

# 国民健康保険診療報酬審査の関連法のまとめ

平成 21 年 7 月

1 . 国民健康保険法（抜粋） .....	1
第 8 章        診療報酬審査委員会 .....	
2 . 国民健康保険法施行規則（抜粋） .....	2
第 3 章        保険給付 .....	
第 5 章        診療報酬審査委員会 .....	
第 5 章の 2 診療報酬特別審査委員会 .....	3
・ 特別審査委員会関係省令 .....	
1 . 社会保険診療報酬支払基金法第 16 条第 1 項、国民健康保険法第 45 条第 6 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 70 条第 5 項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬請求書 .....	4
2 . 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第 1 条第 2 項及び附則第 6 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの並びに同令附則第 5 条第 2 項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬明細書 .....	5
3 . 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋） .....	6
第 6 章        後期高齢者医療診療報酬審査委員会 .....	
・[ 参 考 ] .....	
国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について .....	9
調剤報酬請求に対する審査の実施について .....	9
・( 別 添 ) .....	
調剤報酬請求についての審査要領 .....	10
5 . 保険医療機関及び保険医療養担当規則 .....	11
第 1 章        保険医療機関の療養担当（第 1 条 - 第 11 条の 3） .....	
第 2 章        保険医の診療方針等（第 12 条 - 第 23 条の 2） .....	15
第 3 章        雑 則（第 24 条：略） .....	22
6 . 国民健康保険における診療方針 .....	22
7 . 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 .....	23
8 . 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 .....	26
第 1 章        保険医療機関による療養の給付等の取扱い（第 1 条 - 第 11 条の 3） .....	
第 2 章        保険医による療養の給付等の担当（第 12 条 - 第 23 条の 2） .....	31
第 3 章        保険薬局による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い 並びに保険薬剤師による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養 の担当（第 24 条 - 第 33 条） .....	37
9 . 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（請求省令） ..	40
10 . 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令 .....	45
11 . 診療報酬の請求に関する審査について .....	46
13 . 国民健康保険診療報酬明細書査定事由別略記号 .....	51
< 参 考 > .....	
1 . 国民健康保険診療報酬審査委員会の権限について .....	52

# 1. 国民健康保険法（抜粋）

昭和33年12月27日法律第192号

昭和34年 1月 1日施行

最終改正 平成20年12月26日法律第 97号

## 第8章 診療報酬審査委員会

（審査委員会）

第87条 第45条第5項の規定による委託を受けて診療報酬請求書の審査を行うため、都道府県の区域を区域とする連合会（加入している保険者の数その区域内の保険者の総数の3分の2に達しないものを除く。）に、国民健康保険診療報酬審査委員会（以下「審査委員会」という。）を置く。

（審査委員会の組織）

第88条 審査委員会は、都道府県知事が定めるそれぞれ同数の保険医及び保険薬剤師を代表する委員、保険者を代表する委員並びに公益を代表する委員をもって組織する。

2 委員は、都道府県知事が委嘱する。

3 前項の委嘱は、保険医及び保険薬剤師を代表する委員並びに保険者を代表する委員については、それぞれ関係団体の推薦によって行わなければならない。

（審査委員会の権限）

第89条 審査委員会は、診療報酬請求書の審査を行うため必要があると認めるときは、都道府県知事の承認を得て、当該保険医療機関等若しくは指定訪問看護の事業を行う事業所に対して、報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を求め、又は当該保険医療機関等の開設者若しくは管理者、指定訪問看護事業者若しくは当該保険医療機関等において療養を担当する保険医若しくは保険薬剤師に対して、出頭若しくは説明を求めることができる。

2 連合会は、前項の規定により審査委員会に出頭した者に対し、旅費、日当及び宿泊料を支給しなければならない。ただし、当該保険医療機関等又は指定訪問看護の事業を行う事業所が提出した診療報酬請求書又は診療録その他の帳簿書類の記載が不備又は不当であったため出頭を求められて出頭した者に対しては、この限りでない。

（省令への委任）

第90条 この章に規定するもののほか、審査委員会に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

## 2. 国民健康保険法施行規則（抜粋）

昭和33年12月27日厚生省令第53号  
昭和34年1月1日施行  
最終改正 平成20年12月19日厚生労働省令第173号

### 第3章 保 険 給 付

（診療報酬請求書の審査）

第29条 診療報酬請求書の審査は、診療報酬請求書の提出を受けた日の属する月の末日までに行わなければならない。

（再度の考案）

第30条 前条の規定による審査につき苦情がある者は、再度の考案を求めることができる。

（診療報酬の支払）

第31条 保険者は、審査が終った日の属する月の翌月末までに、当該保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に当該審査に係る診療報酬を支払うものとする。

### 第5章 診療報酬審査委員会

（委員の任期）

第37条 国民健康保険診療報酬審査委員会（以下「審査委員会」という。）の委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会 長）

第38条 審査委員会に、公益を代表する委員のうちから委員が選挙する会長1人を置く。

2 会長は、会務を総理し、審査委員会を代表する。

3 会長に事故があるときは、公益を代表する委員のうちからあらかじめ会長の指名する者がその職務を代行する。

（招 集）

第39条 審査委員会は、会長が招集する。

（定 足 数）

第40条 審査委員会は、委員の定数の半数以上の出席がなければ、審査を行うことができない。

2 審査は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

（診療報酬再審査部会）

第41条 審査委員会は、第30条の規定により再度の考案を求められた事件について審査を行うため、その定めるところにより、診療報酬再審査部会を置くものとする。

(幹 事)

第42条 審査委員会に幹事及び書記若干人を置く。

- 2 幹事及び書記は、国民健康保険団体連合会の職員のうちから理事が選任する。
- 3 幹事は、会長の指揮を受けて審査委員会の庶務を処理する。
- 4 書記は、幹事の指揮を受けて審査委員会の庶務に従事する。

## 第5章の2 診療報酬特別審査委員会

(特別審査委員会)

第42条の2 法第45条第6項に規定する厚生労働大臣が指定する法人は、同項の規定により厚生労働大臣の定める診療報酬請求書の審査を行うため、国民健康保険診療報酬特別審査委員会（以下「特別審査委員会」という。）を置かなければならない。

(特別審査委員会の組織)

第42条の3 特別審査委員会は、厚生労働大臣が定めるそれぞれの同数の保険医及び保険薬剤師を代表する委員、保険者を代表する委員並びに公益を代表する委員をもって組織する。

- 2 委員は、厚生労働大臣が委嘱する。
- 3 前項の委嘱は、保険医及び保険薬剤師を代表する委員並びに保険者を代表する委員については、それぞれ関係団体の推薦によって行わなければならない。

(特別審査委員会の権限)

第42条の4 特別審査委員会は、法第45条第6項（法第52条第6項、第52条の2第3項、第53条第3項及び第54条の2第12項において準用する場合を含む。）の規定により厚生労働大臣の定める診療報酬請求書の審査を行うため必要があると認めるときは、厚生労働大臣の承認を得て、当該保険医療機関等若しくは指定訪問看護事業者に対して、報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を求め、又は当該保険医療機関等の開設者若しくは管理者、当該保険医療機関等若しくは指定訪問看護事業者において療養を担当する保険医若しくは保険薬剤師若しくは指定訪問看護事業者に対して、出頭若しくは説明を求めることができる。

- 2 法第45条第6項に規定する厚生労働大臣が指定する法人は、前項の規定により特別審査委員会に出頭した者に対し、旅費、日当及び宿泊料を支給しなければならない。ただし、当該保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が提出した診療報酬請求書又は診療録その他の帳簿書類の記載が不備又は不当であったため出頭を求められて出頭した者に対しては、この限りでない。

(準用規定)

第42条の5 第37条から第42条までの規定（第42条第2項を除く。）は、特別審査委員会について準用する。

## 特別審査委員会関係省令

### 1. 社会保険診療報酬支払基金法第16条第1項、国民健康保険法第45条第6項及び高齢者の医療の確保に関する法律第70条第5項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬請求書

昭和59年 9月28日厚 生 省告示第172号  
最終改正 平成19年11月30日厚生労働省告示第400号

社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）第14条第1項及び国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第6項の規定に基づき、厚生大臣の定める診療報酬請求書を次のように定め、昭和59年10月1日以降の診療に係る診療報酬請求書について適用する。

社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）第16条第1項、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第6項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70条第5項の規定に基づく厚生労働大臣の定める診療報酬請求書は、次に掲げる診療報酬明細書に係る診療報酬請求書（当該診療報酬明細書に係る部分に限る。）とする。

- 1 診療報酬明細書（歯科診療以外の診療に係るものに限る。次号において同じ。）のうち合計点数（心・脈管に係る手術を含む診療に係るものについては特定治療材料に係る点数を除いた合計点数）が40万点以上のもの
- 2 診療報酬明細書の全件数のうち漢方製剤の処方及び調剤を含む診療報酬明細書の件数が過半数を占める医療機関における漢方製剤の処方及び調剤を含む入院外の診療報酬明細書のうち、投薬料の点数が4千点以上のもの
- 3 歯科診療に係る診療報酬明細書のうち合計点数が20万点以上のもの

前 文  $\left[ \begin{array}{l} \text{平 19} \cdot \text{11} \cdot \text{30} \\ \text{厚生労働省告示第400号} \end{array} \right]$  抄

〔前略〕平成20年4月1日から適用する。

## 2 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第1条第2項及び附則第6条第3項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの並びに同令附則第5条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬明細書

平成6年10月14日厚生省告示第345号  
最終改正 平成20年3月31日厚生労働省告示第176号

療養の給付、老人医療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条第3項の規定に基づき、厚生大臣の定める診療報酬明細書を次のように定め、昭和59年9月厚生省告示第173号（療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する省令第1条第3項及び療養取扱機関の療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第3項の規定に基づき厚生大臣の定める診療報酬明細書を定める件）は廃止する。ただし、平成6年10月1日以前の診療に係る診療報酬明細書については、なお従前の例による。

- 1 歯科診療以外の診療に係る診療報酬明細書のうち合計点数（心・脈管に係る手術を含む診療に係るものについては特定保険医療材料に係る点数を除いた合計点数）が35万点以上のもの
- 2 歯科診療に係る診療報酬明細書のうち合計点数が20万点以上のもの

前 文  $\left[ \begin{array}{l} \text{平 20} \cdot 3 \cdot 5 \\ \text{厚生労働省告示第 74号} \end{array} \right]$  抄  
〔前略〕平成20年4月1日から適用する。

前 文  $\left[ \begin{array}{l} \text{平 20} \cdot 3 \cdot 31 \\ \text{厚生労働省告示第176号} \end{array} \right]$  抄  
〔前略〕平成20年4月1日から適用する。

### 3. 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

制定 昭和57年 8月17日  
最終改正 平成20年 5月28日

#### 第6章 後期高齢者医療診療報酬審査委員会

（審査委員会）

第126条 第70条第4項の規定による委託を受けて診療報酬請求書の審査を行うため、国保連合会に後期高齢者医療診療報酬審査委員会を置く。

2 前項の規定にかかわらず、国民健康保険法第87条に規定する審査委員会を置く国保連合会は、当該審査委員会において後期高齢者医療に係る診療報酬請求書の審査を行うことができる。

（国民健康保険法の準用）

第127条 国民健康保険法第88条から第90条までの規定は、後期高齢者医療診療報酬審査委員会について準用する。

[参 考]

保 険 発 第 45 号  
昭和60年 4 月 30 日

都道府県民生主管部（局）長 殿

厚生省保険局国民健康保険課長

### 国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について

国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）における診療報酬請求書の再度の考案については、関係法令等に従い実施されているところであるが、連合会における迅速な再度の考案の実施と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、再度の考案の申出に当たっては、特に下記の事項に配慮され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、保険者及び療養取扱機関に対しても周知指導方、特段の御配慮を願いたい。

#### 記

- 1 連合会に対する再度の考案の申出はできる限り早期に行い、原則として6か月以内とするよう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの重ねての再度の考案の申出は、特別の事情がない限り認められないものであるので、留意されたいこと。

保 発 0310006 号  
平 成 18 年 3 月 10 日

都 道 府 県 知 事 殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 長

### 調剤報酬請求に対する審査の実施について

調剤報酬請求についての審査要領については、「処方せんによる調剤に係る診療報酬請求に対する審査の実施について」（昭和63年3月19日保発第23号）により示してきたところであるが、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第30号）及び「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第1条第3項の規定に基づき厚生労働大臣の定める調剤報酬請求書を廃止する件」（平成18年厚生労働省告示第112号）による調剤報酬明細書への処方せん添付義務の撤廃等を踏まえ、今般同通知を廃止し、別添のとおり調剤報酬請求についての審査要領の変更等を行ったところであるので、その旨御了知の上、貴都道府県内保険者及び国民健康保険団体連合会に対して周知徹底を図られたく通知する。



(別 添)

## 調剤報酬請求についての審査要領

### 1. 審査の申出の範囲及び方法

保険者は、保険医療機関の診療報酬明細書（以下「レセプトA」という。）と保険薬局の調剤報酬明細書のうち合計点数が1,500点以上のもの（以下「レセプトB」という。）とを突合して点検を行った上、不適切な投薬が行われていると考えられるものについては、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「審査支払機関」という。）に対して理由を付して、レセプトAにレセプトBを添付したうえ、審査を申し出ることができる。

### 2. 審査支払機関における審査等

(1) 保険者からの申出のあったレセプトについて、審査支払機関は申出の範囲内で従来の院内投薬についての審査と同様の方針に基づき審査を行った上、不適切な診療又は調剤が行われていると認められる場合には、所要の査定を行うものとする。

(2) 査定の請求については、以下のケースに応じ行うものとする。なお、査定に当たっては、審査支払機関が保険薬局又は保険医療機関に対する調剤報酬債務又は診療報酬債務を負っている場合には、これと審査支払機関の査定分請求権とを相殺することを妨げない。

#### ①調剤又は診療の内容が不適切な場合

イ 調剤が不適切な場合は、保険薬局に対し、査定分を請求するものとする。

ロ 診療が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤の査定分を請求するものとする。

②審査上特に疑義が生じ、審査支払機関が保険者から申出のあったレセプトに係る処方せんを保険薬剤師から取り寄せた場合又は社会保険診療報酬支払基金法第18条第1項若しくは国民健康保険法第89条第1項に基づき審査委員会が当該処方せんを取り寄せた場合

イ 処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合は、保険薬局に対し、査定分を請求するものとする。

ロ 処方せんの内容が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤の査定分を請求するものとする。

(3) 査定分の請求に当たっては、審査支払機関は保険医療機関が当該査定に係る処方せん及び保険薬局を特定しうるよう配慮するものとする。

(4) 審査支払機関による審査の内容に不服がある場合には、保険者、保険薬局及び保険医療機関は、審査支払機関に再審査を申し出ることができ、審査に当たっては、申出の範囲内で通常の審査と同様の方針に基づき審査を行う。

### 3. 実施時期

この審査要領に基づく審査は、平成18年4月診療分以降のレセプトA及びこれに係るレセプトBについて実施する。

## 5. 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 平成20年10月 1日厚生労働省令第150号

### 目 次

- 第1章 保険医療機関の療養担当（第1条―第11条の3）
- 第2章 保険医の診療方針等（第12条―第23条の2）
- 第3章 雑 則（第24条）

### 第1章 保険医療機関の療養担当

（療養の給付の担当の範囲）

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

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

（療養の給付の担当方針）

第2条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

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

（診療に関する照会）

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

（適正な手続の確保）

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

（健康保険事業の健全な運営の確保）

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

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

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

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

(掲 示)

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

(受給資格の確認)

第3条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提出することができない患者であって、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

(要介護被保険者等の確認)

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

(被保険者証の返還)

第4条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第100条、第105条又は第113条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第5条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であった者については法第74条の規定による一部負担金、法第85条に規定する食事療養標準負担額（同条第2項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第85条の2に規定する生活療養標準負担額（同条第2項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第86条の規定による療養（法第63条第2項第1号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第2号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法

第74条第1項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項、第85条の2第2項又は第86条第2項第1号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第110条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は法第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第3号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第4号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は法第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

（領収証等の交付）

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

- 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、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。

（食事療養）

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

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

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

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

（生活療養）

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

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

- 3 保険医療機関は、第5条第2項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養に

ふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第5条の4 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第5条第2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6条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第87条第1項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第99条第1項の規定による傷病手当金、法第101条の規定による出産育児一時金、法第102条の規定による出産手当金又は法第114条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

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

(診療録の記載及び整備)

第8条 保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿等の保存)

第9条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

(通 知)

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

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他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11条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

- 2 保険医療機関は、病院にあっては、医療法（昭和23年法律第205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11条の2 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

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

(報 告)

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

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

## 第2章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第12条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行わなければならない。

(療養及び指導の基本原則)

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

(指 導)

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

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

(転医及び対診)

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

(診療に関する照会)

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

(施術の同意)

第17条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第19条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第16項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治療の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

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

(健康保険事業の健全な運営の確保)

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

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第19条の3 保険医は、処方せんの交付に関し、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収受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

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

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

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

#### 一 診 察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診療を行う場合は、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、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

#### 二 投 薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。

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

ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、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。）の使用を考慮するよう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1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならない。厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

#### 三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情



があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

#### 四 注 射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

ハ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を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21条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第12条から第19条の3までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

##### 一 診 察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診療を行う場合は、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、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る

検査については、この限りでない。

## 二 投 薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。

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

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう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1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

## 三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

## 四 注 射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

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

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

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

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

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

## 五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

## 六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ 歯冠修復

(1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。

- (2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位14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14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14カラット合金又は代用合金を使用する。  
(三) パーは、代用合金を使用する。

(2) ブリッジ

- (一) ブリッジは、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、その維持管理に努めるものとする。  
(二) ブリッジは、金位14カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位14カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはポ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ってはならない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(診療録の記載)

第22条 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(処方せんの交付)

第23条 保険医は、処方せンを交付する場合には、様式第2号又はこれに準ずる様式の処方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った場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

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

### 第3章 雑 則 (略)

## 6. 国民健康保険における診療方針

健康保険法第72条第1項に「保険医療機関において診療に従事する保険医は、厚生労働省令の定むる所により、健康保険の診療に当たるべし」と規定され、この診療方針を定めたものとして、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年4月厚生省告示第15号）が定められている。（前掲）

国保法によれば、同法第40条に「保険医療機関等において行われる療養の給付に関する準則については厚生労働省令で定めるもののほか、健康保険法第70条第1項及び第72条第1項の規定による命令の例による」と規定され、この条文に基づく省令として特別の定めがないから、国民健康保険法に基づく診療を行う場合にも、健康保険法に定められた診療方針に従って、保険診療を行うことになる。

## 7. 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

昭和32年 4月30日厚 生 省令第 16号

最終改正 平成20年 9月30日厚生労働省令第150号

(療養の給付の担当の範囲)

第1条 保険薬局が担当する療養の給付及び被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）は、薬剤又は治療材料の支給並びに居宅における薬学的管理及び指導とする。

(療養の給付の担当方針)

第2条 保険薬局は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

(適正な手続の確保)

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

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の3 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
- 二 保険医療機関又は保険医に対し、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、金品その他の財産上の利益を供与すること。

2 前項に規定するほか、保険薬局は、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。

(掲 示)

第2条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を提示しなければならない。

(処方せんの確認)

第3条 保険薬局は、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。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。

(要介護被保険者等の確認)

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

(患者負担金の受領)

第4条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であった者については法第74条の規定による一部負担金並びに法第86条の規定による療養についての費用の額に法第74条第1項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第76条第2項又は第86条第2項第1号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第110条の規定による家族療養費として支給される額（同条第2項第1号に規定する額に限る。）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 保険薬局は、法第63条第2項第3号に規定する評価療養又は同項第4号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

(領収証の交付)

第4条の2 保険薬局は、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。

(調剤録の記載及び整備)

第5条 保険薬局は、第10条の規定による調剤録に、療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の調剤録と区別して整備しなければならない。

(処方せん等の保存)

第6条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から3年間保存しなければならない。

(通 知)

第7条 保険薬局は、患者が詐欺その他不正行為により療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、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。

(後発医薬品の調剤)

第7条の2 保険薬局は、薬事法第14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、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。)の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

(調剤の一般的方針)

第8条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師(以下「保険薬剤師」という。)は、保険医等の交付した処方せんに基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服薬歴を確認しなければならない。

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せん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。

(使用医薬品)

第9条 保険薬剤師は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用して調剤してはならない。ただし、厚生労働大臣が定める場合においては、この限りではない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第9条の2 保険薬剤師は、調剤に当たっては、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。

(調剤録の記載)

第10条 保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第10条の2 保険薬剤師は、その行った調剤に関する情報の提供等について、保険薬局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。

(読替規定)

第11条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第1欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第2欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第3欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第4欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。(表一略)



## 8. 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 1月20日厚 生 省告示第 14号  
最終改正 平成20年 3月 5日厚生労働省告示第 70号

老人保健法（昭和57年法律第80号）第30条第1項の規定に基づき、老人保健法の規定による医療の取扱い及び担当に関する基準を次のように定め、昭和58年2月1日から適用する。

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

目 次

第1章 保険医療機関による療養の給付等の取扱い（第1条―第11条の3）

第2章 保険医による療養の給付等の担当（第12条―第23条の2）

第3章 保険薬局による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い並びに保険薬剤師による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の担当（第24条―第33条）

### 第1章 保険医療機関による療養の給付等の取扱い

（療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いの範囲）

第1条 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）が取り扱う高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養（以下「療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養」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

（療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱方針）

第2条 保険医療機関等は、懇切丁寧に療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなければならない。

2 保険医療機関等が取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養は、後期高齢者医療の被保険者（以下「後期高齢者」という。）の心身の特性を踏まえて、後期高齢者である患者（以下「患者」という。）の療養上妥当適切に行われなければならない。この場合において、特に次に掲げる事項に配慮しなければならない。

一 保険医療機関が取り扱う長期入院患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養は、

漫然かつ画一的なものとならないこと。

二 保険医療機関は、後期高齢者の生活の質の確保に資する見地から、患者の居宅における療養生活を支援し、必要な療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を妥当適切に提供するよう努めること。

(診療に関する照会)

第2条の2 保険医療機関は、その取り扱った療養の給付及び保険外併用療養費に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な手続の確保)

第2条の3 保険医療機関は、その取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関し、厚生労働大臣に対する必要な申請、届出その他の手続並びに療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に要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。

(後期高齢者医療制度の健全な運営の確保)

第2条の4 保険医療機関は、その取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関し、後期高齢者医療制度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2条の5 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

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

(掲 示)

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

(受給資格の確認)

第3条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提示することができない患者であって療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。

2 保険医療機関は、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養（医科に係るものに限る。）を受けることを求められた場合には、その者の提示する被保険者証等によって施設入所者であることを確かめなければならない。

(要介護被保険者等の確認)

第3条の2 保険医療機関は、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8条第1項に規定する居宅サービスに相当する医療を行うに当たっては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第4条 保険医療機関は、患者に対して行った療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。

(一部負担金の受領等)

第5条 保険医療機関は、法第67条の規定による一部負担金及び法第74条第2項の規定による食事療養標準負担額（同項の規定により算定した費用の額が食事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「食事療養標準負担額」という。）及び法第75条第2項に規定する生活療養標準負担額（同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。）の支払を受けるものとする。

2 保険医療機関は、法第64条第2項第1号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第74条第2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64条第2項第2号に規定する生活療養（以下「生活療養」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75条第2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64条第2項第3号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第4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76条第2項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。

3 保険医療機関は、厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関して前2項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその受領方法に関して説明を行わなければならない。

(領収証等の交付)

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

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、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。

(食事療養)

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

2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の

支払を受けることにより食事を提供するものとする。

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

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

(生活療養)

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

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

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

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

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第5条の4 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第5条第2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うほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

(証明書等の交付)

第6条 保険医療機関は、患者から法第56条に規定する後期高齢者医療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77条第1項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）及び法第86条第2項の規定による傷病手当金に係る意見書については、この限りでない。

## 第7条 削 除

(指定訪問看護の事業の説明)

第7条の2 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者及び介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行うものに限る。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護等（法第78条第1項に規定する指定訪問看護及び介護保険法第41条第1項本文の指定に係る同法第8条第1項に規定する居宅サービ

ス（同条第4項に規定する訪問看護に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認めた場合には、患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

（診療録の記載及び整備）

第8条 保険医療機関は、第22条の規定による診療録に、療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いに関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

（帳簿等の保存）

第9条 保険医療機関は、療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いに関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

（通 知）

第10条 保険医療機関は、患者が次の各号のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を当該患者の居住地を管轄する法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合（以下「後期高齢者医療広域連合」という。）に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって疾病にかかり、又は負傷したと認められたとき。
- 三 正当な理由なしに療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養に関する指示に従わないとき。
- 四 偽りその他不正の行為によって療養の給付又は保険外併用療養費の支給を受け、又は受けようとしたとき。

（入 院）

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

2 保険医療機関は、病院にあっては、医療法（昭和23年法律第205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。

3 保険医療機関は、患者の退院に際しては、本人又はその家族等に対し、適切な指導を行うとともに、退院後の担当医師に対する情報の提供及び保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

（看 護）

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

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

（報 告）

第11条の3 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いに関する事項について、都道府県知事に定期的に報告を行わなければならない。

## 第2章 保険医による療養の給付等の担当

### (一般的方針)

第12条 保険医の診療は、後期高齢者の心身の特性に照らし、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断をもとし、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。この場合において、特に次に掲げる事項に配慮しなければならない。

- 一 保険医療機関が取り扱う長期入院患者に対する診療は、漫然かつ画一的なものとならないこと。
- 二 保険医は、後期高齢者の生活の質の確保に資する見地から、患者の居宅における療養生活を支援するため、必要な診療及び日常生活上の指導を妥当適切に行うよう努めること。

### (療養及び指導の基本準則)

第13条 保険医は、診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解しやすいように指導を行わなければならない。

### (指 導)

第14条 保険医は、診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、後期高齢者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行わなければならない。

第15条 保険医は、患者に対し、健康に対する自己責任の意識の涵養並びにその者の日常生活及び居宅環境の的確な把握に努め、本人又は必要に応じその家族等に対し、症状に応じた適切な指導を行わなければならない。

### (転医及び対診)

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

### (診療に関する照会)

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

### (施術の同意)

第17条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

### (特殊療法等の禁止)

第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第19条 保険医は、別に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35年法律第145号）第2条第16項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他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。

2 歯科医師である保険医は、別に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。

(後期高齢者医療制度の健全な運営の確保)

第19条の2 保険医は、診療に当たっては、後期高齢者医療制度の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

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

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収受してはならない。

(施設入所者に係る情報提供)

第19条の4 医師である保険医は、施設入所者を診療する場合には、当該介護老人保健施設の医師から当該施設入所者の診療状況に関する情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

2 医師である保険医は、施設入所者を診療した場合には、当該介護老人保健施設の医師に対し当該施設入所者の療養上必要な情報の提供を行わなければならない。

(指定訪問看護等の事業との関係)

第19条の5 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指定訪問看護事業等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、適切な指定訪問看護等が提供されるよう、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、当該指定訪問看護等を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第12条から前条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、患者の日常生活、家庭環境等を考慮して行う。

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 健康診査は、療養の給付又は保険外併用療養費の支給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。この場合において、施設入所者に対する往診は、当該介護老人保健施設の医師との連携に配慮して行い、みだりにこれを行ってはならない。

## 二 検 査

- イ 各種の検査は、診療上必要があると認められる範囲内において選択して行う。
- ロ 同一の検査は、みだりに反復してはならない。
- ハ 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

## 三 投 薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反復せず、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14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、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。）の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、日常生活その他療養上の指導を行うことにより、治療の効果をあげることができると認められる場合は、これらの指導を行い、みだりに投薬を行ってはならない。
- 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、別に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別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、別に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ない。別に厚生労働大臣が定めるものについては当該別に厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

## 四 処方せんの交付

- イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第63条第3項第



1号に規定する保険薬局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならない。

ハ イ及びロによるほか、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。

## 五 注 射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

- (1) 経口投与によって胃腸障害を起こすおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。
- (2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
- (3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

ハ 栄養、安静、運動、日常生活その他療養上の指導を行うことにより、治療の効果をあげることができると認められる場合は、これらの指導を行い、みだりに注射を行ってはならない。

ニ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果をあ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。

ホ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ヘ 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。

ト 点滴注射は、これ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に行い、みだりにこれを行ってはならない。

チ 点滴注射を行うに当たっては、これが長時間かつ長期にわたることにより、患者の心身の機能又は健康回復への意欲の低下等を招くことのないよう十分配慮しなければならない。

## 六 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い、みだりにこれを行ってはならない。

## 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い、療養上入院の必要がなくなった場合は、速やかに退院の指示を行う。

ロ 単なる疲労回復、通院の不便又は家庭事情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等の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

ニ 入院の継続は、患者の病状に照らし、常にその可否を判定するとともに、慢性疾患により入院が長期にわたる者については、特にこの判定を適切に行わなければならない。

ホ 患者の退院に際しては、必要に応じ本人又はその家族等に対し、適切な指導を行うとともに、

退院後の担当医師に対する情報の提供及び保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

(歯科診療の具体的方針)

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

#### 一 診 察

- イ 診察は、患者の日常生活、家庭環境等を考慮して行う。
- 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 健康診査は、療養の給付又は保険外併用療養費の支給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。この場合において、施設入所者に対する往診は、当該介護老人保健施設の医師との連携に配慮して、適切に行わなければならない。

#### 二 検 査

- イ 各種の検査は、診療上必要があると認められる範囲内において選択して行う。
- ロ 同一の検査は、みだりに反復してはならない。
- ハ 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

#### 三 投 薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反復せず、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よう努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、日常生活その他療養上の指導を行うことにより、治療の効果をあげることができると認められる場合は、これらの指導を行い、みだりに投薬を行ってはならない。
- 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、別に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別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

#### 四 処方せんの交付

- イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ 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。

#### 五 注 射

- イ 注射は、次に掲げる場合に行う。
  - (1) 経口投与によって胃腸障害を起こすおそれがあるとき、経口投与をすることができないと

き、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

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

ハ 栄養、安静、運動、日常生活その他療養上の指導を行うことにより、治療の効果をあげることができると認められる場合は、これらの指導を行い、みだりに注射を行ってはならない。

ニ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果をあ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。

ホ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ヘ 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。

ト 点滴注射は、これ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に行い、みだりにこれを行ってはならない。

チ 点滴注射を行うに当たっては、これが長時間かつ長期にわたることにより、患者の心身の機能又は健康回復への意欲の低下等を招くことのないよう十分に配慮しなければならない。

## 六 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い、みだりにこれを行ってはならない。

## 七 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

### イ 歯冠修復

(1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行った場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。

(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位14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14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) 有床義歯の装着に際しては、必要に応じ適切な指導を行う。

(三) 鉤は、金位14カラット合金又は代用合金を使用する。

(四) バーは、代用合金を使用する。

#### (2) ブリッジ

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

(二) ブリッジは、金位14カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位14カラット合

金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはポンティックに限って使用する。

(3) ☐ 蓋補綴及び顎補綴

☐ 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。

八 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。

八の二 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。

九 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い、療養上入院の必要がなくなった場合は、速やかに退院の指示を行う。

ロ 単なる通院の不便又は家庭事情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等の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

ニ 入院の継続は、患者の病状に照らし、常にその要否を判定するとともに、慢性疾患により入院が長期にわたる者については、特にこの判定を適切に行わなければならない。

ホ 患者の退院に際しては、必要に応じ本人又はその家族等に対し、適切な指導を行う。

(診療録の記載)

第22条 保険医は、患者の診療を行った場合には、健康保険の例により、遅滞なく、診療録に当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(処方せんの交付)

第23条 保険医は、処方せンを交付する場合には、健康保険の例により、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った場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第23条の2 保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に関する療養に要する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

### 第3章 保険薬局による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い並びに保険薬剤師による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の担当

(療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いの範囲)

第24条 保険薬局が取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養は、薬剤又は治療材料の支給並びに居宅における薬学的管理及び指導とする。

(療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱方針)

第25条 保険薬局は、懇切丁寧に療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなければならない。

(適正な手続の確保)

第25条の2 保険薬局は、その担当する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関し、厚生労働大臣に対する必要な申請、届出その他の手続並びに療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に要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。

(後期高齢者医療制度の健全な運営の確保)

第25条の3 保険薬局は、その取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
- 二 保険医療機関又は保険医に対し、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、金品その他の財産上の利益を供与すること。

2 前項に規定するほか、保険薬局は、その取り扱う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関し、後期高齢者医療制度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。

(掲 示)

第25条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、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。

(処方せんの確認)

第26条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが保険医が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(要介護被保険者等の確認)

第26条の2 保険薬局は、患者に対し、居宅療養管理指導その他の介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービスに相当する医療を行うに当たっては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

第26条の3 削除

(一部負担金の受領等)

第26条の4 保険薬局は、法第67条の規定による一部負担金の支払を受けるものとする。

2 保険薬局は、評価療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第76条第2項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。

(領収証の交付)

第26条の5 保険薬局は、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。

(調剤録の記載及び整備)

第27条 保険薬局は、第32条の規定による調剤録に、療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱いに関し必要な事項を記載し、これを他の調剤録と区別して整備しなければならない。

(処方せん等の保存)

第28条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から3年間保存しなければならない。

(通 知)

第29条 保険薬局は、患者が偽りその他不正の行為により療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付して、その旨を当該患者の居住地を管轄する後期高齢者医療広域連合に通知しなければならない。

(後発医薬品の調剤)

第29条の2 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

(調剤の一般的方針)

第30条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方せんに基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、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。

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方せん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。

(使用医薬品)

第31条 保険薬剤師は、別に厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用して調剤を行ってはならない。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。

(後期高齢者医療制度の健全な運営の確保)

第31条の2 保険薬剤師は、調剤に当たっては、後期高齢者医療制度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。

(調剤録の記載)

第32条 保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第33条 保険薬剤師は、その行った調剤に関する情報の提供等について、保険薬局が行う療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に要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。

## 9. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令

昭和51年 8月 2日 厚生省令第36号  
最終改正 平成21年 5月 8日 厚生労働省令第110号

(療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求)

第1条 保険医療機関若しくは次に掲げる医療に関する給付（以下「公費負担医療」という。）を担当する病院若しくは診療所（以下単に「保険医療機関」という。）又は保険薬局若しくは公費負担医療を担当する薬局（以下単に「保険薬局」という。）は、療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第145条に規定する特別療養費、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、家族療養費及び高額療養費の支給を含む。第8号を除き、以下同じ。）、又は公費負担医療に関し費用を請求しようとするときは、厚生労働大臣が定める事項を電子情報処理組織（審査支払機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と、療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求をしようとする保険医療機関又は保険薬局の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。）を使用して、厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機から入力して審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行うものとする。

一 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第20条第2項の医療に係る療養の給付又は同法第24条の20第1項（同法第63条の3の2第3項において適用する場合を含む。）の障害児施設医療費の支給

二 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第58条第1項の自立支援医療費、同法第70条第1項の療養介護医療費又は同法第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給

三 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第30条第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付

四 生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年度法律第30号）第14条第4項（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第2項において準用する場合を含む。）においてその例による場合を含む。）の医療扶助又は医療支援給付

五 削除

六 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第58条の17第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付

七 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）第10条の医療の給付又は同法第18条の一般疾病医療費の支給

八 戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）第10条の療養の給付又は同法第20条の更生医療の給付

九 母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条の養育医療の給付

九の二 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第37

条第1項又は第37条の2第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付  
九の三 石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号）第4条第1項の医療費の  
支給

十 前各号に掲げるもののほか医療に関する給付であって厚生労働大臣が定めるもの

- 2 前項の場合において、療養の給付費等のうち、厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を同項のファイルに記録しなければならない。

（電子情報処理組織の使用による療養の給付費等の請求日）

第2条 電子情報処理組織の使用による療養の給付費等の請求（以下「電子情報処理組織の使用による請求」という。）は、各月分について翌月10日までに行わなければならない。

- 2 電子情報処理組織の使用による請求は、審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルへの記録がされた時に当該審査支払機関に到着したものとみなす。

（電子情報処理組織の使用による請求の開始等の届出）

第3条 保険医療機関又は保険薬局は、電子情報処理組織の使用による請求を始めようとするときは、あらかじめ、次に掲げる事項を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

一 保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地

二 審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに第1条の記録を行うために使用するプログラム（電子計算機に対する指令であって、一の結果を得ることができるように組み合わされたものをいう。以下同じ。）の名称、当該プログラムの作成者の氏名又は名称及び電子情報処理組織の使用による請求を始めようとする年月

三 その他厚生労働大臣が定める事項

- 2 保険医療機関又は保険薬局は、審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに第1条の記録を行うために使用するプログラムを変更しようとするとき（療養の給付費等の額の算定方法が改められたことに伴う変更を行おうとするときを除く。）は、あらかじめ、次に掲げる事項を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

一 保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地

二 変更後のプログラムの名称及び当該プログラムの作成者の氏名又は名称

三 変更後のプログラムを使用して電子情報処理組織の使用による請求を始めようとする年月

四 その他厚生労働大臣が定める事項

（療養の給付費等の請求の代行）

第4条 前3条の規定は、医師、歯科医師又は薬剤師を主たる構成員とする団体（その団体を主たる構成員とする団体を含む。）で、医療保険の運営及び審査支払機関の業務運営に密接な関連を有し、かつ、十分な社会的信用を有するものが療養の給付等の請求の事務を代行する場合について準用する。この場合において、第1条第1項中「費用を請求」とあるのは「医師、歯科医師又は薬剤師を主たる構成員とする団体（その団体を主たる構成員とする団体を含む。）で、医療保険の運営及び審査支払機関の業務運営に密接な関連を有し、かつ、十分な社会的信用を有するものであって療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求の代行を行うもの（以下「事務代行者」という。）を介して費用を請求」と、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求をしようとする保険医療機関又は保険薬局」とあるのは



「事務代行者」と、「厚生労働大臣の」とあるのは「事務代行者を介して厚生労働大臣の」と、同条第2項中「請求を行う」とあるのは「請求を事務代行者を介して行う」と、「同項の」とあるのは「事務代行者を介して同項の」と、第2条第1項及び第2項中「電子情報処理組織」とあるのは「事務代行者を介した電子情報処理組織」と、第3条第1項各号列記以外の部分中「電子情報処理組織」とあるのは「事務代行者を介した電子情報処理組織」と、「始めようとするときは」とあるのは「始めようとするとき、又は事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による請求をやめようとするときは」と、同項第1号中「保険医療機関又は保険薬局」とあるのは「保険医療機関又は保険薬局及び事務代行者」と、同項第2号中「審査支払機関」とあるのは「事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による請求を始めようとする場合にあっては審査支払機関」と、「電子情報処理組織の使用による請求を始めようとする年月」とあるのは「事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による請求を始めようとする年月、事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による請求をやめようとする場合にあってはその年月」と、同条第2項各号列記以外の部分中「を変更」とあるのは「を事務代行者が変更」と、同項第1号中「保険医療機関又は保険薬局」とあるのは「保険医療機関又は保険薬局及び事務代行者」と、同項第3号中「電子情報処理組織」とあるのは「事務代行者を介した電子情報処理組織」と読み替えるものとする。

#### 附 則 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、昭和51年11月1日から施行する。

(経過措置)

第3条 昭和51年10月1日に行われた療養の給付又は公費負担医療に関する費用の請求については、なお従前の例による。

(電子情報処理組織の使用による請求に係る経過措置)

第4条 保険医療機関又は保険薬局が行う療養の給付であって、次の表の上覧に掲げるものは、同表の下欄に掲げる日までの間は、第1条の規定にかかわらず、書面による請求（療養の給付等について、保険医療機関にあっては診療報酬請求書に診療報酬明細書を、保険薬局にあっては調剤報酬請求書に調剤報酬明細書を添えて、これを当該診療報酬請求書又は調剤報酬請求書の審査支払機関に提出することにより請求することをいう。以下同じ。）又は光ディスク等を用いた請求（療養の給付等について、厚生労働大臣の定める事項を電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合するフレキシブルディスク又は光ディスク（以下「光ディスク等」という。）を提出することにより請求することをいう。以下同じ。）を行うことができる。

<p>1 病床数が400床未満の病院のうち、レセプトコンピュータ（療養の給付等の請求を行う者の使用に係る電子計算機であって、診療報酬請求書及び診療報酬明細書並びに調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「レセプト」という。）を電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）をもって作成することができるものをいう。以下同じ。）を使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセ</p>	<p>平成21年3月31日</p>
---	-------------------

<p>プト文字データ変換ソフト（レセプトに記載すべきこととされている情報をレセプトコンピュータから抽出して厚生労働大臣が定める方式に変換し、光ディスク等への記録を可能にするソフトウェアをいう。以下同じ。）を使用することによって光ディスク等の請求を行うことができるものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものを除く。）</p>	
<p>2 薬局のうち、レセプトコンピュータを使用しているものが行う療養の給付費等の請求</p>	
<p>3 病院のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っておらず、かつ、レセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができないものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものを除く。）</p>	平成22年3月31日
<p>4 診療所のうち、レセプトコンピュータを使用しているものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものを除く。）</p>	
<p>5 病院又は診療所のうち、レセプトコンピュータを使用しているものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものに限る。）</p>	平成23年3月31日
<p>6 病院若しくは診療所又は薬局のうち、レセプトコンピュータを使用していないものが行う療養の給付費等の請求（次号及び第8号に掲げるものを除く。）</p>	
<p>7 平成21年4月1日に現存する病院若しくは診療所又は薬局のうち、レセプトコンピュータを使用していないものであって、平成21年4月1日から平成22年3月31日までの間の療養の給付費等の請求の件数が1200件以下である旨を厚生労働大臣に届け出たものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものを除く。）</p>	平成23年4月1日から平成25年3月31日までの間で厚生労働大臣が定める日
<p>8 平成21年4月1日に現存する病院若しくは診療所又は薬局のうち、レセプトコンピュータを使用していないものであって、平成21年4月1日から平成22年3月31日までの間の療養の給付費等の請求の件数が600件以下である旨を厚生労働大臣に届け出たものが行う療養の給付費等の請求（歯科に係るものに限る。）</p>	

- 2 前項の表中第7号及び第8号に規定する届出をするものは、当該届出に係る書面に審査支払機関が交付する療養の給付費等の請求の件数を明らかにすることができる書類を添えなければならない。
- 3 第1項の規定にかかわらず、同項の表の第1号及び第2号に掲げる保険医療機関又は保険薬局のうち、平成21年5月10日までに電子情報処理組織の使用による請求を行うことができないものは、平成22年3月31日までの間で当該請求が行える体制の準備に必要な期間を勘案して厚生労働大臣が定める日までの間は、書面による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことができる。
- 4 第1条第1項及び本条第1項の規定にかかわらず、保険医療機関又は保険薬局のうち、厚生労働大臣が電気通信回線設備の機能に障害を生じたときその他の事情により、電子情報処理組織の使用

による請求を行うことが特に困難であると認めるもの（前項の適用を受けて書面による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている保険医療機関又は保険薬局を除く。）は、当該保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことができる。

（書面による請求）

第5条 書面による請求を行う場合において、厚生労働大臣の定める診療報酬明細書には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる資料を添付しなければならない。

2 書面による請求を行う場合には、レセプトの提出は、厚生労働大臣が定める様式により行うものとする。

3 書面による請求を行う場合には、診療報酬請求書及び調剤報酬請求書は、各月分について翌月10日までに提出しなければならない。

（光ディスク等を用いた請求）

第6条 保険医療機関又は保険薬局は、光ディスク等を用いた請求を始めようとするときは、あらかじめ、次に掲げる事項を記載した届書を、当該請求に係る審査支払機関に提出しなければならない。

一 保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地

二 光ディスク等に附則第4条第1項の記録（療養の給付費等について、厚生労働大臣の定める事項を電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って行う記録をいう。以下同じ。）を行うために使用するプログラムの名称、当該プログラムの作成者の氏名又は名称及び当該光ディスク等を用いた請求を始めようとする年月

三 その他厚生労働大臣が定める事項

2 保険医療機関又は保険薬局は、光ディスク等に附則第4条第1項の記録を行うために使用するプログラムを変更しようとするとき（療養の給付費等の額の算定方法が改められたことに伴う変更を行おうとするときを除く。）は、あらかじめ、次に掲げる事項を記載した届出を、当該請求に係る審査支払機関に提出しなければならない。

一 保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地

二 変更後のプログラムの名称及び当該プログラムの作成者の氏名又は

三 変更後のプログラムを使用して記録した光ディスク等を用いた請求を始めようとする年月

四 その他厚生労働大臣が定める事項

3 光ディスク等を用いた請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を光ディスク等を用いた請求を行う場合には、当該光ディスク等は、各月分について翌月10日までに提出しなければならない。

以下 省 略

## 10. 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令

平成 4年 2月29日厚生省令第 5号  
最終改正 平成20年 3月31日厚生労働省令第 80号

(老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求)

第1条 指定訪問看護事業者は、訪問看護療養費（家族訪問看護療養費

及び健康保険法（大正11年法律第70号）第145条に規定する特別療養費を含む。以下同じ。）の支給又は次に掲げる医療に関する給付（以下「公費負担医療」という。）に関し費用を請求しようとするときは、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに、訪問看護療養費請求書に訪問看護療養費明細書を添えて、これを当該訪問看護療養費請求書の審査支払機関に提出しなければならない。

一 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第58条第1項の自立支援医療費、同法第70条第1項の療養介護医療費又は同法第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給

二及び三 削除

四 生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条第4項（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第2項において準用する場合を含む。）においてその例による場合を含む。）の医療扶助又は医療支援給付

五 削除

六 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）第10条の医療の給付又は同法第18条の一般疾病医療費の支給

七 戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）第10条の療養の給付又は同法第20条の更生医療の給付

七の二 石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号）第4条第1項の医療費の支給

八 前各号に掲げるもののほか医療に関する給付であって厚生労働大臣が定めるもの

(訪問看護療養費請求書等の様式)

第2条 前条の訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書は、厚生労働大臣が定める様式による。

(訪問看護療養費請求書の提出日)

第3条 第1条の訪問看護療養費請求書は、各月分について翌月10日までに提出しなければならない。

## 11. 診療報酬の請求に関する審査について

昭和33年12月 4日 保発第71の2  
各都道府県知事宛 厚生省保険局長通知

標記の件について、社会保険診療報酬支払基金理事長あてに指示したので、貴職におかれてもこれが趣旨を御了知のうえ、管下支払基金事務所に対してよろしく御指導願いたい。

なお、国民健康保険の診療報酬の請求に関する審査についても同様の趣旨に則って行うことが至当であるので、診療報酬の請求の審査を行う管下国民健康保険の保険者及び国民健康保険団体連合会に対しても十分な御指導を煩わしたい。

今回の社会保険診療報酬の算定方法の改定に伴い、甲点数表に基く診療報酬請求と乙点数表に基づく診療報酬請求に関する審査の方針、審査の方法等については、先に決定した診療報酬請求書、診療報酬明細書等の様式及び記載要領とも関連して検討を重ねてきたところであるが、別添の「診療報酬請求書の審査上の留意事項」を決定したので、支払基金における診療報酬請求の審査については、これが趣旨に則って適正かつ能率的に行うよう致されたい。

(別 添)

診療報酬明細書の審査上の留意事項

### 1 審査の原則に関すること

- (一) 審査委員会における審査は、いずれの診療報酬点数表により診療報酬額を算定する場合においても保険医療機関等から提出された診療報酬請求明細書（以下「明細書」という。）に記載されている事項につき、書面審査を基調として、その診療内容が保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という。）に定めるところに合致しているかどうかその請求点数が健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（以下「診療報酬算定方法」という。）に照らし、誤りがないかどうかを検討し、もって適正な診療報酬額を審査算定するものであるから、審査の原則については算定方法の区別により何等差があるべきでないこと。
- (二) 審査委員会における審査は、上記のように書面審査を基調とするものである以上、点数表の構成及び内容の特質に応じて行われるものであり、従来の審査もまたかかる方向で行われて来たことは周知のところであること。
- (三) 今回の診療報酬算定方法の改正に伴い、点数表が医科診療においては甲表及び乙表の2表となり、歯科診療においては甲表に相当する1表となったが、審査に当たっては、それぞれの点数表の構成及び内容の特質に応じて重点的に審査を行い適正な診療報酬額の算定をすることが妥当であること。

### 2 審査の基本方針に関すること

- (一) 審査にあたっては、保険医療機関等から提出された個々の明細書につき適否を審査するとともに

に、全般的通覧等を通じて当該保険医療機関等の診療の取扱が適正であるかどうか等の全般的傾向を十分把握して審査をする必要があること。

- (二) 審査の公正を期するため、審査委員会相互の間に審査上の差異が生じ、また同一審査委員会内においても審査委員の審査従事時間の長短、審査委員の主観的相違等により、その個人差的不均等が生じないように配慮されるべきであること。
- (三) 今回の改定に伴い、甲表用明細書及び乙表用明細書につき、それぞれ診療行為の内容の一部の記載が従来に比し簡略化されているが、これらの簡略化された部分については、審査上特に疑義を生じた場合において当該保険医療機関に照会、返戻する等は差し支えないこと。

### 3 審査の具体的方針に関すること

#### (一) 甲表用明細書に関すること

- (ア) 甲表明細書について適正な審査を行ない、その効果をあげるためには、明細書全体を通覧してその全般的傾向を把握することが特に必要であること。
- (イ) 甲表の特質に照らし特に着眼すべき具体的事項は、次のとおりであること。
  - (i) 「診療実日数」については、従来と比較して著しく増加していないか、また、増加する傾向がないかどうか。
  - (ii) 再診時基本診療料については、診察日数と比較して著しく多くないか、増加する傾向はないか。また、電話等による実際の再診を伴わない再診時基本診療料の算定が多くないかどうか。
  - (iii) 検査料については、審査の必要性が認められるものであるかどうか。特に、研究的なものまで行われている傾向がないかどうか。
  - (iv) 投薬料及び注射料については、傷病名から推測される必要投薬単位数または注射回数に比較して算定されている単位数または回数が著しく多くないかどうか。
  - (v) 診療行為の種類、回数または実施量等については、療養担当規則に照らして不当と認められる部分つき減点査定すべきことは当然であること。

#### (二) 乙表明細書に関すること。

前記「2 審査の基本方針に関すること」において述べたところに従って審査を行うべきであること。

#### (三) 歯科明細書に関すること。

前記(一)の「甲表明細書に関すること」において述べたところとおおむね同様であるが、特に処置、レントゲン診断及び充てんについて十分に検討して審査を行うべきであること。

## 13. 国民健康保険診療報酬明細書査定事由別略記号

### ◎ 増減点事由記号

#### 1 診療内容に関するもの

- A 適応と認められないもの
- B 過剰と認められるもの
- C 重複と認められるもの
- D 前各号の外不適當（疑義解釈通知等に照らして不適當なものを含む）又は不必要と認められるもの

#### 2 事務上に関するもの

- F 固定点数が誤っているもの
- G 乗算、横計、加算が誤っているもの
- H 縦計計算が誤っているもの
- K その他

# 参 考



# 1. 国民健康保険診療報酬審査委員会の権限について

昭和34年 9月 2日

広国連審第252号

(厚生省保険局国民健康保険課長あて広島県国民健康保険団体連合会事務局長照会)

標記委員会の権限（法第89条）その他について多少疑義が生じたので、左記事項についてお回報賜りたいと思いますので何分よろしくお願い致します。

## 記

### 1 保険医に出頭を求める日について

審査上必要があつて保険医に出頭を求める際は、法施行規則第39条及び第40条によって開会される委員会の会期中でなくても委員会の決定に基づき委員会が指定した特定の日であってもよろしいと解してもよろしいか。

### 2 返戻・照会等の知事承認について

昭和33年12月4日付保発第71号の2厚生省保険局長通達中の別紙「診療報酬請求明細書の審査上の留意事項」中の2の(3)によって照会返戻するものは、法第89条による知事の承認は要せざるものと解してよろしいか。

### 3 レントゲン写真等の提出提示について

委員会が審査上必要があつて、療養取扱機関に対し診療録の写の提出又は提出を求めた際、レントゲン診断の所見等の記載がないため診療録に関連したレントゲン写真等の提出又は提示を求めるとき、その求める写真は法第89条による「その他の帳簿書類」と解してもよろしいか。

### 4 審査委員の出張説明を求めることについて

診療報酬の請求状況全般に疑義を生じ病院長1人の出頭による説明では要を得ないので、各科の担当保険医に説明を求めたいと考えるとき右病院の診療に空白状態を来す危惧ありとして委員会の決定にもとづいて委員を指名し右機関に出向の上説明を求めることとするは法に抵触はしないものと解してよろしいか。又全般的に審査上の必要によつては、委員出向の上提出提示、説明を求めることも出来るものと解してよろしいか。

### 5 査定通知書による注意指導等

審査委員が保険医の診療報酬の請求及び診療について療養取扱機関又は保険医個々に対して査定通知書等により注意を促すことは法第41条及びその指導大綱に抵触するものではないと解してもよろしいか。

昭和34年9月8日 保文発第7899号

(広島県民生労働部保険課長あて 厚生省保険局国民健康保険課長回答)

昭和34年9月2日広島県国民健康保険団体連合会事務局長から広国連審第252号をもって照会のあつた標記の件についての当方の回答は、左記のとおりであるから、この旨伝達方配慮願いたい。

## 記

- 1 照会の記1、3、4及び5については、いずれもお見込みのとおりであること。
- 2 照会の記2については、お見込みのとおりであること。ただし、国民健康保険法第89条にいう「説明を求めること」に該当する「照会」については、知事の承認を要するものであること。
- 3 なお照会のいずれについても、通常、国民健康保険医等の自発的な協力を得て、当該診療録の提出等を求める分においては、知事の承認を得るに及ばないものであること。