

令和3年度 集团的個別指導

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

留意点

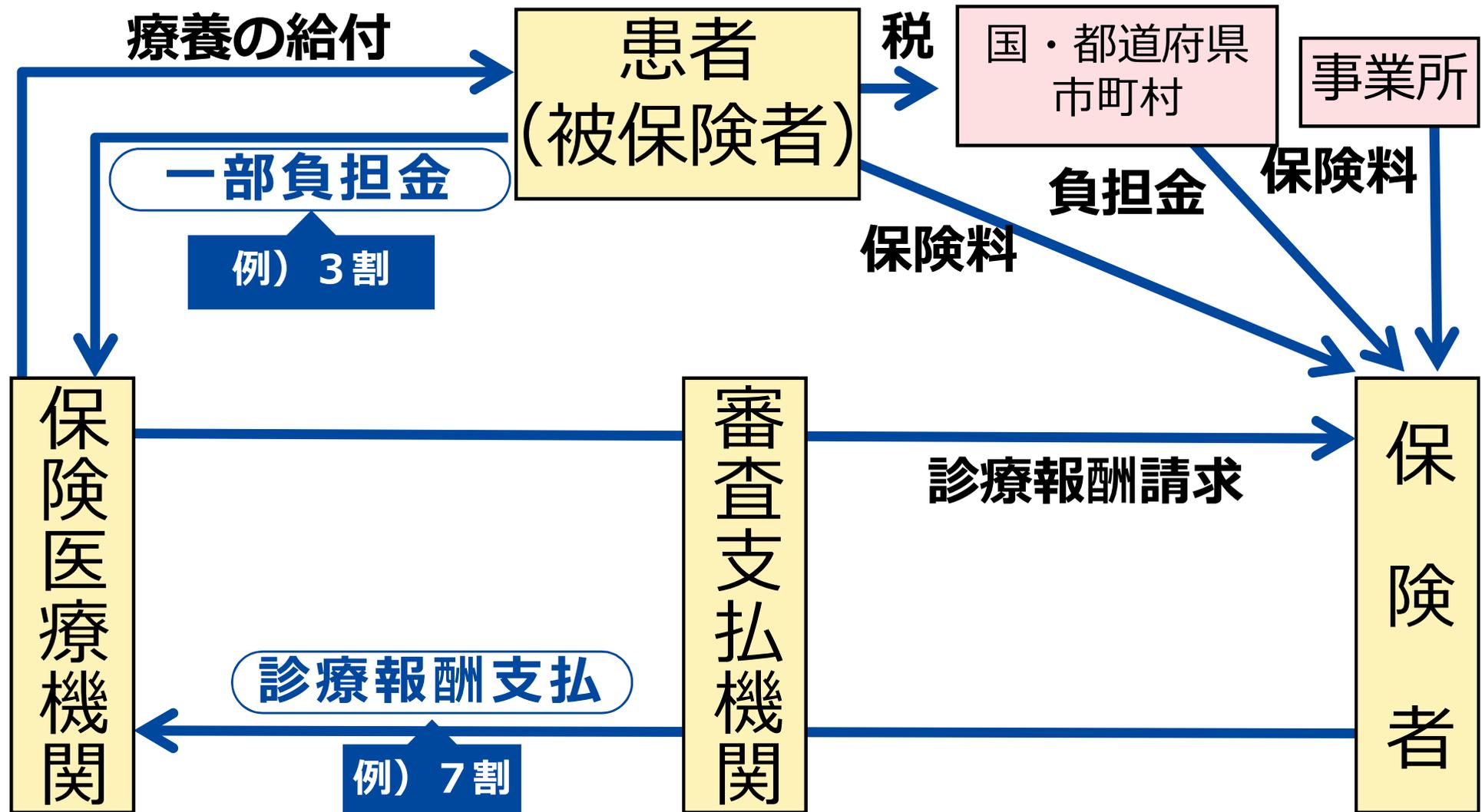
- 本資料は令和2年度診療報酬改定が行われた当初の内容に基づいて作成している。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更があるので、算定に当たってはその時点での要件等を確認して請求を行うこと。

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

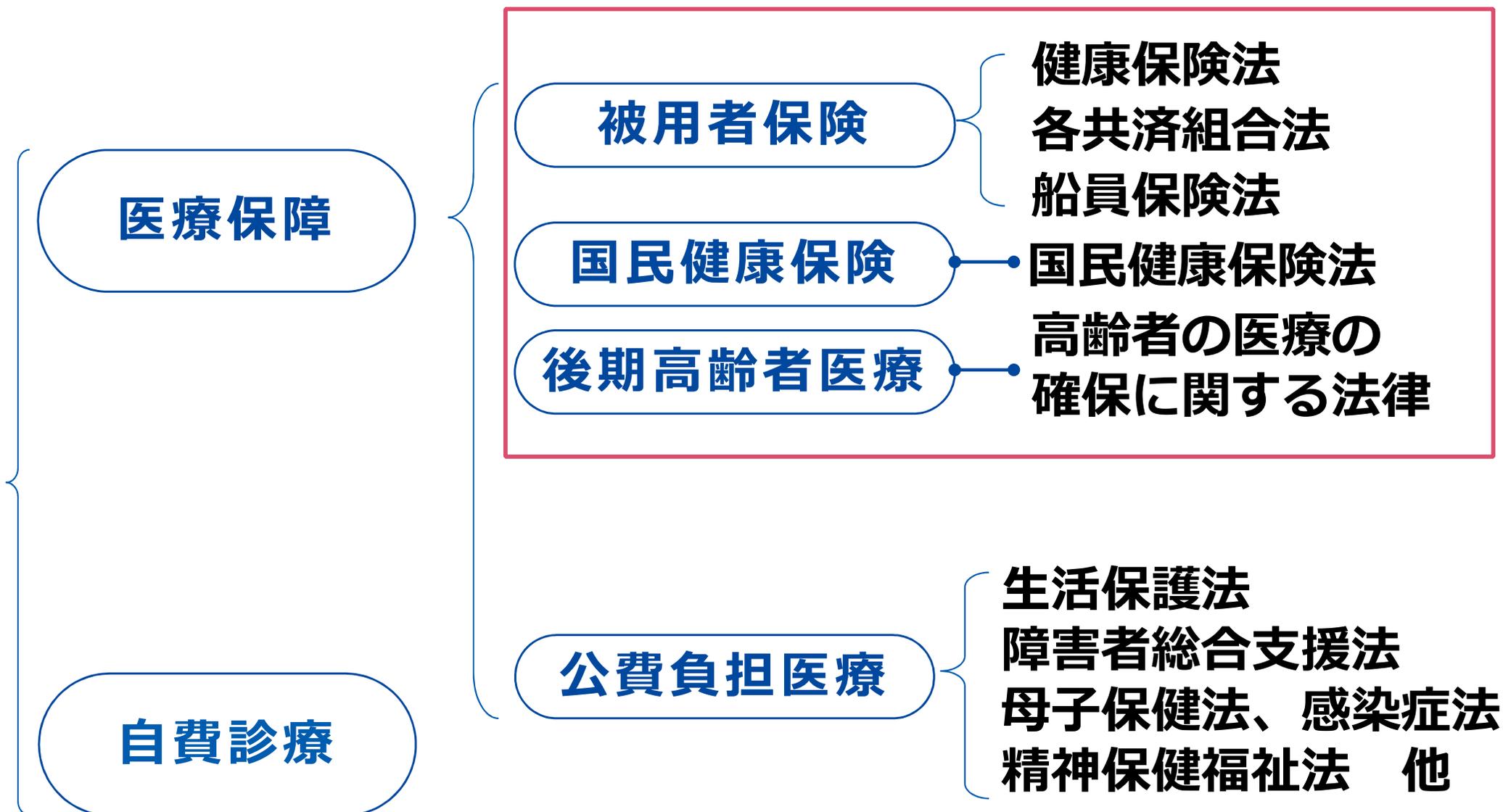
療養の給付・費用の負担の流れ

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（第1条）

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

基本的理念（第2条）

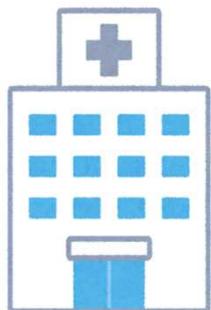
健康保険制度については、医療保険制度の基本をなすものである（中略）
医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない。

保険診療に係わる各法令

医師法



医療法



薬剤師法



保助看法

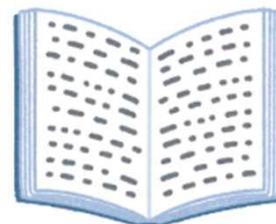


医薬品
医療機器等法



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

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）とその取り消し、医業の停止

相対的欠格事由（第4条）

次のいずれかに該当する者には免許を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 三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）

精神病床

精神疾患を有する者を入院させるためのもの

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

結核病床

結核の患者を入院させるためのもの

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

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。

記載が必要な事項（抜粋）

- 一 患者の氏名、生年月日及び性別
- 二 当該患者の診療を主として担当する医師の氏名
- 三 入院の原因となった傷病名及び主要な症状
- 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療
(入院中の看護及び栄養管理を含む。)に関する計画 等

保険診療における使用医薬品

療養担当規則 第19条

保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。

▶ 「厚生労働大臣が定める医薬品」 ⇒ 薬価基準に記載されている医薬品

医薬品、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条関係)

医薬品の製造販売に係る承認にあたっては、当該医薬品の名称、成分、分量、用法、用量、効能、効果、副作用その他の品質、有効性及び安全性に関する事項の審査を受ける必要がある。

注意事項等情報の公表 (法第68条の2 関係)

医薬品に関する最新の論文その他により得られた知見に基づき、注意事項等情報について公表しなければならない。

注意事項等情報とは次に掲げる事項を言う。

- イ 用法、用量その他使用及び取扱い上の必要な注意
- ロ 日本薬局方に収められている医薬品にあつては、日本薬局方において当該医薬品の品質、有効性及び安全性に関連する事項として公表するように定められた事項 等

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

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

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』

(厚生労働大臣が定めた命令：省令)

第1章 保険医療機関の療養担当
療養の給付の担当範囲、担当方針 等

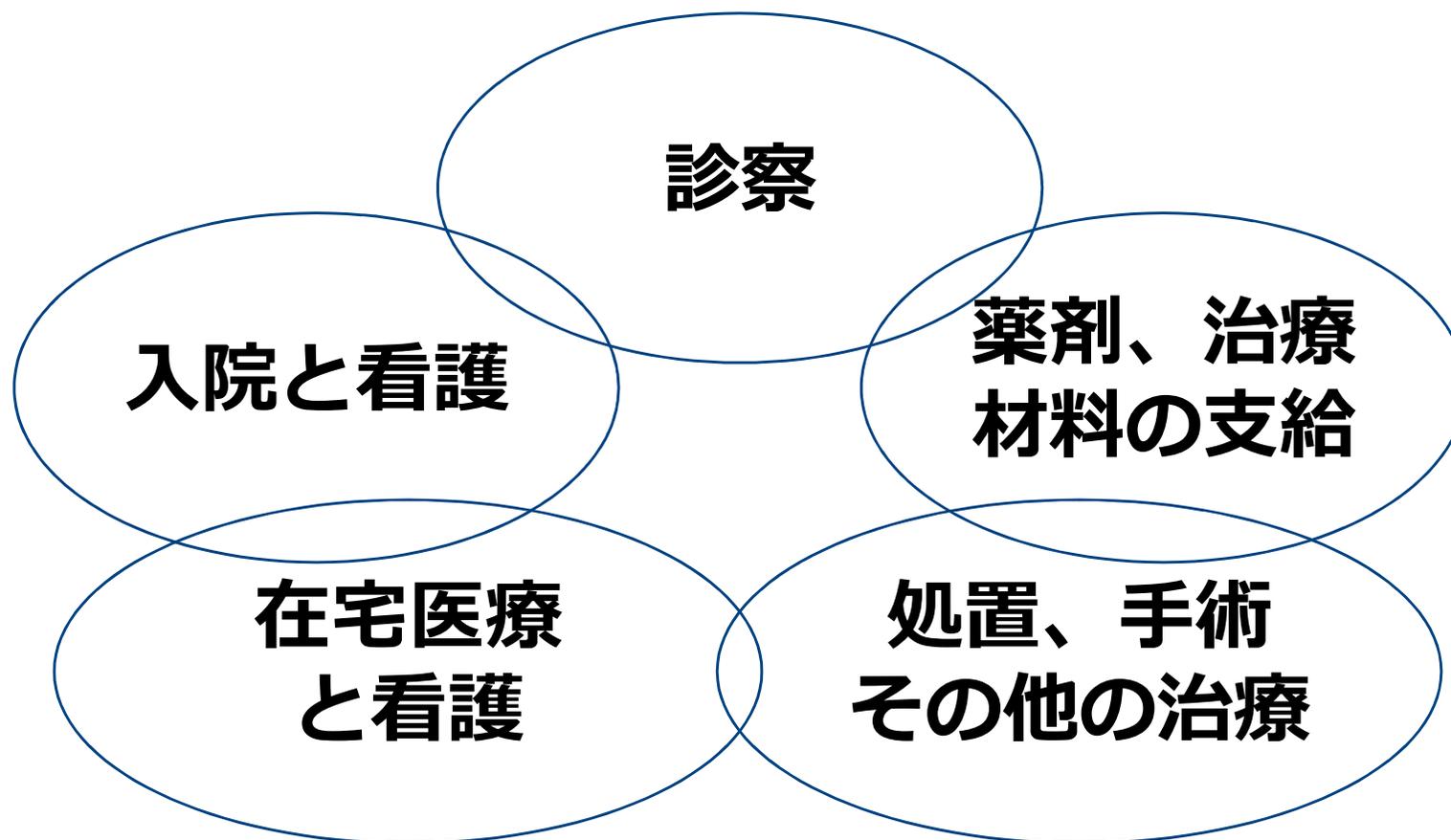
第2章 保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等



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

療養担当規則

療養の給付の担当の範囲（第1条）



「療養の範囲」 = 「保険診療の範囲」

「医療の範囲」とは異なる

療養担当規則

療養の給付の担当方針（第2条）

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

適正な手続きの確保（第2条の3）

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

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

療養担当規則

診療報酬明細書の確認について

適正な費用の請求の確保（第23条の2）

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



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

**レセプトを
確認する**



療養担当規則

特定の保険薬局への誘導の禁止（第2条の5、第19条の3）

- 処方箋の交付に関し、患者に対して**特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。**
- 処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、**保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。**

処方箋の交付（第23条）

- 保険医は、処方箋に**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。

療養担当規則

経済上の利益の提供による誘引の禁止（第2条の4の2）

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

療養担当規則

診療の具体的方針（第20条）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。

療養担当規則

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

療養担当規則

特殊療法等の禁止（第18条）

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

(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。

診療の具体的方針（研究的検査の禁止）（第20条）

保険医は、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。

(例外) 保険外併用療養費制度を用いた治験に係る検査

療養担当規則

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。

療養担当規則

診療録の記載（第22条）

保険医は、患者の診療を行った場合には、**遅滞なく**、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。

診療録の記載及び保存（医師法第24条）（再掲）

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

診療録

- 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。

A207 診療録管理体制加算

同加算が波及する施設基準等について

診療録管理体制加算の施設基準

- 「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」に準拠すること
(平成29年5月厚生労働省；令和3年1月改訂)
- 「**診療情報の提供等に関する指針**」を参考とすること
(平成15年9月12日医政発第0912001号)

診療録管理体制加算の届出がなされていることが、施設基準となっている算定項目及び基準がある。

- **DPC対象病院の施設基準**
- **A204-2 臨床研修病院診療加算の施設基準**

医療情報システム（電子カルテ等）の注意点

医師法第24条において、「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」、また「診療録を5年間保存しなければならない」、と定められている。

平成16年に成立したe-文書法により、法令等で定められた書面は電子的に取扱うことが可能となった。医療情報の電子化においては「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.1版**」に準拠することが求められており、その中で医療情報の電子保存においては**3つの基準**と各基準ごとに**最低限守るべきガイドライン**が示されている。

真正性

虚偽入力、書き換え、消去及び混同を避ける。記録作成の責任の所在の明確化。

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

見読性

書面の内容が肉眼で容易に見読可能、直ちに書面で準備できる。

→ 情報の所在の日常的な管理、見読化手段の管理 等。

保存性

定められた期間保たれていること。

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

医療情報システム（電子カルテ等）の注意点

「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。

傷病名

- 医学的に妥当適切な傷病名を医師自ら決定する。
- 必要に応じて慢性・急性、部位、左右の別を記載する。
- 診療開始・終了年月日を記載する。
- 傷病の転帰を記載し病名を整理する。
 - 疑い病名について、病名が確定次第、確定病名を記載し、転帰を「中止」とする
 - 一般的に急性病名が長期間続くことは不適切

傷病名

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

- 「**レセプト病名**」の例
 - ST合剤 : 「慢性尿路感染症」「ニューモシスチス肺炎」
 - PPI : 「難治性逆流性食道炎」
 - ビタミン剤 : 「ビタミン欠乏症」「摂食不能」
- 傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は**摘要欄及び症状詳記**で補う



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

4

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 基本診療料と特掲診療料

療養の給付に要する費用の算定の基本

1人の患者に対する診療報酬 = 基本診療料 + 特掲診療料

- **1人の患者について療養の給付に要する費用**は、医科診療報酬点数表 第1章**基本診療料**及び第2章**特掲診療料**又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に**10円を乗じて得た額**とする。
- **基本診療料**は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射及び静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- **特掲診療料**は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。特掲診療料に掲げられている診療行為を行った場合は、特に規定されている場合を除き、基本診療料と特掲診療料をあわせて算定する。

4 . 医科診療報酬点数表の解釈

① 基本診療料

初診料のポイント

医学的に**初診といわれる診療行為**があった場合に算定。

ある疾患の診療中に別の疾患が発生した場合は、新たに初診料を算定できない。

(例) 胃炎で通院中、**新たに大腸癌の診療を開始**する場合

→ **初診料は算定できない**

- 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。

(ただし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。)

初診料及び再診料のポイント

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

※この場合、診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等があるため注意が必要

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。
 - ア 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
 - イ 一部の在宅自己注射指導管理料を算定している患者
 - ウ 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。

機能強化加算（施設基準）

次のいずれにも該当すること

- **診療所**又は**許可病床数が200床未満の病院**であること。
- 次の**いずれかに係る届出**を行っていること。
 - ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
 - イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料
 - ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料
 - エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう、以下同じ）又は在宅療養支援病院（区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう以下同じ）に限る）
 - オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 医療機関の**見やすい場所に下記を掲示**すること。
 - 健康診断の結果等の**健康管理に係る相談**を行っていること
 - **保健・福祉サービスに関する相談**を行っていること
 - 夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた**専門医又は専門医療機関への紹介**を行っていること
 - 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の**地域の医療機関を検索**できること
- 掲示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き患者が持ち帰ることができるようにすること。

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

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和2年保医発0305第1号）

別添1 第1章第2部入院料等 通則11

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り**入院基本料**

（中略）、**特定入院料**又は**短期滞在手術等基本料3**の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

① 入院診療計画

～入院診療計画書について～

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

_____ 年 月 日

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

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

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する患者にあっては必ず記入すること。

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

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

_____(主治医氏名) 印

_____(本人・家族)

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

- 入院診療計画書は必ず患者・家族等に交付するとともに、**写しを診療録に添付**する。
- 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、**特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載**する。
- なお、用いる入院診療計画書は、別紙2に示されている全ての項目が必要である。

「特別な栄養管理の必要性」の有無については必ず記載する。

診療等に関する書面について

貴院で使用している「診療等に要する書面」の様式には、参考として示した別紙や別紙様式に記載の事項が**全て**記載されていますか？

➤ 「診療等に関する書面」の参考様式が別紙様式及び別紙として以下の通知に定められている。

① 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」
別添 1 の 2

•別紙様式 1（退院証明書）から別紙様式51（療養生活環境の整備に関する支援計画書）

② 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
別添 6

•別紙1から別紙24（感染防止対策地域連携加算チェック項目表）まで示されている。

<別添 1 の 2 の通則> <別添 6 の通則>

➤ 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式（別紙）のとおりである。

➤ なお、当該別紙（別紙）は、参考として示しているものであり、示している事項が**全て記載されていれば**、当該別紙様式（当該別紙）と同じでなくても差し支えないものであること。

診療等に関する書面について

代表的な「診療等に関する書面」

別紙

入院診療計画書

褥瘡対策に関する診療計画書

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

リハビリテーション総合実施計画書

栄養管理計画書

別紙様式

栄養治療実施計画書

退院支援計画書

地域包括ケア病棟入院診療計画書

短期滞在手術同意書

診療情報提供書

訪問看護指示書

リハビリテーション実施計画書

褥瘡対策に関する評価

特に、施設基準に規定されている「診療等に関する書面」の様式については、必要な事項が全て記載されているかどうか確認のこと

入院基本料の基準

②院内感染防止対策

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

③医療安全管理体制

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

④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

入院基本料の基準

⑤ 栄養管理体制

- 保険医療機関内に**常勤の管理栄養士**を1名以上配置（病院である場合）
- 多職種が共同して**栄養管理手順**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

食事は**医療の一環**として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

入院時食事療養（Ⅰ）について

- 医師、管理栄養士又は栄養士による**検食が毎食行われ、その所見が検食簿に記入されている**こと。
- 患者の病状等により、特別食を必要とする患者については、**医師の発行する食事箋に基づき適切な特別食が提供されている**こと。
- 医師の食事箋とは、**医師の署名又は記名・押印がされたものを原則**とするが、オーダリングシステム等により、**医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認める**ものとする。
- 適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。
- 医師の指示の下、**医療の一環として、患者に十分な栄養指導を行う**こと。

入院時食事療養（Ⅰ）のポイント

✓ 検食簿の記入



✓ 午後6時以降に配膳



✓ 医師の特別食の食事箋



✓ 栄養指導



特別食加算について

- 特別食加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、**患者の病状等に対応して医師の発行する食事箋に基づき**、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」(平成6年厚生省告示第238号)の第2号に示された特別食が提供された場合に、1食単位で1日3食を限度として算定する。
- ただし、**流動食(市販されているものに限る)のみを経管栄養法により提供したときは算定しない**。なお、当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。
- 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**。
- 薬物療法や食事療法等により、血液検査等の数値が改善された場合でも、**医師が疾病治療の直接手段として特別食に係る食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定することができる**。

特別食加算のポイント

- ✓ 医師の特別食の食事箋



- ✓ 流動食のみを経管栄養法により提供した場合は算定不可



- ✓ 数値改善後も必要があれば算定可



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ない。**
- 入院基本料にかかる誤請求は、**多額な返還金を求められる**場合がある。

(例) 平均入院患者数50人/日の病院で、1日あたり200点の入院基本料を過剰に算定していた場合、年間3650万円の過剰請求となる。

過去の事件事例

1. 事案の概要

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

2. 端緒

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

3. 主な事故内容

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

4. 不正不当請求額

- 不正請求： 950件 1億5千万円

5. 措置

- 保険医療機関**：指定取消
- 保険医**：措置無し

4 . 医科診療報酬点数表の解釈

② 特掲診療料
医学管理等
在宅療養指導管理料

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

「B001・3」悪性腫瘍特異物質治療管理料

- 悪性腫瘍と**確定診断**がされた患者に対し、腫瘍マーカー検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定する。

診療録等に記載する事項

- 診療録に添付又は記載する事項
 - ① **腫瘍マーカー検査の結果**
 - ② **治療計画の要点**

- 月1回まで
- 尿中BTAに係るもの 220点
- その他のもの 1項目で360点、2項目以上で400点

「B001・10」入院栄養食事指導料 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**する。

「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。

診療録等に記載する事項

- 麻薬の処方**前**の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を**診療録**に記載する。
- 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、患者の心理状態に十分配慮された環境で、**がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師**が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

診療録等に記載する事項

指導内容等の要点を**診療録又は看護記録に記載**する。

- 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

「B001-6」肺血栓塞栓症予防管理料

肺血栓塞栓症発症リスクが高い患者に対して、予防を目的に必要な医学管理を行った場合を評価するもの

- 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く）又は診療所（療養病床に係るものを除く）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る）に対して、**肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング**（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）**又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定**する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として**弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できる**ものであり、**薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない**。

- 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より**標準的な管理方法**が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

「B009」診療情報提供料（I）

診療情報を相互に提供することで、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするもの

紹介先医療機関等名	
担当医	科
平成 年 月 日	
紹介元医療機関の所在地及び名称 電話番号	
医師氏名	
印	
患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備 考	
備考 1. 必要がある場合は統紙に記載して添付すること。 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。	

- 保険医療機関が、**診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め**、患者に説明し、その**同意を得て**当該機関に対して、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。
- 紹介に当たっては、**事前に紹介先の機関と調整**の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。
- **交付した文書の写しを診療録に添付**するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

「B011」 診療情報提供料(Ⅲ)

令和2年度診療報酬改定で新設

- かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する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。
- 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、**交付した文書の写しを診療録に添付**すること。
 - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先
 - イ **診療情報の提供先保険医療機関名**
 - ウ **診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容**
 - エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

診療情報提供料(Ⅲ)のポイント



「C000」 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**。

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

在宅療養指導管理料の診療録記載

- 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。
- 「C103」在宅酸素療法指導管理料や「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料等では、**モニタリングにより得られた臨床所見**等及び**行った指導内容**を診療録に記載する。
- 「C107」在宅人工呼吸指導管理料では、**指導管理の内容**について、診療録に記載する。

在宅酸素療法指導管理料の記載

- 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。
- 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、**動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること**。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

遠隔モニタリング加算

- 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行う。
- モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

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

遠隔モニタリング加算

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、**使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。**
- モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。**

「C007」訪問看護指示料

訪問看護指示書	
訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
入所者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
入所者住所	電話 () -
主たる傷病名	(1) (2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態
	投与中の薬剤の用量・用法
	日常生活自立度
	要介護認定の状況
	褥瘡の深さ
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()
留意事項及び指示事項	
I 療養生活指導上の留意事項	
II 1. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・()分を週 ()回	
2. 褥瘡の処置等	
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理	
4. その他	
緊急時の連絡先 不在時の対応	
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)	
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)	
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)	
上記のとおり、指示いたします。	
年 月 日	
介護保健施設名	
住 所	
電 話	
(FAX.)	
介護保健施設医師氏名	
事業所名	殿

- 診療に基づき訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定（有効期間6か月以内）する。なお、1か月の指示を行う場合には、有効期限を記載することを要しない。

- 主治医は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

- 主治医は、**交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付する。**

※ **令和3年に様式が改訂された。
(赤枠部分が追記されている。)**

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

段階を踏んで実施する必要がある検査

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

D023-2 その他の微生物学的検査

「4」 クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出 450点

- ・ 2歳以上の入院患者であること
- ・ **D012 「2」 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性**
→抗原陽性 かつ トキシン陰性→診療録への記載が算定要件。
- ・ Bristol Stool Scale 5以上の下痢症状
- ・ 24時間以内に3回以上、又は平常時より多い便回数

施設基準

検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準を満たしていること。

- ・ 院内検査
- ・ 臨床検査を担当する常勤の医師の配置

A 234-2 感染防止対策加算1の施設基準を満たしていること。 等

不適切な請求の例

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

D215 超音波検査

- 超音波検査を**同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定**する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみの算定とする。
- 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、**当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること**。なお、**医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載**すること。
- 検査で**得られた画像を診療録に添付**すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その**文書を診療録に添付**すること。
- 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

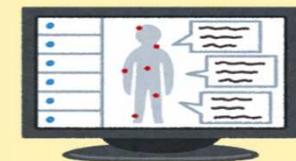
超音波検査のポイント



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



- ✓ 画像を診療録に添付



超音波検査の注意事項

胸腹部超音波検査

- 「2」の「□」の「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、力に該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

心臓超音波検査

- 「3」の心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機能図の検査の費用を含む。
- 「3」の心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。
- 「3」の「二」の胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師（胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る）が診断又は経過観察を行う場合に算定し、「注2」の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- 「3」の「ホ」の負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「D211」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

動脈血液採取について

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

透析回路
から採取



人工心肺回路
から採取



観血的動脈圧測定回路
から採取



4 . 医科診療報酬点数表の解釈

④ 投薬・注射

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 (12週以上)と投与。

後発医薬品の使用の推進

- 後発医薬品の使用を一層促進（療養担当規則第20条）
- 保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担軽減
→ **一般名処方**の推進

- 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。

最適使用推進ガイドライン

- 新規作用機序を有する革新的な医薬品及び再生医療等製品については、当該医薬品の使用に係る患者及び医療機関等の要件、考え方及び留意事項を示している。
- 上記に係わる医薬品や再生医療等製品を使用する場合は、同ガイドラインを確認することが求められる。

同ガイドラインが策定されている薬剤の一例。

ニボルマブ　オマリズマブ　チサゲンレクルユーセル等

4. 医科診療報酬点数表の解釈

⑤ リハビリテーション

リハビリテーション料

リハビリテーション料の正しい算定のためには、
「通則」の通読と理解が必要

理由：

告示や留意事項通知の個別算定項目の掲載部分には記載がない、
リハビリテーション料全ての算定に関わる算定要件についての
記載が、「通則」にあるため。

リハビリテーションの記載・添付要件

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

リハビリテーション実施計画書

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容	発症日・手術日 (年 月 日)	リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 ()L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF ()% <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 () (<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)
--	---

基本動作

<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

項目	得点		使用用具及び 介助内容等
	FIM	BI	
セルフケア	食事	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	整容	→ 5・0 → 5・0	
	清拭・入浴	→ 5・0 → 5・0	
	更衣(上半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	更衣(下半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
排泄	排尿コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	排便コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0	
移乗	ベッド、椅子、車椅子	→ 15・10 → 15・10	
	トイレ	→ 5・0 → 5・0	
移動	浴槽・シャワー	→ 15・10 → 15・10	
	歩行 (杖・装具:)	→ 5・0 → 5・0	
	車椅子 階段	→ 10・5・0 → 10・5・0	
小計 (FIM 13-91, BI 0-100)	→	→	

認知	コミュニケーション 理解 表出 社会的交流 社会認識 問題解決 記憶 小計 (FIM 5-35) 合計 (FIM 18-126)	→	→	→	→	→	→
----	--	---	---	---	---	---	---

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

基礎情報 身長(*1): ()cm 体重: ()kg BMI(*1): ()kg/m²

栄養補給方法(複数選択可) 経口: (食事 補助食品) 経管栄養 静脈栄養: (末梢 中心) 胃ろう

嚥下調整食の必要性: (無 有: (学会分類コード))

栄養状態の評価: 問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 ()

【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量 熱量: ()kcal タンパク質量 ()g
 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal タンパク質量 ()g

*1-身長測定が困難な場合は省略可 *2-入院直後等で不明な場合は総摂取栄養量で可

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ			
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 <input type="checkbox"/> その他(難病等) 障害程度
目標(1ヶ月)	目標(終了時)		
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)		
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____	説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名		
説明者署名			

※ 令和2年に様式が改訂された。
(赤枠部分が追記されている。)

4 . 医科診療報酬点数表の解釈

⑥ 処置 ・ 手術 ・ 先進医療

特定保険医療材料について

- 算定要件に「**24時間以上体内留置した場合に算定できる**」とされているものがある。
- 留置した期間が分かるように、留置した時刻及び抜去した時刻を記録しておく必要がある。

24時間以上体内留置が算定要件となっている特定保険医療材料の一例

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



手術に係る説明文書・同意書について

医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6に掲げる手術の施設基準に規定

- **手術を受ける全ての患者に対して**、当該手術の内容、合併症及び予後等を**文書を用いて詳しく説明を行い**、併せて、患者から要望のあった場合、**その都度手術に関して十分な情報を提供すること**。
- 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる**全ての手術を対象とする**。
 - なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、**説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付する**ものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

手術のポイント



✓ 患者へ文書を用いて説明

- 手術の内容
- 合併症
- 予後 等



✓ 説明した文書を診療録へ添付



輸血に係る説明文書・同意書について

● 患者への説明

ア 「注1」に規定する説明とは、別紙様式26を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、**輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とする**が、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ アの説明は、**当該患者に対する一連の輸血につき1回行うものとする**。なお、この場合、「一連」とは、概ね1週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、**輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない**。

ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあつては、その家族等）から**署名又は押印を得た上で当該患者に交付する**とともに、その文書の写しを**診療録に添付する**こととする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

- 輸血に当たっては、「**血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について**」（平成11年6月10日付け医薬発第715号厚生省医薬安全局長通知）及び「**血小板製剤の使用適正化の推進について**」（平成6年7月11日付け薬発第638号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）を遵守するよう努めるものとする。

輸血のポイント



- ✓ 患者へ文書を用いて説明
 - 必要性
 - 副作用
 - 輸血方法
 - その他留意点 等



- ✓ 文書の写しを診療録に添付



「J038」人工腎臓

【 慢性維持透析を行った場合1 - 3 】

- イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る）
- ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る）
- ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る）
- ニ 4時間未満の場合（イを除く）
- ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く）
- ヘ 5時間以上の場合（ハを除く）

【 留意事項通知 】

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

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

麻酔管理料（Ⅰ）

麻酔科標榜医により質の高い麻酔が提供されることを評価。

- **常勤の麻酔科標榜医**が、麻酔前後の診察を行い、かつ専ら硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は閉鎖式循環式全身麻酔を行った場合に算定する。
なお、緊急の場合を除き、**麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外**に行わなければならない。
- 麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、**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**に算定する。
- 麻酔前後の診察及び麻酔の内容を**診療録に記載する**（なお、診察について記載された麻酔記録等の診療録への添付でも可）。

麻酔管理料（Ⅱ）

複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価。

- 週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている**担当医又は常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察**を行い、担当医が硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は閉鎖式循環式全身麻酔を行った場合に算定する。
- 主要な麻酔手技を**麻酔科標榜医の管理下**で行う。
- 一部の行為を適切な研修を終了した常勤看護師が行うことは可。
- 麻酔科標榜医は、担当医等と診察の内容を共有する。
- 麻酔前後の診察及び麻酔の内容を**診療録に記載する**（なお、診察について記載された麻酔記録等の診療録への添付でも可）。
- 同一の患者に麻酔管理料（Ⅰ）と麻酔管理料（Ⅱ）を併算定することはできない。

短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

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

短期滞在手術等基本料を算定する際の 同意書の記載事項について

(別紙様式8)

短期滞在手術同意書

(患者氏名) _____ 殿

令和 年 月 日

病名	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

(主治医氏名) _____ 印

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

(患者氏名) _____ 印

- 術前に十分な説明を行った上で、「別紙様式8」を参考にした様式を用いて患者の同意を得る。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(通知) (令和2年3月5日 保医発0305第1号)
別添1の2 <通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

短期滞在手術の施設基準の概要

	施設基準	
	短期滞在手術 1	短期滞在手術 2
看護体制・回復室等	術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。	当該保険医療機関が病院にあつては、一般病棟入院基本料若しくは 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあつては有床診療所入院基本料 1 又は 4 の基準を満たしていること。ただし、平成 22 年 3 月 31 日において現に届出を行っている有床診療所については、(2)及び(3)の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
麻酔科医	短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。	
緊急時の体制	当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。	
患者からの同意	術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式 8 を参考として同意を得ること。	

点数表にない手術

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

(療養担当規則第18条)

※ 「厚生労働大臣が定めるもの」の例として先進医療、治験に用いる療法

- 特殊な手術の手術料は、保険医の判断で勝手に準用せず、医療機関の医事部門を通じて地方厚生（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アフェレシス療法 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。