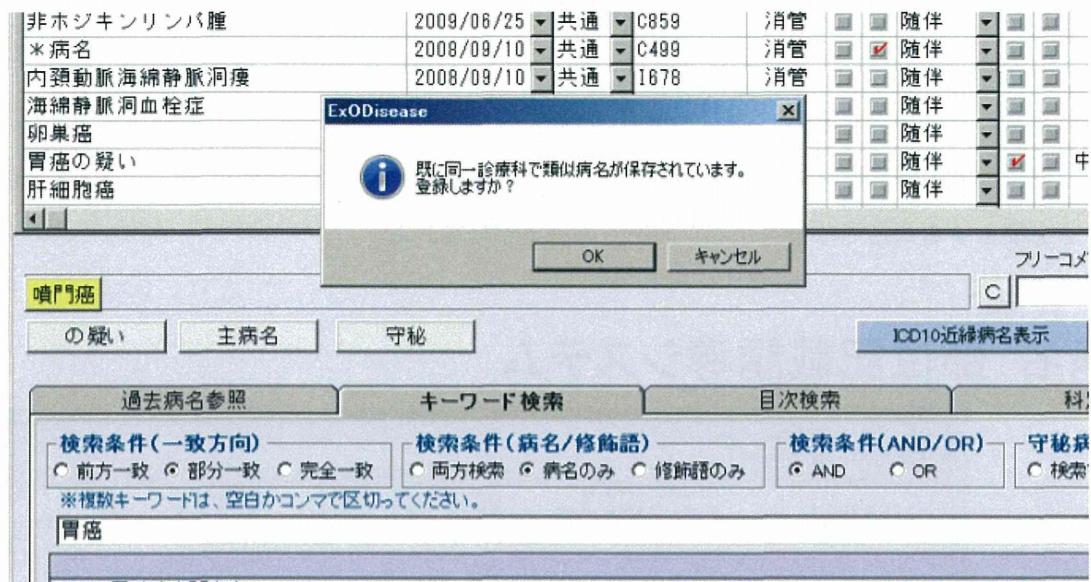


自科における重複病名対策



レセプト重複病名に対する対策

別表8 診療科名コード		
コード名	コード	内 容
	01	内科
	02	精神科
	03	小児科
	10	外科
	12	皮膚科
	20	ひらめ科室
	23	産婦人科（産科又は婦人科）
	26	眼科
	27	耳鼻いんこう科
	30	歯科疾患科（歯科疾患科又は歯科検査室）
	31	耳鼻科
	34	アレルギー科
	35	リウマチ科
	36	リハビリテーション科
	37	看護師研修科
	38	薬理検査科
	39	放射線科
	43	神経科
	44	神経内外科
	45	呼吸器科
	46	消化器科
	47	循環器科
	48	アレルギー科
	49	リウマチ科
	50	小児科
	51	外科
	52	整形外科
	53	整形外科学科
	54	形成外科
	55	美容外科
	56	美容外科学科
	57	脳神経外科
	58	脳神経外科学科
	59	呼吸器外科
	60	心臓血管外科
	61	心臓血管外科学科
	62	小児外科
	63	心臓血管外科
	64	小児外科学科
	65	皮膚科
	66	皮膚科
	67	皮膚科
	68	皮膚科
	69	皮膚科
	70	皮膚科
	71	皮膚科
	72	皮膚科
	73	皮膚科
	74	皮膚科
	75	皮膚科
	76	皮膚科
	77	皮膚科
	78	皮膚科
	79	皮膚科
	80	皮膚科
	81	皮膚科
	82	皮膚科
	83	皮膚科
	84	皮膚科
	85	皮膚科
	86	皮膚科
	87	皮膚科
	88	皮膚科
	89	皮膚科
	90	皮膚科
	91	皮膚科
	92	皮膚科
	93	皮膚科
	94	皮膚科
	95	皮膚科
	96	皮膚科
	97	皮膚科
	98	皮膚科
	99	皮膚科
	100	皮膚科
	101	皮膚科
	102	皮膚科
	103	皮膚科
	104	皮膚科
	105	皮膚科
	106	皮膚科
	107	皮膚科
	108	皮膚科
	109	皮膚科
	110	皮膚科
	111	皮膚科
	112	皮膚科
	113	皮膚科
	114	皮膚科
	115	皮膚科
	116	皮膚科
	117	皮膚科
	118	皮膚科
	119	皮膚科
	120	皮膚科
	121	皮膚科
	122	皮膚科
	123	皮膚科
	124	皮膚科
	125	皮膚科
	126	皮膚科
	127	皮膚科
	128	皮膚科
	129	皮膚科
	130	皮膚科
	131	皮膚科
	132	皮膚科
	133	皮膚科
	134	皮膚科
	135	皮膚科
	136	皮膚科
	137	皮膚科
	138	皮膚科
	139	皮膚科
	140	皮膚科
	141	皮膚科
	142	皮膚科
	143	皮膚科
	144	皮膚科
	145	皮膚科
	146	皮膚科
	147	皮膚科
	148	皮膚科
	149	皮膚科
	150	皮膚科
	151	皮膚科
	152	皮膚科
	153	皮膚科
	154	皮膚科
	155	皮膚科
	156	皮膚科
	157	皮膚科
	158	皮膚科
	159	皮膚科
	160	皮膚科
	161	皮膚科
	162	皮膚科
	163	皮膚科
	164	皮膚科
	165	皮膚科
	166	皮膚科
	167	皮膚科
	168	皮膚科
	169	皮膚科
	170	皮膚科
	171	皮膚科
	172	皮膚科
	173	皮膚科
	174	皮膚科
	175	皮膚科
	176	皮膚科
	177	皮膚科
	178	皮膚科
	179	皮膚科
	180	皮膚科
	181	皮膚科
	182	皮膚科
	183	皮膚科
	184	皮膚科
	185	皮膚科
	186	皮膚科
	187	皮膚科
	188	皮膚科
	189	皮膚科
	190	皮膚科
	191	皮膚科
	192	皮膚科
	193	皮膚科
	194	皮膚科
	195	皮膚科
	196	皮膚科
	197	皮膚科
	198	皮膚科
	199	皮膚科
	200	皮膚科
	201	皮膚科
	202	皮膚科
	203	皮膚科
	204	皮膚科
	205	皮膚科
	206	皮膚科
	207	皮膚科
	208	皮膚科
	209	皮膚科
	210	皮膚科
	211	皮膚科
	212	皮膚科
	213	皮膚科
	214	皮膚科
	215	皮膚科
	216	皮膚科
	217	皮膚科
	218	皮膚科
	219	皮膚科
	220	皮膚科
	221	皮膚科
	222	皮膚科
	223	皮膚科
	224	皮膚科
	225	皮膚科
	226	皮膚科
	227	皮膚科
	228	皮膚科
	229	皮膚科
	230	皮膚科
	231	皮膚科
	232	皮膚科
	233	皮膚科
	234	皮膚科
	235	皮膚科
	236	皮膚科
	237	皮膚科
	238	皮膚科
	239	皮膚科
	240	皮膚科
	241	皮膚科
	242	皮膚科
	243	皮膚科
	244	皮膚科
	245	皮膚科
	246	皮膚科
	247	皮膚科
	248	皮膚科
	249	皮膚科
	250	皮膚科
	251	皮膚科
	252	皮膚科
	253	皮膚科
	254	皮膚科
	255	皮膚科
	256	皮膚科
	257	皮膚科
	258	皮膚科
	259	皮膚科
	260	皮膚科
	261	皮膚科
	262	皮膚科
	263	皮膚科
	264	皮膚科
	265	皮膚科
	266	皮膚科
	267	皮膚科
	268	皮膚科
	269	皮膚科
	270	皮膚科
	271	皮膚科
	272	皮膚科
	273	皮膚科
	274	皮膚科
	275	皮膚科
	276	皮膚科
	277	皮膚科
	278	皮膚科
	279	皮膚科
	280	皮膚科
	281	皮膚科
	282	皮膚科
	283	皮膚科
	284	皮膚科
	285	皮膚科
	286	皮膚科
	287	皮膚科
	288	皮膚科
	289	皮膚科
	290	皮膚科
	291	皮膚科
	292	皮膚科
	293	皮膚科
	294	皮膚科
	295	皮膚科
	296	皮膚科
	297	皮膚科
	298	皮膚科
	299	皮膚科
	300	皮膚科
	301	皮膚科
	302	皮膚科
	303	皮膚科
	304	皮膚科
	305	皮膚科
	306	皮膚科
	307	皮膚科
	308	皮膚科
	309	皮膚科
	310	皮膚科
	311	皮膚科
	312	皮膚科
	313	皮膚科
	314	皮膚科
	315	皮膚科
	316	皮膚科
	317	皮膚科
	318	皮膚科
	319	皮膚科
	320	皮膚科
	321	皮膚科
	322	皮膚科
	323	皮膚科
	324	皮膚科
	325	皮膚科
	326	皮膚科
	327	皮膚科
	328	皮膚科
	329	皮膚科
	330	皮膚科
	331	皮膚科
	332	皮膚科
	333	皮膚科
	334	皮膚科
	335	皮膚科
	336	皮膚科
	337	皮膚科
	338	皮膚科
	339	皮膚科
	340	皮膚科
	341	皮膚科
	342	皮膚科
	343	皮膚科
	344	皮膚科
	345	皮膚科
	346	皮膚科
	347	皮膚科
	348	皮膚科
	349	皮膚科
	350	皮膚科
	351	皮膚科
	352	皮膚科
	353	皮膚科
	354	皮膚科
	355	皮膚科
	356	皮膚科
	357	皮膚科
	358	皮膚科
	359	皮膚科
	360	皮膚科
	361	皮膚科
	362	皮膚科
	363	皮膚科
	364	皮膚科
	365	皮膚科
	366	皮膚科
	367	皮膚科
	368	皮膚科
	369	皮膚科
	370	皮膚科
	371	皮膚科
	372	皮膚科
	373	皮膚科
	374	皮膚科
	375	皮膚科
	376	皮膚科
	377	皮膚科
	378	皮膚科
	379	皮膚科
	380	皮膚科
	381	皮膚科
	382	皮膚科
	383	皮膚科
	384	皮膚科
	385	皮膚科
	386	皮膚科
	387	皮膚科
	388	皮膚科
	389	皮膚科
	390	皮膚科
	391	皮膚科
	392	皮膚科
	393	皮膚科
	394	皮膚科
	395	皮膚科
	396	皮膚科
	397	皮膚科
	398	皮膚科
	399	皮膚科
	400	皮膚科
	401	皮膚科
	402	皮膚科
	403	皮膚科
	404	皮膚科
	405	皮膚科
	406	皮膚科
	407	皮膚科
	408	皮膚科
	409	皮膚科
	410	皮膚科
	411	皮膚科
	412	皮膚科
	413	皮膚科
	414	皮膚科
	415	皮膚科
	416	皮膚科
	417	皮膚科
	418	皮膚科
	419	皮膚科
	420	皮膚科
	421	皮膚科
	422	皮膚科
	423	皮膚科
	424	皮膚科
	425	皮膚科
	426	皮膚科
	427	皮膚科
	428	皮膚科
	429	皮膚科
	430	皮膚科
	431	皮膚科
	432	皮膚科
	433	皮膚科
	434	皮膚科
	435	皮膚科
	436	皮膚科
	437	皮膚科
	438	皮膚科
	439	皮膚科
	440	皮膚科
	441	皮膚科
	442	皮膚科
	443	皮膚科
	444	皮膚科
	445	皮膚科
	446	皮膚科
	447	皮膚科
	448	皮膚科
	449	皮膚科

なっている臓器においても部位を明確にすることは医療安全上の立場からも極めて重要である。

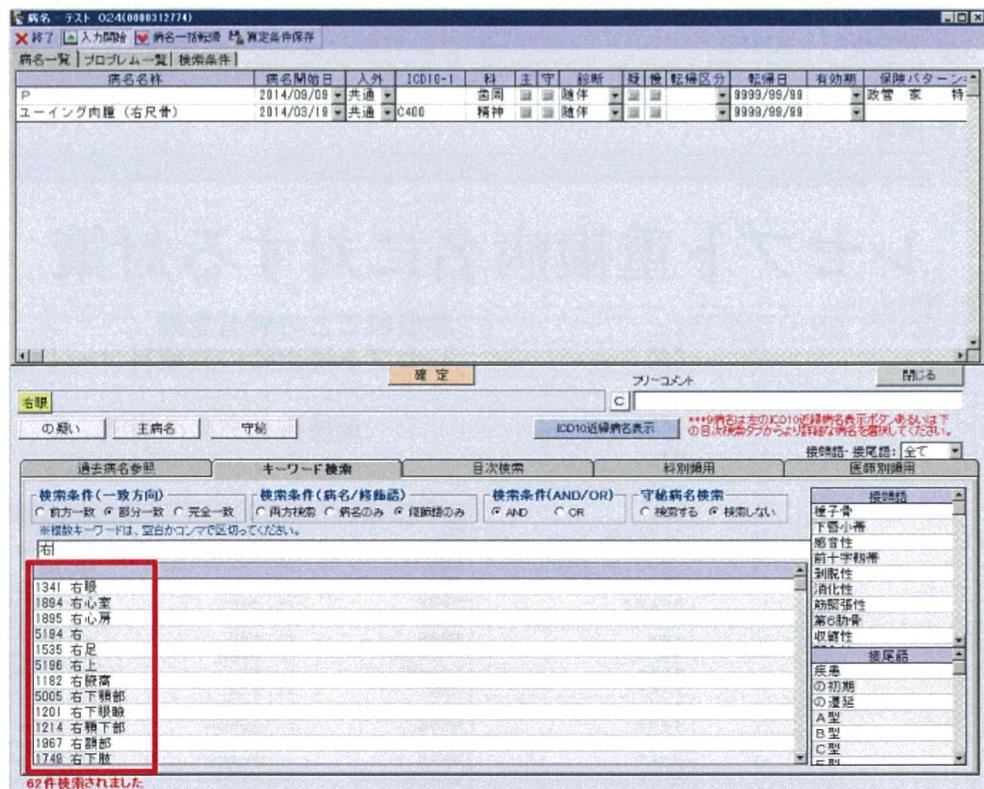
B. 指摘事項

傷病名に、部位・左右・急性・慢性等の記載がない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

左右、部位などの修飾語マスターの整備、実装。かつ、選択された病名においてICD-10コードから部位などを必要とする病名では警告するシステムの構築が望まれる。

病名：部位記載誘導システム



左右、部位などの修飾語マスターの実装。可能であれば部位などの接頭語などの修飾語を必要とする病名選択時にアラート表示が行えるシステム構築を考慮。

III-V 状態、症状病名に対する注意喚起表示

A. ポイント（留意事項）

病名に関してはICD-10コードに基づき、医師が直接、付与しなければならない。

原則、状態、症状、徴候は病名としては扱わない。

B. 指摘事項

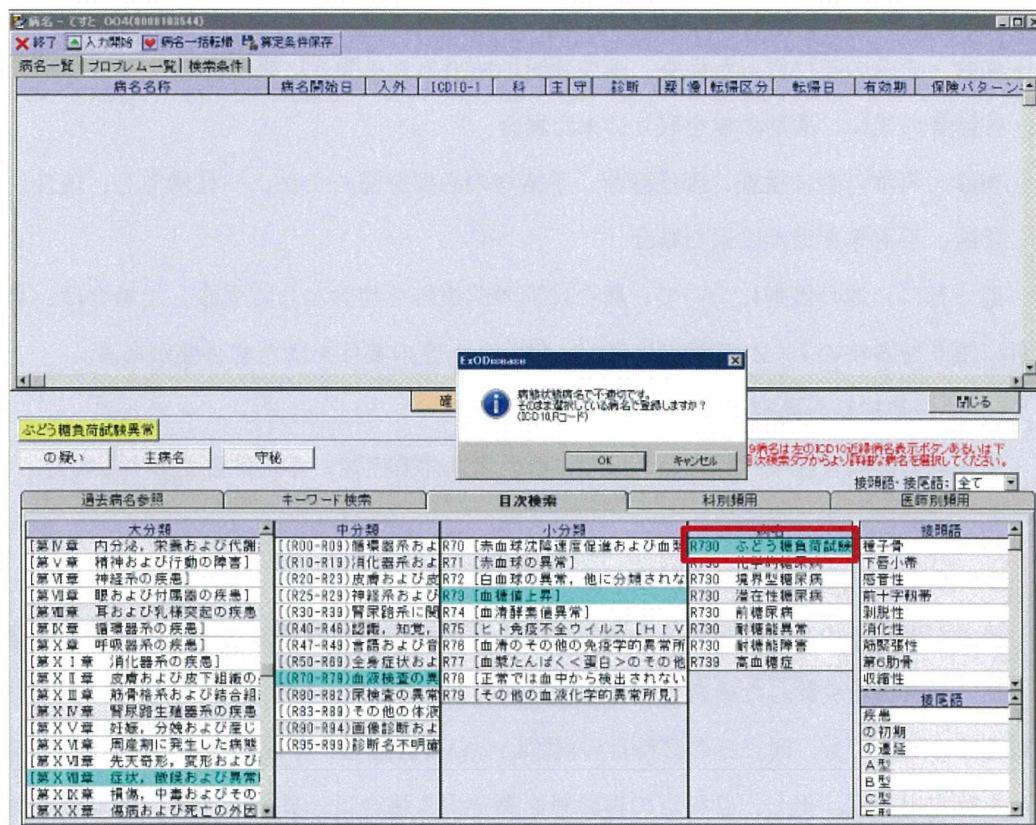
傷病名が症状・所見のものがある。

C. 考えられるシステム対応等

病名に関してはMEDIS標準病名集に基づいたICD-10コードつきマスターを利用し、医師による入力を原則とし（医師作業補助者による入力時は医師の承認が必要）、状態、症状、微候をあらわすICD-10 Rコードを除外したマスターの利用が望ましい。

Rコードの入ったマスターを使用する場合は警告などで正しい病名の入力を促すシステムが必要と考える。

病名・状態、症状病名に対する注意喚起表示



ICD-10 R コードに対する警告機能 原因疾患名の入力を促す

IV 基本診療料算定について

基本診療料等

- 外来患者が医療機関に来院しても、初診料・再診料（外来診療料）等が請求出来ない場合があ

る。

- 入院基本料等を算定するための要件があることに留意する。

(1) 初診料・再診料（外来診療料）

初診料・再診料は、保険医療機関における初診又は再診に対する基本的な費用について評価するものである。初診料については、病院・診療所とも同一であるが、再診料と外来診療料については、許可病床数により分類される。

(2) 初診料・再診料の算定時の留意点

- ① 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診・再診に伴う一連の行為と見なされる場合には、これらの費用は当該初診料・再診料（外来診療料）に含まれ、別に再診料（外来診療料）は算定出来ない。

（一連の行為と見なされる場合がある例）

- ・初診・再診の際に行った検査、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・再診の際に検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日に検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- ② 同一日に、他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つめの診療科に限り初診料の1/2を算定出来る。但し、一定の要件を満たす必要がある。

（2つめの初診料の算定が不可能な例）

- ・糖尿病で継続管理中の患者について、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合。（同一疾病、互いに関連のある疾病等）
- ・1つめと2つめの診療科の医師が同一の場合。
- ・患者が専門性の高い診療科を受診出来るよう医療機関が設置した総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合。

※再診についても、同一日の2科目の再診について評価し、平成24年4月1日から再診料（34点）を算定出来る。但し、2科目の再診料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定出来ない。

- ③ 電話再診は、患者の病状の変化に応じ、医師の指示を受ける必要がある場合に限り算定出来る。なお、通常の再診と同様に、電話再診の内容を診療録に記載すること。

（電話再診料の算定が不可能な例）

- ・電話等を通じた指示が、当日の初再診に付随する一連の行為である場合。
- ・単なる定期的な病状報告を受ける内容のものである場合。

(3) 入院基本料・特定入院料

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能（病院、有床診療所、特定機能病院）、病棟類型別（一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟等）により分類される。各基本料は、平均在院日数、人員配置等によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化等の観点から、処置・検査等の点数が包括されている場合もある。

(4) 入院基本料等の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な5つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料等を算定が出来ないこととなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常に構築しておく必要がある。

（各体制の主な基準）

① 入院診療計画に関する基準

- ・医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同で、総合的な診療計画（「入院診療計画書」）を策定するとともに、入院後7日以内に患者に対し、入院診療計画書に沿って診療計画の説明を行う。
- ・入院診療計画書は必ず患者に交付するとともに、写しを診療録に貼付する。

② 院内感染防止対策に関する基準

- ・院内感染対策委員会の設置、感染情報レポートの作成、職員に対する手洗い励行の徹底、必要な消毒機材の設置など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※なお、これに加えて医療安全対策加算1（次項参照）を満たした上で一定の要件を満たす院内の感染防止対策が実施されている場合については、感染防止対策加算（医療安全対策加算1の更なる加算）1・2として別途評価が行われる。

③ 医療安全管理体制に関する基準

- ・安全管理指針の策定、医療事故・インシデント報告制度の整備、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など、規定の必要な対策が医療機関全体として講じられている。

※なお、これに加えて、一定の要件を満たす医療安全対策が実施されている場合については、医療安全対策加算1・2として別途評価が行われる。

④ 褥瘡対策に関する基準

- ・褥瘡対策に関する専任の医師、看護職員等により構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- ・日常生活の自立度が低い入院患者について、「褥瘡に関する危険因子評価票」に沿って危険因子の評価を行い、褥瘡対策の診療計画の作成が行われる。

※なお、これに加えて、一定の要件を満たす褥瘡対策が実施されている場合については、褥瘡ハイリスク患者ケア加算として別途評価が行われる。

⑤ 栄養管理体制に関する基準

- ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- ・医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成すること。

※なお、これに加えて一定の要件を満たす栄養管理が実施されている場合には、栄養サポートチーム加算として別途評価が行われる。

(5) 入院中の患者の他医療機関受診

入院医療機関にて診療を行うことが出来ない専門的な診療が必要な場合に限る。

- ・入院医療機関は、必要な診療情報を文書により提供し、診療録にその写しを添付する（費用は患者の入院している保険医療機関が負担する。）。
- ・他医療機関受診日の入院基本料等は減算となる（但し、DPC算定病棟では医療機関間で合議とし、他医療機関において実施された医療行為を含めて診断群分類を決定する。）。

(6) 入院基本料等の加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて入院基本料に一定点数が加算となる。

(加算の例と主な算定要件)

① 臨床研修病院入院診療加算

- ・研修医の人数や、研修医数に応じた適正な指導医（臨床経験7年以上）の人数について、医療機関の規模に応じて定められた基準を満たしている。
- ・研修医の診療録の記載について、指導医によって速やかに確認・指導が行われているとともに、その指導内容が指導医自ら診療録に記載・署名されている。

② 診療録管理体制加算

- ・中央病歴管理室が設置され、専任の診療記録管理者が配置されている。
- ・入院患者の疾病統計（ICD大分類程度以上）が作成されており、疾病別に診療記録が検索・抽出出来る。
- ・全診療科において、全患者の退院時要約（サマリー）が作成されている。

(たばこ対策への評価)

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を要件とする。（平成24年6月30日までは従前のとおり算定可能）

IV-I 入院診療計画書

A. 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 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、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、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等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養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については、別添6の別紙2の2を参考にすること。

なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージ出来るような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。

- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解出来ないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解出来ないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

B. 指摘事項

- 入院診療計画書の様式が基本診療料の施設基準等の別添6（別紙2）を参考とした様式になつていない。
- 入院診療計画書の記載が不備である例が認められた。
 - ・説明を受けた患者又は家族の署名がない
 - ・「その他（看護、リハビリテーション等）」の記載が画一的で個々の患者の病状に応じて作成されていない
 - ・症状、治療計画、全身状態の評価、検査内容、看護計画、リハビリテーション等の計画の記載がない
 - ・特別な栄養管理の必要性の有無の記載がない
- 入院診療計画書の写しを診療録に貼付していない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

傷病名（DPCコードつき）、症状、治療計画、全身状態の評価、検査内容、看護計画、リハビリテーション等の計画などの所定の必須項目を入力欄に設定し、指定様式に合わせた形式での出力を可能とす

る。入力項目に関しては初診時記録などからのデータの流し込みなどの支援システムも有用である。また、本書式においては他職種で作成されるものであり、各項目の入力者ならびに記述日時が特定出来るものが望ましい。

IV-II 入院診療計画書など患者に交付する説明書などは様式に沿ったものが提供されていますか？

A. ポイント（留意事項）

上記内容

B. 指摘事項

記載内容が指定された様式、項目でなく不足が見られる。患者に手渡された文書は不完全かつ画一的な表現のものが多い。個々の患者の病状に合わせたものを提供するように。

C. 考えられるシステム対応等

決められた様式かつ必須項目の書式をシステムで提供する。初診時記録や看護計画などと連携して個々の患者にあった情報提供が行えるようなシステム支援を行う。

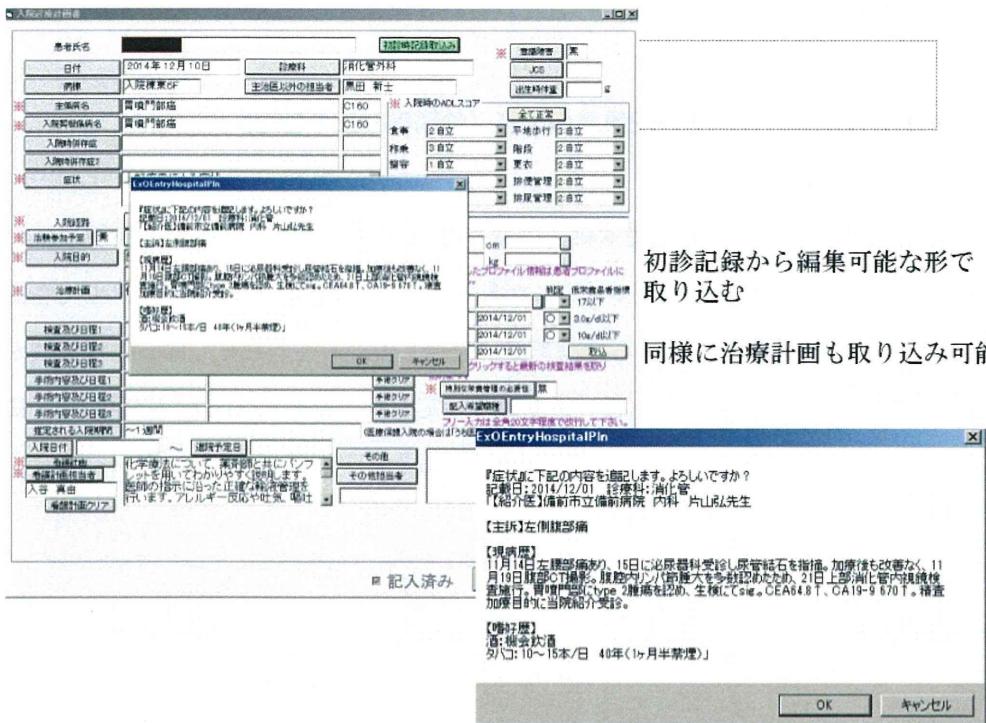
テンプレートでの画一的な項目設定による定型入力は避ける。テンプレート入力をする場合においても自由記載が可能なものとする。

既存データとの連係も構築、二重記載の防止を支援するシステムが望まれる。

多職種記載が必要となるので記載者が特定出来るかたちで保存出来るものとする。

入院診療計画書

The screenshot shows a detailed hospital treatment plan form. At the top, it asks for the patient's name, date of birth, gender, and marital status. Below this, there are sections for chief complaints (e.g., "胃痛" - stomach pain) and past medical history. A large section for physical examination findings follows, with many checkboxes for different symptoms and physical signs. Treatment plans are listed under "Treatment Method" (e.g., "化学療法" - chemotherapy), including specific treatments like "保母" (Bleomycin) and their administration dates. Laboratory results are also listed, showing values like "Ald 4.0" and "Hb 12.7". Discharge planning includes fields for discharge date, follow-up instructions, and notes about medication management. The bottom of the form has buttons for "記入済み" (Completed) and "確定" (Confirm).



初診記録から編集可能な形で取り込む

同様に治療計画も取り込み可能

IV-III 基本診療料等の算定に関する施設基準届けに対する要件確認システム

A. ポイント（留意事項）

施設基準は診療報酬算定根拠にもなるのである。かつ、管轄厚生局に適時な申請、変更届などの報告が求められている。診療記録を中心とする電子カルテシステムとは別システムでの管理台帳の構築並びに医事算定（レセプトシステム）との連携が望まれる。

B. 指摘事項

施設基準に合致した算定がなされていること。

C. 考えられるシステム対応等

電子カルテの機能として必須のものではないが診療報酬算定の重要な要件である。

この観点において施設基準管理簿の機能を構築、少なくとも医事会計システムとの連携が望ましい。別システムであっても電子カルテシステムとの連携構築が出来れば資格に基づく算定項目や当直体制管理における人員配置などの点からも一元管理が可能となり、変更時の厚生局への届け出もスムーズに行えるものと考える。

電子カルテシステムとは別に施設基準管理システムを構築し、従業員の資格や勤務状況が把握出来る管理簿の整備を行い、これを人事基本マスターとして管理、当直要員の管理（割り当て作成など）や病棟管理日誌、ICUなどの管理日誌（療養環境、加算算定可能かわかる重症度記入可能なもの）な

などと連携を行い、基準に合った人員確保が行えているか管理出来るシステム構築が望まれる。

IV-IV 入院基本料における看護要員配置数の検証（勤務実績表の管理）

A. ポイント（留意事項）

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

B. 指摘事項

看護管理・病棟管理において看護管理日誌及び病棟管理日誌に看護要員の勤務状況等が適切に記録されていない。

C. 考えられるシステム対応等

看護師の勤務割り当てならびに病棟管理日誌の整備、管理者による日々の監査が行えるシステムの構築が望まれる。

電子カルテユーザー管理と合わせて人事システム、資格などの管理システムの整備が必要となる。看護管理日誌においては入院患者重症度、看護必要度が入力出来る機能なども具備されたもののが整備を行う。

基本診療料：入院基本料における看護要員数の検証1

病棟管理日誌の整備:できれば勤務時間管理、詳細部署管理登録機能が構築が望まれる。

基本診療料: 入院基本料における看護要員数の検証2



IV-V 栄養サポートチーム加算のための記録様式

A. ポイント（留意事項）

- (1) 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。
- (2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエのいずれかに該当する者について算定出来る。
 - ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
 - イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
 - ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
 - エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者
- (3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注2」に規定する点数を算定する場合、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。
- (4) 療養病棟においては栄養サポートチーム加算は入院日から起算して180日以内に限り算定可能とするが、180日を超えて定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。
- (5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。
 - ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチー

ムの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

(6) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。

- ア 現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。
- イ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

(7) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定出来る。

(8) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士のすべてが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。

B. 指摘事項

栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士のすべてが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。

栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は

退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。

当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

C. 考えられるシステム対応等

栄養管理指導記録の様式に沿った必須項目チェックの整備、ならびに多職種で記載することが必要なため、記載者が特定出来る署名機能の実装が望ましい。

直近の血液検査データがあれば自動的に流し込み、判定が行えるシステムについても考慮すべき。出来る限り、既存データの有効活用を行えるシステムが望ましい。(上記、入院診療計画参照)

作成時患者にも提供可能さらに退院時には紹介医に情報提供出来る機能も実装すべきである。

IV-VI 褥瘡ハイリスク患者ケア加算のための記録様式

A. ポイント（留意事項）

(1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

(2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定出来る。

(3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの

ク 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの

(4) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

B. 指摘事項

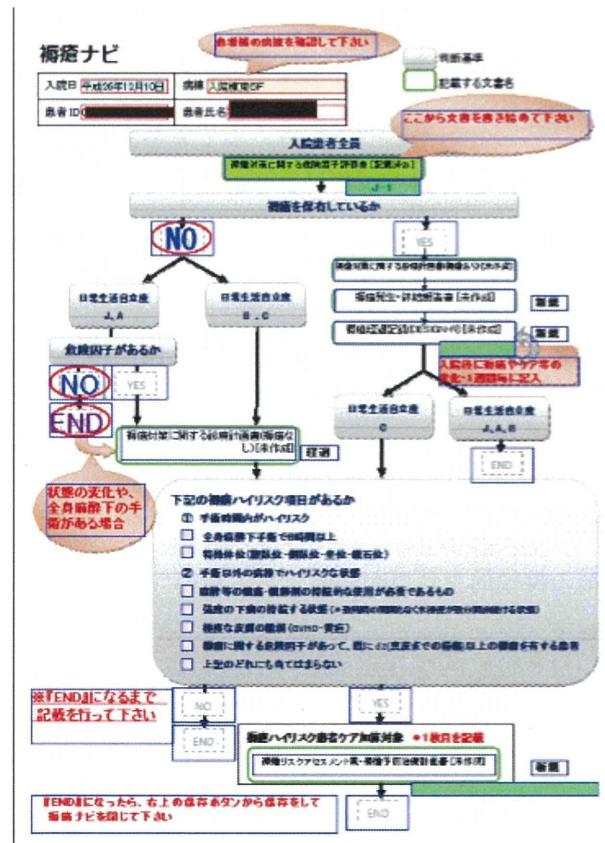
- 褥瘡対策を適正に実施していない例が認められた。
 - ・ 褥瘡対策について、専任の看護職員が褥瘡計画を作成していない
 - ・ 褥瘡予防マニュアルが作成されていない

C. 考えられるシステム対応等

褥瘡対策において予防マニュアルを作成の上、評価、計画、対策実施、評価のいわゆるPDCAサイクルが実践可能な記録システムが望まれる。記録には他職種が参加し、算定要件としては専従者の計画立案でなければならない。すなわち、チーム医療に即した究極の診療記録作成システムの構築が望まれる。

本システムにおいても多職種で記載することが必要なため、記載者が特定出来る署名機能、記録者の資格が算定要件になっているので記録者で算定の可否を医事システムに通知も考慮すべき点である。

褥瘡ナビ：記録 支援システム



V 医学管理料算定について

医学管理料の算定において、必要事項の記載が乏しい診療録が見られ、また、判読出来ない例が認められた。

この項目の算定に当たっては、特に、指導内容・治療計画等診療録に記載すべき事項が、算定要件としてそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに留意すること。

V-I 医学管理料

A. ポイント（留意事項）

- 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定出来ない。

(1) 医学管理料

医学管理料とは、処置や投薬等の物理的な技術料と異なり、医師による患者指導や医学的管理そのものを評価する診療報酬項目であり、いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限など、請求上留意すべき事項についても知っておく必要があり、レセプトチェックの際等に十分確認する必要がある。

(2) 算定上の留意点

対象患者に対し、単に指導を行ったのみでは算定出来ない。指導内容、治療計画等診療録に記載すべき事項が、算定要件としてそれぞれの医学管理料ごとに定められていることに留意する。

（算定要件の例）

① 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ・悪性腫瘍であると確定診断がされた患者に、腫瘍マーカー検査の結果に基づいた計画的な治療管理を行った場合に算定出来るものであり、単に悪性腫瘍マーカー検査を行ったことのみで算定出来るものではない。
- ・検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

② 特定薬剤治療管理料

- ・対象疾患に対し対象薬剤を投与した患者について、投与薬剤の血中濃度を測定した結果に基づき、投与量を精密に管理した場合に算定出来るものであり、単に薬剤血中濃度を測定したことのみで算定出来るものではない。
- ・血中濃度及び治療計画の要点を診療録に記載する。

③ 肺血栓塞栓症予防管理料

- ・肺血栓塞栓症を発症する危険性の高い入院患者に対して、弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置を行い、必要な医学管理を行う。危険度、管理等は関係学会が作成した「肺血栓塞栓症／

深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」をふまえることとする。

(4) 診療情報提供料

(診療情報提供料（I）)

- ・他の保険医療機関での診療を認め、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

(患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については、算定出来ないことに留意する。)

- ・交付した診療情報提供書の写しを診療録に添付するとともに、紹介先からの照会に対しては懇切丁寧に対応する。

(診療情報提供料（II）)

- ・治療法の選択等に関して、他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者・家族に対し、診療情報を提供した場合に算定する。
- ・患者・家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

(3) いわゆる「自動算定」について

医学管理料の算定対象となる状態にある患者に対し、医事部門のみの判断で一律に請求を行う、いわゆる「自動算定」は、極めて不適切な請求行為であり、不正請求の温床となりうる。

医学管理料の算定が可能か否かについて、算定要件（対象疾患、記載要件等）を満たしていることを主治医自ら確認し、算定する旨を医事部門に伝達する必要がある。

(不適切な算定例)

- ・悪性腫瘍マーカーを測定した患者に対して、一律に悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定（医学的管理の必要性、診療録の記載等、個々の事例ごとに算定要件を満たしていることを確認していない。）。
- ・医療情報システムを導入している場合に、医学管理料のオーダー項目が存在せず（または医師に周知されてなく）、傷病名、投薬・検査の内容等により一律に医学管理料を算定。

V—I—I 指導記録記載用テンプレート（指導の要点記載欄などの整備）とそれに基づく算定

A. ポイント（留意事項）

指導管理料加算項目は数多く存在しており、これらは原則、指導内容の要点記載が算定要件になっている。その他検査値などの記載も必要要件となっているものもある。

B. 指摘事項

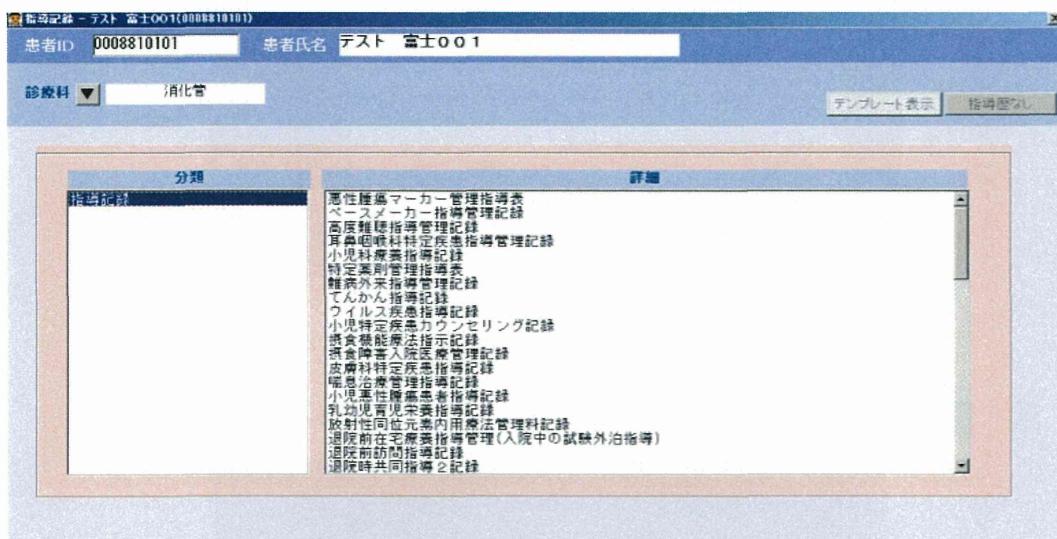
該当するからという理由でカルテに記載がない状況で自動算定されている場合が多い。指導内容が画一的であるなど算定要件の内容が乏しいものがある。

C. 考えられるシステム対応等

患者個人に対し適切な指導がなされていることを記録として残さなければならない。算定要件を熟知することは不可能に近いため、記録をテンプレート形式で必須項目（算定要件項目などを必ず明記）を設定し、指導管理をオーダーとして取り扱う支援システムが望ましい。

記録項目で検査値など電子カルテデータを流し込める機能ならびに患者に対して印刷により指導内容が渡せるシステム構築も検討すべきである。

医学管理などの指導記録オーダ



指導記録テンプレート（算定要件も明記） 例）ペースメーカー指導管理

The screenshot shows a detailed guidance template for a pacemaker. The title is "ベースメーカー指導管理記録" (Base Manufacturer Guidance Management Record). It includes sections for "算定要件" (Calculation Requirements), "選択モニタリングの場合 (外来患者)" (Selection Monitoring Case (Outpatient)), "着用型自動除細動器の場合 (外来患者・入院患者)" (Wearable Type Automatic Defibrillator Case (Outpatient/Inpatient)), "その他の場合 (外来患者)" (Other Cases (Outpatient)), and "アドバイザリーコードの場合は" (If Advisory Code is Used). The form contains various input fields and checkboxes, such as "検査日" (Examination Date), "モード" (Mode), "設定レート" (Setting Rate), "パルス幅" (Pulse Width), "フレイク間隔" (Interval), "マグネットレート" (Magnet Rate), "刺激間隔" (Stimulus Interval), "感度" (Sensitivity), "ベースメーカー移植日" (Base Manufacturer Transplant Date), and "その他" (Others). On the right, there is a section titled "麻薬上の指導内容" (Guidance Content for Anesthesia) with checkboxes for "麻薬投与なし、処方治療既往" (No Anesthesia Administration, History of Prescribed Treatment) and "麻薬投与あり(変化あり)、以下の治療方針に変更" (Anesthesia Administration (Change), Change in Treatment Plan). At the bottom, there are buttons for "カルテに展開" (Expand in Chart) and "中止" (Cancel).

肺塞栓血栓予防のための評価表

肺塞栓血栓予防のための評価表

患者名: テスト 富士001
患者年齢: 44 歳
病院: 青海病院
主担当: 青海病院

リスク判定

無	不能
低	中
高	最高

リスクレベル

低	早期臥床および積極的な運動
中	健性スッキニング、あるいは 間欠的空気圧迫法
高	間欠的空気圧迫法、あるいは 運用量を分画ヘリソ
最高	低運用量分画ヘリソ、あるいは 健性スッキニングの併用 代わりに運動量本分画ヘリソの、 絶対運動フルボディを運動してもよい

予防法

評価項目: 評価日: 2014/12/10 評価者: 合格 時

肺栓塞症リスク評価のためのガイドライン

骨科外科手術	泌尿器科手術	婦人科手術	産科領域
整形外科手術	脳神経外科手術	重度外傷、脊柱疾患、頭痛	内科領域

留神経外科手術: おうち練習自体腰椎疾患の予防

リスク/トリガーハンドル 手術

低リスク	閉鎖創以外の留神経外科手術	早期臥床および積極的な運動
中リスク	留神経以外の閉鎖創	健性スッキニング あるいは 間欠的空気圧迫法
高リスク	留神経の閉鎖創	間欠的空気圧迫法 あるいは 低運用量分画ヘリソ
最高リスク	麻酔監査要因の閉鎖創 直角脊柱管の留神経の閉鎖創	(低運用量分画ヘリソ)と健次空気圧迫法の併用や(低運用量分画ヘリソ)と健性スッキニングの併用のどちらに、用意された内臓リバウンド測定器(フルボディ)を選択してもよい (低運用量分画ヘリソ)と健次空気圧迫法の併用や(低運用量分画ヘリソ)と健性スッキニングの併用のどちらに、用意された内臓リバウンド測定器(フルボディ)を選択してもよい 直角脊柱管:先天性疾患でアホコビ(欠損症)、オメイコス(脊柱管狭窄症)など、先天性疾患で、直角脊柱管狭窄症など。

1. 大量のスローカーを使用する場合は、さりこスローカーなるものと考える。
2. 低運用量分画ヘリソでの予防は、手術後ならびに留神経合併症の危険性が強くなつてから開始する。特に腰椎での術直後より腰痛を訴える場合に、腰椎の止血をきめどにより十分確認する。
3. 出血の危険性: 骨科の手術では、腰椎の空気圧迫法用、もしくは骨盆用、腰椎用が選択される。
4. 高リスクにおいては既往歴を含むが、出血の危険が高、場合によっては骨盤骨折のリスクがある。

カルテに記録 中止

医学管理料: 指導記録記載用テンプレートの実装1

在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅自己連続挿行式腹膜灌流をおこなっている入院中の患者以外の患者

患者状況

- 通常の患者(月1回のみ)
- 持回にて指導を行ふ患者(持回とは月2回以上)
- 下記より持回に行う理由を選択して下さい複数選択可
 - 在宅自己連続挿行式腹膜灌流の導入期
 - 糖尿病で血糖コントロールが困難な症例
 - 透析中の既成、トンネル感染および出口感染のある症例
 - 透析中の既成、トンネル感染および除水过多の著しく低下した症例
 - その他(以下に詳細記述)

管理料算定要件

原則、1回／月算定
持回に指導管理を行う必要がある場合は
最大3回／月算定可

対象疾患
内因性うつ病

紫外線殺菌装置等の使用の有無

紫外線殺菌装置: あり なし 自動腹膜灌流装置: あり なし 在宅自己連続挿行式腹膜灌流交換用熱線殺菌器: あり なし

本日の指導内容

指導員は、現状を判定のままで
患者を指導することとする。
毎日、シャツの着脱を教示し、衣類に付ける汗を拭き取る。
外出時に脱水感を伴う場合は、水分補給。
注: 排泄不全やAPPのない場合は必ず外来院。
カーティールンナル装置: 排便が認められれば排便。
カーティールンナル装置: 痰込みが認められれば排痰。
ガラス: 便の変化に応じて、規則正しい生活を送る。
蛋白質栄養剤: 食事から不足する場合は、1日10g/kg。

複数選択するとときは『CTRL』キー+マウス左クリック
複数解除: 不要な反転表示項目二カ所を合わせ、『CTRL』キー+マウス左クリック

カルテに記録 中止

指導管理をオーダとして取り扱う。算定要件は必須項目とする

医学管理料: 指導記録記載用テンプレートの実装2

禁煙外来治療計画管理書

初回問診 実行日: [] プリクラシック指数 1年内の保健での禁煙治療: ありなし
実年齢 [] 本日 年齢 保険診療: 保険診療 自診療
禁煙の同意書: ありなし (1日喫煙本数 X 年齢)
TDSスコア [] 点 (5点以上でニコチン依存症)
CO濃度 [] ppm 体重 [] kg
喫煙状況:
● 喫煙できている ● 故本/日以内 ● 10本/日以下
● 10~20本/日 ● 戻らない
記法欄
處方:
■ ニコチネル TTS
● 30mg ● 20mg ● 10mg 日分
□ チャンピックス
● 0.5mg ● 1mg 日分
□ その他 []
印字日: 年月日 氏名: []
印字: []
[印刷] [カルテに戻る] [中止]

禁煙外来治療計画同意書 0000312774
テスト 024

Q1 現在、がんを吸っていますか? はい やめました 年前 ヶ月前 吸わない
Q2 1日に平均して何本がんを吸っていますか? 5 本/日
Q3 禁煙ががんを吸うことによってどうなってから? 7 年間
Q4 あなたは禁煙することによってどうなってから? 5 年間
Q5 下記の質問を読んでみてはまる選択にチェックを入れてください。
Q6 下記の質問を読んでみてはまる選択にチェックを入れてください。
Q7 下記の質問を読んでみてはまる選択にチェックを入れてください。
Q8 禁煙することに同意されますか? 説明者 [] 合計 [] 点
印字日: 年月日 氏名: []
合計 点

項目で電子カルテデータから共有できるものは共有する
指導内容を患者に渡せる機能を有す(best)

1.1

②指導記録記載用テンプレート(指導の要点記載欄などの整備)の実装とそれにに基づく算定 対応

指導内容の記載は、指導管理料毎に用意された指導内容記載のテンプレートの適用が可能です
(自由追加記載も可能です)

※算定/記載を促す機能であり、自動算定行うものではありません

指導管理料

0000-005-0 1140年01月10日 84歳 1ヶ月 男
JSM 太郎 順番型/壁面型 病院:

指導管理料一覧
指導管理料を表示します。必要にして得体を算出し下さい。

区分	指導管理料	対象	算定理由	料率	基準	税抜
新規件外処置料	250	新規件外処置料	新規件外処置料	1140	1140	250
既往件外処置料	200	既往件外処置料	既往件外処置料	1140	1140	200
既往件内処置料	100	既往件内処置料	既往件内処置料	1140	1140	100

診療終了時（カルテを閉じる際）などのタイミングで、当日オーダーした内容、病名（ICD10）、年齢、診療科などの算定条件の情報をお元に、指導が必要な指導管理料についてガイド表示されます。

カルテにも転記されます。

『オーダー』『前回Do』などにより、科別に準備された指導料毎のテンプレート画面が展開され、自由追加記載をすることも可能。

V-II 輸血同意書作成と保管

A. ポイント (留意事項)

血液製剤の使用に当たっては厳重にその必要性を説明し、同意を得た上で使用すること。さらに記

録は20年間の保存が義務づけられていることも忘れてはならない。

B. 指摘事項

患者への説明を行う際、輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等「別紙様式26」を参考に具体的な内容の記載がない。

C. 考えられるシステム対応等

輸血の必要性、予定使用量につき説明（使用後の感染症検査の必要性についても）、同意が得られる書式の提供出来るシステム構築が必要。

輸血オーダーと同意書を連携させ、同意書文書の中に輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等「別紙様式26」を参考に具体的な内容を盛り込んだものを作成する。また、輸血後感染症検査に関しても忘れてはならない重要な点であるため初回の同意確認文書とともに検査予定日を記入した説明文書の出力が望ましい。

また、輸血実施者の輸血後検査実施に関する情報一覧も有用な機能である。

医学管理料：輸血同意書作成と保管

輸血用血源/血型分類別使用、算出する説明書		輸血後感染症検査のご案内	
患者名： 姓氏名：		ID： 氏名： 種	
輸血用の血液2袋(約400ml)が定期的に届かれておりますが、安全性を完全に保障することはできません。 輸血用の安全代理として、献血者から4ヶ月前の時期ごとに献血後感染症の血液検査を受けることをお願いします。 この検査が陰性結果になつておますので、検査時に献血の本人責任分を支払ひなければなりません。 一方、検査結果が陽性であります場合は早期治療が可能となり、また、献血による感染であらことが証明されれば献血料金を返却せらるこちがります。			
● 献血用の血液日々から3月毎に血液検査室を受けることをお勧めします。 検査項目：①献血後4ヶ月前のHIV抗体 ②献血後4ヶ月前のHCV抗体 ③献血後4ヶ月前の梅毒抗体 ④その他			
特定生物由来製剤に対する関連情報リンク先			
血液製剤に関する主な通知(厚生労働省) 医療機関による生物由来製剤の安全性確保の取組について(厚生労働省) 特定生物由来製剤一覧(独立行政法人 国立高血圧研究所公合併) 献血規則について(独立行政法人 医薬品医療機器総合機構) 輸血同意書(日本赤十字社 血液事業本部 医薬品部)			
岡山大学病院長 署名 これから、特定生物由来製剤について、説明書にそって上記規則が説明を受けました。 特定生物由来製剤の使用、そして洋服・被服の保管と指摘を行います。		平成 年 月 日	
患者本人 署名 _____		代理人 署名 _____ 本人との連絡()	
血液検査同意書		血液製剤同意書	

輸血同意説明書の提供