

保険診療の理解のために

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

留意点

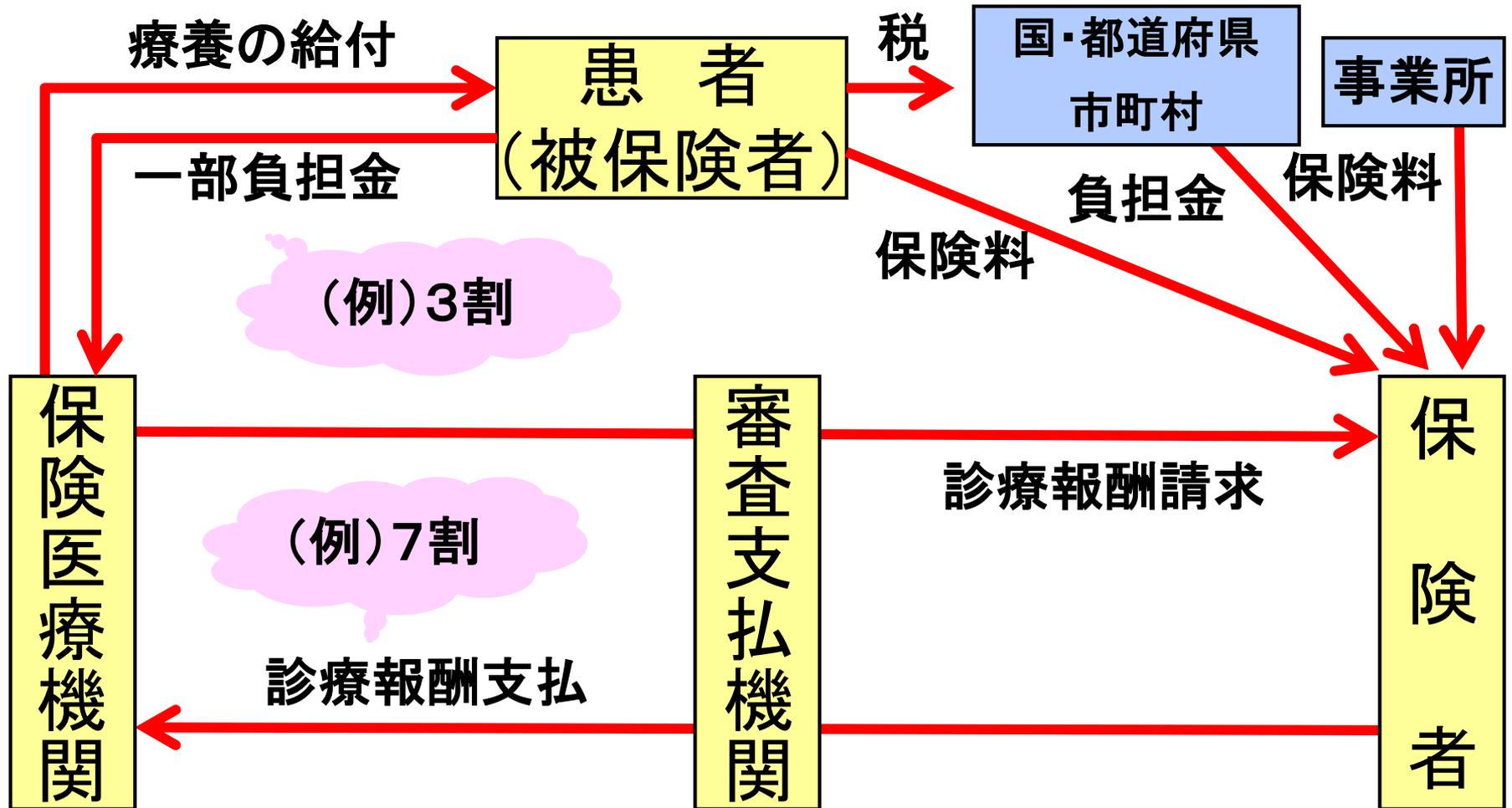
- 本資料は令和2年度診療報酬改定が行われた当初の内容に基づいて作成している。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更があるので、算定に当たってはその時点での要件等を確認して請求を行うこと。

内 容

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

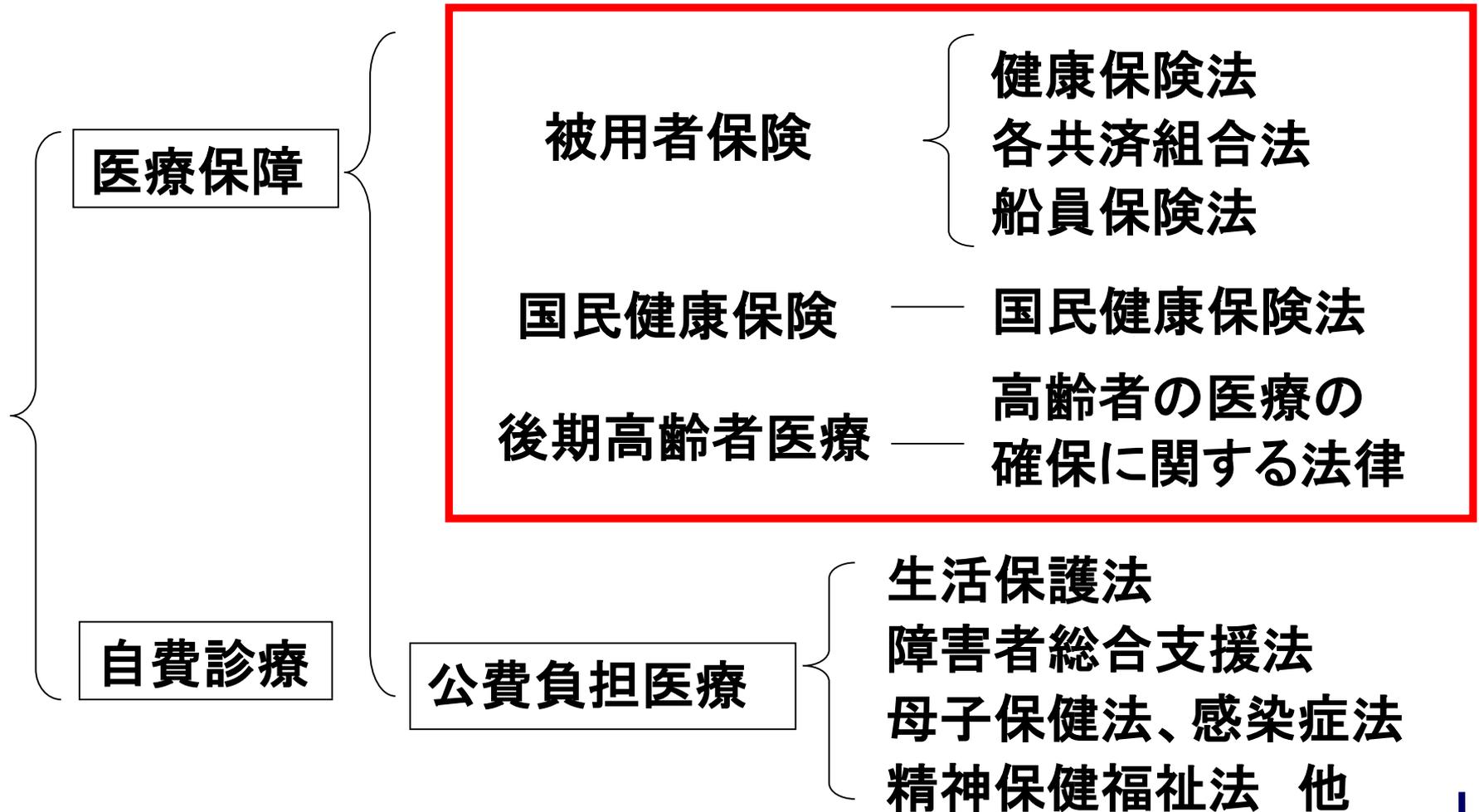
療養の給付・費用の負担の流れ

医療費の大部分は保険に基づく



医療費の給付の仕組み

医療保険各法により、医療保険制度を構成



保険診療とは

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

健康保険法

目的(法第1条)

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

基本的理念(法第2条)

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

医師法



医療法



薬剤師法



保助看法

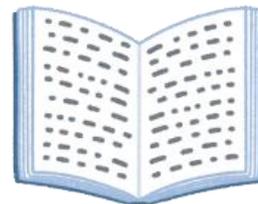


医薬品
医療機器等法



健康保険法

療養担当規則(省令)



保険診療

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✓ 保険医が
- ✓ 保険医療機関において
- ✓ 健康保険法、医師法、医療法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ✓ 『療養担当規則』の規定を遵守し
- ✓ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ✓ 保険医療機関が診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

医師と保険医

医師

医師法で規定される、医業を行える唯一の資格
(医師法第17条)

保険医

健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる医師
(健康保険法第64条)

保険医

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

病院、診療所と保険医療機関

病院、診療所

医療法で規定される
(医療法第1条の5)

保険医療機関

健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる医療機関
(健康保険法第63条)

保険医療機関

保険医療機関の指定

- 病院若しくは診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する(健康保険法第65条)

保険医療機関の責務

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

わが国の保険医療制度の特徴

□ 国民皆保険制度

…すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。

□ 現物給付制度

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

□ フリーアクセス

…自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

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

医師法

医師免許(第2条)とその取消、医業の停止

【相対的欠格事由】(第4条)

次のいずれかに該当する者には免許をあたえないことがある。

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

【免許の取消、医業の停止】(第7条)

医師が上記のいずれかに該当し、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に掲げる処分をすることができる。

- 一 戒告
- 二 3年以内の医業の停止
- 三 免許の取消し

医師法

応召義務等(第19条)

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

処方せんの交付義務(第22条)

- 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、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。

医師法

無診察治療等の禁止(第20条)

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

医師法

診療録の記載及び保存(第24条)

- 医師は、診療をしたときは、**遅滞なく**診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。
- 診療録は、5年間これを保存しなければならない。
(勤務医の診療録については病院又は診療所の管理者が、それ以外の診療録については医師本人が保存する。)

医療法

病床の種別(第7条)

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

医療法

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 等

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（医薬品医療機器等法）

- 医薬品医療機器等法により承認された**用法・用量、効能・効果等を遵守**することが、有効性・安全性の前提となっている

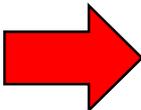
【医薬品、医薬部外品及び化粧品の製造販売の承認】（法第14条の3）

医薬品の名称、成分、分量、用法、用量、効能、効果、副作用その他の品質、有効性及び安全性に関する事項の審査を受ける必要がある。

【添付文書等の記載事項】（法第52条）

医薬品に関する最新の論文その他により得られた知見に基づき、次に掲げる事項が記載されていなければならない（添付文書等記載事項）。

- 一．用法、用量その他使用及び取扱い上の必要な注意
- 二．日本薬局方に収められている医薬品は、日本薬局方において添付文書等に記載するように定められた事項

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

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

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医**療養担当規則**』
(厚生労働大臣が定めた命令：省令)

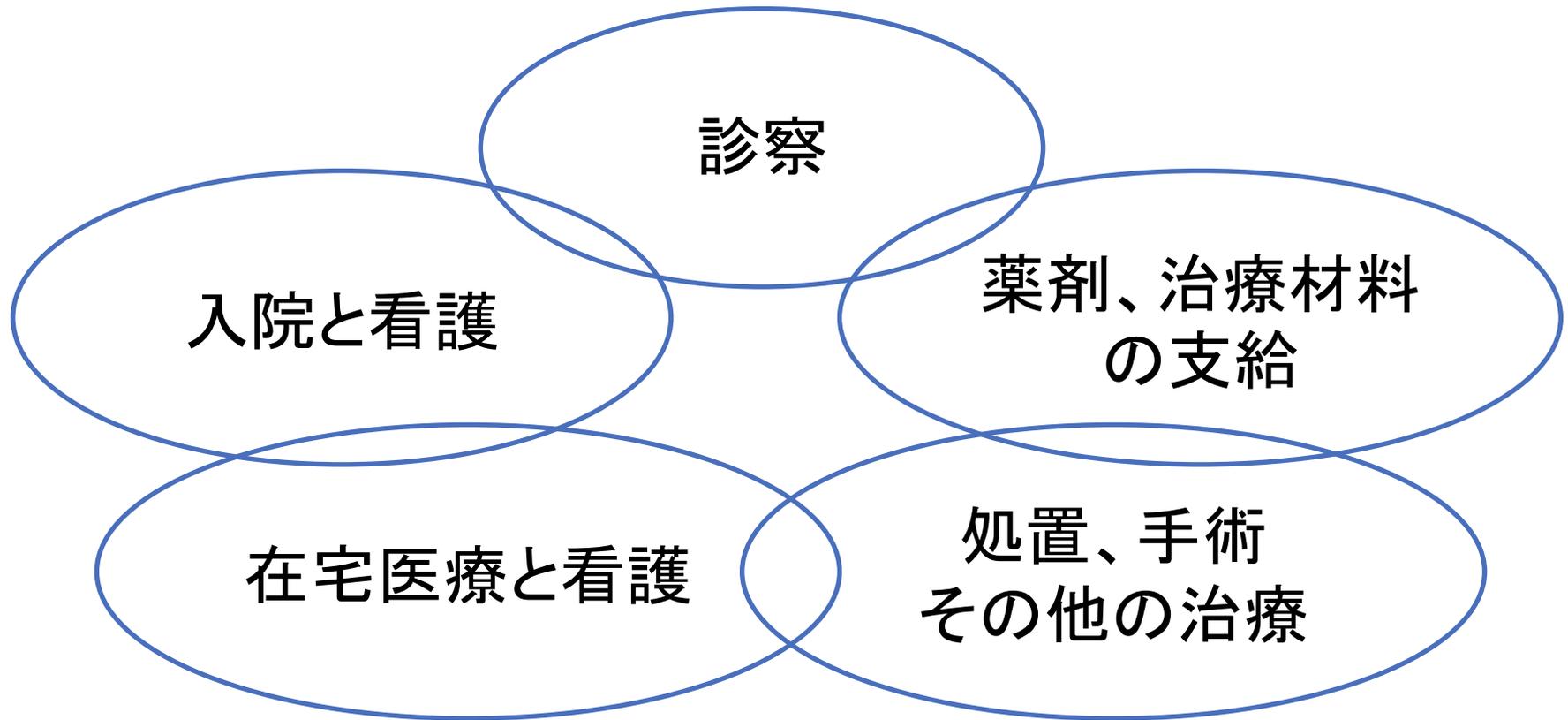
第1章 保険医療機関の療養担当
療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章 保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等



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

療養の給付の担当の範囲（第1条）



「療養の範囲」＝「保険診療の範囲」

「医療の範囲」とは異なる

療養の給付の担当方針(第2条)

- 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。
- 保険医療機関が担当する療養の給付は、患者の療養上妥当適切なものでなければならない。

適正な手続きの確保 (第2条の3)

保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生(支)局長に対する申請、届出、療養の給付に関する費用の請求に係る手続きを適正に行わなければならない。

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

適正な費用の請求の確保 (第23条の2)

保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなる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2条の5、第19条の3)

- 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べき旨の指示等を行ってはならない。**
- 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。**

処方箋の交付(第23条)

- 保険医は、処方箋に**必要な事項を記載しなければならない。**
(医薬品名、分量、用法及び用量)
- 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

経済上の利益の提供による誘引の禁止 (第2条の4の2)

- 患者に対して、受領する費用の額に応じて収益業務に係る**物品の対価の値引き**等、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により**自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。**
- 事業者又はその従業員に対して、**患者を紹介する対価として金品を提供**する等、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により**自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。**

診療の具体的方針（第20条）①

- 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。
- 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- 手術、リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。
- 処置は、必要の程度において行う。
- 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

診療の具体的方針 (第20条)②

- 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- 同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- 注射は、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき等に行う。
- 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮する。
- 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。 等

特殊療法等の禁止(第18条)

保険医は、**特殊な療法**又は新しい療法等(新しい医療材料含む)については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。

(例外) 評価療養及び患者申出療養(健康保険法第63条第2項第3号及び第4号)

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

研究的検査の禁止(第20条)

保険医は、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。

(例外) 保険外併用療養費制度を用いた治験に係る検査

健康診断の禁止（第12条、第20条）

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

診療録の記載（第22条）

- 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第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。

（再掲）

診療録の記載及び保存（医師法第24条）

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

診療録

- 診療録(カルテ)は診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠である。
 - 診療の都度、必要事項を記載する。
 - 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二重線で行う。
 - 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する。
 - 責任の所在を明確にするため、署名又は記名押印を必ず行う。
 - 診療報酬請求の算定要件として、診療録に記載すべき事項が定められている項目があることに留意する。

- 事実に基づいて必要事項を十分に記載していなければ、不正請求の疑いを招くおそれがある。

傷病名

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

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

傷病名

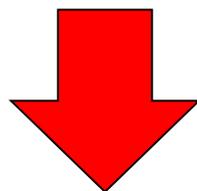
■ いわゆる「レセプト病名」の例

ST合剤 : 「慢性尿路感染症」「ニューモシスチス肺炎」

PPI : 「難治性逆流性食道炎」

ビタミン剤 : 「ビタミン欠乏症」「摂食不能」

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



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

医療情報システム(電子カルテ等)の注意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.1版」

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

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

4. 医科診療報酬点数表の解釈

① 基本診療料

初診料のポイント

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

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

初診料及び再診料のポイント

- 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に付随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。
 - ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
 - イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
 - ウ 初診又は再診の際、検査、画像診断、手術等の必要を認めたと、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

再診料のポイント

- 一般病床200床未満は再診料、一般病床200床以上は外来診療料(検査、処置の一部が包括化)を算定する。
- 電話再診は、患者の病状の変化に応じ、医師の指示を受ける必要がある場合に限り算定でき、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。(電話再診の際は外来診療料も算定不可。)
- **外来リハビリテーション診療料**及び**外来放射線照射診療料**を算定した場合には、規定されている日数の間はリハビリテーションや放射線治療に係る再診料(外来診療料)は算定出来ない。

オンライン診療料のポイント

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

入院基本料のポイント

以下の5つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める基準に適合していない場合、入院基本料が算定できない。

- ① 入院診療計画に関する基準
- ② 院内感染防止対策に関する基準
- ③ 医療安全管理体制に関する基準
- ④ 褥瘡対策に関する基準
- ⑤ 栄養管理体制に関する基準

入院基本料の基準①

入院診療計画

- ✓ 医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して診療計画を作成
- ✓ 病名、症状、治療計画、検査内容・日程、手術内容・日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に文書により説明
- ✓ 説明に用いた文書は患者・家族等に交付するとともに、その写しを診療録に添付 等

院内感染防止対策

- ✓ 院内感染対策委員会を月1回程度、定期的に行う
- ✓ 感染情報レポートを週1回程度作成 等

入院基本料の基準②

医療安全管理体制

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

褥瘡対策

- ✓ 褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員等により構成される褥瘡対策チームの設置
- ✓ 日常生活の自立度が低い入院患者に対する評価の実施 等

栄養管理体制

- ✓ 保険医療機関内に常勤の管理栄養士を1名以上配置
- ✓ 多職種が共同して栄養管理手順を作成
- ✓ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について記載
- ✓ 栄養管理計画に基づいた栄養管理
- ✓ 栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直し 等

看護要員配置の留意事項①

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

- 実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数を算入し、実際に看護に当たっていない看護部長、外来勤務、手術室勤務等の看護要員は算入しない。
- 1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしている。
- 夜勤は2人以上で行い、同一の入院基本料を算定する病棟全体での月当たりの平均夜勤時間72時間以内（夜勤専従者及び夜勤時間数16時間未満の者を除く）でなければならない。
（急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料以外は、8時間未満の者を除く。）

看護要員配置の留意事項②

- 看護配置等を偽って届出した場合、**虚偽の届出として不正請求**となる。
- 当初は基準を満たしていても、**職員の退職等で基準を満たさなくなった場合は、正しく届出し直さなければならぬ**。
- 入院基本料にかかる誤請求は、**多額な返還金を求められる場合がある**。
(例) 平均入院患者数50人/日の病院で、1日あたり200点の入院基本料を過剰に算定していた場合、年間3650万円の過剰請求となる。

4. 医科診療報酬点数表の解釈

② 医学管理等 在宅療養指導管理料

医学管理等、在宅療養指導管理料

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

算定要件を満たさずに算定していれば返還の対象となる

医学管理等の例

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

「B001・3」悪性腫瘍特異物質治療管理料

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

「B001・10」入院栄養食事指導料1

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

「B001・22」がん性疼痛緩和指導料

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

「B001・23」がん患者指導管理料イ

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

在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料は、通則に記載されている下記の点に留意する。

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

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

往診料に関する留意点

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

4. 医科診療報酬点数表の解釈

③検査・画像診断

検査・画像診断のポイント

- 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- 個々の患者の状況に応じ検査項目を選択し段階を踏んで**必要最少限の回数**で行う。
- いわゆる「**セット検査**」は問題となりやすい。
- 結果が全く治療に反映されない検査は実施しないこと。
- 算定要件が規定されている検査項目に注意。

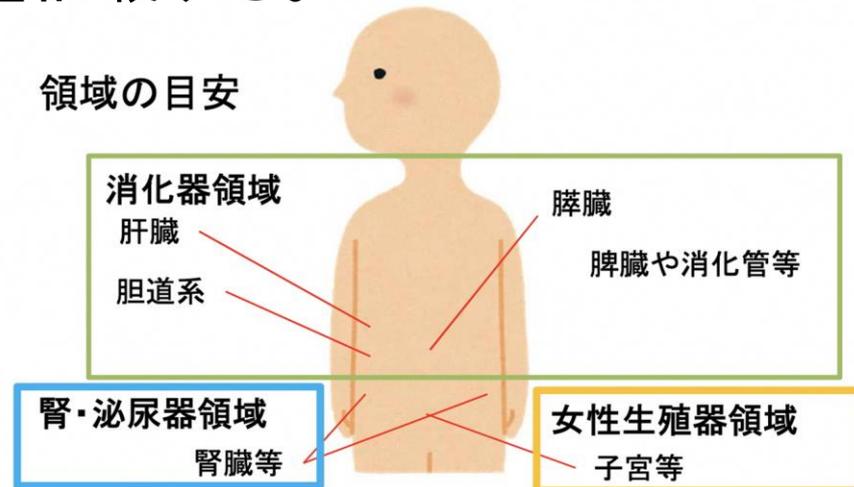
不適切な請求の例

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

超音波検査

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

領域の目安



ア 消化器領域

イ 腎・泌尿器領域

ウ 女性生殖器領域

エ 血管領域(大動脈・大静脈等)

オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ その他

4. 医科診療報酬点数表の解釈

④投薬・注射

投薬・注射のポイント

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

不適切な投与例

適応外投与の例

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

用法外投与の例

- 筋注、静注の用法しかないブプレノルフィンを、**硬膜外**に投与

不適切な投与例

禁忌投与の例

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

長期漫然投与の例

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

後発医薬品の使用の推進

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

→ 一般名処方の推進

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

4. 医科診療報酬点数表の解釈

⑤手術・先進医療

点数表にない手術

- ✓ 「特殊な療法、新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」

(療養担当規則第18条)

「厚生労働大臣が定めるもの」の例：先進医療、治験に用いる療法

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

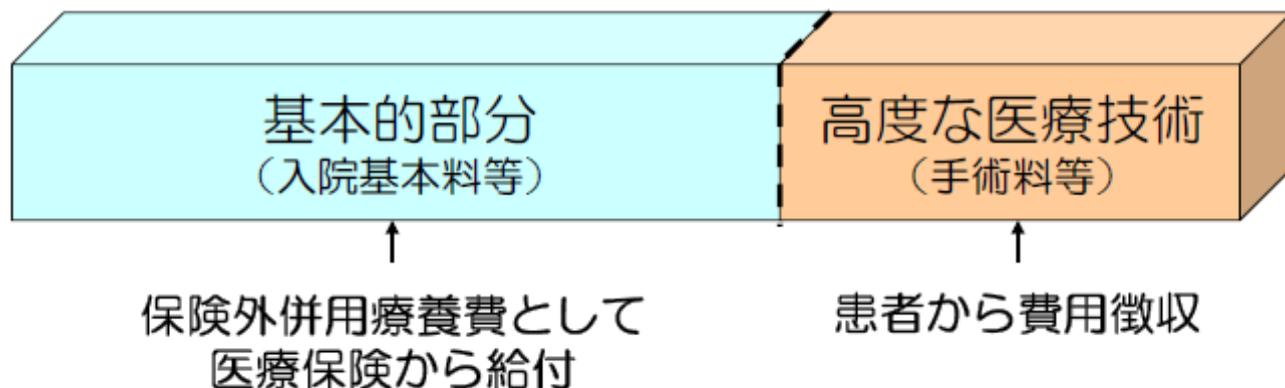
※ 保険適用の腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いた場合、当局から準用が通知されたもの以外については、手術を含む診療全体が保険適用とならない。胸腔鏡下手術も同様。

先進医療とは

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

※ 「患者申出療養」創設(平成28年度)

先進医療の費用負担



【注意】

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



一連の診療で発生する経費の全額を、患者か医療機関が負担することになる。

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

DPC/PDPSにおける診療報酬の構成

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高部分

(例)

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

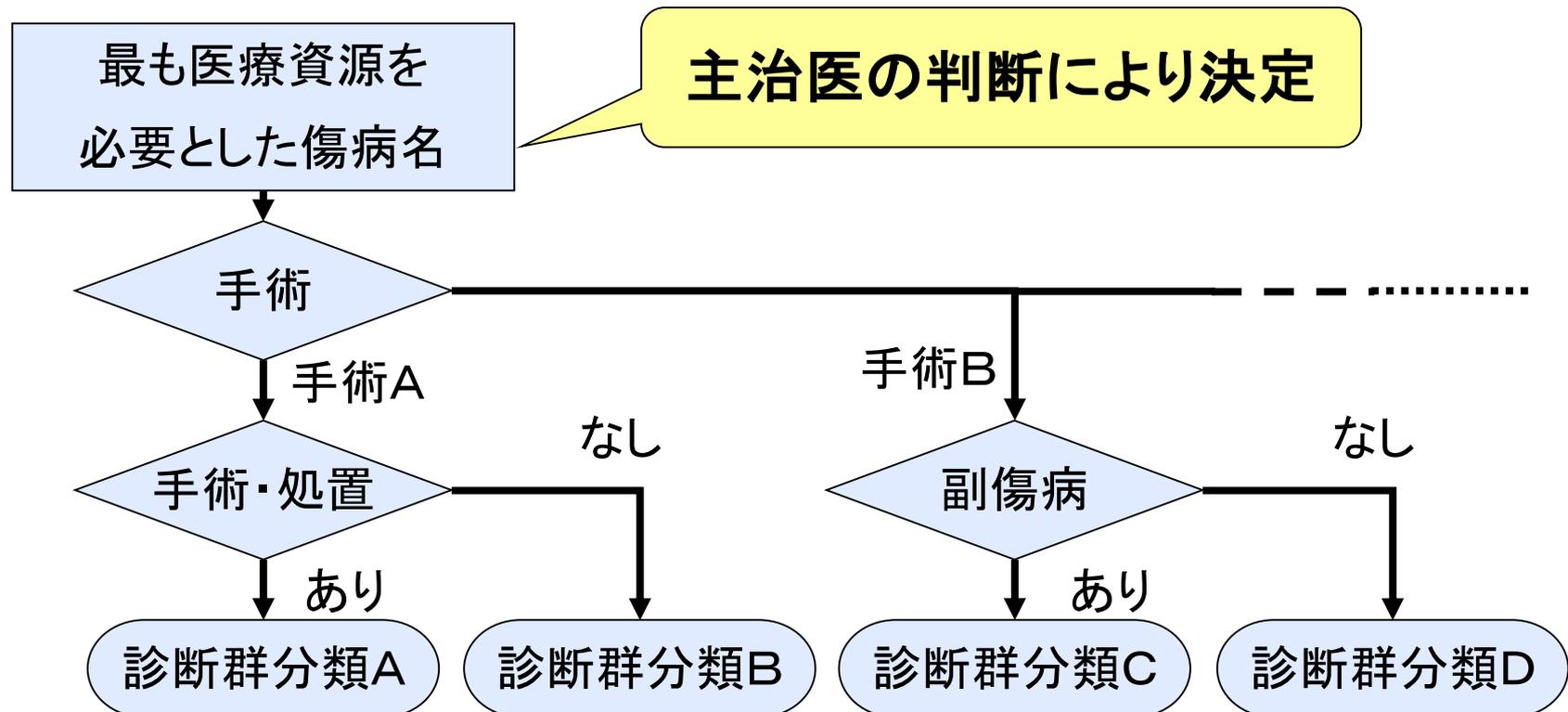
(例)

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

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

診断群分類の決定の流れ

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



「傷病名」の決定

- 診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」＝「入院期間全体を通して、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病」により決定される。
- 1入院期間に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

不適切な診断群分類の決定例

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

その他の注意点①

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

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

その他の注意点②

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

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

医療保険と介護保険の給付調整

- 要介護被保険者等については、原則として、**介護保険給付が医療保険給付より優先**される。
- ただし、厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できることとされており、これを**医療保険と介護保険の給付調整**という。

介護保険施設の入所者に係る給付調整

- 介護保険施設(介護保険法)には、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設(介護療養病床)、介護医療院の4種類がある。
- これらの施設には医師の配置があるが、各施設類型で医療提供の密度が異なることから、介護報酬に包括されている部分と医療保険において給付される範囲が各々異なる。

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

指導とは

▶ 目的

「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること」(指導大綱)

(健康保険法第73条)

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

厚生労働大臣の指導を受ける義務がある

指導後の措置(個別指導の場合)

概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

監査とは

▶ 目的

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

(監査要綱)

不正請求

詐欺や不法行為に当たるもの

- その月に受診していない患者の保険証番号を使って前の月と同じ内容の診察を請求した。
→ 架空請求
- 一か月に2回しか診察していないのに再診料を4回請求した。
→ 付増請求
- 実際に行った創傷処置が 50cm^2 であったにもかかわらず、請求は 500cm^2 以上 3000cm^2 未満で行った。
→ 振替請求

不当請求

算定要件を満たさない等、診療報酬請求の妥当性を欠くもの

(例1)

診療録に腫瘍マーカーの検査結果・治療計画の要点を添付又は記載していないにもかかわらず、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している。

(例2)

専ら画像診断を担当する医師が読影していないにもかかわらず、画像診断管理加算を算定している。

(例3)

診療録にモニターの観察結果の要点を記載していないにもかかわらず、呼吸心拍監視を算定している。

健康保険法上の処分の基準

監査要綱

保険医登録・保険医療機関指定取消処分の基準

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

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

監査後の措置

行政上の措置

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

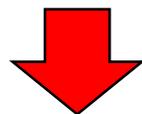
経済上の措置

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

(健康保険法第58条)

令和元年度の指導、監査等実施状況

監査を受けた保険医療機関・保険医等
55施設 129人



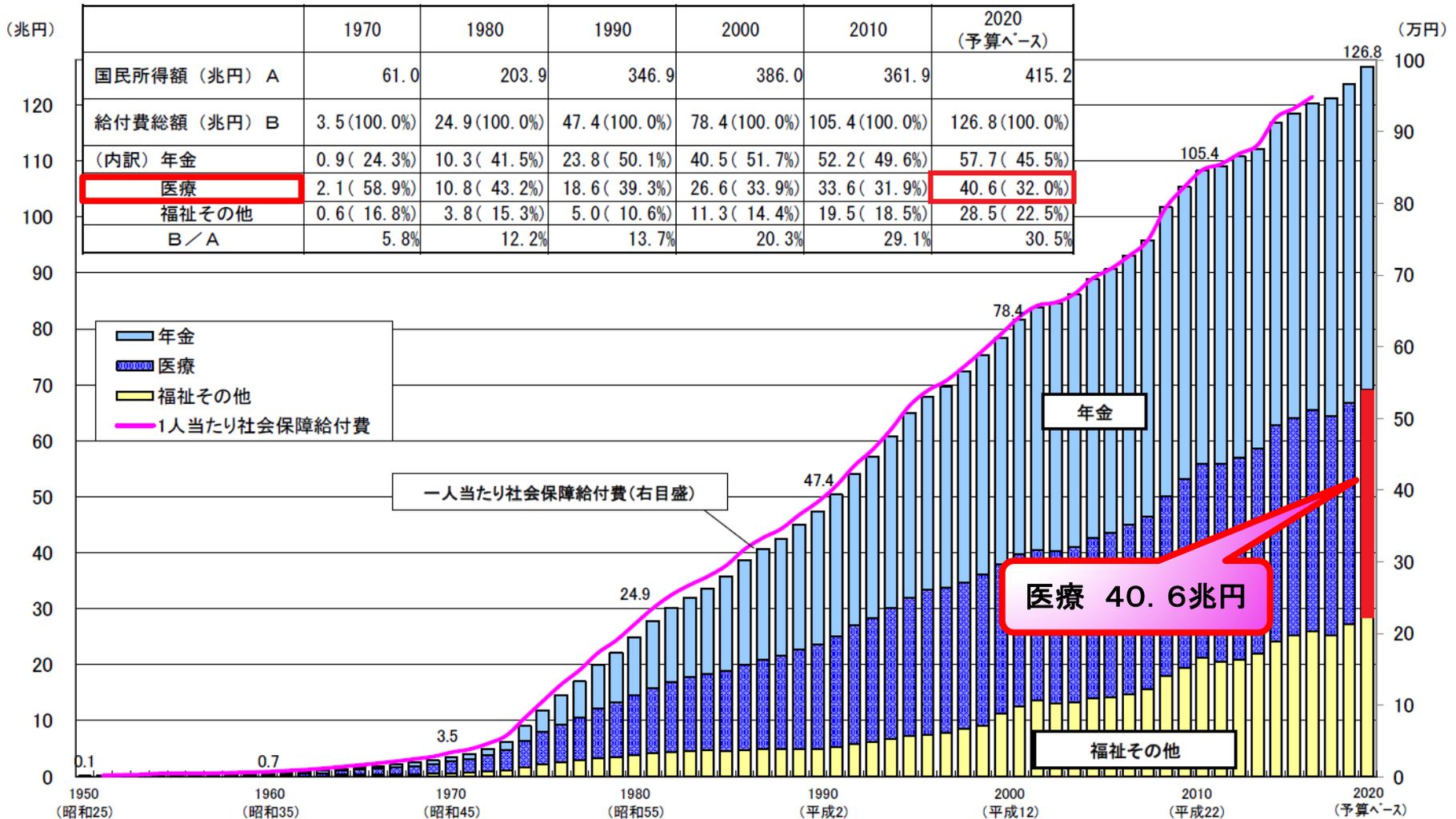
登録・指定の取消(取消相当含む)を受けた
保険医療機関・保険医等
21施設 15人

指導、適時調査、監査により
返還を求めた金額は**約109億円**

(厚生労働省発表 医科・歯科・調剤を含む)

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

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成29年度社会保障費用統計」、2018~2020年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2020年度の国民所得額は「令和2年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和2年1月20日閣議決定)」

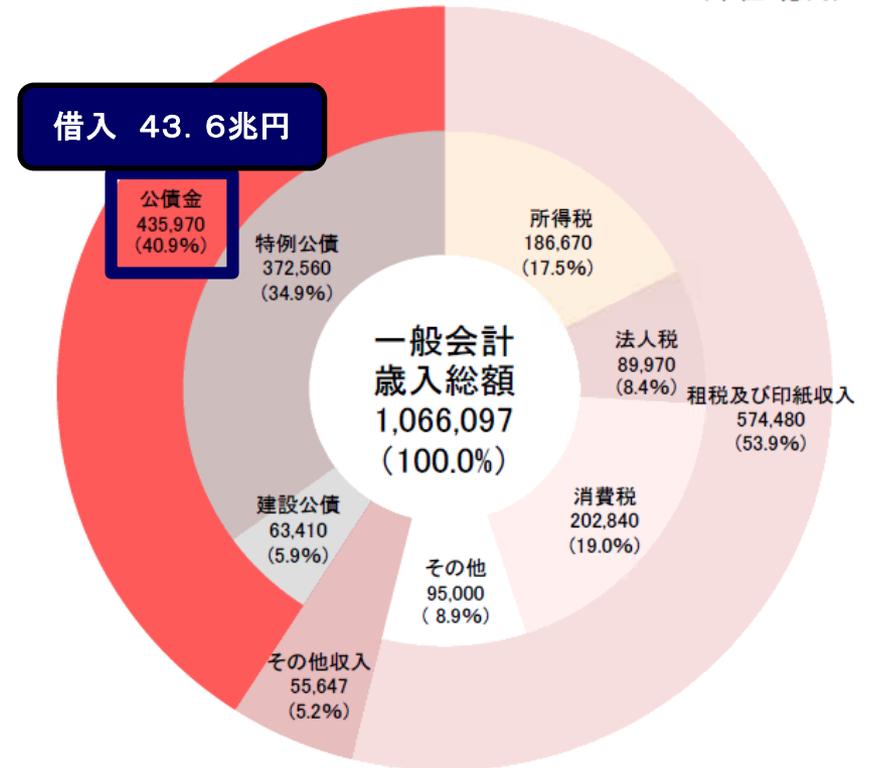
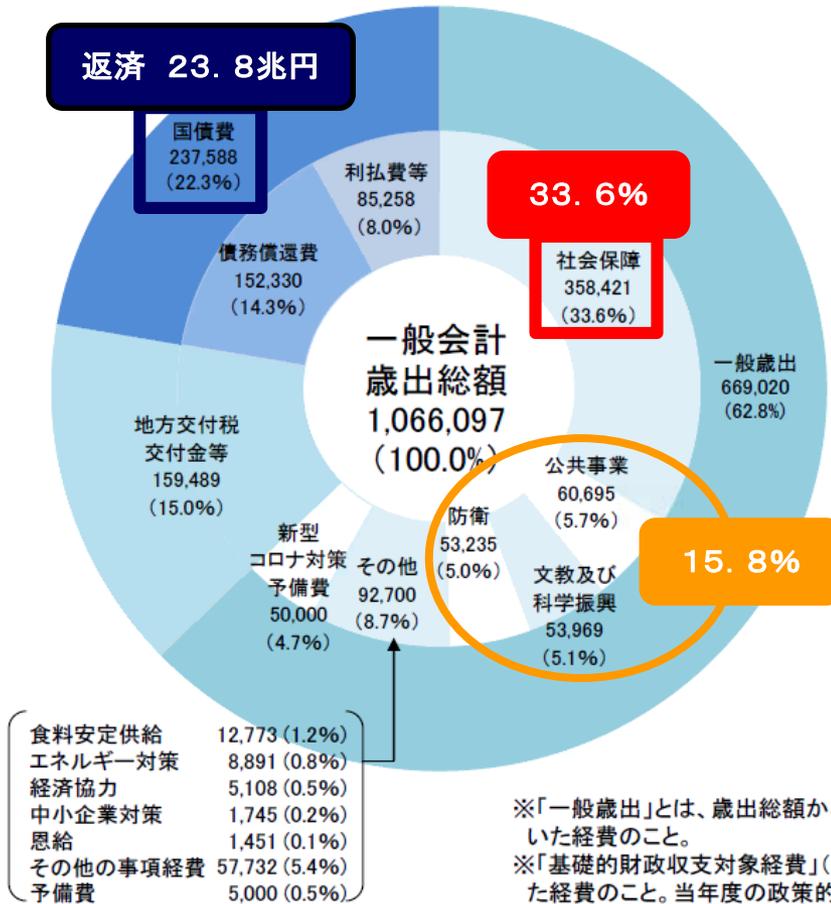
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2020年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

令和3年度一般会計歳出・歳入の構成

一般会計歳出

一般会計歳入

(単位:億円)



※「一般歳出」とは、歳出総額から国債費及び地方交付税交付金等を除いた経費のこと。

※「基礎的財政収支対象経費」(＝歳出総額のうち国債費の一部を除いた経費のこと。当年度の政策的経費を表す指標)は、833,744(78.2%)

(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

(注2) 一般歳出における社会保障関係費の割合は53.6%。

社会保障の費用と財政

- 令和2（2020）年の日本の社会保障給付費は、1年間に**約126兆円**。
（令和2年度予算ベース）
- そのうち約半分が年金で、**約3割が医療**、約2割が福祉。
- 社会保障の財源は、**社会保険料が59.4%**で、**公費負担は40.6%**を占める。（その他、積立金の運用収入等。）
（令和2年度予算ベース）
- 令和3年度一般会計歳出において、**社会保障のための歳出（35.8兆）は最大**で、公共事業・防衛・教育科学の費用の合計（16.7兆）を上回る。
- 国の財政は、**23.8兆円の借金を返しながら新たに43.6兆円の借金をしている**状態。
- 社会保障は財政に大きく影響しており、**適正化**が求められている。

診療報酬請求における留意点

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

今後とも保険診療の適正な運用に
ご協力いただきますようお願いいたします。