

1.群馬県での保険診療に関する資料

江崎俊夫 平成 22 年 10 月 20 日

以下の内容は、須藤英仁先生（医療法人済恵会須藤病院院長・群馬県国民健康保険団体連合会審査委員会会長）が第5回「審査支払機関の在り方に関する検討会（平成22年9月16日）」で提示された資料「For The Patient」の「医科診療報酬点数に関する留意事項」を基にして「保険診療の実際」から関連項目を抜粋し、項目別に並べ直した。そのため医科診療報酬点数の内容は重複していることがある。

記載内容は厚生労働省 地方厚生政局の立場から記載されているが、すべてを会得すれば医療従事者の誰もが直ぐに保険診療のエキスパートになれると信じている。

引用：検討会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000s84m.html>

目 次

I 医科診療報酬点数に関する留意事項

1 診療録(カルテ)	3
☆診療録の一般的事項	3
1. 診療録とは	3
2. 診療録に関する規定	3
3. 記載上の留意点	3
4. 電子カルテ、オーダーリングシステムに関する留意点	3
2 傷病名	4
1. 傷病名記載上の留意点	4
2. 症状詳記	4
3. いわゆる「レセプト病名」について	4
4. 傷病名 追記(主傷病・副傷病、記載する必要はない傷病名)	4
3 基本診療料等(入院料は12に記載)	5
☆保険診療の枠組み	5
1. 初診料・再診料(外来診療料)	5
2. 初診料・再診料の算定時の留意点	5
3. 入院基本料・特定入院料 ⇒ 12に移動	6
4 医学管理等	6
☆医学管理等の一般的事項	6
1. 医学管理料(旧・指導管理料)	6
2. 算定上の留意点	6
3. いわゆる「自動算定」について	8
5 在宅医療	8
☆在宅の一般的事項	8
1) 往診料	9
2) 在宅患者訪問診療料	9
1. 在宅療養指導管理料	9
2. 在宅医療の材料等の費用について	9
3. 算定上の留意点	9
6 検査・画像診断	10
☆検査の一般的事項	10
1. 実施方針について	10
2. 検査の算定上の留意点	10
3. 不適切な検査の具体例	11
4. 保険上の画像診断	11
5. 画像診断の算定上の留意点	11

7 投薬・注射・輸血	12
1. 実施方針について	12
2. 後発医薬品の使用促進	12
3. 血液製剤	12
4. 注射	12
5. 不適切な投薬・注射の具体例	13
8 リハビリテーション	13
☆一般的事項	13
1. 疾患別リハビリテーションについて	13
2. リハビリテーションの算定日数制限について	14
3. リハビリテーションの算定上の留意点	14
9 処置・手術(輸血を除く)・麻酔	14
☆処置・手術の一般的事項	14
1. 処置の算定上の留意点	15
2. 手術の算定上の留意点	15
3. 麻酔の算定上の留意点	15
10 食事療養	16
☆食事の一般的事項	16
1. 食事の算定上の留意点	16
2. ビタミン剤の投与について	16
11 病理診断	17
1. 病理診断・判断料	17
2. 病理組織顕微鏡検査	17
12 入院料 基本診療料等	17
☆入院基本料の一般的事項	17
1. 入院基本料・特定入院料	17
2. 入院基本料等の算定上の留意点	17
3. 入院基本料等の加算	18
13 病棟業務	18

II 保険診療に関するその他の事項

1 出来高払い制と定額(包括)医療	19
2 保険診療のルール	19
3 診療報酬明細書(レセプト)の作成	19
☆作成と点検のポイント	19
1. レセプトへの関与について	20
2. レセプト点検のポイント	20
3. 症状詳記について	20
4. レセプトの審査	21
5 患者から受領できる費用	21
1. 一部負担金等の受領について	21
2. 混合診療の禁止について	21
6 院外処方せんの交付について	21
7 自己診療、自家診療について	22
1. 自己診療について	22
2. 自家診療について	22
8 保険外併用療養費制度	22
1. 保険外併用療養費制度について	22
2. 評価療養	22
3. 選定療養	22

III 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導について	24
2 監査について	24
3 不正請求の代表例	24
4 個別指導の流れ	24
5 個別指導の主な対象者	24

IV 保険診療に関する法令のまとめ

V 診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する 問答集	27
----------------------------------	----

VI 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針

I 医科診療報酬点数に関する留意事項

1 診療録（カルテ）

○診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

☆診療録の一般的事項

- ①医師は、診察をした時は、遅滞なく診療に関する事項を記載しなければならない。
- ②保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1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。
- ③診療録は保険請求の根拠なので、保険医は傷病名欄、開始日・終了日欄、転帰欄、既歴・原因・主要症状・経過等欄、処方・手術・処置等欄をその責任において、診療の都度、内容を整理しながら十分記載しなければならない。
- ④自費診療にかかわる診療の記録は、保険診療の診療録に記載してはならない。
- ⑤転帰（疾病の治癒、治療の中止等を把握すること）の記載を確実に行う。
- ⑥記載はペン等で、修正は修正液を用いず二本線で行う。複数の医師が診療にあたる時は、各医師がサインする。（責任の明確化）。
- ⑦診療録は公の文書で、当該医療機関で診療終了後5年間保存する義務がある。なお、看護記録等は療養担当規則でいうところの「その他の書類」で、完結から3年間保存する。

1. 診療録とは

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

2. 診療録に関する規定

- ①診療録の記載（療趣第22条、医師法第24条）
 - ・医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない。（罰則 50万円以下の罰金）
- ②診療録の保存（療担第9条、医師法第24条第2項）
 - ・患者の診療録は、その完結の日から5年間保存しなければならない。
 - ・療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存しなければならない。

3. 記載上の留意点

- ・診療の都度、診療の経過を記載する。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、診療録の記載をする。
- ・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。
- ・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診療報酬点数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共に、修正は修正液・貼り紙等を用いず二本線で行う。
- ・責任の所在を明確にするため、署名を記載の都度必ず行う。

4. 電子カルテ、オーダリングシステムに関する留意点

- ・端末使用開始前に、ログアウトの状態であることを確認する。また、席を離れる際には必ずログアウトする。
- ・パスワードは定期的に見直し、不正アクセスの防止に努める。また、パスワード等を記したメモ等を端末に掲示しない。
- ・医師が他の者（例えば担当看護師等）にパスワードを伝達し、食事、臨時処方等のオーダーの入力代行等をさせることのないようにする。（場合によっては、当該看護師の無資格診療を問われる可能性がある。）
- ・電子カルテにおいても紙カルテと同様に、修正等の履歴が確認できるシステムが構築されていること。

特に患者に対する療養指導や交付文書等については、その内容や実施日が算定要件に大きく関わることになる。

参考：A207-2 医師事務作業補助体制加算：

施設基準等の届出を行っている一般病床の病院で、医師事務作業補助者(メディカルクラーク)の業務範囲は、医師の指示の下で診療記録への代行入力・診断書などの文書作成補助など是可以するが、診療報酬の請求事務・窓口・受付業務などにはできない。

2 傷病名

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

1. 傷病名記載上の留意点

- ・医学的に妥当適切な傷病名を主治医自らがつける。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。
- ・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。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、オーダリングシステムのみに傷病名を保存することは、診療録への傷病名の記載とは見なされないため、必ず診療録自体に記載する。
- ・必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をする。
- ・診療開始年月日、終了年月日に記載する。
- ・傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理する。特に、急性病名が長期間にわたり継続するのは不自然な場合があるので、適宜見直しをする。
- ・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。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。

2. 症状詳記

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

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

3. いわゆる「レセプト病名」について

保険適応外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられた実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を用いてレセプトを作成することは、極めて不適切であり認められない。

* 不適切な傷病名の例

① 検査の適応外実施目的

- ・「慢性肝炎の疑い」 → 適応外の感染症の検査目的
- ・「脳梗塞の疑い」 → 適応外の MRI 等の検査目的
- ・「〇〇癌の疑い」 → 適応外の腫瘍マーカーの検査目的

② 投薬・注射の適応外投与のための「レセプト病名」

- ・「上部消化管出血」「胃潰瘍」 → 適応外の H₂ ブロッカーの使用目的
- ・「低アルブミン血症」 → 適応外のアルブミン製剤の使用目的
- ・「好中味減少症」「重症感染症」 → 適応外の G-C S F の使用目的
- ・「ビタミン欠乏症」「摂食不能」 → 適応外のビタミン製剤の使用目的

4. 傷病名 追記（主傷病・副傷病、記載する必要はない傷病名）

① 主傷病・副傷病（参照：P 27 診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集）

- ・主傷病、副傷病の順に記載する。主傷病は原則として 1 つ、副傷病は主なものを記載する。
- ・傷病名が 4 以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付して傷病名を記載する。

② 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針（参照：P28）

- ・薬剤の使用の原因となった傷病で、主傷病・副傷病から判断してその発症が類推できる傷病の場合は、傷病名を記載する必要はない。

1. 消化器官用剤
2. 下剤、浣腸剤
3. 眠剤
4. 解熱鎮痛消炎剤
5. 去たん剤及び鎮咳去たん剤
6. 感冒薬 など

※ 岐阜県では賦形剤としての胃腸薬は効能/効果が胃炎の175円以下の薬剤で、ガスター10のようなH₂ブロッカーやタケプロンカプセル30のようなプロトンポンプ阻害剤は対象外とされている。

3 基本診療料等 (入院料は12に記載)

○外来患者が医療機関に来院しても、初・再診料(外来診療料)を算定できない場合がある。

☆保険診療の枠組み

保険診療の枠組み即ち料金体系は、基本診療料(初診料、再診料等)という基本セットがあり、その上に診療での必要に応じて選択される項目(特掲診療料)がある。原則として診療行為をすれば、基本診療に加えて該当する特掲診療料の個別の点数を算定することができるという仕組みになっている。

基本診療料には、外来では初診料、再診料、外来診療料があり、入院では入院基本料がある。また、基本診療料に検査・画像診断などを包括した特定入院料という項目もある。

特掲診療料には、検査、画像診断、投薬、注射、精神科専門療法、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療という個別の診療行為のほか、目に見えない医師の技術を評価した医学管理に関連するものがある。

保険診療の世界においては、医療機関の種類によって算定できる点数・項目が異なる場合があるので注意を要する。

1. 初診料・再診料(外来診療料)

初診料・再診料は、保険医療機関における初診又は再診に対する基本的な費用について評価するものである。初診料については、病院・診療所とも同一であるが、再診料については、病院・診療所の別や許可病床数によりさらに分類される。

2. 初診料・再診料の算定時の留意点

- ①初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診・再診に伴う一連の行為と見なされる場合には、これらの費用は当該初診料・再診料(外来診療料)に含まれ、別に再診料(外来診療料)は算定できない。

*一連の行為と見なされる場合がある例

- ・初診・再診の際に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
- ・往診等の後に、薬剤のみを取りに来た場合
- ・初診・再診の際に検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日に検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- ②同一日に、他の傷病のついでに、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つめの診療科に限り初診料の1/2を算定できる。

但し、一定の要件を満たす必要がある。

*2つめの初診料の算定が不可能な例

- ・糖尿病で継続管理中の患者が、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合。(同一疾病、互いに関連のある疾病等)
- ・1つめと2つめの診療科の医師が同一の場合。
- ・患者が専門性の高い診療科を受診できるよう医療機関が設置した総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合。

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

*電話再診料の算定が不可能な例

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

3. 入院基本料・特定入院料 ⇒ 12 に移動

4 医学管理等

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

☆医学管理等の一般的事項

医学管理料（指導料・管理料）は一種の技術料である。投薬、注射、検査などの診療行為は、それぞれ処方せん、注射せん（あるいは指示せん）、検査結果等から実施したことが明らかにわかるが、療養上の指導についてはそのような“証拠？”は残らない。したがって、保険診療においては、診療録に指導の要点を記載することを求めている。実際に指導を行っても忙しい等の理由で記載しなかった場合は、医学管理料は算定できない。なお、医学管理料は回数の制限があり、他の医学管理料を算定している場合には、算定できない場合がある。

1. 医学管理料（旧・指導管理料）

医学管理料とは、処置や投薬等の物理的な技術料と異なり、医師による患者指導や医学的管理そのものを評価する診療報酬項目であり、いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限など、請求上留意すべき事項についても知っておく必要があり、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。

2. 算定上の留意点

対象患者に対し、単に指導を行ったのみでは算定できない。指導内容、治療計画等診療録に記載すべき事項が、算定要件としてそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに留意する。

*算定要件の例

①特定疾患療養管理料

- ・主病とする傷病名は月ごとに変わってもかまわないが、算定対象はあくまで1つである。
- ・治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の療養上での指導・管理を行った場合、月2回算定できる。
- ・治療計画及び管理内容の要点を診療録に記載する。
- ・スタンプの管理内容の項目に○を付けるだけでなく、管理内容の要点を自筆で具体的に記載する。

②特定薬剤治療管理料

- ・対象疾患に対し対象薬剤を投与した患者の場合に、投与薬剤の血中濃度を測定した結果に基づき、投与量を精密に管理すると算定できる。
- ・月1回算定できるが、単に薬剤血中濃度を測定したことのみで算定できるものではない。
- ・管理料には、薬剤の血中濃度測定料、採血料、及び測定結果に基づく投与量の管理の費用が含まれているので、1月のうちに2回以上血中濃度を測定してもそれに係る費用は算定できない。
- ・薬剤の血中濃度及び治療計画の要点を診療録に記載する。

③悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ・悪性腫瘍であると確定診断がされた患者に、腫瘍マーカー検査の結果に基づいた計画的な治療管理を行った場合に月に1回算定できる。
- ・単に悪性腫瘍マーカー検査を行ったことのみでは算定できない。
- ・「悪性腫瘍の疑い」では算定できなくて、この場合は腫瘍マーカー検査となる。
- ・検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

④皮膚科特定疾患指導管理料

- ・皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する医療機関の治療計画に基づいて療養指導を行った場合に算定する。
- ・対象疾患によって、点数が異なり、いわゆる難病（天疱瘡、尋常性乾癬など）では高い点数が設定されている。帯状疱疹、蕁麻疹、成人型アトピー性皮膚炎、尋常性

白斑及び円形脱毛症が1つのグループになっている。また、成人型アトピー性皮膚炎も平成10年度から対象となった。

⑤慢性維持透析患者外来医学管理料

- ・透析導入後3カ月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院患者以外の患者に月1回算定することができ、各種検査料及び判断料が包括される。
- ・この管理料を算定する患者に対する検査は、厚生労働省より通知が出ている。具体的な検査項目・頻度は、社団法人日本透析医会の出した「安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル」等を参考にする。

⑥慢性疼痛疾患管理料

- ・変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の慢性疼痛を主病とする患者に、運動制限を改善する等の目的で、マッサージまたは器具等による療法を行った場合に算定できる。
- ・診療所の外来患者に限定される。
- ・介達牽引や消炎鎮痛等処置の費用は算定できないが、これらの処置に使用される薬剤料は算定できる。

⑦埋込型補助人工心臓指導管理料

埋込型補助人工心臓を使用している患者で入院患者以外の患者に、療養上必要な指導を行った場合に、月1回算定できる。

⑧小児科外来診療科（届出必要）

- ・小児（3歳児未満）の外来診療を1日単位で包括化したもので、小児科を標榜する医療機関が選択できる。
- ・届出医療機関は3歳児未満のすべての小児が対象となる。

⑨地域連携小児夜間・休日静療科（届出必要）

届出医療機関の小児科医等が、急性に発症した小児患者（6歳未満）を夜間か休日か深夜に診察した場合に算定できる。

⑩生活習慣病管理料

- ・高血圧症、高脂血症、糖尿病を主病とする外来患者に、3ヶ月以内に1回以上、定められた書式の詳細な療養計画書を患者に交付し、その写しを診療録に貼付した場合に算定できる。
- ・生活習慣病管理料を算定する月は、検査、投薬及び注射の費用はすべて所定点数に含まれる。

⑪ニコチン依存症管理料（届出必要）

- ・ニコチン依存症の診断、患者への説明と治療への同意、禁煙治療の内容等は、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って行った場合に算定できる。
- ・ニコチン依存症と診断され禁煙治療を希望する外来患者に、所定の禁煙治療（12回に渡り計5回のプログラム）を行った場合に、初回、2～4回目、5回目の診療回ごとに定められた所定の点数を算定できる。
- ・この管理料を算定するためには、禁煙治療の経験を有する医師や専任の看護師を配置するほか、医療機関の敷地内を完全禁煙とするなど、幾つかの施設基準が定められている。

⑫手術前医学管理料（届出必要）

- ・届出医療機関で硬膜外麻酔、脊椎麻酔、又は全身麻酔下で実施される手術の前の定型的な検査・画像診断を包括化したものである。
- ・手術前に行われる検査の結果に基づき、計画的医学管理を行う場合に算定できる。
- ・手術前1週間以内に行われた検査で、この管理料に包括された検査は入院外でも算定できない。

⑬手術後医学管理料

- ・マスク又は気管内挿管による全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を行った場合に算定し、手術前医学管理料が前提条件ではない。
- ・手術の翌日から3日を限度に包括したもので、手術後に行われる定型的な検査の費用も含まれる。

⑭ 肺血栓塞栓症予防管理料

- ・肺血栓塞栓症を発症する危険性の高い入院患者に、弾性ストッキング、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できる。
- ・肺血栓塞栓症の予防措置を施したことのみに、一律に算定できるわけではない。

⑮ 地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料（届出必要）

- ・地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料は、地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）を活用するなどして、患者の同意を得て、地域の複数の医療機関の間で患者の診療情報を共有する体制がある場合に算定できる。
- ・前者は、対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療企画書を患者・家族に交付した場合、入院時に算定できる。
- ・後者は、対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療企画書を患者・家族に交付し、かつ紹介元の連携機関に対し、診療情報を文書で提供した場合に算定出来る。

⑯ 診療情報提供料（Ⅰ）

- ・他の保険医療機関での診療を認め、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- ・患者の受診を伴わない単なる経過報告や、患者紹介の「お返事」等は算定できない。
- ・交付した診療情報提供書の写しを診療録に貼付すると共に、紹介先からの照会に対しては懇切丁寧に対応する。

⑰ 診療情報提供料（Ⅱ）

- ・治療法の選択等に関して、他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者・家族に対し、治療計画・検査結果・画像情報等の診療情報の文書を提供した場合に算定する。
- ・患者・家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

3. いわゆる「自動算定」について

医学管理料の算定対象となる状態にある患者に対し、医事部門のみの判断で一律に請求を行う、いわゆる「自動算定」は、極めて不適切な請求行為であり、不正請求の温床となりうる。

医学管理料の算定が可能か否かについて、算定要件（対象疾患、記載要件等）を満たしていることを主治医自らが確認し、算定する旨を医事部門に伝達する必要がある。

* 不適切な算定例

- ・悪性腫瘍マーカーを測定した患者に対して、一律に悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定。（医学的管理の必要性、診療録の記載等、個々の事例ごとに算定要件を満たしていることを確認していない。）
- ・電子カルテ、オーダリングシステムを導入している場合に、医学管理料のオーダー項目が存在せず（または医師に周知されてなく）、傷病名、投薬・検査の内容等により一律に医学管理料を算定。

5 在宅医療

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

☆在宅の一般的事項

疾病が発症した急性期には、入院による高度な医学管理を必要とするが、慢性期には、疾病の状況と患者の QOL（生活の質）を勘案し、在宅医療が重要になる。在宅療養には大きく分けて在宅患者診療・指導料と在宅療養指導管理料がある。平成 18 年度の改定で高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最後を迎えることもできるように在宅療養支援診療所の制度が設けられた。在宅療養支援診療所は、患者からの連絡を一元的に受け診療情報を集約する等の機能を果たす必要がある。同時に緊急時の連絡体制と 24 時間往診できる体制等を確保しなければならない。従って 24 時間連絡を受ける担当者名やそ

の連絡先の電話番号や、連携する他の保険医療機関や訪問看護ステーションに関する情報等を患者や看護を行う家族に説明し文書で提供することや、緊急時に入院できる病床を常に確保して届出しておくこと、連携するそれらの保険医療機関等へ診療に関する情報を随時提供すること等の要件を満たす必要がある。

1) 往診料

- ・往診料は患家の求めに応じて患家に赴き、診療を行った場合に算定できる。
- ・定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料で算定することになり、往診料は算定できない。
- ・往診に看護師等を同伴した場合でも、在宅患者訪問看護・指導料を同時に算定することはできない。

2) 在宅患者訪問診療料

- ・在宅患者訪問診療料は通院が困難な患者に、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に週3回算定できる。
- ・この場合、再診料、外来診療料及び往診料は算定できない。
- ・診療録には訪問診療の計画及び診療内容の要点を記載する。

3) 在宅時医学総合管理料（届出必要）

- ・通院が困難な患者に、患者の同意を得て計画的な医学管理の下に月2回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。
- ・診療所又は200床未満の病院で月1回に限定できる。
- ・在宅医学総合管理料には特定疾患療養指導料等の費用が所定点数に含まれ、算定できない。
- ・在宅療養計画の要点を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明すると共に診療録に在宅療養計画と説明の要点を記載する。

1. 在宅療養指導管理料

在宅療養患者の医学的管理を十分に行い、在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置等に関して、患者やその看護者等に指導を行った場合に算定できる。

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り、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。

* 請求上の留意点

- ・1月1回を限度として算定。（特に規定する場合を除く）
- ・1医療機関で2以上の指導管理料を算定できない。（主たる指導管理料のみ算定）
- ・同一患者に対し同一月内に、同一の在宅療養指導管理料を複数の医療機関で算定することはできない。（主たる医療機関で算定）

2. 在宅医療の材料等の費用について

在宅療養指導管理料を算定する場合、その在宅療養を行うのに必要な衛生材料、保険医療材料等の費用や、小型酸素ボンベ、人工呼吸装置等の機材の費用は、原則として当該指導管理料に含まれているので、別に算定することができないし、患者から実費徴収をすることもできない。

なお、在宅療養指導管理材料加算として規定された、一部の衛生材料、保険医療材料等の費用については、指導管理料本体に加え月1回に限り算定可能である。

3. 算定上の留意点

当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置等を含む）、指導内容の要点を診療録に記載することが、全ての項目の算定要件として定められていることに留意する。

また、それぞれの在宅療養指導管理料ごとに、対象患者や追加記載事項等が算定要件として定められているほか、一部の処置費用の算定に制限があることに留意する。

* 算定要件の例

① 在宅自己注射指導管理料

- ・投与対象薬剤の種類によって、薬剤ごとに、対象となる疾患や投与目的等が限定されたり、満たすべき外来診療の頻度等が規定されている。

②在宅酸素療法指導管理料

- ・チアノーゼ型先天性心疾患以外の疾患（慢性呼吸不全、肺高血圧症、慢性心不全等）については、算定可能な状態（動脈血酸素分圧、NYHA、無呼吸低呼吸指数等）が規定されている。
- ・動脈血酸素飽和度を月 1 回程度測定し、結果を診療報酬明細書に記載する。

③在宅悪性腫瘍患者指導管理料

- ・末期悪性腫瘍患者に対して、在宅鎮痛療法又は在宅化学療法を実施した場合に算定できるものであり、単なる在宅療養の患者に算定できるものではない。
- ・在宅化学療法については、末期でない悪性腫瘍患者についても末期悪性腫瘍患者に準じて取り扱う。

6 検査・画像診断

○各種検査は、必要な検査を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

☆検査の一般的事項

検査には、算定要件が規定されているものがあるので、算定要件を満たしていなければ請求ができないので注意を要する。

- ①診療上必要があると認められる場合に段階を踏んで実施。
- ②個々の症状に応じた検査項目の選択。
- ③必要最低限の回数で実施。
- ④必要な検査を省略してはいけない。
- ⑤研究目的、健康診断目的の実施は不可。

1. 実施方針について

療養担当規則の規定により、各種の検査は診療上必要があると認められる場合に行うこととされており、健康診断を目的とした検査、結果が治療に反映されない研究を、目的とした検査について、保険診療として請求することは認められていない。また検査は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行わなければならない。

2. 検査の算定上の留意点

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められているほか、算定可能な検査の組み合わせが限定されていることに留意する。また、指導管理料等と同様に、診療録に記載すべき事項が定められている検査項目があることに留意する。

*算定要件の例

①検体検査

- ・尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診療の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象。
- ・プロトロンビン時間とトロンボテストを同時に測定した場合は、主たるもののみ算定。
- ・ヘモグロビン A_{1c}、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-ゲルシトールの内いずれかを同一月中に併せて 2 回以上実施した場合は、月 1 回に限り主たるもののみ算定。

②呼吸心拍監視

- ・対象患者は、重篤な心機能障害、呼吸器障害を有する（おそれのある）患者に限定されている。
- ・観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記録する。（単にモニター装置の装着のみで算定できるものではないことに留意する。）

③骨塩定量検査

- ・骨塩定量検査は、4 カ月に 1 回しか算定できない。
- ・血液化学検査の中で、リボ蛋白（a）精密測定やレムナント様リボ蛋白（RLP）やコレステロール等は 3 カ月に 1 回しか算定できない。

- ・算定回数が複数月に1回のみとの検査を算定する場合には、レセプトの摘要欄に前回の実施日を記載する。

④腫瘍マーカー

- ・保険診療では腫瘍マーカーをスクリーニングとして用いることは不適切とされ、「腫瘍マーカーは、診療及び他の検査（画像診断・超音波検査等）の結果から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」となっている。
- ・悪性腫瘍の診断が確定した患者に対するフォローアップのために、腫瘍マーカー検査を行った場合には、腫瘍マーカー検査としてではなく、悪性腫瘍特異物質治療管理科として算定する。

⑤静脈血採取、動脈血採取

- ・観血的動脈圧測定用カテーテル、人工腎臓回路、心カテーテル検査用カテーテル回路など、血液回路から採取した場合は算定できない。

3. 不適切な検査の具体例

①不適切なセット検査

- ・セット検査（入院時セット、術前（後）セット、〇〇病セットなど）を、患者ごとに必要な項目を吟味せず画一的に実施。
- ・スクリーニング的に多項目（出血凝固線溶系検査、免疫系検査、甲状腺機能検査系検査等）を画一的に実施。

②検査の重複

- ・炎症反応を調べるために、CRP、ESRを画一的に併施。
- ・甲状腺機能を調べるために、T3とFT3又はT4とFT4を画一的に併施。

③必要性の乏しいと思われる検査

- ・貧血のない患者に対する網赤血球数検査を実施。
- ・白血球数に異常のない患者に対する末梢血液像検査を実施。
- ・DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等。
- ・入院、転科、転棟の際、血液型、感染症検査等をその都度実施。
- ・エコー検査の際、医学的必要性なくパルスドップラーを実施。
- ・診療に不必要な検査項目を、単なる学術研究目的で定期的の実施。

4. 保険上の画像診断

画像診断とは生体から得た画像情報を医学的に評価して治療に役立てるもので、保険診療でいう「画像診断」は、画像が得られるものすべてを含んでいるわけではない。保険診療での「画像診断」は以下のものを指す。

- ①X線診断（レントゲン写真等）
- ②各医学診断（シンチグラム等）
- ③コンピューター断層撮影診断（CT、MRI等）

つまり放射線科で専ら行われるものが中心となる。画像診断に限らないのであるが、不必要な検査や過剰な検査は患者への無駄な侵襲（放射線被曝は苦痛）を与えるだけでなくマンパワーや薬剤を含めた医療資源の無駄遣いにつながるので配慮が必要である。

5. 画像診断の算定上の留意点

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

*算定要件の例

①画像診断管理加算 1、2

- ・放射線診断部門からの報告文書を診療録に貼付する。
- ・あらかじめ施設基準として届け出られた放射線科医師以外の医師の読影した場合は算定できない。

- ・画像診断管理加算 2 を算定する場合は、医療機関内で行われる全ての核医学撮影、断層撮影（CT、MRI）の 8 割以上について撮影翌日までに報告文書が作成されている必要がある。

② ポジトロン断層撮影

- ・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、虚血性疾患、悪性腫瘍）や、具体的病態（病理診断により確定診断が得られない等）が、算定要件として定められている。

7 投薬・注射・輸血

○薬剤の使用にあたっては、薬事法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を遵守する。

1. 実施方針について

- ①患者を診察することなく投薬、注射：処方せんの交付はできない。
(療担第 12 条、医師法第 20 条)
- ②保険診療においては、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない。(療担第 19 条)
- ③経口投与を原則とし、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う。(療担第 20 条第 4 号)
- ④投薬日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない。(療担第 20 条第 2 号)
- ⑤処方せんの交付または注射を行うに当たっては後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を考慮するように努めなければならない。(療担第 20 条第 2 号)

2. 後発医薬品の使用促進

- ・保険診療に際しては、処方せんの様式を改め、療養担当規則で後発医薬品の使用努力を規定すると共に、従来の後発医薬品の処方せん料を廃止した。

* 処方せん様式の変更

- ・医師は、後発医薬品への変更が全て不可の場合、当該記載欄に医師の署名又は記名・押印を行う。
- ・保険薬局は、医師の署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品の調剤が可能。

3. 血液製剤

血液製剤は生体の構成部分である血液を原料として製造されている。従ってその供給に限界があることなど、一般薬剤とは異なった配慮が必要である。すべての血液製剤は自国内での自給自足を目指すことが国際的な原則となっている。

4. 注射

患者に薬剤を投与する方法は注射だけではない。内服なども重要な投与方法である。内服による投薬で十分な効果が期待できるにもかかわらず、あえて注射を好む先生方がまだかなりおられるようであるが、療養担当規則第 20 条第 4 号に以下のように記されている。

イ. 注射は、次に掲げる場合に行う。

- (1)経口投与によって胃腸障害を起す恐れがあるとき、経口投薬をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。
- (2)特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
- (3)その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

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

ニ. 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

5. 不適切な投薬・注射の具体例

① 禁忌投与

- ・ 非ステロイド系消炎鎮痛薬を消化性潰瘍のある患者に使用
- ・ 抗血小板剤、抗凝固剤を出血傾向のある患者に使用
- ・ 静脈用脂肪乳剤を血栓症のある患者に使用

② 適応外投与

- ・ H₂ブロッカーを胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期以外の患者に使用
- ・ セレネース、ドルミカム等を単なる鎮静目的で使用

③ 用法外投与

- ・ 抗癌剤（パラプラチン、ランダ）を腹腔内撒布

④ 過重投与

- ・ 慢性胃炎に対するガスター錠の1日あたり20mgを越える投与
- ・ 蕁麻疹に対する強力ネオミノファーゲンシーの常用量を超える投与

⑤ 重複投与（同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用）

- ・ H₂ブロッカーを経口と注射の両方で使用
- ・ 総合ビタミン剤と他の各種ビタミン剤の併用

⑥ 多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）

- ・ 消化性潰瘍に対し、PPIとH₂ブロッカーの併用
- ・ 医学的に妥当とは考えられない組み合わせによる各種抗菌薬等の併用

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）
- ・ 慢性動脈閉塞症に対するPGE₁製剤
- ・ 効果が認められないのに月余にわたり漫然と投与されたメコバラミン製剤

8 リハビリテーション

○ 定期的な効果判定、リハビリテーション実施計画の作成、患者に対する実施計画の内容の説明等を行う必要がある。

☆ 一般的事項

リハビリテーションは「適切な計画のもとに行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである」とされている。疾病の慢性化、年齢構造の高齢化等に伴い、リハビリテーションは今後ますますその重要性を増すものと考えられる。実施計画の作成や評価については専任医師あるいは主治医の責任のもとで適切に配慮が必要である。

1. 疾患別リハビリテーションについて

リハビリテーション料は従来、理学療法、作業療法、言語聴覚療法として、手技毎に分類されていたところであるが、平成18年4月より「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」、「運動器リハビリテーション」、「呼吸器リハビリテーション」として、リハビリテーションの目的と対象疾患ごとに4区分に再編成された。なお、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、いずれかのリハビリテーション料を算定する。

* 疾患別リハビリテーションの種類

① 心大血管疾患リハビリテーション

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

② 脳血管疾患等リハビリテーション

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

③ 運動器リハビリテーション

- ・ 基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練等を行った場合 等

・対象：脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上肢・下肢の外傷・骨折 等

④呼吸器リハビリテーション

・呼吸訓練や種々の運動療法等

・対象：慢性閉塞性肺疾患、肺炎、胸部外傷 等

2. リハビリテーションの算定日数制限について

リハビリテーションを継続することにより、状態の改善が期待できると医学的に判断される場合については、各疾患別リハビリテーション毎に定められた疾患の患者に限り、算定日数の上限を超えてリハビリテーションの算定が可能である。

(算定日数の上限)

- | | |
|------------------|---------|
| ・心大血管疾患リハビリテーション | 150 日以内 |
| ・脳血管疾患等リハビリテーション | 180 日以内 |
| ・運動器リハビリテーション | 150 日以内 |
| ・呼吸器リハビリテーション | 90 日以内 |

疾患別リハビリテーション料の通減制と、算定日数上限後に算定していたリハビリテーション医学管理料を廃止し、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となった。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. リハビリテーションの算定上の留意点

- ①通院リハビリテーション目的で訪れた患者に対し、理学療法士等によるリハビリテーションを行ったのみで、医師の診察の事実がない場合については、再診料の算定は不可能である。(この場合、基本診療料が算定できないため、リハビリテーション料についても算定できない。)

通院リハビリテーションの場合、その通院の都度、医師による診察によって療法が必要と判断されたものについてのみ、算定可能である。

- ②医師は定期的な機能検査等をもとに効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成すると共に、リハビリテーションの開始時とその後 3 ケ月に 1 回以上、患者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明する。
- ③個々の患者の状態に応じて行ったリハビリテーションのみ算定可能であり、集団療法として行った場合については算定できない。
- ④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。
- ⑤発症後早期のリハビリテーションを図るため、より早期に実施したものについて、標準的算定日数の起算日から 30 日間に限り、早期リハビリテーション加算を算定する。(従来の ADL 加算は廃止)

9 処置・手術(輸血を除く)・麻酔

○点数表にない手術は保険診療では廃止されている。

☆処置・手術の一般的事項

- ①点数表にない処置であって簡単な処置(浣腸、注腸、吸入等)の費用は、基本診療料に含まれるので、別に算定できない。(使用薬剤は算定可)
- ②処置範囲は病状の改善とともに縮小するはずであり、漫然と同範囲の処置が実施されているのは不自然である。
- ③手術にあたって通常使用される保険医療材料や衛生材料(包帯やガーゼ等)は手術の所定点数に含まれるが、厚生労働大臣が別に定める特定保険医療材料はその費用を算定できる。
- ④その際には告示で定められた材料価格基準に規定されている価格で算定する。価格が定められていない特定保険医療材料については、実際に医療機関が購入した価格によって算定する。
- ⑤この特定保険医療材料については、請求上の誤りが非常に多いので、正しい請求を心掛ける必要がある。

⑥ 点数表にない特殊な手術の手術料の算定にあたっては、その都度当局に内議する必要がある、勝手に点数表の他の点数を準用することは出来ない。

1. 処置の算定上の留意点

① 創傷処置、術後創傷処置、皮膚科軟膏処置

- ・ 昭和 18 年 4 月から処置範囲の面積が明示され、実際に処置を行った面積により、点数を算定する。
- ・ 処置範囲が、請求の根拠として後から確認できるよう、部位と処置範囲の広さを診療録に記載する。
- ・ 比較的簡単な処置については、基本診療料に含まれることになった。

* 比較的簡単な処置の例

熱傷処置 : 100cm²未満の第 1 度熱傷

皮膚科軟膏処置 : 100 cm²未満のもの

眼処置 : 洗眼、点眼

② 酸素吸入、人工呼吸

- ・ 酸素使用量の請求の根拠となる、酸素流量、人工呼吸器の設定等を必ず記録する。
- ・ 一律の概算等で酸素量の請求を行うのではなく、使用実態に即した酸素量を請求するのは当然である。

2. 手術の算定上の留意点

① 特殊手術等

点数表に掲載されていない特殊な手術や、従来の手技と異なる手術等（腹腔鏡の点数が定義されていない腹部手術等）の手術料を、術者や医事部門の判断のみで、勝手に準用してはならない。（不正請求又は振替請求に該当する。）これらの手術の費用を患者から別に徴収し、残りを保険請求することも認められていない。（不正請求又は混合診療に該当する。）

② 手術に関する情報の患者への提供について

一部の手術については、手術に関する情報提供が患者に対して適切に行われることが施設基準として定められており、要件を満たさない場合については手術料が算定できないことになる。

* 施設基準

① 当該医療機関で実施される全ての手術（当該施設基準が設定された手術以外の手術も含む）について、手術を受ける患者に対し、当該手術の内容、合併症、予後等を文書により詳細に説明する等の十分な情報を提供する。

② 手術の区分毎に、前年 1 年間の実施件数を院内に掲示する。

3. 麻酔の算定上の留意点

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

* 算定要件の例

① 麻酔料

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

② 麻酔管理料

- ・ 麻酔実施日以外に麻酔前後の診察を行い、その内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録の診療録への貼付で代用できる。
- ・ 麻酔記録を診療録に必ず貼付する。

（手術麻酔、検査麻酔を依頼した主治医も十分に留意する必要がある。）

- ・あらかじめ施設基準として届け出られた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、麻酔管理料を算定できない。
 - ・研修医等の非標榜医と共同して麻酔を行った症例については、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を算定する。
- （従前の通り、麻酔科標榜医が複数麻酔の管理に当たった場合、たとえ非標榜医が麻酔毎に麻酔を行っていたとしても、麻酔管理料は算定できない。）

10 食事療養

- 食事も治療の一環であることに留意する。
- 食事摂取可能な患者へのビタミン剤の投与については、要件を満たすことを必ず確認する。

☆食事の一般的事項

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目指して行われるべきである。

そのため以下の点に留意する必要がある。

- ①病棟関連部門と食事療養部門との連携
- ②一般食を提供している患者の栄養所要量については、「病院給食における一般食給与患者の栄養所要量について」（通知）に沿って提供されている。
- ③適切な時刻に提供されている。
- ④適切な温度で提供されている。
- ⑤衛生については、医療法、同施行規則の基準、食品衛生法に定める基準以上が提供されている。
- ⑥食器等の消毒も適正に行われている。
- ⑦患者に十分な食事指導を実施する。
- ⑧食事療養の内容が、当該保険医療機関の医師を含む会議で検討されている。
- ⑨その他

1. 食事の算定上の留意点

- ①治療食等の特別食を提供する場合については、患者の状態や傷病名等が提供の要件を満たしていることを十分確認した上で、必ず医師自らが食事せんを作成し、オーダーを行う。（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。）
- ②傷病名や患者の状態が、治療食の提供の要件を満たしていることを十分に確認した上で、オーダーを行う。
- ③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。
- ④医師又は栄養士による毎食の検食と検食簿の記載は入院時食事療養(1)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共に、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載する。

2. ビタミン剤の投与について

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

また、ビタミン剤の投与が必要と判断した趣旨を具体的に診療録に記載する。

*適切な投与の例

- ・疾患・症状の原因がビタミン欠乏・代謝障害であることが明らかな患者（またはその疑いのある患者）が、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合。
- ・妊産婦、幼児等、必要などタミンを食事で摂取することが困難な場合。
- ・重湯等の流動食、5分粥以下の軟食を提供している場合。
- ・無菌食、代謝異常食（フェニルケトン尿食等）を提供している場合。

11 病理診断

○これまでは「検査」として位置付けていたものを「病理診断」として評価すると共に、併せて実際の診療に即した項目に再編した。

1. 病理診断・判断料

特定入院料に包括して評価されていた病理診断・判断料を、病理診断による治療方針決定の重要性を鑑みて、特に急性期病床については病理医の技術料として包括外で評価する。

2. 病理組織顕微鏡検査

- ・原則として1臓器ごとに所定の点数を算定できるが、複数臓器でも算定上は1臓器として数える組み合わせがある。(例：胃と十二指腸、気管支と肺臓 等)
- ・リンパ節については所属リンパ節ごとに1臓器として数える。
- ・左右対称の臓器は1臓器として数える。

12 入院料 基本診療料等

○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。

☆入院基本料の一般的事項

入院基本料は医療機関の機能に応じ、病棟等の類型別に病院では7種類、有床診療所では2種類に分かれている。また、同一類型の入院基本料は、看護配置基準、平均在院日数等によっても区分されている。なお、従来は減算の対象であった入院診療計画と院内感染防止対策については、入院に関し当然に行うべきと考え、入院診療計画の説明、院内感染防止対策を実施しない場合、医療事故対策、褥瘡対策を適切に実施していない場合は、入院基本料の算定自体が不可となる。

1. 入院基本料・特定入院料

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能(病院、有床診療所、特定機能病院)、病棟類型別(一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟 等)により分類される。各基本料は、平均在院日数、人員配置等によりさらに分類される。入院基本料の一部と特定入院料には、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。

2. 入院基本料等の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な4つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料等を算定が出来ないこととなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

*各体制の主な基準

①入院診療計画に関する基準

- ・医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同で、総合的な診療計画(「入院診療計画書」)を策定すると共に、入院後7日以内に患者に対し、入院診療計画書に沿って診療計画の説明を行う。
- ・入院診療計画書は必ず患者に交付すると共に、写しを診療録に貼付する。

②院内感染防止対策に関する基準

- ・院内感染対策委員会の設置、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、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

③医療安全管理体制に関する基準

- ・安全管理指針の策定、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、職員研修の実施など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※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は、医療安全対策加算として別途評価が行われる。

④褥瘡対策に関する基準

- ・褥瘡対策に関する専任の医師、看護職員等により構成される褥瘡対策チームが設置されている。

- ・日常生活の自立度が低い入院患者について、「褥瘡に関する危険因子評価票」に沿って危険因子の評価が実施されている。

※なお、これに加えて、一定の要件を満たす褥瘡対策が実施されている場合については、褥瘡患者管理加算、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。

3. 入院基本料等の加算

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

＊加算の例と主な算定要件

①臨床研修病院入院診療加算

- ・研修医の人数や、研修医数に応じた適正な指導医（臨床経験 7 年以上）の人数について、医療機関の規模に応じて定められた基準を満たしている。
- ・研修医の診療録の記載について、指導医によって速やかに確認・指導が行われていると共に、その指導内容が指導医自ら診療録に記載・署名されている。

②診療録管理体制加算

- ・中央病歴管理室が設置され、専任の診療記録管理者が配置されている。
- ・入院患者の疾病統計（ICD 大分類程度以上）が作成されており、疾病別に診療記録が検索・抽出できる。
- ・全診療科において、全患者の退院時要約（サマリー）が作成されている。

13 病棟業務

- ①診療における看護業務の役割は大きい。特に大きな組織では診察、検査、処置、投薬、注射等について、医師の指示が実行されるひとつのシステムとして円滑に機能することが求められていて、診療報酬請求の観点からも、実施した診療行為が正しく請求されることに繋がると考えられる。
- ②検査伝票等にあらかじめ主治医等の押印をすることはやめる。（責任の明確化）
- ③実施した処置はスケッチ等を用いて、その範囲を看護記録等に記載する。（正しい記録）

Ⅱ 保険診療に関するその他の事項

1 出来高払い制と定額（包括）医療

健康保険における保険の給付において、各診療内容に夫々の点数が設定され、診療に当たった時、該当する夫々の点数を合算して診療報酬を請求する方法を出来高払い制の支払方法と言う。

それに対して、定額医療は診療内容をまとめて一定の料金を設定して診療報酬とする方法である。そのまとめ方には、診療行為をまとめる方法や、検査をまとめたり、薬剤をまとめたり、あるいは入院の場合は、1日分を一定の料金とする方法、1カ月分を定額とする方法、ある疾患毎に定額として発病から治癒までを請け負う方法等、様々な包括の方法がある。

出来高払い制は上限が無いため、医療費がいくらでも膨らんでいくことや、定額医療はどんな医療行為をしても決まった額しか支払われないので粗診診療になりやすいことなどの欠点がある。

2 保険診療のルール（保険診療は【契約診療】）

1) 契約を履行するためには契約内容（ルール）を知らなければならない。

2) 厚生労働大臣の承認したものでなければ保険診療としては認められない。

3) 診療報酬が支払われる条件

① 保険医が保険医療機関で診療を行う。（二重指定制）。

② 医師法、医療法、薬事法、健康保険法、国民健康保険法等の各種法令を遵守する。

③ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）の指定を満たす。

④ 医学的に妥当適切に診療報酬点数に定められた診療を行う。

4) 禁止行為

① 無診察治療等（医師法第20条）

② 特殊診療・研究的診療等（療養担当規則第18条・20条）

③ 混合診療（療養担当規則第5条）

④ 健康診断（療養担当規則第20条）

⑤ 濃厚（過剰）診療

⑥ 疾病予防のための投薬・注射等（原則）

5) 給付外の診療（例）

① 健康診断

② 予防医療

③ 正常分娩

④ 業務上の疾病又は負傷及び通勤上の災害

⑤ 法定伝染病

⑥ 故意の事故又は故意の犯罪行為等

⑦ 美容手術

⑧ その他

3 診療報酬明細書（レセプト）の作成

☆作成と点検のポイント

① レセプトの傷病名と診療録の傷病名とが一致しているか。

② レセプトと診療録の診療開始日が一致しているか。

（オメプラゾン、ウロキナーゼ、C型肝炎に対するインターフェロン等は投与期間が決められている。）

③ レセプトの診療内容と診療録の診療内容が一致しているか。

④ 疑い病名が多い場合には、早期に確定病名にする。

⑤ 実態のないレセプト病名をなくす。

⑥ 剤分けが正しく行われているか。

⑦ 間違った記載欄に記載されていないか。

（例：処置に用いた薬剤を投与欄に記載している。）

⑧その他

- 2) 審査対策としての「レセプト病名」「疑い病名」の濫用は避ける。
- 3) レセプトには実際に行った診療内容をそのまま記載する。
- 4) レセプトの最終的な責任は保険医である主治医にあることを自覚する。

1. レセプトへの関与について

診療報酬明細書（レセプト）は、請求事務部門が単独で作成するものではなく、保険医もまた作成の一翼を担っていることを十分に認識する必要がある。また、誤請求や不適切請求を未然に防ぐためにも、レセプトの作成を請求事務部門任せにするのではなく、主治医自らレセプトの点検作業等に参加し、レセプト作成に積極的に関わる必要がある。

参考：療養担当規則 第23条の2（適正な費用の請求の確保）

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

2. レセプト点検のポイント

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

以下に、保険医がレセプト点検の際に注意すべき留意点を示す。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

① 傷病名

- ・診療録（オーダーリング端末）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、必要な事項がきちんと診療録に記載されているか。
- ・医師がオーダーしていない医学管理料等が算定されていないか。また、同一の医学管理料が、入院と外来とで重複して算定されていないか。
- ・中止・取消した薬剤等が誤って算定されていないか。また、処置等に用いた薬剤を投薬欄に記載するなど、誤った箇所に記載されていないか。
- ・処置名・術式は、実際に行った手術と合致しているか。

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。（診断群分類の決定過程に単独でつけられた傷病名となっていないか。）
- ・入院中に新たに発生した手術・処置・副傷病等により、入院時につけた診断群分類と異なっていないか。
- ・DPC 除外患者など、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、レセプトに貼付するか摘要欄に記載する必要がある。この際、検査データ等の客観的・具体的事実を簡潔明瞭に記載することが望ましい。

* 不適切な症状詳記の例

- ・論点を絞らず、単なる治療経過を記載しただけの冗長なもの。
- ・検査データ等が、実際の値と異なるもの。

- ・単なる退院サマリー等、不必要な部分を多く含むもの。
- ・一般的な診療方針に終始し、患者の個々の病態に応じた記載になっていないもの。
- ・悪筆、殴り書き等、審査支払機関の審査委員が解読できないもの。

4 レセプトの審査

1) 審査は原則として

- ①厚生省告示 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（いわゆる「社会保険診療報酬点数表」）
- ②薬事法（薬剤の適応、用法等）に準拠する。
- ③その他諸法令、通知等を基準として実施される。

2) 「返戻」「査定」となった事項については、以後の診療に反映させる。

5 患者から受領できる費用

1. 一部負担金等の受領について

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

* 患者に負担を求めることができる例

- (1) 患者一部負担金
- (2) 保険外併用療養費における自費負担額
- (3) 療養の給付と直接関係ないサービス等の実費（抜粋）
 - ①一般の診断書等、出産費用、出産育児一時金に係る証明書
 - ②往診、訪問診療、訪問看護等に要する交通費（実費）
 - ③薬剤の容器代（患者が希望する場合のみ）
 - ④喘息等の吸入用治療剤施用のための小型吸入器代
 - ⑤おむつ代、テレビ代
 - ⑥インフルエンザ等の予防接種、美容形成（しみとり）

※ 実費の費用の徴収に必要な手続き

- ①保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に、費用徴収が必要となるサービス等の内容や料金について、患者に分かりやすく掲示する。
- ②費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、サービスの内容や料金等についてきちんと説明し、文書により同意を確認の上で徴収する。
- ③徴収する費用は、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分かる領収証を発行する。

「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められない。

(4) 患者が薬品を紛失、破損した場合の再交付

(5) 入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額

(6) 人工腎臓を実施した患者について、療養の一環として行われた食事以外の食事の実費

2. 混合診療の禁止について

保険医療機関が、保険診療として認められていない特殊な療法（手術、検査、処置等）の費用を、保険診療適用分の一部負担金等と一括して患者より徴収することは、いわゆる「混合診療」に該当し、保険診療上認められない。

6 院外処方せんの交付について

療養担当規則が改正され、新たに「保険薬局から保険医療機関に対し、処方せんの交付に関して行われる財産上の利益の供与及び收受」、「保険医療機関から特定の保険薬局への誘導」が禁止された（療担第2条の4）。医薬分業に伴い院外処方せんを交付する機会も増加するが、こうした点を踏まえ保険医療機関及び保険医としては、交付する際には以下の点に留意する必要がある。

- ①特定保険薬局へ患者を誘導してはいけない。（療担第19条の3）
- ②特定の保険薬局と経済的に結びついてはいけない。（療担第19条の3の2）

③保険薬剤師からの疑義照会には適切に対応する。(療担第23条)

④その他

7 自己診療、自家診療について

1. 自己診療について

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

2. 自家診療について

医師が、医師の家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。自家診療を保険診療として行う場合には、加入する保険医療制度の保険者により取扱いが異なるが、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。

8 保険外併用療養費制度

1. 保険外併用療養費制度について

従前の特定療養費制度は、新しい医療技術の出現や患者のニーズの多様化等に対応し、高度先進医療や特別のサービス等について保険給付との調整を図るために創設されたものであったが、平成18年10月から、特定療養費制度が廃止され、新たに保険外併用療養費制度が設けられた。この保険外併用療養費制度は、保険外負担のあり方を抜本的に見直すことを目的としたものである。従前の特定療養費制度の趣旨を踏まえつつも、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養を「評価療養」、特別の病室の提供など被保険者の選定に係るものを「選定療養」として整理再編したものである。

2. 評価療養

評価療養とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養やその他の療養であって、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。患者の不当な自己負担が生じないように、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の設置する先進医療専門家会議において個々の技術について審査・承認し、その内容や費用を明確化すると共に、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

A. 医療技術に係るもの

先進医療（従前の高度先進医療を含む）

B. 医薬品・医療機器に係るもの

医薬品の治験に係る診療

医療機器の治験に係る診療

保険（薬価基準）収載前の医薬品の投与

保険適用前の医療機器の使用等

保険（薬価基準）収載医薬品の適応外使用

3. 選定療養

選定療養とは、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら、診療を受けることを認める制度である。患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自主的な選択の保障、質の確保などの一定のルールを定め、その内容や費用を明確化すると共に、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

A. 快適性・利便性に係るもの

特別の療養環境の提供 予約診療 時間外診察
前歯部の材料差額 金属床総義歯

B. 医療機関の選択に係るもの

200床以上の病院の未紹介患者の初診 200床以上の病院の再診

C. 医療行為等の選択に係るもの

制限回数を超える医療行為 180日を超える入院

Ⅲ 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導について

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

- ・指導には、新規指定、診療報酬改定時、高点数、情報提供等の状況に応じ、集団又は個別で指導を実施される。(集団指導、集団的個別指導、個別指導)
- ・高点数、情報提供等の場合は、都道府県単位に設置される選定委員会^(※)が個別指導の対象とする保険医療機関等を選定する。

※ 選定委員会は地方厚生局長が指名する技官及び事務官等から構成される。

- ・指導の結果は、「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」に分類される。

2 監査について

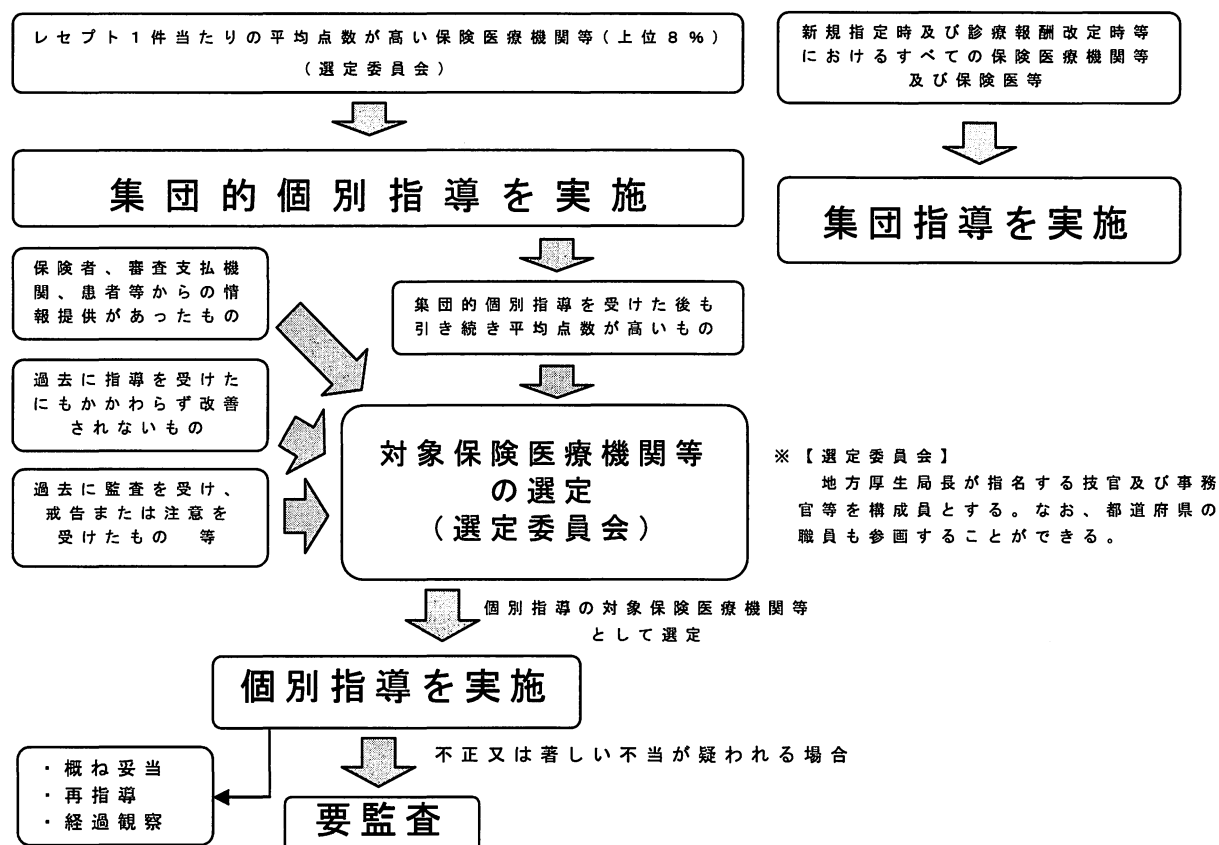
- ・原則として、個別指導の結果、診療内容および診療報酬請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足る理由がある時に行われ、出頭命令、立入検査等により確認する。
- ・監査後の行政上の措置は、「注意」、「戒告」、「指定等取消」に分類される。
- ・経済上の措置として、過去5年間に遡って返還金を求めると共に、保険者は、返還額の40%の加算金を支払わせることができる。

3 不正請求の代表例

- ①架空請求：診療の事実がないものを診療したとして請求する。
- ②付増請求：(つけまし)実際に行った診療に行っていない診療を付増して請求する。
- ③振替請求：実際に行った診療を保険点数の高い別の診療に振替えて請求する。

4 保険指導の流れ

第1回 指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム



5 個別指導の主な対象者

沖縄医報 Vol.43 No.5 2007

- ①高点数→医療機関を11のグループに分け上位4%の医療機関
- ②集団的個別指導を行った医療機関で、次年度も高点数医療機関(上位4%)
- ③前回の個別指導で再指導となった医療機関
- ④前年度に選定されたが、事情により個別指導が出来なかった医療機関

Ⅳ 保険診療に関する法令のまとめ

引用：耳鼻咽喉科点数一覧表

詳細を知りたい場合は法令や通知の条文で確認してください。

健康保険法＝健康保険法、国民保険法＝国民健康保険法、療担規則＝療養担当規則、
健保施行＝健康保険法施行規則、国保施行＝国民健康保険法施行規則、

審査委員会規定＝社会保険診療報酬請求書審査委員会及び社会保険診療報酬請求
書特別審査委員会規定、

請求省令＝

療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令

1. 診療録の記載〔療養規則第 22 条〕

診療録の様式や診療に必要な記載事項を定めている。

2. 医療機関の保険者証の受給資格の確認〔療養規則第 3 条：健保施行第 53 条〕

医療機関が患者に保険診療を行う場合は、被保険証（保険証）で保険診療の資格があることをその都度確認する。

3. 医療機関からの被保険証の返還〔療養規則第 4 条〕

診療が終了・中止した場合とか患者から被保険証の返還の申し出があった場合は、医療機関は返還しなければならない。

平成 13 年より医療機関が被保険証に必要事項（医療機関の印鑑、病名等）を記入しなくてもよいこととなった。

4. 被保険者の被保険者証の返納〔健保施行第 51 条〕

事業主は、被保険者が資格を喪失した時は遅滞なく被保険者証を回収する。被保険者が任意継続の場合には、5 日以内に事業主に被保険者証を提出し、被保険者証は事業主を経由して健康保険組合等に提出される。

資格喪失の保険証を回収する責任は事業主にある。

5-1. 領収証の交付〔平成 18 年 4 月 1 日 療担規則第 5 条 2 の 1〕

保険医療機関は、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。

5-2. 明細書の交付〔平成 20 年 4 月 1 日 療担規則第 5 条 2 の 2〕

保険医療機関は、正当な理由がない限り、費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

6. 第三者の行為による被害の届出〔健保施行第 65 条：国保施行第 32 条〕

療養の給付を受けた疾病や負傷が第三者の行為に起因する場合は、被保険者は事故内容、加害者の住所と氏名を社会保険組合等に届け出る。国保では市町村等へ届け出る。第三者の行為とは加害者によって生じたもので、疾病や負傷は交通事故や打撲である。医療機関は自費賠償保険か保険診療かは患者からの申し出によって取り扱う。

7. 証明書の交付の料金〔療担規則第 6 条〕

保険の給付を受けるために必要な証明書の交付を求められた場合は、傷病手当金、出産育児一時金、出産手当金、配偶者出産育児一時金などの証明書を除き、無償で交付する。

8. 傷病手当金〔健康保険法第 99 条〕

被保険者が療養のため労務不能である場合は、その日から 3 日以上経ってから最大 1 年 6 か月まで、傷病手当金（標準報酬日額の 60%）が支給される。

9. 国保の被保険者の適応外〔国民保険法第 6 条〕

被保険者が国保に加入しているのに政管健保や組合健保に加入した場合である。国民皆保険体制では、職域単位の健保に加入していない被保険者が、地域住民対象の国保に加入することになっているので、同一時期に健保と国保に加入はできないし、重複していた場合には健保が優先される。

10. 健保の資格取得時期と喪失時期〔健康保険法第 35・36 条〕

それらの時期は被保険者が事業所に採用された日からと、採用されなくなった日の翌日である。

11. 国保の資格喪失時期〔国民保険法第 8 条〕

国民健康保険の被保険者は市町村の住所から住居が変更した場合と、政管健保や組合健保等に参加した場合である。

12. 診療報酬請求書の提出日〔請求省令第 4 条〕

診療報酬請求書は各月分を翌月の 10 日までに提出する。

13. 診療報酬請求書の時効

〔健康保険法第 193 条、健保施行第 34 条：国民保険法第 110 条〕

医療機関が、健保でも国保でも保険の給付を受ける権利は 2 年を経過すれば時効となる。事業主が健保に関する書類を保存する期間は完結より 2 年間である。

14. 審査の期日〔審査会規程第 3 条〕

健保の審査会は毎月分について、前月分の診療報酬請求書をその月の末日までに審査をする。

15. 審査委員の任期と審査委員長

〔審査会規程第 7・9 条：国民保険法第 94・95 条〕

健保の審査委員の任期は 2 年間で、審査委員長は委員の互選で選ばれ、国保の審査委員の任期は 3 年間で、審査会の会長は公益代表から選挙で選ばれる。

16. 審査・再審請求の不服申立て〔健康保険法第 189 条：国民保険法第 91・99 条〕

保険給付の処分に不服がある者は健保審査員に審査請求をすると 60 日以内に決定がされる。その決定に不服があれば社会保険審査員会に再審査請求をする。国保では審査請求先が国保の審査会になる。

17. 診療報酬請求書の疑問の出頭説明の承認申請〔審査会規程第 5 条〕

診療報酬審査委員会が診療報酬請求に疑問が生じて、診療担当者の出頭説明等を求める場合は厚生労働省 地方厚生政局長の承認を受ける。

18. 医療機関の診療録などの提示や説明

〔健康保険法第 60 条：国民保険法第 45・89 条〕

健保では厚労大臣は保険給付に関して、必要があれば診療担当者に報告や診療録等の提示を求めることができる。国保では審査会が都道府県知事の承認を得て、診療担当者に報告や診療録等の提示を求めることができる。

19. 医療機関からの文書の提出〔健康保険法第 59 条：国民保険法第 113 条〕

保険者は保険給付に関して、必要があれば診療担当者に診療録や帳簿書類の提出を求めたり、出頭や説明を求めたりすることができる。

20. 社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について

昭和 60 年 4 月 30 日保険発第 40 号・庁保険発第 17 号

1 支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則 6 か月以内）を遵守するよう努められたいこと。

2 同一事項について同一の者からの再度の再審査申出は、特別の事情がない限り認められないものであるので、留意されたいこと。

21. 国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について

昭和 60 年 4 月 30 日保険発第 45 号

1 連合会に対する再度の考案の申出はできる限り早期に行い、原則として 6 か月以内とするよう努められたいこと。

2 同一事項について同一の者からの重ねての再度の考案の申出は、特別の事情がない限り認められないものであるので、留意されたいこと。

V 診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集

平成 14 年 4 月 1 日付き 事務連絡(保 1)F 日本医師会常任理事 菅谷 忍

「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に伴う Q&A の送付等について」

いわゆる「205円ルール」の改定に伴う※「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」に本件に関する Q&A が厚生労働省保険局医療課により作成されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

※「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」

平成 14 年 3 月 25 日付き保医発第 0325002 号

(17) 「傷病名」欄について 別紙 1 のⅡの第 3 の 2 の(17)を次のように改める。

- イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として 1 つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。
- エ 傷病名が 4 以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側(傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末)に記載すること。

平成 14 年 3 月 28 日 事務連絡 厚生労働省保険局医療課

「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する Q&A の送付について」

診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集(原文抜粋)

問 1 傷病名の記載に関し、主傷病・副傷病の区別の方法について、主傷病と副傷病の間を線で区切る方法以外の方法としてどのような方法があるのか。

答 例えば、主傷病の傷病名に接頭語若しくは接尾語として「(主)」と記載する方法又は主傷病の傷病名を○で囲む方法が考えられる。

問 2 傷病名の記載は、必ず主傷病、副傷病の順に記載しなければならないのか。

答 主傷病、副傷病の順に記載することを原則とするが、この順に記載することが困難な場合は、この限りでない。ただし、その場合にあっては、主傷病の傷病名に接頭語又は接尾語として「(主)」と記載、主傷病の傷病名を○で囲むなどして、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

問 3 主傷病としての記載が複数ある場合には、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を 2 種類以上算定できることとなるのか。例えば、主傷病として「糖尿病」及び「ベーチェット病」という記載がある場合には、「特定疾患処方管理加算」及び「難病外来指導管理科」の双方を算定することが認められることとなるのか。

答 レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を 2 種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち、どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。

問 4 副傷病については、主なものについて記載することとされているが、その具体的な範囲如何。

答 副傷病として記載する範囲については、実際に行った検査・処置等の原因となる傷病のうち、他の傷病名の記載から医学的に判断して、その発症が類推できるものについては、記載する必要はないものである。

問 5 以後省略

Ⅵ 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針

平成 14 年 5 月 21 日 保医発第 0521001 号 厚生労働省保険局医療課長

「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針について」

平成 14 年 4 月の診療報酬改定で、診療報酬明細書への記載の省略が認められていた 205 円以下の薬剤に係る薬剤名を、原則として記載しなければならないとされたところである。*「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」で、診療報酬明細書に記載された主傷病、副傷病名から判断して、その発症を類推できる傷病については記載を省略できる旨の扱いを定め、事務の円滑化を図った。審査等の具体的な取扱い方法を検討するため社会保険診療報酬支払基金に「低薬価薬剤の審査等に関する検討会」が設置された。今般、当該検討会において、別添のとおり、「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」が取りまとめられた。厚生労働省は、当該取扱い方針は妥当適切なものと考えているので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

(別添) 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針 (原文抜粋)

平成 14 年 5 月 9 日

低薬価薬剤の審査等に関する検討会

2. 具体的取扱い方針

(1)「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について

*文中には「175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。」とあるが、この例示から判断すると、更に別紙 1 にあるような薬剤が該当すると考えられる。これらは、いわゆる佐薬や一過性の症状に対する薬剤などである。しかしながら、「類推できる傷病名」の範囲は広範であり、更には臨床現場の医師による判断に幅が生ずることも想定されることから、個々の薬剤について限定的に列挙することは実務的ではないと考える。

・別紙 1

- | | | | |
|----------------|----------|------|-----------|
| 1.消化器官用剤 | 2.下剤、浣腸剤 | 3.眠剤 | 4.解熱鎮痛消炎剤 |
| 5.去たん剤及び鎮咳去たん剤 | 6.感冒薬 | など | |

(2)「強心剤、糖尿病薬など」の範囲について

*文中には「ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。」とある。この薬剤の対象疾患は心臓疾患及び糖尿病であり、いずれも本来、主傷病名若しくは副傷病名としてレセプト記載されるべきものである。適正な審査の観点から、これに追加するとすれば、別紙 2 にあるような効能効果が多様で、しかも長期に使用する可能性の高い薬剤については、レセプトに傷病名の記載が必要であると考え。

別紙 2

- | | | | |
|---------|---------|-----------|----------|
| 1.血管拡張剤 | 2.血圧降下剤 | 3.副腎ホルモン剤 | 4.高脂血症用剤 |
|---------|---------|-----------|----------|

(3)主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについて 以後省略

*「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」(原文抜粋)

平成 14 年 3 月 25 日付保医発第 0325002 号

(17)「傷病名」欄について 別紙 1 のⅡの第 3 の 2 の(17)を次のように改める。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

2.岐阜県での保険診療のカルテに関する指導内容

江崎俊夫 平成 22 年 10 月 5 日

以下の資料は、「保険医集団指導 指導医療官 棚橋淑文先生」を基にして、「平成 22 年度 保険医集団指導テキスト」を項目別に並べなおしたものである。

* 引用資料：

平成 22 年度 保険医集団指導 指導医療官 棚橋淑文先生

平成 22 年度 保険医集団指導テキスト：個別指導時の指摘事項（事例のまとめ）

平成 22 年度 保険医集団指導テキスト：

(5)指導時の確認事項 4.個別指導に立ち会って

1. 保険医療機関および保険医の責務

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（療養担当規則等）の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。

* 保険医療機関：健康保険法第 70 条 * 保険医：健康保険法 72 条

2. 厚生労働大臣の指導

保険医療機関及び保険医は厚生労働大臣または都道府県知事の指導を受けなければならない。健康保険法第 73 条、国民健康保険法第 41 条等

3. 保険診療の基本的ルール

1) 保険診療は、健康保険法等に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。保険診療は契約診療であり、「知らなかった」は通用しない。

診療報酬が支払われる条件として、以下の 6 つの条件が全て満たされなければならない。①保険医が、②保険医療機関において、③各種関係法令の規定を遵守し、④療養担当規則の規定を遵守し、⑤医学的に妥当適切な診療を行い、⑥診療報酬点数表に定められた通りに請求を行なう場合。

1) 保険診療は契約診療

2) 診療報酬が支払われる条件

2) 保険診療の禁止事項

- ・ 無診察治療等の禁止（医師法第 20 条、療担規則第 12 条）
- ・ 特殊療法・研究的診療等の禁止（療担規則第 18 条）
- ・ 健康診断の禁止（療担規則第 20 条）
- ・ 濃厚・過剰診療の禁止（療担規則第 20 条）

「療担規則第 20 条には、診療の具体的方針として、診察、投薬、処方箋の交付、注射、手術及び処置、リハビリテーション、入院等についての規定がある。」

- ・ 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担規則第 19 条の 3）
- ・ 保険医は、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。

3) 保険診療の禁止事項

→医師が不在にも関わらず、投薬を受けたとして患者から情報提供された。

3) 療担規則 22 年度改正：第 20 条 2 項の二：後発医薬品関連

保険医は、投薬又は処方箋の交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供する等、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

4. 診療に係る事項

1) 診療録（カルテ）

- ・ 診療録の記載義務（医師法第 24 条、療担規則第 22 条）。
- ・ 診療録の保存は、診療完結の日から 5 年間、その他の記録は、完結の日から 3 年間（療担規則第 9 条）。
- ・ 診療録は保険請求の根拠であり、診療行為の事実に基づいて必要事項を十分に記載する。必要事項の記載がないと不正請求の疑いを招く。

- ・記載の修正は、修正液を用いず二本線で行う。
(修正前の記載内容が分かるように修正する)
- ・複数の医師が診療にあたる時、診療にあたった医師はその都度、署名または記名・押印する。

→カルテ記載のないものは、無診察となる。

- ①カルテ、レセプトの様式の点検、1行に1病名の記載になっている。
- ②開始年月日、転帰の記載及び治癒、中止の終了日が記載されている。
- ③カルテの左欄(主訴、症状、経過)と右欄(処方、手術、処置)の記載の点検。
- ⑦治療内容(薬剤、注射、検査)の点検。

2) 傷病名

- ・レセプトの傷病名は診療録の傷病名と一致していなければならない。
- ・レセプトの傷病名は、主傷病(当該患者の全身的医学管理の中心となっている病名、原則1個)、副傷病の順に記載し、主傷病と副傷病が区別できるようにする。
- ・医学的に適切な傷病名を付け、適宜できるだけ病名整理をする。
- ・急性・慢性、部位、左右の区別をする。
- ・診療開始日、終了年月日および転帰(治癒、中止等)を記載する。
- ・検査・注射等の査定防止目的の医学的根拠の乏しい、いわゆるレセプト病名(保険病名)をつけない。

→病名が20ついている患者があり、病名整理をする。(皮膚炎、便秘症等)

→根拠ある病名をつける。

病名に前立腺癌とあるが排尿困難はあるものの前立腺癌の診断根拠はない。
(PSAを行うための病名なら「前立腺癌の疑い」とすべき)。

→検査のため疑い病名が多い。

CPK(横紋筋融解症の疑い)、アミラーゼ(急性膵炎の疑い)等。

→ビタミンB群欠乏症という病名が多いが、根拠のない病名はだめで。書くなら病名ではなく備注に書く。

→5歳児に対して喘息性気管支炎のような曖昧な病名は避ける。

- ④画一的な病名ではなく診断に基づいた病名である。
- ⑤カルテとレセプトの病名が合致している。
(レセプトにはあるがカルテにはない、いわゆるレセプト病名はいけない)
- ⑥疑い病名がある場合、疑った根拠がカルテに記載されている。
 - ・疼痛、出血、湿疹の病名は部位を明確にする。
 - ・食欲不振、脱水、体力低下という症状病名は不適切とみなされる。
 - ・検査を算定するための画一的な疑い病名は、不当請求とみなされる可能性がある。

3) 基本診療料

第1部 初・再診料

- ・再診料・外来診療科は医師による診察が行われた場合にのみ算定する。

→再診の考え方(リハビリ)

(例) リハ室の診療は、必ずノート・メモ帳持参で記載する。

* 初・再診療に対する夜間・早朝等加算：

- ・午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時まで算定可。
- ・受付時間を記録に必ず残す。

(9)夜間・早朝等加算：受付時間を記載する。

夜間・早朝等加算		
午前・午後	時	分

→夜間・早朝等加算は、受付時間を記載する。

* 外来管理加算：

算定要件は患者からの聴取事項の要点および診察所見の要点等の診療録記載が必要である。

(8)外来管理加算：診療内容、(患者の訴え、所見、説明・指導内容等)を記載する。

外 来 管 理 加 算	
訴 え	
所 見	
説 明 ・ 指 導	
そ の 他	

→ 外来管理加算は患者の訴え、所見、説明・指導などを記載する。

医師会のハンコなどを使用する。

＊ 地域医療貢献加算（再診時のみ）：

標榜時間外において、患者からの問い合わせ等に応じる体制の整備と共に、緊急時の対応、指導や連絡先等について、患者に対して周知する。

第 2 部 入院料等

・ 入院診療計画実施（入院第 4）：

主治医及び看護師等の入院診療計画書の共同作成は入院基本料の算定要件になっている。

A205 救急医療管理加算：

緊急に入院を必要とする重症患者を入院させた場合に算定できるが、めまい、吐き気などの症状で入院しており重症とは認められない。（病院での算定事項）

4）医学管理料

⑨ 請求点数の算定要件を点検（カルテ記載の内容に不備がないか）

- ・ 特に指導料、管理料については要点がカルテに記載されていることが必要！！
- 記載漏れは自主返還の可能性がある。

B000 特定疾患療養管理料

対象患者が規定され、治療計画及び管理内容の要点を診療録に記載する。

(2) 特定疾患療養管理料

- ・ 治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の管理を行った場合、月 2 回に限り算定。
- ・ 対象疾患を主病とする場合であって管理内容の要点を診療録に記載。

管理内容	服薬・運動・栄養・安静・日常生活・その他
要 点	

→ 特定疾患療養管理料について

- ・ 主病名、カルテへ療養計画・管理内容要点の記載が不備である。
- ・ 主病名の整理をする。
3-4 個の主病名がついている。その月に何を中心に管理・指導したかがわかるように、その都度、主病名は変わっても良いが、1 つにする。
- ・ 主病を 1 つ定めて、治療計画を策定。患者に説明する。
テオフィリン製剤など血中濃度を測定し、評価して、治療計画の参考にした事をカルテに記載する。
- ・ 診療日に指導した内容をまとめて記載する。
- ・ 特定疾患療養管理料を最初に算定する時に治療計画等をカルテに記載する。
例えば気管支喘息なら個々の背景、季節、原因物質などを検討し個々に治療計画をたてる。
- ・ 慢性疾患（生活習慣病など）で投薬治療等行う場合は、定期的に採血検査行い、評価を行う。
- ・ カルテに「薬のみ」と明記してあり、指導内容の記載もないのに、特定疾患療養管理料が算定してある。
- ・ 慢性胃炎等の病名はあるが、投薬内容から別の病名の治療で、主病とは言えない。
- ・ 胃炎：定期的に G I F など施行していないと、投薬だけでは特定疾患療養管理料をとれる診療内容にあたらず。
- ・ 高血圧の病名はあるが、降圧剤の投薬は他院のため、算定できない。
- ・ 高脂血症、高血圧→主病名は？特定疾患療養管理料は主病名について、治療計画に基づき 1 ケ月経過してから算定。内容をまとめて記載する。

- ・腰痛症、胃潰瘍が主病名。胃潰瘍で特定疾患管理料を算定しているが、治療計画を立てそれに基づき算定する。胃カメラ（GIF）は他院で？情報提供は？胃薬の処方もなく、胃潰瘍に対しての記載もないのに管理料を算定するのは？
- ・腰痛症として消炎鎮痛処置を頻回に行っている患者に対して、慢性胃炎が主病となっているが、NSAID の賦形薬として胃薬を出しているとした考えられない。慢性胃炎と診断した根拠は？治療計画は？他にも、ヘルニア、腰痛症、慢性胃炎と病名がついている例にも同様の指摘。
- ・主病が慢性関節リウマチと骨粗鬆症となっている。慢性胃炎という病名があるが、基本的には関節リウマチと骨粗鬆症に対する治療であるから、特定疾患管理指導料は算定できない。

BOO1-2 特定薬剤治療管理料

対象患者が規定され、薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

(3) 特定薬剤治療管理料

- ・対象疾患、薬剤が規定されている。
- ・血中濃度を測定し投与量を精密に管理した場合、月 1 回に限り算定。
- ・薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載。

→ 特定薬剤治療管理料について

- ・薬剤血中濃度を測定したら、その値を記載し、それをどう評価し、どう診療内容に反映させるかを記載する。
- ・カルテに血中濃度を記載し、それ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。この条件が満たされていないものは自主返還。

BOO1-3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

対象患者が規定され、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記載する。

(4) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ・悪性腫瘍の確定診断がされている患者について、計画的に治療管理を行った場合、月 1 回に限り算定。
- ・腫瘍マーカー検査の結果を評価し、治療計画の要点を診療録に記載。腫瘍マーカー検査がされていなければ算定できない。

→ 悪性腫瘍特異物質治療管理料について

- ・腫瘍マーカーの結果と、それに基づいて行った計画的な治療管理の記載が必要であり、いずれかの記載がないものは自主返還。
- ・腫瘍マーカーのデータを記載しその都度評価すべき。

BOO1-5 小児科療養指導料

対象患者が規定され、指導内容の要点を診療録に記載する。

BOO1-3 生活習慣病管理料 (5)

- ・患者の同意及び署名が必要。交付した療養計画書の写しを診療録に貼付する。

BOO1-6 てんかん指導料、-7 難病外来指導管理料

診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

BOO1-8 皮膚科特定疾患指導管理料：

→ 算定には治療計画と患者への指導説明を日本語で具体的に記載して下さい。

BOO8 薬剤管理指導料 1. 2. 3.

医師の同意の基に、薬剤師が服薬指導をして、必要に応じ、指導の要点を文書で医師に提供する。

→ 薬剤管理指導料：

医師同意を得て行う必要があるが、医師の同意の記載コメントがないのが半数ある。また薬剤師が指摘した事項を医師が内容確認したというサイン欄等を作る必要がある。（病院での算定事項）

* 診療情報提供料 (6)

- ・医療機関への紹介は、県医師会で取り扱っている指定の用紙を用いる。

- ・ 交付した文書の写しは診療録に貼付する。

→ 診療情報提供料について

- ・ 診療情報提供料の項目が少なく様式が不備。医師会の情報提供書の様式に従う。
- ・ 患者紹介状の様式の不備（既往症、アレルギー歴、病歴、検査、薬剤などを記述）
- ・ 患者紹介状は規定の書式に従い、サマリを書く。（カルテのコピーではだめ）
- ・ 紹介状がカルテに貼付されていない。（電子カルテのため、持参し忘れた）

B009 診療情報提供料（Ⅰ）

標準的様式で紹介状を作成し、各項目で空欄を残さない。

B010 診療情報提供料（Ⅱ）

セカンド・オピニオンを希望する患者に、治療計画・検査結果・画像情報など診療状況を示す文書を提供した場合に算定できる。

B013 療養費同意書交付料

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理由によって、みだりに施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

（療担規則第 17 条）

5) 在宅医療

CO02 在宅時医学総合管理料：

居宅療養で通院困難な患者、患者の同意が必要、計画的医学管理の基に月 2 回以上の訪問診療実施。

→ 在宅時医学総合管理料について

- ・ 在宅療養計画は？患者が見ても分かるように記載する。

第 1 節 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院：

患家に対する 24 時間窓口となり、他の医療機関と連携して、24 時間往診・訪問看護等が提供可能で、緊急時に入院できる体制が確保されている医療機関。

第 2 節 在宅療養指導管理料：

在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置等）、指導内容の要点を診療録に記載する。（13 種類の在宅療養指導管理料）

C150 血糖自己測定加算：

- ・ 患者に自己測定をさせた記録の写しを診療録に貼付しておく。指示した回数でなく実際測定した回数を算定。

→ 血糖自己測定器加算について

- ・ 糖尿病自己血糖測定が 60 回以上で算定されているが記録は 59 回のみ。
- ・ 血糖自己測定のデータがない。（電子カルテのため持参するのを忘れた）

C103 在宅酸素療法指導管理料：

- ・ 経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、所定点数に含まれており別に算定できない。
- ・ 在宅酸素療法開始した時点の状況を、紹介患者でも、紹介状からわかる範囲で記載する。

6) 検査・画像診断

- ・ 各種の検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで必要最小限の回数で実施する。
- ・ 検査は段階的を追って必要最小限にすべき。
- ・ 症状があればやって良いが、患者の希望で行ってはいらない。
- ・ 検査結果が治療に反映されない検査は、研究的・健康診断的とみなされ保険請求は認められない。
- ・ 初診で疑い病名を 3, 4 個付けて一度に検査を行うのではなく、検査は段階的に行う。（甲状腺機能障害、膠原病など 3 病名あり、甲状腺機能検査、RA、IgA、抗核抗体、抗 DNA 抗体などの検査が初診時に実施してある。例えば甲状腺検査でも甲状腺腫があるとか機能低下症の症状があるなら実施して問題ない）

- ・ 1日に膀胱癌疑い、前立腺癌疑い、膠原病疑い、糖尿病疑いの4病名が付いて、種々の検査が行われている。保険診療では念のためあるいはスクリーニング的な検査は好ましくなく、レセ病名と疑われる。

- ・ 検査結果の評価の記載：「OK」はふさわしくない。何がOKなのか意味不明と。

⑧検査結果がカルテに貼付されて、コメントが記載されている。

* 必要性の乏しいと思われる検査例

- ・ 貧血のない患者に対する網状赤血球数。
- ・ 白血球数に異常のない患者に対する末梢血液像。
- ・ 輸血の可能性のない患者に対して実施されるABO血液型・Rh(D)血液型。
- ・ スクリーニング的に実施されるFDP、D-Dダイマー。
- ・ かぜ症状で来院した患者に抗核抗体、リウマチ因子などの実施はおかしい。
- ・ 急性気管支炎の初診時に呼吸機能検査は不可。(喘息等の病名があれば良い)
- ・ PSAを実施する際に前立腺癌を疑った根拠をカルテに記載する。
(高齢者の頻尿だけでは根拠になりにくい)。

* 算定要件をとまなう検査等

- ・ 呼吸心拍監視は、それぞれの観察結果(3項目)の要点を診療録に記載した場合に算定する。
- ・ 経皮的動脈血酸素飽和度測定は、酸素吸入を現に行っているもの又は酸素吸入を行う必要があるものが算定可能。
- ・ 腫瘍マーカー：
症状や診察等から悪性腫瘍を強く疑われる場合に、診断の決定・転帰の確定までに1回を限度として算定。

* エコー検査：

単一臓器にピンポイントで実施する他に、全般的な臓器(腹部の場合胆嚢、肝、脾臓、腹部大動脈など)についても記録を残しておく。

* 特異的IgE検査：

13項目、傾向的にしないように

- ・ 特異的IgEを13種類のセットで行っているが、患者の背景を考え、患者毎に種類を変える。非特異的IgE1つと特異的IgE数種類が望ましい。

* 外来迅速検体加算(第1款)：

実施した加算対象検査全ての結果をその日のうちに出して説明。加算対象検査が1つでも結果を文書提供できない場合、算定不可。

7) 投薬・注射

- ・ 薬剤の使用にあたっては、薬事法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)を遵守する。
- ・ 保険診療では、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない。
(療担規則第19条)。
- ・ 薬剤の投与期間は、医学的に予見することができる期間。
- ・ 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する。
(療担規則第20条の2及び4)。

- ・ 血液製剤(新鮮凍結血漿、アルブミン製剤等)の使用にあたっては、血液製剤の使用指針(改定版)(平成17年9月厚生労働省医薬食品局)を尊重してほしい。

* 禁忌投与例

非ステロイド系消炎鎮痛薬を消化性潰瘍や出血を伴う血小板異常症例等に投与。抗コリン剤を緑内障・前立腺肥大症例に投与。静注用脂肪乳剤を血栓症・DIC症例等に投与など。

* 長期漫然投与：

1. 食事摂取可能な患者にビタミン製剤(ビタミンB群、C群)の投与は慎重に。
2. 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載する。

3. メチコパール錠、ハイシー顆粒、アリナミンF糖衣錠、ビタメジンカプセル、ノイロトロピン錠、フォリアミン錠等の月余にわたる漫然投与の禁止。

- ・ビタミン剤を1カ月以上使用する場合は評価が必要。(有効であると判断した理由の記載が必要)

→ビタミン剤について

- ・長期点滴投与の必要性：目的・必要理由を記載する。
- ・経口摂取可能な患者なら、点滴投与でなく、内服投与を優先する。

* 用法外投与例

塩酸エフェドリン、ベンタジン、メチロン、ノバミン等の静脈注射。

* 過量投与例

胃潰瘍の維持療法にH₂ブロッカーの初期量を漫然と継続投与。

F00 特定疾患処方管理加算：

- ・病名に特定疾患がないのに、算定している。

8) リハビリテーション

→リハビリ計画書に、医師・看護師の署名がない。

- ・4種類の疾患別リハビリテーションには、それぞれ算定日数の上限が設定され、その後は1ヶ月あたり13単位までに回数制限(超過分は選定療養)。
- ・リハビリテーションの開始時及び、その後3ヶ月に1回以上、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する必要がある。
- ・全患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻(開始時刻・終了時刻)を診療録等に記載することが必要である。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料：

標準的様式のリハ総合計画書の共同作成および共同評価が、算定月毎に必要なものである。

→リハビリ総合計画評価料：

医師、看護師、理学療法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を作成し共同評価する必要があるが、総合実施計画書の書式が不備。

9) 処置・手術・麻酔

- ・創傷処置、熱傷処置、皮膚科軟膏処置等は、処置の範囲により点数が異なるので、診療録に処置した範囲を明示する。
- ・処置料算定の場合、部位・範囲を明確にする。
- ・皮膚科軟膏処置は部位、面積を記載する。
- ・点数表にない手術は保険診療では、禁止されている。(療担規則第18条)。
- ・特殊な手術(点数表にあっても、従来の手技と異なる場合も含む)の手術科は、かたてに準用(振替請求)せず、事前に地方厚生局事務所に照会する。
- ・輸血料は、患者に対して輸血の必要性・危険性について文書による説明を行わなければ算定できない。(この文書の写しを診療録に貼付する。)

L006 麻酔管理料：

- ・麻酔担当医が手術前日と翌日に診察を行ったかをチェック
- ・麻酔管理料(Ⅰ)、麻酔管理料(Ⅱ)は、麻酔科標榜医又はその監督下に麻酔を実施し、麻酔実施日以外に術前・術後の診察を行い、その内容を診療録に記載した場合に算定する。

10) 食事療養

食事も治療の一環である。

→入院時食事療養(Ⅰ)(告示2)：

医師が記入した検食簿についても院長に報告する。医師の検食簿にコメントを記入する。

A233-2 栄養サポートチーム加算：

- ・医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等のチーム
- ・特別食(治療食)の指示箋は、医師が記載する。

BO01-9 外来栄養食事指導料：

1. 管理栄養士が、特別食を医師が必要と認めた患者に対し、医師の指示箋に基づき、栄養食事指導書を交付し、概ね 15 分以上指導した場合に算定する。
2. 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項（少なくとも、熱量、その構成、蛋白質量、脂質量、その構成「不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比」等についての具体的な指示を含む）を記載する。

11) 病棟業務

検査伝票・注射せん等は、医師が指示を出した時点で、指示を出した医師が署名又は記名・押印をして、責任の明確化をはかる。

12) 診療報酬明細書（レセプト）

レセプトは審査支払機関への提出前に、必ず主治医が診療録と照合して、記載事項に誤り・不備がないかどうか十分に点検する。

5. その他の追加事項

- 1) 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局等に、診療内容の分かる明細書を無料で発行する事が義務付けられた。（療担規則第 5 条 2 項の 2）

2) 院外処方箋関連

保険医は、保険薬剤師からの疑義照会に適切に対応しなければならない。

（療担規則第 23 条 2 項）。

- 3) 一部負担金は、必ずすべての該当患者から徴収する。（療担規則第 5 条）。

4) 自己診療、自家診療

医師が自分自身を診察治療することを、「自己診療」という。保険給付の対象として認められていない。医師が自身の所属する医療機関の職員やその家族を診察治療することを「自家診療」という。診察の省略、カルテ記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起こりやすい。

6. 監査

監査は、診療内容および診療報酬請求に、不正または著しい不当があったことを疑うに足る理由がある時に行われる。（健康保険法第 78 条）

* 不正請求の例として、次のようなものがある。

架空請求：診療の事実がないものを、診療したとして請求をする。

付増請求：実際に行った診療に、行っていない診療を付増して請求をする。

振替請求：実際に行った診療を、保険点数の高い別の診療に振替えて請求をする。これらは、現物給付出来高払いを基本とする現在の医療保険制度では、あってはならないことである。従って、監査で故意に不正請求を行っていたことが明らかになれば、保険医療機関の指定取り消し・保険医の登録取り消し等、厳しい行政処分が行われる。

* 不正請求露見の発端

- ・ 患者さんへの明細書の発行、
- ・ 医療機関職員の内部告発、
- ・ 保険者のレセプト点検、
- ・ 個別指導等で疑義が生じた場合など。

3.保険指導通知の概要

抜粋 江崎 俊夫 平成 22 年 11 月 11 日

2010 年 10 月 30 日に岐阜県保険医協会が発行した「指導、監査の実際と対応一法的根拠に基づいた運用を」を参照し、指導の条文をできるだけ分かりやすいように書き直し並べたが、重複している内容があることをご了解ください。なお、特定共同指導と監査は省略した。

条文を正確に知るには岐阜県保険医協会（電話 058-267-0711 定価 2,000 円）で購入し、原文と照らし合わせてください。

保 険 指 導 の 種 類

引用：第 1 回 指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム

個 別 指 導	集 団 指 導	保険医療機関等、保険医等に対し、新規指定（登録）時、診療報酬の改定時等に講習等の方式で行う。 （地方厚生局都府県事務所が実施、又は地方厚生局都府県事務所と地方厚生局医療課が協力して実施）
	集 団 的 個 別 指 導	レセプト 1 件当たりの平均点数が高い（上位 8%）保険医療機関等に、個別に簡便な面接懇談方式で行う。 （地方厚生局都府県事務所が実施、又は地方厚生局都府県事務所と地方厚生局医療課が協力して実施）
	都道府県 個別指導	集団的個別指導を受けた保険医療機関等で、次年度の実績でレセプト 1 件当たりの平均点が高い（上位 4%）保険医療機関等に、個別に面接懇談方式で行う。ただし、診療内容等の情報提供等があった場合等は、それを優先して行う。 （地方厚生局都府県事務所が実施、又は地方厚生局都府県事務所と地方厚生局医療課が協力して実施）
共同指導	共同指導	過去において都道府県個別指導にも拘わらず改善が見られない機関などを対象。 （本省、地方厚生局〔医療課、都府県事務所〕が共同して実施）
	特定共同指導	高度な医療を提供する機関などを対象。 （本省、地方厚生局〔医療課、都府県事務所〕が共同して実施）

引用：指導大綱（＝指導大綱）・指導大綱関係実施要領（＝指導大綱実施要領）

指導大綱における保険医療機関等に対する指導の取扱いについて

（＝平成 7 年の課長通知）

保険医療機関等に対する指導及び監査の取扱いについて

（＝平成 10 年の課長通知）

指導大綱 第 3 指導形態

1. 集団指導	44 頁
2. 集団的個別指導	45 頁
3. 個別指導	
(1) 都道府県個別指導	47 頁
(2) 共同指導	50 頁
(3) 特定共同指導	省 略

集 団 指 導

指導大綱実施要領 第 9 1 指導の実施通知 （1）通知の内容及び通知の時期

実施通知には、「当該通知に当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生局及び都道府県又は地方厚生局及び都道府県が共同で行うことを明記する。」を記載する。都道府県の実情を踏まえて、集団指導は指導日の 1 ヶ月前を目途として通知する。

指導大綱 第 6 1 集団指導の指導方法等 (1) 指導実施通知

指導対象の保険医療機関等を決定したときは、地方厚生局は文書により集団指導の日時・場所・出席者等をあらかじめ通知する。

指導大綱 第 6 1 集団指導の指導方法等 (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・過去の指導事例等を、講習・講演等の方法で行う。

指導大綱実施要領 第 5 集団指導

1 新規指定時

新規指定の保険医療機関等の指導は、「療養担当規則」の内容・診療録の記載の内容・診療報酬の請求事務等保険診療に関する全般などを、全保険医療機関等を対象に、指定後概ね 1 年以内に実施する。なお、指定前に実施することも差し支えない。

2 診療報酬の改定等

診療報酬の改定・保険医療機関等の指定更新・保険医等新規登録等の指導などは、指導の目的・内容等を勘案して実施する。

3 その他

臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院等に対する特定共同指導の時に、同時に集団指導も実施する。

集団的個別指導

指導大綱実施要領 第 6 集団的個別指導 1 指導の趣旨

集団的個別指導は、指導対象の保険医療機関等に、レセプト 1 件当たりの平均点数が高いことを認識させ、保険診療に対する理解を一層深めさせることを主眼として行う。

指導大綱実施要領 第 9 1 指導の実施通知 (1) 通知の内容及び通知の時期

実施通知には、「当該通知に当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生局及び都道府県又は地方厚生局及び都道府県が共同で行うことを明記する。」を記載する。

都道府県の実情を踏まえて、集団的個別指導は指導日の 3 週間前を目途として通知する。

指導大綱 第 6 2 集団的個別指導方法等 (1) 指導実施通知

指導対象の保険医療機関等を決定したときは、地方厚生局は次の事項の文書をあらかじめ通知する。

- 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

指導大綱 第 4 3 集団的個別指導の選定基準

診療報酬明細書の 1 件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（以下「高点数保険医療機関等」とする）は、平均点数が高い順に選定する。ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。

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。

〔注：取扱件数の少ない保険医療機関等：「共同指導 3 保険医療機関等の対象候補(2)」によると、1 か月当たりの診療報酬請求件数が社保分、国保分及び後期分を合わせて 50 件未満で、直近 2 か月の平均請求件数も 50 件未満の保険医療機関等との記載がある。〕

指導大綱実施要領 第 6 集団的個別指導 4 指導対象となる保険医療機関等

指導対象となる保険医療機関等の選定には、高点数医療機関等による。

平成 7 年の課長通知の「一定の基準を上回る保険医療機関等」とは、レセプト 1 件当たりの平均点数が都道府県の平均点数の一定割合（歯科を除く病院では 1.1 倍、その他にあっては 1.2 倍）を超えるもので、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% の範囲に位置する保険医療機関等をいう。

指導大綱 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。

第 7 個別指導 1 実施時期 (1)

・ 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否したための個別指導の場合は、速やかに実施する。

指導大綱実施要領 第 4 レセプト 1 件当たりの平均点数の算出等

集団的個別指導の対象の保険医療機関等を選定するためのレセプト 1 件当たりの平均点数の算出は、当面、次により行う。

1 使用する基礎データ

レセプト 1 件当たりの平均点数の算出基礎となるデータは、支払基金及び国保連合会からのデータによる。

2 算出に使用するレセプトの種類

レセプト 1 件当たりの平均点数の算出に使用するレセプトの種類は、原則として一般分とし、医科の病院では本人及び家族の入院分、診療所では本人及び家族の入院外分・小児科では家族の入院外分とする。

〔注．一般分：生保などの公費負担医療制度を除外〕

なお、都道府県の実情に応じ、後期高齢者分のレセプトを使用することも差し支えない。

指導大綱実施要領 第 6 集団的個別指導 5 実施方法

注．岐阜県の集団的個別指導は、集団部分の方式で指導が実施されている。

(1) 指導は、原則として始めに指導の対象となったすべての保険医療機関等に対し、共通的な事項等に関して行い〔集団部分〕、引き続き個別に面接懇談方式〔個別部分〕により行う。

(2) 集団部分では、①高点数保険医療機関等に該当していること②高点数を選定対象とした理由は、客観的な選定方法に基づいて選定したものであること③翌年度の実績においても高点数保険医療機関等に該当した場合には、翌々年度に個別指導の対象となることを伝える。

具体的な指導例としては、指導対象となった保険医療機関等に、講義形式により保険医療機関等名を伏せた高点数順の一覧表を作成し、これに基づき診療傾向等の特徴を例示して指導する方法や特徴的なレセプトを用いて指導する方法等が考えられる。

(3) 個別部分は、指導対象のレセプトの患者名及び診療月を指導対象となる保険医療機関等にあらかじめ連絡しておく。

(4) 指導は、原則として上記 (1) の方法で実施するが、暫定的な方法として指導対象となった高点数医療機関の一部で概ね半数以下（上位 4%～8%？）は、上記 (2)〔集団部分〕の指導のみとすることも差し支えない。

指導大綱 第 6 2 集団的個別指導方法等 (3) 指導の方法

指導〔個別部分〕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で行う。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、翌々年度に個別指導の対象となる。」ことを伝える。

指導大綱実施要領 第 6 集団的個別指導 3 指導対象となるレセプト

指導対象のレセプトは、できる限り検査・投薬等において特徴的な傾向が見られるものや、高点数のもの等で、指導効果が期待できるものを使用する。

指導大綱 第 6 2 集団的個別指導方法等 (2) 出席者

指導には、原則として指導対象の保険医療機関等の管理者に出席を求める。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。

指導大綱 第 6 2 集団的個別指導方法等 (4) 学識経験者の立会いの依頼等

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

指導大綱 第 7 2 (1) 集団的個別指導の指導結果の通知

指導担当者は、集団的個別指導が終了した時点で、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。

指導大綱 第 7 1 (1) 集団的個別指導後の措置

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、指導対象の大部分の診療報酬明細書が適正を欠くと認められた保険医療機関等集団的個別指導〔個別部分〕後、概ね一年以内に都道府県個別指導を行う。

指導大綱実施要領 第 9 2 指導記録の作成

集団的個別指導では、出席者の保険診療に対する認識の度合い・指導内容のうち特に必要と認められる事項等に関して記録しておき、今後の指導の参考とする。

平成 7 年の課長通知 4. 経済上の措置について

(5) 集団的個別指導〔個別部分〕では自主返還の取扱いを行わない。

個 別 指 導 (都道府県個別指導)

一般に「個別指導」と言われるものは、この「都道府県個別指導」である。

指導大綱実施要領 第 9 指導の実施通知及び指導記録の作成 1 指導の実施通知

(1) 通知の内容及び通知の時期

実施通知には、「当該通知に当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生局及び都道府県又は地方厚生局及び都道府県が共同で行うことを明記する。」を記載する。

都道府県の実情を踏まえて、個別指導は指導日の 3 週間前を目途として通知する。

平成 10 年の課長通知 〔前文：指導実施通知の追加〕

最近、保険医療機関に不祥事が発生し、不正請求の防止及び老人医療費の適正化を最重点課題として実施することになり、指導及び監査の実施通知は、実施日の概ね 1 週間から 10 日前にする。

特に悪質な保険医療機関等に対する監査の実施通知は、必要に応じ監査の当日とする。

指導大綱 第 6 3 個別指導の指導方法等 (1) 指導実施通知

指導対象の保険医療機関等を決定したときは、地方厚生局は次の事項の文書をあらかじめ通知する。

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 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 |

指導大綱実施要領 第 7 個別指導 1 実施時期

個別指導は、(1) 都道府県個別指導 (2) 共同指導 (3) 特定共同指導を対象とし、このうち、個別指導で再指導・経過観察で改善が認められない場合や、監査で戒告・注意を受けた場合や、集団的個別指導〔個別部分〕で診療報酬明細書が適正を欠く場合などは、概ね 1 年以内に実施する。

診療報酬の請求などの情報提供で個別指導か共同指導かの場合や、正当な理由がなく集団的個別指導を拒否したための個別指導の場合は、速やかに実施する。

その他の特に都道府県個別指導が必要な場合は、計画的に実施する。

平成 10 年の課長通知 〔本文：選定基準〕

1. 診療報酬の請求などの情報提供で、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、「再指導」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
3. 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等
4. 医療監視の結果、問題があった保険医療機関等
5. 検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関
6. 他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関連して、指導の必要性が生じた保険医療機関等

7. 会計監査院の実地検査の結果、指導の必要性等が生じた保険医療機関等
8. 1件当たりの点数の高い保険医療機関等
9. 新規指定保険医療機関等

○ 選定基準で集団指導に関連する事項

指導大綱 第4 4 個別指導の選定基準 (1) 都道府県個別指導の選定基準

⑤ 集団的個別指導を受け、翌年度の実績でも高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等。

ただし、集団的個別指導を受けた後に、個別指導を受けた医療機関は対象外。

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

④ 集団的個別指導〔個別部分〕の結果、指導対象の大部分の診療報酬明細書が適正を欠くと認められた保険医療機関等

指導大綱 第8 指導拒否への対応

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。

平成7年の課長通知 3. 個別指導について〔選定基準の追加〕

(2) 集団的個別指導を受け、翌年度の実績で高点数保険医療機関等により個別指導・共同指導の対象の保険医療機関で、「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」とは、翌年度の実績で、当該保険医療機関等が集団的個別指導の対象として選定された基準に照らして高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等をいう。

(1) 集団的個別指導を受け、翌年度の実績で高点数保険医療機関等により個別指導・共同指導を受け、過去にも同様な選定で個別指導を受けた保険医療機関等で、直近の個別指導の結果、指導後の措置が「概ね妥当」で、現在でも適切な状態が継続していると認められるものや、指導後の措置が「経過観察」で、その後改善が図られていると認められるものは、都道府県の審査支払機関（支払基金又は国保連）に意見を聴いてから、個別指導の対象から除外することができる。

指導大綱 第4 3 集団的個別指導の選定基準

・ 個別指導を受けた保険医療機関等は、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

指導大綱実施要領 第7 個別指導 2 指導対象となる保険医療機関等

指導対象となる保険医療機関等の選定で、平成7年の課長通知の「翌年度の実績でも高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等」は、翌年度の実績で、集団的個別指導を受けたグループの保険医療機関等で概ね半数以上の上位にある保険医療機関等をいう。

ただし、レセプトの1件当たり平均点数が都道府県の平均点数の一定割合以下であれば対象外となる。

〔注. 概ね半数以上の上位：高点数医療機関の半数（8%の半分）の上位か、または保険医療機関等の総数の上位より概ね4%かのことである。〕

指導大綱実施要領 第4 レセプト1件当たりの平均点数の算出等

集団的個別指導の翌年度もなお高得点保険医療機関で、個別指導や共同指導の対象となる保険医療機関等を選定するためのレセプト1件当たりの平均点数の算出は、当面、次により行う。

1 使用する基礎データ

レセプト1件当たりの平均点数の算出基礎となるデータは、支払基金及び国保連合会からのデータによる。

2 算出に使用するレセプトの種類

レセプト1件当たりの平均点数の算出に使用するレセプトの種類は、原則として一般分〔注. 生保などの公費負担医療制度を除外〕とし、医科の病院では本人及び家族の入院分、診療所では本人及び家族の入院外分・小児科では家族の入院外分とする。なお、都道府県の実情に応じ、後期高齢者分のレセプトを使用することも差し支えない。

指導大綱 第 6 3 個別指導の指導方法等 (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。

参考：指導対象となるレセプト：「指導大綱実施要領 第 6 集団的個別指導」には、指導対象のレセプトは、できる限り検査・投薬等において特徴的な傾向が見られるものや、高点数のもの等で、指導効果が期待できるものを使用する。との記載あり。

指導大綱実施要領 第 7 個別指導 3 実施方法等

(1) 指導は、原則として指導月以前の連続した 2 カ月のレセプトに基づいて、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により行う。

(2) 共同指導及び特定共同指導の実施に係る具体的な取扱いは、毎年 3 月に厚生労働省から通知する。都道府県個別指導は、この通知に準じて実施する。

指導大綱実施要領 第 9 指導の実施通知及び指導記録の作成 1 指導の実施通知

(3) 個別指導において準備すべき書類等

準備すべき書類等で共同指導及び特定共同指導に係るものは、毎年 3 月に厚生労働省から通知する。都道府県個別指導は、この通知に準じて実施する。なお、長期療養患者に係るもの等でやむを得ないと認められる場合は、期間を限定して持参させるなどの配慮をする。

指導大綱 第 6 3 個別指導の指導方法等 (2) 出席者

指導には、原則として指導対象の保険医療機関等の開設者・管理者の出席を求める。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。

指導大綱実施要領 第 9 指導の実施通知及び指導記録の作成 1 指導の実施通知

(2) 出席者

個別指導の出席者で、開設者に代わる者とは、開設者が法人である場合には当該法人の代表者等を指すもので、第三者である代理人（弁護士等）を指すものではない。

指導大綱 第 6 3 個別指導の指導方法等 (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。

指導大綱実施要領 第 9 指導の実施通知及び指導記録の作成 2 指導記録の作成

指導記録の作成で共同指導及び特定共同指導に係るものは、毎年 3 月に厚生労働省から通知する。都道府県個別指導は、この通知に準じて実施する。

指導大綱 第 7 1 (2) 個別指導後の措置

個別指導後の措置は、次のとおりとし、診療報酬の請求などの妥当性等により措置する。

① 概ね妥当

② 経過観察

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

診療報酬の請求などに関し、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。患者調査の結果で、不正又は著しい不当が明らかとなった場合は、再指導を行わないで当該保険医療機関等に対して「監査要綱」に定める監査を行う。

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、指導中に診療報酬の請求などに、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合には、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。

指導大綱 第 7 2 (2) 個別指導の指導結果の通知

地方厚生局は、指導の結果及び指導後の措置に関し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で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。

指導大綱 第 7 3 改善報告書の提出

地方厚生局は、当該保険医療機関等に対し、第 7 2 (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。

指導大綱実施要領 第 10 経済上の措置 1 自主点検の範囲

平成 7 年の課長通知の「自主点検の範囲」は、指導対象となった患者分のみでなく、指摘を受けた事項に関して全患者分の診療録等を対象とする。

平成 7 年の課長通知 4. 経済上の措置について

- (1) 都道府県は、個別指導で診療内容又は診療報酬の請求に関し不当な事項を確認したときは、当該保険医療機関等に対し事実の確認を行って、自主点検を求める。自主点検の結果、指摘した事項と同様のものが確認されたときは、指摘した分と併せて自主返還を求める。
- (2) 都道府県は、当該保険医療機関等に対し(1)の取扱い・指摘事由等に関して十分説明する。
- (3) (1)に定める自主返還の期間は、原則として指導月前の 1 年以上とする。

指導大綱実施要領 第 10 経済上の措置 2 自主返還の方法

- (1) 地方厚生局は、当該保険医療機関等に対し、自主点検後「返還同意書」等の必要な書類を提出させる。
 - (2) 自主返還の方法は、平成 7 年の課長通知 4 (4)*の方法でなく、今後支払われる診療報酬がある場合には、次の方法でもよい。
- ① 地方厚生局は支払基金に、都道府県は国保連合会に対し、保険者に代わって、今後支払われる診療報酬から返還するように「診療報酬の控除処理について(依頼)」等の必要な書類で依頼する。
 - ② 地方厚生局、都道府県国民健康保険主管課及び後期高齢者医療主管課は、それぞれ返還に該当する保険者に対して、返還金発生の事実・これに伴う支払調整の方法・返還金額に関して「診療報酬の返還金について」等の必要な書類で通知する。

* 平成 7 年の課長通知 4 (4) 経済上の措置について

自主返還の取扱い方法は、該当する保険者に、保険医療機関等の名称・返還金額等必要な事項を通知する。次に当該保険者は審査支払機関(支払基金又は国保連)に当該保険医療機関等に支払うべき診療報酬から返還金額を控除するよう連絡する。なお、この取扱いが難しいときは、審査支払機関が当該保険者に連絡し、当該保険者が当該保険医療機関等から返還金相当額を直接に返還させる。

個 別 指 導 (共 同 指 導)

特定共同指導は臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院などが対象なので省略した。

参考：指導大綱 第 4 4 (2) 共同指導の選定基準

- ① 過去に都道府県個別指導にもかかわらず、診療報酬の請求などに改善が見られず、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報酬の請求などの連絡で、共同指導が必要と認められる保険医療機関等
- ④ その他に共同指導が必要と認められる保険医療機関等
- ③ 集团的個別指導を受け、翌年度の実績でも高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等。

参考：指導大綱 第 6 3(1)指導実施通知

指導対象の保険医療機関等を決定したときは、地方厚生局は次の事項の文書をあらかじめ通知する。

- 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

引用：特定共同指導の実施に係る取扱いについて

平成 22 年 4 月 9 日保医発 0409 第 1 号

1 実施時期等

実施時期及び保険医療機関等の数は別途通知する。

2 実施体制等

共同指導の実施は、厚生労働省保険局医療課が主体となっていくが、効率的・効果的に実施するため、地方厚生局及び都道府県の協力を求める。

3 保険医療機関等の対象候補

指導対象となる保険医療機関等の候補は、指導大綱の第 4 の 4 (2) とする。

指導大綱の第 4 4 (2) ① で選定する保険医療機関等は、都道府県個別指導の指導後の措置が 2 回以上「再指導」あって改善が見られない保険医療機関を選定する。

指導大綱の第 4 4 (2) ② 又は④ で選定する保険医療機関等は、共同指導が必要な理由を明らかにして選定する。

次に掲げる保険医療機関等は、指導対象から除外して差し支えない。

(1) 過去 3 年間に於いて共同指導を実施した保険医療機関等

(2) 1 か月当たりの診療報酬請求件数が社保分、国保分及び後期分を合わせて 50 件未満で、かつ、直近 2 か月の平均請求件数も 50 件未満の保険医療機関等

4 保険医療機関等の選定協議

選定に当たって対象候補の中から選定委員会の選定を経て、次の事項に留意し、指導の実施月の 3 か月前までに選定協議を行う。

(1) 保険医療機関等の数は、別途当職から通知することになっている数の 2 倍程度を提示する。

(2) 次の書類を貼付する。

① 別添 1－1～4

② 診療等の傾向又は特色が現れている 10 人分程度の連続した 2 か月分のレセプトの写し

③ 指導大綱の第 4 4 (2) ①・②・④ の保険医療機関等を対象候補とした場合は、その理由を客観的に判断できる資料

5 レセプトの収集等

選定協議及び指導実施用のレセプトの収集等は、次のとおりとする。ただし、これによらない場合は、当課医療指導監査室に協議する。

(1) 選定協議用レセプト

都道府県の 1 件当たり平均点数を上回るもので、保険者区分（社保分、国保分及び後期分）を網羅する。

DPC 算定機関は、既に退院している DPC 算定の患者以外に出来高算定のみを行っている患者を含める。

(2) 指導実施用レセプト

都道府県の 1 件当たり平均点数を上回る連続した 2 か月分のもので、保険者区分（社保分、国保分及び後期分）を網羅し、以下の事項に留意する。

① 医科は、初診料を算定している患者を数例含めると共に診療科に偏りが生じないように配慮する。

③ 収集レセプトの対象人数は、30 人分とし、医科の入院及び入院外の割合は、病院 8 対 2、有床診療所 4 対 6 とする。また、医科の DPC 算定機関は、既に通院している DPC 算定の患者 15 人分以外に出来高算定による入院患者 9 人分及び入院外の患者 6 人分とする。

なお、医科の院外処方せんを発行している場合は、診療レセプトに対応する調剤レセプトを各月毎に貼付する。

6 保険医療機関等への指導の実施通知及び患者名の通知

(1) 指導の実施通知

指導大綱の第63(1)に定める事項を記載し、指導日の3週間前に当職から通知する。

DPC算定機関は、サマリーが必要な患者名と共に、指導日の4週間前に通知する。

当該通知は、別途地方厚生局に写しを送付する。

(2) 患者名の通知

患者名は地方厚生局で以下のように通知する。

① 医科 ア 病院

1週間前に15人分(ただし、DPC算定機関は4週間前)、前日に15人分を通知する。

① 医科 イ 診療所

4日前に15人分、前日に15人分を通知する。

7 関係資料の送付

(1) レセプトは、指導日の3週間前(DPC算定機関は6週間前)までに当課医療指導監査室に送付する。

(2) 医科のDPC算定機関は、退院時要約(サマリー)の写しを地方厚生局分室等に提出させ、指導日の2週間前までに当課医療指導監査室に送付する。

(3) 当課医療指導監査室が別途指示する施設基準等の届出を行っている保険医療機関は、直近の届出等に係る写しを指導日の3週間前までに当課医療指導監査室に送付する。

(4) 「病院の現況」・「保険医療機関の現況」は、指導日の1週間前までに当課医療指導監査室に送付する。

8 保険医療機関等に準備を依頼する書類等

当職から保険医療機関等に通知するが、指導会場への持ち込みが極めて困難な場合等には、指導日の前日までに当課医療指導監査室と協議する。これらの指示及び調整は、地方厚生局分室等に協力をお願いする。

9 指導結果通知及び改善報告書等の提出

(1) 指導結果に関して、当職から通知する。当該通知は、別途地方厚生局に写しを送付する。

(2) 指導結果に基づく改善報告書及び返還同意書は、地方厚生局分室等を経由して当課医療指導監査室に提出する。返還金に係る金額が確定した場合は、別途、地方厚生局に連絡し、保険者との調整は地方厚生局分室等に協力をお願いする。

10 医科及び薬剤担当技官による指導

(1) 医科の病院では、必要に応じて薬剤担当技官が同行し、指導を行う。

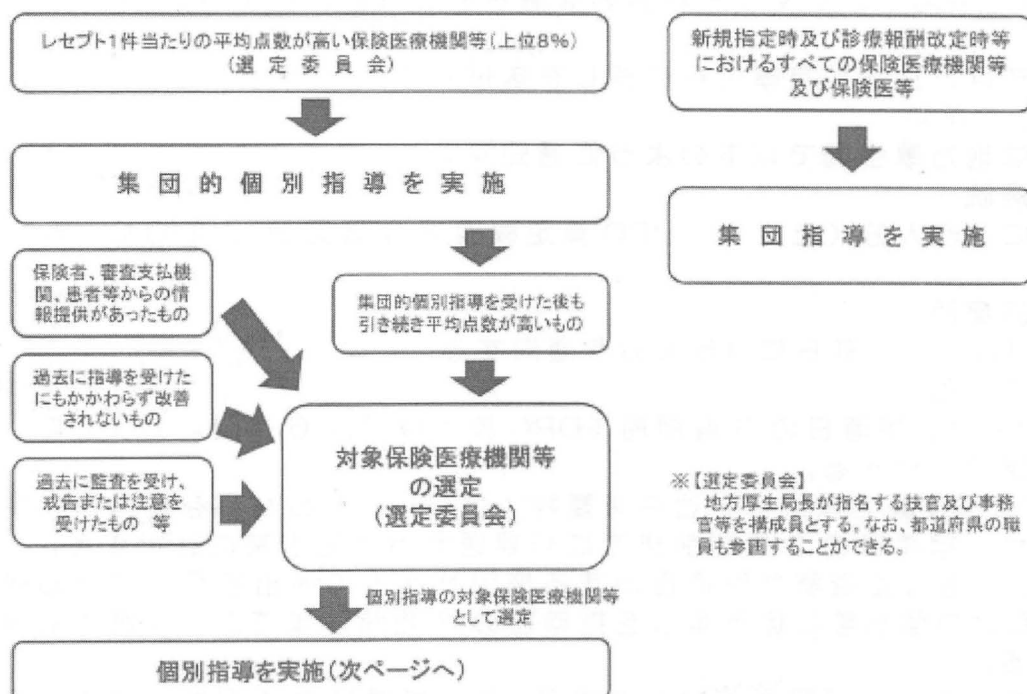
11 顧問医師団の同行

必要に応じて顧問医師団の医療技術参与が同行して指導を行う。

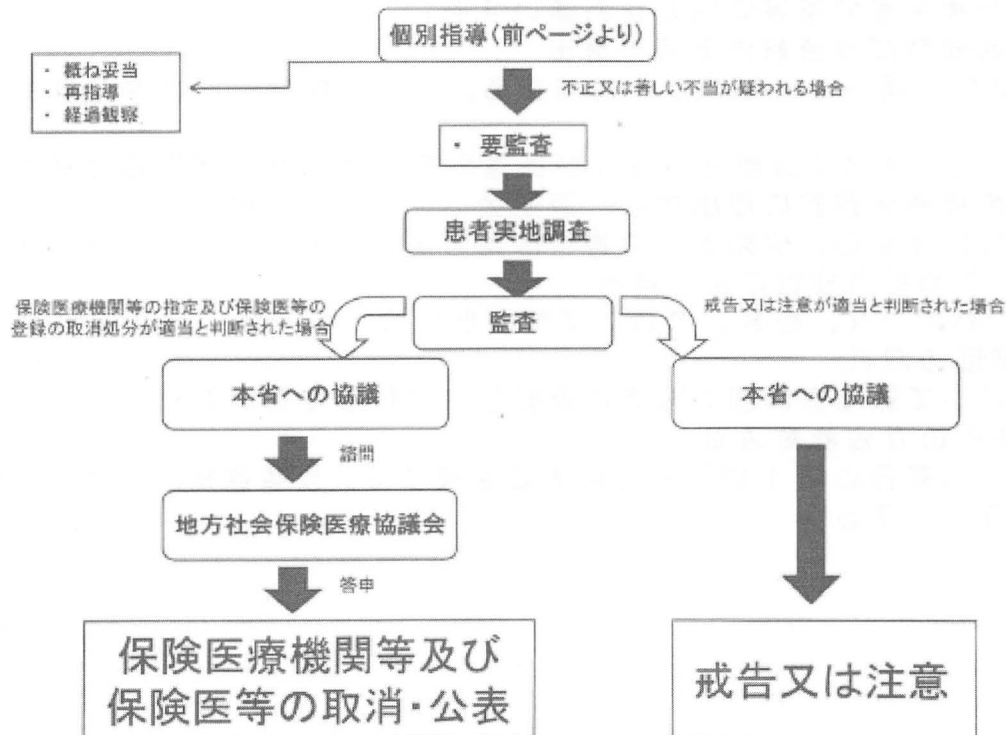
12 関係団体への立会依頼通知

当職から指導日の約1か月前を目途に通知する。当該通知は、別途、地方厚生局に写しを送付する。

指導の流れ



監査の流れ



4.診療報酬請求の基本的なシステムの話

抜粋 江崎俊夫 平成 22 年 10 月 25 日

2010 年 9 月 16 日「第 5 回 審査支払機関の在り方に関する検討会議事録」

・資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000s84m.html>

レセプト審査の決定は医師の誰もが支払基金が担っていると信じています。しかし、この議事録から抜粋した 2 人の解説では、健康保険法第 76 条により支払基金は保険者から審査の業務を委託されているだけのことです。

平成 22 年 9 月請求分で医療機関の電子レセプト請求の実施件数は全体の 95% となりましたので、保険者がほとんどのレセプトデータを把握することになり、審査の主導権を握ることができるようになりました。保険者が理不尽な再審査請求をしてきた場合に、食い止めることができるのは良識ある審査員の裁量にゆだねられることになりました。

◎新原ゲストスピーカー：日本大学歯学部社会歯科学特任教授の新原英嗣様

私は、大学を出てから、診療実務者、行政担当実務者、審査担当実務者、そして、保険者側として、勿論被保険者、時には患者として、健康保険制度を取り巻くすべての立場に身を置いてこの制度の運用を現実的に見てまいりました。

審査支払は、健康保険法第 76 条第 4 項目で示しますとおり、保険者の本来業務の一つであり、審査支払に対する責任は保険者にあります。支払基金には、健康保険法第 76 条第 5 項を根拠として、外部委託しているにすぎません。

健康保険法第 76 条（療養の給付に関する費用）

4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第 70 条第 1 項及び第 72 条第 1 項の厚生労働省令並びに前 2 項の定めにも照らして審査の上、支払うものとする。

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和 23 年法律第 129 号）による社会保険診療報酬支払基金（第 88 条第 11 項において単に「基金」という。）又は国民健康保険法第 45 条第 5 項に規定する国民健康保険団体連合会（第 88 条第 11 項において「国保連合会」という。）に委託することができる。

通常は、仕事に責任を負わなければならない委託元が委託先の仕事等に満足していない場合は、みずから仕事をするか、委託先を変更するのが社会常識です。

本来、保険者の支払業務であり、保険者が責任を負うべき審査支払業務を保険者みずから行うこと、外部委託先を変更することを実質的に阻害しています。平成 14 年 12 月 25 日付厚生労働省保険局から健康保険組合理事長あてに発出されました「健康保険組合等による審査および支払」という表題の「保発第 1225001 号」通知を廃止・変更する必要があると考えております。

平成 14 年 12 月 25 日 保発第 1225001 号

健康保険組合理事長殿

厚生労働省保険局長

「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」

健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務については、「健康保険組合における診療報酬の支払に関する件」(昭和 23 年 8 月 21 日保発第 42 号各都道府県民生部保険課長宛厚生省保険局長通知)により、社会保険診療報酬支払基金に委託するよう指導してきたところであるが、今般、同通知を廃止するとともに、「別添 1」のとおり取り扱うこととしたので、ご了解願いたい。

1 健康保険組合等による審査及び支払

(1)健康保険組合は、特定の保険医療機関(以下「対象医療機関」という。)と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。

また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）以外の事業者（以下「事業者」という。）に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。以後省略

現在は、すべての審査委員が医師・歯科医師で占められておりますが「告示」「通知」「疑義解釈事務連絡」に記載されている内容や「薬効」などについては、医師・歯科医師でなくても審査可能です。現実には、支払基金の審査においても、基金職員の事務共助に負うところが大きい状況です。ちなみに、今年（平成 22 年）の 7 月の原審査査定件数のうち、事務共助が関与したものが 67.9%に上っています。

また、学識経験者審査委員は、平成 15 年までは行政が中心となって選考していましたが、組織変更されてからは、支払基金の支部に設置されています学識経験者審査委員選考協議会で選考するようになりました。しかし、この学識経験者審査委員選考協議会の構成メンバーは、支部長以外はほとんどすべて審査担当者サイドで占められております。公正な選考をしていることを疑われる状況にあります。なお、保険者側の審査委員につきましても、支払基金支部から業界団体に一括依頼している支部が存在する現状に対する不満を保険者職員から聞いております。

諸外国の公的医療保険制度における審査の状況を見ましても、審査を単月審査と縦覧審査に分けたり、単月審査と事後点検に分けたりしている国はありません。したがって、保険者が審査に二重の手間と費用をかけることもありません。

保険者と保険医療機関が直接話し合い、問題を直接解決していくことにより限られた医療財源を効率的に使う必要があります。

保険者からの再審査請求の消滅時効は、民法第 167 条第 1 項及び第 703 条により、支払われた日の翌日より起算して 10 年です。

民法第 167 条（債権等の消滅時効）

1 債権は、10 年間行使しないときは、消滅する。

民法第 703 条（不当利得の返還義務）

法律上の原因なく他人の財産又は労務によって利益を受け、そのために他人に損失を及ぼした者（以下この章において「受益者」という。）は、その利益の存する限度において、これを返還する義務を負う。

医療機関の再審査請求の消滅時効は、民法 170 条第 1 号より、請求を行うことができる」とされる診療月の翌月の 1 日から起算して 3 年でございます。

民法第 170 条（3 年の短期消滅時効）

次に掲げる債権は、3 年間行使しないときは、消滅する。

1 医師、助産師又は薬剤師の診療、助産又は調剤に関する債権

編注．この人の解説に信頼がおけないのは、はじめに審査は健康保険法第 76 条によるとしながら、消滅時効になると健康保険法第 193 条でなく民法を持ち出してきたことである。健康保険法での 2 年の時効は、診療報酬点数表が 2 年毎に改定されていることに関連しているかもしれない。

健康保険法 第 193 条（時効）

保険料等を徴収し、又はその還付を受ける権利及び保険給付を受ける権利は、2 年を経過したときは、時効によって消滅する。

しかし、昭和 60 年 4 月 30 日付、保険発第 40 号・庁保険発第 17 条「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」、及び同日付で出されました、保文第 272 号「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」においては再審査の申出期間を「支払基金が定めた 6 か月以内とする」という旨記載されています。保険者の再審査の申出期間が、旧厚生省の課長通知により厳しい制限を受けているという事実です。

昭和 60 年 4 月 30 日 保発第 40 号・庁保発第 17 号

各都道府県民生主管部（局）保険主管課（部）長あて

厚生省保険局保険課長・社会保険庁医療保険部健康保険課長・船員保険課長連名通知

「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」

- 1 支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則六か月以内）を遵守するよう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの再度の再審査申出は、特別の事情がない限り認められないものであるので、留意されたいこと。

支払基金では平成 18 年 3 月 10 日付保発 031001 号の「調剤報酬請求に対する審査の実施について」により、保険薬局の調剤報酬明細書のうち 1,500 点以上のものについて審査を申し出ることができるので、保険者は調剤レセプトの突合審査において明らかに適応のない薬剤も、調剤レセプトの合計点数が 1,500 点を超えなければ請求どおり支払われています。歯科においては、歯科調剤レセプトの合計点数が 1,500 点（15,000 円）を超えるケースは非常にまれですから、処方せんで適応傷病名なしで薬剤投与してもほとんど査定されることがありません。

平成 18 年 3 月 10 日 保発第 0310003 号 庁保発第 0310001 号

地方社会保険事務局長殿

厚生労働省保険局長 社会保険庁運営部長

「調剤報酬請求に対する審査の実施について」

調剤報酬請求についての審査要領については、「処方せんによる調剤に係る診療報酬請求に対する審査の実施について」（昭和 63 年 3 月 19 日保発第 23 号）により示してきたところであるが、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成 18 年厚生労働省令第 30 号）（参考 1）及び「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一条第三項の規定に基づき厚生労働大臣の定める調剤報酬請求書を廃止する件」（平成 18 年厚生労働省告示 112 号）（参考 2）による調剤報酬明細書への処方せん貼付義務の撤廃等を踏まえ、今般同通知を廃止し、別添 1 及び別添 2 のとおり調剤報酬請求についての審査要領の変更等を行い、当職から別途、社会保険診療報酬支払基金理事長あて当該審査要領等に沿った審査を、都道府県知事宛て各都道府県国民健康保険団体連合会において当該審査要領等に沿った審査がなされるよう周知を依頼したところであるので、貴職におかれても御了知の上、関係者に対して周知徹底を図られたいと通知する。

以下はその内容：

18 年 4 月診療分以降の調剤報酬請求に対する具体的な審査の取り扱いは、保険者は、医科レセプトや歯科レセプトと、合計点数が 1500 点以上の調剤レセプト突合点検し、不適切な投薬とみられる事例は、医科レセプトに調剤レセプトを貼付したうえで審査支払機関に請求。審査請求を受け付けた審査支払機関は、従来の院内投薬と審査と同様の方針にもとづき審査することとするが、審査上特に疑義が生じた場合は、審査支払機関または審査委員会が疑義レセプトに係る処方せんを保険薬剤師から取り寄せる仕組みに改める。

審査の結果、審査支払機関は、▽処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合は保険薬局に対し査定分を請求▽処方せんの内容が不適切な場合は保険医療機関に対し調剤の算定分を請求することとし、査定分の請求にあたり「保険医療機関が当該査定に係る処方せんおよび保険薬局を特定しうよう配慮する」と規定した。

○山本委員：

もう一点、新原先生のお話の中で、もし私の誤解が少しあったらと思ってお聞きするのですが。調剤レセの話で、1,500 点以下のお話が出てまいりましたけれども、お話を伺った範囲では、調剤の方は何もなくて、そう通ってしまうという無法地帯のように聞こえるのですが、そういった御趣旨なののでしょうか。

○新原ゲストスピーカー：

現実に歯科の再審査の調剤の査定状況を見ますと、歯科では調剤レセでほとんど査定が出ていない。これは現実の数字で出ておりますので。また、歯科の調剤レセで1,500点（15,000円）を超えるレセプトなんて、病院でない限りは、大きな病気でない限りはほとんどないのです。ですから、そういう面でお話をしたわけです。

◎滝口ゲストスピーカー：

株式会社メディカル・データ・コミュニケーションズ代表取締役会長、

東京女子医科大学医学部非常勤講師の滝口進様

我が国の公的医療保険制度は、その給付に関して、療養という現物で給付すると定められております。保険者は医師ではございませんので、みずから療養を給付できませんので、そこで医療供給者に給付事務を委任するという形をとっております。これは、療養の給付事務に関して委任はしておりますが「指定」というふうに呼ばれておりまして、これは「療養担当規則」という約款に基づく付従契約であり、かつ、対価を定めておりますので、双務契約で公契約の一種と解されております。この対価に関して、毎月診療報酬の請求がなされております、保険者はこれを審査の上支払うものとするという健康保険法 76 条の 4 でこれを規定しております。

健康保険法第 76 条（療養の給付に関する費用）

4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第 70 条第 1 項及び第 72 条第 1 項の厚生労働省令並びに前 2 項の定めに照らして審査の上、支払うものとする。

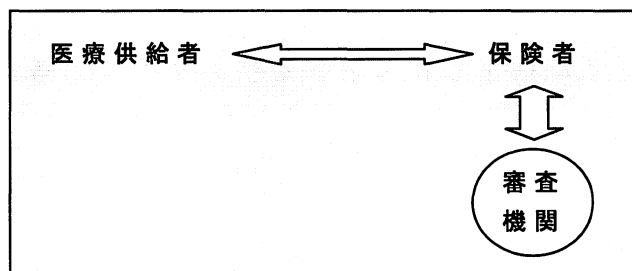
実は、この審査は債権債務の確認手続の一環とされておりまして、私法上の一般取引債権の手続と何ら変わりがなく、適正な支払額を確認するための点検措置にすぎないという法的解釈が最高裁の判例で確立しております。お手元の黄色い資料の 28 ページ（この資料なし）にその詳細を記してございます。

一方で、この審査は、健康保険法 76 条の 5 で「基金に委託できる」として、外注を容認しております。

健康保険法第 76 条（療養の給付に関する費用）

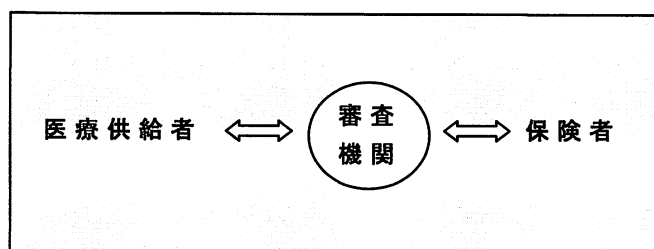
5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和 23 年法律第 129 号）による社会保険診療報酬支払基金（第 88 条第 11 項において単に「基金」という。）又は国民健康保険法第 45 条第 5 項に規定する国民健康保険団体連合会（第 88 条第 11 項において「国保連合会」という。）に委託することができる。

つまり、この審査機関は委託を受けておりますが、これも私法上の業務委託そのものでございまして、健保連がまとめて基金と契約をする形をとっております。そのときの保険者と審査機関の立ち位置は、本来はこの図のごとくでありまして、保険者から委託をされて審査をし、保険者に対してアドバイスをするという位置づけでございます。



ところが、昭和 23 年支払基金法の成立に併せて当時の保険局長通知で数度にわたって基金の利用を強制し、併せて省令でレセプトはすべて各都道府県の審査支払機関に提出するよう定めたので、あたかもこの図のように審査機関が医療供給者側と保険

者側の間に立つような形になってしまっております。結果として、すべてのレセプトを行政の権限として基金が審査を決定しているかのごとき認識が、医療供給者と保険者双方に定着しているというふうに考えられます。

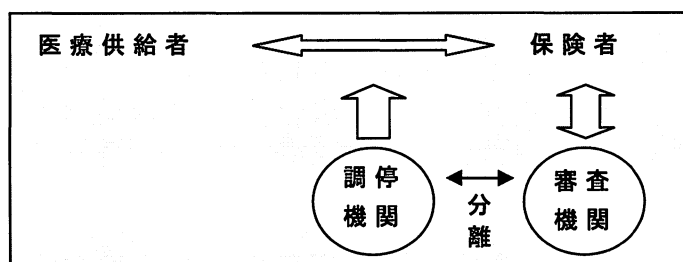


先ほどの 28 ページの資料 5 は、その誤解ゆえに基金の決定を不服として起こされた訴訟で、実は、基金の決定は法律上の効果ではない、したがって、行政処分に当たらないという判決に解説を加えたものでございます。

・調剤の直接審査「レセネット」の話 （追加資料：2つの健保組合）

実は、私どもは 10 年ほど前から、診療報酬の直接請求・審査ができないものかとさまざまに検討を重ねてまいりました。その間、規制緩和の追い風もあって、一昨年の秋から、実際の直接請求審査を 2 つの健保組合でスタートさせまして、今日に至るまで順次参加健保数を増やしてきております。私どもが「レセネット」と呼ぶ直接審査支払の概要をここにお示しをいたします。

まず、医療供給者が直接各保険者に診療報酬を請求します。現在はまだ調剤薬局のみの参加にとどまっていますが、保険者みずから請求を審査した上で、疑義のあるものについては、請求先に直接問題点を指摘いたします。ここでいきなり査定をすることはいたしません。当事者間で直接協議をし、合意すれば直接支払をいたします。合意に至らないときは、あらかじめ取り決めた調停の仕組みに委ねることになります。それでも解決しない場合は、裁判で決着をつけるというルールをあらかじめ定めた上でこの制度を運用しております。これは一昨年の 11 月からスタートして、徐々に増加してきた健保数と参加薬局数及び月々の取扱レセプト件数を示しております。



更に、調剤レセプトでございますので、突合して、医科の方のレセプトに過誤があると考えられた場合は、支払基金に意見を求めることができることとされておりまして、まさにこれは支払基金が ADR として具体化していることの証左だと考えられますが、そのとき保険者の主張の 60% は基金で認められるのですが、医療機関が納得してこの決定に従うのはその 3 分の 1 に限られております。これは、まだ ADR としての機能が医療機関側にその裁定を納得するための仕組みとして十分に理解されていないということがございます。

○高田委員：

調剤の直接審査「レセネット」なんですけれども、私どもは保険者としても非常に優れた仕組みだと考えております。でも、スタートされてまだ期間が短いということで、全体の普及には少しかかるのかなと思うのですけれども、最後のところにありましたように、医療機関と保険者という当事者同士が納得と合意を得ると。これはやっぱり本来の在り方だと思うのですが、そういったところでもう少し普及させるに当たって何か困っているような点があれば、ちょっと御教示いただきたいと思います。

○滝口ゲストスピーカー：

始めてまだ 1 年半でございますので、さまざまに解決しなければいかん問題がたく

さんごさいますが、1つは、行政側の対応をもう少しフレキシブルにやっていただければと。例えば、今、直接審査を始めようという健保組合については、年2回の組合会でしかこの決定ができない。しかも、1薬局が増えるたびにこの組合会の決議を経なければいかんと。しかも、そのときの手続として、一からすべての書類を整え直して厚生局に提出をしなければいかんということになりますと、これだけでその書類を整えて申請をするためには膨大な手間がかかります。

今私どもは調剤薬局だけの拡大しかできておりませんが、これは、勿論、医科レセプトについても、当事者間の納得は非常に重要だと思いますが、医科レセプトの場合は、医師の裁量権にかかるところが多々ございますので、それに対して、調剤レセプトに関しては、事実上、処方せんに対する決定権・変更権が薬剤師にはございませんので、これは比較的合意を得やすいという事実もございます。

○山本委員：

薬剤師というか、調剤を担当する者としてはいささか納得しかねる部分がありますので、それも含めて御議論いただければと思います。

○滝口ゲストスピーカー

先ほど裁量権がないと申し上げたのは、レセプトが保険者に提出された段階で、その内容についての是非をめぐって、例えば処方せんが、薬の量とか種類とか適応とかといったものについて薬剤師が直接それを変更するとか、それについて薬が多いから調剤レセプトから査定するということとはあり得ないという意味で申し上げたのであって、決して薬剤師の先生方に一切裁量権がないと申し上げたつもりはございませんので、このあたりは誤解のないように、お詫びをして、訂正をしておきたいと思います。

あとは、医科レセプトとの突合につきましては、ある程度基金がその是非についての意見を言える状況を、これは厚生労働省がいろいろとお考えいただいてつくってくださった経緯があって、これをADRとしてもっと活用していく方向で、当然その発生源である医科レセプトとの突合による直接の審査も何とか道を開きたいというふうには考えております。

○長谷川委員：

現在の制度の中で、医科での直接請求は可能かどうか。それがどうもまだ普及してないと思うんですが、そうすると、一番その妨げになっているような因子はどんなものがあるというふうにお考えか、せっかくおいでになったので、この機会にお教えいただきたいと思います。

○滝口ゲストスピーカー：

一番大きいのは、先ほどもちょっと誤解を招いてしまいましたが、調剤のレセプトに比べて医科のレセプトは、余りにも医師の方の判断の幅が大きい。もしくは、例えば療養担当規則と保険の点数に従って、それ以外は一切だめといったような、先ほどから出ております統一的な審査基準でもあれば、これはやりやすいのかもしれませんが、ことごとく薬の量とか適応についてまで、個々のケースについて判断を余儀なくされるということになりますと、まず、その合意を取ることのプロセスが非常に困難だと考えております。

先ほどから申し上げておりますように、もし支払基金がADRのような位置づけをきちっと法的に担保されるのであれば、これは恐らくその方向に道は開けるだろうと考えておりまして。殊に請求側もきちっと当事者で議論をした上で、双方納得がいかなければ、公正なADRがこれを裁決するという仕組みさえあれば、これは一気に直接やりとりをする可能性が大きくなるだろうというふうには考えております。最大の理由はそこだろうと思います。

○（追加資料：2つの健保組合）

平成20年10月8日（保153）

日本医師会常任理事 藤原淳

「健康保険組合における調剤報酬の直接審査支払について」の抜粋

この度、本年（平成20年）10月1日より日本電気健康保険組合及びトヨタ健康保険組合において、この取扱いに基づく調剤報酬の直接審査支払を実施することとなりました。

たのでご連絡申し上げます。

健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領においては、公正な審査体制が求められており、日本電気健康保険組合及びトヨタ健康保険組合とも社会保険診療報酬支払基金との間で適正な審査に関する意見を受ける契約を締結し、適正な審査を行える体制を確保することとしております。

日本電気健康保険組合は、38 都道府県を対象に 275 薬局と契約し、トヨタ健康保険組合は、38 都道府県を対象に 259 薬局と契約し、これらの薬局については、健康保険組合に調剤報酬を直接請求し、事務点検の上、調剤報酬が支払われることとなります。

（契約薬局は、日本調剤株式会社等です。）その後、健康保険組合において医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの突合点検が行われ、支払基金に対し審査に関する意見の依頼を行い、その回答を得て医療機関に減額査定分を請求することになります。医療機関が減額査定に関して、異議を申し入れた場合には、再度健康保険組合は支払基金に対し審査に対する意見の依頼を行い、その回答により新ためて医療機関に減額査定の請求が行われることとなります。減額査定に関して医療機関の合意が得られると、健康保険組合から支払基金に対し決済処理を依頼し、医療機関への診療報酬支払から減額査定分が引かれて支払われるという流れになります。