保険診療の理解のために

【歯科】

（令和８年度）

本資料は令和８年度診療報酬改定に基づいて作成しています。
疑義解釈等が随時発行されるため、ご所属の保険医療機関で診療報酬請求をするに当たってはその時点での要件等を確認して請求を行ってください。

東北厚生局

目次

Ⅰ わが国の医療保険制度 2

1 わが国の医療保険制度 2

Ⅱ 保険医、保険医療機関の責務 4

1 保険医、保険医療機関 4

2 保険診療の基本的ルール 5

Ⅲ 歯科診療報酬点数に関する留意事項 7

1 診療録（カルテ） 7

2 傷 病 名 9

3 基本診療料等 10

4 医学管理料 13

5 在宅医療 14

6 検 査・画像診断 15

7 投 薬・注 射 17

8 リハビリテーション 18

9 処置 18

10 手術 20

11 歯冠修復及び欠損補綴 21

12 歯科矯正 22

13 基本診療料及び特掲診療料の施設基準等 25

Ⅳ 保険診療に関するその他の事項 28

1 診療報酬明細書（レセプト）の作成 28

2 患者から受領できる費用 29

3 保険外併用療養費制度について 29

4 自己診療、自家診療について 32

Ⅴ 健康保険法等に基づく指導・監査について 33

1 指導・監査について 33

2 令和６度指導・監査の実施状況について 34

資料１ 保険医療機関及び保険医療養担当規則 35

資料２ 歯科診療録の様式 46

資料３ 処方箋の様式 48

参考１ 指導大綱 50

参考２ 監査要綱 56

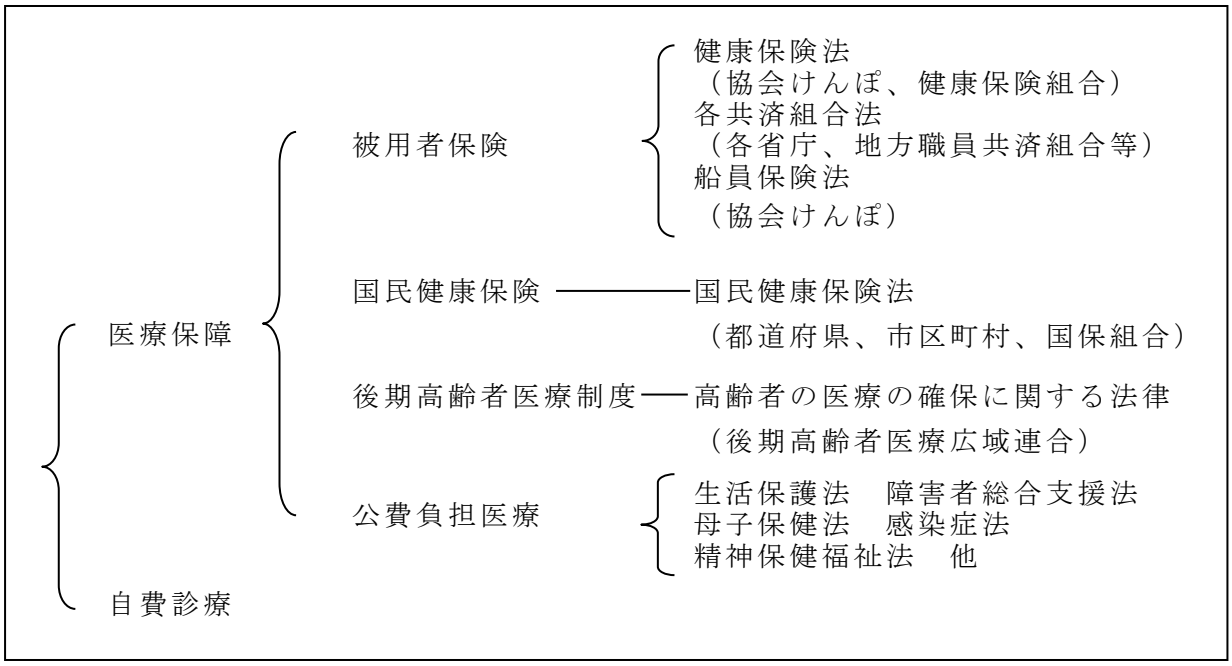
Ⅰ わが国の医療保険制度

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。

後期高齢者については、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。

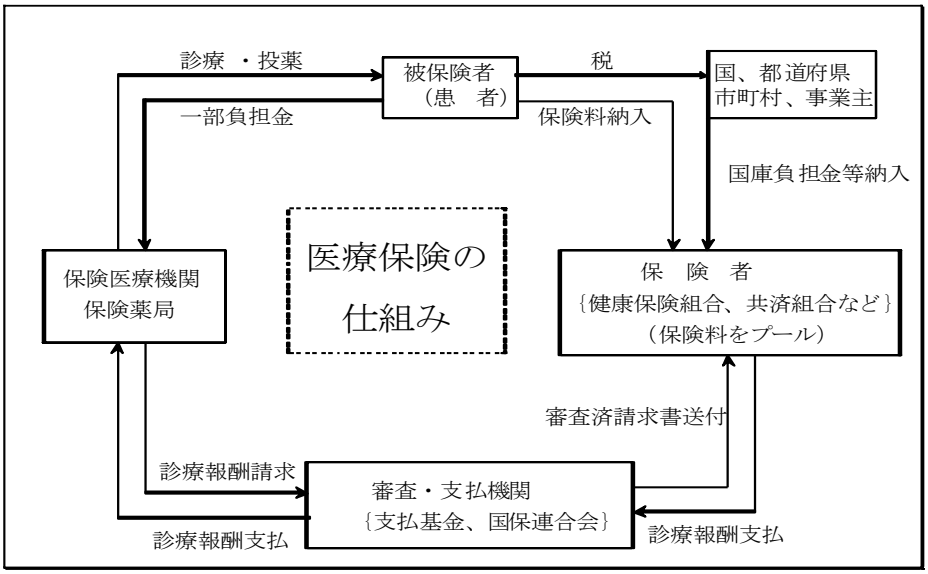
(3) 保険診療の具体的な仕組み

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レセプトの差し戻し（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。



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（医療法第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（※注）で定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない。」（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 ここで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（療担規則)」と呼ばれるものであり、保険診療を行うに当たって、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

なお、後期高齢者に対する保険診療において、保険医療機関および保険医が遵守すべき事項については、療担規則と同等の内容を定めたものとして、厚生労働大臣による「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」（療担基準）が定められている。

(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，医薬品医療機器等法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 保険医療機関が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箋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・研究的診療の禁止

・ 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 条第２項)

・　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 条第１号ハ)

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箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。(療担規則第２条の５)

・　保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。
(療担規則第２条の５第２項)

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

・　保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行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第２項)

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、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

令和８年６月に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」第 7.0 版が公表された。現状において医療情報システムにアクセスする端末ごとに二要素認証を追加実装することは困難であることから、令和９年度時点で稼働している事が想定される医療情報システムを、今後、新規導入又は更新に際しては、二要素認証を採用するシステムの導入、またはこれに相当する対応をするよう求められている。

- 医療情報システムへのアクセスにおける利用者の識別・認証を行う事。

・　利用者の識別・認証にユーザＩＤとパスワードの組み合わせを用いる場合、それらの情報を、本人しか知り得ない状態に保つよう対策を実施すること。
・　利用者が個人情報を入力・参照できる端末から長時間離席する際に、正当な利用者以外の者による入力のおそれがある場合には、ログアウトやクリアスクリーンの設置等の対策を実施させること。
・　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。
・　パスワードは以下のいずれかの要件とすること。

a. 英数字、記号を混在させた 13 文字以上の推定困難な文字列（定期変更なし）

b. 英数字、記号を混在させた８文字以上の推定困難な文字列を定期的に変更させる（最長でも２ヶ月以内）

c. 二要素以上の認証の場合、英数字、記号を混在させた８文字以上の推定困難な文字列。

ただし他の認証要素として必要な電子証明書等の使用にＰＩＮ等が設定されている場合には、この限りではない。

(5) レセプト作成用コンピュータ使用時の注意点

・　いわゆるレセプト作成用コンピュータ（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

保険適用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。

【メモ】

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) 基本診療料算定上の留意点

初診料及び再診料は、歯科外来診療における院内感染防止対策につき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届け出た保険医療機関において、初診及び再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、注１に規定する初診料により算定する。

① 初診料

自他覚的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、同日に１回の受診で保険診療を行う場合は、初再診料等は算定できない。

② 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１

「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（障害者手帳を交付されているからといって算定できるものではない)。なお、当該加算を算定した日の患者の状態、若しくは別に掲げる感染症に罹患している場合はその病名を診療録に記載する。

➢ 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
- 知的発達障害等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
- 重症の呼吸器疾患等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
- 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態
- 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態
- 別に掲げる感染症（例：インフルエンザ、麻しん、新型コロナウイルス感染症、風しん等）に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態
- これらに準ずる状態にある者

(3) 歯科診療特別対応加算２

・　「著しく歯科診療が困難な者」に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて診療を行った場合は患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

・　別に掲げる感染症に罹患している感染症の患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると認められるものに対し、個室若しくは陰圧室において診療を行った場合その病名を診療録に記載する。

(4) 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。

(5) 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７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。

※　ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、①～④及び⑦のいずれにも該当するもの、栄養管理体制に関する基準に該当するものであること。（令和８年厚生労働省告示第 70 号）

（各体制の主な基準）

①　入院診療計画の基準

・　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。

・　入院診療計画書は患者等に交付するとともに、写しを診療録に添付する。

②　院内感染防止対策の基準

・　院内感染対策委員会の設置及び月１回程度の定期的な開催、週１回程度の「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、感染対策向上加算１・２・３として別途評価が行われる。

③　医療安全管理体制の基準

・　安全管理指針の整備、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及び月１回程度の定期的な開催、年２回程度の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専任の看護職員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　栄養管理体制の基準

・　栄養管理を担当する常勤の管理栄養士の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の整備や栄養管理手順の作成等、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、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、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、栄養状態を評価し、医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した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当該患者の栄養状態の定期的な評価、必要に応じて計画の見直しを行う。

・栄養管理計画書又はその写しを診療録等に添付する。

⑥　意思決定支援の基準

・　厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定められている。

⑦ 身体的拘束最小化の基準

・　患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない。

・　当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されている。

(6) 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　医師事務作業補助体制加算

④　栄養サポートチーム加算（歯科医師連携加算）

4 医学管理料

○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、医学管理料ごとに定められていることに留意する。

③ 歯科衛生実地指導料を算定する場合は、当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

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算定要件となっている場合もある。

(2) 歯科疾患管理料

① 継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防の為の継続管理を評価したものである。なお、当該患者に対して、継続的な管理の必要性について説明を行うこと。

② 患者等の同意を得た上で管理計画を作成し、その内容について説明した場合に算定する。

(3) 歯科疾患管理料の診療録記載

① 管理計画作成時、又は変更時

・ 管理計画について患者に説明した内容の要点を記載する。

・ 患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な事項等を記載する。

② 初診時に歯周病の急性症状がある場合

初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、歯周病検査の実施が困難である場合は、症状の要点を記載する。

③ 継続管理の場合（再診時）

患者等に対して、管理計画に基づく当該管理を行った場合は、その要点を記載する。

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。なお、急性症状の発症時等に即応できるよう、切削器具の常時携行が必要。

・ 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、いても専門外である、旅行中で不在である、対応不可、歯科訪問診療の依頼をしても連絡がつかない等やむを得ない絶対的な理由がある場合に限り認められる。

③ 歯科訪問診療を開始する月の前月までに別に厚生労働大臣が定める基準(歯科訪問診療料の「注 16」に規定する基準)を満たす旨を地方厚生(支)局長に届け出る。ただし、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の届出を行っている場合は、この限りではない。

(2) 特別の関係にある施設等への歯科訪問診療

① 保険医療機関が当該保険医療機関と「特別の関係」にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、「注 20」に規定する歯科訪問診療料（初診時 272 点、再診時 59 点）により算定する。

② 「特別の関係にある保険医療機関等」に規定する「保険医療機関等」には、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者が含まれる。

6 検 査・画像診断

○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) 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枚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（２のイ*1及びハ*2並びに３*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*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。

(*1：歯科パノラマ断層撮影)

(*2：歯科パノラマ断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の特殊撮影の場合)

(*3：歯科用３次元エックス線断層撮影)

(3) 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おいて専ら画像診断を担当する常勤の歯科医師が、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おいて専ら画像診断を担当する常勤の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、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。

(4) 歯科用３次元エックス線断層撮影

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若しくは歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係、病巣の広がり又は複雑な解剖学的根管形態等を確認する特段の必要性が認められる場合

【メモ】

○薬剤の使用に当たっては、医薬品医療機器等法の承認事項（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 歯科医師は自ら診察しないで治療、処方箋・診断書の交付を行ってはならない。(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等に行う。(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 投薬及び処方箋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)、バイオ後続品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該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ず、また、注射を行うに当たっては、当該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・バイオ後続品の使用促進

保険診療に際しては、前項のとおり後発医薬品、バイオ後続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。

（処方箋の様式）　（資料３）

・ 処方を行う保険医（処方医）が、処方箋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箋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箋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。

・患者の希望を踏まえ銘柄名処方する場合は、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（地域支援・医薬品供給対応体制加算）※入院基本料等加算

・　後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、当該体制を有する医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

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、３においては、実施内容（調整又は指導・訓練内容）等の要点を診療録に記載する。

9　処置

○歯周病継続支援治療の開始においては、当該検査結果の要点や歯周病継続支援治療の治療方針等について管理計画書を作成し、文書により患者又はその家族等に対して提供し、当該文書の写しを診療録に添付する。

(1) 処置の算定上の留意点（主なものの例）

①　歯周病継続支援治療

・　一連の歯周治療終了後、継続支援が必要な患者に対し、歯周組織の状態維持又は重症化予防を目的としてプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療を評価したものである。

・　継続支援が必要な患者とは、２回目以降の歯周病検査の結果、次のいずれかに該当する状態をいう。

イ　歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し病状が安定していると考えられる４mm以上の歯周ポケットが認められる状態

ロ　全ての歯周ポケットが４mm未満だが、部分的な炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

・　歯周病継続支援治療は、その開始に当たって、歯周病検査を行い、検査結果の要点や歯周病継続支援治療の治療方針等について管理計画書を作成し、文書によ

り患者又はその家族等に提供し、当該文書の写しを診療録に添付した場合算定する。その他療養上必要な管理事項がある場合は、患者に説明し、その要点を診療録に記載する。

② 周術期等専門的口腔衛生処置

ア 周術期等専門的口腔衛生処置１

・ 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した入院中の患者若しくは周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。

イ 周術期等専門的口腔衛生処置２

・ 周術期等口腔機能管理計画策定料に係る周術期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が放射線治療又は化学療法の副作用として生じた口腔粘膜炎に対して、専門的な口腔清掃及び口腔粘膜保護材を使用して疼痛緩和を行った場合に、月１回に限り算定する。

※口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は別に算定し、使用した特定保険医療材料名を診療録に記載

・ 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、診療録に口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔粘膜の状態等）及び治療内容等（歯科衛生士が行う場合は、歯科衛生士に指示した内容及び歯科衛生士の氏名）を記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

10　手術

○原則として、同一の手術野、同一の病巣に２以上の手術を同時に実施した場合は、主たる手術の所定点数のみ算定する。（通則13）

(1) 手術の算定上の留意点

「通則 13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号 J000 に掲げる抜歯手術から区分番号 J004-3 に掲げる歯の移植手術を単独で行う場合については、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定を行うものとする。

・Ｊ000　抜歯手術
・Ｊ000-2　歯根分割掻爬術
・Ｊ000-3　上顎洞陥入歯等除去術
・Ｊ001　ヘミセクション(分割抜歯)
・Ｊ002　抜歯窩再掻爬手術
・Ｊ003　歯根嚢胞摘出手術
・Ｊ004　歯根端切除手術
・Ｊ004-2　歯の再植術
・Ｊ004-3　歯の移植手術

これらの手術について、単独で行った場合は実施した歯数に応じて算定できる取扱い。

(2) 複数手術の特例［抄］

同一手術野又は同一病巣につき、別表第三の左欄に掲げる手術とそれぞれ同表の右欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術(一つに限る。)の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数とを合算して算定する。

別表第三(令和八厚生労働省告示九十五号)

J091　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
J099-2　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	その他の手術
J100-2　中心静脈注射用植込型カテーテル設置	その他の手術
J003　歯根嚢胞摘出手術	J004　歯根端切除手術(１歯につき)
J043　顎骨腫瘍摘出術(歯根嚢胞を除く。)	J000　抜歯手術(１歯につき)
J043　顎骨腫瘍摘出術(歯根嚢胞を除く。)(顎骨嚢胞を摘出した場合に限る。)	J004　歯根端切除手術(１歯につき)
J066　歯槽骨骨折観血的整復術	J004-2　歯の再植術
J068　上顎骨折観血的手術	J004-2　歯の再植術
J072　下顎骨折観血的手術	J004-2　歯の再植術
J075　下顎骨形成術 1　おとがい形成の場合	J075　下顎骨形成術 2　短縮又は伸長の場合
J101-2　神経再生誘導術	J040　下顎骨部分切除術
	J041　下顎骨離断術
	J042　下顎骨悪性腫瘍手術

11　歯冠修復及び欠損補綴

○補綴時診断料は、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等に関する説明を行った場合に算定する。

○クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

(1) 歯冠修復及び欠損補綴の算定上の留意点

①　補綴時診断料

・　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を診療録に記載する。

・　「１　補綴時診断（新製の場合)」を算定後、当該有床義歯に対して、新たに人工歯及び義歯床を追加した場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して３月以内は補綴時診断料を算定できない。

・　新たに生じた欠損部の補綴に際して「２　補綴時診断（１以外の場合)」を算定後、同一の有床義歯に対して再度、人工歯及び義歯床を追加する場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して３月以内は補綴時診断料を算定できない。

②　クラウン・ブリッジ維持管理料

・　対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名等を記載した文書を提供する。

➢　クラウン・ブリッジ維持管理の対象とならないもの

・　乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復

・　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対する高強度硬質レジンブリッジ

・　全ての支台をインレーとするブリッジ

・　永久歯に対する既製の金属冠による歯冠修復

12　歯科矯正

○歯科矯正は、次のいずれかに該当する場合に限り保険診療の対象とする。

（１）厚生労働大臣が定める施設基準に適合し届け出た保険医療機関において行う次のいずれかに該当する場合

イ　別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常

ロ　３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）

ハ　18歳未満の患者であって、連続した３歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常

（２）厚生労働大臣が定める施設基準に適合し届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養

（３）（１）又は（２）の施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関以外の保険医療機関における歯科矯正相談料

＊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）トリーチャ・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・ウイーデマン症候群　（10）顔面半側萎縮症
（11）先天性ミオパチー　（12）筋ジストロフィー　（13）脊髄性筋萎縮症
（14）顔面半側肥大症　（15）エリス・ヴァンクレベルド症候群
（16）軟骨形成不全症　（17）外胚葉異形成症　（18）神経線維腫症
（19）基底細胞母斑症候群　（20）ヌーナン症候群　（21）マルファン症候群
（22）プラダー・ウィリー症候群
（23）顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）　（24）大理石骨病
（25）色素失調症　（26）口腔・顔面・指趾症候群　（27）メビウス症候群
（28）歌舞伎症候群　（29）クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
（30）ウイリアムズ症候群　（31）ビンダー症候群
（32）スティックラー症候群　（33）小舌症
（34）頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）
（35）骨形成不全症　（36）フリーマン・シェルドン症候群
（37）ルビンスタイン・ティビ症候群　（38）染色体欠失症候群
（39）ラーセン症候群　（40）濃化異骨症
（41）６歯以上の先天性部分無歯症　（42）ＣＨＡＲＧＥ症候群
（43）マーシャル症候群　（44）成長ホルモン分泌不全性低身長症
（45）ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）
（46）リング18症候群　（47）リンパ管腫　（48）全前脳胞症
（49）クラインフェルター症候群（50）偽性低アルドステロン症
（51）ソトス症候群　（52）グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）

(53) 線維性骨異形成症　　(54) スタージ・ウェーバ症候群
(55) ケルビズム　　(56) 偽性副甲状腺機能低下症
(57) Ekman-Westborg-Julin 症候群　　(58) 常染色体重複症候群
(59) 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
(60) 毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal 症候群）
(61) クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）
(62) アラジール症候群　　(63) 高 IgE 症候群
(64) エーラス・ダンロス症候群 (65) ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）
(66) 原発性低リン血症性くる病 (67) ロイス・ディーツ症候群
(68) その他顎・口腔の先天異常

※(68)その他顎・口腔の先天異常とは、顎・口腔の奇形、変形を伴う先天性疾患であり、当該疾患に起因する咬合異常について、歯科矯正の必要性が認められる場合に、その都度当局に内議の上、歯科矯正の対象とすることができる。

① 歯科矯正診断料

別に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において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

② 顎口腔機能診断料

別に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において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

③ 歯科矯正相談料

・　歯科矯正相談料１については、区分番号Ｎ000 に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ001 に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定す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において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

・　歯科矯正相談料２については、区分番号Ｎ000 に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ001 に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定す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以外の保険医療機関において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

④ 歯科矯正管理料

区分番号Ｎ000に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ001に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患

者に対し、療養上必要な指導を行うとともに歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月１回に限り算定する。

【メモ】

13　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（支）局長等に対して行う。

(2) 施設基準の通則

① 地方厚生（支）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（支）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（支）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。

④ 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

(3) 基本診療料の施設基準等

- 歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料
- 歯科外来診療医療安全対策加算１又は２
- 歯科外来診療感染対策加算１、２、３又は４
- 歯科診療特別対応連携加算
- 歯科点数表の初診料の注 16 及び再診料の注 13 に規定する施設基準
- 電子的歯科診療情報連携体制整備加算１又は２
- 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準　など

(4) 特掲診療料の施設基準等

- 医療機器安全管理料（歯科）
- 歯科治療時医療管理料
- 小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算

・　在宅療養支援歯科診療所１又は２
・　在宅療養支援歯科病院
・　在宅患者歯科治療時医療管理料
・　歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算
・　在宅患者訪問診療料（Ｉ）の注 13 及び歯科訪問診療料の注 21 に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算
・　歯科疾患在宅療養管理料の注７、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８に規定する在宅歯科医療情報連携加算
・　歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準
・　有床義歯咀嚼機能検査
・　精密触覚機能検査
・　睡眠時歯科筋電図検査
・　歯科画像診断管理加算１又は２
・　遠隔画像診断
・　歯科口腔リハビリテーション料２
・　歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１
・　口腔粘膜処置
・　手術用顕微鏡加算
・　う蝕歯無痛的窩洞形成加算
・　歯科技工士連携加算１
・　歯科技工士連携加算２
・　光学印象
・　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー
・　３次元プリント有床義歯
・　歯科技工加算１及び２
・　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）
・　歯科点数表第２章第９部手術の通則第７号に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
・　歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１
・　歯周組織再生誘導手術
・　手術時歯根面レーザー応用加算
・　広範囲顎骨支持型装置埋入手術
・　顎関節人工関節全置換術（歯科）
・　歯根端切除手術の注３
・　口腔粘膜血管腫凝固術
・　レーザー機器加算
・　歯科麻酔管理料
・　歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）
・　口腔病理診断管理加算１又は２
・　クラウン・ブリッジ維持管理料
・　歯科矯正診断料

・　顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）
・　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
・　入院ベースアップ評価料
・　歯科技工所ベースアップ支援料　　など

(5) 施設基準等の定例報告
・　毎年８月現在で、保険外併用療養費、入院基本料等に関する実施状況、有床診療所入院基本料等に関する実施状況、在宅療養支援歯科診療所１、２及び病院等については、地方厚生（支）局長等への報告が必要である。
・　なお、定例報告が不要となっている施設基準についても、診療報酬を算定する場合は規定に適合している必要がある。

【メモ】

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

療担規則等の規定により、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。

また、平成 28 年４月から、未承認薬等を迅速に保険外併用療養として使用したいという困難な病気と闘う患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな仕組みとして「患者申出療養」が創設された。この制度は、将来的に保険適用につなげるためのデータ、科学的根拠を集積することを目的としている。

「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、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
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
  （用法・用量・効能・効果などの一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器、再生医療機器等製品の適応外使用

（使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）
- プログラム医療機器の使用
（薬事の第一段階承認後のもの、チャレンジ申請で再評価を目指すもの）

「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。

（選定療養の類型）

- 特別の療養環境(差額ベッド)
- 予約時間
- 時間外診療等
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 制限回数を超える医療行為
- 180 日以上の入院
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 小児う蝕の指導管理
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- 間歇スキャン式持続血糖測定器
- 精子の凍結及び融解
- 長期収載品
- 近視進行抑制点眼薬

なお、キャンセル料については選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるもので、当該診察日の直前に患者都合で予約がキャンセルされた場合に限って患者からの費用の徴収が認められる。これはあくまで選定療養に基づくものであるため報告が必要なことに留意すること。

「患者申出療養」とは、困難な病気と闘う患者の思いに応えるため、先進的な医療について、患者の申出を起点とし、安全性・有効性等を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするものである。

これは、国において安全性・有効性等を確認すること、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国において確認すること、及び実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めることとした上で、保険外併用療養費制度の中に位置付けるものであるため、いわゆる「混合診療」を無制限に解禁するものではなく、国民皆保険の堅持を前提とするものである。

（参考）**先進医療**

・　療担規則第 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、療担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、医薬品医療機器等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、医薬品医療機器等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 いわゆる自己診療、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こりやすいため、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ている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 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いものである。

仮に監査の場において、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険医療機関、保険医の取消等の厳しい行政措置が下されることとなる。また、行政措置のみならず、不正・不当な請求により支払われた診療報酬については、保険者に対し返還するとともに、患者から徴収した一部負担金の返還も必要となる。

監査後の経済上の措置については、診療内容または診療報酬の請求に関し不正、不当の事実が認められた場合、原則として５年間分を返還する。また、40％の加算金が加えられることもある（健康保険法第 58 条）。

２ 令和６年度指導・監査の実施状況について

※医科・歯科・調剤を含む

(1) 指導・監査による返還金額

- 返還金額は、　４８億５，３３３万円
- 内訳：　指導による返還分　１７億２，５３６万円
  適時調査による返還分　２２億９，９２１万円
  監査による返還分　８億２，８７６万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消の状況

① 保険医療機関等

- 指定取消　…　９件
- 指定取消相当　…１４件

② 保険医等

- 登録取消　…１７人
- 登録取消相当　…　１人

（特徴等）

- 保険医療機関等の指定取消処分（指定取消相当を含む。）の原因（不正内容）を見ると、不正請求（架空請求、付増請求、振替請求、二重請求）がそのほとんどを占めている。
- 指定取消処分（指定取消相当を含む。）に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等からの通報が２０件と取消（指定取消相当を含む。）件数の多数を占めている。

資料１　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　厚生省令第 15 号）
（最終改正：令和８年３月５日　厚生労働省令第 21 号）

健康保険法(大正十一年法律第七十号)第四十三条ノ四第一項及び第四十三条ノ六第一項(これらの規定を同法第五十九条ノ二第七項において準用する場合を含む。)の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法(昭和二十八年法律第二百七号)及び船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)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。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

目次

第一章　保険医療機関の療養担当（第一条―第十一条の五）
第二章　保険医の診療方針等（第十二条―第二十三条の二）
第三章　雑則（第二十四条）
附則

第一章　保険医療機関の療養担当

（療養の給付の担当の範囲）

第一条　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）

第二条　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）

第二条の二　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）

第二条の三　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）

第二条の四　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）

第二条の四の二　保険医療機関は、患者に対して、第五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）
第二条の五　保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。
2　保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）
第二条の五の二　保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。
一　指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）
二　介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
三　介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）
四　介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設
五　介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
六　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）
七　介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者
八　介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者
九　前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者

（掲示）
第二条の六　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、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
2　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（受給資格の確認等）
第三条　保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によ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当該確認を行う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。
一　法第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）
二　患者の提出し、又は提示する資格確認書

三　当該保険医療機関が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報（保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。）を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法（当該患者が当該保険医療機関から療養の給付（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に限る。）を受けようとする場合であつて、当該保険医療機関から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。）

四　その他厚生労働大臣が定める方法

2　患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「次に掲げるいずれかの」とあるのは「第一号又は第三号に掲げる」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて第一号又は第三号に掲げる方法により」とする。

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命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第三条の四第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険医療機関及び同令附則第三条の五第一項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。

4　保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

（要介護被保険者等の確認）

第三条の二　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第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一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、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二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。

（資格確認書の返還）

第四条　保険医療機関は、患者の提出する資格確認書（書面に限る。以下この条において同じ。）により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から資格確認書の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三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）

第五条　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七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二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。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二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。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二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七十四条第一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七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一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百十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八十五条第二項又は第百十条第三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八十五条の二第二項又は第百十条第三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、法第六

十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五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八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の五第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三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）

第五条の二　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。

第五条の二の二　前条第二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（第五条第一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、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）

第五条の三　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つては、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、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

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

（生活療養）

第五条の三の二　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つては、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、第五条第二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、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
5　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（保険外併用療養費に係る療養の基準等）
第五条の四　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五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
2　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
3　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（証明書等の交付）
第六条　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、法第八十七条第一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。）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第百一条の規定による出産育児一時金、法第百二条第一項の規定による出産手当金又は法第百十四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）
第七条　保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス（同法第八条第四項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

（診療録の記載及び整備）
第八条　保険医療機関は、第二十二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）
第九条　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三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、その完結の日から五年間とする。

（通知）
第十条　保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。
一　家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
二　闘争、泥酔又は著しい不行跡によ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）

第十一条　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の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（看護）
第十一条の二　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。

（法第七十条の二第一項第二号の厚生労働省令で定める要件）
第十一条の四　法第七十条の二第一項第二号の厚生労働省令で定める要件は、医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者であつて、次の各号のいずれかに該当することとする。
一　保険医療機関（医師の場合は、病院に限る。）において保険医として三年以上診療に従事した経験のある者であること。
二　法第六十三条第三項第二号又は第三号に掲げる病院又は診療所（医師の場合は、病院に限る。）において三年以上診療に従事した経験のある者であること。
三　医療法第三十条の二十三第二項第一号に規定する計画の適用を受け、現に当該計画に基づき診療に従事している者又は当該計画の適用後三年以内の者であること。
四　一般社団法人日本専門医機構が認定する基本領域の専門医の資格を持つ者その他これに準ずる者であること。
五　矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官その他の公務員として五年以上勤務した経験のある者であること。
六　第一号、第二号又は前号の要件のうちいずれかの要件に係る期間の合計が五年を超える者であること。
七　緊急に保険医療機関の管理者の地位を承継する者その他やむを得ない事由がある者であること。

（保険医療機関の管理者の責務）
第十一条の五　保険医療機関の管理者は、法第七十条の二第二項に規定する責務のほか、次に掲げる責務を果たさなければならない。
一　当該保険医療機関に勤務する保険医が第二章に定める保険医の診療方針等を遵守するよう監督すること。
二　当該保険医療機関における療養の給付に関する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が適正に行われるよう監督すること。
三　当該保険医療機関における診療録の記載及び整備並びに療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録の保存が適正に行われるよう監督すること。
四　当該保険医療機関に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者の連携を図るとともに、地域の病院若しくは診療所その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図ること。

（報告）
第十一条の三　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。

第二章　保険医の診療方針等

（診療の一般的方針）
第十二条　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）
第十三条　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）
第十四条　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。

第十五条　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）
第十六条　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）
第十六条の二　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）
第十七条　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）
第十八条　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）
第十九条　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（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験（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）
第十九条の二　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）
第十九条の三　保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。
２　保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

（指定訪問看護事業との関係）
第十九条の四　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）
第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二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　治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
ハ　同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
ニ　投薬を行うに当たつては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該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。
（１）　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十四条の四第一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、同法第十四条又は第十九条の二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（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。）
（２）遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）
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。この場合において、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一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。
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一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。
三　処方箋の交付

イ　処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。
ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四　注射
イ　注射は、次に掲げる場合に行う。
（１）　経口投与によ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、後発医薬品又はバイオ後続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つて行う。
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）
第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三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　治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二

剤以上を投与する。

ハ　同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。

ニ　投薬を行うに当たつては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該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。

（１）　後発医薬品

（２）　バイオ後続品

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。この場合において、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一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三　処方箋の交付

イ　処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

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

四　注射

イ　注射は、次に掲げる場合に行う。

（１）　経口投与によ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、後発医薬品又はバイオ後続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つて行う。

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加金を使用することができるものとする。

ロ　欠損補綴

（１）　有床義歯

（一）　有床義歯は、必要があると認められる場合に行う。

（二）　鉤は、金位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、代用合金を使用する。
（３）口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴
口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。
七　リハビリテーション
リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。
七の二　居宅における療養上の管理等
居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。
八　入院
イ　入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。
ロ　通院の不便等のための入院の指示は行わない。
ハ　保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。
九　歯科矯正
歯科矯正は、療養の給付の対象として行つてはならない。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）
第二十二条　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。

（処方箋の交付）
第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
２　保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。
３　保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、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）
第二十三条の二　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。

第三章　雑則　（略）

附則　（略）

様式第一号（一）の１（第二十二条関係）　（略）
様式第一号（一）の２（第二十二条関係）　（略）
様式第一号（一）の３（第二十二条関係）　（略）
様式第一号（二）の１（第二十二条関係）　（資料２）
様式第一号（二）の２（第二十二条関係）　（資料２）
様式第二号（第二十三条関係）　（資料３）
様式第二号の二（第二十三条関係）　（資料３）

資料２　歯科診療録の様式　（様式第一号（二）の１、第二十二条関係）

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			保険者番号		
公費負担医療の受給者番号			被保険者資格に係る情報	記号・番号	・　（枝番）
				有効期限	令和　年　月　日
受診者	氏名		被保険者氏名		
	生年月日	明大昭平令　年　月　日生	男・女	資格取得	昭和平成令和　年　月　日
	住所	電話　局　番		事業所（船舶所有者）	所在地
					名称
	職業		被保険者との続柄	保険者	所在地
					名称

部位	傷病名	職務	開始	終了	転帰
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	

上
右　左
下

〔主訴〕その他摘要

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 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備考	

歯科診療録の様式　（様式第一号（二）の２、第二十二条関係）

様式第一号(二)の２　（第二十二条関係）

月　日	部　　位	療　法　・　処　置	点　数	金額 担収 負数
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			
／	― ―			

資料３　処方箋の様式　（様式第二号、第二十三条関係）

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　箋

（この処方箋は、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		被保険者資格に係る記号・番号	・　（枝番）

患者	氏　名		
	生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女
	区　分	被保険者	被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

保険医氏名　　㊞

都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（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。）

処方

変更不可（医療上必要）	患者希望

個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

リフィル可　□　（　　回）　※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大３回まで反復利用できる処方箋

備考

保険医署名（「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。）

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。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　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	㊞	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、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命令（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こと。

様式第二号の二（第二十三条関係）

処　　方　　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋　　分割の　回目

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	・　（枝番）

患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名　印
	生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女
	区分	被保険者　被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日 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。

処方	変更不可（医療上必要） 患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

備考	保険医署名（「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。）
	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。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

調剤済年月日	令和　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、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命令（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こと。

参考１

指　　導　　大　　綱

第１　目的

この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７３条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４１条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第６６条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）又は保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　指導方針

指導は、保険医療機関等及び保険医等に対し「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１５号）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１６号）、「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）、「診療報酬の算定方法」（平成２０年厚生労働省告示第５９号）、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成１８年厚生労働省告示第９９号）、「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」（昭和５８年厚生省告示第１４号）等に定める保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

なお、指導を行うに当たっては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努める。

第３　指導形態

指導の形態は、次のとおりとする。

１　集団指導

集団指導は、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

２　集団的個別指導

集団的個別指導は、地方厚生（支）局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

３　個別指導

個別指導は、厚生労働省又は地方厚生（支）局及び都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

（1） 地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（以下「都道府県個別指導」という。）

（2） 厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（（3）に掲げるものを除く。以下「共同指導」という。）

（3） 厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの（以下「特定共同指導」という。）

第4 指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

1 選定委員会の設置等

（1） 地方厚生（支）局分室等（北海道厚生局にあっては当該厚生局（医療指導課）、その他の地方厚生（支）局にあっては当該厚生（支）局（指導監査課）及び分室）に地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官等を構成員とする選定委員会を設置する。

なお、選定委員会には都道府県の職員も参画することができる。

（2） 選定委員会においては、集団的個別指導及び都道府県個別指導の対象となる保険医療機関等並びに共同指導及び特定共同指導の対象候補となる保険医療機関等について、選定基準に照らして公正に選定を行う。

（3） 選定委員会は、選定に当たり必要と認められるときは、都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に意見を聴くことができる。

（4） 共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が協議のうえ選定を行う。

2 集団指導の選定基準

次の選定基準に基づいて選定する。

（1） 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。

（2） 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修指定病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

3 集団的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。以下同じ。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。以下「高点数保険医療機関等」という。）について1件当たりの平均点数が高い順に選定する。

なお、集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

4 個別指導の選定基準

（1） 都道府県個別指導

次に掲げるものについて、原則として全件都道府県個別指導を実施する。

① 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する

情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等

② 個別指導の結果、第7の1の(2)に掲げる措置が「再指導」であった保険医療機関等又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等

③ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等

④ 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等

⑤ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお、高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。)

⑥ 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した保険医療機関等

⑦ その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等

(2) 共同指導

① 過去における都道府県個別指導にもかかわらず、診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られず、共同指導が必要と認められる保険医療機関等

② 支払基金等から診療内容又は診療報酬の請求に関する連絡があり、共同指導が必要と認められる保険医療機関等

③ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。)

④ その他特に共同指導が必要と認められる保険医療機関等

(3) 特定共同指導

① 医師等の卒後教育修練や高度な医療を提供する医療機関である臨床研修指定病院、大学附属病院、特定機能病院等の保険医療機関

② 同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険医療機関等

③ その他緊急性を要する場合等であって、特に特定共同指導が必要と認められる保険医療機関等

第5 指導担当者

地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行う指導については、原則として地方厚生(支)局にあっては、地方厚生(支)局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては、都道府県において適当と認める者が担当する。

厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行う指導については、上記に加えて厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する。

第6 指導方法等

1 集団指導

(1) 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を決定したときは、地方厚生(支)局はあらかじめ集団指導の日時、場所、出席者等を文書により当該保険医療機関等又は保険医等に通知する。なお、当該通知には、当該集団指導を地方厚生(支)局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（2） 出席者

保険医療機関等を対象とした集団指導については、指導の内容等により決定する。

（3）指導の方法

集団指導は、保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、診療報酬の改定内容、過去の指導事例等について、講習、講演等の方法で行う。

2 集団的個別指導

（1） 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該個別指導を地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

① 集団的個別指導の根拠規定及び目的
② 指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所
③ 出席者
④ 準備すべき書類等

（2） 出席者

指導に当たっては、原則として指導対象となる保険医療機関等の管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者等の出席を求める。

（3） 指導の方法

指導は、原則として少数の診療報酬明細書に基づき、個別に簡便な面接懇談方式により行う。指導の際には、翌年度においても高点数保険医療機関等に該当した場合は、翌々年度における個別指導の対象となることを伝える。

（4） 学識経験者の立会いの依頼等

① 健康保険法第７３条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４１条第２項及び高齢者の医療の確保に関する法律第６６条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して文書等により立会いの依頼を行う。

また、都道府県医師会等が指導に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は支払基金等に対して審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

② 地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、指導時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

3 個別指導

（1） 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県又は地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

① 個別指導の根拠規定及び目的
② 指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所
③ 出席者
④ 準備すべき書類等

（2） 出席者

指導に当たっては、指導対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者、看護担当者等の出席を求める。

（3） 指導の方法

指導は、原則として指導月以前の連続した2カ月分の診療報酬明細書に基づき、関係書類等を閲覧し、面接懇談方式により行う。

（4） 学識経験者の立会いの依頼等

集団的個別指導に準じて立会いの依頼等を行う。ただし、共同指導又は特定共同指導の場合にあっては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対しても、文書等により立会いの依頼を行う。

（5） 指導記録の作成

指導担当者は、指導後、指導内容を記録する。

第7 指導後の措置等

1 指導後の措置

（1） 集団的個別指導

翌年度においても高点数保険医療機関に該当した場合、翌々年度に個別指導を行う。

なお、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等にあっては、集団的個別指導後、概ね一年以内に都道府県個別指導を行う。

（2） 個別指導

個別指導後の措置は、次のとおりとし、診療内容及び診療報酬の請求の妥当性等により措置する。

① 概ね妥当

診療内容及び診療報酬の請求に関し、概ね妥当適切である場合

② 経過観察

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められるものの、その程度が軽微で、診療担当者等の理解も十分得られており、かつ、改善が期待できる場合

なお、経過観察の結果、改善が認められないときは、当該保険医療機関等に対して再指導を行う。

③ 再指導

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められ、再度指導を行わなければ改善状況が判断できない場合

なお、不正又は不当が疑われ、患者から受療状況等の聴取が必要と考えられる場合は、速やかに患者調査を行い、その結果を基に当該保険医療機関等の再指導を行う。

患者調査の結果、不正又は著しい不当が明らかとなった場合は、再指導を行うことなく当該保険医療機関等に対して「監査要綱」に定めるところにより監査を行う。

④ 要監査

指導の結果、「監査要綱」に定める監査要件に該当すると判断した場合

この場合は、後日速やかに監査を行う。

なお、指導中に診療内容又は診療報酬の請求について、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合にあっては、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。

2 指導結果の通知等

（1） 集団的個別指導

指導担当者は、集団的個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

（2） 個別指導

地方厚生（支）局は、指導の結果及び指導後の措置について文書により当該保険医療機関等に通知する

なお、指導担当者は、個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

3 改善報告書の提出

地方厚生（支）局は、当該保険医療機関等に対して、前記2の（2）の指導の結果で指摘した事項に係る改善報告書の提出を求める。

第8 指導拒否への対応

1 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した場合は、個別指導を行う。

2 正当な理由がなく個別指導を拒否した場合は、監査を行う。

第9 その他

1 共同指導又は特定共同指導を行うに当たり、必要があると認められる場合には、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

2 地方厚生（支）局は指導の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

参考２

監　　査　　要　　綱

第１　目的

この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７８条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４５条の２及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７２条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　監査方針

監査は、保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

第３　監査対象となる保険医療機関等の選定基準

監査は、次のいずれかに該当する場合に、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものとする。

１　診療内容に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

２　診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

３　度重なる個別指導（「指導大綱」に定める「個別指導」をいう。以下同じ。）によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき。

４　正当な理由がなく個別指導を拒否したとき。

第４　監査担当者

監査は、原則として地方厚生（支）局にあっては、地方厚生（支）局長が指名する、技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては都道府県において適当と認める者が担当する。必要と認められる場合は、厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同して担当する。

第５　監査の方法等

１　事前調査

監査担当者は、原則として監査を実施する前に診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）による書面調査を行うとともに、必要と認められる場合には、患者等に対する実地調査を行う。

２　監査実施通知

監査対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該

監査を地方厚生(支)局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（1） 監査の根拠規定

（2） 監査の日時(土曜日及び休日を除く。)及び場所

（3） 出席者

（4） 準備すべき書類等

3 出席者

監査に当たっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者(又はこれに代わる者)及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医若しくは保険薬剤師(以下「保険医等」という。)、診療報酬請求事務担当者、看護担当者その他の従業者(これらの職にあった者を含む。)又は関係者の出席を求める。

4 学識経験者の立会いの依頼等

（1） 健康保険法第78条第2項において準用する同法第73条第2項(同法及び船員保険法において準用する場合を含む。)、国民健康保険法第45条の2第4項において準用する同法第41条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第2項において準用する同法第66条第2項(同法において準用する場合を含む。)の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、厚生労働大臣にあっては日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会(以下「日本医師会等」という。)に対して、地方厚生(支)局長にあっては都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会(以下「都道府県医師会等」という。)に対して、文書等により立会いの依頼を行う。

また、日本医師会等又は都道府県医師会等が監査に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生(支)局長は都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会(以下「支払基金等」という。)に対して文書等により審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

（2） 厚生労働大臣又は地方厚生(支)局長及び都道府県知事は、監査時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

5 監査調書の作成

監査担当者は、監査後、監査調書を作成する。

第6 監査後の措置

1 行政上の措置

行政上の措置は、健康保険法第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消、同法第81条の規定に基づく保険医等の登録の取消(以下「取消処分」という。)並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって行う。

(1)取消処分

地方厚生(支)局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときには、当該地方厚生(支)局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

なお、地方厚生(支)局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

① 故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

（2）戒告

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、戒告を行う。

① 重大な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

② 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③ 軽微な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④ 軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

（3）注意

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、注意を行う。

① 軽微な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

② 軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

2 聴聞

地方厚生（支）局長は、監査の結果、当該保険医療機関等又は保険医等が取消処分に該当すると認められる場合には、監査後、取消処分予定者に対して、行政手続法（平成5年法律第88号）の規定に基づき聴聞を行わなければならない。

なお、その際必要に応じ都道府県国民健康保険課、後期高齢者医療主管課等の職員も関係行政庁の職員として聴聞に参加することができる。

3 行政上の措置の通知

地方厚生（支）局長は、行政上の措置を行ったときは、当該保険医療機関等又は保険医等に対し措置の種類、根拠規定、その原因となる事実等について文書により通知を行う。

4 経済上の措置

（1） 地方厚生（支）局及び都道府県は、監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められ、これに係る返還金が生じた場合には、該当する保険者に対し、医療機関等の名称、返還金額等必要な事項を通知し、当該保険者から支払基金等に連絡させ、当該医療機関等に支払うべき診療報酬からこれを控除させるよう措置する。

この取扱いにより難いときは、支払基金等から当該保険者に連絡させ、返還金相当額を当該医療機関等から直接、当該保険者に返還させるよう措置する。

（2） 地方厚生（支）局及び都道府県は、返還の対象となった診療報酬に係る被保険者等が支払った一部負担金等に過払いが生じている場合には、監査対象となった医療機関等に対して、当該一部負担金等を当該被保険者等に返還するよう指導する。

また、該当する保険者に対しては、当該被保険者等あてにその旨通知するよう指導する。

（3） 監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められた場合における当該事項に係る返還期間は、原則として5年間とする。

5 行政上の措置の公表等

（1） 地方厚生（支）局長は、監査の結果、取消処分を行ったときは、「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政令」（昭和32年政令第87条）第2条（同令第2条の2において準用する場合を含む。）又は第9条の規定に基づき、速やかにその旨を公示する。

（2） 地方厚生（支）局及び都道府県は、監査の結果、戒告又は注意の行政上の措置を行ったときは、保険者団体、都道府県医師会等及び支払基金等に対し、その旨を連絡する。

（3） 地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、戒告又は注意を受けた保険医療機関等に対しては、一定期間内に個別指導を実施する。

第7 再指定

保険医療機関等が取消処分を受け、5年を経過しない場合等においては、健康保険法第65条第3項の規定に基づき、その指定を拒むことができる。ただし、取消処分を受けた医療機関の機能、事案の内容等を総合的に勘案し、地域医療の確保を図るため特に必要があると認められる場合であって、診療内容又は診療報酬の請求に係る不正又は著しい不当に関わった診療科が、相当の期間保険診療を行わない場合については、取消処分と同時に又は一定期間経過後に当該医療機関を保険医療機関として指定することができる。

第8 その他

1 監査を行うに当たっては、日本医師会等、都道府県医師会等、支払基金等及び各保険者に協力を求め円滑な実施に努める。

2 厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同して行う監査に当たり、必要があると認められる場合は、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

3 地方厚生（支）局は、監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

【メモ】