

『発言の要旨』

支払基金福岡県支部 審査委員長：井上仁人

支払基金福岡支部の現状

○職員数：205名 ※平成22年9月1日現在

○審査委員数：165名 ※平成22年9月1日現在

【医科】 139名（医療顧問4名）

【歯科】 26名（医療顧問1名）

○審査するレセプトの枚数 ※平成22年7月審査分

【医科】 約172万枚/月 【歯科】 約37万枚/月

【査定件数率】 1.6%（3.4万枚）

【査定点数率】 0.28%

【再審査件数】 保険者：約2.7万枚/月 医療機関：約1400件/月

【1人当りの審査枚数】 約5000件～2万件/月 ※診療科によって異なる。

【1人当りの審査医療機関数】 約20～40医療機関 ※診療科によって異なる。

○審査時間

月の中旬（土曜日、日曜日含む） 6～7日間

※期間中、午後10時迄審査可能

【1人平均】 15～30時間

○審査委員の選任

【医療機関推薦】

福岡県医師会に推薦依頼

【保険者推薦】

保険者に推薦依頼を行っているが、保険者では適任者を選任することが困難である場合が多いことから、現実には、退任の審査委員や他の審査委員に適任者の紹介を依頼することが多く、紹介された者については、保険者の了承を得て推薦願っている。

【学識経験者】

学識経験者審査委員選考協議会で推薦することになっているが、現実には保険者推薦と同様であり、退任する審査委員や他の審査委員に適任者の紹介を依頼し、選考協議会で協議を行い、審査委員とする者を決定している。

○審査の合議制

すべてのレセプトを合議することは物理的に不可能。

【ペア審査】 2人1組で高点数レセプトを審査。

【複数審査】 4～5人1組で複雑なレセプトを審査。

【審査専門部会】 さらに複雑なレセプトを全科の専門医で審査。

※上記以外でも複雑なレセプトについては、主任審査委員（経験豊富な専門科審査委員）と協議し審査決定している。（再審査については、再審査部会后、主任審査委員の確認を実施）

○審査取決め事項（いわゆるローカルルール）

審査委員間で審査格差のある事項を統一化している。

現在、約400の事項がある。

審査委員間で差異のある事項を、その都度専門医によるプロジェクトチームを組んで申合わせを行う。

決定した事項は審査委員全員に徹底する。

福岡県国保連合会では、これが約20～30事項と聞いている。

全国の各支部で取決め事項の結果が異なる場合がある。

審査格差（差異）について

○大支部と小支部で査定率に最大4倍の差があり、それが大きな問題とされている。

これには、様々な理由があり、ある意味仕方がないと思うが、それでは、何倍迄だったら納得していただけるのか。

○まず、レセプトの99%は適正な請求で、残りの1%が査定されている。この1%の中で査定率の差異を問題にすることに大きな意味があるのか。

○都市では、複雑なレセプトを多く請求する大病院が多く、審査委員の中に各専門医も充実している。逆に地方では専門医が不足しているところが多く、これも査定率の差となっている。

○査定率で3.6倍の差がある福岡県とお隣の山口県で、その原因を検証するためにレセプト交換審査を行った。

詳細はまだ検証中だが、その要因の一つにレセプトの返戻率が査定率の少ない山口が1.6倍多いことが分った。問題のあるレセプトを山口は「返戻」し、福岡は「査定」している場合が多いということである。したがって、実際には査定率の差はもっと少ないと考えられる。

○そうは言っても審査格差は少ない方が良くということは理解できるので、その努力はしている。

○支部間差異の解消も大切だが、その前に当支部の審査委員間差異の解消が先決だろうと色々な方策をとっている。

○まず、当支部には現在約400の取決め事項（ローカルルール）がある。

審査委員間で算定基準が異なる事項をその都度、プロジェクトチームを組んで協議検討し、決定した事項は審査委員全員に周知徹底するようにしている。

○その他、新任審査委員の教育や審査を行う机の配置等の工夫を行い、審査委員が人とかけ離れた個性的な審査をしないように努力している。

○支払基金と国保連合会では、査定率で1.5倍の差があるが、これはあまり問題ではなく、「査定」の内容が問題と考える。

○福岡県では、支払基金と国保連合会との間で1回/月、定期的に各事例の協議会を開催し意見交換は行っているが、審査の統一までは至っていない。

今後はこの協議会の回数を増やし内容を充実させることが必要であろう。

機械による一律審査について

○同じ疾患でも重症度、年齢、性別、体格の差等で、行う検査、治療が全く異なる。

従って、機械による一律審査は絶対に馴染まないと考える。

○しかし、事務的なルール、薬剤の適応等、審査方法によっては機械の方が効率的な場合が十分考えられる。

○従って、その境界を十分考慮しての機械的審査の導入は異存ない。

各都道府県に支払基金が必要か

○都市と地方では、大病院、医師数の違い、急性期及び慢性期疾患の患者数とその内容の違い、人口密度、高齢者の割合等、審査の内容、質、環境がまるで違うので、都市の感覚で地方を、逆に、地方の感覚で都市の審査を行うのは無理ではないか。

○例えば、九州各地のレセプトを福岡に集めて行うとなれば、福岡では現在の何倍もの審査委員を用意しなければならない。現在でも審査委員のなり手が不足しているのにどのようにして選出するのか。

○従って、各県に支払基金は必要と考えるが、やはり小支部では専門医がいない不便がある。そこで、支払基金は各ブロックにコンサルティングシステムの構築を目指している。

具体的には、各科3名の専門医を準備し、各県からの相談に対応できる等のシステムである。

審査情報の公開について

○支払基金では現在でも156事例と80の薬剤事例の審査基準を公開しているし、今後とも随時公開予定であるが、公開が無理な部分もある。

○ルールを公開して審査基準を決めるとそれ以上の必要な医療が出来ない場合があり、逆に一律に限度いっぱい請求してくる医療機関が発生する。

私の考え

○支払基金本部及び国保中央会のリーダーシップを強くする。

現在は審査に関して各県、各支部の独自色が強すぎる。

○具体的には、いわゆるローカルルールを本部に集め収斂させ統一化すれば少しは差異が解消できる。また、新しい事例に関する保険への適否を早急に決定するシステムの構築を行う。

○支払基金及び国保連合会の審査委員、職員の人事交流も一つの手かもしれない。

○IT化は進めるべきだが、審査に関しては慎重にお願いしたい。

最後に

○保険診療のルールブックである点数表の解釈だけでは判断できない部分が多くあり、また、学会のガイドラインにもルールブックから逸脱した部分が多くみられる。

○医療機関からは最新の医学を理解していない、保険者からは、こんなルール違反を認めるのかと言われる中で、私たち審査委員は限られた財源の中で世界に冠たるこの日本の皆保険制度を守るため、また、患者さんに最適な医療を受けてもらうために審査という手段で医療機関を指導し、それを保険者に認めてもらうよう誠心誠意、中立、公正に審査していることをご理解願いたい。

第5回審査支払機関の在り方に関する検討会

須藤英仁（群馬県国保診療報酬審査委員会会長）

For The Patient

群馬県国保審査委員会では、レセプト審査業務にあたっては“For The Patient”つまり、患者さんのためになるかということを中心に主眼において審査にあたっています。このことは、毎月の医科合同会議や各種会合の際にも話題として提供されています。これを踏まえ、日頃の審査業務で感じていること、また、この審査支払機関のあり方に関する検討会で話題になっていることについて私の意見を述べてみたいと思います。

1) 社保・国保の審査基準の統一、ダブルスタンダードについて

群馬県では、5～6年前は国保の審査が厳しく診療側から再審査請求が非常に多かった時代があり、その当時話題となったのが社保・国保の審査基準の統一の問題でした。

現在この点について、2か月に1回程度、社保・国保専任審査委員、国保会長、社保委員長を中心にテーマを決め、審査基準について合同会議を行っています。その際、話題の専門である審査委員の出席を求め、時には審査委員以外の群馬大学医学部等にも専門家の出席を依頼し、医学の進歩に遅れないよう、時代に則した審査基準を示すよう努力しています。

（資料1-1、1-2参照）

これらの資料は、国保審査委員には全て配布し、審査の参考になるようにしています。

審査基準のダブルスタンダードについて、診療というものは、患者の状態・年齢・性・合併症など個々によって全て異なると言っても過言ではありません。全て一律に回数、処方等が決まるとは決して思えません。ダブルスタンダードは、時にはトリプルスタンダードになってしまうこともあり得ます。しかし、療養担当規則にあるように、最大公約数的な治療が求められるのが保険診療であることから、行き過ぎた治療、処方等は慎むべきであり、そして、このダブルスタンダードになってしまうことを理解し、その調整を図ることが審査委員会の仕事と思えます。

ダブルスタンダードは、社保・国保の審査委員会の2委員会があるということが原因ではなく、医療という不確実な審査には当然のつきものであると考えます。

2) 審査基準統一に対する審査委員会への周知徹底について

群馬県では、年に一度、社保・国保の審査委員全員を集め、合同会議を行っています。その際、国保連合会の事務局、支払基金事務局、群馬県国保援護課などの行政事務局、関東厚生局等にも出席していただき、審査の統一についての議論を行っています。

会議では、国保中央会の7.3ルールや、支払基金のホームページに掲載されている審査基準を配布し、双方の審査基準についての情報交換を行っています。これらの審査基準については、社保・国保で意見が全く異なるということはほとんどありません。医学的常識にほとんどが収まる問題と思っております。

3) 診療側に対する審査上の注意、審査基準の周知徹底について

群馬県では、群馬医師会を中心に、年間11か所で保険講習会を行っています。これは、関東厚生局の協力により、集団的個別指導の下に行っており、全ての医療機関の管理者に出席を求めています。事務職員ではなくすべて医師であります。出席率は80~90%以上と非常に高く、年に一度、2時間の講習会ではありますが、保険診療についての理解を深める機会となっています。

(資料2-1~2-6参照)

この資料で分かるように、療養担当規則の解説、保険診療についての考え方、その時々保険診療の話題、また査定されることの多い診療内容等について解説を行っています。

また、厚生局からも、個別指導から監査に至ること、保険医取り消しの事例まで解説していただいています。

この会は、年に一度ではありますが、診療実務者にとっては、保険診療を考える大きな機会になっています。

4) 画面審査について

平成18年6月から画面システム(国保中央会開発)を導入し、効率的な審査への取り組みを開始しましたが、国保中央会がペーパーレス化と審査の効率化を目的として二画面システムを開発したため、平成20年9月から導入し、更なる効率的な審査を実施しております。

二画面システムは、レセプトの特徴を示す情報(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)と審査の着眼点(医薬品の日計表、検査・処置内容等)ごとに一覧表示される画面で構成されているため、審査委員の審査が効率的に行えるようになっております。(国保の二画面システムについては別紙のとおり)

5) 査定率が審査機関の評価となり得るか

これはまさにNOである、と思います。これまで述べてきたように、保険診療のルールについて診療側の理解が深ければ深いほど程、査定率は下がると思

われます。群馬県では、一般保険医に対してのルール徹底、審査側には情報の共有を徹底しています。また、医療費そのものが西高東低の傾向にあり、群馬県の医療費は、全国的にみても低く、査定されるべきものも少ないと考えるべきです。

6) 社保・国保は統一すべきか

私は、事務費については、1件当たりの審査料程度のことしか理解していないので、支払基金と国保連合会が、どの程度の総合的な事務経費が掛っているかについてはコメントできません。しかし、先程から話題になっている審査基準のダブルスタンダードの問題は、逆に、医療ということでは常に存在するところであり、これが患者のためにならないようであれば、早急に解消する努力をすれば良いことです。

これは、審査委員会がたとえ一つになったとしても、審査員個々で審査基準が異なる場合もあり、常に存在し続けている問題です。審査会が一つとなり、一人の絶対権力者によって全てが統一された場合、その審査が陳腐化し、患者の不利益が増大するような審査体制となることの方が恐ろしいと考えます。

7) 厚生労働省への要望

レセプトの電子化の進展に伴い画面審査を導入など、電子レセプトに対応した審査体制の構築を行っているが、症状詳記等に関する補足説明資料は電子化されていないため、紙ベースで提出されています。このため、レセプトが表示されている画面と症状詳記等に関する補足説明資料などをみなければならないので、非常にわずらわしく、効率的な審査ができなくなっています。これが電子化されると、画面上でみれるようになることから効率的な審査になると思われれます。また、傷病名については、レセ電の傷病名またはICD（国際疾病分類）に基づき、傷病名及びそのコードを入力するようになれば効率的な審査になると思われれますのでよろしく願います。

別紙

◎国保の画面審査・事務共助システムの開発経緯（主な項目）

○平成15年11月

全国国保連合会事務局長会議で国保中央会で標準システムを開発表明

○平成16年1月

全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会役員会で基本的な開発方針提示

○平成16年2月

全国国保連合会常勤役員会議で基本的な開発方針提示

○平成16年11月・12月

医科・調剤システム提供開始（試験運用）

○平成17年7月

医科・調剤システム本格運用開始

○平成18年2月

DPCシステム提供開始

○平成19年10月

医科二画面システム提供開始

○平成21年2月

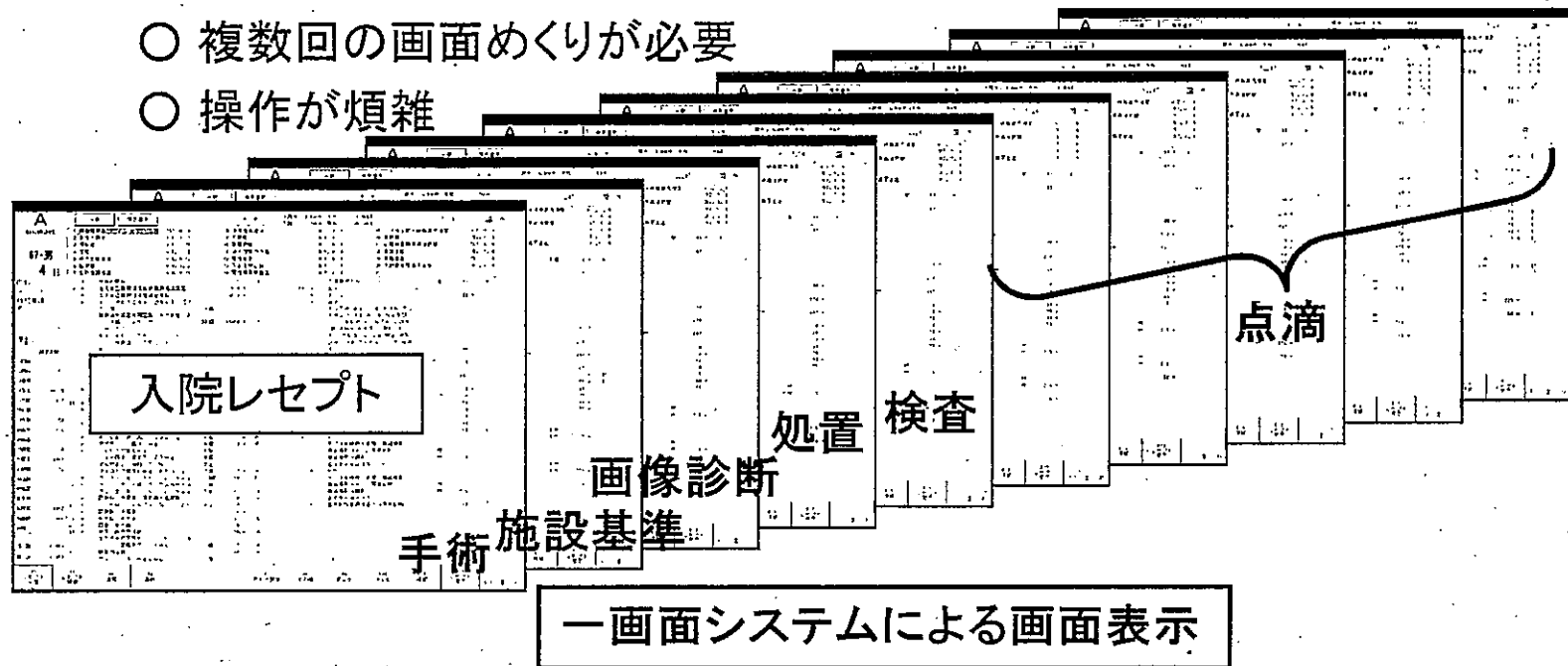
歯科二画面システム提供開始

* 審査委員等の意見・要望を参考に随時機能強化

国保の二画面システムの開発

- 必要性：一画面で情報量の多い入院レセプトを表示すると、以下の理由により使い勝手の悪いシステムになり、一瞥しやすくするために紙に打出しての処理が行われる等、ペーパレス化が困難であった。
(例：傷病名と診療行為との関係など)

- 画面を一瞥して、内容の把握ができない
- 複数回の画面めくりが必要
- 操作が煩雑



- ペーパレス化と審査の効率化のため、二画面システムの開発へ：
レセプト情報を集約、整理することにより、画面数を少なくしています。

国保の二画面システムの開発

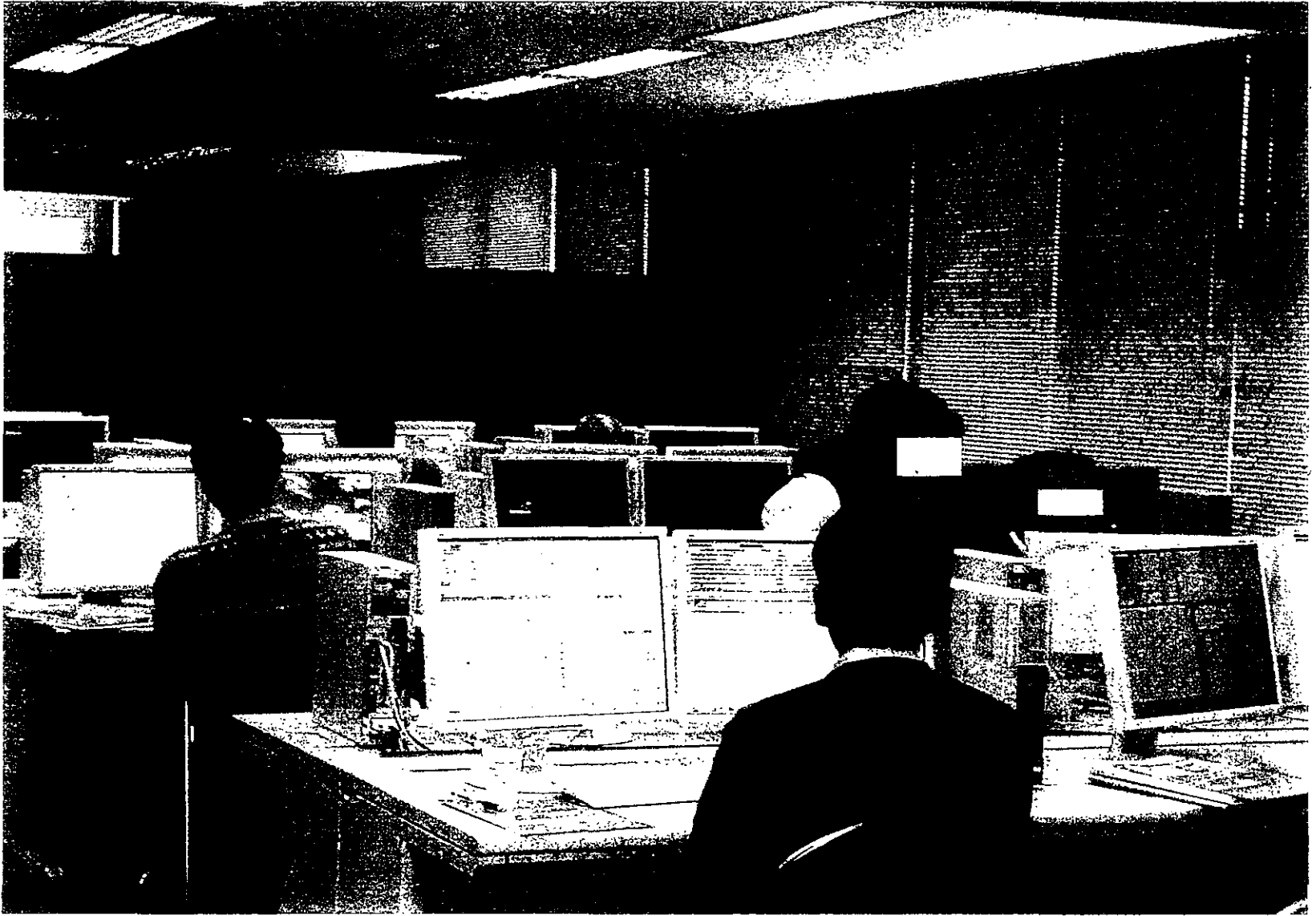
- 左側の画面はレセプトの特徴を示す情報を集約(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)して表示 ⇨ レセプトの概要を早くつかめる
- 右側の画面は投与された医薬品を投与日ごとに集計した日計表や検査・処置など審査の着眼点ごとに一覧表を作成する ⇨
全体として画面数を少なくするとともに、審査効率の向上を図っている
- 二画面で審査を行うため、例えば、傷病名と症状詳記、傷病名と医薬品、症状詳記と医薬品、傷病名と処置等の診療項目などとの審査に必要な相互関係が容易に把握できる ⇨ 職員の審査事務共助や審査委員の審査が効率的にできる

The screenshot displays a complex medical insurance system interface with several overlapping windows:

- 傷病名欄 (Injury/Disease Name Section):** The primary window, containing a '主要診療行為欄' (Main Treatment Action Section) with a pie chart showing '入院 42.1%' (Hospitalization 42.1%) and '注射 35.8%' (Injection 35.8%). It also includes a '症状詳記欄' (Symptom Detailed Record Section) and a '総額×分点数率' (Total Amount × Point Rate) section with a '請求点数 149,827' (Number of Claims 149,827).
- 処置等の一覧表画面 (List of Treatments etc.):** An overlaid window showing a detailed list of treatments.
- 検査等の一覧表画面 (List of Examinations etc.):** Another overlaid window showing a list of examinations.
- 医薬品の日計表画面 (Daily Medication Table):** A window at the bottom right showing a daily table of medications.

9

7



平成22年1月21日

I 脳外科領囲

平成21年第2回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会

1 協議結果

(1) 脳梗塞における高気圧酸素治療（1日につき）の適応

ア 救急的なものは脳塞栓のみのため、脳血栓の病名や脳血栓のみの適応の薬剤を使用すると、非救急的となり減算（5,000点→200点）だが、脳血栓急性期も救急的として扱うかどうか

高気圧酸素治療の救急的なものに対する疾患は、脳塞栓とされている。また、脳血栓もしくは脳塞栓、脳梗塞の病名で使用できる薬剤があるため、傷病名と使用薬剤に注意し審査することとし、医療機関には正しい傷病名及び薬剤で請求するよう指導することとする。

イ 非救急的の回数制限が無く、入院外来の区別もないが、制限するかどうか（非救急的なDPCではFファイルでしか判定できない）

個々の事例で判断することとし、制限は設けないこととする。

(2) 脳梗塞急性期における注射薬の適応

ア 発症から投薬開始までの時間により使用できる薬剤がきまるが、無視してよいか用法・用量のとおり取り扱うこととする。

イ 脳血栓もしくは脳塞栓、脳梗塞の病名で使用できる薬剤は決まるが、無視してよいか効能・効果のとおり取り扱うこととする。また、適宜増減とされている薬剤（カタクロット、キサンボン）については、原則14日～16日まで認めることとする。

ウ ウロキナーゼは6万単位7日間だが、24万単位1日、42万単位1日でもよいか血栓が解けてしまえば短時間で退院する患者もいることもあるが、6万単位7日間とされていることから、最高で42万単位までとし、42万単位（ワンショット）も可とする。

エ 選択的脳血栓・塞栓溶解術に適応のある薬剤はないが、発症から3時間以内ならt-P
A、6時間以内ならUK（24万単位もしくは42万単位）を適応としてよいか
次回の協議会（脳神経外科）での協議とする。

オ 脳動脈瘤術後脳梗塞に脳梗塞急性期の注射薬の適応を認めるか
（キサンボンは脳血管収縮の適応あり）（DPCではFファイルでしか判定できない）
社保・国保の脳神経外科の審査委員により意見を交わしたが結論は出なかった。

(3) メマイや脳循環障害でのSPECTを認めるか

この傷病名には幅があるが、診療内容より脳疾患以外の、単なるメマイや脳循環障害では認められない。今後、医療機関への指導について検討する。

- (4) AVMの手術で脳動脈瘤クリップを認めるか。認めるならAVM用クリップ無しで何個までか
手術内容により判断する。
- (5) 脳梗塞の病名のみ初診時、ECGを認めるか
初診時においては、診断を確定するため必要と考え認める。
- (6) メマイや脳梗塞でプリンペラン、セルシン、メイロンを認めるか。低分子デキストランLを認めるか。認めるとしたら何日間認めるか
メマイや脳梗塞でプリンペラン、セルシン、メイロンを認める。
また、低分子デキストランLについても認め、投与期間については、原則5日とするが、患者の状態により7日まで認める。
- (7) 脳腫瘍末期でのグリセオール、マンニトールは何日認めるか
特に制限は設けない。
- (8) 転移性脳腫瘍、ガンマナイフによる定位放射線治療は数回行っても一連となっているが照射間隔一定以上（例えば1年）であれば一連とみなさなくてもよいか
点数表の解釈に「数か月間の一連の治療過程に複数回行った場合でも1回のみ」とされているが、原則2～3か月の間があれば認める。
- (9) CT、MRI検査を同時に施行した場合認めるか
CT、MRI検査の同時算定は、1回目は認める。2回目の同時算定は症例による。
- (10) 頸部頸動脈瘤狭窄に対する抗血小板凝固抑制剤の使用を認めるか。病名に脳梗塞が必要か（神経内科では認めていないが）
メマイ等で軽い症状であっても、狭窄率が50%以上の場合も考えられ、頸部頸動脈瘤狭窄に対する抗血小板凝固抑制剤の使用を認める。
- (11) トリプタンの処方量について
片頭痛治療薬であるトリプタンは頓用処方されるが1回の処方量をどのくらいにすべきか
次回の協議会（脳神経外科）での協議とする。（原則、内服での投与が望ましい）
- (12) 定位的脳腫瘍生検術
定位脳手術装置を用いた脳腫瘍生検術の保険点数は、片側機能的脳手術として扱ってよいのか
片側機能的脳手術として扱う。
- (13) 海綿状血管腫の手術について
脳内血腫除去術を行った際に、病理で海綿状血管腫を発見された場合、脳腫瘍の手術とするのか（頭蓋内血腫除去術として扱っているところが多いが）
原則、頭蓋内血腫除去術として扱う。ただし、AVMの場合は脳腫瘍の手術を認める。

(14) 脳動静脈奇形に対する塞栓術

新規塞栓物質オニキスが登場して以降、脳動静脈奇形に対する塞栓術は血管内手術でなく単なる塞栓術に格下げされたが、それでよいか（オニキスの使用が認められている施設は全国で3施設のみである。）

塞栓術で算定する。

(15) ラジカットの使用日数について

脳保護材ラジカットの使用は脳血管障害発症後、何日まで認めるか

14日以内まで認める。

(16) ウロキナーゼの使用量について

血栓溶解療法におけるウロキナーゼの使用量はどのくらいを上限とすべきか

上限42万まで認める。

(17) 出血性の脳病変（くも膜下出血、外傷性頭蓋内出血、脳出血、出血性脳梗塞）におけるペルジピン、ミリスロールの使用について

血圧をコントロールする目的で使用されるが、特に「高血圧」病名がなくても認める。

(18) 出血性病名（脳内出血後遺症等）が残ったままの脳梗塞、狭心症等の患者に抗血小板剤の使用を認めるか

原則、抗血小板剤の使用を認める。（出血性病名の診療開始日に注意）

(19) SPECTとMRIの併施はどこまで認めるか

経過観察及び慢性期には認めない。

(20) 高気圧酸素とラジカットの併用は認めるか

認める

(21) ルーチンの頸動脈エコー（ドップラー加算）は認めるか

病名より何の根拠もなく実施している場合は、ドップラー加算を認めない。

(22) 脳動脈瘤に対するMRI撮影時の造影剤使用加算について

「疑義解釈」通知のとおり、造影剤使用加算は認めない。

なお、本年4月の点数改正時には、認める方向で厚労省に働きかける。

II 呼吸器領団

平成22年6月21日

平成22年度第2回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会議題

【内科審査】

- 1 病名が肺癌の外来レセプトで、CTを月2回算定していますがいかがでしょうか。

なお、胸部X-Pを2回算定しています。

協議結果 個々の症例により認める。

【基金見解】 診療開始日及び診療実日数等により、個々の事例により判断している。(月の回数制限は設けていない。)

- 2 病名が肺結核、肺非定型抗酸菌の外来レセプトで、胸部X-Pを2回算定していますが必要でしょうか。

協議結果 個々の症例により認める。

【基金見解】 前記1と同様。

- 3 サルコイドーシスのリゾチーム検査が適応外(?) : 申請書類に必要な項目なのに適応がないのはいかがなものでしょうか。(議題から削除)

協議結果 議題から削除

【基金見解】 当該検査は点数表にない検査であり、やむを得ない。

- 4 肺膿瘍に抗菌剤が2週間までいいというのは治療の面からもおかしく、4週間までは使用できるようにしていただきたい。

協議結果 肺膿瘍において長期間の場合は詳記を必要とする。

【基金見解】 診療開始日及び患者の状態等により、個々の事例により判断している。(投与制限は設けていない。)

なお、投与制限がある薬剤(メロペン等)については、注記又は詳記を必要とする。

- 5 結核に対してニューキノロン(特にLVFX)が使えるようにしてほしい。
協議結果 認める。症状詳記が必要。
【基金見解】 薬効上、効能・効果を有する薬剤として認めているが、「耐性又は副作用のため」等の注記又は詳記を必要とする。
- 6 非結核性抗酸菌症(MAC)の治療で、ニューキノロンに頼らざるを得ないときがあります。いつもG5-6で血痰が続いておりRFP+EB+CAMでだめなときはSMやニューキャロンを使用せざるを得ません。よろしくお願いいたします。
協議結果 原則認める。症状詳記が必要。
【基金見解】 前記5と同様。
- 7 また血痰の検査で生の痰をPCRで調べた時、陰性の場合、(液体培地で)同じ痰の培養が陽性となった場合は、同定で更にPCRとなってTB/MACのPCRが2回ずつとなってしまいます。決して過剰ではなく、経過のコメントがあればよろしくご理解をお願いいたします。
協議結果 経過のコメントがあれば認める。
【基金見解】 注記により、必要性が判断できれば認める。
- 8 気胸の場合のX線写真は、いつも回数が気になりますが、一般的な回数の基準はあるのでしょうか。
協議結果 認める。(受診の範囲)
【基金見解】 回数(枚数)の制限は設けていない。(療養担当規則に則って請求されたい。)
- 9 ASOの適応について 上気道炎、咽頭炎で可?
協議結果 認める。
【基金見解】 診断確定のため、認めている。(ただし、必要性を考慮されたい。)
- 10 CHA(寒冷凝集)の適応について 気管支炎や肺炎で可?
協議結果 認める。
【基金見解】 前記9と同様。

11 インフルエンザの迅速検査の回数について

2回までは可。コメントがあれば3回まで可？

協議結果 認める。

【基金見解】 原則、1傷病名2回までは認めている。(診療開始日等を勘案し、2以上の傷病名があれば3回以上の算定も認めている。)

12 CTの回数について

肺炎や肺癌は、2回まではOK。コメントがあれば3回目も可？

協議結果 認める。

【基金見解】 前記1と同様。

13 去痰剤の適応病名について

添付文書にこだわらず、効能で可？

協議事項 認める。

【基金見解】 「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」に基づき判断している。(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。)

14 スピリーバの禁忌について(議題から削除)

単なる前立腺肥大では、使用可。排尿障害がある時のみ不可。

協議結果 議題から削除

【基金見解】 薬事法上、禁忌とされている「排尿障害」と判断される事例は認められない。(傷病名「前立腺肥大」は、慎重投与のため、医師の判断により妥当と認める。)

※ 薬剤の適応において、「前立腺肥大に伴う排尿障害」とされているものが、「前立腺肥大」で認められないとされてしまうことが想定される。

15 点眼薬、点鼻薬、各種軟膏などを院外処方した場合、処方せんに細かく1日何回点滴など記載しないと不備ということで受け付けられないことがあり、「適時使用、医師の指示どおり」などで可能と思いますがいかがでしょうか。基本的には認めているようですが、群馬方式(医師の指示どおり)ではだめなようです。改善を希望します。

協議結果 「適時使用、医師の指示どおり」とする。

【基金見解】 出来る限り、「処方せんの記載上の注意事項」に基づき、取扱うことが適当と思われる。(参考:(7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法のあり方に関する検討会報告書の公表について」(平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号)も参考にされたい。)

16 肺気量分画測定と機能的残気量測定を認めるか?

協議事項 通知どおり

【基金見解】 傷病名等から必要性が判断できれば認める。(ただし、画一的な算定は認められない。)

17 喘息の病名での呼吸機能検査の急性期は認めない?

では、いつの時期ならば認める? (議題から削除)

協議結果 議題から削除

【基金見解】 医師の判断により、実施したものであり認めている。(ただし、画一的な算定は認められない。)

18 咽頭培養で嫌気性培養加算は認める?

協議結果 症例により認める。(咽頭周囲膿瘍は認める。咽頭炎は認めない。)

【基金見解】 傷病名「咽頭周囲膿瘍」、「肺疾患」は必要な検査として認めている。

19 性気管支炎に対する「クラリス」の投与期間について

協議結果 低用量の長期投与は認める。
適宜症例を見ながら判断する。

【基金見解】 200mgの長期投与は認めている。

Ⅲ 糖尿病領圏（今月予定）

平成22年9月8日

平成22年度第3回群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会議題

【内科審査】

【糖尿病について】

- 1 脂質異常症（糖尿病、高血圧もあります）で長期間通院されている場合にLDL-C、HDL-C、TG検査とリポ蛋白分画（80点）、脂肪酸分画（450点）の検査の同時算定はいかがでしょうか。
毎月数件あるため、症状詳記をお願いしましたところ「頸動脈エコーにてプラークを認める。心血管ハイリス群と考え脂肪酸分画とリポ蛋白分画の検査を実施した」とのコメントがありました。
- 2 糖尿病の病名のみで「精密眼底」は認められるでしょうか。
- 3 糖尿病の病名のみで「誘発筋電図（MCV測定）」は認められるでしょうか。
- 4 DPP-4 と他の糖尿病薬の併用について承認効能以外の組み合わせは可能でしょうか。（ α -GI、Su剤、ビグアナイド剤、グリニド剤）
- 5 DPP-4 阻害剤とインスリンの併用は可能でしょうか。
- 6 DM 治療薬について、併用剤の制限はありますか。何剤まで併用が可能でしょうか。
- 7 メタクト（アクトス+メトホルミン500mg）にメトホルミン250mgの併用は可能でしょうか。
- 8 グラクティブは50mgからではなく、初めから100mgの処方が可能でしょうか。

- 9 ネシーナの（通常25mg）12.5mgからのスタートでも問題ないでしょうか。
- 10 ベイスンをIGT患者に処方する場合に、OGTTは必ず実施しなければいけないでしょうか。病名は耐糖能異常（IGT）でよろしいでしょうか。
- 11 グリコアルブミン又は1.5-AGのどちらかとHbA1cの同時測定は可能でしょうか。
- 12 心不全疑い病名で、BNPを測定した場合、アクトスの投与は控えるべきでしょうか。
- 13 ビクトーザとメトホルミンを始め、他の経口薬、インスリンとの併用について
- 14 ビクトーザを初めて処方する際、用量はどのように記載したら良いでしょうか。例えば、最初は0.3mgから開始するので、細かくそこまで記入する必要があるでしょうか。
- 15 ビクトーザは適応上、対象患者は食事・運動療法中もしくはSUで治療中の患者となっていますが、インスリン治療中の患者をインスリンから切り替えてビクトーザを開始するのは問題ないのでしょうか。
- 16 70歳以上の高齢者にメトホルミンの処方は認められるでしょうか。
- 17 ベミル1日2回投与は認められるでしょうか。
- 18 糖尿病性腎症に対するメトホルミンの禁忌投与について腎機能障害の検査値が正常な糖尿病性腎症でも認められないでしょうか。

- 19 ビグアナイドの高齢者への投与をどのレベルまで許容するのでしょうか。
後期高齢者まで可とされるのであれば線引きが明確になっているのでしょうか。
- 20 タケプロンが「低容量アスピリンにおける胃潰瘍、十二指腸潰瘍の再発抑制」効能が承認されていますが、潰瘍の既往歴記載は必要でしょうか。
- 21 エカードHD（プロプレス8mg+HCTZ6.25mg）にプロプレス4mgの併用は可能でしょうか。
- 22 エカードLD（プロプレス4mg+HCTZ6.25mg）にユニシアHD（プロプレス8mg+アムロジピン5mg）の併用は可能でしょうか。
- 23 ロゼレムと他の睡眠導入剤との併用は可能でしょうか。
- 24 脂質検査であるイコサペント酸 アラキドン酸比(EPA/AA)について冠動脈疾患、糖尿病、高脂血症、ASOなど既往のある患者への検査は認められるでしょうか。
- 25 原則として同一月内に2か所以上の医療機関では、在宅自己注射指導管理料は認められず、指導管理料が算定できない医療機関では薬剤料も算定できないとされている。
この場合、たとえば出帳など旅先でインシュリンが終了した場合、同一月内で当該指導管理料を算定できない旅先の医療機関で処方された薬剤料の取扱いはどうなるのか。

保険室だより

先生方へ愛を込めて (保険審査委員連絡帳のページ)

1年中で最も過ごしやすい季節となり群馬県医師会会員の先生方もますますご活躍のことと思います。今年度は介護保険の改定はありましたが、医療保険は変わりないため、保険担当としては落ち着いた仕事を進め、先生方のためになる情報の伝達を心がけているところです。今回の社保国保の審査委員による合同会議では最も進歩の著しい放射線科を中心とし、画像診断の第一人者である松本満臣先生にアドバイザーとして出席して頂き、画像診断の審査疑義について行われました。そのいくつかを紹介させていただきます。

- 1) 2008年2月号にて1度掲載しましたCT、MRIのフィルム枚数の件が話題に上りました。つまりレセプトのオンラインに伴い、ある枚数以上をチェックすることはコンピューターではいとも簡単に出来てしまいます。例えば造影剤を用いたCT検査で、フィルム10枚を上限とすれば11枚以上の検査はすべて査定されることとなってしまいます。ほとんどのCTがマルチスライスとなり極めて情報量が多いなかで、一律の査定は極めて疑問が残る、との意見が大勢をしめ、やはり症状により個別の判断が必要である。との結論に達しました。しかしながらすべての症例に何十枚というフィルム枚数が必要なはずはありません。無駄のない検査が求められることは言うまでもありませんのでフィルム枚数についても注意して頂きたいと思えます。
- 2) 頭部の疾患か、頸部の疾患かで迷うとき、同一日に頭部と頸部両方のMRI検査を行ったとき両方の検査の点数がとれるか?という話題がありました。これは同一日には2か所の検査料は請求できませんのでご注意ください。
- 3) 一連の撮影という解釈について、議論されました。よく見られるのはろっ骨骨折などで、胸部XPとろっ骨XPが一連か、否かの問題です。これは撮影条件も異なるので、一連ではなく別々に請求可能との判断となりました。しかしながら撮影条件が同一で病名が1つの場合、例として足関節骨折などで下腿と足関節を撮影したような時は一連と見なされることもありますので注意してください。
- 4) 透視診断について。支払基金のホームページに(平成20年8月25日掲載)膵胆管造影撮影時(以下ERCP)の透視診断は認められない、との内容について議論されました。ERCPの際、造影剤が膵管に入ったか胆管に入ったかでは病巣部位によっては診断価値が無くなってしまいます。また施術後、逆流性胆管炎や膵炎の危険性もあり、透視診断は極めて重要な診断手技であるとの意見が出されました。この件については結論に達せず、関東ブロックなどを通じ日本医師会に意見を具申するとの結論でした。

文責 須藤英仁

先生方へ愛を込めて 保険審査委員連絡帳のページ

ゴールデンウィークも明け、初夏らしい天候となってきました。巷では、新型インフルエンザの話題でもちきりですが、この原稿が先生方の目にとまる時は、この騒ぎもおさまってくれることを祈っているところです。

さて今回、保険室からのおしらせは、精神科領囲についてです。社保、国保それぞれの精神科審査委員に出席していただき、13項目についての討議がされました。非常に大きな問題もあり、審査委員会だけの見解では決定できない点も多々ありましたが、そのいくつかを紹介したいと思います。

1. 薬剤適宜増減について

抗精神病薬の薬剤量については、常に議論されているところです。適宜増減という表現の中で症状によってどの位まで使用量を認めるかということが大きな問題になっております。定型抗精神病薬については、症状によって2倍量までは仕方がないのではないか、という意見が大半でした。しかし、新薬については、昔に比べ、薬剤の種類も増え、効果の期待できる薬剤も増加していることから、一概に2倍まで認めるかは議論のわかれるところでした。使用される先生方は、個々の疾病の状況に合わせ、慎重な投与をこれからもお願いいたします。

2. デプロメール、ルボックス、パキシル、トレドミン、ジェイゾロフトの適応病名について

これらの薬剤はそれぞれ適応病名に微妙な差がありますが、“不安神経症”についてはいずれも適応病名としては認められておりませんので、注意して下さい。

3. 精神科・領囲の病名について

気分障害、感情障害、児童思春期精神疾患などは、非常に大きなカテゴリーとなってしまうので、保険診療上の病名としては認められないということです。レセプト作成上、はつきりとした病名の記載をお願いいたします。

4. 睡眠薬について

睡眠薬マイスリーについては、統合失調症あるいは躁うつ病に伴う不眠症には効果が期待できないとの記載があることから認められないという意見です。なおうつ病については使用を認めます。

また、睡眠薬について上限がしっかり決まっているものについては、その量までは認めることとなりました(マイスリーは10mgを超えないという記載あり)。2倍までというルールは適応されません。当然多剤併用の症例も多くなるとは思いますが、4種類以上使用する場合は症状詳記も必要となることもありますので、よろしくお願いいたします。

5. 特定薬剤治療管理については、「てんかん」「そう病」「そううつ病」などの特定病名が必要です。病態像では、認められないことがあります。また、リチウム製剤について“てんかん”は使用禁忌となっていますので注意して下さい。

精神科領囲については、個々の症例によって、治療法、薬剤量などにも大きな差異のあることは十分に理解しております。

今回掲載した点ですべてが解決できるとは考えておりませんが、保険診療上の考え方ということで、ご理解いただきたいと思います。

保険室だより

先生方へ愛を込めて 保険審査委員連名のお願い

群馬県診療報酬審査委員会連絡協議会のお知らせ

寒い日が続いております。先生方お変わりありませんでしょうか？平成21年度医療保険講習会でお話ししましたように、11月から支払基金審査委員会と国保審査委員会との間で2か月に1度の割合で審査基準のすり合わせを行っております。一回目は整形外科領域、第2回は脳外科領域について行われました。今後も引き続き定期的に開催したいと思います。その会議で感じることは、実際の診療の考え方の多様性、奥深さ、などです。非常にいろいろな考え方があり、どうしても“個々の症例により判断する。”という玉虫色の裁定になりがちです。しかしながらこの結論が医師の裁量権を認めることになるのだとも思います。先生方へお願いですが、どうもこの症例は厳しい状態で使用薬剤の量も多い、検査の回数も多い、などという症例はぜひレセプトに症状詳記をお願いしたいと思います。

整形外科領域で話題となったのは坑関節リウマチ薬の副作用に対する検査でした。リウマトレックスは骨髄抑制や間質性肺炎などの副作用が知られています。またレミケード、など生物学的製剤は敗血症をはじめとする感染症についての十分な注意が必要です。これらの副作用に対する検査はもちろん実施されなければなりませんし認める方向でありますが、院外処方などの場合など、何の薬が使われているかレセプト上では不明のこともあります。審査員はこの検査が何のための検査か解らないこともあるのです。是非薬剤副作用のための検査、間質性肺炎疑いなどの病名コメントを入れていただければと思います。

次に脳外科領域について報告します。脳外科領域では脳梗塞と脳塞栓、脳血栓の臨床的差異について診断可能かという極めてプリミティブな問題が議論されました。内科的には30~40パーセントの診断的誤りがあり、結論的には病理解剖に伏さなければ不明であるなどの意見も出されました。しかしながら使用する薬剤については細かく規定されていることも事実です。薬剤の適応、使用時期などについては今回改めて掲載しますので参考にしていただきたいと思います。

今回は内科系、とくに消化器系、肝胆膵、などについて開催したいと思っております。先生方から多くのご意見が寄せられますようお願いいたします。

文責 須藤英仁

保険室だより

先生方へ愛を込めて 保険審査委員連絡帳のページ

保険室から愛を込めて

先生方にはしばらくご無沙汰しておりました。当初の計画どおり年に5、6回のペースで支払基金と国保連合会との審査基準のすり合わせを行っているところです。また国では支払基金と国保という審査機関が2つ存在する理由があるのかという議論も始まっているようですがなかなか結論は難しいようです。今回は消化器を中心とした問題についてお知らせいたします。

- 1) パリエット20mgの再発、再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法への使用について。

基本的には1日1回10mgです。しかし病状により20mgを8週間まで使用可能となっております。つまり20mgはあくまでも病状が悪化した場合など、期間を区切って使用した例にかぎられます。ただらと使用すると査定の原因となりますので注意してください。

- 2) 急性胃炎にたいしてガスターは20mg使用となっているが適宜増減という記載もあり40mgまで使用可能か？

通常はやはり20mgと思われます。しかし40mgという投与量は症状によっては仕方がないとも思われます。ただし急性憎悪という期間はおそらく2週間程度と思われそうです。40mgを使用する期間についてもおのずから限定されるとおもわれます。

- 3) インターフェロン治療中のHCV核酸定量測定について

インターフェロン治療中は基本的には毎月測定可能、また治療終了後も6か月は測定が必要との見解でした。

- 4) 内視鏡検査のためのHBs抗原、HCV抗体測定は病名なしでも認めるか？HBC抗体については？

HBs抗原HCV抗体についてはもちろん認められます。しかしHBC抗体については意見のわかれるところでした。最近支払基金ではHBC抗体の測定は認めないという通達が出されましたのでご注意ください。HBC抗体を測定している医療機関はごく限られておりますが注意してください。

- 5) リーバクト、ラクチュロース内服薬などは肝硬変の病名だけで投与可能か？

低たんぱく血症や高アンモニア血症を思わせる病名があれば投与可能、という意見もありますが、不確実となりますのでぜひ低アルブミン血症、や肝性脳症などの病名を入れるようにお願いします。

文責・須藤英仁

平成21年度 第11回 医療保険指導講習会

(高崎市医師会・群馬郡医師会 対象)

日 時 平成21年12月9日(水) 19時
場 所 高崎ビューホテル

次 第

司 会 高崎市医師会副会長 有 賀 長 規

1. 開 会

2. 換 拶

高崎市医師会長	釜 范 敏
群馬県医師会長	船 谷 嘉 武
関東信越厚生局群馬事務所長	秋 山 明

3. 研 修

(1) 療養担当規則、請求に関する留意事項について

群馬県医師会 理事	長 坂 資 夫
-----------	---------

(2) 医療保険制度と保険医としての心構えについて

群馬県医師会 理事	須 藤 英 仁
-----------	---------

(3) 保険医療機関及び保険医に関する申請・届出について

関東信越厚生局群馬事務所指導課長	斉 藤 一 弘
------------------	---------

(4) 保険診療の理解のために

関東信越厚生局群馬事務所保険指導医	青 山 正 道
-------------------	---------

4. 閉会の辞

群馬郡医師会長	永 井 伊 津 夫
---------	-----------

保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 15 号)

(最終改正：平成 20 年 9 月 30 日厚生労働省令第 150 号)

健康保険法 (大正 11 年法律第 70 号) 第 43 条ノ 4 第 1 項 及び第 43 条ノ 6 第 1 項 (これらの規定を同法第 59 条ノ 2 第 7 項において準用する場合を含む。) の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法 (昭和 28 年法律第 207 号) 及び船員保険法 (昭和 14 年法律第 73 号) を実施するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則を次のように定める。

第 1 章 保険医療機関の療養担当 (第 1 条—第 11 条の 3)

第 2 章 保険医の診療方針等 (第 12 条—第 23 条の 2)

第 3 章 雑則 (第 24 条)

附 則

第 1 章 保険医療機関の療養担当

(療養の給付の担当の範囲)

第 1 条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者の療養 (以下単に「療養の給付」という。) の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(療養の給付の担当方針)

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

(診療に関する照会)

第 2 条の 2 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があつた場合には、これに適切に対

応しなければならない。

(適正な手続の確保)

第2条の3 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の4 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第2条の5 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、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。

(掲示)

第2条の6 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第5条の3第4項、第5条の3の2第4項及び第5条の4第2項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

(受給資格の確認)

第3条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

(要介護被保険者等の確認)

第3条の2 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相

当する療養の給付を行うに当たっては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第4条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第100条、第105条又は第113条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第5条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第74条の規定による一部負担金、法第85条に規定する食事療養標準負担額（同条第2項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第85条の2に規定する生活療養標準負担額（同条第2項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第86条の規定による療養（法第63条第2項第1号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第2号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第74条第1項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つた場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項、第85条の2第2項又は第86条第2項第1号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第110条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2、保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第3号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第4号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項

又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

(領収証等の交付)

第5条の2 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

(食事療養)

第5条の3 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。

3 保険医療機関は、第5条第2項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(生活療養)

第5条の3の2 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供し、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。

3 保険医療機関は、第5条第2項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の

療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第5条の4 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第5条第2項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(証明書等の交付)

第6条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第87条第1項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第99条第1項の規定による傷病手当金、法第101条の規定による出産育児一時金、法第102条の規定による出産手当金又は法第114条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

第7条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護（法第88条第1項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス（同法第8条第4項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受けると認められた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

(診療録の記載及び整備)

第8条 保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿等の保存)

第9条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあつては、その完結の日から5年間とする。

(通知)

第10条 保険医療機関は、患者が次の各号の1に該当する場合には、遅滞なく、意見を附して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によつて事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

(入院)

第11条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(看護)

第11条の2 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

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

(報告)

第11条の3 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。

第2章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第12条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

(療養及び指導の基本準則)

第13条 保険医は、診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

(指導)

第14条 保険医は、診療にあたっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

第15条 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

(転医及び対診)

第16条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

(診療に関する照会)

第16条の2 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(施術の同意)

第17条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によつて、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第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。ただし、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第16項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

2 歯科医師である保険医は、（以下略）

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第19条の2 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第19条の3 保険医は、処方せんの交付に関し、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。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、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收受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第19条の4 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。

2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

- ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行つてはならない。
- ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行つてはならない。
ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

三 処方せんの交付

- イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長

期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によつて胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によつては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

ハ 内服薬との併用は、これによつて著しく治療の効果を挙げる事が明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限つて行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

(歯科診療の具体的方針)

第 21 条 (略)

(診療録の記載)

第 22 条 保険医は、患者の診療を行つた場合には、遅滞なく、様式第 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。

(処方せんの交付)

第 23 条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第 2 号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第 23 条の 2 保険医は、その行つた診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

第 3 章 雑則

(読替規定)

第 24 条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(表略)

附 則 (平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省令第 2・8 号)

この省令は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

保険診療について

1. 医療保険の目的

医療保険は、不測の事態に備えてあらかじめ皆でお金を出し合っただけでそれをプールしておき、疾病などに罹患した際、それに伴う各個人の医療費をプールした財源でカバーする、という相互扶助の原理から成り立っています。多数の個人を法律でもって強制的に保険集団とするシステムを社会保険といますが、医療保険は、国民の疾病による生活の破綻を防止するためにつくられた社会保険制度といえます。

この保険事業を行うものを”保険者”、保険料を支払い保険給付の対象となるものを”被保険者”といます。わが国の医療保険における給付は、医療機関にかかった際に診療行為として受け取る現物給付が主となっています。

保険医療の歴史としては、19世紀にドイツやフランスで始まった職業別の共済制度が端緒であるといわれています。第二次世界大戦後に、職業の別を問わない一つの制度で対応する社会保険の方式が創設されました。わが国では、明治38年の鐘紡と八幡製鉄所の共済組合の設立を端緒として、大正11年に健康保険法が制定されました。昭和13年には国民健康保険法が制定され、昭和36年に国民皆保険が実現しました。現在では国民皆保険と現物給付という社会保険方式により、患者の医療機関へのアクセスの良い医療保険制度が構築されています。

2. 医療保険の特徴

社会保険としての医療保険は、民間の医療保険（たとえば「がん保険」）と比較すると、次のような特徴があります。

- (1) 強制加入であること。
- (2) 各人の属する保険集団があらかじめ決定されていること。
- (3) 医療保険における給付は、保険事故に対応した社会的要求を充足する平均的標準的な給付を行うことを目的としており、給付の種類や点でも給付金額の点でも個別の保険ニーズに応ずることには限界があること。
- (4) 医療保険の運営は、公的機関によって行われていること。
- (5) 一部負担金があること。

出典：医療保険制度研究会「目で見える医療保険白書」

社会保障制度の一つでもある社会保険としての医療保険は、不時に発生する疾病、負傷等に際しての医療費負担という側面だけでなく、社会政策的側面をもっています。すなわち、その保険料は原則として被保険者の収入額に応じて負担しますが、これは民間の医療保険では保険料に応じて保険給付の内容が決まることと大きく異なるものです。

3. 医療保険の仕組み

わが国の医療保険制度は、大別すると「職域保険」と、「地域保険」の2つに分類されます。職域保険としては、協会管掌健康保険・組合管掌健康保険の一般被用者保険と船員・国家公務員・地方公務員・私立学校教職員等を対象とした特定被用者保険があります。

地域保険としては、国民健康保険があります。職域保険では、一般被用者保険は健康保険法によって運営され、特定被用者保険はそれぞれ船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法等によって運営されています。地域保険は、主に行政単位ごとに保険集団を形成するもので、国民健康保険法により運営されています。また、全医療保険加入者のうち75歳以上の者（寝たきり状態では65歳以上の者）は高齢者の医療の確保に関する法律に基づく老人医療の対象者となります。

4. 保険診療

保険診療とは、健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等で規定された範囲内で保険医療機関において行う診療行為をいうものです。すなわち、健康保険または国民健康保険等に加入した被保険者またはその家族が疾病または負傷のために保険医療機関で診療を受けた場合の診療行為を”保険診療”といい、この診療行為に要した費用は保険者からその保険医療機関に支払われるシステムになっています。

ここでいう保険医療機関とは、健康保険を取り扱う診療を行うことを地方厚生局長に申請し、指定された医療機関のことをいいます。また、保険医療機関で保険診療を行う医師はすべて保険医として地方厚生局長に登録されていなければなりません。

保険診療上最低限守るべき具体的な診療内容については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」に規定されています。

5. 関係法令

(1) 健康保険法

医療保険はいくつかの法律に基づき運営されていますが、代表的なものは健康保険法です。健康保険法は、当初は労働者保護の目的で大正11年に制定されました。

保険診療を行うに当たっては健康保険法等に基づき定められた「保険医療機関及び保険医療費担当規則」を遵守しなければなりません。保険診療に要した費用については、健康保険法に基づき定められた診療報酬点数表および薬価基準によって算定し保険者に請求します。この診療報酬点数表は、原則的には、行った診療行為の出来高に応じて支払われる出来高払い方式をとっています。

(2) 医師法

医師の資格、業務に関する最初の法律は、明治7年に発布された医制です。当時は開業免許制でした。その後、試験制度、免許制度が整備され、明治39年に身分免許制になり、旧医師法が制定されました。昭和17年に戦時体制下に国民医療法が制定され、その他の医療関係者に関する法律とともに医師法も国民医療法に吸収されました。戦後、欧米先進国における医師の資格、教育水準の著しい向上などの状況に対応し、昭和23年に現在の医師法が制定されました。その後43年にインターン制が廃止され、臨床研修医制度が創設され現在に至っています。

1) 医師法の趣旨、目的

医師は高度な専門知識及び技能を有して、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するという公共的な任務を有

しています。このように国民保健上極めて重要な役割を担う医師について、その資格を高い水準で厳格に定め、同時にその業務に関し国民保健の見地から必要な規制を行うことを主要な目的としています。

2) 業務

①業務独占・名称独占

医師でなければ、医業を行ってはなりません。また、医師でなければ、医師またはこれに紛らわしい名称を用いてはいけません。これを業務独占、名称独占といいます。

医業とは、反復継続の意志を持って医療行為を行うことです。医療行為とは人の疾病の診察・治療・予防など、医師の医学的判断及び技術をもって施すものであって、しかも人体に危害を及ぼすおそれのあると考えられるすべての行為をいいます。

②診療義務（応招義務）及び診断書等交付義務

診療に従事する医師は、正当な事由がない限り、診療に応じなければなりません。また、求めに応じて診断書、出産証明書等の証明文書を交付しなければなりません。

③無診察治療等の禁止

医師は、自ら診察をしないで、治療を行ったり証明文書等を交付してはいけません。

④診療録に関する義務

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りません。診療録の記載事項は、診療を受けたものの住所、氏名、年齢、性別、病名および主要症状、治療方法（処方および処置）、診療の年月日です。診療録は、5年間保存の義務があります。（注；療担第9条においては、診療の完結の日から5年間と決められています）。

⑤刑事上の協力義務

⑥処方せんの交付義務

なお、無資格医業、無診察治療、診療録記載義務違反等には罰則が設けられています。

(3) 医療法

医療法は、医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康保持に寄与することを目的とし、医療施設の計画的な整備、医療施設の人的構成、設備構造、管理体制の規制、医療法人の規制等を行うものです。

1) 医療提供の理念

医療法には、医療提供にあたって、次のような理念規定があります。

「医療は、生命の尊厳と個人の尊厳の保持を旨とし、医師と患者の信頼関係に基づく、疾病予防等を含む、良質かつ適切なものでなければならない。また、医療を提供する施設の機能に応じ、居宅を含む適切な場所で効率的に提供されなければならない。」

2) 医師等の責務、インフォームド・コンセント

「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他医療の担い手は、上記の理念規定に基づき医療を受ける者に良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

また、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」

3) 病院

20人以上の患者を入院させるための施設を有するものを病院とといいます。病院は、患者に対して科学的かつ適正な診療を受けることを使命として組織され運営されるべきであることが定められています。

①地域医療支援病院

かかりつけ医等を支援し、地域に必要な医療を確保する観点から、新たに位置づけられたものです。国、都道府県、市町村、特別医療法人等が開設する病院であって、地域の医療機関による医療提供の支援（紹介患者への医療提供、施設・設備の共同利用・開放化）、救急医療の実施、地域の医療従事者の研修を行う能力があり、200床以上の病床数を有する病院は都道府県知事の承認を得て、「地域医療支援病院」と称することができます。

②特定機能病院

高度の医療を提供する能力、高度の医療技術の開発および評価を行う能力、高度の医療について研修を行う能力、10以上の診療科、400床以上の病床を有し、一定の人員および施設基準を満たす病院は、厚生労働大臣の許可を得て「特定機能病院」と称することができます。

4) 療養病床

療養病床とは、病院または診療所の病床のうち、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で、都道府県知事の許可を受けたものをいいます。

5) 診療所

患者を入院させるための施設を有しないもの、または19人以下の患者を入院させるための施設を有するものを診療所とといいます。診療所については、病院のように厳重な規制はありませんが、10人以上の収容施設を有するものについては、病院に準じた規制が行われています。また、診療所の病床についても、療養病床とすることができますようになりました。

6) 医療監視員

厚生労働大臣、都道府県知事等は必要に応じて、病院、診療所等に立ち入り、その清潔保持の状況、構造設備、診療録その他の帳簿書類を検査することができることになってます。

これを行う者として、医療監視員の制度が設けられ、必要な検査・指導を行うとともに、施設の使用制限、施設の使用前検査、管理者の変更命令、病院の開設許可の取消、閉鎖命令等により医療内容の向上を図っています。

7) 医療計画

都道府県において日常生活圏（2次医療圏）で必要な医療体制を確保するため、都道府県知事は医療計画を定めることになっています。医療計画においては医療圏を設定し、病院の必要病床数のほか、地域医療支援病院や療養病床など施設機能を考慮した医療施設の整備目標、医療機関相互の機能分担および業務連携、救急医療およびへき地医療の確保、医療従事者の確保その他について、2次医療圏ごとに定めることになっています。

8) 医療法人

医療法では、医療が営利を目的として行うことを禁止しています。そのため、会社組織で医業経営を行うことは行政上認めない方針です。しかし、病院のように人的、物的に厳格に規制されているものを個人経営することは困難を伴うため、この医療法人制度が設けられています。これにより、病院等が比較的容易に法人格を得て、資金の集積を容易にし、医業の永続性と医療の普及向上が図られています。また常勤の医師（または歯科医師）が1人または2人しかいない診療所についても、いわゆる一人医師医療法人化が認められています。

(4) 薬事法

医薬品、医薬部外品、化粧品および医療用具に関し、主に製造、流通、販売について規制し、これらの品質、有効性、安全性を確保することを目的とした法律です。

厚生労働大臣は、医薬品などの製造について申請があったときは、名称・成分・分量・用法・用量・効能・効果・性能・副作用など検査して、品目ごとに製造の承認を与えます。

保険診療を行う上では、薬事法に基づく投薬注射の適応を遵守し、また薬事法に基づく承認を受けた医療機器を使用して行うことが大切です。

保険診療の実際

1. 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こと（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こと。
 - (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）の指定を満たすこと。
 - (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こと。
- 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

2. 診療録（カルテ）

- 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・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（責任の明確化）。

- 7) 診療録は公の文書→当該医療機関で診療終了後5年間保存する義務。
なお、看護記録等療養担当規則でいうところのは「その他の書類」。

3. 基本診療料等

1) 保険診療の枠組み

保険診療の枠組みすなわち料金体系は、基本診療料（初診料、再診料等）という基本セットがあり、その上に診療上必要に応じて選択される項目（特掲診療料）があります。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ます。

基本診療料には次に掲げるものがあります。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ります。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ります。

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ります。

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りますので注意して下さい。

2) 初診料・再診料

初診料は、患者がその疾患で初めて保険医療機関に来院して医師の診察を受けた場合に算定できます。これは、医師の診察技術を評価しているものです。この初診料は、病院と診療所ともに同一の点数となっています。

再診については、一般病床が200床未満の病院または診療所において算定できる再診料と、一般病床が200床以上の病院において算定できる簡単な検査等を包括した外来診療料に分かれています。

一般病床が200床未満の病院や診療所では、検査や処置、リハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行っている患者に対し、十分な時間をかけて、問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載した場合には再診料に加えて外来管理加算が算定できます。但し、原則として慢性疼痛疾患管理料を算定する場合には、当該月内においては外来管理加算は算定できないことになっています。

また、緊急のためやむをえない場合であって、電話・テレビ画像等で病状の変化に応じて治療上必要な治療上の意見を求められて適切な指示を行った場合にも再診料を算定できますが、外来管理加算は算定できないので注意が必要です。

3) 同一日複数科受診時の初診料

同一医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、初診料2分の1に相当する点数を算定することが出来ます。

また、診療科については、医療法上の標榜診療科が異なる場合に算定できますが、1

つ目と2つ目の診療科の医師が同一の場合にも算定できません。

3) 入院基本料

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においては7種類、有床診療所においては2種類に分かれています。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ます。

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ります。

4) 180日を超える入院

入院医療の必要性は低いですが、患者側の事情により長期にわたり入院している患者について、一般病棟、療養病棟、老人病棟等への入院期間が180日を超える者（一定の状態にある患者を除く）に対する医療保険からの給付は保険外併用療養費として入院基本料等の基本点数の85%となり、差額分については、患者から自己負担を求めることができます。

5) 入院期間の確認

平成14年の診療報酬の改定で180日を超える入院が、保険外併用療養費化されたことに伴い、医療機関は患者の入院に際し、患者またはその家族に対して過去3ヶ月以内の入院の有無を確認しなくてはならなくなりました。

医療機関は他の医療機関からの入院履歴に係る問い合わせに速やかに対応できるように、退院証明書を渡すことが望ましいとされています。

これらのことがなされていない場合は入院料は算定できません。

4. 療養上の医学管理

I. 一般的事項

医学管理料（指導料・管理料）は一種の技術料です。

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りますが、療養上の指導についてはそのような“証拠？”は残りません。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ます。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ません。

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る場合には、算定できない場合があります。

II. 医学管理料

1) 特定疾患療養指導料

厚生労働大臣が定める疾患（がん、高血圧、喘息、胃潰瘍など）を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を行った場合に算定するものです。診療録に指導の要点を記載することが要件です。この場合、あらかじめ作成したスタンプを押し、該当する部分に○を付けるだけでは、指導した内容を記載した

ことにはならないので、指導の具体的内容を自筆で記載することが重要です。月2回まで算定が可能です。また、200床以上の病院では算定できません。

2) 特定薬剤治療管理料

- (1) 対象となる患者が限定されている。
- (2) 薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定。
- (3) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載。
- (4) 月1回算定できます。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にかかわる費用が含まれていますので、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であってもそれに係る費用は別に算定できません。

3) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍であるとしてすでに確定診断された患者に対して、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査に基づき計画的な治療管理を行った場合に算定できます。「悪性腫瘍の疑い」では算定できません。(その場合は腫瘍マーカー検査となります)。診療録に検査結果及び治療計画の要点を記載することが算定要件です。

4) 小児科外来診療料 (届出必要)

小児外来における検査・投薬等の他、指導等の重要性等に鑑み、医療機関の選択により3歳児未満の外来診療を1日単位で包括化したものです。届出医療機関は3歳児未満のすべての小児を対象とすることとなります。

5) 地域連携小児夜間・休日診療料 (届出必要)

小児科医等が、届出医療機関において夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日、または深夜に6歳未満の急性に発症した小児患者を診察した場合に算定できます。

6) 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対し、生活習慣に関する総合的な治療管理を評価したものです。定められた書式に基づいて3ヶ月以内に1回以上、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なくてはなりません。生活習慣病を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ます。

7) 手術前医学管理料 (届出必要)

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旨を届出した医療機関において算定できます。硬膜外麻酔、脊椎麻酔、又は全身麻酔下で行われる手術の前に定型的な検査・画像診断について包括化したものです。(手術前1週間以内に行われた検査(本管理料に包括された検査)は入院外であっても算定できません)。

8) 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について評価したものです。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所定点数に含まれます。

9) 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が高い入院患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器または材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入

院中1回算定することができ、これには処置に用いた機器、材料の費用が含まれています。

1 0) 慢性維持透析患者外来医学管理料

透析導入後3ヵ月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者については、慢性維持透析患者外来医学管理料を月1回算定することができ、これには各種検査料及び判断料が含まれています。慢性維持透析患者外来医学管理料を算定する患者にかかわる検査については、厚生労働省より通知が出ています。具体的な検査項目・頻度については、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」等を参考にして下さい。

1 1) 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あって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回算定できます。

1 2) 皮膚科特定疾患指導管理料

皮膚科の専門的で高度な技術を評価したものです。対象疾患によって、点数が異なります。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ます。帯状疱疹、じんま疹、成人型アトピー性皮膚炎、尋常性白斑及び円形脱毛症が一つのグループになっています。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ています。

1 3) 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疼痛を主病とし、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することができます。診療所の外来患者に限って算定できます。介達牽引や消炎鎮痛等処置の費用が含まれており、別に算定できません。（薬剤料は別途算定できます）

1 4) ニコチン依存症管理料（届出必要）

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対し、所定の禁煙治療（12週に渡り計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ます。

この場合、ニコチン依存症の診断、患者への説明と治療への同意、禁煙治療の内容等については、「禁煙治療のための標準手順書」に従って行われる必要があります。

また、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ます。

1 5) 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、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について評価を行うものです。

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、入院時に算定できます。

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ます。いずれも患者の同意が必要となります。

5. 在宅医療

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しますが、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ります。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ります。

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ました。

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ります。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りません。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ります。

1. 在宅患者診療・指導料

在宅患者診療・指導料には、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、救急搬送診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料があります。

ここでは、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料について簡単に説明します。

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ものです。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、後述する在宅患者訪問診療料を算定することとなっているために、往診料は算定できません。また、往診に看護師等を同伴した場合にも、在宅患者訪問看護・指導料を同時に算定することはできません。

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対して、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回を限度（末期の悪性腫瘍や神経難病等の患者を除く）として算定できます。（この場合、再診料、外来診療料及び往診料は算定できません。但し、病状の急性増悪、終末期等で一時期に週4回以上の頻回な訪問診療が必要と認めた場合には、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内に14日を限度として算定できます。この場合は診療報酬明細書に必要事項を記載しなければなりません。診療録には訪問診療の計画及び診療内容の要点を記載して下さい。

3) 在宅時医学総合管理料（届出必要）

通院が困難な患者に対して、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します。診療所又は200床未満の病院において月1回に限り算定できます。在宅療養支援診療所で、必要な事項についての文書での提供が行われている等の要件を満たす患者については一段と高く評価されています。

なお、この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別に算定することができません。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ともに診療録には在宅療養計画と説明の要点を記載して下さい。

4) 在宅末期医療総合診療料 (届出必要)

在宅療養支援診療所において末期悪性腫瘍患者で通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に算定できます。1週を単位として算定し、訪問診療又は訪問看護を行う日が週4日以上であって、週1回以上の訪問診療を含め、訪問診療及び訪問看護の回数が合わせて週4回以上行う必要があります。

また、患家において死亡診断を行った場合及び緊急に往診を行った場合(週2回が限度)を除き、診療に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定することができません。

5) 在宅患者訪問看護・指導料

通院が困難な患者に対して、診療に基づき、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の看護業務に支障をきたすことのない範囲で、その医療機関の保健師、助産師、看護師、准看護師を訪問させて看護または療養上必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき週3回を限度(末期の悪性腫瘍や神経難病等の厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く)として算定できます。ただし症状の急性増悪、終末期等の患者で医師が認めた場合は、月1回に限り医師の診療が行われた日から14日以内の期間に14日を限度として算定できます。また、在宅患者訪問看護・指導を実施する保険医療機関の医師による診察の日から1月以内に行われた場合に算定します。

訪問看護計画は、患者の家庭における療養状況を踏まえて医師、または保健師、助産師若しくは看護師が作成し、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容、訪問頻度等を記載し、少なくとも月に1度は見直しを行うほか、患者の病状に変化があったときには適宜見直さなければなりません。

医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容の要点を診療録に記入しなければなりません。また、保健師、助産師、看護師、准看護師は患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態、並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録にとどめておくことになっています。これらの記録も、診療報酬請求の根拠となるものです。

6) 在宅患者訪問看護・指導料

在宅患者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者から訪問看護を受けている患者に対して、主治医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回算定できます。

2. 在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切と判断した患者について、患者または患者の看護に当たるものに対して、医師が必要な指導を行った場合に、1カ月に1回を限度として算定できます。診療録には、在宅療法を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を記載してください。

在宅療養指導管理料には、退院前在宅療養指導管理料、在宅自己注射指導管理料、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料、在宅肺高血圧症患者指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料、寝たきり老人訪問指導管理料があります。

なお、同一の患者に対して同一の在宅療養指導管理料を2つの保険医療機関で算定することはできませんから、他の保険医療機関から紹介された患者については特に注意が必要です。また、同じ保険医療機関で1人の患者に2つ以上の指導管理を行っても主たるもの1つしか算定できません。

医療材料の費用については、在宅療養指導管理材料加算等で特に規定されている場合を除き所定点数に含まれているので別に算定することはできません。

6. 検査

- 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

検査には、算定要件が規定されているものがあります。算定要件を満たしていなければ請求ができませんので気をつけてください。

1) 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ています。したがって、保険診療では「腫瘍マーカーは、診療及び他の検査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」となっています。ここでいう他の検査とは、画像診断、超音波検査等と解されます。

なお、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料として算定します。

2) 尿沈渣顕微鏡検査

尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査もしくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの異常所見が認められた場合、または診察の結果から必要と考えられ

る場合に実施できることになっています。

3) 呼吸心拍監視

呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害もしくは呼吸機能障害を有する患者またはそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定できるものです。また、観察結果の要点を1日ごとに診療録に記載する必要があります。モニターをつければ算定できるのではなく、あくまでも監視を行っている証しがないと算定できません。また、レセプトの摘要欄には算定開始日を記載することになっています。開始日からの期間によって点数が異なっており、長期にわたると点数が低くなります。

4) 骨塩定量検査

骨塩定量検査は、4ヵ月に1回しか保険請求ができません。

同様に血液化学検査の中で、リポ蛋白(a)精密測定やレムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール等は3ヵ月に1回です。このように算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施したとき場合には、レセプトの摘要欄には前回の実施日を記載することになっています。

5) コンタクトレンズ検査料

コンタクトレンズ処方のために眼科的検査を行った場合、またはコンタクトレンズ装用者に対して眼科的検査を行った場合に算定します。過去にその保険医療機関でコンタクトレンズ検査料を算定したことのある患者でこの検査料を新たに算定する場合、初診料は算定せず再診料または外来診療料を算定します。コンタクトレンズ検査料1については施設基準の届出が必要です。また、基本診療料及びコンタクトレンズ検査料等のコンタクトレンズ診療に要する費用の説明を掲示し、患者の求めがあった場合には説明することが算定要件となりました。これらの要件を怠った場合には、検査料は算定できず、基本診療料しか算定できないので注意が必要です。

7 画像診断

1) 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す。ただし保険診療でいう「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ありません。

保険診療での「画像診断」は以下のものを指します。

- ① X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ります。

画像診断に限らない話ですが、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ります。

2) 逡減制について

同一月内に同一部位に対して、CT及びMRIを計2回以上実施した場合、2回目以降の

検査の実施料は逡減されます。このルールが適用されるのは、同一の医療機関で行われた検査の場合はもちろんですが、異なる医療機関であっても開設者が同一である場合は該当します。これはCT、MRIの濫用が目立ってきたために導入されたルールです。

3) 特殊CT・MRI撮影

施設基準に適合しているものとして届け出た医療機関で、高性能のCT、MRI機器を使用して管腔の描出を行った場合に算定できます。この施設基準の中では、単に機器を持っているだけでなく、5%以上の共同利用が行われていることが条件となっています。

4) 画像診断管理加算

施設基準として10年以上の経験（または放射線科専門医の資格）を有する画像診断を専ら担当する常勤医師が勤務していることが条件です。

画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影結果を文書により主治医に報告し、その文書またはその写しを診療録に添付した場合に月1回に限り算定できます。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロ（画像診断管理加算2の施設基準）に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に文書で報告されていることが施設基準となっています。

8 投薬・注射

(1) 一般的事項

1) 禁忌投与

禁忌投与は医学薬学上の禁忌で、疾病あるいは症状に対する禁忌と配合の禁忌があります。医師が禁忌をあえて侵すことはまれと思われがちですが、必ずしもそうではないようです。胃、十二指腸潰瘍のあう患者に対して非ステロイド消炎鎮痛剤（NSAID）の投与は禁忌となっていますが、しばしば見受けられます。実際には胃潰瘍がレセプト病名であることが多いようですが、安易に使用しないように気をつけねばなりません。

また、配合の禁忌については、プラバスタチン（メバロチン）とベザフィブラート（ベザトールSR・ベザリップ等）のように併用により重篤な副作用が生じる例もあるので、薬剤を使用する際には添付文書を熟読することが肝要です。

2) 適応外投与

適応外投与とは薬事法上承認されている「適応症」以外の傷病に対して薬剤が投与されることをいいます。保険診療では効能・効果として承認されているごく一部の薬剤を除き、原則として予防的治療は認められていません。もちろん予防的に使用した薬剤の保険請求を可能にするため、実態のない病名を付けてはいけません。

適切な代替薬剤がなく、やむをえず適応症以外に薬剤を投与しなければならない時は、診療報酬明細書の症状詳記にその旨を記載して下さい。もちろん医学薬学上妥当な範囲内での使用でなければなりませんし、研究的な使用が認められないことはいうまでもありません。例えば「学会発表でみた」というだけでは適応のない疾患への投与の理由にはならないと考えて下さい。添付された症状詳記の内容やエビデンス等を総合的に勘案した上で審査支払機関で投与が妥当と判断されれば時には認められることがあるかもしれません。

なお現在、医薬品再評価が行われており、新薬以外でも適応等が変更されている可能性がありますので、常に最新の添付文書等で適応、用量等を確認してから薬剤を使用するようにして下さい。

3) 過量投与・用法外投与

医薬品は、その投与量、用法等が定められていますが、これらの範囲を超えて使用された場合に、過量投与、用法外投与となります。特に幼・小児、高齢者、腎障害・肝障害のある患者さんへの投与量は注意が必要です。

医薬品はその投与量とともに用法も定められています。例えば皮下・筋肉注射しか適応のないカルシトニン製剤を静注で使用したり、局所投与の適応のない抗生剤をネブライザー等で使用することは保険診療上認められません。医薬品は添付文書に記載された効能・効果、用量・用法にて薬事法上の承認を受けているので、それらを守るようにして下さい。

4) 重複投与・多剤投与

薬理的にほぼ同様の効果・効能及び作用機序をもつ2剤以上の薬剤を同時に投与することを重複投与といえます。重複投与は多くの場合、医学的には過量と同じ結果になりやすく、特別な効果も期待できません。同じ作用機序の薬剤を知らずに投与していたなどといったことがないように気を付けて下さい。

多剤投与とは同一の疾患あるいは症状に作用機序の違う薬剤の場合、相乗効果が期待できたり、副作用の補完効果等がある場合もあります。しかし、漫然と他種類の薬剤を処方していることが往々にしてあります。特に消化管に対する薬剤や抗生物質等では注意して下さい。

5) 長期漫然投与

同一の薬剤あるいは同種の効果・効能をもつ薬剤を評価なく漫然と長期間投与することを長期漫然投与といえます。治療対象としての慢性疾患の増加に伴い長期間投与せざるをえない薬剤も増えてきました。生涯投与が必要な薬剤もあり、長期投与が一概に悪いとは決していえませんが、薬剤の使用にあたっては常に効果判定を行うようにして下さい。

6) 薬剤の投与期間

平成14年4月から薬剤の投与期間に係る規則は原則として廃止されましたが、何日分処方しても査定されないという訳ではなく、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、または症状の経過に応じたものでなければいけません。

ただし、例外として麻薬及び向精神薬、薬価基準収載後1年以内の医薬品については投与期間の制限が設けられています。

(2) ビタミン剤 (B群製剤及びC群製剤)

本来ビタミン剤は通常の摂取で必要量は純分補充されますので、保険診療では経口摂取が正常に出来ない場合、ビタミン剤の投与により病状が改善する疾病、ビタミン欠乏が原因となって生じることが明らかな疾病などの治療に限ってビタミン剤投与を認めています。従って、外来患者、食事療養を受けている入院患者にビタミンを投与した場合は、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合を除いて診療録及び診療報酬明細書に必要理由を記載することが要求されています。

(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ます。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す。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ます。

(4) 注射

患者に薬剤を投与する方法は注射ではありません。内服なども重要な投与方法です。内服による投与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す。療養担当規則第20条第4号に以下のように記されています。

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によつて胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によつては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 注射を行うに当たっては、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、これによつ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与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限つて行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

9. 処置・手術・麻酔

(1) 一般的事項

- 1) 点数表にない処置であつて簡単な処置（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。
- 3) 手術にあつ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つて算定する。
- 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つては、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。

(2) 創傷処置

創傷処置等は実際に処置を行った面積によつて算定することになっています。平成18年4月の改正では請求に際しての処置の範囲が面積で明示されました。しかし医療現場では実際の処置にかかわらず、請求のための範囲と期間があらかじめ決められている例や診

療録に処置の記録がまったくない例が散見されるようです。

診療録には創傷面の広さと部位を記載、図示するとともに、実際に処置を行った範囲に基づき保険請求するようにして下さい。

(3) 手術

手術には「施設基準に適合していない場合は算定できない手術」「施設基準の設けられていない手術」があります。施設の要件の例として、症例数の院内掲示、手術内容、合併症等に係る患者への説明等があります。

(4) 麻酔

保険診療上、閉鎖循環式全身麻酔についての診療報酬はその実施時間によって算定します。実施時間の定義は「当該麻酔を行うために 閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了とする。従ってそれ以外の手術室の中で行われる処置、観察等の時間は実施時間に算入しない」となっています。また、「当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること」とされています。

10. リハビリテーション

リハビリテーションは必要があると認められる場合に行うと定められています。また、保険診療においてリハビリテーション料の算定についてはいくつかの要件を設けています。

1) 施設に関する制限

リハビリテーションを行っている医療機関の施設整備の充実度によって点数が異なったり、算定することのできないリハビリテーション料があります。リハビリテーション料は厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関等で算定するものです。

2) 人員に関する制限

脳血管疾患等リハビリテーションを例にとれば「医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下で行われたものについて算定する」とあります。専任の医師が自ら行ったり、医師の監督のもとに理学療法士等が行うのは問題ありません。

3) 内容に関する制限

個々の訓練内容についてあまり細かい定めはありませんが、その患者のリハビリテーションの必要性、病態と訓練内容、リハビリテーションに要した時間と人員等から、その治療がリハビリテーションに該当するかなどが判断されます。また、算定要件として訓練の内容の要点及び訓練の開始時刻と終了時刻の記録を診療録等に記載することが定められています。

実施計画については、原則として「医師は開始時及びその後3ヶ月に1回以上患者に対して実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する」とされています。

4) 期間に関する制限

疾患別リハビリテーションについては、それぞれ治療開始日からの算定できる期間に限度が設けられています。ただし例外規定に該当する状態の患者であれば、その期

間を超えて算定することもできますし、難病患者リハビリテーションや障害児（者）リハビリテーションには期間の制限は設けられていません。

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」とされています。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ます。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行うよう心がけて下さい。

1 1. 食事

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。そのために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
- 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 2. 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おり、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）。

1 3. 診療報酬明細書（レセプト）の作成

- 1) 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。
 - (2) レセプトと診療録の診療開始日が一致している。
(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。

(4) 疑い病名が多い場合には、早期に確定病名とする。

(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どうか？

(7) 間違った記載欄に記載されていないかどうか？

(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」の濫用は避けるべきである。

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 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・老人保健診療報酬点数表」)

(2) 薬事法（薬剤の適応、用法等）

(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こと。

参 考 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い方式と言う。

それに対して、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がある。

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、一日分を一定の料金とする方法、1ヵ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、様々な包括の仕方がある。

出来高払い制は上限が無いので、医療費がいくらでも膨らんでいくこと、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欠点がある。

2. 自己診療について

医師自身が、自分自身に対する診療を行うことを「自己診療」という。

自己診療については、健康保険上の保険給付の対象として認められないので、注意する。

従って健康保険で医師自身が診療を受けようと思う場合は、他の医師にお願いして診察をしてもらった上で、その主治医の指示で検査のオーダーや処方となされるようにする。

3. 自家診療について

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」といい、以下のような問題がある。

- 1) ついつい診察を省略したり、診療録記載がおろそかになる。
- 2) 一部負担金を免除してしまう。
- 3) 時間外、休日加算を算定してしまう。

4. 院外処方せんの交付について

今回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

5. 混合診療について

保険診療は医療に直接関わる部分は保険によって全てをカバーすることを原則とし、保険診療と保険外診療（保険で認められていない診療行為）の混在を認めていないので、保険外診療が入るとその診療は原則として自由診療となり、その費用は全て患者が負担することになっている。保険診療において患者から費用を求められるものは、法令で定められている一部負担金、保険外併用療養費療（患者自身の選択に基づく一部の医療）に限られる。

（患者へ費用負担を求めることができる例）

- 1) 一部負担金
- 2) 入院時栄養食事療養の自己負担
- 3) 保険外併用療養費制度による差額徴収
- 4) 一般の診断書等、出産費用、出産育児一時金に係る証明書
- 5) 往診、訪問診療、訪問看護等に要する交通費（実費）
- 6) 薬剤の容器代（患者が希望する場合のみ）
- 7) 喘息等の吸入用治療剤施用のための小型吸入器代
- 8) 患者が薬品を紛失、破損した場合の再交付
- 9) おむつ代

検査を中心とした 保険請求の問題点

平成21年度レセプト審査での問題点

- 1)レセプトオンライン化に伴い、検査の回数、画像診断の回数のチェックがいとも簡単に出来るようになった。つまり入院1月で、生化学の検査回数を4回までとセットすれば、それ以上の検査を行ったレセプトはすべて審査委員の前にでてくる。病状に関係なく審査を受けなくてはならない。きわめて画一的な審査となる恐れあり。(コンピューターの挑発…)
- 2)連月審査が行われるようになり、単月では問題なくても複数月の検査がチェックされ査定されることが多い。

検体検査の判断料について

検体検査判断料によって6部門に分類される。

- 1)尿・糞便等検査判断料 34点
- 2)血液学的検査判断料 125点
- 3)生化学的検査(1)判断料 144点
- 4)生化学的検査(2)判断料 144点
- 5)免疫学的検査判断料 144点
- 6)微生物学的検査判断料 150点

1 尿・糞便等検査判断料 34点

- 尿中一般物質定性半定量検査 26点
- 尿沈査顕微鏡検査 25点
- この2検査の併施は理由がないと認められないことあり。尿沈はあくまで尿定性検査で異常を認めた後の検査で、膀胱炎、腎盂腎炎など異常所見の発生する疾患名が必要である。ルーチン検査としては認められないことがある。

2 血液学的検査判断料 125点

- 検査項目として、血算、分画、HBA1C、出血凝固、DIC検査、血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)2000点、遺伝子病的検査2000点、染色体検査2000点、免疫関連遺伝子再構成2400点
- 血算と白血球分画を同時算定するにはWBCの増多、減少、または分画異常を示す疾患名が必要。細菌性感染炎症名などが必要となる。
- DICは良く使われる疾患名であるが、使用薬剤で禁忌となるものも多いので注意が必要(イントラリピットなど)。また関連検査の回数(D-Dダイマー、FDPなど)必ずチェックされる。症状詳記が必要となることもある。

3 生化学的検査(I)判断料 144点

GOT、GPT、コレステロールなど、Na、K、Cl、心筋トロポニン、血液ガス分析など、血液ガス分析の点数にNa、K、Cl、pH、PO₂、PCO₂などが含まれる。つまり電解質検査が余分にカウントされる。

- 5項目以上7項目以下100点
- 8項目又は9項目109点
- 10項目以上129点と丸めとなっている。

4 生化学検査(Ⅱ)判断料 144点

1)内分秘学的検査

11-OHCS, 17-OHCS, T3, T4, TSH、

BNP, HANP、インスリン精密測定、など

イ、3項目以上5項目以下 410点

ロ、6項目又は7項目 630点

ハ、8項目以上 900点

特に連月の甲状腺検査は注意が必要。甲状腺機能亢症の急性期であれば問題ないが、10年も前の橋本病などの病名では毎月の甲状腺機能検査はチェックされる恐れあり。

2)腫瘍マーカー 悪性腫瘍を強く疑われる患者に対し、診断の確定または転帰の決定までに1回を限度として算定する。

腫瘍マーカーについて

- CEA, CA19-9, SCC, SLX, HER2などなど
 - イ、2項目 230点
 - ロ、3項目 290点
 - ハ、4項目以上420点
 - 悪性腫瘍と診断名がつくと悪性腫瘍特異物質治療管理料として請求する
 - イ、一般的なもの 220点 尿中BTAのみ
 - ロ、検査が複雑なもの1項目 360点
2項目以上 400点
- (CEA, CA19-9等ほとんどの検査が含まれる)

腫瘍マーカーについての注意

- 慢性肝炎の場合 AFPとPIVKA IIとの併用可能
- PSAは高値の場合、3か月に一度測定可能、4.0以上(3回を上限として)
- CEA、CA19-9など、がん患者でなくとも高値を示す場合もあり経過観察が必要なことも理解できるが、症状詳記ないと査定されるおそれあり。(転帰までに1回という記載のため)

5 免疫・血液学的検査判断料

- (1) ABO血液型、RH血液型、クームスなど
赤血球不規則性抗体は輸血歴、または妊娠のある患者に対し、胸部、腹部外科、婦人科外科などの手術が行われた当日に請求
- (2) 感染症、免疫学的検査
梅毒脂質抗原検査、ASO、各種最近ウイルス抗原抗体検査、HIV抗体価精密検査
- (3) 肝炎ウイルス関連検査
HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価精密など
- イ、3項目 290点
ロ、4項目 360点
ハ、5項目以上 520点

5 免疫・血液学的検査判断料

(4) 自己抗体検査

リウマトイド因子、甲状腺自己抗体検査、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体などなど

(5) 血漿蛋白免疫学的検査

CRP定性、定量、血清補体価(CH50)、C3、C4、特異的IGEなどなど

* CRPについては資料10を参考

(6) 細胞機能検査

T細胞、B細胞、百分率検査、T細胞サブセット検査

6 微生物学的検査判断料 150点

(1) 顕微鏡検査 32点

(2) 細菌培養同定検査

イ、口腔、気道からの検体 130点

ロ、消化管、血液、穿刺液 130点

ハ、泌尿器、生殖器 120点

その他の部位 110点

嫌気性培養を併せて行った場合、プラス70点

6 微生物学的検査判断料 150点

- (3)細菌薬剤感受性検査
1菌種 130点、2菌種 170点
3菌種以上220点
- (4)抗酸菌は特殊な菌として別算定あり
- (5)微生物核酸同定定量検査

微生物学的検査の問題点

- 1)微生物学的検査の回数が問題となることあり(肺炎等で月に3, 4回行う例など)。
- 2)嫌気性培養加算が咽頭部からの採取検体にプラスされていることもある。

平成21年度社保・国保合同会議
審査員へのアンケート調査
—診療側が注意すること—

【社保】

(内科)

投薬の際に禁忌症例に注意していただきたい。

(内科)

1. 病名のもれに注意していただきたい。
2. 画一的で、あまり多くの病名を付けることは避けていただきたい。

(内科)

事前点検の徹底、特に不要な病名の整理をしてほしい。

(内科)

1. ヘリコバクターピロリ菌の除菌や検査について、病名がない、内視鏡等での潰瘍の診断がない。(検査施行(一)でも特記があればよいでしょうが、それもない方がいます)
2. 古い病名は整理してほしい。おそらく現在と関係ない病名が多く書いてある場合がある。

(内科)

病名不備が最も多い。

社保では病名不備の場合、初診月を除いて原則査定する方向にあります。
レセプトチェッカー等も上手に使用することをすすめます。

(内科)

- ①検査病名の記入もれに注意してほしい。
- ②社保と国保の審査基準に差が有り、それを補正するため本会議が行われていると聞いていますが、最近更に審査基準に差が生じ、大きくなっているように感じます。国保の審査が異常に厳しくなっています。同様の声は地元の医師からも聞いています。

(内科)

甲状腺疾患、内分泌代謝疾患、糖尿病の診療における適切な検査の実施。

(内科)

レセプト提出時には、医師は病名・診療内容等のチェックを怠らない様に心掛けるべきである。

現状は事務員に任せっぱなしの事が多いのではないのでしょうか？

(内科)

適応傷病名の記載もれないよう。A査定を行うのは本当につらいことです。

(小児科)

診療上必要な検査を査定することのないように、レセプトに記載されることはないが行間から診療した医師の診療方針（態度）や（新生児医療や難病などでは特に）担当医の苦勞なども読み取って審査しています。

診療側の審査委員としては明らかな告示違反、過剰検査や分法分量の誤り等以外は、医師の裁量を認めるべきと思いますが、いかがでしょうか。

(小児科)

下記の適応年齢にあてはまらない請求に対する扱いについて

○パルミコート注射液

適応年齢 6ヶ月以上5歳未満の乳幼児

○キプレス細粒4mg、シングレア細粒4mg

通常、1歳以上6歳未満の小児にはモンテルカストとして4mg（本剤1包）を1日1回就寝前に経口投与する。

○キプレスチュアブル錠5mg、シングレアチュアブル錠5mg

通常、6歳以上の小児にはモンテルカストとして5mgを1日1回就寝前に経口投与する。

(精神科)

1. 通院・在宅精神療法の適応病名について
2. 精神科身体合併症管理加算の対象患者について

(外科)

ほとんどすべての医師が立派なドクターと思います。

(外科)

適応外使用（投与）などの場合は、診療上やむを得ない点を必ず詳記して欲しい。

(外科)

処置の同一部位について『両側足関節捻挫で両側のバンソウコウ固定した場合でも片側（一方）しか算定出来ない』ことは改善の要あり。

以上、整形外科よりの声です。

(整形外科)

診断の過程と治療の経過が審査を行なう医師に理解できる正しい診療を行ない、わかりやすいレセプトを作成する。気持ち伝わるレセプトを作成する。

(整形外科)

1. 医療機関によっては、特徴的な不適切事項があり、そのチェック。
(例：エコー算定が非常に多いなど)
2. 傾向的、画一的な算定のチェック。
(例：創傷処置、特に固定による処置の範囲など)
3. 記載要領を遵守しているか。(例：リハ廃用症候群に係る評価表など)
4. 基本診療料：時間外、休日再診の妥当性
5. 特掲診療料
 - ・在宅自己注射指導管理料（在宅悪性腫瘍患者指導管理料）で投与した薬剤を外来受診日に外来で投与（注射）ロイマ（骨軟部悪性腫瘍患者）
 - ・リハビリ：標準的算定日数超で、月14単位以上の実施で継続理由の記載あるか？
 - ・処置：創傷処置と消炎鎮痛等処置1、2、の同日不適切な算定
 - ・手術：同一手術野における算定の不適切。特に指（手・足）
術中使用薬剤で不適切な算定。（ペルジピン注射で低血圧・麻酔算定）
 - ・麻酔：各種ブロックと傷病名の妥当性
(肩甲上神経ブロックで頸椎症等)

(整形外科)

傷病名と診療内容の確認をして下さい。

66

(整形外科)

1. 麻酔

- ①全身麻酔の定義
- ②低血圧麻酔の条件
- ③使用薬物量

2. 神経ブロック

毎月、回数が問題になっている。

急性期と慢性期の区分が、はっきりしないものが必要では。

(脳神経外科)

- ①民間病院での初診時にルーチン化された血液・画像診断が目立つ。
- ②脳外科の専門性を逸脱した検査・処置に対する評価が難しい。
例) 脳外科のカルテで消化器内視鏡検査などを行った事例
- ③無症候性で短期入院患者に対する早期リハビリを実施する診療行為など。

(脳神経外科)

脳腫瘍の栄養動脈塞栓術は脳血管内手術ではなく、脳血管塞栓術で請求して下さい。

(産婦人科)

群馬県では産婦人科保険診療マニュアルを作製してあるので、これに則って請求することを徹底していただきたい。

(耳鼻科)

社保・国保の審査内容の不一致が極力無いように注意している。

(皮膚科)

- 1. 皮膚腫瘍摘出術における術前検査でのH I V-1, 2抗体測定は算定不可
- 2. 疾患標識自己抗体測定における適応疾患について確認する。
- 3. いぼ冷凍凝固術4ヶ所以上の請求については、病名に「多発」又は複数部位の記載が求められる。
- 4. イトリゾールパルス療法適応症の確認。

(泌尿器科)

1. 同一検体で複数項目の検体検査を施行した際の請求方法について（主たる検査一項目で請求すべきなのですが）
2. エコーを用いて残尿測定を施行した際の請求方法について（エコーを請求している例が見られます）
3. より確実な検査方法が有るにもかかわらず、疑い病名でのCT検査の乱用について（特に尿路結石、膀胱癌疑い等で）
4. 初診時において主病とあまり関係の無い疑い病名を多数列挙した上での多数項目の検査について（まるで人間ドックの検査の様であります）
5. ステロイド注射のあまりにも多い使用について（全てショック病名付）
6. 局麻使用していない切開手術があまりにも多い（5cm未満の切開術で請求）など、色々あります。

【国保】

(内科)

1. 検査のセット化
2. 連月での同様検査施行
3. 傷病名はできるだけ I C D 1 0 に相当するもので願いたい。

(内科)

一般的になってしまいますが、①病名漏れ（医薬品集に載っている適正な病名）②病名整理③病状詳記④検査の重複（入院時検査と外来時術前検査における感染症検査など）⑤禁忌項目などが挙げられます。

(内科)

1. 連月の通り、一般検査については注記入をして下さい。
2. 注記に疑い病名を記載しても傷病名とはなりません。
3. 医療行為そのものについての注記入で再審査の査定を防げると思います。

(内科)

1. 疑い病名にて画一的な検査を行っている医療機関がみられる。
2. 画像診断、ECFなどで、回数、枚数が審査員によって差がみられる。

(内科)

1. 高血圧、高脂血症等の病名で毎月漫然と血液検査（脂質、肝機能等）を行わないこと。
2. 内視鏡前の検査にて一律にHBs抗原、HCV抗体、TPHAを行わないこと（B型肝炎、C型肝炎の人にも行っている事例がみられる）と、内視鏡検査予定月等をコメントで入れておくこと。

(内科)

大病院に見られる事が多いのですが、検査項目・回数が画一的に、頻回に行われています。例えば、血算は頻回でもあり得ますが、同時に生化学も頻回には、いかがなものかと思えます。

必要項目を症例により選択して、場合により付記をお願いできれば、査定せずにすむものが多くなると思います。

(内科)

1. 「貧血」病名に対し、鉄剤治療（経口、注）の場合は、鉄欠乏性貧血と病理の記載をお願いしたい。
2. 「貧血」病名に対して、網状白血球の検査は初回診断時は必要な検査ですが、経過をみる検査として行う場合は病型が限られることを了解していただきたい。特に鉄欠乏性貧血ではその必要性は低いと思われます。
3. 鉄欠乏性貧血でF e・U I B C・フェリチン検査を行う場合、診断時、治療中止の決定時には必須ですが、安定していて経過をみる場合にはあまり必要度がないと思ひます。
4. ニューキノロン、抗真菌剤など抗菌剤の使用にあたっては、適応症が限られ、その適応病名に充分留意してもらいたい。特に最近の抗真菌剤では「深在性真菌症」の病名では不十分と思われます。

(内科)

1. P P I とH 2 ブロッカーの併用例が目立つ医療機関がある。
2. H 2 ブロッカー注射剤の使用が長期にわたる症例が多い医療機関がある。

(内科)

- ①内視鏡検査等の術前検査が適切であるか。
- ②H・ピロリ除菌療法が適切に行われているか、など。

(内科)

- ①P P I とH 2 ブロッカーの併用がかなり多い先生がいます。どうしたらよいか？
- ②神経学的検査を連日行っている先生がいます。どうしたらよいか？

(循環器科)

古い炎症性疾患病名（胆のう炎等）で、毎月C R P を測定している例が見受けられます。

(外科)

点数の多少にかかわらず、合理性を疑われる診療は説明をつけ加える。

(外科)

投薬、注射、検査などにおいて適応外になってしまう事例が結構多い。理由が病名もれで査定減点されるのは、誠にもったいない話なのでレセプトを提出する前に是非もう一度チェックしてもらいたい。

査定に関して、査定対象となる内容においては、社保・国保の審査委員が一致した見解をもって審査することが重要と考えます。

(脳神経外科)

1. 脳梗塞急性期病態での種々の薬物の使いわけ
 - 1) r t - P A
 - 2) 抗血小板療法剤
 - 3) 抗凝固療法剤
 - 4) 脳保護療法剤
2. 降圧剤の使用法
3. 肺血栓・塞栓症の予防療法
4. 動脈硬化性病変（頸部頭蓋内）に対する保護療法としてのスタチンの投与

(眼科)

主訴に対して必要な検査のみで請求する医療機関と、出来る検査はすべて算定してくる医療機関との二極化が目立つ。

後者に対し、注意・査定しても殆んどの場合効果がない。

審査の限界を感じる。

(耳鼻科)

1. 急性・慢性の記載
2. 喉頭・鼻腔抗ファイバーにつき、詳しい病名（喉頭異常感症、声帯結節、腫瘍）（単に慢性喉頭炎・副鼻腔炎でファイバーしている）
3. 細菌検査（上気道）の症例の吟味、また検査後の薬剤の変更等

(皮膚科)

適応外の病名については、一次審査でなるべくチェックする様にしています。（突合審査では病名もれがわからない事がありますので、再審査で査定になってしまう事もあります）

社保との統一性になるべくとれる様にとっています。

(泌尿器科)

1. 病名に病状・病態を記載している施設がある。傷病名の記載が望ましいと考えます。(ex・排尿困難・残尿感等)
2. 尿路感染疑い病名で尿培養検査は適応はないと考えます。

保険診療の理解のために

関東信越厚生局群馬事務所

目次

I	わが国の医療保険制度	
1	わが国の医療保険制度	3
2	国民医療費の推移	5
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	6
2	保険診療の基本的ルール	6
III	医科診療報酬点数に関する留意事項	
1	診療録（カルテ）	8
2	傷病名	10
3	基本診療料等	11
4	医学管理等	13
5	在宅医療	14
6	検査・画像診断	15
7	投薬・注射・輸血	17
8	リハビリテーション	19
9	処置・手術（輸血を除く）・麻酔	20
10	食事療養	22
11	病理診断	23
IV	急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）について	
1	DPCとはなにか	24
2	DPCが導入された背景・これまでの経緯	24
3	制度の概要	25
4	診療報酬の算定方法	29
V	保険診療に関するその他の事項	
1	診療報酬明細書（レセプト）の作成	33
2	患者から受領できる費用	34
3	保険外併用療養費制度について	34
4	サービス等に対する実費徴収について	38
5	自己診療、自家診療について	39
VI	健康保険法等に基づく指導・監査について	
1	指導・監査について	40
2	平成16年度指導・監査の実施状況について	40

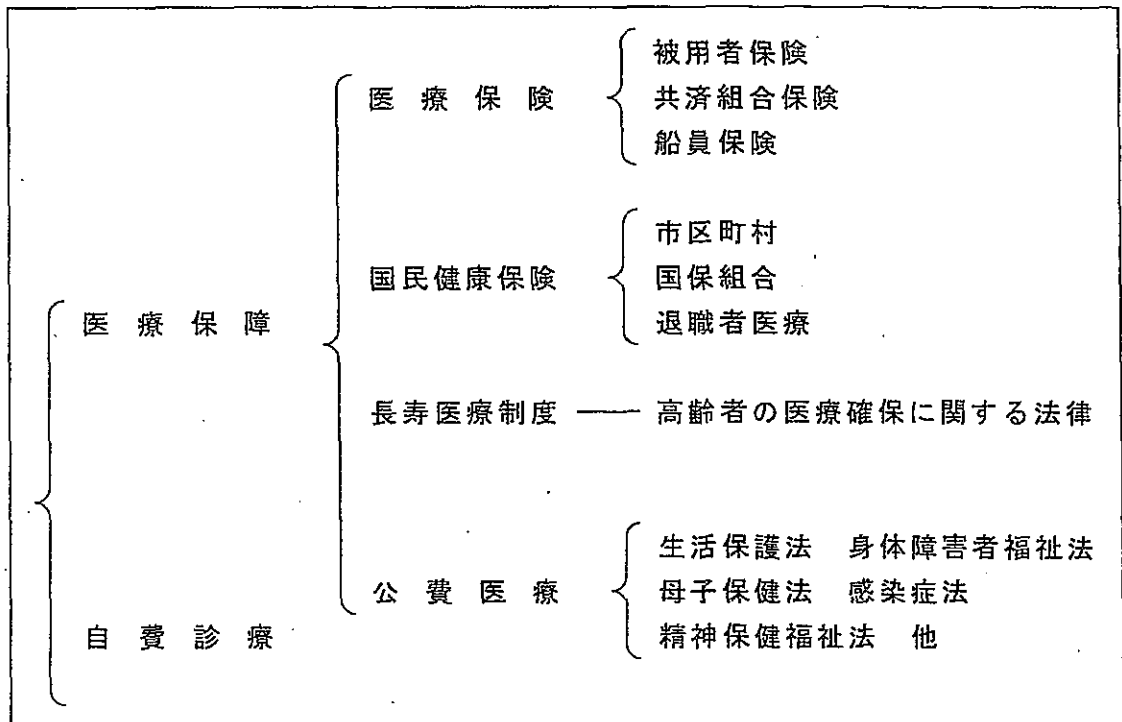
I わが国の医療保険制度

1 わが国の医療保険制度

(1) 医療保険制度の種類

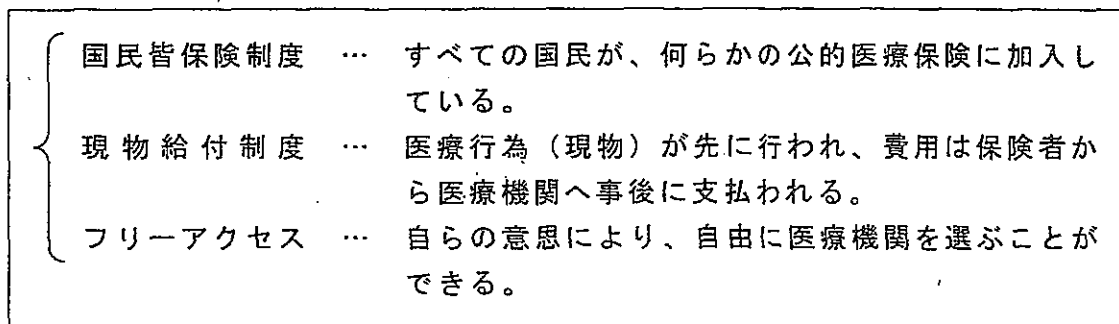
わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、船員保険（船保）、共済保険（共済）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者については、長寿医療制度が適用となる。



(2) 医療保険制度の特徴

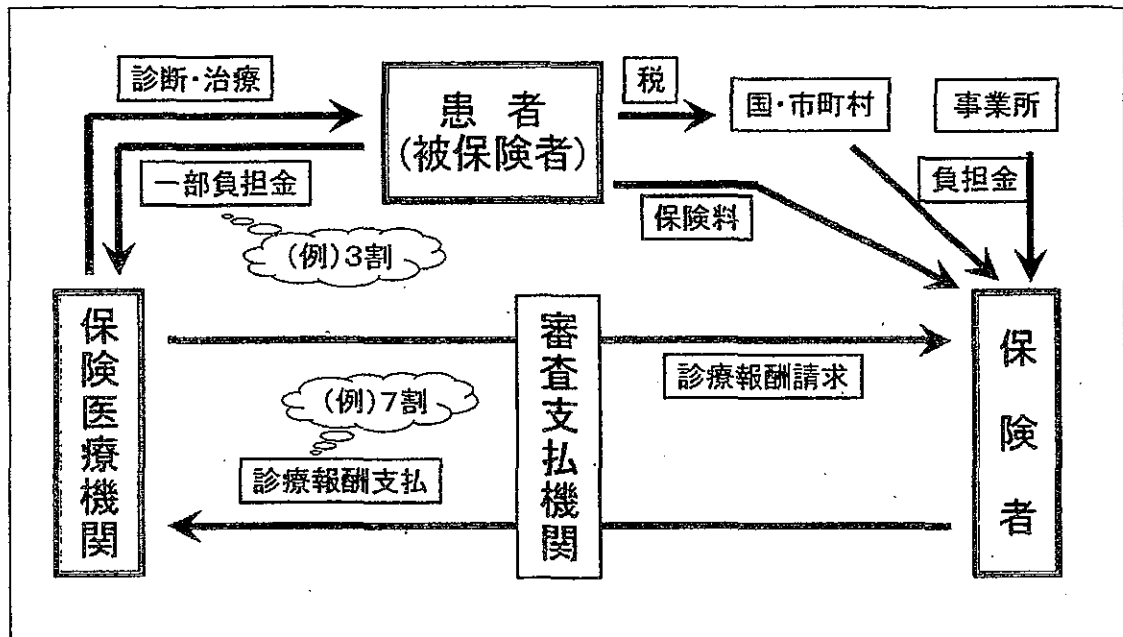
わが国の保険医療制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。



(3) 保険診療の具体的な仕組み

患者は、保険医療機関の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険医療機関に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法その他の保険医療各法に規定されている。そのため、保険診療が「保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”」と称される所以である。



(4) 保険医療制度の国際評価

わが国の保険医療制度は、WHO（世界保健機関）の世界保健報告において、世界第1位と高く評価されている。

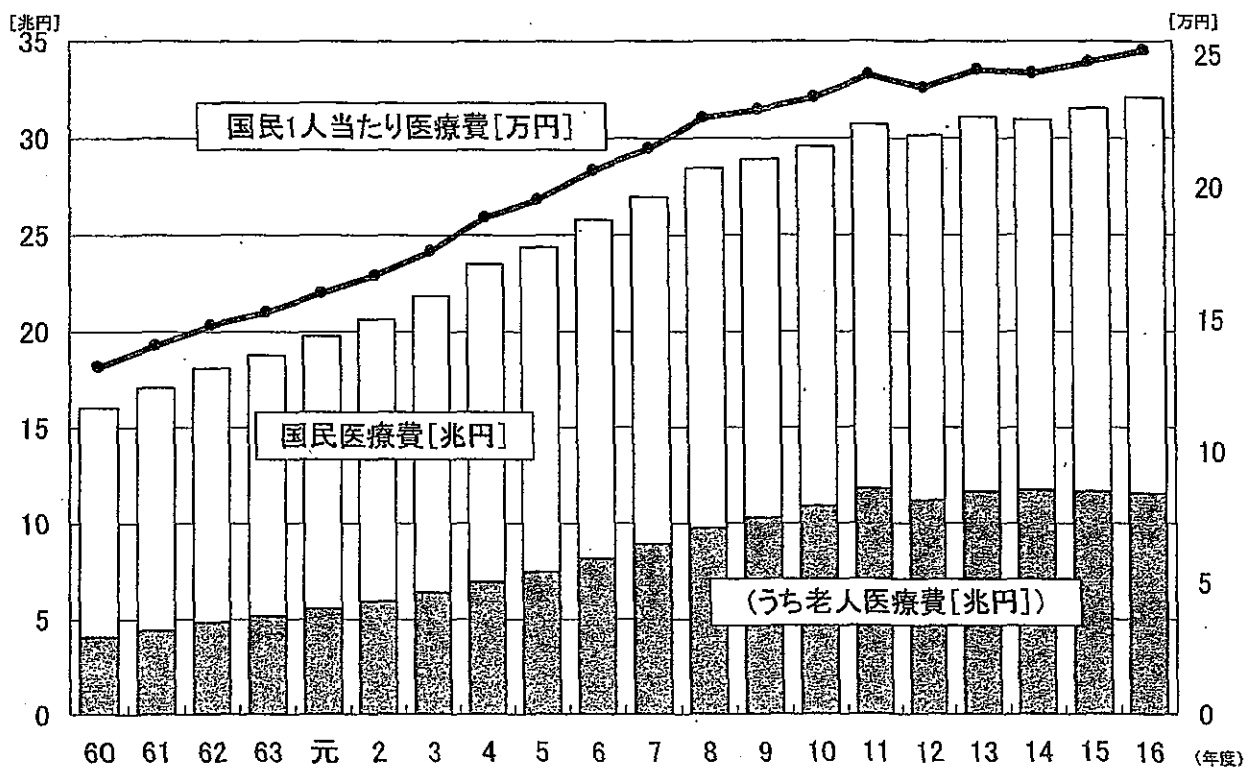
日 本	アメリカ	イギリス	フランス	ド イ ツ
1 位	1 5 位	9 位	6 位	1 4 位

(2003年 WHO (世界保健機関) 報告による)

〔 世界191か国 (国連加盟国) の保険医療制度を、医療の質や平等性と
 いう観点から総合的に評価したもの。 〕

2 国民医療費の推移

わが国の国民医療費は年々増加傾向にあり、特に、老人医療費の伸びが著しい。



【メモ】

II 保険医、保険医療機関の責務

1 保険医、保険医療機関

(1) 保険医とは

健康保険法の規定により、「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない。」(第64条)とされている。

この登録(保険医登録)は、医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に登録されるのではない。医師自らの意思により、地方厚生局へ申請する必要がある。

(2) 保険医・保険医療機関の責務

健康保険法の規定により、「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。」(第72条)とされている。

ここでいう命令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則(療養担当規則)」と呼ばれるものであり、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を厚生労働大臣が定めたものである。

2 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」による契約診療である。
- 保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。

(1) 療養担当規則(保険医療機関及び保険医療養担当規則)

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項につき取りまとめられている。

- ・ 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

(2) 診療報酬が支払われる条件

以下に掲げる事項を満たしていなければ、保険診療として認められず、診療報酬の支払を受けることができない。

- ・ 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、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し、
- ・『保険医療機関及び保険医療養担当規則』の規定を遵守し、
- ・医学的に妥当適切な診療を行い、
- ・『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。

(3) 保険診療の禁止事項

①無診察治療等の禁止（療担第12条）

医師が自ら診察を行わずに治療、投薬（処方せんの交付）、診断書の作成等を行うことについては、保険診療の必要性について医師の判断が的確に行われているとはいえず、保険診療としては認められるものではない。

なお、無診察治療については、保険診療上不適切であるのみならず、医師法違反（「医師は、自ら診察しないで治療をしてはならない」（第20条））に当たるものであり、また、倫理的にも医療安全の観点からも極めて不適切な行為であることは言うまでもない。

（無診察治療の例）

- ・定期的に通院する慢性疾患の患者に対し、診察を行わず処方せんのみ交付。
- ・通院リハビリテーション目的で訪れた患者が、理学療法士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のに再診料を請求。
- ・診療録に、診察に関する記載が全くなかったり、「薬のみ（medication）」等の記載しかない。（無診察治療の疑い）

②特殊療法・研究的診療等の禁止（療担第18条、第19条、第20条）

医学的評価が十分に確立されていない、「特殊な療法又は新しい療法等」の実施、「厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究の目的」による検査の実施などは、保険診療上認められるものではない。

（例外）

- ・先進医療（高度医療を含む）による一連の診療
- ・治験による薬剤の投与や、これに伴う一連の検査

③健康診断の禁止（療担第20条）

健康診断は、保険診療として行ってはならない。

④濃厚（過剰）診療の禁止（療担第20条）

検査、投薬、注射、手術・処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行う必要がある。

⑤特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担第19条の3）

患者に対して、「特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等」を行ったり、「指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益」を受けるとは、療養担当規則により禁止されている。

なお、保険医が交付した処方せんに関し、保険薬局の保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、適切に対応する必要がある。

Ⅲ 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。

(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（療担第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（一例）

- ・ 診療の都度、診療の経過を記載する。必然的に、外来患者であれば受診の都度、入院患者であれば原則として毎日、診療録の記載がなされることになる。
- ・ 慢性期入院患者、集中治療室入室中の患者、慢性疾患で長期通院中の患者等についても、診療録の記載が必要なことは当然である。
- ・ 診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数の項目があることに留意する。
- ・ 修正等の履歴が確認できるよう、記載はペン等で行うとともに、修正は修正液・貼り紙等を用いず二重線で行う。
- ・ 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、オーダー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こと。また、席を離れる際には必ずログアウトすること。
- ・ 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こと。また、パスワード等を記したメモ等を端末に掲示しないこと。
- ・ 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こと（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となる。

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つけること。請求事務担当者が主治医に確認することなく傷病名をつけることは厳に慎むこと。
- ・診断の都度、診療録（電子カルテを含む）の所定の様式に記載すること。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、オーダーリングシステムのみで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こと。
- ・必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること。
- ・診療開始年月日、終了年月日を記載すること。
- ・傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理すること。特に、急性病名が長期間にわたり継続するのは不自然な場合があるので、適宜見直しをすること。
- ・疑い病名は、診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更すること。また、当該病名に相当しないと判断した場合は、その段階で中止とすること。

(2) 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こと。
- ・客観的事実（検査結果等）を中心に記載すること。
- ・診療録の記載やレセプトの内容と矛盾しないこと。

(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る、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
- ・「好中球減少症」「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

3 基本診療料等

- 外来患者が医療機関に来院しても、初診料・再診料（外来診療料）等が請求できない場合がある。
- 入院基本料等を算定するための要件があることに留意する。

(1) 初診料・再診料（外来診療料）

初診料・再診料は、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、他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ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について、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こと。

（電話再診料を算定が不可能な例）

- ・ 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。
- ・ 単なる定期的な病状報告を受ける内容のものである場合。

(3) 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ついては、請求の簡素化等の観点から、処置・検

査等の点数が包括されている場合もある。

(4) 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」）を策定するとともに、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ともに、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ついては、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。

(5) 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ともに、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。

4 医学管理等

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

(1) 医学管理料（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 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算定できるものであり、単に悪性腫瘍マーカー検査を行ったことのみで算定できるものではない。
- ・検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

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について、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した場合に算定できるものであり、単に薬剤血中濃度を測定したことのみで算定できるものではない。
- ・血中濃度及び治療計画の要点を診療録に記載する。

③ 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対して、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う。

（肺血栓塞栓症の予防措置を施したことのみをもって、一律に算定できるわけではないことに留意する。）

④ 診療情報提供料

（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」等については、算定できないことに留意する。）

- ・ 交付した診療情報提供書の写しを診療録に添付するとともに、紹介先からの照会に対しては懇切丁寧に対応する。

(診療情報提供料 (Ⅱ))

- ・ 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、診療情報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、オーダー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。

(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際に算定できるものである。

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)。
- ・ 2以上の指導管理料を一医療機関で算定できない (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おり、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。

(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

- ・尿沈査顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象。
- ・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-グルシトールのうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定。

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載する。

(単にモニター装置の装着のみで算定できるものではないことに留意する。)

③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) 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添付する。
- ・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。

(4) 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、FT₃とT₃（FT₄とT₄）を画一的に併施

③ 必要性の乏しいと思われる検査

- ・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、 α_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に実施

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) 血液製剤等の使用方針

赤血球濃厚液、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤、凝固因子製剤等の使用に当たっては、薬事・食品衛生審議会の専門家により策定された『血液製剤の使用指針』、『輸血療法の実施に関する指針』、『血小板製剤の適正使用について』の規定を遵守し、適正な使用を行う必要があり、保険診療上も指針の遵守が算定要件となっている。

これらの各種指針については、院内の輸血管理部門等が中心となり、医師等への情報提供や啓発等に努める必要がある。

(4) 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
- ・ 肝庇護剤（強力ネオミノファーゲンシー、タチオン注等）を薬剤性肝障害、術後肝障害等の患者に使用
- ・ 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

- ・ 外用の適応のない抗菌薬等（アミノグリコシド等）を、ネブライザーによる吸入や手術時の局所洗浄等で使用
- ・ 抗癌剤（パラプラチン、ランダ）を腹腔内撒布

④ 過量投与

- ・ 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越える投与

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

○ 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。

(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区分として再編成された。

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逡減制と、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）。（「3 基本診療料等」も参照）
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ともに、リハビリテーションの開始時とその後3ヶ月に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禁止されている。

(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

- ・処置の範囲により点数が異なることに留意する。
- ・処置の範囲が、請求の根拠として後から確認できるよう、診療録に記載することが望ましい。
- ・比較的簡単な処置については、基本診療料に含まれるものとなった。

（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：100cm²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（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（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となっている。

（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、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添付で代用できる。
- ・麻酔記録を診療録に必ず添付する。
（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。）

- 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。

(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、オーダーを行うこと。
(医師以外の者が治療食の提供の可否を判断し、栄養部門へのオーダー（オーダー変更を含む）を行うことのないよう留意する。)
- 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、オーダーを行うこと。
- 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こと。
- 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（I）の算定のために必要なものである。単なる「試食」ではないということに留意するとともに、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載すること。

(2) 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、必要なビ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、五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」として評価するとともに、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。

IV 急性期医療に係る診断群分類別包括評価(DPC)について

1 DPCとはなにか

「DPC」は、もともとは、わが国独自の診断群分類を意味する英語の固有名詞(Diagnosis Procedure Combination)の頭文字である。

現在、一般的には「DPC」は、「平成15年4月に特定機能病院に導入された急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当りの包括評価制度」を意味する単語として使用されている。

2 DPCが導入された背景・これまでの流れ

(1) 診療報酬体系見直しの必要性の高まり

現行の診療報酬体系は、昭和33年に新医療費体系として構築されたものであり、基本的特徴は、診療行為ごとの出来高払い方式である。その後、40年以上が経過し、累次の改定を経る中で、点数項目は大幅に増加、複雑化し、国民に分かりにくいものとなっているとの批判がある。また、現在の診療報酬体系には、以下のような課題が存在していると指摘されている。

- ① 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、検査、投薬等の量的拡大のインセンティブが働く。
- ② 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分でない(平均在院日数の長さ、医療機関の機能分化の不十分さ等の医療提供体制の課題とも密接に関係)。
- ③ 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分でない。

(2) 診療報酬体系の見直しに関する取り組み

- ① 「健康保険法等の一部改正に伴う附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(診療報酬体系の見直しの基本方針)」の閣議決定(平成15年3月)

【基本的な考え方】

- ・ 医療技術の適正な評価
 - ・ 医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価
 - ・ 患者の視点の重視 等
- ② 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会における検討
 - ③ 診療報酬調査専門組織の設置(平成15年7月)
 - 4つの分科会(DPC評価分科会、慢性期医療評価分科会、医療技術の評価分科会、コスト評価分科会)
 - ④ 平成15年特定機能病院におけるDPCの導入、平成16年診療報酬改定の実施、平成16年DPC試行的適用の開始
 - ⑤ 平成18年度診療報酬改定の実施、平成18年度DPC対象病院の拡大、DPC対象病院およびDPC準備病院の位置づけ
 - ⑥ 平成20年度診療報酬改定の実施、平成20年度DPC対象病院の拡大

(3) D P Cに係るこれまでの取り組み

- 平成14年3月 平成14年診療報酬改定に係る中医協答申において特定機能病院へのD P C導入が決定
- 平成14年9月 中医協基本小委における検討の開始
- 平成15年4月 特定機能病院におけるD P Cの導入
- 平成15年7月 診療報酬調査専門組織D P C評価分科会におけるD P Cの評価の開始
- 平成15年12月 D P C評価分科会における評価結果（中間報告）の中医協基本問題小委員会への報告
- 平成16年3月 特定機能病院の包括評価制度の見直し、平成16年診療報酬改定に係る中医協答申において「D P C調査協力病院におけるD P Cの試行的適用」を実施することが決定（62病院が試行的適用の対象病院となる。）
- 平成18年4月 D P Cに係る評価について、診断群分類・診断群分類ごとの診療報酬点数・入院期間Iの設定方法・包括範囲・調整係数の見直しが行われ、支払対象病院の拡大が決定（「D P C対象病院」として既存の対象病院82病院に加えて試行的適用病院62病院を位置づけるほか、調査協力病院228病院のうち一定基準を満たす病院を位置づける。なお、調査協力病院228病院のうち今回D P C対象病院とならなかった病院のうちD P C適用を希望する病院及び新たにD P C適用を希望する病院については「D P C準備病院」として位置づける。）
- 平成20年4月 平成18年度のD P C対象病院の基準は平成20年度以降も継続する。軽症の急性期入院医療も含めてD P Cの対象とする。再入院に対するD P C算定ルールの見直し、診断群分類の見直し。今後調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定を検討する。

3 制度の概要

(1) 診断群分類の基本構造

日本における診断群分類は、まず、18の「主要診断群（M D C : Major Diagnostic Category）」と呼ばれる疾患分野ごと（例えばM D C 1 : 神経系疾患、M D C 2 : 眼科系疾患、M D C 3 : 耳鼻咽喉科系疾患など）に大別され、それぞれ傷病により分類される。次に、診療行為（手術、処置等）、重症度等により分類されている。傷病名はI C D 10により、診療行為等については診療報酬上の区分により定義され、重症度等については傷病ごとに評価する重症度等の指標が設定されている。

なお、傷病名は、国際疾病分類（I C D : International Classification of Disease）に基づいて定義されている。また、手術、処置等1および手術、処置等2は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義されている。

【主要診断群】

- M D C 1 神経系疾患
M D C 2 眼科系疾患
M D C 3 耳鼻咽喉科系疾患
M D C 4 呼吸器系疾患

MDC 5	循環器系疾患
MDC 6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC 7	筋骨格系疾患
MDC 8	皮膚・皮下組織の疾患
MDC 9	乳房の疾患
MDC 10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC 11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC 12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC 13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC 14	新生児疾患、先天性奇形
MDC 15	小児疾患
MDC 16	外傷・熱傷・中毒
MDC 17	精神疾患
MDC 18	その他

診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定されることとなる。「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病のことであり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

本包括評価制度の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集した平成14年7月～10月の退院患者に係る調査に基づき開発（当時の包括評価対象診断群分類は1,860分類）され、その後も継続的に検討が行われており、平成18年改定、平成20年度改訂においても見直しが行われた。なお、包括評価の対象診断群分類に該当しない患者は、出来高算定となる。

(2) 診断群分類番号の構成

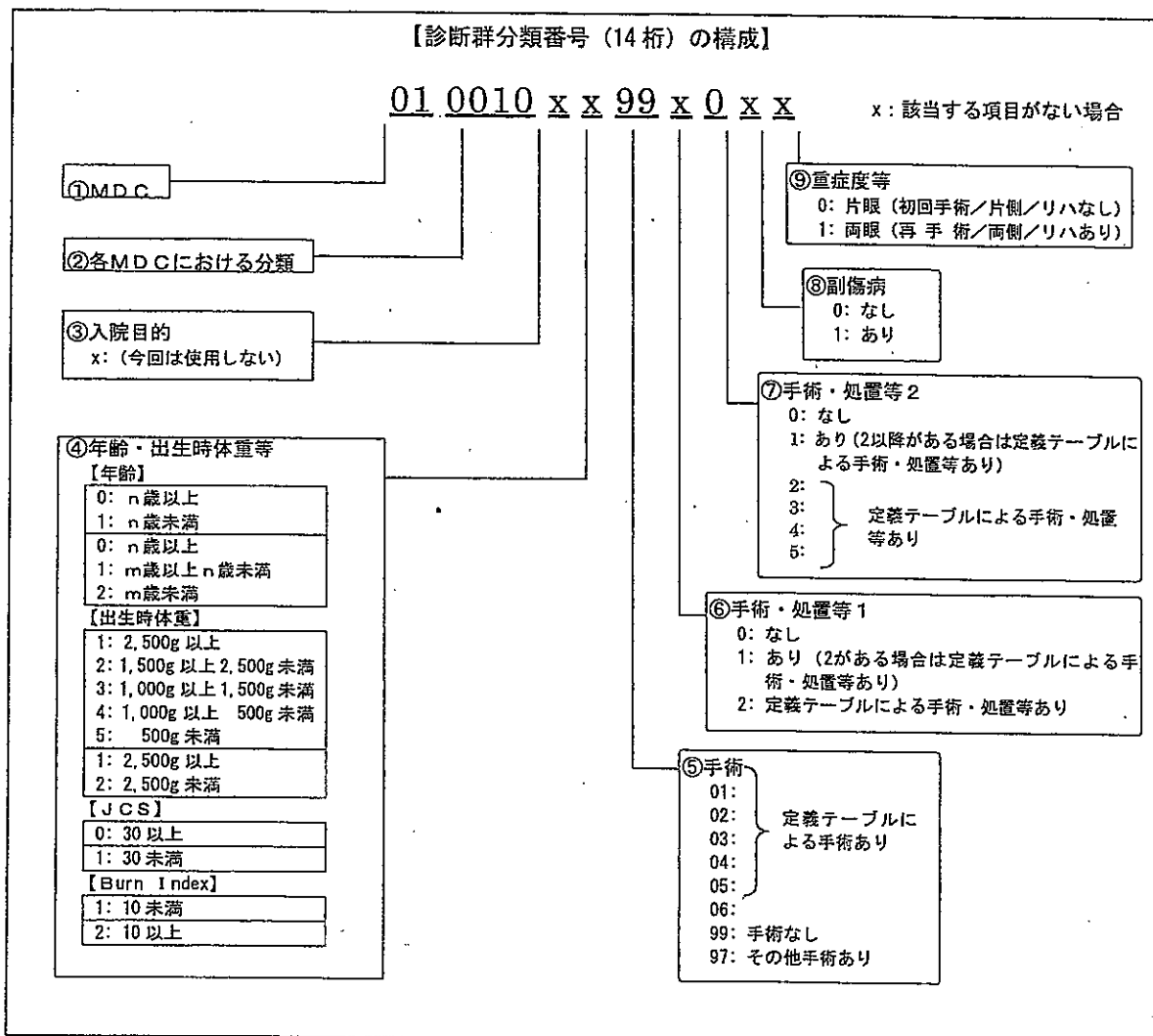
すべての診断群分類は、数字と'x'からなる14桁の診断群分類番号であらわされ、それぞれ意味の桁ごとに意味をもつ。

《診断群分類の見直し》

臨床専門家等により構成されるMDC毎作業班における見直し案の報告及び平成18年7月～12月の退院患者に係る調査に基づき、平成20年4月に診断群分類が見直された。

- ①MDC16（外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他の疾患）に分割した。
- ②診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行った。
- ③診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入した。

(見直し前)		(見直し後)
16主要診断群	→	18主要診断群
516疾患	→	506疾患
2,347診断群分類	→	2,451診断群分類
1,438包括対象分類	→	1,572包括対象分類



(3) 診断群分類の決定方法

診断群分類の決定の手順は、下記の通りである。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」の決定
- ② 「医療資源を最も投入した傷病」に対応する ICD10 が分類されている診断群分類の検索
- ③ 診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づく診断群分類の決定。(診断群分類ツリー図、定義テーブル、診断群分類点数表、診断群分類電子点数表を活用する。)

※ 診断群分類点数表

包括評価の対象となる診断群分類ごとに1日当たり点数等を規定している。

※ 診断群分類ツリー図、定義テーブル

「ツリー図」は包括評価の対象外となった診断群分類を含めて全診断群分類

を体系的に図示しているもので、通知により示されている。

「定義テーブル」には「ツリー図」の分岐の基準の定義を記述している。

※診断群分類電子点数表

各医療機関における医事会計システムに対応しやすい形に整えた診断群分類点数表、定義テーブルである。

(4) 対象病院（DPC対象病院としての基準）

平成20年度以降のDPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び（データ/病床）比が10ヶ月で8.75以上という要件を満たさなくてはならない。

（平成18年度の基準）

- ① 一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料、10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ② 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

(5) 平成20年度以降のDPC制度の運用

- ① 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準（望ましい基準を除く。）を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- ② 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、(4)の（データ/病床）比の基準は適用しない。
- ③ 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- ④ DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。。
- ⑤ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

(6) 包括評価の対象患者

- ① 包括評価の対象患者は、一般病棟の入院患者のうち、包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者である。
- ② ただし、以下の者を除く。
 - ・ 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - ・ 治験の対象患者
 - ・ 臓器移植患者の一部
 - ・ 先進医療（従前の高度先進医療を含む）の対象患者
 - ・ 急性期以外の特定入院料等の算定対象患者

・その他厚生労働大臣が定める者

4 診療報酬の算定方法

(1) 包括評価制度における診療報酬の額

包括評価制度における診療報酬の額は、包括評価部分と出来高部分で構成されている。

$$\text{診療報酬} = \text{包括評価部分} + \text{出来高部分}$$

① 包括評価部分

「診断群分類」ごとの1日当たりの包括評価であり、医療機関別係数による評価・調整が行われる。

$$\text{包括範囲点数} = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

【包括評価の範囲】

○ ホスピタルフィー的要素

入院基本料、入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算に限る）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る）、検査（病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料を除く）、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技を除く）、投薬、注射、1,000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料等

※ 選択的動脈造影カテーテル手技：区分E003に掲げる造影剤注入手技（「3」の「イ」に規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）

② 出来高部分

「医科点数表」に基づいた評価が行われる。

【出来高評価の範囲】

○ ドクターフィー的要素

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く）、精神科専門療法（薬剤料を除く）、手術、麻酔、放射線療法、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技に限る）及び

処置料（基本点数が1,000点以上の処置に限る） 等

○ 手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

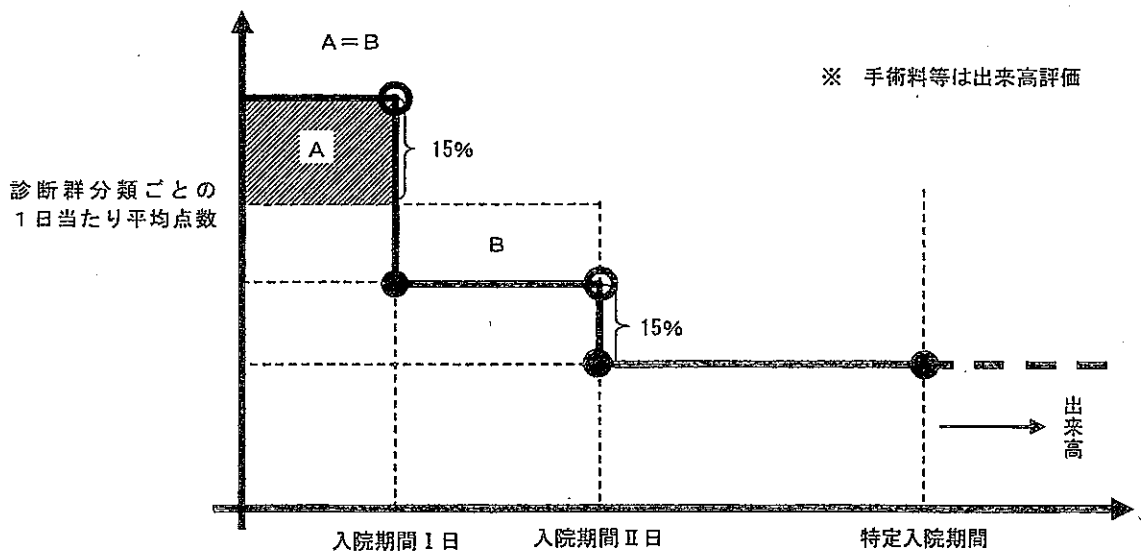
(2) 「診断群分類」ごとの1日当たり点数

①在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっている。

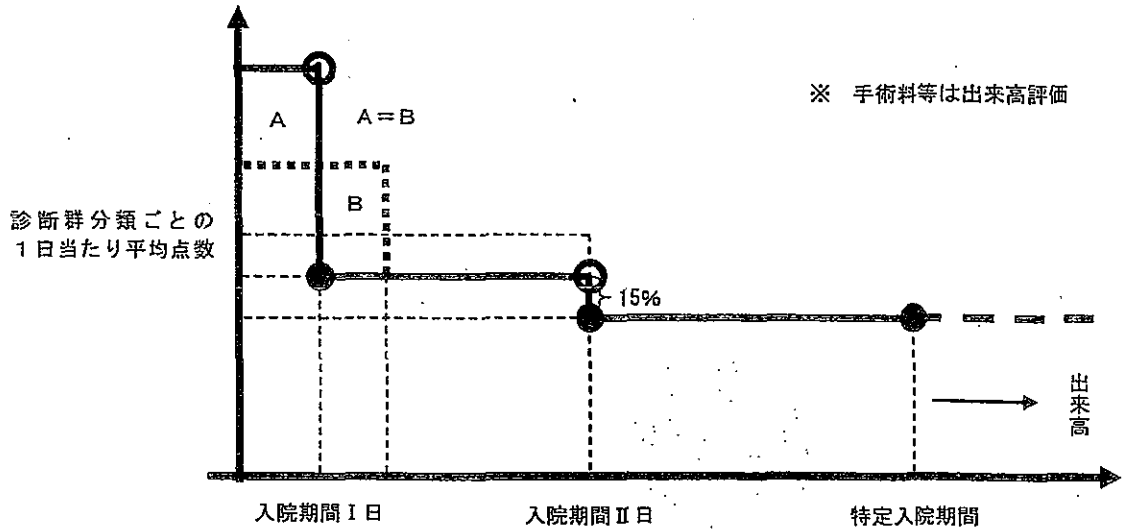
- ・診断群分類ごとに3段階の点数が設定されている。その点数設定の考え方は下記の通りである。（従来の設定方法参照）
 - ・入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。
 - ・25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点数が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
 - ・平均在院日数を超えた日から前日の点数の85パーセントで算定。
- ・悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類及び短期入院が相当程度存在する脳梗塞等の分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定されている。（悪性腫瘍の化学療法の短期入院等に係る新しい設定方法参照）

②入院期間が著しく長い場合（診断群分類ごとにみて平均在院日数から標準偏差の2倍以上入院した場合）には、在院日数から標準偏差の2倍を超えて入院した日から出来高により算定することとされている。

【従来の設定方法】



【悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る新しい設定方法】



(3) 医療機関別係数による評価・調整

医療機関別係数は、機能評価係数と調整係数から構成されている。

①機能評価係数

医療機関の機能を評価するための係数であり、入院基本料等加算等を係数にしたものである。

- ・入院時医学管理加算 0.0299
- ・医療安全対策加算 0.0015
- ・臨床研修病院入院診療加算 0.0012 等

②調整係数

医療機関の前年度実績を担保するための調整係数であり、診断群分類による包括評価に係る医療費が2年間（10ヶ月分）の医療費の実績に改定率を反映させたものと等しくなるように、各医療機関ごとに設定されている。

平成20年度改定時までは調整係数は存続することとしているが、それ以降については調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

(4) 特定入院料の取扱い

①急性期型特定入院料を算定している間も包括評価対象診断群分類に該当する場合には、包括評価の対象となる。

- ・急性期型特定入院料とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料等のことである。

②包括評価の対象となる場合には、急性期型特定入院料を算定する期間には、特定入院料を算定せず1日当たりの加算点数を算定することとされている。

- ・救命救急入院料1 3日以内 7,688点 等

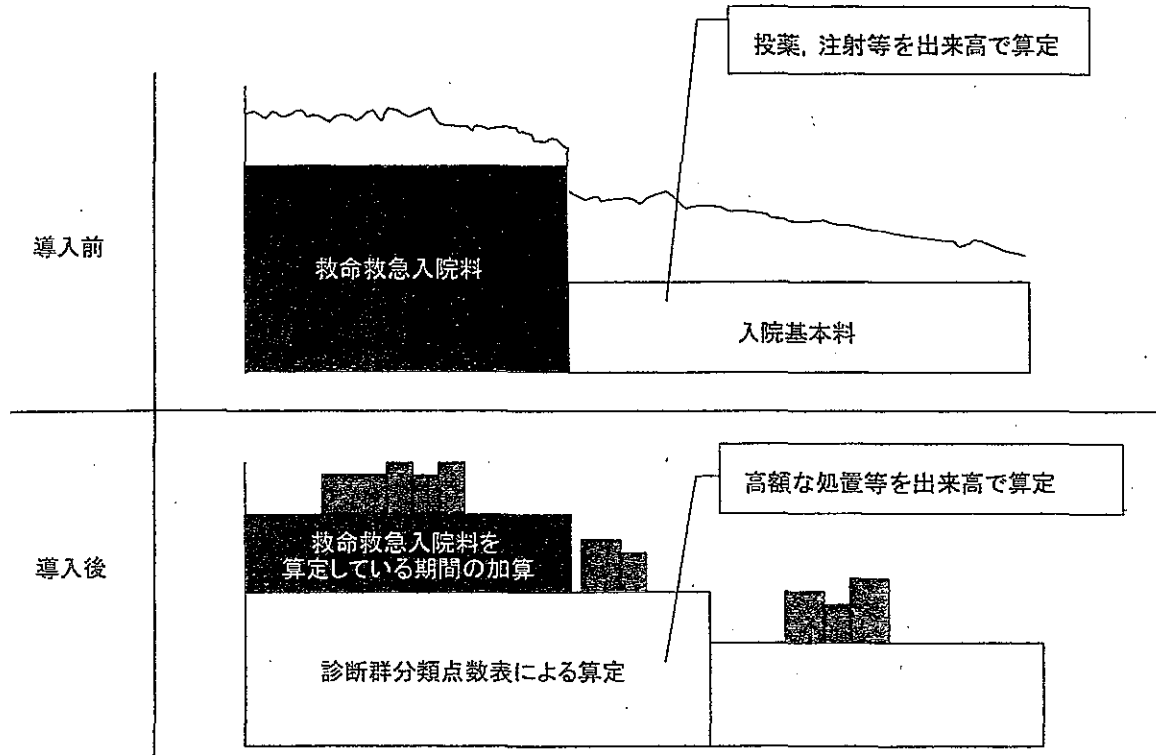
また、包括範囲は、本包括評価制度の包括範囲に整理されている。

- ・例えば、特定集中治療室管理料に係る加算を算定している期間であっても心臓カテーテル検査に係る手技料等は算定できる。（医科点数表では包括評価の範

困に含まれている。)

- ・ただし、1日当たりの加算点数を算定している期間は、地域加算以外の入院基本料等加算は算定できない。

例) 救命救急入院料のDPCの中での取扱い



【メモ】

V 保険診療に関するその他の事項

1 診療報酬明細書（レセプト）の作成

(1) レセプトへの関与について

診療報酬明細書（レセプト）は、請求事務部門が単独で作成するものではなく、保険医も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の一例を示す。これらはあくまで参考であり、医療機関の診療体制の実態に応じて、適切なレセプトチェック体制を院内全体で確立する必要がある。

（レセプト点検時の注意点の一例）

① 傷病名

- ・ 診療録（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は、必要な事項がきちんと診療録に記載されているか。
- ・ 医師が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、誤った場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 D P C

- ・ 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。

- ・ D P C 除外患者など、出来高で請求すべき患者が D P C で請求されていないか。

(3) 症状詳記について

レセプト上の傷病名や請求項目のみでは診療内容に関する説明が不十分と思われる場合は、診療から保険請求に至った経緯について「症状詳記」として作成し、レセプトに添付する必要がある。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)

- ・ 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。
- ・ 論点を絞らず、単なる診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。

2 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り、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。

(患者に負担を求められることができるもの)

- ① 患者一部負担金
- ② 入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額
- ③ 保険外併用療養費における自費負担額
- ④ 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
- ⑤ 療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

(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。

3 保険外併用療養費制度について

(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、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ともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(評価療養の種類)

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ともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(選定療養の種類)

C. 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

D. 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

E. 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

(参考) 先進医療

療養担当規則18条には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない」との規定があるが、先進医療については、保険診療で禁止されている特殊な療法又は新しい療法の例外として認められている。具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により、先進医療と保険診療との併用ができることとしたものである。

従来の特定期間制度では、実施するにあたって、医療技術の有効性・安全性を確認し、かつ、その技術ごとに医療機関の審査・承認が必要であった。しかし平成18年10月の制度改正によって、既に先進医療（従来の高度先進医療を含む）として評価を受けている医療技術については、各技術ごとに一定水準の要件を設定し、該当する医療機関は届出により実施可能な仕組みとなった。

また、未評価の新規技術については、①医療技術の科学的評価は、厚生労働大臣の設置に係る専門家会議に委ね透明化、②医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、原則3か月以内に、支障なし、中止又は変更、保留（期間の延長）、のいずれかを書面により、理由を付して通知することにより、透明化・迅速化が図られた。

制度改正によって、先進医療実施の敷居が低くなったものの、先進医療が保険診療における例外であるという位置づけに変わりはなく、以上のようなルールを遵守しなければ、たとえ良質な医療行為を提供していたとしても、療養担当規則違反とも問われられかねない。届出や報告、実施体制等に遺漏ないよう、現場の医師と医事課部門で密に連絡を取りつつ実施していただきたい。

(参考) 医薬品の治験に係る診療に関する留意点

- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施にあたっては、薬事法その他の治験に関する諸規定を遵守する。
- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治療を実施した期間とする。
- ・ 検査、画像診断の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない。また、投薬、注射の費用のうち、治験薬の予定される効能、効果と同様の効能、効果を有する医薬品の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない（治験依頼者の費用負担とする）。
- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られる（治験の内容等を患者に説明することが医療上好ましくない場合等の場合は、支給対象とならない）。

(参考) 高度医療評価制度

- ・ 薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法ではないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、一定の要件下に行われるものについて、先進医療の一類型として保険診療との併用を認め、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした枠組みを設けた。
- ・ 従来の先進医療と異なり、薬事法上未承認である医薬品・医療機器の使用を伴う医療技術、承認を受けているが承認外の用量・用法・適応等で使用する医療技術が対象となる。

4 サービス等に対する実費徴収について

(1) 「療養の給付と直接関係ないサービス等」の費用の徴収について

患者に対し、保険診療における療養の給付と直接関係のないサービス等を提供し、その費用を患者から別途徴収することについては、一定の範囲内で認められており、サービスの範囲や運用上の留意事項等が通知により示されている

なお、これらのサービスを提供し、その費用の徴収を行おうとする場合には、一つの診療科や病棟のみ判断するのではなく、個々の事例ごとに、請求事務部門等に事前に相談し、費用の徴収の可否を確認した上で運用を開始するべきである。

(費用の徴収に必要な手続き)

- ① 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に、費用徴収が必要となるサービス等の内容や料金について、患者に分かりやすく掲示する。
- ② 費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、サービスの内容や料金等についてきちんと説明し、文書により同意を確認の上で徴収する。
- ③ 徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。
- ④ 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行する。「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。

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例

療養の給付と直接関係ないサービス等	療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの
<p><u>1. 日常生活上のサービスに係る費用</u></p> <p>ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代 イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。） ウ テレビ代 エ 理髪代 オ クリーニング代 カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し キ MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し ク 患者図書館の利用料 等</p> <p><u>2. 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用</u></p> <p>ア 証明書代 （例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要診断書等の作成代等 イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料） ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料等</p> <p><u>3. 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用</u></p> <p>ア 在宅医療に係る交通費 イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。） 等</p> <p><u>4. 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用</u></p>	<p><u>1. 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用</u></p> <p>ア 入院環境等に係るもの （例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代等</p> <p>イ 材料に係るもの （例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等</p> <p>ウ サービスに係るもの （例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとりみ剤やフレーバーの費用 等</p>

<ul style="list-style-type: none"> ア インフルエンザ等の予防接種 イ 美容形成（しみとり等） ウ ニコチン貼付剤の処方等（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、ニコチン貼付剤を処方する場合に限る。）等 	<p>2. 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）</p>
<p>5. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料 イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料 ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料 エ 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用 等 	<p>3. 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。） イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。） ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等

5 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についての規定であるとされていることから、自己診療を保険診療として行うことについては、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ついては、加入する保険医療制度の保険者により取扱いが異なるようである。認められる場合についても、診療録を作成し、必ず診察を行い、その内容を診療録に記載し、一部負担金を適切に徴収するのは当然である。無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起こりやすいため、診察をする側、受ける側ともに注意が必要である。

VI 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導・監査について

(1) 指導について

保険診療の質的向上と適正化を目的として行われるものであり、保険医療機関、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、集団指導、集団的個別指導及び個別指導がある。個別指導のうち、厚生労働省・地方厚生局・都道府県が共同して行うものを共同指導といい、特に大学附属病院、臨床研修指定病院等を対象として行うものを特定共同指導という。

(2) 監査について

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る。監査後の行政上の措置として、保険医療機関、保険医の「取消」「戒告」「注意」がある。

なお、不正請求の代表例としては次のようなものがある。

- 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こと。
- ② 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すること。
- 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こと。

こうした法令に対する不正な行為は、医療保険の世界に限らず社会のどの分野においてもあってはならないことであるが、特に現物給付出来高払いを基本とする医療保険制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、通常の診療報酬請求を行っているのであれば起こり得ないものである。

仮に監査の場で、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険医療機関、保険医の取消等の厳しい行政処分が下されることとなる。また行政処分のみならず、不正・不当な請求により支払われた診療報酬については、保険者に対する返還金も発生することとなる。

医療の多くが保険診療として行われている現在において、保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されることとなれば、医療機関の経営は成り立たなくなり、医師が診療を行うことが実質的に不可能となる。これは、医療機関、医師のみの問題ではなく、医療を受ける側である住民に対し多大な悪影響を与えてしまうものである。

2 平成19年度指導・監査の実施状況について ※医科・歯科・調剤を含む

(1) 指導・監査による返還金額

- ・平成19年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約55億5千万円（対前年度2億1千万円減）。
- ・内訳：指導による返還分 … 約23億6千万円
監査による返還分 … 約31億9千万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消の状況

- ・ 保険医療機関等の指定取消 … 52件 (対前年度16件減)
- 保険医等の登録取消 … 61名 (対前年度20名減)

(特徴等)

医科・薬局に対し歯科の取消件数比率が高い。不正内容は架空請求・付増請求振替請求・二重請求がそのほとんどを占めている。

その他、正当な理由なく監査拒否したものや名義借りにより施設基準を満たさずとして届出を行ったものなど悪質性の高い不正がみられた。

取消にかかる発端として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者からの通報が、37件と取消件数の半数以上を占めている。

【メモ】

第五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 於：厚労省

ゲストスピーカー：土肥博雄（広島県支払基金審査副委員長）

支部間差異について

支部の間で差異があるとして基金本部は「審査に関する支部間差異解消のための中央検討委員会」を平成8年に立ち上げた。支払基金理事を座長とし、全国6ブロックより1名ずつ6名の代表及び日医、健保連よりそれぞれ1名の代表で構成されている。以後ほぼ年二回ずつの会合が開かれ鋭意検討を重ね34回を数えている。平成15年6月に就任した広島基金の土肥が説明させて頂く。

1) 差異の現状(これまでの支部間差異検討委員会での検討事例より)

1. 精密の取り扱い

糖尿病疑いについて HbA1c 耐糖能精密
 肝臓関係 HBs抗原精密をスクリーニングで

2. 膠原病などに使用する薬剤 イムラン、エンドキサン

3. 医療現場では良く効くことが知られているが適応がないもの

ソルメドロールを、多発性硬化症、喘息、ニューロパティに使用

4. 再発、難治性がんに対する Second line 又は Third line としての抗がん剤

胃がんのユーエフティ、悪性リンパ腫のランダ、甲状腺がんの5-FU錠

5. 禁忌薬の使用

NSAIDs(ロキソニン等)と抗潰瘍薬

6. 検査の縛りが強すぎて効果的に使用出来ないもの

sIL-2R(悪性リンパ腫) (20年度解釈で変更)

7. 医療従事者の安全から

内視鏡検査、心カテ、透析患者のHBs抗原、HCV、梅毒検査

8. 疾患に対して有効な薬剤がない場合

非結核性抗酸菌感染症、原発不明がん

2) 審査情報提供委員会

平成16年7月より情報提供委員会が発足した。これは支部間差異が概ね75%以上収斂した事例を中心に委員会で検討し、作業委員会で文言整理を行なった後情報公開するものである。情報公開は診療側にも、保険者側にも公開されている。

メンバーは上記の「審査に関する支部間差異解消のための中央検討委員会」の委員に加え、国保中央会の代表、及び厚生労働省保険局医療課職員となっている。

3) 支部間差異検討委員会で検討した結果は、各審査委員会に提示されており刻々更新されている。各支部は参考にする事で、日々の審査を行い、且つ支部の申し合わせを変更している。

4) 何故支部間差異が発生するのか。

2年ごとに決まる診療報酬なのに、何故支部間差異が生じるのか？

前述した如く、個々のケースで悩ましいケースが多いが、審査は一枚のレセプトを見て判断するのである。傷病名、診療内容などを総合的に考えて審査するものである。審査の現場においては、支部間差異検討委員会で提示するような1傷病名対1診療行為ではなく、多くの場合、現疾患を含む多数の病気が混在し、それぞれに対する診療行為が存在していることも一つの理由である。例えば原疾患が白血病である場合の肺炎では抗生物質、抗真菌剤、抗ウイルス剤の使用も単なる肺炎だけの場合と使用量も使用期間も大きく異なるのである。従って現実には支部間どころか、審査委員毎に、そして同じ審査委員でもレセプトによって異なる結果がでる。そこで審査員としては大枠の線を決めてくれないと審査出来ないと言う意見が出て、支部毎に審査委員会で取り決め事項として決めてきた経由がある。勿論多くの取り決めを行なっている支部もあれば、あまり取り決めを行っていない支部もある。しかし大枠を決めたとしても認めない取り決めの検査、薬でも理由が分かれば認めることもあり得るのである。実際支部間差異の時も○であっても認めないときがある、とか×であっても、コメントが在れば、事情が分かれば認める、などの詳記が付いている事が多い。

5) 新たな問題点

ア) ガイドラインの出現

○関節リウマチにTNF- α を使用する前の諸検査 HBs抗原、HCV抗体、ツベルクリン反応、胸部レ線、KL-6、D.グルカン、胸部CT、BNP等

○胃炎に対するピロリ菌検査

イ) 高齢者に於ける、せん妄に対する統合失調症薬など

ウ) 院外薬局による処方箋 薬局でジェネリックに変更した時の適応の問題

6) まとめ:これらの事例では一傷病名対一診療行為の対比であるが、それでも線引きは困難である。実際はレセプトを見て判断するので、原病(白血病、がん、膠原病など)、年齢、ステロイドなどの免疫抑制剤の使用、抗がん剤の使用などの在りなしが治療に大きく影響することは分かっているので、それらを勘案しての審査となる分、見解の分かれる基にもなる。

7) 傷病名と診療内容が合致していれば、査定されないのか？

8) 私の審査に於けるころ心算

基本は解釈、日本医薬品集である。

迷う時は診療に困るようなことか、どうかで判断している。

	議 題	◎	○	△	×	—	
第1回	糖尿病疑いで耐糖能精密測定を認めているか		24	3	20		
第2回	禁忌薬剤の取扱について						
	①消化性潰瘍がある患者にロキソニンを認めているか(H2ブロッカーの投与あり)		26	7	14		
	②糖尿病の病名がなく以下の病名がある場合のHbA1C検査の取扱について						
	ア、肝臓疾患		2	0	45		
	イ、脾臓疾患		2	2	43		
第3回	H2ブロッカーとPPIの併用使用を認めているか		0	0	47		
第5回	内視鏡検査において次の検査を認めているか						
	①梅毒脂質抗原使用検査		37	2	8		
	②HBS抗原		38	2	7		
	③HCV抗体価精密測定		36	3	8		
第6回	ロキソニンの使用						
	①急性気管支炎		0	1	46		
	②上気道炎		25	4	18		
第8回	内視鏡検査において次の検査を認めているか						
	①心臓カテーテル		47				
	②人工腎臓実施時		47				
第10回	薬剤の対応について						
	①胃癌に対し「ユーエフティ」の使用		13	5	29		
	②悪性リンパ腫に対し「ランダ注」の使用		12	4	31		
第11回	薬剤の適応						
	①テガフルの投与がない「レンチナン注」の投与を認めているか		9	2	36		
	②甲状腺癌に「5-Fu錠」の投与		16	4	27		
	③全身性エリテマトーデスによる腎不全に「ソルメドール注」の投与		35	4	8		
第12回	難治性急性白血病に対する「キロサイド1日量96000g」の用量療法		40	1	6		
第13回	「ソルメドール注」						
	①多発性硬化症		40	5	2		
	②慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー		38	6	3		
第14回	ゾフラン投与で抗悪性腫瘍剤投与に伴う悪心、嘔吐を傷病名として必要としているか						
	①同月内に抗悪性腫瘍剤が投与されている場合		0	1	46		
	②同月内に抗悪性腫瘍剤が投与されていない場合		8	13	26		
第17回	急性腸炎に対し「ホスシシンS注」を認めているか		16	2	29		
第18回	①慢性関節リウマチの病名に対し						
	ア、エンドキサン		8	16	7	16	
	イ、イムラン		10	18	6	13	
	②悪性リンパ腫(疑い)で診断を目的としてSIL・2R精密を認めているか		0	0	5	42	
第20回	①NSAIDs潰瘍の患者にNSAIDsを継続して投与せざる得ないケースがある。その場合 サイトテックは適応となるが、PPI又はH2ブロッカーをサイトテックと同様に認めているか		21	26	0	0	
	②骨粗鬆症の治療薬であるビスホスホネート系骨吸収抑制剤、ボナロン錠を「男性」に 対して使用を認めているか		36	26	0	0	
第22回	非結核性肺抗酸菌症に対し						
	①抗結核剤(リファンピシン、ストレプトマイシン)		36	11	0	0	
	②マクロライド(クラリス)		31	15	1	0	
	③ニューキノロン(クラビット)		25	16	4	2	
第28回	高齢者における「せん妄状態」の患者に対する薬剤として次のものを認めているか						
	①セロクエル		14	9	9	14	2
	②ジブレキサ		13	7	9	17	2
	③ロドピン		13	8	8	17	2
第30回	関節リウマチに対するTNF阻害薬投与前スクリーニング検査としてガイドラインで示され た次の検査を認めているか						
	①HBS抗原・HCV抗体価		17	7	11	12	1
	②ツベルクリン反応		24	6	8	9	1
	③胸部レ線		26	9	5	7	1
	④KL-6		11	5	12	19	1
	⑤ローグルカン		18	5	10	14	1
	⑥胸部CT		8	4	16	19	1

社会保険診療報酬支払基金東京支部歯科審査委員会の現状について

社会保険診療報酬支払基金東京支部
主任審査委員 篠岡美長

1. 審査委員の委嘱について
 - ・ 3者構成について
2. 審査委員会日程について
3. 審査委員の報酬について
4. 審査委員の出務状況について
5. 審査基準について
6. 合議体制について
7. 審査委員間における差異について
8. 社保と国保における差異について
 - ・ 連絡協議会について

審査支払機関の在り方に関する考察

株式会社メディカル・データ・コミュニケーションズ

東京女子医科大学非常勤講師

滝口 進

1. 審査支払機関の役割に係る制度のそもそも

- ① 「給付事務の委任」とその対価としての「診療報酬」
- ② 保険の基本としての「審査」とその委託
- ③ 審査支払機関における審査の法的性格

2. 審査支払機関の機能の整理

- ① 診療報酬の請求・支払に関する事務
- ② 給付に関わる審査業務
- ③ 決済・支払業務
- ④ 債権・債務の(かくれた)調停機能

3. 現行の審査支払機関の問題点

- ① 巨大な1つの組織故の個別対応機能欠如
- ② 審査業務と調停機能のあいまい不分離

4. ADRとしてのこれからの審査支払機関

(ADR: Alternative Dispute Resolution, 裁判外紛争処理)

- ① 保険審査業務と調停機能を明確に区別
- ② 請求・支払に関わる事務及び決済業務の民間移管

5. 直接請求・審査・支払を実施して

- ① 医療供給者と保険者の距離の変化
- ② 当事者主義の意識向上
- ③ 審査支払機関のADR機能の発揮

「保険者によるレセプトの審査・支払」の真の意義—— 保険者・医療側の直接対話で 新たな医療の形をつくれ

東京女子医科大学 滝口進

昨年12月25日に「保険者によるレセプトの審査・支払」を認める旨の通知が出された。これに対して医療側は、保険者機能の強化につながるがと色めき立っているが、滝口氏は別の視点から今回の通知の意義を指摘する。

「保険者」からの権限委譲が 保険者機能論議の本質論

「保険者によるレセプトの審査・支払」の実施によって、保険者機能の強化、すなわちアメリカのマジョリティのように保険者主導で医療の提供がコントロールされるのではないが、医療側の裁量権が狭められるのではないかとの見方があるが、それに触れる前に一般的な「保険者機能の強化」への認識について誤解が見られるので指摘しておきたい。

「国」だからである。

保険者が自主的に活動するのではなく、様々な要件を決定・容認する「権限」が必要であるが、組織運営から保険料の徴収・管理、保険給付まで通知・通達で規定されているなど、これらの権限はすべて「国」が担っている。さらには、医療機関側に対して医師報酬という要素権、保険医療機関や保険医の指定および別専権も有しており、逆説的かもしれないが、日本における保険者の権限は、国家権力と結びついて世界に類をまないほど非常に強化された形で維持されてきたと言える。健康保険組合をはじめとする各保険者は個々に独立している状態ではなく、国の代行機関として位置付けられているに過ぎない。

すなわち、今の保険者の権限を国が十分に有しているのであるから、保険者機能強化論は、これに付け加える権限の強化という意味ではなく、むしろ明減である。それでは本来の「保険者機能の強化」とは何を意味するのか。実は「保険者機能を強化する」ということは、国が持っている権限を各保険者に委ね、ドイツの疾病基金のような自治を

現在取り沙汰されている「保険者機能の強化」は、保険者を医療機関側に対抗する勢力として位置付けることによって、これまで立場的に低く見られていた患者の代理人機能を強めていく、さらに上記のように保険者が医療機関や医師を支配下において管理していくというイメージで捉えられている。「保険者機能」を文理解すれば「保険者の働き」となるが、むしろここでは「保険者の権限」を意訳して使われている。つまり、現在の「保険者機能の

もつた保険者へと生まれ変わることをと解することができ、これは、中央集権的な制度から地方へ権限を委譲して地方自治を確立していく、昨今の行政改革や規制緩和等の方向性と合致した動きといえます。

中央から「個々」へと権限を移していくか否かは、国民生活の向上とそれに伴うニーズの多様化により、中央だけでは国民の要望に応じきれなくなってきたことが挙げられる。また、未始までのコントロールが困難になるに従って中央集権的管理体制そのものが非効率化している。国民の多様な要求に個々の画一的な対応では対応しられなくなっているわけであり、したがって、国が持っている保険者の権限を「国」で各保険者に委ねられるかが、保険者機能強化論の本質と言えるのである。

医療機関と保険者は 「保険者」と債務者の関係

その視点から言えば、昨年11月15日に出版された保険局長通知「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」の意義は大きい。従来は保険者の審査機能

強化は「保険者権限の強化」を意味していると考えて差し支えない。しかし、結論から言えば、保険者の権限は現在でも十分強大であり、したがって「保険者権限の強化」の議論は意味をなさない。というのも、健康保険法に対する政府の公式解釈では「健康保険事業は保険方式による社会保障の施策であるから、本来国が行うべき事業であり、従って政府が保険者として健康保険事業を擔持することは当然である」としているように、実質的な保険者

も、昭和十三年に社会保険診療報酬支払基金を設け、健康保険組合に審査および支払に関する事務について同基金に委託するように指導するに依り、実質的には国が保有してきた。それが、今回の通知で医療機関との合意に基づいて保険者自らによる審査および支払が認められ、また支払基金以外の事業者にも審査・支払を委託することが可能となつたのである。中央から各保険者への権限委譲の端緒を開いたといえる。

しかし、大半の方は見逃しているが、今回の通知には、中央から各保険者へ権限を移す「保険者機能の強化」以上に、重要な意味が隠されている。それを説明する前にレセプト請求について説明しておきたい。

医療とはそもそも医師と患者の関係を成り立っている。民法上から言つと、医師が診療して患者がその対価を払う委任契約の関係である。しかし、医師と患者の間だけの対価を伴う委任は、疾病に罹患した場合得てして悲劇的な結果を抱きやすい。すなわち、病にかかると働けなくなる、働けないから収入がない、収入がないから医療を受けられ



ない、そのためにさらに病が悪化する
という、真の連鎖を引き起こす危
険性が高いのである。そうしたりス
クに対処するためにできたのが医
療保険制度である。

一般的な保険の仕組みとしては、
患者はサービスを受けた後、医療機
関に対価を支払い、受けた損害の契
証である領収書をもって患者が保険
者に請求し、給付率に従って払い戻
されるのが通例である。しかし、こ
うした方法だとモラルハザードを拍
きやすい(たとえば、医師と共謀し
病にかかり治療を受けたとして給
付金を詐取するなど)。そのため、
わが国の公的医療保険は、「現物に
よる給付」と規定されている。保険
者が直接患者に現物を提供するこ
とは事実上困難であることから、保
険者は医師に患者に対する医療の
給付を委任し、医師は現物を給付し
た対価を保険者に請求する。それ
を受けて保険者は診療報酬を支払
う仕組みである。

この請求し支払ったという行為は、
委任事務報酬請求債権と債務の関
係にあり、この請求が双方で合意さ
れて債権・債務が確定することと
請求を受けた保険者側がその請求

を「と主張すればいい。それが債
権・債務の関係であり、支払基金が
ら各保険者に審査が移行したから
という、審査そのものが強化され
その結果支払が受けられなくなる
と考えるのはナンセンスと言わざる
を得ない。むしろ、今までの支払基金
によって分断されていた保険者と医
療機関が請求・支払の直接のやりと
りにより結びつきを強め、より効率
的かつ良質な医療を生み出す可能
性も十分にある。」「患者に良い医
療を提供して」「という目標は共
通だからである。

とはいえ、審査の結果をめぐって
それぞれが主張を譲らなければ司
法に解決を委ねなければならな
いことになる。これについて通知では、
今回初めて「調停」を具体的に認
め、健康保険組合と対象医
療機関の間で、あらかじめ具体的な
取決め(たとえば、審査結果につい
て当事者間で合意が得られない場
合には審査に携わる医師以外の中
立的な医師による調整に従って)、
事業者の支払が滞った場合には
健康保険組合が支払うこと等を文
書による取り交わすことについて

が正しいか否かを債務者として行
う「調停」は本来、まったく別の概
念である。これまでの形のうえでは保
険者は強制されて支払基金にこの
業務を委託してきたのであるが、支
払基金の審査は事実上債権・債務の
決定とみなされている。こうした概
念区分がこれまで明確にされてい
なかったのは、支払基金が審査機能
のみならず、事実上、調停機能も有
しているからにはかならない。

この仕組みが巧妙なのは、支払機
関による審査であるにもかかわらず、
支払を受ける側の医療側の代表を
委員として入れることにより、そ
こでの決定に支払をする側も受け
る側もある程度従わざるを得ない
効果も付与した点である。仮に、
支払基金がなければ、基本的に医
師と保険者の話し合いで支払額が
決定し、話がこじれて決着が着か
ない場合、最終的には民事裁判で請
求・債務の確定をすることになるか
ら、レセプトをめぐる医療側と保険
者の競争は至るところで行われて
いたはずである。もともと、裁判所
に何万、何十万というレセプトが持
ち込まれては日本の司法が麻痺し
かねない。現在、司法制度改革の一

る。保険者による審査・支払の前提
条件としてADR組織のような調
停の仕組みを求めているといえる。
しかし一方で、保険者と医療機関
の間で直接審査・支払の合意が行わ
れることに期待感も強い。当
面は、複数の医療機関と複数の保険
者による双方が納得できる調停の
仕組みの構築は事実上困難であり、
企業立病院と同企業の組合健保な
どの「1:1」のケースにとまらざる
を得ないであろう。厚生労働省も保
険者と医療機関が調停機関を設置
するのは困難と見て、直接審査・支
払は広がりないと考えている節があ
る。

種かに、調停ルールが明確に定ま
らなければ直接審査・支払を進めて
もレセプトに関する民事訴訟の増
大を招くだけだから、もし保険者が
直接審査し、医療機関と話し合
いを進めるのなら紛争処理ルールを
効果的ない、全般的な制度として設
けることが不可欠である。ところが
わが国には先に述べたように既に
長い間にわたって機能してきた「支
払基金」という格好のADRがある
ではないか。については、支払基金を

環として、アメリカで発達している
ADR (Alternative Dispute Resolu-
tion、裁判外紛争処理根拠)の必要
性が叫ばれているが、これまでの支
払基金の機能はまさにADRその
ものである。昭和十三年から行っ
た調停機関が運営されており、時代
をはるかに先取りしていたことに驚
きを禁じえない。

「調停機能強化」の呪縛から

前掲きが長くなったが、支払基金
の役割は、審査、仕分、支払とされ
てきた。しかし実は調停が本来的な
機能と言ってもいい。そして、これ
まで支払基金のなかで渾然一体と
なっていた審査機能と調停機能が、
今回の通知で明確に区分されたこ
とが最も重要な点である。医療機
関と保険者を債権者と債務者の関
係に捉え直し、という権限でどう
いう処理をしていくべきかが比較時
明らかになってきたからである。

もともと支払額が請求書を手ヤ
クするのは当然の行為である。ま
た、そのテロクで減額され、請求し
た側が納得できなかったら、医療機関
は債権者として支払額に「全額払

調停機関として活用していくこと
で解決を図れるのではない。審査
は各保険者が行い、その結果に対
して医療側が納得できなかったら支払
基金に調停してもらおうという仕組
みはいかに合理的であろうか。

この支払基金をADRとして活
用するといふ考え方は、むしろ医療
者が積極的に主張していくべきと考
える。審査機能と調停機能を切り
離すことは、画一的な審査方法を見
直すことと、画一的な審査方法を見
果に異議を申し立てやすくなるな
ど、医療側にとってメリットが大
きい。少なくとも診療報酬の請求・
支払に関しては各保険者が一方的
に強大になっていくという「保険者
機能の強化」の呪縛から、その呪
解き放たれる時期に差しかかっている
のではないだろうか。

●たぐひのすし
1997年、早稲田大学法政学部に在籍
中、東京府立大学入学生、同大学卒
業。肥後県立大学客員教授(2004年卒
業)。東京府立大学法政学部に在籍
中、同大学卒業。肥後県立大学客員
教授(2004年卒業)。日本外務省
国際法課長(2005年卒業)。日本外
務省国際法課長(2006年卒業)。日本
外務省国際法課長(2007年卒業)。日本
外務省国際法課長(2008年卒業)。日本
外務省国際法課長(2009年卒業)。日本
外務省国際法課長(2010年卒業)。日本
外務省国際法課長(2011年卒業)。日本
外務省国際法課長(2012年卒業)。

保険者



医療供給者

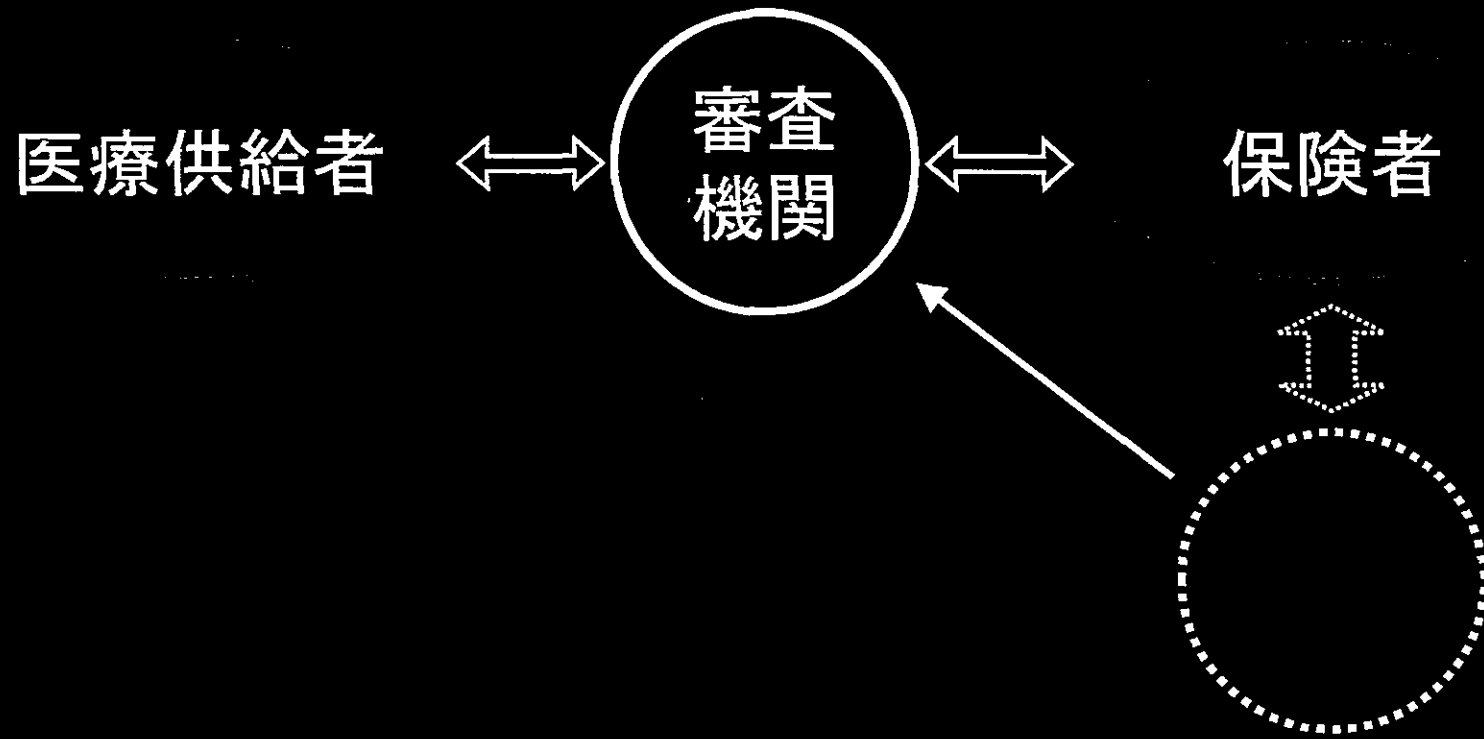
医療供給者



保険者



審査
機関



〔 審査支払機関の機能 〕

- ① 診療報酬の請求・支払に関する事務
- ② 決済・支払業務
- ③ 給付審査業務
- ④ 債権・債務に関する調停機能

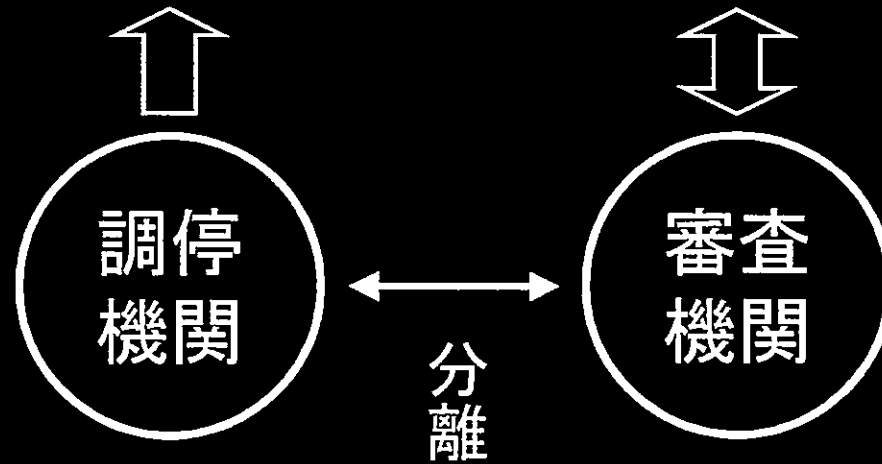
〔 現行審査支払機関の問題点 〕

- ① 多様なニーズに対する個別対応性の欠如
- ② 民間に委ねられる機能のかかえ込み
- ③ 審査機能と調停機能の混在

医療供給者



保険者



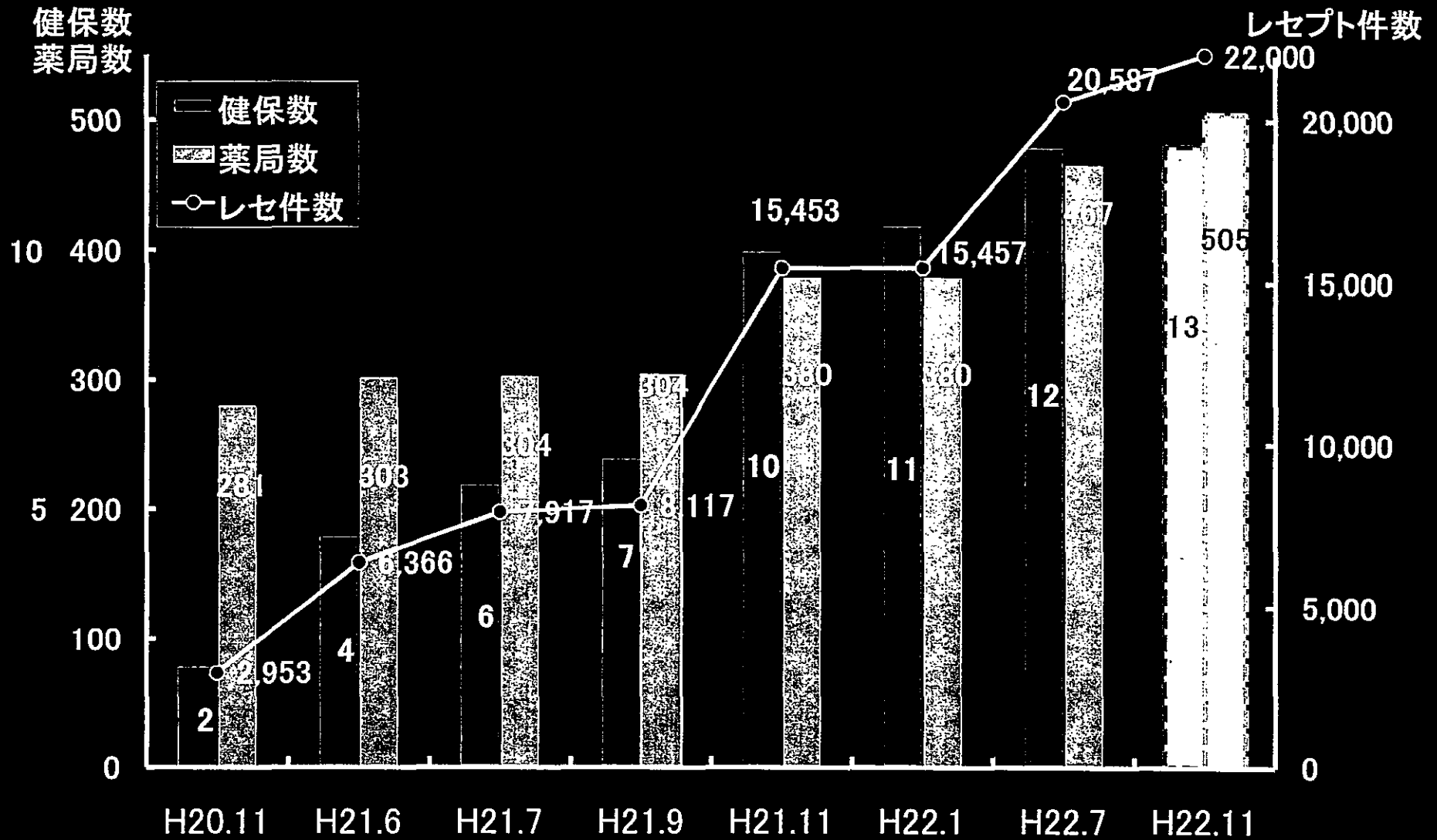
〔 審査支払機関の今後のあり方 〕

- ① 主業務としてのADR (Alternative Dispute Resolution)
- ② 副業務としての審査業務受託
- ③ 請求・支払に関わる事務及び決済業務は民間移管

〔 直接審査支払(レセネット®)の概要 〕

- ① 医療供給者が直接、各保険者に診療報酬を請求
- ② 保険者は自ら審査(委託も可能)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
- ③ 当事者間で直接協議、合意すれば直接支払へ
- ④ 合意に至らない時は予め取り決めた調停のしくみに委ねる
- ⑤ それで解決しない場合は裁判(小額訴訟)で決着

〔直接請求審査支払の推移〕



〔 単票審査(1健保のみ) 〕

請求年月		H20.11	H21.1	H21.3	H21.5	H21.7	H21.9	H21.11	H22.1	H22.3
レセプト件数		1,274	1,275	987	1,024	1,099	1,157	1,282	1,314	1,019
資格 過誤	指摘 件数	11	6	7	7	14	8	6	11	6
	指摘率	0.863%	0.471%	0.709%	0.684%	1.274%	0.691%	0.468%	0.837%	0.589%
内容 過誤	指摘 件数	36	33	18	10	2	3	1	5	4
	指摘率	2.826%	2.588%	1.824%	0.977%	0.182%	0.259%	0.078%	0.381%	0.393%

〔 突合審査結果 〕

請求年月	H20.12	H21.2	H21.4	H21.6	H21.8	H21.10	H21.12	H22.2	合計
審査件数	316	296	448	636	878	652	1,118	651	4,995
意見請求数	8	12	4	18	20	11	19	7	99
容認率	38%	50%	75%	50%	75%	55%	74%	71%	62%
合意率	100%	50%	33%	56%	13%	33%	21%	40%	34%

〔 直接請求・審査・支払の効果 〕

- ① 診療報酬決済の迅速化
- ② 資格過誤確認の迅速化と柔軟化
- ③ 当事者間の直接の意見交換による納得・合意
- ④ 診療報酬の請求・決済を超えた様々な協力
- ⑤ 審査支払機関の意見の変化

各委員からの主な意見の概要（第4回）

虎の門病院の山口徹院長から提出資料に沿いながら発言があり、審査の質の向上、査定率の差異について、以下のとおり、各委員から意見があった。

○山口院長（ゲストスピーカー）

- ・ 学会のガイドラインは、理想的な医療はどうあるべきかという視点、最新のエビデンスは何かという視点、日本人のデータを踏まえた視点など、どういう立場で作るかを統一したものではなく、保険診療のガイドラインで使うことを想定して作ったものでもない。したがって、審査において、ガイドラインの文面だけをとらえて判断するのではなく、学会との意見交換の場を設けて、適切に運用して欲しい。
- ・ 循環器学会のガイドラインは、基本的な更新は5年ごとであるが、1年ごとに修正点はホームページにアップデートしていくこととしている。現時点でエビデンスがあって合意が得られたものは、保険診療でも認められるようにしてほしい。ガイドラインどおりやったが査定されたというクレームが学会に来ることもあり、保険診療における取扱いをただし書きで書かざるを得ない場合もある。エビデンスを踏まえた、審査と学会との意見交換の場を作って、ガイドラインを尊重した審査をして欲しい。
- ・ 支払基金と国保連の差異については、保険診療で認められる範囲が、支払基金の方が厳しくて、国保連の方がそうでないという点は、一番の違和感がある。審査の判断基準は社会保険と国保で同じであるべきであり、学会も含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央において、全国に伝えていくのが望ましい。
- ・ 病院側でも事務が提出前にレセプトを一生懸命チェックしているので、無駄なやりとりのないよう、公開できるルールはできるだけ公開し、審査のルールを診療側に知らせて欲しい。電子化に向かっているのだから、チェックのためのソフトを医療機関に配ってもらいたい。

○森田座長

- ・ 診療行為が同じでも、社会保険か国保かで審査の判断が分かれるというのは、患者の側からは理解しかねる。
- ・ ガイドラインは、ミニマムな義務や標準的な事項を定めたものなどがあり、その性質をきちんと決めて了解しておくことが、差異を減らす要素として重要である。また、ルールは一般的にミニマムな義務を定めるものであり、慎重に改定せざるを得ないので、タイムラグが生じるざるを得ないが、医学や技術の進歩に照らして、ラグを縮小し、フィードバックしていく手続きについて、早急に考えていく必要がある。
- ・ ケース・バイ・ケースの裁量で幅があるのは仕方ないとしても、合理的な範囲に収まっているのかどうかは検証する必要がある。また、審査において、本当の医学的判断をする部分とそれ以外の部分があり、後者のコストも大きいと思う。統一のソフトを医療機関に配って処理していけば、事務の合理化がかなりできるのではないか。

○足利委員

- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会では、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を各都道府県単位で行っている。
- ・ 審査の基準を公開すべきという意見については、支払基金の検討会においても、医療の標準化や適正なレセプトの提出につながるという肯定的な意見と、審査で機械的に認められるぎりぎりのところまで請求する医療機関が出てきて、かえって適正化につながらないという反対の意見とで見解が分かれた。
- ・ 審査の均一性に影響を与えている要因としては、療養担当規則や点数表など現在の保険診療ルール自体に相当程度の裁量の余地があり、これをどうするのかという問題もあることを要望しておきたい。

○飯山委員

- ・ 1件1件の治療は個々の患者とその治療者の間で行われており、類似した事例というのはあると思うが、全てが一対一で整理できるものではなく、例えば「必要に応じて」などの判断が入り、個々の事例で判断が微妙に変わってくる場合は、今のところ国保連としては、審査委員会ごとの判断を尊重することとしている。

しかし、そういった判断の差異を解消するため、類似する事例を収集し国保全体で7割以上、同じ判断をするような事例については、国保連として出来るだけ統一的な審査規準としてまとめていきたいと考えており、そのための取り組みを行っているところである。

○岩田委員

- ・ 支払基金の支部間差異の調査と同様のものを国保でもやるなど、支部間差異のどこに焦点を当てながら議論するのかを判断するための基本的な情報が欲しい。

○遠藤委員

- ・ 歯科では、主要学会だけでも20近くの学会があり、ガイドラインを査定ルールにすると、どれを優先するのかという問題が生じ、支部間差異にも影響がある。歯科の場合、生活習慣に由来するものが多く、患者の選択性が高いため、患者の状態や考えによって診療手順も変わることがあるが、ガイドラインに合わず、査定の原因になっている。複数の疾患が重なる場合は、ガイドラインの調整も難しく、医科と異なる。

○齋藤委員

- ・ 審査委員会では、学会のガイドラインが、最新の知見や方向について金科玉条のスタンダードにならざるを得ない実態がある。現在、学会では、2年に1度、診療報酬改定にあわせて意見をまとめて、保険診療ルールを所管する保険局医療課に提案書を出しているが、最新の意見を反映させるための意見交換の場として、どのようなものがいいか聞きたい。
- ・ 支払基金と国保連との間で査定される審査の領域に違いがあることは、エビデンスはないが、医療現場の実感として周知の事実である。データを交互に変えてブライン

ドで審査してみるなど、検証の努力が必要だと思う。

○高田委員

- ・ 審査を野球の審判に例えた場合、保険者は結果で来たものを見ているので、ボールの変化や球速などは全く関係ない話であり、医療の質と審査は分けて議論する必要がある。保険者としては、グレーゾーンがあることは了解しており、1か0ではないと思うが、同じような内容で審査の判断が異なるのは理解できない場合もあるので、なるべく早く国保連と基金が統一的にローカルルールを解消するための協議会を作り、厚生労働省が主体となって、判断が異なる部分を少なくしていくことをお願いしたい。
- ・ 支払基金の要望にあるとおり、現在の電子レセプトの記載要領は、紙レセプトの作成に配慮したものになっており、審査機関でも十分にチェックできていないので、保険者としても見直して欲しい。
- ・ 省内事業仕分けでは、仕分け人がレセプトの電子化が遅れていると支払基金を責めていたが、支払基金と国保連が、電子レセプトの導入に非常に苦労してくれたおかげで、電子化が急速に進んだので、これについて支払基金等を責めるのは非常に酷であり、むしろ保険者としては感謝している。

○高橋委員

- ・ 支払基金と国保連や地域間の差異は、一時的な要因やごく一部の特殊な事情というものではなく、癖のようなはっきりとした傾向がある。査定率の数字についても、全体の医療費に占める割合が小さいという議論もあるが、例えば、風邪や腹痛で査定の差が出るはずはなく、これを除いた入院医療のような複雑な医療において違いが出ることを考えれば、実際の割合としてはもっと大きい。査定している部分が互いに違うため、平均に必ずしも収斂しない可能性もある。したがって、原因究明よりも、どうしたら差異を縮小できるかという対策の議論に早く移るべきである。

○田中委員

- ・ ストライクゾーンが決まっても、アンパイアの差異がある。そこを全部同じアンパイアでやれといっているのかどうか。また、国保の場合、それぞれの審査委員会が独立しており、統一的なルールを作るのが難しい要因がある。
- ・ 国保連でも、事務職員の量・質・経験年数、審査委員の数・質・経験年数、レセプトの取扱い件数、紙か電子媒体か、出来高とDPCの割合などが、査定率の差を説明する要素として、どの程度の有意な相関があるかを検証してみたいと思っている。

○長谷川委員

- ・ ガイドラインは、あくまでもリコメンデーションであり、スタンダードでもなく、オプションでもない。そこが誤解されると、審査で変な使い方がされる。
- ・ EBM手法に基づいたガイドラインが日本で導入されたのは2000年以降であり、学会が標準的な医療を周知する取組をするようになった点で、学会の役割が変わってきた。通常、ガイドラインは世界中の知見に基づいて改訂されるため、保険適用よりも情報の提示が早く、診療に対して一定の根拠を与えることが多い。その意味では、学

会がガイドラインの改訂に積極的に取り組み、それを公知の事実として適用、拡大等に活かす仕組みの方が現実的で建設的だと思う。

- ・ ガイドラインは、審査や査定を目的に作ったものではなく、それを審査に使うのはかなり無理がある。例えば、EBMの方法論は、1980年代に確立したもので、健康な人が単一の病気や障害になったときに並列関係にある複数の治療法のうちどれがいいかを選択するものであるが、30年前とは疾病構造が大きく変わっており、多くの患者は複数の病気をもっており、今の医療現場には必ずしも合っていない。審査に使うに当たっても、一つの判断根拠にはなるが、限界があることを認識する必要がある。
- ・ 支払基金と国保連の審査の違いについても、現実には差異はあるが、総額・総件数に占める割合は実際には小さいことに気を付ける必要がある。むしろ、ルールに差異がある場合に、統一する仕組みがあるかどうかを検討する必要がある。
- ・ 医療には個別性があり、評価者も個別的であるので、一定の差異は防ぎようがないが、放置するのではなく、例えば、審査委員に周知する仕組みや、過去の事例を統計的に検索して判断をアシストするツールなど、差を縮小する仕組みが重要である。今まではそうした仕組みがなく、現実には最近始まったばかりである。こうした差異を長期的に解消していく仕組みを検討すべき。

○村岡委員

- ・ 支払基金と国保連とで審査の基準を統一することについては、医療機関から解消に取り組んで欲しいという要望もある。全体として統一がされていないのが一番の問題であり、国が積極的に関与するなりして整理することが重要である。支払基金と国保連でそれぞれ基準を作るのではなく、一つのものにしていくことが重要である。

○山本委員

- ・ 薬の場合、保険診療におけるガイドラインを承認時の適応症や薬価基準等によって国が決めており、医科のガイドライン以上に縛られている。成分が同じでも、書類の書き方が異なるだけで、査定の対象になるというのは、ガイドライン以前の問題であるので、薬の成分にまで踏み込んで議論していただきたい。

○横倉委員

- ・ 医師の多くは何らかの学会に所属しており、審査の現場では、学会のガイドラインに則って治療したのに査定されたという批判もある。学会と保険診療との話し合いの場を作って欲しいという意見は、全く同感である。

以上

「第5回審査支払機関の在り方に関する検討会」における発言要旨

(於厚生労働省 平成22年9月16日14:00～)

新原 英嗣

I. 「社会保険診療報酬支払基金に業務委託をしている多くの保険者が社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない。」という現実があります。

○審査・支払は健康保険法第76条第4項で示すとおり、保険者の本来業務であり、審査・支払の責任は保険者にあります。社会保険診療報酬支払基金へは健康保険法第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。

○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ない場合は、自ら仕事をするか、委託先を変更するのが社会常識です。

○しかし、社会保険におきましては、委託先である社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない委託元である多くの保険者が、調剤を除き社会保険診療報酬支払基金に外部委託することを現実的に強要されています。

○保険者の本来業務であり、責任を負うべき審査・支払業務を、「保険者自ら行うこと」「外部委託先を変更すること」を、実質的に阻害している平成14年12月25日付・厚生労働省保険局長から健康保険組合理事長あて発出されました「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・変更する必要があります。

○社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない保険者が自ら行うか、外部委託先を変更することを現実的に可能にすることにより、社会保険診療報酬支払基金を競争的環境に置くことができます。

○社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足している保険者は、社会保険診療報酬支払基金に仕事を外部委託し続ければよいのです。

II. 多くの保険者が社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない理由について

(1) 多くの保険者は、審査に満足していません。

本日「検討会」でお話をさせていただくにあたり、保険者で歯科の事後点検をしています多く人たちから、実例とともにたくさんの意見が寄せられました。その全てを紹介することはできませんが、約束でありますので、特徴的な5事例について紹介させていただきます。

- ①なぜ、「傷病名部位」欄に、部位も傷病名も何も記載されていないレセプトが、審査済として保険者に回ってくるのですか。
- ②なぜ、同一診療所で以前に抜歯され、ブリッジや義歯が装着されている歯の、う蝕（むし歯）治療の請求が認められるのですか。
- ③なぜ、装着したその日の、装着した義歯（入れ歯）の修理の請求が認められるのですか。
- ④なぜ、医科診療所外来に毎月、4回も5回も通院している患者さんに対する歯科訪問診療の請求が認められるのですか。（患者さんは「医科には自分ひとりで通院している」と話しているが…）
- ⑤なぜ、告示・通知等で「継続的管理を必要とする傷病」が対象であると記載されている歯科疾患管理料の請求が、1日で治癒している傷病に対して認められるのですか。

(2) 多くの保険者は、そのような審査の結果としての査定率の低さに満足していません。

○社会保険診療報酬支払基金発出の文書によると平成21年度9月審査分の歯科審査の査定結果をみますと、歯科点数査定率は0.078%で、その内、原審査で査定されたものは0.037%、保険者再審査で査定されたものが0.041%となっ

ています。

○さらに保険者再審査で査定されたもののうち、0.005%は単月審査分で本来、社会保険診療報酬支払基金の原審査において査定されるべきものです。

○同月の医科点数査定率は0.281%で、その内、原審査で査定されたものが0.227%でありました。

○歯科におきましては、保険者再審査での査定の方が原審査における査定より高い状況にあります。このことより、現行の体制下におきましても、歯科レセプトの流れを調剤と同様にすることが求められます。すなわち、

○「保険者における審査（単月審査と縦覧審査を両方に行う）」を先に行い、保険者審査の結果で疑義の生じたレセプトを「社会保険診療報酬支払基金の審査」にまわすようにすることが効率的であり必要です。

(3) 多くの保険者は、審査委員会の構成に満足していません。

○現在、全ての審査委員が医師・歯科医師で占められていますが、「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。現実に社会保険診療報酬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。

○学識経験者審査委員は平成15年までは行政（保険課等）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、社会保険診療報酬支払基金の支部に設置される「学識経験者審査委員選考協議会」で選考することとなりました。しかし、「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全て診療担当者サイドで占められており、公正な選考をしていることを疑われてもしかたのない状況にあります。

○保険者側審査委員につきましても、社会保険診療報酬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。多くの保険者は審査委員会が実質的に3者構成（診療担当者側・学識経験者・保険者側）になっていないことに不満を抱いています。

(4) 多くの保険者は、審査にかかる費用に満足していません。

○今月10日に発表されました健康保険組合連合会に加入する健康保険組合の昨年度の決算見込みをみますと08年度より赤字が2,416億円増加し5,235億円となり過去最悪となったとのことです。なお今年も6,000億円を越える赤字が見込まれています。

○全国健康保険協会（協会けんぽ）の昨年度の単年度収支も08年度より赤字が2,292億円増加し4,830億円の赤字です。国庫補助率を医療給付額の13%から16.4%に上げましても、全国平均の保険料率が昨年（09年）の8.2%から今年は9.34%に急激に上げられている状況です。

○社会保険診療報酬支払基金の審査支払にかかる手数料は、業務委託元である保険者の財政状況に影響されることはなく、極めて価格弾力性が低い状況にあります。

○保険者は「社会保険診療報酬支払基金の審査（単月審査のみ行う）」に係る費用の他に、保険者自ら行う「事後点検」（単月審査・縦覧審査の両方行う）にかかる費用も負担しており、審査に2重の費用をかけています。

○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」と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2重の手間と費用をかけることもありません。

○多くの保険者が「3人で1人を支える現在でも厳しい財政状況にある保険システムが、後40年程でやってくる1人で1人を支える環境においても機能するのだろうか。」と危惧する現況下で、毎年800億円を超える費用を要する社会保険診療報酬支払基金への外部委託に対する妥当性と効率性に疑問を抱いています。

○「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。

(5) 多くの保険者は、厚生労働省の通知が保険者の事後点検を実質的に制限している
ことに不満をもっています。

①保険者は再審査の申出期間に厳しい制限を受けている。

○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
(保険者の不当利得に対する還付請求権)により、支払われた日の翌日より起算
して10年です。

○医療機関の再審査請求の消滅時効は、民法第170条第1号(短期消滅時効)に
より、請求を行うことができるとされる診療月の翌月1日(昭和35年4月23
日付け保文発第3085号)から起算して3年です。

○しかし、昭和60年4月30日付け、保発第40号・庁保発第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」(旧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・同船員保険課長から都道府県民生主管
部(局)保険主管課(部)長あて通知)および同日付、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」(旧厚生省保険局保険課長
から健康保険組合理事長あて通知)において「再審査の申出期間(不服申出の期
限)を原則として6ヵ月以内にする」旨記載されています。

○保険者で事後点検をしている多くの人たちから、「社会保険診療報酬支払基金支
部では、この通知を根拠に『他の県では6ヵ月までの所もある。1年までみてあ
げるから、1年を超えたレセプトは提出しないで下さい。』と申し込まれ、1年
を超えての再審査は受け付けてもらえない。審査の責任は保険者にあるにおか
しい。支払基金では医療機関からの再審査は、法律の規定どおり診療日の翌月
より3年間受け付けている。保険者は法律上10年であるが、せめて同じ3年

くらいまで再審査に提出したい。」という不満の声がありました。

○国民皆保険制度であることを考えますと、支払基金の決定を追認したこの通知は、法律で定められている国民の権利を著しく侵害していると言えます。

○保険者が事後点検で縦覧審査には入れるのは、早くても社会保険診療報酬支払基金にレセプトが提出されて4ヶ月目です。

○この通知の廃止・変更が必要です。

②保険者は調剤レセプトと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る。

○社会保険診療報酬支払基金では「平成18年3月10日付け保発031001 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ことから、本レセプトは審査対象ではありません。調剤報酬明細書1,500点以下のレセプトについては、申出されないようお願いいたします。」というコメントをつけて再審査請求レセプトを保険者にもどし、再審査を拒否しています。

○歯科においては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。したがって、歯科においては“処方せん”(調剤レセプトとして保険者に請求されます)での「適応傷病名なしの薬剤投与」はほとんど査定されることはありません。(社会保険診療報酬支払基金の平成21年9月歯科審査における再審査での調剤査定は0.000%)

○この通知の廃止・変更が必要です。

③多くの保険者は、社会保険診療報酬支払基金が組織替えし、不完全ながら「民間法人」になった後も、社会保険診療報酬支払基金で設置した会議の決定内容に対する厚生労働省の追認通知が多いことに対する不満をもっています。適応外薬剤の保険請求の可否などは厚生労働省でしっかり議論を積み上げ責任をもって決定すべきです。

④多くの保険者は、「診療報酬点数改定時の改定内容」や、審査に影響を与える厚生労働省発出の「疑義解釈事務連絡」の内容に不満があります。

○例えば、今年（平成22年）4月30日に発出されました「疑義解釈事務連絡」に「診療報酬明細書の「傷病名」欄の記載にあたり、慢性歯周炎（軽度・中等度・重度）は、Pと省略して差し支えないとされているが、全顎にわたりP病名が記載されている患者に対して、必要があり抜歯を行う場合、「傷病名」欄の記載において、さらに抜歯部位及びその重症度を特定して記載する必要はあるか。」という問に「必要ない」と回答したものが 있습니다。この回答に保険者において事後点検している多くの人たちは「抜歯した歯もわからずに支払いをさせるのか。」と憤っています。

○「診療報酬点数改定時の改定詳細」や「疑義解釈事務連絡」の内容は、診療担当者側とのみ事前打ち合わせをするのではなく、保険者側とも事前に打ち合わせをすべきです。

以上、いろいろと申し上げてまいりましたが、審査支払機関の現状に対する責任は厚生労働省にあります。当検討会における、目的・議題・問題点の多くは20年ほど前より議論の俎上に上がっておりました。特にここ10年は常に問題とされてきた内容です。どうかこの検討会が国民の為に機能し、「現状維持」の理由づけや「検討会を行ったという事実」をもって問題解決をサボタージュするための検討会とまらないことを心より祈ります。少なくとも審査・支払を本来業務の一つとし、責任を負わされている保険者が、外部委託先の仕事等に満足していない場合は、「自ら仕事をする」あるいは「外部委託先を変更する」ということができる、当たり前の権利が、実態として確保されるべきです。宜しく願いいたします。

【別添資料】

<保険者の再審査の提出期限を制限する通知>

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

昭和 60. 4. 30 保険発第 40 号、庁保発第 17 条
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、
同船員保険課長から
都道府県民生主管部（局）保険主管課（部）長あて通知

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）における診療報酬請求書の再審査については、関係法令等に従い実施されているところであるが、支払基金における迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、再審査の申出に当たっては、特に下記の事項に配慮され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、貴管下の健康保険組合及び保険利用機関等に対しても周知指導方、特段の御配慮を願いたい。

記

- 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ヵ月以内）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。

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. 4. 30 保文発第 272 号
厚生省保険局保険課長から健康保険組合理事長

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）における診療報酬請求書の再審査については、関係法令等に従い実施されているところであるが、支払基金における迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、再審査の申出に当たっては、特に下記の事項に配慮され、適正な実施に努められたい。

記

- 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ヵ月以内）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。

<関係法規で規定する保険者からの再審査請求の消滅時効>

- | | |
|---------|---|
| 1) 期間 | : 10年 |
| 2) 根拠条文 | : 民法第167条第1項及び第703条（保険者側の不当利得に
対する還付請求権） |
| 3) 起算日 | : 支払の行われた日の翌日 |

<関係法規で規定する医療機関からの再審査請求の消滅時効>

- | | |
|---------|---------------------------|
| 1) 期間 | : 3年 |
| 2) 根拠条文 | : 民法第170条第1号 短期消滅時効 |
| 3) 起算日 | : 請求を行うことができるとされる診療月の翌月1日 |
| ★起算日の根拠 | : 昭和35年4月23日付け保文発第3085号 |

<歯科レセプト・調剤レセプト突合点検による保険者の再審査を制限している通知>

（平成18年3月10日 保発第0310001号別添）

調剤報酬請求についての審査要領

1 審査の申出の範囲及び方法

保険者、保険医療機関の診療報酬明細書（以下「レセプトA」という。）と保険薬局の調剤報酬明細書のうち合計点数が1,500点以上のもの（以下「レセプトB」という。）とを突合して点検を行った上、不適切な投薬が行われていると考えられるものについては、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）に対して理由を付して、レセプトAにレセプトBを添付したうえ、審査を申し出ることができる。

2 審査支払機関における審査等

(1) 保険者からの申出のあったレセプトについて、審査支払機関は申出の範囲内で従来の院内投薬についての審査と同様の方針に基づき審査を行った上、不適切な診療又は調剤が行われていると認められる場合には、所要の審査を行うものとする。

(2) 査定の請求については、以下のケースに応じ行うものとする。

なお、審査に当たっては、審査支払機関が保険薬局又は保険医療機関に対する調剤報酬債務又は診療報酬債務を負っている場合には、これと審査支払機関の査定分請求権とを相殺することを妨げない。

① 調剤又は診療の内容が不適切な場合

- イ 調剤が不適切な場合は、保険薬局に対し、査定分を請求するものとする。
- ロ 診療が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤の査定分を請求するものとする。

② 審査上特に疑義が生じ、審査支払機関が保険者から申出のあったレセプトに係る処方せんを保険薬剤師から取り寄せた場合又は社会保険診療報酬支払基金法第18条第1項若しくは国民健康保険法第89条第1項に基づき審査委員会が当該処方せんを取り寄せた場合

- イ 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、査定分を請求するものとする。
- ロ 処方せんの内容が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤査定分を請求するものとする。

(3) 査定分の請求に当たっては、審査支払基金は保険医療機関が当該査定に係る処方せん及び保険薬局を特定しうよう配慮するものとする。

(4) 審査支払機関による審査の内容に不服がある場合には、保険者、保険薬局及び保険医療機関は、審査支払機関に再審査を申し出ることができ、審査に当たっては、申出の範囲内で通常の審査と同様の方針に基づき審査を行う。

3 実施時期

この審査要領に基づく審査は、平成18年4月審査分以降のレセプトA及びこれに係るレセプトBについて実施する。