

○ 定期的な効果判定、リハビリテーション実施計画の作成、患者に対する実施計画の内容の説明等を行う必要がある。

(1) 疾患別リハビリテーションについて

リハビリテーション料は従来、理学療法、作業療法、言語聴覚療法として、手技毎に分類されていたところであるが、平成18年4月より「心大血管疾患リハビリテーション」「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」として、リハビリテーションの目的と対象疾患ごとに4区分として再編成された。

なお、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、いずれかのリハビリテーション料を算定する。

(疾患別リハビリテーションの種類)

①心大血管疾患リハビリテーション

- ・心機能の回復、再発予防を図るために、運動療法等を行った場合
- ・急性心筋梗塞、狭心症、解離性大動脈瘤、心不全 等

②脳血管疾患等リハビリテーション

- ・基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練、言語聴覚訓練等を行った場合 等
- ・対象：脳梗塞、脳出血、脊髄損傷、慢性の神経筋疾患、言語聴覚障害 等

③運動器リハビリテーション

- ・基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練等を行った場合 等
- ・対象：脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上肢・下肢の外傷・骨折 等

④呼吸器リハビリテーション

- ・呼吸訓練や種々の運動療法等
- ・対象：慢性閉塞性肺疾患、肺炎、胸部外傷 等

(2) リハビリテーションの算定日数制限について

リハビリテーションを継続することにより、状態の改善が期待できると医学的に判断される場合については、各疾患別リハビリテーション毎に定められた疾患の患者に限り、算定日数の上限を超えてリハビリテーションの算定が可能である。

(算定日数の上限)

- | | | |
|------------------|---|--------|
| ・心大血管疾患リハビリテーション | … | 150日以内 |
| ・脳血管疾患等リハビリテーション | … | 180日以内 |
| ・運動器リハビリテーション | … | 150日以内 |
| ・呼吸器リハビリテーション | … | 90日以内 |

疾患別リハビリテーション料の通減制と、算定日数上限後に算定していたリハビリテーション医学管理料を廃止し、標準的算定日数を超えたものについては、月13単位を上限に算定可能となった。

なお、算定単位数上限を超えたものについては選定療養として実施可能である。

(3) リハビリテーションの算定上の留意点

- ① 通院リハビリテーション目的で訪れた患者に対し、理学療法士等によるリハビリテーションを行ったのみで、医師の診察の事実がない場合については、再診料の算定は不可能である（この場合、基本診療料が算定できないため、リハビリテーション料についても算定できない）。（「3 基本診療料等」も参照）
通院リハビリテーションの場合、その通院の都度、医師による診察によって療法が必要と判断されたものについてのみ、算定可能である。
- ② 医師は定期的な機能検査等をもとに効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成するとともに、リハビリテーションの開始時とその後3ヶ月に1回以上、患者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明する。
- ③ 個々の患者の状態に応じて行ったリハビリテーションのみ算定可能であり、集団療法として行った場合については算定できない。
- ④ 物理療法のみを行った場合は、リハビリテーション料として算定できない。この場合、処置料の該当項目により算定する。
- ⑤ 発症後早期のリハビリテーションを図るため、より早期に実施したものについて、標準的算定日数の起算日から30日間に限り、早期リハビリテーション加算を算定する（従来のADL加算は廃止）。

9 処置・手術（輸血を除く）・麻酔

○ 点数表にない手術は保険診療では禁止されている。

(1) 処置の算定上の留意点

① 創傷処置、術後創傷処置、皮膚科軟膏処置

- ・ 処置の範囲により点数が異なることに留意する。
- ・ 処置の範囲が、請求の根拠として後から確認できるよう、診療録に記載することが望ましい。
- ・ 比較的簡単な処置については、基本診療料に含まれるものとなった。

（比較的簡単な処置の例）

- ・ 熱傷処置：100cm²未満の第1度熱傷
- ・ 皮膚科軟膏処置：100cm²未満のもの
- ・ 眼処置：洗眼、点眼

② 酸素吸入、人工呼吸

- ・ 酸素使用量の請求の根拠となる、酸素流量、人工呼吸器の設定等を必ず記録する。
- ・ 一律の概算等で酸素量の請求を行うのではなく、使用実態に即した酸素量を請求するのは当然である。

(2) 手術の算定上の留意点

① 特殊手術等

点数表に掲載されていない特殊な手術や、従来の手技と異なる手術等（腹腔鏡の点数が定義されていない腹部手術等）の手術料を、術者や医事部門の判断のみで、勝手に準用してはならない（不正請求（振替請求）に該当する。）。

これらの手術の費用を患者から別に徴収し、残りを保険請求することも認められていない（不正請求（混合診療）に該当する。）。

② 手術に関する情報の患者への提供について

一部の手術については、手術に関する情報提供が患者に対して適切に行われることが施設基準として定められており、要件を満たさない場合については手術料が算定できないこととなっている。

（施設基準）

① 当該医療機関で実施される全ての手術（当該施設基準が設定された手術以外の手術も含む）について、手術を受ける患者に対し、当該手術の内容、合併症、予後等を文書により詳細に説明する等、十分な情報を提供する。

② 手術の区分毎に、前年1年間の実施件数を院内に掲示する。

(3) 麻酔の算定上の留意点

麻酔の算定要件については、麻酔科医師のみが知っていればよいというものではない。手術麻酔や検査麻酔等において麻酔を依頼する機会のある外科系・内科系診療科の医師についても、十分に知っておく必要がある。

（算定要件の例）

① 麻酔料

- ・ 診療報酬請求上の麻酔時間は、閉鎖循環式全身麻酔の場合は「患者に麻酔器を接続した時点」から「患者が麻酔器より離脱した時点」、脊椎麻酔等の場合は「患者に麻酔薬を注入した時点」から「手術が終了した時点」となる。
- ・ 硬膜外麻酔カテーテルを抜去した際は診療録にその旨を記録しておかないと、手術の終了した時をもって終了時間とみなされる可能性があるので注意が必要である。

② 麻酔管理料

- ・ 麻酔実施日以外に麻酔前後の診察を行い、その内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録の診療録への添付で代用できる。
- ・ 麻酔記録を診療録に必ず添付する。
（手術麻酔、検査麻酔を依頼した主治医も十分に留意する必要がある。）
- ・ あらかじめ施設基準として届け出られた麻酔科標榜医以外の医師が、麻酔や麻酔前後の診察を担当した場合は、麻酔管理料を算定できない。
- ・ 研修医等の非標榜医と共同して麻酔を行った症例については、麻酔科標榜医が、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に麻酔管理料を算定する。（従前の通り、麻酔科標榜医が複数麻酔の管理に当たった場合、たとえ非標榜医が麻酔毎に麻酔を行っていたとしても、麻酔管理料は算定できない。）

- 食事も治療の一環であることに留意する。
- 食事摂取可能な患者へのビタミン剤の投与については、要件を満たすことを必ず確認する。

(1) 食事の算定上の留意点

- ① 治療食等の特別食を提供する場合については、患者の状態や傷病名等が提供の要件を満たしていることを十分確認した上で、必ず医師自らが食事せんを作成し、オーダーを行うこと。
(医師以外の者が治療食の提供の可否を判断し、栄養部門へのオーダー(オーダー変更を含む)を行うことのないよう留意する。)
- ② 傷病名や患者の状態が、治療食の提供の要件を満たしていることを十分に確認した上で、オーダーを行うこと。
- ③ 食事療養の費用は1食ごとに算定することとなっているため、食事の開始・中止、食種の変更等の指示を適時適切に行うこと。
- ④ 医師又は栄養士による毎食の検食と検食簿の記載は、入院時食事療養(I)の算定のために必要なものである。単なる「試食」ではないということに留意するとともに、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載すること。

(2) ビタミン剤の投与について

食事を提供している患者に対し、ビタミンB群製剤、ビタミンC製剤を投与する場合は、医師がビタミン剤の投与が有効であると判断し、適切に投与された場合に限られる。(なお、薬事承認上の用法・用量を遵守することは前提である。)

また、ビタミン剤の投与が必要と判断した趣旨を具体的に診療録に記載する。

(適切な投与の例)

- ・ 疾患・症状の原因がビタミン欠乏・代謝障害であることが明らかな患者(またはその疑いのある患者)が、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合
- ・ 妊産婦、幼児等、必要なビタミンを食事で摂取することが困難な場合
- ・ 重湯等の流動食、五分粥以下の軟食を提供している場合
- ・ 無菌食、代謝異常食(フェニルケトン尿食等)を提供している場合

11 病理診断

○ これまでは「検査」として位置付けていたものを「病理診断」として評価するとともに、併せて実際の診療に即した項目に再編した。

(1) 病理診断・判断料

特定入院料に包括して評価されていた病理診断・判断料を、病理診断による治療方針決定の重要性を鑑みて、特に急性期病床については病理医の技術料として包括外で評価する。

(2) 病理組織顕微鏡検査

- ・原則として1臓器ごとに所定の点数を算定できるが、複数臓器でも算定上は1臓器として数える組み合わせがある。(例：胃と十二指腸、気管支と肺臓 等)
- ・リンパ節については所属リンパ節ごとに1臓器として数える
- ・左右対称の臓器は1臓器として数える。

IV 急性期医療に係る診断群分類別包括評価(DPC)について

1 DPCとはなにか

「DPC」は、もともとは、わが国独自の診断群分類を意味する英語の固有名詞 (Diagnosis Procedure Combination) の頭文字である。

現在、一般的には「DPC」は、「平成15年4月に特定機能病院に導入された急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当りの包括評価制度」を意味する単語として使用されている。

2 DPCが導入された背景・これまでの流れ

(1) 診療報酬体系見直しの必要性の高まり

現行の診療報酬体系は、昭和33年に新医療費体系として構築されたものであり、基本的特徴は、診療行為ごとの出来高払い方式である。その後、40年以上が経過し、累次の改定を経る中で、点数項目は大幅に増加、複雑化し、国民に分かりにくいものとなっているとの批判がある。また、現在の診療報酬体系には、以下のような課題が存在していると指摘されている。

- ① 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、検査、投薬等の量的拡大のインセンティブが働く。
- ② 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分でない（平均在院日数の長さ、医療機関の機能分化の不十分さ等の医療提供体制の課題とも密接に関係）。
- ③ 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分でない。

(2) 診療報酬体系の見直しに関する取り組み

- ① 「健康保険法等の一部改正に伴う附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（診療報酬体系の見直しの基本方針）」の閣議決定（平成15年3月）

【基本的な考え方】

- ・ 医療技術の適正な評価
- ・ 医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価
- ・ 患者の視点の重視 等

- ② 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会における検討

- ③ 診療報酬調査専門組織の設置（平成15年7月）

4つの分科会（DPC評価分科会、慢性期医療評価分科会、医療技術の評価分科会、コスト評価分科会）

- ④ 平成15年特定機能病院におけるDPCの導入、平成16年診療報酬改定の実施、平成16年DPC試行的適用の開始

- ⑤ 平成18年度診療報酬改定の実施、平成18年度DPC対象病院の拡大、DPC対象病院およびDPC準備病院の位置づけ

- ⑥ 平成20年度診療報酬改定の実施、平成20年度DPC対象病院の拡大

(3) D P Cに係るこれまでの取り組み

- 平成14年 3月 平成14年診療報酬改定に係る中医協答申において特定機能病院へのD P C導入が決定
- 平成14年 9月 中医協基本小委における検討の開始
- 平成15年 4月 特定機能病院におけるD P Cの導入
- 平成15年 7月 診療報酬調査専門組織D P C評価分科会におけるD P Cの評価の開始
- 平成15年12月 D P C評価分科会における評価結果（中間報告）の中医協基本問題小委員会への報告
- 平成16年 3月 特定機能病院の包括評価制度の見直し、平成16年診療報酬改定に係る中医協答申において「D P C調査協力病院におけるD P Cの試行的適用」を実施することが決定（62病院が試行的適用の対象病院となる。）
- 平成18年 4月 D P Cに係る評価について、診断群分類・診断群分類ごとの診療報酬点数・入院期間 I の設定方法・包括範囲・調整係数の見直しが行われ、支払対象病院の拡大が決定（「D P C対象病院」として既存の対象病院82病院に加えて試行的適用病院62病院を位置づけるほか、調査協力病院228病院のうち一定基準を満たす病院を位置づける。なお、調査協力病院228病院のうち今回D P C対象病院とならなかった病院のうちD P C適用を希望する病院及び新たにD P C適用を希望する病院については「D P C準備病院」として位置づける。）
- 平成20年 4月 平成18年度のD P C対象病院の基準は平成20年度以降も継続する。軽症の急性期入院医療も含めてD P Cの対象とする。再入院に対するD P C算定ルールの見直し、診断群分類の見直し。今後調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定を検討する。

3 制度の概要

(1) 診断群分類の基本構造

日本における診断群分類は、まず、18の「主要診断群（M D C : Major Diagnostic Category）」と呼ばれる疾患分野ごと（例えばM D C 1 : 神経系疾患、M D C 2 : 眼科系疾患、M D C 3 : 耳鼻咽喉科系疾患など）に大別され、それぞれ傷病により分類される。次に、診療行為（手術、処置等）、重症度等により分類されている。傷病名はI C D 10により、診療行為等については診療報酬上の区分により定義され、重症度等については傷病ごとに評価する重症度等の指標が設定されている。

なお、傷病名は、国際疾病分類（I C D : International Classification of Disease）に基づいて定義されている。また、手術、処置等1および手術、処置等2は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義されている。

【主要診断群】

- M D C 1 神経系疾患
M D C 2 眼科系疾患
M D C 3 耳鼻咽喉科系疾患
M D C 4 呼吸器系疾患

MDC 5	循環器系疾患
MDC 6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC 7	筋骨格系疾患
MDC 8	皮膚・皮下組織の疾患
MDC 9	乳房の疾患
MDC 10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC 11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC 12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC 13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC 14	新生児疾患、先天性奇形
MDC 15	小児疾患
MDC 16	外傷・熱傷・中毒
MDC 17	精神疾患
MDC 18	その他

診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定されることとなる。「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病のことであり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

本包括評価制度の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集した平成14年7月～10月の退院患者に係る調査に基づき開発（当時の包括評価対象診断群分類は1,860分類）され、その後も継続的に検討が行われており、平成18年改定、平成20年度改訂においても見直しが行われた。なお、包括評価の対象診断群分類に該当しない患者は、出来高算定となる。

(2) 診断群分類番号の構成

すべての診断群分類は、数字と'x'からなる14桁の診断群分類番号であらわされ、それぞれ意味の桁ごとに意味をもつ。

《診断群分類の見直し》

臨床専門家等により構成されるMDC毎作業班における見直し案の報告及び平成18年7月～12月の退院患者に係る調査に基づき、平成20年4月に診断群分類が見直された。

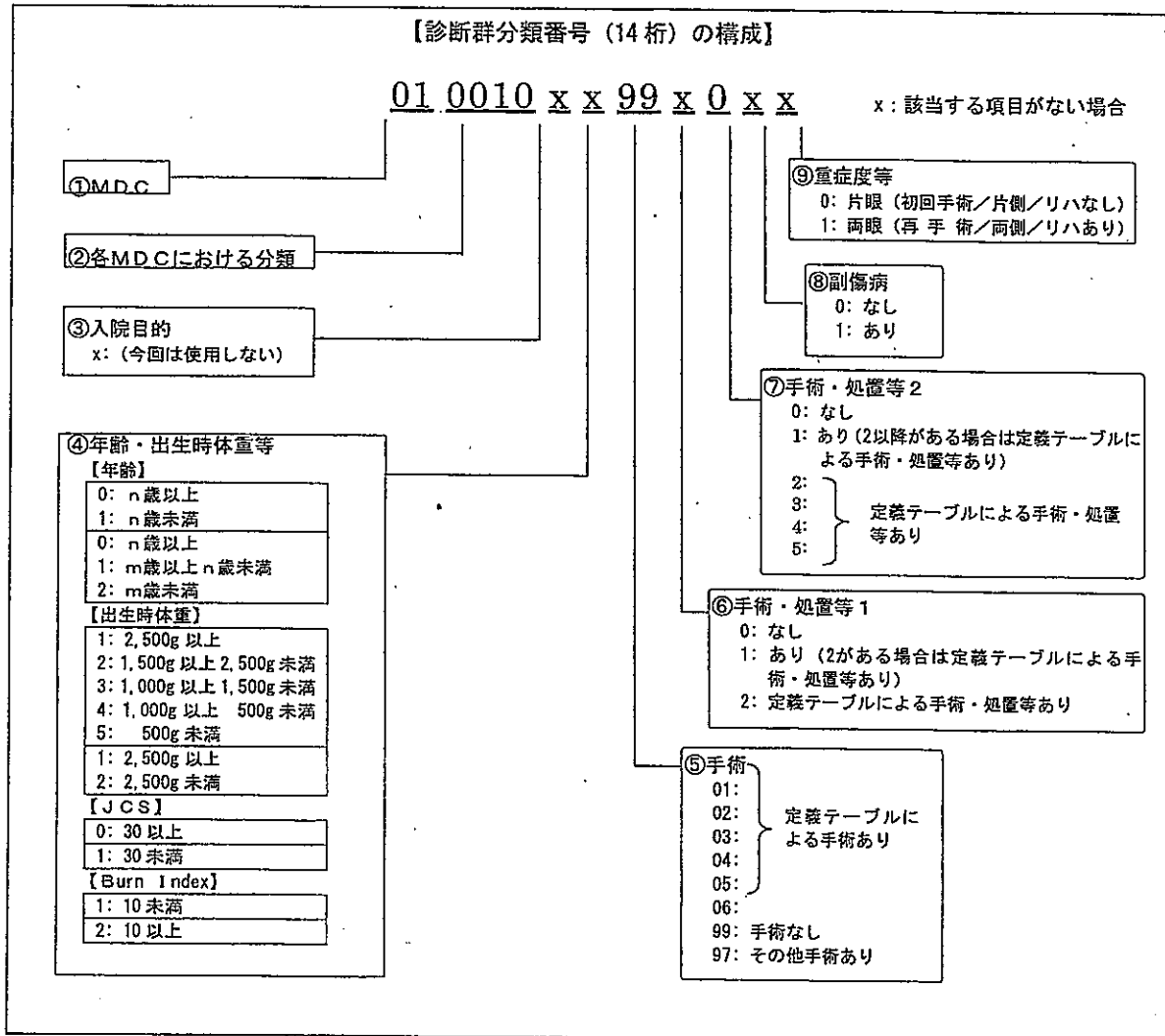
- ①MDC16（外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他の疾患）に分割した。
- ②診断群分類の分岐については、がん化学療法 of 主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行った。
- ③診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入した。

(見直し前)

16主要診断群
516疾患
2,347診断群分類
1,438包括対象分類

(見直し後)

18主要診断群
506疾患
2,451診断群分類
1,572包括対象分類



(3) 診断群分類の決定方法

診断群分類の決定の手順は、下記の通りである。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」の決定
- ② 「医療資源を最も投入した傷病」に対応する ICD10が分類されている診断群分類の検索
- ③ 診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づく診断群分類の決定。(診断群分類ツリー図、定義テーブル、診断群分類点数表、診断群分類電子点数表を活用する。)

※ 診断群分類点数表

包括評価の対象となる診断群分類ごとに1日当たり点数等を規定している。

※ 診断群分類ツリー図、定義テーブル

「ツリー図」は包括評価の対象外となった診断群分類を含めて全診断群分類

を体系的に図示しているもので、通知により示されている。

「定義テーブル」には「ツリー図」の分岐の基準の定義を記述している。

※診断群分類電子点数表

各医療機関における医事会計システムに対応しやすい形に整えた診断群分類点数表、定義テーブルである。

(4) 対象病院（DPC対象病院としての基準）

平成20年度以降のDPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び（データ/病床）比が10ヶ月で8.75以上という要件を満たさなくてはならない。

（平成18年度の基準）

- ①一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料、10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ②診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
- ③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

(5) 平成20年度以降のDPC制度の運用

- ①平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準（望ましい基準を除く。）を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- ②平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、(4)の（データ/病床）比の基準は適用しない。
- ③平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- ④DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。。
- ⑤DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

(6) 包括評価の対象患者

- ①包括評価の対象患者は、一般病棟の入院患者のうち、包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者である。
- ②ただし、以下の者を除く。
 - ・入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - ・治験の対象患者
 - ・臓器移植患者の一部
 - ・先進医療（従前の高度先進医療を含む）の対象患者
 - ・急性期以外の特定入院料等の算定対象患者

・その他厚生労働大臣が定める者

4 診療報酬の算定方法

(1) 包括評価制度における診療報酬の額

包括評価制度における診療報酬の額は、包括評価部分と出来高部分で構成されている。

$$\text{診療報酬} = \text{包括評価部分} + \text{出来高部分}$$

① 包括評価部分

「診断群分類」ごとの1日当たりの包括評価であり、医療機関別係数による評価・調整が行われる。

$$\text{包括範囲点数} = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

【包括評価の範囲】

○ ホスピタルフィー的要素

入院基本料、入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算に限る）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る）、検査（病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料を除く）、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技を除く）、投薬、注射、1,000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料等

※ 選択的動脈造影カテーテル手技：区分E003に掲げる造影剤注入手技（「3」の「イ」に規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）

② 出来高部分

「医科点数表」に基づいた評価が行われる。

【出来高評価の範囲】

○ ドクターフィー的要素

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く）、精神科専門療法（薬剤料を除く）、手術、麻酔、放射線療法、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び選択的動脈造影カテーテル手技に限る）及び

処置料（基本点数が1,000点以上の処置に限る） 等
 ○ 手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

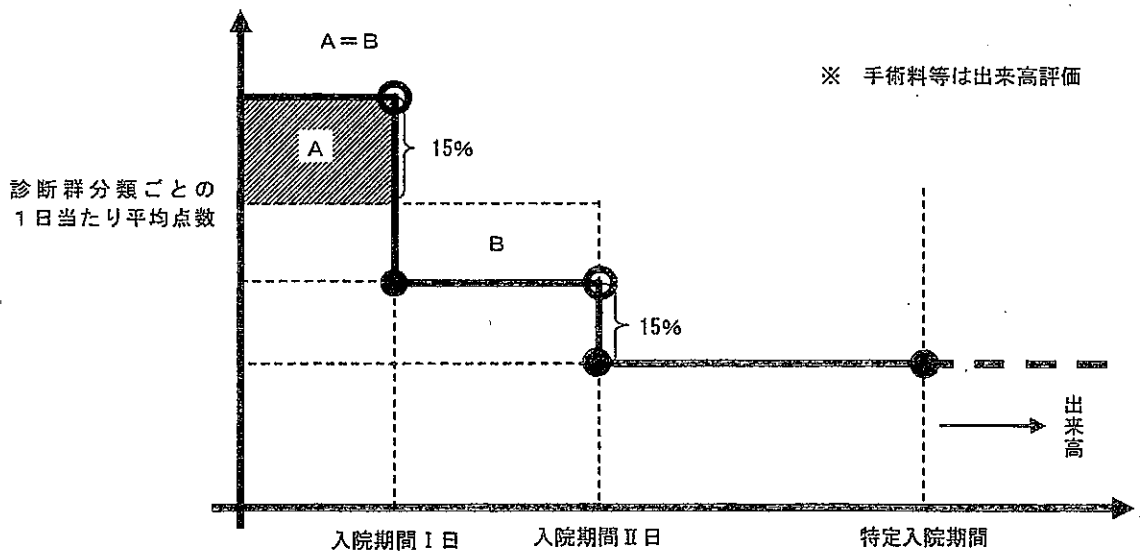
(2) 「診断群分類」ごとの1日当たり点数

①在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっている。

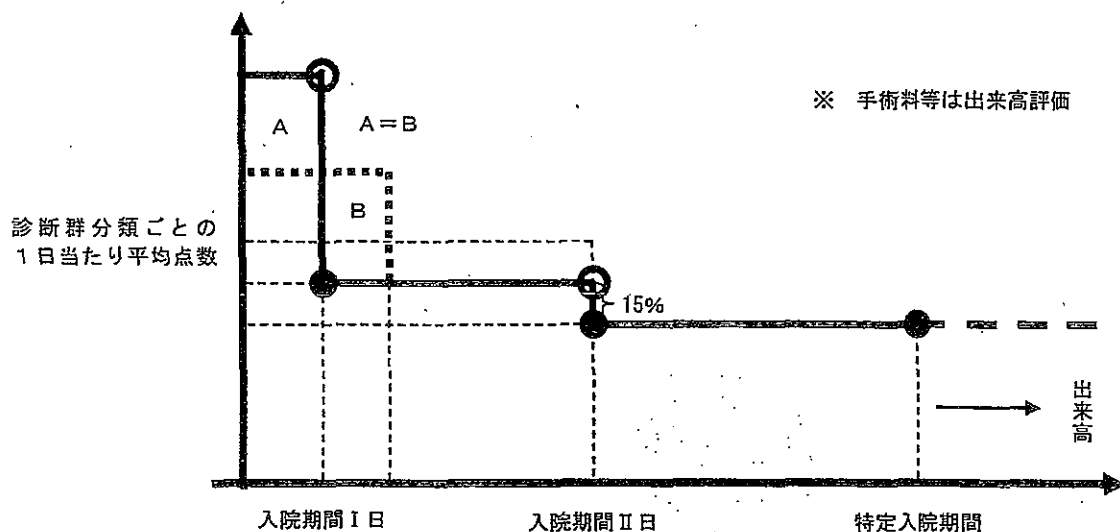
- ・診断群分類ごとに3段階の点数が設定されている。その点数設定の考え方は下記の通りである。（従来の設定方法参照）
 - ・入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。
 - ・25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点数が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
 - ・平均在院日数を超えた日から前日の点数の85パーセントで算定。
- ・悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類及び短期入院が相当程度存在する脳梗塞等の分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定されている。（悪性腫瘍の化学療法の短期入院等に係る新しい設定方法参照）

②入院期間が著しく長い場合（診断群分類ごとにみて平均在院日数から標準偏差の2倍以上入院した場合）には、在院日数から標準偏差の2倍を超えて入院した日から出来高により算定することとされている。

【従来の設定方法】



【悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る新しい設定方法】



(3) 医療機関別係数による評価・調整

医療機関別係数は、機能評価係数と調整係数から構成されている。

①機能評価係数

医療機関の機能を評価するための係数であり、入院基本料等加算等を係数にしたものである。

- ・入院時医学管理加算 0.0299
- ・医療安全対策加算 0.0015
- ・臨床研修病院入院診療加算 0.0012 等

②調整係数

医療機関の前年度実績を担保するための調整係数であり、診断群分類による包括評価に係る医療費が2年間（10ヶ月分）の医療費の実績に改定率を反映させたものと等しくなるように、各医療機関ごとに設定されている。

平成20年度改定時までは調整係数は存続することとしているが、それ以降については調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

(4) 特定入院料の取扱い

①急性期型特定入院料を算定している間も包括評価対象診断群分類に該当する場合には、包括評価の対象となる。

- ・急性期型特定入院料とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料等のことである。

②包括評価の対象となる場合には、急性期型特定入院料を算定する期間には、特定入院料を算定せず1日当たりの加算点数を算定することとされている。

- ・救命救急入院料1 3日以内 7,688点 等

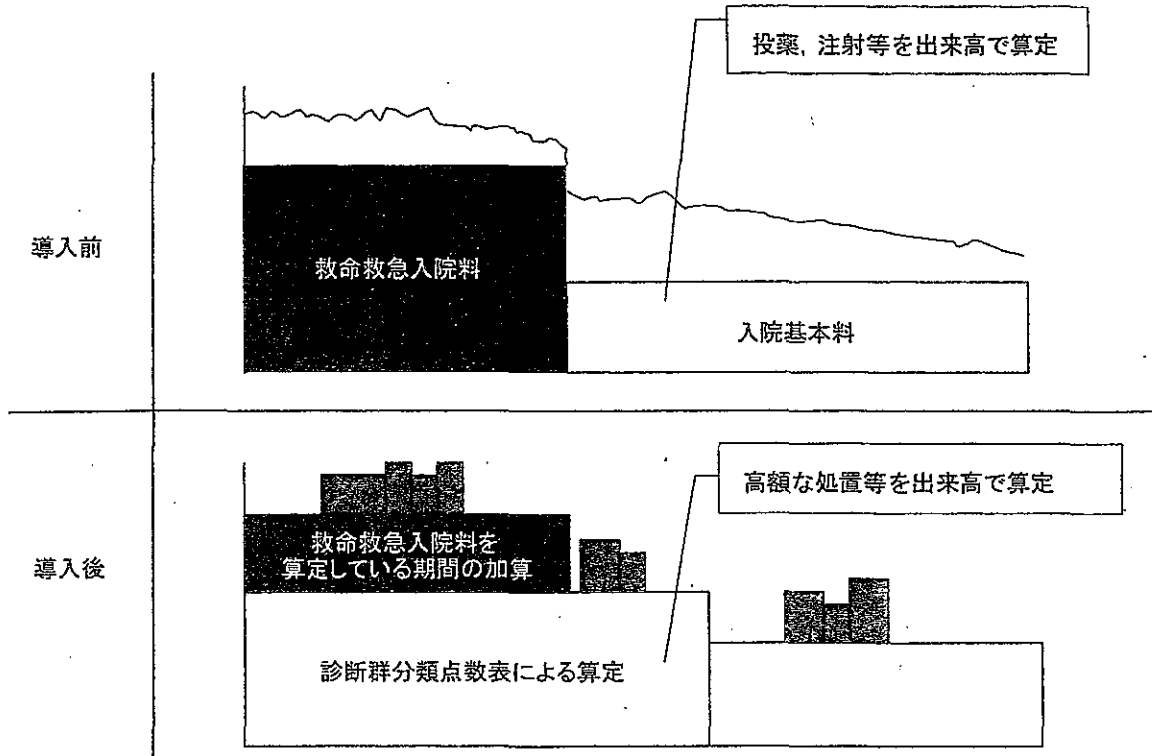
また、包括範囲は、本包括評価制度の包括範囲に整理されている。

- ・例えば、特定集中治療室管理料に係る加算を算定している期間であっても心臓カテーテル検査に係る手技料等は算定できる。（医科点数表では包括評価の範

困に含まれている。)

- ・ただし、1日当たりの加算点数を算定している期間は、地域加算以外の入院基本料等加算は算定できない。

例) 救命救急入院料のDPCの中での取扱い



【メモ】

V 保険診療に関するその他の事項

1 診療報酬明細書（レセプト）の作成

(1) レセプトへの関与について

診療報酬明細書（レセプト）は、請求事務部門が単独で作成するものではなく、保険医もまた作成の一翼を担っていることを十分に認識する必要がある。

また、誤請求や不適切請求を未然に防ぐためにも、レセプトの作成を請求事務部門任せにするのではなく、主治医自らレセプトの点検作業等に参加し、レセプト作成に積極的に関わる必要がある。

（参考：療養担当規則）

第23条の2（適正な費用の請求の確保）

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

(2) レセプト点検のポイント

審査支払機関への提出前には、主治医自ら必ず診療録等と照合し、記載事項に誤りや不備等がないか十分に確認する必要がある。

以下に、保険医がレセプト点検の際に注意すべき留意点の一例を示す。これらはあくまで参考であり、医療機関の診療体制の実態に応じて、適切なレセプトチェック体制を院内全体で確立する必要がある。

（レセプト点検時の注意点の一例）

① 傷病名

- ・ 診療録（オーダーリング端末）に登録した傷病名と一致しているか。
- ・ 査定等を未然に防ぐことを目的とした実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）が記載されていないか。
- ・ 疑い病名、急性病名等が長期間にわたり放置されていないか。
- ・ 診療開始日が、レセプトと診療録とで一致しているか。

② 請求内容

- ・ レセプトの請求内容は、診療録の診療内容と一致しているか。
- ・ 診療録への必要記載事項が定められた項目の請求については、必要な事項がきちんと診療録に記載されているか。
- ・ 医師がオーダーしていない医学管理料等が算定されていないか。また、同一の医学管理料が、入院と外来とで重複して算定されていないか。
- ・ 中止、取消した薬剤等が誤って算定されていないか。また、処置等に用いた薬剤を投薬欄に記載するなど、誤った場所に記載されていないか。
- ・ 処置名、術式は、実際に行った手術と合致しているか。

③ D P C

- ・ 診断群分類は医学的に妥当適切なものか。
- ・ 傷病名、副傷病名その他レセプト上の傷病名が、診療録上のものと一致しているか（診断群分類の決定過程に単独でつけられた傷病名となっていないか。）。
- ・ 入院中に新たに発生した手術・処置・副傷病等により、入院時につけた診断群

分類と異なっていないか。

- ・D P C 除外患者など、出来高で請求すべき患者がD P Cで請求されていないか。

(3) 症状詳記について

レセプト上の傷病名や請求項目のみでは診療内容に関する説明が不十分と思われる場合は、診療から保険請求に至った経緯について「症状詳記」として作成し、レセプトに添付する必要がある。この際、検査データ等の客観的・具体的事実を簡潔明瞭に記載することが望ましい。

(不適切な症状詳記の例)

- ・悪筆、殴り書き等、審査支払機関の審査委員が解読できないもの。
- ・論点を絞らず、単なる診療経過を記載しただけの冗長なもの。
- ・検査データ等が、実際の値と異なるもの。
- ・単なる退院サマリー等、不必要な部分を多く含むもの。
- ・一般的な診療方針に終始し、患者の個々の病態に応じた記載になっていないもの。

2 患者から受領できる費用

(1) 一部負担金等の受領について

療養担当規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲が以下の通り定められている。これらの費用は、原則的に全ての患者から徴収する必要があり、特定の患者（職員、職員家族等）に対して減免等の措置を取ってはならない。

(患者に負担を求められることができるもの)

- ①患者一部負担金
- ②入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額
- ③保険外併用療養費における自費負担額
- ④人工腎臓を実施した患者について、療養の一環として行われた食事以外の食事の実費
- ⑤療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

(2) 混合診療の禁止について

保険医療機関が、保険診療として認められていない特殊な療法（手術、検査、処置等）の費用を、保険診療適用分の一部負担金等と一括して患者より徴収することは、いわゆる「混合診療」に該当し、保険診療上認められない。

3 保険外併用療養費制度について

(1) 保険外併用療養費制度について

従前の特定療養費制度は、新しい医療技術の出現や患者のニーズの多様化等に対応し、高度先進医療や特別のサービス等について保険給付との調整を図るために創設されたものであったが、平成18年10月から、特定療養費制度が廃止され、新たに保険外併用療養費制度が設けられた。

この保険外併用療養費制度は、保険外負担のあり方を抜本的に見直すことを目的としたものである。従前の特定療養費制度の趣旨を踏まえつつも、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養を「評価療養」、特別の病室の提供など被保険者の選定に係るものを「選定療養」として整理再編したものである。

(2) 評価療養

評価療養とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の設置する先進医療専門家会議において個々の技術について審査・承認し、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(評価療養の種類)

A. 医療技術に係るもの

先進医療（従前の高度先進医療を含む）

B. 医薬品・医療機器に係るもの

医薬品の治験に係る診療

医療機器の治験に係る診療

保険（薬価基準）収載前の医薬品の投与

保険適用前の医療機器の使用等

保険（薬価基準）収載医薬品の適応外使用

(3) 選定療養

選定療養とは、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら、診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自主的な選択の保障、質の確保などの一定のルールを定め、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(選定療養の種類)

C. 快適性・利便性に係るもの

特別の療養環境の提供

予約診療

時間外診察

前歯部の材料差額

金属床総義歯

D. 医療機関の選択に係るもの

200床以上の病院の未紹介患者の初診

200床以上の病院の再診

E. 医療行為等の選択に係るもの

制限回数を超える医療行為

180日を超える入院

(参考) 先進医療

療養担当規則18条には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない」との規定があるが、先進医療については、保険診療で禁止されている特殊な療法又は新しい療法の例外として認められている。具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により、先進医療と保険診療との併用ができることとしたものである。

従来の特定期間制度では、実施するにあたって、医療技術の有効性・安全性を確認し、かつ、その技術ごとに医療機関の審査・承認が必要であった。しかし平成18年10月の制度改正によって、既に先進医療（従来的高度先進医療を含む）として評価を受けている医療技術については、各技術ごとに一定水準の要件を設定し、該当する医療機関は届出により実施可能な仕組みとなった。

また、未評価の新規技術については、①医療技術の科学的評価は、厚生労働大臣の設置に係る専門家会議に委ね透明化、②医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、原則3か月以内に、支障なし、中止又は変更、保留（期間の延長）、のいずれかを書面により、理由を付して通知することにより、透明化・迅速化が図られた。

制度改正によって、先進医療実施の敷居が低くなったものの、先進医療が保険診療における例外であるという位置づけに変わりはなく、以上のようなルールを遵守しなければ、たとえ良質な医療行為を提供していたとしても、療養担当規則違反とも問われられかねない。届出や報告、実施体制等に遺漏ないように、現場の医師と医事課部門で密に連絡を取りつつ実施していただきたい。

(参考) 医薬品の治験に係る診療に関する留意点

- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施にあたっては、薬事法その他の治験に関する諸規定を遵守する。
- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治療を実施した期間とする。
- ・ 検査、画像診断の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない。また、投薬、注射の費用のうち、治験薬の予定される効能、効果と同様の効能、効果を有する医薬品の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない（治験依頼者の費用負担とする）。
- ・ 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られる（治験の内容等を患者に説明することが医療上好ましくない場合等の場合は、支給対象とならない）。

(参考) 高度医療評価制度

- ・ 薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法ではないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、一定の要件下に行われるものについて、先進医療の一類型として保険診療との併用を認め、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした枠組みを設けた。
- ・ 従来先進医療と異なり、薬事法上未承認である医薬品・医療機器の使用を伴う医療技術、承認を受けているが承認外の用量・用法・適応等で使用する医療技術が対象となる。

4 サービス等に対する実費徴収について

(1) 「療養の給付と直接関係ないサービス等」の費用の徴収について

患者に対し、保険診療における療養の給付と直接関係のないサービス等を提供し、その費用を患者から別途徴収することについては、一定の範囲内で認められており、サービスの範囲や運用上の留意事項等が通知により示されている

なお、これらのサービスを提供し、その費用の徴収を行おうとする場合には、一つの診療科や病棟のみ判断するのではなく、個々の事例ごとに、請求事務部門等に事前に相談し、費用の徴収の可否を確認した上で運用を開始するべきである。

(費用の徴収に必要な手続き)

- ① 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に、費用徴収が必要となるサービス等の内容や料金について、患者に分かりやすく掲示する。
- ② 費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、サービスの内容や料金等についてきちんと説明し、文書により同意を確認の上で徴収する。
- ③ 徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。
- ④ 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行する。「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められない。

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例

療養の給付と直接関係ないサービス等	療養の給付と直接関係ないサービス等とは言いえないもの
<p><u>1. 日常生活上のサービスに係る費用</u></p> <p>ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代 イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。） ウ テレビ代 エ 理髪代 オ クリーニング代 カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し キ MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し ク 患者図書館の利用料 等</p> <p><u>2. 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用</u></p> <p>ア 証明書代 （例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要な診断書等の作成代等 イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料） ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料等</p> <p><u>3. 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用</u></p> <p>ア 在宅医療に係る交通費 イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。） 等</p> <p><u>4. 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用</u></p>	<p><u>1. 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用</u></p> <p>ア 入院環境等に係るもの （例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代等</p> <p>イ 材料に係るもの （例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代等</p> <p>ウ サービスに係るもの （例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとりみ剤やフレーバーの費用 等</p>

<p>ア インフルエンザ等の予防接種 イ 美容形成（しみとり等） ウ ニコチン貼付剤の処方等（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、ニコチン貼付剤を処方する場合に限る。）等</p> <p>5. その他</p> <p>ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料 イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料 ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料 エ 院内併設プールで行なうマタニティースイミングに係る費用 等</p>	<p>2. 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）</p> <p>3. 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用</p> <p>ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。） イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。） ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等</p>
---	---

5 自己診療、自家診療について

(1) 自己診療について

医師が、自身に対して診察し治療を行うことを「自己診療」といい、健康保険法等に基づく現行の医療保険制度は、被保険者、患者（他人）に対して診療を行う場合についての規定であるとされていることから、自己診療を保険診療として行うことについては、現行制度下では認められていない。保険診療として請求する場合は、同一の保険医療機関であっても、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける必要がある。

(2) 自家診療について

医師が、医師の家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。自家診療を保険診療として行う場合については、加入する保険医療制度の保険者により取扱いが異なるようである。認められる場合についても、診療録を作成し、必ず診察を行い、その内容を診療録に記載し、一部負担金を適切に徴収するのは当然である。無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起りやすいため、診察をする側、受ける側ともに注意が必要である。

VI 健康保険法等に基づく指導・監査について

1 指導・監査について

(1) 指導について

保険診療の質的向上と適正化を目的として行われるものであり、保険医療機関、保険医として指定、登録されたすべてが対象となり得る。

指導には、集団指導、集団的個別指導及び個別指導がある。個別指導のうち、厚生労働省・地方厚生局・都道府県が共同して行うものを共同指導といい、特に大学附属病院、臨床研修指定病院等を対象として行うものを特定共同指導という。

(2) 監査について

診療内容および診療報酬請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足る理由がある時に行われる。監査後の行政上の措置として、保険医療機関、保険医の「取消」「戒告」「注意」がある。

なお、不正請求の代表例としては次のようなものがある。

- ① 架空請求：診療の事実がないものを診療したとして請求すること。
- ② 付増請求：実際に行った診療に行っていない診療を付増して請求すること。
- ③ 振替請求：実際に行った診療を保険点数の高い別の診療に振替えて請求すること。

こうした法令に対する不正な行為は、医療保険の世界に限らず社会のどの分野においてもあってはならないことであるが、特に現物給付出来高払いを基本とする医療保険制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、通常の診療報酬請求を行っているのであれば起こり得ないものである。

仮に監査の場で、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険医療機関、保険医の取消等の厳しい行政処分が下されることとなる。また行政処分のみならず、不正・不当な請求により支払われた診療報酬については、保険者に対する返還金も発生することとなる。

医療の多くが保険診療として行われている現在において、保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されることとなれば、医療機関の経営は成り立たなくなり、医師が診療を行うことが実質的に不可能となる。これは、医療機関、医師のみの問題ではなく、医療を受ける側である住民に対し多大な悪影響を与えてしまうものである。

2 平成19年度指導・監査の実施状況について ※医科・歯科・調剤を含む

(1) 指導・監査による返還金額

- ・平成19年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約55億5千万円（対前年度2億1千万円減）。
- ・内訳：指導による返還分 … 約23億6千万円
監査による返還分 … 約31億9千万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消の状況

- ・ 保険医療機関等の指定取消 … 52件（対前年度16件減）
- 保険医等の登録取消 … 61名（対前年度20名減）

（特徴等）

医科・薬局に対し歯科の取消件数比率が高い。不正内容は架空請求・付増請求振替請求・二重請求がそのほとんどを占めている。

その他、正当な理由なく監査拒否したものや名義借りにより施設基準を満たすとして届出を行ったものなど悪質性の高い不正がみられた。

取消にかかる発端として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者からの通報が、37件と取消件数の半数以上を占めている。

【メモ】

