

自科における重複病名対策

非ホジキンリンパ腫	2009/06/25	共通	C859	消管	<input type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*病名	2008/09/10	共通	C499	消管	<input checked="" type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内頸動脈海綿静脈洞瘻	2008/09/10	共通	I678	消管	<input type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
海綿静脈洞血栓症					<input type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣癌					<input type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃癌の疑い					<input type="checkbox"/>	随伴	<input checked="" type="checkbox"/>	中
肝細胞癌					<input type="checkbox"/>	随伴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ExODisease

既に同一診療科で類似病名が保存されています。登録しますか？

OK キャンセル

専門症

の疑い 主病名 守秘

ICD10近縁病名表示

過去病名参照 キーワード検索 目次検索 科

検索条件(一致方向) 検索条件(病名/修飾語) 検索条件(AND/OR) 守秘病

前方一致 部分一致 完全一致 両方検索 病名のみ 修飾語のみ AND OR 検索

※複数キーワードは、空白かコンマで区切ってください。

胃癌

レセプト重複病名に対する対策

診療科コード	コード	診療科
診療科コード	01	内科
	02	精神科
	09	小児科
	10	外科
	19	皮膚科
	20	泌尿器科
	23	産婦人科(産科又は婦人科)
	26	眼科
	27	耳鼻いんこう科
	30	放射線科(放射線診断科又は放射線治療科)
	31	整形外科
	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	看護科
	38	麻酔科
	39	救急科
	03	神経科
	04	神経内科
	05	呼吸器科
	06	消化器科
	07	腎臓科
	08	循環器科
	11	整形外科
	12	形成外科
	13	麻酔科
	14	脳神経外科
	15	呼吸器外科
	16	心臓血管外科
	17	小児外科
18	皮膚泌尿器科	
21	泌尿科	
22	小児科	
24	産科	
25	婦人科	
28	気管食道科	
53	心療内科	

注1 臨床診療科コードは、医療行為(手術)単位(平成20年2月27日改定)の第二編に属する診療科である。
注2 表に示すコード以外に、専攻科診療科が使用する場合もある。

レセプトの診療科コード

診療科ごとの病名登録
レセプト提出時の診療科コードによるまとめ

重複病名発生の要因

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	耳鼻咽喉科	240	血液科	470
心療内科	020	気管食道科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	神経科	490
神経科	040	放射線科	270	消化器内科	500
呼吸器科	050	神経内科	280	消化器外科	510
消化器科	060	腎臓科	290	肝胆膵外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	腫瘍内科	530
アレルギー科	080	泌尿器科	310	大腸肛門科	540
リウマチ科	090	産科	320	眼形成腫瘍外科	550
小児科	100	婦人科	330	不妊内分泌科	560
外科	110	呼吸器内科	340	膠原病リウマチ内科	570
整形外科	120	循環器内科	350	臨床中絶	580
形成外科	130	産科	360	腫瘍治療科	590
麻酔科	140	歯科矯正科	370	総合診療科	600
脳神経外科	150	小児歯科	380	乳腺甲状腺外科	610
呼吸器外科	160	歯科口腔外科	390	新生児科	620
心臓血管外科	170	腫瘍内科	400	小児循環器科	630
小児外科	180	腎臓内科	410	緩和ケア科	640
皮膚泌尿器科	190	腎臓科	420	内分泌リウマチ科	650
泌尿科	200	血液透析科	430	血液腫瘍内科	660
肛門科	210	代謝内科	440	腎不全科	670
産婦人科	220	内分泌内科	450	精神神経科	680
眼科	230	救急医学科	460	内分泌代謝科	690

DPCの診療科コード

Ⅲ-Ⅳ 部位記載誘導システム (部位が必要な病名に対して部位入力を促すシステム)

A. ポイント (留意事項)

皮膚科疾患並びに整形外科領域の病名に関しては詳細な部位の記載が必要である。また、左右対に

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

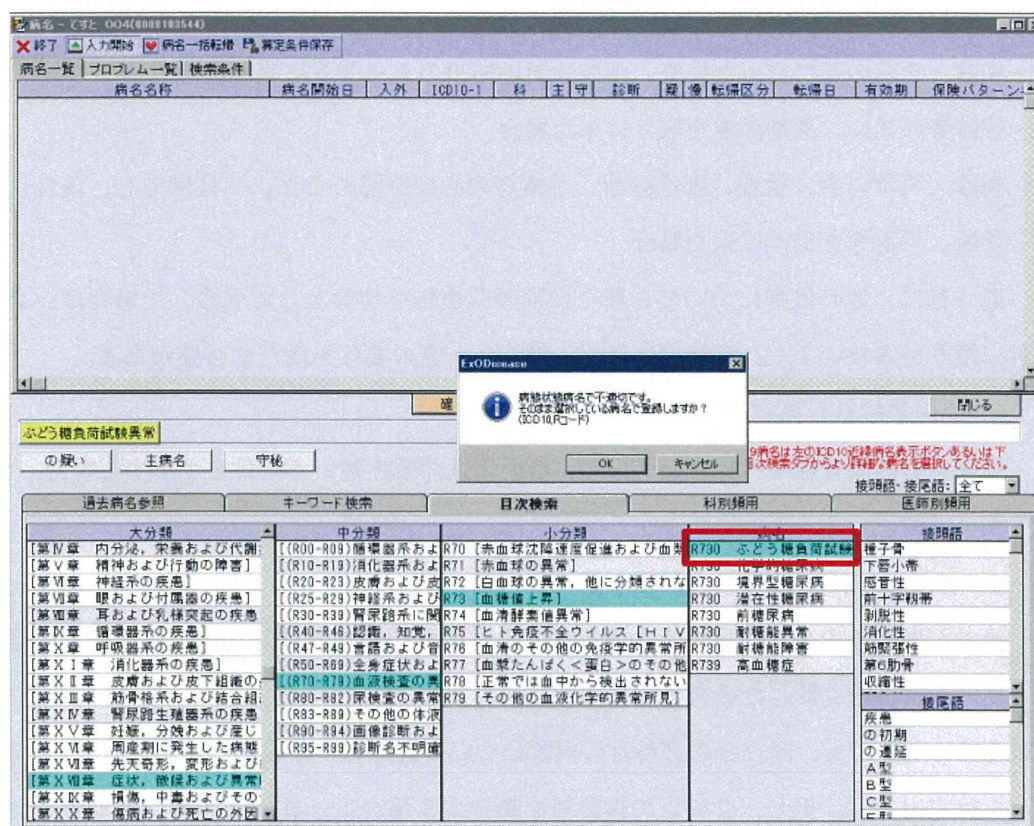
傷病名が症状・所見のものがある。

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、徴候をあらわす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的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っていない。
- 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ことが多い。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

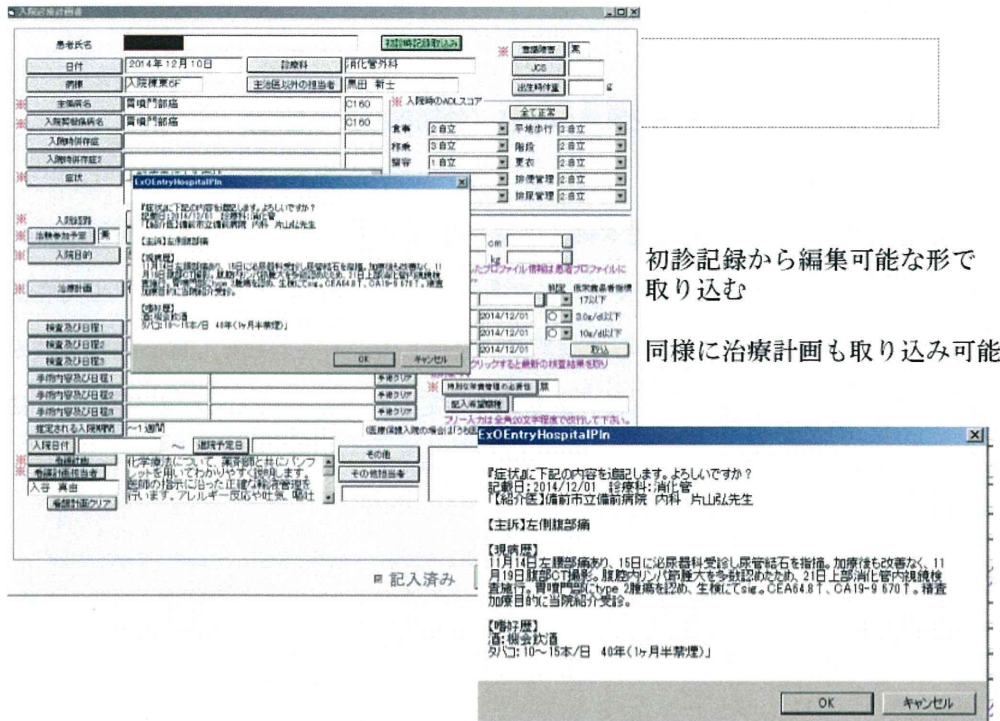
決められた様式かつ必須項目の書式をシステムで提供する。初診時記録や看護計画などと連携して個々の患者にあった情報提供が行えるようなシステム支援を行う。

テンプレートでの画一的な項目設定による定型入力には避ける。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。

既存データとの関係も構築、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



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する。

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

基本診療料:入院基本料における看護要員数の検証2

The screenshot displays a software interface for nursing management. The main window is titled '看護管理日誌' (Nursing Management Log) and shows a grid of data for various patients. The columns include patient ID, name, room, and various nursing activities. A red box highlights a specific column, likely representing the number of nursing staff. To the right, there is a summary table with columns for '看護要員数' (Nursing Staff Count) and '看護時間' (Nursing Time). The interface includes buttons for '終了' (End), '中止' (Cancel), and '印刷' (Print).

看護管理日誌(入院患者重症度なども併記されたもの)

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日を超えても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）があっ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

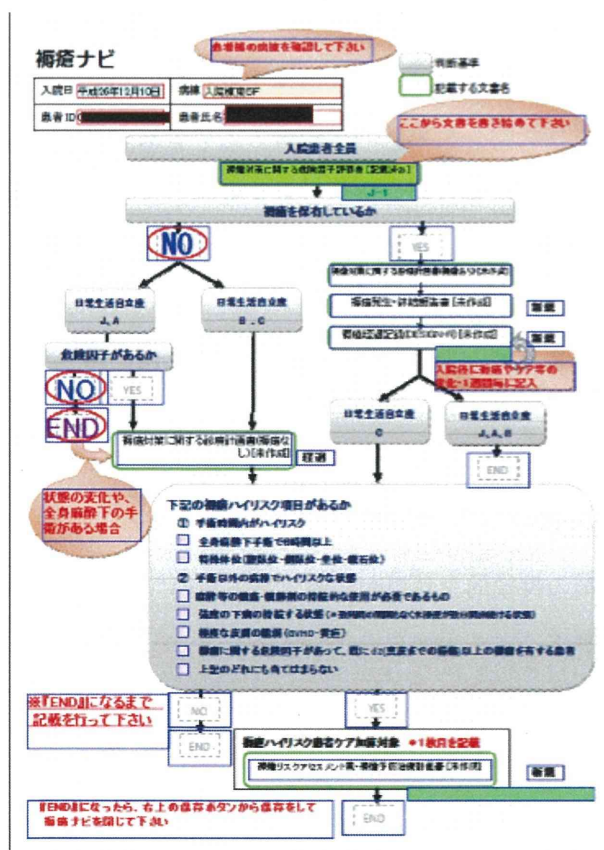
- 褥瘡対策を適正に実施していない例が認められた。
 - ・ 褥瘡対策について、専任の看護職員が褥瘡計画を作成していない
 - ・ 褥瘡予防マニュアルが作成されていない

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用い、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

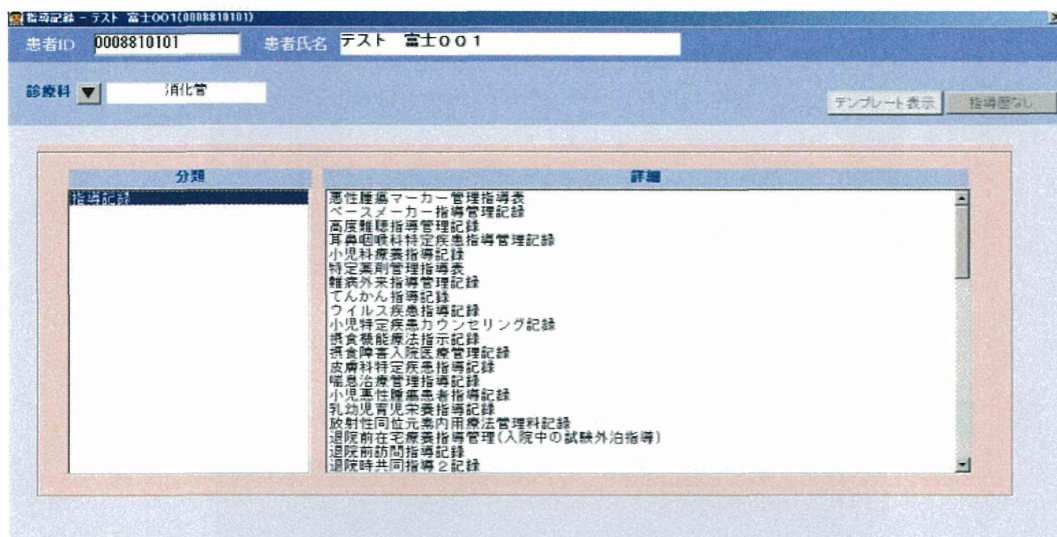
該当するからという理由でカルテに記載がない状況で自動算定されている場合が多い。指導内容が画一的であるなど算定要件の内容が乏しいものがある。

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ー



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

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ID: 60011101
 患者名: テスト 富士001
 患者年齢: 44 歳
 病棟:
 主治名: 高橋 浩

リスク判定: 無 不能
 低 中
 高 最高

リスク要因: 手術 血栓性疾患 その他

リスクレベル: **低** (早期起床および積極的な運動)
中 (弾性ストッキング 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 低用量ヘパリン)
最高 (低用量ヘパリンと 間欠的空気圧迫法 あるいは 弾性ストッキングの使用)
低用量ヘパリンと低用量ヘパリンと低用量ヘパリンを併用してもよい。

予定手術日:
 評価日: 2014/12/10 評価者名: 谷地 晴

リスクレベル	介入	予定法
低	早期起床および積極的な運動	早期起床および積極的な運動
中	弾性ストッキング あるいは 間欠的空気圧迫法	弾性ストッキング 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 低用量ヘパリン	間欠的空気圧迫法 あるいは 低用量ヘパリン
最高	(低用量ヘパリンと 間欠的空気圧迫法の併用) あるいは (低用量ヘパリンと 弾性ストッキングの併用)	(低用量ヘパリンと 間欠的空気圧迫法の併用) あるいは (低用量ヘパリンと 弾性ストッキングの併用)

1. 大量のステロイドを使用する場合は、血栓リスクが非常に高くなることを考慮する。
 2. 低用量ヘパリン/リンの予防は、手術前および術後の血栓性リスクが低くなるから開始する。術後期間での出血は重要な障害を伴う可能性があるため、手術後の止血剤の使用に十分注意する。出血を抑制する必要がある。
 3. 出血の危険性が低く、血栓リスクの予防は、間欠的空気圧迫法を使用することができない場合は、弾性ストッキング併用の予防も推奨される。
 4. 血栓リスクは、この評価表が基本となるが、出血の危険性が高い場合は、血栓予防の強度を減らすことも考慮する。

医学管理料: 指導記録記載用テンプレートの実装1

在宅自己腹膜透析指導管理
 在宅自己連続換流式腹膜透析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)
- 頻回に指導を行う患者(頻回とは月2回以上)
- 下記より頻回を行う理由を選択し、して下さい(複数選択可)
 - 在宅自己連続換流式腹膜透析の導入期
 - 糖尿病で血糖コントロールが困難な症例
 - 腹膜炎の疑い、トンネル感染および出口感染のある症例
 - 腹膜炎の進行および脱水効率の著しく低下した症例
 - その他(以下に詳細を述べ)

管理料算定要件
 原則、1回/月算定
 頻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

集外線装置等の使用の有無

集外線検査装置 あり なし
 自動腹膜透析装置 あり なし
 在宅自己換流式腹膜透析液交換用粘着器 あり なし

本日の指導内容

体調良好、現時点でのまま
 腹膜炎を指導し、次の通り
 毎日、トンネルの観察を厳密に、大切に扱う
 カテーテル出口の清潔は最低1日一回行う
 注: 排液不良やCAPODの発症があればすぐに来院。
 カテーテル出口の腫れが認められれば来院。
 カテーテル出口の痛みが認められれば来院。
 カテーテル出口の分泌物が認められれば来院。
 入浴の注意事項は、毎日1回、15分程度
 蛋白質摂取制限を厳格に(1日あたり10g以内)

複数選択するときは「CTRL」キー+マウス左クリック
 選択解除: 不要な反転表示項目を二カマウスを合わせ、「CTRL」キー+マウス左クリック

カルテに展開 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

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)

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)の実装とそれに基づく算定

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、自動算定を行うものではありません

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、診療料などの算定条件の情報を元に、指導が必要な指導管理料についてガイド表示されます。

『オーダ』『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。

カルテにも転記されます。

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

