

保険診療の理解のために

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

留意点

- 本資料は令和2年度診療報酬改定が行われた当初の内容に基づいて作成している。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更があるので、算定に当たってはその時点での要件等を確認して請求を行うこと。

本日の内容

- I はじめに ～指導について～
- II 医療保険制度について
- III 保険診療の仕組み
- IV 診療報酬の請求について
- V 歯科点数表の解釈
- VI 保険外併用療養費制度
- VII 最後に

I はじめに ～指導について～

指 導

■ 根拠法令

健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、
高齢者の医療の確保に関する法律

■ 具体的には「**指導大綱**」の規定に基づき実施

■平成7年12月保険局長通知

最終改正 平成20年9月

■中央社会保険医療協議会(中医協)において、
診療側・支払側等による議論を経て決定

■ 対象

保険医療機関・保険薬局
保険医・保険薬剤師

保険医登録票

| | | |
|---------------|----|-------|
| 登録の記号 及び番号 | | 登録年月日 |
| 氏名 | 氏名 | 氏名 |
| 歯科 医師 | 氏名 | 氏名 |

上記のとおり登録したことを証明する。

印

指導とは

■ 根拠

健康保険法第73条（厚生労働大臣の指導）

保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、**厚生労働大臣の指導を受けなければならない。**

※ 船員保険法第59条、国民健康保険法第41条、高齢者の医療の確保に関する法律第66条についても同様の内容記載あり。

■ 目的

「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について**周知徹底**させること」（指導大綱）

■ 指導形態

「**集団指導**」 「**集団的個別指導**」 「**個別指導**」

■ 指導後の措置

要監査 > 再指導 > 経過観察 > 概ね妥当

【保険医療機関及び保険医に対する指導等の形態】

指 導

集 団 指 導

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。（厚生労働省が主体となって行う集団指導もある。）

集 団 的 個 別 指 導

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個別に簡便な面接懇談方式により行う。

個 別 指 導

地方厚生（支）局及び都道府県が、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談方式により行う。（厚生労働省が主体となって実施する共同指導・特定共同指導（臨床研修病院及び特定機能病院に限る）もある。）

都 道 府 県 個 別 指 導

共 同 指 導

特 定 共 同 指 導

監 査

医療担当者の行う療養の給付が、法令の規定に従って適正に実施されているかどうか、診療（調剤）報酬の請求が適正であるかどうかなどを出頭命令、立入検査等を通じて確認することを目的として行う。

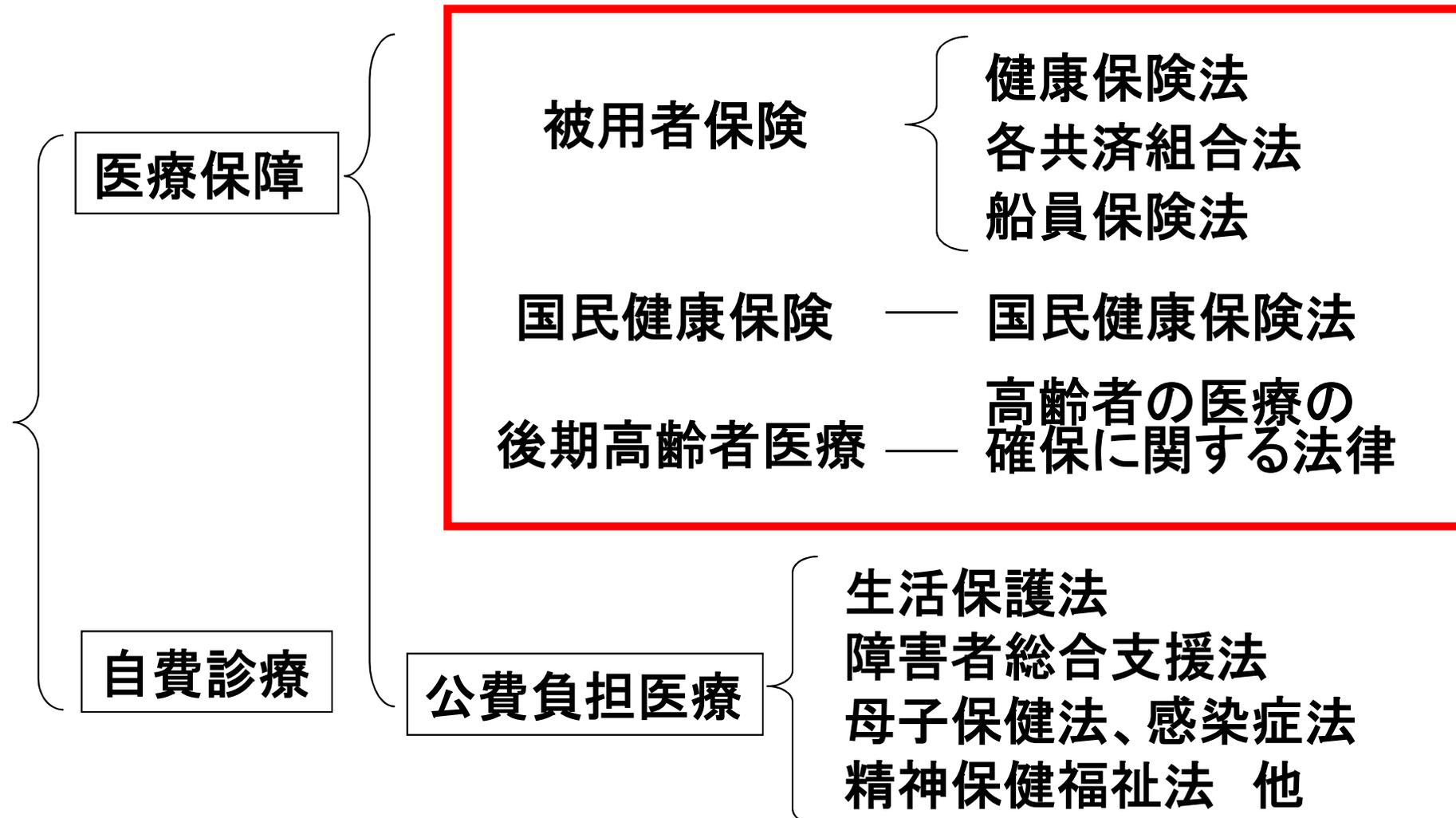
指導のポイント

- ① 保険診療が**歯科医学的に妥当適切**に行われているか。
- ② 保険診療が「**保険医療機関及び保険医療養担当規則**」をはじめとする**基本的ルール**に則り、適切に行われているか。
- ③ 診療報酬請求の根拠となる事項が、その都度、**診療録等に記載**されているか。
- ④ 診療報酬請求が**点数表**に定められたとおり、適正に行われているか。

Ⅱ 医療保険制度について

わが国の保険医療制度

医療保険各法により、医療保険制度が構成されている。



わが国の医療保険制度の特徴

- 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。

Ⅲ 保険診療の仕組み

保険診療として診療報酬が支払われるには

- 保険医が
- 保険医療機関において
- 健康保険法、歯科医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し
- 「療養担当規則」の規定を遵守し
- 歯科医学的に妥当適切な診療を行い
- 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

保険診療に関する主な法令等

法 律： **健康保険法**、船員保険法、国民健康保険法、
高齢者の医療の確保に関する法律 等

政 令： 健康保険法施行令、国民健康保険法施行令 等

厚生労働省令： **保険医療機関及び保険医療養担当規則(療担規則)**
健康保険法施行規則、国民健康保険法施行規則 等

告 示： **診療報酬の算定方法**

別表第1 医科診療報酬点数表

別表第2 歯科診療報酬点数表

別表第3 調剤報酬点数表

基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等

通知： 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等
診療報酬請求書等の記載要領等について

健康保険法

目的(第1条)

疾病、負傷等に対して**保険給付**を行い、**国民の生活の安定と福祉の向上**に寄与することを目的とする。

基本的理念(第2条)

健康保険制度については、**医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上**を総合的に図りつつ、実施されなければならない。

歯科医師と保険医

歯科医師

歯科医師法で規定される、歯科医業を行える唯一の資格

保険医

健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる歯科医師

保 険 医

○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**保険医**でなければならない。(健康保険法第64条)

○保険医の登録

歯科医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録する。

(健康保険法第71条第1項)

→ **自らの意思**で保険医となる。

保険医登録票

| | |
|---------------|-------|
| 登録の記号 及び番号 | 登録年月日 |
| 氏名 | |

上記のとおり登録したことを証明する。

○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(保険医療機関及び保険医療養担当規則(療担規則))
で定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない。

(健康保険法第72条第1項)

→ ルールを守る意思がない者は、保険医としてふさわしくない。

病院、診療所と保険医療機関

病院、診療所
医療法で規定される

保険医療機関
健康保険法等で規定される、
保険診療を実施できる医療機関

保険医療機関

○保険医療機関の指定

病院または診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。

(健康保険法第65条)

○保険医療機関の責務

保険医療機関は、当該保険医療機関において診療に従事する

保険医に、第72条第1項の厚生労働省令 *で定めるところにより、

診療に当たらせるほか、厚生労働省令 *で定めるところにより、

療養の給付を担当しなければならない。(健康保険法第70条)

○療養の給付に関する費用

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、算定するものとする。(健康保険法第76条)

* 保険医療機関及び保険医療養担当規則 (療担規則)

算定告示

療担規則

保険医療機関及び保険医療養担当規則

第1章 保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等
(第1条～第11条の3)

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
(第12条～第23条の2)

保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

第1章 保険医療機関の療養担当

保険給付＝診断、診療、投薬

○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。
- ・保険医療機関が担当する療養の給付は、患者の療養上妥当適切なものでなければならない。

○適正な手続きの確保 (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(支)局長に対する申請、届出、療養の給付に関する費用の請求に係わる手続き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に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2条の5、19条の3)

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

領収証等の交付(第5条の2)

1. 保険医療機関は、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. 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。**
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。**

療担規則 第2章 保険医の診療方針等

○一般の方針(療担第12条)

○療養及び指導の基本準則(療担第13条)

・
・

○適正な費用の請求の確保(療担第23条の2)

○保険診療の禁止事項について

・特殊療法・研究的診療の禁止(療担第18条、第21条)

・健康診断を療養の給付の対象とすることの禁止(療担第12条、第21条)

・濃厚(過剰)診療の禁止(療担第21条)

・特定の保険薬局への誘導の禁止(療担第2条の5、第19条の3)

(・無診察治療の禁止(歯科医師法第20条))

保険診療の禁止事項について

○特殊療法・研究的診療の禁止

- 1) 評価の確立していない特殊な療法・新しい療法等は保険診療として行ってはならない。(療担第18条)
- 2) 各種の検査は診療上必要があると認められる場合に行い研究の目的に行ってはならない。(療担第18条、第21条第1号ホ・ヘ)

○健康診断の禁止

- 1) 保険医の診療は、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)
- 2) 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条第1号ハ)

○濃厚(過剰)診療の禁止

検査、投薬・注射、手術等は、必要があると認められる場合に行う。(療担第21条)

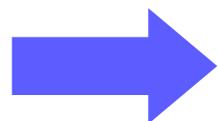
保険診療の禁止事項について

○使用医薬品及び歯科材料

- 1) 保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外は用いてはならない。
(療担第19条第1項)
- 2) 保険診療で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。(療担第19条第2項)

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
(医薬品医療機器等法)

医薬品、医療機器の品質、有効性、安全性等について承認等を受けなければ、
医薬品、医療機器の製造・販売は行えない(法第14条)



承認された医薬品の用法・用量、効能・効果、医療機器の使用目的等を遵守することが、有効性・安全性の前提となっている。

保険診療の禁止事項について

○保険薬局との関係

- 1) 処方箋の交付に関し、特定の保険薬局への患者の誘導の禁止
(療担第2条の5,第19条の3)
- 2) 処方箋の交付に関し、特定の保険薬局から財産上の利益の收受の禁止
(療担第2条の5第2項,第19条の3第2項)
- 3) 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師からの疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。(療担第23条第2項)

※ 使用医薬品及び歯科材料については、厚生労働大臣の定めた医薬品、歯科材料の使用義務(療担第19条第2項)

○無診察治療の禁止

- 1) 歯科医師は自ら診察しないで治療、処方せん・診断書の交付を行ってはならない。(歯科医師法第20条)
- 2) 初診時および再診時においても同様である。(無診察投薬)

保険診療の禁止事項について

○入院の指示

- 1) 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。
(療担第21条第8号)
- 2) 通院の不便等のための入院の指示は行わない。
(療担第21条第8号)

診療録

保険医療機関及び保険医療養担当規則 第22条(診療録の記載)のほか、歯科医師法等でも記載義務が定められている。

○歯科医師法第23条(診療録の記載及び保存)

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。

前項の診療録にあって、病院又は診療所に勤務する歯科医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その歯科医師において、**五年間**これを**保存**しなければならない。

○歯科医師法施行規則第22条(診療録の必要事項)

診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢

病名及び主要症状

治療方法(処法及び処置)

診療の年月日

歯科診療録

様式第一号(二)の1 (診療録第1面)

- ・部位
- ・傷病名
- ・開始
- ・終了
- ・転帰
- ・口腔内所見
- ・主訴

| 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 | | | | <small>被保険者証</small> 記号・番号 | | ・ (後附) | | | |
| 受診者 | 氏名 | | | <small>明大衛生会</small> 有効期限 | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 生年月日 | | 男・女 | 被保険者氏名 | | 令和 平成 令和 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | | 電話 局 番 | <small>船舶定着者</small> 所在地 | | 電話 局 番 | | | |
| | 職 業 | | 被保険者 との続柄 | 保 険 者 所在地 | | 電話 局 番 | | | |
| 部 位 | 傷 病 名 | 職 務 | 開 始 | 終 了 | 転 帰 | 上 右 ————— 左 下 (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 意見書に記入した労務不能期間 | | | | 入 院 期 間 | | | |
| | | 自 月 日 日間 | | 年 月 日 | | 自 月 日 日間 | | | |
| 業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨 | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |

様式第一号(二)の1 (第二十二条関係)

診療録(1)

■ 遅滞のない適切な記載

- 診療録の標準様式 (療担第22条, 様式第1号)

■ 整備・保存

- 診療録 : 完結の日から5年間
- その他の記録 : 完結の日から3年間 (療担第9条)

診療録 = 診療報酬請求の根拠

診療録(2)

- **事実に基づいて必要事項を十分に記載**
 - 診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行う。
 - 記載はインクまたはボールペン(鉛筆は不可)で、訂正は下の文字が見えるように二重線で行う。
 - 読み取れる字で書く。
 - 複数の歯科医師が同一の患者を診察する場合は、責任の所在を明確にするため、診療行為を行うごとに診察した歯科医師の**署名**又は**記名押印**する。
 - 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する。

診療録(3)

■ 電子カルテに求められる要件

• 見読性の確保

必要に応じ電磁的記録に記録された事項を出力することにより、直ちに明瞭かつ整然とした形式で使用に係る電子計算機その他の機器に表示し、及び書面を作成できるようにすること。

• 真正性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること。

• 保存性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中において復元可能な状態で保存することができる措置を講じていること。

診療録(4)

- 医療情報システム(電子カルテ)の注意点
 - 使用前に、ログアウトの状態であることを確認。
 - 長時間離席する際には、ログアウト、クリアスクリーン等の対策を実施する。

診療録(5)

■ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 5.1版 令和3年1月

令和9年度時点で稼働しているシステムを新規導入・更新する場合、二要素認証又はこれに相当する対応を行うこと。

↑ 認証の三要素：「記憶」、「生体情報」、「物理媒体」のうち二要素を用いる
IDパスワード、指紋・虹彩・静脈・顔等、ICカード等 の 組み合わせ

- ・ 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。

診療録の記載

- ◆ 診療録は**診療の内容を証明する重要な文書**である。
- ◆ なぜその処置を選択したのか、その結果がどうだったのか、**診断の根拠、治療の経過が見える**よう記載する必要がある。
- ◆ 保険診療の場合は、『留意事項通知』により、個々の診療行為に対し、それぞれ固有の記載事項が定められている。
- ◆ パソコン等、OA機器により作成した診療録の場合は、診療を行った保険医は、必ず診療録を紙媒体に打ち出した後に記載内容を確認し、**署名又は記名押印**を行うこと。

歯科医師法

- 歯科医師でない者の歯科医業の禁止（法第17条）
（罰則）3年以下の懲役又は100万円以下の罰金
- 無診察治療等の禁止（法第20条）
- 診療録の記載及び保存義務（法第23条）
（罰則）50万円以下の罰金
- 診療義務（応召義務）及び診断書等交付義務（法第19条）

保険診療は

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

療養担当規則 診療報酬点数表
健康保険法等の関係法令 など

IV 診療報酬の請求について

告示・通知

告示

- 診療報酬の算定方法
 - ・別表第1 医科診療報酬点数表
 - ・別表第2 歯科診療報酬点数表
 - ・別表第3 調剤報酬点数表
- 基本診療料の施設基準等
- 特掲診療料の施設基準等

通知

- 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
- 基本診療料の施設基準等
- 特掲診療料の施設基準等
- 診療報酬請求書等の記載要領について



診療報酬明細書(レセプト)

○診療報酬明細書とは

患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療費の明細書

「個人情報」「診療機関情報」「傷病情報」「診療情報」「療養給付請求情報」「食事生活療養請求情報」が含まれる。

The image shows a standard Japanese medical claim form (診療報酬明細書). It includes sections for patient information (name, date of birth, sex, insurance type), medical institution details (name, address, phone number), and a large table for recording medical services. The table columns include date, procedure code, quantity, and unit. There are also sections for special services like dental or dental prosthetics.

○診療報酬明細書の記載方法

「診療報酬請求書等の記載要領等について(令和2年3月27日保医発0327第1号)」の

「別紙1 診療報酬請求書等の記載要領 Ⅲ「歯科診療に係る診療報酬請求書

及び診療報酬明細書の記載要領」に規定

診療報酬明細書(レセプト)作成に当たって

○資格関係の誤り

資格喪失後の受診、記号・番号の誤り、旧証によるもの、本人・家族の誤り 等

○診療内容の誤り

診療内容の不一致、算定ルールからみた誤り、摘要欄記載漏れ、記載欄誤り 等



保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の**請求が適正なものとなるよう努めなければならない**。(療担第23条の2)

レセプト作成用コンピュータ(レセコン)の取り扱いについて

○ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.1版

「医療情報システム」とは

- ・ **レセプト作成用コンピュータ**
- ・ 電子カルテ
- ・ オーダリングシステム
- ・ 患者の情報を保有するコンピュータ
- ・ 遠隔で患者情報を閲覧・取得するようなコンピュータ、携帯端末
- ・ 患者情報が通信される院内・院外ネットワーク

を範疇としている。

令和9年度時点で稼働しているシステムを新規導入・更新する場合、二要素認証を採用するシステムの導入、又はこれに相当する対応を行うこと。

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の最新版に準拠できるよう求められる。

V 歯科点数表の解釈

歯科点数表について

- 歯科点数表の構成

- 第1章 基本診療料

特掲診療料に掲げていない簡単な診療行為、例えば血圧測定、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置等を、全て初診、再診または入院時の基本診療料として一括評価

- 第2章 特掲診療料

基本診療料として一括して評価することが妥当でない診療行為の費用を、個別に評価

- 診療報酬

第1章 基本診療料と第2章 特掲診療料のそれぞれの算定方法によって定められた点数を合算した点数

歯科点数表の構成

- **第1章基本診療料**

第1部 初・再診料

第2部 入院料等

- **第2章特掲診療料**

第1部 医学管理等

第2部 在宅医療

第3部 検査

第4部 画像診断

第5部 投薬

第6部 注射

第7部 リハビリテーション

第8部 処置

第9部 手術

第10部 麻酔

第11部 放射線治療

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第13部 歯科矯正

第14部 病理診断

① 基本診療料

初再診料等のポイント

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には、**初診料は算定できない**。

→定期歯科検診、メンテナンスの取扱い時に注意

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一日に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**。

初再診料等のポイント

初診料の注1に規定する施設基準（通知）

- ・ 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等**十分な院内感染防止対策を講じていること。**
- ・ **感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を講じていること。**
- ・ 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る**研修を4年に1回以上、定期的に受講**している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- ・ **職員を対象とした院内感染防止対策**にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。
- ・ 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- ・ 年に1回、院内感染対策の実施状況について、地方厚生（支）局長に報告していること。

歯科診療特別対応加算

- **著しく歯科診療が困難な者**に対して初・再診を行った場合に加算



- ・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・行動や意志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
- ・又はこれらに準ずる状態にある者

障害者手帳交付者 ≠ 歯科診療特別対応加算を算定する患者

- 当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載
- 患者の状態が「著しく歯科診療が困難な者」に該当していない診療日は算定できない
→初診等で同加算を算定したから以降の再診でも自動的に加算するのではなく、
診療の都度、該当性を評価する

入院基本料のポイント

- 基本的な**入院医療の体制**を総合的に評価
- 医療機関の機能に応じ、病棟類型別に入院基本料を設定
- 以下の5つの医療提供体制が、一定の基準に適合していない場合、**入院基本料が算定できない。**
 - 入院診療計画の基準
 - 院内感染防止対策の基準
 - 医療安全管理体制の基準
 - 褥瘡対策の基準
 - 栄養管理体制の基準

※施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「**歯科医師**」と読み替えて適用するものとする。

入院基本料の算定要件①

入院診療計画に関する基準

- 医師、看護師、その他必要に応じた**関係職種が共同して診療計画を策定**している。
- 病名、症状、治療計画、検査内容・日程、手術予定、入院期間の推測について、入院後**7日以内**に文書により説明を行っている。
- 説明に用いた文書は**患者・家族等に交付**するとともに、その写しを**診療録に添付**する。

※施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「**歯科医師**」と読み替えて適用するものとする。

入院基本料の算定要件②

院内感染防止対策に関する基準

- 各部門の責任者や、感染症対策に精通した職員により**院内感染対策委員会**が設置され、月1回程度、定期的に行われている。
- 検査部において**感染情報レポート**が**週1回程度**作成され、病院の疫学的情報として十分に活用されている。
- 各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置され、職員に手洗いの励行を徹底させている。

※施設基準を歯科診療について適合する場合には、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「**歯科医師**」と読み替えて適用するものとする。

入院基本料の算定要件③

医療安全管理体制に関する基準

- 安全管理のための**指針が整備**(文書化)されている。
- 医療事故等の**院内報告制度**が整備されている。
- 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されている。
- 職員研修が年2回程度実施されている。

※施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「**歯科医師**」と読み替えて適用するものとする。

入院基本料の算定要件④

褥瘡対策に関する基準

- 褥瘡対策に係る専任の医師、看護師から構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- 日常生活の自立度が低い入院患者に対し、定められた書式に準じ、危険因子の評価を実施する。

※施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「**歯科医師**」と読み替えて適用するものとする。

入院基本料の算定要件⑤

栄養管理体制に関する基準

- 保険医療機関内(診療所を除く。)に、栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されている。
- 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、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。
- 患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直している。

入院基本料等加算

入院療養に関する医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合している場合、個々の体制に応じて一定点数が加算される。

(例)

臨床研修病院入院診療加算

診療録管理体制加算

医師事務作業補助体制加算

栄養サポートチーム加算(歯科医師連携加算)

ほか

臨床研修病院入院診療加算

(歯科診療に係るものに限る)

- 研修歯科医が、**実際に臨床研修を実施している場合に、**入院初日に限り算定する。
40点(単独型、管理型)又は20点(協力型)
- 研修歯科医の診療録の記録に係る指導・確認は、**速やかに行い、診療録には、指導の内容がわかるように指導歯科医自らが記載・署名する。**
- 保険診療に関する講習会を年2回以上実施する。

② 医学管理

医学管理等のポイント(1)

- 医学管理等は目に見えない「技術」に対する評価
- 項目ごとに具体的な算定要件が定められている。
- 療養上適切な指導・管理等を行った上で、診療録等への記載が算定要件となっている。
- 算定回数制限や算定できない場合もある。
- 情報提供文書の交付が必要な場合もある。
- 病院等において、歯科医師自身が算定する旨を指示し、医事部門のみの判断で一律請求を行わない。

医学管理等のポイント(2)

診療録等の記載からしか確認できない。



- 保険請求の根拠となるべき**医学管理の具体的内容や必要事項(指導内容などの要点)**を記載
- 患者に応じた内容となるよう、**充実した記載が不可欠**

※患者によらず同一又は画一的な指導・管理内容→適切でない

医学管理料

- 歯科疾患管理料
- 小児口腔機能管理料
- 口腔機能管理料
- 歯科衛生実地指導料
- 歯科特定疾患療養管理料
- 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 診療情報提供料（Ⅰ）
- 診療情報連携共有料
- 薬剤情報提供料
- 新製有床義歯管理料

etc.

歯科疾患管理料の診療録記載（1）

1. 管理計画作成時、又は変更時

- 1) 管理計画について**患者に説明した内容の要点**
- 2) 患者の**歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な事項等**

- ・ 患者の基本状況

- 全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況、喫煙状況を含む生活習慣の状況等

- ・ 口腔の状態

- 歯科疾患、口腔衛生状態、口腔機能の状態等

- ・ 必要に応じて実施した検査結果等の要点

- ・ 治療方針の概要

など

歯科疾患管理料の診療録記載（2）

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、急性症状寛解後の歯科疾患管理料算定時まで実施する。なお、その場合は**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。（算定した月は管理を行った日を含め1回以上）

歯科疾患管理料の診療録記載（3）

4. フッ化物洗口指導による指導管理に係る加算を算定する場合

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、

歯科医師の指示内容（歯科医師が記載）。

5. 文書提供加算を算定する場合

文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、**その要点**。

6. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であってエナメル質初期う蝕

管理加算を算定する場合

エナメル質初期う蝕に対する管理について、**説明した内容の要点**。

歯科疾患管理料の診療録記載（４）

7. 長期管理加算を算定する場合

歯科疾患の重症化予防に資する長期にわたる継続的な口腔管理等を評価したものをいう。当該加算を初めて算定する場合にあつては、当該患者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に留意すべき事項を患者等に説明し、**診療録には、説明した内容の要点を記載**する。

小児口腔機能管理料・口腔機能管理料

小児口腔機能管理料・口腔機能管理料を算定する場合

- **口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画**を策定し、当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
(文書提供加算は算定できない。)
- **指導・管理内容**を記載又は**指導・管理に係る記録**を文書により作成している場合はその写しを添付する。 等

新製有床義歯管理料

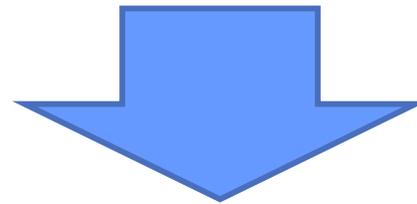
一部定義の変更

「困難な場合」とは

特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、次のいずれかに該当する場合をいう。

イ 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合。



「困難な場合」とは

特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、総義歯または9歯以上の局部義歯を装着した場合をいう。

③ 在宅医療

歯科訪問診療料

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

- 1 歯科訪問診療1 1,100点
- 2 歯科訪問診療2 361点
- 3 歯科訪問診療3 185点

| | | (R2改定) | | |
|-----------------|-------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | 同一の建物に居住する患者数 | | |
| | | 1人 歯科訪問診療1 | 2人以上9人以下 歯科訪問診療2 | 10人以上 歯科訪問診療3 |
| 患者1人につき診療に要した時間 | 20分以上 | 【1,100点】 | 【361点】 | 【185点】 |
| | 20分未満 | 【770点】 (1,100点 × 70/100) | 【253点】 (361点 × 70/100) | 【130点】 (185点 × 70/100) |

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、歯科訪問診療料は算定できない。なお、この場合において、**初診料、再診料、特掲診療料**を算定した場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、歯科訪問診療料を算定したものとみなすことができる。
※歯科訪問診療を算定したものとみなすので、**訪問歯科衛生指導料等**が算定できる。
- ② 「特別の関係にある施設等」に規定する「施設等」とは、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等をいう。

16キロメートルを超える歯科訪問診療

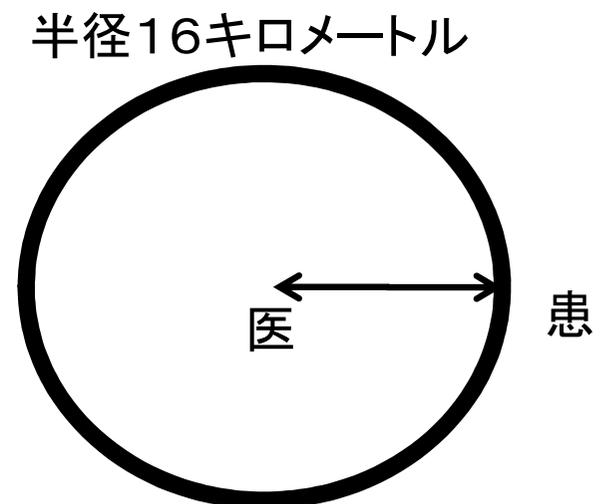
保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が**16キロメートル**を超える*歯科訪問診療

絶対的な理由がある場合のみにしか認められない

○：患家付近に他の保険医がない、いても専門外、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由

×：患者の希望

*保険医療機関の所在地を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在地する場合



④ 検査・画像診断

検査・画像診断のポイント

- 個々の患者の状況に応じ検査項目を適切に選択する。
- 検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載する。
- 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。(例：術前のいわゆるセット検査)
- 算定要件に留意すること。
単位(例：1口腔、1歯等)、回数等

画像診断

- 必要な部位の鮮明な画像を得る
 - 根尖部が撮影されていない根充後の歯科エックス線撮影
 - 現像処理、現像液の管理
- 画像を紛失しないよう記録、整理して保管
 - 写真ごとに患者名、撮影日、部位等を記録、整理して保管
- 診療録には画像に対する必要な診断所見を記載
 - 術前、根充後等の歯科エックス線撮影
 - 歯科パノラマ断層撮影

歯科画像診断管理加算

(歯科診療に係るものに限る)

● 算定要件

- 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行う。(地方厚生(支)局長等に届出)
- 報告された文書又はその写しを診療録に添付

● 算定不可な例

- 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師以外が報告書を作成した場合(例:口腔外科)
- 報告書を診療録に添付せず、写真袋にのみ保存

⑤ 投薬・注射

投薬・注射のポイント

- 患者を診察することなく投薬、注射、処方箋の交付は認められない。(無診察投薬の禁止)
- 薬価基準に記載されている医薬品を、医薬品医療機器等法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)の範囲内で使用した場合に保険適用となる。
- 抗生剤等は、抗菌スペクトルを十分に考慮し、適宜薬剤感受性検査を行い、漫然と投与することのないよう注意する。

不適切な投薬・注射の例

- ① **禁忌** : 疾病・症状に対する禁忌, 配合の禁忌
- ② **適応外** : 「適応病名」以外への薬剤投与
- ③ **過量** : 定められた投与量を超える投与
- ④ **用法外** : 定められた用法以外の投与方法
- ⑤ **重複** : 同様の効果・効能および作用機序をもつ
2剤以上の薬剤の同時投与
- ⑥ **多剤** : 同一の疾患・症状に対して作用機序の異なる薬剤を同時に多種類投与
- ⑦ **長期漫然** : 同一または同種の効果・効能をもつ薬剤の不必要な長期投与
- ⑧ **医科診療科において処方すべき医薬品**

後発品の使用の推進

- 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。
(療養担当規則第21条)

- 保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担軽減

→ 一般名処方箋の推進

後発品のある全ての医薬品を一般名で記載した処方箋を交付した場合は、処方箋の交付1回につき7点、1品目でも一般名処方が含まれている場合は5点を加算する。

処方箋の記載

【保険薬剤師】

保険薬剤師は、(中略)当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

(薬担規則第8条第3項)

【歯科医師】

個々の処方薬について、後発医薬品への変更に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「✓」又は「×」と記載し、「保険医署名」欄に、署名又は記名・押印

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 | | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | (印) |
| 患 者 氏 名 | 保険医療機関の所在地及び名称 | | |
| 生年月日 | 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) |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 処方箋の使用期間 | 令和 年 月 日 |
| 変更不可 | 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。 物に記載のある場合を除き、交付の日をさめて4日以内に保険薬局に提出すること。 | | |
| 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。 | | |
| 備考 | 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"/> 保険医療機関へ証書照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 | | |
| 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B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。

⑥ 処置

処 置

○算定要件の具体例

- ・I014 暫間固定 エナメルボンドシステムにより暫間固定を行った場合の
除去料は別に算定できない。(外傷性の歯の脱臼の暫間固定を除く)
- ・I019 歯冠修復物又は補綴物の除去 「3 著しく困難なもの」の「著しく困難なもの」とは、メタルコア又は支台築造用レジンを含むファイバーポストであって歯根の長さの3分の1以上のポストを有するものをいう。
- ・I022 有床義歯床下粘膜調整処置 旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日より前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用いて有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1顎1回につき算定する。

歯周病重症化予防治療

【I011-2-3 歯周病重症化予防治療】

| | | |
|---|------------|------|
| 1 | 1歯以上10歯未満 | 150点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 200点 |
| 3 | 20歯以上 | 300点 |

2回目以降の歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。

歯周病安定期治療（Ⅰ）または歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した月は算定できない。

- 2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置等を評価したものをいう。
- 歯周病重症化予防治療の対象となる患者とは、部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態のものをいう。
- 歯周病重症化予防治療は、その開始に当たって、当該検査結果の要点や歯周病重症化予防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。

⑦ 手術

手術

区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J080-2、J096及びJ104-2(注に規定する加算を算定する場合に限る。)に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす**保険医療機関において行われる場合に限り算定**する。

| | | | |
|------|----------------|--------|---------------------------------|
| J018 | 舌悪性腫瘍手術 | J070-2 | 頬骨変形治癒骨折矯正術 |
| J032 | 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 | J076 | 顔面多発骨折観血的手術 |
| J039 | 上顎骨悪性腫瘍手術 | J080-2 | 顎関節人工関節全置換術 |
| J060 | 耳下腺悪性腫瘍手術 | J096 | 自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) |
| J069 | 上顎骨形成術 | J104-2 | 皮膚悪性腫瘍切除術 (悪性黒色腫センチネルリンパ節加算) |

複数手術の算定方法(1)

- 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**により算定する。(通則13)
- 「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。

併算定に関する特例（複数歯）

- J000 抜歯手術
- J001 ヘミセクション
- J002 抜歯窩再搔爬手術
- 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
実施した歯数分に応じて
算定できる取扱い

複数手術の算定方法(2)

- 「複数手術に係る費用の特例」(厚生労働省告示)において、**複数の手術料を算定可能な場合**が示されている。

$$\text{手術料} = \text{主たる手術の点数} + \text{従たる手術の点数} \times \frac{50}{100}$$

(100分の50)

※主たる手術・・・加算等を合算して点数の高い手術

例) 顎骨腫瘍摘出手術(歯根嚢胞を除く。)(長径3センチメートル未満; 2,820点)と
 抜歯手術(埋伏歯; 1,054点)
 手術料 = 2,820点 + 1/2(1,054点) = 2,820点 + 527点 = 3,347点

⑧ 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴のポイント

M000 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。

M000-2 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。
- 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非金属歯冠修復、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジンブリッジは対象としない。

保険適用の歯科材料の使用

療担規則

保険診療の禁止事項について

○使用医薬品及び歯科材料

- 1) 保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外は用いてはならない(療担第19条第1項)
- 2) 保険診療で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
(療担第19条第2項)

⑨ 歯科矯正

歯科矯正

保険診療の対象

- 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厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、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。）
- 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

(参考) 歯科診療に関する基本的な考え方

- 歯周病の治療に関する基本的な考え方 (令和2年3月 日本歯科医学会)
- 口腔機能低下症に関する基本的な考え方 (令和2年3月 日本歯科医学会)
- 口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 (令和2年3月 日本歯科医学会)
- 筋電計による歯ぎしり検査実施に当たっての基本的な考え方 (令和2年3月 日本歯科医学会)
- レーザー応用による再発性アフタ性口内炎治療に関する
基本的な考え方 (平成30年3月 日本歯科医学会)
- 精密触覚機能検査の基本的な考え方 (平成30年3月 日本歯科医学会)
- 高強度コンポジットレジンブリッジの診療に対する基本的な考え方 (平成30年3月 日本歯科医学会)
- ブリッジの考え方2007 (平成19年11月 日本歯科医学会)
- 有床義歯の管理について (平成30年3月 日本歯科医学会)
- 間接法を用いた軟質裏装材による下顎総義歯の裏装の診療指針 (平成28年3月 日本歯科医学会)
- 「エナメル質初期う蝕」に関する基本的な考え方 (平成28年3月 日本歯科医学会)
- ※ 歯科診療における静脈内鎮静法ガイドライン (平成21年 日本歯科麻酔学会、監修：日本歯科医学会)

VI 保険外併用療養制度

保険外併用療養費制度について

- 一連の診療について、保険診療と保険外診療との併用は、**原則として禁止**
- 医学の進歩や患者のニーズの多様化に対応し、患者が追加費用を負担することにより、保険外の新しい高度医療技術や追加的な医療サービスを受けられるよう、保険外併用療養費制度として「**評価療養**」、「**患者申出療養**」及び「**選定療養**」を制度化

保険外併用療養費制度の仕組み



保険外併用療養

評価療養（保険導入のための評価を行うもの）

- ・先進医療
- ・医薬品の治験に係る診療
- ・医療機器の治験に係る診療
- ・再生医療等製品の治験に係る診療
- ・医薬品医療機器等法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・医薬品医療機器等法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・医薬品医療機器等法承認後で保険収載前の再生医療等製品の使用
- ・適応外の医薬品の使用
- ・適応外の医療機器の使用

患者申出療養（保険導入のための評価を行うもの）

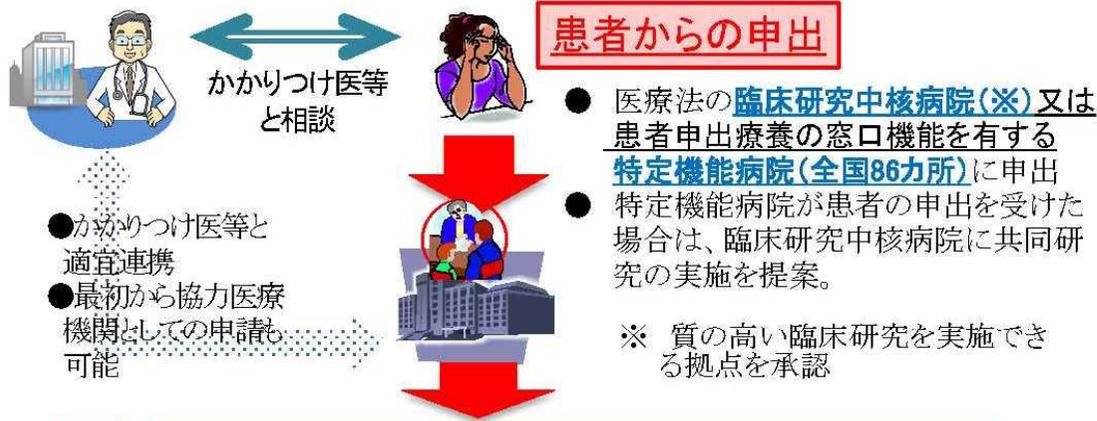
選定療養（保険導入を前提としないもの）

- ・特別の療養環境
- ・予約診察
- ・時間外診察
- ・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日を超える入院
- ・金属床による総義歯
- ・う蝕に罹患している患者の指導管理
- ・前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金
- ・多焦点眼内レンズの支給

患者申出療養の創設

○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいとい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保険外併用療養の仕組み**として、**患者申出療養を創設**(平成28年度から実施)

〈患者申出療養としては初めての医療を実施する場合〉



患者申出療養の申請(臨床研究中核病院が行う)

- 臨床研究中核病院は、**特定機能病院**やそれ以外の**身近な医療機関**を、**協力医療機関**として申請が可能

患者申出療養に関する会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養の実施

- 申出を受けた**臨床研究中核病院**又は**特定機能病院**に加え、**患者に身近な医療機関**において**患者申出療養が開始**
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

〈既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



患者申出療養の申請

前例を取り扱った臨床研究中核病院

- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

身近な医療機関で患者申出療養の実施

既に実施している医療機関



原則2週間

原則6週間

VII 最後に

不正請求とは

■ 架空請求

診療の事実がない**架空**の診療を実施したとして請求すること。

■ 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。

■ 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。

■ 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。

監査とは

■ 根拠

健康保険法第78条（保険医療機関又は保険薬局の報告等）

厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、（略）出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機関若しくは保険薬局について設備若しくは**診療録、帳簿書類**その他の物件を**検査させることができる。**

※ 船員保険法第59条、国民健康保険法第45条の2、高齢者の医療の確保に関する法律第72条についても同様の内容記載あり。

■ 目的

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

■ 監査後の措置・保険医療機関 / 保険医

指定取消 / 登録取消 > 戒告 > 注意

健康保険法上の処分の基準

■ 監査要綱

(保険医登録・保険医療機関指定取消処分の基準)

- ・故意に不正又は不当な診療(診療報酬の請求)を行ったもの。
- ・重大な過失により、不正又は不当な診療(診療報酬の請求)をしばしば行ったもの。

医療保険制度の維持のために

- 保険診療とは、保険者と保険医療機関との間の**公法上の契約**



- 今後も、患者（国民）に対し、高度な医療を均一に提供するためには、**適正な制度運用が不可欠**