

平成 28 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

I 診療に係る事項	1
1 診療録等	1
2 傷病名	2
3 基本診療料等	4
4 医学管理等	6
5 在宅医療	8
6 検査	11
7 画像診断	13
8 投薬・注射	13
9 リハビリテーション	15
10 精神科専門療法	16
11 処置	17
12 手術	17
13 麻酔	17
14 病理診断	18
II 請求事務等に係る事項	18
1 診療報酬明細書の記載等	18
2 一部負担金等	19
3 保険外負担等	19
4 掲示・届出事項等	19
III 包括評価（DPC）に係る事項	19
1 診断群分類及び傷病名	19
2 包括評価に関わるその他の事項	20
IV その他特記事項	20

個別指導（医科）における主な指摘事項

I 診療に係る事項

1 診療録等

(1) 診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 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全くない、又は極めて乏しい。

ア 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。

イ 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。

【例】・創傷処置について、処置を行った範囲等の診療内容を診療録に記載していない。

・消炎鎮痛等処置について、実施した療法等の診療内容を診療録に記載していない。

・画像診断（超音波検査）の検査結果に係る所見を記載していない。

ウ 初診時において、診療録に患者から聴取した既往歴・現病歴・アレルギー歴についての記載をより充実すること。

② 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ない、又は乏しい。

③ 様式第1号（1）の3に患者から徴収する一部負担金の徴収金額が適正に記載されていない。

(2) 紙媒体の記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。

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。

⑥ 診療録の記載をせず、メモが記載された付箋を貼付している。

(3) 電子的に保存している記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 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4.3版」に準拠していない。

ア 真正性

- ・パスワードの有効期限を適切に設定していない。
パスワードは定期的に（2ヶ月以内）に変更すること。
- ・一つのID、パスワードを複数の利用者が使用している。
- ・電子媒体に保存する場合は、データの真正性の確保（虚偽入力、書換え、消去及び混合の防止・作成の責任の所在の明確化）を図ること。

イ 見読性

- ・情報内容を書面に表示した際に療養担当規則で定められた様式に準じておらず、必要な項目が表示できない状態にある。

ウ 管理体制、その他

- ・最新版の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.3版」に準拠するよう運用管理規程の更新を行う等、より適切な運用に努めること。
- ・医療従事者、関係職種ごとのレベルに沿ったアクセス管理を行っていない。
- ・検査オーダー等において、事務職員等が医師の補助者としてオーダーリングシステムの入力を代行する場合には、作成者の識別や医師の認証が確実にできるよう、その運用については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

(4) 診療録について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 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 自家診療について、診療録の記載内容の充実を図ること。

(5) 診療録の様式が、定められた様式（第1号（1））に準じていないので改めること。

- 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。

2 傷病名

(1) 傷病名の記載又は入力について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 傷病名の開始日、終了日、転帰の記載がない。
- ② 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。
- ③ 事務担当者が傷病名を記載している。傷病名は、必ず医師が記載すること。
- ④ 診療録に記載する傷病名は簡略化せず適切に記載をすること。

【例】「脂質異常症」を「脂異」と記載している。

(2) 傷病名の内容について、次の不適切な例が認められたので改めること。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傷病名
- ② 医学的に妥当とは考えられない傷病名
- ③ 疑うに足りる確実な医学的根拠に基づかずに、「疑い」の傷病名として記載しているもの
- ④ 実際には「疑い」の傷病名であるものにもかかわらず、確定傷病名として記載しているもの
- ⑤ 詳細な記載（急性・慢性、左右の別、部位）がない傷病名
- ⑥ 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。

【例】左大腿骨頸部異常陰影

- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 傷病名が確定しているものについて、「疑い」の傷病名として記載している。
- ⑩ 処置、検査又は投薬に対応する傷病名がない。
- ⑪ ICD-10にない傷病名を付与している。

【例】潜在性心不全

(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 単純撮影（胸部）を行うために付与した「肺癌の疑い」
- ② 健康診断として実施した検査に際して付与した「上気道感染症(MR S A)の疑い」、「ウイルス性肝炎の疑い」
- ③ 「キプレス細粒」の適応外投与に際して付与した「気管支喘息」
- ④ 「プランルカストドライシロップ」の適応外投与に際して付与した「気管支喘息」
- ⑤ 「アレロック顆粒」又は「アレグラドライシロップ」の適応外投与に際して付与した「アレルギー性鼻炎」
- ⑥ 「クラリス」の適応外投与に際して付与した「急性気管支炎」
- ⑦ 検査に基づかず、医学的根拠が乏しいにもかかわらず付与した「ビタミン欠乏症」

(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
- ④ 重複して付与している傷病名
- ⑤ 診療報酬明細書において、傷病名が転帰の記載なく消失している例

3 基本診療料等

(1) 初・再診料について

① 初・再診料

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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疾病が新たに発生した場合は、初診料を算定せず、再診料を算定すること。
- カ 初診又は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。
- キ 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。
- ク 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せること。
- ケ 電話等を通じた再診に係る再診料の算定においては、患者又はその看護にあたっている者からの医学的な意見の求めに対し、治療上必要な適切な指示を行うこと。
- コ 再診料について、訪問診療を行った後、単に家族に対し処方せんを発行した場合に算定している。
- サ 健康診断を目的とした受診について初診料を算定している。
- シ 自覚症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始したにもかかわらず、初診料を算定している。
- ス 同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合に、最初に診療を行った医療機関でないにもかかわらず、初診料を算定している。
- セ 保険外診療に係る診断書の交付のための診療について、再診料を算定している。
- ソ 療養費同意書の交付のみ行った患者について、再診料を算定している。
- タ 再診料について、特別養護老人ホームの入所者に対し、定期的ないし計画的に診療を行っている例について算定している。

チ 初・再診料について、特別養護老人ホームの配置医師が入所者に対して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。

② 時間外加算等

ア 常態として診療応需の態勢をとっているときは時間外の取扱いはできないものであること。

イ 急病等やむを得ない理由により受診した患者でないにもかかわらず、休日加算を算定している。

③ 夜間・早朝等加算

ア 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。

④ 外来管理加算

ア 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。

イ 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等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。

ウ 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。

エ 処置を行っているにもかかわらず、処置料を算定せず、外来管理加算を算定している。

⑤ 地域包括診療加算

ア 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。

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している全ての医療機関を把握し、処方されている医薬品全てを管理している内容について、診療録に記載がない。

(2) 入院料について

① 入院診療計画

ア 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。

・年月日

・主治医氏名（ゴム印のみで押印がない。）

イ 説明に用いた文書について、記載内容が不適切である。

・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。

ウ 関係職種が共同して策定していない。

エ 入院診療計画書について、参考様式の内容に準拠しておらず、記載内容が画一的であり、個々の患者の症状に応じたものとなっていない。

② 栄養管理体制

ア 栄養管理計画書に必要事項（栄養状態の評価）の記載が乏しい。

(3) 入院基本料について

① 障害者施設等入院基本料

ア 90日を超えて入院する患者で、厚生労働大臣が定める状態（1日に8回以上喀痰吸引・排出を実施している日が当該月に20回以上であること等）でないにもかかわらず、特定入院基本料で算定していない。

(4) 入院基本料等加算について

① 特殊疾患入院施設管理加算

ア 対象患者と判断した根拠を明確にすること。

② 療養環境加算

ア 特別の療養環境の提供に係る病室について、加算対象にしている。

4 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、要点の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が行われていない。

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 厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者以外の患者に対して算定している。

⑤ 特別養護老人ホーム等に入居している患者に対し、定期的に訪問して診療を行った場合において算定している。

(2) 特定疾患治療管理料について

① 特定薬剤治療管理料

ア 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。

イ 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。

ウ 初回月加算について、血中濃度を頻回に測定していないにもかかわらず算定している。

② 悪性腫瘍特異物質治療管理料

ア 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 小児特定疾患カウンセリング料

ア 厚生労働大臣が定める患者以外について算定している。

④ てんかん指導料

ア 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。

⑤ 難病外来指導管理料

ア 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。

⑥ 皮膚科特定疾患指導管理料

ア 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（画一的である）。

イ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）について、対象となる特定疾患でないにもかかわらず算定している。

⑦ 外来栄養食事指導料

ア 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。

⑧ 入院栄養食事指導料

ア 管理栄養士への指示事項の診療録への記載が乏しい。

イ 診療録に医師が管理栄養士に対して指示した事項の記載がない。

ウ 管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的指示が含まれていない。

⑨ 慢性維持透析患者外来医学管理料

ア 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。

イ 当該管理料に含まれ、別に算定できない検査料について算定している。

【例】副甲状腺ホルモン（PTH）

⑩ 慢性疼痛疾患管理料

ア マッサージ又は器具等による療法を行っていないにもかかわらず、算定している。

⑪ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

ア 診療計画及び指導内容の要点の診療録への記載が乏しい。

⑫ がん性疼痛緩和指導管理料

ア 診療計画及び指導内容の要点の診療録への記載が乏しい。

（３）乳幼児育児栄養指導料について

① 育児、栄養その他必要な指導を行っていない例について算定していたので改めること。

（４）生活習慣病管理料について

① 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こと。

また、交付した療養計画書の写しを診療録に貼付すること。

② 療養計画書を作成していない。

③ 療養計画書の記載内容が患者個々の特性に応じた内容となっていない。

(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 ニコチン依存症と診断された根拠が記載されていない。

(6) 肺血栓塞栓症予防管理料について

- ① 肺血栓塞栓症を発症する危険性について評価していない。

(7) 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 紹介先の機関名を特定していない。
- ④ 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。
- ⑤ 交付した文書の写しを診療録に添付していない。
- ⑥ 注7の加算について、画像診断を実施したにもかかわらず、画像情報が添付されていない。
- ⑦ 同一紹介先医療機関に対する、同月2回目の提供について算定している。
- ⑧ 保険薬局への診療情報提供において、処方せんの写しが診療録に添付されていない。
- ⑨ 診療情報提供料（I）について、診療状況を示す文書の内容が乏しい例が見受けられたので記載内容の充実を図ること。

(8) 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 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。
- ③ 処方内容に変更がないにもかかわらず、月2回以上算定している。
- ④ 手帳記載加算は、処方した薬剤の名称等を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に算定すること。また、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ことに留意すること。

(9) 療養費同意書交付料について

- ① 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ところ、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いる。

5 在宅医療

(1) 在宅患者診療・指導料について

- ① 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 患家の求めに応じて診療を行ったと認められない場合に算定している。
- ウ 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、留意すること。
- エ 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。
- オ 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、算定している。
- カ 有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の看家とみなすことが適当であるものにおいて、2人以上の患者に対して診療した場合に、2人目以降の患者について算定している。
- キ 入院患者に係る対診について、特掲診療料に係る費用を算定している。
- ク 緊急往診加算について、標榜時間外の往診に対して算定している。
- ケ 緊急往診加算について、速やかに往診をしなければならないと判断した根拠が不明である。

② 在宅患者訪問診療料

- ア 訪問診療の必要性がない又は乏しい患者に対して算定している。
- イ 在宅での療養を行っている患者であって、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。
- 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 在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関又は在宅療養支援病院でないにもかかわらず、往診の日の翌日に行った訪問診療について算定している。
- キ 介護老人保健施設の入所者に対して算定している。
- ク 同居する同一世帯の複数の患者に対し診察をしているにもかかわらず、2人目以降の患者に当該診療料を算定している。

③ 在宅時医学総合管理料

- 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 訪問診療の必要性がない又は乏しい患者に対して算定している。
- エ 同一月内において院外処方せんを交付しない訪問診療のみ実施した場合について、処方せんを交付した場合の点数を算定している。

④ 施設入居時等医学総合管理料

ア 診療録に在宅療養計画及び説明の要点等の記載がされていない又は記載内容が不十分である。

⑤ 在宅がん医療総合診療料

ア 在宅がん医療総合診療料は、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に算定できるものであることに留意すること。

⑥ 在宅患者訪問看護・指導料

ア 医師が保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容について、診療録に記載されていない。

⑦ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

ア 看護師等への指示内容の診療録への記載がない。

⑧ 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 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対して訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定すること。

⑨ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

ア カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

(2) 在宅療養指導管理料について

① 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。

ア 在宅自己注射指導管理料

イ 在宅酸素療法指導管理料

ウ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

エ 在宅人工呼吸指導管理料

オ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

カ 在宅気管切開患者指導管理料

② 在宅自己注射指導管理料について、在宅自己注射の指導内容を詳細に記載した文書を作成していない。

③ 在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅自己注射指導管理にかかる G000 皮内、皮下及び筋肉注射及び注射薬の費用を算定している。

④ 介護老人保健施設の入所者に対して行った診療において、在宅酸素療法指導管理料を算定している。

⑤ 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。

(3) 在宅療養指導管理材料加算について

① 血糖自己測定器加算

- ア 自己測定の記録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。
- イ 血糖自己測定の回数の根拠が明確ではない。

(4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料について

- ① 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定において、理学療法士等の指導内容の要点及び指導に要した時間の記録が不十分である。

6 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ので改めること。

① 医学的に必要性が乏しい検査

- ア 段階を踏んでいない検査
- イ 重複と見なされる検査
【例】感染症検査
- ウ 必要以上に実施回数の多い検査
【例】生化学検査（I）

② 健康診断として実施した検査

- (4) その他不適切に実施した検査

① 尿沈渣（鏡検法）

- ア 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。
- イ 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。

② 腫瘍マーカー

- ア 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。
- イ 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 悪性腫瘍の診断が確定した患者について、悪性腫瘍特異物質治療管理料ではなく、腫瘍マーカー検査を算定している。
【例】CEA、CA19-9

エ 腫瘍マーカー検査について、検査を行う必要性の診療録への記載が不十分な例が見受けられたので改めること。

③ 呼吸心拍監視

ア 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。

④ 経皮的動脈血酸素飽和度測定

ア 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、硬膜外麻酔又は脊髄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。

⑤ 眼科学的検査

ア 屈折検査「2 1以外の場合」

・矯正視力検査と併施した場合は、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併せて算定すること。

⑥ コンタクトレンズ検査料

ア 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。

イ 新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む）等により、コンタクトレンズの装用を中止し、コンタクトレンズ検査料以外の眼科学的検査を算定する場合は、診療録にコンタクトレンズの装用を中止したことを記載することにより算定の根拠を明確にすること。

⑦ 血液採取

ア 糖試験紙法にかかる血液採取についてD 4 0 0血液採取の「2 その他」で算定すべきところ、「1 静脈」で算定している。

⑧ その他

ア 時間外緊急院内検査加算について、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常診療のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるできないような緊急の場合に、保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施したものではないにもかかわらず、算定している。

イ 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。

ウ 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査に含まれていない血液化学検査（糖（固定化酵素電極によるもの））により算定している。

エ 検査を行う際には、検査を行う必要性を診療録に記載すること。

【例】血液検査

7 画像診断

(1) 画像診断について、次の不適切な実施例が認められたので改めること。

- ① 医学的に必要性が乏しい画像診断
ア コンピューター断層撮影

(2) その他

- ① 時間外緊急院内画像診断加算について、医師が緊急に画像診断を行う必要性を判断することなく、自動的に算定している例が認められたので改めること。
- ② 画像診断管理加算2について、地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の者が読影したものについて算定している。
- ③ 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。
- ④ 画像診断において、検査に至った動機並びにその結果、評価に関する記載が乏しい例が認められたので、記載を充実すること。

8 投薬・注射

(1) 次の適応外投与の例が認められたので改めること。

- ① リウマチ性疾患の患者に対するプレドニン20mg〔水溶性〕の点滴による投与
- ② 適応疾患以外に対するシーピー配合顆粒の投与
- ③ 適応疾患以外に対するゼンアスピリン錠100の投与
- ④ 不整脈以外の患者に対する静注用キシロカインの投与
- ⑤ 抗生物質を投与していない患者に対する耐性乳酸菌製剤（ビオフィェルミンR錠）の投与
- ⑥ 尿閉の患者に対するベシケア錠5mgの投与
- ⑦ 胃潰瘍、十二指腸潰瘍等以外の患者に対するイサロン錠100mgの投与

(2) 次の用法外投与の例が認められたので改めること。

- ① 局所投与している塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g
- ② ネブライザーを用いて投与しているアミカマイシン注射液200mg
- ③ 局所投与しているイセパシン注射液200
- ④ 投与間隔を2週間以上空けずに投与しているハイコート注4mg（0.4%）

(3) 次の長期漫然投与の例が認められたので改めること。

- ① メチコバル錠の月余にわたる漫然投与

(4) 次の重複投与の例が認められたので改めること。

- ① H2ブロッカーとPPIの投与

(5) 次の過量投与の例が認められたので改めること。

- ① チオラ錠を2日連続で28日分投与

(6) 薬剤の投与について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 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。

- ② 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。

(7) 投薬・注射について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 院外処方せん

ア 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。

イ 記載内容が不十分な例が認められたので改めること。

ウ 用法の記載が不適切である。

【例】医師の指示通り

- ② 注射実施料

ア 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。

(8) 次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 外来患者の内服薬について、7種類以上の薬剤投与時の低減を適切に行っていない。

- ② 薬剤料について、2種類以上の内服薬を調剤した場合の診療報酬明細書への記載方法が誤っている。(服薬時点が同時で、かつ服用回数も同じであるものを1剤とみなしていない。)

- ③ 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って行うこと。

- ④ 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。

- ⑤ 処方せんを、患者又は現にその看護にあたっている者に対して交付していない。

- ⑥ 一般名処方加算について、一般的名称で処方が行われたことの何らかの記録が診療録に残されていない。

- ⑦ 診療録に、医師が投与又は看護師へ投与を指示した記載がなく、投与したことが確認できない。

- ⑧ 診断根拠のない病名（肝炎）に基づくグリファージェン静注の投与が認められた。

- ⑨ 調剤技術基本料について、薬剤師が常時勤務していないにもかかわらず算定していた例が認められたので、改めること。

(9) その他

- ① 薬剤の処方に当たっては、医薬品名・規格単位・用法および用量を的確に診療録に記載すること。
- ② 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。
- 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 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。
- ⑤ 投薬における薬剤（シナール配合錠、トランサミン錠）の使用に当たっては、適応について医薬品医療機器等法承認事項を順守すること。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。
- ⑥ 注射における薬剤の投与に係る処方に当たっては、診療録に治療計画を記載し、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留意すること。
- ⑦ 特定疾患処方管理加算は、厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者について、処方管理を行った場合に算定すること。また、28日以上処方を行った場合の算定要件に留意すること。
- ⑧ 高血圧症の患者に対する投薬について、4種類以上の降圧剤を処方している例が見られたので、高血圧治療のガイドラインに沿った処方を行うよう留意すること。

9 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

① 実施体制

ア リハビリテーションに従事する職員1人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表を作成しておらず、職員1人1日当たりの実施単位数を適切に管理していない。

② リハビリテーション実施計画

ア 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。

イ 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。

ウ リハビリテーション実施計画を作成する前に、リハビリテーションを実施している。

③ 訓練の記録

ア 訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が画一的である。

イ 訓練の開始時刻及び終了時刻について、診療録等の記載がない。

ウ 訓練実施担当者名の記載がない。

エ 疾患別リハビリテーションについて、診療録等に訓練内容の要点等の記載が乏しい例が認められたので改めること。

④ 適応

ア 消炎鎮痛等処置で算定すべきものについて、運動器リハビリテーション料（Ⅲ）を算定している。

⑤ その他

ア 標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者について、算定単位数上限を超過して誤って算定している。

イ 早期リハビリテーション加算及び初期加算について、誤った起算日に基づいて算定している。

ウ いわゆる「みなし理学療法士」である柔道整復師が実施した運動器リハビリテーションを運動器リハビリテーション料（Ⅱ）で算定している。

（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において、「1ヵ月後の目標」及び「リハビリテーションの治療方針」を記載していない。

（3）摂食機能療法について

① 治療開始日を診療録に記載していない。

② 訓練内容について診療録への記載が乏しい。

10 精神科専門療法

（1）入院精神療法について、診療録に当該療法の要点を記載していない、又は記載が乏しい。

（2）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。

（3）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。

（4）精神科継続外来支援・指導料の算定において、診療録への指導内容の要点記載に不十分な例が見受けられたので、記載を充実すること。

（5）標準型精神分析療法について、診療録に当該療法の要点記載の乏しい例が見受けられたので記載内容等の充実を図ること。

（6）精神科デイ・ケアについて、診療録に診療時間を明確に記載すること、又は記載がない。

（7）精神科訪問看護・指導料「注5」の加算について、医師が、複数の保健師等による患者への訪問が必要と判断した理由を診療録に記載するなどし、算定根拠を明確にすること。

（8）精神科訪問看護・指導料について、実施した訪問時間（開始時刻及び終了時刻）を記録していない。

11 処置

- (1) 創傷処置及び消炎鎮痛等処置について、診療録の処置内容の記載が乏しい例が認められたので改めること。
- (2) 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。
- (3) 皮膚レーザー照射療法について、一連の治療として1回のみ所定点数を算定すべきところ、一連と扱わずに算定している。
- (4) 導尿について、尿道拡張を要する場合とはいええないものに対して算定している。
- (5) 診察の際行った膿洗浄について膿炎、頸管カタル等治療として洗浄を必要とする疾病以外にも算定している例が認められたので改めること。
- (6) 結膜異物除去（1眼瞼ごと）及び睫毛抜去を算定しているものについて、処置の範囲、内容を診療録に記載していない例が認められたので改めること。
- (7) 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。
- (8) 消炎鎮痛等処置について、診療内容が診療録に記載されていないなど当該処置を行ったことが確認できない。
- (9) 診療録への所見等の記載が乏しい。
- (10) 基本診療料に含まれる処置について算定している。

12 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 黒子に対する炭酸ガスレーザーの照射について、「皮膚、皮下腫瘍摘出術」を算定している。
- ③ 本来算定すべき術式と異なる術式で算定している。
【例】K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）を K003 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）で算定
- ④ 手術の説明文書を作成していない。
- ⑤ 手術を施行した場合には、手術記録の記載内容を充実すること。

(2) 輸血料について

- ① 輸血に伴う血液型検査の費用について、血液型が既知の患者に対して算定している。

13 麻酔

- (1) 麻酔管理料の算定にあたっては、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。
- (2) 施設基準として地方厚生（支）局長に届け出た常勤の麻酔科標榜医以外の者が麻酔を行ったものについて算定している。
- (3) トリガーポイント注射を行う場合は、トリガーポイントの部位を具体的に記載すること。

14 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。

II 請求事務等に係る事項

1 診療報酬明細書の記載等

- (1) 診療報酬明細書の記載等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 主傷病名について

ア 主傷病名ではない傷病名を主傷病名としている。

イ 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 摘要欄の記載について

ア 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。

イ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、摘要欄に初回の指導管理を行った月日、睡眠ポリグラフィー上の所見及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載していない。

ウ 血糖自己測定器加算を算定した場合は、実際の血糖自己測定の回数を記載すること。

エ 当該月に訪問診療料と往診料の算定が混在する場合に、訪問診療及び往診を行った日を記載していない。

オ 特定保険医療材料等について、商品名を診療報酬明細書に記載していない。

【例】ダイアライザー

カ 在宅酸素療法指導管理料について、摘要欄に動脈血酸素分圧の測定結果を記載していない。

③ 症状詳記の記載について

ア 診療報酬明細書に添付した症状詳記（病状説明）における特定保険医療材料の必要性に係る記載内容について、画一的な例が認められた。個々の患者の病状に応じた記載内容とするよう改めること。

【例】体外式連続心拍量測定用センサー

④ 診療録様式第1号（1）の1に記載されている傷病名の一部が記載されていない。

⑤ 診療報酬明細書に傷病名及び診療開始日を適切に記載していない。

⑥ 医師のオーダーによらず、特定疾患治療管理料（難病外来指導管理料）を自動的に算定している。

⑦ 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。

2 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 計算方法に誤りがある。
- ③ 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、又は減額査定されたことにより、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。
- ④ 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。
- ⑤ 未収の一部負担金に係る管理簿を作成していない。
- ⑥ 患者から一部負担金を受領したときは、その都度、領収証及び明細書を発行すること。

3 保険外負担等

- (1) 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。

【例】薬袋代、薬剤の容器代

4 掲示・届出事項等

(1) 掲示・届出事項等について

- ① 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。
 - ア 施設基準に関する事項を掲示していない。
 - イ 保険外負担に関する事項を掲示していない。
 - ウ 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 診療日・診療時間の変更

Ⅲ 包括評価（DPC）に係る事項

1 診断群分類及び傷病名

- (1) 妥当と考えられる診断群分類番号と異なる診断群分類番号で算定している次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 最も医療資源を投入した傷病名（ICD-10 傷病名）が、実際に最も医療資源を投入した傷病名と異なる。

2 包括評価に関わるその他の事項

(1) 包括範囲について、理解が誤っている次の例が認められたので改めること。

① 術後疼痛に対する注射を実施するために使用した特定保険医療材料を出来高で算定している。

・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ・PCA型

IV 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) 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、診療録にあっては、その完結の日から5年間保存しなければならないことに留意すること。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 前回の個別指導において、指摘事項に対する改善報告書を提出しているにもかかわらず改善が不十分であったため、より一層の改善を図ること。

(6) 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。