

# 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

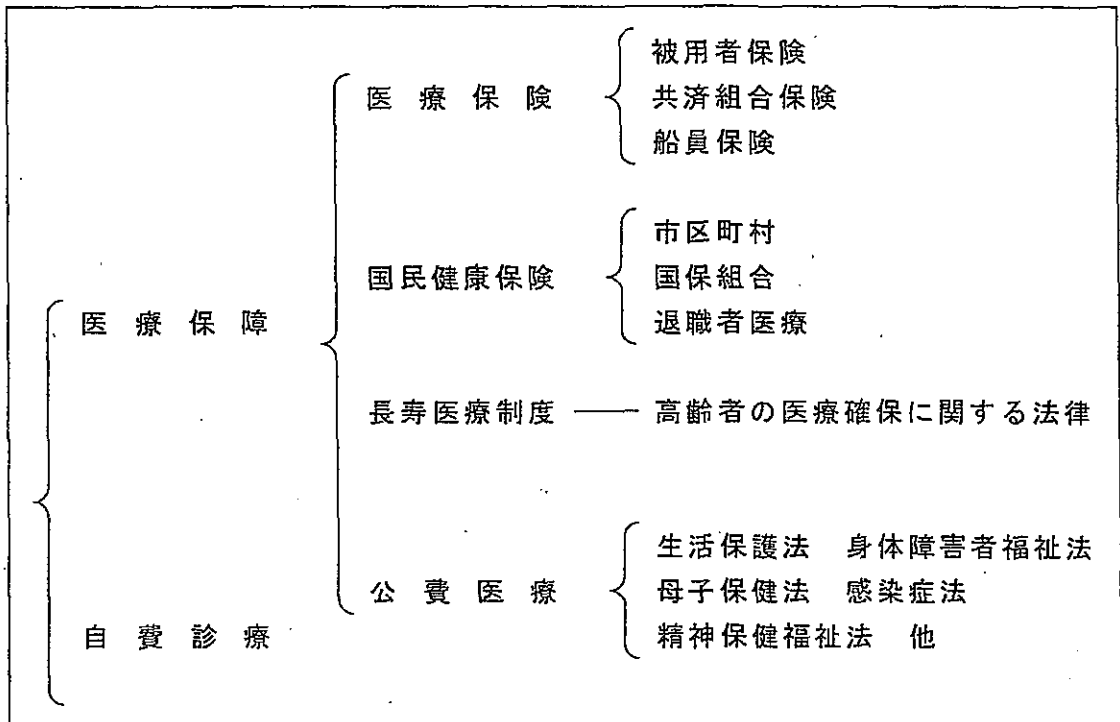
# I わが国の医療保険制度

## 1 わが国の医療保険制度

### (1) 医療保険制度の種類

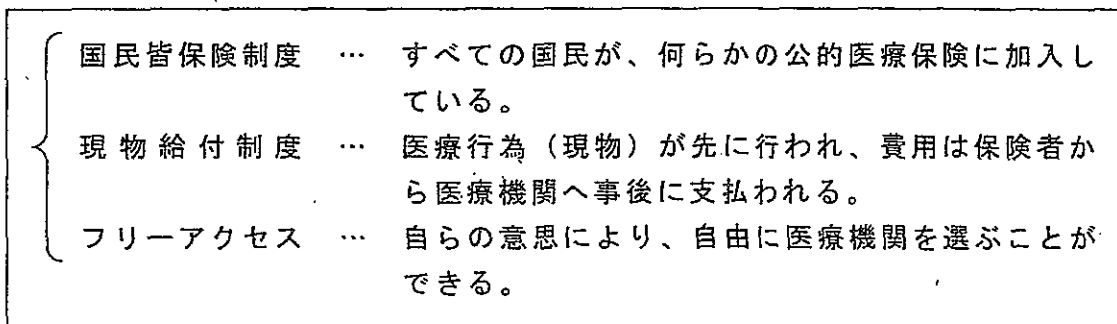
わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、船員保険（船保）、共済保険（共済）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

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

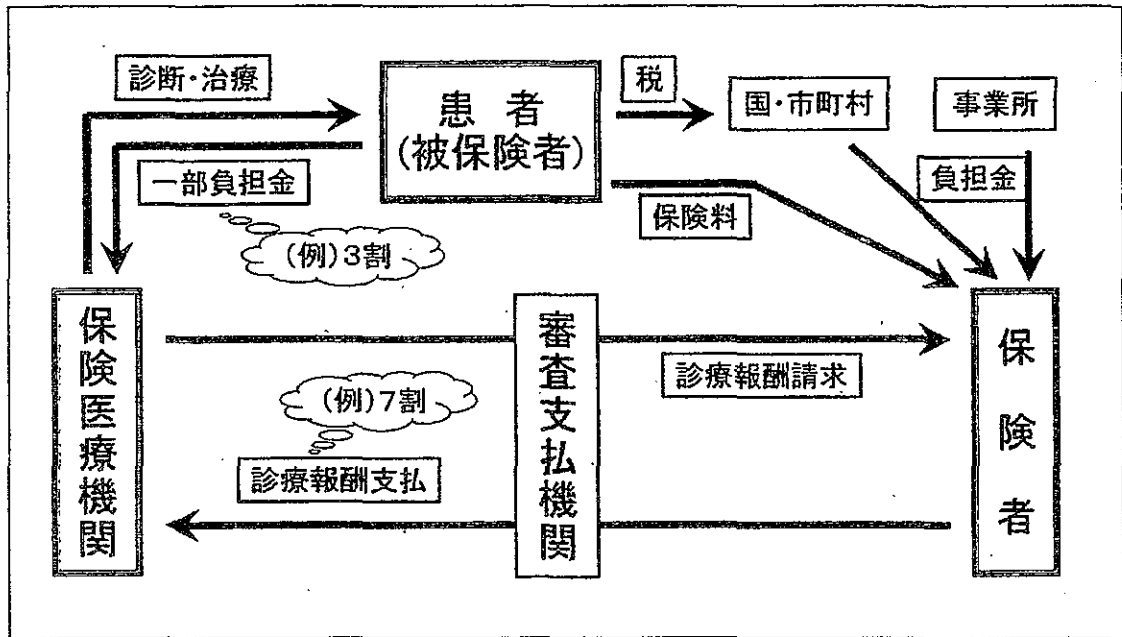
わが国の保険医療制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。



(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。

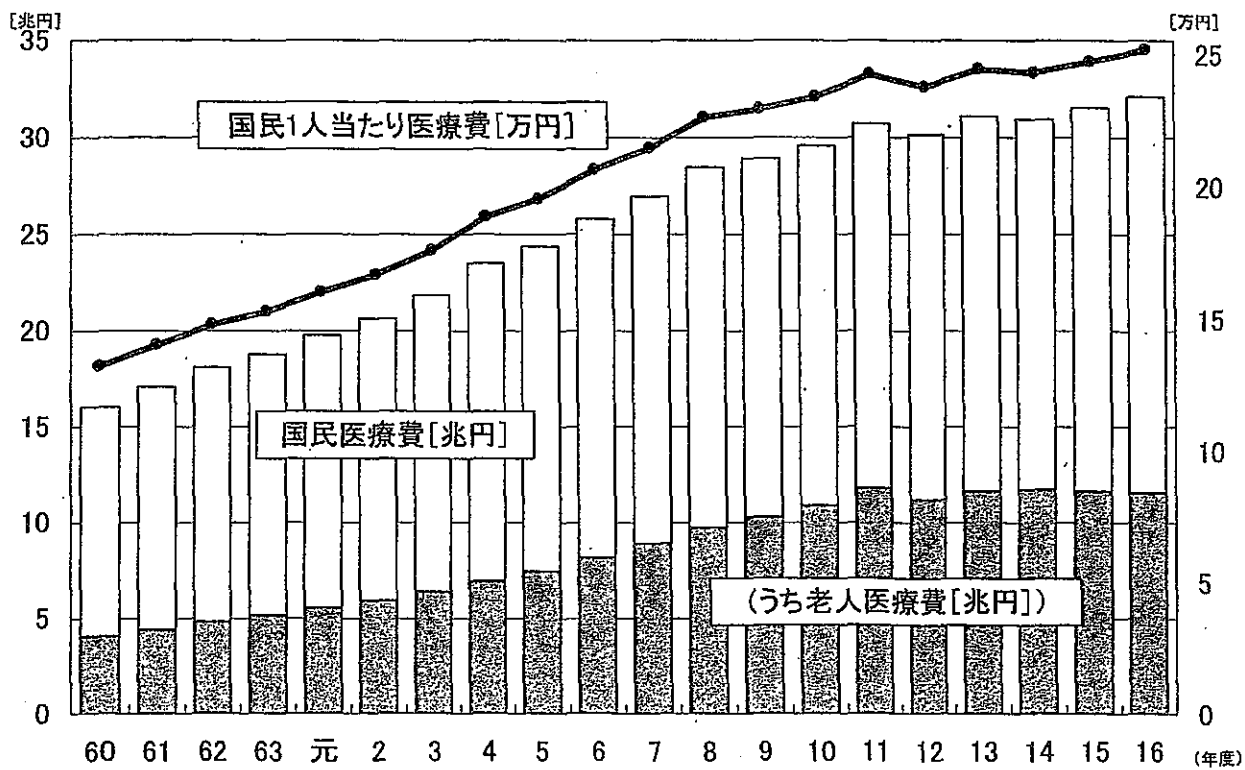
日 本	アメリカ	イギリス	フランス	ド イ ツ
1 位	1 5 位	9 位	6 位	1 4 位

(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き、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・注射の適応外投与のための「レセプト病名」

- ・ 「上部消化管出血」「胃潰瘍」 → 適応外のH<sub>2</sub>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-CSF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。）

86

- ・ 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<sub>1c</sub>、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、FT<sub>3</sub>とT<sub>3</sub>（FT<sub>4</sub>とT<sub>4</sub>）を画一的に併施

##### ③ 必要性の乏しいと思われる検査

- ・貧血のない患者に対する網赤血球数検査を実施
- ・白血球数に異常のない患者に対する末梢血液像検査を実施
- ・DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha_2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等
- ・入院、転科、転棟の際、血液型、感染症検査等をその都度実施
- ・エコー検査の際、医学的必要性なくパルスドップラーを実施
- ・診療に不必要な検査項目を、単なる学術研究目的で定期的に実施

## 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

- ・ H<sub>2</sub>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
- ・ 肝底護剤（強力ネオミノファーゲンジー、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ジ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）

- ・ H<sub>2</sub>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H<sub>2</sub>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PGE<sub>1</sub>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パラミン製剤