

- ・特別な栄養管理が医学的に必要と判断される患者について、栄養状態の評価を行って栄養管理計画を策定し、それに基づいた栄養管理の実施と定期的な記録や評価、計画の見直しを行う。

(5) 入院基本料等の加算

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

(加算の例)

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

B. 指摘事項

算定要件を満たさないものがある。

C. 考えられるシステム対応等

医科の診療基本料算定に準ずる。

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。

A. ポイント（留意事項）

(1) 医学管理料の算定上の留意点

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

B. 指摘事項

診療録への記載などがなされていない算定例がある。

C. 考えられるシステム対応等

医科における指導管理料算定と同じくオーダーとして取り扱い、テンプレートなどで算定要件項目の必須化をはかるを

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。

A. ポイント（留意事項）

(1) 歯科訪問診療料の算定上の留意点

- ①在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - ・患者の求めに応じたもの
 - ・歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合
- ②16kmを超える歯科訪問診療は、患家付近に他の保険医がいない、いても専門など、やむを得ない絶対的な理由がある場合のみにしか認められない。

(2) 医療保険と介護保険の給付調整

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

診療報酬点数表の項目

医療保険での算定

診療情報提供料（I）（注2及び注6）

同一月に歯科医師による居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可

歯科疾患管理料

歯科特定疾患療養管理料

歯科疾患在宅療養管理料

在宅患者連携指導料

算定不可

訪問歯科衛生指導料

在宅患者訪問薬剤管理指導料

B009診療情報提供料（I）

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

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

B. 指摘事項

診療録への記載などがなされていない算定例がある。

C. 考えられるシステム対応等

検査・画像診断

A. ポイント（留意事項）

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

(1) 検査・画像診断の算定上の留意点

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

(2) 不適切な検査の実施例

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

(3) 画像診断

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

（*：歯科用3次元エックス線断層撮影）

(4) 歯科画像診断管理加算1, 2

① 歯科画像診断管理加算1

病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

② 歯科画像診断管理加算2

歯科用3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない（「通則8」又は「通則9」により算定する場合は除く。）。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

(5) 歯科用3次元エックス線断層撮影

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

イ. 埋伏智歯等、下顎管との位置関係

ロ. 顎関節症等、顎関節の形態

ハ. 顎裂等、顎骨の欠損形態

ニ. 一腫瘍等、病巣の広がり

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

B. 指摘事項

画一的検査が行われる場合が多い。検査の必要性についての記載がない

C. 考えられるシステム対応等

医科の検査部門システムにおける注意点と原則同じ。

投薬・注射（おおむね医系に同じ）

A. ポイント（留意事項）

○薬剤の使用に当たっては、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。

（療担規則第12条、歯科医師法第20条）

②保険診療においては、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない。（療担規則第19条）

③経口投与を原則とし、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う。（療担規則第21条）

④投薬日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない。（療担規則第21条）

⑤投薬及び処方せんの交付を行うに当たっては、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。また、注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。（療担規則第21条）

(2) 後発医薬品の使用促進

保険診療に際しては、前項のとおり後発医薬品の使用努力を療担規則で規定している。平成24年4月1日以降、後発医薬品が存在する医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合に、医療機関において一般名処方加算を算定できる。

(処方せんの様式) (資料3)

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

(3) 不適切な投薬・注射の実施例

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

B. 指摘事項

用法、用量、適応などの基準が遵守されていない。

C. 考えられるシステム対応等

医科の薬剤に準じたシステム改良、運用が望まれる。

リハビリテーション

A. ポイント（留意事項）

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

リハビリテーションの算定上の留意点

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

B. 指摘事項

C. 考えられるシステム対応等

医科であげたシステム構築をおこなうことが望ましい。

処置・手術・歯冠修復及び欠損補綴

A. ポイント（留意事項）

○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。

B. 指摘事項

過剰な処置、手術と判断できるものがある。

C. 考えられるシステム対応等

システム構築よりはユーザー教育が必要な項目である。


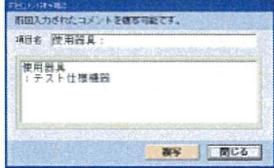

2.1.7 画面説明(歯科処置 処置入力時の子画面)

【歯科処置 処置入力時の子画面】

<p>数値入力ウィンドウ</p> 	<p>フリーコメント入力ウィンドウ</p> 	<p style="text-align: center;">備考</p> <p>【数値入力ウィンドウ】 数値単りの取得がされている処理項目を押下すると表示される。</p> <p>【フリーコメント入力ウィンドウ】 本画面設定で設定されている処理項目を押下すると表示される。 定型文章の選択と書式の入れも可能。</p> <p>【SOAウィンドウ】 本画面設定で設定されている処理項目を押下すると表示される。</p> <p>【日付ウィンドウ】 本画面設定で設定されている処理項目を押下すると表示される。</p> <p>【フリーウィンドウ(時間入力)】 本画面設定で設定されている処理項目を押下すると表示される。 時間はフリー入力の念、選択も可能とする。</p> <p>【Word文章複製ウィンドウ】 本画面に付く文章が設定されている場合、歯科処置画面を「複製」として表示される。 選択すると該当のWord文章を複製する。 ※文章複製はカギ文字の機能と同一。</p>
<p>SOAウィンドウ</p> 	<p>日付ウィンドウ</p> 	
<p>Word文章複製ウィンドウ</p> 	<p>フリーウィンドウ(時間入力)</p> 	

2.1.7 画面説明(歯科処置 処置入力時の子画面)

【歯科処置 処置入力時の子画面】

<p>残根上着歯コメ入力ウィンドウ</p> 	<p style="text-align: center;">備考</p> <p>【残根上着歯コメ入力ウィンドウ】 当月、1回も該当コメントが入力されていない場合、画面が表示され、歯部位置の入力が可能となる。前月、入力が行われていない場合には、「前月コピー」を押下すると前月に入力された歯部位置が複製する。</p> <p>【歯部コメント入力ウィンドウ】 9箇所までの歯部が入力できる。2箇所以上が入力された場合は、「M10」等、「1」で接続して表示する。</p> <p>【前回入力コメント複写ウィンドウ】【OKのみ】 複製処理が必要なコメントについて、前回記録したコメントを複写して活用することが出来る。</p> <p>【スクーリング部位表示ウィンドウ】 同一診断内にスクーリング、SERF、FLOWが入力されている場合に色付けして表示する。</p>
<p>歯部コメント入力ウィンドウ</p> 	
<p>前回入力コメント複写ウィンドウ</p> 	
<p>スクーリング部位表示ウィンドウ</p> 	

歯科矯正

A. ポイント（留意事項）

○歯科矯正は、療養の給付の対象として行ってはならない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

* 別に厚生労働大臣が定める疾患

- (1)唇顎口蓋裂 (2)ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む）(3)鎖骨・頭蓋骨異形症
 - (4)クルーゾン症候群 (5)トリチャーコリンズ症候群 (6)ピエールロバン症候群
 - (7)ダウン症候群 (8)ラッセルシルバー症候群 (9)ターナー症候群(10)ベックウィズ・ヴィードマン症候群 (11)尖頭合指症 (12)ロンベルグ症候群 (13)先天性ミオパチー
 - (14)顔面半側肥大症 (15)エリス・ヴァン・クレベルド症候群 (16)軟骨形成不全症
 - (17)外胚葉異形成症 (18)神経線維腫症 (19)基底細胞母斑症候群 (20)ヌーナン症候群
 - (21)マルファン症候群(22)プラダーウィリー症候群 (23)顔面裂 (24)筋ジストロフィー
 - (25)大理石骨病 (26)色素失調症 (27)ロー顔一指症候群 (28)メービウス症候群
 - (29)カブキ症候群 (30)クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群
 - (31)ウィリアムズ症候群 (32)ビンダー症候群 (33)スティックラー症候群 (34)小舌症
 - (35)頭蓋骨癒合症 (36)骨形成不全症 (37)口笛顔貌症候群
 - (38)ルビンスタインーティビ症候群(39)常染色体欠失症候群(40)ラーセン症候群
 - (41)濃化異骨症 (42)6歯以上の非症候性部分性無歯症 (43)チャージ症候群
 - (44)マーシャル症候群 (45)下垂体性小人症 (46)ポリエックス症候群（クラインフェルター症候群）(47)リング18症候群
- 【(43)～(47)は平成26年度改定で追加】

B. 指摘事項

厚生労働大臣が定める以外の疾患において歯科矯正後行われ保険請求されている。

C. 考えられるシステム対応等

レセプトチェックシステムで手術手技と病名の突合をはかり、適応の遵守をはかる。

基本診療料及び特掲診療料の施設基準等

A. ポイント（留意事項）

○保険医療機関の施設基準等は、事前の届出が必要である。

(1)届出の通則

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

(2)施設基準の通則

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

(3) 基本診療料の施設基準等

- ・ 明細書発行体制等加算の施設基準
- ・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の施設基準
- ・ 歯科診療特別対応連携加算の施設基準

(4) 特掲診療料の施設基準等

- ・ 歯科治療総合医療管理料の施設基準
- ・ 在宅療養支援歯科診療所の施設基準
- ・ 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準
- ・ 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算の施設基準
- ・ 在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準
- ・ 歯科画像診断管理加算1の施設基準
- ・ 歯科画像診断管理加算2の施設基準
- ・ 遠隔画像診断の施設基準
- ・ 歯科口腔リハビリテーション料2の施設基準
- ・ う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準
- ・ CAD/CAM冠の施設基準
- ・ 歯科技工加算の施設基準
- ・ 歯科点数表第2章第9部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準
- ・ 歯科点数表第2章第9部手術に掲げる上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）の施設基準
- ・ 歯周組織再生誘導手術の施設基準
- ・ 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準
- ・ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準
- ・ クラウン・ブリッジ維持管理料の届出
- ・ 歯科矯正診断料の施設基準
- ・ 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る）の手術前後における歯科矯正に係るもの）の施設基準

(5) 施設基準等の定例報告

- ・ 毎年7月1日現在で、基本診療料及び特掲診療料の施設基準、入院時食事療養・入院時生活療養等、保険外併用療養費、入院基本料等に関する実施状況、有床診療所入院基本料等に関する実施状況、周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）、歯科衛生実地指導料及び訪問歯科衛生指導料の算定状況等については、地方厚生局長等への報告が必要である。

B. 指摘事項

C. 考えられるシステム対応等

医科で挙げたように施設基準管理簿を電子カルテシステムの一部に持たせて診療報酬算定条件との突合をはかるシステム構築を行うか別システムで定期的な管理が行える仕組みを構築する。

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

A. ポイント（留意事項）

(1) レセプトへの関与について

診療報酬明細書（レセプト）は、請求事務部門が単独で作成するものではなく、保険医もまた作成の一翼を担っていることを十分に認識する必要がある。

また、誤請求や不適切請求を未然に防ぐためにも、レセプトの作成を請求事務部門任せにするのではなく、主治医自らレセプトの点検作業等に参加し、レセプト作成に積極的に関わる必要がある。

(参考)

療担規則第23条の2（適正な費用の請求の確保）

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

(2) レセプト点検の留意点

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。

(レセプト点検時の留意点の一例)

① 傷病名

- ・ 診療録に記載（あるいは医療情報システムに登録）した傷病名と一致しているか。
- ・ 査定等を未然に防ぐことを目的とした実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）が記載されていないか。
- ・ 疑い病名、急性病名等が長期間にわたり放置されていないか。
- ・ 診療開始日が、レセプトと診療録とで一致しているか。

② 請求内容

- ・ レセプトの請求内容は、診療録の診療内容と一致しているか。
- ・ 診療録への必要記載事項が定められた項目の請求については、必要な事項がきちんと診療録に記載されているか。
- ・ 歯科医師がオーダしていない医学管理料等が算定されていないか。また、同一の医学管理料が、入院と外来とで重複して算定されていないか。
- ・ 中止、取消した薬剤等が誤って算定されていないか。また、処置等に用いた薬剤を投薬欄に記載するなど、誤った場所に記載されていないか。
- ・ 処置名、術式は、実際に行った手術と合致しているか。

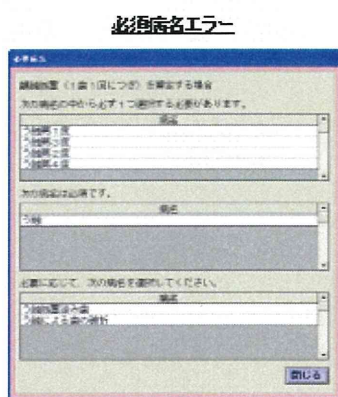
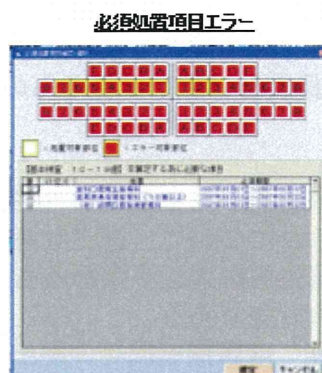
B. 指摘事項

C. 考えられるシステム対応等

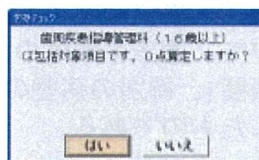
レセプトチェックシステムの整備を行い、院内レセプト点検時の精度を高める。

2.1.8 画面説明(エラーメッセージ表示画面)

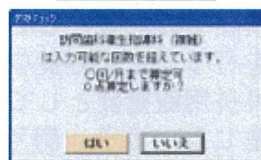
【エラーメッセージ表示画面】



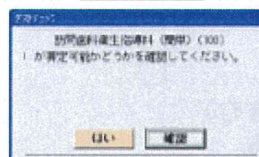
包括項目エラー



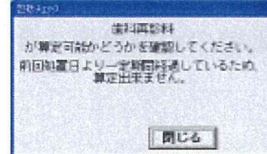
算定回数超過エラー



算定不可エラー



前回処置日からの期間エラー(GXV04のみ)



備考
<p>【必須処置項目エラー画面】 必須処置、条件により算定可能な処置項目が入力されていない場合に、表示する。 エラー対象となる単位は赤色で表示され、対象項目が一覧で表示されます。 一覧は、必須項目、選択項目、条件つぎ算定可能項目の区分毎に表示されます。</p>
<p>【包括項目エラー画面】 包括対象項目が選択されている場合、0点に変更するかどうかのメッセージを表示する。 はい:0点に変更し、医事へ送信しない。 いいえ:そのまま医事へ送信する。</p>
<p>【算定回数超過エラー画面】 算定可能な回数を超過している場合に表示する。 はい:0点に変更し、医事へ送信しない。 いいえ:再確認のメッセージを表示する。</p>
<p>【算定不可エラー画面】 入力の組み合わせで算定不可と判断された項目がある場合に表示する。 はい:元の画面に戻る。 確認:過去の算定履歴画面を表示する。</p>
<p>【必須病名エラー画面】 入力された処置項目に対して、当月必要な病名が入力されていない場合に表示する。</p>
<p>【前回処置日からの期間エラー画面】※GXV04のみ 前回処置日から経過した期間で算定不可と判断された項目がある場合に表示する。 戻る:元の画面に戻る</p>

患者から受領できる費用

A. ポイント（留意事項）

(1) 一部負担金等の受領について

療担規則の規定により、患者から受領できる費用の範囲が以下のとおり定められている。これらの費用は、原則的に全ての患者から徴収する必要があり、特定の患者（職員、職員家族等）に対して減免等の措置を取ってはならない。

(患者に負担を求められ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

B. 指摘事項

C. 考えられるシステム対応等

レセプトチェックシステムの整備を行い、院内レセプト点検時の精度を高める。

保険外併用療養費制度について

A. ポイント（留意事項）

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)

- ・ 特別の療養環境の提供
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診察
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ う蝕の継続的な指導管理
- ・ 200床以上の病院の未紹介患者の初診
- ・ 200床以上の病院の再診
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 180日以上入院

(参考) 先進医療

- ・ 療養担当規則18条には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」との規定があるが、先進医療については、保険診療で禁止されている特殊な療法又は新しい療法の例外として認められている。具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により、先進医療と保険診療との併用ができることとしたものである。
- ・ 従来の特定期療養費制度では、実施するに当たって、医療技術の有効性・安全性を確認し、かつ、その技術ごとに医療機関の審査・承認が必要であった。しかし平成18年10月の制度改正によって、既に先進医療（従来の高度先進医療を含む）として評価を受

けている医療技術については、各技術ごとに一定水準の要件を設定し、該当する医療機関は届出により実施可能な仕組みとなった。

- ・また、未評価の新規技術については、①医療技術の科学的評価は、厚生労働大臣の設置に係る専門家会議に委ね透明化、②医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、原則3か月以内に、「適」、「否」、「変更」又は「保留（期間の延長）」、のいずれかを書面により、理由を付して通知することにより、透明化・迅速化が図られた。
- ・制度改正によって、先進医療実施の敷居が低くなったものの、先進医療が保険診療における例外であるという位置づけに変わりはなく、以上のようなルールを遵守しなければ、たとえ良質な医療行為を提供していたとしても、療養担当規則違反とも問われられかねない。届出や報告、実施体制等に遺漏ないよう、現場の歯科医師と医事課部門で密に連絡を取りつつ実施していただきたい。

（参考）医薬品の治験に係る診療に関する留意点

- ・保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法の規定に従い依頼されたものに限られる。また治験の実施に当たっては、薬事法その他の治験に関する諸規定を遵守する。
- ・保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治療を実施した期間（治験実施期間）とする。
治験実施期間とは、治験薬等の投与を開始した日から投与を終了した日までであり、治験薬等を投与していない前観察期間及び後観察期間はこれに含まれない。
- ・検査、画像診断の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない。また、投薬、注射の費用のうち、治験薬の予定される効能、効果と同様の効能、効果を有する医薬品の費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしない。（いずれも、治験依頼者の費用負担とする）
- ・保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られる（治験の内容等を患者に説明することが医療上好ましくない場合等の場合は、支給対象とならない）。

B. 指摘事項

保険診療と保険外診療の区別を明確にし、正しい算定を行う。

C. 考えられるシステム対応等

歯科診療の場合、一連の診療行為の中において発生することも多く、システム構築はきわめて複雑となる項目である。まさしく医事会計システム上の切り分けと診療記録上の統一が必要となる。画面上の会計上と診療上の切り分けボタンで視認性を高める機能も必要となる。

自己診療、自家診療について

A. ポイント（留意事項）

(1) 自己診療について

歯科医師が、自身に対して診察し治療を行うことを「自己診療」といい、健康保険法等に基づく現行の医療保険制度は、被保険者等の患者（他人）に対して診療を行う場合についての規定であるとされていることから、自己診療を保険診療として行うことについては、認められない。なお、同一の保険医療機関であっても、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける場合は、保険診療として請求することができる。

(2) 自家診療について

歯科医師が、自らの家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。

自家診療を保険診療として行う場合については、加入する医療保険制度の保険者

により取扱いが異なるようである。認められる場合についても、診療録を作成し、必ず診察を行い、その内容を診療録に記載し、一部負担金を適切に徴収するのは当然である。無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起こりやすいため、診察をする側、受ける側ともに注意が必要である。

B. 指摘事項

自己診療と考えられるカルテが認められる。また、自家診療における診療経費が正しく徴収されていない。

C. 考えられるシステム対応等

システム対応というよりは教育。

V章 総括

総括

診療録の構築において大きく2つの観点で考えていく必要がある。一つは診療記録として目の前の患者に対する診療実態の記録であるということ言うまでもない。他の一つは我が国の保険制度においては診療報酬請求の根拠となる資料であるという点である。

電子カルテシステムが適正な診療報酬請求に十分な対応ができていないのではという問題に関して歴史的にも電子カルテシステムの開発・導入時にユーザーもベンダーも共に診療記録としての真正性、見読性、保存性のいわゆる電子カルテの三原則に重点が置かれたシステムの構築が進められた経緯も看過できない事実と考えられる。

病院における電子化システムの導入過程における診療報酬請求に関わる医事会計システムと医療者の診療過程の電子化に関わる電子カルテシステムの関係を考えても各々独自の開発がなされ有機的な連携が構築されずに来たことが現在の状況を生み出していると考えられた。この間、電子点数表の整備による保険診療請求の適正化も検討されてきたが記録に対する算定要件が重視されるようになってきた現在の状況下で電子点数化単独でどこまで改善できるかは今後の課題である。

平成25年度の保険医療機関等の指導・監査などによる返還総額は146億円に上っている。これらの中には医師、医療事務など担当者の保険診療に対する理解不足に基づく、算定上の過誤請求が少なからず含まれているものと考えられる。一方で電子カルテシステムの改良を行うことによりより適正保険請求が行える医事会計システムの構築が期待される点が多々存在しているものと考えられる。

今回のアンケート調査による現状把握においても医科、歯科それぞれの医療機関における問題点も明らかになるとともにベンダーにおける課題も明確になってきた。

医科系医療機関（大学病院）のアンケートの結果、現状の課題としては大学病院を中心とした特定共同指導の情報共有が病院事務並びに医療情報部職員間でなされ次第に適正な保険診療のための電子カルテシステムの整備に関する理解が進んできている。しかし、システム改良の為に経費がかかることから必要性がわかっても限定的な改善にとどまることが多く、パッケージ化に対する要望が多かった。また、保険医療機関並びに保険医療養担当規則に関して現状に合わせた改正を希望する要望も見られた。ユーザーに対する教育は特定共同指導を期に適宜行われているがシステムの運用については必ずしも十分な理解が得られていない。近年、特定機能病院からの指導医療官の徴用など適正な保険診療体制の浸透確立が試みられており、今後の成果が期待される。

医科系ベンダーのアンケートは回答が少数であったが電子カルテ開発時において電子カルテの3原則に重きを置いた診療記録としての観点が重視されてきた経緯から診療報酬請求の根拠となる記録のあり方についての検討が不十分であったことやさらには診療報酬請求に関わる医事システムとの連携について如何にあるべきか、明確な機能要件が把握出来ず対応に迷っているなどの意見が聞かれた。システムのパッケージ化を行ってもユーザー側の事由で使われないケースが多いとのことでユーザーに対する保険診療に教育の重要性を指摘する意見もあった。また、診療報酬改定の度ごとにシステム改善が必要になることなど懸念材料があることも問題としてあげられた。

すなわち、医科系において特定機能病院側のアンケートの回答では指摘を受けた項目に関して個別対応を余儀なくされていることが回答の大半を占めており、費用削減の観点からパッケージ化の要望が多く見られた。ただし、ベンダーからはパッケージ化してもそれぞれの施設における運用状況からそのまま採用することは困難で活用されていない実態も指摘されていた。

医療機関では共通ベンダー内で指摘事項に対するシステムの改善の検討会議を行っているものの指摘事項の内容に関して地域により解釈が異なるため、対応に苦慮するとの意見もあり、当局に対して明確な判断基準を示していただきたいとの意見も見られた。

さらに医科ベンダーとしては大学病院を中心として特定共同指導での指摘事項の対応を行い、一部パッケージ化を行っていることも明らかになった。しかし、これらのパッケージを一般病院ならびに中小の基幹病院に対するシステムに適応ができていないことも明らかとなった。その理由としてユーザー側がニーズを感じていないために導入に向けて説明を行ってもそれぞれの医療機関の運用実態に合わないため導入を行わなわれないという実態も明らかになってきた。

すなわち、パッケージ化に積極的でない理由として医療機関で運用が異なるため一律の機能としてのパッケージ化に踏み切れないとの意見や診療報酬改定ごとに変更が必要となるため開発コストの点から問題ありとの意見もあった。さらに、ユーザーに対する適正保険診療の教育のあり方を考えるべきとの意見もあった。

一方、歯科系医療機関（大学病院）におけるアンケート結果では医科と歯科が連携する必要がある病院であり、入院施設も持っているため、電子診療録を導入されているシステムでは、医科との情報の共有機能の強化、入院関連の強化が図られている状況が見られた。

逆に、個人医院で多用されるであろう訪問診療などは行っていない施設が多く、それらの機能を持っていない施設が多くみられた。また、大学病院などでは個人（もしくは数名）ですべてを行っている歯科医院と異なり、歯科の中に複数の診療科、各部門があり、診療現場も広いため、診療録の共有化だけでなく、オーダーリングの機能も必要とされている。

歯科病院情報システムの開発において、歯科 29 大学の病院は、ユーザー数が多くなく、開発経費がかかる割には、展開出来る施設が少ないために、1 施設当たりの導入経費がかさむことから導入が進んでいないようである。

そのため、保険請求時のチェックやメンテナンスの容易な歯科のレセコンの機能増強により電子請求には対応している施設が多く、紙の診療録の運用を維持するという施設がみられた。電子診療録を導入する場合も、一から歯科の電子診療録を開発するのではなく、医科の電子診療録の上に、歯科で必要とされる機能を搭載するようにするか、すでに他院で稼働しているシステムを、自院の運用を変更しても導入する施設が増えていると思われた。

歯科系ベンダーのアンケートによれば歯科系特有の電子カルテシステムの構築が必要となるが開業医を中心としたユーザーが多く、導入が進んでいない現状が明らかとなった。さらに機能要件として複雑な点数表に対応していくには中小ベンダーでは困難である。ユーザーの電子カルテに関する理解が不十分でレセコンの改善を求め、三原則の担保されていない電子化診療記録を電子カルテまがいに運用しているケースも数多く見られている現状であった。また、電子カルテシステムの構築において歯科固有の診療報酬請求のためのシステム開発のためのルールブックともなる指針に対する要望も見られた。

歯科系医療機関ならびにベンダーに対するアンケート結果からも医系同様の問題点の他、歯科固有の保険負担と保険外負担の問題などシステム構築において配慮しなければならない問題点が明らかになってきた。また、歯科系ベンダーにおいては単なるOA機器の延長で電子化されたレセプトコンピュータシステムを診療現場に持ち込んでいるのも確かである。利用者側が電子化OA機器による診療録＝電子カルテと考えている状況も明らかになっており、利用者に対し教育をすることも必要と考えられた。さらに個人開業医の多い歯科系に関しては小規模システムベンダーがここに対応するケースが多く大学病院等で開発された大手システムベンダーの保険診療適応型の電子カルテシステムの技術移転がスムーズに行われていない。これとは別に小規模システム開発ベンダーは個人の要望対応を行うため保険診療に関する留意点の十分な理解がないままにシステ

ム構築を行っている状況が考えられた。

今後、歯科領域においても電子カルテシステム構築においても一定のガイドライン（システムのあり方）を策定し、提供していくことの重要性が示唆された。

以上のように医科、歯科、ベンダー並びにユーザー、それぞれの課題を抱えていることが明らかになった。ベンダー、ユーザー間でさらに問題点を共有しながら適正な保険診療をサポートする電子カルテシステムの構築のための機能要件をまとめていく必要があることが示唆された。

今回、本研究では全国の厚生局の個別指導における指摘事項を中心に電子カルテシステムのあり方についてシステム構築において考えるべきことならびに現時点の改善事例を示すことにより、適正保険診療を支援するための電子カルテシステムのあり方の一部を列記した。

本課題に関してこれからもベンダー、ユーザーのみならず当局と密接な連携の上より使いやすく、適正保険診療が行える電子カルテシステム作りを継続していく必要があるものと思われた。

今後の本研究課題の進るに当たっては医科の3点に留意して進めていく必要があるものと考えられる。

- (1)システムに依存する事項に対して個別事案に対する機能要件の提示は多岐にわたり極めて困難が予想される。類似事象を集め、それらの共通要件を見達するための機能としてどのように対応していくかを明らかにし、すでにベンダーが保有する機能として他の参考となるものがあれば事例としてベンダー間で共有し、実装に向けての検討をユーザーを交えて行う。従って、数多く存在する電子カルテベンダーに積極的に検討会に参加していただき、JAHISのもとに各ベンダー個別開発を目指すのではなく、機能共有が図れるようにする。
- (2)歯科領域においては電子カルテもどきのシステムが多用されており、電子カルテの3原則すら遵守が疑わしいものが流通している（利用者サイドの十分な認識の欠如のためかもしれない現状がある）。今後、在宅介護領域のカルテにおいても同様の懸念がもたれる。
電子カルテベンダーに対しての適正な保険診療請求のための機能要件を厚生局などとも十分議論し、明確に示して、JAHISからも普及が図れるような提言が必要である。
- (3)医療情報学会や各種の学会、研究会で適正保険診療における電子カルテシステムのあり方についての普及活動を積極的に行う。また、ユーザーに対しても各医療機関において『面倒なシステムと敬遠することなく、必要な機能であることが理解されるよう』保険診療について十分に教育していく必要もある。

医科系のベンダーに対するアンケートでは診療報酬に関する改善情報の取得先としてJAHISをあげているものが多かったがこれらは診療情報改定時の情報と考えられ、今回の研究の重要課題である電子カルテシステムと診療報酬請求の根拠としての記録のあり方についての情報ではないものと考えられる。今後、JAHISに対して情報提供に内容に関し、確認するとともに共同指導などで指摘されている項目の改善に向けての情報提供とともにどのような改善が必要となるのかなどの具体的情報提供のあり方について検討していく必要性が考えられた。

国の方針として一般病院（400床以上）における電子カルテ化目標は2020年段階で90%を目指している。従って、医療機関の規模別の比率を考慮しても大規模病院における電子カルテシステムの導入だけでなく、今後、診療所向けの電子カルテのさらなる整備および歯科医療機関におけるシステム開発、さらには介護施設におけるレセプト請求の電子化も想定されることから適正な保険診療が行える電子カルテシステムの構築が必要かつ早急に検討されるべきと考えられる。

保険診療に適合した電子カルテシステムの構築において引き続き、システムのあり方についてベ

ンダー及びベンダーを纏めるJAHISの協力をいただき、意見を聞きながら現状の適正保険請求のための医科、歯科および介護施設における電子カルテシステムのあり方について機能要件をまとめ、将来のガイドライン策定に向けて今後も本課題の検討の継続研究が強く望まれる。

謝辞

本研究事業では、当初、電子カルテユーザーを中心に適正な診療報酬請求における電子カルテシステムの整備についての検討を行うことを目指していたが、討議を重ねる中でベンダー側の意見聴取も必要とのことで原田正治氏、青木 正氏、山田文香氏（以上富士通）真野 誠氏（JHIS）、青木 順氏、長峰 敦氏 大原 通宏氏（以上NEC） 堀 信浩氏 舌間 康幸氏（以上IBM）及び土井 隆弘氏（OEC）にもご参加いただき、本件に対するベンダー側の対応状況等適正保険診療に向けた電子カルテ構築の現状について貴重なご意見をいただきました。さらに厚生労働省保健局医療課医療監査室からもアドバイスを頂いていることに深く感謝申し上げますとともに、今後もさらなるご指導を期待しております。

附) 各種アンケート