

診療録について

指導・監査について

社会保険診療報酬支払基金法改正案について

【社会保険診療報酬支払基金法改正案の内容】 2019.1.17.社会保障審議会医療保険部会の資料より

①支部の集約化

- 各支部の支部長が担っている権限を本部に集約、本部によるガバナンスの強化
- ・現行法上の支部都道府県必置規定を廃止
- ・本部の事務執行機関（権限は理事長が委任）としての審査事務局（仮称）を設置
- 職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度に審査事務センター（仮称）に順次集約。これにより**審査結果の不合理な差異の解消**に向けての取り組みの加速
- 審査委員会は本部のもとに設置（現行は各支部のもと設置）
- ・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様47都道府県に設置
- ・審査委員の補助業務は47の審査事務局で実施

②基金の業務運営に関する理念の創設

③データ分析等に関する業務の追加

- レセプト・特定検診等情報の収集、整理及び分析等に関する業務を追加

④手数料の階層化

- 「レセプト枚数」が基準の審査手数料に、「審査内容等を勘案」することを追加

⑤審査委員の委嘱に関する事項

- 審査委員を**診療担当者代表と保険者代表のみの同数**とするよう見直す（三者構成の見直し）

※国保法も同様に改正

※2022年までにレセプトの9割をコンピューター審査を目指す⇒画一的な審査？

I カルテの意義と重要性

- 診療録は大切な資料
 - 診療上の必要から、過去の記録
 - 紹介状、照会に対する返信
 - 種々の申請書、診断書等
 - 臨床医学研究
 - 病院の管理資料統計
 - 保険請求の為の資料
 - 医療訴訟の証拠
 - 教育的効果

<ポイント>

1. 診療報酬の根拠は診療録に求められる
2. 医療訴訟の判断は診療録に求められる
3. 診療録の不完備は自主返還などの恐れがある

Ⅱ カルテに関する留意とその法的根拠

1. 診療録へは遅滞なく記載する

【医師法第24条第1項】

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

【医師法第33条の2】

次の各号のいずれかに該当する者は、50万円以下の罰金に処する。

一 第6条第3項、第18条、第20条から第22条まで又は第24条の規定に違反した者（二号以降省略）

【療養担当規則第22条】

保険医は、患者の診療を行った場合には遅滞なく様式第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。

2. 診療録の記載内容は定められている

【医師法施行規則第23条】 診療録の記載事項はつぎの通りである。

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

※様式第1号でなくても、医療機関が独自の様式でもよいとされているが、この様式の各欄がすべて具備されていることは必要である。「労務不能に対する意見」「業務災害・通勤災害」の欄が省略されていることがあるので、完備する。

Ⅱ カルテに関する留意とその法的根拠

3. 自費カルテとの区別

自由診療分・介護保険分については原則として保険診療分とは明確に区分する。

【療養担当規則第8条】

保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

4. カルテは5年間、その他書類は3年間の保存義務

診療録及び療養の給付に関わる書類には、保存義務があります。

【療養担当規則第9条】

保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし患者の診療録にあってはその完結の日から5年間とする。

※「治癒」・「死亡」・「中止」が終了し完結の日となる。

※その他の記録とは、検査記録やエックス線画像等である。

※自由診療の診療録は保険診療と同様に5年間保存、その他の記録は2年間保存することとなっている（医療法第21条第1項第9号、医療法施行規則第20条第10号）。

※医療事故による時効は、20年であることにも注意が必要。

Ⅲ なぜ守らなければならないのか

1. 二重指定制度

保険診療を行うためには、病院若しくは診療所は、保険医療機関としての指定。

保険診療に当たる医師は、保険医として別に登録。

2. 療養担当規則・診療報酬点数表の遵守

【健康保険法第70条第1項】（保険医療機関又は保険薬局の責務）

保険医療機関又は保険薬局は、当該保険医療機関において診療に従事する保険医又は当該保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師に、第七十二条第一項の厚生労働省令で定めるところにより、診療又は調剤に当たらせるほか、厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。

【健康保険法第72条第1項】（保険医又は保険薬剤師の責務）

保険医療機関において診療に従事する保険医又は保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師は、厚生労働省令で定めるところにより、健康保険の診療又は調剤に当たらなければならない。

（※健康保険以外の医療保険においても同じものを適用し、後期高齢者医療においては同様のものとして「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」が定められています。）

【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。

IV 指導・監査等について

1. 指導について

- 健康保険法第73条、国民健康保険法第41条、高齢者の医療確保法第66条に規定されている。
- 新規指定を受けた保険医療機関と既存の指定保険医療機関とで異なる。
- 指導形態は、「集団指導」、「集団的個別指導」、「個別指導」がある。個別指導のうち、厚生労働省・地方厚生（支）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、臨床研修病院等を対象として行うものを「特定共同指導」という。
- 結果としては、「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」がある。
- 指摘事項の通知、改善報告書の提出、経済上の措置（1年以上の自主返還）がとられる。

※適時調査：施設基準を中心に1～2年1回

Ⅳ 指導・監査等について

2. 個別指導の対象と選考（選定委員会で選定）

- ① 支払基金等、保険者、被保険者等からの情報で、指導が必要とされた場合
- ② 個別指導で再指導や経過観察になり、その後、改善が認められない場合
- ③ 監査で戒告または注意を受けた場合
- ④ 正当な理由なく集団的個別指導を拒否した場合
- ⑤ 医療法の立入検査で問題があった場合
- ⑥ 検察や警察からの情報で指導が必要とされた場合
- ⑦ 他院等の個別指導・監査で指導が必要とされた場合
- ⑧ 会計検査院の实地検査で指導が必要とされた場合
- ⑨ 1件当たりの点数が高い保険医療機関等
- ⑩ 新規指定保険医療機関等

Ⅳ 指導・監査等について

3. 個別指導の対象となるレセプト

- 直近3～6か月間のうち連続する2か月間（協会けんぽ本人・家族、市町村国保、後期高齢者医療の被保険者）
- 30～50人程度（新規：診療所約10件、病院約20件）
- 選択されるレセプト：高点数、傷病名が多い、実日数が多い、疑い病名やレセプト病名と思われる傷病名が多い、医学管理料・在宅医療が算定されている、投薬・注射・検査等過剰とも判断される事例、自家診療等

IV 指導・監査等について

4. 監査について

- 診療内容及び診療報酬請求に不正又は著しい不当が疑われる場合に行われる。
- 行政上の措置として、「注意」、「戒告」、「取消」がある。
- 経済上の措置として、自主返還（原則5年間、不正分は140%）がある。
- 措置の通知、公表が行われる。
- 取消処分となった場合は、原則5年間は、再指定・再登録ができなくなる

個別指導・監査の実施状況（平成29年度）

個別指導：区分	医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療機関等（件）	1,628	1,314	1,675	4,617	+27
（）千葉県	(58)	(74)	(76)	(208)	
保険医等（人）	6,611	1,803	2,440	10,854	+94

新規個別指導：区分	医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療機関等（件）	2,231	1,558	2,356	6,145	
保険医等（人）	3,042	1,975	3,323	8,340	+

集团的個別指導：区分	医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療機関等（件）	4,426	4,971	3,827	13,224	+

適時調査：区分	医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療機関等（件）	3,632	10	1	3,643	+

個別指導・監査の実施状況（平成29年度）

● 監査の実施状況

区分	医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療機関等（件）	25	33	8	66	▲8
保険医等（人）	68	59	40	167	▲14

● 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区分		医科	歯科	薬局	合計	対前年度比
保険医療 機関等 （件）	指定取消	4	9	10	13	▲2
	// 相当	4	10	1	15	▲6
	計	8	19	1	28	▲10
保険医等 （人）	登録取消	5	12	0	17	+1
	// 相当	0	1	0	1	
	計	5	13	0	18	▲8

● （返還金 3億9709万円・指導分31億2641万円・適時調査36億7539万円）

個別指導における指摘事項

1 診療録

- 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。

(1) 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・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」、「消炎鎮痛等処置」等の記載で、投薬・消炎鎮痛等処置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（1）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・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に、労務不能に関する意見欄の記載がない。

④ 診療録第2面（療担規則様式第一号）（1）の2の記載について、「既往症・原因・主要症状・経過等」の欄と「処方・手術・処置等」の欄を区別して記載していない。

⑤ 請求事務担当者が、医事会計システムから傷病名・転帰を記載・入力している。傷病名は、必ず医師が記載・病名オーダー画面から入力すること。

⑥ 「傷病名」欄への記載は、1行に1傷病名を記載すること。

⑦ 診療録第3面（療担規則様式第一号（1）の3）に患者から徴収する一部負担金の徴収金額が適正に記載されていない。

⑧ 確定済みの診療録に追記を行うにあたって、追記者・追記日時が明確にされていない。

1 診療録

(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 時系列で診療録の記載がなされていない。
- ③ 事前に鉛筆で記載している。
- ④ 修正液・修正テープ・塗りつぶし・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。
- ⑤ 余白が多いので、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。
- ⑥ 診療録について、完結の日から5年経過していないにもかかわらず処分している。
- ⑦ 検査結果や診療情報提供書の写しについて、全患者分を一元的に管理している。患者それぞれの診療録に添付又は貼付し、個々の患者毎に管理すること。
- ⑧ 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。
- ③ 医療保険に関する記載と介護保険に関する記載が区別されていない。医療保険と介護保険の記載を一つの診療録に記載する場合は、下線又は枠などで区別すること。
- ④ 訪問診療と訪問看護のいずれを実施したものであるのか判別できない。

医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.3版」（平成28年3月）が厚生労働省から公表されているので、医療情報を扱う際にはこれに十分留意する。

① 診療録等の真正性、見読性、保存性を確保すること。

真正性：修正、消去やその内容の履歴が確認できる。記録の責任の所在が明らか。

見読性：記録事項を直ちに明瞭、整然と機器に表示し、書面を作成できる。

保存性：記録事項を保存すべき期間中、復元可能な状態で保存する。

② 端末使用開始前に、ログアウトの状態であることを確認する。また、席を離れる際はクローズ処理等（ログオフやパスワード付きスクリーンセイバー等）を施すこと。

③ パスワードは英数字、記号を混在させた8文字以上が望ましい。また、最長でも2ヶ月以内に定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワードやIDは、本人しか知り得ない状態に保つようにすること。例えば、それらを記したメモを端末に掲示したり、医師がそれらを看護師に伝達し、食事、臨時処方等のオーダーを代行入力等をさせないこと。

④ 紛失、盗難の可能性を十分考慮し、可能な限り端末内に患者情報を置かないこと。また、個人情報保存されている機器や記録媒体の設置、保存場所には施錠し、PC等の重要機器には盗難防止用チェーンを設置すること。

⑤ 院内取り扱い規約を整備しておくこと。

2 傷病名

(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。(算定日情報の作成時に注意)
- ③ 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。
- ④ 請求事務担当者が医事会計システムから、傷病名・転帰を記載・入力している。傷病名は、必ず医師が記載・病名オーダー画面から入力すること。
- ⑤ 傷病名の開始日・終了日・転帰の記載がない。
- ⑥ 傷病名の記載が一部・多数漏れている。
- ⑦ 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もの
- 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もの
- ⑤ 次の記載がない傷病名を認める。急性・慢性の区別、左右の別、部位、分類、病型等区別を記載すること。
- 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。

2 傷病名

(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。

（例：甲状腺機能亢進症の疑い、気管支喘息、逆流性食道炎、心不全の疑い、胃潰瘍、慢性胃炎、肝機能障害、糖尿病の疑い、統合失調症、ビタミン欠乏症、バイアスピリン錠投与に際して付した「狭心症」、シクロスポリン錠を投与に際して付した「尋常性乾癬」、HBs抗原・HCV抗体検査に付した「B型肝炎の疑い」「C型肝炎の疑い」、「梅毒の疑い」、MRI画像診断を実施するために付した「脳梗塞の疑い」）

(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。以下不適切な例。

ア 長期にわたる「疑い」の傷病名

イ 長期にわたる急性疾患等の傷病名

ウ 重複して付与している、又は類似の傷病名（例：逆流性食道炎と難治性逆流性食道炎、頸椎症と変形性頸椎症、高コレステロール血症と高脂血症、糖尿病と2型糖尿病、脳梗塞の疑いと脳幹梗塞の疑い）

エ その他傷病名の整理が不適切な例（重複と思われる事例）

（例：高脂血症と高コレステロール血症、慢性心不全と心不全、狭心症と労作性狭心症、肝癌と肝細胞癌、C型肝炎と肝硬変、胆管狭窄症と胆管結石症・総胆管結石症、末期腎不全と腎性貧血、術創部痛と手術創部膿瘍・右乳がん術後、ヘリコバクターピロリ感染症とヘリコバクターピロリ胃炎）

基本診療料 第1部初・再診料

- 初診料初診料・再診料は、簡単な検査の費用・簡単な物理療法・簡単な処置の費用など基本的な診療行為を含んだ点数。
- これらの簡単な処置などを行わなくても算定できる。
- 含まれる処置を行った場合でも、その旨を記載する。
- 加算に関する規定があり、要件を満たした場合に算定するが、その根拠を診療録に記載する。

例：時間外加算を算定する場合診療開始時間・受診時の状況等の記載。

基本診療料 第1部初・再診料

【記載】

- 診療内容（治療上必要な適切な指示等）の記載が不十分である。
- 聴取事項、患者の症状、診察所見などを記載していない。
- 診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には初診料を算定できないことに留意し、初診料の算定根拠を明確に記載する。
- 初診時の主訴・現病歴・既往歴の記載が乏しい。
- 同日再診について、再診に係る根拠の記載を充実する。
- 患者の家族から症状を聞いて投薬した場合、その旨を記載する。

基本診療料 第1部初・再診料

【算定】

- 患者の傷病について医学的初診と言われる診療行為があった場合に初診料を算定する。
- 診療継続中の患者に対し新たな傷病名により機械的に初診料を算定した。
- 慢性疾患等、明らかに以前受診した疾病又は負傷等同一疾病又は負傷等と推定される場合の診療は初診として取り扱わない。
- 付随する一連の診療行為で来院した患者に対して、初診料又は再診料を算定した。
- 検査の必要性を認め、後日検査のみで受診した日に算定した。
- 検体を持参しただけの場合に算定した。
- 検査の結果のみを聞きに来た患者に対して、再診料・外来管理加算を算定した。
- 訪問診療後、家族などが単に薬剤を取りに来た場合に算定した。
- 訪問診療後、単に家族に対して処方箋を発行した場合に算定した。

基本診療料 第1部初・再診料

【算定】

- 直接患者本人の診療を行わず、患者家族が検査結果を聞きに来たものについて再診料を算定した。
- 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことがある患者に当該検査料を算定した場合は、初診料を算定せず、再診料を算定する。
- コンタクトレンズを処方し眼科学的管理を行っている患者に屈折異常以外の他の疾病が新たに発生した場合は、初診料を算定せずに再診料を算定する。
- 自他覚的症状がなく健康診断目的とする受診について、初診料を算定した。
- 保険外診療に係る診断書交付のための診療について算定した。
- 療養費同意書の交付のみ行った患者について算定した。
- 診療情報提供書のみを受け取りに来た際に算定した。
- 訪問看護ステーションの看護師が点滴注射を実施した際に算定した。
- 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。
- 同一日の再診について、診療録への記載がない・画一的である・不十分である。
- やむを得ない事情で看護に当たっている者から、症状を聞いて薬剤を投与した場合について、診療録への記載が「ない・画一的である・不十分である」。

基本診療料 第1部初・再診料

② 加算等

ア 時間外加算 ・ 休日加算 ・ 深夜加算 ・ 夜間・早朝等加算

- ・ 受診時間・日が該当しない。
- ・ 時間外加算について、常態として診療応需の体制を取っている時間に算定している。

イ 外来管理加算

- ・ 患者からの聴取事項や診察所見の要点の診療録への記載がない・不十分である。
- ・ 看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合であるにもかかわらず算定している。

ウ 地域包括診療加算 ・ 認知症地域包括診療加算

- ・ 患者の担当医以外が診療した場合に算定している。
- ・ 患者が受診している医療機関を全て把握していない。
- ・ 患者に処方されている、他医療機関から処方されているものも含めた全ての医薬品を管理していない・管理していることを診療録に記載していない。
- ・ 健康診断や検診の受診勧奨を行っていない。
- ・ 初回算定時・再算定時に署名付の同意書を作成していない・診療録に添付していない。

基本診療料 第2部入院料等

- 入院基本料は、基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能（病院、有床診療所、特定機能病院）、病棟類型別（一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟 等）により分類される。各基本料は、平均在院日数、人員配置等によりさらに分類される。
- 入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化等の観点から、処置・検査等の点数が包括されている場合もある。
- 特定入院料の中でも救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料は専任の医師が常時治療室内に勤務していなければならない。

基本診療料 第2部入院料等

【点数の概要】

○ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の「別紙6」に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が相当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とする。

【カルテの記載等】

【記録】

○ 別添6「別紙6」入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が相当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、患者の状況等及び手術等の医学的状況の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

2 看護業務の計画に関する記録 (略)

基本診療料 第2部入院料等

以下の5つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料等を算定できない。基準に適合していることを示す資料等を整備が必要。

① 入院診療計画に関する基準

② 院内感染防止対策に関する基準

③ 医療安全管理体制に関する基準

④ 褥瘡対策に関する基準

⑤ 栄養管理体制に関する基準

○ 入院診療計画の基準について

【記載】

入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載する。

【貼付】

説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

○ 栄養管理体制の基準について

【貼付】

栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載する。また、当該計画書又はその写しを診療録に貼付する。

基本診療料 第2部入院料等

(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 [第1章第2部通則7]

ア 入院診療計画を策定していない。

イ 入院後7日以内に説明を行っていない。入院基本料等の施設基準の一つとして、入院診療計画は入院後7日以内に患者、家族等に説明を行うと規定されていることに十分留意されたい。

ウ 説明に用いた文書を患者に交付していない。

エ 説明に用いた文書の写しを診療録に貼付していない。

オ 説明に用いた文書について、写しを患者に交付し原本を診療録に貼付している。

カ 一部の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・入院診療計画書の様式について、参考様式で示している以下の項目がない。

- ・病棟（病室）・特別な栄養管理の必要性

キ 説明に用いた文書について、参考様式で示している以下の項目についての記載がない。

- ・年月日・主治医氏名・病棟（病室）・主治医以外の担当者名 ・病名・症状・治療計画・検査内容及び日程・手術内容及び日程・推定される入院期間・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）

ク 説明に用いた文書について、記載内容が不十分である・不適切である。空欄を「なし」等と記載し、埋めること。

- ・特別な栄養管理の必要性がある・ないにもかかわらず、「なし」・「あり」になっている。又は特別な栄養管理の必要性が一律に「なし」・「あり」と記載されている。

- ・「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。

- ・平易な用語を用いておらず、患者にとって分かりやすいものとなっていない。

- ・主治医氏名について、記名のみで押印がない。

ケ 医師・看護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。

コ 本人又は家族等の署名がない。

基本診療料 第2部入院料等

(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 A108 有床診療所療養病床入院基本料

- ・ 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を行っていない・療養計画の要点を診療録に記載していない。
- ・ 入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載していない。
- ・ 医療区分・ADL区分に係る評価が不適切である。
- ・ 医療区分・ADL区分に係る評価表又はその写しを交付・診療録に貼付していない。

(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。

⑤ A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算

- ・ 緩和ケア診療実施計画書について作成していない・患者に交付していない。
- ・ 緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録に添付していない。
- ・ 緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式3で示している項目がない。

⑬ A247 認知症ケア加算1・2

- ・ 看護計画を作成していない。
- ・ 看護計画に基づき認知症諸症状を考慮したケアを実施していない。
- ・ 看護計画・ケアの評価を行っていない。
- ・ 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、必要な状況等が診療録等に記載されていない。
- ・ 対象患者以外で算定している。（高度の意識障害患者30以上は算定不可）

特掲診療料 第1部 医学管理等

- 医学管理等の項目の算定する場合、指導内容・治療計画等診療録に記載すべき事項が、算定要件としてそれぞれの医学管理料毎に定められている。
- 治療の中心となっている主病を明確にし、算定要件を十分に確認。
- 算定する旨を診療録に記載する。
- 診療計画及び診療内容の要点を記載する。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(1) B000 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。

- ・医師が管理に関与していない。
- ・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・不十分である。
- ・算定対象外である主病・主病でない疾患・全身的な医学管理を行っていない疾患について算定している。

~~(2) B001 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 B001・1 ウイルス疾患指導料1・2

- ・指導内容の要点について診療録への記載がない・不十分である。

② B001・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・不十分である。
- ・初回月ではないにもかかわらず初回月加算を算定している。
- ・薬剤の安定した血中至適濃度を得るための頻回の測定を行っていない。
- ・抗てんかん剤又は免疫抑制剤の投与を行っている患者以外の患者について、4月目以降も所定点数で算定している（減算していない）。

③ B001・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・不十分である。
- ・初回月ではないにもかかわらず、初回月加算を算定している。

特掲診療料 第1部 医学管理等

④ B001・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・不十分である。
- ・ 算定開始日の記載漏れを認める。

⑤ B001・6 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・不十分である。
- ・ 当該標榜診療科の専任の医師以外が診療している。（小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師）

⑥ B001・7 難病外来指導管理料

- ・ 算定対象外である主病について算定している。
- ・ 主病に対する治療を行っていないものについて算定している。
- ・ 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・不十分である。

⑦ B001・8 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）

- ・ 算定対象外である疾患で算定している。
- ・ 診療計画・指導内容の要点について診療録への記載がない・不十分である。
- ・ 皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師以外の医師が行って算定している。

特掲診療料 第1部 医学管理等

- ⑧ B001・9・10・11 外来・入院・集団栄養食事・食事計画案を交付していない。
- ・ 特別食を医師が必要と認めた者以外の患者に対して外来・入院・集団栄養食事指導料を算定している。
 - ・ 外来・入院・集団栄養食事指導料について、対象とはならない患者に対して算定している。
 - ・ 当該保険医療機関の職員でない者・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
 - ・ 栄養指導記録を作成していない。
 - ・ 指導内容の要点・指導時間について栄養指導記録への記載がない・不十分である。
 - ・ 初回・2回目（以降）の外来・入院栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね30分以上」・「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・ 集団栄養食事指導において指導時間が40分を超えない患者に対して算定している。
 - ・ 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・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。
 - ・ 診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
 - ・ 別に厚生労働大臣が定める要件を満たしていない特別食を提供している患者に対して算定している。

特掲診療料 第1部 医学管理等

⑨ BOO1・12 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の診療録への記載がない・不十分である。

⑩ BOO1・13 在宅療養指導料

- ・保健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・不十分である。
- ・保健師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行っていない。
- ・保健師又は看護師が、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 BOO1・15 慢性維持透析患者外来医学管理料

- ・特定の検査結果・計画的な治療管理の要点についての診療録への記載がない・不十分である。

⑫ BOO1・16 喘息治療管理料

- ・以下の必要な機械及び器具を備えていない。

酸素吸入設備、気管内挿管又は気管切開の器具、レスピレーター、気道内分泌物吸引装置、動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態）、スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態）、胸部X線撮影装置（常時実施できる状態）

⑬ BOO1・17 慢性疼痛疾患管理料

- ・算定対象外の疾患の患者について算定している。
- ・マッサージ又は器具等による療法を行っていないにもかかわらず算定している。
- ・算定日が誤っている、又は開始日を移動している。

特掲診療料 第1部 医学管理等

⑭ B001・20 糖尿病合併症管理料

- ・専任の常勤看護師に対して行った指示内容についての診療録への記載がない・不十分である。
- ・足病変などの記載がない。

⑮ B001・21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

- ・耳鼻咽喉科と標榜する他の診療科を併せて担当している医師が当該医学管理を行った場合に算定している。
- ・診療計画・指導内容の要点の診療録への記載がない・不十分である。

⑯ B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料

- ・麻薬の処方前の疼痛の程度・麻薬処方後の効果判定・副作用の有無・治療計画・指導内容の要点の診療録への記載がない・不十分である。

⑰ B001・23 がん患者指導管理料

ア がん患者指導管理料 [1・2]

- ・指導内容の要点を診療録又は看護記録に記載していない。
- ・（がん患者指導管理料2）[STAS-J・DCS]の基準を満たさない患者に対して算定している。

イ がん患者指導管理料3

- ・指導内容の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載していない。

⑱ B001-2 小児科外来診療料

- ・再診時のものを初診時として算定している。

⑲ B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

- ・3歳未満でない患者に対して算定している。
- ・指導の要点を診療録に記載していない。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(3) B001-2-5 院内トリアージ実施料 について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 診療録に院内トリアージが行われた旨の記載がない・不十分である。
- 救急用の自動車等により緊急に搬送された者に対して算定している。

(4) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料 [1・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。

- リハビリテーション提供前の患者の状態の観察結果について、療養指導記録への記載がない・不十分である。
- 疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等についての確認、診療録への記載がない・不十分である。

(6) B001-2-9 地域包括診療料・B001-2-10 認知症地域包括診療料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 患者の担当医以外が診療した場合に算定している。
- 患者が受診している医療機関を全て把握していない。
- 患者に処方されている、他医療機関も含めた全ての医薬品を [管理していない ・ 管理していることを診療録に記載していない。
- 健康診断や検診の受診勧奨を行っていない。
- 初回算定時・再算定時に署名付の同意書を作成していない・診療録に貼付していない。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(7) B001-3 生活習慣病管理料 について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 療養計画書（初回時は別紙様式9又はこれに準じた様式を用い、継続時は別紙様式9の2又はこれに準じた様式を用いること。）を作成・交付していない。
- 療養計画書に患者の署名がない。
- 療養計画書の写しを診療録に貼付していない。
- 実際の主病と算定上の区分が合っていない。

(8) B001-3-2 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。

- ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断された者以外の者について算定している。
- 35歳以上であるのに1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200未満の者について算定している。
- 「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る）に則った禁煙治療について、患者に対し説明をしていない・文書により同意を得ていない。
- 治療管理の要点について診療録への記載がない・不十分である。
- 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。
- 途中脱落者に対して1年以内に再算定している。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(9) B001-6 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。

- 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・したことが確認できない。
- 弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行っていない。

(10) B001-7 リンパ浮腫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。

- 医師の指示に基づかずに看護師・理学療法士・作業療法士が実施している。
- 指導内容の要点について診療録への記載がない・不十分である。

(11) B002 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ない。

(12) B004 退院時共同指導料1、B005退院時共同指導料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。

- 行った指導の内容等について診療録への記載がない・不十分である。
- 患者又はその家族等に対して文書により情報提供していない・提供した文書の写しを診療録に添付していない。

(14) B006-3 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。

- 診療録等への指導・指示内容の要点の記載がない・不十分である。
- 指導内容として定められている項目以外の指導で算定している。
- 他医療機関に転院した患者に対して算定している。
- 患家の家屋構造、介護力等を確認していない。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(15) B007-2 退院後訪問指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 診療録等への指導又は指示の内容の要点の記載がない・不十分である。

(16) B008-2 薬剤総合評価調整管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 処方の内容を総合的に評価した内容や、処方内容の調整の要点を診療録に記載していない。
- 6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、内服薬を合計した種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合ではないにもかかわらず、算定している。

(17) B009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。

- 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算定している。
 - 紹介先の機関名を特定していない文書で算定している。
 - 交付した文書の写し（薬局に対しては処方せんの写し）を診療録に添付していない。
 - 交付した文書が別紙様式に準じていない。
 - 項目欄がない。
 - 項目欄への記載がない・不十分である。
 - 特別の関係にある医療機関を紹介先として交付した文書について算定している。
- 退院時診療情報等添付加算
- 退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付していないものについて算定している。
 - 添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載していない。

特掲診療料 第1部 医学管理等

(19) B010 診療情報提供料(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。

- 患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載していない。
- 単なる紹介で算定している。

(20) B011-3 薬剤情報提供料 について、次の不適切な例・事項が認められたので改めること。

- 診療録に薬剤情報を提供した旨の記載がない。
- 処方の変更がないにもかかわらず月2回以上算定している。
- 手帳記載加算を一律に算定している。
- 手帳を持参していない患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書(シール等)を交付したことをもって、算定している。

(21) B013 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。

- はり・きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病であるか、適切に判断すること。
- 療養の給付を行うことが困難であると認められない患者に対して同意書等を交付し算定している。
- 専門外にわたるものであるという理由によって患者の希望のまま・施術所からの依頼によって、みだりに同意を与えている。

(22) B014 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。

- 入院時に患者が持参した医薬品についてその名称及び確認した結果の要点を診療録に記載していない。
- 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の診療録への記載がない・不十分である。

特掲診療料 第2部 在宅医療

- 在宅患者診療・指導料において、往診は患家の求めがあった場合に算定できるものですので、依頼があった旨、緊急、夜間及び深夜往診においてはその必要性が診療録に記載されている必要があります。また、診療時間に対する加算もありますので実施時間を記載します。
- 訪問診療料等については訪問診療計画に基づき行うものですので、診療計画を記載し、計画外の診療が必要となった場合はその旨を記載します。
- 医師以外の看護師等、理学療法士等、薬剤師又は管理栄養士などが、在宅で療養を行っている通院困難な患者に指導等を行う場合は、療養計画若しくは医師の指示があった旨、誰がどのような指導を行ったかなどの記録が必要です。
- 在宅療養指導管理料は、算定要件を満たす患者であることが明確になっている必要があります。

第3部 検査

- 検査は診断の補助、治療法の選択、経過観察、治療効果の確認などに行われる。その必要性が診療録から読み取れることが必要。
- 検査結果を添付するのみではなく、検査結果に基づき、検査に対する評価の要点などが記載されていること。
- 検査時間等の規定があるものについては実施時間を明記すること、責任の所在を明確にするためにも検査実施者や評価者等の明記も必要である。

第3部 検査

●時間外緊急院内検査加算

・直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診療のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるできないような緊急の場合に、保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施したものでないものに、算定した。

●外来迅速検体検査加算

- ・当日中に結果が判明しない。
- ・当日中に結果を説明したうえで文書により情報を提供していない。
- ・厚生労働大臣の定める検査以外の血液化学検査（糖（酵素電極法によるもの））により算定した。

●D002尿沈渣（鏡検法）

- ・対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施していない。
- ・診察や検査の結果等から実施の必要性があると考えられる場合ではないにもかかわらず、実施している。

●D003糞便検査

- ・検査の実施に至らなかったにもかかわらず、検査容器を患者に渡したことにより算定した。

第4部 画像診断

- 画像診断は診断の補助、治療法の選択、経過観察、治療効果の確認などに行われるが、その必要性が診療録から読み取れることが必要となる。
- 実施した内容を診療録に記載し、画像等を保存するが、診断結果及びその評価についての記載が必要である。
- 届出医師の読影報告の文書の写しを添付する必要がある。

第5部 投薬 第6部 注射

- 投薬及び注射に行うに当たっては、療養担当規則第20条を遵守すること。
- 薬剤を使用するに当たっては、その必要性を十分に考慮した上で、医薬品・医療機器等の品質・有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）の承認事項（効能・効果，用法・用量等）を遵守し、適宜、治療効果判定を行い、漫然と投与することのないよう注意すること。
- また、注射は経口投与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す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使用すること。
- 診療録記載には、当然、薬剤使用の必要性等、その診断根拠等について十分な記載を行うことが必要。
- ビタミン製剤の算定についてその必要性を記載すること。
- 血漿成分製剤注射の説明文書（署名入り）の貼付。
- 麻薬・向精神薬等の投与時、処方残量及び他医療機関の重複処方の有無を記載の記載が必要。

第7部 リハビリテーション料

- リハビリテーションを実施するに当たっては、実施計画の作成、評価、計画の見直しなどが必須。
- 計画においては目標設定も大切な要素となる。
- 計画書や評価表については参考様式（別紙様式）又はそれに準じた内容のもの。
- 療法等を行う者の職種、担当できる患者数の標準なども定められている。従って、各書類や記録においては該当する職種であることや記名（サイン）も大切である。
- 疾患別リハビリテーションなど点数が時間で規定されているものもあり、根拠として実施時間を記録することも必要。

第8部 精神科専門療法

- 精神科専門療法は、療法の要点の記載、また内容が画一的にならないよう注意し、個々の計画に沿って行った療法及びその効果等についての記載が必要となる。
- 実施時間の規定があるものについては療法に要した時間を記載し、要件を満たしている根拠を明確する。
- 家族に対して行った場合、誰に行ったかだけでなく診療の要点を記載する。

第9部 処置

- 処置は具体的な治療行為。適応傷病と一致する診療内容がカルテには必要。
- 診療録に処置が行われた具体的な部位、範囲等を記載し、消毒や軟膏が使用された場合にはその旨を記載し、算定する根拠を明記する。
- その他、処置の必要性や治療方針の検討など、患者の個々の状況に応じて記載する。

第10部手術，第11部麻酔

（手術について）

- 手術料は比較的簡単なものから施設基準届出が必要なものまでさまざまあるが、算定の根拠として、診療録にその必要性や病態の記述、該当部位及び重症度、実施手術の内容などを記載する。
- 同意書の写しを添付する。
- 時間外等に緊急手術を開始する場合はその緊急性、実施時間及び終了時間の記載が必要。
- 施設基準の要件に「手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い～省略～。患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする。～省略～。～説明した内容については文書で交付，診療録に添付する～省略～。」と規定されていることに留意。

（麻酔について）

- 検査、処置又は手術等の実施内容・時間とは別に、麻酔の診療記録及び時間を診療録等に明記する。
- 麻酔科標榜医等だれが行ったかを記載する。
- 神経ブロック等については、症状経過や病態の変化などその必要性がわかるような記載が必要。

第12部 放射線治療 第13部 病理診断

(放射線治療について)

- 治療計画・照射計画などを作成し患者等に説明及び同意を得ること。
- 必要に応じて治療に関して十分な情報を患者等に提供していく必要もある。
- 診療録には治療内容等の説明を行った旨を記載し、文書等を交付した場合には写しを診療録に添付する。
- なお、診療録には放射線治療の指示内容を記載し、照射を行った診療放射線技師は照射記録を作成し署名する。
- 放射線治療及びその加算における施設基準には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師や診療放射線技師の兼任についての規定（兼任可又は不可）がある。

(病理診断について)

- 病理診断料や病理判断料があり、これらは検査同様に、検査結果に基づく判断（評価）の要点の記載が必要である。

保険外併用療養費

- 「評価療養」「患者申出療養」「選定療養」
- ~~地方厚生局に届け出、受理承認、定期報告、実績報告、安全性報告~~
- 説明と同意、院内掲示

- 評価療養：保険給付の対象とすべきか否かについて評価を行うことが必要なものとされ、先進医療等が含まれている。
- 患者申出療養：患者からの申し出により、患者と医師の自己責任で申請、臨床研究中核病院の審議を経て実施されるもの。
- 選定療養：患者の選定に係るものとされ、特別の療養環境の提供等が含まれている。

選定療養

種類	患者負担の内容	導入された年
特別の療養環境の提供 (差額ベッド)	病院が表示した額。	1984年10月
予約に基づく診察	時間外、休日等の加算を除いて保険給付が行われる。 保険医療機関の表示した予約料が自己負担。	1992年4月
時間外診察(緊急性のない患者)	時間外加算を除いて保険給付が行われる。 時間外加算相当額が自己負担。	1992年4月
一般病床200床以上の病院の紹介なしの初診	初診に係る差額費用として病院が表示した額。	1996年4月
一般病床200床以上の病院での再診	診療所又は200床未満の病院への転院を主治医に勧められたにも関わらず通院している患者の再診に係る特別の料金として病院が表示した額。	2002年4月
180日を超えた日以降の入院に係る療養	入院基本料、特別入院基本料又は特定入院基本料に係る差額費用として病院が表示した額は自己負担。 それ以外は保険給付。	2002年4月
制限回数を超え受けた診療(腫瘍マーカーの一部、リハビリテーション、精神科デイケア等)	点数表に定める制限回数を超えて受けた診療は自己負担 それ以外は保険給付。	2005年10月
特定機能病院及び一般病床500床以上の病院の紹介なしの初診	初診に係る差額費用として病院が表示した額(医科5,000円以上、歯科3,000円以上)。	2016年4月
外来の特別療養環境室	医療機関が表示した額。	2016年6月

はり、きゅう、あんまに係る療養費の取り扱い

- はり、きゅう、あんまは主治医が保険診療による適切な治療手段がないと判断したときに、主治医の同意のもとに保険給付（療養費）扱いとなる。したがって療養費同意書は、一定期間の保険診療を行った後に交付されるべきものであり、療養担当規則にも「みだりに施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない」とされている。したがって初診後、直ちに発行するようなものではない。

- **はり師、きゅう師の施術**

- (1) 支給の対象**

- ① 医師による適切な治療手段のない慢性病であって「はり」又は「きゅう」の施療について、保険医の同意を得た次の疾病等の病名で、慢性的な疼痛を主症とする疾患に限る。

ア. 神経痛 イ. リウマチ ウ. 頸腕症候群 エ. 五十肩 オ. 腰痛症 カ. 頸椎捻挫後遺症

- ② 現に保険医療機関に受療中の疾病に対する施術は認められない。

- **あんま師の施術（マッサージ）**

- (1) 支給の対象**

- ① 施術は保険医の同意に基づいたものとする。
- ② 次の事項は施術の範囲外とする。（単なる肩こり、腰痛、疲労、倦怠）
- ③ 施術を保険医療機関で行う場合は、療養費として認められない。

- **柔道整復師の場合** 骨折、不全骨折（ひび）、打撲、捻挫、脱臼のときに柔道整復師の施術を受けた場合