

補足説明資料

# 保険診療の理解のために(歯科)

(令和6年4月現在版)

厚生労働省 北海道厚生局 医療課  
北海道 保健福祉部 健康安全局 国保医療課

# 目 次

§ 1	医療保険制度	
1	医療保険の種類と保険者	1
2	医療保険の対象者	3
3	医療の提供	3
4	保険医療機関・保険医	4
5	保険診療	4
6	保険医療機関及び保険医療養担当規則	6
§ 2	保険診療取扱の実務留意事項	
1	受給資格の確認	18
2	受給資格の確認に当たっての注意	18
3	被保険者証の返還	18
4	傷病の原因確認	19
5	患者からの費用の徴収	19
6	院内の見やすい場所への掲示及びウェブサイトへの掲載を要する事項	21
§ 3	診療録の記載	
1	診療録の重要性	23
2	診療録記載に当たっての一般的注意事項	24
3	診療録記載に当たっての具体的注意事項	25
4	レコ等のOA機器により診療録を作成する場合における注意事項	25
	診療録の様式	27
	保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧	29

## § 1 医療保険制度

会社の従業員などの被用者についての医療保険(健康保険)は戦前から行われており、農業などの自営業に対する医療保険(国民健康保険)も一部の地域で行われていた。1961年4月から、すべての市町村において国民健康保険を実施することとなった。これが、原則としてすべての国民がいずれかの医療保険に加入するという「国民皆保険」の実現である<sup>(注)</sup>。

医療保険制度はその後様々な変遷を経て今日に至っている。

(注) 正確に言えば、生活保護受給者は医療保険に加入しない。また、外国居住者や短期滞日外国人なども加入対象外である。

### 1 医療保険の種類と保険者

医療保険事業の運営主体を、保険者という。

医療保険制度は各種の法律により規定されており、各々の法律による保険ごとに、単数又は複数の保険者がある。保険者は、医療保険の財政単位であり、保険料を集めて医療費用を支払う主体である。

具体例を挙げれば、大企業であればそれぞれの「健康保険組合」、中小企業であれば「全国健康保険協会」(略称は協会けんぽ。各都道府県に支部がある。2008年9月までは政府管掌健康保険として社会保険庁・社会保険事務局が担っていた)、公務員であれば各種の「共済組合」、船員保険であれば「全国健康保険協会 船員保険部(東京)」(全国健康保険協会の各都道府県支部ではなく、全国健康保険協会 船員保険部(東京)でのみ取り扱っている。2009年12月までは社会保険庁 社会保険事務局が担っていた)といったこととなる。これら雇われている者即ち「被用者」についての医療保険を「被用者保険」という。また、「社会保険」ということもある。

また、通常国民健康保険であれば「市町村」が保険者となり、開業医師・歯科医師・弁護士などの同種同業自営業が「国民健康保険組合」を組織すれば、これが保険者となる。国民健康保険は住所地に着目して適用・組織されるので「地域保険」ということもある。

2008年4月からスタートした後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県単位にすべての市町村により組織される「後期高齢者医療広域連合」(特別な地方公共団体)である。

なお、医療保険ではないが、国や地方自治体独自の公費負担医療もある。典型例は、生活保護の医療扶助である。

【医療保険等の種類概要】

	種 類	保 険 者	被 保 険 者
被 用 者 保 険	健康保険法 ・全国健康保険協会管掌健康 保険〔一般と特例被保険者〕 ・組管掌健康保険	全国健康保険協会  健康保険組合	中小企業等の従業員(一般) 日々雇い入れられる者(特例) 大企業等の従業員
	船員保険法 ・船員保険	全国健康保険協会 船員保険部(東京)	船員
	国家公務員共済組合法(短期 給付)	各省庁の共済組合	国家公務員
	地方公務員等共済組合法(短 期給付)	地方職員共済組合 指定都市職員共済組合 都市職員共済組合 市町村職員共済組合 警察共済組合 公立学校共済組合	道府県職員 指定都市職員 都市職員 市町村職員 都道府県警察職員 公立学校職員
	私立学校教職員共済法 (短期給付)	日本私立学校振興・共済事 業団	私立学校教職員等
地 域 保 険	国民健康保険法 ・国民健康保険 〔退職者医療〕 ・国民健康保険組合	市町村  国民健康保険組合(業種別)	住民(無職、自営業等) 〔被用者老齢年金受給の住民〕 組織された自営業等
防衛省の職員の給与等に関する法律の規定による給付			自衛官、防衛大学校生等
高齢者の医療の確保に関する法律 ・後期高齢者医療制度		後期高齢者医療広域連合	75歳以上の者及び65歳以 上74歳以下で一定の障害が あったり寝たきりとなっている 者

## 2 医療保険の対象者

国民は、医療保険に加入し、保険料を支払い、保険事故が起これば(疾病に罹り受傷すれば)、保険給付を受ける(診療所や病院で医療の提供等を受ける)。

被用者保険において保険の対象となっている者を「被保険者」という。共済組合では「組合員」と呼ぶ。被保険者(組合員)の収入により生計を維持している家族を「被扶養者」という。被扶養者にも、被保険者と同様の保険診療が行われる。

被保険者・被扶養者には、一人一枚又は家族で一枚の「被保険者証」が渡される。「被保険者証」は、通常、「保険証」や「健康保険証」と言い慣らされている。

国民健康保険では、通常、その加入は世帯単位であり、子どもなども含めてすべての世帯員が一人ひとり被保険者となる。

被保険者と被扶養者を総称して「加入者」と呼ぶこともある。

保険診療は、被保険者又は被扶養者である場合に受けられるものである。国民皆保険であつてすべての国民は医療保険に加入する義務があるが、何らかの事情により医療保険に加入していない場合があつたとすれば、保険診療は受けられない。自費診療となる。

## 3 医療の提供

医療保険の保険診療のスキームについて述べる。

まず、業務上の疾病や受傷(職場での転落事故など)は、労災制度の対象となるので、医療保険の対象とならない。医療保険から給付を受けるためには、その疾病や負傷が「業務外」でなければならない。

また、医療保険は疾病と負傷について保険診療を行うものであり、健康診断や予防処置は対象外となる。健診で異常が発見されれば、そこから対象となる。美容整形等も、一般に対象外である。同様の考え方から、歯列矯正は通常は自費診療となる。

疾病や負傷についての保険診療を、医療保険の法律では「療養の給付」と呼んでいる。保険者が患者に現金で払うのではなく、保険者が患者に「療養」というサービスそれ自体を給付するという法律上の考え方である。これを「現物給付」という。

一方、被保険者証をやむを得ず持参できなかった場合に医療を受ければ、患者はその場で全額支払い、後で保険者から保険給付分(通常であれば費用の7割)の償還を受ける、というのが原則である。これを「療養費払い」という。正常分娩でも、全額自費で支払い、後で保険者から出産育児一時金を受け取る。しかし、政策的な配慮から、患者や妊婦に代わって医療機関等がこの療養費を受け取れるようにしている場合がある。これを「療養費払いの代理受領」又は「現物給付化」と呼ぶ。出産育児一時金については各保険者から医療機関への直接支払制度(平成21年10月

～)及び受取代理制度(平成23年4月～)が実施されている。また高額療養費制度では、従来の入院に加え、平成24年4月からは外来診療についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、認定証などを提示すれば、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い(外来現物給付化)が導入されている。

なお、少なからぬ公費負担医療も、現物給付であるか現物給付化が行われている。

療養の給付は、保険医療機関において、保険医(医師・歯科医師)が行う。この二つの要件が必要である。したがって、保険医登録をしていなければ保険請求はできない。保険医療機関になっていない診療所で医療を行っても保険請求はできない。

#### 4 保険医療機関・保険医

保険医療機関となるためには、その前に、まず保健所で医療機関の開設許可又は開設届の受理を得なければならない。これは、保険診療か否かを問わず凡そ医療を提供するために必要な要件を備えていることを公が確認するためである。

医療機関が保険診療を行うためには、保険医療機関となる必要がある。保険医療機関となるためには、開設者が厚生労働省の地方組織である厚生局に保険医療機関の指定申請を行う。厚生局は全国に8ヶ所あるが、その8道府県以外の都府県には厚生局に属する各都府県事務所がある。そこに申請書を提出する。

申請に基づいて厚生局が指定を行うに当たって、学識経験者や医療関係者・保険者からなる地方社会保険医療協議会の意見を聞く。北海道においては、現在、月1回のサイクルで指定している。

保険医療機関の指定の有効期間は、6年間である。6年後に、その間に問題がなければ、更新される。

保険医療機関で保険診療に従事する医師・歯科医師は保険医でなければならない。医師又は歯科医師となるためのプロセスは省略する。医師・歯科医師が保険医の登録をするためには、やはり厚生局に登録申請を行う。保険医登録には地方社会保険医療協議会に諮ることを要しないため、そのつど登録を行っている。

#### 5 保険診療

保険診療は医療であるから、医学的に妥当なものでなければならないのは当然である。また、社会的に一定の質などが求められるので、医療法・医師法・歯科医師法・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などを遵守することも、前提となる。同時に、医療保険の財源は、一人ひとりが支払う保険料と、国や地方公共団体が徴収する税とからなる貴重

な財源であり、限りがあるものである。このため、保険診療にはルールが設けられている。

健康保険法第70条第1項は、保険医療機関に着目して、次のように規定している。

『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72条第1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。』

また、健康保険法第72条第1項は、保険医に着目して、次のように規定している。

『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。』

国民健康保険法等の他の医療保険に関する法律においても、「保険医療機関」及び「保険医」により医療が提供されることとなっている。逆に言えば、国保か健保かを問わず不適正な医療を行ったことにより保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されると、健保だけでなく他の医療保険も取り扱うことができなくなる。

これらの規定に基づく厚生労働省令が「療担規則」であり、保険診療の基本的なルールを定めている。保険医療機関と保険医は、このように、法律に基づいてこの療担規則に従うことが義務付けられているのである。

療担規則とは略称であり、正式には「保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)」という。この規則はもともと昭和32年に制定されたものであるが、随時改正が行われており、例えば、令和6年診療報酬改定に合わせて令和6年3月5日に改正が行われている。今後も診療報酬改定などに伴い改正があり得るので、注意が必要である。

療担規則には、第1章に保険医療機関として療養の給付を担当する際のルールが、第2章に保険医の診療方針等が規定されている。

いくつか紹介する。

懇切丁寧(療担規則第2条第1項、第13条)

妥当適切(第2条第2項、第12条)

申請や費用請求の適正実施(第2条の3…第2条の次の次に置かれた条文…改正で追加された条については、このような表記となることがある、第23条の2)

健康保険事業の健全な運営の確保(第2条の4、第19条の2)

特定の保険薬局への誘導禁止(第2条の5、第19条の3)

被保険者証の確認(第3条)

一部負担金の受領義務(第5条)

個別費用区分領収証の交付義務(第5条の2、第5条の2の2)

証明書等の無償交付[一部例外あり](第6条)

カルテ等への記載と整備・保存(第8条、第9条、第22条)

診療に関する他医からの照会への対応(第16条の2)

特殊療法等の禁止(第18条)

使用する医薬品・歯科材料の指定(第19条)

また、第21条には、歯科診療の具体的方針が明示されている。

以上が療担規則の概略であるが、療養の給付に要する費用の額については、別に定められている。それは、「診療報酬の算定方法」(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号:最終一部改正 令和6年3月5日 厚生労働省告示第57号)である。その別表第1が医科診療報酬点数表、別表第2が歯科診療報酬点数表、別表第3が調剤報酬点数表である。通常、二年に一度の診療報酬改定により全面改正されている。また、この「診療報酬の算定方法」に基づいて、各種の「施設基準」が定められている。その性格に応じ、例えば、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準は「基本診療料の施設基準等」(令和6年3月5日 厚生労働省告示第58号)に、歯科矯正診断料の施設基準は「特掲診療料の施設基準等」(令和6年3月5日 厚生労働省告示第59号)に定められている。

保険で用いることのできる薬剤については、「使用薬剤の薬価(薬価基準)」(平成20年3月5日厚生労働省告示第60号:最終一部改正 令和6年3月5日 厚生労働省告示第60号)により定められている。心臓ペースメーカーなどの特定保険医療材料については、「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年3月5日厚生労働省告示第61号:最終一部改正 令和6年3月5日 厚生労働省告示第61号)に定められている。

また、診療報酬明細書の様式をはじめ費用の請求に関しては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」(昭和51年8月2日 厚生省令第36号:最終一部改正 令和5年11月30日 厚生労働省令第8号)に定められている。

## 6 保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和32年厚生省令第15号)

(最終改正:令和6年3月5日 厚生労働省令第35号)

### 目次

第1章 保険医療機関の療養担当(第1条～第11条の3)

第2章 保険医の診療方針等(第12条～第23条の2)

第3章 雑則(第24条)〈略〉

附則 〈略〉



## 第1章 保険医療機関の療養担当

### (療養の給付の担当の範囲)

第1条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者の療養(以下単に「療養の給付」という。)の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

### (療養の給付の担当方針)

第2条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

2 保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者(以下単に「患者」という。)の療養上妥当適切なものでなければならない。

### (診療に関する照会)

第2条の2 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

### (適正な手続の確保)

第2条の3 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

### (健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の4 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

### (経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第2条の4の2 保険医療機関は、患者に対して、第5条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

### (特定の保険薬局への誘導の禁止)

**第2条の5** 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

**(掲示)**

**第2条の6** 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第5条の3第4項、第5条の3の2第4項及び第5条の4第2項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

**(受給資格の確認)**

**第3条** 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

- 一 健康保険法(大正11年法律第70号。以下「法」という。)第3条第13項に規定する電子資格確認
- 二 患者の提出する被保険者証

**(要介護被保険者等の確認)**

**第3条の2** 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当っては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

**(被保険者証の返還)**

**第4条** 保険医療機関は、第3条第2号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第100条、第105条又は第113条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

**(一部負担金等の受領)**

**第5条** 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であった者については法第74条の規定による一部負担金、法第85条に規定する食事療養標準負担額(同条第2項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。)、法第85条の2に規定する生活療養標準負担額(同条第2項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。)又は法第86条の規定による療養(法第63条第2項第1号に規定する食事療養(以下「食事療養」という。)及び同項第2号に規定する生活療養(以下「生活療養」という。)を除く。)についての費用の額に法第74条第1項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額(食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。)の支払を、被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項、第85条の2第2項又は第86条第2項第1号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第110条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第3号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第4号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第5号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3 保険医療機関のうち、医療法(昭和23年法律第205号)第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が200未満であるものを除く。)及び同法第4条の2第1項に規定する特定機能病院であるものは、法70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。(厚生労働大臣の定める場合を除く。)

## (領収証等の交付)

**第5条の2** 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するとき、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

※ ここでいう「正当な理由」とは明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、または、自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書を発行しようとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(注) 「正当な理由」に該当する診療所であっても、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨(手続き、費用徴収の有無等)の院内掲示が必要。

**第5条の2の2** 前条第2項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療(厚生労働大臣の定めるものに限る。)を担当した場合、(第5条第1項の規定により患者から費用の支払を受け除く。)において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(注1) レセプトの電子請求を行っている**病院**は、無償発行義務あり、平成28年4月以降は公費負担等自己負担の無い患者についても患者から求めがあれば「正当な理由」がない限り無償発行義務あり。ただし、平成30年4月以降は義務化。

(注2) レセプトの電子請求を行っている**診療所**は、「正当な理由」がない限り無償発行義務あり、平成28年4月以降は公費負担等自己負担の無い患者についても患者から求めがあれば「正当な理由」がない限り無償発行義務あり。

(注3) ここでいう「正当な理由」とは公費負担等自己負担の無い患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、または、自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書を発行しようとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合。ただし、令和4年4月1日以降は「正当な理由」がある場合についても、患者から求めがあった場合は発行義務あり。

## (食事療養)

**第5条の3** 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。

3 保険医療機関は、第5条第2項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容

及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### (生活療養)

**第5条の3の2** 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供し、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。

3 保険医療機関は、第5条第2項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### (保険外併用療養費に係る療養の基準等)

**第5条の4** 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第5条第2項又は第3項第2号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### (証明書等の交付)

**第6条** 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第87条第1項の規定による療養費(柔道整復を除く施術に係るものに限る。)、法第99条第1項の規定に

よる傷病手当金、法第101条の規定による出産育児一時金、法第102条第1項の規定による出産手当金又は法第114条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

#### (指定訪問看護の事業の説明)

**第7条** 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者(法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス事業者(訪問看護事業を行う者に限る。))及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者(介護予防訪問看護事業を行う者に限る。)をいう。以下同じ。)から指定訪問看護(法第88条第1項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス(同法第8条第4項に規定する訪問看護の場合に限る。))及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス(同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。)をいう。以下同じ。)を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

#### (診療録の記載及び整備)

**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。

#### (帳簿等の保存)

**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。

#### (通知)

**第10条** 保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

#### (入院)

**第11条** 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

2 保険医療機関は、病院にあっては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は

承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

#### (看護)

**第11条の2** 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

#### (報告)

**第11条の3** 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。

2 前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

## 第2章 保険医の診療方針等

#### (診療の一般的方針)

**第12条** 保険医の診療は、一般に医師又は歯科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、的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なければならない。

#### (療養及び指導の基本原則)

**第13条** 保険医は、診療に当っては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

#### (指導)

**第14条** 保険医は、診療にあたっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

**第15条** 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

#### (転医及び対診)

**第16条** 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

#### (診療に関する照会)

**第16条の2** 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

**(施術の同意)**

**第17条** 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、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。

**(特殊療法等の禁止)**

**第18条** 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ってはならない。

**(使用医薬品及び歯科材料)**

**第19条** 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、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(昭和35年法律第145号)第2条第17項に規定する治験(以下「治験」という。)に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

2 歯科医師である保険医は、厚生労働大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴において使用してはならない。ただし、治験に係る治療において、当該治験の対象とされる機械器具等を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

**(健康保険事業の健全な運営の確保)**

**第19条の2** 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

**(特定の保険薬局への誘導の禁止)**

**第19条の3** 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

**(指定訪問看護事業との関係)**

**第19条の4** 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション(指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。)に交付しなければならない。

2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。



## (診療の具体的方針)

第20条 (医師である保険医に係る内容であるため省略)

## (歯科診療の具体的方針)

第21条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第12条から第19条の3までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

### 一 診察

- イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。
- ロ 診察を行う場合は、患者の服用状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。
- ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
- ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

### 二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができる場合、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

### 三 処方箋の交付

- イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の2回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方

箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後7日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

#### 四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

- (1) 経口投与によっ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、又は経口投与によっ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 注射を行うに当たっては、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、これによって著しく治療の効果を挙げること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り行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

#### 五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

#### 六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ 歯冠修復

- (1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。
- (2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。

ロ 欠損補綴

(1) 有床義歯

- (一) 有床義歯は、必要があると認められる場合に行う。
- (二) 鉤は、金位14カラット合金又は代用合金を使用する。
- (三) バーは、代用合金を使用する。

(2) ブリッジ

(一) ブリッジは、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、その維持管理に努めるものとする。

(二) ブリッジは、金位14カラット合金又は代用合金を使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴

口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。

## 七 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。

### 七の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

## 八 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

## 九 歯科矯正

歯科矯正は、療養の給付の対象として行ってはならない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

### (診療録の記載)

**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。

### (処方箋の交付)

**第23条** 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第2号若しくは第2号の2又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第2号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

### (適正な費用の請求の確保)

**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。

## 第3章 雑則 <略>

## § 2 保険診療取扱の実務留意事項

### 1 受給資格の確認

- (1) 保険診療を行うときは、必ず「マイナンバーカード」又は「被保険者証」によって、患者の医療保険資格を確認する。なお、「マイナンバーカード」による医療保険資格の確認及びオンラインによる医療保険資格の確認は、令和3年10月より運用が開始されている。
- (2) 以前に受診したことがあるからといって、いわゆる「顔パス」は、許容しないようにする。月が替われば職場が変わっていることがある。また、職場は変わらなくとも、事業所が所属していた保険者が異なることもある。
- (3) 資格の確認は患者からの「マイナンバーカードの提示」又は「被保険者証の提出」によって行うものである。
- (4) マイナンバーカードは「提示」されるものであり、提出を求めない。  
提出を受けた被保険者証は、療養継続期間中は原則として保険医療機関において保管すべきものであるが、療養の給付を担当しなくなったとき、正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。
- (5) マイナンバーカード等によるオンライン資格確認が導入されると、医療保険の資格確認がスムーズに行うことができるため、資格喪失後受診等による請求誤りを防止することが可能となる。

### 2 受給資格の確認に当たっての注意

- (1) 記号・番号・有効期限・保険者番号・保険者名等を正しく診療録に転記する。  
なお、「被保険者証」をコピーして診療録に貼付等することは不適當である。(いわゆる電子カルテの場合で、カルテ作成の一環として直接カルテにコピーされる場合は可)
- (2) 自衛官には、自衛官診療証(保険者番号が07で始まる)が交付されており、これにより資格の確認を行う。自衛官の家族は防衛省共済組合の被扶養者となっているため、別に被保険証(共済組合員証)が交付されている。

### 3 被保険者証の返還

療担規則第4条は、「保険医療機関は、第3条第2号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。」となっている。平成13年4月からこのように改正されているが、それ以前は、被保

険者証の返還に際しては、「被保険者証に所定の事項を記入して返還しなければならない。」とされていた。この文言は、健康保険法施行規則が改正され、カード化された被保険者証の様式が新設されたことにより削除されたものであるが、改正省令附則第4項に、「改正後の様式による健康保険被保険者証以外の被保険者証の返還に際する所定事項の記入又は記録については、改正後の療担規則の規定にかかわらず、なお従前の例による。」とあり、従来の紙製の被保険者証の場合には所定の事項を記入して返還する必要がある。

#### 4 傷病の原因確認

- (1) 業務上の疾病・負傷は医療保険の保険診療とはならないので、業務上の傷病が疑われる場合はその原因等を保険医が聴取して診療録の所定欄に記載する(これにより、後日、医療保険者と労災当局との間で調整するのである)。

業務上の傷病に対する診療については労災保険が適用され、その適用がない場合は労働基準法の規定により事業主がその費用を負担することとなり、いずれにしても保険診療とはならない。

- (2) 交通事故による負傷や飲食店での食中毒等の「第三者<sup>(注)</sup>」の行為による傷病の場合は、その傷病が業務上のものではなくて患者が保険証を提出したときは、保険適用となる。この場合、被保険者は保険者に所定の届出を行うこととされているので、被保険者に対しその旨を説明するとともに、レセプトの「特記事項」欄にも「第三」と記載する。

(注) 加害者は、保険者でも被保険者でもないので、第三者という。

#### 5 患者からの費用の徴収

- (1) 保険診療において患者からの費用の徴収が認められるのは、「一部負担金」、「評価療養、患者申出療養及び選定療養に係る費用(差額ベッド代など)」、「入院時食事療養や入院時生活療養の標準負担額」といった法律に規定されたものに限られる。それ以外の差額徴収等は、禁止されている。

なお、外国語通訳料といった医療そのものではないものについては、患者にその費用を請求することができる。もちろん、その性格や額は社会常識に沿った合理的なものでなければならない。

- (2) 一部負担金は、通常、3割である。

0歳から6歳となった年度の末(3月31日)までは、2割。

70歳以上は、2割<sup>(注)</sup>。ただし平成26年4月1日までに70歳の誕生日を迎えた者は1割<sup>(注)</sup>。

現役並み所得者は、3割。

一部負担金の概略は、次のとおりである。

6歳の年度末まで	左から69歳	70から74歳	75歳以上
2割	3割	2割または1割 <sup>(注)</sup> 現役並み所得者 3割	1割 現役並み所得者 3割

(注) 平成26年4月2日以降に誕生日を迎える者(誕生日が昭和19年4月2日以降の者)は70歳となる誕生月の翌月(各月1日が誕生日の者はその月)の診療から、窓口負担は2割となる。

平成26年4月1日までに70歳の誕生日を迎える者(誕生日が昭和19年4月1日までの者)は平成26年4月以降も窓口負担は1割のまま変わらない。

※ このほか、高額療養費が現物給付化されていれば窓口負担額が変わってくる。現物給付や現物給付化の公費負担医療の場合でも、窓口負担額が変わってくる。

(3) 一部負担金は必ず徴収しなければならない、減免はできない。

健康保険法第74条第1項は、保険医療機関から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、一部負担金を当該保険医療機関に支払わなければならないとし、同条第2項は、保険医療機関は、当該一部負担金の支払を受けるべきものとしている。同法第70条の規定に基づき保険医療機関が遵守すべきものとされている療担規則第5条においても、保険医療機関は一部負担金の支払を受けるものとする、とされており、高齢者の医療の確保に関する法律第67条並びに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第5条においても同様に規定されている。

健康保険法及び療担規則等におけるこれらの規定の趣旨は、医療保険制度の安定的な運営の確保のため、

- ・保険料負担者である被保険者と保険診療を受ける患者との間の負担のバランスを図る、
- ・患者のコスト意識を喚起し、モラルハザードを防ぐ、
- ・診療の内容に応じて患者に負担が生じることを通じて、提供する保険診療について保険医療機関のモラルハザードを防ぐ、

ものである。

したがって、健康保険法及び療担規則等の規定の趣旨が守られるためには、患者がその勘定の負担において一部負担金相当額を支払うことが求められる。

また、保険医療機関においては、これに反する行為、例えば、一部負担金相当額の金員を受領した後直ちに同額を当該患者に贈与することを行うことは許されないと解すべきである。

(4) 国民健康保険資格証明書、後期高齢者医療資格証明書

正当な理由がなく国民健康保険料(税)を1年以上滞納している世帯には通常の保険証に代えて「国民健康保険資格証明書」が交付される。この資格証明書を提出した患者については、現物給付が行われないため、保険診療を行ったうえで、全額(点数×10円)を患者から徴収す

る。

病気や生活困窮など保険料を納付できない特別な事情がある場合を除き、正当な理由がなく後期高齢者医療保険料(税)を1年以上滞納している世帯には、通常の保険証に代えて「後期高齢者医療資格証明書」が交付される。この資格証明書を提出した患者については、現物給付が行われなため、保険診療を行ったうえで、全額(点数×10円)を患者から徴収する。

(5) 一部負担金以外で、患者からの費用の徴収が認められる主なものは次のとおりである。

- ・歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導の際の交通費
- ・液剤投与の際に用いる容器代
- ・患者の過失による薬剤の紛失、毀損の際の再交付分の薬剤の費用
- ・金属床による総義歯を製作した場合、地方厚生局長に報告した特別の料金とスルフォン床による総義歯との差額〔選定療養〕
- ・保険外併用療養費における地方厚生局長に報告した特別の料金〔選定療養〕
- ・入院時食事療養費に係る標準負担額
- ・入院時生活療養費に係る標準負担額
- ・一般の診断書料

一つ目の「・」から三つ目の「・」までの費用を患者から徴収した場合、診療録の所定欄に徴収額と徴収した旨を表示することが必要である。

(6) 保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴における保険給付外治療の取扱い

保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いは、歯及び口腔に対する治療体系が細分化されている歯科治療の特殊性に鑑み、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成(支台築造を含む。)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を、保険給付外の扱いとする。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨が判るように明確に記載する。なお、「歯科領域における保険給付外等の範囲について」(昭和51年7月29日 保文発第352号)は、平成26年3月31日をもって廃止する。

(令和6年3月5日 保医発0305第4号)

## 6 院内の見やすい場所への掲示及びウェブサイトへの掲載を要する事項(療担規則第2条の6関係)

- (1) 療担規則第5条の3第4項、第5条の3の2第4項の規定による、入院時食事療養の内容及び費用、入院時生活療養の内容及び費用
- (2) 療担規則第5条の4第2項の規定による、評価療養、患者申出療養又は選定療養(保険外併

用療養費に係る療養)の内容及び費用

- ① 特別の療養環境の提供(いわゆる差額ベッド)
- ② 金属床による総義歯の提供
- ③ う蝕に罹患している患者の指導管理
- ④ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

(3) 別に厚生労働大臣が定める事項

- ① 入院基本料に関する事項
- ② 地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項(①に掲げるものを除く)

具体的には、

- ・ 基本診療料の施設基準:医療DX推進体制整備加算、初診料(歯科)の注1に規定する施設基準、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療医療安全対策加算1~2、歯科外来診療感染対策加算1~4、歯科診療特別対応連携加算など(p. 30を参照)
- ・ 特掲診療料の施設基準:歯科治療時医療管理料、在宅療養支援歯科診療所1~2、在宅歯科医療推進加算、歯科口腔リハビリテーション料2、クラウン・ブリッジ維持管理料、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2、歯科矯正診断料、CAD/CAM冠など(p. 30~33を参照)

当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等をわかりやすく掲示(掲載)する必要がある。

③ 療担規則第5条の2第2項に規定する明細書の発行状況に関する事項

具体的には、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(令和6年3月5日 保発0305第11号)に基づいて行う。

④ 役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項(当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く)

具体的には、いわゆる保険外負担について、その内容及び費用を掲示する必要がある。

なお、保険外負担の在り方については、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(平成17年9月1日 保医発第0901002号、最終一部改正:令和2年3月23日 保医発0323第1号)に基づいて取り扱う。

※令和6年度診療報酬改正により上記(1)~(3)の事項は原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととなった(令和7年5月31日までの経過措置あり。)。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。



## § 3 診療録の記載

### 1 診療録の重要性

保険診療において、保険医療機関及び保険医として最低限遵守すべき事項として、保険医療機関及び保険医療養担当規則が定められており、この規則の中に、診療録の記載義務及び保存義務等が明記されている。

保険医療機関及び保険医療養担当規則違反は、すなわち健康保険法違反(第70条第1項違反、第72条第1項違反)であり、最悪の場合、保険医療機関の指定取消(健康保険法第80条)及び保険医の登録取消(健康保険法第81条)に該当する。

保険医が、被保険者の診療を行ったときは、遅滞なく、定められた所定の様式の診療録に当該診療に関して必要な事項を記載しなければならない(療担規則第22条)。歯科医師法においても、歯科医師は、患者について診療したときは、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(歯科医師法第23条第1項)と定められているが、保険医としても、特に定められている健康保険の診療録に、その診療の事実を記載するものとされているのである。また、保険医療機関としても、療養の給付の担当に関し必要な事項を記載するとともに、他の診療録(自費診療に係る診療録等)と区別して整理することと定められている(療担規則第8条)。

したがって、保険医の記載責任に属する事項は、主訴、初診時の口腔内所見、傷病名欄、療法処置等欄など診療の具体的事実に関する事項が中心となり、保険医療機関の記載責任に属する事項は、被保険者証欄、受給者欄、負担金欄など療養の給付及び診療報酬請求に必要な事務的事項が中心となる。ただし、歯科においては、同一診療内容であっても、使用材料、歯牙部位、窩洞部位等によって所定点数の異なるものが多数存在し、更に、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(療担規則第23条の2)ことから、適正な請求のためには点数欄についても診療を担当する保険医が責任をもつこととなる。

保険診療においては、特に、その診療報酬の請求は、事後に診療報酬請求書及び診療報酬明細書をもってなされるものであり、その請求の根拠としては診療録が唯一のものであるから、常に適正な記載を行い、これを整理して保管しておくことが重要である。

診療録の保存期間は、その完結の日から5年間(療担規則第9条)と保存の起算日が規定されており、当該患者に対する当該診療が完了した日から5年間保存しなければならない。また、診療録は、診療の開始から完結まで一体として存在価値があることから、それぞれの診療終了の時から5年経過によって、順次診療録を廃棄できるものではない。

「診療情報の提供等に関する指針」(平成15年9月12日 医政発第0912001号)及び「医療・介護関係

事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドンス」(平成29年4月14日 個人情報保護委員会・厚生労働省 令和5年3月一部改正)には、診療記録の正確性の確保が規定されており、診療記録の字句等を不当に変える改竄は行ってはならないことが明記されている。また、平成14年12月13日(最終改正:平成31年1月30日)に、医道審議会医道分科会は、「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」を取りまとめ、そのなかにおいて、医師・歯科医師に求められる職業倫理に反する行為についての基本的考え方として、「まず、医療提供上中心的な立場を担うべきことを期待される医師、歯科医師が、その業務を行うに当たって当然に負うべき業務を果たしていないことに起因する行為については、国民の医療に対する信用を失墜するものであり、厳正な対処が求められる。」とし、「その義務には、応招義務や診療録に真実を記載する義務など、医師、歯科医師の職業倫理として遵守することが当然に求められている義務を含む。」と明記されており、診療録の改竄が医道審議会における行政処分の対象となりうることが示されている。

医療過誤訴訟において、一般的には、診療録は信用性が高いものとされ、おおむねその記載に従って事実認定がされていることから、診療録に適正な診療がなされたことが実態どおりに的確に記載されていれば、医師、歯科医師にとって有利な証拠となるが、反対に、診療録に的確に記載されていない場合は、適正な診療がなされなかったと認定されることもありうるため、訴えを起こした患者にとって有利な証拠となるという、まったく逆の効果がありうる。

したがって、医師、歯科医師による診療録の記載内容の充実は、単に適正な診療報酬請求のためだけに必要なのではなく、患者への適切な診療のためにも、記載者たる医師、歯科医師のためにも非常に重要である。

## 2 診療録記載に当たっての一般的注意事項

- ・ 診療録の記載は実態どおりに行い、虚偽の記載は絶対に行わない。
- ・ 診療録の書換え及び遅滞のある後書きは行わない。
- ・ 診療録の記載は診療の都度、担当歯科医師が的確に行う。必要があつて歯科衛生士に口述筆記させた場合には、担当歯科医師が記載内容を確認して署名又は記名押印をする。
- ・ 同一の患者を複数の歯科医師が担当する場合には、責任の所在を明確にするため、各自、署名又は記名押印をする。
- ・ 第三者にも判読できるよう、丁寧な記載を心掛ける。
- ・ 保険診療から自費診療に移行した場合には、保険分と自費分の診療録を区別して作成し、双方に、移行した旨を記載する。
- ・ 欄外記載や、鉛筆による記載は行わない。
- ・ 行間は空けずに記載する。

- ・ 記載事項の訂正は二本線で抹消して行い、見え消しとする。また、訂正日時・訂正内容・訂正した者が判るように記載する。
- ・ 以上のほか、診療録の記載内容の信憑性に疑義が生じることは決して行わない。

### 3 診療録記載に当たっての具体的注意事項

- ・ 診療録第1面の各欄(主訴、初診時の口腔内所見、歯式、傷病名、開始・終了年月日、転帰)を的確に記載する。
- ・ 再度の初診の際の診療録第1面の記載に留意する(改めて、診療録第1面の各欄の記載が必要)。
- ・ 主訴の記載は患者自身の言葉で行う。
- ・ 傷病名の記載は略称病名ではなく、正式な診断名(進行度等を含む)を記載する。
- ・ 治療が必要な傷病名は初診時にすべて記載するように努める。
- ・ 診療録第2面の各欄(診療年月日、部位、療法処置、点数、負担金)を的確に記載する。
- ・ 診療録の記載は診療行為の手順に沿って行う。
- ・ 記載者にしか理解できない独自の記号・略称を使用しない。
- ・ 点数算定の根拠となる事項に関しては、すべて記載する。
- ・ 療法処置欄に使用金属名、使用材料名、使用薬剤名、窩洞部位、有床義歯の設計等を的確に記載する。
- ・ 投薬については、薬剤名、規格、単位、1日投与量、投与日数の記載を的確に行う。
- ・ 画像診断、検査、投薬、処置、手術等に際しては、所見、症状、経過等の記載を的確に行う。
- ・ 歯周病検査、補綴関連検査等の検査結果は、診療録に必ず記載又は添付する。
- ・ 各種加算の算定に際しては、加算理由(状態の記載)を明記する。
- ・ 歯科衛生士に対して歯科衛生実地指導を指示した場合には、指示内容等の要点を診療録に記載する。また、歯科衛生士には実施内容を歯科衛生士業務記録に記載させる。
- ・ 保険医療機関の責任において月ごとの診療実日数、合計点数に係る月締めを診療録上で行い、診療報酬明細書との突合チェックに活用する。

### 4 レセコン等のOA機器により診療録を作成する場合における注意事項

歯科医師法第23条に基づく診療録の記載については、作成の基礎となった情報の管理体制について十分留意した上で、作成した歯科医師の責任が明白であれば、ワードプロセッサ等所謂OA機器により作成することができることとされており(「診療録等の記載方法等について」昭63.5.6 歯12)、保険医療機関及び保険医療養担当規則第8条及び第22条の適用を受ける保険診

療に係る診療録についても同様であるが、「診療録等の電子媒体による保存について」（平 11.4.22 健政発 517・医薬発 587・保発 82）に定められた取扱いが行われていない場合にあっては、保険医の署名又は記名押印を要することとされている（「診療録等の記載方法等について」昭 63.5.6 保険発 43、最終改正；平 11.4.22 保険発 62）。

一方、いわゆる電子カルテ（電子情報処理組織）は、①真正性の確保、②見読性の確保、③保存性の確保の3条件を満たしたものをいい、施設の管理者は運用管理規定を定め、これに従い実施することとされ、特に真正性の確保において、「故意又は過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること」及び「作成の責任の所在を明確にすること」が必要とされ（「診療録等の電子媒体による保存について」平 11.4.22 健政発 517・医薬発 587・保発 82）、さらに真正性の確保として、「電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること」が必要であるとされている（「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」平 17.3.31 医政発 0331009）。

したがって、いわゆるレセコン（レセプトコンピュータ）は、いわゆる電子カルテに求められている3条件の中でも真正性が確保されておらず、レセコンによる診療録の作成は、筆記具である「ペン」を単に「ワープロ」に持ち替えただけのことであるため、保険診療においては、『診療後に毎回必ずプリントアウトして、その記載内容を担当保険医が確認した上で署名又は記名押印』して、はじめて診療録の記載が完結したことになる取扱いである。

また、「診療情報の提供等に関する指針」（平 15.9.12 医政発 0912001）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平 29.4.14 個人情報保護委員会・厚生労働省）には、診療記録の正確性の確保が規定され、診療記録の字句等を不当に変える改竄は行ってはならないことが明記されており、診療記録の訂正にあたっては、訂正した者、内容、日時等が分かるように行わなければならないとされている。

したがって、いわゆるレセコンにより診療録を作成している場合において、事後、診療録の訂正を行う必要が生じた場合には、すでにプリントアウトされ署名又は記名押印されている診療録を手書きで訂正するものであり、レセコンにすでに入力された内容を訂正入力した上で再度プリントアウトして診療録を差し替えるものではない。前述したとおり、レセコンによる診療録の作成は、あくまでも筆記具であるペンをワープロに持ち替えただけのことであり、再度プリントアウトして差し替える行為は、手書きの診療録の場合における診療録の書き換えと何ら相違のない不適切な取扱いである。

# 歯 科 診 療 録

様式第一号（二）の1（第二十二条関係）

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被 保 険 者 証 帳	記号・番号	.	
					有効期限	令和 年 月 日	
受 診 者	氏 名						
	生年月日	明大昭平令	年	月	日生	男・女	被保険者氏名
	住 所						
	職 業				被保険者との続柄		
		電話	局	番			
				資格取得	昭和 平成 令和	年	月 日
				者 （ 船 舶 所 有 事 業 者	所在地	電話 局 番	
					名 称		
				保 険 者	所在地	電話 局 番	
					名 称		

  

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	上 右 ————— 左 下
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		
+		上・外	年 月 日	年 月 日		

傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 月 日 日間 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	

様式第一号 (二)の2 (第二十二条関係)

月日	部位	療法・処置	点数	負担金 徴収額
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			
/	+			

# 保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧 (No.1)

## (1) 保険医療機関関係

No.	申請・届出事項	申請書等の名称	義務者	添付書類	提出先	備考
1	新たに保険医療機関の指定を受けようとするとき	保険医療機関指定申請書	開設者	開設許可、使用許可又は開設届の写 など	北海道厚生局	保険医登録票(勤務医全員)の写も添付。詳細は北海道厚生局に事前確認のこと。外来応需体制を有しなくなった場合やNo.4, 5, 6, 7についても事前確認のこと。
2	保険医療機関指定の有効期間(6年)が満了し、再指定を申請するとき	保険医療機関指定申請書(切替用)	開設者		北海道厚生局	事前に北海道厚生局から対象機関に対し、指定申請書を発送。
3	医療機関を廃止したとき	保険医療機関廃止届	開設者		北海道厚生局	
4	保険医療機関の所在地を変更したとき	旧所在地 No.3に同じ	開設者		北海道厚生局	前医療機関は廃止、変更後の医療機関は新規指定とする。
		新所在地 No.1に同じ	開設者	No.1に同じ		
5	保険医療機関の開設者に変更があったとき	前開設者 No.3に同じ	前開設者		北海道厚生局	前医療機関は廃止、変更後の医療機関は新規指定とする。(個人⇄法人へ変更の場合も同様)
		新開設者 No.1に同じ	新開設者	No.1に同じ		
6	病院が診療所となったとき	病院 No.3に同じ	開設者		北海道厚生局	病院を廃止し、診療所を新規指定とする。
		診療所 No.1に同じ	開設者	No.1に同じ		
7	診療所が病院となったとき	診療所 No.3に同じ	開設者		北海道厚生局	診療所を廃止し、病院を新規指定とする。
		病院 No.1に同じ	開設者	No.1に同じ		
8	保険医療機関の名称・住所表示・診療科・診療時間・休診日、開設者の氏名・名称、保険医の担当診療科等に変更があったとき	保険医療機関指定医療機関届出事項変更(異動)届	開設者		北海道厚生局	
9	保険医療機関の管理者に変更があったとき	保険医療機関指定医療機関届出事項変更(異動)届	開設者		北海道厚生局	保険医が異動した場合は、No.10の届出も必要。
10	保険医療機関の保険医に異動(転入、転出)があったとき	保険医療機関指定医療機関届出事項変更(異動)届	開設者		北海道厚生局	管理者が異動した場合は、No.9の届出も必要。
11	保険医療機関を休止するとき	保険医療機関休止届	開設者		北海道厚生局	
12	休止の保険医療機関を再開しようとするとき	保険医療機関再開届	開設者		北海道厚生局	
13	保険医療機関であることを辞退しようとするとき	保険医療機関辞退届	開設者		北海道厚生局	辞退日の1か月以上前に申し出る。

<注意> 保険医療機関の指定は「毎月1日」の「月1回」です。(※毎月20日までの受付分を翌月1日に指定。)

## (2) 保険医関係

No.	申請・届出事項	申請書等の名称	義務者	添付書類	提出先	備考
14	保険医の登録を受けようとするとき	保険医登録申請書	歯科医師	登録済証明書(歯科医籍)又は免許証の写	北海道厚生局	
15	保険医が道外に転出したとき	保険医届出事項変更(該当)届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	変更後、10日以内に届出が必要。
16	保険医が道内に転入してきたとき	保険医届出事項変更(該当)届	保険医	保険医登録票	転入前の管轄厚生局・事務所	変更後、10日以内に届出が必要。
17	保険医の氏名を変更したとき	保険医届出事項変更(該当)届	保険医	戸籍謄本(抄本)の写し、保険医登録票	北海道厚生局	
18	保険医が医師法第7条又は歯科医師法第7条に規定する処分を受けたとき	処分を受けたことの届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	
19	保険医が死亡し、又は失踪宣告を受けたとき	保険医届出事項変更(該当)届	戸籍法での届出義務者	保険医登録票	北海道厚生局	
20	保険医登録票を破り、汚し、又は失ったとき	保険医届出事項変更(該当)届	保険医		北海道厚生局	
21	保険医登録票を滅失したとき	保険医登録票の滅失届	保険医		北海道厚生局	
22	保険医であることを辞退しようとするとき	保険医登録抹消届	保険医	保険医登録票	北海道厚生局	辞退日の1か月以上前に申し出る。また、保険医登録票は辞退日から10日以内に返納。

<注意> 上記(1)(2)ともに、該当する事項があったときは、「すみやかに」申請又は届出をする必要があります。

## 保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧(No.2)

### (3) 基本診療料に係る施設基準等の届出関係（歯科）

No.	届出事項	届出様式	備考
23	医療DX推進体制整備加算	別添7 様式1の6	
24	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	別添7 様式2の6	毎年8月に院内感染対策の実施状況等について報告を提出
25	地域歯科診療支援病院歯科初診料	別添7 様式3	毎年8月に前年1年間(暦年)の実績報告を提出
26	歯科外来診療医療安全対策加算1	別添7 様式4	
27	歯科外来診療医療安全対策加算2	別添7 様式4の1の2	No.25の届出をした医療機関で、要件を満たしていること
28	歯科外来診療感染対策加算1	別添7 様式4	No.24の届出をした医療機関で、要件を満たしていること
29	歯科外来診療感染対策加算2	別添7 様式4	No.24の届出をした医療機関で、要件を満たしていること 感染症に関する対策、発生動向等に関する研修の受講状況について報告を提出
30	歯科外来診療感染対策加算3	別添7 様式4の1の2	No.25の届出をした医療機関で、要件を満たしていること
31	歯科外来診療感染対策加算4	別添7 様式4の1の2	No.25の届出をした医療機関で、要件を満たしていること 感染症に関する対策、発生動向等に関する研修の受講状況について報告を提出
32	歯科診療特別対応連携加算	別添7 様式4の2	
33	歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12に規定する基準	別添7 様式4の3	毎年8月に前年度の実績報告を提出
34	地域歯科診療支援病院入院加算	別添7 様式41	No.25の届出をした病院で、要件を満たしていること

### (4) 特掲診療料に係る施設基準等の届出関係（歯科）

No.	届出事項	届出様式	備考
35	開放型病院共同指導料	別添2 様式9、10	
36	電子的診療情報評価料	別添2 様式14の2	
37	医療機器安全管理料(歯科)	別添2 様式15	
38	歯科治療時医療管理料	別添2 様式17	
39	小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算	別添2 様式17の2	No.24の届出をした医療機関で、要件を満たしていること No.40、41の届出又はNo.47の届出をした医療機関で、要件を満たしていること
40	在宅療養支援歯科診療所1	別添2 様式18	年1回、様式18の2により歯科訪問診療の患者数等の報告を提出
41	在宅療養支援歯科診療所2	別添2 様式18	

<注1>上記の施設基準等に係る届出は、北海道厚生局が届出を受理した月の翌月から適用(算定開始)となります。  
ただし、月の最初の開庁日に北海道厚生局が届出を受理した場合は、当月から適用(算定開始)となります。

<注2>施設基準等を届出する際は届出書は1通提出し、控えは医療機関で保管する必要があります。

<注3>届出した施設基準等については、すべて院内掲示が必要となります(原則、ウェブサイトにも掲載が必要)。



No.	届出事項	届出様式	備考
42	在宅療養支援歯科病院	別添2 様式18	
43	在宅患者歯科治療時医療管理料	別添2 様式17	
44	歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX情報活用加算	別添2 様式11の6	
45	在宅歯科医療情報連携加算	別添2 様式19の3	
46	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	別添2 様式21	
47	歯科訪問診療料の注15に規定する基準	別添2 様式21の3の2	
48	在宅歯科医療推進加算	別添2 様式21の4	
49	口腔細菌定量検査	別添2 様式38の5	
50	有床義歯咀嚼機能検査1のイ	別添2 様式38の1の2	
51	有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	別添2 様式38の1の2	
52	有床義歯咀嚼機能検査2のイ	別添2 様式38の1の2	
53	有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査	別添2 様式38の1の2	
54	精密触覚機能検査	別添2 様式38の1の3	届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
55	睡眠時歯科筋電図検査	別添2 様式38の1の4	
56	歯科画像診断管理加算1	別添2 様式33	No.25の届出をした医療機関で、要件を満たしていること届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
57	歯科画像診断管理加算2	別添2 様式33	No.25の届出をした医療機関で、要件を満たしていること届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
58	遠隔画像診断(歯科)	別添2 様式35	送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要
59	外来後発医薬品使用体制加算	別添2 様式38の3	
60	歯科口腔リハビリテーション料2	別添2 様式44の4	

<注1>上記の施設基準等に係る届出は、北海道厚生局が届出を受理した月の翌月から適用(算定開始)となります。ただし、月の最初の開庁日に北海道厚生局が届出を受理した場合は、当月から適用(算定開始)となります。

<注2>施設基準等を届出する際は届出書は1通提出し、控えは医療機関で保管する必要があります。

<注3>届出した施設基準等については、すべて院内掲示が必要となります(原則、ウェブサイトにも掲載が必要)。

No.	届出事項	届出様式	備考
61	医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	別添2 様式48の2 様式48の2の2 様式48の3～4 様式4 様式13の4	毎年8月に報告を提出
62	手術用顕微鏡加算	別添2 様式49の8	
63	口腔粘膜処置	別添2 様式49の9	
64	う蝕歯無痛の高洞形成加算	別添2 様式50	
65	歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算	別添2 様式50の2の2	
66	歯科技工士連携加算2	別添2 様式50の2の2	
67	光学印象	別添2 様式50の2	
68	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	別添2 様式50の2	
69	歯科技工加算1及び2	別添2 様式50の3	
70	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	別添2 様式52 様式56の3	歯科口腔外科を標榜している病院であること
71	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	別添2 様式56の8	歯科口腔外科を標榜している病院であること
72	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る）	別添2 様式87の46の2	
73	医科点数表第2章第10部手術の通則の12並びに歯科点数表第2章第9部手術の通則の9に掲げる手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	別添2 様式48の2 様式48の2の2 様式48の3～4 様式4 様式13の4	毎年8月に報告を提出
74	歯周組織再生誘導手術	別添2 様式74	
75	手術時歯根面レーザー応用加算	別添2 様式50	
76	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	別添2 様式74の3	

<注1>上記の施設基準等に係る届出は、北海道厚生局が届出を受理した月の翌月から適用(算定開始)となります。  
ただし、月の最初の開庁日に北海道厚生局が届出を受理した場合は、当月から適用(算定開始)となります。

<注2>施設基準等を届出する際は届出書は1通提出し、控えは医療機関で保管する必要があります。

<注3>届出した施設基準等については、すべて院内掲示が必要となります(原則、ウェブサイトにも掲載が必要)。

## 保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧 (No.3)

No.	届出事項	届出様式	備考
77	歯根端切除手術の注3	別添2 様式49の8	
78	口腔粘膜血管腫凝固術	別添2 様式74の4	
79	レーザー機器加算	別添2 様式49の9	
80	歯科麻酔管理料	別添2 様式75の2	届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
81	周術期薬剤管理加算	別添2 様式75の3	
82	口腔病理診断管理加算1及び2	別添2 様式80の3	
83	クラウン・ブリッジ維持管理料	別添2 様式81	
84	歯科矯正診断料	別添2 様式82	届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
85	顎口腔機能診断料	別添2 様式83	届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行うこと
86	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	別添2 様式95	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年6月に「賃金改善計画書」を作成し提出</li> <li>・毎年8月に前年度における「賃金改善実績報告書」を作成し提出</li> </ul>
87	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)	別添2 様式96	
88	入院ベースアップ評価料	別添2 様式97	

<注1>上記の施設基準等に係る届出は、北海道厚生局が届出を受理した月の翌月から適用(算定開始)となります。ただし、月の最初の開庁日に北海道厚生局が届出を受理した場合は、当月から適用(算定開始)となります。

<注2>施設基準等を届出する際は届出書は1通提出し、控えは医療機関で保管する必要があります。

<注3>届出した施設基準等については、すべて院内掲示が必要となります(原則、ウェブサイトにも掲載が必要)。

### (5) 報告書(保険外併用療養費)関係(歯科)

No.	報告事項	申請書等の名称	備考
89	金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更するとき	金属床による総義歯の提供の実施(変更)報告書(別紙様式5)	
90	う蝕多発傾向を有しない16歳未満の継続的な指導管理を要する患者にフッ化物局所応用又は小窩裂溝充填塞に係る費用を定めた場合又は変更するとき	う蝕に罹患している患者の指導管理の実施(変更)報告書(別紙様式7)	
91	前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金にかかる費用を定めた場合又は変更するとき	前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施(変更)報告書(別紙様式14)	前歯部の鑄造インレー及び前歯部の鑄造4分の3冠のみが対象となる

<注1>各報告書は、北海道厚生局へ事前に実施報告書を提出し、その後、毎年定期的に報告が必要です。また、特別の料金を変更した場合にも変更の報告が必要です。

<注2>費用徴収、その他必要事項の院内掲示が必要となります(原則、ウェブサイトにも掲載が必要)。

## 保険医療機関・保険医のなすべき申請・届出・報告等一覧 (No.4)

### (6) その他の届出関係 (歯科)

No.	届出事項	申請書等の名称	備考
90	算定ルールに基づかないブリッジの製作	保険適応の有無について判断を求めるブリッジ又は小児義歯の製作に係る理由書	
91	クラウン・ブリッジ維持管理中のブリッジの製作		
92	先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合		
93	酸素の購入価格	酸素の購入価格に関する届出書 (別紙様式25)	前年の購入実績、次年度請求単価を2月15日までに報告

<注意>上記のブリッジ当の事前申請は、事前に承認の判断を求めなければならない、事後に承認の判断を求めるものではありません

### (7) 施設基準の届出状況等の報告について (歯科)

(3)、(4)の施設基準等に係る届出を行った場合は、その後、毎年定期的に報告していただくことが必要となるものがありますので、毎年8月に各保険医療機関宛に送付する文書をご確認ください。

## ホームページ掲載について

### 《共通事項》

※各申請・届出・報告等の様式は、「北海道厚生局ホームページ」→「申請等手続」→「医療課」からダウンロードすることができます。

○北海道厚生局ホームページ (<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>)

「申請等手続」をクリックする



○医療課の該当項目をクリックする

**医療課**

- ・ [保険医療機関等電子申請・届出等システムについて](#)
- ・ [保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出](#) → 29 ページ参照
- ・ [保険医・保険薬剤師の登録等に関する申請・届出](#) → 29 ページ参照
- ・ [施設基準の届出等](#) → 30～33 ページ参照
- ・ [在宅患者訪問薬剤管理指導の届出](#)
- ・ [ブリッジの事前申請書](#) → 34 ページ参照
- ・ [小児義歯の事前申請書](#) → 34 ページ参照
- ・ [明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出](#)
- ・ [保険外併用療養費の報告](#) → 34 ページ参照
- ・ [酸素の購入価格の届出](#) → 34 ページ参照
- ・ [訪問看護事業者及び訪問看護事業所（訪問看護ステーション）の変更・基準等に関する届出](#)
- ・ [柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任に関する申し出](#)
- ・ [はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費の受領委任に関する申し出](#)

○該当する項目をクリックして、必要な様式をダウンロードする

※診療報酬改定内容等に係る告示・通知・疑義解釈等については、随時、厚生労働省ホームページに掲載されます。

※届出用紙等に関しましては、従来どおりFAXや郵送での取扱いもしておりますので北海道厚生局のホームページよりダウンロードできない場合等におかれましては、裏面の北海道厚生局医療課宛にご連絡ください。

**厚生労働省 北海道厚生局 医療課**

〒060-0808 札幌市北区北8条西2丁目 札幌第1合同庁舎6階

TEL 011-796-5105

FAX 011-796-5133

**北海道 保健福祉部 健康安全局 国保医療課**

〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目

TEL 011-231-4111

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

北海道厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>

北海道庁ホームページ <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/>