

2. 指摘事項からみたシステム改善の留意点 (事例を含む)

1. 医 科 編

はじめに

近年、診療報酬請求に関してオンライン請求が行われるなど電子化が急速に進んで来ている。すなわち医療機関における電子カルテの導入ならび医事会計システムの電子化が進められていることも影響している。

一方で診療報酬点数においても従来の特徴中心の点数設定でなく、指導管理などの内容を重視した記録が請求の要件になっているものが増加してきている。

平成 26 年度の診療報酬『医科点数表の解釈』において要点など何らかの診療録への記載が算定要件になっているものが約 200 項目ある。また、交付文書(写し)の診療録への添付も 50 項目近く存在している。

このような状況の中において保険診療を適正に行うための電子カルテシステムを構築するにあたって従来、記録文書の電子化という観点から推し進められた真正性、見読性、保存性のいわゆるカルテの 3 原則に基づいての適正な構築のみならず、『カルテが診療報酬請求のための根拠』になるという原点に立ち戻っての再構築を検討していかなければならない。

今回、我々は公表されている『個別指導における指摘事項』の項目を中心に、適正保険診療の観点から電子カルテシステムの運用時の留意点、ならびに保険診療算定における算定要件を考慮した電子カルテのシステム構築など『高度電子情報化における保険診療システムの構築』につき検討を行い、適正な保険診療を行うための電子カルテシステムのあり方についてまとめた。

以下、

- A. **ポイント (留意事項)** : 保健医療指導講習会の指導テキストに記載された事項
- B. **指摘事項** : 公表されている個別指導ならびに特定共同指導における指摘事項
- C. **考えられるシステム対応等** : 電子カルテシステム構築において考慮されるべき内容とそれに基づく改善事例

システム運用時の留意点 : システム運用時に考慮されると考えられる事項
(システム構築前に院内で検討すべきこと、ユーザー教育など)

各項目毎に列記した。

I 電子カルテのシステム管理の大原則

I-1 ガイドライン遵守について

A. ポイント（留意事項）

診療録をはじめとし、医療記録の電子化作成、保存が進められる中、医療情報の安全管理に努めなければならない。それに先立ち、自院の保有するシステムが電子カルテに該当するか否かを明確にしなければならない。すなわち、平成11年4月に通知された『診療録等の電子媒体による保存について』にあるように自己責任においていわゆる3原則（真正性、見読性、保存性）を遵守した場合に認めるとなっている。

このような背景において『医療情報の安全管理のためにガイドライン』策定され、遵守することが求められている。

最新版の『医療情報の安全管理に関するガイドライン』に記載されている項目は原則的に担保されていなければ電子カルテとしての運用は認められない。

電子カルテとして取り扱うシステムは電子カルテシステムの3原則などの規定すなわち、『医療情報の安全管理に関するガイドライン』に従ったしすてむであることを確認の上、利用者管理や利用者権限など施設内運用を明確に決めた上、運用すること。

現行の電子記録機器の中には電子カルテと認識されないものもあり、利用者は十分に電子カルテシステムとして認識できるか否かを確認の上運用を行うこと。

（付記）

3原則の遵守について、いわゆる『電子カルテの3原則とは』

電子カルテの3原則である真正性、見読性、保存性に関しては平成11年の3局合同通知で規定されたが現在、普及しつつあるICTを活用した電子的診療記録保存システムを電子カルテの三原則を満たしたシステムと誤認しての運用が見られる。

真正性とは？

正当な人が記録し確認された情報に関し第三者から見て作成の責任の所在が明確であり、かつ、故意または過失による、虚偽入力、書き換え、消去、及び混同が防止されていることである。なお、混同とは、患者を取り違えた記録がなされたり、記録された情報間での関連性を誤ったりすることをいう。

見読性とは？

電子媒体に保存された内容を、権限保有者からの要求に基づき必要に応じて肉眼で見読可能な状態にできることである。

ただし、見読性とは本来「診療に用いるのに支障が無いこと」と「監査等に差し支えないようにすること」であり、この両方を満たすことが、ガイドラインで求められる実質的な見読性の確保である。

保存性とは？

記録された情報が法令等で定められた期間に渡って真正性を保ち、見読可能にできる状態で保存されることをいう。

ことに真正性に関する内容が保証されていると考えられないものがある。

この3原則が確保されていないシステムは電子カルテシステムとして取り扱うことができないことを理解しておく必要がある。

B. 指摘事項

3原則を保証する機能を満たさない電子的記録装置が電子カルテとして扱われ、かつ、ID、パスワードなどの共有が行われ、記録の作成者が特定できないものがある。

C. 考えられるシステム対応等

医療機関における運用規定の整備、運用規定の中には利用者個人ごとの認証、作成責任者の特定並びに業務アプリケーションの利用権限規定も必要となる。

作成責任者の特定においてはチーム医療が行われた職種で記載を行う書式も少なからず発生している。この場合記載者全員を責任者として記録を残さなければならない。

前述のガイドラインにおいても『医療機関等の規模や管理運営形態により、作成・追記・訂正等の責任者が自明となる場合も考えられるが、その場合、作成責任者が明確になるよう運用方法を定め、運用管理規程等に明記した上で何らかの記録を残した運用を実施すること。』と記されている。

また認証についても電子カルテなのかOA診療録として使用するのか施設長の認識、判断が必要である。後者であれば現状は日々記録を紙媒体として打ち出し、蓄積しておかなければならない。

いずれにしても『医療情報の安全管理に関するガイドライン』の準拠した運用が必要である。

I-11 同意書等の保管について

A. ポイントポイント（留意事項）

医療文書の中には患者と交わす多数の同意文書が存在する。同意に用いられた文書の真正性が担保され、かつ患者側の同意意思が明記された文書でなければならない。したがって、ガイドラインに沿った作成ならびに保管が必要となる。

さらに保険診療点数表においては数多くの交付文書(写し)の保管が算定要件になっている。

B. 指摘事項

同意文書に関しての同意者の自署あるいは押印がなされた文章の保管が必要

C. 考えられるシステム対応等

同意書に関しては患者の権利を保証するものであるとともに患者が理解し安い表現文書で適切に説明が行われ、患者自身が自由選択意思に基づき、同意したことを担保するものでなければならない。従って、説明内容、説明日、説明者、説明同席者、同意の可否、患者同意回答記載日、回答（同意）者（患者本人場合により代理人）の各項目が記載されたものが保管されなければならないため、現行のICT技術においては患者認証など問題が解決できておらず、紙文書として出力、記載項目の充足、ことに同意者の自署（押印）を確認した上、電子的文書保管あるいは文書の原本保管することが必要となる。また、文書の更新も頻回に行われることも多いため文書の版管理を行えるシステムも必要となる。

システム運用時の留意点

同意文書に関して患者にわかりやすく、懇切丁寧に説明することが重要であり、多くの説明同意文書が必要となる。院内において基本項目の設定を行いできる限り統一した形式で運用することが望ましい。

I-111 診療情報提供書保管

A. ポイントポイント（留意事項）

同意書同様に患者の同意に基づき、他医療機関での診療に対して行われる文書である。診療報酬の解釈点数本にも発行した文書（押印あるいは自署のあるもの）の写しの保管が算定要件となっている。

B. 指摘事項

診療情報提供書に関しては主治医（担当者）の自署あるいは押印がなされた文章の保管が必要

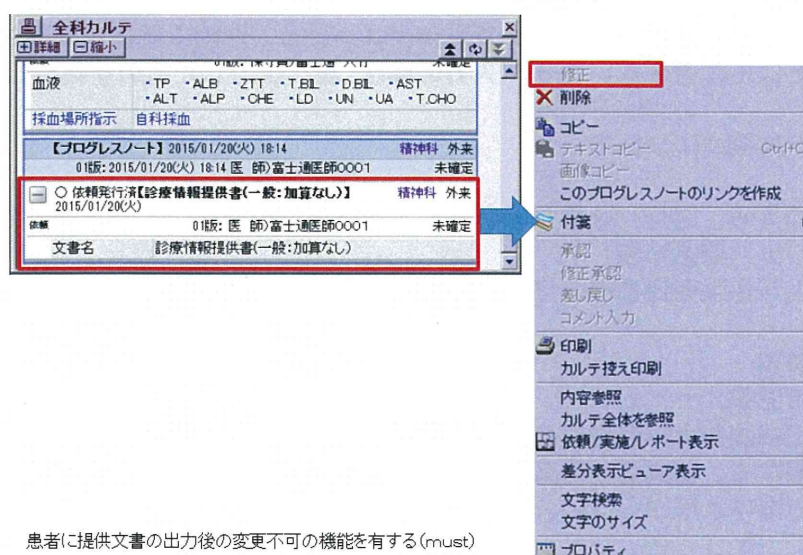
C. 考えられるシステム対応等

患者に提供文書の印刷出力後の記載内容の変更不可の機能を有し、患者を介して、あるいは別途郵送により他医療機関に提供された文書に変更が加えられていないことを保証する文書の保管出なければならない。ただし、この場合、印刷後の修正が必要となった場合の対応も考えなければならない。現状の対応として2通りのことが考えられる。そのひとつは電子的に作成された文書であっても患者、に手渡す前に自署あるいは押印を行い、コピーを撮り、写し（原本）として保管あるいはスキャナー取り込みを行う。後者においてもe-文書法に則った対応ができていない施設においては紙保存が余儀なくされる。もう一つは法令で定められたとおり記名・押印を電子署名で行う方法である。

システム運用時の留意点（課題）

近年、診療情報提供書が電子的に作成されることが多い。ことに電子カルテシステムにおいてなされたものは真正性の確保の点からも保証されているはずであり、作成原本の電子的保存が認められない（作成文書で患者に渡したもののコピーでなければならない）との指摘に関しては明確な判断が求められる。さらに今後は紙媒体での診療情報提供は電子的文書に変わっていくことが明白であり、一定の、判断が求められるところである。

診療情報提供書保管



I I 診療記録

○診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

○診療録記載は医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。

(1) 診療録とは

診療録（カルテ）は、診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠でもある。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、診療報酬請求の根拠がないと判断される場合もある。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担第 22 条、医師法第 24 条）

・医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない。(罰則 50 万円以下の罰金)

②診療録の保存(療担第9条、医師法第24条第2項)

- ・患者の診療録は、その完結の日から5年間保存しなければならない。
- ・療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存しなければならない。

(3)記載上の留意点(一例)

- ・診療の都度、診療の経過を記載する。必然的に、外来患者であれば受診の都度、入院患者であれば原則として毎日、診療録の記載がなされることになる。
- ・慢性期入院患者、集中治療室入室中の患者、慢性疾患で長期通院中の患者等についても、診療録の記載が必要なことは当然である。
- ・診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数の項目があることに留意する。
- ・修正等の履歴が確認できるよう、修正記録の版管理を行い、修正状況が確認できるものであること。
- ・責任の所在を明確にするため、署名を記載の都度必ず行う。

(4)医療情報システム(電子カルテ等)に関する留意点(真正性、見読性、保存性)

- ・端末使用開始前に、ログアウトの状態であることを確認すること。また、席を離れる際には必ずログアウトすること。
- ・パスワードは定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワード等を記したメモ等を端末に掲示しないこと。
- ・いわゆるレセプトコンピュータの場合、コンピュータ内に記録が保存されていたとしてもカルテとはみなされないこと。(入力の都度、紙へ出力したものを編綴しておく必要がある。)

11-1 カルテの様式について

様式1の1号、2号、3号などが指定された項目が組み込まれた形で展開表示が可能。

A. ポイント(留意事項)

保険医および保険医療機関の療養担当規則に示された様式で記入(表示)すること

B. 指摘事項

(診療録の記載)

保険医療機関および保健医療用担当規則第二十二條保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

C. 考えられるシステム対応等

基本必須項目欄の設定を行い、少なくとも必要項目は実装、最終的にそれぞれの様式に出力可能な機能を構築する。3号に関して電子カルテシステムにおいて提示連携が行われ、確認可能なシステムが望まれる。

11-11 研修医の記録および指導医の監査(指導記録記載)の機能を備えていますか?

A. ポイントポイント(留意事項)

研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

B. 指摘事項

丁寧な指導記録と記録の監査

C. 考えられるシステム対応等

各施設の運用ルールに則り、研修医記録を指導医が容易に確認、内容監査が行え、指導記録が記載できること。できれば、修正箇所が容易に確認でき、指導者のコメントが記入できるような支援システムの構築が望まれる。オーダ種などにより一括承認可能なものと個別承認を必要とするものの区別ができるシステム構築が望まれる。

システム運用時の留意点

現行、実装されているシステムはカウンターサイン（承認ボタン）により一括承認機能を備えているものが多い。オーダ内容においても一括承認は可能な限り避けるべきで指導医は対応文書の確認を行い、個別に承認していかなければならない。

研修医の記録および指導医監査システムの事例1.

システムへの
対応

① 研修医の記録および指導医の監査

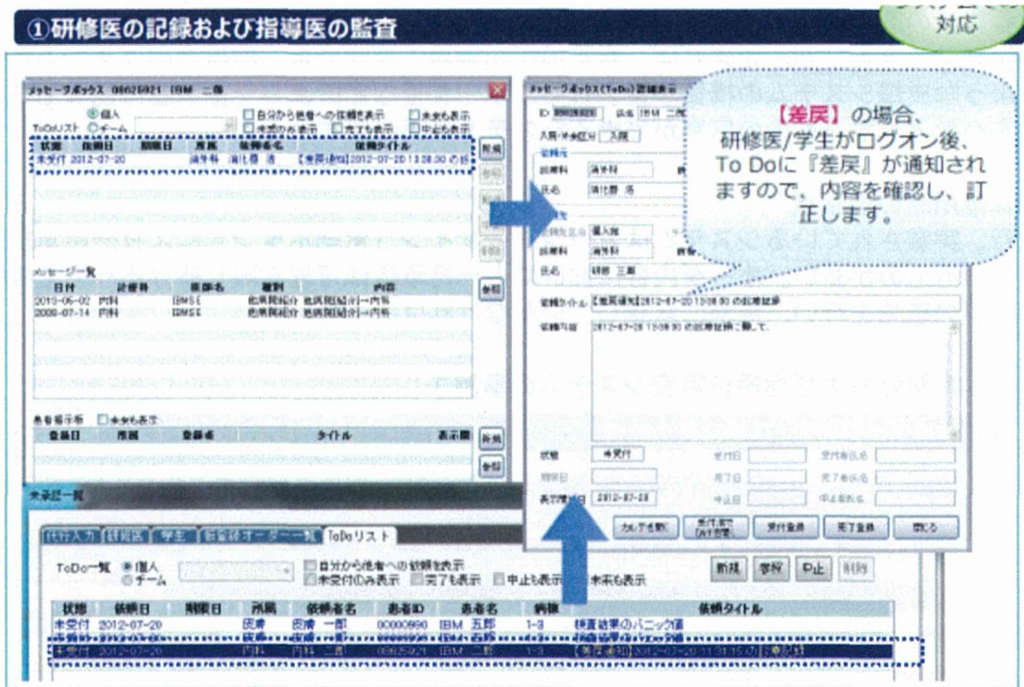
指導医が担当する研修医/学生が記載した未承認の記録がある場合は、指導医がログオン後、未承認一覧が表示され、確認を促します。
また、指導医は研修医/学生の記録に不備がある場合にコメントを入力し、修正を促すことが可能です。

予め、指導医-研修医（複数可）の紐付け管理を行い、研修医が記載した記録がある場合は、指導医がログオン後、未承認一覧が表示され、確認を促します。

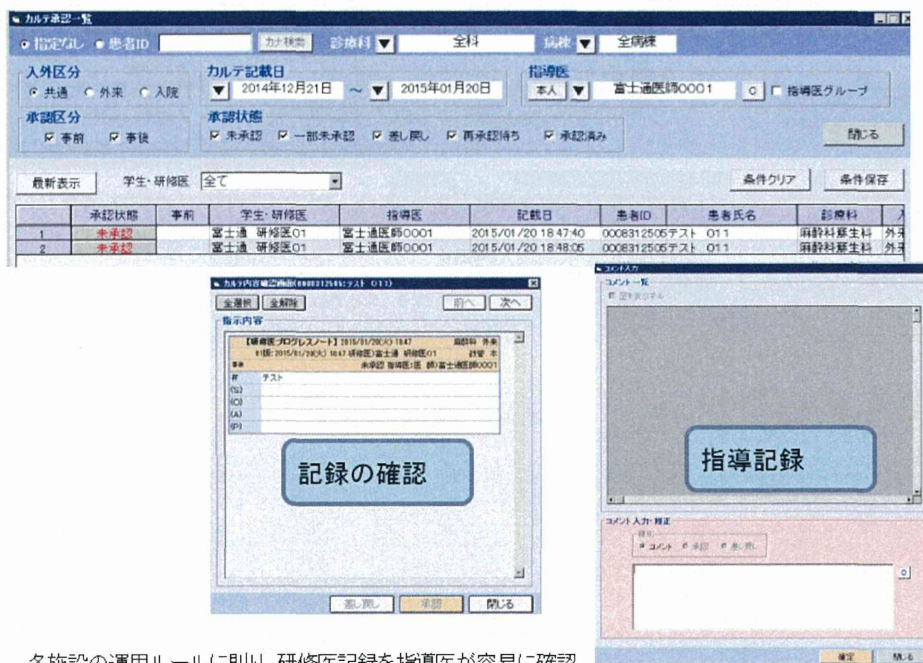
【確認】した場合、診療記録に確認者が記載されます。

未承認一覧から研修医が記載したカルテを開くと、該当の診療記録が表示され、内容を確認し、【確認】【差戻】を選択します。

【差戻】の場合は、理由を記載し、研修医のTo Doとして登録します。



カルテ: 研修医の記録および指導医の監査機能



各施設の運用ルールに則り、研修医記録を指導医が容易に確認、内容監査が行え、指導記録が記載できる

2

II-III 自由診療記録記載様式と保険診療記載様式は明確に区別できていますか？

A. ポイント（留意事項）

現行、保険診療において混合診療は認められていない。

（付記）

保険外併用療養費制度は、保険外負担のあり方を抜本的に見直し、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養を「評価療養」、特別の病室の提供など被保険者の選定に係るものを「選定療養」として整理再編したものである。

「評価療養」とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、

将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の設置する先進医療専門家会議において個々の技術について審査・承認し、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(評価療養の種類)

先進医療(高度医療を含む)
医薬品の治験に係る診療
医療機器の治験に係る診療
薬事法承認後で保険(薬価基準)収載前の医薬品の投与
薬事法承認後で保険適用前の医療機器の使用等
保険(薬価基準)収載医薬品の適応外使用(公知申請されたもの)
保険収載医療機器の適応外使用(公知申請されたもの)

「選定療養」とは、患者の選択に委ねることが適切なサービスについて、患者が自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自己選択の保障、質の確保などの一定のルール化を定め、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(選定療養の種類)

特別の療養環境の提供
予約診療
時間外診察
前歯部の金合金等
金属床総義歯
う蝕の継続的な指導管理
200床以上の病院の未紹介患者の初診
200床以上の病院の再診
制限回数を超える医療行為
180日を超える入院

B. 指摘事項

保険診療の診療録と保険外診療(自由診療)の診療録とが区別されていない例が認められる

C. 考えられるシステム対応等

カルテの台紙背景を変えるなどして容易に識別できる形式を提供する。

保険種別による表示画面の切替機能や両者を通覧できるよう時系列形式で閲覧可能なシステムの構築も望まれる。

システム運用時の留意点

診察医は現在行っている診療が自由診療か保険診療か明確に識別しなければならない。自由診療を行うために事前処置を保険診療で行うことは禁止されている。

従って、診療録に治療方針についての明確な記載を残すことが要求される。

カルテ：自由診療記録と保険診療記録の区別1

保険診療の場合

【プロダレスノート】 2015/01/20(火) 17:21		小児科 外来
01版:2015/01/20(火) 17:21 医 師)富士通医師0001		診管 本
#	保険診療	
(S)	S	
(O)	O	
(A)	A	
(P)	P	

自由診療の場合

【自費カルテ】 2015/01/20(火) 17:20		小児科 外来
01版:2015/01/20(火) 17:20 医 師)富士通医師0001		自費
#	自由診療	
(S)	S	
(O)	O	
(A)	A	
(P)	P	

容易に識別できる形式:カルテ台紙種別として管理

カルテ：自由診療記録と保険診療記録の区別2

The screenshot illustrates the workflow for selecting self-payment insurance. A callout box labeled "自費保険を選択" (Select self-payment insurance) points to a selection menu in the software. Another callout box labeled "自費カルテ専用の台紙が起動" (Self-payment medical record form is activated) points to a specific form titled "【自費カルテ】". A third callout box labeled "時系列で表示" (Display in chronological order) points to a list of records. A small inset shows a navigation menu with "15/01/21(水) 自費" selected. Below the inset, text reads "表示画面切替機能 時系列形式で閲覧可能なシステム" (Display screen switching function, system that can be viewed in chronological order).

Ⅲ 病名について

Ⅲ-Ⅰ 傷病名

A. ポイント（留意事項）

- 診断の都度、医学的に妥当適切な傷病名を、診療録に記載する。
- いわゆる「レセプト病名」を付けるのではなく、必要があれば症状詳記等で説明を補うようにする。

(1) 傷病名記載上の留意点

- ・医学的に妥当適切な傷病名を主治医自らつけること。請求事務担当者が主治医に確認することなく傷病名をつけることは厳に慎むこと。
- ・診断の都度、診療録（電子カルテを含む）の所定の様式に記載すること。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に未準拠のオーダーエントリーシステムに傷病名を入力・保存しても、診療録への傷病名の記載とは見なされないため、必ず診療録自体に記載すること。
- ・必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること。
- ・診療開始年月日、終了年月日を記載すること。
- ・傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理すること。特に、急性病名が長期間にわたり継続するのは不自然な場合があるので、適宜見直しをすること。

- ・疑い病名は、疑う根拠となった症状、所見等について診療録に記載するとともに診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更すること。また、当該病名に相当しないと判断した場合は、その段階で中止とすること。

(2) 症状詳記

レセプト上の傷病名等のみで診療内容の説明が不十分と思われる場合は、請求点数の高低に関わらず、「症状詳記」で補う必要がある。

- ・当該診療行為が必要な具体的理由を、簡潔明瞭かつ正確に記述すること。
- ・客観的事実（検査結果等）を中心に記載すること。
- ・診療録の記載やレセプトの内容と矛盾しないこと。

(3) いわゆる「レセプト病名」について

保険適応外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられる、実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を用いてレセプトを作成することは、極めて不適切認められない。

(不適切な傷病名の例)

- ① 検査の適応外実施目的
 - ・「慢性肝炎の疑い」→適応外の感染症の検査目的
 - ・「脳梗塞の疑い」→適応外のMRI等の検査目的
 - ・「〇〇癌の疑い」→適応外の腫瘍マーカーの検査目的
- ② 投薬・注射の適応外投与のための「レセプト病名」
 - ・「上部消化管出血」「胃潰瘍」→適応外のH₂ブロッカーの使用目的
 - ・「低アルブミン血症」→適応外のアルブミン製剤の使用目的
 - ・「好中球減少症」「重症感染症」→適応外のG-CSFの使用目的
 - ・「ビタミン欠乏症」「摂食不能」→適応外のビタミン製剤の使用目的

B. 指摘事項

- ◎医学的に妥当性のある傷病名を記載し、**主病名**を明記すること。
 - 傷病名については適宜見直しを行い、中止、治癒など病名整理をすること。
 - ・急性疾患でありながら、長期にわたってその転帰が未記載
 - 傷病名が症状・所見及び検査結果等の根拠に基づかない例が認められた。
 - ・逆流性食道炎、気管支肺炎、胃炎、胃潰瘍、肝機能障害、鉄欠乏性貧血、ビタミン欠乏症、糖尿病の疑い、じんま疹、糖尿病、血清梅毒、高血圧、急性副鼻腔炎、十二指腸潰瘍
 - 診療行為に対する傷病名の記載がない例が認められた。
 - 単なる**状態や症状**を傷病名として記載している例が認められた。
 - ・筋肉痛、切創、皮膚潰瘍
 - 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。
 - ・部位の記載がない例
捻挫、神経痛、関節痛、変形性関節症
 - ・左右等の記載がない例
膝関節症、外耳炎
 - 傷病名を整理しないで、**重複**して付けていた例が認められた。
 - ・「肝炎」と「慢性肝炎」
 - ・「虚血性心疾患」と「狭心症」
 - ・「貧血症」と「鉄欠乏性貧血」
 - ・「皮脂欠乏性湿疹」と「皮脂欠乏症」
 - ・「急性気管支炎」と「急性上気道炎」

- 長期間整理されていない疑い病名の例が認められた。
- 診療報酬明細書の作成にあたり、主病名が判別可能になるよう記載すること。
- 診断群分類について、次の不適切な診断群分類の選択が認められた
 - ・入院患者に対する診断群分類区分の適用を、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断していない
 - ・傷病名の選択が医学的に妥当と思われない
 - ・傷病名の選択が医療資源を最も投入した傷病名と異なる例が認められる診療報酬明細書に記載された傷病名
- ◎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がない傷病名の記載が認められた。
 - ・いわゆるレセプト病名が見られる
 統合失調症、口内炎、じんま疹、気管支喘息、逆流性食道炎、胃潰瘍、急性腸炎、ビタミン欠乏症、葉酸欠乏症、胃がんの疑い、肺がんの疑い、肝臓がんの疑い、前立腺がんの疑い、心不全の疑い、肝機能障害、腎機能低下の疑い、鉄欠乏性貧血、糖尿病の疑い
- 診療報酬明細書の内容が、診療録に記載された内容と一致しない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

標準病名マスタを活用することにより、以下に示すように主病名の選択、症状、状態病名の入力防止。重複病名の防止。ならびに部位等の入力を誘導する病名登録支援システムの開発は可能であり、積極的に実装していくべきである。

病名の開始日のみならず、転帰に関しても一定の期間を過ぎた場合、転帰を促す支援システムの（レセプトチェックの段階でも可）実装も検討に値する。

システム運用時の留意点（教育）

病名に関しては ICD10 に準拠した標準病名マスタを用いて診療に当たった主治医が可及的早期に自ら付与する習慣をつけること。

DPC 制度においては主傷病名、入院契機病名、資源再投入病名、資源次投入病名、入院時併存病名、入院後発症病名に明確に分類して登録する必要がある旨、十分に周知しておく必要がある。

診断根拠のない、いわゆるレセプト病名については必要があれば症状笑気に対応すべきである旨を十分周知する必要がある。

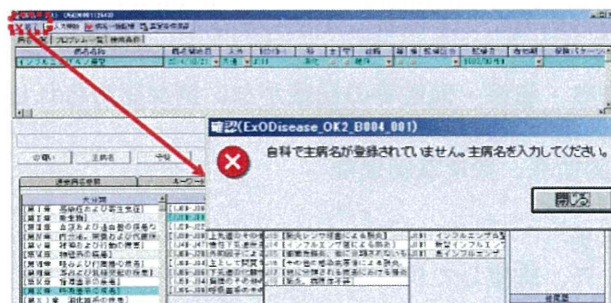
主病名表記アラート

- ① 入力診療科で主病名がない場合、エラーとします。（現在ワーニング）

【チェックレベル】 エラー

【チェックタイミング】 病名ツール終了時

※病名に変更がない場合は、エラーチェックは行いません。



病名ツールに戻り、先に進むことはできません

主病名表記ならびに転帰入力促進

- ② 入力診療科で主病名が5つを超えた場合
 [チェックレベル] ワーニング
 [チェックタイミング] 主病名の追加時
 主病名フラグをチェック時
 病名ツール終了時
- ③ 入力診療科で病名が15を超えた場合
 [チェックレベル] ワーニング
 [チェックタイミング] 病名の追加時
 病名ツール終了時

※参照起動の場合も、病名ツール終了時にワーニングを表示させます。



Ⅲ-Ⅱ ICD10の併記, 「ICD10 対応電子カルテ用標準病名マスタ」の活用

A. ポイント (留意事項)

「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名(医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名)」及びその対応する ICD10 コード (5 桁まで (5 桁目が存在しない場合は 4 桁まで、4 桁目が存在しない場合は 3 桁まで)。以下同じ。) を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応する ICD10 コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成 21 年 7 月 30 日) 別添 3 に規定する傷病名を用いること。また、別添 3 に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成 22 年 3 月 26 日医療課事務連絡) にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

B. 指摘事項

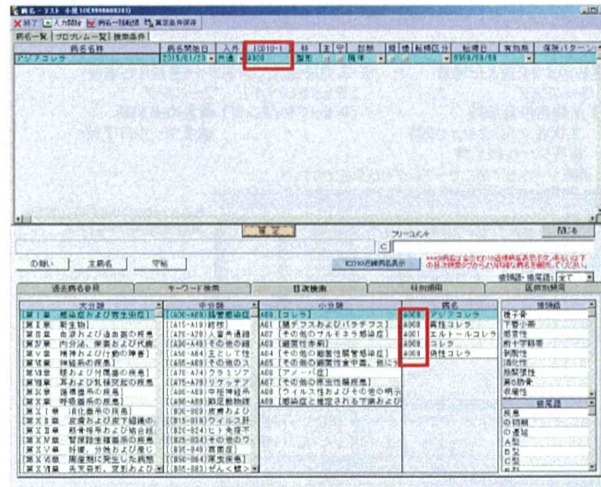
未コード化傷病名を削減すること。

C. 考えられるシステム対応等

ICD-10 対応標準病名集をマスタとする。

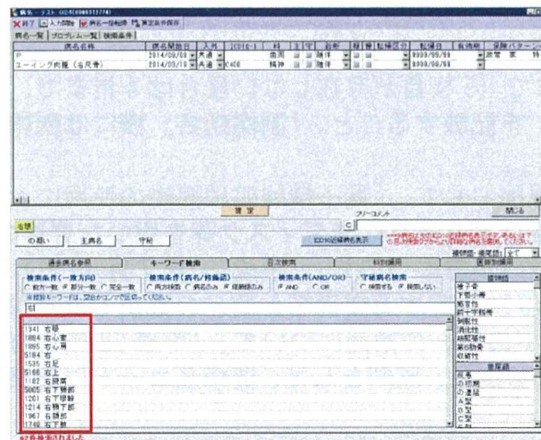
システム運用時の留意点 (教育) 自家 (自院) 固有病名を作成しないこと。

病名:ICD10の併記



ICD-10対応標準病名集をマスタとする

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

III-III 重複病名警告システム

A. ポイント (留意事項)

病名の重複登録に関しては多くは類似病名が登録されることと同一病名が登録される問題があると思われる。後者に関して一般的に総合病院などで診療科単位の病名管理が行われている場合が多い。例えば消化器内科で高血圧症が登録され、循環器内科で本態性高血圧症が登録された時などで提出用のレセプトが作成される時点で内科でまとめられるために高血圧症と本態性高血圧症が病名として挙げられる場合が発生する。このように診療科単位での病名管理をおこなっている施設では医事システム連携において注意しなければならない。

B. 指摘事項

傷病名を整理しないで、重複して付けていた例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

病名オーダにおける病名検索において ICD-10 を利用することにより、類似病名に対しての既登録との照合を行い、類似病名があることの警告を出すことが可能となる。

レセプト作成時において診療科で作成した病名を単純に寄せ集めるのではなく、当該診療月の診療内容に符合した病名の抽出がなされるべきと考える。
重複病名アラートなどの構築を行う（基本的に ICD-10 の頭書 3 桁の活用）。

自科における重複病名対策

The screenshot shows a medical software interface with a list of diagnoses on the left and a grid of checkboxes for each. A pop-up window titled "ExODisease" displays a warning: "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？" (A similar diagnosis is already saved under the same department. Do you want to register?). The interface includes search filters like "検索条件(一致方向)" and "検索条件(病名/修飾語)".

レセプト重複病名に対する対策

別表B 診療科コード

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	
	03	小児科	
	10	外科	
	12	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	獣科	
	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	有酸素科	
	38	麻酔科	
	39	救急科	
	診療科コード	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	美容外科
		臨床検査科診療科コード	14
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			矯正科
24			産科
25	婦人科		
26	産科又は婦人科		
33	泌尿内科		

注1 臨床検査科診療科コードは、従来の診療科コード(注2)より注3(注4)の第二桁に属する診療科である。
注2 薬に示すコード以外に、審査支払機関が使用するコードも記載する。

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	気管支内科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	精神科	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	肝臓外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	痔瘻内科	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	眼形成眼窩外科	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	脳卒中科	580
形成外科	130	歯科	360	腫瘍治療科	590
美容外科	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	腎臓外科	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

レセプトの診療科コード

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。

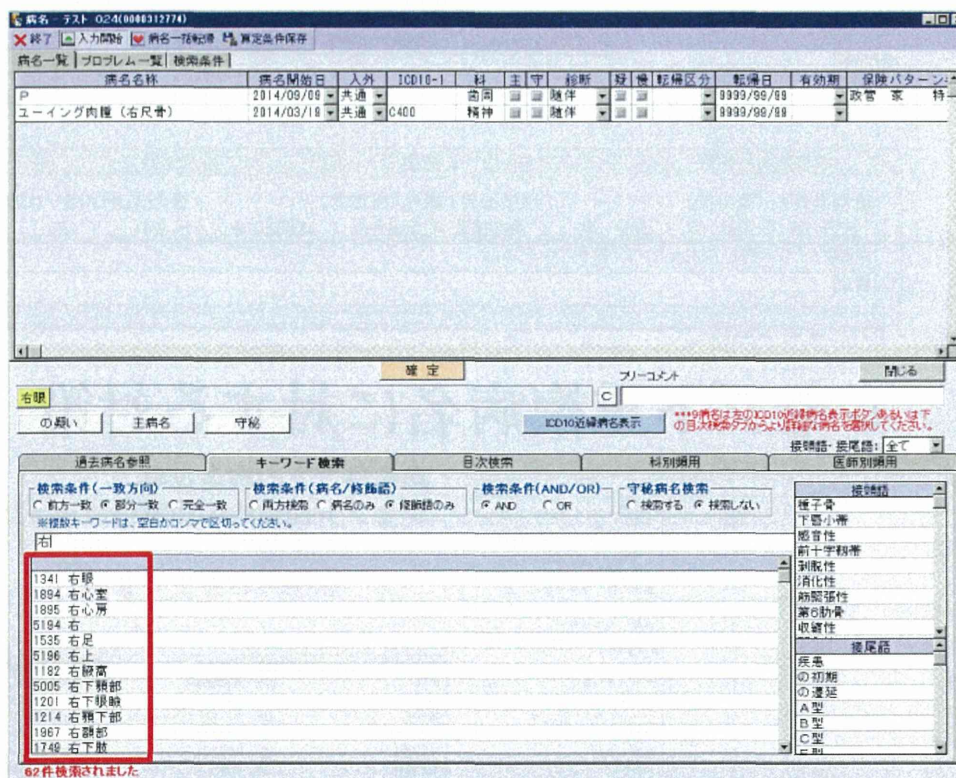
B. 指摘事項

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

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

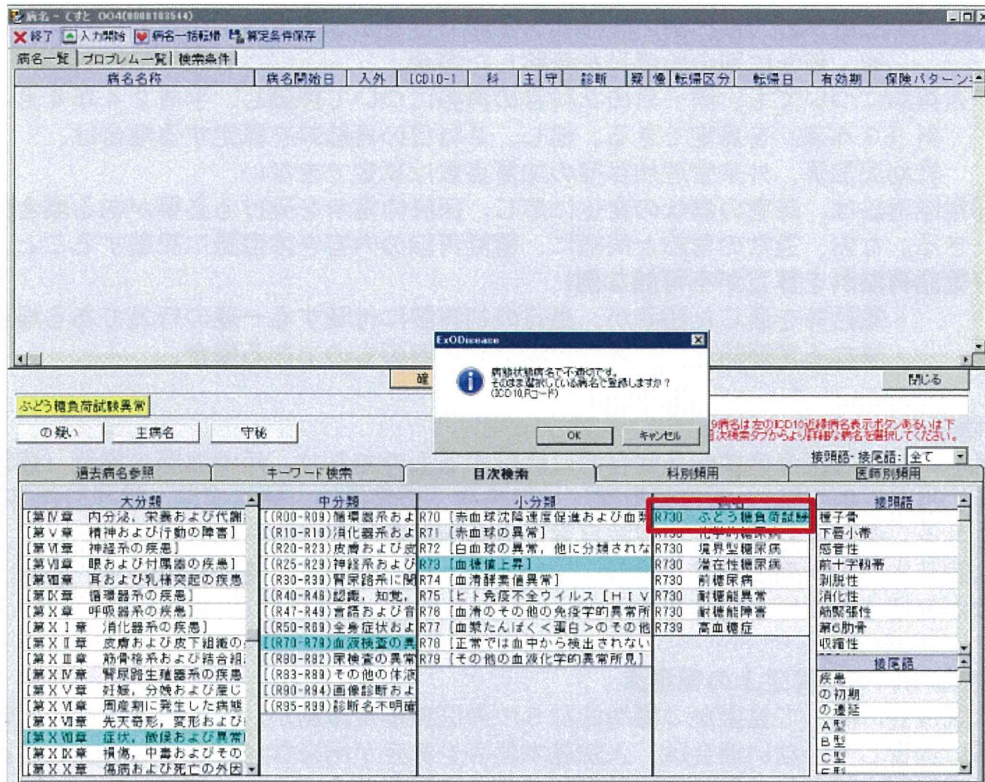
傷病名が症状・所見のものがある

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-10R コードを除外したマスタの利用が望ましい。

R コードの入ったマスタ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有用と考える。

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）等が請求できない場合がある。
- 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）は算定できない。

（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と、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つ目の診療科に限り初診料の1/2を算定できる。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でき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)を算定できる。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できない。

- 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できる。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。

(電話再診料を算定が不可能な例)

- ・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でき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・抽出できる。
- ・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

1. 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でき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。