

薬剤に対する禁忌、使用法アラート

処方情報は原則最大99日です

患者情報
 保険 治療本
 身長 181.0 cm 測定日 2014/09/12 体表面積 1.790 m²
 体重 65.00 Kg 測定日 2013/06/04

用法

服薬方法は用量を1日量で入力して下さい。
 ※3文字以上入力して検索してください
 前方一致 部分一致 キーボード 投与日数一括変更 Rp辞書使用

Rp	選択薬品	数量	単位	変更
	ロキソニン	0	包	

確認(ExOPriscrypt_CC047)
両性性病患者には禁忌です。
はい いいえ

確認(ExOPriscrypt_CC047)
定期等に血液検査を行い、鉄欠乏の状況を確認。
はい いいえ

確認(ExOPriscrypt_CC047)
糖尿病薬が選択されました。患者さまの名前、用法・用量を再度確認して下さい。
はい いいえ

確認(ExOPriscrypt_CC047)
抗悪性腫瘍薬が選択されました。患者さまの名前、用法・用量を再度確認して下さい。
はい いいえ

注射薬に対する禁忌、使用法アラート

外来治療注射

患者情報
 保険 治療本
 身長 181.0 cm 測定日 2014/09/12 体表面積 1.7796 m²
 体重 65.00 Kg 測定日 2013/06/04

実施予定医師 合地 明

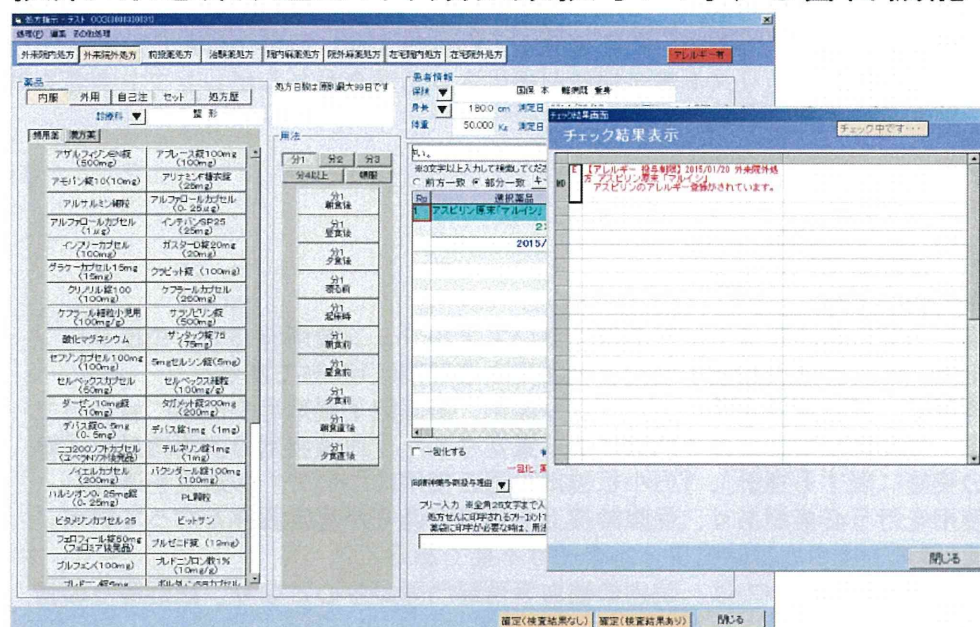
用量(1回量で入力) ヘルプ
 ※3文字以上入力して検索してください
 前方一致 部分一致 キーボード

Rp	選択薬品	数量	単位	変更
	α1-遮断薬	3	V	

確認(ExOEHospInjection_KCC2065_M02)
本剤の使用基準は慢性の状態ではアルブミン値2.5g/dl未満、急性の状態ではアルブミン値3.0g/dlです。アルブミン値を確認してください。8日以内にアルブミン値再評価を。
閉じる

確認(ExOEHospInjection_KCC2065_M02)
本剤は特定生物由来製剤です。本剤を使用した場合は、実施記録の20年間保存が義務づけられています。
閉じる

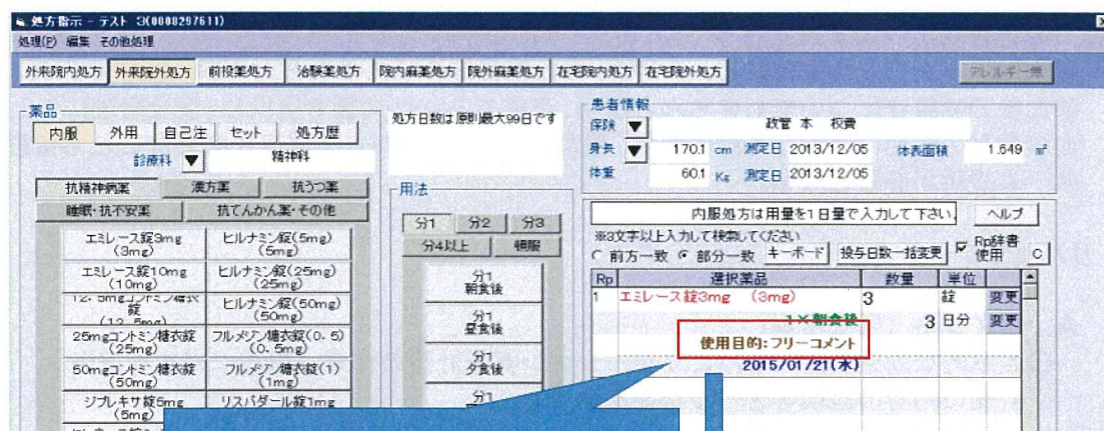
投薬：禁忌薬、適応外、類似薬投与に対する警告機能1



薬物アレルギー情報と薬剤オーダシステムの連携チェック機能

適応外使用となりやすい薬剤オーダ時のコメント表示

投薬：禁忌薬、適応外、類似薬投与に対する警告機能2



処方コメントを医事システムに送信

医事システム
・レセプト

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。

X-I-III 病名とのチェックがかかる (適応病名の表示あるいは禁忌病名の表示)

A. ポイント (留意事項)

薬剤使用に当たっては用法、適応を遵守し処方を行い。漫然と投与することなく評価を行いその要点を診療録に記載を行い、適切に行うこととする。

B. 指摘事項

適応外、あるいは用法外の薬剤の使用が見られる。

C. 考えられるシステム対応等

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。

薬剤オーダー時に適応病名リスト表示機能が提供される場合があるがレセプト病名を助長する可能性があるので推奨されない。

XI 輸血

A. ポイント（留意事項）

血液製剤等の使用方針

血液製剤の国内自給率は平成21年度においてアルブミン製剤58.8%、免疫グロブリン製剤95.3%、血液凝固因子製剤と輸血用血液製剤は100%である。

赤血球濃厚液、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤、凝固因子製剤等の使用に当たっては、薬事・食品衛生審議会の専門家により策定された『血液製剤の使用指針』、『輸血療法の実施に関する指針』、『血小板製剤の適正使用について』の規定を遵守し、適正な使用を行う必要があり、保険診療上も指針の遵守が算定要件となっている。Ir-RCC-LR製剤では白血球除去フィルターは不要である。

これらの各種指針については、院内の輸血管理部門等が中心となり、医師等への情報提供や啓発等に努める必要がある。

B. 指摘事項

患者に正しく説明、同意がなされていないもの、使用本数等について記載のないものが見られる。

C. 考えられるシステム対応等

規定に沿った同意書を作成し、必要性、また感染症のリスクなども十分に説明が行え、かつ、輸血後の感染症についてもきちんと説明、可能であれば文書で提供し、安全管理につとめる。血液製剤の使用に当たっては使用薬、量など20年間にわたる保存が必要なことも留意したシステム提供が必要となる。

XII リハビリテーション

A. ポイント（留意事項）

○定期的な効果判定、リハビリテーション実施計画の作成、患者に対する実施計画の内容の説明等を行う必要がある。

B. 指摘事項

(1) 疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料は「心大血管疾患リハビリテーション」「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」として、リハビリテーションの目的と対象疾患ごとに4つに区分されている。

なお、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、いずれかのリハビリテーション料を算定する。

(疾患別リハビリテーションの種類)

① 心大血管疾患リハビリテーション

- ・心機能の回復、再発予防を図るために、運動療法等を行った場合
- ・急性心筋梗塞、狭心症、解離性大動脈瘤、心不全等

② 脳血管疾患等リハビリテーション

- ・基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練、言語聴覚訓練等を行った場合等
- ・対象：脳梗塞、脳出血、脊髄損傷、慢性の神経筋疾患、言語聴覚障害等

(注: 廃用症候群に対するリハビリテーションについては、その疾患特性に応じた評価を行う。)

③ 運動器リハビリテーション

- ・ 基本的動作能力の回復等を通じ、種々の運動療法、日常生活活動訓練等を行った場合等
- ・ 対象: 脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上肢・下肢の外傷・骨折等

④ 呼吸器リハビリテーション

- ・ 呼吸訓練や種々の運動療法等
- ・ 対象: 慢性閉塞性肺疾患、肺炎、胸部外傷等

(2) 疾患別リハビリテーションの算定日数制限

疾患別リハビリテーションを継続することにより、治療上有効であると医学的に判断される場合については、各疾患別リハビリテーション毎に定められた疾患の患者に限り、標準的算定日数を超えてリハビリテーションの算定が可能である。

(算定日数の上限)

- ・ 心大血管疾患リハビリテーション…150日以内
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション…180日以内
- ・ 運動器リハビリテーション…150日以内
- ・ 呼吸器リハビリテーション…90日以内

標準的算定日数を超えたものについては、月13単位を上限に算定可能である。

なお、算定単位数上限を超えたものについては選定療養として実施可能である。

(3) 外来リハビリテーション診療料の新設

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を行った。ただし、医師が包括的な診察を行わない場合には、外来リハビリテーション診療料を算定せずに、従前のおり再診料等を算定した上で、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。

(4) リハビリテーションの算定上の留意点

- ① 医師は定期的な機能検査等をもとに効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成するとともに、リハビリテーションの開始時とその後3ヶ月に1回以上、患者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明する。
- ② 個々の患者の状態に応じて行ったリハビリテーションのみ算定可能であり、集団療法として行った場合については算定できない。
- ③ 物理療法のみを行った場合は、リハビリテーション料として算定できない。この場合、処置料の該当項目により算定する。
- ④ 発症後早期のリハビリテーションを図るため、より早期に実施したものについて、標準的算定日数の起算日から30日間に限り、早期リハビリテーション加算を算定する。また、標準的算定日数の起算日から14日間に限り、早期リハビリテーション加算とは別に初期加算を算定可能。

C. 考えられるシステム対応等

総論としてリハビリテーションの種類、さらに日数その他に計画書の患者への提供や定期的評価に関する説明など極めて細かい文書提供が要求される。

紙ベースで行うときはその都度のスキャナー取り込みなどきちんとした運用の策定が必要となる。

X II-I 疾患別リハビリテーションにおける実施計画書が算定要件で記されている項目を備えたものが提供されること

A. ポイント（留意事項）

疾患別リハビリテーション算定において疾患が規定されている。計画書、評価などの策定も必要となる。

B. 指摘事項

◎疾患別リハビリテーションにおいて不適切な例が認められたが、適応を症状、所見に応じ、

妥当適切に判断した上で施行し、漫然と治療することなく適宜効果判定を行うこと。

◎疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、定められた様式に準じたリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

また、リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。

○疾患別リハビリテーションにおける実施計画書の作成について、不適切な例が認められた。

- ・実施計画書が作成されていない、記載内容が乏しい、又は、記載されている内容が画一的
- ・実施計画書に関して、理学療法士と共同で作成されていない
- ・実施計画書に患者、家族等の印、又は、サインがない

○疾患別リハビリテーションの算定において、不適切な例が認められた。

- ・個人別の訓練記録に、機能訓練の内容の要点を記載していない
- ・診療録に機能訓練の開始時間及び終了時間の記載がない、又は、画一的

○脳血管疾患リハビリテーション料（I）を算定するにあたり、標準的算定日数を超えて継続的に行う事について特段の理由、評価及び計画の説明がない例が認められた。

○運動器リハビリテーション料（I）を算定するにあたり、患者に対しリハビリテーション実施計画書の内容説明が、リハビリテーションの開始時に行われていない例が認められた。

○リハビリテーション総合計画評価料の算定において、不適切な算定が確認された。

- ・総合実施計画書の記載内容が乏しい
- ・多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成していることが明確になっていない

※請求事務（診療報酬明細書作成）に係る事項

- ・廃用症候群の患者に対して行ったものを廃用症候群以外で算定

C. 考えられるシステム対応等

疾患別リハビリテーション依頼時に適応疾患を選択させる項目を設定するなど必要な算定要件を網羅した形の実施計画書、評価表などの策定とともに医事会計システムとの連携も考慮しなければならない。

XIII 精神科専門療法

A. ポイント（留意事項）

医学管理料同様、算定要件を項目として設定したオーダー伝票の策定が望ましい。
時刻などの記入も必要となる点に考慮しなければならない。

B. 指摘事項

- 入院精神療法の算定において、不適切な例。
 - ・入院精神療法（I）において、診療録に当該療法に要した時間の記載がない
 - ・診療録に実施内容の要点の記載がない
- 通院・在宅精神療法の算定において、不適切な例が認められた。
 - ・診療録における要点の記載がない、又は、乏しい
 - ・診療録に当該診療に要した時間の記載がない
- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの算定において、不適切な例。
 - ・診療に要した時間が明確に記載されていない
 - ・診療計画書の作成が不備

C. 考えられるシステム対応等

算定要件に必要な項目入力可能な様式が提供が望まれる。

XIV 処置

A. ポイント（留意事項）

処置オーダーにおける算定の可否は保険請求時の判断によることが多い

① 創傷処置、皮膚科軟膏処置

- ・処置の範囲により点数が異なることに留意する。
- ・処置の範囲が、請求の根拠として後から確認できるよう、診療録に記載することが望ましい。
- ・比較的簡単な処置については、基本診療料に含まれる。

（比較的簡単な処置の例）

- ・熱傷処置：100cm²未満の第1度熱傷
- ・皮膚科軟膏処置：100cm²未満のもの
- ・眼処置：洗眼、点眼

② 酸素吸入、人工呼吸

- ・酸素使用量の請求の根拠となる、酸素流量、人工呼吸器の設定等を必ず記録する。
- ・一律の概算等で酸素量の請求を行うのではなく、実際に使用した酸素量を請求するのは当然である。

B. 指摘事項

- 同一疾病または、これに起因する病変に対して皮膚科軟膏処置と創傷処置が併せて算定されている例が認められた。
- 消炎鎮痛等処置の算定において、診療録の記載がない例が認められたので改めること。
- 皮膚科軟膏処置において、その範囲・部位等の記載に不備がある例が認められた。
- 適時効果判定が行われずに消炎鎮痛等処置が漫然と行われている例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

処置オーダーシステムの構築を図り、正しい算定が行えるようにする。DPC評価においては多くの処置が包括されるが処置材料など病院における医療材料管理などの点からは容易かつ正しい入力が行えるシステムの構築が望まれる。

使用材料、薬剤などの製品名ならびに料も入力可能なシステムの構築

処置：オーダと実施に基づく算定

処置オーダの提供

使用材料、薬剤などの製品名ならびに料も入力可能なシステムの構築

XV 手術

A. ポイント（留意事項）

①特殊手術等

点数表に掲載されていない特殊な手術や、従来の手技と異なる手術等（腹腔鏡の点数が定義されていない腹部手術等）の手術料を、術者や医事部門の判断のみで、勝手に準用してはならない（不正請求（振替請求）に該当する。）。

これらの手術の費用を患者から別に徴収し、手術以外の費用を保険請求することも認められていない（不正請求（いわゆる「混合診療」）に該当する。）。

②手術に関する情報の患者への提供について

一部の手術については、手術に関する情報提供が患者に対して適切に行われることが施設基準として定められており、要件を満たさない場合については手術料が算定できないこととなっている。

（施設基準）

1. 当該医療機関で実施される全ての手術（当該施設基準が設定された手術以外の手術も含む）について、手術を受ける患者に対し、当該手術の内容、合併症、予後等を文書により詳細に説明する等、十分な情報を提供する。
2. 対象となる手術の区分毎に、前年1年間の実施件数を院内に掲示する。

B. 指摘事項

○手術に係る算定において、不適切な例が認められた。

- ・手術内容の記録に不備がある
- ・同一手術野に対して行った二つの手術をそれぞれ算定

○手術が患者の症状・所見に応じて妥当適切に行われていない例が認められた。

○手術において、手術説明書の記載に不備がある例が認められたので改めること。

○医科点数表第10部手術第1節手術料に掲げられていない特殊な手術を算定するにあたり、当局（厚生労働省保険局）に内議されていない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

手術に関しては細かな施設基準などが設定されている。また、償還材料や、手術手技料に包含された材料などの存在もありその算定には習熟しておかなければならないがマスタの整備でおおむね対応可能と考えられる。

問題は特殊手術や複合手術における算定について疑義を生ずることがある。これらに関しては当局に内儀する運用の徹底をはかるべきである。

XV-I 主手術と副手術の区別は可能ですか？

B. 指摘事項

手術で主副の区別ができていない

C. 考えられるシステム対応等

手術オーダ、実施入力時の主、副の区別に基づく記載を行えるシステムの構築を行い、疑義が生ずる場合は当局に内儀する。

XVI 麻酔

A. ポイント（留意事項）

①麻酔料

- ・診療報酬請求上の麻酔時間は、閉鎖循環式全身麻酔の場合は「患者に麻酔器を接続した時点」から「患者が麻酔器より離脱した時点」、脊椎麻酔等の場合は「患者に麻酔薬を注入した時点」から「手術が終了した時点」となる。
- ・硬膜外麻酔カテーテルを抜去した際は診療録にその旨を記録しておかないと、手術の終了した時をもって終了時間とみなされる可能性があるので注意が必要である。

②麻酔管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）

- ・麻酔実施日以外に麻酔前後の診察を行い、その内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録の診療録への添付で代用できる。
- ・麻酔記録を診療録に必ず添付する。
(手術麻酔、検査麻酔を依頼した主治医も十分に留意する必要がある。)
- ・あらかじめ施設基準として届け出られた常勤の麻酔科標榜医以外の医師が、麻酔や麻酔前後の診察を担当した場合は、麻酔管理料（Ⅰ）を算定できない。
- ・麻酔科標榜医が、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に麻酔管理料（Ⅰ）を算定する。
- ・麻酔科標榜医が複数麻酔の管理に当たった場合、たとえ非標榜医が麻酔毎に麻酔を行っていたとしても、麻酔管理料（Ⅰ）は算定できないが、要件等を満たせば麻酔管理料（Ⅱ）は算定できる

B. 指摘事項

麻酔の算定要件については、麻酔科医師のみが知っていればよいというものではない。手術麻酔や検査麻酔等において麻酔を依頼する機会のある外科系・内科系診療科の医師についても、十分に知っておく必要がある。

○麻酔管理料の算定において、診療録に麻酔科標榜医による術前・術後の診療に関する記載がない例が認められた。

○麻酔に使用する薬剤において、適応、用法、用量等の薬事法承認事項が遵守されていない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

麻酔の算定においても担当医の資格が問題となる場合がある。人事システムと連携が望ましい。さらに術前術後の評価に関しても重要な要素であり。これらの記録可能なシートと医事算定を結びつけることも必要である。

XVI-I 麻酔法、体位、時間などの記録が管理できますか？

A. ポイント（留意事項）

麻酔料は包括外でありかつ、患者の重症度、体位、手技等で異なる点数構成がなされている。

B. 指摘事項

麻酔の算定条件に合致しないものが誤って算定されている。

C. 考えられるシステム対応等

麻酔実施記録における算定要件の内容を包含したシートの策定を行うこの中には特殊条件下の項目も（麻酔科学会の書式活用？）含めるなどの工夫も必要となる。

XVII 放射線治療

XVII-I 放射線治療管理台帳、照射録はカルテとの連携は取れていますか？

A. ポイント（留意事項）

病院情報システムにおいて特殊な部門であり電子カルテとの連携不足で情報共有ができてない場合が多い。患者の安全管理上の観点からも情報共有機能の充実が望まれる。

B. 指摘事項

放射線治療の目的、治療計画、治療中の副作用発現を含めた状況ならびに治療後の評価に関する情報が共有されていない。

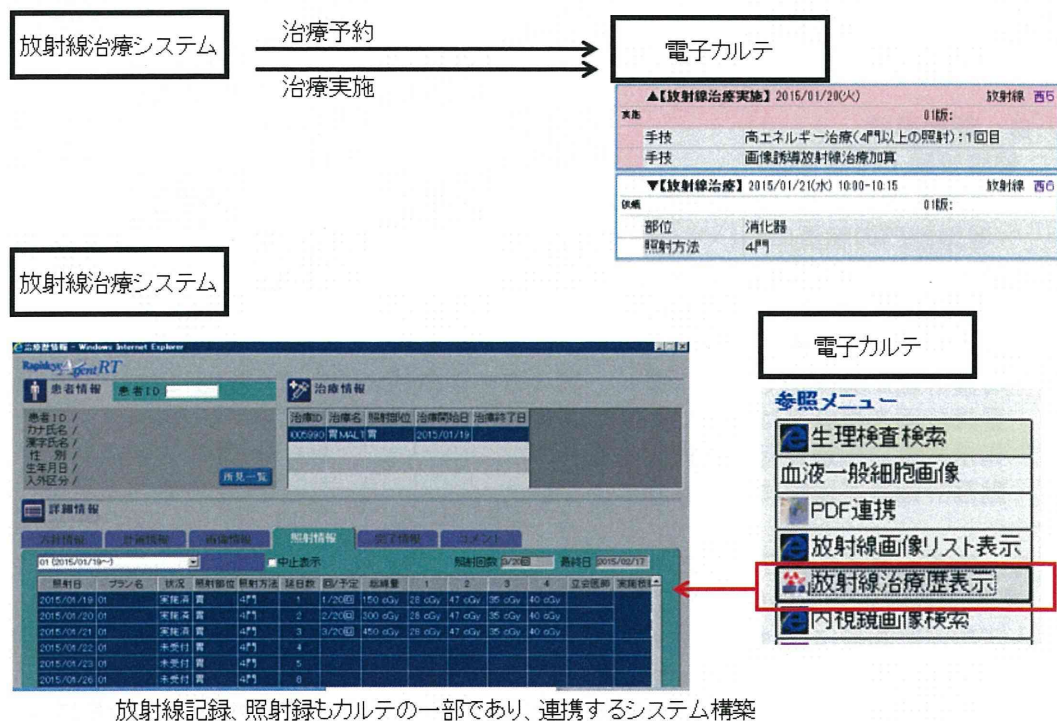
一回線量増加加算は最新の『放射線治療計画ガイドライン』を遵守し、患者に対して、当該治療の内容、合併症および予後等を照射線量と回数の違いによる差異がわかるように文書を用いて説明、患者の同意を得るとともに患者の要望に応じてその都度治療に関しての十分な情報提供が算定要件となっている。

対外照射呼吸性移動対策加算は食道がん、胃がん、肝がん、胆道癌、酔眼、腎がんまたは副腎癌に対して呼吸性移動対策が治療前に計画され、毎回小社寺に実際の商社範囲について記録、検証することが算定要件となっている。

C. 考えられるシステム対応等

放射線記録、照射録もカルテの一部であり、連携するシステム構築算定要件を満たすテンプレートを作成し、必要項目がもれなく記載されたものを算定対象とするシステムが望ましい。

放射線治療：治療管理台帳、照射録との連携



XVIII 食事

A. ポイント（留意事項）

- 食事も治療の一環であることに留意する。
- 食事摂取可能な患者へのビタミン剤の投与については、要件を満たすことを必ず確認する。

B. 指摘事項

傷病名や患者の状態が、治療食の提供の要件を満たしていることを十分に確認した上で、原則として医師自らが食事せんを作成し、オーダーを行うこと。

医師又は栄養士による毎食の検食と検食簿の記載は、入院時食事療養（I）の算定のために必要なものである。単なる「試食」ではないということに留意するとともに、毎食の検食を実施し、その所見を必ず検食簿に記載すること。

食事を提供している患者に対し、ビタミン製剤を投与する場合は、医師がビタミン剤の投与が有効であると判断し、適切に投与された場合に限られる。（なお、薬事承認上の用法・用量を遵守することは前提である。）

また、ビタミン剤の投与が必要と判断した趣旨を具体的に診療録に記載する。

C. 考えられるシステム対応等

特別食加算の食事箋オーダー権限設定により権限者は医師のみとする。

可能であれば、代行入力時には医師の承認に基づき、確定オーダーとするようなシステム支援が望ましい。

XIX 看護

XIX-I 基本診療にも関係する看護配置等について

A. ポイント（留意事項）

看護要員の配置により入院基本料などが設定されている。

B. 指摘事項

看護管理・病棟管理

- ・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
- ・看護部門の職員について、職種ごとに役割、業務を明文化すること
- ・看護管理日誌に個々の患者を観察した事項及び実施した看護の内容等が記載されていない
- ・看護基準が作成されていない

看護記録・看護計画

- ・看護計画が具体的でなく、また、個々の患者の症状に応じた記載になっていない
- ・看護計画を患者又は家族に説明し同意を得た旨が明確になっていない
- ・指示変更の伝達規程を整備すること
- ・勤務計画表が適切に作成されていない

C. 考えられるシステム対応等

看護勤務表と効率的に連動した看護日誌の電子化システムを構築する。

入院診療計画書における看護計画については個々の事例に基づいて作成する看護計画内容を取り込み、転記可能とし、二重記録を防止する機能を提供する。

指示変更に関しては指示オーダ機能の充実を図り、内容の変更があった場合は担当看護師に変更通知ならびに電子カルテ画面において識別サインを表示する機能を持たせる。

システム運用時の留意点

看護計画については現行のマスタに関して問題があり、今後より実地に即したものに回収していく必要がある。

XIX-II 外出、外泊および付添い看護に対する書類の整備（理由の記録が可能）

A. ポイント（留意事項）

医療安全の観点からも患者の行動を見守っていく必要かつ、外泊時などの急変対応も必要となる。外出、外泊ならびに付添い看護に関しても許可基準などを策定し、患者の安全管理につとめる。

B. 指摘事項

外出・外泊許可書について、医師の許可理由及び氏名、病院の所在地が記載されていない。理由の記載内容が具体的でなく乏しい。

C. 考えられるシステム対応等

外泊、外出に関する書類の定型様式（必要項目：医師の許可理由及び氏名、病院の所在地、外出時刻・帰院時刻など）の実装、さらに定型文書でなく詳細記載欄も設ける。

外泊、外出時における食事提供にも影響が出るため食事オーダに連携したシステムが望ましい。

システム運用時の留意点

付添看護、外出・外泊に関して適切な許可基準を作成すること

XIX-III 重症者等療養環境特別加算

A. ポイント（留意事項）

- (1) 加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者である。
 - ア. 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者
 - イ. 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者
- (2) インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。
- (3) 当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、3年間保存しておくこと。

B. 指摘事項

重症ともいえない患者に対して単に個室を提供したという理由のみで算定している場合がある。

C. 考えられるシステム対応等

病床管理システムと看護システムにおける患者評価（重症度評価など）と連携を行い、療養環境提供に関して個室が必要な理由の管理簿の作成を行う。

XX 事務的業務

XX-I 医事システムにおけるレセプトチェックシステム

医事会計システムにおいてレセプト作成時、回数チェック、限度チェック、項目チェックなどの機能が実装されていますか？

A. ポイント（留意事項）

診療報酬請求時に行為などにおいて算定回数制限などが細かく設定されている。

B. 指摘事項

初診料の重複算定や2つの診療科からの検査オーダーに対して1回の採血しかしていないのに採血手技料を2回算定しているとか手術時の自動吻合器加算において決められたなど算定回数を超えた重複過剰と考えられるものなどが見られる。

C. 考えられるシステム対応等

適切なレセプトチェックシステムの運用を考慮しレセプトチェックシステムを構築して回数チェックや上限チェックなどのマスタ整備を行い、適切な診療報酬請求が行える支援システムの構築が望ましい。

医事システム:レセプトチェック



適切なレセプトチェックシステムの運用

XX-II チェックシステムのバージョン管理は可能でしょうか?

A. ポイント (留意事項)

保険診療において点数改訂はおおむね2年に一度行われており、算定要件などが変更となる場合が多い。

B. 指摘事項

レセプトチェックシステムを構築しているがシステムの保守、更新ができておらず、正しい算定要件に適合していない。

C. 考えられるシステム対応等

点数改訂に合わせてマスタの見直しを行うとともに変更履歴を持たせ管理が行えるようなシステム構築が必要である。

XX-III 施設基準届出管理システム

A. ポイント (留意事項)

施設基準により診療報酬算定額が規定されている。基本診療料に関する届け出は123種、特掲診療料に関する届け出は279種さらに入院時食事療養、入院時生活療養等に関する届け出など多種類が存在する。

B. 指摘事項

施設基準の届け出の不備に基づく、規定外の診療報酬請求がなされている。

C. 考えられるシステム対応等

施設基準届け出の項目は極めて多岐にわたる。施設構造、要員資格ならびに配置など細目を適時、正確に把握し、厚生局に報告できるシステムの構築が望まれる。

XX-IV 代行入力に対する適切な運用ルールの策定とともに適正運用支援システム

A. ポイント（留意事項）

医師の日常業務を軽減させる目的で医師作業事務補助者の導入が行われている。業務として診断書などの医療文書作成やカンファレンス準備などの他に最近では電子カルテなどへの『診療記録への代行入力』なども行われてきている。病名、特別食など医師による記録が求められる領域においても代行記録がなされる場合がある。

B. 指摘事項

代行入力に関する適切な運用規定の作成と履行が必要である。

C. 考えられるシステム対応等

電子カルテにおけるアクセス権の厳格な設定が行える機能ならびに代行入力委譲者、および代行入力者が正しく記録される機能が必要である。さらに、代行入力を権限委譲者が確認（承認）を行った記録も保持されるべきである。さらに入力項目においては代行委譲者が確認承認を行って初めてアクティブな伝票として取り扱うことが可能なシステム構築が望まれる。

システム運用時の留意点

近年、各施設において医師事務作業補助者が導入され、医師業務の代行を行っている。この職種は一般の医事業務担当職員とは異なるため、施設内で業務範囲の規程を作成するとともに電子カルテシステムにおいても明確な権限の切り分けが必要である。

※「計画」伝票について

(指導医による承認“カウンタサイン”が行われていない伝票)

「計画」伝票

(指導医による承認“カウンタサイン”が行われていない伝票)は、
**有効なオーダではありません。具体的には、
部門での受付や、実施、医事送信が行えません。**

The screenshot shows a window titled 'ロールプレイ - 練習 患者071001000707) 検索結果'. The main content is a 'Plan' (計画) document for a patient. The document includes the following information:

Plan	内	外	受	本
外来当日登録				
計画	2005/06/27(金)17:21	版:01		
指導医	師:検査医師15	入力:検査医:初級検査医		
1	抗悪性腫瘍剤投与注入	右前腕末梢ライン		
	注射用イボマIF 1g (1g)	1V		
	x 1			
	内科処置室			

To the right of the screenshot, three dashed arrows with red 'X' marks point to icons representing 'Department System', 'Nurse Workstation', and 'Physician Workstation', indicating that the document is not valid for these systems.

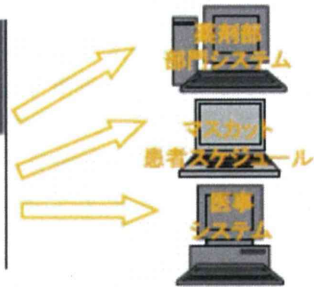
**研修医等作成の計画伝票
を
指導医が承認
(カウンタサイン)**



「計画」伝票は、指導医が承認(カウンタサイン)を行うと、通常の「依頼」伝票となり、有効なオーダーとなります。

部門での受付,実施,医事送信も可能な通常の状態です。

診療科目	患者氏名	性別	年齢	病室	科	科長	科員	科員	科員
外科	2005/06/06(水)	男	60	2-2-10	外科	外科	外科	外科	外科
1	2005/06/06(水)	男	60	2-2-10	外科	外科	外科	外科	外科
1	2005/06/06(水)	男	60	2-2-10	外科	外科	外科	外科	外科
1	2005/06/06(水)	男	60	2-2-10	外科	外科	外科	外科	外科



2. 菌 科 編

歯科診療報酬点数に関する留意事項について

診療録

A. ポイント（留意事項）

○診療報酬請求の根拠は、診療録にある。

(1) 診療録とは（資料2）

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、不正請求の疑いを招くおそれがある。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担規則第22条、歯科医師法第23条）

- ・ 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。
- ・ 歯科医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

② 診療録の整備、保存

（療担規則第8条、第9条、歯科医師法第23条第2項）

- ・ 保険診療に必要な事項を記載し、他の診療録と区別して整備しなければならない。
- ・ 診療録は、診療完了の日から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、その完了の日から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。
- ・ 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。
- ・ 責任の所在を明確にするため、OA機器により作成する場合、保険医の署名又は記名押印をすること。

(4) 医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点

- ・ 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を端末に掲示等しないこと。
- ・ 歯科医師が他の者（例えば担当看護師等）にパスワードを伝達し、食事、臨時処方等のオーダーの入力代行等をさせることのないようにすること（場合によっては、当該看護師の無資格診療を問われる可能性がある。）。
- ・ 電子カルテにおいても紙カルテと同様に、修正等の履歴が確認できるシステムが構築されていること。

(5) レセプトコンピュータ使用時の注意点

- ・ いわゆるレセプトコンピュータ（レセコン）は、レセプト請求のために歯科医師が行った診療行為を記録し、診療報酬の請求額を計算し、これをレセプトとして出力することを目的とするものである。
- ・ レセコンの中には「カルテ」作成支援機能を有しているものがあるが、「電子カルテ」の3要件（真正性、見読性、保存性）を満たしていないレセコンを用いて作成された電子的記録は「電子カルテ」とは認められない。そのため、患者の診療を行った場合には、遅滞なく紙媒体に打ち出し、保険医が署名又は記名押印することにより診療録として整備されることとなる。

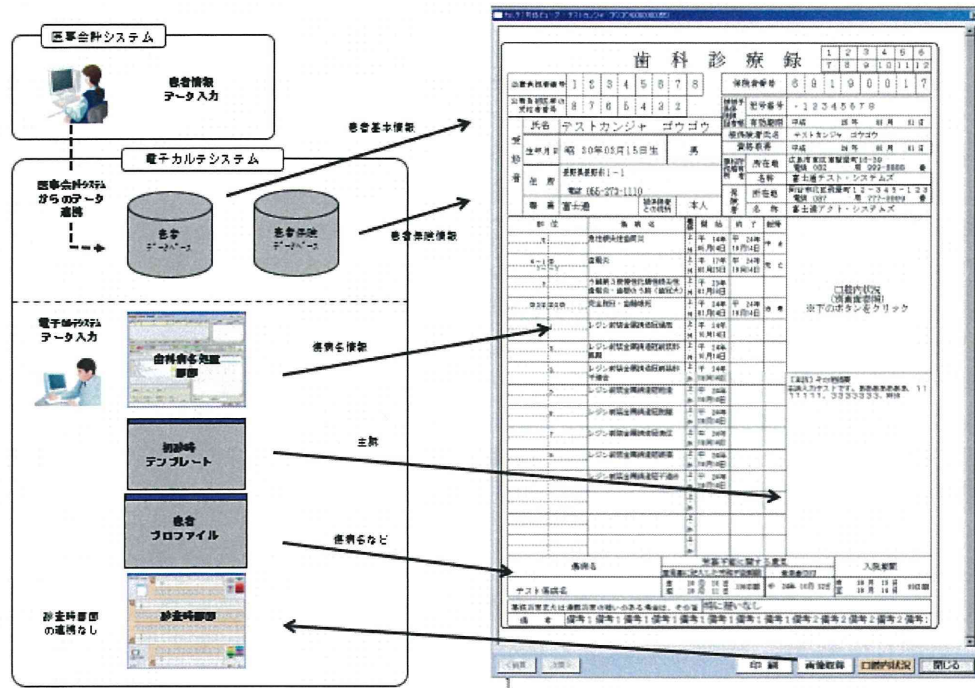
B. 指摘事項

電子カルテ以外のOA機器による運用が行われており電子カルテの③原則が遵守できない状況で運用が行われている。（紙媒体に打ち出し、署名または押印が必要）

C. 考えられるシステム対応等

レセコンなど「カルテ」作成支援機能を有したOA機器は電子カルテの3原則を満たしていなければ電子媒体として保存してもカルテとは認められない。

1号紙ビューワ機能・データ連携概要



診査時画面

The screenshot shows the examination screen with the following annotations:

- カルテ2号紙ビューワ画面 (Medical Record 2-page Viewer Screen):** Points to the main interface.
- クリップボード (Clipboard):** A green icon indicating clipboard functionality.
- SHIKA-CL-0364 印刷機能 (SHIKA-CL-0364 Printing Function):** Points to the print button.
- SHIKA-CL-0372 画像取得機能 (SHIKA-CL-0372 Image Acquisition Function):** Points to the image capture button.
- 印刷日時: 2013/07/01 10:30:50 (Print Date/Time: 2013/07/01 10:30:50)**
- 印刷者: 富士通 太郎 (Printer: Fujitsu Taro)**
- 印刷端末: AAAAAAAA (Printer Terminal: AAAAAAAA)**

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。

B. 指摘事項

(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。
- ・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および、「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。
- ・疑い病名は、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) 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、極めて不適切で認められない。

C. 考えられるシステム対応等

傷病名マスタは原則、MEDIS傷病名マスタを使用し、日々の病名登録がスムーズに行えるようにする。できれば処方、注射、処置などの行為オーダー画面からの病名登録が可能なシステムの構築が望ましい。

部位を必要とする病名に関しては入力を促すシステムの追加も考慮する。

医科におけるシステムの運用が準用可能である。

基本診療料等

A. ポイント（留意事項）

- 外来患者が医療機関に来院しても、初診料・再診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) 歯科初診料等算定上の留意点

① 歯科初診料

学校検診等、自覚的症狀がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が特に治療の必要性を認め治療を開始した場合は、初診料は算定できない。

② 歯科再診料

歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同日に2回以上の再診を行った場合の再診料は、1回の算定とする。

(2) 歯科診療特別対応加算

著しく歯科診療の困難な者に対して初再診を行った場合に加算する。

著しく歯科診療の困難な者：

- ・脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

- ・知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- ・重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ・日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- ・これらに準ずる状態にある者

(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でき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

- ・歯科医師、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、及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する看護職員等により構成される褥瘡対策チームの設置、委員会の定期的開催、褥瘡リスクのスクリーニング、専任の医師及び看護職員による褥瘡対策の診療計画の作成・実施及び評価、体圧分散式マットレスの具備等、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

- ・栄養管理を担当する常勤の管理栄養士（有床診療所では非常勤でも可）の1名以上配置、医療従事者が共同して栄養管理を行う体制や栄養管理手順の作成、入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されている。
- ・入院時に患者の栄養状態を医師、管理栄養士、看護師が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載している。