

平成 23 年度

社会保険医療担当者
集団指導用資料
(歯 科)

保険診療の理解のために

中国四国厚生局岡山事務所
岡 山 県

目次

I	わが国の医療保険制度	
1	わが国の医療保険制度	3
2	国民医療費の推移	5
II	保険医、保険医療機関の責務	
1	保険医、保険医療機関	6
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	9
4	医学管理等	10
5	在宅医療	10
6	検査・画像診断	11
7	投薬・注射	11
8	処置・手術・歯冠修復及び欠損補綴	12
9	歯科矯正	12
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	13
2	患者から受領できる費用	13
3	保険外併用療養費制度について	14
4	自己診療、自家診療について	15
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	16
2	平成21年度指導・監査の実施状況について	17
資料1	保険医療機関及び保険医療養担当規則 （いわゆる「療担」、「療養担当規則」）	18
資料2	歯科診療録の様式	29
資料3	処方せんの様式	31

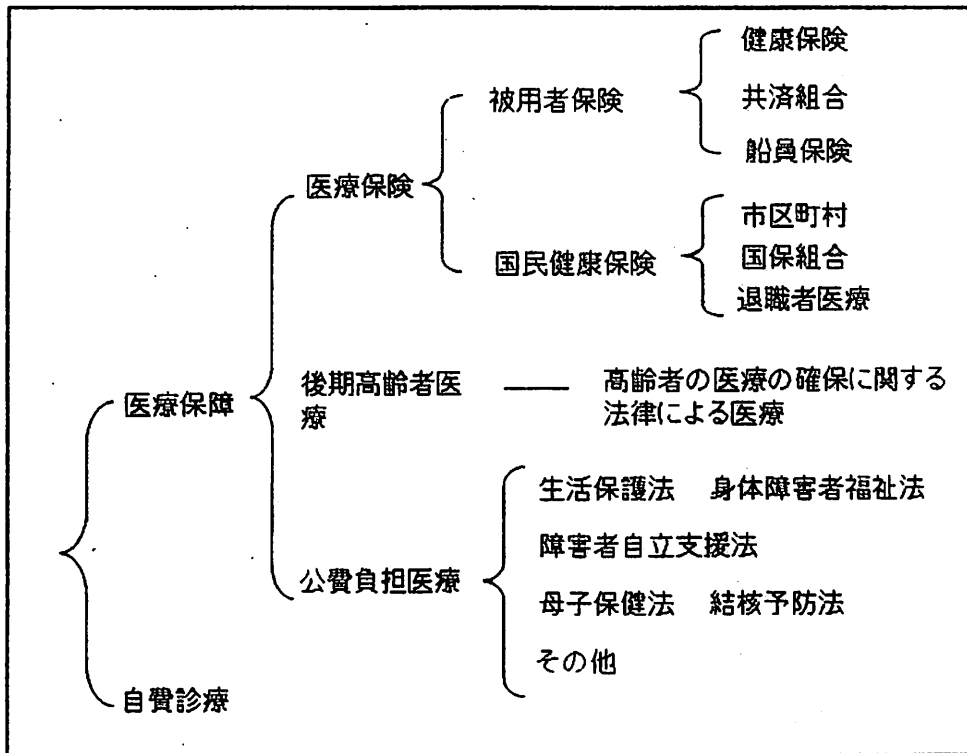
I わが国の医療保険制度

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

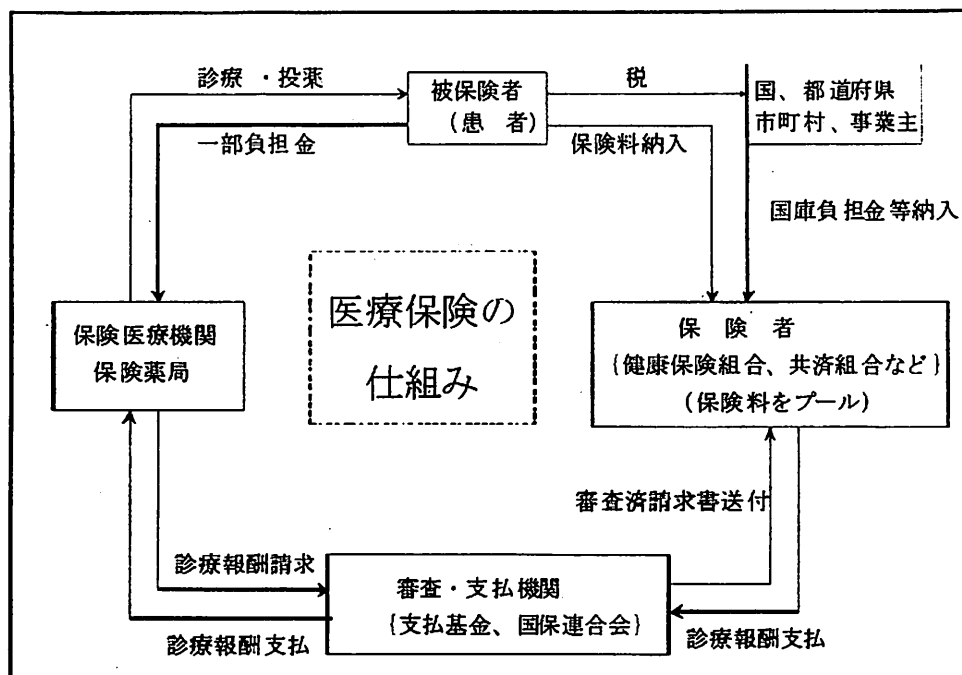
わが国の保険医療制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。

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。
現物給付制度	…	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

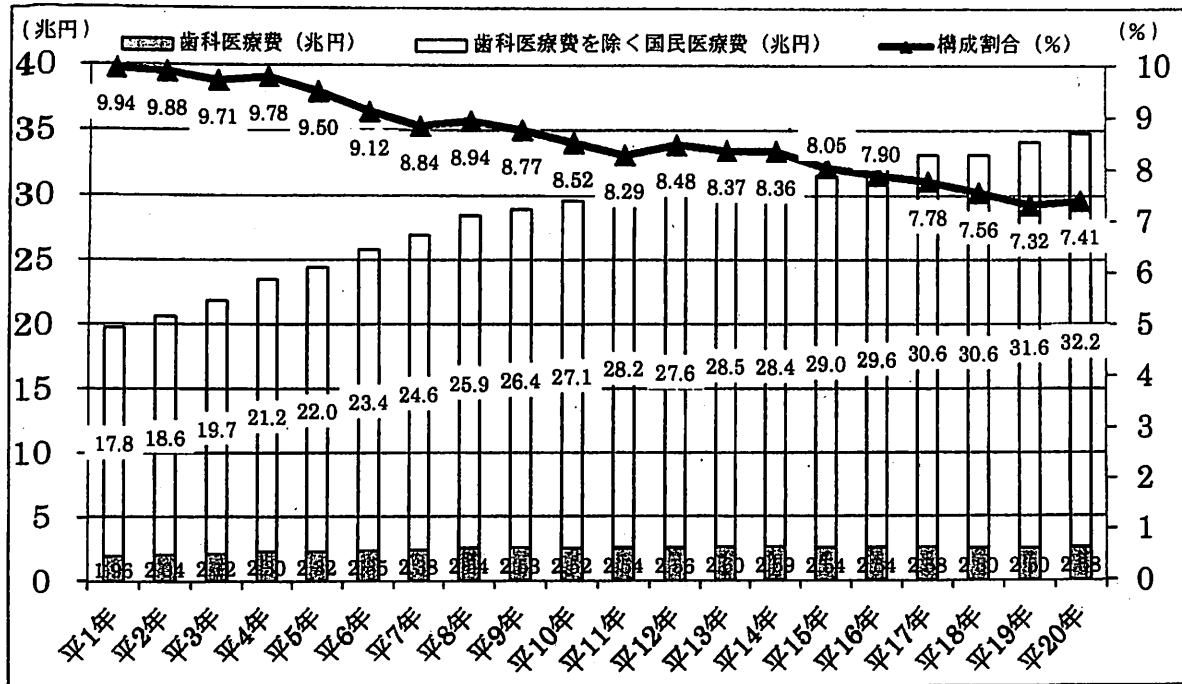
患者は、保険医療機関の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険医療機関に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法等の医療保険各法に規定されている。そのため、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”」と称される所以である。



2 国民医療費の推移

わが国の国民医療費、国民1人あたりの医療費は年々増加傾向にある。
 歯科医療費は、約2.6兆円程度であり、国民医療費の約7～8％程度となっている。



【メモ】

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）とされている。

この登録（保険医登録）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のではない。歯科医師自らの意思により、所在地を管轄する地方厚生（支）局長（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）へ申請する必要がある。

(2) 保険医・保険医療機関の責務

健康保険法の規定により、「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。

ここでいう命令が「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厚生労働大臣が定めたものである。

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」による契約診療である。
- 保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。

(1) 療養担当規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）（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
療養の給付の担当範囲、担当方針 等
- ・ 第2章：保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 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、薬事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）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通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。（療担第 12 条、歯科医師法第 20 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。
- ・ 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。（療担第 12 条）
- ・ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。（療担第 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最少限に行う。（療担第 21 条）

⑤特定の保険薬局への誘導の禁止

- ・ 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（療担第22条、歯科医師法第23条）

- ・ 歯科医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な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（療担第8条、療担第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、他の診療録との区別しなければならない。
- ・ 患者の診療録は、その完結の日から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。
- ・ 修正等の履歴が確認できるよう、記載はペン等で行うとともに、修正は修正液・貼り紙等を用いず二重線で行う。
- ・ 責任の所在を明確にするため、署名を記載の都度必ず行う。

(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等を端末に掲示しないこと。
- ・ 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。

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、必ず診療録自体に記載すること。
- ・ 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) 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。

(2) 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4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が出来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。

- ①入院診療計画に関する基準
- ②院内感染防止対策に関する基準
- ③医療安全管理体制に関する基準
- ④褥瘡対策に関する基準

(3) 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

4 医学管理等

- 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) 歯科衛生士に関係するものは、業務記録の作成および保管についても要する。
- 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必要な場合もある。

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。

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、結果が治療に反映されない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) 不適切な検査例

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

7 投薬・注射

- 薬剤の使用にあたっては、薬事法承認事項(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。(療担第 21 条)
- ⑤ 処方せんの交付または注射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。(療担第 21 条)

(2) 後発医薬品の使用促進

保険診療に際しては、前項の通り後発医薬品の使用努力を療養担当規則で規定している。

(処方せん様式) (資料3)

- ・後発医薬品への変更が全て不可の場合、当該記載欄に医師の署名又は記名又は押印を行う。
- ・保険薬局は、医師の署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品の調剤が可能。

(3) 不適切な投薬・注射例

- 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 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。

9 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。

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）

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レセプトの傷病名は、診療録の傷病名と一致していること。
- ②実体のない、いわゆる「レセプト病名」は認められない。
- ③疑い病名等が長期にわたって持続するのは妥当ではない。
- ④レセプトと診療録の診療開始日が一致していること。
- ⑤レセプトの請求内容と、診療録の診療内容が一致していること。
- ⑥処置内容等が正しい記載欄に記載されていること。
- ⑦摘要欄記載が適切に行われていること。

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

療養担当規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲が以下の通り定められている。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
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- 薬事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
- 予約診療
- 時間外診察
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 小児う蝕の指導管理
- 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日以上入院

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、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、現行制度下では認められていない。保険診療として請求する場合は、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、治療を受ける必要がある。

(2) 自家診療について

歯科医師が、歯科医師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。

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

診療内容および診療報酬請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足る理由がある時に行われる。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。

なお、不正請求の代表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。

こうした法令に対する不正な行為は、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制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、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。

仮に監査の場で、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処分が下されることとなる。また行政処分のみならず、不正・不当な請求により支払われた診療報酬については、保険者に対する返還金も発生することとなる。

医療の多くが保険診療として行われている現在において、保険医療機関の指定や保険医の登録を取り消されることとなれば、医療機関の経営は成り立たなくなり、歯科医師が診療を行うことが実質的に不可能となる。これは、医療機関、歯科医師のみの問題ではなく、医療を受ける側である住民に対し多大な悪影響を与えてしまうものである。

(1) 指導・監査による返還金額

- ・平成21年度に保険医療機関等から返還を求めた額は、約30億4千万円。
- ・内訳：指導による返還分 … 約21億2千万円
監査による返還分 … 約9億2千万円

(2) 保険医療機関・保険医等の取消の状況

- ・保険医療機関等の指定取消 … 11件
保険医療機関等の指定取消相当 … 5件
保険医等の登録取消 … 15人
保険医等の登録取消相当 … 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11件と取消（指定取消相当を含む。）件数の半数以上を占めている。
- ・保険薬局の指定取消（指定取消相当を含む。）はなかった。

【メモ】

資料 1

保険医療機関及び保険医療養担当規則 (いわゆる「療担」、「療養担当規則」)

○保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和三十二年四月三十日)

(厚生省令第十五号)

(最終改正；平成 22 年 3 月 5 日 厚生労働省令第 25 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。）の規定に基づき、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（第一条一第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条一第二十三条の二）

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った者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

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

（療養の給付の担当方針）

第二条 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った者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

（診療に関する照会）

第二条の二 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った場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な手続の確保)

第二条の三 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。

(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收受してはならない。

(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。

(受給資格の確認)

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、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めなければならない。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（平成九年法律第百二十三号）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っては、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。

(被保険者証の返還)

第四条 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つたとき、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（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）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った者については法第七十四条の規定により一部負担金、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（法第六十三条第二号第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同行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（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十六条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一百十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一百十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一百十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いを、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。）又は同項第四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一百十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。

(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った項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。
- 3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、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。

(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、証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いを受けることにより食事を提供し、温度、証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い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次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)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第五条第二項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、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条の規定による出産手当金又は法第一百四十四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（法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（訪問看護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（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（同法第八条の二第四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、患者の診療録にあっては、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、意見を附して、その旨を全国健康保険協会及び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 詐欺その他の不正な行為により、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、病院にあっては、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）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、診療所にあっては、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。

(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長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原則)

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

第十五条 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った場合には、これに適切に対応しなければならない。

(施術の同意)

第十七条 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、薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十六項に規定する治験（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、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 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。

- 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收受してはならない。

(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ってはならない。
ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法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、同法第十四条の四第一項第二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ってその形状、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ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、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 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、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 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って行う。

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使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 処方せんの交付

- イ 処方せんの使用期間は、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 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って行う。

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って行う。

イ 歯冠修復

(1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行つた場合は、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、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限って使用するものとし、前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯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、金位十四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、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞かどうか若しくはポテンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴

口蓋補綴及び顎補綴は、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)

第二十二條 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)

第二十三條 保険医は、処方せん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)

第二十三條の二 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)

資料 2

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22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				被保険者氏名				記号・番号						
受 診 者	氏 名			有 効 期 限				平成 年 月 日						
	生 年 月 日			被保険者氏名				昭和 年 月 日						
	住 所			資格取得				昭和 年 月 日						
	職 業			事 業 所				電 話 局 番						
	被保険者 との続柄			保 險 者				電 話 局 番						
部 位		傷 病 名		職 務		開 始		終 了		転 移				
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
				上・外		年 月 日		年 月 日						
										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				
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その所														
備 考														

歯科診療録の様式 (様式第一号 (二) の 2、第 22 条関係)

[illegible]

資料 3

処方せんの様式（様式第二号、第 23 条関係）

様式第二号
第二十三条関係

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	明大昭和 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	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										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考										
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名									

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。その際、処方箋の一紙について後発医薬品への変更を望む支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
2. この用紙は、日本工業規格 A 判 5 番とすること。
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 31 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」とするのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とするのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

医療保険と介護保険の給付調整について（歯科集団指導資料）

平成23年12月15日

岡山県保健福祉部長寿社会課

1 介護保険サービス事業者としての歯科医療機関

- (1) 歯科の保険医療機関として指定を受けると、介護保険サービス事業者としての指定があったものとみなす。（＝いわゆる「みなし指定」）
- (2) 指定を受けるサービス種別は次のとおり。
 - ・（介護予防）訪問看護
 - ・（介護予防）訪問リハビリテーション
 - ・（介護予防）居宅療養管理指導
 - ・（介護予防）通所リハビリテーション 以上8種
- (3) 岡山県に「指定を不要とする旨の届出書」又は「廃止届」を提出していない保険医療機関は、上記のサービス全てについて指定を受けていることになる。

2 要介護又は要支援の認定を受けた被保険者に対する診療報酬について

要介護又は要支援の認定を受けた被保険者（以下「要介護被保険者等」という。）に対する診療報酬の算定は、介護保険の給付と重複する部分について介護保険が優先するため、診療報酬の算定ができない。

算定できない診療報酬は、要介護被保険者等の状況（入院中、介護保険施設入所中、入院中以外）によって異なる。

(1) 入院中の患者以外の患者（※）である要介護被保険者等

※入院中の患者以外の患者であって、次のいずれにも該当しないもの

- ・（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護を受けている患者
 - ・（地域密着型）介護老人福祉施設、介護老人保健施設に入所している患者
- ① 要介護被保険者等に対して、訪問歯科衛生指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者連携指導料については医療保険での算定はできない。介護保険の居宅療養管理指導等を算定すること。（H22.4「歯科点数表の解釈」p918）
 - ② 同一月において、介護保険の（介護予防）居宅療養管理指導（歯科医師が行う場合に限る。）を算定していない月には、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、診療情報提供料（Ⅰ）の注2及び注6、歯科疾患在宅療養管理料を算定できる。同一月に両方を算定することはできない。（H22.4「歯科点数表の解釈」p923～924）
 - ③ 小規模多機能型居宅介護を受けている要介護被保険者等に対する居宅療養管理指導は、宿泊も通所もしておらず、同一時間帯に訪問も受けていない利用者に対し、居宅に訪問に行った際に算定できる。それ以外の通所時、宿泊時等は不可。
 - ④ 歯科訪問診療料は医療保険で算定できる。

(2) 介護保険施設等に入所（入院）している要介護被保険者等

介護保険施設サービス費に包括されている部分について、医療保険に請求することはできない。

① 医療保険の訪問歯科衛生指導料、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、診療情報提供料（Ⅰ）の注2及び注6、歯科疾患在宅療養管理料については、医療保険で算定できる。（H22.4「歯科点数表の解釈」p932）

② 医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等カンファレンス料については、介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所中の患者（（介護予防）短期入所生活介護を受けている者を含む）であり、かつ末期の悪性腫瘍の患者に対し実施した場合に限り医療保険で算定できる。

（H22.4「歯科点数表の解釈」p924）

(3) 主な概要は上記のとおりであるが、詳細は厚生労働省告示「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」（H22.4「歯科点数表の解釈」p917）、同通知「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」（H22.4「歯科点数表の解釈」p926）を確認のこと。

3 介護給付費を算定するための留意事項

介護保険サービスの提供は「契約」によることが基本原則

(1) 利用申込者又はその家族に対して、重要事項説明書の交付による事前の説明と同意（＝契約）が必要。よって、給付調整で誤って診療報酬に請求したことが発覚したとき、介護保険で遡って請求できるというものではないので注意。

(2) 運営規程、重要事項説明書等必要書類の整備が必要。

4 診療報酬明細書の記載についての留意事項

介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者（要支援者）である場合には、診療報酬明細書の「摘要」欄に「介」と記載すること。

当該患者が施設入所者である場合は、「摘要」欄に施設名を記載していただきたい。

5 要介護・要支援認定についての留意事項

(1) 介護保険制度の被保険者に該当する者

① 65歳以上の者

② 40歳以上65歳未満の者で、当該状態の原因である障害が特定疾病(※)によって生じた者

(※) 特定疾病：介護保険法施行令第2条

がん末期、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症ほか計16種類

(2) 要介護（要支援）認定の効力：介護保険法第27条・第32条

要介護（要支援）認定は、その申請のあった日に遡ってその効力を生ずる。