保険診療確認事項リスト

（医科）

令和８年度改定版 ver. １

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

目次

□第１　指摘事項 4
□Ⅰ　診療に係る事項 4
□１　診療録 4
□２　傷病名 5
□３　基本診療料 8
□４　医学管理等 24
□５　在宅医療 45
□６　検査・画像診断・病理診断 53
□７　投薬・注射、薬剤料等 58
□８　リハビリテーション 62
□９　精神科専門療法 68
□１０　処置 71
□１１　手術 74
□１２　麻酔 77
□１３　放射線治療 79
□Ⅱ　薬剤部門に係る事項 81
□１　病棟薬剤業務実施加算 81
□２　薬剤管理指導料 82
□３　薬剤情報提供料 82
□４　退院時薬剤情報管理指導料 83
□５　無菌製剤処理料 83
□Ⅲ　看護・食事・寝具等に係る事項 84
□１　看護 84
□２　食事（入院時食事療養（Ｉ）） 85
□３　寝具等 86
□Ⅳ　管理・請求事務・施設基準等に係る事項 87
□１　診療録等 87
□２　診療報酬明細書の記載等 88
□３　基本診療料 91
□４　医学管理等・在宅医療 107
□５　検査・画像診断・病理診断 110
□６　投薬・注射、薬剤料等 111
□７　リハビリテーション 112
□８　精神科専門療法 113
□９　処置 113
□１０　手術 114
□１１　麻酔 114
□１２　放射線治療 114
□１３　入院時食事療養費等 114
□１４　特定保険医療材料等 114
□１５　保険外併用療養費（医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験） 115
□１６　保険外併用療養費（医薬品等の治験以外） 116
□１７　一部負担金等 118
□１８　保険外負担等 118
□１９　掲示・届出事項等 119
□２０　その他 123

□Ⅴ　包括評価に係る事項 124
□１　診断群分類及び傷病名 124
□２　包括評価用診療報酬明細書 126
□３　包括評価に関わるその他の事項 126
□Ⅵ　その他特記事項 128

□**第１　指摘事項**

□**Ｉ　診療に係る事項**

□１　診療録

□診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること）。

□（１）診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　診療録について

□・医師による日々の診療内容の記載が［　全くない　・　全くない日が散見される　・極めて乏しい　］。

□・診療録の記載が、前回の診療録の記載を複写した上で、それに追記する形で行われている。診療録の記載は過不足なく行うこと。

□・［　医師の診察に関する記載がなく　・　「薬のみ（medication）」、「do」、「消炎鎮痛等処置」等の記載で ］、［　投薬　・　消炎鎮痛等処置　・　　］等の治療が行われている。

□診療録の記載がなければ医師法で禁止されている無診察治療とも誤解されかねない。

□②　傷病手当金に係る意見書を交付した場合であるにもかかわらず、労務不能に関する意見欄への記載がない。

□③　診療録第３面（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（一）の３）に患者から徴収する一部負担金の徴収金額が適正に記載されていない。

□④　確定済みの診療録に追記を行うに当たって［　追記者　・　追記日時　］が明確にされていない。

□⑤　同一日の再診について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑥　やむを得ない事情で、看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□（２）紙媒体の記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　記載内容が判読できない。

□（例：略号を用いている。等　　）

□②　［　事前に　・　鉛筆で　］記載している。

□③　［　修正液　・　修正テープ　・　塗りつぶし　・　貼紙　］により訂正しているため訂正前の記載内容が判別できない。

□訂正は訂正した者、内容、日時等が分かるように行うこと。

□④　診療録について、完結の日から５年間保存していない。

□⑤　検査結果や診療情報提供書の写しについて、全患者分を一元的に管理している。
　□患者それぞれの診療録に添付又は貼付し、患者毎に管理すること。

□⑥　診療を担当する保険医の署名又は記名押印が診療の都度なされていないため、診療の責任の所在が明らかでない。
□⑦　診療録の第２面（様式第一号（一）の２）の記載について、「既往症、原因、主要症状、経過等」欄と「処方、手術、処置等」欄とは区別して記載すること。

□（３）診療録について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
□①　医師が自分自身の診療録に自ら記載しているため、他の医師の診察を受けたことを確認できない。
　□いわゆる自己診療は認められていないため、診療を受ける医師は本人とは別の医師の診療に基づいて検査・投薬・注射等を受けた場合にのみ保険請求できることに留意すること。

□②　職員等に対する診療（いわゆる自家診療）について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□③　訪問診療と訪問看護のいずれを実施したものであるのか判別できない。

□④　指導日直前に指導対象患者の診療録を追記している。

□２　傷病名
□（１）傷病名は医療統計上重要かつ診療録への必要記載事項であるので、正確に記載すること。診療報酬明細書の請求内容を説明する上で傷病名のみでは不十分と考えられる場合には、摘要欄に記載するか、別に症状詳記（病状説明）を作成し診療報酬明細書に添付すること。
□（２）傷病名の記載又は入力について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　「傷病名」欄について、１行に複数の傷病名を記載している。

□②　傷病名を診療録の傷病名欄から削除している。
　□当該傷病に対する診療が終了した場合には、傷病名を削除するのではなく、転帰を記載すること。

□③　請求事務担当者が（　医事会計システムから　）［　傷病名　・　転帰　］を［　記載・　入力　］している。
　□傷病名は、必ず医師が［　記載　・　病名オーダー画面から入力　］すること。

□④　傷病名の［　開始日　・　終了日　・　転帰　］の記載が［　ない　・　誤っている　］。

□⑤　傷病名の記載が漏れている。
　□［傷病名：　　］

□（３）傷病名の内容について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　医学的な診断根拠がない傷病名

□・

□・

□②　医学的に妥当とは考えられない傷病名

□・

□・

□③　実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載している。

□・

□・

□④　実際には確定傷病名であるにもかかわらず、「疑い」の傷病名として記載している。

□・

□・

□⑤　次の記載がない傷病名

□急性慢性の別

□・

□・

□左右の別

□・

□・

□詳細な傷病名

□・

□・

□分類

□・

□・

□病型

□・

□・

□部位

□・

□・

□その他

□・

□・

□（４）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のない傷病名（いわゆるレセプト病名）が認められた。レセプト病名を付けて保険請求することは、不適切なので改めること。

□①　［　　（検査）］の実施に際して付与した「　　」

□②　［　　（検査）］の実施に際して付与した「　　」

□③　［　　（検査）］の実施に際して付与した「　　」

□④　［　　］の［　適応外　・　予防　］投与に際して付与した「　　」

□⑤　［　　］の［　適応外　・　予防　］投与に際して付与した「　　」

□⑥　［　　］の［　適応外　・　予防　］投与に際して付与した「　　」

□⑦

□（５）傷病名を適切に整理していない例が認められたので改めること。

□①　長期にわたる「疑い」の傷病名

□・　　の疑い

□・　　の疑い

□②　長期にわたる急性疾患等の傷病名

□・

□・

□③　重複して付与している、又は類似の傷病名

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□「　　」と「　　」

□④　転帰を治癒とした根拠が乏しい。

□

□

□⑤　単なる状態や傷病名ではない事項を傷病名として記載している。
□・
□・

□⑥　その他、傷病名の整理が不適切な例
□・
□・

□３　基本診療料
□（１）初・再診料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　初診料・再診料・外来診療料[A000]・[A001]・[A002]
□・現に診療中の患者に対して新たな傷病の診断を行った際に、初診料を算定している。
□・慢性疾患等明らかに同一の疾病又は傷病の診療を行った場合にもかかわらず、初診料を算定している。
□・自他覚的症状がなく健康診断及び検診等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、［　当該疾患を発見した保険医　・　当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医　］が治療を開始した場合にもかかわらず、初診料を算定している。
□・初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料を算定できないにもかかわらず算定している。
□・初診時又は再診時に行った検査、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
□・初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合
□・看護に当たっている者から、症状を聞いて薬剤を処方し、初診料を算定している。
□・やむを得ない事情ではないのに、看護に当たっている者から症状を聞いて、薬剤を処方し、再診料を算定している。
□・電話等による再診料の算定に際して、医師以外の職員が対応したものをもって、算定している。
□・電話等による再診について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションによる場合を含む。）に、［　治療上の意見を求められて、必要な指示を行った場合に該当しない　・　定期的な医学管理を前提としている（平成30年３月31日以前の一連の診療が終了するまでの間を除く。）　］ものについて算定している。（平成30年３月31日以前の一連の診療が終了するまでの間）
□・電話等による再診料の算定に際して、医学管理等（急病等の患者に係る診療情報提供料（Ⅰ）を除く）を算定している。
□・電話等による再診料の算定に際して、予約に基づく診察による特別の料金を徴収している。
□・

□②　情報通信機器を用いた診療[A000 注1]・[A001 注1]・[A002 注1]【届】

□・情報通信機器を用いた診療について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って情報通信機器を用いた診療を行っていない。

□（例：　　）

□・情報通信機器を用いた診療について、診療内容、診療日及び診療時間等の要点が診療録に記載されていない。

□・保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合、診療を実施した場所について事後的に確認できない。

□・急変時等に夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合に患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明していない。

□・急変時等に夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合に患者が速やかに受診できる医療機関について説明した次の内容について、診療録に記載がない。

□・当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合であるが、当該医師が所属する医療機関名について記載がない。

□・当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合であるが、［　対面診療により診療できない理由　・　適切な医療機関としての紹介先の医療機関名　・　紹介方法　・　患者の同意　］について記載がない。

□・オンライン診療を行った医療機関において、対面診療を提供できる体制を有しない。

□・患者の状況によって対応することが困難な場合に、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有しない。

□・オンライン指針に沿った適切な［　診療　・　処方　］であることについて、診療録に記載がない。

□③　加算等

□ア　［　時間外加算　・　休日加算　・　深夜加算　・　夜間・早朝等加算　］

□・受診［　時間　・　日　］が該当しない。

□・患者の［　受付時間　・　受診日　］が記録などで適切に管理されておらず、算定の根拠が不明である。

□・時間外加算について、常態として診療応需の態勢をとっている時間に算定している。

□・医療機関の［　指示　・　都合　］により、対象となる時間帯に［　診療を開始した　・　予約した　］患者について算定している。

□イ　機能強化加算[A000 注 10]【届】

□・次の対応を行うことを［　院内　・　ホームページ等　］に掲示していない。

□・患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品の把握と必要な服薬管理

□・専門医師又は専門医療機関への紹介

□・健康診断の結果等の健康管理に係る相談

□・保健・福祉サービスに係る相談

□・診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供

□・患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行ったことについて診療録に記載がない。

□ウ　外来管理加算[A001 注 8]

□・患者からの聴取事項や診察所見の要点について診療録への記載が［ ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である ］。

□・患者本人が受診せず、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合であるにもかかわらず算定している。

□・処置、リハビリテーション等を行っているにもかかわらず算定している。

□・計画的な医学管理を行わず算定している。

□・問診と身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）が行われていない。

□・電話等再診時に算定している。

□エ　地域包括診療加算［１・２］　（診療所に限る。）[A001 注 12]【届】

□・対象患者に該当していない。

□・患者又はその家族等の同意を［　得ていない　・　得たことが明らかではない ］。

□・患者の担当医以外が診療した場合に算定している。

□・患者が受診している医療機関を全て把握していない。

□・他医療機関で処方されているものも含め、処方されている医薬品の全てを診療録等に記載していない。

□・重複投薬や飲み合わせ等について管理していない。

□・健康診断や検診の［　受診勧奨を行っていない　・　結果等について診療録に記載がない　］。

□・（直近１年間の受診歴が４回未満の場合）初回算定時に患者の署名付の同意書を［　作成していない　・　診療録に添付していない　］。
（認知症の患者の場合、家族の署名で可。）

□・院内掲示により［　健康相談　・　介護保険に係る相談　・　予防接種に係る相談　・　相談支援専門員からの相談　・　リフィル処方箋　］の対応が可能なことについて周知されていない。□オ　薬剤適正使用連携加算[A001 注 14]

□・他の保険医療機関等との情報提供や連携に際し、文書以外を用いているにもかかわらず、情報提供内容について診療録等への記載がない。

□・入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等についての情報提供を入院又は入所までに行っていない。

□・他の保険医療機関に入院又は入所する患者に対し、入院・入所先の処方内容について、患者の退院又は退所後１か月以内に他の保険医療機関等から情報提供を受けていない。

□・他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者に対し、処方内容等について３か月以内に他の保険医療機関等から情報提供を受けていない。□カ　看護師等遠隔診療補助加算[A001 注 20][A002 注 11]

☒・前回の対面診療を実施した日から起算して、３月を超えて算定している。

□（２）入院基本料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　一般病棟入院基本料[A100]【届】

□・救急･在宅等支援病床初期加算[A100 注5]（地域一般入院基本料を算定している病棟に入院している患者）

□・［　入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）・　自院の入院

歴の有無　・　入院までの経過等　］について診療録への記載がない。

□②　［　療養病棟　・　有床診療所療養病床　］入院基本料[A101]・[A109]【届】
□・患者の状態に著しい変化がみられた場合に、患者の状態を［　評価　・　治療やケアを見直　・　要点を診療録等に記載　］していない。
□・［　疾患・状態　・　処置等　］に係る医療区分（　　）について［　項目の定義　・　評価の単位　・　留意点　］を誤って評価している。
□・ＡＤＬ区分について、誤った点数で評価している。
□・スモンに関する区分について　誤った評価している。
□・定期的（少なくとも月に１回）な［　患者の状態の評価　・　入院療養の計画の見直し　］［　を行っていない　・　の要点について診療録への記載がない　］。
□・［　入院時　・　退院時　］のＡＤＬの程度について［　評価していない　・　診療録への記載がない　］。
□・入院料27を算定する患者以外であるにも関わらず、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を１日２単位を超えて算定している。
□・療養病棟入院基本料１又は２を算定する病棟において、中心静脈栄養を実施している患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていない場合に、入院料区分を変更していない。

□・褥瘡対策加算［　１　・　２　］[A101 注4][A109 注4]
□・褥瘡対策を行っていないにもかかわらず算定している。
□・毎日評価していない。
□・褥瘡の状態を誤って評価している。
□・「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料）」の所定欄に記載していない
□・治療及び看護の計画を見直したにも関わらず、その内容を診療録等に記載していない。

□・急性期患者支援療養病床初期加算[A101 注6]
□・同一病院の一般病棟から転棟するときは、１回しか算定できないにも関わらず、2回以上算定している。
□・加算対象ではない患者に対して算定している。

□・（有床診療所）在宅患者支援療養病床初期加算[A101 注6][A109 注6]
□・加算対象ではない患者に対して算定している。
□・治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行っていない。

□・経腸栄養管理加算[A101 注11]
□・加算対象ではない患者に対して算定している。
□・本人又はその家族等に対し説明した内容の要点を診療録に記載していない。
□・経管栄養の開始時期や栄養管理の内容について、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等によるカンファレンスを実施していない。
□・管理栄養士が次の栄養管理を［ 行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。

□・栄養アセスメント
□・経腸栄養の管理に係る計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・１日３回以上のモニタリングと必要に応じた計画の見直し

□・夜間看護加算、看護補助・患者ケア体制充実加算[A101 注12・13]【届】
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・身体的拘束を実施した日に看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］を算定している。

□③　障害者施設等入院基本料[A106]【届】を算定している病棟に入院している特定患者に特定入院基本料を算定せず障害者施設等入院基本料を算定している。

□・看護補助加算、看護補助・患者ケア体制充実加算[A106 注9・10]【届】
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・身体的拘束を実施した日に看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］を算定している。

□④　１日入院について、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合に、入院基本料を算定している。

□（３）入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　臨床研修病院入院診療加算[A204-2]
□・研修医の診療録の記載に係る指導医の［　指導　・　確認　］が［　ない　・　速やかに行われていない　］。
□・診療録に指導の内容が分かるように指導医自らが［　記載していない　・　署名していない　］。
□・

□②　救急医療管理加算［　１　・　２　］・救急医療管理加算（乳幼児加算・小児加算）[A205]【届】
□・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
□・誤った区分で算定している。
□・救急医療管理加算２を算定する患者について、直近６か月間で、救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第７の３の13「その他の重症な状態」の患者の割合が５割以上であるにもかかわらず、所定点数ではなく、救急医療管理加算２を算定している。

□③　急性期看護補助体制加算[A207-3]【届】看護補助加算[A214]【届】
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
　□・実施の必要性等のアセスメント
　□・患者家族への説明と同意
　□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
　□・二次的な身体障害の予防
　□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・身体的拘束を実施した日に看護補助体制充実加算１を算定している。
□・

□④　重症者等療養環境特別加算[A221]【届】
□・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
□・

□⑤　緩和ケア診療加算[A226-2]【届】
□・緩和ケア診療実施計画書を［　作成していない　・　患者に交付していない ］。
□・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
□・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式３で示している項目［　がない　・　に記載がない　］。
□・「　　」がない。
□・症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されていない。

□・個別栄養食事管理加算[A226-2 注4]
□緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録等に記載又は当該内容を記録したものを診療録等に添付していない。

□⑥　有床診療所緩和ケア診療加算[A226-3]【届】
□・緩和ケア診療実施計画書について［作成していない　・　患者に交付していない ］。
□・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
□・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式３で示している項目［　がない　・　に記載がない　］。

□・「　　」がない。
□・

□⑦　小児緩和ケア診療加算[A226-4]【届】
□・緩和ケア診療実施計画書を［　作成していない　・　患者に交付していない ］。
□・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
□・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式３で示している項目［　がない　・　に記載がない　］。
□・「　　」がない。
□・症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されていない。

□・小児個別栄養食事管理加算[A226-4　注2]
□緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録等に記載又は当該内容を記録したものを診療録等に添付していない。

□⑧　精神科隔離室管理加算[A229]
□・隔離の理由について診療録への記載が［　ない　・　不十分　］。
□・１日１回の診察の内容について診療録への記載が［　ない　・　不十分　］。
□・

□⑨　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算[A233]【届】
□・当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にＡＤＬ・栄養状態・口腔状態について「別紙様式7の2」又はこれに準ずる様式で評価していない。
□・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画書を作成していない。
□・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画書の様式に、「別紙様式７の４」で示している項目［　がない　・　に記載がない　］。
□・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についてのカンファレンス［　が定期的に開催されていない　・　の内容が記録されていない　］。
□・指導内容等について、診療録等に要点を記載していない。
□・専任の管理栄養士が次の栄養管理を［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・入棟後、原則48時間以内に患者に対面の上、［　入院前の食生活や食物アレルギー等の確認　・　ＧＬＩM基準を用いた栄養状態の評価　］
□・週５回以上食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握

□⑩　栄養サポートチーム加算[A233-2]【届】
□・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
□・栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されていない。
□・回診に当たりチーム構成員の一部（　　）が参加していない。
□・栄養治療実施［　計画　・　報告書　］を作成していない。
□・診療を担当する保険医、看護師等と共同で栄養治療実施計画を作成していない。
□・栄養治療実施［　計画　・　報告書　］［　を当該患者に説明、交付　・　の写しを診療録等に添付　］していない。
□・退院・転院時の診療情報提供書に、栄養治療実施報告書を添付していない。
□・

□⑪　感染対策向上加算[A234-2]【届】
□・感染制御チームが、［　１週間に１回程度院内を巡回していない　・　巡回、院内感染に関する情報を記録に残していない　］。
□・感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２の届出を行っている保険医療機関において、抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等の使用について、届出制又は許可制をとっていない。
□・感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関において、抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等の使用について、感染対策向上加算１を算定する他の保険医療機関又は地域の医師会より助言を受けていない。
□・感染制御チームが院内感染対策を目的とした職員の研修を行っていない。
□・院内感染に関するマニュアルを　［　作成していない　・　職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認していない　］。
□・抗菌薬適正使用体制加算について、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内でないにも関わらず、算定している。

□⑫　重症患者初期支援充実加算　[A234-4]【届】
□・患者及びその家族等に対して入院時重症患者対応メディエーターが実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載がない。
□・

□⑬　褥瘡ハイリスク患者ケア加算[A236]【届】
□・加算対象の状態ではない患者に対して算定している。
□・専従の褥瘡管理者以外の者が実施したものについて算定している。
□・［　褥瘡リスクアセスメント票　・　褥瘡予防治療計画書　］を作成していない。
□・褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）について、褥瘡ケアの内容の診療録等への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・

□⑭　ハイリスク妊娠管理加算[A236-2]【届】
□・算定対象となる患者以外に算定している。

□⑮　ハイリスク分娩等管理加算[A237]【届】
□・ハイリスク分娩管理加算[A237　注1]
□・算定対象となる患者以外に算定している。
□・地域連携分娩管理加算[A237　注2]
□・算定対象となる患者以外に算定している。
□・当該患者の分娩を伴う入院前において、連携している総合周産期母子医療センター等に［　当該患者を紹介していない　・　当該患者が受診していない　］。
□・

□⑯　呼吸ケアチーム加算[A242]【届】
□・算定対象となる患者以外に算定している。
□・人工呼吸器離脱のために必要な診療とは言えないものについて算定している。

□・診療計画書が作成されていない。
□・

□⑰　術後疼痛管理チーム加算[A242-2]【届】
□・算定対象となる患者以外に算定している。
□・術後疼痛管理プロトコルに基づく患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価について診療録に記載していない。

□⑱　入退院支援加算［　１　・　２　・　３　］[A246]【届】
□・退院支援計画書を［　作成していない　・　患者に交付していない　］。
□・退院支援計画についてその内容を診療録等に添付又は記載していない。
□・退院先について、診療録等への記載又は退院先を記載した文書について診療録等に添付していない。
□・退院支援計画を実施するに当たってのカンファレンスに［　病棟の看護師　・　病棟に専任の入退院支援職員　・　入退院支援部門に専従又は専任の職員　］が参加していない。
□・入退院支援加算１・２について、入院後７日以内に退院支援計画の作成に着手していない。
□・入退院支援加算３について、入院後１ヶ月以内に退院支援計画の作成に着手していない。
□入院時支援加算［　１　・　２　］（注8）
□・入院前に（　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握　・　入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握　・　入院生活の説明・　　）を実施し、療養支援の計画書を作成していない。
□総合機能評価加算（注9）
□・総合的な機能評価の結果について、患者及びその家族等への説明内容について診療録への［　記載又は添付がない　・　記載が不十分である　］。

□⑲　精神科入退院支援加算[A246-2]【届】
□・退院支援計画書を［　作成していない　・　患者又は家族に交付していない　］。
□・退院支援計画の内容を診療録等に添付又は記載していない。
□・退院先の診療録等への記載又は退院先を記載した文書の診療録等への添付がない。
□・退院支援計画を実施するに当たってのカンファレンスに［　病棟の看護師　・　病棟に専任の入退院支援職員　・　入退院支援部門の専従又は専任の職員　］が参加していない。
□精神科措置入院退院支援加算（注2）
□・患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を都道府県等へ提出していない。
□・自宅等（患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム）へ退院していない、転院、転棟したものに算定している。

□⑳　医療的ケア児（者）入院前支援加算[A246-3]【届】
□・「医療的ケア判定スコア表」における「医療的ケア判定スコア」が16点以上に該当しない児（者）について算定している

□・療養支援計画書を［　作成していない　・　入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付していない　・　診療録に添付していない　］。

□㉑　認知症ケア加算［　１　・　２　・　３　］[A247]【届】
□・「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」（別添６の別紙１２）におけるランクⅢ以上に該当しない者について算定している。
□・せん妄ハイリスク患者ケア加算を併せて算定している。
□・看護計画を作成していない。
□・看護計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施していない。
□・看護計画・ケアの評価を行っていない。
□・せん妄のリスク因子の確認を行っていない。
□・せん妄ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施していない。
□・身体的拘束を実施した場合の点数を算定しているが、身体的拘束の開始及び解除の日、必要な状況等について診療録等への記載がない。
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
　□・実施の必要性等のアセスメント
　□・患者家族への説明と同意
　□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
　□・二次的な身体障害の予防
　□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・

□㉒　せん妄ハイリスク患者ケア加算[A247-2]【届】
□・別紙様式７の３を参考にしたチェックリストを作成していない。
□・せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策がチェックリストに基づいて行われていない。
□・せん妄のリスク因子の確認が入院前又は入院後３日以内に行われていない。
□・ハイリスク患者に対するせん妄対策がリスク因子確認後すみやかに行われていない。

□㉓　薬剤総合評価調整加算[A250]
□・処方の内容を総合的に評価した内容や処方内容の調整の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・薬剤調整加算（注２）
　□・［　退院時に処方される内服薬が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合　・　退院までの間に、抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合　］ではないにもかかわらず、算定している。
□・

□㉔　排尿自立支援加算[A251]【届】

□・算定対象となる患者以外に算定している。
□・［　排尿ケアチームへの相談　・　排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画　・　定期的な評価　］について診療録等に記載がない。
□・退院後の外来において引き続き包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた患者について、診療録等にその旨の記載がない。
□㉕　その他
□・

□（４）特定入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　救命救急入院料［　１　・　２　］[A300]【届】
□・実態として、予定入院の患者であるにもかかわらず算定している。
□・
□・早期離床・リハビリテーション加算（注8）
□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の［　内容　・　実施時間　］について、診療録等への記載がない。
□・早期栄養介入管理加算（注9）
□・次の内容について、診療録等への記載がない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
□・［　入室時刻　・　経腸栄養の開始時刻　］
□・経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、経腸栄養等を開始

□②　特定集中治療室管理料［　１　・　２　・　３　］[A301]【届】
□・早期離床・リハビリテーション加算（注4）
□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の［　内容　・　実施時間　］について、診療録等への記載がない。
□・早期栄養介入管理加算（注5）
□・次の内容について、診療録等への記載がない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
□・経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
□・［　入室時刻　・　経腸栄養の開始時刻　］
□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

□・腸管機能評価を実施し、経腸栄養等を開始

□③　ハイケアユニット入院医療管理料［　１　・　２　］[A301-2]【届】
□・早期離床・リハビリテーション加算（注3）
□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の［　内容　・　実施時間　］について、診療録等への記載がない。
□・早期栄養介入管理加算（注4）
□・次の内容について、診療録等への記載がない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
□・経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
□・［　入室時刻　・　経腸栄養の開始時刻　］
□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、経腸栄養等を開始
□・

□④　脳卒中ケアユニット入院医療管理料[A301-3]【届】
□・早期離床・リハビリテーション加算（注3）
□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の［　内容　・　実施時間　］について、診療録等への記載がない。
□・早期栄養介入管理加算（注4）
□・次の内容について、診療録等への記載がない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
□・経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
□・［　入室時刻　・　経腸栄養の開始時刻　］
□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、経腸栄養等を開始

□⑤　小児特定集中治療室管理料[A301-4]【届】
□・早期離床・リハビリテーション加算（注3）
□・早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組等の［　内容　・　実施時間　］について、診療録等への記載がない。
□・早期栄養介入管理加算（注4）
□・次の内容について、診療録等への記載がない。

□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
□・経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施
□・再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
□・［　入室時刻　・　経腸栄養の開始時刻　］
□・次の項目について、入室後48時間以内に実施していない。
□・栄養アセスメント
□・栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
□・腸管機能評価を実施し、経腸栄養等を開始

□⑥　総合周産期特定集中治療室管理料[A303]【届】
□・成育連携支援加算（注3）
□・成育連携チーム等がカンファレンスを行った上で決定した説明内容について、［　妊婦又はその家族等に対し文書により説明していない　・　妊婦又はその家族等に対して説明した文書の写しを診療録に添付していない　］。

□⑦　地域包括医療病棟入院料［　１　・　２　］[A304]【届】
□・当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にＡＤＬ・栄養状態・口腔状態について評価していない。
□・予定入院の患者であるにもかかわらず、誤った区分で算定している。
□・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画書を作成していない。
□・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についてのカンファレンス［　が定期的に開催されていない　・　の内容が記録されていない　］。
□・退棟時にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価及びリスクに応じた期間で再評価を［　実施していない　・　必要に応じて計画を変更していない　］。
□・退院又は退棟した先について診療録に記載していない。
□・看護補助体制加算[A304　注6]【届】
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・看護補助者が、基礎知識を習得できる内容の院内研修を年１回以上受講した者でない。
□・「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を職員に対し周知徹底していない。
□・リハビリテーション・栄養・口腔連携加算[A304　注11]【届】
□・指導内容等について、診療録等に要点を記載していない。

□・専任の管理栄養士が次の栄養管理を［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認
□・ＧＬＩM基準を用いた栄養状態の評価
□・週５回以上食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握

□⑧　小児入院医療管理料[A307]【届】
□・無菌治療管理加算[A307 注5]【届】
□・造血幹細胞移植を実施していない患者に対して算定している。
□・退院時薬剤情報管理指導連携加算[A307 注6]
□・小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児である患者以外について算定している。
□・必要な事項を記載した情報提供文書を［　作成していない　・　作成した文書の写しを診療録等に添付していない　］。

□⑨　回復期リハビリテーション病棟入院料［　１　・　２　・　３　・　４　・　５　・　回復期リハビリテーション入院医療管理料　］[A308]【届】
□・［　入院時　・　転院時　・　退院時　］に日常生活機能評価又はＦＩMの測定を行っていない。
□・［　入院時　・　転院時　・　退院時　］に行った日常生活機能評価又はＦＩMの結果について、診療録等に記載がない。
□・定期的（２週間に１回以上）に日常生活機能評価又はＦＩMの測定を［　行っていない　・　診療録等に記録していない　］。
□・リハビリテーション実施計画（書）又はリハビリテーション総合実施計画（書）の作成における栄養状態の評価にGLIM基準を用いていない。
□・当該入院料を算定する全患者に対して、病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法を行っていない。
□・［入棟時　・　退棟時　］のＦＩM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を［　作成　・　説明　　］していない。

□⑩　地域包括ケア病棟入院料［　１　・　２　・　３　・　４　］□地域包括ケア入院医療管理料［　１　・　２　・　３　・　４］[A308-3]【届】
□・入室から７日以内に［　診療計画　・　在宅復帰支援計画　］を作成していない。
□・退室先について診療録への記載がない。
□・当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行っていない。
□・［　急性期患者支援病床初期加算　・　在宅患者支援病床初期加算　］(注6)【届】
□・［　入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）・緊急入院の有無・　自院の入院歴の有無・入院までの経過　］について診療録への記載がない。

□・［　看護補助者配置加算　・　看護補助・患者ケア体制充実加算　］(注4・5)【届】
□・身体的拘束を実施するかどうかを、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討していない。
□・身体的拘束を実施するに当たって、次の対応を行っていない。

□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・身体的拘束の解除に向けた検討
□・身体的拘束を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・身体的拘束を実施した日に看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］を算定している。
□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成していない。
□・リハビリテーション・栄養・口腔連携加算[A308-3 注14]【届】
□・当該病棟に入棟した全ての患者を評価し、これに係る計画書を作成していない。
□・入院患者のADL等の維持・向上にむけたハビリテーション・栄養・口腔の評価と計画についのカンファレンス［　が定期的に開催されていない　・　の内容が記録されていない　］。
□・指導内容について、診療録等に要点が簡潔に記載されていない。
□・専任の管理栄養士が次の栄養管理を［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。
□・患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認
□・ＧＬＩM基準を用いた栄養状態の評価
□・週５回以上食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握
□・当該病棟全ての入院患者に対する［　低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理　・　他職種カンファレンスにおける患者の状態を踏まえた食事調節に関する提案　］を行っていない。

□⑪　精神科救急急性期医療入院料[A311]【届】
□・非定型抗精神病薬加算（注３）
□・１月に１度、治療計画及び指導内容の要点が診療録に記載されていない。
□・投与している薬剤名が診療報酬明細書に記載されていない。
□・1日当たりの抗精神病薬が３種類以上で算定している。
□・看護職員夜間配置加算[A311注4]【届】
□・行動制限（隔離、身体的拘束その他の行動制限）を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・行動制限の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・行動制限の解除に向けた検討
□・行動制限を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。

□⑫　精神科救急・合併症入院料[A311-3]【届】
□・非定型抗精神病薬加算（注３）
□・１月に１度、治療計画及び指導内容の要点が診療録に記載されていない。

□・投与している薬剤名が診療報酬明細書に記載されていない。
□・１日当たりの抗精神病薬が３種類以上
□・看護職員夜間配置加算[A311-3注4]【届】
□・行動制限（隔離、身体的拘束その他の行動制限）を実施するに当たって、次の対応を行っていない。
□・実施の必要性等のアセスメント
□・患者家族への説明と同意
□・行動制限の具体的行為や実施時間等の記録
□・二次的な身体障害の予防
□・行動制限の解除に向けた検討
□・行動制限を実施しているが、解除に向けた検討を１日に１度［　行っていない　・　行ったことが明らかでない　］。

□⑬　精神療養病棟入院料[A312]【届】
□・退院支援委員会会議の記録の写しを診療録等に添付していない。
□・退院支援委員会会議の記録を別紙様式38に準じた様式で記録していない。
□・医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなす場合に医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付していない。

□・重症者加算［　1　／　2　］（注4）
□・ＧＡＦ尺度による判定が［　30　／　40　］を超える患者に算定している。

□⑭　認知症治療病棟入院料［　1　・　2　］[A314]【届】
□・生活機能回復のための訓練及び指導の［　内容の要点　・　実施に要した時間　］について、診療録等に記載が［　ない　・　不十分である。　］。

□⑮　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料[A319]【届】
□・リハビリテーション実施計画書を作成していない。
□・当該病棟の全ての患者に対して、早期歩行やADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行っていない。
□・リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書に栄養関連項目の記載がない。
□・定期的（２週間に１回以上）に日常生活機能評価又はＦＩＭの測定を［　行っていない　・　診療録等に記録していない　］。
□・リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合計画の作成における栄養状態の評価にGLIM基準を用いていない。
□・［　入棟時　・　退棟時　］のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を［　作成　・　説明　］していない。
□・当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、リハビリテーションの提供及びADLの向上、自立等を目的とした評価・指導を行っていない。

□（５）短期滞在手術等基本料［　1　・　3　］[A400]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・術前に別紙様式８を参考にした同意書を作成していない。

□・短期滞在手術等基本料について、退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行っていない。
□・

□４　医学管理等
□（１）特定疾患療養管理料[B000]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・第１回目の特定疾患療養管理料を、初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ１か月を経過した日よりも前に算定している。
□・治療計画に基づく、服薬、運動、栄養等の療養上の管理内容の要点について診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・［ 算定対象外である主病 ・ 主病でない疾患 ・ 全身的な医学管理を行っていない疾患 ］について算定している。
□・胃潰瘍及び十二指腸潰瘍を主病とする場合に、消化性潰瘍への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている患者に対して算定している。
□・いわゆるレセプト病名を主病として算定している。
□・
□（２）特定疾患治療管理料[B001]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　ウイルス疾患指導料［ １ ・ ２【届】 ］[B001・1]
□・指導内容の要点について診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・算定対象外の疾患に罹患している患者に対して算定している。
□・

□②　特定薬剤治療管理料１[B001・2]
□・［ 薬剤の血中濃度 ・ 治療計画の要点 ］について診療録への［ 添付 ・ 記載 ］が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月ではないにもかかわらず初回月加算を算定している。
□・

□・特定薬剤治療管理料２[B001・2]
□・指導内容の要点について診療録等への記録が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・

□③　悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]
□・悪性腫瘍であると既に確定診断した患者以外の者に対して算定している。

□・［ 腫瘍マーカー検査の結果 ・ 治療計画の要点 ］について診療録への［ 添付 ・ 記載 ］が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月ではないにもかかわらず、初回月加算を算定している。
□・前月に腫瘍マーカー検査[D009]を算定しているにもかかわらず、初回月加算を算

定している。
□・算定要件を満たさない腫瘍マーカー検査を実施したものに対して算定している。
□（例：　　）
□・

□④　小児特定疾患カウンセリング料　［　イ　・　ロ　］[B001・4]
□・対象とならない患者に対して算定している。
ロ「公認心理師による場合」を算定する場合
□・一連のカウンセリングの［　初回に　・　３月に１回程度　］、医師がカウンセリングを行っていない。
□・公認心理師が作成したカウンセリングに係る概要において、［　当該疾病の原因と考えられる要素　・　治療計画　・　指導内容の要点　］等について記載が［ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である］。
□・公認心理師が作成した概要の写しの診療録への添付がない。
□・公認心理師による場合、カウンセリングを20分以上実施していない。

□⑤　小児科療養指導料[B001・5]
□・指導内容の要点について、診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・人工呼吸器導入時相談支援加算について、説明等の内容の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑥　てんかん指導料[B001・6]
□・［　診療計画　・　診療内容の要点　］について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
□・算定対象となる標榜診療科の専任の医師以外の医師が診療している。
□・

□⑦　難病外来指導管理料　［　イ　・　ロ　］[B001・7]
□・算定対象である疾患を主病とするものでないにもかかわらず算定している。
□・主病に対する治療を行っていないものについて算定している。
□・［　診療計画　・　診療内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
□・人工呼吸器導入時相談支援加算について、説明等の内容の要点に係る診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□「ロ　難病外来指導管理料２」を算定する場合
□・他院の小児科から紹介を受け、紹介を受けて初診日から５年以内の患者以外に対して算定している。
□・慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする患者以外に算定している。
□・

□⑧　皮膚科特定疾患指導管理料［　（Ⅰ）　・　（Ⅱ）　］[B001・8]

□・算定対象の疾患に罹患していない患者に対して算定している。
□・［　診療計画　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
□・他の診療科を併せ担当している医師が当該指導管理を行った場合について算定している。
□・初診の日又は退院した日から起算して１月以内にもかかわらず算定している。
□・［　外用療法を必要としない　・　16歳未満の　］アトピー性皮膚炎の患者について算定している。
□・

□⑨　外来栄養食事指導料[B001・9]
□・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
□・特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、又は低栄養状態にある患者以外の患者に対して算定している。
□・必要に応じた食事計画案等の交付をしていない。
□・栄養指導記録を作成していない。
□・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・指導時間について栄養指導記録への記載が［　ない　・　不適切である　］。
□・初回の外来栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね30分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
□・２回目（以降）の外来栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
□・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
□・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
□・外来栄養食事指導料１について、当該保険医療機関の管理栄養士以外の者によって指導したものについて算定している。
□・外来栄養食事指導料１（２）①について、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来化学療法室を担当する管理栄養士が月２回以上の指導を行っていないにもかかわらず算定している。
□・外来栄養食事指導料１（１）②（２）②、外来栄養食事指導料２（１）②（２）②（情報通信機器を用いた場合）について、情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面若しくは情報通信機器のいずれかによる指導計画又は対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画が作成されていない。
□・外来栄養食事指導料２について、当該保険医療機関の管理栄養士が行った指導について算定している。
□・

□⑩　入院栄養食事指導料[B001・10]
□・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
□・入院栄養食事指導料について、特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、又は低栄養状態にある患者以外の患者に対して算定している。

□・入院栄養食事指導料について、必要に応じた食事計画案等の交付をしていない。
□・当該保険医療機関の管理栄養士でない者が指導したものについて入院栄養食事指導料１を算定している。
□・栄養指導記録を作成していない。
□・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・指導時間について栄養指導記録への記載が［　ない　・　不適切である　］。
□・初回の入院栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね30分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
□・２回目（以降）の入院栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
□・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
□・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
□・入院栄養食事指導料について、別に厚生労働大臣が定める要件を満たしていない食事を特別食として提供している患者に対して算定している。
□・入院栄養食事指導料２について、要件を満たさない管理栄養士が行った指導について算定している。

□⑪　集団栄養食事指導料[B001・11]
□・管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
□・特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者以外の患者に対して集団栄養食事指導料を算定している。
□・当該保険医療機関の管理栄養士でない者が指導したものについて集団栄養食事指導料を算定している。
□・栄養指導記録を作成していない。
□・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・指導時間について栄養指導記録への記載が［　ない　・　不適切である　］。
□・集団栄養食事指導において指導時間が40分を超えない患者に対して算定している。
□・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
□・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。
□・集団栄養食事指導料について、別に厚生労働大臣が定める要件を満たしていない食事を特別食として提供している患者に対して算定している。

□⑫　心臓ペースメーカー指導管理料[B001・12]
□・［　計測した機能指標の値　・　指導内容の要点　］について診療録への［　添付　・　記載　］が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・

□⑬　在宅療養指導料［　イ　・　ロ　］[B001・13]

□・患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）を超えて算定している。
□・保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行っていない。
□・保健師、助産師又は看護師が、患者ごとに作成した療養指導記録に［　指導の要点　・　指導実施時間　］の明記がない。
□・
□・算定対象でない患者に算定している。
□・「ロ　２回目以降」の「（２）情報通信機器を用いた場合」を算定する場合
　□・事前に対面による指導と情報通信機器を使用した指導を組み合わせた指導計画（概ね３回に１回は対面による指導を実施する計画を含む）を作成していない。
　□・同一月に「対面で行った場合」と「情報通信機器で行った場合」の両方を算定している。
　□・在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後１か月以内の慢性心不全患者以外の患者に対して算定している。
□・

□⑭　高度難聴指導管理料[B001・14]
□・指導内容の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□⑮　慢性維持透析患者外来医学管理料[B001・15]
□・［　特定の検査結果　・　計画的な治療管理の要点　］について診療録への［　添付　・　記載　］が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・副甲状腺機能亢進症に対する［　パルス療法施行時　・　副甲状腺切除を行った患者へ　］のカルシウム、無機リン、ＰＴＨ検査について、本管理料の算定に加えて別に算定できるのは、算定月の２回目以後の検査からであるが、算定月の１回目の検査を２回目の検査として算定している。
□・
□⑯　喘息治療管理料　［　イ　・　ロ　］[B001・16]【届】
□・喘息治療管理料１
　□・ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を提供し、計画的な治療計画を行っていない。
□・重度喘息患者治療管理加算
　□・対象患者ではない重度喘息患者に対して算定している。
　□・治療計画を作成し、指導内容を文書で交付していない。
　□・［　ピークフローメーター　・　一秒量等計測器　・　スパイロメーター　］を患者に提供していない。
□・喘息治療管理料２
　□・指導内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
　□・吸入補助器具を患者に提供し服薬指導等を行っていない。
　□・吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明していない。
□・以下の必要な機械及び器具を備えていない。
　□酸素吸入設備　　□気管内挿管又は気管切開の器具　　□レスピレーター
　□気道内分泌物吸引装置　　□動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態）

□スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態）
□胸部X線撮影装置（常時実施できる状態）

□⑰　慢性疼痛疾患管理料[B001・17]
□・算定対象外の疾患の患者について算定している。
□・マッサージ又は器具等による療法を行っていないにもかかわらず算定している。
□・

□⑱　小児悪性腫瘍患者指導管理料[B001・18]
□・［　治療計画　・　診療内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
□・

□⑲　糖尿病合併症管理料[B001・20]【届】
□・糖尿病足病変ハイリスク要因に関する［　評価結果　・　指導計画　・　実施した指導内容　］について［　診療録　・　療養指導記録　］への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・糖尿病足病変ハイリスク要因として示されている傷病（足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害）の診断を受けていない患者について算定している。
□・１回の指導時間が30分未満の患者に算定している。
□・

□⑳　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料[B001・21]
□・耳鼻咽喉科と標榜する他の診療科を併せて担当している医師が当該指導管理を行った場合に算定している。
□・［　診療計画　・　指導内容の要点　］について診療録への記載が［ ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である ］。
□・［　15歳以上の患者　・　発症から３か月以上遷延していない患者　・　当該管理料を算定する前の１年間において３回以上繰り返し滲出性中耳炎を発症していない患者　・　滲出性中耳炎以外の患者　］について算定している。
□・［初診の日・当該保険医療機関から退院した日］から１か月以内の患者について算定している。
□・

□㉑　がん性疼痛緩和指導管理料[B001・22]【届】
□・［　麻薬の処方前の疼痛の程度　・　麻薬処方後の効果判定　・　副作用の有無　・　治療計画　・　指導内容の要点　］について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・緩和ケアに係る研修を受けた緩和ケアの経験を有する医師以外の医師が指導管理を行ったにもかかわらず算定している。
□・難治性がん性疼痛緩和指導管理加算の算定患者又は家族に、がん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロック等の両方に関する説明に文書を用いていない。
□・説明内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応

じた記載になっていない　・　不十分である　］。□・

□㉒　がん患者指導管理料[B001・23]【届】
□・がん患者指導管理料イ
□・医師と専任の看護師が共同して診療方針等について話し合いその内容を文書等により提供していない。
□・指導内容等の要点について診療録又は看護記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・
□・がん患者指導管理料ロ
□・医師、専任の看護師又は専任の公認心理師による面接が行われていない。
□・指導内容等の要点について診療録又は看護記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　STAS-J　・　DCS　］の基準を満たさない患者に対して算定している。
□・

□・がん患者指導管理料ハ
□・指導内容等の要点について［　診療録若しくは薬剤管理指導記録への記載　・　説明に用いた文書の写しの診療録等への添付　］が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・
□・がん患者指導管理料ニ
□・遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「Ｄ００６―１８」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子又は兄弟姉妹である場合に限る。）以外の者に対して算定している。
□・医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行っていない
□・説明の実施者が、当該保険医療機関の保険医でない。
□・説明及び相談内容等の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である］。

□㉓　外来緩和ケア管理料[B001・24]【届】
□・悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者でそれぞれの基準等に該当する患者ではないものに対して算定している。
□・緩和ケア診療実施計画書の写しを診療録等に添付していない。
□・緩和ケア診療実施計画書について、［　作成　・　交付　］がない。
□・緩和ケア診療実施計画書の様式に、別紙様式３で示している項目［　がない　・　に記載がない　］。
□・「　　」がない。

□㉔　移植後患者指導管理料[B001・25]【届】
□・治療計画が作成されていない。
□・専任医師と研修を受けた専任看護師が治療計画を作成していない。

□㉕　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料[B001・26]

□・指導内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□㉖　糖尿病透析予防指導管理料[B001・27]【届】
□・［　評価結果　・　指導計画　・　実施した指導内容　］について［　診療録　・　療養指導記録　・　栄養指導記録　］への［　添付　・　記載　］が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・指導計画の作成がない。

□㉗　小児運動器疾患指導管理料[B001・28]【届】
□・指導の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□㉘　乳腺炎重症化予防ケア・指導料　［　1　・　2　］[B001・29]【届】
□・当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師が実施した包括的ケア及び指導に関する実施した内容について、診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□㉙　婦人科特定疾患治療管理料[B001・30]【届】
□・器質性月経困難症の患者でないものに対して算定している。
□・器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤を投与している患者以外の患者について算定している。
□・婦人科又は産婦人科を担当する医師が指導を行っていない。
□・治療計画について患者の同意を得ていない。
□・治療計画が作成されていない。
□・指導内容の要点について診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・不十分である ］。

□㉚　腎代替療法指導管理料[B001・31]【届】
□・［　指導内容等の要点　・　説明に用いた文書の写し　］について診療録への［　記載　・　添付　］が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・腎臓内科の経験を有する常勤医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、腎代替療法について指導を行っていない。
□・算定対象とならない患者に対して算定している。
□・腎代替療法選択について、腎代替療法のうち、［　血液透析　・　腹膜透析　・　腎移植　等　］について情報提供を［　行っていない　・　不十分である　］。
□・指導時間が30分未満である。

□㉛　一般不妊治療管理料[B001・32]【届】
□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、治療計画について［　当該患者　・　パートナー　］に［　説明　・　文書を用いて説明　］していない。
□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、治療計画について［　当該患者　・　パートナー　］に説明する際に用いた文書［　を交付していない　・　交付した文書の写しの診療録への添付がない　］。

□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、［　当該患者　・　パートナー　］から同意を［　得てい　・　得た文書の診療録への添付が　］ない。
□・当該患者及びそのパートナーに対して少なくとも６月に１回以上治療内容等に係る同意について確認していない。
□・毎回の指導内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・初回算定時に［　患者　・　パートナー　］を不妊症と診断した理由について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］について確認していない。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］を確認した方法について診療録に記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］を確認する際に提出された文書等がある場合について、当該文書等の診療録への添付がない。
□・初診料と同時に算定している。
□・

□㉜　生殖補助医療管理料[B001・33]【届】
□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、治療計画について［　当該患者　・　パートナー　］に［　説明　・　文書を用いて説明　］していない。
□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、治療計画について［　当該患者　・　パートナー　］に説明する際に用いた文書［　を交付していない　・　交付した文書の写しの診療録への添付がない　］。
□・治療計画を［　作成した際　・　見直しを行った際　］、［　当該患者　・　パートナー　］から同意を［　得て　・　得た文書を診療録に添付して　］いない。
□・治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について診療録に記載していない。
□・当該患者及びそのパートナーに対して少なくとも６月に１回以上治療内容等に係る同意について確認していない。
□・毎回の指導内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・初回算定時に［　患者　・　パートナー　］を不妊症と診断した理由について診療録に記載が［　ない　・　　不十分である　］。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］について確認していない。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］について確認した方法について診療録に記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・初回算定時に、患者及びそのパートナーが［　婚姻関係にあること　・　治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること　］について確認する際に提出された文書等がある場合について、当該文書等の診療録への添付がない。
□・算定対象とならない患者に対して算定している。

□・初診料と同時に算定している。

□㉝　二次性骨折予防継続管理料[B001・34]【届】
□・骨粗鬆症に対する［　継続的な評価　・　必要な治療　］が行われていない。
□・算定対象とならない患者に対して算定している。
□㉞　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料[B001・35]
□・アレルゲン免疫療法を開始する前に、［　治療内容　・　期待される効果　・　副作用　・　　］について、［　説明して　・　文書を用いて説明して　］いない。
□・アレルゲン免疫療法を開始する前に、［　同意を得て　・　説明した内容の要点を診療録に記載して　］いない。
□・説明内容の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□㉟　下肢創傷処置管理料[B001・36]【届】
□・初回算定時に治療計画を作成していない。
□・治療計画について、患者及びその家族等に説明して同意を得ていない。
□・指導の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・適切な研修を修了した医師が指導を行っていない。
□

□㊱　慢性腎臓病透析予防指導管理料[B001・37]【届】
□・算定対象とならない患者に対して算定している。
□・透析予防診療チームが慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づく指導計画を作成していない。
□・［　慢性腎臓病のリスク要因に関する評価結果　・　指導計画　・　実施した指導内容　］について［　診療録　・　療養指導記録又は栄養指導記録　］への添付又は記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である］。

□（３）小児科外来診療料[B001-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・再診として取り扱うべきものを初診時として算定している。
□・

□（４）地域連携小児夜間・休日診療料[B001-2-2]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・夜間、休日又は深夜における担当医氏名とその主たる勤務先について、予定表を［　作成していない　・　院内に掲示していない　］。
□・［　診療内容の要点　・　診療医師名及び主たる勤務先名　］について診療録への記載が［ ない　・　個々の患者の様態に応じた記載になっていない　・　不十分である ］。
□・院内トリアージ実施体制加算
□・救急用の自動車等により緊急に搬送された者に対して算定している。
□・院内トリアージの実施基準に、［ トリアージ目標開始時間及び再評価時間　・　トリアージ分類　・　トリアージの流れ ］を定めていない。

□・院内トリアージの実施基準を定期的に見直していない。

□（５）乳幼児育児栄養指導料[B001-2-3]【届】 について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指導の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・初診時でないにもかかわらず算定している。

□（６）地域連携夜間・休日診療料[B001-2-4]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・［　診療内容の要点　・　診療医師名及び主たる勤務先名　］について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・在宅当番医制で行う夜間・休日診療において算定している。
□・
□・院内トリアージ実施体制加算
□・救急用の自動車等により緊急に搬送された者に対して算定している。
□・院内トリアージの実施基準に、［ トリアージ目標開始時間及び再評価時間 ・ トリアージ分類 ・ トリアージの流れ ］を定めていない。
□・院内トリアージの実施基準を定期的に見直していない。

□（７）救急外来医学管理料[B001-2-6]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・１　救急搬送医学管理料
□・救急用の自動車等により緊急搬送された患者以外に算定している。
□・２　夜間休日救急医学管理料
□・診療時間内での救急外来受診患者に算定している。
□・精神科疾患患者等受入加算
□・対象とならない患者に対して算定している。
□・院内トリアージ実施体制加算
□・救急用の自動車等により緊急に搬送された者に対して算定している。
□・院内トリアージの実施基準に、［ トリアージ目標開始時間及び再評価時間 ・ トリアージ分類 ・ トリアージの流れ ］を定めていない。
□・院内トリアージの実施基準を定期的に見直していない。

□（８）外来リハビリテーション診療料［　１　・　２　］[B001-2-7]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・リハビリテーション提供前の患者の状態の観察結果について、療養指導記録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認した内容について、診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・

□（９）外来放射線照射診療料[B001-2-8]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・看護師、診療放射線技師等が算定日から起算して第２日目以降に行った患者の観察結果を［　照射ごとに記録　・　医師に報告　］していない。
□・放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果、成績、合併症、副作用等について患者又はその家族に説明し、文書等による同意を［　得ていない　・　得たことが明らかではない　］。

□（10）［　地域包括診療料［　１　・　２　］[B001-2-9]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・患者の担当医以外の保険医が診療した場合に算定している。
□・患者が受診している医療機関を全て把握していない。
□・他医療機関で処方されたものも含め、処方されている医薬品の全てを診療録等に記載していない。
□・健康診断や検診の［　受診勧奨を行っていない　・　結果等を診療録に添付又は記載していない　］。
□・（直近１年間の受診歴が４回未満の場合）初回算定時に患者の署名付の同意書［　を作成していない　・　が診療録等に添付されていない　］。
（認知症の患者の場合、家族の署名で可。）
□・院内掲示により［　健康相談　・　介護保険に係る相談　・　予防接種に係る相談　・　相談支援専門員からの相談　・　リフィル処方箋　］の対応が可能なことについて周知されていない。

□（11）小児かかりつけ診療料[B001-2-11]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・患者が受診している医療機関について全ての医療機関を把握する必要があるが把握していない。
□・指導等を行う旨の書面を患者に対して交付して説明し、同意を［　得ていない　・　得たことが明らかでない　］。
□・小児かかりつけ医としての指導等を行っている旨が当該医療機関の［　外来受付等の見やすい場所　・　ウェブサイト　］に掲示（掲載）されていない。

□（12）外来腫瘍化学療法診療料［１・２・３］[B001-2-12]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指導内容等の要点について、診療録若しくは薬剤管理指導記録に［　記載が　・　説明に用いた文書の写しが診療録等に添付されてい　］［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・承認されたレジメン以外のレジメンを使用している。

□（13）生活習慣病管理料［　Ⅰ　・　Ⅱ　］[B001-3][B001-3-3]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・療養計画書（別紙様式９又はこれに準じた様式）を［　作成　・　交付　］していない。
□・療養計画書に医師の記名がない。
□・療養計画書の写しについて診療録への添付がない。

□・実際の主病と算定上の区分が異なる。
□・糖尿病の患者について、患者の状態に応じて年１回程度、眼科の医師の診察を受けるよう指導を行っていない。
□・予約診療を実施［ している・していない ］保険医療機関について、患者と相談の上、［ 次回受診する日の予約が行われていない ・次回受診する日を決めていない］。
□・生活習慣病管理料Ⅰについて、必要な血液検査等について、［ ６月に１回実施・他医療機関からの結果を参照 ］していない
□・眼科医療機関連携強化加算
　□・主病が糖尿病でない。
　□・患者の同意を得て、眼科を標榜する他の医療機関に対して診療状況を示す文書を添えて情報提供を行っていない。
　□・次回の診療時に他医療機関への受診状況の［　確認　・　内容を診療録に記載　］していない。
□・歯科医療機関連携強化加算
　□・主病が糖尿病でない。
　□・患者の同意を得て、歯科を標榜する他の医療機関に対して診療状況を示す文書を添えて情報提供を行っていない。
　□・次回の診療時に他医療機関への受診状況の［　確認　・　内容を診療録に記載　］していない。

□（14）ニコチン依存症管理料　［　１　・　２　］[B001-3-2]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断された者以外の者について算定している。
□・35歳以上であるのに１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200未満の者について算定している。
□・「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿った禁煙治療について、患者に対し［　説明をしていない　・　文書により同意を得ていない　］。
□・治療管理の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・指導及び治療管理の内容について、文書による情報提供を行っていない。
□・ニコチン依存症管理料２
　□・交付した診療計画書の写しを診療録に添付していない。
　□・受診を中断する場合に、受診を中断する理由を聴取した内容の診療録等への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・

□（15）手術前医学管理料[B001-4]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合に、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供していない。
□・L002硬膜外麻酔、L004脊椎麻酔、若しくはL008声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われていない。
□・

□（16）肺血栓塞栓症予防管理料[B001-6]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行っていない。
□・

□（17）リンパ浮腫指導管理料[B001-7]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・算定対象外の患者に対して算定している。
□・指導内容の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・

□（18）療養・就労両立支援指導料[B001-9]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者でない。
□・就業の継続に配慮が必要なものの治療を担当する医師が、患者の勤務する事業場の産業医等あてに診療情報・就労と療養の両立に必要な情報の提供を［　行っていない　・　文書により行ったことが明らかでない　］。
□・治療を担当する医師が、患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取っていない。
□・診察に同席した産業医等に説明した内容について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・産業医等に提供した文書の写しを診療録に添付していない。

□・治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合について算定している。
□・相談支援加算を加算しているが、専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が療養上の指導に同席したことが明らかでない。
□・
□（19）心不全再入院予防継続管理料[B001-10]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・心不全が主病である患者以外に対して算定している。
□・薬物治療、療養指導等について、［　専任の医師　・　専任の医師の指示を受けた専任の看護師、保健師、管理栄養士　］が実施していない。
□・［　患者の心機能評価　・　原疾患の精査　・　リスク評価　・　指導計画の作成　］を行っていない。
□・［　心不全リスク評価　・　指導計画　・　実施した指導内容　］を診療録、療養指導記録、栄養指導記録のいずれにも添付又は記載していない。
□・［　薬物治療　・　療養、食事、運動指導等　］を個別に実施していない。

□・「１」について、救命救急入院料 、特定集中治療室管理料、 ハイケアユニット入院医療管理料、 早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケアにニット入院医療管

理料・小児特定集中治療室管理料）、 心大血管疾患リハビリテーション料のいずれも算定していない。

□・「１」について、 入院栄養食事指導料 、薬剤管理指導料 のいずれも算定していない。

□・「２」について、初回算定日の６月以内に「１」を算定していない患者に対して算定している。
□・「２」について、療養指導等を個別に合計30分以上実施していない。
□・「３」について、［ 治療効果の評価等 ・ 必要な治療の継続 ］を実施していない。
□・「３」について、「１」又は「２」を算定していない患者に対して算定している。

□（20）遺伝性疾患療養指導管理料[B001-11]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・「１」について、対象となる検査の実施前に文書を交付していない。
□・「２」について、対象となる検査の実施後に［ 療養上の指導 ・ 文書の交付 ］を行っていない。
□・「２」の「ロ」について、［ 生活状況の変化等を踏まえた新たな療養上の指導 ・ 文書の交付 ］を行っていない。

□（21）開放型病院共同指導料（Ⅰ）[B002]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・当該患者を入院させた保険医の診療録に開放型病院において患者の指導等を行った事実の記載がない。

□（22）開放型病院共同指導料（Ⅱ）[B003]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・開放型病院の診療録に当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨の記載がない。
□・

□（23）退院時共同指導料［ １【届】・ ２ ］[B004]・[B005]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・行った指導の内容等について、［ 診療録等への記載が個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 診療録等への記載又は提供した文書の写しの診療録への添付が行われていない］。
□・患者又はその家族等に対して文書により情報提供していない。
□・

□（24）介護支援等連携指導料 ［ １ ・ ２ ］[B005-1-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・介護支援専門員等と連携してケアプラン等を作成していない。
□・指導内容等について、［ 要点の診療録等への記載 ・ 提供されたケアプラン等の写しについて診療録等への添付 ］ がない。

□・「１」について、医師又は医師の指示を受けた看護師等の退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職が、介護等サービスの等の情報提供を行っていない。
□・「２」について、入退院支援加算１の届出を行っている病棟に入院していない。
□・「２」について、患者の退院が見込まれる７日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。

□（25）介護保険リハビリテーション移行支援料[B005-1-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録等へ添付していない。
□・

□（26）ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）[B005-4]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・紹介元医師の診療録に紹介先の病院において、医学管理等を行った事実の記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・

□（27）ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）[B005-5]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定していることを確認せずに算定している。

□（28）がん治療連携計画策定料［　１【届】・　２　］[B005-6]、がん治療連携指導料[B005-6-2]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・地域連携診療計画に、［　病名　・　ステージ　・　入院中の治療　・　退院後計画策定病院で行う治療内容及び受診頻度　・　連携医療機関で行う治療内容及び受診頻度　・　その他必要な項目　］についての記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・不十分である　］。
□・がん治療連携計画策定料１について、交付した治療計画書の写しが診療録に添付されていない。

□（29）認知症専門診断管理料[B005-7]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・認知症専門診断管理料１
　□・［　療養方針を決定　・　認知症療養計画を作成　］し、説明した際に患者又は家族等に交付した文書の写しが診療録等に添付されていない。
　□・
□・認知症専門診断管理料２
　□・今後の療養計画等を説明し、その際患者又は家族等に交付した文書の写しが診療録に添付されていない。

□（30）認知症療養指導料[B005-7-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・認知症療養計画に基づく、定期的な評価等の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・「２」について、療養計画の診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・「３」について、認知症療養計画を説明しているが、文書により提供していない。
□・

□（31）認知症サポート指導料[B005-7-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しが診療録に添付されていない。

□（32）肝炎インターフェロン治療計画料[B005-8]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・患者に交付した治療計画書の写しが診療録に添付されていない。
□・

□（33）外来排尿自立指導料[B005-9]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨について診療録等への記載がない。
□・包括的排尿ケアの評価について診療録等への記載がない。
□・
□（34）ハイリスク妊産婦連携指導料１[B005-10]、ハイリスク妊産婦連携指導料２[B005-10-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
□・指導料１について、概ね月に１回の面接及び療養上の指導が行われていない。
□・産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師と精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県の担当者、必要に応じて当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師が参加する診療方針などに係るカンファレンスが概ね２月に１回開催されていない。
□・

□（35）遠隔連携診療料[B005-11]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・算定対象外の患者に対して算定している。
□・診療の内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　診療を行った日　・　診療時間　］について診療録への記載が［　ない　・　不適切である　］。

□（36）こころの連携指導料[B005-12, 13]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・「Ｉ」について、患者の生活上の課題等の［　聴取内容　・指導の内容の要点　］の診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・「Ｉ」について、２回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して、情報共有が行われていない。

□・「Ⅱ」について、２回目以降の診療等に関し、当該患者を紹介した医師に対して、情報共有が行われていない。

□（37）プログラム医療機器等指導管理料[B005-14]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指導内容として定められている項目以外の指導及び医学管理で算定している。
□・［　特定保険医療材料の使用に係る指導　・　医学管理　］を行っていない。
□・「ア」について、［　ニコチン依存症管理料「１」の「イ」又は「２」　・　特定保険医療材料226 ニコチン依存症治療補助アプリ　］を算定していない。
□・「イ」について、［　高血圧症に係る医学管理料　・　特定保険医療材料227 高血圧症治療補助アプリ　］を算定していない。
□・「ウ」について、［　アルコール依存症に係る総合的な指導及び治療管理を実施　・　特定保険医療材料235 アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを算定　］していない。

□（38）退院時リハビリテーション指導料[B006-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・［　指導　・　指示　］内容の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・医師の指示を受けて、理学療法士等が指導を行う場合において、看護師等とともに指導を行っていない。
□・指導内容として定められている項目以外の指導で算定している。
□・他医療機関に転院した患者に対して算定している。
□・患家の家屋構造、介護力等を確認していない。
□・

□（39）退院前訪問指導料[B007]、退院後訪問指導料[B007-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指導又は指示内容の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である］。
□・「退院前訪問指導料」について、退院日に２回算定する場合に、リハビリテーション総合評価料の入院時訪問指導加算を算定している。

□（40）退院後訪問栄養食事指導料[B007-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・入院保険医療機関の管理栄養士以外の者が指導したものについて算定している。
□・特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、又は低栄養状態にある患者以外の患者に対して算定している。
□・栄養指導記録を作成していない。
□・指導内容の要点について栄養指導記録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。
□・指導時間について栄養指導記録への記載が［ ない ・ 不適切である ］。
□・療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」ではないにもかかわらず、算定している。
□・管理栄養士への指示事項に、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、

病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示が含まれていない。
□・診断根拠のない傷病名を付与し、対象疾患として指導を行い算定している。

□（41）薬剤総合評価調整管理料[B008-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処方の内容を総合的に評価した内容や処方内容の調整の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・６種類以上の内服薬が処方されていたものについて、内服薬を合計した種類数が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合ではないにもかかわらず、算定している。
□・

□（42）診療情報提供料（Ⅰ）[B009]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・紹介元医療機関への受診行動を伴わない患者紹介の返事について算定している。
□・他の医療機関から診療情報の提供を依頼され、それに回答したものについて算定している。
□・交付した文書の写し（薬局に対しては他に処方箋の写し）を診療録に添付していない。
□・交付した文書が別紙様式に準じていない。
□・項目欄がない。（　　）
□・複数の項目欄を一つにまとめており、項目欄への記載が不十分である。
□・
□・交付した文書において、項目欄［　紹介先医療機関等名　・　　］への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・特別の関係にある医療機関を紹介先として交付した文書について算定している。
□・定められた対象以外のところに交付したものを算定している。
□・診療情報の提供の必要性が乏しい患者に対して、同じ文面の診療情報提供書を毎月発行するなどして算定している。
□・検査又は画像診断等の設備があるにもかかわらず、他医療機関に検査依頼したものについて算定している。
□・学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供していない。

□・退院時診療状況添付加算[B009　注8]
□・退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付していないものについて算定している。
□・添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載していない。
□・

□・検査・画像情報提供加算[B009　注18]【届】
□・検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診

療記録のうち主要なものについて、電子的方法により、他の保険医療機関が常時閲覧可能な形式で提供していない、又は電子的に送受される診療情報提供書に添付していない場合に算定している。

□・

□（43）電子的診療情報評価料[B009-2]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・電子的方法により閲覧又は受信した検査結果や画像の評価の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である］。

□・他の保険医療機関から検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信していない。

□・他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けていないにもかかわらず算定している。

□・

□（44）診療情報提供料（Ⅱ）[B010]について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・患者又はその家族からの希望があった旨について診療録への記載が［　ない　・　不十分である］。

□・

□（45）診療情報連携共有料[B010-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・患者又は歯科診療を担う別の保険医療機関に対して交付した文書に、以下の事項が記載されていない。

□・患者の氏名、生年月日、連絡先

□・診療情報の提供先保険医療機関名

□・提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）

□・診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

□・患者又は歯科診療を担う別の保険医療機関に対して交付した文書の写しが診療録に添付されていない。

□（46）連携強化診療情報提供料[B011]について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・交付した文書の写しを診療録に添付していない。

□・「次回受診する日の予約を行った場合」に、次回受診する日について診療録への記載がないのに、初診料と同日算定している。

□・患者又は、提供する保険医療機関に交付する診療状況を示す文書に、以下の事項が記載されていない。

□・患者の氏名、生年月日、連絡先

□・診療情報の提供先保険医療機関名

□・診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

□・診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

□・特別の関係にある医療機関を紹介先として交付した文書について算定している。

□・別の医療機関から紹介された患者について医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得ずに、診療状況を示す文書を提供している。
□・他の医療機関から求めがあったこと又は合意に基づく紹介であることの確認を行ったことを診療録に記載していない、あるいはそれに関する文書を診療録に添付していない。

□（47）がんゲノムプロファイリング評価提供料[B011-5]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・患者に対して、治療方針等について文書を用いて説明していない。
□・

□（48）栄養情報連携料[B011-6]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指導内容及び入院中の栄養管理に関する情報を［　患者に対して文書により情報提供していない　・　保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供していない　］。
□・特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合に算定している。
□・交付した文書の写しを診療録に添付していない。

□（49）療養費同意書交付料[B013]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□［　あん摩マッサージ指圧　・　はり　・　きゅう　］の施術に係る療養費の支給対象となる疾病であるか、適切に判断すること。
□・療養の給付を行うことが困難であると認められない患者に対して同意書等を交付し算定している。
□・［　専門外にわたるものであるという理由によって　・　患者の希望のまま　・　施術所からの依頼によって　］、みだりに同意を与えている。
□・

□（50）精神科退院時共同指導料［　1　・　2　］[B015]【届】
□・算定対象外である患者について算定している。
□・患者又はその家族等に対して支援計画について［　文書により情報提供していない　・　提供した文書の写しについて診療録等への添付がない　］。
□・多職種チームで共同して支援計画を作成していない。
□・支援計画を作成していない。
□・イ　精神科退院時共同指導料（Ⅰ）
□・共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームに、［　精神科の担当医　・　保健師又は看護師　・　精神保健福祉士　］が参加していない。
□・［　ロ　精神科退院時共同指導料（Ⅱ）　・　精神科退院時共同指導料２　］
□・重点的な支援を要する患者に対して、「包括的支援マネジメント 導入基準」のうち該当するものの診療録等への添付又は記載がない。
□・
□・

□５　在宅医療
□（１）在宅患者診療・指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　往診料[C000]【届】

□・患家の求めがないにもかかわらず、往診を行っている。
□・定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療をしたものについて算定している。
□・当該保険医療機関のからの往診を必要とする絶対的な理由のない、16キロメートルを超える往診について算定している。
□・往診の根拠（患者等からの往診の求め、往診の必要性等）について、診療録への記載が不十分である。
□・緊急往診加算[C000 注1 イ(1)① ・ (2)① ・ ロ(1) ・ ハ(1)]
□・標榜時間外に行った往診について算定している。
□・急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合、又は、医学的に終末期である状態、に当てはまらないにも関わらず、算定している。
□・15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は20歳未満の者）について、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症、低体温・けいれん・意識障害・急性呼吸不全等が予想される場合、又は、医学的に終末期である状態、に当てはまらないにも関わらず、算定している。
□
□・在宅ターミナルケア加算[C000 注3]
□・退院時共同指導料１[B004]を算定していない。
□・死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に往診を行っていない。
□・診療内容の要点等について、診療録に記載がない。

□・看取り加算[C000 注4]
□・療養上の不安等を解消するために十分な説明を行い同意を得たことが確認できない。
□・死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行っていない。
□・患家で看取っていない。
□・診療内容の要点等について、診療録に記載がない。
□・算定要件を満たさずに、死亡診断のみを行った場合に算定している。

□・往診時医療情報連携加算[C000 注9]
□・連携する保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものを除く）と月１回程度の定期的なカンファレンスを行っていない。
□・連携する保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものを除く）と［ 診療情報 ・ 病状の急変時の対応方針等の情報 ］の共有を行っていない。
□・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が ［ 他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に ・ 共有された診療情報等を参考にして ］往診を行っていない。
□・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った際に、［ 連携する他の保険医療機関名 ・ 参考にした診療情報等 ・ 診療の要点 ］について、診療録に記載がない。

□② 在宅患者訪問診療料 ［ （Ⅰ） ・ （Ⅱ） ］[C001][C001-2]

□・医療機関への通院が困難な患者以外の患者に対して算定している。
□・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を［　満たす他の保険医療機関の求めがなく　・　満たさない他の保険医療機関の求めにより　］、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２を算定している。
□・（Ⅰについて）当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書について、［　作成していない　・　診療録への添付がない　］。
□・（Ⅰについて）診療録への［　訪問診療の計画　・　診療内容の要点　］の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・（Ⅰについて）訪問診療を行った日における診療場所について、診療録への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・（Ⅰについて）訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻　・　終了時刻）について、診療録に記載が　［　ない　・　実際の時刻と異なっている　］。
□・（（Ⅰ）２・（Ⅱ）注１のロについて）他の保険医療機関が診療を求めた傷病について、診療録に記載がない。
□・有料老人ホーム等に併設されている保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して在宅患者訪問診療料（Ⅰ）を算定している。

□・在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算を算定した月にもかかわらず、［　酸素ボンベ加算[C157]・　酸素濃縮装置加算[C158]　・（　　）　］を算定している。

□・看取り加算[C001　注7]・[C001-2　注6]
□・算定要件を満たさずに、死亡診断のみを行った場合に算定している。
□・療養上の不安等を解消するために充分な説明を行い同意を得たことが確認できない。
□・診療録への診療内容の要点等の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□③　［　在宅時　・　施設入居時等　］　医学総合管理料[C002]・[C002-2]
□・医療機関への通院が困難な患者以外の患者に対して算定している。
□・診療録への［　在宅療養計画　・　在宅療養計画の説明の要点等　］の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　連絡担当者の氏名　・　連絡先電話番号等　・　担当日　・　緊急時の注意事項　・　往診担当医　・　訪問看護担当者の氏名等　］について、文書により提供していない。

□・在宅移行早期加算[C002　注4]・[C002-2　注5]
□・退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに該当しない患者について算定している。

□・頻回訪問加算[C002　注5]・[C002-2　注5]
□・別に厚生労働大臣が定める状態にない患者について算定している。

□・在宅療養移行加算［１　・　２］[C002 注9]・[C002-2 注5]
□・当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供していない、又は説明していない。

□・在宅療養移行加算［３　・　４］[C002 注9]・[C002-2 注5]
□・当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供していない、又は説明していない。
□・情報通信機器を用いた在宅診療[C002 注12]・[C002-2 注6]
□・次の不適切な例が認められたので改めること。
□・情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成していない。
□・［　当該管理の内容　・　当該管理に係る情報通信機器を用いた診療を行った日・　診察時間　］等の要点を診療録に記載していない。
□・あらかじめ複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ていない場合に、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っている。
□・情報通信機器を用いた診療を実施した場所について、事後的に確認できない。
□・複数の患者に対して同時に情報通信機器を用いた診療を行った場合に当該管理料を算定している。

□・在宅医療情報連携加算[C002 注15]・[C002-2 注5]
□・ＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行っていない。
□・ＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報の取得、活用、医療関係職種等との共有について、患者の同意を得ていない。

□④　在宅がん医療総合診療料[C003]【届】
□・末期の悪性腫瘍ではない患者について算定している。
□・在宅療養支援診療所において、患者の［　病状　・　治療計画　・　直近の診療内容　］等の情報を記載した文書（電子媒体を含む。）について、［　連携保険医療機関等に随時提供　・　診療録に添付　］していない。
□・［　連携する訪問看護ステーションが行った訪問看護　・　病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が行った往診　］について、報告を受けた診療内容等の要点が、［　在宅療養支援診療所　・　在宅療養支援病院　］の診療録に記載されていない。

□・小児加算　[C003 注６]
□・15歳未満（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満）の患者ではない。

□・在宅医療情報連携加算　[C003 注９]
□・ＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行っていない。
□・ＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報の取得、活用、医療関係職種等との共有について、患者の同意を得ていない。

□⑤　救急患者連携搬送料［　１　・　２　］　[C004-2]
□・（１について）初期診療における［　診断名　・　診療経過　・　初期診療後に入院が必要な理由　］等について、文書等で提供していない。
□・（１について）搬送を行う際に文書等を提供しておらず、後で提供している。
□・（１について）提供した情報の内容について、診療録に添付又は記載がない。
□・（１について）搬送先の保険医療機関名について、診療録に記載がない。

□⑥　在宅患者訪問看護・指導料［　１　・　２　・　３【届】］[C005]
□・訪問看護・指導計画を作成していない。
□・訪問看護・指導計画について、月に１回見直しを行っていない。
□・訪問看護・指導計画に、［　看護及び指導の目標　・　実施すべき看護及び指導の内容　・　訪問頻度　］等の記載がない。
□・保健師、助産師、看護師又は准看護師に行った指示内容の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・訪問看護・指導を実施した［　患者氏名　・　訪問場所　・　開始時刻　・　終了時刻　・　訪問人数　］等について記録していない。
□・［　患者の状態　・　行った指導及び看護の内容の要点　］の記録が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・緊急訪問看護加算[C005　注4][C005-1-2　注6]
□・看護師等への指示内容について診療録への記載がない。
□・看護師等が、患者又はその家族等の緊急の求めの内容の要点、医師の指示及び当該指示に基づき行った訪問看護・指導の日時、内容の要点及び対応状況について、看護記録等への記録が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・複数名訪問看護・指導加算[C005　注7]
□・患者又はその家族等の同意を［　得ていない　・　得たことが明らかでない　］。

□⑦　在宅患者訪問点滴注射管理指導料[C005-2]
□・１週間に３日以上点滴していない。
□・医師が点滴を行っている。
□・初回指示日より８日以上の点滴注射を行う場合に、保険医が改めて診療を行った上で新たな指示をしていない。
□（当該保険医療機関の看護師又は准看護師が点滴を実施する場合）
□・在宅での療養を担う保険医の指示内容の要点について診療録への記載がない。
□（指定訪問看護事業者が点滴を実施する場合）
□・在宅患者訪問点滴注射指示書を作成していない。

□⑧　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料[C006]
□・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・

不十分である　］。
□・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師の指示に基づき行った指導［　内容の要点　・　に要した時間　］について記録がない。

□⑨　訪問看護指示料[C007]
□・訪問看護指示書の作成がない。
□・訪問看護指示書の様式の項目欄について、参考様式16で示している項目［　　］がない。
□・訪問看護指示書の項目欄［　　］への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・診療に基づかない訪問看護指示書を交付している。
□・指定訪問看護について、患者の同意を［　得ていない　・　得たことが明らかではない　］。
□・訪問看護指示書等の写しが診療録に添付されていない。
□・特別訪問看護指示加算（注2）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
　□・診療に基づかない特別訪問看護指示書を交付している。
　□・特別の指示に係る診療の日から 14 日を超える期間について、指定訪問看護に関する指示を行っている。
□・手順書加算（注3）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
　□・規定された特定行為に係わる管理以外について算定している。
　□・規定された研修を修了していない看護師に対し交付している。

□⑩　在宅患者訪問薬剤管理指導料[C008]
□・当該保険医療機関の薬剤師が薬学的管理指導を行っていない。
□・薬剤管理指導記録［　が作成されていない　・　の記載が不十分である　］。

□⑪　在宅患者緊急時等カンファレンス料[C011]
□・患者の状態の急変や診療方針の変更等がないにもかかわらず算定している。
□・［　カンファレンスの要点　・　患者に行った指導の要点　］について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名　・　カンファレンスを行った日　］について、診療録への記載が［　ない　・　不適切である　］。

□⑫　外来在宅共同指導料　[C014]
□・対象となる患者以外に算定している。
□・行った指導の内容等について、要点の診療録等への記載が［　ない・個々の患者の状態に応じた記載になっていない・不十分である　］。
□・患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付していない。
□・外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合に算定している。

□⑬在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　[C015]
□・ＩＣＴを用いて記録されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに

関する情報を活用して指導を行った際に、［ 当該情報を記録した者の氏名 ・ 当該情報が記録された日 ・ 取得した情報の要点 ・ 指導の要点 ］の診療録への記載がない。

□（２）在宅療養指導管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□① 在宅自己注射指導管理料[C101]

□・在宅自己注射の導入前に、入院又は２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行っていない。

□・在宅自己注射の指導内容を詳細に記載した文書を［ 在宅自己注射の導入前に作成していない ・ 患者に交付していない ］。

□・［ 当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点 ］について、診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。

□・指示した自己注射の回数が不明確である（複雑な場合以外）。

□・導入初期加算 [C101 注３]

□・前医で既に自己注射を導入している患者について、期間を通算せずに算定している。

□・在宅自己注射を導入済みの患者に対して算定している。

□・バイオ後続品導入初期加算 [C101 注４]

□・当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明していない。

□・対面診療を行った場合以外で算定している。

□② 在宅自己腹膜灌流指導管理料[C102]

□・［ 当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点 ］について、診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。

□③ 在宅血液透析指導管理料[C102-2]【届】

□・［ 当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点 ］について、診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。

□・日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において説明と同意が得られていない。

□・日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行っていない。

□④ 在宅酸素療法指導管理料[C103]

□・［ 当該在宅療養を指示した根拠 ・ 指示事項 ・ 指導内容の要点 ］について、診療録への記載が［ ない ・ 個々の患者の状態に応じた記載になっていない ・ 不十分である ］。

□・在宅酸素療法実施の要件を満たしていない。

□・酸素の使用が確認できない。

□・遠隔モニタリング加算
□・［　モニタリングにより得られた臨床所見等　・　行った指導内容　］の診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑤　在宅中心静脈栄養法指導管理料[C104]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑥　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料[C105]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・栄養維持のため主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの）を用いていない。
□・在宅成分栄養経管栄養法以外で栄養の維持が可能な患者に算定している。
□

□⑦　在宅自己導尿指導管理料[C106]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定すべきものを、在宅自己導尿指導管理料で算定している。

□⑧　在宅人工呼吸指導管理料[C107]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑨　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料[C107-2]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算（注2）【届】
□・ＣＰＡＰ療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、CPAP療法の1日平均使用時間を診療録に記載していない。
□・遠隔モニタリング加算（注3）【届】
□・モニタリングにより得られた臨床所見等について診療録への記載が［ ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である ］。

□⑩　在宅麻薬等注射指導管理料[C108]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］　につ

いて、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑪　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料[C108-2]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑫　在宅強心剤持続投与指導管理料[C108-3]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑬　在宅寝たきり患者処置指導管理料[C109]
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑭　次の在宅療養指導管理料について、対象とはならない患者に対して算定している。
□・（　　）指導管理料
□・
□・（　　）指導管理料
□・

□⑮　在宅（　　）指導管理料
□・［　当該在宅療養を指示した根拠　・　指示事項　・　指導内容の要点　］について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□（３）在宅療養指導管理材料加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・血糖自己測定器加算[C150]
□・実際に測定を指示している回数より多い測定回数の区分で算定している。
□・血糖自己測定値に基づいた指導を実施していない患者に対して算定している。
□・間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの
□・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師又は当該専門の医師の指導の下で糖尿病の治療を実施する医師以外が血糖管理を行った場合に算定している。
□・
□・血中ケトン体自己測定器加算について、ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者以外の患者に対して算定している。
□・注入器用注射針加算[C153]
□・注入器用注射針加算１について、糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要な場合又は血友病で自己注射が必要な場合以外に算定している。

□６　検査・画像診断・病理診断

□［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］について、次の不適切な実施例が認められたので改めること。

□（１）結果が診療に反映されていない［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。

□ア　検体検査（尿・糞便、血液等）[D000～D002-2]・[D003]、[D005～D006-10]

□・ＡＢＯ血液型・Ｒｈ(D)血液型（輸血の可能性の全くない患者に対して実施している例）[D011・1]

□・

□イ　生体検査（呼吸機能検査・心電図等）[D200～D205]・[D208]

□・常用負荷試験（既に糖尿病と確定診断した患者に実施している例）[D288・1]

□ウ　画像診断（単純Ｘ線・ＣＴ・ＭＲＩ・シンチグラム・ＰＥＴ等）[E001]・[E100]・[E101-2～E101-5]【届】・[E200（1イロハ【届】）]・[E202（1・2【届】）]

□・一連で撮影することができるＣＴ・ＭＲＩ撮影について治療上の合理的理由がないにもかかわらず分割して実施している（部位：　　）。

□・

□エ　病理診断（細胞診・組織診等）[N004]

□・

□（２）段階を踏んでいない［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。

□ア　検体検査（尿・糞便、血液等）

□・

□イ　生体検査（呼吸機能検査・心電図等）

□・

□ウ　画像診断（単純Ｘ線・ＣＴ・ＭＲＩ・シンチグラム・ＰＥＴ等）

□・

□エ　病理診断（細胞診・組織診等）[N004]

□・

□（３）重複とみなされる［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。

□ア　検体検査（尿・糞便、血液等）

□・ＡＢＯ血液型・Ｒｈ(D)血液型　[D011・1]

□・（　　）

□・入退院を繰り返している患者に対し、再入院時に再度実施したスクリーニング検査

□・（例：血液型、感染症検査　　）

□・

□イ　生体検査（呼吸機能検査・心電図等）

□・

□ウ　画像診断（単純Ｘ線・ＣＴ・ＭＲＩ・シンチグラム・ＰＥＴ等）

□・

□・

□エ　病理診断（細胞診・組織診等）

□・

□（４）必要以上に実施回数の多い［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］は、個々の患者の状況に応じて必要な項目を選択し、必要最小限の回数で実施すること。
□画一的、傾向的な検査を実施し、算定している。
□ア　検体検査（尿・糞便、血液等）
□・末梢血液一般検査・末梢血液像[D005]　（例：　　回／月　　）
□・血液凝固線溶系検査　[D006]（例：　　回／月　　）
□・生化学検査（Ｉ）　[D007]　（例：　　回／月　　）
□・ＣＲＰ定性・定量　[D015]（例：　　回／月　　）
□・［　セット検査　・　前回の検査オーダーのコピー　］で指示しているため、不必要な検査項目まで繰り返し実施している。
□・（例：　　）
□・
□イ　生体検査（呼吸機能検査・心電図等）
□・
□ウ　画像診断（単純Ｘ線・ＣＴ・ＭＲＩ・シンチグラム・ＰＥＴ等）
□・胸部単純Ｘ線検査（例：　　回／月）[E001]
□・
□エ　病理診断（細胞診・組織診等）
□・

□（５）研究の目的をもって行われた［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。
□①　検体検査（尿・糞便、血液等）
□②　生体検査（呼吸機能検査・心電図等）
□③　画像診断（単純Ｘ線・ＣＴ・ＭＲＩ・シンチグラム・ＰＥＴ等）
□④　病理診断（細胞診・組織診等）

□（６）症状等のない患者の希望に応じて実施した［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の例が認められた。
□・腫瘍マーカー（［　ＣＥＡ　・　ＰＳＡ　］）[D009・2、9]
□・
□・

□（７）その他［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］について、次の不適切な例が認められた。
□①　尿中一般物質定性半定量検査[D000]
□・当該医療機関外で実施された検査について算定している。
□・

□②［ 尿沈渣（鏡検法）　・　尿沈渣（フローサイトメトリー法）　］[D002]・[D002-2]
□・尿中一般物質定性半定量検査もしくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められた場合、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ではないにもかかわらず実施している。
□・当該医療機関外で実施された検査について算定している。

□・尿路系疾患が強く疑われる患者について、尿沈渣（鏡検法）を衛生検査所等に委託したが、［　当該衛生検査所等が採尿後４時間以内に検査を行っていない　・　検査結果が速やかに当該診療所に報告されていない　］。
□・

□③　腫瘍マーカー[D009]
□・初診時に画一的な検査をしている。
□・診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者以外の者に対して算定している。
□・悪性腫瘍の診断が確定した者に算定している。

□④　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）[D009 17]
□・診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることが強く疑われる者以外の者に対して算定している。
□・

□⑤　インフルエンザウイルス抗原定性[D012・22]
□・発症後48時間経過後に実施したものを算定している。
□・

□⑥　超音波検査[D215]（「３」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。）
□・検査で得られた主な所見について診療録への記載がなく、検査実施者による測定値や性状等についての文書への記載もない。
□・検査で得られた主な所見について診療録への記載が［　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・検査実施者による測定値や性状等についての文書への記載が［ ない　・　不十分である ］。
□・医師以外が検査した場合に、測定値や性状等を記載した文書を医師が確認した旨について診療録への記載がない。
□・検査で得られた画像について診療録への添付がない。
□・測定値や性状等について文書に記載した場合に、その文書の診療録への添付がない。

□⑦　呼吸心拍監視[D220]
□・診療録に観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者、又はそのおそれのある患者以外の患者に対して実施している。
□・

□⑧　経皮的動脈血酸素飽和度測定[D223]
□・酸素吸入を［　行っていない　・　行う必要のない　］患者、又はその他の要件にも該当しない患者に対して算定している。
□・

□⑨　終夜睡眠ポリグラフィー[D237]

□・診療録への検査結果の要点の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□⑩　脳波検査判断料［　１【届】　２　］[D238]
□・脳波検査判断料１について、脳波診断を担当した経験を５年以上有する医師が脳波診断を行っていない。
□・脳波検査判断料１について、脳波診断の結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告していない。
□・

□⑪　神経学的検査[D239-3]【届】
□・神経学的検査チャートを用いて検査及び診断を行っていない。
□・神経学的検査について、別紙様式19（又は別紙様式19の２）に示された項目のうち一部分しか実施していない。
□・

□⑫　発達及び知能検査・人格検査・認知機能検査その他の心理検査[D283]・[D284]・[D285]
□・指示した医師が自ら結果を分析していない。
□・診療録に分析結果の記載がない。
□・基本診療料に含まれる検査について算定している。

□⑬　画像診断管理加算［　１　・　２　・　３　・　４　］[第2章第4部通則4・5]【届】
□・地方厚生(支)局長に届け出た専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断した結果について、文書により当該患者の診療を担当する医師に報告していない。
□・専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の医師が読影及び診断をしている。
□・報告文書又はその写しについて診療録への添付がない。
□・

□⑭　病理組織標本作製[N000]
□・リンパ節の臓器としての数え方が不適切である。
□・

□⑮　細胞診[N004]
□・

□⑯　病理診断管理加算［　１　・　２　］[N006]【届】
□・病理診断を専ら担当する常勤の医師以外の医師が病理診断を行っている。
□・

□⑰　病理判断料[N007]
□・診療録に病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点の記載がない。
□・

□⑱　算定要件を満たさない［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］の実施例

□・外来迅速検体検査加算について、［　当日中に説明　・　文書による情報提供　］を行っていない。

□・クレアチニン[D007・1]

□・ヤッフェ法を用いて実施した場合に算定している。

□・シスタチンＣ　[D007・29]

□・尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合以外に算定している。

□・脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）[D008・19]

□・心不全の診断又は病態把握のために実施した場合以外に算定している。

□・ＴＲＡＣＰ－５ｂ（酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ）　[D008・26]

□・「その後６月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合」以外に算定している。

□・Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチドーβ異性体（β－ＣＴＸ）　[D008・34・35]

□・６月以内に２回算定している。

□・ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量　[D012・9]

□・ヘリコバクター・ピロリ感染の除菌前の感染診断について、内視鏡検査又は造影検査において、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者、胃MALTリンパ腫の患者、特発性血小板減少性紫斑病の患者、早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者又は内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者であって、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者以外の患者に対して算定している。

□・アスペルギルス抗原　[D012・32]

□・侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合以外に算定している。

□・サイトメガロウイルスpp65抗原定性　[D012・60]

□・臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者以外に対して測定している。

□・SARS-CoV-2抗原検出（定量）　[D012・65]

□・感染の疑いの有無に関係なく検査を算定している。

□・抗シトルリン化ペプチド抗体［　定性　・　定量　］　[D014・24]

□・［　関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合　・　関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合　］、原則として１回を限度として算定できるが、特に定められた状況ではないにもかかわらず２回以上算定している。

□・関節リウマチの臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合において、6月に1回以上算定している。

□・当該結果は陰性であったが、関節リウマチを疑って再度検査を行う場合において、3月に1回以上算定している。

□・関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合において、検査を２回以上算定する場合、検査値について診療報酬明細書の摘要欄への記載がない。

□・関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合において、検査を２回以上算定する場合、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載がない。

□・抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）　[D014・31]

□・急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合でない場合に算定している。

□・結核菌特異的インターフェロン-γ産生能　[D015・29]
□・診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者以外に対して測定している。
□・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む）　[D023・23]
□・感染の疑いの有無に関係なく検査を算定している。
□・残尿測定検査（導尿によるもの）[D216-2・2]
□・前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者以外の患者について算定している。
□・平衡機能検査[D250]
□・標準検査を行った上、実施の必要が認められたもの以外に実施した重心動揺計検査について算定している。
□・鼻腔・咽頭拭い液採取　[D419・6]
□・感染の疑いの有無に関係なく実施した［　SARS-CoV-2抗原検出（定量）　・　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む）］について、算定している。
□・ポジトロン断層撮影[E101-2]【届】
□・^{18}FDGを用いたポジトロン断層撮影について、定められた要件を満たすてんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は定められた要件を満たす悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とした場合以外に算定している。
□・ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影[E101-3]【届】
□・^{18}FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、定められた要件を満たすてんかん若しくは血管炎の診断又は定められた要件を満たす悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とした場合以外に算定している。

□⑲　その他
□・

□７　投薬・注射、薬剤料等
□（１）投薬・注射、薬剤料等について、以下の不適切な例が認められた。保険診療において薬剤を使用するに当たっては、医薬品医療機器等法承認事項を遵守すること。
□①　次の禁忌投与の例が認められた。
□・（　　）の患者に対する［　　］の投与
□・（　　）の患者に対する［　　］の投与

□②　次の適応外投与の例が認められた。
□―鎮静目的で使用―
□・
□・
□―抗癌剤―
□・
□・
□―ビタミン剤―
□・

□・
□―その他―
□・
□・

□③　次の用法外投与の例が認められた。
□・
□・
□④　次の過量投与の例が認められた。
□・
□・

□⑤　次の長期漫然投与の例が認められた（同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をすること）。
□・［　　］の［　　日間］投与
□・［　　］の［　　日間］投与

□⑥　次の重複投与の例が認められた。
□・成分、作用機序がほぼ同一のものを併用
□・
□・
□・注射薬と内服薬の併用
□・

□⑦　次の不必要な多剤投与（同じ適応症に対して、成分又は作用機序が異なるもの）の例が認められた。
□・（　　）と（　　）と（　　）の併用
□・（　　）と（　　）と（　　）の併用
□・

□⑧　抗菌薬等の使用について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・細菌培養同定検査、薬剤感受性検査等の適正な手順を踏まずに、必要性の乏しい広域抗菌薬（　　）を投与している。
□・細菌感染症の所見、徴候が認められない患者に対して、予防的に抗菌薬を投与している。
□・治療効果や薬剤感受性試験の結果を検討しないまま漫然と長期間投与を継続している。
□・抗菌スペクトラムを検討せずに必要以上の多剤併用を行っている。
□・（例：　　）
□・術後に抗菌薬の投与を（　　）日間にわたり漫然と継続している。
□・［　　・　　・　　］を［　洗浄目的で　・　ドレーンから注入する生理食塩水に混合して　・　　］使用している。
□・

□（2）薬剤の投与について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・栄養保持を目的とした医薬品を要件を満たさない患者に投与した場合に調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料または調剤技術基本料を算定している。[通則6]
□・ビタミン剤の投与について[F200]
□・ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨が具体的に［　診療録　・　診療報酬明細書　］　へ記載されていない。
□・疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害でない患者に対してビタミン剤が投与されている。
□・その他の薬剤の投与について
□・治療を目的としないうがい薬のみの投薬について算定している。
□・
□・投薬期間について
□・投与期間に上限が設けられている医薬品について、
□・１回につき定められた日数分以上投与している。
□・当該患者に既に処方した医薬品の残量及び医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について、診療録への記載がない。
□・投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方について、
□・当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認していない。
□・患者に確認した内容について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・抗悪性腫瘍剤について
□・（　　）の投与に際して、有効性及び危険性を十分に説明し、同意を得ていない。
□・（200床以上の保険医療機関において）［　処方料　・　処方箋料　］を算定し、30日を超える長期の投薬を行うに当たって、医科点数表の通知に定める要件を満たさない場合であるにもかかわらず、患者に対して他の保険医療機関（200床未満の病院又は診療所）に文書による紹介を行う旨の申出を行っていない。
□・関節内注射について
□・プレフィルド製剤を使用しているにもかかわらず、多剤を混注し使用している。

□（３）投薬・注射について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　処方箋料[F400]
□・処方箋を患者又は現にその看護に当たっている者以外の者に対して交付している。
□・一般名処方加算
□・一般的名称に剤形及び含量の記載がない。
□・一般的名称で処方が行われたことについて何らかの記載がない。

□②［　処方料　・　処方箋料　］特定疾患処方管理加算[F100、F400]
□・算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。
□・レセプト病名を主病として算定している。
□・２以上の診療科にわたり受診している場合において、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科以外の診療で算定している。
□・［　算定対象となる特定疾患以外の疾患に係る薬剤を28日以上処方して　・　算定対象となる主病に係る薬剤の処方が28日未満であるにもかかわらず　］算定している。

□③　院外処方箋
□・あらかじめ押印している。
□・様式が定められたもの又はこれに準ずるものとなっていない。
□・用法の記載が［　ない　・　不適切である　・　不十分である　］。
□・用量の記載が［　ない　・　不適切である　・　不十分である　］。
□・処方医以外の医師名があらかじめ記載されている。
□・注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与している。

□④　注射料
□精密持続点滴注射加算[第2章第6部通則4]
□・１時間に30mLより速い速度で注入しているものについて算定している。
□・緩徐に注入する必要がない薬剤を注入した場合に算定している。
□・精密持続点滴注射加算について、実施に係る記録がない。

□外来化学療法加算［　１　・　２　］[第2章第6部通則6]【届】
□・患者に対して注射による化学療法の［　必要性　・　副作用　・　用法・用量　・　　］について［　文書で説明していない　・　同意を得ていない　・　　］。
□・登録された化学療法のレジメンの妥当性について委員会で評価していない。
□・未登録のレジメンを用いた治療について算定している。

□・看護師等遠隔診療注射実施料　[第６部通則10]
□・看護師又は准看護師（看護師等）といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、患者の診療を担う保険医療機関の保険医の指示に基づき、当該保険医療機関又は訪問看護ステーションの看護師等が、第１節の注射を実施した場合に、当該注射料を算定している
□・看護師等遠隔診療注射実施料を算定した場合に、在宅患者訪問点滴注射管理指導料[C005-2]を算定している。

□⑤　注射実施料
□・点滴注射[G004]
□・血漿成分製剤加算[注３]
□・「輸血療法実践ガイド」を遵守していない。
□・説明に用いた文書の写しを診療録に貼付していない。
□・血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）について算定している。
□・無菌的分割製剤作成加算
□・病棟で注射器を用いて分注した場合に算定している。

□・中心静脈注射用カテーテル挿入[G005-2]
□・長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際に、［中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性　・　管理の方法　・　終了の際に要される身体の状態　］等の療養上必要な事項について患者又はその家族等へ説明をしていない。
□・長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行った後、他の

保険医療機関等に患者を紹介する場合に、［　中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性　・　管理の方法　・　終了の際に要される身体の状態　］等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供していない。

□・カテーテル挿入に伴う［　検査　・　画像診断　］の費用を別に算定している。

□・末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入[G005-3]

□・長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際に、［　末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性　・　管理の方法　・　終了の際に要される身体の状態　］等の療養上必要な事項について患者又はその家族等へ説明をしていない。

□・長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合に、［　末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性　・　管理の方法　・　終了の際に要される身体の状態　］等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供していない。□・カテーテル挿入に伴う［　検査　・　画像診断　］の費用を別に算定している。

□・上腕静脈用カテーテル挿入[G005-5]

□・超音波診断装置を用いていない場合に算定している。

□・特定保険医療材料236 の上腕静脈用カテーテル以外のカテーテルを挿入・留置した場合に算定している。

□・カテーテル挿入に伴う［　検査　・　画像診断　］の費用を別に算定している。

□⑥　注射

□・経口投与が可能であるものについて、注射により薬剤を投与している。

□・注射については、経口投与をすることができないとき、経口投与による治療の効果を期待することができないとき、特に迅速な治療をする必要があるとき、その他注射によらなければ治療の効果を得ることが困難であるとき等、使用の必要性について考慮した上で行うこと。

□・（例：　　）

□・注射の必要性が診療録から確認できない。

□８　リハビリテーション

□（１）疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　実施体制

□・従事者１人１日当たりの実施単位数を適切に管理していない。

□（具体的には、リハビリテーションに従事する職員１人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表を作成していない　等）

□・従事者１人当たりの実施単位が［　理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士　・　その他（　　）　］［　１人１日につき24単位　・　１週間で108単位　］を超過している。

□・専従の従事者１人の１日当たりの実施単位数の算出にあたり、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に従事した時間を合算した時間が20分以上であるにも関わらず、20分につき１単位とみなして実施単位数に加えていない。

□・

□②　リハビリテーション実施計画書
□・別紙様式21を参考としたリハビリテーション実施計画書を［　作成していない　・　原則７日以内、遅くとも14日以内に作成していない　］。
□・リハビリテーション実施計画書の内容［　に不備がある　・　が個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　に空欄がある　］。
□・（例：　　）
□・［ リハビリテーション実施計画書の作成時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族等に対して実施計画書［　の内容を説明・交付していない　・　の内容を医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が説明・交付していない　・　の内容の説明日及び説明者が明らかでない　］。
□・［　リハビリテーション実施計画書の作成時の　・　３か月毎の　］実施計画書の写しが診療録に添付されていない。
□・リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合に、医師が自ら実施していない又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示がないにもかかわらず、当該疾患別リハビリテーション料を算定している。
□・

□③　機能訓練の記録
□・機能訓練の内容の要点について診療録等への記録が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・（例：　　）
□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載がない。
□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻について診療録等に記載された［　開始時刻　・　終了時刻　］が実際の時刻と異なっている。
□・（例：　　）
□・機能訓練の開始時刻及び終了時刻の記載が患者毎の実施記録又は診療録と、リハビリテーション従事者毎に管理した実施記録の時刻が一致していない。
□・

□④　適応及び内容
□・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。
□・対象疾患に該当するとした診断根拠が確認できない。
□例：運動器不安定症の診断根拠が確認できない運動器リハビリテーション
□例：高次脳機能障害の診断根拠が確認できない脳血管疾患等リハビリテーション
□例：
□・対象疾患以外の患者に対して算定している。
□・
□・医学的に最も適当な区分とは考えられない区分で算定している。
□例：他の疾患別リハビリテーション料等の対象となる患者に対して廃用症候群リハビリテーション料[H001-2]を算定している。
□例：（　　）リハビリテーション料の対象となる患者に対して（　　）リハビリテーション料を算定している。

□・実施した内容がリハビリテーションではないものについて算定している。
□例：リハビリテーションのための計測のみを行ったものについて算定している。

□例：実態として処置（［　消炎鎮痛等処置（マッサージ、温熱療法を含む）　・　介達牽引　・　　］）[J119][J118]とみなされるものについて算定している。
□例：看護師が病棟で実施した拘縮予防処置をリハビリテーションとして算定している。
□例：運動器リハビリテーション料[H002]【届】について、実用的な日常生活における諸活動の自立を図る目的以外の内容（スポーツのフォームの矯正等）で算定している。
□例：訓練室以外の病棟等において、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみで、疾患別リハビリテーション料を算定している。
□例：単なる離床目的で車椅子上での座位を取らせた場合について算定している。
□・疾患別リハについて、特定の患者に対して行った20分以上の個別療法であるリハビリテーションが離床を伴わなかったもかかわらず、［　所定点数の100分の90に相当する点数で算定していない・１日２単位を超えて算定している。］

□⑤　実施時間
□・個別療法の訓練時間が20分に満たないものについて算定している。
□・リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間を訓練時間に含めて算定している。
□・

□⑥　患者1人当たりの算定単位の超過
□・患者１人につき１日合計６単位を超えて（別に厚生労働大臣が定める患者については９単位を超えて）算定している。
□・

□⑦　標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者（各疾患別リハビリテーション料の「注６」並びにH001、H001-2及びH002の「注７」に規定する場合を除く）で、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合について、
□・継続することとなった日について診療録への記載がない。
□・継続することとなった日及びその後１か月に１回以上、ＦＩＭの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断していない。
□・継続することとなった日及びその後１か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書［　を作成していない　・　　の内容を患者又はその家族等に説明の上交付していない　・　の写しが診療録に添付されていない　］。
□・

□⑧　リハビリテーションの起算日
□・起算日が医学的に妥当ではない。
□例：脊椎疾患等の慢性的な疾患について、発症日を十分に確認しないまま、新たな疾患としてリハビリテーションを実施している。
□
□・標準的算定日数を経過する毎に対象疾患を変更している。

□・同じ疾病のリハビリテーションを継続して行う場合に、発症日をリセットしている。
□・手術等により起算日がリセットした際に、新たにリハビリテーション実施計画書を作成していない。

□⑨　［　脳血管疾患等　・　廃用症候群　・　運動器　］リハビリテーション[H001]・[H001-2]・[H002]【届】　について、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外の従事者が実施するに当たり、［　医師又は理学療法士の事前指示がない　・　当該療法を実施後、医師又は理学療法士に報告していない　・　事後報告に実施記録を利用する場合に報告を受けた者が確認した記録がない　］。

□⑩　「廃用症候群」に対して廃用症候群リハビリテーション[H001-2]を実施するに当たり、［　ＦＩＭ又はＢＩを評価していない　・　「廃用症候群に係る評価表」の写しを診療報酬明細書に添付又は同様の情報を摘要欄に記載していない　・　「廃用症候群に係る評価表」の写しを診療録に添付していない　］。

□⑪　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断できない例であるにもかかわらず、月13単位を超えて算定している。

□⑫　リハビリテーション実施時に患者が要介護被保険者かどうか確認していない。入院中の要介護被保険者に対する疾患別リハビリテーションの算定区分が間違っている。

□⑬　早期リハビリテーション加算について、対象とならない患者に対して、算定している。

□⑭　早期リハビリテーション加算について、他の保険医療機関から転院してきた患者に対して、起算日をリセットして算定している。

□⑮　初期加算について、対象とならない患者に対して、算定している。

□⑯　急性期リハビリテーション加算について、厚生労働大臣が定める患者以外に対して、算定している。

□（2）リハビリテーション総合計画評価料　［　1　・　2　］[H003-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・リハビリテーション総合実施計画書が定められた様式に準じていない。
□・リハビリテーション総合実施計画書の内容を医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が患者に説明していない（回復期リハビリテーション病棟等の場合は、医師による説明が必要）。
□・リハビリテーション総合実施計画書を患者に交付していない。
□・リハビリテーション総合実施計画書の写しが診療録等に添付されていない。
□・リハビリテーション総合実施計画書について、［　理学療法士　・　　］が単独で作成し、多職種で共同して作成していない。

□・リハビリテーション総合実施計画書の記載内容が［　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　・　空欄がある　］。
□・リハビリテーション総合実施計画書において目標の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・リハビリテーション総合実施計画書として、別紙様式21又はこれに準じた様式を用いていない。
□・リハビリテーション総合実施計画書又は診療録に、説明者及び説明日の記載がない。
□・回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する患者について、［　身長　・　体重　・　ＢＭＩ　・　栄養補給方法等に基づく患者の栄養状態の評価　］の記載がない。
□・［看護師、　　］の氏名の記載がない。
□・（　　）
□・リハビリテーション総合実施計画書に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行っていない。
□・リハビリテーション総合計画評価料１について、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対して脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に算定している。
□・リハビリテーションが開始されてから評価ができる期間に達しているとは考え難い場合で算定している。
　□例：リハビリテーションが開始された同日にリハビリテーション総合計画評価料１を算定している。

□・入院時訪問指導加算[H003-2　注3]
　□・別紙様式42又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成していない。
　□・評価書の写しについて診療録への添付がない。
　□・入院期間の起算日が変わらない再入院の場合に算定している。
　□・B007退院前訪問指導料において、入院後早期に訪問指導を行った場合に当該加算を算定している。
□・運動量増加機器加算[H003-2　注4]
　□・対象疾患以外の疾患に伴う障害を有する患者に対して算定している。
　□・運動機能障害の状態を評価していない。
　□・医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載していない。
　□・［　適応疾患　・　発症年月日　・　運動障害に係る所見　・　使用する運動量増加機器の名称　・　実施期間の予定　］についてリハビリテーション総合実施計画書への記載がない。
　□・リハビリテーション総合実施計画書の写しについて診療録等への添付がない。

□（３）摂食機能療法［　１　・　２　］[H004]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・対象とならない患者に対して、算定している。
□・摂食機能療法に係る計画を作成していない。
□・定期的な摂食機能検査をもとにした効果判定を行っていない。
□・治療開始日について診療録等への記載がない。
□・毎回の訓練内容について診療録等への記載がない。

□・毎回の訓練の実施時刻（開始時刻と終了時刻）について診療録等への記載がない。
□・摂食機能療法を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された［　開始時刻　・　終了時刻　］が実際の時刻と異なっている。
□・摂食機能療法１について、訓練時間が30分に満たないにもかかわらず算定している。
□・摂食機能療法２について、脳卒中の発症から15日以降の患者に算定している。
□・［　転院後　・　退院後　］の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対し、［　患者の嚥下機能の状態　・　患者又はその家族等への説明及び指導の内容　］を情報提供していない。
□・摂食嚥下機能回復体制加算[H004 注3]【届】
　□・摂食嚥下支援チームに、［ 等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいた摂食嚥下支援計画書を作成していない。
　□・摂食嚥下支援計画書の［　内容を患者又はその家族等に説明の上交付していない　・　写しが診療録等に添付されていない　］。
　□・摂食嚥下支援計画書の作成、説明等を実施した患者について、［　月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施していない　・　当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行っていない　］。
　□・摂食嚥下支援チームが、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行っていない。
　□・摂食嚥下支援チームのカンファレンスの結果に基づいた患者又はその家族等への指導管理が行われていない。
　□・摂食嚥下支援計画書の見直しの要点を診療録等に記載又は見直した摂食嚥下支援計画書の写しを診療録等に添付することとされているが、実施されていない。
　□・摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要について診療録等へ記載又は添付することとされているが、実施されていない。
　□・［　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付　・　カンファレンスを実施した日付　］について診療報酬明細書の摘要欄への記載がない。
　□・ＦＩＭ及びＦＯＩＳが測定されていない。

□（４）視能訓練[H005]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
　□・個々の患者の症状に対応した診療計画について作成されていない。
　□・個々の患者の症状に対応した診療計画について診療録へ記載又は添付することとされているが、実施されていない。

□（５）［　難病患者【届】　・　障害児（者）【届】・　がん患者【届】　・認知症患者【届】　］リハビリテーション料[H006]・[H007]・[H007-2]・[H007-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
　□・対象とならない患者に対して、算定している。
　□・［　がん患者リハビリテーション　・　認知症患者リハビリテーション　］を行う際に、リハビリテーション総合計画評価料１を算定していない。
　□・（難病患者）個々の患者の症状等に応じたプログラムを作成していない。
　□・［　（障害児（者））リハビリテーション実施計画　・　（がん、認知症）リハビ

リテーション計画 ］を作成していない。
□・障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族等に対して実施計画の内容を説明していない。
□・障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族等に対して説明した内容の要点を診療録への記載又は添付することとされているが、実施されていない。
□・がん患者リハビリテーションを実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族等に対して実施計画の内容を説明していない。
□・がん患者リハビリテーションを実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族等に対して説明した実施計画の内容の要点が診療録等へ記載されていない。
□・機能訓練の内容の要点の記録について診療録等への記載がない。
□・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等への記載がない。
□・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された［　開始時刻　・　終了時刻　］が実際の時刻と異なっている。
□・

□（６）リンパ浮腫複合的治療料[H007-4]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・対象とならない患者に対して算定している。
□・弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせていない。
□・複合的治療を40分以上行った場合に該当しないにもかかわらず、「「１」重症の場合」を算定している。
□・機能訓練の内容の要点の記録について診療録等への記載がない。
□・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等への記載がない。
□・機能訓練を行った時間（開始時刻と終了時刻）についての診療録等に記載された［　開始時刻　・　終了時刻　］が実際の時刻と異なっている。

□（７）集団コミュニケーション療法料[H008]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・集団コミュニケーション療法を実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明していない。
□・集団コミュニケーション療法を実施するに当たり、［　開始時に　・　３か月毎に　］患者又はその家族に対して説明した内容の要点を診療録への記載又は添付することとされているが、実施されていない。

□９　精神科専門療法
□（１）入院精神療法（Ｉ）[I001]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・指定医又はその他の精神科を担当する医師以外の医師が実施している。
□・精神療法を行った時間が30分未満である。
□・診療録への当該療法に要した時間の記載がない。
□・診療録への当該療法の要点の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になって　・　不十分である　］。
□・

□（２）入院精神療法（Ⅱ）[I001]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・診療録への当該療法の要点の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・

□（３）［　通院　・　在宅　］精神療法[I002]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・診療の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・当該診療に要した時間について診療録への記載が［　ない　・　30分以上が明確でない場合で、10分単位に記載されていない　・　５分を超えて10分未満の診療の場合で「５分を超え10分未満」と記載していない　］。
□・家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合でないにもかかわらず、患者の家族に対する通院・在宅精神療法として算定している。
□・医師以外の職員による相談等で要した時間を、診療に要した時間に含めている。
□・患者の家族に対する病状説明、服薬指導等一般的な療養指導について算定している。
□・特定薬剤副作用評価加算について、［ 薬原性錐体外路症状評価尺度を用いていない　・　薬原性錐体外路症状評価尺度の結果と治療方針について診療録に記載がない ］。

□（４）（その他の）精神科専門療法について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・経頭蓋磁気刺激療法[I000-2]【届】について
□・［　治療に用いた医療機器　・　治療を行った日時　・　刺激した時間　］について診療録への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・［　分析結果　・　患者に対する治療の説明内容の要点　］について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・精神科継続外来支援・指導料[I002-2]について
□・病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援・指導の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・標準型精神分析療法[I003]について
□・診療の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・診療時間について診療録への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・診療に要した時間が45分を超えていない。

□・認知療法・認知行動療法[I003-2]【届】 について
□・診療の要点について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・診療時間について診療録への記載が［　ない　・　不適切である　］。

□・心身医学療法[I004]について
□・診療録への診療の要点の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・入院集団精神療法[I005]について
□・実施した療法の要点について個々の患者の診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・精神科作業療法[I007]【届】 について
□・実施した療法の要点について個々の患者の診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□・精神科［ ショート・ケア　・　デイ・ケア　・　ナイト・ケア　・　デイ・ナイト・ケア　］について[I008-2]・[I009]・[I010]・[I010-2]【届】
□・診療の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・診療時間について診療録等への記載が［　ない　・　不適切である　］。
□・週４日以上算定できる場合に該当しないにもかかわらず、算定している。
□・１日につき［　　］時間以上実施していない場合に算定している。
□ショート・ケア：３時間、デイ・ケア：６時間、ナイト・ケア：午後４時以降開始、４時間、デイ・ナイト・ケア：10時間

□・精神科訪問看護・指導料[I012]について
□・医師の保健師等に対して行った指示内容の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・保健師等が医師の指示に基づき行った指導の［　内容の要点　・　月の初日の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により判定した値　］についての記録が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・保健師等が医師の指示に基づき行った指導の［　開始時刻　・　終了時刻　］についての記録が［　ない　・　不適切である　］。

□・精神科訪問看護指示料[I012-2]について
□・交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付していない。
□・精神科訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の「複数名訪問の必要性」が「あり」の場合に、理由の記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・当該患者に対する診療を担う精神科の医師が精神科訪問看護指示書を交付していない。
□・精神科特別訪問看護指示加算（注2）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・診療に基づかない精神科特別訪問看護指示書を交付している。
□・特別の指示に係る診療の日から 14 日を超える期間について、指定訪問看護に関する指示を行っている。

□・抗精神病特定薬剤治療指導管理料［　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　・

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　］[I013]【届】について
□・［　治療計画　・　治療内容の要点　］の診療録への記載が［　ない　・個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、統合失調症の患者以外の患者に対して算定している。

□・医療保護入院等診療料［　１　・　２　］[I014]【届】　について
□・診療録への［　治療計画　・　患者への説明　］の要点の記載がない。
□・医療保護入院等診療料２について、多職種による退院支援に係るカンファレンスを行っていない。
□・重度認知症患者デイ・ケア料[I015]【届】　について
□・精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）ではないものについて算定している。
□・１日につき６時間以上行っていない場合に算定している。
□・診療の要点について診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・診療時間について診療録等への記載が［　ない　・　不適切である　］。

□・精神科在宅患者支援管理料の精神科オンライン在宅管理料[I016注5]について
□・診察の内容の要点について、診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　診察を行った日　・　診察時間　］について、診療録への記載が［　ない　・　不適切である　］。

□１０　処置
□・処置については、適宜、医学的な必要性、有効性の評価を行い、長期に漫然と実施しないように留意すること。
□（１）看護師等遠隔診療処置実施料［通則9］について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・看護師又は准看護師（看護師等）といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、看護師等が行った第１節の処置について当該処置の所定点数を算定している。
□（２）［　創傷処置　・　熱傷処置　・　皮膚科軟膏処置　］[J000]・[J001]・[J053]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置を実施したことについて診療録等への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・実際に［　創傷処置　・　熱傷処置　・　皮膚科軟膏処置　・　　］を実施した範囲と異なる範囲の区分で算定している。
□・（例：「　　㎠以上　　㎠未満」を「　　㎠以上　　㎠未満」で算定している）
□・（例：　　）
□・創傷処置について創傷の治療による患部範囲の縮小に伴った減点をしていない。

□（３）下肢創傷処置[J000-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置を実施したことについて診療録等への記載がない。
□・実際に下肢創傷処置を実施した［　部位　・　潰瘍の深さ　］と異なる区分で算定している。

□・（例：　　）

□（４）重度褥瘡処置[J001-4]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・診療録に創傷面の深さ及び広さの根拠が記載されていない。
□・実際に重度褥瘡処置を実施した範囲と異なる範囲の区分で算定している。
□・（例：「　　㎠以上　　㎠未満」を「　　㎠以上　　㎠未満」で算定している）
□・（例：　　）

□（５）静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）[J001-10]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・適応外の患者に実施したものについて算定している。
□・（例　　）

□（６）硬膜外自家血注入[J007-2]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・硬膜外自家血注入について、関係学会の定める脳脊髄液漏出症診療指針の画像診断基準に基づき、脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたものに該当しないにもかかわらず算定している。

□（７）人工腎臓[J038]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・区分を誤って算定している。
□本来（　　）で算定すべきものについて、（　　）で算定している。
□・継続して血液透析を実施する必要のない緊急透析の患者に対して導入期加算を算定している。
□・人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）についての診療録等への記載がない。
□・人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）についての診療録等に記載された［　実施時間　・　開始時刻　・　終了時刻　］が実際の［　実施時間　・　時刻　］と異なっている。
□・障害者等加算[J038 注3]
□・著しく人工腎臓が困難なものに該当しない患者に対して算定している。
□・当該加算の算定対象となる状態が糖尿病であることのみである患者について、透析中に頻回の処置、検査を実施する必要がないにも関わらず算定している。
□・下肢末梢動脈疾患指導管理加算[J038 注10]【届】 について
□・慢性維持透析を実施している全ての患者に対してリスク評価を行っていない。
□・「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づく適切なリスク評価が行われていない。
□・透析時運動指導等加算[J038 注14]
□・連続して20分以上指導等を実施したことが明らかでない。
□・実施した指導等の内容が診療録に記載されていない。
□・看護師が指導を実施しているが、診療録に医師の具体的指示の内容の記載がない。

□（８）［　血漿交換療法　・　吸着式血液浄化法　］[J039]・[J041]について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・適応外の患者に実施したものについて算定している。
□・（例　　）
□・

□（9）人工呼吸[J045]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合であるが、PaO_2/FiO_2が300mmHg以下又は$PaCO_2$が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に該当しない場合に算定している。
□・覚醒試験加算[J045 注3]
□・意識状態に係る評価の評価日時及び評価結果について診療録に記載がない。
□・実施することが必要とされる評価事項について［全て　・　一部の事項を評価して　］いない。
□（例：　　）
□・離脱試験加算[J045 注4]
□・人工呼吸器離脱のために必要な評価の評価日時及び評価結果について診療録に記載がない。
□・実施することが必要とされる評価事項について［全て　・　一部の事項を評価して］いない。
□（例：　　）

□（10）心不全に対する遠赤外線温熱療法[J047-3]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・適応外の患者に実施したものについて算定している。
□（例　　）
□・専任の医師が定期的な心機能チェックの下に作成した当該療法に係る実施計画が、診療録に添付されていない。
□・

□（11）皮膚科光線療法[J054]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・診療録に実施した療法の内容についての記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・

□（12）血腫、膿腫穿刺[J059-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置内容について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・［　小範囲のもの　・　試験穿刺　］について算定している。

□（13）導尿（尿道拡張を要するもの）[J064]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・通常の導尿（基本診療料に含まれるもの）について、導尿（尿道拡張を要するもの）として算定している。

□（14）睫毛抜去[J089]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置内容について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・抜去した睫毛が５～６本程度の「少数の場合」であるにもかかわらず、「多数の場合」として算定している。

□（15）耳鼻咽喉科処置[J095～J115-2]（　　）における耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算[第2章第9部　処置　通則8]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない６歳未満の患者以外に対して算定している。
□・療養上必要な指導及び当該処置の［　結果の説明　・　文書による説明内容の提供　］を行っていない。
□・耳鼻咽喉科を担当する専任の医師以外が診療を行った場合に算定している。
□・インフルエンザの患者又はインフルエンザ疑いの患者に対して算定している。

□（16）　扁桃処置[J098-2]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置内容について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。

□（17）耳垢栓塞除去（複雑なもの）[J113]　について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・処置内容について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を完全に除去したことが明らかではない。

□（18）消炎鎮痛等処置[J119]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・医師の指示、実施内容について診療録への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・湿布処置について、算定要件を満たさない狭い範囲に実施したものについて算定している。

□（19）その他の処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・

□１１　手術
□（１）手術料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　施設基準に適合しておらず、算定できないものについて算定している。
□手術名（　　）
□施設基準に適合しない具体的内容（　　）

□②　本来算定すべき術式と異なる術式で算定している。
□本来　　で算定すべきものについて　　で算定

□本来　　で算定すべきものについて　　で算定

□本来　　で算定すべきものについて　　で算定

□③　点数表にない特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料について、事前に当局に内議することなく、点数表を準用して算定している。
□・（例：　　）

□④　実際には［　検査　・　処置　］であるものについて、手術として算定している。
□・（例：　　）

□⑤　院内感染防止措置加算[第2章第10部　手術　通則11]について、加算の対象ではない患者に対して算定している。
□・（例：　　）

□⑥　周術期栄養管理実施加算　[第2章第10部　手術　通則20]【届】について次の不適切な例が認められた。
□・専任の管理栄養士以外の者が栄養管理を行った場合に算定している。
□・周術期における栄養管理の計画を作成していない。

□

□（２）手術について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・手術の内容、合併症及び予後等について文書を用いて詳しく説明していない。
□・説明した内容について、［　文書で交付していない　・　記載し交付した文書の診療録への添付がない　］。
□・手術について［　同意の記載がない　・　同意書の添付がない　］。
□・実際に行われた手術と説明文書の内容が異なっている。
□・患者への説明が困難な状況であったものについて、［　事後の説明又は家族等関係者への説明を行っていない　・　事後に説明又は家族等関係者への説明を行った旨を診療録に記載していない　］。
□・手術記録について、適切に記載していない。
（例：水晶体再建術に当たりチン小帯断裂に関する記載がない　　）
□（　　）
□・処置や検査として認識し、実施しており、手術についての説明や記録がなされていない。
□・切・刺・割創又は挫創のいずれにも該当しないものについて、創傷処理を算定している。
□・創傷処理について、診療録に図示されているが、創傷面の長径/短径についても記載するよう留意すること。
□・水晶体再建術[K282]について、
□・水晶体再建術の実施に当たり、必要のない患者に水晶体嚢拡張リングを使用し加算を算定している。
□・人工授精[K884-2]について、
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から［文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない］。
□・胚移植術[K884-3]について、

□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。
□・採卵術[K890-4]について、
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。
□・体外受精・顕微授精管理料[K917]について、
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。
□・受精卵・胚培養管理料[K917-2]について、
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。
□・胚凍結保存管理料[K917-3]について、
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。
□・初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した年月日を診療録等に記載していない。
□・精子凍結保存管理料[K917-5]について、
□・精子凍結を開始した際に、当該精子ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載していない。
□・治療に当たって、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から[文書による同意を得ていない・同意を得た文書を診療録に添付していない]。

□（3）輸血料[K920]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・輸血に当たって、日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」を遵守し、適正に実施していない。
□・文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者等に説明していない。
□・患者への説明に用いた文書について、別紙様式26で示している項目のうち、［　主治医氏名　・　輸血の種類　・　自己血輸血の選択肢　・　輸血の使用量　・　輸血の必要性　・　輸血を行わない場合の危険性　・　輸血の副作用　・　必要とされる感染症検査　・　患者血液の保管　・　その他留意点（副作用・感染症救済制度等）※　］の記載が［　ない　・　不十分である　］。※医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度
□・説明に用いた文書について、［　患者等から署名又は押印を得ていない　・　交付していない　・　その文書の写しが診療録に添付されていない　］。
□・一連ではない輸血の実施に際して、その都度、輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、患者等に対して文書による説明を行い、同意を得ていない。
□・術中術後自己血回収術[K923]について、出血量が600mL未満（12 歳未満の患者においては10mL/kg）であるものについて算定している。

□・

□（４）手術医療機器等加算
□・胃瘻造設時嚥下機能評価加算[K939-5]について
□・［　嚥下機能評価の結果　・　患者又はその家族等に対する説明の要点　］について診療録への記載がない。

□１２　麻酔
□（１）吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静[L001]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴うものに該当しないものについて算定している。

□（２）硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算[L003]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ・ＰＣＡ型を算定しているにもかかわらず、本加算を算定している。

□（３）吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）[L007]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・[　意識消失を伴っていない・気道確保について適切な管理を要しない　]ものに算定している。
□・吸入麻酔又は静脈麻酔の実施時間が20分に満たないものについて算定している。
□・閉鎖循環式全身麻酔に移行できる準備を行わずに実施している。
□・終末呼気炭酸ガス濃度測定を含む医療機器等を用いた十分な監視下で実施していない。
□・深鎮静を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）についての診療録等への記載がない。
□・静脈麻酔による場合の時間の計算について、［　注射用麻酔剤を最初に投与した時間が開始時間　・　検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間が終了時間　］となっていない。
□・区分を誤って算定している。
□本来（　　）で算定すべきものについて、（　　）で算定している。
□・［　「１　麻酔に従事する医師が専従で実施する場合」　・　「２　麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」　・　「３　麻酔を専従で実施する場合」　］について、緊急の場合でないにもかかわらず、深鎮静前の診察を深鎮静実施日に行っている。
□・「１　麻酔に従事する医師が専従で実施する場合」について、深鎮静前後の診察及び深鎮静の内容に関する診療録への記載がない。

□（３）声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔[L008]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・「厚生労働大臣の定める麻酔が困難な患者」ではない者について、麻酔が困難な患者として算定している。

□・（例：　　）
□・閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時刻及び離脱した時刻について麻酔記録への記載がない。
□・麻酔の種類等における実施時間についての理解が不適切である。
□・（例：　　）

□・麻酔の種類等における点数区分についての理解が不適切である。
□・（例：　　）
□・硬膜外麻酔併施加算についての理解が不適切である。
□・（例：　　）
□・声門上器具又は気管挿管による気道確保を行った閉鎖循環式全身麻酔ではない例で算定している。
□・術中経食道心エコー連続監視加算について、誤った算定をしている。
□・本来（　　）で算定すべきものについて、（　　）で算定している。

□（４）麻酔管理料（Ⅰ）[L009]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・地方厚生(支)局長に届け出た常勤の麻酔科標榜医以外の者が［　麻酔　・　術前診察　・　術後診察　］を行ったものについて算定している。
□・緊急の場合でないにもかかわらず、麻酔［　前　・後　］の診察を、麻酔を実施した日に行っている。
□・麻酔［　前　・　後　］の診察等に関する診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を行っていないものについて算定している。
□・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合において、麻酔科標榜医が主要な麻酔手技を自ら行ったことが確認できない。
□気管挿管（　　）、抜管（　　）、マスク・挿入抜去（　　）、脊椎麻酔の実施（　　）、硬膜外麻酔の実施（　　）、その他（　　）
□・周術期薬剤管理加算[L009 注5]【届】
□・専任の薬剤師が実施した周術期の薬学的管理等の内容について診療録等に記載がない。
□・専任の薬剤師が病棟薬剤師等と連携して実施したことについて診療録等に記載がない。

□（５）麻酔管理料（Ⅱ）[L010]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・常態として週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っていない麻酔を担当する医師が行ったものについて算定している。
□・常勤の麻酔科標榜医（常勤換算により常勤医師数に算入された非常勤の麻酔科標榜医を含む。以下同じ。）の指導の下に行われていないものについて算定している。
□・主要な麻酔手技の実施にあたり、常勤の麻酔科標榜医の管理下で行われたことが確認できない。
□・［　麻酔を担当する医師　・　常勤の麻酔科標榜医　］が麻酔前後の診察を行っていないものについて算定している。

□・麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合に、当該麻酔科標榜医が、診察の内容を担当医師と共有していない。
□・緊急の場合でないにもかかわらず、麻酔［　前　・　後　］の診察を麻酔を実施した日に行っている。
□・適切な研修を修了した常勤看護師以外の看護師が、担当医師が実施する一部の行為を実施している。
□・麻酔［ 前 ・ 後 ］の診察及び麻酔の内容について、診療録等への記載が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不十分である　］。
□・周術期薬剤管理加算[L010 注2]【届】
□・専任の薬剤師が実施した周術期の薬学的管理等の内容について診療録等に記載がない。
□・専任の薬剤師が病棟薬剤師等と連携して実施したことについて診療録等に記載がない。
□・

□（６）神経ブロック[L100]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・神経ブロックの実施内容について診療録への記載がない。
□・神経ブロックを実施していない例について、誤って算定している。

□（７）トリガーポイント注射[L104]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・トリガーポイント注射の実施内容について、診療録等への記載が［　ない　・　不十分である　］。

□（８）麻酔について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・表面麻酔に用いる薬剤［　　］について、量が過剰である。
□・

□１３　放射線治療
□（１）放射線治療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　放射線治療管理料[M000]
□・線量分布図に基づいた照射計画が作成されていない。
□・放射線治療専任加算[M000 注2]【届】
□・放射線治療を専ら担当する常勤の医師による［ 照射計画の策定 ・ 医学的管理 ］が行われていない。
□・

□②　放射性同位元素内用療法管理料[M000-2]
□・説明・指導した内容等について診療録への記載又は添付がない。
□・

□（２）放射線治療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・［　ガンマナイフによる定位放射線治療　・　直線加速器による放射線治療　・　粒子線治療　・　ホウ素中性子捕捉療法　］[M001-2]・[M001-3]（体幹部の定位放射

線治療【届】）・[M001-4]【届】・[M001-5]【届】を算定しているものについて、位置決め等に係る画像診断の費用を算定している。

□・

□Ⅱ　薬剤部門に係る事項

□１　病棟薬剤業務実施加算

□（１）病棟薬剤業務実施加算[A244]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・病棟薬剤業務実施加算［　１　・　２　・　３　］について、［　病棟　・　治療室　］ごとに専任の薬剤師が配置されていない。

□・病棟薬剤業務実施加算［　１　・　２　・　３　］について、病棟薬剤業務の実施時間が１週間につき20時間相当に満たない［　病棟　・　治療室　］がある。

□・病棟薬剤業務の実施時間に、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間を含めている。

□・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（医薬品情報管理室）を有していない。

□・当該保険医療機関において投薬される医薬品について、［　緊急安全性情報、安全性速報　・　医薬品・医療機器等安全性情報　・　医薬品・医療機器の回収等　］の情報を当該患者の診療を担当する医師に対し、文書により提供していない。

□・病棟薬剤業務実施加算［　１　・　２　］につき、週１回を超えて算定している。

□・［　過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取　・　当該保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握　］していない。

□・入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案していない。又は、当該書面の写しを診療録等に添付していない。

□・治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等ではないにもかかわらず、２種以上（注射薬及び内用薬を各１種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合に、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行っていない。

□・患者又はその家族に対し、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合に、病棟専任の薬剤師がこれを行っていない。

□・治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等でないにもかかわらず、特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合に、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施していない。

□・病棟薬剤業務日誌を［　作成　・　５年間保存　］していない。

□（２）薬剤業務向上加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていない。

□②　「免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修」を実施する保険医療機関としての次の体制［ を整備していない　・　の整備が不十分である ］。

□・当該研修における責任者を配置しており、研修の計画や実施等に関して検討するために、多職種から構成される委員会が設置されている。

□・薬剤師として十分な病院勤務経験を有し、研修内容に関して指導能力を有する常勤の薬剤師が、受講薬剤師の指導に当たっている。

□・受講薬剤師の研修に対する理解及び修得の状況などを定期的に評価し、その結果を当該受講薬剤師にフィードバックする。また、研修修了時に当該受講薬剤師が必要な知識及び技能を習得しているかどうかについて、評価が適切に実施されている。

□・無菌製剤処理を行うための設備及び医薬品情報管理室等の設備が整備されている。

□・調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとと

もに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有している。

□２　薬剤管理指導料

□（１）薬剤管理指導料[B008]【届】について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていない。

□・薬剤管理指導記録を作成していない。

□・薬剤師が医師の同意を得ていない。

□・患者毎の医師の同意を省略している場合において、医師が薬剤管理指導を不要と判断した場合の取扱いを明確にしていない。

□・薬剤管理指導の実施日と診療報酬明細書上の算定日に齟齬がある。

□・薬学的管理指導（処方された薬剤の［　投与量　・　投与方法　・　投与速度　・　相互作用　・　重複投薬　・　配合変化　・　配合禁忌等に関する確認　・　患者の状態を適宜確認することによる効果・副作用に関する状況把握　］）が行われていない。

□・薬剤管理指導記録に次の事項を記載していない。

□・［　患者の氏名　・　生年月日　・　性別　・　入院年月日　・　退院年月日　・　診療録の番号　・　投薬・注射歴　・　副作用歴　・　アレルギー歴　・　薬学的管理指導の内容　・　患者への指導事項　・　患者からの相談事項　・　薬剤管理指導等の実施日　・記録の作成日　・　その他の事項（　　）］

□・薬剤管理指導記録を、最後の記入の日から３年間保存していない。

□・薬剤管理指導記録と当該記録に添付が必要な文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備していない。

□・薬剤管理指導記録の内容が、［　処方の変更　・　服薬に関する注意事項　］等に限定されており、「薬学的管理指導」に係る事項の記録が不十分である。

□（２）薬剤管理指導料１について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されていない患者に対して算定している。

□（３）麻薬管理指導加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・麻薬の投薬又は注射が行われていない患者に対して算定している。

□・投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行っていない場合に算定している。

□・薬剤管理指導記録に次の事項を記載していない。

□・［　麻薬の服薬状況　・　疼痛緩和の状況　・　麻薬に係る患者への指導事項　・　麻薬に係る患者からの相談事項　・　その他の麻薬に係る事項　］

□３　薬剤情報提供料

□（１）薬剤情報提供料[B011-3]について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・入院中の患者について算定している。

□・処方箋を交付した患者について算定している。

□・処方の内容に変更がないにもかかわらず、月１回を超えて算定している。

□・薬剤の処方日数のみの変更の場合に月１回を超えて算定している。

□・同一日に２以上の診療科で診療された場合について、１回を超えて算定している。
□・処方した［　薬剤　・　薬剤のうち一部の薬剤（　　）　］について、文書により提供している情報に、次の事項が含まれていない。
□・［　処方した薬剤の名称　・　用法　・　用量　・　効能、効果　・　副作用・相互作用　］
□・効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報について、患者の理解しやすい表現でない。
□・薬剤情報を提供した旨について診療録等への記載がない。

□（２）手帳記載加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・お薬手帳に［　処方した薬剤の名称　・　保険医療機関名　・　処方年月日　］を記載していない。
□・手帳を持参していない患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付したことをもって、算定している。
□・患者の求めによらず、薬剤情報提供料を算定した患者に対して一律に算定している。

□４　退院時薬剤情報管理指導料
□（１）退院時薬剤情報管理指導料[B014]について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・入院期間が通算される再入院に係る退院日に算定している。
□・入院時に医薬品の服薬状況及び薬剤服用歴を確認していない。
□・入院時に患者の持参した医薬品等を確認し［　名称等　・　確認した結果の要点　］を診療録等に記載していない。
□・入院中に使用した主な薬剤の名称等について、手帳に記載していない。
□・薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点について、診療録等（薬剤管理指導料を算定している患者の場合は、薬剤管理指導記録で差し支えない）への記載が［　ない　・　不十分である　］。
□・退院に際して、［　退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導　・　指導の要点を手帳に記載　］を行っていない。
□・死亡退院の場合に算定している。

□５　無菌製剤処理料
□・無菌製剤処理料［　１　・　２　］[G020]【届】の対象患者でない患者で無菌製剤処理料［　１　・　２　］を算定している。
□・無菌製剤処理を行っていないにもかかわらず算定している。
□・（例　　）
□・無菌製剤処理料１[G020]について、閉鎖式接続器具を使用していないにもかかわらず、使用した場合の点数を算定している。
□・閉鎖式接続器具を使用した場合に、当該器具の製品名及び数量について無菌製剤処理に関する記録への記載がない。

□Ⅲ　看護・食事・寝具等に係る事項

□□１　看護

□（１）看護要員の配置等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　病棟の病床数が規定数を超えている。（例：　　）

□②　［　　入院基本料　］の入院患者数と看護（職員・要員）数の比率が算定要件を満たしていない。

□③　［　　入院基本料　］の直近［　１か月　・　４週間　］の月平均夜勤時間数が算定要件を満たしていない。

□④　看護（職員・要員）の勤務時間について、計算方法が誤っている。

□・兼務者の勤務時間の計上が不適切である。

□・外来等での勤務を病棟勤務の時間として算入している（保険医療機関内で生じた緊急時等の不測の事象に対応するため病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間（30分程度）行った場合及び病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者に付き添い病棟外において一時的に看護を行った場合を除く）。

□・看護（職員・要員）が研修・会議・チーム活動等に参加している時間等、病棟において実際に入院患者の看護に当たっていない時間を病棟勤務の時間として算入している（当該保険医療機関から、入院基本料の施設基準に規定する安全管理の体制確保のための職員研修及び身体的拘束の最小化に関する職員研修以外であって、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員１名につき月１時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間を除く）。

□・夜勤時間帯に従事する看護職員の延べ夜勤時間数（総夜勤時間数）について、病棟と病棟以外の勤務の時間が含まれていないため、夜勤従事者数が不正確である。

□・看護補助者を看護職員として算入している。

□・看護補助業務を行っていない職員を看護補助者として算入している。

□・夜勤専従者でない看護職員を夜勤専従者として算入している。

□・

□・

□⑤　看護要員を保険診療と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合において、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者を入院患者数に含んでいない。

□⑥　［　　入院基本料　・　　入院料　・　　管理料　］について、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者の割合が、施設基準の要件を満たしていない。

□⑦　［　　］について、［　様式９・　様式９－２　］における［１日看護補助者配置数（必要数）・　　］の算出方法が誤っている。

□・

□・

□（２）看護の実施について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　［一般病棟用・特定集中治療室用・ハイケアユニット用］の重症度、医療・看護必要度

□・［　測定　・　評価　］を適切に行っていない。

□・評価票の記入について院内研修を受けたものが行っていない。
□・実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行っていない。
□②　患者の個人記録について［　観察した事項　・　実施した看護の内容　］の記載が［　ない　・　不十分である　］。
□③　看護業務の管理に関する記録
□・看護体制の１単位ごとに作成していない。
□・勤務帯ごとの［　患者の移動　・看護要員の勤務状況　　・　　］に関する記録がない。
□・看護要員の勤務状況の変更が反映されていない。
□・
□④　看護業務の計画に関する記録
□・看護体制の１単位ごとに作成していない。
□・［　看護要員の勤務計画及び業務分担・　　］の記録がない。

□（３）付添看護等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　付添いの家族等に看護業務を行わせている。
□②　家族等による付添いを入院の条件としている。
□③　家族等による付添いについて、医師の許可を得ずに付添いがされている。
□④　家族族等による付添いについて、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合に、医師の許可を得てなされるよう留意すること。
□（４）外出、外泊について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・入院患者に対し［　外出　・　外泊　］の離院時間及び帰院時間を確認していない。

□（５）その他、看護について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・

□２　食事（入院時食事療養（Ｉ））
□入院時食事療養（Ｉ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。【届】
□①　食事提供数について、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していない。
□②　医師、管理栄養士又は栄養士による検食簿の記載が［ ない ・ 不十分である ］。
□・（例：　　）
□③　特別食加算
□・特別食を提供していないにもかかわらず特別食加算を算定している。
□・特別食の［　食事箋を医師が記載していない　・　オーダーを医師が入力していない　・　食事箋の代行入力が行われているが医師が承認していない。　・　食事箋が代行して記載されているが医師の署名がない　］。
□・特別食に該当しない食事に対して、特別食加算を算定している。
□・腎臓食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食について、食塩相当量が総量（１日量）６g以上のものに対して、特別食加算を算定している。
□・（例：市販されている流動食のみを経管栄養法により提供した場合であるにもかかわらず、特別食加算を算定している。）
□・（例：　　）
□・特別食を提供している患者の病態が算定要件を満たしていない。

□・高血圧症に対して、腎臓食に準じた特別食加算を算定している。
□・（例：　　）
□④　薬価基準に収載された高カロリー薬を経鼻経管的に投与している患者に対して算定している。
□⑤　［　外泊　・　外出　・　退院　］により食事を提供していないにもかかわらず算定している。
□⑥　食事療養部門が事務部門の一部と位置付けられている。食事は医療の一環であるから、診療補助部門に位置付ける等、体制について検討すること。
□⑦　夕食を午後６時より前に患者に配膳している。
□又は、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合において、午後５時30分より前に患者に配膳している。
□⑧

□３　寝具等
□寝具等について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・シーツ類について週１回以上の交換がなされていない。
□・寝具類が常時清潔な状態で保管されていない。
□（　　階　　病棟）
□（　　階　　病棟）
□（　　階　　病棟）
□・

□Ⅳ　管理・請求事務・施設基準等に係る事項

□１　診療録等

□（１）診療録の様式が、定められた様式（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（一））に準じていないので改めること。

□・労務不能に関する意見欄が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不適切である　］。

□・公費負担医療に関する欄が［　ない　・　個々の患者の状態に応じた記載になっていない　・　不適切である　］。

□・傷病名、診療開始日・終了日、転帰を記載する欄が［　ない　・　不適切である　］。

□・診療録第３面（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（一）の３）が［　作成されていない　・　診療行為名及び算定した点数の記載がない　］。

□・

□（２）診療録等の取扱いについて次のような不適切な事項が認められたので改めること。

□・保険診療の診療録と保険外診療（自由診療、予防接種、健康診断等）の診療録とを区別して管理していない。

□・診療録の更新に当たって、既往症、病歴等の必要事項が引き継がれていない。

□・診療録について、完結の日から５年経過していないにもかかわらず処分している。

□・［　検査結果伝票　・　診療情報提供書の写し　］を患者の診療録とは別に管理している。これらは各患者の診療録に添付又は貼付すること。

□・医療機関として［　紙　・　電子　］媒体を原本として定めているにもかかわらず、記録類を［　紙　・　電子　］媒体のみで保存している。

□・

□（３）電子的に保存している記録の管理・運用について、次の不適切な［ 例　・　事項 ］が認められたので改めること。

□「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第7.0版」に準拠していない。

□・アクセスログを記録していない。

□・アクセスログを収集する機能がないにもかかわらず、システム操作に係る業務日誌等を備えていない。

□・職員に対し個人情報の安全管理に関する教育訓練を、採用時及び定期的に行っていない。

□・パスワードの設定について次の不適切な例が認められた。

□例（　　）

□・代行入力により記録された診療録等について、確定者による「確定操作（承認）」［　が行われていない　・　の実施記録がない　］。

□・代行入力された内容を確認せずに確定操作を行っている。

□・［　代行入力を認める業務　・　代行が許可される依頼者と実施者　］について運用管理規程に定めていない。

□・ＩＤやアクセス権限について、医療情報システムの利用用途とアクセス範囲、アクセス権限等のリスク評価に基づいた正しい付与が行われていない。

例［医療従事者等（職種）］の［診療補助記録等］

□［　　］の［　　］

□［　　］の［　　］

（医療従事者等の例：事務職員　委託業者職員）

（診療補助記録等の例：入院診療計画書　栄養管理計画書・報告書）

□・一旦確定した診療録等を更新する場合、更新前と更新後の内容を照らし合わせることができない。

□・異動・退職した職員のＩＤの管理が適切に行われていない。

□・特定のＩＤを複数の職員が使用している。

□［　　］のＩＤを［　　］が使用している。

□・運用管理規程を定めていない。

□・［　外部保存　・　組織的安全対策　・　スキャナ等による読み取り　・　　］に係る運用管理規程の内容［　が不十分である　・　を定めていない　］。

□・医療情報の取扱いの安全性を確保するための監査を実施していない。

□・端末から離席する際、他の者による入力ができないよう、クリアスクリーン等による防止策が［　講じられていない　・　講じられているが不十分である　］。

□・修正履歴が確認できず、責任の所在が明らかでない。

□・［　薬剤管理指導記録　・　　］を電磁的に保存する場合において、［　真正性　・　見読性　・　保存性　］を確保できていない。確保できない場合は、紙媒体を用いて保存すること。

□２　診療報酬明細書の記載等

□診療報酬の請求に当たっては、医師と請求事務担当者が連携を図り、適正な保険請求を行うこと。また、診療報酬明細書を審査支払機関に提出する前に、医師自ら点検を十分行うこと。

□（１）診療報酬明細書の記載等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・実際の診療録の内容と診療報酬明細書上の記載が異なる。

□（例：　傷病名　・　診療開始日　・　転帰　）

□・同一の傷病名であるものについて、月によって診療報酬明細書上の診療開始年月日が異なる。

□・特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合に、診療報酬明細書の特記事項欄に「施」の記載がない。

□また、摘要欄に［　「配」の記載がない　・　回数の記載がない　］。

□・主傷病名は原則１つとされているところ、（非常に）多数の傷病を主傷病名としている。

□・主傷病名ではない傷病名を主傷病名としている。

□・主傷病名と副傷病名を区別していない。（主傷病名に該当する傷病名が区別されていない。）

□・外来診療後引き続き入院したものについて、外来での診療行為を入院とは別に入院外の診療報酬明細書を作成して請求している。

□（２）摘要欄の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・情報通信機器を用いた診療［　初診料　・　再診料　・　外来診療料　］[A000 注1]・[A001 注1]・[A002 注1]【届】について、診療がオンライン指針に沿った適切な［　診療　・　処方　］であることの記載がない。

□・［　療養病棟入院基本料　・　有床診療所療養病床入院基本料　・　特殊疾患入院医療管理料　・　回復期リハビリテーション病棟入院料等　・　特殊疾患病棟入院料　・　精神療養病棟入院料　・　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　］[A101]・[A109]・[A306]・[A308]・[A309]・[A312]・[A319]【届】について、医療上必要があ

るため他の病棟へ移動したにも関わらず、医療上の必要性の詳細な記載がない。
□・［　療養病棟　・　有床診療所療養病床　］入院基本料[A101]・[A109]【届】について、［　入院料27　・　入院基本料Ｅ　］を選択したにも関わらず、医療上の必要性の詳細な記載がない。
□・救急医療管理加算［　１　・　２　］[A205]【届】について、［　該当する状態　・　入院時の状態に係る指標　・　入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの　・　緊急入院が必要であると判断した医学的根拠　］の記載が［　ない　・　誤っている　］。
□・特定感染症入院医療管理加算[A209]について、［　該当する感染症　・　7日を超えて算定する場合に、病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠　］の記載がない。
□・特定感染症患者療養環境特別加算[A220-2]について、[　個室管理　・　陰圧室管理　]を必要とする原因になった感染症の記載がない。
□・医療的ケア児（者）入院前支援加算[A246-3]【届】について、入院前支援を行った日の記載がない。
□・救命救急入院料[A300]の急性薬毒物中毒加算１（注5）について、原因物質として同定した薬物の記載がない。
□・新生児治療回復室入院医療管理料[A303-2]【届】について、算定対象となる新生児の状態について記載がない。
□・短期滞在手術等基本料１[A400]について、実施した当該基本料の対象手術等の記載がない。

□・悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]について、行った腫瘍マーカーの検査名の記載がない。
□・小児特定疾患カウンセリング料[B001・4]について、初めてカウンセリングを行った年月日の記載がない。
□・外来栄養食事指導料　[B001・9]について、月２回以上の指導を行った際に指導した年月日の記載がない。
□・心臓ペースメーカー指導管理料[B001・12]の植込型除細動器移行期加算　（注4）　について、［　着用型自動除細動器の使用開始日　・　該当する区分　］の記載がない。
□・高度難聴指導管理料[B001・14]の人工内耳機器調整加算（注3）について、前回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）の記載がない。
□・慢性維持透析患者外来医学管理料[B001・15]について、以下の記載がない。
　□・包括される検査以外の検体検査を算定する必要性
　□・単純撮影の撮影部位
　□・要件に該当する検査を別に算定した場合の区分
□・腎代替療法指導管理料[B001・31]について、以下の記載がない。
　□・２回目の算定について医療上の必要性
　□・算定対象となる患者の状態に応じて記載すべき事項のうち、［　直近の血液検査におけるeGFRの検査値の区分　・　当該指導管理の実施について適切な時期と判断した理由　］
□・生殖補助医療管理料[B001・33]【届】について以下の記載がない。
　□・治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計及び確認した年月日
　□・治療計画を患者及びそのパートナーに説明し、同意を得た年月日
　□・２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を患者及びそのパートナーに説明し、同

意を得た年月日

□・［ 小児科外来診療料[B001-2]・ 小児かかりつけ診療料[B001-2-11]］ について、やむを得ない場合において院内投薬を行う場合の理由について記載がない。

□・［ 地域連携小児夜間・休日診療料[B001-2-2] ・ 地域連携夜間・休日診療料[B001-2-4]］ について、複数回の受診で２回以上算定する理由の記載がない。

□・退院時共同指導料２[B005]について、同一日に ［ 退院時リハビリテーション指導料[B006-3]・ 退院時薬剤情報管理指導料[B014]］を算定した際に、共同指導を行った者の［ 職種 ・ 年月日 ］の記載がない。

□・介護保険リハビリテーション移行支援料[B005-1-3]について、［ 介護保険によるリハビリテーションを開始した日 ・ 維持期のリハビリテーションを終了した日 ］の記載がない。

□・薬剤管理指導料［ １ ・ ２ ］[B008]について、算定日の記載がない。

□・薬剤管理指導料１[B008]について、薬剤名の記載がない。

□・薬剤総合評価調整管理料[B008-2]について、他の保険医療機関から投薬を受けていた際に合計した種類数から２種類以上減少した場合に、［ 他の保険医療機関名 ・ 各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数 ］の記載がない。

□・傷病手当金意見書交付料[B012]について、被保険者が死亡した後に、遺族等に対する療養の給付として請求する際に、相続 と表示されていない。

□・精神科退院時共同指導料[B015]について、患者の状態についての記載がない。

□・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２・（Ⅱ）注１のロ[C001・2]・[C001-2]を６か月を超えて算定する場合に継続的な訪問診療の必要性について、記載がない。

□・［ 在宅時医学総合管理料[C002]・ 施設入居時等医学総合管理料[C002-2]］について、当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日の記載がない。

□・救急患者連携搬送料[C004-2]について、搬送先の保険医療機関名の記載がない。

□・［ 在宅患者訪問看護・指導料[C005]・同一建物居住者訪問看護・指導料[C005-1-2]]の緊急訪問看護加算(注4・注6)について、算定する理由の詳細な記載がない。

□・在宅患者訪問薬剤管理指導料[C008]を月２回以上算定している場合に、算定日の記載がない。

□・在宅患者訪問褥瘡管理指導料[C013]について、［ カンファレンスの実施日 ・ DESIGN-R2020による深さの評価 ・ 重点的な褥瘡管理が必要な者の区分 ］の記載がない。

□・外来在宅共同指導料[C014]について、共同指導を行った者の属する ［ 保険医療機関の名称 ・ 年月日 ］の記載がない。

□・退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合について、理由の記載がない。[通則]

□・在宅自己腹膜灌流指導管理料[C102]を１か月に２回以上算定した際の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」について、該当する区分の記載がない。

□・在宅自己腹膜灌流指導管理料[C102]を算定している患者が、他の保険医療機関において人工腎臓[J038]を行った場合について、［ 他の保険医療機関名 ・ その必要性 ］の記載がない。

□・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料[C107-2]における情報通信機器を用いた指導管理について、［ 初診日 ・対面診療で症状改善を確認した日 ］の記載がない。

□・乳幼児呼吸管理材料加算[第２款 在宅療養指導管理材料加算 通則]について、［ 貸与又は支給した機器等の名称 ・ その数量 ］の記載がない。

□・持続血糖測定器加算[C152-2]について、［　該当する患者の区分　・　イの(ロ)に該当する場合の直近の空腹時血清Cペプチドの測定値　］の記載がない。
□・注入器用注射針加算[C153]について、［　ア：１型糖尿病　・　イ：血友病　］の記載がない。
□・特殊カテーテル加算[C163]について、親水性コーティングを有する間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルの使用要件を満たす医学的根拠の記載がない。
□・在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算１[C165]について、算定の根拠となった要件（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア又はイ）の記載がない。

□・以下の項目において、結果が陰性であったものの、COVID-19以外に診断がつかない場合に更に検査が必要と判断した医学的根拠について、記載がない。
□・SARS-CoV-2抗原［ 定性　・　定量 ］[D012・28、61]
□・SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性[D012・50]
□・SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性[D012・59]
□・SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性[D012・59]
□・SARS-CoV-2核酸検出[D023・19]
□・SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出[D023・19]
□・SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出[D023・19]
□・SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出[D023・19]

□・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2・核酸検出を含む。）[D023・23]について、必要と判断した医学的根拠の記載がない。

□・包括評価用診療報酬明細書の診断群分類区分に該当しないと判断された患者について、［　該当しない旨　・　医療資源を最も投入した傷病名　］の記載がない。

□・特定保険医療材料等について、［　名称　・　規格又はサイズ　・　価格　］の記載がない。
□・（例：　　）
□・皮膚欠損用創傷被覆材について、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料[C114]以外の在宅療養指導管理料を算定している際に、３週間を超えた際の詳細な理由の記載がない。

□・入院中の患者に対する［　点滴注射　・　中心静脈注射　・　その他　］について、［　使用した薬品名　・　規格単位　・　使用量　］の１日分ごとの記載がない。

□（３）症状詳記の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□・

□３　基本診療料
□（１）初・再診料[A000]・[A001]について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□①　初診料
□・再診相当であるにもかかわらず、初診料を算定している。

□②　同日［　初診　・　再診　］料
□・同一又は互いに関連のある疾病で受診した場合に算定している。

□③　再診料（電話再診を含む）[A001]、外来診療料[A002]
□・初診又は再診に附随する一連の行為で来院したものについて［　再診料　・　外来診療料　］を算定している。
□・診療情報提供書のみを受け取りに来院した際に算定している。
□・訪問診療後に薬剤のみを受け取りに来院した際に算定している。
□・訪問看護ステーションの看護師が点滴注射を実施した際に算定している。
□・患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合とはいえないものについて、電話等による対応をしたことのみをもって再診料を算定している。
□・

□④　情報通信機器を用いた診療[A000　注1]・[A001　注1]・[A002　注1]【届】
□・情報通信機器を用いた診療を行う際に、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行っている。
□・情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していない。

□⑤　外来感染対策向上加算[A000　注11]・[A001　注15]【届】
□次の不適切な例が認められたので改めること。
□・感染防止対策に係る部門が設置されていない。
□・感染防止対策についての手順書（マニュアル）が［　作成されていない　・　各部署に配布されていない　］。
□・院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年２回程度、院内感染対策に関する研修が行われていない。
□・院内感染管理者が少なくとも年２回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していない。
□・新興感染症の発生等を想定した訓練に年１回以上参加していない。
□・院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受けていない。
□・院内感染管理者が１週間に１回程度院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行っていない。
□・当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項が掲示されていない。
□・外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表していない。
□・発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行うために必要な感染防止対策として、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有していない。
□・新興感染症の発生時等に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有していない。

□⑥　連携強化加算[A000注12][A001注16]【届】
□・連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告が行われていない。

□⑦　抗菌薬適正使用体制加算[A000注14][A001注18]【届】
□・連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、［　過去１年間に４回以上　・　感染症の発生状況について　・　抗菌薬の使用状況について　］報告が行われていない。

□⑧　サーベイランス強化加算[A000注13]【届】
□・ＪＡＮＩＳ等の地域や全国のサーベイランスに参加していない。

□⑨［　外来リハビリテーション診療料［　１　・　２　］　・　外来放射線照射診療料　］[B001-2-7]・[B001-2-8]【届】を算定しているにもかかわらず［　再診料　・　外来診療料　］を算定している。
□・
□⑩　［　時間外　・　深夜　・　休日　・　時間外特例医療機関　・　夜間・早朝等　］加算[A000 注９]・[A001 注７]
□・一週間当たりの表示診療時間の合計が30時間未満であるにもかかわらず算定している。
□・

□⑪　外来管理加算[A001 注8]
□・処置等を行っているにもかかわらず外来管理加算を算定している。
□・対診時に外来管理加算を算定している。

□⑫　その他

□（２）入院基本料、入院基本料等加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　患者の入院に際し過去３か月以内の入院の有無を［　確認していない　・　確認が不十分である　］。

□②　入院基本料を［　　］として届け出ているが、平均在院日数が［　　日］を超えている。

□③　入院患者数が定数超過の状態であって、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準に該当するにもかかわらず、所定点数の100分の100で算定している。
（平均入院患者数（　　）／許可病床数（　　）＝　　％）

□④　入院診療計画[第1章第2部通則8]
□ア　入院診療計画を策定していない。
□イ　入院後７日以内に文書により説明を行っていない。
□・入院料等の施設基準等の一つとして、入院診療計画は入院後７日以内に患者、

家族等に説明を行うと規定されていることに十分留意されたい。

□ウ　説明に用いた文書を患者に交付していない。

□エ　説明に用いた文書の写しを診療録に添付していない。

□オ　説明に用いた文書について、写しを患者に交付し原本を診療録に添付している。

□カ　入院診療計画書の様式について、参考様式（別添６の別紙２又は別紙２の３）で示している以下の項目がない。

□・病棟（病室）
□・在宅復帰支援担当者名
□・特別な栄養管理の必要性
□・在宅復帰支援計画
□・総合的な機能評価
□・

□キ　患者に交付した入院診療計画書について、参考様式（別添６の別紙２又は別紙２の３）で示している以下の項目欄への記載がない。

□・年月日
□・主治医氏名
□・病棟
□・主治医以外の担当者名
□・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
□・特別な栄養管理の必要性
□・その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）
□・

□ク　高齢者医療確保法の規定による療養病床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書の様式について、参考様式（別添６の別紙２の２）で示している以下の項目がない。

□・全身状態の評価
□・栄養摂取に関する計画
□・特別な栄養管理の必要性
□・感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策
□・

□ケ　患者に交付した高齢者医療確保法の規定による療養病床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書について、参考様式（別添６の別紙２の２）で示している以下の項目欄への記載がない。

□・年月日
□・主治医氏名
□・病棟
□・主治医以外の担当者名
□・病名
□・症状
□・全身状態の評価

□・治療計画
□・リハビリテーションの計画
□・栄養摂取に関する計画
□・特別な栄養管理の必要性
□・感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策
□・その他（看護計画、退院に向けた支援計画、入院期間の見込み等）
□・

□コ　説明に用いた文書について、記載内容が［ 不十分である ・ 不適切である ］。
□・入院時に「特別な栄養管理の必要性」が「ある」と判断されたにもかかわらず、「無」になっている。
□・入院時に特別な栄養管理の必要性が「ない」と判断されたにもかかわらず、「有」になっている。
□・「特別な栄養管理の必要性」が一律に［ 「無」 ・ 「有」 ］と記載されている。
□・「その他（看護計画、リハビリテーション等の計画）」の記載内容が画一的であり、個々の患者の病状に応じたものとなっていない。
□・主治医氏名について、［ 署名がない ・ 記名のみで押印がない ］。
□・

□サ　医師のみが計画を策定している。
□シ　看護師のみが計画を策定している。
□ス　本人又は家族等の署名がない。
□セ

□⑤　院内感染防止対策[第1章第2部通則8]
□・各病室に水道又は速乾式手洗い液等が設置されていない。
□・各病室の入口に速乾式手洗い液を設置しているものの、［ 中身が空である ・ 使用していない ］。
□・職員に院内感染防止対策の趣旨を理解させ、病室に入る際の手指消毒を徹底すること。
□・院内感染防止対策委員会の構成が適切でない（ が委員に入っていない）。
□・院内感染防止対策委員会を月１回程度、定期的に開催していない。
□・院内感染防止対策委員会の一部の委員（ ）の出席率が低い。
□・検査部の「感染情報レポート」を週１回程度、作成していない。
□・「感染情報レポート」について、［ 各種細菌の検出状況 ・ 薬剤感受性成績のパターン ］を作成していない。
□・

□⑥　医療安全管理体制[第1章第2部通則8]
□・安全管理の責任者等で構成される委員会を月１回程度開催していない。
□・委員会の一部の委員（ ）の出席率が低い。
□・職員研修が年２回程度実施されていない。
□・医療事故等の院内報告制度が整備されていない。
□・医療事故等の院内報告制度において、適切に報告されていない。
□・医療事故等の院内報告制度において、分析を通した改善策を実施される体制が整備されていない。

□・

□⑦　褥瘡対策[第1章第2部通則8]
□・専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置していない。
□・患者の状態に応じた褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整っていない。
□・日常生活の自立度が低い入院患者について、参考様式で示している危険因子の評価が実施されていない。
□・褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について、褥瘡に関する診療計画が作成されていない。
□・診療計画の様式について、参考様式（別添６の別紙３）で示している項目［　　］がない。
□・褥瘡対策に係る専任の［ 医師 ・ 看護職員 ］以外の［　医師　・　看護職員　］が［ 褥瘡対策に関する診療計画を作成している ・ 褥瘡対策の評価を行っている　］。
□・

□⑧　栄養管理体制[第1章第2部通則8]
□・当該病院に常勤の管理栄養士を配置していない。
□・栄養管理手順が作成されていない。
□・特別な栄養管理の必要がある患者について、栄養管理計画を作成していない。
□・栄養管理計画書又はその写しを診療録等に添付していない。
□・栄養管理計画書に必要事項（　　）の記載がない。
□・栄養管理計画を作成した患者について、［ 栄養管理を行っていない ・ 栄養状態を定期的に記録していない　・　栄養状態を退院時も含め定期的に評価していない　・必要に応じて栄養管理計画の見直しを行っていない　］。
□・医師、看護師、管理栄養士、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備していない。
□・

□⑨　意思決定支援[第1章第2部通則8]
□・適切な意思決定支援に関する指針を定めていない。
□・

□⑩　身体的拘束最小化[第1章第2部通則8]
□・専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームを設置していない。
□・身体的拘束を行う場合に、［　その態様及び時間　・　患者の心身の状況　・　緊急やむを得ない理由　］を記録していない。
□・身体的拘束最小化チームが、［　身体的拘束の実施状況を把握し、職員に定期的に周知徹底していない　・　身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用していない　・　入院患者に係わる職員を対象とした身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行っていない　］。
□・身体的拘束最小化の基準を満たすことができないにもかかわらず、所定点数から１日につき40点を減算していない。

□・

□⑪　救急・在宅等支援病床初期加算[A100注5]（地域一般入院基本料を算定している病棟に入院している患者）
□・入院期間が通算される再入院の日を起算日として算定している。
□・

□⑫　［療養病棟・障害者施設等］入院基本料　［夜間看護加算、看護補助・患者ケア体制充実加算、看護補助加算］[A101注12・13][A106注9・10]【届】
□・看護補助者が、基礎知識を習得できる内容の院内研修を年１回以上受講した者でない。
□・「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を職員に対し周知徹底していない。
□・看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行っていない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算
□・看護補助・患者ケア体制充実加算１について、当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が５割以上配置されていない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］について、当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数が、常時100対１の基準を満たしていない。
□・看護師長等が所定の研修を修了していない。
□・病棟の全ての看護職員が規定の内容を含む院内研修を受講していない。
□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを［　作成していない　・　用いて院内研修が実施されていない　］。
□・

□⑬　急性期総合入院体制加算［　１　・　２　・　３　・　４　・　５　］[A200]【届】
□・施設基準を満たしていない。
　□（　　）
□・

□⑭　臨床研修病院入院診療加算［　１　・　２　］[A204-2]
□・全職員を対象とした保険診療に関する講習を年２回以上実施していない。（基幹型）
□・診療録管理体制加算の施設基準を満たしていない。
□・

□⑮　包括期充実体制加算【A204-4】【届】
□・施設基準を満たしていない。

□⑯　救急医療管理加算［　１　・　２　］[A205]【届】
□・

□⑰　診療録管理体制加算［　１　・　２　］[A207]【届】
□・［　多数の　・　一部の　］患者について、退院時要約がない。
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
□・年間の退院患者数に対し、専任の常勤診療記録管理者の配置が不足している。
□・診療録管理体制加算１について、退院の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月９割以上の基準を満たしていない。
□・許可病床数が200床以上の保険医療機関について、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者が職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていない。
□・診療録管理体制加算１について、医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部をオフラインで保管していない。
□・診療録管理体制加算１について、医療情報システム安全管理責任者主導の下、少なくとも年１回程度、定期的にBCP（業務継続計画）に基づく訓練・演習を実施していない。

□⑱　医師事務作業補助体制加算１[A207-2]【届】
□・当該保険医療機関において３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていない。

□⑲　急性期看護補助体制加算［　　］[A207-3]/看護補助加算［　　］[A214]【届】
□・看護補助者が、基礎知識を習得できる内容の院内研修を年１回以上受講した者でない。
□・「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」について、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めたものとなっていない。

□・「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を職員に対し周知徹底していない。
□・看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行っていない。
□・看護補助体制充実加算（注4）
□・看護補助体制充実加算１について、当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が５割以上配置されていない。
□・看護補助体制充実加算１について、当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していない。
□・看護師長等が所定の研修を修了していない。
□・病棟の全ての看護職員が規定の内容を含む院内研修を受講していない。
□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを［　作成していない　・用いて院内研修が実施されていない　］。
□・

□⑳　看護職員夜間配置加算［　看護職員夜間12対1配置加算（１・２）・　看護職員夜間16対１配置加算（１・２）　］[A207-4]【届】
□・各病棟における夜勤を行う看護職員の数について、３人以上の基準を満たしていない。
□・

□㉑　特殊疾患入院施設管理加算[A211]【届】
□・直近１か月間の入院患者数の７割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者でない。

□㉒　重症者等療養環境特別加算［　１　・　２　］[A221]【届】
□・術後に一律に収容する等、医学的必要性の乏しい例についても算定している。
□・特別の料金を患者から徴収している場合に算定している。
□・

□㉓　無菌治療室管理加算［　１　・　２　］[A224]【届】
□・白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者以外で医学的な必要性が乏しい患者に対して算定している。
□・現に無菌治療室管理を行っていない患者に対して算定している。
□・

□㉔　放射線治療病室管理加算[A225]【届】
□・治療を行う十分な設備を有していない。
□・当該病室が放射線治療病室又は特別措置室である旨が掲示されていない。

□㉕　精神科リエゾンチーム加算[A230-4]【届】
□・専任の常勤［　薬剤師　・　作業療法士　・　精神保健福祉士　・　公認心理師　］　が週16時間以上、精神科リエゾンチームの診療に従事していない。
□・

□㉖　がん拠点病院加算［　１　・　２　］[A232]
□・最終的に悪性腫瘍と診断されなかった患者に対して算定している。
□・

□㉗　栄養サポートチーム加算[A233-2]【届】
□・チーム構成員の一部　（　　）が栄養管理に係る研修を修了していない。
□・組織上明確に位置づけられた栄養サポートチームが設置されていない。
□・算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていない。

□㉘　医療安全対策加算［　１　・　２　］[A234]【届】
□・医療安全管理者が定期的に院内を巡回していない。
□・医療安全管理者の活動実績が記録されていない。
□・医療安全管理部門が業務改善計画書を作成していることが明らかでない。

□・業務改善計画書に基づく医療安全対策の実施状況及び評価について、医療安全管理部門による記録が［　ない　・　不十分である　］。
□・カンファレンスが週1回程度開催されていない。
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。

□㉙　感染対策向上加算［　１　・　２　・　３　］[A234-2]【届】
□・感染対策向上加算［　１　・　２　・　３　］の要件を満たす構成員から成る感染防御チームを組織していない。
□・感染防止対策マニュアルが［　作成されていない　・　各部署に配布されていない　・　定期的に改訂していない　］。
□・感染対策向上加算［　１　・　２　・　３　］の届出を行った医療機関との合同カンファレンスについて、［ 年４回程度行っていない　・　その内容について記録していない ］。
□・新興感染症の発生を想定した訓練を年１回以上実施していない。
□・感染制御チームが［　１週間に１回程度、定期的に院内を巡回していない　・　巡回・院内感染に関する情報が記録に残されていない　］。
□・院内感染対策に関する研修を年２回程度実施していない。
□・新興感染症の発生時等に感染症患者を受け入れる体制を有することを自治体のホームページに公開していない。
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。

□・感染対策向上加算１
□・感染制御チームに常勤医師又は看護師が専従で配置されていない。
□・特定抗菌薬［　広域スペクトラムを有する抗菌薬　・　抗ＭＲＳＡ薬　等］の使用に際して、届出制又は許可制の体制がとられていない。
□・新興感染症の発生時等に汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有していない。
□・感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関でない。

□・感染対策向上加算２
□・特定抗菌薬［　広域スペクトラムを有する抗菌薬　・　抗ＭＲＳＡ薬　等］の使用に際して、届出制又は許可制の体制がとられていない。
□・新興感染症の発生時等に汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有していない。
□・新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１の届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議していない。
□・感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関でない。

□・感染対策向上加算３
□・抗菌薬の適正使用について、感染対策向上加算１の届け出を行った保険医療機関等から助言を受けていない。
□・新興感染症の発生時等に［　汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制　・　発熱患者の動線を分けることができる体制　］を有していない。

□・新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１の届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議していない。
□・入院期間が90日を超えるごとに1回以上の頻度で算定している。
□・感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第36条の３第１項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）でない。

□㉚　指導強化加算[A234-2 注2]【届】
□・感染制御チームの専従の常勤医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていない。

□㉛　連携強化加算　[A234-2 注4]【届】
□・当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算１の届出を行った他の保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていない。

□㉜　サーベイランス強化加算　[A234-2 注5]【届】
□・ＪＡＮＩＳ等の地域や全国のサーベイランスに参加していない。

□㉝　抗菌薬適正使用体制加算[A234-2 注6]【届】
□・直近６か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内ではない。

□㉞　患者サポート体制充実加算[A234-3]【届】
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
□・患者の相談に対応する窓口に、保険医療機関の標榜時間内において専任の職員が常時１名以上配置されていない。
□・

□㉟　重症患者初期支援充実加算[A234-4]【届】
□・入院時重症患者対応メディエーターが定められた資格基準を満たしていない。
□・当該患者の治療に直接関わる者が支援を行っている。
□・当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催されていない。
□・当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制がマニュアルとして整備されていない。
□・定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていない。

□㊱　報告書管理体制加算[A234-5]【届】
□・報告書確認対策チームが設置されていない。
□・全ての報告書について、作成から概ね２週間後に、当該報告書の主治医等による確認状況について確認がなされていない。
□・報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年１回程度実施していない。
□・報告書管理の評価に係るカンファレンスが月１回程度開催されていない。

□㊲　身体的拘束最小化推進体制加算【A235】【届】
□・身体的拘束を最小化する取組を実施していない。

□㊳　褥瘡ハイリスク患者ケア加算[A236]【届】
□・看護師等の褥瘡管理者が専従で配置されていない。
□・［褥瘡対策チームとの連携状況・　　］を記録していない。
□・褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の様式について、参考様式（別添６の別紙16）で示している項目［　　］がない。

□㊴　呼吸ケアチーム加算[A242]【届】
□・呼吸ケアチームによる診療計画書に、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいない。

□㊵　術後疼痛管理チーム加算[A242-2]【届】
□・組織上明確に位置づけられた術後疼痛管理チームが設置されていない。

□㊶　地域支援・医薬品供給対応体制加算［　１　・　２　・　３　］[A243]【届】
□・保険医療機関において、薬剤師が配置されていない。
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。

□㊷　バイオ後続品使用体制加算[A243-2]【届】
□・入院期間が通算される再入院の初日に算定している。
□・保険医療機関において、薬剤師が配置されていない。
□・調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。）について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格数量の割合が満たしていない。

□㊸　入退院支援加算［　１　・　２　・　３　］[A246]【届】
□・入退院支援加算１について、連携機関の職員と年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていない。
□・入退院支援加算１について、連携機関との面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録していない。
□・入退院支援加算１について、入院中の患者とその家族との面会に関する規程［を策定していない　・　を定期的に見直しを行っていない　・　の内容が患者及びその家族等に周知されていない　・　の内容が病棟等に掲示されていない　］。
□・入退院支援加算１について、入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、加算の算定対象の各病棟に専任で配置されていない。
□・入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、要件を満たす看護師又は社会福祉士

が必要数配置されていない。
□・

□㊹　認知症ケア加算［　１　・　２　・　３　］[A247]【届】
□・認知症ケア加算１について、
□・専任の常勤看護師が原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事していない。
□・組織上明確に位置づけられた認知症ケアチームが設置されていない。
□・認知症ケアチームが、［　認知症患者のケアに係るカンファレンスを週１回程度開催していない　・　週１回以上各病棟を巡回し、ケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行っていない　・　認知症ケアに関する手順書を作成していない　・　せん妄対策のためのチェックリストを作成していない　・　　］。
□・認知症ケア加算［２・３］について、
□・全ての病棟に認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師が３名以上配置されてない。
□・［　認知症患者に関わる職員（加算２）　・　病棟の看護師等（加算３）］に対し、研修や事例検討会等を少なくとも年１回実施していない。

□㊺　その他
□・

□（３）特定入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　［　救命救急入院料　・　特定集中治療室管理料　・　新生児特定集中治療室管理料　・　　］[A300][A301][A302]【届】
について、当該治療室に勤務する宿日直を行う医師ではない専任の常勤医師が、［　常時当該治療室に勤務していることが明らかでない　・　患者の当該治療室への入退室などに際して一時的に当該治療室を離れる場合について、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保していることが明確ではない　］。

□②　早期離床・リハビリテーション加算（［　　入院料　・　　管理料　］）[A300][A301][A301-2][A301-3][A301-4]【届】
□・早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていない。
□・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコル［　を整備していない　・　の定期的な見直しを行っていない］。

□③　早期栄養介入管理加算（［　　入院料　・　　管理料　］）[A300][A301][A301-2][A301-3][A301-4]【届】
□・専任の管理栄養士の数が、当該治療室の入院患者数が10対１の基準を満たしていない。
□・専任の管理栄養士が、［　規定の研修を修了　・栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有　］していない。

□④　救命救急入院料［　１　・　２　］[A300]【届】
□・宿日直を行う医師ではない専任の医師が、常時、救命救急治療室内に勤務してい

ない。
□・当該管理を行うために必要な装置及び器具を治療室内に常時備えていない。
（ペースメーカー、心電計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置については、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合はこの限りではない。）
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。

□・重症患者対応体制強化加算[A300 注11]【届】
□・救命救急入院料１を届け出た病室に入院した患者以外について算定している。
□・医師、要件を満たす看護師又は臨床工学技士により、集中治療を要する患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施していない。
□・施設基準で定められた数の看護師の他に、集中治療看護の経験を３年以上有する看護師２名以上を配置していない。
□・前項の集中治療看護の経験を３年以上有する看護師（２名以上）を当該治療室又は勤務した治療室（病棟）の施設基準に係わる看護師の数に含めている。

□⑤　特定集中治療室管理料［　１　・　２　・　３　］[A301]【届】
□・特定集中治療室管理料１について、専任の医師（交代で担う複数の専任の医師を含む。）に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含んでいない。
□・特定集中治療室管理料１について、宿日直を行う医師ではない専任の医師が、常時、特定集中治療室内に勤務していない。
□・特定集中治療室管理料２について、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、常時、原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合は、速やかに当該治療室で診療を開始できる場所）に勤務していない。
□・特定集中治療室管理料［　１・　２　］について、集中治療の看護経験を５年以上有し、適切な研修を受講した専任の常勤看護師が治療室内に週20時間以上配置されていない。
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
□・
□・重症患者対応体制強化加算[A301 注6]【届】
□・医師、要件を満たす看護師又は臨床工学技士により、集中治療を要する患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施していない。
□・施設基準で定められた数の看護師の他に、集中治療看護の経験を3年以上有する看護師2名以上が配置されていない。
□・前項の集中治療看護の経験を3年以上有する看護師（2名以上）を当該治療室又は勤務した治療室（病棟）の施設基準に係わる看護師の数に含めている。

□⑥　ハイケアユニット入院医療管理料［　１　・　２　］[A301-2]【届】
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
□・

□⑦　脳卒中ケアユニット入院医療管理料[A301-3]【届】
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・発症日からではなく、入院日から算定しているため、発症後14日を超えて算定している。

□⑧　新生児特定集中治療室管理料［　１　・　２　］[A302]【届】
□・新生児特定集中治療室管理料１について、宿日直を行う医師ではない専任の医師が、常時、新生児特定集中治療室内に勤務していない。
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。

□⑨　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料[A302-2]【届】
□・宿日直を行う医師ではない専任の医師が、常時、新生児特定集中治療室内に勤務していない。
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・

□⑩　総合周産期特定集中治療室管理料[A303]【届】
□ア　母体・胎児集中治療室管理料
□・母体・胎児集中治療室勤務の医師が、当該治療室に勤務している時間帯に、当該治療室以外の場所での当直勤務を併せて行っている。
□・母体・胎児集中治療室勤務の看護師が、当該治療室に勤務している時間帯に、当該治療室以外の場所での夜勤を併せて行っている。
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
□・
□イ　新生児集中治療室管理料
□・宿日直を行う医師ではない専任の医師が、常時、新生児特定集中治療室内に勤務していない。
□・算定対象とならない患者に対して、入室したことのみで自動的に算定している。
□・施設基準に適合しているものとして届け出た病床以外の病床について算定している。
□・

□⑪　地域包括医療病棟入院料[A304]【届】
□・当該病棟に入院する疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者について、専従の理学療法士等によるＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導が行われていない。
□・

□⑫　小児入院医療管理料［　１　・　２　・　３　・　４　・　５　］[A307]【届】
□・注２に係る加算（プレイルーム、保育士等加算）
□・常勤の保育士が［　１　・　２　］名以上勤務していない。

□・養育支援体制加算（注７）
□・養育支援に関するプロトコルが整備されていない。
□・養育支援体制を確保するための職員研修を年２回程度実施していない。

□⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料［　１　・　２　・　３　・　４　・　５　・　回復期リハビリテーション入院医療管理料　］[A308]【届】
□・算定対象とならない患者に対して算定している。
□・

□⑭　地域包括ケア病棟入院料　［　１　・　２　・　３　・　４　　］/地域包括ケア入院医療管理料［　１　・　２　・　３　・　４　］[A308-3]【届】
□・算定対象とならない患者に対して算定している。
□・看護補助者配置加算（注４）/看護補助・患者ケア体制充実加算（注５）
□・看護補助者が、基礎知識を習得できる内容の院内研修を年１回以上受講した者でない。
□・「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を職員に対し周知徹底していない。
□・看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行っていない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算
□・看護補助・患者ケア体制充実加算１について、当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が５割以上配置されていない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］について、当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していない。
□・看護補助・患者ケア体制充実加算［１・２］について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数が、常時100対１の基準を満たしていない。
□・看護師長等が所定の研修を修了していない。
□・病棟の全ての看護職員が規定の内容を含む院内研修を受講していない。
□・看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを［　作成していない　・　用いて院内研修が実施されていない　］。
□・

□⑮　緩和ケア病棟入院料　［　１　・　２　］[A310]【届】
□・地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していない。
□・連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していない。
□・緩和ケア病棟において、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていない。

□⑯　その他
□・

□４　医学管理等・在宅療養
□（１）医学管理等について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　［ [特定疾患療養管理料　・　皮膚科特定疾患指導管理料　・　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　・　婦人科特定疾患治療管理料　・　二次性骨折予防継続管理料・小児科外来診療料・生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）]]
・[28日以上の長期の投薬を行うこと　・　リフィル処方箋を交付すること]について、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していないので、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応できるよう、掲示すること。

□②　［　特定疾患療養管理料　・　特定薬剤治療管理料　・　悪性腫瘍特異物質治療管理料　・　　］[B000]・[B001・2、3]
□・医師の指示によらず、［　請求事務担当者の判断で　・　自動的に　］算定している。
□・特定薬剤治療管理料１[B001・2　イ]について、抗てんかん剤又は免疫抑制剤の投与を行っている患者以外の患者の算定で、４月目以降について減算していない。

□③　［　特定疾患療養管理料　・　難病外来指導管理料　・　皮膚科特定疾患指導管理料　・　　］[B000]・[B001・7]・[B001・8]
□・特に定める場合を除き、［　初診日　・　退院日　］から１か月以内である患者に算定している。
□・要件を満たしていない患者について算定している。
□・［　算定対象外である主病　・　主病でない疾患　・　全身的な医学管理を行っていない疾患　］について、医師の指示によらず、［　請求事務担当者の判断で　・　自動的に　］算定している。

□④　がん患者指導管理料［　イ　・　ロ　・　ハ　・　ニ　］[B001・23]【届】
□・「イ」「ロ」について、緩和ケアの研修を修了した［　医師　・　専任の看護師　］が配置されていない。
□・「ハ」について、化学療法の経験を［　５年以上有する医師　・　専任の薬剤師　］が配置されていない。
□・

□⑤　小児科外来診療料[B001-2]
□・再診時のものを初診時として算定している。
□・対象患者に対する診療報酬の請求について、小児科外来診療料により算定すべきものを出来高で算定している。

□⑥　肺血栓塞栓症予防管理料[B001-6]
□・１入院で２回算定している。

□⑦　薬剤管理指導料［　１　・　２　］[B008]について、［　患者１人につき週１回を超えて算定している　・　患者１人につき月４回を超えて算定している　］。

□⑧　薬剤総合評価調整管理料[B008-2]
□・入院中の患者に対して算定している。
□・内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている患者ではないにもかかわらず、算定している。
□・

□⑨　診療情報提供料（Ⅰ）[B009]
□・紹介先保険医療機関が同一にもかかわらず、月２回以上算定している。
□・検査・画像情報提供加算[B009　注18]
□・施設基準を満たしていない。
□・情報の提供側の保険医療機関において、提供した診療情報又は閲覧可能として情報の範囲及び日時が記録されていない。
□・診療情報連携共有料を算定すべきものについて算定している。
□・

□⑩　電子的診療情報評価料[B009-2]【届】
□・他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けていないにもかかわらず算定している。
□・施設基準を満たしていない。
□・電子的方法によって情報を提供された保険医療機関において、提供を受けた情報を保管している又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを１年間記録していることとされているが、実施されていない。
□・

□⑪　診療情報提供料（Ⅱ）[B010]
□・診療情報提供料Ⅰを算定すべきものについて算定している。

□⑫　医療機器安全管理料１[B011-4]【届】
□・生命維持管理装置（人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く）、除細動装置、閉鎖式保育器）を用いて治療を行っていないにもかかわらず算定している。
□・

□⑬　医療機器安全管理料２[B011-4]【届】
□・一連の照射につき当該照射の初日に１回に限り算定するべきところ２回算定している。
□・放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者が、放射線治療専任加算における技術者と兼任している。
□・

□⑭　次の医学管理に係る費用について、特別養護老人ホーム等の入所者に対し配置医師又は併設医療機関の医師が行った診療である等、診療報酬を算定できないものについて算定している。
□・特定疾患療養管理料
□・地域包括診療料

□・生活習慣病管理料
□・退院前訪問指導料
□・外来栄養食事指導料
□・

□（２）在宅医療について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　在宅患者訪問診療料[C001]
□・厚生労働大臣が定める疾病（別表第７）以外の患者に対し、週３回を超えて算定している。

□②　救急搬送診療料[C004]
□・救急搬送されていない患者について算定している。
□・重症患者搬送加算[C004　注4]について次の不適切な例が認められたので改めること。
□・救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態ではない患者について算定している。

□③　在宅患者訪問看護・指導料[C005]・同一建物居住者訪問看護・指導料[C005-1-2]
□・訪問看護・指導体制充実加算（注15）について、施設基準を満たしていない。
□・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していない。
□・訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していない。

□④　在宅患者訪問点滴注射管理指導料[C005-2]
□・在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料又は看護師等遠隔診療注射実施料と併せて算定している。

□⑤　次の在宅療養指導管理料について、同一月に［入院と外来で］２回算定している。
□・（　　）

□⑥　次の在宅療養指導管理料について、医師の指示によらず、［　請求事務担当者の判断で　・　自動的に　］算定している。
□・（　　）

□⑦　次の在宅医療に係る費用について、特別養護老人ホーム等の入所者で算定の対象とならない患者に対して算定している。
□・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
□・在宅時医学総合管理料
□・施設入居時等医学総合管理料
□・在宅がん医療総合診療料
□・在宅患者訪問看護・指導料
□・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
□・

□５　検査・画像診断・病理診断

□（１）実際に行ったものとは異なる［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］を算定している例が認められたので改めること。

□・血液学的検査において、「末梢血液像（自動機械法）」[D005・3]で算定すべき事例を「末梢血液像（鏡検法）」[D005・6]で算定している。

□・細菌薬剤感受性検査[D019]について、実際に検出されたものと異なる菌種数で算定している。

□・［　発達及び知能検査　・　人格検査　・　認知機能検査　］[D283]・[D284]・[D285]について、実際に行った検査及び結果処理と異なる区分で算定している。

□・大腸内視鏡検査[D313]について、到達範囲が実際とは異なっている。

□・（例：　　）

□・毛細血管血採血[D400の2]を行ったものについて、静脈血採血[D400の1]又は動脈血採取[D419の3]として算定している。

□（２）実際に行っていない［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］を算定している例が認められたので改めること。

□・［　観血的動脈圧測定　・　人工腎臓　・　人工心肺等　］[D225]・[J038]・[K601]の回路からの血液採取を動脈血採取[D419・3]として算定している。

□・血液採取[D400・１]について、血液回路から採血した場合に算定している。

□・［　検査　・　病理診断　］のオーダーにより［　検体検査料　・　組織診断料　］を算定する仕組みとなっているため、未実施の［　検体検査料　・　組織診断料　］を算定している。

□・中止された検査を算定している。

□・（例：　　）

□（３）実施回数と算定回数が異なっている例が認められたので改めること。

□・

□（４）検体検査管理加算［　Ⅲ　・　Ⅳ　］[D026]【届】について、施設基準を満たしていない。

□・

□（５）画像診断管理加算１[第2章第4部通則4]【届】について、施設基準を満たしていない。

□・

□（６）画像診断管理加算［　２　・　３　・　４　］[第2章第4部通則5]【届】について、施設基準を満たしていない。

□・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、撮影日の翌診療日までに主治医に文書で報告している読影結果が８割未満である。

□・

□（７）［　検査　・　画像診断　・　病理診断　］について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

□・血管伸展性検査[D214・6]を「脈派図、心機図、ポリグラフ検査（３又は４検査）」[D214・3]として算定している。

□・他医療機関撮影のＣＴについて初診以外の日に診断料を算定している。[E203]
□・閉鎖循環式全身麻酔[L008]と同一日に行った呼吸心拍監視[D220]を算定している。
□・呼吸心拍監視[D220]について、起算日が誤っている。
□・眼科学的検査[D255～D282-3]についてコンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して行った検査について、各検査項目を個別に算定している。
□・悪性腫瘍の診断が確定した患者について、悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]ではなく、腫瘍マーカー検査[D009]を算定している。
□（例：　　）
□・悪性腫瘍特異物質治療管理料[B001・3]を算定しているにもかかわらず、血液採取（静脈）[D400]を別に算定している。
□・同時に算定できない検体検査をそれぞれ算定している。
□・（例：（１→３）β－Ｄ－グルカンとカンジダ抗原、　　）[D012・41、21]
□・ＨＩＶ-1、2抗体価測定[D012・16、17、19]について、特に算定できると規定された病歴がない患者について、後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合や性感染症が認められる場合、既往がある場合、疑われる場合でＨＩＶ感染症を疑う場合ではないにもかかわらず算定している。
□・［　特殊撮影　・　乳房撮影　・　心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影　］について、一連の撮影にもかかわらず、２回目の診断料、撮影料を算定している。
□・画像診断管理加算［　１　・　２　・　３　・４　］について、算定対象とならないもの［　造影剤注入手技　・　［ガンマナイフによる定位放射線治療・直線加速器による放射線治療（一連につき）］に際しての位置決め　・　読影結果を文書により報告していないもの　］に対して算定している。[第2章第4部通則4、5]【届】・[M001-2]・[M001-3]【届】
□・画像診断管理加算［　１　・　２　・　３　・４　］について、地方厚生（支）局長に届け出た専ら画像診断を担当する常勤の医師以外の医師が読影した画像に対して算定している。
□・病理組織標本作製[N000]について、リンパ節の臓器としての数え方が不適切である。
□・（例：　　）
□・病理診断を専ら担当する常勤の医師が確認していない細胞診について［　細胞診断料　・　病理診断管理加算１・２（細胞診断）　］[N006]を算定している。
□・

□６　投薬・注射、薬剤料等
□（１）使用していない薬剤を算定している例が認められたので改めること。
□・

□（２）実際に使用したものと異なる薬剤を算定している例が認められたので改めること。
□・

□（３）投与回数と算定回数の異なる例が認められたので改めること。
□・

□（４）実際に使用した量を上回る量で薬剤を算定している例が認められたので改めること。
□・

□（５）次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□①　外来患者の内服薬について、７種類以上の薬剤投与時の［　処方料　・　処方箋料　］[F100][F400]を適切に算定していない。
□②［　３種類以上の抗不安薬　・３種類以上の睡眠薬　・３種類以上の抗うつ薬　・３種類以上の抗精神病薬　・　４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬　］の投薬を行った場合の［　処方料　・　処方箋料　］を適切に算定していない。[F100][F400]
□③　薬剤料[F200]について、２種類以上の内服薬を調剤した場合の方法が誤っている。
□・服薬時点が同時で、かつ服用回数も同じであるものを１剤とみなしていない。

□④　外泊日の入院調剤料[F000]を算定している。

□⑤　同一月内に［　院外処方箋の交付　・　薬剤管理指導料の算定　・在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定　］を行っている患者の調剤技術基本料[F500]を算定している。

□⑥　中心静脈栄養用植込型カテーテルからの注射について植込型カテーテルによる中心静脈注射[G006]ではなく、中心静脈注射[G005]で算定している。

□⑦　被保険者が紛失した医薬品の再交付を行った場合、その薬剤の費用を保険診療として算定している。

□⑧　一般名処方加算[F400]について、医薬品の供給状況や、長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していないにも関わらず算定している。

□（６）院外処方箋のＦＡＸ送信コーナーに置かれている薬局一覧リスト（又はイラストマップ）について、特定の薬局（薬剤師会会員薬局等）のみ掲載されている。掲載されている薬局以外にも電送可能である旨を明示すること。

□（７）当該医療機関内での医薬品の採用について、後発医薬品の使用促進に積極的に取り組むこと。

□７　リハビリテーション
□リハビリテーションについて、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・［　　］について、算定可能日数を超えて算定している。
□・［　早期リハビリテーション加算　・　初期加算・　急性期リハビリテーション加算　］について、誤った起算日に基づいて算定している。
□・算定単位数上限を超えて実施しているリハビリテーションについて、選定療養としていない。
□・はり師、きゅう師、所定の研修を修了していないあん摩マッサージ指圧師等がリハビリテーションを実施している。
□・介護リハビリテーション又は介護予防リハビリテーションとして行うべきものについて、疾患別リハビリテーションとして算定している。
□・介護リハビリテーションの利用を予定している患者について、リハビリテーション総合計画評価料１[H003-2]を算定している。

□・リハビリテーション計画書の作成前に実施した疾患別リハビリテーションについて、［　医師が自ら実施していない場合　・　実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示がない場合　］に算定している。
□・

□８　精神科専門療法
□（１）精神科専門療法について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・入院精神療法（Ⅱ）[I001]について、重度の精神障害者でないものに対して、入院から４週間を超えているにもかかわらず週２回算定している。
□・［　認知療法　・　認知行動療法　・　入院集団精神療法　・　通院集団精神療法　］[I003-2]【届】[I005][I006]について、同一日に行った他の精神科専門療法と別に算定している。
□・

□（２）［　通院・在宅精神療法　・　精神科継続外来支援・指導料　］の算定に当たり、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げる要件を満たしていないにもかかわらず、所定点数の100分の100で算定している。[I002 注6]・[I002-2 注5]
□・１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、患者等に対して当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について［　説明していない　・　説明した内容及び患者等の受け止めについて診療録への記載がない　］。[F100]
□・１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、［　服薬状況を患者等から聴取していない　・　患者から聴取した服薬状況について診療録への記載がない　］。
□・療養担当規則において投薬期間に上限が設けられている薬剤［　14日上限の麻薬等（　　）　・　30日上限の睡眠薬等　（　　）　・　90日上限の抗不安薬等（　　）　］の投薬において、［　服薬状況を患者から聴取していない　・　患者から聴取した服薬状況について診療録への記載がない　］。

□９　処置
□処置について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・算定できない［　点眼　・　洗眼　・　眼軟膏処置　］[第2章第9部通則3]を［　創傷処置　・　眼処置　］[J000]・[J086]として算定している。
□・手術後14日以内ではない入院中の患者に対して、［　創傷処置　・　熱傷処置　・　重度褥瘡処置　］（100平方センチメートル未満）[J000]・[J001]・[J001-4]を算定している。
□・［　創傷処置　・　術後創傷処置　・　皮膚科軟膏処置　］[J000]・[J053]を実施した範囲と異なる点数で算定している。
□・同一日に実施した［　人工呼吸　・　喀痰吸引　・　超音波ネブライザー　］[J045]・[J018]・[J115]をそれぞれ算定している。
□・在宅自己導尿指導管理料[C106]又は在宅寝たきり患者処置指導管理料[C109]を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む）について、膀胱洗浄[J060]の費用を算定している。
□・手術に伴って行った［　処置　・　診断穿刺　・　検体採取　］の費用を算定している。

□・消炎鎮痛等処置[J119]
□・「マッサージ等の手技による療法」について、「あんま、マッサージ及び指圧による療法」に該当しないものについて算定している。
□・同一日に【　　】リハビリテーション料を算定しているにもかかわらず算定している。
□・鼻腔栄養[J120]について、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻管に投与した場合以外、または薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合以外で算定している。
□・

□１０　手術
□（１）手術料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・（医科点数表第２章第10部手術通則第５号及び６号に係る施設基準を満たしている施設について）一部の患者に対して、文書による説明がない。
□・点数表にない特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む）の手術料について、事前に当局に内議することなく、点数表を準用して算定している。
□・（例：　　）
□・実際には［　検査　・　処置　］であるものについて、手術として算定している。
□・（例：　　）
□・短期滞在手術等基本料[A400]の取扱いが不適切である。
□・複数手術の算定方法に誤りがある。
□・（例：　　）

□（２）輸血料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・輸血管理料［　（Ⅰ）　・　（Ⅱ）　］[K920-2]【届】について、不適切に算定している。
□（例：　　）
□・

□１１　麻酔
□麻酔について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・

□１２　放射線治療
□放射線治療について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・

□１３　入院時食事療養費等
□入院時食事療養費等について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・

□１４　特定保険医療材料等
□（１）特定保険医療材料として認められていない材料を算定している例が認められたので改めること。

□・

□（2）［　実際には使用していない　・　実際に使用した量を上回る数で　］特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
□・

□（3）実際に使用した特定保険医療材料と異なる特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
□・

□（4）算定要件を満たしていない特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
□・24時間以上体内に留置していない［　栄養カテーテル　・　胃管カテーテル　・　膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル　・　　］。
□・皮膚欠損用創傷被覆材を［　２週間を超えて　・　特に必要と認められないものに対して３週間を超えて　］算定している。
□・皮膚欠損用創傷被覆材
□・在宅療養指導管理料を算定していないが、［　特に必要と認められないにもかかわらず２週間を超えて　・　３週間を超えて　］算定している。
□・バンパー型の交換用胃瘻カテーテルを、４か月に２回以上算定している。
□・高血圧症治療補助アプリ
□・成人の本態性高血圧症以外の患者に算定している。
□・高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理が行われていない場合に算定している。
□・

□（5）本来の使用目的とは異なった目的で使用した特定保険医療材料を算定している例が認められたので改めること。
□・血管造影法、心臓血管造影、心臓カテーテル法等を実施していない、血管造影用シースイントロデューサーセット
□・

□（6）特定保険医療材料について次の不適切な算定例が認められたので改めること。
□・必要性の乏しい膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル［　２管一般（Ⅲ）　・　特定（　　）　］
□・

□（7）医療ガスの［　計算方法　・　算定方法　］が誤っている例が認められたので改めること。
□・酸素について、外泊で院内に不在である日に算定している。
□・動力源として用いた窒素の費用を算定している。
□

□（8）その他
□・

□１５　保険外併用療養費（医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験）

□（１）治験の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

□・診療報酬明細書への記載を記載要領どおりに行っていない。

□・（例　　）

□・診療報酬明細書の「特記事項」欄に、［　「（薬治）」　・　「（器治）」　・　「（加治）」　］の記載がない。

□・医薬品の治験依頼者の依頼による治験において、治験を実施した期間に行われた［　検査　・　画像診断　］を保険請求している。

□・［　医療機器　・　再生医療等製品　］の治験依頼者の依頼による治験において、治験に係る診療のうち又は当該診療のうち、手術等の前後１週間に行われた［　検査　・　画像診断　］を保険請求している。

□・治験依頼者の依頼による治験において、［　被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品の［　投薬　・　注射　］　・　当該治験の被験薬及び対照薬に係る［　投薬　・　注射　］　・　当該治験の被験機器及び対照機器　・　当該治験の被験製品及び対照製品　・　診療報酬上評価されていない手術　・　　］に係る費用を保険請求している。

□・（例　　）

□・自ら治験を実施する者による治験において、治験に係る診療のうち、［　被験薬及び対照薬に係る［　投薬　・　注射　］・　当該治療機器　・　当該治験製品　・　診療報酬上評価されていない手術　・　　］に係る費用を保険請求している。

□・（例　　）

□・保険外併用療養費の支給対象期間の理解が誤っている。

□・（例　　）

□・患者に対しての説明と同意の実施が不適切である。

□・（例　　）

□・医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担が明確でない。

□（２）医薬品の治験について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　医薬品医療機器等法上の承認を取得後に薬価収載されているものについて、特別料金を徴収している。

□②　医薬品の主な情報を文書で提供していない。

□③　特別料金等の内容を定め又は変更をしようとするときに、地方厚生(支)局長にその都度報告していない。

□④

□（３）医療機器の治験について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　治験依頼者の依頼による治験において、手術又は処置の前後１週間に行った検査、画像診断を算定している。

□②　診療報酬上評価されていない手術、処置を算定している。

□③　包括点数から、当該治験に係る検査、画像診断の費用を差し引いていない。

□④　患者に対しての説明と同意の実施が不適切である。

□⑤　医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担が明確でない。

□⑥

□１６　保険外併用療養費（医薬品等の治験以外）

□（１）特別療養環境室料の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　要件を満たしていない。

□具体的には、［　面積　・　ベッド数（一室当たり・病院当たり）　・　特別の療養環境として適切な設備　・　プライバシー確保　］

□②　患者からの同意書について、［ 取得していない ・ 入室前に取得していない ］。

□③　患者からの同意書について、不備がある。

□（（　同意日　・　入院日　・　室料差額料金　・　申込者続柄　）が　未記入　・　鉛筆書き　・　同意書の金額と徴収した金額が相違　・　　）

□④　治療上の必要から特別療養環境室へ入院させた患者について室料を徴収している。

□⑤　［　病床数　・　料金　］を変更した場合の地方厚生(支)局長への報告がない。

□⑥

□（２）先進医療の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　必要な届出を行わずに先進医療を実施している。

□・（例：　　）

□②　患者に対しての説明と同意の実施が不適切である。

□・文書による同意を取得していない。

□・料金の説明が含まれていない。

□・届出された実施者以外の者が説明を行っている。

□・

□③　自費で請求すべき事項を保険請求している。

□④　自費請求を明確にしていない（請求書、領収証等）。

□⑤　先進医療の届出に記載されていない医師が、先進医療に係る医療を実施している。

□⑥　当該先進医療技術の患者適格基準に合致しない患者に対して先進医療を実施し、保険外併用療養費を算定している。

□・（例：　　）

□⑦

□（３）患者申出療養の取扱いについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　患者に対しての説明と同意の実施が不適切である。

□・文書による同意を取得していない。

□・費用負担についての説明が含まれていない。

□・患者申出療養に係る同意書について、患者又は代諾者の直筆による署名が行われていない。

□・

□②　自費で請求すべき事項を保険請求している。

□③　自費請求を明確にしていない（請求書、領収証等）。

□④　当該患者申出療養において設定された患者適格基準に合致しない患者に対して患者申出療養を実施し、保険外併用療養費を算定している。

□・（例：　　）

□⑤

□（４）次の不適切な請求例が認められたので改めること。

□・

□１７　一部負担金等
□（１）一部負担金の受領について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
□①　受領すべき者から受領していない。（例：　　）
□②　計算方法に誤りがある。（例：　　）
□③　一部負担金等の計算記録の保管方法が不適切である。
（診療録第３面（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（１）の３）がない）
□④　未収の一部負担金に係る管理を行っていない。
□⑤　未収の一部負担金に係る納入督促を行っていない。
□⑥　患者から一部負担金を受領した後に診療報酬の算定内容に変更が生じた際に、差額を徴収又は返金していない。
□⑦

□（２）領収証等の交付について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
□①　領収証の様式について、点数表の各部単位となっていない。
□②　領収証・明細書に消費税に関する文言がない。
□③　一部負担金の発生しない患者（全額公費負担を除く）について、明細書を発行していない。

□１８　保険外負担等
□保険外負担等について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
□（１）実費徴収（　　）に当たって患者、家族に十分な説明を行い、同意を得ていない。（徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書への署名、他の費用と区別した領収証の発行）

□（２）［　所定の点数に含まれるもの　・　保険請求が認められていないもの　］について、患者から徴収している。（請求できない材料費等）
□・（例：　　）

□（３）保険請求すべきものについて、患者から徴収している。（審査で査定されること（自動縫合器の数等）を前提に、患者に請求したもの等）
□・（例：　　）

□（４）保険請求しているものについて、患者からも徴収している。
□・（例：　　）

□（５）預り金を適正な手続きを経ずに徴収している。（患者側への十分な情報提供、同意の確認、内容・金額・精算方法等の明示等）

□（６）療養の給付とは直接関係ないサービス又は物の徴収額が適切でない。（あいまいな名目での実費徴収：「お世話料」、「施設管理料」、「雑費」等）
□・（例：　　）

□（7）療養の給付とは直接関係ないサービスとはいえないものについて患者から費用を徴収している。
□・（例：　　）

□１９　掲示・届出事項等
□（1）掲示事項について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
□・診療日、診療時間に関する事項の掲示がない。
□・診療日、診療時間に関する事項の掲示が誤っている。
□（例：　　）
□・入院基本料（看護配置）に関する事項をウェブサイトに掲載していない。
□・入院基本料（看護配置）に関する事項を当該病棟に掲示していない。
□（例：　　）
□・入院基本料（看護配置）に関する事項の掲示が誤っている。
□・各勤務帯のそれぞれで1人の看護職員が実際に受け持っている入院患者数となっていない。
□・各病棟の実態に応じた掲示となっていない。
□・施設基準に関する事項をウェブサイトに掲載していない。
□・施設基準に関する事項を掲示していない。
□（例：　　）
□・施設基準に関する事項の掲示が誤っている。
□（例：既に辞退している施設基準を掲示している。　　）
□・保険外負担に関する事項を掲示していない。
□（例：　　）
□・保険外負担に関する事項の掲示が誤っている。
□（例：　　）
□・保険外併用療養費に関する事項をウェブサイトに掲載していない。
□（例：特別療養環境室料　・　予約に基づく診察に関する事項　・　　）
□・保険外併用療養費に関する事項を掲示していない。
□（例：特別療養環境室料　・　一般病床200床以上の病院の初診に係る特別料金　・　一般病床200床以上の病院の再診に係る特別料金　）
□・保険外併用療養費（　　）に関する事項の掲示について、療養の内容及び費用に関する記載がない。
□・保険外併用療養費に関する事項の掲示が誤っている。
□（例：　　）
□・特別療養環境室料の掲示について、［　ベッド数　・　場所　・　料金　］の記載がない。
□・個人情報の取扱いについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を参考に掲示を行うこと。
□・明細書の発行状況に関する事項をウェブサイトに掲載していない。
□・明細書の発行状況に関する事項を掲示していない。
□・明細書の発行状況に関する事項の掲示が誤っている。
□（例：　　）
□・明細書の発行状況に関する事項の掲示について、一部負担金等の支払いがない患者に関する記載がない。

□・明細書の発行状況に関する事項の掲示について、会計窓口に明細書の交付を希望しない場合の掲示がなく、患者の意向が確認できない。
□・情報通信機器を用いた診療[A000注１等]【届】について、初診において向精神薬の処方は行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していない。
□・機能強化加算[A000注10]【届】について、以下の対応を行っていることについて当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していない。
　□・患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うこと。
　□・専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
　□・健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
　□・保健・福祉サービスに関する相談に応じること。
　□・診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。
□・電子的診療情報連携体制整備加算[A000注16]【届】について、以下の保険医療機関であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。
　□・医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している。
　□・マイナ保険証を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる。
　□・算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している。
□・地域包括診療加算[A001注12]【届】、地域包括診療料[B001-2-9]【届】について、次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していない。
　□・健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
　□・当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
　□・患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付すること。
□・急性期総合体制加算[A200]【届】について、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。
□・急性期総合体制加算[A200]【届】、連携強化診療情報提供料[B011]について、敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していない。
□・医師事務作業補助体制加算[A207-2]【届】について、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。
□・［急性期看護補助体制加算[A207-3]【届】・　　］について、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。
□・栄養サポートチーム加算[A233-2]【届】について、算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていない。
□・医療安全対策加算[A234]【届】について、当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていない。
□・感染対策向上加算[A234-2]【届】について、当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していない。
□・患者サポート体制充実加算[A234-3]【届】について、当該保険医療機関内の見やすい

場所に、［　相談窓口が設置されている旨　・　患者等に対する支援のため実施している取組み　］を掲示していない。

□・地域支援・医薬品供給対応体制加算[A243]【届】

□・入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していない。

□・医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

□・バイオ後続品使用体制加算[A243-2]【届】について、入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

□・病棟薬剤業務実施加算１、２及び３[A244]【届】について、病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていない。

□・入退院支援加算１[A246]【届】について、病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していない。

□・地域医療体制確保加算[A252]【届】について、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。

□・回復期リハビリテーション病棟入院料（　１　・　２　・　　）[A308]【届】について、［回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳　・　回復期リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数］を少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開していない。

□・難治性がん性疼痛緩和指導管理加算[B001の22注2]【届】について、がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

□・外来腫瘍化学療法診療料１[B001-2-12]【届】について、次の対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

□・専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時１人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24 時間対応できる連絡体制が整備されている。

□・急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者入院できる体制が整備されている。

□・実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している。

□・生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）[B001-3]について、患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

□・ニコチン依存症管理料[B001-3-2]【届】について、禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していない。

□・ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）[B005-4]【届】及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）[B005-5]の掲示について、共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。

□・在宅医療ＤＸ情報活用加算[C001注13]【届】について、以下に該当する保険医療機

関であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。
□・医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している。
□・マイナ保険証の利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる。
□・電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療ＤＸにかかる取組を実施している。
□・在宅医療情報連携加算[C002注15]【届】について、連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。
□・訪問看護医療ＤＸ情報活用加算[C005注17][I012注17]【届】について、 以下に該当する保険医療機関であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していない。
□・看護師等が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施している。
□・マイナ保険証の利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取組を実施している。
□・コンタクトレンズ検査料[D282-3]について、当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の外来受付及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していない。
□・掲示事項についてウェブサイトに掲載することとなっている施設基準について、ウェブサイトへの掲載がない。
・（施設基準名称）
・（施設基準名称）
・（施設基準名称）
□・

□（２）次の届出事項の変更が認められたので、速やかに［　　］厚生(支)局［　　］事務所に届け出ること。
□・［　名称　・　代表者　・　管理者　・　診療科名　・　病床数　・　病棟数　・　住所表示　］の変更
□・［　診療時間　・　診療日　・　診療科　］の変更
□・保険医の異動［　常勤　・　非常勤　］
□・施設基準の届出をしている医師等の変更
□神経学的検査、精密触覚機能検査
□画像診断管理加算（１、２、３及び４）
□麻酔管理料（Ⅰ）

□・施設基準の届出に当たり使用する機器の変更
□ニコチン依存症管理料、検体検査管理加算、国際標準検査管理加算、人工膵臓検査、人工膵臓療法、時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト、長期脳波ビデオ同時記録検査１、脳波検査判断料１、遠隔脳波診断、補聴器適合検査、黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図、前立腺針生検法、遠隔画像診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算、冠動脈ＣＴ撮影加算、外傷全身ＣＴ加算、心臓ＭＲＩ撮影加算、乳房ＭＲＩ撮影加算、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算、肝エラストグラフィ加算、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術、精密触覚機能検査、処理骨再建加算、網膜付着組織を

含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、毛様体光凝固術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術（※他同種の様式、62、63、64、65の３）、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術、体外衝撃波腎・尿管結石破砕術、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算（ＩＧＲＴ）、画像誘導密封小線源治療加算、呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算、保険医療機関間の連携による病理診断、病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算、デジタル病理画像による病理診断、国際標準病理診断管理加算

□（３）次の不適切な事項が認められたので改めること。

□①　保険医療機関である旨の標示がない。

□②　電子資格確認（オンライン資格確認）を導入していない。

□③

□２０　その他

□・施設基準の届出を行った後に、施設基準に適合しなくなった場合は、診療報酬を算定しないだけではなく、速やかに変更（辞退）の届出を行うこと。

□・○○という不適切な事項が認められた。請求事務について、診療部門と医事会計部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努めること。

□・○○という不適切な事項が認められた。保険診療と保険外診療の峻別を図ること。

□・保険外併用療養費として認められていないものを自費請求している（いわゆる混合診療が行われている）例が認められたので改めること。

□Ⅴ　包括評価に係る事項

□１　診断群分類及び傷病名

□（１）実態としては包括評価の対象外と考えられる患者について、包括化して算定している次の不適切な例が認められたので改めること。

□・［　入院後24時間以内の死亡患者　・　生後７日以内に死亡した新生児］

□・［　評価療養［　先進医療　・　治験　・［　　］］の対象患者　・　患者申出療養の対象患者　］

□・［　臓器移植患者　・　急性期以外の特定入院料の算定対象患者　・　その他厚生労働大臣が定める者　］

□（２）実態としては包括評価の対象と考えられる患者について出来高で算定している。

□・

□・

□（３）妥当と考えられる診断群分類番号と異なる診断群分類番号で算定している次の不適切な例が認められたので改めること。

□①　「医療資源を最も投入した傷病名」（ＩＣＤ-10傷病名）の選択が医学的に妥当ではない。

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・

□②　「医療資源を最も投入した傷病名」（ＩＣＤ-10傷病名）が実際に医療資源を最も投入した傷病名とは異なる。

□ア　原疾患が判明しているにもかかわらず、相応の理由なく、入院時併存傷病名や入院後発症傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」（ＩＣＤ-10 傷病名）として選択している。

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□イ　「医療資源を最も投入した傷病名」（ＩＣＤ-10 傷病名）として、医療資源を２番目に投入した傷病名を選択している。

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□ウ　その他の例

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□・実際には「　　」であるところ「　　」を選択

□③　年齢、ＪＣＳ（Japan Coma Scale）、体重等が実際と異なる。

□・
□・

□④　手術を行ったものについて
□・
□・

□⑤　実際には行っていない（又は実際に行われたものと異なる）［　「手術・処置等１」　・　「手術・処置等２」　］を行ったものとして包括評価している。
□・
□・

□⑥　実際には［　「手術・処置等１」　・　「手術・処置等２」　］を行っているものについて、行っていないものとして包括評価している。
□・
□・

□⑦　実際には「副傷病なし」とすべきものを「副傷病あり」として分類している。
□・［　疑いの傷病名　・　診断の根拠なく付与した傷病名　］をもって、「副傷病あり」としている。
□・
□・

□⑧　実際には「副傷病あり（定義告示で定義された疾病）」とすべきものを「副傷病なし」として分類している。
□・

□⑨　「重症度等」が実際と異なる。
□・

□⑩

□（４）次の不適切に付与された傷病名の例が認められたので改めること。
□・診療録に記載のないＩＣＤ-10傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」として記載している。
□・主治医に確認することなく、事務部門（診療録管理部門）が「医療資源を最も投入した傷病名」を付与している。
□・病変の部位や性状が判明しているものについて、「部位不明・性状不詳又は不明・詳細不明」等のＩＣＤ-10傷病名を「医療資源を最も投入した傷病名」として記載している。
□・

□（５）その他
□・

□２　包括評価用診療報酬明細書

□包括評価用診療報酬明細書の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

□（１）「副傷病名」欄について

□・

□・

□（２）「転帰」の選択が不適切である。

□・誤って「その他」を選択している。

□・検査入院であるものについて、「その他」を選択すべきところ「不変」を選択している。

□・「死亡」を選択すべきところ「外死亡」を選択している。

□（３）「傷病情報」について、記載が不適切である。

□・ＤＰＣ支援システムについて、直接傷病名の入力が行える仕様となっているため、医療情報システムの傷病名欄と齟齬を生じている。ＤＰＣ支援システムへの傷病名の入力は、必ず医療情報システム本体の傷病名欄に記載している傷病名から選択すること。

□・［　「主傷病名」　・　「入院の契機となった傷病名」　・　「医療資源を２番目に投入した傷病名」　］の記載について

□・

□・

□・［　「入院時併存傷病名」　・　「入院後発症傷病名」　］について、４つを超えて記載している。

□・［　診療録　・　出来高の診療報酬明細書　］に記載した傷病名で、［　「入院時併存傷病名」　・　「入院後発症傷病名」　］に相当する傷病名があるにもかかわらず、欄の［　全て　・　一部　］が空欄となっている。

□・「入院時併存傷病名」と「入院後発症傷病名」について、正しい区分に記載していない。

□・

□（４）その他

□・「入退院情報」欄について、予定入院・緊急入院の選択が誤っている。

□・「診療関連情報」欄について

□・必要な情報である［　出生時体重　・　ＪＣＳ　・　「手術・処置」の［　区分　・　名称　・　実施日　・　　］］についての記載がない。

□・

□・同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合に作成した総括表に必要事項の記載がない。

□・

□３　包括評価に関わるその他の事項

□（１）医療機関別係数について、理解が誤っているので改めること。

□・［　　］が不適切である。

□（2）包括範囲について、理解が誤っている次の例が認められたので改めること。
□・包括期間中に処方した薬剤の残薬について、特に定められた場合ではないにもかかわらず残薬に相当する処方を中止せずに退院時処方として出来高で算定している。
□・手術に当たって使用した薬剤以外の薬剤を［　手術　・　麻酔　］の項で出来高で算定している。
□・術後疼痛に対して、術後に使用した薬剤を手術薬剤として出来高で算定している。
□・（　　）（症例番号　　）
□・（　　）（症例番号　　）
□・（　　）（症例番号　　）
□・術後疼痛に対する注射を実施するために使用した特定保険医療材料
□携帯型ディスポーザブル注入ポンプ［　標準型　・　ＰＣＡ型　］及び薬剤［　　・　　］を出来高で算定している。
□・［　術前　・　検査前　］に行った［　グリセリン浣腸　・　　］を出来高で算定している。
□・転院であるものについて、退院時処方を算定している。
□・

□（3）適切なコーディングに関する委員会について、
□次の不適切な事項が認められたので改めること。
□・コーディング委員会が、適切な診断を含めた診断群分類の決定を行う体制を確保することを目的として設置されていない。
□・委員会が、診療報酬の多寡に関する議論を行う場となっている。
□・［　診療部門に所属する医師　・　薬剤部門に所属する薬剤師　・　診療録管理部門又は請求事務部門に所属する診療記録管理者　］が構成員に含まれていない。
□・実症例を扱う際に、当該症例に携わった医師等の参加を求めていない。
□・年４回以上開催されていない。
□・

□（4）包括評価に係るその他の事項
□・ＤＰＣに関する事項の院内掲示がない。
□・同一の疾病に対する検査・治療を目的とする７日以内の再入院について、一連の入院とみなして取扱っていない。
□（例：　　）
□・同一の疾病に対する検査・治療を目的とする７日以内の再入院に当たり、入院中１回のみ算定が可能とされている加算等を、再度出来高で算定している。
□・（例：　　）
□・包括評価を行っている入院患者の他院受診時の取扱いが不適切である。
□・（例：　　）
□・特別な理由がないにもかかわらず、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとしてあらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用している。
□・やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用しているにもかかわらず、当該特別な理由について診療録への記載がない。
□・

□Ⅵ　その他特記事項

□・診療応需体制について、被保険者等が自己の選定する保険医療機関で療養の給付を受けることができるよう、開放性に留意した診療応需の体制を整えること。

□特別養護老人ホーム等における療養給付の取り扱いについて

□・特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については診療報酬を算定できないにもかかわらず、［　注射手技料・処置料・　　］を算定している。

□・

□・