

令和8年度

生活保護法 指定医療機関（医科） 一般指導（第二部）

診療報酬の請求上の留意事項について

東京都福祉局指導監査部

指導第一課 指定医療機関指導担当

診療録の記載

診療録は診療経過の記録であると同時に診療報酬請求の根拠である。

- 診療の都度、必要事項を記載する。
- 診療報酬点数の項目の算定要件として定められている事項が診療録に記載のない場合は診療報酬は請求できない。
- 電子カルテの場合、修正履歴が表示できるなど「真正性」が担保されているシステムを使用しなければならない。

診療情報システムの運用上の注意(1)

医療法施行規則第14条第2項

病院、診療所又は助産所の管理者は、医療の提供に著しい支障を及ぼすおそれがないように、**サイバーセキュリティを確保するために必要な措置**を講じなければならない。



各医療機関は、システムベンダー(機器事業者)と協力しつつ、**「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(以降「GL7.0」)」**に沿った形で、院内の情報システムを適切に管理運用することが必要

診療情報システムの運用上の注意(2)

■ 電子カルテ保守を委託する医療機関としての責務

- セキュリティアップデートに関する保守契約を事業者と締結
- GL7.0「保守委託機関編」に準拠した体制・運用を図る。
- 自院における診療情報システムに関する運用管理規程を作成し、ルールに沿った管理と運用を実施する。
- スタッフに対して定期的に情報リスク教育を実施する。
- 診療録等へのアクセス権限については職種により適切な設定、切り分けを行う。
- 災害、サイバー攻撃、システム障害等の非常時に対する対策や体制を確保する(バックアップデータの二重化、分散化、複数世代保存など)。

診療録等の保存期間

■ 指定医療機関（指定医療機関医療担当規程第9条）

- 診療録・・・完結の日から5年間保存
- 帳簿及び書類・・・完結の日から**5年間保存**

■ 保険医療機関（療担規則第9条）（医師法第24条第2項）

- 診療録・・・完結の日から5年間保存
- 帳簿及び書類・・・完結の日から**3年間保存**

指定医療機関の診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類（診療録を含む）は、保険医療機関と異なり**完結の日から5年間保存**

傷病名の記載

- 医学的に妥当適切な傷病名を医師自ら決定
 - 必要に応じて慢性・急性、部位、左・右の区別
 - 診療開始・終了年月日を記載
 - 傷病の転帰を記載し傷病名を随時整理
-
- ▷「疑い」病名は早期に確定病名または「中止」とする
 - ▷急性病名が長期間続くことは不適切である
 - ▷査定を防ぐための傷病名、いわゆる「レセプト(保険)病名」は使用しない。

傷病名の記載に係る指摘事項

■ 主な指摘事項

- 傷病名が診療報酬明細書と一致していない。(レセプト病名等)
- 傷病の診療開始年月日、終了年月日が記載されていない。

傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は、**摘要欄または症状詳記**で補う。



客観的事実(検査結果等)に基づき、当該診療行為が
必要な理由を具体的かつ簡潔に記載する。

初診料

- 医学的に初診といわれる診療行為があった場合に算定
- ある疾患の診療中に別の疾患が発生した場合であっても新たに初診料は算定できない。

初診料を算定できない

(例)

- 慢性胃炎で通院中、新たに大腸癌の診療を開始する場合

再診料

- 来院の目的が、別の初・再診に伴う「一連の行為」である場合には、別に再診料は算定できない。

再診料を算定できない

(例)

- 初・再診日と別の日に、指示された検査、画像診断等のみを受けるため来院した場合
 - 往診等の後に、薬剤のみを取りに来た場合
- 外来管理加算を算定する場合、患者からの聴取事項や診察の所見の要点を診療録に記載する。

医学管理料、在宅療養指導管理料 精神科専門療法

- 医学管理料、在宅療養指導管理料、精神科専門療法は、目に見えない「技術」に対する評価である。
- 項目ごとに、具体的な算定要件が定められている。
- 多くの場合、医学的管理や療養指導等を適切に行った上で、算定要件として定められた指導の内容の要点等の記載や書類の添付を診療録にすることが求められる。
- 医事部門のみの判断や、電子カルテ仕様での一律請求を行わず、医師自らが個別の判断で算定する。



算定要件を満たさずに算定していれば返還請求の対象となる。

特定疾患療養管理料

- 別に厚生労働大臣が定める疾患(悪性新生物、不整脈、喘息、胃炎、慢性ウイルス肝炎等)を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に算定
- 管理内容の要点を診療録に記載

令和8年度改定による変更点

胃潰瘍及び十二指腸潰瘍で、非ステロイド性抗炎症薬投与中の患者は、算定対象外。

■ 主な不適切な算定事例

- 療養上の管理内容の要点が診療録に記載されていない又は不十分。
- 主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない。

生活習慣病管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)

	点数		包括項目
生活習慣病管理料(Ⅰ)	脂質異常症を主病	610点	外来管理加算 医学管理等※
※令和8年度改定より 少なくとも6か月に1 回以上の血液検査等	高血圧症を主病	660点	検査、注射、病理診断
	糖尿病を主病	760点	※一部併算可の項目 あり(点数表告示参照)。
生活習慣病管理料(Ⅱ)	脂質異常症、高血圧症、 糖尿病を主病	333点	外来管理加算 医学管理等※ ※一部併算可の項目 あり(点数表告示参照)。

・生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う。

生活習慣病管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)

- ・療養計画書(別紙様式9、またはそれに準じた様式)を作成し、患者に説明を行い、同意を得た場合に算定
- ・交付した療養計画書の写しは診療録に添付。
- ・糖尿病の患者について、年1回程度の眼科受診指導、歯科受診推奨。
- ・初診料を算定した月は算定不可。
- ・糖尿病を主病とする患者に対して、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の併算定は可能。
- ・電子カルテ情報共有サービスを使用する場合は診療録へ記載要件あり。

令和8年度改定より
患者の署名不要

悪性腫瘍特異物質治療管理料

- 悪性腫瘍と確定診断がされた患者に対し、腫瘍マーカー検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定
- 月1回に限り算定可能
- 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。
- 主な不適切な算定事例

腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載していない。

特定薬剤治療管理料1

- 投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合に算定。
- 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。
- 算定は月1回に限り可能。
- 主な不適切な算定事例

薬剤の血中濃度、治療計画の要点が診療録に添付又は記載されていない。

診療情報提供料(Ⅰ)

- 診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定
 - ①事前に紹介先の機関と調整の上、指定された様式又はそれに準じた様式に記載して患者又は紹介先の機関に交付する。
 - ②交付した文書の写しを診療録に添付する。
- 紹介先・情報提供先ごとに患者一人につき月1回に限り算定

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

- 訪問診療を行うことについて、患者(その家族等)の署名付きの同意書を作成のうえ、診療録へ添付する。
- 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- 診療時間(開始時刻及び終了時刻)及び診療場所を診療録に記載する。診療時間には移動時間等は含めず、実際に診療した時間を記載する。

■ 診療録に記載する事項

- ① 訪問診療の計画及び診療内容の要点
- ② 診療時間及び診療場所

訪問看護指示料

- 在宅で療養し、疾病・負傷のため通院が困難な患者について、主治医が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、患者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合に月1回に限り算定
- 訪問看護指示書の有効期間は**6か月以内**。
- 交付した訪問看護指示書等の写しを**診療録**に添付する。

- ✓ 訪問看護指示書の有効期間、発行日に注意すること。
- ✓ 訪問看護指示書は作成時のままではなく、患者の病態変化に応じて定期的に見直しをすること。
- ✓ 特別訪問看護指示書を月2回交付する場合は、患者が対象要件に該当することを確認すること。

在宅療養指導管理料

在宅自己注射指導管理料、在宅酸素療法指導管理料
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 等

- 患者又は患者の看護に当たるものに対し、
 - 療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で医学管理を十分に行う。
 - 在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行う。
 - 必要かつ十分な衛生材料及び保険医療材料を支給する。

■ 診療録に記載する事項

- ① 当該在宅療養を指示した根拠
- ② 指示事項(方法、注意点、緊急時の措置を含む)
- ③ 指導の内容の要点

検査・画像診断

- 各種検査は、診療上必要と認められる場合に行うこと。
(療養担当規則第20条)
- 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
(療養担当規則第20条)
- 検査・画像診断は個々の患者の状況に応じ検査項目を選択し段階を踏んで必要最少限の回数で実施する。
- 検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載する。
(判断料・診断料)
- 個々で算定要件が定められている検査項目に注意する。
- 主な不適切な算定事例
 - 呼吸心拍監視(心電図モニター)について、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。
 - 超音波検査について、主な所見について診療録への記載がない。
 - 超音波検査で得られた画像について診療録への添付がない。

リハビリテーション

- リハビリテーションの実施にあたっては、実施計画書を、リハビリ開始後原則7日以内、遅くとも14日以内に作成する。
- リハビリテーション実施計画書の作成時およびその後3か月に1回以上(特段の定めのある場合を除く)、患者またはその家族等に内容を説明の上交付し、その写しを診療録に添付する。
- 実施にあたっては、機能訓練の内容の要点と実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録等へ記載する。

令和8年度改定による変更点

- ・実施計画書の説明について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・言語聴覚士が可能
(※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している患者については引き続き医師が説明)
- ・患者等の署名が不要

投薬・注射

- 原則として薬価基準に収載されている医薬品を、医薬品医療機器等法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)の範囲内で使用した場合に保険適用となる。
- 患者を診察することなく投薬、注射、処方箋の交付は認められない。(無診察投薬の禁止)
- 経口と注射の両方が選択可能な場合は、経口投与を第一選択とする。
- どのような薬剤でも、適宜効果判定(例えば抗生剤等→抗菌スペクトルの考慮、薬剤感受性検査の実施)を行い、漫然投与を行わない。

投与期間に上限が設けられている医薬品について

- 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**は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行う。
- そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、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、診療録に記載**する。

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（令和8年3月27日保医発0327第6号）

今後とも医療扶助の適正な運用にご協力いただきますようお願いいたします。

多くの指定医療機関では適正な医療が行われている中、一部における不適切な対応から、医療給付全体に対する信頼を著しく損ねてしまうことがあります。

必要な人に確実に医療給付を実施するという基本的考え方を維持しつつ、生活保護制度が都民の信頼に込えられるよう、皆さまの一層のご理解とご協力をいただきますよう、今後ともよろしくお願いします。