

平成 26 年度

# 個別指導（医科）における 主な指摘事項

近畿厚生局

## 目 次

1	診療録等	1
2	傷病名	2
3	診療報酬明細書の記載等	3
4	基本診療料等	4
5	医学管理等	5
6	在宅医療	9
7	検査	11
8	画像診断	13
9	投薬・注射	14
10	リハビリテーション	15
11	精神科専門療法	16
12	処置	17
13	手術	17
14	麻酔	18
15	病理診断	18
16	入院時食事療養費	18
17	保険外併用療養費	18
18	一部負担金等	19
19	保険外負担等	19
20	院内掲示・届出事項等	19
21	その他特記事項	20

# 個別指導（医科）における主な指摘事項

## 1 診療録等

### （1）診療録への必要事項の記載について

ア 外来患者及び入院患者の診療録について、医師による日々の診療内容の記載が極めて乏しい。

- ① 医師法で禁止している無診察治療とも誤解されかねないので直ちに改めること。
- ② 診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと。特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること。

イ 様式第1号（1）の1及び診療報酬明細書に記載している傷病名について、その傷病を診断した経緯又は根拠の記載が乏しい。

### （2）紙媒体の記録について

- ① 複数の保険医が一人の患者の診療に当たっている場合において、署名又は記名押印が診療の都度ないため、診療の責任の所在が明らかでない。
- ② 記載内容の判読が困難である。
- ③ 鉛筆で記載している。診療録の記載はインク又はボールペンを用いて行うこと。
- ④ 修正液・塗りつぶしにより訂正しているため修正前の記載内容が判別できない。訂正の場合、二本線（見え消し）で抹消すること。
- ⑤ 診療内容について、医師以外の者が代行して記載しているにもかかわらず、医師が最終的に内容を確認した上で、署名又は記名押印を行っていない。

### （3）電子的に保存している記録について

ア 最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4．2版」に準拠していない。

#### （ア）真正性

- ① パスワードの更新期限を適切に設定していない。  
パスワードの更新期限は最長でも2か月以内に設定すること。
- ② パスワードの有効期限を個人任せにしている。
- ③ 一つのID、パスワードを複数の利用者が使用している。
- ④ IDの管理が適切に行われていない。
- ⑤ 修正履歴が表示されない。
- ⑥ アクセスの記録及び定期的なログの確認を行っていない。
- ⑦ アクセスの記録に用いる時刻情報を標準時刻と同期させていない。
- ⑧ 時刻情報を医療機関の内部で同期させていない。

#### （イ）管理体制、その他

- ① 情報及び情報機器の持ち出しに関する管理方法を定めていない。
- ② 運用管理規程に基づく運用管理をしていない。

- ③ 内部監査を実施していない。

#### (4) 診療録の様式について

- ① 労務不能に関する意見欄がない。
- ② 業務災害等に関する欄がない。
- ③ 様式第1号(1)の3を作成していない。

#### (5) その他

- ① 保険診療の診療録と保険外診療（自由診療、予防接種、健康診断）の診療録を区別して管理していない。
- ② 医師が自分自身の診療録に自ら記載（自己診療）している。医師は必ず、別の医師の診療に基づいて検査・投薬・注射等を受けること。
- ③ 自家診療について、診療録の記載内容の充実を図ること。
- ④ 傷病名を傷病名欄以外の箇所に記載している。
- ⑤ 診療録の記載内容と診療報酬明細書の請求内容（例：傷病名）が相違している。
- ⑥ 診療報酬明細書は、提出前に必ず医師自らが診療録等と突合し、記載事項に誤りや不備がないか等について十分点検すること。
- ⑦ 訪問看護指示書の写しを診療録に添付しているにもかかわらず、診療録への訪問看護指示料の記載が漏れている。
- ⑧ 一つの診療録を2つの保険医療機関で共用している。各々の保険医療機関で診療録を作成し保存すること。
- ⑨ 患者の基本項目（住所・氏名・性別・年齢）全てを診療録に記載すること。

## 2 傷病名

### (1) 傷病名の記載又は入力について

- ① 診療録に記載していない傷病名を診療報酬明細書に記載している。
- ② 診療録への傷病名の記載は、1病名1行で整理すること。

### (2) 医学的な診断根拠がない又は医学的に妥当とは考えられない傷病名が認められた。

傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載すること。

- ① 医学的な診断根拠がない又は乏しいもの

### (3) 検査、投薬等の査定を防ぐ目的で付けられた医学的な診断根拠のない傷病名（いわゆるレセプト病名）が認められた。

レセプト病名を付けて保険請求することは、不適切なので改めること。

診療報酬明細書の請求内容を説明する上で傷病名のみでは不十分と考えられる場合には、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付すること。

- ① H<sub>2</sub>受容体拮抗剤の予防投与に際して付与した「胃潰瘍」

(4) 傷病名を適切に整理していない例が認められた。

傷病名には正しい転帰を付して、適宜整理すること。

- ① 非常に多数の傷病名
- ② 長期にわたる疑い傷病名
- ③ 長期にわたる急性疾患等の傷病名

(5) その他

ア 傷病名の開始日、終了日、転帰の記載がない。

イ 実際の診療開始日と診療報酬明細書上の診療開始日が異なる。

ウ 傷病名の詳細な記載（急性・慢性、左右の別、部位）がない。

- ① 急性咽頭喉頭炎
- ② 副鼻腔炎、喉頭炎
- ③ 接触性皮膚炎
- ④ 浮腫
- ⑤ 足凍傷
- ⑥ 手白癬
- ⑦ 足白癬
- ⑧ 爪白癬

エ 検査内容と傷病名が一致していない。

オ 同一の月において、同一の疑い病名が複数回付けられている。

カ 単なる状態や傷病名ではない事項を傷病名欄に記載している。

傷病名以外で診療報酬明細書に記載する必要のある事項については、摘要欄に記載するか、別に症状詳記を作成すること。

- ① 頻拍発作
- ② 栄養障害
- ③ 胃内ガス貯留

キ 診療録において、主傷病が明確となっていない。主傷病については原則1つとし、複数ある場合は「(主)」などと主傷病が判別できるように記載すること。

ク 主傷病は、当該保険医療機関における診療の中心となっている疾患であることに留意して判断されたい。

### 3 診療報酬明細書の記載等

- ① 主傷病名が明確となっていない。主傷病については原則1つとし、複数ある場合は「(主)」などと主傷病が判別できるように記載すること。
- ② 特定薬剤治療管理料について、摘要欄に薬剤の血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を記載していない。
- ③ 悪性腫瘍特異物質治療管理料について、摘要欄に行った腫瘍マーカーの検査名を記載していない。
- ④ 特別養護老人ホーム入所者の患者であるにもかかわらず、診療報酬明細書の特記事項欄に所定の事項を表示していない。

- ⑤ 診療報酬明細書に記載する保険医療機関の名称は、指定申請を受けた保険医療機関の名称とすること。

#### 4 基本診療料等

##### (1) 初・再診料について

###### ア 初・再診料

- ① 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定すること。
- ② 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について、初診料は算定できないこと。
- ③ 慢性疾患等、明らかに以前受診した疾病又は負傷等と同一の疾病又は負傷等であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わないので留意すること。
- ④ 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、初診料を算定せず、再診料を算定すること。
- ⑤ 再診に附随する一連の行為で来院したものについて再診料を算定している。
- ⑥ 再診時に検査等の結果説明も併せて行い、再診料を算定する場合は、再診時の診察所見等について診療録の記載内容の充実を図ること。
- ⑦ 特別養護老人ホームの入所者に対し特別の必要があって行う診療でないにもかかわらず、再診料を算定している。
- ⑧ 訪問看護指示書を手交したのみであり、当日に診察を行っていないにもかかわらず、再診料を算定している。
- ⑨ 同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科1つに限り、再診料の注2に掲げる所定点数を算定できること。
- ⑩ 同一日の再診について、再診に係る根拠の診療録への記載を充実されたい。
- ⑪ 訪問看護ステーションの看護師が訪問して点滴注射を実施しているものについて、再診料、外来管理加算及び薬剤料を算定している。

###### イ 外来管理加算

- ① 患者からの聴取事項や診察所見の要点の診療録への記載がない又は記載が乏しい。
- ② 医師が丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、それらの結果を踏まえて患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消する取組みを行うこと。
- ③ やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤投与した場合には、外来管理加算は算定できないこと。
- ④ 厚生労働大臣が定める検査を実施した日に算定している。

###### ウ 地域包括診療加算

- ① 初回算定時に患者の署名付きの同意書が作成されていない。

## エ 夜間・早朝等加算

- ① 診療録等に受付時間を記録するなどにより算定要件を満たしていることを明確にされたい。
- ② 施設基準の要件では、1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上であることが必要とされていることに留意すること。

## (2) 入院料について

### ア 入院診療計画

- (ア) 説明に用いた文書の写しを診療録に貼付していない。
- (イ) 説明に用いた文書について、参考様式で示している以下の項目の記載がない。
- ① 主治医以外の担当者名
  - ② 症状
  - ③ 手術内容及び日程
  - ④ 推定される入院期間
  - ⑤ 特別な栄養管理の必要性
  - ⑥ その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）
- (ウ) 説明に用いた文書について、記載内容が不適切である。
- ① 記載内容が画一的であり、個々の患者の病状に応じたものとなっていない。
  - ② 主治医氏名について、記名のみで押印がない又は署名がない。
- (エ) 医師のみが計画を策定し、関係職種が共同して策定していない。
- (オ) 本人又は家族の署名がない。

### イ 療養病棟入院基本料

- (ア) 医療区分・ADL区分について、評価の根拠に関する診療録への記載が乏しい。
- (イ) ADL区分について、正しく判定していない。
- (ウ) 褥瘡評価実施加算の算定に当たって、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、治療・ケアの確認リストを用いて治療・ケアの内容を確認し、その写しを診療録に添付することに留意すること。

## (3) 入院基本料等加算について

### ア 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

- ① 加算対象の状態ではない患者に対して算定している。

### イ 療養環境加算

- ① 特別の療養の環境の提供に係る病室について、加算対象とならないこと。

## (4) 短期滞在手術基本料について

- ① 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。

## 5 医学管理等

### (1) 特定疾患療養管理料について

- ① 管理内容の要点を診療録に記載していない、記載が乏しい又は画一的である。

- ② 厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行うこと。
- ③ 厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合は算定できないので留意すること。  
なお、主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであること。
- ④ 再診が電話等により行われた場合にあっては、算定できないものであること。

## (2) 特定疾患治療管理料について

### ア 特定薬剤治療管理料

- ① 薬剤の血中濃度及び治療計画の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。
- ② 血中濃度を測定していないにもかかわらず、誤って算定している。

### イ 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ① 悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り算定できるものであること。
- ② 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。
- ③ 初回月加算について、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定するものであること。

### ウ 小児特定疾患カウンセリング料

- ① 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等、カウンセリングに係る概要の診療録への記載が乏しい。

### エ てんかん指導料

- ① 診療計画及び診療内容の要点の診療録への記載が乏しい。

### オ 難病外来指導管理料

- ① 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。

### カ 皮膚科特定疾患指導管理料

- ① 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。
- ② 内科等を併せて担当している医師が指導管理を行っている。

### キ 外来栄養食事指導料

- ① 指導内容の要点及び指導時間の栄養指導記録への記載が乏しい。
- ② 医師が管理栄養士に対して指示した事項を診療録に記載していない又は記載が乏しい。

### ク 心臓ペースメーカー指導管理料

- ① 計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に記載していない。

### ケ 在宅療養指導料

- ① 保健師又は看護師への指示事項を診療録に記載していない。



- ② 30分以上療養の指導を行っていない。
- ③ 指導の要点及び指導実施時間を療養指導記録に明記していない。

#### コ 高度難聴指導管理料

- ① 指導内容の要点を診療録に記載していない。

#### サ 慢性維持透析患者外来医学管理料

- ① 特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。

#### シ 慢性疼痛疾患管理料

- ① 月の初回受診日に算定を行うかどうかを判断すること。

#### ス 糖尿病合併症管理料

- ① 専任の看護師に対して行った指示内容の診療録への記載が乏しい。

#### セ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

- ① 指導内容の要点の診療録への記載が画一的である。
- ② 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せて標榜する保険医療機関にあっては、同一の医師が当該保険医療機関の標榜とする他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できないものであること。

### (3) 乳幼児育児栄養指導料について

- ① 指導の要点の診療録への記載が乏しい。

### (4) 生活習慣病管理料について

- ① 療養計画書の内容に変更がない場合においても、4月に1回以上は交付するものであること。
- ② 検査項目、血液検査項目及び目標の達成状況と次の目標の療養計画書への記載が乏しい。
- ③ 重点を置く領域と指導項目の療養計画書への記載が乏しい。
- ④ 療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けるとともに、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。
- ⑤ 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、生活習慣に関する総合的な治療管理が行われている場合に算定できるものであり、他の医療機関において生活習慣に関する総合的な治療管理が行われている場合には算定できないこと。
- ⑥ 生活習慣病管理料を算定した患者について、翌月に算定しないことができるのは、その症状が悪化した場合であるとされているので、留意すること。
- ⑦ 患者の病状の悪化等により翌月に生活習慣病管理料を算定しない場合、病状悪化の所見等を診療録に記載するなど、保険請求の根拠を明確にされたい。
- ⑧ 「脂質異常症」が主病であるにもかかわらず、「高血圧症を主病とする場合」で算定している。

#### (5) ニコチン依存症管理料について

- ① 治療管理の要点を診療録に記載していない。
- ② 文書により患者の同意を得ていない。
- ③ ニコチン依存症と診断されていないにもかかわらず、算定している。
- ④ 初回の当該管理料を算定した日から起算して 12 週間にわたり計 5 回に限り算定すること。

#### (6) 退院時リハビリテーション指導料について、

- ① 指導又は指示内容の要点を診療録に記載していない。

#### (7) 薬剤管理指導料について

ア 薬剤管理指導記録について、次の事項の記載が乏しい。

- ① 副作用歴
- ② アレルギー歴
- ③ 患者への指導事項

#### (8) 診療情報提供料（Ⅰ）について

- ① 診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認めこれに対し患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定できるものであること。
- ② 紹介元医療機関への受診行動を伴わない患者紹介の返事について算定している。
- ③ 他医療機関の受診状況を確認する目的で文書を発出した場合に算定している。
- ④ 紹介先の機関名を特定していない。
- ⑤ 紹介先の機関ごとに所定の様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載すること。
- ⑥ 交付した文書の写しを診療録に添付していない。
- ⑦ 特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合について算定している。
- ⑧ 診療録に記載していない傷病名を紹介文書に記載している。
- ⑨ 退院時診療情報等添付加算について、添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載していない。

#### (9) 診療情報提供料（Ⅱ）について

- ① 診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載すること。

#### (10) 薬剤情報提供料について

- ① 薬剤情報を提供した旨を診療録に記載していない。
- ② 保険医療機関のシステム上、初期設定が「提供する」になっている。  
提供の有無は、処方都度、医師が必要性を判断した後に入力する仕組みに改めること。

- ③ 薬剤情報の患者提供文書への記載が不十分な例が認められた。  
処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に算定するものであること。
- ④ 手帳記載加算について、患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合に算定できるものであり、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、算定できないものであること。

## (11) その他

- ① 療養費同意書交付料は、医師が療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対して算定するものであること。  
当該負傷や疾患等につき、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こと。

## 6 在宅医療

### (1) 在宅患者診療・指導料について

#### ア 往診料

- (ア) 患家の求めに応じて患家に赴いたことが不明である。
- (イ) 診療録に患家の求めの内容や患家からの連絡の態様、患家の求めのあった時刻等を診療録に記載する等の方法により、算定根拠を明確にされたい。  
特に、往診料の注1の加算のうち、夜間又は深夜の往診の加算（いわゆる夜間往診加算又は深夜往診加算）を算定するにあたっては、特に留意するよう努めること。
- (ウ) 定期的ないし計画的に患家に赴き診療を行った場合に算定している。
- (エ) 頻繁に往診の依頼がある患者について、訪問診療の必要性を判断のうえ、適切に療養計画を策定されたい。
- (オ) 特別養護老人ホームの入所者に対し特別の必要があつて行う診療でないにもかかわらず、算定している。
- (カ) 緊急往診加算について、算定要件を満たしていない（標榜時間外の往診）。
- (キ) 往診料の注1の加算のうち、深夜の往診の加算（いわゆる深夜往診加算）の対象となる深夜とは、午後10時から午前6時までであること。

#### イ 在宅患者訪問診療料

- (ア) 在宅での療養を行っている患者であつて、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合に算定できるものであること。
- (イ) 訪問診療の必要性及び診療頻度等について、医学的見地から適切に判断し、療養計画を策定すること。
- (ウ) 当該患者又はその患者等の署名付きの訪問診療に係る同意書を作成していない、又は診療録に添付していない。
- (エ) 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。

(オ) 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について診療録に記載していない。

(カ) 看取り加算について、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取ることが算定の要件とされていること。

また、診療内容の要点等の診療録への記載が乏しい例が見受けられたため記載内容の充実を図ること。

(キ) 患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができること。

この場合には、次の内容を診療報酬明細書に付記しなければならないこと。

- ① 当該訪問診療が必要な旨
- ② 当該訪問診療の必要を認めた日
- ③ 当該訪問診療を行った日

(ク) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行った訪問診療を除き、往診の日又はその翌日に行う訪問診療について、在宅患者訪問診療料は算定できないこと。

#### ウ 在宅時医学総管理料

(ア) 総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明すること。

(イ) 在宅療養計画及び説明の要点等の診療録への記載内容が乏しい。

(ウ) 在宅時医学総管理料は、在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療を行った場合に算定すること。

#### エ 在宅患者訪問看護・指導料

(ア) 訪問看護・指導計画を作成していない。

訪問看護・指導計画は、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載し、当該計画を少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す必要があること。

#### オ 訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算

(ア) 訪問看護指示書等の写しを診療録に添付していない。

(イ) 訪問看護を必要とする傷病名が診療録に記載されていない。

(ウ) 訪問看護指示書の指示内容の記載が乏しい。

### (2) 在宅療養指導管理料について

ア 次の不適切な内容に対して算定している。

#### (ア) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

- ① 在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法に該当しない。

### (イ) 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- ① 患者自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が処置を実施していない。
- ② 創傷処置等に関する指導管理を行った場合に算定すること。

イ 次の在宅療養指導管理料について、当該在宅療養を指示した根拠、指示事項、指導内容の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。

#### (ア) 在宅自己注射指導管理料

#### (イ) 在宅血液透析指導管理料

#### (ウ) 在宅酸素療法指導管理料

#### (エ) 在宅中心静脈栄養法指導管理料

#### (オ) 在宅人工呼吸指導管理料

#### (カ) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

#### (キ) 在宅寝たきり患者処置指導管理料

ウ 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定すること。

エ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定するに当たっては、診療報酬明細書の「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフ上での所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見並びに2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載すること。

### (3) 在宅療養指導管理材料加算について

#### ア 血糖自己測定器加算

- ① 自己測定の結果に基づいた指導を実施していない患者に対して算定している。
- ② 血糖自己測定の回数の根拠を診療録に記載し明確にされたい。
- ③ 血糖測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り加算すること。

## 7 検査

(1) 検査は、患者個々の症状・所見に応じて検査の項目を選択し、段階を踏み、セット検査を漫然と反復することなく、適切に行うこと。

(2) 検査項目、回数は治療方針に的確に反映させる範囲でなければならない。  
また、検査結果を適宜評価し、診療録にその要点を記載して治療に反映すること。

(3) 検査について、次の不適切な実施例が認められた。

ア 段階を踏んでいない検査

イ 結果が治療に反映されていない検査

ウ 重複と見なされる検査

- ① FT3とT3

② FT4とT4

エ 必要以上に実施回数の多い検査

- ① 末梢血液一般検査・末梢血液像
- ② 生化学検査（I）
- ③ CRP定性・定量
- ④ 尿一般
- ⑤ 微生物核酸同定・定量検査
- ⑥ 心電図
- ⑦ 超音波検査
- ⑧ 眼科学的検査
- ⑨ 内視鏡検査

オ 健康診断として実施した検査

- ① 健康診断的に実施されたCRP

(4) その他

ア 尿沈渣（鏡検法）

- ① 尿中一般物質定性半定量検査もしくは尿中特殊物質定性定量検査において異常所見が認められた場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合ではないにもかかわらず、実施している。
- ② 検査結果を記録していない。
- ③ 検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施しておらず、算定要件を満たしていない。

イ 腫瘍マーカー検査

- ① 診察及び他の検査・画像診断等の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者以外の者に対して実施している。
- ② 悪性腫瘍の診断確定又は転帰の決定までの間に2回以上実施している。

ウ 呼吸心拍監視

- ① 診療録に観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数の観察結果の要点の記載がない。
- ② 必要性の乏しい患者に対して実施している。
- ③ 重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者、又はそのおそれのある患者でない患者に対して算定している。
- ④ 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視等を算定した日であること。

エ 経皮的動脈血酸素飽和度測定

- ① 酸素吸入を行う必要のない患者に対して算定している。
- ② 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるものに行った場合及び静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合に算定できるものであること。

## オ コンタクトレンズ検査料

- ① コンタクトレンズ装用を目的に受診した患者（既装用者の場合を含む。）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料を算定すること。  
したがって、コンタクトレンズを処方し眼科学的管理を行っている患者に屈折異常以外の他の傷病が新たに発生した場合であっても、眼科学的検査については、コンタクトレンズ検査料を算定すること。
- ② コンタクトレンズ装用者から目の異常の訴えがあった場合でも、コンタクトレンズの装用を目的で受診した患者（既装用者の場合を含む）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ装用の中止をしない限りコンタクトレンズ検査料で算定し、他の眼科学的検査料は別に算定できないこと。

## カ 屈折検査、矯正視力検査

- ① 屈折検査と矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り双方を併せて算定できること。

## キ その他

- ① 実施していない検査を誤って算定している。
- ② 検査の対象となる傷病名がない。
- ③ 炎症反応を調べるために画一的にCRPと赤沈を併施している。
- ④ 尿一般について、検査結果を記録していない。
- ⑤ 細菌薬剤感受性検査は、結果として実施できなかった場合においては算定できないこと。
- ⑥ 細菌薬剤感受性検査は、検出された菌種の数に応じて算定すること。
- ⑦ 外来迅速検体検査加算について、別に厚生労働大臣が定める検体検査の結果を検査実施日のうちに説明した上で文書により情報提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に算定すること。

## 8 画像診断

### (1) 必要以上に実施回数の多い画像診断

- ① 胸部単純エックス線検査

### (2) その他

- ① 単純撮影（胸部・腹部・骨折部等）の写真診断について、診療録に診断内容を記載していない。
- ② 画像診断の対象となる傷病名がない。
- ③ 実際は胸部の撮影であるにもかかわらず、腹部と記載している。
- ④ CT撮影及びMRI撮影を同一月に行った場合、2回目のMRI撮影を100分の80に相当する点数とせず、1回目のCT撮影を100分の80に相当する点数で算定している。
- ⑤ コンピューター断層診断について、読影結果の所見の診療録への記載が乏しい。
- ⑥ 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置に伴う術中造影に係る透視診断を算定して

いる。

- ⑦ 画像診断においては、検査結果を適宜評価し診療録にその要点を記載して治療に反映されたい。

## 9 投薬・注射

(1) 次の禁忌投与の例が認められたので改めること。

- ① 消化性潰瘍のある患者に対するロキソニン錠の投与

(2) 次の適応外投与の例が認められたので改めること。

- ① 経口摂取可能な患者又は適応症以外の患者に対するガスター注の投与
- ② 抗生物質を投与していない患者に対するレベニン散・エンテロノン-R散・エントモール散の投与
- ③ 適応症以外の患者に対するバイアスピリン錠の投与

(3) 次の用法外投与の例が認められたので改めること。

- ① 一般感染症に対するバクタ配合錠の予防的投与

(4) 次の過量投与の例が認められたので改めること。

- ① デポ・メロドール水懸注 20 mgを2週間以内に注射している。

(5) 次の長期漫然投与の例が認められたので改めること。

- ① ビタノイリンカプセルの長期にわたる投与
- ② タケプロンカプセルの長期にわたる投与

(6) 次の重複投与の例が認められたので改めること。

- ① オノンカプセル 112.5 mgとアレグラ錠 60 mg

(7) その他

- ① 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、外用薬及び注射薬については、1回14日分、30日分又は90日分を限度として投与できるものであることに留意すること。
- ② 同一患者について、院内に必要な薬剤がないことを理由として院外処方せんの交付による投薬をする日と院内処方による投薬をする日が混在している。  
投薬に当たっては、患者の複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などを通じて薬物療法の有効性・安全性の向上を図るため、個々の患者について処方の方法を適切に選択することが望ましい。  
また、院内に必要な薬剤がないことを理由とする院外処方せんの交付は好ましくないもので合わせて検討されたい。
- ③ 後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない



こと。

- ④ 食事摂取可能な患者にビタミン製剤を投与しているものについて、必要かつ有効と判断した趣旨を診療録及び診療報酬明細書に記載していない。  
なお、ビタミン剤が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合等に限られるものであり、原則として食事から必要なビタミンを摂取できる場合には算定できないことに留意すること。
- ⑤ 院外処方せんについて、様式が定められたもの又はこれに準ずるものとなっていない。
- ⑥ 院外処方せんの交付を行っているにもかかわらず、院内処方を行ったものとして薬剤料を算定している。
- ⑦ 一般名処方加算について、一般名又は一般名が把握可能な製品名を診療録に記載していない。
- ⑧ 実際に使用した量を上回る量で薬剤を誤って算定している。
- ⑨ 電話再診時に投薬している。
- ⑩ 他の保険医療機関で調剤したものを患者に交付している。
- ⑪ 長期投薬加算について、特定疾患に直接適応のある薬剤を処方していないにもかかわらず、算定している。
- ⑫ 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定すること。
- ⑬ 胃炎・胃潰瘍治療剤の4剤併用の必要性を診療録に記載していない。
- ⑭ チャンピックス錠は、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定が可能であること。
- ⑮ 経口投与が可能であるものについて、注射により薬剤を投与している。
- ⑯ 経口投与が可能である患者について、内服薬と併用して注射により薬剤を投与している。  
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こと。
- ⑰ 適応・用法・用量等の医薬品医療機器等法（旧薬事法）承認事項を遵守し、同一薬効の薬剤の重複投与、経口投与と静脈内投与の重複は避けられたい。  
また、適時治療効果の判定を行い漫然と投与することのないよう注意すること。
- ⑱ 精密持続点滴注射加算について、1時間に30mLより速い速度で注入しているものについて算定している。
- ⑲ 中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、所定点数に含まれ別に算定できないこと。

## 10 リハビリテーション

### (1) 疾患別リハビリテーションについて

#### ア 実施体制

- ① 医師の診察に基づき適切な指示が行われていない又は指示内容が乏しい。

## イ リハビリテーション実施計画の説明

- ① 開始時及び3か月毎に患者に対して実施計画を説明していない。
- ② 開始時及び3か月毎の実施計画の説明の要点を診療録に記載していない又は記載が乏しい。
- ③ 実施計画書の内容に不備がある。  
(例：「本人・家族への説明年月日」、「本人サイン」、「家族サイン」、「説明者サイン」欄の記載がない。)
- ④ リハビリテーション実施計画を作成していない。
- ⑤ 医師による定期的な機能検査等をもとにした効果判定を行っていない。

## ウ 訓練の記録

- ① 訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が画一的である。  
(例：実施時間が一律に20分間である。)

## エ 適応

- ① 医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。

## オ リハビリテーションの起算日

- ① 起算日が医学的に妥当ではない。

## カ その他

- ① 疾患別リハビリテーション料について、不適切な傷病名（寝たきりの患者へ運動器不安定症、外科手術又は肺炎等の治療などの誘因がない患者へ廃用症候群）をつけ、早期リハビリテーション加算及び初期加算の算定をしている。
- ② 早期リハビリテーション加算及び初期加算について、所定日数を超えて算定している。

## (2) リハビリテーション総合計画評価料について

- ① リハビリテーション総合実施計画書の記載内容が乏しい。
- ② リハビリテーション総合計画書において、「最終的な改善の目標」及び「改善までの見込み」を記載していない。
- ③ リハビリテーション総合実施計画書について、定められた様式となっていない。

## (3) 摂食機能療法について

- ① 実施計画を作成していない。
- ② 定期的に摂食機能検査をもとにした効果判定を行っていない。
- ③ 治療開始日を診療録に記載していない。
- ④ 訓練内容を診療録に記載していない。
- ⑤ 療養開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定し、それ以外の場合は、1月に4回を限度として算定すること。

## 11 精神科専門療法

- ① 通院・在宅精神療法について、診療録への当該診療に要した時間の記載が不適切である。

- ② 通院・在宅精神療法について、診療録への診療の要点の記載が乏しい。
- ③ 標準型精神分析療法について、診療録への診療時間の記載が不適切である。  
(例：診療時間を「35分以上」としている。)
- ④ 心身医学療法について、診療録への要点の記載が乏しい。
- ⑤ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料について、診療録への指導内容の要点の記載が乏しい。

## 12 処置

### (1) 創傷処置

- ① テノン氏嚢内注射に伴う切開に対し算定している。
- ② 処置した範囲を診療録に記載していない。

### (2) 熱傷処置について、処置した範囲を診療録に記載していない。

### (3) 人工腎臓について、著しく人工腎臓が困難な障害者等に該当しない患者に対して障害者等加算を算定している。

### (4) 皮膚科軟膏処置

- ① 単なる絆創膏かぶれによる皮膚科軟膏処置と、手術に伴う術後の創傷処置を併せて算定している。
- ② 患者が持参している軟膏等を用いて処置を実施した際に算定している。

### (5) 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）について、膣洗浄を併せて算定している。

### (6) 耳管処置について、診療録の記載等からは、耳管処置1に該当していることが判断できない。

### (7) 間接咽頭鏡下咽頭処置について、診療録の記載等からは、必要性が判断できない。

### (8) 耳垢栓塞除去（複雑なもの）について、診療録の記載等からは、耳垢水を用いなければ除去できない耳垢栓塞を完全に除去したことが判断できない。

### (9) 消炎鎮痛等処置

- ① 処置内容を診療録に記載していない。
- ② 対象となる傷病名がないにもかかわらず、消炎鎮痛等処置を算定している。
- ③ 療養の給付を行うことが困難であると認め、療養費同意書を交付した患者に対して消炎鎮痛等処置は算定できないこと。

### (10) 処置の対象となる傷病名がなく、中心静脈栄養用植込型カテーテル設置に伴う術後固定として使用したにもかかわらず、胸部固定帯加算を算定している。

### (11) 眼処置として算定すべき内容を創傷処置で算定している。

### (12) 直腸指診のみで肛門処置の算定はできないこと。

### (13) 経管栄養カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り、経管栄養カテーテル交換法を算定すること

### (14) 診療録への所見等の記載が乏しい。

## 13 手術

### (1) 手術について

- ① 手術内容の診療録記載が乏しい。

- ② 手術に対応する傷病名を診療録に記載していない。
- ③ 手術の説明文書に予定される手術の名称を記載していない。
- ④ 実際には処置であるにもかかわらず、手術として算定している。
- ⑤ 創傷処理の「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいうこと。
- ⑥ 創傷処理は、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療について算定すること。
- ⑦ 切開排膿のみで腫瘍摘出に至っていないにもかかわらず、皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）を算定している。
- ⑧ 膀胱全摘後で尿管皮膚瘻の患者にカテーテルの交換を行った場合は、経尿道的尿管ステント留置術を算定できないこと。

## (2) 手術の説明について（通則の5及び6に係る施設基準を届け出ている場合）

- ① 手術同意書においては、患者に対し診療に関する説明を行い、十分な理解を得ること。

## (3) 輸血料について

- ① 説明に用いた文書の写しを診療録に貼付していない。

## 14 麻酔

- ① 静脈麻酔の「十分な体制で行われている長時間のもの（単純な場合）」について、閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行う必要があること。

## 15 病理診断

- ① 病理判断料の算定にあたっては、診療録に病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点を記載すること。

## 16 入院時食事療養費

- ① 入院時食事療養（I）について、加算の対象となる特別食が提供されていないにもかかわらず特別食加算を算定している。

特別食加算の算定においては、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」（平成6年厚生省告示第238号）の第2号に示された特別食が提供された場合に算定すること。

## 17 保険外併用療養費

### (1) 特別療養環境室料の取扱いについて

- ① 患者からの同意書を取得していない。
- ② 同意書に同意日のないもの及び同意日前に入室させている。

## 18 一部負担金等

### (1) 一部負担金の受領について

- ① 受領すべき者から受領していない。(例：従業員及びその家族)
- ② 自家診療について、一部負担金を適切に徴収すること。
- ③ 一部負担金については、減免することなく法令に定められた額を適正に徴収すること。
- ④ 計算方法に誤りがある。
- ⑤ 未収の一部負担金に係る納入督促を行っていない。
- ⑥ 患者から一部負担金を徴収した後に診療報酬の請求内容を変更し、患者から徴収した一部負担金額に変更が生じた場合は、差額を徴収又は返金すること。
- ⑦ 一部負担金の徴収について、日計表に領収日を記載するなど、患者から領収した経緯を明確にしておくこと。

### (2) 領収証等の交付について

- ① 領収証の様式は、医科点数表の各部単位で、金額の内訳が分かるものに改めること通知により示された様式(別紙様式1)を標準とすること。)
- ② 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならないものであること。

## 19 保険外負担等

- ① 所定の点数に含まれるもの又は保険請求が認められていないものについて、患者から徴収している。  
(例：衛生材料、松葉杖の使用料、患者へ交付する診療データを記録したCD-Rの費用〔診療情報提供料を算定する場合〕)
- ② 患者から同意書を取得していない。
- ③ 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものについて、患者から費用を徴収している。
- ④ 訪問診療に要した交通費について、一律に600円を徴収している。

## 20 院内掲示・届出事項等

### (1) 院内掲示・届出事項等について

ア 院内掲示について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 施設基準に関する事項を掲示していない。
- ② 保険外負担に関する事項を掲示していない。
- ③ 明細書の発行等に関する事項を掲示していない。

### (2) 次の届出事項の変更が認められたので、速やかに届け出ること。

- ① 保険医の異動
- ② 診療科目の変更

### ③ 診療時間の変更

(3) 次の報告事項の変更が認められたので、速やかに報告すること。

#### ① 予約に基づく診察を行う日時

## 21 その他特記事項

- ① 審査支払機関からの返戻・増減点通知書を一部紛失している例が認められた。  
療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存すること。
- ② 審査支払機関からの返戻・増減点通知書について、内容を十分検討し、以後の治療や保険請求に反映させること。
- ③ 診療報酬の請求を行うにあたって、保険医は診療報酬明細書と診療録を照合するなど、請求内容が適正なものとなるよう努めること。
- ④ 保険診療が認められない検査について、保険請求していると疑われかねない例が認められた。  
「保険医療機関及び保険医療養担当規則」において、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ず、また、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と規定されていることに留意されたい。
- ⑤ 自己診療は、保険診療上認められないので、改めること。
- ⑥ 「『医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について』の一部改正について」の趣旨を十分理解の上、医療保険と介護保険の請求を明確に区別されたい。
- ⑦ 要介護認定を受けている患者について、的確に把握するよう努めること。
- ⑧ 使用している薬剤について、院内において周知徹底を図り、誤請求の防止に努められたい。