

保険診療確認事項リスト (医科)

令和4年度改訂版 ver. 2

使用上の留意点

本リストに掲載の内容は令和4年度診療報酬改定の内容に添った算定要件や施設基準を基に作成しています。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについては反映しておりませんのでご留意の上、ご使用ください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

目次

□ I	診療に係る事項	3
□ 1	診療録	3
□ 2	傷病名	4
□ 3	基本診療料	6
□ 4	医学管理等	19
□ 5	在宅医療	36
□ 6	検査・画像診断・病理診断	41
□ 7	投薬・注射、薬剤料等	47
□ 8	リハビリテーション	50
□ 9	精神科専門療法	56
□ 10	処置	58
□ 11	手術	61
□ 12	麻酔	63
□ 13	放射線治療	65
□ II	薬剤部門に係る事項	65
□ III	看護・食事・寝具等に係る事項	69
□ IV	管理・請求事務・施設基準等に係る事項	72
□ 1	診療録等	72
□ 2	診療報酬明細書の記載等	73
□ 3	基本診療料	74
□ 4	医学管理等・在宅医療	81
□ 5	検査・画像診断・病理診断	83
□ 6	投薬・注射、薬剤料等	85
□ 7	リハビリテーション	86
□ 8	精神科専門療法	86
□ 9	処置	87
□ 10	手術	87
□ 11	麻酔	87
□ 12	放射線治療	87
□ 13	入院時食事療養費等	88
□ 14	特定保険医療材料等	88
□ 15	保険外併用療養費（医薬品の治験以外）	89
□ 16	一部負担金等	90
□ 17	保険外負担等	90
□ 18	掲示・届出事項等	91
□ 19	管理・請求事務等に係るその他の事項	93
□ V	包括評価に係る事項	94
□ VI	その他特記事項	98

□ I 診療に係る事項

□ 1 診療録

- 診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること）。
- （1）診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 診療録について
 - ・医師による日々の診療内容の記載が
[全くない ・ 全くない日が散見される ・ 極めて乏しい]。
 - ・[医師の診察に関する記載がなく ・ 「薬のみ (medication)」、「do」、
「消炎鎮痛等処置」等の記載で]、
[投薬 ・ 消炎鎮痛等処置 ・] 等の治療が行われている。
 - 診療録の記載がなければ医師法で禁止されている無診察治療とも誤解されかねないので改めること。
 - ② 傷病手当金に係る意見書を交付した場合であるにもかかわらず、
労務不能に関する意見欄への記載がない。
 - ③ 診療録第3面（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（一）の3）に
患者から徴収する一部負担金の徴収金額が適正に記載されていない。
 - ④ 確定済みの診療録に追記を行うに当たって[追記者 ・ 追記日時]が明確にされて
いない。
 - ⑤ 同一日の再診について、診療録への記載が
[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ⑥ 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つ
いて、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない
・ 不十分である]。
- （2）紙媒体の記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 記載内容が判読できない。
(例：略号を用いている。等)
 - ② [事前に ・ 鉛筆で] 記載している。
 - ③ [修正液 ・ 修正テープ ・ 塗りつぶし ・ 貼紙] により訂正しているため
訂正前の記載内容が判別できない。訂正は訂正した者、内容、日時等が分かるように行う
こと。
 - ④ 診療録について、完結の日から5年間保存していない。
 - ⑤ 検査結果や診療情報提供書の写しについて、全患者分を一元的に管理している。
患者それぞれの診療録に添付又は貼付し、患者毎に管理すること。
 - ⑥ 診療を担当する保険医の署名又は記名押印が診療の都度なされていないため、
診療の責任の所在が明らかでない。
 - ⑦ 診療録の第2面（様式第一号（一）の2）の記載について、「既往症、原因、主要症

状、経過等」欄と「処方、手術、処置等」欄とは区別して記載すること。

- (3) 診療録について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
 - ① 保険診療の診療録と保険外診療(自由診療、予防接種、健康診断等)の診療録とを区別して管理していない。
 - ② 医師が自分自身の診療録に自ら記載しているため、他の医師の診察を受けたことを確認できない。いわゆる自己診療は認められていないため、診療を受ける医師は本人とは別の医師の診療に基づいて検査・投薬・注射等を受けた場合にのみ保険請求できることに留意すること。
 - ③ 職員等に対する診療(いわゆる自家診療)について、診療録への記載が
[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ④ 訪問診療と訪問看護のいずれを実施したものであるのか判別できない。

□2 傷病名

- 傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載すること。
- (1) 傷病名の記載又は入力について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 「傷病名」欄への記載は、1行に1傷病名を記載すること。
 - ② 傷病名を診療録の傷病名欄から削除している。当該傷病に対する診療が終了した場合には、傷病名を削除するのではなく、転帰を記載すること。
 - ③ 請求事務担当者が(医事会計システムから) [傷病名 ・ 転帰] を
[記載・ 入力] している。
傷病名は、必ず医師が [記載 ・ 病名オーダー画面から入力] すること。
 - ④ 傷病名の [開始日 ・ 終了日 ・ 転帰] の記載がない。
 - ⑤ 傷病名の記載が漏れている。
[傷病名 :]
 - ⑥ 継続して治療中の疾患であるにもかかわらず、傷病名の診療開始日をより新しい日付に変更している。
- (2) 傷病名の内容について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 医学的な診断根拠がない傷病名
 -
 -
 - ② 医学的に妥当とは考えられない傷病名
 -
 -
 - ③ 実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載している。
 -
 -
 - ④ 実際には確定傷病名であるにもかかわらず、「疑い」の傷病名として記載している。

-
-

□⑤ 次の記載がない傷病名（下表）

急性・慢性	
左右の別	
部位	
詳細な傷病名	
分類	
病型	
その他	

-

□（3）検査、投薬等の査定を防ぐ目的で付けられた医学的な診断根拠のない傷病名（いわゆるレセプト病名）が認められた。レセプト病名を付けて保険請求することは、不適切なので改めること。診療報酬明細書の請求内容を説明する上で傷病名のみでは不十分と考えられる場合には、摘要欄に記載するか、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付すること。

□① [(検査)] の実施に際して付与した「 _____ 」

□② [(検査)] の実施に際して付与した「 _____ 」

□③ [(検査)] の実施に際して付与した「 _____ 」

□④ [_____] の [適応外 ・ 予防] 投与に際して付与した「 _____ 」

□⑤ [_____] の [適応外 ・ 予防] 投与に際して付与した「 _____ 」

□⑥ [_____] の [適応外 ・ 予防] 投与に際して付与した「 _____ 」

□⑦

□（4）傷病名を適切に整理していない例が認められたので改めること。

□① 長期にわたる「疑い」の傷病名

_____ 疑い

_____ 疑い

□② 長期にわたる急性疾患等の傷病名

③ 重複して付与している、又は類似の傷病名

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

「 」と「 」

④ 転帰を治癒とした根拠が乏しい。

⑤ その他、傷病名の整理が不適切な例

3 基本診療料

(1) 初・再診料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 初診料・再診料・外来診療料 [A000]・[A001]・[A002]

・現に診療中の患者に対して新たな傷病の診断を行った際に、初診料を算定している。

・慢性疾患等明らかに同一の疾病又は傷病の診療を行った場合にもかかわらず、傷病名欄の診療開始日をより新しい日付に変更し、初診料を算定している。

・健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が治療を開始した場合にもかかわらず、初診料を算定している。

・初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料に含まれ、別に再診料を算定できないにもかかわらず算定している。

・初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

・往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

・初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

・看護に当たっている者から、症状を聞いて薬剤を処方し、初診料を算定している。

・やむを得ない事情ではないのに、看護に当たっている者から症状を聞いて、薬剤を処方し、再診料を算定している。

・電話等による再診料の算定に際して、医師以外の職員が対応したものをもって、算定している。

・電話等による再診について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションによる場合を含む。）に、[治療上の意見を求められて、必要な指示を行った場合に該当しない

・ 定期的な医学管理を前提としている（平成30年3月31日以前の一連の診療が終了するまでの間を除く。）] ものについて算定している。（平成30年3月31日以前の一連の診療が終了するまでの間）

・電話等による再診料の算定に際して、

医学管理等（急病等の患者に係る診療情報提供料（I）を除く）を算定している。

- ・ 電話等による再診料の算定に際して、
予約に基づく診察による特別の料金を徴収している。
- ・
- ② 情報通信機器を用いた診療 [A000 注1]・[A001 注1]・[A002 注1] 【届】
 - ・ 情報通信機器を用いた診療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① ・ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って情報通信機器を用いた診療を行っていない。
(例：)
 - ・ 情報通信機器を用いた診療について、診療内容、診療日及び診療時間等の要点が診療録に記載されていない。
 - ・ 保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合、診療を実施した場所について事後的に確認できない。
 - ・ 急変時等に夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合に患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明していない。
 - ・ 急変時等に夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合に患者が速やかに受診できる医療機関について説明した次の内容について、診療録に記載がない。
 - ・ 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合であるが、当該医師が所属する医療機関名について記載がない。
 - ・ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合であるが、[対面診療により診療できない理由 ・ 適切な医療機関としての紹介先の医療機関名 ・ 紹介方法 ・ 患者の同意] について記載がない。
 - ・ オンライン診療を行った医療機関において、対面診療を提供できる体制を有しない。
 - ・ 患者の状況によって対応することが困難な場合に、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有しない。
 - ・ 診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることについて診療録に記載がない。
 - ・ 診療がオンライン指針に沿った適切な処方であることについて診療録に記載がない。
- ③ 加算等
 - ア [時間外加算 ・ 休日加算 ・ 深夜加算 ・ 夜間・早朝等加算]
 - ・ 受診 [時間 ・ 日] が該当しない。
 - ・ 受診 [時間 ・ 日] の記載がなく、算定の根拠が不明である。
 - ・ 時間外加算について、常態として診療応需の態勢をとっている時間に算定している。
 - ・ 医療機関の [指示 ・ 都合] により、対象となる時間帯に [診療を開始した ・ 予約した] 患者について算定している。
 - イ 機能強化加算 [A000 注10] 【届】
 - ・ 次の対応を行うことを [院内 ・ ホームページ等] に掲示していない。
 - ・ 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品の把握と必要な服薬管理
 - ・ 専門医師又は専門医療機関への紹介
 - ・ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談
 - ・ 保健・福祉サービスに係る相談
 - ・ 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供
 - ・ 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行ったことについて診療録に記載がない。
 - ウ 電子的保健医療情報活用加算 [A000 注14、A001 注18、A002 注10]

・オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得していないにも関わらず算定している。

エ 外来管理加算 [A001 注8]

- ・患者からの聴取事項や診察所見の要点について診療録への記載が
[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・患者本人が受診せず、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であるにもかかわらず算定している。
- ・処置、リハビリテーション等を行っているにもかかわらず算定している。
- ・計画的な医学管理を行わず算定している。
- ・問診と身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）が行われていない。

オ [地域包括診療加算 [1・2] ・ 認知症地域包括診療加算 [1・2]]
(診療所に限る。) [A001 注12] 【届】、[A001 注13]

- ・対象患者に該当していない。
- ・患者の同意を [得ていない ・ 得たことが明らかではない]。
- ・患者の担当医以外が診療した場合に算定している。
- ・患者が受診している医療機関を全て把握していない。
- ・他の医療機関で処方されているものも含め、直近の投薬内容の全てについて診療録に記載がない。
- ・重複投薬や飲み合わせ等について管理していない。
- ・健康診断や検診の [受診勧奨を行っていない ・ 結果等について診療録に記載がない]。
- ・(直近1年間の受診歴が4回未満であるにもかかわらず) 初回算定時に患者の署名付の同意書を [作成していない ・ 診療録に添付していない]。

(地域包括診療加算のみ)

- ・院内掲示により [健康相談 ・ 介護保険に係る相談 ・ 予防接種に係る相談] の対応が可能なことについて周知されていない。

カ 薬剤適正使用連携加算 [A001 注14]

- ・他の保険医療機関等との情報提供や連携に際し、文書以外を用いているにもかかわらず、情報提供内容について診療録等への記載がない。
- ・入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等についての情報提供をしていない。
- ・入院・入所先の処方内容について、患者の退院又は退所後1か月以内に他の保険医療機関等から情報提供を受けていない。

キ

(2) 入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 入院診療計画 [第1章第2部通則7]

- ア 入院診療計画を策定していない。
- イ 入院後7日以内に文書により説明を行っていない。
 - ・入院料等の施設基準等の一つとして、入院診療計画は入院後7日以内に患者、家族等に説明を行うと規定されていることに十分留意されたい。
- ウ 説明に用いた文書を患者に交付していない。
- エ 説明に用いた文書の写しを診療録に添付していない。
- オ 説明に用いた文書について、写しを患者に交付し原本を診療録に添付している。
- カ 入院診療計画書の様式について、参考様式で示している以下の項目がない。

- ・病棟（病室）
- ・在宅復帰支援担当者名
- ・特別な栄養管理の必要性
- ・在宅復帰支援計画
- ・総合的な機能評価
- ・
- キ 患者に交付した入院診療計画書について、参考様式で示している以下の項目欄への記載がない。
 - ・年月日
 - ・主治医氏名
 - ・病棟（病室）
 - ・主治医以外の担当者名
 - ・病名
 - ・症状
 - ・治療計画
 - ・検査内容及び日程
 - ・手術内容及び日程
 - ・推定される入院期間
 - ・特別な栄養管理の必要性
 - ・その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）
 - ・
- ク 高齢者医療確保法の規定による療養病床の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画書の様式について、参考様式で示している以下の項目がない。
 - ・全身状態の評価
 - ・栄養摂取に関する計画
 - ・特別な栄養管理の必要性
 - ・感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策
 - ・
- ケ 患者に交付した高齢者医療確保法の規定による療養病床の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画書について、参考様式で示している以下の項目欄への記載がない。
 - ・年月日
 - ・主治医氏名
 - ・病棟（病室）
 - ・主治医以外の担当者名
 - ・病名
 - ・症状
 - ・全身状態の評価
 - ・治療計画
 - ・リハビリテーションの計画
 - ・栄養摂取に関する計画
 - ・特別な栄養管理の必要性
 - ・感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策
 - ・その他（看護計画、退院に向けた支援計画、入院期間の見込み等）
 - ・
- コ 説明に用いた文書について、記載内容が [不十分である ・ 不適切である]。
 - ・入院時に特別な栄養管理の必要性が [ある ・ ない] と判断されたにもかかわらず、 [「無」 ・ 「有」] になっている。
又は特別な栄養管理の必要性が一律に [「無」 ・ 「有」] と記載されている。

- ・「その他(看護計画、リハビリテーション等の計画)」の記載内容が画一的であり、個々の患者の病状に応じたものとなっていない。
 - ・主治医氏名について、[署名がない ・ 記名のみで押印がない]。
 - ・
 - サ 医師のみが計画を策定している。
 - シ 看護師のみが計画を策定している。
 - ス 本人又は家族等の署名がない。
 - セ
- ② 院内感染防止対策 **[第1章第2部通則7]**
- ア 各病室に水道又は速乾式手洗い液等が設置されていない。
 - イ 各病室の入口に速乾式手洗い液を設置しているものの、[中身が空である ・ 使用していない]。
職員に院内感染防止対策の趣旨を理解させ、病室に入る際の手指消毒を徹底すること。
 - ウ 院内感染防止対策委員会の構成が適切でない()が委員に入っていない)。
 - エ 院内感染防止対策委員会を月1回程度、定期的に開催していない。
 - オ 院内感染防止対策委員会の一部の委員()の出席率が低い。
 - カ 検査部の「感染情報レポート」の作成が週1回程度ではなく[]となっている。
 - キ 「感染情報レポート」について、耐性菌のみでなく各種細菌の検出状況等を含めて作成すること。
 - ク
- ③ 医療安全管理体制 **[第1章第2部通則7]**
- ア 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催していない。
 - イ 委員会の一部の委員()の出席率が低い。
 - ウ 職員研修が年2回程度実施されていない。
 - エ 医療事故等の院内報告制度において、[職員 ・ 医師]が適切に報告していない。[職員 ・ 医師]に対して一層の啓発に努めること。
 - オ
- ④ 褥瘡対策 **[第1章第2部通則7]**
- ア 日常生活の自立度が低い入院患者について、参考様式で示している危険因子の評価が実施されていない。
 - イ 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について、褥瘡に関する診療計画を作成されていない。
 - ウ 診療計画の様式について、参考様式で示している項目を網羅していない。
 - エ 褥瘡対策に係る専任の[医師 ・ 看護職員]以外の[医師 ・ 看護職員]が[褥瘡対策に関する診療計画を作成している ・ 褥瘡対策の評価を行っている]。
 - オ
- ⑤ 栄養管理体制 **[第1章第2部通則7]**
- ア 特別な栄養管理の必要がある患者について、栄養管理計画を作成していない。
 - イ 栄養管理計画書又はその写しを診療録等に添付していない。
 - ウ 栄養管理計画書に必要事項()の記載がない。
 - エ 栄養管理計画を作成した患者について、[栄養管理を行っていない ・ 栄養状態を定期的に記録していない ・ 栄養状態を定期的に評価していない ・ 必要に応じて栄養管理計画の見直しを行っていない]。
 - オ 医師、看護師、管理栄養士、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備していない。

□カ

□ (3) 入院基本料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□□① [療養病棟・有床診療所療養病床] 入院基本料 [A101]・[A109] 【届】

□・定期的（少なくとも月に1回）な患者の状態の評価及び入院療養の計画の見直し [を行っていない・の要点について診療録への記載がない]。

□・入院時と退院時のADLの程度について診療録への記載がない。

□・医療区分に係る評価が不適切である。

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・ADL区分に係る評価が不適切である。

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・（ ）

□・療養病棟入院基本料 入院料 [A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F] を算定している患者について、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、十分な説明を行っていない。

□・療養病棟入院基本料 入院料 [A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F] を算定している患者について、「医療区分・ADL区分等に係る評価票」（又はこれに準じる様式により作成した書面）又はその写し [を交付していない ・ が診療録に添付されていない]。

□・A101注11に該当する患者で、療養病棟入院料2を算定する病棟において、入院料D、E又はFを算定すべき患者について、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定した場合に、1月に1回FIMを測定していないにもかかわらず、当該リハビリテーション料を1日2単位を超えて算定している。

□・看護補助体制充実加算[A101注12] 【届】

□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。

□・実施の必要性等のアセスメント

□・患者家族への説明と同意

□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

□・二次的な身体障害の予防

□・身体的拘束の解除に向けた検討

□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度 [行っていない ・ 行ったことが明らかでない]。

□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成していない。

□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを用いて院内研修を実施していない。

□・有床診療所療養病床入院基本料 [A ・ B ・ C] を算定している患者について、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、十分な説明を行っていない。

□・有床診療所療養病床入院基本料 [A ・ B ・ C] を算定している患者について、「医療区分・ADL区分等に係る評価票」（又はこれに準じる様式により作成した書面）又

はその写し[を交付していない ・ が診療録に添付されていない]。

□□② 障害者施設等入院基本料 [A106] 【届】を算定している病棟に入院している特定患者に特定入院基本料を算定せず障害者施設等入院基本料を算定している。

□ ・ 看護補助体制充実加算 [A106注9] 【届】

□ ・ 身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。

□ ・ 実施の必要性等のアセスメント

□ ・ 患者家族への説明と同意

□ ・ 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

□ ・ 二次的な身体障害の予防

□ ・ 身体的拘束の解除に向けた検討

□ ・ 身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度 [行っていない ・ 行ったことが明らかでない] 。

□ ・ 看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成していない。

□ ・ 看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを用いて院内研修を実施していない。

□□③ 単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合に、入院基本料を算定している。

□ (4) 入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□① 臨床研修病院入院診療加算 [A204-2]

□ ・ 研修医の診療録の記載に係る指導医の[指導 ・ 確認]が[ない ・ 速やかに行われていない]。診療録には指導の内容が分かるように指導医自らが記載を行うこと。

□ ・

□② 救急医療管理加算 [1 ・ 2] ・ 救急医療管理加算 (乳幼児加算 ・ 小児加算) [A205] 【届】

□ ・ 加算対象の状態ではない患者に対して算定している。

□ ・

□③ 急性期看護補助体制加算 [A207-3] 【届】

□ ・ 身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。

□ ・ 実施の必要性等のアセスメント

□ ・ 患者家族への説明と同意

□ ・ 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

□ ・ 二次的な身体障害の予防

□ ・ 身体的拘束の解除に向けた検討

□ ・ 身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度 [行っていない ・ 行ったことが明らかでない] 。

□④ 看護補助加算 [A214] 【届】

□ ・ 身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。

□ ・ 実施の必要性等のアセスメント

□ ・ 患者家族への説明と同意

□ ・ 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

□ ・ 二次的な身体障害の予防

□ ・ 身体的拘束の解除に向けた検討

□ ・ 身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度 [行っていない ・ 行ったことが明らかでない] 。

- ⑤ 重症者等療養環境特別加算 [A221] 【届】
- ・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
 - ・
- ⑥ 緩和ケア診療加算 [A226-2] 【届】
- ・緩和ケア診療実施計画書を [作成していない ・ 患者に交付していない] 。
 - ・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
 - ・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式3で示している項目がない。
 - ・「
」がない。
 - ・症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されていない。
 - ・個別栄養食事管理加算
緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録等に記載又は当該内容を記録したものを診療録等に添付していない。
- ⑦ 有床診療所緩和ケア診療加算 [A226-3] 【届】
- ・緩和ケア診療実施計画書について [作成していない ・ 患者に交付していない] 。
 - ・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
 - ・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式3で示している項目がない。
 - ・「
」がない。
 - ・
- ⑧ 精神科措置入院退院支援加算 [A227-2]
- ・患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を都道府県等へ提出していない。
 - ・
- ⑨ 精神科隔離室管理加算 [A229]
- ・隔離の理由について診療録への記載がない。
 - ・1日1回の診察の内容について診療録への記載がない。
 - ・
- ⑩ 栄養サポートチーム加算 [A233-2] 【届】
- ・栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されていない。
 - ・チーム構成員の一部 () が栄養管理に係る研修を修了していない。
 - ・回診に当りチーム構成員の一部 () が参加していない。
 - ・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
 - ・栄養治療実施 [計画 ・ 報告書] を作成していない。
 - ・診療を担当する保険医、看護師等と共同で栄養治療実施計画を作成していない。
 - ・栄養治療実施 [計画 ・ 報告書] [を当該患者に説明、交付 ・ の写しを診療録等に添付] していない。
 - ・退院・転院時の診療情報提供書に、栄養治療実施報告書を添付していない。
 - ・
- ⑪ 感染対策向上加算 [A234-2] 【届】
- ・感染制御チームが、[1週間に1回程度院内を巡回していない ・ 巡回、院内感染に関する情報を記録に残していない] 。
 - ・感染対策向上加算1及び感染対策向上加算2の届出を行っている保険医療機関において、抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用について、届出制又は許可制をとっていない。
 - ・感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関において、抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用について、感染対策向上加算1を算定する他の保険医療機関又は地域の医

師会より助言を受けていない。

- ・感染制御チームが院内感染対策を目的とした職員の研修を行っていない。
- ・院内感染に関するマニュアルを [作成していない ・ 職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認していない]。

⑫ 重症患者初期支援充実加算 [A234-4] 【届】

- ・患者及びその家族等に対して入院時重症患者対応メディエーターが実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載がない。
- ・

⑬ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 [A236] 【届】

- ・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
- ・専従の褥瘡管理者以外の者が実施したものについて算定している。
- ・ [褥瘡リスクアセスメント票 ・ 褥瘡予防治療計画書] を作成していない。
- ・

⑭ ハイリスク分娩等管理加算 [A237] 【届】

- ・地域連携分娩管理加算
 - ・算定対象となる患者以外に算定している。
 - ・当該患者の分娩を伴う入院前において、連携している総合周産期母子医療センター等に [当該患者を紹介していない ・ 当該患者が受診していない]。
 - ・ハイリスク分娩管理加算の対象疾患を併せ有する患者に対して算定している。
- ・

⑮ 呼吸ケアチーム加算 [A242] 【届】

- ・人工呼吸器離脱のために必要な診療とは言えないものについて算定している。
 - ・診療計画書が作成されていない。
- ・

⑯ 術後疼痛管理チーム加算 [A242-2] 【届】

- ・術後疼痛管理プロトコルに基づく患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価について診療録に記載していない。

⑰ 入退院支援加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A246] 【届】

- ・退院支援計画書を [作成していない ・ 患者に交付していない]。
- ・退院支援計画についてその内容を診療録等に添付又は記載する必要があるが実施されていない。
- ・退院先について、診療録等への記載又は退院先を記載した文書について診療録等に添付する必要があるが、実施されていない。
- ・退院支援計画を実施するに当たってのカンファレンスに [病棟の看護師 ・ 病棟に専任の入退院支援職員 ・ 入退院支援部門の看護師 ・ 社会福祉士] が参加していない。

入院時支援加算 [1 ・ 2]

- ・入院前に（ 「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」 ・ 「入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握」 ・ 「入院生活の説明」 ・ 「 」 ）を実施し、療養支援の計画書を作成していない。

総合機能評価加算

- ・総合的な機能評価の結果について、患者及びその家族等への説明内容について診療録への [記載又は添付がない ・ 記載が不十分である]。

⑱ 認知症ケア加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A247] 【届】

- ・「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」（別添6の別紙12）におけるランクⅢ以上に該当しない者について算定している。
- ・看護計画を作成していない。
- ・看護計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施していない。
- ・看護計画・ケアの評価を行っていない。
- ・身体的拘束を実施した場合の点数を算定しているが、身体的拘束の開始及び解除の日、必要な状況等について診療録等への記載がない。
- ・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度
[行っていない ・ 行ったことが明らかでない]。
- ・

- ①⑨ せん妄ハイリスク患者ケア加算[A247-2] 【届】
 - ・チェックリストを作成していない。
 - ・せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を各保険医療機関において作成されたチェックリストに基づいて行われていない。

- ②⑩ 薬剤総合評価調整加算[A250]
 - ・処方内容を総合的に評価した内容や、処方内容の調整の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・薬剤調整加算
 - ・ [退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合 ・ 退院までの間に、向精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合] ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・

- ②⑪ 排尿自立支援加算[A251] 【届】
 - ・ [排尿ケアチームへの相談 ・ 排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画 ・ 定期的な評価] について診療録等に記載がない。
 - ・ [退院後に外来排尿自立指導料を算定する患者 ・ 退院後の外来において引き続き包括的排尿ケアを実施する必要性を認める患者] について、外来において引き続き包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた旨について診療録等への記載がない。

- ②⑫ その他
 - ・

- (5) 特定入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 救命救急入院料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] [A300] 【届】
 - ・実態として、予定入院の患者であるにもかかわらず算定している。
 - ・
 - ・早期離床・リハビリテーション加算（注8）
 - ・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の [内容 ・ 実施時間] について、診療録等への記載がない。
 - ・早期栄養介入管理加算（注9）
 - ・次の内容について、診療録等への記載がない。
 - ・栄養アセスメント
 - ・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
 - ・ [入室時刻 ・ 経腸栄養の開始時刻]
 - ・経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要

- に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
- ・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
 - ・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - 栄養アセスメント
 - 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・入室後早期から経腸栄養を開始した場合の所定点数を算定しているが、次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
- ② 特定集中治療室管理料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] [A301] 【届】
- ・
 - ・早期離床・リハビリテーション加算（注4）
 - ・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の [内容 ・ 実施時間] について、診療録等への記載がない。
 - ・早期栄養介入管理加算（注5）
 - ・次の内容について、診療録等への記載がない。
 - ・栄養アセスメント
 - ・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
 - ・経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
 - ・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
 - ・ [入室時刻 ・ 経腸栄養の開始時刻] について、診療録等への記載がない。
 - ・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - 栄養アセスメント
 - 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・入室後早期から経腸栄養を開始した場合の所定点数を算定しているが、次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
- ③ ハイケアユニット入院医療管理料 [1 ・ 2] [A301-2] 【届】
- ・
 - ・早期離床・リハビリテーション加算（注3）
 - ・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の [内容 ・ 実施時間] について、診療録等への記載がない。
 - ・早期栄養介入管理加算（注4）
 - ・次の内容について、診療録等への記載がない。
 - ・栄養アセスメント
 - ・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
 - ・経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
 - ・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
 - ・ [入室時刻 ・ 経腸栄養の開始時刻] について、診療録等への記載がない。
 - ・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - 栄養アセスメント
 - 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ・入室後早期から経腸栄養を開始した場合の所定点数を算定しているが、次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
 - ・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

□④ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 [A301-3] 【届】

□・

□・早期離床・リハビリテーション加算（注3）

□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の [内容 ・ 実施時間] について、診療録等への記載がない。

□・早期栄養介入管理加算（注4）

□・次の内容について、診療録等への記載がない。

□・栄養アセスメント

□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

□・経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認

□・ [入室時刻 ・ 経腸栄養の開始時刻] について、診療録等への記載がない

□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。

□栄養アセスメント

□栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

□・入室後早期から経腸栄養を開始した場合の所定点数を算定しているが、次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。

□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

□⑤ 小児特定集中治療室管理料 [A301-4] 【届】

□・

□・早期離床・リハビリテーション加算（注3）

□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の [内容 ・ 実施時間] について、診療録等への記載がない。

□・早期栄養介入管理加算（注4）

□・次の内容について、診療録等への記載がない。

□・栄養アセスメント

□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

□・経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認

□・ [入室時刻 ・ 経腸栄養の開始時刻] について、診療録等への記載がない

□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。

□栄養アセスメント

□栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

□・入室後早期から経腸栄養を開始した場合の所定点数を算定しているが、次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。

□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

□⑥ 総合周産期特定集中治療室管理料 [A303] 【届】

□・成育連携支援加算（注3）

□・成育連携チーム等がカンファレンスを行った上で決定した説明内容について、 [妊婦又はその家族等に対し文書により説明していない ・ 妊婦又はその家族等に対して説明した文書の写しを診療録に添付していない]。

□⑦ 小児入院医療管理料 [A307] 【届】

□・無菌治療管理加算 [A307の注5] 【届】

- ・造血幹細胞移植を実施していない患者に対して算定している。
- ・退院時薬剤情報管理指導連携加算 [A307の注6]
 - ・小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児である患者以外について算定している。
 - ・必要な事項を記載した情報提供文書を[作成していない・作成した文書の写しを診療録等に添付していない。]
- ⑧ 回復期リハビリテーション病棟入院料 [1・2・3・4・5・6] [A308] 【届】
 - ・[入院時・転院時・退院時]に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法(FIM)の測定を行っていない。
 - ・[入院時・転院時・退院時]に行った日常生活機能評価又は機能的自立度評価法(FIM)の結果について、診療録等に記載がない。
 - ・
- ⑨ 地域包括ケア病棟入院料[1・2・3・4]【届】
地域包括ケア入院医療管理料[1・2・3・4] [A308-3] 【届】
 - ・入室から7日以内に[診療計画書・在宅復帰支援計画]を作成していない。
 - ・退室先について診療録への記載がない。
 - ・[急性期患者支援病床初期加算・在宅患者支援病床初期加算]を算定するに当たって、[入院前の患者の居場所(転院の場合は入院前の医療機関名)・自院の入院歴の有無・入院までの経過]について診療録への記載がない。
 - ・看護補助体制充実加算 [A308-3注4「ロ」] 【届】
 - ・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
 - ・実施の必要性等のアセスメント
 - ・患者家族への説明と同意
 - ・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
 - ・二次的な身体障害の予防
 - ・身体的拘束の解除に向けた検討
 - ・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を1日に1度[行っていない・行ったことが明らかでない]。
 - ・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成していない。
 - ・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを用いて院内研修を実施していない。
 - ・
- ⑩ 緩和ケア病棟入院料 [A310] 【届】
 - ・緩和ケア疼痛評価加算(注4)
 - ・疼痛評価を実施した結果について[患者又はその家族に説明していない・診療録に記載がない]。
 - ・
- ⑪ 精神科救急急性期医療入院料 [A311] 【届】
 - ・非定型抗精神病薬加算(注3)
 - ・1月に1度、治療計画及び指導内容の要点が診療録に記載されていない。
 - ・投与している薬剤名が明細書に記載されていない。
 - ・
- ⑫ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 [A319] 【届】
 - ・リハビリテーション実施計画書を作成していない。
 - ・当該特定機能病院リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活

機能評価、FIM及びSection GGの[測定を行っていない・結果について診療録等に記載がない]。

- ・リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書に栄養関連項目の記載がない。

・

⑬ その他

・

- (6) 短期滞在手術等基本料 [A400] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

【届】

- ・術前に別紙様式8を参考にした同意書を作成していない。
- ・短期滞在手術等基本料について、退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行っていない。
- ・

□4 医学管理等

- (1) 特定疾患療養管理料 [B000] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・第1回目の特定疾患療養管理料を、初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ1か月を経過した日より前に算定している。
- ・治療計画に基づく、服薬、運動、栄養等の療養上の管理内容の要点について診療録への記載が[ない・個々の患者の状態に応じた記載になっていない・不十分である]。
- ・[算定対象外である主病・主病でない疾患・全身的な医学管理を行っていない疾患]について算定している。
- ・いわゆるレセプト病名を主病として算定している。
- ・
- ・

- (2) 特定疾患治療管理料 [B001] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① ウイルス疾患指導料 [1・2【届】] [B001・1]

- ・指導内容の要点について診療録への記載が[ない・個々の患者の状態に応じた記載になっていない・不十分である]。
- ・算定対象外の疾患に罹患している患者に対して算定している。
- ・

② 特定薬剤治療管理料 [1・2] [B001・2]

- ・[薬剤の血中濃度・治療計画の要点]について診療録への[添付・記載]が[ない・個々の患者の状態に応じた記載になっていない・不十分である]。
- ・初回月ではないにもかかわらず初回月加算を算定している。
- ・特定薬剤治療管理料1
 - ・抗てんかん剤又は免疫抑制剤の投与を行っている患者以外の患者について、4月目以降について減算していない。
- ・特定薬剤治療管理料2
 - ・指導内容の要点について診療録等への記録が[ない・個々の患者の状態に応じた記載になっていない・不十分である]。
- ・

③ 悪性腫瘍特異物質治療管理料 [B001・3]

- ・悪性腫瘍であると既に確定診断した患者以外の者に対して算定している。（悪性腫瘍を疑って実施した腫瘍マーカー検査は、本来の検査の項目で算定すること。）
 - ・ [腫瘍マーカー検査の結果 ・ 治療計画の要点] について診療録への [添付 ・ 記載] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・初回月ではないにもかかわらず、初回月加算を算定している。
 - ・前月に腫瘍マーカー検査 [D009] を算定しているにもかかわらず、初回月加算を算定している。
 - ・算定要件を満たさない腫瘍マーカー検査を実施したものに対して算定している。
(例：)
 - ・
- ④ 小児特定疾患カウンセリング料 [イ ・ ロ] [B001・4]
- ・対象とならない患者に対して算定している。
 - ロ「公認心理師による場合」を算定する場合
 - ・一連のカウンセリングの [初回に ・ 3月に1回程度]、医師がカウンセリングを行っていない。
 - ・公認心理師が作成したカウンセリングに係る概要において、 [当該疾病の原因と考えられる要素 ・ 治療計画 ・ 指導内容の要点] 等について記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・公認心理師が作成した概要の写しの診療録への添付がない。
 - ・公認心理師による場合、カウンセリングを20分以上実施していない。
- ⑤ 小児科療養指導料 [B001・5]
- ・指導内容の要点について、診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・人工呼吸器導入時相談支援加算について、説明等の内容の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ⑥ てんかん指導料 [B001・6]
- ・ [診療計画 ・ 診療内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・算定対象となる標榜診療科の専任の医師以外の医師が診療している。
 - ・
- ⑦ 難病外来指導管理料 [B001・7]
- ・算定対象である疾患を主病とするものでないにもかかわらず算定している。
 - ・主病に対する治療を行っていないものについて算定している。
 - ・ [診療計画 ・ 診療内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・人工呼吸器導入時相談支援加算について、説明等の内容の要点に係る診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・

- ⑧ 皮膚科特定疾患指導管理料 [(I) ・ (II)] [B001・8]
- ・算定対象の疾患に罹患していない患者に対して算定している。
 - ・ [診療計画 ・ 指導内容の要点] について
診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・他の診療科を併せ担当している医師が当該指導管理を行った場合について算定している。
 - ・初診の日又は退院した日から起算して1月以内にもかかわらず算定している。
 - ・ [外用療法を必要としない ・ 16歳未満の] アトピー性皮膚炎の患者について算定している。
 - ・
- ⑨ 外来栄養食事指導料 [B001・9]
- ・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
 - ・特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、又は低栄養状態にある患者以外の患者に対して算定している。
 - ・必要に応じた食事計画案等の交付をしていない。
 - ・栄養指導記録を作成していない。
 - ・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・指導時間について栄養指導記録への記載が [ない ・ 不適切である] 。
 - ・初回の外来栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね30分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・2回目（以降）の外来栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
 - ・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
 - ・外来栄養食事指導料1について、当該保険医療機関の管理栄養士以外の者によって指導したものについて算定している。
 - ・外来栄養食事指導料1（2）①について、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来化学療法室を担当する管理栄養士が月2回以上の指導を行っていないにもかかわらず算定している。
 - ・外来栄養食事指導料1（1）②（2）②、外来栄養食事指導料2（1）②（2）②について、電話又は情報通信機器等による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と電話又は情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画が作成されていない。
 - ・外来栄養食事指導料2について、要件を満たさない管理栄養士が行った指導について算定している。
 - ・
 - ・
- ⑩ 入院栄養食事指導料 [B001・10]
- ・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
 - ・入院栄養食事指導料について、特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、又は低栄養状態にある患者以外の患者に対して算定している。
 - ・入院栄養食事指導料について、必要に応じた食事計画案等の交付をしていない。
 - ・当該保険医療機関の管理栄養士でない者が指導したものについて入院栄養食事指導料1を算定している。

- ・栄養指導記録を作成していない。
 - ・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・指導時間について栄養指導記録への記載が [ない ・ 不適切である]。
 - ・初回の入院栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね30分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・2回目（以降）の入院栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
 - ・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
 - ・入院栄養食事指導料について、別に厚生労働大臣が定める要件を満たしていない食事を特別食として提供している患者に対して算定している。
 - ・栄養情報提供加算
 - ・入院中の栄養指導の内容及び栄養管理に関する情報を示す文書の写しを栄養指導記録に添付していない。
 - ・診療情報提供書が交付されている場合に併せて、他の保険医療機関等に栄養管理に関する情報を提供していない。
 - ・入院栄養食事指導料2について、要件を満たさない管理栄養士が行った指導について算定している。
- ⑩ 集団栄養食事指導料 [B001・11]
- ・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
 - ・特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者以外の患者に対して集団栄養食事指導料を算定している。
 - ・当該保険医療機関の職員でない者が指導したものについて集団栄養食事指導料を算定している。
 - ・栄養指導記録を作成していない。
 - ・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・指導時間について栄養指導記録への記載が [ない ・ 不適切である]。
 - ・集団栄養食事指導において指導時間が40分を超えない患者に対して算定している。
 - ・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
 - ・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
 - ・集団栄養食事指導料について、別に厚生労働大臣が定める要件を満たしていない食事を特別食として提供している患者に対して算定している。
- ⑪ 心臓ペースメーカー指導管理料 [B001・12]
- ・ [計測した機能指標の値 ・ 指導内容の要点] について診療録への [添付 ・ 記載] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・
- ⑫ 在宅療養指導料 [B001・13]
- ・保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行っていない。
 - ・保健師、助産師又は看護師が、患者ごとに作成した療養指導記録に

- [指導の要点 ・ 指導実施時間] の明記がない。
- ・ 患家において行ったものについて算定している。
- ・
- ⑭ 高度難聴指導管理料 [B001・14]
- ・ 診療内容の要点について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ⑮ 慢性維持透析患者外来医学管理料 [B001・15]
- ・ [特定の検査結果 ・ 計画的な治療管理の要点] について
診療録への [添付 ・ 記載] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載
になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 副甲状腺機能亢進症に対する [パルス療法施行時 ・ 副甲状腺切除を行った患者
へ] のカルシウム、無機リン、PTH検査について、本管理料の算定に加えて別に
算定できるのは、算定月の2回目以後の検査からであるが、算定月の1回目の検査を
2回目の検査として算定している。
- ・
- ⑯ 喘息治療管理料 [B001・16] 【届】
- ・ 以下の必要な機械及び器具を備えていない。
- 酸素吸入設備 気管内挿管又は気管切開の器具 レスピレーター
- 気道内分泌物吸引装置 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態）
- スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態）
- 胸部X線撮影装置（常時実施できる状態）
- ・ 重度喘息患者治療管理加算
- ・ 指導内容を文書で交付していない。
- ・ [ピークフローメーター ・ 一秒量等計測器 ・ スパイロメーター] を
患者に提供していない。
- ・ 喘息治療管理料1
- ・ ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を提供していない。
- ・ 喘息治療管理料2
- ・ 指導内容の要点について診療録への記載がない。
- ⑰ 慢性疼痛疾患管理料 [B001・17]
- ・ 算定対象外の疾患の患者について算定している。
- ・ マッサージ又は器具等による療法を行っていないにもかかわらず算定している。
- ・
- ⑱ 小児悪性腫瘍患者指導管理料 [B001・18]
- ・ [治療計画 ・ 診療内容の要点] について、
診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・
不十分である] 。
- ・
- ⑲ 糖尿病合併症管理料 [B001・20] 【届】
- ・ 糖尿病足病変ハイリスク要因に関する
[評価結果 ・ 指導計画 ・ 実施した指導内容] について
[診療録 ・ 療養指導記録] への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応
じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 糖尿病足病変ハイリスク要因として示されている傷病（足潰瘍、足趾・下肢切断既

往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害)の診断を受けていない患者について算定している。

- ・ 1回の指導時間が30分未満の患者に算定している。
- ・

⑳ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 [B001・21]

- ・ 耳鼻咽喉科と標榜する他の診療科を併せて担当している医師が当該指導管理を行った場合に算定している。
- ・ [診療計画 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ [15歳以上の患者 ・ 発症から3か月以上遷延していない ・ 当該管理料を算定する前の1年間において3回以上繰り返し発症していない ・ 滲出性中耳炎以外の患者] について算定している。
- ・ 初診から1か月以内の患者について算定している。
- ・

㉑ がん性疼痛緩和指導管理料 [B001・22] 【届】

- ・ [麻薬の処方前の疼痛の程度 ・ 麻薬処方後の効果判定 ・ 副作用の有無 ・ 治療計画 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 緩和ケアに係る研修を受けた緩和ケアの経験を有する医師以外の医師が指導管理を行ったにもかかわらず算定している。
- ・

㉒ がん患者指導管理料 [B001・23] 【届】

- ・ がん患者指導管理料 [イ ・ ロ]
 - ・ 指導内容等の要点について診療録又は看護記録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ (がん患者指導管理料ロ) [STAS-J ・ DCS] の基準を満たさない患者に対して算定している。
 - ・
- ・ がん患者指導管理料ハ
 - ・ 指導内容等の要点について [診療録若しくは薬剤管理指導記録への記載 ・ 説明に用いた文書の写しの診療録等への添付] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・
- ・ がん患者指導管理料ニ
 - ・ D006-18 BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行っていない。
 - ・ 説明の実施者が、当該保険医療機関の保険医でない。
 - ・ 説明及び相談内容等の要点について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

㉓ 外来緩和ケア管理料 [B001・24] 【届】

- ・ 緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
- ・ 緩和ケア診療実施計画書について、[作成 ・ 交付] がない。

㉔ 移植後患者指導管理料 [B001・25] 【届】

- ・ 治療計画が作成されていない。

- 専任医師と研修を受けた専任看護師が治療計画を作成していない。
- ②⑤ 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 [B001・26]
 - 指導内容の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ②⑥ 糖尿病透析予防指導管理料 [B001・27] 【届】
 - [評価結果 ・ 指導計画 ・ 実施した指導内容] について [診療録 ・ 療養指導記録 ・ 栄養指導記録] への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - 指導計画の作成がない。
- ②⑦ 小児運動器疾患指導管理料 [B001・28] 【届】
 - 指導の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ②⑧ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 [B001・29] 【届】
 - 医師又は助産師が実施した包括的ケア及び指導に関する内容について、診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ②⑨ 婦人科特定疾患治療管理料 [B001・30] 【届】
 - 器質性月経困難症の患者でないものに対して算定している。
 - 器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤を投与している患者以外の患者について算定している。
 - 婦人科又は産婦人科を担当する医師が指導を行っていない。
 - 治療計画について患者の同意を得ていない。
 - 治療計画が作成されていない。
 - 指導内容の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ②⑩ 腎代替療法指導管理料 [B001・31] 【届】 【
 - [指導内容等の要点 ・ 説明に用いた文書の写し] について診療録への [記載 ・ 添付] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - 腎臓内科の経験を有する常勤医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、腎代替療法について指導を行っていない。
 - 算定対象とならない患者に対して算定している。
 - 腎代替療法選択について、腎代替療法のうち、[血液透析 ・ 腹膜透析 ・ 腎移植 等] について情報提供を [行っていない ・ 不十分である]。
 - 指導時間が30分未満である。
- ③① 一般不妊治療管理料 [B001・32] 【届】
 - 治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、治療計画について [当該患者 ・ パートナー] に [説明 ・ 文書を用いて説明] していない。
 - 治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、治療計画について [当該患者 ・ パートナー] に説明する際に用いた文書 [を交付していない ・ の診療録への添付がない]。

- ・治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、[当該患者 ・ パートナー] から同意を [得てい ・ 得た文書の診療録への添付が] ない。
- ・当該患者及びそのパートナーに対して少なくとも6月に1回以上治療内容等に係る同意について確認していない。
- ・毎回の [指導内容の要点 ・ 説明に用いた文書の写し] について診療録への記載がない。
- ・初回算定時に [患者 ・ パートナー] を不妊症と診断した理由について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] について確認していない。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] を確認した方法について診療録に記載が [ない ・ 不十分である]。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] を確認する際に提出された文書等がある場合について、当該文書等の診療録への添付がない。
- ・初診料と同時に算定している。
- ・

□② 生殖補助医療管理料 [B001・33] 【届】

- ・治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、治療計画について [当該患者 ・ パートナー] に [説明 ・ 文書を用いて説明] していない。
- ・治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、治療計画について [当該患者 ・ パートナー] に説明する際に用いた文書 [を交付していない ・ の診療録への添付がない]。
- ・治療計画を [作成した際 ・ 見直しを行った際]、[当該患者 ・ パートナー] から同意を [得て ・ 得た文書を診療録に添付して] いない。
- ・ [指導内容の要点 ・ 説明に用いた文書の写し] について診療録への [記載 ・ 添付] が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・
- ・治療計画を患者等に説明し、同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載していない。
- ・治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について診療録に記載していない。
- ・当該患者及びそのパートナーに対して少なくとも6月に1回以上治療内容等に係る同意について確認していない。
- ・毎回の指導内容の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じたものになっていない ・ 不十分である]。
- ・初回算定時に [患者 ・ パートナー] を不妊症と診断した理由について診療録に記載が [ない ・ 不十分である]。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] について確認していない。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] について確認した方法について診療録に記載が [ない ・ 不十分である]。
- ・初回算定時に、患者及びそのパートナーが [婚姻関係にあること ・ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること] について確認する際に提出された

文書等がある場合について、当該文書等の診療録への添付がない。

- ・算定対象とならない患者に対して算定している。
- ・初診料と同時に算定している。

㊸ 二次性骨折予防継続管理料 [B001・34] 【届】

- ・骨粗鬆症に対する [継続的な評価 ・ 必要な治療] が行われていない。
- ・算定対象とならない患者に対して算定している。

㊹ アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 [B001・35]

- ・アレルギー免疫療法を開始する前に、 [治療内容 ・ 期待される効果 ・ 副作用 ・] について、 [説明して ・ 文書を用いて説明して] いない。
- ・アレルギー免疫療法を開始する前に、 [同意を得て ・ 説明した内容の要点を診療録に記載して] いない。
- ・指導内容の要点] について、診療録への 記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になってい ない ・ 不十分である] 。

㊺ 下肢創傷処置管理料 [B001・36] 【届】

- ・初回算定時に治療計画を作成していない。
- ・治療計画について、患者及びその家族等に説明して同意を得ていない。
- ・指導内容の要点について
診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記 載になってい ない ・ 不十分である] 。
- ・適切な研修を終了した医師が指導を行っていない。
-

(3) 小児科外来診療料 [B001-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・再診時のものを初診時として算定している。
- ・6歳未満でない患者に対して算定している。
- ・

(4) 地域連携小児夜間・休日診療料[B001-2-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・夜間、休日又は深夜における担当医氏名とその主たる勤務先について、予定表を [作成していない ・ 院内に掲示していない] 。
- ・ [診療内容の要点 ・ 診療医師名及び主たる勤務先名] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の様態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

(5) 乳幼児育児栄養指導料 [B001-2-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・3歳未満でない患者に対して算定している。
- ・指導の要点について診療録への記載が
 [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・初診時でないにもかかわらず算定している。

(6) 地域連携夜間・休日診療料 [B001-2-4] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・ [診療内容の要点 ・ 診療医師名及び主たる勤務先名] について
診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・]

不十分である]。

- ・在宅当番医制で行う夜間・休日診療において算定している。
- ・

(7) 院内トリアージ実施料 [B001-2-5] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・院内トリアージが行われた旨について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・救急用の自動車等により緊急に搬送された者に対して算定している。
- ・夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者に対して算定している。
- ・再評価時間について院内トリアージの実施基準に規定していない。
- ・

(8) 外来リハビリテーション診療料 [1 ・ 2] [B001-2-7] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・リハビリテーション提供前の患者の状態の観察結果について、療養指導記録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認した内容について、診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・

(9) 外来放射線照射診療料 [B001-2-8] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・看護師、診療放射線技師等が算定日から起算して第2日目以降に行った患者の観察結果を [照射ごとに記録 ・ 医師に報告] していない。
- ・放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果、成績、合併症、副作用等について患者又はその家族に説明し、文書等による同意を [得ていない ・ 得たことが明らかではない]。
- ・

(10) [地域包括診療料 [1 ・ 2] ・ 認知症地域包括診療料 [1 ・ 2]] [B001-2-9] 【届】 [B001-2-10] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
(200床未満に限る)

- ・患者の担当医以外が診療した場合に算定している。
- ・患者が受診している医療機関について全ての医療機関を把握する必要があるが把握していない。
- ・他医療機関で処方されたものも含め、直近の投薬内容の全てを診療録等に記載していない。
- ・診療録に [お薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーが添付されていない ・ 算定時の投薬内容について記載がない]。
- ・健康診断や検診の [受診勧奨を行っていない ・ 結果等を診療録に添付又は記載していない]。
- ・(直近1年間の受診歴が4回未満であるにもかかわらず) 初回算定時に患者の署名付の同意書 [を作成していない ・ が診療録等に添付されていない]。
- ・

(11) 小児かかりつけ診療料 [B001-2-11] 【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 患者が受診している医療機関について全ての医療機関を把握する必要があるが把握していない。
 - 指導等を行う旨の書面を患者に対して交付して説明し、同意を [得ていない ・ 得たことが明らかでない] 。
- (12) 外来腫瘍化学療法診療料 [B001-2-12] 【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 指導内容等の要点について、診療録若しくは薬剤管理指導記録に [記載が ・ 説明に用いた文書の写しが診療録等に添付されてい] ない。
 - 承認されたレジメン以外のレジメンを使用している。
- (13) 生活習慣病管理料 [B001-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 療養計画書（別紙様式9又はこれに準じた様式を用いる。）を [作成 ・ 交付] していない。
 - 療養計画書に患者の署名がない。
 - 療養計画書の写しについて診療録への添付がない。
 - 実際の主病と算定上の区分が異なる。
 - [糖尿病の患者について血糖値及びHbA1cの値 ・ 高血圧の患者について血圧の値] の療養計画書への記載がない。
 - 糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等の診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - 糖尿病の患者について、患者の状態に応じて年1回程度、眼科の医師の診察を受けるよう指導を行っていない。
 - 。
- (14) ニコチン依存症管理料 [1 ・ 2] [B001-3-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
- ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断された者以外の者について算定している。
 - 35歳以上であるのに1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200未満の者について算定している。
 - 「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿った禁煙治療について、患者に対し [説明をしていない ・ 文書により同意を得ていない] 。
 - 治療管理の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - 指導及び治療管理の内容について、文書による情報提供を行っていない。
 - ニコチン依存症管理料2
 - 交付した診療計画書の写しを診療録に添付していない。
 - 受診を中断する場合に、受診を中断する理由を聴取した内容の診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - 。
- (15) 手術前医学管理料[B001-4]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合に、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供していない。
 - 。

- (16) 肺血栓塞栓症予防管理料 [B001-6] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 肺血栓塞栓症を発症する危険性について評価を [していない ・ したことが確認できない]。
 - 弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行っていない。
 - 。
- (17) リンパ浮腫指導管理料 [B001-7] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 算定対象外の患者に対して算定している。
 - 指導内容の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - 。
- (18) 療養・就労両立支援指導料 [B001-9] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 別に厚生労働大臣が定める疾患（悪性腫瘍等）の治療を担当する医師が、患者の勤務する事業場の産業医等あてに診療情報・就労と療養の両立に必要な情報の提供を [行っていない ・ 文書により行ったことが明らかでない]。
 - 治療を担当する医師が、患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取っていない。
 - 診察に同席した産業医等に説明した内容について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - 産業医等に提供した文書の写しを診療録に添付していない。
 - 厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者以外のものに対して算定している。
 - 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合について算定している。
 - 相談支援加算を加算しているが、専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士が療養上の指導に同席したことが明らかでない。
 - 。
- (19) 開放型病院共同指導料（Ⅰ） [B002] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
- 当該患者を入院させた保険医の診療録に開放型病院において患者の指導等を行った事実の記載がない。
 - 。
- (20) 開放型病院共同指導料（Ⅱ） [B003] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 開放型病院の診療録に当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨の記載がない。
 - 。
- (21) 退院時共同指導料 [1 【届】 ・ 2] [B004] ・ [B005] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 行った指導の内容等について、[診療録等への記載がない ・ 診療録等への記載が個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 提供した文書の写しを診療録等に添付していない]。
 - 患者又はその家族等に対して文書により情報提供していない。
 - 。

- (22) 介護支援等連携指導料 [B005-1-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 介護支援専門員等と連携していない。
 - ・ 指導内容等について、[要点の診療録等への記載 ・ 提供した文書の写しについて診療録等への添付] がない。
 - ・
- (23) 介護保険リハビリテーション移行支援料 [B005-1-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 介護サービス計画書の写しを診療録等へ添付していない。
 - ・
- (24) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） [B005-4] 【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 紹介元医師の診療録に紹介先の病院において、医学管理等を行った事実の記載が [ない ・ 不十分である]。
 - ・
- (25) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） [B005-5] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定していることを確認せずに算定している。
- (26) がん治療連携計画策定料 [1 【届】 ・ 2] [B005-6]、がん治療連携指導料 [B005-6-2] 【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 地域連携診療計画に、[病名 ・ ステージ ・ 入院中の治療 ・ 退院後計画策定病院で行う治療内容及び受診頻度 ・ 連携医療機関で行う治療内容及び受診頻度 ・ その他必要な項目] についての記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・ がん治療連携計画策定料 1 について、交付した治療計画書の写しが診療録に添付されていない。
 - ・
- (27) 認知症専門診断管理料 [B005-7] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 認知症専門診断管理料 1
 - ・ [療養方針を決定 ・ 認知症療養計画を作成] し、説明した際に患者又は家族等に交付した文書の写しが診療録等に添付されていない。
 - ・
 - ・ 認知症専門診断管理料 2
 - ・ 今後の療養計画等を説明し、その際患者又は家族等に交付した文書の写しが診療録に添付されていない。
- (28) 認知症療養指導料 [B005-7-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 認知症療養計画に基づく、定期的な評価等の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・ 「2」について、療養計画の診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

- ・「3」について、認知症療養計画を説明しているが、文書により提供していない。
- ・
- (29) 認知症サポート指導料[B005-7-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しが診療録に添付されていない。
 - ・
- (30) 肝炎インターフェロン治療計画料[B005-8] 【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・患者に交付した治療計画書の写しが診療録に添付されていない。
 - ・
- (31) 外来排尿自立指導料[B005-9] 【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨について診療録等への記載がない。
 - ・包括的排尿ケアの評価について診療録等への記載がない。
 - ・
- (32) ハイリスク妊産婦連携指導料1 [B005-10]、ハイリスク妊産婦連携指導料2 [B005-10-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
 - ・指導料1について、概ね月に1回の面接及び療養上の指導が行われていない。
 - ・産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師と精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県の担当者が参加する診療方針などに係るカンファレンスが概ね2月に1回開催されていない。
 - ・
- (33) 遠隔連携診療料 [B005-11] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・診療の内容の要点について診療録への記載が「 ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である 」。
 - ・ [診療を行った日 ・ 診療時間] について診療録への記載が「 ない ・ 不適切である 」。
- (34) こころの連携指導料 [B005-12, 13] 【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・「I」について、患者の生活上の課題等の指導の内容の要点の診療録への記載が「 ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である 」。
 - ・「I」について、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して、情報共有が行われていない。
 - ・「II」について、2回目以降の診療等に関し、当該患者を紹介した医師に対して、情報共有が行われていない。
- (35) 退院時リハビリテーション指導料 [B006-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ [指導 ・ 指示] 内容の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

- ・医師の指示を受けて、理学療法士等が看護師等とともに指導を行っていない。
 - ・指導内容として定められている項目以外の指導で算定している。
 - ・他医療機関に転院した患者に対して算定している。
 - ・患家の家屋構造、介護力等を確認していない。
 - ・
- (36) 退院前訪問指導料 [B007]、退院後訪問指導料 [B007-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・指導又は指示内容の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・
- (37) 薬剤総合評価調整管理料 [B008-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・処方の内容を総合的に評価した内容や処方内容の調整の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、内服薬を合計した種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・
- (38) 診療情報提供料（I）[B009] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・紹介元医療機関への受診行動を伴わない患者紹介の返事について算定している。
 - ・他の医療機関から診療情報の提供を依頼され、それに回答したものについて算定している。
 - ・交付した文書の写し（薬局に対しては他に処方箋の写し）を診療録に添付していない。
 - ・交付した文書が別紙様式に準じていない。
 - ・項目欄がない。（
 - ・複数の項目欄を一つにまとめており、項目欄への記載が不十分である。
 - ・
 - ・交付した文書において、項目欄 [紹介先医療機関等名 ・] への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・特別の関係にある医療機関を紹介先として交付した文書について算定している。
 - ・定められた対象以外のところに交付したものを算定している。
 - ・診療情報の提供の必要性が乏しい患者に対して、同じ文面の診療情報提供書を毎月発行するなどして算定している。
 - ・検査又は画像診断等の設備があるにもかかわらず、他医療機関に検査依頼したものについて算定している。
 - ・学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供していない。
- ・退院時診療状況添付加算 [B009 注8]
- ・退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付していないものについて算定している。
 - ・添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載していない。
 - ・
- ・検査・画像情報提供加算[B009 注18] 【届】
- ・検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録

のうち主要なものについて、電子的方法により、他の保険医療機関が常時閲覧可能な形式で提供していない、又は電子的に送受される診療情報提供書に添付していない場合に算定している。

□・

□ (39) 電子的診療情報評価料 [B009-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ・電子的方法により閲覧又は受信した検査結果や画像の評価の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・他の保険医療機関から検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信していない。
 - ・他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けていないにもかかわらず算定している。
- ・

□ (40) 診療情報提供料 (Ⅱ) [B010] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・患者又はその家族からの希望があった旨について診療録への記載が [ない ・ 不十分である]。
- ・

□ (41) 診療情報連携共有料 [B010-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・患者又は歯科診療を担う別の保険医療機関に対して交付した文書に、以下の事項が記載されていない。
 - ・患者の氏名、生年月日、連絡先
 - ・診療情報の提供先保険医療機関名
 - ・提供する診療情報の内容 (検査結果、投薬内容等)
 - ・診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- ・患者又は歯科診療を担う別の保険医療機関に対して交付した文書の写しが診療録に添付されていない。

□ (42) 連携強化診療情報提供料 [B011] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・交付した文書の写しを診療録に添付していない。
- ・「注1」及び「注2」に規定する「次回受診する日の予約を行った場合」に、次回受診する日について診療録への記載がないのに、初診料と同日算定している。
- ・患者又は、提供する保険医療機関に交付する診療状況を示す文書に、以下の事項が記載されていない。
 - ・患者の氏名、生年月日、連絡先
 - ・診療情報の提供先保険医療機関名
 - ・診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容
 - ・診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- ・他の医療機関から紹介された患者の診療状況を示す文書を提供する場合について、紹介元の医療機関又は当該医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合に算定している。
- ・特別の関係にある医療機関を紹介先として交付した文書について算定している。
- ・別の医療機関から紹介された患者について医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得ずに、診療状況を示す文書を提供している。

□ (43) 薬剤情報提供料 [B011-3] について、次の不適切な [例 ・ 事項] が認められたの

で改めること。

- 診療録等に薬剤情報を提供した旨の記載がない。
- 処方の変更がないにもかかわらず月2回以上算定している。
- 手帳記載加算
 - 手帳に記載していないにもかかわらず算定している。
 - 手帳を持参していない患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付したことをもって、算定している。

(44) がんゲノムプロファイリング評価提供料 [B011-5] について、次の不適切な [例 ・ 事項] が認められたので改めること。

- 患者に対して、治療方針等について文書を用いて説明していない。
- .

(45) 療養費同意書交付料 [B013] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- [あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう] の施術に係る療養費の支給対象となる疾病であるか、適切に判断すること。
- 療養の給付を行うことが困難であると認められない患者に対して同意書等を交付し算定している。
- [専門外にわたるものであるという理由によって ・ 患者の希望のまま ・ 施術所からの依頼によって]、みだりに同意を与えている。
- .

(46) 退院時薬剤情報管理指導料 [B014] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 入院時に患者が持参した医薬品についてその名称及び確認した結果の要点について診療録等への記載がない。
- 患者に対して [薬剤情報を提供した旨 ・ 提供した情報 ・ 指導した内容の要点] について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- 退院時薬剤情報連携加算について、患者若しくはその家族又は保険薬局に交付した文書の写しについて診療録等への添付がない。
- 算定対象外の患者に対して退院時薬剤情報連携加算を算定している。
- .

(47) 精神科退院時共同指導料 [1 ・ 2] [B015] 【届】

- 算定対象外である患者について算定している。
- 患者又はその家族等に対して支援計画について [文書により情報提供していない ・ 提供した文書の写しについて診療録等への添付がない]。
- 多職種チームで共同して支援計画を作成していない。
- 支援計画を作成していない。
- イ 精神科退院時共同指導料（Ⅰ）
 - 共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームに、 [精神科の担当医 ・ 保健師又は看護師 ・ 精神保健福祉士] が参加していない。
- [ロ 精神科退院時共同指導料（Ⅱ） ・ 精神科退院時共同指導料 2]
 - 重点的な支援を要する患者に対して、「包括的支援マネジメント 導入基準」のうち該当するものを診療録等への添付又は記載がない。
- .

□5 在宅医療

□ (1) 在宅患者診療・指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□① 往診料 [C000] 【届】

- ・患者の求めがないにもかかわらず、往診を行っている。
- ・定期的ないし計画的に患者又は他の保険医療機関に赴いて診療をしたものについて算定している。
- ・当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由のない、16キロメートルを超える往診について算定している。
- ・緊急往診加算 [C000 注1 イ(1)①・(2)①・ロ(1)・ハ(1)]
 - ・標榜時間外に行った往診について算定している。
 - ・急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症など速やかに往診しなければならないと判断した、または、医学的に終末期である状態、に当てはまらないのに算定している。
 - ・15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は20歳未満の者）について、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症、低体温・けいれん・意識障害・急性呼吸不全等が予想される場合、または、医学的に終末期である状態、に当てはまらないのに算定している。
-

□② 在宅患者訪問診療料 [(I) ・ (II)] [C001] [C001-2]

- ・医療機関への通院が困難な患者以外の患者に対して算定している。
- ・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を [満たす他の保険医療機関の求めがなく ・ 満たさない他の保険医療機関の求めにより]、在宅患者訪問診療料 (I) 2を算定している。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) 2を6か月を超えて算定する場合に、継続的な訪問診療の必要性について診療報酬明細書の摘要欄への記載がない。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) において、当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書について [作成していない ・ 診療録への添付がない]。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) において、診療録への [訪問診療の計画 ・ 診療内容の要点] の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) において、訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療場所について、 [診療録に記載していない ・ 診療録への記載が不十分である]。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) において、訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）について、診療録への記載がない。
- ・在宅患者訪問診療料 (I) において、訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）についての診療録に記載された [開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。
- ・有料老人ホーム等に併設されている保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して在宅患者訪問診療料 (I) を算定している。
- ・在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算を算定した月にもかかわらず、酸素ボンベ加算及び酸素濃縮装置加算を算定している。
- ・看取り加算 [C001 注7]・[C001-2 注6]
 - ・算定要件を満たさずに、死亡診断のみを行った場合に算定している。
 - ・療養上の不安等を解消するために十分な説明を行い同意を得たことが確認できない。
 - ・診療録への診療内容の要点等の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

- ③ [在宅時 ・ 施設入居時等] 医学総合管理料 [C002] ・ [C002-2]
- ・ 医療機関への通院が困難な患者以外の患者に対して算定している。
 - ・ 診療録への [在宅療養計画 ・ 説明の要点等] の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ (「1」 及び「2」 について) 連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項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、文書により提供していない。
 - ・ 在宅移行早期加算 [C002 注4] ・ [C002-2 注5]
 - ・ 退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに該当しない患者について算定している。
 - ・ 頻回訪問加算 [C002 注5] ・ [C002-2 注5]
 - ・ 別に厚生労働大臣が定める状態にない患者について、算定している。
 - ・ 在宅療養移行加算 1 [C002 注9] ・ [C002-2 注5]
 - ・ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供していない、または説明していない。
 - ・ 情報通信機器を用いた在宅診療
 - ・ 次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成していない。
 - ・ [当該管理の内容 ・ 当該管理に係る情報通信機器を用いた診療を行った日 ・ 診察時間] 等の要点を診療録に記載していない。
 - ・ あらかじめ複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ていない場合に、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っている。
 - ・ 情報通信機器を用いた診療を実施した場所について、事後的に確認できない。
 - ・ 複数の患者に対して同時に情報通信機器を用いた診療を行った場合に当該管理料を算定している。
- ④ 在宅がん医療総合診療料 [C003] 【届】
- ・ 末期の悪性腫瘍ではない患者について算定している。
 - ・ 患者の同意を [得ていない ・ 得たことが明らかではない] 。
 - ・ 15歳未満（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満）以外の患者に対し、小児加算を算定している。
- ⑤ 在宅患者訪問看護・指導料 [1 ・ 2 ・ 3 【届】] [C005]
- ・ 訪問看護・指導計画を作成していない。
 - ・ 訪問看護・指導計画について、月に1回見直しを行っていない。
 - ・ 訪問看護・指導計画に、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等の記載がない。
 - ・ 保健師、助産師、看護師又は准看護師に行った指示内容の要点について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ 訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録していない。
 - ・ [患者の状態 ・ 行った指導及び看護の内容の要点] の記録が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ 緊急訪問看護加算 [C005 注4]
 - ・ 看護師等への指示内容について診療録への記載がない。
 - ・ 複数名訪問看護加算 [C005 注7]

- ・患者又はその家族等の同意を [得ていない ・ 得たことが明らかでない] 。
- ⑥ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 [C005-2]
- ・1週間に3日以上点滴していない。
 - ・医師が点滴を行っている。
 - ・初回指示日より8日以上点滴注射を行う場合に、
保険医が改めて診療を行ったうえで新たな指示をしていない。
(当該保険医療機関の看護師又は准看護師が点滴を実施する場合)
 - ・在宅での療養を担う保険医の指示内容の要点について診療録への記載がない。
(指定訪問看護事業者が点滴を実施する場合)
 - ・在宅患者訪問点滴注射指示書を作成していない。
- ⑦ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 [C006]
- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間について記録がない。
- ⑧ 訪問看護指示料 [C007]
- ・訪問看護指示書の作成がない。
 - ・訪問看護指示書の様式の項目欄について、参考様式で示している項目 [] がない。
 - ・訪問看護指示書の項目欄 [] への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・診療に基づかない訪問看護指示書を交付している。
 - ・指定訪問看護について患者の同意を [得ていない ・ 得たことが明らかではない] 。
 - ・訪問看護指示書等の写しが診療録に添付されていない。
 - ・手順書加算について次の不適切な例が認められたので改めること
 - ・規定された特定行為に係わる管理以外について算定している。
 - ・規定された研修を修了していない看護師に対し交付している。
- ⑨ 在宅患者訪問薬剤管理指導料 [C008]
- ・当該保険医療機関の薬剤師が薬学的管理指導を行っていない。
 - ・薬剤管理指導記録が [作成されていない ・ 記載が不十分である] 。
- ⑩ 在宅患者緊急時等カンファレンス料 [C011]
- ・患者の状態の急変や診療方針の変更等がないにもかかわらず算定している。
 - ・ [カンファレンスの要点 ・ 患者に行った指導の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ [カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名 ・ カンファレンスを行った日] について診療録への記載が [ない ・ 不適切である] 。
- ⑪ 外来在宅共同指導料 [C014]
- ・対象となる患者以外に算定している。
 - ・行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載しておらず、かつ患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付していない。

- ・外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合に算定している。
 - ・診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載していない。
- (2) 在宅療養指導管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 在宅自己注射指導管理料 [C101]
- ・在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行っていない。
 - ・在宅自己注射の指導内容を詳細に記載した文書を
[在宅自己注射の導入前に作成していない ・ 患者に交付していない]。
 - ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・自己注射の回数が不明確である（複雑な場合以外）。
 - ・バイオ後続品導入初期加算
 - ・当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明していない。
 - ・対面診療を行った場合以外で算定している。
 - ・導入初期加算
 - ・前医で既に自己注射を導入している患者について、期間を通算せずに算定している。
 - ・在宅自己注射を導入済みの患者に対して算定している。
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理料 [C102]
- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ③ 在宅血液透析指導管理料 [C102-2] 【届】
- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において説明と同意が得られていない。
 - ・当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行っていない。
- ④ 在宅酸素療法指導管理料 [C103]
- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・開始の要件を満たしていない。
 - ・酸素の使用が確認できない。
 - ・遠隔モニタリング加算
 - ・モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容の診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ⑤ 在宅中心静脈栄養法指導管理料 [C104]
- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

□⑥ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 [C105]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 栄養維持のため主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの）を用いていない。
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法以外で栄養の維持が可能な患者に算定している。
-

□⑦ 在宅自己導尿指導管理料 [C106]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定すべきものを、在宅自己導尿指導管理料で算定している。

□⑧ 在宅人工呼吸指導管理料 [C107]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

□⑨ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 [C107-2]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
- ・ 遠隔モニタリング加算 **【届】**
 - ・ モニタリングにより得られた臨床所見等について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

□⑩ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 [C108]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

□⑪ 在宅寝たきり患者処置指導管理料 [C109]

- ・ [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

□⑫ 次の在宅療養指導管理料について、対象とはならない患者に対して算定している。

- ・ () 指導管理料
- ・
- ・ () 指導管理料
- ・

□⑬ 在宅 () 指導管理料について

- [当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点] について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。

□⑭ 在宅 () 指導管理料について

[当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点]について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

□ (3) 在宅療養指導管理材料加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□ ・ 血糖自己測定器加算 [C150]

- ・ 実際に測定を指示している回数より多い測定回数の区分で算定している。
- ・ 血糖自己測定値に基づいた指導を実施していない患者に対して算定している。
- ・ インスリン製剤を1か月分以下しか処方していない患者に対して1月に複数回算定している。

□ ・ 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

- ・ 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師又は当該専門の医師の指導の下で糖尿病の治療を実施する医師以外が血糖管理を行った場合に算定している。

□ ・

□ ・ 血中ケトン体自己測定器加算について、SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者以外の患者で算定している。

□ ・ 注入器用注射針加算 [C153]

- ・ 注入器用注射針加算1について、糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要な場合又は血友病で自己注射が必要な場合以外に算定している。

□6 検査・画像診断・病理診断

□ [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] について、次の不適切な実施例が認められたので改めること。

□ (1) 結果が診療に反映されていない [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。

□ア 検体検査（尿・糞便、血液等） [D000～D002-2] ・ [D003]、[D005～D006-10]

□□ ・ ABO血液型・Rh(D)血液型（輸血の可能性の全くない患者に対して実施している例） [D011・1]

□ ・

□イ 生体検査（呼吸機能検査・心電図等） [D200～D205] ・ [D208]

□□ ・ 常用負荷試験（既に糖尿病と確定診断した患者に実施している例） [D288・1]

□ウ 画像診断（単純X線・CT・MRI・シンチグラム・PET等）

[E001] ・ [E100] ・ [E101-2～E101-5]【届】 ・ [E200（1イロハ【届】）] ・ [E202（1・2【届】）]

□□ ・ 一連で撮影することが出来るCT撮影について治療上の合理的理由が無いにもかかわらず分割して実施している（部位： ）。

□ ・

□エ 病理診断（細胞診・組織診等） [N004]

□ ・

□ ・

□□ (2) 段階を踏んでいない [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。

□ア 検体検査（尿・糞便、血液等）

□ ・

□イ 生体検査（呼吸機能検査・心電図等）

□ ・

□ウ 画像診断（単純X線・CT・MRI・シンチグラム・PET等）

- .
 - エ 病理診断（細胞診・組織診等） [N004]
 - .
- (3) 重複とみなされる [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。
- ア 検体検査（尿・糞便、血液等）
 - . A B O 血液型 ・ R h (D) 血液型 [D011 ・ 1]
 - . ()
 - . 入退院を繰り返している患者に対し、再入院時に再度実施したスクリーニング検査
 - . (例：血液型、感染症検査)
 - .
 - イ 生体検査（呼吸機能検査・心電図等）
 - .
 - ウ 画像診断（単純X線・C T ・ M R I ・ シンチグラム ・ P E T 等）
 - .
 - .
 - エ 病理診断（細胞診・組織診等）
 - .
- (4) 必要以上に実施回数の多い [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。[検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] は、個々の患者の状況に応じて必要な項目を選択し、必要最小限の回数で実施すること。
- 画一的、傾向的な検査を実施し、算定している。
 - ア 検体検査（尿・糞便、血液等）
 - . 末梢血液一般検査・末梢血液像 [D005] （例： 回／月 ）
 - . 血液凝固線溶系検査 [D006] （例： 回／月 ）
 - . 生化学検査（I） [D007] （例： 回／月 ）
 - . C R P 定性・定量 [D015] （例： 回／月 ）
 - . [セット検査 ・ 前回の検査オーダーのコピー] で指示しているため、 unnecessary 検査項目まで繰り返し実施している。
 - . (例：)
 - .
 - イ 生体検査（呼吸機能検査・心電図等）
 - .
 - ウ 画像診断（単純X線・C T ・ M R I ・ シンチグラム ・ P E T 等）
 - . 胸部単純X線検査（例： 回／月） [E001]
 - .
 - エ 病理診断（細胞診・組織診等）
 - .
 - () .
- (5) 研究の目的をもって行われた [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。
- ① 検体検査（尿・糞便、血液等）
 - ② 生体検査（呼吸機能検査・心電図等）
 - ③ 画像診断（単純X線・C T ・ M R I ・ シンチグラム ・ P E T 等）
 - ④ 病理診断（細胞診・組織診等）

() ・

(6) 症状等のない患者の希望に応じて実施した [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の例が認められたので改めること。

・腫瘍マーカー([C E A ・ P S A]) [D009・2、8]

・

・

(7) その他 [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 尿中一般物質定性半定量検査 [D000]

・当該医療機関外で実施された検査について算定している。

・

② [尿沈渣 (鏡検法) ・ 尿沈渣 (フローサイトメトリー法)] [D002] ・ [D002-2]

・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何らかの所見が認められた場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合ではないにもかかわらず実施している。

・当該医療機関外で実施された検査について算定している。

・尿路系疾患が強く疑われる患者について、尿沈渣 (鏡検法) を衛生検査所等に委託したが、 [当該衛生検査所等が採尿後 4 時間以内に検査を行っていない ・ 検査結果が速やかに当該診療所に報告されていない] 。

・

③ 腫瘍マーカー検査 [D009]

・診察及び他の検査・画像診断等の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者以外の者に対して実施している。

(例：)

・初診時に画一的な検査をしている。

・

④ インフルエンザウイルス抗原定性 [D012・22]

・発症後48時間経過後に実施したものを算定している。

・

⑤ SARS-CoV-2抗原検出 (定性) [D012]

・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

⑥ SARS-CoV-2抗原検出 (定量) [D012]

・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

・退院判断のために実施した際の、実施日時及び結果の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

⑦ SARS-CoV-2抗原・インフルエンザウイルス抗原同時検出 (定性) [D012]

・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

⑧ SARS-CoV-2核酸検出 [D023]

・外部委託した場合であるが、検査実施施設名の記載が診療報酬明細書にない。

・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

・退院判断のために実施した際の、実施日時及び結果の記載が診療報酬明細書の摘要欄に

ない。

- ⑨ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む） [D023]
 - ・外部委託した場合であるが、検査実施施設名の記載が診療報酬明細書にない。
 - ・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。
 - ・退院判断のために実施した際の、実施日時及び結果の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

- ⑩ SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出 [D023]
 - ・外部委託した場合であるが、検査実施施設名の記載が診療報酬明細書にない。
 - ・検査が必要と判断した医学的根拠の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。
 - ・退院判断のために実施した際の、実施日時及び結果の記載が診療報酬明細書の摘要欄にない。

- ⑪ 超音波検査 [D215]（「3」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。）
 - ・検査で得られた主な所見について診療録への記載が[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・検査実施者による測定値や性状等についての文書への記載が[ない ・ 不十分である]。
 - ・医師以外が検査した場合に、測定値や性状等を記載した文書を医師が確認した旨について診療録への記載がない。
 - ・検査で得られた画像について診療録への添付がない。
 - ・測定値や性状等について文書に記載した場合に、その文書の診療録への添付がない。

- ⑫ 呼吸心拍監視 [D220]
 - ・診療録に観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点の記載が[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者、又はそのおそれのある患者以外の患者に対して実施している。
 - ・

- ⑬ 経皮的動脈血酸素飽和度測定 [D223]
 - ・酸素吸入を[行っていない ・ 行う必要のない]患者、又はその他の要件にも該当しない患者に対して算定している。
 - ・

- ⑭ 終夜睡眠ポリグラフィー [D237]
 - ・診療録への検査結果の要点の記載が[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

- ⑮ 脳波検査判断料 [1 【届】 2] [D238]
 - ・脳波検査判断料1について、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行っていない。
 - ・脳波検査判断料1について、脳波診断の結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告していない。
 - ・

- ⑯ 神経学的検査 [D239-3] 【届】
 - ・神経学的検査チャートを用いて検査及び診断を行っていない。

- ・神経学的検査について、別紙様式19（又は別紙様式19の2）に示された項目のうち一部分しか実施していない。
- ・
- ⑰ 発達及び知能検査・人格検査・認知機能検査その他の心理検査 [D283]・[D284]・[D285]
- ・診療録に分析結果の記載がない。
- ・基本診療料に含まれる検査について算定している。
- ⑱ 画像診断管理加算 [1 ・ 2 ・ 3] [第2章第4部通則4・5] 【届】
- ・（画像診断管理加算1については、地方厚生（支）局長に届け出た）専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断した結果について、文書により当該患者の診療を担当する医師に報告していない。
- ・（画像診断管理加算1については、地方厚生（支）局長に届け出た）専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の医師が読影及び診断をしている。
- ・報告文書又はその写しについて診療録への添付がない。
- ・
- ⑲ 病理組織標本作製 [N000]
- ・リンパ節の臓器としての数え方が不適切である。
- ・
- ⑳ 細胞診 [N004]
- ・
- ㉑ 病理診断管理加算 [1 ・ 2] [N006] 【届】
- ・病理診断を専ら担当する常勤の医師以外の医師が病理診断を行っている。
- ・
- ㉒ 病理判断料 [N007]
- ・診療録に病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点の記載がない。
- ・
- ㉓ 算定要件を満たさない [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] の実施例
- ・外来迅速検体検査加算について、[当日中に説明 ・ 文書による情報提供] を行っていない。
- ・クレアチニン [D007・1]
- ・ヤッフエ法を用いて実施した場合に算定している。
- ・シスタチンC [D007・30]
- ・尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合以外に算定している。
- ・脳性Na利尿ペプチド（BNP） [D008・20]
- ・心不全の診断又は病態把握のために実施した場合以外に算定している。
- ・TRACP-5b（酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ） [D008・27]
- ・「その後6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合」に該当しない例が認められたので改めること。
- ・I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX） [D008・34]
- ・6月以内に2回算定している。
- ・ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量 [D012・9]
- ・ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌前の感染診断について、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、胃MALTリンパ腫の患者、特発性血小板減少性紫斑病の患者、早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者又は

内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者であって、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者以外の患者に対して算定している。

- ・アスペルギルス抗原 [D012・29]
 - ・侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合以外に算定している。
- ・サイトメガロウイルスpp65抗原定性 [D012・54]
 - ・臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者以外に対して測定している。
- ・抗シトルリン化ペプチド抗体 [定性 ・ 定量] [D014・24]
 - ・[関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合 ・ 関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合]、原則として1回を限度として算定できるが、特に定められた状況ではないにもかかわらず2回以上算定している。
 - ・当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合において、3月に1回以上算定している。
 - ・関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合において、検査を2回以上算定する場合、検査値について診療報酬明細書の摘要欄への記載がない。
 - ・関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合において、検査を2回以上算定する場合、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載がない。
- ・抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA) [D014・30]
 - ・急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合でない場合に算定している。
- ・結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能 [D015・30]
 - ・診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者以外に対して測定している。
- ・残尿測定検査(導尿によるもの) [D216-2・2]
 - ・前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者以外の患者について算定している。
- ・平衡機能検査 [D250]
 - ・標準検査を行った上、実施の必要が認められたもの以外に実施した重心動揺計検査について算定している。
- ・ポジトロン断層撮影[E101-2] 【届】
 - ・ ^{18}F FDGを用いたポジトロン断層撮影について、定められた要件を満たすてんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は定められた要件を満たす悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とした場合以外に算定している。
- ・ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影[E101-3] 【届】
 - ・ ^{18}F FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、定められた要件を満たすてんかん若しくは血管炎の診断又は定められた要件を満たす悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とした場合以外に算定している。

②④ その他

- ・

□7 投薬・注射、薬剤料等

□（1）投薬・注射、薬剤料等について、以下の不適切な例が認められた。保険診療において薬剤を使用するに当たっては、医薬品医療機器等法承認事項を原則遵守すること。

□① 次の禁忌投与の例が認められた。

- ・（ ）の患者に対する〔 〕の投与
- ・（ ）の患者に対する〔 〕の投与
- ・（ ）の患者に対する〔 〕の投与
- ・（ ）の患者に対する〔 〕の投与
- ・（ ）の患者に対する〔 〕の投与

□□② 次の適応外投与の例が認められた。

—鎮静目的で使用—

- ・
- ・

—抗癌剤—

- ・
- ・

—ビタミン剤—

- ・
- ・

—その他—

- ・
- ・

□□③ 次の用法外投与の例が認められた。

- ・
- ・

□④ 次の過量投与の例が認められた。

- ・
- ・

□⑤ 次の長期漫然投与の例が認められた（同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をすること）。

- ・〔 〕の〔 日間〕投与
- ・〔 〕の〔 日間〕投与

□⑥ 次の重複投与の例が認められた。

- ・成分、作用機序がほぼ同一のものを併用
- ・
- ・
- ・注射薬と内服薬の併用
- ・

□⑦ 次の不必要な多剤投与（同じ適応症に対して、成分又は作用機序が異なるもの）の例が認められた。

- ・（ ）と（ ）と（ ）の併用
- ・（ ）と（ ）と（ ）の併用
- ・

- ⑧ 抗菌薬等の使用について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・細菌培養同定検査、薬剤感受性検査等の適正な手順を踏まずに、必要性の乏しい広域抗菌薬（ ）を投与している。
 - ・細菌感染症の所見、徴候が認められない患者に対して、予防的に抗菌薬を投与している。
 - ・治療効果や薬剤感受性試験の結果を検討しないまま漫然と長期間投与を継続している。
 - ・抗菌スペクトラムを検討せずに必要以上の多剤併用を行っている。
 - ・（例： ）
 - ・術中術後の感染予防のため、広域抗菌薬（ ）を投与している。
 - ・術後に抗菌薬の投与を（ ）日間にわたり漫然と継続している。
 - ・ [・ ・] を [洗浄目的で ・ ドレインから注入する生理食塩水に混合して ・] 使用している。
 - ・

- （2）血液製剤の使用に当たって、「輸血療法の実施に関する指針」（平成17年9月改定、令和2年3月一部改正）及び「血液製剤の使用指針」（平成29年3月改定、平成31年3月一部改正）を遵守していない次の不適切な例が認められたので改めること。 [G004]
 - ・アルブミン製剤（ ）を [慢性の病態においてアルブミン値2.5g/dL以上 ・ 急性の病態においてアルブミン値3.0g/dL以上] の患者に対して投与している。
 - ・アルブミン値を全く測定せずに、アルブミン製剤を（漫然と）投与している。
 - ・新鮮凍結血漿を凝固因子の補充による出血傾向の是正以外の目的で投与している。
 - ・ヒト免疫グロブリン製剤（ ）を 適応外の [] に対して投与している。
 - ・アルブミン製剤（ ）を適応外の人工心肺装置のプライミング目的に使用している。
 - ・（ ）を適応外の（ ）に対して投与している。
 - ・

- （3）薬剤の投与について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ビタミン剤の投与について [F200]
 - ・ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨が具体的に [診療録 ・ 診療報酬明細書] へ記載されていない。
 - ・病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できない場合であるにもかかわらず、診療報酬明細書にビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断する趣旨の記載がない。
 - ・疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害でない患者に対してビタミン剤が投与されている。
 - ・その他の薬剤の投与について
 - ・治療を目的としないうがい薬のみの投薬について算定している。
 - ・
 - ・投薬期間について
 - ・投与期間に上限が設けられている医薬品について、1回につき定められた日数分以上投与している。
 - ・投与期間に上限が設けられている医薬品について、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について、診療録への記載がない。
 - ・投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方について、
 - ・当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処

方の有無について患者に確認していない。

患者に確認した内容について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。

抗悪性腫瘍剤について

() の投与に際して、有効性及び危険性を十分に説明し、同意を得ていない。

(200床以上の保険医療機関において) [処方料 ・ 処方箋料] を算定し、30日を超える長期の投薬を行うに当たって、医科点数表の通知に定める要件を満たさない場合であるにもかかわらず、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所)に文書による紹介を行う旨の申出を行っていない。

関節内注射について

プレフィルド製剤を使用しているにもかかわらず、多剤を混注し使用している。

(4) 投薬・注射について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 処方箋料 [F400]

処方箋を患者又は現にその看護に当たっている者以外の者に対して交付している。

一般名処方加算

一般的名称に剤形及び含量の記載がない。

一般的名称で処方が行われたことについて何らかの記載がない。

② [処方料 ・ 処方箋料] 特定疾患処方管理加算1 [F100、F400]

算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。

いわゆるレセプト病名を主病として算定している。

2以上の診療科にわたり受診している場合において、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科以外の診療で算定している。

③ [処方料 ・ 処方箋料] 特定疾患処方管理加算2 [F100、F400]

算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。

レセプト病名を主病として算定している。

2以上の診療科にわたり受診している場合において、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科以外の診療で算定している。

[算定対象となる主病以外の疾患に係る薬剤を28日以上処方して ・ 算定対象となる主病に係る薬剤の処方が28日未満であるにもかかわらず] 算定している。

④ 院外処方箋

あらかじめ押印している。

様式が定められたもの又はこれに準ずるものとなっていない。

用法の記載が [ない ・ 不適切である ・ 不十分である]。

用量の記載が [ない ・ 不適切である ・ 不十分である]。

処方医以外の医師名があらかじめ記載されている。

注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与している。

⑤ 注射料

精密持続点滴注射加算 [第2章第6部通則4]

1時間に30mLより速い速度で注入しているものについて算定している。

緩徐に注入する必要がない薬剤を注入した場合に算定している。

精密持続点滴注射加算について、実施に係る記録がない。

外来化学療法加算 [1 ・ 2] [第2章第6部通則6] 【届】

患者に対して注射による化学療法の [必要性 ・ 副作用 ・ 用法・用量 ・

-] について [文書で説明していない ・ 同意を得ていない ・]。
- ・登録された化学療法のレジメンの妥当性について委員会で評価していない。
 - ・未登録のレジメンを用いた治療について算定している。

⑥ 注射実施料

- ・血漿成分製剤加算 [G004]
 - ・説明に用いた文書の写しを診療録に貼付していない。
 - ・血漿分画製剤 ([アルブミン製剤 ・ グロブリン製剤 等]) について算定している。
- ・中心静脈注射用カテーテル挿入 [G005-2]
 - ・長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際に、中心静脈注射用カテーテルによる ([療養の必要性 ・ 管理の方法 ・ 終了の際に要される身体の状態等]) の療養上必要な事項について患者又はその家族等へ説明をしていない。
 - ・長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行った後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合に、中心静脈注射用カテーテルによる ([療養の必要性 ・ 管理の方法 ・ 終了の際に要される身体の状態等]) の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供していない。
- ・末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 [G005-3]
 - ・長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際に、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる ([療養の必要性 ・ 管理の方法 ・ 終了の際に要される身体の状態等]) の療養上必要な事項について患者又はその家族等へ説明をしていない。
 - ・長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合に、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる ([療養の必要性 ・ 管理の方法 ・ 終了の際に要される身体の状態等]) の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供していない。

⑦ 注射

- ・経口投与が可能であるものについて、注射により薬剤を投与している。
- ・注射については、経口投与をすることができないとき、経口投与による治療の効果を期待することができないとき、特に迅速な治療をする必要があるとき、その他注射によらなければ治療の効果をj得ることが困難であるとき等、使用の必要性について考慮した上で行うこと。
- ・(例：)
- ・注射の必要性の判断が診療録から確認できない。

□8 リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 実施体制

- ・従事者1人1日当たりの実施単位数を適切に管理していない。
 - (具体的には、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していない 等)
- ・従事者1人当たりの実施単位が [理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他 ()] [1人1日につき24単位 ・ 1週間で108単位] を超過している。
- ・

□② リハビリテーション実施計画書

- ・別紙様式21を参考としたリハビリテーション実施計画書を
[作成していない ・ 原則7日以内、遅くとも14日以内に作成していない]。
- ・リハビリテーション実施計画書の内容
[に不備がある ・ が個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ に空欄がある]。
- ・(例：
)
- ・[リハビリテーション実施計画書の作成時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族等に対して実施計画書 [の内容を説明していない ・ の内容を(職種：
) が説明しており、医師が説明していない ・ を交付していない]。
- ・[リハビリテーション実施計画書の作成時の ・ 3か月毎の] 実施計画書の写しが診療録に添付されていない。
- ・計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合に家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、[説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載していない ・ 患者又はその家族等への計画書の交付をしていない]。
- ・リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合に、医師が自ら実施していない又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示がないにもかかわらず、当該疾患別リハビリテーション料を算定している。
- ・

□③ 機能訓練の記録

- ・機能訓練の内容の要点について診療録等への記録が
[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・(例：
)
- ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載がない。
- ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻について診療録等に記載された [開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。
(例：
)
- ・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が患者毎の実施記録又は診療録と、リハビリテーション従事者毎に管理した実施記録の時刻が一致していない。
- ・

□④ 適応及び内容

- ・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。
- ・対象疾患に該当するとした診断根拠が確認できない。
 - 例：運動器不安定症の診断根拠が確認できない運動器リハビリテーション
 - 例：高次脳機能障害の診断根拠が確認できない脳血管疾患等リハビリテーション
 - 例：
- ・対象疾患以外の患者に対して算定している。
- ・
- ・医学的に最も適当な区分とは考えられない区分で算定している。
 - 例：他の疾患別リハビリテーション料等の対象となる患者に対して
廃用症候群リハビリテーション料[H001-2]を算定している。
 - 例：() リハビリテーション料の対象となる患者に対して
() リハビリテーション料を算定している。
- ・実施した内容がリハビリテーションではないものについて、算定している。

- 例：リハビリテーションのための計測のみを行ったものについて、算定している。
 - 例：実態として処置（〔消炎鎮痛等処置（マッサージ、温熱療法を含む） ・ 介達牽引 ・ 〕）**[J119][J118]**とみなされるものについて算定している。
 - 例：看護師が病棟で実施した拘縮予防処置をリハビリテーションとして算定している。
 - 例：運動器リハビリテーション料**[H002]** **【届】**について、実用的な日常生活における諸活動の自立を図る目的以外の内容（スポーツのフォームの矯正等）で算定している。
 - 例：訓練室以外の病棟等において、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみで、疾患別リハビリテーション料を算定している。
 - 例：単なる離床目的で車椅子上での座位を取らせた場合について、算定している。
- ⑤ 実施時間
- ・ 個別療法の訓練時間が20分に満たないものについて算定している。
 - ・
- ⑥ 患者1人当たりの算定単位の超過
- ・ 患者1人につき1日合計6単位を超えて（別に厚生労働大臣が定める患者については9単位を超えて）算定している。
 - ・
- ⑦ 標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者（**H000「注4」**並びに**H001、H001-2**及び**H002**の「**注5**」に規定する場合を除く）について、
- ・ 継続することとなった日について診療録への記載がない。
 - ・ 継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断していない。
 - ・ 継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書〔を作成していない ・ の内容を患者又はその家族等に説明の上交付していない ・ の写しが診療録に添付されていない 〕。
 - ・
- ⑧ リハビリテーションの起算日
- ・ 起算日が医学的に妥当ではない。
 - 例：脊椎疾患等の慢性的な疾患について、発症日を十分に確認しないまま、新たな疾患としてリハビリテーションを実施している。
 - ・ 標準的算定日数を経過する毎に対象疾患を変更している。
 - ・ 同じ疾病のリハビリテーションを継続して行う場合に、発症日をリセットしている。
 - ・
- ⑨ 〔脳血管疾患等 ・ 運動器〕リハビリテーション**[H001]・[H002]**について、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外の従事者が実施するに当たり、〔医師又は理学療法士の事前指示がない ・ 当該療法を実施後、医師又は理学療法士に報告していない ・ 事後報告に実施記録を利用する場合に報告を受けた者が確認した記録がない 〕。**【届】**
- ⑩ 「廃用症候群」に対して廃用症候群リハビリテーション**[H001-2]**を実施するに当たり、〔FIM又はBIを評価していない ・ 「廃用症候群に係る評価表」の写しを診療報酬明細書に添付又は同様の情報を摘要欄に記載していない ・ 「廃用症候群に係る評価表」の写しを診療録に添付していない 〕。

- ⑪ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、標準的算定日数を
超えて継続してリハビリテーションを行う患者について、治療を継続することにより状態
の改善が期待できると医学的に判断できない例であるにもかかわらず、月13単位を超えて
算定している。
- ⑫ リハビリテーション実施時に患者が要介護被保険者かどうか確認していない。入院中の
要介護被保険者に対する疾患別リハビリテーションの算定区分が間違っている。
- ⑬ 早期リハビリテーション加算について、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除
いて算定できない患者に対して算定している。
- ⑭ 初期加算について、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除いて算定できない患
者に対して算定している。
- (2) リハビリテーション総合計画評価料 [1 ・ 2] [H003-2] について、次の不適切
な例が認められたので改めること。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書が定められた様式に準じていない。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書の内容を医師が患者に説明していない。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書を患者に交付していない。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書の写しが診療録等に添付されていない。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書について、
[理学療法士 ・]が単独で作成し、多職種で共同して作成していない。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書の記載内容が
[個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ・ 空欄がある
]。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書において目標の記載が
[ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・リハビリテーション総合実施計画書として、「別紙様式23」、「別紙様式21の6」（又は
これに準じた様式）を使用しているが、
[必須項目 ・ 選択項目]の記載がない。
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者について、[身長 ・ 体重
・ BMI ・ 栄養補給方法等に基づく患者の栄養状態の評価]の記載がない。
 - ・[看護師、]の氏名の記載がない。
 - ・()
 - ・リハビリテーション総合実施計画書に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施
方法等について共同して評価を行っていない。
 - ・リハビリテーション総合計画評価料1について、介護リハビリテーションの利用を予定し
ている患者に対して脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション
料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に算定
している。
 - ・リハビリテーションが開始されてから評価ができる期間に達しているとは考え難い場合で
算定している。
- ・入院時訪問指導加算 [H003-2 注3]
 - ・別紙様式42又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成していない。
 - ・評価書の写しについて診療録への添付がない。
- ・運動量増加機器加算 [H003-2 注5]
 - ・対象疾患以外の疾患に伴う障害を有する患者に対して算定している。
 - ・運動機能障害の状態を評価していない。
 - ・医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載していない。

- ・ [適応疾患 ・ 発症年月日 ・ 運動障害に係る所見 ・ 使用する運動量増加機器の名称 ・ 実施期間の予定] についてリハビリテーション総合実施計画書への記載がない。
 - ・ リハビリテーション総合実施計画書の写しについて診療録等への添付がない。
- (3) リハビリテーション計画提供料[H003-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・ リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を、別紙様式21の6を用いて作成していない。
 - ・ リハビリテーション計画提供料1について、要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であるものの、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定していない患者について誤って算定している。
 - ・ リハビリテーション計画提供料1について、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合に、目標設定等支援・管理シートを併せて提供していないにもかかわらず算定している。
 - ・ リハビリテーション計画提供料2について、他の保険医療機関に提供した文書の写しについて診療録等への添付がない。
 - ・ 区分を誤って算定している。
本来（ ）で算定すべきものについて、
（ ）で算定している。
- (4) 目標設定等支援・管理料 [H003-4] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・ 要介護被保険者でない患者について算定している。
 - ・ 初回ではないにもかかわらず、初回の場合の点数を算定している。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートを作成していない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートを、別紙様式23の5又はこれに準じた様式を用いて作成していない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートを患者に交付していない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートの写しについて診療録等への添付がない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートについて、
[理学療法士 ・]が単独で作成し、多職種で共同して作成していない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートの記載内容が不十分である。
 ()
 - ・ 患者等に対して目標設定等支援・管理シートに基づいた説明を行っていない。
 - ・ 目標設定等支援・管理シートに基づいた説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて、診療録への記載がない。
 - ・
- (5) 摂食機能療法 [1 ・ 2] [H004] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・ 発達遅滞、顎切除、舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害がある場合に当たらない患者について算定している。
 - ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下を確認しないで算定している。
 - ・ 摂食機能療法に係る計画を作成していない。
 - ・ 定期的な摂食機能検査をもとにした効果判定を行っていない。
 - ・ 治療開始日について診療録等への記載がない。
 - ・ 毎回の訓練内容について診療録等への記載がない。
 - ・ 毎回の訓練の実施時刻（開始時刻と終了時刻）について診療録等への記載がない。
 - ・ 摂食機能療法を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された [

開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。

- ・摂食機能療法1について、訓練時間が30分に満たないにもかかわらず算定している。
- ・摂食機能療法2について、脳卒中の発症から15日以降の患者に算定している。
- ・[転院後 ・ 退院後] の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対し、[患者の嚥下機能の状態 ・ 患者又はその家族等への説明及び指導の内容] を情報提供していない。
- ・摂食嚥下機能回復体制加算[H004 注3]【届】
 - ・摂食嚥下支援チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいた摂食嚥下支援計画書を作成していない。
 - ・摂食嚥下支援計画書の[内容を患者又はその家族等に説明の上交付していない ・ 写しが診療録等に添付されていない]。
 - ・摂食嚥下支援計画書の作成、説明等を実施した患者について、[月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施していない ・ 当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行っていない]。
 - ・摂食嚥下支援チームが、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行っていない。
 - ・摂食嚥下支援チームのカンファレンスの結果に基づいた患者又はその家族等への指導管理が行われていない。
 - ・摂食嚥下支援計画書の見直しの要点を診療録等に記載又は見直した摂食嚥下支援計画書の写しを診療録等に添付することとされているが、実施されていない。
 - ・摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要について診療録等へ記載又は添付することとされているが、実施されていない。
 - ・[内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付 ・ カンファレンスを実施した日付] について診療報酬明細書の摘要欄への記載がない。
 - ・FIM及びFOISが測定されていない。
- （6）視能訓練 [H005] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・個々の患者の症状に対応した診療計画について作成されていない。
 - ・個々の患者の症状に対応した診療計画について診療録へ記載又は添付することとされているが、実施されていない。
- （7）[難病患者【届】 ・ 障害児(者)【届】 ・ がん患者【届】 ・ 認知症患者【届】] リハビリテーション料 [H006] ・ [H007] ・ [H007-2] ・ [H007-3] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・対象とならない患者に対して、算定している。
 - ・[がん患者リハビリテーション ・ 認知症患者リハビリテーション] を行う際に、リハビリテーション総合計画評価料1を算定していない。
 - ・（難病患者）個々の患者の症状等に応じたプログラムを作成していない。
 - ・[(障害児(者))リハビリテーション実施計画・(がん、認知症)リハビリテーション計画]を作成していない。
 - ・障害児(者)リハビリテーションを実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明していない。
 - ・障害児(者)リハビリテーションを実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して説明した内容の要点を診療録への記載又は添付することとされているが、実施されていない。
 - ・がん患者リハビリテーションを実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明していない。

- ・がん患者リハビリテーションを実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して説明した内容の要点を診療録等への記載又は添付することとされているが、実施されていない。
 - ・機能訓練の内容の要点の記録について診療録等への記載がない。
 - ・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等への記載がない。
 - ・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された [開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。
 - ・
- (8) リンパ浮腫複合的治療料 [H007-4] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
- ・対象とならない患者に対して、算定している。
 - ・弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手動的リンパドレナージ、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせていない。
 - ・複合的治療を40分以上行った場合に該当しないにもかかわらず、「1」重症の場合」を算定している。
 - ・機能訓練の内容の要点の記録について診療録等への記載がない。
 - ・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等への記載がない。
 - ・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された [開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の時刻と異なっている。
- (9) 集団コミュニケーション療法料 [H008] について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
- ・集団コミュニケーション療法を実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明していない。
 - ・集団コミュニケーション療法を実施するに当たり、[開始時に ・ 3か月毎に] 患者又はその家族に対して説明した内容の要点を診療録への記載又は添付することとされているが、実施されていない。

9 精神科専門療法

- (1) 入院精神療法（Ⅰ）[I001] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・精神保健指定医又はその他の精神科を担当する医師以外の医師が実施している。
 - ・精神療法を行った時間が30分未満である。
 - ・診療録への当該療法に要した時間の記載がない。
 - ・診療録への当該療法の要点の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・
- (2) 入院精神療法（Ⅱ）[I001] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・診療録への当該療法の要点の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・
- (3) [通院 ・ 在宅] 精神療法 [I002] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・診療の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・当該診療に要した時間について診療録への記載が [ない ・ 不適切である]。
 - ・家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合でないにもかかわらず、患者の家族に対する通院・在宅精神療法として算定している。
 - ・患者の家族に対する病状説明、服薬指導等一般的な療養指導について算定している。

- ・特定薬剤副作用評価加算について、
[薬原性錐体外路症状評価尺度を用いていない ・ 薬原性錐体外路症状評価尺度の結果と治療方針について診療録に記載がない]。
- (4) (その他の) 精神科専門療法について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・経頭蓋磁気刺激療法 [I000-2] について【届】
 - ・[治療に用いた医療機器 ・ 治療を行った日時 ・ 刺激した時間] について診療録への記載が [ない ・ 不十分である]。
 - ・[分析結果 ・ 患者に対する治療の説明内容の要点] について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・精神科継続外来支援・指導料 [I002-2] について
 - ・病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援・指導の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・標準型精神分析療法 [I003] について
 - ・診療の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・診療時間について診療録への記載が [ない ・ 不十分である]。
 - ・診療に要した時間が45分を超えていない。
 - ・認知療法・認知行動療法 [I003-2] について【届】
 - ・診療の要点について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・診療時間について診療録への記載が [ない ・ 不適切である]。
 - ・心身医学療法 [I004] について
 - ・診療録への診療の要点の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・入院集団精神療法 [I005] について
 - ・実施した療法の要点について個々の患者の診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・精神科作業療法 [I007] について【届】
 - ・実施した療法の要点について個々の患者の診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・精神科 [ショート・ケア ・ デイ・ケア ・ ナイト・ケア ・ デイ・ナイト・ケア] について[I008-2]・[I009]・[I010]・[I010-2] 【届】
 - ・診療の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・診療時間について診療録等への記載が [ない ・ 不適切である]。
 - ・週4日以上算定できる場合に該当しないにもかかわらず、算定している。
 - ・1日につき [] 時間以上実施していない場合に算定している。
ショート・ケア：3時間、デイ・ケア：6時間、ナイト・ケア：午後4時以降開始、4時間、デイ・ナイト・ケア：10時間
 - ・精神科訪問看護・指導料 [I012] について

- ・医師の保健師等に対して行った指示内容の要点について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・保健師等が医師の指示に基づき行った指導の [内容の要点 ・ 月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値] についての記録が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・保健師等が医師の指示に基づき行った指導の [開始時刻 ・ 終了時刻] についての記録が [ない ・ 不適切である]。
- ・精神科訪問看護指示料 [I012-2] について
 - ・交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付していない。
 - ・精神科訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の「複数名訪問の必要性」が「あり」の場合に、理由の記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- ・抗精神病特定薬剤治療指導管理料 [持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 ・ 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料【届】] [I013] について
 - ・ [治療計画 ・ 治療内容の要点] の診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、統合失調症の患者以外の患者に対して算定している。
- ・医療保護入院等診療料 [I014] について
 - 診療録への [治療計画 ・ 患者への説明] の要点の記載がない。【届】
- ・重度認知症患者デイ・ケア料 [I015] 【届】 について
 - ・精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）ではないものについて算定している。
 - ・1日につき6時間以上行っていない場合に算定している。
 - ・診療の要点について診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・診療時間について診療録等への記載が [ない ・ 不適切である]。
- ・精神科在宅患者支援管理料の精神科オンライン在宅管理料 [I016注5] について
 - 診察の内容の要点について、診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - [診察を行った日 ・ 診察時間] について、診療録への記載が [ない ・ 不適切である]。

□10 処置

- 処置については、適宜、医学的な必要性、有効性の評価を行い、長期に漫然と実施しないように留意すること。
- (1) [創傷処置 ・ 熱傷処置 ・ 皮膚科軟膏処置 ・] [J000]・[J001]・[J053]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置を実施したこと及び処置した範囲について診療録等への記載が [無い ・ 不十分である]。
 - ・熱傷処置「1」について、診療録に熱傷深度の記載が [ない ・ 不十分である]。
 - ・実際に [創傷処置 ・ 熱傷処置 ・ 皮膚科軟膏処置 ・] を実施した範囲と異なる範囲の区分で算定している。
 - ・（例：「 cm²以上 cm²未満」を「 cm²以上 cm²未満」で算定している）

- ・(例:)
- ・創傷処置について創傷の治療による患部範囲の縮小に伴った減点をしていない。
- (2) 下肢創傷処置 [J000-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置を実施したこと及び処置した範囲について診療録等への記載がない。
 - ・創傷の部位及び潰瘍の深さについて診療録等への記載がない。
 - ・実際に下肢創傷処置を実施した [部位 ・ 潰瘍の深さ] と異なる区分で算定している。
 - ・(例:)
- (3) 重度褥瘡処置 [J001-4] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・診療録に創傷面の深さ及び広さの根拠が記載されていない。
 - ・実際に重度褥瘡処置を実施した範囲と異なる範囲の区分で算定している。
 - ・(例: 「 cm²以上 cm²未満」を「 cm²以上 cm²未満」で算定している)
 - ・(例:)
- (4) 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) [J001-10] 【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・適応外の患者に実施したものについて算定している。
 - ・(例)
- (5) 硬膜外自家血注入 [J007-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

【届】

 - ・硬膜外自家血注入について、関係学会の定める脳脊髄液漏出症診療指針の画像診断基準に基づき、脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたものに該当しないにもかかわらず、算定している。
- (6) 人工腎臓 [J038] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・区分を誤って算定している。
 - 本来 () で算定すべきものについて、 () で算定している。
 - ・継続して血液透析を実施する必要のない緊急透析の患者に対して導入期加算を算定している。
 - ・人工腎臓を行った時間(開始及び終了した時間を含む。)についての診療録等への記載がない。
 - ・人工腎臓を行った時間(開始及び終了した時間を含む。)についての診療録等に記載された [実施時間 ・ 開始時刻 ・ 終了時刻] が実際の [実施時間 ・ 時刻] と異なっている。
 - ・障害者等加算「J038 注3」
 - ・著しく人工腎臓が困難なものに該当しない患者に対して算定している。
 - ・当該加算の算定対象となる状態が糖尿病であることのみである患者について、透析中に頻回の処置、検査を実施する必要がないにも関わらず算定している。
 - ・下肢末梢動脈疾患指導管理加算 [J038 注10] について 【届】
 - ・慢性維持透析を実施している全ての患者に対してリスク評価を行っていない。
 - ・「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づく適切なリスク評価が行われていない。
 - ・透析時運動指導等加算「J038 注14」
 - ・連続して20分以上指導等を実施したことが明らかでない。
 - ・実施した指導等の内容が診療録に記載されていない。
 - ・看護師が指導を実施しているが、診療録に医師の具体的指示の内容の記載がない。

- (7) [血漿交換療法 ・ 吸着式血液浄化法] [J039]・[J041] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・適応外の患者に実施したものについて算定している。
 - ・(例)
 - ・

- (8) 人工呼吸 [J045] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合であるが、PaO₂/FiO₂が300mmHg以下又はPaCO₂が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に該当しない場合に算定している。
 - ・覚醒試験加算「J045 注3」
 - ・意識状態に係る評価の評価日時及び評価結果について診療録に記載がない。
 - ・実施することが必要とされる全ての評価事項について評価を行っていない。
(例 :)
 - ・離脱試験加算「J045 注4」
 - ・人工呼吸器離脱のために必要な評価の評価日時及び評価結果について診療録に記載がない。
 - ・実施することが必要とされる全ての評価事項について評価を行っていない。
(例 :)

- (9) 心不全に対する遠赤外線温熱療法[J047-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
 - ・適応外の患者に実施したものについて算定している。
(例)
 - ・専任の医師が定期的な心機能チェックの下に作成した当該療法に係る実施計画が、診療録に添付されていない。
 - ・

- (10) 皮膚科光線療法 [J054] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・診療録に実施した療法の内容についての記載が [ない ・ 不十分である] 。
 - ・

- (11) 血腫、膿腫穿刺 [J059-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置内容について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・ [小範囲のもの ・ 試験穿刺] について算定している。

- (12) 導尿 (尿道拡張を要するもの) [J064] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・通常の導尿 (基本診療料に含まれるもの) について、導尿 (尿道拡張を要するもの) として算定している。

- (13) 睫毛抜去 [J089] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置内容について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である] 。
 - ・抜去した睫毛が5～6本程度の「少数の場合」であるにもかかわらず、「多数の場合」として算定している。

- (14) 耳鼻咽喉科処置 [J095～J115-2] () における耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 [第2章第9部 処置 通則8] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない6歳未満

の患者以外に対して算定している。

- ・療養上必要な指導及び当該処置の [結果の説明 ・ 文書による説明内容の提供] を行っていない。
- ・耳鼻咽喉科を担当する専任の医師以外が診療を行った場合に算定している。
- ・インフルエンザの患者又はインフルエンザ疑いの患者に対して算定している。

- (15) 扁桃処置 [J098-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置内容について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- (16) 耳垢栓塞除去（複雑なもの） [J113] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・処置内容について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を完全に除去したことが明らかではない。
- (17) 消炎鎮痛等処置 [J119] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・医師の指示、実施内容について診療録への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
 - ・医学的な必要性、有効性の評価がなされておらず、長期漫然と実施されている。
 - ・湿布処置について、算定要件を満たさない狭い範囲に実施したものについて算定している。
- (18) その他の処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・

□ 1 1 手術

- (1) 手術料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 施設基準に適合しておらず、算定できないものについて算定している。
 - 手術名 ()
 - 施設基準に適合しない具体的内容 ()
 - ② 本来算定すべき術式と異なる術式で算定している。
 - 本来 で算定すべきものについて で算定
 - 本来 で算定すべきものについて で算定
 - 本来 で算定すべきものについて で算定
 - ③ 点数表にない特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料について、事前に当局に内議することなく、点数表を準用して算定している。
 - ・（例：)
 - ④ 実際には [検査 ・ 処置] であるものについて、手術として算定している。
 - ・（例：)
 - ⑤ 院内感染防止措置加算 [第2章第10部 手術 通則11] について、加算の対象ではない患者に対して算定している。

□・（例： _____ ）

□⑥周術期栄養管理実施加算 [第2章第10部 手術 通則20] 【届】について次の不適切な例が認められたので改めること。

□・専任の管理栄養士以外の者が栄養管理を行った場合に算定している。

□・周術期における栄養管理の計画を作成していない。

□

□（2）手術について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明していない。

□・説明した内容について、[文書で交付していない ・ 記載し交付した文書の診療録への添付がない]。

□・手術について [同意の記載が無い ・ 同意書の添付が無い]。

□・実際に行われた手術と説明文書の内容が異なっている。

□・患者への説明が困難な状況であったものについて、[事後の説明又は家族等関係者への説明を行っていない ・ 事後に説明又は家族等関係者への説明を行った旨について診療録への記載がない]。

□・手術記録について、適切に記載していない。

（例： _____ ）

□・処置や検査として認識し、実施しており、手術についての説明や記録がなされていない。

□・切・刺・割創又は挫創のいずれにも該当しないものについて、創傷処理を算定している。

□・創傷処理について、診療録に図示されているが、創傷面の長径/短径についても記載するよう留意すること。

□・人工授精 [K884-2]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□・胚移植術 [K884-3]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□・採卵術 [K890-4]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□・体外受精・顕微授精管理料 [K917]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□・受精卵・胚培養管理料 [K917-2]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□・胚凍結保存管理料 [K917-3]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による [同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した年月日を診療録等に記載していない。

- (3) 輸血料 [K920] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - □ ・ 必要性の乏しい患者に対して輸血を行っている。(厚生労働省医薬食品局から示されている指針に準拠していない例)
 - ・ 輸血に当たって、「輸血療法の実施に関する指針」(平成17年9月改定、令和2年3月一部改正)及び「血液製剤の使用指針」(平成29年3月改定、平成31年3月一部改正)を遵守し、適正に実施していない。
 - ・ 文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者等に説明していない。
 - ・ 文書での説明に当たって、参考様式で示している項目の一部〔主治医氏名 ・ 種類 ・ 使用量 ・ 必要性 ・ 輸血を行わない場合の危険性 ・ 副作用 ・ 感染症検査 ・ 患者血液の保管 ・ 副作用 ・ 感染症救済制度〕の記載がない。
 - ・ 説明に用いた文書について、〔患者等から署名又は押印を得ていない ・ 交付していない ・ その文書の写しが診療録に添付されていない〕。
 - ・ 一連ではない輸血の実施に際して、その都度、輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者等に対して文書による説明を行い、同意を得ていない。
 - ・ 術中術後自己血回収術 [K923] について、出血量が600mL未満(12歳未満の患者においては10mL/kg)であるものについて算定している。
 - ・
- (4) 手術医療機器等加算
 - ・ 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 [K939-5] について
 - ・ 〔嚥下機能評価の結果 ・ 患者又はその家族等に対する説明の要点〕について診療録への記載がない。

□ 1 2 麻酔

- (1) 静脈麻酔 [L001-2] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔に該当しないものについて算定している。
 - ・ 静脈麻酔(十分な体制で行われる長時間のもの)について、閉鎖循環式全身麻酔に移行できる準備を行わずに実施している。
 - ・ 静脈麻酔(十分な体制で行われる長時間のもの)について、医療機器等を用いた十分な監視下で実施していない。
 - ・ 常勤の麻酔科医が専従で麻酔を実施していないにもかかわらず、静脈麻酔3「十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)」を算定している。
- (2) 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算 [L003] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 携帯型ディスプレイ注入ポンプ・PCA型を算定しているにもかかわらず、本加算を算定している。
- (3) 閉鎖循環式全身麻酔 [L008] について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 「厚生労働大臣の定める麻酔が困難な患者」ではない者について、麻酔が困難な患者として算定している。
 - ・ (例:)
 - ・ 閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時刻及び離脱した時刻について麻酔記録への記載がない。
 - ・ 麻酔の種類等における実施時間についての理解が不適切である。
 - ・ (例:)
 - ・ 麻酔の種類等における点数区分についての理解が不適切である。
 - ・ (例:)

- 硬膜外麻酔併加算についての理解が不適切である。
 - (例：)
- 閉鎖循環式全身麻酔ではない例で算定している。
- 術中経食道心エコー連続監視加算について、誤った算定をしている。
 - 本来 () で算定すべきものについて、 () で算定している。

(4) 麻酔管理料 (I) [L009] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

【届】

- 地方厚生 (支) 局長に届け出た常勤の麻酔科標榜医以外の者が [麻酔 ・ 術前診察 ・ 術後診察] を行ったものについて算定している。
- 緊急の場合でないにもかかわらず、麻酔 [前 ・ 後] の診察を、麻酔を実施した日に行っている。
- 麻酔 [前 ・ 後] の診察等に関する診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合において、麻酔科標榜医が主要な麻酔手技を自ら行ったことが確認できない。
気管挿管 ()、抜管 ()、マスク・挿入抜去 ()、
脊椎麻酔の実施 ()、硬膜外麻酔の実施 ()、その他 ()
- 周術期薬剤管理加算 [L009 注5] **【届】**
 - 専任の薬剤師が実施した周術期の薬学的管理等の内容について診療録等に記載がない。
 - 専任の薬剤師が病棟薬剤師等と連携して実施したことについて診療録等に記載がない。

(5) 麻酔管理料 (II) [L010] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

【届】

- 常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っていない麻酔を担当する医師が行ったものについて算定している。
- 常勤の麻酔科標榜医 (常勤換算により常勤医師数に算入された非常勤の麻酔科標榜医を含む。以下同じ。) の指導の下に行われていないものについて算定している。
- 常勤の麻酔科標榜医の管理下で行われたことが確認できない。
- [麻酔を担当する医師 ・ 常勤の麻酔科標榜医] が麻酔前後の診察を行っていないものについて算定している。
- 麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合に、当該麻酔科標榜医が、診察の内容を担当医師と共有していない。
- 緊急の場合でないにもかかわらず、麻酔 [前 ・ 後] の診察を麻酔を実施した日に行っている。
- 適切な研修を修了した常勤看護師以外の看護師が、担当医師が実施する一部の行為を実施している。
- 麻酔 [前 ・ 後] の診察及び麻酔の内容について、診療録等への記載が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である]。
- 周術期薬剤管理加算 [L010 注2] **【届】**
 - 専任の薬剤師が実施した周術期の薬学的管理等の内容について診療録等に記載がない。
 - 専任の薬剤師が病棟薬剤師等と連携して実施したことについて診療録等に記載がない。
- .

(6) 神経ブロック [L100] について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- 神経ブロックの実施内容について診療録への記載がない。
- 神経ブロックを実施していない例について、誤って算定している。

- (7) 麻酔について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・表面麻酔に用いる薬剤 [] について、量が過剰である。
 - ・

□ 1 3 放射線治療

- (1) 放射線治療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 放射線治療管理料 [M000]
 - ・線量分布図に基づいた照射計画が作成されていない。
 - ・放射線治療専任加算[M000 注2]【届】
 - ・放射線治療を専ら担当する常勤の医師による
[照射計画の策定 ・ 医学的管理] が行われていない。
 - ・
 - ② 放射性同位元素内用療法管理料 [M000-2]
 - ・説明・指導した内容等について診療録への記載又は添付がない。
 - ・
- (2) 放射線治療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ [ガンマナイフによる定位放射線治療 ・ 直線加速器による放射線治療 ・ 粒子線治療 ・ ホウ素中性子捕捉療法] [M001-2]・[M001-3] (体幹部の定位放射線治療【届】)・[M001-4]【届】・[M001-5]【届】を算定しているものについて、位置決め等に係る画像診断の費用を算定している。
 - ・

□ II 薬剤部門に係る事項

□ 1 病棟薬剤業務実施加算 (1、2) [A244]【届】

- 病棟薬剤業務実施加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・病棟薬剤業務実施加算 1につき、週 1 回を超えて算定している。
 - ・過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取していない。
 - ・当該保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握していない。
 - 例・
 - ・
 - ・当該保険医療機関において投薬される医薬品について、
[緊急安全性情報、安全性速報 ・ 医薬品・医療機器等安全性情報 ・ 医薬品・医療機器の回収・] の情報を当該患者の診療を担当する医師に対し、文書により提供していない。
 - ・入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案していない。または、当該書面の写しを診療録等に添付していない。
 - ・治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等ではないにもかかわらず、2 種以上（注射薬及び内用薬を各 1 種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合に、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行っていない。
 - ・患者又はその家族に対し、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合に、病棟専任の薬剤師がこれを行っていない。
 - ・治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等でないにもかかわらず、特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合に、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施していない。
 - ・病棟薬剤業務日誌を作成していない。

- 病棟薬剤業務日誌を5年間保存していない。
- 病棟薬剤業務実施加算 [1 ・ 2] について、
[病棟 ・ 治療室] ごとに専任の薬剤師が配置されていない。
- 病棟薬剤業務実施加算 [1 ・ 2] について、病棟薬剤業務の実施時間が
1週間につき20時間相当以上実施していない [病棟 ・ 治療室] がある。
- 病棟薬剤業務の実施時間に、薬剤管理指導料算定のための業務に要する時間を含めている。
- 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していない。

□2 薬剤管理指導料 [B008] 【届】

- (1) 薬剤管理指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - 薬剤師が医師の同意を得ていない。
 - 患者毎の医師の同意を省略している場合において、
医師が薬剤管理指導を不要とした場合の取扱いを明確にしていない。
 - 薬剤管理指導の実施日と診療報酬明細書上の算定日に齟齬がある。
 - [相互作用 ・ 重複投薬 ・ 配合変化 ・ 配合禁忌] について
薬学的管理指導が行われていない。
 - [投与量 ・ 投与方法 ・ 投与速度] について薬学的管理指導が行われていない。
 - 患者の状態を適宜確認することによる効果・副作用に関する状況把握が行われていない。
 - 薬学的管理指導を行っていない患者について算定している。
- (2) 薬剤管理指導料1について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されていない患者に対して算定している。
 - 薬学的管理指導を行うに当たり、
担当薬剤師による患者の基礎情報収集及び整理が不十分である。
 - 薬剤管理指導記録に次の事項を記載していない。
 - 患者の氏名
 - 生年月日
 - 性別
 - 入院年月日
 - 退院年月日
 - 診療録の番号
 - 投薬・注射歴
 - 副作用歴
 - アレルギー歴
 - 薬学的管理指導の内容
 - 患者への指導事項
 - 患者からの相談事項
 - 薬剤管理指導等の実施日み
 - 記録の作成日
 - その他の事項 ()
 - 薬剤管理指導記録に最後の記入の日から3年間保存していない。
 - 薬剤管理指導記録と当該記録に添付が必要な文書等を速やかに突合できるような管理体制
を整備していない。
 - 薬剤管理指導記録の内容が、[処方の変更 ・ 服薬に関する注意事項] 等に限定され
ており、「薬学的管理指導」に係る事項の記録が不十分である。
 - 薬剤管理指導記録の[書式 ・ 管理体制] を今後検討すること。
 - 薬剤管理指導記録の保管状況を改善すること。
 - 薬剤管理指導記録を電磁的に保存する場合において、[真正性 ・ 見読性 ・ 保存
性] を確保できない場合は、紙媒体を用いて保存すること。

- ・薬剤管理指導記録の内容が判読困難である。
 - ・薬剤管理指導記録について、[修正液 ・ 塗りつぶし ・ 貼紙]により修正しているため、修正前の記載内容が判別できない。
- (3) 薬剤管理指導料2について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・医薬品が投薬又は注射されていない患者に対して算定している。
 - ・薬学的管理指導を行うに当たり、担当薬剤師による患者の基礎情報収集及び整理が不十分である。
 - ・薬剤管理指導記録に次の事項を記載していない。
 - ・患者の氏名
 - ・生年月日
 - ・性別
 - ・入院年月日
 - ・退院年月日
 - ・診療録の番号
 - ・投薬・注射歴
 - ・副作用歴
 - ・アレルギー歴
 - ・薬学的管理指導の内容
 - ・患者への指導事項
 - ・患者からの相談事項
 - ・薬剤管理指導等の実施日
 - ・記録の作成日
 - ・その他の事項 ()
 - ・薬剤管理指導記録に最後の記入の日から3年間保存していない。
 - ・薬剤管理指導記録と当該記録に添付が必要な文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備していない。
 - ・薬剤管理指導記録の内容が、[処方の変更 ・ 服薬に関する注意事項]等に限定されており、薬学的管理指導に係る事項の記録が不十分である。
 - ・薬剤管理指導記録の[書式 ・ 管理体制]を今後検討すること。
 - ・薬剤管理指導記録の保管状況を改善すること。
 - ・薬剤管理指導記録を電磁的に保存する場合において、[真正性 ・ 見読性 ・ 保存性]を確保できない場合は、紙媒体を用いて保存すること。
 - ・薬剤管理指導記録の内容が判読困難である。
 - ・薬剤管理指導記録について、[修正液 ・ 塗りつぶし ・ 貼紙]により修正しているため、修正前の記載内容が判別できない。
- (4) 麻薬管理指導加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・麻薬の投薬又は注射が行われていない患者に対して算定している。
 - ・投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行っていない場合に算定している。
 - ・薬剤管理指導記録に次の事項を記載していない。
 - ・麻薬の服薬状況
 - ・疼痛緩和の状況
 - ・麻薬に係る患者への指導事項
 - ・麻薬に係る患者からの相談事項
 - ・その他の麻薬に係る事項

3 薬剤情報提供料[B011-3]

- (1) 薬剤情報提供料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・入院中の患者について算定している。
 - ・処方箋を交付した患者について算定している。
 - ・処方の内容に変更がないにもかかわらず、月1回を超えて算定している。
 - ・薬剤の処方日数のみの変更の場合に月1回を超えて算定している。
 - ・同一日に2以上の診療科で診療された場合について、1回を超えて算定している。
 - ・処方した〔 薬剤 ・ 薬剤のうち一部の薬剤（ ） 〕について、文書により提供している情報に、次の事項が含まれていない。
 - ・処方した薬剤の名称
 - ・用法
 - ・用量
 - ・効能、効果
 - ・副作用
 - ・相互作用
 - ・複数の効能又は効果を有する薬剤について、患者の病状に応じた情報を提供していない。
 - ・薬剤情報を提供した旨について診療録等への記載がない。
- (2) 薬剤情報提供料の手帳記載加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・「お薬手帳」に〔 処方した薬剤の名称 ・ 保険医療機関名 ・ 処方年月日 〕を記載していない。
 - ・薬剤情報提供料の算定が適当でない場合に算定している。
 - ・薬剤情報提供料を算定した患者に対して一律に算定している。

□ 4 退院時薬剤情報管理指導料 [B014]

- (1) 退院時薬剤情報管理指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・入院期間が通算される再入院に係る退院日に算定している。
 - ・入院時に医薬品の服薬状況及び薬剤服用歴を確認していない。
 - ・入院時に患者が持参している医薬品等の名称等及び確認した結果の要点について診療録等への記載がない。
 - ・当該指導料を算定した場合に、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点について診療録等への記載がない(薬剤管理指導料を算定している患者の場合は、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。)
 - ・死亡退院の場合に算定している。
- (2) 退院時薬剤情報連携加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・入院前の内服薬の変更又は服用を中止しなかった患者について算定している。
 - ・入院前の処方(内服薬)の内容に変更又は中止の見直しがあったものについて、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を患者又はその家族等の選択する保険薬局に対し、〔 文書で情報提供するに当たって、患者又はその家族等の同意を得ていない ・ 文書で情報提供していない 〕。
 - ・〔 患者 ・ 家族 ・ 保険薬局 〕へ交付した情報提供文書の写しについて診療録等への添付がない。
 - ・死亡退院の場合に算定している。

□ 5 無菌製剤処理料(1、2) [G020] 【届】

- ・無菌製剤処理料〔 1 ・ 2 〕の対象患者でない患者で算定している。
- ・無菌製剤処理を行っていないにもかかわらず算定している。
 - ・(例)
- ・閉鎖式接続器具を使用した場合に、当該器具の製品名及び数量について無菌製剤処理に関する記録への記載がない。

□6 保険外併用療養費(医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験)

□ 治験の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・ 診療報酬明細書への記載を記載要領どおりに行っていない。
 - ・ (例)
- ・ 診療報酬明細書の「特記事項」欄に、
[「(薬治)」 ・ 「(器治)」 ・ 「(加治)」] の記載がない。
- ・ 医薬品の治験において、治験依頼者の依頼による治験において、
治験を実施した期間に行われた[検査 ・ 画像診断]を保険請求している。
- ・ [医療機器 ・ 再生医療等製品] の治験において治験依頼者の依頼による治験において、
治験に係る診療のうち又は当該診療のうち、
手術等の前後1週間に行われた[検査 ・ 画像診断]を保険請求している。
- ・ 治験依頼者の依頼による治験において、 [被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能
又は効果を有する医薬品の [投薬 ・ 注射] ・ 当該治験の被験薬及び対照薬に係
る [投薬 ・ 注射] ・ 当該治験の被験機器及び対照機器 ・ 当該治験の被験製
品及び対照製品 ・ 診療報酬上評価されていない手術 ・]に係る費用
を保険請求している。
 - ・ (例)
- ・ 自ら治験を実施する者による治験において、治験に係る診療のうち、
[被験薬及び対照薬に係る [投薬 ・ 注射] ・ 当該治療機器 ・ 当該治験製品
・ 診療報酬上評価されていない手術 ・]に係る費用を保険請求している。
 - ・ (例)
- ・ 保険外併用療養費の支給対象期間の理解が誤っている。
 - ・ (例)
- ・ 患者に対しての説明と同意を適切に実施していない。
 - ・ (例)
- ・ 医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担が明確でない。

□7 その他の事項

- (1) 院外処方箋のFAX送信コーナーに置かれている薬局一覧リスト(又はイラストマップ)
について、特定の薬局(薬剤師会会員薬局等)のみ掲載されている。
掲載されている薬局以外にも電送可能である旨を明示すること。
- (2) 当該医療機関内での医薬品の採用について、後発医薬品の使用促進に積極的に取り組むこ
と。

□Ⅲ 看護・食事・寝具等に係る事項

□1 看護

- (1) 看護師等の配置等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 病棟の病床数が規定数を超過している。(例:)
 - ② 入院患者数と看護要員数の比率が算定要件を満たしていない。具体的には、届出ている
基準に対して [看護師 ・ 准看護師 ・ 看護補助者] が [] 人不足して
いる(充足率 %)状態である。
 - ③ 看護職員の勤務時間について、計算方法が誤っている。
 - ・ 兼務者の勤務時間の計上が不適切である。
 - ・ 外来での勤務を病棟勤務の時間として算入している。
 - ・ 看護職員が研修・会議等に参加している時間を病棟勤務の時間として算入してい
る。
 - ・
 - ④ 看護補助者を看護職員として算入している。

- ⑤ 看護補助業務を行っていない職員を看護補助者として算入している。
- ⑥ [急性期一般入院料（1・2・3・4・5）・7対1入院基本料 ・ 看護必要度加算（1・2・3） ・ 救命救急入院料（2・4） ・ 特定集中治療室管理料（1・2・3・4） ・ ハイケアユニット入院医療管理料（1・2） ・ 地域包括ケア病棟入院料] について、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者の割合が、施設基準の要件を満たしていない。

⑦

（2）看護の実施について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 重症度、医療・看護必要度（Ⅰ・Ⅱ）について、測定・評価を適切に行っていない。
- ② 患者の個人記録について [観察した事項 ・ 実施した看護の内容] の記載が不十分である。
- ③ 看護業務の管理に関する記録
 - ・患者の移動に関する記録がない。
 - ・勤務帯ごとの看護要員の勤務状況について記載がない。
 - ・看護要員の勤務変更が反映されていない。
 - ・
- ④ 看護要員の勤務計画
 - ・看護単位ごとに作成していない。
 - ・
- ⑤ 看護業務の計画に関する記録
 - ・

（3）付添看護等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 付添いの家族に看護業務を行わせている。
- ② 家族等による付添いを入院の条件としている。
- ③ 家族等による付添いについて、医師の許可を得ずに付添いがされている。

（4）外出、外泊について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・入院患者に対する、[外出 ・ 外泊]の離院時間及び帰院時間を確認していない。
- （

（5）その他、看護について、次の不適切な例が認められたので改めること。

・

2 食事（入院時食事療養（Ⅰ））

入院時食事療養（Ⅰ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】

- ① 食事提供数について、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していない。
- ② 医師、管理栄養士又は栄養士による検食簿の記載が [ない ・ 不十分である] 。
 - ・（例：
- ③ 特別食加算
 - ・特別食を提供していないにもかかわらず特別食加算を算定している。
 - ・特別食の [食事箋を医師が記載していない ・ オーダーを医師が入力していない ・ 食事箋の代行入力が行われているが医師が承認していない。 ・ 食事箋が代行して記載されているが医師の署名がない] 。
 - ・特別食に該当しない食事に対して、特別食加算を算定している。
 - ・（例：市販されている流動食のみを経管栄養法により提供した場合であるにもかかわらず、特別食加算を算定している。）

- ・（例： _____ ）
- ・特別食を提供している患者の病態が算定要件を満たしていない。
- ・（例： _____ ）
- ④ 薬価基準に記載された高カロリー薬を経鼻経管的に投与している患者に対して算定している。
- ⑤ [外泊 ・ 外出 ・ 退院] により食事を提供していないにもかかわらず算定している。
- ⑥ 食事療養部門が事務部門の一部と位置付けられている。食事は医療の一環であるから、診療補助部門に位置付ける等、体制について検討すること。
- ⑦ 夕食を午後6時より前に患者に配膳している。
又は、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合において、午後5時30分より前に患者に配膳している。
- ⑧

3 寝具等

- 寝具等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ・シーツ類について週1回以上の交換がなされていない。
- ・寝具類が常時清潔な状態で保管されていない。
- (階 病棟)
- (階 病棟)
- (階 病棟)
- ・

□Ⅳ 管理・請求事務・施設基準等に係る事項

□1 診療録等

- (1) 診療録の様式が、定められた様式(保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号(一))に準じていないので改めること。
 - ・労務不能に関する意見欄が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不適切である]。
 - ・公費負担医療に関する欄が [ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不適切である]。
 - ・傷病名、診療開始日・終了日、転帰を記載する欄が [ない ・ 不適切である]。
 - ・診療録第3面(保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号(一)の3)が [作成されていない ・ 診療行為名及び算定した点数の記載がない]。
 - ・

- (2) 診療録等の取扱いについて次のような不適切な事項が認められたので改めること。
 - ・保険診療の診療録と保険外診療(自由診療、予防接種、健康診断等)の診療録とを区別して管理していない。
 - ・診療録の更新に当たって、既往症、病歴等の必要事項が引き継がれていない。
 - ・診療録について、完結の日から5年経過していないにもかかわらず処分している。
 - ・ [検査結果伝票 ・ 診療情報提供書 ・] を患者の診療録とは別に管理している。これらは各患者の診療録に添付又は貼付すること。
 - ・医療機関として [紙 ・ 電子] 媒体を原本として定めているにもかかわらず、記録類を [紙 ・ 電子] 媒体のみで保存している。
 - ・

- (3) 電子的に保存している記録の管理・運用について、次の不適切な [例 ・ 事項] が認められたので改めること。
 - ① 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版」に準拠していない。
 - ・アクセスログを記録していない。
 - ・アクセスログを収集する機能がないにもかかわらず、システム操作に係る業務日誌等を備えていない。
 - ・定期的に職員に対し個人情報に関する教育訓練を行っていない。
 - ・パスワードの設定について次の不適切な例が認められた。
 - 例 ()
 - ・代行入力により記録された診療録等について、確定者による「確定操作(承認)」 [が行われていない ・ の実施記録がない]。
 - ・代行入力された内容を確認せずに確定操作を行っている。
 - ・ [代行入力を認める業務 ・ 誰が誰の代行してよいか] について運用管理規程に定めていない。
 - ・アクセス権限の範囲設定が [不適切である ・ 定められていない]。
 - 例 [医療従事者等(職種)] の [診療補助記録等]
 - [] の []
 - [] の []
 - [] の []
 - (医療従事者等の例：事務職員 委託業者職員)
 - (診療補助記録等の例：入院診療計画書 栄養管理計画書・報告書)
 - ・一旦確定した診療録等を更新する場合、更新前と更新後の内容を照らし合わせるができない。
 - ・異動・退職した職員のIDの管理が適切に行われていない。
 - ・特定のIDを複数の職員が使用している。

- []のIDを[]が使用している。
- 運用管理規程を定めていない。
- [外部保存 ・ 組織的安全対策 ・]に係る運用管理規程の内容が不十分である。
- 運用管理規程に定めているシステムの監査を実施していない。
- 端末から離席する際、他の者による入力ができないよう、クリアスクリーン等による防止策が[講じられていない ・ 講じられているが不十分である]。
- .
- ② 診療録をスキャナ等により電子化して保存する場合について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - スキャナ等による読み取りについて、運用管理規程 [に定めていない ・ の記載が不十分である]。
 - .

□2 診療報酬明細書の記載等

- ・ 診療報酬の請求に当たっては、医師と請求事務担当者が連携を図り、適正な保険請求を行うこと。また、診療報酬明細書を審査支払機関に提出する前に、医師自ら点検を十分行うこと。
- (1) 診療報酬明細書の記載等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - 実際の診療録の内容と診療報酬明細書上の記載が異なる。
(例： 傷病名 ・ 診療開始日 ・ 転帰)
 - 同一の傷病名であるものについて、月によって診療報酬明細書上の診療開始年月日が異なる。
 - 特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合に、診療報酬明細書の特記事項欄に「施」の記載がない。
また、摘要欄に [「配」の記載がない ・ 回数の記載がない] 。
 - 主傷病名は原則1つとされているところ、(非常に) 多数の傷病を主傷病名としている。
 - 主傷病名ではない傷病名を主傷病名としている。
 - 主傷病名と副傷病名を区別していない。
(主傷病名に該当する傷病名が区別されていない。)
 - 外来診療後引き続き入院したものについて、外来での診療行為を入院とは別に入院外の診療報酬明細書を作成して請求している。
- (2) 摘要欄の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - 救急医療管理加算 [A205] 【届】について、 [該当する状態 ・ 入院時の状態に係る指標 ・ 入院後3日以内に実施した主要なもの] の記載がない。
 - 診断群分類区分に該当しないと判断された患者について、「該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名」の記載がない。
 - 特定薬剤治療管理料1 [B001・2] について、血中濃度を測定している薬剤名等及び初回の算定年月が診療報酬明細書に記載されていない。 悪性腫瘍特異物質治療管理料 [B001・3] について、行った腫瘍マーカーの検査名の記載がない。
 - 特定保険医療材料等について、 [名称 ・ 規格又はサイズ ・ 価格] が診療報酬明細書に記載されていない。
 - (例：)
 - 入院中の患者に対する点滴注射及び中心静脈注射等について、使用した薬品名、規格単位及び使用量が1日分ごとに記載されていない。
 - [在宅時医学総合管理料 [C002] ・ 施設入居時等医学総合管理料 [C002-2]] につい

て、当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日が記載されていない。

(3) 症状詳記の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・
- ・

3 基本診療料

(1) 初・再診料 [A000]・[A001] について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

① 初診料

・再診相当であるにもかかわらず、初診料を算定している。

② 同日 [初診 ・ 再診] 料

・同一又は互いに関連のある疾病で受診した場合に算定している。

③ 再診料（電話再診を含む）[A001]、外来診療料 [A002]

・初診又は再診に附随する一連の行為で来院したものについて [再診料 ・ 外来診療料] を算定している。

・診療情報提供書のみを受け取りに来院した際に算定している。

・訪問診療後に薬剤のみを受け取りに来院した際に算定している。

・訪問看護ステーションの看護師が点滴注射を実施した際に算定している。

・患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合とはいえないものについて、電話等による対応をしたことのみをもって再診料を算定している。

・

④ 情報通信機器を用いた診療 [A000 注1]・[A001 注1]・[A002 注1] 【届】

・ [初診料 ・ 再診料 ・ 外来診療料] について、診療がオンライン指針に沿った適切な [診療 ・ 処方] であることが、診療報酬明細書の摘要欄に記載されていない。

・情報通信機器を用いた診療を行う際に、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行っている。

⑤ 外来感染対策向上加算 [A000 注11]・[A001 注15] 【届】

次の不適切な例が認められたので改めること。

・感染防止対策に係る部門「以下、「感染防止対策部門」」が設置されていない。

・感染防止対策についての手順書（マニュアル）が [作成されていない ・ 各部署に配布されていない]。

・院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、院内感染対策に関する研修が行われていない。

・院内感染管理者が少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していない。

・新興感染症の発生等を想定した訓練に年1回以上参加していない。

・院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受けていない。

・院内感染管理者が1週間に1回程度院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行っていない。

・当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項が掲示されていない。

・新興感染症の発生時等に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有していな

い。

□⑥ 連携強化加算 [A000注12] 【届】

- ・連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告が行われていない。

□⑦ サーベイランス強化加算 [A000注13] 【届】

- ・JANIS等の地域や全国のサーベイランスに参加していない。

□⑧ 電子的保健医療情報活用加算 [A000の注14等]

- ・電子情報処理組織を使用した診療報酬請求が行われていない。
□・電子資格確認を行う体制を有していない。
□・オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得できる体制を有していることが当該保険医療機関の見やすい場所に掲示されていない。

□⑨ [外来リハビリテーション診療料 [1・2] ・ 外来放射線照射診療料] [B001-2-7]・[B001-2-8] 【届】 を算定しているにもかかわらず [再診料 ・ 外来診療料] を算定している。

- ・

□⑩ [時間外 ・ 深夜 ・ 休日 ・ 時間外特例医療機関 ・ 夜間・早朝等] 加算

- ・

□⑪ 外来管理加算 [A001 注8]

- ・処置等を行っているにもかかわらず外来管理加算を算定している。
□・対診時に外来管理加算を算定している。

□⑫ その他

□ (2) 入院基本料、入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□① 患者の入院に際し過去3か月以内の入院の有無を

- [確認していない ・ 確認が不十分である]。

□② 入院基本料を [] として届け出ているが、

平均在院日数が [日] を超えている。

□③ 入院患者数が定数超過の状態であって、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準に該当するにもかかわらず、所定点数の100分の100で算定している。

(平均入院患者数 () / 許可病床数 () = %)

□④ 褥瘡対策 [第1章第2部通則7]

- ・専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置していない。
□・患者の状態に応じた褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整っていない。
□・

□⑤ 栄養管理体制 [第1章第2部通則7]

- ・当該病院に常勤の管理栄養士を配置していない。
□・栄養管理手順が作成されていない。

- ⑥ 救急・在宅等支援病床初期加算 [A100] (地域一般入院基本料を算定している病棟に入院している患者)
- ・入院期間が通算される再入院の日を起算日として算定している。
 - ・入院前の患者の居場所、自院の入院歴の有無、入院までの経過等について診療録への記載がない。
 - ・
- ⑦療養病棟入院基本料 [A101] 【届】
- ・厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援に関する指針が定められていない。
 - ・療養病棟入院基本料 1 又は 2 を算定する病棟において、中心静脈栄養を実施している患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていない場合に、入院料区分を変更していない。
 - ・
- ⑧ 総合入院体制加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A200] 【届】
- ・施設基準を満たしていない。
 - ()
 - ・
- ⑨急性期充実体制加算 [A200-2] 【届】
- ・院内迅速対応チームの対応内容も含めた、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法をマニュアルとして整備していない。
 - ・当該対応の改善に関する委員会等において、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価していない。
 - ・院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、年 2 回程度の院内講習を開催していない。
 - ・
- ⑩ 臨床研修病院入院診療加算 [1 ・ 2] [A204-2]
- ・全職員を対象とした保険診療に関する講習を年 2 回以上実施していない。(基幹型)
 - ・診療録管理体制加算の施設基準を満たしていない。
 - ・
- ⑪ 救急医療管理加算 [1 ・ 2] [A205] 【届】
- ・誤った区分で算定している。
 - ・
- ⑫ 診療録管理体制加算 [1 ・ 2] [A207] 【届】
- ・ [多数の ・ 一部の] 患者について、退院時要約を適切に作成していない。
 - ・許可病床数が400床以上の保険医療機関について、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者が職員を対象として、少なくとも年 1 回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていない。
 - ・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
 - ・(診療録管理体制加算 1)
 - ・年間の退院患者数に対し、専任の常勤診療記録管理者の配置が不足している。
 - ・退院の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月 9 割以上の基準を満たしていない。

- ⑬ 医師事務作業補助体制加算 1 [A207-2] 【届】
- 当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていない。
- ⑭ 看護職員夜間配置加算 [看護職員夜間12対1配置加算 1 ・ 看護職員夜間12対1配置加算 2 ・ 看護職員夜間16対1配置加算 1 ・ 看護職員夜間16対1配置加算 2] [A207-4] 【届】
- 各病棟における夜勤を行う看護職員の数について、3人以上の基準を満たしていない。
 -
- ⑮ 重症者等療養環境特別加算 [1 ・ 2] [A221] 【届】
- 術後に一律に収容する等、医学的必要性の乏しい例についても算定している。
 - 特別の料金を患者から徴収している場合に算定している。
 -
- ⑯ 無菌治療室管理加算 [1 ・ 2] [A224] 【届】
- 白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者以外で医学的な必要性が乏しい患者に対して算定している。
 - 現に無菌治療室管理を行っていない患者に対して算定している。
 -
- ⑰ 放射線治療病室管理加算 [A225] 【届】
- 治療を行う十分な設備を有していない。
 - 当該病室が放射線治療病室又は特別措置室である旨が掲示されていない。
- ⑱ 精神科リエゾンチーム加算 [A230-4] 【届】
- 精神科リエゾンチーム加算について、専任の常勤 [薬剤師 ・ 作業療法士 ・ 精神保健福祉士 ・ 公認心理師] が週16時間以上、精神科リエゾンチームの診療に従事していない。
 -
- ⑲ がん拠点病院加算 [1 ・ 2] [A232]
- 最終的に悪性腫瘍と診断されなかった患者に対して算定している。
 -
- ⑳ 医療安全対策加算 [1 ・ 2] [A234] 【届】
- ア 医療安全管理者が定期的に院内を巡回していない。
 - イ 医療安全管理者の活動実績が記録されていない。
 - ウ 医療安全管理部門が業務改善計画書を作成していることが明らかでない。
 - エ 業務改善計画書に基づく医療安全対策の実施状況及び評価について、医療安全管理部門による記録が [ない ・ 不十分である]。
 - オ カンファレンスが週1回程度開催されていない。
 - カ 入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
 -
- ㉑ 感染対策向上加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A234-2] 【届】
- 感染対策向上加算 [1 ・ 2 ・ 3] の要件を満たす構成員から成る感染防御チームを組織していない。
 - ア 感染防止対策マニュアルが [作成されていない ・ 各部署に配布されていない ・ 定期的に改訂していない]。
 - イ 感染対策向上加算 [1 ・ 2 ・ 3] の届出を行った医療機関との合同カンファ

- レンズについて、[年4回程度行っていない・その内容について記録していない]。
- ・新興感染症の発生を想定した訓練を年1回以上実施していない。
 - ウ 感染制御チームが [1週間に1回程度、定期的に院内を巡回していない ・ 巡回・院内感染に関する情報が記録に残されていない]。
 - エ 院内感染対策に関する研修を年2回程度実施していない。
 - オ 新興感染症の発生時等に感染症患者を受け入れる体制を有することを自治体のホームページに公開していない。
 - カ 入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
- ・感染対策向上加算2
 - ・特定抗菌薬 [広域スペクトラムを有する抗菌薬 ・ 抗MRSA薬 等] の使用に際して、届出制又は許可制の体制がとられていない。
 - ・新興感染症の発生時等に汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有していない。
 - ・新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1の届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議していない。
 - ・感染対策向上加算3
 - ・抗菌薬の適正使用について、感染症対策向上加算1の届け出を行った保険医療機関等から助言を受けていない。
 - ・新興感染症の発生時等に [汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制 ・ 発熱患者の動線を分けることができる体制] を有していない。
 - ・新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1の届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議していない。
 - ・入院期間が90日を超えるごとに1回以上の頻度で算定している。
 - ㉔ 指導強化加算 [A234-2 注2] 【届】
 - ・感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていない。(令和5年5月31日まで満たすとみなす)
 - ㉕ 連携強化加算 [A234-2 注3] 【届】
 - ・当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算1の届出を行った他の保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていない。(令和5年5月31日まで満たすとみなす)
 - ㉖ サーベイランス強化加算 [A234-2 注4] 【届】
 - ・JANIS等の地域や全国のサーベイランスに参加していない。
 - ㉗ 患者サポート体制充実加算 [A234-3] 【届】
 - ・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
 - ・患者の相談に対応する窓口に、保険医療機関の標榜時間内において専任の職員が常時1名以上配置されていない。
 - ・
 - ㉘ 重症患者初期支援充実加算 [A234-4] 【届】
 - ・入院時重症患者対応メディエーターが定められた資格基準を満たしていない。
 - ・当該患者の治療に直接関わる者が支援を行っている。
 - ・当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1

回程度開催されていない。

- 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制がマニュアルとして整備されていない。

㉗ 報告書管理体制加算 [A234-5] 【届】

- 報告書確認対策チームが設置されていない。
- すべての報告書について、作成から概ね2週間後に、当該報告書の主治医等による確認状況について確認がなされていない。
- 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していない。
- 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されていない。

㉘ 術後疼痛管理チーム加算 [A242-2] 【届】

- 組織上明確に位置づけられた術後疼痛管理チームが設置されていない。

㉙ 後発医薬品使用体制加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A243] 【届】

- 入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
- 保険医療機関において、薬剤師が配置されていない。

㊳ 入退院支援加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A246] 【届】

- 入退院支援加算1について、連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていない。
- 入退院支援加算1について、連携機関との面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧出来るように記録していない。
- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、要件を満たす看護師又は社会福祉士が必要数配置されていない。
-

㊴ 認知症ケア加算 [1 ・ 2 ・ 3] [A247] 【届】

- 認知症ケア加算1について、専任の常勤看護師が原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事していない。
-

㊵ その他

-

(3) 特定入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

㊶ [救命救急入院料 ・ 特定集中治療室管理料 ・ 新生児特定集中治療室管理料] [A300][A301][A302] 【届】 つ

いて、当該治療室に勤務する専任の常勤医師が、[常時当該治療室に勤務していることが明らかでない ・ 患者の当該治療室への入退室などに際して一時的に当該治療室を離れる場合について、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保していることが明確ではない]。

㊷ 救命救急入院料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] [A300] 【届】

- 当該管理を行うために必要な装置及び器具を治療室内に常時備えていない。
(ペースメーカー、心電計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置については、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合はこの限りではない。)
- 算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
- 重症患者対応体制強化加算 [A300 注11] 【届】

- ・救命救急入院料 2 または 4 を届け出た病室に入院した患者以外について算定している。
 - ・医師、要件を満たす看護師又は臨床工学技士により、集中治療を要する患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年 1 回以上実施していない。
 - ・施設基準で定められた数の看護師の他に、集中治療看護の経験を3年以上有する看護師 2 名以上を配置していない。
 - ・前項の集中治療看護の経験を3年以上有する看護師（2名以上）を当該治療室又は勤務した治療室（病棟）の施設基準に係わる看護師の数に含めている。
- ③ 特定集中治療室管理料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] [A301] 【届】
- ・（特定集中治療室管理料 1 ・ 2 について）専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含んでいない。
 - ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
 - ・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
 - ・
 - ・重症患者対応体制強化加算 [A301 注6] 【届】
 - ・医師、要件を満たす看護師又は臨床工学技士により、集中治療を要する患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年 1 回以上実施していない。
 - ・施設基準で定められた数の看護師の他に、集中治療看護の経験を3年以上有する看護師 2 名以上が配置されていない。
 - ・前項の集中治療看護の経験を3年以上有する看護師（2名以上）を当該治療室又は勤務した治療室（病棟）の施設基準に係わる看護師の数に含まれている。
- ④ ハイケアユニット入院医療管理料 [1 ・ 2] [A301-2] 【届】
- ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
 - ・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
 - ・
- ⑤ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 [A301-3] 【届】
- ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
 - ・発症日からではなく、入院日から算定しているため、発症後14日を超えて算定している。
 - ・
- ⑥ 新生児特定集中治療室管理料 [1 ・ 2] [A302] 【届】
- ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
 - ・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
 - ・
- ⑦ 総合周産期特定集中治療室管理料 [A303] 【届】
- ア 母体・胎児集中治療室管理料
 - ・当該治療室勤務の医師が、当該治療室に勤務している時間帯に、当該治療室以外の場所での当直勤務を併せて行っている。
 - ・当該治療室勤務の看護師が、当該治療室に勤務している時間帯に、当該治療室以外の場所での夜勤を併せて行っている。
 - ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
 - ・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
 - ・
 - イ 新生児集中治療室管理料
 - ・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。

- ・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
- ・
- ⑧ 小児入院医療管理料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5] [A307] 【届】
 - ・養育支援体制加算（注7）
 - ・養育支援に関するプロトコルが整備されていない。
 - ・養育支援体制を確保するための職員研修を年2回程度実施していない。
 - ・
- ⑨ 回復期リハビリテーション病棟入院料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6] [A308] 【届】
 - ・算定対象とならない患者に対して算定している。
 - ・
- ⑩ 地域包括ケア病棟入院料 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]
 - 地域包括ケア入院医療管理料[1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] [A308-3] 【届】
 - ・算定対象とならない患者に対して算定している。
 - ・厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援に関する指針を定めていない。
- ⑪ その他
 - ・

□4 医学管理等・在宅医療

□（1）医学管理等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① [特定疾患療養管理料 ・ 特定薬剤治療管理料 ・ 悪性腫瘍特異物質治療管理料 ・] [B000] ・ [B001・2、3]
 - ・医師のオーダーによらず、[請求事務担当者の判断で ・ 自動的に] 算定している。
- ② [特定疾患療養管理料 ・ 難病外来指導管理料 ・ 皮膚科特定疾患指導管理料 ・] [B000] ・ [B001・7] ・ [B001・8]
 - ・特に定める場合を除き、[初診日 ・ 退院日] から1か月以内である患者に算定している。
 - ・要件を満たしていない患者について算定している。
- [算定対象外である主病 ・ 主病でない疾患 ・ 全身的な医学管理を行っていない疾患] について、医師のオーダーによらず、[請求事務担当者の判断で ・ 自動的に] 算定している。
- ③ がん患者指導管理料 [イ ・ ロ ・ ハ ・ ニ] [B001・23] 【届】
 - ・「イ」「ロ」について、緩和ケアの研修を修了した [医師 ・ 専任の看護師] が配置されていない。
 - ・「ハ」について、化学療法の経験を [5年以上有する医師 ・ 専任の薬剤師] が配置されていない。
 - ・
- ④ 小児科外来診療料 [B001-2]
 - ・再診時のものを初診時として算定している。
 - ・対象患者に対する診療報酬の請求について、小児科外来診療料により算定すべきものを出来高で算定している。

- ⑤ 肺血栓塞栓症予防管理料 [B001-6]
- ・1入院で2回算定している。
- ⑥ 薬剤管理指導料 [1 ・ 2] [B008] について、
- ・ [患者1人につき週1回を超えて算定している ・ 患者1人につき月4回を超えて算定している]。
- ⑦ 薬剤総合評価調整管理料 [B008-2]
- ・入院中の患者に対して算定している。
 - ・内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている患者ではないにもかかわらず、算定している。
 - ・
- ⑧ 診療情報提供料（Ⅰ） [B009]
- ・紹介先保険医療機関が同一にもかかわらず、月2回以上算定している。
 - ・検査・画像情報提供加算 [B009 注18]
 - ・施設基準を満たしていない。
 - ・情報の提供側の保険医療機関において、提供した診療情報又は閲覧可能として情報の範囲及び日時が記録されていない。
 - ・診療情報連携共有料を算定すべきものについて算定している。
 - ・
- ⑨ 電子的診療情報評価料 [B009-2] 【届】
- ・他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けていないにもかかわらず算定している。
 - ・施設基準を満たしていない。
 - ・電子的方法によって情報を提供された保険医療機関において、提供を受けた情報を保管している又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録していることとされているが、実施されていない。
 - ・
- ⑩ 診療情報提供料（Ⅱ） [B010]
- ・診療情報提供料Ⅰを算定すべきものについて算定している。
- ⑪ 医療機器安全管理料1 [B011-4] 【届】
- ・生命維持管理装置（人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く）、除細動装置、閉鎖式保育器）を用いて治療を行っていないにもかかわらず算定している。
 - ・
- ⑫ 医療機器安全管理料2 [B011-4] 【届】
- ・一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定すべきところ2回算定している。
 - ・放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者が、放射線治療専任加算における技術者と兼任している。
 - ・
- ⑬ 次の医学管理に係る費用について、特別養護老人ホーム等の入所者に対し配置医師又は併設医療機関の医師が行った診療である等、診療報酬を算定できないものについて算定している。

- ・地域包括診療料
- ・認知症地域包括診療料
- ・生活習慣病管理料
- ・退院前訪問指導料
- ・外来栄養食事指導料
- ・

(2) 在宅医療について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 在宅患者訪問診療料 [C001]

- ・厚生労働大臣が定める疾病（別表第7）以外の患者に対し、週3回を超えて算定している。

② 救急搬送診療料 [C004]

- ・救急搬送されていない患者について算定している。
- ・重症患者搬送加算 [C004 注4] について次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ・救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態ではない患者について算定している。

③ 在宅患者訪問看護・指導料 [C005] ・同一建物居住者訪問看護・指導料 [C005-1-2]

- ・訪問看護・指導体制充実加算について、施設基準を満たしていない。
- ・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していない。
- ・訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していない。

④ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 [C005-2]

- ・在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料と併せて算定している。

⑤ 次の在宅療養指導管理料について、同一月に [入院と外来で] 2回算定している。

- ・ ()

⑥ 次の在宅療養指導管理料について、医師の指示によらず、
[請求事務担当者の判断で ・ 自動的に] 算定している。

- ・ ()

⑦ 次の在宅医療に係る費用について、特別養護老人ホーム等の入所者で算定の対象とならない患者に対して算定している。

- ・在宅患者訪問診療料 (I) ・ (II)
- ・在宅時医学総合管理料
- ・施設入居時等医学総合管理料
- ・在宅がん医療総合診療料
- ・在宅患者訪問看護・指導料
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・

5 検査・画像診断・病理診断

(1) 実際に行ったものとは異なる [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] を算定している例が認められたので改めること。

- ・血液学的検査において、「末梢血液像（自動機械法）」 [D005・3] で算定すべき事例を

- 「末梢血液像（鏡検法）」[D005・6]で算定している。
- ・細菌薬剤感受性検査 [D019] について、実際に検出されたものと異なる菌種数で算定している。
 - ・[発達及び知能検査 ・ 人格検査 ・ 認知機能検査] [D283]・[D284]・[D285] について、実際に行った検査及び結果処理と異なる区分で算定している。
 - ・大腸内視鏡検査 [D313] について、到達範囲が実際とは異なっている。
 - ・（例：)
 - ・毛細血管血採血 [D400の2] を行ったものについて、静脈血採血 [D400の1] 又は動脈血採取 [D419の3] として算定している。
- (2) 実際に行っていない [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] を算定している例が認められたので改めること。
- ・[観血的動脈圧測定 ・ 人工腎臓 ・ 人工心肺等] [D225]・[J038]・[K601]の回路からの血液採取を動脈血採取 [D419・3]として算定している。
 - ・血液採取 [D400・1] について、血液回路から採血した場合に算定している。
 - ・[検査 ・ 病理診断] のオーダーにより [検体検査料 ・ 組織診断料] を算定する仕組みとなっているため、未実施の [検体検査料 ・ 組織診断料] を算定している。
 - ・中止された検査を算定している。
 - ・（例：)
- (3) 実施回数と算定回数が異なっている例が認められたので改めること。
- ・
- (4) 検体検査管理加算 [III ・ IV] [D026] 【届】について、施設基準を満たしていない。
- ・
- (5) 画像診断管理加算 1 [第2章第4部通則4] 【届】について、施設基準を満たしていない。
- ・
- (6) 画像診断管理加算 [2 ・ 3] [第2章第4部通則5] 【届】について、施設基準を満たしていない。
- ・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、撮影日の翌診療日までに主治医に文書で報告している読影結果が8割未満である。
 - ・
- (7) [検査 ・ 画像診断 ・ 病理診断] について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
- ・血管伸展性検査[D214・6]を「脈派図、心機図、ポリグラフ検査（3又は4検査）」[D214・3]として算定している。
 - ・他医療機関撮影のCTについて初診以外の日に診断料を算定している。 [E203]
 - ・閉鎖循環式全身麻酔[L008]と同日に行った呼吸心拍監視[D220]を算定している。
 - ・呼吸心拍監視[D220]について、起算日が誤っている。
 - ・眼科学的検査[D255～D282-3]について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行った検査について、各検査項目を個別に算定している。
 - ・悪性腫瘍の診断が確定した患者について、悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]ではなく、腫瘍マーカー検査[D009]を算定している。
 - （例：)
 - ・悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]を算定しているにもかかわらず、

- 血液採取（静脈） [D400] を別に算定している。
- ・同時に算定できない検体検査をそれぞれ算定している。
 - ・（例：（1→3）β-D-グルカンとカンジダ抗原、 ） [D012・41、21]
- ・H I V-1、2抗体価測定 [D012・16、17、19] について、特に算定出来ると規定された病歴が無い患者について、後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合や性感染症が認められる場合、既往がある場合、疑われる場合でH I V感染症を疑う場合ではないにもかかわらず算定している。
- ・[特殊撮影 ・ 乳房撮影 ・ 心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影] について、一連の撮影にもかかわらず、2回目の診断料、撮影料を算定している。
- ・画像診断管理加算 [1 ・ 2 ・ 3] について、算定対象とならないもの [造影剤注入手技 ・ 【ガンマナイフによる定位放射線治療・直線加速器による放射線治療（一連につき）】 に際しての位置決め ・ 読影結果を文書により報告していないもの] に対して算定している。 [第2章第4部通則 4、5] 【届】 ・ [M001-2] ・ [M001-3] 【届】
- ・病理組織標本作製 [N000] について、リンパ節の臓器としての数え方が不適切である。
 - ・（例： ）
- ・病理診断を専ら担当する常勤の医師が確認していない細胞診について [細胞診断料 ・ 病理診断管理加算 1・2（細胞診断）] [N006] を算定している。
- ・

□6 投薬・注射、薬剤料等

- （1）使用していない薬剤を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- （2）実際に使用したものと異なる薬剤を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- （3）投与回数と算定回数の異なる例が認められたので改めること。
 - ・
- （4）実際に使用した量を上回る量で薬剤を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- （5）次の不適切な算定例が認められたので改めること。
 - ① 外来患者の内服薬について、7種類以上の薬剤投与時の [処方料 ・ 処方箋料] [F100] [F400] を適切に算定していない。
 - ② [3種類以上の抗不安薬 ・ 3種類以上の睡眠薬 ・ 3種類以上の抗うつ薬 ・ 3種類以上の抗精神病薬 ・ 4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬] の投薬を行った場合の [処方料 ・ 処方箋料] を適切に算定していない。 [F100] [F400]
 - ③ 薬剤料 [F200] について、2種類以上の内服薬を調剤した場合の診療報酬明細書への記載方法が誤っている。
 - ・具体的には、服薬時点が同時で、かつ服用回数も同じであるものを1剤とみなしていない。
 - ④ 外泊日の入院調剤料 [F000] を算定している。
 - ⑤ [院外処方箋の交付 ・ 薬剤管理指導] を行っている患者の調剤技術基本料 [F500] を算定している。
 - ⑥ 中心静脈栄養用植込型カテーテルからの注射について植込型カテーテルによる中心静脈

栄養注射 [G006] ではなく、中心静脈注射[G005]で算定している。

- ⑦ 無菌製剤処理料 [1 ・ 2] [G020]の対象患者に該当しない患者に対して、無菌製剤処理料 [1 ・ 2] を算定している。
- ⑧ 無菌製剤処理料1 [G020] について、閉鎖式接続器具を使用していないにもかかわらず、使用した場合の点数を算定している。
- ⑨ 被保険者が紛失した医薬品の再交付を行った場合、その薬剤の費用を算定している。
- ⑩

□7 リハビリテーション

- リハビリテーションについて、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
 - ・ [] について、算定可能日数を超えて算定している。
 - ・ [早期リハビリテーション加算 ・ 初期加算] について、誤った起算日に基づいて算定している。
 - ・算定単位数上限を超えて実施しているリハビリテーションについて、選定療養としていない。
 - ・はり師、きゅう師、所定の研修を修了していない柔道整復師等が運動器リハビリテーション料(Ⅲ) [H002] 【届】 のリハビリテーションを実施している。
 - ・介護リハビリテーション又は介護予防リハビリテーションとして行うべきものについて、疾患別リハビリテーションとして算定している。
 - ・介護リハビリテーションの利用を予定している患者について、リハビリテーション総合計画評価料1 [H003-2] を算定している。
 - ・リハビリテーション計画書の作成前に実施した疾患別リハビリテーションについて、[医師が自ら実施していない場合 ・ 実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示がない場合] に算定している。
 - ・

□8 精神科専門療法

- (1) 精神科専門療法について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
 - ・入院精神療法(Ⅱ) [I001] について、重度の精神障害者でないものに対して、入院から4週間を超えているにもかかわらず週2回算定している。
 - ・ [認知療法・認知行動療法 ・ 入院集団精神療法 ・ 通院集団精神療法] [I003-2] 【届】 [I005][I006] について、同一日に行った他の精神科専門療法と別に算定している。
 - ・
- (2) [通院・在宅精神療法 ・ 精神科継続外来支援・指導料] の算定に当たり、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げる要件を満たしていないにもかかわらず、所定点数の100分の100で算定している。[I002注6]・[I002-2注5]
 - ・1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、患者等に対して当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について [説明していない ・ 説明した内容及び患者等の受け止めについて診療録への記載がない] 。[F100]
 - ・1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、[服薬状況を患者等から聴取していない ・ 患者から聴取した服薬状況について診療録への記載がない] 。
 - ・療養担当規則において投薬期間に上限が設けられている薬剤 [14日上限の麻薬等 () ・ 30日上限の睡眠薬等 () ・ 90日上限の抗不安薬等 ()]

)] の投薬において、[服薬状況を患者から聴取していない ・ 患者から聴取した服薬状況について診療録への記載がない]。

□ 9 処置

□ 処置について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

- ・ 算定できない [点眼 ・ 洗眼 ・ 眼軟膏処置] [第2章第9部通則3] を創傷処置 [J000] として算定している。
- ・ 手術後14日以内ではない入院中の患者に対して、[創傷処置 ・ 熱傷処置 ・ 重度褥瘡処置] (100平方センチメートル未満) [J000] ・ [J001] ・ [J001-4] を算定している。
- ・ [創傷処置 ・ 術後創傷処置 ・ 皮膚科軟膏処置] [J000] ・ [J053] を実施した範囲と異なる点数で算定している。
- ・ 同一日に実施した [人工呼吸 ・ 喀痰吸引 ・ 超音波ネブライザー] [J045] ・ [J018] ・ [J115] をそれぞれ算定している。
- ・ 在宅自己導尿指導管理料 [C106] 又は在宅寝たきり患者処置指導管理料 [C109] を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む）について、膀胱洗浄 [J060] の費用を算定している。
- ・ 手術に伴って行った [処置 ・ 診断穿刺 ・ 検体採取] の費用を算定している。
- ・ 消炎鎮痛等処置 [J119]
 - ・ 「マッサージ等の手技による療法」について、
「あんま、マッサージ及び指圧による療法」に該当しないものについて算定している。
 - ・ 同一日にリハビリテーション料を算定しているにもかかわらず算定している。
 - ・ 鼻腔栄養 [J120] について、栄養処置に該当しないものについて算定している。
 - ・

□ 10 手術

□ (1) 手術料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

- ・ (医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び6号に係る施設基準を満たしている施設について) 一部の患者に対して、文書による説明がない。
- ・ 点数表にない特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む）の手術料について、事前に当局に内議することなく、点数表を準用して算定している。
 - ・ (例：)
- ・ 実際には [検査 ・ 処置] であるものについて、手術として算定している。
 - ・ (例：)
- ・ 短期滞在手術等基本料 [A400] の取扱いが不適切である。
- ・ 複数手術の算定方法に誤りがある。
 - ・ (例：)

□ (2) 輸血料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

- ・ 輸血管理料 [(I) ・ (II)] [K920-2] 【届】 について、不適切に算定している。
 - (例：)
- ・

□ 11 麻酔

□ 麻酔について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

- ・

□ 12 放射線治療

□ 放射線治療について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

- ・

□ 1 3 入院時食事療養費等

- 入院時食事療養費等について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
 - ・

□ 1 4 特定保険医療材料等

- (1) 特定保険医療材料として認められていない材料を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- (2) [実際には使用していない ・ 実際に使用した量を上回る数で] 特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- (3) 実際に使用した特定保険医療材料と異なる特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
 - ・
- (4) 算定要件を満たしていない特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。 [C300]
 - ・ 24時間以上体内に留置していない [胃管カテーテル ・ 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル ・]。
 - ・ 皮膚欠損用創傷被覆材を [2週間を超えて ・ 特に必要と認められないものに対して 3週間を超えて] 算定している。
 - ・ 皮膚欠損用創傷被覆材
 - ・ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料以外の在宅療養指導管理料を算定しているが、3週間を超えて算定が必要であるにもかかわらず、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由の記載がない。
 - ・ 在宅療養指導管理料を算定していないが、 [特に必要と認められないにもかかわらず2週間を超えて ・ 3週間を超えて] 算定している。
 - ・
- (5) 本来の使用目的とは異なった目的で使用した特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
 - ・ 血管造影法、心臓血管造影、心臓カテーテル法等を実施していない、血管造影用シースイントロドューサーセット
 - ・
- (6) 特定保険医療材料について次の不適切な算定例が認められたので改めること。
 - ・ 必要性の乏しい膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル [2管一般(Ⅲ) ・ 特定()]
 - ・
- (7) 医療ガスの [計算方法 ・ 算定方法] が誤っている例が認められたので改めること。
 - ・ 酸素について、外泊で院内に不在である日に算定している。
 - ・ 動力源として用いた窒素の費用を算定している。
 -
- (8) その他
 - ・

□ 1 5 保険外併用療養費（医薬品の治験以外）

- （1）特別療養環境室料の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 要件を満たしていない。
具体的には、[面積 ・ ベッド数（一室当たり・病院当たり）
・ 特別の療養環境として適切な設備 ・ プライバシー確保]
 - ② 患者からの同意書について、[取得していない ・ 入室前に取得していない]。
 - ③ 患者からの同意書について、不備がある。
((同意日 ・ 入院日 ・ 室料差額料金 ・ 申込者続柄) が 未記入 ・ 鉛筆書き ・ 同意書の金額と徴収した金額が相違 ・)
 - ④ 治療上の必要から特別療養環境室へ入院させた患者について室料を徴収している。
 - ⑤ [病床数 ・ 料金] を変更した場合の地方厚生（支）局長への報告がない。
 - ⑥
- （2）医療機器の治験の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 手術又は処置の前後 1 週間に行った検査、画像診断を算定している。
 - ② 診療報酬上評価されていない手術、処置を算定している。
 - ③ 包括点数から、当該治験に係る検査、画像診断の費用を差し引いていない。
 - ④ 患者に対するの説明と同意の実施が不適切である。
 - ⑤ 医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担が明確となっていない。
 - ⑥
- （3）医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 医薬品医療機器等法上の承認を取得後に薬価収載されているものについて、特別料金を徴収している。
 - ② 医薬品の主な情報を文書で提供していない。
 - ③ 特別料金等の内容を定め又は変更をしようとするときに、地方厚生(支)局長にその都度報告していない。
 - ④
- （4）先進医療の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 必要な届出を行わずに先進医療を実施している。
□・（例：)
 - ② 患者に対するの説明と同意の実施が不適切である。
□・文書による同意を取得していない。
□・料金の説明が含まれていない。
□・届出された実施者以外の者が説明を行っている。
□・
 - ③ 自費で請求すべき事項を保険請求している。
 - ④ 自費請求を明確にしない(請求書、領収証等)。
 - ⑤ 届出している医師以外の者が先進医療に相当する診療を実施する場合は、その費用負担及び請求について適正に取り扱うこと。
 - ⑥ 当該先進医療技術の患者適格基準に合致しない患者に対して先進医療を実施し、保険外併用療養費を算定している。
□・（例：)
 - ⑦
- （5）患者申出療養の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 患者に対しての説明と同意の実施が不適切である。
 - ・文書による同意を取得していない。
 - ・費用負担についての説明が含まれていない。
 - ・患者申出療法に係る同意書について、患者又は代諾者の直筆による署名が行われていない。
 - ・
- ② 自費で請求すべき事項を保険請求している。
- ③ 自費請求を明確にしていない(請求書、領収証等)。
- ④ 当該患者申出療養において設定された患者適格基準に合致しない患者に対して患者申出療養を実施し、保険外併用療養費を算定している。
 - ・(例：)
- ⑤

- (6) 次の不適切な請求例が認められたので改めること。
 - ・いわゆる混合診療が認められる。

16 一部負担金等

- (1) 一部負担金の受領について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
 - ① 受領すべき者から受領していない。(例：)
 - ② 計算方法に誤りがある。(例：)
 - ③ 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3面(保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号(1)の3)がない)。
 - ④ 未収の一部負担金に係る管理簿を作成していない。
 - ⑤ 未収の一部負担金に係る納入督促を行っていない。
 - ⑥
- (2) 領収証等の交付について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
 - ① 領収証の様式について、点数表の各部単位となっていない。
 - ② 領収証・明細書に消費税に関する文言がない。
 - ③ 一部負担金の発生しない患者(全額公費負担を除く)について、明細書を発行していない。

17 保険外負担等

- 保険外負担等について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
- (1) 実費徴収()に当たって患者、家族に十分な説明を行い、同意を得ていない。(徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書への署名、他の費用と区別した領収証の発行)
- (2) [所定の点数に含まれるもの ・ 保険請求が認められていないもの] について、患者から徴収している。(請求できない材料費等)
 - ・(例：)
- (3) 保険請求すべきものについて、患者から徴収している。(審査で査定されること(自動縫合器の数等)を前提に、患者に請求したもの等)
 - ・(例：)
- (4) 保険請求しているものについて、患者からも徴収している。
 - ・(例：)

- (5) 預り金を適正な手続きを経ずに徴収している。(患者側への十分な情報提供、同意の確認、内容・金額・精算方法等の明示等)
- (6) 療養の給付とは直接関係ないサービス又は物の徴収額が適切でない。(あいまいな名目での実費徴収:「お世話料」、「施設管理料」、「雑費」等)
 - (例:)
- (7) 療養の給付とは直接関係ないサービスとはいえないものについて患者から費用を徴収している。
 - (例:)
- (8) 薬剤の容器代の実費徴収が不適切である。

□ 1 8 掲 示 ・ 届 出 事 項 等

- (1) 掲示事項について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
 - 診療日、診療時間に関する事項の掲示がない。
 - 診療日、診療時間に関する事項の掲示が誤っている。
 - (例:)
 - 入院基本料(看護配置) に関する事項を当該病棟に掲示していない。
 - 入院基本料(看護配置) に関する事項の掲示が誤っている。
 - (例:)
 - 施設基準に関する事項を掲示していない。
 - (例:)
 - 施設基準に関する事項の掲示が誤っている。
 - (例: 既に辞退している施設基準を掲示している)
 - 保険外負担に関する事項を掲示していない。
 - (例:)
 - 保険外負担に関する事項の掲示が誤っている。
 - (例:)
 - 保険外併用療養費に関する事項を掲示していない。
 - (例: 特別療養環境室料 ・ 一般病床200床以上の病院の初診に係る特別料金 ・ 一般病床200床以上の病院の再診に係る特別料金)
 - 保険外併用療養費 () に関する事項の掲示について、療養の内容及び費用に関する記載がない。
 - 保険外併用療養費に関する事項の掲示が誤っている。
 - (例:)
 - 特別療養環境室料の掲示について、
[ベッド数 ・ 場所 ・ 料金] の記載がない。
 - 個人情報の取扱いについて、
「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を参考に掲示を行うこと。
 - 明細書の発行状況に関する事項を掲示していない。
 - 明細書の発行状況に関する事項の掲示が誤っている。

(例 :

)

- 明細書の発行状況に関する事項の掲示について、一部負担金等の支払いがない患者に関する記載がない。
- 明細書の発行状況に関する事項の掲示について、会計窓口で明細書の交付を希望しない場合の掲示がなく、患者の意向が確認できない。
- 栄養サポートチーム加算 [A233-2] 【届】について、算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていない。
- 患者サポート体制充実加算 [A234-3] 【届】について、当該保険医療機関内の見やすい場所に、[相談窓口が設置されている旨 ・ 患者等に対する支援のため実施している取組み] を掲示していない。
- 後発医薬品使用体制加算 [A243] 【届】について、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払い窓口の見やすい場所に掲示していない。
- 入退院支援加算 1 [A246] 【届】について、病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していない。
- 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料（ 1 ・ 2 ・ ） [A308] 【届】について、[回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 ・ 回復期リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数] を少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。
- ニコチン依存症管理料 [B001-3-2] 【届】について、禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していない。
- ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） [B005-4] 【届】 びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） [B005-5] の掲示について、共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。
- コンタクトレンズ検査料 [D282-3] について、当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の外来受付及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していない。
-

(2) 次の届出事項の変更が認められたので、速やかに [] 厚生（支）局 [] 事務所に届け出ること。

- [名称 ・ 代表者 ・ 管理者 ・ 診療科名 ・ 病床数 ・ 住所表示] の変更
- [診療時間 ・ 診療日 ・ 診療科] の変更
- 保険医の異動 [常勤 ・ 非常勤]
- 施設基準の届出をしている医師等の変更
神経学的検査、画像診断管理加算（1、2及び3）
麻酔管理料（Ⅰ）、リンパ浮腫複合的治療料、処置・手術の時間外加算 1
- 施設基準の届出に当たり使用する機器の変更
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト、長期脳波ビデオ同時記録検査 1、
脳波検査診断料 1、遠隔脳波診断、補聴器適合検査、遠隔画像診断、CT撮影及びMR I
撮影、CT透視下気管支鏡検査加算、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MR
I 撮影加算、乳房MR I 撮影加算、小児鎮静下MR I 撮影加算、頭部MRI撮影加算、乳腺
腫瘍画像ガイド下吸引術、無菌製剤処置料、心大血管疾患リハビリテーション、エタノール
の局所注入、歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、網膜付着組織を含む硝子体
切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメー

カー交換術（※他同種の様式、62、63、64、65の3）、体外衝撃波胆石破碎術、体外衝撃波膀胱石破碎術、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算（IGRT）、画像誘導密封小線源治療加算、呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、保険医療機関間の連携による病理診断、病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算、デジタル病理画像による病理診断

（3）次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ① 保険医療機関である旨の標示がない。
- ② オンライン資格確認を導入していない。
- ③

19 管理・請求事務等に係るその他の事項

- ・届出後に施設基準を満たさなくなった加算については、診療報酬を算定しないだけでなく、速やかに変更（辞退）の届出を行うこと。
- ・請求事務について、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。

□V 包括評価に係る事項

□1 診断群分類及び傷病名

□ (1) 実態としては包括評価の対象外と考えられる患者について、包括化して算定している次の不適切な例が認められたので改めること。

- ・ [入院後24時間以内の死亡患者 ・ 生後7日以内に死亡した新生児]
- ・ [評価療養 [先進医療 ・ 治験 ・ []] の対象患者 ・ 患者申出療養の対象患者]
- ・ [臓器移植患者 ・ 急性期以外の特定入院料の算定対象患者 ・ その他厚生労働大臣が定める者]

□ (2) 実態としては包括評価の対象と考えられる患者について出来高で算定している。

- ・
- ・

□ (3) 妥当と考えられる診断群分類番号と異なる診断群分類番号で算定している次の不適切な例が認められたので改めること。

□① 「医療資源を最も投入した傷病名」(ICD-10傷病名)の選択が医学的に妥当ではない。

- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・

□② 「医療資源を最も投入した傷病名」(ICD-10傷病名)が実際に医療資源を最も投入した傷病名とは異なる。

ア 原疾患が判明しているにもかかわらず、相応の理由なく、入院時併存傷病名や入院後発症傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」(ICD-10傷病名)として選択している。

- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・

イ 「医療資源を最も投入した傷病名」(ICD-10傷病名)として、医療資源を2番目に投入した傷病名を選択している。

- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・

ウ その他の例

- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択
- ・実際には「 」であるところ「 」を選択

□③ 年齢、JCS (Japan Coma Scale)、体重等が実際と異なる。

- ・
- ・

④ 手術を行ったものについて

- ・
- ・

⑤ 実際には行っていない（又は実際に行われたものと異なる）

[「手術・処置等1」 ・ 「手術・処置等2」] を行ったものとして包括評価している。

- ・
- ・

⑥ 実際には [「手術・処置等1」 ・ 「手術・処置等2」] を行っているものについて、行っていないものとして包括評価している。

- ・
- ・

⑦ 実際には「副傷病なし」とすべきものを「副傷病あり」として分類している。

・ [疑いの傷病名 ・ 診断の根拠なく付与した傷病名] をもって、「副傷病あり」としている。

- ・
- ・

⑧ 実際には「副傷病あり(定義告示で定義された疾病)」とすべきものを「副傷病なし」として分類している。

- ・

⑨ 「重症度等」が実際と異なる。

- ・

⑩

(4) 次の不適切に付与された傷病名の例が認められたので改めること。

- ・ 診療録に記載のない ICD-10傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」として記載している。
- ・ 主治医に確認することなく、事務部門(診療録管理部門)が「医療資源を最も投入した傷病名」を付与している。
- ・ 病変の部位や性状が判明しているものについて、「部位不明・性状不詳又は不明・詳細不明」等の ICD-10傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」として記載している。
- ・

(5) その他

- ・

2 包括評価用診療報酬明細書

包括評価用診療報酬明細書の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

(1) 「副傷病名」欄について

- ・
- ・

(2) 「転帰」の選択が不適切である。

- ・誤って「その他」を選択している。
- ・検査入院であるものについて、「不変」を選択すべきところ「その他」を選択している。
- ・「死亡」を選択すべきところ「外死亡」を選択している。

(3) 「傷病情報」欄について、記載が不適切である。

- ・DPC支援システムについて、直接傷病名の入力が行える仕様となっているため、医療情報システムの傷病名欄と齟齬を生じている。DPC支援システムへの傷病名の入力は、必ず医療情報システム本体の傷病名欄に記載している傷病名から選択すること。
- ・[「主傷病名」 ・ 「入院の契機となった傷病名」 ・ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」] の記載について
 - ・
 - ・
- ・[「入院時併存傷病名」 ・ 「入院後発症傷病名」] について、4つを超えて記載している。
- ・[診療録 ・ 出来高の診療報酬明細書] に記載した傷病名で、[「入院時併存傷病名」 ・ 「入院後発症傷病名」] に相当する傷病名があるにもかかわらず、欄の [全て ・ 一部] が空欄となっている。
- ・「入院時併存傷病名」と「入院後発症傷病名」について、正しい区分に記載していない。
- ・

(4) その他

- ・「入退院情報」欄について、予定入院・緊急入院の選択が誤っている。
- ・「診療関連情報」欄について
 - ・必要な情報である [出生時体重 ・ JCS ・ 「手術・処置」の [区分 ・ 名称 ・ 実施日 ・]] についての記載がない。
 - ・
- ・同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合に作成した総括表に必要事項の記載がない。
- ・

□3 包括評価に関わるその他の事項

(1) 医療機関別係数について、理解が誤っているので改めること。

- ・ [] が不適切である。

(2) 包括範囲について、理解が誤っている次の例が認められたので改めること。

- ・包括期間中に処方した薬剤の残薬について、特に定められた場合ではないにもかかわらず残薬に相当する処方を中止せずに退院時処方として出来高で算定している。
- ・手術に当たって使用した薬剤以外の薬剤を [手術 ・ 麻酔] の項で出来高で算定している。
- ・術後疼痛に対して、術後に使用した薬剤を手術薬剤として出来高で算定している。
 - ・ () (症例番号)
 - ・ () (症例番号)
 - ・ () (症例番号)
- ・術後疼痛に対する注射を実施するために使用した特定保険医療材料 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ [標準型 ・ PCA型] 及び 薬剤 [] を出来高で算定している。
- ・ [術前 ・ 検査前] に行った [グリセリン浣腸 ・] を出来高で算定している。
- ・転院であるものについて、退院時処方を算定している。

・

- (3) 適切なコーディングに関する委員会について、
次の不適切な事項が認められたので改めること。
 - ・コーディング委員会が、適切な診断を含めた診断群分類の決定を行う体制を確保することを目的として設置されていない。
 - ・委員会が、診療報酬の多寡に関する議論を行う場となっている。
 - ・〔 診療部門に所属する医師 ・ 薬剤部門に所属する薬剤師 ・ 診療録管理部門又は請求事務部門に所属する診療記録管理者 〕が構成員に含まれていない。
 - ・実症例を扱う際に、当該症例に携わった医師等の参加を求めている。
 - ・年4回以上開催されていない。
 - ・

- (4) 包括評価に係るその他の事項
 - ・DPCに関する事項の院内掲示がない。
 - ・同一の疾病に対する検査・治療を目的とする7日以内の再入院について、一連の入院とみなして取扱っていない。
 - (例：)
 - ・同一の疾病に対する検査・治療を目的とする7日以内の再入院に当たり、入院中1回のみ算定が可能とされている加算等を、再度出来高で算定している。
 - ・ (例：)
 - ・包括評価を行っている入院患者の他院受診時の取扱いが不適切である。
 - ・ (例：)
 - ・特別な理由がないにもかかわらず、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとしてあらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用している。
 - ・やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用しているにもかかわらず、当該特別な理由について診療録への記載がない。
 - ・

VI その他特記事項

.

.

.