

新規開業医のための 保険診療の要点（総論）

令和4年3月



公益社団法人
東京都医師会

【編集】医療保険委員会

【序文】

国民の誰もが一定の自己負担により本当に必要とされる医療が受けられる“国民皆保険制度”が1961年に確立されてから60年余りが過ぎました。この間、時代の変化に合わせて保険制度の変革を重ねて来た結果、極めて高い保健医療水準を実現しました。

その成果として我が国は世界最高レベルの平均寿命を達成し、今や“人生100年時代”を迎えようとしています。人口構成の経時変化を概観すると、2025年には“団塊の世代”が全て後期高齢者となり、さらに2040年頃には“団塊ジュニア世代”が高齢者（65歳以上）となることで高齢化がピークを迎えることが明確に分かります。またこれと並行して、現役世代（生産年齢人口）が急激に減少していくことも予想されています。

こうした人口構成の変化に伴って急増する社会保障費を抑制する対策として国民医療費を一定水準にとどめるための政策が継続して行われており、その結果我が国の医療を取り巻く環境は大変厳しいものとなっています。しかしながら、国民皆保険制度は国民の健康と生命の維持に重要かつ不可欠な社会基盤であり、今後もこれを堅持していくことが国民の一致する願いであると確信します。

こうした国民皆保険制度の下、公的保険の保険者から医療機関に支払われる医療行為の対価が診療報酬です。我が国では個々の診療行為についてそれぞれ点数を設定し、それを積み上げて診療報酬を算出する“出来高払い制度”を基本とした医療保険制度を発展させてきました。こうして育ててきた医療保険制度を発展・維持していくために、我々医療者は本制度を十分に理解した上で、正しく運用していくことが求められています。

本書は、新規開業される医師の皆様が保険診療の仕組みやルールを習得し、日常の診療で活用していただくことを目的として新たに作成されました。また、すでに地域医療の担い手として活躍されている先生方にも本書をご一読いただき、適正な保険診療の一助としていただければ幸いと存じます。

令和4年3月
公益社団法人東京都医師会
会長 尾崎治夫

【本書のご使用にあたって】

開業に至るまでの道のりは様々ですが、病院勤務を経たのちに開業される先生が多い事と存じます。しかしながら、勤務医の業務は多忙を極めるため、保険診療を行うための健康保険関連法令、規則、診療報酬算定基準などによる実務は医療機関の事務職が担当することが多く、医師ご本人が保険医療の詳細について勉強し理解する機会を逸したまま開業される場合も少なからず見受けられます。そのような先生が開業後にお困りにならないよう保険診療を行う上で重要と思われる項目を取り纏めて本書を作成いたしました。

医療機関は、開業後概ね1年以内に関東信越厚生局が実施する新規個別指導の対象となります。本指導では新規開業医療機関において、保険診療が適切に行われているかが調査され、不適切な算定などが認められた点について指導が行われます。新規個別指導時にお困りにならないためにも、開業される前に一度本書をお読みいただき、さらに日々の診療においても適宜ご参照いただきながら適正な保険診療を実践されるようお勧めいたします。

このように本書はもともと新規開業医向けのガイドブックとして編集されておりますが、「地区医師会」等で実施する様々な医療保険講習会や保険診療に係る事業においても活用いただけるようにも工夫されています。また、新規に開業される先生だけでなく、既に開業されている諸先生にも日常の臨床現場で参考書として活用していただければ幸いです。

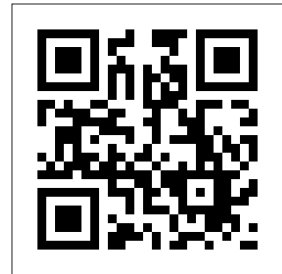
本書は「総論」と「各論」に分けて構成されています。「総論」は健康保険関連法令等を基に保険診療を行う際に、診療科に関わらず必要な項目や情報がまとめられています。一方「各論」では、各診療科別に保険診療上特に留意すべきポイントを整理しておりますが、これらは診療報酬改定等により定期的に変更されることが多い内容ですのでご注意ください。また、診療ルールや法令のご紹介のみならず、より実践的に診療を行う際に役立つよう種々の要点や注意点を丁寧に説明しました。

なお本書の内容は東京都医師会のホームページにも掲載しており、「疑義解釈」や「臨時的な取扱い」など、随時変更される事項など最新の情報はホームページをご参照ください。

本書ではさらに各診療科別により詳細な情報を得る有効な手段として「各科医会」のご案内を「各論」に掲載しておりますので、是非ご利用いただき医会入会のご参考として下さい。

最後に、本書は東京都の委託事業（都内医療機関の保険医療の適正化）の一環として、東京都医師会に設置されている「東京都医師会医療保険委員会」（担当事務：医療保険課）により制作いたしました。作成に当たっては関東信越厚生局等関係組織の皆様にご協力いただきました事をこの場を借りて御礼申し上げます。

令和 4 年 3 月
公益社団法人東京都医師会
副会長 平川博之



東京都医師会
ホームページ

目次

① 保険診療とは（医療保険各法やルールについて）	5
② 新規個別指導、集团的個別指導、個別指導、監査等	16
③ 施設基準や帳票類等	26
④ カルテ（電子カルテ含む）	42
⑤ 基本診療料	48
⑥ オンライン診療	56
⑦ 指導料・医学管理料などの算定要件	60
⑧ 投薬（処方）・注射	78
⑨ 処置・リハビリ・手術など	84
⑩ 検体検査	88
⑪ 生体検査・画像検査・病理検査	100
⑫ オンライン請求、オンライン資格確認	106
⑬ 混合診療（健康診断・予防接種・自費医療など）	113
⑭ 生活保護指定医療機関（制度）や公費負担医療制度	119
⑮ レセプトの点検、審査、返戻、査定、再審査請求など	126
⑯ 労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険	132
⑰ 日本医師会	
a 認定産業医制度	138
b かかりつけ医機能研修制度・生涯教育制度	142
参考 リンク集	152

1 保険診療とは（医療保険各法やルールについて）

保険診療は、健康保険法等に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約です。保険医療機関、保険医は健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）に従って、療養の給付及び費用の請求を行う必要があります。

保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法等で規定されている保険診療のルールを熟知していることが前提になっており、これらの関係法令等を知らないことは行政処分を免れる理由になりません。

保険診療として診療報酬を請求するには

診療報酬は次の事を遵守して請求することになります。

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関健康関係において
- ③ 保険各法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療費担当規則』の規定に基づき
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められた請求を行っていること。

I 主な関係法令

保険診療の前提として健康保険法のみならず、医師法、医療法、医薬品医療機器法等も遵守する必要があります。

1 医師法

(1) 免許（第2条）

(2) 免許の相対的欠格事由（第4条）

次のいずれかに該当する者には免許を与えないことがある。

- ① 心身の障害により医師の業務を適正におこなうことができないものとして厚生労働省令で定めるもの
- ② 麻薬、大麻、またはあへんの中毒者
- ③ 罰金以上の刑に処せられた者
- ④ 医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者

(3) 免許の取り消し、医業の停止（第7条第1項）

医師が免許の相対的欠格事由のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為があったときは次の処分をすることができる。

- ① 戒告
- ② 3年以内の医業の停止
- ③ 免許の取り消し

(4) 応召義務等（第19条）

診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければこれを拒んではならない。

診察もしくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書もしくは検案書又は出生証明書若しくは死産証明書の交付の求があった場合には正当な事由がなければ

ば、これを拒んではならない。

(5) 無診察治療等の禁止（第20条）

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付してはならない（保険診療として当然認められない）。

無診察治療等とは

例えば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交付のみをすること。実際には診察を行っていても、診療録に診察に関する記載が全くない場合や「薬のみ」等の記載しかない場合には、後に第三者から見て無診察治療が疑われかねない。このようなことを避けるためにも診療録は十分記載する必要があります。

(6) 処方せんの交付義務（第22条）

医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。

(7) 診療録の記載及び保存（第24条）

① 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

説明：医療安全上の問題が生じた場合、診療録の記載の有無やその内容が重要視されることも多い。忙しいから週末にまとめて診療録を記載するといったことはしてはいけない。

② 診療録は、5年間保存しなければならない。

説明：勤務医の診療録については病院又は診療所の管理者が保存し、それ以外の診療録については医師本人が保存する。

(8) 罰則

上記のうち、第20条（無診察治療等の禁止）、第22条（処方せんの交付義務）又は第24条（診療録の記載及び保存）の規定に違反した者は50万円以下の罰金を処せられます。

II 医療法

1 目的（第1条）

医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

2 医療の基本理念（第1条の2）

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

3 医師等の責務（第1条の4）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、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。

4 入院診療計画書（第6条の4）

病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、当該患者の診療を担当する医師等により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。

- (1) 患者の氏名、生年月日及び性別
- (2) 当該患者の診療を主として担当する医師の氏名
- (3) 入院の原因となった傷病名及び主要な症状
- (4) 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画
- (5) その他厚生労働省令で定める事項

なお、入院基本料の算定には、保険診療上規定された入院診療計画の基準に適合することが必要となります。

Ⅲ 保険医療機関及び保険医療担当規則（いわゆる療養担当規則）

健康保険法等において、保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則として定められた厚生労働省令となります。

第1章 保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針等

第2章 保険医の診療方針等

診療の一般的、具体的方針、診療録の記載等

保険診療の基本的なルールですので繰り返し読んで内容を理解することが重要です。

1 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の範囲は、以下の通り

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 処置、手術その他の治療
- (4) 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
- (5) 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

2 療養の給付の担当方針（第2条）

保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

保険医療機関が担当する療養の給付は、患者の療養上妥当適切なものでなければならない。

3 適正な手続きの確保（第2条の3）

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

4 経済上の利益の提供による誘引の禁止（第2条の4の2）

保険医療機関は、患者に対して、一部負担金の額に応じて収益業務に係る物品の対価の額の値引きをする等、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

また、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供する等、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。

5 特定の保険薬局への誘導の禁止（第2条の5、第19条の3）

(1) 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。

説明：ただし地域包括診療料、地域包括診療加算を算定する保険医療機関は連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるように説明することが可能です。

時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供することや、保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して在宅患者訪問管理指導の届出を行った、薬局のリストを文書により提供することは「特定の保険薬局への誘導」に該当しません。

(2) 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価として、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。

6 処方せんの交付（第23条）

(1) 処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋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った場合には、これに適切に対応しなければならない。

7 診療録の記載及び整備、帳簿等の保存（第8条、第9条、第22条）

保険医は、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。また、保険医療機関は、これらの診療録を保険診療以外（自費診療等）の診療録と区別して整備し、患者の診療録についてはその完結の日から5年間、療養の給付の担当に関する帳簿、書類その他の記録についてはその完結から3年間保存しなければならない。

8 施術の同意（第17条）

患者があん摩、マッサージ、はり及びきゅうの施術を受ける際には医師の同意が必要と

なるが、患者の疾病又は負傷が自己の専門外であることを理由に診察を行わず同意を与える、いわゆる無診察同意を行ってはならない。医師の診察の上で適切に同意書の交付を行うことが求められる。

9 無診察診療の禁止（第12条）

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

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は、保険診療の必要性について医師の判断が行われているとはいえ、保険診療とは認められない。

10 特殊療法等の禁止（第18条）

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

説明：例外として、先進医療、患者申出療養、先進医療の届出（保険外併用療養費）等があるが、申請等がない場合は、一連の診療は保険請求できず、すべて自由診療となり、保険請求はできません。

11 研究的検査の禁止（第20条1のへ）

各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。

説明：例外として治験等があります。

12 健康診断の禁止（第20条1のハ）

健康診断は療養の給付の対象として行ってはならない。

説明：医師の判断ではなく、患者の求めに応じて実施した検査等も健康診断と見なされる場合もあります。

（例）症状はないが胃がんが心配との訴えで胃カメラを実施した場合、保険請求不可です。

13 濃厚（過剰）診療の禁止（第20条）

検査、投薬、注射、手術、処置、リハビリテーション等は診療上必要と認められる場合に行う。

説明：医療機関で決めた検査項目を一律に実施するセット検査等は保険請求できません。

14 適正な費用の請求の確保（第23条の2）

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

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

関東信越厚生局の「保険診療の理解のために」医科（令和3年度）を基に作成しています。

IV 院内等掲示及び広告規制について

1 医療機関の院内掲示義務等

すべての医療機関は「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令」第7条において、「保険医療機関は、その病院若しくは診療所の見やすい箇所に、保険医療機関である旨を標示しなければならない。」とされており、外から見やすい場所（入り口付近など）に保険医療機関と分かるように医療機関名等を標示しなければなりません。多くの医療機関では公費適用（生活保護や労務災害の指定医療機関）などと一緒に表示しています。

また、医療法第14条の2により、①管理者の氏名等についても院内掲示をする義務があり、院内掲示に関する関係法令や通知については多岐にわたっています。

- (1) 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令による掲示

- ① 医療機関名
- ② 標榜科等（公費適用）

- (2) 医療法第14条の2に規定する掲示

- ① 管理者の氏名
- ② 診療に従事する医師の氏名
- ③ 医師の診療日及び診療時間

- (3) 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品」による掲示

- ① 入院基本料に関する事項等

本要点は新規開業医を対象とするため入院の掲示については割愛します。

- ② 明細書の発行状況に関する事項

明細書を交付しなければならない保険医療機関であることを掲示する必要があります。

- ③ 保険外負担に関する事項

保険外負担については、本書「 混合診療（健康診断・予防接種・自費医療など）」において、その内容を説明しておりますので参照してください。

ア 「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」で例示として掲げるもの等について、患者から費用を徴収する場合には、個々の「サービス」や「物」は項目ごとに要する実費の掲示が必要です。

具体的には以下のような掲示が必要です。

イ 評価療養、患者申出療養又は選定療養として、患者の一部負担金の額を超えて費用を徴収する場合には、その内容と費用等について掲示しなければなりません。（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

選定療養等の代表的な項目は、予約診療の別料金を徴収することや特別療養環境室（差額ベッド）となります。

特に特別療養環境室に関しては「保険医療機関内の見やすい場所、例えば受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。」と

されています。

注意すべき点は、各々である事です。「2 人室 1 日当たり〇〇〇〇円」では各々ではありません。「501 号室 2 人部屋 一人 1 日当たり〇〇〇〇円」など個別の表示が必要です。

(4) 施設基準ごとに掲示が指示されているもの

施設基準の中には掲示を義務付けているものが多くあります。また、名称のみの掲示だけでなく、具体的な説明等の掲示が定められているものもごさいます。なお、施設基準を届出ていたとしても未掲示の場合は、指導等の対象となります。注意してください。

(5) 算定基準に掲示が指示されているもの

施設基準に掲示の指示がされていない場合であっても、算定基準の通知等において掲示が要件となっているものもありますので注意してください。

なお、上記以外であっても患者の権利（個人情報保護に関する掲示）や利便性等を考慮する等、適切に院内掲示等を行う事が求められています。

院内掲示等の事例を図 1 から 5 に掲載いたしましたので、参考としてください。

2 医療機関の広告規制等

診療所等については「医療法」及び「医療広告ガイドライン」に基づき広告等が制限されています。この規定に違反した場合、開設者等に罰則規定が制定されています。（医療法第 73 条、第 75 条）

広告に該当するもの

ビラやチラシ、タウン誌や広報誌、インターネットのバナー広告、診療所から院外への掲示物、看板等です。インターネットのバナーは広告となりますが、医療機関独自のホームページは広告とはみなされません。ただし、法で定める制限を逸脱した掲載等は不適切とみなされます。

(1) 広告の内容及び方法の基準について（医療法施行規則第 1 条の 9）

広告の内容及び方法の基準は、次のとおりです。

- ① 他の病院、診療所と比較して優良である旨を広告することはできません。
- ② 誇大な広告を行うことはできません。
- ③ 客観的事実であることを証明することができない内容の広告を行うことはできません。
- ④ 公の秩序又は善良の風俗に反する内容の広告を行うことはできません。

(2) 医業等に関する広告の制限について（医療法第 6 条の 5）

次に掲げる事項以外は広告できません。また、内容に虚偽があってはなりません。

- ① 医師である旨
- ② 診療科名（医療法第 6 条の 6 に規定する診療科名以外は標榜できません。麻酔科についても標榜できますが条件が設定されています。）

具体的には、「広告可能な診療科名の改正について」（平成 20 年 3 月 31 日付厚生労働省医政局長通知）に規定されています。「適切な医療機関の選択と受診を支援する観点から、従来、具体的名称を限定列挙して規定されておりましたが、この方式を改め、身体の部位や患者の疾患等、一定の性質を有する名称を診療科

名とすることや、診療科名の組み合わせの表示形式も可能とする」ことなどの見直しが行われました。(表1に広告するに当たって通常考えられる診療科名の例示(医科)を取り纏めています。)

- ③ 診療所の名称・電話番号・所在の場所・管理者氏名
- ④ 診療日・診療時間・予約による診療の有無
- ⑤ 法令の規定に基づき一定の医療を担うものとして指定を受けた診療所である旨
- ⑥ 入院設備の有無・病床の種別ごとの数等
- ⑦ 診療に従事する医師、歯科医師などの医療従事者の氏名、年齢、性別、役職、略歴その他厚生労働大臣が定めるもの
- ⑧ 患者等からの医療に関する相談に応ずるための措置、医療の安全を確保するための措置、個人情報の適正な取扱い、その他の診療所の管理又は運営に関する事項
- ⑨ 紹介をすることができる他の医療機関その他の保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者の名称等
- ⑩ 診療録他諸記録に係る情報の提供、その他医療に関する情報の提供に関する事項
- ⑪ 診療所において提供される医療(検査、手術その他の治療の方法等は、厚生労働大臣が定めるものに限る。)
- ⑫ 患者の平均入院日数、平均外来患者又は入院患者の数等医療の提供の結果に関する厚生労働大臣が定めるもの
- ⑬ その他前各号に掲げる事項に準じるものとして厚生労働大臣が定める事項

広告については「医療法」及び「医療広告ガイドライン」は厚生労働省のホームページから確認できます。

広告するに当たって通常考えられる診療科名の例示(医科)

表1

内科	女性内科	気管食道外科	外科(内視鏡)	救急科
呼吸器内科	新生児内科	肛門外科	外科(がん)	児童精神科
循環器内科	性感染症内科	整形外科	精神科	老年精神科
消化器内科	内視鏡内科	脳神経外科	アレルギー科	小児眼科
心臓内科	人工透析内科	形成外科	リウマチ科	小児耳鼻いんこう科
血液内科	疼痛緩和内科	美容外科	小児科	小児皮膚科
気管食道内科	ペインクリニック内科	腫瘍外科	皮膚科泌尿器科	気管食道・耳鼻いんこう科
胃腸内科	アレルギー疾患内科	移植外科	産婦人科	腫瘍放射線科
腫瘍内科	内科(ペインクリニック)	頭頸部外科	産科	男性泌尿器科
糖尿病内科	内科(循環器)	胸部外科	婦人科	神経泌尿器科
代謝内科	内科(薬物療法)	腹部外科	眼科	小児泌尿器科
内分泌内科	内科(感染症)	肝臓外科	耳鼻いんこう科	小児科(新生児)
脂質代謝内科	内科(骨髄移植)外科	脾臓外科	リハビリテーション科	泌尿器科(不妊治療)
腎臓内科	呼吸器外科	胆のう外科	放射線科	泌尿器科(人工透析)
神経内科	心臓血管外科	食道外科	放射線診断科	産婦人科(生殖医療)
心療内科	心臓外科	大腸外科	放射線治療科	美容皮膚科
感染症内科	消化器外科	内視鏡外科	病理診断科	ほか
漢方内科	乳腺外科	ペインクリニック外科	臨床検査科	
老年内科	小児外科			

出典：日本医師会

東京都医師会クリニック

診療のご案内

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
8:30~13:00	●	●	●	●	●	●	/
14:00~18:00	●	●	/	/	●	/	/

休診日：日曜・祝祭日・年末年始

診療科目

内科・小児科・外科

医師・開設者・管理者

院長

とうきょう たろう
東京 太郎

許可指定事項

- ・保険医療機関
- ・生活保護指定医療機関
- ・被爆者一般疾病指定医療機関
- ・難病指定医療機関
- ・労災保険指定医療機関

診療報酬 施設基準

- ・時間外対応加算1
- ・がん性疼痛緩和指導管理料
- ・在宅時医学総合管理料
- ・施設入居時等医学総合管理料

所在地 ▶ 〒101-0000 東京都千代田区神田駿河台〇-〇

連絡先 ▶ TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
FAX 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当クリニックでは、医療の透明化や患者様の情報提供を推進していく観点から、原則として個別の診療報酬の内訳の分かる明細書を無料で発行しています。

明細書は保険点数として明記され、保険点数に 10 円を乗じた金額が診療費となります。

これらの点を理解いただいた上で、希望されない方は受付の職員までお申し出ください。

東京都医師会クリニック
院長 東京 太郎

当クリニックでは、健康保険の療養に該当しない保険外費用について実費（税込価格）の負担をお願いしています。

実費費用負担は、下記のとおりです。

- | | |
|---|-------|
| ・一般診断書 | 〇〇〇〇円 |
| ・生命保険用診断書 | 〇〇〇〇円 |
| ・自賠責保険用診断書 | 〇〇〇〇円 |
| ・その他証明書 | 〇〇〇〇円 |
| ・診療録の開示手数料
（閲覧、写しの交付等に係る手数料） | 〇〇〇〇円 |
| ・在宅医療に係る交通費（往診等）
（患者さんの家に往診した場合の交通費） | 実 費 |
| ・予約診療による予約料 | 〇〇〇円 |

東京都医師会クリニック
院長 東京 太郎

時間外対応加算の対応について

当院では再診患者さんに限り、平日、土曜、朝〇〇時から〇〇時前後まで通院患者さんの電話での問い合わせに対応いたします。(休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えないとされています)

- ◎ 当院へのご連絡は〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇に電話してください。
場合によっては院長の携帯電話に転送されます。
状況により通話できない場合はメッセージを残してください。
確認次第折り返し連絡いたします
- ◎ 原則として当院で対応しますが、やむをえない事情で対応できない場合は下記の医療機関と連携しておりますので、ご連絡ください

連携医療機関

△△総合病院 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

××病院 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

東京都医師会クリニック
院長 東京 太郎

機能強化加算について

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています
健康診断の結果に関する相談や、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。

保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。

夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。

受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。

東京都医師会クリニック
院長 東京 太郎

2 新規個別指導、集団的個別指導、個別指導、監査等

健康保険法、国民健康保険法等には保険医療機関若しくは保険医等に対する指導及び監査の規程があり、実施に当たっては保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とした「指導大綱・監査要綱」が定められています。

指導は保険医・保険医療機関の全てが対象となっていて、新規指定時や指定更新時（※）等に行われる講習、講演形式（e-ラーニング実施予定）で行われる集団指導の他、新規個別指導、集団的個別指導、個別指導があります。また、個別指導後の行政上措置としては、「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」及び「要監査」があり、不備や間違いを指摘され自主返還を求められることもあります。

監査は診療内容や診療報酬請求に不正の疑いがあるときに行われるもので、不正が認められた時には報酬の返還ばかりでなく、状況によっては保険医の取り消しや刑罰の対象となることもあります。

I. 新規個別指導

新規個別指導は新規指定の全ての保険医療機関（遡及指定を含む）を対象に、個別に面接懇談方式で行われます。指定後概ね半年から1年以内実施、とされていますが、東京では対象数が多いことやコロナ禍の影響等で現状ではもう少し遅れてからの実施となっています。後記Ⅲ. の個別指導とは、指導対象数、指導結果の取り扱いに違いはありますが、場合によっては自主返還を求められたり、個別指導、監査につながることもあります。

<注意点>

- 1 対象レセプトは、診療所の場合10名分（病院は20名分）で、指導日の1週間前に通知されます。
- 2 指導により自主返還が求められる場合は、対象となったレセプトについてのみの自主点検が求められます。
- 3 正当な理由なく新規個別指導を拒否した場合は、個別指導の対象になります。

II. 集団的個別指導

集団的個別指導は、指導大綱及び実施要項には類型区分（表1）別のレセプト平均点数により選定された保険医療機関に対し、講習会形式の「集団指導」と医療機関毎の面接形式の「個別指導」で行われる、とされていますが、現在東京では集団指導のみで実施されているため、指導後の自主返還はありません。選定基準はレセプト平均点数が類型区分別にそれぞれ診療所で1.2倍、病院で1.1倍を超える医療機関で、かつ前年度及び前々年度に集団的個別指導・個別指導が行われていない保険医療機関の総数のうち上位8%とされています。

※ 保険医等は指定を受けてから6年後に更新の手続きをすることとなりますが、診療所によっては自動更新される場合もあります。自動更新も含めて更新時集団指導の対象となりますのでお気を付けください。該当医療機関には事前に関東信越厚生局から通知されます。

病院：3区分（入院データ）

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

医科診療所：12区分（入院外データ）

1. 内科（下記2.3.の区分に該当するものを除き、呼吸器科、消化器科（胃腸科を含む）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科を含む。）
2. 内科（下記3の区分に該当するものを除き、在宅療養支援診療所に係る届出を行っているもの。）
3. 内科（主として人工透析を行うもの（内科以外で、主として人工透析を行うものを含む。））
4. 精神・神経科（神経内科、心療内科を含む。）
5. 小児科
6. 外科（呼吸器外科、心血管外科、脳神経外科、小児外科、こう門科、麻酔科、形成外科、美容外科を含む。）
7. 整形外科（理学療法科、リハビリテーション科、放射線科を含む。）
8. 皮膚科
9. 泌尿器科（性病科を含む。）
10. 産婦人科（産科、婦人科を含む。）
11. 眼科
12. 耳鼻いんこう科（気管食道科を含む。）

<注意点>

- 1 現在は集団指導部分だけのため指導のみですが、個別指導も行われる場合には自主返還の要求もありますので注意が必要です。
- 2 一か月の平均取扱件数が30件未満の医療機関は対象外となります。
- 3 翌年度実績でも、レセプト平均点数が類型区分別にそれぞれ診療所で1.2倍、病院で1.1倍を超える医療機関で、前年集団的個別指導を受けたグループ内の概ね上位半分に含まれる場合は個別指導対象になります。（平均点数が高くても診療内容に問題がなければ、点数を下げることを強要するものではありません。）
- 4 正当な理由なく集団的個別指導を拒否した場合は、個別指導の対象になります。

Ⅲ. 個別指導

個別指導は、以下の指導大綱の基準により選定された保険医療機関に対し、あらかじめ厚生局から指定された時期の30人分の連続した2ヶ月分のレセプトに基づき面接懇談方式で行われます。

1 個別指導の選定基準

- (1) 患者・審査支払機関等から情報提供があり、厚生局が必要としたもの
- (2) 前回の個別指導・新規個別指導で「再指導」になったもの、または「経過観察」で改善が見られないもの
- (3) 集団的個別指導で前々年度、前年度と高点数が続くもの（上位から）
- (4) 監査の結果、戒告・注意となったもの
- (5) 正当な理由なく新規個別指導や集団的個別指導を拒否したもの

(6) その他、指導が必要と認められるもの

2 個別指導後の措置

個別指導後の措置は、次のとおりとし、診療内容及び診療報酬の請求の妥当性等により措置する。

(1) 概ね妥当

診療内容及び診療報酬の請求に関し、概ね妥当適切である場合

(2) 経過観察

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められるものの、その程度が軽微で、診療担当者等の理解も十分得られており、かつ、改善が期待できる場合
なお、経過観察の結果、改善が認められないときは、当該保険医療機関等に対して再指導を行う。

(3) 再指導

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められ、再度指導を行わなければ改善状況が判断できない場合

なお、不正又は不当が疑われ、患者から受療状況等の聴取が必要と考えられる場合は、速やかに患者調査を行い、その結果を基に当該保険医療機関等の再指導を行う。患者調査の結果、不正又は著しい不当が明らかとなった場合は、再指導を行うことなく当該保険医療機関等に対して「監査要綱」に定めるところにより監査を行う。

(4) 要監査

指導の結果、「監査要綱」に定める監査要件に該当すると判断した場合、後日速やかに監査を行う。

なお、指導中に診療内容又は診療報酬の請求について、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合にあっては、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。

<注意点>

- 1 対象レセプトは、指導日の1週間前に20名分、前日に10名分が通知されます。
- 2 個別指導により自主点検・自主返還が求められる場合は、過去1年間の全診療分が対象となります。
- 3 正当な理由なく個別指導を拒否した場合は、監査が行われることとなります。
- 4 必要な理由を説明した場合は、録音や弁護士との帯同は可能となります。

IV. 監査

監査は、保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、架空請求、付増請求、振替請求などの不正請求や著しい不当があったことが疑われる場合や、前述の様に個別指導の結果「要監査」とされた保険医療機関に対し、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置をとる目的で行われます。レセプトによる書面調査や患者等に対する実地調査に基づいて実施され、監査後の措置としては、経済措置（診療報酬の返還）行政措置（「取消処分」「戒告」「注意」）が決められます。

<注意点>

- 1 診療報酬の返還の遡及期間は原則5年間で診療報酬から控除されますが、これが難しい場合は医療機関からの直接返還になります。また、被保険者が支払った一部負

担金の返還指導も行われます。

- 2 「取消処分」は故意の不正、重大な過失による請求の場合に適用され、「戒告」は重大な不正、軽微な過失による場合、「注意」は軽微な過失により請求の場合に適用とされています。

V. 個別指導での主な指導内容

新規等個別指導が実施され、医療機関に指導された主な内容について明記します。個別指導を受ける前に再度確認し、不備がないかを確認することを勧めします。また、本記載の内容はあくまでも指導内容の一部です。各健康保険法や療養担当規則に則った医療を行い、カルテの記載やレセプトの作成を適切に行うことが必要です。

1 全体的事項

(1) レセプトとカルテ内容の不一致

診療開始日、傷病名や転帰、外傷部位、初診算定時に必要事項の記載欠如など、カルテの記載内容とレセプトの内容の記載が一致していない。

(2) 傷病名の問題

傷病名に対し、診療内容との不一致である、また、すでに治療が終了している病名を整理していない。急性の病名が長期にわたっている。複数の主病名が妥当ではない。など。

(3) カルテ記載の問題

カルテには必要事項を欠落せずに記載すること。(例:傷病名、既往歴、家族歴、現病歴、症状・所見、治療計画、経過など)、また、doを多用することや、指導・計画内容の記載に不備がないか。滞滞なく記載しているか。主治医(医師)以外による病名付けを行っていないかなども、注意することが必要。

2 個別事項

(1) 医療情報システム関連

① 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠すること。

② パスワードを適切に設定していない。

- ・パスワードが複数の作成者であっても一つしか設定されていない。
- ・定期的にパスワードが変更されていない。
- ・容易に推測できる、文字数の少ないパスワードが設定されている。

③ システムの監査を実施していない。

④ 保存性・見読性・真正性について適切な対応となっていない。

(本書「④ カルテ(電子カルテ含む)」に詳細があるため確認すること。)

(2) 診療関連

① 診療録

外来患者の診療録に、医師による日々の診療内容の記載が全くない、あるいは極めて乏しい。(無診察診療を疑われるため)

② 傷病名

ア 医学的な診断根拠のない“レセプト病名”を付与している ➡ 必要に応じて

摘要欄の記載、症状詳記の記載を行うこと

イ 傷病名を適切に整理していない。

【例】傷病名が多数となっている、重複して付与している等

③ 基本診療料等

ア 初診料算定時の問診不足（特に初再診）

イ 無診察診療の禁止（医師法第 20 条）

（本書「**1** 保険診療とは（医療保険各法やルールについて）」参照）

【無診察診療を疑われる例】

- ・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を交付する。
- ・診療録に診察に関する記録が全く無い、「薬のみ」(medication) や「do」等の記載しかない

(3) 医学管理料等

① 特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料等の治療計画、指導内容の要点等の必要記載事項を診療録に記載していない。または、不備。

② 診療情報提供料（I）について、紹介元医療機関への受診行動を伴わないような、患者紹介の単なる返事について算定している。

(4) 在宅医療

在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料等）について、指示した根拠、指示事項又は指導内容の要点を診療録に記載していない。

(5) 検査

① 当該検査の必要理由・結果・治療への評価のカルテ記載に不備がある。

② 必要性の乏しい検査を実施している。

【例】血液像、尿沈渣、CRP、腫瘍マーカー、細胞診、培養、感受性検査等。

③ 検査に必要な段階を踏んでいない。類似している検査と重複とみなされる。診療の必要以上に実施回数が多い。

【例】血液像、尿沈渣、CRP、腫瘍マーカー、細胞診、培養、感受性検査等。

④ 呼吸心拍監視について、観察した心電曲線、心拍数の観察結果の要点を診療録に記載していない。

⑤ 経皮的動脈血酸素飽和度測定について、必要に応じた対象（酸素吸入施行など）以外に対して算定している。

⑥ 認知機能検査、その他の心理検査について分析結果を診療録に記載していない。

(6) 画像診断・病理診断

① 単純撮影の写真診断について、診断内容を診療録に記載していない。

② 地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の医師が読影したものについて、画像診断管理加算（1・2）を算定している。

③ 病理診断管理加算（1・2）について、病理診断を専ら担当する常勤の医師以外の医師が病理診断を行っている。

④ 病理判断料について、病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点を診療録に記載していない。

(7) 投薬・注射、薬剤料等

- ① 適応外、用法外、重複投与を行っている。
 - ② ビタミン製剤について、投与の必要性を診療録及び診療報酬明細書に記載していない。
 - ③ 外来化学療法加算（1・2）について、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性等について、文書で説明し同意を得て投与を行ったことが確認できない。
- (8) 精神科専門療法定院・在宅精神療法について、当該診療に要した時間を診療録に記載していない。
- (9) 薬剤部門関連
- ① 薬剤管理指導料
 - ・ 薬剤管理指導記録に患者への指導事項を記載していない。
 - ・ 麻酔管理指導加算について、麻酔に係る患者への指導事項を記載していない。
 - ② 薬剤情報提供料
処方内容の変更が処方日数のみであるにもかかわらず、月2回以上算定している。
 - ③ 退院時薬剤情報管理指導料
指導した内容の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載していない。
- (10) 管理・請求事務関連
- ① 一部負担金の徴収を行っていない。
 - ② 診療報酬明細書の摘要欄に必要事項の記載漏れや誤りがある
【例】PSAは検査値等、C-PAPは無呼吸低呼吸数などの記載要領の不備
 - ③ 観血的動脈圧測定の回路からの血液採取を動脈血採取として算定している。
 - ④ 実際に使用した量を上回る量で薬剤を算定している。
 - ⑤ 24時間以上体内に留置してない膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル等を算定している。
 - ⑥ 先進医療の取り扱いについて、説明と同意の実施が不適切である。（文書による同意を取得していない）
- (11) 掲示・届出関連
- ① 施設基準に関する事項の掲示が誤っている。
 - ② 明細書の発行状況に関する事項の掲示について、一部負担金等の支払いがない患者に関する記載がない。
 - ③ 届出事項の変更が速やかに行われていない。
（保険医の異動、施設基準届出の従事者、等）

3 最近行われた個別指導での主な指摘事項（実例）

- (1) 診療録
記載が不十分、保険病名が散見される、医師自らが病名を決めていない
- (2) レセプト
診療録との病名不一致、病名の整理不足、ICD-10に沿っていない
- (3) 基本診療料
初再診の算定が不適切（特にアレルギー疾患や慢性疾患について）、健診や予防接種と同日の場合の取扱い
- (4) 外来管理加算

不適切な算定。

【例】処置を行っているにもかかわらず、処置料を算定せず、外来管理加算を算定している。

- (5) 書類
入院やリハビリなどに関する計画書などの記載不備
- (6) 医学管理料
不適切な算定（特に算定要件に定められた診療録への記載不備）
- (7) 診療情報提供料・薬剤情報提供料
記載不備、算定要件を満たしていない
- (8) 在宅・往診
在宅診療計画書や診療録記載の不備、算定条件を満たさない往診
- (9) 検査
画一的な検査、検査の必要性や結果・評価が診療録に記載されていない
- (10) 画像検査
必要性や結果・評価が診療録に記載されていない
- (11) 内視鏡検査
使用薬剤量が不適切（画一的）、フィルム算定の過誤
- (12) 投薬
適切な病名漏れや診療録に必要性が記載されていない（特にビタミン剤や抗生剤）、用法用量・投与期間や条件などが守られていない（特にPPIやアコファイドなど）
- (13) 処置
創傷処置の部位や範囲の記載漏れ

令和元年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況等

参考資料

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の関係で通常とは異なるため、令和元年データを記載いたします。

各指導・適時調査・監査の実施状況（全国データ）

区分	個別指導	新規個別指導	集団的個別指導	適時調査	監査
保険医療機関等	1,639件	2,199件	4,443件	3,519件	18件
保険医等	9,601人	2,476人			63人

保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区分	指定（登録）取消	指定（登録）取消相当	合計
保険医療機関等	4件	3件	7件
保険医等	6人	0人	6人

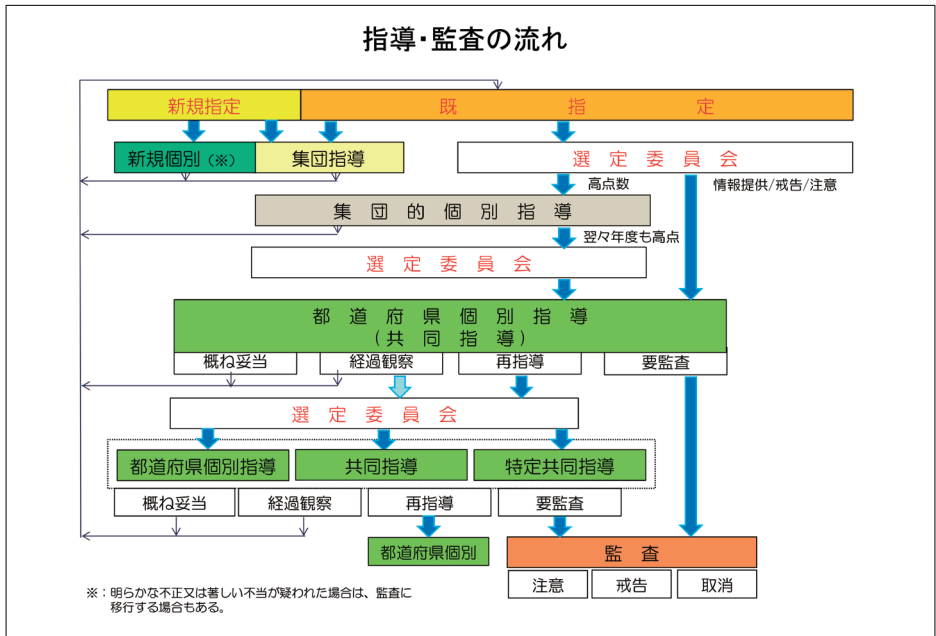
保険医療機関等は「指定取消」「指定取消相当」保険医等は「登録取消」「登録取消相当」返還金額の状況

指導による返還分	適時調査による返還分	監査による返還分	返還合計金額
34億2498万円	50億4652万円	24億0205万円	108億7355万円

（厚生労働省データ）

VI. 指導・監査の流れ

図1



(厚生労働省：「保険診療における指導・監査」資料)

新規個別指導及び個別指導は、概ね以下の手順で行われます。(令和4年1月現在)

- 1 指導1か月前に該当医療機関に指導の実施について通知されます。
通知の内容は、実施日、実施時間、指導に用意する資料が示されます。
新規個別指導は10名分の患者資料、個別指導は30名分の患者資料となります。
- 2 指導当日は、10程度の医療機関が指導を受ける事になります。
- 3 指導は、保険指導医1名ないし2名、書記として事務職員1名ないし2名、医師会員に対する指導の場合は、公平性を図るため関連医師会の医師が立合います。
医療機関からは、開設者及び管理者とし、その他従事者が出席する場合であっても、最大で3名以内であり、管理者(院長先生)は必ず出席いただく事になります。
- 4 指導員から診療報酬等の内容について質問等が行われ、結果に基づき指導等が行われますが、指導する内容に問題がある場合や、新たな資料により指導が必要となる場合は、一旦中断して改めて指導が実施されます。
- 5 新規個別指導は概ね1時間程度、個別指導は概ね2時間程度実施されます。

関 厚 発 第 号
令 和 年 月 日

《郵便番号》
《住所》
《医療機関名》
開設者 様

関東信越厚生局長

関東信越厚生局及び東京都による社会保険医療
担当者の新規個別指導の実施について（通知）

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、健康保険法第73条（船員保険法第59条において準用する場合を含む。）国民健康保険法第41条及び高齢者の医療の確保に関する法律第66条の規定により、下記のとおり関東信越厚生局及び東京都による新規個別指導を実施いたしますので通知します。

なお、貴保険医療機関の保険医等が災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた市町村において医療支援等に従事している場合又は新型コロナウイルス感染症の対応、ワクチン接種業務等のため、指導への対応が困難な場合には、下記の照会等連絡先あてご相談ください。

記

1 目的

保険医療機関における保険診療等について定められている「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等をさらに理解していただき、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的としています。

2 日時 令和 年 月 日（ ） 《時間》

3 場所 関東信越厚生局東京事務所 会議室 新宿区西新宿6-22-1 新宿スクエアタワー11階 TEL 03-6692-5126

- 4 出席者 開設者及び管理者とし、その他従事者が出席する場合であっても、最大で3名以内としていただきますようご協力ください。
※管理者（院長先生）は必ずご出席ください。
- 5 当日準備していただく書類等
別紙1「新規個別指導に際して準備いただく書類等」のとおり
- 6 その他
 - (1) 指導にあたっては、別紙1でお示した以外の資料をお願いすることもありますので、ご承知おきください。
 - (2) 別紙1の(1)において「別途通知する患者（対象患者一覧）」については10名分を令和3年12月6日に郵便にてお知らせします。
なお、長期にわたり受診している患者等において、診療録等の準備書類が相当量になる場合などは事前に下記の照会等連絡先あてご相談ください。
 - (3) 前記「4. 出席者」について、管理者（院長先生）は必ずご出席ください。
 - (4) 指導当日は、待機場所での密集を防ぐため5分から10分前にご来場ください。
 - (5) 指導当日に資料等を台車で持ち込まれる場合は、事前に下記の照会等連絡先へご連絡ください。
 - (6) 新型コロナウイルス感染防止対策を講じた上で、指導を実施いたしますので、別紙4「新型コロナウイルス感染防止について」をお読みいただき、ご理解ご出席のほどお願いいたします。
 - (7) 今後感染が拡大し、実施日が新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の発令期間中となった場合は、新規個別指導を延期いたしますので、ご理解のほどお願いいたします。
 - (8) 照会等連絡先
《問い合わせ先》

3 施設基準や帳票類等

I 施設基準

1 施設基準とは

厚生労働大臣が定めた医療機関の機能や設備、診療体制、安全面やサービス面等の基準で、一部の保険診療報酬の算定要件として定められています。

施設基準は多数の診療報酬に設定されていますので、請求の際には該当点数の算定上の要件まで確認することが必要です。以下基本診療料の中から、医科診療所の外来で診療報酬請求上関係の深い施設基準の概略を記載します。なお特掲診療料を含むその他の施設基準についても、個々の診療形態によって様々な基準が関係してきますので、厚労省通知や専門科の情報も合わせてご確認をお願いします。

<注意点>

- ① 基準を満たすことが条件とされていても、届け出までは必要とされていない項目もありますが、診療報酬の請求に当たってはきちんと確認が必要です。
- ② 診療報酬の注に「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関」とある項目を算定するには、その医療機関は該当する基準要件を満たした上で、地方厚生局（東京都では関東信越厚生局東京事務所）に届け出を行い受理されていることが条件となります。

2 施設基準例：初・再診料

(1) 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療） **届出必要**

令和4年度診療報酬改定において、オンライン診療料は廃止され、初診料（情報通信機器を用いた場合）、再診料（情報通信機器を用いた場合）、外来診療料（情報通信機器を用いた場合）が新設され、以下の施設基準に適合し届出が必要。

- ① 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

※ なお、オンライン診療料に代わる、初診料（情報通信機器を用いた場合）等の算定基準等については、本書「5 基本診療料」の項目を参照してください。

(2) 夜間・早朝等加算 **届出不要**

表示する診療時間内の受診で、受付時間が午後6時（土曜日にあっては正午）から翌日午前8時までの間及び休日の場合に算定。

1週間当たりの表示診療時間（一定条件下での訪問診療を含む）の合計が30時間以上の診療所。（夜間・休日の救急診療に協力している場合等例外項目あり）

(3) 機能強化加算 **届出必要**

「かかりつけ医機能」を持つ200床未満の病院又は診療所で初診料に加算。

- ① 地域包括診療加算1又は2・地域包括診療料1又は2・小児かかりつけ診療料・在宅時医学総合管理料・在宅療養支援診療所等で施設入居時等医学総合管理料、の何れかの届出をしていること。

【地域包括診療加算 2・診療料 2 の場合】

以下のいずれかを満たしていること。

- ・直近 1 年間に於いて、地域包括診療加算 2 又は地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上
- ・直近 1 年間に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上

【機能強化型以外の在医総管 / 施設総管の場合】

以下のいずれかを満たしていること。

- ・過去 1 年間に於いて、緊急往診の実績又は（在支病の場合は）在支診からの緊急受入の実績の合計が 3 件以上
- ・過去 1 年間の看取りの実績が 1 件以上又は超・準超重症児の医学管理の実績が 1 件以上

② 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

- ・介護保険制度の相談及び主治医意見書の作成を行っていること。
- ・警察医として協力していること。
- ・母子保健法に規定する乳幼児の健康診査を実施していること。
- ・予防接種（定期予防接種）を実施していること。
- ・幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校等の学校医に就任している。
- ・「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に出席していること。
- ・通いの場や講演会等の区市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

(4) 外来感染対策向上加算 **届出必要**

診療所において、感染防止対策の実施や、地域の感染症対策への参画を更に推進する観点から以下の基準を満たすこと。

① 感染防止対策部門を設置し、院内感染管理者（医師、看護師等の有資格者）を配置。

② 院内感染管理者は以下を実施。

ア 感染予防策等を定めたマニュアルの作成。

イ 年 2 回程度、院内研修を実施。

ウ 週 1 回程度、院内を巡回し、感染防止対策の実施状況の把握・指導等を行う。

③ 医療機関および行政機関との連携。

ア 年 2 回程度、加算 1 の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練の参加は必須）。

イ 抗菌薬の適正使用について、加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。

ウ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応について、連携医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備すること。

エ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことをホームページ等で公開していること。

④ その他

ア 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資す

る取組を行っていること。

イ 院内感染防止対策に関する取組事項を院内掲示すること。

ウ 新興感染症の発生時等に発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

エ 感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。等

(5) 連携強化加算 **届出必要**

外来感染対策向上加算を届出している保険医療機関が、感染症対策に関する医療機関間の連携体制を行った場合の加算で、以下の基準が必要。

- ① 感染対策向上加算 1 の保険医療機関との連携体制を確保。
- ② 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 連携する①の医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行うこと。

(6) サーベイランス強化加算 **届出必要**

外来感染対策向上加算を届出している保険医療機関が、感染防止対策に資する情報を提供する体制を整えている場合の加算で、以下の基準が必要。

- ① 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
- ② 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

(7) 電子的保健医療情報活用加算 **届出不要**

外来でオンライン資格確認システムを通じ、患者の薬剤情報又は特定健診情報等を得、活用することを目的として以下の基準を満たすこと。

- ① 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- ② 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- ③ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等取得し活用できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(8) 時間外対応加算 **届出必要**

標榜時間外に継続的に受診している患者からの問い合わせに応じる体制を整備し、掲示等で周知を行っている診療所が対象。

① 時間外対応加算 1

常時対応体制があること (速やかに患者にコールバックできる体制も含む)。

② 時間外対応加算 2

標榜時間外の夜間の数時間の対応体制があること。(速やかに患者にコールバックできる体制、及び休診日、深夜及び休日は、留守番電話等で地域救急医療機関の案内を行う等の対応が必要)。

③ 時間外対応加算 3

自院を含め最大 3 つまでの診療所による連携体制がとられていること。
(当番日については、前記「時間外対応加算 2」の体制が必要)。

(9) 明細書発行体制等加算 **届出不要**

オンライン又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行い、かつ算定診療報酬の区

分・項目及びその点数又は金額を記載した明細書を無料で交付している診療所。

(10) 地域包括診療加算 **届出必要**

診療所が対象。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）。又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対し療養上必要な診療指導を行った場合に加算（初診時、往診・訪問診療時を除く）。患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。

当該加算を算定する場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。

<< 以下、共通要件 >>

ア 適切な研修を修了した医師を配置。

イ 健康相談及び予防接種相談の実施を院内掲示。

ウ 院外処方では24時間対応薬局と連携。

エ 敷地内禁煙。

オ 介護保険制度に関与する決められた複数要件を満たす。

カ 以下のいずれか1つを満たしている事。

- ・ 時間外対応加算1又は2の何れかの届出
- ・ 常勤換算で2人以上が配置され、そのうち1人以上が常勤医師であること
- ・ 在宅療養支援診療所であること

① 地域包括診療加算1

ア 共通要件に加え、24時間の往診等の体制を確保した在宅医療の提供（在宅療養支援診療所以外では、連携も可）

イ 直近1年間の往診、訪問診療の決められた実績数（在支診：10人以上、在支診以外：3人以上）

ウ 直近1ヶ月に外来診療（初診、再診、往診、訪問）を実施した患者のうち、往診・訪問診療の割合が70%未満であること

② 地域包括診療加算2

共通要件に加え、24時間の連絡体制を確保した在宅医療の提供が必要。

(11) 認知症地域包括診療加算 **地域包括診療加算の届出が必要**

診療所が対象。認知症患者に対し患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行う場合に加算（初診時、往診・訪問診療時を除く）。

① 認知症地域包括診療加算1

地域包括診療加算1の届出を行っていること。

② 認知症地域包括診療加算2

地域包括診療加算2の届出を行っていること。

3 施設基準届出方法（主な要点）

(1) 診療報酬上で届出を必要とする施設基準の定めのある項目を算定するためには、関東信越厚生局長に対し当該届出の所定の届出書を1通提出し、また医療機関は提出した届出書の写しを適切に保管する必要があります。

(2) 関東信越厚生局長等は届出書を確認後、2週間以内を標準として、遅くとも概ね1ヶ

月以内（提出者の補正に要する期間は除く）に受理又は不受理を決定し、医療機関に通知しなければなりません。

- (3) 当該届出を行う前 6 か月間において当該届出に関し、不正又は不当な届出を行った事がないこと。また、療養担当規則及び療養担当基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等に違反したことが無く、現在も違反していないこと等の通則が定められています。
- (4) 届出に当たっては、特に規定する場合を除き、基本診療では届出前 1 か月の実績を有していなければなりません。
- (5) 届出は算定しようとする月から算定するためには、その月の最初の開庁日に届出書を受け受理される必要があります。例外として、診療報酬改定時には改定月途中の届出も、条件を満たせば同月初日から算定出来るような措置が配慮されています。
- (6) 届出後に届出内容と異なる事情が生じ基準を満たさなくなった場合は、届出を必要としない場合を除き、遅滞なく変更等を届出なければなりません。

4 施設基準届出注意事項

施設基準では「常勤」「非常勤」の表現と、「専従」「専任」「専ら」などの表現があります。「常勤」「非常勤」は、医療機関での勤務の状態を表す表現となります。施設基準では「常勤配置」などの表現があり、これは読んで字のごとく、常勤の職員を配置することが要件になっているものです。非常勤職員の「週 3 日以上かつ週 22 時間以上の勤務」するものを組み合わせ、常勤換算することが可能な項目があります。「常勤換算」とは、1 か月 4 週間を基本として、非常勤職員の勤務時間をすべて足し合わせて、常勤職員何人分かを計算することを言います。この場合の足し合わせる条件が、「週 3 日以上かつ 22 時間以上」の常態的に勤務する者ということになります。

【事例】

・就業規則・・・週 40 時間・非常勤職員の就業パターン

A さん：1 日 5 時間 週 4 日・・・20 時間

B さん：1 日 6 時間 週 4 日・・・24 時間

C さん：1 日 4.5 時間 週 5 日・・・22.5 時間

D さん：1 日 7.5 時間 週 3 日・・・22.5 時間

E さん：1 日 6 時間 週 3 日・・・18 時間

この事例の場合、単純に常勤換算すると、 $20 + 24 + 22.5 + 22.5 + 18 = 107$ 時間となります。就業規則上の勤務時間数は 40 時間ですので、 $107 \div 40 = 2.675$ となります。

この中で、「常勤換算の要件」による「週 3 回 22 時間以上の勤務」の対象者は、B さん・C さん・D さんの 3 名となり、時間を換算すると $(24 + 22.5 + 22.5) \div 40 = 1.725$ 名となります。

小数点 2 位以下は切り捨てになりますので、常勤換算すると 1.7 人となります。

「専従」「専任」「専ら」はその業務（例えば病棟勤務など）にどの程度従事しているかを区分するものです。

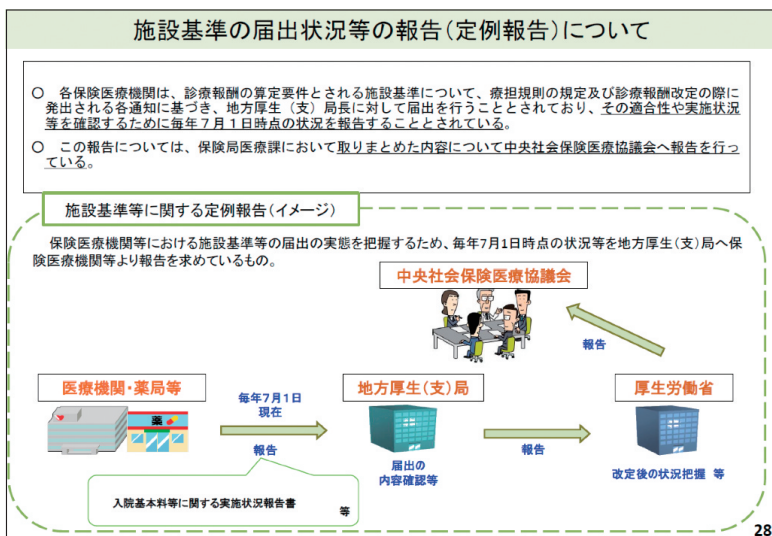
- (1)「専従」は100%その業務に従事することが必要です。このため、他の業務に従事することは出来ません。
- 例) A看護師がある業務に専従することとなった場合、その他の外来対応や夜勤などの業務に組み入れることはできません。(目の前で患者が倒れたなどの緊急事態は別)
- 「専従」とされた職員であっても、他の業務を行うことができるようになっている特例もあります。
- (2)「専任」は業務のメインに携わり責任を持つことになりますが、その業務に支障が出ない限りは、他の業務に携わることが可能です。50%以上はメインの業務を行う事が必要です。
- (3)「専ら」は専従と専任の中間、100%ではないがほぼ行っている職員になります。概ね80%程度の業務を行っている場合になります。
- ※ ただし、「専従」「専任」「専ら」は明確に示されている文書はありません。届出する項目の通知文書で確認を取るか、厚生局の担当者に確認する事が必要です。

<参考1>

具体的な申請書等について、記載方法の例として図1に「時間外対応加算1」を記載しました。また、届出書には「記載上の注意」において、添付する書類等(図1-2)が示されている場合があります。添付の無い場合は受理してもらえませんのでご注意ください。

<参考2>

保険医療機関は、毎年7月1日現在の施設基準の適合性を自己点検方式により確認し、厚生局に報告することが求められます。また、主に病院については「定例報告に関する報告様式」に加えて「自己点検結果報告書」を提出する必要があります。



別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード	13 01 × × × × ×	届出番号	(時間外 1) 第 号
-----------	-----------------	------	----------------

[時間外対応加算 1] の施設基準に係る届出

[1-003] (01003)

当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇〇-●
 及び名称 東京都医師会 〇〇診療所
 開設者名 院長 東京 太郎

関東信越厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
 3 届出書は、1 通提出のこと。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	<input checked="" type="radio"/> 時間外対応加算 1 ・ <input type="radio"/> 時間外対応加算 2 ・ <input type="radio"/> 時間外対応加算 3	
2 標榜診療科	内科・消化器科・循環器科・アレルギー科・リウマチ科、	
3 当該診療所の 対応医師の氏名	東京太郎	
4 当該診療所の標榜 診療時間	月曜日から金曜日 午前 9 時～午後 1 時 午後 2 時～午後 6 時	
5 あらかじめ患者に 伝えてある電話に応 答できない場合の体 制 ※該当するものに○（複数可）	<input type="radio"/>	医師の携帯・自宅電話へ転送
	<input type="radio"/>	留守録による応答後、速やかにコールバック
	<input type="radio"/>	その他 ()
6 他の医療機関との 連携 ※	連携 医療 機関 名	○○○ 病院
7 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)	本院 電話番号 03 (△△△△) ○○○○ 連携医療機関 ○○○ 病院 03 (●●●●) ◎◎◎◎	
8 備考		

※ 【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 の届出をする場合

やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。

時間外対応加算 3 の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は 3 以下とする。

(注) 具体的な内容については「8 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）

II 帳票類等

保険医療に関して法令上作成・保存が求められている書類がありますので、診療所を中心に必要なものをまとめてみました。

1 診療録

医師法第 24 条には「診療録は診療後遅滞なく記載することと共に五年間の保存」が義務として記載されています。また療養担当規則第 9 条にも、「保険医療機関は、・・・患者の診療録にあつては、その完結の日から五年間とする。」とされていますので、保険診療に限らず医療を行った場合は診療録の作成・保存（5 年間）が医師の義務となります。内容については医師法施行規則第 23 条に、

- (1) 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- (2) 病名及び主要症状
- (3) 治療方法（処方及び処置）
- (4) 診療の年月日

と定められており、さらに保険診療においては療養担当規則に示された様式に従う必要があります。（電子カルテでも様式に従った打ち出しができることが条件となっています。）

カルテの記載等の詳細については、「3 カルテ（電子カルテ含む）」を参照してください。

2 療養の給付に関する帳簿、書類その他の記録

保険診療に関連する、診療録以外の書類等（検査・検査画像・栄養指導・リハビリテーションの記録など、紹介状、診療情報提供書、診断書、証明書など）は療養担当規則第 8 条・第 9 条に、整備と診療の完結の日から 3 年間保存の義務が記されています。

3 エックス線装置等

医療法施行規則には、エックス線装置等の管理について詳細な規程があります。エックス線装置等の測定結果及び周囲の放射線量測定結果の記録が必要なことと 5 年間の保存、エックス線装置等の使用時間に関しても記録と 2 年間の保存が必要です。

<注意点>

- (1) 保険診療における診療録及び診療録以外の書類等の保存義務（各々 5 年間、3 年間）は、該当する一連の診療の完結の日が起点となっていますので、注意が必要です。
- (2) 診療報酬点数表及び通知に、「診療録に添付」が条件となっている書類等に関しては、診療録の一部になるので 5 年間の保存が必要です。

III 各種届出等

1 医療機関の開設届

- (1) 開設した日から 10 日以内に、医療機関の所在地を所管する保健所に開設届の提出を行わなければなりません。（医療法 8 条）。開設する医療機関が病院の場合や医療法人の場合は、開設届を提出する前に開設許可申請を取得しておかなければなりません（医療法 7 条 1 項）。なお、臨床研修修了の登録を受けた者でなければ、医療機関の管理者となることができません（医療法 7 条 1 項、10 条）。

開設の申請を行う前に、東京都等と事前相談が必要です。「開設スケジュール（見込み）」「平面図」「提出書類等で準備可能なもの」を準備して相談してください。

説明：開設した日とは、実際に診療を開始できる状態。

注意：医療法人が開設する場合は、開設届ではなく「診療所開設許可申請書」を届出ることとなります。

- (2) 開設に当たっては、実地で検査官による検査が行われます。検査の際には、開設者又は管理者の立ち合いが必要です。開設に関する関係法令等の要件を満たしているかどうかを確認することとなります。実地検査が終了すると、開設届の副本が交付されますので大切に保管してください。
- (3) エックス線装置を使用する場合には、別途、診療用エックス線装置備付届とエックス線の実地検査が必要となります。
- (4) 開設届には診療日、診療時間、職員の内訳等、様々な内容を記載しなければなりません。実際の届出書の書式は図2を参照してください。（書式は保健所によって異なる場合があります。）

また、開設届を行う場合には下記の書類等の提出も必要です。

- ① 管理者の医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し及び免許証の写し
本証照合のため、本証もお持ちください。
- ② 管理者の履歴書
- ③ 診療に従事する医師、歯科医師の臨床研修修了登録証の写し及び免許証の写し
本証照合のため、本証もお持ちください。
- ④ 業務に従事する助産師・薬剤師・歯科衛生士等の免許証の写し
本証照合のため、本証もお持ちください。
- ⑤ 土地及び建物の登記事項証明書
発行後6か月以内のもの、原本1部と写し1部でもかまいません。
- ⑥ 土地又は建物の賃貸契約書の写し
原本確認のため、原本もお持ちください。
- ⑦ 敷地の平面図
- ⑧ 敷地周辺の見取り図
- ⑨ 建物の平面図 ビル内の診療所の場合は利用する階全体の平面図
- ⑩ エックス線診療室放射線防護図（エックス線装置を備え付ける場合）
エックス線装置を備え付けた場合、別途エックス線装置備付届を設置後10日以内に届け出てください。

2 診療所の変更等手続きについて

診療所の開設が認められ、開業した後も開業届等に変更があった場合は、遅滞なく変更届を提出しなければなりません。変更する項目によって変更届が異なります。

(1) 医師個人が開設している場合

◎ 届出書類「診療所開設届出事項中一部変更届」（11号様式）

（変更後10日以内に提出）

- ① 開設者の住所・氏名
- ② 名称
- ③ 住居表示
- ④ 診療科目・診療日時
- ⑤ 開設者が他に開設もしくは管理し、または勤務している病院・診療所の状況

- ⑥ 建物の構造概要・敷地の面積（新旧平面図添付）
- ⑦ 歯科技工室の構造設備の概要（新旧平面図添付）
- ⑧ 病床数 { 病床数を増やす場合のみ、変更届出と同時に一部変更使用許可申請（手数料）を要する。 }
- ⑨ 管理者の住所・氏名
- ◎ 届け出書類「診療所開設許可事項中一部変更届（21号の2）」
（変更後10日以内に提出）
 - ① 診療に従事する医師の氏名・（担当診療科目および診療日時）
 - ② 業務に従事する助産師の氏名および勤務日時（注意）
 - ③ 薬剤師の氏名（注意）
 - ④ 医療従事者数

（注意）新たに就職した医師・薬剤師・助産師の免許証の写し、および臨床研修等修了登録を行った医師は登録証の写しを添付してください。また、摘要欄には医師の担当診療科目名・診療日時、助産師の勤務日時を記入してください。

なお、臨床研修終了登録証は、医籍登録年月日が平成16年4月1日以降の場合に添付してください。

(2) 医療法人の者が開設している場合

- ◎ 診療所開設許可事項中一部変更許可申請（5号様式）（事前提出）
 - ① 開設の目的・維持の方法
 - ② 従業員の定員
 - ③ 建物の構造概要・敷地の面積（新旧平面図添付）
 - ④ 歯科技工室の構造設備の概要（新旧平面図添付）
 - ⑤ 病床数 { 一部変更許可後、一部変更使用許可申請（手数料）を要する。 }
- ◎ 診療所開設許可（届出）事項中一部変更届（11号様式）
（変更後10日以内に提出）
 - ① 開設者の名称・事務所所在地 ② 名称 ③ 住居表示
 - ④ 診療科目・診療日時 ⑤ 病床数（減少する場合のみ）
 - ⑥ 定款・寄付行為・条例
 - ⑦ 管理者（職歴書添付）または管理者の住所・氏名
医師免許証、臨床研修終了登録証の本状と写し（原本照合のため本状と写しを持参してください）

（注意）臨床研修終了登録証は、医籍登録年月日が平成16年4月1日以降の場合に添付してください。

- ◎ 診療所開設許可事項中一部変更届（21の2）（変更後10日以内に提出）
 - ① 医療従事者数

(3) 個人・法人共通の届出

- ① 診療所を休止または廃止した場合
診療所休（廃）止届（休（廃）止後10日以内に提出）
- ② 休止していた診療所を再開した場合
診療所再開届（再開後10日以内に提出）

③ 開設者が死亡または失踪宣告を受けた場合

診療所開設者死亡（失踪）届（上記の事実が発生してから 10 日以内に提出）

参考資料：東京都では、開設後に診療所の管理するための注意事項を取り纏めた「診療所（医科・歯科）を開設した皆様へ～診療所の管理等について～」のリーフレットを作成していますので、参照してください。

（リーフレットのURL）

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/minamitama/youshiki/shinryoujotou/shinryoujo-shika.files/shinryoujyokanri.pdf>

3 保険医療機関の指定等及び保険医の登録等に関する申請・届出等

(1) 保険医療機関の指定及び保険医の登録の申請・届出

保険医療機関の指定及び保険医の登録を受けようとする場合は、指定等及び登録等に関する申請書・届出書に所要事項を記載のうえ、地方厚生（支）局長（東京都においては関東信越厚生局長）に提出しなければなりません。ただし、開業医において、開設者のみで診療を行う場合は、保険医の登録をもって保険医療機関の指定とみなされます。これらの届出は、保健所への開設届を提出した後でないとい申請できません。指定申請書には、開設届の副本の写しを添付する必要があります。できれば、開設届と同様に地方厚生局への事前相談も行っておくことが必要です。指定されると、指定医療機関コードが発行されます。当該コードは、診療報酬請求する場合や施設基準の届出等で必要となります。

(2) 保険医療機関の指定の更新

保険医療機関は指定を受けてから 6 年たつと指定の効力を失うため、更新の手続きをしなければなりません。

ただし、保険医療機関（病院又は療養病床を有する診療所等は除く。）であって、次の場合、指定の効力を失う前 6 か月～3 か月間に指定更新の意思がない旨の申し出がなければ、自動的に更新されます。

① 指定日から更新の申請まで、引き続き開設者のみが診療に従事している場合

② 複数の勤務医がいても、それらが開設者と同一世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である場合

(3) 保険医療機関のみなし指定

個人開業医で開設者の医師のみで診療を行っている場合は、事務手続きの簡略化を図るため、保険医等の登録があったときには、保険医療機関等の指定があったものとみなすこととされている。よって、保険医の登録があれば重ねて保険医療機関の指定手続をする必要はない。

(4) 保険医療機関の指定及び保険医の登録の取消し

厚生労働大臣の委任を受けた地方厚生（支）局長は、不正請求や療養担当規則等の違反などがあった場合は、保険医療機関の指定、保険医の登録を抹消することができます。

取り消された後、5 年間は再度保険医療機関の指定及び保険医の登録を行うことは出来ない。また、不正の理由が軽微でないものについては、5 年を経過しても指定・登録の申請を拒否されることがあります。

第7号様式(第7条関係)

(第1片)

(表)

年 月 日	
保健所長 殿	
	開設者 住 所 氏 名 (印) 電話番号 () ファクシ () ミリ番号
診 療 所 開 設 届	
診療所を開設したので、医療法第8条の規定により、下記のとおり届け出ます。	
記	
1 名 称	
2 所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 診 療 科 名	
4 開 設 者	
現に病院又は診療所を開 設し、管理し、又は勤務し ている場合	名 称 所在地
本施設と同時に病院又は 診療所を開設しようとする 場合	名 称 所在地
5 開 設 年 月 日	年 月 日
6 管 理 者	
現 住 所	
氏 名	
臨 床 研 修 等 修 了 登 録 年 月 日	年 月 日 保健所担当者確認欄
免 許 証 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 号 年 月 日 保健所担当者確認欄
7 診 療 日 時	

(日本工業規格A列4番)

(裏)

8 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科名及び診療日時						
氏名	担当診療科名	診療日時	臨床研修等 修了登録 年月日	免許証番号 及び登録 年月日	保健所担当者 確認欄	

9 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時			
氏名	勤務日時	免許証番号及び 登録年月日	保健所担当者 確認欄

10 医療従事者(薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線(エックス線)技師等)				
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	保健所担当者確認欄

11 従業者定員													
医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	診療放射線(エックス線)技師	看護補助者	事務員			歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	計
名													名

12 敷地の面積	m ² (平面図は、別添のとおり)

(第2片)

(表)

13 交通機関及び敷地周囲の見取図									
交通機関	線			駅下車		口徒歩		分	
	駅			口からバス(行)		下車徒歩		分	
敷地の条件	用途地域		防火地域						
見取図	別添のとおり								
14 建物の構造概要及び平面図									
建物別名称	構造概要			建築面積		延面積			
	造階建て			m ²		m ²			
住宅と併設の場合又はビルディングの一部を使用する場合									
住宅と併設の場合				造階建てのうち階		m ² 使用			
ビルディングの一部を使用する場合				造階建てのうち階		号室		m ²	
平面図	別添のとおり								
15 廊下の幅									
建物別名称	片側廊下	中廊下	建物別名称	片側廊下	中廊下				
	m	m		m	m				
16 2階以上に病室を有する建物別の階段数及びその構造									
建物別の名称	患者の使用する屋内直通階段					病室のある最上階	避難階段の数	備考	
	用途	幅	踊り場の幅	け上げ	踏面				手すりの有無
		m	m	cm	cm		階		
							階		
	エレベーターの有無						有・無		

(日本工業規格A列4番)

(裏)

17 病室の構造概要										
棟別	階別	病室番号	病室種別	一室の病床数	一室の床面積	一人当たり床面積	一室の採光面積	一室の直接外気開放面積	天井の高さ	換気の方法
	階			床	m ²	m ²	m ²	m ²	m	
18 診察室										
診察室名	室面積	処置室兼用の場合は、その部分の面積			診察室名	室面積	処置室兼用の場合は、その部分の面積			
科	m ²	m ²			科	m ²	m ²			
19 処置室(診察室兼用の場合を除く。)										
処置室名	室面積	処置室名	室面積							
	m ²		m ²							
20 歯科治療室										
室面積	治療いす	防火設備	その他必要な設備							
m ²	台									
21 歯科技工室										
室面積	防じん設備	防火設備	その他必要な設備							
m ²										
22 検査室										
名称	室面積	防火設備	検査器具、器械等							
臨床検査室	m ²									

4 カルテ（電子カルテ含む）

診療報酬請求の根拠は、診療録（カルテ）にあります。

I 診療録（カルテ）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ります。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ります。

診療録（カルテ）の内容と診療報酬明細書の請求内容は、一致していなければなりません。個別指導等において、指導の対象となります。

II 診療録（カルテ）に関する規定

診療録（カルテ）記載について記されている法律、省令は、医師法や医師法施行規則、療養担当規則であり条文は次の URL に記載があります。

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80001000

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=84035000

本書「[1](#) 保険診療とは（医療保険各法やルールについて）」もご参照ください。

1 医師法第 2 4 条第 1 項

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

2 療養担当規則第 2 2 条

「保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。」

3 療養担当規則第 8 条

「保険医療機関は、第 2 2 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理しなくてはならない。」

4 療養担当規則第 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、患者の診療録にあっては、その完結日から 5 年間とする。」

※ また、医師法施行規則 2 3 条には記載事項として以下の事項が記されている。

- (1) 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- (2) 病名及び主要症状
- (3) 治療方法（処方及び処置）
- (4) 診療の年月日

Ⅲ 診療録(カルテ)の欄の記載義務について

1 受給資格、被保険者番号欄

- (1) 被保険者番号等は必ず該当欄に記載のこと。被保険者証のコピーのみを貼付してあるのをよく見かけますが、コピーはあくまで参考であることにご注意ください。
- (2) 受給資格は、本来、診療ごとに確認すべきですが、少なくとも月1回は確認し、変更があれば速やかに訂正してください。

2 傷病名欄

- (1) 傷病名欄には、日本で採用されている疾病分類(診療科別標準傷病名集、I C D 10等)に基づき主病、兼症、併発症すべてを記載してください。診断が確定しない場合は、疑い病名や症状名でもやむを得ませんが、診断が確定次第、病名を整理しなければなりません。

医師以外の職員が傷病名を診断しカルテ等に記載することは不適切です。

- (2) 疾病の開始日は実際の診断を行った日を記載してください。症状・所見等欄には診断根拠を記載してください。
- (3) 診療が終了した場合、転帰欄に治癒、死亡、中止(転医)等いずれかを記載し、終了日を記入してください。この欄は適宜整理し、おろそかにしないでください。(初診料算定時に影響します)。また、終了した病名は転帰欄で処理し、病名欄の病名を削除、抹消したりしないでください(病名そのものが存在しなかったことになってしまいます)。

また、長期にわたり急性病名がそのままとなっていることや、複数の主病名が適切であるかなども注意して整理することが必要です。

カルテ記載の問題：必要事項の欠落(既往歴、家族歴、現病歴、症状・所見、治療計画、経過)、doの多用等

- (4) 実施された診療行為の査定を逃れるために実態のない架空の傷病名(いわゆる「レセプト病名」)を傷病名欄に記載することは極めて不適切です。

3 症状・所見欄

- (1) 基本的に医師が記載しなければなりません。代筆はやむを得ない事情(手を負傷している等)、あるいは基準を満たした医療機関では認められますが、代筆者のサインまたは押印等、代筆であることを添えて記載することが望ましいとされています。
- (2) 多忙な場合でも記載は必ず行ってください。「忙しい」は書かない理由にはなりません。
- (3) この欄は請求内容と密接にかかわっているので重要です。前述のとおり診療上必要なこと、請求上の要件はすべて書かれていなければなりません。

<< 請求上の要件 >>

患者の主訴 他覚所見 検査・画像の計画指示 実施内容 検査・画像の結果判定
診断根拠 治療計画 治療内容(投薬、注射、リハビリ、処置、手術等) 指示事項
治療効果の判定 見直し等 患者への説明 患者の理解度等 その他 文書発行
他院紹介の内容等 診療報酬請求上の算定要件となる記載事項等

- (4) 「慢性疾患で何も特記事項がない」とよく言われる先生がいらっしゃいますが、診療する以上はその診療内容があるわけで、それについて記載してください。「書くことがない」ということはないと思われます。それでも何も無いというのであれば「本来、診療の必要性があるのか？」と問われた場合、その回答ができないこととなり、「診療の必要はない患者がきてしまう」となってしまいます。それは診療録の記載以前の問題で保険診療として認められるのかとの問題となってしまいます。
- (5) 複数の医師が診療に当たるときは診療の責任の所在を明確にするために担当医師のサインまたは記名押印を行わなければなりません。
- (6) カルテ開示等他の目を意識するあまり、事実を歪曲して記載したりすることはあってはなりません。（不実記載ということになり不正請求に直結するだけでなく、社会問題に発展する場合があります。）
- (7) 診療報酬の根拠はカルテです。カルテに記載のないことが診療報酬請求されていると、不当請求、あるいは不正請求となる可能性があるため、よくよく注意してください。（レセプト点検の際、カルテを傍らに置いて確認しながら行うなど。）
- (8) 処方、処置は do でも構いませんが、何の（どこの処方等の）do なのかわかるようにしておいてください。また、薬剤は規格単位、服用時点、外用薬もその使用方法まで記載する必要があります。
- (9) 処置等はその範囲を図で示すとわかりやすいですが、第三者がみて範囲がわかるようにしておいてください。

IV 診療録（カルテ）記載の注意事項

1 診療毎の症状・所見の記載

療養担当規則第12条では診療の一般的な方針が定められています。初診を含んだ診療後は、患者から聞き取った内容、つまり患者の主訴、現病歴、既往歴、家族歴や当日の診断及びその根拠となった症状、それに伴う医師の所見を診療録に記載する必要があります。傷病名欄、診療開始日、終了日、転帰欄は必ず医師が記載してください。

2 検査・画像診断の記載

検査・画像診断等は的確な診断の根拠となりますので、その必要性や結果そして結果に基づく評価を記載してください。「検査実施」と記載があるだけで、検査結果だけが診療録に貼り付けられてあるものが見られますが、適切なカルテ記載がない場合は、本来必要な検査であったとしても「健康診断的検査を保険診療で行ったのではないかと・・・」と第三者に思われてしまう危険性があります。検査実施の際は、その必要性や結果に対する評価が診療録で確認できるようにしてください。検査は、患者さんの状況に応じた検査を、段階を踏んで必要最小限に行ってください。以下、検査等の記載に係る注意等となります。

- (1) 検査を行う根拠、結果、評価をカルテに記載する。
- (2) 算定要件が規定されている検査項目に注意する。
- (3) 個々の患者の状況に応じて検査項目を選択し、段階を踏んで必要最小限の回数で行う。
- (4) いわゆる「セット検査」は問題となりやすい。
- (5) 結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的のみなされ算定は認められない場合が多い。

3 投薬、注射の記載

投薬では、適応外や用法外の投与、禁忌とされる薬剤の使用、効果判定が無く長期に漫然と処方するなどの例が見られますが、投薬は、薬事法で定められた医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）の範囲内で使用した場合に保険適応となります。また、患者を診察せず投薬、注射、処方することは、療養担当規則や医師法にも抵触する不適切な行為です。（無診察投薬の禁止）

経口薬と注射では、経口投与が可能な場合は、経口投与を第一選択とします。

4 医学管理等、在宅療養指導管理料の記載

医学管理、在宅療養指導管理料はドクターフィーと呼ばれる目に見えない医師の「技術」に対する評価です。

具体的な算定要件が定められており、患者さんへの療養上の指導、指示、医学的管理を適切に行なった上で、算定要件として定められた指導内容の要点等をカルテに必ず記載することが求められています。カルテに指導内容の記載が無いにも関わらず、病名などから事務担当者が自動算定してしまった例などがありますが、医師自身が算定する旨を指示し、医事課部門や事務担当者のみでの判断で一律請求を行わないようにしてください。

5 特定疾患療養管理料の記載

特定疾患療養管理料の算定要件には、厚生労働大臣が定めた疾患（悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、高脂血症、胃潰瘍等）を主病とする患者さんに対して、治療計画的に基づき、「服薬」「運動」「栄養」等の療養上の管理を行った場合に算定が可能です（許可病床数が200床以上の病院では算定不可）。対象となる病名がついているから自動的に算定できる訳ではありません。また、算定要件としては、主病に対する管理内容の要点をカルテに記載することが求められますが、記載内容も指導した要点を記載していただき、画一的にならないようお願いします。指導時の指摘事項では毎回同じ指導内容が記載されている、主病に対して療養上の管理が行われていないものに算定されているなどがあります。

6 診療録の「記載が不十分な例」「良い例」

「記載が不十分な例」

図1

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
R ● . 4 . 4 BP 140 / 80 薬のみ 特定疾患療養管理	Rp) アムロ●ピン (5mg) 1錠 分1 朝食後 28 日分
R ● . 5 . 10 BP 136 / 82 階段昇降時に動悸 (+) ECG 実施 NP 特定疾患療養管理	Rp) アムロ●ピン (5mg) 1錠 分1 朝食後 28 日分

単に「特定疾患療養管理」とあるだけで、指導の具体性に欠ける記載

これは高血圧症で通院中の患者さんに医師が指導した例ですが、特定疾患療養管理というスタンプが押されたり文字が書かれているだけで、具体的内容がカルテに記載され

ていません。これでは算定要件を満たさず請求ができません。

記載内容が不足している例です。経過等の記載欄に「N. P」のみの記載や「薬のみ」という記載では、診療内容に関する記載としては不十分です。特に「薬のみ」の場合は無診察診療が疑われてしまいます。

「良い例」

図2

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>R ● . 4 . 4 (S) 狭心症発作なし 家庭血圧安定 (O) BP 130 / 80 不整脈、心雑音なし (A/P) # 1 高血圧 内服にて血圧コントロールは良好。 # 2 狭心症 階段昇降時等負荷がかかる状況でも発作はなし。 このまま投薬を継続する (特定疾患療養管理)</p>	<p>Rp) アムロ●ピン (5mg) 1錠 分1 朝食後 28 日分</p>
<p>減塩 6g 未滿が守られていないので指導した。</p> <p>R ● . 5 . 10 (S) 特に自覚症状なし。家庭血圧も安定 (O) BP 125 / 78 不整脈、心雑音なし。 (A/P) #高血圧 # 狭心症 内服継続にて発作もなくコントロール良好。内服継続で。 (特定疾患療養管理)</p> <p>ストレスを避け、規則正しい生活、塩分取りすぎに注意して バランスの取れた食事をするように指導した。</p> <p style="text-align: right;">都医太郎</p>	<p>Rp) アムロ●ピン (5mg) 1錠 分1 朝食後 28 日分</p>

具体的な指導内容を記載する。
 画一的にならないように注意。
 主病を中心とした療養上必要な
 管理が行われ、治療が行われて
 いることが要件

これはカルテ記載の手法の一つである問題指向型医療記録です。いわゆる S、O、A、P の手法を用いた良いカルテの記載例です。

S [Subject] ⇒主観的な情報、患者や家族の訴えや病歴等のこと。

O [Object] ⇒客観的な情報、医師の診察所見や検査所見のこと。

A [Assessment] ⇒入手した客観的な事実に対する医師の評価や分析のこと。

P [Plan] ⇒客観的な情報に基づいた治療方針

患者さんに確認した情報 (S) があり、(O) は客観的な情報が記載されています。(A) と (P) には、「高血圧」「狭心症」については、今後の治療計画と指示内容が記載されています。「特定疾患療養管理料」の算定要件も満たしています。最後には、診療した医師の署名があり、診療に対する責任の所在も確認できます。

V 電子カルテ

1 医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5.1 版」（令和 3 年 1 月）が厚生労働省から公表されているので、医療情報を扱う際にはこれに十分留意しなければなりません。ガイドラインに定められている留意事項等は以下のとおりとなります。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

- (1) システム管理者及び監査責任者等を定め、個人情報保護及び情報セキュリティ等に留意した、運用管理規定を定めること。
- (2) 診療録等の真正性、見読性、保存性を確保すること。
真正性：改変又は消去及びその内容を確認できる。記録の責任の所在が明らか。
見読性：記録事項を直ちに明瞭かつ整然と機器に表示し、書面を作成できる。
保存性：記録事項を保存すべき期間中、復元可能な状態で保存する。
- (3) 個人情報が入力、参照又は保存されている端末や情報媒体等の盗難や紛失防止も含めた物理的な保護及び措置並びに盗難、覗き見等の防止を行うこと。また、同端末等の設置場所の入退管理等を行うこと。
- (4) 利用者が個人情報を入力・参照できる端末から長時間離席する際にクリアスクリーン等の対策を実施すること。
- (5) 令和 9 年度時点で稼働していることが想定される医療情報システムを、今後新規導入又は更新に際しては、二要素認証を採用するシステムの導入、又はこれに相当する対応を行うこと。
(二要素認証とは、ID とパスワード以外にもう一つの要素を認証に用いること。)
- (6) 類推されやすいパスワードを使用しないこと。また、類似のパスワードを繰り返し使用しないため、更新履歴を保存し、必要に応じて更新前と更新後の内容を照らし合わせることができるようにすること。なお、類推されやすいパスワードには、利用者の氏名や生年月日、辞書に記載されている単語等が含まれるものがある。そして、それらを記したメモを端末に掲示したり、医師がそれらを看護師に伝達し、食事、臨時処方等のオーダーを代行入力等させないこと。
<<パスワード要件>>
以下のいずれかを要件とすること。
 - a 英数字、記号を混在させた 13 文字以上の推定困難な文字列
 - b 英数字、記号を混在させた 8 文字以上の推定困難な文字列を定期的に変更させる（最長でも 2 ヶ月以内）
 - c 二要素以上の認証の場合、英数字、記号を混在させた 8 文字以上の推定困難な文字列。ただし他の認証要素として必要な電子証明書等の使用に PIN 等が設定されている場合には、この限りではない。
- (7) 長時間離席する際に、正当な利用者以外の者による入力のおそれがある場合には、クリアスクリーン等の対策を実施。

5 基本診療料

I 基本診療料と特掲診療料の相違

基本診療料は初診、再診及び入院診療の際（特に規定する場合を除く）に原則として必ず算定可能な項目です。基本診療料は診察や治療の有無や内容に関わらず、毎回（毎日）算定可能な診療料となります。

これに対し特掲診療料は基本診療料と異なり、その診療や治療を行った場合に所定の点数のみ算定可能な診療料となります。

II 基本診療料

1 初・再診共通事項

- (1) 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで「特定機能病院」、「地域医療支援病院」それぞれ一般病床 200 床以上の「紹介受診重点医療機関」（紹介受診重点医療機関は令和 4 年 10 月 1 日以降）を受診した場合に、患者から定額負担を徴収することになります。

初診 7,000 円（令和 4 年 10 月 1 日から実施）

再診 3,000 円（令和 4 年 10 月 1 日から実施）

- (2) 健康診断や予防接種を実施した日に、合わせて保険診療を実施した場合は、基本診療料（初診料、再診料等）は算定できません。診療報酬請求する場合は、診療実日数と初・再診料の回数に差異が生じますので、摘要欄に「初診料は他法により算定」や「再診料は予防接種で算定」などの記載をしてください。

2 初診料

初診料とは、医学的（発熱やケガ、心身の不調等の訴え等）な患者の訴えにより、初めて医師が診察したときに算定できるものです。

<注意点>

- (1) 既に治療していた傷病が、治癒・中止など転帰した場合は、新たに初診料を算定することが可能となります。初診料が算定できるのは、医療機関に初めて受診したときだけではありません。
- (2) 患者が自分の都合で診療を中止し 1 ヶ月以上経過後に受診した場合、新たに初診料の算定が可能です。ただし、算定には注意点があります。
 - ① 中止の開始日は最終来院日ではありません。処方されている期間は治療中となるため、処方した日数を過ぎた日が患者の都合で中止した日となります。
 - ② 患者さんの都合ではなく、医師からの指示で 1 か月以上間隔が空いたとしても、初診料は算定できません。医師の指示した期間は症状があり、医師の指示した期間は経過観察期間と見なされるためです。
 - ③ 慢性疾患等は同一の疾病または負傷であると推定される病名等の場合は、初診として取り扱われません。

（「皮膚疾患」「睡眠障害」や「アレルギー性疾患」、さらに逆流性食道炎や便秘を含む「消化器疾患」等、慢性疾患とみなされる可能性が高い）

- (3) 現に診療中の患者が、同一医療機関の別の診療科で他の傷病を別日に初診をおこなった場合、初診料は算定できず再診料を算定します。

ただし、別日ではなく同一日に他の傷病について初診をおこなった場合には、複数科初診料（144点）を算定します。

例）糖尿病で内科に受診している患者が、内科の受診がない日に皮膚科を初めて受診した場合には再診料を算定しますが、内科を受診した同日に皮膚科を初めて受診した場合には、内科で再診料、皮膚科で同日複数科初診料（144点）を算定することになります。

また、初診料と同様に、再診料を算定した同一日に、別の傷病で別の診療科で再診を受けた場合には、複数科再診料（37点）を算定することができます。（表1参照）

内科と皮膚科を同日に受診された場合の診察料（例）

表1

	2科とも初診	2科とも再診	1つ目再診 2つ目初診
内科（1つ目）	288点	73点	73点
皮膚科（2つ目）	144点	37点	144点

※同一日に他科を受診したとしても、関連のある疾病と見なされた場合は、同日複数科初診料等は算定できません。

- (4) 6歳未満の患者に対し初診を行った場合、乳幼児加算（75点）を算定できる。下記（5）との併算定は出来ません。

- (5) 医療機関の標榜する診療時間以外に初診を行った場合は時間外加算（85点）、深夜（午後10時～午前6時）に初診を行った場合は深夜加算（480点）、休日に初診を行った場合は休日加算（250点）が算定できる。6歳未満の患者に対しては、時間外加算（200点）、深夜加算（695点）休日加算（365点）を算定する。

① 休日加算の対象となる日は、日曜日と、「国民の祝日」と12月29日・30日・31日と1月2日・3日となります。土曜日や木曜日を休日としている医療機関が土曜日、木曜日に診察を行っても休日加算は算定できません。時間外加算を算定することになります。

② 休日加算の対象となる医療機関等は下記のとおりとなります。

- ・客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる地域医療支援病院、救急病院又は救急診療所
- ・「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関（区市町村が輪番制などにより定めた診療所等）
- ・休日を休診日とする医療機関が、急病等やむを得ない理由で来院した患者に診療を行った場合
- ・休日を診療日とする医療機関が、診療応需体制を解いている時間帯に、急病等やむを得ない理由で来院した患者に診療を行った場合

◎ 小児科標榜医療機関（小児外科含む）が6歳未満の乳幼児を診療した場合、特例により、夜間・休日・深夜に診療を行った場合、診療時間内であっても時間外・休日・深夜加算（6歳未満の乳幼児の点数）を算定できます。小児科標榜医療機関において小児科以外の医師が診療を行った場合も算定可。

※ 休日加算の例を図2に表示しているため参照してください。

- (6) 別に施設基準を満たす診療所が、午後6時（土曜日は正午）から午前8時までの間、休日又は深夜の時間帯を診療時間に初診を行った場合は夜間・早朝加算（50点）を算定できます。

※ 休日加算等の例として図2「時間外・深夜加算・休日加算の算定内訳」を参考としてください。

3 再診料

再診料とは、初診後に再度来院して医師が診察を行ったときに算定できるものです。

「初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合」は、再診料等は算定できません。

<注意点>

- (1) 初診料（3）と同様に、現に診療中の患者が、同一日に他の傷病について再診をおこなった場合には、複数科再診料（37点）を算定します。
- (2) 初診料（4）と同様に 6歳未満の患者に対し再診を行った場合、乳幼児加算（38点）を算定できる。下記（3）との併算定は出来ない。
- (3) 初診料（5）と同様に再診料の時間外加算（65点）、深夜加算（420点）、休日加算（190点）が算定できる。6歳未満の患者に対しては、時間外加算（135点）、深夜加算（590点）休日加算（260点）を算定する。
- (4) 初診料（6）を算定する医療機関は、再診料においても夜間・早朝加算（50点）を算定できます。
- (5) 慢性疼痛疾患管理、厚生労働大臣の定める検査、リハビリテーション、精神科専門医療、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は外来管理加算（52点）が算定できます。

【厚生労働大臣の定める検査】

- ・超音波検査等
- ・脳波検査等
- ・神経・筋検査
- ・耳鼻咽喉科学的検査
- ・眼科学的検査
- ・負荷試験等
- ・ラジオアイソトープを用いた諸検査
- ・内視鏡検査

- (6) 患者又は看護にあたる者から電話等によって治療上の意見を求められ指示を行った場合は、電話再診料が算定できます。外来管理加算と地域包括診療加算等との併算定はできません。

① 電話再診はあくまでも患者等からの電話等で指示をした場合に算定できます。医

師から電話等をした場合は算定できません。

- ② 電話等とは、電話やリアルタイムで画像等を介した情報機器となります。FAXやメールなどはリアルタイムとは言い難いため、算定することは出来ません。
- (7) 「初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合」だけでは保険診療とは認められず、再診料等は算定できません。検査結果やレントゲンの結果に基づき医学的な指示、療養上の注意等を行った場合は、保険診療と認められ、再診料等は算定可能です。
- (8) 施設基準を満たす医療機関で、費用の項目ごとの明細書を発行した場合は明細書発行加算（1点）が算定できます。
- (9) 地域包括診療加算

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い加算を算定できます。

- ① 施設基準を満たさなければなりません。
- ② 初診時・往診・訪問診療では算定できません。
- ③ 原則として院内処方となります。（24時間対応の薬局と連携する場合等は院外処方可）
- ④ 患者の受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品全てを管理し、カルテに記載すること。
- ⑤ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対し、速やかに必要な対応を行う事。
- ⑥ 健康診断や検診の受診勧奨を行い、検査結果等の管理を行う事。また、ワクチン接種等の相談も行っている事。
- ⑦ 7種類以上の内服薬の登用における減算は行わない。
- ⑧ 主治医意見書の作成を行っている事。
- ⑨ 健康診断、ワクチン接種、介護保険に係る相談を行っていることを院内掲示している事。
- ⑩ 患者ごとに担当医を決める必要があります。担当医以外による診察の場合、算定することはできません。
- ⑪ 担当医は「慢性疾患の指導に係る適切な研修」を終了していることが必要です。
*慢性疾患の指導に係る適切な研修：対象となる研修は「日本医師会生涯教育制度に係る研修（主催：日本医師会）」を継続的に2年間で通算20時間以上、終了する必要があります。講習の中にはカリキュラムコード29：認知機能の障害 74：高血圧症 75：脂質異常 76：糖尿病を含み、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければなりません。（ほか、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていること。）

<届出>

関東信越厚生局への届け出が必要です。

4 外来診療料

200床以上の病院において再診を行った場合に外来診療料（74点）を算定できます。

<新設>

令和4年度診療報酬改定により、以下の項目が新設されました。診療所の業務に影響があるため、「[3] 施設基準や帳票類等」の「I 施設基準」内「2 施設基準例：初・再診料」でも、重複して記載していますので、併せてご参照ください。

1 外来感染対策向上加算

診療所において、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策を講じた場合に、外来感染対策向上加算（6点）を初診料、再診料、地域包括診療、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、救急救命管理料等に加算できます。

【主な施設基準】

- (1) 感染防止対策部門を設置し、院内感染管理者（医師、看護師等の有資格者）を配置
- (2) 院内感染管理者は以下を実施
 - ① 感染予防策等を定めたマニュアルの作成
 - ② 年2回程度、院内研修を実施
 - ③ 週1回程度、院内を巡回し、感染防止対策の実施状況の把握・指導等を行う
- (3) 医療機関および行政機関との連携
 - ① 年2回程度、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練の参加は必須）
 - ② 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること
 - ③ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応について、連携医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備すること
 - ④ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことをホームページ等で公開していること
- (4) その他
 - ① 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること
 - ② 院内感染防止対策に関する取組事項を院内掲示すること
 - ③ 新興感染症の発生時等に発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること
 - ④ 感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること 等

2 連携強化加算

外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1の届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算

(3点)として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算できます。

【主な施設基準】

- (1) 感染対策向上加算1の保険医療機関との連携体制を確保
- (2) 連携する(1)の医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行うこと等

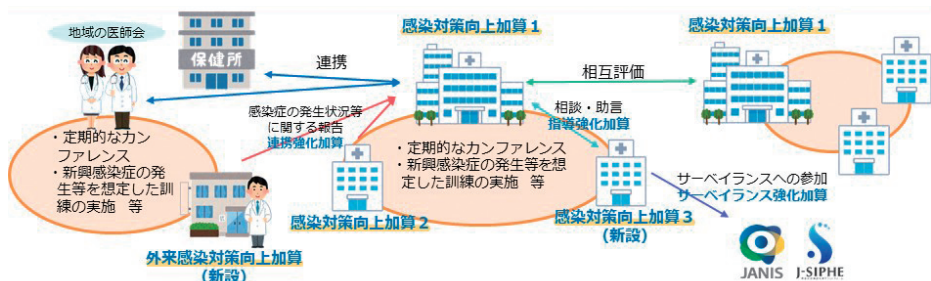
3 サーベイランス強化加算

外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算(1点)として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算します。

【主な施設基準】

- (1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること
- (2) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること

図1



外来感染対策向上加算等イメージ図

4 オンライン診療の見直し

令和4年度診療報酬改定により、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診及び再診を行った場合の評価を新設するとともに、従来のオンライン診療料は廃止されました。

今回の改定ではオンライン診療関連について大きく変更されているため、本書「⑥ オンライン診療」に取り纏めましたので、そちらを参照してください。

※ 新設された項目(情報通信機器を用いた場合)

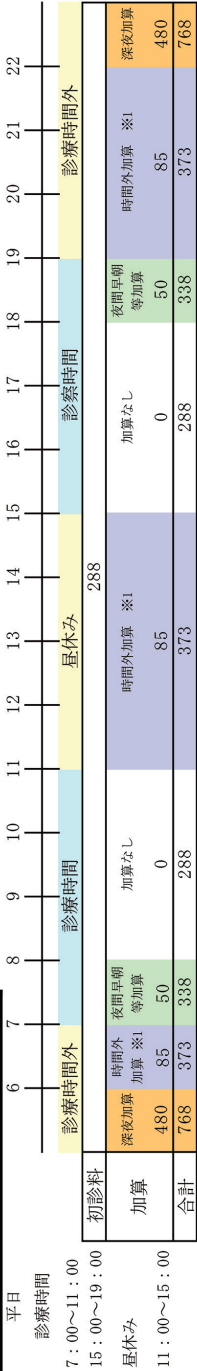
- ① 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点
- ② 再診料(情報通信機器を用いた場合) 73点
- ③ 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 73点

本要点は新規開業医を対象としているため、入院料等は割愛します。

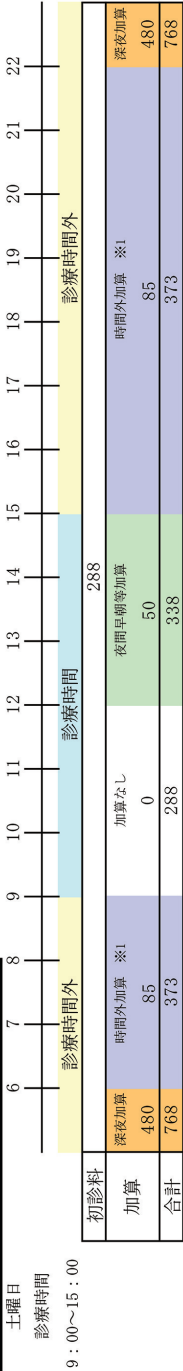
時間外・深夜加算・休日加算の算定内訳



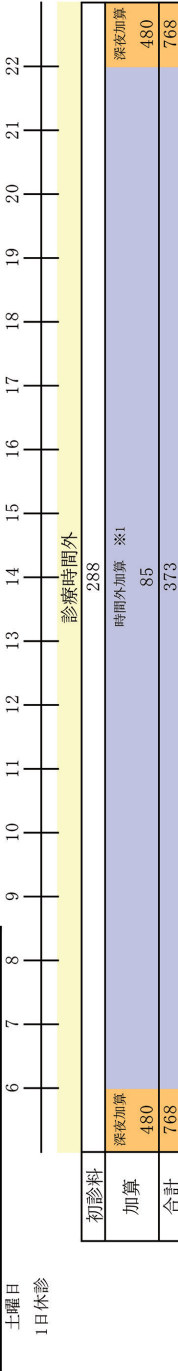
事例1：平日に通常診療を行う医療機関



事例2：土曜日を診療日としている医療機関



事例3：土曜日を休日としていたる医療機関



事例4：日曜・休日を除く診察日としている医療機関で急患等の為診察した場合、又は「救急病院」や自対が定める救急体制（輪番等）に参加している医療機関

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
診療時間外																
288																
初診料																
深夜加算	※2															
加算	250															
合計	538															
768																

事例5：日曜・休日を診療日としている医療機関又は通常は休診しているが、ゴールデンウィークなどの理由で特別に診療日とした医療機関

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
診療時間																
8：00～11：00																
診療時間外																
288																
初診料																
深夜加算	※1															
加算	250															
合計	538															
768																
夜間早朝等加算																
50																
338																
※1																
250																
538																
538																
250																
538																
768																

<<算定の注意>>

※1の場合には、診療時間外であって、医療機関が応需の体制を解いた状況（医療機関を完全に閉めている状態）で患者の求めに応じ診療した場合に算定できます。このため以下の状態では算定できませんので、ご注意ください。

- 1 診療時間内に受付をした患者が、診察が遅れ診療時間外に診察した場合。
 - 2 受付は診療時間外であったとしても、診療が遅れ応需体制を解いた状態でなく引き続き診察した場合
- ※2の場合も上記※1と同様の取扱いですが以下の医療機関は対応が異なります。

- 1 自治体が定める救急体制（輪番制）の対象医療機関は、救急体制の契約時間内は受診した全ての患者に対し休日加算が算定可能です。（応需体制を解いた状態でない場合も算定は可能です。）契約時間外に受診した患者の取扱いは※1と同様となります。

- 2 救急病院等については、午前6時から午後10時までは、受診したすべての患者に対し休日加算が算定できます。
- 注：図にありません夜間早朝等加算を算定する場合には、事前に休日等の診療時間並びに夜間早朝等加算を算定することを院内掲示する事が必要で

6 オンライン診療

オンライン診療とは、遠隔医療（情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為）のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方診療行為をリアルタイムより行う行為と定義されている。

令和4年度診療報酬改定により従来の枠組みであったオンライン診療料は廃止され、情報通信機器を用いた初診、再診、医学管理料に関わる評価が新設された。また、対象患者、算定要件等に関して大幅な変更が行われた。

<コロナ禍における臨時的取り扱いとの相違点>

- ① オンライン診療の実施・算定は電話では不可、リアルタイムでの双方向ビデオ通話のみ適応。
- ② 治療計画の策定が必要。
- ③ 初診オンライン診療による勃起不全治療薬の処方不可。
- ④ オンライン診療に責任を有する医師は、研修を受講することが必要。
- ⑤ 施設基準に係る届出の提出が必要。

I 初診料（情報通信機器を用いた場合）<251点 対面288点の約87%>

<対象患者>

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

<算定要件>

- (1) 厚生労働省が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合。診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 原則として保険医療機関に属する保険医が保険医療機関内で実施すること。
- (4) 患者の急変時等の緊急時には必要な対応を行えること。ただし夜間や休日等に対応できない場合には患者が速やかに対面診療を行える医療機関を事前に患者に説明して以下の内容を診療録に記載しておく。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 「かかりつけ医」がいない場合には、対面診療により診療ができない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意。
- (5) 対面診療を提供できる体制を有すること。患者の状況によって対応することが困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また処方を行う際には、一般社団法人日本医学会連合

が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (7) 予約に基づく料金、いわゆる「予約料」の徴収は不可。
- (8) オンライン診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用として「情報通信機器の運用に要する費用」を、療養の給付と直接関係のない「サービス等の費用」として別途徴収可能。

<施設基準>

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する医療機関であること。

II 再診料・外来診療料(情報通信機器を用いた場合) <73点 対面と同様>

対象患者、算定要件ともに初診料算定の要件に準ずる。

III 情報通信機器を用いた医学管理料等

検査料が包括されている医学管理料については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象にしない。

上記以外の医学管理料については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査などを実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

なお、地域包括診療科、認知症地域包括診療科、生活習慣病管理科は令和4年度診療報酬改定においてオンライン診療の対象外となっている。



<医学管理料に関するオンライン診療と対面診療の対比表>

表1

点数名称	対象医学管理料	(参考) 対面診療での点数
特定疾患療養管理料	196点	225点
小児科療養指導料	235点	270点
てんかん指導料	218点	250点
難病外来指導管理料	235点	270点
糖尿病透析予防指導管理料	305点	350点
精神科在宅患者支援管理料	100点	3000点
在宅自己注射指導管理料	1070点	1230点
ウイルス疾患指導料	287点	330点
皮膚科特定疾患指導管理料	218点	250点
小児悪性腫瘍患者指導管理料	479点	550点
がん性疼痛緩和指導管理料	174点	200点
がん患者指導管理料	435点	500点
外来緩和ケア管理料	252点	290点
移植後患者指導管理料	261点	300点
腎代替療法指導管理料	435点	500点
乳幼児育児栄養指導料	113点	130点
療養・就労両立支援指導料	696点	800点
がん治療連携計画策定料2	261点	300点
外来がん患者在宅連携指導料	435点	500点
肝炎インターフェロン治療計画料	609点	700点
薬剤総合評価調整管理料	218点	250点
地域包括診療料	-	1560点
認知症地域包括診療料	-	1580点
生活習慣病管理料	-	1280点

※赤字は令和4年度診療報酬改定ではオンライン診療の対象外になっているもの

IV 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理

在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。

<算定要件>

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

<施設基準>

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

V 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理

施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる実施した場合の評価が新設された。

<算定要件>

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

<施設基準>

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

<在宅診療・施設訪問時のオンライン診療算定例>

表2

※ 在宅療養支援診療所:在宅診 在宅療養支援病院:在宅病	機能強化型在宅診-在 支病(病床あり)			機能強化型在宅診-在 支病(病床なし)			在宅診-在支病			その他			
	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	
在宅時医学総合管理料	①月2回以上訪問 (重症患者)	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
	③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,029点	1,665点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
	⑤(うち2月日は情報通信 機器を用いた診療)	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,265点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
	①月2回以上訪問 (重症患者)	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
	②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
⑤(うち2月日は情報通信 機器を用いた診療)	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点	

VI 外来栄養食事指導料

栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導が算定可となった。(電話での実施も可)

表3

イ 外来栄養食事指導料 1	初回(月2回まで)	対面時 260点	オンライン 235点
	2回目以降(月1回)	対面時 200点	オンライン 180点
ロ 外来栄養食事指導料 2 (診療所)	初回(月2回まで)	対面時 250点	オンライン 225点
	2回目以降(月1回)	対面時 190点	オンライン 170点

<算定要件>

- (1) 上記イの点数は、当該医療機関の管理栄養士のみ算定可能
- (2) 上記ロの点数は、当該医療機関以外の管理栄養士が算定可能

7 指導料・医学管理料などの算定要件

「保険診療の理解のために（厚生労働省保険局医療課医療指導監査室）」には、医学管理について次のように記載されています。

「医科診療報酬点数表における医学管理等とは、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。」

I 指導料・医学管理料算定要件等

指導料・医学管理料「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項目ごとに定められていることに留意する。」「医学管理料の算定対象となる状態にある患者に対し、請求事務担当者から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得る。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が自ら確認し、算定する旨を請求事務担当者に伝達する必要がある。」と算定要件を守ること、事務担当者のみでの自動算定を行わないことが強調されています。

以下、主要な指導料・医学管理料につき概要・注意点を記載します。

*各管理料等の算定および施設基準の届出の際には、厚生労働省の告示、通知を熟読してください。

令和4年度診療報酬改定において、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価が改定されました。

- 1 検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
- 2 1以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。
 - ① 入院中の患者に対して実施されるもの
 - ② 救急医療として実施されるもの
 - ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
 - ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
 - ⑤ 精神医療に関するもの

また、令和4年度診療報酬改定ではオンライン診療等について大きく改定されましたので、「6. オンライン診療」として別項に取り纏めておりますので、参照してください。また、医学管理については下表として取り纏めています。

<医学管理料に関するオンライン診療と対面診療の対比表>（再掲）

表1

点数名称	対象医学管理料	(参考) 対面診療での点数
特定疾患療養管理料	196点	225点
小児科療養指導料	235点	270点
てんかん指導料	218点	250点
難病外来指導管理料	235点	270点
糖尿病透析予防指導管理料	305点	350点
精神科在宅患者支援管理料	100点	3000点
在宅自己注射指導管理料	1070点	1230点
ウイルス疾患指導料	287点	330点
皮膚科特定疾患指導管理料	218点	250点
小児悪性腫瘍患者指導管理料	479点	550点
がん性疼痛緩和指導管理料	174点	200点
がん患者指導管理料	435点	500点
外来緩和ケア管理料	252点	290点
移植後患者指導管理料	261点	300点
腎代替療法指導管理料	435点	500点
乳幼児育児栄養指導料	113点	130点
療養・就労両立支援指導料	696点	800点
がん治療連携計画策定料2	261点	300点
外来がん患者在宅連携指導料	435点	500点
肝炎インターフェロン治療計画料	609点	700点
薬剤総合評価調整管理料	218点	250点
地域包括診療料	-	1560点
認知症地域包括診療料	-	1580点
生活習慣病管理料	-	1280点

※赤字は令和4年度診療報酬改定ではオンライン診療の対象外になっているもの

II 項目別説明(主要項目) ※特に注意すべき医学管理料

1 診療情報提供料

(1) 診療情報提供料 (I) 届出不要

診療に基づき、患者の同意を得て、診療情報を示す「診療情報提供書」を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先の医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定できます。

- ① 区市町村又は指定居宅介護支援業者等に対し、患者の同意を得て診療情報を示す「診療情報提供書」を添えて患者の紹介を行った場合も算定可能
- ② 精神障害者である患者または家族等の同意を得て、精神障害者施設等へ診療情報

を示す「診療情報提供書」を添えて患者の紹介を行った場合も算定可能

③ 小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、患者の同意を得て診療情報を示す「診療情報提供書」を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を、学校医等に対し提供した場合も算定可能

④ 診療情報提供書には紹介先の医療機関名等の記載が無ければならない。

⑤ 紹介元医療機関への単なる返事など、受診行動を伴わない情報提供は算定できない。

(2) 診療情報提供料 (Ⅱ) **届出不要**

治療法の選択等に関して、別の医療機関の医師の意見を求める患者の要望（セカンドオピニオン）により、治療計画、検査結果等、別の医療機関」で必要な情報を添付して「診療情報提供書」を患者に提供し、別の医療機関による医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定できる。

(3) 診療情報提供料 (Ⅲ) **届出必要**

令和4年度の診療報酬改定において、診療情報提供料(Ⅲ)は、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合、患者1人につき月1回に限り算定できる。

① 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」において、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合についても算定可能。

② 指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合についても算定可能。

図1



連携強化診療情報提供料のイメージ図



紹介・提供先別診療情報提供料の対応

2 特定疾患療養管理料 **届出不要**

特定疾患療養管理料は「生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり（厚生労働省通知）」とされています。かかりつけ医の技術料とも言えるもので、許可病床数が200床以上の病院においては算定することができません。

特定疾患療養管理料は、高血圧、高脂血症、糖尿病など国で定めた慢性疾患の患者に対して、計画的に服薬、運動、栄養などに関して具体的な指導を行った場合に算定できます。そして「管理内容の要点を診療録に記載する」と定められています。

本指導料は初診の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定することになります。

<注意点>

- ① 厚生労働大臣が定める対象疾患が「主病である」ことが必要です。対象疾患をよく確認してください。例えば、「胃潰瘍」「慢性胃炎」は対象疾患ですが「逆流性食道炎」は対象となっていません。また、鎮痛剤等に加えて胃薬を処方し「慢性胃炎」と診断した場合、傷病名に慢性胃炎があるからと言って自動的に算定することは不可です。慢性胃炎を主病として治療・指導管理が行われていなければなりません。
- ② 対象疾患に対する治療が自らの医療機関で行われていること。患者さんが高脂血症であったとしても管理・治療が他の医療機関で行われている場合には算定できません。
- ③ 対象疾患に対する指導が行われた場合にのみ月に2回まで算定できます。例えば高血圧で通院中の患者さんが「発熱」を訴えて受診し解熱剤などを処方した場合、当日に高血圧に対する診療、指導管理が行われていなければ算定することができません。再診の都度、自動的に算定できるものではありません。

- (4) 患者さんに指導した内容を「具体的に」診療録に記載することが必要です。指導内容の記載がないままに自動的に算定することは不適切です。また電子カルテなどのテンプレートを利用して画一的に記載するのではなく、個々の患者さんに応じた指導をお願いします。例えば、糖尿病の患者さんへの指導として「糖尿病食 1200cal」と記載するだけでなく「ケーキは週に一回まで」とか「夕食後の甘いものは中止する」など具体的な指導・記載を心掛けてください。

3 難病外来指導管理料 **届出不要**

国の指定する「難病」を主病とする患者に対して治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月1回、算定することができます。

本指導料は初診の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定することになります。

<注意点>

- (1) 厚生労働大臣が定める対象疾患が「主病である」ことが必要です。対象疾患をよく確認してください。
- (2) 「難病医療制度」の公費認定を受けていない患者でも算定することができます。
- (3) 指定されている難病を主病としていても、難病に対する治療や療養上必要な指導が行われていない場合には算定することができません。
- (4) 特定疾患療養管理料・皮膚科特定疾患指導管理料との併算定はできません。
- (5) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載しなければなりません。

4 悪性腫瘍特異物質治療管理料 **届出不要**

悪性腫瘍特異物質治療管理料は「悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。」とされています。そして「腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する」と定められています。

<注意点>

- (1) 採血料は管理料に含まれており別に算定することはできません。
- (2) 悪性腫瘍の疑いの段階では算定することはできません。
- (3) 悪性腫瘍の患者さんに腫瘍マーカー検査を行った場合、自動的に算定できるものではなく、診療録に以下の記載が必要です。
 - ① 腫瘍マーカーの検査結果を記載する。
 - ② 治療の計画を記載する。
例えば、乳がん術後でホルモン剤を処方中の患者さんに腫瘍マーカーを測定した場合、その検査数値を記載し、治療計画の要点について「腫瘍マーカー増加なし ○○の内服を継続、△月にCT検査」など、適切に記載してください。
 - ③ 管理料で算定する場合に「初回月加算 150点」という加算点数があります。初回月に尿中B T Aのみ検査を行った場合を除き算定可能です。初回月以外は算定できません。

5 特定薬剤治療管理料 1 届出不要

特定の疾患（てんかん・気管支喘息・不整脈・うつ病など）の患者について投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定できます。

<注意点>

- (1) 対象の疾患とそれぞれ適応の薬剤が決められています。
- (2) 採血料は管理料に含まれており別に算定することはできません。
- (3) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載することが必要です。
- (4) 初めての算定の場合については、頻回の血中濃度測定等が必要なことを勘案され、加算がついています。
- (5) 4月目以降については、薬剤の使用も安定してくることが予測され、点数が半減するように設定されていますが、てんかん薬など点数が変わらないものもあります。

6 在宅自己注射指導管理料 届出不要

厚生労働大臣が定める注射薬（インスリン等の糖尿病治療剤、骨粗鬆症に対する注射薬剤、アナフィラキシーに対するアドレナリン製剤など）の自己注射を行っている患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定することができます。当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分にを行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する、とされています。

<注意点>

- (1) 月の注射回数が27回以下と28回以上で点数が異なります。
- (2) 初回の指導を行った月から3月以内は、導入初期加算が算定できます。
- (3) 在宅自己注射の導入前に2回以上の外来等によって十分な指導を行った場合に限り算定する（アドレナリン製剤を除く）とされています。他医からの引継ぎで初診時から算定する場合などにはレセプトに症状詳記を記載するなどの注意が必要です。
- (4) 指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付することとされています。
- (5) 注射針加算や注入器加算は、「院内から注射針や注入器を処方した場合」に算定できる点数です。院外処方では注射針や注入器を処方した場合は、これらの加算点数は算定できません。
- (6) 消毒用アルコール綿や絆創膏などの衛生材料は指導料に含まれ別に算定することはできません。
- (7) 院外処方では「注射針のみ」の処方ではできません。

7 生活習慣病管理料 届出不要

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、治療計画を策定し生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定できます。

<注意点>

- (1) 患者に対して治療計画書により説明を行い当該計画書に患者の署名を受ける必要があります。治療計画の策定には「生活習慣病 療養計画書」が定められています。（図3参照）

- (2) 交付した治療計画書の写しは診療録に添付しておく必要があります。
- (3) 治療計画書は患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えありませんが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載する必要があります。
- また、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えありません。
- (4) 治療計画書の交付は4月に1回以上、必要です。
- (5) 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければなりません。
- (6) 患者の病状が悪化等した場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができます。
- (7) 初診料を算定した日が属する月においては、算定できません。
- (8) 糖尿病で在宅自己注射指導管理料を算定している患者には算定できません。
- (9) 特定疾患療養管理料をはじめとする各種の医学管理等（一部、除外があります）、検査、注射、病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれ、算定できません。
- <届出>
- データ提出加算（50点）を算定する場合は関東信越厚生局への届け出が必要です。

8 地域包括診療料 届出必要

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定します。

<注意点>

- (1) 施設基準を満たさなければなりません。
- (2) 初診時・往診・訪問診療では算定できません。
- (3) 原則として院内処方となります。(24時間対応の薬局と連携する場合は院外処方可)
- (4) 通常の検査・画像診断・処置は包括となります。
- (5) 患者ごとに担当医を決める必要があります。担当医以外による診察の場合、算定することはできません。
- (6) 担当医は「慢性疾患の指導に係る適切な研修」を修了している必要があります。
- *慢性疾患の指導に係る適切な研修：対象となる研修は「日本医師会生涯教育制度に係る研修（主催：日本医師会）」を継続的に2年間で通算20時間以上、修了する必要があります。講習の中にはカリキュラムコード 29：認知機能の障害 74：高血圧症 75：脂質異常 76：糖尿病を含み、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければなりません。(ほか、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていること。)

9 小児科外来診療料 届出不要

小児科を標榜する医療機関（それ以外の要件はありません）において算定できます。包括（マルメ）での算定で、対象患者は6歳未満の患者となります。

<注意点>

- (1) 処方箋を交付する場合と交付しない場合で点数が異なります。（常に院内処方を行っている医療機関であったとしても、診療日に処方なしの場合は、処方箋の交付なしの点数になります。処方箋を交付する場合と院内処方の場合が同月に混在することは可能です。）
- (2) 患者ごとに、あるいは月ごとに包括（小児外来診療料）か出来高かを選ぶことはできません。対象の患者すべてに小児科外来診療料を算定することになります。

<届出>

令和4年度診療報酬改定により関東信越厚生局への届け出が不要になりました。

10 小児かかりつけ診療料 届出必要

小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定できます。

当該保険医療機関を4回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む。）した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者が対象です。

<注意点>

- (1) 小児かかりつけ診療料1と小児かかりつけ診療料2があり、施設基準、点数が異なります。

11 小児抗菌薬適正使用支援加算 届出不要

小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料を算定している医療機関の場合、「小児抗菌薬適正使用支援加算」を算定することができます。対象患者は「急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者のうち、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない患者」であり、療養上必要な指導及び検査結果の説明、文書による説明内容の提供が求められ、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していることが必要です。

<注意点>

- (1) 「感染症にかかる研修会等」とは、小児科や内科など各科あるいは感染症関連の学会や医師会等で行われる学術講演会などで年1回以上、参加していることが求められています。
- (2) インフルエンザが確定あるいは疑いの患者には算定できません。
- (3) 小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定することができます。
- (4) 小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料に対する加算です。年齢に注意してください。
- (5) 点眼薬や軟膏に含まれる抗菌薬の処方に対する算定は可能です。

12 ニコチン依存症管理料 届出必要

入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定することができます。

<注意点>

- (1) 施設基準を満たさなければなりません。
- (2) 5回の受診を一連で算定する方法と受診ごとに算定する方法があります。
- (3) 2回目から4回目の診療を対面で行う方法と情報通信機器を使用する方法があります。
- (4) 算定対象となる患者については何点かの条件があります。
- (5) 加熱式たばこの喫煙者も対象となります。
- (6) 35歳未満の患者については喫煙本数×年数の制限はありません。
- (7) 治療管理の要点を診療録に記載しなければなりません。
- (8) 傷病名として「ニコチン依存症」が必要です。
- (9) 再度の算定は初回の算定日より起算して1年を超えた日からでなければできません。
- (10) 算定の実績を厚生局へ報告する必要があります。

13 てんかん指導料 届出不要

小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回、算定することができます。

<注意点>

- (1) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定できません。
- (2) 初診から1か月後から算定することができます。
- (3) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載しなければなりません。

14 皮膚科特定疾患指導管理料 届出不要

皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に月1回、算定することができます。

<注意点>

- (1) 「皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定する」管理料です。
- (2) 皮膚科特定疾患管理料Ⅰと管理料Ⅱでそれぞれ対象となる疾患が定められています。
- (3) 初診から1か月後から算定することができます。
- (4) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載しなければなりません。

15 慢性疼痛疾患管理料 届出不要

慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋膜炎腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に月1回、算定することができます。

<注意点>

- (1) 介達牽引、矯正固定、消炎鎮痛等処置、腰部・胸部固定帯固定等を同一月内において、併算定することはできません。
- (2) 外来管理加算を同一月内において、併算定することはできません。
- (3) 変形性関節症など慢性疾患であることが明らかな場合には初診時から算定が可能です。
- (4) 急性腰痛や捻挫など急性疾患の場合には初診月の算定は不可の場合があります。
- (5) 挫傷や打撲傷など「マッサージ又は器具等による療法」の適応とならないと思われる疾患での算定は不可の場合があります。
- (6) 月途中で慢性疼痛疾患管理料算定対象疾患が発症し、本管理料を算定した場合には、算定初月に限って、上記(1)(2)にかかわらず、本管理料算定以前の、外来管理加算、消炎鎮痛等処置等を併せて算定することは可能です。

16 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 届出不要

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、厚生労働大臣が定める患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回、算定することができます。

対象となる患者は、滲出性中耳炎の15歳未満の患者で、発症から3か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の1年間において3回以上繰り返し発症している方です。

<注意点>

- (1) 耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定する管理料です。
- (2) 初診から1か月経過した後には算定することができます。
- (3) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載しなければなりません。

17 療養費同意書交付料 届出不要

主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定できます。

<注意点>

- (1) 同意書の病名によっては施術の対象とはなりません。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症
生年月日: 年 月 日生(才)	

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 (cm)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間)
	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg)		(mg/dl)
【検査・問診】	<input type="checkbox"/> BMI ()	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%)	(mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
【問診】	<input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活	
	【①達成目標】:患者と相談した目標		
	【②行動目標】:患者と相談した目標		
		医師氏名	(印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える	
		<input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項()	
		<input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回]	担当者の氏名 (印)
		<input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週()回]	
	<input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他())		
	<input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) () 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍()拍/分 or ())	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)		
	<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()		
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量	担当者の氏名 (印)
		<input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)	
		<input type="checkbox"/> その他()	
	【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)
	【療養を行うにあたっての問題点】		
	【他の施設の利用状況について】		

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名 (印)

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) () 回目

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時) <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後 (時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()

【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標

【①達成目標】: 患者と相談した目標

()

【②行動目標】: 患者と相談した目標

() 医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくする	担当者氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	担当者氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者氏名 (印)
	服薬指導 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者氏名 (印)

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入
 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名 (印)

(別紙様式10)

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式12)

情報提供先市町村

市町村長 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名	
性別 (男 ・ 女)	生年月日 年 月 日生 (歳) 職業
住所	
電話番号	

診 療 形 態	1. 外来	2. 往診	3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (7.脳血栓 4.脳塞栓 9.不明)			2. 脳出血	3. クモ膜下出血
	4. その他の脳血管障害				
	発 症 年 月 日	平成 年 月 日			
	受 診 年 月 日	平成 年 月 日			
初 発 / 再 発	1. 初発		2. 再発 (年 月 日 初発)		
その他の傷病名					

寝たきり度 (該当するものに○)

- J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
- C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動 自立・一部介助・全面介助	食事 自立・一部介助・全面介助
排泄 自立・一部介助・全面介助	入浴 自立・一部介助・全面介助
着替 自立・一部介助・全面介助	整容 自立・一部介助・全面介助

痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

- I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
- III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
- IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
- M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意
1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

情報提供先市町村

平成 年 月 日

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名 印

患児の氏名	男・女 年 月 日生	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等 父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日: 平成 年 月 日	退院(予定)日: 平成 年 月 日
出生時の状況	出生場所: 当院・他院 () 在胎:()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重:()g 身長:()cm 出生時の特記事項: 無・有() 妊娠中の異常の有無: 無・有() 妊婦健診の受診有無: 無・有(回);	家族構成 育児への支援者: 無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害() ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の目的とその理由		

- *備考
1. 必要がある場合は純紙に記載して添付すること。
 2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

情報提供先市町村

平成 年 月 日

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名 印

患者の氏名	男・女		年 月 日生 () 歳
傷病名	職業() その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等	(疑いを含む)		
児の氏名	男・女	平成 年 月 日	生まれ
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号	(自宅・実家・その他)
入退院日	入院日：平成 年 月 日	退院(予定)日：平成 年 月 日	
今回の出産時の状況	出産場所：当院・他院 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)		家族構成 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	
	他の児の状況	・疾患()・障害()	
情報提供の目的とその理由	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	

- *備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
 3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(別紙様式13)

平成 年 月 日
 介護老人保健施設 殿
 医療機関名
 住 所
 電 話
 (F A X .)
 医 師 氏 名 ⑩

患 者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

8 投薬（処方）・注射

投薬（処方）・注射の使用に当たっては、原則、医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）で使用した場合に、保険適用になります。医療用医薬品の価格を薬価といい、医薬品ごとに規格、単位と価格を示したものを薬価表といいます。薬価は実勢価格を踏まえ1年に1回改正されます。手術・処置については、点数表にない特殊な手術・療法および新しい療方は、厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならないこととなっています。以下、項目別に内容と注意点を記載します。

医療機関と薬局の関係について

開業した医療機関の近くに薬局が存在する場合、薬局の独立性が問われることがあります。薬局の独立性がないと判断されると指導の対象となる場合があり、薬局等としての指定が更新されない場合や取り消されることもあります。

以下の項目が「医療機関と薬局が経済的、機能的、構造的に独立している」こととなります。

【経済】「資本の提供を受けない」「資産の提供を受けない」

「貸借関係を持たない」

【機能】「役員がかぶらない」「雇用関係がかぶらない」

「薬局、医療機関間でそれぞれの開設者、役員等で三親等以内の関係が無い」

「会計処理を連結しない」

【構造】「構造的に分離していること」「誘導設備が無いこと」

「設備の共用がないこと」

などについて考慮して対応をすることが必要です。

I 投薬（処方）・注射

1 投薬

- (1) 投薬は、患者を診察して診断の上で行います。保険診療では、薬科基準に収載されている医薬品を「効能・効果、用法・容量、禁忌等」の範囲内で使用する必要があります。
- (2) 投薬日数は、医学的に予見できる必要期間に沿ったもので、投与期間に上限が設けられている医薬品は、それぞれ1回の処方では14日分、30日分または90日分が限度です。
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用にあたり、個々の医薬品について「後発医薬品への変更に差し支えがある」と医師が判断した場合、先発品を指定することができます。その際は、医薬品ごとに「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載して、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印し、理由を記載してください。
- (4) 後発医薬品のある医薬品は、一般名処方が行われた場合に「処方箋料の一般名処方加算」が設けられています。
- (5) 赤血球濃厚液・新鮮凍結血漿・アルブミン製剤・凝固因子製剤等を使用するときは、「血液製剤の使用指針」（平成31年3月25日一部改正）、「輸血療法の実施に関する

る指針」(令和2年3月31日一部改正)の規定を遵守して、適正な使用を行ってください。

<注意点>

以下に不適切な投薬・注射の具体例や注意する事項を記載しますので、参考にしてください。

(1) 禁忌投与

- ① 投与する薬剤成分に過敏症の既往のある患者に投与する
- ② 高カリウム血症の患者に、スピロラク톤を投与する
- ③ 血栓症の患者やケトースのある糖尿病の患者に静注用脂肪乳剤を投与する 等

(2) 適応外投与

- ① 「全身麻酔の導入・維持」に適応があるプロポフォール注を、睡眠導入目的で投与する。
- ② テブレノンやレバピミドなど「胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期」に適応の薬剤を単なる慢性胃炎の患者に対して投与する など

(3) 用法外投与

- ① 腹腔内投与の適応のない抗がん剤を、腹腔内に撒布する。
- ② 筋注、静注の用法しかないブレンオルフィンを、硬膜外に投与する など

(4) 過量投与

- ① 蕁麻疹に対する、肝底護剤(ゲルタチオン製剤等)の常用量を超える投与する など

(5) 重複投与(同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用)

- ① プロトンポンプ・インヒビター(PPI)を、経口と注射の両方で使用する
- ② 総合ビタミン剤と内容の重複する他の各種ビタミン剤の併用する など

(6) 多剤投与(作用機序の異なる薬剤を併用)

- ① 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する
- ② 必要性に乏しい抗不安薬、あるいは睡眠薬の3種類以上の併用する など

(7) 長期漫然投与

- ① エパルレスタットを12週以上の長期投与する
- ② 抗菌薬等(特に投与期間が定められている抗菌薬等)を効果が認められないのに、長期間漫然と投与する など

(8) 疑い病名での投与

疑い病名では原則として投薬は認められない。

(9) 投与の制限

- ① 頓服薬は原則10回分までの処方とする。
- ② 湿布薬は、原則として、1処方につき63枚(令和4年度改訂)を限度とする。

(10) 抗菌薬の使用

- ① 細菌培養同定検査や薬剤感受性検査等を行わずに、必要性が乏しい広域抗菌薬を原則的に多用しない。
 - ② 予防的な抗菌薬使用を行わない
 - ③ 抗菌スペクトルを検討しないで抗菌薬の多剤併用を行わない。
- (11) 傷病名から必要性が乏しいと判断される投与
- ① 傷病名から必要性が乏しい、または明らかなレセプト病名と判断される場合のど

タミン剤投与は算定できない。投与の必要性を認め算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。

- ② 傷病名から必要性が乏しいと判断される、3種類以上の抗不安薬や睡眠薬の併用は算定できない。
- (12) 注射薬と経口薬の併用投与
 - ① 同一成分の「内服薬と注射薬の併用」は、原則として認められない。
 - ② 経口投与を第一選択とし、経口不能、迅速性が必要、または経口薬では効果が期待できない場合にのみ注射とすること。この場合、注射の必要性についてカルテに記載すること。
- (13) 外来化学療法加算（1・2）について
抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性等について、文書で説明し同意を得て投与を行ったことが確認できない場合は算定できない。
また、同一日に抗悪性腫瘍剤と抗悪性腫瘍剤以外を注射した場合、併算定は出来ない。

2 処方

医療機関で投薬を行うためには、院内処方と院外処方の2種類の方法があります。医療機関が状況によってどちらも選択することは可能ですが、同日、同じ医療機関、同じ患者に対し院内と院外の同時処方緊急の場合を除き認められておりません。

(1) 院内処方

- ① 診察を受けた医療機関の薬局でお薬を受け取ることを院内処方といいます。
- ② 院内処方は次により算定することになります。

調剤料 + 処方料 + 薬剤料

(算定要件を満たした場合は、調剤技術基本料、薬剤情報提供料、手帳記載加算を上記に加え算定できる。)

(2) 院外処方

- ① 診察を受けた医療機関で処方箋をもらい、調剤薬局で薬を受け取ることを院外処方といいます。
- ② 院外処方は処方箋料にて算定することになります。
- ③ 処方箋の有効期限は発行日を含めて4日間ですのでご注意ください。
有効期限が切れた場合、原則、再度診察を受けて、新たに処方箋を発行してもらう必要があります。ただし、その場合の診察代（診察料や処方箋料）は全額自費で負担いただく事になります。

<注意点>

- (1) 保険医等が処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことは禁止されている。
【具体例】保険医が特定の薬局に口頭等で指示するだけでなく、特定の保険薬局への案内図や保険薬局への地図等を医療機関内で掲示や配布すること。
- (2) 特定疾患処方管理加算1、2の算定について
特定疾患処方管理加算1は月2回、特定疾患処方管理加算2は1回の算定となるが、同月内で特定疾患処方管理加算2を算定した場合、1は算定できない。
【例】月初めに特定疾患処方管理加算1を算定した患者に対し、月の途中で特定疾患

処方管理加算2を算定した場合、月初めの特定疾患処方管理加算1は算定できない。

リフィル処方箋

令和4年度診療報酬改定において、症状が安定している患者について、医師の院外処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋が導入されました。以下対象患者や留意事項等について記載いたします。

【対象患者】

医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

【留意事項】

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。
また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。
また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

【処方箋料の見直し】

リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を

行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

[処方箋料 算定要件の変更]

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関（※1）において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

※1 特定機能病院、地域医療支援病院、400床以上の病院で、紹介率等が低い病院

3 注射

注射は、次に掲げる場合に行う。

- (1) 経口投与により胃腸障害を起こ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、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。
- (2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
- (3) そのほか注射に寄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。

<注意点>

- (1) 注射薬と経口薬の併用投与

併用投与については、本章「1 投薬」内「注意点（12）注射薬と経口薬の併用投与」を参照してください。

- (2) 外来化学療法加算（1・2）について

抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性等について、文書で説明し同意を得て投与を行ったことが確認できない場合は算定できない。

また、同一日に抗悪性腫瘍剤と抗悪性腫瘍剤以外を注射した場合、併算定は出来ない。



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担番号					保険者番号															
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号															(枝番)

患者	氏名											保険医療機関の所在地及び名称														
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電話番号										保険医氏名									
	区分	被保険者					被扶養者					都道府県番号					点数表番号					医療機関コード				

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。																	
方		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)																	

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																	
		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供																	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）																			
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日)					<input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日)					<input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日)									
次回調剤予定日 (年 月 日)					次回調剤予定日 (年 月 日)														

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																		
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名																				(印)

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

(※) 赤字太字赤枠内が令和4年度の診療報酬改定で見直された部分

9 処置・リハビリ・手術など

I 処置

- 1 創傷処置・熱傷・皮膚科軟膏処置・重度褥瘡の処置では、範囲により点数が異なることに留意し、請求の根拠として診療録等に処置の部位・範囲や程度が分かるように記載してください。
- 2 点数表に掲げられていない簡単な処置は、基本診療料に含まれるため、別に算定できません。ただし、使用した薬剤については算定できる場合がございます。
- 3 消炎鎮痛処置（器具等）では、医師の診察や指示内容を忘れず記録し、処置内容の種類、部位・範囲、処置時間をカルテに記載するとともに、必要性や有効性の評価を行う事も重要です。
- 4 適宜、医学的な必要性や有効性の評価を行い、長期に漫然と実施することを避けなければなりません。

<注意点>

(1) 点数表にない簡単な処置の例は以下のとおり

- ① 浣腸、注腸
- ② 吸入
- ③ 100 cm² 未満の第1度熱傷の熱傷処置
- ④ 100 cm² 未満の皮膚科軟膏処置
- ⑤ 洗眼、点眼
- ⑥ 点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄

(2) 通常の導尿、新生児頭大以下の血腫 / 腫瘍穿刺や治療ではない膣洗浄などは基本診療料に含まれる。

(3) 創傷は通常、治癒過程とともに大きさや深さは縮小するので、それに応じカルテに記載するとともに、診療報酬点数の見直しを行うこと。

(4) 酸素吸入、人工呼吸

- ① 酸素使用量の請求根拠となる、酸素流量、人工呼吸器の設定等を必ず記録してください。
- ② 実際に使用した酸素量を請求してください。一律に概算するなどによる酸素量の請求をしないよう留意してください。



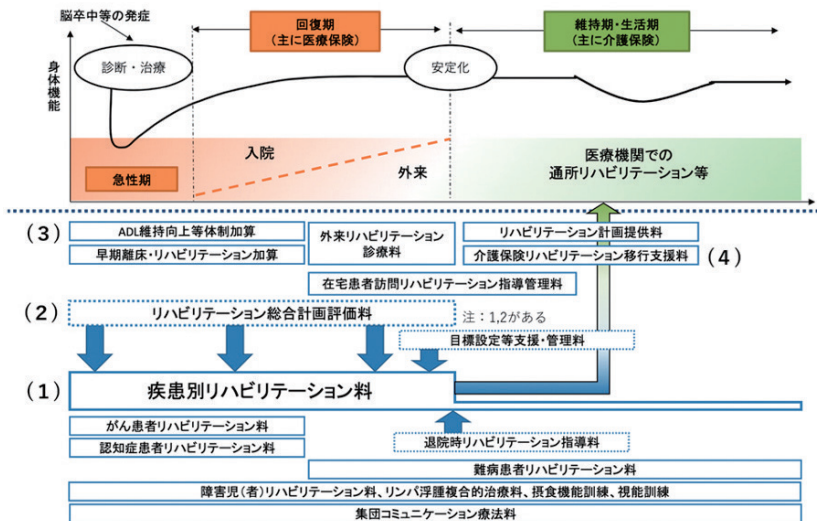
II リハビリテーション

- 1 リハビリテーションには、急性期、回復期、維持期・生活期があり、それぞれ時期と疾患によって算定が違います(図1 参照)。主に入院で行われる「急性期から回復期」と、外来で行う「維持期・生活期」のリハビリテーションがあります。「急性期から回復期リハビリテーション」は、以下の疾患別リハビリテーションが医療保険の適応で行われますが、算定要件や日数制限があります。
- 2 「維持期・生活期リハビリテーション」は、主に介護保険で行われます。原則的に医療保険と介護保険のリハビリテーションの併用はできません。(維持期のリハは日数制限を超えた場合、介護保険の適用患者の場合は、介護保険に移行しなければならない。)

<注意点>

- (1) 別疾患により医療保険のリハビリテーションが必要となった場合や、医療機関とは別の施設でリハビリテーションを提供することになった場合など、医療保険と介護保険の併用ができる条件があります。詳細は「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について(令和2年厚生労働省告示第108号)」を参照してください。
- (2) 医療保険が適応となる急性期から回復期の「疾患別リハビリテーション」は、主に病院で行われますが、それぞれリハビリテーションに必要な算定要件、算定点数別の施設基準、標準算定日数の制限(図2、3参照)を参照してください。

急性期、回復期、維持期・生活期におけるリハビリテーションの保険請求の概略 [図1]



疾患別リハビリテーション料の概要				
○ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。				
項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患(抜粋)
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(I) 205点 心大血管疾患等リハビリテーション料(II) 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料(I) 180点 廃用症候群リハビリテーション料(II) 146点 廃用症候群リハビリテーション料(III) 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(I) 185点 運動器リハビリテーション料(II) 170点 運動器リハビリテーション料(III) 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(I) 175点 呼吸器リハビリテーション料(II) 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態 等

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について							
○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。							
項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士(PT※2)	作業療法士(OT※2)	言語聴覚士(ST※2、※3)	専有面積(内法による)	器械・器具具備
心大血管疾患リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間率に常勤勤務 専任常勤1名以上	専任常勤PT及び専任常勤看護師合わせて2名以上	必要に応じ設置	-	病院 30㎡以上 診療所 20㎡以上	要
	(II)	実施時間率に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	専任のPT又は看護師いずれか1名以上				
脳血管疾患等リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4 合計10名以上※4	専任常勤PT 5名以上※4	専任常勤OT 3名以上※4	〔言語聴覚療法を行う場合〕 専任常勤ST 1名以上※4	160㎡以上※4	要
	(II)	専任常勤1名以上 専任常勤合計4名以上	専任常勤PT 1名以上	専任常勤OT 1名以上		病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	
	(III)	専任常勤1名以上	専任の常勤PT、常勤OT、常勤STのいずれか1名以上			病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	
廃用症候群リハビリテーション料	(I) (II) (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる					
運動器リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専任常勤PT又は専任常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要
	(II)	専任常勤1名以上	専任常勤PT2名又は専任常勤OT2名以上あるいは専任常勤PT及び専任常勤OT合わせて2名以上				
呼吸器リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専任常勤PTまたは専任常勤OT1名以上		-	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要
	(II)	専任常勤1名以上	専任常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OT合わせて2名以上				
			専任常勤PTまたは専任常勤OT1名以上			45㎡以上	

※1 常勤医師は、週8日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能
 ※2 常勤PTや常勤OT(専任)には、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が専任のみの場合、常勤職員が確保されていることのみならず、一定の人数が必要)
 ※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能
 ※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に該当し、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によるが、以下を満たす場合に算定可能
 ○ 医師 専任常勤1名以上 ○ 専任常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専任療法士(PT・OT)及び器械・器具の具備あり

Ⅲ 手術

- 当然のことですが、手術は医学的に必要があると認められる場合に行うこととされています。
 外来で行う手術についても、基本的に「点数表にない手術は、保険診療で禁止」さ

れています。特殊な手術や、従来の手技と著しく異なる手術等は、事前に当局と内議が必要です。手術に関する保険診療に関わる項目を、以下に解説いたします。

<注意点>

(1) 特殊手術等

「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ってはならない」（療養担当規則第 18 条）とされています。点数表に記載されていない特殊な手術料は、その都度必ず医療機関の医事部門を通じて地方厚生（支）局へ照会（内議）する必要があります。また、これらの手術費用を患者から別に徴収し、手術以外の費用を保険請求することも認められていません。

(2) 手術に関する情報の患者への提供について

医師は、医療を提供するに当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とされています（医療法 1 条の 4）。手術を行う際には、患者に十分な情報提供を行い、場合により文書等を用いて説明し、理解を得る必要があります。

なお、入院で行われる一部の手術は、施設基準が定められており、要件を満たさない場合については手術料が算定できません。以下、参考までに記載します。

【参考】一部の手術（医科点数表第 2 章第 10 部手術通則第 5 号に掲げる手術）の例

- ・人工関節置換術（K082）
- ・頭蓋内腫瘍摘出術（K169）・肺切除術（K511）
- ・弁置換術（K555）
- ・腹腔鏡下胃全摘術（K657-2）

(3) 麻酔の算定上の留意点

外来手術で麻酔を行う場合は、算定要件について医師も十分に知っておく必要があります。

※ 「麻酔料」の留意点について、以下に例をあげます。

- ① 静脈麻酔は、「1 短時間のもの、2 十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）、3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）」があり、「複雑な場合」は常勤の麻酔科医が専従することが要件となります。
- ② 「硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入」を実施する場合、硬膜外麻酔カテーテルを抜去した際に記録しておかないと、手術の終了時をもって終了時間とみなされる可能性があるため注意が必要です。
- ③ 麻酔時間は、閉鎖循環式全身麻酔の場合、「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」となります。なお、外来で閉鎖循環式全身麻酔を行う場合は、その必要性について症状詳記を記載することが求められます。

※ なお、麻酔管理料（I）・（II）は、麻酔科標榜医による手術前後を含めた総合的な医学管理等、麻酔科における診療の質の向上を評価する施設基準が算定要件であるため、省略します。

10 検体検査

療養担当規則では、「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。」また「健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。」と定められています。診療上必要不可欠な検査であっても段階を踏んで最小限に行うことが必要です。

下記に示す検体検査とは患者から採取した検体を調べるもの、生体検査は患者の身体から直接情報を得るものとします。

I 検査の一般的な注意事項等

- (1) 検査は組み合わせの規定があります。例えば TC、LDL-C、HDL-C を同時に測定した場合は主な2項目のみ算定することになります。
- (2) 検査回数について上限が定められている検査もあります。例えば HbA1c は原則月一回のみなどです。
- (3) 症状等による画一的な検査（いわゆるセット検査）ではなく、患者ごと、症状ごとに必要項目の検査を選択して行わなければなりません。
- (4) 類似検査項目の併施や複数の関連項目の同時検査は査定対象になりやすいので気を付けましょう（例：CRP と赤沈）
- (5) 半永久的な感染症抗原抗体検査等を短期間に再検査を実施したり、腫瘍マーカー・肝炎ウイルスマーカー、糖尿病疑いで HbA1c など繰り返し頻回に行った場合は過剰と判断される場合があります。
- (6) 単なるスクリーニングと判断されるような検査は保険診療の対象外です。特に初診時に必ず検査を実施するなどが見受けられます。
- (7) 医学的必要性が乏しい、または、結果が治療に反映されていない検査は認められません。例えば、糖尿病と既に診断されている患者に対して行う常用負荷試験など
- (8) 研究目的、または健康診断目的と推定される検査は保険診療と認められません。
- (9) 段階を踏んでいないと、重複とみなされる場合があります。また、検査は治療に必要と認められた場合に実施するものです。必要以上に実施回数が多い場合は過剰と見なされる場合があります。（例：BNP、HbA1c、肝炎ウイルスやリウマチ関連検査など）。

II 検体検査

主に血液・尿・便・ぬぐい液などを検体とします。

除外診断を行う際には検査会社に検体を提出しますが、疑った病名と検査項目が一致しているか、また複数提出した検査項目によっては主なもののみ算定できることがあるので留意が必要です。

検査項目によっては、検査の間隔や他の検査と併用して行われていると主なもののみ算定できるなど、制限があるものがあります。

1 時間外緊急院内検査加算

- (1) 診療時間以外の時間、休日又は深夜に外来患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、保険医療機関の従事者が保険医療機関内に具備され

ている検査機器等を用いて検体検査を実施した場合に算定（200点）できます。算定は該当する検査を開始した時間となります。

- (2) 同一患者に対して、同一日に2回以上該当する検体検査（複数の区分にまたがる場合を含む。）を実施したとしても、1日につき1回のみ算定となります。
- (3) 入院中の患者については算定できませんが、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は算定できます。
- (4) 時間外緊急院内検査加算を算定する場合は、夜間・早朝等加算は算定できません。また、同一日に外来迅速検体検査加算も算定できません。
- (5) 緊急の場合とは、直ちに処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるできないような場合をいう。

2 外来迅速検体検査加算

- (1) 当日当該保険医療機関で行われた検体検査（別に厚生労働大臣が定めるものの結果）について、当日中に結果を説明し文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算できます。対象の検査は表1となります。

- (2) 以下の検査項目は包括規定が適用されておりますが、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算できます。

- ① 区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合
- ② 区分番号「D007」血液化学検査の注の場合
- ③ 区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合
- ④ 区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合

【例】患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）と「8」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となりますが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算できます。

- (3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、1日につき5項目が限度となります。
- (4) 外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて5項目を限度となります。
- (5) 入院中の患者については算定できませんが、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は算定できますが、診療報酬明細書の摘要欄に、引き続き入院した場合である旨を記載しなければなりません。
- (6) 文書により情報を提供する場合の文書は、患者に対して説明を行うために十分なものであれば、様式は任意でかまいません。

区分番号	検査項目
D000	尿中一般物質定性半定量検査（※院内で行った場合に算定）
D002	尿沈渣（鏡検法）（※D002-2尿沈渣のフローサイトメトリー法は対象外です）
D003	糞便検査「7」糞便中ヘモグロビン
D005	血液形態・機能検査 「1」赤血球沈降速度測定（ESR） 「5」末梢血液一般検査 「9」ヘモグロビンA1c(HbA1c)
D006	出血・凝固検査 「2」プロトロンビン時間（PT） 「11」フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性・半定量・定量 「20」Dダイマー（※「15」Dダイマー定性と「17」半定量は対象外です）
D007	血液化学検査 「1」総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、クレアチンキナーゼ（CK）（※血糖（グルコース）は対象ですが、血糖の試験紙法は対象外です） 「3」HDL-コレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT） 「4」LDL-コレステロール 「18」グリコアルブミン
D008	内分泌学的検査 「9」甲状腺刺激ホルモン（TSH） 「15」遊離サイロキシシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）
D009	腫瘍マーカー 「2」癌胎児性抗原（CEA） 「3」 α -フェトプロテイン（AFP） 「6」前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9
D015	血漿蛋白免疫学的検査 「1」C反応性蛋白（CRP）（※CRPの定性は対象外です）
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 「3」その他のもの（※「1」と「2」は対象外です）

<注意点>

1 生化学検査

- (1) 総鉄結合能（TIBC）（比色法）と不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）を同時に実施した場合は、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）又は総鉄結合能（TIBC）（比色法）の所定点数を算定する。
- (2) HDL-コレステロール、総コレステロール及びLDL-コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。
- (3) 蛋白分画、総蛋白及びアルブミン（BCP改良法・BCG法）を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。

マンガン (Mn) は、1 月以上 (胆汁排泄能の低下している患者については 2 週間以上) 高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、3 月に 1 回に限り算定することができる。

- (4) グリコアルブミンは、HPLC (2 カラム)、HPLC (1 カラム) - 発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、EIA 法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。
- (5) ヘモグロビン A1c (HbA1c)、グリコアルブミン又は 1,5 - アンヒドロ D - グルシトール (1,5 AG) のうちいずれかを同一月中に合わせて 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する。ただし、妊娠中の患者、1 型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して 6 月以内の患者、インスリン治療を開始して 6 月以内の患者等については、いずれか 1 項目を月 1 回に限り別に算定できる。
- (6) 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、コレステロール分画に準じて算定する。ただし、胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。
- (7) ALP アイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP) は、アガロース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、骨型アルカリホスファターゼ (BAP) と併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。
- (8) リポ蛋白 (a) は、3 月に 1 回を限度として算定できる。
- (9) ヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき 1 月以内に当該検査を 2 回以上行った場合においては、算定は 1 回とし、1 回目の測定を行ったときに算定する。
- (10) KL-6、肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) 及び肺サーファクタント蛋白-D (SP-D) のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。KL-6 は、EIA 法、ELIA 法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) 及び肺サーファクタント蛋白-D (SP-D) は、EIA 法による。
- (11) 心筋トロポニン I と心筋トロポニン T (TnT) 定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (12) 25 - ヒドロキシビタミン D は、原発性骨粗鬆症の患者に対して、ELIA 法、LIA 法又は CLIA 法により測定した場合は、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回に限り算定できる。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める実施方針を遵守すること。
- (13) 25 - ヒドロキシビタミン D は、ビタミン D 欠乏性くる病若しくはビタミン D 欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に ELIA 法、LIA 法又は CLIA 法により測定した場合は、診断時においては 1 回を限度とし、その後は 3 月に 1 回を限度として算定できる。
- (14) ペントシジンは、尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下 (糖尿病性腎症によるものを除く。) が疑われた場合に、3 月に 1 回に限り算定できる。ただ

- し、シスタチンCを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する
- (15) シスタチンCは、E I A法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合に限り算定できる。
- (16) シスタチンCは、尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、ペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (17) イヌリンは、尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限り算定できる。ただし、クレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (18) 血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、pH、P O₂、P C O₂及びH C O₃⁻の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビンについては算定しない。
- (19) 血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。
- なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。
- (20) IV型コラーゲン又はIV型コラーゲン・7 Sは、プロコラーゲンⅢ-ペプチド（P-Ⅲ-P）又はM a c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
- (21) 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-F A B P）定性及び定量は、E L I S A法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合に限り算定する。
- ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-F A B P）定性又は定量とのミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (22) アルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後2週間以内に経過観察を行う場合に算定する。
- (23) セレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児（者）に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。
- (24) A L Pアイソザイム（P A G電気泳動法）、A L Pアイソザイム及び骨型アルカ

- リホスファターゼ（BAP）及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (25) レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）は免疫吸着法-酵素法又は酵素法により実施し、3月に1回を限度として算定できる。
 - (26) アセトアミノフェンは、同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回目の測定を行ったときに1回に限り算定する。
 - (27) マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA-LDL）は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に3月に1回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前1回に限り算定できる。
 - (28) リポ蛋白リパーゼ（LPL）は、高トリグリセライド血症及びLPL欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合に限り算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。
 - (29) 肝細胞増殖因子（HGF）はELISA法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合に限り算定する。
 - (30) 2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。
 - (31) プロカルシトニン（PCT）定量又は同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、エンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
 - (32) インフリキシマブ定性は、関節リウマチの患者に対して、インフリキシマブ投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者1人につき3回を限度として算定できる。
 - (33) 1,25-ジヒドロキシビタミンD3は、ラジオレセプターアッセイ法、RIA法又はELISA法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンD依存症I型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD3剤による治療中に測定した場合に限り算定できる。ただし、活性型ビタミンD3剤による治療開始後1月以内においては2回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。

2 内分泌学検査

- (1) C-ペプチド（CPR）を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。
抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して1型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。
- (2) 脳性Na利尿ペプチド（BNP）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。

- (3) 脳性N a利尿ペプチド (BNP)、脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-pro BNP) 及び心房性N a利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (4) 脳性N a利尿ペプチド (BNP)、脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-pro BNP) 及び心房性N a利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-pro BNP) は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-pro BNP)、脳性N a利尿ペプチド (BNP) 及び心房性N a利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (6) 脳性N a利尿ペプチド (BNP)、脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-pro BNP) 又は心房性N a利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

3 腫瘍マーカー

- (1) 腫瘍マーカーは、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。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは原則として、特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。
 - ① 急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のためにエラスターゼ1を行った場合
 - ② 肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、 α -フェトプロテイン (AFP)、PIVKA-II半定量又は定量を行った場合
子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的としてCA125又はCA602を行った場合
 - ③ 家族性大腸腺腫症の患者に対して癌胎児性抗原 (CEA) を行った場合
- (2) 前立腺特異抗原 (PSA) は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。ただし、前立腺特異抗原 (PSA) の検査結果が4.0ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) CA125及び「23」のCA602を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX) 及びデオキシピリジノリン (DP

D) (尿) は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。

- (5) I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、オステオカルシン (OC) 又はデオキシピリジノリン (DPD) (尿) を併せて実施した場合は、いずれか1つのみ算定する。
- (6) I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。
- (7) I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。また、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (8) エストロゲン半定量又は定量については、エストリオール (E3) 又はエストラジオール (E2) と同時に実施した場合は算定できない。
- (9) 副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP) 又は副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合に限り算定する。
- (10) エリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。
 - ① 赤血球増加症の鑑別診断
 - ② 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベゴル若しくはHIF-PH阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断
 - ③ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定
- (11) 抗IA-2抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「18」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) の結果、陰性が確認された患者に対し、1型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。なお、当該検査を算定するに当たっては、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) の結果、陰性が確認された年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

4 感染症免疫学的検査

- (1) 梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量及び梅毒血清反応 (STS) 定量は、従来の梅毒沈降反応 (ガラス板法、VDRL法、RPR法、凝集法等) をいい、梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量及び梅毒血清反応 (STS) 定量ごとに梅毒沈降反応を併せて2種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。
- (2) マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量、マイコプラズマ抗原定性 (免

疫クロマト法)又はマイコプラズマ抗原定性(F A法)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

5 肝炎ウイルス関連検査

- (1) H B s 抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、E I A法(簡易法)、金コロイド凝集法による。
- (2) H B s 抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、E I A法(簡易法)、金コロイド凝集法による。
- (3) 免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前にH B s 抗原、H B s 抗体及びH B c 抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。
- (4) H C V コア蛋白は、E I A法又はI R M A法による。
- (5) H B c 抗体半定量・定量とH B c - I g M抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。
- (6) H A 抗体とH A - I g M抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。
- (7) H C V 血清群別判定は、E I A法により、C型肝炎の診断が確定した患者に対して、C型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- (8) H B V コア関連抗原(H B c r A g)は、H B V 感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のH B V コア関連抗原(H B c r A g)を測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、H B V 核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (9) H B V ジェノタイプ判定は、B型肝炎の診断が確定した患者に対して、B型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

6 自己抗体検査

- (1) リウマトイド因子(R F)定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(M M P - 3)、抗ガラクトース欠損I g G 抗体定性、同定量、C 1 q 結合免疫複合体、モノクローナルR F 結合免疫複合体及びI g G 型リウマトイド因子のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。
- (2) 抗ガラクトース欠損I g G 抗体定性、同定量は、E C L I A法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、リウマトイド因子(R F)定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) 抗セントロメア抗体定量又は同定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合に限り算定できる。
- (5) 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ① 関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として1回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の

場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ② ①とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定する。ただし、当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (6) 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、マトリックスメタロプロテイナーゼー3 (MMP-3)、抗ガラクトース欠損 I g G 抗体定性、同定量、C 1 q 結合免疫複合体、モノクローナル R F 結合免疫複合体及び I g G 型リウマトイド因子のうち2項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの1つに限り算定する。
- (7) 抗 T S H レセプター抗体 (T R A b) 及び甲状腺刺激抗体 (T S A b) を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。
- (8) 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗 A C h R 抗体) は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。
抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

7 細菌薬剤感受性検査

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。このため、疑い病名では算定できない。

8 抗酸菌分離培養検査

- (1) 抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1回のみ所定点数を算定する。
- (2) 抗酸菌分離培養（液体培地法）は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

9 抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、1回のみ所定点数を算定する。

10 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）

- (1) 抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が4種類以上の場合に限り算定する。
- (2) 混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が4種類以上の場合に限り算定する。

11 微生物学検査

- (1) 尿素呼吸試験 (U B T) を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。
- (2) 「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」

① 対象患者

- ア ヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査については、以下に掲げる患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に限り算定できる。
- イ 内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者
- ウ 胃 MALT リンパ腫の患者
- エ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
- オ 早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者

② 除菌前の感染診断

- ア 除菌前の感染診断については、次の 6 項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に 1 項目のみ算定できる。ただし、検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに 1 項目に限り算定できる。
 - (ア) 迅速ウレアーゼ試験
 - (イ) 鏡検法
 - (ウ) 培養法
 - (エ) 抗体測定
 - (オ) 尿素呼気試験
 - (カ) 糞便中抗原測定
- イ 上記アに掲げる (ア) 及び (イ) の検査を同時に実施した場合又は、(エ)、(オ) 及び (カ) のうちいずれか 2 つの検査を同時に実施した場合にあっては、アの規定にかかわらずそれぞれの所定点数 ((ア) + (イ)、(エ) + (オ)、(エ) + (カ)、(オ) + (カ)) を初回実施に限り算定することができる。

③ 除菌の実施

②の感染診断により、ヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された対象患者に対しては、ヘリコバクター・ピロリ除菌及び除菌の補助が薬事法上効能として承認されている薬剤を薬事法承認事項に従い、3 剤併用・7 日間投与し除菌治療を行うこと。

④ 除菌後の潰瘍治療

除菌終了後の抗潰瘍剤投与については、薬事法承認事項に従い適切に行うこと。

⑤ 除菌後の感染診断 (除菌判定)

- ア 除菌後の感染診断については、③の除菌終了後 4 週間以上経過した患者に対し、ヘリコバクター・ピロリの除菌判定のために②に掲げる検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に 1 項目のみ算定できる。ただし、検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに 1 項目に限り算定できる。
- イ (2) ②に掲げる (エ) (オ) (カ) の検査を同時に実施した場合は、①の規定にかかわらず主たる 2 つの所定点数を初回実施に限り算定することができる。
- ウ 除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1 回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断

に係る費用を算定することができる。

⑥ 感染診断実施上の留意事項

ア 静菌作用を有する薬剤について

ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後 2 週間以上経過していることが必要である。

イ 抗体測定について

除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合には、③の除菌終了後 6 ヶ月以上経過した患者に対し実施し、かつ、除菌前の抗体測定結果との定量的な比較が可能である場合に限り算定できる。

⑦ 診療報酬明細書への記載について

ア ②の除菌前感染診断及び⑤の除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に各々の検査法及び検査結果について記載すること。

イ ⑤の除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。

ウ ⑥、アの静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、②の除菌前感染診断及び⑤の除菌後感染診断を実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。

エ ⑥、イにより抗体測定を実施した場合は、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑧ その他

ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療については、関係学会よりガイドラインが示されているので参考とすること。



11 生体検査・画像検査・病理検査

I 生体検査

生体検査（生理検査）とは、受診者自身を対象とし、各種心電図、脳波、筋電図などの電極を通した電気的情報を調べる検査や、肺機能検査（呼吸機能検査）、超音波検査、心音図、基礎代謝、サーモグラフィなどがあります。

<注意点>

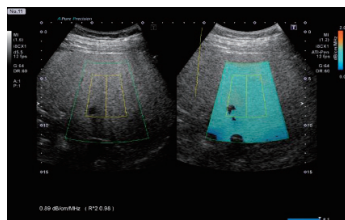
1 超音波検査

- (1) 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。
- (2) 超音波検査（胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- (3) 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- (4) 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。
- (5) 体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。
- (6) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、訪問診療時に行った場合を月1回に限り算定する。
- (7) 胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。
- (8) 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、加算を算定できる。
- (9) 心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。
- (10) 心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。
- (11) 負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行ったトレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。
- (12) 末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。
- (13) 脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。
- (14) 脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う

場合をいう。

- (15) 血管内超音波法の算定は次の方法による。
- ① 検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。
 - ② 本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。
 - ③ エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、フィルムの所定点数により算定する。
 - ④ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。
- (16) 「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。
- (17) 呼吸心拍監視の算定には以下に注意すること
- ① 呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又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されるものであるため、診療報酬請求にはこれらの症状を明記すること。
 - ② 閉鎖循環式全身麻酔と同一日に、呼吸心拍監視を行った場合は、当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれ算定できない。
 - ③ 観察した心電曲線、心拍数の観察結果の要点を診療録に記載しなければならない。
- (18) 残尿測定検査は、算定できる対象患者が前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱と定められており、対象外の患者に対し超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合は算定できない。
- (19) 令和4年度より、脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある患者に対し、超音波減衰法による肝脂肪化定量を測定した場合は「超音波減衰法検査（200点）」が新設された。

図1



超音波減衰法

- 2 経皮的動脈血酸素飽和度を算定する場合には以下について注意すること。
- 本検査は、算定可能な患者（呼吸不全等）や酸素吸入等を行っている又はその必要がある場合など患者の状態が定められており、それ以外の患者や状態に対しては算定することは出来ない。
- ① 酸素吸入を行っていない。また、行う必要のない患者には算定できない。
 - ② 閉鎖循環式全身麻酔と同一日に、経皮的動脈血酸素飽和度をを行った場合は、当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれ算定できない。
- 3 認知機能検査その他の心理検査を実施した場合は、その分析結果をカルテに記録しなければならない。

II 画像検査

画像検査は、画像によって病気の有無や広がり、性質を調べる検査です。画像検査には、X線検査（レントゲン検査）、CT検査、MRI（磁気共鳴画像）検査、PET検査、超音波（エコー）検査などの検査があります。

画像診断等を行った場合は、その診断内容を診療録に記載しなければなりません。

<注意点>

1 エックス線

- (1) エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。
- (2) 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- (3) 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については写真診断及び撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については写真診断及び撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。
- (4) 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。
 - ① 単純撮影の場合 57 点
 - ② 特殊撮影の場合 58 点
 - ③ 造影剤使用撮影の場合 66 点
 - ④ 乳房撮影の場合 54 点
- (5) 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

<<エックス線診断に係る一般的事項>>

- (1) エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。
- (2) 「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全

体を「同一の部位」として取り扱うものである。

- (3) 「2」又は「3」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後2～3時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第1の写真診断を行った後に別種の第2の撮影、診断の必要性を認めて第2の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第2の診断についても100分の50とはしない。
- (4) 「2以上のエックス線撮影」とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち2種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、1種の撮影として扱う。
- (5) 「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。
- (6) 特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて1回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに1回とする。
- (7) 画像診断管理加算（1・2）を算定している場合には、地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の医師が読影したものは算定してはならない。
- (8) 医学的必要性が乏しい、または結果が治療に反映されていない画像診断等は認められません。
- (9) 画像診断は患者ごと、症状ごとに必要に応じて実施するものであるから、画一的・傾向的な画像検査は、査定、指導等の対象となる場合がある。また、実施回数の過剰、または重複についても、同様に査定、指導の対象となる場合がある。
- (10) 研究目的、または健康診断目的と推定されるものは保険適用外
- (11) フィルム枚数や撮影数は必要最小限度にとどめること。部位を変えて毎月CTやMRI検査を行う傾向が見られる（例：頭部→胸部→腹部、など）

2 電子画像管理加算

- (1) 画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。
- (2) 電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。
- (3) 電子画像管理加算は、他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

Ⅲ 病理検査

病理検査とは、疾患の診断や原因（病因）の究明を目的として、採取された臓器や組織（ヒトや動物など）を対象に行う検査のことです。

病理検査は、主ながんの発見、診断を目的として行われます。そのために組織や細胞を顕微鏡で観察して調べます。大きく分けると、下記の方法で病理検査を行います。

1 組織学的診断法（組織検査）

生体の一部から摘出した組織の顕微鏡標本を作製し、病理医が顕微鏡で標本を見て良性・悪性の診断を行います。

2 術中迅速診断検査

手術中に、病変部が良性か悪性か、リンパ節等に転移がないか、病変部が取りきれているかなどを確認するために行う検査です。通常の組織検査と異なり、組織を急速に凍結させて標本を作ります。結果報告まで30～40分程度です。この検査により、手術の方針が決定されます。

3 細胞学的診断法（細胞診検査）

自然剥離している細胞または人口的に擦過したもの、組織の捺印、穿刺吸引により採取した細胞の標本を作製し、顕微鏡下で観察します。細胞学的に癌を診断する為に行われる検査です。

4 病理解剖

患者様が亡くなられた際、ご遺族のご理解とご承諾を得られた場合、疾病の原因、診断及び治療効果の検証の目的で、遺体を解剖します。

病理判断料について、病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点を診療録に記載しなければなりません。

<注意点>

1 病理診断

- (1) 病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。
- (2) 病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- (3) 病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。
- (4) 簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。
- (5) 病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

- (6) 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側又は送信側の保険医療機関において、別紙様式 44 又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。また、病理診断管理加算 1 又は 2 については、標本若しくは検体の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる。
- (7) 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速病理組織標本作製及び病理診断料の「1」を算定できる。また、病理診断管理加算 1 又は 2 については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- (8) 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において迅速細胞診及び病理診断料の「2」を算定できる。また、病理診断管理加算 1 又は 2 については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- (9) デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。
- (10) 病理診断管理加算（1・2）について、病理診断を専ら担当する常勤の医師以外の医師が病理診断を行った場合は算定できません。

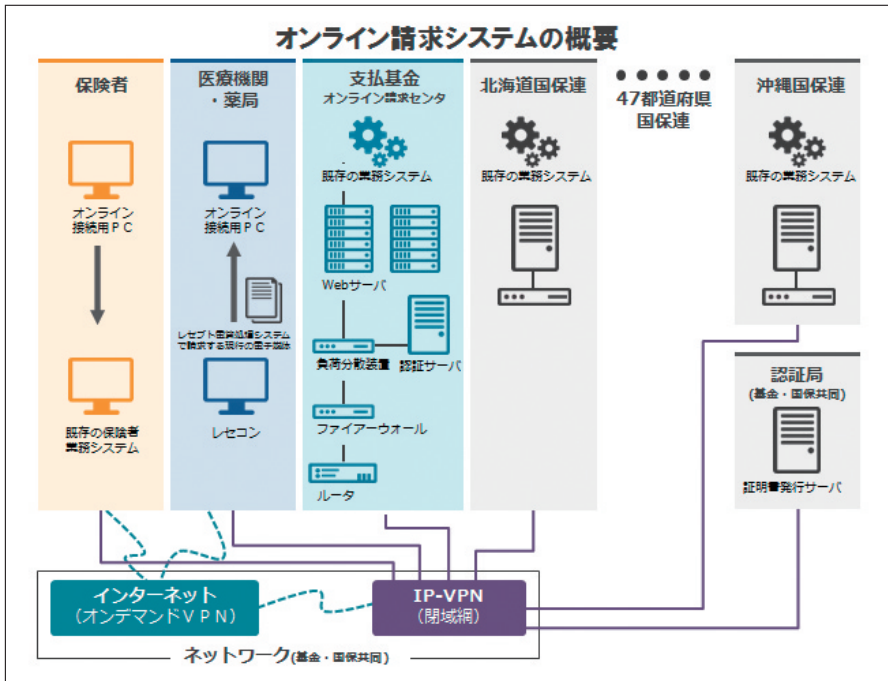
12 オンライン請求、オンライン資格確認

I オンライン請求

1 オンライン請求の概要

オンライン請求システムは、保険医療機関・保険薬局と審査支払機関、審査支払機関と保険者等を、全国規模のネットワーク回線で結び、レセプト電算処理システムにおける診療報酬等の請求データ（レセプトデータ）をオンラインで受け渡す仕組みを整備したシステムです。（図1 参照）

図1

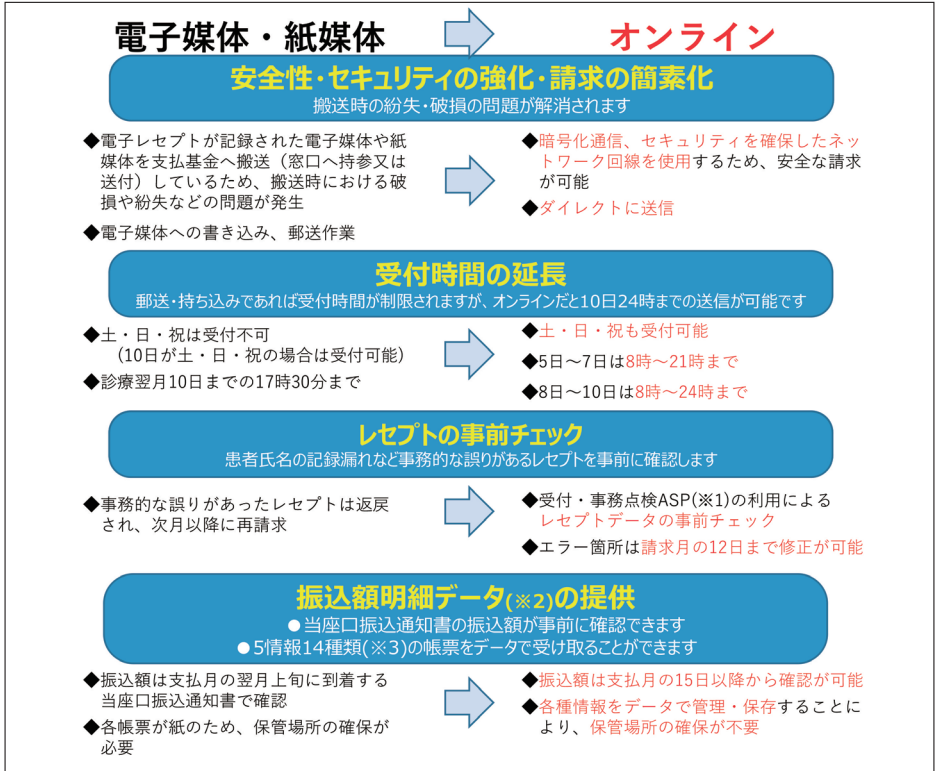


図は支払基金より提供

2 保険医療機関・保険薬局のオンライン請求による電子レセプト等の授受

保険医療機関・保険薬局では、請求するレセプトデータをオンライン請求で使用するパソコンに取り込み、オンライン請求センタに送信します。

支払基金では、保険医療機関・保険薬局からオンライン請求センタに送信されたレセプトデータを、Webサーバで受付け、既存のシステムに接続し、業務処理を行います。（国保連合会も同様です。）



図は支払基金より提供

- ※ 1 受付・事務点検 ASP とは、保険医療機関等が支払基金の事務点検プログラムを利用して、患者氏名の記録漏れなど事務的な誤りがあるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスです。
- ※ 2 振込額明細データとは、オンライン請求を行っている保険医療機関等が対象のサービスで、毎月の請求に対する支払額等の金額情報をオンラインで一括提供します。
- ※ 3 5 情報 14 種類の帳票は以下のとおりです。

【振込額決定情報】

- ① 振込額合計データ
- ② 振込額明細データ（電子レセプト分）
- ③ 振込額明細データ（紙レセプト分）
- ④ 当座口振込通知書データ

【再審査情報】

- ⑤ 再審査等支払調整額通知票
- ⑥ 診療報酬相殺通知書
- ⑦ 再審査結果連絡書（原審どおり）

【増減点連絡書情報】

⑧ 増減点連絡書データ（電子レセプト分）

⑨ 増減点連絡書データ（紙レセプト分）

【返戻内訳情報】

⑩ 返戻内訳書データ（電子レセプト分）

⑪ 返戻内訳書データ（紙レセプト分）

【資格確認結果情報】

⑫ 枝番特定結果

⑬ 資格確認結果連絡書（原審査）

⑭ 資格確認結果連絡書（再審査）

II オンライン資格確認

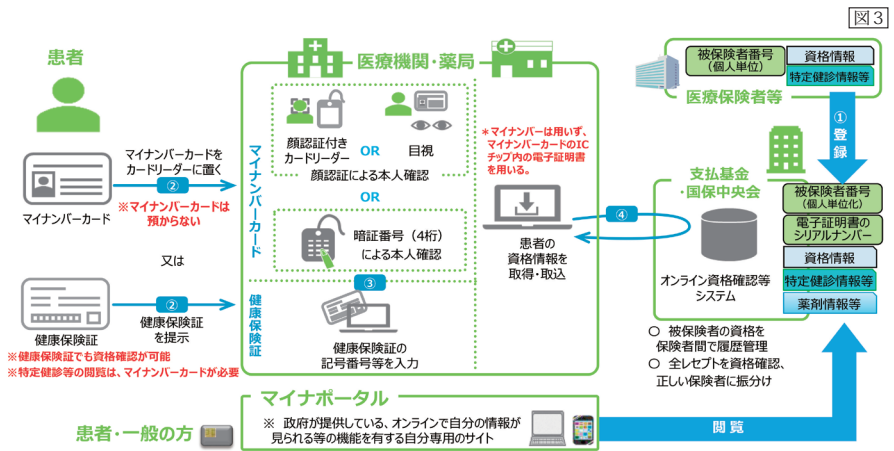
1 オンライン資格確認とは（図3 参照）

(1) 医療機関・薬局において、オンラインで医療保険の資格確認が可能に
⇒患者の保険資格がその場で確認できます。

マイナンバーカードも健康保険証として利用可能になります。

(2) 本人確認、本人同意を得た上で

⇒特定健診情報、薬剤情報等を医療機関等で見ることが可能になります。



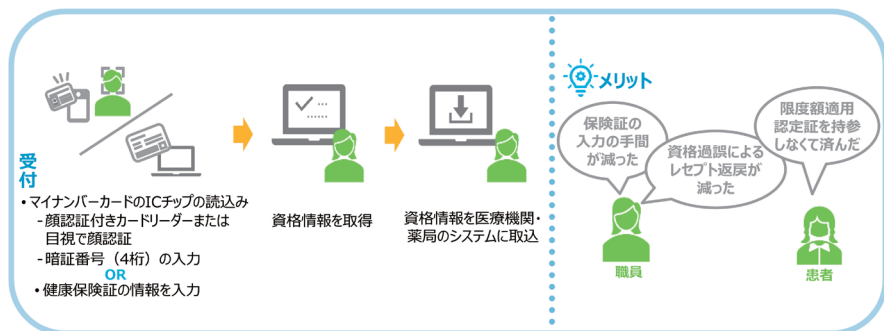
マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認のイメージ図

2 オンライン資格確認のメリット

(1) 今までは受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要がありました。

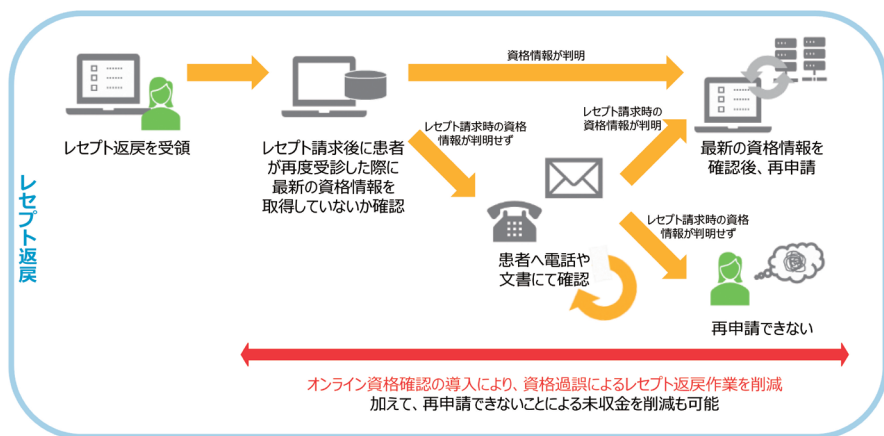
オンライン資格確認を導入すると、マイナンバーカードでは最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことができます。保険証でも、最小限の入力は必要ですが、有効であれば同様に資格情報を取り込むことができます。

（図4 参照）



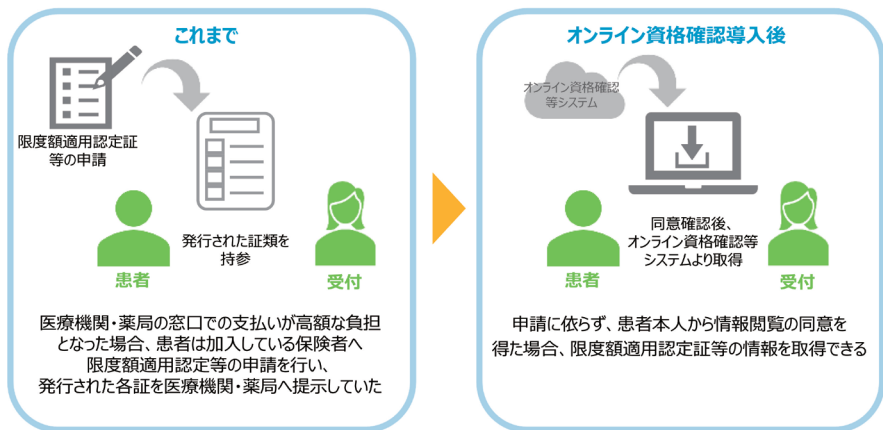
オンライン資格確認のメリット

- (2) オンライン資格確認を導入すれば、患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減されます。(図5 参照)



レセプト返戻イメージ図

- (3) 限度額適用認定証等の連携
- これまで限度額適用認定証等は加入者（患者）が保険者へ必要となった際に申請を行わなければ発行されませんでした。オンライン資格確認を導入すれば、加入者（患者）から保険者への申請がなくても、限度額情報を取得でき、加入者（患者）は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなります。(図6 参照)



限度額適用認定等比較

(4) 薬剤情報・特定健診情報の閲覧

オンライン資格確認を導入すれば患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧することができます。患者の意思をマイナンバーカードで確認した上で、有資格者等（薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等）が閲覧できます。（図7 参照）

図7

OK

薬剤情報/特定健診等情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診等情報を閲覧

有資格者等とは
 医師、歯科医師、薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている。

氏名	厚男太郎	性別	男	年齢	50歳
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠
薬剤名	アセチルサリチル酸	処方日数	7日	処方量	100錠

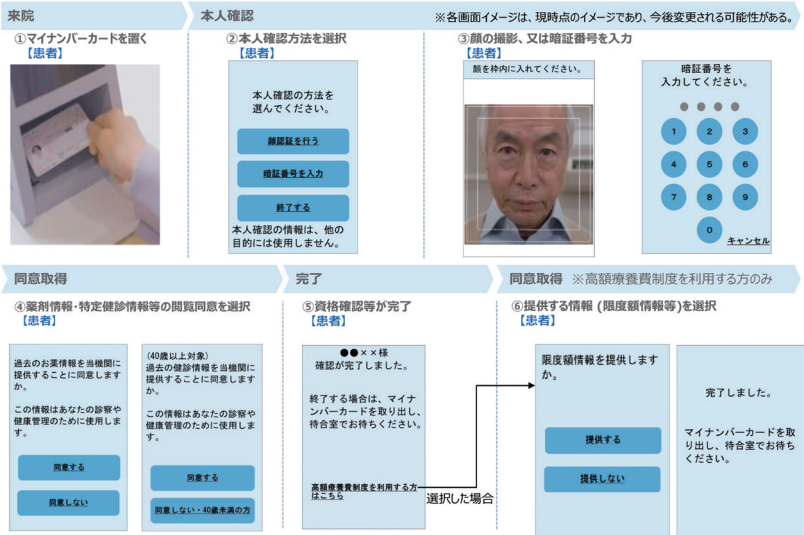
薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

氏名	厚男太郎	性別	男	年齢	50歳
身体計測	身長	170.8	中性脂肪	140	
	体重	63.6	FHDLコレステロール	125	
	腹囲	79.5	LDLコレステロール	154	
血圧等	BMI	21.9	空腹血糖	97	
	血圧	115/75	HbA1C	5.1	
肝機能検査	GGT(AST)	23	糖化血红蛋白	120	
	GPT(ALT)	22	CRP	0.07	
	LDH	160	RF定価	3.8異常	

特定健診等情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

薬剤情報・特定健診情報閲覧イメージ図

顔認証付きカードリーダーを利用することで、患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保することが可能となります。(図8 参照)



顔認証付きカードリーダー利用図

(5) 災害時における薬剤情報・特定健診情報の閲覧

通常時は、薬剤情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に限られます。ただし、災害時は特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、薬剤情報の閲覧が可能となります。(図9 参照) (災害時の主なケース)

- ① 薬を家に置いて避難してきた・・・
 - ② 避難所で持ってきた薬を飲みきってしまった・・・
 - ③ かかりつけ医以外のところで受診することに・・・
- ⇒このようなケースでも薬剤情報の閲覧ができるので、よりよい医療を提供することができます。



災害時対応イメージ図

- (6) 電子的保健医療情報活用加算（月1回）の算定
オンライン資格確認を通じて取得した患者情報を活用して診療を実施することについての評価となります。「電子的保健医療情報活用加算」が算定可能。

① 初診料の場合 7点

ただし、特例措置として（※）に該当する場合は3点を所定点数に
加算する（令和6年3月31日まで）

② 再診料の場合 4点

③ 外来診療料の場合 4点

※ 初診の場合でオンライン資格確認システムでの当該患者の診療情報等の取得が
困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受け
た場合

<施設基準>

- ① レセプトの電子請求を行っている（オンライン請求等）
- ② 電子資格確認を行う体制を有している（オンライン資格確認システム端末）
- ③ 電子資格確認に関する事項を院内の見やすい場所に掲示している

3 オンライン資格確認の今後

オンライン資格確認は今後のデータヘルスの基盤となる事が予想されます。

(図10 参照)

図10

今後拡大予定の機能

- ・ 現在全国の医療機関・薬局で確認できる情報は、薬剤情報・特定健診等情報のみですが、**対象となる情報を拡大**します。（令和4年夏を目処）手術、移植、透析、医療機関名といった項目が対象となる予定です。
- ・ オンライン資格確認等システムを基盤とし、**電子処方箋の仕組みを構築**します。（令和5年1月予定）紙の受け渡しが必要なくなり、薬剤情報共有のリアルタイム化（重複投薬の回避）が可能となります。
- ・ **閲覧・活用できる健診等を拡大**します。
- ・ 現在対象になっていない**生活保護受給者に対する医療扶助の医療券・調剤券**も対象にする（令和5年度中）など順次対象を広げていきます。
- ・ **訪問診療等におけるオンライン資格確認**も検討しています。

オンライン資格確認には以下の特徴があり、**データヘルスの基盤**となっていきます。

- ① 全国の医療機関・薬局と安全かつ常時接続されています
- ② 医療情報を個人ごとに管理しており、本人の情報を確実に得ることができます
- ③ 患者の同意を確実にかつ電子的に得ることができます



13 混合診療（健康診断・予防接種・自費医療など）

I 混合診療とは

健康保険制度では、健康保険でみることができる診療（薬や材料も含む）の範囲が限定されています。

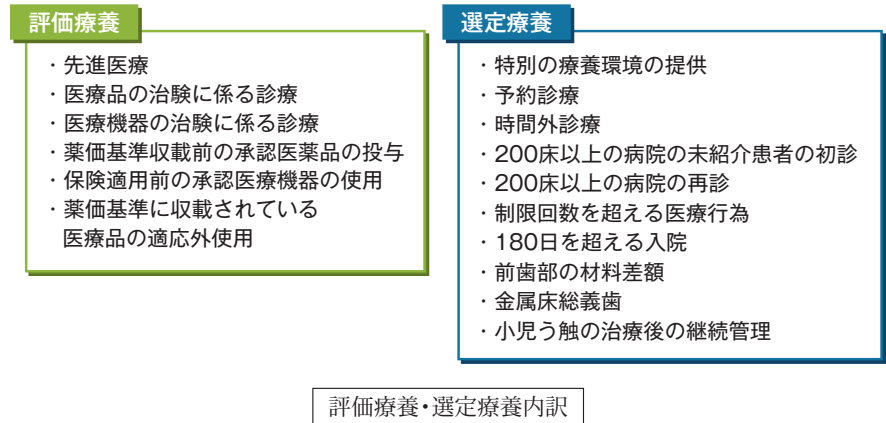
いわゆる混合診療とは、疾病に対する一連の治療過程（副作用などに対する治療も含む）で、保険診療と保険外診療（いわゆる自由診療）を併せて行う事です。

保険診療と保険外診療の併用は原則として禁止されており、全体について、自由診療として整理されており、自由診療を行った場合は初診に遡って、当日の診療は全額患者自己負担となるルールです。

例外として保険診療との併用が認められている療養もあります。

（図1 参照、詳細は後述）

図1



II 健康診断

健診には、特定健診、がん検診、妊婦健康診査、乳児健診など様々な健診がありますが、健診は自費診療ですので、まず療養担当規則第8条に規定されています。

1 診療録

保険診療の診療録と自費診療の診療録を必ず明確に分けて整備しなければなりません。保険診療の診療録に健診、予防接種の記載は認められていません。

2 基本診療料等

健診と同時に疾病が発見され、引き続き保険診療を行った場合、初診料は算定できません。また以前からの疾病にて加療中の場合、再診料や健診で実施された検査等もそれぞれ、健診料の中に診察料が含まれていると考えるため、基本診療料等は算定できません。

診療に伴う、処置料、検査料、処方料、他院紹介に伴う診療情報提供料等は算定できます。

この場合、診療報酬請求書の摘要欄（コメント欄）に「初診料は他法により算定」や「初診料は健康診断で算定」など、初診料等を算定しない理由を記載すること。

Ⅲ 予防接種

予防接種も自費診療となり、「診療録」「基本診療料等」とともに、上記、健康診断と同様の取扱いとなります。

Ⅳ 自費診療

1 同一疾病に対しての自費診療

いわゆる混合診療（保険診療と保険外診療の併用）となるので、初診に遡り全ての診療が自由診療となり、保険診療の請求は認められません。

2 異なる疾病に対しての保険診療と自費診療の併用

同日に、保険診療の対象疾患と自費診療の対象疾患を診療した場合、基本診療料（初診料、再診料）は算定できません。健診同様、自費診療の診察料に含まれると考える。診療に伴う、処置料、検査料、処方料、他院紹介に伴う診療情報提供料は算定できます。

別日に、自費診療の対象疾患は診療せず、保険診療の対象疾患のみ診療した場合は、基本診療料も算定できます。

（例）自費診療としての AGA（男性型脱毛症）にて投薬加療中の患者に対して、AGA 診察時、感冒等の保険診療対象疾患も併せて診療した場合、基本診療料は算定できません。

別日に感冒症状を訴え来院、感冒のみ診療した場合は基本診療料を算定できます。

Ⅴ 保険診療との併用が認められている療養

上記の「評価療養」「選定療養」は、どちらも特別料金として患者の自己負担となりますが、例外として保険診療の併用が認められます。

1 評価療養

医学的な価値が決まっていない新しい治療法や新薬など、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（図 2, 3 参照）

先進医療は以下の項目となります。

- (1) 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- (2) 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- (3) 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- (4) 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

2 患者申出療養

国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者さんの思い

に応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとしての制度です。

先進医療は国が制定するものに対し、患者申出療養は患者がかかりつけ医などのアドバイスにより申出を行うことが最大の違いです。また、審査期間が短く、対象となる患者の範囲も多くなります。(図2, 3 参照)

申請方法

- (1) 患者がかかりつけ医などに相談した上で、「臨床研究中核病院」を通して申請を行う事になります。(原則として6週間、前例がある医療の場合は2週間で審査が行われる。先進医療の審査期間は概ね6か月)
- (2) 実績があり、リスクが低い治療法については身近な医療機関で受けることができます。
- (3) 患者から申出のあった医療技術について、その時点の患者の病状に対して有効性・安全性から判断される

(厚生労働省 資料)

3 選定療養

保険医療制度導入を前提とせず、患者が自らの希望により「特別な療養環境」などを選ぶ制度です。(図2, 3 参照)

以下の療養が回答項目となります。

(1) 特別の療養環境 (差額ベッド)

説明：4人以下であること。室料等を院内掲示していること。医療機関からの誘導ではなく患者からの申し出によるため「利用申込書」により室料を徴収すること。など

(2) 歯科の金合金等

(3) 金属床総義歯

(4) 予約診療

説明：内容や費用について院内掲示していること。1人当たりの診察時間を10分以上。診療科ごとに全患者の診療時間の2割を予約患者向けに確保すること。オンライン診療は認められない。など

(5) 時間外診療

説明：自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急患者は対象とならない。費用等を院内掲示していること。オンライン診療は認められない。など

(6) 大病院の初診

説明：他の保険医療機関等からの紹介なしに200床以上の病院を受診した患者については、緊急患者等を除き選定療養費を患者から徴収することができる。(本書「[5](#) 基本診療料」を参照してください。)

(7) 小児う触の指導管理

(8) 大病院の再診

説明：他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、選定療養費を患者から徴収することができる。(本書「[5](#) 基本診療料」を参照してください。)

(9) 180日以上入院

(10) 制限回数を超える医療行為

説明：患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて診療を行う場合、選定療養費を徴収することができる。当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。当該事項について院内掲示することなど。

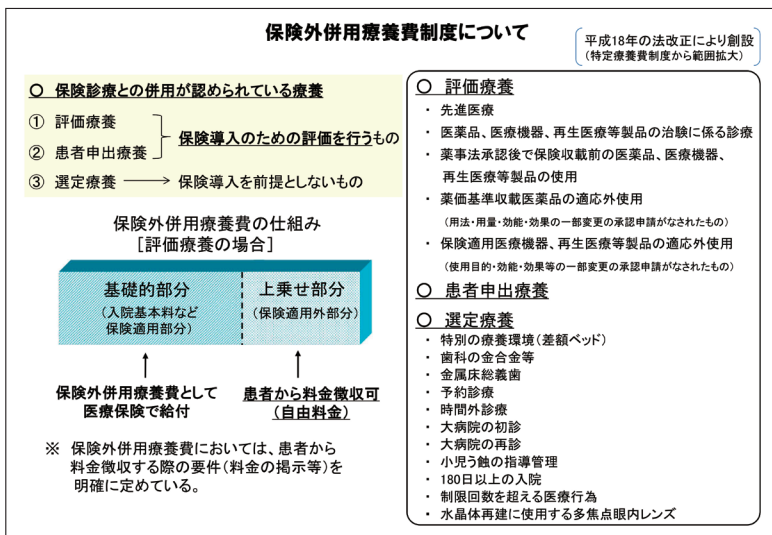


図2

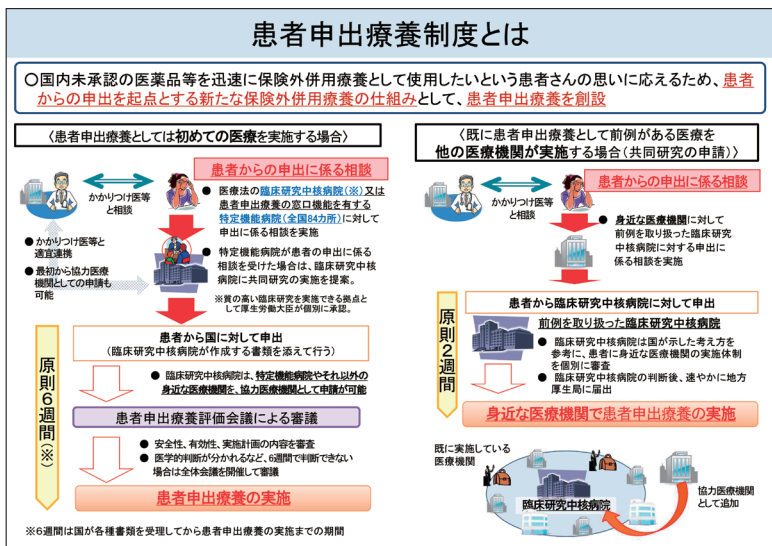


図3

VI 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、患者側からその費用を徴収することについては、その適切な運用を期するため、徴収可能とする項目等を明確にするなどの取扱いを示します。

療養の給付と直接関係ないサービス等及び直接関係ないサービスとはいえないものの具体例としては、次に掲げるものが挙げられます。

1 療養の給付と直接関係ないサービス等

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

- ① おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- ② 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）
- ③ テレビ代
- ④ 理髪代
- ⑤ クリーニング代
- ⑥ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
- ⑦ MD、CD、DVD 各プレイヤー等の貸出し及びそのソフトの貸出し
- ⑧ 患者図書館の利用料 等

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

① 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
な診断書等の作成代 等

- ② 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
- ③ 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

(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

- ① 在宅医療に係る交通費
- ② 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

(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

- ① インフルエンザ等の予防接種、感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与
- ② 美容形成（しみとり等）
- ③ 禁煙補助剤の処方（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、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）
- ④ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。） 等

(5) その他

- ① 保険薬局における患家等への調剤した医薬品の持参料及び郵送代
- ② 保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代
- ③ 日本語を理解できない患者に対する通訳料

- ④ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- ⑤ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用
- ⑥ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用(現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。)
- ⑦ 院内託児所・託児サービス等の利用料
- ⑧ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等
- ⑨ 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等)
- ⑩ 画像・動画情報の提供に係る費用(区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき場合を除く。)
- ⑪ 公的な手続き等の代行に係る費用 等

2 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

(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

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、医療相談、検査結果の印刷費用代等

イ 材料に係るもの

(例) 衛生材料代(ガーゼ代、絆創膏代等)、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、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、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

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、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用等

(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。)

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

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

3 その他

入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭(いわゆる「預り金」)については、将来的に発生する債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合には、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を行わなければなりません。

14 生活保護指定医療機関（制度）や公費負担医療制度

公費負担医療制度とは社会福祉並びに公衆衛生の維持向上等を目的として、法律に基づき医療費の全額あるいは一部を国や地方自治体が負担する制度です。その目的により下記の5つに分類されます。

公費の目的区分

表1

1	社会的弱者の救済	生活保護者や児童、幼児などの社会的弱者
2	障害者等の福祉	障害を持つ人や、病気やけがで障害を負った人への補助
3	難病・慢性疾患の治療研究及び助成	原因不明や治療方法が確立していない難治性の病気の支援・助成
4	健康被害等に対する補償	戦時中の軍人たち、原爆被害者、公害や中国残留邦人などの補償
5	公衆衛生の向上	結核などの感染症や、自傷・他害の恐れがある疾病の補助など

国の法律で定める公費の他、東京都独自で定める公費、区市町村独自で定める公費が存在します。また指定された医療機関のみ受診可能な公費と、全ての医療機関で受診可能な公費とがあります。

I 生活保護（法別番号：12）

生活保護制度は「憲法第 25 条の理念に基づき、国が生活に困窮する全ての国民に対して、その困窮の程度に応じて、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助けることを目的としている。（生活保護法第 1 条）」と定められ「すべて国民は、この法律の定める要件を満たす限り、この法律による保護を、無差別平等に受けることができる。（同第 2 条）」とされています。保護の種類としては「生活扶助」「教育扶助」「住宅扶助」「医療扶助」「介護扶助」などがあります。

保険医療機関として医療扶助を給付、つまり生活保護患者を診療するためには「生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定医療機関」として都知事の指定を受ける必要があります。「申請用紙」と「欠格事由に該当しない旨の誓約書」を医療機関の所在地を管轄する福祉事務所（関東信越厚生局ではありません）に提出してください。

<注意点>

- 1 患者が「医療券」を提出して受診する場合：患者が福祉事務所等から医療券の交付を受け、医療機関の窓口で医療券を提出して受診します。医療券には暦月を単位として有効期間・交付番号が記入されています。診療報酬の明細書には月ごとに異なる交付番号を記入しなければなりませんのでご注意ください。
- 2 患者が医療券を持たずに受診する場合（急性疾患や事故などによる傷病の場合）：医療券を持たずに患者が受診した場合には、その患者を担当する福祉事務所に電話連絡し、生活保護受給者であることの確認をしてください。医療券はその後に発行されます。
（なお令和 5 年以降オンラインによる資格確認が実施される予定となっています。）
- 3 それぞれの患者について福祉事務所から送られてくる「医療要否意見書」を記載し提出する必要があります。これをもとに福祉事務所から医療券が発行されます。外来患者の場合、期間は最長 6 か月までとなっています。意見書の提出が遅れると医療券の発行が遅れ、診療報酬の請求も遅れてしまいます。なお要否意見書等の書類

の記載について診療報酬請求や患者からの費用徴収はできません。

- 4 医療要否意見書以外に移送（通院手段）、治療材料（眼鏡・義肢・ストマなど）、あん摩・マッサージ・はり・きゅう、おむつ、訪問看護等についての給付（要否）意見書が福祉事務所より送付されてきたら適切に記載をお願いします。
 - 5 医師が医学的知見に基づき後発医薬品を使用することができると認めた場合には原則、後発医薬品で投薬を行うことと定められています。（生活保護法第 34 条 2）
 - 6 保険で認められていない治療や薬剤を使用する診療行為は認められていません。各種の自費料金の徴収も不可です。
 - 7 頻回受診の適正化について生活保護患者に対して医療機関への頻回受診の適正化の指導がおこなわれています。対象者は「同一傷病について、同一月内に同一診療科目を 15 日以上受診しており、短期的・集中的な治療を行う者を除き、治療にあたった医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた者」となっています。日ごろから患者への適正受診の指導、福祉事務所から病状照会等への回答等をお願いします。
 - 8 向精神薬の重複投与（2 か所以上の医療機関からの処方）についても医療機関に聞き取り調査が行われます。向精神薬の処方を適正にお願いします。
 - 9 生活保護指定医療機関に対しては行政による、原則 6 年に一回の「一般指導」（集合形式での指導）と「個別指導」（個別の医療機関において行われる指導）が行われます。指導の通知があったら必ず指導を受けるようにしてください。
- ※ 生活保護制度の指定・診療等についての詳細は下記（ホームページ）を参照して下さい。
- 東京都内（八王子を除く）で医療機関を開設の方は
東京都福祉保健局のホームページ内：東京都福祉保健局《生活の福祉》生保護指定医療機関・指定施術機関（生活保護法・中国残留邦人等支援法）
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/hogo/iryokikan.html>
 - 八王子市で医療機関を開設の方は
八王子市のホームページ内：トップページ > 暮らしの情報》
高齢・介護・障害・生活福祉 > 生活にお困りの方のために》生活保護》指定医療機関・指定施術機関（生活保護法・中国残留邦人等支援法）
<https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/welfare/007/003/p003917.html>

II 公費負担医療制度

公費負担医療制度の区分では、母子健康法や児童福祉法、生活保護法で定める社会的弱者等に対する者を救済する公費と、難病医療費助成制度や感染症の予防に関する法律等で定める疾病に罹患した患者を救済する公費があります。

〈注意点〉

1 各公費共通

- (1) 社会的弱者等に対する者を救済する公費は、全ての保険診療行為（一部例外もあり）が公費の対象となり、疾病に罹患した患者を救済する公費は、該当する疾病の治療に関する保険診療行為が対象となり、その他の医療行為は、一般の保険診療での取り扱いとなります。
- (2) それぞれの公費医療を取り扱うためには、指定医療機関として行政に個別に届け出る必要があります。なお東京都医師会に加入の医療機関については届け出

が必要ない制度もあります。

- (3) 患者の自己負担金についても全額が公費負担であったり、一部自己負担金が発生したり、自己負担金の限度額が月ごとに複数の医療機関や薬局で合算されるなど公費負担医療制度によって異なります。
- (4) 保険請求・レセプトの作成にあたっては該当する様式に記入・請求する必要があるなど注意が必要です。

※ 公費負担医療制度の詳細は東京都医師会発行の「公費負担医療の手引」などを参照してください。以下に主要な制度の対象者と問い合わせ先を記載します。
「公費負担医療の手引」（通称：青本） 公益社団法人 東京都医師会
2年ごとに作成され、地区医師会を通じて会員宛に配布しています。

2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療）

結核に対する医療の場合、入院治療と外来治療で補助範囲などが異なります。

以下、外来の結核患者（一般医療）に対する公費負担（感染症法第37条の2 法別番号10）の場合について記載します。

(1) 対象患者には「結核医療給付金受給者証」が交付されます。原則として、結核医療に必要な費用の95%を保険と公費で負担します。残りの5%が自己負担額となります。具体的には結核医療の基準に基づいて行う化学療法（投薬や注射）、検査（エックス線検査、結核菌検査）、外科的療法及び骨関節結核の装具療法に必要な処置などです。診断書料、初診料、再診料、指導料、合併症の治療費等は公費負担の対象にはなりません。

(2) 医療機関を管轄する保健所に「結核指定医療機関」としての申請が必要です。詳しくは東京都福祉保健局の下記ホームページを参照してください。

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryō/kansen/kekakaku/si_kikan.html
東京都福祉保健局《医療・保健》感染症対策《結核情報・対策》感染症指定医療機関（結核）

※ なお患者について結核と診断した場合、医療機関から直ちに最寄りの保健所へ「結核発生病」を提出する必要がありますのでご注意ください。

3 更生医療（法別番号：15）

対象者は「原則として18歳以上で身体障害者手帳を有する視覚障害者、聴覚または平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能の障害者、肢体不自由者、内部障害（心臓機能障害、じん臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害）者、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害者」となります。「自立支援医療受給者証（更生医療）」が本人に交付されます。

東京都に「自立支援医療機関」として指定の申請が必要です。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 調整担当

電話 03-5320-4146

（八王子市に所在する医療機関については問い合わせ先が八王子市になっています。）

4 育成医療（法別番号：16）

対象者は「保護者が東京都に住所を有する 18 歳未満の児童で、身体に障害を有する方、または、現存する疾患が、当該障害または疾患に係る医療を行わないときは、将来において障害を残すと認められる方で、手術等によって障害の改善が見込まれる方」となります。「自立支援医療受給者証（育成医療）」が本人に交付されます。東京都に「自立支援医療機関」としての指定の申請が必要です。

問い合わせ先

〒 163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 調整担当

電話 03-5320-4146

（八王子市に所在する医療機関については問い合わせ先が八王子市になっています。）

5 精神通院医療（法別番号：21）

対象者は「通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害（てんかんを含む。）を有する方」となります。「自立支援医療受給者証（精神通院）」が本人に交付されます。

東京都に「自立支援医療機関指定申請書」を提出する必要があります。

指定医療機関には担当する医師について「保険医療機関における精神医療についての診療従事年数が医籍登録後通算して3年以上あること。診療従事年数には、「てんかん」についての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含む。」などの要件があります。

要件や指定申請書類等については東京都福祉保健局の下記ホームページを参照してください。

東京都福祉保健局《障害者》事業者の方へ《自立支援医療指定情報》書式ライブラリ（医療）《精神通院医療

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/shougai/jigyoshougaifukushi/iryo/seishin.html>

問い合わせ先

〒 163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健医療課 生活支援担当

電話 03-5320-4149

6 小児慢性特定疾病（法別番号：52）

小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する制度です。認定病名等が記載された「小児慢性特定疾病医療受給者証」が交付されます。認定された病名以外は、この医療受給者証を使用できません。

東京都に「指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書」を提出する必要があります。東京都福祉保健局《子供家庭》子育て支援《助成・給付》小児慢性特定疾病医療費助成《指定医療機関

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/siteiryokikan.html>

問い合わせ先

〒 163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 少子社会対策部 家庭支援課 母子医療助成担当

電話 03-5320-4375

7 原子爆弾被害者に対する援護に関する法律（一般疾病医療）（法別番号：19）

「被爆者健康手帳」をお持ちの方が、被爆者一般疾病医療機関で医療を受けた場合、健康保険適用分の自己負担額を公費で負担します。「被爆者一般疾病医療機関」とは、医療機関等からの申請に基づいて、東京都知事が指定した医療機関をいいます。東京都に「被爆者一般医療機関」としての申請が必要です。

東京都福祉保健局《医療・保健》難病患者・被爆者の支援《被爆者援護》被爆者一般疾病医療機関（医療機関向け）

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/h_engo/iryokikan.html

問い合わせ先

〒 163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護担当

電話 03-5320-4473

8 公害健康被害者の補償等に関する法律

「公害医療手帳」をお持ちの方は、「肺気しゅ・慢性気管支炎・気管支ぜん息・ぜん息性気管支炎」のいずれかの疾病について認定を受けています。公害医療手帳に記載のある認定疾患（続発症を含む。以下同じ）の治療にかかる医療費が公費負担となります。

健康保険を取り扱っている医療機関は「公害健康被害の補償に関する法律」により原則として全て公害医療機関となります。（ただし、都道府県知事に対し公害医療機関とならない旨を申し出たものを除く）

公害の認定は19の特別区で行っています。（世田谷区、中野区、杉並区、練馬区を除く。）

9 難病の患者に対する医療等に関する法律（法別番号：54）

「難病指定患者」については、知事の指定を受けた医療機関等（指定医療機関）が行う医療に限り、助成を受けることができます。「指定医」と「指定医療機関」は別の指定になります。指定医の行った診断、治療であっても、指定医療機関で行われたものでなければ医療費助成の対象にはなりませんので注意が必要です。

なお、指定医でなくても指定医療機関であれば、難病指定患者の診療は可能です。東京都に「難病指定医療機関」としての申請が必要です。

東京都福祉保健局《医療・保健》難病患者・被爆者の支援《難病ポータルサイト》難病指定医療機関《難病指定医療機関制度の要件・申請手続について

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/portal/shiteikikan/shinsei.html>

問い合わせ先

〒 163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 疾病対策課 疾病対策担当

電話番号 03-5320-4571

- ※ なお「小児慢性特定疾病医療費助成制度の指定医療機関」は別に指定が必要です。
(前記「6 小児慢性特定疾病 法別番号：52」のホームページURLを参照)

10 心身障害者医療費助成制度（マル障）（法別番号：80）

東京都内に住所を有する方で、(1) 身体障害者手帳1級・2級の方（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫・肝臓機能障害の内部障害については3級も含む。）(2) 愛の手帳1度・2度の方 (3) 精神障害者保健福祉手帳1級の方が対象です。一部、対象の除外があります。

東京都医師会加入者は契約、届け出の必要はありません。

未加入の医療機関は東京都と個別に契約する必要があります。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 助成担当

電話番号 03-5320-4571

11 ひとり親家庭等医療費助成制度（マル親）（法別番号：81）

対象者はひとり親家庭、父母ともいない家庭、父または母に障がいのある家庭の親と児童を受給者とし、受給者の健康保険給付の自己負担分のうち一部負担金を除いて助成する制度です。

東京都医師会加入者は契約、届け出の必要はありません。

未加入の医療機関は東京都と個別に契約する必要があります。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当

電話番号 03-5320-4282

12 乳幼児医療費助成制度（マル乳）（法別番号：88）

対象者は都内各区市町村内に住所を有する6歳に達する日以後の最初の3月31日までの乳幼児（義務教育就学前までの乳幼児）を養育している方。

東京都医師会加入者は契約、届け出の必要はありません。

未加入の医療機関は東京都と個別に契約する必要があります。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当

電話番号 03-5320-4282

13 義務教育就学児医療費助成制度（マル子）（法別番号：88）

対象者は義務教育就学期にある児童（6歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）を養育している

方です。

東京都医師会加入者は契約、届け出の必要はありません。

未加入の医療機関は東京都と個別に契約する必要があります。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当

電話番号 03-5320-4282

14 医療費助成制度（マル都）

「マル都」とは、東京都福祉保健局が実施している医療費助成のうち、B型・C型ウイルス肝炎治療、肝がん・重度肝硬変治療（法別38） 難病医療（国疾病）（法別51） 人工透析・大気汚染関連疾病・小児精神病・被爆者の子に対する医療（法別82） 難病医療（都疾病）（法別83） 妊娠高血圧症候群に対する医療（法別87） 結核医療・自立支援医療（精神通院医療）（法別93）を対象疾病とした医療費助成制度の総称です。対象者には「マル都医療券」が交付されます。

東京都医師会加入者は契約、届け出の必要はありません。

未加入の医療機関は東京都と個別に契約する必要があります。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療調整担当

電話番号 03-5320-4453

東京都福祉保健局《医療・保健＞医療助成《【契約医療機関様向け】マル都・マル障に係る契約に必要な各種届出書のご案内

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/keiyakuyoushiki.html>

東京都医師会発行

「公費負担医療の手引」（通称：青本）

複雑で年々変更される公費負担医療制度を少しでも容易に理解していただけるよう隔年で発行しております。冊子は会員医療機関に配布されますが、PDFデータを東京都医師会ホームページでご覧いただくこともできます。



公費負担医療の手引

令和4年2月（令和3年度）

公認法人 東京都医師会

15 レセプトの点検、審査、返戻、査定、再審査請求など

I レセプト点検

診療報酬明細書（レセプト）は、診療月の翌月 10 日までにまとめて支払基金、国保連合会に請求することになりますが、その前にレセプトを点検することになります。

患者の名前、性別、生年月日、保険証の記号、番号、どれか一つでも不備があれば返戻されます。病名が正しく記載されているか、日付があっているかどうか、病名と診療内容があっているか等をチェックします。

II レセプト審査

請求されたレセプトを支払基金、国保連合会では、請求内容が保険診療のルール（療養担当規則、診療報酬点数表等）に対し適正かどうかを審査します。

審査は「診療担当者代表」「保険者代表」「学識経験者」により構成される「審査委員会」により審査されます。（「診療担当者代表」「保険者代表」は同数となります。）

具体的には

- 1 レセプトが療養担当規則、点数表、薬事承認事項、関連通知等に従って、適正に算定されているか。
- 2 病名や診療開始日に照らして診療内容が一致しているか、妥当かどうか。
- 3 診療内容が水準的かどうか、医師の裁量の範囲内かどうか。
- 4 「医科点数表の解釈」、関連通知等、事務的レベルで判断できるものについては審査委員会の前にコンピュータチェックが行われます。

III レセプト返戻

レセプトを審査した結果、記載項目の不備、不明点などが判明し、医療行為の適否について判断ができなかった等、請求内容が不適切な場合や、何かしらの疑義があった場合にレセプトが医療機関に差し戻されることを「返戻」といいます。

返戻されたレセプトは、疑義等を訂正し再度請求することとなります。返戻されたレセプトを再度請求しなおすため、支払等は 1 か月以上遅れることとなります。

レセプトの返戻で最も多いのが、名前、性別、生年月日、番号、記号の誤記など事務手続き上の間違いです。（図 1 参照）

IV レセプト査定

レセプトの項目について審査支払機関が審査した結果、保険診療のルール等上、不適当と判断した場合、請求自体を認めないことや、請求項目の減点等されることを査定といいます。査定された内容は「増減点連絡書（通知書）」により医療機関に通知されます。（図 2 参照）

査定された理由は査定記号（カッコ内のアルファベット）で表されていますので具体的にその意味を説明します。

1 診療内容に関するもの

(1) 医学的に適応と認められないもの (A)

- ① 薬剤の適応に関するもの
- ② 薬剤以外の診療行為の適応に関するもの
- ③ 病名が抜けていたり、間違っている等

(2) 医学的に過剰、重複と認められるもの (B)

- ① 薬剤の過剰投与に関するもの
- ② 薬剤以外の診療行為の回数過剰、重複に関するもの
- ③ 薬の過剰、検査の過剰等

(3) (1)・(2) 以外の医学的理由により適当と認められないもの (C)

- ① 禁忌、用法外使用に関するもの、A・B 以外の医学的に不適切なもの

(4) 告示、通知に示された算定要件に診療行為が合致しないもの (D)

(5) 縦覧点検によるもの (J)

- ① 過去のレセプトを参考に査定されます。

例) PSA の検査は3カ月に1回算定可能であるが、先月も実施している等

(6) 横覧点検によるもの (Y)

- ① 入院分と入院外分のレセプトを照合

例) 特定疾患療養管理料は、退院後1か月は算定できないが、退院直後に算定している等

(7) 突合点検によるもの (T)

院外処方を行ったレセプトと調剤レセプトの傷病名があっているか、適応のない医薬品が処方されていないかを突合審査します。

突合した結果、請求が適応外等不適切であった場合は、調剤薬局が購入し処方した薬剤であったとしても、院外処方せんを発行した医療機関が減点されます。

支払基金では「縦覧点検」「横覧点検」「突合点検」の点検は実施していますが、(J) (Y) (T) の記号は使用していません。

また、「横覧点検」という表現もしていません。

2 事務上に関するもの

(1) 固定点数が誤っているもの (F)

(2) 請求点数の集計が誤っているもの (G)

(3) 縦計計算が誤っているもの (H)

(4) その他 (K)

V レセプト再審査請求

「増減点連絡書 (通知書)」を確認した後、査定の判断に納得がいけない場合は、審査支払機関に再審査を申し立てることができます。(医療機関再審査)

その結果は原審通り、一部復活、復活の3種類になります。

再審査の方法は、「再審査請求書」を作成し、減点通知書と対象のレセプトを添付し審査支払機関へ郵送するか、地区医師会に提出してください。(図3 参照)

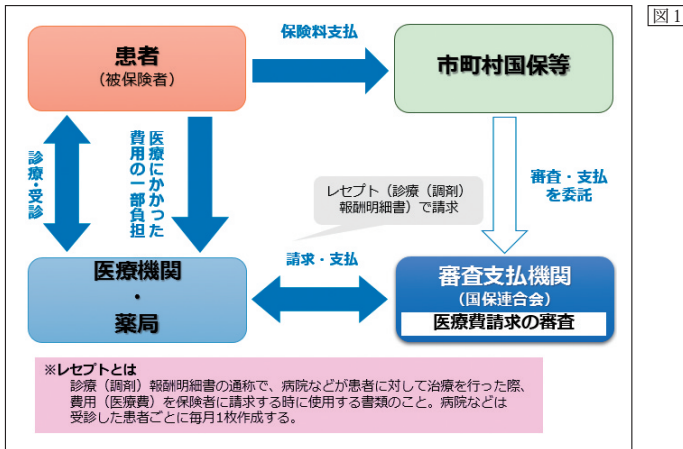
再審査請求期限は原則6カ月です。

また、保険者が審査支払機関の結果に納得がいかない場合は、やはり、再審査を申し立てることができます。(保険者再審査)

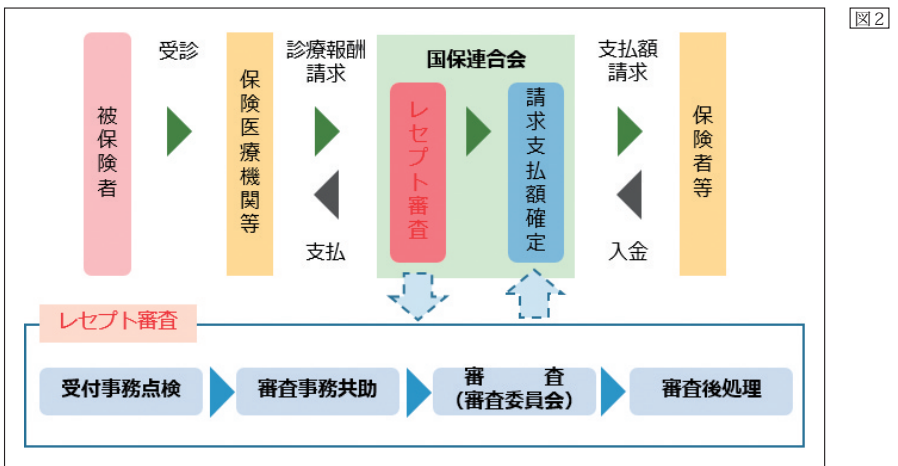
VI 支払

医療機関への医療費の支払は、計算センターで作成された医療機関ごとの総括票（支払額のデータ）の金額と医療機関の請求額とを突合するなどの確認を行なった後、診療した月の翌々月の原則 21 日までに医療機関の指定する銀行口座に振り込む方法によって行います。

図 1 及び図 2 は、国民健康保険中央会ホームページより抜粋



診療報酬請求の流れ



診療報酬明細書審査の流れ

以下、「社会保険診療報酬支払基金」より抜粋

図3

返戻内訳書

返戻内訳書は、医療機関等から請求された診療（調剤）報酬明細書（レセプト）について、点検・審査等の結果、内容確認のため、医療機関等へお返りするレセプトの内訳や事由等を表示しています。

医療機関												
(機械様式第20号の2)												
医療機関コード		1 2 3 4 5 6 7		返戻内訳書		ページ		1				
医療機関名		支払基金病院		調中		社会保険診療報酬支払基金〇〇支部						
診療 区分	受付番号	保険者番号等	区分	部分 区分	氏名	日数	請求点数	一部負担金額	患者負担金額(公費分)	食事・生活 基準額	食事・生活 費負担額	事由
0112	0202-06,799,243	0613****	本・外	基金一部	3	1,200						0000 【保険者による異動返戻】記号・番号の誤り
	0202-06,798,912	0613****	本・入	基金一部	14	56,013				¥28,024		0002 薬病名を整理します。
	0202-06,799,123	0613****	定・外	基金一部	19	23,456						0100 給付割合の不備です。

「事由」欄は、返戻事由コード、返戻事由を表示します。オンラインによる請求書の資格確認による返戻の場合は、「事由」欄に資格返戻事由を表示します。

「区分」欄は、高齢受給者、本人、家族の入院・入院外別に表示します。

- 高入一 (高齢受給者・入院一般)
- 高入七 (高齢受給者・入院7割)
- 本人 (本人・入院)
- 家人 (家族・入院)
- 六入 (来親字者・入院)
- 高外一 (高齢受給者・外來一般)
- 高外七 (高齢受給者・外來7割)
- 本外 (本人・外來)
- 家外 (家族・外來)
- 六外 (来親字者・外來)

オンラインによる請求書の資格確認による返戻の場合は、「*」を表示します。

増減点連絡書

増減点連絡書は、医療機関等から請求された診療（調剤）報酬明細書（レセプト）について、点検・審査等の結果、点数に異動が生じた場合、医療機関等へお知らせする増減点数や事由等を表示しています。

医療機関											
(機械様式第20号の1)											
医療機関コード		1 2 3 4 5 6 7		1 月分 増減点連絡書		ページ		1			
医療機関名		支払基金病院		調中		社会保険診療報酬支払基金〇〇支部					
診療 区分	受付番号	保険者番号等	区分	部分 区分	氏名	日数	増減点数(金額)	事由	請求内容	負担	補正・査定後内容
0112	0202-12,345,678	0613****	本外	基金一部	60	06	-37	F	○○○○○	74×1	○○○○○ 37×1
	0202-06,798,432	0613****	家外	基金一部	21	06	-150	B	○○○錠 100mg 2錠 30×10		【異動点検】 ○○○錠 100mg 1錠 15×10
	0202-06,798,766	0612****	本外	基金一部	21	06	-100	C	○○○錠 100mg 1錠 20×10		○○○錠 100mg 1錠 20×5

「補正・査定後内容」欄には補正・査定後の診療内容等を表示します。報告点検は、同一患者の複数月にわたるレセプトの通算点数に付随して査定された内容を表示します。入外点検は、同一患者の入院と入院外レセプトの通算点検により補正された内容を表示します。

「事由」欄は「増減事由」によるコードを表示します。

「請求内容」欄には補正・査定前の診療内容等を表示します。

「補正・査定後内容」欄には補正・査定後の診療内容等を表示します。報告点検は、同一患者の複数月にわたるレセプトの通算点数に付随して査定された内容を表示します。入外点検は、同一患者の入院と入院外レセプトの通算点検により補正された内容を表示します。

※審査結果の具体的な理由を可逆的欄に示します。

(増減事由等)
1 診療内容に関するもの
2 事象上に関するもの
3 認定点数が誤っているもの
4 請求点数が誤っているもの
5 請求内容が誤っているもの
6 請求内容が誤っているもの
7 請求内容が誤っているもの
8 請求内容が誤っているもの
9 請求内容が誤っているもの
10 請求内容が誤っているもの
11 請求内容が誤っているもの
12 請求内容が誤っているもの
13 請求内容が誤っているもの
14 請求内容が誤っているもの
15 請求内容が誤っているもの
16 請求内容が誤っているもの
17 請求内容が誤っているもの
18 請求内容が誤っているもの
19 請求内容が誤っているもの
20 請求内容が誤っているもの
21 請求内容が誤っているもの
22 請求内容が誤っているもの
23 請求内容が誤っているもの
24 請求内容が誤っているもの
25 請求内容が誤っているもの
26 請求内容が誤っているもの
27 請求内容が誤っているもの
28 請求内容が誤っているもの
29 請求内容が誤っているもの
30 請求内容が誤っているもの
31 請求内容が誤っているもの
32 請求内容が誤っているもの
33 請求内容が誤っているもの
34 請求内容が誤っているもの
35 請求内容が誤っているもの
36 請求内容が誤っているもの
37 請求内容が誤っているもの
38 請求内容が誤っているもの
39 請求内容が誤っているもの
40 請求内容が誤っているもの
41 請求内容が誤っているもの
42 請求内容が誤っているもの
43 請求内容が誤っているもの
44 請求内容が誤っているもの
45 請求内容が誤っているもの
46 請求内容が誤っているもの
47 請求内容が誤っているもの
48 請求内容が誤っているもの
49 請求内容が誤っているもの
50 請求内容が誤っているもの
51 請求内容が誤っているもの
52 請求内容が誤っているもの
53 請求内容が誤っているもの
54 請求内容が誤っているもの
55 請求内容が誤っているもの
56 請求内容が誤っているもの
57 請求内容が誤っているもの
58 請求内容が誤っているもの
59 請求内容が誤っているもの
60 請求内容が誤っているもの
61 請求内容が誤っているもの
62 請求内容が誤っているもの
63 請求内容が誤っているもの
64 請求内容が誤っているもの
65 請求内容が誤っているもの
66 請求内容が誤っているもの
67 請求内容が誤っているもの
68 請求内容が誤っているもの
69 請求内容が誤っているもの
70 請求内容が誤っているもの
71 請求内容が誤っているもの
72 請求内容が誤っているもの
73 請求内容が誤っているもの
74 請求内容が誤っているもの
75 請求内容が誤っているもの
76 請求内容が誤っているもの
77 請求内容が誤っているもの
78 請求内容が誤っているもの
79 請求内容が誤っているもの
80 請求内容が誤っているもの
81 請求内容が誤っているもの
82 請求内容が誤っているもの
83 請求内容が誤っているもの
84 請求内容が誤っているもの
85 請求内容が誤っているもの
86 請求内容が誤っているもの
87 請求内容が誤っているもの
88 請求内容が誤っているもの
89 請求内容が誤っているもの
90 請求内容が誤っているもの
91 請求内容が誤っているもの
92 請求内容が誤っているもの
93 請求内容が誤っているもの
94 請求内容が誤っているもの
95 請求内容が誤っているもの
96 請求内容が誤っているもの
97 請求内容が誤っているもの
98 請求内容が誤っているもの
99 請求内容が誤っているもの
100 請求内容が誤っているもの

図4

再 審 査 等 請 求 書

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を **再審査** **取下げ** 願います。

1	点数表	1 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード	旧総合病院 診療科							
2	診療 年月	年 月	請求 (調整) 年 月	年 月	明細書 区分	1 単独 2 併用 3 老健	1=本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 0=高齢者外来7割	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合再審査 3 再審査				
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局		薬局コード			(都道 府県)							
			薬局の名称										
4	保険者番号						記号・番号	.					
5	公費負担者番号 市町村番号						受給者番号						
6	フリガナ						生 年 月 日	写の有無					
	患者氏名						2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日	1 有 2 無				
7	請求点数 (金額)	点(円)					一 部 負 担 金	円					
	食事・生活 請求金額	円					標 準 負 担 額	円	取 下 げ 理 由				
8	No.	減点点数 (金額)	減点事由及び箇所		減 点 内 容								
	①	点(円)											
	②												
	③												
請求理由													
再審査の結果、下記のとおり決定します。					※ 備 考								
No.	結 果	原審理由	摘要		※ 基 金 使 用 欄	増減点	請求理由	種別	請求数	処理	診療科	再*審	
1	復活・原審												
2	復活・原審												
3	復活・原審												

注 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用するので、何も記入しないでください。

作成要領

- 1 再審査又は取下げの請求を行う場合の再審査等請求書は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、保険医療機関等の所在する支払基金に提出してください。
- 2 様式上部の「下記理由により・・・」の文中における「再審査」又は「取下げ」については、そのいずれか該当するものに○印を付してください。
- 3 「点数表」欄には、該当の番号に○印を付してください。
- 4 「旧総合病院診療科」欄には、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関のみ当該診療科名を記入してください。
- 5 「診療年月」欄には、レセプトの診療年月を記入してください。
- 6 「請求（調整）年月」欄には、次により記入してください。
 - (1) 一次審査の結果に対する再審査請求の場合は、支払基金へ当初に請求した年月（通常は診療年月の翌月）を記入してください。
 - (2) 突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】の枠外上部に記載されている調整診療年月を記入してください。
 - (3) 再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査等支払調整額通知票の枠外上部に記載されている調整診療年月を記入してください。
- 7 「明細書区分」欄には、該当の番号にそれぞれ○印を付してください。
- 8 「再審査等対象種別」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は「1 一次審査」、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は「2 突合再審査」、再審査の結果に対する再審査請求の場合は「3 再審査」の該当の番号に、○印を付してください。
- 9 「再審査等対象種別が「2 突合再審査」のとき、相手方薬局」欄には、突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】に記載されている薬局のコード及び名称を記入してください。
 なお、「都道府県」欄は、薬局の所在地が他都道府県の場合に都道府県コード（別表）を記入してください。
- 10 「保険者番号」欄及び「公費負担者番号・市町村番号」欄には、次により記入してください。
 - (1) 医療保険単独の場合は、「保険者番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (2) 公費負担医療（以下「公費」という。）単独の場合は、「公費負担者番号・市町村番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (3) 医療保険と公費の併用の場合は、医療保険の番号を「保険者番号」欄に、公費（公費が2種以上の場合は第1公費）の番号を「公費負担者番号・市町村番号」欄に、それぞれ記入してください。
 - (4) 公費と公費の併用の場合は、第1公費の番号のみを「公費負担者番号・市町村番号」欄に記入してください。
- 11 「記号・番号」欄には、医療保険の場合に記号・番号を記入してください。
- 12 「受給者番号」欄には、老人保健又は公費の受給者番号を記入してください。
- 13 「請求点数（金額）」欄、「一部負担金」欄、「食事・生活請求金額」欄及び「標準負担額」欄には、支払基金に請求した合計点数又は金額を記入してください。
- 14 「減点点数（金額）」欄、「減点事由及び箇所」欄及び「減点内容」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は増減点連絡書の記載内容を、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】の記載内容を、再審査の結果に対する再審査請求の場合は再審査等支払調整額通知票の記載内容を、それぞれの項目ごとに記入してください。
- 15 「請求理由」欄には、「再審査」又は「取下げ」の請求理由を記入してください。
- 16 再審査請求が多項目にわたる、「減点内容」欄及び「請求理由」欄に記入しきれない場合は、適宜、用紙を添付するなどにより対応してください。
- 17 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用しますので、何も記入しないでください。

16 労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険

社会保障制度とは「社会保険」「社会福祉」「公的扶助」「保健医療・公衆衛生」で構成されており、「社会保険」の中に「医療保険」と「労災保険」があります。

また、自動車事故の保険のうち、強制保険として自動車を使用する際に契約が義務付けられているものが自賠責保険と呼ばれる保険になります。

I 労働者災害補償保険制度（労災保険制度）

労働者災害補償保険制度は、業務上の事由または通勤による労働者の負傷、疾病、障害または死亡等に対して、労働者やその遺族に対して必要な保険給付をおこなう制度です。

1 労災患者の取扱い

労災患者の医療機関での取り扱いについては、労災指定医療機関とそれ以外の医療機関とでは対応が異なります。

(1) 労災指定医療機関

患者は治療費の負担なく、治療や薬剤の支給を受けることができる現物給付となっています。医療機関は治療費の「診療費請求書」、「請求内訳書」を作成し、「療養の給付請求書」とともに、東京労働局または東京労働保険医療協会へ請求書等を送付することになります。(図1 参照)

(2) 労災指定医療機関以外の医療機関

患者は治療費を一旦全額自己負担し、患者自身で管轄の労働基準監督署へ負担した費用を請求し、その費用の支給をうける現金給付となっています。(図2 参照)

2 労災指定医療機関の申請

労災指定医療機関になるためには、都道府県労働局長に対して申請を行い、指定を受ける必要がありますが、東京都医師会の会員については、地区医師会へ「労災保険指定医療機関指定申請書」等を提出し、東京都医師会より指定推薦をうける形で東京労働局へ申請がなされ、審査等の手続きが簡易となります。

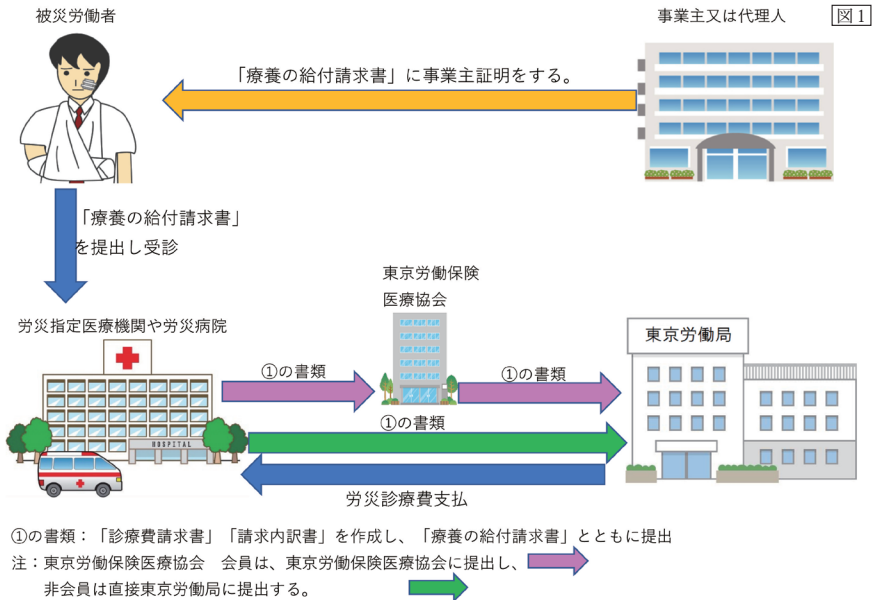
3 労災診療費の算定基準について

労災診療費は、原則として健康保険の診療報酬点数表にしたがって算定しますが、労災診療の特殊性等を考慮し、一部独自項目の点数や金額が設定されています。また、診療報酬改定時に労災保険の算定基準も改定されます。

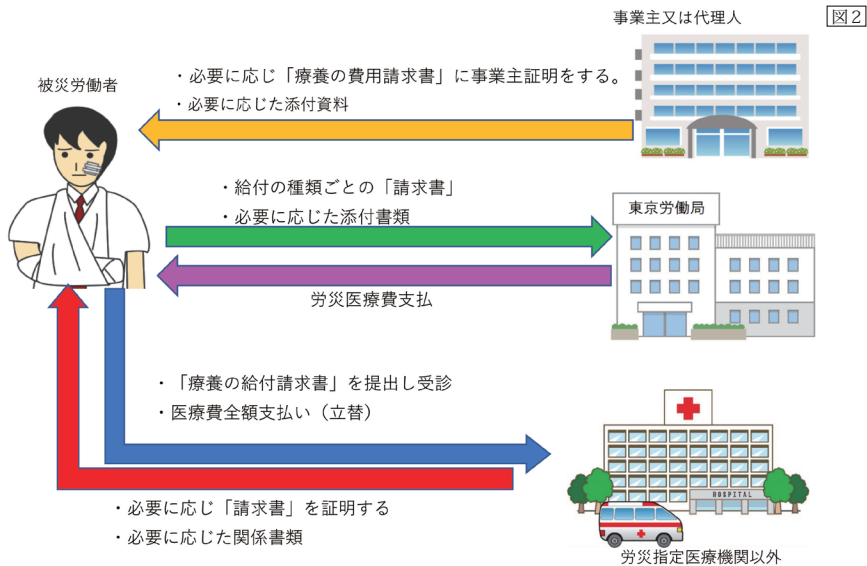
業務・通勤災害による保険給付内訳

表1

療養（補償）給付	療養する場合に支給される保険給付
休業（補償）給付	療養のため労働することができない場合に支給される保険給付
障害（補償）給付	障害が残った場合に支給される保険給付
遺族（補償）給付	亡くなった場合に支給される保険給付
葬祭料	亡くなった場合に葬祭を行う者に対し、支給される保険給付



労災指定病院等で療養を受けた場合の療養補償給付申請の流れ



労災指定病院以外で療養を受けた場合の療養補償給付申請の流れ

<注意点>

- (1) 医療保険と異なり、患者は労災保険に関する保険証を持っていません。その都度、事業主より必要な様式を発行してもらい医療機関に提出します。
- (2) 業務又は通勤災害に該当するかの労災認定に関する判断は、労働基準監督署が行います。労災認定が決定するまでには、監督署による調査を含め、ある程度の期間を要することとなります。事案によっては、その間の治療費について患者と事前に相談し、預かり金を徴収する等の取り決めを行ってください。
- (3) 労災指定医療機関では、労災診療費算定基準にしたがい治療費の請求を行います。労働災害の傷病の複雑さや被災労働者の早期社会復帰に対する評価として、多くの独自項目が設定されていますので請求もれ・誤りがないように請求を行ってください。前述のとおり、東京都における労災指定医療機関は、診療費請求書及び請求内訳書を、東京労働局又は東京労働保険医療協会へ提出することと定められています。(請求書等は図3、図4参照)

(労災保険指定医療機関等事務取扱指針 第9条)

東京労働保険医療協会からのお知らせ

東京労働保険医療協会では、レセプトの点検などを含め労災指定医療機関における請求事務全般のサポートを行っております。請求の仕方がわからない、労災患者の対応に不安がある場合などの対応を行い、会員の利便性等を図っています。東京労働保険医療協会への加入をご一考ください。

連絡先 〒 101-0062 千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 4 階 (403)
TEL 03-5577-2960 FAX 03-5577-2961 URL <https://iryokyokai.jp/>

図3

労働者災害補償保険診療費請求書(様式第1・3号)

(2) 指定医療機関以外

基本的に、被災職員が一旦、全額自己負担することになります。公務（通勤）災害認定後に、認定番号、認定傷病名等を主治医等に通知されます。

<< 請求方法 >>

患者が「療養補償請求書（様式第6号）」（原則1か月につき1枚）を医療機関に持参しますので、本請求書を作成し、患者に渡します。被災職員（患者）は所属する機関を経由して基金都支部に費用を請求し、治療費が患者に直接支払われることとなります。

2 地方公務員災害補償の算定基準について

地方公務員災害補償における患者の治療費に係る算定基準については、原則、労災保険の算定基準に準じて請求することになります。

なお、地方公務員災害補償に係る文書料や個室使用料については、別途、定められた金額を請求することになります。

Ⅲ 自動車損害賠償責任保険制度（自賠責保険制度）

自賠責保険は、自動車事故による被害者を救済するため自動車損害賠償保障法に基づき、すべての自動車に加入することが義務付けられている強制保険です。

この保険では、自動車事故（人身事故）で他人（相手）にケガをさせた場合に治療費・休業損害・慰謝料など、傷害にかかる損害に対し120万円を限度に損害補償がなされるほか、他人を死亡させた場合に3,000万円、後遺障害が残った場合に75万円から4,000万円を限度に損害補償額が定められています。

また、「運転者自身のケガ」や「単独の人身事故」などは、この保険の対象となりません。

1 治療費（自賠責保険診療費算定基準）

交通事故診療における治療費は原則として自由診療です。したがって医療機関ごとに請求金額や請求方法は異なります。このため、国で定めた労災保険に準拠した「自賠責保険診療費算定基準」を、都道府県医師会、日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構の三者協議にて合意し決めました。この基準は医療機関で必ず採用するものではありませんが、一般的な基準として多くの医療機関が採用しています。

2 健康保険の使用

自動車事故等による被害者は、基本、法に基づき自賠責保険により保障を受けることとなりますが、何らかの理由により、健康保険による診療を患者自身が希望し、保険者に「第三者行為による傷病届」を提出した場合には、窓口で健康保険証を提示し健康保険で診療を受けることができます。ただし、損害保険会社等、患者以外の第三者の意向で、健康保険の利用を強要されてはなりません。

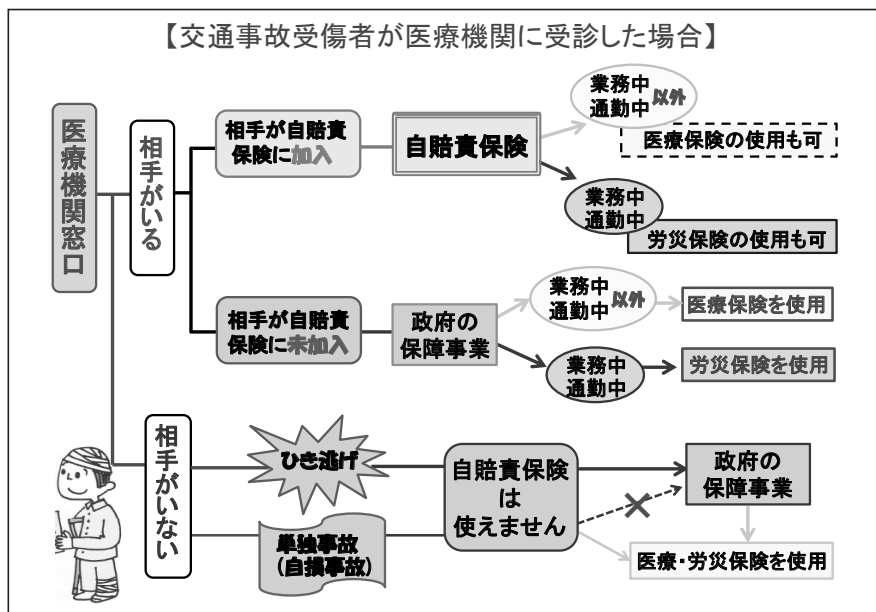
<注意点>

- (1) 交通事故診療では、自賠責保険のほか、任意自動車保険や前述の労災保険がかかわる事案が少なくありません。患者からはできるだけ早い段階で、事故の状況や関与している保険会社、警察への届け出の有無など、診察の際に確認をするよう心掛け

てください。

- (2) 交通事故診療における医療等の損害に対する補償財源として、強制保険である自賠責保険や任意の自動車保険があります。当然、自動車事故については、自賠責保険・任意自動車保険の使用を第1の選択肢としてください。保険会社の中には、健康保険の使用を患者のメリットとして説明することがありますが、健康保険の使用は、被害者の過失割合が高く、治療費が高額になるケースや、自損事故や無保険車による事故など限られたケースに限定するべきです。医療機関としての交通事故診療における方針を定め、院内掲示などで患者にわかりやすく示すことをお勧めします。
- (3) 交通事故診療においては、被害者である患者のほか、相手方の保険会社担当者や弁護士対応など、医療機関として対応しなければいけない事務が医療保険と比べ多くなります。同意書や診断書の提出や治療費の支払いなどについて、保険会社とトラブルになるケースもあります。(公社)東京都医師会では、医療機関から寄せられたトラブル案件について、保険会社と定例で開催する連絡協議会の中で検討を行い、解決へ向けてのサポートを行っておりますので、保険会社とのトラブルでお困りの際には、東京都医師会医療保険課までご連絡ください。

図5



17 日本医師会

a 認定産業医制度

I 産業医とは

従業員が50名以上の事業所においては、産業医を選任する必要があります。事業所の立場になってみると、社員の健康管理や作業上の安全配慮を行うためにどのようにすればよいか、医学的に不明な点があると思います。

産業医は、従業員の健康を守る側の事業所に対して医学的なアドバイスをする役目を担っています。

健康診断後の事後措置・ストレスチェックの実施実務・長時間労働者や高ストレス者に対する面談・安全衛生委員会への出席・作業場の巡視など多岐に渡ります。

そして重要なのは、作業場側の衛生委員と連絡を密にし、何でも相談を受けられる雰囲気を作っておくことだと思います。

また近年メンタルヘルスケアに関する相談や面談の依頼が多くなっています。ハラスメントを受けることによりうつ病や適応障害などを発症し、休職する従業員が多くなっています。主治医と連携しながら治療経過を見守り事業所との橋渡しや、回復期には職場復帰を目指した面談指導を行うことも重要な職務の一つです。

“診療所での職務と違った”やりがいを感じることができる仕事であると思います。是非診療所以外での仕事の範囲を広げてみるのはいかがでしょうか。

II 産業医の要件

産業医となるためには、事業場において労働者の健康管理等を行う産業医の専門性を確保するため、医師であることに加え、専門的医学知識について法律で定める一定の要件を備えなければなりません。

厚生労働省令で定める要件を備えた者としては、労働安全衛生規則第14条第2項に次のとおり定められています。

労働安全衛生規則第14条第2項

- 1 労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であって厚生労働大臣の指定する者（法人に限る。）が行うものを修了した者
- 2 産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であって厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であって、その大学が行う実習を履修したもの
- 3 労働衛生コンサルタント試験に合格した者で、その試験の区分が保健衛生であるもの
- 4 学校教育法による大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師（常勤勤務する者に限る。）の職にあり、又はあった者
- 5 前各号に掲げる者のほか、厚生労働大臣が定める者

日本医師会認定産業医制度（研修会等）は、上記1に該当します。

Ⅲ 産業医の職務

産業医の職務は、労働安全衛生規則第 14 条第 1 項に規定されており、具体的には次の事項で、「医学に関する専門的知識を必要とするもの」と定められています。

- 1 健康診断及び面接指導等（法第 66 条の 8 第 1 項に規定する面接指導及び法第 66 条の 9 に規定する必要な措置をいう）の実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること。
- 2 作業環境の維持管理に関すること。
- 3 作業の管理に関すること。
- 4 前 3 号に掲げるもののほか、労働者の健康管理に関すること。
- 5 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること。
- 6 衛生教育に関すること。
- 7 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関すること。

また、産業医の職場巡視等について、労働安全衛生規則第 15 条第 1 項で次のとおり定められています。

産業医は、少なくとも毎月 1 回作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害なおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければなりません。

Ⅳ 産業医の申請方法等

1 資格

新たに認定産業医の称号を申請する医師

- (1) 都道府県医師会などが実施する基礎研修 50 単位以上を修了していること。

「基礎研修 50 単位（表 1 参照）修了者の申請は、研修最終受講日から 5 年以内に 1 回に限り申請ができます。」

- (2) 産業医科大学産業医学基本講座修了者

「基本講座修了者の申請は、基本講座修了認定の日から 5 年以内に 1 回に限り申請ができます。」

2 申請手続き

日本医師会認定産業医申請の方法等は地区医師会員と非医師会員（東京都内勤務に限る）で異なります。東京都医師会のホームページで確認ください。

3 審査

都道府県医師会会長は、認定産業医認定申請書の届け出を受けた場合には、申請者の基礎研修受講状況などを審査したうえで、日本医師会会長に推薦します。

日本医師会会長は、都道府県医師会会長から推薦された医師について、審査を行って認定し、認定証を交付します。

4 登録

日本医師会は、認定産業医登録台帳に認定証被交付者名などを登録します。

登録有効期間は認定日より5年です。

東京都内の日医認定産業医で住所など登録事項に変更が生じた場合は、産業医変更届にご記入いただき、東京都医師会健康保険課へご郵送またはFAXくださるよう、お願いいたします。（変更届は東京都医師会版です。東京都から他県へ移動した場合はつきましては移動先の道府県医師会へお問い合わせください。）

V 更新

1 趣旨

認定産業医制度が社会的に活用されるためには、常に認定産業医の資質の維持向上を図ることが重要であり、そのための生涯研修を受講した認定産業医は認定証の更新（5年ごと）ができます。

2 生涯研修会の開催

日本医師会が行う産業医学講習会のほか、日本医師会の指定をうけて都道府県医師会、郡市区医師会、教育機関などでも、認定産業医の生涯研修のための研修会を開催します。

なお、日本医師会の産業医学講習会を受講修了すると、労働衛生コンサルタントの筆記試験が免除になります。

生涯研修会の日程等は、日本医師会雑誌、日医ニュースなどに掲載します。

都内の研修会日程は東京都医師会が発行する「都医ニュース」、あるいは「東京都医師会ホームページ（研修会スケジュール一覧）」に掲載します。

3 生涯研修の内容（20単位）

① 更新研修（1単位以上）

労働衛生関係法規と関係通達の改正点などの研修

② 実地研修（1単位以上）

主に職場巡視などの実地研修、作業環境測定実習などの実務的研修

③ 専門研修（1単位以上）

地域特性を考慮した実務的・専門的・総合的な研修

4 資格

認定証取得後の5年間（認定証に記載されている有効期間）に日本医師会認定産業医生涯研修20単位以上（更新研修1単位以上、実地研修1単位以上、専門研修1単位以上の合計20単位以上）を修得の上、指定の期間内に更新申請手続きをすると、更新が可能になります。

5 申請手続き

日本医師会認定産業医更新申請の方法等は地区医師会員と非医師会員（東京都内勤務に限る）で異なります。東京都医師会のホームページで確認ください。

東京都内の日医認定産業医で住所など登録事項に変更が生じた場合は、産業医変更届に

ご記入いただき、東京都医師会健康保険課へご郵送またはFAXくださるよう、お願いいたします。変更届は東京都医師会のホームページからダウンロードが可能です。(東京都から他県へ移動した場合はつきましては移動先の道府県医師会へお問い合わせください。)

更新時期が近づきましたら、更新申請に関する案内通知を郵送いたしますが、変更を届け出ていないと案内通知を送付できない場合がございますので、ご注意ください。また、変更届を更新期限前にご提出いただいても、案内が間に合わない場合がございます。

VI 審査と登録

「IV 産業医の申請方法等」の新規認定と同様ですので省略させていただきます。

※ 基礎研修の内容（50単位）

前期研修会は、2日間の講習で14単位取得する研修会がほとんどです。開催回数は多くありません。以下は主たる研修単位の内容です。

1 入門的な前期研修（14単位） 表1

総論	2単位
健康管理	2単位
メンタルヘルス対策	1単位
健康保持増進	1単位
作業環境管理	2単位
作業管理	2単位
有害業務管理	2単位
産業医活動の実際	2単位

上記8項目の研修については、それぞれの研修単位が必要です。

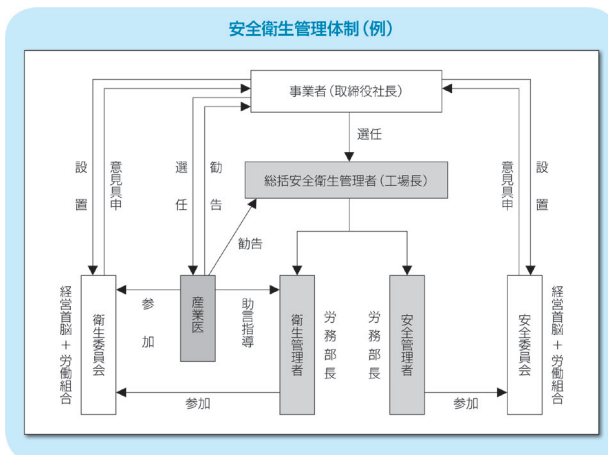
2 実習・見学などの実地研修（10単位）

主に職場巡視などの実地研修、作業環境測定実習などの実務的研修

3 地域の特性を考慮した実務的・やや専門的・総合的な後期研修（26単位）

※研修会を受講する際、前期・実地・後期の順番は問いません。

受講可能な研修会から受講してください。



□ かかりつけ医機能研修制度・生涯教育制度

I かかりつけ医機能研修制度

「かかりつけ医」は、患者が「健康に関することをなんでも相談でき、必要な時には専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる医師を指します。かかりつけ医は、内科に限らず、どの診療科の医師でもなることができ、患者の健康に関する相談に的確なアドバイスや診断を行い、疾患の早期発見・早期治療・重症化予防を担う存在です。そのために患者の生活背景を把握し、適切な診療や保健指導を行い、必要なときは専門医、専門医療機関を紹介して解決策を提供することが求められます。

「かかりつけ医機能研修制度」において認定され、施設基準を届け出ている医療機関は、初診時に初診料（288点）に加えて、機能強化加算（80点）を算定することができます。

かかりつけ医には専門分野以外にも幅広い知識が求められます。そのためには、様々な分野の医学・医療の知識を継続的に学習することが必要です。次項の「日医生涯教育制度」も参考にしてください。

かかりつけ医とかかりつけ医機能について

日本医師会ホームページより抜粋

超高齢社会では、身近で頼りになる「かかりつけ医」の役割、機能はますます重要になります。また、「かかりつけ医」は、国民の疾病予防や健康管理を支える役割も担っています。

地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）においても、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要です。

2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会は、こうした背景を踏まえ、患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努めることとしました。

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であって、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではありません。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていくものです。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

II 日本医師会生涯教育制度

日進月歩の医学・医療の実践のために、医師は生涯にわたり、継続的に知識や技能をブラッシュアップし、研鑽することが求められています。日本医師会が医師の自己学習・研修を効果的に行えるように実施しているのが、「日本医師会生涯教育制度」です。

1 日本医師会生涯教育制度の内容

(1) 期間

年度単位で、4月から翌年3月までに取得した単位・カリキュラムコードを、4月末日までに所属の郡市区医師会に提出します。

(2) 単位

学習時間 30 分毎の 0.5 単位が最小単位で、カリキュラムコード毎に集計されます。

(3) カリキュラムコード (略称 :CC、図 1 参照)

日本医師会生涯教育カリキュラム〈2016〉で、84カリキュラムコードが設定されています。

(4) 単位・カリキュラムコードの取得方法

- ① 日本医師会雑誌を利用した解答
- ② 日医 e-ラーニングによる解答
- ③ 講習会・講演会・ワークショップ等
- ④ 医師国家試験問題作成
- ⑤ 臨床実習、臨床研修・専門研修制度における指導
- ⑥ 体験学習 (共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携の中での学習)
- ⑦ 医学学術論文・医学著書の執筆

(5) 学習単位取得証

申告のあった単位・カリキュラムコードに基づき、毎年11月頃に発行されます。(図2参照)

(6) 日医生涯教育認定証

単位数とカリキュラムコード数の合計数が連続した3年間で、60以上を取得すると、日医生涯教育認定証が発行されます。(図3参照)

科目	CC 番号	科目	CC 番号
臨床実習	CC 001	臨床実習	CC 042
臨床研修	CC 002	臨床研修	CC 043
臨床実習	CC 003	臨床実習	CC 044
臨床実習	CC 004	臨床実習	CC 045
臨床実習	CC 005	臨床実習	CC 046
臨床実習	CC 006	臨床実習	CC 047
臨床実習	CC 007	臨床実習	CC 048
臨床実習	CC 008	臨床実習	CC 049
臨床実習	CC 009	臨床実習	CC 050
臨床実習	CC 010	臨床実習	CC 051
臨床実習	CC 011	臨床実習	CC 052
臨床実習	CC 012	臨床実習	CC 053
臨床実習	CC 013	臨床実習	CC 054
臨床実習	CC 014	臨床実習	CC 055
臨床実習	CC 015	臨床実習	CC 056
臨床実習	CC 016	臨床実習	CC 057
臨床実習	CC 017	臨床実習	CC 058
臨床実習	CC 018	臨床実習	CC 059
臨床実習	CC 019	臨床実習	CC 060
臨床実習	CC 020	臨床実習	CC 061
臨床実習	CC 021	臨床実習	CC 062
臨床実習	CC 022	臨床実習	CC 063
臨床実習	CC 023	臨床実習	CC 064
臨床実習	CC 024	臨床実習	CC 065
臨床実習	CC 025	臨床実習	CC 066
臨床実習	CC 026	臨床実習	CC 067
臨床実習	CC 027	臨床実習	CC 068
臨床実習	CC 028	臨床実習	CC 069
臨床実習	CC 029	臨床実習	CC 070
臨床実習	CC 030	臨床実習	CC 071
臨床実習	CC 031	臨床実習	CC 072
臨床実習	CC 032	臨床実習	CC 073
臨床実習	CC 033	臨床実習	CC 074
臨床実習	CC 034	臨床実習	CC 075
臨床実習	CC 035	臨床実習	CC 076
臨床実習	CC 036	臨床実習	CC 077
臨床実習	CC 037	臨床実習	CC 078
臨床実習	CC 038	臨床実習	CC 079
臨床実習	CC 039	臨床実習	CC 080
臨床実習	CC 040	臨床実習	CC 081
臨床実習	CC 041	臨床実習	CC 082
臨床実習	CC 042	臨床実習	CC 083
臨床実習	CC 043	臨床実習	CC 084
臨床実習	CC 044	臨床実習	CC 085
臨床実習	CC 045	臨床実習	CC 086
臨床実習	CC 046	臨床実習	CC 087
臨床実習	CC 047	臨床実習	CC 088
臨床実習	CC 048	臨床実習	CC 089
臨床実習	CC 049	臨床実習	CC 090
臨床実習	CC 050	臨床実習	CC 091
臨床実習	CC 051	臨床実習	CC 092
臨床実習	CC 052	臨床実習	CC 093
臨床実習	CC 053	臨床実習	CC 094
臨床実習	CC 054	臨床実習	CC 095
臨床実習	CC 055	臨床実習	CC 096
臨床実習	CC 056	臨床実習	CC 097
臨床実習	CC 057	臨床実習	CC 098
臨床実習	CC 058	臨床実習	CC 099
臨床実習	CC 059	臨床実習	CC 100
臨床実習	CC 060	臨床実習	CC 101
臨床実習	CC 061	臨床実習	CC 102
臨床実習	CC 062	臨床実習	CC 103
臨床実習	CC 063	臨床実習	CC 104
臨床実習	CC 064	臨床実習	CC 105
臨床実習	CC 065	臨床実習	CC 106
臨床実習	CC 066	臨床実習	CC 107
臨床実習	CC 067	臨床実習	CC 108
臨床実習	CC 068	臨床実習	CC 109
臨床実習	CC 069	臨床実習	CC 110
臨床実習	CC 070	臨床実習	CC 111
臨床実習	CC 071	臨床実習	CC 112
臨床実習	CC 072	臨床実習	CC 113
臨床実習	CC 073	臨床実習	CC 114
臨床実習	CC 074	臨床実習	CC 115
臨床実習	CC 075	臨床実習	CC 116
臨床実習	CC 076	臨床実習	CC 117
臨床実習	CC 077	臨床実習	CC 118
臨床実習	CC 078	臨床実習	CC 119
臨床実習	CC 079	臨床実習	CC 120
臨床実習	CC 080	臨床実習	CC 121
臨床実習	CC 081	臨床実習	CC 122
臨床実習	CC 082	臨床実習	CC 123
臨床実習	CC 083	臨床実習	CC 124
臨床実習	CC 084	臨床実習	CC 125
臨床実習	CC 085	臨床実習	CC 126
臨床実習	CC 086	臨床実習	CC 127
臨床実習	CC 087	臨床実習	CC 128
臨床実習	CC 088	臨床実習	CC 129
臨床実習	CC 089	臨床実習	CC 130
臨床実習	CC 090	臨床実習	CC 131
臨床実習	CC 091	臨床実習	CC 132
臨床実習	CC 092	臨床実習	CC 133
臨床実習	CC 093	臨床実習	CC 134
臨床実習	CC 094	臨床実習	CC 135
臨床実習	CC 095	臨床実習	CC 136
臨床実習	CC 096	臨床実習	CC 137
臨床実習	CC 097	臨床実習	CC 138
臨床実習	CC 098	臨床実習	CC 139
臨床実習	CC 099	臨床実習	CC 140
臨床実習	CC 100	臨床実習	CC 141
臨床実習	CC 101	臨床実習	CC 142
臨床実習	CC 102	臨床実習	CC 143
臨床実習	CC 103	臨床実習	CC 144
臨床実習	CC 104	臨床実習	CC 145
臨床実習	CC 105	臨床実習	CC 146
臨床実習	CC 106	臨床実習	CC 147
臨床実習	CC 107	臨床実習	CC 148
臨床実習	CC 108	臨床実習	CC 149
臨床実習	CC 109	臨床実習	CC 150
臨床実習	CC 110	臨床実習	CC 151
臨床実習	CC 111	臨床実習	CC 152
臨床実習	CC 112	臨床実習	CC 153
臨床実習	CC 113	臨床実習	CC 154
臨床実習	CC 114	臨床実習	CC 155
臨床実習	CC 115	臨床実習	CC 156
臨床実習	CC 116	臨床実習	CC 157
臨床実習	CC 117	臨床実習	CC 158
臨床実習	CC 118	臨床実習	CC 159
臨床実習	CC 119	臨床実習	CC 160
臨床実習	CC 120	臨床実習	CC 161
臨床実習	CC 121	臨床実習	CC 162
臨床実習	CC 122	臨床実習	CC 163
臨床実習	CC 123	臨床実習	CC 164
臨床実習	CC 124	臨床実習	CC 165
臨床実習	CC 125	臨床実習	CC 166
臨床実習	CC 126	臨床実習	CC 167
臨床実習	CC 127	臨床実習	CC 168
臨床実習	CC 128	臨床実習	CC 169
臨床実習	CC 129	臨床実習	CC 170
臨床実習	CC 130	臨床実習	CC 171
臨床実習	CC 131	臨床実習	CC 172
臨床実習	CC 132	臨床実習	CC 173
臨床実習	CC 133	臨床実習	CC 174
臨床実習	CC 134	臨床実習	CC 175
臨床実習	CC 135	臨床実習	CC 176
臨床実習	CC 136	臨床実習	CC 177
臨床実習	CC 137	臨床実習	CC 178
臨床実習	CC 138	臨床実習	CC 179
臨床実習	CC 139	臨床実習	CC 180
臨床実習	CC 140	臨床実習	CC 181
臨床実習	CC 141	臨床実習	CC 182
臨床実習	CC 142	臨床実習	CC 183
臨床実習	CC 143	臨床実習	CC 184
臨床実習	CC 144	臨床実習	CC 185
臨床実習	CC 145	臨床実習	CC 186
臨床実習	CC 146	臨床実習	CC 187
臨床実習	CC 147	臨床実習	CC 188
臨床実習	CC 148	臨床実習	CC 189
臨床実習	CC 149	臨床実習	CC 190
臨床実習	CC 150	臨床実習	CC 191
臨床実習	CC 151	臨床実習	CC 192
臨床実習	CC 152	臨床実習	CC 193
臨床実習	CC 153	臨床実習	CC 194
臨床実習	CC 154	臨床実習	CC 195
臨床実習	CC 155	臨床実習	CC 196
臨床実習	CC 156	臨床実習	CC 197
臨床実習	CC 157	臨床実習	CC 198
臨床実習	CC 158	臨床実習	CC 199
臨床実習	CC 159	臨床実習	CC 200

図 1



図 2



図 3

その他、詳細については「日本医師会生涯教育制度パンフレット」を添付いたしますのでご参照ください。

JMA

日本医師会生涯教育制度 のご案内



“日本医師会生涯教育制度”

日本医師会生涯教育制度は、医師としての姿勢を自ら律するという、プロフェッショナルオートノミーの理念のもと、医師の生涯教育が幅広く効果的に行われるための支援体制整備を目的として、昭和62(1987)年に発足しました。その後今日まで、数次にわたる制度の改定を行い、その質的向上と充実を図っています。

医師が不断に学習する姿を、より明確な形で国民に見ていただき、もって、質の高い医療を提供し、国民の健康に貢献することを目指しています。

日本医師会生涯教育制度

制度概要

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために、生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。日本医師会は医師の自己学習・研修を効果的に行えるよう生涯教育制度を実施しています。

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

制度対象者

広く制度に参加いただけるよう医師免許取得直後から参加できます（最短で医師免許取得後3年で日医生涯教育認定証が発行されます）。

期間

年度単位となっていますので、4月から翌年3月までに取得した単位・カリキュラムコードを、4月末日までに所属の都市区医師会に提出して下さい（P3）。全国医師会研修管理システム[※]を利用する講習会等については、出席が記録されるため申告は不要です。

[※]全国医師会研修管理システム：都道府県医師会または都市区医師会等が講習会等情報および出欠管理を行うオンラインシステム（以下、「研修管理システム」という）

カリキュラムコード（略称：CC）

カリキュラムコードは、学習した領域を表し、日本医師会生涯教育カリキュラム（2016）に基づき、84のカリキュラムコードが設定されています。同一カリキュラムコードを重複取得してもカリキュラムコード数は加算されません（P5）。

単位

単位は、学習した時間を表し、各カリキュラムコードごとに集計されます。最小単位は学習時間30分で0.5単位です。

単位・カリキュラムコードの取得方法（P6～7）

1. 日本医師会雑誌を利用した解答
2. 日医 e-ラーニングによる解答
3. 講習会・講演会・ワークショップ等
4. 医師国家試験問題作成
5. 臨床実習、臨床研修・専門研修制度における指導
6. 体験学習（共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携）
7. 医学学術論文・医学著書の執筆

[※]1・2は日医会員のみですが、3～7は日医非会員でも取得できます。

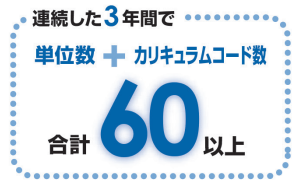
学習単位取得証

4月に申告のあった単位・カリキュラムコードに基づき、毎年11月頃に発行します（P4）[※]。

日医生涯教育認定証

連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計数を60以上取得することにより、3年間の認定期間が明記された日医生涯教育認定証を発行します（P4）[※]。

[※]学習単位取得証および日医生涯教育認定証は都道府県医師会を通じてお届けします。



「日医生涯教育認定証」を発行



認定期間は**3年**



生涯教育カリキュラム(2016)



学習単位取得証



日医生涯教育認定証

ご所属の郡市区医師会に申告してください。その後、都道府県医師会を通じて日本医師会に報告されます。

毎年、「日本医師会雑誌」3月号に同封される申告書の「生涯教育単位等記入表」に1年間の学会等参加、体験学習、医師国試問題作成、臨床実習等における指導、論文等執筆により取得した単位及び、カリキュラムコードを記入し、必要書類を添付のうえ、4月末日までに所属の郡市区医師会に提出してください。

(研修管理システムを利用しない地域においては、講習会等への参加について、申告書に取得単位、取得カリキュラムコードを記入し、参加証等(コピー可)を添付して申告してください。)

「日本医師会」に報告された単位及びカリキュラムコードのデータに、日本医師会が管理する単位・カリキュラムコードを加算し、個々の申告者の年間合計取得単位・カリキュラムコードを確定したうえで、毎年11月頃に「学習単位取得証」(取得カリキュラムコードも明記)を発行します。

さらに、そのうえで、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数の合計数が60以上の者に、日医生涯教育認定証を発行します。

なお、同一カリキュラムコードを重複して取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

研修管理システムを利用した
日本医師会、
都道府県医師会、
郡市区医師会主催の研修会、
都道府県医師会(郡市区医師会)

が承認した研修会に参加

※単位・カリキュラムコードは日本医師会で管理します。^{注)}

日医雑誌3月号同封の
申告書
(日医ホームページ「生涯教育on-line」
からもダウンロード可能)

所属の
「郡市区医師会」
に提出

毎年4月末日までに
行ってください

生涯教育ポータルサイト
日本医師会生涯教育on-line
日医eラーニング

「インターネット」
または「ハガキ」
で解答

※単位・カリキュラムコードは日本医師会で管理します。^{注)}



毎年「学習単位取得証」を発行

日本医師会で集計 連続した3年間で

単位数+カリキュラムコード数 合計 **60** 以上

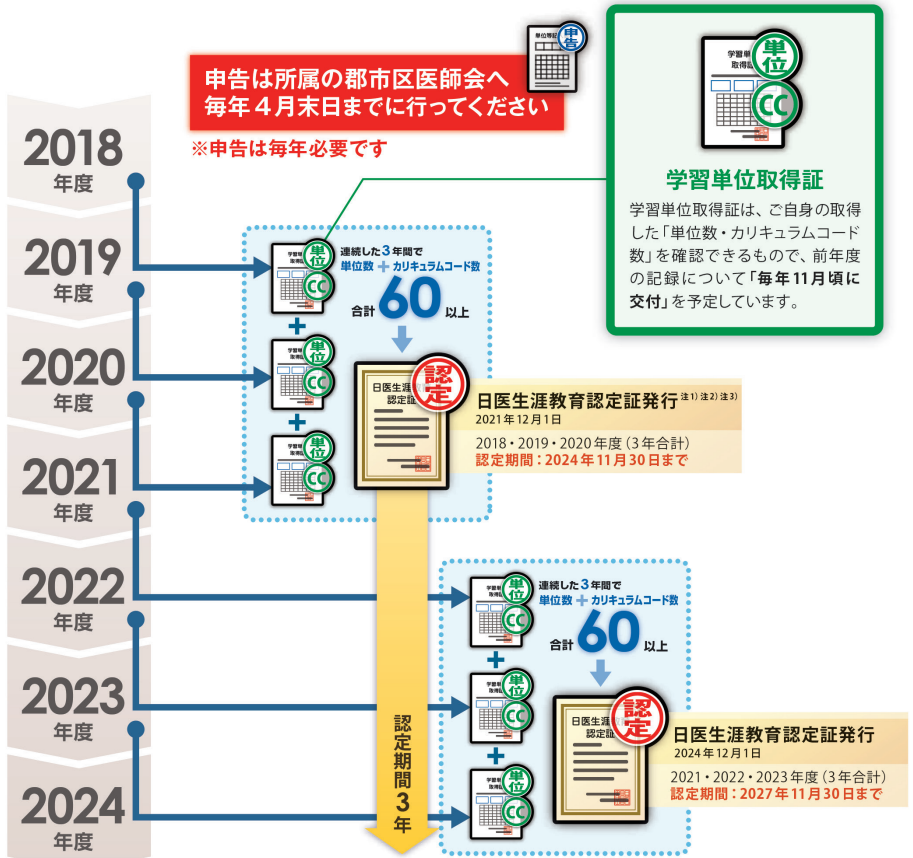


「日医生涯教育認定証」を発行

注) 日医雑誌問題解答、日医e-ラーニング、研修管理システムを利用する講習会等の単位・カリキュラムコードは日本医師会で既に管理していますので、申告の必要はありません。

日医生涯教育認定証発行スケジュール(例)

○日医生涯教育認定証の認定期間は3年間です。



注1：日医生涯教育認定証(以下、認定証という)を発行するための学習期間と認定証の認定期間は一致しません。なお、学習期間に取得した単位等はすべて記録されます。

注2：認定証の認定期間3年間の間は、単位数とカリキュラムコード数の合計が60以上となっても、認定証は発行しません。

注3：認定期間内の認定証をお持ちでない場合、直近の3年間(2019・2020・2021年度)で単位数とカリキュラムコード数の合計で60以上を取得することにより、2022年12月1日付で認定証を発行します。

カリキュラムコード（略称：CC）

1 医師のプロフェッショナリズム	27 黄疸	56 熱傷
2 医療倫理：臨床倫理	28 発熱	57 外傷
3 医療倫理：研究倫理と生命倫理	29 認知能の障害	58 褥瘡
4 医師－患者関係とコミュニケーション	30 頭痛	59 背部痛
5 心理社会的アプローチ	31 めまい	60 腰痛
6 医療制度と法律	32 意識障害	61 関節痛
7 医療の質と安全	33 失神	62 歩行障害
8 感染対策	34 言語障害	63 四肢のしびれ
9 医療情報	35 けいれん発作	64 血尿（肉眼的・顕微鏡的）
10 チーム医療	36 視力障害、視野狭窄	65 排尿障害（尿失禁・排尿困難）
11 予防と保健	37 目の充血	66 乏尿・尿閉
12 地域医療	38 聴覚障害	67 多尿
13 医療と介護および福祉の連携	39 鼻漏・鼻閉	68 精神科領域の救急
14 災害医療	40 鼻出血	69 不安
15 臨床問題解決のプロセス	41 嘔声	70 気分の障害（うつ）
16 ショック	42 胸痛	71 流・早産および満期産
17 急性中毒	43 動悸	72 成長・発達の障害
18 全身倦怠感	44 心肺停止	73 慢性疾患・複合疾患の管理
19 身体機能の低下	45 呼吸困難	74 高血圧症
20 不眠（睡眠障害）	46 咳・痰	75 脂質異常症
21 食欲不振	47 誤嚥	76 糖尿病
22 体重減少・るい瘦	48 誤飲	77 骨粗鬆症
23 体重増加・肥満	49 嚥下困難	78 脳血管障害後遺症
24 浮腫	50 吐血・下血	79 気管支喘息・COPD
25 リンパ節腫脹	51 嘔気・嘔吐	80 在宅医療
26 発疹	52 胸やけ	81 終末期のケア
	53 腹痛	82 生活習慣
	54 便通異常（下痢、便秘）	83 相補・代替医療（漢方医療を含む）
	55 肛門・会陰部痛	0 最新のトピックス・その他

※ 同一カリキュラムコードを重複して取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

単位・カリキュラムコード取得方法



日本医師会雑誌を利用した解答

日本医師会雑誌（年2回の特別号を除く）には毎号、特集のテーマに関連する問題を掲載します。

解答はインターネットまたはハガキにより行います。インターネットまたはハガキによる解答はどちらか一方とし、1題につき、60%以上の正答率を得たものに単位を付与します。日本医師会雑誌への解答掲載後、単位・カリキュラムコード付与については、インターネットで随時確認できますので、できるだけインターネットでご解答ください。これにより取得した単位・カリキュラムコードは日本医師会で管理します。



日医 e-ラーニング

日本医師会生涯教育 on-line に掲載している1コンテンツにつき、1カリキュラムコード1単位を取得できます。

アセスメントにおいて、80%以上の正答率を満たした場合に単位・カリキュラムコードを付与します。正答率が80%に満たなかった場合は、再解答が可能です。インターネットで取得した単位・カリキュラムコードは随時確認できます。これにより取得した単位・カリキュラムコードは日本医師会で管理します。一部コンテンツにおいて、日本専門医機構が示す「専門医共通講習」の単位が取得できます。



臨床試験のための e Training center

臨床試験のための e Training center に掲載している問題（1コース）につき、1カリキュラムコード0.5単位を取得できます。

20題中、12題以上の正解で単位・カリキュラムコードを付与します。不合格の場合は再受講が可能です。これにより取得した単位・カリキュラムコードは日本医師会で管理します。



生涯教育ポータルサイト

日本医師会 生涯教育 on-line
<https://www.med.or.jp/cme/>

日医 e-ラーニング
の受講について

日本医師会生涯教育 on-line のページには、上記3コンテンツを含む、日医会員のみなさま向けの「情報・コンテンツ」が数多く掲載され、みなさまのユーザー ID・パスワードでログイン可能です。

なお、インターネット上で取得した単位・カリキュラムコードは、インターネット上で確認できます。

ユーザー ID

会員 ID (日医刊行物送付番号) の10桁の数字 (半角で入力) です。日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されている10桁の数字です。

パスワード

初期設定は生年月日の「西暦」の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です (半角で入力)。

例えば、「1962年2月4日生まれ」の場合、「620204」となります。

(日医雑誌などの宛名シール見本)

〒113-8621
東京都文京区本駒込2-28-16
○△医院

○○○ 様 ユーザー ID
2022/3/1 13-0 000000000



講習会・講演会・ワークショップ等

各演題の内容に対応したカリキュラムコードと単位を取得できます。
演題ごとに1時間で1単位(最小単位は30分で0.5単位)とします。1日の上限は設けません。
1カリキュラムコードの付与は演題ごとに1つです。
単位数は、各カリキュラムコードごとに集計されます。

- ①日本医師会(日本医学会を含む)、都道府県医師会、郡市区医師会の主催
プログラムに示されている単位・カリキュラムコードを取得できます。
- ②日本医学会総会*及び都道府県単位以上で開催される日本医学会分科会(P8参照)の主催
演題ごとに内容に対応した1カリキュラムコードと単位を自己申告(申告者による自由
選択)で取得できます。
*日本医学会総会(4年に1回開催)で取得した単位等の申告は、日本医学会総会開催の翌年(4月30日まで)です。
- ③上記以外の各科医会、研究会など、各種団体の主催
原則として、都道府県医師会に事前に届出があったものについて、プログラム・参加証等に示されている単位・
カリキュラムコードを取得できます。

1時間

1カリキュラムコード
1単位



体験学習(共同診療、病理解剖見学、 手術見学等の病診・診診連携の中での学習)

体験学習は1時間1単位で、1回の上限は5単位までとなります。
最小単位は30分で0.5単位(1カリキュラムコード)となります。
カリキュラムコードは内容に応じたカリキュラムコードを自己申告(申告者による自由
選択)で取得できます。
なお、体験学習は、施設長・所属長等の証明書が必要です。また、それにより報酬を
得るものについては体験学習とはなりません。

30分

1カリキュラムコード
0.5単位



医師国家試験問題作成

医師国家試験問題作成は、都道府県医師会(郡市区医師会)に提出された問題につい
て1題1単位とし、年間5単位まで取得できます。グループで作成されたものについて
も1題につき、一人ひとりが1単位を取得できます。
カリキュラムコードは「0:最新のトピックス・その他」のみ取得できます。

1題

1単位



臨床実習、臨床研修・専門研修制度に おける指導

医学生の臨床実習・医師臨床研修制度における指導の単位は、研修者1人を1日指導
することにより1単位とし、年間の単位の上限は5単位までとします。なお、申請には
臨床研修病院、郡市区医師会等の証明書が必要です。
カリキュラムコードは「1:医師のプロフェッショナリズム」のみ取得できます。

1人(1日)

1単位



医学学術論文・医学著書の執筆

医学学術論文・医学著書の執筆(共同執筆も含む)は、当該年度に掲載または刊行(予
定を含む)されたものについて、1回(または1件)あたり1単位、年間5単位まで取得
できます。カリキュラムコードは1回(または1件)につき、内容に応じて2つまで自己
申告(申告者による自由選択)で取得できます。

1回(1件)

2カリキュラムコード
1単位

日本医学会分科会 (138学会)

日本アフェレシス学会	日本骨粗鬆症学会	日本透析医学会
日本アレルギー学会	日本骨代謝学会	日本糖尿病学会
日本医学教育学会	日本災害医学会	日本動脈硬化学会
日本医学放射線学会	日本細菌学会	日本東洋医学会
日本胃癌学会	日本再生医療学会	日本内科学会
日本医史学会	日本産科婦人科学会	日本内視鏡外科学会
日本移植学会	日本産業衛生学会	日本内分泌学会
日本医真菌学会	日本磁気共鳴医学会	日本内分泌外科学会
日本医療機器学会	日本耳鼻咽喉科学会	日本乳癌学会
日本医療情報学会	日本周産期・新生児医学会	日本認知症学会
日本医療・病院管理学会	日本集中治療医学会	日本肥満学会
日本インターベンショナルラジオロジー学会	日本循環器学会	日本熱帯医学会
日本ウイルス学会	日本消化器外科学会	日本脳神経外科学会
日本衛生学会	日本消化器内視鏡学会	日本脳神経血管内治療学会
日本衛生動物学会	日本消化器病学会	日本脳卒中学会
日本栄養・食糧学会	日本小児科学会	日本農村医学会
日本疫学会	日本小児外科学会	日本肺癌学会
日本温泉気候物理医学会	日本小児血液・がん学会	日本ハンセン病学会
日本解剖学会	日本小児循環器学会	日本泌尿器科学会
日本化学療法学会	日本小児神経学会	日本皮膚科学会
日本核医学会	日本静脈経腸栄養学会	日本肥満学会
日本眼科学会	日本職業・災害医学会	日本病態栄養学会
日本癌学会	日本女性医学学会	日本病理学会
日本感染症学会	日本自律神経学会	日本婦人科腫瘍学会
日本肝臓学会	日本神経学会	日本プライマリ・ケア連合学会
日本癌治療学会	日本神経病理学会	日本平滑筋学会
日本緩和医療学会	日本人工臓器学会	日本ペインクリニック学会
日本気管食道科学会	日本心身医学会	日本法医学会
日本寄生虫学会	日本腎臓学会	日本放射線腫瘍学会
日本救急医学会	日本心臓血管外科学会	日本保険医学会
日本矯正医学会	日本人類遺伝学会	日本麻酔科学会
日本胸部外科学会	日本睡眠学会	日本脈管学会
日本形成外科学会	日本生化学会	日本免疫学会
日本外科学会	日本整形外科学会	日本薬理学会
日本血液学会	日本生殖医学会	日本輸血・細胞治療学会
日本結核・非結核性抗酸菌症学会	日本精神神経学会	日本リウマチ学会
日本血管外科学会	日本生体工学会	日本リハビリテーション医学会
日本血栓止血学会	日本生理学	日本臨床検査医学会
日本健康学会	日本脊椎脊髄病学会	日本臨床細胞学会
日本口腔科学会	日本先天異常学会	日本臨床腫瘍学会
日本高血圧学会	日本造血細胞移植学会	日本臨床スポーツ医学会
日本公衆衛生学会	日本大腸肛門病学会	日本臨床薬理学会
日本交通医学会	日本体力医学会	日本リンパ網内系学会
日本呼吸器学会	日本超音波医学会	日本レーザー医学会
日本呼吸器外科学会	日本手外科学会	日本老年医学会
日本呼吸器内視鏡学会	日本てんかん学会	日本老年精神医学会 (五十音順)

2022年1月現在

公益社団法人 日本医師会 生涯教育課 e-mail: syogai@po.med.or.jp



生涯教育ポータルサイト
日本医師会生涯教育 on-line

<https://www.med.or.jp/cme/>

本制度の詳細につきましては、ホームページ掲載の「日医生涯教育制度」をご覧ください。

2022年2月発行

参考 リンク集

東京都福祉保健局「診療所（医科・歯科を開設した皆様へ～診療所の管理等について～）」
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/minamitama/youshiki/shinryoujotou/shinryoujo-shika.files/shinnryoujyokanri.pdf>

医師法
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80001000

保険医療機関及び保険医療養担当規則
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=84035000

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5.1 版」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf>

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関する Q & A
<https://www.mhlw.go.jp/content/000903640.pdf>

厚生労働省「オンライン診療研修実施概要」
<https://telemed-training.jp/entry>

日本医学会連合「オンライン診療の初診に関する提言」
<https://www.jmsf.or.jp/uploads/media/2021/06/20210601095823.pdf>

東京都福祉保健局「生活保護制度の指定・診療等について」（東京都内：八王子市を除く）
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/hogo/iryokikan.html>

八王子市「生活保護制度の指定・診療等について」
<https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/welfare/007/003/p003917.html>

東京都福祉保健局「結核指定医療機関について」
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/kansen/kekkaku/si_kikan.html

東京都福祉保健局「指定自立支援医療機関（精神通院）について」
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/shougai/jigy/shougai/fukushi/iryu/seishin.html>

東京都福祉保健局「指定小児慢性特定疾病医療機関について」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/siteiiryokikan.html>

東京都福祉保健局「被爆者一般疾病医療機関について」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryono/nanbyo/h_engo/iryokikan.html

東京都福祉保健局「難病指定医療機関について」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryono/nanbyo/portal/shiteikikan/shinsei.html>

東京都福祉保健局「医療費助成制度（マル都）について」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryono/josei/keiyakuyoushiki.html>

厚生労働省「労災保険指定医療機関になるための手続きについて」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060772.html>

東京労働保険医療協会

<https://iryokyokai.jp/>

日本医師会「産業医について」

<https://www.sangyo-doctors.gr.jp/>

日本医師会「日本医師会生涯教育 on-line」

<https://www.med.or.jp/cme/index.html>

東京都医師会発行「公費負担医療の手引」

https://www.tokyo.med.or.jp/medical_insurance/guide_of_publicly_funded_health_care

東京都医師会

<https://www.tokyo.med.or.jp/>

東京都医師会 医療保険委員会

(任期：令和3年8月～令和5年5月)

委員長	子田純夫	東久留米市医師会
副委員長	藤間芳郎	中野区医師会
委員	増森興治	千代田区医師会
委員	堀浩一朗	浅草医師会
委員	魚住葵	江東区医師会
委員	南塚俊雄	江東区医師会
委員	安藤策郎	新宿区医師会
委員	津田晃男	新宿区医師会
委員	清水恵一郎	目黒区医師会
委員	福下公子	世田谷区医師会
委員	高橋俊雅	渋谷区医師会
委員	種田明生	杉並区医師会
委員	石川徹	板橋区医師会
委員	長谷川倫男	練馬区医師会
委員	嵐裕治	調布市医師会
委員	松村英幸	府中市医師会
委員	須永進	昭和大学医師会

担当役員	理事	黒瀬	巖
	理事	蓮沼	剛
	理事	新井	悟
	理事	大坪	由里子



「新規開業医のための保険診療の要点」

特設ページ

冊子の PDF データやリンク集を掲載しています。

新規開業医のための保険診療の要点 (総論)

発行 令和4年3月

公益社団法人 東京都医師会

東京都千代田区神田駿河台 2-5
電 話 03 (3294) 8821 (代)

無断転用・転載を禁じます

