

医療保険の手引

令和4年



公益社団法人 東京都医師会

医療保険の手引

令和4年



公益社団法人 東京都医師会

はじめに

新型コロナウイルス感染症が拡大してから既に2年が過ぎ、未だ予断を許さない状況ではありますが、ワクチン接種や抗原検査の活用などにより、少しずつコロナ禍以前の状況を取り戻しつつあります。（令和4年6月現在）この2年間、わが国の医療機関は新型コロナウイルス感染症の対応一色であり、十分な準備もできずに令和4年診療報酬改定を迎えることとなってしまいました。

このような状況の中、診療報酬改定の本体は0.43%引き上げられ、このうち看護職員の処遇改善のための特例的な対応として+0.20%、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化として-0.10%、不妊治療の保険適用のための特例的な対応が+0.20%、小児の感染防止対策に係る加算措置期限到来で-0.10%となっており、これらの分を除くと0.23%の引き上げとなっています。内訳は、医科は0.26%、歯科は0.29%、調剤は0.08%。また、薬価は-1.35%、材料価格は-0.02%となり、全体ではマイナス改定となっております。

今回の改定の全体概要は、「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】」「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】」「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」という基本的な項目に基づいて行われました。

今回の診療報酬改定で今後の保険診療等に大きく影響する改定が3点ございました。

1点目は、新型コロナウイルス感染症蔓延時の混迷を受け、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を評価する「外来感染対策向上加算」が新設されました。本加算を申請している医療機関では、新興感染症等の発生時等や院内アウトブレイク発生時の有事の際の対応はもとより、平時から感染対策に対するカンファレンスや訓練等への参加が求められることとなります。

2点目は、「情報通信機器を用いた診療」です。これまで「オンライン診療料」として算定項目となっていたものを廃止し、初診料、再診料、外来診療料の別項目として新たに「情報通信機器を用いた診療」が定められました。初診からオンライン診療が認められたことについては、賛否両論あり、また、その問題点なども今後浮き彫りにされてくると思います。

3点目は「リフィル処方箋」の導入です。医師法第22条には、「医師の処方箋の交付義務」として処方箋の発行は医師が行うもの、また、医師法第20条には、「無診察治療等の禁止」として、無診察で処方箋を発行することを禁じています。リフィル処方箋は2回目以降、薬剤師が患者からの聞き取りなどを行い、処方の可否を判断することとなり、これらの法律に抵触する可能性があるなど、様々な問題を内包しています。

東京都医師会としては、「オンライン診療」や「リフィル処方箋」など、今回の改定による様々な問題について「日本医師会」と共に問題解決に向けて、鋭意努力していく所存です。

本手引は、昭和42年に上梓されて以来、今回で31回目の改訂となり医科点数早見表並びに保険診療に関する事項及びその関係資料で構成しております。医科点数早見表については社会保険研究所から、診療科別の留意事項については東京都医師会医療保険委員会の諸先生方からご協力を得て作成しております。今回の発行より、「関係法令」など頻繁に変更されることがない項目や、様々なホームページ等で閲覧可能な項目については、基本的に本会のホームページでご紹介することといたしました。

会員の皆様におかれましては日頃の保険診療、保険請求に際しての参考資料として、また、各地区医師会におかれましては保険診療講習会や指導・監査に係る資料としてご活用いただければ幸いです。

令和4年7月

公益社団法人 東京都医師会 医療保険担当理事

目 次

1 医科点数早見表

I 患者負担の概要	1
患者負担割合	2
医療保険・後期高齢者医療制度の法別番号	2
自己負担限度額	3
高額介護合算療養費（年間の負担上限額）	3
入院時の食事の費用等と標準負担額	4
II 点数はやびき表(医科)基本診療料	5
基本診療料-1	
初診料	6
再診料	7
外来診療料	8
基本診療料-2	
入院料等／通則的事項	10
入院基本料	11
入院基本料等加算	
点数一覧	25
入院基本料等加算	29
特定入院料	
点数一覧	48
通則的事項	51
特定入院料	52
短期滞在手術等基本料	69
III 点数はやびき表(医科)特掲診療料	73
医学管理等	
点数一覧	74
医学管理料等	79
在宅医療	
点数一覧	103
在宅患者診療・指導料	107
在宅療養指導管理料	126
在宅療養指導管理材料加算	130
在宅療養支援診療所	134
検査	
検査料の一般的事項	136

検体検査料.....	136
生体検査料.....	146
診断穿刺・検体採取料.....	157
画像診断	
点数一覧.....	159
通則的事項.....	161
エックス線診断料.....	162
核医学診断料.....	163
コンピューター断層撮影診断料.....	164
投薬	
点数一覧，通則的事項.....	167
調剤料，処方料.....	168
薬剤料，処方箋料.....	169
調剤技術基本料.....	170
注射	
点数一覧.....	171
通則的事項.....	172
注射料.....	172
薬剤料.....	175
リハビリテーション	
点数一覧.....	176
通則的事項.....	177
リハビリテーション料.....	177
精神科専門療法	
点数一覧.....	184
通則的事項.....	186
精神科専門療法料.....	186
処置	
点数一覧（抜粋），通則的事項.....	196
処置料.....	197
処置医療機器等加算.....	204
手術	
点数一覧（抜粋）.....	205
通則的事項.....	206
手術料.....	207
輸血料.....	245
手術医療機器等加算.....	246

麻酔

点数一覧	249
通則的事項	250
麻酔料	250
神経ブロック料	253

放射線治療

点数一覧	255
通則的事項	256
放射線治療管理・実施料	256

病理診断

点数一覧，通則的事項	259
病理標本作製料	259
病理診断・判断料	260

介護老人保健施設入所者に係る診療料

点数等一覧	262
通則的事項	264
併設保険医療機関の療養に関する事項	264
併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項	265

薬剤・特定保険医療材料	266
-------------	-----

2 個別指導における主な指摘事項

診療に係る事項

1 診療録等	267
2 傷病名等	267
3 基本診療料	268
4 医学管理等	269
5 在宅医療	271
6 検査・画像診断・病理診断	272
7 投薬・注射、薬剤料等	272
8 リハビリテーション	273
9 精神科専門療法	274
10 処置	274
11 手術	275
12 麻酔	275

薬剤部門に係る事項

1 薬剤管理指導料	276
-----------	-----

食事に係る事項

1 食事（入院時食事療養（Ⅰ））	276
------------------	-----

管理・請求事務・施設基準等に係る事項

1 診療録等	276
2 診療報酬明細書の記載等	276
3 基本診療料	277
4 医学管理等・在宅医療	277
5 検査	277
6 投薬・注射、薬剤料等	277
7 リハビリテーション	277
8 特定保険医療材料等	278
9 一部負担金等	278
10 保険外負担等	278
11 掲示・届出事項等	278
12 管理・請求事務等に係るその他の事項	278

包括評価に係る事項

1 診断群分類及び傷病名	279
2 包括評価用診療報酬明細書	279
3 包括評価に関わるその他の事項	279

3 審査に関する留意事項

1 審査の一般的な取扱いについて	280
2 審査情報提供事例	281
3 診療科別の留意事項	283

4 災害時における診療報酬の請求等について

1 災害時における医療機関での対応について	300
2 レセプトの取扱いについて	302
3 電子レセプトの記録方法について	303
4 被災者のレセプト記載例	310

5 保険関連照会先一覧 317

■ホームページのご案内

本冊子は2年に一度改訂して参りましたが、令和4年度版より一部の項目については冊子掲載せず、ホームページ上に情報提供させていただくこととなりました。本冊子未掲載の情報もございますので、本会ホームページも併せてご活用くださいますようお願い申し上げます。

東京都医師会ホームページ「医療保険の手引」
https://www.tokyo.med.or.jp/medical_insurance/guide



2 個別指導における主な指摘事項（平成30年度版 関東信越厚生局）

関東信越厚生局では、保険診療の質的向上及び適正化推進のため、ホームページ上に「個別指導及び適時調査において改善を求めた主な指摘事項」を掲載しております。令和4年6月時点で公開されている個別指導に関する最新情報は下記（平成30年度版）ですが、今後更新される可能性もございますので、関東信越厚生局ホームページも併せてご参照ください。

（URL）https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/hoken_shiteki.html

関東信越厚生局トップ > 業務内容 > 保険医療機関・保険薬局・柔道整復師関係 > 個別指導及び適時調査において保険医療機関等に改善を求めた主な指摘事項について

I 診療に係る事項

1. 診療録等

（1）診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること）

① 診療録について

- ・ 医師による日々の診療内容の記載が全くない、全くない日が散見される、又は極めて乏しい。
- ・ 医師の診察に関する記載がなく、「薬のみ（medication）」、「do」等の記載で投薬等の治療が行われている。
- ・ 診療録の記載がなければ医師法で禁止されている無診察治療とも誤解されかねないので改めること。

② 診療録第1面（療担規則様式第一号（一）の1）及び診療報酬明細書に記載している傷病名について、その傷病を診断した経緯又は根拠について診療録への記載がない、又は不十分である。

③ 傷病手当金に係る意見書を交付した場合であるにもかかわらず、労務不能に関する意見欄への記載がない。

（2）紙媒体の記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 記載内容が判読できない。

② 鉛筆で記載している。

③ 修正液、修正テープ、塗りつぶし、又は貼紙により修正しているため修正前の記載内容が判別できない。修正は二重線により行うこと。

④ 余白が多い場合は斜線を引いて「以下余白」とし、追記できないようにすること。

⑤ 複数の保険医が一人の患者の診療に当たっている場合において、署名又は記名押印が診療の都度なされていないため、診療の責任の所在が明らかでない。

（3）診療録について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

① 保険診療の診療録と保険外診療（自由診療、予防接種、健康診断等）の診療録とを区別して管理していない。

② 医師が自分自身の診療録に自ら記載（自己診療）している。医師は必ず、別の医師の診療に基づいて検査、投薬、注射等を受けた場合にのみ保険請求できることに留意すること。

2. 傷病名等

（1）傷病名の記載又は入力について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 診療録に傷病名を全く記載していない。

② 診療録と診療報酬明細書の記載が一致しない。

③ 「傷病名」欄への記載は、1行に1傷病名を記載すること。

④ 傷病名を診療録の傷病名欄から削除している。当該傷病に対する診療が終了した場合には、傷病名を削除するのではなく、転帰を記載すること。

⑤ 請求事務担当者が傷病名を記載又は入力している。傷病名は、必ず医師が記載又は病名オーダー画面から入力すること。

⑥ 傷病名の開始日、終了日、転帰の記載がない。

⑦ 傷病名の記載が一部、又は多数漏れている。

- ⑧ 主病の指定が適切に行われていない。
- (2) 傷病名の内容について、次の不適切な例が認められたので改めること。傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載すること。
- ① 医学的な診断根拠がない傷病名。
 - ② 医学的に妥当とは考えられない傷病名。
 - ③ 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。
 - ④ 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。
 - ⑤ 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。
 - ⑥ 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すること。
- (3) 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（いわゆるレセプト病名）が認められた。レセプト病名を付けて保険請求することは、不適切なので改めること。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、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付すること。
- (4) 傷病名を適切に整理していない例が認められた。傷病名には正しい転帰を付して、適宜整理すること。
- ① 整理されていないために傷病名数が多数となっている。
 - ② 長期にわたる「疑い」の傷病名。
 - ③ 長期にわたる急性疾患等の傷病名。
 - ④ 重複して付与している、又は類似の傷病名。
 - ⑤ その他、傷病名の整理が不適切なもの。

3. 基本診療料

- (1) 初・再診料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 初診料・再診料・外来診療料
 - ・現に診療中の患者に対して新たな傷病の診断を行った際に、初診料を算定している。
 - ・慢性疾患等明らかに同一の疾病又は傷病の診療を行った場合に、初診料を算定している。
 - ・電話等による再診について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接に、治療上の意見を求められて、必要な指示を行った場合に該当しないものについて算定している。
 - ② 加算等
 - ・夜間・早朝等加算について、受診日が該当していない。
 - ・外来管理加算について患者からの聴取事項や診察所見の要点について診療録への記載がない、又は不十分である。
 - ・外来管理加算についてやむを得ない事情で看護に当たっている者が来診した場合であるにもかかわらず算定している。
- (2) 入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 入院診療計画
 - ・入院診療計画を策定していない。
 - ・入院後7日以内に説明を行っていない。
 - ・説明に用いた文書を患者に交付していない。
 - ・入院診療計画の様式について参考様式で示している「病棟（病室）」、「特別な栄養管理の必要性」の項目がない。
 - ・患者用クリニカルパスを入院診療計画書として用いているものについて、参考様式で示している「病名」、「症状」、「特別な栄養管理の必要性」、「入院期間」の項目がない。
 - ・説明に用いた文書について、参考様式で示している「病棟（病室）」、「主治医以外の担当者名」、「治療計画」、「検査内容及び日程」、「特別な栄養管理の必要性」、「その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）」の項目について記載がない、又は画一的である。
 - ・特別な栄養管理の必要性があるにもかかわらず「無」となっている、又は必要性がないにもかかわらず「有」となっている。
 - ・説明に用いた文書について、平易な用語を用いておらず、患者にとって分かりにくいものとなっている。

- ・その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）の記載内容が画一的であり、個々の患者の病状に応じたものとなっていない。
 - ・医師のみが計画を策定し、関係職種が共同して策定していない。
- ② 医療安全管理体制
- ・医療事故等の報告制度について、医師が適切に報告していない。医師に対して一層の啓発に努めること。
- ③ 栄養管理体制
- ・栄養管理計画書に必要な事項（栄養状態の評価と課題等）の記載が不十分である。
 - ・栄養管理計画を作成した患者について、栄養状態管理を定期的に行っていない。
- (3) 入院基本料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 療養病棟入院基本料
- ・定期的（少なくとも月に1回）な患者の状態の評価及び入院療養の計画の見直しの要点を診療録に記載していない。
- (4) 入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 救急医療管理加算
- ・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
- ② 緩和ケア診療加算
- ・緩和ケア診療実施計画書について作成していない、又は患者に交付していない。
- ③ 栄養サポートチーム加算
- ・回診に当りチーム構成員の一部（医師）が参加していない。
- ④ 総合評価加算
- ・総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明した内容の診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑤ 入退院支援加算
- ・退院支援計画書を作成していない。
 - ・退院先について、診療録に記載していない。
- ⑥ 認知症ケア加算
- ・身体的拘束を実施した場合の点数を算定した場合、身体的拘束の開始及び解除の日、必要な状況等の診療録への記載が不十分である。
- (5) 特定入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 救命救急入院料
- ・蘇生措置拒否の患者に対して算定している。
- ② ハイケアユニット入院医療管理料
- ・算定対象の状態でないにもかかわらず算定している。
- ③ 地域包括ケア病棟入院料
- ・入室から7日以内に診療計画書、又は在宅復帰支援計画を作成していない。
 - ・診療計画書、又は在宅復帰支援計画の記載内容が不十分である。
 - ・急性期患者支援病床初期加算について、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等が診療録へ記載されていない。

4. 医学管理等

- (1) 特定疾患療養管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 医師が管理に関与していない。
- ② 治療計画に基づく、服薬、運動、栄養等の療養上の管理内容の要点について診療録への記載がない、画一的である、又は不十分である。
- ③ 算定対象外である主病、又は主病でない疾患について算定している。
- (2) 特定疾患治療管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① ウイルス疾患指導料
- ・指導内容の要点について診療録への記載がない又は画一的である。

- ② 特定薬剤治療管理料
- ・薬剤の血中濃度、治療計画の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ・指導内容の要点について診療録への記載が不十分である。
- ③ 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した患者以外の者に対して算定している。(悪性腫瘍を疑って実施した腫瘍マーカー検査は、本来の検査の項目で算定すること。)
 - ・腫瘍マーカー検査の結果、治療計画の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ・算定要件を満たさない腫瘍マーカー検査を実施したものに対して算定している。
- ④ 小児特定疾患カウンセリング料
- ・カウンセリングに係る概要についての診療録への記載がない。
 - ・対象とならない患者に対して算定している。
- ⑤ てんかん指導料
- ・診療計画、診療内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑥ 難病外来指導管理料
- ・診療計画、診療内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑦ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・診療計画、診療内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ・皮膚科の専任ではない医師が指導管理を行ったものを算定している。
- ⑧ 外来・入院・集団栄養食事指導料
- ・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が不十分である。
 - ・診療録に医師が管理栄養士に対して指示した事項の記載がない又は不十分である。
 - ・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
- ⑨ 心臓ペースメーカー指導管理料
- ・計測した機能指標の値、指導内容の要点について診療録への記載が不十分である。
- ⑩ 在宅療養指導料
- ・保健師、助産師又は看護師への指示事項について診療録への記載がない。
 - ・保健師、助産師又は看護師が、患者ごとに作成した療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記していない。
- ⑪ 慢性維持透析患者外来医学管理料
- ・計画的な治療管理の要点について診療録への記載が不十分である。
- ⑫ 喘息治療管理料
- ・計画的な治療管理、指導内容の要点について診療録への記載が画一的である。
 - ・治療計画による指導内容を文書で提供していない。
- (3) 外来リハビリテーション診療料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療録にカンファレンスの出席者名の記載がない。
- (4) 外来放射線照射診療料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 看護師、診療放射線技師等が算定日から起算して第2日目以降に行った患者の観察結果を照射ごとに記録していない又は医師に報告していない。
- (5) ニコチン依存症管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 治療管理の要点について診療録への記載がない。
- ② 指導及び治療管理の内容について、文書による情報提供を行っていない。
- (6) 肺血栓塞栓症予防管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 肺血栓塞栓症を発症する危険性について評価していない又は評価したことが確認できない。
- (7) 開放型病院共同指導料（I）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・当該保険医の診療録に開放型病院において患者の指導等を行った事実の記載が不十分である。

- (8) 介護支援等連携指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・ 行った指導の内容等の要点について診療録への記載が不十分である。
- (9) 退院時リハビリテーション指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 指導内容、指示内容の要点について診療録等への記載がない又は不十分である。
- (10) 診療情報提供料（I）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 紹介元医療機関への受診行動を伴わない患者紹介の返事についても算定している。
 - ② 紹介先の機関名を特定していない文書で算定している。
 - ③ 交付した文書の写しを診療録に添付していない。
 - ④ 交付した文書が別紙様式に準じていない。
- (11) 薬剤情報提供料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療録に薬剤情報を提供した旨の記載がない。
- (12) 療養費同意書交付料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 患者の希望のまま、みだりに同意を与えている。
- (13) 退院時薬剤情報管理指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 患者に対して提供した情報、指導した内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。

5. 在宅医療

- (1) 在宅患者診療・指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 往診料
 - ・ 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したものについて算定している。
 - ② 在宅患者訪問診療料
 - ・ 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診療録に添付していない。
 - ・ 診療録への訪問診療の計画、診療内容の要点の記載がない又は不十分である。
 - ・ 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）、診療場所について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ③ 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
 - ・ 診療録への在宅療養計画、説明の要点等の記載がない又は不十分である。
 - ・ 別に厚生労働大臣が定める状態にない患者について、算定している。
 - ④ 在宅患者訪問看護・指導料
 - ・ 緊急訪問看護加算について看護師等への指示内容を診療録に記載していない。
 - ⑤ 訪問看護指示料
 - ・ 訪問看護指示書の記載が不十分である。
 - ・ 訪問看護指示書の様式について、必要な項目が備わっていない。
- (2) 在宅療養指導管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 在宅自己注射指導管理料
 - ・ 在宅自己注射の導入前に、入院又は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、十分な指導を行っていない。
 - ・ 在宅自己注射の指導内容を詳細に記載した文書を患者に交付していない。
 - ・ 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
 - ・ 施設等の職員に行った指導に対して算定している。
 - ③ 在宅酸素療法指導管理料
 - ・ 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ④ 在宅中心静脈栄養法指導管理料
 - ・ 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。

- ⑤ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
 - ・当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑥ 在宅自己導尿指導管理料
 - ・当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑦ 在宅人工呼吸指導管理料
 - ・当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
 - ・当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
- ⑨ 在宅寝たきり患者処置指導管理料
 - ・当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点について診療録への記載がない又は不十分である。

6. 検査・画像診断・病理診断

(1) 検査、画像診断について、次の不適切な実施例が認められたので改めること。

- ① 医学的に必要性が乏しい検査、画像診断
 - ・結果が治療に反映されていない検体検査
 - ・段階を踏んでいない検体検査、生体検査、画像診断
 - ・必要以上に実施回数が多い検体検査、画像診断
 - ・セット検査で指示しているため、不必要な検査項目まで繰り返し実施している。
- ② その他不適切に実施した検査、画像診断、病理診断
 - ・尿中一般物質定性半定量検査について、当該医療機関外で実施された検査について算定している。
 - ・尿沈渣（鏡検法）について、尿中一般物質定性半定量検査もしくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められた場合ではないにもかかわらず実施している。
 - ・腫瘍マーカー検査について、診察及び他の検査・画像診断等の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者以外の者に対して実施している。
 - ・呼吸心拍監視について、診療録に観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点の記載がない又は不十分である。
 - ・呼吸心拍監視について、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以外の患者に対して実施している。
 - ・経皮的動脈血酸素飽和度測定について、酸素吸入を行っていない、行う必要のない患者、又はその他の要件にも該当しない患者に対して算定している。
 - ・眼科学的検査について、医学的に必要性が認められない光干渉断層血管撮影を連月で実施している。
 - ・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ついて、診療録に分析結果の記載がない又は不十分である。
 - ・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がない又は不十分である。
 - ・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がない又は不十分である。
 - ・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していない。
 - ・病理診断管理加算について、病理診断を専ら担当する常勤の医師以外が病理診断を行っている。
 - ・病理診断料について、診療録に病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点の記載がない又は不十分である。
 - ・外来迅速検体検査加算について、文書による情報提供を行っていない。

7. 投薬・注射、薬剤料等

(1) 投薬・注射、薬剤料等について、以下の不適切な例が認められた。保険診療において薬剤を使用するに当たっては、医薬品医療機器等法承認事項を遵守すること。

- ① 禁忌投与の例が認められたので改めること。
- ② 適応外投与の例が認められたので改めること。
- ③ 用法外投与の例が認められたので改めること。
- ④ 過量投与の例が認められたので改めること。
- ⑤ 長期漫然投与の例が認められたので改めること。（同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をすること。）

- (2) 薬剤の投与について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① ビタミン剤の投与について
 - ・ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨が具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載されていない。
 - ・疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが推定されるもの以外に対してビタミン剤を投与している。
 - ② 投与期間について
 - ・投与期間に上限が設けられている医薬品について、1回につき定められた日数分以上投与している。(内服の他頓服による処方)
 - ・投与期間に上限が設けられている医薬品について、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について、診療録に記載していない。
- (3) 投薬・注射について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 外来化学療法加算
 - ・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実施していない。
 - ② 注射実施料
 - ・精密持続点滴注射加算について、緩徐に注入する必要がない薬剤を注入した場合に算定している。
 - ③ 注射
 - ・経口投与が可能であるものについて、注射により薬剤を投与している。注射については、経口投与をすることができないとき、経口投与による治療の効果を期待することができないとき、特に迅速な治療を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j得ることが困難であるとき等、使用の必要性について考慮した上で行うこと。
 - ・注射の必要性の判断が診療録から確認できない又は診療録への記載が不十分である。
- (4) 特定疾患処方管理加算1について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。
- (5) 特定疾患処方管理加算2について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 算定対象となる主病以外の疾患に係る薬剤を28日以上処方して算定している。

8. リハビリテーション

- (1) 疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 実施体制
 - ・従事者1人1日当たりの実施単位数を適切に管理していない。(具体的には、リハビリテーションに従事する職員1人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表を作成していない。)
 - ② リハビリテーション実施計画
 - ・実施計画書を作成していない。
 - ・実施計画書の内容に不備がある又は空欄がある。
 - ・実施計画書の内容が画一的である。
 - ・開始時、3か月毎の実施計画の説明の要点を診療録に記載していない又は記載が不十分である。
 - ③ 機能訓練の記録
 - ・機能訓練の内容の要点について診療録等への記載が不十分又は画一的である。
 - ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載が画一的である。
 - ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が患者毎の実施記録又は診療録と、リハビリテーション従事者毎に管理した実施記録の時刻が一致していない。
 - ④ 適応及び内容
 - ・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。
 - ・医学的に最も適当な区分とは考えられない区分で算定している。(廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者に対して運動器リハビリテーション料を算定している等。)
 - ⑤ 実施時間
 - ・訓練時間が20分に満たないものについて算定している。

- ⑥ 運動器リハビリテーションについて、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外の従事者が実施するに当たり、当該療法を実施後、医師又は理学療法士に報告していない。
 - ⑦ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者について、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できない例であるにもかかわらず、月 13 単位を超えて算定している。
- (2) リハビリテーション総合計画評価料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① リハビリテーション総合実施計画書の記載内容が不十分である。(最終的な改善の目標、改善までの見込み)
 - ② リハビリテーション総合実施計画書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ていない。
 - ③ リハビリテーション総合計画評価料 1 について、介護保険リハビリテーションの利用を予定している患者に対して算定している。
 - ④ リハビリテーションが開始されてから評価ができる期間に達しているとは考え難い場合で算定している。
- (3) 目標設定等支援・管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 目標設定等支援・管理シートに基づいた説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように反応したかについて、診療録への記載がない又は不十分である。
- (4) 摂食機能療法について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 毎回の訓練内容について、診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 毎回の実施時刻（開始時刻と終了時刻）について、診療録への記載がない又は画一的である。

9. 精神科専門療法

- (1) 入院精神療法（Ⅰ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療録への当該療法に要した時間の記載がない。
 - ② 診療録への当該療法の要点の記載がない又は不十分である。
- (2) 入院精神療法（Ⅱ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療録への当該療法の要点の記載がない又は不十分である。
- (3) 通院・在宅精神療法について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 当該療法に要した時間、診療の要点の診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 家族関係が当該疾患の原因又は憎悪の原因と推定される場合でないにもかかわらず、患者の家族に対する通院・在宅療法として算定している。
- (4) その他の精神科専門療法について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 精神科継続外来支援・指導料について、症状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援・指導の要点について診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 入院集団精神療法について、個々の患者の診療録への実施した療法の要点の記載がない又は不十分である。
 - ③ 精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアについて、診療の要点の診療録等への記載が不十分である。
 - ④ 精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアについて、週 4 日以上算定できる場合に該当しないにもかかわらず、算定している。
 - ⑤ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料について、治療計画、指導内容の要点の診療録への記載がない又は不十分である。

10. 処置

- (1) 創傷処置、皮膚科軟膏処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 処置を実施したこと及び処置した範囲の診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 実際に皮膚科軟膏処置を実施した範囲と異なる範囲の区分で算定している。

- (2) 重度褥瘡処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療録に創傷面の深さ及び広さの根拠が記載されていない。
- (3) 人工腎臓について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）の診療録等への記載が画一的である。
 - ② 障害者加算について、糖尿病の病名のみで、頻回の処置検査がない患者に対して算定している。
 - ③ 障害者加算について、常時低血圧症ではない患者に対して算定している。
- (4) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づく適切なリスク評価が不十分である。
- (5) 消炎鎮痛等処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 医師の指示、実施内容の診療録への記載がない又は不十分である。
 - ② 医学的な必要性、有効性の評価がなされておらず、長期漫然と実施されている。
 - ③ 湿布処置について、算定要件を満たさない狭い範囲に実施したものについて算定している。
- (6) 処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 耳垢塞栓除去（複雑なもの）について、耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢塞栓を完全に除去したことが明らかではない。

11. 手術

- (1) 手術料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 実際には検査又は処置であるものについて、手術として算定している。
- (2) 手術について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 説明した内容について、文書で交付していない。
 - ② 手術記録について、適切に記載していない。
 - ③ 処置や検査として認識し、実施しており、手術についての説明や記録がなされていない。
- (3) 輸血料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 必要性の乏しい患者に対して輸血を行っている。（厚生労働省医薬食品局から示されている指針に準拠していない。）
 - ② 文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者に説明していない。
 - ③ 説明に用いた文書について、その文書の写しを診療録に貼付していない。
 - ④ 一連ではない輸血の実施に際して、その都度、輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者等に対して文書による説明を行い、同意を得ていない。
 - ⑤ 文書での説明に当たって、参考様式で示している項目の一部（種類、使用量、必要性）の記載がない。

12. 麻酔

- (1) 麻酔管理料（Ⅰ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 地方厚生（支）局長に届け出た常勤の麻酔科標榜医以外の者が麻酔、術前診察、及び術後診察を行ったものについて算定している。
 - ② 緊急の場合ではないにもかかわらず、麻酔前の診察を麻酔を実施した日に行っている。
 - ③ 麻酔前後の診察等に関する診療録等への記載がない。
- (2) 麻酔管理料（Ⅱ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行っていないものについて算定している。

Ⅱ 薬剤部門に係る事項

1. 薬剤管理指導料

- (1) 薬剤管理指導料1について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 特に安全管理が必要な医薬品に関し、薬学的管理指導を行っていない患者について算定している。
 - ② 特に安全管理が必要な医薬品に関し、薬剤管理指導記録に服薬指導及びその他の薬学的管理指導の内容を記載していない。

Ⅲ 食事に係る事項

1. 食事（入院時食事療養（Ⅰ））

- (1) 入院時食事療養（Ⅰ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 特別食加算について
 - ・特別食に該当しない食事に対して、特別食加算を算定している。
 - ・特別食を提供している患者の病態が算定要件を満たしていない。

Ⅳ 管理・請求事務・施設基準等に係る事項

1. 診療録等

- (1) 診療録の様式が、定められた様式（療担規則様式第一号（一））に準じていないので改めること。
- ① 労務不能に関する意見欄がない。
 - ② 転帰を記載する欄がない。
 - ③ 診療の点数等に関する様式（診療録第3面）がない。（療担規則様式第一号（一）の3）
 - ④ 診療録第3面（療担規則様式第一号（一）の3）が作成されていない、又は合計点数のみで内訳が記載されていない例が認められる。
- (2) 診療録等の取扱いについて次のような不適切な事項が認められたので改めること。
- ① 医療機関として電子媒体を原本として定めているにもかかわらず、大部分の記録類を紙媒体で保存している。
- (3) 電子的に保存している記録の管理・運用について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
- ① 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版」に準拠していない。
 - ・パスワードの有効期間を適切に設定していない。パスワードは定期的（2か月以内）に変更すること。
 - ・パスワードが5文字である例が認められた。パスワードは英数字、記号を混在させた8文字以上の文字列が望ましい。
 - ・代行操作に係る承認を速やかに実施していない。
 - ・特定のIDを複数の職員が使用している。
 - ・運用管理規定を定めていない。
 - ・アクセス権限に係る運用管理規定の内容が不十分である。
 - ・運用管理規定に定めているシステムの監査を実施していない。

2. 診療報酬明細書の記載等

- (1) 診療報酬明細書の記載等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 診療報酬の請求に当たっては、医師と請求事務担当者が連携を図り、適正な保険請求を行うこと。また、診療報酬明細書を審査支払機関に提出する前に、医師自ら点検を十分に行うこと。
 - ② 実際の診療録の内容と診療報酬明細書上の記載が異なる。（診療開始日、傷病名、転帰、診療実日数）
 - ③ 主傷病名は原則1つとされているところ、非常に多数の傷病名を主傷病名としている。
 - ④ 主傷病名と副傷病名を区別していない。（主傷病名がない。）

3. 基本診療料

- (1) 初・再診料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
- ① 初診について理解が誤っている。
 - ・再診相当であるにもかかわらず、初診料を算定している。
 - ② 再診料（電話再診を含む）、外来診療料について理解が誤っている。
 - ・初診又は再診に附随する一連の行為で来院したものについて再診料又は外来診療料を算定している。
 - ・診療情報提供書のみを受け取りに来院した際に算定している。
 - ・訪問診療後に薬剤のみを受け取りに来院した際に算定している。
 - ・患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合とはいえないものについて、電話等による対応をしたことのみをもって再診料を算定している。
 - ③ 時間外加算、時間外特例医療機関加算について理解が誤っている。
 - ④ 外来管理加算について理解が誤っている。
 - ・処置等を行っているにもかかわらず外来管理加算を算定している。
- (2) 入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 救急医療管理加算について、誤った区分で算定している。
 - ② 診療録管理体制加算について、一部の患者について、退院時要約を適切に管理していない。
 - ③ 患者サポート体制充実加算について、入院期間が通算される再入院の初日に算定している。

4. 医学管理等・在宅医療

- (1) 医学管理等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 医師のオーダーによらず、自動的に算定している。
 - ② 特定疾患療養管理料について、要件を満たしていない患者について算定している。
 - ③ 診療情報提供料（I）について、紹介先保険医療機関が同一にもかかわらず、月2回以上算定している。
- (2) 在宅医療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 次の在宅療養指導管理料について、医師のオーダーによらず、請求事務担当者の判断で算定している。
 - ・在宅寝たきり患者処置指導管理料

5. 検査

- (1) 実際に行っていない検査、病理診断を算定している例が認められたので改めること。
- ① 病理診断のオーダーにより組織診断料を算定する仕組みとなっているため、未実施の組織診断料を算定している。
 - ② 中止された検査を算定している。
- (2) 検査について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
- ① 悪性腫瘍の診断が確定した患者について、悪性腫瘍特異物質治療管理料ではなく、腫瘍マーカー検査を算定している。
 - ② 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定しているにもかかわらず、血液採取（静脈）を別に算定している。

6. 投薬・注射、薬剤料等

- (1) 実際に使用したものと異なる薬剤を算定している例が認められたので改めること。
- (2) 実際に使用した量を上回る量で薬剤を算定している例が認められたので改めること。

7. リハビリテーション

- (1) リハビリテーションについて、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
- ① 早期リハビリテーション加算について、誤った起算日に基づいて算定している。

8. 特定保険医療材料等

- (1) 実際には使用していない又は本来の使用目的とは異なった目的で使用した特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。

9. 一部負担金等

- (1) 一部負担金の受領について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 受領すべき者から受領していない。(従業員、家族)
- ② 計算方法に誤りがある。
- ③ 未収の一部負担金に係る管理簿を作成していない。

- (2) 領収証等の交付について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 領収証に消費税に関する文言がない。
- ② 明細書を発行していない。

10. 保険外負担等

- (1) 保険外負担等について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 療養の給付とは直接関係ないサービスとはいえないものについて患者から費用を徴収している。

11. 掲示・届出事項等

- (1) 保険医療機関である旨の標示がないので改めること。

- (2) 掲示事項について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 診療時間に関する事項の掲示がない。
- ② 診療時間に関する事項の掲示が誤っている。
- ③ 施設基準に関する事項を掲示していない。
- ④ 施設基準に関する掲示が誤っている。
- ⑤ 保険外負担に関する事項を掲示していない。
- ⑥ 明細書の発行状況に関する事項を掲示していない。
- ⑦ 明細書の発行状況に関する事項の掲示が誤っている。
- ⑧ 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。
- ⑨ 明細書の発行状況に関する事項の掲示について、会計窓口で明細書の交付を希望しない場合の掲示がなく、患者の意向が確認できない。
- ⑩ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

- (3) 次の届出事項の変更が認められたので、速やかに関東信越厚生局東京事務所に届け出ること。

- ① 管理者の変更
- ② 診療時間、診療日、診療科の変更
- ③ 保険医の異動(常勤・非常勤)

12. 管理・請求事務等に係るその他の事項

- (1) 届出後に施設基準を満たさなくなったものについては、診療報酬を算定しないだけでなく、速やかに変更(辞退)の届出を行うこと。

- (2) 請求事務について、診療部門と医事会計部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努めること。

- (3) 診療報酬の請求に当たっては、全ての診療報酬明細書について保険医自らが診療録との突合を行い、記載事項や算定項目に誤りや不備がないか十分に確認すること。

V 包括評価に係る事項

1. 診断群分類及び傷病名

- (1) 妥当と考えられる診断群分類番号と異なる診断群分類番号で算定している次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 「最も医療資源を投入した傷病名」(ICD-10 傷病名)の選択が医学的に妥当ではない。
 - ② 実際には行っていない手術を行ったものとして包括評価している。
 - ③ 実際には「手術・処置等1」、「手術・処置等2」を行っているものについて、行っていないものとして包括評価している。
- (2) 次の不適切に付与された傷病名の例が認められたので改めること。
- ① 主治医に確認することなく、事務部門(診療録管理部門)が「最も医療資源を投入した傷病名」を付与している。
 - ② 病変の部位や性状が判明しているものについて、「部位不明・性状不明・詳細不明」等の ICD-10 傷病名を「最も医療資源を投入した傷病名」として記載している。

2. 包括評価用診療報酬明細書

- (1) 包括評価用診療報酬明細書の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 「傷病情報」欄について、記載が不適切である。
 - ・「主傷病名」「入院の契機となった傷病名」の記載が不適切である。
 - ・診療録、出来高の診療報酬明細書に記載した傷病名で、「入院時併存傷病名」、「入院後発症傷病名」に相当する傷病名があるにもかかわらず、欄の全て又は一部が空欄となっている。
 - ・「入院時併存傷病名」と「入院後発症傷病名」について、正しい区分に記載していない。
 - ② その他
 - ・予定入院・緊急入院の選択が誤っている。
 - ・「診療関連情報」欄について、記載が不適切である。

3. 包括評価に関わるその他の事項

- (1) 包括範囲について、理解が誤っている次の例が認められたので改めること。
- ① 術後疼痛に対して、術後に使用した薬剤を手術薬剤として出来高で算定している。

3 審査に関する留意事項

1. 審査の一般的な取扱いについて

審査の一般的な取扱いについては、社会保険診療報酬支払基金において、審査の公平・公正性に対する信頼を確保するため、平成 29 年 1 月に「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会（医科）」を設置し審査項目について検討を重ねた結果を取り纏めたものです。

今回の事例は、令和 2 年 11 月に発刊いたしました「医療保険の手引（第 30 次改訂版）」以降に追加された事例を記載しております。それ以前の事例については、下記の社会保険診療報酬支払基金のホームページによりご確認ください。

なお、本公表事例に示された適否が、全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ありません。

＜社会保険診療報酬支払基金 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）のページ＞

https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/kikin_shinsa_atukai/shinsa_atukai_i/index.html

【投薬】

審査項目	一般的な取扱い
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。
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。
混合性結合組織病、強皮症及び慢性動脈閉塞症に対するベラス LA60 μg 錠の投与について	① 肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の混合性結合組織病及び強皮症に対するベラス LA60 μg 錠の投与は、原則として認められない。 ② 肺動脈性肺高血圧症の傷病名がない場合の慢性動脈閉塞症に対するベラス LA60 μg 錠の投与は、原則として認められない。
1型糖尿病に対するグルファスト錠の投与について	1型糖尿病に対するグルファスト錠(一般名:ミチグリニドカルシウム水和物)の投与は、原則として認められない。

【注射】

審査項目	一般的な取扱い
膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の局所使用について	膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩注射液の使用は、原則として認められない。

【手術】

審査項目	一般的な取扱い
肝癌に対して抗癌剤を使用せず、K615 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)「2 選択的動脈化学塞栓術」を算定した場合の取扱いについて	肝癌に対して抗癌剤を使用せず、K615 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)「2 選択的動脈化学塞栓術」を算定した場合には、「3 その他のもの」に該当するものと判断し、原則として認められない。

【麻酔】

審査項目	一般的な取扱い
胸郭出口症候群に対する L100 の5星状神経節ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素)の算定について	胸郭出口症候群に対する L100 の5星状神経節ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素)の算定は、原則として認められる。

【検査】

審査項目	一般的な取扱い
手術前においてスクリーニングを目的として実施した D006 の 14 D ダイマー定性、D006 の 15 D ダイマー半定量及び D006 の 17 D ダイマーの算定について	手術前において、スクリーニングを目的として実施した D006 の 14 D ダイマー定性、D006 の 15 D ダイマー半定量及び D006 の 17 D ダイマーの算定は、血栓症の発症リスクの高い症例を除き、原則として認められない。
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。
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 D012 の 23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定について	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 D012 の 23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性の算定は、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)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尿素呼吸試験(UBT)の算定について(検査結果が陽性的の場合)	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尿素呼吸試験(UBT)の算定は、検査結果が陽性的の場合であっても、原則として認められない。
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。

【病理診断】

審査項目	一般的な取扱い
診断穿刺・検体採取料等の算定がない場合の N000 病理組織標本作製の算定について	診断穿刺・検体採取料又は手術料の算定がない場合、N000 病理組織標本作製の算定は原則として認められない。

【画像診断】

審査項目	一般的な取扱い
大腸造影撮影(逆行性)時のガスコンドロップ内用液の注腸注入について	大腸造影撮影(逆行性)時のガスコンドロップ内用液の注腸注入は、原則として認められない。

2. 審査情報提供事例

審査情報提供事例については、社会保険診療報酬支払基金が厚生労働省から付託を受け、審査の公平・公正性に対する信頼を確保するため、「審査情報提供検討委員会」を設置し、診療報酬の項目について検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしています。今回の事例は、令和2年11月に発刊いたしました「医療保険の手引(第30次改訂版)」以降に追加された事例を記載しております。それ以前の事例については、下記の社会保険診療報酬支払基金のホームページによりご確認ください。

なお、本公表事例に示された適否が、全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ありません。

<社会保険診療報酬支払基金 審査情報提供事例のページ>

<https://www.ssk.or.jp/shinryohoshu/teikyojirei/yakuzai/index.html>

薬剤名		原則として適用となる事例	主な製品名	診療科及び病名
インスリン デテムル(遺伝子組換え)	【注射薬】	妊娠糖尿病	レベミル注 フレックスペン、レベミル注 イノレット、レベミル注、ペンフィル	糖尿病
インスリン ヒト(遺伝子組換え)	【注射薬】	妊娠糖尿病	ヒューマリンR 注 カート、ヒューマリンR 注 ミリオペン、ノボリンR 注 フレックスペン、ヒューマリンR 注 100 単位/mL、ノボリンR 注 100 単位/mL	糖尿病
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)	【注射薬】	妊娠糖尿病	ヒューマログ注 カート、ヒューマログ注 ミリオペン、ヒューマログ注 ミリオペンH D、ヒューマログ注 100 単位/mL	糖尿病
インスリン アスパルト(遺伝子組換え)	【注射薬】	妊娠糖尿病	ノボラピッド注 フレックスタッチ、ノボラピッド注 フレックスペン、ノボラピッド注 イノレット、ノボラピッド注 ペンフィル、ノボラピッド注 100 単位/mL	糖尿病
リネゾリド	【内服薬】	多剤耐性結核	ザイボックス錠 600 mg、他後発品あり	結核病

薬剤名		原則として適用となる事例	主な製品名	診療科 及び病名
放射性医薬品基準ピロリン酸テクネチウム (99mTc) 注射液調製用	【注射薬】	「心シンチグラムによる心疾患の診断」 目的で骨シンチグラムと同様の用法により使用した場合	テクネピロリン酸キット	循環器 神経 医学放射線 核医学 アミロイドー シス
ミドドリン塩酸塩	【内服薬】	起立性調節障害	メトリジン錠 2mg、メトリジンD錠 2mg	小児科
アザチオプリン①	【内服薬】	視神経脊髄炎	イムラン錠 50mg、アザニン錠 50mg	神経
イミベネム水和物・シラスタチンナトリウム	【注射薬】	肺非結核性抗酸菌症（ただし、対象菌種は Mycobacterium abscessus 症に限る。）	チエナム点滴静注用 0.5g、チエナム点滴静注用キット 0.5g、他後発品あり	結核・非結核性抗酸菌症
クロファジミン①	【内服薬】	Mycobacterium abscessus 症	ランブレンカプセル 50mg	結核・非結核性抗酸菌症
クロファジミン②	【内服薬】	多剤耐性結核	ランブレンカプセル 50mg	結核・非結核性抗酸菌症
メドロキシプロゲステロン酢酸エステル②	【内服薬】	子宮内膜間質肉腫（ただし、低異型度子宮内膜間質肉腫に限る。）	ヒスロンH錠 200mg、他後発品あり	産科婦人科
レトロゾール	【内服薬】	子宮内膜間質肉腫（ただし、低異型度子宮内膜間質肉腫に限る。）	フェマーラ錠 2.5mg、他後発品あり	産科婦人科
メトトレキサート	【内服薬】	多発性筋炎・皮膚筋炎	リウマトレックスカプセル 2mg、他後発品あり、メトトレキサート錠 2.5mg	神経
シクロホスファミド水和物	【注射薬】	血縁者間同種造血細胞移植（HLA半合致移植）における移植片対宿主病の抑制	注射用エンドキサン 100mg、注射用エンドキサン 500mg	造血細胞移植
放射性医薬品基準ヒドロキシメチレンジホスホン酸テクネチウム (99mTc)	【注射薬】	心シンチグラムによる心アミロイドーシスの診断	クリアボーンキット、クリアボーン注	核医学 神経 循環器 医学放射線
エトポシド④	【注射薬】	造血幹細胞移植の前治療	ラステット注 100mg/5mL、バプシド注 100mg、他後発品あり	造血・免疫細胞療法
シクロスポリン①	【内服薬】	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	ネオーラル内用液 10%、ネオーラル 10mgカプセル、ネオーラル 25mgカプセル、ネオーラル 50mgカプセル、他後発品あり	小児神経
アザチオプリン②	【内服薬】	全身型重症筋無力症	イムラン錠 50mg、アザニン錠 50mg	小児神経
アリピプラゾール	【内服薬】	ジル・ドゥ・ラ・トゥーレット症候群	エビリファイ錠 1mg、エビリファイ錠 3mg、エビリファイ錠 6mg、エビリファイ錠 12mg、エビリファイ OD錠 3mg、エビリファイ OD錠 6mg、エビリファイ OD錠 12mg、エビリファイ OD錠 24mg、エビリファイ散 1%、エビリファイ内用液 0.1%、他後発品あり	小児神経
タクロリムス水和物	【内服薬】	ラスムッセン脳炎	プログラフカプセル 0.5mg、プログラフカプセル 1mg、プログラフカプセル 5mg、プログラフ顆粒 0.2mg、プログラフ顆粒 1mg、他後発品あり	小児神経
カルバマゼピン③	【内服薬】	発作性運動誘発舞踏アテトーシス	テグレート錠 100mg、テグレート錠 200mg、テグレート細粒 50%、他後発品あり	小児神経
ミコフェノール酸 モフェチル②	【内服薬】	ステロイド依存性ネフローゼ症候群又は頻回再発型ネフローゼ症候群	セルセプトカプセル 250、セルセプト懸濁用散 31.8%、他後発品あり	小児科
タクロリムス水和物②	【内服薬】	若年性特発性関節炎	プログラフカプセル 0.5mg、プログラフカプセル 1mg、プログラフ顆粒 0.2mg、プログラフ顆粒 1mg、他後発品あり	小児科
シクロスポリン②	【注射薬】	二次性血球貪食性リンパ組織球症	サンディミュン点滴静注用 250mg	小児科
デキサメタゾンバルミチン酸エステル	【注射薬】	二次性血球貪食性リンパ組織球症	リメタゾン静注 2.5mg	小児科

3. 診療科別の留意事項

各診療科共通

【傷病名】

- ・耳疾患等、左右の区別のあるものは必ず患側を記載（右、左、両側）する。
- ・疾患によっては、急性・慢性の区別が必要。

【転帰】

- ・古い病名の整理をすること。

【基本診療料】

- ・紹介状なしの大病院受診時の定額負担
初診は7,000円以上、再診は3,000円以上の定額負担が責務となりました（特定機能病院及び地域医療支援病院「一般病床200床未満を除く」）。このため大病院への紹介には今後の治療、病診連携をよりスムーズに行う意味で紹介状の記載をしっかりと行うこと。

【投薬】

- ・入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、処方料、調剤料、薬剤料、処方箋料、調剤技術基本料を算定しない。

内科

【検査】

- ・「BNP(≒NTproBNP)」
あくまで保険診療上は補助診断なので、心電図や胸部レントゲン、心臓超音波などが無いと「疑い病名」では認められない（明らかな基礎疾患があれば社保は査定されないことが多いが、国保は「心不全」または「心不全の疑い」がないと基礎疾患があっても査定される）。
- ・「CRP」
高血圧や花粉症などの、明らかな急性疾患がない症例の再診時においては、算定は認められない。
- ・「L-FABP」
糖尿病性腎症での算定は通常認められない。
- ・「腫瘍マーカー」
基本的には補助診断であり、主となる検査がない場合、医学的必要性に乏しい検査と考えられる。
- ・「HbA1c 検査」
連月での「糖尿病の疑い」は医学的妥当性に乏しく認められない。

【投薬】

- ・「DPP IVとGLP-1製剤」
同一薬効の薬剤の扱いなので、重複投与はB項目査定。
- ・「PPI」
単剤では、いわゆる「低薬価」であっても効能効果と投与方法が不整な時は認められない。

外科

【処置】

- ・J000 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をいう。
 - 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、併せて算定できない。
 - 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する。
 - ④ 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。
 - 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ない。

- ・ J001 熱傷処置
 - 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ない。
 - ② 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
 - ③ 100 平方センチメートル未満については、第 1 度熱傷では算定できない。
 - ④ 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をいう。
 - 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する。
- ・ J001-2 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する。ただし交換は原則として週 1 回とする。
- ・ J001-4 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する。
 - 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を言う。
 - 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する。
 - 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ない。
 - 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ない。
 - 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ない。
- ・ J001-7 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する。
 - 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）の費用は算定できない。
 - 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ない。
 - 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ない。
 - 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ない。
- ・ J053 皮膚科軟膏処置
 - ① 各号に示す範囲とは、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をいう。
 - 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、併せて算定できない。
 - ③ 同一部位に対して皮膚科軟膏処置、創傷処置、面皴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、併せて算定できない。
 - 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、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。
 - ⑤ 100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第 1 章基本診査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ない。
 - 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ない。
 - 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ない。
- ・ J057-3 鶏眼・胼胝処置
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する。
- ・ J119 湿布処置（消炎鎮痛等処置）
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るものであり、湿布処置を算定することはできない。
同一部位に対して湿布処置、創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皴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、併せて算定できない。

【手術】

- ・ K000 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。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を言う。

- 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する。
- ③ 頭頂部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）は、長径20センチメートル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る。
- 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う。
- ⑤ 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する。

・K001 皮膚切開術

- ① 長径10センチメートルとは、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をいう。
- ② 多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も1切開として算定する。

・K005 皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）K006（露出部以外）

- ① 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う。
- ② 近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍については、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する。
- 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する。

・K006-2 鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）、K006-3（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をいう。
- 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する。
- 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、K006-2の所定点数により算定し、50%未満の場合は、鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）の所定点数により算定する。

・K089 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は爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

【令和4年度診療報酬改定における留意事項】

・B001・36 下肢創傷処置管理料

下肢創傷処置管理料（500点）が新設された。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、療養上必要な指導を行った場合に月1回に限り算定できる。

・J000-2 下肢創傷処置

下肢創傷処置1～3が新設された。

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 足部（腫を除く）の浅い潰瘍 | 135点 |
| 2 足趾の深い潰瘍又は腫の浅い潰瘍 | 147点 |
| 3 足部（腫を除く）の深い潰瘍又は腫の深い潰瘍 | 270点 |

下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾、又は腫であって、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に至るものをいう。

・K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

消化管ポリポーシス加算（5000点）が新設された。家族性大腸線腫症の患者に実施した場合に年1回に限り所定点数に加算する。

・D310 小腸内視鏡検査

スパイラル内視鏡によるもの（6800点）が新設された。

・K722 小腸結腸内視鏡的止血術、K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

スパイラル内視鏡加算（3500点）が新設された。スパイラル内視鏡検査を用いて実施した場合に所定点数に加算する。

眼科

【屈折検査と矯正視力検査の同日算定できる時は】

- ・ 屈折異常病名の初診時
- ・ 眼鏡処方箋交付時
- ・ 屈折状態が変わる眼内手術後の初回診察時で、手術日と新たな傷病名（眼内レンズ挿入眼等）が必要
- ・ 弱視または不同視等が疑われる6歳未満の場合は、3月に1回算定可

【6歳未満の屈折検査の算定方法は】

- ・ 弱視又は不同視が疑われる場合に、矯正視力検査をした場合は、3月に1回、
 - ① 屈折検査+矯正視力検査が算定できる。
 - ② 調節麻痺剤を使用しその前後の屈折検査をした場合は、屈折検査×2+矯正視力検査となる。
- ・ 弱視又は不同視と診断された患者に、矯正視力検査をした場合は、3月に1回、
 - ① 屈折検査+小児矯正視力検査加算で算定する。
 - ② 調節麻痺剤を使用してその前後の屈折検査をした場合は、
(屈折検査+小児矯正視力検査加算)×2となる。

【角膜曲率半径計測の算定ができる時は】

- ・ 屈折異常病名の初診時
- ・ 眼鏡処方箋交付時（但し同月の初診時に算定されている場合は不可）
- ・ 屈折状態が変わる眼内手術の術前1回と術後6か月（月に1回）
（但し初診時算定された同月の術前算定は不可）

【その他の眼科学的検査】

- ・ 眼底三次元画像解析を行った場合は、通常の眼底カメラ撮影との併せての算定は出来ない。
- ・ 光干渉断層血管撮影を行った場合は、通常の眼底カメラ撮影、蛍光眼底法、自発蛍光撮影法のいずれとも併せての算定はできない。
- ・ 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い（0.7以上）白内障患者の手術適応の判断に用いるので、レセプトには手術前後の視力を記すると良い。
- ・ 量的視野検査において、動的と静的とを同時算定できる場合には、必然性があるとの注記が必要。
- ・ 圧迫隅角検査は、狭隅角ないしは緑内障の確定診断の為に算定する。
- ・ 角膜内皮細胞顕微鏡検査は、角膜内皮細胞減少の疑いでは算定できない。
- ・ 中心フリッカー試験は、視神経疾患の診断に限られている。
- ・ 過去にコンタクトレンズ検査料を算定したことがある患者は、カルテが残っている限り、初診料は算定できない。
- ・ コンタクトレンズ検査料を算定した事がある患者が、コンタクトレンズ処方しなかった場合（眼鏡処方箋を交付など）でも、コンタクトレンズ検査料回避の留意事項に該当しなければ、コンタクトレンズ検査料だけで算定する。
（緑内障の疑いでは、量的視野検査料等の眼科学的検査の算定は出来ない）
- ・ 眼内レンズ挿入眼において近用眼鏡処方するための調節検査の算定には老視の病名を記載する。
- ・ 汎網膜硝子体検査のときに、生体染色細隙顕微鏡検査は併算定は出来ない。
- ・ 前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼又は角膜移植術後の患者に対して、月1回に限り算定できる。

【投薬・薬剤】

- ・ 抗菌剤の処方には、適用病名が必要である。
- ・ アレルギー性結膜炎に抗菌剤点眼処方認められない。
- ・ フローレス眼検査用試験紙1枚使用の場合は2点算定可、2枚使用の場合は3点算定可となった。
- ・ 処置および検査時に使用する点眼液及び眼軟膏は、片眼0.2ml及び0.2mgを上限とする。

【注射料】

- ・ 検査及び手術に伴う注射は、薬剤料のみで、手技料は算定できない。
- ・ 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）が、斜視治療に認められた。実施については、日本弱視斜視学会および日本神経眼科学会のガイドラインを遵守する。

【処置】

- ・ 涙道に係る処置を行った場合、鼻涙管ブジー法または鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄または涙嚢ブジー法（洗浄を含む）のいずれか1つで算定する。なお、涙嚢内薬液注入については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。

【手術】

- ・同一術野での手術と処置の併算定はできない。
- ・眼球の手術については、片眼を同一術野として扱う。
- ・手術に伴う注射は、薬剤料は算定できるが、手技料は算定できない。
- ・結膜結石除去術は、1少数のもの、2多数のもの、共に1眼瞼ごとに算定できる。算定には、左右上下の部位がわかるように記載すると良い。

【令和4年度改定で新設された手術】

- ・眼瞼内反症手術 3眼瞼下制筋前転法
- ・角結膜悪性腫瘍切除術
- ・斜視手術 6調節糸法
- ・自家培養上皮移植術
- ・緑内障手術 2流出路再建術 イ眼内法 ロその他のもの
7濾過胞再建術 (needle 法)

【網膜光凝固術（その他特殊なもの）の適応病名は】

- ・裂孔原性網膜剥離
- ・円板状黄斑変性
- ・網膜中心静脈閉塞症による黄斑浮腫
- ・類嚢胞黄斑浮腫
- ・未熟児網膜症
- ・糖尿病網膜症に対する汎光凝固術

【眼瞼良性腫瘍手術の適応は】

- ・眼瞼の腫瘍は皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）で算定する。
- ・眼瞼と結膜とに及ぶ腫瘍は眼瞼結膜腫瘍摘出術で算定する。

【結膜腫瘍摘出術の適応は】

- ・結膜の上皮性腫瘍、色素性腫瘍、類皮嚢腫（デルモイド）は結膜腫瘍摘出術で算定する。
- ・結膜嚢胞吸引や穿刺は眼処置で算定し、注記を記載する。
- ・結膜嚢胞摘出は結膜肉芽腫摘出術で算定する。

【抗 VEGF 薬の適応病名は正しく記載する】

- ・加齢黄斑変性に伴う中心窩下脈絡膜新生血管
- ・病的近視における脈絡膜新生血管
- ・網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫
- ・糖尿病黄斑浮腫
- ・未熟児網膜症

整形外科

【医学管理等】

- ・慢性疼痛疾患管理料：マッサージ又は器具等による消炎鎮痛等処置を行った場合が適応となる。月毎に算定の選択が可能である。初回算定月のみレセプトに算定日の記載が必要で、条件によりそれ以前の外来管理加算および処置等の包括項目はそのまま算定できる。処方せん料の特定疾患処方管理加算とは同一月に算定できない。
- ・小児運動器疾患指導管理料：継続的な管理を要する運動器疾患と認められた初診時20歳未満迄が対象。最初の算定から6ヶ月間は連月、その後は6月に1回算定可能。施設基準及びレセプト記載要件に注意。
- ・診療情報連携共有料：保険歯科医の求めにより、文書により情報提供を行った場合に3月に1回算定できる。（診療情報提供料（I）は保険医が診療の結果、別の保険医への受診が必要と判断し情報提供を行った場合に算定するもので条件が異なる）
- ・療養費同意書交付料：「はり・きゅう」と「マッサージ」の同意書が対象となる。同意書は必ず診察の上、交付する必要がある。「はり・きゅう」では対象疾患に限られ、また同一疾患での医療の併診は出来ない。

【在宅医療】

- ・在宅患者訪問診療料（I）2：他医から紹介された患者に対し、訪問診療を行う場合に算定。紹介医が必要と判断した時は6ヶ月を超えても算定可能。

- ・在宅自己注射指導管理料：当該月に実施する注射の予定総回数で点数が設定されている。月の途中で開始の場合は連日の注射でも27回以下となり得ることに注意が必要。院外処方箋で自己注射薬のみを処方の場合は、処方箋料は算定出来ない。

【検査（骨粗鬆症関係）】

- ・NTX、DPD（尿）、ucOC及び β -CTXは、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、TRACP-5bは、代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌の骨転移の診断補助として実施した場合に1回算定でき、その後は6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、またNTX、DPD（尿）、TRACP-5bは、薬剤等治療方針変更時は変更後6月以内に限り1回算定できる。それぞれ、併算定できないものがあるので注意。
- ・25-ヒドロキシビタミンD：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回に限り算定でき、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できる。
- ・オステオカルシン：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る。

【検査（関節リウマチ関係）】

- ・インフリキシマブ定性：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に3回に限り算定できる。
- ・RF定量、MMP-3、抗ガラクトース欠損IgG抗体、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つに限り算定する。
- ・抗ガラクトース欠損IgG抗体とRF定量を実施の時は主たるもののみ算定する。
- ・抗シトルリン化ペプチド抗体、MMP-3、抗ガラクトース欠損IgG抗体、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及びC3d結合免疫複合体のうち2項目以上実施の場合は主たるもののみ算定する。
- ・抗シトルリン化ペプチド抗体検査の適応は以下のいずれかの場合に限る。
 - ① 関節リウマチと確定診断できない者（原則1回、検査結果が陰性の場合は3月に1回算定できるが、この場合検査値をレセプトの摘要欄に記載する。）
 - ② 治療薬の選択のために行う場合は、1回のみ算定できる。

【画像診断】

- ・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る。この場合、夜間・早朝等加算との併算定はできない。
- ・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をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合も算定できるが、この場合にはフィルム費用は算定できない。
- ・透視診断：診断目的のために行った場合に算定する。撮影の時期決定や他の検査、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ない。
- ・写真診断（他医撮影）：撮影部位及び撮影方法別に算定できる。
- ・コンピューター断層診断料（他医撮影）：初診料を算定した日に限り算定できる。

【投薬】

- ・外来患者に対する1処方63枚を超えた湿布薬の投薬：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止むを得ない場合を除き算定しない。
- ・慢性疼痛に対する薬剤処方の場合、それぞれの用法用量に従い、処方に至った背景が分かるような詳記・病名があることが望ましい。

【リハビリテーション】

- ・算定上の注意（通則）：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することが必要。
- ・実施計画書：原則として7日以内、遅くとも14日以内に（その後も3月に1回以上）様式により作成する。（作成前のリハビリテーションは医師の具体的な指示が必要）内容の説明を行ったうえで患者本人（又はその家族）の署名を貰う。（署名は初回必須、2回目以降は原則）
- ・介護保険との関係：要介護・要支援の患者の外来での標準算定日数超え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については算定不可。（入院中は通減点数で算定可）

【処置】

- ・算定上の注意（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、両側行っても所定点数で算定する。
 - 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、深夜加算対象となる。
- ・創傷処置：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、合算した広さでいずれかの処置点数で算定する。
- ・熱傷処置：初回処置から起算して2月以内に限り算定できる。それ以降は創傷処置で算定する。
- ・血腫、膿腫穿刺：新生児頭血腫大程度のものが適応。小範囲のものや試験穿刺については、算定不可。
- ・湿布処置（消炎鎮痛等処置3）：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湿布処置が行われた場合に算定できる。
- ・義肢装具採寸・採型：治療用装具採型法3その他はフットインプレッションフォーム（足型採取器）を使用した場合の点数として200点で算定する。
- ・医療材料：皮膚欠損用創傷被覆材は、2週間を標準として、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可。ただし、手術縫合創に対して使用した場合は算定できない。

【手術】

- ・算定上の注意（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、術前後にかかわらず算定できない。
- ・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。）を行う場合に算定する。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う。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する。「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う。
- ・皮膚切開術：長径は切開を加えた長さではなく、膿瘍等の大きさをいう。
- ・腱縫合術：切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、創傷処理（筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満））で算定する。
- ・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、当該指導内容をレセプトの摘要欄に記載すること。
- ・爪甲除去術：麻酔を要しない程度のもは処置の爪甲除去により算定する。

【麻酔】

- ・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可。
- ・神経ブロック：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する。同日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薬剤料を除き算定できない。神経ブロックに先立って行われるX線透視や造影等に要する費用は算定できない。
- ・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回のみ算定できる。

皮膚科**【投薬】**

- ・入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療である事が明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

【検査】

- ・ダーモスコピー

「新たに他の病変で検査を行う場合であって、医学的な必要性から4月に2回以上算定するときは、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載することとし、この場合であっても1月に一回を限度とすること」とされ、新たに他の「疾患」から「病変」に変更され、摘要欄にその理由を記載することで、月に1回を限度に算定可能になった。
- ・細胞診

「ヘルペスウイルス感染症」におけるTzanck細胞の標本作成は、細胞診により算定可能となった。

【処置】

- ・多血小板血漿処置（要届け出）

「トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた治療又は局所陰圧閉鎖処置を28日以上行っても効果が得られない難治

性皮膚潰瘍に対して、多血小板血漿処置を行った場合に限り算定する。なお診療報酬明細書の摘要欄に当該処置を行う医学的必要性を記載すること。」とされ新規医療技術として保険適応された。「新たに他の病変で検査を行う場合であって、医学的な必要性から4月に2回以上算定するときは、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載することとし、この場合であっても1月に1回を限度とすること」とされ、新たに他の「疾患」から「病変」に変更され、摘要欄にその理由を記載することで、月に1回を限度に算定可能になった。

【手術】

- ・皮膚悪性腫瘍切除術
センチネルリンパ節加算の対象疾患に「乳房外パジェット病」が適応追加された。

小児科

【基本診療料】

① 初診算定の条件

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るが、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再診料となる。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る。

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する。

患者が任意に診療を中止し、1ヶ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取り扱うとの規定があるが、慢性疾患等明らかに同一の疾病と推定される場合は、初診算定できない。

気管支喘息、アトピー性皮膚炎等が該当する。

② 小児診療に対する加算について

・基本診療料（初診料・再診料）

時間外加算：医療機関表示する診療時間外の時間で休日、深夜を除く時間に診療で算定できる。

乳幼児加算：6歳未満の乳幼児に算定できる。時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定する場合には算定できない。

・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

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る。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る。小児かかりつけ診療料、小児外来診療料を算定する場合も算定できる。

・夜間・早朝加算

診療所1週あたりの診療時間が30時間以上あることが条件

・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、初診時に加算できる。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。

【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ない。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ある。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すること。

① 小児かかりつけ診療料

- ・対象年齢、未就学児、6歳以上の患者にあつては、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る。
- ・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る。
- ・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を算定する。
- ・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」で算定しますが、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」で算定できるが、診療報酬請求書に理由の記載が必要。

- ・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」で算定する。
- ・対象患者の診療に係る費用は、原則全て所定点数に包括される。
ただし、別表の項目は包括対象に含まれず算定可能。
診療情報提供書（Ⅰ）は包括対象に含まれず算定できる。
- ・同様に新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の外来診療を行う医療機関における院内トリアージ実施料も包括対象に含まれず算定できる。
また、コロナのPCR検査・抗原検査については、臨時的取り扱いにより検査料や判断料を出来高で算定できる。
臨時的取り扱いについては通知文書等を随時確認すること。
- ・小児かかりつけ診療料の算定にあたっては、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、常時対応するとともに、かかりつけ医として上記の指導等を行うことを書面にて説明し同意を得ることが必要。施設基準の届出が必要。

② 小児科外来診療料

- ・対象年齢、6歳未満。
- ・施設基準の届出の必要は無い。
- ・処方箋の交付についての算定の取り扱いは小児かかりつけ診療料の場合と同様。
- ・対象患者の診療に係る費用は、原則全て所定点数に包括される。診療情報提供料（Ⅰ）は包括対象のため算定できない。ただし、別表の項目は包括対象に含まれないため算定可能。
- ・新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の外来診療を行う医療機関における院内トリアージ実施料も算定できる。
また、コロナのPCR検査・抗原検査については、臨時的取り扱いにより検査料や判断料を出来高で算定できる。
臨時的取り扱いについては通知文書等を随時確認すること。
なお、以下ア～オに該当する場合は小児科外来診療料を算定できない。
ア パリビズマブを投与している患者（投与当日に限る）
イ 在宅料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）

別表

<p>小児かかりつけ診療料 ＜包括対象外の項目＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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） ▶ 機能強化加算（初診料） ▶ 院内トリアージ実施料 ▶ 夜間休日救急搬送医学管理料 <p>▶ 診療情報提供料（Ⅰ）</p> <p>▶ 電子的診療情報評価料</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 診療情報提供料（Ⅱ） ▶ 連携強化診療情報提供料 ▶ 往診料 	<p>小児科外来診療料 ＜包括対象外の項目＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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） ▶ 機能強化加算（初診料） ▶ 院内トリアージ実施料 ▶ 夜間休日救急搬送医学管理料 ▶ 地域連携小児夜間・休日診療料 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 診療情報提供料（Ⅱ） ▶ 連携強化診療情報提供料 ▶ 往診料
--	--

③ 小児抗菌薬適正使用支援加算

- ・対象は、小児かかりつけ診療料または小児科外来診療料を算定している、急性気道感染症または、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、提供した場合算定できる。
- ・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」「急性鼻副鼻腔炎」等が該当する。急性胃腸炎でも算定可能。
- ・小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時、月に1回算定。インフルエンザ感染の疑われる患者には算定できない。
- ・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る。
- ・届出は必要なし。

④ 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、療育上必要な指導を行った場合に算定できる。

(対象患者)

- ・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、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側湾症を有する患者
- ・装具を使用する患者
- ・医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者
- ・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ともに、毎回の指導の要点を診療録に記載が必要。

6月に1回に限り算定できる。但し、初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回算定できる。

小児科療養指導料を算定している患者は算定できない。

⑤ 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る。

(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要件として、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る。医師の指示、治療計画に基づき20分以上行った場合算定、医師、公認心理師併せて月2回まで、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公認心理師による算定はできない。

⑥ 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、月に1回に限り算定する。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る。

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ある。

⑦ 特定疾患療養管理料

別に定める特定疾患に対し、治療計画に基づき療養上の管理を行った場合、月2回まで算定できる。

⑧ 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る。

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、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。

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回に限り算定できる。

但し、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る。

⑨ 乳幼児栄養指導料

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。

⑩ てんかん指導料

てんかん（外傷性のものを含む）の患者またはその家族に対し、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回に限り算定する。

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しない。

【検査】

算定要件に制限があり注意が必要な検査

- ・RS 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が適応
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
- ・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
- ・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
- ・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が適応
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
- ・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
- ・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ない。

【その他】

- ・小児慢性特定疾病の児、及び医療的ケア児に係る診療情報提供料
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回算定できる。
情報提供先は保育所、認定こども園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校等。
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る。

<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。

泌尿器科

【処置】

- ・尿路への「留置カテーテル設置」時に使用するカテーテルのバルーンに注入する蒸留水、生食水などは、算定できない。尿道麻酔に用いるキシロカインゼリーは男性15ml、女性5ml以下とする。
- ・同一日の留置カテーテル設置と腎盂洗浄を併施の場合、腎盂洗浄のみしか算定できない。
- ・腎盂洗浄は片側ごとに算定できるが尿路ストーマカテーテル交換法は両側でも1回のみ算定である。
- ・腎瘻又は膀胱瘻造設用材料はカテーテル、ダイレーター、ガイドワイヤー、穿刺針のいずれも1個を限度として算定する。2個以上算定する場合はその理由をレセプトの摘要欄に記載すること。

【検査】

- ・「前立腺肥大症」のみの病名でのPSA、PSA F/T比及びγ-Smの算定はできない。
- ・クラミジア・トラコマチス抗原定性、同核酸検出検査は泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるが、複数の部位から検査しても主たるもののみ1つの算定となる。又、検体採取料も所定点数に含まれる。
- ・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算定だが平成28年度の改定で「細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）」という文言に変更

されたので留意されたい。クラミジア検査時は「クラミジア疑い」病名追加が望ましい。

- ・嫌気性培養加算は検体が尿の場合は適応ではない。

【投薬】

- ・ザルティア錠 2.5mg 及び同 5mg の投薬について、本剤を前立腺肥大症による排尿障害に使用する場合は、診療報酬明細書の記載にあたり、IPSS、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を摘要欄に記入すること（初回処方当月のみ）。

【傷病名】

- ・炎症疾患では急性・慢性の区別を記載すること。例えば膀胱炎や前立腺炎などでは急性と慢性では病態は全く異なり、薬剤や処置（例えば前立腺液圧出法、前立腺冷温榻）などの適応も異なってきます。記載がないと原則急性と判断されます。
- ・「腫瘍」病名も悪性、良性の区別を記載すること。記載が無いと原則良性と判断されます（例「膀胱腫瘍」病名あるいは「膀胱腫瘍疑い」病名のみで、膀胱悪性腫瘍手術の算定は出来ない）。

耳鼻咽喉科

【傷病名】

- ・対称器官のある疾患の場合は、必ず患側記載（右・左・両側）すること。例えば、単なる耳垢栓塞症だけでは両側耳垢栓塞除去術は保険審査上、査定となる場合がある。
- ・アレルギー性鼻炎単独では、抗アレルギー剤点眼薬はレセプト審査上査定対象となる。アレルギー性結膜炎等の病名が必要。

【初診料】

- ・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ヶ月以上、かつ最終服薬終了日から1ヶ月以上経過した場合には、初診料算定可能。
例：最終来院日2月15日に60日分の処方の場合、4月15日以降から初診料算定可能。3月15日では再診となる。

【医学管理等】

- ・B001(14) 高度難聴指導管理料（届出必要）
以下の場合に算定可能。
① 人工内耳埋込術を行った患者
② 伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合
③ 感音性難聴の患者
※①は1回/月、②③は1回/年、算定可。
指導内容の要点を診療録に記載。
- ・B001(21) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料（届出必要なし）
対象となる患者は、15歳未満で、発症から3カ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滲出性中耳炎の患者で、1回/月算定可能。
診療計画及び指導内容の要点を「診療録」へ記載。
- ・B001(35) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（届出必要なし）
アレルギー性鼻炎患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、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、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回算定可能。
説明内容の要点を「診療録」へ記載。

【検査】

- ・鼻咽腔直達鏡と硬性ファイバーは別物。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で算定することは振替請求となる。
- ・中耳ファイバーは中耳を観察した場合に算定可能。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ない。
- ・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いる。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。
- ・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ない。

主たる検査で算定すること。

- ・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ない。
- ・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、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。但し手術日前後3月の場合は、手術名および手術日、あるいは手術予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要。
- ・重心動揺計は平衡機能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。

【処置】

- ・耳鏡・鼻鏡・舌圧子・間接喉頭鏡で観察しただけでは、処置点数の算定は出来ない。
- ・処置通則3 簡単な処置（点耳・簡単な耳垢栓塞除去・鼻洗浄）は基本診療料に含まれるため、別に算定することはできない。
- ・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。
片側算定可能な処置：点数表に掲載。
J095-2 鼓室処置・J096-1 カテーテルによる耳管通気法
J100 副鼻腔手術後の処置・J101 鼓室処置・J102 上顎洞穿刺
J104 唾液腺かん洗浄・J105 副鼻腔洗浄又は吸引
J111 耳管ブジー法・J113 唾液腺かんブジー法
（J113 耳垢栓塞除去：片側・両側で点数が異なる）
- ・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歳未満の乳幼児に処置を行った場合、1日につき60点を加算できる。
- ・処置通則8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：急性気道感染症・急性中耳炎・急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対し、処置を行った上、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、初診時月1回に限り80点加算できる。
なお、インフルエンザ・インフルエンザ疑いの場合には算定不可。
- ・J095 耳処置：外耳道入口部から鼓膜までの部位の処置を行った場合算定可能。単に鼓膜等を観察しただけでは算定不可。
- ・J095-2 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。
- ・J097 鼻処置：鼻吸引・単純鼻出血及び鼻前庭の処置は含まれる。口腔咽頭処置との併施は認められない。
- ・J097-2 副鼻腔自然口開大処置：ネブライザー効果の増大を目的に行われるもので、同日にネブライザー処置がなければ保険審査上不可。また東京都社保国保では、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。
- ・J098-2 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・扁桃周囲膿瘍等が対象疾患。
- ・J105 副鼻腔洗浄又は吸引：副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置との算定は不可。
- ・J113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）
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。したがって、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不可。また、耳垢栓塞症病名で、1日目に一部除去したので耳処置算定は不可。
- ・簡単な耳垢栓塞除去は、基本診療料に含まれる。

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あろう。但し十分に注意して算定すべきである。以下に基本的な考え方を示す。

【各種法令における留意事項】

《保険診療と自費診療について》

- ・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かかわらず再診料で算定する。（初診料はすでに妊婦健診で算定済みと考える。）
 - 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かかわらず疾病に対する再診料等の診察料は算定できない。（妊婦健診料の中に診察料が含まれていると考える。）

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る。

- ・ 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る。但し、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ないと考える。
- ・ 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る。但し、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・不要にかかわらず初診料・再診料は算定できない。(新生児保育管理料に診察料が含まれると考える。)

* 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る。(日本産婦人科医学会)

《その他法令等》

- ・ 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た。また胎児心エコー法なども算定可能となってきた。しかし、胎児の診断・処置などに保険適応はない。

それは民法の第1編第1章第1条ノ3「権利ノ享有ハ出生ニ始マル」と定められているためである。従って母親の胎内にいる胎児は保険の対象とならない。

【診療録（カルテ）への記載の留意事項】

- ・ 産婦人科に限ることはないが、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。別冊でなくてもよいが、少なくとも様式第1号(1)の2の用紙は保険分と自費分で色を変えとか工夫して明確にわかるようにする。新生児の診療録についても同様である。なお、会計カードも区別する。電子カルテにおいても同様の配慮が必要である。
- ・ 医療機器の日付や時間の設定は定期的に確認すること。
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る。

【傷病名付与の留意事項】

《切迫早産、破水の診断》

- ・ 頸管腔分泌物中癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腔分泌液）(204点)は破水の診断では22週から37週未満で1、2回、切迫早産の診断では22週から33週未満で週1回程度。
- ・ 腔分泌物中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性(190点)は破水の診断では22週から37週未満で1、2回程度。但し、癌胎児性フィブロネクチン（頸管腔分泌液）を併せて実施した場合は主たるもののみ。
- ・ 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する。

【診療報酬上の留意事項】

《基本診療料》

- ・ 初・再診料等
 - ① 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ない。(急患とみなされない。)

《特掲診療料》

- ・ 医学管理料
 - ① 婦人科特定疾患治療管理料(B001-30)250点
婦人科又は産婦人科を標榜する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、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。

【検査等】

- ① 腫瘍マーカー(D009)
腫瘍マーカー、「10」のCA125(144点)、「23」のCA602(190点)を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。

腫瘍マーカー検査は、癌の患者以外、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機が書かれていることが必要とされる。最近では半年間の縦覧点検が可能となっているので、十分に疑いえる場合に行う。また横覧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る。

② HPV 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（腔部）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る。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ない。

*この場合、実日数1日では細胞診を過剰（B）として査定となる。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可。

③ 胸腹部超音波検査と乳房超音波検査 (D215)

超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は部位数にかかわらず1回のみ算定となる。

*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る。

但し、病院も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膈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法（胸腹部）530点に加えて、超音波断層法（その他）350点の90/100（315点）が算定できる。

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ため注意が必要である。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点に減点。

④ コルポスコピー (D321)

・コルポスコピー下で子宮腔部組織を採取した場合は内視鏡下生検法（D414）で算定できる。（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。）

・コルポスコピー施行時には腔洗浄は算定できない。（内視鏡検査に伴う処置は算定できないため。）

⑤ 細胞診 (N004)

子宮腔部細胞診と子宮頸部細胞診も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ない。（「(N004 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。）

⑥ 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、淋菌以外の細菌感染（疑いも含む）に対して、「細菌性膣症（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ある。

⑦ クラミジア・トラコマチス核酸検出 (D023) 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ない。（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。）

⑧ 分娩監視装置 (D218) 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にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

- ・1時間以内 400点
- ・1時間を超え1時間30分以内 550点
- ・1時間30分を超えた場合 700点

*日本産婦人科医学会では胎児仮死、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）

したがって、

- ・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。

⑨ 胎児心エコー法 (D215)

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。

* 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る。

⑩ 外陰・膣細胞採取料 (D418)

子宮全摘後の膣断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。(令 4 保医発 0304・1)

⑪ 不規則抗体

輸血歴または妊娠歴のある患者に対し、胸部手術、心・脈管手術、同腹部手術または子宮全摘術、子宮悪性腫瘍手術、子宮附属器悪性腫瘍手術 (両側)、帝王切開術または異所性妊娠手術が行われた場合に手術当日に算定する。

* 不規則抗体の算定は手術当日に請求するものであって、術前検査は算定できない。

【投薬】

① 遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン (FSH) 製剤

「在宅自己注射指導管理料」を算定している月には外来での使用は認められない。尚、遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン (r-FSH) 製剤以外の薬剤は外来での使用は認められる。

【注射】

① 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ジンで分娩誘発をした場合には算定してほしい。

* 添付文書に精密持続点滴で行うように書かれている。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を推奨する。

【処置】

① 処置料の留意点

・ 処置+処置の算定は対応する傷病名があれば算定可能。

例：子宮腔部びらん+細菌性膣炎=子宮腔部焼灼法+膣洗浄

・ 膣洗浄は入院中の患者には算定できない。

② ミレーナの挿入・抜去について

J 082-2 薬物放出子宮内システム装置 1 挿入術 (200 点)、抜去術 (150 点)

ミレーナはレセプトの算定区分では 20 の投薬ではなく、40 の処置の項目で薬物放出子宮内システム装置 1 挿入術+薬剤ミレーナ 52mg を算定する。ミレーナは処置薬のため投薬の項での外用調剤および処方料は算定できない。

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。脱出時も可。但し「ミレーナ挿入中」と詳記があった方が良い。

【手術】

① 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膣洗浄、子宮腔部焼灼法、子宮腔部薬物焼灼法などは算定できない。また頸管粘液採取料も算定できない。

「処置または手術と同時にを行った内視鏡検査は、別に算定できない。」ともあるため、手術と同日にコルポスコピーは算定できない。

② 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ある。鎮静薬や鎮痛薬のみの使用 (いわゆるセデーション) では算定できない。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可能である。

【令和 4 年度診療報酬改定における留意事項】

《不妊治療の保険適応》

・ 一般不妊治療管理料 250 点

特定のパートナーとともに不妊症と診断された患者を対象として、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 3 か月に 1 回算定する。

施設基準は産婦人科等または泌尿器科の 5 年以上の経験を持つ常勤医師 1 人以上配置されていること。不妊症診療を年間 20 例以上行っていて、生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を

行っている他の保険医療機関との連携することとなっている。この連携に関しては文書を交わしてその写しを提出することを求めている。

技術：人工授精 1820 点

算定要件としてはア 精子・精液の量的・質的異常、イ 射精障害・性交障害、ウ 精子-頸管粘液不適合、エ 機能性不妊を対象として密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施するとして、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

・ **生殖補助医療管理料 1 300 点**

生殖補助医療管理料 2 250 点

外来患者で生殖補助医療を実施している不妊症の患者を対象と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 回に限り算定する。但し生殖補助医療の開始日時時点で 43 歳未満である場合に限るとなっている。

生殖補助医療管理料 1 および 2 の施設基準は産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて 5 年以上又は泌尿器科について 5 年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る 2 年以上の経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。

日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る 1 年以上の経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。

配偶子・胚の管理に係る責任者が 1 名以上配置されていること、そして関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が 1 名以上配置されていることが望ましい。

生殖補助医療管理料 1 については施設基準に追加があり、看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置、また社会福祉士等の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置、さらに他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整およびこれらのサービスに関する情報提供に努める。

検査：抗ミューラー管ホルモン (AMH) 600 点

不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6 月に 1 回に限り算定

技術：体外受精・顕微授精等については専門性が高いため、割愛する。

・ **専門機関との連携分娩管理の評価の新設**

ハイリスク分娩等管理加算（1 日につき）

- | | | |
|---|-------------------|---------|
| 1 | ハイリスク分娩管理加算 | 3,200 点 |
| 2 | <u>地域連携分娩管理加算</u> | 3,200 点 |

[地域連携分娩管理加算の対象患者]

- ア 40 歳以上の初産婦である患者
- イ 子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外）
- ウ 糖尿病の患者（2 型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なもの））
- エ 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者）

[算定要件]

- ・ 1 入院に限り 8 日を限度として所定点数に加算
- ・ 分娩を伴う入院前に、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させる
- ・ 患者が複数の疾患等を有する場合には、算定できない。

[施設基準]

- ・ 専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師 3 名以上配置
- ・ 常勤の助産師 3 名以上配置
- ・ 一年間の分娩実施件数が 120 件以上（実施件数等を医療機関の見やすい場所に掲示）
- ・ 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携
- ・ 産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施

【その他】

本内容は日本産婦人科医会が編集した「医療保険必携」およ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」を参考にしている。各地域によって若干の審査基準の相違はあるが、現状ではこの 2 冊の刊行物で確認することをお勧めする。

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をご理解いただきたい。

4 災害時における診療報酬明細書の請求等について

近年、各地で災害が発生しており、政府等は災害時における被災者に対して健康、医療に関する様々な救済措置を講じている。被災者の医療等について、医療機関でも通常の診療報酬請求とは異なる処理となる。

ここでは、災害の被災者に対する医療機関の一般的な対応について、過去の災害時の対応をとりまとめて記載する。ただし、本書で記載する事項はあくまでも一般的な対応であるため、災害ごとに政府、厚生労働省、都道府県等から発出される通知等を必ず確認し対応されたい。

1. 災害時における医療機関での対応について

(1) 被保険者証等が提示出来ない場合の窓口での確認

被保険者証及び公費負担医療の医療券等を紛失した場合、または自宅にそれらを残したまま避難したことで医療機関に提示出来ない場合は、患者からの以下の申し出により保険診療を可能とする。公費負担医療においては、緊急の場合には指定医療機関以外の医療機関でも受診が可能とする。

種別	申し出事項				
	被用者保険の被保険者	氏名	生年月日	連絡先（電話番号等）	事業所名
国民健康保険被保険者 後期高齢者医療制度の被保険者	氏名	生年月日	連絡先（電話番号等）	住所	
国民健康保険組合の被保険者	氏名	生年月日	連絡先（電話番号等）	住所	組合名
公費負担医療対象者（※）	氏名	生年月日	住所等	各制度の対象者である申し出	

※「公害健康被害者」、「水俣病被害者」、「石綿による健康被害者」に対する取扱いは以下のとおり

公害医療手帳

医療機関等は、慢性気管支炎等の公害認定疾病についての療養の給付を取り扱った場合は、認定を受けた都道府県又は公害健康被害の補償等に関する法律第4条第3項の政令で定める市（※その都度、別紙にて示されます）に照会した上で、公害診療報酬請求書及び公害診療報酬明細書等を用いて当該自治体に請求すること。

水俣病総合対策費補助金交付要綱に基づく医療手帳等

医療機関等は、水俣病総合対策費補助金交付要綱に基づく医療手帳、水俣病被害者手帳、水俣病認定申請者医療手帳、水俣病要観察者等医療手帳及びメチル銀に係る健康影響調査研究事業要綱に基づく医療手帳の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号を付すとともに、氏名欄の余白に住所を記載し、審査支払機関に請求すること。ただし、受給者番号が確認できた場合には記載することとし、この場合においては住所を記載する必要がないこと。

石綿健康被害医療手帳

医療機関等は、石綿健康被害医療手帳の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号（認定疾病に係る医療「66141011」）を付すとともに、氏名欄の余白に住所を記載し、審査支払機関に請求すること。ただし、受給者番号が確認できた場合には記載することとし、この場合においては住所を記載する必要がないこと。

(2) 一部負担金等の支払いが困難な患者の取扱い（「支払猶予」等）

被災に伴い、一部負担金、保険外併用療養費、訪問看護療養費、家族療養費又は家族訪問看護療養費に係る自己負担額の支払いが困難な被災者について、以下の対象要件に該当する患者は、定められた猶予期間まで診療、調剤及び訪問看護に係る自己負担額の支払いが猶予される。また、災害規模によっては、保険者の判断により、一部負担金の「免除」「減額、率」等の措置が講じられる場合がある。

①患者の対象要件（(i)、(ii)のいずれにも該当するものであること）

(i) 別に定める市町村国保、後期高齢者医療、協会けんぽ及び一部の健保組合の加入者（被災以降、適用市町村から他の市町村に転入した者も含む。）

(ii) 次のいずれかの申し立て

- ・住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした旨
- ・主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った旨
- ・主たる生計維持者の行方が不明である場合
- ・主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した旨
- ・主たる生計維持者が失職し、現在収入がない旨

②医療機関等での確認事項

「支払猶予」の場合、被保険者証等により、患者の住所が別に示された適用市町村であることを確認し、申し立て内容は診療録等の備考欄に簡潔に記録する。また、被保険者証等の提示ができない場合は、以下の情報を診療録等に記録する。後日、保険者から患者に対し、申し立て内容の確認が行われる旨、患者に周知する。

健康保険法又は船員保険法の被保険者及び被扶養者

氏名・生年月日・住所及び連絡先・被保険者の勤務する事業所名

国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律の被保険者

氏名・生年月日・住所及び連絡先・組合名（※国民健康保険組合の被保険者のみ）

「免除」「減額、率」等の措置の場合は、保険者の発行する「一部負担金等免除証明書」の有効期限を確認する。

③請求等

「支払猶予」「免除」では該当患者からの窓口での一部負担金は発生しないため、医療機関等は10割を審査支払機関等へ請求する。具体的な請求方法については、「暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて」（平成25年1月24日付事務連絡）に準じて取り扱うこと。

（参考）P.305 参照

「暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて」（平成25年1月24日付事務連絡）

（3）医療機関が被災した場合の取扱い**①概算請求**

被災した保険医療機関等で、診療録等の滅失や棄損等があった場合は、通常の請求手続きの他に、概算請求が可能となる。概算請求を選択する場合は、やむ得ない事情を除いて、期日までに審査支払機関（国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）への届出が必要となる。

（参考）P.307 参照

「令和元年台風15号による被災に関する診療報酬等の請求の取扱いについて」（令和元年9月11日付事務連絡）

②書面請求

災害で電気通信回線等の機能障害が発生し、レセプトコンピューターの故障により電子請求又は、光ディスク等を用いた請求が不可能な場合には、下記の省令（昭和51年厚生省令第36号）による規定が適用となり書面による請求が可能となる。

- (i) 事前に書面による請求を行う旨を審査支払機関に届出を行う必要性はなく
- (ii) 療養の給付費等の書面による請求時に届出を行い
- (iii) 届出内容を確認できる資料は請求の事後に提出すればよい。

（参考）P.309 参照

「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求の費用に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）

2. レセプトの取扱いについて

(1) 被保険者証等が未提示の場合

① 保険者等が特定できる場合

当該被災者が加入している保険者が確認でき、保険者番号は特定できるが、記号番号が確認できない場合（以下「不詳レセプト」という。）は、レセプトの欄外上部に赤字で「不詳」と記載する。公費負担医療については、受給者番号が確認できない場合は、摘要欄に赤字で「不詳」と記載する。

② 保険者等が特定できない場合（被用者保険のみ）

当該被災者が加入している保険者が確認できず保険者番号が特定できない場合（以下「未確定レセプト」という。）であって、住所又は事業所名及び連絡先が確認できる場合は、レセプトの欄外上部には確認内容を記載する。診療報酬等請求書の「備考」欄には「未確定分」と記載し、その件数、診療実日数および点数等を別掲する。公費負担医療については、公費負担者番号が確認できない場合であっても法別番号（2桁）が確認できる場合は、法別番号（2桁）を記載し、摘要欄の余白に住所を記載する。

不詳レセプトの請求パターン（欄外上部に赤字で「不詳」と記載する ○は記載が必要な個所）

種別	レセプトの保険者番号等所定欄				欄外上部又は摘要欄余白	
	保険者番号	記号番号	公費負担者番号	公費受給者番号	被用者保険事業所名（連絡先）	住所（国保・後期・公費）
医保単独	○	×				
公費単独			○	×		
医保と公費併用	○	×	○	○		
	○	×	○	×		
公費と公費の併用			○注1	×		

※二種類以上の公費の場合も同様

未確定レセプトの請求パターン（○は記載が必要な個所）（被用者保険のみ）

種別	レセプトの保険者番号等所定欄				欄外上部又は摘要欄余白	
	保険者番号	記号番号	公費負担者番号	公費受給者番号	被用者保険事業所名（連絡先）	住所（公費）
医保単独	×	×			○	
公費単独			×	×		○
医保と公費併用	×	×	○	○	○	
	×	×	○	×	○	

※原子爆弾被害者で「認定疾病医療」と「一般疾病医療」の特定ができない場合、種別が医保と公費の併用の公費負担番号は記載せず、左上部空欄に赤字で「原爆」と記載する。

※公費負担番号の記載が法別番号のみの場合は、住所の記載が必要。

(2) 一部負担金等の支払猶予及び減免等の場合

① 特例措置に係る診療分を区分することが可能な場合の記載方法

特例措置が適用されない被災前の診療分と減免等の特例措置が適用される被災後の診療分で、レセプトは分けて作成し、減免等の特例措置が適用されるレセプトの欄外上部に赤字で「災1」と記載して、被災前の診療分と被災後の診療分の2枚1組で提出すること。被災前に診療が行われていない場合は1枚で提出する。

② 特例措置に係る診療分を区分することが困難な場合の記載方法

被災前の診療分と被災後の診療分の区分が困難な場合には、レセプトは1枚で作成し、欄外上部に赤字で「災2」と記載し、被災前の診療に関する一部負担金等の額を摘要欄に記載する。

③ 2次災害等の場合

①及び②については、災害前と災害後のレセプトが存在する場合の対応であり、災害のあった月以外には基本的に発生しないが、2次災害（東日本大震災での福島原発事故）があった場合等は、次月以降も発生する。

（3）一部負担金記載欄の記載要領

「災1」及び「災2」と記載のあるレセプトの「一部負担金額」等の項の記載方法は以下のとおりである。

ただし、災害直後は、証明書等の発行が困難な保険者もあり、被災地域や被災規模によっては、保険者対応の判断も異なる場合があるため、厚生労働省等の通知を確認し関係法令に規定する一部負担金に係る特例措置の記載要領に基づき記載すること。

また、被保険者が高額療養費を現物給付されている場合は、記載方法が異なる場合があるため関連通知は必ず確認すること。

① 「支払猶予」対応のレセプト

上記1.（2）①の対象者については、一定期間の間、医療機関は一部負担金の徴収はせず、一部負担金欄の「支払猶予」の字句を○で囲むこと。支払猶予は免除ではないが、医療機関へは保険者から全額が支払われるため、後日保険者から支払いを求められる場合があることを当該被保険者に説明すること。

② 「免除」対応のレセプト

上記1.（2）①の対象となる被保険者が保険者に一部負担金の「支払免除」を申請し、保険者が証明書を発行し、当該被保険者が医療機関の窓口で証明書を提出した場合に該当となる。医療機関は一部負担金の徴収はせず、一部負担金欄の「免除」の字句を○で囲むこと。医療機関へは保険者から全額が支払われる。

③ 「減額、率」対応のレセプト

上記1.（2）①の対象となる被保険者が保険者に一部負担金の「支払減免等」を申請し、保険者が証明書を発行し、当該被保険者が医療機関の窓口で証明書を提出した場合に該当となる。「減免」については、“率での減免”と“金額での減免”があり、いずれかの場合でも、証明書に記載のある内容により計算し、一部負担金を減額して徴収する。“率での減免”の場合は、一部負担金額欄の「割」の字句を○で囲み減額割合を記載する。“金額での減免”の場合は、一部負担金欄の「円」の字句を○で囲み減額する額を記載する。ただし、高額療養費が現物給付された者については、減額後の一部負担金を記載する。医療機関へは患者から徴収した一部負担金の残額が保険者から支払われる。

※健康保険組合や国保組合等では、加入している被保険者の住所が当該被災地以外の場合もあるため、減免等の取扱いは保険者の判断で実施される。

3. 電子レセプトの記録方法について

災害による被災者レセプトの請求は、厚生労働省通知では基本「紙レセプト」により請求とされているが、現在、一部の特例を除いて電子レセプトでの請求が認められている。請求方法は以下のとおりである。

（1）災1レセプト

レセプト共通レコードのレセプト特記事項に「96」、保険者レコードの減免区分に該当する「減免区分コード」、摘要欄の先頭に「災1」と記録する。

（2）災2レセプト

レセプト共通レコードのレセプト特記事項に「97」、保険者レコードの減免区分に該当する「減免区分コード」、摘要欄の先頭に「災2」と記録する。

（3）不詳レセプト（保険者を特定できた場合）

- ・被保険者証の「保険者番号」を記録する。
- ・被保険者証の「記号」は記録しない。
- ・「番号」は「99999999（9桁）」を記録する。

- ・摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。
- ・保険者番号が不明な場合には、「保険者番号」は「99999999（8桁）」を記録し、摘要欄に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

（４）未確定レセプト（保険者を特定できない場合）（被用者保険のみ）

- ・「保険者番号」は「99999999（8桁）」を記録する。
- ・被保険者証の記号・番号が確認できた場合は、記号・番号を記録する。
- ・被保険者証の記号・番号が確認できない場合は、
 - 「記号」は記録しない。
 - 「番号」は「999999999（9桁）」を記録する。
 - 摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

（５）公費負担医療に係るレセプト

①公費負担者番号が確認できない場合

負担者番号に「法別2桁+888888（6桁）」を記録し、併せて摘要欄の先頭に「住所」を記録する。また、受給者番号が確認できない場合においては、受給者番号に「9999999（7桁）」を記録する。

②公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合

受給者番号に「9999999（7桁）」を記録し、摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。

(別添)

該明細書について、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ提出する分、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）へ提出する分、それぞれについて別に束ねて、請求するものとする。

なお、請求において、国民健康保険の被保険者である旨、国民健康保険組合の被保険者である旨及び後期高齢者医療の被保険者である旨を確認した者に係るものについては国保連に、被用者保険の被保険者である旨を確認した者に係るものについては支払基金に請求するものとする。また、支払基金が国保連のいずれに提出すべきか不明なレセプトについては、保険医療機関において、可能な限り確認した上で、個別に判断し、いずれかに提出すること。

④ 被保険者が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法については、国保連分は、当該不明分につき診療報酬請求書を作成する方法（通常通り、国保分と後期高齢者分を区分してそれぞれ診療報酬請求書を作成すること）で、支払基金分は、診療報酬請求書の備考欄に未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定事項（件数、診療実日数及び点数等）を記載すること。

(2) 健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられたものに関する取扱い

健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられた者については、当該減免措置の対象となる明細書と減免措置の対象とならない明細書を別にして請求すること。（以下の事務連絡参照。）

なお、減免措置等に係る明細書については、明細書の欄外上部に赤色で(災1)と記載するとともに、同一の患者について、減免措置等に係る明細書と減免措置等の対象とならない明細書がある場合には、双方を2枚1組にし、通常の明細書とは別に束ねて提出すること。

ただし、同一の患者について、減免措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な明細書については、赤色で(災2)と記載することとし、被災以前の診療に関する一部負担金の額を摘要欄に記載すること。

また、減免措置に係る明細書の減額割合等の記載については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）に基づき記載すること。

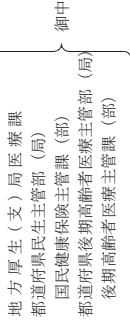
- ・ 災害により被災した被保険者等に係る一部負担金等及び健康保険料の取扱い等について（平成24年11月28日厚生労働省保険局保険課事務連絡）
- ・ 暴風雪被害により被災した国民健康保険被保険者に係る国民健康保険料（税）等の取扱について（平成24年11月28日厚生労働省保険局国民健康保険課・総務省自治税務局市町村税課事務連絡）
- ・ 暴風雪に伴う被害に係る後期高齢者医療制度の一部負担金及び保険料の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）

(3) 被保険者証等により受給資格を確認した者の取扱いについて
被保険者証等により受給資格を確認した場合については、従来通りの方法に加え、(2)の方法により行うものとする。

(4) 調剤報酬等の取扱いについて

(別添)

事務連絡
平成25年1月24日



厚生労働省保険局医療課

暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて

北海道における暴風雪被害に係る診療報酬の請求等の事務については、下記のとおり取り扱うこととするので、貴管下関係団体への周知徹底を図るようよりしくお願いたい。なお、公費負担医療において医療券等を指定医療機関等に提示せず公費負担医療を受診した者の取扱いについては、公費負担医療担当部局等より、後日事務連絡が发出されるものであること。

記

1 被保険者証等を保険医療機関に提示せずを受診した者に係る請求の取扱い等について

(1) 被保険者証等を保険医療機関に提示せずを受診した者に係る請求の取扱いについては、以下被保険者証等を保険医療機関に提示せずを受診した者に係る請求については、以下の方法により診療報酬の請求を行うものとする。

① 保険医療機関においては、受診の際に確認した被保険者の事業所等や過去に受診したことのある医療機関に問い合わせること等により、また、窓口で確認した事項等により、可能な限り保険者等を記載すること。

② 保険者を特定した場合にあつては、当該被保険者に係る保険者番号を診療報酬明細書（以下「明細書」という。）の所定の欄に記載すること。

なお、被保険者証の記号・番号が確認できた場合については、当該記号・番号を記載することとし、当該記号・番号が確認できない場合には、明細書の欄外上部に赤色で(不詳)と記載すること。

③ 上記①の方法により保険者を特定できないものにあつては、住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先について、明細書の欄外上部に記載し、当

(別添)

別添

電子レセプトの記録に係る留意事項

本事務連絡に基づき診療報酬等を請求する場合には、電子レセプトの記載について以下の点に留意すること。なお、システム上の問題等によりこれらの方法によって電子レセプトによる請求ができない場合には、紙レセプトにより請求することとする。

1. 事務連絡 1 (1) ②関連 (保険者を特定できた場合)
 保険者を特定した場合であって、被保険者証の記号・番号が確認できない場合は、
 - 被保険者証の「保険者番号」を記録する。
 - 被保険者証の「記号」は記録しない。
 - 「番号」は「99999999 (9桁)」を記録する。
 - 摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。
 - 保険者番号が不明な場合には、「保険者番号」は「99999999 (8桁)」を記録し、摘要欄に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡を記録する。
2. 事務連絡 1 (1) ③関連 (保険者を特定できない場合)
 保険者を特定できない場合には、
 - 「保険者番号」は「99999999 (8桁)」を記録する。
 - 被保険者証の記号・番号が確認できた場合は記号・番号を記録する。
 - 被保険者証の記号・番号が確認できない場合は上記1と同様に、
 - 「記号」は記録しない。
 - 「番号」は「99999999 (9桁)」を記録する。
 - 摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

3. 事務連絡 1 (2) 関連

本事務連絡 1 (2) において、「明細書の欄外上部に赤色で災1と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「9.6」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災1」と記録すること。
 また、「災2と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「9.7」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災2」と記録すること。

4. 事務連絡 1 (4) 関連 (調剤レセプトの場合)

処方せんを発行した保険医療機関について、「都道府県番号」、「点数表番号」又は「医療機関コード」のいずれかが不明な場合には、「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」の全てを記録せず、「保険医療機関の所在地及び名称」欄に、当該保険医療機関の所在地及び名称を記録すること。

(別添)

調剤報酬の請求及び訪問看護療養費の取扱いについても、上記と同様の取扱いとすること。

なお、調剤報酬に関し、窓口で住所又は事業所名を確認していない場合については、処方せんを発行した保険医療機関に問い合わせること等により、保険者の確認を行うこととし、平成25年1月以降の調剤分については、住所又は事業所名を確認すること。

- 2 レセプト電算処理システムの取扱いについて
 レセプト電算処理システムに参加している保険医療機関等において、保険者が特定できない者等に係る診療報酬明細書等については、電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。(電子レセプトにより請求する際には別添の事項を参考として記載すること。)

2 概算請求を行う場合の取扱いについて

(1) 概算による請求を選択する保険医療機関等については、やむを得ない事情がある場合を除き、令和元年9月17日までに概算による請求を選択する旨、各審査支払機関（国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金）に届け出ること。

(2) 診療報酬等の算出方法

原則として令和元年5月診療等分から令和元年7月診療等分までの診療報酬等支払実績により（当該保険医療機関等について特別な事情がある場合には、別途保険医療機関等と調整をする。）下記ア及びイにより算出し、それを合計して支払を行うこととなるため、各保険医療機関等においては、別紙の様式により、当該保険医療機関等の令和元年8月の入院、外来別の診療実日数を合わせて届け出るものとすること。

なお、保険薬局及び訪問看護ステーションについては、外来分として取り扱うものとする。

ア 入院分

令和元年5月～令和元年7月
入院分診療報酬等支払額 _____ × 令和元年8月の入院診療
92日 実日数

イ 外来分

令和元年5月～令和元年7月
外来分診療報酬等支払額 _____ × 令和元年8月の外来診療
73日 実日数

(3) この方法の対象となる請求の範囲については、公費負担医療に係るものについても含まれること。

(4) この方法による請求を選択した保険医療機関等については、この方法による概算額をもって令和元年8月診療等分の診療報酬等支払額を確定するものであること。

事務連絡
令和元年9月11日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和元年台風15号による被災に
関する診療報酬等の請求の取扱いについて

令和元年台風15号（以下「台風15号」という。）による被災に関する診療報酬等の請求の事務については、下記のとおり取り扱うこととしたので、関係団体への周知を図るようお願いしたい。

記

1 令和元年8月診療等分に係る診療報酬等の請求について
令和元年8月診療等分に係る診療報酬等の請求については、今般の台風15号による被災により診療額を減失若しくは棄損等した場合の対応として、下記により概算請求を行うことができるものとする。

- ・診療額等の減失等の場合の概算による請求
今般の台風15号により診療額及びレセプトコンピュータ等を減失、汚損又は棄損等した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）については、令和元年8月診療等分については概算による請求を行うことができるものであること。
上記による場合以外については、3により診療報酬等の請求を行うものとする。

(別紙)

令和元年台風15号による被災に関する
 概算による診療報酬請求に関する届出書
 (令和元年8月診療分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード	
令和元年台風15号による被災に関する概算による診療報酬の請求を行います。 次のように届け出ます。	令和 年 月 日
保険医療機関等の 所在地及び名称 :	開設者名・事業者氏名 : 印
審査支払機関 殿	
令和元年8月の診療実日数を記入すること。 [入院・外来別診療実日数] (外来診療実日数) 8月分 ____ 日間	(入院診療実日数) 8月分 ____ 日間

- 3 通常の方法による請求を行う場合の取扱いについて
 いわゆるオンライン請求以外の請求方法(光ディスク等又は書面による請求)による令和元年8月診療等分(9月提出分)に係る診療報酬請求書の提出期限については、各審査支払機関に相談すること。
 また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出するものとする。

以上

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係
 TEL:03-5253-1111 (内線 3288)
 FAX:03-3508-2746

(参考) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求の請求に関する省令
(昭和51年厚生省令第36号)

附 則

(療養の給付費等の請求に係る経過措置)

第四条 (略)

2～4 (略)

5 第五条及び第六条並びに本条第一項、第二項及び第四項に規定するもののほか、第一条の規定にかかわらず、保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、それぞれ当該各号に掲げる療養の給付費等の請求について、書面による請求を行うことができる。

一 電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局 当該障害が生じている間に行う療養の給付費等の請求

二 レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、療養の給付費等の請求の日までに光ディスク等を用いた請求ができないもの 当該設置又は導入に係る作業が完了するまでの間に行う療養の給付費等の請求

三・四 (略)

五 その他電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局 当該請求

6 保険医療機関又は保険薬局は、前項の届出を行う際、当該届出の内容を確認できる資料を添付するものとする。

7 保険医療機関又は保険薬局は、第五項第一号、第二号又は第五号に該当する旨の届出を行うに当たり、当該届出をあらかじめ行えないことについてやむを得ない事情がある場合には、当該届出に係る療養の給付費等の請求の日に当該届出を行うことができる。この場合にあつては、前項の資料は当該療養の給付費等の請求の事後において、速やかに審査支払機関に提出するものとする。

4. 被災者のレセプト記載例

[支払猶予の対応事例]

災害時における診療報酬の請求等について

事例1-①	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れた場合
-------	---

診療報酬明細書		災1
公費負担者番号①		公費受給者番号①
公費負担者番号②		公費受給者番号②
氏名		特記事項
職務上の事由		
療養の給付	請求点 1,000	決定点
保険		一部負担金額 円
公費①	点	減額 制(円)
公費②	点	免除 支払猶予
		円 ※高額療養費 円 ※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

レセプト欄外上部に「**災1**」と赤字で記載する。

一部負担金の「支払猶予」を○で囲む。

事例1-②	支払猶予の対象後の診療も、対象前の診療も行っているが、その区分が出来ない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れた場合
-------	--

診療報酬明細書		災2
公費負担者番号①		公費受給者番号①
公費負担者番号②		公費受給者番号②
氏名		特記事項
職務上の事由		
療養の給付	請求点 1,000	決定点
保険		一部負担金額 円
公費①	点	減額 制(円)
公費②	点	免除 支払猶予
		円 ※高額療養費 円 ※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

レセプト欄外上部に「**災2**」と赤字で記載する。

一部負担金の「支払猶予」を○で囲む。

※ 被災以前の診療に関する一部負担金等の額を適要欄に記載すること。

事例1-③ 支払猶予の対象後の診療も、対象前の診療も行っており、その区分が出来る場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れた場合※明細書が2枚に分かれる。「支払猶予分」「支払猶予以外分」

診療報酬明細書				災1				支払猶予分			
公費負担者番号①				公費受給者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				公費受給者番号②							
氏名		特記事項									
職務上の事由											
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円						
		1,000		減額	割(円)						
	公費①	点	点	免除	・	○で囲む。					
	公費②	点	点	支払猶予							
				円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円	
				円	円	円	円	円	円	円	

レセプト欄外上部に「**災1**」と赤字で記載する。

診療報酬明細書								支払猶予対象外分			
公費負担者番号①				公費受給者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				公費受給者番号②							
氏名		特記事項									
職務上の事由											
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円						
		1,500		減額	割(円)						
	公費①	点	点	免除	・	○で囲む。					
	公費②	点	点	支払猶予							
				円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円	
				円	円	円	円	円	円	円	

事例1-④ 被保険者が支払猶予の対象外で、保険者番号は確認しているが、記号番号の確認が取れなかった場合

診療報酬明細書				不詳							
公費負担者番号①				公費受給者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				公費受給者番号②							
氏名		特記事項									
職務上の事由											
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円						
		1,000		減額	割(円)						
	公費①	点	点	免除	・	○で囲む。					
	公費②	点	点	支払猶予							
				円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円	
				円	円	円	円	円	円	円	

レセプト欄外上部に「**不詳**」と赤字で記載する。

災害時における診療報酬の請求等について

事例1-⑤ 支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号は確認が取れているが、記号番号の確認が取れなかった場合

診療報酬明細書 **不詳** **災1**

公費負担者番号①						公費受給者番号①					保険者番号				
公費負担者番号②						公費受給者番号②									

氏名 _____ 特記事項 _____
職務上の事由 _____

療養の給付	保険	請求点	※	決定点	一部負担金額	円	減額 免除	制(円)	一部負担金の支払猶予を○で囲む。		
		1,000			・ 支払猶予						
公費①		点		点	円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円
公費②		点		点	円						

レセプト欄外上部に **不詳** ・ **災1** と赤字で記載する。

事例1-⑥ 支払猶予の対象後の診療も、対象前の診療もっており、その区分が出来ない場合で、保険者番号は確認が取れているが、記号番号の確認が取れなかった場合。

診療報酬明細書 **不詳** **災2**

公費負担者番号①						公費受給者番号①					保険者番号				
公費負担者番号②						公費受給者番号②									

氏名 _____ 特記事項 _____
職務上の事由 _____

療養の給付	保険	請求点	※	決定点	一部負担金額	円	減額 免除	制(円)	一部負担金の支払猶予を○で囲む。		
		1,000			・ 支払猶予						
公費①		点		点	円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円
公費②		点		点	円						

レセプト欄外上部に **不詳** ・ **災2** と赤字で記載する。

※ 被災以前の診療に関する一部負担金等の額を適要欄に記載すること。

事例1-⑦ 支払猶予の対象後の診療も、対象前の診療も行っており、その区分が出来る場合で、保険者番号は確認しているが、記号番号の確認が取れなかった場合※明細書が2枚に分かれる。「支払猶予分」「支払猶予以外分」

診療報酬明細書				不詳 災1		支払猶予分					
公費負担者番号①				公費受給者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				公費受給者番号②							
氏名				特記事項				レセプト欄外上部に 不詳 ・ 災1 と赤字で記載する。			
職務上の事由											
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円		制(円)		一部負担金の支払猶予を○で囲む。			
		1,000		減額							
	公費①	点	点	免除	・	支払猶予			※高額療養費 円	※公費負担点数 円	※公費負担点数 円
	公費②	点	点								

診療報酬明細書				不詳		支払猶予対象外分					
公費負担者番号①				公費受給者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				公費受給者番号②							
氏名				特記事項				レセプト欄外上部に 不詳 と赤字で記載する。			
職務上の事由											
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円		制(円)					
		1,500		減額							
	公費①	点	点	免除	・	支払猶予			※高額療養費 円	※公費負担点数 円	※公費負担点数 円
	公費②	点	点								

災害時における診療報酬の請求等について

[免除・減免（減額・率等）の対応事例]

※免除、減額等の証明書が発行された場合には、保険者が判明しており、基本、記号番号が記載されているため、「未確定レセプト」及び「不詳レセプト」とはならない。「保険番号」「記号番号」の記載のない場合は、出来るだけ調査し、「未確定レセプト」及び「不詳レセプト」としないこと。

(減免の対応事例)

事例2-①	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れており、免除証明書の提示がある場合	被保険者証 免除証明書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------	---	----------------	-----------------------	-----------------------

診療報酬明細書

災1

レセプト欄外上部に **災1** と赤字で記載する。

一部負担金の免除を○で囲む。

公費負担者番号①		公費受給者番号①		保険者番号	
公費負担者番号②		公費受給者番号②			
氏名		特記事項			
職務上の事由					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円
		1,000		減額	制(円)
				免除	支払猶予
公費①		点	点	円	※高額療養費 円
公費②		点	点	円	※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

事例2-②	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れておらず、免除証明書の提示がある場合	被保険者証 免除証明書	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------	--	----------------	----------------------------------	-----------------------

診療報酬明細書

災1

レセプト欄外上部に **災1** と赤字で記載する。

免除証明書より記号番号を記載する。また、可能な限り保険者番号を調べて記載する。なお、保険者番号が特定できない場合は、患者の住所又は事業所名を、確認している場合はその連絡先を欄外上部に記載する。

一部負担金の免除を○で囲む。

公費負担者番号①		公費受給者番号①		保険者番号	
公費負担者番号②		公費受給者番号②		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	●●●●●●
氏名		特記事項			
職務上の事由					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円
		1,000		減額	制(円)
				免除	支払猶予
公費①		点	点	円	※高額療養費 円
公費②		点	点	円	円

(減免(減額・率等)の対応事例)

事例3-①	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れており、減免証明書の金額での減額の提示がある場合	被保険者証 減額証明書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------	--	----------------	-----------------------	-----------------------

診療報酬明細書

災1

レセプト欄外上部に **災1** と赤字で記載する。

一部負担金の減額・円を○で囲み、減額する金額を記入する。

公費負担者番号①		公費受給者番号①		保険者番号	
公費負担者番号②		公費受給者番号②			
氏名		特記事項			
職務上の事由					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円
		1,000		減額	500 割(円)
				免除	支払猶予
公費①		点	点	円	※高額療養費 円
公費②		点	点	円	※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

事例3-②	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れており、減免証明書の率での減額の提示がある場合	被保険者証減額証明書 ○
--------------	---	--------------

診療報酬明細書 災1		
公費負担者番号① 公費負担者番号②	公費受給者番号① 公費受給者番号②	保険者番号
氏名	特記事項	
職務上の事由		
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円
保険	1,000	減額 5 割 (円) 免除 . 支払猶予
公費①	点	点
公費②	点	点

レセプト欄外上部に **「災1」** と赤字で記載する。

一部負担金の割を○で囲み、減免する割合を記載する。

事例3-③	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号及び記号番号の確認が取れておらず、減免証明書の金額での減額の提示がある場合	被保険者証減額証明書 ×
--------------	---	--------------

診療報酬明細書 災1		
公費負担者番号① 公費負担者番号②	公費受給者番号① 公費受給者番号②	保険者番号 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号
氏名	特記事項	
職務上の事由		
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円
保険	1,000	減額 500 割 (円) 免除 . 支払猶予
公費①	点	点
公費②	点	点

レセプト欄外上部に **「災1」** と赤字で記載する。

減額証明書より記号番号を記載する。また、可能な限り保険者番号を調べて記載する。なお、保険者番号が特定できない場合は、患者の住所又は事業所名を、確認している場合はその連絡先を欄外上部に記載する。

一部負担金の減額・円を○で囲み、減額する金額を記入する。

※割合による減免証明書が提出され、記号・番号が確認できない場合も、同様の対応となり、一部負担金額は「事例3-②」により記入する。

(免除、減免(減額・率等)証明書等を提示されない場合の対応事例)

※免除証明書、減免(金額・率)の証明書が提出されない、被災者のレセプトへの記載は全て同じ対応のため、区別をせずに記載している。

※免除証明書の提示がされない場合は、免除及び猶予等にならない可能性があるため、該当災害に対して発出された通知を確認すること。

事例4-①	支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、記号番号の確認が取れており、免除等の証明書の提示が無い場合	被保険者証免除等証明書 ○
--------------	--	---------------

診療報酬明細書 災1		
公費負担者番号① 公費負担者番号②	公費受給者番号① 公費受給者番号②	保険者番号
氏名	特記事項	
職務上の事由		
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円
保険	1,000	減額 免除 . 支払猶予
公費①	点	点
公費②	点	点

レセプト欄外上部に **「災1」** と赤字で記載する。

一部負担金の支払猶予を○で囲む。

事例4-②

支払猶予の対象後の診療しか行っておらず、対象前の診療は行っていない場合で、保険者番号は確認できたが記号番号の確認が取れておらず、免除等の証明書の提示も無い場合

被保険者証 ×
免除等証明書 ×

診療報酬明細書

公費負担者番号①		公費受給者番号①		保険者番号						
公費負担者番号②		公費受給者番号②		● ● ● ● ● ● ● ●						
氏名	レセプト欄外上部に 不詳 ・ 災1 と赤字で記載する。			可能な限り住所及び事業所名等により保険者番号を調べて記載する。 なお、保険者番号の特定ができなければ「未確定レセプト」として取り扱う。						
職務上の事由				一部負担金額 円						
療養の給付	保険	請求点	※決定点	減額	制(円)					
	公費①	1,000		免除	・	支払猶予				
公費②				円	※高額療養費	円	※公費負担点数	円	※公費負担点数	円

一部負担金の支払猶予を○で囲む。

災害時における診療報酬の請求等について

5 保険関連照会先一覧

1. 関東信越厚生局 医療課

〒330-9713 埼玉県さいたま市中央区新都心1番地1
さいたま新都心合同庁舎1号館7階

TEL 048-740-0815

2. 関東信越厚生局東京事務所

〒163-1111 東京都新宿区西新宿6-22-1 新宿スクエアタワー11階 TEL 03-6692-5119 (代表)

照会内容	担当部署	電話番号
保険医療機関等の指定 保険医等の登録 施設基準等業務	審査課 調査係	03-6692-5119
算定要件等 (留意事項通知) 保険医療機関指導監督等業務	指導課 指導第一係	03-6692-5126

3. 東京都福祉保健局

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

TEL 03-5321-1111 (大代表)

照会内容	担当部署	電話番号
国民健康保険	保健政策部 国民健康保険課	03-5320-4166
保険医療機関・保険薬局・保険医等の指導/監査 生活保護法の指定医療機関等の指導検査	指導監査部 指導第三課	03-5320-4172
		03-5320-4074
生活保護制度	生活福祉部 保護課	03-5320-4064
介護保険に関する審査請求 介護保険制度に関する相談	高齢社会対策部 介護保険課	03-5320-4293
		03-5320-4597

4. 東京都後期高齢者医療広域連合

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 (東京区政会館15~17階)

TEL 03-3222-4496

照会内容	担当部署	電話番号
保険料、保険料減免	保険課保険料係	03-3222-4417
一部負担金減免、保険証、限度額適用、標準負担額認定証、 特定疾病療養受領証等	保険課資格係	03-3222-4508・4512
療養費の申請	保険課給付係	03-3222-4514
高額療養費		03-3222-4421
高額介護合算・高額療養費 (外来年間合算)		03-3222-4420
第三者行為 (交通事故等)、医療費通知、レセプトの返戻等	債権管理課	03-3222-4482

5. 社会保険診療報酬支払基金東京支部

〒171-8541 東京都豊島区南池袋2-28-10

TEL 03-3987-6181 (代表)

6. 東京都国民健康保険団体連合会

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 (東京区政会館5~11階) TEL 03-6238-0011 (大代表)

審査支払機関の窓口

照会先		支払基金東京支部※	東京都国保連合会
照会内容			
原審査の結果について	診療内容に関すること	審査業務課（各課）	審査課 医科係 （直）03-6238-0259
	診療内容以外に関すること		事務審査課（各課）
診療報酬の支払算定額に関すること			
再審査等処理結果について	医療機関分	審査業務課（各課）	審査共助管理課 審査共助進行課 （直）03-6238-0271
	保険者分		審査共助管理課 審査共助進行課 （直）03-6238-0286
診療報酬明細書の取り下げについて	当月分	審査業務課（各課）	事務審査課（各課）
	前月以前分	調整第1・2課 03-6849-6930 03-6849-6914 03-6849-6920	進行調整課 過誤調整係 （直）03-6238-0330
診療報酬明細書の記載要領に関すること		事業管理課 03-6849-6851 03-6849-6878 03-6865-4126	審査共助管理課 審査共助進行課 （直）03-6238-0273
出産育児一時金の請求について		事業管理課 03-6849-6856 03-6849-6903	進行調整課 進行調整係 （直）03-6238-0381
公費負担医療の請求方法について		事業管理課 03-6849-6851 03-6849-6878 03-6865-4126	管理課 管理係 （直）03-6238-0321
オンライン請求・レセプト電算処理システムに関すること		事業管理課 03-6849-6863 93-6849-6864 03-6849-6854	システム管理課 （直）03-6238-0456
診療報酬等の振込に関すること		事業管理課 03-6849-6837 03-6849-6838 03-6849-6836	支払担当課 支払担当係 （直）03-6238-0327
保険医療機関等の異動に関すること			
振込銀行の変更等に関すること			
源泉徴収に関すること			—
		審査業務課（各課） につきましては、 代表番号（3987-6181） をダイヤル後、 医療機関所在地の地区名 「〇〇区（市）の担当」 と指示願います。	（直）は担当直通の ダイヤルイン番号です。 事務審査課（各課） につきましては、 大代表番号 （03-6238-0011） をダイヤル後、 医療機関所在地の地区名 「〇〇区（市）の担当」 と指示願います。

※支払基金については、令和4年9月までの照会先です。

審査支部集約により、令和4年10月から照会先が変更となります。

医療保険の手引

令和4年

発行 令和4年7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番

無断転用・転載を禁じます

