**[1] 基本的事項**

記載もれ

1. 保険者番号・公費番号・受給者番号の記載(入力)もれがないか。

2.氏名・性別・生年月日の記載(入力)もれがないか。

3.傷病名・診療開始日・診療実日数の記載(入力)もれがないか。

生年月日

43歳未満の乳幼児,6歳未満の幼児については年齢加算の算定可否に注意する。また,

15歳未満か否かにも注意する。

傷病名

5.診様内容に適応する傷病名(疑い病名でも可)が記載されているか。

6. 傷病名が症状病名ではなく保険適用の病名か。

フ.主傷病と副傷病が区別されているか。

8.傷病名の入力ミス(淺字変換ミス等)がないか。

9.治瓶病名が残っていないか。

10.前月の疑い病名が残っていないか。

11.転婦が正しく記載されているか。特に2回以上初診料を算定している場合,病名の転帰が

正しく記載されているか。

12.コンピュータ入力と手害きの混在は極力避けたい。

診療開始日

13.診療開始日と初診料の関係は正しいか。

診療実日

14.診療実日数と診察料(初診・再診料)あるいは入院料は一致しているか。

内容(全般的事項)

15.算定は「1回につき」なのか.「1日につき」なのか『一連につき」なのかを確認する。

16.包括点数の包括項目を算定していないか。

17.併算定できない診療項目を算走していないか。

18.手技料と器材等がセットで算定されるケースで,その回数が一致するか。

19.加算点数のみの算定はないか(本体の手技料は算定されているか。

20.「1日につき」算定する診療項目の回数が診療実日数を上回っていないか。

21.迷滅規定を正しく算定しているか。

22.算定期間に制限のある診療項目の算定期間は正しいか。

23.草定回数に制限のある診療項目の算定回数は正しいか。

24.症状詳記とレセブトの内容が合致しているか。

25.摘要欄に算定日や理由など必要なコメントが記載されているか。

時間外休日・深夜加算

26.初診,再診,在宅医療,検查,画像診断,処置,手術,麻酔に関連するので確認する。

27.時間外休日・深夜の初診,再診の場合で診療内容に検査や画像診断等があった場合は

加算が発生する可能性があるので注意する。

28.時間外・休日・深夜に手術を行っている場合は,麻酔についても加算が発生するので要注意。

また,検査や画線診断についても時間外等に行われている可能性が高いので確認する。

29.入院であっても,初診,再診に引き続き検査や画像診断等が行われた場合は時間外等の加

算が発生するので注意する。

30.6歳末満の患者について,初診料・再診料・外来診療料の時間外加算等を算定した場合は

点数が高くなるので注意する(この場合,乳幼児加算は算定不可)。

初診料

31.初診料と診療開始日が合致しているか。

32.初診料を算定した傷病の治療後,同月に別の傷病で受診した場合は再度初診料が算定でき

る。この場合,転帰霧に「治療月日」の表示がないと,初診料が有診料へ滅点されることに

なるので注意する。

33.初診または再診と同一日の別傷病での他科受診(初診)については.2つ目の診療科に限り。

(再診料ではなく)146点が算定できる(「注」加算は算定できない)。

34.複数科を受診した場合で,初診料を算定した診療科では1月以内は特定疾思療養管理料を

算定できないが,再診料を算定した診療科においては要件を満たせば特定疾患療養管理料が

算定できるので,いずれが主病なのかを確認する。

35.一傷病の診療継続中に他の傷病の初診を行った場合は,初診料ではなく再酸料を算定する。

36.思者が任意に診療を中止して1月以上経に再受診した場合は,慢性疾患など明らかに

同一疾患であると推定される場合を除き,同一病名・同一病状であっても初診として扱う。

37.初診料とC000 往診料は併算定できるがC001-c001-2 在宅患者訪問診療料(I)

(I)とは併算定不可。

再診料/外来診療料

38.原則として,同一日に2以上の再診(一度帰宅後に再度受診したような場合。電話等再診

を含む)があっても。その都度,再診料又は外来診療料が算定できる。

39.ただし,同一医療機関の複数科において同時に再診を行った場合で,それが同一の疾限又

は関連する疾患による複数の再診の場合は,2科目以降の再診料又は外来診療料は算定でき

す,複数科の再診が別傷病による場合は,2科目に限り再診料又は外来診療料として38点

を算定する(3科目以降は算定できない)。

40.同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む)があった場合は。摘要欄への記戦が必要に

なる。

41.同日再診でも,算定要件さえ満たせば外来管理加算を再度算定することができる。

42.電話再診の質定もれはないか。電話再診でも乳幼児加算や時間外・休日・深夜加算,時間

外対応加算は算定できるが,外来管理加算,地域包括診療加算,認知症地域包括診療加算.

外来感染対策向上加算発熱患者等対応加算,連携強化加算,サーベイランス強化加算,抗

菌薬適正使用体制加算.医療情報取得加算,看護師等遠隔診療補助加算は算定できない。また

定期的な医学管理を前提とする場合も算定不可。

43.外来管理加算と併算定できない処置,検査等が行われていないか確認する。

44.外来診療料に包括される検査を行った場合,検体検査判断料および検体検査管理加算,採

血料は別に算定できる。

45.外来診療料に包括される処置を行った場合,薬剤料と特定保険医療材料料は別に算定可。

46.再診料・外来管理加算・外来診療料とC000往診料は併算定できるが,C001-c001-2

在宅患者訪問診療料(1)・(I)とは供算定不可。

入院料

47.入院の起算日と期間の計算が正しいか。外泊日の算定にも注意する。

48.前回入院とは別の傷病によって再入院した場合は,再入院日を入院起算日とするので注意

する。

49.前回入院と同一傷病であっても."急性増悪"によって再入院した場合は,再入院日を入院

起算日とする(コメントがあったほうがよい)。要注意。

50.午前0時から24時までまったく病室を使用していない日をもって外泊日とする (1泊2

日の外泊は診療報酬算定上では外泊とみなさない)。

51.転院日の入院料は両方の医療機関で算定できるので注意する(特別の関係にある医療機関

でも同じ)。

52.入院基本料等加算の算定要件を満たしているか,あるいはもれなく加算を算定しているか

を確認する。

53.入院基本料等加算には,患者要件(疾患・病態・年齢等)により算定できるものがあるので,

患者ごとに算定可否を確認する。

54.障害者施設等一般病棟に90日を超えて入院する患者については特定入院基本料を算定す

ることになるが.90日を経過する日の属する月において重症の状態にある患者等はその対

象外となるので,患者の病態を確認する。

55.入院患者が他医療機関を受診し.他医療機関でその診療費を保険請求した場合,入院医療

機関では,その入院料の種別と他医療機関での受診内客に応じて,入院料の基本点数から

40%〜5%を控除して算定する。したがって,他医療機関での受診内容を必ず確認する。

56.特定入院料などの包括入院料を算定する場合,包括される診療項目を算定していないか、

あるいは別に算定できる診療項目の算定もれはないか注意する。

57.特定入院料を算定できる2以上の治療室に入院した場合,特定入院料の算定限度日数は

他の特定入院料の算定日数を控除して計算するので、要注意。

医学管理等

58.対象病名や期間,回数などの算定条件と合致しているか。

59.他の医学管理料や在宅医療料などとの併算定の可否を確認する。

60.傷病名などから推察して,当然行われているはすの医学管理の算定がもれていないか。

61.特定薬剤治療管理料の薬剤名と初回算定年月が摘要欄に記載されているか。また初回月加

算や4月目以降の逓滅算定が正しく行われているか。

62.診療情報提供料は紹介先ごとにそれぞれ算定できる。

63.退院にあたっての療養指導等に対する診療報酬(B004退院時共同指導料1,B005退

院时共同指導料2. B005-1-2 介支援連携指料B0063退院ハビリテー

ション指導料,B007退院前訪局指薄料,B007-2退院後訪問指導料,B009診療情報提

供料の退院患者紹介加算,B011-6栄情報連携料,B014退院時薬削情報管理指導料。

B015精神科退院時共同指導料C100〜C121の在宅療養指導管理料)の算定もれに注

意する。

在宅医療

64.対象病名や期間,回数などの算定条件と合致しているか。

65.他の医学管理料や在宅医療料などとの併算定の可否を確認する。

66.薬剤や材料の使用が考えられる在宅医療で,それらの請求がもれていないか。

67.往診料と初診料・再診料・外来診療料はそれぞれ別に算定できる。

68.在宅患者訪問診療料と初診料・再診料・外来診療料・往診料との供算定はできないので,

要注意。

69.往診料の夜問深夜加算(I)・(I)と初診料・再診料・外来診療料の時間外加算等はそれ

ぞれ別に算定できるので注意する。

70.「同一建物居住者」とは,養護老人ホーム,特別養護老人ホーム,有料老人ホーム,サー

ビス付き高齢者向け住宅マンションなどの居住者が該当するが,それらの同一建物に居住

する患者1人のみに対して訪問診療や訪問リハビリ等を行った場合は,「同一建物居住者以

外の場合」の点数が算定できる。

フ1.【往診を実施した患者,@末期悪性睡瘍で訪問診療開始60日以内の患者,⑥死亡日から

遡って30日以内の患者一については,同一建物居住者訪問診療の患者数に教えないとさ

れている(①は往診料,②1は在宅患者訪問診療料(I)の「ィ 同一建物居住者以外の場合」

の点数を算定)。例えば,同一建物の2人の患者に訪問診療を行いうち1人が末期悪性

瘍患者の場合,その末期悪性腰瘍患者はカウントしないため,残りの1人のみに訪問診療を

行ったことになり,2人ともに「イ 同一建物居住者以外の場合」の点数の算定となる。

72.「同一建物」において「同一患家」のみの複数の患者に訪問診療を行った場合は,在宅患

者訪問診療料(1)の「イ同一建物居住者外の場合」の点数と,2人目以降の患者につ

いては初診料・再診料・外来診療料のいずれかを算定する。

73.退院後に在宅療養を始めて1年以内の患者については,C002 在宅時医学総合管理料,

C002-2施設入居時等医学総合管理料において,「在宅移行早期加算」を算定開始月から

月を限度に月1回算定できる。

74.在宅療養支援診療所・病院から紹介を受けた医療機関が,それまで実施していたものと異

なる在宅療養指導管理(関連性の高い組合せを除く)を行った場合は,その紹介月に限り,

それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる。

75. 退院時に在宅療養指導管理料(C100〜C121)を算定した場合,退院日の属する月に行っ

た在宅療養指導管理の費用は算定できないが,暦上の翌月ならば算定できる。要注意。

76.在宅療養指導管理料を2つ以上行っても併算定できない(上記「74」に示す在宅療養支援

診療所・病院からの紹介月の例外を除く。C100退院前在宅療養指導管理料は他の在宅療養

指導管理料と併算定可)が,算定できない指導管理に係る在宅療養指導管理材料加算(C150

~C175)ㆍ薬剤料・特定保険医療材料料は別に算定できるので,算定もれに要注意。

77.「在宅療養指導管理材料加算」(C150〜C175)のうちC151注入器加算とC153

注入器用注射針加算はそれらを処方した場合のみ算定できるが,そのほかの材料加算は、そ

の材料を医療機関が給付又は貸与し患者に使用させている場合は,新たに材料を給付しない

月であっても算定できる。

検查・病理診断

78.検査回数が正しくカウントされているか。

79.検査と傷病名が逸応しているか。適応外の検查を行っている場合,検査回数が多い場合は,

医師による症状詳記が必要となる。

80傷病名(当月発)に対して診断根拠となる検査や画像診断が実施されているか。

81.スクリーニング検查から始まり,目的に沿って段階的に検査が行われているか。

82.検査実施料のほかに検査判断料が算定できる検査(核体検査,呼吸循環機能検査等の一部,

脳波検査,神経・筋検査,ラジオアイントープ検査)について,判断料の章定もれに注意する。

83.時問外緊急院内検査加算の算定もれはないか。

84.外来迅速検体検査加算(検査実施日に結果を文書で提供し診療を行った場合に算定)の質

定もれに注意する(時間外緊急院内検査加算との併算定不可)。

85.外来受診し検査結果から引き続き入院となった場合においても,時間外緊急院内検査加算

と外来迅速検体検查加算は算定可。要注意。

86.算定回数が複数月に1回と規定されている検査の場合,レセプトに前回実施日を記載しな

ければならない。実施日の問隔は規定を満たしているか。

87.検体を穿刺・採取した場合,診断穿刺・検体採取料の算定もれはないか。血液検査をして

いる場合の採血料の算定もれ,あるいは静脈血が動脈血かに注意する。

88.生化学的検査における多項目包括の項目数の数え方は正しいか。同一日に血液以外の検体

(尿,穿刺液・探取液)でも生化学的検査の検査項目を測定した場合は,それらも合算して

包括点数を算定し,判断料は生化学的検査で算定する。

89.D009睡導マーカーを複数回実施した場合,それぞれ別の悪性瘍の疑いで別項目を実施

したのであれば,それぞれ算定できるので注意する。

90.生体查料の新生児・乳幼児加,同一月2回目以降の100分の90による淇算定に

おける「所定点数」は,各区分の「注」加算を合算した点数なので要注意。

91.手術や処置と同時に行った内視鏡検査は別に算定できないので注意する。

西條診断

92.X線撮影・診断の回数が正しくカウントされているか。

93.時間外緊急院内画像診断加算の算定もれはないか。

94.造影剤使用撮影を行った場合は,造影剤注入手技料の算定もれに注意する。

95.他の医療機関で撮影したフィルム等を診断した場合の写真診断料の算定もれはないか。

96.画像を電子化して管理・保存した場合に算定できる電子画像管理加算は。エックス家撮影

だけでなく、ポジトロン断層撮影やCT撮影,MRI撮影においても算定できるが,その算定

もれはないか。

97.第3節「通則2」のE200(CT撮影)及びE202 (MR|撮影)の同一月2回目以降の

100分の80選減における「所定点数」には,E200及びE202の『注」加算は含まれな

い「注」加算は100分の80に進減せずに算定できる)。

98.第3節「通則4」新生児・乳幼児・幼児加算の『所定点数」には,E200(CT撮影)及

びE202(MRI撮影)の「注3」造影剤使用加算が含まれる(『注3」以外の「注」加算は

含まれない)。

投薬

99.投与日数(回数),投与量は多くないか。通常量以上の使用をしている場合は,症状詳記

に理由を書くよう医師に依頼する。

100.特定疾患処方管理加算(診療所・許可病床数200 未満病院)の算定もれはないか。

101. 麻薬,向精神薬等の加算がもれていないか。

102.内服薬の多剤投与(逓減)に関して,種類数の数え方,臨時薬の扱いに誤りはないか。

103.抗悪性腫瘍剤処方管理加算の算定もれはないか(許可病床数200床以上の病院の入院外

の患者に限る)。

104.後発品のある先発医薬品について,その商品名ではなく一般名で処方箋を交付した場合に

おいて,後発品が存在するすべての医薬品が一般名処方されている場合は「一般名処方加算1」

が.1品目でも一般名処方があった場合は「一般名処方加算2」が算定できる。

注射

105.注射薬剤の用量,期間等は適切か。特に抗生物質には注意する。

106.抗生剤の長期投与,多剤投与,多量投与については症状詳記が必要。また,必要な検査等

が行われているかを確認する。

107.点滴注射の回数が正しくカウントされているか。手技料と診療実日数に整合性があるか。

108.麻薬等加算,乳幼児加算の算定もれはないか。

109.生物学的製剤注射加算の対象薬剤を確認し,算定もれに注意する。

110.精密持続点滴注射加算の対象薬剤を確認し,算定もれに注意する。

「リハビリテーション】

111.疾患別リハビリテーション(H000〜H003)については算定限度単位数が1日6単位

と決められているが,厚生労働大臣が定める患者(回復期リハビリテーション病棟入院料の

算定患者(リハビリ提供実績が一定水準以上で,かつその効果に係る実績が一定水準を下回

る場合を除く),発症後60 日以内の脳血管疾患等の患者等〕については1日9単位の算定

が可能。

112.疾患別リハビリテーションについて.その対象患者(入院患者に限る)に対して,発症・手術・

急性増悪治療開始日など(各リハビリテーション料ごとに違いあり)から30日に限り早

期リハビリテーション加算が算定できるがそれとは別に,リハビリテーション科の配置医

師がいる医療機関では発症・手術・急性増悪・治療開始日はこから14日に限り初期加算も

算定できる。

「处置

113.処置に使用した薬剤・材料の算定もれはないか。

114.簡単な処置(浣腸,注腸,吸入等)の費用は算定できないが.それに伴って使用された薬剤料,

特定保険医療材料料は別に算定できる。

115.対称器官の両側に処置を行った場合の算定に注意する(関節穿刺など特に規定しているも

の以外は,両側に行っても算定は1回)。

116.手術当日の手術に関連する処置は算定できない。

117.手術当日,手術翌日以降のドレナージの算定に注意する。

118.人工腎臓のさまざまな算定要件や各種加算― 一①時間外・休日加算,@導入期加算,6障

害者加算の算定に注意する。

119.酸素を使用した場合,酸素の費用が正しく算定されているか,補正率(1.3)が乗じられ

ているか確認する。

120.「通則」 と「注」の加算を複数算定する場合,正しい序列に従って算定されているか。序

列が間違っていると点数が異なってくるので要注意。

121.外来患者に対する所定点数150 点以上の処置及び 1000点以上の処置については,それ

ぞれ時間外緊急処置加算が算定できる。

手術

122.手術日が正しく記載されているか。

123.実際に行われた手術内容と手術名称(請求項目)が合致しているか。

124.実際に行われた手術部位が正しく記載され,正しく算定されているか。

125.手術の際に使用された医療材料が正しく算定されているか。①使用目的,@対象疾患名

③状態・症状 ーが適切か。

126.輸血用血液フィルターの算定要件(血液量,対象疾患)が合致しているか。

127.同一日に同一手術野に複数の手術を行った場合,手術料が正しく算定されているか。

128.同一手術野(原則は同一皮切により行い得る範囲)の解釈に注意する。特に手足の指に関

しては、1指ごと又は同一指内の骨・関節ごとに別の手術野とする手術と,5指全体を同一

手術野とする手術がある。

129.対称器官の両側に手術を行った場合の算定に注意する(先天性股関飾脱臼非観血的整復術

など特に規定しているもの以外は,片側ごとに所定点数を算定できる)。

130. 乳幼児加算・幼児加算の算定もれはないか。

131.時間外・休日・深夜加算の算定もれはないか。

132.手術時体重1500g未満の児は新生児に対する手術加算,乳幼児加算・児加算.

©時間外・休日・深夜の緊急手術加算― ーにおける「所定点数」とは手術料と「注」 加算の

合計であり,「通則」加算は含まないので注意する。

133.HIV抗体陽性患者に観血的手術を行った場合には 4000 点を加算,0MRSA 感染症患者,

@B型肝炎感染患者,3C 型肝炎感染患者,④結核患者に閉鎖循環式麻酔・硬膜外麻酔・

脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は1000点の加算が算定できる。

134.輸血量は正しく計算されているか。

135.輸血に際して.血液交叉試験等の加算の算定もれはないか。

136.「通則」と「注」の加算を複数算定する場合,正しい序列に従って算定されているか。

137.手術当日に手術に関連して行う処置(ギプスを除く)の費用と注射の手技料は,術前,術

後にかかわらず算定できない。また,診断穿刺・検体採取料,内視鏡手術時の内視鏡検査料(内

視鏡フィルム代を含む),手術に通常使用される保険医療材料(チューブ,縫合糸等),衛生

材料(ガーゼ,脱脂綿,絆創膏等),外皮用殺菌剤,患者の衣類,総量価格15円以下の薬

剤の費用も別に算定できない。

麻醉

138.麻酔時間が正しく計算されているか。

139. 閉鎖循環式全身麻酔の各種加算,併施麻酔が正しく算定されているか。

140.麻酔に使用された薬剤,材料の算定もれはないか。