開業医のための保険診療の要点

開業医のための保険診療の要点
令和6年度
公益社団法人 東京都医師会

令和6年12月発行

公益社団法人 東京都医師会

【 序　文 】

日本の国民皆保険制度は、1961年の導入以来、国民が平等に医療サービスを受けられる仕組みとして重要な役割を果たしてきました。この制度により、日本は高い医療水準を達成し、今や「人生100年時代」と呼ばれる超高齢社会を迎えています。

しかし、高齢者の割合が増え続けるのと同時に、国民医療費も増加の一途をたどり、2022年度には過去最高の約46兆７千億円（前年度比＋3.7%）に達しました。医療費の増加と少子化による生産年齢人口の減少は、社会保障費の増大や医療従事者不足など、さまざまな課題を引き起こし、現行の医療保険制度が維持できなくなる危機的な状況をもたらしています。

国民皆保険制度は国民の健康と生命を守るために欠かせない社会基盤であり、今後もこの制度を維持していくことが国民の一致する願いであると確信しております。持続可能な医療保険制度を実現するために、財政基盤の安定化や負担の公平化、医療費の適正化など様々な対策が必要です。我々医療提供者も、医療保険制度を正しく理解し、ルールを遵守して適切に運用することが求められています。

本会では、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理解し、日常の診療で活用していただくことを目的として、令和４年に「新規開業医のための保険診療の要点」を発行いたしました。本書は、保険診療の基礎知識を集約した「総論」と、診療科別に診療報酬請求上の留意点等を整理した「各論」の２部構成による実践的なガイドブックとなっており、新規開業医のみならず、経験豊富な開業医の皆様からも高い評価をいただいております。

このたび、令和６年度診療報酬改定を踏まえ、新規開業医に限らず医療現場で広くご活用いただけるよう、冊子名を「開業医のための保険診療の要点」と改め、総論と各論を１冊に統合した改訂版を発行する運びとなりました。

本書が、地域医療に貢献される先生方の、適正な保険診療の実践にお役立ていただければ幸いと存じます。

令和６年12月

公益社団法人東京都医師会

会長　尾﨑治夫

00_巻頭.indd 1　2025/01/23 15:51

【　本書のご使用にあたって　】

地域医療を支える開業医の役割は日常の診療だけでなく、医院の経営や労務管理、施設や機器の管理、連携医療機関や行政との協調など多岐にわたります。多忙を極める医療機関においても適正な保険診療を実施していくための一助として、健康保険関連法令や規則、診療報酬算定基準等の中から特に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。日常の臨床現場で参考書としてご活用いただけましたら幸いです。

「Ⅰ　保険診療の基礎知識」では、診療科に関わらず保険診療を行う際に遵守しなければならない医療保険各法や診療録・レセプト作成のルール、さらにオンライン資格確認や指導・監査に関する情報を掲載しております。併せて日本医師会が医師の資質向上のために設ける各種制度についても掲載いたしました。

「Ⅱ　診療科別の基礎知識」では、各診療科でより実践的に診療を行う際に役立つよう、保険診療上特に留意すべき内容を診療録記載時における留意事項や診療報酬改定時に追加・変更のあった項目といったポイントに絞って整理しました。併せて、審査支払機関が公表している審査情報提供事例等もご覧いただけます。

「Ⅲ　開業医のための基礎知識」では、カルテ開示や個人情報保護といった開業医が知っておくべき事項に加え、今後さらに需要が増える在宅医療や訪問看護などについて整理すると共に、保険外診療（混合診療や選定療養）に関する情報を掲載しております。

さらに、巻末にそれぞれの診療科について専門的な情報を得る有効な手段として「各科医会」のご案内を掲載しております。入会のご参考としてください。

なお、診療報酬改定や医療保険講習会の開催といった医療保険に関する情報を東京都医師会ホームページに随時掲載しております。また、本書をWeb版に直したページも掲載しており、冊子内検索も可能ですので併せてご活用ください。この改定版の内容の掲載は令和７年春頃を予定しております。

東京都医師会ホームページ

「開業医のための保険診療の要点」Web版

この冊子の内容は、一般に公正で妥当とされている解釈を前提とするものであり、あくまで目安ですので、状況によって変更される可能性がありますことをご承知おきください。

00_巻頭.indd 2　2025/01/23 15:51

目　次

Ⅰ　保険診療の基礎知識

1 保険診療とは（医療保険各法やルールについて）
1　主な関係法令 …… 9
2　医療法 …… 9
3　保険医療機関及び保険医療養担当規則（いわゆる療養担当規則） …… 10
4　院内等掲示及び広告規制について …… 11

2 カルテ（電子カルテ含む）
1　診療録（カルテ）とは …… 16
2　診療録（カルテ）に関する規定 …… 16
3　診療録（カルテ）の欄の記載義務について …… 16
4　診療録（カルテ）記載の注意事項 …… 17
5　電子カルテ …… 18

3 施設基準や帳票類等
1　施設基準 …… 20
2　帳票類等 …… 25
3　各種届出等 …… 26

4 基本診療料
1　基本診療料と特掲診療料の相違 …… 29
2　基本診療料 …… 29

5 オンライン診療
1　A000「初診料」（情報通信機器を用いた場合） …… 35
2　A001「再診料」・A002「外来診療料」（情報通信機器を用いた場合） …… 35
3　情報通信機器を用いた医学管理料等 …… 35
4　C002「在宅時医学総合管理料」におけるオンライン在宅管理 …… 36
5　C002-2「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 …… 36
6　B001・9「外来栄養食事指導料」 …… 36

6 指導料・医学管理料などの算定要件
1　指導料・医学管理料算定要件等 …… 38
2　項目別説明（主要項目） …… 38

7 投薬（処方）・注射
1　投薬（処方）・注射 …… 53
2　後発医薬品の使用について …… 56

8 処置・リハビリ・手術など
1　処置 …… 58
2　リハビリテーション …… 58
3　手術 …… 61

9 検体検査
1　検査の一般的な注意事項等 …… 62
2　検体検査 …… 62

10 生体検査・画像検査・病理検査
1　生体検査 …… 70
2　画像検査 …… 71
3　病理検査 …… 72

11 診療報酬明細書の記載要領について
1　一般的事項 …… 74
2　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領 …… 74

12 オンライン請求、オンライン資格確認
1　オンライン請求 …… 82
2　オンライン資格確認 …… 83

13 レセプトの点検、審査、返戻、査定、再審査請求など
1　レセプト点検 …… 89
2　レセプト審査 …… 89
3　レセプト返戻 …… 89
4　レセプト査定 …… 89
5　レセプト再審査請求 …… 90
6　支払 …… 90

14 新規個別指導、集団的個別指導、個別指導、監査等
1　新規個別指導 …… 93
2　集団的個別指導 …… 93
3　個別指導 …… 93
4　監査 …… 94
5　個別指導での主な指導内容 …… 94
6　指導・監査の流れ …… 97

Ⅱ　診療科別の基礎知識

1 内科
1　各種法令における留意事項 …… 101
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 101
3　傷病名付与の留意事項 …… 101
4　診療報酬上の留意事項 …… 101
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 104
6　その他 …… 105

2 精神科
1　各種法令における留意事項 …… 106
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 106
3　傷病名付与の留意事項 …… 107
4　診療報酬上の留意事項 …… 107
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 109
6　その他 …… 109

3 小児科
1　各種法令における留意事項 …… 110
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 110
3　傷病名付与の留意事項 …… 110
4　診療報酬上の留意事項 …… 111

00_巻頭.indd 3　2025/01/23 15:51

5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 115
6　その他 …… 115

4 放射線科・放射線診断科
1　各種法令における留意事項 …… 117
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 117
3　傷病名付与の留意事項 …… 117
4　診療報酬上の留意事項 …… 117
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 121
6　その他 …… 121

5 皮膚科
1　各種法令における留意事項 …… 122
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 122
3　傷病名付与の留意事項 …… 122
4　診療報酬上の留意事項 …… 123
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 124

6 外科
1　各種法令における留意事項 …… 125
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 125
3　傷病名付与の留意事項 …… 125
4　診療報酬上の留意事項 …… 125
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 127

7 整形外科
1　各種法令における留意事項 …… 128
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 128
3　傷病名付与の留意事項 …… 128
4　診療報酬上の留意事項 …… 129
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 132

8 リハビリテーション
1　各種法令における留意事項 …… 133
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 134
3　診療報酬上の留意事項 …… 135
4　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 136

9 泌尿器科
1　各種法令における留意事項 …… 137
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 137
3　傷病名付与の留意事項 …… 137
4　診療報酬上の留意事項 …… 137
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 140
6　その他 …… 140

10 産婦人科
1　各種法令における留意事項 …… 141
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 142
3　傷病名付与の留意事項 …… 142
4　診療報酬上の留意事項 …… 142
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 145
6　その他 …… 145

11 眼科
1　各種法令における留意事項 …… 146
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 146
3　傷病名付与の留意事項 …… 146
4　診療報酬上の留意事項 …… 146
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 149
6　その他 …… 149

12 耳鼻咽喉科
1　各種法令における留意事項 …… 150
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 150
3　傷病名付与の留意事項 …… 150
4　診療報酬上の留意事項 …… 150
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 152

13 腎臓－透析
1　各種法令における留意事項 …… 153
2　診療録（カルテ）への記載の留意事項 …… 153
3　傷病名付与の留意事項 …… 153
4　診療報酬上の留意事項 …… 153
5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 155
6　その他 …… 155

14 内視鏡検査、治療
1　内視鏡検査 …… 158
2　内視鏡的治療 …… 158
3　保険請求の留意点 …… 158
4　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目 …… 159

15 審査情報提供事例等について
1　医学管理等 …… 160
2　検査 …… 160
3　画像診断 …… 166
4　薬剤 …… 167
5　処置 …… 169

Ⅲ　開業医のための基礎知識

1 開業における留意事項
1　医療安全対策のための各種指針の作成について … 173
2　就業規則 …… 175
3　個人情報の保護 …… 176
4　診療情報の提供（カルテ開示） …… 176

00_巻頭.indd 4　2025/01/23 15:51

5　かかりつけ医 …… 177
6　アドバンス・ケア・プランニング（ACP） …… 178
7　超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き …… 178
8　「病院の言葉」を分かりやすく …… 179

2 ペインクリニック
1　ペインクリニックとは …… 180
2　痛みのメカニズム …… 180
3　ペインクリニックが扱う主な疾患 …… 180
4　ペインクリニック診療を行うために必要な設備 … 181
5　ペインクリニック保険診療上の留意事項 …… 181

3 緩和ケア
1　緩和ケアの定義 …… 183
2　緩和ケアとは …… 183
3　ペインクリニックが係ることができる緩和ケア … 186

4 在宅医療
1　「かかりつけ医」機能と在宅医療 …… 187
2　訪問診療医療機関に求められること …… 191
3　診療報酬上の留意点等 …… 192

5 訪問看護
1　訪問看護活用のために把握しておくべきポイント …… 199
2　訪問看護を開始するまで …… 200
3　訪問看護事業所等との連携 …… 200
4　訪問看護事業所等に交付する指示書の種類と注意事項 …… 200
5　診療報酬算定について …… 200
6　よくある訪問看護事業所等からの問合せ …… 201

6 連携（病診連携・医介連携・診療情報提供）
1　病診連携・医介連携 …… 202
2　診療報酬上の留意事項 …… 202
3　選定療養 …… 204
4　医療機器の共同利用 …… 205

7 保険外の患者負担について
1　混合診療とは …… 206
2　健康診断 …… 206
3　予防接種 …… 206
4　自費診療 …… 206
5　保険診療との併用が認められている療養 …… 206
6　長期収載医薬品の保険給付に係る選定療養 …… 209
7　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 …… 210

8 公費負担医療制度（感染症、マル都、生活保護など）
1　各種医療費助成制度について …… 212
2　各制度の概要 …… 212
3　生活保護（法別番号：12） …… 215

9 労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険
1　労働者災害補償保険制度（労災保険制度） …… 217
2　地方公務員災害補償制度 …… 219
3　自動車損害賠償責任保険制度（自賠責保険制度） …… 219

10 日本医師会認定産業医制度
1　産業医とは …… 221
2　産業医の要件 …… 221
3　産業医の職務 …… 221
4　産業医の申請方法等 …… 221
5　更新 …… 222
6　審査と登録 …… 222

11 日本医師会生涯教育制度
1　日本医師会生涯教育制度の内容 …… 223

12 日医かかりつけ医機能研修制度 …… 232

参考

1 東京都各科医会のご案内 …… 237
東京都眼科医会 …… 238
東京都耳鼻咽喉科医会 …… 238
東京小児科医会 …… 239
東京精神神経科診療所協会 …… 239
東京内科医会 …… 240
東京泌尿器科医会 …… 240
東京都皮膚科医会 …… 241
日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東甲信部会 … 241
東京産婦人科医会 …… 242
東京都臨床整形外科医会 …… 242

2 リンク集 …… 243
厚生労働省「保険診療における指導・監査」
厚生労働省「令和６年度診療報酬改定について」
厚生労働省「オンライン診療研修実施概要」
日本医師会「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」
日本医師会「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」
日本医師会「医療安全管理指針のモデルについて」(改訂版)
日本医師会「院内感染対策指針のモデルについて」
社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供事例（医科）」
国民健康保険中央会「審査情報提供事例について」
東京都各科医会協議会
日本医師会
東京都医師会

編集　東京都医師会　医療保険委員会

おわりに

00_巻頭.indd 5　2025/01/23 15:51

00_巻頭.indd 6 2025/01/23 15:51

I
保険診療の基礎知識

保険診療とは I 1
カルテ I 2
施設基準や帳票類等 I 3
基本診療料 I 4
オンライン診療 I 5
指導料・医学管理料などの算定要件 I 6
投薬（処方）・注射 I 7
処置・リハビリ・手術など I 8
検体検査 I 9
生体検査・画像検査・病理検査 I 10
診療報酬明細書の記載要領 I 11
オンライン請求、オンライン資格確認 I 12
レセプトの点検、審査、返戻、査定、再審査請求など I 13
新規個別指導、集団的個別指導、個別指導、監査等 I 14

01_保険診療の基礎知識.indd 7 2025/01/21 9:24

01_保険診療の基礎知識.indd 8 2025/01/21 9:24

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

診療報酬は次のこと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養担当規則』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。

1　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、医薬品医療機器等法等も遵守する必要があります。

⑴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。

・心身の障害により医師の業務を適正に行うことができないものとして厚生労働省令で定めるもの
・麻薬、大麻、又はあへんの中毒者
・罰金以上の刑に処せられた者
・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。

・戒告
・３年以内の医業の停止
・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。診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若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、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箋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、診察を行わず処方箋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に記載する必要があります。

⑥処方箋の交付義務（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箋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）

●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。

●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（処方箋の交付義務）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。

2　医療法

⑴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。

01_保険診療の基礎知識.indd 9　2025/01/21 9:24

⑵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共に、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。

⑶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。

⑷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。

３　保険医療機関及び保険医療養担当規則（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。

⑴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、以下の通りです。

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

⑵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。

⑶適正な手続の確保（第２条の３）

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

⑷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。

⑸特定の保険薬局への患者誘導の禁止（第２条の５、第19条の３）

①処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。
②処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

説明：特定の保険薬局への誘導に該当しない状況
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が、
ア　複数の連携薬局の中から患者自ら選択した薬局で処方を受けるように説明すること
イ　時間外に対応できる薬局のリストを文書により提供すること
ウ　保険医療機関が、在宅で療養を行う患者に在宅患者訪問薬剤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

⑹処方箋の交付（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リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方

01_保険診療の基礎知識.indd 10　2025/01/21 9:24

箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

説明：リフィル処方

・症状が安定している患者について、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の仕組みが設けられた。

・保険医療機関内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」の欄に「✓」を記入する。

・リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回まで。１回当たりの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。

・療養担当規則第20条第３号ロにより、投薬量に限度が定められている医薬品（アルプラゾラム等）及び貼付剤については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

・処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要がある。また、リフィル処方により２種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の１回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要がある。

③保険医はその交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

⑺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。

⑻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。

⑼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（処方箋の交付）、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ず、保険診療とは認められない。

⑽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。

⑾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。

⑿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。

⒀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。

⒁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。

４　院内等掲示及び広告規制について

⑴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）などと一緒に標示しています。

また、医療法第14条の２により、管理者の氏名等につい

01_保険診療の基礎知識.indd 11　2025/01/21 9:24

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
- ・医療機関名
- ・標榜科等（公費適用）

②医療法第14条の２に規定する掲示
- ・管理者の氏名
- ・診療に従事する医師の氏名
- ・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等」による掲示

ア　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。

イ　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。

ウ　保険外負担に関する事項

保険外負担については、本書「Ⅲ　7保険外の患者負担について」において、その内容を説明しておりますのでご参照ください。

・「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。

・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、各々とあることです。「２人室１日当たり○○○○円」では各々ではありません。「501号室２人部屋１人１日当たり○○○○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あります。なお、施設基準を届け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ことが求められています。

⑥長期処方及びリフィル処方の掲示について

医師が処方する際､患者の症状が安定している場合には、処方日数の長期の処方を行うことができます。また、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方箋による処方（リフィル処方箋）が可能です。施設基準や算定基準の通知等において、これらの対応が可能である旨の掲示が要件となっているものがあります。注意してください。

⑦ウェブサイトへの掲載が求められているもの

施設基準等においてウェブサイトへの掲載が求められている事項があります（表１参照）。

院内掲示等の事例を「図１から図６」に掲載しましたので、参考としてください。

～　院内掲示等事例　～

図１

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　東京（とうきょう）　太郎（たろう）

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
- ・在宅時医学総合管理料
- ・がん性疼痛緩和指導管理料
- ・施設入居時等医学総合管理料

所在地 ▶ 〒101-○○○○ 東京都千代田区神田駿河台○-○
連絡先 ▶ TEL　○○-○○○○-○○○○
FAX　○○-○○○○-○○○○

01_保険診療の基礎知識.indd 12　2025/01/21 9:24

図２

「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

図３

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	○○○○円
・生命保険用診断書	○○○○円
・自賠責保険用診断書	○○○○円
・その他証明書	○○○○円
・診療録の開示手数料 （閲覧、写しの交付等に係る手数料）	○○○○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	○○○円

東京都医師会クリニック
院　長　東　京　太　郎

図４

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等、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

図５

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○○時から○○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○○-○○○-○○○○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　○○-○○○-○○○○
××病院　　○○-○○○-○○○○

東京都医師会クリニック
院　長　東　京　太　郎

図６

長期処方・リフィル処方せんについて 当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、

- **28日以上の長期の処方を行うこと**
- **リフィル処方せんを発行すること**

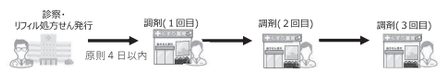
のいずれの対応も可能です。



※　なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。

リフィル処方せんとは？

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、**一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せん**です。



同一保険薬局で継続して調剤を受けることが出来ない場合は、前回調剤された薬局にもご相談ください

リフィル処方せんの留意点

i. 医師が患者の病状等を踏まえ、個別に投与期間を判断します。（最大３回まで）
ii. 投薬量に限度が定められている医薬品及び貼付剤（一部を除く）は、リフィル処方ができません。
iii. 薬剤師から、体調や服薬状況の確認のため、同一の保険薬局で調剤を受けることを勧める説明をすることがあります。
iv. 薬剤師から、次回の調剤予定の確認、予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により状況を確認することがあります。また、患者が他の薬局において調剤を受ける場合は、当該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があります。
v. 患者の体調変化を考慮し、リフィル処方せんの有効期間内であっても、薬剤師は、調剤を行わず患者に受診を勧め、処方医へ情報提供する場合があります。

患者のみなさまへ

令和６年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み

■ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、**先発医薬品の処方を希望される場合**は、**特別の料金をお支払いいただきます。**

■ この機会に、**後発医薬品の積極的な利用**をお願いいたします。

- 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
- 先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の４分の１相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただきます。
- 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。

新たな仕組みについて
特別の料金の対象となる医薬品の一覧などはこちらへ

後発医薬品について
後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関する基本的なこと

※QRコードから厚生労働省ＨＰの関連ページにアクセスできます。

将来にわたり国民皆保険を守るため
皆さまのご理解とご協力をお願いいたします

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

01_保険診療の基礎知識.indd 13　2025/01/21 9:24

表１　ウェブサイトに掲載する診療項目〔施設基準〕

◇保険医療機関における書面掲示について、原則としてウェブサイトに掲載しなければならないことになっています（令和７年５月31日まで経過措置あり。ただし、　色の項目については経過措置なし）。ここでは、施設基準等においてウェブサイトへの掲載が求められている事項のある診療項目をまとめています。

◇なお、★印の項目については、自ら管理するホームページ等を有しない場合についてはウェブサイトに掲載しなくてもよいことになっています。

区　分			項　目
A000　他			情報通信機器を用いた診療
A000　他		★	医療情報取得加算
A000	注10		機能強化加算〔初診料〕
A000	注16	★	医療DX推進体制整備加算〔初診料〕
A001	注11		明細書発行体制等加算〔再診料〕
A001	注12	★	地域包括診療加算（１、２）〔再診料〕
B001「22」	注２	★	難治性がん性疼痛緩和指導管理加算〔がん性疼痛緩和指導管理料〕
B001-2-5		★	院内トリアージ実施料
B001-2-9		★	地域包括診療料
B001-2-11		★	小児かかりつけ診療料
B001-2-12		★	外来腫瘍化学療法診療料１
B001-2-12		★	外来腫瘍化学療法診療料３
B001-2-12	注８		連携充実加算〔外来腫瘍化学療法診療料〕
B005-4		★	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）（Ⅱ）
C000	注10	★	介護保険施設等連携往診加算〔往診料〕
C001	注13	★	在宅医療ＤＸ情報活用加算〔在宅患者訪問診療料（Ⅰ）〕
C001-2	注６	★	在宅医療ＤＸ情報活用加算〔在宅患者訪問診療料（Ⅱ）〕
C002	注15	★	在宅医療情報連携加算〔在宅時医学総合管理料〕
C002-2	注５	★	在宅医療情報連携加算〔施設入居時等医学総合管理料〕
C003	注８	★	在宅医療ＤＸ情報活用加算〔在宅がん医療総合診療料〕
C003	注９	★	在宅医療情報連携加算〔在宅がん医療総合診療料〕
C005	注17	★	訪問看護医療ＤＸ情報活用加算〔在宅患者訪問看護・指導料〕
C005-1-2	注６	★	訪問看護医療ＤＸ情報活用加算〔同一建物居住者訪問看護・指導料〕
D282-3		★	コンタクトレンズ検査料
F100	注８	★	外来後発医薬品使用体制加算〔処方料〕
F400	注６	★	一般名処方加算〔処方箋料〕
I002	注11		早期診療体制充実加算〔通院・在宅精神療法〕
I012	注17	★	訪問看護医療DX情報活用加算〔精神科訪問看護・指導料〕
K			手術料　通則５及び通則６

区　分			項　目
A100			一般病棟入院基本料
A101			療養病棟入院基本料
A102			結核病棟入院基本料
A103			精神病棟入院基本料
A104			特定機能病院入院基本料
A105			専門病院入院基本料
A106			障害者施設等入院基本料
A108			有床診療所入院基本料
A109			有床診療所療養病床入院基本料
A237			ハイリスク分娩等管理加算
A243		★	後発医薬品使用体制加算
A243-2			バイオ後続品使用体制加算
A244	注２	★	薬剤業務向上加算〔病棟薬剤業務実施加算〕
A253		★	協力対象施設入所者入院加算
A317			特定一般病棟入院料

01_保険診療の基礎知識.indd　14　　2025/01/21　9:24

⑵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、次の通りです。

・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。
・誇大な広告を行うことはできません。
・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。
・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。

・医師である旨
・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２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）

・診療所の名称・電話番号・所在の場所・管理者氏名
・診療日・診療時間・予約による診療の有無
・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
・入院設備の有無・病床の種別ごとの数等
・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
・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
・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
・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
・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）
・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
・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。

表２　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）

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

出典：日本医師会

01_保険診療の基礎知識.indd 15　2025/01/21 9:24

2　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。

1　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。

2　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「Ⅰ　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。

⑴医師法第24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。」

⑵療養担当規則第22条

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

⑶療養担当規則第８条

「保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整理しなくてはならない。」

⑷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23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

3　診療録（カルテ）の欄の記載義務について

⑴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。

⑵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、ＩＣＤ10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（A000「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について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。

⑶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、代筆者のサイン又は押印等、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。前述の通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。

01_保険診療の基礎知識.indd 16　2025/01/21 9:24

≪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。それでも何もな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来てしまう」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又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もあります）。

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ので、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なのか分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分かりやすいですが、第三者が見て範囲が分かるようにしておいてください。

4　診療録（カルテ）記載の注意事項

⑴診療ごとの症状・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。

⑵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・健康診断的とみなされ算定は認められない場合が多い。

⑶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、効果判定がな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。

⑷医学管理等、在宅療養指導管理料の記載

医学管理等、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、患者への療養上の指導、指示、医学的管理を適切に行った上で、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ないにもかかわらず、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の判断で一律請求を行わないようにしてください。

⑸Ｂ000「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、甲状腺障害、喘息、胃潰瘍等）を主病とする患者に対して、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）。対象となる病名が付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

01_保険診療の基礎知識.indd 17　2025/01/21 9:24

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。

⑹診療録の「記載が不十分な例」「良い例」

図１　「記載が不十分な例」

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
＃１　狭心症 R●.４.４ ＢＰ140／80 薬のみ 特定疾患療養管理 （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）	Ｒｐ）アムロ●ピン（５mg） １錠 分１朝食後　28日分
R●.５.10 ＢＰ136／82 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

図２　「良い例」

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
R●.４.４ （Ｓ）狭心症発作なし　家庭血圧安定 （Ｏ）ＢＰ130／80 不整脈、心雑音なし （Ａ/Ｐ） ＃１　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 ＃２　高血圧症 内服にて血圧コントロールは良好。 特定疾患療養管理 （具体的な指導内容を記載する。画一的にならないよう注意。 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）	Ｒｐ）アムロ●ピン（５mg） １錠 分１朝食後　28日分
減塩6g未満が守られていないので指導した。	
R●.５.10 （Ｓ）特に自覚症状なし。家庭血圧も安定 （Ｏ）ＢＰ125／78　不整脈、心雑音なし。 （Ａ/Ｐ） ＃狭心症　＃高血圧症 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	Ｒｐ）アムロ●ピン（５mg） １錠 分１朝食後　28日分
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。 都医太郎	

図１は**狭心症**で通院中の患者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。

図２はカルテ記載の手法の１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のこと。

患者に確認した情報（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、「**狭心症**」「**高血圧症**」について、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。

５　電子カルテ

⑴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6.0版」（令和５年５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通りとなります。

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.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１つの要素を認証に用いること）

01_保険診療の基礎知識.indd　18　2025/01/21　9:25

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か月以内）

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。



01_保険診療の基礎知識.indd 19　2025/01/21 9:25

3　施設基準や帳票類等

1　施設基準

⑴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要件の確認が必要です。

②診療報酬点数表の注に「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。

⑵施設基準例：A000「初診料」、A001「再診料」、A002「外来診療料」

①情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

届出必要

以下の施設基準に適合し届出が必要。

ア　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。

イ　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。

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。

ア　地域包括診療加算１又は２、B001-2-9「地域包括診療料１又は２」、B001-2-11「小児かかりつけ診療料１又は２」、C002「在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所等に限る）」又はC002-2「施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所等に限る）」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年間において、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C001「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」の「１」、C001-2「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」又はC000「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年間において、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

イ　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さらに推進する観点から以下の基準を満たすこと。

ア　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。

イ　院内感染管理者は以下を実施。

・感染予防策等を定めたマニュアルの作成。

01_保険診療の基礎知識.indd 20　2025/01/21 9:25

・年２回程度、院内研修を実施。
・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。

ウ　医療機関及び行政機関との連携。
・Ａ234-2「感染対策向上加算１」の保険医療機関と連携していること。
・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)。
・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。
・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。
・感染症法の規定に基づき都道府県知事指定の第二種協定指定医療機関であること。
・感染症から回復した患者の罹患症状が継続している場合に必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制を有していることが望ましい。

エ　その他
・「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。
・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。
・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。
・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け出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。

ア　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。

イ　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。

ウ　連携するアの医療機関に対し、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け出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。

ア　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。

イ　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。

ウ　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抗菌薬適正使用体制加算 届出必要

外来感染対策向上加算を届け出ている保険医療機関が、抗菌薬の適正使用の実績がある場合の加算で、以下の基準が必要。

ア　抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。

イ　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。

ウ　抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。

エ　直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用率が60％以上又はウのサーベイランスに参加する診療所全体の上位30％以内であること。

⑧医療情報取得加算 届出不要

オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価した加算で、以下の基準が必要。

ア　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。

イ　オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

ウ　次に掲げる事項について、見やすい場所に掲示していること。
・オンライン資格確認を行う体制を有していること。
・受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

エ　ウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

⑨医療ＤＸ推進体制整備加算 届出必要

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有すると共に、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価した加算で、以下の基準が必要。

ア　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。

イ　オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録

01_保険診療の基礎知識.indd 21　2025/01/21 9:25

を行うこと。

ウ　オンライン資格確認等システムの活用により、診療情報等（患者の薬剤情報、特定健診情報等）を診察室等において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。

エ　「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。

オ　国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。

カ　レセプト件数ベース「マイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう）」が、下表の通りであること。

	レセプト件数ベースマイナ保険証利用率	
	令６.10.１から 令６.12.31	令７.１.１以降
加算１	15％以上	30％以上
加算２	10％以上	20％以上
加算３	５％以上	10％以上

※医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

キ　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

・医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関であること。

・マイナ保険証を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。

・電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療ＤＸにかかる取組を実施している保険医療機関であること。

ク　キの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

ケ　マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

⑩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。

ア　時間外対応加算１：常勤の医師又は看護職員等（条件を満たせば非常勤の場合でも可）により、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）。

イ　時間外対応加算２：非常勤の医師又は看護職員等により、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）。

ウ　時間外対応加算３：常勤の医師又は看護職員等（条件を満たせば非常勤の場合でも可）が、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）。

エ　時間外対応加算４：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、上記「時間外対応加算３」の体制が必要）。

⑪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。

⑫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　次に掲げる事項を院内掲示。

・健康相談及び予防接種相談を実施している

・通院患者について介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応が可能である

・患者の状態に応じ28日以上の長期投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である

ウ　イの掲示事項を原則ウェブサイトに掲載。

エ　院外処方では24時間対応薬局と連携。

オ　敷地内禁煙。

カ　介護保険制度に関与する決められた複数要件を満たしている。

キ　以下のいずれか１つを満たしている。

・時間外対応加算１、２、３又は４のいずれかの届出

01_保険診療の基礎知識.indd 22　2025/01/21 9:25

・常勤換算で２人以上の医師が配置され、そのうち１人以上が常勤医師である
・在宅療養支援診療所である

ク　以下のいずれかを満たしている。
・担当医が、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」に規定するサービス担当者会議に参加した実績がある
・担当医が、「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た実績がある
・介護支援専門員と対面あるいはＩＣＴ等を用いた相談の機会を設けている

ケ　厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

【地域包括診療加算１】
・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）。
・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）。
・直近１か月に外来診療（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。

【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。

⑬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）。

ア　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。

イ　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。

⑶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、地方厚生局長（東京都において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地方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か月以内（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ことがないこと、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なく、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理される必要があります。

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け出なければなりません。

⑷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て、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いいます。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。

●「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できません。
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ことが必要です。

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」について明確に示されている文書はありません。届け出する項目の通知文書で確認を取るか、地方厚生局の担当者に確認することが必要です。

01_保険診療の基礎知識.indd 23　2025/01/21 9:25

【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÷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）÷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。

＜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、「届出書添付書類（図１-２）」の［記載上の注意］において、さらに添付する書類が示されている場合があります。添付のない場合は受理してもらえませんのでご注意ください。

図１

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

連絡先　東京都医師会　〇〇診療所
担当者氏名：　東京　太郎
電話番号：03-〇〇〇-××××

（届出事項）

［ 時間外対応加算１ ］の施設基準に係る届出

［1-010］

□　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。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地及び名称　東京都〇〇区〇〇町〇〇―●
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　口には、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。

図１-２

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 ※該当するものに〇	◉時間外対応加算１　・時間外対応加算２ ・時間外対応加算３　・時間外対応加算４	
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　対応する常勤の職員数	（　〇〇　）名	
５　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	
６　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 ※該当するものに〇 （複数可）	〇	医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他（　　）
７　他の医療機関との連携 ※３	連携医療機関名	〇〇〇病院
８　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（△△△△）〇〇〇〇 連携医療機関　〇〇〇病院　03（●●●●）◎◎◎◎	
８　備考		

［記載上の注意］
１　「３」については、時間外対応加算２の届出をする場合のみ対応の責任者となる医師の氏名を記載すること
２　「４」については、時間外対応加算１又は３の届出をする場合のみ、時間外に対応する常勤の職員又は週22時間以上勤務する非常勤の職員の職員数を記入すること
３　「７」の「他の医療機関との連携」について、時間外対応加算１、時間外対応加算２又は時間外対応加算３の届出をする場合は、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こと。時間外対応加算４の届出をする場合は、輪番により連携する医療機関数は３以下であること。なお、具体的な内容については「８ 備考」欄に記載すること（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）。

※【他の医療機関との連携について】
・時間外対応加算１、時間外対応加算２又は時間外対応加算３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４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）

01_保険診療の基礎知識.indd　24　　2025/01/21　9:25

＜参考２＞

保険医療機関は、毎年８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、地方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。
※令和６年度から、定例報告の提出時期が８月に変更となりました。

■施設基準の届出状況等の報告（定例報告）について

○各保険医療機関は、診療報酬の算定要件とされる施設基準について、療担規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために毎年【８月１日】時点の状況を報告することとされている。
○この報告については、保険局医療課において取りまとめた内容について中央社会保険医療協議会へ報告を行っている。

施設基準等に関する定例報告（イメージ）

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年【８月１日】時点の状況等を地方厚生局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。

医療機関・薬局等
↓ 報告　毎年８月１日現在（入院基本料等に関する実施状況報告書　等）
地方厚生局　届出の内容確認　等
↓ 報告
厚生労働省　改定後の状況把握　等
↓ 報告
中央社会保険医療協議会

2　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ました。

⑴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､・・・患者の診療録にあっては、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、本書「Ⅰ　2カルテ（電子カルテ含む)」をご参照ください。

⑵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。

⑶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。

01_保険診療の基礎知識.indd 25　2025/01/21 9:25

3　各種届出等

⑴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」を届け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になります。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　診療所開設届第７号様式）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。

・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。
・管理者の履歴書
・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。
・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。
・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。
・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。
・敷地の平面図
・敷地周辺の見取り図
・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）
・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。

⑵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)開設者がほかに開設若しくは管理し、又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・担当診療科目及び診療日時
2)業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時（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、及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、臨床研修修了登録証は、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）

01_保険診療の基礎知識.indd 26　2025/01/21 9:25

◎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）又は管理者の住所・氏名、医師免許証、臨床研修修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）臨床研修修了登録証は、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

ア　診療所を休止又は廃止した場合
診療所休（廃）止届（休（廃）止後10日以内に提出）

イ　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）

ウ　開設者が死亡し又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を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.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/minamitama/youshiki/shinryoujotou/shinryoujo-shika.files/shunryoshokanri20240401.pdf

⑶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上、地方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るためです。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年が経過する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。

・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
・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ます。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きをする必要はありません。

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できません。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。

01_保険診療の基礎知識.indd 27　2025/01/21 9:25

図２　診療所開設届（個人）第７号様式　（令和６年３月31日現在　東京都南多摩保健所の書式）

第7号様式(第7条関係)

（第1片）　（表）

年　月　日

東京都南多摩保健所長　殿

開設者　住所
氏名　㊞
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		
本庇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			

（日本産業規格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　　㎡(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	㎡	㎡

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　㎡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　㎡
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	階から地上まで　箇所	
							階	階から地上まで　箇所	
	エレベーターの有無						有・無		

（日本産業規格A列4番）

（裏）

17　病室の構造概要　　室　　床

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	

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	㎡	㎡	科	㎡	㎡

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
	㎡		㎡

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
㎡	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
㎡			

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	㎡		

01_保険診療の基礎知識.indd 28　2025/01/21 9:25

4　基本診療料

1　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。

2　基本診療料

⑴A000「初診料」、A001「再診料」、A002「外来診療料」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」、一般病床200床以上の「地域医療支援病院」及び一般病床200床以上の「紹介受診重点医療機関」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

再診　3,000円

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。診療報酬を請求する場合は、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。

⑵初診料（291点）

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すで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か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。

・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。

・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。

・慢性疾患等は同一の疾病又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行った場合、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行った場合には、「同一日複数科初診料」（146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、皮膚科で同一日複数科初診料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、A001「同一日複数科再診料」（38点）を算定することができます（表１参照）。

表１　内科と皮膚科を同日に受診された場合の診察料（例）

	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）	291点	75点	75点
皮膚科（２つ目）	146点	38点	146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、同一日複数科初診料等は算定できません。

④６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との併算定はできません。

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。

ア　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

01_保険診療の基礎知識.indd 29　2025/01/21 9:25

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。

イ　休日加算の対象となる医療機関等は下記の通りとなります。

・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認めら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 200点・365点・695点）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。

※休日加算等の例を（図２）に表示しています。ご参照ください。

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の診療時間に初診を行った場合は夜間･早朝等加算(50点）を算定できます。

※休日加算等の例を（図２）に表示しています。ご参照ください。

⑶再診料（75点）

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行った場合には、同一日複数科再診料（38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）を算定できます。下記③との併算定はできません。

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）が算定できます。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）を算定します。

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・早朝等加算（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、地域包括診療加算等の算定はできません。

・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。

・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､算定することはできません。

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体制等加算（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。

・施設基準を満たさなければなりません。

・初診時・往診・訪問診療では算定できません。

・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が可）。

01_保険診療の基礎知識.indd 30　2025/01/21 9:25

・患者の受診している医療機関をすべて把握すると共に、処方されている医薬品すべてを管理し、カルテに記載すること。
・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こと。
・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こと。また、ワクチン接種等の相談も行っていること。
・７種類以上の内服薬の投与における減算は行わない。
・主治医意見書の作成を行っていること。
・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こと。
・28日以上の長期の投薬又はリフィル処方箋が交付可能であることを院内掲示していること。
・上記掲示事項についてウェブサイトに掲載していること。
・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。
・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、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）。

＜届出＞

地方厚生局への届け出が必要です。

⑷外来診療料（76点）

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を算定できます。

⑸その他の加算

①外来感染対策向上加算（６点）

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、空間的・時間的分離を含む適切な感染対策をさら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を初診料、再診料、Ｂ001-2-9「地域包括診療料」、Ｂ001-2-10「認知症地域包括診療料」、Ｂ001-2「小児科外来診療料」、Ｂ001-2-11「小児かかりつけ診療料」､Ｂ006「救急救命管理料」（500点）等に加算できます。

【主な施設基準】

ア　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
イ　院内感染管理者は以下を実施
・感染予防策等を定めたマニュアルの作成
・年２回程度、院内研修を実施
・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
ウ　医療機関及び行政機関との連携
・年２回程度、Ａ234-2「感染対策向上加算１」（710点）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）
・抗菌薬の適正使用について、感染対策向上加算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
・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
・都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関であること
エ　その他
・「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
・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
・新興感染症の発生時等に発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること
・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（３点）

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】

ア　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
イ　連携する上記の医療機関に対し、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（１点）

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

01_保険診療の基礎知識.indd 31　2025/01/21 9:25

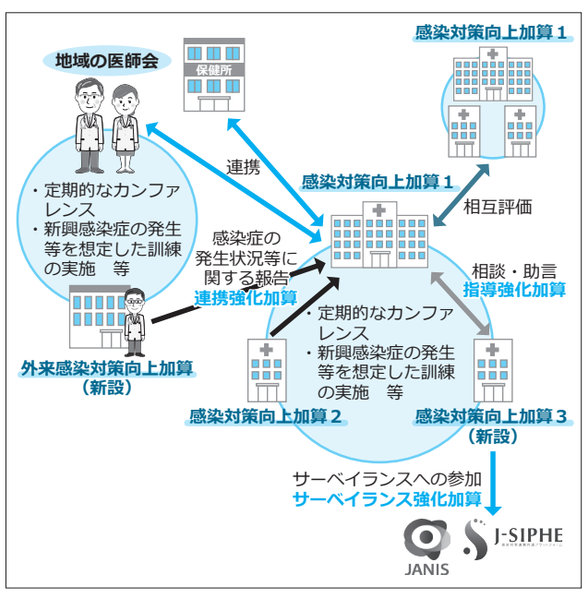
機関が、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り所定点数に加算します。

【主な施設基準】

ア　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

イ　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



⑹令和６年度診療報酬改定における新設

令和６年度診療報酬改定により、以下の項目が新設されました。

①発熱患者等対応加算（20点）

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、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月１回に限り所定点数に加算します。

②抗菌薬適正使用体制加算（５点）

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、抗菌薬の使用状況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、抗菌薬適正使用体制加算として、月に１回に限り所定点数に加算します。

【主な施設基準】

ア　外来感染対策向上加算に係る届出を行っている

イ　抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加している

ウ　直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60％以上又は上記のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30％以内である

③医療情報取得加算（１点）

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、オンライン資格確認を活用して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は月１回、再診を行った場合は３月に１回に限り、医療情報取得加算として、所定点数に加算します。

【主な施設基準】

ア　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

イ　電子資格確認を行う体制を有している

ウ　電子資格確認に係る事項に関して院内の見やすい場所に掲示している

エ　上記掲示事項について、ウェブサイトに掲載している

④医療ＤＸ推進体制整備加算

オンライン資格確認を活用すると共に医療ＤＸ推進に係る体制を有し、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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算します。

医療ＤＸ推進体制整備加算１　11点

医療ＤＸ推進体制整備加算２　10点

医療ＤＸ推進体制整備加算３　８点

【主な施設基準】

ア　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

イ　オンライン資格確認を行う体制を有している

ウ　オンライン資格確認等システムの活用により、診療情報等を診療を行う診察室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制を有している

エ　電子処方箋を発行できる体制を有している

オ　電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している

カ　マイナ保険証の利用率について、十分又は必要な実績を有している

キ　医療ＤＸ推進の体制に関する事項等について院内の見やすい場所に掲示している

ク　上記掲示事項について、ウェブサイトに掲載している

⑤看護師等遠隔診療補助加算（50点）

01_保険診療の基礎知識.indd　32　　2025/01/21　9:25

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、へき地診療所の医師等が看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、所定点数に加算します。

【主な施設基準】

ア　へき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けている

イ　当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置している

ウ　情報通信機器を用いた診療の届出を行っている

本要点は開業医を対象としているため、入院料等は割愛します。

＜参考＞

令和６年度改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組みとして特例的な対応が行われ、初･再診料、入院基本料等の基本診療料の引上げに加え、次の「ベースアップ評価料」が新設されています。

⑴Ｏ100外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）は、当該保険医療機関に勤務する主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という）の賃金の改善を実施することについて評価したものです。厚生労働大臣が定める施設基準適合届出保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診、訪問診療（この項において「初診等」という）を行った場合に算定できます。

１　初診時		6点
２　再診時等		2点
３　訪問診療時	イ　同一建物居住者等以外	28点
	ロ　イ以外	7点

⑵Ｏ101外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）は、当該保険医療機関が勤務する対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて評価したものです。厚生労働大臣が定める施設基準適合届出保険医療機関を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できます。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	2	3	4	5	6	7	8
イ　初診又は訪問診療	8点	16点	24点	32点	40点	48点	56点	64点
ロ　再診時等	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点

⑶Ｏ102入院ベースアップ評価料（１日につき）

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものです。厚生労働大臣が定める施設基準適合届出保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く）を算定している患者について、１日につき１回に限り算定できます。

入院ベースアップ評価料１	1点	～	～
入院ベースアップ評価料２	2点	入院ベースアップ評価料164	164点
入院ベースアップ評価料３	3点	入院ベースアップ評価料165	165点

※各所定点数等は、「医科診療報酬点数表」を参照してください。

01_保険診療の基礎知識.indd 33　2025/01/21 9:25

図２　時間外加算・深夜加算・休日加算の算定内訳

診療時間　診療時間外　夜間早朝等加算　休日加算　時間外加算　深夜加算

事例１：平日に通常診療を行う医療機関

平日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
診療時間	診療時間外			診療時間			昼休み			診察時間				診療時間外			
7：00～11：00 15：00～19：00	初診料	291															
昼休み	加算	深夜加算	時間外加算 ※1	夜間早朝等加算	加算なし		時間外加算 ※1		加算なし		夜間早朝等加算	時間外加算 ※1		深夜加算			
11：00～15：00		480	85	50	0		85		0		50	85		480			
	合計	771	376	341	291		376		291		341	376		771			

事例２：土曜日を診療日としている医療機関

土曜日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
診療時間	診療時間外			診療時間						診療時間外							
9：00～15：00	初診料	291															
	加算	深夜加算	時間外加算 ※1		加算なし		夜間早朝等加算			時間外加算 ※1				深夜加算			
		480	85		0		50			85				480			
	合計	771	376		291		341			376				771			

事例３：土曜日を休診日としている医療機関

土曜日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1日休診	診療時間外																
	初診料	291															
	加算	深夜加算	時間外加算 ※1														深夜加算
		480	85														480
	合計	771	376														771

事例４：日曜・休日を休診日としている医療機関で急患等のため診察した場合、又は「救急病院」や自治体が定める救急体制（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																	
初診料	291																
加算	深夜加算	休日加算 ※2															深夜加算
	480	250															480
合計	771	541															771

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

日曜・休日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
診療時間	診療時間外			診療時間			昼休み			診療時間				診療時間外			
8：00～11：00 15：00～19：00	初診料	291															
昼休み	加算	深夜加算	休日加算 ※1	夜間早朝等加算	休日加算 ※1		夜間早朝等加算		休日加算 ※1		夜間早朝等加算	休日加算 ※1		深夜加算			
11：00～15：00		480	250	50	250		50		250		50	250		480			
	合計	771	541	341	541		341		541		341	541		771			

＜＜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、診療が遅れ応能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すべての患者に対し休日加算が算定可能です。（応能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：「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ことが必要です。

01_保険診療の基礎知識.indd　34　　2025/01/21　9:25

5　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の診療行為をリアルタイムに行う行為と定義されている。

＜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。

1　A000「初診料」（情報通信機器を用いた場合）

＜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。
・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。
・「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。

2　A001「再診料」・A002「外来診療料」（情報通信機器を用いた場合）

対象患者、算定要件ともに初診料算定の要件に準ずる。

3　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

令和６年度診療報酬改定において、以下のものについて新たな評価が行われました。

・B001・4「小児特定疾患カウンセリング料」、B001・37「慢性腎臓病透析予防指導管理料」（新設）、B001-3-3「生活習慣病管理料（Ⅱ）」（新設）
・C107-2「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」：閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（ＣＰＡＰ）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合
・Ｉ002「通院精神療法」：「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて行った場合

01_保険診療の基礎知識.indd 35　2025/01/21 9:25

なお、令和６年度診療報酬改定において名称変更若しくは新設された、B001-3「生活習慣病管理料（Ⅰ）」、B005-14「プログラム医療機器等指導管理料」（90点）及びB011-6「栄養情報連携料」（70点）はオンライン診療の対象外となっている。

表１　オンライン診療と対面診療の対比表

（アンダーラインは令和６年度新設、※は項目中抜粋あり）

点数名称	オンライン	対面診療
B000　特定疾患療養管理料「１」※	196点	225点
B001・1　ウイルス疾患指導料１	209点	240点
B001・1　ウイルス疾患指導料２	287点	330点
B001・4　小児特定疾患カウンセリング料「イ(1)」※	696点	800点
B001・5　小児科療養指導料	235点	270点
B001・6　てんかん指導料	218点	250点
B001・7　難病外来指導管理料	235点	270点
B001・8　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	218点	250点
B001・8　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	87点	100点
B001・18　小児悪性腫瘍患者指導管理料	479点	550点
B001・22　がん性疼痛緩和指導管理料	174点	200点
B001・23　がん患者指導管理料「イ」※	435点	500点
B001・24　外来緩和ケア管理料	252点	290点
B001・25　移植後患者指導管理料	261点	300点
B001・27　糖尿病透析予防指導管理料	305点	350点
B001・31　腎代替療法指導管理料	435点	500点
B001・37　慢性腎臓病透析予防指導管理料「イ」・「ロ」	261点 218点	300点 250点
B001-2-3　乳幼児育児栄養指導料	113点	130点
B001-3-3　生活習慣病管理料（Ⅱ）	290点	333点
B001-9　療養・就労両立支援指導料「１」※	696点	800点
B005-6　がん治療連携計画策定料２※	261点	300点
B005-6-4　外来がん患者在宅連携指導料	435点	500点
B005-8　肝炎インターフェロン治療計画料	609点	700点
B008-2　薬剤総合評価調整管理料	218点	250点
C101　在宅自己注射指導管理料「１」※	1070点	1230点
C107-2　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２	218点	250点
I 002　通院・在宅精神療法「１ハ(1)①」	357点	410点
I 002　通院・在宅精神療法「１ハ(2)①」	274点	315点
I 016　精神科在宅患者支援管理料	＋100点	－

4　C002「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で評価が分かれている（表２参照）。

＜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。

5　C002-2「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て実施した場合で評価が分かれている（表２参照）。

＜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。

6　B001・9「外来栄養食事指導料」

栄養食事指導の実施をさら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（電話での実施も可）。

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

③初回指導月は月２回に限り、その他の月は月１回に限り算定可能

01_保険診療の基礎知識.indd 36　2025/01/21 9:25

表２　在宅診療・施設訪問時のオンライン診療算定例

※在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院　：在支病	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					機能強化型在支診・在支病（病床なし）					在支診・在支病					その他				
在宅時医学総合管理料 単位：人	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–
①月２回以上訪問（重症患者）	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,435	2,820	1,785	1,500	1,315
②月２回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555
③うち１回は情報通信機器を用いた診療	**3,014**	**1,670**	**865**	**780**	**660**	**2,774**	**1,550**	**805**	**720**	**611**	**2,554**	**1,450**	**765**	**679**	**578**	**2,014**	**1,165**	**645**	**573**	**487**
④月１回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395
⑤うち２月目は情報通信機器を用いた診療	**1,500**	**828**	**425**	**373**	**317**	**1,380**	**768**	**395**	**344**	**292**	**1,270**	**718**	**375**	**321**	**275**	**1,000**	**575**	**315**	**264**	**225**
施設入居時等医学総合管理料 単位：人	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–	1	2–9	10–19	20–49	50–
①月２回以上訪問（重症患者）	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,315
②月２回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555
③うち１回は情報通信機器を用いた診療	**2,234**	**1,250**	**865**	**780**	**660**	**2,054**	**1,160**	**805**	**720**	**611**	**1,894**	**1,090**	**765**	**679**	**578**	**1,534**	**895**	**645**	**573**	**487**
④月１回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395
⑤うち２月目は情報通信機器を用いた診療	**1,110**	**618**	**425**	**373**	**317**	**1,020**	**573**	**395**	**344**	**292**	**940**	**538**	**375**	**321**	**275**	**760**	**440**	**315**	**264**	**225**

01_保険診療の基礎知識.indd 37　2025/01/21 9:25

6　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。」

1　指導料・医学管理料算定要件等

指導料・医学管理料について、「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。」とあり、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・医学管理料について概要・注意点を記載します。

＊各管理料等の算定及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。

2　項目別説明（主要項目）
※特に注意すべき医学管理料、在宅療養指導管理料

⑴情報通信機器を用いた場合の医学管理等

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。

②①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。

・入院中の患者に対して実施されるもの
・救急医療として実施されるもの
・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
・「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

医学管理等におけるオンライン診療と対面診療の対比については、本書「Ⅰ　5 オンライン診療」をご参照ください。

⑵B000「特定疾患療養管理料」　届出不要

令和６年度の診療報酬改定において、対象疾患から糖尿病、高血圧性疾患が除外されました。脂質異常症については家族性高コレルテロール血症等の遺伝性疾患のみが対象となります。また、新たにアナフィラキシーとギラン・バレー症候群が追加されました。

特定疾患療養管理料は「厚生労働大臣が定める疾患（特定疾患）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る（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いえるもので、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、不整脈、喘息、胃潰瘍など厚生労働大臣が定める特定疾患に対して、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１か月以内は算定できません。

＜注意点＞

①厚生労働大臣が定める特定疾患が「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い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。患者が喘息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。例えば喘息で通院中の患者が「発熱」を訴えて受診し解熱剤などを処方した場合、当日に喘息に対する診療、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、個々の患者に応じた指導をお願いします。例えば、喘息の患者

01_保険診療の基礎知識.indd 38　2025/01/21 9:25

への指導として「運動制限」と記載するだけでなく「激しい運動は避け、ウォーキング等を行うよう指導」など具体的な指導・記載を心掛けてください。

⑶Ｂ001・２「特定薬剤治療管理料１」(470点)　届出不要

特定の疾患（てんかん・気管支喘息・不整脈・躁うつ病など）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。
⑤４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。

⑷Ｂ001・３「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、Ｄ009「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。
ア）腫瘍マーカーの検査結果を記載する。
イ）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。
ウ）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ＢＴＡ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。

⑸Ｂ001・６「てんかん指導料」(250点)　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､Ｂ001･５「小児科療養指導料」(270点)、Ｂ001･18「小児悪性腫瘍患者指導管理料」(550点)を算定している患者については算定できません。
②初診の日から１か月以内は算定できません。
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。

⑹Ｂ001・７「難病外来指導管理料」(270点)　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１か月以内は算定できません。

＜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・Ｂ001・８「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。

⑺Ｂ001・８「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（Ⅱ）でそれぞれ対象となる疾患が定められています。
③初診の日から１か月以内は算定できません。
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。

⑻Ｂ001・17「慢性疼痛疾患管理料」(130点)　届出不要

慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性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。

01_保険診療の基礎知識.indd 39　2025/01/21 9:25

＜注意点＞

①Ｊ118「介達牽引」（35点）、Ｊ118-2「矯正固定」（35点）、Ｊ118-3「変形機械矯正術」（35点）、Ｊ119「消炎鎮痛等処置」（35点）、Ｊ119-2「腰部又は胸部固定帯固定」（35点）、Ｊ119-3「低出力レーザー照射」（35点）、Ｊ119-4「肛門処置」（24点）を同一月内において、併算定することはできません。

②Ａ001の「外来管理加算」（52点）を同一月内において、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月途中に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①②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。

⑼Ｂ001・21「耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料」（150点） 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初診の日から１か月以内は算定できません。

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。

⑽Ｂ001-2「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。原則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。

⑾Ｂ001-2-9「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・訪問診療時（往診含む）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が可）。

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、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）。

⑿Ｂ001-2-11「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施設基準を満たさなければなりません。

②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。

⒀小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料における「小児抗菌薬適正使用支援加算」（80点） 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

01_保険診療の基礎知識.indd 40　2025/01/21 9:25

することができます。対象患者は「急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎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施設基準を満たさなければなりません(届出は不要です)。

②「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。

③インフルエンザが確定あるいは疑いの患者及び新型コロナ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。

⑭Ｂ001-3「生活習慣病管理料（Ⅰ）」、Ｂ001-3-3「生活習慣病管理料（Ⅱ）」（333点）　届出不要

令和６年度診療報酬改定において、生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設に伴い、従来のものは生活習慣病管理料（Ⅰ）に名称変更されました。生活習慣病管理料（Ⅱ）は､検査･注射・病理診断の費用は含まれていません。また、併算定できる医学管理料等の種類も異なります。

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施設基準を満たさなければなりません(届出は不要です)。

②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２参照）

③交付した治療計画書の写しは診療録に添付しておくことが必要です。

④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。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合や、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合は、療養計画書の血液検査項目の記載を省略しても差し支えありません。

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することが望ましいとされています。

⑤治療計画書の交付は内容に変更がない場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合に交付するものとして、概ね４月に１回以上は交付します。

⑥Ａ000「初診料」（291点）を算定した日が属する月においては、算定できません。

⑦糖尿病を主病とする場合、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。

⑧Ｂ000「特定疾患療養管理料」をはじめとする各種の医学管理等は、所定点数に含まれ算定できません（一部、除外があります。（Ⅰ）と（Ⅱ）で除外される医学管理等が違います)。また、（Ⅰ）は検査、注射、病理診断の費用も算定できません。

＜届出＞

外来データ提出加算（50点）を算定する場合は地方厚生局への届け出が必要です。

⑮Ｂ001-3-2「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。

②５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。

③２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。

⑥35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算定の実績を地方厚生局へ報告する必要があります。

⑯診療情報提供料

①Ｂ009「診療情報提供料（Ⅰ）」（250点）　届出不要

診療に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す「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。

●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状況を示す「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。

●精神障害者である患者又は家族等の同意を得て、精神障害者施設等へ診療状況を示す「診療情報提供書」を

01_保険診療の基礎知識.indd 41　2025/01/21 9:25

添えて患者の紹介を行った場合も算定可。

●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、患者又はその家族等の同意を得て診療状況を示す「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。ただし、当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

●診療情報提供書には紹介先の医療機関名等の記載がなければならない。

●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。

●当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。
ア　当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。
　a　当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
　b　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
　c　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
　d　当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の３を超える場合
　e　ａからｄまでに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る）
イ　「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。
ウ　「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。
　a　事実上婚姻関係と同様の事情にある者
　b　使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの
　c　ａ又はｂに掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

②Ｂ010「診療情報提供料（Ⅱ）」（500点）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回に限り算定できます。

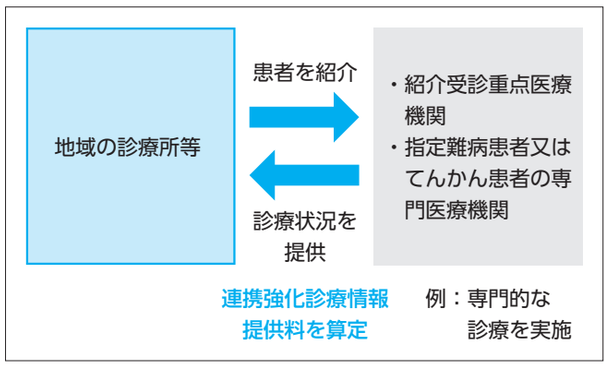
③Ｂ011「連携強化診療情報提供料」（150点）届出不要

他の医療機関等から紹介された患者に対して、紹介元の医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合、患者１人につき提供する保険医療機関ごとに月１回に限り算定できます。

●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。

●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。

図１　連携強化診療情報提供料のイメージ図



⑰Ｂ013「療養費同意書交付料」（100点）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同意書等の病名によっては施術の対象とはなりません。

⑱Ｃ101「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（580点）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。

01_保険診療の基礎知識.indd 42　2025/01/21 9:25

⑤C151「注入器加算」（300点）やC153「注入器用注射針加算」は、「院内から注入器や注射針を処方した場合」に算定できる点数です。院外処方で注入器や注射針を処方した場合は、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「注射針のみ」の処方はできません。

図2-1　別紙様式9

（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：
生年月日：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

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

【目標】

【目 標】 □体重：（　　kg）　□BMI：（　　）　□収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
□HbA1c：（　　%）

【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
（　　）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事	□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　　） □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　　） □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　）） □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動	□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　　） □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　） □運動時の注意事項など（　　）
□たばこ	□非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
□その他	□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量 □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） □その他（　　）

【検査】

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）　□総コレステロール　（　　mg/dl）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）　□中性脂肪　（　　mg/dl）
（　　mg/dl）　□HDLコレステロール　（　　mg/dl）
□HbA1c：（　　%）　□LDLコレステロール　（　　mg/dl）
※血液検査結果を手交している場合は記載不要　□その他　（　　）

【その他】
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
□その他　（　　）

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入

患者署名	医師氏名

01_保険診療の基礎知識.indd 43　2025/01/21 9:25

図2-2　別紙様式９の２

（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：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

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

【目標】

【目 標】□体重：（　　kg）　□BMI：（　　）　□収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
□HbA1c：（　　%）

【①目標の達成状況】
（　　）

【②達成目標】：患者と相談した目標
（　　）

【③行動目標】：患者と相談した目標
（　　）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事

□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　　□外食の際の注意事項（　　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　　）
□節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
□間食：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　））
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動

□今回は、指導の必要なし
□運動処方：種類（ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　　）
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　　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　）
□運動時の注意事項など（　　）

□たばこ

□禁煙・節煙の有効性　　□禁煙の実施方法等

□その他

□仕事　　□余暇　　□睡眠の確保（質・量）　□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　　）

【検査】

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）　□総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）　□中性脂肪（　　mg/dl）
（　　mg/dl）　□HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
□HbA1c：（　　%）　□LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
※血液検査結果を手交している場合は記載不要　□その他（　　）

【その他】

□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
□その他　（　　）

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入

患者署名	医師氏名

□　患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
（なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない）

01_保険診療の基礎知識.indd 44　2025/01/21 9:25

図３-１　別紙様式11、別紙様式11の２

（別紙様式11）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

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　明・大・昭・平・令　　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。

01_保険診療の基礎知識.indd 45　2025/01/21 9:25

（別紙様式11の2）

紹介先医療機関等名
担当医　　科　　殿

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況
□　地域包括診療加算　　□　地域包括診療料　　□　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又は在宅療養支援病院）
□　施設入居時等時医学総合管理料（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）

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　明・大・昭・平・令　　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。

01_保険診療の基礎知識.indd 46　　2025/01/21 9:25

図３-２　別紙様式12

（別紙様式１２）

年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名　　印

患者氏名

性別　（　男　・　女　）　　生年月日　　明・大・昭　　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（　　年　　月　　日）	情報提供回数　　回
傷病名（疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.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	年　月　日
	受診年月日	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

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ	何らかの認知症を有するが、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、行動や意思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、行動や意思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、行動や意思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。

01_保険診療の基礎知識.indd 47　2025/01/21 9:25

図３-３　別紙様式12の２

（別紙様式12の2）

年　月　日

情報提供先市町村

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　：　　年　月　日	退院（予定）日　：　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. 必要がある場合は続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。

01_保険診療の基礎知識.indd 48　2025/01/21 9:25

図３-４　別紙様式12の３、別紙様式12の４

（別紙様式12の3）

年　月　日

情報提供先市町村

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	年　月　日生 男・女　（　）歳 職業（　）	
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		
児の氏名	男・女　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　：　年　月　日	退院（予定）日　：　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（　）
	こどもとの分離歴	・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。

01_保険診療の基礎知識.indd 49　2025/01/21 9:25

（別紙様式12の４）

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年　月　日

情報提供先事業所
担当　殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX番号
医師氏名　印

患者氏名	（ふりがな） 生年月日:西暦　年　月　日（　歳）	男 ・ 女	〒　－ 連絡先　（　）

1. 患者の病状、経過等

（1）診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については１.に記入）及び発症年月日
1　発症年月日（西暦　年　月　日頃）
2　発症年月日（西暦　年　月　日頃）
3　発症年月日（西暦　年　月　日頃）
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容
（3）病状等の説明内容と患者の希望
（4）日常生活の自立度等について 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 認知症高齢者の日常生活自立度　□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
（5）栄養・口腔に関する情報 □下記参照　□別紙様式50等参照
摂食方法　：□経口　□経管栄養　□静脈栄養　　食物アレルギー　：□なし　□あり（　） 摂食嚥下機能障害　：□なし　□あり　　水分とろみ　：□なし　□あり（□薄い・□中間・□濃い） 食 形 態　：主食　□米飯　□軟飯　□全粥　□その他（　）　副食　□普通　□軟菜　□その他（　） 義歯使用　：□なし　□あり（□部分　・　□総）　　左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる：□できる　□できない 歯の汚れ　：□なし　□あり　　歯肉の腫れ、出血：□なし　□あり 在宅生活における留意点：
（6）服薬に関する情報 内服薬　：□なし　□あり（入院後の内服薬変更：□なし　□あり）　　一包化の必要性：□なし　□あり 服薬介助：□自立　□ 一部介助（介助内容：　）　□全介助 退院時処方：□なし　□あり（退院日含め　日分）　　服薬アレルギー：□なし　□あり（　） 在宅生活における留意点：
（7）療養上の工夫点（医療上の留意点、安全の配慮等） □なし　□あり →工夫点（例：ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等）：
（8）入院期間 入院日：　年　月　日　　退院日：　年　月　日

01_保険診療の基礎知識.indd 50　2025/01/21 9:25

2. 退院後のサービスの必要性

□訪問診療	□訪問看護（特別指示書：□あり □なし）	□訪問歯科診療	□訪問薬剤管理指導
□訪問リハビリテーション	□訪問歯科衛生指導	□訪問栄養食事指導	
□通所リハビリテーション	□短期入所療養介護	□その他の医療系サービス（　　）	

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化

□あり（同封の書類をご確認ください）　□なし

(2)自助具の使用

□なし　□あり（　　）

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

□尿失禁	□転倒・骨折	□移動能力の低下	□褥瘡	□心肺機能の低下	□閉じこもり
□意欲低下	□徘徊	□低栄養	□摂食・嚥下機能低下	□脱水	□易感染性
□がん等による疼痛	□その他（　　）				
→ 対処方針（　　）					

(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針

□起居動作	□移動	□運動	□排泄	□睡眠	□入浴
□摂食	□嚥下	□血圧	□その他（　　）		
→ 対処方針（　　）					

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援

社会生活面の課題 □特になし □あり（　　）

→ 必要な支援（　　）

(3) 特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1)意向の話し合い　：□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　　年　　月　　日）

□話し合いを実施していない（□本人からの話し合いの希望がない　□それ以外）

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向：□下記をご参照ください　□別紙参照（入院中に記載した書類等：　　）

(3)話し合いの参加者：□本人　□家族（氏名：　　続柄：　　）（氏名：　　続柄：　　）

□医療・ケアチーム　□その他（　　）

(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

01_保険診療の基礎知識.indd 51　2025/01/21 9:25

図３-５　別紙様式13

（別紙様式１３）

年　　月　　日

介護老人保健施設・介護医療院　　殿

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　㊞

患者	氏　名		男・女
	生年月日	明・大・昭　　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

01_保険診療の基礎知識.indd 52　2025/01/21 9:25

7　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、医薬品目ごとに規格、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・療法及び新しい療法は、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」「賃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ない」「会計処理を連結しない」

【構造】「構造的に分離していること」「誘導設備がないこと」「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。

1　投薬（処方）・注射

⑴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、薬価基準に収載されている医薬品を「効能･効果、用法･用量、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14日分、30日分又は90日分が限度です。

③後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に当たり、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（医療上必要）」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。

≪長期収載品について≫

令和６年10月より、長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）について、選定療養の仕組みが導入されました。処方医が、治療上の必要があり長期収載品を指定する場合は従来通りですが、患者の希望により長期収載品を処方する場合には、特別な料金（先発医薬品と後発医薬品の価格差の４分の１相当の料金）を患者が負担することになります。選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等に関し患者に十分な説明を行うことが必要です。また、これに伴い処方箋の様式が変更されています。

【処方箋の変更点】

①「変更不可」欄に「(医療上必要)」を追加し、処方医が､処方箋に記載した医薬品（長期収載品）について、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に､「変更不可（医療上必要)」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ､「保険医署名」欄に署名又は記名・押印する。

②「患者希望」欄を新設し、患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載する。

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Ｆ400「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。

⑴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､スピロノラクトンを投与する。

③血栓症の患者やケトーシスのある糖尿病の患者に静注用脂肪乳剤を投与する。　など

⑵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テプ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

01_保険診療の基礎知識.indd 53　2025/01/21 9:25

⑶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プレノルフィンを、硬膜外に投与する。　など
⑷過量投与
①蕁麻疹に対し、肝庇護剤（グルタチオン製剤等）の常用量を超えて投与する。　など
⑸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を併用する。　など
⑹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、各種抗菌薬等を併用する。
②必要性に乏しい抗不安薬、あるいは睡眠薬の３種類以上を併用する。　など
⑺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
⑻疑い病名での投与
①疑い病名では原則として投薬は認められない。
⑼投与の制限
①頓服薬は、東京都では原則、10回分までの処方とする。
②貼付剤は、原則、１処方につき63枚を限度とする。
⑽抗菌薬の使用
①Ｄ018「細菌培養同定検査」やＤ019「細菌薬剤感受性検査」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。
⑾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、又は明らかなレセプト病名と判断される場合のビ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。
⑿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、又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診療録に記載すること。
⒀第６部・通則「外来化学療法加算（１・２）」について
①関節リウマチ等の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く）に対して、注射による化学療法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。

⑵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は緊急の場合を除き認められておりません。

①院内処方
ア　診察を受けた医療機関の薬局で薬を受け取ることを院内処方といいます。
イ　院内処方は次により算定することになります。
Ｆ000「調剤料」＋ Ｆ100「処方料」＋ Ｆ200「薬剤料」（算定要件を満たした場合は、Ｆ500「調剤技術基本料」、Ｂ011-3「薬剤情報提供料」（４点）、手帳記載加算（３点）を上記に加え算定できる）

②院外処方
ア　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。
イ　院外処方はＦ400「処方箋料」にて算定することになります。
ウ　処方箋の使用期間は原則「発行日を含めて４日間」ですが、長期の旅行等特殊の事情により予め使用期間を変更して発行することも可能です。ただし、既に発行した処方箋を訂正することにより使用期間を延長することはできません。

＜注意点＞

⑴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。

⑵F100処方料又はF400処方箋料の「特定疾患処方管理加算」（56点）の算定について
長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に、月１回に限り、１処方につき算定できます。患者に処方された薬剤の処方期間がすべて28日以上である必要はありません。
※令和６年度診療報酬改定により、特定疾患処方管理加算１が廃止され旧特定疾患処方管理加算２に一本化し

01_保険診療の基礎知識.indd 54　2025/01/21 9:25

「特定疾患処方管理加算」となりました。対象疾患から糖尿病及び高血圧性疾患が除外され、脂質異常症については家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患のみが対象です。リフィル処方箋の場合でも複数回使用による合計の処方期間が28日以上であれば対象となります。

⑶その他

①処方箋の使用期間が過ぎてしまった場合や、患者が薬局で薬剤を受け取る前に処方箋をなくした場合

ア　前回の診療から処方内容を変更する必要がなく、再度の診察を行わずに処方箋の再発行のみを行った場合、再発行の費用は自費診療の扱いとなります。この場合の薬剤･調剤の費用は保険診療の扱いです。

イ　前回の診療以降に患者の状態に変化があり、再度診療を行い処方箋を再交付した場合は、再診料や処方箋料は保険診療の扱いとなり、薬局での薬剤・調剤の費用も保険診療の扱いとなります。

②薬剤を紛失した場合

ア　医療機関で処方した薬剤を患者が紛失した場合は、大地震や台風等やむを得ない場合を除き、再処方した薬剤の費用は自費診療の扱いとなります。なお、大地震や台風等により薬剤や処方箋を紛失した場合は、診察料、処方箋料ともに保険診療の扱いとなります（災害の都度、厚労省から示されます)。

イ　医療機関が交付した処方箋により患者が薬剤を受け取った後に紛失した場合は、患者は医療機関で処方箋の再発行を受ける必要がありますが、再発行の費用は自費診療の扱いとなり、薬局での薬剤・調剤の費用も自費診療の扱いとなります。カルテや処方箋の備考欄には「薬剤の紛失による処方箋の再発行」である旨、記載してください。

リフィル処方箋

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、一定期間内に反復利用できる処方箋です。以下対象患者や留意事項等について説明いたします。

【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】

⑴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「✓」を記入する。

⑵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。

⑶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貼付剤については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

⑷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。

⑸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共に、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。

⑹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、受診勧奨を行うと共に、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。

⑺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。

⑻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共に必要な情報をあらかじめ提供すること。

⑼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。

⑶注射

注射は、次に掲げる場合に行います。

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その他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＞

⑴注射薬と経口薬の併用投与については、本書「Ⅰ　7投薬（処方）・注射　1　投薬（処方）・注射」の「＜注意点＞⑿注射薬と経口薬の併用投与」をご参照ください。

01_保険診療の基礎知識.indd 55　2025/01/21 9:25

⑵外来化学療法加算（１・２）については、本書「Ⅰ　7　投薬（処方）・注射　１　投薬（処方）・注射」の「＜注意点＞⒀第６部・通則「外来化学療法加算（１・２）」について」をご参照ください。

２　後発医薬品の使用について

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認された医薬品です。

厚生労働省では後発医薬品の使用推進として、平成25年４月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取り組みを進めております。さらに、平成27年６月の閣議決定において、2017年（平成29年）後発医薬品の使用割合を70％以上とすると共に、2018年度（平成30年度）から2020年度（令和２年度）末までの間のなるべく早い時期に80％以上とするという新たな目標が定められました。

この80％目標の具体的な達成時期については、その後、2021年（令和３年）６月の閣議決定において、「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023年度末までにすべての都道府県で80％以上」とする新たな目標が定められました。

東京都も「東京都後発医薬品安心使用促進協議会」を設置し、毎年「後発医薬品安心使用促進に係る取組」を定め、後発医薬品の使用推進を進めています。東京都内における後発医薬品使用割合は81.5％で、全国で46位となっています（全国平均84.6％）【Ｒ５.８月現在】。また、診療報酬でも後発医薬品の推進を図る取り扱いが設けられています。

⑴一般名処方加算［Ｆ400処方箋料の加算］《外来（院外処方）》

区分	主な内容	点数
加算１	交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のあるすべての医薬品が一般名処方である場合（後発医薬品のある医薬品が２品目以上に限る）	10点
加算２	交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品が１品目でも一般名処方である場合	８点

処方された医薬品のうち、後発医薬品のあるすべての医薬品（２品目以上）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ処方箋料に加算できます。

一般名処方加算を算定する場合、診療録に一般名か一般名が把握可能な製品名のいずれかを記載しなければなりません。

令和６年度診療報酬改定において、施設基準が新設され、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについての院内掲示が必要となりました（届出は不要）。

⑵外来後発医薬品使用体制加算［Ｆ100処方料の加算］《診療所：外来（院内処方）》

区分	後発品置換率	点数
加算１	90％以上	８点
加算２	85％以上	７点
加算３	75％以上	５点

外来後発医薬品使用体制加算については、後発品置換率の区分により加算の区分及び点数が定められています。

本加算を算定するためには施設基準の届出が必要となります。

＜施設基準＞（抜粋等により説明）

①薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ採用を決定する体制が整備されていることとされています。 薬剤師がいない診療所であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できます。薬剤部門となる委員会等を設置しなければなりません。また、届出に当たり、「名称」「目的」「構成員の職種・氏名等」「検討する内容」「開催回数等」を記載した概要を添付しなければなりません。

②調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、使用薬剤の規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、区分の割合を満たしていることとされています。

③調剤した薬剤（一部、除外医薬品あり）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50％以上であることとされています（カットオフ値）。

⑶後発医薬品使用割合等の算定方法

【算定の基礎】

①規格単位数量は、患者に処方したすべての薬剤（内用薬、外用薬 - 歯科では抗生剤（錠、カプセル）、消炎鎮痛剤（錠）、含嗽剤（g、ml）等）の合計数です。

②患者に処方したすべての後発品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を計算します。後発医薬品のない先発医薬品は含まれません。

③患者に処方したすべての医薬品を対象に、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」に記載のある「算定対象となる後発医薬品」の規格単位数量を計算します。

注：本通知には「算定対象となる後発医薬品」「算定対象とならない後発医薬品」「算定対象となる後発医薬品のある先発医薬品」「算定対象とならない後発医薬品のある先発医薬品」が記載されていますが、記載さ

01_保険診療の基礎知識.indd 56　2025/01/21 9:25

れていない薬剤はカウントの対象外となります。

【カットオフ値の割合】

カットオフ値の割合は、上記の算定の基礎における「②」を「①」で除した％となります。（②／①）％

【後発医薬品の割合】

後発医薬品の割合は、上記の算定の基礎における「③」を「②」で除した％となります。（③／②）％

≪算定例≫

患者ａ　Ａ後発医薬品63錠（後発品有）、Ｂ先発医薬品28錠（後発品無）

患者ｂ　Ｃ先発医薬品56錠（後発品有）、Ａ後発医薬品42錠（後発品有）、Ｄ先発医薬品20ml（後発品無）

患者ｃ　Ｅ後発医薬品40ｇ（後発品有）

患者ｄ　Ｂ先発医薬品21錠（後発品無）、Ｃ先発医薬品42錠（後発品有）

①63錠＋28錠＋56錠＋42錠＋20ml＋40g＋21錠＋42錠＝312

②63錠＋56錠＋42錠＋40g＋42錠＝243

③63錠＋42錠＋40g＋42錠＝187

◎カットオフ値（②／①）％　　243/312＝78％

◎後発医薬品の割合（③／②）％　　187/243＝77％

【令和６年10月以降の処方箋】

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		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
	区　分	被保険者 / 被扶養者	保険医氏名　㊞
		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（医療上必要）	患者希望	
		個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 リフィル可　□　（　　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。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□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、□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。）

□１回目調剤日（　　年　月　日）　□２回目調剤日（　　年　月　日）　□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	㊞	公費負担医療の受給者番号	

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命令（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こと。

01_保険診療の基礎知識.indd 57　2025/01/21 9:25

8　処置・リハビリ・手術など

1　処置

⑴Ｊ000「創傷処置」・Ｊ001「熱傷処置」・Ｊ001-4「重度褥瘡処置」・Ｊ053「皮膚科軟膏処置」については、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。

⑵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あります。

⑶Ｊ119「消炎鎮痛等処置（器具等）」（35点）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、処置時間を診療録に記載すると共に、必要性や有効性の評価を行うことも重要です。

⑷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＞

⑴点数表にない簡単な処置の例は以下の通り。

①浣腸、注腸
②吸入
③100cm²未満の第１度熱傷の熱傷処置
④100cm²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

⑵通常の導尿、新生児頭大以下の血腫／膿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。

⑶創傷は通常、治癒過程と共に大きさや深さは縮小するものなので、それに応じ診療録に記載すると共に、診療報酬点数の見直しを行うこと。

⑷Ｊ024「酸素吸入」（65点）、Ｊ045「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。

2　リハビリテーション

⑴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、疾患別リハビリテーションが医療保険の適用で行われますが、算定要件や日数制限があります（図１参照）。

⑵「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）。

⑶令和６年度診療報酬改定において、ＮＤＢ・ＤＰＣデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直され、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分が新設されました。

＜注意点＞

⑴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（最終改正：令和６年３月27日　老老発0327第１号　保医発0327第８号）」を参照してください。

⑵医療保険が適用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は（図１、図２）を参照してください。

01_保険診療の基礎知識.indd 58　2025/01/21 9:25

図１　疾患別リハビリテーションと算定について

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）
H000 心大血管疾患 リハビリテーション料	**1　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）** イ　理学療法士による場合　205点 ロ　作業療法士による場合　205点 ハ　医師による場合　205点 ニ　看護師による場合　205点 ホ　集団療法による場合　205点 **2　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）** イ　理学療法士による場合　125点 ロ　作業療法士による場合　125点 ハ　医師による場合　125点 ニ　看護師による場合　125点 ホ　集団療法による場合　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
H001 脳血管疾患等 リハビリテーション料	**1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）** イ　理学療法士による場合　245点 ロ　作業療法士による場合　245点 ハ　言語聴覚士による場合　245点 ニ　医師による場合　245点 **2　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）** イ　理学療法士による場合　200点 ロ　作業療法士による場合　200点 ハ　言語聴覚士による場合　200点 ニ　医師による場合　200点 **3　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）** イ　理学療法士による場合　100点 ロ　作業療法士による場合　100点 ハ　言語聴覚士による場合　100点 ニ　医師による場合　100点 ホ　イからニまで以外の場合　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
H001-2 廃用症候群 リハビリテーション料	**1　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）** イ　理学療法士による場合　180点 ロ　作業療法士による場合　180点 ハ　言語聴覚士による場合　180点 ニ　医師による場合　180点 **2　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）** イ　理学療法士による場合　146点 ロ　作業療法士による場合　146点 ハ　言語聴覚士による場合　146点 ニ　医師による場合　146点 **3　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）** イ　理学療法士による場合　77点 ロ　作業療法士による場合　77点 ハ　言語聴覚士による場合　77点 ニ　医師による場合　77点 ホ　イからニまで以外の場合　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
H002 運動器 リハビリテーション料	**1　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）** イ　理学療法士による場合　185点 ロ　作業療法士による場合　185点 ハ　医師による場合　185点 **2　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）** イ　理学療法士による場合　170点 ロ　作業療法士による場合　170点 ハ　医師による場合　170点 **3　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）** イ　理学療法士による場合　85点 ロ　作業療法士による場合　85点 ハ　医師による場合　85点 ニ　イからハまで以外の場合　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
H003 呼吸器 リハビリテーション料	**1　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）** イ　理学療法士による場合　175点 ロ　作業療法士による場合　175点 ハ　言語聴覚士による場合　175点 ニ　医師による場合　175点 **2　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）** イ　理学療法士による場合　85点 ロ　作業療法士による場合　85点 ハ　言語聴覚士による場合　85点 ニ　医師による場合　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

01_保険診療の基礎知識.indd 59　2025/01/21 9:25

図２　疾患別リハビリテーションの施設基準について

○疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下の通り。

<table>
<tr><th colspan="2">項目名</th><th>医師※1</th><th>療法士全体</th><th>理学療法士
（PT※2）</th><th>作業療法士
（OT※2）</th><th>言語聴覚士
（ST※2、※3）</th><th colspan="2">専有面積
（内法による）</th><th>器械・
器具の
具備</th></tr>
<tr><td rowspan="2">H000
心大血管疾患
リハビリテーション料</td><td>（Ⅰ）</td><td>循環器内科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務
専任常勤１名以上</td><td>－</td><td>専従常勤PT及び専従常勤看護師合わせて
２名以上等</td><td rowspan="2">必要に応じて配置</td><td rowspan="2">－</td><td colspan="2" rowspan="2">病　院30㎡以上
診療所20㎡以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>実施時間帯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</td><td>－</td><td>専従のPT又は看護師
いずれか
１名以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">H001
脳血管疾患等
リハビリテーション料</td><td>（Ⅰ）</td><td>専任常勤
２名以上※4</td><td>専従従事者
合計10名以上※4</td><td>専従常勤PT
５名以上※4</td><td>専従常勤OT
３名以上※4</td><td rowspan="2">（言語聴覚療法を行う場合）
専従常勤ST
１名以上※4</td><td>160㎡以上※4</td><td rowspan="3">（言語聴覚療法を行う場合）
専用室（８㎡以上）
１室以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>専任常勤
１名以上</td><td>専従従事者
合計４名以上※4</td><td>専従常勤PT
１名以上</td><td>専従常勤OT
１名以上</td><td>病　院100㎡以上
診療所　45㎡以上</td></tr>
<tr><td>（Ⅲ）</td><td>専任常勤
１名以上</td><td colspan="3">専従の常勤PT、常勤OT、常勤STのいずれか１名以上</td><td>病　院100㎡以上
診療所　45㎡以上</td></tr>
<tr><td>H001-2
廃用症候群
リハビリテーション料</td><td>（Ⅰ）
～
（Ⅲ）</td><td colspan="8">脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅲ）に準じる</td></tr>
<tr><td rowspan="3">H002
運動器
リハビリテーション料</td><td>（Ⅰ）</td><td rowspan="3">専任常勤
１名以上</td><td colspan="2">専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて４名以上</td><td rowspan="3">－</td><td rowspan="2">病　院100㎡以上
診療所　45㎡以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td colspan="2">専従常勤PT２名又は専従常勤OT２名以上あるいは
専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて２名以上</td></tr>
<tr><td>（Ⅲ）</td><td colspan="2">専従常勤PT又は専従常勤OTいずれか１名以上</td><td>45㎡以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">H003
呼吸器
リハビリテーション料</td><td>（Ⅰ）</td><td rowspan="2">専任常勤
１名以上</td><td colspan="2">専従常勤PT１名を含む常勤PT、常勤OT又は
常勤ST合わせて２名以上</td><td rowspan="2">－</td><td>病　院100㎡以上
診療所　45㎡以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td colspan="2">専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤STいずれか１名以上</td><td>45㎡以上</td></tr>
</table>

※１　常勤医師は、週３日以上かつ週22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・常勤OT・常勤STは、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員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要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで）

※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）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○医師：専任常勤１名以上　○専従常勤ST３名以上（※２の適用あり）　○専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、以下を満たす場合に算定可能

○医師：専任常勤１名以上　○専従常勤ST２名以上（※２の適用あり）　○専用室及び器械・器具の具備あり

01_保険診療の基礎知識.indd 60　2025/01/21 9:25

3　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、事前に厚生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＞

⑴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。

⑵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（医療法第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

・K082「人工関節置換術」
・K169「頭蓋内腫瘍摘出術」
・K511「肺切除術」
・K555「弁置換術」
・K657-2「腹腔鏡下胃全摘術（1、2、3）

⑶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」の注意点について、以下に例を挙げます。

①L001-2「静脈麻酔」は、「１　短時間のもの」(120点)、「２　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）」(600点)、「３　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）」(1,100点）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。

②L003「硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入」(80点）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ので注意が必要です。

③麻酔時間は、L008「マスク又は気管内挿管による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」、L004「脊椎麻酔」(850点）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。

※L009「麻酔管理料（Ⅰ）」・L010「麻酔管理料（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。

01_保険診療の基礎知識.indd 61　2025/01/21 9:25

9　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。

1　検査の一般的な注意事項等

⑴検査は組み合わせの規定があります。

例えば、D007･3「ＴＣ」(17点)、D007･4「ＬＤＬ-Ｃ」(18点)、D007・3「ＨＤＬ-Ｃ」(17点）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。

⑵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、D005・9「ＨｂＡ１ｃ」(49点）は原則月１回のみなどです。

⑶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。

⑷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：D015･1「ＣＲＰ」(16点）とD005・1「赤沈」(9点))

⑸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、D009「腫瘍マーカー」・肝炎ウイルスマーカー、糖尿病疑いでのＨｂＡ１ｃなどを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。

⑹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。

⑺医学的必要性が乏しい、又は、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、糖尿病とすでに診断されている患者に対して行う常用負荷試験などです。

⑻研究目的、又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。

⑼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みなされる場合があります（例：D008・18「ＢＮＰ」(130点)、ＨｂＡ１ｃ、肝炎ウイルスやリウマチ関連検査など)。

2　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しか算定できない場合があるので留意が必要です。

検査項目によっては、検査の間隔が定められていたり、他の検査と併用して行われていると主なもののみしか算定できないなど、制限があるものがあります。

⑴通則「時間外緊急院内検査加算」(200点)

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回のみの算定となります。

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、初・再診料の夜間・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ことができないような場合をいいます。

⑵通則「外来迅速検体検査加算」(10点)

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。

・「D006」出血・凝固検査の注の場合
・「D007」血液化学検査の注の場合
・「D008」内分泌学的検査の注の場合
・「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「D009」腫瘍マーカーの「３」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）(99点)

01_保険診療の基礎知識.indd 62　2025/01/21 9:25

と「９」のＣＡ19-９（121点）を行った場合、検体検査実施料の請求は「D009」腫瘍マーカーの「注２」の「イ」２項目（230点）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。

④A002「外来診療料」（76点）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項目が限度となります。

⑤入院中の患者については算定できませんが、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。

表１　外来迅速検体検査加算の対象検査項目

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（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） 「10」フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定性、同半定量、同定量 「15」Ｄダイマー　（※「13」Ｄダイマー定性と「16」Ｄダイマー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（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、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 「17」グリコアルブミン
D008	内分泌学的検査 「６」甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ） 「14」遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）
D009	腫瘍マーカー 「２」α-フェトプロテイン（ＡＦＰ） 「３」癌胎児性抗原（ＣＥＡ） 「９」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＞

⑴D007「血液化学検査」

①D007・１「総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）」（11点）とD007･1「不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）」（11点）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。

②D007･3「ＨＤＬ-コレステロール」（17点）、D007･3「総コレステロール」（17点）及びD007・４「ＬＤＬ-コレステロール」（18点）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。

③D007･4「蛋白分画」（18点）、D007･1「総蛋白」（11点）及びD007･1「アルブミン（ＢＣＰ改良法･ＢＣＧ法）」（11点）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。

④D007・８「マンガン（Ｍｎ）」（27点）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。

⑤D007･17「グリコアルブミン」（55点）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。

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、D007・18「コレステロール分画」（57点）に準じて算定する。ただし、D007・13「胆汁酸」（47点）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ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、グリコアルブミン又はD007・21「1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5ＡＧ）」（80点）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。

⑧D007・24「ＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）」（96点）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、D008・26「骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）」（157点）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。

⑨D007・27「リポ蛋白（ａ）」（107点）は、３月に１回を限度として算定できる。

⑩D007･28「ヘパリン」（108点）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

01_保険診療の基礎知識.indd 63　2025/01/21 9:25

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。

⑪Ｄ007・28「ＫＬ-６」（108点）、Ｄ007・35「肺サーファクタント蛋白-Ａ（ＳＰ-Ａ）」（130点）及びＤ007・39「肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ-Ｄ）」（136点）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、ＥＣＬＩＡ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）はＥＩＡ法により、肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ-Ｄ）は、ＥＩＡ法又はラテックス免疫比濁法による。

⑫Ｄ007・29「心筋トロポニンＩ」（109点）とＤ007・29「心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量」（109点）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。

⑬Ｄ007・31「25-ヒドロキシビタミンＤ」（117点）は、原発性骨粗鬆症の患者に対して、ＥＣＬＩＡ法、ＣＬＩＡ法又はＣＬＥＩＡ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。

⑭25-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ＥＣＬＩＡ法、ＣＬＩＡ法又はＣＬＥＩＡ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。

⑮Ｄ007・32「ペントシジン」（118点）は、Ｄ007・１「尿素窒素」（11点）又はＤ007・１「クレアチニン」（11点）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、Ｄ007・30「シスタチンＣ」（112点）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑯シスタチンＣは、ＥＩＡ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。

⑰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。

⑱Ｄ007・33「イヌリン」（120点）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。

⑲Ｄ007・36「血液ガス分析」（131点）の所定点数には、Ｄ007・1「ナトリウム」（11点）、Ｄ007・1「カリウム」（11点）、Ｄ007・１「クロール」（11点）、ｐＨ、PO_2、PCO_2及びHCO_3^-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。

⑳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。

㉑Ｄ007・36「Ⅳ型コラーゲン」（131点）又はＤ007・42「Ⅳ型コラーゲン・７Ｓ」（148点）は、Ｄ007・39「プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（Ｐ-Ⅲ-Ｐ）」（136点）又はＤ007・50「Ｍａｃ-２結合蛋白糖鎖修飾異性体」（194点）と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

㉒Ｄ007・36「心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ-ＦＡＢＰ）定性」（131点）、「同定量」（131点）は、ＥＬＩＳＡ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-ＦＡＢＰ）定性又は同定量とＤ007・36「ミオグロビン定性」（131点）又は「同定量」（131点）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

㉓Ｄ007・38「アルブミン非結合型ビリルビン」（135点）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。ただし、早産児にあっては、生後２週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合にも算定できる。なお、その場合には、検査を実施した日に相当する修正週数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

㉔Ｄ007・40「セレン」（144点）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。

㉕Ｄ007・44「レムナント様リポ蛋白コレステロール（Ｒ

01_保険診療の基礎知識.indd 64　2025/01/21 9:25

ＬＰ-Ｃ）」（174点）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。

㉖Ｄ007･47「ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）」（180点）、ＡＬＰ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。

㉗Ｄ007・47「アセトアミノフェン」（180点）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。

㉘Ｄ007・50「マロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ-ＬＤＬ）」（194点）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。

㉙Ｄ007・53「リポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）」（219点）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。

㉚Ｄ007・54「肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）」（227点）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。

㉛Ｄ007･59「プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量」（276点）、「同半定量」（276点）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、Ｄ012・52「エンドトキシン」（229点）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

㉜Ｄ007・62「インフリキシマブ定性」（310点）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。

㉝Ｄ007・63「1,25-ジヒドロキシビタミンD_3」（388点）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D_3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D_3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。

⑵Ｄ008「内分泌学的検査」

①Ｄ008・12「Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）」（105点）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。

②Ｄ008･18「脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）」（130点）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Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、Ｄ008・20「脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）」（136点）及びＤ008・46「心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）」（221点）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Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）及び心房性Ｎａ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Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）又は心房性Ｎａ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。

⑥Ｄ008･19「抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）」（134点）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。

⑦脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）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Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）及び心房性Ｎａ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。

⑧Ｄ008・25「Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（ＮＴＸ）」（156点）及びＤ008･39「デオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）」（191点）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。

⑨Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（ＮＴＸ）、Ｄ008・26「オステオカルシン（ＯＣ）」（157点）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。

⑩Ｄ008・34「Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）（尿）」（169点）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

01_保険診療の基礎知識.indd 65 2025/01/21 9:25

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。

⑪Ｄ008・35「Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）」（170点）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。

⑫Ｄ008･36「エストロゲン半定量」（180点）、「同定量」（180点）については、Ｄ008･36「エストリオール（E_3）」（180点）又はＤ008・33「エストラジオール（E_2）」（167点）と同時に実施した場合は算定できない。

⑬Ｄ008・36「副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ-ＰＴＨｒＰ）」（180点）又はＤ008・38「副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）」（186点）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。

⑭Ｄ008・41「エリスロポエチン」（209点）は、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。

ア　赤血球増加症の鑑別診断

イ　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、エポエチンベータペゴル若しくはＨＩＦ-ＰＨ阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断

ウ　骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定

⑮Ｄ008・43「抗ＩＡ-２抗体」（213点）は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、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。

⑶Ｄ009「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、Ｂ001「特定疾患治療管理料」の３「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。

ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のためにＤ009・８「エラスターゼ１」（120点）を行った場合

イ　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、Ｄ009・２「α-フェトプロテイン（ＡＦＰ）」（98点）、Ｄ009・10「ＰＩＶＫＡ-Ⅱ半定量」（131点）又は「同定量」（131点）を行った場合

ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的としてＤ009・11「ＣＡ125」（136点）又はＤ009・27「ＣＡ602」（190点）を行った場合

エ　家族性大腸腺腫症の患者に対してＤ009・３「癌胎児性抗原（ＣＥＡ）」（99点）を行った場合

②Ｄ009･9「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）」（121点）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。

③ＣＡ125及びＣＡ602を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑷Ｄ012「感染症免疫学的検査」

①Ｄ012・１「梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性」（15点）、Ｄ012・５「同半定量」（34点）及び「同定量」（34点）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。

②Ｄ012･4「マイコプラズマ抗体定性」（32点）、「同半定量」（32点）、Ｄ012・27「マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）」（148点）又はＤ012･36「同（ＦＡ法）」（170点）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑸Ｄ013「肝炎ウイルス関連検査」

①Ｄ013・１「ＨＢｓ抗原定性・半定量」（29点）は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

②Ｄ013･2「ＨＢｓ抗体半定量」（32点）は、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

01_保険診療の基礎知識.indd 66　2025/01/21 9:25

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Ｄ013･3「ＨＢｓ抗原」（88点）、Ｄ013・3「ＨＢｓ抗体」（88点）及びＤ013・6「ＨＢｃ抗体半定量・定量」（130点）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。

④Ｄ013・5「ＨＣＶコア蛋白」（102点）は、ＥＩＡ法又はＩＲＭＡ法による。

⑤ＨＢｃ抗体半定量・定量とＤ013・8「ＨＢc-ＩｇＭ抗体」（146点）を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

⑥Ｄ013・8「ＨＡ抗体」（146点）とＨＡ-ＩｇＭ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。

⑦Ｄ013・11「ＨＣＶ血清群別判定」（215点）は、ＥＩＡ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。

⑧Ｄ013･12「ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）」（252点）は、ＨＢＶ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ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）を測定した場合に１月に１回に限り算定する。なお、Ｄ023・4「ＨＢＶ核酸定量」（256点）を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑨Ｄ013・14「ＨＢＶジェノタイプ判定」（340点）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。

⑹Ｄ014「自己抗体検査」

①Ｄ014・2「リウマトイド因子（ＲＦ）定量」（30点）、Ｄ014・8「抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性」（111点）、「同定量」（111点）、Ｄ014・9「マトリックスメタロプロテイナーゼ-３（ＭＭＰ-３）」（116点）、Ｄ014・15「Ｃ1ｑ結合免疫複合体」（153点）、Ｄ014・25「モノクローナルＲＦ結合免疫複合体」（194点）及びＤ014・26「ＩｇＧ型リウマトイド因子」（198点）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ＩｇＧ抗体定性、同定量は、ＥＣＬＩＡ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（ＲＦ）定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

③Ｄ014･11「抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体」（138点）を、Ｄ014・3「抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量」（37点）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

④Ｄ014･20「抗セントロメア抗体定量」（174点）又は「同定性」（174点）は、原発性胆汁性胆管炎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。

⑤Ｄ014・24「抗シトルリン化ペプチド抗体定性」（193点）又は「同定量」（193点）は、以下のいずれかの場合に算定できる。

ア　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。

イ　「ア」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、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、６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、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ-３（ＭＭＰ-３）、Ｃ1ｑ結合免疫複合体、モノクローナルＲＦ結合免疫複合体及びＩｇＧ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。

⑦Ｄ014・27「抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）」（214点）及びＤ014・40「甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）」（330点）を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

⑧Ｄ014・45「抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）」（775点）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。

Ｄ014･47「抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体」（1,000点）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑺Ｄ019「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。

⑻Ｄ020「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。

②Ｄ020・1「抗酸菌分離培養（液体培地法）」（300点）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。

⑼Ｄ021「抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）」（361点）

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、１回の

01_保険診療の基礎知識.indd 67 2025/01/21 9:25

み所定点数を算定する。

⑽ D022「抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）」（400点）

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。

⑾微生物学検査

1）D023-2「尿素呼気試験（ＵＢＴ）」（70点）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

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。

ア）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

イ）胃ＭＡＬＴリンパ腫の患者

ウ）特発性血小板減少性紫斑病の患者

エ）早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者

オ）内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者

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７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、㋐から㋕までの検査の結果、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。また、㋖の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、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。なお、この場合において、医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

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

㋖核酸増幅法

イ）前述のア）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に掲げる㋓、㋔、㋕の検査を同時に実施した場合は、ア）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ついては、③の除菌終了後６か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

01_保険診療の基礎知識.indd 68　2025/01/21 9:25

ア）①の対象患者ア）及びオ）において、内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ）①の対象患者ア）及びオ）において、健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

ウ）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。

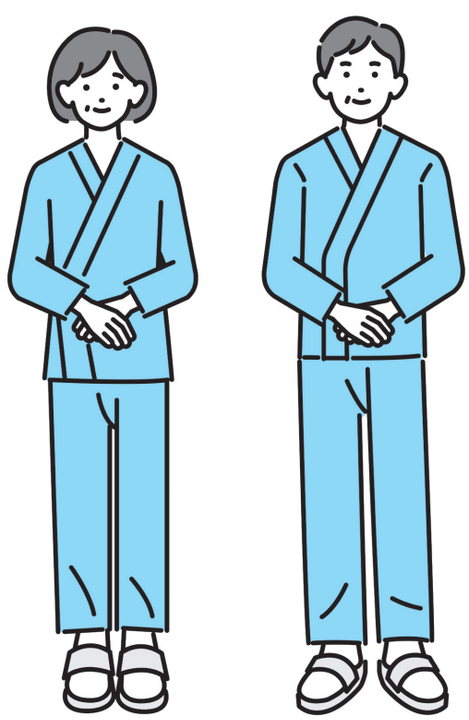
エ）⑤の除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。

オ）⑥のア）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。

カ）⑥のイ）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。



01_保険診療の基礎知識.indd 69 2025/01/21 9:25

10　生体検査・画像検査・病理検査

1　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D208「心電図」、D235「脳波」（720点）、D239「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）、D215「超音波検査」、D213「心音図」（150点）、D204「基礎代謝」（85点）、D216「サーモグラフィ」（200点）などがあります。

＜注意点＞

⑴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回のみの算定とする。

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「２・ロ・⑶」の「体表」（350点）には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

⑥C001「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」又はC001-2「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」（150点）を算定した日と同一日に、患家等で「２」の「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、「イ　訪問診療時に行った場合」（400点）を月１回に限り算定する。

⑦「２・ロ・⑴」の「胸腹部」（530点）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、そのすべてを記載すること。

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、「パルスドプラ法加算」（150点）を算定できる。

⑨「３」の「心臓超音波検査」の所定点数には、同時に記録した心音図、D214「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「３・ホ」の「負荷心エコー法」（2,010点）には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行ったD211「トレッドミルによる負荷心肺機能検査」（1,600点）、「サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査」（1,600点）は別に算定できない。

⑫「４・イ」の「末梢血管血行動態検査」（20点）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「４・ロ」の「脳動脈血流速度連続測定」（150点）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「４・ハ」の「脳動脈血流速度マッピング法」（400点）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「５」の「血管内超音波法」（4,290点）の算定は次の方法による。

ア）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。

イ）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。

ウ）エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、E400「フィルム」の所定点数により算定する。

エ）D220「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、G001「静脈内注射」（37点）、G002「動脈注射」又はG004「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ー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。

ア）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。

イ）L008「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。

ウ）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。

01_保険診療の基礎知識.indd　70　　2025/01/21　9:26

⑱Ｄ216-2「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、Ｄ215-4「超音波減衰法検査」（200点）が算定できる。

⑵Ｄ223「経皮的動脈血酸素飽和度測定」（35点）

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Ｊ024「酸素吸入」（65点）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できない。

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。

⑶Ｄ285「認知機能検査その他の心理検査」

実施した場合は、その分析結果を診療録に記録しなければならない。

2　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＞

⑴エックス線

①エックス線診断の費用は、Ｅ000透視診断（110点）若しくはＥ001写真診断の各区分の所定点数、Ｅ001写真診断及びＥ002撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくはＥ001写真診断、Ｅ002撮影及びＥ003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、第４部画像診断・通則「電子画像管理加算」として、①から③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。

ア　単純撮影の場合　57点
イ　特殊撮影の場合　58点
ウ　造影剤使用撮影の場合　66点
エ　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、Ｅ004「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「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

01_保険診療の基礎知識.indd 71　2025/01/21 9:26

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第４部・通則「画像診断管理加算（１・２・３・４）」を算定している場合には、地方厚生局長に届け出た、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、又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ない。

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、又は重複についても、同様に査定、指導の対象となる場合がある。

⑩研究目的、又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)。

⑵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。

３　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、主に癌の発見、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。

⑴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。

⑵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。

⑶細胞学的診断法（細胞診検査）

自然剥離している細胞又は人工的に擦過したもの、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ために行われる検査です。

⑷病理解剖

患者が亡くなられた際、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。

Ｎ007「病理判断料」（130点）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＞

⑴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・判断を行う医師の人件費、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Ｎ006「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。さらに、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局長に届け出た保険医療機関であり、当該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

01_保険診療の基礎知識.indd 72　2025/01/21 9:26

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。さらに、「N006」の「注５」に規定する「悪性腫瘍病理組織標本加算」（150点）については、標本等の受取側又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局長に届け出た保険医療機関であり、当該保険医療機関において、「N006」（5）に規定する原発性悪性腫瘍に係る手術の検体から「N000」病理組織標本作製の「１」（860点）又は「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、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、標本等の受取側又は受信側、標本等の送付側又は送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N003「術中迅速病理組織標本作製」（1,990点）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」組織診断料（520点）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局長に届け出た保険医療機関であり、当該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、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N003-2「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」細胞診断料（200点）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局長に届け出た保険医療機関であり、当該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、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ない。

01_保険診療の基礎知識.indd 73　2025/01/21 9:26

11　診療報酬明細書の記載要領について

診療報酬明細書の書式及び記載要領等については、昭和51年厚生省令第36号「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」が定められ、以降、診療報酬改定時に「診療報酬請求書等の記載要領等について」も変更されています。

記載要領には診療報酬明細書の書式や、診療報酬明細書に記載する内容、診療報酬項目で記載しなければならない内容等が定められています。他の書式で請求することはできませんし、記載内容が不備な場合は返戻の対象となります。また、診療報酬項目で記載しなければならない内容に欠落、不備などがある場合は査定の対象となる場合がありますので、気を付けてください。

診療報酬改定で新たに設けられた項目などの中には、記載要領で経過措置として開始する時期が定められているものもありますので、改定後は必ず一読することをお勧めします。

診療報酬明細書の記載要領が定める内容は膨大なため、主なものを以下で説明いたします。

1　一般的事項

一般的な事項は、診療報酬明細書の書式を定めるとともに、請求に関する一般的な事項が定められています。

2　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

⑴月の途中において保険者番号等の変更があった場合

月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成しなければなりません。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様となります。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載しなければなりません。

⑵「特記事項」欄

患者等の特記事項を略号で記載しなければなりません。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載することになります。代表的な略号は以下のとおりとなります。他多くの略号がありますので、患者等の状況にあわせて記載してください。

表１

コード	略号	内　容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ①高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第９項第１号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②後期高齢者医療特定疾病療養受療証についても同様
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求である場合（「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
21	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者の場合
26	区ア	◎70歳未満：「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（ア）の記載のある「難病法」に基づく、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。） ◎70歳以上：「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
27	区イ	◎70歳未満：「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）

01_保険診療の基礎知識.indd 74　2025/01/21 9:26

コード	略号	内　容
		◎70歳以上：「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）
28	区ウ	◎70歳未満：「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。） ◎70歳以上：「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）
29	区エ	◎70歳未満：「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。） ◎70歳以上：「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ②適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）
30	区オ	◎70歳未満：「低所得者の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。）

コード	略号	内　容
		◎70歳以上：「低所得者の世帯」で以下のいずれかに該当する場合 ①限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合
41	区カ	◎後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
42	区キ	◎後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）

※「区カ」及び「区キ」については、令和４年10月１日から適用する。令和４年９月30日までの間は、後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」を使用されたい。

01_保険診療の基礎知識.indd 75 2025/01/21 9:26

⑶摘要欄への記載事項

診療報酬項目の中には、摘要欄に記載しなければならない事項が定められています。その内容は多岐にわたっています。本要約では令和６年診療報酬改定にて改定等となった主だった項目を記載いたします。

表２　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

区分	診療行為	記載事項	コード	コードによる表示文言
B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日（慢性腎臓病透析予防指導管理料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。	820101164	ニコチン依存症治療補助アプリ（プログラム医療機器等指導管理料）
C000	往診料等	（往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合）	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名；******
C004-2	救急患者連携搬送料	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	830100816	搬送先の保険医療機関名（救急患者連携搬送料）；******
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	850190212	ＩＣＴを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日（在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
C103 C107 C107-2	在宅療養指導管理材料加算の乳幼児呼吸管理材料加算	（６歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給した場合） 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量（在宅療養指導管理材料加算（乳幼児呼吸管理材料加算））；******
C107-2 C107-2 注３	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第２部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（３）のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 ※注３における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	（在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）
C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料	（在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）
D023の19	SARS-CoV-2核酸検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2核酸検出）；******
D023の19	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出）；******
D023の19	SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出）；******
D023の19	SARS-CoV-2・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出）；******
	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	（核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、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項目に限り算定した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830100874	医療上の必要性（核酸増幅法）；******

01_保険診療の基礎知識.indd 76　2025/01/21 9:26

区分	診療行為	記載事項	コード	コードによる表示文言
	長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため

上記「(2)「特記事項」欄」及び「(3)摘要欄への記載事項」はあくまでも例題です。標記の他多くの記載要領があります。下記の厚生労働省のホームページにおいて確認してください。

（令和６年度診療報酬改定ホームページ）https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

（令和６年度診療報酬改定　診療報酬明細書記載要領）https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252051.pdf

図　検査における併算定について

主たる項目のみ算定可能な検査
D001「8」　トランスフェリン（尿）
D001「9」　アルブミン定量（尿）
D001「15」　Ⅳ型コラーゲン（尿）
D001「10」　トリプシノーゲン2（尿）（以下を併施）
D007「1」　アミラーゼ
D007「6」　リパーゼ
D007「14」　アミラーゼアイソザイム
D007「49」　トリプシン
D009「8」　エラスターゼ1
D001「19」　L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）
D001「19」　好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿）
D002　尿沈渣（鏡検法）
D002-2　尿沈渣（フローサイトメトリー法）
D002　尿沈渣（鏡検法）
D017　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
D002-2　尿沈澄（フローサイトメトリー法）
D017　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
（潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として、同一月に以下を併施）
D003「9」　カルプロテクチン（糞便）
D007「57」　ロイシンリッチα2グリコプロテイン
D313　大腸内視鏡検査
D004「2」　関節液検査
D017　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）肺癌におけるALK融合遺伝子検査
D006-24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査
N002「6」　ALK融合タンパク
N005-2　ALK融合遺伝子標本作製
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く）、METex14遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く）、KRAS遺伝子変異（G12C）検査
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシング）、METex14遺伝子検査（次世代シーケンシング）、RET融合遺伝子検査

主たる項目のみ算定可能な検査
D006-12　EGFR遺伝子検査（血漿）
D006-24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査
D006-27「1」ROS1融合遺伝子検査
D006-27「2」ALK融合遺伝子検査
D006-27「3」METex14 遺伝子検査
N002「4」　EGFRタンパク
N002「6」　ALK融合タンパク
N005-2　ALK融合遺伝子標本作成
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）乳癌におけるHER2遺伝子検査
N005　HER2遺伝子標本作製
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
D004-2「1」　悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査
D006-18　BRCA1/2遺伝子検査「1」腫瘍細胞を検体とするもの
D005「3」　末梢血液像（自動機械法）
D005「4」　好酸球数
D005「6」　末梢血液像（鏡検法）
D005「7」　血中微生物検査
D005「7」　DNA含有赤血球計数検査
D006「24」　トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）
D006「26」　プロトロンビンフラグメントF1+2
D006「28」　フィブリンモノマー複合体
D006-15　膀胱がん関連遺伝子検査
N004　細胞診「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの
D006-27「2」ALK融合遺伝子検査
N002「6」　ALK融合タンパク
N005-2　ALK融合遺伝子標本作製
（卵巣癌、乳癌、膵癌又は前立腺癌において併施）
D006-27「4」NTRK融合遺伝子検査
D006-18　BRCA1/2遺伝子検査
D007「1」　カルシウム
D007「7」　イオン化カルシウム
D007「1」　総鉄結合能（TIBC）（比色法）

01_保険診療の基礎知識.indd 77　2025/01/21 9:26

主たる項目のみ算定可能な検査
D007「1」　不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）
D007「1」　クレアチニン（腎クリアランス測定目的で行い、血清及び尿を同時に測定した場合）
D007「33」　イヌリン
D007「13」　胆汁酸 尿中硫酸抱合型胆汁酸測定（酵素法）（→「18」「コレステロール分画」に準じて算定）
D007「23」　総カルニチン、遊離カルニチン
D010「8」　先天性代謝異常症検査
D007「24」　ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP）
D007「47」　ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）
D008「26」　骨型アルカリホスファターゼ（BAP）
D007「28」　KL-6
D007「35」　肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）
D007「39」　肺サーファクタント蛋白-D（SP-D）
D007「30」　シスタチンC
D007「32」　ペントシジン
D007「36」　Ⅳ型コラーゲン又は「42」Ⅳ型コラーゲン・7S
D007「39」　プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）又は「50」Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体
D007「36」　心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性又は同定量
D007「36」　ミオグロビン定性又は同定量
D007「45」　膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP-1）定性
D015「23」　癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）
D007「50」　オータキシン（以下を併施）
D007「36」　Ⅳ型コラーゲン
D007「39」　プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）
D007「42」　Ⅳ型コラーゲン・7S
D007「46」　ヒアルロン酸
D007「50」　Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体
D007「50」　Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体（以下を併施）
D007「36」　Ⅳ型コラーゲン
D007「39」　プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）
D007「42」　Ⅳ型コラーゲン・7S
D007「46」　ヒアルロン酸
D007「59」　プロカルシトニン（PCT）定量又は同半定量
D007「61」　プレセプシン定量
D012「52」　エンドトキシン
D008「1」　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性
D008「17」　ヒト絨毛性ゴナドトロピンβサブユニット（HCG-β）
D008「18」　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量又は同半定量
D008「8」　レニン活性
D008「10」　レニン定量
D008「25」　Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）
D008「26」　オステオカルシン（OC）
D008「39」　デオキシピリジノリン（DPD）（尿）
D008「25」　酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）（以下を併施）
D008「25」　Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）
D008「26」　オステオカルシン（OC）
D008「39」　デオキシピリジノリン（DPD）（尿）
D008「26」　骨型アルカリホスファターゼ（BAP）
D008「28」　Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP）
D008「30」　インタクトⅠ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact PINP）
D007「47」　ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）
D008「34」　Ⅰ型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）（尿）
D008「35」　Ⅰ型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）
D008「44」　メタネフリン
D008「49」　ノルメタネフリン
D008「42」　ソマトメジンC
D008「50」　インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）
D008「44」　メタネフリン
D008「45」　メタネフリン・ノルメタネフリンタ分画
D008「49」　ノルメタネフリン
D008「51」　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画
D009「3」　癌胎児性抗原（CEA）
D009「7」　DUPAN-2
D009「6」　CA15-3
D009「19」　シアリルLeX抗原（CSLEX）
D009「9」　前立腺特異抗原（PSA）
D009「32」　プロステートヘルスインデックス（phi）
D009「14」　神経特異エノラーゼ（NSE）
D009「24」　ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）
D009「11」　CA125
D009「27」　CA602

主たる項目のみ算定可能な検査
D009「12」　核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）又は同定性（尿）
D009「18」　サイトケラチン8・18（尿）
D009「17」　遊離型PSA比（PSA F/T比）
D009「32」　プロステートヘルスインデックス（phi）
D011「9」　血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）
D011「10」　血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）
D011「11」　血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性
D012「4」　マイコプラズマ抗体定性又は同半定量
D012「27」　マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）
D012「36」　マイコプラズマ抗原定性（FA法）
D012「7」　アデノウイルス抗原定性（糞便）
D012「8」　ロタウイルス抗原定性（糞便）又は同定量（糞便）
D012「9」　クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体
D012「29」　クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体
D012「10」　クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体
D012「29」　クラミドフイラ・ニューモニエIgM抗体
D012「11」　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）
D012「44」　グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査
D023「20」　サイトメガロウイルス核酸検出
D012「22」　インフルエンザウイルス抗原定性（以下を併施）
D012「11」　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型又はB型
D012「31」　大腸菌O157抗体定性
D012「33」　大腸菌O157抗原定性
D018　細菌培養同定検査「2」消化管からの検体
D012「38」　肺炎球菌細胞壁抗原定性
D012「41」　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）
D012「39」　淋菌抗原定性
D018　細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）
D023「2」　淋菌核酸検出
D012「42」　（1→3）-β-D-グルカン（以下を併施）
D012「23」　カンジタ抗原定性、同半定量又は同定量
D012「30」　アスペルギルス抗原
D012「32」　D-アラビニトール
D012「34」　クリプトコックス抗原半定量
D012「35」　クリプトコックス抗原定性
D012「43」　グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 IgG抗体価、IgA抗体価、IgM抗体価
D012「44」　グロブリンクラス別ウイルス抗体価 （同一ウイルスにつき） IgG型ウイルス抗体価、IgM型ウイルス抗体価
D012「44」　グロブリンクラス別ウイルス抗体価
D012「11」　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）
D012「48」　百日咳菌抗原定性
D023「13」　百日咳菌核酸検出、百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出
D023「22」　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）
D023「23」　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む）
D012「53」　デングウイルス抗原定性
D012「53」　デングウイルス抗原・抗体同時測定定性
D013「6」　HBc抗体半定量・定量
D013「8」　HBc-IgM抗体
D013「8」　HA抗体
D013「8」　HA-IgM抗体
D013「12」　HBVコア関連抗原（HBcrAg）
D023「4」　HBV核酸定量
D014「2」　リウマトイド因子（RF）定量
D014「8」　抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は同定量
D014「3」　抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量
D014「11」　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体
D014「12」　抗Jo-1抗体定性、同半定量又は同定量
D014「23」　抗ARS抗体
D014「8」　抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は同定量
D014「9」　マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）
D014「15」　C1q結合免疫複合体
D014「25」　モノクローナルRF結合免疫複合体
D014「26」　IgG型リウマトイド因子
D014「24」　抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量
D014「27」　抗TSHレセプター抗体（TRAb）
D014「40」　甲状腺刺激抗体（TSAb）
D014「29」　抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体
D014「30」　抗カルジオリピンIgG抗体

01_保険診療の基礎知識.indd 78　2025/01/21 9:26

主たる項目のみ算定可能な検査	
D014「30」	抗カルジオリピンIgM抗体
D014「30」	抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体
D014「30」	抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体
D014「36」	抗デスモグレイン3抗体
D014「39」	抗デスモグレイン1抗体
（尋常性天疱瘡又は落葉状天疱瘡の治療効果判定目的で併施）	
D014「44」	抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定
D014「36」	抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体
D014「39」	抗デスモグレイン1抗体
（天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で併施）	
D014「45」	抗アセチルコリンレセプター抗体（AChR抗体）
D014「47」	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体
D015「1」	C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）
D015「6」	血清アミロイドA蛋白（SAA）
D015「17」	免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）
D015「24」	免疫電気泳動法（特異抗血清）
D015「27」	免疫グロブリンL鎖κ/λ比
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡査（以下を併施）
D002	尿沈渣（鏡検法）
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）
D023「17」	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出
D023「24」	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出
D023-2「1」	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性
D023-2「4」	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性（イムノクロマト法によるもの）
D023「2」	クラミジア・トラコマチス核酸検出
D012「29」	クラミジア・トラコマチス抗原定性
D023「5」	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出
D012「29」	クラミジア・トラコマチス抗原定性
D012「39」	淋菌抗原定性
D018	細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）
D023「1」	クラミジア・トラコマチス核酸検出
D023「2」	淋菌核酸検出
D023「10」	HPV核酸検出
D023「11」	HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
D023「13」	肺炎クラミジア核酸検出
D012「9」	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体
D012「10」	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体
D012「27」	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体
D023「22」	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）
D023「23」	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む）
D023「16」	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出
D021	抗酸菌同定
D023「21」	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出
D023「14」	結核菌群核酸検出
D023-2「1」	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性
D023「17」	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出
D236「3」	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査
D236「4」	聴性定常反応
D237	終夜睡眠ポリグラフィー
D237-2	反復睡眠潜時試験
D250「4」	電気眼振図
D278	眼球電位図（EOG）
D256	眼底カメラ撮影「1」通常の方法の場合
D256	眼底カメラ撮影「2」蛍光眼底法の場合
D256	眼底カメラ撮影「3」自発蛍光撮影法の場合
D258	網膜電位図（ERG）
D258-2	網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図
D278	眼球電位図（EOG）
D250「4」	電気眼振図
D282-2「1」	PL（Preferential Looking）法
D282-2「2」	乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）
D286	肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステスト
D286-2	イヌリンクリアランス測定
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー
D299	喉頭ファイバースコピー

主たる項目のみ算定可能な検査	
D302	「注」気管支肺胞洗浄法検査同時加算
D302-2	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査
D311	直腸鏡検査
D311-2	肛門鏡検査
D314	腹腔鏡検査
D315	腹腔ファイバースコピー
定性検査、半定量検査及び定量検査	
スクリーニング検査とその他の検査	

主たる２項目のみ算定可能な検査	
D007「1」	総蛋白
D007「1」	アルブミン（BCP改良法・BCG法）
D007「4」	蛋白分画
D007「3」	総コレステロール
D007「3」	HDL-コレステロール
D007「4」	LDL-コレステロール
D012「25」	ヒトメタニューモウイルス抗原定性
D012「11」	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型又はB型
D012「22」	インフルエンザウイルス抗原定性
D012「24」	RSウイルス抗原定性
D014「2」	リウマトイド因子（RF）定量
D014「8」	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は同定量
D014「9」	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）
D014「15」	C1q結合免疫複合体
D014「25」	モノクローナルRF結合免疫複合体
D014「26」	IgG型リウマトイド因子

主たる３項目のみ算定可能な検査	
D014「30」	抗カルジオリピンIgG抗体
D014「30」	抗カルジオリピンIgM抗体
D014「30」	抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体
D014「30」	抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体
D007「3」	総コレステロール
D007「3」	HDL-コレステロール
D007「4」	LDL-コレステロール

同一日は主たる項目のみ算定可能な検査	
D216-2	残尿測定検査「1」超音波検査によるもの
D216-2	残尿測定検査「2」導尿によるもの
D225	観血的動脈圧測定
D225-2	非観血的連続血圧測定
D228	深部体温計による深部体温測定
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
D230	観血的肺動脈圧測定
D206	心臓カテーテル法による諸検査「1」右心カテーテル
D230	観血的肺動脈圧測定
D226	中心静脈圧測定
D231	人工膵臓検査
D231-2	皮下連続式グルコース測定
D231-2	皮下連続式グルコース測定
J043-6	人工膵臓療法

同一月中は主たる項目のみ算定可能な検査	
D004-2「1」	悪性腫瘍遺伝子検査
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査
D006-6	免疫関連遺伝子再構成
D006-14	FLT3遺伝子検査
D006-16	JAK2遺伝子検査
D004-2「1」	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）肺癌におけるEGFR遺伝子検査
D006-12	EGFR遺伝子検査（血漿）
D006-24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査
D004-2「1」	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（1）大腸癌におけるRAS遺伝子検査
D004-2「1」	悪性腫瘍遺伝子検査「イ」（2）大腸癌におけるKRAS遺伝子検査
D006-22	RAS遺伝子検査（血漿）
D007「29」	心筋トロポニンⅠ
D007「29」	心筋トロポニンT（TnT）定性・定量
D007「57」	ロイシンリッチα2グリコプロテイン
D003「9」	カルプロテクチン（糞便）
D313	大腸内視鏡検査
D015「26」	SCCA2
D015「18」	TARC

01_保険診療の基礎知識.indd 79 2025/01/21 9:26

併算定時に算定項目が決まっている検査	
検査項目	算定できる検査
D005「5」　末梢血液一般検査 D006「34」　血小板凝集能	D006「34」「血小板凝集能」
D007「9」　ケトン体 D007「19」　ケトン体分画	「19」「ケトン体分画」
D007「14」　重炭酸塩 D007「36」　血液ガス分析	「36」「血液ガス分析」
D008「36」　エストロゲン半定量又は同定量 D008「36」　エストリオール（E3）	「36」「エストリオール（E3）」
D008「36」　エストロゲン半定量又は同定量 D008「33」　エストラジオール（E2）	「33」「エストラジオール（E2）」
D012「19」　A群β溶連菌迅速試験定性 D018　細菌培養同定検査	D012「19」「A群β溶連菌迅速試験定性」
D012「37」　大腸菌血清型別 D018　細菌培養同定検査	D012「37」「大腸菌血清型別」
D014「31」　IgG2（TIA法） D014「42」　IgG2（ネフェロメトリー法）	D014「31」「IgG2（TIA法）」
D208　心電図検査 D209　負荷心電図検査	同一日はD209「負荷心電図検査」
D210-4　T波オルタナンス検査（以下を併施） D208　心電図検査 D209　負荷心電図検査 D210　ホルター型心電図検査 D211　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	D210-4「T波オルタナンス検査」
D211　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査（同一日に以下を実施） D200　スパイログラフィー等検査 D208　心電図検査	D211「トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査」
D211-2　喘息運動負荷試験（一連で以下を実施） D200　スパイログラフィー等検査 D208　心電図検査	D211-2「喘息運動負荷試験」
D211-3　時間内歩行試験（同一日に以下を実施） D200　スパイログラフィー等検査 D220　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 D221-2　筋肉コンパートメント内圧測定 D222　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 D222-2　経皮的酸素ガス分圧測定 D223　経皮的動脈血酸素飽和度測定 D223-2　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D211-3「時間内歩行試験」
D211-4　シャトルウォーキングテスト（同一日に以下を実施） D200　スパイログラフィー等検査 D220　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 D221-2　筋肉コンパートメント内圧測定 D222　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 D222-2　経皮的酸素ガス分圧測定 D223　経皮的動脈血酸素飽和度測定 D223-2　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D211-4「シャトルウォーキングテスト」
D215「3」　「ホ」負荷心エコー法 D211　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	D215「3」「ホ」「負荷心エコー法」
D215「5」　血管内超音波法 D007「36」　血液ガス分析 D207「3」　心拍出量測定 D220　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等	D215「5」「血管内超音波法」
D215「5」　血管内超音波法 D206　心臓カテーテル法による諸検査	D206「心臓カテーテル法による諸検査」
D215「5」　血管内超音波法 D324　血管内視鏡検査	同一月中は D215「5」「血管内超音波法」
D215-2　肝硬度測定 D215-3　超音波エラストグラフィー	D215-2「肝硬度測定」
D220　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 J045　人工呼吸	同一日は J045「人工呼吸」
D223　経皮的動脈血酸素飽和度測定 C103　在宅酸素療法指導管理料（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く）	C103「在宅酸素療法指導管理料」
D223-2　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 C103　在宅酸素療法指導管理料（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く）	C103「在宅酸素療法指導管理料」
D231　人工膵臓検査 D007「1」　グルコース	同一日はD231「人工膵臓検査」
D231-2　皮下連続式グルコース測定 D007「1」　グルコース	同一日はD231-2「皮下連続式グルコース測定」

01_保険診療の基礎知識.indd 80　2025/01/21 9:26

併算定時に算定項目が決まっている検査	
検査項目	算定できる検査
D237 終夜睡眠ポリグラフィー「1」携帯用装置を使用した場合 D214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査 D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定 D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D237「終夜睡眠ポリグラフィー「1」携帯用装置を使用した場合」
D237 終夜睡眠ポリグラフィー「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定 D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	D237「終夜睡眠ポリグラフィー「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」
D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3」１及び２以外の場合（以下を併施） D200スパイロクラフィー等検査からD237終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合まで D239 筋電図検査	D237「終夜睡眠ポリグラフィー「3」１及び２以外の場合」
D239-3 神経学的検査 D250 平衡機能検査	D239-3「神経学的検査」
D239-3 神経学的検査 D255 精密眼底検査（片側）	D239-3「神経学的検査」
D247「5」「イ」自発耳音響放射（SOAE） D247「5」「ロ」その他の場合	同一月中はD247「5」「ロ」「その他の場合」
D255-2 汎網膜硝子体検査（片側） D255 精密眼底検査（片側）	D255-2「汎網膜硝子体検査（片側）」
D255-2 汎網膜硝子体検査（片側） D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	D255-2「汎網膜硝子体検査（片側）」
D255-2 汎網膜硝子体検査（片側） D273 細隙灯顕微鏡検査（前眼部）	D255-2「汎網膜硝子体検査（片側）」
D256 眼底カメラ撮影 D256-3 光干渉断層血管撮影	D256-3「光干渉断層血管撮影」
D256-2 眼底三次元画像解析 D256 眼底カメラ撮影「1」通常の方法の場合	D256-2「眼底三次元画像解析」
D265-2 角膜形状解析検査 D265 角膜曲率半径計測	同一月内は D265-2「角膜形状解析検査」
D265-2 角膜形状解析検査 D274 前房隅角検査 D274-2 前眼部三次元画像解析	D274-2「前眼部三次元画像解析」
D277-2 涙道内視鏡検査 K202 涙管チューブ挿入術	同一日はK202「涙管チューブ挿入術」
D296-2 鼻咽腔直達鏡検査 D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー	D298「嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー」
D302 気管支ファイバースコピー D415-3 経気管肺生検法」（ナビゲーションによるもの）	D415-3「経気管肺生検法」（ナビゲーションによるもの）」
D317 膀胱尿道ファイバースコピー D317-2 膀胱尿道鏡検査 D318 尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）	D318「尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）」
D324 血管内視鏡検査 D220 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	D324「血管内視鏡検査」
D415 経気管肺生検法 D302 気管支ファイバースコピー	D415「経気管肺生検法」
D415-3 経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの） D302 気管支ファイバースコピー	D415-3「経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）」
D415-4 経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合） D302 気管支ファイバースコピー	D415-4「経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）」
D415-5 経気管支凍結生検法 D302 気管支フアイバースコピー	D415-5「経気管支凍結生検法」

その他併算定時の条件がある検査	
検査項目	算定できる検査
D008「18」脳性Na利尿ペプチド（BNP） D008「20」脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP） D008「46」心房性Na利尿ペプチド（ANP）	主たる1項目（1週間以内に2項目以上併施の場合）
D012「25」ヒトメタニューモウイルス抗原定性（以下を併施） D012「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型又はB型 D012「22」インフルエンザウイルス抗原定性 D012「24」RSウイルス抗原定性	3項目実施は2つ。ただしD012「11」又はD012「22」の併施は1項目と数える
D014「2」リウマトイド因子（RF）定量3項目以上併施の場合、主たるもの2つ D014「8」抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は同定量 D014「9」マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） D014「15」C1q結合免疫複合体 D014「25」モノクローナルRF結合免疫複合体 D014「26」IgG型リウマトイド因子	
D023「9」HCV核酸検出 D023「15」HCV核酸定量	治療経過観察の場合、いずれか一方
D005「9」ヘモグロビン A1c（HbA1c） D007「17」グリコアルブミン D007「21」1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）	いずれか1項目（月1回限り） 以下に別条件あり※

※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。また、クロザピンを投与中の患者については「9」ヘモグロビンA1c（HbA1c）を月1回に限り別に算定できる。

01_保険診療の基礎知識.indd 81 2025/01/21 9:26

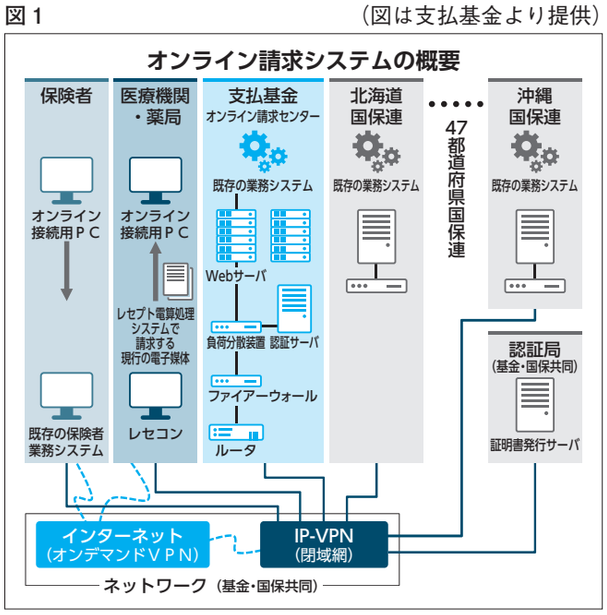
12　オンライン請求、オンライン資格確認

1　オンライン請求

⑴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）



⑵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サーバで受け付け、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）。

⑶オンライン請求のメリット

（図２）を参照してください。

※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通りです。

【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

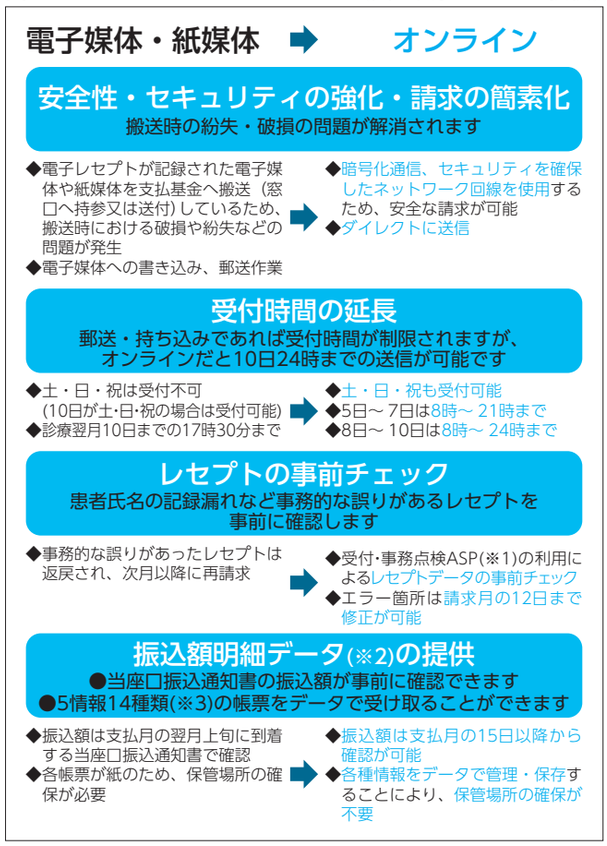
【再審査情報】
⑤再審査等支払調整額通知票
⑥診療報酬相殺通知書
⑦再審査結果連絡書（原審どおり）

【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）

図２　（図は支払基金より提供）



01_保険診療の基礎知識.indd　82　2025/01/21　9:26

2　オンライン資格確認

⑴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。

⑵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）。

図３　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

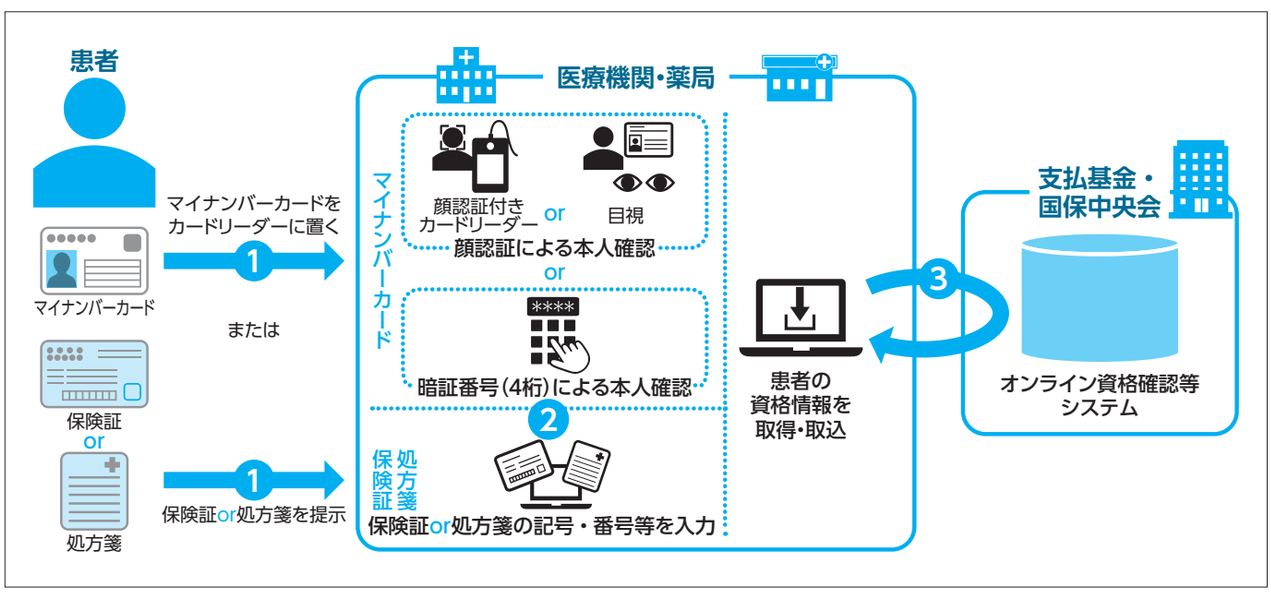
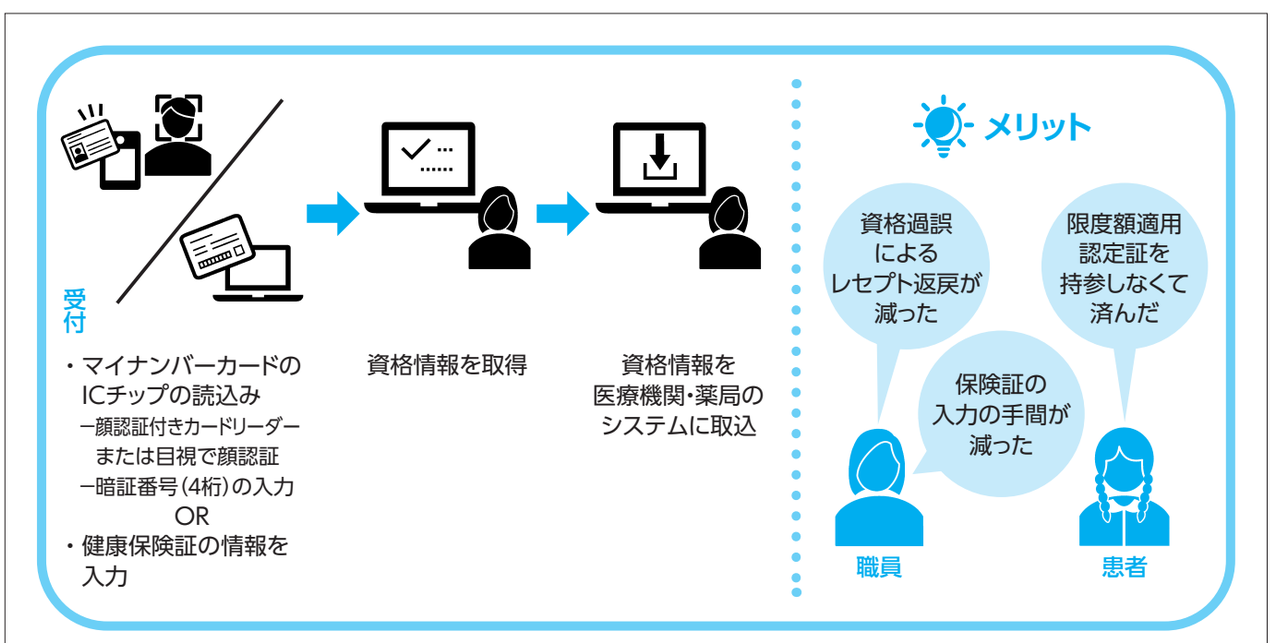


図４　オンライン資格確認のメリット



01_保険診療の基礎知識.indd 83　2025/01/21 9:26

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）。

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が、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）。

図５　レセプト返戻イメージ図

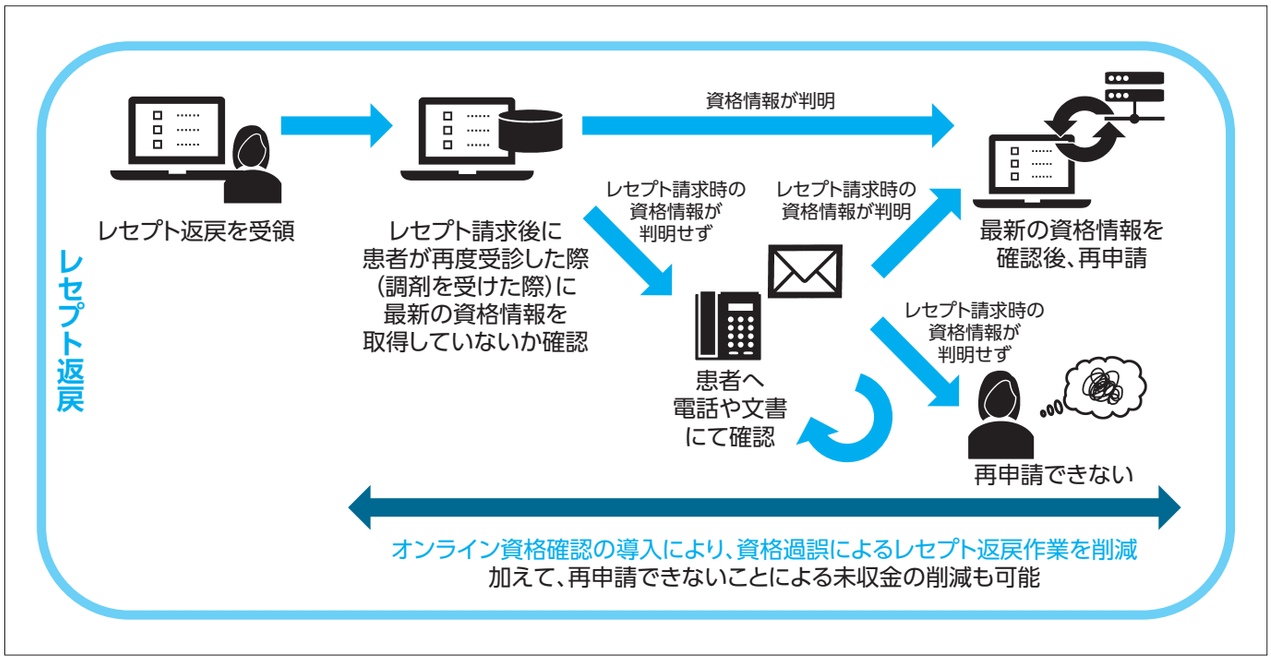
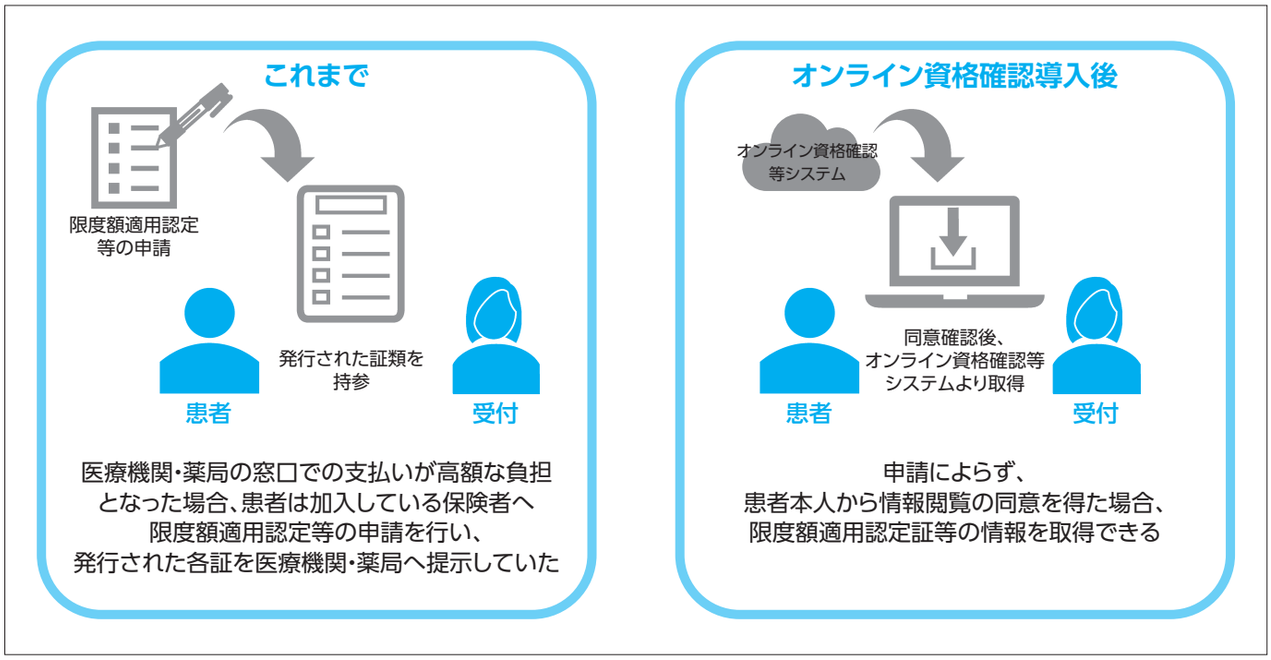


図６　限度額適用認定等比較



01_保険診療の基礎知識.indd　84　　2025/01/21　9:26

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）。

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）。

図７　薬剤情報・特定健診情報閲覧イメージ図

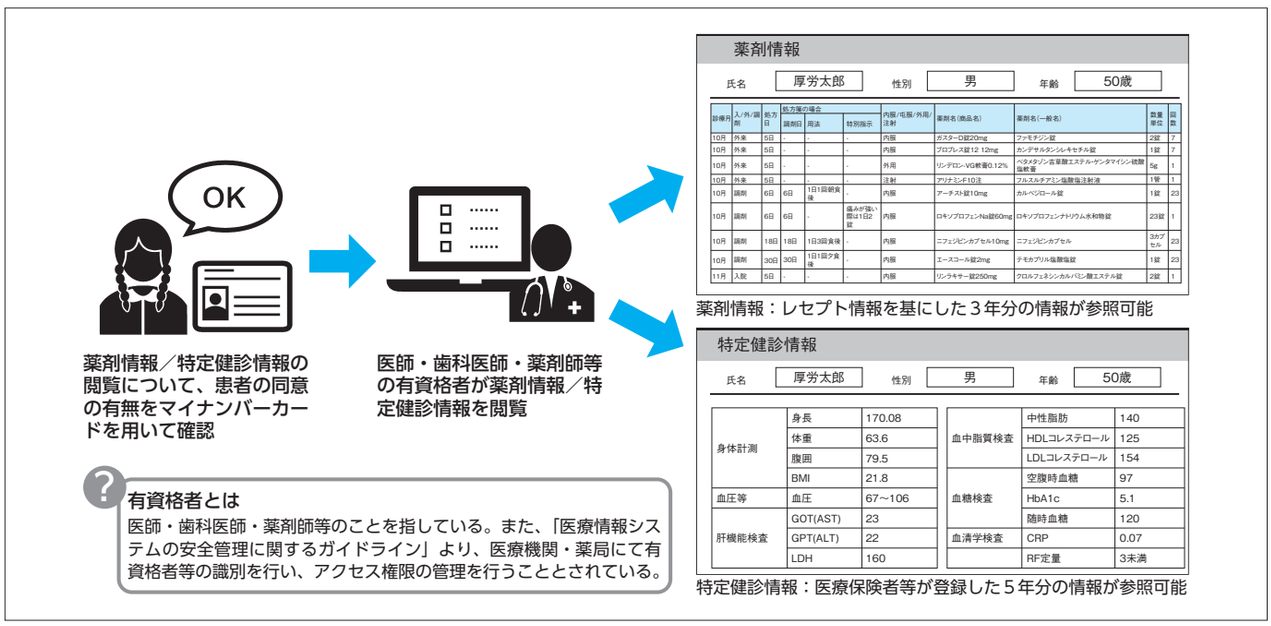
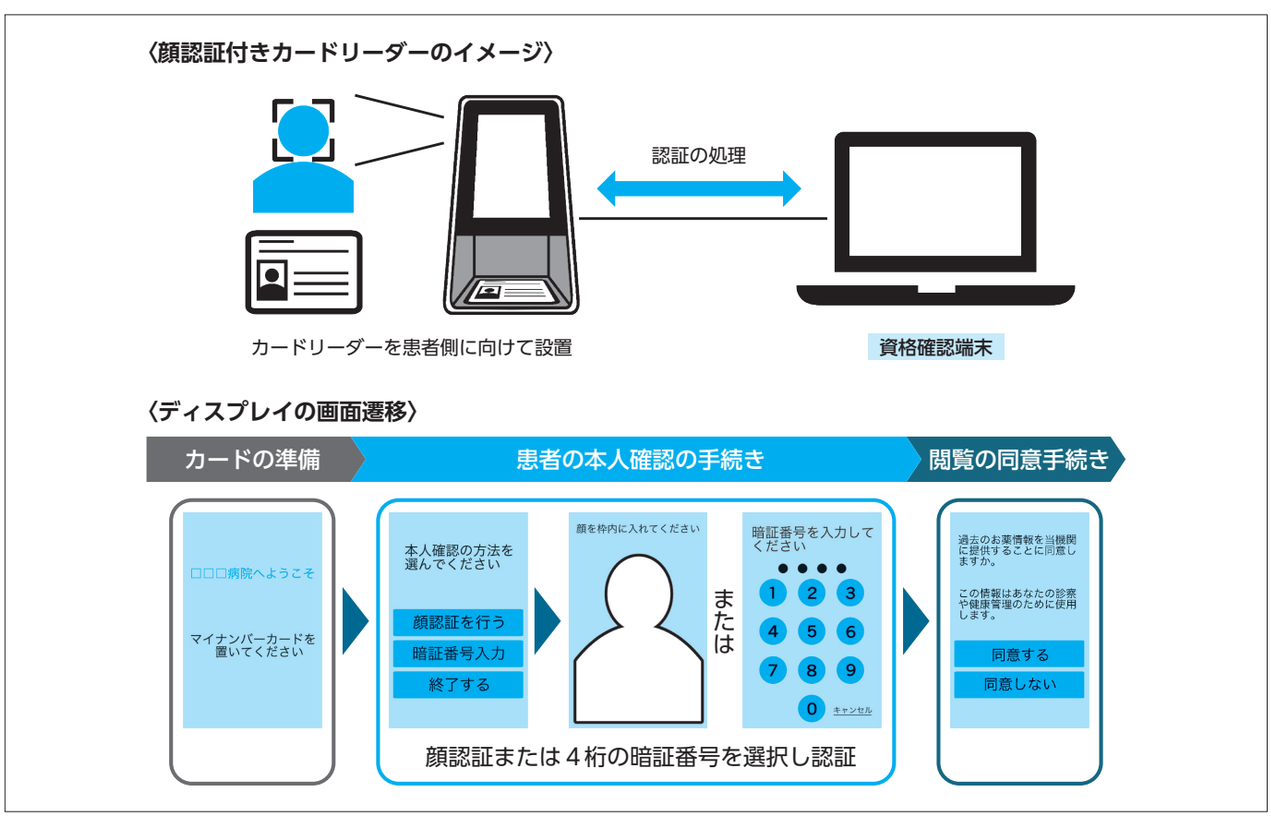


図８　顔認証付きカードリーダー利用図



01_保険診療の基礎知識.indd 85　2025/01/21 9:26

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）

・薬を家に置いて避難してきた……

・避難所で持ってきた薬を飲みきってしまった……

・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。

⑥Ａ000初診料、Ａ001再診料及びＡ002外来診療料の「医療情報取得加算」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して、医療情報取得加算が算定可能。

初診料の場合（月1回）　１点

再診料及び外来診療料の場合（３月に１回）　１点

＜施設基準＞

・レセプトの電子請求を行っている（オンライン請求等）

・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）

・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

・上記掲示事項について、ウェブサイトに掲載している

⑦Ａ000初診料の「医療ＤＸ推進体制整備加算」の算定

届出必要

初診時に、オンライン資格確認により取得した情報を診療に活用すると共に、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を確保している場合の評価として、令和６年度改定で新設されました。算定月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率により点数が異なります。

医療ＤＸ推進体制整備加算（月１回）

１：11点　２：10点　３：８点

＜施設基準＞

・オンライン請求を行っている

・オンライン資格確認を行う体制を有している

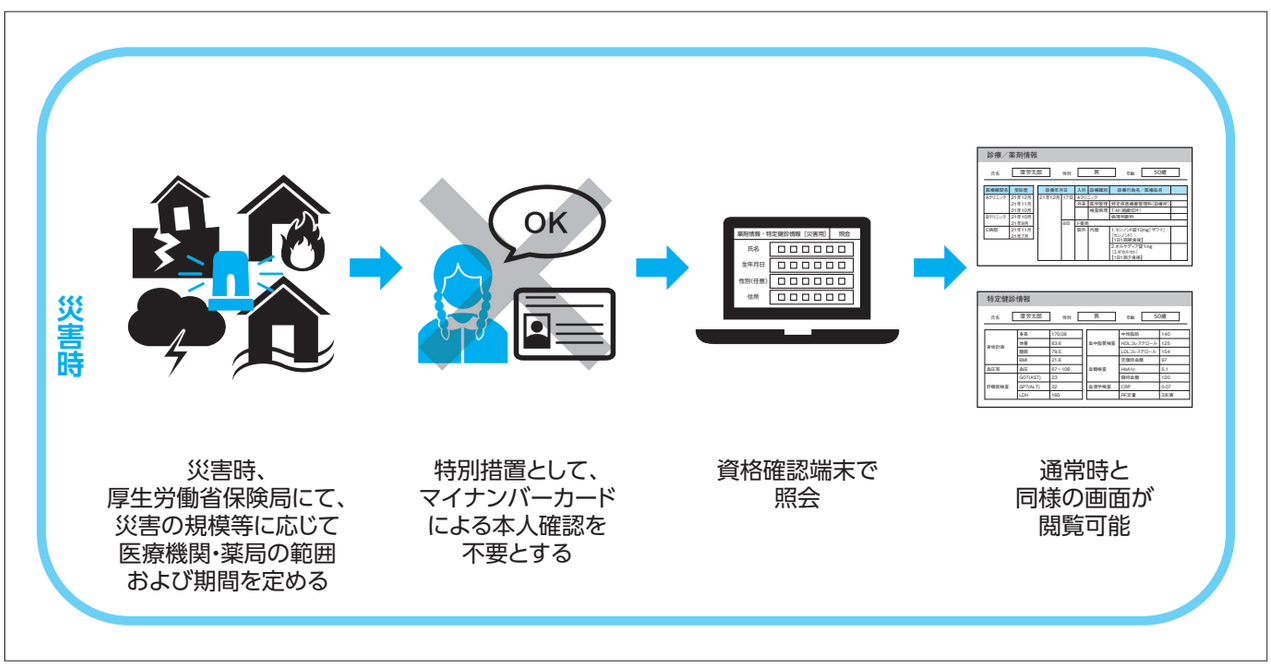
・オンライン資格確認を活用し、診療情報等を診療を行う診察室等において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有している

・電子処方箋を発行する体制を有している

・電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有している

・マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、十分又は必要な実績を有している　など

図９　災害時対応イメージ図



01_保険診療の基礎知識.indd 86　2025/01/21 9:26

⑶オンライン資格確認の動向

①マイナ保険証

従来の健康保険証は、2024年12月２日以降新たに発行されなくなります。これにより、マイナンバーカードを健康保険証として利用する、いわゆる「マイナ保険証」を基本とするしくみとなります（下図参照）。

マイナンバーカードを保有しない方には、「資格確認書」が無償で交付されることになっています。

②生活保護の医療扶助

令和６年３月１日よりマイナンバーカードによるオンライン資格確認が始まっています。

指定医療機関の利用するシステムが、生活保護による医療扶助のオンライン資格確認に対応している必要があります。

③ＰＭＨ

自治体と医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub）のことで、自治体が実施主体となっている医療費助成のオンライン資格確認が行えます。

具体的には、マイナンバーカードを難病医療や「マル子」などの受給者証として利用できたり、予防接種の接種券として利用できたりするしくみです。希望する自治体・医療機関から導入が始まっており、今後全国に広まって行くことが予想されます。

④その他主な個別機能の追加

限度額適用認定証情報の提供同意画面の省略や、医療情報等の包括同意などの機能が追加されています。また、救急時医療情報閲覧機能の追加などが予定されています。

図10　12月２日以降の確認方法

医療機関等の窓口で患者が資格確認を受ける方法（12月２日以降）

	資格確認方法	備考
①	**マイナ保険証** ※顔認証マイナンバーカード含む	医療情報等の提供の同意に基づくよりよい医療を受けることが可能 12月２日以降、電子証明書の有効期限が過ぎても３か月間は引き続き資格確認を受けることが可能
	マイナポータル画面（PDF含む） ＋マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、窓口でスマートフォンの画面を提示
	資格情報のお知らせ ＋マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、窓口で資格情報のお知らせの用紙を提示
②	**資格確認書（・健康保険証）**	資格確認書でも保険証と同様に医療を受けることが可能 マイナ保険証を保有しない方には、現行の健康保険証の期限が切れるまでに申請によらず職権交付 健康保険証は、12月２日以降、有効期限の範囲内で最長１年間使用可能

※マイナ保険証の場合には、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示は不要。

01_保険診療の基礎知識.indd 87　2025/01/21 9:26

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求（令和６年12月２日以降の取扱い）

マイナンバーカードをカードリーダーにかざすようご案内ください

確認できた

問題なし

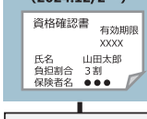
マイナンバーカードを持っていない方の場合

何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合

健康保険証
（～2025.12/1）



資格確認書
（2024.12/2～）



マイナ保険証



※追加で保険証の提示は不要

※電子証明書の有効期限後３カ月間は資格確認可

【患者が提示可能な場合】

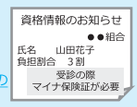
マイナポータル画面

※マイナポータルからダウンロードしたPDFファイルも可



※追加で保険証の提示は不要

資格情報のお知らせ

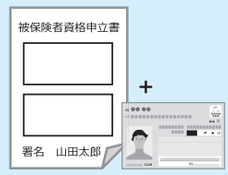


【再診の場合】

過去の受診で請求に必要な資格情報を把握していれば、患者への口頭確認

【初診の場合】

被保険者資格申立書



（事後に確認）

患者には適切な自己負担分（３割分等）の支払を求めてください

上記の方法で確認した被保険者番号等を入力して、
レセプト請求をしてください

※オンライン資格確認等システムから資格情報をダウンロードしておくことで、事後的に被保険者番号等の確認が可能です

以下の①→②→③の順に可能な方法を選択してレセプト請求をしてください

① 患者からの聞き取りや過去の受診歴等から確認できた「現在」の被保険者番号等を入力する

② オンライン資格確認における「資格（無効）」画面や過去の受診歴等から確認できた「過去」の被保険者番号等を入力する
→資格無効の場合には喪失した「旧資格情報」で請求してください

③ 被保険者資格申立書に記入された患者の住所・連絡先等を摘要欄に記載の上、被保険者番号等は不詳として「７」を必要な桁数分入力する
→資格情報なしの場合には「不詳レセプト」として請求をしてください



01_保険診療の基礎知識.indd　88　2025/01/21　9:26

13　レセプトの点検、審査、返戻、査定、再審査請求など

1　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１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。

2　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（図１、図２参照)。

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

⑴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。

⑵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。

⑶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。

⑷「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。

3　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になります。

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。

4　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３参照)。

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。

⑴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）
- ・薬剤の適応に関するもの
- ・薬剤以外の診療行為の適応に関するもの
- ・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）
- ・薬剤の過剰投与に関するもの
- ・薬剤以外の診療行為の回数過剰、重複に関するもの
- ・薬の過剰、検査の過剰　等

③①、②以外の医学的理由により適当と認められないもの（C）
- ・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）
- ・過去のレセプトを参考に査定されます。
  例）D009・9「ＰＳＡ」(121点）の検査は３か月に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）
- ・入院分と入院外分のレセプトを照合
  例）B000「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、院外処方箋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）

⑵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）

01_保険診療の基礎知識.indd 89　2025/01/21 9:26

5　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かない場合は、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。再審査請求期限は原則６か月です（図４参照）。

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）。

6　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　診療報酬請求の流れ　（国民健康保険中央会ホームページより抜粋）

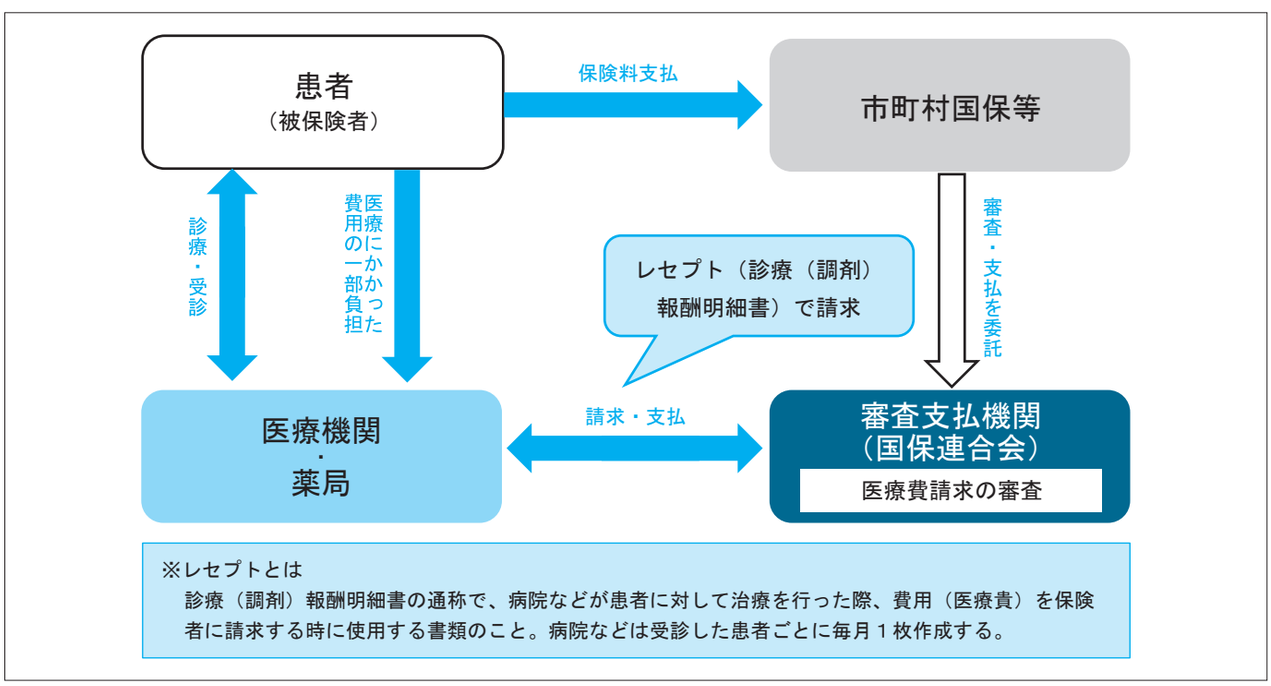
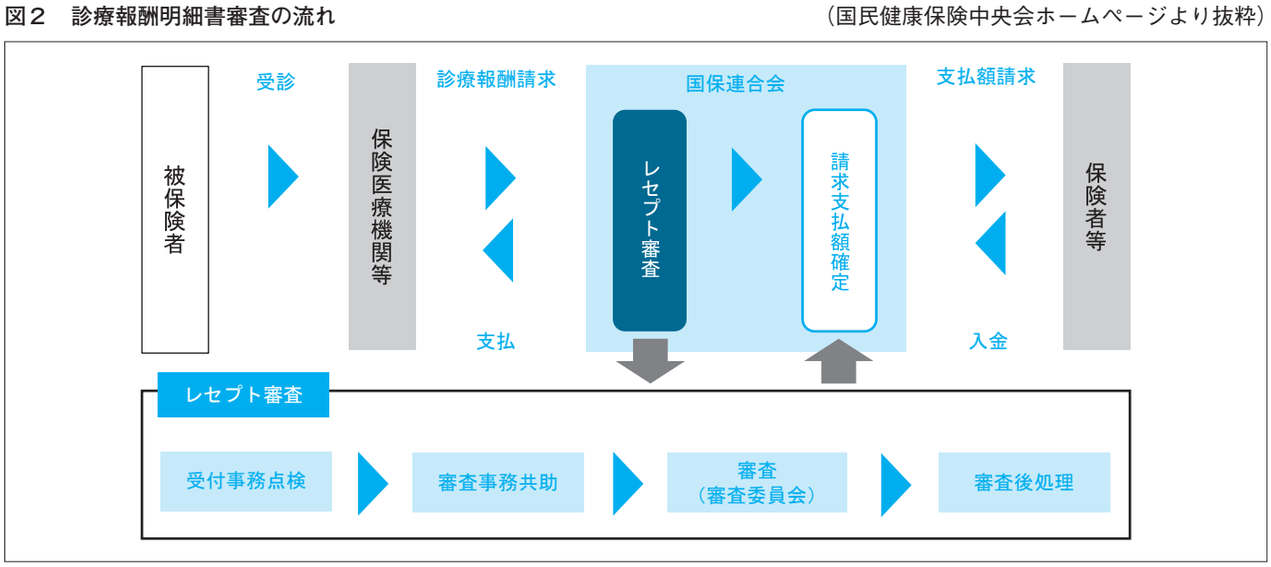


図２　診療報酬明細書審査の流れ　（国民健康保険中央会ホームページより抜粋）



01_保険診療の基礎知識.indd　90　2025/01/21　9:26

図３　（以下、「社会保険診療報酬支払基金」より抜粋）

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、医療機関等へお返し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）

１　月　分　　返　戻　内　訳　書　　ページ　1

医療機関コード　：　１２，３４５６，７

医療機関名　：　支払基金病院　　御中　　社会保険診療報酬支払基金

資格返戻	診療年月	受付番号	保険者番号等	区分	給付区分	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・生活標準負担額	事由
＊		0502-56,789,243	0613****	本・外		基金　一郎	3	1,300					5006　【保険者による資格返戻】記号・番号の誤り
		0502-56,789,012	0613****	本・入		基金　太郎	14	50,013			¥28,624		6002　傷病名を整理願います。
	0412	0502-56,789,123	0613****	家・外	長	基金　花子	10	23,456					5106　給付割合の不備です。

Ⓐの診療月と異なる場合に表示します。

資格確認による返戻の場合は「＊」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７　（高齢受給者・入院７割）
・本入　（本人・入院）
・家入　（家族・入院）
・六入　（未就学者・入院）
・高外一　（高齢受給者・外来一般）
・高外７　（高齢受給者・外来７割）
・本外　（本人・外来）
・家外　（家族・外来）
・六外　（未就学者・外来）

「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前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。

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、点数等に異動が生じた場合にお知らせする増減点数（金額）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　１２，３４５６，７

１　月　分　　増　減　点　連　絡　書　　ページ　1

医療機関名　支払基金病院　　御中　　社会保険診療報酬支払基金

診療年月	受付番号 レセプト番号	保険者番号等	区分	給付区分	氏名 カルテ番号	箇所	法別	増減点数（金額）	事由	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容
0412	0502-12,345,678 000,001	0613****	本外		基金　太郎	60	06	-37	F	1	○○○○○　74×1	1	○○○○○　37×1
						合計	06	-37			2,193		2,156
	0502-98,765,432 000,020	0613****	家外	長	基金　花子	21	06	-150					縦覧点検
									B	1	○○○錠　100ｍｇ 2錠　30×10		○○○錠　100ｍｇ 1錠　15×10
													B：療養担当規則等に照らし、医学的に保険適応上過剰・重複となるもの
						合計	06	-150			1,000		850
	0502-98,765,765 000,050	0613****	本外		基金　一郎	21	06	-100	C	1	○○○錠		
											○○○錠　100ｍｇ 1錠　20×10		○○○錠　100ｍｇ 1錠　20×5
													C：療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
							06	-100			2,500		
備考													

Ⓐの診療月と異なる場合に表示します。

欄外「記号凡例（増減点箇所）」によるコードを表示します。
※　医科と歯科で表示が異なります。

欄外「記号凡例（増減点事由）」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。
縦覧点検は、同一患者の複数月にわたるレセプトの通覧点検により補正・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覧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能な限り表示します。

記号凡例

（増減点箇所）
１１　初診　３１　皮下筋肉内　９０　入院基本料
１２　再診　３２　静脈内　９２　特定入院料・その他
１３　医学管理　３３　注射その他　９７　食事・生活療養
１４　在宅　３９　薬剤料減点　標準負担額
２１　内服　４０　処置・薬剤
２２　頓服　５０　手術・薬剤　合計　（療養の給付合計）
２３　外用　５４　麻酔・薬剤　食事　（食事療養　合計）
２４　調剤　６０　検査・病理　集計　（集計誤り）
２５　処方　７０　画像診断
２６　麻毒　８０　その他
２７　調基
２８　投薬その他

（増減点事由）
１　診療内容に関するもの
Ａ　療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの
Ｂ　療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの
Ｃ　療養担当規則等に照らし、Ａ・Ｂ以外で医学的に保険診療上適当でないもの
Ｄ　告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの
２　事務上に関するもの
Ｆ　固定点数が誤っているもの
Ｇ　請求点数の集計が誤っているもの
Ｈ　縦計計算が誤っているもの
Ｋ　その他

（補正・査定後内容）
縦覧点検
複数月にわたるレセプトの通覧点検により補正・査定された内容
入外点検
入院と入院外レセプトの通覧点検により補正・査定された内容

01_保険診療の基礎知識.indd　91　　2025/01/21　9:26

図４　再審査等請求書

再　審　査　等　請　求　書　　令和　年　月　日

社会保険診療報酬支払基金　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　3 歯科　4 調剤 6 訪問	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 原審査 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　2 有・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。

No.	結果	原審理由	摘要
1	復活・原審		
2	復活・原審		
3	復活・原審		

※備考

※基金使用欄	増減点	請求理由	備考	時間区	初再	訪問料	再々審

注　「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用しますので、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、審査事務センター又は審査委員会事務局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。

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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り、「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。

01_保険診療の基礎知識.indd　92　　2025/01/21　9:26

14　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しての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･保険医療機関のすべ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ほか、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、不正が認められたとき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。

1　新規個別指導

新規個別指導は新規指定のすべての保険医療機関（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（図１参照）。指定後概ね半年から１年以内に実施、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。後述「３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＞

⑴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。

⑵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。

⑶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。

2　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」と医療機関ごとの面接形式の「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。

表１（類型区分別表）

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．及び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、心臓血管外科、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＞

⑴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。

⑵１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。

⑶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）。

⑷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。

3　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

01_保険診療の基礎知識.indd 93　2025/01/21 9:26

人分の連続した２か月分のレセプトに基づき面接懇談方式で行われます。

⑴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、又は「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

⑵個別指導後の措置

個別指導後の措置は、次の通りとし、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になります。
④必要な理由を説明した場合は、録音や弁護士の帯同は可能となります。

４　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＞

⑴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。
⑵「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。

５　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お勧めします。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。

⑴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。等

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。遅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。

01_保険診療の基礎知識.indd 94　2025/01/21 9:26

⑵個別事項

①医療情報システム関連

ア　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。

イ　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１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。

ウ　システムの監査を実施していない。

エ　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「Ⅰ　2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

ア　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）。

イ　傷病名

・医学的な診断根拠のない“レセプト病名”を付与している場合は、必要に応じて摘要欄の記載、症状詳記の記載を行うこと。

・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。

ウ　基本診療料等

・A000「初診料」算定時の問診不足（特に初診料、A001「再診料」又はA002「外来診療料」）

・無診察診療の禁止（医師法第20条）

（本書「Ⅰ　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、診察を行わず処方箋のみを交付する。

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

③医学管理料等

ア　B000「特定疾患療養管理料」、B001・２「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。又は、不備。

イ　B009「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（C101「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

ア　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。

イ　必要性の乏しい検査を実施している。

【例】D005・３又はD005・６「血液像」、D002又はD002-2「尿沈渣」、D015・１「ＣＲＰ」、D009「腫瘍マーカー」、N004「細胞診」、D018「培養」、D019「感受性検査」等。

ウ　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。

エ　D220「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。

オ　D223「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。

カ　D285「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

ア　E001・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。

イ　地方厚生局長に届け出た、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、第４部画像診断・通則「画像診断管理加算（１及び２）」を算定している。

ウ　N006病理診断料「病理診断管理加算（１及び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。

エ　N007「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

ア　適応外、用法外、重複投与を行っている。

イ　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。

ウ　第６部注射・通則「外来化学療法加算（１及び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

Ⅰ002「通院・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

ア　B008「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

01_保険診療の基礎知識.indd 95　2025/01/21 9:26

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。

イ　B011-3「薬剤情報提供料」
処方の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。

ウ　B014「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

ア　一部負担金の徴収を行っていない。

イ　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】D009・９「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

ウ　D225「観血的動脈圧測定」の回路からの血液採取をD419・３「動脈血採取」として算定している。

エ　実際に使用した量を上回る量で薬剤を算定している。

オ　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。

カ　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

ア　施設基準に関する事項の掲示が誤っている。

イ　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。

ウ　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）。

⑶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。

④A001再診料「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）。

⑦B009「診療情報提供料（Ⅰ）」・B011-3「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やアコファイド等）。

⑬処置
Ｊ000「創傷処置」の部位や範囲の記載漏れ。

＜参考資料＞

令和４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　（厚生労働省データ）

各指導・適時調査・監査の実施状況：医科（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	545件	2,490件	5,626件	2,289件	20件
保険医等	1,584人	3,437人	-	-	31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：医科

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	５人	―	５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
10億1632万円	8億0345万円	1億5283万円	19億7261万円

01_保険診療の基礎知識.indd 96　2025/01/21 9:26

6　指導・監査の流れ

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６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等が示されます。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。

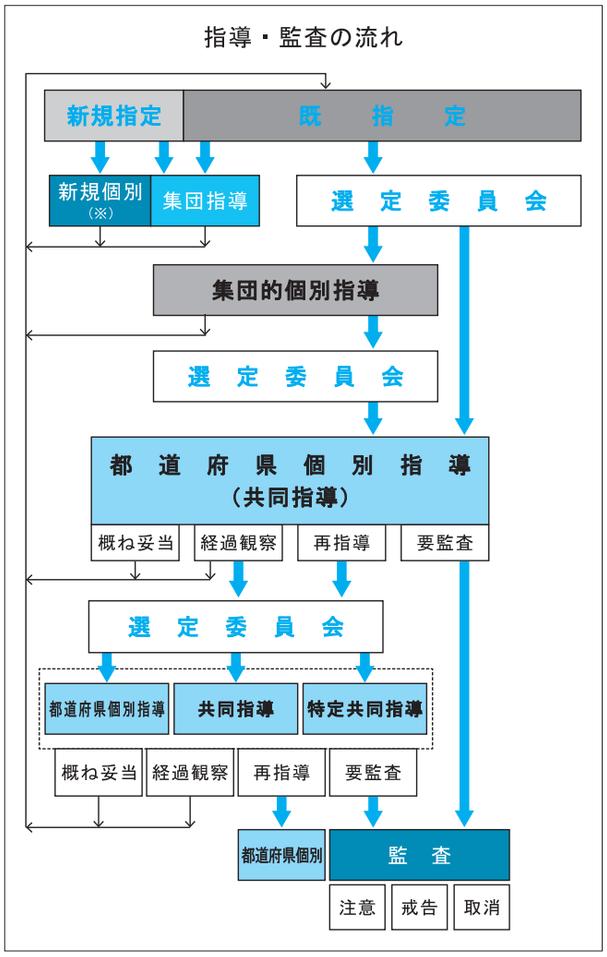
②個別指導当日は、10程度の医療機関が指導を受けることになります。

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ことになります。

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。

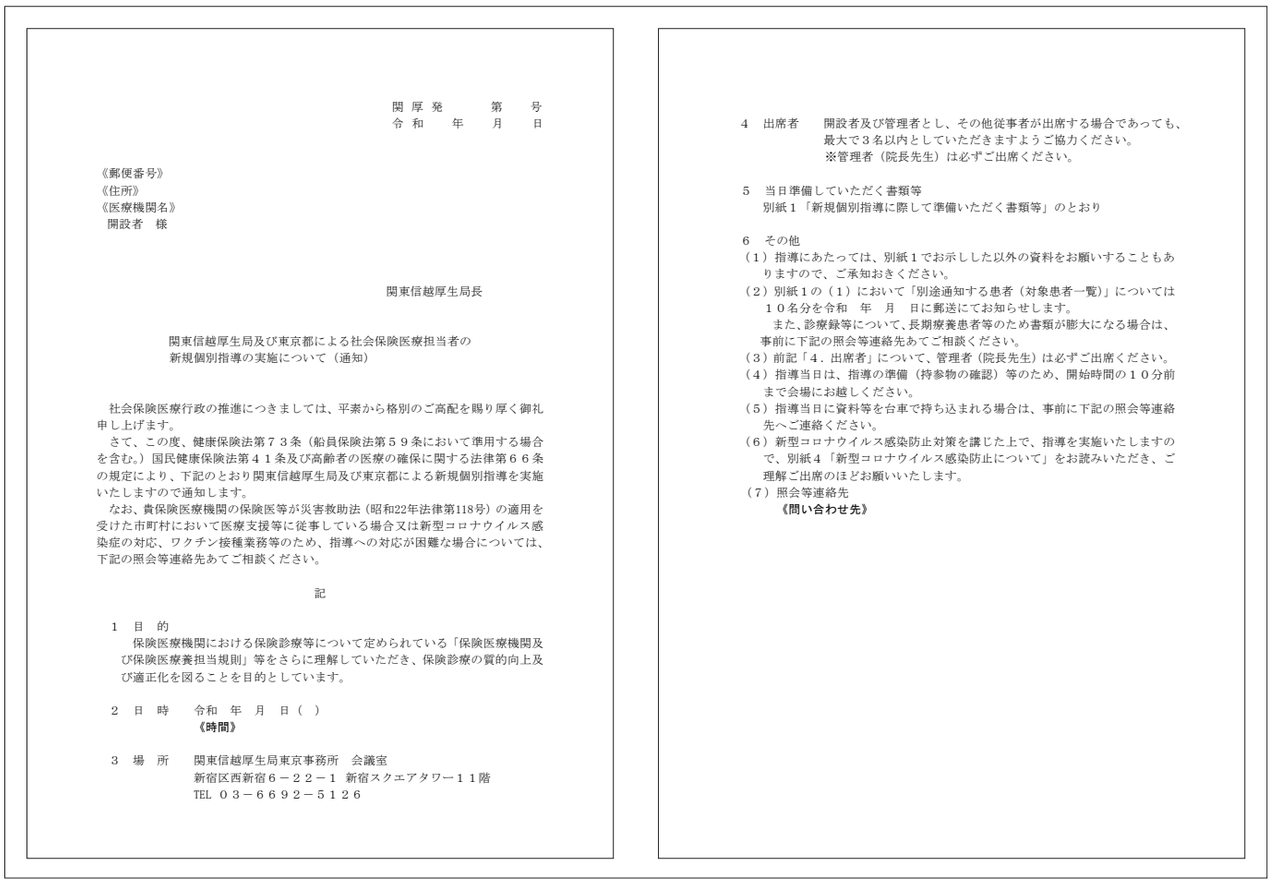
（厚生労働省：「保険診療における指導・監査」資料）



01_保険診療の基礎知識.indd　97　　2025/01/21　9:26

新規個別指導の医療機関通知（ひな形）（令和６年10月現在）

図１



開厚発　　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ついては、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　年　月　日に郵送にてお知らせします。
また、診療録等について、長期療養患者等のため書類が膨大になる場合は、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、指導の準備（持参物の確認）等のため、開始時間の１０分前まで会場にお越しください。
（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）照会等連絡先
《問い合わせ先》

01_保険診療の基礎知識.indd　98　　2025/01/21　9:26

Ⅱ
診療科別の基礎知識

内科 Ⅱ 1
精神科 Ⅱ 2
小児科 Ⅱ 3
放射線科・放射線診断科 Ⅱ 4
皮膚科 Ⅱ 5
外科 Ⅱ 6
整形外科 Ⅱ 7
リハビリテーション Ⅱ 8
泌尿器科 Ⅱ 9
産婦人科 Ⅱ 10
眼科 Ⅱ 11
耳鼻咽喉科 Ⅱ 12
腎臓－透析 Ⅱ 13
内視鏡検査、治療 Ⅱ 14
審査情報提供事例等 Ⅱ 15

02_診療科別の基礎知識.indd 100 2025/01/23 15:42

1 内科

内科領域の診療における保険診療の適応は広範囲にわたり、個々の領域で専門性の高い分野が含まれます。しかしながら、内科系学会レベルにおける最新情報や常識が必ずしも保険適応になっていないことがありますので十分な留意が必要です。

1 各種法令における留意事項

⑴医療法（昭和23年法律第205号）第６条の６第１項の規定により、医業及び歯科医業については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）において診療科名として具体的に規定したものに限り広告可能としていましたが、平成20年３月31日（医政発第0331042号）により具体的な診療科名の規定が改訂されました。

①単独で広告可能な診療科名（医療法施行令第３条の２第２項ニ）

内科、外科、精神科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科（産科･婦人科）、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科（放射線治療科・放射線診断科）、病理診断科、臨床検査科、救急科

②上記診療科と以下の事項の組み合わせは可能（医療法施行令第３条の２第１項ハ）

・人体の部位や臓器の名称
・患者の特性
・診療方法の名称
・症状・疾患の名称

③内科で不合理な組み合わせとなる事項は、整形又は形成とされています。

⑵保険診療（療養の給付）は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」が基本となります。療養給付を担当するには以下の様な記載事項があります（抜粋）。

①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。療養の給付は、療養上妥当適切なものでなければならない。

②保険医療機関は、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。

③健康診断は､療養の給付の対象として行ってはならない。

④往診は、診療上必要があると認められた場合に行う。

⑤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。研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査についてはこの限りでない。

⑥投薬は、必要があると認められる場合に行う。

⑦処方箋の使用期間は､交付の日を含めて４日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りではない。

⑧注射は、次に掲げる場合に行う。

経口投与によって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、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、特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき、その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

2 診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴診療録は、保険請求の根拠となるものなので、診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うことが必須です。

⑵診断根拠（症状・検査・診察等所見）及び治療内容とその経過･結果について具体的に分かりやすい表現で記載します。

⑶医学管理料算定には、管理内容・指導内容・診療内容・治療計画等の要点を具体的に記載することとなっています。

3 傷病名付与の留意事項

⑴医療行為に該当する傷病名を明記します。傷病名が診察時点で判明しないときは、疑い病名として挙げます。確定診断が付いた時点で疑い病名は中止とします。

⑵傷病名は診療録の傷病名欄より削除するのではなく転帰を記載します。また、正しい転帰を付して適宜整理します。

⑶急性・慢性、左右の別、身体部位等可能な限り詳細な傷病名を記載します。

⑷検査・投薬等の査定を防ぐ目的で付けられた医学的な診断根拠のない傷病名（レセプト病名）は不適切なので記載しません。診療報酬明細書の請求内容を説明する上で傷病名のみでは不十分と考えられる場合には、摘要欄に記載するか症状詳記（病状説明）を作成し、診療報酬明細書に添付します。

4 診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

⑴初・再診料

①患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定します。

②現に診療継続中（慢性疾患等）の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できません。

③前回受診時の処方薬の処方日数内での新たな疾患による受診も、前疾患の転帰が記載されていても診療継続中と判断される可能性が高いです。

02_診療科別の基礎知識.indd 101 2025/01/23 15:42

④皮脂欠乏症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎等傷病名がある場合も、短期間に治癒する疾患とは考え難いため、最終来院日から１か月以上かつ内服等加療終了と判断される日より１か月程度経過しないと診療継続中と判断される可能性が高いです。

⑤再診料は再診の都度算定できます。

⑥再診料における外来管理加算は、慢性疼痛疾患管理並びに厚生労働大臣が定める検査（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）・リハビリテーション・精神科専門療法・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に算定できます。当該算定には、丁寧な問診・詳細な身体診察・懇切丁寧な説明が求められ、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載することになっています。

⑦地方厚生局長等に届け出た保険医療機関は、初診時に機能強化加算・医療ＤＸ推進体制整備加算、初診時及び再診時に外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算・連携強化加算・サーベイランス強化加算・抗菌薬適正使用体制加算、再診時に地域包括診療加算・看護師等遠隔診療補助加算が算定可能となります。

⑧オンライン資格確認を導入し、施設基準を満たす保険医療機関（届出不要）は、初診時及び再診時に医療情報取得加算が算定可能となります。

＜特掲診療料＞

⑴医学管理料

①特定疾患療養管理料

・厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に月２回まで算定できます。

・管理内容の要点を診療録に記載します。

・初診料を算定した日から１か月、退院日より１か月は算定できません。

・厚生労働大臣が定める特定疾患：結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂質血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

②生活習慣病管理料（Ⅰ）

・脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、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。

・糖尿病を主病名にする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは算定できません。また、境界型糖尿病・耐糖能異常では算定できません。

・初診料を算定した月では算定できません。

・患者に対して作成した療養計画書により丁寧な説明を行い、患者の同意を得ると共に、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できます。交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておきます。当該計画書は概ね４か月に１回以上交付することになっています。２回目以降は療養計画書の内容を説明し患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認した場合には、当該計画書の作成に患者署名を省略しても差し支えありません。

・総合的な治療管理は、歯科医師・薬剤師・看護職員・管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいとされています。

・患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについての院内掲示をすることが当該管理料算定には必要となります。

・当該管理料算定日には外来管理加算は算定できません。ただし、当該管理料を算定した月において、その算定日とは別の日に診療を行った場合は、外来管理加算を算定することができます。

・当該管理料算定月では特定疾患処方管理加算は算定できません。特定疾患である傷病名があり処方内容に当該疾患の長期処方がある場合でも算定はできません。

・医学管理等（Ｂ001の20、22、24、27及び37を除く）・検査・注射・病理診断の費用は所定点数に含まれます。

③生活習慣病管理料（Ⅱ）

・今回新設された管理料です。算定要件は生活習慣病管理料（Ⅰ）と同じです。

・所定点数に含まれる医学管理等が生活習慣病管理料（Ⅰ）とは異なります。また、検査・注射・病理診断の費用は算定できます。

・生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月より６か月以内の期間は算定できません。

④悪性腫瘍特異物質治療管理料

・悪性腫瘍であると既に確定診断がな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回に限り算定できます。腫瘍マーカー検査に係る費用は算定でき

02_診療科別の基礎知識.indd 102　2025/01/23 15:42

ません。

・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添付又は記載します。

⑤難病外来指導管理料

・厚生労働大臣が定める疾病（難病）を主病とする患者に対して、計画的な医学管理を継続し、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回に限り算定できます。

・診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載します。

⑥地域包括診療料

・施設基準届出保険医療機関において、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つ以上の疾患を有する患者に対して、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月１回に限り算定できます。

・患者の同意について、初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し診療録等に添付します（直近１年間に４回以上の受診歴を有する患者は省略可）。

・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましいとされています。

・他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関をすべて把握すると共に、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録等に記載します。

・介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応が可能であること、及び患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについての院内掲示をすることが当該管理料算定には必要となります。また､この掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していることが必要です（除外対象及び経過措置あり）。

⑵検査

①検査は主訴・身体所見等を踏まえて必要な項目を最小限度に行う必要があります。

②検査回数や頻度（間隔）に制限が設けられている検査については、前回施行日を診療報酬明細書に記載する必要があります。初回の場合も施行日を記載します。

③検査施行時に留意すべき点を列挙します（支払基金統一事例等より抜粋）。

・ＢＮＰ､ＮＴproＢＮＰ：心不全疑い病名で心電図検査･胸部レントゲン検査・心臓超音波検査等を施行しない場合の算定は認められない可能性が高いです。連月の算定は原則認められません。傷病名が心不全以外の特発性拡張型心筋症でも算定は可能です。

初診時の心不全確定病名では、基礎疾患や検査がなくても算定可能とされています。

・ＣＲＰ：明らかな急性疾患がない症例の再診時での算定は認められない可能性が高いです。

・ＨｂＡ１ｃ：連月の糖尿病疑い病名での算定は医学的妥当性に乏しいと判断されます。３か月に１回程度の算定でないと認められない可能性が高いです。

・尿アルブミン定量：糖尿病の確定傷病名がある糖尿病性早期腎症に対して３か月に１回算定可能です。高血圧症、糖尿病疑い、糖尿病性腎症（第３期・第４期・第５期）、腎炎（急性・慢性）、ネフローゼ症候群、腎不全等の傷病名では原則認められません。

・ヒアルロン酸：慢性肝炎の傷病名がない場合は、算定が認められない可能性が高いです。原則として、３か月に１回算定可能です。

・ＣＰＲ、ＩＲＩ：糖尿病疑い病名では算定できません。糖尿病診断後も一定間隔での経過観察のために行う場合の算定は可能です。ただし、３か月以上の間隔をあけた算定でないと認められない可能性があります。原則として同時算定は認められません。

・ＨＩＶ関連検査：内視鏡施行時等スクリーニング検査としては認められません。

・糞便中ヘモグロビン定性等検査：偽陰性の可能性を考慮し､同一日における２検体での２回算定は可能です。

・ロタウイルス抗原定性（糞便）等検査：原則として年齢に関わらず算定できます。

・シスタチンＣ：腎機能低下（疑いを含む）、慢性腎炎、腎不全疑い等の傷病名で、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か月に１回算定できます。腎機能低下が高度に進んだ症例では測定意義がないとされるため、末期腎不全、腎不全（透析施行中）では算定できません。

・リポ蛋白（a）、レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ-Ｃ）：高脂血症又は脂質異常症と虚血性心疾患、動脈硬化性疾患、脳梗塞、糖尿病、腎疾患等の傷病名が併記されている場合に算定できます。

・ヘリコバクター・ピロリ感染診断：プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後２週間以上経過せずに実施した尿素呼気試験（ＵＢＴ）は検査結果に関わらず算定できません。

・インフルエンザ関連検査：発症後48時間以内であれば算定できます。発症後48時間以上経過した時点での検査には傷病名の追加が必要となります。

・単純撮影（胸部）：初診時の高血圧症、睡眠時無呼吸症候群等の傷病名では算定できますが、再診時の糖尿病、高脂血症、睡眠時無呼吸症候群等の傷病名だけでは医学的必要性･有用性が低いとされ算定できません。

・心筋マーカー検査：算定には心電図検査が原則必要と

02_診療科別の基礎知識.indd 103 2025/01/23 15:42

なります。

⑶投薬

①保険診療において薬剤を使用する場合は禁忌投与・適応外投与・用法外投与・過量投与等に留意が必要です。疑い病名での処方は認められません。

②強心薬、糖尿病治療薬、血管拡張薬、降圧薬、副腎皮質ステロイド、脂質異常症（高脂血症）治療薬の投与・使用時は低薬価薬剤であっても傷病名の記載は必要となります。

③投薬施行時に留意すべき点を列挙します（支払基金統一事例等より抜粋）。

・キネダック：糖尿病の傷病名だけでは算定できません。

・フオイパン：慢性膵炎、術後逆流性食道炎に適応がありますが、逆流性食道炎の傷病名のみでは算定できません。

・抗生物質：原則投与期間は14日以内とされています。疾患治療上最小限の期間投与が望ましいとされています。医学的な必要性が明確ではない場合での14日を超える投与は認められません。

・グリニド薬とＳＵ剤（スルホニル尿素系製剤）の併用：治療上併用の意味がないとされているために原則認められません。

・ＤＰＰ-４阻害薬とＧＬＰ-１受容体作動薬の併用：同一薬効の薬剤として取り扱われるため、重複投与とされ原則認められません。

・プロトンポンプ阻害薬とヒスタミン（Ｈ２）受容体拮抗薬の併用：同一薬効の薬剤として取り扱われるため、重複投与とされ原則認められません。

・プロトンポンプ阻害薬：傷病名により投与期間に制限があるため、長期投与時には傷病名により認められない可能性があります。

・ヘリコバクター・ピロリ除菌療法：除菌前の感染診断等請求がない場合でも、他医療機関（検診も含む）での内視鏡検査による萎縮性胃炎の診断（上部消化管内視鏡検査施行日）及びヘリコバクター・ピロリ陽性診断経緯の記載とヘリコバクター・ピロリ感染症の傷病名があれば原則認められます。内視鏡検査等において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍については、ヘリコバクター・ピロリ感染症の傷病名の併記があれば原則認められます。

・ステロイド外用薬：蕁麻疹の治療法としては推奨されないとされているため、蕁麻疹（慢性を含む）での算定は原則認められません。

・ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合（セレスタミン配合錠等）：蕁麻疹（慢性例を除く）、湿疹・皮膚炎群の急性期及び急性増悪期、薬疹、アレルギー性鼻炎に適応があるため、急性気管支炎、急性上気道炎、扁桃炎、鼻咽頭炎、感冒、慢性上気道炎、副鼻腔炎、鼻炎、化膿性中耳炎、滲出性中耳炎、アレルギー性結膜炎での算定は原則認められません。

・ツロブテロール外用薬（ホクナリンテープ等）：気管支喘息、急性気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫に伴う気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解（気管支拡張作用により諸症状改善）に使用されるため、かぜ症候群･感冒、インフルエンザ、上気道炎（急性・慢性）、咽頭炎（急性・慢性）、慢性咽喉頭炎、間質性肺炎、慢性呼吸不全、溶連菌感染症では原則認められません。

・降圧薬配合剤：初回投与時での算定は原則認められません。

・爪白癬治療薬（クレナフィン、ネイリン等）：直接鏡検又は培養等に基づき爪白癬と確定診断された患者に使用することが明記されているため、算定時には検査又は確定診断経緯の詳記が必要です。

⑷注射

①注射の必要性を診療録に記載し施行します。

②注射施行時に留意すべき点を列挙します（支払基金統一事例等より抜粋）。

・強力ネオミノファーゲンシー静注：湿疹、皮膚炎、蕁麻疹、薬疹、中毒疹等傷病名での使用量としては、原則として１回40mlまでとされています。

・ヒスタミン（Ｈ２）受容体拮抗薬：上部消化管出血、ゾリンジャー・エリソン症候群、侵襲ストレスの上部消化管出血抑制が適応であり、胃潰瘍等の傷病名だけでは認められない可能性があります。

・メトクロプラミド：消化管出血・穿孔・器質的閉塞での使用は禁忌となるため原則認められません。

5　令和6年度診療報酬改定における、新規・改定項目

⑴令和６年度診療報酬改定では、特定疾患療養管理料及び特定疾患処方管理加算の対象疾患から脂質異常症・高血圧症･糖尿病が除外され、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）が新設されました。

⑵月２回算定可能であった特定疾患処方管理加算１は廃止されました。長期処方時に月１回算定していた特定疾患処方管理加算２が特定疾患処方管理加算に変更となりました。

⑶多数の傷病名がある場合（特定疾患・脂質異常症・高血圧症・糖尿病）、特定疾患療養管理料を算定するのか、生活習慣病管理料を算定するのかは主病名により決まります。医学管理料・特定疾患処方管理加算の算定には十分な確認が必要となりました。

02_診療科別の基礎知識.indd 104　2025/01/23 15:42

6　その他

検査・投薬・注射等に関する留意点は参考としていただく内容です。保険審査において認められない場合もありますので、傷病名のみでは算定が不十分と考えられる場合には、症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付することを勧めます。

原則的に病名漏れは査定されますが、返戻や査定内容に納得がいかない場合には再審査請求を検討されると良いと思います。

診療報酬に関する最新情報は、日本医師会･東京都医師会･地区医師会等より提供されますので参考としてください。



02_診療科別の基礎知識.indd 105　2025/01/23 15:42

2　精神科

精神科専門療法においては、精神科特有の精神療法、薬物療法、身体療法があり、また後述する自立支援医療をはじめ、公費負担医療などの支援制度を希望される方が多く来院されると思います。制度により、申請から指定を受けるまでに日数がかかるものもありますので、診療を開始するまでに準備しておくことが必要です。

事前に関連する法令をしっかりと確認しましょう。

1　各種法令における留意事項

⑴自立支援医療制度

精神疾患のため通院による継続的な治療を受ける場合の負担軽減を図るため、精神科では自立支援医療制度があります。通常医療保険だけでは３割負担が基本となりますが、自立支援医療制度を利用することにより原則１割負担となり、所得によって６段階の負担上限月額が適用されますので、患者の医療費負担を軽減することができます。なお東京都においては、他県とは違って無料支援になる場合もありますことをご承知おきください。

患者が自立支援医療を受けるためには、患者の住所地を管轄する区市町村へ申請が必要となりますので、受診後に継続的な通院が必要と判断される場合には、制度の案内を実施し、申請を希望される患者には診断書を作成してください。申請書類や診断書は区市町村の窓口で患者が入手可能です。

自立支援医療を提供するためには自立支援医療機関としての指定を受ける必要がありますので、都道府県へ申請を行ってください。この場合、処方を受ける調剤薬局も決定することが必要です。

⑵精神障害者保健福祉手帳制度

精神障害を持つ方が、一定の障害にあることを証明するものです。特に医療機関の診療では使用しませんが、手帳を取得することにより、様々な税金の減額や免除、さらに都電・都営バス・都営地下鉄等が無料で乗車できます。こちらも自立支援医療制度と同様に、患者の住所地を管轄する区市町村へ申請が必要となりますので、該当する場合は診断書を作成してください。

自立支援医療制度及び精神障害者保健福祉手帳制度を同時に申請・更新をする場合には、診断書の作成は手帳用の診断書のみ作成し、同時申請とすることにより１枚で行えます。ただし、自立支援医療制度は通院の初日から申請は可能ですが、精神障害者保健福祉手帳制度については、精神科に初めて受診してから６か月間の治療経過の必要がありますので、初回申請の時期にはご注意ください。

申請後、自立支援医療制度は毎年、精神障害者保健福祉手帳制度は２年に１回の更新手続きが必要となります。自立支援医療制度は毎年更新が必要ですが、診断書は２年に１回のみ必要となりますので、継続同時申請をする場合は２年に１回、手帳用の診断書のみの作成となります。

また、後述する障害基礎年金を受給している場合には、年金証書で手帳の更新は可能となりますので、自立支援の診断書の作成となります。

⑶障害基礎年金

精神障害の等級が２級以上の場合には障害基礎年金の申請ができますが、手帳の有無に関わらず申請は可能です。申請は、年金の支払い状況などの条件を満たした方で、20歳を超え、精神科に初めて受診してから１年６か月が経過している必要があります。初回の申請は同様に、患者の住所地を管轄する区市町村へ申請となりますが、申請時必要書類や受給条件は患者によって異なりますので、まずは役所へ相談のご案内のみをしていただき、申請可能な場合は規定書式で診断書の作成をしてください。

受給後の更新は障害の程度や内容により時期が異なります。更新の際には患者へ更新の書類が年金事務所より患者宅に郵送で届きますので、提出がありましたら診断書を作成してください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴精神科は他の診療科と異なり、一度発症すると治癒が難しいケースもあり、症状が安定した後も再発して、再受診される患者が多いと思います。治療を自己中断し、他院へ措置入院や二次救急等で急遽受診となり、診療情報の提供を求められるケースもあるため、治療経過は特に詳細に記載が必要となります。また、転院等で終診となった後でも、警察や区市町村等の関係機関からの通院時の治療経過の問い合わせや、自立支援や精神障害者福祉手帳・障害年金の診断書の控え等を、次回作成をする医療機関から求められることがありますので、古い記録の保管にも注意しましょう。

⑵精神科では通常の再診料とは別に、通院・在宅精神療法を算定されると思います。精神療法を算定される場合、病状説明・服薬指導等、一般的な療養指導のみを行うだけでは算定できません。一定の治療計画のもと危機介入・対人関係の改善・社会適応能力の向上を図るための指示・助言等の働きかけを継続的に行うことが条件となりますので、これらが分かるような記録となるように注意しましょう。また、精神療法は診療時間によって、また精神保健指定医とそれ以外によって、さらに患者の年齢によって点数が異な

02_診療科別の基礎知識.indd 106　2025/01/23 15:42

ります。

診療時間では、初診の場合は30分未満、30分以上又は60分以上、再診の場合は５分以上30分未満、30分以上、さらに60分以上となります。診療時間が分かるように記載してください。診療録及びレセプトの摘要欄に診療時間を10分単位で記載する必要があります。

なお､30分又は60分を超える診療を行った場合であって、それが明らかであると判断される場合には、「○○分超」などの記載でも差し支えありません。

⑶てんかん指導料や血中濃度測定による特定薬剤治療管理料を算定する場合には、治療計画に基づく指導内容を記載しましょう。

⑷その他、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算などが新設されました（詳細は後述）。いずれの場合も、診療録及び必要用紙や計画書への記載が必須ですので、ご留意ください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴複数の傷病名を記載する場合は、必ず主病名を明確にしましょう。

⑵精神疾患は検査をしても正確な診断は難しいケースが多いと思います。治療を進めていく上で傷病名が変わることもあると思います。向精神薬を長期投与することにより､様々な副作用が発現する場合もあります。そのため、傷病名は定期的に見直しをしてください。その際、終了する病名には終了年月日と転帰を記載しましょう。

⑶精神療法など精神科専門療法の実施や向精神薬の処方には、確定病名が必要です。初診で病名が確定しない場合もあると思いますが、疑い病名には速やかに確定病名の診断をお願いします。

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初・再診料

⑴初診料

初診料は患者の傷病について、医学的に初診といわれる診療行為があった場合、又は患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び受診した場合に算定可能です。

ただし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合には、初診として扱えません。精神疾患は治癒が難しいことから、慢性疾患と判断される可能性が高いので、任意の診療を中止後１月以上経過した場合であっても、初診とするには注意が必要です。初診とする場合には、以前の病名を終了し、新たな傷病名で開始が必要ですが、再診と判断される場合もあります。

⑵再診料

２回目以降の通院は再診料となります。

ただし、以下に記載する場合は、初診又は再診に附随する一連の行為とみなされますので、該当する日の再診料は算定できません。

①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

②往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

③初診又は再診の際の検査・画像診断・手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査・画像診断・手術等（精神科では心理検査等）を受けに来た場合

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

⑴特定薬剤治療管理料（イ　特定薬剤治療管理料１）

薬物血中濃度測定をして計画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。

・統合失調症の患者にあっては、ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの、若しくは治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの。

・躁うつ病では、リチウム製剤を投与しているもの、若しくは躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピン製剤を投与しているもの。

・てんかん患者に抗てんかん剤を投与しているもの。

①算定に当たっては、該当するもの（統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与　等）を診療報酬明細書の摘要欄に記載します。

②特定薬剤治療管理料を算定すべき１回目の月に限り所定点数に初回月加算ができます（免疫抑制剤の薬剤を投与している患者等一部を除く）。

③抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者については、「４月目以降」は所定点数の100分の50に相当する点数で算定します。「４月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて４月目以降のことを指します。なお、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピン製剤を投与している患者が含まれ、当該患者は４月目以降においても減算対象になりません。

④てんかん患者であって、２種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し､その測定結果に基づき､個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、２回に限り所定点数を算定できます。

⑵てんかん指導料

てんかん患者であっ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回に限り算定します。初回の指導料は､初診の日から１か月を経過した日以降に算定できます。

⑶診療情報提供料（Ⅰ）

保険医療機関が診療に基づき、別の医療機関での診療の

02_診療科別の基礎知識.indd 107　2025/01/23 15:42

必要性を認め、これに対し患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、紹介先医療機関ごとに月１回に限り算定できます。算定可能な紹介先は原則医療機関ですが、区市町村・保健所・精神保健福祉センター･保険薬局･障害者施設･学校医等も対象となります。

⑷傷病手当金意見書交付料

医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できます。意見書を交付後、患者が意見書を紛失し、同期間について再交付する場合の費用は患者負担となります。

２　在宅医療

⑴往診料

患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が保険医療機関に往診を求め、医師が往診の必要性を認め、可及的速かに患家に赴き診療を行った場合に算定できます。定期的ないし計画的に赴いて診療を行った場合は､算定できません。

⑵在宅患者訪問診療料（Ⅰ）

通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合には、特例を除き週３回に限り算定できます。

⑶訪問看護指示料

訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て訪問看護ステーションなどに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、月１回に限り算定できます。診療に基づき患者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護を行う必要性を認め、患者の同意を得て、訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、原則月１回に限り特別訪問看護指示加算を所定点数に加算できます。

３　検査

⑴臨床心理・神経心理検査

「発達及び知能検査」､「人格検査」､「認知機能検査その他の心理検査」に分類されます。それぞれ操作が容易なもの・複雑なもの・処理が極めて複雑なもので点数が分かれます。それぞれの分類ごとに、同日は主たる１種類のみしか算定できません。

また、認知機能検査「１　操作が容易なもの　イ　簡易なもの」に関しては、原則として３月に１回に限り算定できます。

４　投薬

⑴精神科で多く使用される抗精神病薬や睡眠薬など向精神薬には、投与上限日数及び上限量に制限があります。

⑵内服薬と同一薬剤を頓服として投薬される場合には、上限量に注意してください。

⑶１処方につき３種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬、又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合を「向精神薬多剤投与」といい、処方料が減算されます。ただし、①他院からの転医により減薬途中、②自院での他剤への切り替え途中、③臨時投与の場合、④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師にかかる届出書添付書類を提出した場合などは、減算が軽減されます。

⑷不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して、１年以上継続して厚生労働大臣が定める薬剤の投与を行った場合を「向精神薬長期処方」といい、処方料が減算されます。不安又は不眠に係る適切な研修、若しくは精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師の場合はこの限りではありません。

⑸投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできません。

５　精神科専門療法

⑴通院・在宅精神療法

①退院後４週間以内を除き、週１回に限り算定できます。

②精神保健指定医による場合とそれ以外で所定点数が分かれます。

③診療に要した時間によって所定点数が分かれます。

⑵精神科継続外来支援・指導料

①入院中以外の患者又はその家族等に対して、病状・服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合、１日に１回に限り算定します。

②１回の処方において、３種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬･抗精神病薬を投与した場合は算定できません。

③他の精神科専門療法と同一日には算定できません。

⑶精神科訪問看護指示料

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る）が、診療に基づき訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、月１回に限り算定できます。また、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、一時的に頻回の訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算を月１回に限り所定点数に加算できます。

⑷抗精神病特定薬剤治療指導管理料

①持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

統合失調症患者に対して持続性抗精神病注射薬剤を投与した場合。入院中以外の患者は月１回に限り算定。

②治療抵抗性統合失調症治療指導管理料

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たし、届け出をした保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を治療抵抗性統合失調症患者に対して投与した場合。月１回に限り算定。

※①及び②について、計画的な医学管理を継続的に行い、かつ療養上必要な指導を行った場合、当該薬剤を投与したときに算定できます。治療計画及び治療内容の要点を

02_診療科別の基礎知識.indd　108　　2025/01/23　15:42

診療録に記載することが必要です。

5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

＜通院・在宅精神療法＞

⑴届出医療機関において、情報通信機器を用いて通院精神療法（精神保健指定医によるもの）を行った場合の保険点数が新設されました。

⑵療養生活環境整備指導加算が廃止され、療養生活継続支援加算に統合され、実施者に「保健師」が追加されました。

⑶心的外傷に起因する症状を呈する患者に対して精神科医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の「心理支援加算」が新設されました。月２回、２年間に限って算定できます。

⑷届出医療機関において、20歳未満の患者に対する「児童思春期支援指導加算」が新設されました。若年で精神疾患を有する患者への支援を行うのに必要な体制及び実績を有している場合で、精神科医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に算定できます。

⑸精神疾患の早期発見及び症状の評価の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されている等の届出医療機関において、「早期診療体制充実加算」が新設されました。

※いずれの場合も、診療録及び必要用紙や計画書への記載が必須ですので、ご留意ください。

6　その他

精神科診療においては、他科と違い、精神科専門療法としての特殊性が多々あります。

それは、精神科電気痙攣療法、経頭蓋磁気刺激療法、入院精神療法、通院・在宅精神療法、標準型精神分析療法、集団精神療法、精神科継続外来支援・指導料、救急患者精神科継続支援料、認知療法・認知行動療法、ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケアなどです。なかでも精神療法等においては、精神保健指定医資格の有無によって点数に相違があります。

また、自立支援医療制度、精神障害者保健福祉手帳制度、障害基礎年金など行政に関連した届出書類作成も多いです。正しく診療体制を理解して、日々の診療を行うよう、心掛けてください。



02_診療科別の基礎知識.indd 109　2025/01/23 15:42

3　小児科

小児科領域の保険診療について、理解していただきたいこと、留意すべきことについて解説します。

1　各種法令における留意事項

⑴保険診療と自費診療について

総論でもふれられていますが、小児科では疾病の診断、治療といった保険診療が中心となる小児医療と、小児の健やかな発育、発達を見守る乳幼児健診、疾病を予防する為の予防接種等の自費診療がどうしても混在します。この点に十分注意して保険診療上のルールに即して、診療報酬明細書（レセプト）を作成しなければなりません。以下に具体的な注意点と考え方を示します。

①保険診療の診療録と自費診療の診療録を完全に分けること。保険診療の診療録に健診、予防接種の記載は認められません。

②乳児健診と同時に疾病が発見され、保険診療を行った場合、初診料・再診料・外来診療料は算定できません。

また以前からの疾患にて加療中の場合、健診等と同時に診察を行った場合には、再診料は算定できません。それぞれ、健診料の中に診察料が含まれていると考えます。従って、基本診療料は算定できませんが、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。

③定期予防接種は、予防接種法に基づいて行われています。接種前に、問診、検温、視診、聴診等の診察を行い、接種が可能か否かを判断することを予診といいます。新型コロナワクチンは予防接種法の臨時接種に当たり、国から聴診を一律に行うことは求められていませんが、例外と考えて任意予防接種も、予防接種法に準じて予診を行ってください。

接種直後の血管迷走神経反射などの副反応などの診察を行った場合も、基本診療料は算定できません。上記②の健診と同様です。

インフルエンザ予防接種等で来院者が多く、継続する疾患の処方など行う場合、算定ミスのないように十分に注意してください。

また、保険適応となる予防接種があります。小児科開業医関連としては、Ｂ型肝炎ウイルス母子感染の予防（抗ＨＢｓ人免疫グロブリンとの併用）の目的で使用した場合、ＲＳワクチン（パリビズマブ、ニルセビマブ）です。Ｂ型肝炎ウイルスワクチンの２回目と３回目に当たる生後１か月と６か月のワクチンについては、保険診療として請求することとなります。またＲＳワクチンについてはパリビズマブの保険適応が2024年４月より拡大されました（肺低形成、気道狭窄、先天性食道閉鎖、先天性代謝異常、神経筋疾患があり接種開始時に24か月未満の児が追加）。小児科外来診療料を算定されている施設では、接種当日のみ出来高算定となります。もう１つの乳児対象のワクチンであるニルセビマブが2024年５月から使用開始になりました。ＮＩＣＵがある施設で接種されていることが多いと思われますが、小児科診療料を算定されている施設においては保険適応の患者に接種した場合でも小児科診療料に含まれます。出来高算定されている施設では算定可能となります。

④自治体からの公費で行う、３・４か月健診、６・７か月健診、１歳６か月健診、３歳児健診は当然自費診療となりますが、その間、保護者の希望で行う１歳児健診、２歳児健診なども保険請求はできません。また保育園等の入園時健診も保険請求できません。それぞれ自費診療となります。注意してください。

⑤学校健診は学校保健安全法に基づいて行われています。学校健診で「疾患（の疑い）」として紹介された場合は、保険診療となります。ただし、学校医と保険医が同一の場合は、初診料でなく再診料を算定し、処置料･検査料･処方箋料は算定できます。園医の場合も、同様に考えます。また、学校健診を欠席して医療機関で健診を実施する場合には、保険診療にはならず、子ども医療費助成制度も利用できません。学校医以外に来院する児童・生徒も自費請求になります。無用なトラブルを避けるため、地区医師会へ問い合わせをしてください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴診療録（カルテ）は、診療経過の記録であると共に、診療報酬請求の根拠となります。診療の都度、診療事実に基づいて経過と必要事項を適切に記載してください。

⑵喘息等の特定疾患に対しての特定疾患療養管理料は指導内容、治療計画等についての記載が必須となります。

⑶記載はペン等で行い、修正等は履歴が確認できるように修正液は用いず必ず、二重線で行ってください。電子カルテにおいても修正の履歴が確認できることが必要です。

⑷記載の都度、署名も行ってください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴診断の都度、医学的に妥当適当な傷病名を記載することが必要です。

⑵必要に応じて慢性、急性の区別、部位、左右の区別をして

02_診療科別の基礎知識.indd 110　2025/01/23 15:42

ください。
⑶傷病の転帰を記載､傷病名を逐一整理することが必要です。小児科では急性上気道炎といった急性疾患の病名が多く、転帰の記載なく長期間続くのは不適切です。
⑷疑い病名は診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更してください。
⑸疑い病名での処方は認められません。

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初・再診料

⑴初診料算定の条件

傷病について医学的に初診の診療行為があった場合に算定できます。

医学的に初診の診療行為とは、患者が初めて医療機関を受診し、既往歴、家族歴、現病歴等の丁寧な問診及び視診、聴診、触診等の診察とその記録が診療録に記載され、確認できることです。過去に医療機関を受診していても、前疾患の転帰が終了となっている場合は算定できます。小児科では急性上気道炎等、軽症の急性疾患にて初診料の算定機会が多くなりますが、傷病の診療継続中に新たな傷病にて受診があった場合は算定できません。再診料となります。前回の受診時の処方薬の処方日数内での新たな疾患の受診も、前疾患の転帰が記載されていても診療継続中と考えられ再診となります。

具体的には皮脂欠乏性皮膚炎にて保湿剤等、アレルギー性鼻炎にて抗アレルギー剤が長期処方されているケースが該当します。

患者が任意に診療を中止し、１か月以上経過した場合、同一病名又は同一症状によるものであっても初診として取り扱うとの規定がありますが、慢性疾患等明らかに同一の疾病と推定される場合は、初診料は算定できません。

具体的には、アトピー性皮膚炎等が該当します。

⑵外来患者が来院しても、基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）が請求できない例

初診、再診の際に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合、往診等の後に、薬剤のみを取りに来た場合、初診、再診の際に検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し後刻又は後日に検査、画像診断、手術等を受けに来た場合、当該基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）の一連の行為とみなされ、別に再診料（外来診療料）は算定できません。

⑶小児診療に対する加算について

主なものについて記載します。

①基本診療料（初診料・再診料）

時間外加算：医療機関が表示する診療時間外の時間で応能体制を解いている場合、休日、深夜を除く時間に診療した場合に算定できます。

乳幼児加算：６歳未満の乳幼児に算定できます。時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例及び下記②の加算を算定する場合には算定できません。

②小児科（小児外科を含む）を標榜する保険医療機関における夜間、休日、又は深夜の診療に係る特例（時間外加算の特例医療機関を除く）

小児科を標榜する保険医療機関について、６歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日、又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できます。なお、診療を行う保険医が小児科以外を担当する保険医であっても算定できます。小児かかりつけ診療料、小児科外来診療料を算定する場合も算定できます。

③夜間・早朝等加算

診療所１週当たりの診療時間が30時間以上あることが条件です。

④機能強化加算

小児かかりつけ診療料や在宅時医学総合管理料などを届け出た医療機関において、初診時に加算できます。かかりつけ医機能を担う医療機関として、患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行い診療録に記載すること、専門医師又は専門医療機関への紹介、健康診断の結果等に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関である旨を院内及びホームページ等に掲示することが必要です。

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

医学管理料は対象患者に単に指導を行っただけでは算定できません。指導内容、治療計画等について、具体的に診療録に記載することが必須条件です。算定要件、算定回数制限などがそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに十分に留意してください。

⑴小児科外来診療料

①対象年齢：６歳未満。

②同一月に院外処方箋を交付した場合、「処方箋を交付する場合」で算定します。夜間緊急の受診等やむを得ず院内処方した場合、「処方箋を交付しない場合」で算定できますが、診療報酬明細書に理由の記載が必要です。

③当該医療機関で院内処方を行わない場合は院外処方箋を交付しない場合であっても「院外処方箋を交付する場合」で算定します。

④対象患者の診療に係る費用は、原則すべて所定点数に包括されます。ただし、（表１）の項目は包括対象に含まれず算定可能です。診療情報提供料（Ⅰ）は包括対象の

02_診療科別の基礎知識.indd 111　2025/01/23 15:42

ため算定できません。

⑤以下のア～オに該当する場合は小児科外来診療料を算定できません。

ア　パリビズマブを投与している患者(投与当日に限る)

イ　在宅療養指導管理料を算定している患者（他の医療機関で算定している患者を含む）

ウ　小児かかりつけ診療料を算定している患者

エ　初診即入院となった場合（初診料は入院レセプトで算定）

オ　電話再診のみの日（再診料を出来高で算定）

⑵小児かかりつけ診療料（令和６年改定で「小児科外来診療料を算定していること」が施設基準に追加）

①対象年齢：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者に限ります。

②診療時間外の対応体制の整備状況により施設基準が分かれています。

③診療時間外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に十分な対応ができる体制が整備されている医療機関は、「小児かかりつけ診療料１」を、必要な対応が整備されている医療機関は「小児かかりつけ診療料２」を算定します。

④同一月に院外処方箋を交付した場合、「処方箋を交付する場合」で算定します。夜間緊急の受診等やむを得ず院内処方した場合、「処方箋を交付しない場合」で算定できますが、診療報酬明細書に理由の記載が必要です。

⑤当該医療機関で院内処方を行わない場合は院外処方箋を交付しない場合であっても「院外処方箋を交付する場合」で算定します。

⑥対象患者の診療に係る費用は、原則すべて所定点数に包括されます。ただし、（表１）の項目は包括対象に含まれず算定可能です。診療情報提供料（Ⅰ）は包括対象に含まれず算定できます。

⑦小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、急性の病気の対応、慢性疾患の指導管理、患児に対しての、発達段階に応じた助言、指導、健康相談、予防接種の接種状況の確認、指導、情報提供、電話等による緊急の相談等に原則、常時対応すると共に、かかりつけ医として上記の指導等を行うことを、書面を交付して説明し同意を得ることが必要です。

表１　包括対象外の項目

小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
・小児抗菌薬適正使用支援加算	・小児抗菌薬適正使用支援加算
・時間外加算・休日加算・深夜加算・小児科特例加算（初診料・再診料・外来診療料）	・時間外加算・休日加算・深夜加算・小児科特例加算（初診料・再診料・外来診療料）
・医療情報取得加算（初診料・再診料・外来診療料）	・医療情報取得加算（初診料・再診料・外来診療料）
・機能強化加算（初診料）	・機能強化加算（初診料）
・医療ＤＸ推進体制整備加算（初診料）	・医療ＤＸ推進体制整備加算（初診料）
・外来感染対策向上加算及び発熱患者等対応加算（医学管理等通則３）	・外来感染対策向上加算及び発熱患者等対応加算（医学管理等通則３）
・連携強化加算（医学管理等通則４）	・連携強化加算（医学管理等通則４）
・サーベイランス強化加算（医学管理等通則５）	・サーベイランス強化加算（医学管理等通則５）
・抗菌薬適正使用体制加算（医学管理等通則６）	・抗菌薬適正使用体制加算（医学管理等通則６）
・地域連携小児夜間・休日診療料	・地域連携小児夜間・休日診療料
・院内トリアージ実施料	・院内トリアージ実施料
・夜間休日救急搬送医学管理料	・夜間休日救急搬送医学管理料
—	・診療情報提供料（Ⅰ）
—	・電子的診療情報評価料
・診療情報提供料（Ⅱ）	・診療情報提供料（Ⅱ）
・連携強化診療情報提供料	・連携強化診療情報提供料
・往診料	・往診料

⑶小児抗菌薬適正使用支援加算

①対象は、小児外来診療料又は小児かかりつけ診療料を算定している、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者。診察の結果、抗菌薬の必要性が認められず抗菌薬を使用しない者に対して、療養上の必要な指導及び検査の結果を文書により説明し、提供した場合に算定できます。急性気道感染症は具体的に、「急性上気道炎」「急性咽頭炎」「急性気管支炎」「急性副鼻腔炎」「急性中耳炎」等が該当します。急性胃腸炎でも算定できます。

02_診療科別の基礎知識.indd 112　2025/01/23 15:42

②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。インフルエンザ感染の患者又は疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は疑われる患者、気管支喘息を含む基礎疾患のある患者には算定できません。

③軟膏や点眼薬などの外用の抗菌薬を処方した場合も算定できます。

④届出は必要ありません。

⑷特定疾患療養管理料

別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の管理を行った場合、月２回まで算定できます。

小児特定疾患カウンセリング料との併算定は不可です。

⑸小児特定疾患カウンセリング料

小児科又は心療内科を担当する医師又は医師に指示を受けた公認心理師が、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分に勘案した上で、一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定できます。

令和６年より初回のカウンセリングを行った日から起算して、２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り、算定できます。

医師による小児特定疾患カウンセリングは情報通信機器を用いて行った場合でも算定できます（対面の場合と点数は異なります）。

［対象疾患］

18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

公認心理師による場合の算定においては、一連のカウンセリングの初回は医師が行い、３月に１回程度は医師がカウンセリングを行う必要があります。医師の指示、治療計画に基づき20分以上行った場合に算定し、医師、公認心理師合わせて上限まで算定できます。特定疾患療養管理料、通院在宅精神療法、心身医学療法を算定している場合は算定できません。

⑹小児科療養指導料

小児科を標榜し小児科のみを専任する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者で入院中以外のものに対して、一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定できます。

対象疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び児童福祉法第６条の２に規定する小児慢性特定疾病及び小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態の患者です。

小児科療養指導料は、当該疾病又は状態を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月１回に限り算定できます。ただし、家族に対して指導を行った場合は患者を伴った場合に限り算定できます。

⑺てんかん指導料

てんかん（外傷性のものを含む）の患者又はその家族に対し､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回に限り算定できます。

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は算定できません。

⑻小児悪性腫瘍患者指導管理料

小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の15歳未満の患者又はその家族等に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定できます。ただし家族等に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定できます。必要に応じて、患者の通学する学校との情報共有、連携を行うことが算定要件です。

⑼小児運動器疾患指導管理料

運動器疾患を有する20歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、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算定できます。

［対象患者］

①先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

②装具を使用する患者

③医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

④その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得ると共に、毎回の指導の要点を診療録に記載することが必要です。６月に１回に限り算定できます。ただし、初回算定日の属する月から起算して６月以内は月に１回算定できます。小児科療養指導料を算定している患者は算定できません。

⑽地域連携小児夜間・休日診療料

①地域連携小児夜間・休日診療料１（医療機関が定めた時間に対応）

②地域連携小児夜間・休日診療料２（24時間診療が可能な

02_診療科別の基礎知識.indd 113 2025/01/23 15:42

体制）

夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した６歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に医療機関を受診するものを対象としたもので、慢性疾患の継続的な治療等の為の受診については算定できません。一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、原則として１回のみ算定できます。尚、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載する必要があります。

地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療では算定できません。

⑾乳幼児育児栄養指導料

小児科を標榜し、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他の療養上必要な指導を行った場合に算定できます。

⑿小児慢性特定疾病の児童及び医療的ケア児に係る「診療情報提供料（Ⅰ）」

小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等、及び医療的ケア児が通学する学校医等に対して、主治医が学校医等へ診療情報提供を行った場合に、診療情報提供料（Ⅰ）が月１回に限り算定できます。

令和４年度の診療報酬改定によりこれまでの情報提供先である小学校、中学校等に加え幼稚園型認定こども園を含む幼稚園、高等学校、中等教育学校の後期課程、特別支援学校の幼稚部及び高等部、高等専門学校等が追加されました。保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定障害児相談支援事業者に情報提供した際も算定できます。

＜注意事項＞

・主治医と学校医が同一の場合は算定不可。
・小児科外来診療料を算定している場合は包括対象となり、算定不可。

２　検査

各種の検査は、診療上の必要性を十分に考慮し、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施します。検査の必要性と評価がカルテから読み取れなくてはなりません。健康診断を目的にした検査、結果が治療に反映されない研究を目的にした検査は認められません。不適切な検査として、“入院時セット、術前セット”といった患者ごとに必要な項目を吟味せず画一的に実施される検査や、スクリーニング的に多項目（出血凝固系検査、甲状腺機能検査系検査）を実施する検査が挙げられます。

＜算定条件等があり注意が必要な検査＞

⑴ＲＳウイルス抗原定性

当該ウイルス感染症が強く疑われる以下のいずれかに該当する患者

入院中の患者、１歳未満の患者、パリビズマブ製剤の適応となる患者

⑵インフルエンザウイルス抗原定性

発症後48時間以内に実施した場合に限り算定

⑶インフルエンザ関連検査

インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がないもの以外で、インフルエンザ関連検査の算定は認められません。

⑷ヒトメタニューモウイルス抗原定性

当該ウイルス感染が強く疑われ、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が疑われる６歳未満の患者

⑸溶連菌抗原検査（Ａ群β溶連菌迅速試験定性）

１回の発熱のエピソードに１回まで算定できます。

⑹ノロウイルス抗原定性

当該ウイルス感染症が強く疑われる以下のいずれかに該当する患者

３歳未満の患者、65歳以上の患者、悪性腫瘍の診断が確定している患者、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤又は免疫抑制剤効果のある薬剤を投与中の患者

⑺小児食物アレルギー負荷検査

問診及び血液検査等から食物アレルギーが強く疑われる16歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に12月に３回を限度として算定できます。

⑻細菌薬剤感受性検査

細菌培養の結果、病原菌の検出ができなかった場合、検査費用の算定はできません。

⑼フェリチン

鉄欠乏性貧血では、早期よりフェリチンが低下するため、鉄欠乏性貧血の疑い病名に対するフェリチン半定量又はフェリチン定量の算定は認められます。

⑽赤血球沈降速度（ＥＳＲ）とＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）（併施）

ＥＳＲとＣＲＰ検査データは、通常、並行的に変化するものですが、両者のデータの乖離は炎症初期及び回復期等に認められる場合があり、赤血球沈降速度（ＥＳＲ）とＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）の両者併施算定は認められます。

⑾Ｔ３、ＦＴ３、Ｔ４、ＦＴ４（併施）

甲状腺ホルモンの総量と遊離系ホルモン量とは概ね相関して増減することから、特定の場合を除き、Ｔ３とＦＴ３、Ｔ４とＦＴ４の併施は認められません。まれに、ＴＢＧ異常症等でＴ３・Ｔ４とＦＴ３・ＦＴ４との間に乖離が見られることがあり、臨床的にそのようなことが想定されＴ３とＦＴ３、Ｔ４とＦＴ４の併施測定の医学的必要性が認められる場合に限り認められます。

Ｔ３及びＴ４、あるいはＦＴ３及びＦＴ４の組み合わせ

02_診療科別の基礎知識.indd 114　2025/01/23 15:42

による併施は認められます。

⑿Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）（糖尿病確定後の患者）

小児･若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがあるため原則として、糖尿病確定後の患者に対して、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）は認められます。

インスリン（ＩＲＩ）との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められません。

⒀血清補体価（ＣＨ５０）（膠原病の疑い）

血清補体価検査は、その病態にⅡ型・Ⅲ型アレルギー機序が関与する膠原病（全身性エリテマトーデス、クリオグロブリン血症､血管炎症候群等）では低値を示すことから、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価（ＣＨ５０）は認められます。

⒁非特異的ＩｇＥ半定量及び特異的ＩｇＥ定量（アレルギー性鼻炎の疑い）

非特異的ＩｇＥは、ＩｇＥの血中総濃度を測定する検査であり、Ｉ型アレルギーのスクリーニング検査として有用であるため、アレルギー性鼻炎の疑いに対する非特異的ＩｇＥ半定量及び特異的ＩｇＥ定量の算定は、原則として認められます。

⒂抗生物質

耐性菌の発現等を防ぐため、投与期間14日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質は、医学的な必要性の明確でない場合、14日を超えての投与は原則として認められません。疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめると共に、必要に応じて検査を行ってください。

＜施設基準＞

小児科開業医関連では、以下のものに、施設基準がありますので、ご確認ください。

・情報通信機器を用いて行った医学管理等
・喘息治療管理料１の重度喘息患者治療管理加算
・小児運動器疾患指導管理料
・アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（届出不要）
・地域連携小児夜間・休日診療料
・小児かかりつけ診療料
・小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算（届出不要）
・小児食物アレルギー負荷検査

5　令和６年度診療報酬改定における､新規･改定項目

「主な改定項目」

⑴施設基準の変更

今回の改定で以下の施設基準等が追加されました。

①小児かかりつけ診療料１と２共通の算定要件

・発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応すると共に、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
・不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。

②小児かかりつけ診療料１の施設基準の追加

医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。

詳細については小児かかりつけ診療料の施設基準の項目を確認してください。

⑵小児特定疾患カウンセリング料の見直し

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すと共に、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、見直しがされました。

詳細については小児特定疾患カウンセリング料の項目を確認してください。

6　その他

⑴成長ホルモンを使用する場合

・傷病名は、正しく記入してください。
・身長、体重、使用した成長ホルモン剤の量を、詳記してください。

⑵シナジス®

・適応となる傷病名を正しく記入してください。
・(早産児の場合は、在胎週数と出生体重)、シーズンの初回投与開始日及びその月齢、シーズンにおける通算投与回数、投与日、投与時の体重、投与量、廃棄量を診療報酬明細書に詳記してください。
・東京都におけるシナジスの接種期間と投与回数の上限について、東京都新生児医療協議会と小児循環器学会より指針が毎年出ますので、準拠してください。

⑶エピペン®

・処方できるのは、登録医のみです。
・処方できるのは、自宅用１本、学校用（幼稚園、保育園）１本、合計２本までです。
・エピペンを処方する場合、処方箋料は算定せず、在宅処方にして「在宅自己注射指導管理料（１以外）（月27回以下)」で算定してください。
・前回処方から１年以上の間隔があっても、通常、再診料となり､「在宅自己注射指導管理料の導入初期加算」は、算定できません。また、前医から引き続き処方する場合は、初診料を算定できますが､「在宅自己注射指導管理料の導入初期加算」は算定できません。
・「在宅自己注射指導管理料の導入初期加算」は初回のみとなり、実質１回しか算定できません。

02_診療科別の基礎知識.indd 115　2025/01/23 15:42

・初診から、エピペンを処方する場合は、その必要性を診療録に記載して、診療報酬明細書に詳記が望まれます。

⑷シダキュア®、ミティキュア®

・処方できるのは、登録医のみです。

・初回処方日数は、７日と定められていますが、「長期の連休や学業・就業等の事情により中断が予想される場合」、「過敏性が強く７日間では短くリスクが高い場合」は、７日を超える処方が可能です。ただし、その必要性を診療録に記載して、診療報酬明細書に詳記が望まれます。

・２回目以降の処方でも、初期量が続く場合には、その必要性について同様のことが望まれます。

以上、小児科診療の特徴と注意点について解説しました。診療及び保険請求の際は療養担当規則の遵守と共に医科点数表を繰り返し確認し、算定上の留意点について十分に注意して、請求内容に誤りがないか点検を行ってください。



02_診療科別の基礎知識.indd 116　2025/01/23 15:42

4　放射線科・放射線診断科

放射線科は「放射線診断」、「放射線治療」、「核医学」の大きく３つの分野に分かれますが、一般開業医に関係するのは放射線診断（画像診断）であるため、外来の画像診断に関する内容について解説させていただきます。

1　各種法令における留意事項

放射線科に関連する業務は、一般的な診療科と同様に医師法、医療法、健康保険法、薬機法等を準拠することの他、放射線障害防止法や労働安全衛生法における医療被ばく及び職業被ばくなどに留意する必要があります。

レントゲン撮影は医師又は診療放射線技師が行うようにしてください。医師の指示の下でも看護師等が撮影をすると診療放射線技師法違反となり、１年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられます。

また、必ず患者ＩＤ、氏名、撮影年月日、撮影部位、撮影方法等を記載した照射録を作成してください。５年間の保存義務があります。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴単純撮影（頭部、胸部、腹部又は頸椎）の写真診断について、診療録に診断内容の記載を十分に行なわなければなりません。

⑵コンピューター断層撮影（ＣＴ、ＭＲＩ、他医撮影）について、診療録に診断内容の記載を十分に行わなければなりません。

⑶画像診断管理加算について、専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断した結果について、文書により当該患者の診療を担当する医師に報告を必ず行わなければなりません。

⑷実施した画像診断の必要性､結果及び結果の評価について、診療録への記載をしっかり行わなければなりません。

⑸写真撮影又はコンピューター断層撮影について、診療録に診断内容の記載を行わなければなりません。

⑹他医撮影のコンピューター断層診断について、診療録に診断内容の記載を行わなければなりません。

⑺診療放射線に係る安全管理体制面から、患者へ検査前に行う説明の内容と同意を得た旨を診療録に記載しなければなりません。

3　傷病名付与の留意事項

傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載してください。

以下のような傷病名記載は不適切です。

⑴医学的な診断根拠がない傷病名。

⑵医学的に妥当とは考えられない傷病名。

⑶実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載している。

⑷実際には確定傷病名であるにもかかわらず、「疑い」の傷病名として記載している。

⑸急性・慢性、左右の別、部位、詳細な傷病名の記載がない傷病名。

※レセプト作成のために撮影部位のコード入力が必要となるのと、また一連の撮影であるのか対側との比較であるのか等の判断の根拠になるので､必ず病名に撮影部位(四肢では左右両側も）を記載してください。

例）左変形性膝関節症、両側変形性膝関節症

⑹単なる状態や傷病名ではない事項を、傷病名欄に記載している。

※傷病名以外で診療報酬明細書に記載する必要のある事項については、摘要欄に記載するか、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付してください。

4　診療報酬上の留意事項

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

⑴診療情報提供料（Ⅰ）

施設基準[*1]に適合しているものとして届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、**検査・画像情報提供加算**として、次に掲げる点数をそれぞれの所定点数に加算する。

ロ　入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合　30点

⑵電子的診療情報評価料　30点

施設基準[*1]に適合しているものとして届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

【＊1　検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準】

①他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電

02_診療科別の基礎知識.indd 117　2025/01/23 15:42

子的な送受信が可能なネットワークを構築していること
②他の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること
※いずれの加算も、別の保険医療機関より、検査結果等をＣＤ－ＲＯＭで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の医療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合は算定できません。

２　画像診断

画像診断は医学的根拠が必要です。
・段階を踏んで画像診断を行う。
・実施回数は必要以上に行わない。
・左右、部位の一致等、傷病名と画像診断内容を一致させる。
・コンピューター断層撮影について、医学的根拠が必要。
・画像診断管理加算について、画像診断を専ら担当する常勤医師が退職に伴い交代している場合には必ず、その届出がなされること。

⑴通則３　時間外緊急院内画像診断加算

入院外の患者に、緊急のために診療時間外、休日、深夜において撮影及び画像診断を行った場合に、１日につき110点を加算できます。

⑵通則４　画像診断管理加算１

施設基準[*2]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要件を満たす場合、画像診断管理加算１として月１回70点を加算できます（画像診断管理加算２、３及び４は病院が対象のため省略）。

⑶通則６　遠隔画像診断による画像診断

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間で行われた場合に算定できますが、送信側は施設の整った離島等の医療機関であり、受信側は高度医療を提供する病院であるため外来のクリニックには適応はないと思われます。

【＊2　画像診断管理加算１の施設基準】

①放射線科を標榜している保険医療機関であること。
②画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（ＩＶＲ）及び核医学に関する事項をすべて含むものであること）を修了し、その旨が登録されている医師に限る）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
③画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
④当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していることが必要です。

３　エックス線診断料

⑴通則１　エックス線診断の費用はＥ000透視診断若しくはＥ001写真診断の所定点数を合算した点数により算定する。

⑵通則２　同一部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における第２の診断以後の写真診断の費用は、写真診断の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

⑶通則３　同一部位につき、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は、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。
※要するに６枚以上撮影しても５枚撮影したときと同じ点数になります。ただし、アナログ撮影の場合は使用フィルム代をすべて請求できますが、デジタル撮影の場合はフィルム代は請求できず電子画像管理加算１回の算定になります。

⑷通則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、上記⑴から⑶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

⑸写真診断

①単純撮影
　イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎　85点
　ロ　その他　43点
②特殊撮影（一連につき）　96点
③造影剤使用撮影　72点
④乳房撮影（一連につき）　306点

注　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

⑹撮影

①単純撮影
　イ　アナログ撮影　60点
　ロ　デジタル撮影　68点
②特殊撮影（一連につき）
　イ　アナログ撮影　260点
　ロ　デジタル撮影　270点
③造影剤使用撮影
　イ　アナログ撮影　144点

02_診療科別の基礎知識.indd 118　2025/01/23 15:42

ロ　デジタル撮影　　154点

④乳房撮影（一連につき）

イ　アナログ撮影　　192点

ロ　デジタル撮影　　202点

注　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

⑺撮影に対する新生児、乳幼児及び幼児加算

新生児加算（生後27日目まで）　　100分の80加算

乳幼児加算（生後28日目～３歳未満）　100分の50加算

幼児加算（３歳以上６歳未満）　　100分の30加算

表１

エックス線診断料					
【デジタル撮影】		診断料	撮影料	電子画像管理加算	
				フィルムなし	フィルムあり
単純撮影	頭部・胸部・腹部・脊椎	85点	68点	57点	フィルム料又は電子画像管理加算
	その他	43点	68点	57点	
特殊撮影		96点	270点	58点	
造影剤使用撮影		72点	154点	66点	

表２

乳房撮影		
写真診断（一連につき）		306点
撮影料（一連につき）	アナログ	192点
	デジタル	202点
フィルム料		フィルム料
電子画像管理加算		54点（デジタル撮影）
画像診断管理加算１		70点
乳房トモシンセシス加算		100点

＜乳房撮影の算定＞

撮影専用の機器（マンモグラフィー）を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ２方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定します。

乳房撮影は写真診断が306点、撮影料としてアナログ撮影の場合は192点を合わせて498点が、デジタル撮影の場合は202点を合わせて508点が一連につき算定できます。

アナログ撮影の場合はフィルム料を、デジタル撮影の場合は電子画像管理加算54点のみを加算します。

乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、100点を加算します。

＊＊＊単純エックス線撮影算定例＊＊＊

【例１　胸部Ｘ－Ｐ（デジタル）２枚を撮影した場合】

算定：診断料　１枚目85点＋２枚目85/2点＝127.5点

⇒　四捨五入で128点

撮影料　１枚目68点＋２枚目68/2点＝102点

電子画像管理加算　57点

合計　128点＋102点＋57点＝287点

【例２　対称器官の撮影】

①病名：右変形性膝関節症　両膝Ｘ－Ｐ正側４回撮影

片側のみ疾患があり、比較対照のために両側を撮影した場合 ⇒ 両膝について一連として算定する

算定：両膝Ｘ－Ｐ（デジタル）４回撮影×１回

（両膝）診断料108点　撮影料170点

電子画像管理加算57点　合計335点

※健側と対比のためというコメントが必要

②病名：両側変形性膝関節症　両膝Ｘ－Ｐ正側4回撮影

両側に疾患があり、左右それぞれ撮影した場合⇒左右別々に算定する

算定：右膝Ｘ－Ｐ（デジタル）２回撮影×１回

（右膝）診断料65点　撮影料102点

電子画像管理加算57点　小計224点

算定：左膝Ｘ－Ｐ（デジタル）２回撮影×１回

（左膝）診断料65点　撮影料102点

電子画像管理加算57点　小計224点

両膝として、合計448点

４　コンピューター断層撮影診断料

⑴コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）

表３

コンピューター断層撮影（ＣＴ）				
【ＣＴ】（一連につき）	コンピューター断層診断料（月１回）	画像診断管理加算（月１回）	撮影料	
			月１回目	月２回目以降（80/100）
64列以上（※１）	450点	１：70点（２、３及び４は届出病院が算定）	（共同利用施設）（※２）	
			1,020点	816点
			（その他）	
			1,000点	800点
16列以上64列未満			900点	720点
４列以上16列未満			750点	600点
４列未満			560点	448点

※１　画像診断管理加算２、３又は４に係る届出保険医療機関が対象

※２　画像診断機器の施設共同利用率10％以上として届け出た保険医療機関

＜ＣＴ撮影　施設基準＞

◎施設基準

①４列以上の撮影料を算定する場合には施設基準の届出が必要である。

②64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置においては、画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準の届出を行っていること。

02_診療科別の基礎知識.indd 119　2025/01/23 15:42

③64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置においては、ＣＴ撮影に係る部門に専従の診療放射線技師が１名以上勤務していること。

④共同利用施設において行われる施設共同利用率は10％以上であること。

◎届出に関する事項

①画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（ＭＲＩの場合）を記載すること。

②ＣＴ撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、ＣＴ撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

⑵磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）

表４

磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ）				
【ＣＴ】（一連につき）（T=テスラ）	コンピューター断層診断料（月１回）	画像診断管理加算（月１回）	撮影料	
			月１回目	月２回目以降（80/100）
３Ｔ以上（※１）	450点	１：70点（２、３及び４は届出病院が算定）	（共同利用施設）（※２）	
			1,620点	1,296点
			（その他）	
			1,600点	1,280点
1.57T以上３Ｔ未満			1,330点	1,064点
1.5Ｔ未満			900点	720点

※１　画像診断管理加算２、３又は４に係る届出保険医療機関が対象

※２　画像診断機器の施設共同利用率10％以上として届け出た保険医療機関

＜MRI撮影　施設基準＞

◎施設基準

①1.5テスラ以上のＭＲＩ撮影料を算定する場合には施設基準の届出が必要である。

②３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準の届出を行っていること。

③３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、ＭＲＩ装置に係る部門に専従の診療放射線技師が１名以上勤務していること。

④共同利用施設において行われる施設共同利用率は10％以上であること。

◎届出に関する事項

①画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（ＭＲＩの場合）を記載すること。

②ＭＲＩ撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、ＭＲＩ撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

⑶撮影に対する新生児、乳幼児及び幼児加算

エックス線撮影同様、新生児・乳幼児・幼児の撮影を行った場合に算定できます。

新生児加算（生後27日目まで）　100分の80加算

乳幼児加算（生後28日目～３歳未満）100分の50加算

幼児加算（３歳以上６歳未満）　100分の30加算

また、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は次の加算がそれぞれ算定できます。

新生児頭部外傷撮影加算　100分の85加算

乳幼児頭部外傷撮影加算　100分の55加算

幼児頭部外傷撮影加算　100分の35加算

ただし、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定でき、この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載します。また下記の「カ」に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載しなければなりません。

ア　ＧＣＳ≦14

イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候

ウ　意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）

エ　受診後の症状所見の悪化

オ　家族等の希望

カ　その他

⑷算定における注意点

①ＣＴとＭＲＩを同日（同月）に行った場合

必要に応じてＣＴとＭＲＩの撮影を同一日に両方行った場合には、ＣＴの点数とＭＲＩの点数をそれぞれ算定できます。ここで注意する点は、どちらか一方の撮影料を所定点数の100分の80にして算定することになります。また、診断料は同日でも同月でも450点を月１回に限り算定します。同月にＣＴとＭＲＩを両方行った場合は、後から撮影した方の撮影料を所定点数の100分の80にして算定します。また、同月にＣＴを２回以上又はＭＲＩを２回以上行った場合も同様です。

②コンピューター断層撮影に関するクリニックにおける注意点

共同利用施設において検査を行う場合は、検査を依頼する側が実施したものとして、画像診断料等の保険請求を行い、別途、依頼する側と依頼される側との間で合議の上、費用の精算を行うことになります。この際、レセプトの摘要欄に「画診共同」と記載します。

＜画像診断管理加算１の施設基準（２・３・４は病院関係なので省略）＞

（対象点数区分）　Ｅ001写真診断
Ｅ004基本的エックス線診断料
Ｅ102核医学診断
Ｅ203コンピューター断層診断

（常勤画像診断医）１名以上

（医療機関の種類）保険医療機関

02_診療科別の基礎知識.indd 120　2025/01/23 15:42

5　令和6年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

⑴フィルムの価格が一部引き下げられたため、フィルム点数が変更された。

⑵救命救急センターを有する病院対象の画像診断管理加算３が新設され、従来の３は４に移行された（病院での算定のため詳細は省略）。

6　その他

⑴他の医療機関で撮影したエックス線フィルム等を診断した場合の診断料算定

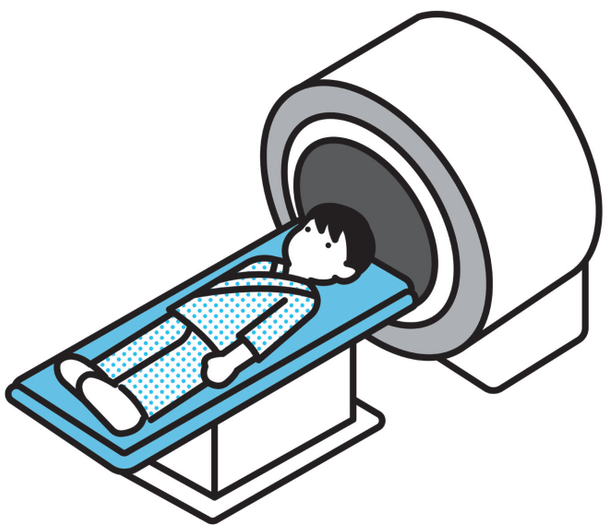
初診・再診にかかわらず、撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない）別に１回算定できます。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば、２回として算定できます。ただし、１つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず１回として算定します。

⑵他の医療機関で撮影したコンピューター断層撮影（ＣＴ、ＭＲＩ）のフィルムについて診断を行った場合の診断料算定

初診料を算定した日に限り、コンピューター断層診断料（450点）を算定できます。

⑶フィルムやＣＤ－ＲＯＭにデータをコピーする費用

他院に画像データをコピーして渡す場合、Ｂ009診療情報提供料（Ⅰ）の通知（10）に「診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。」とあり、これは画像データをＣＤ－ＲＯＭ等にコピーした場合も該当しますので、ＣＤ－ＲＯＭ媒体の費用及びコピー手数料は診療情報提供料（Ⅰ）に含まれ算定できません。



02_診療科別の基礎知識.indd 121　2025/01/23 15:42

5　皮膚科

主として皮膚科関連の保険診療に関する決まりごとについてお話させていただきます。とくに、皮膚科関係の診療に関する診療報酬の請求につき、理解していただきたいこと、守っていただきたいことに関して解説したいと存じます。皮膚科を主科とする先生はもちろんのこと、皮膚科以外の先生が皮膚科関連疾患に対して診療をする場合にも大いに役立つと考えます。

1　各種法令における留意事項

⑴保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
⑵保険医療機関は、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る。
⑶保険医は、保険診療のルールに従って、療養の給付を実施する必要がある。
（文献１から抜粋）

健康保険法第72条によれば、「保険医療機関において診療に従事する保険医は、厚生労働省令の定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない」とあります。すなわち、医療機関が保険診療を行う限りは、ここでいう厚生労働省令＝「保険医療機関及び保険医療養担当規則」を遵守した診療を行わなければなりません。

言いかえれば、保険診療をする以上は、保険のルールに従う必要があるということです。故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったり、重大な過失により不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったりした場合は、保険医登録･保険医療機関指定の取消処分となることもあります。

保険診療として診療報酬が支払われるには、次の条件を満たさなければならない、とあります。その条件とは、以下になります（文献１より抜粋）。

1　保険医が
2　保険医療機関において
3　健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法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養担当規則』の規定を遵守し
5　療養上妥当適切な診療を行い
6　保険医療機関が診療報酬点数表に定められた通りに請求を行っていること。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

診療の都度、医学的に妥当適切な傷病名を診療録に記載してください。慢性･急性の区別、部位、範囲（大きさ）、左･右の区別を必ず記載します。部位・左右の記載に関しては、特に皮膚科軟膏処置、熱傷処置、いぼ等冷凍凝固処置では、皮疹の部位及び範囲によりレセプト上の点数に差がありますので、必ず記載してください。記載がない場合は、最小範囲とみなさざるを得ず､査定ないし減点される場合があります。いぼ等の処置も、適切な記載がなければ、３か所以下と判断されます。手術に関しては、腫瘍の大きさ、露出部か否かの判断ができない場合、査定又は返戻されることがあります。また、良性・悪性の区別、さらにどの程度の手術をするべきかの判断ができない場合、やはり査定又は返戻されることがあります。請求時に、診断した具体的な腫瘍名・部位・できるだけ正確な大きさを必ず記載してください。昨今、皮膚腫瘍を摘出する際に腫瘍の具体的な大きさを記載せず、病理組織提出時にも腫瘍の大きさが分からない状態に分断している症例が散見されます。これらはやはり不適切として、査定、又は返戻されることがあります。

不適切な具体例：皮膚科軟膏処置155点、あるいは85点が請求されているが、部位の記載がなく処置に使用した軟膏の量の記載もない→返戻､あるいは55点に減点。

3　傷病名付与の留意事項

⑴疑い病名

疑いだけの場合は処方した薬剤は査定、検査は返戻・査定されることがあり、診断がついた時点で確定病名に変更する必要があります。

不適切な具体例：「アトピー性皮膚炎の疑い」の病名で、デルゴシチニブ軟膏を処方､又は血中ＴＡＲＣを測定。「皮膚悪性腫瘍の疑い」で､皮膚悪性腫瘍摘出術を行う。→共に査定されます。

⑵いわゆるレセプト病名

保険適用外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられる、実体のない架空の傷病名を用いてレセプトを作成することは不適切な請求です。保険適用であっても、一連ないし初診時のみ請求できるものに対し部位・病名を変えて請求することも、査定逃れのために意図的に毎回異なる疾患名や部位を記載することも、同様に不適切です。

不適切な具体例：扁平母斑のレーザー治療で、所定の治療回数が終了しているにもかかわらず、保険請求のために微妙に部位名をずらして新規病名としてつけ直し、保険請求する。ダーモスコピー請求の際、同一の腫瘍病変に対して、微妙に病名や部位を書き換えて連

02_診療科別の基礎知識.indd 122　2025/01/23 15:43

月で請求する。→共に査定されます。

4 診療報酬上の留意事項

⑴薬剤

①薬剤には、それぞれ決められた用法・用量があり、承認された医療保険適応があるので、適切な使用をしましょう。保険適応の確認は、各薬剤の添付文書でご参照ください。

②保湿薬は、皮膚の乾燥を伴う疾患に適応があり、乾燥症状が考えられない疾患に使用した場合は査定対象となります。「湿疹」や「接触皮膚炎」「アレルギー性皮膚炎」などの病名では、認められません。また、保湿薬を処方するためのレセプト病名も、不適切です。ヘパリン類似物質含有外用剤などは保湿力が高いため、近年、化粧クリーム代わりにするために処方を求められる場合があります。これは社会問題にもなっており、もちろん認められません。

③爪白癬に適応をもつ外用薬・内服薬の処方は、直接鏡検（ＫＯＨ検査）又は白癬菌抗原定性検査をしていない場合、原則として認められません。培養検査を根拠に処方する場合は、培養検査日に処方するのは不可です。処方には、糸状菌を確実に証明した診断を必要とします。

不適切な具体例：ホスラブコナゾールを処方するため、実際には検査せずに「爪白癬」の確定病名をつける（虚偽で「検査を行った」と記載した場合は、架空請求に当たります）。

④痤瘡に適応のあるアダパレンやＢＰＯ製剤の11歳未満への処方については、10～11歳以上は場合により可ですが、詳記が求められます。幼稚園児や乳児などへの使用は認められません。

⑵処置・手術

①脂漏性角化症や尋常性疣贅などに対する冷凍凝固術では、単純な個数でなく、１回分の局麻範囲を１か所とカウントします。部位の正確な記載がないと、３か所以下とみなされます。

不適切な具体例：右１指に集簇した４つの疣贅結節を認めたので、いぼなど冷凍凝固術の「４か所以上」を算定した。

②鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月２回を限度として算定できます。尋常性疣贅や脂漏性角化症を削ったのちに冷凍凝固術をした場合、適応外であり併算定は認められません。

不適切な具体例：手掌の尋常性疣贅をハサミで削ってから冷凍凝固術を施行したので、「いぼ等冷凍凝固術」に加え「胼胝処置」を併せて算定した。

③手掌足底の棘など小異物除去は、局所麻酔を必要とする場合は「皮膚切開術（長径10㎝未満）」で請求します。画像検査が必要である複雑な異物除去で、「手掌、足底異物摘出術」にて算定する場合は症状詳記が必要です。

不適切な具体例：手掌に刺さって迷入していた真っ直ぐな木の棘を、局所麻酔下に切開して除去し、「手掌、足底異物摘出術」を算定した。

④「毛細血管拡張」のレセプト病名をつけての、酒さや赤ら顔に対して美容目的で色素レーザー治療を行うことは保険では認められていません。血管腫の色素レーザー治療の適応は、器質的な疾患です。美容目的の施術、酒さ・酒さ様皮膚炎などの炎症性疾患や、単なる目立つ血管への整容（美容）目的の照射は、想定されていません。これらでは、必ず自費で行うこと。

⑤血管拡張性肉芽腫、老人性血管腫、静脈湖、単純縫合で摘除できるレベルの単純性血管腫や星芒状血管腫などの切除術を施行した場合には、「皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術」は認められません。「皮膚、皮下腫瘍摘出術」で算定します。「皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術」は、ただ単に病理学的な血管腫を摘除した場合ではなく、単純縫合や電気焼灼では止血不可能な、剥離や結紮などの血管操作を必要とする血管腫に対して適応となります。

⑥無麻酔で「陥入爪手術」を算定した場合は、Ｊ001-7「爪甲除去（麻酔を要しないもの）」に査定、変更となります。

⑦皮膚科軟膏処置の「処置範囲」と「軟膏量」は、整合性のある範囲と軟膏量にて算定してください。また、100㎠未満の皮膚科軟膏処置は基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできません。

不適切な具体例：亀裂やびらんの多い手湿疹患者に対して、アズノール軟膏による軟膏処置を行った。薬をたくさん使用したので、「皮膚科処置（500～3,000㎠未満）、アズノール軟膏30ｇ」を算定した。

⑧「下肢創傷処置」の対象となる部位は、足部、足趾、又は踵です。下腿は、対象になっていません。また、糖尿病に伴う潰瘍、虚血性潰瘍や膠原病に伴う潰瘍などであることを前提としています。軟膏の外用や湿布の貼付のみの処置では算定できません。壊死組織除去などを行った場合に算定します。「深い潰瘍」とは、深さが腱・筋・骨・関節のいずれかに到達しているものをいい、いずれにも至っていないものは「浅い潰瘍」になります。

これらの疾患では、治療が長期間にわたる場合や繰り返し潰瘍を生じる場合など、継続的な管理を必要としますので、管理料が算定できます。下肢創傷処置管理料（500点：月１回限り）は、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とする患者に対し、下肢創傷処置と併せて専門的な管理を行った場合に算定することができます。「整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を５年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している常勤の医師が１名

02_診療科別の基礎知識.indd 123 2025/01/23 15:43

以上勤務していること」が施設要件です。下肢創傷処置に関する適切な研修には、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア足病医学会認定師　講習会」のうち「Ｖｅｒ．２」が該当します。

不適切な具体例：鬱滞性皮膚炎患者の下腿に発生した皮膚潰瘍に対して軟膏処置を行いドレッシングしたので、「下肢創傷処置」を算定した。

⑶検査

①「アレルギー性皮膚炎」という病名は、ＩＣＤ10を根拠として、「アレルギー性接触皮膚炎」と解釈されます。アレルギー性接触皮膚炎はⅣ型反応であり、ＩｇＥは無関係です。従って、ＩｇＥ検査はＲＩＳＴ、ＲＡＳＴ共に不可であり、査定対象となります。

②ダーモスコピーには適応疾患があり、これらの確定病名若しくは疑い病名がない場合は、査定となります。継続診療の場合、４か月に１回だけ算定可能です。『円形脱毛症』では、脱毛箇所がいくつあっても、どれだけ広範囲でも、算定は１回です。

不適切な具体例：「皮膚腫瘍」の病名をつけて、よく診断の分からない腫瘍にダーモスコピーを施行し、保険算定した。

⑷医学管理料

①皮膚科特定疾患指導管理料の算定

初診料を算定する初診の日から１か月は算定できません。基本的に皮膚科を主標榜科目とするドクターが専任していなければ、算定できません。また、診療録に指導内容、治療計画の記載をするなどの要件を満たしていなければ、算定できません。診療録に、「いつ、どのような指導を行ったか」が具体的に記載されていることが、算定上の必須条件です。

例えばアトピー性皮膚炎では、診療録に皮膚科特定疾患指導管理料Ⅱの記載があり、「保湿剤を定期的に外用する」、「入浴時にゴシゴシ擦らない」、「ダニ・ハウスダストにアレルギーがあるので、部屋の掃除をこまめにする」等の患者個人に合わせた指導内容が記載されていることが必要です。またアトピー性皮膚炎では、16歳以上の患者が対象となります。

不適切な具体例：13歳のアトピー性皮膚炎患者に対して、指導管理料Ⅱを算定するために「脂漏性皮膚炎」の保険病名をつけた（虚偽の病名記載であり、架空請求に当たります）。

5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

以下に、皮膚科関連の主な変更・追加点を示します。

⑴爪甲除去（麻酔を要しないもの）

改定前60点→改定後70点に増点

⑵皮膚レーザー照射療法

1　色素レーザー照射療法（一連につき）

改定前2,170点→改定後2,712点に増点

⑶創傷処理

3　筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）

ロ　その他のもの

改定前2,690点→改定後3,090点に増点

⑷小児創傷処理

3　筋肉、臓器に達するもの（長径５cm以上10cm未満）

改定前2,490点→改定後2,860点に増点

4　筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）

改定前3,840点→改定後4,410点に増点

⑸皮膚切開術

3　長径20cm以上

改定前1,980点→改定後2,270点に増点

⑹デブリードマン

1　100㎠未満

改定前1,410点→改定後1,620点に増点

⑺皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

3　長径４cm以上

改定前4,360点→改定後5,010点に増点

⑻皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

1　25㎠未満

改定前4,510点→改定後5,180点に増点

⑼四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

1　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹

改定前7,390点→改定後8,490点に増点

⑽ひょう疽手術

2　骨、関節のもの

改定前1,280点→改定後1,470点に増点

⑾【新設】慢性膿皮症手術

1　単純なもの　4,820点

2　複雑なもの　8,320点

⑿遺伝学的検査

1　処理が容易なもの　3,880点：神経線維腫症（対象疾患追加）（注：要件あり、施設基準あり）

最後に、これらの項目の解釈は、東京都医師会の医療保険委員並びに国保委員、社保委員の合議での検討によるものであることを記しておきます。

文献

1　令和６年度厚労省発行「保険診療の理解のために」
https://www.mhlw.go.jp/content/001322769.pdf

02_診療科別の基礎知識.indd 124　2025/01/23 15:43

6 外科

外科は算定条件が細かく分かれています。例えば創傷処理では長さや深さによって点数が違い、皮膚腫瘍摘出術では露出部と露出部以外では点数が違います。

また、皮膚科や整形外科と共通する処置も多く、そちらの算定要件も知らなければなりません。例えば、同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が同時に行われた場合は、いずれか１つのみにより算定し、併せて算定はできません。

なお、絆創膏固定は足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷にしか算定できません。

適切な診療報酬請求を行うために、複雑な算定条件を知る必要があります。

1 各種法令における留意事項

外科においても医学的に妥当適切な診療を行い、診療報酬点数表に定められた請求を行うことが必要です。

2 診療録（カルテ）への記載の留意事項

外科は外傷や熱傷等を診療するため、その部位や範囲、色、形状等を診療録に図示あるいは記載する必要があります。

3 傷病名付与の留意事項

⑴部位や、範囲は審査の判断に必要となります。
⑵必ず部位を付けてください。右前腕切創、頸部皮膚腫瘍等。
⑶熱傷は傷病名に熱傷の程度の記載が必須です。第２度熱傷以上でなければ熱傷処置は算定できません。

4 診療報酬上の留意事項

＜特掲診療料＞

1 検査

⑴超音波検査

原則として、単なる挫傷に対する局所診断を目的とした超音波検査は認められません。

⑵内視鏡検査

原則として肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査加算は痔核に対しては認められません。

注）処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できません。

2 処置

⑴創傷処置

①処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さになります。
②同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、処置ごとを併せて算定することはできません。
③複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定してください。
④軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できません。
⑤熱傷処置を算定する場合は、創傷処置は併せて算定できません。

⑵下肢創傷処置

①足部（踵を除く）の浅い潰瘍
②足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍
③足部（踵を除く）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍

下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾、又は踵であって、浅い潰瘍とは、潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものになります。

※下肢創傷処置管理料（Ｂ001・36）

入院中以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、下肢創傷処置を算定した日の属する月において、療養上必要な指導を行った場合に月１回に限り算定できます。

⑶熱傷処置

※初回の処置を行った年月日を必ず記載してください。
①熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できません。
②熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれます。
③100㎠未満については、第１度熱傷のみでは算定できません。
④処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さです。
⑤初回の処置を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については創傷処置の例により算定してください。

⑷絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定できます。ただし交換は原則として週１回となります。

⑸重度褥瘡処置

重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置

02_診療科別の基礎知識.indd 125 2025/01/23 15:43

を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については創傷処置の例により算定してください。

①処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さです。

②皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）に対して行った場合に算定できます。

③重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できません。

④局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、重度褥瘡処置は併せて算定できません。

⑤局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、重度褥瘡処置は併せて算定できません。

⑹爪甲除去（麻酔を要しないもの）

注：入院中の患者以外の患者についてのみ算定できます。

①在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者については、爪甲除去（麻酔を要しないもの）は算定できません。

②熱傷処置を算定する場合は、爪甲除去は併せて算定できません。

③重度褥瘡処置を算定する場合は、爪甲除去は併せて算定できません。

④副鼻腔手術後の処置を算定した場合、爪甲除去は別に算定できません。

⑺皮膚科軟膏処置

①処置の範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さです。

②同一疾病又はこれに起因する病変に対して皮膚科軟膏処置、創傷処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、処置ごとを併せて算定することはできません。

③同一部位に対して皮膚科軟膏処置、創傷処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できません。

④在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く）については、皮膚科軟膏処置や肛門処置等の費用は算定できません。

⑤100㎠未満の皮膚科軟膏処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできません。

⑥局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、皮膚科軟膏処置は併せて算定できません。

⑦局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、皮膚科軟膏処置は併せて算定できません。

⑻鶏眼・胼胝処置

同一部位について、その範囲にかかわらず月２回の算定が限度です。

⑼消炎鎮痛等処置（３　湿布処置）

①診療所において入院中の患者以外に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は基本診療料に含まれ、湿布処置を算定することはできません。

②同一部位に対して湿布処置、創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できません。

③保険給付の範囲内で処方できる貼付剤（湿布薬）の上限枚数は１処方につき63枚までです。やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載しなければなりません。

３　手術

⑴創傷処理

①創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む）を行う場合の第１回目の治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置は創傷処置により算定することになります。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合のことです。

②創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにしてください。

③頭頸部のもの（長径20cm以上のものに限る）は、長径20cm以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できます。

④露出部とは頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいいます。

⑤真皮縫合加算は真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合であって、露出部の創傷に限り加算ができます。

　また、露出部の範囲について足底部、踵も加算できますが、手掌、指、趾、眼瞼に当たっては加算できません。

⑥デブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定できます。

※面積の算定方法は創傷処置の取扱いの例による

⑵皮膚切開術

①長径10cmとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさとなります。

②多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所

02_診療科別の基礎知識.indd 126　2025/01/23 15:43

の切開も１切開としての算定になります。

⑶皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）、（露出部以外）

①露出部とは創傷処理の露出部と同一の部位となります。

②近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにしてください。

③露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は（露出部）の所定点数により算定し、50％未満の場合は（露出部以外）の所定点数により算定します。

⑷鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）、（露出部以外で縫合を伴うもの）

①露出部とは創傷処理の露出部と同一の部位となります。

②近接密生している鶏眼・胼胝等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにしてください。

③露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は、（露出部で縫合を伴うもの）の所定点数により算定し、50％未満の場合は、（露出部以外で縫合を伴うもの）の所定点数により算定します。

⑸爪甲除去術

爪甲白癬又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは処置料の爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定します。

４　その他

⑴あらかじめ予定されている手術に対しては、小外科であっても梅毒定性、ＨＢｓ抗原、ＨＣＶ抗体の感染症検査は認められています。

５　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

短期滞在手術基本料１（日帰りの場合）について評価の見直しがありました。

①施設基準を満たし、地方厚生局長へ届出が必要。

②手術等の実施前に十分な説明を行った上で「短期滞在手術等同意書」を用いて患者の同意を得ることが必要。

短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）

イ　主として入院で実施されている手術を行った場合

⑴　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点

⑵　⑴以外の場合　2,718点

ロ　イ以外の場合

⑴　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点

⑵　⑴以外の場合　1,359点

・麻酔を伴う手術を行った場合とは、硬膜外麻酔、脊椎麻酔、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合をいいます。

・術前検査（出血・凝固検査、血液化学検査、感染症免疫学的検査、心電図や画像診断検査等）、麻酔管理料等は短期滞在手術等基本料に含まれます。

（別紙様式８）

短期滞在手術等同意書

（患者氏名）　殿

令和　年　月　日

病名	
症状	
治療計画	
手術等内容及び日程	
手術等後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）　印

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

（患者氏名）　印

02_診療科別の基礎知識.indd 127　2025/01/23 15:43

7　整形外科

保険診療に伴う請求は医科診療報酬点数表に基づいて行います。この場合該当する点数項目の確認だけでなく、通則や診療報酬の算定要件、診療録への要点記載、診療報酬明細書（レセプト）への記載要件なども十分確認してください。

算定に当たり厚生局への届出を要する項目が多数あり、社保・国保への支払い請求時に査定されなくても、厚生局個別指導において未届けが判明した場合、返還命令を出されることがあります。

社保・国保へ保険請求した項目が査定される場合がありますが、その場合には「A：保険適応なし」、「B：過剰な実施」、「C：不適切な実施」のいずれであるか検証することが重要です。納得がいかない場合には再審査請求が可能です。

令和６年度の診療報酬改定は６月１日から施行となりました。全体改定率は＋0.88％で、医療関係職種へのベースアップ実施、入院時の食費引上げ等を差し引いた医科本体としては＋0.52％となりました。

詳細については下記のホームページを参照ください。

厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

日本医師会ホームページ
https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/

1　各種法令における留意事項

保険診療は健康保険法や療養担当規則等に基づいた保険者と保険医・保険医療機関との間の公法上の契約であることを理解する必要があります。保険医療の関係法令を遵守した上で、医科診療報酬点数表に決められた請求を行うことが義務付けられていますので、これに反した場合は行政指導（保険医資格停止、等）となる場合があります。ぜひもう一度、療養担当規則の確認をお願いします。

●義肢・装具証明書の発行

整形外科では療養費に係る書類等についても注意が必要です。治療に必要な義肢装具等は、医師の関与で製作所が作成・提供（一部の既製品も含む）した場合は、患者は基準に従った代金を実費で製作所に支払い、保険組合には医師の証明書を添えて請求することで療養費として還付されます。この場合の書類は保険給付に係るものなので、無償で発行します。

●施術同意書の発行

あんま・はり・きゅう・マッサージ（柔道整復以外）については療養費同意書交付料を算定できますが、同意においては対面診療が義務付けられていること、それぞれの施術において適応が設定されていること、ご自分の医療施設において治療手段がない場合に限定されることから、一般的には整形外科医療機関から施術同意書が発行される例は少なくなります。

●自費診療

近年、保険未採用の新しい治療法が開発され普及してきました。例えば、多血小板血漿療法などの再生医療や体外衝撃波療法などがあります。自費で実施する美容医療、健康診断、プラセンタ注射などを保険診療と同日に実施してしまうと混合診療（療養担当規則12条、18条、20条）となるため、迷われたときには自己判断せずに厚生局に相談してください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

医師は、診療した行為のすべてを遅滞なく診療録（カルテ）に記載することが義務付けられています（療養担当規則、医師法）。さらに保険医は、保険請求するすべての項目（検査、処置、手術、投薬、等）について、その請求の根拠を診療録に記載することが義務付けられています（療養担当規則）。診療録は患者の診断、治療の過程を証明する文書として、訴訟等のトラブル発生時に重要な証拠となります。第三者が診療経過を確認できる内容（見読性）で記載する必要があります。

処方や注射の目的、物理療法やリハビリテーション目的の来院時でも、患者の病状がいつもと変わらないとして診療録の記載を怠ると、無診察治療とみなされることがあります。

医学管理料の多くは診療録への要点記載が求められます。外来管理加算は充実した診療内容が診療録記載に反映される必要があります。各種検査、画像診断は必要性と結果についての判断・評価コメント記載が必要です。

3　傷病名付与の留意事項

傷病名の決定は医療行為です。医学的に妥当適切な傷病名を医師自ら決定してください。他の職員が病名を付与することは医師法で禁止されています。整形外科疾患は解剖学的部位、左右、急性・慢性の記載が必要です。診断根拠のない、査定を防ぐための「レセプト病名」は、不実記載により保険請求したと疑われることになるので避けてください。必要な処方、検査を実施したのに傷病名だけでは説明不十分と思われる場合は、摘要欄記載及び症状詳記で補ってください。また、急性病名や疑い病名は早期に転帰を付けて整理してください。

02_診療科別の基礎知識.indd 128　2025/01/23 15:43

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初・再診料

⑴一度診療が終了していても、検査結果のみを聞きに来た場合など、前の診療と一連の行為と考えられる場合、診察料を再度算定できません（電話等再診を含む）。

⑵再診料における外来管理加算は、通常の診察よりも詳細な内容の診療が実施された場合が算定要件（診療報酬点数表を参照）となっているため、診療録への記載を充実させてください。単に慢性疼痛疾患管理料、リハビリテーション料、処置料、手術料等を請求しないだけでは算定できません。

⑶外来リハビリテーション診療料を算定した場合には、規定されている日数（７日又は14日）の間は、リハビリテーションに係る再診料（外来診療料）は算定できません。

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

医学管理料、在宅療養指導管理料（在宅医療の部）は、目に見えない「医師の技術」に対する評価です。多くの場合、医学管理や療養指導を適切に行った上で、診療録への指導内容の要点記載が算定要件となっています。

⑴特定疾患療養管理料

特定疾患を主病として管理していることが算定要件です。主病とは特定疾患を主体的かつ診療内容の大半を占めて治療している疾患であり、単に併存する疾患に対して算定することはできません。指導した内容の要点を診療録に記載することが算定要件なので、単に検査や身体所見のみを記載するだけでは不十分です。

⑵慢性疼痛疾患管理料

疼痛を症状とする慢性疾患に対してマッサージ又は器具等による療法を行った場合が適応です。原則、外来管理加算及び処置料等を包括し、月ごとに算定の選択が可能です。特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算等の他の管理料とは併算定できません。

⑶小児運動器疾患指導管理料

20歳未満の患者に成長に応じた継続的診察が必要な病態に対して診療を行った場合に、最初の算定から６月間は連月、それ以降は６月に１回算定できます。小児運動器疾患に関する研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できます。適応疾患は、１）先天性の運動器疾患、腫瘍や外傷後の四肢変形、側弯症、装具を使用する患者、２）医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者、３）その他の成長に応じた適切な治療法選択のために継続的診療が必要な患者です。単純な骨折や靭帯損傷、捻挫、打撲等の外傷性病変、感染などの急性期病変だけでは適応になりません。初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得ると共に、毎回の指導要点を診療録に記載します。地方厚生局への届出が必要です。

⑷二次性骨折予防継続管理料３

骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折を手術した病院において二次性骨折予防継続管理料１を算定した患者が対象となります。継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を「骨折リエゾンサービス（ＦＬＳ）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果判定（骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎Ｘ線等）と、必要な治療を継続して実施した場合に算定します。初回算定月から１年を限度として、月１回算定可能です。地方厚生局への届出が必要です。

⑸下肢創傷処置管理料

下肢の潰瘍に対して継続的管理を必要とする者に対し、適切な研修を修了した医師が治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月１回に限り算定できます。初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得ると共に、毎回の指導要点を診療録に記載します。糖尿病合併症管理料は別に算定できません。地方厚生局への届出が必要です。

⑹診療情報連携共有料

保険歯科医の求めにより、患者の同意を得て、文書により情報提供を行った場合に３月に１回算定できます。

⑺療養費同意書交付料

原則として、その疾病に係る主治の医師（緊急その他やむを得ない場合を除く）が診察に基づき療養給付を行うことが困難であると認めた患者に対して、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を交付した場合に算定します。各施術の対象疾患については以下の通り限定されています。

慢性病で医師の適当な治療手段のない者であり、

１）はり・きゅうの対象疾患：主として神経痛、リウマチ、類症疾患（頚腕症候群、五十肩、腰痛症、頚椎捻挫後遺症等）。同一疾病での医療の併診は認められません。

２）マッサージの対象：主として筋麻痺、関節拘縮等に対するもの。

2　在宅医療

⑴在宅患者訪問診療料

通院による療養が困難な患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問診療を行った場合が適応になります。往診料（不定期で、患家の求めに応じて赴き診療を行った場合）とは異なるので注意が必要です。また、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはなりません（例えば、独歩で家族・介助者の助けを借りずに通院できる者など）。在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を持つ主治医から紹介され、併診で訪問診療を行った場合は６月を限度として月１

02_診療科別の基礎知識.indd 129　2025/01/23 15:43

回に限り在宅患者訪問診療料２を算定します。ただし、その診療科の医師でなければ困難な診療、すでに診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療においては６月を超えて算定できます。算定要件として、患者又は家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付、訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載、訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について診療録に記載が必要です。

⑵訪問看護指示料

訪問看護ステーションへの訪問看護指示は、通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療の確保を目的としており、必要性の評価をせずに安易に指示料を算定することは認められません。

⑶在宅自己注射指導管理料

厚生労働大臣が定める注射薬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します。在宅自己注射を導入前に２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定します。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付します。初回指導を行った月から起算して３月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、「導入初期加算」を３月を限度として加算します。「バイオ後続品導入初期加算」は、初回の処方日の属する月から起算して３月に限り月１回算定でき、導入初期加算と共に対面診療を行った場合のみ算定できます。また自己注射薬のみを院外処方する場合は、処方箋料は算定できません。指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容について診療録に要点の記載が必要です。

⑷在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

本書「Ⅱ　8リハビリテーション」にて説明

３　検査

必要な検査項目を選択しセット検査は避けてください。検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載してください。算定要件が規定されている検査項目に注意してください（尿沈渣、ＭＰＯ－ＡＮＣＡ、等）。結果が治療に反映されない検査は研究的、健康診断的とみなされ算定が認められないことがあります。

⑴骨粗鬆症関係検査

①ＮＴＸ、ＤＰＤ(尿)は、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、また薬剤変更時は変更後６月以内に１回に限り在宅患者訪問診療料２を算定します。ただし、その診療科の医師でなければ困難な診療、すでに診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療においては６月を超えて算定できます。算定要件として、患者又は家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付、訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載、訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について診療録に記載が必要です。

⑵訪問看護指示料

訪問看護ステーションへの訪問看護指示は、通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療の確保を目的としており、必要性の評価をせずに安易に指示料を算定することは認められません。

⑶在宅自己注射指導管理料

厚生労働大臣が定める注射薬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します。在宅自己注射を導入前に２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定します。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付します。初回指導を行った月から起算して３月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、「導入初期加算」を３月を限度として加算します。「バイオ後続品導入初期加算」は、初回の処方日の属する月から起算して３月に限り月１回算定でき、導入初期加算と共に対面診療を行った場合のみ算定できます。また自己注射薬のみを院外処方する場合は、処方箋料は算定できません。指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容について診療録に要点の記載が必要です。

⑷在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

本書「Ⅱ　8リハビリテーション」にて説明

３　検査

必要な検査項目を選択しセット検査は避けてください。検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載してください。算定要件が規定されている検査項目に注意してください（尿沈渣、ＭＰＯ－ＡＮＣＡ、等）。結果が治療に反映されない検査は研究的、健康診断的とみなされ算定が認められないことがあります。

⑴骨粗鬆症関係検査

①ＮＴＸ、ＤＰＤ(尿)は、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、また薬剤変更時は変更後６月以内に１回に限り算定できます。ｕｃＯＣはＶｉｔＫ２剤の治療前、β－ＣＴＸも骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回と６月以内の効果判定時に１回に限り算定できます。

②25－ヒドロキシビタミンは、原発性骨粗鬆症の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、ビタミンＤ欠乏性くる病若しくはビタミンＤ欠乏性骨軟化症の場合は診断時に１回、その後は３月に１回を限度として算定可能です。１，２５－ジヒドロキシビタミンＤ３は、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型又は低リン血症性ビタミンＤ抵抗性くる病の診断治療時のみが検査適応となり、骨粗鬆症は適応外です。

③オステオカルシンは、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できます。

⑵関節リウマチ関係検査

①インフリキシマブ定性の算定は、関節リウマチの患者に対し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が適応で３回に限ります。

②ＲＦ定量、ＭＭＰ－３、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、Ｃ１ｑ結合免疫複合体、モノクローナルＲＦ結合免疫複合体及びＩｇＧ型リウマトイド因子のうち３項目以上を実施の場合は、２項目に限り算定できます。

③抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量とＲＦ定量を実施のときは主たるもののみの算定になります。

④抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、ＭＭＰ－３、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、Ｃ１ｑ結合免疫複合体、モノクローナルＲＦ結合免疫複合体、ＩｇＧ型リウマトイド因子のうち２項目以上実施の場合は主たるもののみ算定になります。

⑤抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量検査の適応は以下のいずれかの場合に限られます。

ア　関節リウマチと確定診断できない場合に原則１回請求できます。検査結果が陰性の場合は３月に１回算定でき、この場合は検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載します。

イ　治療薬選択のため実施する場合も１回のみの算定になります。治療経過により再度の薬剤選択が必要の場合は６月に１回算定できますが、診療報酬明細書の摘要欄に必要性の記載が必要です。

⑶超音波検査

検査で得られた画像を診療録に添付し診療録に主な所見を記載します。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します。同一月の２回目以降の検査は100分の90の点数で算定します。注射や麻酔に際して補助的に超音波画像を利用する場合で

02_診療科別の基礎知識.indd 130　2025/01/23 15:43

は算定できません。

⑷骨塩定量検査

検査の種類にかかわらず、４月に１回に限り算定ができます。

４　画像診断

画像診断においても診断、評価所見等を診療録に記載が必要です。

⑴時間外緊急院内画像診断加算

診療時間以外で、直ちに何らかの処置・手術等が必要な状態のため、緊急に当該保険医療機関において撮影及び診断を実施した場合に限り算定できますが、この場合、初・再診料の夜間・早朝等加算との併算定はできません。

⑵電子画像管理加算

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に算定できます。フィルムへのプリントアウトを行った場合も算定できますが、この場合にはフィルム費用は算定できません。

⑶透視診断

診断目的のために行った場合にのみ算定できます。他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う場合は算定できません。

⑷写真診断

他医撮影のフィルム等のエックス線診断料は撮影部位及び撮影方法別に算定できます。

⑸コンピューター断層診断

他医撮影のＣＴ、ＭＲＩ等コンピューター断層撮影像（ポジトロン断層・ＣＴ、ＭＲＩ断層複合撮影は含まない）について診断を行った場合は初診料を算定した日に限り算定できます。

５　投薬

⑴無診察投薬の禁止

患者を診察することなく投薬、注射、処方箋の交付は認められません。

⑵適宜効果判定

例えば、抗菌剤等では抗菌スペクトルの考慮、薬剤感受性検査の実施を行い、漫然と投与することのないよう注意してください。メコバラミン製剤を月余にわたり漫然投与しないでください。

⑶湿布の処方

１処方63枚を超えた貼付剤（湿布薬）処方の場合には調剤料、処方料、超過分の薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料は算定できません。例外として、やむを得ず医師が必要と判断した理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載した場合は認められることがあります。

⑷プレガバリン（リリカ）、ミロガバリン（タリージェ）

効能・効果は、添付文書上は「神経障害性疼痛」と記されていますが、保険請求に当たってはこの傷病名のみでは査定される可能性があります。必ず神経障害性疼痛を引き起こした原疾病の傷病名を記載してください。

⑸適応外投与に注意

「胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期」に適応のあるテプレノン（セルベックス）、レバミピド（ムコスタ）を単なる慢性胃炎の患者に投与。

⑹用法外投与に注意

・外用に適応のない抗菌薬（アミノグリコシド系）を吸入あるいは局所洗浄等で使用。

・筋注、静注の用法しかないププレノルフィン（レペタン）を硬膜外注入で投与。

⑺禁忌投与に注意

フェルビナク（ボルタレン）、ロキソプロフェン（ロキソニン）等の非ステロイド系消炎鎮痛剤を消化性潰瘍の患者に投与。

６　処置

⑴通則

①対称器官の処置で「片側」、「１肢につき」等の規定がないものは、両側に行っても所定点数のみの算定になります（鶏眼胼胝処置など）。

②時間外、休日、深夜に行われた150点以上の緊急処置はそれぞれ時間外、休日、深夜加算の対象となります。

⑵創傷処置

同一疾病又はこれに起因する病変に対して同時に行われた創傷処置、皮膚科軟膏処置は合算した面積で算定します。

⑶下肢創傷処置

適応は足趾の血行障害による潰瘍で部位が限局されています。浅い潰瘍とは深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入は併算定できないこと、軟膏の塗布又は湿布の貼付のみは適応外とされています。

⑷熱傷処置

算定は初回処置から起算して２月以内に限られます。それ以降の処置は創傷処置で算定します。第１度熱傷の場合100㎠未満は基本診療料に含まれ薬剤料のみの算定になります。

⑸血腫、膿腫穿刺

新生児頭血腫大程度のものが適応になり、それより小範囲のものや試験穿刺については算定できません。

⑹消炎鎮痛等処置（３　湿布処置）

半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲に行われた場合に算定できますが、それ以下の場合は薬剤料のみの算定になります。

⑺治療用装具採寸法

既製品の装具は原則厚労省でリストアップされたものが療養費対象となり、これを処方の場合、加工の必要を認め採寸が行われた場合のみが採寸法の適応になります。この

02_診療科別の基礎知識.indd 131　2025/01/23 15:43

場合、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な必要性と加工の内容を記載することが要件になります。

⑻治療用装具採型法

フットインプレッションフォーム（足型採取器）で採型を行った場合は、「３　その他」で算定します。

⑼皮膚欠損用創傷被覆材

皮膚欠損創に対し、医療材料として２週間（特に必要と認められる場合については３週間）を限度として算定できます。手術縫合創に対しての使用は術後を含め算定できません。

７　手術

⑴通則

手術当日に手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できません。

⑵創傷処理

切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む）を行う場合に算定します。筋肉、臓器に達するものとは、創傷の深さではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷については範囲を合算し算定します。「露出部」とは、頭部、頸部、上下肢にあっては肘関節及び膝関節以下をいいます。指は真皮縫合加算の適応外となっています。

⑶皮膚切開術

長径は切開を加えた長さではなく、膿瘍等の病巣の大きさをいいます。

⑷腱縫合術

切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱断裂の単なる縫合は、「創傷処理　２　筋肉、臓器に達するもの（長径５㎝以上10㎝未満）」（小児の場合は小児創傷処理の３）で算定します。

⑸難治性骨折電磁波電気（超音波）治療法、超音波骨折治療法

治療の実施予定期間、頻度について患者に指導し、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載することや、時期、対象等適応にも注意してください。

⑹爪甲除去術

麻酔を要しない程度のものは処置の爪甲除去により算定します。

８　麻酔

神経ブロックは、疾病の治療又は診断を目的として行われる手技で、検査・画像診断・処置・手術の施行のための補助手段として行われる麻酔とは異なるので注意してください。

⑴静脈麻酔

静脈注射用麻酔剤を用いた意識消失を伴う全身麻酔が適応になり、静脈注射用麻酔剤の使用のないものは算定できません。実施時間が10分未満のものは「１　短時間のもの」で算定します。

⑵上・下肢伝達麻酔

上肢は腕神経叢、下肢は少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定できます。それ以下の部位での伝達麻酔は薬剤料のみの算定となります。

⑶神経ブロック

同日複数の神経ブロックを行った場合は、主たるもののみ算定します。神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射及び神経幹内注射は算定できません。神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は神経ブロックの所定点数に含まれます。神経ブロックために補助的に超音波装置を利用した場合、超音波検査を算定できません。

⑷トリガーポイント注射

施行回数及び部位にかかわらず１日１回のみの算定です。

５　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

⑴検査

・骨代謝マーカーである骨型アルカリフォスファターゼ（ＢＡＰ）、Ｐ１ＮＰが減点、リウマチ検査である抗ＣＣＰ抗体が減点となりました。

⑵処置

・腰椎穿刺、胸椎穿刺、頚椎穿刺、腱鞘内注射、滑液嚢穿刺後注入（片側）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）が増点となり、トリガーポイント注射は減点となりました。

⑶手術

・創傷処理（筋肉、臓器に達するもの 長径10cm以上 その他のもの）、小児創傷処理（６歳未満 筋肉、臓器に達するもの）、皮膚切開術（長径20cm以上）、デブリードマン（100㎠未満）、皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部 長径４cm以上）、骨折非観血的整復術（肩甲骨、上腕、大腿、前腕、下腿）等が増点です。

・変形性膝関節症に対する末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）が新設され、講習受講者が実施できることになりました。

⑷小児運動器疾患指導管理料

・疑義解釈で、「外傷に伴う骨端線損傷等」により、手術を行った場合、保存的治療で概ね６か月以上の経過観察が必要な場合、S-HⅢ型以上に適応が拡大されました。

整形外科外来を中心に査定を受けやすい項目について解説しました。令和６年度改定では多くのＤＸ関連項目が新設されましたが、こちらについては本書「Ⅰ　保険診療の基礎知識」をご参照ください。

02_診療科別の基礎知識.indd 132　2025/01/23 15:43

8　リハビリテーション

リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われます。そのため、スポーツのパフォーマンス向上のために行われるスポーツリハビリテーションと称される診療は医療保険の適用ではありませんのでご注意ください。

1　各種法令における留意事項

⑴医師法第20条に「医師は自ら診察しないで治療をしてはならない。」とあり、保険診療ではリハビリテーションを行う際に、毎回医師の診察を伴うことが原則です。ただし、状態が安定した患者については、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行うことや、直ちに医師の診察が可能な体制をとること等を要件とした上で、再診料を算定せずに疾患別リハビリテーションを提供できる「外来リハビリテーション診療料」（医学管理料）を算定することができます。「外来リハビリテーション診療料１」では算定してから７日間、「外来リハビリテーション診療料２」では14日間に１回、医師の診察を受けることになります。

⑵鋼線等による直達牽引、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、疾患別リハビリテーション料の所定点数に含まれます。

⑶慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション料は算定できません。

⑷リハビリテーション料の多くは、人員配置を含んだ施設基準が規定されています。配置職員等の基準を満たさなくなったときは、その月中に速やかに地方厚生局へ変更届出を行い、翌月から変更後の条件で算定することになります。

1　疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、次の通りです。

⑴医師は定期的な機能検査等のもとに効果判定を行います。

⑵リハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として７日以内、遅くとも14日以内に作成します。

⑶３月に１回以上、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書の内容を医師が説明の上交付すると共に、その写しを診療録に添付します。多職種協働で作成したリハビリテーション実施計画書であっても、患者や家族への説明は医師が行い同意を得ることが必要なので留意してください。

⑷リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できます。

⑸疾患別リハビリテーションでは、患者に対し個別に20分以上の訓練を行った場合「１単位」として点数を算定できます（心大血管疾患リハビリテーション・集団療法による場合を除く）。

⑹疾患別リハビリテーションには対象疾患や標準的算定日数等が設定されています。

【疾患別リハビリテーションの対象疾患】

1）心大血管疾患リハビリテーション

・心機能の回復、再発予防を図るために運動療法等を行った場合

・対象：急性心筋梗塞、狭心症、解離性大動脈瘤、慢性心不全、等

2）脳血管疾患等リハビリテーション

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

・対象：脳梗塞、脳出血、脊髄損傷、慢性の神経筋疾患、言語聴覚機能障害、等

3）廃用症候群リハビリテーション

・基本的動作能力の回復等を通じて、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合、等

・対象：急性疾患等に伴う安静による廃用症候群であって、「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力、日常生活能力が低下したもの」（治療開始時にＦＩＭ：115以下、ＢＩ：85以下の状態等のもの）

4）運動器リハビリテーション

・基本的動作能力の回復等を通じ、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合、等

・対象：脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷、骨折、等

02_診療科別の基礎知識.indd 133　2025/01/23 15:43

5)呼吸器リハビリテーション

・呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて行った場合

・対象：肺炎、胸部外傷、慢性閉塞性肺疾患、等

【算定日数の上限】

心大血管疾患リハビリテーション料……150日以内

脳血管疾患等リハビリテーション料……180日以内

廃用症候群リハビリテーション料……120日以内

運動器リハビリテーション料……150日以内

呼吸器リハビリテーション料……90日以内

なお、算定日数の上限を超えたものについては選定療養として実施可能です。

２　リハビリテーション総合計画評価料

リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できます。また、医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付すると共に、その写しを診療録等に添付します。

⑴「リハビリテーション総合計画評価料１」の対象

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者。

⑵「リハビリテーション総合計画評価料２」の対象

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者。

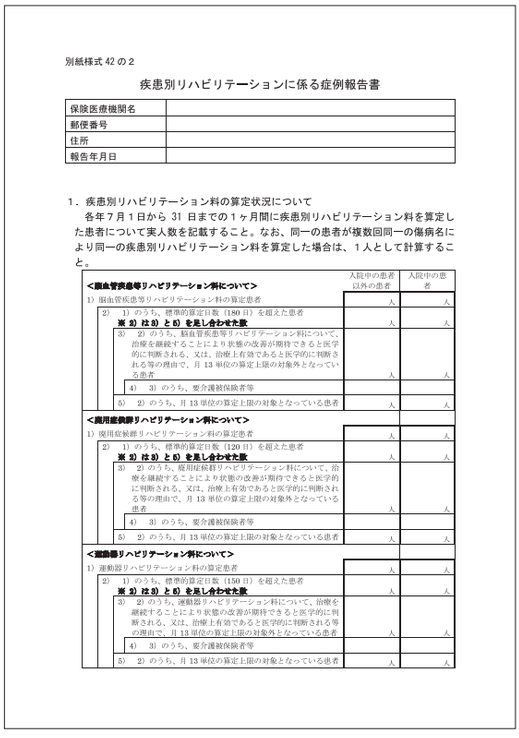
２　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴リハビリテーションの実施に当たっては、機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載が必要です。また、適宜作成が必要な実施計画書については、医師が内容の説明を行うと共に診療録に添付します。

⑵疾患別リハビリテーション料で標準的算定日数を超えて治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断され継続する場合は、入院中の要介護被保険者等の一部例外を除き、継続開始日を診療録に記載し、その日及びその後１月に１回以上機能的自立度評価法（ＦＩＭ）を測定してリハビリテーションの必要性を判断すると共に、実施計画書を作成して写しを診療録に添付します。

⑶１年に１回、当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、ＦＩＭ等について報告（様式42の２）を行うことになっています。

【様式42の２】



別紙様式 42 の２

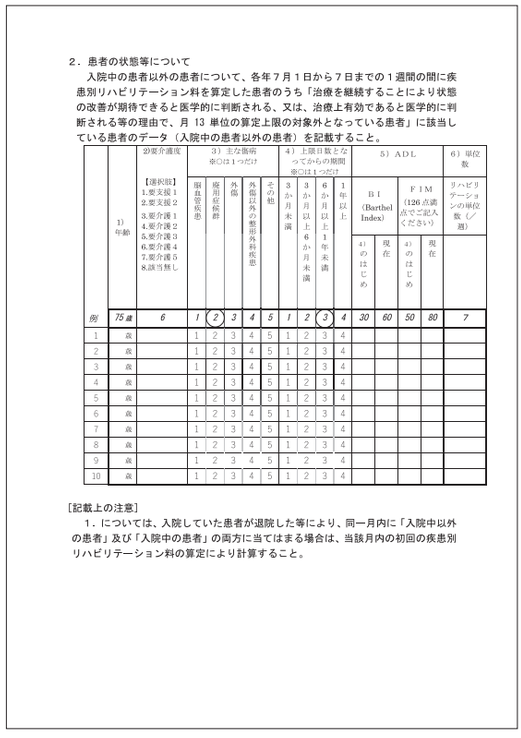
疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

１．疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年７月１日から 31 日までの１ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、１人として計算すること。

	入院中の患者以外の患者	入院中の患者
<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1) のうち、標準的算定日数（180 日）を超えた患者	人	人
※ 2) は 3) と 5) を足し合わせた数		
3) 2) のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3) のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2) のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1) のうち、標準的算定日数（120 日）を超えた患者	人	人
※ 3) は 3) と 5) を足し合わせた数		
3) 2) のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3) のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2) のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<運動器リハビリテーション料について>		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1) のうち、標準的算定日数（150 日）を超えた患者	人	人
※ 3) は 3) と 5) を足し合わせた数		
3) 2) のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3) のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2) のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人



２．患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年７月１日から７日までの１週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1) 年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援１ 2.要支援２ 3.要介護１ 4.要介護２ 5.要介護３ 6.要介護４ 7.要介護５ 8.該当無し	3) 主な傷病 ※○は１つだけ 脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	4) 上肢日数となってからの期間 ※○は１つだけ 3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上１年未満	１年以上	5) ＡＤＬ Ｂ Ｉ (Barthel Index) 4)のはじめ	現在	ＦＩＭ (126 点満点でご記入ください) a)のはじめ	現在	6) 単位数 リハビリテーションの単位数（／週）
例	75 歳	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	30	60	50	80	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

［記載上の注意］

１．については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

02_診療科別の基礎知識.indd 134　2025/01/23 15:43

3 診療報酬上の留意事項

1 在宅患者の場合

⑴在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

通院が困難な患者にリハビリテーションの必要を認め、理学療法士等を訪問させて患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分（１単位）以上行った場合で、医師の診療のあった日から１月以内に行われた場合（主たる訪問診療医から診療情報提供料（Ⅰ）で情報提供を受けた場合は提供元医の情報提供のための診察日から１月以内）に算定できます。この場合、指示内容の要点を診療録に記載する必要があります。

2 疾患別リハビリテーション

⑴標準的算定日数

対象疾患及び標準的算定日数が定められているため、実施した場合は、診療報酬明細書（レセプト）の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日（心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料）又は発症日等（脳血管疾患等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、運動器リハビリテーション料）を記載することになっています。それぞれ治療開始日又は発症日等が標準的算定日数の起算日となります。「発症日等」は、発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日のことです。新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合はその時点をもって起算とし、診療報酬明細書への記載も更新します。他の医療機関から診療情報提供書等にて依頼され発症日が判明している場合には、前医における発症日が標準算定日の起算日となることがあります。

⑵標準的算定日数の上限の除外対象患者

標準的算定日数については除外対象患者が設定されていて、要件を満たせば期間を超えても算定可能です。また、それ以外でも必要な場合は１月13単位に限り算定できます。なお、患者が要望・選択した場合で施設内掲示や文書による同意等の要件を満たしている場合は選定療養として算定日数を超えての実施も可能ですが､徴収料金の定めや、実施状況を地方厚生局に報告する義務があります。

a）標準的算定日数上限の除外対象患者

下記の①から⑭の患者であって治療継続により改善が期待できると医学的に判断される場合。

※診療報酬明細書の摘要欄に、これまでの実施状況、患者の状態（以上は実施計画書添付でも可）、今後の見込み期間、具体的な状態等を示した継続理由の記載が必要。

①失語症、失認及び失行症の患者
②高次脳機能障害の患者
③重度の頸髄損傷の患者
④頭部外傷及び多部位外傷の患者
⑤慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者
⑥心筋梗塞の患者
⑦狭心症の患者
⑧軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後１年以内のものに限る）の患者
⑨外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のものに限る）の患者
⑩回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
⑪回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から起算して３月以内の患者（保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く）
⑫難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く）
⑬障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る）
⑭その他、心大血管疾患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・運動器リハビリテーション料・呼吸器リハビリテーション料の対象患者又は廃用症候群リハビリテーション料の対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

b）有効と医学的に判断される場合に除外対象となる患者

①先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
②障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く）

⑶算定単位数の上限

算定に当たっては、患者１人１日６単位が限度とされ、厚生労働大臣が定める患者（①回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の算定患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く）、②発症後60日以内の脳血管疾患等の患者、③入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの）については、患者１人１日９単位が限度です。さらに心大血管疾患リハビリテーション料を除き、１対１の個別実施が要件とされ、従事者１人につき１日18単位が標準（上限１日24単位）、週108単位までとされています。

3 介護保険との関係

02_診療科別の基礎知識.indd 135 2025/01/23 15:43

⑴要介護被保険者等（要介護・要支援）の患者については、外来での疾患別リハビリテーションで標準的算定日数超えの場合は、原則介護保険が適用されます（入院中は脳血管疾患等、廃用症候群及び運動器リハビリテーション料は逓減点数で算定できます）。そのため、介護保険によるリハビリテーションの適用が妥当であるかについて適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行います。

⑵脳血管疾患等、廃用症候群及び運動器リハビリテーション料を算定中の要介護被保険者等に対し、医師等多職種が患者と共同して介護保険のリハビリテーションへの移行の是非を検討・管理した場合、３月に１回「目標設定等支援・管理料」を算定できます（算定がない場合、当該患者の算定点数は逓減対象となります）。

⑶介護保険による訪問リハビリテーション事業所に対し、訪問リハビリテーション指示書を作成した場合は、事業所の経営主体が病院､診療所等の医療機関であった場合には｢診療情報提供料（Ⅰ）｣を、それ以外の事業所の場合は「訪問看護指示書」を作成します。

4　令和６年度診療報酬改定における､新規･改定項目

「主な改定項目」

疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分が新設されました。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　245点
- ロ　作業療法士による場合　245点
- ハ　言語聴覚士による場合　245点
- ニ　医師による場合　245点

2　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　200点
- ロ　作業療法士による場合　200点
- ハ　言語聴覚士による場合　200点
- ニ　医師による場合　200点

3　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　100点
- ロ　作業療法士による場合　100点
- ハ　言語聴覚士による場合　100点
- ニ　医師による場合　100点
- ホ　イからニまで以外の場合　100点

【廃用症候群リハビリテーション料】

1　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　180点
- ロ　作業療法士による場合　180点
- ハ　言語聴覚士による場合　180点
- ニ　医師による場合　180点

2　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　146点
- ロ　作業療法士による場合　146点
- ハ　言語聴覚士による場合　146点
- ニ　医師による場合　146点

3　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　77点
- ロ　作業療法士による場合　77点
- ハ　言語聴覚士による場合　77点
- ニ　医師による場合　77点
- ホ　イからニまで以外の場合　77点

【運動器リハビリテーション料】

1　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　185点
- ロ　作業療法士による場合　185点
- ハ　医師による場合　185点

2　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　170点
- ロ　作業療法士による場合　170点
- ハ　医師による場合　170点

3　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
- イ　理学療法士による場合　85点
- ロ　作業療法士による場合　85点
- ハ　医師による場合　85点
- ニ　イからハまで以外の場合　85点

リハビリテーションについては、疾患別にそれぞれ専門領域があることと、介護保険との関係で要介護被保険者等に対し、介護保険のリハビリテーションへの移行の是非を検討・管理する「目標設定等支援・管理料」を算定することなど、医療･介護の両保険制度の理解が必要となります。

02_診療科別の基礎知識.indd 136　2025/01/23 15:43

9　泌尿器科

泌尿器科領域で開業されている方を対象に保険診療上の注意点を説明します。本項により、泌尿器科特有の算定要件を理解していただき、適切な診療報酬請求の一助となれば幸いです。

1　各種法令における留意事項

本書「Ⅰ　保険診療の基礎知識」をご参照ください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴保険診療を行う際の原則的な決まりは療養担当規則に記載されていますが、診療行為等には新たな通知による新たな解釈が漸次付け加えられますので、保険医は常に最新の情報を知った上で算定に臨む必要があります。

⑵医学管理料は対象患者に単に指導を行っただけでは算定できません。指導内容、治療計画等について、具体的に診療録に記載し、患者のサインを必要とすることもあり算定要件を守ることが必須条件です。算定要件、算定回数制限などがそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに十分に留意してください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴炎症性疾患では急性･慢性の区別を記載してください。
例えば前立腺液圧出法は急性前立腺炎では禁忌とされます。記載がないと「急性」と判断されます。

⑵腫瘍性疾患では良性・悪性の区別を記載してください。
例えば「精巣腫瘍」病名では「良性」扱いとなり、腫瘍マーカー検査等は適応となりません。また、症候名や現象名（例えば、前立腺癌を疑う場合「ＰＳＡ高値」）では適応となりません。

⑶対称器官に関わる病名は左右の区別を記載してください。

⑷長期にわたる急性疾患の傷病名や疑い病名は転帰を付して整理してください。
例えば28日以上前の「急性膀胱炎」病名での細菌培養同定検査や、「膀胱炎疑い」病名での抗菌薬投与や細菌薬剤感受性検査の算定はできません。

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初・再診料

⑴外来管理加算
超音波検査施行時の外来管理加算の算定はできません。残尿測定器による残尿測定時も超音波検査同様、算定はできません。

⑵慢性疾患などで服薬治療期間内に、別の疾患で受診した場合に初診料を算定するケースが見受けられますが、再診料で算定してください。同じ疾患で通院時は再診扱いとなります。

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

⑴「ＰＳＡ　Ｆ/Ｔ比」は前立腺癌を強く疑う場合に、「尿中ＮＭＰ22」は尿路上皮癌等を疑う場合に限り算定できます。従って癌が確定した後は、悪性腫瘍特異物質治療管理料での算定はできません。

⑵在宅療養指導料は尿路カテーテル管理下の外来患者に算定できます（初回月は２回、その後月１回）が、保健師又は看護師が医師の指示のもと、医療機関内で個別に対面で30分以上の指導を行い、その記録も作成し診療録に記載する必要があります。

2　在宅医療

⑴往診料は患家の求めにより臨時的に赴き診察した場合に算定できます。一方､在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」は、計画的な医学管理下に定期的に患家に赴き診察した場合に算定できます。定期的な留置カテーテルの交換など、尿路管理を実施している場合は後者で算定してください。

⑵在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「２」
在宅管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関より尿路管理等（往診主治医がバルーン留置困難など）の訪問診療を依頼された場合、６か月を限度に算定可です（依頼があった月日を摘要欄に記載）。さらに継続的な訪問診療を行う場合は、その必要性を摘要欄に記載してください。

⑶在宅自己導尿指導管理料
在宅自己導尿指導管理料算定時に加算する特殊カテーテルが細かく分類されました。またカテーテルは３か月分をまとめて算定可ですが、疑義解釈にあるとおり同一種類のみが算定可で、カテーテルの種類、算定月等の記載が必要です。従来通り消毒薬、潤滑剤は管理料に含まれ、算定同月内で使用された留置バルーンや手技料、薬液は算定不可です。

⑷在宅寝たきり患者処置指導管理料
医師が処置として行う膀胱洗浄、カテーテル、薬剤の費用はこれに含まれ、別算定はできません。ただし、患者や家族が処置を行った場合は特定保険医療材料として（尿道カテーテルと膀胱瘻用カテーテル）算定は可能です（材料の名称、個数、支給日の記載が必要）。

3　検査

⑴検体検査

02_診療科別の基礎知識.indd 137　2025/01/23 15:43

①検尿は大多数の泌尿器科疾患には必須の検査ですが、「尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）」には適応疾患があります（例えば陰嚢水腫病名のみでは尿沈渣は査定されますので、必ず尿関連の病名をつけてください）。染色標本加算は炎症性や腫瘍性疾患で加算できます。

②外来迅速検体検査加算

当日実施されたすべての加算対象検査の結果を文書で患者へ提供した場合に、５項目を限度として算定できます。例えば尿沈渣の結果を説明したとしても、同日施行した血液検査結果が当日に出なければ算定できません。

③「尿沈渣」と別の検体で「排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（S-M）」を同一日に併算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を記載してください。同一疾患による場合は別検体でも併算定できません。また、尿の検体で細菌顕微鏡検査と尿沈渣は同一日に算定不可です。

同一日に尿一般・尿沈渣検査を２回以上施行する際は必要理由を詳記してください。

尿沈渣は糖尿病性腎症、溶連菌感染症には原則算定可ですが､高脂血症や脳血管障害では原則として算定不可です。

④細菌培養同定検査における嫌気性培養加算

検体が尿の場合、適応ではありません。

⑤細菌薬剤感受性検査

「尿路感染症」（急性前立腺炎等の感染部位の診断名が必要）､「感染症疑い」（疑いでは不可）や、結果として菌が検出できなかった場合は算定できません。患者の再来がなく実日数１日で算定する場合は、摘要欄に検出された菌種の記載が必要です。あるいは翌月に実日数０日で算定することになります。

⑥細菌薬剤感受性検査の「薬剤耐性菌検出」は、β-ラクタマーゼ産生菌等の耐性菌を検出した際に加算できます。摘要欄に検出菌の記載か「ＥＳＢＬ産生菌感染症」等の病名が必要です。

⑦尿細胞診（細胞診、穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等）

「尿路上皮癌疑い」等の悪性（疑い）病名が必要です。同一あるいは近接した部位より複数採取した場合でも１回の算定になります。陰嚢水腫穿刺液の細胞診や腎癌、前立腺癌疑いの尿細胞診は算定できません。

⑧クラミジア・トラコマチス抗原定性、同核酸検出検査

複数の部位（口腔や尿など）から検査しても主たるもののみ１つの算定となります。「クラミジア感染症疑い」等の病名も付けてください。同検査は治癒確認のため２回目まで検査できますが、「クラミジア感染症」の確定病名が必要です。

⑨男性の尿検体で同一日に「淋菌核酸検出」あるいは「淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出」と「細菌培養同定検査」の併施の場合は主たるもののみの算定となります。

⑩初めて梅毒検査を施行する際は、定性検査を行い、陽性であった場合に定量検査に移行してください。定性検査は、術前検査の場合は原則として３か月に１回、診断目的の場合は２か月に１回算定可です。初診日に梅毒定量検査を算定する場合は、駆梅療法施行済など理由を詳記してください。定性と定量の同日算定はできません。

⑪「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）」は「前立腺癌（疑い）」病名が必要です（「ＰＳＡ高値」のみでは不可）。検査結果が4.0ng/ml以上であって癌の確定診断がつかない場合、３月に１回、３回を上限として算定できます。摘要欄には実施日と検査値を記載し、３回目の結果が出た時点で転帰を必ず記載してください。デュタステリド等内服により基準値以下でも癌を疑いＰＳＡを測定する場合は、その旨詳記してください。一旦、「前立腺癌の疑い」病名を中止として転帰した場合、又はＰＳＡ値が4.0ng/ml以下の場合、再検査は最終検査日から中６か月以上（７か月以上）経過した時点で算定可能となります（現時点での東京ルールです）。

⑫術前検査としての「ＨＢｓ抗原」､「ＨＣＶ抗原」､「梅毒ＴＰＳ定性」､「梅毒Ｔｐ抗体定性」検査は原則として３か月に１回算定可です。

⑬現時点では「テストステロン」と「遊離テストステロン」の同月併算定は認められていません。

⑵生体検査

①「残尿測定」は月２回まで可､「尿流測定」は月１回程度､「超音波検査」も頻回に行う場合は詳記が必要だと思います。特に傾向診療が見られれば、査定の対象になることがあります。連月の超音波検査を施行した場合は必要理由を詳記してください。

②「膀胱尿道ファイバースコピー」･「膀胱尿道鏡検査」での狭帯域光強調加算は、膀胱癌で上皮内癌と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定できます（上皮内癌の診断名も必要）。

③「超音波検査の断層撮影法（心臓超音波検査を除く）」を算定する場合、検査領域（腎・泌尿器領域等）を摘要欄に記載しなければなりません。複数部位を行っても１回のみの算定とし、結果を診療録に添付してください。在宅患者訪問診療時は「訪問診療時に（超音波検査を）行った場合」を算定します。検査領域の部位選択の誤りが多く見受けられますのでご留意ください。

「超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）」の算定は急性腎盂腎炎の初診時は原則として認められますが、急性膀胱炎では認められません。

④次の傷病名に対する「残尿測定検査」の算定は原則として認められます。

前立腺肥大症疑い・神経因性膀胱疑い・過活動膀胱疑い

⑤次の傷病名に対する「残尿測定検査」の算定は原則として認められません。

02_診療科別の基礎知識.indd 138　2025/01/23 15:43

神経性頻尿症疑い・前立腺癌・膀胱結石症・尿道結石症・膀胱尿管逆流・遺尿症・夜尿症・膀胱結核

４　画像診断

⑴透視診断は施行しても、泌尿器科領域では適応がなく、算定できません。

⑵全身ＭＲＩ撮影加算は前立腺癌骨転移検出目的に施行した場合に加算でき、「前立腺癌」の確定病名と「骨転移（疑い）」病名が必要です。

⑶造影剤使用加算は、経口造影剤（ＭＲＩ用経口消化管造影剤など）では算定不可です。

５　投薬、注射

⑴検査後や術後の予防的抗生剤の投与は症例や種類にもよりますが、概ね３～５日を限度とします。当該炎症病名があれば７日前後可です。適応病名も各抗生剤によって違いがあるため、添付文書等で確認が必要です（例えばＳＴ合剤の適応病名は複雑性膀胱炎、腎盂腎炎です）。

⑵30日を超える長期の投薬では医師による病状の安定、服薬管理の徹底などの確認が必要であり、特に副作用の予見される薬剤（抗癌剤、新規ホルモン剤等）の30日超え処方は注意が必要です。

⑶前立腺癌に対するホルモン剤は去勢抵抗性前立腺癌（エンザルタミド、アビラテロン）、遠隔転移のない去勢抵抗性前立腺癌（アーリーダ、ニュベクオ）、ハイリスクあるいは転移のある前立腺癌（エンザルタミド、アビラテロン、アパルタミド）等、適応病名が複雑なので注意が必要です。

⑷前立腺癌疑い（ＰＳＡ検査）での男性ホルモン（エナルモン等）注射は算定できません。男子性腺機能不全等で注射する場合は、前立腺癌疑いの転帰を確定後にしてください。

⑸薬剤の保険適応外使用可例として、「尿管結石」に対するロキソニンやボルタレン（消炎鎮痛剤）は腰痛等の追加病名は不要、「腎癌」に対するテガフール、「術中の尿路損傷部や尿管口の確認」にインジゴカルミン注などが認められています。社会保険診療報酬支払基金のホームページで確認してください。

⑹キシロカインゼリーの尿道麻酔への使用量は、添付文書にあるように男性200～300mg（10～15ml）、女性60～100mg（３～５ml）を適当量とします。

　前立腺液圧出法や浣腸での使用は適応不可ですが摘便では可です。

⑺ＥＤ治療薬（ＰＤＥ阻害薬）の保険適用は、勃起不全による男性不妊の治療目的です。不妊治療管理を受け、タイミング法に用いた場合のみ適応になります。

⑻間質性膀胱炎治療におけるジメチルスルホキシド膀胱内注入療法は、「ハンナ型」間質性膀胱炎の病名が必要です。

⑼過活動膀胱治療薬の抗コリン剤やβ３受容体アゴニストの処方時は、「過活動膀胱」の病名が必要です。例えば神経因性膀胱、頻尿、尿失禁などの病名のみでは査定になります。また、過活動膀胱に対して抗コリン剤とβ３アドレナリン受容体刺激剤の併用は算定可ですが、抗コリン剤２種以上又はβ３アドレナリン受容体刺激剤２種類以上の併用は算定不可です。

⑽バラシクロビルは初発月に限り計10日まで処方可ですが、再発時は５日が限度です。再発時にバラシクロビル５日処方で改善に乏しい場合はＰＩＴ療法との併用や再発抑制療法への変更を考慮してください。バラシクロビルと同月の「ファムシクロビル３錠　５日分」との併算定は不可です。

⑾アジスロマイシンは疾患名により用量、投与日数が異なります。「４錠　分１」で処方可能なのは尿道炎と子宮頚管炎のみです。

⑿前立腺肥大症に対する複数のα１遮断薬（タムスロシン、ナフトピジル、シロドシン等）の併用投与は原則として認められません。

６　処置、手術

⑴保険診療で算定できる医療機器は、24時間以上（一晩）体内へ設置した特定保険医療材料が原則です。従って、尿路カテーテルを留置同日に抜去した場合は算定できません。一般的なウロバックは体外なので、保険診療では算定不可です（代わりに患者が身体障害者資格を取得した上で、地方公共団体より装具実費の公費負担手続きをとる方法等もあります）。

⑵間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期や骨盤内手術後等の一時的な尿閉時にのみ適応です。女性の導尿（尿道拡張を要するもの）は尿閉以外に尿道狭窄等の追加病名が必要です。

⑶膀胱留置カテーテル設置時、尿管ステントセット（一般型・標準型）又は尿路拡張用カテーテル（尿管・尿道用）使用時の血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）の算定は、原則として認められません。

⑷尖圭コンジローム切除術は、多発性症例のため１回で切除しきれない場合は同月で２回まで算定可ですが、症状詳記を記載してください。

⑸腎瘻又は膀胱瘻の交換は尿路ストーマカテーテル交換法で算定可（両腎でも１回で算定）ですが、カテーテルの位置について画像診断等を用いて確認を行った場合に算定できます。「画像診断等」とあるため、専門医が行う洗浄をもって適正な位置にあることを確認できれば、その旨摘要欄に記載してください。同じ腎盂バルーン型でも腎瘻用と膀胱瘻用で特定保険医療材料費が異なるので注意が必要です。

⑹腎盂洗浄は片側ごとに算定できますが、同一日の留置カテーテル設置（交換）と腎盂洗浄を併施の場合、一方のみしか算定できません（膀胱洗浄も同様）。

⑺バルーンに注入する蒸留水等は算定できません。洗浄用に使用する際はその旨記載（洗浄に使用等）してください。

⑻腎瘻（左、右、両側）あるいは膀胱瘻の病名又は摘要欄に記載がないと、腎盂バルーンは査定になります。経尿道的

02_診療科別の基礎知識.indd 139　2025/01/23 15:43

留置時の腎盂バルーンの使用は原則不可ですが、特別な理由（例えば尿道狭窄があり、ガイド可に挿入等）があれば摘要欄にその旨記載してください。

⑼過活動膀胱と神経因性膀胱に対するボツリヌス毒素製剤による治療は12週以上の既存治療で軽快なければ適応とあり、またそれぞれ製剤の使用量が異なりますのでご注意ください。４か月に１回算定可能ですが、再治療が必要な場合は前回実施年月を摘要欄に記載してください。

⑽膀胱内凝血除去術は膀胱タンポナーデ処置に対する手術ですので、一般的には入院の上、麻酔下に行われるものです。

⑾前立腺液圧出法は慢性前立腺炎の確定病名で算定可であり、疑い病名では算定できません。

5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

⑴施設基準の届け出が必要な手術

以下が追加・新設されました。

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術、尿道狭窄グラフト再建術、精巣温存手術など

⑵施設基準を満たしている場合届け出不要な手術

以下が追加されました。

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）、膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術、陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）など

⑶年間手術件数の院内掲示等が必要な手術

以下が追加されました。

腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術、尿道狭窄グラフト再建術、腹腔鏡下停留精巣内精巣動脈結紮術など

6　その他

⑴抗精神病薬を処方している場合はカルテに残薬数を記載してください。

⑵傷病手当金意見書交付料算定時、カルテ１号用紙下段の労務不能に関する意見欄への記載が必要です。

以上、泌尿器科領域の各論と算定における留意点を簡単に記しましたが、これ以外にも保険診療上注意すべき事項は多々あります。審査の取り決め事項は定期的に追加・修正があり得ますので、保険診療・請求に当たっては、「医療保険の手引き」（東京都医師会）、「医科点数表の解釈」（社会保険研究所）、「保険診療の手引き」（日本臨床泌尿器科医会）、社会保険診療報酬支払基金のホームページ等を有効に活用してください。

02_診療科別の基礎知識.indd 140　2025/01/23 15:43

10　産婦人科

保険診療において産婦人科の特徴は本来行うことができない、いわゆる「混合診療」が場合によっては発生することです。そのため、十分に注意して算定すべきです。以下に基本的な考え方を示します。

1　各種法令における留意事項

1　保険診療と自費診療について

⑴妊婦健診等

①定期的に妊婦健診を受けている妊婦が疾病に罹った場合、妊娠・分娩との関係の有無に関わらず再診料で算定します（初診料はすでに妊婦健診で算定済みと考えるからです）。

②妊婦健診と同日に疾病が発見され保険診療を行った場合、健診料を徴収する際は妊娠との関係の有無に関わらず疾病に対する再診料等の診察料は算定できません（妊婦健診料の中に診察料が含まれていると考えるからです）。

③妊婦健診と同時であっても健診料を徴収しない場合は、疾病に対する再診料は算定できます。

⑵婦人科においても自治体による子宮頸がん検診等の施行時に疾病が発見された場合、その診断や治療のために行われる診療行為は保険診療で請求できる場合もあります。ただし、初診料や再診料などの診察料は原則的に検診の費用に含まれているので算定できません。

⑶出生時において新生児に疾病が発生した場合は初診料が算定できます。ただし、新生児管理保育料をすでに徴収している新生児に疾病が発生した場合、入院の要・不要に関わらず初診料・再診料は算定できません（新生児保育管理料に診察料が含まれると考えるからです）。

＜新生児管理保育料とは？＞

健康な新生児を収容し自費で保育する場合に上記名称を用いるようにしています（日本産婦人科医会）。

2　その他法令等

⑴胎児の傷病名での算定

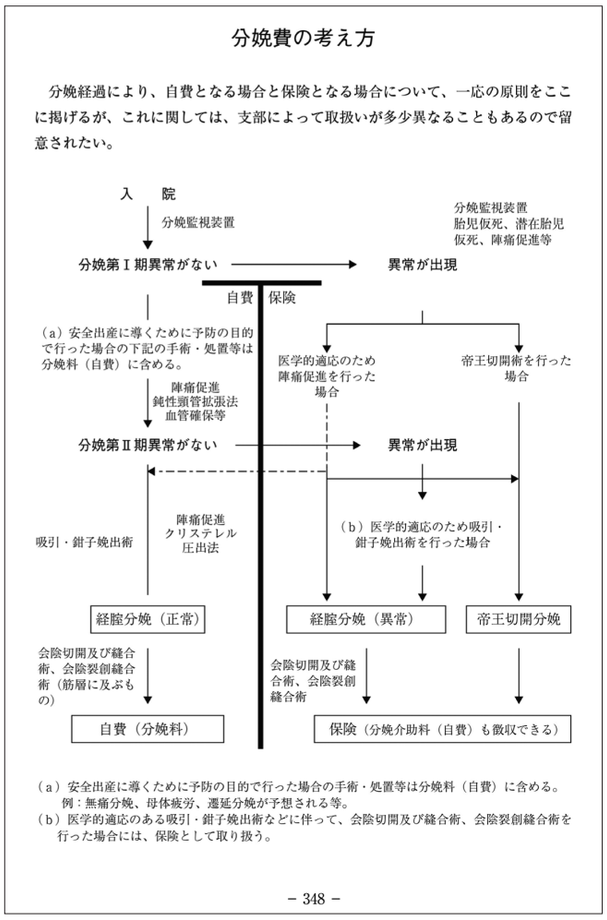
超音波検査装置の進歩により、胎児の情報はかなり正確にとらえられるようになってきました。また、胎児心エコー法なども算定可能となりました。しかし、胎児の診断・処置などに保険適応はありません。

それは民法の第１編第１章第１条ノ３「権利ノ享有ハ出生二始マル」と定められているためです。従って母親の胎内にいる胎児は保険の対象とはなりません。

3　分娩費の考え方

分娩経過により自費となる場合と保険となる場合について、原則をここに掲げますが、これに関しては支部によって取り扱いが多少異なるので留意してください。

図１　（日本産婦人科医会　医療保険必携より引用）



⑴安全出産に導くために予防の目的で行った場合の手術・処置等は分娩料（自費）に含まれます。

例：無痛分娩、母体疲労、遷延分娩が予想される等

⑵医学的適応のある吸引・鉗子娩出術などに伴って、会陰切開及び縫合術、会陰裂創縫合術を行った場合には、保険として取り扱うことになります。

4　分娩にかかわる入院料の考え方

⑴入院給付（保険）の原則は、単なる疲労回復、正常分娩又は通院の不便等のための入院指示は行うことはできず、療養上必要があると認められた場合です（療養担当規則第20条より）。

⑵正常分娩後の褥婦の入院は、原則自費入院です。

異常分娩後の入院については、正常分娩後に比し、著しく衰弱している等の異常状態であって、そのための入院診

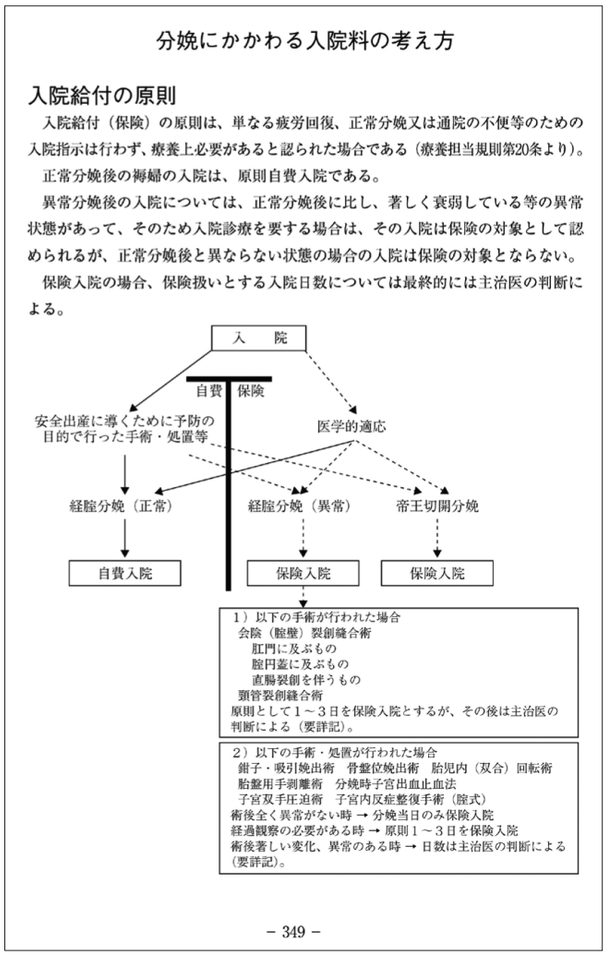
02_診療科別の基礎知識.indd 141　2025/01/23 15:43

療を要する場合は、その入院は保険の対象として認められますが、正常分娩と異ならない状態の場合の入院は保険の対象とはなりません。

⑶保険入院の場合、保険扱いとする入院日数については最終的に主治医の判断によります。

　また、保険の対象となる入院診療が発生した場合は原則として入院基本料等も含めて保険扱いとなります。

図２　　（日本産婦人科医会　医療保険必携より引用）



２　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴産婦人科に限ることではありませんが、保険診療と自費診療の診療録が明確に区別されていることが必要です。別冊でなくても良いですが、少なくとも様式第１号（一）の２の用紙は保険分と自費分で色を変えるなど工夫して明確に分かるようにしてください。新生児の診療録についても同様です。なお、会計カードも区別しなければなりません。電子カルテにおいても同様の配慮が必要です。

⑵医療機器の日付や時間の設定は定期的に確認してください。

　医療事故の裁判等で、カルテや看護記録と検査記録の時間がずれていて問題となることがあります。

３　傷病名付与の留意事項

⑴切迫早産、破水の診断

①癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）（204点）は破水の診断では妊娠満22週から満37週未満で１、２回、切迫早産の診断では妊娠満22週から満33週未満で週１回程度です。

②腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ-１）定性（175点）は破水の診断では妊娠満22週から満37週未満で１、２回程度です。ただし、癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）を併せて実施した場合は主たるもののみとなります。

③顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがあるものに対して行った場合に算定できます（顆粒球エラスターゼ定性　100点、顆粒球エラスターゼ116点）。

⑵妊娠に関する傷病名には妊娠週数を記載してください。

４　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

１　初・再診料

⑴時間外加算・休日加算の取り扱い

　排卵誘発のための注射など予定された診療の場合には、時間外加算や休日加算の算定はできません（急患とみなされないためです）。

＜特掲診療料＞

１　医学管理料

⑴婦人科特定疾患治療管理料（250点）

　婦人科又は産婦人科を標榜する届出保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、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（指導内容はカルテ記載）を行った場合に３か月に１回に限り算定できます。

⑵乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料１　（初回500点、２回目から４回目まで150点）

ロ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料２　（初回500点、２回目から８回目まで200点）

　イについては届出保険医療機関において、外来患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に１回の分娩につき４回に限り算定できます。

　ロについては届出保険医療機関において、外来患者であって、乳腺炎が悪化しＫ472乳腺膿瘍切開術を行ったこと

02_診療科別の基礎知識.indd　142　　2025/01/23　15:43

に伴い母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に１回の分娩につき８回に限り算定できます。

２　在宅医療

⑴在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時（緊急時に受診した場合を除く）に当該在宅自己注射指導管理に係る皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている「特掲診療料の施設基準等」の「別表第九」に掲げる注射薬の費用は算定できません。

※不妊治療において在宅自己注射で排卵誘発をした場合、外来での治療に係る他の薬剤の投与は注射手技料及び薬剤費も含め算定できない（レセプトの算定区分30注射の項では算定できない）。

３　検査等

⑴腫瘍マーカー

腫瘍マーカー、「11」のＣＡ125（136点）、「27」のＣＡ602（190点）を併せて測定した場合は主たるもののみの算定となります。

腫瘍マーカー検査は、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われるもの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１回を限度として算定することになっています。また悪性腫瘍が確定し、計画的な治療管理を開始した場合には悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれます。

悪性腫瘍が確定している患者以外の場合、定期的に行うものではなく、診療報酬明細書の病名欄に転帰が書かれていることが必要とされます。最近では半年間の縦覧点検が可能となっているので、十分に疑い得る場合に行ってください。また入外点検も機械的に簡単にできてしまうので、入院中・外来での同一月内検査がないかも予め確認しておく必要があります。

⑵ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）（Ｄ023）と細胞診（Ｎ004）

予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣ-ＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部（腟部）切除術若しくは子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できます。なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合は算定できません。

※この場合、実日数１日では細胞診を過剰（Ｂ）として査定となります。過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者では算定できます。

⑶胸腹部超音波検査と乳房超音波検査

超音波検査を同一の部位に同時に２以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により１回として算定します。また、同一の方法による場合は部位数にかかわらず１回のみの算定となります。

※このため同一日に胸腹部超音波検査と乳房超音波検査を行った場合は査定の対象となります。ただし、病院若しくは複数の診療科がありそれぞれに担当する別の医師のいる診療所などで、例えば産婦人科で経腟超音波検査を行った後に、外科で別の時間に別の医師が乳腺の超音波検査を行った場合、同一日であっても超音波断層撮影法（胸腹部）530点に加えて、超音波断層撮影法（その他）350点の90／100（315点）が算定できます。

また現在、「超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。」とされており、今後の超音波検査の算定基準の変更につながる可能性があるので注意が必要です。さらに、パルスドプラ法加算は標準搭載が一般的となったため150点です。

⑷コルポスコピー

①コルポスコピー下で子宮腟部組織を採取した場合は内視鏡下生検法（Ｄ414）で算定できます（コルポスコピーが内視鏡検査のＤ321に分類されているためです）。

②コルポスコピー施行時には腟洗浄は算定できません（内視鏡検査に伴う処置は算定できないためです）。

⑸細胞診

子宮腟部細胞診と子宮頸部細胞診若しくは子宮頸部細胞診と子宮内膜細胞診を同時に算定することはできません。

「（細胞診）同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作成を行った場合であっても、１回として算定する。」とされているためです。

※今後、変更の可能性があります。

⑹淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出（Ｄ023）と細菌培養同定検査（Ｄ018）の併施について

平成28年度の改定で「細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアの感染を疑って実施するもの）」という表現に変更されたので、淋菌及びクラミジア以外の細菌感染（疑いも含む）に対して、「細菌性腟症（炎）（疑い）」と「子宮頸管炎（疑い）」の所見があり傷病名があれば、上記２つの検査の併施は可能です。

⑺クラミジア・トラコマチス核酸検出について

「クラミジア咽頭炎」と「クラミジア頸管炎」の診断で咽頭及び子宮頸管のクラミジア・トラコマチス核酸検出を同時に行うことはできません（H20.３.28一部修正で「主たるもののみ１つを算定する。」とあるためです）。

⑻分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在性胎児仮死及び異常分娩の経過改善目的で陣痛促進を行う場合のみに算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児

02_診療科別の基礎知識.indd 143　2025/01/23 15:43

心音図を記録した場合も、所定点数に含まれます。
①１時間以内　510点
②１時間を超え１時間30分以内　700点
③１時間30分を超えた場合　890点
※日本産婦人科医会では「胎児仮死、潜在性胎児仮死の傷病名で分娩監視装置による諸検査を行う場合は、分娩時に限られ（昭62.３日母医報）、その際急速遂娩が行われているのが原則であるが、胎児仮死に対する処置、（酸素､アルカリ投与等）が行われていれば認められる。」（昭60.３日母医報）従って、
・単に「胎児仮死」や「潜在性胎児仮死」の病名があるだけでは認められない。
・外来では不可。
・分娩誘発という意味で、ラミナリアやメトロイリンテルの挿入でも可。
・急速遂娩という意味で、鉗子・吸引分娩や緊急帝王切開術でも可。
・選択的帝王切開術のみでは不可。

⑼胎児心エコー法

16週から32週くらいを目安として１回の妊娠期間中に１、２回程度となります。
※胎児心エコー法はD215超音波検査の「３　心臓超音波検査」となっているため、別の部位を診るための断層撮影法との併施は可能な場合があります。

⑽外陰・腟細胞採取料

子宮全摘後の腟端細胞診を目的とした検体採取は子宮頸管粘液採取料（40点）で算定することになります。

⑾不規則抗体

輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、胸部手術、心・脈管手術、腹部手術又は子宮全摘術、子宮悪性腫瘍手術、子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、帝王切開術又は異所性妊娠手術が行われた場合に手術当日に算定します。
※不規則抗体の算定は手術当日に請求するものであって、術前検査では算定できません。

⑿ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量

抗リン脂質抗体は流産との関連性が大きく、不育症や習慣流産の重要な要因でもあるため、ループスアンチコアグラント定性及びループスアンチコアグラント定量は認められます。ただし、抗リン脂質抗体症候群（疑い）等の傷病名があった方が良いと思います。

４　画像診断

⑴子宮卵管造影検査（ＨＳＧ）

①初日
写真診断（３　造影剤使用撮影）＋撮影（３　造影剤使用撮影　イ　アナログ撮影、ロ　デジタル撮影）＋造影剤注入手技（６　腔内注入及び穿刺注入　ロ　その他のもの）＋薬剤＋フィルム（デジタル撮影では不可）
注　子宮卵管造影法施行時の透視診断は算定できる（日本産婦人科医会報、令和４年12月号）。
②24時間後撮影（診療報酬明細書には終末撮影又は24時間後撮影と注記）
写真診断（１　単純撮影　イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎）＋撮影（１　単純撮影　イ　アナログ撮影、ロ　デジタル撮影）＋フィルム（デジタル撮影では不可）

５　注射

⑴精密持続点滴注射加算（第６部　注射　通則４）

アトニンやプロスタグランディンで分娩誘発をした場合には算定してください。
※添付文書に精密持続点滴で行うように書かれています。安全上の観点から、アトニン使用時は精密持続点滴を行うことが推奨されています。

６　処置

⑴処置料の留意点

①処置＋処置の算定は対応する傷病名があれば算定できます。
例：子宮腟部びらん＋細菌性腟炎=子宮腟部焼灼法＋腟洗浄
②腟洗浄は入院中の患者には算定できません。

⑵ミレーナの挿入・抜去について

Ｊ082-２　薬物放出子宮内システム処置
１　挿入術（300点）
２　抜去術（150点）
ミレーナはレセプトの算定区分20の投薬ではなく、40処置の項目で、「薬物放出子宮内システム処置（１　挿入術）＋薬剤（ミレーナ52mg）」を算定することになります。ミレーナは処置薬のため投薬の項での外用調剤及び処方料は算定できません。
超音波検査の目安は挿入時、挿入後３か月以内、１年後、以後は年１回です。脱出時も算定できます。ただし「ミレーナ挿入中」と詳記があった方が良いと思われます。

７　手術

⑴手術に伴う保険請求上の留意点

「手術に伴って行った処置、及び診断穿刺、検体採取は所定点数に含まれる。」と定められているため手術と同日の腟洗浄、子宮腟部焼灼法、子宮腟頸管部薬物焼灼法などは算定できません。また、頸管粘液採取料も算定できません。「処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。」ともあるため、手術と同時にコルポスコピーは算定できません。

⑵麻酔に係る留意点

静脈麻酔は静脈麻酔薬の使用が必要です。鎮静薬や鎮痛薬のみの使用（いわゆるセデーション）では算定できません。また静脈麻酔薬の使用に当たっては、呼吸・循環管理等ができるような整備された手術の状態で使用することと

02_診療科別の基礎知識.indd 144　2025/01/23 15:43

されており、経皮的動脈血酸素飽和度測定や呼吸心拍監視、非観血的連続血圧測定等は基準を満たしていれば算定できます。

5　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

⑴総合周産期特定集中治療室管理料

１　母体・胎児集中治療室管理料

①専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること（当該専任の医師は宿日直を行う医師ではないこと）。

②専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む）が常時２名以上当該医療機関内に勤務していること、そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際は速やかに対応できる体制をとること、のいずれかを満たすこと。

⑵ハイリスク妊娠管理加算

早産に係る対象患者について、分娩時の妊娠週数が、22週から32週未満の早産である患者と明確化。

⑶染色体検査

２　流産検体を用いた絨毛染色体検査　2,553点→4,603点

⑷乳腺炎重症化予防ケア・指導料２（新設）

初回　500点　　２回目から８回目まで　200点

乳腺炎が悪化し乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、１回の分娩に８回まで算定可。

⑸処置

・子宮出血止血法（１　分娩時のもの）624点→780点

・薬物放出子宮内システム処置（１　挿入術）240点→300点

⑹細胞診

・婦人科材料等液状化検体細胞診加算：36点→45点

⑺短期滞在手術等基本料３

・子宮頸部（腟部）切除術：14,607点→15,253点

・子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術：

１　電解質溶液利用のもの　21,709点→22,099点

３　その他のもの　18,652点→18,115点

・子宮鏡下子宮筋腫摘出術：

１　電解質溶液利用のもの　35,191点→36,674点

２　その他のもの　33,460点→32,538点

・腹腔鏡下卵管形成術：109,045点→100,243点

⑻手術

・女子外性器悪性腫瘍手術：放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を加算（新設）

・子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術：２　組織切除回収システム利用によるもの6,630点（ＴｒｕＣｌｅａｒ™などを使用）（新設）

⑼一般不妊治療管理料の施設基準

「年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位から医師単位の基準に見直す。

⑽胚凍結保存管理料：算定上限年数を廃止。

⑾体外受精・顕微授精管理料：各項目1,000点ずつ減点。

注３　新鮮精子を使用した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を加算（新設）

⑿採取精子調整管理料　5,000点（新設）

⒀精子凍結保存管理料（新設）

１　精子凍結保存管理料（導入時）

イ　精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合　1,500点

ロ　イ以外の場合　1,000点

２　精子凍結保存維持管理料　700点

凍結から１年を経過し、１年に１回に限り。

⒁検査

抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600点→597点

不妊症の患者に対して、「調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として」から「卵巣の機能の評価及び治療方針の決定を目的として」に変更。６月に１回に限り算定。タイミング法を含む一般不妊治療まで拡大。

6　その他

⑴流産手術

１　妊娠11週までの場合

イ　手動真空吸引法によるもの　4,000点

ロ　その他のもの　2,000点

不全流産は、「子宮内容除去術（不全流産）」で算定

⑵アジスロマイシン処方：クラミジア尿道炎・子宮頸管炎の病名では、250ｍｇ４錠×１日

本内容は日本産婦人科医会が編集した「医療保険必携」及び日本産科婦人科学会が編集した「産婦人科医のための社会保険ＡＢＣ」を参考にしています。各地域によって若干の審査基準の相違はありますが、現状ではこの２冊の刊行物で確認することをお勧めします。また本内容はあくまでも目安であるものもあり、絶対的ではないことはご理解ください。

02_診療科別の基礎知識.indd　145　　2025/01/23　15:43

11　眼科

保険診療は保険者と医療機関との契約による契約医療であり、保険診療のルールに従って診療費を請求する必要があります。

保険医は、「療養担当規則」を守り、医学的に適切で標準的な診療を行うこととされています。眼科医療機関を開業され、保険医となられた先生は、「療養担当規則」「点数表の留意事項」「薬剤の適応病名」等を参考に適切な保険診療及び保険請求をしていただきたいと思います。

1　各種法令における留意事項

近年、眼科の医療機器は進歩し、診断や治療に広く使われています。しかしながら、新しい検査法や治療法が、必ずしも保険診療で認められているわけではありません。

保険診療で禁止されているものに、特殊療法・研究的診療があります。眼科では、レーシック手術、オルソケラトロジー、低濃度アトロピン点眼による近視治療等は保険診療ではなく、それらに関わる検査や投薬等すべてが自費診療となります。また、点数表に掲載されていない手術や処置は実施しても保険請求はできません。各種の検査は、診療上必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最低限の回数で実施することとされています。

医療広告については「医療広告ガイドライン」を参考にしてください。医療機関のウェブサイトについては、虚偽・誇大等の不適切な表示は禁止されていますので注意してください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

診療報酬点数の項目で、算定要件となる所見は必ず診療録に記載してください。レセプト審査の上で疑義が生じた場合や、地方厚生局の指導においても診療録の内容を確認する場合がありますので、記載漏れの無いようにしてください。

自動視野計などの各種医療機器による検査結果もすべて診療録に記載してください。

⑴難病外来指導管理料（対象疾患は網膜色素変性等）を算定する場合は、治療計画と診療内容の要点を診療録に記載するとあります。

⑵コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者のうち、算定要件を診療録へ記載した場合に限り眼科学的検査の算定が認められる疾患があります。

・一定の基準を満たす網膜硝子体疾患、視神経疾患の患者
・一定の基準を満たす緑内障、高眼圧症の患者
・円錐角膜や角膜変形若しくは高度不正乱視でハードコンタクトレンズの処方を行った場合
・新たな疾患の発生によりコンタクトレンズの装用を中止し、コンタクトレンズの処方を行わない場合

⑶視能訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を算定する場合は、個々の患者の症状に応じた実施計画を作成し診療録に記載するとあります。

⑷外来管理加算を算定する場合は、患者本人が受診した場合が対象になり、その内容（問診内容と視診、触診など）を診療録に記載してください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴原則として、右眼、左眼、両眼を区別して記載してください。

⑵必要に応じて、慢性、急性の区別を記載してください。

⑶疑い病名は、診断がついたら、疑い病名は中止とし、確定病名を記載してください。

⑷傷病名の診療開始年月日と終了年月日を記載し、転帰は治癒・死亡・中止（転医）も忘れずに記載してください。終了年月日が記載されていないと、新たな傷病名を記載しても診療継続中とみなされ、初診料を算定することができない場合があります。

⑸初診時に疑い病名を含め５傷病名以上が同時に記載されているレセプトが多数ある場合や、調節力が減退する中高年患者の初診日に老視病名と調節検査が傾向的に多数のレセプトに算定されていると、傾向的とみなされ査定対象となることがありますので、主訴に応じた必要な検査をしてください。

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初・再診料

⑴初診料

①初診料は、患者が初めて医療機関を受診し、医学的に初診の診療行為があった場合に算定可能です。

②「Ａ傷病について診療継続中の患者が、別日にＢ傷病について初診があった」場合、再診料の算定となります（本書「Ⅰ　4基本診療料」を参照）。また、治癒、中止などの転帰がない場合、初診料算定は困難です。

③患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関を受診した場合、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、初診として取り扱うとありますが、慢性疾患等明かに同一の疾病又は負傷と推定されるときの診療は、初診として取り扱わないとなっています。同一病名で一定期間をおいて初診料算定を繰り返している症例では査定されることもありますので、屈折病名、白内障、緑内障、黄斑変性、糖尿病網

02_診療科別の基礎知識.indd 146　2025/01/23 15:43

膜症などの病名は注意が必要です。

④診療継続中の患者が他の医療機関に転医し、数か月を経て再び以前の医療機関に診療を求めた場合においても、治癒が推定されるときに限り、初診料を算定することができます。白内障の患者が他院で両眼白内障手術を受け、再受診した場合等が該当します。

⑤往診は患家から依頼があった場合に算定できます。交通費は実費徴収できます。

⑥訪問診療料

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「２」は算定要件を満たす他の医療機関（在宅内科主治医）の依頼を受けて、訪問診療を行った場合には眼科においても算定可能です（月１回）。

⑦複数科がある医療機関で、同一日に新たに別の科を受診した場合は、２つ目の診療科に限り、初・再診料の２分の１の点数を算定できますが、糖尿病の場合を例に挙げると、２つ目の眼科で糖尿病網膜症では算定できません。

⑧初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、初診又は再診に付随する一連の行為とみなされる以下の場合は、再診料は算定できません。

・手術を受けた日に、疼痛やガーゼ交換のために再度受診した場合
・往診の後に薬剤のみを取りに来た場合
・初・再診の際、検査、手術等の必要性を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、手術等を受けに来た場合
・初・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

⑨入院中の患者が専門的な眼科診療を受けたい場合、入院中の医療機関に眼科がない場合に限り、他の眼科医療機関を受診することができ、その場合には初診料又は再診料が算定できます。

＜特掲診療料＞

１　医学管理料

⑴特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料は主病を治療している医療機関１つのみが算定できるとありますので、眼科医療機関では算定は困難です。

⑵難病外来指導管理料

難病外来指導管理料を算定する場合は、指導内容及び治療計画を診療録に記載してください。眼科において対象となる疾患は下記の疾患です。

①網膜色素変性
②スティーブンス・ジョンソン症候群
③シェーグレン症候群
④無虹彩症
⑤黄斑ジストロフィー
⑥レーベル遺伝性視神経症
⑦膠様滴状角膜ジストロフィー

⑶診療情報提供料（Ⅰ）

診療情報提供料（Ⅰ）は手術や精密検査等の診療依頼をするときに算定できますが、単なる受診報告や経過報告では算定できません。

糖尿病の患者の眼底検査等の依頼を受けた場合、その結果を返信するだけでは算定できませんが、眼科の所見記載と共に今後の内科診療の必要性を記載する内容であれば算定できます。

手術依頼を受けた医療機関が、手術又は手術後の経過報告の返事では算定できませんが、今後の診療依頼が記載された文書であれば算定できます。

２　検査

⑴眼底三次元画像解析

眼底後極部における網膜、視神経に器質的な所見が認められるケースが適応となります。網膜疾患、緑内障、視神経乳頭の異常等が対象となりますが、網膜周辺部のみの病変では算定は困難です。後部硝子体剥離、網膜動脈硬化症、高血圧性眼底では算定は困難です。また、発症してから長期経過した症例に対して連月で施行する場合は、詳記（硝子体注射施行など）が必要です。

⑵光干渉断層血管撮影（ＯＣＴＡ）

光干渉断層血管撮影（ＯＣＴＡ）は網脈絡膜血管及び視神経乳頭の血管に異常をきたす疾患が対象となります。緑内障では、網膜動脈閉塞症、前部虚血性神経症などとの鑑別診断目的で施行された場合は算定可能です。

⑶屈折検査、矯正視力検査

屈折検査と矯正視力検査との同時算定ができるのは、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合、眼鏡処方箋交付時及び屈折状態が変わる眼内手術（白内障手術など）後の初回診察時とされています。

①６歳未満の「屈折異常の疑い」と「弱視の疑い」又は「不同視の疑い」の場合

ア　初診日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能
イ　眼鏡処方箋の交付日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能
ウ　３月に１回については、屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能

この時に調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合は、「屈折検査×２＋矯正視力検査」が算定できます（なお、散瞳剤の前後で屈折検査及び矯正視力検査をそれぞれ併せて施行した場合は、初診時は「屈折検査×２＋矯正視力検査×２」を算定できますが、散瞳前後での各々の検査結果を診療録に記載してください）。

②６歳未満の「屈折異常」と「弱視」又は「不同視」の場合

ア　初診日は屈折検査と矯正視力検査の同時算定可能
イ　眼鏡処方箋の交付日は屈折検査と矯正視力検査の同

02_診療科別の基礎知識.indd 147　2025/01/23 15:43

時算定可能

③小児矯正視力検査加算

６歳未満の「弱視」又は「不同視」の患者に対し、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合に、３月に１回に限り所定点数に加算できます。

この時に調節麻痺剤を使用した場合は、「（屈折検査＋小児矯正視力検査加算）×２」が算定できます。

⑷調節検査

調節検査は、近点計等による調節力を調べる検査です。近点視力検査を行い、遠見視力検査とで調節力を算出したときに算定できます。また、調節機能測定ソフトウエア（ＡＡ２）の機器でも算定可能です。

①調節検査は、調節障害が係る疾患で算定できますが、高齢者、眼内レンズ挿入眼では、病名初診時及び近用眼鏡処方箋交付時のみの算定は認められていますが、「老視」病名が必要となります。

②負荷調節検査は、連続調節検査が主となり、原則として「調節性眼精疲労」病名時に算定ができますが、高齢者や白内障術後眼では適応となりません。

③調節緊張の診断前後に、調節麻痺剤を使用して屈折の変化を検査した場合、前後各１回を限度として屈折検査が算定できます。

④傷病名「老視」では、初診時と近用眼鏡処方時のみ算定できますが、でき上がった近用眼鏡での視力検査は、調節検査ではなく矯正視力検査の算定となります。

⑸コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者で、水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に検査するものです。手術の前後各１回算定可能ですが、両眼手術予定の場合は手術眼ごとの算定は認められていませんのでご注意ください。また、レセプトには、術前視力の記載が必要です。一般的には、0.7以上が適応とされています。

⑹角膜形状解析検査

以下の点に留意してください。

①初期円錐角膜等の角膜変形患者は算定できますが、コンタクトレンズ処方をする場合は算定できません。

②角膜移植後の患者は、２か月に１回を限度に算定できます。

③白内障患者で高度角膜乱視（２ジオプトリー以上）は手術の前後各１回算定可能です。レセプトには角膜乱視の度数をなるべく記載してください。

⑺前眼部三次元画像解析

前眼部三次元画像解析検査は、現在のところ算定可能な症例は限られています。

①「狭隅角」若しくは「閉塞隅角緑内障」の患者であって急性緑内障発作を疑う場合。

②角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離のみ算定可能です。

また、患者１人につき月１回に限り算定できますが、角膜形状解析検査及び前房隅角検査と併せて算定できません。

⑻眼底カメラ撮影（Ｄ256）における広角眼底撮影加算

広角眼底撮影を行った場合は以下のケースのみ算定可能です。

①３歳未満の乳幼児であって「未熟児網膜症」、「網膜芽細胞腫」、「網膜変性疾患が疑われる症例」

②「糖尿病網膜症」、「網膜静脈閉塞症」、「コーツ病」の患者に対して蛍光眼底法の場合（Ｄ256の「２」）を施行した症例に対してのみ算定可能です。通常の方法の場合（Ｄ256の「１」）では算定できません。

３　投薬

⑴医師法により、診察をせずに、投薬、処方箋の交付はできません。患者が来院できない場合は、その理由と病状を診療録に記載するようにしてください。

⑵処方薬は適応病名を確認して処方してください。疑い病名では処方はできません。アレルギー性結膜炎の病名だけでは、抗菌剤点眼液の投与は認められておりません。

⑶医学的に効能・効果が認められていても保険診療上、適応とされていない薬剤があります。例えば、ヒアレインミニ点眼液は、シェーグレン症候群及びスティーブンス・ジョンソン症候群等の患者だけに処方が認められています。

⑷眼軟膏を処方する場合は、使用部位が眼科領域であることが分かる病名又は詳記が必要です。例えば、「帯状疱疹」ではなく「眼部帯状疱疹」と記載してください。

⑸内眼手術に関連する周術期無菌化療法としての抗菌剤点眼液処方は認められており、薬剤の費用は算定できますが、処方料、調剤料及び調剤技術基本料の算定はできないとされています。また、このときに術後の抗炎症剤の処方は認められません。

⑹１回の投薬量は、医師が予見できる量とされていますので、１日３回点眼であれば、病状によりますが、初診時では２本位が妥当と思われます。

４　注射

⑴抗ＶＥＧＦ薬の注射の適応は、病名と共に病態が分かる記載が必要です。高額薬剤ですので、治療上の必要性を支払い側に納得させるためにも、確認の上で請求をしてください。また、投与間隔も守ってください。

記載が必要な適応病名を示します。

①中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性症

②病的近視における脈絡膜新生血管

③網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫

④糖尿病黄斑浮腫

⑤未熟児網膜症

⑵ボトックス注射の場合、過剰投与と思われる請求があります。残薬廃棄した場合には、その旨の注記が必要です。

５　処置

02_診療科別の基礎知識.indd 148　2025/01/23 15:43

⑴両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定可能です（原則、一疾患一処置）。また、手術に伴う処置は請求できません。ただし、使用した薬剤は算定できます。処置に使用する薬剤料は片眼につき点眼液0.2ml以下、眼軟膏0.2ｇ以下とされています。

⑵眼処置から、洗眼、薬剤点眼・点入が外されて内容詳記なしで眼処置として算定できるのは、温罨法と片眼帯だけになったため、対象疾患は、外眼部の化膿性疾患及び初診時より３か月以内の角膜疾患などとなります。

⑶術後創傷処置も眼処置同様に制限が厳しくなりました。白内障術後でも、翌日に眼帯することはほとんど見られないので、術後の算定回数が多いケースは査定の対象となりますのでご注意ください。

６　手術

⑴手術料を算定する場合は、必ず左右と手術日の記載が必要です。

⑵同一手術野での処置と手術に伴う注射（結膜下・テノン氏嚢内も含まれる）や点滴の手技料は算定できません。ただし、薬剤料は手術の欄に記載し算定可能です。また、術野消毒の外皮用殺菌剤は算定できませんが、洗眼殺菌剤の適応のある点眼薬（ＰＡヨード最大20mlまで）は算定可能です。

⑶内眼手術時の点眼麻酔やテノン氏嚢内麻酔は薬剤料のみしか算定できません。

なお、抗生・抗菌剤の術野散布は認められておらず、術中の灌流液への注入は薬剤の用法外使用となるため請求できません。

手術は、傷病名に対して適正か否かが審査されますので、手術の算定術式に該当する傷病名が記載されており、術前病名が漏れていないかを確認してからレセプトを提出してください。また、必要があれば手術の詳記又は手術記録を添付してください。

５　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

令和６年度改定において、検査では「遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査」が、手術では「毛様体光凝固術　１　眼内内視鏡を用いるもの」、「ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術」が新設項目として追加されました。

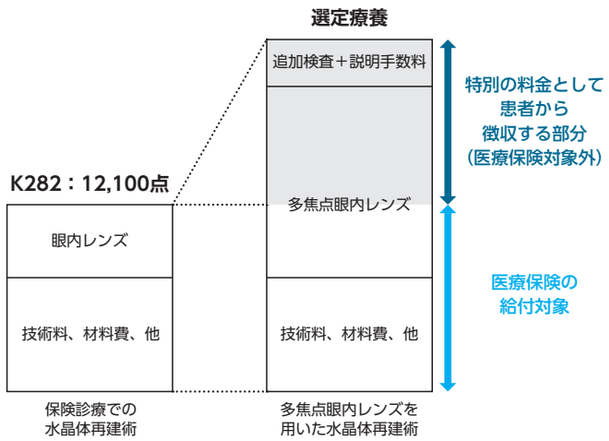
また、注射では硝子体内注射に未熟児加算が新設され、バイオ後続品導入初期加算の対象患者について入院中の患者以外の患者に対する注射へ拡大されました（ラニビズマブ等）。

一方、短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）において「イ主として入院で実施されている手術を行った場合」か、否かにより区別され、イに該当する手術等は点数が据え置かれましたが、それ以外は大幅に引き下げられました。また、短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合）においてすべての点数が変更されました。特に眼科における９項目の手術については、片眼と両眼に区別され、片眼については大幅に点数が引き下げられました。

６　その他

眼科における選定療養

白内障患者に対する水晶体再建術において、選定療養の枠組みで多焦点眼内レンズを使用することができます。選定療養は、患者が追加料金を負担することで、保険適応外の治療を保険適用の治療と併せて受けることができる医療です。手術手技（水晶体再建術）、その他関連する検査は医療保険給付となり、多焦点眼内レンズに係る差額部分が保険適応外（患者自己負担）となります（下図参照）。なお、算定する際は、日本眼科学会の「多焦点眼内レンズに係る選定療養に関する指針」を遵守し、慎重に対象患者を選択してください。



レセプト審査で、返戻や査定があった場合には、点数表の留意事項の確認、薬剤の添付文書で適応病名を確認してください。確認しても納得がいかない場合は、再審査請求をされると良いと思います。ただし、再審査請求では、病名追加は認められておりませんので、ご注意ください。本稿が皆様の参考になれば幸いです。

02_診療科別の基礎知識.indd 149 2025/01/23 15:43

12　耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉科は他科と比べ処置の比重の多い診療科です。処置・検査に当たっては医科点数表を参考に、適切な保険請求をしてください。以下に代表的な注意事項を記載します。

1　各種法令における留意事項

保険診療に当たっては「医科点数表」を基に診療・保険請求してください。医学的に妥当適切な診療を行い、定められた請求を行うことが必要です。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

医療行為の正当性を証明するものはカルテです。必要事項の記載には、漏れがないようにしてください。

⑴**高度難聴指導管理料**：指導内容の要点を診療録に記載すると定められています。

⑵**耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料**：診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載すると定められています。

⑶**アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料**：療法の開始前に患者に説明した内容の要点を診療録に記載すると定められています。

上記⑴～⑶については、算定要件と併せて算定可能時期にもご留意ください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴対称器官のある疾患の場合は、必ず患側記載（右・左・両側）をお願いします。例えば、単なる「耳垢栓塞症」だけで耳垢栓塞除去を算定した場合、（片側・両側）の区別がつかないため、必ず患側（右・左・両側）を記載してください。

⑵急性と慢性では処置・検査・投薬に違いがあるため、急性・慢性の区別をしてください。

⑶古い病名のままでの診療報酬請求は場合によっては保険審査上、査定となる場合があります。できるだけ病名整理をお願いします。

⑷初診料算定に関係するので、治癒・中止等の転帰記載を必ずお願いします。

⑸アレルギー性鼻炎単独では、抗アレルギー剤点眼薬は保険審査上、査定対象です。アレルギー性結膜炎等の病名が必要です。

⑹適応傷病名が限定された検査（例：ｓＩＬ-２Ｒ、ＭＰＯ-ＡＮＣＡ）や投薬（例：イソソルビド、ミティキュア、オゼックス細粒／錠小児用）、処置（例：耳垢栓塞除去（複雑）、扁桃処置）等にご留意ください。

4　診療報酬上の留意事項

＜基本診療料＞

1　初診料算定に当たっての一般留意事項

⑴現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料の算定は不可です。

⑵患者が任意に診療を中止し、１か月経過した後、再び同一保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであってもその際は、初診として取り扱うことが可能です。

⑶前項に関わらず、明らかな慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合は初診算定不可です。

⑷アレルギー性鼻炎の場合（東京都社保・国保の場合）：最終来院日から１か月以上、かつ最終服薬終了日から１か月以上経過した場合には、初診料は算定可能です。

＜特掲診療料＞

1　医学管理料

⑴管理料算定に当たっては、点数表に記載されているように、診療録への指導内容等の記載が必須ですのでご留意ください。

⑵病名があれば、指導料が算定可能と考えている医療機関を見かけますが、保険審査上、査定となる場合があるのでご注意ください。

（例：０歳、慢性気管支炎病名で特定疾患指導管理料算定）

⑶医学管理料算定に当たっては、必要に応じて施設基準を満たしてください。

⑷高度難聴指導管理料　**届出必要**

以下の場合に算定可能です。

①人工内耳植込術を行った患者

②伝音声難聴で両耳の聴力レベル60ｄＢ以上の場合

③混合性難聴又は感音性難聴の患者

※①は１回／月、②③は１回／年、算定可能です。

⑸耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　**届出不要**

対象となる患者は、15歳未満で、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回以上繰り返して発症している滲出性中耳炎の患者で、１回／月算定可能です。

診療計画及び指導内容の要点を「診療録」へ記載してください。

⑹アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

アレルギー性鼻炎患者に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要性を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上でアレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月１回算定可

02_診療科別の基礎知識.indd 150　2025/01/23 15:43

能です。療法の開始前に患者に説明した内容の要点を「診療録」に記載してください。

2　検査

＜検査の一般的留意事項＞

⑴検査は段階を踏んで行ってください。

⑵画一的なセット検査は保険審査上、査定対象となるのでご注意ください。

⑶同一月の複数回の検査は必要に応じて行ってください。

＜耳鼻科領域の注意すべき主な検査＞

⑴鼻咽腔直達鏡と硬性ファイバーは別物です。硬性ファイバーを用いて観察した際に鼻咽腔直達鏡検査として算定することは振替請求となるのでご注意ください。

⑵中耳ファイバーは中耳を観察した場合に算定可能です。外耳道異物あるいは鼓膜穿孔の確認等での保険請求は認められませんのでご注意ください。

⑶特異的ＩｇＥ検査は、アレルギーが確定してから抗原検索の目的で行われるものと解釈されております。アレルギー疑いでの同検査は保険審査上、査定となる場合があるのでご注意ください。

⑷同日の標準純音聴力検査と簡易聴力検査の併施は保険審査上、認められません。主たる検査で算定してください。

⑸チンパノメトリーは感音性難聴では保険請求上、認められません。

⑹鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合、若しくは睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断目的で行った場合に算定可能となります。なお、手術日前後３月以内の場合は、手術名及び手術日（手術前に検査実施の際は手術予定日）をレセプトの摘要欄に記載が必要です。

⑺重心動揺計は、平衡機能検査（標準検査）を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定可能です。

⑻Ａ群β溶連菌迅速試験定性と細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定するとなっております。

3　投薬

⑴投薬に当たっては、適応病名、効果・効能に従って処方をお願いします。

⑵投薬に当たっては､予見できる期間の投薬をお願いします。

⑶同じ薬効の薬の重複投与は、保険審査上、査定となる場合がありますのでご注意ください。

4　処置、手術

＜処置の一般的留意事項＞

⑴耳鏡・鼻鏡・舌圧子・間接吸引で観察しただけでは、処置点数の算定はできませんのでご留意ください。

⑵２種類以上の処置を同日に行った場合：主たるものの所定点数のみにより算定します。

例：同日ネブライザ２回算定は不可となります。

⑶処置通則３　簡単な処置（点耳・簡単な耳垢栓除去・鼻洗浄）は基本診療料に含まれるため、別に算定できません。

⑷処置通則６　対称器官に係る処置の所定点数：特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数です。

片側算定可能な処置：点数表をご参照ください。

※鼓室処置､耳管処置（１ カテーテルによる耳管通気法)、副鼻腔手術後の処置、鼓室穿刺、上顎洞穿刺、唾液腺管洗浄、副鼻腔洗浄又は吸引、耳管ブジ―法、唾液腺管ブジー法

（耳垢栓塞除去：片側・両側で点数が異なる）

⑸処置通則７　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算：耳鼻咽喉科を標榜する医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、６歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行った場合、１日につき60点が加算できます。

⑹処置通則８　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：急性上気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対し、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、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場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、月１回に限り、80点が加算できます。なお、インフルエンザ又はインフルエンザ疑い、及び新型コロナウイルス感染症又は新型コロナウイルス感染症疑いの場合は算定不可となります。

＜耳鼻咽喉科領域の注意すべき主な処置＞

⑴耳処置：外耳道入口部から鼓膜面までの部位の処置を行った場合に算定可能です。単に鼓膜等を観察しただけでは算定不可となります。

⑵鼓室処置：鼓室内の処置なので、鼓膜穿孔の存在が示唆される病名あるいは病状が必要です。

⑶鼻処置：鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置は含まれます。口腔、咽頭処置との併用は認められません。

⑷副鼻腔自然口開大処置：ネブライザ効果の増大を目的に行われるもので、同日にネブライザ処置がなければ保険審査上、不可となります。また東京都の社保・国保では、副鼻腔発育の状態より４歳以下の副鼻腔自然口開大処置は今のところ査定対象となります。

⑸扁桃処置：慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎､扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等が対象疾患となります。

⑹副鼻腔洗浄又は吸引：副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は算定不可となります。

⑺耳垢栓塞除去（複雑なもの）

①耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を完全に除去した場合に算定可能です。従って、両側耳垢栓塞症病名で、１日目片側除去で耳垢栓塞除去片側算定、後日反対側除去で耳垢栓塞除去片側算定は算定不可となります。また、耳垢栓塞症病名で、１日目に一部除去したの

02_診療科別の基礎知識.indd 151　2025/01/23 15:43

で耳処置算定も不可となります。

②簡単な耳垢栓塞除去法は基本診療料に含まれます。

⑻口腔咽頭処置と鼻処置を併せて実施した場合、どちらか一方の算定となります。

また、扁桃処置には、咽頭処置が含まれ、咽頭処置は算定できません。

⑼耳処置、耳管処置（２　ポリッツェル球による耳管通気法）、鼻処置は一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定すると定められています。副鼻腔自然口開大処置、扁桃処置等についても同様の取り扱いとなります。

⑽超音波ネブライザは１日につき１回の算定です。

５　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

⑴Ｊ113耳垢栓塞除去（複雑なもの）

１　片側　100点→90点

２　両側　180点→160点

⑵Ｊ095-２鼓室処置（片側）　55点→62点

⑶Ｊ109鼻咽腔止血法（ベロック止血法）440点→550点

⑷Ｋ347-８内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）29,680点（新設）

⑸Ｋ347-９内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）46,070点（新設）



02_診療科別の基礎知識.indd　152　　2025/01/23　15:43

13　腎臓－透析

腎臓及び透析は専門性の高い診療科ですが、糖尿病性腎臓病、腎硬化症、痛風腎など、生活習慣病に伴う慢性腎臓病が増加傾向にあります。一般医科でも腎臓領域の保険診療に係る算定要件をご参照いただければ幸いです。

1　各種法令における留意事項

臨床の現場で行われる検査や投薬、注射、処置などには保険診療上の適応や回数に決まりがあることに留意してください。論文及び関連学会から示されている各種ガイドラインに示されている検査・治療などは、すべて保険診療で認められているわけではありません。検査・処置を行う場合は「療養担当規則」「点数表の留意事項」「薬剤の適応病名」「検査と適応疾患」等を参考にして、適切な診断又は疑い病名を記載の上で保険請求してください。また各種の管理料や管理加算に施設基準が設けられており、地方厚生局に届け出が必要です。本書「Ⅰ　保険診療の基礎知識」もご参照ください。

2　診療録（カルテ）への記載の留意事項

⑴診療録は、保険請求の根拠となるものなので、診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うことが必須です。透析医療においても同様に記載を行ってください。

⑵診断根拠（症状・検査・診察等所見）及び治療内容とその経過・結果について具体的に分かりやすい表現で記載してください。

⑶医学管理料の算定には、管理内容・指導内容・診療内容・治療計画等の要点を具体的に記載してください。

3　傷病名付与の留意事項

⑴疑い病名

診察時点で判明しない傷病名は「疑い」として検査等を行い、確定診断ができた時点で「疑い」は中止して確定診断を記載した上で投薬・注射など医療行為を行う必要があります。

不適切な例：疑い病名で検査を施行後、確定診断の病名なく抗菌剤投与が行われている　など

⑵病名の重複・不一致

「慢性腎不全」の古い病名に「腎機能低下」が新規記載されるなど、病状を正しく表していない病名がないようＣＫＤステージ分類で記載するなど、傷病名の整理を図るよう留意してください。

不適切な例：慢性腎不全の病名があって「腎機能低下」などの病名でシスタチンＣ算定　など

4　診療報酬上の留意事項

＜特掲診療料＞

⑴医学管理料

以下の医学管理料及び加算等については、要点を記載しますので、それぞれの施設基準・対象患者・算定要件・届出要件等の詳細は確認して算定してください。

①糖尿病透析予防指導管理料

糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載する。糖尿病性腎症第２期以上（透析療法を行っている者を除く）の患者に、月１回に限り350点算定できます。また生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）と併算定できます（表１参照）。なお、今回改定において、算定要件「注　Ｂ000特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。」が削除されましたので注意してください。

②慢性腎臓病透析予防指導管理料（新設）

慢性腎臓病の重症化予防を推進する観点から、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくＣＫＤ診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に、初回の指導管理を行った日から起算して１年以内の期間に行った場合、月１回に限り300点、１年を超え期間に行った場合、月１回に限り250点を算定できます。また、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）と併算定できます（表１参照）。

③腎代替療法指導管理料

慢性腎臓病の患者で３月前までの直近２回のｅＧＦＲ（mL/min/1.73㎡）がいずれも30未満（ＣＫＤＧ４）又は急速進行性糸球体腎炎等による腎障害で急速な腎機能低下が不可逆的と判断される場合、医師と看護師が共同して腎代替療法の情報提供が必要な患者に、治療方針を選択できるよう１回当たり30分以上の説明及び相談を行い、指導内容等の要点又は説明に用いた文書の写しを診療録に記載することで、１人につき２回に限り500点を算定できます。２回目の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に医療上の必要性の記載が必要です。また、情報通信機器を用いて情報提供を行った場合は、所定点数に代えて435点を算定できます。

④人工腎臓に係る「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」

・施設基準、対象患者、算定要件及び届出要件を満たしているものに対して、月１回100点を算定できます。

02_診療科別の基礎知識.indd　153　2025/01/23　15:43

・糖尿病の病名のみで処置・検査がない場合は算定できません。

⑤人工腎臓に係る導入期加算（改定）（表２参照）

⑥人工腎臓の評価（改定）（表３参照）

「特掲診療料の施設基準等」に留意して算定してください。なお、以下の場合は算定できません。

・緊急透析で血液透析継続が必要ない場合の導入期加算

・妊娠中の患者を除き月15回以上の人工腎臓、持続緩徐式血液濾過の算定はできないが、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できます。

⑦「慢性維持透析患者外来医学管理料」

月１回2,211点が算定できます。診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点の添付又は記載が必要です。

⑧人工腎臓に係る「慢性維持透析濾過加算」

慢性維持透析濾過（複雑なものに限る）を行った場合に所定点数に50点加算できます。施設基準と届出要件を確認してください。

・人工腎臓（４　その他の場合）は対象外項目で算定できません。

・ヘモダイアフィルター未使用は算定できません。

・月１回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製して使用していることが必要です。

⑨人工腎臓に係る「透析液水質確保加算」

透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算できます。施設基準と算定要件が示されていますので確認してください。

⑩障害者施設等入院基本料等の透析実施の慢性腎臓病患者の点数（新設）

障害者施設等入院基本料等の見直しに伴い、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価になりました（表４参照）。

⑪在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価（新設と見直し）：在宅血液透析指導管理料に係る遠隔モニタリング加算（新設）

在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の「遠隔モニタリング加算」115点（月１回に限る）が新設されました。また、在宅自己連続携行式腹膜灌流以外の腹膜灌流についても対象となるよう要件が見直されました（表５参照）。

⑫在宅時医学総合管理料等に係る頻回訪問加算の見直し

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進で、在宅時医学総合管理料等に係る「頻回訪問加算」が月１回に限り初回月800点、２回目以降300点に見直されましたので、算定要件を確認してください（表６参照）。

⑬地域包括医療病棟における人工腎臓等の評価（新設）

人工腎臓等1,000点以上の処置並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料が包括対象外となり、出来高で算定できることが明確化されました。

⑵検査

・**尿アルブミン定量**：糖尿病の確定傷病名がある糖尿病性早期腎症に対して３か月に１回算定可能です。高血圧症、糖尿病疑い、糖尿病性腎症（第３期・第４期・第５期）、腎炎（急性・慢性）、ネフローゼ症候群、腎不全等の傷病名では原則認められません。

・**透析導入時・転入時の感染症スクリーニング検査**について、ＨＩＶ抗体を含む感染症関連検査は、確定又は疑い病名が記載されていることが必要です。また確定病名がない梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量の算定は認められません。

・**シスタチンＣ**：腎機能低下（疑い含む）、慢性腎炎、腎不全疑い等の傷病名で、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か月に１回算定できます。腎機能低下が高度に進んだ症例では測定意義がないとされるため、末期腎不全、腎不全（透析施行中）では算定できません。

・**「慢性維持透析外来管理料」**を算定している場合の包括される検査の追加（ＰＴＨ等）を月２回以上行う場合及び包括外検査を算定する場合は、傷病名と理由を詳記してください。

・**シャント部の超音波検査及びドプラー加算**は、透析シャント機能低下などの確定病名（又は疑い病名）の記載が必要です。短期間の再検査や定期的な検査では、症状詳記をしないと査定される場合があります。

・**シャント手術等の同日の超音波検査**：算定できません。

・**人工透析実施日のＢ－Ａ、Ｂ－Ｖ**：算定できません。人工透析と別に採血や注射及び点滴を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に記載するか、症状詳記してください。

⑶投薬、注射

・「腎性貧血」で投与されるＥＳＡ製剤（内服のＨＩＦ－ＰＨ阻害薬を含む）は、エリスロポエチン産生低下の原因となる腎疾患の病名の確定がない場合は査定されます。腎疾患の記載には、ｅＧＦＲ値やＣＫＤステージ、症状詳記の記載があることが保険審査では望まれます。

不適切な例：「高血圧、糖尿病、腎性貧血」だけが病名記載されている等、腎性貧血を来す腎疾患の記載がない。

・カルシウム受容体作動薬、各種の高リン血症治療薬、高カリウム血症治療薬等の投与にも、病名記載が必要です。

・カルニチン製剤の投与には、投与する根拠となる検査値や症状の記載が望ましく、漫然と投与せず適切な投与量

02_診療科別の基礎知識.indd 154　2025/01/23 15:43

と投与期間、定期的な検査や症状等の再評価等を考慮してください。

・透析不均衡症候群など適応外の薬剤（グリセオール注等）を使用する場合は、その根拠となる病態や病名を記載してください。

⑷処置、手術

・疾患の発症日について、シャント閉塞や感染症など手術や投薬、処置に関わる病名は、発症日の記載が重要です。当月又は前月発症の病名がない場合は査定されることがあります。

不適切な例：古い発症日の病名のままで経皮的シャント拡張術・血栓除去術を施行した場合　など

・傷病名のみで、診療内容や材料請求に説明が不十分な場合について：ＰＴＡバルーンカテーテル、シースイントロデューサー、ガイドワイヤー及び血栓除去用カテーテルの複数本を使用した場合は、その必要性を症状詳記に記載してください。適正な保険審査と返戻を減らすために手術記録を添付することが望ましいです。

・微細血管造影用ガイドワイヤー・血管造影用マイクロカテーテルなどは、本来、冠動脈及び末梢動脈に適応であり、透析シャントには適応外です。やむを得ず使用する場合は、必ず症状詳記を記載してください。記載のないものは返戻・査定となる場合があります。

・シャント手術や透析後の止血の際に、スポンゼル・微線維性コラーゲンの使用は適応外なので、基本的に認められません。

・シャント閉塞に対するウロキナーゼは、適切な投与量で使用し、その内容を詳記してください。

・末梢血管用ステントグラフトの使用：経皮的シャント拡張術・血栓除去術時は人工血管内シャントの静脈吻合部狭窄病変に使用した場合のみ算定可能です。人工他部位の血管内病変や自己血管内シャントの狭窄病変への使用は基本的には認められません。

・末梢血管用ステントグラフトの使用には、発売元及び関連学会から適正使用指針が発出されています。算定時には適応及び術者要件を満たしていることを手術記録と共に添付してください。

・人工腎臓用特定保険医療材料は、算定要件を厳守してください。吸着型血液浄化器（β２ミクログロブリン除去用）の算定は、診療報酬明細書の摘要欄又は症状詳記に算定要件を記載すると共に、１年を限度とすることとなっています。２回目以降は算定要件にあるイ、ウを再評価して症状詳記してください。吸着型血液浄化器（閉塞性動脈硬化症用）も同様に、算定要件を診療報酬明細書の摘要欄又は症状詳記に記載してください。

５　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

新規項目　慢性腎臓病透析予防指導管理料
在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価
地域包括医療病棟における人工腎臓等の評価

改定項目　人工腎臓に係る導入期加算
人工腎臓の評価
障害者施設等入院基本料
頻回訪問加算

新設された生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の内容と併算定等にも留意してください。

６　その他

これらの項目の解釈は、東京都医師会の医療保険委員会での検討によるものであることを追記します。

令和６年度診療報酬改定の内容から、腎臓-透析領域の新規・改定項目を含む保険算定の留意点を解説いたしました。このほかにも保険診療上注意すべき事項は本書「Ⅰ保険診療の基礎知識」と関連する診療科の「Ⅱ　診療科別の基礎知識」をご参照ください。医学的な知見や日常的な処置等と、保険診療及び保険請求は必ずしも同じ解釈ではありません。「医療保険の手引き」（東京都医師会）、「医科点数表の解釈」（社会保険研究所）等を十分に活用の上、診療と保険請求をお願いいたします。

02_診療科別の基礎知識.indd 155　2025/01/23 15:43

表１　生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）と糖尿病透析予防指導管理料／慢性腎臓病透析予防指導管理料の算定

	生活習慣病管理料（Ⅰ）	生活習慣病管理料（Ⅱ）
点数	・脂質異常症を主病とする場合　610点 ・高血圧症を主病とする場合　660点 ・糖尿病を主病とする場合　760点	・脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者　333点 ・情報通信機器を用いた診療　290点
加算	血糖自己測定指導加算（年１回）500点、外来データ提出加算50点	
包括される項目	・外来管理加算 ・医学管理等（診療情報提供料・薬剤情報提供料含む） ・検査、注射、病理診断	・外来管理加算 ・医学管理等（以下を除く）
同日に併算定可能な医学管理	・糖尿病合併症管理料 ・がん性疼痛緩和指導管理料 ・外来緩和ケア管理料 ・糖尿病透析予防指導管理料 ・慢性腎臓病透析予防指導管理料　※	左欄の※に加えて、 ・外来栄養食事指導料　・診療情報提供料（Ⅰ） ・集団栄養食事指導料　・電子的診療情報評価料 ・ニコチン依存症管理料　・診療情報提供料（Ⅱ） ・療養・就労両立支援指導料　・診療情報連携共有料 ・プログラム医療機器等指導管理料　・連携強化診療情報提供料 ・薬剤情報提供料
他の管理料との併算定	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画	・療養計画書を交付〔別紙様式９（初回用）、別紙様式９の２（継続用）、又はこれに準じた様式〕 ・患者又はその家族等から求めがあった場合に交付すると共に、概ね４月に１回以上は交付する	
（Ⅰ）（Ⅱ）の算定	－	生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間は生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できない

表２　人工腎臓導入期加算の改定

【人工腎臓】 導入期加算１　200点 導入期加算２　410点 導入期加算３　810点	〔施設基準〕 ⑴導入期加算１の施設基準 （中略） ⑵導入期加算２の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～オ　（略） カ　腎代替療法を導入するに当たって、⑴のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 ⑶導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） キ　⑵のカを満たしていること。

表３　人工腎臓の評価（改定）

【人工腎臓】	慢性透析を行った場合		
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点
４時間以上５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点
５時間以上	2,171点	2,126点	2,081点

表４　障害者施設等入院基本料等の見直し

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
注14　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ039に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注13に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。
イ　７対１又は10対１入院基本料　1,581点
ロ　13対１入院基本料　1,420点
ハ　15対１入院基本料　1,315点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様　2,011点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様
イ　特殊疾患病棟入院料１　2,010点
ロ　特殊疾患病棟入院料２　1,615点

02_診療科別の基礎知識.indd 156　2025/01/23 15:43

表５　在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価の新設と見直し

在宅血液透析における遠隔モニタリングの評価の新設
透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅血液透析を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。 **【在宅血液透析指導管理料】** 　遠隔モニタリング加算　115点（月１回に限る） 〔算定要件〕 　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する ア　注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。＝算定要件の改定 イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。 ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。 エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

表６　在宅時医学総合管理料等に係る頻回訪問加算の見直し

改　定　後	
頻回訪問加算（初回）	800点／月
（２回目以降）	300点／月



02_診療科別の基礎知識.indd　157　　2025/01/23　15:43

14　内視鏡検査、治療

1　内視鏡検査

各診療科において、外来診療で実施されている主な内視鏡検査です。ただし､入院治療を要する内視鏡検査を除きます。

⑴関節鏡検査（片側）　760点
⑵嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー　600点
⑶喉頭ファイバースコピー　600点
⑷中耳ファイバースコピー　240点
⑸気管支ファイバースコピー　2,500点
⑹胃・十二指腸ファイバースコピー　1,140点
⑺大腸内視鏡検査
　１　ファイバースコピーによるもの
　　イ　Ｓ状結腸　900点
　　ロ　下行結腸及び横行結腸　1,350点
　　ハ　上行結腸及び盲腸　1,550点
　２　カプセル型内視鏡によるもの　1,550点
⑻肛門鏡検査　200点
⑼膀胱尿道ファイバースコピー　950点

2　内視鏡的治療

主に消化器を中心に、外来で実施されている治療です。

⑴内視鏡的食道及び胃内異物摘出術　3,250点
　内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物（電池､胃手術時の縫合糸､アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定します。
⑵内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
　長径２cm未満　5,000点
　長径２cm以上　7,000点
　①家族性大腸線腫症の患者に対して実施した場合に、消化管ポリポーシス加算として年１回に限り5,000点を所定点数に加算できます。
　②バルーン内視鏡を用いて実施した場合に、バルーン内視鏡加算として450点を所定点数に加算できます。
　③病変検出支援プログラムを用いて実施した場合に、病変検出支援プログラム加算として60点を所定点数に加算できます。

3　保険請求の留意点

⑴内視鏡検査時における「ＨＢｓ抗原定性・半定量」の算定は認められます。
⑵内視鏡検査時における「ＨＣＶ抗体定性・定量」の算定は認められます。
⑶内視鏡検査時における「梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性」の算定は認められます。
⑷内視鏡検査時の検査として、「ＨＩＶ－１抗体」､「ＨＩＶ－１、２抗体定性」､「ＨＩＶ－１、２抗体半定量」､「ＨＩＶ－１、２抗体定量」､「ＨＩＶ－１、２抗原・抗体同時測定定性」又は「ＨＩＶ－１、２抗原・抗体同時測定定量」の算定は認められません。
⑸消化管内視鏡検査（ポリープ切除を実施しない場合）の術前検査として、「プロトロンビン時間（ＰＴ）」の算定は認められます。
⑹鎮静下に消化管内視鏡検査を実施する際のモニターとして、「経皮的動脈血酸素飽和度測定」､「心電図」､「呼吸心拍監視」の算定について、当該項目の算定要件を満たしている場合には、当該検査の算定は認められます。
⑺内視鏡検査時に粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算（60点）を算定できます。また、内視鏡検査時にインジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定します。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれます。
⑻内視鏡検査当日に、検査に関連して行う注射実施料は別に算定できません。
⑼内視鏡検査当日に実施された感染症検査は、査定される可能性があります。当該検査の必要性について症状詳記を記載するなど注意する必要があります。
⑽内視鏡検査時の狭帯域光強調加算（200点）について、悪性腫瘍を疑う病変がなければ、算定は認められません。
⑾内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に行う内視鏡検査料は別に算定できません。例えば、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を算定した場合、内視鏡下生検法は算定できません。
⑿内視鏡検診と保険診療（生検）について
　内視鏡検診の実施において、異常が発見され医師が治療（生検等検査）を認めた場合、その治療等については保険診療として実施します。ただし、初診料、再診料、検査料等については内視鏡検診で算定済みのため算定することはできません。保険請求する場合は、初診料等がなく生検等を実施するため､摘要欄に「初診料等は他法（内視鏡検診）により算定」などの表記が必要です。
⒀前回の令和４年度診療報酬改定で、診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項が追加されました。
　内視鏡下生検法（１臓器につき310点）について、下記の①から⑨までのいずれかを選択し記載してください。なお､選択する臓器又は部位がない場合は⑩その他を選択し、具体的部位名等を記載してください。

02_診療科別の基礎知識.indd　158　2025/01/23　15:43

①気管支及び肺臓
②食道
③胃及び十二指腸
④小腸
⑤盲腸
⑥上行結腸、横行結腸及び下行結腸
⑦S状結腸
⑧直腸
⑨子宮体部及び子宮頸部
⑩その他

内視鏡下生検法を行った場合は、検体採取料は１臓器につき310点を算定します。

「１臓器」の取扱いについては、N000病理組織標本作製に準ずると規定されています。例えば、胃及び十二指腸の生検を行った場合は、１臓器として310点を算定することになります。１回の内視鏡検査で食道、胃・十二指腸の生検を行った場合は、２臓器として620点を算定します。

病理組織標本作製では、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定すると規定されています。そのため、３臓器を超えて生検を行った場合は、査定される可能性があります。

●病理診断　病理標本作製料からの抜粋

＜通則＞

・病理標本作製に当たって、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定する。
・リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数える。

「N000」病理組織標本作製

１　組織切片によるもの（１臓器につき）

・病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに１臓器として算定する。
　ア　気管支及び肺臓
　イ　食道
　ウ　胃及び十二指腸
　エ　小腸
　オ　盲腸
　カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸
　キ　S状結腸
　ク　直腸
　ケ　子宮体部及び子宮頸部
・病理組織標本作製において、１臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、１臓器の標本作製として算定する。
・病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
・当該標本作製をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合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」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

4　令和６年度診療報酬改定における、新規・改定項目

「主な改定項目」

⑴内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）　305点

内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）は、６歳以上の患者に対し、インフルエンザの診断の補助を目的として薬事承認された内視鏡用テレスコープを用いて咽頭画像等の取得及び解析を行い、インフルエンザウイルス感染症の診断を行った場合に算定できます。ただし、本検査は、発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができます。

⑵内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　病変検出支援プログラム加算　60点

病変検出支援プログラム加算（60点）が新設され、病変検出支援プログラムを用いて実施した場合に所定点数に加算できます。大腸内視鏡検査を実施する際に、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品を用いて診断を行い、診断されたポリープを切除した場合に、患者１人の一連の大腸内視鏡検査につき１回に限り算定できます。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定することができます。本加算の算定に当たっては、手術の概要を診療録に記載し、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器を使用している画面の写しを診療録に添付しなければなりません。

02_診療科別の基礎知識.indd　159　2025/01/23　15:43

15　審査情報提供事例等について

社会保険診療報酬支払基金では、「審査情報提供検討委員会」を設置し、診療報酬請求の審査に関する情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例についても検討を行い結果について、「支払基金における審査の一般的な取扱い」や「審査情報提供事例」として情報提供を行っています。

国民健康保険中央会においても同様に「審査情報提供事例について」として情報提供しています。

ここでは、「審査情報提供事例」の代表的な例をお示ししておりますが、それ以外の事例についても、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会のホームページに掲載されており、また、新たな事例等の情報提供も更新されておりますので、定期的に確認することをお勧めいたします。

なお、本項目に掲載した事例や、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会の示す事例等に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意ください。

・社会保険診療報酬支払基金の事例等のホームページアドレス：https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/index.html
・国民健康保険中央会の事例等のホームページアドレス：https://www.kokuho.or.jp/inspect/jirei/

※取扱いの根拠等については、各審査機関において承認・更新時点の内容を記載しています。

1　医学管理等

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
B000 特定疾患療養管理料	原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し特定疾患療養管理料の算定は認められない。	境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病のＩＣＤ10コードはＥ14、耐糖能異常、境界型糖尿病はＲ730と異なることからも糖尿病とは異なるため認められない。		共通
B001・17 慢性疼痛疾患管理料	原則として、単なる下肢痛に対しB001の17慢性疼痛疾患管理料の算定は認められない。	慢性疼痛疾患管理料の留意事項通知に「慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性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算定することができる。」とあるが、単なる「下肢痛」だけでは当該管理料は認められない。		共通
B001-3 生活習慣病管理料	原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し生活習慣病管理料の算定は認められない。	境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病のＩＣＤ10コードはＥ14、耐糖能異常、境界型糖尿病はＲ730と異なることからも糖尿病とは異なるため認められない。		共通

2　検査

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
D001・9 アルブミン定量（尿） （糖尿病性早期腎症）	糖尿病性早期腎症（第１期又は第２期の記載がないもの。）に対してのアルブミン定量（尿）の算定を認める。	D001の８アルブミン定量（尿）は通知に「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３か月に１回に限り算定できる。」とある。糖尿病診療ガイドラインに糖尿病性腎症病期分類の表が記載されているが、第１期とは尿蛋白（アルブミン）が正常であるもの、第２期とは尿蛋白（アルブミン）が微量アルブミン尿であるものと定義し、第２期を早期腎症と呼称している。傷病名「早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミンを診断できる患者であり、通知に該当すると考えられる。		基金
D005・1　赤血球沈降速度（ＥＳＲ）とD015・1　Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）（併施）	原則として、同一検体での赤血球沈降速度（ＥＳＲ）とＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）の併施算定は認められる。	ＥＳＲとＣＲＰ検査データは、通常、並行的に変化するものであるが、両者のデータの乖離（かいり）は炎症初期及び回復期等に認められる場合がある。また、血管内凝固症候群など両者の乖離（かいり）が診断のきっかけとなることもあるなど、両者の併施は有用である。		基金
D005・1 赤血球沈降速度（ＥＳＲ） （高血圧症）	初診時以外で、「高血圧症」のみの病名に対する赤血球沈降速度（ＥＳＲ）の算定は認められない。	「高血圧症」とＥＳＲは病態生理学的にみて、必然的な検査とは認められない。		基金
D005・6 高血圧症に対する末梢血液像（鏡検法）の算定について	①　初診時の高血圧症に対するD005「６」末梢血液像(鏡検法)の算定は、原則として認められる。 ②　再診時の高血圧症に対するD005「６」末梢血液像（鏡検法）の算定は、原則として認められない。	末梢血液像（鏡検法）は、赤血球、白血球、血小板の形態変化や異常細胞の有無を観察する検査である。血液疾患のみならず、疾患特異性は低いものの、他の疾患の除外診断を目的として一般的に用いられている検査であり、高血圧症の初診時においても同様である。 以上のことから、初診時の高血圧症に対する当該検査の算定は原則として認められる、再診時の高血圧症に対する当該検査の算定は原則として認められないと判断した。		基金
D005・9 ＨｂＡ１ｃ① （膵臓疾患）	原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合のＨｂＡ１ｃ検査は認められない。	ＨｂＡ１ｃ検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」又は「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。	膵臓疾患、特に慢性膵炎では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的	基金

02_診療科別の基礎知識.indd　160　　2025/01/23　15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
			有用性がある。こうした場合は「糖尿病」又は「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的な必要性が認められる場合に限られる。	
D005・9 ＨｂＡ１ｃ② （肝臓疾患）	原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、肝臓疾患のみの場合のＨｂＡ１ｃ検査は認められない。	ＨｂＡ１ｃ検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」又は「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。	肝疾患、特に肝硬変等では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的有用性がある。こうした場合は「糖尿病」又は「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的な必要性が認められる場合に限られる。	基金
D006・2 プロトロンビン時間（ＰＴ）② （術前検査）	原則として、消化管内視鏡検査（ポリープ切除を実施しない場合）の術前検査として、プロトロンビン時間（ＰＴ）は認められる。	当初の目的が消化管内視鏡（特に大腸内視鏡）検査であって、観察の結果で、そのままポリープ切除術など観血的な医療行為に移行することがある。		基金
D007・15 リポ蛋白分画 と D007・18 コレステロール分画 （併施）	原則として、リポ蛋白分画とコレステロール分画の併施は認められない。	脂質異常症は、血液中の脂質すなわちＬＤＬ-コレステロール（ＬＤＬ-Ｃ）、ＨＤＬコレステロール（ＨＤＬ-Ｃ）中性脂肪（ＴＧ）のうち少なくとも一つが病的範囲にある状態をいう。日本動脈硬化学会では、脂質異常症の診断基準として、ＬＤＬ-Ｃ140ｍｇ／ｄｌ以上、ＴＧ150ｍｇ／ｄｌ以上を挙げ、ＨＤＬ-Ｃ40ｍｇ／ｄｌ未満を低ＨＤＬ-Ｃ血症としている。また、同学会の動脈硬化性疾患予防ガイドラインはＬＤＬ-Ｃを重視し、患者を冠動脈疾患の有無とＬＤＬ-Ｃ以外の主要危険因子により４カテゴリーに分け、その脂質管理目標値に従った管理を推奨している。一方、リポ蛋白は脂質と蛋白の複合体をさし、カイロミクロン、超低比重リポ蛋白（ＶＬＤＬ）、低比重リポ蛋白（ＬＤＬ）、高比重リポ蛋白（ＨＤＬ）が含まれる。ある種の病的状態で中間比重リポ蛋白（ＩＬＤ）あるいはレムナントが増加する。従来、脂質異常症の分類については、脂質代謝過程で障害されている経路や機構を把握する目的でリポ蛋白分画が測定され、Ｆｒｅｄｒｉｃｋｓｏｎの分類を改変したＷＨＯの表現型分類が用いられている。しかし、実際の臨床の場では上記の日本動脈硬化学会の基準に基づいた診療が行われている。また、リポ蛋白は脂質値（コレステロール分画）やアポ蛋白値と相関して変動することが多く、コレステロール分画についてはその測定も容易であり、その測定値でリポ蛋白の値を類推できることから、日常の脂質異常症の診療はコレステロール分画測定にて足りると考えられ、原則として両検査の併施は認められない。	治療上必要となる場合は、当該理由を詳記することにより認められる場合もある。	基金
D007・25 フェリチン	原則として、鉄欠乏性貧血の疑い病名に対するD007の26フェリチン半定量又はフェリチン定量の算定は認められる。	フェリチンは肝、脾、小腸粘膜などに含まれる鉄蛋白質で血液中に微量に存在し、体内貯蔵鉄の量を反映する。鉄欠乏性貧血では、早期よりフェリチンが低下するためその診断に有用である。		共通
D007・25 若年性特発性関節炎に対するフェリチン半定量の算定について	若年性特発性関節炎に対するD007「25」フェリチン半定量の算定は、原則として認められる。	フェリチンは、活性化されたマクロファージによる炎症・組織破壊に伴い血中へ逸脱し、若年性特発性関節炎（旧称：若年性関節リウマチ）、特に全身型で高率に上昇する。 以上のことから、若年性特発性関節炎の診断及び経過観察に対するD007「25」フェリチン半定量の算定は、原則として認められると判断した。		基金
D007・46 ヒアルロン酸① （肝機能障害、肝細胞癌疑い）	「慢性肝炎」の病名がない場合、「肝機能障害」又は「肝細胞癌疑い」に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝機能障害」では、慢性肝炎かどうか明確ではない。「肝細胞癌疑い」では、ヒアルロン酸の測定は診断の参考とならない。		基金
D007・46 ヒアルロン酸② （肝硬変）	原則として、肝硬変に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝硬変」では、既に肝の線維化が認められるものであり、ヒアルロン酸の測定は、疾患の経過観察の参考とならない。		基金
D007・46 ヒアルロン酸③ （肝細胞癌）	原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合、肝細胞癌に対するヒアルロン酸は認められない。	「肝細胞癌」では、ヒアルロン酸の測定は、経過観察や治療方針の決定には参考とならない。		基金
D007・46 ヒアルロン酸④ （原発性胆汁性胆管炎）	原則として、「慢性肝炎」の病名がない場合であっても、原発性胆汁性胆管炎に対するヒアルロン酸は認められる。	「原発性胆汁性胆管炎」は、診断時には必ずしも肝硬変とは言えず、そのステージングの参考となる。		基金

02_診療科別の基礎知識.indd 161 2025/01/23 15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
D008・7　T３、 D008・14　ＦＴ３、 D008・11　T４、 D008・14　ＦＴ４ （併施）	原則として、Ｔ３とＦＴ３、Ｔ４とＦＴ４の併施は認められない。Ｔ３及びＴ４、あるいはＦＴ３及びＦＴ４の組み合わせによる併施は認められる。	日常の臨床の場で、甲状腺ホルモンの動向をみるためには、特定の場合を除き総甲状腺ホルモンＴ３、Ｔ４の測定によってのみでも可能であるが、総甲状腺ホルモン（Ｔ３やＴ４）は、血中ではその大部分が蛋白（ＴＢＧ等）と結合した形で存在しており、実際の生体での作用は遊離系のfreeＴ３（ＦＴ３）、freeＴ４（ＦＴ４）濃度によって決定されることから、病態の把握には遊離ホルモンの測定がより有用となる。また、甲状腺ホルモンの総量と遊離系ホルモン量とは概ね相関して増減することから、特定の場合を除き、甲状腺ホルモンの測定は、その遊離系ホルモン量あるいは甲状腺ホルモン総量測定のいずれかによることが望ましい。	まれに、ＴＢＧ異常症等でＴ３・Ｔ４とＦＴ３・ＦＴ４との間に乖離（かいり）が見られることがあり、臨床的にそのようなことが想定されＴ３とＦＴ３、Ｔ４とＦＴ４の併施測定の医学的必要性が認められる場合に限り認められる。	基金
D008・8 インスリン（ＩＲＩ） （糖尿病確定後の患者）	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン（ＩＲＩ）は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。糖尿病の病態把握、特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要な場合もある。まれな病型であるが、slowly progressive Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ型糖尿病のような臨床症状を呈する。	Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。インスリン治療中は認められない。	基金
D008・8 糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン（ＩＲＩ）の算定について	糖尿病確定診断後の患者に対するインスリン（ＩＲＩ）の連月の算定は、原則として認めない。ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認める。	審査情報提供事例（平成18年３月27日第２次提供事例）より「原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン（ＩＲＩ）は認められる。」とされ、その理由として「糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。糖尿病の病態把握、特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要な場合もある。まれな病型であるが、slowly progressive Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ型糖尿病のような臨床症状を呈する。」としている。インスリン（ＩＲＩ）は、インスリン分泌能の評価を行い、病型の診断（Ⅰ型等）を行う検査であり、病型の診断が既に行われ症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないが、薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、経過観察が必要な場合もある。これらの状態が病名又は症状詳記等で医学的に判断できる場合は、連月の算定は原則認められると判断した。以上のことから、糖尿病確定診断後の患者に対してのＩＲＩの算定は、一定間隔での経過観察が必要な場合等もあるため認めるが、病型の診断が既に行われ、症状が安定している患者に対しては頻回に実施する検査ではないため、連月の算定については原則として認めないとし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できれば認める場合もあるとして取り扱うこととする。		共通
D008・12 Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ） （糖尿病確定後の患者）	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要である。まれな病型であるが、slowly progressive Ⅰ型糖尿病においては、発症初期には一見Ⅱ型糖尿病のような臨床症状を呈する。また、小児・若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがある。	インスリン（ＩＲＩ）との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。	基金
D008・18 特発性拡張型心筋症に対する脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の算定について	特発性拡張型心筋症に対するＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の算定は、原則として認められる。	特発性拡張型心筋症は、左室収縮能低下と左室内腔の拡張を特徴とする疾患群であり、左心不全による低心拍出状態と肺うっ血や不整脈による症状を特徴とする※。 ＢＮＰは心室機能を直接反映し、慢性及び急性心不全患者では、重症度に応じて著明に増加するため心不全の程度を把握するのに有用である。 以上のことから、特発性拡張型心筋症に対するＤ008「18」脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の算定は、原則として認められると判断した。 （※）難病情報センターホームページ 厚生労働省作成の「概要・診断基準等」より		基金
D008・18 初回受診時の心不全に対するＢＮＰの算定について	① 初回受診時の基礎疾患のない心不全に対するＤ008「20」ＢＮＰの算定は、原則として認められる。 ② 初回受診時の胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全に対するＤ008「20」ＢＮＰの算定は、原則として認められる。	Ｄ008「20」ＢＮＰについては、心不全の診断又は病態把握のために実施されている。 このため、心不全が確定している場合は、初回受診時の基礎疾患のない心不全に対する算定、胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全に対する算定は、原則として認められると判断した。		基金
D008・20 心臓性浮腫に対するＮＴ-proＢＮＰの連月算定について	心臓性浮腫に対するＤ008「20」脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-proＢＮＰ）の連月の算定は、原則として認められる。	脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）の前駆体である脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-proＢＮＰ）は、ＢＮＰと同様に心筋負荷により分泌が亢進する。このため、心不全の診断又は病態把握に有用なマーカーであり、厚生労働省通知※に「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。」と示されている。 心臓性浮腫は、心不全に伴う浮腫であり、当該検査の連月の測定は、心不全の病態把握に有用である。 以上のことから、心臓性浮腫に対する当該検査の連月の算定は、原則として認められると判断した。 （※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について		基金
D009・26 α-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ-Ｌ３%） （慢性肝炎）	原則として、初診月又は再診月に傷病名が「慢性肝炎」のみの場合、α-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ-Ｌ３%）は認められない。	告示・通知から、「慢性肝炎」のみでは認められない。		基金

02_診療科別の基礎知識.indd　162　　2025/01/23　15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
輸血③ D011・4 不規則抗体	血小板製剤のみの輸血に対し、不規則抗体検査は認められない。	現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（不規則抗体の標的）をほとんど含まないので、不規則抗体は適当とは認められない。		国保
インフルエンザ関連検査	原則として、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」以外でインフルエンザ関連検査の算定は認められない。	本検査は、インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がない、インフルエンザ関連検査の算定は認められない。		共通
D012・1 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性② （人工腎臓実施時）	人工腎臓実施時（初回）に梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性の算定は認められる。	梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量の算定は認められない。	基金
D012・1 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性③ （内視鏡検査）	原則として、内視鏡検査時における梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性は認められる。	梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		基金
D012・17　ＨＩＶ-１抗体、 D012・16　ＨＩＶ-１、２抗体定性、 D012・16　ＨＩＶ-１、２抗体半定量、 D012・20　ＨＩＶ-１、２抗体定量、 D012・16　ＨＩＶ-１、２抗原・抗体同時測定定性又は D012・20　ＨＩＶ-１、２抗原・抗体同時測定定量② （内視鏡検査）	内視鏡検査時の検査として、ＨＩＶ-1抗体、ＨＩＶ-1、２抗体定性、ＨＩＶ-1、２抗体半定量、ＨＩＶ-1、２抗体定量、ＨＩＶ-１、２抗原・抗体同時測定定性又はＨＩＶ-1、２抗原・抗体同時測定定量は認められない。	本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。		基金
D013・1 ＨＢｓ抗原定性・半定量② （人工腎臓実施時）	人工腎臓実施時（初回）にＨＢｓ抗原定性・半定量の算定は認められる。	Ｂ型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		基金
D013・1 ＨＢｓ抗原定性・半定量③ （内視鏡検査）	原則として、内視鏡検査時におけるＨＢｓ抗原定性・半定量は認められる。	Ｂ型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		基金
D013・3 ＨＢｓ抗原	原則として、内視鏡時におけるＨＢｓ抗原の算定は認められる。	Ｂ型肝炎は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		国保
D013・3 ＨＢｓ抗原① （Ｂ型肝炎疑い）	原則として、健診等の結果、血液検査の結果及び症状等から、「B型肝炎の疑い」病名がある場合において、スクリーニングを目的として実施した、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のＨＢｓ抗原の算定は認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「３」のＨＢｓ抗原については、健診等で肝機能障害や黄疸が指摘された場合や、血液検査の結果及び全身倦怠感に引き続き食欲不振、悪心・嘔吐などの症状からＢ型肝炎が疑われる場合に実施されており、Ｂ型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。従って、Ｂ型肝炎が疑われた時点で高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「３」のＨＢｓ抗原を実施することは必要と認められる。		基金
D013・3 ＨＢｓ抗原③ （Ｂ型肝炎の経過観察）	原則として、「Ｂ型肝炎」の抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療をしている経過観察において、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「３」のＨＢｓ抗原を測定し算定することは認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「３」のＨＢｓ抗原については、Ｂ型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定する上で、肝細胞内のＢ型肝炎ウイルスの増殖の病態を把握するためにＨＢｓ抗原定量値を経時的に測定することが最も有用である。従って、Ｂ型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定する上で、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「３」のＨＢｓ抗原を実施することは必要と認められる。		基金
D013・5 ＨＣＶ抗体定性・定量② （人工腎臓実施時）	人工腎臓実施時（初回）にＨＣＶ抗体定性・定量の算定は認められる。	Ｃ型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、観血的検査等を実施するに当たって、感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		基金
D013・5 ＨＣＶ抗体定性・定量③ （内視鏡検査）	原則として、内視鏡検査時におけるＨＣＶ抗体定性・定量は認められる。	Ｃ型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。		基金
D014・2、D014・9 関節リウマチに対するＭＭＰ-３とＲＦ定量の併算定について	関節リウマチに対するD014「９」ＭＭＰ-３とD014「２」ＲＦ定量の併算定は、原則として認められる。	関節リウマチは全身の関節に炎症が起る自己免疫疾患である。ＭＭＰ-３は滑膜で産生される酵素蛋白で関節破壊の病態を反映し、ＲＦ定量はＩｇＧに対する自己抗体であり、活動性評価の指標となる。 以上のことから、関節リウマチに対するD014「９」ＭＭＰ-３とD014「２」ＲＦ定量の併算定は、原則として認められると判断した。		基金

02_診療科別の基礎知識.indd 163　2025/01/23 15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
D014・5、D014・7 抗核抗体、 D014・17 抗ＤＮＡ抗体定性、 D014・17 抗ＤＮＡ抗体定量 （疑い病名、「注記」がない場合）	原則として、「疑い病名」あるいは「注記」がない場合、抗てんかん剤に対する「抗核抗体」又は抗ＤＮＡ抗体定性、抗ＤＮＡ抗体定量は認められない。	抗てんかん剤の副作用としてＳＬＥ様症状は稀であるので、認めない。	「疑い病名」又は「注記」の記載がある場合は認める。	基金
D014・32 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ-ＡＮＣＡ）（ＡＮＣＡ関連血管炎）	原則として、ＡＮＣＡ関連血管炎（疑いを含む）に対して、抗好中球細胞質ミエロペルオキシターゼ抗体（ＭＰＯ-ＡＮＣＡ）は認められる。	急速進行性糸球体腎炎は急速に腎機能に影響を及ぼす病態の一つの総称であり、具体的傷病名として多くの疾患が包含されている。ＡＮＣＡ関連血管炎は急速進行性糸球体腎炎の様々な原因疾患の中の一つであり、ＭＰＯ-ＡＮＣＡの測定はＡＮＣＡ関連血管炎の診断及び病態把握に有用であると考えられる。	「ＡＮＣＡ関連血管炎の疑い」に対して、ＭＰＯ-ＡＮＣＡを連月算定する場合は、ＡＮＣＡ関連血管炎を疑う所見等のコメントが必要であり、単に「ＡＮＣＡ関連血管炎の疑い」の病名が記載されているだけでは、ＭＰＯＡＮＣＡの算定は認められない。	基金
D014・35 ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量① （膠原病疑い）	「抗リン脂質抗体症候群」の病名がない場合、「膠原病疑い」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められない。	膠原病のスクリーニング検査としてループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量を測定することは適当でない。		基金
D014・35 ループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量② （習慣流産）	原則として、「抗リン脂質抗体症候群」の病名がない場合であっても、「習慣流産」に対するループスアンチコアグラント定性、ループスアンチコアグラント定量は認められる。	習慣流産の原因となる母体疾患として、「抗リン脂質抗体症候群」を持っている可能性が高いと考えられる。抗リン脂質抗体は、流産との関連性が大きく、不育症の重要な要因でもあるため、これらの母体疾患の有無を検討し、異常があれば治療を加えることで流産を予防することが可能である。		基金
D015・4 血清補体価（ＣＨ50） （膠原病の疑い）	原則として、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価（ＣＨ50）は認められる。	血清補体価検査は、その病態にⅡ型・Ⅲ型アレルギー機序が関与する膠原病（全身性エリテマトーデス、クリオグロブリン血症、血管炎症候群等）では低値を示すことが一般的に知られている。従って、ＣＨ50は膠原病の診断を進める際に用いる血清補体価検査として有用である。		基金
D015・4 免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定について	関節リウマチ疑い及び関節リウマチの経過観察に対するD015「４」免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定は、原則として認められる。 また、算定間隔は、原則として３か月に１回とする。	免疫グロブリンは、抗体活性を持つ血清蛋白であり、ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭは感染防御の生理的活性を持つ。関節リウマチにおいては免疫グロブリンが増加し、特にＩｇＧ及びＩｇＡの増加がみられることが多い。 以上のことから、関節リウマチの疑い及び関節リウマチの経過観察におけるD015「４」免疫グロブリン（ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ）の算定は、原則として認められると判断した。 なお、認められる算定間隔は、原則として３か月に１回が一般的とされている。		基金
D015・11 アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015の10非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ定量の算定について	アレルギー性鼻炎の疑いに対して、D015の10非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ定量の算定は、原則として認められる。	ＩｇＥは血清中にごく微量存在する免疫グロブリンで、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、じんま疹Ⅰ型（即時型）アレルギー反応が関与する疾患などのⅠ型アレルギー疾患で高値を示す。非特異的ＩｇＥは、ＩｇＥの血中総濃度を測定する検査であり、Ⅰ型アレルギーのスクリーニング検査として有用である。このため、アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015の10非特異的ＩｇＥ半定量及び非特異的ＩｇＥ定量の算定は、原則として認められることとした。		共通
D017 細菌顕微鏡検査 （血液培養）	原則として、血液培養の際の検体での細菌顕微鏡検査は認められない。	臨床的に感染症の診療に当っては、原虫類、一部のスピロヘータ類は塗抹検査でその種類を特定できるが、細菌類、真菌類の多くは培養検査の結果を待たなければならない。また、検体塗抹検査によって菌が検出されるためには、材料中に多量の菌の存在が必要であり、化学療法の普及した今日にあっては、塗抹検査で菌の検出されることは極めて限られており、日常診療での有用性は極めて限られていると判断される。	原則として、血液培養の際の検体からの細菌顕微鏡検査は認められないが、マラリア、アメーバ赤痢等顕微鏡検査による形態学的診断が極めて重要な役割を演じる疾患であって、当該疾病を疑う医学的必要性が認められる場合は、Ｄ005の７血中微生物検査により算定する。	基金
D017・4、D018・5、D018・6 爪白癬の診断確定時の微生物学的検査の算定について	爪白癬の診断確定時の次の微生物学的検査の算定は、原則として認められる。 ⑴　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 ⑵　D018細菌培養同定検査「５」その他の部位からの検体	爪白癬は、爪甲、爪床、又はその両方に生じる真菌感染症である。診断は爪甲の変形や変色等の外観評価、直接顕微鏡検査（直接鏡検法）と真菌培養法を中心に実施する。 以上のことから、爪白癬の診断確定時の上記⑴から⑶の微生物学的検査の算定は、原則として認められると判断した。		基金

02_診療科別の基礎知識.indd　164　　2025/01/23　15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
	⑶　D018細菌培養同定検査「６」簡易培養			
D023-2・2 尿素呼気試験（ＵＢＴ） ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施したD023-２の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定について （検査結果が陽性の場合）	ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-２の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則として認められない。	ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、プロトンポンプ・インヒビター（ＰＰＩ）が投与されている患者に対するD023-２の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）については、ＰＰＩの静菌作用により検査結果が偽陰性となる可能性がある。厚生労働省通知（※）にも「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。」と示されている。このため、当該検査はＰＰＩの投与を中止又は終了してから２週間以上経過後に実施する必要がある。一方、投与中止又は終了後２週間以上経過せず実施し、結果「陽性」だった場合は、ヘリコバクター・ピロリ（ＨＰ）感染について「真に陽性」と判断し得る。しかし、ヘリコバクター・ピロリ（ＨＰ）感染者の偽陰性率はＰＰＩ服用中が33%、服用中止後３日目９%、７日目３%、14日目０%と報告されている。本検査において重要なことは、偽陰性例（真の陽性例の見落とし）の発生を極力避けることによって、ヘリコバクター・ピロリ感染を正確に診断することである。以上のことから、ヘリコバクター・ピロリ感染診断において、ＰＰＩ投与中止又は終了後2週間以上経過せず実施したD023-２の２尿素呼気試験（ＵＢＴ）の算定は、検査結果が陽性の場合であっても、原則認められないと判断した。		共通
D208 心電図検査①	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において心電図検査の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。	鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成28年３月31日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。		国保
D215 超音波検査	原則として、単なる挫傷に対する局所診断を目的とした超音波検査は認められない。	単なる「挫傷」に対する超音波検査の算定は、挫傷局所の診断検査としては一般的ではない。なお､「単なる挫傷」とは「部位や併存症または合併症（疑い病名を含む）などの傷病名記載のない挫傷」のことをいう。		国保
D215 パルスドプラ法加算（超音波検査（断層撮影法））①	原則として、肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は認められる。	肝癌（疑い含む）に対する超音波検査（断層撮影法）を施行する場合、パルスドプラ法加算の算定は、血流の定量的評価により診断の向上を図る目的で行われる。	肝血管腫での算定は認めない。	国保
D215 パルスドプラ法加算（超音波検査（断層撮影法））②	原則として、乳癌が疑われる患者に対するスクリーニング検査として、超音波検査の断層撮影法におけるパルスドプラ法加算は認められない。	乳癌自体の血流量が少ないので、パルスドプラ法は意味がない。また、スクリーニング検査では、早期症例又は他の良性腫瘍も多く含まれる。	乳腺腫瘍での算定も認めない。	国保
D215 パルスドプラ法加算① （腎悪性腫瘍）	原則として、腎悪性腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	腎癌の大半は血管の豊富な腫瘍であり診断的価値は大きい。また腎静脈、下大静脈などへの腫瘍浸潤の診断にも有用である。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、腎血管筋脂肪腫などの血管の豊富な腫瘍では、パルスドプラ法が必要である場合がある。	基金
D215 パルスドプラ法加算② （尿管腫瘍）	原則として、尿管腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められない。	尿管腫瘍は血流がほとんど存在せず、小さいので診断的価値が少ない。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、進行病変では診断的価値が高いことから、悪性腫瘍、血管病変では必要である場合がある。	基金
D215 パルスドプラ法加算③ （精索静脈瘤）	原則として、精索静脈瘤に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	手術適応の決定の際に、精索静脈の血流状態の診断が必要である。		基金
D215 パルスドプラ法加算④ （精索、精巣捻転症）	精索及び精巣捻転症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	精巣温存のためには緊急手術を要する疾患であり、その手術適応の決定の際に、精巣の血行障害の診断が必要である。		基金
D215 狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の３心臓超音波の算定について	狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の３心臓超音波　イ　経胸壁心エコー法の算定は、原則として認められる。	心臓超音波検査は、高周波の超音波を用いて心臓の動きや構造、血流を観察し、心臓疾患の診断や心機能・血行動態の判定を行う検査であり、狭心症確定後においては、心腔壁運動の異常、心筋虚血の有無の検出等に有用である。以上のことから、狭心症（確定後）の傷病名のみに対するD215の３心臓超音波イ経胸壁心エコー法の算定は、原則認められると判断した。		共通
D220 呼吸心拍監視①	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において呼吸心拍	鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成28年３月31日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。		国保

02_診療科別の基礎知識.indd 165　2025/01/23 15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
	監視の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。			
D220 呼吸心拍監視③ （静脈麻酔による手術）	静脈麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	静脈麻酔を用いる場合、その薬剤の特性から合併症として呼吸停止や血圧降下が見られる。これら術中の合併症の情報を早期に取得するために呼吸心拍監視を用いる。		基金
D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定	原則として、上部及び下部消化管内視鏡検査時（鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用している場合、使用していない場合）において経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定要件を満たさない場合は、当該検査の算定は認められない。	鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等での患者の全身状態の把握を行うことが通知にて示されているが、平成28年３月31日付医療課事務連絡にて、内視鏡検査を実施する際の当該検査については、算定要件を満たしている場合に算定できる旨が通知されており、基礎疾患がない場合などは当該検査は認められない。		国保
内視鏡検査	原則として肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査実施加算は痔核に対しては認められない。	肛門鏡検査時における超音波内視鏡検査は痔核に対して診断を進める際に用いる検査としては一般的ではない。		国保
除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合の取扱いについて	ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎において、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法については、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則として認める。なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱う。	平成25年２月21日付け保医発0221第31号「「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」の一部改正について」の記の１の対象患者に「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」とある。記の３に「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。」とある。記の７に「健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。」とある。平成25年３月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その13）」の医科（問６）に「健康診断で行った内視鏡検査で胃炎が見つかった患者も除菌治療の対象となるのか。」の問に対して、「対象となる。（以下省略）」と回答されている。このことから、「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」であり、「除菌前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患者」であれば、除菌療法の対象患者となる。ただし、内視鏡検査及び除菌前の感染診断の実施機関について特に記載されていない。以上のことから、除菌前の感染診断の請求がないヘリコバクター・ピロリ除菌療法について、内視鏡検査による胃炎の診断及びヘリコバクター・ピロリの感染診断（陽性）が、他医療機関（検診も含む）で実施された場合、病名及び症状詳記等にその旨の記載があれば、原則認められると判断した。なお、内視鏡検査又は造影検査において確定診断がなされた胃潰瘍又は十二指腸潰瘍についても同様に取扱うものとする。		共通

3　画像診断

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
画像診断	原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば別々に算定することは認められる。	原則として、慢性関節リウマチの病名で膝関節、足関節、手関節など左右の関節にそれぞれレントゲン撮影を実施した場合、左右患側であれば同一部位でないため別々に算定することは認められる。	経過観察の段階において、継続的に左右別々に算定することは認められない場合もある。	国保
画像診断① （腎・尿管）	画像診断における腎と尿管は、同一の部位の取扱いとする。	腎・尿管は連続した臓器であり、同一の部位と考えられる。		国保
画像診断② （仙骨・尾骨）	画像診断における仙骨と尾骨は、同一の部位の取扱いとする。	仙骨と尾骨は撮影条件を変える必要がなく同一の部位と考えられる。		国保
透視診断 ①（腎盂造影） ②（尿管造影）	腎盂造影撮影時・尿管造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。		国保
透視診断 ③（膀胱造影） ⑤（子宮卵管造影）	膀胱造影撮影時・子宮卵管造影撮影時の透視診断については認められない。	同上		国保
透視診断 ⑥（関節造影）	原則として、関節造影撮影時の透視診断は認められない。	同上		国保

02_診療科別の基礎知識.indd　166　　2025/01/23　15:43

4　薬剤

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
副腎皮質ホルモン剤と免疫抑制剤の併用	原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。	原則として、副腎皮質ホルモン剤が使われている疾患のうち、副腎皮質ホルモンに抵抗性のある症例に対して免疫抑制剤の併用は認められる。		国保
脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等	原則として医薬品の適応を審査する上で、脂質異常症、高脂血症、高コレステロール血症等は同等として取扱うことは妥当である。	高コレステロール血症、脂質異常症、高脂血症は同義であると解釈されている。また、高トリグリセライド血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高コレステロール血症の病名のみでは認められず、高コレステロール血症に適応のある薬剤を投与する場合は、高トリグリセライド血症の病名のみでは認められない。		国保
過活動膀胱治療剤①	原則として、「過活動膀胱の記載がない単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、単なる頻尿等」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。		共通
過活動膀胱治療剤②	原則として、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁」と記載されており、「過活動膀胱」の明示がない、「神経因性膀胱」に対して過活動膀胱治療剤（ベシケア錠等）の投与は認められない。		共通
キネダック錠	原則として、「糖尿病」の傷病名のみでキネダック錠の投与は認められない。	「効能・効果、用法・用量」には、「次の症状（糖化ヘモグロビンが高値を示す場合）の改善／糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」と記載されており、「糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常、心拍変動異常」の明示がない、「糖尿病」のみでのキネダック錠の投与は認められない。		共通
フオイパン錠	原則として、逆流性食道炎の傷病名のみでフオイパン錠の投与は認められない。	胃切除（胃全摘、噴門側又は幽門側胃切除、胃管再建など）術後は、十二指腸液の逆流によるアルカリ性食道炎をきたすが、フオイパン錠の有用性は、この十二指腸液のトリプシン等、蛋白分解酵素の阻害作用にある。一方、胃切除を伴わない逆流性食道炎は胃酸の逆流によるものである。両者の病態、治療法は全く異なることから、術後かどうかは明確に区別されなければならない。以上より、逆流性食道炎の傷病名のみでのフオイパン錠の投与は認められないとした。		国保
抗生物質	投与期間14日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、原則として14日を超えての投与は認められない。	投与期間14日以内（増減ありの記載のないもの）と規定されている抗生物質について、医学的な必要性の明確でない場合の14日を超えての投与は原則として認められない。	耐性菌の発現等を防ぐため、疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめると共に、必要に応じて検査を行うこと。	国保
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の投与について	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外に対する塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の投与は、原則として認めない。	塩酸バンコマイシン散（バンコマイシン塩酸塩散）の適応は、「ＭＲＳＡ感染性腸炎、クロストリジウム・ディフィシルによる偽膜性大腸炎及び骨髄移植時の消化管内殺菌」に特化されている。また、本薬剤は、通常、経口投与によってほとんど吸収されず、高い消化管内濃度が得られるが、血中にはほとんど現れないことから、消化管以外の感染症には用いられない。従って、ＭＲＳＡ腸炎、偽膜性大腸炎及び造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）時の消化管内殺菌以外での投与は、原則認められないと判断した。		共通
モサプリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定について	モサプリドクエン酸塩（商品名：ガスモチン錠等）の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定は認められる。	モサプリドクエン酸塩（商品名：ガスモチン錠等）の効能・効果は「慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ、悪心・嘔吐）」と添付文書に記載されている。慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ、悪心・嘔吐）は、消化管運動を活発化させる神経伝達物質であるアセチルコリンの分泌により、症状の改善が図られる。モサプリドクエン酸塩の作用機序は、選択的なセロトニン５-ＨＴ４受容体アゴニストであり、消化管内在神経叢に存在する５-ＨＴ４受容体を刺激し、アセチルコリン遊離の増大を介して上部及び下部消化管運動促進作用を示すと考えられている。よって、本剤は、慢性胃炎の症状に直接適応のあるものと判断できる。（胃の粘膜に作用して種々の症状を改善する。）また、平成16年７月７日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について」において、「特定疾患に対する薬剤を投与したときの45点の加算は、特定疾患に直接適応のある薬剤の処方の場合のみ算定できるのか。」の問に対して、「そのとおり」と回答されている。以上のことから、モサプリドクエン酸塩の効能・効果である慢性胃炎に伴う症状の改善に対する特定疾患処方管理加算２の算定は認められると判断した。		共通
単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与について	単なる動脈硬化症に対するペリシット錠の投与は、原則として認めない。	ペリシット錠の適応は「高脂血症の改善」に加えて「ビュルガー病、閉塞性動脈硬化症、レイノー病、レイノー症候群に伴う末梢循環障害」とされている。上記の動脈疾患は、末梢循環障害を主要症状とする一群である。従って、単なる「動脈硬化症」に対するペリシット錠の投与は、原則認められないと判断した。		共通
糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤（スルホニル尿素系製剤）の併用投与について	糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤（スルホニル尿素系製剤）の併用投与は原則として認められない。	グリニド薬（スターシス、グルファスト等）については、添付文書の「重要な基本的注意」に「本剤は、速やかなインスリン分泌促進作用を有する。その作用点はスルホニル尿素系製剤と同じであり、スルホニル尿素系製剤との相加・相乗の臨床効果及び安全性が確認されていないので、スルホニル尿素系製剤とは併用しないこ		共通

02_診療科別の基礎知識.indd 167　2025/01/23 15:43

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
		と。」等記載されている。また、ＳＵ剤（アマリール、グリミクロン等）については、日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド」（2018-2019）において、薬物療法の使用上の注意点として、「２種類以上のＳＵ薬の併用や、速効型インスリン分泌促進薬との併用は、治療上意味がない。」と示されている。このことから、糖尿病に対するグリニド薬とＳＵ剤の併用投与は原則認められないと判断した。		
潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与について	潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用投与は、原則として認める。	潰瘍性大腸炎の治療については、左側あるいは全大腸炎型でも遠位大腸の活動性がある場合には、内服療法に加え局所投与の併用が望ましい。ペンタサ錠は小腸から大腸の広い範囲で吸収される特徴があるが、大腸の末端までは、高い濃度のメサラジンが行き届かない。潰瘍性大腸炎では、病変が直腸からびまん性に口側に進展することから、ペンタサ注腸は、病変部位に十分な薬剤を到達させる製剤である。なお、ペンタサ注腸の「効能・効果に関連する使用上の注意」には「脾湾曲部より口側の炎症には効果が期待できない」とある。また、厚生労働省研究班（鈴木班）による治療指針でも左側大腸炎型・全大腸炎型の軽症・中等症の寛解導入療法で、内服に注腸の併用は効果増強が期待できるとあり、重症例でも併用が認められている。寛解維持療法でも内服と注腸の併用は有用であるとされている。（潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針：平成27年度改訂版（平成28年３月31日））これらのことから、ペンタサ錠とペンタサ注腸は大腸内でも作用する部位が異なるため、潰瘍性大腸炎に対する併用投与は、原則認められると判断した。		共通
同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与の取扱いについて	同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められる。	＜カデュエット配合錠４番（アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物）とノルバスクＯＤ錠５ｍｇ（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞ カデュエット配合錠４番は、アトルバスタチンとして10ｍｇ及びアムロジピンとして５ｍｇが含有されている配合薬であり、持続性Ｃａ拮抗薬にも該当する。ノルバスクＯＤ錠５ｍｇは、アムロジピンとして５ｍｇが含有されている薬剤であり、持続性Ｃａ拮抗薬に該当する。カデュエット配合錠の添付文書の「用法及び用量」には、「以下のアムロジピンとアトルバスタチンの用法・用量に基づき、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンの項に「通常、成人にはアムロジピンとして2.5～５ｍｇを１日１回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には１日１回10ｍｇまで増量することができる。」と記載されている。また、「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「配合用量以外の用量を投与する場合は、個別のアムロジピン製剤又はアトルバスタチン製剤を用いることができるが、それぞれの成分の用法・用量の範囲内で投与すること。」と記載されている。カデュエット配合錠４番とノルバスクＯＤ錠５ｍｇの併用投与については、アムロジピン製剤の投与量は合計10ｍｇとなり、個別のアムロジピン製剤の成分の用法・用量の範囲内で投与したものであり、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。 ＜ユニシア配合錠ＨＤ（カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩）とアムロジピン錠５ｍｇ（アムロジピンベシル酸塩）の併用投与について＞ ユニシア配合錠ＨＤは、カンデサルタンシレキセチルとして８ｍｇとアムロジピンとして５ｍｇが含有されている配合薬であり、持続性Ｃａ拮抗薬にも該当する。アムロジピン錠５ｍｇは、アムロジピンとして５ｍｇが含有されている薬剤であり、持続性Ｃａ拮抗薬に該当する。ユニシア配合錠ＨＤの添付文書の「用法及び用量に関連する使用上の注意」には、「以下のカンデサルタンシレキセチルとアムロジピンベシル酸塩の用法・用量を踏まえ、患者毎に用量を決めること。」と記載され、アムロジピンベシル酸塩の項に「通常、成人にはアムロジピンとして2.5～５ｍｇを１日１回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、効果不十分な場合には１日１回10ｍｇまで増量することができる。」と記載されている。ユニシア配合錠ＨＤとアムロジピン錠５ｍｇの併用投与については、アムロジピンの投与量は合計10ｍｇとなり、当該成分量から判断し、「用法及び用量に関連する使用上の注意」に則した投与として妥当と考える。 以上のことから、同一成分の持続性Ｃａ拮抗薬（配合錠と配合錠以外（単剤））の併用投与については、個々の医薬品の添付文書に基づき、含有成分の用法・用量の範囲内においては、原則として認められると判断した。		共通
アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬（錠・ドライシロップ・ゼリー等）の投与について	アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与は、原則として認める。	認知症疾患治療ガイドライン2010（日本神経学会監修）において、アルツハイマー型認知症（ＡＤ）が脳血管障害と共通の危険因子を有することや、病理学的にも、特に高齢者ではアルツハイマー型認知症の病理所見と脳血管障害が重なる病態が多く認められるとされている。また、近年では、血管性認知症（ＶａＤ）の疾病概念が変更され、「脳血管障害を有するアルツハイマー型認知症（ＡＤ）」あるいは「混合型認知症」という概念が広まっている。以上のことから、アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害（脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞等）の病名とが併存している場合におけるアリセプト内服薬の投与については、原則認められると判断した。		共通

02_診療科別の基礎知識.indd　168　　2025/01/23　15:43

5　処置

項目	取扱い	取扱いの根拠	留意事項	根拠
J114 ネブライザ① （気管支炎）	原則として、気管支炎に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。	喉頭及び喉頭下ネブライザーによる吸入療法は、気管支へも到達し得るものであり、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対しても有効であると認められる。	薬剤塗布の目的をもって行った加圧スプレー使用は、J098口腔・咽頭処置により算定する。	国保
J114 ネブライザ② （喘息）	原則として、喘息に対する喉頭及び喉頭下ネブライザーの算定は認められる。	同上	同上	国保
J115 超音波ネブライザ① （気管支炎）	気管支炎に超音波ネブライザーの算定は認められる。	吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから気管支炎に対して有効であると認められる。		国保
J115 超音波ネブライザ② （喘息）	喘息に超音波ネブライザーの算定は認められる。	吸入療法は、全身療法に比べ、より少量の薬剤が効率的に病変部位に達し、優れた効果と安全性を両立するものであることから喘息に対して有効であると認められる。		国保

02_診療科別の基礎知識.indd 169　2025/01/23 15:43

02_診療科別の基礎知識.indd 170 2025/01/23 15:43

Ⅲ
開業医のための基礎知識

開業における留意事項 Ⅲ-1
ペインクリニック Ⅲ-2
緩和ケア Ⅲ-3
在宅医療 Ⅲ-4
訪問看護 Ⅲ-5
連携 Ⅲ-6
保険外の患者負担 Ⅲ-7
公費負担医療制度 Ⅲ-8
労災・自賠責 Ⅲ-9
日本医師会認定産業医制度 Ⅲ-10
日本医師会生涯教育制度 Ⅲ-11
日医かかりつけ医機能研修制度 Ⅲ-12

03_開業医のための基礎知識.indd 172 2025/01/24 11:59

1　開業における留意事項

1　医療安全対策のための各種指針の作成について

平成19年４月に第５次医療法改正が施行され、これまで施行規則で規定されていた医療安全に係る各種事項が、法律の条文によって明記されることになりました。合わせて、病院、有床診療所に義務付けられていた「医療安全管理指針」をはじめ各種の対策、指針の作成が無床診療所にも義務付けられています。

下記(1)～(6)のそれぞれについて、適切に作成、確認、見直しをお願いします。

⑴医療安全管理指針

日本医師会の作成した「医療安全管理指針のモデルについて」（改訂版/H19.３）では、無床診療所についてもモデルが掲載されています。

「基本理念」「医療安全委員会」「報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策」「安全管理のための指針・マニュアルの作成」「医療安全管理のための研修」「事故発生時の対応」などについて記載されています。

これを参考にしていただき、医療安全管理指針を定めてください。

◎「医療安全管理指針について」は下記のＷＥＢを参照してください。

https://www.med.or.jp/anzen/manual/anzen.pdf

「医療安全管理指針 日本医師会」で検索

（モデル３）
○○診療所（無床）医療安全管理指針

1　総 則

1－1　基本理念

本 診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

こ の目的を達成するため、○○診療所の院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに○○診療所 医療安全管理指針を定める。

1－2　用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1)　医療事故
診療の過程において患者に発生した望ましくない事象
医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2)　職員
本診療所に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(3)　医療安全推進者
医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、院長の指名により、本診療所全体の医療安全管理を中心的に担当する者（医療安全管理者と同義、以下同じ）であって、専任、兼任の別を問わない
診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

2　報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

(1)　報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、

事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

①　職員からの報告等
職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(ｱ)　医療事故
⇒　医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後直ちに院長へ報告する。

(ｲ)　医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例
⇒速やかに院長へ報告する。

(ｳ)　その他、日常診療のなかで危険と思われる状況
⇒適宜、院長へ報告する。

②　報告された情報の取扱い
院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

(2)　報告内容に基づく改善策の検討

院長は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

①　すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること

②　上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること

3　安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、全ての職員に周知する。

(1)　院内感染対策指針　　＊必携

(2)　医薬品安全使用マニュアル　　＊必携

03_開業医のための基礎知識.indd 173　2025/01/24 11:59

(3)　輸血マニュアル
(4)　褥瘡対策マニュアル
(5)　その他

4　医療安全管理のための研修

(1)　医療安全管理のための研修の実施

院長は、１年に２回程度、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。

研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、２年間保管する。

(2)　研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3)　研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

5　事故発生時の対応

(1)　救命措置の最優先

①　医療側の過失によるか否かを問わず､患者に望ましくない事象が生じた場合には、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

②　緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう､連携体制を日頃から確認しておく。

(2)　本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて関係者の意見を聴くことができる。

(3)　患者・家族・遺族への説明

院 長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

6　その他

6－1　本指針の周知

本 指針の内容については、院長、医療安全推進者等を通じて、全職員に周知徹底する。

6－2　本指針の見直し、改正

院長は、必要に応じ本指針の見直しを検討するものとする。

6－3　本指針の閲覧

本 指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

6－4　患者からの相談への対応

病 状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ院長等へ内容を報告する。

⑵院内感染対策指針

平成19年４月、医療法施行規則に基づき、各医療機関において「院内感染対策のための指針」を文書化して備えることが義務付けられました。指針に文書化することとして通知に掲げられたのは下記の７項目です。

①院内感染対策に関する基本的考え方
②院内感染対策のための委員会（委員会を設ける場合を対象とする）その他の当該病院等の組織に関する基本的事項
③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
④感染症の発生状況の報告に関する基本方針
⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針
⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
⑦その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

◎「院内感染対策指針のモデル」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.med.or.jp/anzen/manual/kansenshishin.pdf
「院内感染対策指針 日本医師会」で検索

⑶診療用放射線の安全利用のための指針

診療用放射線に係る安全管理体制について平成31年に省令改正等が行われ、令和２年４月１日より施行、線量管理の対象となる医療機器を保有する医療機関（エックス線装置を備えているすべての医療機関が対象）には以下の内容が義務付けられています。

①安全管理責任者の配置
②安全管理指針の策定
③安全利用のための研修の実施
④線量管理と線量記録

※①の安全管理責任者については、常勤の医師又は歯科医師を原則としています。

※③の研修については、医療機関の規模により研修受講対象者が数名の限られた職員のみとなり、独自の企画が難しいことが予想されることから、日本医師会に動画が用意されています。

「医療機関での診療用放射線の安全利用の研修（動画を用いた研修）について」のページに掲載された動画を視聴、動画中に出される問題に解答して、「日本医師会様式解答記入書兼研修修了証」を発行することで、研修受講となります。

03_開業医のための基礎知識.indd 174　2025/01/24 11:59

◎「指針・動画」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008991.htm
「診療用放射線の安全利用のための指針 日本医師会」で検索

⑷医薬品の安全使用のための業務手順書

「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（平成19年３月）が見直され、平成30年改訂版が作成されています。医薬品の採用・購入・管理や重大な有事事象の予防・対応、事故発生時の対応等についての手順書が必要となります。平成30年に新設された第23章をはじめ、手順書の内容については各医療機関での状況にあわせて適宜削除・追加をお願いします。

◎「手順書」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.med.or.jp/anzen/manual/sakusei_manual.pdf
「医薬品の安全使用のための業務手順書 日本医師会」で検索

⑸検体検査業務の精度確保

平成29年６月に成立した「医療法等の一部を改正する法律」のうち、検体検査の精度確保に関する規定が平成30年12月より施行されています。病院及び診療所が自ら検体検査を行う場合、その構造設備については特段の基準は定めないものの、精度確保のため責任者を置くこととし、標準作業書及び作業日誌又は台帳関係を作成することとされています。これは「診察室や処置室で検体検査を実施している診療所」を想定したもので、臨床検査技師が勤務していない診療所等では、医師が日常診療業務の中で制度の確保に努めることが求められていることから、医療機器や体外診断用医薬品の添付文書、及び取扱説明書を活用した簡便な作業日誌の運用となっています。

整備測定標準作業書、作業日誌等を整備する必要がある主な検体検査の測定装置及び測定キットは下記などです。

①臨床化学自動分析装置（ドライケミストリー法を含む）
②免疫血清検査装置
③グルコース専用分析装置
④ＨｂＡｌｃ専用測定装置
⑤血球計数装置
⑥尿検査装置、試験紙キット
⑦インフルエンザウイルス抗原検出キット
⑧血液凝固分析装置
⑨微生物検査装置

◎「手引き・資料」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://jmamdc.med.or.jp/images/tebiki_20181228.pdf
「医療機関における検体検査業務の精度確保に向けた手引き 日本医師会」で検索

⑹医療機器に係る安全管理のための体制確保

厚生労働省から「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について（平成30年６月）」の通知が発出されていましたが、その後「医療機関における生命維持管理装置等の研修および保守点検の指針」及び「医療機関における放射線関連機器等の研修および保守点検指針」が策定され、令和３年７月に「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」が新たに発出され、そこでは下記の４点が挙げられています。

①医療機器の安全使用を確保するための責任者（医療機器安全管理責任者）の設置
②従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
③医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
④医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

◎医療機器保守点検計画については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/180612-2.pdf
医療機関における放射線関連機器等の保守点検指針

https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000898768.pdf
医療機関における生命維持管理装置等の研修および保守点検の指針

https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000898766.pdf
医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について

＊日本医師会ホームページ内「患者の安全確保対策室」において医療関係団体（学会・医会等）や医療器材メーカー・業界団体が作成した安全対策マニュアルを閲覧することができます。
https://www.med.or.jp/anzen/manual.html

2　就業規則

常時10人以上の従業員を使用する使用者は、労働基準法（昭和22年法律第49号）第89条の規定により、就業規則を作成し、所轄の労働基準監督署長に届け出なければならないとされています。就業規則を変更する場合も同様に、所轄の労働基準監督署長に届け出なければなりません。

なお、従業員10人未満の医療機関でも就業規則を作成しておくことで従業員とのトラブル対応がスムーズになると思います。

03_開業医のための基礎知識.indd 175　2025/01/24 11:59

また、労働施策総合推進法において今まで大企業のみが義務化されていたパワーハラスメント対策が2022年４月１日から中小企業に対しても義務化されています。

厚労省の「モデル就業規則」にはパワーハラスメントについても記載されていますので参考にしてください。

◎「就業規則」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/model/index.html
「モデル就業規則　厚労省」で検索



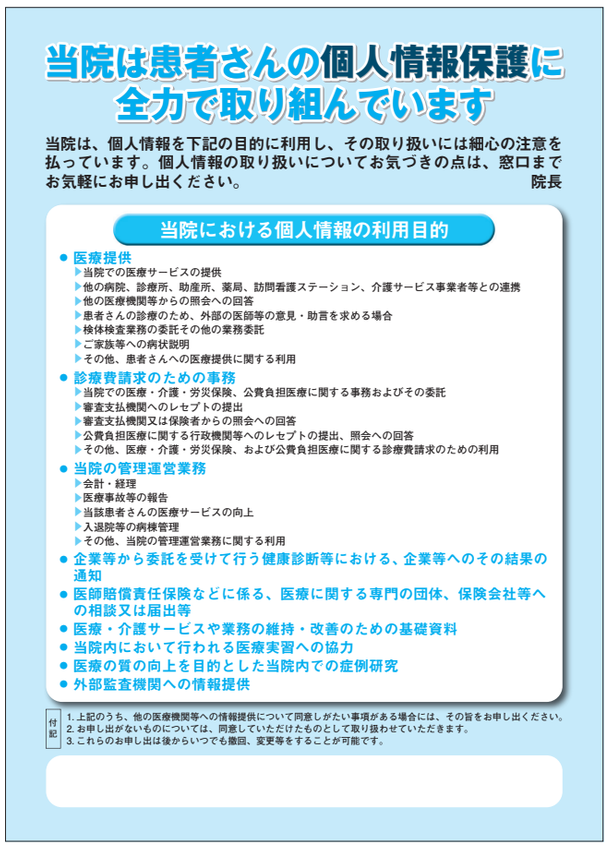
3　個人情報の保護

「個人情報の保護に関する法律」の第15条では「個人情報取扱事業者は、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的をできる限り特定しなければならない。」とされ、第16条で「個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。」と規定されています。診療所における医療に関する個人情報ももちろん例外ではありません。

日本医師会が次のようなポスターを作成していますので、これを参考にしていただき院内掲示をお願いします。

個人情報保護　日本医師会ポスター

※日本医師会メンバーズルームからダウンロードできます。



4　診療情報の提供（カルテ開示）

診療情報の提供については、平成15年の厚生労働省医政局長通知により「診療記録の開示も含めた診療情報の提供については、患者と医療従事者とのより良い信頼関係の構築、情報の共有化による医療の質の向上、医療の透明性の確保、患者の自己決定権、患者の知る権利の観点などから積極的に推進することが求められてきたところである。また、生活習慣病等を予防し、患者が積極的に自らの健康管理を行っていく上でも、患者と医療従事者が診療情報を共有していくことが重要となってきている。」とされ、さらに「患者の自己決定権を重視するインフォームド・コンセントの理念に基づく医療を推進するため、患者に診療情報を積極的に提供すると共に、患者の求めに応じて原則として診療記録を開示すべきである。」と、診療情報は原則開示である旨が表明されています。

日本医師会も「診療情報の提供に関する指針」を制定しています。その中で「診療記録等の開示による情報提供」として「医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする。」と、やはり原則開示としています。

その他・診療記録等の開示を求めうる者・診療記録等の開示を求める手続き・費用の請求・診療記録等の開示などを拒

03_開業医のための基礎知識.indd 176　2025/01/24 11:59

みうる場合・遺族に対する診療情報の提供などについて述べられています。

日本医師会の指針を参考にして自院の診療情報の提供に関する指針を策定しておくと良いでしょう。

◎「診療情報の提供に関する指針」については下記のＷＥＢを参照してください。

https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/000318.html

「診療情報　日本医師会」で検索

5　かかりつけ医

「かかりつけ医」とは日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年８月）により「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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」と定義され「かかりつけ医機能」についても具体的に述べられています。

近年の診療報酬改定では改定の基本方針としてかかりつけ医機能の評価が取り上げられており、「機能強化加算」「小児かかりつけ診療料」「地域包括診療料」などの点数が設定されています。一方、財務省は医療費の「適正化」の施策としてかかりつけ医の「制度化」を求めており、令和４年４月の財政制度分科会においても「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化した上で、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定する」と提言しています。

こういった中、令和４年４月に日本医師会において、かかりつけ医に関する考え方として「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」があらためて取りまとめられました。これは、かかりつけ医機能を果たしていく医師の覚悟を示したものであり、国民に分かりやすいものとするため、できるだけ専門用語を避けて作成しています。

日本医師会の従来のスタンスとの違いについては、次のことを明確に示しています。

・かかりつけ医は患者が医師を表現する言葉である。
・患者ごとにかかりつけ医は異なり、患者にふさわしい医師が誰かを数値化して、測定することはできない。
・患者が信頼できる医師がかかりつけ医である。

国民の信頼に応えるかかりつけ医として
2022年４月 公益社団法人日本医師会
日本医師会の思い

「かかりつけ医」とは、患者さんが医師を表現する言葉です。「かかりつけ医」は患者さんの自由な意思によって選択されます。どの医師が「かかりつけ医」かは、患者さんによって様々です。患者さんに最もふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません。だからこそ、わたしたち医師は、心をこめて一人ひとりの患者さんに寄り添います。そうして患者さんに信頼された医師が、「かかりつけ医」になるのです。患者さんと「かかりつけ医」の信頼関係に基づいて、全国で様々な形のかかりつけ医機能が発揮されています。わたしたち医師は、かかりつけ医機能をさらに深化させると共に、より温かみのあるものにしていきます。

⑴「かかりつけ医」の努め

わたしたち医師は、患者さんに信頼される「かかりつけ医」になるべく、これまで以上にかかりつけ医機能を発揮し、誠意をもって、患者さんを包括的かつ継続的に支えていきます。

・患者さんに、いつでも、何でも相談していただけるよう、しっかりとコミュニケーションをとって診察します。
・診察の結果を分かりやすい言葉で伝え、患者さんのライフスタイルを理解した上で患者さんと治療目標を共有します。
・必要なときには、適切なタイミングで適切な専門の医師や医療機関につなぎます。そのために日頃から、地域の医師たちとの対話を深め、患者さんをチームとして支えます。
・いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。
・外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択します。
・日々、新しい医療技術の研鑽を積み、患者さん及びご家族と共に最善の治療を選択します。
・患者さんの意思を尊重し、ご家族と共に、患者さんの尊厳ある生き方を支えます。
・予防接種や健康診断を担い、生活のこと、仕事のことも含め幅広く患者さん及びご家族からの健康相談を受け、必要なときに適切な医療につなげます。
・患者さんの主治医意見書の作成をはじめ、患者さんの希望を受け止めて、地域の介護サービスや福祉サービスにつなぐなど、地域包括ケアシステムの中で求められる役割を果たします。
・患者さんがもっとも安心・安全かつ効率的に最善の医療に到達できるよう医療のデジタル化を進めます。
・患者さん個人を守ることを絶対の条件として、また、地域の方々がより効果的に予防・健康づくりを進められるよう、医療情報を活用します。

⑵地域社会におけるかかりつけ医機能

わたしたち医師はお互いに協力し、様々な職種の方とも協力して、医師それぞれの特性を活かして地域住民の健康を支えます。主に医師会活動として行っています。

・健康相談、予防接種、健診・がん検診、母子保健、学校

03_開業医のための基礎知識.indd 177　2025/01/24 11:59

保健、産業保健、地域保健などの社会的な活動や、警察医などの行政活動に協力します。
・災害が起きた地域の医療支援活動に参加し、被災者の方の健康管理や診療などを担います。
・24時間365日、安心して相談、受診していただけるよう地域の医師同士で連携する体制をとると共に、在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担します。

⑶地域の方々に「かかりつけ医」をもっていただくために

医療法では「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供体制の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」と定められています。日本医師会は、国民の方に「かかりつけ医」をもっていただくための判断材料を提供します。
・地域の方々が、「かかりつけ医」になりうる医師を探すことができるよう、それぞれの医師が担っている機能、専門分野や強みのある分野などについて、情報を分かりやすく公開します。
・現在、47都道府県で「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」が整備され、全国すべての医療機関の診療科目や対応可能な治療等が公開されています。
・日本医師会は、国や都道府県医師会と協力して、患者さんにとってさらに分かりやすい情報提供を進めます。
・地域医師会は、市民向け講座などを通じて、住民の方々と共に、地域の予防・健康づくりを進めます。
・日本医師会は、必要なときに適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守ります。そして「かかりつけ医」として、患者さんにさらに信頼していただけるよう努めていきます。

6　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

ＡＣＰ（AdvanceCarePlanning）とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

死期のいかんではなく、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきだという考え方により、厚生労働省は、平成27年３月に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改めました（日本医師会ホームページより）。

日本医師会生命倫理懇談会では、「終末期医療に関するガイドライン」を見直し、「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン（令和２年５月）」へ改訂しました。

その中では「人生の最終段階における医療･ケアのあり方」として、

⑴本人が自らの意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供することが基本的な考え方である。

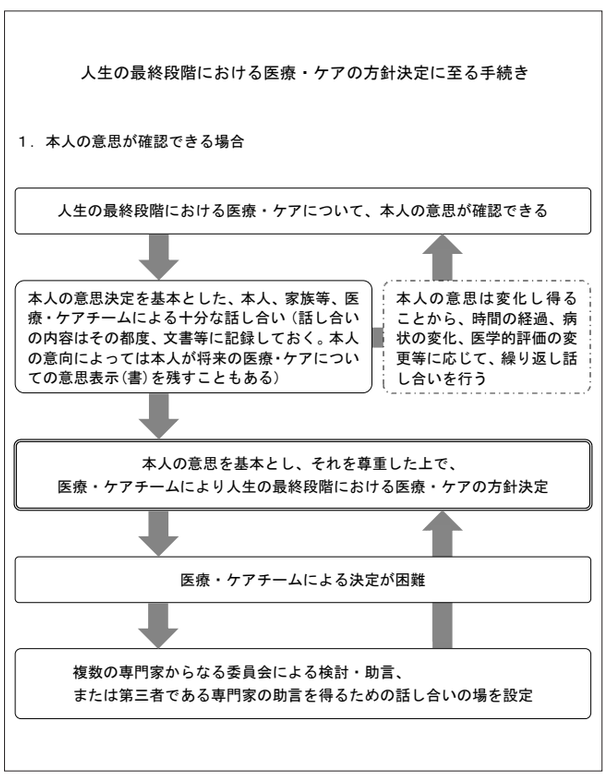
⑵担当医・かかりつけ医は、いざという場合、本人が自らの意思を明らかにできない状態になる可能性があることから、特定の家族等を自らの意思を推定する者としてあらかじめ定めておくよう本人に勧めることが望ましい。

同時に、本人が意思表示できる間に、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思や希望を繰り返し確認するＡＣＰの実践をすることも重要である。

と述べています。

令和４年度の診療報酬改定ですべての在宅療養支援診療所について「厚生労働省『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする」となるなど、かかりつけ医にとってＡＣＰは必須のものとなっています。

◎「ＡＣＰ」については下記のＷＥＢを参照してください。
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html
「ＡＣＰ　日本医師会」で検索



7　超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き

日本医師会から「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」が出されています。

03_開業医のための基礎知識.indd 178　2025/01/24 11:59

これは多剤併用による薬物有害事象を防ぐための処方の考え方を中心に解説した手引きとなっています。

総論としての「安全な薬物療法」では、次のように記載されています。

“高齢者は多病のために多剤併用になりやすい。老年科外来の多施設調査では平均4.5種類、レセプト調査では70歳で平均６種類以上服用していた。多剤併用の問題は、薬剤費の増大、服用の手間などを含むＱＯＬの低下、そして、最も大きな問題は、薬物相互作用及び処方・調剤の誤りや飲み忘れ、飲み間違いの発生確率増加に関連した薬物有害事象の増加である。有害事象に直接つながらなくても、多剤処方に起因する処方過誤や服薬過誤は医療管理上問題である。”　等

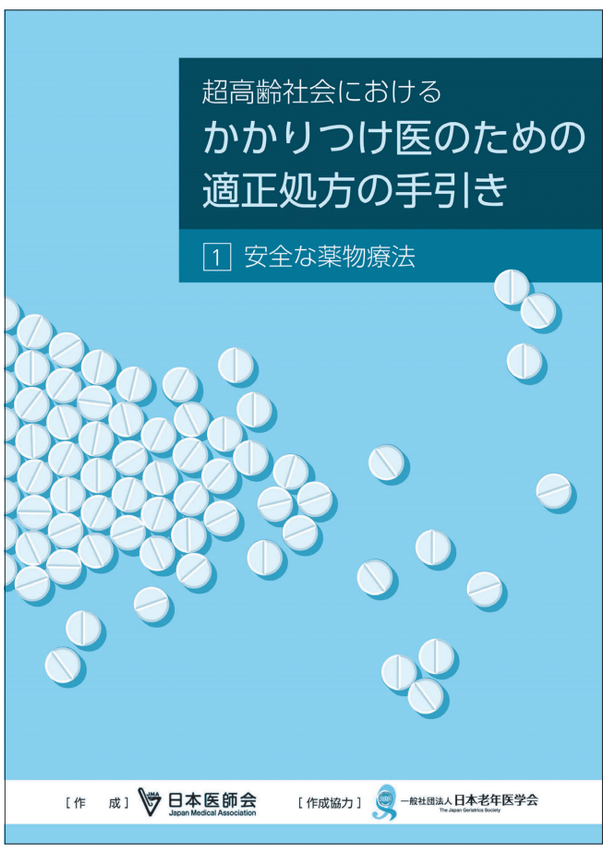
各論として、「認知症」「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧」について具体的に提案されています。

患者さんの服薬管理を行う際の参考としてご活用ください。

◎「かかりつけ医の適正処方」については下記のＷＥＢを参照してください。

https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

「かかりつけ医　適正処方」で検索



8　「病院の言葉」を分かりやすく

国立国語研究所は「病院の言葉」委員会を設置し、「病院の言葉」を分かりやすくする提案を発表しました。

「医療の分野では、患者中心の医療の考え方が広まり、医療者は十分に説明をし、患者は説明を理解し納得した上で、自らの医療を選ぶことが求められています。ところが、医療者の説明に出てくる言葉が分かりにくいことが、患者の理解と判断の障害になっています。」と述べ、病院の言葉を分かりやすく伝えるための工夫を医療者に対して提案しています。

そのなかでは、代表できる言葉を取り上げ、分かりやすく伝える例を、詳しく示しています。

「エビデンス」

・「エビデンス」の認知率は23.6%、理解率は8.5%であり一般にはほとんど理解されない言葉であるので、患者に対しては使わないで説明する方がよい。

・「エビデンスがある薬」⇒「よく効くことが研究によって確かめられている薬」

「エビデンスに基づく治療」⇒「研究の結果、これがよいと証明されている治療」

など、文脈に応じて日常的な表現で言い換えるのがよいと提案しています。

「ＡＤＬ」

・『ＡＤＬ』というアルファベット略語は、患者にとってなじみがない（認知率 29.7%）。また、意味を理解している人は極めて少ない（理解率 9.3%）。非常に分かりにくい語なので、使わないようにしたい言葉である。

・高齢者はアルファベット略語を分かりにくく感じる人が多いので、特に配慮したい。

・『日常生活動作』と言い換えることが一般的だが、この言い換え語は場合によって誤解を生むおそれがある。

例えば『ＡＤＬが自立している』などという文脈で、単に『日常生活動作』と言い換えると、日常生活動作が自立しているので、通常の日常生活が送れると誤解される場合がある。通常の日常生活ではなく、日常生活を送るための最低限の動作を指すということが、きちんと伝わる言い換えや説明を心掛けたい。

と提案しています。

その他「日常語で言い換える」「明確に説明する」「重要で新しい概念の普及を図る」の分類で57項目が紹介されています。

出典：国立国語研究所「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」
国立国語研究所「病院の言葉」委員会

◎詳細については下記のＷＥＢを参照してください。

https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/

「病院の言葉」で検索

03_開業医のための基礎知識.indd 179　2025/01/24 11:59

2　ペインクリニック

1　ペインクリニックとは

多く方々は腰痛や頭痛など何らかの慢性の痛みを抱えて生活しています。元来痛みは、身体に生じた異常事態を知らせる警告反応として大切な役割を持っています。実際、医療機関を受診する一番の理由は「痛み」です。多くの痛みは原因となる病態の改善と共に軽減消失します。警告の役割を終えた痛みがいろいろな理由で長く存在すると、より強い痛みや新しい種類の痛みが加わり、病気の部位の器質的異常や機能低下だけの問題だけでなく身体的・精神的・社会的要因が複雑に関与し始め、私たちの生活の質（Quality of life：ＱＯＬ）を低下させることになります。この慢性痛は、頭痛、肩関節周囲炎、筋・筋膜性疼痛、変形性腰椎症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、帯状疱疹後神経痛、軽微な外傷をきっかけとしても起こる複合性局所疼痛症候群（complex reginal pain syndrome：ＣＲＰＳ）と呼ばれ、術後の長く続く痛みなど数多くあり、その原因と病態は様々です。

ペインクリニックでは、急性痛と同様に慢性痛に対する的確な診断を行い、薬物療法、神経ブロック、リハビリテーション、認知行動療法など多職種と協同したチーム医療で治療に当たり痛みを軽減･消失させＱＯＬを向上させます。また、がんの痛みでは、身体症状としての痛みを軽減・消失させることはもちろんですが、精神的な「つらさ」にも焦点を当てて治療を進めます。

ペインクリニックでは、高度な技術が必要な神経ブロック等の手技や、複数の注射薬・内服薬を使用することがあるため、副作用が発生した際に適切な対処ができる等、熟練した医師が行うことも重要な点です。

2　痛みのメカニズム

痛みには大きく分けて３つの種類があります。外傷などによる痛みである、侵害受容性疼痛。椎間板ヘルニアやウイルス感染症などが原因となり、神経自体が損傷を受けることにより痛みが起こる神経障害性疼痛。そして社会的要因等で脳そのものに痛みを感じさせてしまう心因性疼痛です。

外傷などによって皮膚や内臓などの神経終末である侵害受容器というものが刺激されて侵害受容性疼痛が起きます。ここではさらに損傷が起きた組織から作られる様々な発痛物質によって痛みが増強されます。

神経そのものが損傷して痛みが出る神経障害性疼痛は、神経の変性が関与していることがあるため、根治させることは大変困難になります。

心因性疼痛は、脳の機能的な変調により発生している可能性もあり、中枢神経障害性疼痛と呼ばれるようになっています。

また痛みは交感神経を緊張させ、血管を収縮させることにより局所の血流低下を引き起こします。血流の低下が持続すると徐々に組織が酸素欠乏となり、また新陳代謝が悪化し組織が障害されます。組織が障害されるとブラジキニン・ヒスタミン・アセチルコリン・プロスタグランジンＥなどの発痛物質が産生され、これらが痛みを誘発するようになります。血流低下によりこれらの流失がなくなればさらに痛みが増すという悪循環が生じることになります。この悪循環を断ち切ることも痛みを軽減させる重要なポイントになります。

3　ペインクリニックが扱う主な疾患

⑴帯状疱疹後神経痛

帯状疱疹発症後、皮疹が消失したあとも痛みや皮膚の感覚過敏や異常感覚が残る神経痛の一種です。神経がウイルスによって損傷されたあとの神経痛で難治性です。この痛みに対しては神経ブロックを行っても完全には痛みをとることは困難です。様々な薬物療法や点滴治療を用いて痛みの軽減を目指します。

⑵頚部・肩部・上肢の痛み

①変形性頚椎症
②頚椎椎間板ヘルニア
③頚椎椎間関節症
④外傷性頚部症候群
⑤肩関節周囲炎
⑥脊柱管狭窄症
⑦複合性局所疼痛症候群（ＣＲＰＳ）
上記疼痛に対する神経ブロック治療
ア）星状神経節ブロック
イ）トリガーポイント注射
ウ）硬膜外ブロック
エ）椎間関節ブロック
オ）神経根ブロック
カ）椎間板ブロック
キ）腕神経叢ブロック
ク）脊髄電気刺激療法

⑶腰部・下肢の痛み

①椎間板ヘルニア
②脊柱管狭窄症
③椎間関節症
④変形性脊椎症
⑤脊椎分離症・すべり症
⑥筋・筋膜性腰痛症
⑦骨粗しょう症

03_開業医のための基礎知識.indd 180　2025/01/24 11:59

前述の疼痛に対する神経ブロック治療

ア）トリガーポイント注射

イ）硬膜外ブロック

ウ）神経根ブロック、神経根パルス高周波術

エ）椎間関節ブロック

オ）脊髄神経後枝内側枝熱凝固術

カ）椎間板ブロック

キ）脊髄電気刺激療法

⑷頭痛

①片頭痛

②群発頭痛

③筋緊張型頭痛

＜頭痛の治療＞

片頭痛や群発頭痛には、トリプタン系内服薬・点鼻薬・注射薬を使用します。筋緊張型頭痛の治療は内服薬の他トリガーポイントブロックやその他のブロックを組み合わせて行うこともあります。

⑸顔面の痛み・けいれん

①特発性三叉神経痛

＜特発性三叉神経痛の治療＞

ア）薬物療法

抗けいれん薬であるテグレトールが特効薬です。眠気・ふらつき・目まい・吐き気・便秘・皮疹などの副作用が起こることがあります。

イ）神経ブロック療法

神経あるいは神経節に直接ブロック針をあて神経破壊薬を注入するか、あるいは高周波熱凝固法を用いて神経を遮断する方法です。痛みの部位によってブロックする神経を決めます。眼窩上神経・眼窩下神経・上顎神経・おとがい神経・下顎神経ブロック及びガッセル神経節ブロックなどがあります。有効期間はブロック部位や方法により異なりますが、１回のブロックで１年前後の鎮痛が期待できます。ブロック後は一定の部位の感覚が消失します。

ウ）手術療法

血管の圧迫を取り除く手術で脳神経外科の医師が行います。

エ）ガンマナイフ

脳神経外科や放射線科で行われています。

②眼瞼あるいは片側顔面けいれん

目の回りや顔の筋肉が無意識にけいれんする病気で，ボツリヌストキシンによる治療が選択されます。

⑹その他の痛み疾患

①複合性局所疼痛症候群（Complex Regional Pain Syndrome）

持続的で局在性が不明瞭な難治性の痛みがあり、血管運動障害・発汗障害、皮膚・爪などの退行性変化、筋萎縮、骨粗鬆症などの局所栄養障害をきたす病態の総称です。外傷をはじめとする様々な原因によって起こるとされています。治療法としては、薬による治療や神経ブロック療法が用いられます。痛みを軽減した上でのリハビリテーションが重要とされています。

4　ペインクリニック診療を行うために必要な設備

手技としては交感神経緊張を遮断する方法を用いますので、神経ブロックに必要な針・留置カテーテル・局所麻酔薬を使用します。またレーザー・低周波を使用した治療、針・灸を使用することもあります。局所麻酔薬による低血圧・けいれん等に対応することが可能な設備・薬剤が必要です。

5　ペインクリニック保険診療上の留意事項

下記の（表１）を参照してください。

表１

L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）			
区分	項目名	点数	注
1	トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック	1,500点	左記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。
2	眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック	800点	
3	腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック	570点	
4	眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合	400点	
5	星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック	340点	
6	腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック	170点	
7	頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭	90点	

03_開業医のための基礎知識.indd 181 2025/01/24 11:59

	神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック		

通知

⑴神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（２%以上）等の神経破壊剤の注入、高周波凝固法又はパルス高周波法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。
⑵神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載すること。
⑶同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月１回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法によるものを同一月に算定できる。
⑷同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、２種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。
⑸椎間孔を通って脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「１」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「１」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
⑹神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
⑺同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できない。

Ｌ101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

区分	項目名	点数	注
1	下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック	3,000点	左記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号Ｌ102に掲げる神経幹内注射で算定する。
2	胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック	1,800点	
3	眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック	800点	
4	迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック	340点	

通知

Ｌ100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）と同様

Ｌ102 神経幹内注射

区分	項目名	点数	注
-	神経幹内注射	25点	-

Ｌ103 カテラン硬膜外注射

区分	項目名	点数	注
-	カテラン硬膜外注射	140点	-

通知

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

Ｌ104 トリガーポイント注射

区分	項目名	点数	注
-	トリガーポイント注射	70点	-

通知

⑴トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、１日につき１回算定できる。
⑵トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

Ｌ105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（１日につき）（チューブ挿入当日を除く。）

区分	項目名	点数	注
-	神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（１日につき）（チューブ挿入当日を除く。）	80点	精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、１日につき80点を所定点数に加算する。

通知

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mＬ以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

03_開業医のための基礎知識.indd 182　2025/01/24 11:59

3　緩和ケア

1　緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切な評価と治療によって、苦痛の予防と緩和を行うことで、ＱＯＬ（Quality of Life：生活の質）を改善するアプローチです。

2　緩和ケアとは

●痛みやその他の苦痛な症状を和らげる。
●生命を尊重し、死を自然の過程と認める。
●死を早めたり、引き延ばすことを意図しない。
●患者ケアにおける心理的側面とスピリチュアルな側面を統合する。
●患者が最期まで人生をいきいきと、できるだけ活動的に生きることを支える。
●家族に対し患者の闘病中や死別後の生活に適応できるように支える。
●チームアプローチを用いて患者と家族のニーズに対処する。必要であれば死別後のカウンセリングを行う。
●ＱＯＬを高めて、病気の過程に良い影響を与える。
●化学療法や放射線療法などの他の延命を意図する治療と併存しながら、疾病の初期から適用可能である。さらに、必要ならそれらの治療に伴う副作用の緩和を行う。

早期からの緩和ケア

図１-１

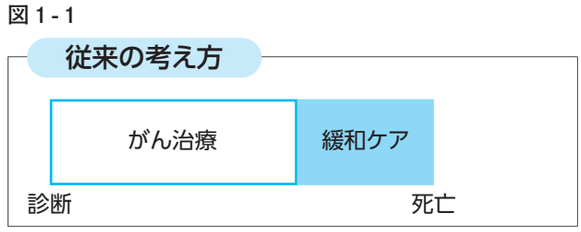
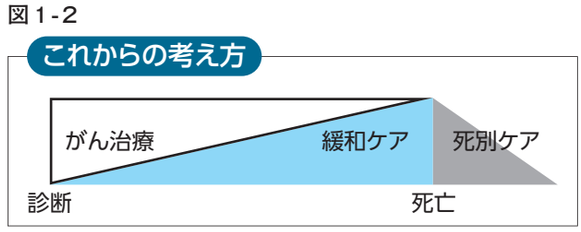


図１-２



がんの診断時から緩和ケアを並行して行い、がん治療を支えると共に、常に苦痛の緩和を目指す。
WHO, 1990年

過去には、がんの治療による効果が望めなくなった患者が、がん治療から緩和ケアに移行すると考えられていました。（図１-１）でがん治療と緩和ケアにはっきりとした縦線が引かれているように、緩和ケアはがん治療が終わった患者に行われているケアという認識です。

しかし、ＷＨＯは1990年に、がん治療と緩和ケアの関係を（図１-２）のように示しました。

この図では、緩和ケアは診断時から治療と並行して行われるべきものとされ、がんのすべての経過に関わるものとなっています。診断時から痛みなどの症状がある場合には鎮痛薬などの処方がなされ、病名告知による気持ちの落ち込みには心理的な支援がなされます。治療中には、抗がん薬や放射線治療の副作用の予防や対処が必要となります。これらはすべて緩和ケアです。がん治療がうまくいき、再発などがなければそのまま生活することになります。もし再発や転移などがみつかり、抗がん剤治療などで治癒が難しくなってくると、がん治療に対して緩和ケアの占める割合が大きくなるという考え方です。

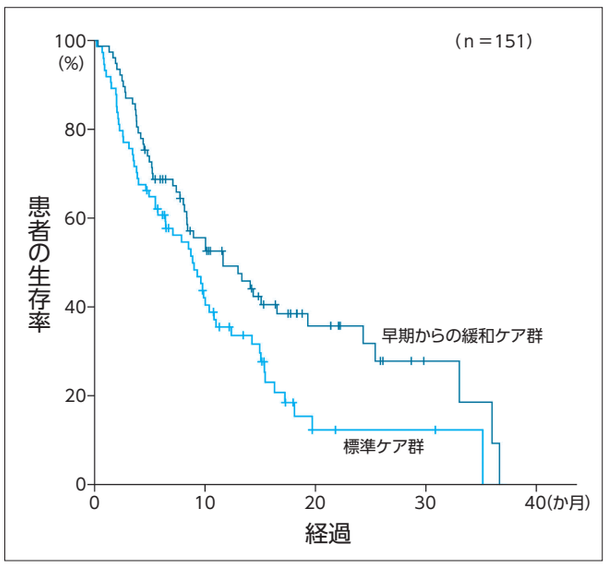
このように緩和ケアという言葉の捉え方が変わってきた背景には、以前はがんと診断されると手術で切除できなければ予後も非常に厳しかったのですが、最近では早期発見や手術、抗がん剤、放射線治療などの進歩により、がんと診断されてからの生存期間が大幅に延長され、がんを抱えながらも治療をしながら長期の生存が可能になってきたことがあります。ただ、長期の生存が可能になったといっても、痛みをはじめとしたからだの症状や気持ちのつらさなどを抱えていては充実した毎日を送ることができませんので、緩和ケアを併用することにより、よりその人らしい毎日を過ごすことが大事だと思われます。

⑴早期から緩和ケアを受けると生存期間が長くなる?!

（図２）は2010年にアメリカのハーバード大学などのグループが世界的に一流の医学雑誌であるNew England Journal of Medicineに発表した論文の結果で、早期からの緩和ケアの重要性を改めて示すものでした。この研究では転移を伴う肺がん患者151人の患者を「標準的ケア＋緩和ケア」と「標準的ケア」の２つの群にランダムに振り分け、「標準的ケア＋緩和ケア」の群の対象者は、全員が診断時から定期的に緩和ケアの専門家の診察を受けました。「標準的ケア」の群の対象者は必要に応じて緩和ケアの専門家の診察を受けました。

03_開業医のための基礎知識.indd 183　2025/01/24 11:59

図２



(Temel, JS. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. New England Journal of Medicine. 2010, 363 (8), P.741より

この研究の当初の目的はＱＯＬ（Quality of Life：生活の質）とうつ病などの精神症状の予防でした。実際に「標準的ケア＋緩和ケア」群の患者は生活の質が高く、うつ病などの精神症状が少ないという結果でした。しかも、驚くべきことに、早期から緩和ケアを受けた群の患者は、終末期に抗がん治療などを受けている割合が少なかったにもかかわらず、生存期間の中央値が統計学的に有意に長かったのです（11.6か月vs8.9か月，P=0.02）。

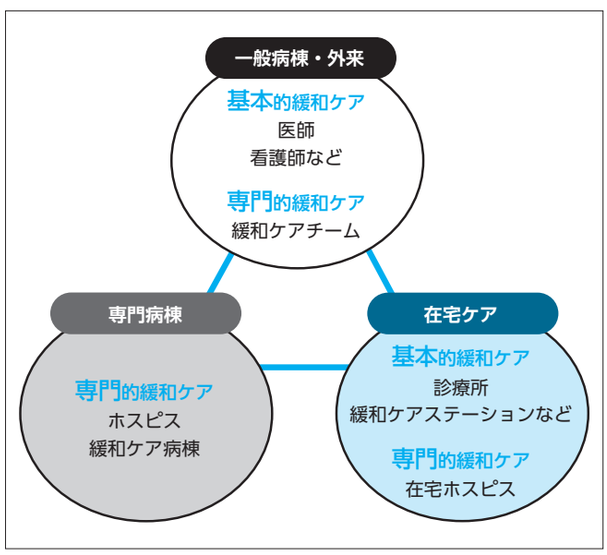
この結果は大変印象的なものでしたが、この研究１つだけで緩和ケアの併用が生存期間を延長すると結論付けることはできませんし、施設や国によって状況が異なるため、そのまま日本に当てはめることは難しいでしょう。今までは緩和ケアというと否定的なイメージを持つ患者・家族や医療者が多く、緩和ケアの専門家の診察を受けるのは末期になってからだと誤解している方が多いのが現状です。今までの研究の成果から、早期からの緩和ケアによって生存期間を延ばす可能性があり、少なくとも緩和ケアが生存期間を縮める可能性はほとんどないと思われます。

⑵基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

緩和ケアは「専門病棟で行われるもの」「専門的な医療者によって行われるもの」と誤解している患者やご家族は多いです。もともと、緩和ケアはがんの診断時から、がん患者に関わるすべての医療者によって提供されるべきもので、これを基本的緩和ケアと呼びます。基本的緩和ケアとは手術や抗がん剤、放射線治療などのがん治療を行う医師や看護師などのがん医療に携わるすべての医療者によって提供されるものです。実際、がん医療に関わるすべての医師は２日間の「緩和ケア研修会」を受けることが必須になっており、すでに全国で５万人の医師がこの研修会を修了しています。それらの医師は医療用麻薬をはじめとした患者の症状を緩和するための基本的な薬剤の処方や技術を習得しています。

しかし、担当の医師・看護師らによる通常の診療・ケアで患者の苦痛を緩和することの困難も存在します。そのような場合は、緩和ケアについて特別なトレーニングを受けた専門家が対応し、これを専門的緩和ケアと呼びます。わが国の現状では、療養生活の場によって、専門的緩和ケアの提供形態が若干異なりますが、患者は、病状や家庭の介護の状況などにより、病院、自宅、緩和ケア病棟などの療養場所を移動しますので、それぞれの療養場所において適切な専門的緩和ケアが提供されるようになっています。それぞれの療養の場所と基本的緩和ケア・専門的緩和ケアの提供の状況を示したものが（図３）です。

図３



⑶緩和ケアの利用の仕方

一般病棟における専門的緩和ケア（緩和ケアチーム）

一般病棟に入院したがん患者は、受け持ちの医師・看護師などから痛みに対する鎮痛薬の投与や不安に対するケアなど基本的な緩和ケアを受けることになります。一般病棟のスタッフで対応が困難な苦痛に対しては、専門的緩和ケアとして緩和ケアチームが対応します。緩和ケアチームの活動形態は様々ですが、患者を直接診察しながら、一般病棟の医師や看護師に専門的な見地からアドバイスをすることが多いです。がん診療連携拠点病院には、緩和ケアチームの設置が義務付けられており、2008年10月現在、緩和ケアチームが設置されている病院は612施設で毎年増加の一途をたどっています。緩和ケアチームについては後述する⑺で説明します。

⑷外来における緩和ケア（緩和ケア外来）

03_開業医のための基礎知識.indd 184　2025/01/24 11:59

一般病棟と同様に外来で受け持ちの医師や看護師が基本的な緩和ケアを提供します。しかし、最近では一般のスタッフでは対応が困難な苦痛に対して緩和ケアの専門家が対応する「緩和ケア外来」の設置がすすんできています。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアを専門とする外来の設置が必須要件となっており、すべての患者は緩和ケア外来（あるいは緩和ケアチームによる外来診療）を受診できるようになっています。しかし、残念ながら緩和ケア外来の活動の活発さには施設による違いがあり、緩和ケア外来がまだ開設されていない病院や毎日開かれていない病院も多く、外来における専門的な緩和ケアの提供は十分とはいえないかもしれません。

⑸専門病棟における緩和ケア（ホスピス・緩和ケア病棟）

緩和ケア病棟（ホスピス）は、緩和ケアを専門的に提供する病棟です。名称としては緩和ケア病棟、ホスピス、緩和ケアセンターなどが用いられています。

緩和ケア病棟は、一般病棟や在宅ケアでは対応困難な心身の苦痛がある患者への対応や、人生の最期の時期を穏やかに迎えることを目的とした入院施設です。緩和ケアの専門的な知識・技術をもった医師が診察にあたり、看護師数も一般病棟より多い傾向にあります。病棟によっては専属の薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、宗教家（チャプレン）、ボランティアなどがおり、院内の栄養士、理学療法士、作業療法士などと共同して多職種によるチームケアがなされています。

抗がん剤治療などを行わない場合が多いため、医師や看護師などが患者のベッドサイドに行く時間も比較的取りやすく、病室は多くが個室であり、病室の中に家族がくつろげるスペースがあるなど、プライバシーに配慮された構造になっています。家族が宿泊できる家族室や家族風呂、家族が調理できるキッチン、談話室などもあります。また、病棟では七夕やクリスマスなど季節ごとの行事や、音楽会などのレクリエーションを行っていることも多いです。

患者にとって、緩和ケア病棟に入院するメリットは以下のようなものがあります。

- ●苦痛症状を緩和するための専門的なトレーニングを受けた医師・看護師が主治医・受け持ち看護師となり、24時間ケアを受けられる
- ●ほぼ全室個室であり、プライバシーが守られた環境で家族や友人と穏やかな時間を過ごせる
- ●面会や持ち込み物の制限が少なく、自分の家のようにその人らしい生活を送れること　　など

かつて緩和ケア病棟は、看取りの場としての役割が大きかったのですが、近年では、痛みなどの症状が強い場合に緩和ケア病棟に入院し、症状が緩和されたら自宅に退院することが増えてきました。緩和ケア病棟は、一度入院したら退院できない場ではなく、症状が強い時期に緩和治療を行い、自宅への退院をスムーズに行うなど、地域や在宅の医療機関と連携することが求められています。

⑹自宅療養における緩和ケア（在宅緩和ケア）

在宅医療では、診療所や訪問看護ステーションが緩和ケアの担い手になります。診療所は外来、若しくは往診によって基本的・専門的緩和ケアを提供します。現在、夜間の往診や看取りにも対応する在宅療養支援診療所が制度化され、24時間訪問看護ステーションなどとの連携も含めて、往診に対応できる診療所が増加しています。がん患者の在宅療養においては看護や介護が重要な役割をもつため、訪問看護ステーションや訪問介護事業所、居宅介護支援事業所などと協力し、チームとして緩和ケアを提供することが多いです。一部の診療所では、緩和ケアに関する専門的な知識や技術をもつ医師や看護師が24時間の訪問診療に対応しており、そのような施設によって提供されるケアは、在宅緩和ケア（在宅ホスピス）と呼ばれることがあります。

在宅緩和ケアのメリットとしては、患者が住み慣れた場所で生活でき、面会などの制限もないため家族や友人と充実した時間を過ごせるという点です。日本人の多くができる限り自宅で療養することを望んでいます。在宅緩和ケアの専門家の診察を受ければ痛みなどの身体症状などがあっても病院に入院しているのと同様に緩和することができます。

在宅緩和ケアのデメリットは家族の介護の負担です。しかし、家族の一時的な病気や旅行、仕事など介護の負担が大きい時には一時的に入院する（レスパイト入院）などの制度も利用できますし、介護保険をはじめとした介護負担を軽減するための公的なサービスの利用もできますので、専門家と相談しながら負担を最小限にすることができます。

⑺緩和ケアチームの役割について

一般的に緩和ケアチームは、病院内において特定の病棟を持たず、病棟を横断的に活動する（すべての病棟を回って回診する）受け持ち医師や看護師に対するコンサルテーションを中心にしたチームです。通常は、一般病棟の医師や看護師から依頼を受けて病棟におもむき、医師・看護師からの情報収集の後に患者を直接診察し、一般病棟の医師・看護師に治療やケアのアドバイスをします。一般的な医療用麻薬の使用方法などの軽微な相談では、直接の診療を必要としないこともあります。緩和ケアチームのメンバーは医師、看護師、薬剤師などが中心ですが、施設の規模や考え方によってメンバー構成や人数は異なります。

患者にとって緩和ケアチームが関わるメリットは、療養場所や主治医を変えずに苦痛な症状を緩和するための専門的なトレーニングを受けた医師・看護師の診療を受けられることです。

また、緩和ケア病棟では抗がん剤治療や放射線治療などの高額な医療費がかかる治療が受けられないことが多く、このような治療を希望しながらも治療の副作用などの緩和

03_開業医のための基礎知識.indd 185　2025/01/24 11:59

ケアのニーズが高い患者にとって、治療と並行して苦痛の緩和を図れることもメリットです。近年は、早期からの緩和ケアの必要性が強調されており、一般病棟に入院して抗がん薬や放射線治療を受けながら、緩和ケアチームによって苦痛の緩和がなされることは、患者にとって利益が大きいことです。

近年、がん治療を担うような急性期病院では在院日数が病院の経営に大きく影響することから、長期の療養を受け入れることが難しいケースがあり、そのような場合に転院や自宅療養を希望する患者・家族のため、緩和ケアチームは療養場所の調整の機能を果たすこともあります。

3　ペインクリニックが係ることができる緩和ケア

がん疼痛治療の基本はＷＨＯ方式がん疼痛治療法による薬物療法です。しかし、適応を選べば神経ブロックが疼痛治療法として選択されることにより良好な鎮痛効果が得られる場合があります。神経ブロックが適応となるがん疼痛の病態・背景、適応は下記の⑴及び⑵でお示しいたします。

神経ブロックとは、「脳脊髄神経や脳脊髄神経節又は交感神経節及びそれらの形成する神経叢に向かってブロック針を刺入し、直接、又はその近傍に局所麻酔薬又は神経破壊薬を注入して、神経の伝達機能を一時的又は永久的に遮断する方法」と定義されています。現在では、高周波熱凝固による神経破壊も含まれ、さらに硬膜外腔やくも膜下腔へ麻薬や他の鎮痛薬を注入する方法（硬膜外ブロック、持続くも膜下オピオイド注入）も神経ブロックと手技が同じであることから、神経ブロックに含めています。

神経ブロックの適応を判断でき、技術的に施行可能な人材があれば、適切な時期に神経ブロックを行うことは極めて有効な鎮痛法で、早期から施行すべきであり、決して最後の手段ではありません。ただし出血傾向や全身的感染症がある場合には施行できないことがあります。

⑴神経ブロックの適応となる病態・背景

①大量のオピオイドの全身投与では鎮痛効果が得られない時
②オピオイドなどの鎮痛薬や鎮痛補助薬が副作用のために使用できない場合
③分節遮断（segmental block）や末梢神経ブロック、神経根ブロックが可能な限局した痛みで、神経ブロックにより鎮痛効果が得られると考えられる場合
④ときにオピオイド使用量があまりに多く、経済的効果を考慮せざるを得ない場合

⑵神経ブロックの適応となる痛み

①膵臓がんなど上腹部腹腔内臓器による腹痛、背部痛などの内臓痛
②直腸、前立腺、子宮頸部などの骨盤内臓器による内臓痛
③骨転移に伴う体動時痛
④筋攣縮（こむら返りなどの筋けいれん）の痛み
⑤神経障害性疼痛
⑥消化管蠕動に伴う痛み
⑦入浴により緩和する痛み（交感神経ブロックが適応）

03_開業医のための基礎知識.indd 186　2025/01/24 11:59

4 在宅医療

1 「かかりつけ医」機能と在宅医療

⑴「かかりつけ医」機能の充実と在宅医療の必要性

「かかりつけ医」とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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」と定義されています。

さらにかかりつけ医機能は医療的機能と社会的機能に分けられます。

①医療的機能は以下の通りとなります。

・日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己範疇を超えるケースに対しては、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

・自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する。

②社会的機能は以下の通りとなります。

・日常行う診療のほかには、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共に保健・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在宅医療を推進する。

⑵「かかりつけ医」と地域包括ケアシステム

今後、わが国において必要な医療は２つあります。１つは高度急性期医療であり、もう１つは地域に密着した医療です。このうち、前者のニーズは人口や若年層の減少により低下していきますが、後者のニーズは超高齢社会の進行に伴ってますます増加していきます。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所、及び専門医が開業するため質が高く設備も整っており、検査・診断・治療からときに投薬・健診まで高齢者に便利なワンストップサービスが可能な日本型診療所です。それらが互いに協力して在宅医療を支えると共に、在宅においての訪問看護、訪問リハビリや訪問介護などの多職種連携を通じて医療と介護をつなぐ必要があり、そのリーダーとなるのは「かかりつけ医」です。

わが国の「かかりつけ医」は総合力を持った専門医であるので、わが国の在宅医療においては内科系や外科系の「かかりつけ医」が眼科や耳鼻咽喉科などの「かかりつけ医」とチームを組むことにより、在宅においてもより専門的な医療を提供することが可能となります。世界に類をみない超高齢社会となるわが国においては、すべての方々を在宅で診ることは不可能です。幸いわが国には身近に入院もできる中小病院や有床診療所、高齢者に便利なワンストップサービスが可能な日本型診療所が存在します。それらの貴重な既存資源を活用すると共に、重度者は特養や老健などの施設入所も利用する日本型高齢者ケアシステムが必要であり、それが全国の市町村ごとや人口10～20万人ごとに整備されれば、わが国の『地域包括ケアシステム』が完成することになります。

超高齢社会においては、がん・脳卒中・心臓病を克服した方でも、生きがいや役割を喪失すれば、廃用症候群や認知症が進行します。わが国は健康寿命でも世界一でありますが、今後は生きがい就労を含む高齢者の就労や社会参加が必要となります。高齢者にとって住みやすいまちづくりは障害者を含むすべての世代の人々にとっても住みやすいまちづくりです。

廃用症候群や認知症の進行をできるだけ遅らせるには、リハビリや認知症ケアの役割が大きくなります。特にできるだけ長く住み慣れた所で暮らすためには栄養管理が重要です。徐々にフレイル・サルコペニアになると病気になりやすく、かつ治りにくくなりますが、具合が悪くなったら在宅医療を受けたり、ときに中小病院や有床診療所へ入院することになります。やがて寝たきりに近い状態になって在宅が困難となれば、施設へ入所する方も出てきます。２人に１人ががんに罹り、３人に１人ががんで亡くなる時代となりますが、がんと診断された時点から緩和ケアを導入することができます。

世界で最もすぐれた医療・介護制度を持ち、世界で最も長寿のわが国における、人生の最期にふさわしい看取りが求められています。全国において市区町村ごとや人口10～20万人ごとに地域性に応じたサイズで、『郡市区医師会』が中心になって、行政と連携して中小病院や有床診療所の入院や、老健や特養への入所も、自宅やサ高住などでの在宅も活用した日本型高齢者ケアシステム＝『地域包括ケアシステム』が確立し、“顔の見える関係”の中で看取りまで行えるようになれば、救急車で施設からいきなり救命救急センターに搬送されるようなこともなくなり、高度急性期医療と地域に密着した医療それぞれの本来の役割が効率的に果たせるようになると思われます。

⑶かかりつけ医の義務と求められていること

「かかりつけ医」には、高齢社会への対応が求められて

03_開業医のための基礎知識.indd 187 2025/01/24 11:59

います。前期高齢者に対しては、臓器疾患に伴う高血圧、糖尿病、高脂血症、がん対策などのヘルスケアなどは深い専門性を有した上で、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野でみる必要があります。特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患の情報を共有し、統合しなければなりません。体の一部だけを診察することではなく、全体的多疾患に対応することが求められています。

このような総合的な診療能力を有することは、「かかりつけ医」の要件である必要性が生じてくるのです。65歳以上になると、平均して４個以上の疾患を持っています。従って、自分の能力を超えるような問題については、専門医への紹介・相談が必要になりますが、それでも幅広い疾患に対応する必要があります。疾患のうち75％は、かかりつけ医による対応が可能といわれております。さらには、地域住民が生まれてから死に至る間に抱える医療を、患者や、患者の家族の人生とも向き合いながらカバーする必要性も考えられます。それは患者の身体、臓器のみをみるのではなく、精神的、心理的問題、社会的問題にも対応できるということです。

それは具体的には生活機能の維持・向上をマネジメントし、暮らしの場でＱＯＬの向上を支援することです。今ある病気のみではなく、将来予想される病気に対しても予想しながらアプローチすることが求められ、頻度が高い慢性疾患は、継続してみることが重要です。

⑷かかりつけ医の重要な役割は以下の通り

①「かかりつけ医」は高齢社会における健康寿命の確保に重要な役割を果たす。
②総合的な診療能力を有することはかかりつけ医の持つべき要件であり、地域医療の大半を支える。
③深い専門性を有した上で、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る医師。
④地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する。
⑤地域住民の生まれてから、死に至る間に様々な患者が抱える医療をカバーする。
⑥患者や家族の人生にもかかわる。
⑦生活機能の維持、向上をマネジメントする。
⑧暮らしの場でＱＯＬの向上を支援する。
⑨認知症、リハビリテーション、がん緩和ケアにかかわる。
⑩在宅医療は外来医療のその先の医療。

⑸治療のためだけでなく生活を支えるために

そのために、かかりつけ医は何をするべきかですが、予防も含めたすべての医療的問題に「かかりつけ医」として関与し、患者・家族と共に医療的問題の解決を考えてみます。今後、後期高齢者の増加が要介護者の増加をもたらします。患者が要介護になったとき、その多くは、高齢に伴って生じる疾患であり、通院が不可能となります。その予防的対応と共に、「かかりつけ医」には在宅で療養する高齢者への訪問診療が求められます。

今後の超高齢時代では、国民医療費の50％以上がこのような後期高齢者に使われます。複数の慢性疾患を持った高齢者対策として、単に外来診療のみではなく、訪問診療が必要となります。医師による訪問診療は、在宅医療の出発点であり基本です。しかし、訪問診療のみでは高齢者を支えることはできません。訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーションの統合的利用により、十分な機能を発揮させることが求められます。在宅医療は外来医療のその先の医療です。外来患者の継続的医療が在宅医療であり、それが終末期まで続く、すなわち在宅医療とは、患者の生活そのままを支える医療です。

そして、その目的は疾病の治療、延命からＡＤＬ・ＱＯＬの向上へ、対象は疾患から障害へと変化します。訪問することによる、認知症、脳卒中後遺症、虚弱、関節疾患、骨折後後遺症、糖尿病、心血管疾患、ＣＯＰＤなどに対する日常生活支援が必要になります。また、その場合には、介護が必要になります。医療、介護の連携といわれますが、単なる連携では利用者にとって最適なものになりにくい状態がみられます。むしろ「かかりつけ医」には、統合的な機能の中心としての役割を果たすべきときが来ているといえます。

さらに、ここに終末期医療が加わります。がんの終末期医療としては緩和ケアに対して習熟が求められます。がん以外の高齢者では摂食嚥下ができなくなり、終末期の最善の医療への視点と、その対応が求められます。脳卒中の後遺症に伴う機能低下に対してのリハビリの知識も必要となります。「かかりつけ医」が持つリハビリ知識により、廃用症候群を防止可能にするのです。

またこの知識は、高齢者の肺炎などの治療後に伴うＡＤＬにも応用が可能です。認知症への対応はその生活障害と、家族を支援することが重要です。ＢＰＳＤへの早期の気づきにより、重度化の防止が可能になります。単に外来医療では気づくことが不明な環境因子も、訪問することにより見つけることができるのです。

⑹地域における医療と介護の統合

在宅医療はその家族を知ることも重要な視点です。我が国の家族形態としては高齢者世帯、高齢者単独世帯が増加していますが、要介護者からみた主な介護者は配偶者が25％、子供が17.9％、子供の配偶者が14.3％です。また性別にみると男性が28％、女性が約72％となっています。さらには要介護者と同居している主介護者の年齢についてみると、男性では65.8％、女性では55.8％が60歳以上であり、いわゆる老老介護が相当数存在しています。介護保険を利用しているとはいえ、家族の精神的、身体的負担は大きいものがあります。

03_開業医のための基礎知識.indd 188　2025/01/24 11:59

「かかりつけ医」にはその負担を超えるものを探すこと、家族に寄り添うことから始めることが求められます。地域で暮らすことを可能にするために、『地域包括ケア』における在宅医療が求められています。在宅医療は『地域包括ケアシステム』の主要な柱です。地域において医療と介護が統合しなければ、このシステムは機能しません。その中心的役割がかかりつけ医の在宅医療なのです。かかりつけ医が行う在宅医療は一人で行えるものではありません。地域で支えるあらゆる職種､家族との共同作業です。しかし、その主軸は「かかりつけ医」と患者です。患者、そしてその家族もまた､「かかりつけ医」に様々なことを“託す”関係性が求められています。また、病院から退院する患者に対しては、病院スタッフとの相互理解が求められます。急性期病院からの退院時には、病気を持った生活者の視点への転換を考えることにより、地域住民の病院から地域への流れも可能になります。たとえ、病気を持ったとしても生活の継続性を保障することが、これからの超高齢時代にふさわしい目的であり、そのためには、円滑な地域との統合が必要となるでしょう。

今後の医療は『連携』から『統合医療』としての考えが必要です。病院医療においても求められるのは単に臓器疾患の医療のみではなく、退院後の生活を見据えた医療であり、在宅では統合ケアとしての横のつながりが必要とされます。生活の向上のために､“治す医療”から“支える医療”があり、そのための地域包括ケアの統合された関係性があってこそ､一人ひとりの高齢者を救うことが可能となります。

⑺地域包括ケアにおける「かかりつけ医」の在宅医療

①在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携。
②病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携。
③医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割。
④超高齢者に応じた医療対応。
⑤高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える。
⑥生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす。
⑦治す医療から支える医療へ。
⑧連携から統合へ。

在宅医療は、病院医療の延長線上にあって、医療の質を評価してきた従来の医療とは違います。患者の立場からすれば、医療において最も求められるのは自分の病気が的確な治療により治ることです。従って質の高い医療は、患者がよく治る医療としています。しかしながら在宅医療は、先端医療では対応不可能な病気を持った患者に対応しており、従来の医療の質の評価の延長線上の範囲で語ることはむずかしいものです。このことは医療のパラダイム変化として語られ、キュアからケアと言われています。その主軸は、治癒不可能な病態を持った患者を、いかに終末期まで生活の質を確保しながら医療対応するかにあります。的確な治療により治ることではなく、的確な対応の中に、満足度を高めることです。往診は病院・診療所を問わず第一線の医療機関にとって、欠くことのできない医療形態であり、入院、外来医療と比べ医療の本質においてなんら変わるわけではありませんが、外来診療の延長では済まされない“あるもの”を持っています。往診は医療形態としては救急医療と外来診療の中間に位置するものだと思いますが、こういった特徴も往診の“あるもの”を指しています。この『往診』という言葉を『訪問診療』に変えてみます。

“あるもの”とは何か？

臨床医は経験的に習熟した勘や人生観で外来診療を補い、一方病院では専門医療にとどまっていますが、今後は超高齢時代にふさわしい医療の展開が必要となります。すなわちそれは“新しい価値観を持ち、終末期医療にも対応可能な医療”です。それが在宅医療なのです。在宅医療は今までの医療対応のみではなく、社会性、環境、家族にも対応した医療であると思います。

私たちはこれまで患者個々の死生観や価値観、思想、信条、信仰を踏まえて考えることを、習熟した医師の能力の中で行ってきました。終末期の医療やケアに伴って起こりうる病状経過については、個人の人生観で対応してきたのです。今、終末期医療に対して、現在の社会倫理の中で最善の医療が求められています。在宅医療は“あるもの”に向かう第３の医療なのです。

⑻「かかりつけ医」と多職種協働

地域住民が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ安心して暮らせる生活を実現できる社会を目指すためには、地域医療を担う地域医師会やかかりつけ医が地域の基幹病院との機能分担や医療連携をこれまで以上に図ることが必要となってきます。また、医療・介護連携のキーパーソンである「かかりつけ医」を中心とした在宅医療への取り組み強化は、今後の超高齢社会における地域医師会活動としての重要な課題であることに疑いはありません。その実現のためには、医師一人ひとりの意識改革と共通認識の醸成がまずは不可欠です。さらに、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、退院支援看護師や医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員や介護サービス事業者など多くの関係者との連携と協働については、地域医療を担うすべての医師の責務として、一層の取り組みを行っていかなければなりません。

⑼地域包括ケアシステムと地域ケア会議

高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、保険者である市区町村や都道府県が地域特性を考慮しながら、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に

03_開業医のための基礎知識.indd 189 2025/01/24 11:59

提供される地域包括ケアシステムを作り上げることが求められています。地域包括ケアシステムの実態はシステムではなくネットワークです。その中心となるのは市区町村や地域包括支援センターであったり、地域医師会や老人保健施設などであったりと、地域の実情において様々であることが考えられますが、少なくとも、市区町村が大きなかかわりを持つことは当然のことです。地域包括ケアを推進するためには、地域包括支援センターが『地域ケア会議』を開催することにより多職種協働を推進していくことも大変重要なファクターです。地域ケア会議とは、①地域にある高齢者支援にかかわる団体や機関の代表者による会議、②多職種の専門職が参加する困難事例の検討会議、と定義付けられ、地域の団体・機関のネットワーク作りを進めると共に、ケアマネジャーへの教育的支援を目的としています。また、地域ケア会議を普及、定着させるべく、例えば在宅医療連携拠点事業に参加している市町村や医療機関などが、近隣の市町村の開催する地域ケア会議に専門職などを派遣することなども地域の実情に勘案し検討されています。

⑽地域ケア会議とかかりつけ医

①地域包括ケアはシステムというよりネットワークであり、多職種の顔の見える関係作りが大切です。

②医師会役員などが「かかりつけ医」の代表として全体会議に参加します。

③処遇困難事例などに対し、医療職として地域ケア会議に参加します。

④地域包括ケアセンターや居宅介護支援事業所などとの連携の必要性は理解されていますが、その地域格差は大きいです。

⑤地域ケア会議への積極的なかかわりが、多職種協働推進の引き金となることが期待されています。

⑾他の職種が「かかりつけ医」に求めること

①他の職種が「かかりつけ医」に求めること（各職種に共通する要望）

・各職種が在宅の現場で果たす役割について正しく理解し、積極的に活用してほしい。

・「かかりつけ医」がリーダーとなって、多職種連携に積極的に取り組んでほしい。

・関係職種をよきパートナーと認識して、患者情報の共有をはじめ、信頼して活用してほしい。

・サービス担当者会議など、関係職種との意見交換の場に定期的に参加し、治療方針・見解などを示してほしい。

・看取りに対する理解を深め、在宅看取り体制の整備に取り組んでほしい。

②「かかりつけ医」に求めること（訪問看護師）

・訪問看護と介護の違いを理解し、地域の訪問看護ステーションを活用してほしい。

・共同診療を行っている連携医師と訪問看護師との連携について、かかりつけ医と同様にＩＣＴを利用した情報共有をできるようにしてほしい。

・終末期には、利用者の状態に合わせた医療を提供して、家族の同意の下で自然な看取りができるかかりつけ医であってほしい。

・ターミナル期は、医師と訪問看護師とのよりよい連携により、死の兆候の確認を訪問看護師に委ねることで、夜間往診の負担が軽減されると共に、多くの方の在宅看取りが可能となります。

③「かかりつけ医」に求めること（退院支援看護師・ＭＳＷ）

〔退院支援看護師から〕

・退院前カンファレンスを見据えて関係職種との定期的な話し合いの場の設定の必要性。

・リビングウィルが不明瞭なまま救急搬送される患者に望まれない医療が提供されることについては、在宅療養時から「かかりつけ医」と患者・家族とのコンセンサスがほしい→ＡＣＰの啓発。

〔地域医療連携室勤務の医療ソーシャルワーカーから〕

・地域医師会などに総合病院の外来コーディネーターのような医療ソーシャルワーカーを置くことで、医療・福祉・介護の隙間を埋める仕事ができる。

④「かかりつけ医」に求めること（介護支援専門員）

・介護保険のルールや介護サービスの内容をしっかりと理解してほしい。

・専門的な医学用語等について解りやすく話してほしい。

・多忙なかかりつけ医に対する遠慮があるため依頼や連絡がしづらいので、連絡方法のルール化など、連絡しやすい体制やＩＣＴの活用を行ってほしい。

・地域医師会単位で「かかりつけ医」と介護支援専門員との意見交換の場を持ってほしい。

・患者情報の共有化がチームとして必要であることを理解してほしい。

⑤「かかりつけ医」に求めること（歯科医師・薬剤師）

〔歯科医師の立場から〕

・「かかりつけ医」には訪問時に口腔内も診てほしい。

・歯科疾患と全身疾患との関係を理解・周知してほしい。

・ＩＣＴを用いた患者の情報共有をしてほしい。

〔薬剤師の立場から〕

・重複・併用禁忌・飲み忘れなど、適切な薬剤管理のため、薬剤師をもっと活用してほしい。

・既往歴、疾患名、検査データなど患者情報を知ることで、患者に即した服薬指導やハイリスク医薬品の管理が可能となる。

・退院時カンファレンスや訪問指導の際に薬剤師の参加を考慮してほしい。

・患者の状況をオンタイムで知らせてほしい（入退院、死亡時）。

03_開業医のための基礎知識.indd 190　2025/01/24 11:59

⑿「かかりつけ医」に対する後方支援

①訪問・外来機能

・自分の専門外の疾患に対応してもらう各科の専門医の支援
・虐待や独居、孤立又は生活支援に対応する地域包括支援センターや民生委員の支援
・精神疾患や感染症の問題における保健所の支援
・認知症の人の成年後見制度など、弁護士やボランティアの支援

②入院機能の確保

・病院においては在宅患者の急性病変時の入院対応が挙げられます。急性期対応病院、在宅療養支援病院はその任に積極的にかかわらなくてはなりません。また、地域医療支援病院も同様です。
・がんの緩和ケアについては、地域がん拠点病院に緩和ケア病棟があり、疼痛コントロールを含めたトータルペインの緩和について支援してもらうことができます。疼痛コントロール不良の際、入院してもらい、再度在宅で療養することも可能です。
・終末期ケアでは、在宅療養を経てホスピスを利用する方もいます。
・病状や介護環境により施設利用となる方もいるため、日頃より本人､家族と話し合っておくことが重要です。

⒀後方支援病院に求められること

①まずは緊急時の対応がスムーズに行えることが必要です。とりあえず受け入れてもらい、入院を含めその後のトリアージをすることが求められます。

②専門職による最新の専門知識の講習や支援により､「かかりつけ医」及び関連多職種の資質の向上に貢献することが期待されます。

③在宅患者のレスパイト入院への対応を行ってもらいます。介護現場では、基本的にショートステイ利用を行っていますが、医療度の高い患者の対応は病院が受け入れるべきです。

④緩和コントロールについても､緩和ケア病棟でなくとも､一般病院で対応可能なスタッフを養成しておくことも必要です。

⑤緊急に必要な資材の提供について､「かかりつけ医」は様々な資材を用意しているわけではないので、提供していただけると大きな安心となると思われます。常時そのようなシステムがつくられれば素晴らしいことです。

⑥検査についても、待ち時間がないようにスムーズに行えるようなシステムが必要です。

⑦地域の勉強会などに講師を派遣し、質の担保を図ることも必要であり、これは地域連携にも有効です。

⒁在宅医療における『看取り』について以下の説明等が必要

①終末期に起こり得る様々な病状について、分かりやすく家族に説明しておく（パンフレットなどの活用）。

②不安時、急変時の対応連絡網について明示しておく。

③後方待機病院との連携を説明し、安心感を提供する。

④関係親族とも情報を共有し、終末期対応の意見の不一致がないようにしておく。

⑤死亡時の対応（連絡方法、診断書の発行、エンゼルケアなど）につき看護師を含め説明しておく。

2 訪問診療医療機関に求められること

⑴厚生労働省等の求める内容

厚生労働省は、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することを目的とし、以下を構築することを求めています。

①円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

・入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援が可能な体制

・多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
・緩和ケアの提供
・家族への支援

③急変時の対応が可能な体制

・患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

④患者が望む場所での看取りが可能な体制

・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

また、上記①から④の体制を構築するに当たり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要です。

⑵各医療機能と連携

在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記①から④に示します。

①円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

【退院支援】

●在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること
●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
●退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること
●在宅医療に係る機関に求められる事項

ア　患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること

03_開業医のための基礎知識.indd 191 2025/01/24 11:59

イ　在宅医療や介護､障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること

ウ　高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること

②日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

●目標：患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

●在宅医療に係る機関に求められる事項

ア　相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること

イ　医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること

ウ　地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること

エ　がん患者（緩和ケア体制の整備）､認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること

③急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

●目標：患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

●在宅医療に係る機関に求められる事項

ア　病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること

イ　24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること

ウ　在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保すると共に、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

●入院医療機関に求められる事項

ア　在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと

イ　重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

④患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

●目標：住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

●在宅医療に係る機関に求められる事項

ア　人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること

イ　患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと

ウ　介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

エ　24時間連絡がつくこと

●入院医療機関に求められる事項

ア　在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

3　診療報酬上の留意点等

⑴往診料

往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できません。

①緊急往診、夜間・休日往診及び深夜往診

別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいいます）等の区分に従い、定められた点数をそれぞれ往診料に加算します。今回の診療報酬改定で緊急往診（夜間、休日及び深夜を含む）について評価が見直され、自・他院で訪問診療を行っている患者など「厚生労働大臣が定める患者」に対するものと「厚生労働大臣が定める患者以外」に対するものとで所定点数が分かれました。（表１）に掲載いたしますが詳細は診療報酬点数表などをご参照ください。

②緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事し

03_開業医のための基礎知識.indd 192　2025/01/24 11:59

ているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定できます。

⑵訪問診療料

①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が、定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定できません。

②在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者です。

③「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者１人につき所定点数を算定します。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く）のことです。

④保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定します。

⑤同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合には、③の規定にかかわらず、１人目は、「同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降の患者については、初診料・再診料・外来診療料・第２章特掲診療料のみを算定することになります。

⑥訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たす必要があります。

・当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること
・訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。「２　在宅患者訪問診療料２」を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること
・訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること

⑶在宅療養指導管理料

①在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、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できます。ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できません。なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の②又は③の方法によることも可能です。

②衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給できます。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行います。

③医師は、②の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができます。

④在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定することになります。

⑤２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定することになります。

⑥同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定します。

⑦入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できます。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できません。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できません。

⑧退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない

03_開業医のための基礎知識.indd 193 2025/01/24 11:59

場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができます。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載しなければなりません。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認してください。

⑨在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意してください。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、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、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要です。

⑩当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を診療録に記載しなければなりません。

⑪保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供することになります。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できません。

⑫関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考としてください。

⑷特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る）の費用を算定できます。なお、この場合にあっては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載しなければなりません。

表１

■C000往診料　　施＝施設基準届出医療機関で算定、在支診＝在宅療養支援診療所、在支病＝在宅療養支援病院

	厚生労働大臣が定める患者				ニ　厚生労働大臣が定める患者以外の患者
	イ　機能強化型の在支診・在支病		ロ　在支診・在支病（イを除く）	ハ　イ及びロ以外	
	有床	無床			
普通	720				
緊急	（+850）1,570	（+750）1,470	（+650）1,370	（+325）1,045	（+325）1,045
夜間・休日	（+1,700）2,420	（+1,500）2,220	（+1,300）2,020	（+650）1,370	（+405）1,125
深夜	（+2,700）3,420	（+2,500）3,220	（+2,300）3,020	（+1,300）2,020	（+485）1,205

注２　患家診療時間加算（１時間を超えて、30分又はその端数を増すごとに）+100

注３　在宅ターミナルケア加算〔有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者、有料老人ホーム等に入居する患者（共通）〕

⑴機能強化型の在支診・在支病		⑵在支診・在支病（⑴を除く）	⑶⑴・⑵以外	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 施 +1,000 在宅療養実績加算１ 施 +750 在宅療養実績加算２ 施 +500 酸素療法加算+2,000
有床	無床			
+6,500	+5,500	+4,500	+3,500	

注４　看取り加算+3,000（注３の在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る）

注５　死亡診断加算+200（看取り加算との併算不可）

注８　（イ～ハの場合）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 施 +100　在宅療養実績加算１ 施 +75　在宅療養実績加算２ 施 +50

注９　往診時医療情報連携加算+200

注10　介護保険施設等連携往診加算 施 +200

03_開業医のための基礎知識.indd 194　2025/01/24 11:59

表２　在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診
在支病</th><th rowspan="3">（参考）
在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病　院</th><th>診療所</th><th>病　院</th></tr>
<tr><td>すべての
在支診・在支病
の基準</td><td colspan="4">① 24時間連絡を受ける体制の確保
② 24時間の往診体制
③ 24時間の訪問看護体制
④ 緊急時の入院体制
⑤ 連携する医療機関等への情報提供
⑥ 年に１回、看取り数等を報告している
⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成
⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</td><td></td><td rowspan="6">○ 許可病床数200床以上
○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○ 連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>すべての
在支病
の基準</td><td colspan="4">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
⑴ 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
⑵ 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型
在支診・在支病
の基準</td><td colspan="2">⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑪ 過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑪ 次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑪ 過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑪ 次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑫ 過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑫ 過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑬ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑭ 各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</td></tr>
</table>

03_開業医のための基礎知識.indd 195　2025/01/24 11:59

表３　在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない －：施設基準上の要件ではない			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（＜10）		○（＜10）		○（＜10）		
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（＜10）		○（＜10）		○（＜10）		
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算１（新）			○※１		－		○※１		◎※３
在宅療養移行加算２（旧１）			○※１		－		○※１		－
在宅療養移行加算３（新）			※２		－		○※１		◎※３
在宅療養移行加算４（旧２）			※２		－		○※１		－

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある）。
※２：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
※３：ＩＣＴ等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。
＜10：連携医療機関数が10未満であること。

表４　①在宅療養支援診療所･病院とその紹介先医療機関（※１）、②在宅療養後方支援病院とその連携医療機関（※２）において、それぞれ併算定できない在宅療養指導管理料の組合せ

C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	⟷	C102-2	在宅血液透析指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	⟷	C107 C107-2 C107-3	在宅人工呼吸指導管理料 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 在宅ハイフローセラピー指導管理料
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	⟷	C105 C105-2	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	⟷	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	⟷	C105-3 C109	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	⟷	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107	在宅人工呼吸指導管理料	⟷	C107-2 C107-3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 在宅ハイフローセラピー指導管理料
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	⟷	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料
C108	在宅麻薬等注射指導管理料１・２	⟷	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	⟷	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	⟷	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

※１　**在宅療養支援診療所・病院から紹介を受けた医療機関では、在宅療養支援診療所・病院で実施するもの**とは異なる在宅療養指導管理（上記の関連性の高い組合せを除く）を行った場合は、その紹介月に限り、それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる（紹介月以外では、在宅療養支援診療所・病院と紹介先医療機関において、異なる在宅療養指導管理料の併算定は不可）。
※２　**在宅療養後方支援病院**では、15歳未満の人工呼吸器使用患者等に限り、在宅医療を提供する連携医療機関と異なる在宅療養指導管理（上記の関連性の高い組合せを除く）を行った場合に、それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる（15歳未満の人工呼吸器使用患者等以外では、在宅療養後方支援病院と連携医療機関において、異なる在宅療養指導管理料の併算定は不可）。
◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル2024年版」）

03_開業医のための基礎知識.indd 196　2025/01/24 11:59

表５（在宅療養指導管理料の算定患者に対する注射の算定可否）

	C101 在宅自己注射指導管理料			C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料		C108 在宅麻薬等注射指導管理料 又は C108-4 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料		
	外来受診時	往診時	訪問診療日	外来受診時 往診時	訪問診療日	外来受診時	往診時	訪問診療日
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射	△	○	△	○	○	△	○	△
G001 静脈内注射	△	○	△	○	△	△	○	△
G004 点滴注射	○	○	△	○	△	△	○	△
G005 中心静脈注射	○	○	○	×	×	△	○	△
G006 植込型力テーテルによる中心静脈注射	○	○	○	×	×	△	○	△

○：算定可。
△：当該管理料に係る注射の費用は算定不可（その注射に伴い使用する薬剤・特定保険医療材料も含めて算定できない。ただし、当該管理の対象となる薬剤以外については算定可）。
×：算定不可。
◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル2024年版」）

表６（在宅自己注射指導管理に伴う「注入器」「注射針」の費用の算定）

注入器の種別		医療機関が支給		院外処方による支給の可否	対象となる薬剤の単位（例）
		注入器加算	注射針加算		
A	ディスポーザブル注射器	○	×	・「ディスポーザブル注射器」**院外**・院内いずれも支給可	40単位１ｍＬバイアル
B	万年筆型注入器	○	○	・「注射針」は、院外・院内いずれも支給可 ・「**注入器**」は、**院内でのみ**支給可	300単位１筒
C	注入器一体型キット製剤	×	○	・「注射針」は、**院外**・院内いずれも支給可 ・「注入器」の費用は薬価に含まれている	300単位１キット

備考１．院外処方により支給できる器材は、調剤報酬点数表に定める「ディスポーザブル注射器」、「万年筆型注入器用注射針」のみである。
２．院外処方により、ディスポーザブル注射器、注射針を支給した場合は、「注入器加算」「注射針加算」は算定できない。
３．「注入器加算」の対象となる上記Ａ、Ｂ以外の注入器については省略した。
◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル2024年版」）

03_開業医のための基礎知識.indd 197 2025/01/24 11:59

表７（在宅療養指導管理料の算定患者に対する処置の算定可否一覧）　　○：算定可　×：算定不可

	C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C102-2 在宅血液透析指導管理料	C103 在宅酸素療法指導管理料	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	C106 在宅自己導尿指導管理料	C107 在宅人工呼吸指導管理料	C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	C112 在宅気管切開患者指導管理料	C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料
J00 創傷処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×＊4	×
J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
J001-8 穿刺排膿後薬液注入	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
J018 喀痰吸引	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	×	×	×
J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	×	×	×
J024 酸素吸入	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J024-2 突発性難聴に対する酸素療法	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J025 酸素テント	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J026 間歇的陽圧吸入法	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J026-2 鼻マスク式補助換気法	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療	○	○	×＊3	○	○	○	×	×	○	○	○
J038 人工腎臓	○＊1	○＊2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
J042「1」連続携行式腹膜灌流	○＊1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
J043-3 ストーマ処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J045 人工呼吸	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
J053 皮膚科軟膏処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J060 膀胱洗浄	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
J063 留置力テーテル設置	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
J064 導尿（尿道拡張を要するもの）	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○
J118 介達牽引	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-2 矯正固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-3 変形機械矯正術	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119 消炎鎮痛等処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-2 腰部又は胸部固定帯固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-3 低出力レーザー照射	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-4 肛門処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J120 鼻腔栄養	○	○	○	×	×	○	○	○	×	○	○

：その処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料も含め算定できない。ただし、在宅療養指導管理に用いる⑭在宅欄で請求する薬剤、特定保険医療材料については算定できる。

＊１：週１回に限り、J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流「1」連続携行式腹膜灌流のいずれか一方と併算定可。その場合、C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注１」に規定する２回目以降の費用は算定不可となる。

＊２：週１回に限り、J038人工腎臓と併算定可。その場合、C102-2在宅血液透析指導管理料の「注１」に規定する２回目以降の費用は算定不可となる。

＊３：在宅酸素療法指導管理料に含まれる処置に係る酸素代（酸素加算）も算定できない。

＊４：在宅気管切開患者指導管理料に含まれる創傷処置には気管内ディスポーザブルカテーテル交換も含まれ、別に算定できない。

◎（出典：医学通信社「レセプト総点検マニュアル2024年版」）

03_開業医のための基礎知識.indd 198　2025/01/24 11:59

5　訪問看護

訪問看護とは、主治医の指示に基づき看護師、理学療法士等が生活の場である自宅へ訪問し、健康上の問題や生活上の障害のある方々に対して病状の確認や点滴、医療機器の管理など専門的なケアを提供するものです。具体的には、状態の観察、日常生活の支援（入浴介助や排泄のケアなど）、医療処置（褥瘡処置、点滴注射、留置カテーテル管理など）、リハビリテーション（運動療法、マッサージ、ＡＤＬ訓練、嚥下機能訓練など）、心理的な支援、家族等介護者への支援、療養環境の調整、各種ケア（認知機能障害の方へのケアやエンドオブライフのケアなど）、緊急時の対応といった業務を訪問看護へ依頼します。訪問看護が必要と主治医が認めた患者が利用することができ、利用するためには主治医による訪問看護指示書が必要です。また、訪問看護指示書は患者又はその家族から依頼されてはじめて発行するものであり、訪問看護ステーションやケアマネからの依頼で発行するものではないのでご注意ください。本項では、訪問看護との連携のために知っておくべき制度や心掛けについて説明いたします。

1　訪問看護活用のために把握しておくべきポイント

⑴介護保険給付の訪問看護と医療保険給付の訪問看護の違い

訪問看護は介護保険から給付される場合と医療保険から給付される場合があります。患者が要支援・要介護認定を受けている場合は、基本的に介護保険から給付されます。患者が要支援・要介護認定を受けていても、末期の悪性腫瘍や難病などの「厚生労働大臣が定める疾病等」（表１及び表３）に該当する場合と、病態の急性増悪などで頻回な訪問看護が必要と主治医が判断して特別訪問看護指示書を交付した場合（表２）は、医療保険から給付されます。また、要支援・要介護認定を受けていない場合も、医療保険から給付されます。

介護保険給付の訪問看護がケアプランに盛り込まれれば、利用回数に制限はありません。一方、医療保険給付の訪問看護は原則、週３日まで、１日１回まで、という制限があります。

重症患者を在宅でフォローする場合、訪問看護がどちらの保険で給付されるのか把握することが大切です。訪問看護が医療保険で実施される場合、患者は介護保険の区分支給限度基準額の範囲まで他の介護系サービスを利用することが可能となり、他の手厚い介護を受けることが可能になります。

⑵「厚生労働大臣が定める疾病等」（表１）、急性増悪などの特別訪問看護指示期間中（表２）又は「厚生労働大臣が定める状態等」（表３）のいずれかに該当するか？

医療保険給付の訪問看護を利用して重症患者を在宅でフォローする場合、患者が、「厚生労働大臣が定める疾病等」、急性増悪などの特別訪問看護指示期間中又は「厚生労働大臣が定める状態等」に該当しないかの把握も大切です。該当する場合は、週４日以上、１日に複数回の訪問看護の利用など手厚い看護の提供が可能になります。

表１　厚生労働大臣が定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

表２　急性増悪などの特別訪問看護

・急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の訪問看護を一時的に行う必要性（恒常的な頻回の訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている訪問看護の回数では対応できない場合）を認めた場合

表３　厚生労働大臣が定める状態等

・在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者（※アンダーラインはＲ６改定で追加）
・在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
・真皮を越える褥瘡の状態にある者
・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

03_開業医のための基礎知識.indd 199　2025/01/24 11:59

2　訪問看護を開始するまで

⑴患者あるいはそのご家族から依頼を受けた場合

患者等から訪問看護指示書作成の依頼を受け、患者等が選定する訪問看護ステーションが受託した後に、訪問看護指示書を作成して､それから訪問看護事業所へ交付します。その後、患者が訪問看護事業所と契約を結んでから訪問看護が開始となります。

⑵主治医が訪問看護を依頼する場合

介護保険の認定を受けている患者であれば、担当ケアマネージャーから訪問看護の開始の打診があることが一般的です。患者あるいはそのご家族からの依頼を受け、訪問看護事業所の選択を行い、依頼先の訪問看護事業所の受託が決まると、訪問看護指示書を交付します。介護保険の認定を受けていない患者であれば、主治医が訪問看護事業所に連絡調整後、訪問看護事業所へ訪問看護指示書を交付します。その後、患者が訪問看護事業所と契約を結んでから訪問看護が開始となります。

3　訪問看護事業所等との連携

⑴連携の方法

まず、訪問看護事業所との連携の際には、患者の状態に関する情報や方針に関する「情報共有／相談」が重要です。主治医と訪問看護師との基本的な情報共有は、文書（定期的な訪問看護指示書と訪問看護計画書／報告書）で行います。そして、刻々と変化する患者の状態や療養に関する情報共有／相談は、電話、ＦＡＸ、対面、情報共有ツール（MedicalCareSTATIONやKANAMICNETWORKに代表される、インターネットを利用したクラウド型情報共有システムなど。都合の良いときにＰＣやスマートフォンやタブレットからアクセスして、スムーズに多職種と情報共有／相談ができる）などを用いて行います。

従来、急を要さない情報共有／相談はＦＡＸ、急を要する場合は電話で行われていましたが、近頃はペーパーレスの推進、情報通信技術の発達もあり、ＦＡＸに代わり情報共有ツールを用いた情報共有／相談が増えています。重要で難しい協議事項の場合は、対面での協議やオンライン会議が望ましいと考えます。顔を見ながらの協議は、その後の連携にも活きてきます。上記の方法で訪問看護事業所と連携を行いますが、どのような方法でも円滑な連携ができるように準備をすることが望まれます。

⑵連携時の心掛け

訪問看護事業所との連携では、「双方からの報告、連絡、相談が日常的にあること」も重要です。相談しにくい雰囲気を作らないこと、他職種を尊重すること、そしてワンマンプレーに走らずにチームでケアする意識を持つことが重要です。医師が原因で連携が困難にならないように心掛けましょう。

4　訪問看護事業所等に交付する指示書の種類と注意事項

訪問看護事業所等に交付する指示書には訪問看護指示書だけではなく、特別訪問看護指示書や在宅患者訪問点滴注射指示書などがあります。必要に応じて、主治医が訪問看護事業所に交付します。各種指示書作成の際には、専用のソフトウェア（例：日本医師会が発行している「意見書」）などを用いると簡単に作成することが可能です。交付した各指示書は必ず医療機関でも保存（カルテへの添付や電子カルテへのスキャニングなど）しておくようにしてください。

⑴訪問看護指示書

在宅療養中の患者に適切な在宅医療を提供するために訪問看護事業所に交付する指示書です。訪問看護事業所に訪問リハビリを依頼する場合も訪問看護指示書に記載します。指示書には、現在の状況（病状、内服、日常生活自立度、使用している医療機器）や留意事項、指示事項や有効期限（６か月以内）を記載しますが、１か月の指示を行う場合には有効期間を記載する必要はありません。また、指示書作成日は診療日である必要はありません。

⑵特別訪問看護指示書

患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後などの理由により、必要に応じて一時的に週４日以上頻回な訪問看護が必要であると認められた患者について月１回交付することができる指示書です。気管カニューレを使用している患者や真皮を越える褥瘡のある患者であれば月２回まで交付することができます。主治医が指示書を交付した診療日から14日を限度として医療保険の訪問看護（週４日以上）を提供できるようになります。指示書作成日は診療日である必要があります。

特別訪問看護指示書は主治医が判断して必要に応じて作成するものであり、過剰な指示書とならぬよう注意が必要です。

⑶在宅患者訪問点滴注射指示書

在宅療養中の患者へ主治医の診療に基づき週３日以上の点滴注射を行う必要性を認めた場合に、訪問看護事業所等に交付する指示書です。主治医は指示書に有効期限（７日以内）と指示内容を記載します。併せて使用する注射薬、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与します。指示書作成日は診療日である必要はありません。

5　診療報酬算定について

⑴訪問看護指示料

訪問看護事業所に訪問看護指示書を交付した場合、１か月に１回を限度として算定することができます。令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書の記載事項が見直されています。訪問看護指示書には、原則として主たる傷病名の傷

03_開業医のための基礎知識.indd　200　　2025/01/24　11:59

病名コードを記載することになりました。

⑵在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅患者訪問点滴注射指示書を交付して必要な管理指導を行い、看護師が週３日以上の点滴注射を実施した場合、週１回算定することができます。指導料には点滴注射に必要な回路等の費用は含まれていますが、薬剤料は含まれていないので別に算定することができます。

⑶特別訪問看護指示加算（訪問看護指示料）

１か月に１回（気管カニューレを使用している患者や真皮を越える褥瘡のある患者であれば２回）を限度として算定することができます。

⑷手順書加算（訪問看護指示料）

主治医が訪問看護において特定行為（気管カニューレや胃瘻カテーテルの交換や脱水症状に対する輸液など）に係る管理の必要を認め、特定行為を行うために研修を修了した特定行為看護師に対して手順書を交付した場合に、６か月に１回を限度として算定することができます。特定行為及び特定行為区分（38行為21区分）については（表４）をご参照ください。

⑸衛生材料等提供加算（訪問看護指示料）

在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定することができます。

6　よくある訪問看護事業所等からの問合せ

病状の悪化、発熱などの突発的なイベント、膀胱留置カテーテルや点滴ルートのトラブル、スキントラブル、物品系（浣腸や外用薬や被覆保護剤や輸液ルートなど）の問い合わせが多いです。予め想定されるイベントやトラブルへの対応、物品の補充等は事前に様々な対応を想定して指示することにより、緊急対応の回避につながります。

患者の病状や取り巻く環境がハードになるほど、生活上の問題から医療的な問題まで幅広い対応をしてくれる訪問看護との連携が欠かせないものになってきます。より良い連携のためには日頃から密に連絡を取り合って風通しの良い関係性の構築を心掛けることが重要だと思います。もし、医師が在宅医療に慣れていない場合は、その旨を正直に伝えて不慣れな点へのサポートをお願いしておくとよいでしょう。適切なサポートや提案をしていただけると思います。

表４

特定行為区分の名称	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

03_開業医のための基礎知識.indd 201 2025/01/24 11:59

6　連携（病診連携・医介連携・診療情報提供）

1　病診連携・医介連携

⑴病診連携等とは

国は少子超高齢社会に伴う疾病構造・医療需要の変化に対し、地域医療構想による医療機能の分化と連携の推進や、医師確保計画及び外来医療計画による医療提供体制の整備の方向性を示してきました。

国（厚生労働省）が進めている「医療の機能分化と連携」とは、「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への転換のために、各々の医療機関の機能に応じて役割を分担し（機能分化）、患者の状態に応じて医療機関同士が連携することで「医療の質、患者の生活の質や満足度の向上を目指した医療提供体制の均てん化、及び効率化」の実現を目指すことであります。

我が国には大学病院からかかりつけ医まで様々な医療機関があります。これらの病院が連携することで、従来の「一病院完結型医療」から、「地域完結型医療」へ転換し、各地域にて切れ目のない医療を提供する体制を構築することを目的とします。

特に、かかりつけ医機能・総合診療機能を十分に発揮するためには高度医療・先進医療を担う特定機能病院等をはじめ、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能等地域医療を支える医療機関との医療連携、地域包括ケアシステム、ひいては地域共生社会実現のために医療職、介護福祉職との多職種連携、行政との連携など様々な連携の推進が必要です。

⑵病介連携とは

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から24年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきました。しかし、超高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（ＱＯＬ）の維持･向上を図っていく必要性が高まっています。一方、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっています。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立すると共に、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められています。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要です（厚生労働省ホームページより抜粋）。

2014年に「地域医療･介護総合確保推進法」が成立され、区市町村において「在宅医療・介護連携の推進事業」が進められています。

このような背景のもと、自治体ごとの医療と介護の連携、具体的には、保健所、地域包括支援センター、市町村、医療機関、介護施設の連携の強化がますます必要になってきています。

2　診療報酬上の留意事項

⑴診療情報提供料（Ⅰ）

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医療機関以外であっても、以下の示す施設、状況等で、患者等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は算定可能です。

・区市町村又は指定居宅介護支援事業者等
・精神障害者施設等（患者又は家族等の同意）
・小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等及び医療的ケア児が通学する学校医等に対して、主治医が学校医等へ診療情報提供を行った場合

ただし、学校医が学校等に対して「情報提供書」を提出した場合は算定できません。

説明：令和４年度の診療報酬改定によりこれまでの情報提供先である小学校、中学校等に加え幼稚園型認定こども園を含む幼稚園、高等学校、中等教育学校の後期課程、特別支援学校の幼稚部及び高等部、高等専門学校等が追加されました。保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定障害児相談支援事業者に情報提供した際も算定できます。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、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です。

②診療情報提供書には紹介先の医療機関名等の記載がなければなりません。転居等で次に受診する医療機関が判明していない場合も算定はできませんので、ご注意ください。

③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ません。

④診療を伴わない情報提供は算定できません。

03_開業医のための基礎知識.indd 202　2025/01/24 11:59

⑤診療情報提供料（Ⅰ）の加算は下記の通りです。

・精神障害者施設等に対して、退院後の情報を提供し紹介した場合、200点が加算できます。（※１）

・ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）算定医療機関から、別の同（Ⅰ）算定医療機関に対し情報提供し紹介を行った場合は、**ハイリスク妊婦紹介加算**として、妊娠中１回に限り200点が加算できます。

・認知症の疑い患者について鑑別診断等の必要を認め、専門医療機関に対して情報提供し紹介を行った場合は、**認知症専門医療機関紹介加算**として100点が加算できます。また、専門医療機関で認知症と診断された外来患者が、症状が増悪し当該専門医療機関に情報提供し紹介を行った場合は、**認知症専門医療機関連携加算**として50点が加算できます。

・精神科以外の保険医療機関が、うつ病等の診断治療等の必要性を認め、精神科医療機関に予約を行い情報提供し紹介を行った場合は、**精神科医連携加算**として200点が加算できます。

・長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の外来患者を、連携して治療を行う肝疾患の専門医療機関に対して紹介を行った場合は、**肝炎インターフェロン治療連携加算**として50点が加算できます。

・地域連携診療計画加算を算定する患者について退院月又は翌月に、連携する医療機関に対し、地域連携診療計画に基づく情報を提供した場合に、**地域連携診療計画加算**として50点が加算できます。

・入院又は介護老人保健施設等に対して、訪問看護ステーションから得た情報を提供し紹介を行った場合は、**療養情報提供加算**として50点が加算できます。

・施設基準を申請している保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報等のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、**検査・画像情報提供加算**として、次に掲げる点数を加算できます。

ア　退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合200点。ただし、上記（※１）を算定している場合は、算定はできません。

イ　入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合30点を加算できます。

⑵診療情報提供料（Ⅱ）

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回に限り算定できます。

注：セカンドオピニオンは、現在診察を実施している医療機関以外の医師による助言を求めるものです。セカンドオピニオンを実施する医療機関は診療情報提供書等の資料により、治療方針等について「助言」や「変更」など患者に対し提案することになりますので、基本的には診療とはならず、一般的には自費診療になります（セカンドオピニオンの結果、診察や治療を実施した場合は保険診療となります）。このため、患者からセカンドオピニオンの要望があった場合は、セカンドオピニオンを実施する医療機関では自費となることを説明することが必要です。また、セカンドオピニオンを受ける医療機関が、実施する体制等を整えているかを事前に確認していることも必要となります。セカンドオピニオンの結果により、治療方針の変更を患者から求められた場合に、自院では対応できず、セカンドオピニオンを実施した医療機関での診療を患者が望む場合の紹介状は、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することになります。

⑶連携強化診療情報提供料　届出必要

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150点を算定できます。

連携強化診療情報提供料を算定する場合には、紹介先、紹介元の医療機関が、注１から注５までのいずれかに該当していることが必要です（表１参照）。

⑷電子的診療情報評価料

前述⑴の「診療情報提供料（Ⅰ）」⑤診療情報提供料（Ⅰ）の加算の検査・画像情報提供加算は、診療情報を電子媒体により提出した紹介元が算定できますが、電子的診療情報評価料は、施設基準を申請している保険医療機関（紹介先）が、診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に30点が算定できます。

⑸がん治療連携指導料

「がん治療連携計画策定料」を算定した外来患者の、治療計画に基づく診療情報を計画策定病院に文書により提供した場合、がん治療連携指導料として月１回に限り300点が算定できます。ただし、診療情報提供料（Ⅰ）との併算定はできません。

⑹退院時共同指導料１

入院中の患者に対し、退院後に在宅での療養を担う医療機関の医師等が、入院中の医療機関に赴き、退院後の在宅での療養に必要な説明、指導を、入院医療機関の医師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入

03_開業医のための基礎知識.indd 203　2025/01/24 11:59

院中に１回（別に定める疾病の患者については２回）に限り、在宅療養を担う医療機関で退院時共同指導料１（在宅療養支援診療所：1,500点、それ以外：900点）が算定できます（入院医療機関では退院時共同指導料２を算定）。

在宅療養を担う医療機関は、入院中の医療機関で行う共同指導の際に、初診料、再診料、往診料、訪問診療料は算定できません。

⑺療養・就労両立支援指導料

厚生労働省においては、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、企業や医療機関における仕事と治療の両立支援について取り組んでいます。診療報酬においても平成30年診療報酬改定において「療養・就労両立支援指導料」が設定され、当初、対象疾患が「がん」であったものが、令和２年度には「脳血管疾患」「肝疾患（慢性経過）」、「指定難病」が、令和４年度には「心疾患」「糖尿病」「若年性認知症」が追加されました。

①本指導料は、患者と企業が共同で作成した勤務情報書に基づき、主治医が、患者に療養上必要な指導を実施し、企業の「産業医」「総括安全衛生管理者」「衛生管理者」「安全衛生推進者」「衛生推進者」「保健師」に対して診療情報を提供した場合について評価するものです。診療情報を提供した後であっても、勤務環境の変化により、再度指導等を行った場合でも算定できます。初回が800点、２回目以降が400点を月１回算定できます。

②施設基準を届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点加算できます。

③産業医等への文書の提供に係る診療情報提供料（Ⅰ）又は診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、本指導料の所定点数に含まれ算定できません。

④施設基準を申請した保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、初回は696点、２回目以降は348点を算定することになります。

⑻在宅医療におけるＩＣＴを用いた連携の推進

令和６年度診療報酬改定においてＩＣＴを用いて関係職種間で共通されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価が新設されました。在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料200点、往診時医療情報連携加算200点、在宅医療情報連携加算100点、介護保険施設等連携往診加算200点などです。これらは細かい算定条件、施設基準もありますので診療報酬点数表などをご参照ください。

表１（連携強化診療情報提供料　注のまとめ）

注番号	紹介元	対象患者	紹介先 紹介元に診療情報を提供した場合に、連携強化診療情報提供料が算定可能	算定回数制限
注１	地域包括診療加算等かかりつけ医機能の施設基準を届け出ていること	—	敷地内禁煙	月に１回
注２	200床未満の病院又は診療所	—	敷地内禁煙 外来機能報告対象病院等	
注３	—	—	敷地内禁煙 地域包括診療加算等かかりつけ医機能の施設基準を届け出ていること	
注４	—	難病（疑いを含む）患者	敷地内禁煙 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院	
		てんかん（疑いを含む）の患者	敷地内禁煙 てんかん支援拠点病院	
注５	—	妊娠中の患者	敷地内禁煙	３月に１回
	産科又は産婦人科を標榜		妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること	月に１回
	—		産科又は産婦人科を標榜し、妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること	

３　選定療養

⑴紹介状なしで大病院に受診する場合の定額負担

紹介状なしで200床以上の病院等を受診した場合、選定療養費として患者から定額負担額の支払いを求めた場合は、初・再診にかかる所定点数から下記②の点数を控除した点数で算定します。

①定額負担金額

初診：7,000円　　再診：3,000円

②控除額

初診：初診に係る所定点数から200点

再診：再診に係る所定点数から50点

③算定方法

例：総医療費10,000円（1,000点）で受診した３割負担の患者の場合（保険者請求分と一部負担金を各々200点（2,000円）控除）

総医療費	保険者請求分	一部負担金	選定療養	患者負担金合計
10,000円	5,600円	2,400円	7,000円	9,400円
	7,000－(2,000×0.7)＝5,600円	3,000－(2,000×0.3)＝2,400円		2,400＋7,000＝9,400円

⑵長期収載品の処方等

令和６年10月から医療上の必要性がなく、患者が「後発品でなく先発品（長期収載品）を使用したい」と希望した場合、両者の差額の４分の１を患者自身の負担とする仕組み（選定療養）が導入されました。

03_開業医のための基礎知識.indd 204　2025/01/24 11:59

4　医療機器の共同利用

ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィー、放射線治療などの高額医療機器については、人口当たりの台数に地域差があり、また医療機器ごとに地域差の状況は異なるため、国は効率的な医療提供体制の構築に向けて、医療機器の共同利用による活用を求めています。

医療機器の共同利用を実施した場合、算定方法は以下の通りとなります。

⑴依頼を受ける医療機関において「設備の使用（撮影等）のみ実施した場合」

依頼を受ける医療機関においてＣＴ等の撮影等のみ行う場合は、初診料、診療情報提供料（Ⅰ）、検査料、画像診断料等は算定できません。

依頼する医療機関が実施したものとして、画像診断料等の保険請求を行います。このため、依頼する医療機関と依頼される医療機関との間で使用契約等を締結し、依頼する医療機関が使用料を、依頼を受ける医療機関に支払うことになります。

この場合、依頼する医療機関はＣＴ等の高額医療機器を設置していないため、診療報酬明細書の摘要欄に「画診共同」と記載してください。

⑵依頼を受ける医療機関において「設備の使用（撮影等）だけでなく読影等も実施した場合」

検査や画像撮影の結果を読影も含めて実施し、さらに対診も実施した後、その読影結果等を依頼した医療機関に文書により回答した場合には、依頼された医療機関は初・再診料や診療情報提供料（Ⅰ）、画像診断等を算定できます。この場合は、「画診共同」の事例には当たりません。

⑶「ＣＴ・ＭＲＩ」共同利用におけるその他の留意点

診療報酬改定において高性能ＣＴ･ＭＲＩの点数に、「共同利用施設において行われる場合」の点数が設定されています。共同利用の実績が10%以上であれば20点多い点数を算定できますが、前述の⑴により依頼する医療機関が画像診断料等を算定する場合は、依頼を受ける医療機関の共同利用の実績にかかわらず「共同利用施設において行われる場合」の点数を算定できます。



03_開業医のための基礎知識.indd 205　2025/01/24 11:59

7　保険外の患者負担について

1　混合診療とは

健康保険制度では、健康保険で診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）を併せて行うことです。

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、自由診療を行った場合は、一連の診療行為について全額患者自己負担となるルールです。

ただし、「評価療養」、「患者申出療養」及び「選定療養」については、保険診療との併用が認められています（後述の「５　保険診療との併用が認められている療養」及び図１を参照）。

2　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（診療録の記載及び整備）に規定されています。

⑴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。

⑵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、診療報酬明細書の摘要欄（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します。

3　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」共に、前述の「２　健康診断」と同様の取扱いとなります。

4　自費診療

⑴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、初診に遡りすべ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。

⑵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、保険診療の基本診療料（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ます。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。

5　保険診療との併用が認められている療養

保険診療との併用が認められている療養には「評価療養」、「患者申出療養」及び「選定療養」があります。療養全体にかかる費用のうち基礎的部分については保険給付をし、特別料金部分については全額自己負担となります（図１、２参照）。

⑴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です。評価療養は以下の項目となります。

①先進医療
②医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
③医薬品医療機器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
④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）
⑤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）
⑥プログラム医療機器の使用（薬事の第１段階承認後のもの、チャレンジ申請で再評価を目指すもの）

⑵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

03_開業医のための基礎知識.indd 206　2025/01/24 11:59

が最大の違いです。また、審査期間が短く、対象者となる患者の範囲も多くなります（図１、２、３参照）。

申請方法（厚生労働省　資料）

⑴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ことになります。
（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）
⑵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。
⑶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ます。

⑶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。選定療養は以下の項目となります。

①特別の療養環境（差額ベッド）……４床以下であること。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出によるため「利用申込書」により室料を徴収すること。　等

②予約診療……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が10分程度以上であること。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。　等

③時間外診療……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。等

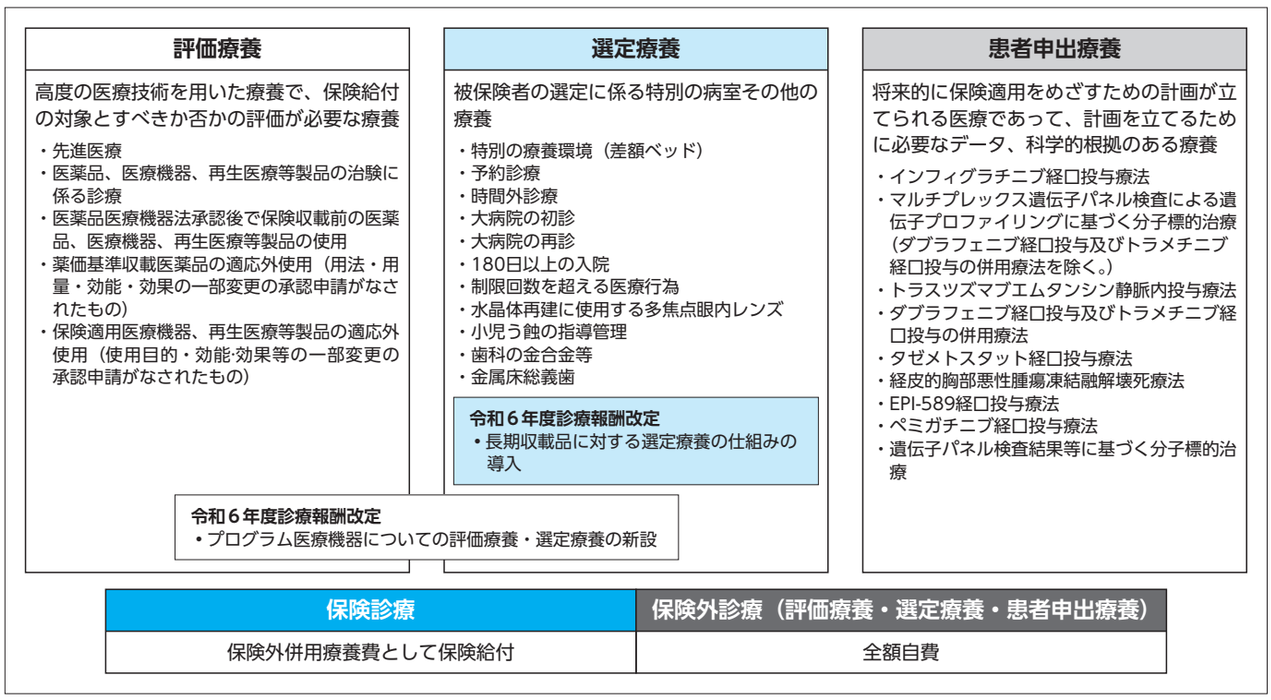
④大病院の初診……他の保険医療機関等からの紹介なしに200床以上の病院を受診した患者については、緊急患者等を除き選定療養費を患者から徴収することができる（本書「Ⅰ　4基本診療料」を参照）。

⑤大病院の再診……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「Ⅰ　4基本診療料」を参照）。

⑥制限回数を超える医療行為……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と共に、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない。

⑦180日以上の入院
⑧歯科の金合金等
⑨金属床総義歯
⑩小児う蝕の指導管理
⑪水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
⑫保険適用期間終了後のプログラム医療機器
⑬間歇スキャン式持続血糖測定器
⑭精子の凍結及び融解
⑮長期収載品（後述の「６」を参照）

図１



03_開業医のための基礎知識.indd　207　　2025/01/24　11:59

図２

保険外併用療養費制度について

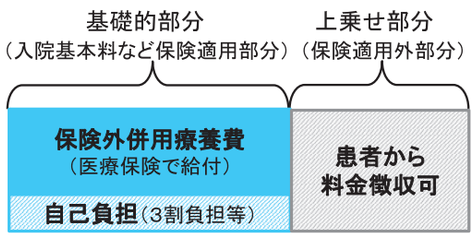
平成18年の法改正により創設
（特定療養費制度から範囲拡大）

○ 保険診療との併用が認められている療養

① 評価療養
② 患者申出療養
　→ **保険導入のための評価を行う**もの

③ 選定療養 ⟶ 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み



※　保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件（料金の掲示等）を明確に定めている。

○ 評価療養

- 先進医療（先進A：25技術、先進B：59技術　令和4年4月時点）
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 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
- 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）
- 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）
- プログラム医療機器の使用
  （薬事の第1段階承認後のもの、チャレンジ申請で再評価を目指すもの）

○ 患者申出療養

○ 選定療養

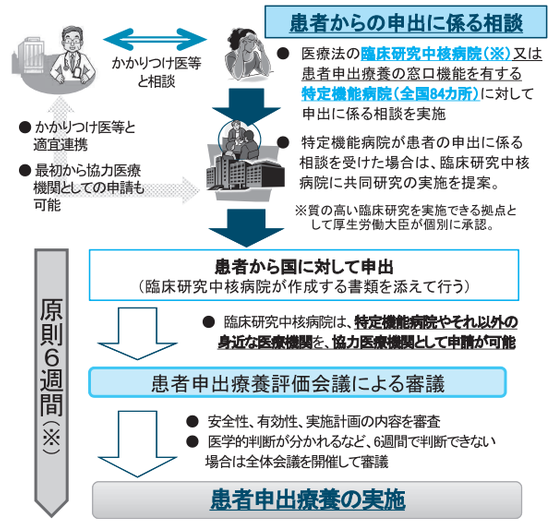
- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 小児う蝕の指導管理
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- 間歇スキャン式持続血糖測定器
- 精子の凍結及び融解
- 長期収載品

図３

患者申出療養制度とは

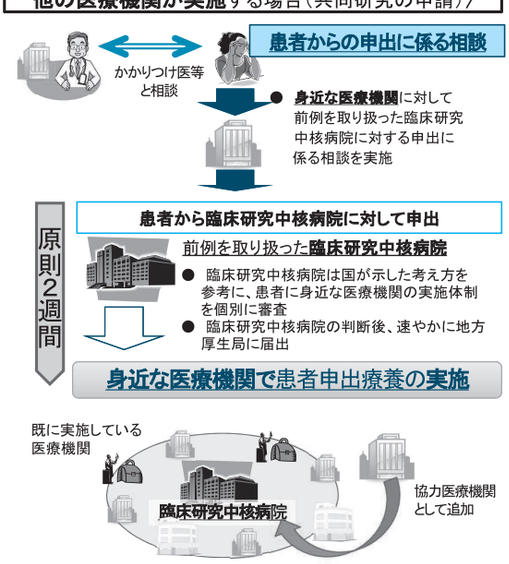
○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者さんの思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を創設

〈患者申出療養としては**初めての医療**を実施する場合〉



※6週間は国が各種書類を受理してから患者申出療養の実施までの期間

〈既に患者申出療養として前例がある医療を**他の医療機関が実施**する場合（共同研究の申請）〉



03_開業医のための基礎知識.indd 208　2025/01/24 11:59

6　長期収載医薬品の保険給付に係る選定療養

長期収載医薬品の保険給付について令和６年10月１日より、選定療養が導入されました。

⑴長期収載品の処方箋の交付等に対する基本的な考え方について

①長期収載品について、処方箋（院内処方を含む）が交付され、院内薬局又は保険薬局において調剤される場合について、医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合は、引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とし、保険給付は長期収載品の薬価と後発医薬品の最高価格帯の価格差の４分の３までとすることとなっています。これに伴い処方箋様式も改正されています。処方箋様式の詳細については、本書「Ⅰ　7投薬（処方）、注射」をご参照ください。

②処方医は、選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等について、患者に十分な説明を行わなければなりません。また保険薬局の薬剤師も、調剤時に同様の事項を説明し患者の希望を確認することが必要です。

③選定療養の対象にならない場合

ⅰ　院外処方の場合

ｱ)銘柄名処方された長期収載品であって、医師が処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載した場合

ｲ)後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、当該保険薬局において後発医薬品の提供が困難であり、長期収載品を調剤せざるを得ない場合

ｳ)保険薬局の薬剤師が、患者が服用しにくい剤形である、長期収載品と後発医薬品で効能効果等の差異がある等、後発医薬品では適切な服用が困難であり、長期収載品を服用すべきと判断した場合

ｴ)処方箋において「患者希望」欄に「✓」又は「×」の記載がされていたが、調剤時に選定療養について説明した結果、患者が後発品を希望した場合

ⅱ　院内処方の場合

ｱ)医師が医療上必要があると認める場合

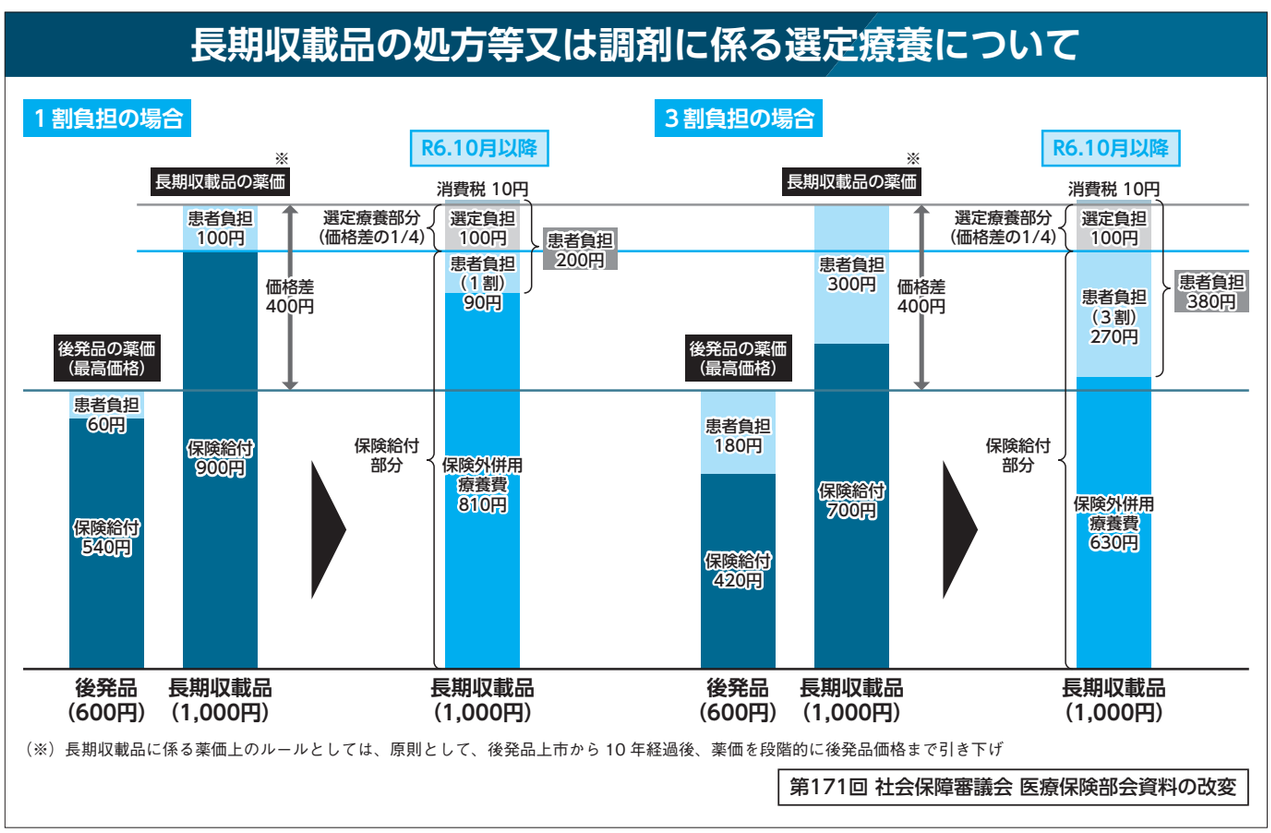
ｲ)後発医薬品を提供することが困難な場合

④入院中の患者については対象外

⑵対象医薬品の考え方

①後発医薬品のある先発医薬品（準先発医薬品を含む）、バイオ医薬品は対象外。

図４



03_開業医のための基礎知識.indd 209　2025/01/24 11:59

②組成及び剤形区分が同一であって
　ⅰ　後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから５年を経過した品目（後発品置換え率が１％未満のものを除く）
　ⅱ　後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから５年を経過しない品目のうち、後発品置換え率が50％以上のもの
③長期収載品の薬価が、後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を超えているもの。
④対象医薬品リストは厚生労働省のホームページに掲載されています。

⑶負担額

①後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の１が患者負担となります（４分の３までが保険給付）（図４参照）。
②選定療養のため患者負担は消費税の対象となります。
③医療保険に加入している患者であって、かつ、国の公費負担医療制度又はこども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっており、一部負担金が助成されている患者が長期収載品を希望した場合については、今回対象外の者は設けておらず、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となります。

7　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が示されています。

⑴費用徴取する場合の手続きについて

「療養の給付と直接関係のないサービス等」についてはその提供に当たって保険医療機関等と患者の同意に基づき行われるものであり、保険医療機関等は、その提供及び費用の徴収に当たって､次の事項に留意する必要があります。

①保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について、患者にとって分かりやすく掲示しておくことが必要です。
②①の掲示事項については、原則としてウェブサイトに掲載しなければなりません。
　ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではありません。なお、ウェブサイトへの掲載については、令和７年５月31日までの間、経過措置が設けられています。
③患者からの費用徴収が必要な場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、同意を確認の上で徴収することとなります。また、この同意の確認は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者の署名を受けることが必要です。
④患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容の分かる領収証の発行が必要です。

「療養の給付と直接関係ないサービス等」及び「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」の具体例としては、次のものが挙げられます。

⑵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
・おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、Ｔ字帯代
・病衣貸与代(手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く)
・テレビ代
・理髪代
・クリーニング代
・ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
・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
・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
・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
・診療録の開示手数料(閲覧、写しの交付等に係る手数料)
・外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料　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
・在宅医療に係る交通費
・薬剤の容器代　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
・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
・美容形成（しみとり等）
・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）
・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

03_開業医のための基礎知識.indd 210　2025/01/24 11:59

・保険薬局における患家等への薬剤の持参料及び郵送代
・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
・日本語を理解できない患者に対する通訳料
・他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
・院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用
・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）
・院内託児所・託児サービス等の利用料
・手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等
・有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）
・画像・動画情報の提供に係る費用（「B010」診療情報提供料（Ⅱ）を算定するべき場合を除く）
・公的な手続き等の代行に係る費用　等

⑶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

ⅰ　入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代　等

ⅱ　材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代　等

ⅲ　サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のと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

ⅰ　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く）

ⅱ　適応外使用の医薬品（評価療養を除く）

ⅲ　保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く）

等

⑷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。

03_開業医のための基礎知識.indd 211　2025/01/24 11:59

8　公費負担医療制度（感染症、マル都、生活保護など）

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、大きく５つに分類されます。

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

また、公費負担医療制度には国の法律で定めるもの、東京都独自で定めるもの、区市町村独自で定めるものがあり、医療機関が申請し指定登録を受けることで取扱いが可能なものと、すべての医療機関で取扱いが可能なものがあります。

現在、デジタル庁では、関係省庁と連携し、医療費助成、予防接種、母子保健等領域におけるマイナンバーカードを活用したデジタル化の取組（自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub：PMH））を推進しています。ここでは、共通する注意点、各種制度、取扱いが異なる生活保護法の順で解説します。

なお、東京都医師会では複雑かつ多岐にわたる公費負担医療制度の詳細をまとめた「公費負担医療の手引」（通称：青本）を２年ごとに作成しております。併せてご参照ください（本項の後部を参照）。

1　各種医療費助成制度について

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。

＜各制度共通の注意点＞

①社会的弱者等に対する者を救済する公費は、すべての保険診療行為（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扱いとなります。

②それぞれの公費医療を取扱うためには、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・レセプトの作成に当たっても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。

2　各制度の概要

⑴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）の場合について説明します。

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。

※詳しくは東京都保健医療局の下記ホームページを参照してください。

東京都保健医療局 》感染症対策 》結核情報・対策 》感染症指定医療機関（結核）

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/kekkaku/si_kikan.html

※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「結核発生届」を提出する必要がありますのでご留意ください。

⑵更生医療（法別番号：15）

①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、聴覚又は平衡機能障害、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、ヒト免疫不全ウィ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。

②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。

03_開業医のための基礎知識.indd 212　2025/01/24 11:59

【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）

⑶育成医療（法別番号：16）

①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、又は、現存する疾患が、当該障害又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。
②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）

⑷精神通院医療（法別番号：21）

①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。
②東京都に「指定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。
③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局の下記ホームページを参照してください。
東京都福祉局 》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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/jigyo/shougaifukushi/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

⑸小児慢性特定疾病（法別番号：52）

①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。
②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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/siteiiryokikan.html

【問い合わせ先】
〒163-8001　東京都新宿区西新宿 2-8-1
東京都福祉局　子供・子育て支援部　家庭支援課　母子医療助成担当　電話　03-5320-4375

⑹原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（一般疾病医療）（法別番号：19）

①「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。
②東京都に「被爆者一般医療機関」としての申請が必要です。
※東京都保健医療局 》健康づくり・保健政策 》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.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/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
東京都保健医療局　保健政策部　疾病対策課　被爆者援護担当　電話　03-5320-4473

⑺公害健康被害の補償等に関する法律

①「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。
②健康保険を取扱っている医療機関は「公害健康被害の補償等に関する法律」により、原則として、すべ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）。

⑻難病の患者に対する医療等に関する法律（法別番号：54）

①「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

03_開業医のための基礎知識.indd 213　2025/01/24 11:59

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。

②東京都に「難病指定医療機関」としての申請が必要です。

※東京都保健医療局 》健康づくり・保健政策 》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.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/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

東京都保健医療局　保健政策部　疾病対策課　疾病対策担当　電話　03-5320-4471

※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。

（前述の「⑸小児慢性特定疾病（法別番号：52）」のホームページＵＲＬを参照）

⑼心身障害者医療費助成制度（マル障）（法別番号：80）

①東京都内に住所を有する次の方が対象です。一部、対象の除外があります。

●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）

●愛の手帳１度・２度の方

●精神障害者保健福祉手帳１級の方

②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

東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　電話　03-5320-4571

⑽ひとり親家庭等医療費助成制度（マル親）（法別番号：81）

①対象者はひとり親家庭、父母ともいない家庭、父又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。

②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

東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　電話　03-5320-4282

⑾乳幼児医療費助成制度（マル乳）（法別番号：88）

①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）を養育している方です。

②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

東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　電話　03-5320-4282

⑿義務教育就学児医療費助成制度（マル子）（法別番号：88）

①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。

②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

東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　電話　03-5320-4282

⒀高校生等医療費助成（マル青）（法別番号：89）

①都内各区市町村内に住所を有する高校生等（高等学校の就学期にある方を指し、高校在学中か否かを問いません）を養育している方です。

②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

東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　電話　03-5320-4282

⒁医療費助成制度（マル都）

①「マル都」とは、東京都福祉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。

②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。

※東京都福祉局 》生活の福祉 》医療助成 》【契約医療機関様向け】マル都・マル障・マル親乳子青に係る契約に

03_開業医のための基礎知識.indd 214　2025/01/24 11:59

必要な各種届出書のご案内
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html

【問い合わせ先】
〒163-8001　東京都新宿区西新宿 2-8-1
東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療調整担当
電話　03-5320-4453

3　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すべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障すると共に、その自立を助長することを目的とする。（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（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に提出してください。

ただし、生活保護指定医療機関に関する届け出と保険医療機関に関する届け出が同時の場合に限り、一括して関東信越厚生局に提出することが可能です。

なお、令和６年３月よりマイナンバーカードを使った医療扶助のオンライン資格確認が始まっています。詳細は所轄の福祉事務所にお問い合わせください。

＜注意点＞

⑴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、医療機関の窓口に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。

⑵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を確認してください。医療券はその後に発行されます。

⑶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係る費用について、診療報酬での請求や患者からの徴収はできません。

⑷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。

⑸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３）。

⑹保険外併用療養費の支給に係るもの（評価療養、患者申出療養及び選定療養（長期入院選定療養を除く））は、医療扶助の対象となりません。そのため、令和６年10月から始まった長期収載品の選定療養化についても患者希望による長期収載品の処方・調剤は一切認められないことが示されています。

⑺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行われています。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、福祉事務所からの病状照会等への回答等をお願いします。

⑻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。

⑼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１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）を参照してください。

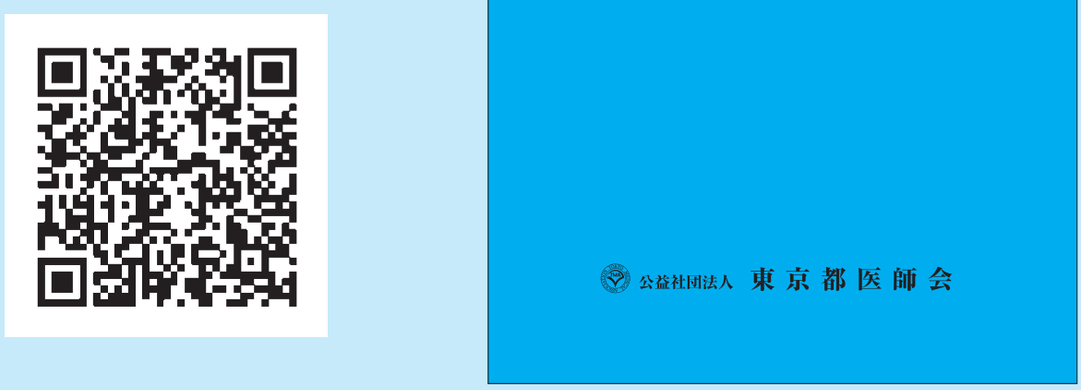
○東京都内（八王子を除く）で医療機関を開設の方
東京都福祉局のホームページ内：東京都福祉局 》生活の福祉 》生活保護 》指定医療機関・指定施術機関（生活保護法・中国残留邦人等支援法）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/hogo/iryokikan.html

○八王子市で医療機関を開設の方
八王子市のホームページ内：トップページ 》くらしの情報 》 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

03_開業医のための基礎知識.indd 215　2025/01/24 11:59

東京都医師会発行
「公費負担医療の手引き」（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。



03_開業医のための基礎知識.indd 216　2025/01/24 11:59

9　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。

1　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、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡等に対して、労働者やその遺族に対して必要な保険給付を行う制度です。

業務・通勤災害による保険給付内訳

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

⑴労災患者の取扱い

労災患者の医療機関での取扱いについては、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」（図３参照）を作成し、「療養の給付請求書」（図４左参照）と共に、東京労働局又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「療養の費用請求書」（図４右参照）にて請求し、その費用の支給を受ける現金給付となっています（図２参照）。

⑵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。東京都医師会の会員については、所属の地区医師会へ「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受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。

⑶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従って算定しますが、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。

図１　労災指定医療機関で療養を受けた場合の療養（補償）給付申請の流れ

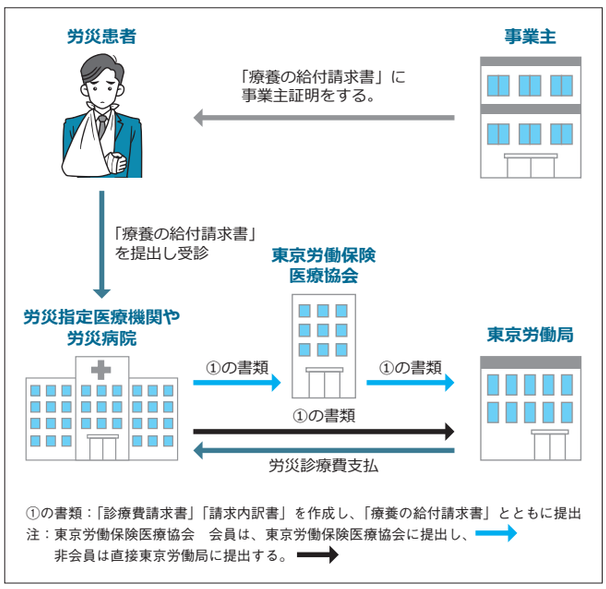
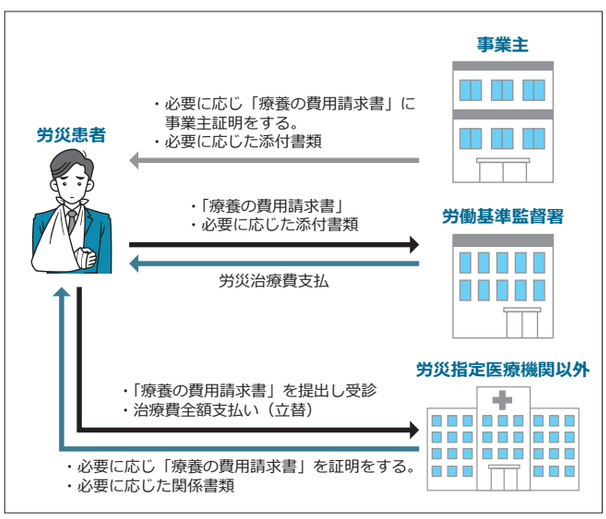


図２　労災指定医療機関以外で療養を受けた場合の療養（補償）給付申請の流れ



＜注意点＞

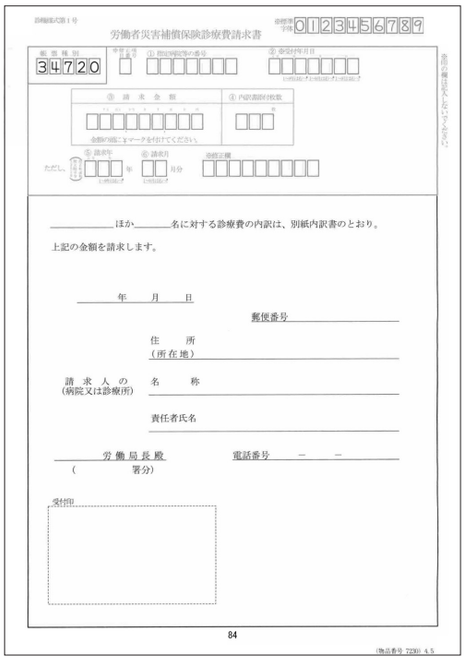
⑴医療保険と異なり、労災患者は労災保険に関する保険証を持っていません。その都度、事業主より必要な様式を発行してもらい医療機関に提出します。

03_開業医のための基礎知識.indd 217　2025/01/24 11:59

⑵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労災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。

⑶労災指定医療機関では、労災診療費算定基準に従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漏れ・誤りがないよう請求を行ってください。前述の通り、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、４、５参照）。

図３　労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第１号）



療養費請求内訳書（入院外）（診機様式第３号）

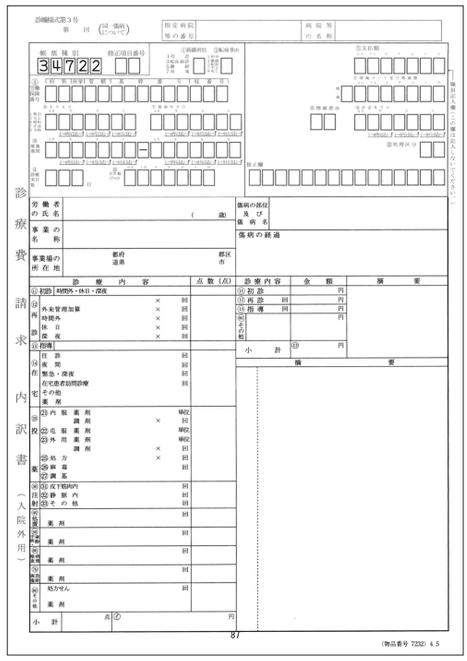
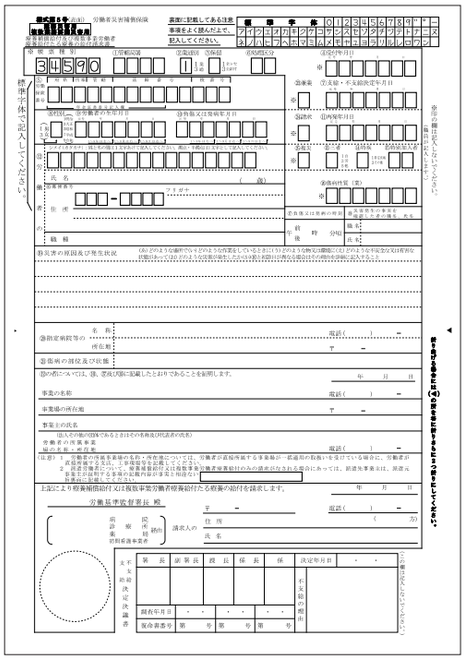
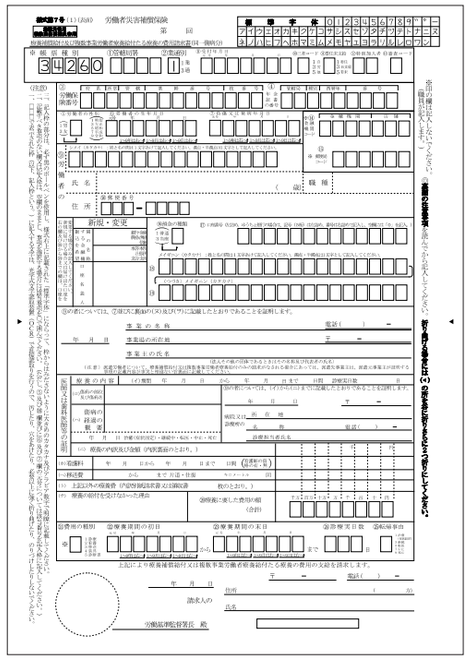


図４　療養給付たる療養の給付請求書　業務災害用（様式第５号）労災指定医療機関用



療養給付たる療養の費用請求書　業務災害用（様式第７号（１））労災指定医療機関以外の医療機関用



03_開業医のための基礎知識.indd　218　2025/01/24　11:59

図５　労災保険指定医療機関診療等事務取扱指針　第９条

（東京労働局）

指定医療機関は、本規定に基づいて行った療養の給付及びアフターケアにかかる診療費を請求しようとするときは、前項の規定により算定した毎月分の診療費を翌月の所定日までに、診療費請求書及び診療費内訳書を東京労働局長に提出するものとする。ただし、外科後処置の取り扱いは従前の通りとする。
なお、東京労働保険医療協会と契約している指定医療機関は、東京労働保険医療協会を経由し提出するものとする。

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/

２　地方公務員災害補償制度

地方公務員災害補償制度は、地方公務員等が公務上の災害（負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ）又は通勤による災害を受けた場合に、その災害によって生じた損害を補償し、必要な福祉事業を行い、地方公務員等及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする制度です。

⑴地方公務員災害被災職員の取扱い

受診する医療機関が指定医療機関か否かで手続が異なります。指定医療機関とは、東京都医師会に加入している医師が管理している医療機関等、又は、地方公務員災害補償基金東京都支部（以下「基金都支部」）があらかじめ指定した病院等のことです。

①指定医療機関

療養に要した費用は、基金都支部と指定医療機関との協定に従い、基金都支部から直接、指定医療機関に支払われます。

≪請求方法≫

被災職員（以下「患者」）が「療養費請求書（都支部様式第１号）」（原則１か月につき１枚）を指定医療機関に持参しますので、本請求書を作成し「総括表」と共に東京都医師会に送付します。初診時の請求月だけは「療養費請求書（都支部様式第１号）」に加え「療養の給付請求書（様式第５号）」を提出することになります。

②指定医療機関以外

基本的に、患者が一旦、治療費を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、患者が認定番号、認定傷病名等を主治医等に連絡します。

≪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。患者は所属する機関を経由して基金都支部に費用請求を行うことにより、患者指定の口座に治療費が支払われます。

⑵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。

３　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賠責損害賠償保障法に基づき、オートバイ・原付を含む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。

⑴治療費（自賠責保険診療費算定基準）

自賠責保険の支払いは健康保険、健康保険に準拠した自由診療、労災保険、さらには労災診療費算定基準に準拠した自賠責保険診療費算定基準（新基準）による請求も可能です。自賠責保険診療費算定基準は、都道府県医師会と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定めたもので、基本的には全国同じ内容であり、一般的な基準として多くの医療機関が採用しています。

⑵健康保険の使用

自動車事故等による被害者は、基本的には、法に基づき自賠責保険により保障を受けることになりますが、健康保険による診療を被害者自身が希望した場合は、以下により診療を受けることができます。また、被害者の過失割合が高かったり、治療費が高額になるケースなどで利用されることがあります。

※健康保険を使用する場合

①被害者自身が加入している健康保険の保険者に、遅滞なく「第三者行為による傷病届」を提出する必要があります。

②健康保険による診療は、健康保険法等の規定に基づいて行われることになります。

③外来受診の際には、その都度、窓口で一部負担の支払いが必要となります。

④医療機関は、健康保険のレセプトの「特記事項」欄に「第三」と記載して請求します。

03_開業医のための基礎知識.indd 219　2025/01/24 11:59

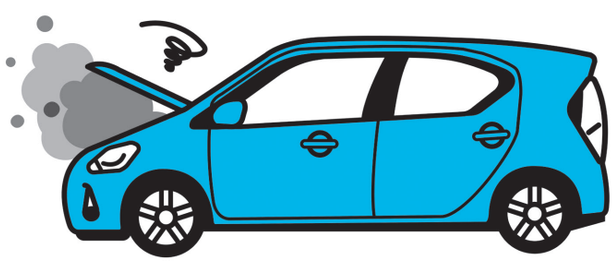
⑤保険者は、健康保健法の規定により損害賠償の請求権を取得し､第三者である交通事故の加害者（損害保険会社）に請求（求償）することになります。

⑶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もあります。被害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費等の損害に対する保険として、強制保険である自賠責保険と自賠責保険の上積み保険で任意で加入する任意自動車保険があります。自賠責保険は人身事故のみが対象の保険ですが、任意自動車保険は通常、対人賠償保険、搭乗者傷害保険、車両保険など複数の保険を組み合わせたセット商品であり、その内容は損害保険会社の約款で定められ、各社によって異なります。

③交通事故診療においては、被害者である患者のほか、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ならない事務が発生します。被害者の同意書の確認や診断書の提出、治療内容・治療費についての照会応答等は、早期解決のために適切な対応が必要です。保険会社対応等で不明な点については、東京都医師会医療保険課までご連絡ください。



03_開業医のための基礎知識.indd 220　2025/01/24 11:59

10　日本医師会認定産業医制度

1　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。

「診療所での職務とは違った」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。

2　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項に次の通り定められています。

⑴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

⑵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

⑶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

⑷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（常時勤務する者に限る）の職にあり、又はあった者

⑸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、前述の⑴に該当します。

3　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。

⑴健康診断の実施及びそ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。

⑵面接指導並びに必要な措置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。

⑶心理的な負担の程度を把握するための検査の実施並びに面接指導の実施及びそ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。

⑷作業環境の維持管理に関すること。

⑸作業の管理に関すること。

⑹前各号に掲げるもののほか、労働者の健康管理に関すること。

⑺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。

⑻衛生教育に関すること。

⑼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項で次の通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の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らない。」

4　産業医の申請方法等

⑴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（下記参照）修了者は、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。」

※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。

03_開業医のための基礎知識.indd 221　2025/01/24 12:00

(1)入門的な前期研修（14単位以上）

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

(2)実習・見学などの実地研修（10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)地域の特性を考慮した実務的・やや専門的・総括的な後期研修（26単位以上）

※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。

(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ご確認ください。

(3)審査

都道府県医師会長は、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上で、日本医師会長に推薦します。

日本医師会長は、都道府県医師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。

5　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受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、「日本医師会ホームページ（全国医師会産業医部会連絡協議会）」などに掲載します。

都内の研修会日程は「東京都医師会ホームページ（研修会開催スケジュール）」に掲載します。

(3)生涯研修の内容（20単位以上）

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。

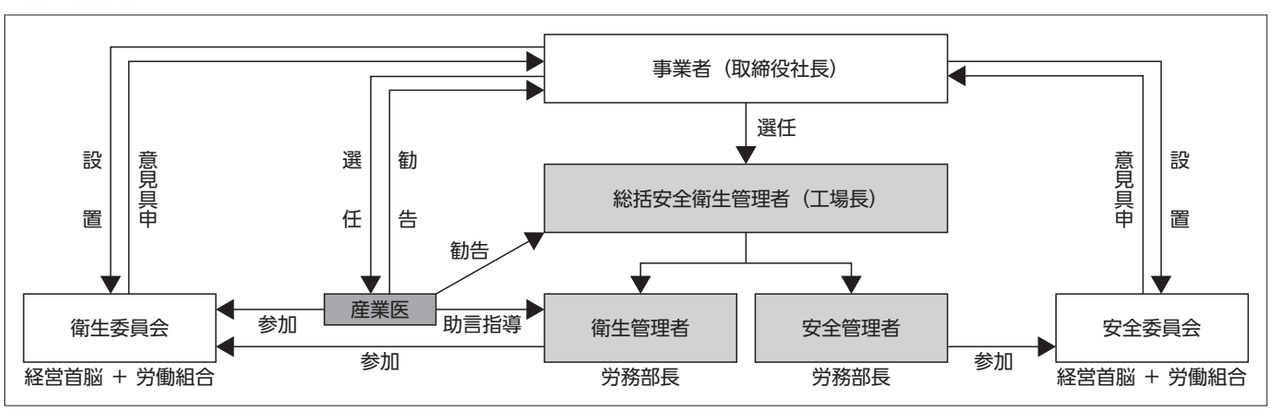
(5)申請手続き

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ご確認ください。

6　審査と登録

前述の「４　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。

安全衛生管理体制（例）



03_開業医のための基礎知識.indd 222　2025/01/24 12:00

11　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

⑴期間は年度単位で、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。

⑵単位

学習時間30分の0.5単位が最小単位で、カリキュラムコードごとに集計されます。

⑶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。

⑷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

⑸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）。

⑹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）。

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。

図１（228ページ参照）

1 医師のプロフェッショナリズム	27 黄疸	54 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
	30 頭痛	59 背部痛
4 医師―患者関係とコミュニケーション	31 めまい	60 腰痛
	32 意識障害	61 関節痛
5 心理社会的アプローチ	33 失神	62 歩行障害
6 医療制度と法律	34 言語障害	63 四肢のしびれ
7 医療の質と安全	35 けいれん発作	64 血尿（肉眼的・顕微鏡的）
8 感染対策	36 視力障害・視野狭窄	65 排尿障害（尿失禁・排尿困難）
9 医療情報	37 目の充血	66 乏尿・尿閉
10 チーム医療	38 聴覚障害	67 多尿
11 予防と保健	39 鼻漏・鼻閉	68 精神科領域の救急
12 地域医療	40 鼻出血	69 不安
13 医療と介護および福祉の連携	41 嗄声	70 気分の障害（うつ）
14 災害医療	42 胸痛	71 流・早産および満期産
15 臨床問題解決のプロセス	43 動悸	72 成長・発達の障害
16 ショック	44 心肺停止	73 慢性疾患・複合疾患の管理
17 急性中毒	45 呼吸困難	74 高血圧症
18 全身倦怠感	46 咳・痰	75 脂質異常症
19 身体機能の低下	47 喘鳴	76 糖尿病
20 不眠（睡眠障害）	48 誤飲	77 骨粗鬆症
21 食欲不振	49 嚥下困難	78 脳血管障害後遺症
22 体重減少・るい痩	50 吐血・下血	79 気管支喘息・COPD
23 体重増加・肥満	51 嘔気・嘔吐	80 在宅医療
24 浮腫	52 胸やけ	81 終末期のケア
25 リンパ節腫脹	53 腹痛	82 生活習慣
26 発疹	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。

図２



図３



03_開業医のための基礎知識.indd 223　2025/01/24 12:00

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
Japan Medical Association

03_開業医のための基礎知識.indd　224　2025/01/24　12:00

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

医師を対象とし、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。

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郡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郡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種類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**）。



生涯教育カリキュラム〈2016〉

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・診診連携の中での学習等）
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

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、発行対象の方全員に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

03_開業医のための基礎知識.indd 225 2025/01/24 12:00

申告手続き

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およ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。

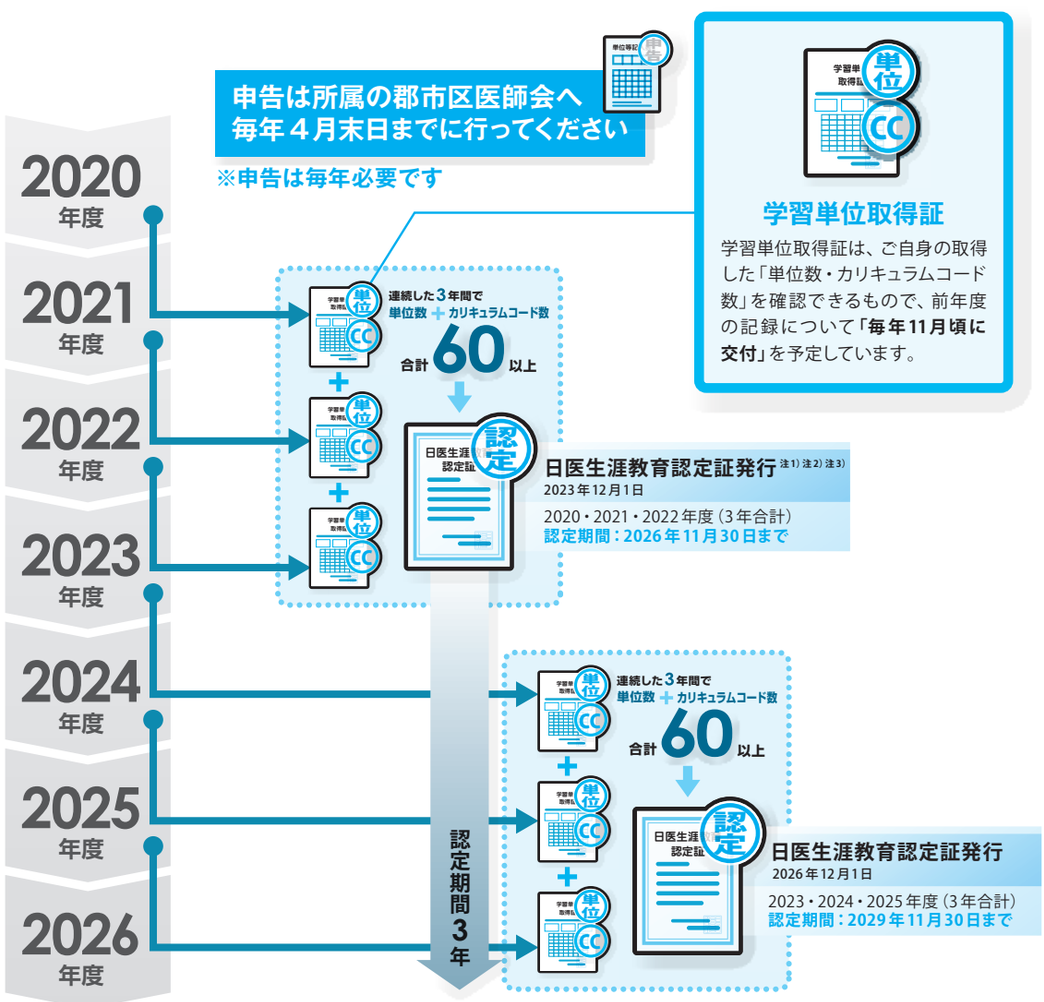


注）日医雑誌問題解答、日医e-ラーニング、研修管理システムを利用する講習会等の単位・カリキュラムコードは日本医師会で既に管理していますので、申告の必要はありません。

03_開業医のための基礎知識.indd 226　2025/01/24 12:00

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（2021・2022・2023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、2024年12月1日付で認定証を発行します。

03_開業医のための基礎知識.indd 227 2025/01/24 12:00

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 嗄声	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・るい痩	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。

03_開業医のための基礎知識.indd 228　2025/01/24 12:00

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者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、ログインしているユーザーIDごとに日本医師会で管理します。
※解答掲載前は確認できません。





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。
セルフ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、ログインしているユーザーIDごとに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」の単位を取得できます。







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2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として付与されている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、**"1972年2月4日生まれ"**の場合、**「720204」**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
2024/3/1　13-0　0000000000

03_開業医のための基礎知識.indd 229 2025/01/24 12:00



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、講演時間にかかわらず、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時間 → 1カリキュラムコード 1単位

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※およ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。日本医師会生涯教育制度において付与される単位（**1時間・1単位**）と日本医学会総会および日本医学会分科会において各学会から付与される単位は考え方が異なるため**一致しない**ので注意してください。
※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申請があり、承認を受けたものについて、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。



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等）

30分 → 1カリキュラムコード 0.5単位

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、それにより賃金・報酬を得るものについては体験学習とはなりません。



医師国家試験問題作成

1題 → 1単位

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。



臨床実習、臨床研修・専門研修制度における指導

1人（1日） → 1単位

医学生の臨床実習、医師臨床研修・専門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、申請には実習・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。



医学学術論文・医学著書の執筆

1回（1件） → 2カリキュラムコード 1単位

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。

03_開業医のための基礎知識.indd 230　2025/01/24 12:00

日本医学会分科会（142学会）

日本アフェレシス学会
日本アレルギー学会
日本医学教育学会
日本医学放射線学会
日本胃癌学会
日本医史学会
日本移植学会
日本医真菌学会
日本医療機器学会
日本医療情報学会
日本医療・病院管理学会
日本インターベンショナルラジオロジー学会
日本ウイルス学会
日本衛生学会
日本衛生動物学会
日本栄養・食糧学会
日本疫学会
日本温泉気候物理医学会
日本解剖学会
日本化学療法学会
日本核医学会
日本眼科学会
日本癌学会
日本感染症学会
日本肝臓学会
日本肝胆膵外科学会
日本癌治療学会
日本緩和医療学会
日本気管食道科学会
日本寄生虫学会
日本救急医学会
日本矯正医学会
日本胸部外科学会
日本形成外科学会
日本外科学会
日本血液学会
日本結核・非結核性抗酸菌症学会
日本血管外科学会
日本血栓止血学会
日本健康学会
日本口腔科学会
日本高血圧学会
日本公衆衛生学会
日本交通医学会
日本呼吸器学会
日本呼吸器外科学会
日本呼吸器内視鏡学会
日本国際保健医療学会
日本骨粗鬆症学会
日本骨代謝学会
日本災害医学会
日本細菌学会
日本再生医療学会
日本産科婦人科学会
日本産業衛生学会
日本磁気共鳴医学会
日本耳鼻咽喉科学会
日本周産期・新生児医学会
日本集中治療医学会
日本循環器学会
日本消化器外科学会
日本消化器内視鏡学会
日本消化器病学会
日本小児科学会
日本小児外科学会
日本小児血液・がん学会
日本小児循環器学会
日本小児神経学会
日本職業・災害医学会
日本食道学会
日本女性医学学会
日本自律神経学会
日本神経学会
日本神経病理学会
日本人工臓器学会
日本心身医学会
日本腎臓学会
日本心臓血管外科学会
日本人類遺伝学会
日本睡眠学会
日本生化学会
日本整形外科学会
日本生殖医学会
日本精神神経学会
日本生体医工学会
日本生理学会
日本脊椎脊髄病学会
日本先天異常学会
日本造血細胞移植学会
日本大腸肛門病学会
日本体力医学会
日本超音波医学会
日本手外科学会
日本てんかん学会
日本透析医学会
日本糖尿病学会
日本動脈硬化学会
日本東洋医学会
日本内科学会
日本内視鏡外科学会
日本内分泌学会
日本内分泌外科学会
日本乳癌学会
日本認知症学会
日本熱傷学会
日本熱帯医学会
日本脳神経外科学会
日本脳神経血管内治療学会
日本脳卒中学会
日本農村医学会
日本肺癌学会
日本ハンセン病学会
日本泌尿器科学会
日本皮膚科学会
日本肥満学会
日本病態栄養学会
日本病理学会
日本婦人科腫瘍学会
日本プライマリ・ケア連合学会
日本平滑筋学会
日本ペインクリニック学会
日本法医学会
日本放射線腫瘍学会
日本保険医学会
日本麻酔科学会
日本脈管学会
日本免疫学会
日本薬理学会
日本輸血・細胞治療学会
日本リウマチ学会
日本リハビリテーション医学会
日本臨床栄養代謝学会
日本臨床検査医学会
日本臨床細胞学会
日本臨床腫瘍学会
日本臨床神経生理学会
日本臨床スポーツ医学会
日本臨床薬理学会
日本リンパ網内系学会
日本レーザー医学会
日本老年医学会
日本老年精神医学会（五十音順）

2024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。

2024年2月発行

03_開業医のための基礎知識.indd 231　2025/01/24 12:00

12　日医かかりつけ医機能研修制度

日本医師会では、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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」と位置づけてきました。

本研修制度は、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持･向上するための研修制度になります。

本研修制度の構成は、基本研修・応用研修・実地研修の３つの研修から構成しております。

基本研修の要件は、日医生涯教育認定証を取得すること（本書の前項「Ⅲ　11日本医師会生涯教育制度」を参照）、応用研修の要件は、規定の座学研修を受講し10単位以上を取得すること、実地研修の要件は、規定の地域における活動を２つ以上実施することになります。

なお、詳細については、日本医師会ホームページの医師の皆さま「日医かかりつけ医機能研修制度」をご覧ください。

図１

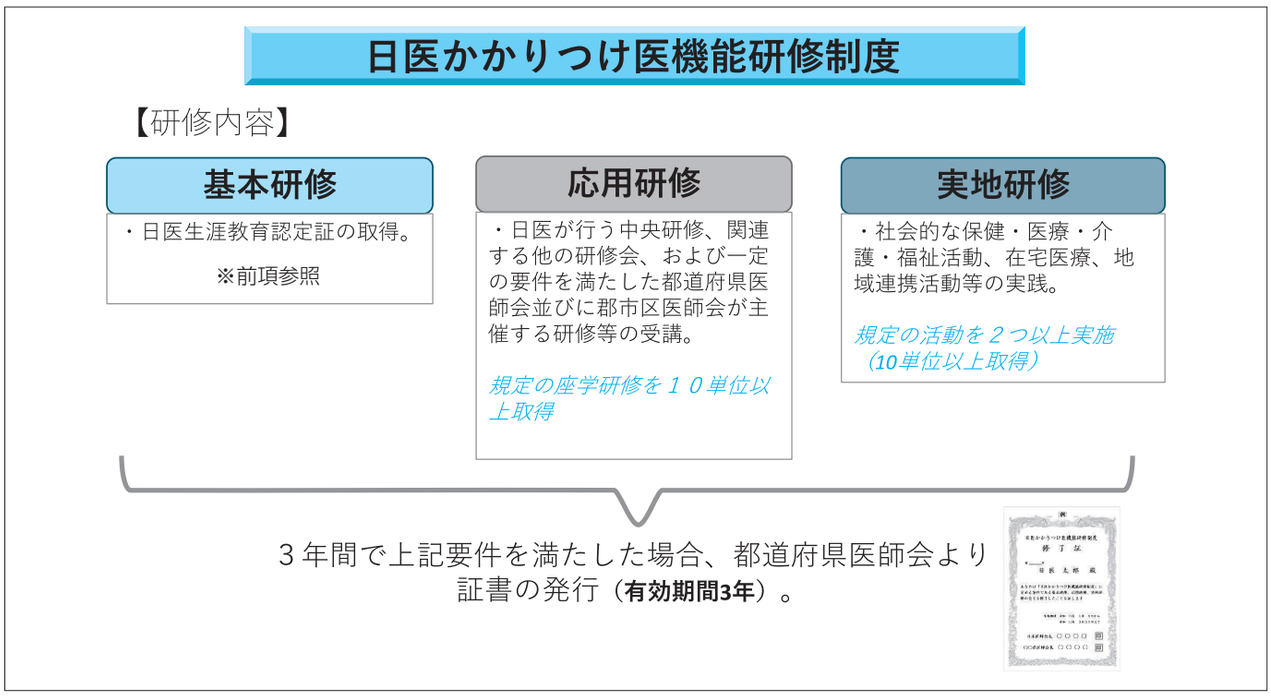


図２

応用研修　・修了申請時の前３年間において下記項目より10単位を取得する。

単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。（別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能）
下記１～６については、それぞれ１つ以上の講義を受講することを必須とする。
下記１～６については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】（各１単位）
1.「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」、「かかりつけ医の糖尿病管理」
2.「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」、「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」
3.「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」、「かかりつけ医の脂質異常症管理」
4.「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」、「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」

03_開業医のための基礎知識.indd　232　2025/01/24　12:00

5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」、「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」、「かかりつけ医の高血圧症管理」

【関連する他の研修会】
7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講　（２単位）
※日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了　（１単位）
9. 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了　（１単位）
10. 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了　（１単位）
11. 「日本医学会総会」への出席　（２単位）

※令和6年度時点

日医かかりつけ医機能研修制度は3年を1区切りとしており、シラバスに基づくテキストを用いた座学の研修会（6講義、計6時間）を、中央研修として年に1回以上のペースで開催。

第1期　平成28年度～30年度（毎年6講義）

第2期　令和元年度　5月26日（日）
1.かかりつけ医の感染対策
2.かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際
3.医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築
4.かかりつけ医の社会的処方
5.終末期医療、褥瘡と排泄
6.多疾患合併症例

令和2年度　5月24日（日）
※新型コロナウイルスの影響により映像収録のみ
1.かかりつけ医の倫理
2.かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応
3.在宅医療、多職種連携
4.かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル
5.認知症、ポリファーマシーと適正処方
6.在宅リハビリテーション症例

令和3年度　7月18日（日）
1.かかりつけ医の質・医療安全
2.メタボリックシンドロームからフレイルまで
3.地域医療連携と医療・介護連携
4.地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
5.リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6.地域連携症例

第3期　令和4年度　8月7日（日）ほか2日
1.かかりつけ医の感染対策
2.フレイル予防・対策
3.地域リハビリテーション
4.かかりつけ医と精神科専門医との連携
5.オンライン診療のあり方
6.新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医　～事例検討を通して～

令和5年度　8月27日（日）ほか2日
1.今後の新興感染症を踏まえた感染対策
2.介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション
3.口腔・栄養・リハビリテーションによる多職種協働による一体的な取組
4.日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候
5.尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援
6.症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～

令和6年度　9月1日（日）ほか2日
1.かかりつけ医の糖尿病管理
2.栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携
3.かかりつけ医の脂質異常症管理
4.リハビリテーションにおける医療と介護の連携
5.認知症の方への意思決定支援とプライマリケア
6.かかりつけ医の高血圧症管理

図３

実地研修

・**修了申請時の前３年間において下記項目より２つ以上**実施していること。
１項目実施につき5単位とし、10単位以上を取得する。

1. 学校医・園医、警察業務への協力医
2. 健康スポーツ医活動
3. 感染症定点観測への協力
4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施
7. 訪問診療の実施
8. 家族等のレスパイトケアの実施
9. 主治医意見書の記載
10. 介護認定審査会への参加
11. 退院カンファレンスへの参加
12. 地域ケア会議等※への参加（※会議の名称は地域により異なる）
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
14. 看護学校等での講義・講演
15. 市民を対象とした講座等での講演
16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務

03_開業医のための基礎知識.indd 233　2025/01/24 12:00

03_開業医のための基礎知識.indd 234 2025/01/24 12:00

東京都各科医会のご案内 参考1
リンク集 参考2

参　考

04_参考〜巻末.indd 236 2025/01/23 15:46

1　東京都各科医会のご案内

東京都各科医会協議会は東京都における眼科、耳鼻咽喉科、小児科、精神神経科、内科、泌尿器科、皮膚科、産婦人科、外科、整形外科の10科が、それぞれの臨床専門分野の医師が相互に情報を交換、協力・連携し、知識、技術の向上を図り、患者のための医療を充実させることを目的に、昭和61年（1986年）に設立された会です。具体的には総会・幹事会・講演会等を実施することにより活動しています。

開業時に主たる標榜科の医会に入会して頂くと、臨床医としての最新情報を知るとともに、各医会の設定する認定医・専門医の資格の取得が可能となります。

東京都医師会とは別組織ですが、東京都医師会の各部門と密接な連携、協力関係を持つ団体として活動しています。当会の会員は別に挙げる各科医会会員をもって構成されています。新規開業の際には、地区医師会、東京都医師会、日本医師会の会員となると共に日常臨床の最新情報を得るために、開業時の標榜科目の関連医会に入会することをお勧めいたします。

東京都各科医会協議会構成10医会の詳細については、各医会ホームページへのリンクからご参照ください。

【　東京都各科医会協議会構成10医会　】

東京都眼科医会
東京都耳鼻咽喉科医会
東京小児科医会
東京精神神経科診療所協会
東京内科医会
東京泌尿器科医会
東京都皮膚科医会
日本放射線科専門医会・医会（JCR）関東甲信部会
東京産婦人科医会
東京都臨床整形外科医会

東京都各科医会協議会に対するお問い合わせ、
ご質問等は下記事務局宛にお願いします。

〒185-0021
東京都国分寺市南町３－５－３
伊東第１ビル１Ｆ 自由企画・出版内
東京都各科医会協議会事務局
TEL 042-325-1790　FAX 042-325-8950

04_参考～巻末.indd 237　2025/01/23 15:46

東京都眼科医会

■目的

公益社団法人東京都眼科医会は1914年（大正３年）に発足され、100年以上の歴史があります。現在は2,478名の会員を擁しています。

公益社団法人日本医師会・東京都医師会及び市区医師会と、公益社団法人日本眼科医会及び地区眼科医会との連携のもと、都民に対し正しい眼科医療の啓発活動を行うと共に、地域医療の充実を図っています。

さらに、眼科学及び眼科医療に関する調査研究活動等を行い、眼科医の倫理の昂揚と資質の向上、都民の目の健康・福祉の向上に寄与することを目的としています。

■事業内容

⑴都民への眼科医療の啓発及び相談に関する事業
目の愛護デー行事「Tokyo Eye Festival」の開催、「目の健康講座」の開催、「ロービジョンサポートフェア」の開催

⑵眼科に係わる地域医療の充実に関する事業
学校保健活動の充実、眼科休日診療の充実

⑶失明予防、視覚障害者対策事業及び関係団体への協力に関する事業
「東京都ロービジョンケアネットワーク」の運営

⑷眼科に係わる医学・医療の調査研究及び教育に関する事業
学術講演会の開催、研修会の開催、会報・ニュースの発行

⑸その他、本会の目的を達成するために必要な事業

正式名称　公益社団法人　東京都眼科医会
住　所　〒160-0008　新宿区四谷三栄町３-10-201

電話番号　03-3353-8383 ／ FAX番号　03-3353-9796
ホームページ　https://www.tougan.org/
メール　office@tougan.org

東京都耳鼻咽喉科医会

■目的

東京都耳鼻咽喉科医会は都内耳鼻科医の集まりで約700名の会員からなり、開業医の多くが加入しています。昭和42年に発足し50年以上の歴史を持ち、地域医療に貢献し、会員の団結・親睦と福利厚生を図っています。

■事業内容

⑴年５～６回学術講演会を行い、実地臨床に役立つ最新の知見を提供しています。

⑵耳鼻科医向けの保険診療の説明会を設け、随時情報を提供しています。
診療報酬改定時には、耳鼻科に特化したきめの細かい講習会を開きます。
解説は診療報酬審査委員が行い、疑義照会にも対応しています。

⑶機関誌「都耳鼻会報」を年３回発行しています。
医会活動の紹介、学術講演会の内容、会員からの意見、活動や趣味の投稿などを載せています。

⑷ホームページには学術講演会の案内、休日診療の案内などを掲載しています。

⑸従業員向けにオージオメータ使い方の講習会を開催しています。

⑹都民のために休日耳鼻咽喉科診療を行っております。

⑺その他
※同時に日本臨床耳鼻咽喉科医会の会員になります。
※専門医制度…講習会を受講すると日本専門医機構耳鼻咽喉科専門医の単位が取得できます。

正式名称　東京都耳鼻咽喉科医会
住　所　〒104-0031　中央区京橋２-11-８
全医協連会館５F
電話番号　03-5524-5233 ／ FAX番号　03-5524-5228
ホームページ　http://www.tojibi.jp/
メール　jimu@tojibi.jp

04_参考～巻末.indd 238　2025/01/23 15:46

東京小児科医会

■目的

子どもを診察する医師が子どもの健全な発育のため、専門領域での研鑽と社会活動の実践を目的とします。

■事業内容

＜学術広報活動＞

最新の実践的な医学情報の提供を行い、新しい知見、診療方法、手技などを身につけ、小児科医としての専門性の維持への貢献を行います。

⑴2021年度は学術講演会をwebで開催しました。講演は外来小児科診療ですぐに直接役立つ講演内容であり毎回多くの会員の参加をいただいております。
臨床テーマを絞ったセミナーもwebで開催しております。

⑵東京小児科医会報は、研究・臨床報告のほかに、専門家の総説を読める「視点」、「症例に学ぶ」、海外の子育て事情の報告「世界のこどもたち」などを掲載しています。

＜社会活動＞

⑶子どもを取り巻く環境の変化、各種問題の多様化が見られます。種々の問題について、随時ホームページなどで情報提供を行い、さらに、日本小児科医会、日本小児科学会、東京都医師会などとも連携して様々な社会的活動を行っています。

※専門医取得…当会の学術講演会は日本小児科学会専門医、日本小児科医会地域総合小児医療認定制度の単位取得にも対応しています。

正式名称　東京小児科医会
住　所　〒331-0815　埼玉県さいたま市北区大成町４-523-３
電話番号　048-706-7196 ／ FAX番号　048-706-7196
ホームページ　https://tokyo-pediatrics.org/
メール　tpatokyo@ab.auone-net.jp

東京精神神経科診療所協会

■目的

1972（昭和47）年11月に「東京精神科医会」が発足し、50年前から地域の精神保健・医療・福祉関係者と共に心を病む人のために2011（平成23）年６月に一般社団法人東京精神神経科診療所協会（略して「東精診」）となりました。

精神保健・医療・福祉に関する啓蒙活動、関係諸機関・他科との連携を通じ、精神神経科診療所を中心として地域精神保健・医療・福祉事業及び援助活動を行い、もって疾患又は障害、及び両者を併せ持つ精神障害者の保健･医療･福祉の充実・増進、及び地域住民の精神保健の向上に貢献すると共に精神神経科診療所の資質の向上・発展を図ることを目的としています。

■事業内容

⑴地域精神保健・医療・福祉に関する調査及び研究
（児童思春期や周産期、会員のクリニックに通院している患者調査、自殺既遂例報告など）

⑵精神保健･医療･福祉に関する知識を年に10回近く例会、研修会を通して会員同士で研鑽していく（最近はオンラインですることが多い）。
※例会毎に日医生涯教育制度参加証、日本精神神経学会の単位取得ができる。

⑶精神障害者及び家族に対する会員によるこころの電話相談（第２・第４日曜日）

⑷地区医師会や精神保健関係諸施設・他科との連携を通じての精神神経科診療所を中心とした地域精神保健・医療・福祉事業の普及・促進（最近は自殺、コロナ禍、産業メンタルなどが多かった）及び学校医や東京都精神障害関連の事業に参画する医師派遣

⑸社労士、弁護士、警察庁に相談できる。
弁護士とはオアシスの会との間で勉強会が開かれる。

正式名称　一般社団法人　東京精神神経科診療所協会
住　所　〒164-0001　中野区中野２-22-４　ベリテ中野402
電話番号　03-6382-5955 ／ FAX番号　03-6382-5956
ホームページ　http://www.tapc.gr.jp/
メール　office@tapc.gr.jp

04_参考～巻末.indd 239　2025/01/23 15:46

東京内科医会

■目的

東京内科医会は日本臨床内科医会と表裏一体となり「内科学卒後研修の強化」「臨床内科医の在り方の改善」「内科系診療報酬の向上」を三大目標として活発な活動を行っている組織です。日本臨床内科医会はすでに全国47都道府県内科医会の団体加盟を得て１万５千人弱の会員を擁する内科系臨床医学実践の専門職集団となっています。

東京内科医会に在籍して単位の取得により認定医、専門医の資格取得も可能です。

内科を標榜する先生方のご入会をお待ちしています！

■事業内容

⑴臨床研究会

症例検討を中心とした臨床研究会を大学病院と連携して開催。実地臨床に役立つユニークな会であり、病診連携の実も挙げています。

⑵内科セミナー

医療の最新情報を中心として複数の講師によるセミナーを開催。

⑶東京内科医会医学会

会員による学術研究及び臨床経験の発表会です。

⑷賛助会員（企業）と共催の学術講演会

内科臨床のトピックスについて、著名な講師による講演会です。

⑸実地臨床研修会

実地技術習得（エコー等）の研修会です。

⑹医療保険・介護保険請求に関する情報

保険点数改定時など重要な項目について、ホームページに情報を提供いたします。

正式名称　一般社団法人　東京内科医会
住　所　〒101-0062　千代田区神田駿河台２-５
東京都医師会館４階
電話番号　03-3259-6133 ／ FAX番号　03-3259-6155
ホームページ　http://www.topa.jp/
メール　topa@proof.ocn.ne.jp

東京泌尿器科医会

■目的

本医会は、泌尿器科医療の発展・普及を図り、会員自らが研鑽することを通じて泌尿器科の医療環境が改善することを目的としています。

日本臨床泌尿器科医会、東京都医師会、他科の臨床医会とも連携し、泌尿器科医療の普及・理解のため活動しています。大学病院、一般病院、診療所など、勤務先を問わず実地泌尿器科医にとって日常的に役立つ情報を提供しています。

■事業内容

⑴学術集会

賛助会員との共催で年２回開催。内容は、特別講演、保険のＱ＆Ａなど。

参加者に日本泌尿器科学会専門医制度単位、日本医師会生涯教育制度単位を付与します。

⑵泌尿器科医師保険診療講習会

７月開催。特別講演、保険診療講習会で構成され、若い泌尿器科医師や臨床医に役立つ、保険制度の基礎から最新の保険診療情報まで丁寧に解説します。

⑶医会ニュース

年２回刊行。講演内容の要旨、寄稿文、保険診療のＱ＆Ａ、診療報酬改定時の要点、新規開業紹介、教室だよりなど。

⑷ホームページ：http://www.urology-tokyo.jp

診療連携に役立ち、市民にとって泌尿器科専門医検索の助けになるよう、会員施設のMAPを掲載。入会方法はホームページ内に記載してあります。

正式名称　東京泌尿器科医会
住　所　〒154-0003　世田谷区野沢３-２-８-101
こだいら泌尿器科内
電話番号　03-3410-2373 ／ FAX番号　03-3410-2373
ホームページ　http://www.urology-tokyo.jp/
メール　tokyourology@gmail.com

04_参考～巻末.indd 240　2025/01/23 15:46

東京都皮膚科医会

■目的

当会は、1984年に全国皮膚科開業医を主会員とする日本臨床皮膚科医会の東京ブロックとして設立され、臨床皮膚科学の発展普及と社会福祉の増進及び医業の合理化と医療技術の適正評価の実現、会員相互の団結と親睦融和を目的として活動する団体です。

■事業内容

⑴診療報酬の適正化に関する事業

⑵学術講演会を開催し会員の知識の刷新を図る事業

⑶在宅診療を推進する事業

⑷学校保健を推進する事業

⑸11月12日を「いいひふの日」と制定し、市民公開講座並びに無料健診等を行う事業

⑹会員相互の親睦と互助に関する事業

⑺会誌発行に関する事業

⑻日本皮膚科学会認定専門医取得の学術大会を開催する事業

正式名称　東京都皮膚科医会
住　　所　〒160-0023　新宿区西新宿７-21-１
　　新宿ロイヤルビルＭ２Ｆ
電話番号　03-5332-1112 ／ FAX番号　03-5332-2890
ホームページ　https://www.tcda.jp/
メール　tcda-net@nifty.com

日本放射線科専門医会･医会(JCR)関東甲信部会

■目的

日本放射線科専門医会・医会は、放射線医療の啓蒙と発展並びに放射線科医の地位向上を推進し、会員間の情報交換を行い、もってわが国医療の発展を通して国民の福祉に貢献することを目的としています。

■事業内容

以上の目的を達成するため、次の公益目的事業を行う。

⑴放射線診療を通じた国民医療水準の維持向上に関する事業

⑵適正な放射線医療の管理・運営の推進に関する事業

⑶放射線医学の啓発と安全管理に関する事業

⑷会員の学術研修と生涯教育に関する事業

⑸放射線診療関連の診療報酬の適正化に関する事業

⑹会員の国際交流の促進に関する事業

⑺機関誌・論文集の刊行などの情報発信事業

⑻会員の親睦と互助に関する事業

⑼前各号に掲げる事業に附帯又は関連する事業

正式名称　一般社団法人　日本放射線科専門医会・医会
住　　所　〒105-0013　港区浜松町２-２-11
　　廣瀬ビル６階
電話番号　03-6435-9750 ／ FAX番号　03-6435-9751
ホームページ　https://jcr.or.jp/
メール　office@jcr.or.jp

04_参考～巻末.indd 241　2025/01/23 15:46

東京産婦人科医会

■目的

東京産婦人科医会は、女性の健康と母子保健の増進を目的として設立された組織で、都内で開業・勤務する産婦人科医1,200余名を有する一般社団法人です。

■事業内容

⑴母体保護法指定医師研修会

「母体保護法」は民法における堕胎罪を阻却する人工妊娠中絶、不妊手術、家族計画を規定した法律。指定医師の任命権者は東京都医師会。研修会を開催し、指定医の資質向上を図っている。

⑵女性の健康

子宮がん・乳がん検診の受診率向上、子宮頸がん予防ワクチンの啓発、性犯罪被害者支援、都内中学及び都立高校における性教育指導の実践に取り組んでいる。

⑶母子保健

安心・安全な妊娠・出産をめざし、妊婦健康診査の充実、母子感染予防、新生児聴覚スクリーニング、母体救命講習会及び新生児蘇生研修会の実施、産科医療保障制度への参加、産婦（産後）健診の普及啓発。

⑷臨床研究会の開催

年４回開催、内２回は東京産科婦人科学会と合同。

⑸広報活動

ニュースレター年４回発行。会誌年１回発行。

⑹おぎゃー献金活動

障害児支援のための献金活動に協力している。

正式名称　一般社団法人　東京産婦人科医会
住　所　〒102-0083　千代田区麹町４-７
麹町パークサイドビル402
電話番号　03-5357-1201 ／ FAX番号　03-5357-1202
ホームページ　http://www.taog.gr.jp/
メール　jimu2@taog.gr.jp

東京都臨床整形外科医会

当会は1969年に設立され、都内で開業・勤務する整形外科医400名を有します。各地に同様の医会があり、それらを統合する日本臨床整形外科学会の会員は約6,000名です。

■目的

⑴整形外科医の学術の向上を支援する
⑵保険診療に必要な算定基準や最新情報を提供する
⑶自賠責及び労災診療の特殊性を解説する
⑷都民が整形外科を理解して受診できるよう診療領域と診断治療を提示する
⑸会員相互の情報交換と親睦の場を提供する

■事業内容

⑴ＴＣＯＡ主催の研修会

年間30単位（専門医資格継続に必要な単位）

⑵①メーリングリストの運営

保険診療の改定情報や専門医資格更新について、メールを通じ会員へ発信、会員からの質問も受付可能

②運動器リハビリテーションセラピスト講習会

資格継続の単位取得可能（１回４単位、年２回開催）

⑶保険診療懇談会

年２回（診療報酬改定や自賠労災診療の内容に特化）

⑷都民公開講座

ロコモ啓発活動として年１回開催、リーフレットを３万部発行

⑸①発行物

ＴＣＯＡニュース（年４回）、会誌（年１回）

②病診連携

開業医の会員と勤務医会員の交流

正式名称　東京都臨床整形外科医会
住　所　〒101-0062　千代田区神田駿河台２-５
東京都医師会館405
電話番号　03-3518-2207 ／ FAX番号　03-3518-2208
ホームページ　https://www.tcoa.jp/
メール　office_tokyo@tcoa.jp

04_参考～巻末.indd 242　2025/01/23 15:46

2 リンク集

■厚生労働省「保険診療における指導・監査」 ※「保険診療の理解のために」も掲載
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shidou_kansa.html

■厚生労働省「令和６年度診療報酬改定について」 ※記載要領・疑義解釈等も掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

■厚生労働省「オンライン診療研修実施概要」
https://telemed-training.jp/entry

■日本医師会「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

■日本医師会「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」
https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

■日本医師会「医療安全管理指針のモデルについて」（改訂版）
https://www.med.or.jp/anzen/manual/anzen.pdf

■日本医師会「院内感染対策指針のモデルについて」
https://www.med.or.jp/anzen/manual/kansenshishin.pdf

■社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供事例（医科）」
https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/sinsa_jirei/teikyojirei/ika/index.html

■国民健康保険中央会「審査情報提供事例について」
https://www.kokuho.or.jp/inspect/jirei/

■東京都各科医会協議会
http://www.kakukaikai.org/

■日本医師会
https://www.med.or.jp

■東京都医師会
https://www.tokyo.med.or.jp/

04_参考～巻末.indd 243 2025/01/23 15:46

【編集】 東京都医師会　医療保険委員会

（任期：令和５年８月～令和７年５月）

委員長	**藤間芳郎**	中野区医師会
副委員長	**南塚俊雄**	江東区医師会
委員	**神尾友信**	神田医師会
委員	**草間香**	港区医師会
委員	**堀浩一朗**	浅草医師会
委員	**三原敬**	足立区医師会
委員	**平澤精一**	新宿区医師会
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	**新津彰良**	目黒区医師会
委員	**平泉裕**	世田谷区医師会
委員	**高橋俊雅**	渋谷区医師会
委員	**保科しほ**	渋谷区医師会
委員	**堺則康**	田園調布医師会
委員	**石川徹**	板橋区医師会
委員	**鎌田康太郎**	北多摩医師会

東京都医師会　会長　**尾崎治夫**
担当役員　副会長　**蓮沼剛**
理事　**荘司輝昭**
理事　**鳥居明**
理事　**新井悟**
理事　**弘瀬知江子**
理事　**大坪由里子**

04_参考～巻末.indd 244　2025/01/23 15:46

【　おわりに　】

令和６年度の診療報酬改定は第８次医療計画の始まりです。地域の医療需要と医療資源の状況を分析し、病床の機能分化や連携強化を図ることで、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を目指しています。また、外来医療の機能強化や、かかりつけ医の役割の明確化などを通じて、地域包括ケアシステムとの連携が推進されます。また医療のデジタル化の推進や、医師の働き方改革など、医療提供体制の効率化と生産性向上に向けた取り組みも行われることになりました。

そこで令和６年度改定では賃上げ・基本料等の引き上げとしてのベースアップ評価料の新設、医療ＤＸの推進、ポストコロナの感染症対策の推進として発熱患者等対応加算の新設、同時報酬改定における対応として医療機関と介護保険施設等との連係の強化、外来医療の機能分化・強化等では生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設、医療機能に応じた入院医療の評価として地域包括医療病棟の新設、質の高い訪問診療・訪問看護の確保に対しては在宅医療におけるＩＣＴを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進、さらに働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価など多岐にわたっています。

これらは今後訪れる人口構造の変化や高度先端医療の開発・普及に伴って国民医療費が増大する懸念が指摘されるなど、社会保障制度に対する諸問題が浮き彫りにされる一方、国家財政が一層厳しさを増す中で、国民医療費を徴収した保険料だけでは賄いきれず、多くを税金に頼っている現実を背景に、医療保険の効率化や適正化が益々強く求められるようになったことに起因しています。

このように医療を取り巻く環境が急速に変化する中でも、国民の健康と生命を守ってきた“わが国が世界に誇る国民皆保険制度”を維持する事が肝要です。その使命を遂行するために、保険診療の基本的ルールを遵守しつつ質の高い医療を提供することが我々保険医に求められています。

以上のような認識から東京都医師会は令和４年度に、適切な保険診療を実践するために役立つガイドブックとして「新規開業医のための保険診療の要点」を作成しました。

そして今回、令和６年度の改定内容も踏まえて新たに本書「開業医のための保険診療の要点」として発刊することになりました。

本書を作成するに当たって東京都各科医会の格別なご理解とご協力を賜りましたこと、また本書の記載内容に関してご指導頂いた関東信越厚生局東京事務所、東京都社会保険診療報酬支払基金並びに東京都国民健康保険連合会に深甚なる謝意を表したいと思います。

また、本書が発刊できたのは執筆頂いた医療保険委員会委員はもとより、東京都医師会医療保険課スタッフの献身的な努力の賜物でもあります。改めてご尽力賜りましたすべての関係各位に心よりお礼申し上げます。

東京都医師会員各位には日常診療の現場において本書を十分にご活用頂いた上で、忌憚のないご意見・ご感想をお寄せくださいますよう期待しております。

令和６年12月吉日

公益社団法人 東京都医師会

医療保険委員会　委員長　藤間　芳郎

04_参考～巻末.indd 245　2025/01/23 15:46

04_参考〜巻末.indd 246 2025/01/23 15:46

「開業医のための保険診療の要点」

東京都医師会ホームページに冊子のＰＤＦデータやリンク集を掲載しています。

※令和７年春に冊子の内容に改修する予定です。

開業医のための保険診療の要点

発行　令和６年12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

04_参考～巻末.indd 247 2025/01/23 15:46

04_参考〜巻末.indd 248 2025/01/23 15:46