

平成 **22** 年度に実施した個別指導において
保険医療機関（医科）に改善を求めた主な
指摘事項

目次

I	診療に係る事項	
1.	診療録等	1
2.	傷病名	2
3.	基本診療料等	2
4.	特掲診療料	5
5.	検査	9
6.	画像診断	11
7.	投薬	12
8.	注射	16
9.	リハビリテーション	18
10.	精神科専門療法	19
11.	処置	20
12.	手術	21
13.	麻酔	22
14.	病理診断	23
15.	特定保険医療材料	24
II	看護・食事に係る事項	
1.	看護	24
2.	食事	25
III	事務的取扱いに係る事項等	
1.	診療録の様式、取扱い	26
2.	届出事項等	27
3.	標示	27
4.	院内掲示	27
5.	特別の療養環境の提供	28
6.	一部負担金に係る事項	28
7.	領収証	29
8.	保険証の取扱い	29
9.	自己診療（医師が自身に対して保険診療を行うこと）	29
10.	自家診療（医師の家族や従業員に対し保険診療を行うこと）	29
11.	その他	30
IV	その他	
1.	電子カルテシステムに関する事項	30
2.	診療報酬の請求に関する事項	32
3.	療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱い	32
4.	D P C コーディング	33

I 診療に係る事項

1. 診療録等

(1) 診療録の記載

- 傷病名の記載漏れが見られた。
- 初診時の主訴、現病歴、既往歴及び家族歴等の記録が不十分である。
- 傷病名の診断根拠となる記載が不十分である。
- 初診時所見、医学管理、指導管理等の記載が不十分な例、或いは一律定型的な記載のみの例が認められる。
- 診療録に病歴や所見の記載が見られないものがあるので、遅滞なく記載すること。
- 診療報酬明細書では全ての傷病名が主病とされていた。主病の定義を確認の上、適正に主病を付けること。
- 検査結果の評価や治療方針の検討などの記載が不十分である。
- 皮膚疾患の記載が診療録2号様式の左側の主要症状等の欄の記載のみであり、図示や写真記録のない症例が見受けられた。
- 血液生化学的検査などの検査結果が、診療録に記載、添付されていない事例が見受けられた。
- 病名が整理されていない。
- 手術、処置、検査等で使用した薬剤については、薬剤名、規格、使用量等を具体的に診療録に記載すること。
- 診療録は、保険請求の根拠になるだけではなく、実施された医療行為の正当性、妥当性を証明する「公的な文書」であるという認識を持って医師は診療の都度、遅滞なく診療の内容を診療録に記載すること。
- 複数の医師が診察する場合は、診療録に担当医師のサインを行うこと。
- 非医師が診療録を記載する場合は、職種を明記した上で署名すること。
- 診療録の訂正において修正テープの使用による訂正や黒く塗りつぶした訂正が見られたので、二本線で抹消し訂正すること。
- 診療録の記載は、第三者にも判読できるよう明瞭に記載すること。
- 診療録に鉛筆書きがあったが、必要な事項は全てボールペン等により記載すること。
- 診療録に部位の記載をすること。
- 薬の処方をして診療録に記載するときは、略号でなく正式の薬剤名を記載すること。
- 入院患者のカルテで毎日の回診時の所見が記載されていないものが認められるので毎日記載すること。
- 保険診療と自由診療は診療録を別けて記載すること。
- 診療録の様式について、定められた様式に準じること。
- 電子カルテについて、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠していない例が認められるので改めること。

2. 傷病名

- 傷病名欄には、急性・慢性、左・右又は両側の区別、部位等を可能な限り記載すること。なお、症候名はやむを得ない場合を除き記載しない。
- 診療録の傷病名について、**ICD10**に則って記載するのが望ましい。
- 診療録の傷病名記載において、一傷病名を一欄に記載すること。
- 長期に渡り「疑い傷病名」、「急性傷病名」が付与されている。
- 関連のある傷病名や重複傷病名、或いは既に終了していると思われる傷病名が数多く見られるので、適切に整理すること。
- 手術前等に必要があって実施する検査に対する「疑い」傷病名（肝機能障害の疑い、腎機能障害の疑い、ウイルス性肝炎の疑い、梅毒の疑い、糖尿病の疑い、出血傾向の疑い等）は不必要なので付与しないこと。
- 気管支喘息の診断があってテオドール投与中の患者の血中テオフィリン濃度測定のために付与された「テオフィリン中毒の疑い」は、不必要なので付与しないこと。
- 診療録に傷病名の開始日、終了日、転帰の記載がない。
- 入力ミスによる誤った病名がレセプトに見られた。
- 非常に多数の傷病名が付与されている。
- 検査・投薬・注射等に対する傷病名の記載漏れが認められる。
- 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、症状詳記（病状説明）を記載すること。

3. 基本診療料等

(1) 初診料

- 慢性疾患等明らかに同一の疾患と思われる場合の診療は1月以上経過していても初診として取り扱わないこと。

(2) 再診料

- 再診料は、医師が対面診察を行い、その結果を診療録に記載した場合に算定すること。
- ① 電話再診
 - 電話再診料は、患者等から治療上の意見を求められた場合において、医師が治療上必要な指示をした場合に限り算定できるものである。
- ② 外来管理加算（**A001注6**）
 - 算定要件（医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）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し、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。）を満たしていない例が認められる。

- 再診にて消炎鎮痛等処置を行った際、消炎鎮痛等処置を算定せずに、外来管理加算を算定している事例が認められる。
- 処置を行った日に外来管理加算が算定されている例が認められる。

(3) 時間外加算・休日加算・夜間早朝等加算（初診料・再診料・外来診療料）

- 夜間・早朝等加算を算定する場合には、受付時刻を診療録に記載すること。なお、土曜日は正午以降の標榜診療時間内に受付を行った患者が算定対象となる。

(4) 入院料等・入院診療計画

- 入院診療計画書に空欄のあるものが見られるので、空欄がないよう適切に記載すること。
- 入院診療計画書において、本人・家族の署名欄にサインのないものが見られたので、説明を行った後確実に本人・家族からの署名を受けること。
- 入院診療計画書が入院後7日を超えて作成された事例が認められた。入院基本料の算定に係る重要な問題であることを十分認識すること。
- 入院診療計画書に「主治医以外の担当者」や「本人・家族の署名」欄がないので、定められた様式を参考に改善すること。
- 入院診療計画書の主治医以外の担当者名欄に名字のみの記入となっているものが見受けられたので、氏名はフルネームで記入すること。
- 入院診療計画書を患者に交付していない又はその写しを診療録に貼付していない例が認められる。

(5) 入院料等・院内感染対策

- 微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が作成されていないので、週1回程度作成の上、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制を整備すること。
- 医療区分3の「18」感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態の適用患者（**MRSA**感染者）については、院内感染防止対策（手袋の着用、ガウンテクニック、バクトロバン鼻腔用軟膏の使用等）を適切に行うべきである。

(6) 入院料等・医療安全管理体制

- 医療安全管理体制について、安全管理のための指針及び医療事故等の院内報告制度が整備されておらず、また、安全管理のための委員会及び体制確保のための職員研修が開催されていないので、速やかに改善すること。
- 医療安全対策委員会の議事録の記載内容が乏しく、インシデント等の報告が同委員会で検討されていない。

(7) 入院基本料

- 療養病床入院患者の医療区分の評価は適切に行うこと。特に、「33」うつ症状に対する治療を実施している状態については“評価の手引き”を再確認すること。
- 療養病棟に入院する患者について、「医療区分・ADL区分評価票」を用いて評価することとされているが、「31」褥瘡に対する治療を実施している状態については、褥瘡の程度を客観的に写真又は図により評価し、第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2ヵ所以上に認められるものについて適用すること。
- 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料について、病床種別毎に入院基本料の看護職員数等の基準を満たしていることを毎月確認すること。

(8) 入院基本料等加算

- ① 救急医療管理加算 (A205)
 - 救急医療管理加算の対象となる患者は、あくまでも“重症患者”と判断される状態の患者であるのでその判定は適切に行うこと。
- ② 診療録管理体制加算 (A207)
 - 診療録管理規定が内容的に委員会の規定のみになっていると思われるので、診療録の保管・管理に関する規定としてふさわしいものに見直すこと。
 - 診療録開示に関する規定を整備すること。(日本医師会の指針を参考とすること。)
- ③ 超重症児(者)入院診療加算 (A212)
 - 判定スコアの記入はあるが、判定スコアの根拠が診療録に記載されていないので記載すること。
- ④ がん診療連携拠点病院加算 (A232)
 - がん診療連携拠点病院加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師からの紹介により悪性腫瘍と診断された患者に算定できるものである。
- ⑤ 医療安全対策加算1 (A234)
 - 施設基準の要件は「医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員が配置されていること」となっているが、各部門の専任の職員について、安全委員会の構成員と混同していると思われる。医療安全対策加算1における各部門の専任職員と安全委員会の構成員は別であるので、明確に整理した上で運用すること。

(9) 特定入院料

- ① 特定集中治療室管理料 (A301)
 - 特定集中治療室管理料1の届出病床は8床であるが、一時的に入院患者の入室が9床から10床となっているので、届出病床の範囲で運用すること。

4. 特掲診療料

(1) 医学管理等

① 特定疾患療養管理料 (B00)

- 厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対して適切な管理を行い、その内容の要点を診療録に記載した場合に算定できることとなっているが、診療録及び診療報酬明細書に主病の表示がないので、必ず主病を表示すること。

② 特定疾患治療管理料 (2 特定薬剤治療管理料) (B01)

- 特定薬剤治療管理料を算定するときは、投与薬剤の血中濃度の測定結果に基づき治療計画の要点を診療録に記載することとなっているが、血中濃度は測定しているものの、治療計画の要点を診療録に記載せずに算定しているものが見受けられた。診療録に治療計画の要点を記載すること。

③ 特定疾患治療管理料 (3 悪性腫瘍特異物質治療管理料) (B01)

- 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点が診療録に記載されていない。
- すでに悪性腫瘍であることが診断されている者に対するフォローのための腫瘍マーカー測定は、腫瘍マーカーの検査料ではなく、悪性腫瘍特異物質治療管理料を適用すること。なお、当該管理料を請求する場合は、診療録に測定した腫瘍マーカー名及び測定値、並びに測定結果に基づく治療計画の要点を記載する必要がある。

④ 特定疾患治療管理料 (6 てんかん指導料) (B01)

- てんかん指導料を算定するときは、治療計画に基づき療養上必要な指導を行い、診療計画と診療内容の要点を診療録に記載することとなっているが、その診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載せずに算定しているものが見受けられた。診療録に診療計画及び診療内容の要点を記載すること。

⑤ 特定疾患治療管理料 (7 難病外来指導管理料) (B01)

- 診療計画及び診療内容の要点が記載されていない例が認められる。

⑥ 特定疾患治療管理料 (8 皮膚科特定疾患指導管理料) (B01)

- 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例が認められる。

⑦ 特定疾患治療管理料 (9 外来栄養食事指導料) (B01)

- 医師による管理栄養士への指示事項が診療録に記載(熱量・熱量構成、蛋白質質量、脂質量・脂質構成)がない。
- 栄養食事指導料(外来、入院、集団)の算定対象患者は、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者である。

⑧ 特定疾患治療管理料 (12 心臓ペースメーカー指導管理料) (B01)

- 計測した機能指標の値及び指導内容の要点が診療録に記載されていない例が認められる。

⑨ 特定疾患治療管理料 (13 在宅療養指導料) (B01)

- 在宅療養指導料の算定要件として、次の事項が定められている。
 - a 保健師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要である。

b 医師は、診療録に保健師又は看護師への指示事項を記載する。

c 保健師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

在宅療養指導料を算定しているが、前記の a b c の条件を満たしていないものが多数認められた。

- ⑩ 特定疾患治療管理料（17 慢性疼痛疾患管理料）（B001）
 - 慢性疼痛疾患管理料の算定について、非該当患者に対する算定が認められる。
- ⑪ 特定疾患治療管理料（22 がん性疼痛緩和指導管理料）（B001）
 - がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する必要がある。（WFO方式のがん性疼痛の治療を行っていることのみでは算定できないことに留意する。）
- ⑫ 小児科外来診療料（B001-2）
 - 3歳未満の幼児について、小児科外来診療料（包括算定）を算定すべきところを外来診療料にて出来高算定している例が認められる。
- ⑬ 乳幼児育児栄養指導料（B001-2-3）
 - 乳幼児育児栄養指導料について、指導の要点を診療録に記載していない例が認められる。
- ⑭ 地域連携夜間・休日診療料（B001-2-4）
 - 地域連携夜間・休日診療料は、地域における夜間・休日の医療体制を特定の医療機関が単独で確保するのではなく、地域の病院・診療所の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価したものであるため、地域連携の強化に努めること。
- ⑮ 生活習慣病管理料（B001-3）
 - 生活習慣病管理料の対象患者については、少なくとも月1回の治療管理を行い、かつ所定の様式の“療養計画書”を4月に1回交付する必要がある。
 - 患者に交付する療養計画書の書式については適切であるが、患者の署名がない等の不適切な例が認められるので改めること。
- ⑯ ニコチン依存症管理料（B001-3-2）
 - ニコチン依存症管理料について、治療管理の要点を診療録に記載していない。
- ⑰ 開放型病院共同指導料（I）（B002）
 - 開放型病院共同指導料（I）は、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に算定すること。
- ⑱ 介護支援連携指導料（B005-1-2）
 - 介護支援連携指導料の算定例で、提供した文書の写しの診療録への添付が見られないなど、不備が認められる。
- ⑲ 薬剤管理指導料（B008）
 - 薬剤管理指導料は、薬剤管理指導記録に基づき、処方された薬剤の投与量、投与

方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を行った場合に算定できるものである。

- 安全性情報に関して薬剤師から医師への文書による連絡がない。
- ⑳ 診療情報提供料（Ⅰ）（B009）
 - 診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合は、交付した文書の写しを診療録に添付しておくこと。
 - 定められた様式を用いて診療情報の提供を行うこと。
 - 紹介先の機関名を特定していない文書で算定している例が認められた。
 - 紹介目的を記載していない文書で算定している例が認められる。
- ㉑ 診療情報提供料（Ⅱ）（B010）
 - 診療情報提供料（Ⅱ）は、セカンドオピニオン外来（保険診療外である。）に患者を紹介した場合に算定できるものであり、診療情報提供料（Ⅰ）とは正確に区別すること。
- ㉒ 薬剤情報提供料（B011-3）
 - 薬剤情報提供料を算定する場合には、「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文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。」とあるが、診療録では算定した月日が特定できない。同提供料を算定した場合には、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載すること。
- ㉓ 傷病手当金意見書交付料（B012）
 - 傷病手当金意見書を交付した際には、診療録の労務不能に関する意見欄に必要事項を記載すること。
- ㉔ 療養費同意書交付料（B013）
 - 腰痛症、頸腕症候群、肩関節周囲炎、神経痛等の診断日に療養費同意書が交付されているが、はり・きゅうの施術にかかる療養費同意書は、医師が療養の給付を行うことが困難であると判断した場合に交付できるもので、単に患者の希望や、疲労回復等では算定できない。また、同一部位に対して医療機関と施術所で併行して治療を行うことは禁止されている。

（2）在宅医療

- ① 往診料（C000）
 - 往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるもので、定期的ないし計画的に患家に赴き診療を行った場合には算定できない。
- ② 在宅患者訪問診療料（C001）
 - 「往診」と「訪問診療」の区別（理解）を明確に行うこと。
 - 訪問診療計画の作成が行われていない。
 - 訪問診療の計画及び診療内容の要点が診療録に記載されていない（記載が不十分である）。

- 在宅患者訪問診療料について、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者ではないにもかかわらず、在宅患者訪問診療料が月に28回算定されているものが認められた。
- ③ 在宅時医学総合管理料（C002）
 - 在宅時医学総合管理に際しては、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その要点を診療録に記載すること。なお、「1」については、往診及び訪問看護による24時間対応の必要な患者に対して、連絡担当者、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について文書により提供する必要がある。
- ④ 特定施設入居時等医学総合管理料（C002-2）
 - 特定施設入居時等医学総合管理料は、1月に1回に限り算定できるが算定する際には、個別の患者ごとに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あたる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載する必要がある。
- ⑤ 在宅患者訪問看護・指導料（C005）
 - 在宅患者訪問看護・指導料を算定した日は、診療実日数に加えないこと。また、当日の再診料や創傷処置料は算定できない。
- ⑥ 訪問看護指示料（C007）
 - 通院可能と考えられる患者に対して訪問看護指示料を算定している症例が見受けられた。在宅医療に当たっては、通院困難であるかどうか十分検討して算定すること。
- ⑦ 在宅療養指導管理料
 - 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点が診療録に記載されていない例が認められる。
- ⑧ 在宅自己注射指導管理料（C101）
 - 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、当該在宅自己注射に係る注射の手技料及び注射薬の費用は算定できないので注意すること。
 - 糖尿病患者に在宅自己注射指導管理料を算定し血糖自己測定器加算を算定するときは在宅で血糖の自己測定をさせその記録に基づき指導を行うこととなっている。その際、測定回数と患者が測定し記録していることの確認が必要である。そのために患者が持参した記録のコピー（複写）を診療録に添付してそれに基づく指導内容を診療録に記載すること。
- ⑨ 在宅酸素療法指導管理料（C103）
 - 在宅酸素療法指導管理料の算定について、対象疾患ではない急性呼吸不全で算定されている例が認められる。
 - 配置医師は、在宅酸素療法指導管理料は算定できないこととされているが、特別養護老人ホームに入所している者に在宅酸素療法指導管理料が算定されているものがあつた。

- ⑩ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 (C108)
 - FOLFOX FOLFIRI 療法のみを行った場合に算定されている例が認められる。
- ⑪ 血糖自己測定器加算 (C150)
 - 血糖自己測定器加算の算定に当たっては、測定回数に応じた請求とすること。
 - 血糖自己測定器加算に関して、血糖の自己測定回数を証明する記録が診療録に添付されていないにもかかわらず、血糖自己測定器加算が算定されているケースがあった。

5. 検査

(1) 必要性

- 検査は必要性を十分に考慮して、段階を踏んで必要最小限の回数で行うこと。
- 検査対象の疾患が無いにもかかわらず検査が実施されている例が認められる。
- 「ウイルス性肝炎の疑い」でHBs抗体価の検査は不必要である。
- 「糖尿病の疑い」で HbA1c を施行する場合は、症状や他の検査結果等から真に疑われる場合に限ること。
- 循環器A、スクリーニングA等とセット検査が頻繁に行われている。
- 疑い傷病名で、多くの腫瘍マーカー検査が実施されている。
- 患者の訴え、症状、所見の記載がなく、パターン化された一連の疑い病名(レセプト病名：肝機能障害、梅毒、C型肝炎、不整脈疑い)で検査を実施することは適切ではない。
- 「シスタチンCは、尿素窒素 (BUN) 又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。」となっている。そのため、尿素窒素 (BUN) 又はクレアチニンが、正常又は不明な場合は算定できない。
- 肝臓癌又はB型肝炎等の適応疾患が無いのにα-フェトプロテインが算定されているもの、リンパ系悪性腫瘍又はその疑いの疾患名が無いのにインターロイキン2受容体が算定されているものが認められた。検査を行う時はその必要性和算定要件を十分考慮すること。

(2) 画一的な検査

- 画一的、あるいは投網を掛けるような検査は適切ではない。
- 術前検査として画一的に実施された血液生化学検査、肝炎ウイルス検査が多数認められるので改めること。
- 検査を施行する場合は、患者の症状・所見に応じて必要と思われるものを行うこと。
- 血液検査に末梢血液像・網赤血球数・フェリチンが画一的に行われ算定されている。
- 呼吸心拍監視が、手術時に一律に算定されている。

(3) 腫瘍マーカー

- 胃癌術後患者に「前立腺癌疑い」の病名で、腫瘍マーカー3項目の検査が行われている事例が認められる。

- PSAは、診察及び腫瘍マーカー以外の検査から、悪性腫瘍が強く疑われた場合に算定すること。（直腸診、超音波検査なくして算定されていた。）
- 悪性腫瘍が確定している患者に対して行われた腫瘍マーカーの検査は、「悪性腫瘍特異物質治療管理料」を適用すること。

（４）重複

- 呼吸器リハビリテーション実施時に行われた経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できない。
- 胃瘻カテーテル交換法の算定時に、胃・十二指腸内視鏡検査、胃の造影剤使用撮影、胃の透視診断が算定されているものがあつた。胃・十二指腸内視鏡検査を算定する場合は、胃の造影剤使用撮影、胃の透視診断は算定できない。

（５）回数過剰

- ４月以内の【D217 骨塩定量検査】の算定が認められる。
- CRPや末梢血液一般の検査回数が過剰傾向にあるので、必要に応じて実施すること。
- 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）の検査が、連月で行われ算定されているものがあつた。

（６）健康診断的検査

- 健康診断的な検査が散見された。保険診療と健康診断は明確に区別すること。
- 病名がすべて疑い病名で、各種検査を行っている例があつた。

（７）個別指摘事項

- ① 外来迅速検体検査加算
 - 外来迅速検体検査加算について、定められた検査のうち、当日中に結果がでなかつたものがあるにもかかわらず算定されている事例が認められる。
- ② 尿沈渣顕微鏡検査（D002）
 - 尿沈渣顕微鏡検査について、尿中一般物質定性半定量検査若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その実施の必要があると考えられる場合以外に実施している例が認められる。
 - 尿沈渣顕微鏡検査が実施されているが、対応する傷病名が見られない。
- ③ 梅毒脂質抗原使用検査（D012の1）
 - 外来でのリハビリテーション時に、「梅毒の疑い」として梅毒脂質抗原使用検査の算定は認められない。
- ④ ヘリコバクター・ピロリ抗体検査（D012の9）
 - ヘリコバクター・ピロリ感染の保険取扱いに関するの通知を十分に理解すること。
 - ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌後検査については、除菌終了年月日を記載すること。

- ヘリコバクター・ピロリ菌の感染診断は、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍、胃 **MALT** リンパ腫、**ITP**、早期胃癌の内視鏡的治療後の患者に限られる。
- ⑤ **HPV**核酸同定検査 (**D023**の**6**)
 - 子宮頸管及び子宮内膜細胞診と併施した**HPV**核酸同定検査は算定できない。
- ⑥ 超音波検査 (**D15**)
 - 超音波検査を行っているが、その画像が電子カルテには全く反映されていない。また、結果に対する評価も行われていない。検査を行ったら、評価を行い、正常・異常にかかわらず診療録に記載すること。
 - 心エコー検査時の弁口面積、心室の長径・短径や心拍出量等検査を行った時の結果を診療録に記載すること。
- ⑦ 呼吸心拍監視 (**D20**)
 - 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例で呼吸心拍監視が算定されている。
 - 局所麻酔下の手術で呼吸心拍監視が算定されていたが、ただモニターを設置しただけであり、算定要件を満たしていない例があった。
- ⑧ 神経学的検査 (**D39-3**)
 - 別紙様式**19** (神経学的検査チャート) に準じた様式で神経学的検査を行っているが、小児に対する神経学的検査も同じ様式を使用している。小児に対する神経学的検査は別紙様式**19**の**2** (小児神経学的検査チャート) があるので、今後は別紙様式**19**の**2**を用いて検査すること。
- ⑨ コンタクトレンズ検査料 (**D82-3**)
 - コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者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のみを算定すること。
 - コンタクトレンズの装用中止を指示した場合は、その旨を診療録に記載すること。
- ⑩ 臨床心理・神経心理検査 (**D82-3**)
 - 医師による分析結果が診療録に記載されていない例が認められる。
- ⑪ その他
 - 検査にあたり、診療録に医師の指示を記載していない例が認められる。
 - 実際に行った検査の値と異なる値を記載している例が認められる。
 - 検査ではビタミン**B12**を測定しているのに、診療報酬明細書の傷病名欄には「ビタミン**B1**欠乏症の疑い」となっている。
 - 算定要件 (医師による要点の記載) を満たさない検査が認められる。

6. 画像診断

- 胸部**Xp**と肋骨**Xp**、或いは足**Xp**と足指**Xp**のように、同時に同一の方法 (単純撮影) で同一のフィルム面に撮影しうる範囲を撮影した場合は一連として算定すること。
- 骨折などにおいて単純撮影等の画像診断を行っているが、その画像の評価が診療録上では第三者には分かりづらい記載となっている。

- CT撮影について、自院で腹部CT撮影を行った翌月に、特別な関係にある医療機関からの依頼による、同部位の検診的腹部CT撮影の実施例が認められる。
- 画像診断管理加算が地方厚生局に届出された画像診断を専ら担当する常勤の医師以外の医師が読影したものについて算定されている例が認められる。
- 画像診断の実施に当たり、診療録に読影結果が記載されていない例があるので改めること。

7. 投薬

(1) 禁忌投薬

- 鎮痛・消炎・解熱剤であるロキソプロフェン錠は、消化性潰瘍に対しては禁忌である。
- 薬事法承認事項が遵守されていない等、不適切な投与例が認められた。

(不適切な例)

- ア 痔疾患に対するインテバン坐薬・ボルタレンサポの投与。
- イ 胃潰瘍患者に対するアデフロニック錠、ロキソニン錠、セレコックス (NSAIDs) の投与。
- ウ 胃潰瘍の病名がありパリエット錠が算定されているにもかかわらずロルフェナミンやソファリンを算定。
- エ 白癬菌患者に対する副腎皮質ホルモン軟膏 (デルモベートクリーム等)。
- オ ストガー (H2ブロッカー) 投与中の胃潰瘍患者に対するボルタレンサポの投与。
- カ 糖尿病に対してセロクエル100mg錠の投与。

(2) 適応外投与

- 鎮痛剤 (ロキソニン) の内服剤を投与されている患者に、カシロン静注が算定されているものがあつた。カシロン静注の用法として、「鎮痛剤の経口投与が不可能か、急速に症状を改善する必要がある場合のみ使用」となっているので留意すること。
- 適応症 (効能・効果) に一致しない病名でのビタミン剤 (シナール等) の算定がみられるのでビタミン剤の投与時にはその必要性を考慮すること。
- アルブミン製剤は、投与前に血清アルブミン濃度を確認し、投与開始後も3日程度で再確認を行い、投与量を最小限にするよう努めること。
- リモデリンカプセルが投与されているにもかかわらず、血清カルシウム濃度が殆ど検査されていないものが認められた。用法として、血清カルシウム濃度の十分な管理のもと投与量を調整することとされており、カルシウム濃度の異常な高値は危険であるので、きちんと管理すること。
- 不眠症の病名でリーゼが投与・算定されているものがあつた。リーゼは心身症、自律神経失調症等の適応疾患が決められており、単なる不眠症には適応がない。
- 薬事法承認事項が遵守されていない等、適応外の不適切な投与例が認められた。

(不適切な例)

- ア 解熱剤坐薬投与に際してキシロカインゼリーを算定。

- イ 心身症によらない高血圧症に対して処方されたエリスパン。
- ウ 診療録に炎症所見の記載が無いにもかかわらずタリビッド点眼液**5ml**を投与。
- エ イスコチン錠、エサンプトール錠を「結核」以外に投与。
- オ ツムラ治打撲一方エキス顆粒の「打撲によるはれ、痛み」がない患者への投与。
- カ ツムラ芍薬甘草湯エキスの「筋肉けいれんを起こさない例」への投与。
- キ 皮膚潰瘍以外の患者に対するプロスタンディン軟膏の投与。
- ク 白癬菌疑い患者に対する塩酸テルビナフィンクリーム（抗真菌剤）。
- ケ 手術に使用された外皮用殺菌剤（アクリノール液）は算定できない。
- コ 排尿障害患者に対するベシケアの投与。
- サ ベシケアの投与には「過活動膀胱」の記載が必要で、単なる「膀胱炎」では適応がない。
- シ 胃潰瘍や胃炎等の病名のない患者に対するレバピミド錠**100ng**、セルベックス細粒**10%**の投与。
- ス 胃潰瘍や逆流性食道炎等の病名のない患者に対するガスター錠**10ng**の投与。
- セ 統合失調症患者に対するマイスリー錠の投与。内視鏡検査で胃潰瘍が認められない患者にパリエット錠を投与。
- ソ めまいの患者に対して、「末梢神経障害」の傷病名を付けてメコバラミン錠を投与。
- タ 二次感染や湿潤、びらんを伴わない湿疹や皮膚炎に対してのリンデロン**VC**軟膏の投与。
- チ **H**ブロッカー（ザンタック）を佐薬として投与。
- ツ 胃炎患者に対するラニタック **150mg** 2錠の投与。
- テ 肝機能障害でのラエンネックの使用（慢性肝炎に限る）。
- ト 胃痛でのオメプラゾール錠の処方。
- ナ アレルギー性結膜炎の病名だけでクラビット点眼液の算定。
- ニ 甲状腺機能亢進症にチラージン**S**の処方。
- ヌ 感冒等の適応疾患が無く、診察所見もないにもかかわらずヘブンを投与。
- ネ 血清**K**の測定や低カリウム血症の記載が無く、症状等の診察所見の記載もないにもかかわらずアスパラ**K**の投与。
- ノ 角化性皮膚疾患が無いにもかかわらずザーネ軟膏を投薬。
- ハ 適応病名がないにもかかわらず、ピロリ菌除菌の目的でサワシリンカプセル、クラリスロマイシン、パリエット錠を算定。

(3) 用法外投与

- 薬事法承認事項が遵守されていない等、不適切な投与例が認められた。

(不適切な例)

- ア 肩関節周囲炎患者に対する制限期間を超えたアルツ注の投与。
- イ 逆流性食道炎患者に対する投与期間を超えたランソプラゾール**30mg**の投与。

ウ H2ブロッカーは佐薬として使用できない。

(4) 過量投与

- 過剰投与と考えられる処方が見られる。

(不適切な例)

- ア 高齢者にレンドルミンD **0.25ng 1錠**、リスミー**2ng 1錠**、ロヒプノール**2ng 1錠**が併用。
- イ 高齢者にレンドルミンD **0.25ng 3錠**を投与。
- ウ 糖尿病患者に対するダイアグリコ錠（経口血糖降下剤）の極量を超えての投与。
- エ アリセプトを最初から**10mg**で投与を開始した事例が認められる。
- オ ケフラールカプセルが一日3カプセルで42日分算定されている。

(5) 長期漫然投与

- 投薬、注射は長期漫然と投与することなく、必要性を十分考慮して投与すること。

(長期漫然投与の例)

- ア 変形性膝関節症及び肩関節周囲炎患者に対するヒアルロン酸ナトリウムの投与。
- イ 投与期限を超えた胃・十二指腸潰瘍患者に対するパリエットの投与。
- ウ メチコバル錠**0.5ng**の月余にわたる漫然投与。
- エ 逆流性食道炎患者に対する投与期限を超えてのタケプロン**30ng**の投与。
- 院外処方で連月40日分投与されているが、必要量だけを処方すること。
- 感染症に対する抗生物質の投与は、必要最小限の投与量かつ投与期間とし、長期間漫然と投与しないこと。
- 咽喉炎に対して抗生剤を12日間投与し、抗生剤投与時の腸内細菌叢の異常による大腸炎症状を惹起し、「細菌性腸炎」の病名の下に、抗生物質・化学療法剤耐性乳酸菌製剤を処方しているものが見られた。
- 鉄剤（フェロ・グラデュメット錠）の長期投与は、鉄過剰症発生の危険があり漫然と投薬しないよう十分注意すること。
- 慢性胃炎の病名で長期にわたってセルベックスの投与がされている。適応症は慢性胃炎の急性増悪期となっている。投薬を中止すると症状が再発増悪するときはその旨レセプトの備考欄に記載すること。
- 胃潰瘍、十二指腸潰瘍等が難治性等の時は、決められた算定日数を超えて投薬することは認められるが、その際は、レセプトの摘要欄にその理由を記載するか、病名欄に「難治性」や「再発性」を加えること。また、診療録の症状等の記載欄に、その所見（訴えや症状等）を記載すること。

(6) 重複投与

- 同一の効能効果のものについては、1種類を投与すること。

(例)

- ア ビタミンB群製剤でパンビタン末とノイロビタン錠の同時投与。
- イ カポジ水痘様発疹症（帯状疱疹に準ず）に対しベルクスロン（アシクロビル）の内服剤と軟膏の同時投与。
- ウ 胃炎患者に対するファモスタジンとタガメットの同時投与。
- 抗菌剤の多剤投与（同じ適応症に対して、成分又は作用機序が異なるものを不必要に併用）の例が認められるので改めること。
 - （例）
 - ア 眼科術前周術期（特に術前）の無菌化療法としての、クラビット点眼液**0.5%**とベストロン点眼液**0.5%**の併用
 - ラミシールの内服薬と外用薬の重複投与が認められる。
 - 経口でガスポート、点滴でシメチランの重複（H2ブロッカー）事例が認められる。
 - プロテカジンとファモチジンの重複（H2ブロッカー）投与が認められる。
 - パリエット経口とオメプラール静注の併用（PPI）が認められる。

（7）多剤投与

- 抗菌剤の多剤投与の例が認められる。

（8）その他

- ビタミン剤（VB群製剤及びVC製剤に限る。）に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を診療録及びレセプトの摘要欄に記載すること。
- 服用時点及び投薬日数がともに同じ内服薬は、何種類あっても一剤としてまとめて請求すること。そのうえで内服薬が7種類以上となった場合の処方料は**29**点を算定し、薬剤料は所定点数の**100**分の**90**で請求すること。
- 一般病床から療養病床への転棟時に、一般病床の入院日数より多く算定されている薬剤料が認められた。
- 糖尿病患者の初診時に、血糖検査の結果を確認せずに、血糖降下剤を投与しているものがあつた。糖尿病患者の初診時には、食事療法、運動療法の指導を行い、その結果を見て投薬を考慮すること。
- 特定疾患処方管理加算
 - ・ 長期投薬加算は、厚生労働大臣が定める特定疾患に対する治療薬を1回**28**日間分以上処方した場合に算定できるものである。
 - ・ 骨粗鬆症に対して処方されたアルファースリーカプセルは特定疾患処方管理加算の対象ではない。
 - ・ 佐薬の処方で「慢性胃炎」の病名が付与され特定疾患処方管理加算を算定している例が認められる。

8. 注射

(1) 適応外使用

- ゴビラックス注が、免疫機能の低下した状態とは思えない帯状疱疹の患者に対して使用され、しかも、示されている用法の「1日3回、8時間ごとに7日間投与」が守られず、単に1日1回、3-4日しか投与されていない。
- シプロキサシ注が関節腔内に注入されていた。
- アルツ（ヒアルロン酸ナトリウム）が適応のない化膿性膝関節炎に対し関節腔内に投与されていた。
- ヒアルロン酸ナトリウム注の関節腔内注の適応には製剤名により相違があり、「連続5回注入」以上の「症状の維持を目的とする」使用法が認められないものがあるので十分に留意し、薬事法の規定を守ること。
- 末梢神経炎、筋肉痛等の病名で外来において、ビタミン（ナイロジン）注がなされているが、注射によらなければ治療効果を期待することが困難な場合、経口投与が不可能な場合、経口投与によって胃腸障害をおこす場合などを除いて外来でのビタミン注は認められない。
- 後期高齢者に更年期障害の病名でメルスモンが注射されているが、年齢的に更年期障害とは考えにくく、適応はない。
- 内視鏡検査や内視鏡によるポリペクトミーでインジゴカルミン注の算定が認められる。
- パルクス注10 μ gの適応は慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍、安静時疼痛の改善である。診療録には閉塞性動脈硬化症という傷病名はあるものの、疼痛の範囲を示す図のみで診断の根拠となる動脈閉塞の記載や四肢潰瘍、四肢の冷感等の記載はない例があった。
- 膝関節偽痛風患者に対するスベニールバイアル関節注の投与。
- 膝関節炎患者に対するスベニールバイアル関節注の投与。
- 緑内障手術患者に対するマイトマイシンの投与。
- 「経口摂取困難」の病名で5%ブドウ糖100mlの点滴が行われていた例があった。
- エポジン注シリンジ6000（適応：連続携行式腹膜灌流施行中の腎性貧血、透析導入前の腎性貧血、貯血量800ml以上で1週間以上の貯血期間を予定する術施行患者の自己血貯血）の使用に際して、腎性貧血の傷病名はあるものの、上記適応のどれにも該当しない例があった。
- キョウミノチン注の適応は「慢性肝疾患における肝機能障害」であり、単なる肝機能障害では適応がない。
- 頭蓋内洗浄に使用されたゲンタシン注。
- 頭蓋内洗浄用に使用された大塚蒸留水。
- MRSA感染症の傷病名が傷病名欄にないにもかかわらず、ハベカシン注を投与した例が認められる。
- エポジン注を自己血貯血でなく単なる貧血に際して使用したものが認められる。
- アセラート注は肝臓抽出製剤であり、慢性肝炎患者における肝機能改善が適応である。
- ソル・メドロール静注用500ngが気管支喘息の患者に点滴注射されていた。

- コンドナール注の静注は急性症状のみに適応となっているが、急性期疾患と思われな
い症例に漫然と静注されている例があった。
- 急性静脈血栓閉塞症の病名でリプルキット注が投与されているものが認められた。
- 静脈血栓症、右上腕内シャント血管狭窄症の病名で、ヘパリンやウロキナーゼが投与
され手術料を算定しているにもかかわらず、イントラファット注が点滴注射されている
ものが認められた。
- ショック時で無いにもかかわらず、水溶性ヒドロコトニ注射液 500mg が点滴注
射されているものが認められた。

(2) 用法外使用・過量投与

- ペンタジン注射液の鎮痛に対する用法は、筋注又は皮下注であるので薬事法承認事項
を遵守すべきである。
- ペンタジン注射液が、尿管結石の疼痛に対して点滴注射されているものが認められた。
- プラズマプロテインフラクションは、血清アルブミン濃度が急性状態で**3.0g**未満、慢
性状態で**2.5g**未満の時、それによる症状があるときに投与できることとなっている。
また、出血性ショック時にも投与できるが、供血者が献血時にエイズウイルスや肝炎ウ
イルスの潜在保有者である可能性（いわゆるウインドウピリオド）は常にあるので、シ
ョックの原因が大量出血ではないときには投与しないように留意すること。
- 肺炎などの感染症に抗生剤の注射を使用する際は特別な事情がない限り、用量に留意
すること。（モダケミン**0.5g 8A** → モダケミン**1g 4A**）。
- 関節内注射において、コハクサニン**10ng**の投与間隔**2週**以上を守らず投与されている例
が認められる。

(3) 投与経路

- 経口と注射の両方が選択可能な場合、経口投与を第一選択とすること。
- 食事摂取可能な場合、経口投与を第一選択とすること。

(例)

- ア 帯状疱疹患者に対するゾビラックス注とファムビル錠の併用。
- イ 末梢神経障害患者に対するメチコバル注の投与。
- ウ 鉄欠乏貧血患者に対するフェジン静注の投与。
- エ 外来でのビタミン剤は、注射でなく経口的に与えること。

(4) 治療上の必要性がないか、乏しいあるいは不明確な注射

- 食事摂取可能な患者に、ビタミン製剤（**B群**、**C**）が点滴投与されているにもかかわらず、その必要性が診療録及びレセプトに記載されていない例が認められた。
- 20%ブドウ糖液 20ml とビタミンB12（メチコバル）500μg 又はビタミンB
1（プロフィット）50mg を静脈内注射で施行したものが多数見られたが、ビタミン
B12 及びビタミンB1 剤は食事が十分摂取できずビタミンが欠乏する場合は適応とな

ること。

- 「低蛋白血症」の病名で漫然と、来院時のみマックアミン200mlの点滴がなされている事例が認められる。
- 「骨粗鬆症」でエルシトニン注の漫然治療が認められる。除痛効果について、診療録に評価の記載がない。
- ラエンネック注1Aを同日複数箇所にて皮下注射し、その箇所毎に注射実施料（手技料）を算定しているものが見受けられた。

（5）その他

- 注射用抗生物質3剤の使用は適切ではない。まず、最も感受性があり、傷病が適応と考えられる薬剤を使用し多くとも2剤までに留め、効果が見られない場合に他の薬剤に変更すること。
 - 投薬に際しては、後発医薬品の使用を配慮すること。
 - 経口剤優先の原則に留意すること。
 - 診療録に、末梢神経障害や鎖骨上神経炎の病名の記載はあるが、症状や診察所見の記載欄にこれらの疾患に関する記載が全くないにもかかわらず、ネオラミンスリーブの注射が頻回に算定されているものが見受けられた。
 - 抗生剤注射の長期使用の事例において、診療録に長期使用理由の記載が不十分なものや内服への移行ができない理由の記載のないものが見受けられた。
- ① 注射手技料
- 手術当日に関連して行われた点滴注射の手技料は算定できない。
 - 処置の患者に対し使用した局麻剤の注射手技料は算定できない。
 - 切開術等の手術における局所麻酔の際に、麻酔剤の注射手技料を算定していたが、これは算定できない。
- ② 関節腔内注射（㊦10）
- 関節腔内注射を行った場合、部位を明記すること。
- ③ 無菌製剤処理料（㊦20）
- 無菌製剤処理料1が、在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に算定されている。

9. リハビリテーション

- リハビリテーションを行うための機能検査や評価の記載をすること。
- リハビリテーション実施後の効果判定等を記載すること。
- リハビリテーション開始時及び開始後3ヶ月に1回以上、患者又は家族に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。
- 訓練内容の記録が画一的である例が認められるので改めること。
- リハビリテーションの実施にあたり機能訓練の内容及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）が診療録等に記載されていない。

- リハビリテーションの訓練実施時刻（開始時刻と終了時刻）が10分単位の区切りのよい画一的な時刻となっているのは信憑性に欠けるので実態に即した時刻を記載すること。
- 患者に交付するリハビリテーション総合実施計画書において、その内容が医療者には理解できても患者には理解しがたい略号（例：**THA**）で記載している例が認められる。
- リハビリテーション料は、実施計画又は総合実施計画が作成され、その内容を患者に説明した後に算定すること。なお、評価のみで訓練を行わなかった場合には算定できない。
- リハビリテーションの起算日について、不適切なリセットが認められる。
- 廃用症候群に対して脳血管疾患等リハビリテーション料を算定している患者において、レセプトに「廃用症候群に係る評価票」が添付されていない例が認められる。
- 評価を行った翌月にリハビリテーション総合計画評価料を算定しているものが見受けられた。
- リハビリテーション総合実施計画書の内容を家族に対して説明を行った場合において、家族の署名を受ける際に続柄も記入して貰うこと。
- リハビリテーション総合実施計画書の実施**PT**の署名欄が空欄になっている等、多職種が共同してリハビリテーション計画を策定しているとは認めがたいものがあり、患者へのリハビリテーション内容の説明も不十分と見受けられた。
- リハビリテーション総合計画評価料を算定するには「総合計画書」を作成し、所定の様式又はそれに準じて記載すること。
- リハビリテーション総合計画評価料の算定に当たり、患者に交付するリハビリテーション総合計画書について、所定の様式に定められた記入欄が一部空欄となっている例が認められる。

10. 精神科専門療法

- ① 入院精神療法（**I001**）
 - 時間の記載あるが、当該療法の要点の記載がパターン化されて同一文章であり、患者毎に具体的に記載すること。
 - 入院精神療法の適応がないアルツハイマー型認知症の患者に入院精神療法が算定されているものが認められた。
 - 診療録に精神療法に要した時間の記載がないにもかかわらず入院精神療法（**I**）を算定した事例が認められた。
- ② 通院・在宅精神療法（**I002**）
 - 当該療法の要点が診療録に記載されていない例が認められる。
 - 適応病名がない症例で行われている。
 - 患者の家族に対して通院・在宅精神療法を行っているが、家族の誰にどのような精神療法を行ったのか要点の記載がない。
 - 精神療法が行われていない日に算定しているのが認められた。

- 通院・在宅精神療法料「30分未満の場合」を算定する場合にも、診療録に当該診療に要した時間（5分を超えた場合）を記載する必要がある。
- 家族通院・在宅精神療法と患者本人に対する精神療法が同一週に算定された事例が認められた。暦週1回の算定原則を遵守すること。
- 通院・在宅精神療法の注3の加算について、20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）所定点数に200点を加算するとあるが、患者本人は20歳未満であるが、患者本人が同行することなく、家族のみに対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定している例があった。
- ③ 心身医学療法（I004）
 - 心身医学療法の算定について、当該療法の算定要件には「初診時には診療時間が30分を超えた場合に算定できる」と規定されているが、診療録では診療時間が確認できなかった。
- ④ 入院集団精神療法（I005）
 - 入院集団精神療法について、週2回を超えて実施されたものに対して算定されている例が認められる。
 - 入院集団精神療法について、要点の記載がない例が認められる。
- ⑤ 精神科作業療法（I007）
 - 当該療法の要点が個々の患者の診療録に記載されていない例が認められる。
- ⑥ 精神科デイ・ケア（I009）
 - 精神科デイ・ケアで来院した場合において、診療録にデイ・ケアの押印のみが見られたので、診察所見について記載しておくこと。
- ⑦ 精神科訪問看護・指導料（I012）
 - 保健師等に対して行った指示内容の要点が診療録に記載されていない例が認められる。

11. 処置

- 処置や消炎鎮痛処置で来院した日においても、診療録の症状経過欄に毎回の症状や診察所見を記載すること。
- 鼓室処置が鼓膜穿孔耳でない部位について算定しているものが見受けられた。
- 皮膚科軟膏処置及び創傷処置の部位や大きさなどの図示を診療録に記載せずに処置点数を算定しているものが見受けられた。
- 創傷処置で過大な範囲での項目で算定されていた。
- 診療録記載が不十分な創傷処置の算定。（処置内容、処置した範囲、使用した薬剤等を記載する。）
- 手術当日に行った酸素吸入の処置料は、術前、術後にかかわらず算定できないこと。
- 肋骨骨折に対してバストバンドで固定した場合は、J119-2腰部又は胸部固定帯固

定（1日につき）35点とJ200の固定帯加算170点で算定すること。

- ① 胃瘻カテーテル交換法（J043-4）
 - 画像診断や内視鏡検査等が実施されていない胃瘻カテーテル交換法が認められる。
- ② 血腫，膿腫穿刺（J059-2）
 - 母趾爪下血腫に対し血腫穿刺が算定されていたが、小範囲のものは算定できない。
- ③ 留置カテーテル設置（J063）
 - 留置カテーテル設置時に使用する生食は請求できない。
- ④ 関節穿刺（J116）
 - ガングリオン穿刺術を関節穿刺で算定していた。
- ⑤ 消炎鎮痛等処置（J119）
 - 消炎鎮痛等処置は「1日につき」の点数設定であるので、例え異なる時間帯であっても、又異なる部位や手技であっても、同一日においては当該処置料は1回のみ算定である。
 - 対象疾患が無く消炎鎮痛等処置が算定されている例が認められる。

12. 手術

- 頭部挫創に対しての創傷処理を局麻なしで縫合器具を使用し行っているが、局麻剤なしでの手術は誤解を受けやすいので、レセプトに注記が必要である。
 - 処置として算定すべきところを、手術として算定しているものがあった。（絆創膏固定術として算定されるべきものが、靭帯断裂縫合術として誤算定されていた。）
 - 手術の説明文書が診療録に添付されていない例が認められる。
- ① 手術記録
 - 手術記録が診療録に記載されていない例が認められる。
 - ② 輸血同意書
 - 血液製剤の種類及び本数が記載していないなど、記載が不十分である。
 - ③ 複数手術
 - **K716** 小腸切除術（2 悪性腫瘍手術 29,930点）+**K672** 胆嚢摘出術（19,760点の50%）の**39,810**点で請求されているが、実施された手術は小腸部分切除であることから小腸切除術（2 悪性腫瘍手術）ではなく、小腸切除術（1 悪性腫瘍手術以外の切除術 11,700点）で請求すべきものとする。従って、請求すべき手術点数は**K672** 胆嚢摘出術（19,760点）+**K716** 小腸切除術（1 悪性腫瘍手術以外の切除術 11,700点の50%）となり、**25,610**点となる。
 - 同一指に対し本来は主たるもの1つとして手術点数を算定すべきものを、創傷処理と骨折非観血的整復術（手）の2つとして算定している例が認められる。
 - 本来算定すべき手技料と異なる手技料で算定している例が認められる。
- （例）
- ア 手術記録から判断して本来は**K626**の1リンパ節摘出術（長径3cm未満）で算定すべきところ、**K627**の4リンパ節群郭清術（腋窩）で算定したものを。

- ④ 創傷処理 (K000)
 - 「創傷処置」に相当する例が、「創傷処理」として算定されていた。
 - 患者家族の依頼により、死後その体内からペースメーカーを除去する処理を行い K000創傷処理が算定されているものがあった。
- ⑤ 内視鏡的胃・十二指腸ポリープ・粘膜切除術 (K653)
 - 胃ポリープの病名で上記手術が請求されているが、ポリープ切除後の画像はなく、実際に切除が実施されたのか理解できない。胃・十二指腸ファイバー検査だけが行われたと考えられる。
- ⑥ 内視鏡的消化管止血術 (K654)
 - 内視鏡的消化管止血術が請求されているが、診療録の記載が不十分である。
- ⑦ 内視鏡的大腸ポリープ切除術 (K721-2)
 - ポリープ切除前後の画像がなく、実際に切除が実施されたのか理解できない。S状結腸ファイバースコープだけが行われたと考えられる。
- ⑧ 小腸結腸内視鏡的止血術 (K722)
 - 上記の止血術が請求されているが、診療録には下血の記載はなく、また、腸粘膜の出血部位及び止血操作後の画像はなく、腸粘膜の画像が1枚診療録に添付されており、実際に出血し止血術が実施されたとは理解できず、S状結腸ファイバースコープだけが行われたものと考えられる。
- ⑨ 超音波凝固切開装置等加算 (K931)
 - 超音波凝固切開装置等加算は、胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって算定できていることになっているが、鏡視下でない気胸の再手術に際して算定している。

1 3. 麻酔

- ① 脊椎麻酔 (L004)
 - 脊椎麻酔の実施時間について、特に終了した時点の取り扱いが適切でないので改めること。即ち、手術を行った場合は、手術の終了した時点が脊椎麻酔の終了時間となる。
- ② 上・下肢伝達麻酔 (L005)
 - 診療録から判断して本来は指の局所麻酔であるのに、L005上肢伝達麻酔で算定したものが認められる。
- ③ 開放点滴式全身麻酔 (L007)
 - 絶対的医行為であるマスクによるガス麻酔(10分以上20分未満)を看護師がマスク保持して行っているにもかかわらず、開放点滴式全身麻酔として算定している例が認められる。なお、この麻酔では麻酔記録も存在せず、麻酔の開始時間及び終了時間を診療録に記載していない。
- ④ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (L008)
 - 院長1人による帝王切開術(予定された選択帝王切開)で、別の麻酔医なく、院

長が術者兼任で全身麻酔(閉鎖循環式全身麻酔)を施行していた。ルールとしては、違法とは言えないが、危険性その他を考慮すれば、やはり麻酔医に委任すべきである。

- 閉鎖循環式全身麻酔の施行時に、麻酔記録用紙は存在するものの閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時間および離脱した時間を麻酔記録(又は診療録)に記載していない。
 - 実際の麻酔は脊椎麻酔に笑気全身麻酔を加えて手術を行っているにもかかわらず、硬膜外麻酔(頸・胸部)併施加算を算定していた。
 - 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に対して行った麻酔記録用紙に麻酔が困難な患者である旨の記載が見られない例があった。
- ⑤ 麻酔管理料 (I) (L009)
- 施設基準として届出のあった麻酔科標榜医が麻酔前後の診察と麻酔を行なって算定できる麻酔管理料であるが、麻酔科標榜医の届出はあるものの、同麻酔科医による麻酔前後の診察が行われていないにもかかわらず麻酔管理料が算定されている。
 - 麻酔科標榜医による麻酔前後の診察等に関する記載が不十分である。
 - 麻酔前後の診察が診療録又は麻酔記録に記載されていないにもかかわらず算定されている例が認められる。
- ⑥ 神経ブロック (L100)
- 頸・胸部硬膜外ブロックや神経根ブロックは、やむを得ない場合を除き安易に施行しないこと。なお、神経ブロック療法の実施回数についても必要最小限にとどめること。
 - 神経ブロックを行っているが、ブロック後の効果判定がなされていない。
 - 同一日に仙骨部硬膜外ブロックとトリガーポイント注射が併せて算定されている例が認められた。
- ⑦ その他
- 硬膜外麻酔の併施がないにもかかわらず、術後に「硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入」が算定されていた。

1 4. 病理診断

- 地方厚生局に届出されていない非常勤の病理医による病理診断について病理診断料を算定している例が認められた。
- 対象疾患が無く請求された細胞診及び病理判断料が認められた。
- 病理組織標本作製及び病理判断料が請求されているが、検査に提出され報告書があるものがない。
- 「肺癌疑い」の病名で細胞診と病理判断料が請求されていたが診療録への記載が確認できなかった。
- 病理判断料を算定しているが、診断結果の病理医のレポート用紙があるのみで、管理者によるその結果の評価(判断)を診療録に記載していない例が認められる。

1 5. 特定保険医療材料

- 気管内チューブ、胃管カテーテル、膀胱留置用カテーテル等の体内留置用チューブ類は、**24時間以上**体内に留置した場合に算定対象となる。(ただし、気管内チューブについては、救急処置として気道を確保した場合に限り**24時間未満**でも算定できる。)

II 看護・食事に係る事項

1. 看護

(1) 看護管理・病棟管理・勤務計画等

- 病棟勤務の看護要員の勤務実態の把握が正確に行われていないので、管理体制・チェック体制の改善を図ること。
- 勤務計画表に計上する勤務時間の計上に当たっては正確に記載すること。
- 病棟における看護要員の勤務時間数に、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるが、入院基本料の施設基準を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯以外の、各種委員会及び研修で病棟を離れた時間帯についても勤務時間数に計上していた。
- 夜勤時間帯に勤務した時間は夜勤時間数に計上しなければならないが、日勤であることを理由に勤務した時間の全てを日勤時間として計上している。
- 申し送りについては、申し送りを受ける側の勤務時間帯における勤務時間数のみ計上することとなっているが計上を誤っている例が認められた。

(2) 看護記録・看護計画

- 看護記録の記載基準・手順は自院の記録用紙に沿ったものを作成すること。
- 看護経過記録は、問題点と計画が連動した、患者と看護の係わりが見える記録にすること。
- 看護必要度の評価ができる記録を行うこと。
- 看護計画の立案及び評価が行われていない。
- 看護計画に沿った看護記録が行われていないものが見受けられたので、看護記録は看護計画に沿って記録すること。
- カーデックスは、使用后診療録に綴じられているが、カーデックスに医師指示の薬剤の転記が見受けられたが、転記誤りによる医療事故が考えられるため、転記は行わず、医師指示を直接確認の上、看護を実施すること。

(3) 外出・外泊・付添

- 外出・外泊許可証に外出・外泊先が記載されていないものがあったが、外出・外泊先は必ず記載すること。また、外出・外泊許可証に帰院時の時間の記入はされているが、確認者の署名がないものがあったので確認者の署名を行うこと。

- 外出外泊許可願に管理者の決裁欄が無く口頭にて了承を受けているとのことであったが、今後は、許可願に決裁欄を設け押印又はサインにより決裁をすること。
- 外出・外泊許可証に病院の名称・所在地・電話番号が記載されていない。
- 申請理由はできる限り詳細に記載させること。
- 栄養管理の観点から入院患者の外出・外泊時には、病棟と給食部の連携、指導が行える体制の整備を図ること。
- 外出、外泊許可証が本人に交付されていない。

(4) その他

- 入院基本料の看護の実施において、看護は当該保険医療機関の看護要員のみによって行うものであり、原則として患者の負担による当該保険医療機関の従事者以外の者による付添看護を受けさせてはならない。
- 業務を明文化すること。（看護副院長、看護局長、看護部長、看護師長、看護助手）
- 紙面上の患者一覧表を作成し、安全管理に活用すること。
- ① 重症度・看護必要度の評価
 - 一般病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る「重症度・看護必要度の評価」において、評価の根拠となる内容が診療録に記載されていないが、一部記載漏れがあったので必ず記載すること。また、重症度・看護必要度の評価に係る研修が年1回実施されているが、その他には各病棟での指導が実施されている状況であるので、評価が正確でない可能性がある。看護職員全員が正確な評価が行えるよう研修内容を検討すること。
 - 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料）における看護必要度の評価については、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を使用されているとのことであるが、その評価の根拠となる記録について障害老人の日常生活自立度（ねたきり度）判定基準をB項目（患者の状態等）の評価記録として使用されている現状があるので、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の評価の手引き」により決められた基準により記録を残し、評価すること。
- ② 病棟管理日誌
 - 病棟管理日誌に夜勤従事者の勤務表記がないものがあったので、正確に記載すること。
 - 病棟日誌、管理日誌の必要項目は空欄にせず、記載すべき事項が無ければ「なし」又は「0」等の記載を行うこと。

2. 食事

(1) 入院時食事療養

- 入院時食事療養（I）については、医師又は管理栄養士によって毎食検食が行われ、検食簿に所見が記載されていることが要件になっているが、所見の記入内容が不十分と

思われるので、食事が医療の一環として提供されるべきものであり、患者の治療方針などに合った食事の内容になっているか等の観点から、所見の内容を充実させること。

- 検食については毎食実施し、検食簿に記入することとなっているが、土曜日・日曜日等の管理栄養士が休みの日に医師の検食簿が記入されていないことがあるので、管理栄養士が休みの日は必ず医師が検食簿を記入すること。
- 業務委託についての医療法での通知により、検食は病院自ら行う業務とされているが、委託業務の栄養士が実施していたものが見受けられたので、検食は病院の従事者である医師及び管理栄養士によって行うこと。
- 医師、管理栄養士又は栄養士のいずれも検食を行っていない食事が見受けられる。
- 検食が、食事の提供後にされているものが見受けられたので提供前に行うように努めること。
- 特別食の食事せんは、加算のあるものと無いものを分けて保管すること。
- 特別食加算の対象とならない事例での算定が認められる。
- 加算の対象となる特別食であるにもかかわらず、食事せんの病名が対象となる疾患名となっていない。
- 食事せんに医師の署名又は押印がない。

(2) その他

- 特別メニューの食事提供について、一般食の朝食にのみ、特別メニューが設定されているとのことであったが、特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要がある。同意については、同意書によることが望ましいと思われるので、文書を交付し、わかりやすく説明するなど、患者が自己の選択に基づき特定の日にあらかじめ特別のメニューの食事を選択できるように努めること。

Ⅲ 事務的取扱いに係る事項等

1. 診療録の様式、取扱い

- 診療録の様式が療養担当規則に定めた様式になっていないので早急に改めること。
- 点数計算欄の記載に当たっては、不要な空欄行は設けないこと。
- 診療録3号様式（点数計算欄）の記載は、レセプト請求の根拠となるので、少なくとも算定項目毎に点数を記載しておく等適正に行うこと。
- 電子カルテについて、利用者のID及びPWが設定されていないので設定すること。また、更新履歴が確認できる様システムの改善を図ること。
- 診療録に記載されている診療日と、診療の点数を記載する頁の日付に相違する点が認められたので注意すること。

2. 届出事項等

① 標榜診療時間、診療科目の変更等

- 保険医療機関の届出事項に変更があった場合は速やかに届出事項変更届を提出すること。
- 届出の診療時間と実際の診療時間が相違しているので、「届出事項変更（異動）届」にて速やかに届出を行うこと。
- 診療科名について、変更があるにも係わらず未届であるため、速やかに変更の届出を行うこと。

② 保険医の異動

- 保険医の異動の届出が行われていないので、「届出事項変更（異動）届」にて速やかに届出を行うこと。
- 保険医の登録において、他県登録者で管轄外変更（転出）の届出が行われていないものが見られたので、変更の届出を行うこと。

③ 施設基準

- 施設基準の辞退届の提出漏れが見受けられた。
- 「在宅末期医療総合診療料」にかかる辞退届が未提出となっているので提出すること。
- 保険外併用療養費の届出において、届けられた金額と現状の徴収額が相違しているものがあるので、変更届を提出すること。

3. 標示

- 保険医療機関の見やすい箇所（入口・看板など）に「保険医療機関」である旨の標示を行うこと。
- 保険医療機関の名称の表示について、正式名称となっていないものが見られたので、適切な表示とすること。

4. 院内掲示

- 保険医療機関として診療報酬上厚生局長へ届け出ることとされている事項（施設基準等）を届け出た場合には、院内の患者の見やすい場所に患者に分かりやすく掲示すること。
- 保険医療機関として診療報酬上厚生局長へ届け出ることとされている事項（施設基準等）の院内掲示について、一部掲示誤り（字句の誤り）が見られたので、適切に整理すること。
- 保険医療機関として診療報酬上厚生局長へ届け出ることとされている事項（施設基準等）の院内掲示について、掲示漏れや掲示不要等その内容に不備があるので、見直しを行い適切に掲示すること。
- 明細書発行の掲示について、院内掲示がなされていないので、通知で示された例を参考として、掲示を行うこと。

- 個人情報保護に関するクリニックの方針（プライバシーポリシー）を院内掲示すること。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1に係る病棟の院内掲示において、看護職員については必要事項が掲示されているが、看護補助者については掲示がなされていないので、看護補助者についても必要事項を掲示すること。
- 特別の療養環境の提供の掲示について該当病室名等の標示がないので、該当病室が分かるように標示すること。
- 保険外負担の掲示について、院内の見やすい場所に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示すること。

5. 特別の療養環境の提供

- 特別の療養環境の提供に係る変更があった場合は、その都度特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書を提出すること。
- 届出を行っていない差額ベッドの掲示が見られたので、徴収がされていないのであれば掲示から削除すること。
- 特別の療養環境の提供（いわゆる差額ベッド）に関して、金額が届出内容と相違したまま掲示がされ徴収されていたので、適切に掲示を行い徴収すること。
- 特別の療養環境の提供（いわゆる差額ベッド）に当たって必要な備品のうち、小机が設置されていない病室が見られたので、全室点検のうえ整備されたい。
- 同意書に金額欄が設けられていない。

6. 一部負担金に係る事項

- 一部負担金の徴収漏れが見受けられたので、一部負担金の徴収簿と診療録の記録等の確認を行い適切に徴収すること。
- 一部負担金の徴収金等に一致しない患者が見受けられたので、分かりやすい管理簿にする等工夫のうえ、日計表と個人未収金を整理すること。
- 一部負担金の計算において、1円単位を四捨五入せず切り上げて計算しているが確認されたので改めること。
- 患者一部負担金の徴収について、レセプトコンピューターを導入しているものの、別途「診療月報」として手書きで作成されていた。また、未収金が発生しているのに、「診療月報」にはその記載がない。診療録の第3面との突合の結果、「診療月報」に一部記載漏れや金額の誤りがあった。今後、レセプトコンピューターとの連動を行い、患者一部負担金徴収簿を作成し、併せて未収金の管理も適切に行うこと。
- 未収の一部負担金にかかる管理が不十分である。管理簿を作成する等、日々把握に努め、適正に管理すること。また、定期的に納入督促を行うこと。
- 一部負担金徴収簿と診療録の記録が相違しており、一部負担金の徴収漏れや返還金が生じている事例が散見されたので、一部負担金の徴収については確実に確認を行い適正な金額を徴収すること。

- 日計表については、患者毎の内訳を日々出力し、一部負担金等の徴収状況を管理すること。また、未収金については、管理簿を作成する等、日々把握に努め、適正に管理すること。
- 日計表と診療報酬明細書の点数と金額が相違するものが見受けられたが、一部負担金は適正な金額を徴収すること。
- 日計表について、修正液による訂正が散見されたが、修正液による訂正は行わないこと。
- 日計表について、第三者が判読不可能な略記号で記載されているものも見受けられたので、第三者が見ても分かるように記載すること。
- 日計表に外来分が記載されていないので、外来分についても記載すること。
- 電話再診時の一部負担金を患者から徴収されていない例が見受けられたので必ず徴収すること。

7. 領収証

- 領収証の様式が標準形式と異なっているので、規定の標準形式に変更すること。
- 領収証を発行していない例が見受けられたので、一部負担金は全ての患者から徴収し、原則としてその都度、領収証を交付すること。
- 領収証の様式の項目が医科点数表の各部単位（初再診料、在宅医療、等）になっていないので、見直すこと。
- 保険外負担に係る領収証の発行にあたっては、内容を区分して発行し、雑費等でまとめて徴収することは不適切であること。
- 入院の領収証の交付については、外来の領収証と同様に各部単位に区分された内容の分かる領収証を交付すること。
- 職員の保険診療であっても領収証は発行すること。

8. 保険証の取扱い

- 受給資格（保険証）の確認の記録がないものが見られたので、必ず確認を行いその記録を日付入りで残しておくこと。
- 健康保険証のコピーが行われているが、個人情報保護の観点からも健康保険証のコピーは中止し、必要な時に確認を行うこと。

9. 自己診療（医師が自身に対して保険診療を行うこと）

- 管理者である本人自身の診療は、保険給付の対象とはならないこと。

10. 自家診療（医師の家族や従業員に対し保険診療を行うこと）

- 一部負担金について従業員から徴収していないケースが見受けられたので、必ず徴収すること。

- 自家診療を行った際の一部負担金の徴収について、不適切な例が認められるので適正に取扱うこと。
- 勤務医師に対する自家診療で、診療録の所見の記載が乏しいものがあつたので、きちんと記載すること。

1 1. その他

- 院外処方せんの様式について、内容が旧様式であるので、定められた様式を参考に適切に改善すること。
- 処方せんの発行において、処方欄には「以下余白」は必ず記載すること。
- 特別養護老人ホーム等の入所者のレセプトでは特記事項欄に『施』を記入すること。
- 診療報酬明細書に関して、審査支払機関からの返戻、査定が多く見られるので、原因究明を行い、その後の診療報酬の請求に生かすこと。
- 心機能検査関係に審査支払機関からの査定が多い傾向があるので、請求に当たっては留意すること。
- 請求事務について、誤請求がいくつか認められる。診療部門と医事会計部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努めること。
- 被保険者証の記号番号の誤り、検査病理の不備（回数内訳）及び投薬の不備（用量回数）等、同じ誤りによる診療報酬明細書の返戻が繰り返されている、誤りの原因を追及して返戻のないよう、改善に努めること。
- 審査支払機関の査定において検査（特にHbA1c）の理由によるものが多数見られた。同様の理由で何度も査定をされることのないよう即時に改善できる体制を整えること。
- 保険診療の乳房の検査で、検診用の問診票を使用しており誤解が生じかねないので、検診と保険診療の違いをはっきりさせること。
- 健康保険・厚生年金保険の適用もれと思われる者がいたので、是正すること。

IV その他

1. 電子カルテシステムに関する事項

(1) 全般的な事項

- 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」に準拠すること。

(2) システム管理者の設定

- システム管理者に院長とメーカーの担当者がなっていたが、メーカーの担当者はシステムの保守者であり、管理者にはなり得ない。システム管理者は院長のみにすること。
- システム管理者がログ記録に自由にアクセスできない状態となっているが、システム管理者はログ記録に自由にアクセスできるように変更すること。

(3) パスワード等の設定

- パスワードはシステム管理者が付与するものでなく、利用者が設定すべきものである。電子カルテシステムの初回使用時は、暫定的にシステム管理者がパスワードを付与するが、直ちに利用者がパスワードの変更を行なう設定とすること。
- 職員個々人のID、パスワードの管理が適切になされていない。医療情報システムを使用する全職員について、個々にアクセス権限を変えてIDを付与すること。
- スクリーンセーバーを使用していない。ID及びパスワードの入力にて再開可能なスクリーンセーバーを使用すること。
- クライアント画面において入力者氏名は確認できるが、職種名が判らない。アクセス権限や入力者責任の観点からも職種名と氏名の表示が必要である。

(4) バックアップ等

- データのバックアップは定期的に行い、サーバーとは別の施設できる場所又は部屋に保管すること。

(5) セキュリティー

- USBなど外部へのデータ流出に対する対策がなされていない。外部へのデータ流出を防止する対策を講じること。

(6) 真正性

- 紙の診療録と電子保存された診療記録との共存は許されないので、電子カルテシステムが真の診療録であるなら、電子カルテシステムで一元的に記録が参照できるようにすること。
- 修正入力について、修正を行った場合は、更新履歴と修正前の情報（二重取消線があった情報が望ましい）が参照できるシステムであること。
- 個人情報保護の観点からも電子カルテシステムの使用に当たっては、利用者との間に申請書及び誓約書を取り交わすこと。

(7) 保存性

- 確定された記録が不正に改ざん、消去等されないよう防止する必要があることから、作成者の氏名等の識別情報、信頼できる時刻等が保存できるシステムであること。
- システムダウン対策マニュアルの作成がされていない例が認められた。

(8) 運用日誌

- システム運用日誌をつけること。
- システム操作業務日誌が設置されていない。今後、医療情報システムを更新する際には、アクセスログが自動で記録されるシステムに変更すべきである。

(9) その他

- ダウン対策の運用マニュアルを作成すること。
- 患者の個人データが各端末のハードディスクに蓄えられる運用がなされている。患者の個人データはサーバーのみに蓄えられるような運用に変更すること。
- 外部有識者による監査体制を確立すること。
- 電子カルテの代行入力者が事務と看護師になっているが、医師事務作業補助者による代行入力は認められているものの、看護師による代行入力は問題があると考え。早急に体制を変更すべきである。(医師事務作業補助体制加算に関する施設基準を熟読されたい。)
- 電子カルテシステムと周辺機器との同期を取っていない。電子カルテシステムに入力された診療情報は全て時系列で記録されるので医療情報の真正性を担保するためにも病院側が主導権を持って電子カルテシステムと全ての周辺機器と同期をとるべきである。
- サーバーからクライアントに定期的に時刻を配信しているのであれば、標準時が必要なのはサーバーであり、クライアントの時刻は変更できないシステムに変更すべきである。

2. 診療報酬の請求に関する事項

- 提出前に主治医が自ら診療録と照合して点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱い

- 療養の給付と直接関係ないサービス等とは言えないもの(実費徴収が認められないもの)として、手技料等に包括されている材料である、「皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供」、「骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾」について、患者から実費徴収されているものがあつた。今後、適切な取扱いを行うこと。
- 療養の給付と直接関係ないサービス等とは言えないもの(実費徴収が認められないもの)について、手技料等に包括されている材料と思われるもの(あみ包帯)の実費徴収が見受けられたので改善すること。
- 患者から実費徴収するものについて、電気代及びオムツの処理費用について実費徴収が行われているが、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(実費徴収が認められないもの)であるので、改めること。
- 実費徴収に関する院内掲示と同意書の徴収が行われていないので、速やかに院内掲示と同意書の徴収を行うこと。
- 療養の給付と直接関係ないサービス等(実費徴収可能なもの)の証明書代について、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について、患者にとってわかりやすく掲示すること。
- 消耗品費という名目で1日当たり100円を徴収していることを確認した。曖昧な名目

での実費徴収は認められないので早急に取りやめること。

- 入院環境等に係るもの（ポータブルトイレ）を実費徴収しているので取りやめること。
- 殺菌消毒剤や綿花については、患者の要望に基づき、業者に注文して販売し、実費徴収していた。
- 血糖自己測定セットについては、業者に注文して販売し、実費徴収していた。
- 実費徴収に馴染まないものが数種にわたり徴収されていたので即刻徴収を取りやめること。（例：ウロバック代、ポータブルトイレ貸出代（消臭剤）、エアーマット、エルプ針、大腸パンツ、職員へのロキソニンテープ、在宅患者へのデュオアクティブ（皮膚欠損用創傷被覆材）
- 薬剤の容器代を実費徴収しているとの説明であったが、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものであり、患者が希望する場合には患者に対して、その容器代として実費負担を求めて交付することとなる。また、患者が当該容器を返還した際には、当該容器本体部分が再使用できる場合には、徴収した実費を返還すること。
- 保険外負担について、明確な料金表が作成されておらず、料金表の掲示がないものがあったので、料金表を作成し、患者から費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収し、同意の確認は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。
- 保険外負担に関する事項において、栄養補助食品の掲示内容について不適切と思われる記載が見られたので、その内容を見直すこと。
- 保険外負担に関する事項について、入院患者から寝具代の徴収が見られたが、不適切な徴収であるので改善すること。
- 保険外負担の掲示内容について、入院患者に対する電気代の掲示が見られたが、入院環境に係るものとしてその徴収は認められないので、適切に改善を行うこと。
- 保険外負担の徴収において、一部不適切な徴収が見られたので、厚労省通知等を確認し適切に徴収すること。
- 保険外負担の実費徴収について、手術着代の実費徴収を行っているが、患者の衣類の費用は手術の所定点数に含まれるので改めること。

4. DPCコーディング

- **DPC**のコーディングは医師が行うこととなっているが、医療事務職員によるコーディングが行われている。医師が、最も医療資源を投入した傷病名（**ICD10**コード）を基に**DPC**のコーディングを行なうこと。
- **DPC**のコーディングに誤りが見られた。コーディングを行なう際に、手術・処置等の有無、副傷病名の有無等を確認しながらコーディングを行なうこと。
- 診断群分類について、診断群分類のコーディングが誤っているものが一部認められた。診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定するので主治医自らが関与すべきものであること。