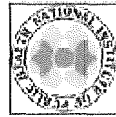


国立保健医療科学院

厚生労働科学研究費補助金「医療技術評価総合研究事業」
医療関係職種の資質向上(特に医師の卒後臨床研修及び国家試験の質の向上)
に関する研究(主任研究者 林謙治)成果物



研修医のための保険診療講座へようこそ！

開始するには上の科学院のシンボルマークをクリックしてください。

シンボルマークをクリックするとパワーポイントブロードキャストが起動する。パワーポイントブロードキャストは実況中継のように、録画しながら放送することが可能であり、事前に受講者に時刻を指定すればライブ中継も可能である。当然ながら全内容は録音録画され、後はいつでも視聴可能となる。画面で「このプレゼンテーションブロードキャストは終了しました」と表示されているのは実況中継は終了した、という意味である。大半の受講者は録画を「ブロードキャストの再生」をクリックすることで視聴する。

http://enkaku2.niph.go.jp/... メールによる質問やヘルプメニューも充実している。

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) お気に入り(A) ツール(T) ヘルプ(H)

アドレス(D) http://enkaku2.niph.go.jp/contents/html/caption/21dc9831dEe32ac1/shido 移動

前のスライ... 再生メールでフィードバ...

このプレゼンテーションブロードキャストは終了しました。

ブロードキャストの再生

タイトル : kenshui
発表者 : AtoZ
日付と時刻 :
連絡先 : Administ

説明 :

パワーポイントブロードキャストは実況中継も可能であり時刻をきめて受講者が一斉にアクセスすることもできる。終了後も録画を見ることができる。その意味で「このブロードキャストは終了しました」と表示されている。ブロードキャストの再生をクリックすると録画がスタートする

Microsoft®
Windows®
Media Technologies

再生をクリックすると音声と画像がスタートする。基本的にパワーポイントを使った講義のビデオを視聴するのと同様で、画面と音声の進行にしたがってパワーポイント画面も自動的に切り替わってゆく。通常のビデオデッキと同様に途中で停止させたり、巻き戻しも可能である。今回作成した教材は10分くらいだったがHDDの容量次第で、もっと長時間の教材も作成可能である。

http://enkaku2.niph.go.jp/ content

ビデオ画面 表示(V) お気に入り(A)

パワーポイント画面。画像、音声に合わせて自動的に切りかわってゆく(あたかも講義を聞くように)

前のスライド 電子メールでフィードバック

不正請求と不当請求

- 監査要綱
 - 中央社会保険医療協議会(中医協)において、診療側・支払側による議論を経て決定
(保険医登録・保険医療機関指定取消処分の基準)
 - 故意に不正又は不当な診療(診療報酬の請求)を行ったもの。
 - 重大な過失により、不正又は不当な診療(診療報酬の請求)をしばしば行ったもの。
- 故意でなくとも、重大な過失が認められれば、健康保険法上の処分の対象となりうる。

Microsoft® Windows® Media Technologies

再生中 02:36 / 09:47

CDプレーヤーのようにいつでも停止, 逆戻り再生可能

作成された保険診療講習教材の内容

保険診療のしくみ

一般に医療は医療機関(医師)と患者との契約関係と考えられるが、健康保険や国民健康保険法といった法律に基づいて費用(診療報酬)が支払われる場合には、医療機関と患者間だけでなく、保険者という第三者とも契約関係を結ぶことになる。

その契約関係は、通常の私法上の契約関係とは異なり、公法上の契約とされる。私法上の契約は当事者間の合意でどのように定めることもできる(私的自治の原則)が、公法上の契約とは契約内容が法律によって定められ、当事者間といえども勝手に変更することはできない。

たとえば、一部負担金が法律で3割と規定されたら、医療機関と保険者あるいは患者の間で、2割あるいは4割といった独自のきめかたすることは認められない。したがって保険診療のルールは公法上の規則であり、民法よりも刑事法的色彩を帯びることになる。

保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
- 保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法、老人保健法で規定されている保険診療のルールを熟知していることが前提となっている。

療養担当規則 診療報酬点数表
健康保険法等の関係法令 など

- 『知らなかった』は通用しない！！

保険医とは何か

医師免許を有する者のうち、保険診療を行える医師として国の登録を受けた者を保険医と呼ぶ。医師免許を取得すれば医療行為を行うことはできるが、保険診療においては医師免許を有すれば自動的に保険請求を認めることはせず、国が指定した医療機関(保険医療機関)において国に登録された医師(保険医)によって提供された場合のみ保険給付の対象とされる。

裏返すと、医療機関や医師であっても保険医療機関や保険医でないところで医療を受けても患者は保険証を使うことができない。そのような場合は全て自費診療となり、保険給付は受けられないことを意味する。わが国の医療機関は、健康診断や美容外科等を除けば大半が保険医療機関、保険医であるので保険医登録を受けなければ事実上臨床医としては業務に従事できないことを意味する。

医師免許は医療行為を行ってよいという「免許」であるが、保険医はそれ自体が免許ではなく、国との一種の「契約」である。その契約とは前述した国との間の公法上の契約であり、その契約内容とは

- 国の定めた保険診療ルールを遵守して診療を行う
- その代償として国(保険者)は診療報酬を支払う債務を負う

保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は保険医でなければならない(法第64条)



保険医の登録

に基づき厚生労働大臣が登録(法第71条)

保険医の責務

- 『療養担当規則』で定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない(法第72条)

- 保険医が
- 保険医療機関において
- 健康保険法、医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し

の規定を遵守し

- 医学的に妥当適切な診療を行い
- 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

というギブアンドテークの関係である。

医師免許を取得した後、多くの医師は保険医登録を国に対して申請するが、保険医登録を受けるために国家試験等は一切ない。医師免許をもち除外規定(保険医登録を取り消されて2年以内とか)に該当しない限り自動的に登録される(実際の業務は都道府県社会保険事務局が実施している)。そのプロセスに「契約」という印象は受けない。しかしながら、いくら簡単な手続きであっても、保険医登録を受けることは国との間の契約関係に入ることであり、診療報酬を受ける権利だけでなく、ルール遵守という厳しい「掟」も課せられることは自覚しなければならない。

不正請求と不当請求

契約であるから国と医師のどちらでも契約を解消することができる。医師が保険医契約を打ち切りたければ1か月の予告期間を置いていつでも登録を取り消してもらえる。それに対して国は何の理由もなく一方的に登録を取り消されることはない。国が保険医登録を取り消せるのは、以下の場合に限られる。

- ・ 診療内容に不正又は不当あるとき
- ・ 診療報酬請求に不正又は不当あるとき

以上をあわせて国は「不正請求等」と呼んでいる。等という語が入るのは、不正だけでなく「不当」も含むからである。不正とは、やっていない診療行為をやったと偽って報酬を請求する架空請求、1回しかやっていない検査を2回やったとして請求する付増請求、やった行為とは違う行為の名目で請求する振替え請求等、詐欺的な行為を指す。それに対して不当請求とはルール違反行為を指す。2回検査をやって2回分報酬を請求するのはそれ自体不正ではない。しかし保険診療のルールが月一回しか請求してはならないと決めているのに、2回請求してしまったらそれは不当請求になる。

この違いは重要である。不正請求等と聞けば誰でも狭義の不正請求すなわち詐欺的な請求を指すと思うだろう。しかし等とつくことにより、悪意の無いルール違反であっても保険医取消処分の対象になりうる、ことを特に研修医は留意しなければならない。それゆえルールを正しく知ることが適正な診療のみならず自らの保険医としての地位を守るためにも重要なのである。

以上に診療報酬請求の不正または不当について述べたが、さらに留意すべきなのは、たとえ診療報酬の請求に問題がなくても診療内容そのものに不正または不当ある場合も不正請求等に含まれる、ということである。具体的には医療過誤や診療録の記載不備等が該当する。これまで保険上の指導や監査は専ら診療報酬請求に不正不当がある場合に限られていたが、今後は診療そのものの内容が問われるようになる可能性はある。

保険医に対する指導

医師は本質的に独立して診療を行うが、保険診療においては、国(大臣)による指導を受けることを義務づけられている(健康保険法第73条)。指導は「指導大綱」に基づき、都道府県の社会保険事務局に置かれた指導医療官と呼ばれる医師技官ならびに医療事務指導官と呼ばれる事務官によって行なわれる(数年後の社会保険庁の改革により厚生労働省の地方厚生局に移管される見込み)。指導には集団指導、集团的個別指導そして個別指導の3種類がある。

指導とは

- ・ 目的
 - 「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。」(指導大綱より)
 - 指導の形態… 集団指導、集团的個別指導、個別指導
- ・ 指導後の措置(個別指導の場合)
 - 要監査 > 再指導 > 経過観察 > 概ね妥当
- ・ 保険者への返還

不正請求と不当請求

監査要綱

- 中央社会保険医療協議会(中医協)において、診療側・支払側による議論を経て決定(保険医登録・保険医療機関指定取消処分の基準)
- 故意に不正又は不当な診療(診療報酬の請求)を行ったもの。
- 重大な過失により、不正又は不当な診療(診療報酬の請求)をしばしば行ったもの。

故意でなくとも、重大な過失が認められれば、健康保険法上の処分の対象となりうる。

集団指導は点数表改定の時等に保険医全員を集めて講習会形式で実施するものであるが、個別指導は請求内容に問題ありとされた特定の保険医や保険医療機関に対して個別に実施される。そして集団的個別指導とは、請求内容に特に問題があるわけではないが、そのレセプト一件当たり点数がその県の同じ診療科と比較して著しく高い(上位8%くらい)場合、なぜそんなに高くなるのか理解してもらう目的で実施される。

個別指導は「支払基金、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬請求に関する情報提供があり個別指導の必要と認められた保険医療機関や保険医」が対象とされる。対象とされると文書で出頭が命ぜられ「指導月以前の連続した2か月分のレセプトに基づき、関係書類等を閲覧して面接懇談方式により」行なわれる。その結果、概ね妥当、経過観察、再指導と決定されるが、「指導中に明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合は指導を中止し、直ちに監査を行うことができる」とも規定されている。また個別指導を通じて医療機関側が不正不当を認めた場合には保険者に対して既に受領した診療報酬の一部を自主返還するよう指導されることもある(患者に対する返還は医療機関の判断による)。

個別指導のうち、厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び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。

不正請求等に対する監査

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一種の強制捜査である。監査後には行政上の措置として、保険医療機関・保険医の取消、戒告、注意といった処分が下される。不正請求の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。

監査で故意に不正請求を行っていたことが明らかになれば、取消等の厳しい行政処分が行われる。また行政処分だけでなく、当然、不正または不当な請求にかかるものについては保険者、患者への返還を求められる。

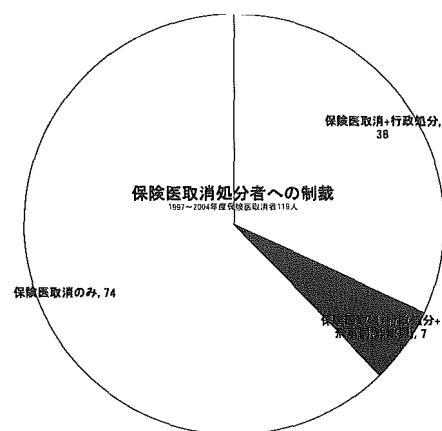
指導監査の状況

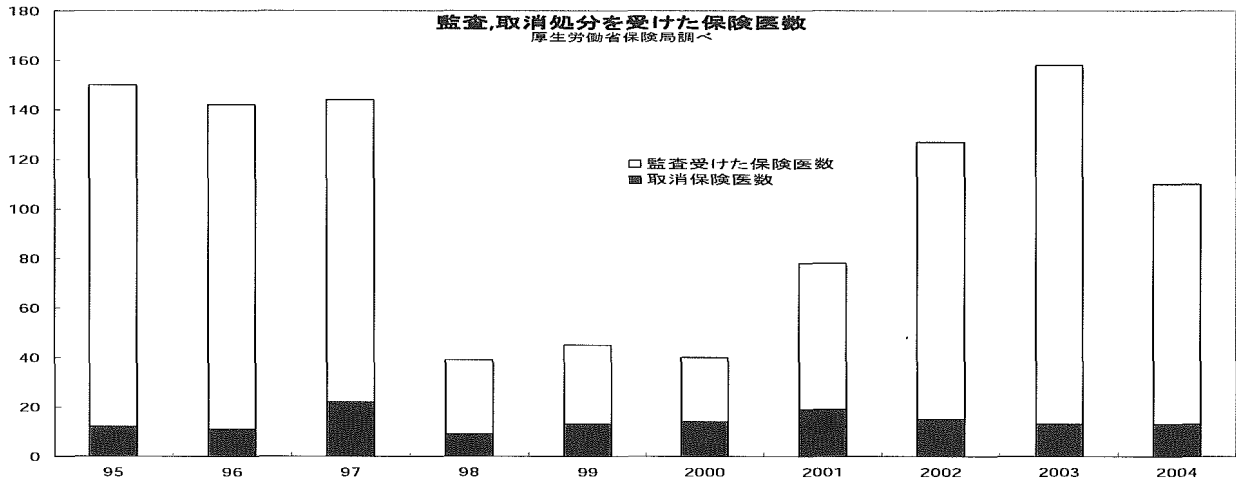
2004年度の場合、917の保険医療機関、5007人の保険医が個別指導の対象となり、56保険医療機関、110人の保険医が監査の対象とされている。そのうち27保険医療機関と13人の保険医が取消処分を受けた(いずれも医科のみ)。個別指導や監査によって医療機関が保険者に返還した金額は、監査によるものが33億7000万円、個別指導による自主返還が31億7000万円、総額65億4000万円だった。

保険医登録取消処分を受けると2年間は再登録がうけられず、事実上その間は保険診療ができなくなる。また、不正不当請求の内容が悪質の場合は、さらに医師免許の停止取消といった行政処分、さらには詐欺罪で刑事告発されることもある。1997～2004年の8年間で141人の保険医(医師)が登録取消処分を受けたが、そのうち38人は医師免許の停止等の行政処分を受け、7人は行政処分に加えて詐欺罪で刑事処罰も受けている(厚生労働省資料より著者集計)。

監査とは

- ・ 目的
 - 保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。(監査要綱より)
- ・ 監査後の措置・・・保険医療機関/保険医
 - 指定/登録取消 > 戒告 > 注意
- ・ 保険者、患者への返還





保険診療のルール 1—諸医事法規

不正とはいえなくてもルール違反にあたるのが不当請求、と述べたがではルールとは何だろうか？

第一に、医師法、医療法そして薬事法といった諸法規に違反したものであってはならない。これは保険診療でなくてもあらゆる診療行為においてそうである。

保険診療上しばしば問題になるのが医師法の「無診察治療の禁止」規定である。外来受診にあつては、必ず短時間であっても医師が直接診察しなければ診察料はもちろん投薬料も請求できない。再診であつて病状が安定しているとしても、医師の診察を受けることなく受付で薬剤だけ交付することは無診察治療に該当する。たとえ簡単であっても直接患者にあつて問診や診察しその所見を診療録に記載することを忘れないようにしたい(ただし、電話による再診は認められており、保険診療上も再診料の請求が認められる)。

保険診療上でもうひとつ問題になるのが薬事法である。わが国薬事法は医薬品について、適応症主義をとっている。すなわち薬理学的に有効と考えられても国が承認した適応症以外には投与できないし、もしした場合には当然ながら保険請求はできない。

保険診療のルール 2—療養担当規則

保険診療のルールであつて憲法にあたるのが療養担当規則(略して療担)である。療担は健康保険法に基づき厚生労働大臣が定める省令であり、法の一部をなす。それは医療機関対象の規則と医師を対象にした規則の2つの部分からなる。

第一章保険医療機関の療養担当の部分は専ら医療機関の管理に関する規則である。たとえば受診時の保険証の確認や一部負担金

無診察治療の禁止

- ・ 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方箋を交付してはならない(医師法第20条)
- ・ 初診時はもちろんのこと、再診時においても同様である。

(参考) 無診察投薬

「次回はお薬だけ
受付でもらして下さい」

無診察治療に該当する。

薬事法

医薬品の品質、有効性、安全性等について薬事法の承認を受けなければ、医薬品の製造・販売は行えない(第14条)

薬事承認された用法・用量、効能・効果等を遵守



することが、有効性・安全性の前提となっている

(参考) 保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外は用いてはならない(療担第19条)

療養担当規則

正式名: 保険医療機関及び保険医療療養担当規則

(健康保険法に基づき大臣が定めた規則)

第1章 保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章 保険医の診療方針等

診療の一般的・具体的方針、診療録の記載

の受領といった規定である。保険医療機関の規則には保険財政の健全運営を目的にした義務規定がいくつかある。たとえば家庭事情により退院が困難である場合、正当な事由なく療養指揮に従わないとき、詐欺その他不正な行為により給付を受けようとしたとき、はそれぞれ保険者に通報することが義務づけられている。この義務違反はめったに問題にされないが、保険医療機関には保険運営のために保険者に協力義務を課されている点は重要である。

第二章保険医の診療方針の部分、医師の診療に関する規則であり、保険医個人が責を負う重要な規則である。とくに重要なものが、投薬期間であり、一度に処方できる期間は薬剤によって14日、30日そして90日と異なった期間が定められている。30日投与できる薬が大半でもひとつでも14日限度の薬があったら14日後に再診してもらわなければならない。どの薬がどの限度かは、薬事法とは別に告示等で決められ、その内容は刻々変化しているので処方前に薬剤師等に問合わせることが不当請求にならないためにも必要である。

その他、保険医が留意すべき規則が特殊療法と研究目的の検査の禁止、そして健康診断の療養の給付としての禁止である。研修医の多くは高度医療機関で研修しており、活発な研究活動が行なわれている。しかしながら患者の治療に直接必要ではなく専ら研究のみを目的にして検査を行う(たとえばある疾患の患者の血液中の特殊な物質を研究するために一律に検査する等)ことは保険請求することはできない。このような場合は自費診療として医療機関が負担するか、研究費でまかなわなければならない。もうひとつ誤解しやすい規則に健康診断がある。健康診断とは、外見上とくに病気は無いが念の為検査する、ことを指す。保険診療が給付対象とするのは「必要の必要があると認められる疾病又は負傷」すなわち既に発生した傷病のみである。

むろん予防医学的には症状が出現する前に発見することが望ましいのだが、保険診療でそれを認めると無秩序に医療費が膨張し保険経済上許されないからである。健康診断をやっではいけないのではなく、やっても保険請求はできない、という意味であって、自費診療あるいは自治体や保険者の事業として行うことはかまわない。この場合も、その医療機関に保険診療で受診中の患者に対して行う場合には、保険請求とは明確に区別し、二重請求にならないよう注意が必要である。

第一章 保険医療機関の療養担当

- 療養の給付の担当の範囲
- 療養の給付の担当方針
- 診療に関する照会
- 適正な手続の確保
- 健康保険事業の健全な運営の確保
- 特定の保険薬局への誘導の禁止
- 掲示
- 受給資格の確認
- 要介護被保険者等の確認
- 被保険者証の返還
- 一部負担金等の受領
- 食事療養
- 特定療養費に係る療養の基準等
- 証明書等の交付
- 指定訪問看護の事業の説明
- 診療録の記載及び整備
- 帳簿等の保存
- 通知
- 看護
- 入院
- 報告

第2章 保険医の診療方針

- 診療の一般の方針
- 療養及び指導の基本準則
- 指導
- 転医及び対診
- 診療に関する照会
- 施術の同意
- 特殊療法等の禁止
- 使用医薬品及び歯科材料
- 健康保険事業の健全な運営の確保
- 特定の保険薬局への誘導の禁止
- 指定訪問看護事業との関係
- 診療の具体的方針
- 歯科診療の具体的方針
- 診療録の記載
- 処方せんの交付
- 適正な費用の請求の確保

特殊療法・研究目的検査・健康診断の禁止

- 特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない(療担第18条) 例外… 高度先進医療
- 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない(療担第20条) 例外… 治験
- 保険医の診療は、一般に医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。(療担第12条)
- 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。(療担第20条)

診療録

保険医に対する指導担当者が最も強調することはこまめな診療録の記載である。指導管理料のような無形サービスは、診療録以外にそれが提供された物的証拠が残らないからだ。たとえば外来栄養食事指導料は「医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合」に請求できるが、その条件として「管理栄養士への指示事項は、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂肪量・脂質構成（不飽和脂肪酸／飽和脂肪酸比）についての具体的な指示を含まなければなら」ず指示事項を診療録に記載すること、とされる。もし外来栄養食事指導料を請求しても診療録にこれらの記載が無かったり不備だったりすると請求の妥当性に嫌疑がかけられるおそれがある。

この他、診療録への一定事項の記載が請求要件になっている例に以下のものがある。

- ① 悪性腫瘍特異物質治療管理料（検査結果・治療計画の要点を診療録に記載）
- ② 特定薬剤治療管理料（対象疾患・薬剤が規定。血中濃度・治療計画の要点を診療録に記載）
- ③ (老人)退院指導料（関係職種が共同して療養計画を作成し、説明文書の写しを診療録に貼付）
- ④ 診療情報提供料（患者紹介の返事は算定不可）
- ⑤ 薬剤管理指導料（医師の同意、薬剤師による薬剤管理指導記録の作成）

傷病名

レセプトの記載事項の中で医学的に重要なものが傷病名である。レセプトは診断書ではなく医師の記名押印は求められず、複数の医師が診断した傷病名をひとつのレセプトに記載してもさしつかえない。通常は診療録に記載された傷病名をそのまま転記する。

傷病名は原則として1991年に厚生労働大臣が定めた電子請求レセプト傷病コードに規定する傷病名を記載しなければならない(レセプト記載要領)。

目下レセプトの電子化が急速に進んでおり、2011年度までに完全オンライン化が予定されている。レセプト作成者がコード化しやすい傷病名の記載に心がけることが必要である。

レセプトには複数傷病名を記載することができるが、その場合、ひとつを主傷病として傷病名の後に(主)と記載する。主傷病はここでは医学的管理の中心となった傷病名である(DPCレセプトでは主傷病は最も医療費のかかった傷病と定義されているのと異なる)。主傷病の選択は、指導管理料の中には選択された主傷病の種類によって請求できる額が異なってくるものもあるので慎重に行う(例:生活習慣病指導管理料)。

レセプトの審査は、診療内容と傷病名が一致しているか、を中心に行われる。したがって提供した診療内容と傷病名が一致するように傷病名を記載しなければならない。しかし逆の見方をすると、傷病名がそ

診療録記載

- 診療録の記載義務⇒医師法第24条、療担規則第22条
- 診療録(カルテ)は診療報酬請求の根拠である。
- 事実に基づいて必要事項を十分に記載していなければ、不正請求の疑いを招く
 - － 診療の都度、必要事項を記載する
 - － 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二重線で行う
 - － 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する
 - － 責任の所在を明確にするため、署名を必ず行う
- 診療録への一定事項の記載が保険請求の要件にされている診療行為がある

傷病名

- 医学的に妥当適切であること(電子請求レセプトコードに準拠する)
- 必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること
- 心身医学療法を算定する場合、心身症による当該身体的傷病の次に(心身症)と記載する(例:胃潰瘍(心身症))
- 診療開始・終了年月日を記載すること
- 傷病の転帰を記載し病名を整理すること
 - 疑い病名は早期に確定病名または中止とする
 - 急性病名が長期間続くことは不自然

ろっておれば本来なら認められない請求も審査をパスする。そこで、保険請求を通すことのみを目的に実際には無い虚偽の傷病名を記載する傾向がみられ、そうした虚偽傷病名は「保険病名」という隠語で呼ばれる。レセプトは診断書ではないとはいえ、そうした虚偽傷病名の記載は療担第 23 条の 2「保険医は、その行った診療に関する情報の提供において、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」違反であり、不正請求になりうるものである。

具体例をあげると、急性胃炎の患者にガスター内服薬を投与することは妥当だが、注射剤は消化管出血がなければ適応にならないので注射剤は用いてはならない。それを経営上の理由その他で注射剤を投与し、消化管出血の所見が無いにもかかわらず虚偽の傷病名を記載することは許されない。

なお、レセプトには診療内容に見合う全ての傷病名をもらさず記載することが必要で、対応する傷病が欠けた診療行為は査定(支払拒絶)されるのが原則であったが、2002 年より低薬価薬剤については、記載された傷病名より発症が類推できる傷病については記載省略できるようになった。対応する傷病名が無くても査定されない低薬価薬剤とは右のようなものである。

レセプトに記載される傷病名数の年々増加する傾向にあったが、2002 年のこの改正によってそれまで増加してきたレセプト傷病名数は初めて減少に転じた。適正な保険請求のみならず、レセプト情報が公衆衛生活動や保健事業に有効活用されるためにもレセプト記載傷病名の正確性の担保は重要である。

不適切な傷病名の例

(1) 医学的必要性のない検査のための疑い病名

肝炎疑い、悪性腫瘍疑い、機能障害疑い …

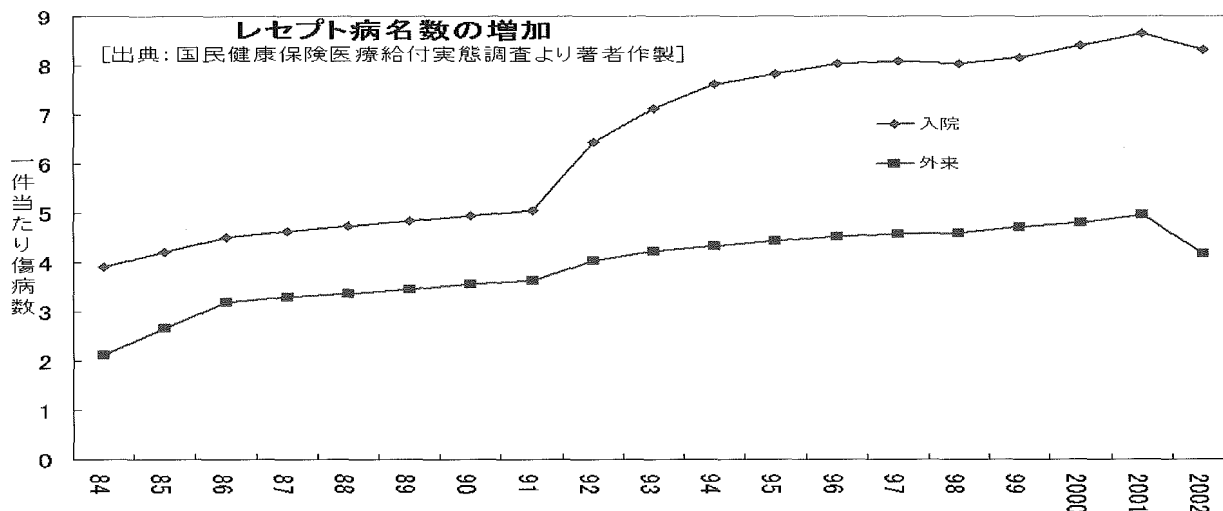
傷病を疑わせる所見がないのに検査を通すための疑い病名乱用はいけない

(2) 投薬・注射のための虚偽の保険病名

たとえばガスター(ファモチジン)注射薬は上部消化管出血しか適応症が認められておらず単なる胃潰瘍では請求は認められない。そこで出血の所見がないのに上部消化管出血の傷病名を記載して保険請求することはいけない

傷病名の記載が省略できる低薬価剤

- 消化器官用剤
- 下剤, 浣腸剤
- 眠剤
- 解熱鎮痛消炎剤
- 去痰剤及び鎮咳去痰剤
- 感冒薬



摘要欄追記と症状詳記

レセプトには傷病名と診療内容以外に摘要欄(レセプトの右半分。なお左半分は点数欄と呼ばれる)への追記を求められるものがある。たとえばC型慢性肝炎にインターフェロン製剤を投与する場合は、適応症、使用開始年月日、肝生検等検査の実施年月日および施設名を摘要欄に記載しなければならないことが通知で定められている。

そうした通知で求められる摘要欄追記の他に、傷病名だけでは審査委員に診療内容の必要性が理解してもらえないおそれがある場合等には、症状詳記をレセプトにつけることも多い。症状詳記は法的な根拠はないが、レセプトの摘要欄に追記したり付箋として付加される。また審査支払機関から疑義付箋つきで返戻された時も症状詳記を求められることがある。

症状詳記は、法的に記載を要求されるものではなく、あくまでその医療機関の請求のためだけに本来なら提出する必要のない個人情報を提供するものである。それゆえ記載にあたっては、特に感染症については個人情報保護に十分配慮すべきである。

摘要欄追記—C型肝炎に対するIFN

- C型肝炎患者にIFN製剤を投与する場合の扱い
- 摘要欄に適応症(血中HCV-RNA量高値、IFN製剤単独療法無効、IFN製剤単独療法後再燃)がいずれか明記
- 血中HCV-RNA高値に対して使用した場合は以下の事項も記載する
 - HCVに対する当該医薬品の使用開始年月日
 - HCVと診断した肝臓組織生検又は肝予備能、血小板数に係る検査の実施年月日と施設名

症状詳記

- 傷病名および摘要欄だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は症状詳記で補う
 - 客観的事実(検査結果等)
 - 当該診療行為が必要な具体的理由
 - 簡潔明瞭な記述かつ正確な内容
 - レセプト内容と矛盾しない

別紙調査票

○あなたの基本的な属性等についてお尋ねします

以下の項目について、あてはまるものを○で囲む、あるいは（ ）内にご回答ください。

問1 あなたが現在勤務している病院の種類はどれですか。

1. 大学附属病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立)
2. 研修指定病院・一般病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
3. 研修指定病院・精神病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
4. 研修指定病院群主病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
5. 研修指定病院群従病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)

問2 あなたの研修プログラムを管理している病院はどれですか。

1. 大学附属病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立)
2. 研修指定病院・一般病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
3. 研修指定病院・精神病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
4. 研修指定病院群主病院 (1. 国立、2. 公立、3. 私立、4. 公的)
5. 特になし

問3 2年間の臨床研修のうち、それぞれの研修期間を教えてください。

1. 大学附属病院 () ヶ月
2. 研修指定病院(群) () ヶ月
3. 上記以外の病院 () ヶ月

問4 あなたの研修の種類はどれですか。

1. ストレート方式(単一の診療科のみを研修するもの)
2. ローテート方式(内科系及び外科系の各々1診療科、あるいは、内科系又は外科系の1診療科かつ救急診療部門を2年間の研修期間中に研修するもの。1診療科の研修期間は、それぞれ原則として2か月以上)
3. 総合診療方式(内科系及び外科系の各々1診療科、小児科、救急診療部門を2年間の研修期間中に研修するもの。1診療科の研修期間は、それぞれ原則として2か月以上)
4. その他 ()

問5 2年間の研修期間で経験した診療科・施設すべてに○をつけ、()内に期間をお答えください。

- | | | | | | |
|----------|--------|---------|--------|----------|--------|
| 1. 総合診療科 | () ヶ月 | 2. 内科 | () ヶ月 | 3. 外科 | () ヶ月 |
| 4. 小児科 | () ヶ月 | 5. 産婦人科 | () ヶ月 | 6. 精神科 | () ヶ月 |
| 7. 泌尿器科 | () ヶ月 | 8. 整形外科 | () ヶ月 | 9. 脳神経外科 | () ヶ月 |

問 12 臨床研修終了後に所属する特定の専門科（医局）を決めていますか。

1. 決めていない
2. 決めている → 次の囲みの中から○をひとつ付けて下さい

1. 総合診療科	2. 内科系	3. 外科	4. 小児科	5. 産婦人科
6. 精神科	7. 泌尿器科	8. 整形外科	9. 脳神経外科	10. 皮膚科
11. 耳鼻科	12. 眼科	13. 形成外科	14. 麻酔科	15. 放射線科
16. 救命救急	17. 病理	18. 緩和ケア科	19. リハビリテーション科	
20. 医療行政職	21. 基礎系	22. その他（		）

問 13 卒後臨床研修終了を控え、今後の予定はどれですか。

1. 現在研修をしている研修病院で引き続き勤務する。 →問 14 にお答えください
2. 他の病院（大学附属病院を除く）に勤務する。 →問 14 にお答えください
3. 現在所属している大学の医局（または教室）に勤務する、またはその大学の派遣先の病院に勤務する。 →問 15 にお答えください
4. 出身でない大学の医局（または教室）に勤務する、またはその大学の派遣先の病院に勤務する。（現在は医局に所属していない） →問 15 にお答えください
5. 出身大学の医局（または教室）に勤務する、またはその大学の派遣先の病院に勤務する。（現在は医局に所属していない） →問 15 にお答えください
6. 臨床系大学院に進学する
7. 基礎・社会医学研究者（大学院生を含む）になる
8. 開業する（開業医を引き継ぐ）
9. 医療行政等の仕事につく
10. まだ決めていない
11. その他（

問 14 問 13 で 1、2 と答えた方にお尋ねします。身分はどれになる予定ですか。

1. 定員内正規職員
2. 期限付き職員（「専修医」「後期研修医」等）
3. わからない

問 15 問 13 で 3、4、5 と答えた方にお尋ねします。身分はどれになる予定ですか。

1. 大学の定員内正規職員
2. 大学の期限付き職員
3. 派遣先病院の職員
4. わからない

○基本的な臨床知識、技術、態度についてお尋ねします

以下のA、B、C、Dに従い、あてはまる記号を○で囲んでください。

- A. 確実にできる、自信がある B. だいたいできる、たぶんできる
C. あまり自信がない、ひとりでは不安である D. できない

1	患者の解釈モデルを聞きだすことができる	A	B	C	D
2	患者の病歴を系統的に聴取できる	A	B	C	D
3	患者と非言語的コミュニケーションができる	A	B	C	D
4	バイタルサインを取ることができる	A	B	C	D
5	皮膚の所見を記述できる	A	B	C	D
6	眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	A	B	C	D
7	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	A	B	C	D
8	甲状腺の触診ができる	A	B	C	D
9	心尖拍動を触知できる	A	B	C	D
10	心雑音を聴取し、記載できる	A	B	C	D
11	ラ音を聴取し、記載できる	A	B	C	D
12	筋性防御の有無を判定できる	A	B	C	D
13	直腸診で前立腺の異常を判断できる	A	B	C	D
14	妊娠の初期兆候を把握できる	A	B	C	D
15	双手診により女性付属器の腫脹を触知できる	A	B	C	D
16	関節可動域を検査できる	A	B	C	D
17	髄膜刺激所見をとることができる	A	B	C	D
18	小児の精神運動発達の異常を判断できる	A	B	C	D
19	うつ病の診断基準を述べるることができる	A	B	C	D
20	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	A	B	C	D
21	尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる	A	B	C	D
22	便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる	A	B	C	D
23	血液ガス分析の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
24	血算・白血球分画検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
25	血液生化学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
26	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果を判定できる	A	B	C	D
27	簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D

28	血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
29	内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
30	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	A	B	C	D
31	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
32	心電図検査を自ら実施し、不整脈の鑑別診断ができる	A	B	C	D
33	肺機能検査で閉塞性換気障害の判定ができる	A	B	C	D
34	超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる	A	B	C	D
35	胸部単純X線でシルエットサインを判定できる	A	B	C	D
36	腹部単純X線でイレウスを判定できる	A	B	C	D
37	胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる	A	B	C	D
38	頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	A	B	C	D
39	手術の手洗いが適切にできる	A	B	C	D
40	静脈血採血が正しくできる	A	B	C	D
41	動脈血採血が正しくできる	A	B	C	D
42	血液型クロスマッチを行い、結果の判定ができる	A	B	C	D
43	輸液の種類と適応を挙げ、輸液の量を決定できる	A	B	C	D
44	腰椎穿刺を実施できる	A	B	C	D
45	導尿法を実施できる	A	B	C	D
46	抗菌薬の作用・副作用を理解し、処方できる	A	B	C	D
47	局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える	A	B	C	D
48	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	A	B	C	D
49	皮膚縫合法を実施できる	A	B	C	D
50	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	A	B	C	D
51	術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる	A	B	C	D
52	心マッサージができる	A	B	C	D
53	気管挿管ができる	A	B	C	D
54	レスピレーターを装着し、調節できる	A	B	C	D
55	電氣的除細動の適応を挙げ、実施できる	A	B	C	D
56	救急患者の重傷度および緊急度を判断できる	A	B	C	D
57	ショックの診断と治療ができる	A	B	C	D
58	末期患者の家族に病気を説明し、家族の心理的不安を受け止めることができる	A	B	C	D
59	在宅医療を希望する末期患者のために、環境整備を指導できる	A	B	C	D
60	緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む）のチーム医療に参加できる	A	B	C	D

61	患者の身体的側面だけでなく、心理社会的側面に配慮した治療ができる	A	B	C	D
62	医療費や社会福祉サービスに関する患者、家族の相談に応じ、解決法を指導できる	A	B	C	D
63	インフォームドコンセントをとることが実施できる	A	B	C	D
64	指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる	A	B	C	D
65	糖尿病患者への健康教育（健康相談および指導）ができる	A	B	C	D
66	日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている	A	B	C	D
67	ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える	A	B	C	D
68	禁煙指導ができる	A	B	C	D
69	患者の知識や関心のレベルに応じた健康教育ができる	A	B	C	D
70	在宅医療の適応の判断ができる	A	B	C	D
71	地域の医療資源を活用し、入院患者の退院後も継続性のある医療を提供できるよう調整することができる	A	B	C	D
72	社会福祉施設等の役割について理解し、連携をとることができる	A	B	C	D
73	診療上湧き上がってきた疑問点について、Medline で文献検索ができる	A	B	C	D
74	カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる	A	B	C	D
75	診療録（退院時サマリーを含む）を POS(Problem Oriented System) に従って記載し管理できる	A	B	C	D
76	研究デザインを理解して、論文を読むことができる	A	B	C	D
77	学会で症例報告ができる	A	B	C	D
78	データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる	A	B	C	D
79	医療上の安全確認の基本的な考え方を理解し、実施できる	A	B	C	D
80	医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる	A	B	C	D
81	院内感染対策(Standard Precautions を含む)の基本を理解し、実施できる	A	B	C	D
82	高齢者の聴力・視力・認知面での障害の有無に配慮した、病歴聴取を行うことができる	A	B	C	D
83	高齢者の症状が非特異的、非典型的であることを理解して、身体所見をとることができる	A	B	C	D
84	高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治療法を呈示することができる	A	B	C	D
85	小児の精神運動発達の異常を判断できる	A	B	C	D

86	小児の採血、点滴ができる	A	B	C	D
87	患児の身体的苦痛のみならず、精神的ケアにも配慮できる	A	B	C	D
88	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	A	B	C	D
89	代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる	A	B	C	D
90	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	A	B	C	D
91	精神科コメディカルスタッフ（PSW 等）の業務を理解し、連携してケアを行うことができる	A	B	C	D
92	地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する知識を持ち、適切な連携をとることができる	A	B	C	D
93	守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。	A	B	C	D
94	患者の基本的権利について説明できる。	A	B	C	D
94	自己決定できない患者での代理決定について判断できる	A	B	C	D
95	診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む）を作成できる。	A	B	C	D
96	診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。	A	B	C	D

○あなたの経験数についてお尋ねします

以下の項目について、2年の研修期間中、入院患者あるいは外来患者について、あなたの経験した数をお尋ねします。あてはまるものを○で囲んでください。

症状・病態

1	不眠	0例	1～5例	6～10例	11例～
2	浮腫	0例	1～5例	6～10例	11例～
3	リンパ節腫脹	0例	1～5例	6～10例	11例～
4	発疹	0例	1～5例	6～10例	11例～
5	発熱	0例	1～5例	6～10例	11例～
6	頭痛	0例	1～5例	6～10例	11例～
7	めまい	0例	1～5例	6～10例	11例～
8	視力障害、視野狭窄	0例	1～5例	6～10例	11例～
9	結膜の充血	0例	1～5例	6～10例	11例～
10	胸痛	0例	1～5例	6～10例	11例～
11	動悸	0例	1～5例	6～10例	11例～
12	呼吸困難	0例	1～5例	6～10例	11例～
13	咳・痰	0例	1～5例	6～10例	11例～
14	嘔気・嘔吐	0例	1～5例	6～10例	11例～
15	腹痛	0例	1～5例	6～10例	11例～
16	便通異常(下痢、便秘)	0例	1～5例	6～10例	11例～
17	腰痛	0例	1～5例	6～10例	11例～
18	四肢のしびれ	0例	1～5例	6～10例	11例～
19	血尿	0例	1～5例	6～10例	11例～
20	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	0例	1～5例	6～10例	11例～
21	不安・抑うつ	0例	1～5例	6～10例	11例～
22	心肺停止	0例	1～5例	6～10例	11例～
23	ショック	0例	1～5例	6～10例	11例～
24	意識障害	0例	1～5例	6～10例	11例～
25	脳血管障害	0例	1～5例	6～10例	11例～
26	急性心不全	0例	1～5例	6～10例	11例～
27	急性冠症候群	0例	1～5例	6～10例	11例～
28	急性腹症	0例	1～5例	6～10例	11例～
29	急性消化管出血	0例	1～5例	6～10例	11例～