

# 医療保険勉強会

日時：平成24年2月9日(木) 19時30分  
場所：中部地区医師会館 3階ホール

沖縄県医師会



# 医療保険勉強会

沖縄県医師会医療保険担当理事  
平安 明

## 本日の内容

1. 保険医療機関の取消について
2. 保険診療と指導・監査
3. 個別指導に関する留意事項
4. その他

## 保険医療機関の指定の取消及び 保険医の登録の取消について

### 今回の処分に対する担当理事の見解

当会会員の医療機関及び会員が保険医療機関等の取り消し処分を受けたことは非常に残念なことである。しかし、個別指導から監査の経緯、及び監査の結果から判断すると、今回の行政処分は残念ではあるが妥当と言わざるを得ないものと考えている。

通常の個別指導では指導側(厚生局等)は、算定要件を満たさない、療担規則に反する等の指摘や場合によっては診療報酬の返還等のペナルティーを科することがあるが、明らかに故意的であったり内容が悪質であったりしない限り、単なる認識不足や解釈の誤りで監査まで進んだり行政処分の対象となったりすることは通常ない。その点、今回の事案は非常にレアなケースであったと認識している。

平成6年以降、保険医療機関の施設基準については、許認可制ではなく届出制となっており、医療機関が自院の基準を熟知した上で届け出ているものとして書類に不備がなければ当局は受理している。その分医療機関の責任が増していると考えなければならず、届出が受理されたことを以って内容自体も承認されていると安心してはいけないことになる。

今回の事案でもそうであったが、「うちはいつもこうしている」という慣例的なやり方では今の請求のルールから逸脱していることも生じうるので注意が必要である。

## 保険医療機関の指定の取消及び保険医の登録の取消について

平成23年10月21日に開催されました九州地方社会保険医療協議会に対して「保険医療機関の指定の取消及び保険医の登録の取消」について諮問した結果、諮問のとおり答申がありました。

これを受け、九州厚生局長は、下記のとおり処分を決定いたしましたのでお知らせいたします。

### 1. 保険医療機関の指定取消処分及び保険医の登録取消処分

#### (1) 取消となる保険医療機関

名称 A内科  
所在地 沖縄県  
開設者 医療法人 会 理事長

発表日 平成23年10月25日  
照会先 九州厚生局沖縄事務所  
指導課長 山口  
指導第一係長 前泊  
(電話番号098 - 951 - 3030)

#### (2) 取消となる保険医

氏名 歳

### 2. 取消年月日

- (1) 保険医療機関の指定取消 平成23年10月25日
- (2) 保険医の登録取消 平成23年10月25日

### 3. 根拠条文 略

#### 4. 監査を行うに至った経緯

A内科(以下、「当該診療所」という。)において、生活習慣病管理料、点滴注射に係る振替請求及び無診察治療等が行われている旨の情報提供があり、当該診療所に対し個別指導を実施したところ、診療報酬の振替請求、無診察投薬等の不正請求の疑い及び診療録改ざんの疑いが濃厚となったことから監査を実施した。

#### 5. 取消処分の主な理由

(1) 保険医の診察が無いまま、非医師の診療行為に関して、あたかも保険医が診察を行ったものとして、診療報酬を不正に請求していた。

(例) 初診料、再診料、休日加算、外来管理加算、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、薬剤情報提供料等を不正に請求していた。

(2) 実際に行った保険診療を保険点数の高い別の保険診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。

(例) 500ml未満の点滴注射(47点)をしたにも拘わらず、500ml以上の点滴注射(95点)をしたものとして請求していた。

(3) 不正な保険診療について一部負担金を徴収していた。

(例) (1)、(2)の不正請求に関して、患者より一部負担金を徴収していた。

## 6. 診療報酬の不正及び不当請求額

監査で判明した不正・不当に係る件数及び金額

- ・不正請求額 38名分 レセプト363枚 2,154,516円
- ・不当請求額 34名分 レセプト186枚 732,016円

合計 72名分 レセプト549枚 2,886,532円

(注)上記の件数、金額は監査で判明したものであり、最終的な不正・不当の件数及び金額は、今後精査していくこととしているので確定していない。

**今後5年間は保険診療が出来ないのみならず、  
行政のチェックを受けながら自主的に点検を行い、  
多額の診療報酬の返還を行わなければならない。**

## その他の取消事案(九州圏内)

### 1. 保険医療機関の指定取消処分及び保険医の登録取消処分

#### (1) 取消となる保険医療機関

名称 Bメンタルクリニック

所在地 福岡市

開設者・管理者

#### (2) 取消となる保険医

氏名 59歳

発表日 平成23年3月31日  
照会先 九州厚生局指導監査課  
課長補佐 小谷  
医療指導監視監査官 内田・堀  
(電話番号092-707-1125)

### 2. 取消年月日

(1) 保険医療機関の指定取消 平成23年4月1日

(2) 保険医の登録取消 平成23年4月1日

### 3. 根拠法 省略

#### 4. 監査を行うに至った経緯等

(1) 保険者から、Bメンタルクリニックからの院外処方せんにより、C調剤薬局において、異常な量の向精神薬(エバミール錠、マイスリー錠)を処方している旨の情報提供があった。

(2) このため、3回にわたって同保険医療機関に個別指導を実施する旨の通知を行ったところ、すべてにおいて個別指導を正当な理由なく欠席したことから監査を実施した。

(3) さらに、同保険医療機関からの処方せんのほとんどを取り扱っていたC調剤薬局及びD薬局に対して監査を実施したところ、同保険医療機関が先日付け処方(未来の日付の処方)を行っていたことが確認され、診療日数及び処方せん料の付増請求等の新たな疑いが強まったため、同保険医療機関に対して監査通知を3回発したが、すべて正当な理由なく出頭を拒否した。

#### 5. 取消処分の主な理由

(1) 実際に行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。  
例: 患者が受診していないにもかかわらず、受診したとして「向精神薬」等の処方を行いその処方せん料及び「精神科専門療法」等の診療報酬を不正に請求していた。

(2) 実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。

例: 実際を受診回数よりも多く受診したとして保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。

(3) 開設者が出頭を命ぜられるも、これに応ぜず、検査を拒み、忌避した。

#### 6. 診療報酬の不正及び不当請求額

監査で判明した不正・不当に係る件数及び金額

合計 8名分 レセプト157枚 3,201,198円

## 保険診療と指導・監査

### 日本の医療保険制度の特徴

- 国民皆保険制度  
すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。
- 現物給付制度  
医療行為(現物)が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。
- フリーアクセス  
自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

## 保険診療、保険医、保険医療機関とは？

- 医師 医師法で規定されている医業を行う唯一の資格
  - **保険医** 健康保険法等で規定される保険診療を実施できる医師
- 病院・診療所 医療法で規定
  - **保険医療機関** 健康保険法等で規定される保険診療を実施できる医療機関

**保険診療とは、公的医療保険である健康保険を利用した医療**

## 保険診療の仕組み

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「**公法上の契約**」による契約診療であり、
- 保険診療上のルールを熟知していることが前提となっている。
- したがって、「知らなかった」ではすまされず、ルール違反に対しては厳しい行政処分が科せられることがある。

## 保険診療の基本的ルール

### 1. 療養担当規則

保険診療を行う上で、保険医療機関と保険医が遵守すべき事項。厚生労働大臣が定めている。

### 2. 診療報酬が支払われる条件

- ・保険医が、
- ・保険医療機関において、
- ・健康保険法、医師法、薬事法等の各種関係法令を遵守し、
- ・療養担当規則の規定を遵守し、
- ・医学的に妥当適切な診療を行い、
- ・診療報酬点数表に定められた通りに請求を行っている。

## 健康保険法等に基づく指導・監査

- 保険診療の質的向上と適正化を目的として行われる。
- 保険医療機関、保険医として登録されたすべてが対象となる。
- 指導には、集団指導、集団的個別指導、個別指導等がある。
- 個別指導では、算定要件を満たしていないとされると診療報酬の返還を命じられることがある。
- 診療内容、診療報酬請求に不正又は著しい不当があったと疑うに足る理由があるときは、監査が行われる。
- 監査の結果保険医療機関の取り消し処分を受けると、5年間は保険医療機関の届出が出来ない。保険医取り消しの場合、5年間保険診療が出来ない。

## 個別指導の選定基準

支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容または診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等。

個別指導の結果、指導後の措置が「再指導」であった保険医療機関等または「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等。

監査の結果、戒告または注意を受けた保険医療機関等。

集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等。

集団的指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない)。

正当な理由がなく集団的指導を拒否した保険医療機関等。

その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等。

## 指導の取り扱いに関する連絡事項

- 指導実施通知
  - 集団指導 指導日の1ヶ月前を目途に通知
  - 集団的個別指導 指導日の3週間前を目途に通知
  - 新規個別指導 指導日の3週間前を目途に通知
  - 個別指導 指導日の3週間前を目途に通知
    - (新規個別と個別指導はDPC算定医療機関は4週間前)
- 指導対象となる患者名の通知
  - 新規個別指導 指導日の4日前に、診療所は10名分、病院は20名分をFAXで連絡。
  - 個別指導 指導日の4日前に15名分、前日に15名分をFAXで連絡。

## 平成21, 22年度の指導件数(沖縄県)

	平成21年度	平成22年度
一般個別指導	25	28
新規個別指導	27	42
集団的個別指導	40	43
集団指導 (新規指定医)	33	33 (82)

## 個別指導(一般、新規)の指導結果

指導後の措置	平成21年度	平成22年度
概ね妥当	1	2
経過観察	38	51
再指導	11	16
要監査	1	0
未措置	1	1
合計	52	70

## 個別指導における自主返還の取り扱い

- 集団的個別指導
  - 返還を求めない。
- 新規個別指導
  - 対象レセプト分のみの返還を求める。
- 個別指導
  - 指導月前1年分を求める。ただし、施設基準の返還の場合は**最大5年間**とする。
  - 施設基準の適時検査における取扱いと同様に届出時に遡るか、もしくは要件を満たさない月まで遡っての返還となるが、書類の保存期間の関係から最大5年としている。

## 監査とは？

- その目的は、診療報酬上の不正等に関する事実関係の把握にある。
- 指導と異なり、不正請求等に該当する医療機関が対象となる。
- 不正が疑われるとのことで監査になることもあり、注意が必要である。
- **監査の対象となるケース**
  - 診療内容や診療報酬の請求で不正や著しい不当があったことを疑うに足る理由があったとき。
  - 度重なる個別指導によっても診療内容や診療報酬の改善が見られないとき。
  - 正当な理由なく個別指導を拒否したとき。

## 診療報酬の不正、不当とは？

- 不正請求
  - 架空請求 寿司屋に行っていないのに請求書が来た
  - 付増請求 赤身しか頼んでないのにウニも請求された
  - 振替請求 赤身しか頼んでないのに大トロが請求された
- 不当請求
  - 実際に医療行為を行っているが算定要件を満たさないもの

## 取り消し処分の判断基準

監査要綱(平成7年12月22日 保険発第164号 厚生省保険局医療課長名義通知)のなかで、以下のように基準が示されている。

都道府県知事は、保険医療機関等又は保険医等が次の**いずれか一つ**に該当するときには、当該都道府県の地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

故意に不正または不当な診療を行ったもの。  
故意に不正または不当な診療報酬の請求を行ったもの。  
重大な過失により、不正または不当な診療をしばしば行ったもの。  
重大な過失により、不正または不当な診療報酬の請求を行ったもの。

## 個別指導に関する留意事項

保険診療の留意事項第 版、医師会報保険のひろば、  
などもご参照ください。

## 診療録について

- 診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠である。
- 患者の診療録は、5年間保存、療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、3年間保存。
- 診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数については、記載に不備があると、個別指導等で算定要件を満たさないとして、診療報酬の返還を命じられることがある。
- 修正の履歴が確認できるように、記載はペン等、修正は二重線で。
- 責任の所在を明確にする為、署名をその都度必ず行う。

## 保険診療の禁止事項

- 無診察診療等の禁止---療養担当規則(療担)第12条  
医師法第20条
- 特殊療法・研究的診療の禁止---療担第18、19、20条
- 健康診断の禁止---療担第20条
- 濃厚(過剰)診療の禁止---療担第20条
- 特定の保険薬局への患者誘導の禁止---療担第19条3

## 入院基本料の算定上の留意点

- 重要かつ標準的な4つの医療提供体制が整っていること。
  1. **入院診療計画書**  
書式の確認、チーム医療としての他職種の間わり、本人又は家族等の署名欄
  2. **院内感染防止対策**  
委員会設置、月1回程度開催、議事録確認、週1回程度の感染情報レポート
  3. **医療安全管理体制**  
委員会が月1回程度、安全管理規定の文書、研修が年2回程度
  4. **褥そう対策**  
褥そう対策チームの設置
- 以上が整っていないと、入院基本料が算定できない。

## 患者から受領できる費用

- 患者一部負担金
- 入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担金
- 保険外併用療養費における自費負担額
- 人工腎臓を実施した患者について、療養の一環として行われた食事以外の食事の実費
- 療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

上記の患者一部負担金等は、原則的に全ての患者から徴収する必要がある。

特定の患者(職員、職員家族等)に対して減免等の措置をとってはならない。(療養担当規則に規定されている)

## 保険診療に関するその他の事項

- 診療報酬明細書(レセプト)の作成は医師が記載した診療録に基づいて医事課等で作成するが、レセプトの点検には医師が関わる。
- 自己診療(医師が自身に対して診察し治療を行うこと)の禁止。
- 混合診療(保険診療と保険外診療を同時に行うこと)の禁止。
- セット検査、ルーチン検査は保険診療上は不適切。但し、必要性や評価等がカルテに記載されていればOK。

## 実際に個別指導を受ける際に確認 しておくべき事項等

\* 参考資料(事務取扱状況確認表、電子カルテシステムチェック表)  
も参照して下さい

\* あくまで日頃からしておくべきことで、  
個別指導対策として取り繕うものではありません

### 【はじめに】

#### ・ 選定理由の確認

新規個別指導の場合、特別な理由はない。

前年度に指導を受け、結果が「再指導」のため指導を受けた場合、前回指導時に指摘された事項がどのように改善されているかを重点的にチェックされる。

集団的個別指導後も高点数レセプトのため個別指導となった場合。

#### その他(情報提供等)

## 【事務関係】施設基準届出や事務関連事項

常勤、非常勤職員の確認。特に、医師、看護師、薬剤師、栄養士。  
医師の異動届けの提出など遅れがないか。

診療科目、診療時間、休診日の確認。時間外、休日加算等の要件をきちんと把握しているか。診療時間、受診時刻が確認できるか。診療録に記載があるか。

保険証の確認が定期的に行われているか。確認者は、管理状況(すぐ返しているか)。  
患者が提出しない場合の取り扱いは。

未収金対策はされているか。管理簿はあるか。

診療報酬明細書は誰が作成しているか。点検はどのように。最終確認は誰か。

請求までの医事業務の流れの確認。自動算定でないか。自動算定のプログラムがあっても  
診療内容を確認の上、最終的に管理者がチェックをしているか。  
請求の流れを、医事担当者が把握していること。

審査支払基金等の査定、返戻の書類確認。指摘されたことを請求に反映させているか。

## 【診療関係】

混合診療はないか。保険外診療と保険診療を分けて記載しているか。

自己診療はしていないか。

自家診療については、診療録がきちんと作成されているか。診察しているか。

職員の健康診断の際、病名をつけて保険診療として請求していないか。

診療録1～3面の記載に不備はないか。診療開始日、転帰、病名整理等。  
手書きカルテの場合、診療録の鉛筆書きがないか。特に3面(点数等の欄)に多い。

診療録とレセプトの傷病名が一致しているか。

無診察診療と誤解される記載はないか。診療録の記載が全くない、押印のみのデイクアや  
リハビリ、薬のみの受診等。診療録や口頭で確認。

診療録の見開きごとに処方内容が転記されているか。

処方箋の様式は平成22年改定に対応しているか。

## 病院又は有床診療所

入院基本料算定に必要な4つの医療提供体制ができているか。

入院診療計画書---書式の確認。チーム医療としての多職種の関わり。本人又は家族等の署名欄。

院内感染防止対策---委員会設置、月1回程度開催。議事録確認。週1回程度の感染情報レポート。

医療安全管理体制---委員会が月1回程度。安全管理規程の文書。研修が年2回程度。

褥瘡対策---褥瘡対策チームの設置。

## 電子カルテを使用している医療機関

診療録の電子媒体保存(電子カルテ)システムチェック表に沿って事前確認。

真正性---入力者が確定できる。医師以外に処方等書き換えられない。パスワード

見読性---書面に表示できるか。

保存性---法令に定める期間の保存。記録媒体の劣化対策。

などを定めた、独自に作成した運用管理規程があること。

## よくある個別指導の指摘事項

- 医師の記載が少ないカルテ
  - 通りハ
  - 精神科デイケア
  - 人工透析患者
  - (療養病棟等長期入院の)入院患者カルテ
- 医師の記載が少なくゴム印等のみのカルテ
  - 特定疾患療養管理料
  - 乳幼児育児栄養指導料
  - 創傷処置
  - 通院・在宅精神療法

## よくある個別指導の指摘事項

- 医師の記載が判読困難なカルテ
- 交付した文書の写しをカルテに添付していない
  - 入院診療計画書(入院基本料)
  - 療養計画書(生活習慣病管理料)
  - リハビリ総合計画書(リハビリ総合計画評価料)
- 医師の従事者への指示事項がカルテに記載されていない
  - 外来栄養食事指導料(管理栄養士)
  - 在宅患者訪問看護指導料(保健師等)
  - 精神科訪問看護指導料(保健師等)

【返還事例：参考】H20年10月～H22年4月

・基本診療料関係

外来管理加算でカルテに診察の記載がない。  
時間外加算をとっているが、受診時刻の確認が出来ない。

・医学管理料の算定 カルテに記載がないものは返還(原則全てそうです)。

特定疾患療養指導料 主病を診ていること。指導した内容を具体的に記載。

特定薬剤治療管理料(血中濃度) 指示、結果、結果に基づいた治療計画。

悪性腫瘍特異物質治療管理料(腫瘍マーカー) 結果、治療計画。

小児特定疾患カウンセリング料 家族のみではダメ、要点の記載。

生活習慣病管理料 治療計画、患者の同意、署名、計画書は4ヶ月に1回  
以上交付、交付した計画書の写しをカルテに添付。

ニコチン依存症管理料 「禁煙治療のための標準手引書」に沿って、TDSで  
診断、1日200本以上、治療の同意書の文書。

肺血栓塞栓症予防管理料 リスク評価(予防ガイドラインに基づく)、指示  
内容をカルテに残す。入院指示箋でも可。

医師の診察がなく集団栄養指導料の算定。

・在宅関連

在宅療養指導管理料に含まれる項目は、全て指導内容のカルテ記載が必要(青本P286)。

・画像検査の結果記載なし。

・禁忌投薬は薬剤料のみ返還(医学的には行われることがあっても、赤本で禁忌になっているものは原則認めてくれない)。

・他院入院中の患者が外来受診し、診療情報提供料の算定は不可。

・調剤技術基本料は常勤薬剤師がいないと算定不可。

・夜間早朝等加算は、受診時間がわからないものは算定不可。

・薬剤情報提供料は、その旨のカルテ記載がないと算定不可。

・呼吸心拍監視はカルテにコメントがないと不可。

・手術当日に点滴手技料は算定不可。

・創傷処置の範囲の記載がないと、一番低いものとの差額返還あり。

- ・レセプトとカルテ実日数に違いがあると、差額返還となることあり。
- ・電話再診料は内容のカルテ記載がないと不可。
- ・職員の健診と思われるもの 保険診療分の返還。
- ・入院時食事栄養指導料で主治医の指示がないものは算定不可。
- ・肺血栓塞栓予防 リスク評価、計画がないものは算定不可。
- ・手術に関して、特定保険医療材料で手術料に含まれているものは別に請求できない。
- ・特定疾患療養管理料は初診日より一ヶ月以内は算定不可。
- ・眼科レーシック手術後の定期検診は保険請求できない。
- ・コンタクトレンズ装用者は初診料でなく再診料を算定。
- ・初診日に他の疾患で他科受診したが、同一保険医が診ていた 初診料2回目135点分の返還。
- ・コンタクト装用中の患者で緑内障の検査 装用中止しない時はコンタクトレンズ検査料 で算定すべきなので、出来高との差額分返還。
- ・白内障手術で、単焦点レンズは保険請求可だが、多焦点レンズは保険適応外(先進医療の対象ではあるが、施設基準が決められている。それ以外で行う場合は自由診療となり、混合診療とならないよう注意。)

- ・訪問看護の指示箋はあるが、指示したものと連動するカルテ記載がない。
- ・ヘリコバクターピロリ抗体を胃ポリープで算定(青本P339)。
- ・ビタミン剤の要件の記載がないもの。
- ・検査オーダーがカルテにないもの(結果の記載等はある)。
- ・診療情報提供書はあまりにも古い様式では返還となることあり。
- ・透析患者に特定疾患療養管理料などときは、透析記録でなくカルテにその旨の記載をする。
- ・自院の健診で疾患が判明しその後通院治療を開始した場合、初診料でなく再診料を算定 差額分の返還。
- ・自己診療は保険請求できない。
- ・いわゆる返書の内容で診療情報提供料 の算定はできない。
- ・リハビリ 実施計画、内容の記載がないもの。
- ・通院精神療法 要点の記載がないもの。
- ・ネブライザーに使用した薬剤の記載がないもの。
- ・院外薬局の調剤処方箋で約束処方箋はだめ。

< MEMO >

## 参 考 資 料

### 沖縄県医師会報掲載 保険のひろば

保険のひろば(1)・・・25ページ (沖縄県医師会報 平成21年11月号掲載)

保険のひろば(2)・・・28ページ (沖縄県医師会報 平成22年1月号掲載)

保険のひろば(3)・・・31ページ (沖縄県医師会報 平成22年3月号掲載)

保険のひろば(4)・・・34ページ (沖縄県医師会報 平成22年5月号掲載)

保険のひろば(5)・・・36ページ (沖縄県医師会報 平成22年7月号掲載)

保険のひろば(6)・・・40ページ (沖縄県医師会報 平成22年11月号掲載)

保険のひろば(7)・・・44ページ (沖縄県医師会報 平成23年4月号掲載)

個別指導における指摘事項・・・49ページ(保険診療の留意事項 より抜粋)



## 保険のひろば (1)



理事 平安 明

### 【はじめに】

保険診療は財源に限りがあり、全ての医療行為を保険で認めることは現実的には困難である。しかし現場で求められている医療行為が単に「医科点数表の解釈（青本）に記載がない」とか「保険診療では認めてない」との理由で否定されるのは納得できないというのが多くの先生方のご意見であると思う。

しかし、保険診療を行う上では、現場の視点とは若干かけ離れたルールを遵守しなければならず、それに基づいて診療報酬の請求や医療機関等の指導が行われているのだが、意外に医療機関側はそのことをあまり重要視していないところが多いように感じられる。

医療保険担当理事として医療機関の個別指導に立ち会っているが、多くの医療機関が個別指導当日に戸惑いや不満など納得のいかない気持ちで指導を終えるのが現状である。指導側（九州厚生局、県）が求めることを完璧に満たすことは困難であるが、事前に知っておけば何とものなかったのに、と思われることも多々ある。

指導側が指摘する事項は、集団指導や集团的個別指導で医療機関に公開している事項がほとんどである。従って、当日になって寝首をかくような指導をしているわけでは決してない。医療機関は健康保険法や療養担当規則（療担規則）等に基づいて保険医療機関として指定され保険診療を行っているのだから、それが遵守されているかを確認しているのである。重箱の隅をつつくような指摘をしてくることもあるが、それはむしろ医療機関側に問題があることも多い。

つまり、我々医療機関側の保険診療に対する認識が甘いといわれても仕方がないことが結構あるのである。指導の在り方の問題や納得のいかないことを議論することは当然重要なことであるが、個別指導の現場では意味を成さな

い。むしろ、保険診療に対する理解不足や不適切な診療報酬請求があるのではと指導側に疑われたり、不要な警戒をもたれたりすることもあり得る。

個別指導の在り方（医療機関の選定方法や指導内容等）についてのご意見はあらためて会員の皆様に承っていきたいが、まずは、個別指導に当たって医療機関に求められていること、整えておくべき書類や診療録（カルテ）に記載すべき事項のポイントなどを取り上げ「保険のひろば」として掲載することとした。

主に個別指導で指摘される事項について解説しながら、保険診療に対する理解を深める一助として頂ければと思う。

保険請求のルールに則ったカルテ等の記載は日頃から意識して行っていくべきことであり、個別指導の対策として通知後に慌てて書類を整えたり、後からカルテに書き加えたりするようなことが決して起こらないよう注意してほしい。

### 【個別指導における指摘事項】

今年度から個別指導時の指摘事項について指導側が四半期毎に文書により公開することになった。沖縄県医師会報付録Vol.45 No.8（P18～P24）及びVol.45 No.10（P16～P22）に掲載されているので参照してほしい。（当該文書は本会ホームページに掲載。）

以下、個別指導時に確実に指摘される事項について解説していく。紙面の都合上、今回は総論的事項を中心に取り上げた。

○未収金対策はされているか。管理簿が作成されているか。

健康保険法や療担規則では、定められた一部負担金は徴収しなければいけないのであって、医療機関側の判断で勝手に未収金をうやむやに

したり、患者の事情もあるからといって曖昧にしたりしてはいけない。

○家族・職員の一部負担金を請求しているか。

上記同様、一部負担金は徴収しないとイケない。まれに、“福利厚生の一つとして、職員からは負担金を取っていない”という医療機関があるが、保険診療上不適切となる。

○保険診療の診療録と保険外診療の診療録（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ある。

混合診療と誤解されかねない。別カルテにすることが望ましいが、同一のカルテの場合は、保険診療と保険外診療が一目瞭然に区別できるような工夫が必要である。

自由診療を行っているのと同じ日に、日頃処方されている薬を受け取る等で、再診料、処方料等の算定があり、指摘及び診療報酬の返還となったケースがある。間違いのないようにしてほしい。ちなみに、基本的に“青本”にないものは保険外診療となるが（先進医療は別だが、その場合施設基準を満たした上で、届け出が必要になる）、保険外診療にあたるか判断がつかない時は、とりあえず県医師会に確認してほしい。

○診療録1～3面が整備されているか。傷病名等の整理がされているか。

診療録（カルテ）は1面（患者情報、傷病名等の記載）、2面（医師の所見や指示等の記載）、3面（点数等の記載）が揃っていないとイケない。3面が抜けていたり、別冊になっていたり、不備なことがある。

傷病名整理、診療開始日終了日、転帰などの記載がもれてないか。診療終了日の記載等は初診の判断にも影響することがあるので、日頃からのチェックを怠らないようにしてほしい。

○医師の診察に関する記載が乏しいものがある。「薬のみ」の記載だけでは、無診察診療（医師法第20条で禁止されている）と誤解されかねない。

外来管理加算や特定疾患療養管理料等、診療報酬の算定要件として医師の診察所見が求められているものが多い。その場合、カルテに記載

が残されていることが担保となり、カルテには書いてないが別冊や指示書があるなどは指導側が認めないこともある。後で追加することが可能なため、その時に指示したかどうか確認ができないと見なされかねない。

「薬のみ」は、上述のごとく紛らわしいことになるので、本人を対面診察したことが担保できるような記載（簡潔でよいが、画一的にならないように）を残しておくよう心掛けてほしい。

○実施した検査・画像診断に対する医師の所見が乏しいもの。

カルテに検査等の指示はあるものの結果の記載がないものがみられる。特に、結果に異常がない場合に起こりやすく、結果の記載がないと医師が確認していることが担保できず、患者へのフィードバックがされていない又は研究目的と受け止められかねない。即ち保険診療としては認められないと見なされることがあり、その場合診療報酬の返還を命じられることがある。異常所見は勿論、結果が正常であってもその旨を簡潔に記載してほしい（検査結果異常なし、n.p.、W.N.L.等でも構わない）。

○外来管理加算において、医師の聴取事項や診察所見の要点及び5分要件の記載がないものがある。

医師の記載が全くないものはどうにもならないので、対面診察を行ったことが担保できるような記載を工夫してほしい。こと細かく書く必要はないが、ある程度診察内容が計れる程度は記載したほうがよい。

時間要件については、次期診療報酬改定でも議論になっているように、様々な問題がある。医師会としてはこの要件は見直しするよう要望しているところである。しかし、現状の指導では「5分超」「5分OK」「時間OK」など、何らかの時間要件を満たしている旨の記載がカルテにない場合は指導対象となっている。これはゴム印で構わないので、是非対応してほしい。

○特定疾患療養管理料について

青本上、当該医学管理料が算定できるのは“治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合”とある。「塩分〇g、

運動〇分」等では不十分と見なされかねない。また、記載内容が画一的であると、指導されることがある。毎回同じゴム印のみも同様に指摘される。記載がない場合は当然だが、不十分と見なされた場合も返還を命じられることがある。記載内容は当然医師に委ねられていることだが、診察場面で指導したことをなるべく具体的に記載したほうがよい。

#### ○特定薬剤治療管理料（いわゆる血中濃度測定）について

薬剤の血中濃度に基づいた治療計画の要点の記載が求められている。カルテには、血中濃度の指示、結果、結果に基づく今後の治療計画があってはじめて算定要件を満たしたと見なされる。勿論オーダーから結果が出るまでタイムラグがあるので、記載が複数の日数にわたっても構わない。治療計画に関しては、医師の判断が含まれていれば簡潔でよい（ex.処方継続、〇〇を△△mgに減薬、等）。

#### ○薬剤情報提供料について

薬剤情報を提供した旨をカルテに記載していないと返還となることがある。薬剤情報、薬情、**薬**、などその旨がわかるようなゴム印で構わないので忘れないこと。提供した文書の写し等のカルテへの添付は求められていないが、当然患者の要望で文書を発行していることが前提となる。

#### ○診療情報提供料（I）について

交付した文書の写しをカルテに添付することが求められている。交付した文書の写しとは、患者に最終的に手渡したものの写しであり、パソコンに保存されている文書をプリントアウトし押印したものではない、と指導される。情報提供書に署名あるいは記名押印したもの（最終的に患者に交付するもの）のコピーを添付すると間違いない。電子カルテの場合はそれをスキャンして取り込んでもよい。

#### ○創傷処置等について

創傷処置や熱傷処置を実施した場合は、処置の内容、処置の範囲、使用した薬剤を診療録に記載する。特に処置範囲によって点数が異なるため、記載がない場合、最も低い点数に減額さ

れ差額分の返還を命じられることがある。

#### ○創傷処理について

創傷処置で算定すべきものを創傷処理で算定していることがある。創傷処理は、青本上第10部手術に含まれ、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行った場合に算定されるもので、その内容がカルテに記載されていることが必要である。

#### 【おわりに】

現状では日本は殆どの医療機関が保険医療機関として登録され、保険診療を行っている。保険診療とは「保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”」であり、医療機関が医療を患者に提供した場合、その対価としての診療報酬を請求するには契約に基づくルールを満たしていなければならないのである。

診療報酬改定等を通して少しずつ保険診療で認められる内容は変わっていくが、現状において認められていないことは、**保険診療として請求できない**ということになる。**医療としてやってはいけない**ということではない。繰り返しになるが、保険医療機関に対する**個別指導は保険請求上のルールを満たしているかの確認と指導**を行うもので、**医療水準や質、内容を検証することが目的ではない**。このあたりを混同してしまうと、当局批判に終始してしまい、ややもすると“保険診療に対する理解が乏しく、保険医療機関としての適性に欠くのでは”と疑われ、厳しい指導結果となることも起こりうる。

各医療機関においては其々の専門があると思われるが、最低限自院で請求している診療報酬の算定要件は、管理者（院長等）がしっかりと把握しておく必要がある。まずは、“知らなかった”ことによる不要な不利益を被ることがないように、保険診療に対する理解を深めていければと思う。

次回以降は科別の項目など各論的なことも取り上げていく予定である。

また、当該記事に関するご質問等がございましたら下記宛までお寄せ下さい。

沖縄県医師会事務局（担当：西原、比嘉）  
TEL：098-888-0087 FAX：098-888-0089  
E-mail：jimuso@okinawa.med.or.jp

## 保険のひろば (2)



理事 平安 明

### 【はじめに】

前回、**保険診療**とは「**保険者と保険医療機関との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約診療”**」であり、医療機関が医療を患者に提供した場合、その対価としての診療報酬を請求するには契約に基づくルールを満たしていなければならない、と述べた。

ここで今一度保険診療の流れについて確認しておきたい。既に理解されている先生方には釈迦に説法で申し訳ないが、研修医等にも目を通してもらっていることを想定して進めさせていただく。また、保険指導の種類や法的根拠も含めて再確認しておきたいと思う。

### 【保険診療の流れ】

被保険者が病気に罹り医療機関を受診すると、医療機関は診察、検査、処置、投薬などの治療を行う。治療を受けた患者（被保険者）は加入している保険によって定められている割合で医療機関が請求する医療費の一部を一部負担

金として医療機関に支払う。医療機関は一部負担金分を除いた医療費を審査支払機関に請求し、そこでレセプトの審査を経て保険者に請求が行われる。

下図のように4者がルールを遵守して保険診療が成り立っているのであるが、医療機関が保険診療として診療報酬を請求するには、当り前のことだが、まずは**保険医療機関**として届け出ているなければならない。

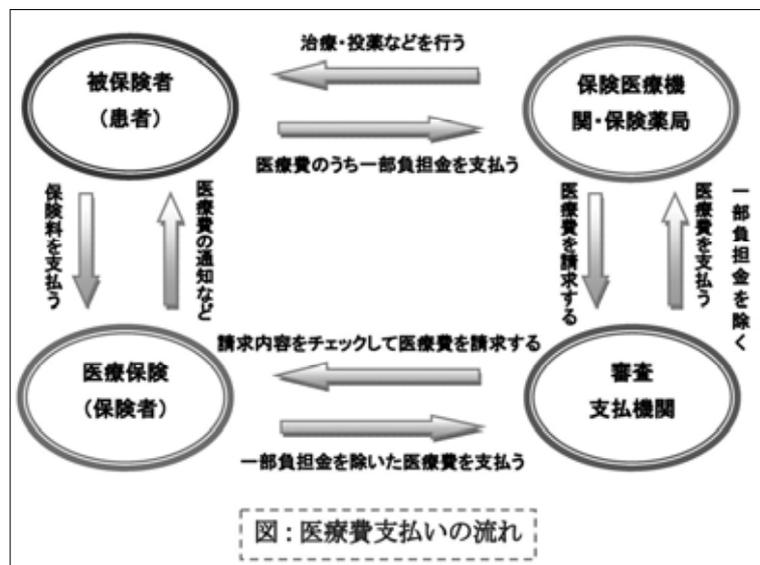
病院、診療所を開業する際は、医療法等の基準を満たしているかを保健所が確認し開設許可をもらうが、保険診療を行うに当たっては、厚生局（当県の場合は九州厚生局沖縄事務所）に届出申請を行い受理された後、はじめて診療報酬の請求が可能となる。

例えば、美容形成や代替医療等を専門で行う医療機関で保険診療を行わず全て自費（保険外）診療であれば、厚生局へ届出する必要はない。もちろん、保険外診療と別に保険診療も行う医療機関では、保険医療機関としての届出が必要となり請求のルールを満たしていれば当然診療報酬の請求が可能である。

### 【指導の根拠】

以上のように保険医療機関あるいは保険医として保険診療を行う上では、健康保険法等（他に船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律）に定められたルールを遵守する必要がある。

健康保険法においては、第73条、78条に医療機関が指導を受ける根



拠があり、これらを受けて厚労省保険局長通知の「指導大綱」「監査要綱」で具体的な指導・監査の実施内容が定められている。また、第70条、72条に基づいていわゆる「療養担当規則」が定められており、保険診療を行う上でのルールが示されている。請求に関しては、第76条第2項に基づき診療報酬点数表が告示されており、これに則って請求することが義務付けられている。繰り返しになるが、保険診療は“契約診療”であり、そのルールは上述のような根拠に基づいていることをまずは認識してほしい。

但し、どんな領域でも言えることだが、規則にはグレーゾーンがあり、解釈の違いが生じる可能性がある。我々医療関係者は当然のごとく患者のために日々診療を行っており、悪意を持って診療報酬の請求をすることは無いのだが、青本の解釈の違いから算定要件や請求方法等に誤りが生じることはあり得る。個別指導等の場ではそのような場合も含めて“不当請求”と括ってしまうため納得いかないことも多い。しかし最終的にはきちんとした診療が根拠にあることが担保できれば、後に尾を引くようなペナルティーとはならないはずである。

**【指導の種類】**

**1. 集団指導**

新規開業、指定更新、診療報酬改定時などに一定の場所で講習会形式にて行われる。

新規に指定された医療機関の全てが対象。指定後、概ね1年以内に行う。

**2. 集団的個別指導**

診療所を11、病院を4タイプに類型区分し、区分ごとに1件当たりのレセプト平均点数が各都道府県平均（沖縄なら沖縄県における平均）と比較し、診療所で1.2倍、病院で1.1倍を超える医療機関のうち上位8%が対象とされている。集団的個別指導後2年は選定対象から外されるが、高得点が続くと“個別指導”の対象とされる。

講義形式で行う集団部分と、個別面談の個別部分があるが、九州は全県とも集団部分のみで

一見すると集団指導と大差ないように見える。しかし、高点数が続くと“個別指導”にステップアップになる点で集団指導とは決定的に異なるものである。また、指導当日に無断欠席なども個別指導の選定理由となるので注意が必要である。講義内容は個別指導でも指摘される事項なので、資料等は保管し保険診療の一助としたほうがよい。

**3. 個別指導**

**1) 新規個別指導**

指定を受けて6か月を超えた医療機関の全てを対象とする。

個別面談方式で、1医療機関につき60～90分をかけ、九州厚生局沖縄事務所が指定した患者10名程の診療録とレセプトを突合審査する。

沖縄県の場合、自主返還が命じられることがある。但し、一般個別指導と異なり、返還金が生じるのは、持参した患者のレセプト分に限られている。

**2) 一般個別指導**

選定対象となるのは、以下のケースである。

- ① 支払基金、国保連合会、保険者等からの情報提供。
- ② 過去の個別指導で「経過観察」となっていたが改善が認められない。
- ③ 過去の個別指導で「再指導」となっていた場合。
- ④ 集団的個別指導を受けた医療機関のうち、翌年の実績においてもなお高点数医療機関に該当（この場合、上位4%とされている）。
- ⑤ 正当な理由なく集団的個別指導を拒否した場合。
- ⑥ 医療監視の結果、問題があった医療機関。
- ⑦ 会計検査院の实地調査の結果、指導の必要が生じた場合。
- ⑧ 検察、警察の情報。
- ⑨ 他の保険医療機関の個別指導または監査に関連して指導の必要が生じた場合。

⑩その他必要と認められるとき。

対象医療機関は、前年度の3月頃に厚生局で選定作業が行われるとのことだが、様々な情報に基づき指導が組まれることもあり、詳細は不明である。当該医療機関や医師会には指導日の3週間前にはじめて知らされる。

当日持参するカルテは新規個別指導と違い30名分程に上り、しかもその対象者は前日にしか知らされない。

一般個別指導で診療報酬の返還を命じられた場合、持参した患者分に止まらず、同様のケースがないかを過去1年間に当該医療機関を受診した全患者において自主点検し、保険者への返還および患者自己負担分の返還が命じられるため、医療機関にとっては程度の差はあれ物理的・心理的にかかなりのダメージを受ける。

指導側は「レセプト請求の根拠は診療録」と最終的に言ってくる。カルテに書いてないことは保険診療として行ったとは見なされないため、記載がないものを口頭でいかに説明しても虚しいだけである。日頃からカルテ記載と請求が一致しているか確認しておく必要がある。

### 3) 共同指導・特定共同指導

都道府県と厚労省が共同で行うもの。前者は都道府県個別指導でも改善されない場合や集团的個別指導後も特に高点数である場合などが対象。後者は、臨床研修病院、大学病院、特定機能病院、複数の都道府県にまたがる同一開設者の医療機関等の比較的大規模な病院が対象である。

### 【おわりに】

今回は、保険診療の中で特に医療費支払いの流れと保険指導について再確認した。限られた保険財源の中から医療費が支払われるため、各保険者ともそのチェックは年々厳しくなっている。そういった医療保険財政の厳しさが後押しするかのごとく、保険診療に対する指導も厳しくなりつつある印象を受けている。医療機関の個別指導・監査は平成20年9月までは各県社会保険事務局が担当していたが、周知の通り昨年10月からは厚生（支）局各県事務所が担当することになった。これを機に厚労省は各厚生局に対し、医療機関に対する指導を強化するようとの通知を出したとも聞いている。

我々医療機関側としては、一部の不正行為を働く医療機関があるからといって指導で過重な負担を掛けられるのは不愉快であり納得できないが、指導側の言い分によると、第三者の情報提供等がない限り不正な請求を行っている医療機関を選別するのは困難で、客観的な指標として、平均的な診療報酬に比べて高額となっている医療機関の中から対象医療機関を選別しているということらしい。そういうことからしても、保険指導の実体が医療費抑制を目的としていることは明らかではないだろうか。

とは言っても、保険診療の流れは医療機関（特に診療の最終責任者である医師）としては把握しておく必要があり、実際に臨床の場で行っている医療がどのような流れで保険請求されているのかを日頃から確認しておくといよいでしょう。

## 保険のひろば (3)



理事 平安 明

### 【はじめに】

昨年暮れに平成22年度診療報酬の改定率が発表された。ネットで+0.19%、本体部分が+1.55%（医科+1.74%、歯科+2.09%、調剤+0.52%）と微増で決着した形だ。医科については急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分することとなっており、再診料や診療科間の配分の見直しを含め従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急、産科、小児科、外科の充実等を図るとのことである。マイナスとならなかつただけマシという意見もあるが、全ての領域をカバーできる訳ではないので決して喜べる内容とは言えない。この原稿が掲載される頃には具体的な事項が見えてきているかもしれないが、今のところ何がどうなるか不明である。

個別指導で指摘される事項を取り上げ解説していくことをこのコーナーの主な目的としているが、ひとつご理解いただきたいのは、ここで解説していることは**今現在の指導において通用し得ること**であり、今後の医療保険政策の動き次第で指導内容も変わり得るということである。以前は指摘されなかったことを指導されたり、逆に以前指摘されたのに今回は何も言われなかったり、といったことが起こり得る。例えば、外来管理加算の時間要件は今のところ指導の対象となるが、次期改定で見直しされる可能性が高く、そうなると指導の対象ではなくなるかもしれない。医科点数表の解釈（いわゆる青本）や保険医療機関及び保険医療養担当規則（いわゆる療担）等の内容が変わればそれに伴って指導内容も変わり得るということである。医療の本筋とは大きくかけ離れているが、保険診療は限りある財源の中でやりくりしているものなので、医療提供側の理屈だけではどうにもならないことがある。

前回は保険診療の流れや保険指導の種類等を解説したが、今回は第1回目に引き続き、個別指導の際指摘される事項についていくつか取り上げ解説したい。

### 【指摘事項の解説】

#### I. 総論的事項

- 保険証の確認が定期的に行われているか。**  
最低でも月一回、出来るだけ受診のたびに確認することがのぞましい。資格喪失等の見落としがないように。
- 職員の健康診断を保険診療として行っていないか。**  
健康診断は、保険診療として行ってはならない（療担第20条）。外部委託の場合は特に問題ないが、自院で行う場合は、保険外診療として全て自費で行わなければいけない。自費分をどのように徴収するかは医療機関毎に工夫があってよいと考えるが、基本的に健診が保険適用外であることは間違えないでほしい。
- 実費徴収分を分かりやすく院内掲示してあるか。**  
保険診療上認められている実費徴収分について、内容が分かるように院内に掲示しておく必要がある。（医科点数表の解釈平成20年4月版P838～840参照）  
但し、青本に記載していないものの実費徴収に関しては基本的に認められておらず、“保険医療機関で行うこととしては不適切なので改善するように”、といった指導を受けることがある。実費徴収が可能かどうかの解釈が難しい場合は、直接九州厚生局沖縄事務所に確認するか、県医師会まで問い合わせていただくとういでしょう。
- 請求までの医事業務の確認。**  
いわゆる自動算定になっていないか。医学管

料の算定等で医事部門のみの判断で一律に請求を行ういわゆる「自動算定」は指導側が最も気にする行為の一つである。

患者が窓口を受診してから最終的に自己負担を支払って帰るまでの流れが保険診療上適切かどうか一度確認しておいた方がよい。

原則的には、医師が算定要件を満たしているとしたものについて医事部門は請求することになる。つまり医師が行った医療行為がカルテからも見てとれ、それに基づいて請求が行われていることが前提である。指導の場では指導官らは、担当医が請求内容を知らないはずがない、との認識でチェックしてくるため、医師も保険請求の流れを把握しておかないといけない。医事部門でカルテをみて請求可能な医学管理料等があれば、医師に診療内容の確認をした上で請求してよいかどうかを判断している場合もあるが、何れにしても、医師の判断とその根拠となるカルテ記載が重要で、医事部門の判断のみで請求に挙げることは不適切とみなされる。

○レセプトの最終チェックは医師（院長、主治医等）が行っているか。

先に述べたように、診療報酬の請求は医師の判断によって行われるのが原則であり、審査支払機関にレセプトを提出する前に、主治医自ら（あるいは管理者である院長等）がレセプトの点検を行うことが求められている。

医事部門が最終チェックでは、不適切と見なされる。

II.診療に係る事項

○外来管理加算について

外来管理加算は、処置、リハビリ等行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。創傷処置等を実施した場合に誤って算定するケースがあるので注意してほしい。

○処置等

基本診療料に含まれ別に算定できない耳処置、鼻処置を誤って算定しているケースがある。基本診療料に含まれることになっている簡単な処置については、医科点数表の解釈平成20年4月版P454を参照のこと。

○悪性腫瘍特異物質治療管理料について。

上記医学管理料は、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となっている。

算定のための要件として、腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点をカルテに記載することが求められており、腫瘍マーカー検査を行っただけでは算定できないので注意してほしい。

○ビタミン剤の投与は適切か。

内服、注射剤ともにビタミンC、B群製剤は使用の都度、その必要性や効果についてカルテに記載する必要がある。

平成20年改定の際から縛りが厳しくなっており、青本にも明記されているため、指導の際はカルテに必要事項の記載がないと診療報酬の返還となる。

審査支払機関での審査ではレセプトに傷病名とコメントがあれば査定とはならないが、個別指導ではカルテに必要事項の記載がないと不十分と見なされるので、注意が必要である。ビタミン剤については長期漫然投与と見なされるケースも散見され、使用の際は必要事項のカルテへの記載を忘れないようにしてほしい。

○リハビリやデイケア実施前の診察がなされているか。

診療報酬点数は大きく**基本診療料**と**特掲診療料**に分けられている。基本診療料が基本的な医療行為に対する費用であるのに対し、特掲診療料は基本診療料に含ませることが妥当でない特別な医療行為に対しての費用として算定することとなっている。従って一人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額となる。特掲診療料は基本診療料に加えて特異な医療行為を行った場合に算定できるもので、特掲診療料だけの請求は特に規定されている場合を除いてあり得ないこととなる。

リハビリやデイケアも診療報酬点数表上、特掲診療料に含まれており、前提として基本診療料（初診、再診料等）を算定することになる。基本診療料の算定は医師による対面診察が基本にあることから、リハビリやデイケアの際にも保険請求のルール上は医師の診察が要求されることとなる。

継続した利用者が多いことから、利用者の利便性のためにと診察を省いたりすることは算定要件上も療担規則上も問題があることとなる。

大規模の施設等は現実的に対応が難しい面もあるが何とか工夫して保険請求上の問題がないようにしてほしい。

①入院基本料等の算定上の留意点

入院基本料を算定するために必要な4つの医療提供体制が出来ているか。

①入院診療計画書---必ず患者に交付。写しをカルテに添付。様式に必要事項が含まれているかの確認（医師、看護師、その他必要職種の記事、チームで関わっていることが必要。本人または家族の署名欄）。入院後7日以内に計画書に沿って患者に説明。

- ・「主治医以外の担当者名」が記載されていないことがある。
  - ・本人・家族の署名の漏れ。
- 等に注意。

②院内感染防止対策---院内感染対策委員会の設置、月一回程度の開催、議事録の作成。週一回程度の感染情報レポートの作成。職員に対する手洗い励行、必要な消毒機材の設置など。

- ・議事録がなく、開催されているか確認できないことがある。
- ・感染情報レポートが作成されていないケース。

③医療安全管理体制---安全管理指針の策定。医療事故・インシデント報告制度の整備。委員会の設置、月一回程度の開催。職員への研修を年2回程度実施。

- ・安全管理指針が文書として作成されていること。
- ・研修会に参加した職員名簿等。

④褥瘡対策---専任医師、看護師等による褥瘡対策チームの設置。日常生活自立度が低い入院患者について「褥瘡に関する危険因子評価表」に沿って危険因子の評価がされている。

- ・チームの構成メンバーや活動内容が分かるような資料。
- ・評価表等には日付と評価者のサインを。

病院又は有床診療所にとって、これは非常に重要である。これが1つでも欠けていると算定要件を満たしていないとして、入院基本料の返還につながる可能性があるため、日頃からこれらのシステムがうまく機能しているかどうか確

認してほしい。

【おわりに】

再々確認となるが、保険医療機関に対する個別指導は保険請求上のルールを満たしているかの確認と指導を行うもので、医療水準や質、内容を検証することが目的ではない。健康保険法等に則り保険者の視点に立った指導が行われるので、どうしても無駄な投薬や検査が行われていないか、漫然とした治療が行われていないか、といった“医療機関性悪説”に立った指導が行われる可能性を孕んでいる。

医療保険担当理事の主な役割は、実際に個別指導に立ち会い、指導が適切に行われたかを見届けることである。もっと端的に言うと、根拠もなく医療機関が不正を行ったかのような不適切な指導が行われることがないように監視することである。

実際には当県ではそのようなことはなく、丁寧で適切な指導が行われていると言っている。一方で、稀にはあるが医療機関側に保険診療の理解が不十分と言わざるを得ないところもあり、出来るだけ日頃から保険請求に関する情報収集等を医事担当者のみでなく医師も積極的に行ってほしいと感じることがある。

保険請求のルールづくりには政治や経済が大きく関わっており、今回の新政権下で保険医療がどのように動いていくのか、会員の皆様も大きな関心を持っていることと思う。

ここで書かせていただいていることは、あくまで保険請求上参考になると思われる事項であり、平成20年4月版医科点数表の解釈をもとに指導を行っている九州厚生局沖縄事務所等の実際の指摘事項を参考としているため、今後の診療報酬改正や厚生労働省の様々な通知等で内容は変化していくと思われる。最終的には其々の医療機関で判断すべきものだが、最新の通知等は厚労省や厚生局のHP、あるいは医師会のHPでも掲載しており、随時ダウンロード可能なため、定期的に最新情報を確認するよう心掛けていただきたいと思います。

医事担当者のみならず、医師（管理者、院長、主治医等）も保険診療の責任者として必要な情報は把握しておかれることが望ましい。

## 保険のひろば (4)



理事 平安 明

### 【はじめに】

今回は平成22年度診療報酬改定に関する私見と、再診料に関連して「外来管理加算」と「明細書発行」についてふれてみたいと思う。

この記事が掲載されるのは5月号になる予定なので、診療報酬改定の内容については既に詳細な説明が様々な団体の主催により済んでおり、疑義照会、Q&A等も随時出されていると思われる。各医療機関にあっては自院に関連する事項を中心に、まめに情報のチェックをし、変更点の見落とし等ないよう注意していただきたい。

### 【平成22年度診療報酬改定に関して】

今回の診療報酬改定はこれまでと様々な点で相違があった。中医協委員から日医の代表者が全て除かれ、前回改定で附帯意見として挙げられていた再診料に関する議論が中断し、中医協の審議事項としても後回しにされ結局十分な議論がなされぬまま診療所の再診料が引き下げられるという結果になった。このことは医療崩壊が叫ばれる中、地域医療を支えている診療所の体力を前回改定に引き続き奪ってしまう結果となりかねず、非常に危惧される点である。

重点課題となった救急、産科、小児、外科等は概ね増点となっておりかなり評価できるといってよい。特に手術に関しては、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）による「外保連試案第7版」をほぼ全面的に採用し、約半数の手術が増点になったことは画期的といえる。医師の経験や技術を反映した点は意義深いことで、今後の診療報酬のあり方に一石を投じるものとなったのではないと思う。その他、入院料関

係は大病院を中心に入院早期の加算や手厚い体制に対する加算の新設や増点など、十分とは言えないまでも様々な部分で過去数回の改定ではなかったような評価がなされた。

一方で、外来関係には非常に厳しい改定となった。先に述べたように、診療所にとっては再診料の減額に象徴されるように、殆どプラスがない状況である。再診料の減った分は地域医療貢献加算の3点を取れるようにすればいい、というむきもあるが、原則24時間の対応が必要となるわけで、心身の負担を考えれば現実的には一部の診療所しか算定できないであろう。この加算は準夜帯や深夜帯の病院勤務医の負担を軽減することも期待して新設されたものとのことである。日中の地域の人たちに対する診療が地域貢献ではないとでも言うのだろうか。名称の変更を検討しているとの話もあるが、そんなことが問題ではなく、そもそもの考え方がおかしいと思う。其々の医師が自分のペースを大事にしながら、長期にわたり地域の人たちの健康を担ってきたことを、再診料の値下げといった形で否定し、尚且つ24時間の対応が出来ないところは区別するかのような点数設定は如何なものか。

長妻厚労相は今回の診療報酬改定で「医療再建の足がかりを作った」と言っているが、実際に地域を支えている診療所を軽視するような政策を続けていくと、診療所が体力を失い、結果として地域の病院にしわ寄せが来ることになり、最終的に地域医療を担う構造が根本から崩れていくのではないかと危惧される。次期改定に向けて、早急に影響の検証を行い、医療再建を“足がかり”だけで終わらさないようにしてほしい。

### 【外来管理加算について】

点数は据え置きで、5分要件が廃止になった。これまでカルテに「5分超」「時間OK」などの記載が求められていたが、4月以降は必要ではなくなる。但し、患者からの聴取事項や診療所見の要点をカルテに記載することは以前同様必要である。

また、要件の追加として、いわゆる「お薬受診」での算定は出来ないことが念入りに書き加えられているので、留意してほしい。

まとめると、時間は問わないが問診・身体診察・療養上の指導といった医師の診療は当然必要で、その要点をカルテに記載しないとイケないということである。

### 【明細書発行について】

医療の透明化のためとの理由で、電子請求を行っている医療機関においては原則明細書を無料で発行しないとイケないことになった。領収証を発行する際に明細書を添付する形になるが、慢性疾患等で診療内容に変化がなくても原則として毎回発行しないとイケない。患者が希望しない場合はその旨申し出てもらうような掲示をし、患者の意向を的確に確認できるようにした上で対応するとのことだが、現実的には領収証を発行する前に自らいらないと意思表示する患者は少ないと思われ、ほぼ対象の患者には自動的に発行することになる。

但し、「正当な理由」として以下の2つの理由があれば実費徴収での対応等が認められる。

- ①明細書の発行機能が付与されていないレセコンを使用している医療機関
- ②自動入金機を活用していて改修が必要な医療機関

また、電子レセプト請求が義務付けられていない医療機関では明細書発行の義務はないが、状況についての院内掲示が義務付けられる。

明細書関係については、自動入金機の改修等対応に時間がかかるものもあり、4月に間に合わ

なかった医療機関もあったかと思われるが、何れにしても、全ての医療機関で其々の状況に応じた院内掲示が必要となる。特に明細書発行体制等加算を算定する医療機関にあつては、院内掲示がなかったりすると算定要件を満たさないこととなり、個別指導等では診療報酬の返還となる可能性もあるため、十分に留意していただきたい。

### 【おわりに】

今回の改定においては、中医協の議論に上がる前に入院と外来で約10倍の差がある予算枠がはめられた。入院が多く外来が少なかったということではなく、単に外来にあてる予算が少なすぎたわけである。財源が厳しい中でやむを得なかった点もあろう。限られた財源を国民全体が危惧する救急、産科、小児科等へ厚く配分したことは妥当であり、大きな批判は出来ないと思うし、むしろ評価できる点も多いと思う。

しかし、長妻厚労相や足立厚生労働大臣政務官が昨年11月に発言した通り、診療報酬全体の底上げや小泉政権時の大幅なマイナスを上回るアップがないと、わが国の医療再建は厳しい状態にあることに変わりはないことを再認識しておく必要がある。民主党政権は昨年7月に民主政策集INDEX2009の中で、「総医療費対GDP（国内総生産）比を経済協力開発機構（OECD）加盟国平均まで今後引き上げ」と明言しており、今回不十分であった点を含め、さらに医療再建のための取り組みを実行していただきたいと思う。

この原稿締め切りの前日（4月1日）、原中勝征先生が日本医師会の新会長になったと報道があった。新副会長3人は原中会長の推薦候補以外の候補者から選出されたが、同日の会見で「日本の医療、地域の医療をよくするとの思いは新執行部で共通」と述べられている。どのような方向であれ、日医内部でこれ以上政治的スタンスの違いで争っている場合ではなく、一致団結して地域医療を再建するための議論を行っていただき、積極的な政策提言をしてもらいたいと思う。

## 保険のひろば (5)



理事 平安 明

### 【はじめに】

平成22年度の診療報酬改定は診療所関係にとって厳しい結果となったことは周知の通りである。

地域医療貢献加算は算定要件がいまだに曖昧な部分が多く、実務レベルで非常に困惑している。この加算については賛否両論様々な意見が各支部から出されているが、当県医師会としては5月20日に行われた地区医師会長会議において地域医療貢献加算が出てきた経緯について説明した上で、算定要件上も根本的な理念としてもかなり問題が多いものであることから、会員医療機関に対して積極的に薦める立場はとらず、今後の動向を注視し慎重に対応してほしい旨を報告した。(本誌21～25ページに地区医師会長会議報告掲載)

また、入院中の患者の他院受診についても様々な混乱が生じており、患者にとって適切な医療の提供や医療機関間の連携に支障が生じている。これについては、5月22日付で九医連から要望書を日医に出すなど行動を起こしており、今後の対応が注目される場所である。これらの問題についてはまた別に取り上げて状況の報告等をしていきたいと思う。

さて、今回は施設基準の考え方や保険医療機関及び保険医療費担当規則(以下、療担)をはじめ保険診療上遵守すべき事項について述べてみたい。療担違反(ex.特定の薬局への誘導等)は意図せず行ったとしても厳しい指導に結び付くことがあり、医療機関においては保険診療上の基本的ルールとして十分に把握し、問題がないように対応してほしい。

### 【施設基準について】

診療報酬の請求にあっては施設基準が求められているものが多い。施設基準が必要なものについては、定められた様式で九州厚生局沖縄事務所に届け出、受理された後に請求が可能になる。施設基準が必要なものを全て解説することは無理なので、ここでは注意すべき基本的考え方について確認しておきたい。

施設基準は平成6年までは「許認可制」であったが、それ以降は「届出制」となっており、基準を満たしているかどうかは医療機関が当然把握した上で申請されているものとして扱われている。届け出た内容が確実に基準を満たしているかどうかは医療機関の責任ということである。従って、施設基準調査等で“基準を満たしていない”と指摘された場合、「最初の申請の時に何も言われなかったのに今頃言うのは納得いかない」と訴えても当局には通らない。明らかに書類上不備がある場合は当局も受理できないため指摘してくるが、施設基準の届け出に際しては、当局が何も言わなかったから大丈夫、と安心してはならない。

各医療機関にあっては、診療報酬改定などで新たに(あるいは改めて)届け出が必要となった事項はもちろんのこと、そうでない事項に関しても定期的に施設基準を満たしているかどうか再確認することが望ましいと思われる。また、新たに申請する場合は疑問点を自己解釈するのではなく、できるだけ当局に直接確認の上、届け出を行ったほうが無難であろう。

診療報酬の算定要件同様、施設基準に関して解釈の問題で疑義が生じることは多い。厄介

なことに、各県で解釈が異なる場合もある。そもそもそういうことがあってはいけないはずなのだが、かといって必ずしも厚労省が取り纏めて見解を示しているわけではない。そのようなグレーゾーンの部分的な解釈で（しかも担当者レベルで差があれば尚更）医療機関に不利益が生じることがあってはならないが、万が一そのようなことで難儀をすることがあればご一報いただきたい。

一 保険医療費担当規則からみた保険医療 一  
【療担等保険診療上の遵守事項】

療担規則は、保険医療機関として遵守しなければならない事項として昭和32年に厚生省令第15号として発出されたものだが、診療報酬改定に合わせて追加等が行われている。青本に最新版の療担が載っているので一度は目を通していただきたい。先の施設基準に関することも療担の中で「適正な手続きの確保」として述べられており、青本以前の保険診療の基本的ルールとして非常に重要なものとして位置づけられている。

○保険医療機関に診療報酬が支払われるための条件

保険医療機関に診療報酬が支払われるためには、「保険医が」「保険医療機関において」「健康保険法、医師法、薬事法等の各種関係法令を遵守し」「療担の規定を遵守し」「医学的に妥当適切な診療を行い」「診療報酬点数表に定められた通りに請求を行っている」ことが条件となっている。

これらを全て満たした場合に請求できることとなっているのだが、現在の医学教育現場ではこのことをほとんど教えていないといってよい。研修医のほとんどは保険医療の制度や診療報酬の算定要件を知らずに臨床研修を行っていると思われる。通常、病院の中で何らかの役職に就くか自身が開業する際に、改めて保険診療の重要性を認識するという医師も多いのではないだろうか。保険診療の妥当性はどうか、実

際問題として日本（の保険医療機関等）で医療を行っている以上、保険請求のルールを無視することはできない。医師が純粋に医療に専念できる環境は理想かもしれないが、保険診療上は医師は診療報酬の責任を担うべき立場にあることをもっと認識し、事務任せで何も知らないということがあってはならない。

○保険診療の禁止事項

（無診察治療等の禁止：療担第12条）

無診察治療は保険診療上不適切だけでなく、医師法第20条にも抵触することであり、極めて不適切な行為として受けとめられる。日頃適切な診察が行われているとしても、カルテに全く記載がない等、診察したことが後で確認できない状況だと指導の際にあたかも無診察治療をしてはいないかと疑われることになりかねないので気をつけてほしい。

定期的に通院する患者に対し診察を行わず処方箋のみを交付する、医師の診察を受けずにリハビリやデイケアを行い再診料の請求がある、といったことも無診察治療を疑われることになるため、十分に注意してほしい。

（特殊療法・研究的診療の禁止：療担第18条、第19条、第20条）

「特殊な療法または新しい療法」の実施、「厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究の目的」による検査の実施などは保険診療上認められていない。

簡単に言うと、診療報酬点数表で請求が認められているもの以外は保険診療として請求してはならないということである。

例外として、先進医療として保険診療上認められているものや、治験による薬剤の投与等は認められることがある。但し、その場合も必要な手続きがなされ、当局に届け出ていることが要件として必要である。

また、通常診療の中で診断や治療経過を確認するために様々な検査を行うが、検査結果についての記載がカルテ上にない場合、患者の疾患

に対する医療の一環として行ったということが確認できない、として個別指導では診療報酬の返還を命じられることがあるので注意してほしい。

(健康診断の禁止：療担第20条)

以前もこのコーナーで述べたが、健康診断は保険診療として行ってはならない。間違っても、保険病名をつけて健康診断を保険請求してはならない。レセプト審査では指摘されなくても、個別指導でカルテとレセプトを突合すればほぼ一目瞭然であるので、厳しい指導を受けることになる。

(濃厚（過剰）診療の禁止：療担第20条)

検査、投薬、注射、手術、処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んだ上で必要最低限に行うこととされている。

このあたりは、国や保険者ら支払い側と医療機関等診療側ではどうしても意見が対立する部分であろう。患者のその時その時の状態で何を優先して行うか、青本に照らし合わせてその通りというわけにいかないことは医療関係者なら常識的に通じる話である。しかし、支払い側はその理屈がなかなか通らない。何とか両者が納得いくように、社保・国保で「この検査は何回までOK」とか「この疾患にはこの薬は何錠までは認める」といった審査基準を取り決めたりしているわけだが、全てを網羅しているわけでもなく支部間の差異があったり、実際悩ましい部分である。

基本的に当県の場合、医師会発行の「保険診療の留意事項」の事項は尊重してもらっているようなので、そこに記載している部分については判断の基準として利用していただきたい。あまりにも画一的な検査等は指導という前に、まずレセプト審査の段階で文書連絡や査定があるかと思われるので、そのような場合は適切に対応していただきたい。

(特定の保険薬局への患者誘導の禁止：療担第19条の3)

患者に対しては、特定の保険薬局に誘導することは禁止されている。院内で掲示することはもちろん、特定の関係がなければ通用しないはずの約束処方等も誤解されかねないので注意していただきたい。

【おわりに】

普天間問題をはじめ、その政治手腕には致命的ともいえる問題があることを露呈した鳩山内閣だが、難しい問題が山積している医療問題についてこれから良い方向に持っていけるのか、甚だ不安になってきている今日この頃である。原中会長をはじめとする日医執行部は真摯に医療再生のために頑張っているようだが、参院選を前にして奇妙な気遣いをせざるを得ない状況で、選挙結果次第ではまたまた医療政策が迷走することにならないか気になるところだ。保険診療は少なからず政治の影響を受けているため、我々は政局の行方に無関心ではいられないが、大物政治家の顔色を見ながら政策提案している現状をみると、しばらくは偏った医療政策に振り回されるのではないかと考えてしまうのは自分だけであろうか。

九州厚生局によると、今年度から、初めて保険医登録を行う医師も集団指導の対象にすることである。即ち、新規開業医療機関に加え初期臨床研修医も集団指導の対象になるということだが、先に述べたとおり医学教育の中ではほとんど保険診療について教わることがないため、これは悪くはないと思う。何故かという、保険診療のルールを知らないためにきちんと医療を行っているのにもかかわらず指導で大きなペナルティーを科せられたり、不正な請求であると判断され保険医療機関の取り消し処分となったりすることが現に起こっているからである。

医療を患者に提供し、その対価として診療報酬を請求する場合、医師がどんなに立派なこと

を言おうが、請求のルールを満たしていなければ、それは請求できないことになっている。もしレセプト審査で請求が通ったとしても、個別指導になった場合カルテとレセプトの突合で要件を満たしていないと判断されれば診療報酬を返しなさいと命令されるのである。

研修医の集団指導の参加については、管理型病院の理解と協力が得られるように、明確な法的根拠を示してもらおうと共に日程等を参加しやすいものにするよう九州厚生局沖縄事務所には申し入れているところだが、この原稿が会報に載る頃には明確になっていると思われる。(まだでしたらごめんなさい)

開業されている先生方の多くは保険診療の重要性は認識されているが、総合病院等では一部

の医師以外はさほど重要なこととして認識していない先生方もいるようである。現在勤務医として医療に専念されている先生方も自身が開業するといきなり保険診療の洗礼を受ける。そのときになって慌てたり、後々大きなしっぺを食らったりしないためにも、是非とも保険診療について関心を持っていただきたいと思う。

(追記) この原稿の締め切りは6月1日であったが、6月2日に急遽鳩山首相が辞任を表明した。小沢幹事長も辞任することになり、結果的には小鳩内閣は8ヶ月という短命に終わった。原稿締め切りから会報の発行まで2ヶ月足らずだが、その期間すら先が読めない政局の混迷である。

## 保険のひろば (6)

～連載一年を振り返って～



理事 平安 明

### 【連載1年を振り返って】

平成21年11月号から隔月で連載を始めて今年で6回目になり、ちょうど1年目を迎えることとなる。政権交代劇に象徴された1年であったが、落ち着くどころかますます混沌としており、未だ先が見えない状況に変わりはない。

この「保険のひろば」は個別指導等で指摘されることを主に取り上げ、その具体的な内容について解説を行い、日頃の保険診療の一助としていただければとの思いで連載を始めた。会員の先生方からは様々な反響があり、熱心に勉強されている先生も多い一方で、ほとんど関心を示さない先生もいる。保険診療の良し悪しは別にして、現実的に医療機関は指導を受ける事態が生じうるが、その際に「私は保険診療には興味ないです。知りません。」という訳にはいかない。保険医はルールを遵守した上で保険請求に当たることが求められているが、保険診療の問題点をしっかりと議論していくためにも、先生方には保険診療に対して、より一層の関心を持っていただきたいと思う。

政権交代後、今のところ最も評価できることは、社会保障費毎年2,200億円の削減を撤廃したことであろうか。しかしこれは、医療崩壊の危機的状況を目の当たりにし、さすがにこのままでは大変であると国民目線でも見える状況になってきたので、政権交代がなくても何らかの対策を講じざるを得なかったはずで、特別に現政権の手柄というわけではないであろう。

良くも悪くも様々なことが変化している1年であるが、診療報酬に関してはどうであろうか。大病院を中心に入院に関してはかなりのプ

ラスがあるようだが、DPC関連の結果も見ながらもう少し経過を見る必要がある。診療所に関しては生命線とも言える再診料の減算等非常に厳しいことになり変わらず、レセプト調査でもそれを反映する結果が出てきている。次期改定では地域医療の再生に不可欠な診療所関連も底上げしないと、医療の全体像を語ることすら絵に描いた餅のようになってしまうかもしれない。

一方で、このところ、厚生局の指導が厚労省の指示でより厳しくなる動きが見てとれる。7月に行われた厚労省内の政策コンテストで象徴的な出来事があった。医療関係で2つの政策が二次選考に残ったが同一の医療指導管理官による「対医療機関に対する指導監査部門の統合等」「保険医療指導監査部門の充実強化」の2つで、どちらも医療機関に対する指導監査の強化を目指すことを趣旨とする内容である。後者は“指導監査の場に警察官等の犯罪捜査のプロを活用する”という内容で、さすがにこれは最終的に表彰対象外となったが、前者は優秀作として表彰されている。しかし後者も第二次選考には残ったわけで、指導監査に対する国の考えがチラついて見える。

医療崩壊の再生云々言いながら、一方で複雑な請求ルールを少しでも満たしていないと「不正請求が疑われる」として犯罪捜査の手法を導入しようという考えが出てくること自体理解できない。

現に行われている指導での指摘事項の大部分が悪意のない、いわゆる誤請求であることは周知のとおりである。患者のために行っている診療を適切な請求であるように指導するという本

来の指導の目的から大きくかけ離れた“ルール違反の取り締まり”であることを露呈したようなもので、国が医療機関に対しこの程度の考えしかないのなら、我々は今後何を信用して医療の理念を語り、地域貢献を語っていけばいいのだろうか。政治家、官僚が根本的に考えを変えないと、今後も罪のない医療機関がスケープゴートにされる状況が続いてしまうかもしれない。

請求のミスは正すべきであり、返還もやむを得ない場合もあろう。しかし、ミスがあったからあるいは医師が記載を忘れたからと言って無診察等の不正が疑われるなどの指導は問題である。悪質な不正請求をやっているところとは診療の姿勢等で全く質が異なる。この選別ができないからといって、犯罪捜査の手法を入れるというものの考え方自体がおかしい。悪意のない医療機関に対し萎縮医療を結果として押し付けるような指導の在り方は早急に改善すべきである。

因みに当県においては比較的適切な指導が行われていると言ってよい。指摘事項や算定要件を満たさないとされた事項に関しても概ね他の地域と比べてかけ離れた事案はないようである。しかし全国的にみると厚生局と医師会の関係性が悪かったり、指導も非常に厳しいものとなったりしているところもある。

そのような中、全国的に標準化する方向で国は調整中のようなのであるが、その際にどの程度医療機関側の意見が反映されるのか。先に述べた厚労省の政策コンテストのような動きがある以上、指導の在り方に関しては日医もかなり強力にアピールしていかないと、善意の医療を行っている大方の医療機関にとっては甚だ迷惑な方向に指導が強化されるのではないかと危惧される場所である。

さて、今回はこの一年で取り上げた項目を整理し、今後取り上げていくことをまとめてみたい。

**【これまで取り上げた事項】**

保険のひろば (1)

○未収金対策はされているか。管理簿が作成さ

れているか。

- 家族・職員の一部負担金を請求しているか。
- 保険診療の診療録と保険外診療の診療録（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ある。
- 診療録1～3面が整備されているか。傷病名等の整理がされているか。
- 医師の診察に関する記載が乏しいものがある。「薬のみ」の記載だけでは、無診察診療（医師法第20条で禁止されている）と誤解されかねない。
- 実施した検査・画像診断に対する医師の所見が乏しいもの。
- 外来管理加算において医師の聴取事項や診察所見の要点及び5分要件の記載がないものがある。
- 特定疾患療養管理料について
- 特定薬剤治療管理料（いわゆる血中濃度測定）について
- 薬剤情報提供料について
- 診療情報提供料（I）について
- 創傷処置等について
- 創傷処理について

保険のひろば (2)

- 保険診療の流れ
- 指導の根拠
- 指導の種類

保険のひろば (3)

- 保険証の確認が定期的に行われているか。
- 職員の健康診断を保険診療として行っていないか。
- 実費徴収分を分かりやすく院内掲示しているか。
- 請求までの医事業務の確認。
- レセプトの最終チェックは医師（院長、主治医等）が行っているか。
- 外来管理加算について
- 処置等
- 悪性腫瘍特異物質治療管理料について。

- ビタミン剤の投与は適切か。
- リハビリやデイケア実施前の診察がなされているか。
- 入院基本料等の算定上の留意点（4つの事項が満たされているか）
  - ・入院診療計画書
  - ・院内感染防止対策
  - ・医療安全管理体制
  - ・褥瘡対策

保険のひろば（4）

- 平成22年度診療報酬改定に関して
- 外来管理加算について（5分要件の撤廃）
- 明細書発行について（原則義務化、院内掲示）

保険のひろば（5）

- 施設基準について
- 療担等保険診療上の遵守事項
- 保険医療機関に診療報酬が支払われるための条件
- 保険診療の禁止事項
  - ・（無診察治療等の禁止：療担第12条）
  - ・（特殊療法・研究的診療の禁止：療担第18条、第19条、第20条）
  - ・（健康診断の禁止：療担第20条）
  - ・（濃厚（過剰）診療の禁止：療担第20条）
  - ・（特定の保険薬局への患者誘導の禁止：療担第19条の3）

ランダムに取り上げていて纏まりはないが、それぞれに重要な内容も含まれているため、必要に応じてバックナンバーを参照していただくと幸いである。また、外来管理加算のように、今回の診療報酬改定で内容に変更があった事項もあるので、最新の情報を参照していただくようお願いしたい。

【今後の予定】

これまでは主に全科に共通の項目を取り上げてきたが、今後各科毎の注意点を取り上げていく予定である。その際集团的個別指導において

用いられている類型区分に沿って行っていかうと思うので、以下に現在用いられている類型区分を挙げておく。

（類型区分について）

集团的個別指導では、診療所を11、病院を4タイプに類型区分し、区分ごとに1件当たりのレセプト平均点数が各都道府県平均（沖縄なら沖縄県における平均）と比較し、診療所で1.2倍、病院で1.1倍を超える医療機関のうち上位8%が対象とされている。この類型区分は以下の通りである。

診療所	内科（人工透析以外）、内科（人工透析有）、精神・神経科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科
病院	一般病院、老人病院、精神病院、臨床研修病院・大学附属病院・特定機能病院

【おわりに】

個別指導は決して特別な医療機関のみが受けるものではない。集团的個別指導は先に述べた類型区分ごとにレセプト点数が上位8%に入っていれば選定されうるし、その翌年、翌々年も高点数が続いていれば一般の個別指導に格上げされてしまうのである。レセプトの点数が高いからといって診療の中身に問題があるわけではないことは医療関係者なら皆知っている。むしろ患者のために質の高い医療を提供するために頑張っている結果であることが殆どではないだろうか。そのような医療機関が結果として個別指導の場に駆り出され、行政の指導を受け、心理的にも経済的にもかなりの重圧を受け、指導の結果によっては指導後もレセプトの動きを監視され、改善（請求が減ること？）がなければさらに翌年再指導を受けるといったことが当たり前のように行われている。

指導の理由として行政は「健康保険法等の趣旨を理解し、適切な保険請求に当たってもらうため」というが、それであれば医療機関に対

し、新規開業時の集団指導をもっと充実させたり、医師会等が主催する保険指導等にもっと協力したり、などいくらでもやり方はあるはずである。ところが現状では国の指導に対する考え方は“医療機関性悪説”と言ってもおかしくなく、医療機関側もそのような現状を鑑みると必然的に防衛的にならざるを得ない。一部の医療機関の不正と同列に扱う傾向を早急に払拭してほしいと切に思わざるを得ない。

先に述べたように、各都道府県の指導官らは地域で差はあるものの多くは適切に対処しているようである。当県においても大きな問題はない。しかし国の指示の下で動いている以上、萎縮医療を強いるような不適切な指導強化の方向に国が指示をしたら、当県でもそのような指導

が行われるかもしれない。何れにしても保険診療に関して医療機関側の認識が甘いと、結局そのことに対する指導を通して“保険診療に対する理解が乏しく、ほっておくと不正な請求につながる可能性があるため、今の段階で厳しい指導を行う意味がある”と行政側に言われても二の句が継げない。そうならないためにも、医師会は医療提供団体として自浄作用を機能させていかなければならないであろう。

今後も各地区、あるいは希望する医療機関等に対して保険診療に関する勉強会等企画していく予定だが、各医療機関においても日頃から保険診療についての研究等積極的に取り組んでいただき、疑問点・問題点の共有を図っていただければと思う。



## 保険のひろば (7)



理事 平安 明

### はじめに

今回から、診療科毎に取り上げてポイントの解説をしていく。前回お知らせしたとおり、集団的個別指導の類型区分に沿って進めていこうと思うが、内科は透析を含めてひとまとめにして取り上げる。また、各科毎といっても共通の事項として触れざるを得ないこともあるので、重複する内容も出てくるかと思われるがご了承ください。

因みに類型区分については適切な区分とはいえないとの指摘も多く、日医では厚生労働省との指導・監査に関する協議の中で見直しを求めていくために動き出しているところである。今回取上げてこの区分を参考にしたのは、今のところ実際に医療機関がこの類型区分で分けられ集団的個別指導の選定作業が行われているということを知っていただくためである。

基本診療料については全科共通であり、別の機会にまとめて取り上げたい。また、誌面には限りがあるので全ての事項を取り上げることはできないことを併せてご了承ください。

### 特掲診療料

特掲診療料は基本診療料と合算で請求されるものであり、原則的には初・再診料とセットになって請求が可能となるため、医師の指示や診察、カルテへの必要事項の記載が求められる。また、特定保険材料（青本22年4月版P803～）として規定されている場合を除き、必要な衛生材料の費用も含むものとして設定されているため、別に実費徴収ができないことがあるので注意する必要がある。さらに保険医療材料を患者に持参させたり購入させたりしてはならないと

されていることにも留意しなければならない。

### I) 医学管理等

処置や手術等と異なり、医師の指導や管理等いわゆる“見えない技術”を評価するために設けられたものが多いため、カルテ記載が唯一の担保となる。従ってレセプト審査では査定されていないだけでも個別指導ではカルテの記載が不十分として診療報酬の返還となることがある。日頃意識していないときちんと診察で当該医学管理を行っていてもカルテへの記載が漏れることがあり、実際個別指導ではチェックされやすいところなので必要事項のカルテ記載や書類の漏れがないか、十分に注意しておく必要がある。

以下、主だった医学管理料の注意点を挙げるが、共通して言えることは、とにかくこの項目の算定には全てカルテ記載が必要であり、これが抜けていると認められないということである。記載は医師の裁量に任されるが、青本に明記されている事項は出来るだけ抜けがないように抑えておきたい。

### ○特定疾患療養管理料

定められた主病を実態として診ていることが前提となる。例えば、糖尿病性網膜症の治療で眼科を通院中の患者に対し糖尿病を主病として当該医学管理料を算定する場合は、実際に糖尿病に対する投薬等の治療や療養上の指導を行っていないと要件を満たさないとされる。

個別指導で問題となるのはほとんどがカルテへの要点記載の漏れである。治療計画に基づいた療養上の管理に関する指導内容を簡潔

でよいが記載することが算定の要件となっているため、問診やバイタルの記載だけでは不十分とされる。

また、初診日より1カ月以内は算定できないので間違えないこと。

○特定薬剤治療管理料

カルテ上に医師の指示、検査結果、それに基づいた治療計画の要点記載が必要である。治療計画（投与量の変更や継続等）の記載がないために返還となる事例がある。

○悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者が対象となる。上記同様、医師の指示、検査結果、治療計画の要点がカルテに記載されていることが要件である。

○在宅療養指導料

これは在宅療養している器具（人工肛門、気管カニューレ、ドレーン等）を装着している患者が医療機関を受診した際に、医師の指示を受けた保健師や看護師が個別に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、医師は保健師や看護師に指示した内容をカルテに記載する必要がある。実際に行うのが看護師であるため、医師が最初に指示した時点の記載が抜けたりして要件を満たさないとされることがある。

○生活習慣病管理料

脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者が対象。青本の様式あるいはそれに準じた様式の療養計画書を作成し、患者の同意を得て同意書に署名を受けた場合に算定できる。交付した計画書（患者の署名があるもの）の写しをカルテに貼付。計画内容に変更がなくても4カ月に1回以上は交付することとなっており、初回のみで以後の交付が抜けていて返還となることがある。

○ニコチン依存症管理料

「禁煙治療のための標準手引書」に沿ってTDSで診断し、ブリンクマン係数が200以上であることが必要である。文書による同意書も必要。

○診療情報提供料（I）

いわゆる「返書」で当該算定は出来ない。レセプト審査では内容までみないので査定されないが、個別指導では実際の内容を確認するため返還となることがある。

○薬剤情報提供料

これを算定した場合は、薬剤情報を提供した旨をカルテに記載する必要がある。薬情といった略語でもよいが、何れにしてもその旨がないと返還となる。

II) 在宅医療

○在宅患者診療・指導料

往診料は定期的ないし計画的に行った場合は算定できない。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する。計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合は在宅患者訪問診療料を算定する。

尚、ここに含まれる診療・指導料には計画書や説明同意等細かく決められているものがあり、カルテ記載とともに書類の整備を日頃から注意して行っておく必要がある。個別指導では書類上の不備のため算定要件の確認ができず、結果として要件が不十分と見なされ診療報酬の返還となることがある。

○在宅療養指導管理料

医科点数表の解釈（P285～304）。これらの在宅療養指導管理料においては、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）、指導内容の要点をカルテに記載する、と明記されており、これらの記載事項が抜けていると算定要件が不十分と見なされるので注意が必要である。指

示書等が別にあってもカルテに記載がなければ、個別指導においては診療報酬の返還となることがある。

### Ⅲ) その他

○禁忌投薬（例：胃潰瘍の病名があって消炎鎮痛剤の投与等）はレセプト審査では医師の裁量で慎重投与がなされていると判断されれば認められることもあり得るが、個別指導では原則として赤本で禁忌となっているものは認められず薬剤料の返還となる。

○呼吸心拍監視はカルテにコメントがないと認められない。

○医師の診察や指示がないと集団栄養指導料の算定や入院時食事栄養指導料の算定は認められない。特に入院時は食事の指示等看護師が行う場合もあろうが、上記栄養指導料等を算定する場合は医師の診察や指示をカルテに記載する必要があるので注意してほしい。

○ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤の薬剤料を算定する場合は、医師が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的にレセプトとカルテに記載しなければならない。病名があればレセプト審査では問題ないが、その場合もカルテには記載が必要となっているので注意してほしい。

○透析の指示や回診記録等を透析記録に残してカルテには記載がない場合、医師が確実に回診していることが担保されていれば（透析記録にその都度医師の署名がなされ

ている等）指摘で止まることもあるが、原則的にはカルテにも透析を行う旨の記載を残しておいた方がよい。カルテは5年間の保存が義務づけられているが、それ以外の書類は3年となっており、透析記録はカルテとは見なされないことがあるので、場合によっては算定要件がないとされることがあり注意が必要である。

また、透析で来院している患者に特定疾患療養管理料等の医学管理料を算定する場合も透析記録でなくカルテに要点等の記載が必要である。

### おわりに

先日開催された九医連第2回各種協議会医療保険対策協議会において日医の鈴木常任理事から、日医は指導・監査について厚労省と運用の見直しに向けて議論を始めているとの報告があった。それによると、レセプト1件当たりの平均点数が上位の医療機関が対象となっている集団的個別指導の類型区分の見直し、集団的個別指導を医師会と行政との共催にしてはどうかとの提案、そして集団的個別指導後にも継続して診療報酬が高点数の医療機関が対象となっている個別指導への連動の改善等の交渉をおこなっているとのことである。集団的個別指導については以前から問題点が指摘されており、廃止を含めた見直しを要求してきているところであるが、とりあえず運用面で上記のような改善が実現すればそれにこしたことはない。

個別指導を主とした指導・監査に関する情報を今後も可能な限り提供していこうと思うので、会員の皆様にはご指摘やご批判を含め様々なご意見を頂ければと思う。

< MEMO >

< MEMO >

# 個別指導における指摘事項

平成 23 年 7 月

沖縄県医師会

## I 総論的事項

### 1 診療録

(筆記具)

(修正)

(医師署名)

(様式)

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。一部判読しにくい記載が見られる。第三者にも分かるように丁寧に記載すること。

鉛筆による診療録の記載が認められる。診療録は黒又は青のインクを使用したペン又はボールペンで記載すること。

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診療録が認められる。

複数の医師が一人の患者の診療にあたる場合には診療の都度、署名又は記名押印等を行い、責任の所在を明らかにすること。(医師以外の医療従事者等が記載する場合も含む)

診療録の様式が、定められた様式(第1号)に準じていない例が認められるので改めること。

診療の点数等を記載する欄(様式第1号の3)がなく、診療の内容等を記載する欄(様式第1号の2)に点数、一部負担金額等を記入している例が認められる。

診療録様式3面が定められたものになっていない。(種別、点数の記載がなく、日付、負担金徴収額、「済」印のみ記載されていた。)

診療録様式第1号の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 増減点通知書

審査支払機関からの返戻、増減点通知書は、内容を検討し、今後の治療や保険請求に反映させること。

### 3 請求事務

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。

### 4 電子カルテ

(見読性)

真正性、見読性、保存性の基準を満たしていないので改めること。

投薬電子化されている院外処方箋の見読性が確保されていないので改めること。(発行日の表示で出力されていない)

診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合において、スキャン精度を極端に落としているために、見読性が保たれているとはいえない診療録の例が認められる。

(真正性)

確定操作後の情報への追記、書換え及び消去の事実が更新履歴として完全には保存されず、診療録等の電子媒体による保存について「真正性」を確保しているとはいえないので早急に改善すること。

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、サーバーとクライアントとの時刻が一致していない等の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。

(保存性)

システム内のコンピューターウイルス対策が行われておらず、診療録等の電子媒体による保存について「保存性」を確保しているとはいえないので早急に改善すること。

(ID・パスワード)

作成責任者の識別(ID・パスワード等)が不十分なため、記載内容の責任の所在が一部不明確な例が認められる。

(運用管理規定)

診療録等の電子保存に関して、施設の管理者の定めた運用管理規定が作成されていないので、運用管理を総括する組織・体制・設備に関する事項、患者のプライバシー保護に関する事項等、その他適正な運用管理を行なうために必要な事項について早急に定め、それに従い実行すること。

施設管理者の責任において定められた運用管理規定を遵守すること。

(電子カルテ導入以前の紙カルテの保存)

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)

5 医学管理料・  
在宅医療

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認められるので、改めること。

6 診療情報提供料

算定した日をレセプトの摘要欄に記載すること。

<p>7 傷病名</p> <p>(レセプト病名・傷病詳記)</p>	<p>傷病名の記載に当たっては、必要に応じて急性、慢性、部位、左右の区別を明記すること。</p> <p>診療開始日の記載がない傷病名が認められる。</p> <p>傷病名の記載漏れが認められる。</p> <p>根拠に乏しい傷病名、いわゆるレセプト病名が認められる。現行の健康保険システムにおいて、レセプト病名を付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</p> <p>傷病名の記載のみでは診療内容の説明が足りないと思われる場合には、傷病詳記(病状説明)を記載すること</p>
<p>8 副傷病名</p>	<p>副傷病名の記載もれが少数ながら認められる。</p>
<p>9 転帰</p>	<p>転帰及び診療終了年月日の記載もれが少数ながら認められた。</p>
<p>10 保険外診療</p> <p>(鍼灸施術)</p>	<p>保険診療の診療録と保険外診療(インフルエンザワクチン接種)の診療録が区別されていない例が認められる。療養担当規則の定めに従って、明確に区別できるよう記載すること。</p> <p>鍼灸施術と同日に行われた保険診療について算定されている例が認められる。</p>
<p>11 年末年始</p>	<p>輪番制による年末年始の休日加算対象医療機関には該当しない日の診療時間内に受診した患者の初診に対して、休日加算が誤って算定されている例が認められる。</p>
<p>12 処方箋</p>	<p>慢性疾患といえども、処方せんは医師の診察の後に作成すること。</p> <p>処方せんは、患者か、その看護を行っている者に交付すること。</p>
<p>13 検査・画像診断</p>	<p>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、必要最低限の回数で実施すること。</p>

## 14 配置医師

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人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)

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。

## 15 自己診療

医師の自己診療が認められる。

## Ⅱ 診療にかかる事項

### 1 必要事項の記載

#### (1) 慢性透析患者

安定期にある慢性維持透析患者といえども、透析実施記録だけでなく、診療の都度、診療録に主症状、経過等記載欄に必要事項を記載すること。

#### (2) 外来栄養食事指導

外来栄養食事指導料の算定に当たって管理栄養士の作成する栄養指導記録には、単に「…それらの食品について」とだけ記載するのではなく、その具体的な内容について記載すること。

#### (3) 医師の記載

日付のゴム印の押印のみで、医師の診察に関する記載が無いので、適性に記載すること。

診療録の記載について、医師の診察等に関する記載が乏しいか又は画一的であり、実施した診察内容がわかりにくい記載となっている例が複数認められるので改めること。

医師の診療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。医師の診療や検査の必要性（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）

- (4) 検査・画像診断  
 検査については、単に「…セット」あるいは「採血」とだけ記載せず、具体的な検査項目を診療録に明記すること。また、検査は、患者の状況に応じて必要な項目を選択し、段階を踏んで実施すること。  
 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。（例：精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部）、静脈性臭覚検査、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）  
 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）
- (5) 創傷処置  
 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録すること。（創傷処置に係る処置範囲の記載がない等）
- (6) 手術の記載  
 手術を行なうに当たって、その具体的な内容の記載漏れが少数ながら認められる。  
 （例：炭酸ガスレーザーによるものなのか、切除・縫合したのか）  
 処置・手術内容等、記載なく算定されている例が多数認められるので改めること。  
 小手術といえども実施した場合はその術式を分りやすく記載すること。
- (7) 処方事項の記載  
 診療録の見開き（ページ）が変わるときは、処方事項を改めて転記してわかりやすくすること。
- (8) 診療開始日  
 他の施設より引き続き診療を行っている患者についても、現在受診している医療機関における診療開始日を明記すること。
- (9) てんかん指導料  
 てんかん指導料を算定するに当たって診療計画及び診療内容の要点は具体的にわかりやすくすること。
- (10) 通院精神療法  
 通院精神療法を行った場合、要点をわかりやすく記載すること。  
 初診時に行った通院精神療法の所要時間は、わかりやすく記載すること。
- (11) 生活習慣病  
 指導管理料  
 生活習慣病指導管理料を算定するに当たって策定された治療計画は、具体的にわかりやすく記載すること。

(12) 時間外加算

診療録に診療した旨の時刻を明記すること。

さらに、時間外加算の対象となる時間帯においても当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは時間外の取扱いとはしないことを留意していただきたい。

(13) 投薬

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を投与した場合においては、その症状を診療録に記載すること。

2 基本診療料

(1) 初診料

初診料を算定するに当たって医学的に「初診といわれる行為」についての診療録への記載が不十分であるものが認められる。

(例) 医学的に初診といわれる診療行為があったとは思われない場合に、再度算定された初診料。

(同一保険医)

同一保険医による健康診断に引き続き行われた療養に対して算定された初診料。

(2) 再診料

再診の際、眼科学的検査の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻当該検査を受けに来た患者について、同日の再診料2回及び外来管理加算が算定されている例が認められる。

電話等による再診の際には、その旨と共に当該患者又はその看護に当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した内容を診療録に具体的に記載すること。

また併せて当該再診の時刻を診療録に記載すること。

(3) 夜間・早朝等加算

夜間・早朝等加算については、受診時刻の記載がない例が認められる。

(4) 外来管理加算

処置を行なった日の再診について、外来管理加算が算定されている例が認められる。

外来管理加算について、医師の聴取事項や診療所見の要点の記載を診療録に記載していない。

(5) 入院料

入院診療計画書については、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。

入院料を算定するに当たり、所定の様式を参考にした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。

院内感染防止対策について、院内感染防止対策委員会が設置されておらず、また、病床の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」が週1回程度作成されていないので、速やかに改善すること。

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。

栄養管理実施加算について、栄養管理計画を作成していない例が認められる。

(6) 特別食加算

特別食加算について、対象外である高血圧症に対する減塩食で算定されている例が認められる。

(7) 乳幼児栄養指導  
加算

算定要件を満たしていない例が認められる。  
指導の要点記載がない。

### 3 特掲診療料

#### (1) 特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料を算定するに当たって、療養上の指導の要点を具体的にわかりやすく、画一的なものにならないように診療録に記載すること。

指導内容の要点記載のない例が認められる。

初診料を算定した日から1月以内は算定できないにもかかわらず、特定疾患療養管理料が誤って算定されている。

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診療料）に限り算定するものであることに留意すること。

#### (2) 特定薬剤治療管理料

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。

#### (3) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

治療計画の要点記載がなく算定されている例が認められる。

すでに悪性腫瘍の診断が確定して、前月は悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定された腫瘍マーカーが、誤って出来高で算定されている例が認められる。

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例が認められる。（前立腺癌）

悪性腫瘍特異物質治療管理料は、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するものであることに留意すること。

#### (4) 小児療養指導料

他の診療科（内科）を併せ担当している場合に算定している小児科療養指導料

#### (5) てんかん指導料

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例が認められる。

#### (6) 難病外来指導管理料

難病外来指導管理料を算定するに当たって、診療計画、診療内容の要点を具体的にわかりやすく記載すること。

- |   |  |
|---|--|
| <p>(7) 皮膚科特定<br/>疾患指導管理料<br/>(担当医)</p>        | <p>対象疾患に対する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。</p> <p>他の診療科を併せて担当している医師によって行なわれた場合においては算定できない皮膚科特定疾患指導管理料が、誤って算定されている。</p> |
| <p>(8) 外来栄養<br/>食事指導料</p>                     | <p>栄養指導記録に指導時間の記載が認められないので、指導の開始時刻と終了時刻を記載すること。</p> <p>医師が管理栄養士への指示事項を診療録に記載していない例が認められる。</p>                            |
| <p>(9) 心臓<br/>ペースメーカー<br/>指導管理料</p>           | <p>計測した機能指標の値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。</p>   |
| <p>(10) 特定疾患<br/>治療管理料</p>                    | <p>指導管理料について算定要件を満たしていない例が認められる。</p>   |
| <p>(11) 慢性疼痛<br/>疾患管理料</p>                    | <p>算定の初日を除いては、リハビリテーションは算定できないので改めること。</p>   |
| <p>(12) 小児外来診療料<br/>(小児特定疾患<br/>カウンセリング料)</p> | <p>1日につき算定すべき小児外来診療料が、同じ日に2回算定されている。</p> <p>小児外来診療料に含まれて算定できない小児特定疾患カウンセリング料が算定されている。</p> <p>算定要件を満たさない。</p>             |
| <p>(13) 乳幼児育児<br/>栄養指導料</p>                   | <p>指導の要点を診療録に記載していない例が認められる。</p>   |
| <p>(14) ニコチン依存症<br/>管理料</p>                   | <p>治療管理の要点を診療録に記載していない例が認められる。</p>   |

(15) 診療情報提供料

診療情報提供書は、医科点数表に定められた様式かそれに準じた様式を使用すること。

所定様式の記入欄に必要事項を十分に記載すること。

交付した文書の写しを診療録に添付すること。

紹介元医療機関への再受診を伴わない患者紹介の返事（報告書発行）について算定している例が認められる。

同一保険医療機関に対して、同一月に診療情報提供料が2回算定されている例が認められる。

単なる画像フィルムの借用願いで紹介先での診療の必要性に基づいたとは思われない例に対して、診療情報提供料が算定されている。

(16) 薬剤情報提供料

診療録に薬剤情報を提供した旨の記載がない例が認められる。

4 在宅医療

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認められるので改めること。

(1) 往診料

往診料の算定が多く認められるが、当該算定は、患者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あり、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は算定できないことをご留意いただきたい。

往診、在宅患者訪問診療、救急搬送診療等については、その旨を明確に記載するとともに、診療内容の要点を具体的にわかりやすく記載すること。

(2) 在宅患者訪問リハビリテーション  
指導管理料

診療録に記録のない在宅訪問リハビリテーション指導管理料が算定されている。

当該保険医療機関以外の医療機関（特別な関係にある）の理学療法士が行っている。

医師の理学療法士への指示の記載が診療録に認められない。

(3) 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）、指導内容の要点を診療録に記載するものであることに留意されたい。

(4) 在宅自己  
注射指導管理料

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。

指示事項、指導内容の要点記載が一部判読し難い診療録が認められるので改めること。

- (5) 在宅自己腹膜灌流  
指導管理料 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。
- (6) 在宅酸素  
療法指導管理料 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。  
指示事項、指導内容の要点記載が一部判読し難い診療録が認められるので改めること。
- (7) 在宅人工呼吸  
指導管理料 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。
- (8) 在宅悪性腫瘍患者  
指導管理料 指示事項、指導内容の要点記載がなく算定されている例が認められる。
- (9) 在宅寝たきり患者  
処置指導管理料 指示事項、指導内容の要点記載が一部判読し難い診療録が認められるので改めること。

## 5 検査

### (1) 不適切な検査

#### ① インフルエンザ

##### 抗原精密

発症後 48 時間以上経過して実施されたインフルエンザ抗原精密測定が算定されている。

#### ② 回数間違い

1 回しか行っていないトロンボテストが 2 回算定されている。

#### ③ 尿沈査顕微鏡検査

必要性が乏しいにも拘わらず実施された例が認められる。

#### ④ 1 回採血した血液

1 回に採血した血液を用いて行われた項目数によって包括して算定すべき生化学的検査が、分割して複数回算定されている。

### (2) 外来迅速

#### 検体検査加算

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。

### (3) 尿沈渣顕微鏡検査

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、または診察の結果から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。

### (4) 腫瘍マーカー

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)

- (5) ヘリコバクター・ピロリ抗体  
ヘリコバクター・ピロリ抗体について、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者以外で算定している例が認められる。  
(胃ポリープ) ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に当たっては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成 22 年 4 月版医科点数表の解釈 339 ページ)に従うこと。
- (6) インフルエンザ抗原  
インフルエンザ抗原について、検査結果の記載がない例が認められる。
- (7) 細菌細菌顕微鏡検査  
細菌培養同定検査  
検査の実施に当たって、検査結果の記載がない例が認められる。
- (8) 心理検査  
診療録に分析結果の記載がなく算定されている。
- (9) 血小板輸血  
血小板輸血の時は認められない扱いとなっている、間接クームス試験及び血液交差試験加算が算定されている例が認められる。
- (10) 点滴注射  
検査(EF 一胃・十二指腸)当日に行われた点滴注射について、点滴手技が算定されている例が認められる。
- (11) 胃・十二指腸ファイバー  
検査(胃・十二指腸ファイバースコピー)のために使用された表面麻酔剤のアネトカインゼリーとキシロカインビスカスが併せて 15ml を超えて算定されている。
- (12) UCG  
UCG(断層撮影法及び M モード法)と同時に記録された脈波図、心機図、ポリグラフ(2 誘導)が算定されている例が認められる。
- (13) 呼吸心拍監視  
観察結果の要点の記載が診療録になく、呼吸心拍監視の算定が認められる。また、呼吸心拍監視の算定開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。  
呼吸心拍監視について、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載していない例が認められる。
- (14) HBs 抗体検査  
検査必要性が乏しいにもかかわらず実施された検査が認められる。  
肝炎の病名がなく算定された HBs 抗体
- (15) 眼科学的検査  
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。

(16) 精密眼底検査

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。

(17) コンタクト  
レンズ検査料

コンタクトレンズ装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費担当規則第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）

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。

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。

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。

6 画像診断

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頓ない例があるので改めること。

(1) 造影剤使用

エックス線写真診断を算定するに当たっては、レセプトに単に「写真診断造影剤使用撮影」とだけでなく、保険者にもわかるように、その部位及び種類を（例えば「子宮卵管造影」と）記載することになっているので改めること。

(2) 他医療機関で撮影

初診料を算定できない患者について、当該医療機関以外の医療機関で撮影されたフィルムに係るコンピューター断層診断料が算定されている例が認められる。

(3) ストレス撮影

単純撮影で算定すべき足関節のストレス撮影が、誤って特殊撮影（動態撮影）で算定されている。

## 7 投薬

### (1) 院外処方せん

(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。)

### (2) 長期投薬加算

特定疾患に対する 28 日以上投薬がない場合は、18 点で算定すべき特定疾患処方管理加算が誤って 65 点で算定されている。

## 8 注射

### (1) 手術日の注射

手術当日に、手術に関連して行う点滴注射の手技料が算定されている。

### (2) 静脈内留置針

6 歳以上の事例において、24 時間以上にわたって使用したとは思われないプラスチックカニューレ型静脈内留置針が算定されている。

### (3) 無菌製剤処理剤 1

無菌製剤処理料 1 について、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請求されている。

### (4) ビタミン剤

ビタミン剤に係る薬剤の算定にあたり、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具体的に診療録に記載していない例が認められる。

## 9 リハビリテーション

### (1) 記録が不適切

#### ①内容の記載

訓練内容の記載が不十分である。

(例：実施計画の作成及び訓練内容の要点の記載がない。)

#### (2) 実施計画

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)

#### (3) 適応および内容

実施した訓練内容がリハビリテーションとみなし難い施行例が認められる。

#### ①訓練内容

物理療法のみを行い、実態としては消炎鎮痛処置とみなされる例で算定している。

- (4) 実施  
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、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。
- (5) 弱視視能訓練  
実施計画の要点、訓練の内容及び開始時間・終了時刻の診療録等への記載がない例が認められる。
- (6) 職員1人あたりの実施単位  
職員1人1日あたりの実施単位数が把握できるよう、リハビリテーションに従事する理学療法士1人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表が作成されていない。
- (7) リハビリテーション総合計画評価料  
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ので改めること。

## 10 精神科専門療法

- (1) 専門療法  
算定要件を満たしていない例が認められる。
- ①通院精神療法  
初診時の所要時間（開始時刻及び終了時刻）の記載がない例がみられる。
- (回数)  
1回しか行っていない通院精神療法が、誤って2回請求されている。
- ②標準型  
精神分析療法  
開始時刻及び終了時刻の記載がない。
- ③心身医学療法  
要点の記載がない
- (2) 精神科訪問看護・指導料  
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多数認められるので、改めること。
- 医師が保健師等に対して行った指示内容の要点及び保健師等が実施した訪問看護・指導の要点の記載が明確でない例が認められるので、改めること。
- 訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻の記載が認められない例が多数認められる。
- 診療録上の回数より多く算定されている例が認められる。
- 医師の診療が行われていない場合の精神科訪問看護・指導料（1）の算定日が、誤って診療報酬明細書上の診療実日数に算入されている例が認められるので改めること。
- (3) 精神科デイ・ナイトケア  
実施体制（従事者）が不備であるため改めること。

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| (4) 持続性抗精神病<br>注射薬剤治療<br>指導管理料 | 治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                                   |
| (5) 通院・在宅<br>精神療法              | 通院・在宅精神療法について、要点を診療録に記載していない。                                      |
| (6) 入院集団精神療法                   | 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請求されている例が認められる。<br>要点の記載がない例が認められる。 |

## 11 処置

- |             |   |
|-------------|---|
| (1) 診療録記載内容 | 処置内容を具体的にわかりやすく診療録に記載すること<br>処置の算定に当たっては、正式名称を診療録に記載すること。また、処置に当たって使用した薬剤については、薬剤の名称、規格及び使用量を具体的にわかりやすく診療録に記載すること。  |
| (2) 使用した薬剤  | 処置で使用された薬剤について、処方料・調剤料が算定されている例が認められる。<br>創傷処置に使用された薬剤について、手術の所定点数に含まれ算定できない外皮用殺菌剤が誤って請求されている例が認められる。また、処置、手術等で使用した薬剤について算定する際には、診療報酬明細書上、それぞれ該当する摘要欄に記入すること。 |
| (吸入)        | 吸入実施に当たって使用した薬剤は、その名称及び使用量を具体的に分かりやすく記載すること。  |
| (3) 約束処方    | 個々の使用量に応じて算定すべきネブライザーに使用された薬剤が、約束処方になっているとの理由で診療録に記載なく、一律に算定されている。  |
| (4) 消炎鎮痛処置  | 診療録に6回しか記載のない消炎鎮痛等処置が、誤って7回算定されている。   |
| (5) 創傷処置    | 創傷処置について、処置内容（使用した薬剤を含む）の記載が乏しい例が認められる。   |
| (6) いぼ焼灼法   | 「首にイボあり5ヵ所」との記載があるが、いぼ焼灼法の（3か所以下）、（4か所以上）と混同する恐れがあるので、「…5個」とその個数を明記すること。事実、支払基金の増減点通知書にいぼ焼灼法（4か所以上）を（3か所以下）に査定されている例がある。                                      |

(7) 眼処置

検査や手術に伴って行われた点眼の費用が眼処置として請求されている。

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。

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。

(8) 皮膚科軟膏処置

同一部位に対して「皮膚科軟膏処置」及び「創傷処置」が同日に算定されている例が認められる。

(9) 酸素吸入

酸素吸入行った場合は処置伝票にだけでなく、診療録にも明記すること。

(10) 重度褥瘡処置

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。

(11) 消炎鎮痛等処置

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。

12 手術

(1) 診療録記載内容

手術内容を具体的にわかりやすく診療録に記載すること。

手術の算定に当たっては、正式名称を診療録に記載すること。また、手術に当たって使用した薬剤については、薬剤の名称、規格及び用量を具体的にわかりやすく診療録に記載すること。

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)

手術に際しイオントフォーゼ加算を算定する場合には、その旨わかりやすく診療録に記載すること。

(2) 不適切な算定

①創傷処理

切除、結紮または縫合を行うことなく、実態として創傷処置とみなされる例で創傷処理が算定されている。

②子宮内膜組織採取

子宮内膜組織採取(350点)で算定すべき検体採取のために行われたと思われる内膜吸引が、子宮内膜搔爬術(1,180点)で算定されている。

③表在性皮膚腫瘍

いぼ焼灼法で算定すべき表在性皮膚腫瘍の治療を、皮膚、皮下腫瘍摘出術、皮膚腫瘍凝固摘出術、皮膚剥削術で請求している例が認められる。

いぼ焼灼法で算定すべき母班細胞性母班や脂漏性角化症に対する処置が、誤って皮膚、皮膚皮下腫瘍摘出術で算定されている。

- |                    |   |
|--------------------|---|
| (3) 使用した薬剤<br>(記載) | 手術で使用された薬剤について、処方料・調剤料が算定されている例が認められる。          |
| (4) ドレーン法          | 手術に際し、診療録に記載なく薬剤（生食注 100ml1 瓶）が請求されている例が認められる。  |
|                    | 処置・手術当日に、手術に関連して行ったドレーン法（ドレナージ）が算定されている例が認められる。 |

### Ⅲ 請求事務等に係る事項

#### 基本診療料

##### (1) 初診療

以下の項目について、誤請求が見受けられるので改めること。

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）

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。

##### (2) 時間外加算

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。

##### (3) 夜間・早朝等加算

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。）

##### (4) 外来管理加算

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。

外来管理加算について、処置を実施した場合に誤って算定している例が認められる。

## Ⅳ 保険外負担

### (1) 取扱い

保険外負担の取扱いについて、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。

ガーゼ等衛生材料費を患者から徴収している例が認められる。特定保険医療材料以外を患者に購入させてはならないことに留意していただきたい。

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（1）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）

### (2) 院内掲示

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っており、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。

当該実費の徴収に当たってはあらかじめ患者又はその家族等に対してそれらの実費に関して十分説明を行い承諾を得ることに留意されたい。

## Ⅴ 一部負担金等

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号の3様式が別保管されており、合計点数及び負担金徴収額欄が設けられていない。）

③診療録第1号の3様式の記載が不十分である。

（種別が記載されていない。）

④日計表に点数の記載がない等、日計表の管理方法が不適切である。

また、一部負担金等の徴収状況の確認を日々行うなど適切な管理に努めていただきたい。

⑤領収証の様式が点数表の各部単位に区分されていない。

## Ⅵ 届け出事項

### (1) 非常勤医師

非常勤医師の届出が速やかに九州厚生局沖縄事務所へ届出されていない。

### (2) 看護職員

一般病棟入院基本料に関する患者対看護職員の比率に関しては、病棟と他の部門（外来、夜間救急外来、手術室等…）とをはっきり区別し、兼務の場合は、病棟以外での勤務時間数を除外して参入するものであること。

### (3) 保険医療機関

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。

夜間・早朝等加算について、当該加算の算定対象となる診療時間を標榜していない。

施設基準を満たしていない例が認められるので、辞退すること。

## Ⅶ その他

### (1) 診療報酬明細書

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。

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。

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）