

保険診療の理解のために

関東信越厚生局東京事務所
東京都福祉保健局

目次

I	わが国の医療保険制度	
1	わが国の医療保険制度	1
2	国民医療費の推移	3
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	5
2	保険診療の基本的ルール	6
III	歯科診療報酬点数に関する留意事項	
1	診療録（カルテ）	8
2	傷病名	9
3	基本診療料等	10
4	医学管理等	12
5	在宅医療	13
6	検査・画像診断	15
7	投薬・注射	16
8	リハビリテーション	18
9	処置・手術・歯冠修復及び欠損補綴	18
10	歯科矯正	18
11	基本診療料及び特掲診療料の施設基準等	19
IV	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	22
2	患者から受領できる費用	23
3	保険外併用療養費制度について	23
4	自己診療、自家診療について	25
V	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	26
2	平成26年度指導・監査の実施状況について	27
	資料	
	保険医療機関及び保険医療養担当規則	28
	歯科診療録の様式	39
	処方せんの様式	41
	歯科疾患管理料に係る管理計画書の様式	42
	歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書の様式	43
	保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式	43
	保険医療機関等の指導の概要	44
	保険医・保険薬剤師に関する事項	45
	保険医療機関・保険薬局に関する事項	46
	保険医療機関及び保険薬局の指定並びに	
	保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令	47
	診療録の取扱いに係る留意事項	49
	診療録等の記載方法等について	50
	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養	51
	保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法	53
	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	55
	歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について	67
	「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険 と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について	74
	平成25年度に実施した個別指導において	
	保険医療機関（歯科）に改善を求めた主な指摘事項	86

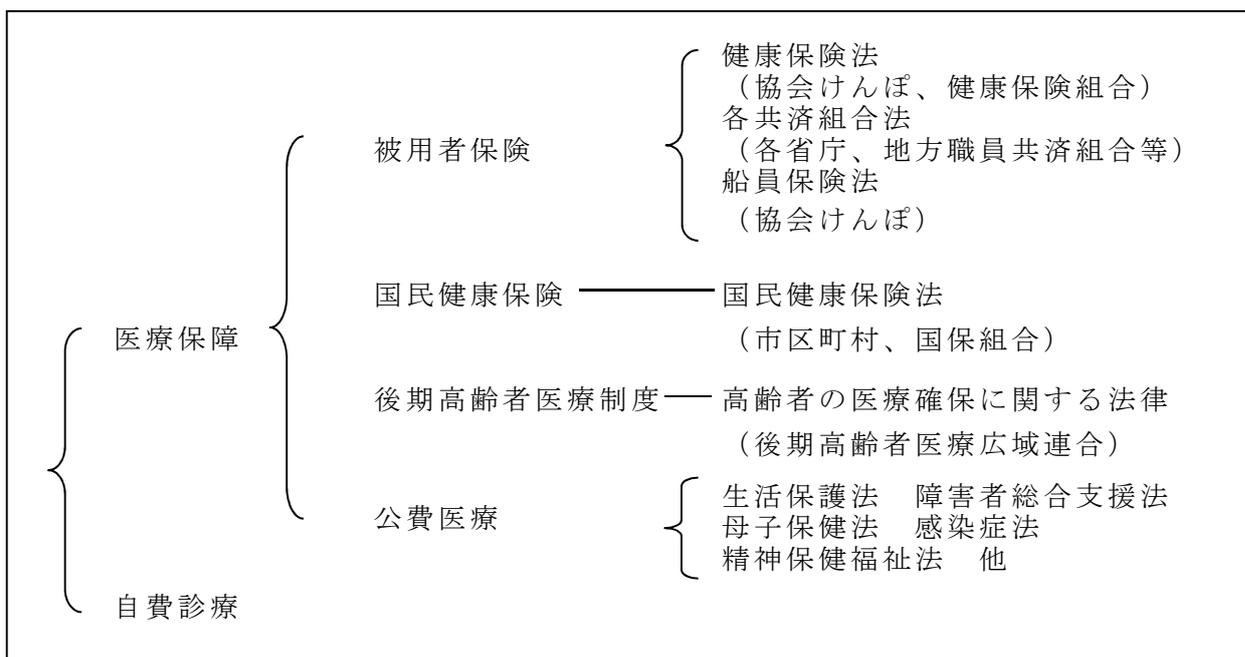
I わが国の医療保険制度

1 わが国の医療保険制度

(1) 医療保険制度の種類

わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、共済保険（共済）、船員保険（船保）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者については、後期高齢者医療制度が適用となる。



(2) 医療保険制度の特徴

わが国の医療保険制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付」、「フリーアクセス」の3点に集約される。

国民皆保険制度	すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。
現物給付	医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。
フリーアクセス	自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

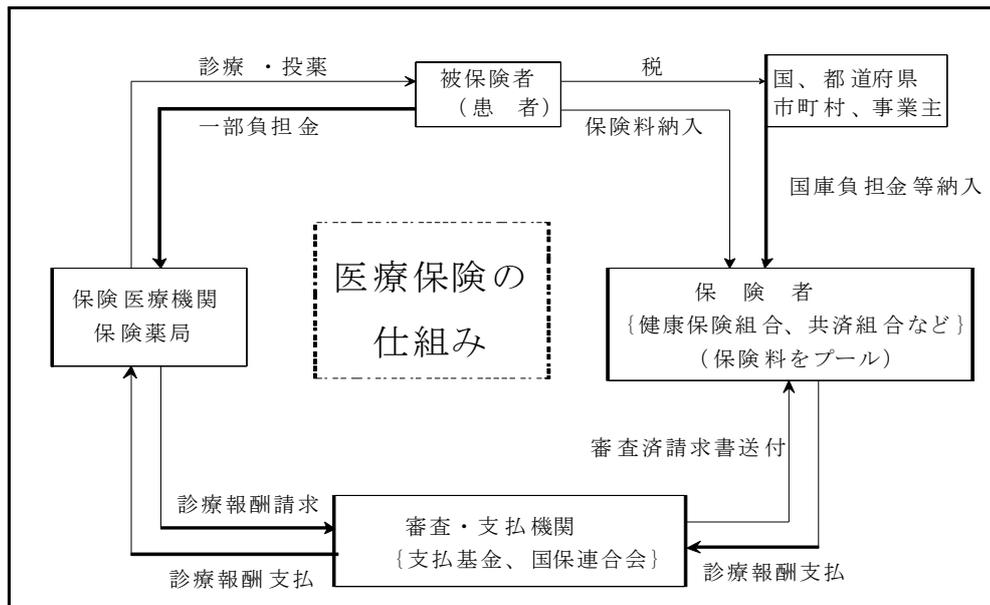
(3) 保険診療の具体的な仕組み

保険診療では、保険医療機関において保険医が療養担当規則などの保険診療の基準に沿って診療を行い、保険医療機関は実施した診療内容等に基づいて、厚生労働大臣が告示をもって定めている診療報酬（医科、歯科、調剤ごとに点数表等が決められている。1点＝10円）を算定し、診療報酬明細書（レセプト）を作成し、請求することになる。患者は、保険医療機関の窓口で診療報酬の一定割合（3割など）を一部負担金として支払う。

この診療報酬は、診療報酬改定ごとに、物価及び賃金の動向、医療を取り巻く諸状況を総合的に勘案しながら、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえて決定される、いわば一種の公定価格である。

保険医療機関から診療報酬が請求されると、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金や国保連合会）がレセプトに記載された診療内容や点数の算定方法等について審査を行う。レセプトの内容が明らかに請求できないものである場合等には審査で診療報酬請求の増減（査定）が、レセプトの記載不備等がある場合には保険医療機関への診療報酬明細書の差し戻し（返戻）が行われることがある。

こうした仕組みは、健康保険法等の医療保険各法に規定されており、これらの規定に同意した保険医療機関等が自由意思で参加することにより実施されている。保険診療が「保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”」と称されるゆえんである。



(4) わが国の医療制度の国際評価

保険医療制度を中心としたわが国の健康達成度の総合評価は、WHO（世界保健機関）の世界保健報告において、世界第1位と高く評価されている

日本	フランス	イギリス	ドイツ	アメリカ
1位	6位	9位	14位	15位

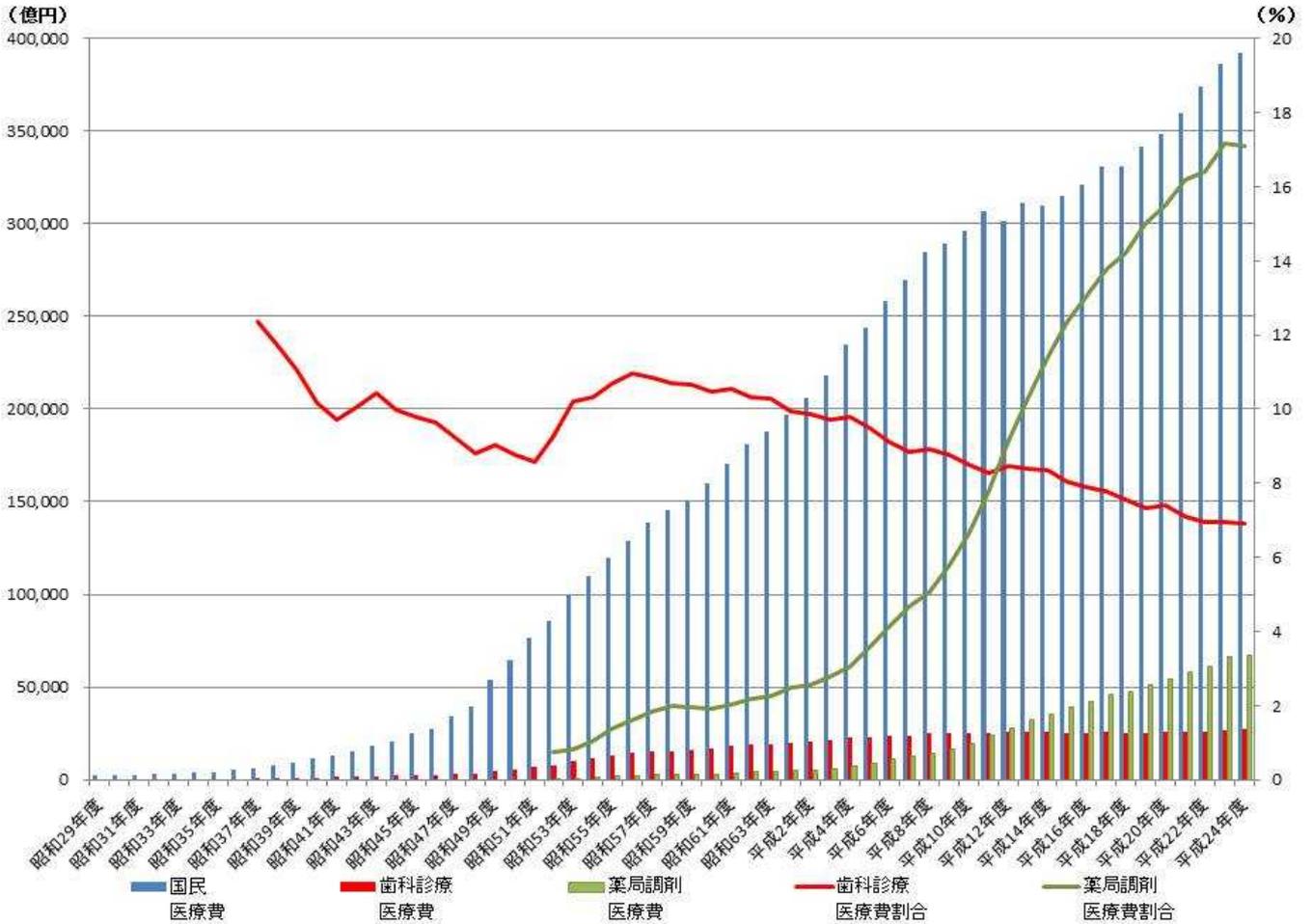
（2000年 WHO（世界保健機関）報告による）

〔世界191か国（国連加盟国）の健康達成度を医療の質や平等性という観点から総合的に評価したもの〕

2 国民医療費の推移

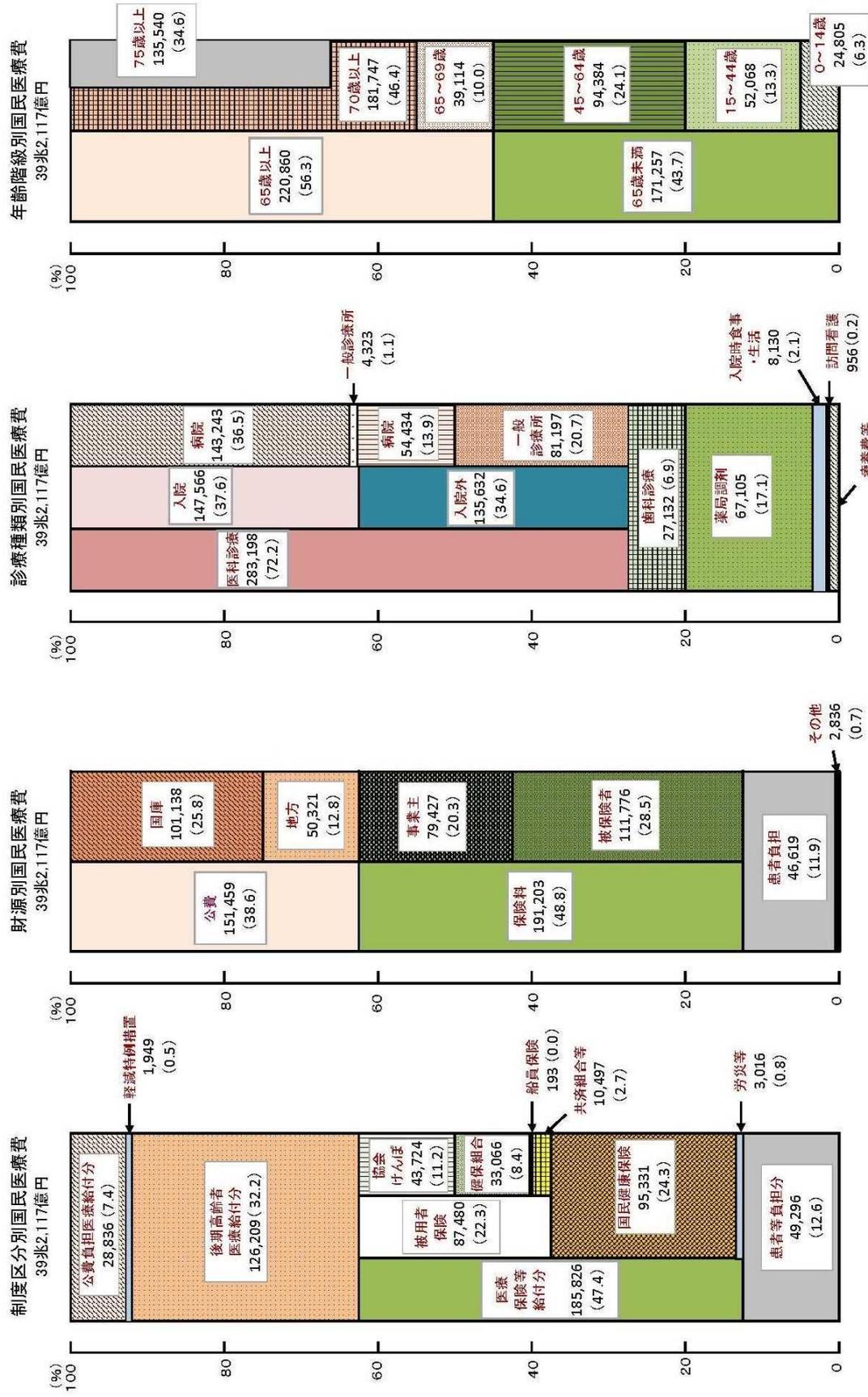
わが国の国民医療費、国民1人当たりの医療費は年々増加傾向にある。歯科医療費は、約2.7兆円程度であり、国民医療費の約7%程度となっている。

国民医療費、歯科診療医療費等の年次推移



平成 24 年度 国民医療費の構造

[国民医療費総額 39兆2,117億円、人口1人当たり国民医療費 307,500円]



注：1) 括弧なし数値は推計額（単位：億円）、括弧内の数値は構成割合（単位：%）である。
 2) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者等負担分は推計値である）。
 3) 制度区分別国民医療費以外は全て推計値である。

II 保険医、保険医療機関の責務

1 保険医、保険医療機関

(1) 保険医とは

健康保険法の規定により、「保険医療機関において健康保険の診療に従事する歯科医師は、厚生労働大臣の登録を受けた歯科医師でなければならない。」（健康保険法第 64 条）こととされている。

この登録（保険医登録）を受けるためには、歯科医師国家試験に合格し、歯科医師免許を受けることにより自動的に登録されるものではなく、歯科医師自らの意思により、勤務先の保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生(支)局長へ申請する（所在地を管轄する地方厚生(支)局の事務所がある場合には、当該事務所を経由して行う）必要がある。また、申請後交付された保険医登録票は適切に管理し、登録内容に変更が生じた時には速やかに（変更の内容によっては保険医登録票を添えて）届け出る必要がある。

(2) 保険医療機関とは

医療機関である病院、診療所は、医師又は歯科医師が公衆又は不特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所である（医療法 1 条の 5）。保険医療機関は、健康保険法等で規定されている療養の給付を行う病院、診療所であり、病院、診療所の開設者がその自由意思により申請することにより厚生労働大臣の指定を受ける必要がある。（健康保険法第 65 条）

(3) 保険医と保険医療機関の責務

① 保険医の責務

「保険医療機関において診療に従事する保険医は、厚生労働省令の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。」（健康保険法第 72 条）とされている。

② 保険医療機関の責務

保険医療機関は、厚生労働省令（※注）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ず（健康保険法第 70 条）、療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより算定する。（健康保険法第 76 条）

※注 ここていう厚生労働省令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）」と呼ばれるものであり、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を定めたものである。

2 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うに当たっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

(1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）（資料1）

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項につき取りまとめられている。

- ・ 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、一部負担金等の受領、領収証等の交付 等
- ・ 第2章：保険医の診療方針等
診療の一般的方針、歯科診療の具体的方針、診療録の記載 等

(2) 診療報酬が支払われる条件

次の全ての条件を満たす場合に限り、診療報酬が支払われることとなっている。

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法， 歯科医師法， 医療法， 医薬品医療機器法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（療担規則）の規定を遵守し
- ⑤ 歯科医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 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こと

(3) 保険診療の禁止事項

① 無診察治療の禁止

- ・ 歯科医師は、自ら診察しないで治療をし、又は診断書若しくは処方せんを交付してはならない。（歯科医師法第20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、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。（療担規則第12条）

② 特殊療法・研究的検査の禁止

- ・ 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。（療担規則第18条）
- ・ 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。（療担規則第19条）
- ・ 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。(療担規則第 19 条)

- ・ 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。(療担規則第 21 条)

③ 健康診断の禁止

- ・ 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、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。(療担規則第 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。(療担規則第 21 条)

④ 濃厚(過剰)診療の禁止

- ・ 検査、投薬・注射、手術等は必要性を十分考慮した上で必要の範囲内で行う。

(療担規則第 21 条)

⑤ 経済上の利益の提供による誘引の禁止

- ・ 保険医療機関は、患者に対して、一部負担金の額に応じて収益業務に係る物品の対価の額の値引きをする等、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、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。(療担規則第 2 条の 4 の 2)
- ・ また、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等、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自己の保険医療機関で診療を受けるように誘引してはならない。

(療担規則第 2 条の 4 の 2 第 2 項)

⑥ 特定の保険薬局への誘導の禁止

- ・ 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の行う処方せんの交付に関し、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。(療担規則第 2 条の 5)
- ・ 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、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。

(療担規則第 2 条の 5)

- ・ 保険医は、処方せんの交付に関し、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。(療担規則第 19 条の 3)
- ・ 保険医は、処方せんの交付に関し、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。(療担規則第 19 条の 3)

Ⅲ 歯科診療報酬点数に関する留意事項

1 診療録（カルテ）

○ 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

(1) 診療録とは（資料 2）

診療録（カルテ）は、診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠でもある。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、不正請求の疑いを招くおそれがある。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担規則第 22 条、歯科医師法第 23 条）

- ・ 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一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。
- ・ 歯科医師は、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。

② 診療録の整備、保存

（療担規則第 8 条、第 9 条、歯科医師法第 23 条第 2 項）

- ・ 保険診療に必要な事項を記載し、他の診療録と区別して整備しなければならない。
- ・ 診療録は、診療完結の日から 5 年間保存しなければならない。
- ・ 療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から 3 年間保存しなければならない。

(3) 記載上の留意点（一例）

- ・ 診療の都度、診療の経過を記載する。必然的に、外来患者であれば受診の都度、入院患者であれば原則として毎日、診療録の記載がなされることになる。
- ・ 診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数の項目があることに留意する。
- ・ 責任の所在を明確にするため、OA 機器により作成する場合、保険医の署名又は記名押印をすること。

(4) 医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点

- ・ 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こと。また、席を離れる際には必ずログアウトすること。
- ・ パスワードは定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワード等を記したメモを端末に掲示等しないこと。
- ・ 歯科医師が他の者（例えば担当看護師等）にパスワードを伝達し、食事、臨時処方等のオーダーの入力代行等をさせることのないようにすること（場合に

よっては、当該看護師の無資格診療を問われる可能性がある。)

- ・ 電子カルテにおいても紙カルテと同様に、修正等の履歴が確認できるシステムが構築されていること。

(5) レセプトコンピュータ使用時の注意点

- ・ いわゆるレセプトコンピュータ（レセコン）は、レセプト請求のために歯科医師が行った診療行為を記録し、診療報酬の請求額を計算し、これをレセプトとして出力することを目的とするものである。
- ・ レセコンの中には「カルテ」作成支援機能を有しているものがあるが、「電子カルテ」の3要件（真正性、見読性、保存性）を満たしていないレセコンを用いて作成された電子的記録は「電子カルテ」とは認められない。そのため、患者の診療を行った場合には、遅滞なく紙媒体に打ち出し、保険医が署名又は記名押印することにより診療録として整備されることとなる。

2 傷病名

- 診断の都度、医学的に妥当適切な傷病名を、診療録に記載する。
- いわゆる「レセプト病名」を付けるのではなく、必要があれば症状詳記等で説明を補うようにする。

(1) 傷病名記載上の留意点

- ・ 医学的に妥当適切な傷病名を主治医自らつけること。請求事務担当者が主治医に確認することなく傷病名をつけることは厳に慎むこと。
- ・ 診断の都度、診療録（電子カルテを含む）の所定の様式に記載すること。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に未準拠のオーダーエントリーシステムに傷病名を入力・保存しても、診療録への傷病名の記載とは見なされないため、必ず診療録に記載すること。
- ・ 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。
- ・ 診療開始年月日、終了年月日を記載すること。
- ・ 傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理すること。
- ・ 疑い病名は、診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更すること。また、当該病名に相当しないと判断した場合は、その段階で中止とすること。

(2) いわゆる「レセプト病名」について

保険適応外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられる、実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を用いてレセプトを作成することは、極めて不適切で認められない。

3 基本診療料等

- 外来患者が医療機関に来院しても、初診料・再診料等が請求できない場合がある。
- 入院基本料等を算定するための要件があることに留意する。

(1) 歯科初診料等算定上の留意点

① 歯科初診料

学校検診等、自覚的・自覚的でない症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が特に治療の必要性を認め治療を開始した場合は、初診料は算定できない。

② 歯科再診料

歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同日に2回以上の再診を行った場合の再診料は、1回の算定とする。

(2) 歯科診療特別対応加算

著しく歯科診療の困難な者に対して初再診を行った場合に加算する。

▶ 著しく歯科診療の困難な者：

- ・ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ・ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- ・ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ・ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- ・ これらに準ずる状態にある者

(3) 入院基本料・特定入院料

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。

(4) 入院基本料等の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な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こととなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

（各体制の主な基準）

① 入院診療計画に関する基準

- ・ 歯科医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同で、総合的な診療計

画（「入院診療計画書」）を策定するとともに、入院後7日以内に患者に対し、入院診療計画書に沿って診療計画の説明を行う。

- ・ 入院診療計画書は必ず患者に交付するとともに、写しを診療録に貼付する。

② 院内感染防止対策に関する基準

- ・ 院内感染対策委員会の設置、感染情報レポートの作成、職員に対する手洗い励行の徹底、必要な消毒機材の設置など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※ なお、これに加えて一定の要件を満たす院内の感染防止対策が実施されている場合については、感染防止対策加算1・2として別途評価が行われる。

③ 医療安全管理体制に関する基準

- ・ 安全管理指針の策定、医療事故・インシデント報告制度の整備、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※ なお、これに加えて、一定の要件を満たす医療安全対策が実施されている場合については、医療安全対策加算1・2として別途評価が行われる。

④ 褥瘡対策に関する基準

- ・ 褥瘡対策に関する専任の医師、及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する看護職員等により構成される褥瘡対策チームの設置、委員会の定期的開催、褥瘡リスクのスクリーニング、専任の医師及び看護職員による褥瘡対策の診療計画の作成・実施及び評価、体圧分散式マットレスの具備等、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※ なお、これに加えて、一定の要件を満たす褥瘡対策が実施されている場合については、褥瘡ハイリスク患者ケア加算として別途評価が行われる。

⑤ 栄養管理体制に関する基準

- ・ 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士（有床診療所では非常勤でも可）の1名以上配置、医療従事者が共同して栄養管理を行う体制や栄養管理手順の作成、入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されている。
- ・ 入院時に患者の栄養状態を医師、管理栄養士、看護師が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載している。
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要と判断される患者について、栄養状態の評価を行って栄養管理計画を策定し、それに基づいた栄養管理の実施と定期的な記録や評価、計画の見直しを行う。

(5) 入院基本料等の加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて入院基本料に一定点数が加算となる。

（加算の例）

- ① 臨床研修病院入院診療加算
- ② 診療録管理体制加算
- ③ 医療安全対策加算

○ 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

(1) 医学管理料の算定上の留意点

- ① 医学管理料とは、処置や投薬等の物理的な技術料と異なり、歯科医師による患者指導や歯科医学的管理そのものを評価する診療報酬項目であり、いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限など、請求上留意すべき事項についても知っておく必要があり、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。
- ② 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ごとに定められていることに留意する。
- ③ 歯科衛生士に関する診療報酬項目については、歯科衛生士業務記録の作成および保管が必要となる。
- ④ 算定回数に制限があり、他の指導料との関連で算定できない場合もある。
- ⑤ 文書による情報提供が必要な場合もある。

【メモ】

5 在宅医療

○ 在宅療養患者への指導管理についても、指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

(1) 歯科訪問診療料の算定上の留意点

- ① 在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - ・ 患者の求めに応じたもの
 - ・ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合
- ② 16km を超える歯科訪問診療は、患家付近に他の保険医がいない、いても専門外など、やむを得ない絶対的な理由がある場合のみにしか認められない。

(2) 医療保険と介護保険の給付調整

- ① 医療保険の診療報酬及び介護保険の介護報酬については、それぞれの基準に基づき算定されることになる。一方で、健康保険法及び老人保健法において、同一の疾病又は傷害について、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、医療保険からの給付は行わない旨が規定されている。
- ② 月の途中で要介護被保険者等となる場合については、要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更される。この場合において、1 月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月 4 回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮する。
- ③ 居宅療養管理指導費給付時の医療保険との調整

診療報酬点数表の項目	医療保険での算定
診療情報提供料（I）（注 2 及び注 6）	同一月に歯科医師による居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可
歯科疾患管理料	
歯科特定疾患療養管理料	
歯科疾患在宅療養管理料	
在宅患者連携指導料	算定不可
訪問歯科衛生指導料	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	

B009 診療情報提供料（I）

注2：保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回につき算定する。

注6：保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

【メモ】

○ 各種の検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

(1) 検査・画像診断の算定上の留意点

- ① 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こととされている。
- ② 健康診断を目的とした検査、研究を目的とした検査について、保険診療として請求することは認められていない。
- ③ 検査は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行わなければならない。
- ④ 検査結果を診療録に記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付する。
- ⑤ 画一的に多項目を一律に実施するような検査は不適切である。
- ⑥ 算定要件に留意すること。(単位(例：1口腔、1歯等)、回数等)

(2) 不適切な検査の実施例

- ① 不適切ないわゆるセット検査
- ② 検査の重複
- ③ 必要性の乏しいと思われる検査

(3) 画像診断

- ① 必要な部位を鮮明な画像で撮影する。
- ② 画像を紛失しないように記録、整理して保管する。
- ③ 診療録には画像診断に係る所見を記載する。
- ④ 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料(区分番号E000に掲げる写真診断(3*に係るものに限る。))を除く。)は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- ⑤ 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料(区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織(3*に係るものに限る。))を除く。)は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数より、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。

(*：歯科用3次元エックス線断層撮影)

(4) 歯科画像診断管理加算1, 2

- ① 歯科画像診断管理加算1

病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師

が、歯科パノラマ断層撮影等の読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

② 歯科画像診断管理加算 2

コンピューター断層撮影（CT撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）又は歯科用3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない（「通則8」又は「通則9」により算定する場合は除く。）。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

(5) 歯科用3次元エックス線断層撮影

部位限定エックス線CT診断装置又はアーム型エックス線CT診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を3次元的に確認する撮影。歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該画像撮影の必要性が十分認められる次のいずれかを3次元的に確認する場合に算定する。

イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係

ロ 顎関節症等、顎関節の形態

ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態

ニ 腫瘍等、病巣の広がり

ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等を確認する特段の必要性が認められる場合

7 投薬・注射

○ 薬剤の使用に当たっては、医薬品医療機器法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を遵守する。

(1) 実施方針について

- ① 患者を診察することなく投薬、注射、処方せんの交付はできない。
(療担規則第 12 条、歯科医師法第 20 条)
- ② 保険診療においては、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない。(療担規則第 19 条)
- ③ 経口投与を原則とし、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う。(療担規則第 21 条)
- ④ 投薬日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない。(療担規則第 21 条)
- ⑤ 投薬及び処方せんの交付を行うに当たっては、後発医薬品（ジェネリック医薬品）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。また、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。(療担規則第 21 条)

(2) 後発医薬品の使用促進

保険診療に際しては、前項のとおり後発医薬品の使用努力を療担規則で規定している。

平成 24 年 4 月 1 日以降、後発医薬品が存在する医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合に、医療機関において一般名処方加算を算定できる。

(処方せんの様式) (資料 3)

- ・ 処方を行う保険医（処方医）が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
- ・ 「保険医署名」欄に処方医の署名等がない処方せんを受け付けた保険薬局の保険薬剤師は、処方薬に代えて、後発医薬品を調剤することができる。
- ・ 「保険医署名」欄に処方医の署名等がある処方せんを受け付けた場合でも、「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない医薬品（銘柄名で記載されたものに限る。）について、患者の選択に基づき、後発医薬品を調剤することができる。

(3) 不適切な投薬・注射の実施例

- ① 禁忌投与
- ② 適応外投与
- ③ 用法外投与
- ④ 過量投与
- ⑤ 重複投与
- ⑥ 多剤投与
- ⑦ 長期漫然投与

8 リハビリテーション

○ リハビリテーションを行った場合は、実施内容の要点、実施時刻の診療録等への記載が必要である。

(1) リハビリテーションの算定上の留意点

- ① リハビリテーションの実施に当たっては、特に定める場合を除き、すべての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録等へ記載する。
- ② 歯科口腔リハビリテーション料1、2においては、実施内容（調整方法及び調整部位又は指導内容）の要点を診療録に記載する。

9 処置・手術・歯冠修復及び欠損補綴

○ 個々の患者の病状等から必要性を十分に考慮した上で、最小限の診療に努めること。

10 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。

* 別に厚生労働大臣が定める疾患

- (1)唇顎口蓋裂 (2)ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）
- (3)鎖骨・頭蓋骨異形成 (4)トリチャーコリンズ症候群
- (5)ピエールロバン症候群 (6)ダウン症候群
- (7)ラッセルシルバー症候群 (8)ターナー症候群
- (9)ベックウィズ・ヴィードマン症候群 (10)ロンベルグ症候群
- (11)先天性ミオパチー（先天性筋ジストロフィーを含む。）
- (12)顔面半側肥大症 (13)エリス・ヴァン・クレベルド症候群
- (14)軟骨形成不全症 (15)外胚葉異形成症 (16)神経線維腫症
- (17)基底細胞母斑症候群 (18)ヌーナン症候群
- (19)マルファン症候群 (20)プラダーウィリー症候群 (21)顔面裂
- (22)大理石骨病 (23)色素失調症 (24)口・顔・指症候群

- (25)メービウス症候群 (26)カブキ症候群
 (27)クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群
 (28)ウィリアムズ症候群 (29)ビンダー症候群
 (30)スティックラー症候群 (31)小舌症
 (32)頭蓋骨癒合症(クルーズン症候群、尖頭合指症を含む。)
 (33)骨形成不全症 (34)口笛顔貌症候群
 (35)ルビンスタイン-ティビ症候群 (36)常染色体欠失症候群
 (37)ラーセン症候群 (38)濃化異骨症
 (39)6歯以上の先天性部分(性)無歯症 (40)チャージ症候群
 (41)マーシャル症候群 (42)成長ホルモン分泌不全性低身長症
 (43)ポリエックス症候群 (44)リング 18 症候群 (45)リンパ管腫
 (46)全前脳(胞)症 (47) クラインフェルター症候群
 (48) 偽性低アルドステロン症 (ゴードン症候群)
 (49)ソトス症候群
 (50)グリコサミノグリカン代謝障害 (ムコ多糖症)

11 基本診療料及び特掲診療料の施設基準等

○ 保険医療機関の施設基準等は、事前の届出が必要である。

(1) 届出の通則

- ① 保険医療機関は、施設基準の規定に従い適正に届出を行わなければならない。
- ② 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。
- ③ 届出の内容又は届出の変更の内容が施設基準の規定に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効である。
- ④ 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行う。

(2) 施設基準の通則

- ① 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出を行ったことがないこと。
- ② 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- ③ 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

(3) 基本診療料の施設基準等

- ・ 明細書発行体制等加算の施設基準（施設基準を満たしていれば届け出は不要）
- ・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の施設基準
- ・ 歯科診療特別対応連携加算の施設基準
- ・ 臨床研修病院入院診療加算の施設基準
（施設基準を満たしていれば届け出は不要）
- ・ 診療録管理体制加算の施設基準
- ・ 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(4) 特掲診療料の施設基準等

- ・ 開放型病院共同指導料の施設基準
- ・ 医療機器安全管理料（歯科）の施設基準
- ・ 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の施設基準
- ・ 在宅療養支援歯科診療所の施設基準
- ・ 在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の施設基準
- ・ 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算の施設基準
- ・ 在宅歯科医療推進加算の施設基準
- ・ 歯科訪問診療料の注 1 3 に規定する基準の施設基準
- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
- ・ 歯科画像診断管理加算 1 の施設基準
- ・ 歯科画像診断管理加算 2 の施設基準
- ・ 遠隔画像診断の施設基準
- ・ 有床義歯咀嚼機能検査の施設基準
- ・ 歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準
- ・ う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準
- ・ CAD/CAM冠の施設基準
- ・ 歯科技工加算 1 及び 2 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 8 部処置通則第 6 号に掲げる処置の休日加算 1 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 8 部処置通則第 6 号に掲げる
処置の時間外加算 1 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 8 部処置通則第 6 号に掲げる処置の深夜加算 1 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 9 部手術通則第 9 号に掲げる手術の休日加算 1 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 9 部手術通則第 9 号に掲げる
手術の時間外加算 1 の施設基準
- ・ 歯科点数表第 2 章第 9 部手術通則第 9 号に掲げる手術の深夜加算 1 の施設基準
- ・ 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）の施設基準
- ・ 歯周組織再生誘導手術の施設基準
- ・ 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準
- ・ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準
- ・ 歯根端切除手術の注 3 の施設基準
- ・ 口腔病理診断管理加算 1 の施設基準
- ・ 口腔病理診断管理加算 2 の施設基準

IV 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）

療担規則第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

- ・ 診療録に記載（あるいは医療情報システムに登録）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。
- ・ 歯科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。

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

療担規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲が以下のとおり定められている。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 療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

3 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。

「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）

- ・ 先進医療（高度医療を含む）
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 医薬品医療機器法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・ 医薬品医療機器法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・ 適応外の医薬品の使用
- ・ 適応外の医療機器の使用

「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。

(選定療養の種類)

- ・ 特別の療養環境の提供
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診察
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ う蝕の継続的な指導管理
- ・ 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
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 180日以上入院

(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ってはならない」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。
- ・ 従来の特定期療養費制度では、実施するに当たって、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（従来の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、「適」、「否」、「変更」又は「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、現場の歯科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、医薬品医療機器法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施に当たっては、医薬品医療機器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（治験実施期間）とする。
治験実施期間とは、治験薬等の投与を開始した日から投与を終了した日までであり、治験薬等を投与していない前観察期間及び後観察期間はこれに含まれない。
- ・ 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。（いずれも、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）。

4 自己診療、自家診療について

(1) 自己診療について

歯科医師が、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、被保険者等の患者（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、認められない。なお、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、治療を受ける場合は、保険診療として請求することができる。

(2) 自家診療について

歯科医師が、自ら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、加入する医療保険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。

【メモ】

V 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(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

診療内容及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場合に行われる。

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。

また、本来、「取消」を行うべき事例であるが、すでに保険医療機関が廃止され、又は保険医が登録抹消している等の場合には、「取消相当」という扱いとし、「取消」と同等に取扱われる。

なお、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 つけまし付増請求

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。

④ 二重請求

自費診療で行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

a 医師数、看護師等数の標欠

b 定数超過入院

c 非保険医の診療、業務上の傷病についての診療に関して請求すること

d 保険医療機関以外の場所での診療に関して請求すること

e 保険請求できない診療行為(押し掛け往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等に関して請求すること。

◆ 取消処分となった場合は、原則 5 年間は再指定・再登録は行われないこととされている。

こうした不正な行為は、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においては、制度を維持する上で致命的なものであると言える。故意に不正請求することは論外であり、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

保険医療機関及び保険医療養担当規則（「療担規則」）

※ 法令は、その性格上、必要に応じ随時改正されます。直近の条文等の情報については、インターネット等で入手願います。

○保険医療機関及び保険医療養担当規則

（昭和 32 年 4 月 30 日）

（昭和 32 年厚生省令第 15 号）

（最終改正：平成 28 年 3 月 4 日厚生労働省令第 27 号）

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 43 条ノ 4 第 1 項及び第 43 条ノ 6 第 1 項（これらの規定を同法第 59 条ノ 2 第 7 項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、並びに日雇労働者健康保険法（昭和 28 年法律第 207 号）及び船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）を実施するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則を次のように定める。

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つ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つ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つた場合には、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。)の行う処方せんの交付に関し、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、保険医の行う処方せんの交付に関し、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。

(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、その者の提出する被保険者証によつ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つて被保険者証を提出することができない患者であつて、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。

(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

たつては、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、当該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、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号。以下「法」という。）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つ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（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つ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。

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院（同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が 500 以上であるものに限る。）及び医療法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院であるものは、法第 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は、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。

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。

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る場合を除く。）において、患者から求めがあつたときは、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つ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。

（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。

（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の見やすい場所に、前項の療養の内

内容及び費用に関する事項を掲示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条第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。

(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4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。)を受けると認められた場合には、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、患者の診療録にあつては、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1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つ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、病院にあつては、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、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。

(療養及び指導の基本準則)

第 13 条 保険医は、診療に当つては、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、診療にあたつ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つた場合には、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つて、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つてはならない。

(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 16 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、治験に係る診療において、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、診療に当たつては、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、処方せんの交付に関し、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つてはならない。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、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。

(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 医師である保険医の診療の具体的方針は、前 12 条の規定によるほか、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、患者の服薬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つてはならない。
- 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、研究の目的をもつて行つてはならない。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 1 剤で足りる場合には 1 剤を投与し、必要があると認められる場合に 2 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、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第 14 条の 4 第 1 項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第 14 条又は第 19 条の 2 の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第 14 条の 4 第 1 項第 2 号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）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と認められる場合は、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つ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。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについて

は当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、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 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

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

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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 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。

六の二 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。

七 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 単なる疲労回復、正常分べん又は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。

(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、患者の服薬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つてはならない。

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、研究の目的をもつて行つてはならない。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1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2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、治療の効果を上げることができると認められる場合は、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つ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 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、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 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 注射を行うに当たっては、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、これによつて著しく治療の効果を上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て行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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つて行う。

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、これを行つた場

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合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、金位十四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、これを行つた場合は、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。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(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つてはならない。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、患者の診療を行つた場合には、遅滞なく、様式第一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。

(処方せんの交付)

第 23 条 保険医は、処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、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、その行つ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。

歯科診療録の様式 (様式第一号(二)の1、第22条関係)

様式第一号(二)の1 (第二十二条関係)

歯 科 診 療 録											
公費負担者番号				公費負担医療の受給者番号				保険者番号			
氏名				明大昭平 年 月 日生 男・女				被保険者手帳 記号・番号		.	
								有効期限		平成 年 月 日	
生年月日				明大昭平 年 月 日生 男・女				被保険者氏名			
								資格取得			
住 所				電話 局 番				事業所 (船舶所有者) 所在地		電話 局 番	
								名称			
職 業				被保険者との続柄				所在地		電話 局 番	
								名称			
部 位	傷 病 名	職務	開 始	終 了	転 帰	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 20px;">上</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: -50%; right: 50%; transform: translateY(-50%); border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 50%; transform: translateX(-50%); border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; bottom: 0; left: 50%; transform: translateX(-50%); border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 20px;">下</div> </div> [主訴] その他摘要					
		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		年 月 日		自 月 日 日間					
		至 月 日				至 月 日					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨											
備 考											

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

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・被保険者手帳の記号・番号					

患 者	氏 名						保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	電 話 番 号					
	区 分	被保険者	被扶養者				保 険 医 氏 名 (印)					
		都道府県番号					点数表番号	医療機関コード				

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	<small>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>
-------	----------	-----------	----------	---

処 方	変更不可	<small>個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>
--------	------	---

備 考	保険医署名	<small>「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</small>
<small>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</small>		

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 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年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

〔患者記入欄〕 年 月 日

患者氏名	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女
生年月日	明・大・昭			
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【服薬歴】薬名（ ）			
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数（ ）回 ・朝食後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・歯磨きの時間 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他（ ） ・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない ・歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ・喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去に有り ・睡眠時間 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分 ・歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 習ったことがない <input type="checkbox"/> 習ったことがある ・その他（ ）			
備考	【備考】			

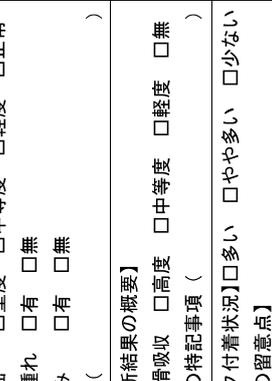
別紙様式 2

歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）

年 月 日

患者氏名	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女
生年月日	明・大・昭			
問診	【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください） ・痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 時々痛くない ・歯肉の出血について <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない ・腫れについて <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない ・食事について <input type="checkbox"/> 食べにくい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 食べやすくなった ・その他（ ）			
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数（ ）回 ・朝食後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・歯磨きの時間 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他（ ） ・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない ・歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ・その他（ ）			
備考	【備考】			

〔保険医療機関記入欄〕 年 月 日

【口腔内の状況】	義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 			
【歯周組織検査の概要】	・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の痛み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他（ ）			
【画像診断結果の概要】	・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の特記事項（ ）			
【ブラーク付着状況】	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない			
【その他の留意点】	<input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能			
【歯科疾患と全身の健康との関係】	（ ）			
【改善目標事項】	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【治療の予定】	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【治療期間】	約（ ）週・月（ ）回程度			

この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

【口腔内の状況】	義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 			
【歯周組織検査の概要】	・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他（ ）			
【画像診断結果の概要】	・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の特記事項（ ）			
【ブラーク付着状況】	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない			
【その他の留意点】	<input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能			
【口腔内の状態の改善状況】	（ ）			
【継続して行う治療内容】	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【改善目標事項】	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【治療期間】	約（ ）週・月（ ）回程度			

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

平成 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
------	-----	------	---------	------------

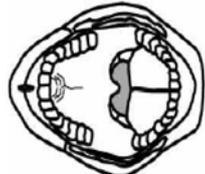
【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名:)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬名:)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返りあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状態	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度
3	う蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり
5	口腔粘膜疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり
6	歯菌(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総歯菌 2. 部分床義歯 3. 歯菌なし 歯菌製作・修理・調整等の必要性 □なし □あり
		下顎 1. 総歯菌 2. 部分床義歯 3. 歯菌なし 歯菌製作・修理・調整等の必要性 □なし □あり
7	咬合接触(臼歯部) (歯磨での咬合をさす)	1. あり(片側・両側) 2. なし

特記事項があれば記載



【口腔機能等】

1	口腔呼吸機能	舌の運動 1. 良好 2. やや不良 3. 不良 頬、口唇の動き 1. 良好 2. やや不良 3. 不良 開口量 1. 3横指 2. 2横指 3. 1横指以下 軟口蓋の動き(アブスル) 1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	咀嚼運動	1. 通常の咀嚼が可能 2. 下顎および舌の上下運動 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きがない
3	構音機能	発音の状況 1. 明瞭 2. 不明瞭な音あり 3. 不明瞭
4	頭部可動性	頸部可動域 1. 制限なし 2. 少し動く 3. 不動 座位保持 1. 良好 2. やや不良 3. 不良 むせ 1. なし 2. 液体で時々あり 3. 頻りにあり
5	食事摂取状況	経管栄養 1. なし 2. あり a) 胃ろう b) 経腸 3. その他 水分 1. トロミなし 2. トロミあり 3. 蒸 1. 常食 2. 常食(一口大) 3. 軟菜食(ソフト食) 4. 初め食 5. 嚥下調整食(具体的に) 6. その他()

【口腔清掃状況等】

1	口腔清掃の状態	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持 1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		舌垢(アブアブウが) 1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

別紙様式4

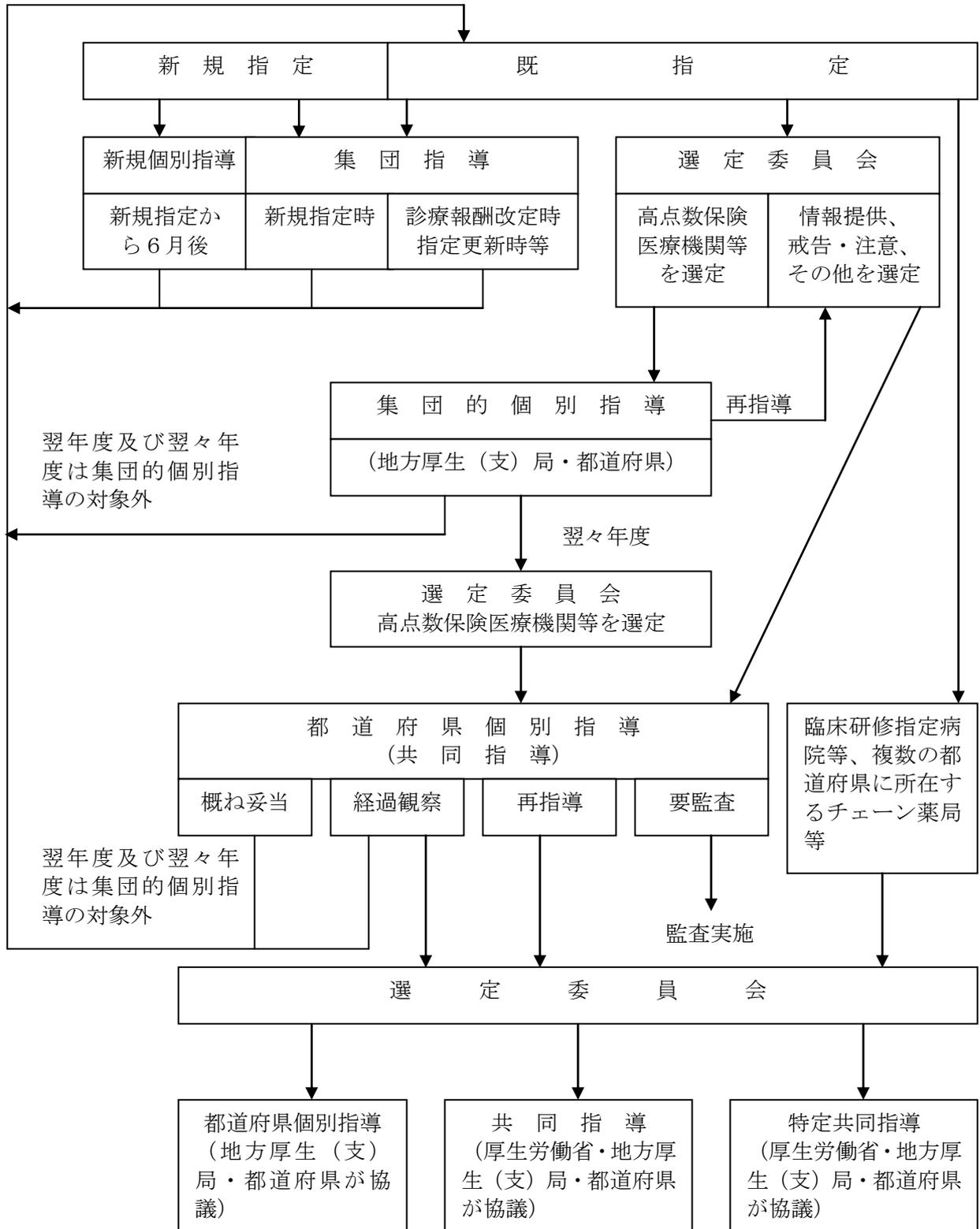
保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当歯科医:	科 殿 依頼日: 平成 年 月 日
標本の送付側	
病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:	歯科医師氏名: 提出医サイン:
標本作製の場所: 院内・院外(施設名称:)	標本番号: ()
患者氏名: (フリガナ)	性別: 男・女
患者住所:	
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	職業: (具体的に) 電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):	
採取日又は手術日: 年 月 日	
提出臓器とそれぞれの標本枚数: 1. 2. 3. その他	
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無: 有()・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	
病理診断料使用欄: 病理診断料ID □口腔病理診断管理加算1 □口腔病理診断管理加算2 □標本作製料 □口腔病理診断料 □免疫染色等()	

※手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

保険医療機関等の指導の概要



保険医・保険薬剤師に関する事項

医師、歯科医師又は薬剤師が、保険医療機関又は保険薬局で健康保険法等医療保険各法による診療又は調剤に従事するためには、必ず保険医又は保険薬剤師としての「登録」を受けなければならない。

登録を受けた保険医又は保険薬剤師は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」又は、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に定める診療方針又は調剤方針等に従って、健康保険等の診療又は調剤にあたることとされている。なお、一度登録を受ければ、登録の取消を受けない限り、診療(調剤)に従事している保険医療機関(保険薬局)に変更を生じた場合、又は住所を変更した場合であっても登録の再申請は必要でなく、医師又は歯科医師若しくは薬剤師の身分を有する限り終身の地位と認められている。

なお、保険医及び保険薬剤師の登録を取消された後、5年間は原則として再登録を拒むことができる。

保険医・保険薬剤師に係る関係事項変更等届

保険医又は保険薬剤師は、登録後、申請した事項に変更があった場合、保険医・保険薬剤師の登録等に関する届書に所要事項を記載のうえ、地方厚生(支)局長(東京都においては関東信越厚生局東京事務所)に提出しなければならない。

なお、これらの届は、保健所への届と全く別のものであるので十分注意しなければならない。

- ① 保険医又は保険薬剤師が登録している地方厚生(支)局の管轄を越えて異動したとき
 - ・・・保険医・保険薬剤師管轄地方厚生(支)局長変更届
- ② 保険医又は保険薬剤師が登録を行った管轄地方厚生(支)局内において都道府県を越えて異動等したとき
 - ・・・保険医・保険薬剤師管轄地方厚生(支)局内の管轄事務所等変更届
- ③ 保険医又は保険薬剤師の氏名等に変更があったとき
 - ・・・保険医・保険薬剤師氏名変更届
- ④ 保険医又は保険薬剤師が死亡し、又は失そうの宣告を受けたとき
 - ・・・保険医・保険薬剤師死亡・失そう届
- ⑤ 保険医又は保険薬剤師の登録を抹消しようとするとき
 - ・・・保険医・保険薬剤師登録抹消申出書

各種様式、添付書類等については、関東信越厚生局ホームページ

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/index.html>

申請・届出等の手続き案内→指導監査課・事務所→保険医・保険薬剤師の登録等に関する申請・届出を参照ください。

保険医療機関・保険薬局に関する事項

医療機関又は薬局が保険診療又は保険調剤を行うためには地方厚生（支）局長（東京都においては関東信越厚生局東京事務所）に指定申請を行い、保険医療機関又は保険薬局として「指定」を受けなければならない。

この指定は、医療機関又は薬局が健康保険法並びに医療保険各法による診療又は調剤を行うことについて、地方厚生（支）局長と締結する一種の公法上の契約である。

指定を受けた保険医療機関又は保険薬局は、当該機関において従事する保険医又は保険薬剤師によって、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」の規定による診療又は調剤にあたらせるとともに、保険医療機関又は保険薬局そのものも、これらの規定より療養の担当を行うものである。

保険医療機関・保険薬局に係る関係事項変更等届

保険医療機関又は保険薬局が次に該当する場合、保険医療機関・保険薬局の指定等に関する届書に所要事項を記載のうえ、地方厚生（支）局長（東京都においては関東信越厚生局東京事務所）に提出しなければならない。

また、これらの届は、保険医等の場合と同様、保健所への届とは別に必ず提出しなければならない。

- ① 保険医療機関の指定に係る病床の数を増加又は病床の種別に変更が生じるとき
 ・・・・保険医療機関指定変更申請書
- ② 保険医療機関の指定の申請事項（名称等）に変更が生じたとき
 ・・・・保険医療機関・保険薬局届出事項変更（異動）届
- ③ 保険医療機関等のうち、事業の廃止、休止又は再開したとき
 ・・・・保険医療機関・保険薬局廃止・休止・再開届
- ④ 保険医療機関又は保険薬局の指定を辞退しようとするとき
 ・・・・保険医療機関・保険薬局辞退申出書

各種様式、添付書類等については、関東信越厚生局ホームページ

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/index.html>

申請・届出等の手続き案内⇒指導監査課・事務所⇒保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出を参照ください。

保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令
(昭和三十二年四月三十日厚生省令第十三号)

(指定の申請)

第三条 [法第六十五条第一項](#)の規定により保険医療機関又は保険薬局の指定を受けようとする病院若しくは診療所又は薬局の開設者は、様式第一号による指定申請書に、次の各号に掲げる書類を添えて、これを指定に関する管轄地方厚生局長等に提出しなければならない。ただし、[法第六十八条第一項](#)の規定に該当する場合において引き続き保険医療機関又は保険薬局の指定を受けようとするときは、第一号に掲げる書類は、添付することを要しない。

- 一 病院にあつては使用許可証、診療所にあつては使用許可証又は許可書若しくは届書、国の開設する病院又は診療所にあつては承認書又は通知書、薬局にあつては許可証のそれぞれの写し
 - 二 病院又は診療所にあつては保険医(管理者を除く。)、薬局にあつては保険薬剤師(管理薬剤師を除く。)の氏名及び保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号並びに担当診療科名を記載した書類
 - 三 前号に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師のそれぞれの数を記載した書類
 - 四 病院又は療養病床を有する診療所にあつては、看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数を記載した書類
- 2 前項の規定による指定申請書及び書類の提出は、当該病院若しくは診療所又は薬局の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局(以下「地方厚生局等」という。)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

(厚生労働省令で定める保険医療機関及び保険薬局)

第九条 [法第六十八条第二項](#)に規定する厚生労働省令で定める保険医療機関又は保険薬局は、保険医である医師若しくは歯科医師の開設する診療所である保険医療機関又は保険薬剤師である薬剤師の開設する保険薬局であつて、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの又はその指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているものとする。

健康保険法

(大正十一年四月二十二日法律第七十号)

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

- 第六十五条** 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。
- 2 前項の場合において、その申請が病院又は病床を有する診療所に係るものであるときは、当該申請は、[医療法第七条第二項](#)に規定する病床の種別(第四項第二号及び次条第一項において単に「病床の種別」という。)ごとにその数を定めて行うものとする。
 - 3 厚生労働大臣は、第一項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。
- 一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、この法律の規定により保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消され、その取消の日から五年を経過しないものであるとき。

二 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、保険給付に関し診療又は調剤の内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第七十三条第一項（第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百条第七項及び第四百四十九条において準用する場合を含む。）の規定による指導を受けたものであるとき。

三 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の開設者又は管理者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

四 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の開設者又は管理者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

五 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の開設者又は管理者が、この法律、[船員保険法](#)、[国民健康保険法](#)（昭和三十三年法律第九十二号）、[高齢者の医療の確保に関する法律](#)、[地方公務員等共済組合法](#)（昭和三十七年法律第五十二号）、[私立学校教職員共済法](#)（昭和二十八年法律第二百四十五号）、[厚生年金保険法](#)（昭和二十九年法律第一百五号）又は[国民年金法](#)（昭和三十四年法律第四百十一号）（第八十九条第四項第七号において「社会保険各法」という。）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（[地方税法](#)（昭和三十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第八十九条第四項第七号及び第九百九十九条第二項において「社会保険料」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した社会保険料のすべて（当該処分を受けた者が、当該処分に係る社会保険料の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う社会保険料に限る。第八十九条第四項第七号において同じ。）を引き続き滞納している者であるとき。

六 前各号のほか、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、保険医療機関又は保険薬局として著しく不適当と認められるものであるとき。

4 厚生労働大臣は、第二項の病院又は診療所について第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、その申請に係る病床の全部又は一部を除いて、第六十三条第三項第一号の指定を行うことができる。

一 当該病院又は診療所の医師、歯科医師、看護師その他の従業者の人員が、[医療法第二十一条第一項第一号](#)又は[第二項第一号](#)に規定する厚生労働省令で定める員数及び[同条第三項](#)に規定する厚生労働省令で定める基準を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した員数を満たしていないとき。

二 当該申請に係る病床の種別に応じ、[医療法第七条の二第一項](#)に規定する地域における保険医療機関の病床数が、その指定により[同法第三十条の四第一項](#)に規定する医療計画において定める基準病床数を勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した数を超えることになると認める場合（その数を既に超えている場合を含む。）であって、当該病院又は診療所の開設者又は管理者が[同法第三十条の十一](#)の規定による都道府県知事の勧告を受け、これに従わないとき。

三 その他適正な医療の効率的な提供を図る観点から、当該病院又は診療所の病床の利用に関し、保険医療機関として著しく不適当なところがあると認められるとき。

第六十八条 第六十三条第三項第一号の指定は、指定の日から起算して六年を経過したときは、その効力を失う。

2 保険医療機関（第六十五条第二項の病院及び診療所を除く。）又は保険薬局であって厚生労働省令で定めるものについては、前項の規定によりその指定の効力を失う日以前六月から同日前三月までの間に、別段の申出がないときは、同条第一項の申請があったものとみなす。

診療録の取扱いに係る留意事項

1. ペン書きすること
2. 訂正は二本線で行う（修正液、修正テープ、塗りつぶしはしない）
3. 定められた略称以外は使用しない
4. 判読困難とならないよう記載すること
5. 追筆しない
6. 初診毎の更新は行わない
7. 傷病の診療開始年月日、終了年月日及び転帰欄を記載すること
8. 初診時の主訴、現病歴及び既往歴等を記載すること
9. 口腔内所見欄を記載すること
10. 傷病名は簡略化しない
11. 点数欄及び負担金徴収額欄を記載すること
12. 診療の順に記載すること
13. 行間を空けない
14. 一行に二段書きしない
15. 複数保険医による診療の場合、担当医の署名又は押印をすること
16. OA機器での作成の場合、保険医の署名又は記名押印をすること
17. 傷病の部位が診療報酬明細書と一致すること

[通知]

診療録等の記載方法等について

(最終改正；平 11. 4. 22 保険発 62)

近年、OA 機器の普及に伴い、医師法第 24 条及び歯科医師法第 23 条の診療録並びに薬剤師法第 28 条の調剤録等の記載方法につき、種々疑義が発生しつつあるやに見受けられるが、下記のとおり解すべきものであるので御了承の上、管下病院、診療所、薬局等関係者を適宜指導ありたい。

記

1 診療録等の記載方法について

医師法第 24 条及び歯科医師法第 23 条に基づく診療録並びに薬剤師法第 28 条に基づく調剤録等の記載については、作成した医師、歯科医師又は薬剤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。

なお、この場合には、作成の基礎となった情報の管理体制について十分留意すること。

2 保険診療録等の記載方法について

保険医療機関及び保険医療養担当規則第 8 条及び第 22 条の適用を受ける診療録並びに保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第 5 条及び第 10 条の適用を受ける調剤録記載についても 1 と同様であるが、「診療録等の電子媒体による保存について」(平成 11 年 4 月 22 日健政第 517 号・医薬発第 587 号・保発第 82 号)に定められた取扱いが行われていない場合にあっては、保険医及び保険薬剤師等の署名又は記名押印を要すること。

3 処方せんの記載方法について

薬剤師法第 23 条に規定する処方せんの記載についても 1 と同様とすること。

なお、患者に交付する処方せんについては、医師等の署名又は記名押印を要するものであること。

また、病院又は診療所の管理者は、処方せんに係る OA 機器の導入に当たっては、処方せんについては患者等への交付が原則であることに十分留意しなくてはならないこと。

4 助産録の記載方法

保健婦助産婦看護婦法第 42 条に規定する助産録の記載についても 1 と同様とすること。

5 その他

診療録及び処方せん以外の医療法第 21 条第 1 項第 14 号の診療に関する諸記録についても 1 に準じて取り扱って良いこと。

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養

(平成十八年九月十二日)

(厚生労働省告示第四百九十五号)

- 第一条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。)第六十四条第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。
- 一 別に厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院又は診療所において行われるものに限る。)
 - 二 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(昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。)第二条第十七項に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療
 - 三 医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験(機械器具等に係るものに限る。)に係る診療
 - 三の二 医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験(加工細胞等(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施行規則(昭和三十六年厚生省令第一号)第二百七十五条の二の加工細胞等をいう。)に係るものに限る。)に係る診療
 - 四 医薬品医療機器等法第十四条第一項又は第十九条の二第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品(人体に直接使用されるものに限り、別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の投与(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において当該承認を受けた日から起算して九十日以内に行われるものに限る。)
 - 五 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。)
 - 五の二 医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。)
 - 六 使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)に記載されている医薬品(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の投与であって、医薬品医療機器等法第十四条第一項又は第十九条の二第一項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)
 - 七 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器(別に厚生労働大臣が定めるものに

限る。)の使用又は支給であって、当該承認に係る使用目的、効果又は使用方法と異なる使用目的、効果又は使用方法に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)

七の二 医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の使用又は支給であって、当該承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)

(平一九厚労告一〇〇・平二〇厚労告九八・平二六厚労告四二二・一部改正)

第二条 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。

- 一 特別の療養環境の提供
- 二 予約に基づく診察
- 三 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察
- 四 病床数が二百以上の病院について受けた初診(他の病院又は診療所からの文書による紹介がある場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。)
- 五 病床数が二百以上の病院について受けた再診(当該病院が他の病院(病床数が二百未満のものに限る。)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っていない場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。)
- 六 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるもの
- 七 別に厚生労働大臣が定める方法により計算した入院期間が百八十日を超えた日以後の入院及びその療養に伴う世話その他の看護(別に厚生労働大臣が定める状態等にある者の入院及びその療養に伴う世話その他の看護を除く。)
- 八 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
- 九 金属床による総義歯の提供
- 十 齲蝕に罹り患している患者(齲蝕多発傾向を有しないものに限る。)であって継続的な指導管理を要するものに対する指導管理

(平二〇厚労告九八・平二四厚労告一五六・一部改正)

改正文 (平成一九年三月三〇日厚生労働省告示第一〇〇号) 抄

平成十九年四月一日から適用する。

改正文 (平成二〇年三月一九日厚生労働省告示第九八号) 抄

平成二十年四月一日から適用する。

改正文 (平成二四年三月二六日厚生労働省告示第一五六号) 抄

平成二十四年四月一日から適用する。

改正文 (平成二六年一月二一日厚生労働省告示第四二二号) 抄

平成二十六年十一月二十五日から適用する。

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法

(平成十八年九月十二日)

(厚生労働省告示第四百九十六号)

健康保険法(大正十一年法律第七十号)第八十六条第一項に規定する療養(同法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養及び同項第二号に規定する生活療養を除く。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第七十六条第一項に規定する療養(同法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養及び同項第二号に規定する生活療養を除く。)についての費用の額の算定については、診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)の例による。この場合において、別表第一の上欄に掲げる療養を行った場合にあっては同表の下欄に掲げる療養を行ったものとみなして、別表第二の上欄に掲げる療養を行った場合にあっては同表の下欄に掲げる点数を用いて、それぞれ算定するものとする。

別表第一

(平一九厚劳告一〇一・平二四厚劳告一五七・平二六厚劳告四二三・一部改正)

<p>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(昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。)第二条第十七項に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療</p>	<p>上欄の診療のうち検査、画像診断、投薬及び注射に係る診療(投薬及び注射に係る診療にあっては、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療に限る。)を行わないもの。ただし、医薬品医療機器等法第八十条の二第二項に規定する自ら治験を実施しようとする者による治験に係る診療にあっては、上欄の診療のうち投薬及び注射に係る診療(当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療に限る。)を行わないもの</p>
<p>医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験(機械器具等に係るものに限る、同法第八十条の二第二項に規定する自ら治験を実施しようとする者によるものを除く。)に係る診療</p>	<p>上欄の診療のうち検査及び画像診断に係る診療(当該治験の対象とされる機械器具等を使用した処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して前八日目に当たる日から当該処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して八日を経過する日までの間(二以上の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた場合にあっては、最初の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して前八日目に当たる日から最後の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して八日を経過する日までの間とする。)に行われたものに限る。)を行わないもの</p>

<p>医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験(加工細胞等(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施行規則(昭和三十六年厚生省令第一号)第二百七十五条の二の加工細胞等をいう。以下同じ。)に係るものに限り、同法第八十条の二第二項に規定する自ら治験を実施しようとする者によるものを除く。)に係る診療</p>	<p>上欄の診療のうち検査及び画像診断に係る診療(当該治験の対象とされる加工細胞等を使用した処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して前八日目に当たる日から当該処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して八日を経過する日までの間(二以上の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた場合にあつては、最初の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して前八日目に当たる日から最後の処置若しくは手術又は歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}が行われた日から起算して八日を経過する日までの間とする。)に行われたものに限る。)を行わないもの</p>
<p>前歯部の金属歯冠修復に金合金又は白金加金を使用した療養</p>	<p>前歯部の金属歯冠修復に歯科鑄造用金銀パラジウム合金を使用した療養</p>
<p>総義歯の床部に金属を使用した療養</p>	<p>総義歯の床部に熱可塑性樹脂を使用した療養</p>

別表第二

<p>入院期間が百八十日を超えた日以後の入院に係る療養</p>	<p>上欄の療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する点数であつて別に厚生労働大臣が定めるものに百分の十五を乗じた点数を控除した点数</p>
---------------------------------	--

(平二〇厚労告六六・一部改正)

改正文 (平成一九年三月三〇日厚生労働省告示第一〇一号) 抄

平成十九年四月一日から適用する。

改正文 (平成二〇年三月五日厚生労働省告示第六六号) 抄

平成二十年四月一日から適用する。

改正文 (平成二四年三月二六日厚生労働省告示第一五七号) 抄

平成二十四年四月一日から適用する。

改正文 (平成二六年一一月二一日厚生労働省告示第四二三号) 抄

平成二十六年十一月二十五日から適用する。

地方厚生（支）局長
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長
(公印省略)

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

標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局に義務付けられており、400床未満の病院及び診療所に限り、正当な理由による例外措置が設けられているところであるが、平成28年4月1日からは、400床未満の病院についても、正当な理由による例外措置の対象外となることとなる。また、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成28年厚生労働省令第27号）及び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の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第50号）により、公費負担医療に係る給付により自己負担のない患者についても、明細書の無償交付に係る義務が設けられたところである。

これに併せ、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は下記のとおり取り扱うこととするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、「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」（平成26年3月5日保発0305第2号）については、平成28年3月31日限り廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式1を、歯科診療報酬については別紙様式2を、調剤報酬については別紙様式3を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第9項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様

に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。

3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書が無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、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（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 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場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局（正当な理由を有する保険医療機関及び保険薬局を除く。なお、病院である保険医療機関及び保険薬局にあっては、平成29年度末までに限る。）は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、患者から求められたときは、明細書が無償で発行しなければならないこと。なお、院内掲示等については、3と同様に取り扱うこと。

6 5の「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局については、「正当な理由」に該当する旨並びに明細書を発行する場合には費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。ただし、4により届出を行っている診療所については、別途届出を行うことは要しないこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 一部負担金等の支払いがな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場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあっては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載

されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書が発行する必要はないこと。

- 8 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。
- 9 患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。
- 10 指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。
- 11 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。
- 12 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。
- 13 「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該保険医療機関及び保険薬局は、4及び6の届出の記載事項について、毎年7月1日現在の状況の報告を行うこと。

(別紙届出様式)

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告)

平成 年 月 日

保険医療機関又は保険
薬局の所在地及び名称

開 発 者 名

印

注3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は
要しないものであること。

注4) 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関
又は保険薬局は、取下げの届出を行うこと。

1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

- 1 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。
- 2 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要。
- 3 明細書発行機能(自己負担のない患者)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。(自
己負担のない患者の場合)
- 4 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要。(自
己負担のない患者の場合)

58

2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について

改修予定年月を(1)に記載し、()内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は(2)に記載すること。

- (1) 平成 年 月 (レセプトコンピュータ・自動入金機)
- (2) 平成 年 第 四半期 目 途

3. 明細書発行についての状況

- 1 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載)
 - (1) 発行場所 ① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他()
 - (2) 発行のタイミング ① 即時発行 ②その他()
- 2 費用徴収の有無 有 ・ 無
- 3 費用徴収を行っている場合その金額 円
- 4 当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠 (※実費相当であることが分かるよう、具体的な根
拠を明記すること。)

4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、
明細書を全患者(自己負担のない患者を含む。)に無料で発行していない保険医療機関又は保険薬局
が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1)には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入
が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であって、当該ソフトを購入
していない場合を含むものである。

(別紙様式1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科 人・外	領収書No.	費用区分 本・家					
	平成 年 月 日						
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	診療診断	診断分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他	保険	保険 (食事・生活)	保険外負担		
	(内訳)	(内訳)	合計	円	円		
	負担額	円	負担額	円	円		
	額取額 合計	円	額取額 合計	円	円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

領収印

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇病院

(別紙様式2)

(歯科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科 人・外	領収書No.	費用区分 本・家					
	平成 年 月 日						
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	矯正治療及び補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理解断	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他	保険	保険 (食事・生活)	保険外負担		
	(内訳)	(内訳)	合計	円	円		
	負担額	円	負担額	円	円		
	額取額 合計	円	額取額 合計	円	円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

領収印

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇病院

(別紙様式3)

(調剤報酬の例)

領 収 証

患者番号		氏 名	
調剤証No.		費用区分	
発行日 平成 年 月 日		負担割合	
調剤技術料		薬料	
調剤管理料		特定医療医療材料料	
言語聴覚・灌漑療法		その他	
保険		保 險	
保険外負担		保険外負担	
(内訳)		(内訳)	
合計		合計	
負担額		負担額	
領収額		領収額	
合計		合計	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬師等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇〇 〇〇

領収印

(別紙様式4)

領 収 証

(訪問看護療養費の例)

領収証No.		患者番号		氏 名	
平成 年 月 日		負担割合		本・家 区 分	
発行日 平成 年 月 日		車価		数量	
保険負担分項目 (内訳)		金額			
保険適用負担					
保険外負担					
(内訳)					
保険外負担分項目		金額		税 消費税等	
金額		数量			
明細合計額		円		円	
課税対象額		円		円	
領収額		円		円	
合計		円		円	

※厚生労働省が定める診療報酬や車価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇 訪問看護ステーション

領収印

診療明細書

患者番号	入院/入院外	保険	氏名	受診日
受診科				

部	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書(記載例)

患者番号	入院	保険	氏名	様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科						

部	項目名	点数	回数
医学管理	* 薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者)	430	1
注射	* 点滴注射 サージカス入注0.1% O.1%100mL1瓶 生理食塩液500mL 1瓶	276	1
	* 点滴注射料	95	1
	* 無菌製剤処理料2	40	1
処置	* 救命のための気管内挿管	500	1
	* カンタレーション(その他)	3500	1
	* 人工呼吸(5時間超) 360分	819	1
	* 非閉鎖的心マッサージ 60分	290	1
検査	* 微生物学的検査判断料	150	1
	* 検体検査管理加算(2)	100	1
	* HCV検査定量	450	1
リハビリ	* 心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	280	12
入院料	* 一般病棟入院10対1入院基本料 一般病棟入院期間加算(14日以内) * 医師事務作業補助体制加算1(50対1) * 救命救急入院料1(3日以内) * 救命救急入院料1(4日以上7日以内)	1782	7
		270	1
		9869	3
		8929	2

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書(記載例)

患者番号 受診科	入院外	保険	氏名	様	受診日	YYYY/MM/DD
-------------	-----	----	----	---	-----	------------

部	項目名	点数	回数
基本料	* 外来診療料	73	1
在宅	* 在宅自己注射指導管理料(月28回以上)	810	1
	* 血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿療の患者に限る)	1320	1
処方	* 処方せん料(その他)	68	1
検査	* 生化学的検査(1)判断料	144	1
	* 血液学的検査判断料	125	1
	* B-V	20	1
	* 検体検査管理加算(1)	40	1
	* 血中微生物	40	1
	* 生化学的検査(1)(10項目以上)	117	1
	ALP		
	LAP		
	γ-GTP		
	CK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
	Alb		
	BIL/総		
	BIL/直		
画像診断	* 胸部 単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	173	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書(記載例)

患者番号	歯科	保険	氏名	様	受診日	YYYY/MM/DD
------	----	----	----	---	-----	------------

部	項目名	点数	回数
基本料	歯科初診料	234	1
医学管理	歯科疾患管理料	110	1
	薬剤情報提供料	10	1
検査	歯周基本検査20歯~	200	1
画像診断	歯科パノラマ断層撮影(デジタル) 電子画像管理加算	307	1
		95	1
投薬	処方料	42	1
	調剤料(内)	9	1
	〇〇錠 x x mg 1日3回分 x 3日分	55	1
処置	機械的歯面清掃処置	60	1
手術	拔牙(臼歯)	260	1
歯冠修復	充填	126	1
	* 欠損補綴 充填(単)	102	1
	充填用材料 I (複合レジン系・単)	11	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

調剤明細書(記載例)

(別紙様式6)

診療明細書

調剤	保険	調剤日	調剤日	YYYY/MM/DD
患者番号	氏名	〇〇	〇〇	様

入院	保険	受診日
患者番号	氏名	
受診科		

区分	項目名	点数	備考
調剤技術料	調剤基本料	41	
	基準調剤加算1	12	
	後発医薬品調剤体制加算1	18	
	調剤料		
	内服薬(28日分)	81	
	内服薬(14日分)	63	
	屯服薬	21	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	41	
	特定薬剤管理指導加算	4	
薬剤料	A錠 1日2錠×28日分	60	後発医薬品
	B錠 1日1錠×14日分	60	
	C錠 1回1錠×5回分	35	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

区分	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書(記載例)

(別紙様式7)

入院 患者番号 受診科	保険 氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
区分 診断群分類 (DPC)	項目名	点数	回数	
医薬品	<ul style="list-style-type: none"> * DPC 5日間包括算定 * プロモックス錠100mg * ラックビー微粒N * 点滴注射 * ラクテックG注500mL * フルマリン静注用1g 生食100mL * 点滴注射 * フルマリン静注用1g 生食100mL 	13844	1	
検査	<ul style="list-style-type: none"> * 末梢血液一般検査 * CRP * 血液採取(静脈) * 血液学的検査判断料 * 免疫学的検査判断料 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 使用された医薬品、行われた 検査の名称を記載する </div>		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

平成〇年〇月
▲ ▲ 病院

院内揭示例

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成〇年〇月〇日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、希望される方については、平成●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。発行を希望される方は、会計窓口にてその旨お申し付けください。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、自己負担のある方で明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

院内掲示例 (正当な理由に該当する場合)

平成〇年〇月
▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものであります。その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は〇番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚〇円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

院内掲示例 (電子請求を行っていないが明細書を発行している場合)

平成〇年〇月
▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものであります。その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は〇番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚〇円になります。

(別紙様式 9-2)

院内掲示例 (明細書を発行していない場合)

平成〇年〇月
▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしておりません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認ください。

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公 印 省 略)

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について

標記について、下記のとおり定めることとしたので、関係者に対して周知徹底を図られたい。

なお、「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成26年3月19日保医発0319第7号）は、平成28年3月31日限り廃止する。

また、平成28年3月診療分以前の診療報酬明細書の請求において、審査支払機関からの返戻等による請求遅れ分等については、従前の略称を使用して差し支えない。

記

1 傷病名について

項 目	略 称
単純性歯肉炎	単G
複雑性歯肉炎	複G
増殖性歯肉炎	増G
潰瘍性歯肉炎	潰G
壊疽性歯肉炎	壊G

肥G	乳歯晚期残存	RDT
P ₁	歯の脱臼	Lux
P ₂	口角びらん	Ang
P ₃	口腔の色素沈着症	Pig
Perico	骨瘤	Tor
P急発	埋伏歯	RT
単Pul	半埋伏歯	HRT
急化Pul	完全埋伏歯	CRT
潰Pul	水平智歯	HET
増Pul	水平埋伏智歯	HIT
襲Pul	捻転歯	ROT
Pul	過剰歯	SNT
Puエソ	エナメル質形成不全	EHp
Puエシ	歯(の破)折	FRT
急単Per	永久歯萌出不全	IPT
急化Per	舌炎	Gls
慢化Per	欠損歯(欠如歯)	MT
Ce	咬合異常	Mal
C ₁ 〃	歯質くさび状欠損	WSD
C ₂ 〃	破損(破折)	ハセツ
C ₃ 〃	脱離	ダツリ
C ₄	不適合	フテキ
Dul		(注) ハセツ、ダツリ又はフテキを
Stom		接尾語とする場合は、ジャケツ
SchA		ト冠脱落を「JCダツリ」のよ
Hys		うに連結して使用して差し支え
Att		ない。
Abrr		
Ero		
GA		
AA		
WZ		
ZS		
Brx		

2 基本診療料について

項目	略称
歯科初診料	初診
地域歯科診療支援病院歯科初診料	病初診
歯科診療特別対応加算	特

肥大性歯肉炎	
慢性歯周炎(軽度)	
慢性歯周炎(中等度)	
慢性歯周炎(重度)	
智歯周囲炎	
急性歯周炎・慢性辺縁性歯周炎の急性発作	
急性単純性歯髓炎	
急性化膿性歯髓炎	
慢性潰瘍性歯髓炎	
慢性増殖性歯髓炎	
慢性萎縮性歯髓炎	
カリエスのない歯髓炎	
歯髓壞疽	
歯髓壞死	
急性単純性根尖性歯周炎	
急性化膿性根尖性歯周炎	
慢性化膿性根尖性歯周炎	
エナメル質初期う蝕	
2次う蝕によるう蝕症第1度	
2次う蝕によるう蝕症第2度	
2次う蝕によるう蝕症第3度	
残根	
口腔褥瘡性潰瘍	
口内炎	
歯槽骨鋭縁	
象牙質知覚過敏症	
咬耗症	
磨耗症	
酸蝕症	
歯肉膿瘍	
歯槽膿瘍	
歯根膿瘍	
歯石沈着症	
歯軋り	

乳幼児加算	乳
初診時歯科診療導入加算	特導
歯科診療特別対応連携加算	特連
歯科診療特別対応地域支援加算	特地
歯科再診料	再診
地域歯科診療支援病院歯科再診料	病再診
明細書発行体制等加算	明細
歯科外来診療環境体制加算	外来環
再診時歯科外来診療環境体制加算	再外来環
地域歯科診療支援病院入院加算	地歯入院

3 医学管理等について

項 目	略 称
歯科疾患管理料	歯管
文書提供加算	文
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	か強診
エナメル質初期う蝕管理加算	初期う蝕
フッ化物洗口指導加算	F洗
周術期口腔機能管理計画策定料	周計
周術期口腔機能管理料 (I)	周I
周術期口腔機能管理料 (II)	周II
周術期口腔機能管理料 (III)	周III
歯科衛生実地指導料1	実地指1
歯科衛生実地指導料2	実地指2
歯科特定疾患療養管理料	特疾管
歯科治療総合医療管理料 (I)	医管 (I)
歯科治療総合医療管理料 (II)	医管 (II)
薬剤情報提供料	薬情
薬剤総合評価調整管理料	薬総評管
診療情報提供料 (I)	情I
診療情報提供料 (II)	情II
電子の診療情報評価料	電診情評
新製有床義歯管理料	義管

広範囲顎骨支持型補綴物管理料	特イ管
----------------	-----

4 在宅医療について

項 目	略 称
歯科訪問診療1	訪問診療1
歯科訪問診療2	訪問診療2
歯科訪問診療3	訪問診療3
歯科訪問診療料 注13 (イ 初診時)	歯訪診(初)
歯科訪問診療料 注13 (ロ 再診時)	歯訪診(再)
在宅患者等急性歯科疾患対応加算	急性対応
歯科訪問診療補助加算	訪補助
在宅歯科医療推進加算	在推進
訪問歯科衛生指導料(複雑なもの)	訪衛指複
訪問歯科衛生指導料(簡単なもの)	訪衛指簡
歯科疾患在宅療養管理料	歯在管
文書提供加算	文
栄養サポートチーム連携加算1	NST1
栄養サポートチーム連携加算2	NST2
在宅療養支援歯科診療所	歯援診
在宅患者歯科治療総合医療管理料 (I)	在歯管 (I)
在宅患者歯科治療総合医療管理料 (II)	在歯管 (II)
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	訪問口腔リハ

5 検査について

項 目	略 称
電氣的根管長測定検査	EMR
細菌簡易培養検査	S培
歯周基本検査	P基検
歯周精密検査	P精検
混合歯列期歯周組織検査	P混検

歯周病部分的再評価検査	P 部検
ボケット測定検査	E P P
顎運動関連検査	顎運動
歯冠補綴時色調採得検査	色調
チェックバイト	C h B
ゴシツクアーチ	G o A
パントグラフ描記法	P t g
有床義歯咀嚼機能検査	咀嚼機能
舌圧検査	舌圧
接触面の歯間離開度検査	C T
総義歯(局部義歯)の適合性検査	F D (P D) - F i t
Caries Activity Test	C A T
歯髄電気検査	E P T

6 画像診断について

項 目	略 称
エックス線撮影 X-Ray	X線
歯科用 X線フィルム (標準型)	X-Ray (D)
咬翼型	X-Ray (BW)
咬合型	X-Ray (O)
小児型	X-Ray (P)
全顎※枚法	X-Ray (全※)
片顎※枚法	X-Ray (片※)
歯科用 3次元断層撮影	歯 C T
歯科画像診断管理加算 1	画診加 1
歯科画像診断管理加算 2	画診加 2
遠隔画像診断	遠画診

7 リハビリテーションについて

項 目	略 称
歯科口腔リハビリテーション科 1 (1 有床義歯の場合)	歯リハ 1 (1)

歯科口腔リハビリテーション科 1 (2 舌接触補助床の場合)	歯リハ 1 (2)
歯科口腔リハビリテーション科 1 (3 その他の場合)	歯リハ 1 (3)
歯科口腔リハビリテーション科 2	歯リハ 2

8 処置について

項 目	略 称
う蝕処置	う蝕
咬合調整	咬調
歯髄保護処置	P C a p
歯髄温存療法	A I P C
直接歯髄保護処置	直保護、直覆又は直 P C a p
間接歯髄保護処置	間保護、間覆又は間 P C a p
知覚過敏処置	H y s 処
う蝕薬物塗布処置	サホ塗布
初期う蝕早期充填処置	填塞又はシーラント
生活歯髄切断	生切
失活歯髄切断	失切
麻酔抜髄	麻抜
感染根管処置	感根処
根管貼薬処置	根貼又は R C T
根管拡大	拡大
根管形成	R C P
根管充填	根充又は R C F
加圧根管充填処置	C R F
手術用顕微鏡加算	手顕微加
抜髄と同時の根管充填	抜髄即充
感染根管処置と同時の根管充填	感根即充
歯周疾患処置	P 処 (糖尿病を有する患者に使用する場合)
歯石除去	P 処 (糖) 除石

10 麻酔について

項 目	略 称
表面（在）麻酔	OA
吸入鎮静法	IS
静脈内鎮静法	静鎮

11 歯冠修復及び欠損補綴について

項 目	略 称
補綴時診断料	補診
クラウン・ブリッジ維持管理料	補管又は維持管
広範囲顎骨支持型補綴診断料	特イ診
歯冠形成	PZ
	(例) 生活歯歯冠形成 生PZ 失活歯歯冠形成 失PZ
窩洞形成	KP
根面形成	PW
う蝕歯即時充填形成	充形
う蝕歯無痛の窩洞形成加算	う蝕無痛
う蝕歯インレー修復形成	修形
支台築造 間接法	ファイバー(間)
(ロ ファイバーポストを用いた場合)	
支台築造 直接法	ファイバー(直)
(イ ファイバーポストを用いた場合)	
印象採得	imp
単純印象	単imp又はS-imp
連合印象	連imp又はC-imp
咬合圧印象	咬imp又はB-imp
機能印象	機imp又はF-imp
テンポラリーークラウン	TeC
装着	set
咬合採得	BT

スケーリング	SC
スケーリング・ループブレーニング	SRP
歯周ポケット掻爬	PCur
歯周病安定期治療 (I)	SPT (I)
歯周病安定期治療 (II)	SPT (II)
歯周基本治療処置	P基処
暫間固定	TFix
床副子調整 (イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合)	副調(イ)
床副子調整 (ロ イ以外の場合)	副調(ロ)
床副子修理	副修
根管内異物除去	RBI
有床義歯床下粘膜調整処置又はティッシュコンディショニング	T.コンデ又はT. cond
周術期専門的口腔衛生処置	術口衛
機械的歯面清掃処置	歯清
フッ化物歯面塗布処置	F局

9 手術について

項 目	略 称
拔牙手術	拔牙又はT.EXT
歯根端切除手術	根切
歯根端切除手術 (歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合)	根切顕微
歯槽骨整形手術	Aect
歯周ポケット掻爬術	掻爬術又はソウハ術
歯肉切除手術	Gect
歯肉剥離掻爬手術	FOP
歯周組織再生誘導手術	GTR
手術時歯根面レーザー応用加算	手術歯根
歯肉移植術	Gpl
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	特イ術
広範囲顎骨支持型装置掻爬術	特イ掻

仮床試適

グラスアイオノマーセメント充填
 光重合型複合レジン
 金属歯冠修復
 四分の三冠
 五分の四冠
 全部金属冠
 レジン前装金属冠
 ジャケット冠
 レジンジャケット冠
 硬質レジンジャケット冠
 CAD/CAM冠
 小児保険装置
 ブリッジ
 ポンテティック
 総義歯
 局部義歯
 鉤
 コンビネーション鉤
 広範囲顎骨支持型補綴
 有床義歯修理
 歯科技工加算1
 歯科技工加算2
 有床義歯内面適合法(硬質材料を用いる場合)
 有床義歯内面適合法(軟質材料を用いる場合)
 歯冠補綴物修理
 広範囲顎骨支持型補綴物修理
 未装着

TF

グセ充
 光CR充
 MC
 3/4Cro
 4/5Cro
 FMC
 前装MC又はゼンソウMC
 JC
 RJC
 HJC
 歯CAD
 保険
 Br
 Pon
 FD
 PD
 CI
 コンビC1
 特イ補
 床修理
 歯技工1
 歯技工2
 床裏装(硬)又は床適合(硬)
 床裏装(軟)又は床適合(軟)
 Pro修理
 特イ修

⊕

(注) 金属歯冠修復及び充填に当
 って、修復形態の表示は「OM
 ・OB・MOD等」と歯面部位
 で記載して差し支えない。

12 その他について

項 目	略 称
カルボキシレートセメント	カセ
複合レジン	CR
グラスアイオノマーセメント	グセ
仮着用セメント	仮セ
ユージノールセメント	EZ
エナメルエッチング法	EE
エナメルボンディング法	EB
上顎	UP
下顎	LW
	(注) UP又はLWを接尾語とする 場合は、上顎総義歯を「UPー FD」のように一でつないで使 用しても差し支えない。
エス・ツー・メジカル	NaM
テラ・コートリル軟膏	TKパスタ
ヒノポロン口腔用軟膏	HPパスタ
プレステロン「歯科用軟膏」	PSパスタ
歯科用貼布剤	Af
ノブダイソ	CZ
クレオドソパスタ	Guパスタ
歯科用モルホニン	MH
テトラサイクリンプレステロン軟膏	TCPSPパスタ
カートリッジ	Ct
歯科用(口腔用)アフタゾロン	AFS
キヤナルス	CaN
カルビタール	CV
ネオクリーナナー「セキネ」	NC
ペリオドン	PO
ヒポクロリットソリユーション10%「日薬」	HS

歯肉包帯 歯肉圧排 歯肉整形術 食片圧入 ガッタパパーチャポイント ブラークコントロール	GBd 圧排 GP Food. I G. ポイント ブラーク. C
---	--

なお、診療報酬明細書の傷病名欄の記載は、別添に示すものにつき使用して差し支えな
い。

別添

エナメル質初期う蝕	Ce
う蝕症第1度 う蝕症第2度 う蝕症第2度単純性歯髄炎 う蝕症第3度	C
う蝕症第3度急性化膿性歯髄炎 う蝕症第3度慢性潰瘍性歯髄炎 う蝕症第3度慢性増殖性歯髄炎 う蝕症第3度慢性壞疽性歯髄炎 カリエスのない歯髄炎	Pul
う蝕症第3度急性化膿性根尖性歯周炎 う蝕症第3度慢性化膿性根尖性歯周炎 う蝕症第3度急性単純性根尖性歯周炎	Per
う蝕症第3度歯髄壊死 う蝕症第3度歯髄壞疽	Puエシ Puエソ
慢性歯周炎 (軽度) 慢性歯周炎 (中等度) 慢性歯周炎 (重度)	P
単純性歯肉炎	G

保医発0325第8号
平成28年3月25日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第93号）等が公布され、平成28年4月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部改正
記以下を別添のとおり改正し、平成28年4月1日から適用する。

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

- 1 第1号関係について
 - (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等に より密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。
 - (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

第2号関係について

- (1) 療養病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等）に係る病床をいう。以下同じ。）に該当する病床が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあつては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
 - (2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービスマス費又は診療所型介護療養施設サービスマス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。
- 3 第3号関係について

介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

- 1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合
 - (1) 療養病床を2病棟以下しか持たない病院及び診療所
 - (2) 病院であつて、当該病院の療養病床（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。
 - (3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であつて、当該病院の療養病床の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項の療養の給付をいう。）を行おうとすることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
 - 2 施設基準関係
 - (1) 1 保険医療機関における介護保険適用の療養病床（以下「介護療養病床」という。）と医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）で別の看護師等の配置基準を採用できること。
 - (2) 1 病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病床入院基本料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービスマス費）を採用するものとする。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床等を採用することのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等については、基本診療料の施設費等（平成20年厚生労働省告示第62号）及び「基本診療料の施設費等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第1号）に基づき、療養病床入院基本料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
 - (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。
 - 3 第3号関係について

介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

3 入院期間、平均在院日数の考え方について

- (1) 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うこと。
- (2) (1)以外の場合についての入院期間の考え方については、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に扱うものであること。
- (3) 平均在院日数の考え方については、(1)及び(2)と同様であること。

4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

- (1) 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。
- (2) この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によるものであること。

5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費及び特別療養費の算定における留意事項

- (1) 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月においては、特定診療費として定められた初期入院診療管理は算定できないものであること。ただし、当該医療保険適用病床と介護保険適用病床における入院期間が通算して6月以内の場合であって、当該介護保険適用病床に転床した患者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要がある場合は、この限りでない。
- (2) 同一施設内の医療保険適用病床から、介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあつては、特別療養費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して6月以内の場合であつて、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要がある場合は、この限りでない。
- (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費又は特別療養費として定められた薬剤管理指導料は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。
- (4) 特定診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハ

ビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとする。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費又は特別療養費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

6 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

- (1) 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求め、当該介護療養型医療施設に受診するサービス費を算定している患者については、当該介護療養型医療施設に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。
- (2) (1)にかかわらず、介護療養型施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療料がない場合に限る。）であつて、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療料を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養型施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合（ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療料に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。）

- ア 初・再診料
- イ 短期滞在手術等基本料1
- ウ 検査
- エ 画像診断
- オ 精神科専門療法
- カ 処置
- キ 手術
- ク 麻酔
- ケ 放射線治療
- コ 病理診断

- (4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療料」及び「○他○介（受診日数：○日）」と記載する。

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙を参照のこと。

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

1 同一日算定について
診療報酬点数表の別表第一第2章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について
要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

3 訪問診療に関する留意事項について

(1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第283条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療科は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導料は算定できない。

(3) 特別介護老人ホーム入居者に対しては、「特別介護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年保医発第0831002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料、在宅患者共同診療料2及び在宅患者共同診療料3を算定できない。

4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービスを実施される点滴注射には算定できない。

7 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月には24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月には24時間連絡体制加算、介護保険の特別管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。

9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）に移行した日以後は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日の前の2月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該終了する日前の1月間に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日として最初に設定した日以後については、原則どおり、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないものであること留意すること。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

(1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行なった日以外の日限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

(2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「1」を算定する場合は、介護老人保健施設の入所者以外の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路的洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者		3. 入院中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設、指定介護予防指定介護予防特定施設、指定介護予防特定施設に居る者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟以外の病棟を除く。) 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。) 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者
初・再診料						
入院料等						
B001の10 入院栄養食事指導料						
B001の24 外来緩和ケア管理料						
B001の25 移植後患者指導管理料						
B001の26 補込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料						
B001の27 糖尿病透析予防指導管理料						
B001-2-5 院内トリアージ実施料						
B001-2-6 夜間休日救急搬送送医管理料						
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料						
B001-2-8 外来放射線照射診療料						
B004 退院時共同指導料1						
注2加算						
B005 退院時共同指導料2						
B005-1-2 介護支援連携指導料						
B005-6 がん治療連携計画策定料						
B005-6-2 がん治療連携指導料						
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料						
B005-7 認知症専門診断管理料1						
B005-7 認知症専門診断管理料2						
B005-7-2 認知症療養指導料						
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料						
B005-9 排尿自立指導料						
B007 退院前訪問指導料						
B007-2 退院後訪問指導料						
B008 薬剤管理指導料						
B008-2 薬剤総合評価調整管理料						
B009 診療情報提供料(1)						
注1						
注2						
注3及び注13加算						

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を占み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設等(短期入所介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型共同生活介護(認知症対応型共同生活介護) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 短期入所療養介護(介護療養型医療施設以外の病床を除く。) 介護又は介護予防(介護療養型医療施設以外の病床を除く。) 介護又は介護予防(介護療養型医療施設以外の病床を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) 短期入所療養介護(介護療養型医療施設以外の病床を除く。) 介護又は介護予防(介護療養型医療施設以外の病床を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) 短期入所療養介護(介護療養型医療施設以外の病床を除く。) 介護又は介護予防(介護療養型医療施設以外の病床を除く。)	介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 介護老人生活介護を受けている患者 介護老人福祉施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)		
注4	○	○	○	○	×	×	×	○	×
注5及び注6	○	○	○	○	○	×	×	○	○
注7加算及び注8加算	○	○	○	○	×	×	×	○	○
注9加算	○	○	○	○	○	×	×	○	○
注10加算(認知症専門医療機関連携加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注11加算(精神科医療連携加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注12加算(肝臓・インテグレーション治療連携加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注14加算(地域連携診療計画加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注15加算(検査・画像情報提供加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B0009-2 電子的診療情報評価料	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B010 診療情報提供料(Ⅱ)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B014 退院時薬剤情報管理指導料	○	○	○	○	○	○	○	○	○
上記以外	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C000 住診料	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C012 在宅患者共同診療料1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C001 在宅患者訪問診療料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○	○ ※10	○	○	○	○	○	○	○
C012 在宅患者共同診療料2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C012 在宅患者共同診療料3 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C002 在宅時医学総合管理料	○	○ ※10	○	○	○	○	○	○	○
C002-2 施設入居時等医学総合管理料	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C003 在宅がん医療総合診療料	○	○ ※10	○	○	○	○	○	○	○
C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)	○	○ ※2	○	○	○	○	○	○	○

注

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者をのみ、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。)	介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)	介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 又は介護老人生活介護又は介護老人生活介護を受けている患者	併設保険医療機関以外の併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の併設保険医療機関
麻酔		○	○	○	○	○	○	○	○	○
放射線治療		○	○	○	○	○	○	○	○	○
病理診断		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B000-4 歯科疾患管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B002 歯科特定疾患療養管理料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B004-1-4 入院栄養食事指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B004-9 介護支援連携指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B006-3 がん治療連携計画策定料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B006-3-2 がん治療連携指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B007 退院前訪問指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B008 薬剤管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B008-2 薬剤総合評価調整管理料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B009 診療情報提供料(1)(注2及び注6)	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B011-4 退院時薬剤情報管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B014 退院時共同指導料1		○	○	○	○	○	○	○	○	○
B015 退院時共同指導料2		○	○	○	○	○	○	○	○	○
C001 訪問歯科衛生指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
C007 在宅患者連携指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○	○	○	○	○	○	○	○	○
上記以外		○	○	○	○	○	○	○	○	○
10 薬剤服用歴管理指導料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13の2 かかりつけ薬剤師指導料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
14の2 外来服薬支援料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○	○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を各み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護) ※2	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟以外の病棟に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟以外の病棟に限る。)	介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者 ロ.介護老人福祉施設 ハ.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 ニ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者 ロ.介護老人保健施設 ハ.介護老人福祉施設 ニ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	併設保険医療機関 以外 の 併設保険医療機関	併設保険医療機関 以外 の 併設保険医療機関
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○	○	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	—	○ (同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の4 退院時共同指導料	—	—	—	×	×	×	—	×	×	×
15の5 服薬情報等提供料	—	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	—	—	—	—	—	—	○
上記以外	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○
01 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	—	○ ※2	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	—	○ ※9	—	—	—	—	—	—	—	○ (認知症患者を除く。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)(注加算を含む。)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
01-3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—
02 訪問看護管理療養費	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
特別管理加算	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
退院時共同指導加算	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
退院支援指導加算	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (末期の悪性腫瘍の患者又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
在宅患者運搬指導加算	—	×	—	—	—	—	—	—	—	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	—	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
03 訪問看護情報提供療養費	—	○ (同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	×

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を各み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者		3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型介護又は外部サービス利用型居宅介護を受けける者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。) 介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。) 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。) 介護療養型医療施設(認知症病棟に限る。) 介護療養型医療施設(認知症病棟に限る。)	ア.介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) エ.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 オ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	ア.介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) エ.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 オ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
05 訪問看護ターミナルケア療養費	※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による看護取り介護加算を算定していない場合に限る。)	※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による看護取り介護加算を算定していない場合に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。) 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。) 介護療養型医療施設(認知症病棟に限る。) 介護療養型医療施設(認知症病棟に限る。)	ア.介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) エ.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 オ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	ア.介護老人保健施設又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) エ.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 オ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者

- ※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日医医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。
- ※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
- ※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
 - ・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物)に罹患している患者に対して投与された場合に限る。
 - ・疼痛コントロール剤(Ｂ型)のための医療用麻薬
 - ・抗ウイルス剤(Ｂ型)肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。
- ※4 次に掲げる薬剤料に限る。
 - ・エリスロポエチン(人工腎臓又は腫瘍灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ダルベポエチン(人工腎臓又は腫瘍灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・疼痛コントロール剤(Ｂ型)肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。
 - ・インタリクス製剤(Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
 - ・抗ウイルス剤(Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
 - ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体
- ※5 次に掲げる費用に限る。
 - ・外来化学療法加算
 - ・静脈内注射(保険医が療養病棟から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・動脈内注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物)に罹患している患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・肝動脈塞栓剤(悪性腫瘍)の薬剤料(悪性腫瘍)に罹患している患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・点滴注射(保険医が療養病棟から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・複合注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・エリスロポエチン(人工腎臓又は腫瘍灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ダルベポエチン(人工腎臓又は腫瘍灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・抗悪性腫瘍剤(悪性腫瘍)の薬剤料(悪性腫瘍)に罹患している患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・疼痛コントロール剤(Ｂ型)肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)
 - ・インタリクス製剤(Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
 - ・抗ウイルス剤(Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
- ※6 創傷処置(手術日から起算して二十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 tents、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膀胱洗浄、眼処置、耳処置、尿管処置、鼻処置、口腔、咽喉頭置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔挿入薬及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※7 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看護取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。))において看護を行った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。))に限る。
- ※9 認知症患者を除く。(ただし、精神科重症患者早期集中支援管理科を算定する患者にあってはこの限りではない。)
- ※10 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

平成25年度に実施した個別指導において
保険医療機関（歯科）に改善を求めた主な
指摘事項

関東信越厚生局

平成27年1月

I 診療に係る事項

診療録等

- 診療録は患者の病状経過等を記録しておく重要なものであり、診療報酬請求の根拠となることを十分に認識し、保険診療に関する必要事項（病状、経過など）は、遅滞なく正確に記載するとともに内容の充実に努めること。
- 保険医は「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等の諸規則を十分に理解し、適正な保険診療に努めること。

診療録の記載内容

- 診療録の第1面の記載事項（主訴、傷病名、開始、終了、転帰等）は的確に記載すること。
- 診療録の記載は、診療行為の手順に沿って正確に記載すること。
- 診療録の不適切な記載（鉛筆による記載、行間を空けた記載、欄外への記載、療法・処置記載欄への一行複数段の記載、判読困難な記載、独自の略称の使用、塗りつぶし・修正液）を行わないこと。
- 同一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に診療の都度、診療録に署名又は記名押印を行うこと。
- O A機器にて診療録を作成する場合は、診療の都度診療内容を確認し、署名又は記名押印を行うこと。
- O A機器による診療録の作成が診療の都度行われていないものが見られる。
- 保険診療から自費診療へ移行した旨の記載がないものが見られる。

基本診療料

- 再診相当であるものについて、初診料で算定している例が認められたので改めること。

医学管理等

- 医学管理について、保険請求の根拠となるべき具体的記述や、必要事項（管理内容等）の記載が充実していない例が認められたので改めること。
また、患者への文書提供が算定要件となっているものについては、患者への文書提供を行うとともに診療録へその写しを添付すること。

歯科疾患管理料

- 歯科疾患管理料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
・管理内容の要点の診療録への記載が画一的である。

- ・ 2回目以降の歯科疾患管理料について、管理計画書を提供しない場合に診療録に治療計画等の要点が記載されていない。
- ・ 患者に提供する文書が所定の様式に準じていない。
- ・ 管理計画書の作成、文書提供が行われていない。
- ・ 管理計画書の内容が不十分である。
- ・ 患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況を患者又はその家族が記入していない。
- ・ 管理計画書の写しが診療録に添付されていない。

歯科衛生実地指導料

- 歯科衛生実地指導料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 歯科衛生士に対する歯科医師の指示内容等の要点が診療録に記載されていない。
 - ・ 歯科衛生士業務記録簿の記載が不備なものが見られる。(プラークの付着状況の結果)

義歯管理料

- 義歯管理料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 新製有床義歯管理料において、情報提供文書の内容(欠損の状態、指導内容、保存・清掃方法等の要点)が不十分である。
 - ・ 新製有床義歯管理料において、患者に交付した文書の写しが診療録に添付されていない。

有床義歯管理料

- 有床義歯管理料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 診療録に調整方法・調整部位等に係る記載がない。
 - ・ 診療の記載(調整方法、調整部位及び義歯にかかる指導内容の要点)が不十分である。

在宅医療

- 訪問診療を行った場合の診療録の記載事項(訪問診療の計画)に不備な点が認められたので改めること。

歯科訪問診療料

- 歯科訪問診療を行うにあたっては、「歯科訪問診療における基本的な考え方」

(平成16年日本歯科医学会)を参考に適切に行うこと。

- 歯科訪問診療を行う場合は、当該患者の症状に基づいた訪問診療の計画を定め診療録に記載するとともに、その計画及び費用等について患者又はその家族等に対して十分に説明を行うこと。
- 訪問診療計画について、診療録記載の充実を図ること。

訪問歯科衛生指導料

- 訪問歯科衛生指導において、患者又は家族等に文書を提供していない。

検査

- 下記の検査を算定するにあたり、診療録に検査結果の記載が不十分なものが認められたので改めること。
 - ・電氣的根管長測定検査
 - ・細菌簡易培養検査
- 歯周基本検査の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・算定要件を満たさない歯周基本検査（歯の動揺度検査、EPP）
- 歯周精密検査において、算定要件を満たさない例が認められたので改めること。

（プロービング時の出血の有無、歯の動揺度検査及びプラークチャート）
- 平行測定（5歯以下）の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・計測結果が診療録に記載されていない。
- 平行測定（6歯以上）の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・模型が保管されていない。

画像診断

- 画像診断を算定する場合は、診療録への所見記載を充実させること。また、エックス線写真は適切に保管すること。
- エックス線撮影において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・不鮮明なもの、治療に必要な部位が撮影されていない。

投薬等

- 投薬にあたっては、その必要性を十分に考慮した上で、適応、用法、用量等の薬事法承認事項を順守して使用すること。
- 投薬の算定において、診療録に投薬の服用方法の記載がないものが見られ

る。

歯周治療

- 「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参照し、歯科医学的に妥当適切な歯周治療を行うこと。
- 歯周病に係る症状、所見等の診療録記載を充実させ、診断根拠や治療方針を明確にすること。
- 歯周基本検査の結果の要点を診療録に記載すること。
- 治癒の判断、治療計画の修正等を的確に行うこと。

処置等

- 感染根管処置の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・根管充填後に歯科エックス線撮影で機密な根管充填が行われていることを確認していない加圧根管充填加算。
- 根管貼薬処置において、使用薬剤の記載がない。
- 歯周基本治療処置において、診療録に使用薬剤名の記載がない例が認められたので改めること。
- 暫間固定（簡単なもの）の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・固定方式及び材料の記載がない。
- 機械的歯面清掃処置について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の氏名が診療録に記載されていない。
- 床副子調整において、調整部位の記載がない。

手術

- 手術における術式、所見、症状経過、使用薬剤、予後等の診療録記載の充実を図ること。
- 口腔内消炎手術を実施した場合の算定において、手術内容の要点に関する診療録の記載が不備なものが見られた。

麻酔

- 麻酔において、使用薬剤及び使用量の記載がない。

歯冠修復及び欠損補綴

- 補綴時診断の算定において、診療録に製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点の記載がない。

- クラウン・ブリッジ維持管理料の算定にあたり、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・患者へ文書を交付していない。
 - ・提供した文書の写しが診療録に添付していない。
- 歯科技工指示書について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・使用材料・発行年月日の記載がない。
- 支台築造（その他）において、使用材料（スクリューポスト）の記載がないものが見られる。
- 充填において、窩洞面の記載がない。
- 印象において、使用材料の記載がないものが見られる。

保険外診療

- 保険診療から保険外診療（自費）に移行した場合には、その旨を診療録に記載すること。
- 保険外診療に係る診療録は、保険診療用とは別に作成すること。

II 事務的取扱いに係る事項等

事務的取扱いに係る事項

- 届出事項の変更届について、適切に行っていない例が認められたので改めること。事項に変更があった場合には、速やかに関東信越厚生局各事務所に届出事項の変更届を提出すること。
 - ・診療時間、診療科目、診療日の変更。
 - ・保険医等の異動。（常勤及び非常勤）
 - ・保険外併用療養費に関する事項。
- 厚生労働大臣が定める掲示事項（施設基準の届出事項）について、適切に行うこと。
- 一部負担金の取扱いにおいて、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・徴収すべき者から徴収していない。
- 領収証の発行について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を交付していない。

