

診療点数早見表 2026 年度版

(2026 年 5 月 27 日第 1 版第 1 刷)

追補・正誤表

2026 年 8 月 3 日 医学通信社

1. 疑義解釈（事務連絡）

疑義解釈資料の送付について（その6）

(令 8.5.22)

別添 1 医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問 1 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「厚生労働省が認証する電子カルテ製品である」とあるが、どのような製品が当該要件を満たすか。

答 現在、厚生労働省において、同省が公表している標準仕様に基づいている電子カルテ製品の認証制度を検討中。厚生労働省医政局における議論がとりまとめ次第、追ってお示しする予定。

問 2 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有している」とあるが、「診療情報を共有又は閲覧できる」とは、当該保険医療機関が患者の情報を他の保険医療機関に共有する場合又は他の保険医療機関の患者の情報を閲覧する場合のいずれの場合も該当するという理解でよい。

答 そのとおり。

問 3 A000 電子的診療情報連携体制整備の施設基準において、「当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表している」とあるが、

① ウェブサイトの更新頻度の目安はあるか。

② 様式 1 の 6 において、当該ネットワークの登録患者数及び年間新規登録患者数について、いつ時点の数値を記載するのか。

答 ① 少なくとも年に 1 回以上更新することとし、1 年以上更新されていない場合には速やかな更新を行うこと。

② 登録患者数及び年間新規登録患者数はウェブサイトに公表されている数値を記載することとし、届出の 1 年以内での数値を記載すること。

問 4 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよい。

答 現時点では、令和 5 年 1 月 26 日から稼働した基本機能〔電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック〕に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

【看護師等遠隔診療補助加算、訪問看護遠隔診療補助料】

問 5 保険医療機関が表示する診療時間内に患者が当該保険医療機関を受診した際に、やむを得ない事情等により医師が不在であった場合であって、当該保険医療機関の保険医が当該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、C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料並びに A001 再診料の

「注 20」及び A002 外来診療料の「注 11」に規定する看護師等遠隔診療補助加算を算定できるか。

答 C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料は算定不可。看護師等遠隔診療補助加算は要件を満たした場合には算定可。

【特定薬剤治療環境特別加算】

問 6 特定薬剤治療環境特別加算において、「対象となる者は、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（以下「カルタヘナ法」という）に基づく管理が必要なものとして薬事承認を得ている薬剤を使用する目的で、個室に入院した者」とあるが、当該対象薬剤の投与を行う目的で個室に入院したものの、当該薬剤を投与できなかった場合に、特定薬剤治療環境特別加算の算定は可能か。

答 当該対象薬剤の投与を行う目的で個室に入室した投与予定日のみ算定可能。その際、投与中止に至った経緯・理由を摘要欄に記載する。

【精神科リエゾンチーム加算】

問 7 精神科リエゾンチーム加算は週 1 回に限り所定点数に加算することとされているが、「1 認知症又はせん妄の場合」と「2 それ以外の場合」のそれぞれを週 1 回算定できるのか、両者のうちいずれかを週 1 回算定できるのか。

答 「1」と「2」のいずれか一方を週 1 回に限り算定することができる。

【依存症入院医療管理加算】

問 8 A231-3 依存症入院医療管理加算について、算定留意事項通知にある「薬物依存症の入院患者」には、指定濫用防止医薬品（令和 8 年厚生労働省告示第 32 号により指定する医薬品）に対する物質依存の状態にある者を含むか。

答 含む。

【医療安全対策加算】

問 9 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準において「他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 1 に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する」、また「(3)において連携を行っている他の医療安全対策加算 1 及び 2 に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要時に医療安全対策に関する助言を行う体制を有する」とあるが、これらの評価及び助言は、医療安全管理者又は医療安全管理部門に配置されている職員が実施する必要があるか。

答 医療安全管理者等の医療安全管理部門に配置されている職員により実施されていること。なお、各部門の安全管理の担当等が同行して実施していても差支えない。

【地域医療体制確保加算等】

問 10 地域医療体制確保加算 2 の施設基準における「他の診療科の医師とは異なる特別な配慮」又は外科医療確保特別加算

の施設基準における「当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給」を行うにあたり、給与に係る諸規定の改正手続きに期間を要するため、手当支給ができない場合、給与に係る諸規定改正後に遡及して手当支給を行うこととして、当該加算を算定することは可能か。

答 算定可能。ただし、条例の改正が必要など、給与に係る諸規定の改正を直ちに行うことができないやむを得ない事情がある場合であって、当該改正の予定時期が年度内を予定している場合において、当該改正予定時期、遡及する手当の総額の概算及び支給の方法（一括・分割等）を届出の際に付記するとともに、当該内容を全ての医師に予め周知している場合に限る。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問 11 地域包括ケア病棟入院料「注14」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、常勤医師が修了していることとされている「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」は具体的にどのようなものか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本リハビリテーション医学会「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」
- ・日本リハビリテーション病院・施設協会「包括期病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組に係る医師研修会」

なお、地域包括ケア病棟入院料の「注14」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準に係る研修においては、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担い、生活の場への復帰について、より密に取り組み観点から、施設基準に定められた内容の他に、以下のような内容を含むことが望ましい。

- ・医療と介護の複合ニーズを有する患者の緊急入院に際し、早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に一体的に取り組む体制について
- ・維持期のリハビリテーションや、生活の場に復帰するための実践的なケアの方法について
- ・介護保険のリハビリテーションへの移行や、医療介護連携について（通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションとの連携や、これらのサービスを提供する施設に対する情報提供に関する内容を含む）

【地域包括ケア病棟入院料】

問 12 平成26年3月31日時点で10対1入院基本料等を算定していた病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている期間において、7対1看護配置の入院料並びに看護・多職種協働加算に係る届出を行っている場合の急性期病院B一般入院料及び急性期一般入院料4の届出を行うことはできないとされているが、現に地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院において、新たに地域包括ケア病棟入院料の届出を行わない場合においても、当該保険医療機関では新設された看護・多職種協働加算を届け出ることとはできないのか。

答 平成26年3月31日時点で10対1入院基本料等を算定していた病院であって、令和8年3月31日時点でA308-3地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院については、新たに別の病棟で地域包括ケア病棟入院料を届け出ない場合に限る、急性期病院B一般入院料又は急性期一般入院料4を算定する病棟において看護・多職種協働加算の届出が可能である。

【プログラム医療機器の選定療養における特別の料金の徴収に係る説明】

問 13 「主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用」における特別の料金の徴収についての患者への説明は、患者が使用するプログラム医療機器を用いて行っても差し支えないか。

答 差し支えない。

【退院前訪問指導料】

問 14 B007 退院前訪問指導料について、患者の訪問中に、当該患者又はその家族等に対して退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った時間とは別の時間に疾患別リハビリテーションを実施した場合、退院前訪問指導料とは別に疾患別リハビリテーション料を算定することは可能か。

答 算定可能。ただし、医療機関外で実施できる疾患別リハビリテーション料の算定上限単位数を超えないこと。

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問 15 「特掲診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」（令和8年保医発0305第8号）の第4の表1（p.1571 右段下）において、令和8年度診療報酬改定後の施設基準の変更に伴って、在宅時医学総合管理料の「注16」（施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する場合を含む）に規定する場合（即ち、「厚生労働大臣の定める基準」に該当しない場合）のみ届け出ることとされたが、その他の医療機関は改定後の施設基準に該当することを届け出る必要はないのか。

答 施設基準を改めて届け出る必要はないこととされたが、当該通知の別添1の第15の5の(3)（p.1414 右段7行目）に定められたとおり、令和8年8月には、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届け出る全ての医療機関が、「注16」の「厚生労働大臣が定める基準」に該当することを確認し、別添2の様式19により、地方厚生（支）局長に報告する必要がある。

なお、「注16」の「厚生労働大臣が定める基準」に該当しない場合には、令和8年6月から減算が適用されることから、基準への該当性については早期に確認する必要があることに留意すること。

【早期リハビリテーション加算】

問 16 令和8年度診療報酬改定において、早期リハビリテーション加算の起算日が入院日となったが、異なる疾患の発症又は急性増悪等を契機として疾患別リハビリテーションの起算日が切り替わった場合、早期リハビリテーション加算の起算日は変更されるか。

答 同一医療機関に入院を継続している場合は、疾患別リハビリテーションの起算日が切り替わった場合であっても早期リハビリテーション加算の起算日は当初の入院日から変更されない。疾患別リハビリテーションの起算日の切り替えの契機となった新たな疾患の発症等のために、入院中の患者が転院した場合又は退院していた患者が再入院した場合は、転院日又は再入院日を早期リハビリテーション加算の起算日とする。

問 17 問16で、同一医療機関に入院を継続している場合は、疾患別リハビリテーションの起算日が切り替わった場合であっても早期リハビリテーション加算の起算日は当初の入院日から変更されないこととされたが、外来で疾患別リハビリテーションを実施していた患者が急性増悪等により入院し、疾患別リハビリテーションの起算日が切り替わった場合は、早期リハビリテーション加算の算定は可能か。また、その場合の起算日は入院日と考えてよいのか。

答 外来で疾患別リハビリテーションを実施していた患者であっても、入院の契機となった疾患により疾患別リハビリ

テーション料の起算日が切り替わる場合、早期リハビリテーション加算の対象疾患の要件を満たせば、入院日を起算日として早期リハビリテーション加算を算定することができる。

【がん患者リハビリテーション料】

問 18 がん患者リハビリテーション料の施設基準に関して、「疑義解釈資料（その1）」（平成22年3月29日事務連絡）別添1の問134（p.1459 左段29行目「問4」）において、がん患者リハビリテーション料の専任の医師の要件である「リハビリテーションに関して十分な経験を有すること」の十分な経験の例として「リハビリテーション医学会等関係団体が主催するリハビリテーション医学に関する研修の受講歴」が挙げられており、具体的には日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」等の、ADL維持向上等体制加算における「適切なリハビリテーションに係る研修」が該当する研修とされていた。ADL維持向上等体制加算は令和6年度診療報酬改定で廃止されたが、当該加算に規定されていた研修の受講歴は、引き続きがん患者リハビリテーションの専任の医師の経験要件に該当する研修として有効か。また、令和6年度診療報酬改定で新設されたA233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の医師の要件である研修は、がん患者リハビリテーション料の医師の経験要件を満たすものと考えて良いか。

答 過去にADL維持向上等体制加算の要件に係る研修として認められていた研修の受講歴は、引き続きがん患者リハビリテーション料の医師の経験に係る要件として有効である。また、A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の医師の要件である研修は、過去のADL維持向上等体制加算の研修の内容を包含するものであるため、同様にがん患者リハビリテーション料の医師の経験要件を満たすと考えてよい。

【通院・在宅精神療法】

問 19 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」（令和8年保医発0305第8号）の第47の7の6の(2)（p.1465 下から22行目）に規定されている「精神科医療に関する行政機関の業務」とは、例示されている業務の他に具体的に何を指すのか。

答 精神保健医療に関する専門性に基づき、国又は地方公共団体から特に雇用、委託（再委託を含む）又は委嘱されて実施する業務であって、勤務する医療機関において一般の診療の一環として行われる業務以外のものをいう。

具体的には、精神障害者保健福祉手帳判定委員会の構成員、障害年金の審査を行う障害認定医（精神領域の担当に限る）、地方公共団体が行う講座等における精神保健医療に係る講演、地方公共団体から委嘱された精神科アウトリーチ業務、地方公共団体の教育委員会から嘱託され精神疾患に関して学校等に出向いて行う業務が挙げられる。

なお、勤務する医療機関において一般診療の一環として行う業務（例：主治医意見書の記入、公的機関に提出する診断書の記載、救急輪番）や、精神保健医療の専門性に基づかない業務（例：内科等の学校医、乳幼児検診・学校検診、介護認定審査会の委員）は、地方公共団体から依頼されたものであっても含まないことに留意すること。

【吸着式血液浄化法】

問 20 日本救急医学会急性期DIC診断基準が見直されたが、J041 吸着式血液浄化法について、見直し後の診断基準（JAAM-2 DIC 診断基準）で3点となった場合には、留意事項通知における「日本救急医学会急性期DIC診断基準が4点以上の場合又はこれに準ずる場合」に該当すると考えてよいか。

答 よい。

【移植用部分肝採取術（生体）】

問 21 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）の施

設基準において、「腹腔鏡下肝切除を術者として50例以上実施した経験を有する医師が配置されている」とあるが、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）は腹腔鏡下肝切除に含まれると考えてよいか。

答 よい。

【骨セメント】

問 22 特定保険医療材料の機能区分「079 骨セメント」の脊椎椎体形成用（椎体形成用材料セット一体型）における「関連学会の定める適正使用指針及びガイドライン」とは、具体的に何を指すのか。

答 現時点では、日本IVR学会、日本脊髄外科学会、日本脊椎脊髄病学会の「骨粗鬆症性椎体骨折に対する経皮的椎体形成術（PVP）の適正使用指針」を指す。

別添5 医科診療報酬点数表関係

■ p.1253 左段下から30行目、下線部訂正

問 14 地域医療体制確保加算2の施設基準について、（中略）

答 当該特定診療科の専門研修に係る（中略）以下のような、特定診療科の医師の育成に係るいづれかの取組を地域で連携して行っていること。（以下略）

疑義解釈資料の送付について（その7）

（令8.5.29）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問 1 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有している」とあるが、どの程度活用していればよいのか。

答 当該保険医療機関を受診するいずれかの患者について、少なくとも概ね2月に1回以上は診療情報の閲覧又は共有を行う。ただし、当該ネットワークに加入した月からその3月後まで（例えば、令和8年7月に加入した場合、令和8年7月から10月まで。なお、令和8年5月31日までに加入していた保険医療機関については令和8年6月1日から9月30日までとする）はこの限りでない。

問 2 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「当該ネットワークに参加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保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している」とあるが、当該保険医療機関の提示すべき保険医療機関の名称は代表的な保険医療機関のみでよいのか、全ての保険医療機関を提示する必要があるのか。

答 当該保険医療機関が診療情報を共有又は閲覧している実績のある全ての保険医療機関の名称を掲載すること。

なお、当該他の保険医療機関の名称は、概ね3月に1回、定期的に更新すること。ただし、問1のただし書に該当する場合には、他の保険医療機関との共有実績ができた段階で速やかに掲載することとして差し支えない。

問 3 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準に「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師が電子処方箋システムを利用できる体制が必要か。

答 原則として、当該保険医療機関において処方を行う医師全員が電子処方箋を発行できる。ただし、当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。なお、処方を行う医師であって、電子処方箋を発行できない者は引換番号付き紙処方箋を処方する。

【精神病棟看護・多職種協働加算】

問4 精神病棟入院基本料の「注7」、特定機能病院入院基本料の「注11」及び精神科急性期治療病棟入院料の「注4」に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準において「当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、1人以上である」とされているが、常勤換算で1名以上の配置が必要なのか。

答 様式9の勤務実績表に記載され、精神病棟看護・多職種協働加算の当該月の勤務実績がある職員（勤務時間数を問わない）として、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が1名以上いればよい。

【特定機能病院入院基本料】

問5 特定機能病院入院基本料について、特定機能病院A入院基本料の施設基準として「幅広い診療科を設置し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院である」とあり、特定機能病院B入院基本料の施設基準として「厚生労働大臣の定める中長期目標を設定し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院である」とあるが、それぞれどの特定機能病院があてはまるのか。

答 当該施設基準について、特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料に該当する特定機能病院は、それぞれ、「特定機能病院に関する事項について」（令和8年4月24日医政発0424第9号：厚生労働省医政局長通知）に規定する「特定機能病院A」、「特定機能病院B」及び「その他の特定機能病院」である。

該当する病院は、厚生労働省ウェブサイト「特定機能病院について」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>）の、「特定機能病院として承認を受けている医療機関一覧」に示されている。

【急性期総合体制加算】

問6 総合入院体制加算と急性期充実体制加算には共通する経過措置（例えば、令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、基本診療科施設基準通知の別添3第1の、1の(10)（[p.1174 左段下から6行目](#)）のうち急性期総合体制加算1から5に係る基準を令和8年9月30日までの間に限り満たしているものとみなすこととされている）が設定されているが、令和8年4月又は5月に総合入院体制加算と急性期充実体制加算との間で届出を変更した場合には、こうした共通の経過措置の適用を受けることはできるか。

答 令和8年3月31日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算を届け出ている病院が、その後、当該加算を辞退し、新たに総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行った場合に限り、急性期総合体制加算の届出に係る経過措置のうち、従前に届出変更前後のいずれの加算を届け出ている場合にも適用されるものについては、当該要件を満たすものとみなす。

例えば、令和8年3月に総合入院体制加算3を届け出ている医療機関が令和8年4月から急性期充実体制加算2に変更の届出を行った場合には、基本診療科施設基準通知の別添3第1の急性期総合体制加算に係る以下の経過措置を満たす。

- ・1の(1)及び(10)のうち、それぞれ急性期総合体制加算5に係る基準（令和8年9月30日までの間に限る）
- ・6の(3)及び(4)に係る基準（令和9年5月31日までの間に限る）
- ・7の(19)に係る基準

【医師事務作業補助体制加算】

問7 医師事務作業補助体制加算において、ICT機器を活用する場合の医師事務作業補助者の算入方法について、どのよう

に配置人数を考えればよいのか。

答 例えば、90床の一般病床を持つ医療機関において、15対1補助体制加算を届け出ている場合であって、ICT機器のうち、生成AIを活用した文書作成補助システムのみを組織的に導入している場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入可能であるため、5人の医師事務作業補助者を配置することで、90床に対して15対1補助体制加算として必要な6人の配置基準を満たすことができる。

【口腔管理連携加算】

問8 口腔管理連携加算の施設基準に「退院時にB009の「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上」とあるが、当該加算が包括されている入院料を算定する病棟のみで構成される医療機関では算定できないのか。

答 B009診療情報提供料（I）及びその加算である歯科医療機関連携加算1が包括される入院料の病棟においては、歯科医療機関に対する診療情報提供を行った実績件数を当該要件の件数に含めることができる。

【地域支援・医薬品供給対応体制加算及び地域支援・外来医薬品供給対応体制加算】

問9 A243地域支援・医薬品供給対応体制加算及びF100処方料の「注8」地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準に「原則として全ての品目について単品単価交渉とする」とあるが、どのように単品単価交渉を実施していることを判定するのか。

答 直近に地方厚生（支）局長等に提出した妥結率等に係る報告書において、「単品単価交渉を行っていない」に非該当であることをもって本要件を満たすものとして取り扱う。妥結率等に係る報告書を地方厚生（支）局長等に提出していない場合は、本要件を満たさないものとして取り扱う。ただし、開設から1年に満たない場合又は許可病床数が200床以上である病院でない場合で、妥結率等に係る報告書の提出を行っていない保険医療機関は、本要件を満たすものとみなす。

問10 問9に関し、令和7年度に提出した妥結率等に係る報告書において「単品単価交渉を行っていない」に該当するとしていた場合は、当該加算は算定不可となるか。

答 令和7年度に妥結率等に係る報告書を提出している保険医療機関は、「単品単価交渉を行っていない」に該当していたかどうかにかかわらず、令和8年度の妥結率等に係る報告書の提出期限である令和8年11月末日までの間に限り、当該加算の算定可否の判断にあたっては、「単品単価交渉を行っていない」に非該当であるものとみなし、算定不可とはならない。

【入退院支援加算1】

問11 入退院支援加算1の施設基準(6)のアで示している算定対象病床数に、A308-3地域包括ケア病棟入院料が追加されたが、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して介護支援等連携指導料が算定可能となるのは、令和8年度診療報酬改定が施行される令和8年6月以降になる。そのため、過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数に係る基準を満たすことが困難になるが、どのように考えればよいのか。

答 令和8年3月31日時点で、現に入退院支援加算1及び地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている医療機関においては、施設基準(6)のアで示す算定対象病床数について、令和9年3月31日までの間、従前のとおり、地域包括ケア病棟入院料を算定する病床を除いて算出することが可能。

【精神科急性期医師配置加算、精神科急性期治療病棟入院料】

問12 精神科急性期医師配置加算3及び精神科急性期治療病棟入院料の自宅等移行率において、「入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して4月以内に退院した場合も、3月以内に退院したもの」とみなして本

号を適用する」こととされたが、例示された3施設以外にどのような施設に退院した場合がこの取扱いの対象となるのか。

答 介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護若しくは認知症対応型共同生活介護、障害者総合支援法に基づく共同生活援助、宿泊型自立訓練若しくは障害者支援施設（入所する場合に限る）又は地域生活支援事業における福祉ホームに退院した場合が対象となる。

問 13 精神科急性期医師配置加算1から3まで及び精神科急性期治療病棟入院料の自宅等へ移行したものの割合を算出するにあたっては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い（令和8年保医発0305第7号）」において「退院後に、医科点数表第1章第2部通則7（※訂正通知前なら「5」）の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない」とされている。

① 精神疾患を有する者が身体合併症を生じて入院し、身体合併症が治癒又は治癒に近い状態までになって退院した後、身体疾患が再発して再度同じ保険医療機関に入院した場合には、身体疾患が治癒した後再発して入院したため入院期間を通算せず、自宅等へ移行した者として計上できるか。

② 精神疾患が治癒しないものの、症状が改善して退院し、実際に一定期間自宅等で生活できた場合であっても、3月以内に再入院した場合は自宅等へ移行した者として計上することはできないのか。

答 ① 精神疾患と身体合併症の合併により入院し、身体合併症の治癒に伴い退院した後に、新たな身体合併症への罹患又は身体合併症の再発により再入院した場合については、通則7の(2)のイに従い、再入院した日が新たな入院日となるため、自宅等へ移行した者として計上して差し支えない。

② 精神症状が改善して退院後、2月以上自宅等における生活を継続できた場合には、通則7の(2)の規定により入院期間が通算される場合であっても、自宅等へ移行した者として計上することができる。

【地域医療体制確保加算】

問 14 地域医療体制確保加算2の施設基準において「特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮」とあるが、特定診療科に加え、地域医療体制確保加算2で掲げる4診療科以外の診療科についても、医師の給与体系について特別な配慮を実施していても差し支えないか。

答 各地域や病院における医師の確保の必要性等を踏まえ、地域医療体制確保加算2に掲げる4診療科以外の診療科を対象に、特定診療科を対象とした特別な配慮とは異なる配慮を行うことについては、特定診療科を対象とした特別な配慮の水準の方が特定診療科以外を対象とした配慮を上回る場合には、差し支えない。

なお、当該4診療科以外を対象に、4診療科を対象とするものと同等水準又はそれ以上の「特別な配慮」を行うことについては、4診療科以外を対象に「特別な配慮」を行う診療科の数が、当該医療機関における全診療科の概ね2割を超える場合には、特定診療科を対象とした特別な配慮が、地域医療体制確保加算2における「他の診療科の医師とは異なる特別な配慮」には該当しないものとする。

問 15 地域医療体制確保加算2又は処置・手術の休日・時間外・深夜加算1に関する施設基準において、チーム制を導入していることで要件を満たしている場合に、当該診療科に所属している緊急呼出し当番又は当直医は、当番中又は当直中に他科の診療を行うことは可能か。

答 例えば、当該診療科の当直医が他科の診療を行っている際に、当該診療科の患者に診療の必要が生じた場合に、もう1名の緊急呼出し当番が対応できる体制を確保するなど、当該診療科の休日、時間外又は深夜における診療に支障をきたさ

ない体制である場合は、他科の診療を行うことは可能。

問 16 地域医療体制確保加算2並びに処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準に「休日、時間外又は深夜において、2名以上（当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上）の緊急呼出し当番を担う医師を置いている」とあるが、緊急呼出し当番1名に代わり、当該診療科に所属する当直医1名を置くことで、当該施設基準を満たすことは可能か。

答 可能。ただし、当該当直医についても、地域医療体制確保加算2においては、基本診療料の施設基準通知の別添3第26の10の2(4)イ(ハ)（p.1251 右段下から22行目）に掲げる休息時間を、処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1にあつては特掲診療料の施設基準通知の別添1第56の2の7(2)ウ（p.1474 左段4行目）に掲げる休日又はエ（p.1474 左段8行目）に掲げる休息時間に係る規定をそれぞれ満たす必要がある。

【医療提供機能連携確保加算】

問 17 医療提供機能連携確保加算の施設基準(1)ア及びイについて、「特別な関係」にある他の保険医療機関に対して、医師を派遣した場合でも日数に計上してよいのか。

答 よい。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 18 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の(17)イに、「当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第9に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」とあるが、基本診療料の施設基準等の別表第9第1号に掲げる「高次脳機能障害」の範囲は、高次脳機能障害者支援法第2条に規定する「疾病の発症又は事故による受傷による脳の器質的病変に起因すると認められる記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、失語、失行、失認その他の認知機能の障害」と考えてよいのか。また、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い（令和8年保医発0305第7号）」第11の2の(4)等に掲げる回復期リハビリテーション病棟における重症の患者の割合に係る「高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第9第1号に規定する患者に限る）」についても同様か。

答 いずれもそのとおり。

【小児特定疾患カウンセリング料】

問 19 B001 特定疾患治療管理料の「4」小児特定疾患カウンセリング料について、初回のカウンセリングを行った日から起算して、4年を限度として算定することとされているが、「初回」とは、初診の日にかかわらず、小児特定疾患カウンセリング料の「イ」の(1)初回を算定した日と考えればよいのか。

答 そのとおり。

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問 20 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、算定留意事項通知において、「その他の慢性疾患等を有する患者」の要件の1つに、「脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病若しくは認知症の6疾病のうち2以上を有する患者」とある。一方で、「認知症を有する患者等」の要件については、「認知症以外の疾病（疑いを除く）を有するもの」とあるが、「認知症以外の疾病（疑いを除く）」とは、6疾病のうち、認知症を除いた疾病（脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病）に限るのか。

答 「認知症以外の疾病（疑いを除く）」とは、6疾病のうち、認知症を除いた疾病（脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病）に限らない。

【在宅医療充実体制加算】

問 21 在宅医療充実体制加算の施設基準における「訪問診療を

担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数の要件について、算出の対象とする期間はどのように考えればよいか。

答 届出前1か月とする。なお、届出の3か月前から前月までの直近3か月において、月ごとに算出した値の平均値を用いても良い。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問22 C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の留意事項通知(6)及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」(令和8年保医発Q305第8号)別添1の第16の7の1(2)(p.1424右段22行目)に、CPAP療法の1月あたりの1日(平均)使用時間の要件が定められているが、

- ① 計算の対象とする期間は、通院時にモニタリングしている直近30日と暦月のどちらを用いれば良いのか。
- ② CPAP療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に、遠隔モニタリングのみを行い当該指導管理料を算定していない月や、装用時間の規定により当該指導管理料を算定できなかった月は含まれるのか。

答 ① 暦月又は通院時に当該医療機関において通常確認している直近30日間のいずれを用いても良い。ただし、医療機関全体で同じ期間により計算するものとし、患者ごとに異なる期間を用いることがないようにすること。

② 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を行い在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した月及び遠隔モニタリングを行い後日の受診時に遠隔モニタリング加算を算定した月が含まれ、いずれも行わなかった月は含まれない。

【冷凍アブレーション用バルーンカテーテル】

問23 特定保険医療材料の機能区分「238 冷凍アブレーション用バルーンカテーテル」における「関連学会の定める適正使用指針」とは、具体的に何を指すのか。

答 現時点では、特定非営利活動法人日本食道学会の「医療機器「C2 CryoBalloonシステム」の適正使用指針」を指す。

【入院時食事療養等に係る特別食加算(嚥下調整食)】

問24 「疑義解釈資料(その2)」(令和8年4月1日事務連絡)別添1の間144(p.1078左段17行目「問8」)で示された特別食加算(嚥下調整食)の施設基準に係る「嚥下調整食に関する知識・技術を有する調理師等を養成することを目的とした5時間以上の研修」とは、具体的にどのようなものか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。
・公益社団法人調理技術技能センター「調理師のための嚥下調整食研修」
・一般社団法人日本病院調理師協会「嚥下調整食研修」

問25 特別食加算(嚥下調整食)の施設基準において「嚥下調整食に係る責任者は、嚥下調整食のテクスチャーや調理方法等に関する実習を伴う適切な研修(嚥下調整食に関する専門的な知識及び技術を有する管理栄養士が、研修内容に関与している場合に限る)を修了した当該保険医療機関の管理栄養士である」とあるが、問24の調理師等を対象とした研修を既に修了している管理栄養士は該当するか。

答 令和7年度までに修了している場合、当面の間は該当する。ただし、令和8年度以降、速やかに当該加算の責任者要件を満たす管理栄養士を対象とした研修を修了することが望ましい。

【選定療養】

問26 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給が選定療養の対象とされたところ、当該医薬品に係る特別の料金は患者から徴収するが、薬剤料以外の費用については算定可能か。

答 F000調剤料及びF500調剤技術基本料並びに調剤点数表の

第1節区分番号00に掲げる調剤基本料及び区分番号01に掲げる薬剤調剤料以外については、診療報酬点数表に基づき算定可能。

別添2 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・入院ベースアップ評価料・訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準において、「健康増進法第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ)」とあるが、具体的に何を指すか。

答 以下の事業を指す。

- ・健康保険法第150条第1項により保険者が行う健康診査
- ・船員保険法第111条第1項により全国健康保険協会が行う健康診査
- ・国民健康保険法第82条により保険者が行う健康診査
- ・国家公務員共済組合法第98条により国家公務員共済組合又は国家公務員共済組合連合会が行う健康診査
- ・地方公務員等共済組合法第112条により地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会が行う健康診査
- ・私立学校教職員共済法第26条により日本私立学校振興・共済事業団が行う健康診査
- ・学校保健安全法第5条により学校において実施される健康診断又は同法第11条により市町村の教育委員会が行う健康診断
- ・母子保健法第12条又は第13条により市町村が行う健康診査
- ・労働安全衛生法第66条により事業者が行う健康診断若しくは労働者が受ける健康診断又は同法第66条の2により労働者が自ら受ける健康診断
- ・高齢者の医療の確保に関する法律第20条又は第26条により保険者が行う特定健康診査及び第125条により後期高齢者医療広域連合が行う健康診査

問2 地方厚生(支)局の都道府県事務所へのベースアップ評価料の施設基準に係る届出に当たって、

- ① 法人本部等でまとめて届出書を作成した場合
- ② 届出内容を法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の医療機関等を通算して区分計算を行った場合において、法人本部等が一括して、各保険医療機関等の所在する地域を所管する地方厚生(支)局の都道府県事務所に届け出を行ってよいか。また、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の提出に当たっても、同様の取扱いとして差し支えないか。

答 いずれの場合も不可。各保険医療機関等より、所管の地方厚生(支)局に届け出ること。

問3 ベースアップ評価料により得られる収入を、保険医療機関等において令和8年4月以降に新しく設けた手当に充ててもよいか。

答 当該手当が一時的に支払われるものでなく、対象職員に対して、決まって毎月支払われる給与(基本給等の一部)であれば、差し支えない。

問4 ベースアップ評価料の算定期間と、賃金改善の実施期間が異なっても差し支えないか。例えば、ベースアップ評価料を令和8年6月から同年12月まで算定し、この期間にベースアップ評価料により得られた収入を、令和8年6月から令和9年3月までの賃金改善に充ててもよいか。

答 原則として不可。ベースアップ評価料の算定期間と賃金改善の実施期間は一致する必要がある。

ただし、令和8年4月から賃金改善を実施する場合にあっては、令和8年6月から令和9年5月までにベースアップ評価料により得られた収入を、令和8年4月から令和9年3月

までの賃金改善に充てることとして差し支えない。

問5 ベースアップ評価料を算定する保険医療機関等に勤務する職員が、他の保険医療機関等においても勤務している場合について、ベースアップ評価料における区分計算等についてはどのように考えればよいか。

答 それぞれの保険医療機関等において、当該職員の勤務実態に応じて、常勤換算等の方法により基本給等総額を按分した上で区分計算を行う。

なお、当該取扱いについては、他の保険医療機関等がベースアップ評価料を算定する保険医療機関等（※）であるかに関わらず、同一の取扱いとする。

ただし、法人本部等に所属する職員が、主として保険医療機関等における業務を行っている場合に限り、当該職員を対象職員として区分計算を行うこととし、この場合において、勤務実態に応じた按分は行わない。

また、賃金改善実績報告書については、それぞれの保険医療機関等において算定するベースアップ評価料による賃金改善分のみを計上する。

※介護報酬における介護職員等処遇改善加算を算定する施設・事業所、障害福祉サービス等報酬における福祉・介護職員等処遇改善加算を算定する障害福祉施設、施設型給付費等における処遇改善等加算を算定する施設・事業所を含む。

問6 ベースアップ評価料の対象職員について、「事務職員」とは具体的に何を指すか。

答 主として事務を担当している者〔医師事務作業補助者（医療クラーク）、診療情報管理士を含む〕を指す。

【看護職員処遇改善評価料】

問7 看護職員処遇改善評価料について、令和8年度診療報酬改定により、入院ベースアップ評価料と同様の様式により届出を行うこととされたが、看護職員処遇改善評価料の届出を新たに行う場合や、届出区分を変更する場合は、具体的にどのように届出を行えばよいか。

答 保険医療機関等の所在する地域を管轄する地方厚生（支）局の都道府県事務所ごとに設定されたメールアドレスに、エクセルファイルを提出することにより行う。ただし、自ら管理するメールアドレスを有している等の場合には、書面による提出でも差し支えない。なお、提出先のメールアドレスについては各地方厚生（支）局のホームページを参照すること。

疑義解釈資料の送付について（その8）

（令8.6.17）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問1 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」とあるが、医療関係職種及び介護関係職種等がICTを用いて記録された情報を共有できるサービスにより、チャットやメーリングリストを用いて診療情報を共有する場合は当該要件を満たすか。

答 当該要件を満たすには、診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準（[p.1402 右段下から8行目](#)）を満たすネットワークであって、診療情報を提供する保険医療機関が電子カルテ情報を共有し、参加している保険医療機関が随時閲覧できるものであることが必要となる。

したがって、単に医療関係職種等がチャット等により日々の報告や上記の一部の情報を共有するためのネットワークでは、当該要件は満たさない。

問2 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理

サービスに登録する体制を有している」という要件について、「疑義解釈資料（その7）」（令和8年5月29日事務連絡）別添1の問3（[本冊子p.3 右段](#)）に「当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい」とあるが、当該常勤医師が院外処方を行う場合には、常に電子処方箋を発行する必要があるのか。

答 「疑義解釈資料（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）の別添1の問1（[p.1095 左段下から31行目「問3」](#)）にあるとおり、院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていけばよい。

問3 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「アからウの全て又はエを満たす電子カルテを有している」「イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有している」という要件について、「疑義解釈資料（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）別添1の問2（[p.1095 左段下から23行目「問4」](#)）に「電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す」とあるが、電子処方箋システムの導入が完了し、電子署名のためのカードリーダーが必要な場合にはカードリーダーを購入済みの場合であって、電子処方箋の利用申請は行ったが、HPKIカードの取得待ちで電子処方箋の発行ができない状況でも要件を満たすか。

答 当面の間に限り、HPKIカードの取得待ちの場合であっても当該要件を満たす。ただし、HPKIカードを取得した日以降は、速やかに電子処方箋の運用開始日の登録を行ったうえ、実際に電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行う必要がある。

【身体的拘束最小化推進体制加算】

問4 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い（令和8年保医発0305第7号）」別添3の第21の5の(2)（[p.1231 右段19行目](#)）に規定する「身体的拘束最小化に関する講習」及び(5)に規定する「身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会」については、新たに届出を行う場合、当該届出を行う日から起算して1年以内に当該講習及び委員会が施設基準に規定する回数又は頻度に係る要件を満たすものとして開催されることが予定されている場合においては、要件を満たしているものと考えて良いか。

答 令和8年度中に届け出る場合に限り、届出時に講習及び委員会の開催予定日が分かる書類を添付することにより、届出から1年間は、当該要件を満たしているものとみなして良い。なお、講習又は委員会が予定どおり開催されず、施設基準に規定する回数又は頻度に係る要件を満たさなくなった場合には、直ちに届出を取り下げる必要がある。

【回復期リハビリテーション入院医療管理料】

問5 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関を中心とした半径12km以内に当該保険医療機関以外の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までを届け出していない」とあるが、回復期病床が著しく少ない二次医療圏であっても、半径12km以内に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている保険医療機関がある場合は、別の保険医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出することはできないのか。

答 回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ようとする保険医療機関が以下を全て満たす場合に限り、半径12km以内に当該保険医療機関以外の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までを届け出ている場合に準じて、当該入院医療管理料の届出を認める。

- ・半径10km以内に他に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟がない。
- ・届出時点において、当該医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出た場合であっても、二次医療圏内の回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院医療管理料を含む）を算定する病床数が人口10万対50床以下である。
- ・半径12km以内の回復期リハビリテーション病棟を有する他の医療機関が1以下であり、当該医療機関が合意している。
- ・二次医療圏や構想区域内で回復期リハビリテーション病棟の新設又は増床の計画が当面ないことを都道府県に確認したうえで、当該医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ることについて、都道府県が必要性に同意していることが分かる文書（都道府県が主催する会議の議事録等でも可）を地方厚生局（支）長へ提出している。
- ・二次医療圏又は構想区域内における適切な回復期リハビリテーション機能の提供と質の確保の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）又は運動器リハビリテーション料（I）を届け出たうえで、病棟のうち16床以上を一体的な区域として特定し、回復期リハビリテーション入院医療管理料として届け出る。

【心不全再入院予防継続管理料】

問6 B001-10 心不全再入院予防継続管理料の施設基準について、心不全再入院予防チームに薬剤師及び理学療法士が所属してもよい。所属した場合には、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了することが望ましいという理解でよい。

答 いずれもそのとおり。

問7 心不全再入院予防継続管理料1及び2の施設基準において『当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関等を対象とし、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、『心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義』についての研修会を年に1回以上実施する』とあるが、当該保険医療機関が所在する地域において、同管理料3を算定する医療機関がない場合、当該研修会を開催する必要はあるか。

答 研修を開催することは必要。当該管理料は地域連携による心不全管理を評価するものであり、当該保険医療機関が所在する二次医療圏の保険医療機関に参加や連携を呼び掛ける。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問8 C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2について、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから3月以内の患者については、『当該指導管理を実施する月の前月までの3月の間、すべての月で1月当たりの1日平均使用時間が1時間未満である場合には、当該指導管理料を算定しない』とする規定を適用しないこととされているが、長期入院や海外赴任等の理由により、3月以上自院での治療を中断した後に再受診し管理を再開した場合にも同様か。

答 単なる受診中断ではなく、海外赴任等のやむを得ない事情により、指導管理を中断する必要があること及び再開の見込み時期が予め分かっている場合には、当該患者に対する指導管理の再開時は、CPAP療法を開始してから3月以内の患者と同様に、指導管理料を算定しないとする規定は適用しない。この場合、指導管理を中断する必要があることが判明した時点で、当該やむを得ない事情について診療録に記載する。

【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】

問9 C002 在宅時医学総合管理料の「注16」（施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する場合を含む）に規定する基準は、直近3か月に在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上の場合、在

宅時医学総合管理料等の算定回数を要件の計算に使用することとなっているが、在宅時医学総合管理料等を新規に届け出る際はどのように取り扱えば良いか。

答 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を最初に届け出る際は、「注16」の基準に該当するものとして差し支えない。ただし、「届出に関する事項」の(3)に従い、届出後も当該基準の該当可否について毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行う。

【微生物核酸同定・定量検査】

問10 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に係る施設基準の届出については、「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正」（令和8年5月29日事務連絡）（本冊子p.16）において、令和8年5月31日時点で「旧算定方法」D023 微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）に係る届出を行っている保険医療機関を除き、届出が必要であることが明記されたが（本冊子p.18 左段16～20行目）、6月1日までに届出が受理されていない場合の取り扱い如何。

答 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準を満たす医療機関については、6月1日までに施設基準の届出が受理されていない場合であっても、令和8年6月診療分及び7月診療分は、「旧算定方法」により施設基準の届け出が不要であったウイルス・細菌核酸多項目同時検出（「イ」SARS-CoV-2 核酸検出を含むもの）を算定することができる。

なお、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（「ロ」SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）については、令和8年5月31日時点で「旧算定方法」D023 微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（「ロ」SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除き、6月1日までに届出が受理されていない場合は従前の取扱いどおり令和8年6月診療分以降、算定できない。

また、8月診療分以降もウイルス・細菌核酸多項目同時検出（「イ」SARS-CoV-2 核酸検出を含むもの）を算定するためには、8月3日（月）までに施設基準の届出を行う。

【発達及び知能検査】

問11 D283 発達及び知能検査について、留意事項通知において、『「1」の「操作が容易なもの」とは、津守式幼児精神発達検査、牛島幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、DAM グッドイナフ人物画知能検査、フロスティック視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス、JART、WAIS-Ⅲ成人知能検査（簡略版）、WAIS-Ⅳ成人知能検査（簡略版）及びBACSのことをいう』とあるが、WAIS-Ⅲ成人知能検査（簡略版）及びWAIS-Ⅳ成人知能検査（簡略版）とは、具体的にどのようなものを指すか。

答 WAIS-Ⅲ成人知能検査及びWAIS-Ⅳ成人知能検査で実施される下位検査のうち、少なくとも「類似」及び「記号探し」の2項目を含むものを指す。

【リハビリテーション通則】

問12 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項（通知）（令和8年保医発0305第6号）」第7部リハビリテーション「通則4」において、「リハビリテーション実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載する」とされているが、医師以外の職種が説明を行った場合はどのように記載すればよい。

答 医師以外の職種が説明を行った場合は、診療記録のうち診

療録以外の部分に記載して差し支えない。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

問 13 摂食嚥下機能回復体制加算の算定要件として、摂食嚥下支援計画書を作成し、「その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する」とされているが、説明を行うのはリハビリテーション実施計画書と同様、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でよいのか。

答 そのとおり。ただし、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料又は A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の算定患者について、リハビリテーション総合実施計画書の一部として当該計画書を作成した場合には、医師により説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

【心理支援加算】

問 14 「疑義解釈資料（その 1）」（令和 6 年 3 月 28 日事務連絡）別添 1 の問 201（p.705 左段下から 34 行目「問 11」）において、心的外傷による心理支援加算は「症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り算定可」とされている。令和 8 年度改定において、心理支援加算の対象が心的外傷だけでなく「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害を有する者」へ拡大されたが、いずれの疾患についても同様の取扱いが可能か。

答 いずれの疾患についても、外来治療を終了した後に、症状の再発により新たに治療を開始し、心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、再度の算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り心理支援加算の算定が可能である。なお、外来治療を終了するとは、治療を要さない状態となり当該症状に対する定時投薬や定期の通院を要さない状態となることを指し、他院への紹介や単なる通院の中断は含まないことに留意する。

【通院・在宅精神療法の注 13】

問 15 I002 通院・在宅精神療法の「注 13」については、「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正」（令和 8 年 5 月 29 日事務連絡）（本冊子 p.17 右段下から 21～17 行目）で減算の対象とならない医療機関の要件が拡大されたが、これらの医療機関についても、6 月 1 日までに届出が受理されていない場合は減算の対象となるのか。

答 通院・在宅精神療法の「注 13」に関する施設基準の(1)オ及びカに該当する医療機関については、「注 13」の施設基準の届出がなされていなくても、令和 8 年 6 月 1 日時点で(1)オ及びカに該当する入院料や加算の届出がある場合に限り、令和 8 年 6 月診療分及び 7 月診療分は減算の対象とはならず、100 分の 100 の点数で算定することができる。なお、8 月診療分以降も 100 分の 100 の点数で算定するためには、8 月 3 日（月）までに「注 13」の施設基準の届出を行う。

【認知療法・認知行動療法】

問 16 I003-2 認知療法・認知行動療法の施設基準について、

①認知療法・認知行動療法 1 に関する施設基準における、「専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師」とは、具体的にどのような医師か。「疑義解釈資料（その 8）」（平成 30 年 10 月 9 日事務連絡）別添 1 の問 8（p.1466 左段下から 4 行目「問 1」）や、「疑義解釈資料（その 2）」（令和 8 年 4 月 1 日事務連絡）別添 1 の問 79（p.1466 右段 19 行目「問 3」）に看護師や公認心理師の要件に該当するものとして示された研修を受けた医師しか認められないのか。

②認知療法・認知行動療法 2 の専任の常勤看護師及び認知療法・認知行動療法 3 の専任の常勤公認心理師の要件として「治療に係る面接に 60 回以上同席した経験がある」とあるが、

ここでいう「治療に係る面接」とは、医師の行う認知療法・認知行動療法に限られるのか。

答 ①認知療法・認知行動療法に関する研修の受講や、他の医師の認知療法・認知行動療法に係る面接への同席等により、当該療法に習熟していれば良く、特定の研修の受講経験を有する医師に限定されるものではない。

②「治療に係る面接」とは、認知療法・認知行動療法に限らず、医師による一般的な精神療法に係る面接を含む。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付（その 1）」（平成 28 年 3 月 31 日保険局医療課事務連絡）別添 1 の問 150 は廃止する（p.1466 右段 11 行目「問 2」、削除）。

【医療保護入院等診療料】

問 17 I014 医療保護入院等診療料 2 は、「1 を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して 6 月までの間は 3 月に 1 回に限り、6 月以降は 6 月に 1 回に限り算定する」とされているが、ここにおける「入院日」は精神保健福祉法第 29 条第 1 項、第 29 条の 2 第 1 項、第 33 条第 1 項又は第 33 条の 6 第 1 項に規定された入院の開始日と考えればよいのか。

答 精神保健福祉法第 29 条第 1 項、第 29 条の 2 第 1 項、第 33 条第 1 項又は第 33 条の 6 第 1 項のいずれかに規定された入院の開始日のうち、最初の日を指す。ただし、他の入院形態から精神保健福祉法第 33 条第 1 項に規定する入院に切り替えが行われた場合、第 33 条第 1 項に規定する入院の開始日を指す。

【機能的定位脳手術】

問 18 K154 機能的定位脳手術の「1」でてんかんの場合の施設基準について、「関係学会の定める指針」とは具体的に何か。

答 現時点では、日本てんかん学会、日本脳神経外科学会、日本定位・機能神経外科学会、日本てんかん外科学会の「てんかんに対する機能的定位脳手術（破壊術）実施に関する指針」を指す。

【経皮的脳血栓回収術】

問 19 K178-4 経皮的脳血栓回収術について、算定留意事項通知にある「関係学会の定める診療に関する指針」とは具体的に何か。

答 現時点では、日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会の「経皮経管の脳血栓回収用機器 適正使用指針」及び「機械的脳血栓回収療法と頸動脈ステント留置術の併用に関するステートメント」を指す。

【血栓塞栓術】

問 20 K615 血栓塞栓術について、算定留意事項通知にある「関係学会の定める適正使用指針及び診療ガイドライン」とは具体的に何か。

答 現時点では、日本脳神経血管内治療学会、日本脳神経外科学会、日本 IVR 学会の「脳神経領域における液体塞栓物質 適正使用指針」、日本脳神経外科学会、日本脳神経外傷学会、日本脳神経血管内治療学会の「頭部外傷ガイドライン」及び「慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術（MMAE）の適正使用に関するステートメント」を指す。

【前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム】

問 21 特定保険医療材料の機能区分「217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム」における「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的に何を指すのか。

答 現時点では、日本泌尿器科学会、日本排尿機能学会、日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会の定める「経尿道的水蒸気治療に関する適正使用指針（第 2 版）」を指す。

別添 2 医科・歯科診療報酬点数表関係

【週及指定に係る初再診療等】

問 1 開設者変更や所在地移転等を理由に、保険医療機関の廃止を伴い新たに保険医療機関の指定を受ける場合における例

外的な指定日の遡及（いわゆる遡及指定）が認められた場合において、変更（移転）前の医療機関が診療していた患者を、変更（移転）後の医療機関が引き続き外来診療した場合、初診料と再診料（外来診療料）のいずれを算定するのか。

答 再診料（外来診療料）を算定する。また、その他の基本診療料及び特掲診療料についても、再診時の算定ルールに従い算定する。ただし、施設基準が定められているものは、変更（移転）前に施設基準が届出られていたものであって、変更（移転）後も届出がなされたものに限る。

【物価対応料】

問2 物価対応料について、「入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（A400「1」短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる」とあるが、短期滞在手術等基本料3における算定はどのように考えればよいか。

答 短期滞在手術等基本料3を算定する場合、物価対応料は、当該基本料を算定した日において、1回に限り算定する。

疑義解釈資料の送付について（その9）

（令8.6.26）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【特定感染症入院医療管理加算等】

問1 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算において、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症等について、「症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる菌保有は対象とならない」とあるが、クロストリジオイデス・ディフィシル感染症についても症状、所見、細菌の検出及び薬剤耐性の確認のすべてが必要か。

答 クロストリジオイデス・ディフィシル感染症については、医学的に薬剤耐性の確認を要さない場合に限り、薬剤耐性の確認以外の要件を満たせば、当該加算の対象としてよい。

【口腔管理連携加算】

問2 A233-3口腔管理連携加算の施設基準において、「歯科診療を行う別の保険医療機関と連携体制を構築」とあるが、自治体の口腔保健センター等が地域の歯科医療機関のコーディネーターとなり、医科の保険医療機関からの依頼を受けて適切な歯科医療機関へ紹介し、当該歯科医療機関が診療を行う体制は、この施設基準を満たすものとして認められるか。その場合、届出様式や当該保険医療機関内の掲示等における連携歯科医療機関名についてどのように取り扱えばよい。

答 自治体の口腔保健センター等が、地域の歯科医療機関と予め連携体制を構築して専門分野や診療体制を熟知し、医科の保険医療機関から紹介された全ての患者について、病状等に応じ迅速に適切な歯科診療が行えるよう調整を行う体制を有する場合は、医科の保険医療機関が当該口腔保健センター等と連携することをもって、連携体制の構築に係る施設基準を満たすものとみなす。この場合においても、届出様式や当該保険医療機関内の掲示等においては、実際に診療を担当する個別の歯科医療機関名を記載することとする。なお、当該口腔保健センター等の紹介により、届出様式等に記載していない歯科医療機関による診療が行われた場合は、当該歯科医療機関が口腔保健センター等の連携歯科医療機関一覧に掲載されているなど、口腔保健センター等の連携先であることが確認できる場合に限り、当該加算の算定が可能である。

【協力対象施設入所者入院加算及び介護保険施設等連携往診加算】

問3 A253 協力対象施設入所者入院加算及びC000 往診料の「注10」の介護保険施設等連携往診加算において、介護保険

施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年1回以上（ICTを活用していない場合は原則として年3回以上）の頻度でカンファレンスを実施していることとされたが、新たに協力医療機関となり、当該加算の届出を行う場合、カンファレンスは1年以内に1回以上（ICTを活用していない場合は年3回以上）予定されていればよい。また、届出の翌年以降も継続して算定する場合は、毎年度に1回以上（ICTを活用していない場合は原則として年3回以上）の頻度でカンファレンスを実施すればよい。

答 新たに協力医療機関となり、当該加算の届出を行う場合は、介護保険施設等とのカンファレンスの日程が具体的に決まっており、届出時に当該予定を記載することで、当該要件を満たすものとみなす。届出の翌年以降も継続して算定する場合においては、そのとおり。

【心不全再入院予防継続管理料】

問4 B001-10 心不全再入院予防継続管理料1及び2の施設基準について、『当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関等を対象とし、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会を年に1回以上実施する』とあるが、地域に心不全再入院予防継続管理料1及び2に係る届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、当該研修会を合同で開催することは可能か。

答 可能。ただし、当該研修会を合同で開催する保険医療機関は、心不全治療の地域連携に係る体制について、あらかじめ協議し、連携している必要がある。

問5 B001-10 心不全再入院予防継続管理料1について、検査の実施を主な目的とする入院の場合でも算定可能か。

答 算定不可。

【在宅医療充実体制加算】

問6 C000 往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準について、「ア」では「当該保険医療機関に配置されている在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上である」とされており、また「キ」では『がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会』又は「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等」を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当している』とされているが、在宅医療を担当する常勤の医師がすべて当該の研修会を修了している必要があるか。

答 在宅医療を担当する常勤の医師のうち、少なくとも1名が当該研修会を修了していれば、施設基準の「キ」を満たす。なお、在宅医療を担当する常勤の医師はすべて当該研修会を修了していることが望ましい。

【訪問診療薬剤師同時指導料】

問7 C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料は、在宅時医学総合管理料及び在宅患者訪問薬剤師管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、医師と薬剤師が同時に訪問し必要な対応を共同して行うことを評価するものとされている。在宅時医学総合管理料の施設基準を満たす保険医療機関において、今後在宅時医学総合管理料を算定する見込みの患者に対し、要件を満たす薬剤師とともに当該指導を行った場合であっても、初回の訪問診療時には在宅時医学総合管理料の算定開始前のため、当該指導料の算定はできないか。

答 初回の訪問診療時（在宅時医学総合管理料の算定開始前）には算定できない。なお、初回の訪問診療時に薬剤師と共同で指導を行うことは可能だが、訪問診療薬剤師同時指導料は、当該患者に対し、総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に

訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行って在宅時医学総合管理料の算定を開始した際に併せて算定すること。

【腎代替療法診療体制充実加算】

問8 JO38 人工腎臓の「注15」に規定する腎代替療法診療体制充実加算の施設基準について、「腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者（日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう）」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されている患者のうち、初回登録日から1年を経過した患者であって、当該登録について各年度3月31日までに登録更新の手続きが行われ、当該年度の4月1日時点において登録が継続しているものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

答 含まれない。なお、令和10年5月31日までの間に限り、「腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者（日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう）が前年に2人以上いる」の基準については該当するものとみなすことに留意されたい。

【外科医療確保特別加算】

問9 同一手術野又は同一病巣に係る手術において、2種類以上の手術を同時に行った場合に、外科医療確保特別加算の対象手術が従たる手術として所定点数の100分の50を算定する場合、当該対象手術に対する当該加算の点数はどのように考えればよいか。

答 外科医療確保特別加算の対象手術の所定点数の100分の50に相当する点数の、100分の15に相当する点数を加算することとなる。

【物価対応料】

問10 DPC対象病院において、DPC算定対象となる病棟等から地域包括ケア病棟入院料1から4までに係る届出を行っている病棟（以下「地域包括ケア病棟」という）に転棟した場合、入院日Ⅱまでの期間は、引き続きDPCにより算定する取扱いとされているが、この場合において、当該患者が地域包括ケア病棟に入院している間の物価対応料の算定について、どのように考えればよいか。

答 地域包括ケア病棟への転棟後については、DPCにより算定する期間においても、地域包括ケア病棟入院料1から4までの区分に応じて物価対応料を算定する。なお、地域包括ケア入院医療管理料についても、同様の取扱いとする。

別添2 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【入院基本料等の減算】

問1 入院料等の通則第11号（中略）に規定する入院基本料等の減算については、減算の免除を受けるために、様式98を用いて施設基準の届出を行う必要があるが、令和8年6月1日までに届出が間に合わなかった場合の取扱い如何。

答 届出が間に合わなかった場合の取扱いは以下の通り。

ア 令和8年3月31日時点において入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関又は令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている有床診療所である保険医療機関の場合（なお、ここでの「3月31日時点で届け出ている」とは、令和8年3月2日までに施設基準の届出が受理され、令和8年3月31日時点で当該評価料を算定していることを意味する）：令和8年6月診療分及び7月診療分に限り、当該施設基準の届出があったものとみなし、入院基本料等の減算の対象とはならない。

ただし、この場合であっても、令和8年8月3日（月）までに様式98による届出を行わない場合、令和8年8月診療分から入院基本料等の減算の対象となるため、留意されたい。

イ アに該当せず、基本診療料の施設基準通知別添2の第1の9（p.1106 右段下から13行目）の(2)の①及び③に規定する一定水準以上のペア等を行った保険医療機関（③については有床診療所に限る）又は令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関の場合：令和8年6月診療分及び7月診療分に係る当該施設基準の届出を、令和8年7月3日（金）までに行った場合には、令和8年6月以降の診療分について、入院基本料等の減算の対象とはならない。

別添4 医科・歯科診療報酬点数表関係

【初・再診料】

問1 健診等を実施した日と同一日の別の受診において、健診等に関する疾病に対して保険診療を行う場合には、再診料又は外来診療料を算定することができるとされているが、当該「同一日の別の受診」とはどのような場合が該当するのか。

答 例えば、健診等にかかる診療等及び会計が終了した後（公費の健診等で自己負担がなく会計を要しない場合には、受付等で健診等に係る終了手続を終えた後）、同一日中に、患者の状態の変化等の客観的な必要性により新たな受診が必要となり改めて患者が受診する場合が該当する。客観的な必要性がなく、単に診療時間を形式的に区切ったり、予め再度の受診を指示したりする場合には、別の受診として取り扱わない。

疑義解釈資料の送付について（その10）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等】

問1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2 以上とする）を保有している入院患者の割合」について、当該加算の届出以降は毎月要件を満たさなければならないのか。

答 届出月及び施設基準等の適合性を確認し、その結果について報告する月（8月）（以下「報告月」という）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、再び届出することは可能である。

【診療情報提供料（Ⅰ）】

問2 診療情報提供料（Ⅰ）について、『「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正』（令和8年保医発0327第2号）により、診療報酬明細書の摘要欄に保険医療機関を含む全ての情報提供先を記載することとされたが、医事会計システムの当該改定への対応がなされていない等の理由により、情報提供先の記載がない場合の取扱い如何。

答 情報提供先については摘要欄への記載が望ましいが、記載が無い場合も算定要件を満たしていれば診療情報提供料（Ⅰ）の算定は可能。なお、算定にあたっては、紹介先の医療機関等が特定されている必要があること、交付した文書の写しを診療録に添付することなど、診療情報提供料（Ⅰ）の算定要件に留意する。

【在宅時医学総合管理料】

問3 C002 在宅時医学総合管理料の「注16」（施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する場合を含む）について、毎年2月、5月、8月及び11月に当該基準の該当可否を確認することとなっているが、2月、5月、8月及び11月に当該基準に該当しない（「注16」が適用される）として届け出た医療機関が、その後、2月、5月、8月及び

11月以外の月に当該基準に該当するようになった場合、その時点で基準に該当しない旨の届出を取り下げ、その翌月からは「注16」を適用せずに算定することは可能か。

答 可能。

【医療保護入院等診療料】

問4 I014 医療保護入院等診療料の「注2」において、「2」については、1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する」とあるが、医療保護入院等で入院し、医療保護入院等診療料1を算定した患者が任意入院に切り替えて入院を継続した場合、任意入院への切り替え後に多職種で退院支援を行った場合についても、医療保護入院等診療料2は算定可能か。

答 算定できない。当該診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院での入院中に、医療保護入院等診療料1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に算定する。

【体外照射】

問5 「疑義解釈資料（その5）」（令和8年5月8日事務連絡）の別添1の問19（p.1798 右段 17行目）に該当する患者について、前立腺癌に対し、症状の緩和を目的として、強度変調放射線治療（IMRT）を実施した場合には、どのように算定すればよいか。

答 M001「3」の「ロ」を算定する。

問6 「疑義解釈資料（その5）」（同上）の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療（IMRT）を実施していたが、がんによる症状の緩和を目的とした治療に切り替えて、引き続き強度変調放射線治療（IMRT）を実施する場合、症状の緩和を目的とした治療に切り替えた後は、どのように算定すればよいか。

答 引き続き一連としてM001「3」の「イ」を算定する。なお、実施した照射の回数が、治療開始時に作成した放射線治療計画における照射回数よりも少なくなった場合には、算定告示「注7」の「治療を取りやめた等の場合」として所定点数を算定する。

問7 「疑義解釈資料（その5）」（同上）の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療（IMRT）を実施していたが、がんによる症状の緩和を目的とした治療に切り替えて、高エネルギー放射線治療を実施する場合、症状の緩和を目的とした治療に切り替えた後は、どのように算定すればよいか。

答 引き続き一連としてM001「3」の「イ」を算定する。なお、当初の予定照射回数よりも少なくなった場合には、算定告示「注7」の「治療を取りやめた等の場合」として所定点数を算定する。

問8 「疑義解釈資料（その5）」（同上）の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療（IMRT）を実施していたが、骨転移が判明し、前立腺癌への強度変調放射線治療（IMRT）と合わせて、転移性骨腫瘍に対し、症状の緩和を目的として強度変調放射線治療（IMRT）を実施する場合、M001「3」の「イ」に加えてM001「3」の「ロ」を算定できるか。

答 算定不可。

問9 「疑義解釈資料（その5）」（同上）の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療（IMRT）を実施していたが、骨転移が判明し、前立腺癌への強度変調放射線治療（IMRT）と合わせて、転移性骨腫瘍に対し、症状の緩和を目的として、高エネルギー放射線治療を実施する場合、M001「3」の「イ」

に加えてM001「2」を算定できるか。

答 同時に実施する場合は算定不可。同一日に2回目の照射として実施した場合には、M001「2」の「ロ」〔(2)及び(4)に限る〕を算定する。

別添5 掲示事項関係

【掲示事項】

問1 保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションにおいて、健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等の各規則、告示及び通知により、保険医療機関等内に掲示することと定められている事項について、電子的表示（デジタルサイネージ等）による掲示を行ってよいか。

答 差し支えない。ただし、電子的表示による掲示にあたっては、利用者が容易に視認し、その内容を適切に確認することができるようにすることとし、表示内容を一定時間ごとに切り替えて表示する方法を用いる場合であっても、数分以内に一巡して表示される等、利用者が当該内容を全て確認できる状態を確保する。

また、利用者から求めがあった場合に速やかに閲覧に供することができるよう、掲示内容を記載した紙媒体を保険医療機関等内に備え付け、当該掲示内容を紙媒体で閲覧できる旨を表示する。

なお、「医療法」等、健康保険法以外の法令に基づき掲示が求められている事項については、それぞれの法令の規定に従う。

疑義解釈資料の送付について（その11）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【初診料】

問1 コンタクトレンズの装用者について、通院中の保険医療機関において処方を受けたコンタクトレンズの処方期間が終了した後、患者が任意に診療を中止し、その後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には初診料を算定できるか。

答 「疑義解釈資料（その5）」（平成18年4月28日事務連絡）別添1の問23のとおり、コンタクトレンズの装用を継続している場合や、短期間装用を中止した場合であっても、屈折異常は継続しており、屈折異常に係る傷病の転帰を「中止」又は「治ゆ」とすることは適当ではない。

一方で、コンタクトレンズの処方期間が終了した後、患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後に再び受診した場合など、診療経過等から当該保険医療機関における屈折異常に係る診療が継続しているとは考えられない場合、初診料を算定することが可能。ただし、この場合において、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合は、直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載する。

【看護・多職種協働加算・精神病棟看護・多職種協働加算】

問2 施設基準通知の「第3 届出受理後の措置等」において、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度届出は必要ない旨規定されているが、A215看護・多職種協働加算並びに精神病棟入院基本料の「注7」、特定機能病院入院基本料の「注11」及び精神科急性期治療病棟入院料の「注4」に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準における「看護職員を含む多職種の数」についても、同様の取扱いでよいか。

答 よい。

【精神科慢性身体合併症管理加算】

問3 A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算の施設基準(4)において、「当該保険医療機関において、一般血液検査が常時行える体制を有していること」とあるが、以下の場合には当該基準を満たすか。

- ① 当該保険医療機関において検体を採取し、外部機関に検査を委託する体制を取っており、委託先から当該保険医療機関への検査結果の通知は、検査結果の判明時点が委託先の営業時間内であれば検体採取日、営業時間外であれば委託先の次の営業日に行われる場合。
- ② 当該保険医療機関において検体採取と検査を行う体制を取っており、診療時間内に採取した検体については同日中に検査結果が判明するが、診療時間外に採取した検体については同日中の検査を実施できず、翌診療日に検査を行い結果が判明する場合。

答 ①②ともに当該基準を満たす。

【医療安全対策地域連携加算】

問4 医療安全対策地域連携加算1の施設基準において、他の保険医療機関との連携については、「特定機能病院においては、医療法施行規則第9条の20の第2第1項第10号に規定する特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めない」とされているが、特定機能病院同士で医療安全に関する連携体制を構築し、相互に評価等を行う取組は、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」によるものに限らず、「当該連携」に含まれないのか。

答 「疑義解釈資料の送付」(令和8年7月27日厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室事務連絡)別添1の間16において、「医療法施行規則における特定機能病院等の従業者の相互立入については、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」に限らず、当該事業以外の特定機能病院同士の連携体制等についてもその一部になり得る」とされており、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」と同様に、特定機能病院同士で医療安全に関する連携体制を構築し、相互に評価等を行う取組についても、「当該連携」には含まれない。

【救急外来医学管理料】

問5 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1及び救急外来医学管理料の「注3」救急外来緊急検査対応加算1に関する施設基準において「保険医療機関内において、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、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務している。また、当該専任の医師を交代で担う複数の医師に、救急外来診療の経験を5年以上有する医師が2名以上含まれている」とあるが、

- ① 専任の医師は常時、5年以上の救急外来診療の経験を有する医師2名以上の配置が必要か。
- ② 専任の医師として5年以上の救急外来診療の経験を有する医師が2名以上いれば5年未満の医師が含まれていても可か。

答 ①不要、②可

当該「専任の医師」は、日や時間帯によって交代しても差し支えないが、常時少なくとも1名は、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務している必要がある。この場合、複数の医師が、それぞれの日や時間帯における「専任の医師」を担うことになるが、「専任の医師」を交代で担う複数の医師のうち、2名以上が救急外来診療の経験を5年以上有していればよく、2名以外の医師については、5年未満の医師が含まれていても差し支えない。

【療養・就労両立支援指導料】

問6 B001-9 療養・就労両立支援指導料について、留意事項

通知②において、「療養・就労両立支援指導料は、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する」とあり、また「ア 治療を担当する医師が、当該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る」とあるが、医療機関が当該文書を患者から受け取る前に、患者の同意を得て医療機関から事業者への問い合わせを行い、事業者がそれに文書で答えた場合、医療機関は「就業の継続に配慮が必要なものの求めを受け」及び「当該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る」の要件を満たすか。

答 満たさない。療養・就労両立支援指導料は、患者と当該患者を雇用する事業者が、医療機関の支援を必要とした場合に、医療機関に情報提供等の支援を求めることを端緒として行われる指導を評価するものである。したがって、事業者が医療機関の問い合わせに文書で答えたことをもって端緒とすることはできず、患者と事業者が自発的に共同して作成した勤務情報を記載した文書(当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む)を、医療機関が患者から受け取った時点が当該支援の端緒となる。

【投薬 通則6】

問7 「第5部 投薬」の「通則6」において、「入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、F000 調剤料、F100 処方料、F200 薬剤、F400 処方箋料及びF500 調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする」とあるが、退院間際に処方するいわゆる退院時処方を受けた患者については、「入院中の患者以外の患者」に該当するか。

答 留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされていることから、退院時処方を受けた患者については、当該「通則6」に規定する「入院中の患者以外の患者」には該当しない。

別添2 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 ベースアップ評価料等の施設基準において、対象職員数が0人となった場合等、ベースアップ評価料の施設基準を満たさなくなった場合の取扱い如何。

答 この場合、速やかに地方厚生(支)局長に届出の変更を行う必要があり、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の間15 (p.1543 左段下から28行目「問6」)は廃止する。

問2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分計算に係る「賃金改善算定基礎額」の算出に際し、40歳未満の非常勤の医師及び歯科医師(事業主及び役員を除く)であっても、実労働時間が当該保険医療機関における常勤の医師及び歯科医師の所定労働時間(32時間未満の場合は、32時間)以上である場合は、

「常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く）」に含めてよいか。

答 よい。

問3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）における法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関で、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行っていた場合、対象職員数やベースアップ評価料の算定回数等の変動に伴う届出区分の変更についてはどのように考えればよいか。

答 対象職員数については、通算の対象とされた全保険医療機関の対象職員数について、届け出た時点と比較して1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合に、通算の対象とされた全保険医療機関で通算して届出を行う様式及び当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数及び延べ入院患者数については、保険医療機関毎の合計算定回数等について、届け出た時点と比較して1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合に、保険医療機関毎に当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。

問4 継続的な賃上げの取組の実施に係る評価について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「注5」、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「注5」、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注5」及び「注6」、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注5」及び「注6」、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の「注3」並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注7」及び「注8」の施設基準において、「令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関」等とあるが、例えば、令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関が、令和8年4月1日以降に当該評価料の届出を辞退した後、改めて当該評価料の届出を行う場合であっても、当該要件を満たすものとして取り扱ってよいか。

答 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額が、当該対象職員を外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出を辞退した月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を下回っていない場合には、当該要件を満たすものとして取り扱って差し支えない。なお、令和8年度診療報酬改定以前に外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出を辞退した保険医療機関が、令和8年度診療報酬改定以後に改めて当該評価料の届出を行う場合、上記の要件における「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額」については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等〔外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5等、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価を除く〕による賃上げ分は含めない。

また、この場合における、中間報告書、実績報告書については、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて作成し、令和8年度診療報酬改定前に算定していた外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の辞退前の給与水準と比較して、令和8年の給与水準が、令和8年度診療報酬改定後の外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）によって引き上げられていること

を報告する必要がある。

問5 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注5」及び「注6」に関する施設基準において、「令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている保険医療機関」とあるが、令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届出を行っていた保険医療機関の取扱い如何。

答 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届け出ている保険医療機関については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注5」及び「注6」に関する施設基準を満たすものとして取り扱って差し支えない。

なお、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の「注5」及び「注6」を算定するためには、様式98を用いて施設基準の届出を行う必要があるため、留意されたい。

問6 令和8年8月に提出が求められているベースアップ評価料等に係る賃金改善実績報告書及び賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、具体的に何を提出すればよいか。

答 令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を提出する必要がある。

なお、令和7年度の実績報告書については令和8年度診療報酬改定前の様式を、令和8年度の中間報告書については令和8年度診療報酬改定後の様式を用いて報告する。

また、提出に当たっては、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を1通のメールに添付して提出して差し支えない。

問7 「疑義解釈資料（その5）」（令和8年5月8日事務連絡）別添2の問6（[p.1799 左段下から3行目](#)）において、令和8年度の賃金改善中間報告書については、令和8年4月及び5月分の賃上げ実績ではなく、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要があるとされているが、令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、何月時点の給与体系に基づいて、賃金の改善状況を比較した上で、実績を報告すればよいか。

答 施設基準通知において、賃金改善の実績については、「当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている保険医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること」とされている。

そのため、令和8年度の賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等は、「賃金改善前の令和8年3月時点の給与体系を、同年6月に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と、「令和8年6月時点の対象職員の基本給等総額」を比較すること。

なお、同年6月及び7月に勤務している職員に変動があった場合の取扱いについては、「疑義解釈資料（その3）」（令和8年4月20日事務連絡）別添2の問4（[p.1542 右段下から31行目「問15」](#)）及び問5（[p.1544 右段10行目「問23」](#)）において示しているところ。

問8 「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一

部訂正について」(令和8年7月30日事務連絡)」において、令和8年度の賃金改善中間報告書に係る様式が訂正されたが、訂正前の様式により報告を行うことは可能か。

答 可能。この場合、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、訂正前の様式のうち、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」を、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて取り扱う。

【継続的な賃上げの取組の実施に係る基準】

問9 医科点数表第1章第2部通則第11号に規定する継続的な賃上げの取組の実施に係る基準について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」(令和8年保医発0305第7号)(以下「基本診療料施設基準通知」という)の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」(p.1106右段下から13行目)に、令和8年4月1日以降に新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始した保険医療機関においては、「新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等」が一定水準であること等の要件が定められて

いるところ、算定開始月時点では、基本診療料施設基準通知の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のペア等を実施していなかったものの、その後、当該水準以上のペア等を実施した場合、入院基本料等の減算の免除の対象となるのか。

答 基本診療料施設基準通知の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のペア等を実施した場合には、様式98を用いて施設基準の届出を行った日の属する月の翌月から、入院基本料等の減算は免除される。

また、入院基本料等の減算の免除については、令和8年度に届出を行う場合と令和9年度に届出を行う場合とで、求められるペア等の水準が異なるため、併せて留意されたい。

問10 ベースアップ評価料について、令和8年3月時点で外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出のみ行っており、令和8年6月以降に入院ベースアップ評価料の届出を行わない保険医療機関(病院に限る)は、医科点数表第1章第2部入院料等の通則第11号及び歯科点数表第1章第2部入院料等の通則第9号に規定する入院基本料等の減算の対象となるのか。

答 減算の対象となる。

2. 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正

(2026年5月29日、6月30日)

保医発0529第2号(5月29日)

■ p.342 左段1行目の次に挿入

→プログラム医療機器等指導管理料

(1) プログラム医療機器等(中略)

ア～ウ(略)

エ 小児注意欠如多動症治療補助アプリを用いる場合は、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した医師が1名以上配置されており、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の発達障害の患者数が5名以上である保険医療機関において、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した医師が、B001「4」小児特定疾患カウンセリング料の「イ」又はI002通院・在宅精神療法の「1」の「ロ」、「1」の「ハ」、「2」の「ロ」若しくは「2」の「ハ」を算定し、かつ特定保険医療材料242の小児注意欠如多動症治療補助アプリを算定する場合、月1回に限り本区分の点数を準用して算定する。なお、本区分の「注3」に関する施設基準(情報通信機器を用いた診療の届出)に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、オンライン指針に沿って診療を行い、小児注意欠如多動症治療補助アプリを算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、月1回に限り、前段により本区分の点数を準用して算定する点数に代えて、本区分の「注3」に規定する点数を準用して算定する。また、小児注意欠如多動症治療補助アプリに係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、本区分の「注2」に規定する導入期加算の点数を準用して更に所定点数に加算する。なお、本区分の点数を準用する場合について、プログラム医療機器等指導管理料の届出は不要である。

また、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修の修了証の写しについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、こ

の限りではない。

オ 不眠障害の認知行動療法又は本品の適正使用に係る適切な研修を修了した医師が、不眠障害に係る総合的な指導及び治療管理を実施し、かつ、特定保険医療材料243の不眠障害治療支援アプリを算定する場合、月1回に限り本区分の点数を準用して算定する。なお、本区分の「注3」に関する施設基準(情報通信機器を用いた診療の届出)に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、オンライン指針に沿って診療を行い、不眠障害治療支援アプリを算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、月1回に限り、前段により本区分の点数を準用して算定する点数に代えて、本区分の「注3」に規定する点数を準用して算定する。また、不眠障害治療支援アプリに係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、本区分の「注2」に規定する導入期加算の点数を準用して更に所定点数に加算する。なお、本区分の点数を準用する算定について、プログラム医療機器等指導管理料の届出は不要である。

また、不眠障害の認知行動療法又は本品の適正使用に係る適切な研修の修了証の写しについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

(令8保医発0305・6、0529・2)

■ p.481 左段8行目、下線部訂正

→悪性腫瘍組織検査

(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものは、(中略)

エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査、IDH1遺伝子変異検査
(令8保医発0305・6、0529・2)

■ p.535 右段下から23行目の次に挿入

→BKウイルス核酸定量

BKウイルス核酸定量は、血漿又は尿を検体として、臓器移植又は造血細胞移植を行った患者のうち以下のアからエまでのいずれかに該当する患者に対して実施した場合に、本区分の「17」の

所定点数を準用して算定する。ただし、診療報酬の請求に当たっては、実施する患者について以下のアからエまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ア 尿中ウイルス感染細胞の検出又は腎機能の低下等によりBKV腎症を疑う患者
イ 血尿等の所見により出血性膀胱炎を疑う患者
ウ BKV感染症と診断され治療を開始されており、治療効果の確認が必要な患者
エ 拒絶反応又は移植片対宿主病（GVHD）に対する治療を実施し、BKV活性化の評価が必要な患者（令8保医発0529・2）

■ p.577 右段下から 26 行目の次に挿入

→内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）

- 〔6〕 本検査に併せて実施した COVID-19 の診断に係る解析の費用は、本区分の所定点数に含まれる。
（令8保医発0305・6、0529・2）

■ p.848 左段 15 行目の次に挿入

→ステントグラフト内挿術

- 〔4〕 難治性胸腹水、消化管静脈瘤を伴う門脈圧亢進症の患者に対して、特定保険医療材料 241 の「肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセット」を用いて、経頸静脈の肝内門脈大循環短絡術を行った場合は、本区分の「2」1 以外の場合の「ハ」腹部大動脈（その他のもの）の所定点数を準用して算定する。
（令8保医発0305・6、0529・2）

保医発 0630 第7号（6月30日）

■ p.488 右段下から 26 ～ 15 行目、下線部訂正・追加

→ Nudix hydrolase15（NUDT15）遺伝子多型

- 〔1〕 NUDT15 遺伝子多型は、（中略）

- 〔2〕 APOE 遺伝型は、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省が作成する最適使用推進ガイドラインで定められた投与対象となる患者及び投与施設において、当該医薬品の投与の可否、治療方針等を判断することを目的としてリアルタイム PCR 法により測定を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、本区分の所定点数を準用して算定する。
（令8保医発0305・6、0630・7）

■ p.939 左段 18 行目の次に挿入

→免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- 〔12〕 p16/Ki-67 タンパク二重免疫染色（免疫抗体法）病理診断標本作製は、以下のア及びイのいずれも満たす保険医療機関において、子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）が疑われる患者のうち、予め行われた細胞診でベセスダ分類上 LSIL（軽度扁平上皮内病変）と判定された患者に対して、コルポスコピー又は生検の要否を判断することを目的として実施した場合に限り、本区分の「8」p16 タンパクの所定点数と D023 微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV 核酸検出の所定点数を合算した点数を準用して算定する。

ア 婦人科又は産婦人科の経験を 5 年以上有している医師が配置されている。

イ 当該保険医療機関が婦人科又は産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されている。
（令8保医発0305・6、0630・7）

3. 厚生労働省の訂正事務連絡（2026年5月29日、6月19日、7月30日）

事務連絡（4月2日）

■ p.181 「A204-4」行における「A308-3 地域包括ケア病棟入院料 1～4」列のマス目、下線部訂正

○	○	<u>注3</u>	<u>注3</u>	○	○	<u>注3</u>	<u>注3</u>
---	---	-----------	-----------	---	---	-----------	-----------

■ p.1157 「36」、下線部訂正

36. A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症児の状態（15歳未満の小児患者に限る）

【項目の定義】（略）
【評価の単位】（略）
【留意点】超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の「 <u>注2</u> 」に規定する（後略）

事務連絡（5月29日）

■ p.51 左段 26 行目、下線部訂正

→電話等による再診

ア 当該保険医療機関（中略）

なお、（中略）その場合にはエの規定にかかわらず、（以下略）
（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ 次の箇所、「通則5」を「通則7」に訂正

該当箇所	項目名
p.75 左段下から 18 行目	入院初日又は入院した日
p.79 左段下から 16 行目	一般病棟入院基本料(3)
p.93 右段下から 17 行目	結核病棟入院基本料(5)
p.96 右段 12 行目	精神病棟入院基本料(3)
p.99 右段下から 24 行目	特定機能病院入院基本料(6)
p.101 右段 25 行目	専門病院入院基本料(3)

p.104 左段下から 12 行目	障害者施設等入院基本料(3)
p.108 右段 6 行目	有床診療所入院基本料(2)
p.109 右段下から 22 行目	有床診療所入院基本料(14)
p.155 右段 7 行目	感染対策向上加算(1)
p.157 右段下から 10 行目	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(2)
p.158 右段下から 15 行目	ハイリスク妊娠管理加算(2)
p.159 右段下から 8 行目	ハイリスク分娩等管理加算(4)
p.165 右段 28 行目	データ提出加算(2)
p.167 右段下から 22 行目	入退院支援加算(1)
p.171 左段下から 4 行目	精神科入院退院支援加算(1)
p.189 左段 24 行目	救命救急入院料(11)
p.203 左段下から 15 行目	地域包括医療病棟入院料(10)
p.238 左段下から 28 行目	特定一般病棟入院料(2)
p.316 右段 19 行目	手術後医学管理料(4)
p.317 左段下から 28 行目	肺血栓塞栓症予防管理料(2)

■ 次の箇所、「注9」を「注10」に訂正

該当箇所	項目名
p.96 左段下から 3 行目、右段 3 行目	精神病棟入院基本料(1)

■ 次の箇所、「通則7」を「通則12」に訂正

該当箇所	項目名
p.155 左段下から 7 行目	感染対策向上加算(1)
p.170 左段 17 行目	入退院支援加算(2)
p.174 左段 11 行目	医療的ケア児（者）入院前支援加算(4)

■ 次の箇所、略号追加・下線部訂正

該当箇所	項目名／略号
p.95、p.99、p.229	A103「注7」、A104「注11」、A311-2「注4」精神病棟看護・多職種協働加算／ <u>（精看多協）</u>
p.218	A308-3「注10」～「注13」／ <u>（包注10適）</u> ～ <u>（包注13適）</u>

p.245	A400「注3」入院手術対応加算／（短手入）
-------	------------------------

■ p.199 右段 22 行目，下線部訂正

→総合周産期特定集中治療室管理料

- (7) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、(2)の
アからキまでの（以下略）（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.284 左段下から 23～2 行目，下線部訂正

→糖尿病透析予防指導管理料

- (7) 当該管理料を算定する場合は、（中略）、状態の変化等について報告を行う。

(7)～(10)（略）（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.292 右段 19～29 行目，下線部訂正

→慢性腎臓病透析予防指導管理料

- (6) 当該管理料を算定する場合は、（中略）状態の変化等について報告を行う。

(6)～(8)（略）（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.366 左段 7 行目，下線部訂正

→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は、（中略）なお、ここでのいう退院とは、第1章第2部「通則7」に規定する（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.414 左段下から 29 行目，p.415 右段 2 行目，p.416 左段下から 33～31 行目，下線部訂正

→在宅患者訪問看護・指導料，同一建物居住者訪問看護・指導料

- (27) 在宅患者訪問看護・指導料の「注12」（中略）在宅患者訪問看護・指導料の「注12」に規定する深夜訪問看護加算（後略）

(32) (31)において、（後略）

- (37) 在宅患者訪問看護・指導料の「注21」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注8」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注21」に規定する交通費は実費とする。

（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.425 右段最下行～p.426 左段 1 行目，下線部訂正

→在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、（中略）ただし、月2回以上算定する場合にあっては、本指導料の算定回数は週1回を限度とする。（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.445 左段下から 3 行目，右段 5 行目，18 行目，下線部訂正

→在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- (9) 「注4」に規定する（後略）

- (10) 「注4」に規定する（後略）

- (11) 「注4」に規定する（後略）（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.456 右段 21 行目，下線部訂正

→持続血糖測定器加算

- (7) 間歇注入シリンジポンプ（後略）

イ 次のいずれかに（後略）

(イ) 糖尿病の治療に関し、（後略）

(ロ) 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法（以下略）（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.678 右段 23～24 行目，下線部訂正

→運動器リハビリテーション料

- (12) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、（中略）入院中の患者以外の患者については、退院前の保険医療機関に入院中の起算日と同様であるものとする。入院日（転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日）のことをいう。（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.763 右段 13 行目，下線部訂正

→同種死体移植腎機械灌流保存

- (2) 死体腎には、臓器の移植に関する法律（中略）に規定する脳死した身体の腎を含む。（令8保医発0305・6）（令8.5.29）

■ p.1105 右段 15 行目，下線部訂正

6 意思決定支援の基準

当該保険医療機関において、（中略）ただし、小児特定集中治療室管理料，総合周産期特定集中治療室管理料，新生児特定集中治療室管理料，新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料，新生児治療回復室入院医療管理料，（以下略）

■ p.1126 左段下から 23～12 行目，下線部訂正

- (12) 令和8年3月31日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料6を除く）及び7対1入院基本料〔結核病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）〕及び専門病院入院基本料〕に係る届出を行っている病棟であって、（中略）また、令和8年3月31日において、現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度，医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、急性期病院一般入院基本料の重症度，医療・看護必要度の基準を、現に7対1入院基本料〔特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）〕に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度，医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、7対1入院基本料（特定機能病院A入院基本料，特定機能病院B入院基本料又は特定機能病院C入院基本料）（一般病棟に限る）の重症度，医療・看護必要度の基準を令和8年9月30日までの間に限り満たすものとみなす。（以下略）

■ p.1355 右段下から 13～12 行目，下線部訂正

第4 経過措置等等

表3 施設基準が改正された入院基本料等

- ・特定機能病院C入院基本料〔7対1入院基本料（一般病棟に限る）を除く〕

■ p.1414 右段 18 行目，下線部訂正

【届出に関する事項】

- (3) 「4」については、（中略）該当する場合についても、確認の結果を所定の様式19を用いて地方厚生（支）局長に報告する。

■ p.1435 左段 4～5 行目，下線部訂正

→1 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合（中略）の施設基準

- (7) 当該療法の実施状況を別添2の様式26の3により毎年地方厚生（支）局長に報告している。

■ p.1465 左段下から 23 行目，追加

6 通院・在宅精神療法の注13に関する施設基準

- (1) 以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施（後略）
ア～エ（略）

オ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病院

カ 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関（20歳未満の者又は20歳未満から継続して診療を行っている者に算定する場合に限る）

■ p.1571 右段下から 9 行目～p.1572 左段 18 行目，下線部訂正

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（前略）

- ・充実管理加算1（脂質異常症を主病とする場合）〔令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る〕

- ・充実管理加算2（脂質異常症を主病とする場合）

- ・充実管理加算1（高血圧症を主病とする場合）〔令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関

については、令和9年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]

- ・充実管理加算2（高血圧症を主病とする場合）
- ・充実管理加算1（糖尿病を主病とする場合）[令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
- ・充実管理加算2（糖尿病を主病とする場合）
- ・心不全再入院予防継続管理料
- ・遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3（令和8年5月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という）D026 検体検査判断料の注6に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く）
- ・遺伝性疾患療養指導管理料の注5（令和8年5月31日時点で「旧算定方法」D026 検体検査判断料の注7に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く）

（中略）

- ・ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出
- ・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出[令和8年5月31日時点で「旧算定方法」D023 微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く]
- ・壁膜胸膜凍結生検法

（後略）

■ p.1664 左段下から 29 行目、下線部訂正

→第4 療担規則第11条の3第1項及び療担基準第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項（揭示事項等告示第4関係）

- 1 健康保険法第63条第2項（中略）に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（金属床による総養歯の提供、う蝕に罹患している患者の指導管理、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金合金の支給、医療上必要があると認められない、（以下略）

■ p.1673 右段 13 行目、下線部訂正

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

（5）その他

ク 選定療養における予約に基づく診察の（以下略）

■ p.1733, 「A303 の 1」の「1 母体・胎児集中治療室管理料」の下線部訂正

A303 総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のAからキまで（以下略）

■ p.1735, A311・A311-2・A311-3, p.1736, A312, A318 の非定型抗精神病薬加算の「記載事項」列と、「左記コードによるレセプト表示文書」列内、「向精神病薬」を「抗精神病薬」に訂正

■ p.1752, 「C152-2 持続血糖測定器加算」の下線部訂正

記載事項	レセプトコード	左記コードによるレセプト表示文言
<u>（1月に2回分の算定を行う場合）</u> 当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載する。	820100122	当月分
	820100124	翌月分
	820100125	前月分

■ p.1769, 「H000 心大血管疾患リハ」の下線部訂正

820101867
180763730

■ p.1770, 「H001 脳血管疾患等リハ」の下線部訂正

820101868
180766930

■ p.1771, 「H001-2 廃用症候群リハ」の下線部訂正

820101869
180770130

■ p.1772, 「H002 運動器リハ」の下線部訂正

820101870
180772730

■ p.1773, 「H003 呼吸器リハ」の下線部訂正

820101871
180774130

■ p.1779, 「J027 高気圧酸素治療」の下線部訂正

レセプトコード	左記コードによるレセプト表示文言
140057510	高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）
852100022	実施時間（高気圧酸素療法）

■ p.1789, 「N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算」の下線部訂正

対象疾患名について、（中略）病理組織標本作製の(9)の中から該当するものを（以下略）

事務連絡（6月19日）

■ p.87「別紙様式 46」中、下線部訂正

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

炎症・感染	（略）	(1) 局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛）
-------	-----	--------------------------------

■ p.556 右段下から 27 ～ 15 行目、下線部訂正

→終夜睡眠ポリグラフィー「3」の「1 及び 2 以外の場合」の「ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの」

ア 以下のいずれかの場合に、（中略）

（ロ）問診、身体所見及び他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、（中略）この場合、「注2」に規定する交通費は実費とし、C000 往診料等は算定できない。

当該検査を実施するに当たっては、（イ）の①から④までに掲げる検査の全て「睡眠時呼吸障害の疑われない患者については（イ）のみ」を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。（令8保医発0305・6）（令8.6.19）

■ p.695 左段 19 ～ 20 行目、下線部訂正

→精神科電気痙攣療法

- (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を伴った（中略）声門上器具又は気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を実施した場合は、「1」の点数を算定する。（令8保医発0305・6）（令8.6.19）

■ p.784 左段 12 行目、下線部訂正

→「通則 14」の「同一手術野」又は「同一病巣」

- (4) 指に係る同一手術野（中略）

ア 第1指から第5指まで（中略）

（ロ）第1指から第5指（中略）

第1節手術の項で「手指」「足趾」又は「指（手、足）」と規定されている手術（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.6.19）

■ p.810 左段 3 行目、下線部訂正

→人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

人工膝関節置換術（中略）は、変形性膝関節症、膝関節骨壊死症又は関節リウマチの患者に対して、（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.6.19）

■ p.1712 左段 6 行目の次に挿入

力「投薬」欄

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養

第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選（近視）」と記載し、薬剤名を記載する。

■ p.1733, 「A303の1 総合周産期特定集中治療室管理料 1 母体・胎児集中治療室管理料」の最終行の次に挿入

820101976	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：キ 産科異常出血
-----------	-----------------------------------

■ p.1743, 「B011注5 連携強化診療情報提供料」の下線部訂正

(注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合（ <u>頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く</u> ）（以下略）	850190199 前回算定年月（ <u>注5（頻回の情報提供を行う場合以外）</u> ）；（元号）yy“年”mm“月”
	820190062 初回（ <u>注5（頻回の情報提供を行う場合以外）</u> ）

■ p.1768, 「F100・F400 処方料 処方箋料」の最終行の次に挿入

(<u>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合</u>) 薬剤名を記載する。	830101000 薬剤名（近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品）：*****
--	---

■ p.210 左段下から6行目、下線部訂正

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

注4 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態〔告示③別表第9の2、p.214〕にあるものに限る）について、回復期リハビリテーション強化体制加算として、（以下略）

事務連絡（7月30日）

■ p.112 右段下から30行目、下線部訂正

→有床診療所療養病床入院基本料

(7)「注6」に規定する（中略）

ア（中略）速やかに有床診療所の療養病床が受け入れる（以下略）（令8保医発0305-6）（令8.7.30）

■ p.180～185 別表1の上部に挿入

注4 令和9年5月31日までの経過措置期間に限り算定可。

■ p.182「A230-5」行における「特別入院基本料等」列のマス目／p.184,「A252」「2」行における「A304」「1」「2」列のマス目、下線部訂正



■ p.184, 「A252」「2」行における「A100 急性期一般入院料1～6」列のマス目、下線部訂正

注4	注4	注4	注4	注4	注4
----	----	----	----	----	----

■ p.184「A252」「2」行における「A103 精神病棟入院料」・「A105」列のマス目／p.185「A249」の「1」「2ロ」「3」行における「A311-2」「2」列のマス目、下線部訂正



■ p.962, 下から8～2行目を差替え

3 第1章第2部第1節の規定にかかわらず、第1章第2部第2節に規定する要件を満たす保険医療機関の病棟（一般病棟入院基本料を算定する病棟に限る）であって、令和8年3月

31日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っているものについては、令和9年5月31日までの間に限り、急性期総合体制加算を算定できるものとする。

■ p.1107 左段下から10行目の次に挿入

→9 医科点数表第1章第2部通則第11号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号に規定する基準

(4) 令和8年6月1日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関

■ p.1126 左段1行目、下線部訂正

(7)（中略）、それぞれの病棟において(2)及び(5)の割合を満たす。（以下略）

■ p.1242 右段4行目、下線部訂正

→1 入退院支援加算1に関する施設基準

(5)（中略）加えて、(3)又は(4)の職員と、（以下略）

■ p.1484 左段31行目、下線部訂正

→人工関節置換術〔人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る〕に関する施設基準

(1) 整形外科を標榜している保険医療機関である。

■ p.1539 右段19行目、下線部訂正

2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関である。

(1) 令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

■ p.1664, 左段7行目の次に挿入

→31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

(7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式23により地方厚生（支）局長にその都度報告する。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関及び保険薬局については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告する。

■ p.1725「A100」の救急・在宅等支援病床初期加算／p.1735「A308-3」の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算、下線部訂正

〔記載例1〕入院元であるXXX病院は急性期一般入院料2を算定（以下略）

■ p.1751「C107-2, C107-2注3」の（情報通信機器を用いた）在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、下線部訂正

一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、直近3月のCPAP1日平均使用時間及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに、睡眠ポリグラフィーの実施年月日及び（中略）の記載は不要である
また、当該管理料の(3)のウに該当する場合は、直近3月のうちCPAP1日平均使用時間が1時間以上であったいずれか1月のCPAP1日平均使用時間を記載する。ただし、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから3月以内の患者についての記載は不要である
※注3における（以下略）
(注4を算定する場合) CPAP療法（以下略）

■ p.1791「入所者診療」の次に挿入

A000	初診料	(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合) 直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載する	850100618	直近のコンタクトレンズの処方年月日； (元号) yy" 年 "mm" 月 "dd" 日 "
			830101001	コンタクトレンズを処方した期間；*****

4. 「災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」の一部訂正
(2026年6月26日、保険局医療課事務連絡)

■ p.31 右段下から16～15行目、下線部訂正

3. 被災地における保険診療の取扱い
- (1) 都道府県知事の要請に基づき、日本赤十字社の救護班やDMAT、JMATなどの医療チームが避難所等で行った応急的な医療に係る経費については、(以下略)

■ p.31 右段下から3行目～p.32 左段1行目、下線部訂正

- (2) 被災地の保険医療機関の医師等が、(中略)、保険診療として

取り扱うことはできない。なお、こうした場合、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行った場合の医療費は、災害救助法の適用の対象とはならない。

この場合、災害救助法の適用となる医療については、都道府県市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、都道府県市町村に確認されたい。

5. 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等 (2026年7月14日、保医発0714第1号)

■ p.137 左段28行目、下線部訂正

- 特定薬剤治療環境特別加算
- (2) カルタヘナ法に基づく管理が必要と定められている薬剤とは、(中略) ベレマゲン ゲベルパベク、デランジストロゲン モキセパルボベク及びナドファラゲン フィラデノベクをいう。
(令8保医発0305・6、0714・1)

■ p.258 左段最下行～右段1行目、下線部訂正

- 特定薬剤治療管理料
- (2) 特定薬剤治療管理料2
- エ アの(ロ)に規定する(中略) ベレマゲン ゲベルパベク、デランジストロゲン モキセパルボベク及びナドファラゲン フィラデノベクをいう。(令8保医発0305・6、0714・1)

6. 医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等
(2026年5月18日、保医発0518第2号)

■ p.437 左段下から23行目、下線部訂正

- 在宅自己注射指導管理料
- (2) ベンラリズマブ製剤については、好酸球性多発血管炎性肉芽

腫症及び好酸球増多症候群の患者に対して用いた場合に限り算定する。
(令8保医発0305・6、0414・1、0518・2)

7. 「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」の一部改正
(2026年3月27日、老老発0327第1号)

■ p.961 右段下から26～3行目、挿入と下線部訂正

- 介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）
- 7 処方せんの取扱いについて
- (2) 介護老人保健施設入所者を（後略）
- ② 免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な者に対してJAK阻害薬又は生物学的製剤の支給を目的とする処方せを交付する場合

- ③～⑤ (略)
- ⑥ 在宅血液透析又は(中略)に対してエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベゴル又はHIF-PH阻害剤の支給を目的とする処方せを交付する場合
- ⑦ 血友病等の患者に対して使用する医薬品（血友病等の患者における（後略）
- ⑧～⑪ (略)

8. 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正等
(2026年5月29日、告示第232号、保医発0529第2号)

■ p.1043 右段13行目、訂正・追加

- 90 人工内耳用材料
- (1) 人工内耳用インプラント（電極及び受信－刺激器）
- ① 標準型 1,650,000 円
- ② 長時間稼働型 1,690,000 円

■ p.1073 左段下から9行目の次に挿入

- 241 肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセット
- (1) 肝内門脈大循環シャント用ステントグラフト 792,000 円
- (2) 肝内門脈大循環シャント用アクセスセット 102,000 円

→肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセットの算定

ア 難治性胸腹水又は消化管静脈瘤を伴う門脈圧亢進症の患者に対して、関連学会の定める適正使用指針を遵守し、経頸静脈的

肝内門脈大循環短絡術を行った場合に限り算定できる。なお、算定に当たっては、当該材料を用いる医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

イ 肝内門脈大循環シャント用ステントグラフト及び肝内門脈大循環シャント用アクセスセットは、原則として、1回の手術に対してそれぞれ1個ずつ算定できる。複数個を算定する場合は、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセットの定義
次のいずれにも該当。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具07内臓機能代用器」であって、一般的名称が「門脈肝静脈用シャント」であること、又は類別が「機械器具51医療用尿管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「経頸静脈肝内門脈アクセスセット」である。
- ② 門脈圧亢進症の治療を目的として、肝内門脈大循環シャントを作成するために使用されるステントグラフト又はアクセスセットである。

242 小児注意欠如多動症治療補助アプリ 14,500円

→小児注意欠如多動症治療補助アプリの算定

ア 小児注意欠如多動症治療補助アプリは、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した医師が1名以上配置されており、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の発達障害の患者数が5名以上である保険医療機関において算定する。

イ B001「4」小児特定疾患カウンセリング料の「イ」又はI002通院・在宅精神療法の「1」の「ロ」、「1」の「ハ」、「2」の「ロ」若しくは「2」の「ハ」を算定する患者（小児の注意欠如多動症患者であって、環境調整や心理社会的治療を実施しても期待する症状改善が見られないものに限り）に対して、小児の注意欠如多動症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した医師が小児の注意欠如多動症に係る総合的な指導及び治療管理を行った場合に、患者1人につき2回を限度として算定できる。ただし、2回目を算定する場合には、初回算定日から少なくとも10週間以上あけて算定する。

ウ 本品の使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

→小児注意欠如多動症治療補助アプリの定義

次のいずれにも該当。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「プログラム 02 疾病治療用プログラム」であって、一般的名称が「注意欠如多動症治療補助プログラム」である。
- (2) 医療従事者の指導に基づき使用される、小児の注意欠如多動症の治療補助プログラム医療機器である。

243 不眠障害治療支援アプリ 24,100円

→不眠障害治療支援アプリの算定

ア 不眠障害治療支援アプリは、不眠障害の認知行動療法又は本品の適正使用に係る適切な研修を修了した医師を配置している保険医療機関において算定する。

イ 入院中の患者以外の患者（薬物療法に適しない又は同意しない軽症から中等症の不眠障害の患者であって、睡眠障害治療薬を服用している、精神疾患に罹患している、中等度以上の身体疾患に罹患している、不眠障害以外の睡眠・覚醒障害に罹患し

ている、交代勤務・夜勤に従事している又は医師が不適当と判断した患者に該当しないものに限り）に対して、7日間の睡眠表を含む睡眠衛生指導の実施後に、成人の不眠障害の治療支援を目的に薬事承認されたアプリを使用し、不眠障害の認知行動療法又は本品の適正使用に係る適切な研修を修了した医師が不眠障害に係る総合的な指導及び治療管理を行った場合、1回に限り算定する。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等又は関連学会が監修した製造販売業者が主催する研修であり、不眠障害の認知行動療法又は本品の適正使用について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、6時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。

ウ 本品の使用に当たっては、関連学会等の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。また、薬物療法に適しない又は同意しない理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→不眠障害治療支援アプリの定義 次のいずれにも該当。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「プログラム 02 疾病治療用プログラム」であって、一般的名称が「不眠障害用プログラム」である。
- (2) 医療従事者の指導に基づき、患者の治療が継続されていると判断できる状態において使用される、成人の不眠障害の治療支援プログラム医療機器である。

244 シルクエラスチン創傷用シート 1cm²当たり1,460円

→シルクエラスチン使用創傷被覆材の算定

ア シルクエラスチン使用創傷被覆材については、次のaからcまでのいずれかに該当するものに対して、創傷治癒を促進することを目的として使用した場合に限り算定できる。また、創傷の臨床所見が好転すれば、既存療法の継続を行う。

- a 急性創傷であって、人工真皮で奏効しない又は治癒遅延等が懸念されるもののうち、明らかな感染兆候を認めないもの。
- b 慢性創傷であって、創傷面の滲出液が少なく（二次ドレッシング材の交換頻度が2日に1回程度の状態を指す）、かつ骨又は腱の露出が創傷面の10%以内のもの。
- c 慢性創傷であって、創傷面の滲出液が少なく（二次ドレッシング材の交換頻度が2日に1回程度の状態を指す）、かつ局所陰圧閉鎖療法又は人工真皮が奏効しなかったもの。

イ シルクエラスチン使用創傷被覆材を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、シルクエラスチン使用創傷被覆材を使用する医学的理由、既存療法の結果を記載する。

ウ シルクエラスチン使用創傷被覆材は、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。

エ シルクエラスチン使用創傷被覆材は、一連の治療計画につき、原則として合計98cm²を限度として算定できる。98cm²を超えて算定する場合は、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→シルクエラスチン使用創傷被覆材の定義 次のいずれにも該当。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「吸収性創傷被覆・保護材」である。
- (2) 遺伝子組換えタンパク質であるシルクエラスチンを使用し、全層創傷又は部分層創傷に対して創傷部の治癒促進を行うためのものである。

9. 令和8年度における外来データ提出加算等の取扱い／一部訂正（抜粋）

（2026年4月30日，5月12日，保険局医療課事務連絡）

2. 充実管理加算を届け出ている保険医療機関における外来データ提出加算の届出

（前略）

なお，この事務連絡の発出に伴い，「疑義解釈資料（その1）」

（令和8年3月23日事務連絡）別添1の問4は廃止する（p.1385右段下から4行目「問1」，削除）。

（後略）

10. 特掲診療料の施設基準等の一部改正（2026年5月29日，告示第229号）

■ p.1554 左段 27 行目，下線部訂正

別表第9 在宅自己注射指導管理料（後略）

（前略）

ガラダシマブ製剤

グセルクマブ製剤

pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニ

ダーゼ アルファ製剤

■ p.1554 左段下から 10 行目，下線部訂正

別表第9の1の3 注入器加算に規定する注射薬

別表第9に規定する注射薬（中略）ペグセタコプラシマブ製剤，ロザノリキシズマブ製剤及び pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤以外のもの

■ p.1554 右段 1 行目，下線部訂正

別表第9の1の5 注入ポンプ加算に規定する注射薬

（前略）

ロザノリキシズマブ製剤

pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニ

ダーゼ アルファ製剤

11. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いに関する疑義解釈資料の送付

（2026年5月29日，保険局医療課事務連絡）

【予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料】

問1 療養の給付と直接関係ないサービスとして「予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料」が追加されたが，これは選定療養における「予約に基づく診察」において，当該

診察日の直前に患者都合で予約がキャンセルされた場合に限って，患者から費用の徴収が認められたということか。

答 そのとおり。

12. 療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等／使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等（2026年5月19日，5月29日）

告示・通知（5月19日）

■ p.1666 右段 30 行目，下線部訂正

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(1) 療担規則第20条第2号へ（後略）

ハ 新医薬品（中略）

エブリスディドライシロップ 60mg，（中略）ボラニゴ錠 10mg（1回の投薬量が30日分以内である場合に限る），イドピンソ配合錠及びドジョルビ内用液 100%

■ p.1667 右段 23 行目の次に挿入

→ 掲示事項等告示の一部改正

新医薬品（医薬品医療機器等法第14条の4第1項第1号に規定する新医薬品をいう）については，掲示事項等告示第10第2号(1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14日分を限度とする）が適用されるが，新たに当該制限の例外とした新医薬品は，次のとおりである。

・ドジョルビ内用液 100% （令8保医発 0519・4）

告示・通知（5月29日）

■ p.1666 左段下から 7 行目，下線部訂正

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤……アニフロルマブ製剤，ガラダシマブ製剤，グ

セルクマブ製剤（4週間を超える間隔で投与する場合を除く）及び pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤

■ p.437 左段下から 18 行目の次に挿入

→ 在宅自己注射指導管理料

26 グセルクマブ製剤については，潰瘍性大腸炎及びクローン病の患者に対して，皮下注射により用いた場合に限り算定する。

（令8保医発 0305・6，0414・1，0518・2，0529・1）

■ p.463 右段下から 18 行目，下線部訂正

→ 薬剤

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……アニフロルマブ製剤，ガラダシマブ製剤，グセルクマブ製剤及び pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤

（令8保医発 0305・6，0317・4，0414・1，0430・3，0529・1）

■ p.1667 右段 23 行目の次に挿入

→ 掲示事項等告示の一部改正

グセルクマブ製剤及び pH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤について，掲示事項等告示第10第1号の「療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」として定めたものである。（令8保医発 0529・1）

13. 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

(2026年5月29日, 告示第231号, 7月31日, 告示第290号)

告示 (5月29日)

■ p.1692 左段 28～30 行目, 削除

18 削除 (腫瘍治療電場療法)

■ p.1692 左段下から 17～16 行目, 削除

25 削除 (セボフルラン吸入療法)

■ p.1692 右段下から 19 行目の次に挿入

45 心臓移植レシピエント由来の凍結保存同種組織を用いた外

科治療 (感染性心臓疾患, 大動脈基部置換術後の弁機能不全又は仮性動脈瘤に対する再手術, 肺動脈閉鎖又は狭窄を有する先天性心疾患, 自己肺動脈弁を用いた大動脈基部置換術, 右室流出路再建術後の弁機能不全又は仮性動脈瘤に対する再手術)

告示 (7月31日)

■ p.1691 右段下から 22 行目の次に挿入

29 歯科用 OCT 画像診断装置を用いた不顕性齲蝕の検出率の向上及び管理療法 (シェーグレン症候群)

正 誤

● p.89 「参考 医療区分・中心静脈栄養」	問1 中心静脈栄養の開始日から3日以内 → 30 日以内
● p.183 「A246」行 (下から5行目) における「A319」列 (右から3列目) のマス目	⊖ → ×
● p.298 B001-2-6 救急外来医学管理料に係る事務連絡	問2 「注4」には「初診料を算定する初診の日に限り算定する」との記載はないが、初診であればよいのか。 答 初診料を算定する初診の日に限る。 (平 26.4.10)
● p.403 C004-2 救急患者連携搬送料に係る【2026年改定による主な変更点】	(1) 「1」と「2」に分けられた。「1」は主に①特定機能病院, ②救命救急センターをもつ医療機関, ③ A200 急性期総合体制加算の届出医療機関のいずれか (削除) で算定し, (後略)
● p.481 D004-3 DNA メチル化検出検査	判 (遺伝) を追加
● p.836 K514 肺悪性腫瘍手術「2」～「4」	内要 (削除)
● p.889 K882-2 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術に係る編注	(編注) 腹腔鏡下手術 (K882-3) → (K882-2)
● p.1148, 1149 別添6-別紙7の「注」最終段落 ● p.1150 同上「5. 評価対象の処置・介助等」最終段落 ● p.1150 同上「6. 評価者」1行目	「なお, 急性期病院一般入院基本料, 急性期一般入院基本 (削除) 料1及び (後略)」 「A項目の処置の (中略) 対象に含める。(改行) A項目の薬剤の (後略)」 「評価は, 院内研修を受けた者が行う。なお, 医師, (後略)」
● p.1160 別紙8の2「留意事項」の欄 (上から2行目) ● p.1168 別紙8の3「留意事項」の欄 (上から2行目)	「(前略) 該当する区分に「○」を記入すること。その際, 該当する全ての項目に記載すること。項目3については, (後略)」
● p.1161 別紙8の2「処置等に係る医療区分2」の「47」欄	47-86 (医師及び看護職員により, 常時, 監視及び管理を実施している状態) に該当, かつ, 1～46 (14を除く) に該当しない場合
● p.1275 別添6-別紙18「患者の状況等」欄「12」～「18」 ● p.1276 別添6-別紙18「A モニタリング及び処置等」欄「2」	「14 寝返り」～「20 危険行動」 「2. 輸血や血液製剤及び抗不整脈剤については (後略)」
● p.1772 「H001-2注5」枠のレセプトコード	「850100993」→「830100993」
● p.226 A311「注5」精神科救急医療体制加算1, 2の略号 ● p.232 A311-4「注3」精神科養育支援体制加算の略号 ● p.642 注射「通則10」看護師等遠隔診療注射実施料の略号	「(精救1) (精救3)」→「(精救1) (精救2)」 「(精療支)」→「(精養支)」 「(看護診注)」→「(看護診注)」

以上, 謹んでお詫びし訂正いたします。

★2040 年に向けて激変する医療制度と診療報酬——第 8 次医療計画, 新地域医療構想, かかりつけ医制度, 感染症医療体制, 医療DX, マイナ保険証, アウトカム評価——等の最新の動向とその潮流を読み解きます。

★病院&クリニックの, ①最適な経営マネジメント, ②医療の質とサービス向上, ③医療機能選択と施設基準最適化, ④請求もれ・査定減ゼロ, ⑤医療制度(公費・労災請求等)——等のノウハウと実務知識を満載しています!!

★2026 年診療報酬改定に当たっては、『新旧対照表』『全詳報&シミュレーション』『BASIC 点数表』『診療点数早見表』『完全攻略マニュアル』——と, 点数算定の実践から経営戦略構築までを徹底特集。また, 改定後の告示・通知・事務連絡もすべて掲載して完璧にフォローアップしています。

★本誌ならではの医療界の最新トレンド, 医療制度・診療報酬の専門知識, 院内改革と経営戦略のヒントと実践ノウハウを網羅したオンリーワンの月刊誌!!



■ A4 判 / 約 110 頁
■ フルカラー / 2 色刷

月刊 保険診療

Journal of Health Insurance & Medical Practice



12 月号付録

2026 年改定から 2040 年へ, 医業経営と医事業務をナビゲート!!

本誌特集

- ⑨ 医療DXの光と影
- ⑩ 医療機関の“チーム”マネジメント術
- ⑪ [Before2026] 診療報酬の最適化マニュアル
- ⑫ 医療機関の“NG”な場面集

[2026 年] (予定含む)

- ① 国民皆保険が壊れる…
- ② 2026 年診療報酬改定・新旧対照表
- ③ 2026 年改定——全詳報&シミュレーション
- 【別冊】 診療報酬 BASIC 点数表 2026
- ④⑤ 診療点数早見表 2026 年度版
- ⑥ 2026 年改定“完全攻略”マニュアルⅠ
- ⑦ 2026 年改定“完全攻略”マニュアルⅡ
- ⑧ わからないこと講座 2026
- ⑨ ベースアップ評価料を検証する
- ⑩ “食”と“医療”——管理栄養士の全仕事
- ⑪ 医療と AI の最前線

本誌の主な連載

視点…医療界キーパーソンの提言・異論・卓説を毎回読切り掲載
TREND…AI や ICT の利用など医療の新たな潮流や知見を解説
DATA 分析“特別捜査官”…各種 DATA 分析のノウハウを明快解説
病院&クリニック経営 100 問 100 答…経営改善ノウハウ Q & A
こうして医療機関を変えてきた…病医院改革成功の秘訣とは?
NEWS 縦断…医療界の最新動向から 2025 年改革をナビゲート
プロの先読み・深読み・裏読みの技術…制度と経営戦略の指標
実践 DPC 請求 Navi…病名選択・請求点検の事例解説
レセプト点検の名探偵…隠れた請求ミスを推理するプロの目
点数算定実践講座…カルテからレセプト作成までを事例解説
カルテ・レセプトの原風景…全診療行為のディテール再現
医療事務 Open フォーラム…現場の画期的取組み等を紹介
オールラウンド QA…点数算定の疑義解釈に明快に解答
読者相談室…保険診療のあらゆる疑問に答える完全 Q & A
厚生関連資料…最新の告示・通知等をポイント解説付きで掲載

■ お申込みは HP・ハガキ・電話・FAX で, 何月号から購読されるかお知らせするだけで OK。
 ■ 希望者には見本誌をお送りいたします。

■ 価格: 1,800 円 (税込 1,980 円)
 ■ 定期購読 (送料無料) 半年: 10,800 円 (税込 11,810 円)
 1 年: 21,600 円 (税込 23,760 円)

★口座引落による 1 年契約には割引特典 (1 割引) → 1 年: 19,440 円 (税込 21,384 円)

※ 診療報酬改定年の 3 月号 (付録・診療報酬 BASIC 点数表), 4・5 月合併号 (診療点数早見表) は特別価格 (各 4,000 円 + 税, 4,600 円 + 税) となりますが, 定期購読の場合は定期購読料のみで, 差額はサービス (無料) となります。

【ご注文方法】 ① HP・ハガキ・FAX・電話等でご注文下さい。
 ② 振込用紙同封で書籍をお送りします (料金後払い)。③ または書店にてご注文下さい。

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 2-6 十歩ビル
 tel.03-3512-0251 fax.03-3512-0250
 ホームページ <https://www.igakutushin.co.jp>

医学通信社