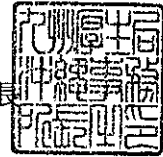


九厚局事発 0713 第 7 号
平成 21 年 7 月 13 日

社団法人 沖縄県医師会長 殿

九州厚生局沖縄事務所長



沖縄県との共同による個別指導における指摘事項
の送付について（平成 21 年度 第 1 四半期分）

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 21 年度 第 1 四半期に実施した沖縄県との共同による個別指導における指摘事項を取りまとめましたので、別添により送付いたします。

なお、当該指摘事項につきましては、保険診療の質的向上及び適正化を図るため、貴会員に対しご周知願います。

沖縄県との共同による個別指導における指摘事項（抜粋）

【平成21年度 第1四半期分】

I 総論的事項

1. 診療録は、保険請求の根拠となるものであるから、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項を記載すること。
2. 傷病名について、根拠に乏しい傷病名、いわゆるレセプト病名がいくつか認められる。現行の健康保険のシステムにおいて、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。
3. 医学管理、在宅医療について、必要事項の記載がないなど算定要件を満たしていない例がいくつか認められるので改めること。
4. 検査、画像診断について、不適切に施行されたものがいくつか認められる。検査、画像診断は、個々の患者の状況に応じて必要な項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施すること。
5. 請求事務について、誤請求が認められる。診療部門と事務部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努められたい。また、審査支払機関への提出前に主治医自らがレセプトの点検を行うこと。
6. 審査支払機関からの返戻、増減点通知書は、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。
7. 配置医師が、当該配置されている施設の入所者に対して診療を実施した場合における誤請求がいくつか認められる。当該請求に当たっては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」等に留意されたい。

II 診療に係る事項

1. 診療録

- (1) 必要事項の記載が乏しい診療録が認められる。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、様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に、必要事項を十分に記載すること。
- (2) 単に「CL中止」の記載のみで、コンタクトレンズの装用状況等の記載が乏しい診療録が認められる。
- (3) 複数の医師が一人の患者の診療にあたっている場合において、署名または記名押印等が診療の都度ないため、責任の所在が明らかでない（医師以外の医療従事者等が記載する場合も含

- む) 診療録が認められる。
- (4) 記載内容が判読困難な診療録が認められる。
 - (5) 保険診療の診療録と保険外診療（自由診療インフルエンザワクチン等）の診療録とが区別されていない例が認められる。
 - (6) 医師の診察や検査の必要性等に関する記載が乏しい診療録の例が認められる。医師の診察や検査の必要性（検査・画像診断の所見記載等を含む）等に関する記載がないか、「薬のみ」という旨の記載で、投薬等が行われている例が認められる。（医師法第20条で禁止されている無診察診療とも誤解されかねないので注意すること。）
（薬のみ、胸部X-P、腫瘍マーカー等）
 - (7) 実施した検査・画像診断に対する医師の所見（結果等）の記載が乏しい診療録が認められる。
（コンピューター断層診断、末梢血液一般及び生化学的検査Ⅰ等）
 - (8) 検査、画像診断の実施に当たっては、指示のみではなく実施結果（所見等）を具体的に診療録に記載すること。
 - (9) 検査結果を診療録に添付する場合において、患者氏名、当該検査実施日が記入されていない例が認められる。（両眼視機能精密検査、立体検査の結果等）
 - (10) 処方内容が診療録の見開き（ページ）が変わる度に改めて記載されていない診療録の例が認められる。
 - (11) 創傷処置等を実施した際には、処置の内容、処置した範囲及び使用した薬剤等をわかりやすく診療録に記載すること。（創傷処置に係る処置範囲の記載がない等）
 - (12) 手術・処置等について、その内容等について記載が乏しい診療録が認められる。
 - (13) 電子カルテについては、真正性・見読性・保存性の3基準を十分に満たすものであること。
また、施設管理者の責任において、運用管理規定を策定し、当該規定を遵守すること。
 - (14) 電子カルテの運用において、利用者IDやパスワードを共有使用している、パスワードの有効期限を設定していない、アクセス権限を設定していないなど、真正性・見読性・保存性の3基準を満たしていない例が認められるので、早急に改善すること。
なお今後、「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版）を熟読のうえ適正な運営に努めていただきたい。
 - (15) 電子カルテ導入以前の診療録（紙カルテ）の管理について煩雑と思われる例が認められるので改めること。（個別指導の場で初診時の診療録が持参されていなかった。）
・保険医療機関は、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、患者の診療録にあっては、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。（保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条）

2. 傷病名

- (1) 検査、投薬等の査定を防ぐ目的でつ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の例が認められる。現行の健康保険システムにおいて、レセプト病名をつけて保険請求することは不適切なので改めること。（精密眼圧測定の実施記録がない傷病名「緑内障疑い」）（「肺癌の疑い」、「大腸癌の疑い」、「マイボーム腺機能不全」）等

3. 基本診療料等

- (1) 夜間・早朝等加算について、受診時刻の記載がない例が認められる。
- (2) 入院診療計画書について、以下のような記載の不備が認められる。
 - ① 「主治医以外の担当者名」が記入されていない例が認められる。
 - ② 「本人・家族」署名欄の記入が漏れている例が認められる。
- (3) 外来管理加算について、医師の聴取事項や診察所見の要点の記載を診療録に記載していない。

4. 医学管理・在宅医療

- (1) 特定疾患療養管理料について、管理内容の要点を診療録に記載していない例が認められる。
また、管理内容の要点については、具体的にわかりやすく記載すること。
- (2) 特定疾患療養管理料については、管理内容の要点を具体的にわかりやすく診療録に記載する場合には、画一的なものにならないよう努めること。
- (3) 他保険医療機関通院中の糖尿病患者の「糖尿病性網膜症」に対して、特定疾患療養管理料が算定されている例が認められる。
・特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病（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・例えば「糖尿病」）とする者に対して、実際に療養上必要な管理（「糖尿病」に対する服薬、運動、栄養等の療養上の管理）が行われた場合又は実態的に「糖尿病」に対する治療が行われた場合、1保険医療機関（1診療科）に限り算定するものであることに留意すること。
- (4) 特定薬剤治療管理料について、薬剤の血中濃度に基づいた治療計画の要点を診療録に記載していない例が認められる。
- (5) 診療情報提供料（I）に係る交付文書については、所定様式の記入欄に必要事項を十分に記載すること。
- (6) 診療情報提供料（I）に係る診療情報提供書については、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
- (7) 薬剤情報提供料について、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載していない例が認められる。
- (8) 在宅療養指導管理料の算定にあたっては、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）、指導内容の要点を診療録に記載するものであることに留意されたい。
- (9) 在宅自己注射指導管理料について、当該在宅医療を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を診療録に記載していない例が認められる。
- (10) 在宅自己腹膜灌流指導管理料について、当該在宅医療を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を診療録に記載していない。
- (11) 在宅酸素療法指導管理料について、当該在宅医療を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を診療録に記載していない。

5. 検査

- (1) 外来迅速検体検査加算の算定にあたっては、検体検査について当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供した旨を診療録に記載しておくことが望ましい。
- (2) 腫瘍マーカーについて、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者以外に対して実施した場合に算定している例が認められる。
（癌胎児性抗原精密測定、扁平上皮癌関連抗原精密測定、神経特異エノラーゼ精密測定等）
- (3) インフルエンザ抗原精密測定について、検査結果の記載がない例が認められる。
- (4) 眼科学的検査等の指示について、「新患セット」、「再来セット」等とだけ記載されている診療録が認められる。診療録は、保険請求の根拠となるものであるから、検査の具体的な実施項目が分かるように記載すること。
- (5) 精密眼底検査について、実施結果（所見）を診療録に記載していない例が認められる。
- (6) コンタクトレンズ着用者に対する眼科学的検査の実施にあたっては、算定要件とともに保険医療機関及び保険医療養担当規則第12条（保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行わなければならない）を遵守すること。
（単なるコンタクトレンズ装用の適正確認と思われる眼科学的検査）

6. 投薬

- (1) 院外処方せんの取り扱いが不適切である例が認められる。
 - ①後発医薬品への変更が全て不可の場合の保険医署名欄に、あらかじめ保険医氏名が印字されている例が認められる。
 - ②様式が定められたものになっていない例が認められる。(旧様式を使用している。)

7. リハビリテーション

- (1) リハビリテーション実施計画書については、リハビリテーション開始時及びその後3ヶ月に1回以上、医師が作成し、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明したことが担保されるように、医師の署名又は記名押印を行うこと。
また、患者に対して説明した当該リハビリテーション実施計画の内容については、わかりやすく、具体的に要点を診療録に記載すること。(医師の押印のみ等)
- (2) リハビリテーションの実施に当たっては、職員1人1日あたりの実施単位数が把握できるように、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することに留意すること。

8. 処置

- (1) 重度褥瘡処置について、褥瘡の程度(NPUAP分類)についての記載がない例が認められる。
- (2) 眼処置(温罨法)を実施した場合において、診療録に記載がない例が認められる。
- (3) 眼処置に当たり、眼帯等が必要な場合には、その旨具体的に診療録へ記載すること。
- (4) 消炎鎮痛等処置の実施に当たっては、処置内容とともに、具体的な処置部位を診療録に記載すること。

9. 手術

- (1) 手術を実施するに当たっては、具体的な手術名を診療録に記載すること。
(顕微鏡下角膜抜糸術等)
- (2) 手術を受ける患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等について文書を用いて詳しく説明を行っていない又は当該文書を患者に交付し、診療録に添付していない例が認められる。
(医科点数表 第2章 第10部手術の通則5に係る施設基準) (後発白内障手術等)

Ⅲ 請求事務等に係る事項

【誤請求の例が認められる。】

- (1) 患者が任意に診療を中止し、1ヶ月以上経過した後、再び診療を受ける場合において、その診療が慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療について、初診料を算定している例が認められる。(高血圧症等)
- (2) 現に診療継続中の患者が新たに発生した他の傷病について、同一の保険医から診療を受けた場合において、初診料の注2に係る点数を誤って算定している例が認められる。
- (3) 時間外加算について、常態として診療応需の態勢をとり、診療時間と同様の取扱いで診療を行っている場合において、誤って算定している例が認められる。
- (4) 夜間・早朝等加算について、患者の受診時刻の記録が担保されていない例が認められる。
(診療録に記載がない。)

- (5) 外来管理加算について、診療報酬点数のある処置（J創傷処置1100平方センチメートル未満）を実施した場合において、誤って算定している例が認められる。
- (6) 初診料を算定する初診の日から1月以内に行った医学管理について、特定疾患療養管理料を算定している例が認められる。
- (7) 他保険医療機関通院中の糖尿病患者に対して、特定疾患療養管理料が算定されている例が認められる。
- ・特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病（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・・・例えば「糖尿病」）とする者に対して、実際に療養上必要な管理（「糖尿病」に対する服薬、運動、栄養等の療養上の管理）が行われた場合又は実態的に「糖尿病」に対する治療が行われた場合、1保険医療機関（1診療科）に限り算定するものであることに留意すること。
- (8) 特定薬剤治療管理料について、実際には薬剤の血中濃度測定を実施していない患者について誤って算定している例が認められる。
- (9) 同一の紹介先保険医療機関に対する診療情報提供料（I）について、同一月に誤って2回算定している例が認められる。
- (10) 定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合において、往診料を算定している例が認められる。
- (11) 生化学的検査（I）注ハ10項目以上に含まれて別に算定できない項目（HDL-コレステロール）が誤って請求されている例が認められる。
- (12) 1誘導だけでは算定できない心電図検査について、誤って心電図検査（1四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導）で算定している例が認められる。
- (13) 眼科学的検査について、無資格者（事務員）が実施した場合に誤って算定している例が認められる。
- (14) 他医療機関において、視力矯正手術（保険外診療）を受けた患者に対する術後の定期検査（眼科学的検査等）を実施した場合において誤って保険請求している例が認められる。
- (15) 先行する再診の一連として別に算定できないコンタクトレンズに係る処方せんのみのために受診した日に誤って再診料が保険請求されている例が認められる。
- (16) コンタクトレンズ装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を実施した場合に、誤って出来高で算定している例が認められる。
- (17) 緑内障又は高眼圧症の患者に対するコンタクトレンズの装用に係る眼科学的検査を実施し、緑内障又は高眼圧症の治療計画を診療録に記載していない場合において誤って眼科学的検査を出来高で算定している例が認められる。
- (18) コンタクトレンズ装用中の「緑内障の疑い」の患者に対して実施された眼科学的検査料について、誤って出来高で算定している例が認められる。
- ・緑内障又は高眼圧症の患者に対して、コンタクトレンズに係る眼科学的検査を実施した場合は、緑内障又は高眼圧症の治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限り、眼学的検査料を出来高で算定することに留意すること。
- (19) 複数診療科の診療を受けたとして、誤って同一の保険医が同日に処方した場合の調剤料及び処方料がそれぞれ複数回で算定されている例が認められる。
- (20) 眼処置について、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気電法、イオントフォーレーゼ及び麻薬加算以外で算定している例が認められる。
- (21) いぼ焼灼法で算定すべき老人性疣贅に対するCO₂レーザー切除が、誤って皮膚、皮下腫瘍摘出術で算定されている例が認められる。
- (22) 配置医師又は配置医師とみなされる保険医が特別養護老人ホーム等における入所者に対し診療を実施した場合において算定できない診療報酬が請求されている例が認められる。
- （再診料、在宅酸素療法指導管理料）

【その他】

- (1) 診療録様式第1号(1)の3(診療の点数等)について、点数が記入されていない例が認められる。
- (2) 診療報酬明細書の作成に当たっては、実施した診療内容が正確に打ち出せるように改善すること。(運動器リハビリテーション料Iについて、実際は1回2単位実施しているものが、1回1単位として打ち出されている例が認められる)
- (3) 診療報酬明細書上、在宅医療(14)コードに記入すべき在宅自己注射指導管理料に係る薬剤(インスリン製剤)が、注射(31)コードに記入されている例が認められる。
- (4) 診療報酬明細書に記入すべき事項が漏れている例が認められる。
 - ①実施した在宅酸素療法指導管理に係る傷病名及び動脈血酸素分圧の測定結果。
 - ②実施した創傷処理に係る傷病名。
- (5) 問診票を使用する場合においては、当該問診票の記入年月日を明確にして、コンタクトレンズ装用の有無についての確認欄を設けること。また、問診票を使用しない場合においては、コンタクトレンズ装用の有無について診療録に明記すること。
- (6) 問診票を使用した場合において、患者等による当該問診票の記入年月日が記載されていない。(記入年月日を記載する様式となっていない)
 - ・問診票を使用する場合においては、患者等が当該問診票に記入した年月日を明確にして、コンタクトレンズ処方希望の有無、過去のコンタクトレンズ検査実施歴(実施された保険医療機関名を含む)等が確認できるような様式とすること。ただし、問診票を使用しない場合においては、上記の確認事項を診療録にわかりやすく記載すること。
- (7) 問診票を使用する場合において、当該問診票を記入した者の署名等がない例が認められる。
- (8) 保険外負担の取扱について、一部負担金(保険外併用療養費に係るものを含む。)を除く患者負担のうち保険(医療)給付と重複する「サービス」又は「物」については、その名目の如何を問わず患者から費用を徴収することは認められないことに留意すること。
- (9) 患者より実費徴収(保険外負担)する場合、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となり、その場合、曖昧な名目(雑費、自費等)での費用徴収は認められていないので、改善すること。
- (10) 所定の点数に含まれるものを患者から徴収している。(診療情報提供料(I)に係るCD-R、レントゲンフィルムの費用、薬剤情報提供料に係るお薬手帳の費用、投薬に係る薬剤の容器代)
- (11) 一部負担金等で、次のような不適切な請求の手続きが認められたので改めること。
 - ① 徴収すべき者から徴収されていない。(従業員及びその家族)
 - ② 一部負担金等の計算記録の保管方法が不適切である。(診療録第1号(1)-3様式がない)
- (12) 未収の一部負担金にかかる管理が不十分である。
 - ①管理簿が作成されていない。
- (13) 保険医療機関の届出事項の変更が速やかに行われていない。
 - ①保険医等の異動が速やかに届出されていない。
 - ②診療時間の変更が速やかに届出されていない。
- (14) コンタクトレンズ検査料に係る院内掲示において、「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検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨」及び「当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の眼科診療経験」の記載漏れがあるので、改善すること。