

【医科】個別指導における指摘事項

区分	指摘項目	指摘内容	算定区分	算定項目等	指摘対象医療機関数
1 基本診療料	1 診療録・文書等の記載関係	診療録に治療上必要な適切な指示をした内容の記載ない(又は不十分)	A001	再診料(電話等による)	3
		患者からの聴取事項や診察所見の要点の記載ない(又は不十分)	A001	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記載ない(又は不十分)	A205	救急医療管理加算	1
	2 その他算定要件関係	診療継続中の患者に対し新たな傷病名により機械的に初診料を算定□	A001	初診料	1
		再診に付随する同一日の一連の行為で電話再診料を算定	A001	再診料(電話等による)	1
区 分 計					7
2 医学管理等	1 診療録・文書等の記載関係	管理内容の要点の記載なし(又は不十分)	B000	特定疾患療養管理料	11
		薬剤の血中濃度、治療計画の要点の記載なし(又は不十分)	B001 2	特定薬剤治療管理料	12
		腫瘍マーカー検査の結果、治療計画の要点の記載なし(又は不十分)	B001 3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	5
		カウンセリングに係る概要の記載ない(又は不十分)	B001 4	小児特定疾患カウンセリング料	1
		診療計画及び診療内容の要点の記載なし(又は不十分)	B001 6	てんかん指導料	4
		診療計画及び診療内容の要点の記載なし(又は不十分)	B001 7	難病外来指導管理料	3
		診療計画及び診療内容の要点の記載なし(又は不十分)	B001 8	皮膚科特定疾患指導管理料	1
		医師から管理栄養士への指示事項の記載なし(又は不十分)	B001 9	外来栄養食事指導料	1
		診療録に医師の指示内容等の記載ない(又は不十分)	B001 10	入院栄養食事指導料	1
		医師からの指示事項の記載なし(又は不十分)	B001 13	在宅療養指導料	1
		検査結果及び計画的な治療管理の要点の記載ない(又は不十分)	B001 15	慢性維持透析患者外来医学管理料	2
		指導内容の要点の記載がない(又は不十分)	B006-3	退院時リハビリテーション指導料	1
		受診行動を伴わない患者の紹介、交付した文書の写しが診療録に添付されていない	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	5
		処方した薬剤の名称等の情報を文書で提供した旨の記載ない(又は不十分)	B011-3	薬剤情報提供料	2
		文書提供している薬剤情報等の説明内容が画一的	B014	退院時薬剤情報管理指導料	1
	2 その他	対象疾患以外の疾患を主病とする患者に算定	B000	特定疾患療養管理料	1
		看護に当たっている家族とは言えないのに、当該管理料を算定□	B000	特定疾患療養管理料	1
		DPC患者が、定められた入院期間を超え、出来高に変更となった際の未退院者を誤って算定	B007	退院前訪問指導料	1
		紹介先機関での受診が決まっていない段階での算定	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	1
		単なる返事で算定	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	1
		紹介先医療機関が記載される様式となっていない	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	1
		紹介した患者に対して検査資料等の提供の際にも算定	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	1
		紹介先の機関を特定せず患者に交付した文書により算定	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	1
患者の希望による交付(療養の給付が困難と医学的判断していない)	B013	療養費同意書交付料	4		
区 分 計					63

3 在宅医療	診療録・文書等の記載関係	訪問診療の計画及び診療内容の要点の記載がない(又は不十分)	C001	在宅患者訪問診療料	3
		在宅療養計画を作成していない、要点の記載がない(又は不十分)	C002	在宅時医学総合管理料	2
		指導内容の要点の記載がない(又は不十分)	C101	在宅自己注射指導管理料	10
		指導内容の要点の記載がない(又は不十分)	C103	在宅酸素療法指導管理料	3
		指導内容の要点の記載がない(又は不十分)	C112	在宅気管切開患者指導管理料	1
	2 算定誤り	精神科訪問看護指示料で算定するところを訪問看護指示料で算定	C007	訪問看護指示料	1
3 その他	診療録とは別に管理している用紙に記載	C101	在宅自己注射指導管理料	1	
区 分 計					21
4 検査	1 診療録・文書等の記載関係	観察結果の要点の記載がない(又は不十分)	D220	呼吸心拍監視	3
		分析結果の要点の記載が不十分	D285	認知機能検査その他の心理検査	1
	その他	検査を必要と認めた根拠の記載が乏しい	D008	内分泌学的検査	3
		検査を必要と認めた根拠の記載が乏しい	D009	腫瘍マーカー	1
		検査を必要と認めた根拠の記載が乏しい	D015	血漿蛋白免疫学的検査	1
		結果として菌が検出できず実施できなかったが算定	D019	細菌薬剤感受性検査	1
		検査を必要と認めた根拠の記載が乏しい	D215	超音波検査	1
		粘膜点墨法を実際に行っていないにもかかわらず誤って算定	D306~313	粘膜点墨法加算	1
区 分 計					12
5 画像診断	1 診療録・文書等の記載関係	診断結果にかかる所見を診療録に記載していない	E001	写真診断	1
区 分 計					1
6 投薬	その他	対象疾患以外で算定(診療録で特定疾患を主病としていない)	F100,400 注5,4	特定疾患処方管理加算	4
		対象疾患以外で算定(診療録で特定疾患を主病としていない)	F100,400 注6,5	特定疾患処方管理加算(長期投薬加算)	1
区 分 計					5
7 注射	診療録・文書等の記載関係	ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨の記載がない	G100 注2	薬剤(ビタミン剤の算定)	1
区 分 計					1
6 リハビリテーション	1 診療録・文書等の記載関係	開始時のリハビリテーション計画の内容及び要点の記載がない		疾患別リハビリテーション料	1
		総合実施計画書は作成されているが所定欄に一部記載がない	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料	1
区 分 計					2
9 精神科専門療法	1 診療録・文書等の記載関係	診療録に時間及び要点の記載がない	I001	入院精神療法	1
		診療録に時間及び要点の記載がない	I002	通院・在宅精神療法	1
		診療録に時間及び要点の記載がない	I003	標準型精神分析療法	1
		診療録に要点の記載が不十分	I007	精神科作業療法	1
	2 算定要件	精神科訪問看護指示料で算定するところを訪問看護指示料で算定	I012-2	精神科訪問看護指示料	1
	2 その他	一般的な療養指導のみで算定	I002	通院・在宅精神療法(家族)	1
区 分 計					6

10 処置	診療録・文書等の記載関係	診療録に算定した根拠となる処置範囲の広さの記載がない	J053	皮膚科軟膏処置	1	
		診療録に算定した根拠となるいぼの個数及び部位の記載が乏しい	J056	いぼ冷凍凝固法	1	
区 分 計					2	
11 手術	診療録・文書等の記載関係	診療録及び手術記録に算定した根拠となる腫瘍の大きさの記載がない	K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術	1	
		説明に用いる文書に使用量に関する記載がない	K920	輸血	1	
		経験・研修を終了した看護師等が医師とともに術前に実施していない	K939-3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	1	
区 分 計					3	
12 麻酔	1 診療録・文書等の記載関係	麻酔時間の記載、麻酔中の麻酔記録がない	L001-2	静脈麻酔	1	
	2 その他	局所浸潤麻酔の症例に対し、伝達麻酔の手技料を算定	L006	球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔	1	
		麻酔科標榜医の麻酔前の診察がない	L009	麻酔管理料(Ⅰ)	2	
区 分 計					4	
13 放射線治療	—	—	—	—	0	
区 分 計					0	
14 病理診断	—	—	—	—	0	
区 分 計					0	
15 請求事務等	1 一部負担金の受領	一か月分をまとめて請求している、未徴収及び過徴収の管理が不十分			6	
		職員又は一部の患者に対し、保険診療に係る一部負担金を免除			4	
		個別の項目ごとに区分して記載した領収証を発行していない			1	
	2 施設基準	勤務実績と相違する勤務時間数を計上			基本診療料別添7の様式9	1
		「夜勤の有無」欄について、夜勤専従者である看護職員が日勤を行っている			基本診療料別添7の様式9	1
		夜勤従事者数について、計算が誤っている、計算を行わず一律記載			基本診療料別添7の様式9	1
		専任者以外の看護師が当該計画の作成を行っていた			入院基本料に係る褥瘡対策の診療計画	1
		夜勤従事者数が、基準を下回っている	A103		精神病棟入院基本料	1
		夜勤時間数が、72時間を1割以内の範囲内で超えている	A103		精神病棟入院基本料	1
		感染防止対策部門の設置が組織図及び感染対策指針等で確認できない	A234-2		感染防止対策加算2	1
		常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていない	A312		精神療養病棟入院基本料	1
		それぞれ1割以内の範囲内で基準となる看護配置数を下回っている	A312		精神療養病棟入院基本料	1
		1割を超えて基準となる看護配置数を下回っている	A314		認知症治療病棟入院基本料	1
		保険外併用療養費に係る特別の療養環境の提供について同意書による確認を行っていない			保険外併用療養費	1
	保険医異動届について、提出漏れがみられた				1	
	3 院内掲示	保険外負担金に関する事項の一部掲示もれ				1
		当局に届出している施設基準の掲示漏れ、文言不備				1
	4 その他	訪問診療先の施設職員に対し施設内で行った必要のない診療を保険請求していた				2
		医師と請求事務職員等の連携が不十分				18

	被保険者証の写しを診療録に貼付している		5
	基金・国保連からの返戻等連絡書の内容を検討、保険請求に反映するよう		1
	健康診断として行った診療に係る費用を診療報酬として請求		1
	院外処方薬の薬剤を院内処方として誤って診療報酬請求していた		1
	16キロメートルを超える訪問診療に抵触するホームページ		1
区 分 計			54
合 計			181

区 分	指 摘 内 容	指摘対象医療機関数
16 診療録	1 診療録とレセプトの不一致(傷病名等)	10
	2 多数の主傷病名が付けられている。疑い以外全て主傷病名	1
	3 傷病名の重複、傷病名が多数となっている	5
	4 転帰が整理されていない。傷病に関する診療行為の開始・終了年月日、終了原因の記載なし	5
	5 主傷病の表示がない	11
	5 傷病名に部位が付されていない	1
	6 複数月に続く疑い病名	5
	7 検査結果等医学的根拠に基づかない傷病名	5
	8 診療に関する事項の所見等の記載がない(又は不十分)	2
	9 保険診療に関係のない内容の記載がある	1
	10 算定項目・算定日が未表示、算定項目名が不適	7
	15 算定に必要な文書等を電子カルテに取り込んでいない	1
	11 医師の署名又は記名・押印がない(同一の患者を複数の医師が担当している場合を含む)	1
12 様式不備(診療録)	2	
13 保険診療と保険外診療の診療録が区分されておらず取り扱いが明確でない	1	
合 計		58

総 合 計		239
-------	--	-----