

I 診療に係る事項

1 診療録

- ◎ 診療録は患者の病状経過等を記録しておく重要なものであり、診療報酬請求の根拠となることを十分に認識し、保険診療に関する必要事項（症状、経過など）は、遅滞なく正確に記載するとともに内容の充実に努めること。
- ◎ 保険医は「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等の諸規則を十分に理解し、適正な保険診療に努めること。

診療録の記載内容

- 診療録第1面の記載事項（主訴、傷病名、歯式、口腔内所見、開始、終了、転帰等）は的確に記載すること。
 - ・ 慢性歯周炎を傷病名欄に記載する際は、歯周炎の進行の度数を省略することなく記載すること。（P₁、P₂、P₃と分けて部位ごと記載すること。）
 - ・ う蝕症を傷病名欄に記載する際は、う蝕の度数を省略することなく記載すること。（C₁、C₂、C₃と分けて部位ごと記載すること。）
- 診療録第2面の記載内容（症状、所見、処置内容、指導内容、検査結果、治療方針、印象材料、補綴物名、使用金属等）の充実に努めること。
- 診療録の記載は、診療行為の手順に沿って正確にもれなく記載すること。
- 診療録の不適切な記載（鉛筆による記載、行間を空けた記載、欄外への記載、療法・処置記載欄への複数行の記載、判読困難な記載、独自の略称の使用、ぬりつぶし・修正液・上書きによる訂正、斜線による訂正、切り貼りによる追加）を行わないこと。
- 患者へ文書を交付することが算定要件となっている項目について、文書の写しを診療録に添付すること。
- 同一患者を複数の歯科医師が担当する場合には、責任の所在を明確にするために診療の都度、診療録に署名・押印等を行うこと。
- OA機器にて診療録を作成する場合は、診療の都度診療内容を確認し、署名（記名押印）を行うこと。（「診療録等の電子媒体による保存について」（平成11年4月22日付け健政発第517号・医薬発第587号・保険発第82号厚生省健康政策局長、医薬安全局長、保険局長通知）に該当する、いわゆる電子カルテを除く。）

2 基本診療料等

- 歯科初診料は、健康診断の結果に基づく時には算定できないので改めると。
- 再診相当であるものについて、初診料で算定している例が認められたので改

めること。

- 歯科診療特別対応加算に係る診療録記載（その治療の困難状況）が不十分な例が認められたので改めること。

3 医学管理

- ◎ 医学管理について、保険請求の根拠となるべき具体的記述や、必要事項（管理内容等）の記載が充実していない例が認められたので改めること。

また、患者への文書提供が算定要件となっているものについては、患者への文書提供を行うとともに診療録へその写しを添付すること。

歯科疾患管理料

- ◎ 歯科疾患管理について、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を充実させること。また、患者又はその家族の同意を得た上、一口腔単位で各種検査による総合的な管理計画書を作成し、十分な説明をした上で提供するよう、管理計画書の記載内容の充実を図ること。

- 歯科疾患管理料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 診療録に管理内容の要点記載がない
 - ・ 患者に提供する文書が所定の様式に準じていない
 - ・ 管理計画書の作成、文書提供が行われていない
 - ・ 管理計画書の写しが診療録に添付されていない
 - ・ 2回目以降の継続管理計画書が必要な時期（3月以内）に提供されていない

歯科衛生実地指導料

- 歯科衛生実地指導料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。

- ・ 患者に提供した文書の記載内容（指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の署名）が不十分
- ・ 歯科衛生士に対する歯科医師の指示内容等の要点が診療録に記載されていない
- ・ 実施時刻の開始及び終了時刻が画一的
- ・ 歯科衛生士業務記録簿の記載内容が乏しい
- ・ 患者に提供した文書の写しが歯科衛生士業務記録簿に添付されていない
- ・ 歯科衛生士業務記録簿を保存していない
- ・ 歯科衛生士業務記録簿を作成していない

薬剤情報提供料

- 薬剤情報提供料の算定において、患者への提供文書（処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報が記載されたもの）に相互作用の記載を行うこと。

義歯管理料

- ◎ 義歯管理については、義歯の特性を理解し、生体との調和、有床義歯による口腔機能の回復・維持に向けた総合的な指導内容の要件を診療録に記載するよう充実を図ること。
- ◎ 義歯管理料の算定においては、患者に対して実施した検査の結果、調整箇所及び調整内容、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載すること。
- 義歯管理料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 診療録に当該管理の要点記載がない
 - ・ 新製有床義歯管理料の患者提供文書の内容において、有床義歯の取扱い、保存、清掃方法等についての指導内容の記載が画一的
 - ・ 有床義歯管理料について、装着月から3ヶ月を超えて算定している
 - ・ 有床義歯床下粘膜調整処置の実施期間中に算定している

4 在宅医療

- ◎ 歯科訪問診療を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」（平成16年日本歯科医学会）を参考に適切に行うこと。
- 訪問診療を行った場合の診療録の記載事項（訪問日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名、患者の状態、通院困難な理由、訪問診療の計画）に不備な点が認められたので改めること。

歯科訪問診療料

- 歯科訪問診療料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 患者の求めに応じた歯科訪問診療である旨を診療録に記載していない
 - ・ 患者の通院困難な理由を診療録に記載していない
 - ・ 実態どおりの診療時間を診療録に記載していない
 - ・ 患者の症状に基づいた訪問診療の計画を定めていない
 - ・ 訪問診療の計画を診療録に記載していない
 - ・ 著しく歯科診療が困難な者以外に歯科診療特別対応加算を算定している

訪問歯科衛生指導料

- 訪問歯科衛生指導料の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 患者への提供する文書が作成されていない
 - ・ 歯科衛生士等に対する歯科医師の指示内容が診療録に記載されていない
 - ・ 単なる日常的口腔清掃等のケアを行ったものに対して算定している
 - ・ 算定した時間が重複している
 - ・ 歯科衛生士業務記録簿が作成されていない

5 検査

- ◎ 検査の実施にあたっては、その検査結果を診療録へ記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付すること。また、個々の患者の状態に応じて必要な項目を選択し、段階を踏んで必要最少の回数で実施し、結果は適宜評価し治療に反映させ、治癒の判断及び治療計画の修正等を的確に行うこと。
- 下記の検査を算定するにあたり、診療録に検査結果の記載が不十分なものが認められたので改めること。
 - ・ 電氣的根管長測定検査
 - ・ 細菌簡易培養検査
 - ・ スタディモデルを用いた検査
- 2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治療の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施するものであるもので、検査時期・検査結果等を十分に考慮し、的確な診断、治療を行うこと。
- 歯周基本検査の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 算定要件を満たさない歯周基本検査（歯周ポケット測定、歯の動揺度検査）
 - ・ 前回の検査までの間隔が短期間であり、治療等の効果・検査結果等の評価が不十分な歯周基本検査
- 歯周精密検査の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 算定要件を満たさない歯周精密検査（4点法による歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度検査及びプラークチャート）
- 混合歯列期歯周病検査において、検査結果の記載が不備なものが認められたので改めること。
- 平行測定の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 計測方法、計測結果が診療録に記載されていない
 - ・ 模型を製作していない

- ・ 模型が整理保管されていない
- ・ 模型を紛失している
- 顎運動関連検査について適切な検査を行い、測定結果について診療録に記載すること。
 - ・ 下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法、チェックバイト検査、
- 口腔外科関連検査の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 一律に行われている術前のセット検査
 - ・ 臨床所見等から判断して必要性に乏しい検査

6 画像診断

- ◎ 画像診断を算定する場合は、診療録への所見記載を充実させること。また、エックス線写真は適切に整理保管すること。
- エックス線撮影の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 不鮮明なもの、治療に必要な部位が撮影されていない
 なお、このような場合には、医療機関の責任で再撮影して治療の適正を期すること。
 - ・ 傾向的に実施されており、必要性に応じて的確に実施されていない

7 投薬

- ◎ 投薬に当たっては、その必要性を十分に考慮した上で、適応、用法、用量等の薬事法上の承認事項を厳守して使用すること。また、治療効果判定を行い、漫然と投与することのないよう留意すること。

また、処置内容、症状、経過からみて、必要性が判然としない（傾向的、画一的、過剰）投薬は行わないこと。患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認してから投薬すること。
- 投薬の算定において、診療録に投薬の服用方法の記載がないものがみられたので、改めること。

8 処置

- ◎ 処置にあたっては、その妥当性や必要性を十分に考慮し、所見を診療録に記載すること。
- 咬合調整をするにあたり、臨床所見、検査結果等から判断して必要性の認められないものに対し算定していたので改めること。
- う蝕処置の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 支台築造時に算定している

- ・ 使用した保険医療材料名の記載がない
- 感染根管処置の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 実際の根管数とは異なる根管数を算定している
 - ・ 根尖孔まで充填が気密に行われていない加圧根管充填加算
 - ・ 根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認していない加圧根管充填加算
- 歯周疾患処置の算定において、使用薬剤名及び使用量についての診療録への記載がないものが認められたので改めること。
- 歯周基本治療の後に治療効果を評価をせず、短期間にSRPを行っていたので改めること。
- 歯周基本治療と併行して行った歯冠修復又は欠損補綴が認められたので、診断と処置の流れを再考すると共に、計画的に診療を行うこと。
- 暫間固定（簡単なもの）の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合に装着の費用及び装着料を算定している
 - ・ 診療録に実施方法等が記載されていない
- 除去について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 除去の理由・補綴物の切断部位が診療録に記載されていない
 - ・ 根管ポストを有する鑄造体の状況が診療録に書かれていない
 - ・ 根管ポストを有する鑄造体の除去について、歯根の長さの3分の1以上の長さが無いものに対し算定
- 有床義歯床下粘膜調整処置の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 床裏装や再製が必要とされる場合以外に算定している
 - ・ 実施内容等が診療録に記載されていない
- 機械的歯面清掃処置について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 診療録に器具・研磨剤の記載がない
 - ・ 歯科衛生士に対する歯科医師の指示内容が診療録に記載されていない
 - ・ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の氏名が診療録に記載されていない

9 手術

- ◎ 手術における術式、所見、症状経過、予後等の診療録記載の充実を図ること。
- 同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行った場合は、主たる手術の所定点数により算定すること。
- 抜歯手術の算定において、不適切な例が認められたので改めること。

- ・ 埋伏歯抜歯について、骨性の完全埋伏歯又歯冠部が3分の2以上の骨性埋伏である水平埋伏智歯に該当しない埋伏歯を算定している
- ・ 保存不可能と判断した根拠、抜歯に至った経緯等が診療録に記載されていない
- 口腔内消炎手術（歯肉膿瘍、骨膜下膿瘍など）を実施した場合の算定において、部位、症状、術式、切開線の長さに関する診療録の記載が不備である例が認められたので改めること。
- 歯周外科手術（新付着手術、歯肉剥離搔爬手術等）における手術所見、手術内容、予後等に係る診療録記載は的確に行うこと。
- 検査結果、臨床所見等から判断して歯周外科手術の妥当性を確認すること。

10 麻 酔

- ◎ 伝達麻酔及び浸潤麻酔を行う場合は、臨床症状等から判断して適切に行うこと。
- 麻酔の算定について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 薬剤名、使用量等に関して診療録に記載されていない
 - ・ 誤った算定や適用外の薬剤の使用

11 歯周治療

- ◎ 「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参照し、歯科医学的に妥当適切な歯周治療を行うこと。
- ◎ 歯周病に係る症状、所見等の診療録記載を充実させ、診断根拠や治療方針を明確にすること。
- 歯周疾患患者に歯周病検査、歯周基本治療を行ってから補綴治療を行うこと。必要があつて補綴治療を先行したり、並行する場合には、その根拠を診療録に記載し、歯科医学的に適切に行うこと。
- 治癒の判断、治療計画の修正等を的確に行うこと。
- 歯周治療において、必要に応じて歯周精密検査を実施すること。

12 歯冠修復及び欠損補綴

- ◎ 「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に基づきブリッジの設計をすること。
- ◎ 補綴時診断料の算定要件は、製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載することとなっているので留意すること。
- クラウン・ブリッジ維持管理料の算定にあたり、不適切な例が認められたの

で改めること。

- ・ 患者へ文書を交付していない
- ・ 患者へ提供した文書の内容（保険医療機関名、開設者名、装着日、維持管理料の趣旨、補綴部位等の記載）が記載されていない
- ・ 患者へ文書を提供していない
- ・ 提供した文書の写しが診療録に添付されていない
- 有床義歯修理の算定において、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 有床義歯修理で算定すべきところを有床義歯床裏装で算定している
 - ・ 破折部位、修理内容等が診療録に記載されていない
- 歯科技工指示書について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 必要事項（設計、製作方法、使用材料、発行した歯科医師の住所及び氏名、技工所名、発行年月日）が記載されていない
 - ・ 補綴物の設計並びに患者の総合的な情報が網羅されていない
 - ・ 歯科技工指示書に対する歯科技工納品書が一致しない
- 歯科技工納品書に患者氏名、部位の記載がないので、歯科技工所に記載するよう指示を行うこと。また、納品書に記載のある納品日と実際の納品日が相違している例が見られたので、納品の際は十分に確認すること。

1.3 歯科矯正

- ◎ 歯科矯正診断料・顎口腔機能診断料及び歯科矯正管理料の算定要件は、患者に対し文書により必要な情報を提供することとなっているので留意すること。
また、症状及び所見・口腔領域の症状及び療法名・指導計画・指導内容・患者説明に用いた資料の種類及び内容の診療録の記載の充実を図ること。

1.4 保険外診療

- 保険診療から保険外診療（自費）に移行した場合には、その旨を診療録に記載すること。
- 保険外診療に係る診療録は、保険診療用とは別に作成すること。

Ⅱ 事務的取扱いに係る事項等

1 5 事務的取扱いに係る事項

- ◎ 診療録とレセプトの間（診療内容、部位、病名、所定点数、合計点数）に不一致がみられたので、管理者及び保険医は、照合・確認を十分に行うこと。
- 診療録や帳簿、伝票等の関係書類については、所定の期間保存しておくこと。
- 歯科技工指示書や歯科衛生士業務記録簿の整理保管に留意すること。
- 診療報酬支払基金等からの返戻、増減点連絡書は内容を十分に検討し、以後の診療や保険請求に反映させるなどの活用を図ること。
- 届出事項の変更届について、適切に行っていない例が認められたので改めること。事項に変更があった場合には、速やかに関東信越厚生局各事務所に届出事項の変更届を提出すること。
 - ・ 保険医等の異動（常勤及び非常勤）
 - ・ 標榜診療科名、診療日及び診療時間の変更
- 厚生労働大臣が定める掲示事項（施設基準の届出事項、明細書発行の有無、明細書発行の手続き・費用徴収の有無・費用徴収を行う場合の金額、保険外負担に関する事項、保険外併用療養費に関する事項）について、適切に行うこと。
- 院内掲示について、適切に行っていない例が認められたので改めること。
 - ・ 届出事項（クラウン・ブリッジ維持管理料等）
 - ・ 保険外併用療養費（金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要事項等）
- 一部負担金の日計表への記載が誤っている例がみられたので、正確に記載すること。また、未収金についても経過がわかるように記載すること。
- 一部負担金の取扱いにおいて、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 徴収すべき者から徴収していない
 - ・ 計算方法の間違い
- 領収書の発行について、不適切な例が認められたので改めること。
 - ・ 個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を交付していない
 - ・ 正当な理由がないにもかかわらず領収書の交付がされていない

岡山大学病院における特定共同指導後のシステム改善事例

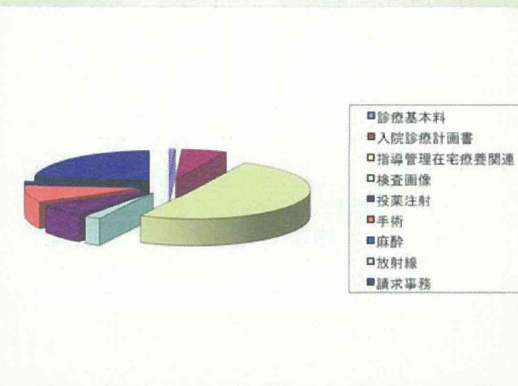
特定共同指導 指導内容

- **総論的事項**
 - 算定要件の理解不足による誤請求
 - 診療録の記載
 - 傷病名の未整理
 - 指導管理料等の算定要件未充足
 - 検査・画像・薬品の過剰
 - 電子カルテシステムの運用における不備
- **診療に関わる事項 (診療録 傷病名 基本診療料、指導管理料など)**
 - 保険、保険外診療録の区別
 - 電子カルテ (目的の書類が直ちに検索できない、紹介状の作成日の不備、権限の管理不足)
 - 傷病名整理の不備 類似病名の存在 レセプト病名の存在
 - 算定要件を満たさない請求 (各種の指導管理加算 呼吸心拍監視加算など)
 - 投薬注射における適応外使用 (禁忌投与 漫然投与を含む)
 - 検査
 - 手術 (先進医療未申請の振り替え請求など)
 - 麻酔 (加算の算定要件未充足)
- **看護 食事など**
 - 特別食加算 (指示は医師のみ)
- **請求事務など**
 - 解釈違いによる誤請求 施設基準届けの不備

特定共同指導 指導内容

- **診療録記載**
 - 診察の記載無く、再診料算定
 - 薬のみで再診料算定
- **基本診療料**
 - 入院診療計画書の作成不備
 - 臨床研修病院診療加算の算定要件不備
- **指導管理、在宅療養**
 - 指導内容の記載不備 (悪性腫瘍特異物質治療管理、(特定)薬剤治療管理、薬剤情報提供、在宅自己注射管理、在宅酸素療法管理)
- **投薬・注射**
 - 禁忌、適応外、過量投与、長期漫然投与、不適切投与
- **請求事務処理関連**
- **病名整理の不備**

特定共同指導 返還 — 概算項目別割合 —



特定共同指導指摘事項改善のための 電子カルテシステム運用変更

－ 入院診療計画書 －

入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、文書により病名、症状、治療計画、検査内容および日程、手術内容および日程、推定される入院期間等について、入院7日以内に説明をおこなう。

- ▶ 入院7日以内に患者に対して説明を行う。
- ▶ 作成にあたっては医療スタッフ間相互で検討。
- ▶ 説明に用いた文章は患者に交付するとともにその写しを診療録に貼付。
- ▶ 入院計画書が策定され、説明がおこなわれていない場合は入院基本料(特定機能病院1555点/日)等の減額。

特定共同指導指摘事項改善のための 電子カルテシステム運用変更

－ 入院診療計画書 －

The screenshot shows a web-based form for creating an admission treatment plan. It includes fields for patient information, admission date, and various medical details. A red circle highlights a field in the 'Diagnosis' section, likely related to the ICD10 code issue mentioned in the adjacent slide.

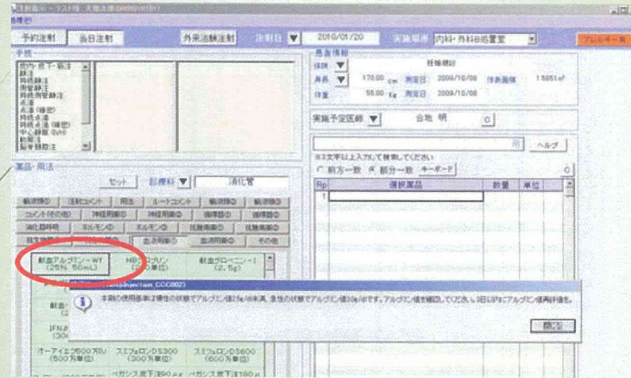
提供/依頼	申請日時	入院日時(予定)	記入状態	指示医	病棟	診療科	氏名	フリガナ	性別
1 本提供		2006/11/30	記入済	佐野 保二	CCU	心臓血管外科			男
2 本提供	2006/12/02 18:20:06	2006/12/02	記入済	岡部 博寛	南15F	整形外科			男
3 本提供	2006/12/01	記入中	河本 博文	南16F	消化器内科			女	
4 提供	2006/12/06 18:20:06	2006/12/01	記入済	河本 博文	南16F	消化器内科		女	
5 本提供		2006/12/02	記入中	本郷 洋司	南14F	補綴科		女	
6 提供	2006/11/30 17:20:06	2006/11/30	記入済	野口 純一	北4F	産科		女	
7 提供	2006/12/02 18:20:06	2006/12/01	記入済	中西 一夫	南15F	呼吸器内科		男	
8 本提供		2006/12/01	記入中	東江 基	西4F	呼吸器外科		男	
9 提供	2006/12/01 18:20:06	2006/12/01	記入済	佐野 由文	西4F	呼吸器外科		男	
10 本提供		2006/12/01	記入済	青江 英	西4F	呼吸器外科		男	
11 提供	2006/12/02 12:20:06	2006/12/02	記入済	山形 善弘	南17F	リウマチ科		男	
12 本提供		2006/11/30	記入中	三宅 康広	南16F	消化器内科		男	
13 提供	2006/11/30 18:20:06	2006/11/30	記入済	浜崎 謙治	北5F	皮膚科		男	
14 本提供		2006/11/30	記入中	増山 寿	南14F	婦人科		女	
15 本提供	2006/11/30 14:20:06	2006/11/30	記入済	野村 太	西5F	呼吸器内科		男	
16 本提供		2006/11/30	記入中	氏家 寛	南11F	精神科神経科		男	
17 本提供		2006/11/30	記入中	奥野 裕	西5F	肝臓外科		女	
18 本提供	2006/12/01	2006/12/01	記入済	宇治 勉	北2F	眼科		男	
19 本提供		2006/12/01	記入中	榎寛 博史	南15F	泌尿器科		男	
20 本提供		2006/12/01	記入中	四方 委史	南17F	糖尿病・内分泌科		男	
21 提供	2006/12/06 18:20:06	2006/12/06	記入済	伊達 勲	西6F	脳神経外科		男	
22 提供	2006/12/06 13:20:06	2006/12/06	記入済	伊達 勲	西6F	脳神経外科		女	
23 提供	2006/12/06 13:20:06	2006/12/06	記入済	伊達 勲	西6F	脳神経外科		女	
24 本提供		2006/12/06	記入中	伊達 勲	西6F	脳神経外科		女	
25 提供	2006/12/01 17:20:06	2006/12/01	記入済	生口 茂高	南15F	放射線科		男	
26 提供	2006/12/01 15:20:06	2006/12/01	記入済	岩本 寛太	南15F	泌尿器科		男	
27 提供	2006/12/01 17:20:06	2006/12/01	記入済	石ノ 文	北2F	眼科		女	

特定共同指導指摘事項改善のための 電子カルテシステム運用変更

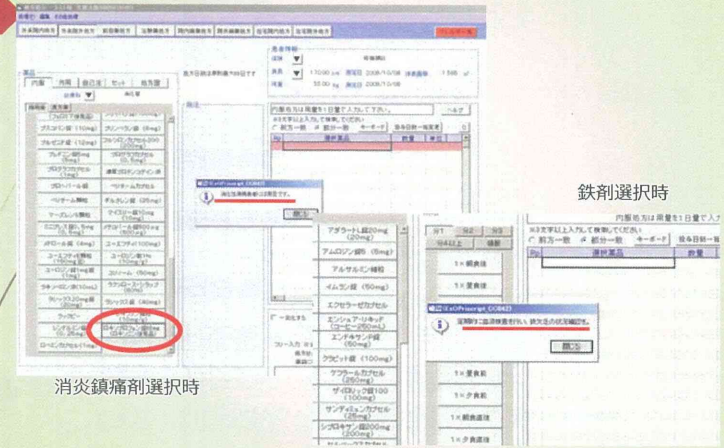
－ 病名整理 －

- ▶ **ICD10コードを持たない病名**
 - － 特定共同指導前に中止
- ▶ **疑い病名**
 - 1ヶ月で中止
- ▶ **急性病名**
 - 急性肺炎、急性胃炎等及び接頭語の“急性”付加病名に関し、2ヶ月で中止
 - 急性白血病等はのぞく。
- ▶ **同類病名**
 - 胃癌 (C169)が先に入力されている状況で噴門胃癌 (C162)を登録しようとしたときwarning
- ▶ **不要になった病名の転帰をつけること**
- ▶ **保険 (レセプト) 病名をつけなければならない診療行為は慎むこと**

注射におけるワーニング設定



処方におけるワーニング設定



最も重要な点：

指導管理料加算用の記録

- 加算項目の多くはカルテに結果や指導内容の記録が算定要件になっている。

記録のないものは指導管理した根拠がないため算定できない。

医科点数表の解釈 (カルテ記載および添付項目)

項目	点数	項目	点数	項目	点数
1. 初診	300	10. 処方箋の作成	10	19. 処方箋の添付	10
2. 再診	150	11. 処方箋の訂正	10	20. 処方箋の回収	10
3. 緊急処置	300	12. 処方箋の廃棄	10	21. 処方箋の保管	10
4. 検査	100	13. 処方箋の提出	10	22. 処方箋の提出	10
5. 検査結果の報告	100	14. 処方箋の提出	10	23. 処方箋の提出	10
6. 検査結果の報告	100	15. 処方箋の提出	10	24. 処方箋の提出	10
7. 検査結果の報告	100	16. 処方箋の提出	10	25. 処方箋の提出	10
8. 検査結果の報告	100	17. 処方箋の提出	10	26. 処方箋の提出	10
9. 検査結果の報告	100	18. 処方箋の提出	10	27. 処方箋の提出	10

某有名 医事事務請求HPから

<http://iryoujimu1.com/iryoujimukouza2-2.html>

悪性腫瘍特異物質治療管理料について

悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断された患者について腫瘍マーカー検査を実施、計画的な治療管理を行った場合に、月一回算定されます。

1回目の算定月に1回目算定が算定できず、前月に腫瘍マーカー検査を実施している場合は初回算定が算定出来ません。

なお悪性腫瘍特異物質治療管理料には、検査に係る費用が含まれているので、採血料も別荘は行いません！
それ故に「他の血液検査を同時に行っている」です！

よくあるのが「悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する検査(腫瘍マーカー検査)と同日に採血血液一般等の検査を行う場合」です。
腫瘍マーカー検査と同時に、血液検査を同時に行った場合も、採血料は悪性腫瘍特異物質治療管理料の検査に係る費用に含まれる」とされ、別に算定することはできません。(判断料は算定可能)
同一月でも、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する日以外であれば(つまり検査日が別)、採血料は算定できます。

また、悪性腫瘍特異物質治療管理料は、検査実施費用および生化学II判断料が含まれています。しかし、腫瘍マーカー以外の生化学IIの検査を行った場合は、生化学IIの判断料を算定することができます。

ところが実際は

区分	B001-3 悪性腫瘍特異物質治療管理料
イ	測定方法が一般的なもの 220点
ロ	測定方法が精密なもの (1) 1項目の場合 360点 (2) 2項目以上の場合 400点

注1 イについては、悪性腫瘍の患者に於いて、α-フetoプロテイン(AFP)、癌胚腫瘍性抗原(CEA)及び癌中BTAに係る検査のうち1又は以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回(原則1回)の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

注2 ロについては、悪性腫瘍の患者に於いて、区分番号D009(※)の悪性腫瘍マーカーに該当する検査を除く(注1)に規定する検査を除く。当該検査のうち1又は以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回(原則1回)の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

注3 「D009」腫瘍マーカーの「3」の癌中BTAは、腫瘍マーカーである前に確定診断された患者に於いて、最終診断の更新のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

注4 「D009」腫瘍マーカーの「8」の癌中NMP22は、

悪性腫瘍特異物質治療管理料について
(1) 悪性腫瘍であると既に確定診断された患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回(原則1回)に算定する。

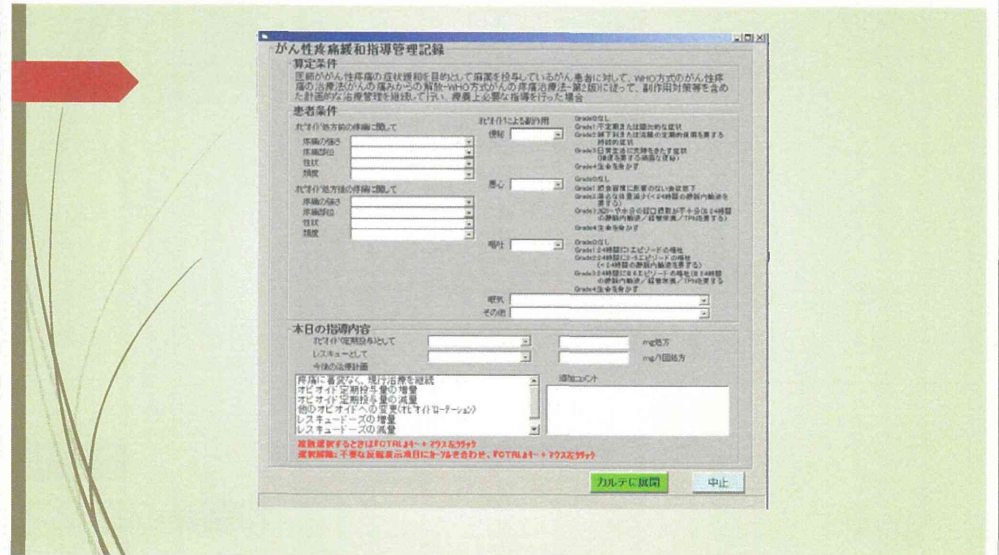
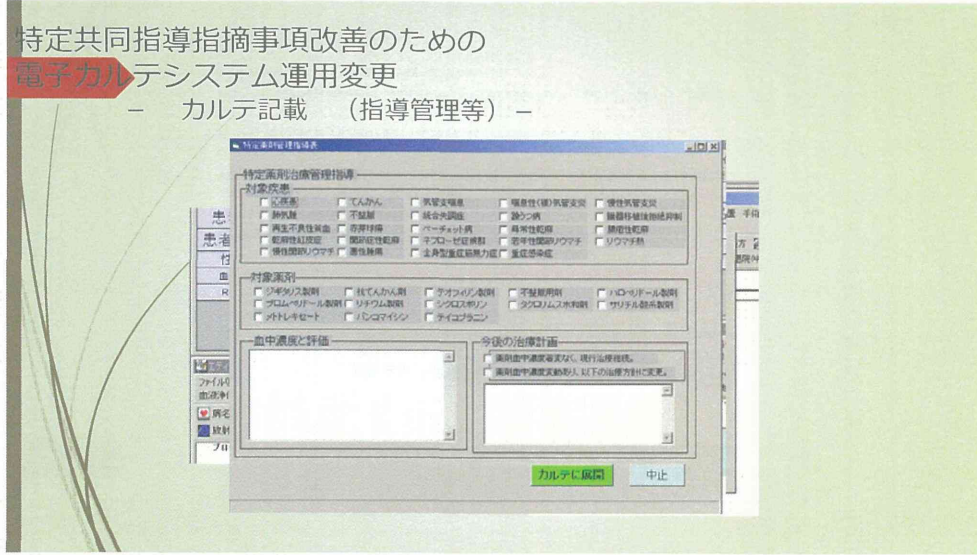
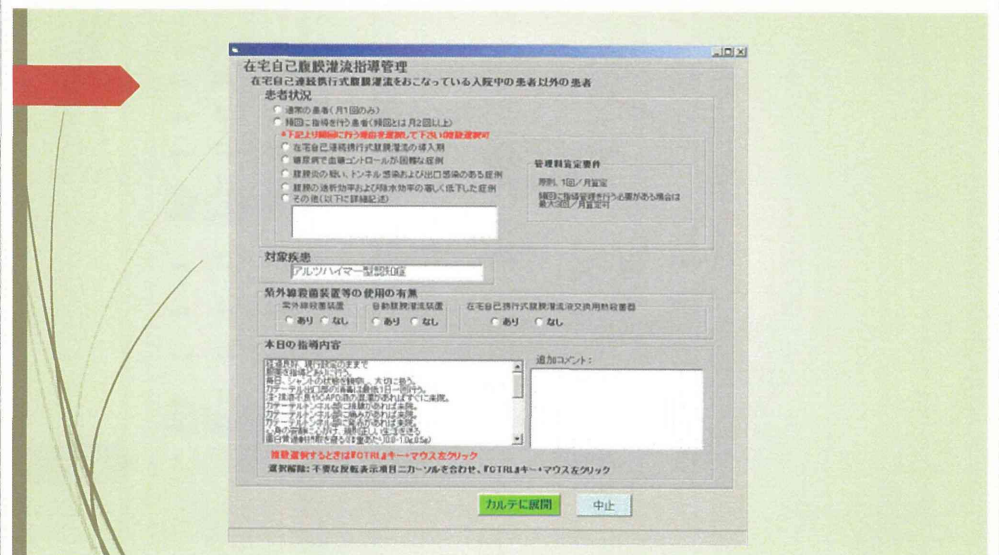
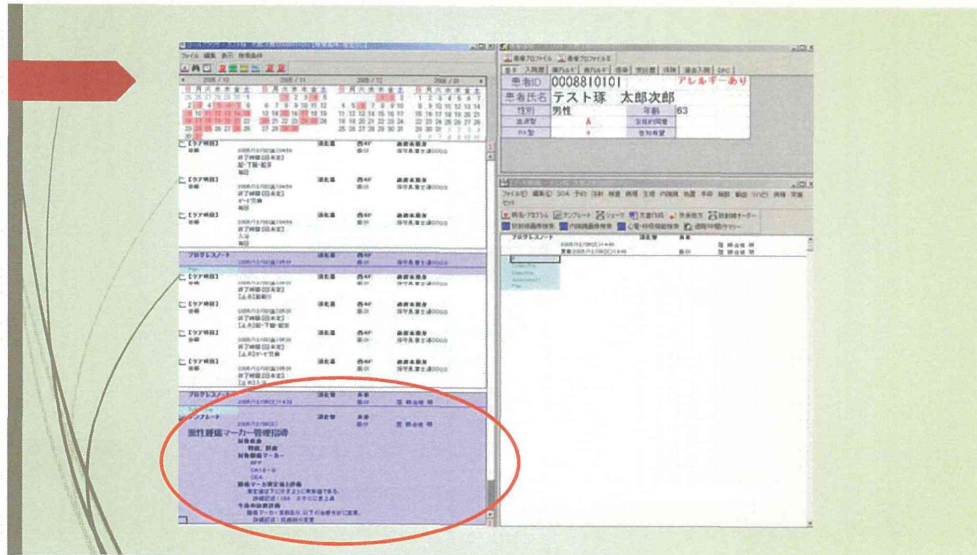
(2) 腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行った場合、それぞれに係る費用は別に算定できない。

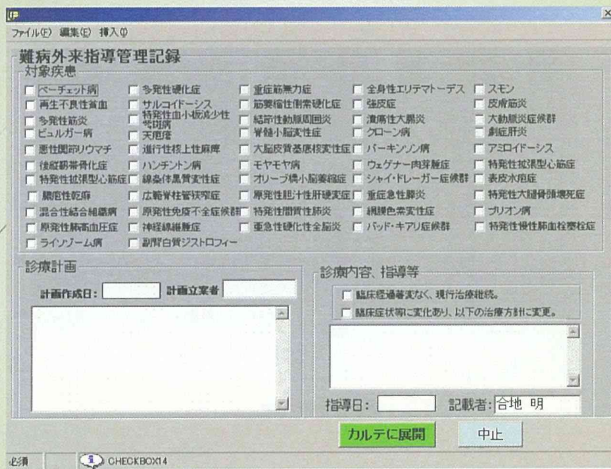
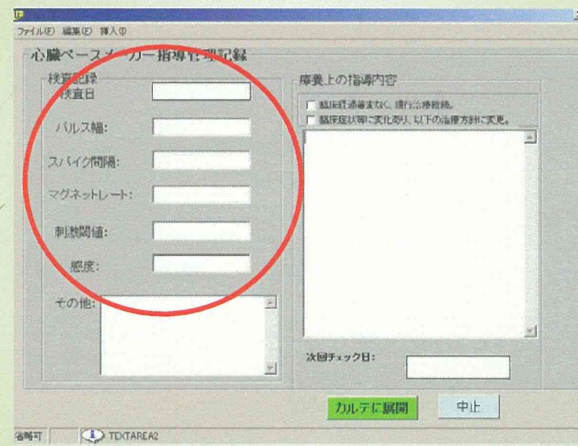
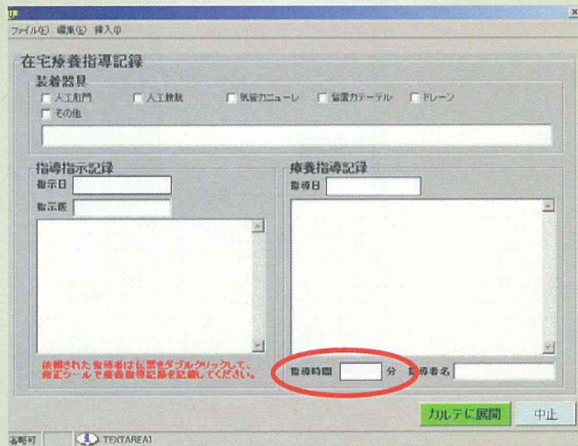
(3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の策定が同時に記載する。

(4) 「D009」腫瘍マーカーに於いて、併算定が承認されている項目(α-フetoプロテイン(AFP)精密測定とPMVAI精密測定)を同一月に併せて実施した場合は、1項目とみなして、本管理料を算定する。

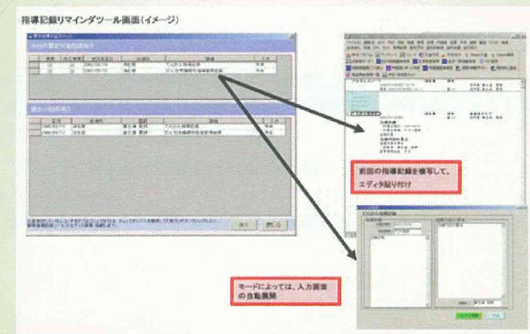
「D009」腫瘍マーカーの「3」の癌中BTAは、腫瘍マーカーである前に確定診断された患者に於いて、最終診断の更新のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

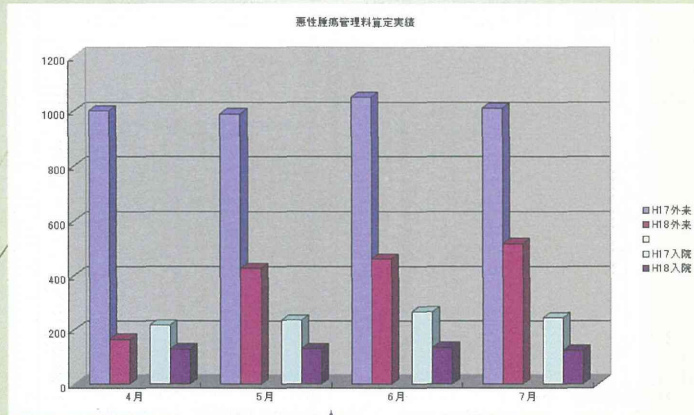
「D009」腫瘍マーカーの「8」の癌中NMP22は





算定もれ防止のためのリマインダー機能の実装





特定共同指導指摘事項改善のための 電子カルテシステム運用変更

— 診療情報提供料 —

- 患者の同意を得て、診療状況を示す文章を添えて患者の紹介をおこなった場合算定
(単に診療情報の提供では算定できない。)
- 交付した文章の写しを診療録に貼付
- 退院患者の紹介時には心電図、脳は、画像診断の所見等診療上必要な検査結果および退院後の治療計画等を添付する。

診療報酬改定と電子カルテシステム — 紹介状 —

電子カルテシステム

— 給食 (H20年) —

- 特別管理加算 (1日につき) 200点の廃止
↓
- 栄養管理実施加算 1日につき12点
 - 栄養管理計画の作成、計画に基づく栄養管理の実施
 - 施設基準設定あり
- 栄養 サポートチーム加算(H22年新設)
 - 週一回 所定の様式による評価

電子カルテシステム

給食

The screenshot displays a patient's diet plan within a software interface. The main window is titled '栄養管理計画書' (Nutrition Management Plan) and contains various fields for patient information and dietary instructions. A red circle highlights a specific field in the diet plan. To the right, a dropdown menu is open, showing a list of food items such as '揚げパン', '揚げうどん', and '揚げそば'. The interface is designed for healthcare professionals to manage and document patient nutrition.

This screenshot shows a detailed medical record table with multiple columns and rows of data. The table is organized into sections, likely representing different aspects of a patient's care, such as diagnosis, treatment, and monitoring. The data is presented in a structured format, allowing for easy review and analysis of the patient's medical history and current status.

- ▶ カルテの二重記載をなくするための工夫

保険診療のためにも必要
医師は患者の治療重視
（「保険診療目的ではない」と反論）

退院サマリの活用
医師はサマリの記載が必須、
この情報を活用診断書作成はもちろん
DPC調査項目、院内がん登録、レセプト注釈作成等々

資源最大投入病名

- ▶ 入院期間における治療対象傷病のうち人的物的医療資源を最も投入した傷病について主治医が選択する。（未確定時は入院契機病名）

以下のコードは不適
Rコード（病態、症状コード）
ただし、鼻出血、咯血、気道出血、熱性瘵瘵、
発汗過多、ブドウ糖負荷試験異常は除く

退院時サマリの活用

退院時サマリの活用

退院時診断名: 新規病名登録

主病名
入院期間病名
入院資源最終投入病名
入院資源最終投入病名
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院後発症病名1
入院後発症病名2
入院後発症病名3
入院後発症病名4

退院時診断名 新規病名登録

新登録コードは入院時DPCオーダ一情報、または入院診療計画書の内容が参照表示します。
入院資源最終投入病名には病名、状態病名(コード)を選択しないでください。
ICD10コード0000の病名には詳細病名を再選択してください。 ※必ず必須入力チェック項目です。

退院時診断名: 新規病名登録

主病名
入院期間病名
入院資源最終投入病名
入院資源最終投入病名
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院後発症病名1
入院後発症病名2
入院後発症病名3
入院後発症病名4

退院時診断名 新規病名登録

新登録コードは入院時DPCオーダ一情報、または入院診療計画書の内容が参照表示します。
入院資源最終投入病名には病名、状態病名(コード)を選択しないでください。
ICD10コード0000の病名には詳細病名を再選択してください。 ※必ず必須入力チェック項目です。

退院時診断名: 新規病名登録

主病名
入院期間病名
入院資源最終投入病名
入院資源最終投入病名
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院後発症病名1
入院後発症病名2
入院後発症病名3
入院後発症病名4

退院時診断名 新規病名登録

新登録コードは入院時DPCオーダ一情報、または入院診療計画書の内容が参照表示します。
入院資源最終投入病名には病名、状態病名(コード)を選択しないでください。
ICD10コード0000の病名には詳細病名を再選択してください。 ※必ず必須入力チェック項目です。

退院時診断名: 新規病名登録

主病名
入院期間病名
入院資源最終投入病名
入院資源最終投入病名
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院併存病名1
入院併存病名2
入院併存病名3
入院併存病名4
入院後発症病名1
入院後発症病名2
入院後発症病名3
入院後発症病名4

退院時診断名 新規病名登録

新登録コードは入院時DPCオーダ一情報、または入院診療計画書の内容が参照表示します。
入院資源最終投入病名には病名、状態病名(コード)を選択しないでください。
ICD10コード0000の病名には詳細病名を再選択してください。 ※必ず必須入力チェック項目です。

入院経路

- 一般入院・院内出生
- 一般入院の場合は出生時体重を入力すること
- 一般入院の場合はAの項目を選択すること

出生時体重 グラム

出生時経緯選択

- 入院時経緯選択
- 入院時経緯の有無
- 入院時経緯の有無
- 入院時経緯の有無

退院時科先

退院サマリー作成者1

退院サマリー作成者2

退院サマリー確認者

入院経路

- 一般入院・院内出生
- 一般入院の場合は出生時体重を入力すること
- 一般入院の場合はAの項目を選択すること

出生時体重 グラム

出生時経緯選択

- 入院時経緯選択
- 入院時経緯の有無
- 入院時経緯の有無
- 入院時経緯の有無

退院時科先

退院サマリー作成者1

退院サマリー作成者2

退院サマリー確認者

介護老人保健施設、
介護老人福祉施設
への転所

がん患者のPerformance Status

がんのStage分類

がんの進行の再発

がん患者のPerformance Status

分類

0 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同様である。

1 軽度の症状があり、尚ほ制限は軽微であるが、歩行、軽労働や定業はできず、限られた家事、業務など。

2 歩行や身の回りのことはできるが、軽めに介助が必要となる。

3 身の回りに必要な活動のほとんどはできず、介助が必要となり、自中の歩行は困難である。

4 身の回りのことができず、常に介助が必要。終日寝床を必要としている。

OS分類入院時における重症度

Class I Class II Class III Class IV

OS分類入院時における重症度

Class I Class II Class III Class IV

OS分類入院時における重症度

Class I Class II Class III Class IV

OS分類入院時における重症度

Class I Class II Class III Class IV