

## 保険診療について

### 1. 医療保険の目的

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

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

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

### 2. 医療保険の特徴

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

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

出典：医療保険制度研究会「目で見える医療保険白書」

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

### 3. 医療保険の仕組み

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

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

#### 4. 保険診療

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

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

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

#### 5. 関係法令

##### (1) 健康保険法

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

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

##### (2) 医師法

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

##### 1) 医師法の趣旨、目的

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

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

## 2) 業務

### ①業務独占・名称独占

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

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

### ②診療義務（応招義務）及び診断書等交付義務

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

### ③無診察治療等の禁止

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

### ④診療録に関する義務

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければなりません。診療録の記載事項は、診療を受けたものの住所、氏名、年齢、性別、病名および主要症状、治療方法（処方および処置）、診療の年月日です。診療録は、5年間保存の義務があります。（注；療担第9条においては、診療の完結の日から5年間と決められています）。

### ⑤刑事上の協力義務

### ⑥処方せんの交付義務

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

## (3) 医療法

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

### 1) 医療提供の理念

医療法には、医療提供にあたって、次のような理念規定があります。

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

### 2) 医師等の責務、インフォームド・コンセント

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

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

### 3) 病院

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

#### ①地域医療支援病院

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

#### ②特定機能病院

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

#### 4) 療養病床

療養病床とは、病院または診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもので、都道府県知事の許可を受けたものをいいます。

#### 5) 診療所

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

#### 6) 医療監視員

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

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

#### 7) 医療計画

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

#### 8) 医療法人

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

#### (4) 薬事法

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

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

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

## 保険診療の実際

### 1. 保険診療のルール（保険診療は【契約診療】）

- 1) 契約を履行するためには契約内容（ルール）を知らなければならない。
- 2) 厚生労働大臣の承認したものでなければ保険診療としては認められない。
- 3) 診療報酬が支払われる条件
  - (1) 保険医が保険医療機関で診療を行うこと（二重指定制）。
  - (2) 医師法、医療法、薬事法、健康保険法、国民健康保険法等の各種法令を遵守すること。
  - (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）の指定を満たすこと。
  - (4) 医学的に妥当適切に診療報酬点数に定められた診療を行うこと。
- 4) 禁止行為
  - (1) 無診察治療等（医師法第20条）
  - (2) 特殊診療・研究的診療等（療養担当規則第18条・20条）
  - (3) 混合診療（療養担当規則第5条）
  - (4) 健康診断（療養担当規則第20条）
  - (5) 濃厚（過剰）診療
  - (6) 疾病予防のための投薬・注射等（原則）
- 5) 給付外の診療（例）
  - (1) 健康診断
  - (2) 予防医療
  - (3) 正常分娩
  - (4) 業務上の疾病又は負傷及び通勤上の災害
  - (5) 法定伝染病
  - (6) 故意の事故又は故意の犯罪行為等
  - (7) 美容手術
  - (8) その他

### 2. 診療録（カルテ）

- 1) 医師は、診察をした時は、遅滞なく診療に関する事項を記載しなければならない。
- 2) 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。
- 3) 診療録は保険請求の根拠・保険医は傷病名欄、開始日・終了日欄、転帰欄、既歴・原因・主要症状・経過等欄、処方・手術・処置等欄をその責任において、診療の都度、内容を整理しながら十分記載しなければならない。
- 4) 自費診療にかかわる診療の記録は、保険診療の診療録に記載してはならない。
- 5) 転帰（疾病の治癒、治療の中止等を把握すること）の記載を確実に行う。
- 6) 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二本線で行う。複数の医師が診療にあたる時は、各医師がサイン（責任の明確化）。

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

### 3. 基本診療料等

#### 1) 保険診療の枠組み

保険診療の枠組みすなわち料金体系は、基本診療料（初診料、再診料等）という基本セットがあり、その上に診療上必要に応じて選択される項目（特掲診療料）があります。原則として診療行為をすれば、基本診療に加えて該当する特掲診療料の個別の点数を算定することができるという仕組みになっています。

基本診療料には次に掲げるものがあります。外来では初診料、再診料、外来診療料があり、入院では入院基本料があります。また、基本診療料に検査・画像診断などを包括した特定入院料という項目もあります。

特掲診療料には、検査、画像診断、投薬、注射、精神科専門療法、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療という個別の診療行為のほか、目に見えない医師の技術を評価した医学管理に関連するものがあります。

保険診療の世界においては、医療機関の種類によって算定できる点数・項目が異なる場合がありますので注意して下さい。

#### 2) 初診料・再診料

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

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

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

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

#### 3) 同一日複数科受診時の初診料

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

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

つ目と2つ目の診療科の医師が同一の場合にも算定できません。

### 3) 入院基本料

入院基本料は医療機関の機能に応じ、病棟等の類型別に病院においては7種類、有床診療所においては2種類に分かれています。また、同一類型の入院基本料は、看護配置基準、平均在院日数等によっても区分されています。

なお、従来は減算の対象であった、入院診療計画と院内感染防止対策については、入院に関し当然に行うべきと考え、入院診療計画の説明、院内感染防止対策を実施しない場合、医療事故対策、褥瘡対策を適切に実施していない場合は、入院基本料の算定自体が不可となります。

### 4) 180日を超える入院

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

### 5) 入院期間の確認

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

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

これらのことがなされていない場合は入院料は算定できません。

## 4. 療養上の医学管理

### I. 一般的事項

医学管理料（指導料・管理料）は一種の技術料です。

投薬、注射、検査などの診療行為は、それぞれ処方せん、注射せん（あるいは指示せん）、検査結果等から実施したことが明らかにわかりますが、療養上の指導についてはそのような“証拠？”は残りません。したがって、保険診療においては、診療録に指導の要点を記載することを求めています。実際に指導を行っても忙しい等の理由で記載しなかった場合は、医学管理料は算定できません。

なお、医学管理料は回数の制限があり、他の医学管理料を算定してる場合には、算定できない場合があります。

### II. 医学管理料

#### 1) 特定疾患療養指導料

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



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

## 2) 特定薬剤治療管理料

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

## 3) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

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

## 4) 小児科外来診療料 (届出必要)

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

## 5) 地域連携小児夜間・休日診療料 (届出必要)

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

## 6) 生活習慣病管理料

高血圧症、高脂血症、糖尿病を主病とする外来患者に対し、生活習慣に関する総合的な治療管理を評価したものです。定められた書式に基づいて3ヶ月以内に1回以上、詳細な療養計画書を患者に交付し、その写しを診療録に貼付しなくてはなりません。生活習慣病を管理料を算定する月は、検査、投薬及び注射の費用はすべて所定点数に含まれます。

## 7) 手術前医学管理料 (届出必要)

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

## 8) 手術後医学管理料

マスク又は気管内挿管による全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理について評価したものです。手術の翌日から3日を限度に包括したもので、手術後に行われる定型的な検査の費用も所定点数に含まれます。

## 9) 肺血栓塞栓症予防管理料

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

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

#### 1 0) 慢性維持透析患者外来医学管理料

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

#### 1 1) 埋込型補助人工心臓指導管理料

埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回算定できます。

#### 1 2) 皮膚科特定疾患指導管理料

皮膚科の専門的で高度な技術を評価したものです。対象疾患によって、点数が異なります。いわゆる難病（天疱瘡、尋常性乾癬など）では高い点数が設定されています。帯状疱疹、じんま疹、成人型アトピー性皮膚炎、尋常性白斑及び円形脱毛症が一つのグループになっています。また、成人型アトピー性皮膚炎も平成10年度から対象となっています。

#### 1 3) 慢性疼痛疾患管理料

変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、運動制限を改善する等の目的で、マッサージまたは器具等による療法を行った場合に算定することができます。診療所の外来患者に限って算定できます。介達牽引や消炎鎮痛等処置の費用が含まれており、別に算定できません。（薬剤料は別途算定できます）

#### 1 4) ニコチン依存症管理料（届出必要）

ニコチン依存症と診断され禁煙治療を希望する外来患者に対し、所定の禁煙治療（12週に渡り計5回のプログラム）を行った場合に、初回、2～4回目、5回目の診療回ごとに定められた所定の点数を算定できます。

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

また、この管理料を算定するためには、禁煙治療の経験を有する医師や専任の看護師を配置するほか、医療機関の敷地内を完全禁煙とするなど、幾つかの施設基準が定められています。

#### 1 5) 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（届出必要）

地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料は、地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）を活用するなどして、地域の複数の医療機関の間で患者の診療情報を共有する体制について評価を行うものです。

前者は、対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療企画書を患者・家族に交付した場合、入院時に算定できます。

後者は、対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療企画書を患者・家族に交付し、かつ紹介元の連携機関に対し、診療情報を文書で

提供した場合に算定出来ます。いずれも患者の同意が必要となります。

## 5. 在宅医療

疾病が発症した急性期には、入院による高度な医学管理を必要としますが、慢性期には、疾病の状況と患者のQOL（生活の質）を勘案し、在宅医療が重要になります。在宅療養には大きく分けて在宅患者診療・指導料と在宅療養指導管理料があります。

平成18年度の改定で高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最後を迎えることもできるように在宅療養支援診療所の制度が設けられました。

在宅療養支援診療所は、患者からの連絡を一元的に受け診療情報を集約する等の機能を果たす必要があります。同時に緊急時の連絡体制と24時間往診できる体制等を確保しなければなりません。従って24時間連絡を受ける担当者名やその連絡先の電話番号や、連携する他の保険医療機関や訪問看護ステーションに関する情報等を患者や看護を行う家族に説明し文書で提供することや、緊急時に入院できる病床を常に確保して届出しておくこと、連携するそれらの保険医療機関等へ診療に関する情報を随時提供すること等の要件を満たす必要があります。

### 1. 在宅患者診療・指導料

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

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

#### 1) 往診料

往診料は患家の求めに応じて患家に赴き、診療を行った場合に算定できるものです。定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には、後述する在宅患者訪問診療料を算定することとなっているために、往診料は算定できません。また、往診に看護師等を同伴した場合にも、在宅患者訪問看護・指導料を同時に算定することはできません。

#### 2) 在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料は通院が困難な患者に対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に週3回を限度（末期の悪性腫瘍や神経難病等の患者を除く）として算定できます。（この場合、再診料、外来診療料及び往診料は算定できません。但し、病状の急性増悪、終末期等で一時期に週4回以上の頻回な訪問診療が必要と認めた場合には、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内に14日を限度として算定できます。この場合は診療報酬明細書に必要事項を記載しなければなりません。診療録には訪問診療の計画及び診療内容の要点を記載して下さい。

#### 3) 在宅時医学総合管理料（届出必要）

通院が困難な患者に対して、患者の同意を得て計画的な医学管理の下に月2回以上の訪問診療を行っている場合に算定します。診療所又は200床未満の病院において月1回に限り算定できます。在宅療養支援診療所で、必要な事項についての文書での提供が行われている等の要件を満たす患者については一段と高く評価されています。

なお、この在宅医学総合管理料には特定疾患療養指導料等の費用が所定点数に含まれ別に算定することができません。在宅療養計画の要点を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明するとともに診療録には在宅療養計画と説明の要点を記載して下さい。

#### 4) 在宅末期医療総合診療料（届出必要）

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

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

#### 5) 在宅患者訪問看護・指導料

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

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

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

#### 6) 在宅患者訪問看護・指導料

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

## 2. 在宅療養指導管理料

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

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

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

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

## 6. 検査

- 1) 診療上必要があると認められる場合に段階を踏んで実施
- 2) 個々の症状に応じた検査項目の選択
- 3) 必要最低限の回数で実施
- 4) 必要な検査を省略してはいけない
- 5) 研究目的、健康診断目的の実施は不可

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

### 1) 腫瘍マーカー

保険診療では腫瘍マーカーをスクリーニングとして用いることは不適切とされています。したがって、保険診療では「腫瘍マーカーは、診療及び他の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する」となっています。ここでいう他の検査とは、画像診断、超音波検査等と解されます。

なお、悪性腫瘍の診断が確定した患者に対するフォローアップのために、腫瘍マーカー検査を行った場合には、腫瘍マーカー検査としてではなく、悪性腫瘍特異物質治療管理料として算定します。

### 2) 尿沈渣顕微鏡検査

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

る場合に実施できることになっています。

### 3) 呼吸心拍監視

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

### 4) 骨塩定量検査

骨塩定量検査は、4ヵ月に1回しか保険請求ができません。同様に血液化学検査の中で、リポ蛋白(a)精密測定やレムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール等は3ヵ月に1回です。このように算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施したとき場合には、レセプトの摘要欄には前回の実施日を記載することになっています。

### 5) コンタクトレンズ検査料

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

## 7 画像診断

### 1) 保険上の画像診断

画像診断とは生体から得た画像情報を医学的に評価して治療に役立てるものです。ただし保険診療でいう「画像診断」は、画像が得られるものすべてを含んでいるわけではありません。

保険診療での「画像診断」は以下のものを指します。

- ① X線診断 (レントゲン写真等)
- ② 各医学診断 (シンチグラム等)
- ③ コンピューター断層撮影診断 (CT、MRI等)

つまり放射線科で専ら行われるものが中心となります。

画像診断に限らない話ですが、不必要な検査や過剰な検査は患者への無駄な侵襲(放射線被曝は苦痛)を与えるだけでなくマンパワーや薬剤を含めた医療資源の無駄遣いにつながります。

### 2) 通減制について

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

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

### 3) 特殊CT・MRI撮影

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

### 4) 画像診断管理加算

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

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

## 8 投薬・注射

### (1) 一般的事項

#### 1) 禁忌投与

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

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

#### 2) 適応外投与

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

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

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

### 3) 過量投与・用法外投与

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

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

### 4) 重複投与・多剤投与

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

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

### 5) 長期漫然投与

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

### 6) 薬剤の投与期間

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

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

### (2) ビタミン剤 (B群製剤及びC群製剤)

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



### (3) 血液製剤

血液製剤は生体の構成部分である血液を原料として製造されています。従ってその供給に限界があることなど、一般薬剤とは異なった配慮が必要です。すべての血液製剤は自国内での自給自足を目指すことが国際的な原則となっています。

### (4) 注射

患者に薬剤を投与する方法は注射ではありません。内服なども重要な投与方法です。内服による投与で十分な効果が期待できるにもかかわらず、あえて注射を好む先生方がまだかなりおられるようです。療養担当規則第20条第4号に以下のように記されています。

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

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

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

## 9. 処置・手術・麻酔

### (1) 一般的事項

1) 点数表にない処置であつて簡単な処置（浣腸、注腸、吸入等）の費用は、基本診療料に含まれるので、別算定できない（使用薬剤は算定可）。

2) 処置範囲は病状の改善とともに縮小するはずであり、漫然と同範囲の処置が実施されているのは不自然。

3) 手術にあつて通常使用される保険医療材料や衛生材料（包帯やガーゼ等）は手術の所定点数に含まれるが、厚生労働大臣が別に定める特定保険医療材料はその費用を算定できる。

4) その際には告示で定められた材料価格基準に規定されている価格で算定する。価格が定められていない特定保険医療材料については、実際に医療機関が購入した価格によつて算定する。

5) この特定保険医療材料については、請求上の誤りが非常に多いので、正しい請求を心掛ける必要がある。

6) 点数表にない特殊な手術の手術料の算定にあつては、その都度当局に内議する必要がある、勝手に点数表の他の点数を準用することは出来ない。

### (2) 創傷処置

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

療録に処置の記録がまったくない例が散見されるようです。

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

### (3) 手術

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

### (4) 麻酔

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

## 10. リハビリテーション

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

### 1) 施設に関する制限

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

### 2) 人員に関する制限

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

### 3) 内容に関する制限

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

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

### 4) 期間に関する制限

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

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

リハビリテーションは「適切な計画のもとに行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである」とされています。疾病の慢性化、年齢構造の高齢化等に伴い、リハビリテーションは今後ますますその重要性を増すものと考えられます。実施計画の作成や評価については専任医師あるいは主治医の責任のもとで適切に行うよう心がけて下さい。

## 1 1. 食事

食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善を目指して行われるべきである。そのために以下の点に留意する必要がある。

- 1) 病棟関連部門と食事療養部門との連携
- 2) 一般食を提供している患者の栄養所要量については、「病院給食における一般食給与患者の栄養所要量について」（通知）に沿って提供されている。
- 3) 適切な時刻に提供されている
- 4) 適切な温度で提供されている
- 5) 衛生については、医療法、同施行規則の基準、食品衛生法に定める基準以上
- 6) 食器等の消毒も適正に行われている
- 7) 患者に十分な食事指導を実施する
- 8) 食事療養の内容が、当該保険医療機関の医師を含む会議で検討されている
- 9) その他

## 1 2. 病棟業務

- 1) 診療における看護業務の役割は大きい。特に大きな組織では診察、検査、処置、投薬、注射等について、医師の指示が実行されるひとつのシステムとして円滑に機能することが求められており、診療報酬請求の観点からも、実施した診療行為が正しく請求されることに繋がると考えられる。
- 2) 検査伝票等にあらかじめ主治医等の押印をすることはやめる（責任の明確化）。
- 3) 実施した処置はスケッチ等を用いて、その範囲を看護記録等に記載する（正しい記録）。

## 1 3. 診療報酬明細書（レセプト）の作成

- 1) 作成と点検のポイント
  - (1) レセプトの傷病名と診療録の傷病名とが一致している。
  - (2) レセプトと診療録の診療開始日が一致している。  
(オメプラゾン、ウロキナーゼ、C型肝炎に対するインターフェロン等は投与期間が決められている。)

(3) レセプトの診療内容と診療録の診療内容が一致している。

(4) 疑い病名が多い場合には、早期に確定病名とする。

(5) 実態のないレセプト病名をなくす。

(6) 剤分けが正しく行われているかどうか？

(7) 間違った記載欄に記載されていないかどうか？

(例：処置に用いた薬剤を投与欄に記載している)

(8) その他

2) 審査対策としての「レセプト病名」「疑い病名」の濫用は避けるべきである。

3) レセプトには実際に行った診療内容をそのまま記載する。

4) レセプトの最終的な責任は保険医である主治医にあることを自覚する。

#### 1 4. レセプトの審査

1) 審査は原則として

(1) 厚生省告示 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法  
(いわゆる「社会保険・老人保健診療報酬点数表」)

(2) 薬事法（薬剤の適応、用法等）

(3) その他諸法令、通知

等を基準として実施される。

2) 「返戻」「査定」となった事項については、以後の診療に反映させること。

## 参 考 事 項

### 1. 出来高払い制と定額（包括）医療

健康保険における保険の給付において、各診療内容に夫々の点数が設定され、診療に当たった時、該当する夫々の点数を合算して診療報酬を請求する方法を出来高払い制の支払い方式と言う。

それに対して、診療内容をまとめて一定の料金を設定して診療報酬とする方法がある。

そのまとめ方には、診療行為をまとめる方法や、検査をまとめたり、薬剤をまとめたり、あるいは入院の場合は、一日分を一定の料金とする方法、1ヵ月分を定額とする方法、ある疾患毎に定額として発病から治癒までを請け負う方法等、様々な包括の仕方がある。

出来高払い制は上限が無いいため、医療費がいくらでも膨らんでいくこと、定額医療はどんな医療行為をしても決まった額しか支払われないので粗診診療になりやすい欠点がある。

### 2. 自己診療について

医師自身が、自分自身に対する診療を行うことを「自己診療」という。

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

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

### 3. 自家診療について

医療機関の職員やその家族を診察治療することを「自家診療」といい、以下のような問題がある。

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

### 4. 院外処方せんの交付について

今回療養担当規則が改正され、新たに「保険薬局から保険医療機関に対し、処方せんの交付に関して行われる財産上の利益の供与及び收受」、「保険医療機関から特定の保険薬局への誘導」が禁止された（療担第2条の4）。医薬分業に伴い院外処方せんを交付する機会も増加するが、こうした点を踏まえ保険医療機関及び保険医としては、交付する際には以下の点に留意する必要がある。

- 1) 特定保険薬局へ患者を誘導してはいけない。（療担第19条の3）
- 2) 特定の保険薬局と経済的に結びついてはいけない。（療担第19条の3の2）
- 3) 保険薬剤師からの疑義照会には適切に対応する。（療担第23条）
- 4) その他

## 5. 混合診療について

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

〈患者へ費用負担を求めることができる例〉

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