

情報提供

日本医師会総合政策研究機構

内容

- 特定B型肝炎
- HbA1cについて
- 支払い早期化
- 一般名処方
- 要望について
- 縦覧・突合関連
- カスタマイズ

改正対応について

■ 2012-03-21 改定対応パッチリリース

- 今後も出ます

- 03-26

 - 記載要領等（各種事務連絡通知）の発出

 - コメントマスタの公表

■ 労災・医療観察法

- 4月1日には間に合わない

- 官報告示3月末

特定B型肝炎ウイルス感染者 について

法別番号(62)の追加

特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法

■ 特定B型肝炎ウイルス感染者とは

- 7歳になるまでの間における集団予防接種等(昭和23年から昭和63年までの間に限る)の際の注射器の連続使用により、B型肝炎ウイルスに持続感染した方及びその方から母子感染した方(これらの方々の相続人を含む)(一条・二条)

■ 訴訟の経緯

- B型肝炎訴訟について 合意書

- 詳細は下記厚労省のWebサイトを参照

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/b-kanen/index.html

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 健康 > B型肝炎訴訟について

健康・医療 B型肝炎訴訟について

～B型肝炎ウイルス感染者の救済のための特別措置法が施行されました～

B型肝炎訴訟は、幼少期に受けた集団予防接種等の際に、注射器が連続使用されたことによってB型肝炎ウイルスに持続感染したとされる方々が、国に対して損害賠償を求めている。本書を締結し、基本的な合意が成立した。今後提訴をされる方々へ、国から施行され、裁判上の争いを回避する。上記給付金の支給を受けた方の病態が進展した場合には、既に支給された給付金との差額分を追加給付金として支給することとしています。

なお、この法律による給付の内容は、国と原告の間で結ばれた基本合意書に沿った内容です。

また、和解協議に提出すべき証拠資料の内容など詳細については、以下の「B型肝炎訴訟の手引き」にてわかりやすくお知らせしています。

給付の仕組みの

(1) 対象者

対象者の認定については、平成24年までの間に限る。この間の間に、B型肝炎ウイルスに持続感染したと認められる方々へ、国から施行され、裁判上の争いを回避する。

(2) 給付金等の支給

上記(1)の対象者又はその遺族が、B型肝炎ウイルスに持続感染したと認められる方々へ、国から施行され、裁判上の争いを回避する。

死亡・肝がん・肝硬変(重症)
肝硬変(軽度)
慢性B型肝炎
20年の除斥期間が経過
20年の除斥期間が経過

- [基本合意書](#) [713KB]
- [B型肝炎訴訟の手引き 全体版](#) [1,688KB] **New** 3月14日
- 【分割版はこちらから】
- [和解の手続](#) [728KB] **New** 3月14日
- [給付金等の支給を受けるための要件](#) [946KB] **New** 3月14日
- [病態の認定](#) [755KB] **New** 3月14日
- [給付金等の内容](#) [659KB] **New** 3月14日
- [給付金等の請求手続について](#) [687KB] **New** 3月14日
- [リーフレット](#) [1,027KB]

関係法令

- [特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法](#) [181KB]
- [特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法施行令](#) [84KB]
- [特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法施行規則](#) [71KB]
- [特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法施行規則の一部を改正する省令](#) [469KB]

特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法案の概要

集団予防接種等(集団予防接種及び集団ツベルクリン反応検査)の際の注射器の連続使用によるB型肝炎ウイルスの感染被害の全体的な解決を図るため、当該連続使用によってB型肝炎ウイルスに感染した者及びその者から母子感染した者を対象とする給付金(下記2.の(1)から(4)までをいう。以下同じ。)の支給、給付金の支給事務を行う法人、給付金に充てるための基金に関する措置その他所要の措置を講ずる。

1. 対象者

- (1) 対象者は、昭和23年から昭和63年までの集団予防接種等における注射器の連続使用により、7歳になるまでの間にB型肝炎ウイルスに感染した者及びその者から母子感染した者(特定B型肝炎ウイルス感染者)
- (2) 対象者の認定は、裁判上の和解手続等(確定判決、和解、調停)において行う。

2. 特定B型肝炎ウイルス感染者を対象とする給付金の支給

- (1) 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金
 - イ 死亡・肝がん・肝硬変(重度) 3,600万円
 - ロ 肝硬変(軽度) 2,500万円
 - ハ 慢性B型肝炎(二の者は除く。) 1,250万円
 - ニ 除斥期間が経過した慢性B型肝炎
 - (i) 現在、慢性肝炎にり患している者 等 (※1) 300万円
 - (ii) 過去、慢性肝炎にり患した者のうち、(i)以外の者 150万円
 - ホ 無症候性持続感染者(への者は除く。) 600万円
 - ヘ 除斥期間が経過した無症候性持続感染者 50万円
- (2) 訴訟手当金:弁護士費用、検査費用を支給
- (3) 追加給付金:病態が進展した場合、既に支給した(1)の金額との差額を支給
- (4) 定期検査費等(※2):無症候性持続感染者の慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するための検査に係る一部負担金相当等(※3)を支給
- (5) 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金の請求には、5年間の請求期限を設ける。(※2)母子感染防止医療費、世帯内感染防止医療費、定期検査手当
- (6) 給付金の支給事務は、社会保険診療報酬支払基金が行う。(※3)母子感染防止もしくは世帯内感染防止のための医療費の一部負担金又は定期検査手当

3. 費用

社会保険診療報酬支払基金に給付金の支給に要する費用に充てるための基金を設置し、政府が交付する資金をもって充てる。

4. 財源(附則)

政府は、平成24年度から28年度までにおいて支払基金に対して交付する資金については、「経済社会の構造の変化に対応した税制の構築を図るための所得税法等の一部を改正する法律」の施行により一般会計において増加する所得税の収入の一部を活用して、確保する。

5. 見直し規定(附則)

施行後5年を目途に給付金の請求の状況を勘案し、請求期限及び財源について検討し、必要に応じて所要の措置を講ずる。

【施行日】 公布の日から1月を超えない範囲で政令で定める日(一部の規定については、公布の日から施行)

受給者証の様式例

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証								
公費負担者番号	6	2	1	3	0	0	1	8
公費負担医療の受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日	年	月	日	男・女			
発行者名称	年 月 日 社会保険診療報酬支払基金理事長 印 平成23年12月28日 官報(号外283号)より							

- 保険者番号等の設定について
の一部改正について
2の(22の次に(23)として
- 診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について
別紙2の別添2の別表1の(3)に

上記の通知にある法別番号に下記の内容を追加

法別「62」
特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染防止医療費の支給(法第12条第1項及び第13条第1項関係)

医療費の公費負担制度

- 特定B型肝炎ウイルス感染者であることを確認するための検査費用

- 特定無症候性持続感染者
 - 慢性肝炎等の発症を確認するための定期検査費用（実費、年4回まで）
 - 母子感染防止のためのワクチン接種などの医療費
 - 世帯内家族の感染防止のためのワクチン接種などの医療費
 - 定期検査手当（定期検査1回につき15,000円、年2回まで）

助成される医療費

■ 定期検査

■ 血液学的検査(4回／年)

■ 赤血球数、白血球数、血色素(ヘモグロビン)測定、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、 γ -GTP(γ -GT)、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、ZTT、総コレステロール、AFP、PIVKA-II、HBe抗原、HBe抗体、HBV-DNA

■ 画像検査

■ 腹部エコー (4回／年)

■ 造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI (2回／年)

定期検査受診表

定期検査受診票

年

①血液学的検査、②画像検査(腹部エコー)

受診回	1回目	2回目	3回目	4回目
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名				
医師名	印	印	印	印

③画像検査(造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI)

受診回	1回目	2回目
受診年月日	年 月 日	年 月 日
医療機関名		
医師名	印	印

※ 担当医師は、該当する回の受診年月日、医療機関名、医師名の欄に記入いただき、ご本人にお渡し下さい。
 ※ この票は、年(1月～12月)を単位として記入してください。

注意事項

- この証は、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第6条第1項第7号に該当する方(特定無症候性持続感染者)を対象として交付されます。
- この証を交付された方は、慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するため①から③までの定期検査を受けた場合、①及び②については年4回まで、③については年2回までは定期検査及びその診断のための費用(医科診療報酬点数表及び使用薬剤の薬価(薬価基準)によるものに限る)の自己負担分を支払う必要はありません。

①血液学的検査

※血液学的検査の対象となる検査項目は、赤血球数、白血球数、血色素(ヘモグロビン)測定、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、γ-GTP(γ-GT)、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、ZTT、総コレステロール、AFP、PIVK A-Ⅱ、HBe抗原、HBe抗体、HBV-DNAとする。

②画像検査(腹部エコー)

③画像検査(造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI)

- この証を交付された方は、子を出産した場合にその子に対するB型肝炎ウイルスの母子感染を防止するため、保険診療により血液学的検査(HBe抗原及びHBe抗体)を受けた場合、子1人につき1回まではその自己負担分を支払う必要はありません。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、住所、加入している医療保険、振込先に変更があったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 病態の進行や死亡で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに社会保険診療報酬支払基金に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 定期検査受診票の記載欄が無くなったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

社会保険診療報酬支払基金

(TEL

)

平成23年12月28日 官報(号外283号)より

母子感染防止・世帯内感染防止医療

■ 母子感染防止医療

- 特定無症候性持続感染者に対するHB_e抗原及びHB_e抗体の血液学的検査: 1回
- 特定無症候性持続感染者の子に対するHB_s抗原の血液学的検査: 2回
- 特定無症候性持続感染者の子に対するHB_s抗体の血液学的検査: 1回
- 特定無症候性持続感染者の子に対するグロブリンの投与: 2回
- 特定無症候性持続感染者の子に対するワクチンの投与: 3回

■ 世帯内感染防止医療

- ワクチンを投与する前の血液学的検査(HB_s抗原、HB_s抗体及びHB_c抗体の検査に限る。): 1回
- ワクチンを投与した後の血液学的検査(HB_s抗体の検査に限る。): 1回
- ワクチンの投与: 3回
 - (当該ワクチンを3回投与した後、当該特定無症候性持続感染者の同一世帯所属者にHB_s抗体が確認されなかった場合においては、4回)

支払基金QA

- Q1: 定期検査の「年4回まで」・「年2回まで」の年とは、暦年単位(1月から12月)ですか。
- A1: そのとおりです。
- Q2: 定期検査を受けた場合、定期検査に伴う初・再診料、血液採取料、判断料も公費負担されますか。
- A2: 公費負担されます。
- Q3: 定期検査で造影CT・造影MRIを行った場合、付随する薬剤も公費負担されますか。
- A3: 公費負担されます。
- Q4: 「世帯内感染防止医療」の対象となる世帯内家族には、「母子感染防止医療」に該当する方は除かれるのですか。
- A4: そのとおりです。
- Q5: 「母子感染防止医療費」は、判決確定日等以後に受けた検査およびワクチン投与等が対象ですか。
- A5: そのとおりです。
- Q6: 「世帯内感染防止医療費」・「母子感染防止医療費」請求は、年1回にまとめて請求するのですか。
- A6: 原則として年1回、1年分をまとめて翌年1月末までの請求をお願いしております。

平成24年度における特定健康診査及び 特定保健指導に関する記録の取扱いに ついて

HbA1c検査の検査値の表記を国際標 準値へ移行

HbA1cの国際標準化

JDS値からNGSP値への変更(2)

- HbA1c測定のさらなる標準化・最適化と併せて、厚生労働省・日本糖尿病協会・日本医師会・保険者団体を初めとする関係諸団体との協議を重ね、**平成24年4月1日以降のHbA1c国際標準化**について以下のように決定した(骨子)。

- 平成24年4月1日から**日常臨床でもNGSP値**を用い、当面の間**JDS値も併記**する。
- 特定健診・特定保健指導**においては、平成24年4月1日～平成25年3月31日の期間は、受診者への結果通知及び保険者への結果報告のいずれも**従来通りJDS値のみを用いる**。平成25年4月1日以降については、関係者間で協議し検討する。
- 著作・論文・発表等においてもNGSP値を用いる**こととなるが、(詳細は別途「国際標準化HbA1c表記の運用指針」で定める)

HbA1cの測定結果の 表記(数値)が変わります

平成24年4月から日常臨床におけるHbA1cの測定結果は、
原則として次の2種類が併記されることになります。

- 従来から使用されている数値が、
「HbA1c(JDS)」と表記されます。
- 新たに日本糖尿病学会が示した数値は、
「HbA1c(NGSP)」と表記されます。

(例) 従来HbA1c値が6.1%だったひとの場合の測定結果の表記

- ・ HbA1c (JDS) 6.1% ※従来の数値
- ・ HbA1c (NGSP) 6.5%

検査方法自体が変わるわけではありません。

新しい数値(National Glycohemoglobin Standardization Program : NGSP値)では、
従来の数値(Japan Diabetes Society : JDS値)から概ね0.4%高くなりますので
ご注意ください。

ただし、特定健診・特定保健指導に係る測定結果を保険者へ提出する際には、平成24年4月以降も
従来どおりの数値(JDS値)のみを使用することになりますのでご注意ください。

各医療機関は、検査の依頼や測定結果の報告に関する対応について、ご利用の登録衛生検査所等と
ご相談いただきますようお願いいたします。

※平成25年度以降の特定健診・特定保健指導における取り扱い、今後関係者間で協議することになっています。

日 本 医 師 会

■日本医師会 都道府県医師会宛て通知

平成24年度における特定健康診査及び特定保健指導に関する
記録の取扱いについて(H.24.3.8)

<http://www.med.or.jp/jma/region/guide/000445.html>

■日本糖尿病学会

日常臨床及び特定健診・保健指導におけるHbA1c国際標準化の
基本方針及びHbA1c表記の運用指針

http://www.jds.or.jp/jds_or_jp0/modules/news10/article.php?storyid=45#45

■周知用ポスタのURL

◆日本医師会

HbA1cの測定結果の表記(数値)が変わります(ポスター)

http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/20120320_HbA1c.pdf

◆日本糖尿病学会

患者様向けポスター

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/842.pdf>

患者様向けリーフレット

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/843.pdf>

健診受診者向けポスター(カラー)

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/846.pdf>

健診受診者向けポスター(モノクロ)

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/847.pdf>

医療従事者用Z折リーフレット

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/844.pdf>

医療従事者用(治療編)Z折リーフレット

<http://sv40.wadax.ne.jp/~e-cme-jp/jds/845.pdf>

支払い早期化について(国保連)

平成24年3月国保請求分より

	請求先	適用	診療月 H24年2月	請求月 診療翌月：H24年3月	請求翌月 H24年4月：診療翌々月
診療報酬	支払基金	従来通り 早期化検討中	診療月分を 翌月10日までに請求		診療月分が翌々月21日～末日 までに支払基金から入金
	国保連合 (紙レセプトまたは 電子レセプトを媒体 で請求している場合)	従来通り	診療月分を 翌月10日までに請求		診療月分が翌々月25日～末日までに 国保連から入金
	国保連合 (オンライン請求で 請求の場合)	支払早期化 該当分	診療月分を 翌月10日までに請求		診療月分が翌々月20日までに 国保連から入金 短縮された 期間

	請求先	適用	出産月 H24年2月	請求月 診療翌月：H24年3月	請求翌月 H24年4月：診療翌々月
出産育児一時金	支払基金	社保で異常分娩 早期化検討中	出産月分を専用請求書で 翌月10日までに請求		出産月分が翌々月21日～末日 までに支払基金から入金
	国保連合 (専用請求書 および 電子媒体で 請求の場合)	社保・国保で 正常分娩	10日提出 出産月分を専用請求書で 翌月10日までに請求	10日請求分は出産翌々月5日頃 までに国保連から入金	
			25日提出 支払早期化 該当分	出産月分を電子媒体で 翌月25日までに請求	出産月分が翌々月20日までに 国保連から入金 短縮された 期間
		国保で 異常分娩	支払早期化 該当分	出産月分を専用請求書で 翌月10日までに請求	出産月分が翌々月20日までに 国保連から入金 短縮された 期間
		参考 従来の入金期間 H24. 2月請求まで	出産月分を専用請求書で 翌月10日までに請求	10日請求分は出産翌々月5日頃 までに国保連から入金 出産月分を電子媒体で 翌月25日までに請求	25日請求分は出産翌々月21～末日頃まで に国保連から入金

社会保険診療報酬支払基金を介した診療報酬等の支払いの早期化についても、今般の措置を参考として関係者間で検討中。
上記例の場合、出産月は「2月1日」～「3月10日までに専用請求書を提出可能な日までの出産日が対象」となる。

一般名処方について

改定内容としての一般名処方

■ 院外処方せんに関する一般名記載

- 1品目でも一般名で処方すれば加算(2点)できる
- 一般名処方のある処方せん料の算定では、当該規格のうちもっとも薬価が低いものを用いて計算する
 - 7種類以上の内服薬の投薬(205円ルール)で処方せん料に注意
 - 7種類以上40点 → 6種類以下68点
 - 処方の内用薬がもともと6種類以下であれば対応不要

■ 後発品への変更による副作用に処方医の責任はあるか？(平成22年9月8日 衆議院厚生労働委員会)

- (長妻国務大臣)薬剤師がその先発品の処方についての範囲内で後発医薬品に変更したときには、医師や薬剤師に副作用の責任は生じない。

■ 問題点？

- 医師の意図した薬が調剤されるか？
- 処方せんに記載されている薬と調剤される薬が異なる。

調剤された医薬品の取り扱い

- 保険薬局において、
 - 銘柄名処方に係る処方薬について後発医薬品への変更調剤を行ったとき
 - (含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。)
 - 一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったとき
- 医療機関に対する**情報提供**
 - **調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供すること。**
 - (含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。)
 - ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

日レセとしての考え方

■ データ入力

- 入力は医薬品マスタにある名称を原則
- ただし、どの医薬品を一般名処方したかは後からわかるようにする事が必要。

■ 処方せん発行

- JAHIS QRコード対応

■ 診療録記載

- 医薬品の銘柄名が基本
- 薬局からの報告を見落とさないようにし、報告が来たら速やかに診療録に反映しなければならない。
 - 返戻・査定対策、指導・監査対策になる？。

QRコード

- JAHIS2
- 1,1,1234567,13,オルカ病院
- 2,,東京都豊島区北大塚1-18-7
- 3,03-3918-1215
- 4,2,11,整形外科
- 5,,日本 隆文
- 11,,日医 翔太,ニチイ ショウタ
- 12,1
- 13,19260505
- 14,1
- 21,7
- 22,39131057
- 23,,123456,1
- 51,20120420
- 101,1,1,,14
- 111,1,1,,1日3回毎食後に,
- 201,1,1,1,7,2325003F1ZZZ,【般】ファモチジン錠10mg,2,1,錠
- 201,1,2,1,2,620005908,,2,1,錠
- 101,2,1,,14
- 111,2,1,,1日2回朝夕食後に,
- 201,2,1,1,2,620160501,,3,1,g

整形 処方せん 1 / 1																															
00005 (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)																															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>患 氏 名</td> <td>ニチイ ショウタ 日医 翔太</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>大正15年 5月 5日 男</td> </tr> <tr> <td>者 区 分</td> <td>被保険者 割合 10%</td> </tr> <tr> <td>交 付 年 月 日</td> <td>平成24年 4月20日</td> </tr> <tr> <td>処 方 使 用 期 間</td> <td>平成 年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</td> </tr> </table>	公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号		患 氏 名	ニチイ ショウタ 日医 翔太	生 年 月 日	大正15年 5月 5日 男	者 区 分	被保険者 割合 10%	交 付 年 月 日	平成24年 4月20日	処 方 使 用 期 間	平成 年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>保 険 者 番 号</td> <td>391131057</td> </tr> <tr> <td>被保険者証・被保険者手帳の記号・番号</td> <td>123456</td> </tr> <tr> <td>保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称</td> <td>東京都豊島区北大塚1-18-7 オルカ病院</td> </tr> <tr> <td>電 話 番 号</td> <td>03-3918-1215</td> </tr> <tr> <td>保 険 医 氏 名</td> <td>日本 隆文 ⑧</td> </tr> <tr> <td>都道府県番号</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>点数表番号</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td>1234567</td> </tr> </table>	保 険 者 番 号	391131057	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	123456	保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称	東京都豊島区北大塚1-18-7 オルカ病院	電 話 番 号	03-3918-1215	保 険 医 氏 名	日本 隆文 ⑧	都道府県番号	13	点数表番号	1	医療機関コード	1234567
公費負担者番号																															
公費負担医療の受給者番号																															
患 氏 名	ニチイ ショウタ 日医 翔太																														
生 年 月 日	大正15年 5月 5日 男																														
者 区 分	被保険者 割合 10%																														
交 付 年 月 日	平成24年 4月20日																														
処 方 使 用 期 間	平成 年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。																														
保 険 者 番 号	391131057																														
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	123456																														
保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称	東京都豊島区北大塚1-18-7 オルカ病院																														
電 話 番 号	03-3918-1215																														
保 険 医 氏 名	日本 隆文 ⑧																														
都道府県番号	13																														
点数表番号	1																														
医療機関コード	1234567																														
変更不可 (各々の処方箋について、後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更を差し支えがあると判断した場合) 1) 【般】ファモチジン錠10mg アリセプト錠10mg 【1日3回毎食後に】 2) PL配合顆粒 【1日2回朝夕食後に】 以下余白 2 錠 (14日分) 2 錠 (14日分) 3 g (14日分)																															
保 険 医 署 名 (変更不可) 欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 (高一) 考	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>調剤済年月日</td> <td>平成 年 月 日</td> <td>公費負担者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称</td> <td></td> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td></td> </tr> </table>	調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		公費負担医療の受給者番号																							
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号																													
保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		公費負担医療の受給者番号																													

日レセの仕様

A

B

C

設定区分

動作内容（処方せんの記載）

0 変更不可
原則として全て
変更不可扱い。

点数マスタに一般名記載の設定がある場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は一般名により記載。

点数マスタに一般名記載の設定がない場合

●点数マスタの後発区分が「0 後発医薬品でない」の場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」に銘柄名により記載。

●点数マスタの後発区分が「0」でない場合

◆「変更不可欄」の該当行は「×」を記載。◆「処方欄」は銘柄名により記載。

1 変更可（一般名）
原則として先発
品のみ以外は全
て一般名記載と
なる。

点数マスタに一般名記載の設定がある場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は一般名により記載。

点数マスタに一般名記載の設定がない場合

●点数マスタの後発区分が、「0 後発医薬品でない」の場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は銘柄名により記載。

●点数マスタの後発区分が、「0」でない場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は一般名により記載。

2 変更可（点数マスタ）
原則として点数
マスタの設定に
よる。

点数マスタに一般名記載の設定がある場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は一般名により記載。

点数マスタに一般名記載の設定がない場合

◆「変更不可欄」の該当行は空白。◆「処方欄」は銘柄名により記載。

マスタ管理一括設定(設定区分)

(W11)システム管理情報-印刷情報設定 - オルカ病院

有効期間 H20. 4. 1 ~ 99999999

出力先プリンタ割り当て情報 帳票編集区分情報

後発医薬品への変更可署名 2 変更可 (点数マスタ)

処方せんGE表示区分 0 表示しない

後発医薬品表示名称

カルテ3号紙 (外来) 内容 0 剤毎1行

薬剤情報-画像ファイルフォルダ /var/lib/jma-

戻る 削除

後発医薬品への変更可署名 2 変更可 (点数マスタ)

処方せんGE表示区分 0 変更不可
1 変更可 (一般)
2 変更可 (点数マスタ)

後発医薬品表示名称

カルテ3号紙 (外来) 内容 0 剤毎1行

一般名記載設定と後発区分

▼ (Z04)点数マスク設定-医薬品設定 - オルカ病院

612320417 ガスター錠 10mg H22. 4. 1 ~ 99999999

有効年月日 H22. 4. 1 ~ 99999999

カナ名称 ガスタージョウ 10MG

漢字名称 ガスター錠 10mg

正式名称

処方名称

一般名 ファモチジン錠 (1) (10mg) 単位名: 錠 換算値: 1.00000

金額 31.10 金額種別 1 金額

旧金額 34.10 旧金額種別 1 金額

単位コード 016 錠

麻毒 0 なし

神経破壊剤 0 なし

生物学的の製剤 0 なし

造影剤 0 なし

注射容量 0

薬剤 1 内用薬

剤型 0 散剤、顆粒剤 (細粒剤)、液剤以外

長期投与 0

後発医薬品 2 後発医薬品がある先発医薬品である

商品名等関連 000000000

経過措置年月日 00000000

経過措置品目移行コード

戻る 入力CD

内服算定 0 なし

総量編集 0 なし

一般名記載 1 一般名を記載する

▼ (Z04)点数マスク設定-医薬品設定 - オルカ病院

611140694 ロキソニン錠 60mg H22. 4. 1 ~ H22. 6. 30

有効年月日 H22. 4. 1 ~ H22. 6. 30

カナ名称 ロキソニンジョウ

漢字名称 ロキソニン錠 60mg

正式名称

処方名称

一般名 ロキソプロフェンナトリウム錠 (60mg)

金額 20.30 金額種別 1 金額

旧金額 22.30 旧金額種別 1 金額

単位コード 016 錠

麻毒 0 なし

神経破壊剤 0 なし

生物学的の製剤 0 なし

造影剤 0 なし

注射容量 0

薬剤 1 内用薬

剤型 0 散剤、顆粒剤 (細粒剤)、液剤以外

長期投与 0

後発医薬品 2 後発医薬品がある先発医薬品である

商品名等関連 000000000

経過措置年月日 H22. 6. 30

経過措置品目移行コード

戻る 削除 入力CD 登録

内服算定 0 なし

総量編集 0 なし

一般名記載 1 一般名を記載する

単位

換算値 0.00000

分類区分 01 あああ

全数量記載区分 1 記載する

数量換算単位 060 シート

数量換算値 1.00000

入力チェック区分 0

下限・上限年齢 投与量 投与量 (頓服)

1	00	00	0.000	0.000
2	00	00	0.000	0.000
3	00	00	0.000	0.000
4	00	00	0.000	0.000
5	00	00	0.000	0.000
6	00	00	0.000	0.000
7	00	00	0.000	0.000
8	00	00	0.000	0.000
9	00	00	0.000	0.000
10	00	00	0.000	0.000

月上限回数 月総投与量 0.000

- 0 後発医薬品でない
- 1 後発医薬品である
- 2 後発医薬品がある先発医薬品である

要望の取り扱い

平成24年3月31日付で一端整理

過去要望の取り扱い

- 平成24年3月31日付で要望内容を整理
 - 検討中および対応無しについては、一端破棄
 - 次回の認定事業所連絡会（仮称）のときに公表（予定）するリストを参照。
 - 開発項目および対応内容に無いものは再度要望を上げてください。

縦覧・横覧・突合点検 対応関連

Ver.4.6

日レセ(Ver4.6)のデータチェック標準機能

チェック項目	チェック内容	チェック例
1 保険者番号	保険者番号が入力されているか	—
2 被保険者記号・番号	主保険の記号・番号が正しく入力されているか	・入力されているか
		・外字が入力されていないか
		・空白が入力されていないか
3 公費負担者番号・受給者番号	公費の負担者番号・受給者番号が正しく入力されているか	・入力されているか
		・外字が入力されていないか
		・桁が間違っていないか
4 保険適応年齢	患者の年齢と保険情報とのチェック	・15歳未満で本人登録でないか
		・前期高齢者で補助区分が設定されているか
5 患者病名	病名の入力状況チェック	・該当月の病名が存在するか
		・1病名が20文字を超えていないか
		・主病名があるか
6 診療開始日	初診と病名開始日	・初診日と病名日付が合っているか
	初診が算定可能かチェック	・診療内容と病名から初診算定可能か
7 疑い病名・急性病名	疑い病名・急性病名が長期期間継続していないか	・疑い病名が2ヶ月以上経過していないか
8 薬剤と病名	入力された薬剤に対して病名があるか	・ガスターの処方日に胃潰瘍の病名があるか
(標準提供＋ユーザ設定)		
9 診療行為と病名	入力された診療行為に対して病名があるか	・骨塩定量の検査が行われた日に骨粗鬆症の病名があるか
(標準提供＋ユーザ設定)		
10 薬剤と併用禁忌	併用禁忌薬剤が入力されていないか	・ベザレックスSR錠と Crestol錠が同時期に処方されていないか
(標準提供＋ユーザ設定)		
11 診療行為の併用算定	併用算定不可の診療行為が入力されていないか	・在宅自己注射指導管理料の算定日に特定疾患療養管理料が算定されていないか
(標準提供＋ユーザ設定)		

日レセ(Ver4.6)のデータチェック標準機能2

チェック項目	チェック内容	チェック例
12 実日数	診療行為の回数が実日数を超過していないか (実日数チェックを行う診療行為のみ)	・点滴注射が実日数を超過していないか
13 患者氏名	患者氏名が正しく入力されているか	・漢字・カナ氏名が入力されているか
		・外字が入力されていないか
14 保険組合せ有効期間	診療行為入力で使用した保険組合せが有効かどうか	・診療行為入力後に保険変更を行い、診療行為入力を訂正していないか
15 投与禁忌薬剤と病名 (ユーザ設定)	病名に対して禁忌薬剤が入力されていないか	・胃潰瘍に対して、ボルタレンサポが処方されていないか
16 診療行為どうしの算定漏れ (ユーザ設定)	必ず同時算定する診療行為どうしが算定されているか	・酸素吸入を算定時に酸素代が算定されているか
17 病名と薬剤 (ユーザ設定)	ある病名が付いた時に必ず算定する薬剤が算定されているか	・破傷風の病名が付いた時に沈降破傷風トキソイドが算定されているか
18 病名と診療行為 (ユーザ設定)	ある病名が付いた時に必ず算定する診療行為が算定されているか	・インフルエンザの病名が付いている患者にインフルエンザウイルス抗原の検査が算定されているか
19 薬剤の月上限回数・総投与量 (ユーザ設定)	月の処方日数、総投与量が設定値を超過していないか	・月の抗精神病薬の総投与量が超過していないか

※**赤色文字**はORCAプロジェクトによるマスタの提供あり(他社ライセンスのマスタ配布を含む)

※**水色**の網がけは診療行為入力画面でのリアルタイムチェック

縦覧点検への対応

日医標準レセプトソフト(ORCA)での例

■ 他月回数の設定によるチェック

- 他月回数が99の場合、前回算定月に関係なく、すべての履歴で回数をチェック

■ 前回検査日設定による初回算定日の記載

■ 各リハビリ開始日と算定日の関連チェック

- リハビリテーション料・入院の早期リハビリ加算等

■ 特定薬剤治療管理料の初回算定日の記載

■ 入院期間中の1回算定チェック

- 入院患者初回加算
- リンパ浮腫指導管理料
- 退院時共同指導料2
- 医薬品安全性情報等管理体制加算
- 介護支援連携指導料(入院中2回) 等

■ ニコチン依存管理料の初回から5回目までのチェック(警告)

■ 腫瘍マーカー検査初回月加算の初回チェック(警告)

■ 特定疾患療養管理料等の初診算定日から1月以内のチェック

横覧(通覧)点検への対応

日医標準レセプトソフト(ORCA)での例

- チェックマスタへの併用算定(同月内)の登録設定によるチェック
 - 入院・外来の区別をしない設定の時のみ
- 特定疾患療養管理料等の、退院日から1月以内のチェック
- 処方せん料と入院の調基チェック
- チェックマスタを使った併算定チェック
 - 併算定チェック横覧チェック例
 - B000: 特定疾患療養管理料(外来)と B001「1」: ウィルス疾患指導料(入院)
 - B001「1」ウィルス疾患指導料(外来)と I004 心身医学療法(入院)
 - ただし、併算定チェックは診療行為入力時にも行われるので、通常データチェックの時点でエラーとなることはない。

医療機関に関する法律と 帳票カスタマイズの注意事項

保険診療に関する理解

保険医・保険医療機関

■ 保険医とは(健康保険法第64条)

- 健康保険法の規定により、「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない。」
- 保険医登録は、医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に登録されるのではない。
- 医師自らの意思により、所在地を管轄する地方厚生(支)局長(所在地を管轄する地方厚生(支)局の事務所がある場合には、当該事務所を経由して行う)へ申請する必要がある。

■ 保険医・保険医療機関の責務(健康保険法第72条)

- 健康保険法の規定により、「保険医療機関において診療に従事する保険医は、厚生労働省令の定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない。」
- ここでいう命令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則(療養担当規則)」と呼ばれる。療養担当規則は、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を厚生労働大臣が定めたものである。

保険診療の基本ルール

- 保険診療は、医療法・医師法・各種健康保険法等に基づき、国が定めた公定価格（診療報酬）の請求を行うと言う、保険者と保険医療機関との間の契約診療と言える。保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）
 - 保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項につき取りまとめられている。
 - 第一章：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
 - 第二章：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
 - 第三章：雑則（読み替え規定等）

診療報酬が支払われる条件

- 診療報酬が支払われる条件として、以下の項目を満たしていなければ、保険診療として認められず、診療報酬の支払を受けることができない。
 - 保険医が、
 - 保険医療機関において、
 - 健康保険法、医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し、
 - 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の規定を遵守し、
 - 医学的に妥当適切な診療を行い、
 - 「診療報酬点数表」に定められたとおりに請求を行う。

医療に関する法律

- 医師法
- 医療法
- 健康保険法・老人保健法等
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則
- 刑法
- 民法
- その他諸々

医師法

- 医師でなければ医業をしてはならない
(第17条)
- 医師は、自ら診察しないで治療し、診断書・処方せんを交付してはならない。．．．．
(第20条)
- 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療録を記載しなければならない。．．．5年間これを保存しなければならない。
(第24条)

医療法

■ 医療機関の分類(総則)

(第1条)

■ 広告規制

(第6条5項)

■ 医療機関は営利を目的としてはならない。

(第7条5項)

■ 医療機関の管理者は医師でなければならない。

(第10条)

各種健康保険法等

- 一部負担金を支払う場合においては、同項の一部負担金の額に5円未満の端数があるときは、これを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときは、これを10円に切り上げるものとする。

(第74条)

- 保健医療機関が保険者に診療報酬を請求する権利、被保険者に一部負担金を請求する権利の時効は3年である。(民法170条)

保険医療機関及び保険医療養担当規則1

- 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。

(第2条の4)

- 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(第8条)

保険医療機関及び保険医療養担当規則2

- 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあつては、その完結の日から五年間とする。

(第9条)

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

(第13条)

保険医療機関及び保険医療養担当規則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。

(第19条の3)

- 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、**様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録**に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(第22条)

保険医療機関及び保険医療養担当規則4

- 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

(第23条)

- 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。

(第23条の2)

帳票カスタマイズについて

ORCAプロジェクトの基本方針

■ 地域公費

- 都道府県単位の請求書等は、情報を受け対応する。
- 市町村単位の医療費助成制度については、窓口計算用の保険番号マスタを提供している。

■ 公開帳票

- 原則として要望は受け付けていない。使えるカスタマイズサンプル帳票という扱い。
 - 公開帳票に対する機能追加および新規帳票作成のご要望につきましては、恐れ入りますが、ご利用者様各位によるカスタマイズにてご対応をお願いいたします。（Web記載）

カスタマイズの際の注意

■医療機関で発行する帳票

- 診療録・処方箋・領収書・診療費明細書等
- カスタマイズ要望の多い帳票でもある。

しかし！！

医療機関からの要望を、そのまま聞くと
あとで・・・

ユーザである医療機関が
指導・監査の対象となる場合がある。

なぜなら

そのほとんどの帳票が、告示で示された様式だから
である！！

様式の変更について

平成22年3月5日 保医発0305第1号

- 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(通知) 別添1の2 より
- 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。
- なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。



つまり

※ レイアウトの変更は自由だが、項目を削除するのはダメ！！（用紙の裏面等を活用）

よくあるカスタマイズ要望

診療録の様式は療養担当規則で定められている要件を具備しなければならない

診療録 00564	
公費負担者番号	保険者番号 01130012
公費負担医療の受給者番号	給付者番号 00000000

傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 月 日 日間 至 月 日	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日
	自 月 日 日間 至 月 日	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

上外	・	・	・	年 月 日
上外	・	・	・	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
上外	・	・	・	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
上外	・	・	・	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
上外	・	・	・	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
上外	・	・	・	治ゆ・死亡・中止 年 月 日

傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 月 日 日間 至 月 日	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日
	自 月 日 日間 至 月 日	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

公費負担者番号	公費負担者番号
公費負担医療の受給者番号	公費負担医療の受給者番号

備考

- 自院で診療録を作成する場合、療養担当規則に示されている書式がそのままでなくても、使いやすいように体裁を変えることや、例えば保険証の確認欄等の項目を必要により追加することは差し支えない。
- しかし、所定の項目である「労務不能の意見」欄や「職務上・外」欄については、個別指導の際に不備を度々指摘されている。
- 特に小児科などではこれらの項目を使用することは考えにくく、また、小児科に限らず自院でほとんど使用しないと考えられる項目であっても、所定の項目は保険診療の診療録として省略することはできないので注意が必要。

指導と監査

指導と監査

■ 指導

- 保険医療機関は、保険診療に関して厚生労働大臣又は都道府県知事の指導を受けなければならない(健保法第73条、国保法第41条、高齢者医療確保法第66条)。
- 指導はこれらの法律に基づき行政庁(厚生労働省、地方厚生局等、都道府県国民健康保険担当部局)が、保険医療機関に対して行っている。
- 指導とは、あくまで保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う(指導大綱)行政指導

■ 監査

- 不正または著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼(監査要綱)として行なわれる。

指導、監査と混同しやすいもの

種 類	実施主体	内容
自主指導	医師会	医師会が会員に対して行う自主的指導で、自主返還の規定ない。
基金法・国保法による面接	支払基金 国保連合会	審査支払機関が、出頭および説明を求めるもの。
法によらない任意の面接		請求内容についての任意の面接懇談。
医療法による立ち入り検査	保健所 (医療法主管課)	医療施設の人員基準や設備基準等また、診療録等の帳簿書類について行われる。主に病院・有床診療所が対象。 (診療所の扱いは地域によって異なる。)
施設基準の届出に関する調査	地方厚生局等	施設基準等について、届出受理後概ね6ヶ月以内とその後、年1回程度行われる調査。 届出の内容と異なる場合、改善の指導に従わないと届出受理の取り消し、診療報酬の返還が求められる。

指導の種類と内容

集団指導		①新規指定時②指定更新時③点数改定時等に、必要に応じて講習会形式で実施される。
集団的個別指導		類型区分別に1件当たりのレセプトが高点数※である保険医療機関を対象に、集団部分（講習会形式）と個別部分（個別指導）で行う。 都道府県によっては実施されていない所、集団方式の指導のみ行われている所などがある。
個別指導	新規指定等	開業後概ね6ヶ月を経過して行われる。事前に通知される患者の診療録等を持参する。 継承などで開設者・管理者が変更になった場合も対象となる。
	既指定保険医療機関	患者や保険者・審査機関からの情報のほか、前回「再指導」とされた保険医療機関等が対象。 指導で指摘された事項は過去1年分の自主返還を求められる。

※ 各都道府県において、17の分類ごとに、平均点数の1.2倍（病院は1.1倍）であり、概ね上位8%の医療機関が対象となる。

診療科別平均点数一覧表について

- 管轄の地方厚生局のWebサイトに公開されている。

各府県内の保険医療機関等の診療科別平均点数一覧表について

平成23年度

福井事務所(PDF:66KB)	滋賀事務所 工事中	京都事務所(PDF:67KB)	指導監査課(大阪府を管轄)(PDF:66KB) (歯科のレセプト1件あたりの平均点数を修正しました。(平成23年9月26日更新))
兵庫事務所(PDF:66KB)	奈良事務所(PDF:66KB)	和歌山事務所(PDF:67KB)	

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index.html

平成23年度 大阪府内の保険医療機関等の診療科別平均点数一覧表

■ 医科		(レセプト1件あたりの平均点数)
■ 病院		
■ 一般病院	46,506 点	
■ 老人病院	47,943 点	
■ 精神病院	34,963 点	
■ 臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院	55,596 点	
■ 診療所		
■ 内科（人工透析有以外）	1,520 点	
■ 内科（人工透析有）	13,110 点	
■ 精神・神経科	1,427 点	
■ 小児科	1,063 点	
■ 外科	1,631 点	
■ 整形外科	1,465 点	
■ 皮膚科	677 点	
■ 泌尿器科	3,289 点	
■ 産婦人科	1,128 点	
■ 眼科	718 点	
■ 耳鼻咽喉科	922 点	
■ 歯科	1,442点	
■ 薬局	1,129点	

老人病院について

現在、集团的個別指導の保険医療機関の類型区分でいう老人病院とは、主として老人慢性疾患患者を入院させる病室を有する病院として旧医療法に基づく特例許可等を受けた病棟を有する病院、または、老人入院比率が6割を超える病棟を有する病院との定義で使われている。2003年3月末をもって制度としては廃止され現行の医療法には老人病院に関する規定は残っていない。

指導と監査の違い

	指導	監査
選定対象	すべての保険医療機関が対象 (基準にもとづき選定)	不正・著しい不当が強く疑われる保険医療機関
法的性格	保険医療機関の協力による行政指導	上記の保険医療機関に対して行政が強制的に行う質問・検査
行政措置	なし	あり(注意、戒告、取消処分)
返還金	請求過分について自主返還(原則過去1年分)	請求過分について過去5年分 (不正は4割増)
根拠法	健康保険法 第73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	健康保険法 第78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

個別指導等で確認される帳票 (領収証)

領 収 証									
患者番号		氏 名			請求期間 (入院の場合)				
		様			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
受診科	入・外	領収書No.	発 行 日		費 用 区 分	負担割合	本・家	区 分	
			平成 年 月 日						
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬		
	点	点	点	点	点	点	点		
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養					
	点	点	円	円					
保険外負担	評価療養・測定療養	その他							
	(内訳)	(内訳)							
合 計		保 険	保 険 (食事・生活)	保 険 外 負 担					
円		円	円	円					
負担額		円	円	円					
領収額合計		円							
東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 領収印									

厚労省が示した様式例

ORCAプロジェクト独自様式で、指摘を受けた地域もある。しかし、療養担当規則・点数表の要件およびQAから逸脱していない。

No. 2126		診療費請求書兼領収書	
診療日 平成23年10月12日		発行日 平成23年10月12日	
氏名 日医 ハナ子		様	
患者番号 00563		内科	
保険種類 協会		負担割合 3割	
	保 険 適 用	保 険 適 用 外	診療明細
初・再診料	270点	円	円
医学管理等	10点	円	円
在宅医療	点	円	円
投 薬	381点	円	円
注 射	点	円	円
処 置	点	円	円
手 術	点	円	円
麻 酔	点	円	円
検 査	307点	円	円
画 像 診 断	点	円	円
リハビリテーション	点	円	円
精神科専門療法	点	円	円
放 射 線 治 療	点	円	円
病 理 診 断	点	円	円
人 院 料 等	点	円	円
合 計 点 数	968点		
保険分負担金額	2,900円		
保険適用外金額	円		
消費税 (再掲)	円		
※領収書は再発行いたしな ※領収印なき領収書は無効			
調整金		円	
今回請求額	2,900円		
消費税 (再掲)	0円		
前回請求額	0円		
合計請求額	2,900円		
今回入金額	2,900円		
入 院 料 等	点		
	点		
合 計 点 数	968点		

個別指導等で確認される帳票 (診療費の明細書)

診療明細書(記載例)

入院外		保険	
患者番号		氏名	〇〇 〇〇 様
受診科		受診日	YYYY/MM/DD

部	項 目 名	点 数	回 数
基本料	* 外来診療料	70	1
在宅	* 在宅自己注射指導管理料	820	1
	* 血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	1320	1
処方	* 処方せん料(その他)	68	1
検査	* 生化学的検査(1)判断料	144	1
	* 血液学的検査判断料	125	1
	* B-V	13	1
	* 検体検査管理加算(1)	40	1
	* 血中微生物	40	1
	* 生化学的検査(1)(10項目以上)	123	1
	ALP		
	LAP		
	γ-GTP		
	CPK		
	ChE		
	Amy		
画像診断	TP		
	Alb		
	BIL/総		
	BIL/直		
	* 胸部 単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	182	1

厚労省が示した様式例

個別指導等で確認される帳票 (診療費の明細書)

No. 2131

診療費請求書兼領収書

発行日 平成23年10月13日

1 頁

氏名 日医 次郎

様

内科

¥ 1,010

患者番号 00564

診療日 平成23年10月13日

保険種類 協会

負担割合 3割

東京都文京区本駒込2-28-16

オルカ病院

領収印

電話 03-3942-7192

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
※領収印なき領収書は無効です。
※自費金額は、保険適用外の金額を含みます。

診療費明細書

区 分	項 目 名	単 価	回数	合 計
初・再診料	*再診	690	1	690
	*地域医療貢献加算	30	1	30
	*明細書発行体制等加算	10	1	10
	*外来管理加算	520	1	520
	(小計)			1,250
医学管理等	*薬剤情報提供料	100	1	100
	(小計)			100
投 薬	*カイロク錠200 200mg 2錠	10	14	140
	*調剤料(内服薬・浸煎薬・屯服薬)	90	1	90
	*特定疾患処方管理加算(処方料)	180	1	180
	*処方料(その他)	420	1	420
	*調基(その他)	80	1	80
	(小計)			910
検 査	*尿一般	260	1	260
	(小計)			260

ORCAプロジェクト独自様式で、指摘を受けた地域もある。
療養担当規則・点数表の要件およびQAから逸脱していない事は、「厚生労働省
医療課」へ確認済み。

※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金は保険公費による負担割合分となります。
なお、端数調整のため、診療費請求書兼領収書の請求金額とは合わない場合があります。

さいごに(ご案内)

■認定事業所連絡会議

■日程

■6月11日～22日のいずれか

■東京会場のみ

■次第(仮)

■ 1. Ubuntu12.04について

■ 2. 日レセVer.4.7について

■ 3. その他連絡事項

ご清聴ありがとうございました。
