

# 5

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

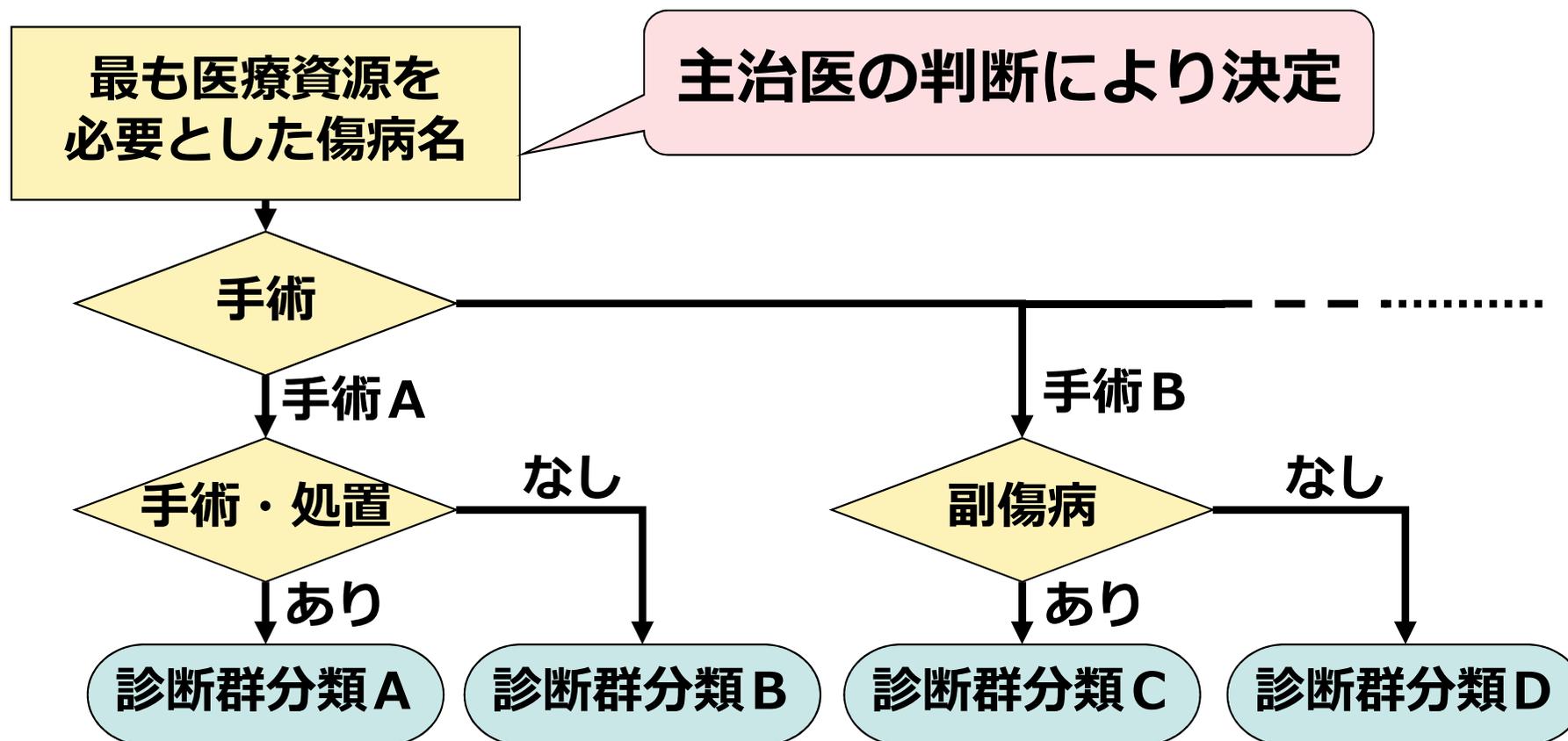
**包括評価部分 = 診断群分類ごとの1日あたり点数 × 医療機関別係数 × 入院日数**

※ 上記の例示は、大まかなイメージ。例外の算定項目があるので留意すること。

例えば、E 画像診断において、画像診断管理加算は出来高算定。

# 診断群分類の決定の流れ

- ① ICD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

- 「主傷病名」 「入院の契機となった傷病名」がある。  
その中から、「医療資源を最も投入した傷病」を選択する。
- 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、「○○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

- 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

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

# 6

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

## 介護保険法で規定されている介護保険施設（4種類）

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 介護老人保健施設（老健）
- 介護医療院
- 介護療養型医療施設（介護療養病床） 【 令和6年3月まで 】

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)
- 「保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。」  
(健康保険法 第73条)  
**厚生労働大臣の指導を受ける義務がある。**

## 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」

# 集団的個別指導とは①

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

## 集団的個別指導

保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分に応じて、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等を**一定の場所に集めて講義形式等で行う指導**である。

## 指導対象となる保険医療機関等とは

レセプト1件当たりの平均点数が次の都道府県の平均点数の一定割合を超えるもの

- ・ 医科病院の場合は1.1倍
- ・ 医科診療所等の場合は1.2倍

かつ

- ・ 前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね8%の範囲のものが対象となる。

# 集団的個別指導とは②

## 使用する基礎データ

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

## 算出に使用するレセプトの種類

社会保険、国民健康保険の一般分及び後期高齢者分を使用する。

## レセプト1件当たりの平均点数の算出方法

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

# 集団的個別指導とは③

類型区分の内訳とそれぞれの累計区分で使用するデータ

## 病院：3区分、入院データ

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

## 医科診療所：12区分、入院外データ

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

# 個別指導とは

## 指導対象：

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

## 指導方法：

保険医療機関等を一定の場所に集める等して面接懇談方式により行う。  
また、個別指導の実施件数については、医科、歯科及び薬局ごとの類型区分ごとに全保険医療機関等の4%程度を実施することとしている。

※ 高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等とは、翌年度の実績において、集团的個別指導を受けたグループ内の保険医療機関等の数の上位より概ね半数以上である保険医療機関等を指す。

※ 令和3年度は、高点数保険医療機関等に該当する場合による個別指導は実施しない。

# 監査とは

## 監査の目的

### 監査要綱

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

# 不正請求

## 詐欺や不法行為に当たるもの

### 架空請求

例) その月に受診していない患者の被保険者証の記号・番号を使って  
前の月と同じ内容の診察を請求した。

### 付増請求

例) 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。

### 振替請求

例) 実際に行った創傷処置が50cm<sup>2</sup>であったにもかかわらず、  
請求は500cm<sup>2</sup>以上3000cm<sup>2</sup>未満で行った。

# 不当請求

## 算定要件を満たさない等、診療報酬請求の妥当性を欠くもの

- 例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）

## 監査要綱

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

▶ **故意でなくとも、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
  - ✓ **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）

# 過去の事件事例

## 1. 事案の概要

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

## 2. 端緒

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

## 3. 主な事故内容

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

## 4. 不正不当請求額

- 不正請求：144件 45万6千円

## 5. 措置

- 保険医療機関：指定取消
- 保険医：登録取消

# 過去の事件事例

## 1. 事案の概要

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

## 2. 端緒

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

## 3. 主な事故内容

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

## 4. 不正不当請求額

- 不正請求：361件 135万5千円

## 5. 措置

- **保険医療機関**：指定取消
- **保険医**：登録取消

# 古典的不正請求の手法とその発覚の典型例

診療を行っていない月に診療を行ったものとして不正請求を行う：架空請求

診療を行っている月に受診日以外の日にも受診したものとして不正請求を行う：付増請求

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

**患者さんにも様々な迷惑がかかるので、不正請求は絶対にやめましょう。**

平成29年度の確定申告から、医療費控除の手続きで、領収書の提出に代えて、「医療費通知」の原本の提出が認められた。

医療費通知(医療費のお知らせなど)を提出することにより、明細書が簡単に作成できます。

# 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

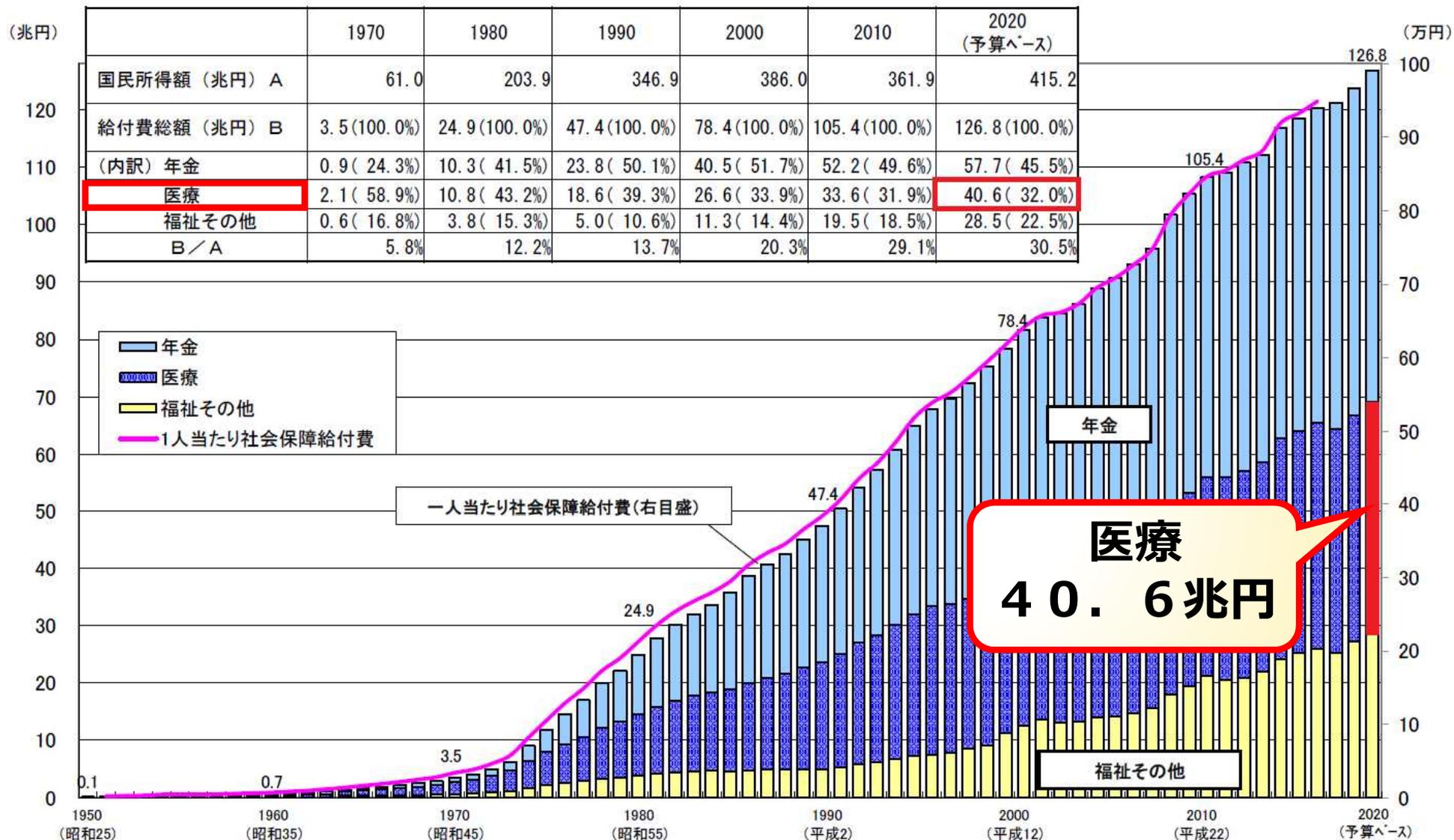
返還を求めた金額は**約 109億円**

(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)」

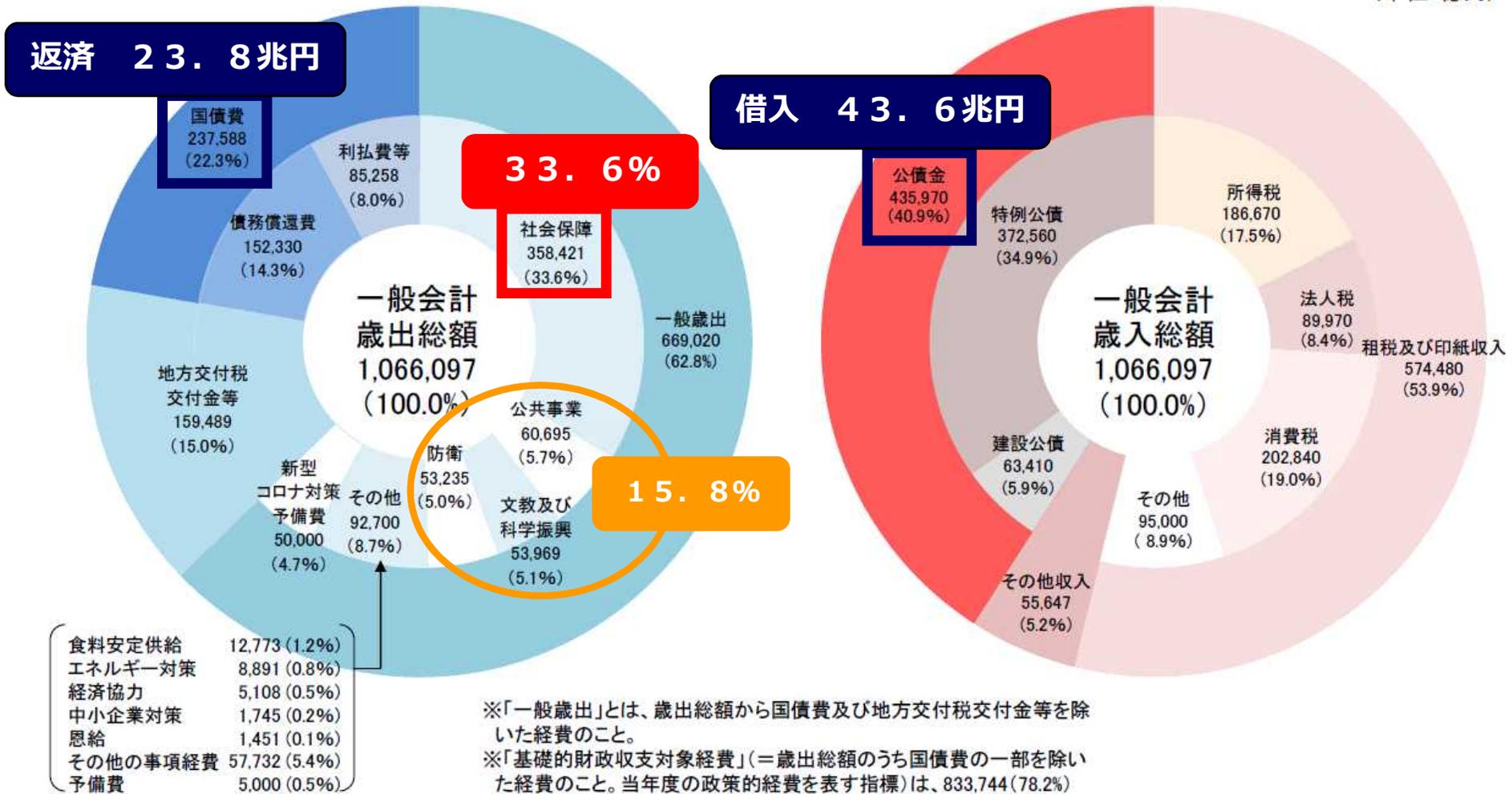
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2020年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 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)



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

(注2) 一般会計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**。そのうち約半分弱が「年金」で、**1/3が「医療」**、約2割が介護を含む「福祉 その他」が占める。
- 社会保障の財源は、社会保険料が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(35.8兆円)は最大**で、公共事業・防衛・教育科学の費用の合計(16.7兆円)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。

# 保険診療確認事項リスト

## 保険診療確認事項リスト (医科)

令和3年度改訂版 ver. 2106

### 使用上の留意点

本リストに掲載の内容は令和2年度診療報酬改定の内容に添った算定要件や施設基準を基に作成しています。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについては反映しておりませんのでご留意の上、ご使用ください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

□ (1) 疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

#### □① 実施体制

□・従事者1人1日当たりの実施単位数を適切に管理していない。

□ (具体的には、リハビリテーションに従事する職員1人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表を作成していない 等)

□・従事者1人当たりの実施単位が

[ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他 ( ) ]

[ 1人1日につき24単位 ・ 1週間で108単位 ] を超過している。

□・

#### □② リハビリテーション実施計画書

□・別紙様式21を参考としたリハビリテーション実施計画書を

[ 作成していない ・ 原則7日以内、遅くとも14日以内に作成していない ] 。

□・リハビリテーション実施計画書の内容

[ に不備がある ・ が個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ に空欄がある ] 。

□・ (例 :

□・ [ リハビリテーション実施計画書の作成時に ・ 3か月毎に ] 患者又はその家族等に対して実施計画書 [ の内容を説明していない ・ の内容を (職種 : ) が説明しており、医師が説明していない ・ を交付していない ] 。

□・ [ リハビリテーション実施計画書の作成時の ・ 3か月毎の ] 実施計画書の写しが診療録に添付されていない。

□・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、医師が自ら実施していない又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示がないにもかかわらず、当該疾患別リハビリテーションを算定している。

□・

#### □③ 機能訓練の記録

□・機能訓練の内容の要点について診療録等への記録が

[ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ] 。

□・ (例 :

□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載がない。

□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻について診療録等に記載された [ 開始時刻 ・ 終了時刻 ] が実際の時刻と異なっている。

(例 :

□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が患者毎の実施記録又は診療録と、リハビリテーション従事者毎に管理した実施記録の時刻が一致していない。

□・

#### □④ 適応及び内容

□□・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。

□□・対象疾患に該当するとした診断根拠が確認できない。

# 診療報酬請求における留意点

- ◆ 保険医と保険医療機関は診療報酬のルールをよく理解し、**独自の解釈に基づいて請求しない。**
- ◆ 分からない場合は**診療報酬点数表を確認する。**  
それでも分からなければ**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。



診療報酬改定は原則、2年に1回実施されます。

算定ルールの新設・変更について、

2年に1回知識のリニューアルが必要です。