

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	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揭示事項等の一部改正等 (保医発 0529-1)	p.57
事	疑義解釈資料の送付 (その 8, 9) (6/17, 26 保険局医療課)	p.57
事	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 (6/19 保険局医療課)	p.62
事	「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 (6/26 保険局医療課)	p.63
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (6/30 支払基金)	p.64
通	「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 (保医発 0630-7)	p.64
	* * *	
通	令和 8 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施 (医政発 0612-10)	p.64

* 本欄で示す「p.00」は、原則「診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2026 年度版」ページ数です。



通

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揭示事項等の一部改正等

令和 8 年 5 月 29 日
保医発 0529 第 1 号

【解説】6 月号 p.49 の通知「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揭示事項等の一部改正等」に掲載もれがありました。お詫びしここに掲載します。適用は 6 月 1 日です。

(p.1667 右段 23 行目の次に挿入)

→揭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、揭示

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)

事

疑義解釈資料の送付 (その 8, 9)

令和 8 年 6 月 17 日, 26 日
保険局医療課事務連絡

その 8 (6 月 17 日)

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。

(参考) 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

(1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する

電子的な送受信又は閲覧可能なネットワークを構築している。なお、電子的な送受信又は閲覧可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること (診療所においては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい)。また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。

(2) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際には、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保する (ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない)。また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いる。

(3) 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できる。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、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。これらの記録について、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができる。

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、「疑義解釈資料の送付 (その 7)」(令和 8 年 5 月 29 日事務連絡) 別添 1 の問 3 (本誌 6 月号 p.53 左段 22 行目～下から 15 行目)において「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 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 「疑義解釈資料の送付 (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 ~ 24 行目)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 A000 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」の「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、「疑義解釈資料の送付 (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 ~ 17 行目)において、「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こととする。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 3 月 5 日保医発 0305 第 7 号）」別添 3 の第 21 の 5 の(2)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ことが必要になる。

【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 までを届け出ている」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ることとはできないのか。

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保険医療機関が 1 以下であり、当該保険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ることについて、都道府県が必要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。また、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、心不全再入院予防継続管理料 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日保険局医療課事務連絡）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）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除き、施設基準の届出が必要であることが明記されたが、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、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳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、フロスティグ視知覚発達検査、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について（通知）（令和8年3月5日保医発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のか。

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を算定している患者について、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 「疑義解釈資料の送付（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34～26行目）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年度診療報酬改定において、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り扱いが可能か。

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日保険局医療課事務連絡）（本誌6月号p.60左段8～21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ければ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)才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)才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。「疑義解釈資料の送付(その8)」(平成30年10月9日保険局医療課事務連絡)別添1の問8(p.1466左段下から4行目～右段10行目)や、「疑義解釈資料の送付(その2)」(令和8年4月1日保険局医療課事務連絡)別添1の問79(p.1466右段19～32行目)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11～18行目、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「経皮的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

【選及指定に係る初再診料等】

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選及(いわゆる選及指定)が認められた場合において、変更(移転)前の保険医療機関が診療していた患者を、変更(移転)後の保険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のか。

答 短期滞在手術等基本料3を算定する場合、物価対応料について、当該基本料を算定した日において、1回に限り算定する。なお、歯科入院物価対応料についても同様の取り扱いとする。

その9(6月26日)

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、単なる保菌者は対象とならない」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差し支えない。

【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していること」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。また、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はどのように取り扱えば良いか。

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に規定する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のか。また、届出の翌年以降も継続して算定する場合においては、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のか。

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回以上実施すること」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名以上であること」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こと』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 J038 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人以上いること」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、同様の取り扱いとする。

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 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による施設基準の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3 医科診療報酬点数表関係（DPC）

【診断群分類】

問1 「重症薬疹」（080105）の「手術・処置等2」において、「乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン」とあるが、「ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン」及び「pH4 処理酸性人免疫グロブリン」は含まれるか。

答 含まれる。

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、受付等において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は該当する。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。

事

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6月19日
保険局医療課事務連絡

別添1 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

(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「口 保険医療機関

内では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節手術料の項で「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)

別添2 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

(p.1265 右段下から 28 行目, 下線部訂正)

11 1の(4)、2の(2)、3の(2)のうち2の(2)に係るもの及び10の(1)に掲げる内法の規定の適用

平成26年3月31日(以下略)

(p.1283 左段 20 行目, 下線部訂正)

3 1の(1)のエに掲げる内法の規定の適用

平成26年3月31日(以下略)

別添3 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

(p.1487 左段 12 行目, 下線部訂正)

→培養ヒト角膜内皮細胞移植術に関する施設基準

(3) 日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した(中略)基準等を遵守している旨を届け出ている。

(p.1536 左段 14 行目, 下線部訂正)

→看護職員処遇改善評価料の施設基準

(8) (7)について、(中略)

また、前回届け出た時点と比較して、「看護職員等の数」又は「延べ入院患者数」に(以下略)

別添5 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正

(p.1712 左段 6 行目の次に挿入)

カ「投薬」欄

オ 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(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)(以下略)	850190199 前回算定年月(注5(頻回の情報提供を行う場合以外));(元号)yy"年"mm"月"
	820190062 初回(注5(頻回の情報提供を行う場合以外))

(p.1763, 「D313 注4 大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算」の下線部訂正)

当該患者の症状詳記を記載する。(以下略)

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

(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)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):** *****
--	-----------	---------------------------------------

別添6 官報掲載事項の一部訂正

(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)

(p.1665 左段 9 行目, 下線部訂正)

第7療担規則第19条第1項ただし書及び療担基準第19条第1項ただし書の厚生労働大臣が定める場合

1 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1条第4号及び第2条第16号に掲げる(以下略)

(「DPC 早見表」p.423 右段 4 枠目の次に挿入。項番「56」以下、1ずつ繰り下がる)

56	ファビピラビル〔当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量(令和6年6月24日に、医薬品医療機器等法第14条第13項の規定により、既に承認された効能又は効果及び用法又は用量の変更について承認されたものに限る)に係るものに限る〕	2438
----	--	------

事

「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

令和8年6月26日
保険局医療課事務連絡

【解説】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(令和8年3月31日保医発0331第2号)の訂正事務連絡が発出されました。

(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

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

令和8年6月30日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」3事例が示され、これまでと合わせて837事例となりました。

【入院料等】

835. 自然気胸に対する救急医療管理加算1

自然気胸に対するA205「1」救急医療管理加算1の算定については、入院時早期

の手術又は胸腔ドレナージの施行がある場合は、原則として認められる。

【検査】

836. グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体（子宮頸管炎）

クラミジア子宮頸管炎に対するD012「45」グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体の算定は、クラミジア・ト

ラコマチス抗原検出不能患者に実施した場合を除き、原則として認められない。

【手術】

837. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術における末梢血管用ステントセット

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術における末梢血管用ステントセットの算定については、原則として認められない。

通

「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

令和8年6月30日
保医発 0630 第7号

【解説】7月1日から適用されます。

(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)