

- (4) 医師の病名等の説明に対して理解でき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（説明に対して理解でき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できるものが望ましい。

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。患者にて和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様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できるものとする。

入院診療計画書

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でき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できる管理簿の整備を行い、これを人事基本マスタとして管理、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でき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、看護必要度が入力できる機能なども具備されたもの）の整備を行う。

基本診療料：入院基本料における看護要員数の検証1

| 診療科 | 定員数 | 組数 | 共通 | 合計 | 病床利用率 |
|-------|-----|----|----|----|-------|
| ベッド定数 | 11 | 16 | 6 | 48 | 14.6% |
| 看護定数 | 1 | 2 | 4 | 7 | |
| 管理 | 0 | 10 | 4 | 41 | |
| 入院患者数 | 0 | 0 | 6 | 0 | |
| 転入患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 退院患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 転出患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 死亡患者数 | 0 | 2 | 1 | 1 | |
| 退院患者数 | 0 | 2 | 1 | 1 | |
| 手術患者数 | 0 | 0 | 2 | 2 | |
| 手術患者数 | 1 | 3 | 1 | 2 | |
| 手術患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 手術患者数 | 0 | 1 | 1 | 2 | |
| 看護要員数 | 1 | 1 | 1 | 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

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、原疾患の治療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できる。
- 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、当該点数を算定できる。
- (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、記載者が特定でき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。できる限り、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でき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できる。
- (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

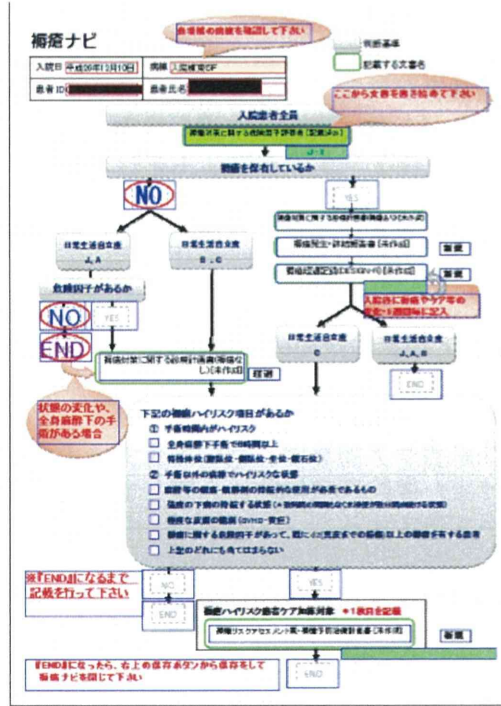
- 褥瘡対策を適正に実施していない例が認められた。
 - ・褥瘡対策について、専任の看護職員が褥瘡計画を作成していない
 - ・褥瘡予防マニュアルが作成されていない

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サイクルが実戦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、記載者が特定できる署名機

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、判読でき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できない。

(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できない。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できるものであり、単に悪性腫瘍マーカー検査を行ったことのみで算定できるものではない。
- ・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できるものであり、単に薬剤血中濃度を測定したことのみで算定できるものではない。
- ・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、算定でき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

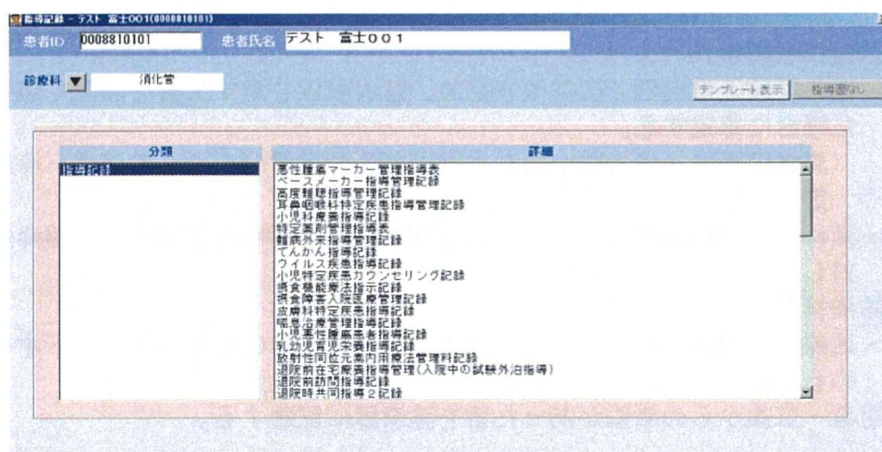
該当するからという理由でカルテに記載がない状況で自動算定されている場合が多い。指導内容が

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

ペースメーカー指導管理記録

※算定要件
院内導入式心臓ペースメーカー等を使用している外来患者。

遠隔モニタリングの場合(外来患者)
 着房型自動除細動器の場合(外来患者・入院患者)

定期受診の場合
 急性増悪の場合

その他の場合(外来患者)
 遠隔モニタリング、着房型自動除細動器以外の場合

アーイ以外の場合：移行期追加対象外

アーイ 心室感捕捉は心室起動により心室感捕捉のリスクが高く、遠隔型除細動器の適応の可否が未確定のためを除外して、遠隔型除細動器を目的に、遠隔型除細動器の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合は：移行期追加対象
 使用開始日: _____

イー 遠隔型除細動器の適応であるが、患者の状況により遠隔型には遠隔型除細動器が適応でない患者を除外して、遠隔型除細動器の適応を行うまでの期間に限り使用する場合は：移行期追加対象
 使用開始日: _____

アーイ以外の場合：移行期追加対象外

検査記録

検査日: _____

モード: _____

設定シート: _____

パルス幅: _____

スパイク間隔: _____

マグネットシート: _____

刺激閾値: _____

感度: _____

ペースメーカー移植日: _____

その他: _____

療養上の指導内容

確保経過等美しく、現行治療維持。
 臨床症状等に変化あり、以下の治療方針に変更。

次回チェック日: _____

カルテに展開 中止

肺塞栓血栓予防のための評価表

肺塞栓症血栓予防のための評価表

ファイルID: 000110101

患者名: テスト 富士001

患者年齢: 44 歳

病棟: _____

主治医師: 鈴木 直樹

リスク要因 手術 血栓性素因 その他

リスク判定: 無 低 高 不能 中 最高

リスクレベル: 低 中 高

予防法: 早期起床および積極的な運動、穿性ストッキング、あるいは 間欠的空気圧療法、間欠的空気圧療法、あるいは 低圧足分画ペリリン、低圧足分画ペリリン、あるいは 穿性ストッキングの使用

予定手術日: _____

評価日: 2014/12/10

評価者名: 谷地 明

手術種別: 一般科手術 脳神経外科手術 婦人科手術 産科領域 整形外科手術 泌尿器科手術 皮膚科手術 熱傷

手術種別: 一般科手術 脳神経外科手術

脳神経外科手術

脳神経外科手術における肺塞栓症発症の予防

| リスクレベル | 脳神経外科手術 | 予防法 |
|--------|-----------------|----------------------------|
| 低リスク | 脳神経外科以外の脳神経外科手術 | 早期起床および積極的な運動 |
| 中リスク | 脳神経外科以外の脳神経外科手術 | 穿性ストッキング、あるいは 間欠的空気圧療法 |
| 高リスク | 脳神経外科以外の脳神経外科手術 | 間欠的空気圧療法、あるいは 低圧足分画ペリリン |
| 最高リスク | 脳神経外科以外の脳神経外科手術 | 低圧足分画ペリリン、あるいは 穿性ストッキングの使用 |

低圧足分画ペリリンとは間欠的空気圧療法の使用、あるいは低圧足分画ペリリンの使用のいずれか、あるいは、低圧足分画ペリリン、あるいは 穿性ストッキングの使用を指します。

穿性ストッキングとは先兆性血栓形成、血栓症の予防として、足の血管を圧迫して、足の血流を促進させる効果があります。

1. 大規模手術を伴う場合は、さらにリスクが高くなる。

2. 低圧足分画ペリリンの予防は、手術後なるべく迅速に発症の危険性が低くなることを期待しますが、術中術後の出血は注意が必要です。

3. 出血の危険性が高くない手術では、間欠的空気圧療法を使用することが望ましい場合、穿性ストッキングの使用の予防も考慮されます。

4. 最高リスクには、低圧足分画ペリリンの使用が最も望ましいが、出血の危険性が高い場合は、上記の予防法を併用して予防することも可能です。

カルテに展開 中止

医学管理料：指導記録記載用テンプレートの実装1

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 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、診療科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。

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嚴重の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でき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

輸血用血液/血液製剤調剤用に関する同意書

同意者(): _____
 患者氏名: _____

- 特定生物由来製品は、どの種類の調剤に用いられる可能性があります。特に感染・副作用の注意が求められるものであり、血液製剤や血液成分製剤などがございます。
- 治療中に下記の理由で特定生物由来製品を使用する必要がある場合はその可能性があります。
 - 「血液」「血清」「製品」「成分製剤」「調剤用剤」「成分」などです。
 - 「手術中の止血」「癌の腫瘍」「がん治療」「感染症」「治療」「手術後の回復、疼痛」「その他」()
- 使用する特定生物由来製品の種類のしゆと説明書(必要事項を記入)下記の欄に記入すること

| | | | |
|--------|--------------|----|--------|
| 血液製剤 | 「赤血球懸液」の | 単位 | |
| | 「血小板濃厚液」の | 単位 | |
| | 「血浆製剤」の | 単位 | |
| 血液成分製剤 | 「アルブミン溶液」の | g | (数量記入) |
| | 「免疫グロブリン製剤」の | g | (数量記入) |
| | 「免疫グロブリン製剤」の | g | (数量記入) |
| その他 | | | (数量記入) |
- 特定生物由来製品の使用に付するリスク
- その他の感染性自己血液製剤など
- 副作用・薬害反応発症リスクと対応の条件
- 特定生物由来製品の使用に関する記録の10年間保存
- 使用済みの調剤の廃棄、患者様の権利を保護等に提供される可能性があります。
- 特定生物由来製品のうち、輸血用血液製剤調剤後の感染症検査と抗体検査の必要性
- 10 特定生物由来製品調剤用に関するその他の注意事項

①以上、特定生物由来製品調剤に関する、その内容に同意・安全性・有効性・副作用を説明できる製品の調剤が完了しました。

患者ID/ICD10: _____ 処置部位: _____
 _____ 処置: _____
 _____ 処置: _____

医師署名

岡山大学病院 長 姓
 この日、特定生物由来製品調剤について、説明書をもって上記説明から説明を受けました。
 特定生物由来製品の調剤、その日に行う個人情報の保管と提供に同意します。

平成 年 月 日
 患者本人 署名: _____
 代筆者 署名: _____ 本人との顔見合 ()

血液製剤科 血液製剤科

輸血後感染症検査のご案内

ID: _____
 氏名: _____

輸血用の血液は多くの安全対策が施されていますが、安全性を完全に保障することはできません。輸血後の安全対策として、輸血後4～6ヶ月の時点で、輸血後感染症の血液検査を受けることをお勧めします。

この検査は合併症の一つです。検査結果に陽性の本人責任を発生させるものではありません。万一、検査結果が陽性であれば医学的治療が可能な場合があります。また、輸血による感染であることが証明されれば感染経路の特定を受けることも可能です。

● 最終輸血日から3ヶ月以内に血液検査を受けることをお勧めします。

検査項目: 抗肝炎ウイルス(HAV・HBsAg・HBeAg)検査
 抗肺炎球菌肺炎球菌(HS)抗体検査
 抗梅毒抗体検査(TPHA)検査
 (血清陽性であった場合は、梅毒検査の追加検査が推奨されます)

特定生物由来製剤に関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)
<http://www.mhlw.go.jp/focus/04/0401/01/p10215.html>

医療関係者による生物由来製品の安全性確保対策について(厚生労働省)
<http://www.mhlw.go.jp/focus/04/0401/01/p10216.html>

特定生物由来製品一覧(国立行政法人 医薬品医療機器総合機構)
<http://www.pmda.go.jp/kyokai/kyokai/p10217.html>

抗汚染薬について(独立行政法人 医薬品医療機器総合機構)
<http://www.pmda.go.jp/kyokai/kyokai/p10218.html>

輸血情報(日本赤十字社 血液製剤部 医薬情報課)
<http://www.jrc.or.jp/kyokai/kyokai/p10219.html>

輸血同意説明書の提供

医学管理料:輸血同意書作成と保管

退院情報

退院日: 2013年09月12日(木)

転帰理由: 治療

退院経路: 当院外来

フリーコメント (25文字まで)

退院日時後のオグダ検索 確定 閉じる

情報(ExLeaveHospital: 0K2-C002_001)

2013年10月1日に実施された輸血後の感染症検査が完了していません。目安日は2013年12月8日です。

文章作成を新規で起動しますか?

はい いいえ

輸血後感染症検査のご案内

小項目: 無

ID: 000012016

西暦: 2533 年 月 日

● 最終日: 2013/10/1 (最終検査日)に、血液検査を受けられました。

輸血用の血液は多くの安全対策が施されていますが、安全性を完全に保障することはできません。輸血後の安全対策として、輸血後4～6ヶ月の時点で、輸血後感染症の血液検査を受けることをお勧めします。この検査は合併症の一つです。検査結果に陽性の本人責任を発生させるものではありません。万一、検査結果が陽性であれば医学的治療が可能な場合があります。また、輸血による感染であることが証明されれば感染経路の特定を受けることも可能です。

● 最終輸血日から3ヶ月以内に血液検査を受けることをお勧めします。

検査項目: 抗肝炎ウイルス(HAV・HBsAg・HBeAg)検査
 抗肺炎球菌肺炎球菌(HS)抗体検査
 抗梅毒抗体検査(TPHA)検査
 梅毒検査(PPD)検査
 (血清陽性であった場合は、梅毒検査の追加検査が推奨されます)

輸血後感染症検査説明書の出力

VI 在宅医療

A. ポイント (留意事項)

在宅医療のニーズが増加してきている中において在宅診療の保険点数算定上の要件を十分理解していないケースが見られる。また、医療保険と介護保険の切り分けについても十分理解されていないまま診療が行われ保険請求が行われている。

○在宅療養患者への指導管理についても、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できない。

(1) 在宅療養指導管理料

在宅療養患者の医学的管理を十分に行い、在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置等に関して、患者やその看護者等に指導を行った際に算定できるものである。

また、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。

(請求上の留意点)

- ・ 1月1回を限度として算定（特に規定する場合を除く）。
- ・ 2以上の指導管理料を一医療機関で算定できない（主たる指導管理料のみ算定）。
- ・ 同一患者に対し同一月内に、同一の在宅療養指導管理料を複数の医療機関で算定することはできない（主たる医療機関で算定）。

(2) 在宅医療の材料等の費用について

在宅療養指導管理料を算定する場合、その在宅療養を行うのに必要な衛生材料、保険医療材料等の費用や、小型酸素ボンベ、人工呼吸装置等の機材の費用は、原則として当該指導管理料に含まれおり、別に算定することができないし、患者から実費徴収をすることもできない。

なお、在宅療養指導管理材料加算として規定された、一部の衛生材料、保険医療材料等の費用については、指導管理料本体に加え月1回に限り算定可能である。

(3) 算定上の留意点

当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置等を含む）、指導内容の要点を診療録に記載することが、全ての項目の算定要件として定められていることに留意する。

また、それぞれの在宅療養指導管理料ごとに、対象患者や追加記載事項等が算定要件として定められているほか、一部の処置費用の算定に制限があることに留意する。

(算定要件の例)

① 在宅自己注射指導管理料

- ・ 投与対象薬剤の種類によって、薬剤ごとに、対象となる疾患や投与目的等が限定されたり、満たすべき外来診療の頻度等が規定されている。

② 在宅酸素療法指導管理料

- ・ チアノーゼ型先天性心疾患以外の疾患（慢性呼吸不全、肺高血圧症、慢性心不全等）については、算定可能な状態（動脈血酸素分圧、NYHA、無呼吸低呼吸指数等）が規定されている。
- ・ 動脈血酸素飽和度を月1回程度測定し、結果を診療報酬明細書に記載する。

③ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

- ・ 末期悪性腫瘍患者に対して、在宅鎮痛療法又は在宅化学療法を実施した場合に算定できるものであり、単なる在宅療養の患者に算定できるものではない。
- ・ 在宅化学療法については、末期でない悪性腫瘍患者についても末期悪性腫瘍患者に準じて取り扱う。

B. 指摘事項

在宅訪問診療料と往診料の区別が不十分であったり、療養計画の要点や実施内容についての記載、評価記載など上述の留意点に対する理解が欠落している。

C. 考えられるシステム対応等

基本的に、医学管理料と同じく、算定要件を踏まえたテンプレートを作成（中には時刻が必要となるものもある）し、記録をきちんと行えるシステムの支援が望まれる。

VI-I 指示、指導内容記載用テンプレートの実装とそれに基づく算定

A. ポイント（留意事項）

近年、診療報酬において患者に対する指導管理が数多く評価されるようになってきた。指導に関しては臨床現場では口頭で行われる場合が多いが算定要件においては『指導内容等の要点記載』が規定されていることから記録のない口頭による指導は算定対象外となる。従って、電子カルテにおいても指導内容の記録が必要である。

B. 指摘事項

対象疾患に対する患者の同意、指示、指導内容等算定要件を満たさない例が見られる。

C. 考えられるシステム対応等

医学管理と同様に指導管理をオーダとして取り扱い算定要件は必須項目とするテンプレート形式での記録シート作成が望まれる。説明時間が算定要件になるものもあり時刻入力の可能な様式も提供されるべきである。

VII 検査

A. ポイント（留意事項）

○各種の検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

(1) 実施方針について

療養担当規則の規定により、各種の検査は診療上必要があると認められる場合に行うこととされており、健康診断を目的とした検査、結果が治療に反映されない研究を目的とした検査について、保険診療として請求することは認められていない。また検査は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行わなければならない。

B. 指摘事項

(2) 検査の算定上の留意点

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められているほか、算定可能な検査の組み合わせが限定されていることに留意する。また、指導管理料等と同様に、診療録に記載すべき事項が定められている検査項目があることに留意する。

（算定要件の例）

① 検体検査

- ・尿沈渣（鏡検法）は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、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が対象。
- ・プロトンビン時間とトロンボテストを同時に測定した場合は、主たるもののみ算定。
- ・ヘモグロビンA1c、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトールのうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定。

② 呼吸心拍監視

- ・対象患者は、重篤な心機能障害、呼吸器障害を有する（おそれのある）患者に限定されている。
- ・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を診療録に記載する。

（単にモニター装置の装着のみで算定できるものではないことに留意する。）

- ③ 静脈血採取、動脈血採取
- ・ 観血的動脈圧測定用カテーテル、人工腎臓回路、心カテーテル検査用カテーテル回路など、血液回路から採取した場合は算定できない。

(3) 不適切な検査の具体例

① 不適切なセット検査

- ・ セット検査（入院時セット、術前（後）セット、〇〇病セットなど）を、患者ごとに必要な項目を吟味せず画一的に実施
- ・ スクリーニング的に多項目（出血凝固線溶系検査、免疫系検査、甲状腺機能検査系検査等）を画一的に実施

② 検査の重複

- ・ 炎症反応を調べるために、CRP、ESRを画一的に併施
- ・ 甲状腺機能を調べるために、FT3とT3（FT4とT4）を画一的に併施

③ 必要性の乏しいと思われる検査

- ・ DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、フィブリンモノマー複合体、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等
- ・ 入院、転科、転棟の際、血液型、感染症検査等をその都度実施
- ・ 診療に不必要な検査項目を、単なる学術研究目的で定期的実施

C. 考えられるシステム対応等

総論として全般を通じてセット検査などの見直し。検査オーダーでは検体検査を中心に検査目的を確認するシステムの実装は行われていない。今後、検討されるべきである。

VII- I CRP, 血清鉄、HbA1cなどの短期間繰り返し検査や画一的オーダーに対する警告機能

A. ポイント（留意事項）

電子カルテシステムにおいては検査オーダーなどにおいて入力の手間削減、利便性のために検査項目のセット化が行われている。これが短期間繰り返し検査や画一的オーダーの要因となっている。

検査は必要に応じて、段階的に進めていくことが療養担当規則においても記載されている。ユーザー全体が認識すべきことで教育も必要である。

B. 指摘事項

CRP, 血清鉄、HbA1cなどの短期間繰り返し検査や画一的オーダーが行われている。

漫然と必要性の乏しい検査を行っている。初診時に網羅的、画一的に検査がオーダーされていることが多い。

C. 考えられるシステム対応等

検査オーダーにおいて項目種別からの選択を優先し、セット化は可能な限り避ける。オーダーの簡素化要望からセット化する場合には以下の点に留意してセット作成を行う。検査項目のセット化を行う場合には項目が段階的診断に適合するよう工夫をする。

疑い病名で診断確定のために検査項目の網羅的オーダーに関しては警告表示が行われるシステムが望まれる。また、ユーザーにとっては利便性に欠けるがセット検査のコピー機能に関しては制限設定が期待される。

漫然繰り返しを防止する機能としてオーダー選択時にそれぞれの検査項目に対して前回検査日、および検査値を示し警告を出すオーダー支援システムが望まれる。

VII-Ⅱ 適応傷病名と検査項目のチェック機能

A. ポイント（留意事項）

網羅的に行われた検査に対して保険を凍瘡という目的でレセプト病名を付与しているものが見られる。検査の必要性を診療録に記載し、評価していくことが肝要である。

B. 指摘事項

検査の必要性、結果及び結果の評価について、診療録への記載がない、又は、乏しい

C. 考えられるシステム対応等

画像診断、生体検査においては検査目的などの記載が要求されるものが多いが検体検査などで検査目的が要求されるシステムは極めてまれである。検体検査においてもできる限り、目的を明確にすべきであり、今後、評価についても記載を求めるクリニカルパス形式あるいはPOS (problemorientedsystem) 記載形式のシステムとの融合が検討されるべきであろう。

VII-Ⅲ 呼吸心拍監視における要点記載テンプレートとそれに基づく算定

A. ポイント（留意事項）

・呼吸心拍監視について、診療録に要点の記載がない（観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数などの観察結果）さらに継続観察の必要性に対する記載も見られない。

B. 指摘事項

算定要件である所見記載などがなく算定が行われている。

C. 考えられるシステム対応等

指導管理をオーダとして取り扱う、すなわち、医師からの呼吸心拍監視オーダとし、オーダ理由である算定要件を含む項目設定を行う。

VIII 画像診断

A. ポイント（留意事項）

画像診断の算定上の留意点

それぞれの画像診断項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められているほか、算定可能な検査の組み合わせが限定されていることに留意する。

（算定要件の例）

① 画像診断管理加算 1、2

- ・放射線診断部門からの報告文書を診療録に添付する。
- ・あらかじめ施設基準として届け出られた放射線科医師以外の医師の読影した場合は算定できない。
- ・画像診断管理加算 2 を算定する場合は、医療機関内で行われる全ての核医学撮影、断層撮影（CT、MRI）の 8 割以上について撮影翌日までに報告文書が作成されている必要がある。

② ポジトロン断層撮影

- ・保険診療として実施するためには、算定対象となる疾患（てんかん、虚血性疾患、悪性腫瘍）や、具体的病態（他の検査、画像診断により病期診断が確定できない等）が、算定要件として定められている。

VIII-I 算定要件を満たさない画像診断管理加算の算定

B. 指摘事項

読影医師が資格外であったり、読影気管内の達成率が算定要件を満たさない状況で算定を行っているものがある。

C. 考えられるシステム対応等

人事管理システムで読影医の資格登録ならびにレポートの所見記載医との照合を行うとともに、読影完遂率について算定できるシステムを構築実装することが望ましい。

VIII-II オーダ書式に申し込み理由などの記載欄

B. 指摘事項

画像検査の必要性が明確でないものがある

C. 考えられるシステム対応等

検査オーダ画面において検査目的欄を必須項目として設ける。将来的に患者の状態（問題点一覧など）POS形式からの選択を考慮する。

IX 病理

A. ポイント（留意事項）

病理診断の算定上の留意点

① 病理組織標本作製

- ・原則として1臓器ごとに所定の点数を算定できるが、複数臓器でも算定上は1臓器として数える組み合わせがある。（例：胃と十二指腸、気管支と肺臓等）
- ・リンパ節については所属リンパ節ごとに1臓器として数える。
- ・左右対称の臓器は1臓器として数える。

② 病理診断料

- ・病理診断を専ら担当する医師は、検体検査管理加算（Ⅲ）（Ⅳ）の施設基準である「臨床検査を専ら担当する常勤の医師」を兼ねることは出来ない。

B. 指摘事項

臓器数のカウントの誤り。

C. 考えられるシステム対応等

正確な臓器数カウントのできるマスタの整備が必要である。

X 注射投薬（薬剤）

X-I 投薬

A. ポイント（留意事項）

○薬剤の使用にあたっては、薬事法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）を遵守する。

(1) 実施方針について

- ①患者を診察することなく投薬、注射、処方せんの交付はできない。（療担第12条、医師法

第20条)

- ②保険診療においては、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることはできない（療担第19条）
- ③経口投与を原則とし、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う。（療担第20条第4号）
- ④投薬日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない。（療担第20条第2号）
- ⑤処方せんの交付または注射を行うに当たっては後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。（療担第20条第2号）

(2) 後発医薬品の使用促進

保険診療に際しては、前項の通り後発医薬品の使用努力を療養担当規則で規定している。

(処方せん様式)

- ・処方薬すべてについて変更不可となる様式を、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更。
- ・保険薬局は、医師の署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、記載された先発医薬品に代えて、後発医薬品の調剤が可能。

(後発医薬品使用体制加算)

- ・医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対して、後発医薬品の使用促進する体制を評価。

B. 指摘事項

不適切な投薬・注射の具体例

- ① 禁忌投与
- ② 適応外投与
 - ・H2ブロッカーを胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期以外の患者に使用
 - ・肝庇護剤（強力ネオミノファーゲンシー、タチオン注等）を薬剤性肝障害、術後肝障害等の患者に使用
 - ・セレネース、ドルミカム等を単なる鎮静目的で使用
- ③ 用法外投与
 - ・外用の適応のない抗菌薬等（アミノグリコシド等）を、ネブライザーによる吸入や手術時の局所洗浄等で使用
 - ・腹腔内投与の適応のない抗がん剤を、腹腔内撒布
- ④ 過量投与
 - ・慢性胃炎に対するガスター錠の1日あたり20mgを越える投与
 - ・蕁麻疹に対する強力ネオミノファーゲンシーの常用量を超える投与
- ⑤ 重複投与（同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用）
 - ・H2ブロッカーを経口と注射の両方で使用
 - ・総合ビタミン剤と内容の重複する他の各種ビタミン剤の併用
- ⑥ 多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）
 - ・消化性潰瘍に対し、PPIとH2ブロッカーの併用
 - ・医学的に妥当とは考えられない組み合わせによる各種抗菌薬等の併用
- ⑦ 長期漫然投与
 - ・各種抗菌薬等（特に投与期間が定められている抗菌薬等）
 - ・慢性動脈閉塞症に対するPGE1製剤
 - ・効果が認められないのに月余にわたり漫然と投与されたメコバラミン製剤

C. 考えられるシステム対応等

以下に個別の事象に対する対応方法について記述する。

X-I-I 禁忌薬、適応外投与ならび類似薬投与に対する警告機能。

B. 指摘事項

禁忌投与、適応外投与など不適切な使用が見られる。

C. 考えられるシステム対応等

薬物アレルギー情報と薬剤オーダーシステムの連携チェック機能の整備が必要となる。しかし、併用禁忌薬剤あるいは特定疾患に対する禁忌薬剤においては病名との照合が必要となり、リアルタイムチェックに関しては照合に時間を要す可能性もありではなくバッチ処理などのシステムの工夫が必要となる。従って、このようなケースでは症状詳記、コメントなどの入力についても考慮し、レセプトへの連携も必要となる。

また、薬剤オーダーシステムにおいて適応外使用となりやすい薬剤オーダー時にコメント表示して注意を喚起することも検討されるべきである。処方時に使用の目的が入力でき、病名登録あるいは摘要欄に記載が行えるシステムについても検討されるべきである。

薬剤によっては投与後の評価記載欄も望ましい。

X-I-II 適応外、用法外使用などに対する警告機能

A. ポイント（留意事項）

システム対応をおこなった時にレセプト病名を増やす結果にならないか？

適応外であった場合、病名選択誘導ではなく注射記載を優先（プロBLEMなど活用）

B. 指摘事項

処方、注射において適応外、用法外の使用が行われている。

C. 考えられるシステム対応等

薬剤オーダーにおいて既登録病名との照合を行い（リアルタイムチェックが望ましいが処理に時間がかかることが想定され、バッチ処理なども考慮）、該当病名がない場合に病名登録あるいは注射追記を促すシステムの構築を行う。ただし、オーダー薬剤の適応病名の表示機能についてはレセプト病名を増やす可能性もあり実装には考慮すべきと考えられる。

薬物アレルギー情報と薬剤オーダーシステムの連携チェック機能の整備は副作用などの有害事象を軽減するためにも必要な機能である。

適応外使用となりやすい薬剤オーダー時のコメント表示が行えるよう施設ごとのマスタ整備も考慮されるべき。

POS (problemorientatedsystem) の整備により、処方時に使用の目的が入力でき、病名登録あるいは摘要欄に記載が行える。