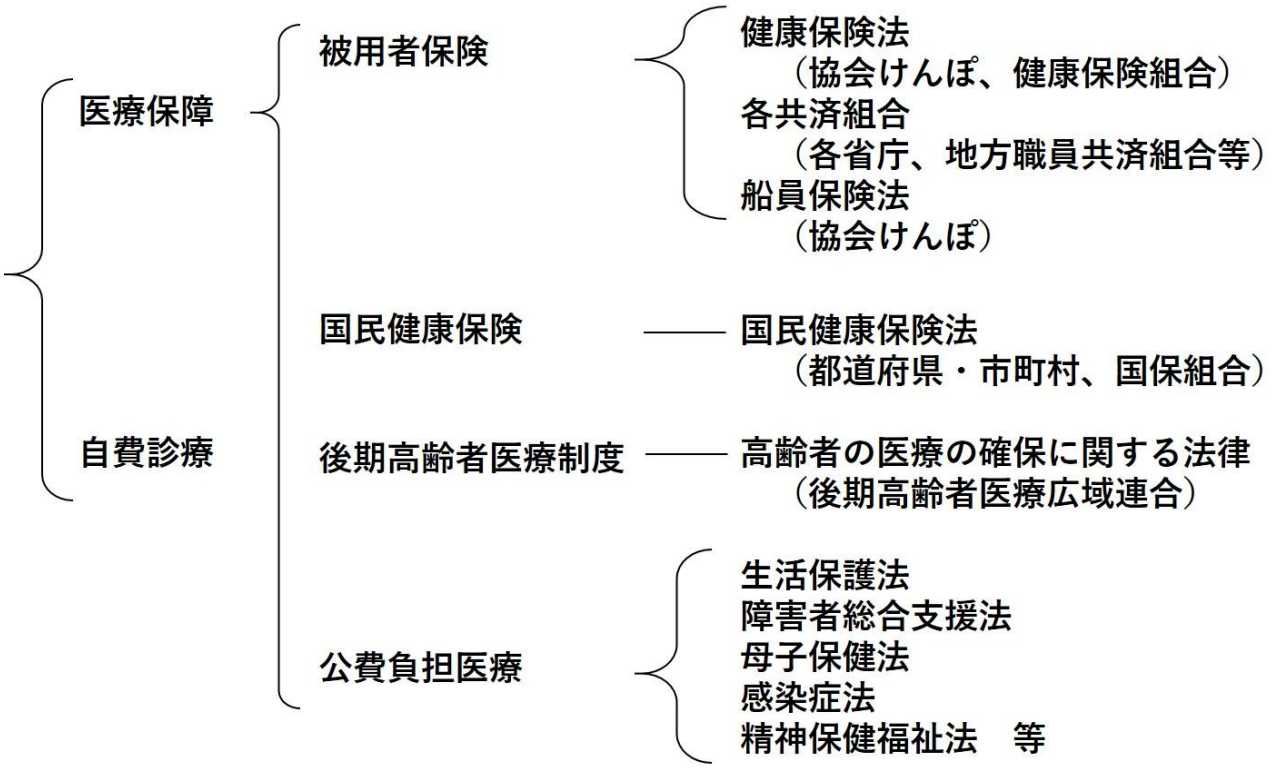
（上記一から十四と同一）

Ⅲ わが国の医療保険制度の現状

1　わが国の医療保険制度

(1) 医療保険制度の種類

わが国の医療保険には、会社員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がある。後期高齢者については、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。

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。

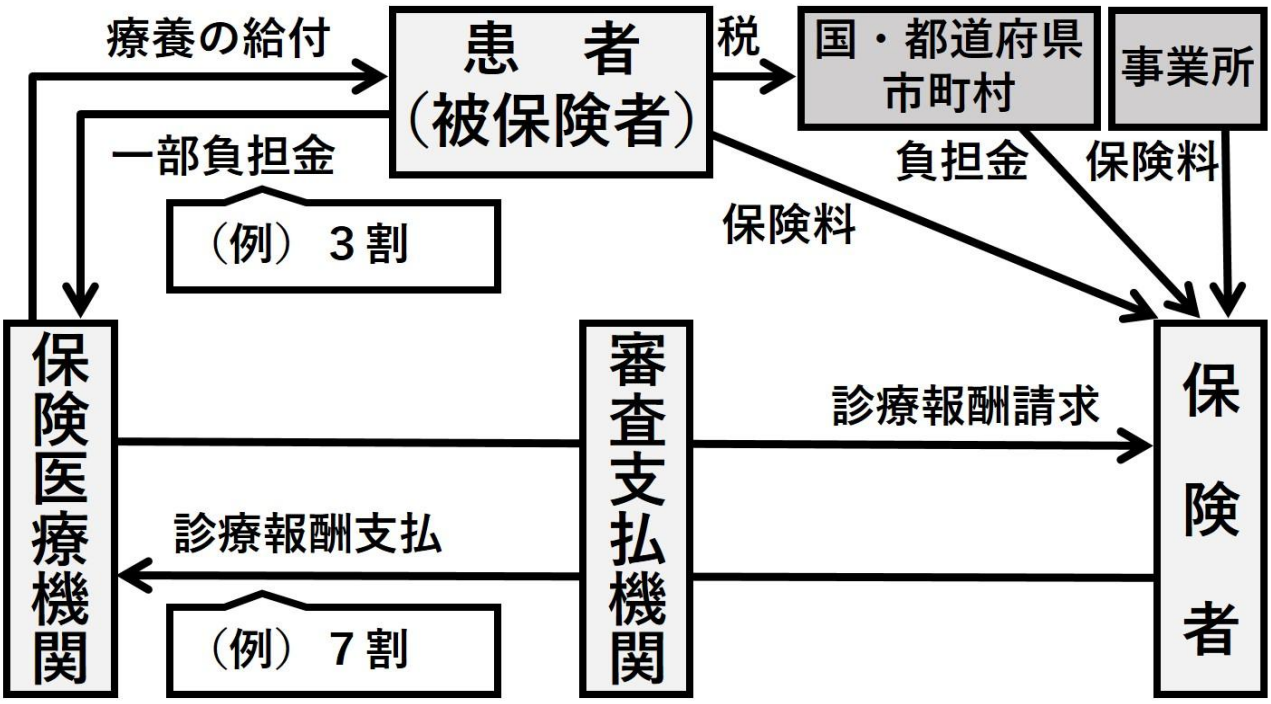
現物給付制度　･･･　医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。

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。

(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医療保険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思で参加することにより実施されている。これが、保険診療が「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”」と称されるゆえんである。



2　国民医療費の推移

令和 5 年度の国民医療費は 48 兆 915 億円、前年度の 46 兆 6,967 億円に比べ 1 兆 3,948 億円、3.0%の増加となっている。 人口一人当たりの国民医療費は 38 万 6,700 円、前年度の 37 万 3,700 円に比べ 1 万 3,000 円、3.5%の増加となっている。国民医療費の国内総生産（GDP)に 対する比率は 8.08%（前年度 8.23%）となっている。

出典：令和 5 （2023）年度 国民医療費の概況
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05kekka.pdf

Ⅳ 保険医療機関及び保険医療養担当規則について

1　保険医療機関及び保険医療養担当規則

（「療担」又は「療養担当規則」と略称。資料参照（ページ- 73 -））

健康保険法等において、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定められた厚生労働省令である。

第１章は保険医療機関の療養担当について（例：療養の給付の担当範囲、担当方針、等）、第２章は保険医の診療方針等について（例：診療の一般的・具体的方針、診療録の記載、等）を規定している。

なお、後期高齢者に対する保険診療において、保険医療機関および保険医が遵守すべき事項については、療養担当規則と同等の内容を定めたものとして、厚生労働大臣による「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」（「療担基準」と略称）が定められている。

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

(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）

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。

- **解説：特定の保険薬局への誘導に該当しない状況**

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 複数の連携薬局の中から患者自ら選択した薬局で処方を受けるように説明すること

② 時間外に対応できる薬局のリストを文書により提供すること

③ 保険医療機関が、在宅で療養を行う患者に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

(6) 特定の事業者等への誘導の禁止（第２条の５の２）

患者に対して、指定訪問看護事業者等の事業者を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(7) 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。

なお、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については、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外とする。

また、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、あらかじめ必要な体制を整備しなければな

らない。

(8) 診療録の記載及び整備、帳簿等の保存（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。

(9) 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、患者の疾病又は負傷が自己の専門外であることを理由に診察を行わずに同意を与える、いわゆる無診察同意を行ってはならない。医師の診察の上で適切に同意書の交付を行うことが求められる。

(10) 特殊療法の禁止・厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物の禁止・診療の具体的方針（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）Ⅶ３（1）評価療養及び（3）患者申出療養　参照（ページ- 61 -）

(11) 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。

(12) 診療の具体的方針（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。

(13) 診療の具体的方針（投薬）（第 20 条第 2 号）

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。

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）又はバイオ後続品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品又はバイオ後続品を選択する機会を提供すること等、患者が後発医薬品又はバイオ後続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。

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。

(14) 診療の具体的方針（注射）（第 20 条第 4 号）

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。

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

- **解説：後発医薬品・バイオ後続品**

療養担当規則で後発医薬品・バイオ後続品の使用促進が規定されている。

(15) 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、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項（医薬品名、分量、用法及び用量。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。患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合にその旨、等。）を記載しなければならない。

- **解説：処方箋様式**

・ 医師は、個々の医薬品について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載するとともに「保険医署名」欄に署名又は記名・押印する。

・ 医師が処方箋を交付する際、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（処方箋料の一般名処方加算）が設けられている。

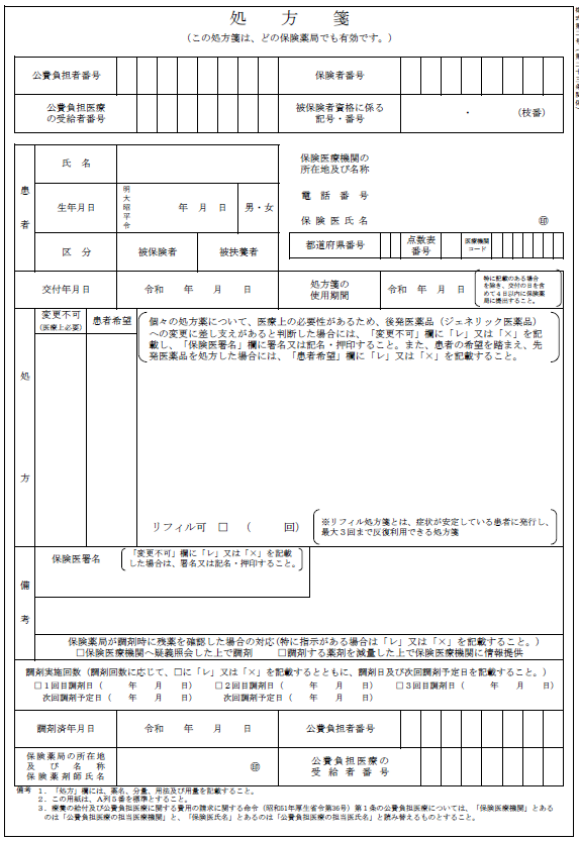
・ 保険薬局の保険薬剤師は、①「保険医署名」欄に処方医の署名等がないなど後発医薬品への変更調剤が可能な処方箋や、②一般名処方に係る処方箋を受け付けた場合、患者に対して後発医薬品に関する説明を適切に行うとともに、記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

(16) 処方箋の交付（リフィル処方箋）（第 23 条第 2 項）

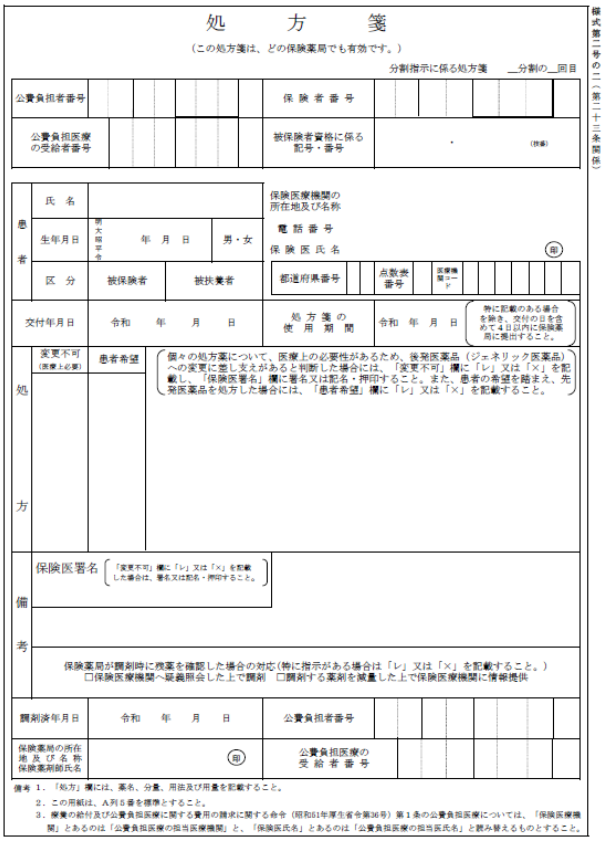
保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

➢ 解説：リフィル処方

- 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「✓」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。
- 療養担当規則第 20 条第 3 号ロにより、投薬量に限度が定められている医薬品（アルプラゾラム等）及び湿布薬については、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。


処　方　箋
（この処方箋は、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
被保険者資格に係る記号・番号
（枝番）
患者
氏名
生年月日
明大昭平令
年　月　日
男・女
区分
被保険者
被扶養者
保険医療機関の所在地及び名称
電話番号
保険医氏名
㊞
都道府県番号
点数表番号
医療機関コード
交付年月日
令和　年　月　日
処方箋の使用期間
令和　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（医療上必要）
患者希望
個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。
リフィル可　□　（　　回）
※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大３回まで反復利用できる処方箋
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。)
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）
調剤済年月日
令和　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
㊞
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、A列５番を標準とすること。
３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

様式二号


様式第二号の二（第二十三条関係）
処　方　箋
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）
分割指示に係る処方箋　__分割の__回目
公費負担者番号
保険者番号
公費負担医療の受給者番号
被保険者資格に係る記号・番号
（枝番）
患者
氏名
生年月日
明大昭平令
年　月　日
男・女
区分
被保険者
被扶養者
保険医療機関の所在地及び名称
電話番号
保険医氏名
㊞
都道府県番号
点数表番号
医療機関コード
交付年月日
令和　年　月　日
処方箋の使用期間
令和　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（医療上必要）
患者希望
個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。
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。)
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供
調剤済年月日
令和　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
㊞
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、A列５番を標準とすること。
３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

様式二号の二

(17) 処方箋の交付（第 23 条第 3 項）

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つた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(18) 適正な費用の請求の確保（第 23 条の 2）

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

- **解説：レセプトの確認**

  保険医は必要に応じて診療報酬明細書（レセプト）を確認し、自分の診療録の記載が請求事務担当者に適切に伝わっているか確かめる必要がある。

2　診療録（カルテ）

(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。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（医師法第 24 条、療養担当規則第 22 条）
② 診療録の保存（医師法第 24 条第 2 項、療養担当規則第 9 条）

(3) 記載上の主な留意点

- 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。

(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 7.0 版」（令和８年６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。

・ システム管理者及び監査責任者等を定め、個人情報保護及び情報セキュリティ等に留意した、運用管理規定を定めること。
・ 診療録等の真正性、見読性、保存性を確保すること。
・ 真正性：改変又は消去及びその内容を確認できること。記録の責任の所在を明らかにすること。
  例：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：記録事項を直ちに明瞭かつ整然と機器に表示し、書面を作成できる。
  例：情報の所在の日常的な管理、見読化手段の管理　等。
・ 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。
  例：ウイルスや不適切なソフトウェア等による、情報の破壊及び混同等の防止、不適切な保管･取扱いによる情報の滅失、破壊の防止

3　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、終了年月日を適切に記載すること。
・ 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場合には、医学的妥当性のある傷病名となっているか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

実施された診療行為を保険請求する際に、審査支払機関での査定を逃れるため、実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を傷病名欄に記載してレセプトを作成することは、極めて不適切である。例えば、非ステロイド性抗炎症薬（ＮＳＡＩＤｓ）を投与した患者にプロトンポンプインヒビター（ＰＰＩ）を併用したので、医学的に胃潰瘍と診断していないにもかかわらず「胃潰瘍」と傷病名をつけておいた、等である。診断名を不実記載して保険請求したことになり、場合によっては、不正請求と認定される可能性もある。

【　不適切な傷病名の例　】

① 実施した検査の査定を逃れるための傷病名
- 「播種性血管内凝固」　→出血・凝固検査
- 「急速進行性糸球体腎炎」→MPO-ANCA 検査
- 「深在性真菌症」　→(1→3)-β-D-グルカン検査
- 「間質性肺炎」　→KL-6、SP-A、SP-D

② 投薬・注射の査定を逃れるための傷病名
- 「上部消化管出血」「胃潰瘍」→適応外の H2 受容体拮抗剤の使用
- 「播種性血管内凝固」　→適応外の新鮮凍結血漿の使用
- 「腹膜炎」　→広域スペクトラムの抗菌薬

(3) 症状詳記

医学的に妥当適切な傷病名等のみでは、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。
- 虚偽の内容を記載しないこと。

（虚偽記載例）

心臓血管外科の手術中、注射用ランジオロール塩酸塩を予防的に投与するために、実際には起きていない頻脈性不整脈が起きたと症状詳記に記載する。

＊記載の詳細については、診療報酬請求書等の記載要領等について(昭和五一年八月七日保険発第八二号)を参照のこと。

Ⅴ 医科診療報酬に関する留意事項

1　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（外来診療料）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、再診を行った場合に算定する再診料と外来診療料については、許可病床のうち一般病床に係るものの数が 200 以上である場合には外来診療料を算定する。

(2) 初診料・再診料（外来診療料）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、後刻又は後日に検査、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。ただし、一定の要件を満たす必要がある。

【　２つ目の診療科で初診料が算定できない例　】

- １つ目と２つ目の診療科で受けた診療が同一疾病、または互いに関連のある疾病である場合。

（例）内科で糖尿病の継続管理中の患者が、糖尿病性網膜症の疑いで眼科を受診する場合

・　１つ目と２つ目の診療科の保険医が同一の場合。

・　患者が専門性の高い診療科を適切に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。

③ 同一日に患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により別の診療科を再診として受診した場合には、２科目の診療科に限り再診料（外来診療料）の約 1/2 を算定できる。

④ 電話等による再診は、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再診料（外来診療料は除く）が算定できる。ただし、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。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。

【　電話再診料が算定できない例　】

・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。

⑤ 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。

⑥ 自他覚的症状がなく健康診断及び検診等（以下この項において「健診等」という。）を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

⑦ 健診等で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(3) 情報通信機器を用いた診療

「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実施することが可能である。算定については、基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）の各算定項目について「情報通信機器を用いた診療を行った場合」における規定や算定区分が設けられている。

(4) 情報通信機器を用いた診療における留意点

ア　厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）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する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

イ　情報通信機器を用いた診療は、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。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ウ　情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

（イ）当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

（ロ）当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ　オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

オ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療である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。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学

会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方である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。

カ　情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ　情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(5) 入院基本料・特定入院料

入院基本料は、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、人員配置等により更に分類される。

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。

(6) 入院基本料等の算定上の留意点

以下の７つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料等を算定できないこととなるため、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。

【　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して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。
- 入院診療計画書は患者に交付するとともに、写しを診療録に添付する。

②　院内感染防止対策に関する基準

- メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（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、入院基本料等加算の【A234-2】感染対策向上加算１・２・３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、入院基本料等加算の【A234】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、入院基本料等加算の【A236】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が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（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）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作成し、それに基づいた栄養管理の実施と栄養状態の定期的な評価を行い、必要に応じて栄養管理計画の見直しを行う。

⑥　意思決定支援に関する基準

・　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。

※　令和 8 年度診療報酬改定（令和 9 年 5 月 31 日までの間、経過措置を設けている。）

⑦　身体的拘束最小化に関する基準

・　患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又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こと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。

・　身体的拘束最小化チームの設置など。

【　看護要員算入の留意事項　】

・　「看護要員の数」は、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であり、看護部長等、看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。

・　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なければならない。月平均1日当たりの看護配置数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体において実際に入院患者の看護に当たった時間数により算出する。

【月平均1日当たり看護配置数＝月延べ勤務時間数の計/（日数×8）】

・　夜勤は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(夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間数が、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び 10 対 1 入院基本料の病棟では 16 時間未満、それ以外の病棟では8時間未満の者を除く)でなければならない。

【　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価　】

・　急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10 対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟では、入院患者の状態を「重症度、医療・看護必要度」に係る評価表を用いて測定する必要がある。その際、負担軽減及び測定の適正化の観点から、急性期病院一般入院基本料を算定する病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、 医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合を除く。）、急性期一般入院料1を算定する病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合を除く。）、許可病床数 200 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料2又は3を算定する病棟、許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5を算定する病棟及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を用いることを要件とする。

(7) 入院中の患者の他医療機関受診

入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、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（ただし、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。）。

(8) 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【A204-2】

- 研修医や、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、その指導内容がわかるように指導医自らが診療録に記載し、署名している。

②　救急医療管理加算【A205】

- 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を評価する加算。
- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して７日に限り算定できる。

③　感染対策向上加算【A234-2】

- 第２部入院料等の「通則７」に規定する院内感染防止対策（病院長等から構成される院内感染防止対策委員会の定期開催、各病棟の感染情報レポートの作成とレポートの当該委員会での活用、職員に対する手洗いの励行、各病室への水道又は消毒液の設置等）を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことによる医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制等の確保を評価する加算。

④　入退院支援加算【A246】

・　悪性腫瘍や認知症など、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価する。

・　入院を予定している患者に対して入院前から支援を行った場合には、別途「入院時支援加算」が算定できる。加算の算定の際には、退院困難な要因を有する患者の把握、退院支援計画の作成、退院先の診療録等への記載が求められる。

2　医学管理等

○　指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

(1) 医学管理等

医科診療報酬点数表における「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項目ごとに定められていることに留意する。

【　算定要件の例　】

①　特定薬剤治療管理料１　【B001・２】

・　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、その結果に基づき、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のではない。

（例）心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの

・　薬剤の血中濃度及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

② **悪性腫瘍特異物質治療管理料　【B001・３】**

・　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て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。

・　腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

③ **外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料　【B001・９】、【B001・10】**

・　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、病態に応じた食事の形態等に係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。

・　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。

④ **肺血栓塞栓症予防管理料　【B001-6】**

・　肺血栓塞栓症を発症する危険性が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った場合に算定する。関係学会より標準的な管理方法（「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」）が示されており、患者管理が適切になされるよう十分留意する。

⑤ **診療情報提供料**

・　診療情報提供料（Ⅰ）**【B009】**

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経過報告や患者紹介の「お返事」等については、算定不可。）交付した診療情報提供書の写しを診療録に添付するとともに、紹介先からの照会に対しては懇切丁寧に対応する。

・　診療情報提供料（Ⅱ）**【B010】**

診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族か

らの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定する。患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

・ 連携強化診療情報提供料【B011】

医療機関の間で適切な連携が行われることにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの（例：診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院と、特定機能病院、地域医療支援病院若しくは外来機能報告対象病院等）。他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関等からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合 に、患者１人につき提供する保険医療機関ごとに３月に１回に限り算定する。

⑥ 療養費同意書交付料 【B013】

・ 当該疾病について現に診察している主治の医師（緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない。）が、当該診察に基づき療養費の支給対象に該当する患者と認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、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。

・ 療養費同意書の交付に当たっては、医師が診察に基づき療養費の支給対象に該当すると認める場合に限られており、「医師法」・「保険医療機関及び保険医療養担当規則」で禁止されている「無診察診療」により交付した場合には、不正請求となるので厳に慎むこと。

・ なお、各施術の療養費の支給対象については、以下のとおりであるので留意されたい。（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。）

【 あん摩・マッサージ・指圧の療養費の支給対象 】

一律にその診断名によることなく筋麻痺、関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例

【 はり・きゅうの療養費の支給対象 】

慢性病で医師による適当な治療手段のないもの

①　主として、神経痛、リウマチ

②　類症疾患（頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等）

具体的には、

ア　神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。

イ　ア以外の疾病による同意書又は診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定される。

ウ　ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。

(3) 請求事務における保険医の責務について

医学管理料の算定対象となる状態にある患者に対し、請求事務担当者のみの判断で一律に請求を行う行為は、実際に実施された医学管理の内容や算定要件となっている診療録への必要事項の記載の有無の確認を行わずに請求を行った場合、結果として不正請求や不当請求につながってしまう可能性が高くなってしまう。療養担当規則にも「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 23 条の２）。」とされており、保険医は適正な保険請求事務についても、責務を負う。

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が自ら確認し、算定する旨を請求事務担当者に伝達することで適切な請求を行うことができる。

【　不適切な算定例　】

- 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（悪性腫瘍であると既に確定診断された患者であること、医学的管理の必要性、診療録への添付又は記載等、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（又は医師に周知されず）、傷病名、投薬・検査の内容等により請求事務担当者のみの判断で一律に医学管理料を算定。

3　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。
○　在宅患者への指導や管理は指導内容の要点等の記載や、指示書等の診療録への添付など、項目ごとに具体的な算定要件が定められている。

(1) 第１節在宅患者診療・指導料

①　往診料【C000】

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及び定期的又は計画的に行われる対診の場合は算定できない。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(Ⅰ)、(Ⅱ)【C001】【C001-2】

・　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患者に対して、定期的に訪問して診療を行った場合の評価。独歩で介助者等の助けを借りずに通院できる者などは算定できない。
・　在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者をいう。
・　訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たす必要がある。
ア　当該患者等の署名付きの同意書を診療録に添付する。
イ　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。
ウ　診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所を診療録に記載する。
・　在宅患者訪問診療料は(Ⅰ)と(Ⅱ)があり、(Ⅰ)はさらに「１」と「２」に区分されている。
・　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」は、１人の患者に対して１つの保険医療機関の指導管理下に、継続的に行われる訪問診療について算定する。
・　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「２」は、他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に算定できる。
・　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は、有料老人ホーム等に併設される保険医療機

関が当該施設に入居している患者に対して訪問診療を行った場合に算定できる。

③　在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料【C002】【C002-2】

- 施設基準を満たした保険医療機関で算定可能。投薬の費用、医学管理や処置の費用の一部等は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、患者等に対して内容を説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載する。

(2) 第 2 節第 1 款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。

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る。

【　請求上の留意点　】

- 月１回を限度として算定（特に規定する場合を除く）。
- 同一の患者に対して、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理料のみ算定する。
- 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通則に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【C101】

・薬剤ごとに、対象疾患や投与目的等が限定されている。

②　在宅酸素療法指導管理料【C103】

・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　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料【C107-2】

・睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全の患者で、規定されている要件（無呼吸低呼吸指数、NYHA 等）を満たす場合に、算定できる。

(4) 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は、原則として当該指導管理料に含まれており、別に算定することができず、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　検査・画像診断・病理診断

○　各種の検査は、診療上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) 検査の実施方針について

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う。

(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【D000～D023】

・ 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になる。

・ 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する。

② 超音波検査【D215】

・ 検査で得られた画像を診療録に添付し、かつ、主な所見を診療録に記載する又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載する。医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載する。検査を実施するだけでは算定できないので留意すること。

③ 呼吸心拍監視【D220】

・ 対象患者は、重篤な心機能障害、呼吸機能障害を有する患者又はその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。

④ 腫瘍マーカー検査【D009】

・ 腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。

・ 健康診断目的での測定や、医師の診察結果ではなく単に患者からの依頼に基づく検査は認められない。

⑤ 静脈血採取、動脈血採取【D400】【D419】

・ 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 検査の必要性が低い項目を含む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、○○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**

・ 入院、転科、転棟の際に、血液型や感染症検査等をその都度実施

④ **研究目的の検査（療養担当規則第 20 条第 1 号違反）**

・ 診療に不必要な検査項目を、単なる研究目的で定期的に実施（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

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、３、４【E 通則】**

・ 放射線診断部門からの報告文書又はその写し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が読影及び診断した場合は算定できない。

・ 画像診断管理加算２、３、４を算定する場合は、医療機関内で行われる全ての核医学診断、コンピューター断層診断（ＣＴ、ＭＲＩ）の８割以上について撮影翌診療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【E101-2】、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影【E101-3】、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影【E101-4】、乳房用ポジトロン撮影【E101-5】**

・ 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）、血管炎）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【N000】**

・ 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：気管支及び肺臓、胃及び十二指腸等）

・ 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 病理診断管理加算【N 通則】

・ 病理診断科に関する施設基準に適合し、厚生局長等に届け出ている保険

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。

③　病理判断料【N007】

・　算定に当たっては、診療録に病理学検査の結果に基づく病理判断の要点を記載する必要がある。

5　投薬・注射

○　薬剤の使用に当たっては、厚生労働省の通知等で使用が認められている場合を除き、原則として、医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を遵守する。

(1) 不適切な投薬・注射の具体例

①　禁忌投与

・スピロノ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を伴った糖尿病の患者に投与

②　適応外投与

・胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎に適応があるボノプラザンフマル酸塩を慢性胃炎の患者に投与

・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

③　用法外投与

・腹腔内投与の適応のない抗がん剤を、腹腔内撒布。

・抗菌薬による術野の洗浄

・アムロジピン錠の１日２回投与

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

・睡眠導入剤・入眠剤の過量投与

⑤　重複投与（同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用）

・肺炎に対するカルバペネム系とクリンダマイシン系の抗菌薬の重複投与
・喘息管理薬としての、フルチカゾンプロピオン酸エステル・サルメテロールキシナホ酸塩の吸入合剤と、ツロブテロール塩酸塩貼付剤の併用

⑥　多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）

・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）
・メコバラミン製剤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

6　輸血・血液製剤

患者等に対し、規定の様式を参考として、文章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又は押印を得て、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。患者に対する一連の輸血につき１回行うものとし、この場合の「一連」とは、概ね１週間である。

【　血液製剤等の使用方針　】

血液製剤の国内自給率は令和６年度においてアルブミン製剤 72.6%、免疫グロブリン製剤 68.1%、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。

輸血に当たっては、日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」を遵守するよう努めることとされている。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。

7　処置・手術・麻酔

(1) 処置の算定上の留意点

① 創傷処置、皮膚科軟膏処置【J000】【J053】

- 処置の範囲により点数が異なることに留意する。
- 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 ㎠未満の第 1 度熱傷の熱傷処置
- 100 ㎠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 人工腎臓 【J038】

- 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。
- 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は、患者に十分な説明を行うこと。

(2) 手術の算定上の留意点

○ 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当局に必ず内議する。

① 手術に関する情報の患者への提供について

医師は、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（医療法 1 条の 4）。よって、手術を行う際には患者に十分な情報提供を行い、場合によっては文書等を用いて説明し、患者の理解を得る必要がある。

なお、一部の手術（医科点数表第 2 章第 10 部手術通則第 5 号及び第 6 号に掲げる手術）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。また、その保険医療機関においては、その当該手術を含めすべての手術について、手術を受けるすべての患者に対して、手術内容等について文書を用いて説明することが求められる。

【　参考　】

一部の手術（医科点数表第２章第 10 部手術通則第５号に掲げる手術）の例として下記が挙げられる。

- 人工関節置換術【K082】
- 頭蓋内腫瘍摘出術【K169】

【　施設基準（医科点数表第二章第十部手術通則第５号及び第６号に掲げる手術の施設基準について抜粋）　】

① 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

② 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。

③ 当該手術の一年間の実施件数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

④ ③の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

⑤ 手術を受ける全ての患者に対して、それぞれの患者が受ける手術の内容が文書により交付され、説明がなされていること。

※ なお、上記の施設基準（抜粋）は、医科点数表第２章第 10 部手術通則第５号及び６号に掲げる手術の施設基準であり、手術を行う際には、実施する手術の施設基準を十分に確認すること。

②　特殊手術等

- 「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」（療養担当規則第 18 条）とされている（先進医療、患者申出療養制度等は除く）。
- 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準用せず、その都度必ず当局に内議すること。
- 既に保険適用されている胸腔鏡下手術及び腹腔鏡下手術以外で胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる場合は、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給付の対象になる。それ以外の場合については、原則、その手術を含む一連の診療全体が保険適用とならない。
- 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。

(3) 麻酔の算定上の留意点

麻酔の算定要件については、麻酔科医師のみならず、手術麻酔や検査麻酔等において麻酔を依頼及び実施する機会のある医師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。

②　麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)【L009】【L010】

- 緊急の場合を除き、麻酔を実施した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、麻酔前後の診察内容を記載した麻酔記録を診療録へ添付することでもよい。
- 麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔中の麻酔記録を診療録に添付することでもよい。
- あらかじめ施設基準として届出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。
- 当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の管理下に、麻酔を担当するもの（以下「担当医師」）が、主要な麻酔手技を実施した場合に麻酔管理料（Ⅱ）が算定できる。この場合、当該麻酔科標榜医は麻酔中の患者と同室内にいる必要がある。
- 麻酔管理料（Ⅱ）は、麻酔前後の診察を担当医師又は常勤の麻酔科標榜医が行う必要がある。また、担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修（特定行為研修のうち、一部の特定行為に係る研修）を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。

8　リハビリテーション

○　リハビリテーション実施計画書の作成、患者に対する実施計画の内容の説明、定期的な効果判定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は、リハビリテーションの目的と対象疾患ごとに「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」の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、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。

【　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【H000】

- 心機能の回復、再発予防等を図るために、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、慢性心不全等

②　脳血管疾患等リハビリテーション【H001】

- 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、言語聴覚機能障害等

③　廃用症候群リハビリテーション【H001-2】

- 基本的動作能力の回復等を通じて、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、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目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合等
- 対象：急性疾患等に伴う安静による廃用症候群であって、「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、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【H002】

- 基本的動作能力の回復等を通じ、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、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目的とし

た作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合等
・　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【H003】**
・　呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて行った場合
・　対象：肺炎、胸部外傷、慢性閉塞性肺疾患等

(2) 疾患別リハビリテーション料の算定日数制限

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料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料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料　…　150 日以内
・　脳血管疾患等リハビリテーション料　…　180 日以内
・　廃用症候群リハビリテーション料　…　120 日以内
・　運動器リハビリテーション料　…　150 日以内
・　呼吸器リハビリテーション料　…　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【H007-2】

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、運動機能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

・　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書をリハビリテーション開始後原則として 7 日以内、遅くとも 14 日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時とその後 3 か月に 1 回以上、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書の内容を医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が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こと（「Ａ３０８」回復期リハビリテーション

病棟入院料又は「Ａ３１９」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しているものについては、医師により説明の上交付）。患者等の署名は不要とする。なお、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、医師が自ら実施する場合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あった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

・　説明に対して理解が困難と認められる患者については、少なくとも疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合には計画書の内容を患者本人に説明し、その後は患者の理解の状況に応じた説明に努めるとともに、家族等に計画書の内容等を説明（情報通信機器等を用いる場合を含む。）しても差し支えない。なお、計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。

・　マッサージや温熱療法などの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。

・　発症後等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。

・　外来リハビリテーション診療料１・２（医学管理料）【B001-2-7】

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できる。

(5) リハビリテーション総合計画評価料【H003-2】

リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できる。

また、医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容について、医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは 言語聴覚士から患者に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こと。（「Ａ３０８」回復期リハビリテーシ ョン病棟入院料又は「Ａ３１９」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しているものについては、医師により説明の上交付）。患者等の署名は不要とする。

なお、リハビリテーション総合計画評価料は「１」と「２」に分かれている。

【　リハビリテーション総合計画評価料１の算定要件　】

心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リ ハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハ ビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビ リテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合。

【　リハビリテーション総合計画評価料２の算定要件　】

介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動 器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合。

(6) 介護保険リハビリテーション移行支援料【B005-1-3】

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。

9　精神科専門療法

○　実施した精神療法の要点、精神療法に要した時間を診療録に記載する等、算定要件に留意する。

(1) 精神専門療法における「精神疾患」の定義

ＩＣＤ-10（国際疾病分類）の第５章「精神及び行動の障害」に該当する疾病又は第６章に規定する「アルツハイマー<Alzheimer>病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。

(2) 入院精神療法【I001】の留意点

- 対象は入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの。
- 精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定又はその他の精神科を担当する医師が当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。
- 「入院精神療法」とは、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。
- 入院精神療法（Ⅰ）は、入院中の患者について、精神保健指定医が 30 分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して３か月以内の期間に限り週３回を限度として算定する。
- 入院精神療法（Ⅱ）は、入院中の患者について、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合は、週２回を、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合は週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週２回を限度として算定する。
- 入院精神療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法（Ⅰ）の場合は、更に当該療法に要した時間も診療録に記載する。

(3) 通院・在宅精神療法【I002】の留意点

- 対象疾患は入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの。
- 精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限

り算定する。

・　通院・在宅精神療法とは、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。

・　診療に要した時間が最低でも5分を超えたときに限り算定する。

・　診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない。また、5分以上10分未満の診療を行った場合は、「5分以上10分未満」と記載する。

・　通院・在宅精神療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

(4) 精神科継続外来支援・指導料【I002-2】の留意点

・　入院中の患者以外の患者であって、精神疾患のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の、精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価する。

・　精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

(5) 認知療法・認知行動療法【I003-2】の留意点

・　認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症又は不眠症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

・　一連の治療計画を策定し、患者に詳細な説明を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した医師（研修を受講するなど）により、 30 分を超えて治療が行われた場合に算定する。認知療法・認知行動療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。医師と看護師が共同して行う場合、又は公認心理師による心理支援を伴う場合、施設基準と算定要件に特に留意する。

・　気分障害、強迫性障害、社会不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害に対して行う場合は、これらの疾患別に作成された厚生労働科学研究班作成の認知行動療法マニュアルに従って行った場合に限り、算定できる。神経性過食症に対して実施する場合には、国立研究開発法人国立精

神・神経医療研究センター研究班作成のマニュアルに従って行った場合に限り、算定できる。

・　不眠症に対する認知療法・認知行動療法は、うつ病若しくは不安障害が合併した不眠症の患者又は２種類以上の睡眠薬を投与した上で治療効果が不十分であると医師が判断した不眠症の患者に対して、算定できる。

(6) 精神科ショート・ケア【I008-2】、デイ・ケア【I009】、ナイト・ケア【I010】、デイ・ナイト・ケア【I010-2】の留意点

・　精神疾患を有する者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するもの。

・　いずれを行った場合も、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

・　いずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える場合、週５日算定が限度。ただし、週４日以上算定できるのは、次のいずれも満たす場合に限られる。

ア　少なくとも６か月に１回以上、医師が必要性について精神医学的評価を行い、継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載する。

イ　少なくとも６か月に１回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取している。

ウ　聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成する。医師は診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得る。

エ　精神科デイ・ケア等を実施した患者の、月当たりの実施回数、平均実施期間等について、要件が規定されている。

(7) 精神科退院指導料【I011】の留意点

・　精神科を標榜する保険医療機関において、１か月を超えて入院している精神疾患を有するもの、又はその家族等に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定する。

・　必要に応じて、障害福祉サービス事業所、及び相談支援事業所等と連携する。

・　策定した計画を、文書（参考様式あり）により、医師が説明を行った場合に算定する。

・　指導対象が、患者本人又は家族等であるかを問わず、対象となる退院１回につき、１回に限り当該患者の入院中に算定する。

・　説明内容には、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等を含む。
・　説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

１０　食事療養

○　食事も医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) 入院時食事療養費等の留意点

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、管理栄養士又は栄養士による毎食の検食と検食簿の記載は、入院時食事療養（Ｉ）の算定のために必要なものである。単なる「試食」ではないということに留意するとともに、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載すること。

(2) 特別食加算算定上の留意点

特別食を提供する場合は、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、医師の発行する食事箋（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ことが確認できるものについても認める。）に基づき行うこと。医師以外の者が治療食の提供の可否を判断し、栄養部門へのオーダー（オーダー変更を含む。）を行うことのないよう留意する。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。

① 治療食

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、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいうものであり、治療乳を除く乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食等並びに治療食のうちで単なる流動食及び軟食は除かれる。治療食の名称は、混乱を避けるため、

できる限り告示の名称（腎臓食、肝臓食、糖尿病食等）を用いることが望ましい。

【　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 ㎎/dL 以上、又は HDL-コレステロール値 40 ㎎/dL 未満、又は中性脂肪値 150 ㎎/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 10ｇ/dL 以下で、その原因が鉄欠乏である患者

※　特別食の提供を受けている患者について、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、医師が疾患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特別食加算を算定することができる。

② 嚥下調整食

加算の対象となる嚥下調整食は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 を参考に安全で嚥下しやすいよう適切に調整されたテクスチャー（硬さ、付着性、凝集性等）と、食欲を促す食感とを両立した食形態であり、献立として、常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。対象患者に対して、定期的に多職種によるミールラウンドを行い、嚥下調整食の必要性の有無や摂取量等を確認し、提供している嚥下調整食の内容及び量が適しているか判断すること。常食が適していると判断された場合は、速やかに食事の変更を行うこと。

(3) ビタミン剤の投与について

ビタミン製剤の薬剤料を算定できるのは、医師がビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正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と診療報酬明細書に記載しなければならない（ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要さない）。

【　適正な投与の例　】

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

・　妊産婦、乳幼児等で食事からのビタミン摂取が不十分であると診断された場合
・　重湯等の流動食、五分粥以下の軟食を食している場合
・　無菌食、代謝異常食（フェニールケトン尿症食等）を食している場合

Ⅵ ＤＰＣ/ＰＤＰＳについて

1　ＤＰＣ/ＰＤＰＳとは

ＤＰＣ/ＰＤＰＳは、平成15年4月より**急性期入院医療を対象とする1日当たりの包括評価制度**として導入された。ＤＰＣは、わが国独自の「診断群分類」（Diagnosis Procedure Combination）の略称であり、ＰＤＰＳは、「1日当たり包括支払い方式」（Per-Diem Payment System）の略称である。

なお、令和6年6月1日時点（見込み）で、ＤＰＣ/ＰＤＰＳの対象病院数は1,786病院である。

2　制度の概要

(1) 診断群分類の基本構造

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 Diseases）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	ＭＤＣ10　内分泌・栄養・代謝に関する疾患
ＭＤＣ02　眼科系疾患	ＭＤＣ11　腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
ＭＤＣ03　耳鼻咽喉科系疾患	ＭＤＣ12　女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
ＭＤＣ04　呼吸器系疾患	ＭＤＣ13　血液・造血器・免疫臓器の疾患
ＭＤＣ05　循環器系疾患	ＭＤＣ14　新生児疾患、先天性奇形
ＭＤＣ06　消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	ＭＤＣ15　小児疾患
ＭＤＣ07　筋骨格系疾患	ＭＤＣ16　外傷・熱傷・中毒
ＭＤＣ08　皮膚・皮下組織の疾患	ＭＤＣ17　精神疾患
ＭＤＣ09　乳房の疾患	ＭＤＣ18　その他

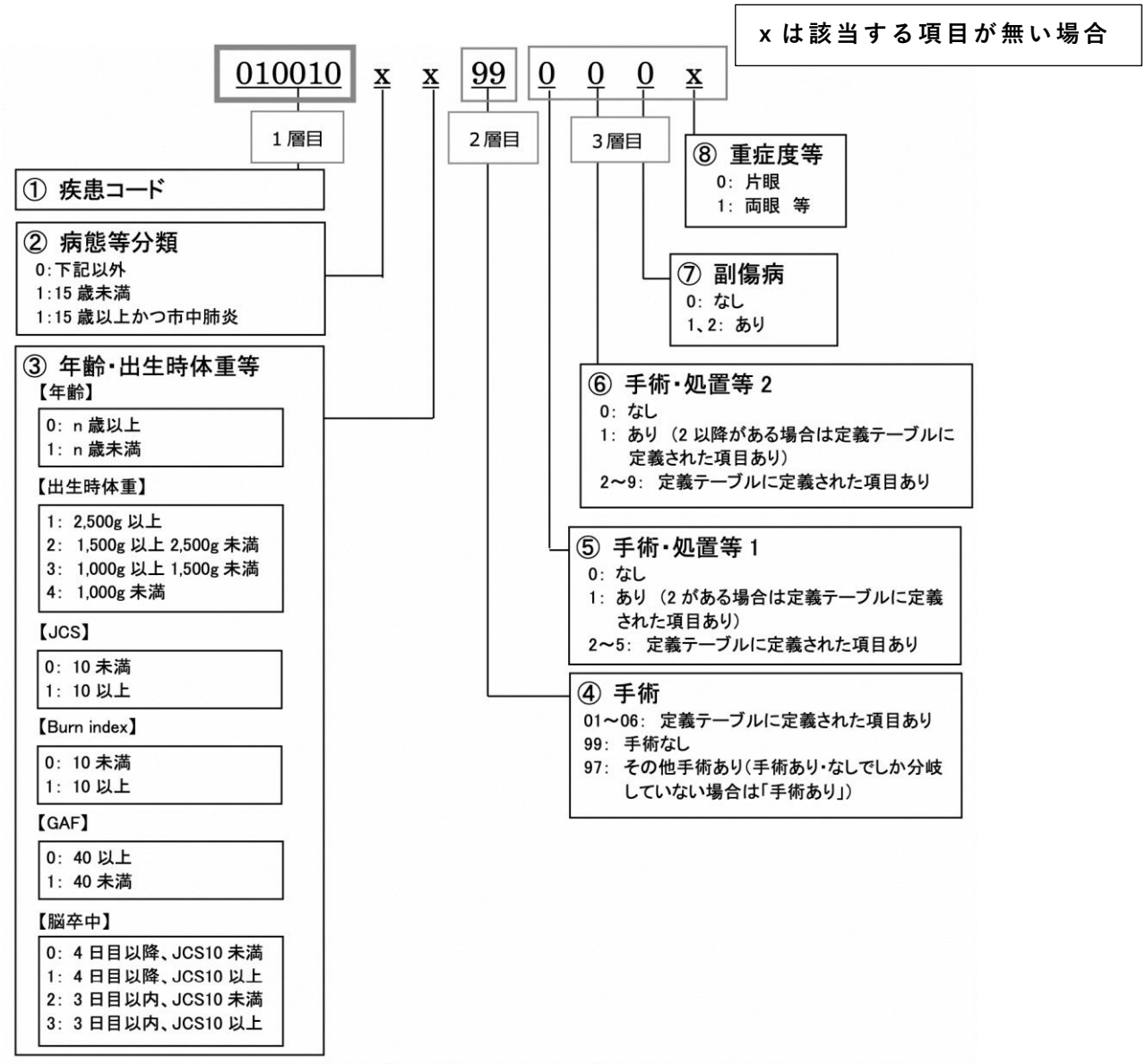
(2) 診断群分類の構成

すべての診断群分類は、数字と‘x’からなる 14 桁の英数字であらわされ、桁ごとに意味をもつ。

【　診断群分類の見直し　】

診断群分類は、退院患者調査のデータに基づき、診療報酬改定時に見直しが行われる。令和 8 年度診療報酬改定後において、診断群分類の構成は、傷病名 504 疾患、診断群分類 3,265 分類となっており、うち包括対象の支払い分類数は 2,449 種類となっている。

診断群分類番号（14 桁）の構成



(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。

【　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。

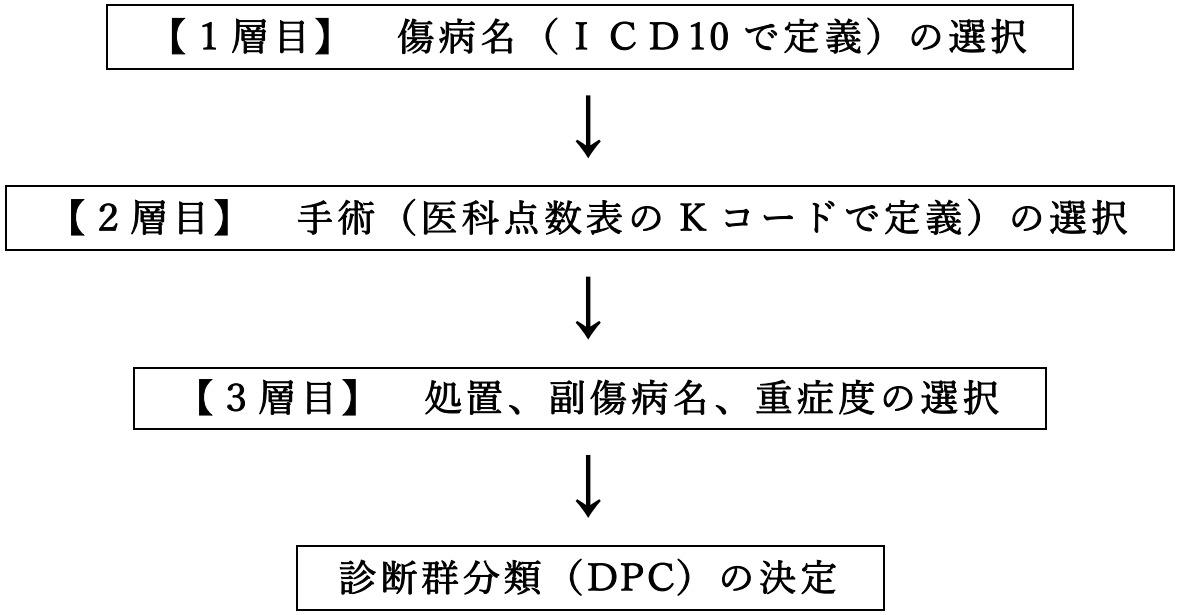
※　診断群分類ツリー図、定義テーブル

「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。



(4) ＤＰＣ対象病院の基準

① 急性期一般入院基本料に係る届出、又は特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る）若しくは専門病院入院基本料について、７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料に係る届出を行っていること。

② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。

③ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法「算定告示」第５項第３号の規定に基づき実施される調査「ＤＰＣ調査」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出すること。

④ ③の調査において、調査期間１か月当たりの(データ／病床)比が 0.875 以上であること。

⑤ ③の調査において、調査期間１月当たりのデータ数が 90 以上であること。（※）

⑥ ③の調査において、入院診療及び外来診療に係る質の高いデータを適切に提出していること。具体的には、④に規定する提出データについて、以下のいずれも満たしていること。（※）

・提出データのうち、「部位不明・詳細不明コード」が入力されているデータの割合が 10%未満であること。

・提出データのうち、記載矛盾が認められるデータの割合が１％未満であること。

・未コード化傷病名のコードの割合が２％未満であること。

⑦ 「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、当該委員会を開催しなければならない。

（※）⑤、⑥については、令和８年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いられる。

(5) 包括評価の対象患者

包括評価の対象患者は、DPC 対象病棟の入院患者のうち、包括評価の対象となった「診断群分類区分」に該当した者である。包括評価の対象にならない「診断群分類」に該当した患者は、出来高算定となる。

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又は生後１週間以内に死亡した新生児
- 評価療養及び患者申出療養を受ける患者
- 臓器移植患者の一部
- 回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定患者
- その他厚生労働大臣が別に定める者

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。

診療報酬　＝　包括評価部分　＋　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。

包括範囲点数＝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

診断群分類区分及び入院期間の区分に応じた包括評価の点数は診断群分類点数表に定められている。

診断群分類点数表の所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用の内、以下に掲げる点数の費用が含まれる。なお、それぞれ、除外される項目があるので、法令で確認のこと。（表１参照）

②　出来高部分

「医科点数表」に基づいた評価が行われる。

表１　包括評価制度における包括評価部分と出来高部分

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A　入院料等	入院基本料	原則全て	
	入院基本料等加算	機能評価係数Ⅰ	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B　医学管理等		手術前後の医学管理料	左記以外
C　在宅医療			全て
D　検査		右記以外	心臓カテーテル法による諸検査 内視鏡検査 診断穿刺・検体採取料（血液採取除く）
E　画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法

F　投薬	全て	
G　注射	右記以外	無菌製剤処理料
H　リハビリテーション	薬剤料	左記以外
I　精神科専門療法	薬剤料	左記以外
J　処置	1,000 点未満処置	1,000 点以上処置 人工腎臓及び腹膜灌流
K　手術		全て
L　麻酔		全て
M　放射線治療		全て
N　病理診断	右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断料・病理判断料
薬剤料	右記以外	抗 HIV 薬 血液凝固因子製剤

(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。

(3) 医療機関別係数による評価・調整

各医療機関の医療機関係数は以下の５つを合算したものである。

医療機関別係数

＝基礎係数＋機能評価係数Ⅰ＋機能評価係数Ⅱ＋救急補正係数＋激変緩和係数

①　基礎係数

大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC 特定病院群」、その他を「DPC 標準病院群」としている。

②　機能評価係数Ⅰ

医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について評価している。

③　機能評価係数Ⅱ

DPC/PDPS への参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4 つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

④ 救急補正係数

救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正している。

⑤ 激変緩和係数

診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度 1 年間に限り設定している。

(4) 特定入院料の取扱い

厚生労働大臣が定める主に急性期医療を受ける病棟で算定する特定入院料（後述）を算定する場合で、包括評価の対象となる診断群分類に該当する場合には、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じた包括評価の点数を算定する期間には、医科点数表の特定入院料を算定せず、診断群分類点数表に定められた当該特定入院料ごとの所定点数を加算することとされている。

- 救命救急入院料 1　3 日以内　8,129 点　（特定機能病院の場合）等

(5) 7 日以内の再入院(再転棟)について

- 同一傷病（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）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傷病名が、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。そのほか、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」が、手術・処置等の合併症に係るＤＰＣのＩＣＤコードである場合や、再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」が前回の入院と同一の場合についても、前回入院と一連の入院と見なすものとする。
- 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。
- 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

特段の理由がない限り、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。

Ⅶ 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、保険医も適正なものとなるよう努める必要がある。

【　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、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、保険医療機関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。
- 医師が実施していない医学管理料等が算定されていないか。
  また、同一の医学管理料等が、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、誤った場所に記載していないか。

・　処置名、術式は、実際に行った診療内容と合致しているか。

③　ＤＰＣ

・　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。

・　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。

2　患者から受領できる費用

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とおり定められている。これらの費用は、原則的に全ての患者から徴収する必要があり、特定の患者（職員、職員家族等）に対して減免等の措置を執ってはならない。

【　患者に負担を求めることができるもの　】

・　患者一部負担金

・　入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額

・　保険外併用療養費における自費負担額

その他、療養の給付と直接関係ないサービス等については、患者との同意に基づき、その費用を徴収することができる。

3　保険外併用療養費制度

※最新の情報は、各種関係法令を参照。

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 4 月には「患者申出療養」が制定された。

(1) 評価療養について

「評価療養」は、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないよう、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の設置する先進医療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
- 医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験に係る診療
- 医薬品医療機器等法に基づく承認後で保険収載前の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用
- 適応外の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用（公知申請されたもの）

【　参考　】　先進医療

- 療養担当規則 18 条には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」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。
- 従来の特定療養費制度では、実施するに当たって、医療技術の有効性・安全性を確認し、かつ、その技術ごとに医療機関の審査・承認が必要であった。しかし、平成 18 年 10 月の制度改正によって、既に先進医療（従来の高度先進医療を含む）として評価を受けている医療技術については、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。（現在の先進医療Ｂにおいては、先進医療技術審査部会の承認が必要。）
- 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、療養担当規則違反を問われかねない。届出や報告、実施体制等に遺漏ないよう、現場の医師と医事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。また治験の実施に当たっては、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。

・　治験に係る診療のうち、治験依頼者の依頼による治験（企業治験）においては検査、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、並びに当該治験の被験薬及び対照薬の費用（医師主導治験の場合は、被験薬及び対照薬の投薬及び注射に係る費用）については、保険外併用療養費の支給対象とはしない。（医療保険制度との適切な費用分担を図る観点）

・　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は、支給対象とならない）。

(2) 選定療養について

「選定療養」は、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者が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保険外併用療養費の支給を受けながら診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないよう、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自己選択の保障、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(差額ベッド)
- 予約診療
- 保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間以外の時間における診察
- 200 床以上の病院の未紹介患者の初診
- 200 床以上の病院の特別の再診
- 制限回数を超える医療行為
- 180 日を超えた日以後の入院
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- 間歇スキャン式持続血糖測定器
- 精子の凍結及び融解
- 長期収載品の処方等又は調剤
- 近視の進行抑制薬

等

(3) 患者申出療養について

「患者申出療養」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。

4　医療保険と介護保険の給付調整について

※最新の情報は、各種関係法令を参照。

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）、介護医療院の 4 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（又は算定できない）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、診療報酬を算定できない。（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、その医師は配置医師とみなされるので取扱いは同様。）
- 介護保険の要介護被保険者等である患者に対しては、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。

5　サービス等に対する実費徴収について

(1)「療養の給付と直接関係ないサービス等」の費用の徴収について

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。

【　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。掲示内容は原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない。

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。

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例

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各プレイヤー等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

ケ Wi-Fi 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、
生命保険等に必要な診断書等の作成代　等

イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）

ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料　等

③ 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

ア 在宅医療に係る交通費

イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。）　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、感染症の予防に適応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家等への薬剤の持参料及び郵送代

イ　保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代

ウ　日本語を理解できない患者に対する通訳料

エ　在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等

オ　他院より借りたフィルムの返却時の郵送代

カ　院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用

キ　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。）

ク　予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、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。）

ケ　院内託児所・託児サービス等の利用料

コ　手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等

サ　有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）

シ　画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「Ｂ010」診療情報提供料（Ⅱ）を算定するべき場合を除く。）

ス　公的な手続き等の代行に係る費用

セ　予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料 等

(3) 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　手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア　入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ

・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代　等

イ　材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代　等

ウ　サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用　等

②　診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

③　新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア　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

6　自己診療、自家診療について

(1) いわゆる自己診療について

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認められていない。保険診療として請求する場合は、診療を受ける医師自身が勤務する保険医療機関であっても、他の保険医に診察を依頼し、診療を受ける必要がある。

(2) いわゆる自家診療について

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、加入する医療保険制度

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。

Ⅷ 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、保険医療機関等、保険医等として指定、登録されたすべてが対象となり得る。

指導の形態は、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、特定機能病院等を対象として行うものを特定共同指導という。

指導後の行政上の措置として、「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」及び「要監査」がある。

(2) 監査について

監査は、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、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である。

・　監査後の行政上の措置

監査後の行政上の措置として、保険医療機関等、保険医等の「取消」、「戒告」、「注意」がある。保険医等の登録が取消となる基準及び保険医療機関等の指定が取消となる基準は以下のとおりである。故意でなくとも、重大な過失が認められれば処分の対象となることに留意されたい。

【　保険医登録・保険医療機関指定取消処分の基準　】

・　故意に不正又は不当な診療（診療報酬の請求）を行ったもの。

・　重大な過失により、不正又は不当な診療（診療報酬の請求）をしばしば行ったもの。

また、本来、「取消」を行うべき事例であるが、既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」と同等に取り扱われる。

なお、不正請求の例としては次のようなものがある。

①　**架空請求**：実際に診療を行っていないものにつき診療をしたごとく請求すること。診療が継続しているものであっても、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場合、当月分につい

ては架空請求となる。

② **付増請求**：診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行った診療行為より多く請求すること。

③ **振替請求**：実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振替えて請求すること。

④ **二重請求**：自費診療として患者から全額の費用を受領しているにもかかわらず、保険診療として保険者にも診療報酬を請求すること。

⑤ **その他の請求**

ア　医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合

イ　入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合

ウ　施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合

エ　保険診療と認められないものを請求した場合
(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等。

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。

【　監査後の経済上の措置　】

診療内容又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。また、40%の加算金が加えられることもある（健康保険法第58条）。

2　令和6年度の指導・監査等の実施状況について

(1) 監査の実施件数

・監査を受けた保険医療機関等　…34施設
・監査を受けた保険医等　…83人

(2) 取消等の状況

・保険医療機関等の指定取消／指定取消相当　…23施設
・保険医等の登録取消／登録取消相当　…18人

(3) 返還金

・指導、適時調査、監査により返還を求めた金額　…約 48.5 億円

資料　保険医療機関及び保険医療養担当規則

（昭和三十二年厚生省令第十五号。改正：令和八年厚生労働省令第二十一号）

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つた者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

一　診察

二　薬剤又は治療材料の支給

三　処置、手術その他の治療

四　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

五　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

（療養の給付の担当方針）

第二条　保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

2　保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

（診療に関する照会）

第二条の二　保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があつた場合には、これに適切に対

応しなければならない。

（適正な手続の確保）

第二条の三　保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第二条の四　保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

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

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

（特定の保険薬局への誘導の禁止）

第二条の五　保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、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つてはならない。

2　保険医療機関は、保険医の行う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。

（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）

第二条の五の二　保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受

してはならない。

一　指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）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（平成九年法律第百二十三号）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（同法第八条第四項に規定する訪問看護の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（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）

二　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（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

三　介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）

四　介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設

五　介護保険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（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

六　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）

七　介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者

八　介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者

九　前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者

（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。

2　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。

（受給資格の確認等）

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、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

一　法第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）

二　患者の提出し、又は提示する資格確認書

三　当該保険医療機関が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報（保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。）を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法（当該患者が当該保険医療機関から療養の給付（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に限る。）を受けようとする場合であつて、当該保険医療機関から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。）

四　その他厚生労働大臣が定める方法

2　患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「次に掲げるいずれかの」とあるのは「第一号又は第三号に掲げる」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて第一号又は第三号に掲げる方法により」とする。

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命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第三条の四第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険医療機関及び同令附則第三条の五第一項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。

4　保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

（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つては、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。

（資格確認書の返還）

第四条　保険医療機関は、患者の提出する資格確認書（書面に限る。以下この条において同じ。）により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から資格確認書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、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

（一部負担金等の受領）

第五条　保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項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（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つ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。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

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）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の五第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）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。）。

（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つた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

3　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

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、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つ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。

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つては、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。

5　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載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つては、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。

5　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載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。

3　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載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、法第百一条の規定による出産育児一時金、法第百二条第一項の規定による出産手当金又は法第百十四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（同法第八条の二第三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

録にあつては、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、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

一　家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。

二　闘争、泥酔又は著しい不行跡によつて事故を起したと認められたとき。

三　正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。

四　詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

（入院）

第十一条　保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

2　保険医療機関は、病院にあつては、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の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（看護）

第十一条の二　保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

2　保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

（報告）

第十一条の三　保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。

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

（法第七十条の二第一項第二号の厚生労働省令で定める要件）

第十一条の四　法第七十条の二第一項第二号の厚生労働省令で定める要件は、医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者であつて、次の各号のいずれかに該当することとする。

一　保険医療機関（医師の場合は、病院に限る。）において保険医として三年以上診療に従事した経験のある者であること。

二　法第六十三条第三項第二号又は第三号に掲げる病院又は診療所（医師の場合は、病院に限る。）において三年以上診療に従事した経験のある者であること。

三　医療法第三十条の二十三第二項第一号に規定する計画の適用を受け、現に当該計画に基づき診療に従事している者又は当該計画の適用後三年以内の者であること。

四　一般社団法人日本専門医機構が認定する基本領域の専門医の資格を持つ者その他これに準ずる者であること。

五　矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官その他の公務員として五年以上勤務した経験のある者であること。

六　第一号、第二号又は前号の要件のうちいずれかの要件に係る期間の合計が五年を超える者であること。

七　緊急に保険医療機関の管理者の地位を承継する者その他やむを得ない事由がある者であること。

（保険医療機関の管理者の責務）

第十一条の五　保険医療機関の管理者は、法第七十条の二第二項に規定する責務のほか、次に掲げる責務を果たさなければならない。

一　当該保険医療機関に勤務する保険医が第二章に定める保険医の診療方針等を遵守するよう監督すること。

二　当該保険医療機関における療養の給付に関する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が適正に行われるよう監督すること。

三　当該保険医療機関における診療録の記載及び整備並びに療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録の保存が適正に行われるよう監督すること。

四　当該保険医療機関に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者の連携を図るとともに、地域の病院若しくは診療所その他の保健医療サービ

ス又は福祉サービスを提供する者との連携を図ること。

第二章　保険医の診療方針等

（診療の一般的方針）

第十二条　保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

（療養及び指導の基本準則）

第十三条　保険医は、診療に当つては、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、診療にあたつ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つた場合には、これに適切に対応しなければならない。

（施術の同意）

第十七条　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つて、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、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十八項に規定する治験（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、診療に当たつては、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つてはならない。

2　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。

（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つてはならない。

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つてはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二　投薬

イ　投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ　治療上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　投薬を行うに当たつては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該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。

（１）　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（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つてその形状、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。）

（２）　遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）

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つたものでなければならない。この場合において、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　処方箋の交付

イ　処方箋の使用期間は、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　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

四　注射

イ　注射は、次に掲げる場合に行う。

（１）　経口投与によつ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、又は経口投与によつ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　注射を行うに当たつては、後発医薬品又はバイオ後続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、これによつ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つて行う。

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つてはならない。

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つてはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二　投薬

イ　投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ　治療上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　投薬を行うに当たつては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該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。

（１）　後発医薬品

（２）　バイオ後続品

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つたものでなければならない。この場合において、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　処方箋の交付

イ　処方箋の使用期間は、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　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

四　注射

イ　注射は、次に掲げる場合に行う。

（１）　経口投与によつ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、又は経口投与によつ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　注射を行うに当たつては、後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考

慮するよう努めなければならない。

ハ　内服薬との併用は、これによつ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つて行う。

ニ　混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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

五　手術及び処置

イ　手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ　処置は、必要の程度において行う。

六　歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

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、これを行つた場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。

（２）　歯冠修復において金属を使用する場合は、代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復については金合金又は白金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、これを行つた場合は、その維持管理に努めるものとする。

（二）　ブリッジは、代用合金を使用する。

（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つてはならない。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）

第二十二条　保険医は、患者の診療を行つた場合には、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。

（処方箋の交付）

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2　保険医は、リフィル処方箋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箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3　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つた場合には、これに適切に対応しなければならない。

（適正な費用の請求の確保）

第二十三条の二　保険医は、その行つ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）様式第一号（一）の1（第二十二条関係）（略）

様式第一号（一）の2（第二十二条関係）（略）

様式第一号（一）の3（第二十二条関係）（略）

様式第一号（二）の1（第二十二条関係）（略）

様式第一号（二）の2（第二十二条関係）（略）

様式第二号（第二十三条関係）（略）

様式第二号の二（第二十三条関係）（略）

附則（略）

参考１

指　　導　　大　　綱

第１　目的

この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７３条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４１条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第６６条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）又は保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　指導方針

指導は、保険医療機関等及び保険医等に対し「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１５号）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１６号）、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和５１年厚生省令第３６号）、「診療報酬の算定方法」（平成２０年厚生労働省告示第５９号）、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成１８年厚生労働省告示第９９号）、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」（昭和５８年厚生省告示第１４号）等に定める保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

なお、指導を行うに当たっては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努める。

第３　指導形態

指導の形態は、次のとおりとする。

１　集団指導

集団指導は、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等又は保険

医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

2　集団的個別指導

集団的個別指導は、地方厚生（支）局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

3　個別指導

個別指導は、厚生労働省又は地方厚生（支）局及び都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

（1）地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（以下「都道府県個別指導」という。）

（2）厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（（3）に掲げるものを除く。以下「共同指導」という。）

（3）厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの（以下「特定共同指導」という。）

第4　指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

1　選定委員会の設置等

（1）地方厚生（支）局分室等（北海道厚生局にあっては当該厚生局（医療指導課）、その他の地方厚生（支）局にあっては当該厚生（支）局（指導監査課）及び分室）に地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官等を構成員とする選定委員会を設置する。

なお、選定委員会には都道府県の職員も参画することができる。

（2）選定委員会においては、集団的個別指導及び都道府県個別指導の対象となる保険医療機関等並びに共同指導及び特定共同指導の対象候補となる保険医療機関等について、選定基準に照らして公正に選定を行う。

（3）選定委員会は、選定に当たり必要と認められるときは、都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に意見を聴くことができる。

（4）共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が協

議のうえ選定を行う。

2　集団指導の選定基準

次の選定基準に基づいて選定する。

（１）新規指定の保険医療機関等については、概ね１年以内にすべてを対象として実施する。

（２）診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修指定病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

3　集団的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。以下同じ。）の１件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。以下「高点数保険医療機関等」という。）について１件当たりの平均点数が高い順に選定する。

なお、集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

4　個別指導の選定基準

（１）都道府県個別指導

次に掲げるものについて、原則として全件都道府県個別指導を実施する。

①　支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等

②　個別指導の結果、第７の１の（２）に掲げる措置が「再指導」であった保険医療機関等又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等

③　監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等

④　集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等

⑤　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もの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。）

⑥　正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した保険医療機関等

⑦　その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等

（２）共同指導

①　過去における都道府県個別指導にもかかわらず、診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られず、共同指導が必要と認められる保険医療

機関等

② 支払基金等から診療内容又は診療報酬の請求に関する連絡があり、共同指導が必要と認められる保険医療機関等

③ 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もの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。）

④ その他特に共同指導が必要と認められる保険医療機関等

（３）特定共同指導

① 医師等の卒後教育修練や高度な医療を提供する医療機関である臨床研修指定病院、大学附属病院、特定機能病院等の保険医療機関

② 同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険医療機関等

③ その他緊急性を要する場合等であって、特に特定共同指導が必要と認められる保険医療機関等

第５ 指導担当者

地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行う指導については、原則として地方厚生（支）局にあっては、地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては、都道府県において適当と認める者が担当する。

厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行う指導については、上記に加えて厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する。

第６ 指導方法等

１ 集団指導

（１）指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ集団指導の日時、場所、出席者等を文書により当該保険医療機関等又は保険医等に通知する。なお、当該通知には、当該集団指導を地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（２）出席者

保険医療機関等を対象とした集団指導については、指導の内容等により決定する。

（３）指導の方法

集団指導は、保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、診療報酬の改定内

容、過去の指導事例等について、講習、講演等の方法で行う。

2　集団的個別指導

（１）指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該個別指導を地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

①　集団的個別指導の根拠規定及び目的

②　指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

③　出席者

④　準備すべき書類等

（２）出席者

指導に当たっては、原則として指導対象となる保険医療機関等の管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者等の出席を求める。

（３）指導の方法

指導は、原則として少数の診療報酬明細書に基づき、個別に簡便な面接懇談方式により行う。指導の際には、翌年度においても高点数保険医療機関等に該当した場合は、翌々年度における個別指導の対象となることを伝える。

（４）学識経験者の立会いの依頼等

①　健康保険法第７３条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４１条第２項及び高齢者の医療の確保に関する法律第６６条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して文書等により立会いの依頼を行う。

また、都道府県医師会等が指導に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は支払基金等に対して審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

②　地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、指導時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

3　個別指導

（１）指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局は

あらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県又は地方厚生(支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

① 個別指導の根拠規定及び目的

② 指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

③ 出席者

④ 準備すべき書類等

（２）出席者

指導に当たっては、指導対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者、看護担当者等の出席を求める。

（３）指導の方法

指導は、原則として指導月以前の連続した２カ月分の診療報酬明細書に基づき、関係書類等を閲覧し、面接懇談方式により行う。

（４）学識経験者の立会いの依頼等

集団的個別指導に準じて立会いの依頼等を行う。ただし、共同指導又は特定共同指導の場合にあっては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対しても、文書等により立会いの依頼を行う。

（５）指導記録の作成

指導担当者は、指導後、指導内容を記録する。

第７　指導後の措置等

１　指導後の措置

（１）集団的個別指導

翌年度においても高点数保険医療機関に該当した場合、翌々年度に個別指導を行う。

なお、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等にあっては、集団的個別指導後、概ね一年以内に都道府県個別指導を行う。

（２）個別指導

個別指導後の措置は、次のとおりとし、診療内容及び診療報酬の請求の妥当性等により措置する。

① 概ね妥当

診療内容及び診療報酬の請求に関し、概ね妥当適切である場合

② 経過観察

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められるものの、その程度が軽微で、診療担当者等の理解も十分得られており、かつ、改善が期待できる場合

なお、経過観察の結果、改善が認められないときは、当該保険医療機関等に対して再指導を行う。

③ 再指導

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められ、再度指導を行わなければ改善状況が判断できない場合

なお、不正又は不当が疑われ、患者から受療状況等の聴取が必要と考えられる場合は、速やかに患者調査を行い、その結果を基に当該保険医療機関等の再指導を行う。

患者調査の結果、不正又は著しい不当が明らかとなった場合は、再指導を行うことなく当該保険医療機関等に対して「監査要綱」に定めるところにより監査を行う。

④ 要監査

指導の結果、「監査要綱」に定める監査要件に該当すると判断した場合

この場合は、後日速やかに監査を行う。

なお、指導中に診療内容又は診療報酬の請求について、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合にあっては、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。

2 指導結果の通知等

（1）集団的個別指導

指導担当者は、集団的個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

（2）個別指導

地方厚生（支）局は、指導の結果及び指導後の措置について文書により当該保険医療機関等に通知する

なお、指導担当者は、個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

3 改善報告書の提出

地方厚生（支）局は、当該保険医療機関等に対して、前記2の（2）の指導の結果で指摘した事項に係る改善報告書の提出を求める。

第8 指導拒否への対応

1　正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した場合は、個別指導を行う。

2　正当な理由がなく個別指導を拒否した場合は、監査を行う。

第９　その他

1　共同指導又は特定共同指導を行うに当たり、必要があると認められる場合には、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

2　地方厚生（支）局は指導の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

参考２

監　　査　　要　　綱

第１　目的

この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７８条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４５条の２及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７２条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　監査方針

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

第３　監査対象となる保険医療機関等の選定基準

監査は、次のいずれかに該当する場合に、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものとする。

１　診療内容に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

２　診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

３　度重なる個別指導（「指導大綱」に定める「個別指導」をいう。以下同じ。）によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき。

４　正当な理由がなく個別指導を拒否したとき。

第４　監査担当者

監査は、原則として地方厚生（支）局にあっては、地方厚生（支）局長が指名する、技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、

都道府県にあっては都道府県において適当と認める者が担当する。必要と認められる場合は、厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同して担当する。

第５　監査の方法等

１　事前調査

監査担当者は、原則として監査を実施する前に診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）による書面調査を行うとともに、必要と認められる場合には、患者等に対する実地調査を行う。

２　監査実施通知

監査対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該監査を地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（１）監査の根拠規定

（２）監査の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

（３）出席者

（４）準備すべき書類等

３　出席者

監査に当たっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）、診療報酬請求事務担当者、看護担当者その他の従業者（これらの職にあった者を含む。）又は関係者の出席を求める。

４　学識経験者の立会いの依頼等

（１）健康保険法第７８条第２項において準用する同法第７３条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４５条の２第４項において準用する同法第４１条第２項及び高齢者の医療の確保に関する法律第７２条第２項において準用する同法第６６条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、厚生労働大臣にあっては日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対して、地方厚生（支）局長にあっては都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して、文書等により立会いの依頼を行う。

また、日本医師会等又は都道府県医師会等が監査に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に対して文書等により審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

（２）厚生労働大臣又は地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、監査時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

5　監査調書の作成

監査担当者は、監査後、監査調書を作成する。

第６　監査後の措置

1　行政上の措置

行政上の措置は、健康保険法第８０条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消、同法第８１条の規定に基づく保険医等の登録の取消（以下「取消処分」という。）並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって行う。

（１）取消処分

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか１つに該当するときには、当該地方厚生（支）局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

なお、地方厚生（支）局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

①　故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

②　故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③　重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④　重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

（２）戒告

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか１つに該当するときは、戒告を行う。

①　重大な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

②　重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③　軽微な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④　軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

（３）注意

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、注意を行う。

① 軽微な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

② 軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

2 聴聞

地方厚生（支）局長は、監査の結果、当該保険医療機関等又は保険医等が取消処分に該当すると認められる場合には、監査後、取消処分予定者に対して、行政手続法（平成5年法律第88号）の規定に基づき聴聞を行わなければならない。

なお、その際必要に応じ都道府県国民健康保険課、後期高齢者医療主管課等の職員も関係行政庁の職員として聴聞に参加することができる。

3 行政上の措置の通知

地方厚生（支）局長は、行政上の措置を行ったときは、当該保険医療機関等又は保険医等に対し措置の種類、根拠規定、その原因となる事実等について文書により通知を行う。

4 経済上の措置

（1）地方厚生（支）局及び都道府県は、監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められ、これに係る返還金が生じた場合には、該当する保険者に対し、医療機関等の名称、返還金額等必要な事項を通知し、当該保険者から支払基金等に連絡させ、当該医療機関等に支払うべき診療報酬からこれを控除させるよう措置する。

この取扱いにより難いときは、支払基金等から当該保険者に連絡させ、返還金相当額を当該医療機関等から直接、当該保険者に返還させるよう措置する。

（2）地方厚生（支）局及び都道府県は、返還の対象となった診療報酬に係る被保険者等が支払った一部負担金等に過払いが生じている場合には、監査対象となった医療機関等に対して、当該一部負担金等を当該被保険者等に返還するよう指導する。

また、該当する保険者に対しては、当該被保険者等あてにその旨通知するよう指導する。

（3）監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められた場合における当該事項に係る返還期間は、原則として5年間とする。

5 行政上の措置の公表等

（1）地方厚生（支）局長は、監査の結果、取消処分を行ったときは、「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関す

る政令」（昭和３２年政令第８７条）第２条（同令第２条の２において準用する場合を含む。）又は第９条の規定に基づき、速やかにその旨を公示する。

（２）地方厚生（支）局及び都道府県は、監査の結果、戒告又は注意の行政上の措置を行ったときは、保険者団体、都道府県医師会等及び支払基金等に対し、その旨を連絡する。

（３）地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、戒告又は注意を受けた保険医療機関等に対しては、一定期間内に個別指導を実施する。

第７　再指定

保険医療機関等が取消処分を受け、５年を経過しない場合等においては、健康保険法第６５条第３項の規定に基づき、その指定を拒むことができる。ただし、取消処分を受けた医療機関の機能、事案の内容等を総合的に勘案し、地域医療の確保を図るため特に必要があると認められる場合であって、診療内容又は診療報酬の請求に係る不正又は著しい不当に関わった診療科が、相当の期間保険診療を行わない場合については、取消処分と同時に又は一定期間経過後に当該医療機関を保険医療機関として指定することができる。

第８　その他

１　監査を行うに当たっては、日本医師会等、都道府県医師会等、支払基金等及び各保険者に協力を求め円滑な実施に努める。

２　厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同して行う監査に当たり、必要があると認められる場合は、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

３　地方厚生（支）局は、監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

【メモ】