

平成 27 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	3
5	医学管理等	5
6	在宅医療	8
7	検査	9
8	画像診断	11
9	投薬・注射	11
10	リハビリテーション	12
11	精神科専門療法	13
12	処置	13
13	手術	14
14	麻酔	14
15	病理診断	14
16	入院時食事療養費	14
17	一部負担金等	14
18	保険外負担等	15
19	院内掲示・届出事項等	15
20	その他特記事項	15

# 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。

ウ 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

- 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 一つのID、パスワードを複数の利用者が使用している。

#### （イ）管理体制、その他

- ① 運用管理規程に基づく運用管理をしていない。
- ② 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4．2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。
- ③ 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。

#### (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 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。
- ⑤ 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 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) 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 バイアスピリン錠100mg投与に際して付与した「狭心症」
- ② シクロスポリン投与に際して付与した「尋常性乾癬」

### (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) 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 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。
- キ 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。
- ク 投薬に対応する傷病名がない。
- ケ 実際には「疑い」の傷病名であるものについて、確定傷病名として記載している。
- コ 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。

## 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。

## 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がある患者について、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 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

- ⑧ 電話による再診について、治療上必要な適切な指示をした内容の診療録への記載が不十分である。
- ⑨ 再診料について、訪問診療を行った後に、家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合に算定している。

#### イ 時間外加算等

- ① 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手扱いはできないものであること。

#### ウ 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。

#### エ 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。

#### オ 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 特別な栄養管理の必要性

(イ) 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。

(ウ) 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。

#### イ 療養病棟入院基本料

(ア) 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。

(イ) 日常生活の自立度が低い入院患者については、厚生労働省通知「基本診療料の施設基準等及びその届出の手続きの取扱いについて」の別添6の別紙3を参考として、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。

### (3) 入院基本料等加算について

#### ア 救急・在宅等支援病床初期加算

- ① 入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等の診療録への記載が不十分である。

### (4) 短期滞在手術等基本料について

- ① 別紙様式8（短期滞在手術同意書）の記載内容が不十分である。

## 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 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。

### (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。
- ③ 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。

#### 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 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。

#### エ 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。

- ② 実態的に主病である難病に対する治療が行われていない場合について算定している。

#### オ 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。

#### カ 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。

#### キ 入院栄養食事指導料

- ① 管理栄養士への指示事項の診療録への記載が乏しい。

#### ク 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。

#### ケ 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。

#### コ 喘息治療管理料

- ① 保険医療機関に備えるべき機械及び器具がないにもかかわらず算定している。  
(胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態にあるもの))

#### サ がん性疼痛緩和指導管理料

- ① 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) 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 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。

### (4) 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ていないにもかかわらず、算定している。
- ③ 施設基準に適合していないにもかかわらず算定している。  
禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していない。

### (5) 肺血栓塞栓症予防管理料について

- ① 弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた医学管理を行っていないにもかかわらず算定している。

## (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) 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 他の医療機関からの患者に関する問い合わせに対する回答について算定している。
- ⑦ 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。

## (8) 診療情報提供料（Ⅱ）について

- ① 診療情報提供料（Ⅱ）は、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定するものであること。

## (9) 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、処方の都度、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 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。

## (10) 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、留意すること。
- (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) 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。
- (オ) 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）。

#### 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 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。
- (エ) 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。

#### 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。

#### 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。
- (イ) 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。

#### オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- (ア) 在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合に算定している。

#### カ 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。

(エ) 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。

(オ) 訪問看護指示料について、疾病、傷病のために通院が困難な患者でないものに対して算定している。

#### キ 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

ア 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) 在宅酸素療法指導管理料

(ウ) 在宅人工呼吸指導管理料

(エ) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

(オ) 在宅寝たきり患者処置指導管理料

### (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 血糖自己測定器加算を算定した場合は診療報酬明細書の「摘要」欄に実際に測定した回数を記載すること。

また、患者が1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを「摘要」欄に記載すること。

### (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

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。

## 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 必要以上に実施回数の多い検査
  - ① 生化学検査（I）
  - ② 内分泌学的検査
- ウ 健康診断として実施した検査
- エ 医学的に必要性が乏しい検査
  - ① 末梢血液像（自動機械法）

(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**

- 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。

**エ 経皮的動脈血酸素飽和度測定**

- ① 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。

**カ 血液採取**

- ① 糖試験紙法にかかる血液採取についてD400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。

**キ その他**

- ① 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。
- ② 脈波図により脈波伝達速度を求めて行う検査については、血管伸展性検査により算定すること。

## 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撮影
- ② 単純エックス線及び頭部CT撮影

(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。

## 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カロナル錠の投与
- ② クレストール錠 50mg とネオーラル 25mg カプセルの併用投与

(2) 次の適応外投与の例が認められたので改めること。

- ① 感染病名のない患者に対するメロペン点滴用バイアル 0.5g の点滴注射
- ② 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の投与
- ③ 統合失調症以外の患者に対するハロマンズ注 50mg の投与
- ④ 手術中の患者に投与しているロピオン静注 50mg

(3) 次の用法外投与の例が認められたので改めること。

- ① 局所投与しているアミカシン硫酸塩注射液 200mg
- ② 局所投与している塩酸バンコマイシン点滴静注用 0.5g

(4) 次の長期漫然投与の例が認められたので改めること。

- ① P P I の長期にわたる投与
- ② H<sub>2</sub> 受容体拮抗剤の長期にわたる投与

(5) 次の重複投与の例が認められたので改めること。

- ① H<sub>2</sub> ブロッカーと P P I の投与

(6) 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。
- 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。(処方薬の「変更不可」欄がない)
- ⑥ 電話再診時に投薬している。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 爪白癬治療薬の使用について、細菌顕微鏡検査等適正な手段を踏まずに投与している
- ⑫ 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特定疾患処方管理加算を算定している。
- ⑬ 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。
- ⑭ プラスチックカニューレ型静脈内留置針について、24時間未満の留置であるにもかかわらず算定している。
- ⑮ 特段の事情がないにもかかわらず家族から症状を聞いて薬剤を投与していた。
- ⑯ 外来化学療法加算は、悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法、用量、その他の留意点について、文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定すること。
- ⑰ 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。

## 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 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。

#### イ 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。)

#### ウ 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。

#### エ 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。

#### オ その他

- ① 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。

### (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。

## 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。
- ④ 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。
- ⑤ 医療保護入院等診療料について、診療録への治療計画・説明の要点の記載が不十分。
- ⑥ 重度認知症患者デイ・ケア料について、「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当していないものに対して算定している。
- ⑦ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、統合失調症以外の患者で算定している。
- ⑧ 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。
- ⑨ 精神科作業療法について、実施される作業内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とすることに留意すること。

## 12 処置

- ① 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。
- ② 人工腎臓の実施時間に係る記載が画一的であるので、正確な時間を記載すること。
- ③ 皮膚科軟膏処置を実施した際に処置の範囲が診療録に記載されていない。
- ④ 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。
- ⑤ 診療録への所見等の記載が乏しい。
- ⑥ 在宅自己導尿指導管理料に係る在宅療養指導管理材料加算を算定している患者について、膀胱洗浄の費用を算定している。
- ⑦ 扁桃処置について、処置した内容を診療録に記載していない。診療録は、保険請求の根拠となるものなので、必要事項の記載を十分に行うこと。
- ⑧ 消炎鎮痛等処置について、同一日に呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定しているにもかかわらず算定している。
- ⑨ 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。

## 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。

## 14 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。

## 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 経口補水液のみを提供する場合や主として経静脈的に栄養投与されている患者に対し、腸内環境整備のためにわずかな栄養素のみを投与する場合等、当該患者に対して必要なエネルギーをまかなうための食事を提供していない場合は、入院時食事療養費を算定することはできないこと。

## 17 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 未収の一部負担金に係る納入督促を行っていない。

- ④ 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。
- ⑤ 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。

## 18 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。

## 19 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

## 20 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 自己診療は、保険診療上認められないので、改めること。
- 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 特別養護老人ホーム等の職員（看護師・理学療法士等）が行った医療行為については診療報酬を算定できないので留意すること。