

事務連絡  
令和8年4月1日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

### 疑義解釈資料の送付について（その2）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第69号）等については、「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」（令和8年3月5日保医発0305第6号）等により、令和8年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添6までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

なお、本通知の発出に伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年3月31日保険局医療課事務連絡）は廃止いたします。

## 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、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とされているが、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に係る要件を満たす場合について、どのように考えればよいか。

(答) 電子的診療情報連携体制整備加算1に関する施設基準のうち、(11)のイ及びウを満たす場合には、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」を満たすものとみなす。

### 【急性期病院一般入院基本料】

問2 急性期病院一般入院基本料の救急搬送及び全身麻酔の実績について、届出を行うに当たり、直近1年の実績で届出を行うのか。

(答) 前年度の4月から3月までの直近1年間のデータで届出を行うこと。

問3 急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準の全身麻酔による手術件数について、医科歯科併設の医療機関において、歯科医師が全身麻酔を用いて医科点数表と歯科点数表に共通の手術である抜歯手術を実施した場合、実績件数に含めてよいか。

(答) 歯科医師が、歯科点数表に基づき当該手術を実施した場合は、全身麻酔による手術件数に含めることはできない。

### 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問4 救急患者応需係数の計算は直近の12か月で毎月計算する必要があるのか。

(答) 前年度の4月から3月までの直近1年間のデータで算出すること。

### 【重症度、医療・看護必要度】

問5 重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数について、「病床当たり年間救急搬送受入件数」の救急搬送受入件数は、入院症例だけでなく、外来症例も含むか。

(答) そのとおり。

問6 重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数の施設基準について救急患者応需係数を用いた割合指数の対象となる入院料及び入院基本料等加算はどの範囲か。

(答) 割合指数の対象となる入院料は急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料6を除く）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の7対1入院基本料に限る）及び地域包括医療病棟入院料である。また、割合指数の対象となる入院基本料等加算は看護・多職種協働加算及び急性期総合体制加算である。

#### 【急性期総合体制加算】

問7 「放射線治療（体外照射法）」が200症例以上との記載があるが、ここでいう症例とは、実患者数での計算になるのか。または、同一部位で照射方法等が変更となり、新たな計画が策定された場合（放射線治療管理料を新たに算定した場合等）については、同一患者でも複数として計算するのか。

(答) 同一疾病の一連の放射線治療については、途中で計画が変更された場合であっても1例として計算する。一方で、一連の放射線治療が終了後、再発等により新たな放射線治療が行われる場合には、同一患者であっても複数として計算する。

問8 急性期総合体制加算について、「医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合」とあるが、具体的にどのような場合か。

(答) 構想区域において、複数の保険医療機関がそれぞれに小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っている場合であって、地域医療構想調整会議において、保険医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて合意を得た結果、当該保険医療機関のうち、現に急性期総合体制加算の届出を行っているもののいずれかが、当該診療科の標榜又は当該診療科に係る入院医療の提供を中止する場合を指す。

なお、急性期総合体制加算の届出以前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ており、既に地域医療構想調整会議で合意を得た場合も、上記に含むものとする。

問9 各種実績において、例えば「消化管内視鏡手術」600件以上の計算方法について、内視鏡を用いて一度に行われる一連の手技で、急性期総合体制加算の施設基準通知の1の(2)の(カ)に規定する手術の複数の項目に該当する場合は、該当手術の数を計上するのか。

(答) 1回としてカウントする。

#### 【外科医療確保特別加算】

問10 外科医療確保特別加算を算定する診療科については、地域医療体制確保加算2の2の(3)に規定する特定診療科であることとあるが、地域医療体

制確保加算 2 を届出ている必要があるか。

(答) 原則として地域医療体制確保加算 2 を届け出ている必要がある。ただし、特定機能病院において、地域医療体制確保加算の施設基準通知の 1 の (3) 及び (4) に規定する病院勤務医の負担軽減・処遇改善等に資する体制に係る基準並びに 2 の (3) 及び (4) に規定する特定診療科に係る基準を満たす場合には、地域医療体制確保加算 2 を届け出ていなくても、「地域医療体制確保加算 2 の 2 の (3) に規定する特定診療科である」の要件を満たすこととする。

#### 【医師事務作業補助体制加算】

問 11 「A 2 0 7 - 2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において、「① (生成 A I を活用した文書作成補助システム) を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用すること」等とあるが、具体的にどのようなことを指すか。

(答) ①の生成 A I を活用した文書作成補助システム及び②の医療文書用の音声入力システムについては、医師又は医師事務作業補助者の過半数が当該システムを少なくとも毎週使用していること。③の R P A については、診療サマリーやデータベースへの入力等の医師事務作業補助者が行うことのできる業務のうち、5 業務以上に活用され、毎年追加されていること。また、④の 10 種類以上の患者向け説明動画については、1 日当たりの使用回数が、外来を含めて一般病床数の概ね 15% (療養病床、精神病床にあっては 5%) 以上であることを目安とする。

問 12 10 種類以上の患者向け説明動画とは、入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等の各領域について、領域の異なる動画が 10 種類以上必要になるのか。

(答) 少なくとも 3 つの領域の説明動画が合計 10 種類以上用意されていること。

問 13 「A 2 0 7 - 2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成 A I の適切な利用に関する研修を実施」とあるが、生成 A I の適切な利用に関する研修とは、どのような研修が該当するのか。

(答) 当該研修は、以下に掲げる生成 A I の活用に係る事項を満たす必要がある。

- ・医療分野における生成 A I の特徴や利用時のリスク (ディープフェイク、正確性・信頼性、バイアス・公平性、透明性・説明責任等) とその対策例、

生成A Iの利用者が特に注意すべきポイント等を示していること。その際、生成A Iを提供する事業者の協力のもと、当該保険医療機関の使用する生成A Iの特性に即した事項を含むことが望ましい。

- ・年1回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること。
- ・当該保険医療機関の医師事務作業補助者及び当該生成A Iを活用する医師等は、原則として、研修を受講したことがあること。やむを得ず受講できなかった場合には、その後の開催時に受講するよう努めること。
- ・研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

なお、研修の実施に際して、非営利法人 医療AIプラットフォーム技術研究組合が公開している「医療・ヘルスケア分野における生成AI利用ガイドライン（第2版）」の資料（※）を活用することとして差し支えない。

※[https://haip-cip.org/assets/documents/nr\\_20250711.pdf](https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20250711.pdf)

問 14 ICT機器を活用する場合の、医師事務作業補助者の配置人数の算入方法を用いる場合、医師事務作業補助体制加算1の施設基準「当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。」を満たすにあたって、どのように考えればよいか。

（答）医師事務作業補助者の配置基準に基づく必要数に対して、ICT機器を活用する場合の配置人数の算入方法で算出した配置数の5割以上が「当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者」であること。

#### 【地域医療体制確保加算】

問 15 地域医療体制確保加算2の施設基準に定める消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科とは、どのような診療科があてはまるのか。

（答）消化器外科とは、消化器に係る手術等の外科的治療を、心臓血管外科とは循環器に係る手術等の外科的治療を、小児外科とは15歳未満の手術等の外科的治療を、循環器内科とは循環器に係る内科的治療（カテーテル治療等を含む。）を主として行っており、各特定診療科において、原則として当該特定診療科以外の診療科の診療を実施していないこと。ただし、希少な部位の手術等を併せて担当しており当該分野の手術等が全体の1割未満の場合、当直等において臨時に他科の診療に従事する場合、臨床研修終了後概ね10年以内の若手医師が他の診療科の修練を合わせて行う場合は差し支えない。

また、特定診療科における診療内容、当該特定診療科の所属医師とその専門医資格（専門研修医の場合は当該専門研修プログラム名）及び主たる

診療内容を病院ホームページに公開していること。

問 16 例えば、消化器外科、乳腺外科及び甲状腺外科の複数の外科系診療科が外科として診療を実施している場合、消化器外科ではなく、外科系診療科全体として特定する必要があるか。

(答) 外科系診療科全体として特定することができるのは、当該診療科を他の外科系診療科と区別することが困難な場合に限られる。消化器外科、乳腺外科及び甲状腺外科の複数の分野の外科系診療科が1つの診療科として呼称されている場合（以下単に「外科」という。）であっても、実態として、外科において、消化器外科に専ら従事している常勤医師が特定可能であり、消化器外科として、「A252」地域医療体制確保加算の施設基準2の(3)及び(4)を満たし、かつ、原則として消化器外科以外の診療科の診療を実施していない場合（希少な部位の手術等を併せて担当しており当該分野の手術等が全体の1割未満の場合、当直等において臨時に他科の診療に従事する場合、臨床研修終了後概ね10年以内の若手医師が他の診療科の修練を合わせて行う場合を含む。）には、外科のうち消化器外科を特定診療科として特定して差支えない。

その際、消化器外科における診療内容、当該消化器外科の所属医師とその専門医資格（専門研修医の場合は当該専門研修プログラム名）及び主たる診療内容を病院ホームページに公開していること。

問 17 「全国的に若手の医師数が減少傾向にある消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定」と記載されているが4つ（全ての診療科）では基準を満たさないということか。

(答) 特に配慮すべき診療科を3つ以内で特定し届出する必要がある。ただし、届出を行っていない4つ目の診療科についても、同様に、勤務環境・処遇改善等についてそれ以外の診療科と異なる配慮を実施していても差支えない。

問 18 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1並びに地域医療体制確保加算2において、チーム制を導入する場合には、「休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）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こと。」とされているが、チーム制に参加している医師のうち、1名が病院長等で緊急呼出し当番を行っていない場合や、非常勤医師である場合は、当該診療科に配置されている医師1名としてカウントされるか。

(答) 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1並びに地域医療体制確保加算

2を届け出る診療科においてチーム制を導入する場合には、原則、所属医師全員がチーム制に参加している必要があり、当直等の回数にかかわらず、所属診療科の常勤医師を全てカウントする必要がある。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師については常勤換算し常勤医師数に算入すること。なお、その上で、個々の医師の緊急呼出し当番や当直の回数等については、実態に応じた方法でよく、緊急呼出し当番を行わない医師がいることは差し支えない。

問 19 「外科系診療科全体を2診療科として特定した」場合、チーム制における2名以上の緊急呼出当番を担う医師を置いていることについては2診療科分の4名を置く必要があるのか。

(答) 外科系診療科全体を特定した場合、当該外科系診療科全体としてチーム制を導入している必要があるため、2名以上の緊急呼び出し当番(当該外科系診療科全体で医師の数が5名未満の場合は1名)を置くことで差し支えない。

#### 【医療提供機能連携確保加算】

問 20 「A254」医療提供機能連携確保加算の「外来・在宅診療体制の確保に係る診療(入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。)の実績」については、当該加算を算定する保険医療機関が所在する二次医療圏において満たす必要があるか。

(答) 必ずしも当該加算を算定する保険医療機関が所在する二次医療圏において満たすことは要しない。なお、施設基準通知(1)のAからEまでに規定する「当該地域」とは、「人口の少ない地域」を指し、AからEまでのいずれかのうち2つ以上を、人口の少ない地域に該当する同一の二次医療圏において満たす必要があること、その上で(2)を満たす必要があることに留意されたい。

問 21 「A254」医療提供機能連携確保加算の施設基準における「巡回診療」とはどのような診療を指すのか。

(答) 当該加算における「巡回診療」とは、「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」(昭和37年6月20日付け医発第554号厚生省医務局長通知)に基づき、当該加算を算定する病院の事業として行われる診療(保険診療として行うものに限る。)を指す。

#### 【入院料等】

問 22 第2部入院料等の通則5(2)において、「短期滞在手術等基本料3、医

学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。」とあるが、この「診療情報提供料」は何を指すのか。

（答）「B009」診療情報提供料（Ⅰ）、「B010」診療情報提供料（Ⅱ）及び「B011」連携強化診療情報提供料を指す。

#### 【入院診療計画の基準】

問 23 入院診療計画書については、患者等に交付した文書の写しを診療録に添付することとされているが、電磁的方法により診療情報の記録及び保存を行っている場合には、診療録に患者等に交付したものと同一内容の文書が電子媒体で保存されており、その文書を用いて説明を行った日及び説明者が記載されていることでよいか。

（答）そのとおり。

#### 【入退院支援加算】

問 24 「A246」入退院支援加算において、退院困難な要因の中に「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」が加わったが、具体的にどのような場合か。

（答）患者との意思疎通が困難であり患者の治療方針等に関する意思決定支援のために家族や親族との連絡を行う必要がある場合又は患者の退院後の生活に向けた調整を行うために家族や親族との連絡を行う必要がある場合であって、患者本人への確認や患者が入院前に利用していた医療・介護・福祉サービスの事業者、行政機関等への照会を行う等によって家族や親族を特定する努力を行ったにもかかわらず、家族や親族が特定できない場合や、家族や親族への相談を本人や当該家族・親族が拒んでいる場合を指す。なお、こうした場合であっても、必要に応じて、家族や親族以外で治療方針等に関する意思決定や退院の支援を行う者を特定して連絡する等、適切な対応を行うこと。

#### 【看護補助・患者ケア体制充実加算】

問 25 名称変更された「看護補助・患者ケア体制充実加算」の施設基準における所定の研修は、従来の看護補助体制充実加算に係る研修と同様と考えてとよいか。

（答）よい。名称が変更されたのみであり、研修内容には特段の変更は生じない。したがって、従来、認められていた研修については、継続して施設基準に係る研修であることが認められる。なお、「看護補助・患者ケア体制充

実加算」の施設基準に係る研修を引き続き実施するに当たり、過去に実施した研修を含めて、施設基準に係る研修として認められていることを周知の際に明記する場合には、再度、研修内容の確認を要すこと。

問 26 「A101」療養病棟入院基本料及び「A106」障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること。」とあるが、当該加算の届出を行っている病棟の看護補助者の必要数の5割以上を当該病棟に配置することによいか。

(答) そのとおり。

#### 【電子的診療情報連携体制整備加算】

問 27 「A205-7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「非常時に備えた医療情報システム」とは、何を指すか。

(答) ここでいう医療情報システムは、非常時において継続して診療が行えるために最低限必要なシステムを想定しており、電子カルテシステム、オーダーリングシステムやレセプト電算処理システムを指す。

問 28 「A205-7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「バックアップを複数の方式で確保」とは具体的にどのようなものを指すか。

(答) 例えば、HDDとRDX (Removable Disk Exchange system)、クラウドサービスとNAS (Network Attached Storage) など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。

問 29 問 28 における「バックアップ」について、例えば、クラウドサービスにおいてオンラインでデータを保存するとともに、オフラインのバックアップを取っている場合について、どのように考えればよいか。

(答) クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応すること。

- ① クラウドサービスから、専用アプリを用い抽出したデータを、RDX など別の媒体で保管している場合には要件を満たしているとされるが、この場合においても世代管理も十分に行うことに留意されたい。

② クラウドサービスから外部の記録媒体（NAS等）に自動でデータが転送される場合であって、常時（データ転送の際を除く。）ネットワークから切り離した状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしているとされる。

③ クラウドサービスから、当該クラウドサービス内の他の論理的に切り離されている領域にバックアップ（いわゆるオフサイトバックアップ）を取っている場合であって、災害時等に速やかにデータ復旧が可能な状態にある場合には、要件を満たしているとされる。

なお、ネットワークから切り離したオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。

問 30 問 28 において、例えば、電子カルテなどのオンラインのサーバからインターネットを介して別の媒体である RDX、NAS 等にバックアップを取った場合は要件を満たしているといえるか。

（答）単にバックアップを取るだけではなく、当該媒体が常時ネットワークから切り離された状態（データ転送の際を除く。）であって、データ転送にてバックアップが取得された後に、ネットワークと完全に切り離された状態であることを十分に確認し、バックアップデータを適切に保存した場合に限り要件を満たす。

したがって、媒体がネットワークから切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合やネットワークと完全に切り離されている状態であることを確認することができない状態である場合は要件を満たさない。

なお、常時ネットワークから切り離したオフラインで保管が可能な状態であるかについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。

問 31 「A 2 0 5 - 7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも 3 世代）確保する等の対策を行うこと。」とあるが、世代管理について、日次のバックアップは、差分のバックアップでよいのか。また、週次、月次のバックアップはどのように考えればよいか。

（答）週次や月次の世代管理・方法については、病院の規模やバックアップの方式等によって異なることから一概に示すことが難しいが、緊急時に備えるために適した方法でリスクを低減する対策を講じること。

【包括期充実体制加算】

問 32 「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準のうち、令和8年度診療報酬改定で新設された介護支援等連携指導料2は令和8年5月以前は算定することができないが、同年6月から届け出るための実績としては、退院時共同指導料2のみで満たす必要があるのか。

(答) 令和8年8月以前に届け出るために、5月以前の期間が実績の算出対象期間となる場合には、同年5月以前に算定された改定前の医科点数表の「B005-1-2」介護支援等連携指導料の算定回数を実績に含めて差し支えない。ただし、届出以降に毎月実績を算出する際には、6月以降の実績については介護支援等連携指導料1の実績は用いず、退院時共同指導料2及び介護支援等連携指導料2のみで算出する必要があり、それにより施設基準を満たさなくなった場合は届出を取り下げること。

#### 【包括期充実体制加算】

問 33 「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関で受入が可能な疾患や病態について、地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行っていること。協議を踏まえ、連携する他の保険医療機関における救急患者の転院体制に係る受入先の候補としてリストに掲載されていることが望ましい。」とあるが、地域のメディカルコントロール協議会に必ず参加する必要があるのか。

(答) 以下のような場合は、必ずしもメディカルコントロール協議会への参加を要しない。

- ① 在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場合、複数の病院が参加する地域の医療体制に係る会議又は連絡体等、高齢者の緊急患者等の搬送ルールについて話し合う場において、当該医療機関が受入可能な疾患や病態について、定期的に情報発信がなされている
- ② 近隣の医療機関と定期的に情報共有を行い、当該医療機関が受入可能な疾患や病態について、情報提供している

なお、これらの取組の例として、例えば「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」等において、適切な病態の搬送先病院リストに入っていることや、連携先の病院と個別に下り搬送についての申し合わせがなされていることなどが考えられる。

#### 【情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準】

問 34 「A207-2」医師事務作業補助体制加算において「生成AIその他のAI技術を用いる製品・サービスについては、経済産業省及び総務省が公表する「AI事業者ガイドライン」に基づき、適切なリスク対策等を講じている事業者が提供しているものであること。」とされているが、情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準においてA

I 技術を用いる場合も同様か。

(答) そのとおり。

問 35 「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について」(令和8年3月5日保医発 0305 第7号) 別添2の第2の19(1)で規定する「アからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等(以下「ICT機器等」という。)を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること」とはどのような場合か。

(答) アの見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等については、「患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に当該機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は当該機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。」としていることから、適切に患者の状態を判断した上で、1月当たりの平均で当該病棟の入院患者の概ね2割以上が当該機器を使用していること。

イの看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等については、概ね全ての看護職員が週に1回程度当該機器を使用していること。

ウの医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等については、当該日に勤務する概ね全ての看護職員が当該機器を使用していること。

#### 【看護・多職種協働加算】

問 36 「A215」看護・多職種協働加算においては看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを25対1で配置することとなっているが、看護職員のみで他職種を配置しなくても算定できるのか。

(答) 算定可能。

#### 【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 37 「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おける「単品単価交渉」とは何を指すのか。

(答) 「単品単価交渉」とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。なお、取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、例えば、次に掲げる交渉については、単品単価交渉に該当しない。

ア 総価値引率を用いた交渉(総価交渉や総価交渉除外有りを含む。)

イ 全国最低価格に類する価格をベンチマークとして用いた交渉

ウ ベンチマークを用いた交渉のうち、配送コストなどの地域差及び購入金額、支払条件、返品、急配等の取引条件を考慮していない単価をベンチマークとし、当該価格で決定する一方的な交渉

エ 法人格・個人事業主が異なる加盟施設との取引価格の交渉を一括して受託する業者の価格交渉について、加盟施設ごとの地域差や取引条件等を考慮しない取引価格での交渉や加盟施設の確認が行われない交渉

#### 【特定集中治療室管理料】

問 38 「A301」特定集中治療室管理料1の施設基準における「特定集中治療の経験を5年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師」とはどのような医師を指すのか。

(答) 以下の①から③までのすべてを満たす医師を指す。

- ① 集中治療部門での勤務経験を5年以上有している。
- ② 特定集中治療に係る専門医試験における研修を修了している。
- ③ 日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講している。

③の講習会については、実講義時間として合計30時間以上（講師としての参加を含む。）であり、下記の内容を含むものとする。届出に当たっては、研修を修了していることが確認できる文書を提出すること。

- ・呼吸管理（気道確保、呼吸不全、重症肺疾患）
- ・循環管理（モニタリング、不整脈、心不全、ショック、急性冠症候群）
- ・脳神経管理（脳卒中、心停止後症候群、痙攣性疾患）
- ・感染症管理（敗血症、重症感染症、抗菌薬、感染予防）
- ・体液・電解質・栄養管理、血液凝固管理（播種性血管内凝固、塞栓血栓症、輸血療法）
- ・外因性救急疾患管理（外傷、熱傷、急性体温異常、中毒）
- ・その他の集中治療管理（体外式心肺補助、急性血液浄化、鎮静/鎮痛/せん妄）
- ・生命倫理・終末期医療・医療安全

なお、③については、現時点では以下に示す講習会が該当する。

- ・敗血症セミナー
- ・リフレッシュャーセミナー
- ・終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座
- ・FCCS(Fundamental Critical Care Support)セミナー
- ・JICECセミナー
- ・MCCRC (Multiprofessional Critical Care Review Course) in JAPAN

#### 【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】

問 39 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の専従の理学療法士等及び専任の管理栄養士が病棟で従事する時間を、看護・多職種協働加算の勤務実績の時間に算入し様式9に記載することは可能か。

(答) 不可。

問 40 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（連携加算）は病棟ごとに異なる区分の届出が可能か。

(答) 病棟ごとに異なる区分の届出が可能。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問 41 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料についてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定が可能となったが、「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や「A304」地域包括医療病棟の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病棟から、同一医療機関内のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する地域包括ケア病棟へ患者が転棟した場合、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は引き続き算定できるのか。

(答) 同一医療機関内の別の入院料を算定する病棟で既にリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算又はリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定していた場合、転棟後の病棟では、当該加算の算定開始日から14日以内であっても、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は算定できない。ただし、ADL、栄養状態、口腔状態についての評価及び評価に基づく計画は、転棟前のものを引き継いで差し支えない。この場合においても、リスクに応じた期間で定期的な再評価を行うこと。

問 42 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（連携加算）の施設基準において、「当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、例えば1つの病棟で「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する病室と「A308-3」地域包括ケア病棟入院医療管理料の「注14」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病室が混在する病棟は、当該1病棟に専任の常勤の管理栄養士を1名配置することで差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【認知症ケア加算、身体的拘束最小化推進体制加算】

問 43 「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につい

て」(令和8年3月5日保医発0305第7号)別添2の第1の7に掲げる身体的拘束最小化の基準における(6)のウ及び(7)のイの(ハ)の研修について、「A247」認知症ケア加算に係る研修に身体的拘束最小化の内容を兼ねるものとした場合には、当該研修で、身体的拘束最小化の基準と認知症ケア加算の施設基準における研修の基準をいずれも満たすものと考えてよいか。

(答) 当該研修が通則の身体的拘束最小化の基準に規定する研修内容を含むものである場合には、満たすものとする事ができる。ただし、身体的拘束最小化の基準については、「認知症患者に係わる職員」だけでなく、「入院患者に係わる職員」が対象であることに留意すること。

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 44 「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について」(令和8年3月5日保医発0305第7号)別添4の第11の1の(13)のウに規定する「介護保険によるリハビリテーション」とは、具体的にどのようなリハビリテーションを指すのか。

(答) 介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション又は介護保険施設で、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により行われるリハビリテーションであって、高次脳機能障害者に適したものを指す。

問 45 「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について」(令和8年3月5日保医発0305第7号)別添4の第11の1の(13)のウにおいて、高次脳機能障害を有する患者が退院後に利用する予定の保険医療機関又は生活介護等を提供する事業所若しくは施設に対し、リハビリテーション総合実施計画書等を文書にて提供することとされているが、「利用する予定」とはリハビリテーションの利用だけでなく、単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等を含むのか。

(答) 医療保険、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションを利用する場合のみを指し、単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等は含まれず、単に受診する別の保険医療機関や担当の介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所等は文書の提供先に含まない。

問 46 「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」(令和8年3月5日保医発0305第6号)の「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」の(13)のイの①において、リハビリテーション実績指数の算出にあたっては、「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点が5点以下から6点以上に上がった場合、退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点が

ら、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したものに1点加えることとされているが、2項目のいずれも該当する必要があるのか。あるいは、どちらか1項目が該当する場合でも、1点を加えるのか。

(答) それぞれの項目が「入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上だった場合」にそれぞれ1点を加え、どちらか1項目の得点のみが入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上に該当する場合であっても、退棟時又は退室時のF I M運動項目の得点から、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したものに1点を加える。

問 47 重症の患者の対象である「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九第一号に規定する患者に限る。）」には、基本診療料の施設基準等別表第九に標準的算定日数が180日となる対象として示されている高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害のみでなく、高次脳機能障害を伴った頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、急性脳症も含まれるか。

(答) 含まれる。

問 48 令和8年度診療報酬改定において、実績指数の計算方法、除外対象及び基準が見直されたが、令和8年7月以降にリハビリテーション実績指数を求めるに当たって、算出方法や除外対象患者をどのように考えればよいか。

(答) リハビリテーション実績指数の計算の除外対象及び除外割合については、入棟時の基準が適用されるため、それぞれ令和8年5月31日までに入棟又は入室した患者の入棟又は入室月においては、令和8年度診療報酬改定前の基準を用いてよい。なお、入棟時のF I M運動項目の得点が20点以下で、退棟又は退室までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えた場合に、除外患者とできなくなる取り扱いは、令和8年5月31日までに入棟又は入室した患者については、同年6月1日以降に退棟又は退室した場合であっても適用しなくてよい。

なお、F I M運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟時5点以下から退棟時6点以上に上昇したものの場合に各項目につき1点加点する計算方法については、リハビリテーション実績指数を令和8年7月以降に算出する場合には、算出対象となる期間の全ての患者に適用して差し支えない。

問 49 回復期リハビリテーション強化体制加算の届出は、実績指数の算出月にしか行えないのか。それとも令和8年6月1日から算定するための届出期間内に、直近6か月の実績を算出して届出を行ってよいのか。この場合、実績指数の算出対象期間はどうか。また、退院前訪問指導料はこれまで回復

期リハビリテーション病棟入院料に包括されていたが、当該指導料の算定回数ではなく、退院前訪問指導を実施した実績により届出を行ってよいのか。

(答) 回復期リハビリテーション強化体制加算の届出にあたっては、リハビリテーション実績指数の算出月以外であっても、届出を行う前月までの6か月間を算出期間としたリハビリテーション実績指数を算出した上で届け出ることができる。この場合においては、問48に関わらず、対象期間の全ての患者について、令和8年度診療報酬改定後の基準で実績指数の計算を行うこと。

なお、算出期間に退院した患者が入棟した月について、実績指数の算出から除外した入棟患者のうち、次の患者を算出対象に加え、各月の除外患者の割合が100分の20を超えないようにすること。(この場合に限り、入棟時に除外対象とした患者であっても、退院後に実績指数の算出対象に加えることができる。)

- ・改定後の除外対象の要件を満たさない患者
- ・除外患者の割合が100分の20を超える場合は、改定後の除外対象の要件を満たす患者

また、退院前訪問指導の実施に係る施設基準については、実施した実績により届け出ること。

#### 【回復期リハビリテーション強化体制加算】

問 50 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合の算出に当たっては、「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」(令和8年3月5日保医発0305第6号)の「B007」退院前訪問指導料の(2)に基づき、1人の患者に入院後早期と退院前の2回の訪問指導を行った場合であっても、分子となる患者数は1人として算出するのか。

(答) そのとおり。

問 51 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準において、退院前訪問指導の実施割合の計算対象となる「直近6か月間に自宅へ退院した患者」について、「自宅」とは患者の自宅のみを指すのか。

(答) 自宅とは、高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成13年法律第26号)第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅を含むが、「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」(令和8年3月5日保医発0305第6号)の「C002-2」施設入居時等医学総合管理料(3)のアに規定する施設のうち(ホ)以外並びに障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設、事業所及び福祉ホームはいずれも「自宅」に含まず、これらに退院する患者については、割合を算出する際の分

子・分母のいずれにも含めないこと。

問 52 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である退院前訪問指導の実施割合の算出にあたって、同一医療機関内の他病棟で退院前訪問指導を実施した後に回復期リハビリテーション病棟へ転棟し自宅に退院した患者については、計算に含めるのか。

(答) 実施割合の算出にあたり、退院前訪問指導を実施した患者として分子に含めて計算できる。

### 【短期滞在手術等基本料3】

問 53 令和8年5月31日以前からDPC対象病院に入院している患者に対して、短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施し、当該患者が同年6月1日以降に退院した場合、短期滞在手術等基本料3を算定できるか。

(答) 令和8年5月31日以前からDPC対象病院に入院している患者については、短期滞在手術等基本料3は算定しない。

### 【心不全再入院予防継続管理料】

問 54 「B001-10」の心不全再入院予防継続管理料における「関係学会より示されているガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本循環器学会及び日本心不全学会の「心不全診療ガイドライン」を指す。

問 55 「B001-10」心不全再入院予防継続管理料について、心不全再入院予防継続管理料1又は2の届出を行っている保険医療機関は、心不全再入院予防継続管理料3を届出できるか。

(答) 届出できない。

問 56 「B001-10」の「1」心不全再入院予防継続管理料1の施設基準において、「一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10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。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。」とされているが、特別入院基本料を算定する病棟は対象に含まれるか。

(答) 含まれない。

問 57 心不全再入院予防継続管理料の施設基準における医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、過去に複数の施設での経験を合算して満たすことでもよいか。

(答) よい。

問 58 「B001-10」の「1」心不全再入院予防継続管理料1及び「2」心不全再入院予防継続管理料2の施設基準における医師、看護師又は保健師及び管理栄養士の「心不全の予防指導に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「慢性心不全看護」「心不全看護」
- ② 日本循環器学会「心不全療養指導士」

また、上記のほかに、心不全管理に関する専門的な知識・技術を有する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等を養成することを目的とした7時間以上の研修であり、以下の要件を全て満たすものについても該当する。

- (1) 慢性心不全に関する一定の知識と経験を有する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等を対象としていること。
- (2) 心不全の病態、薬物治療及び非薬物治療、療養指導、食事指導、運動指導並びに地域連携に関する内容が含まれていること。
- (3) 慢性心不全の管理に関する実習を含むこと。
- (4) 医療関係団体が主催し、研修の修了証が発行されていること。

#### 【遺伝性疾患療養指導管理料】

問 59 令和8年度診療報酬改定において、検体検査判断料の「遺伝カウンセリング加算」等が廃止され、第1部医学管理等に「B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料」が新設されたが、その趣旨如何。

(答) 関係学会による医療技術評価の提案を契機とし、質の高いゲノム医療を推進する観点から、遺伝カウンセリング及び遺伝学的な情報に基づく療養指導に係る評価について議論され、見直しが行われたもの。これにより、遺伝学的検査等の実施時だけでなく、必要な場面において、適切な時期に、質の高い医学管理が実施されることが期待される。

#### 【遠隔連携診療料】

問 60 「B005-11」遠隔連携診療料の「注1」及び「注3」について、対象患者として、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者とあるが、指定難病の患者とは、同法第7条第4項に規定する医療受給者証が交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)を指すのか。

(答) 医療受給者証の交付の有無にかかわらず、指定難病と診断されていれば対象となる。

**【退院後訪問栄養食事指導料】**

問 61 「B007-3」退院後訪問栄養食事指導料について、保険医療機関の管理栄養士が、患者等の同意を得た上で、同一の保険医療機関又は特別の関係にある訪問看護ステーションの看護師に同行して患家等を訪問し、栄養管理に係る指導等を行った場合は、「B007-2」退院後訪問指導料又は「C005」在宅患者訪問看護・指導料等と同日に算定できるか。

(答) 各指導料に規定する指導等の時間が重複しない場合は、算定できる。

**【第3部検査 第1節検体検査料 第1款検体検査実施料】**

問 62 「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料の算定日に、看護師又は准看護師という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医療機関の看護師又は准看護師が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、第1節第1款検体検査実施料を算定することが可能か。

(答) 可能。

**【コンピューター断層撮影 (CT撮影)】**

問 63 「E200」コンピューター断層撮影 (CT撮影) において「128列以上のマルチスライス型の機器による場合」とあるが、ここでいう「128列以上」とは、X線管球1回転当たり体軸方向に128列以上又は複数のX線管球の装置においては合わせて128列以上のデータ収集機構によるものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

**【血流予備量比コンピューター断層撮影解析】**

問 64 「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影解析について、項目名及び算定要件が変更されたが、令和8年5月31日以前に「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影として算定していた診療行為については、同年6月1日以降は「E200」コンピューター断層撮影 (CT撮影) (一連につき)、同「注4」の冠動脈CT撮影加算及び「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影解析を算定するのか。

(答) そのとおり。

### 【処方料】

問 65 第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し、在宅において患者が自己注射を行う薬剤について院内処方を行った場合に、「F000」調剤料、「F100」処方料、「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料は算定できるのか。

(答) 当該薬剤のみを処方する場合には、算定不可。当該薬剤の費用については、「C200」薬剤により算定する。なお、当該薬剤以外を併せて処方する場合には、それぞれ「F000」調剤料、「F100」処方料、「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料の算定要件等に従い、別途算定できる。

### 【処方箋料】

問 66 第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し、在宅において患者が自己注射を行う薬剤について、保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に院外処方箋を交付した場合に、「F400」処方箋料は算定できるのか。

(答) 「C002」在宅時医学総合管理料等の、投薬の費用が所定点数に含まれている管理料等を算定する場合を除き、「F400」処方箋料を算定可能。ただし、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

### 【疾患別リハビリテーション】

問 67 令和8年度診療報酬改定において、疾患別リハビリテーションについて、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者については、「特定の患者」として取り扱うこととなったが、1単位の中で、訓練の一部にベッド上におけるポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練が含まれるが、それ以外の訓練が適切に行われる場合は「特定の患者」に該当しないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

問 68 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三のうち、脳血管疾患等の患者について、「脳血管疾患等の患者のうち発症日、手術日又は急性増悪の日から六十日以内のもの」に改定されたが、対象患者は「疑義解釈資料の送付について(その3)」(平成18年3月31日医療課事務連絡)別添1の問96と同様と考えてよいか。また、回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料を算定する患者が、当該項目に該当する場合、1日9単位を算定することができるのか。

(答) いずれもそのとおり。なお、手術は対象疾患に関連する手術であることに留意すること。これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問112は廃止する。

問 69 令和8年度診療報酬改定において、心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料それぞれについて「離床を伴わないリハビリテーション」が新設されたが、以下のような事例は減算及び単位数制限の対象となる「特定の患者」に該当するか。

- ①最初の1単位はベッド上で他動的な訓練を行い、2単位目の途中から車椅子移乗した上で、計6単位のリハビリテーションを行った場合
- ②肺炎を発症したため、訓練室に移動せず、ベッド上で自ら膝の曲げ伸ばし等の運動や排痰を促す訓練を行った場合。
- ③ベッド上でギャッジアップし、高次脳機能障害や構音障害等に係る言語療法を行った場合
- ④起立性低血圧を有する患者について、離床を目指して、耐久性向上のために観察しながら臥位から座位に移行し座位を保持する訓練を進めたが、結果的に端座位に至らず終了した場合
- ⑤車椅子に移乗したうえで訓練室に移動し、訓練室のベッド上で他動的な関節可動域訓練のみを行った場合
- ⑥ベッド上で主に拘縮予防や褥瘡予防を目的とした他動的な関節可動域訓練やポジショニングのみを行った場合。

(答) それぞれ以下のとおり。「特定の患者」に該当しない場合は、離床を伴わないリハビリテーションではなく、各個別療法の例により算定すること。

- ①車椅子に移乗しているため「ベッド上のみ」で訓練したわけではなく、また内容としても「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行ったわけではないため、特定の患者には該当しない。
- ②「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ③「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ④「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ⑤車椅子に移乗しており「ベッド上のみ」ではないため、特定の患者に該当しない。
- ⑥「ベッド上のみ」で「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行っているため、特定の患者に該当し、100分の90の点数による2単位までの算定の対象となる。

### 【早期リハビリテーション加算】

問 70 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の要件及び算定期間が変更となったが、令和8年5月31日以前に入院した患者の起算日及び算定可能日数については、以下のそれぞれについて具体的にどのように考えればよいか。

① 5月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され、6月1日時点で起算日から14日以内である場合

(例) 令和8年5月21日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月29日に入院し治療開始、同31日から心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者

② 5月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され、6月1日時点で起算日から15日目以降である場合

(例) 令和8年5月4日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月12日に入院し治療開始、5月14日から心大血管疾患等リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者

③ 6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始しておらず、改定前の基準と改定後の基準で起算日が異なる場合。

(例) 令和8年5月23日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月31日に入院し治療開始、6月2日より心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者

(答) 令和8年5月31日以前に早期リハビリテーション加算を既に算定している患者については、改定後も起算日を変更しない。なお、同年6月1日以降の算定期間は起算日から14日間となるため、6月1日時点で15日目以降であった場合は、6月1日以降は当該加算を算定することはできない。

ただし、6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日を起算日とする。

① 改定前後で起算日が異なる場合であっても、改定前の起算日に基づき、改定後に引き続いて起算日から14日目までが算定可能期間となる。

例示の場合は、改定前の基準に基づき、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して、早いほうの5月27日を起算日として、5月31日までは改定前の早期リハビリテーション加算として25点が算定可能である。6月1日以降も起算日を変更せず、6月1日から9日までは改定後の早期リハビリテーション加算（4日目以降14日以内）として1単位につき25点が算定可能である。

② 改定前の起算日に基づき、6月1日時点で起算日から15日目以降である場合には、6月1日以降は早期リハビリテーション加算は算定できない。

例示の場合は、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比

較して、早いほうの5月10日を起算日として、5月31日までは改定前の早期リハビリテーション加算として25点が算定可能である。6月1日以降は、起算日は5月10日であり、既に起算日から23日目であり14日間を超えているため、早期リハビリテーション加算は算定できない。

- ③ 6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日を起算日として算定可能である。

例示の場合は、改定後の基準に基づき、入院日である5月31日を起算日として、疾患別リハビリテーションを開始した6月2日から起算日の14日目にあたる6月13日まで、早期リハビリテーション加算として1単位につき6月2日は60点（1日目から3日目まで）、6月3日から13日は25点（4日目以降14日以内）が算定可能である。

#### 【リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書】

問71 「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」（令和8年3月5日保医発0305第6号）の第7部通則の4の4に「情報通信機器等を用いる場合を含む。」とあるが、医師の指示を受けた理学療法士等が説明する場合にも情報通信機器等を用いてよいか。

（答）よい。

#### 【リハビリテーション総合計画評価料】

問72 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の問195において、リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、計画書に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となるとされているが、リハビリテーション総合実施計画書の作成と多職種による評価を行った月が異なる場合は、評価を行った月に算定すればよいか。

（答）そのとおり。

問73 令和8年度診療報酬改定において、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の説明について、回復期リハビリテーション病棟以外では「医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士」が実施することが可能となったが、医師の指示はどのように受ければよいか。医師の指示について診療録への記載が必要か。

（答）リハビリテーション実施計画書（総合実施計画書）を作成した医師が他の職種による説明が可能と判断した症例については、当該医師が文書又は口頭で、計画書の内容を医師以外が行ってよい旨の指示を行うこと。なお、当該指示について必ずしも診療録への記載は要しない。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問201及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和2年3月31日）別添1の問121は廃止する。

**【精神科慢性身体合併症管理加算】**

問74 「A230-5」精神科慢性身体合併症管理加算について、「この場合において、区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。」とあるが、精神科慢性身体合併症管理加算に係る診察に併せて精神科身体合併症管理加算に係る診療を行った場合、「精神科身体合併症管理加算」は算定できるのか。

(答) 算定できない。なお、「精神科慢性身体合併症管理加算」に係る診察を行った日とは別の日に「精神科身体合併症管理加算」に係る診療を行った場合は、「精神科身体合併症管理加算」を算定できる。

**【精神科急性期医師配置加算】**

問75 「A249」精神科急性期医師配置加算1の施設基準において、「入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に6人以上であること。」とあるが、入院及び外来でクロザピンを使用する1人の患者は、当該要件において2人とカウントすることは可能か。

(答) 不可。なお、精神科急性期医師配置加算3の施設基準においても同様の取扱いである。

**【精神科地域密着多機能体制加算】**

問76 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関の開設者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10キロメートル以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。」、「当該保険医療機関の代表者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10キロメートル以内に所在する障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていること。」とあるが、「障害福祉サービス事業所等」の「等」には何が含まれるのか。

(答) 相談支援事業所及び地域活動支援センターが含まれる。

問77 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において、精神病床数の許可病床数に係る要件があるが、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に係る病床（以下「医療観察法病床」という。）の取扱い如何。

(答)

- 通則における以下の要件においては、当該保険医療機関における許可病床数及び精神病床の許可病床数に、医療観察法病床数は含める。
  - ・ 「当該保険医療機関における許可病床数が 350 床以下であること。」
  - ・ 「当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、6 割 5 分以上であること。」
- 以下の要件における精神病床の許可病床数については、医療観察法病床数は含めない。
  - ・ 当該加算 1 の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 100 床以下であること。」
  - ・ 当該加算 2 の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 101 床以上 150 床以下であること。」及び「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 151 床以上 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。」
  - ・ 当該加算 3 の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。」

問 78 「A 2 5 5」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置されていること。」とあるが、どのような勤務を常勤とするのか。

(答) 週 4 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。

**【認知療法・認知行動療法】**

問 79 認知行動療法 3 の施設基準における認知療法・認知行動療法についての研修とは、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 厚生労働省認知行動療法研修事業による 2 日間の「認知療法・認知行動療法ワークショップ」(平成 24 年度に国立精神・神経医療研究センター、滋賀医科大学において実施したもの及び平成 25 年度以降に一般社団法人認知行動療法研修開発センター、国立精神・神経医療研究センターにおいて実施したものに限る。)
- ・ 日本精神科病院協会による 2 日間の「認知行動療法研修会」(平成 29 年度以降に実施されたものに限る。)
- ・ 一般財団法人公認心理師試験研修センターによる 2 日間の公認心理師を対象とする認知療法・認知行動療法研修会

**【精神科救急急性期医療入院料】**

問 80 「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料の施設基準において、「当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上のものであること。」とあるが、年間の取扱い如何。

(答) 届出時は、届出前直近1年間を指す。それ以降は、毎年8月に、前年8月から7月までの12か月の実績を算出し基準を満たす必要がある。なお、「A 3 1 1-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準通知(13)においても同様の取扱いとする。

**【精神科救急急性期医療入院料等】**

問 81 「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料及び「A 3 1 1-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、算定を行う病棟に常勤の精神保健福祉士を2名以上配置すること、また、「A 3 1 1-2」精神科急性期治療病棟入院料の施設基準において、算定を行う病棟に精神保健福祉士が常勤していることとされているが、当該精神保健福祉士は、配置されている又は常時勤務している病棟に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

(答) 当該病棟における業務に従事した上で、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、他病棟及び外来における業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

**【精神科急性期治療病棟入院料】**

問 82 「A 3 1 1-2」精神科急性期治療病棟入院料の施設基準において、「同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料1を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することはできない。」とあるが、精神科急性期治療病棟入院料1を届け出る病棟を有する保険医療機関において、令和8年3月31日において現に令和8年度診療報酬改定前の医科点数表における精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟が、精神科急性期治療病棟入院料2を届け出することは可能か。

(答) 令和8年9月30日までの間に限り可能。

**【精神療養病棟入院料】**

問 83 重症者加算1について、様式55の2は毎年提出する必要があるのか。

(答) 不要。なお、これに伴い、「疑義解釈の送付について(その13)」(平成25年3月28日)の別添の問3は廃止する。

【通院・在宅精神療法】

問 84 「I002」通院・在宅精神療法の「注12」について、算定留意事項において、「再診においてオンライン精神療法を行う場合には、当該患者に対して、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に、対面診療又は「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）を行っていること。」とあるが、対面診療又は「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）のいずれかを過去1年以内の期間に行っている必要があるということか。

(答) そのとおり。

【通院・在宅精神療法】

問 85 「I002」通院・在宅精神療法の「注13」に関する施設基準において、「令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事していること。」とあるが、具体的にはどのようなものが「精神医療に従事していること」に該当するか。

(答) 常態として、以下の業務に従事している期間が該当する。

- ・ 保険医療機関において主として精神科の診療業務を行っている
- ・ 精神保健福祉センター等の行政機関において主として精神保健医療にかかる業務に従事している
- ・ これらの業務と精神保健医療に関する教育・研究等の業務を兼務している

【認知療法・認知行動療法】

問 86 「I003-2」認知療法・認知行動療法の留意事項通知の(11)に定める不眠症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たって参考にするものとしている、関係学会の定めるマニュアルとは、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、「不眠症に対する認知行動療法マニュアル」(日本睡眠学会教育委員会編)を指す。

問 87 「I003-2」認知療法・認知行動療法について、うつ病又は不安障害を合併した不眠症の患者に対して、不眠症に対する認知療法・認知行動療法と併存症に対する認知療法・認知行動療法の両者を実施した場合、どのように算定するのか。

(答) 両者の実施が医学的に妥当であると判断した場合に限り、それぞれの上限回数を限度として算定できる。

【在宅療養支援診療所・病院】

問 88 「患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。」とあるが、氏名を明らかにせずに説明することは可能か。

(答) 不可。当該保険医療機関（連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院の場合は連携体制を構築するいずれかの保険医療機関）において雇用契約のない医師を当該文書に掲載することも認められない。

問 89 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、面談はどのように実施すればよいか。

(答) 往診担当日の前日以前に、往診医が当該保険医療機関に直接訪問することによる対面での面談又は当該保険医療機関が開催若しくは参画するカンファレンスへの対面での出席により、実施すること。

なお、カンファレンスには、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院の施設基準に「当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。」として定めるカンファレンスを含む。

問 90 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。

(答) 以下を含むものであること。

- ・ 当該保険医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については、その詳細）や今後の診療方針等
- ・ 緊急時の入院医療機関の連絡先等、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報
- ・ 当該保険医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用方法等、診療を実施する上で必要な事項

問 91 「当該診療所において、患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供しているこ

と。(中略) なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。」とあるが、患家に文書で提供している往診担当医についても、事前の面談は必要か。

(答) 往診担当医が当該保険医療機関において訪問診療等に従事している、又は訪問診療等に従事している医師と同じ保険医療機関内で日常的に対話をしている医師以外の医師の場合は、面談が必要。面談の実施方法及び共有すべき内容については、患家に事前に氏名を提供していない往診医の場合(問 89 及び問 90)と同様とする。

#### 【連携型在宅療養支援診療所・病院】

問 92 特掲診療料の施設基準通知第9の1の(2)のアの③に定める、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の24時間往診体制の要件における「往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師」が往診を担当する場合、診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。

(答) 以下を含むものであること。

- ・ 当該保険医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報(特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については、その詳細)や今後の診療方針等
- ・ 緊急時の入院医療機関の連絡先等、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報
- ・ 当該保険医療機関における物品(医療材料等)や電子カルテの使用方法等、診療を実施する上で必要な事項

#### 【緩和ケア診療加算等】

問 93 「A226-2」緩和ケア診療加算等の届出において緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付することとされているが、「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」の修了証書には厚生労働省健康・生活衛生局長の印が必要か。

(答) 「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」(令

和7年11月27日一部改正)様式2のとおり、公印省略として構わない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成22年3月29日事務連絡)別添1の問54は廃止する。

#### 【腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術】

問94 「K879-2」腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準について、「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、日本産科婦人科学会の、「婦人科領域におけるロボット手術に関する指針」を指す。

#### 【無菌的分割製剤作成加算】

問95 「K920」輸血の「注13」に規定する無菌的分割製剤作成加算について、赤血球製剤及び血小板製剤をそれぞれ無菌的に分割した場合、当該加算はそれぞれ算定できるか。

(答)算定可能。

#### 【輸血料】

問96 「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」(平成31年3月25日付け薬生発第0325第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)及び「輸血療法の実施に関する指針」の一部改正について」(令和2年3月31日付け薬生発0331第31号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)で示されている「血液製剤の使用指針」及び「輸血療法の実施に関する指針」が廃止されるが、代わりとなる指針等はあるか。

(答)日本輸血・細胞治療学会の「輸血療法実践ガイド」を参照すること。

#### 【体外照射】

問97 「M001」体外照射の「3」強度変調放射線治療(IMRT)の施設基準にある「関係学会の定めるガイドライン」とは具体的に何か。

(答)現時点では、日本放射線腫瘍学会の「放射線治療計画ガイドライン」及び「遠隔放射線治療計画ガイドライン」並びに日本医学物理学会・日本放射線技術学会・日本放射線腫瘍学会の「強度変調放射線治療における物理技術ガイドライン」を指す。

問98 「M001」体外照射の「2」高エネルギー放射線治療の「イ」乳癌に対する全乳房照射の場合及び「3」強度変調放射線治療(IMRT)の「イ」前立腺癌に対する前立腺照射の場合について、「注4」及び「注7」に規定する治療を中止した等の場合において、「注10」に規定する画像誘導放射線

治療加算及び「注 11」に規定する呼吸性移動対策加算は算定できるか。

(答)要件を満たす場合には、「注 10」のイからハまで(一連による評価を除く。)  
及び「注 11」(一連による評価を除く。)に規定する加算を算定する。

問 99 「M001」体外照射の「2」高エネルギー放射線治療の「イ」乳癌に対する全乳房照射を実施後、腫瘍床に対するブースト照射を実施する場合は、区分番号「M001」体外照射の「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合を追加で算定できるか。

(答)算定できる。

問 100 全乳房照射と鎖骨上リンパ節等の領域リンパ節への体外照射を同日に実施する場合は、「M001」体外照射の「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合を別に算定できるか。

(答)原則として算定できないが、鎖骨上リンパ節に対して照射する場合には、「M001」の「2」の「ロ」((2)及び(4)に限る。)を算定できる。

問 101 両側の乳癌に対する全乳房照射を同日に照射する場合において、どのように算定すればよいか。

(答)片側に対して「M001」の「2」の「イ」を算定したうえで、対側については、「M001」の「2」の「ロ」((2)又は(4)に限る。)を算定する。

#### 【特殊染色加算】

問 102 「N000」病理組織標本作成の「注」及び「N004」細胞診の「注 3」に規定する特殊染色加算について、「特殊染色」とは具体的に何か。

(答)アザン染色、鉄染色、グロコット染色、チール・ネルゼン染色、グラム染色、パム染色、パス染色、ギムザ染色等が該当する。

#### 【国際標準病理診断管理加算】

問 103 「N006」病理診断料の「注 6」に規定する国際標準病理診断管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた病理診断に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること」とあるが、どのような認定が必要なのか。

(答) IS015189 に基づく臨床検査室の認定について、「病理学的検査」を対象として認定を取得することが必要。

#### 【複数手術】

問 104 複数手術に係る費用の特例(平成 30 年厚生労働省告示第 72 号)別表第

一に掲げる「K 5 1 4 - 2」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術と「K 5 0 4 - 2」胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術との組合せ及び「K 5 1 4 - 2」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術と「K 5 1 3 - 2」胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術の組合せについて、内視鏡手術用支援機器を用いた場合についても適用されるか。

(答) 適用される。

#### 【画像診断管理加算】

問 105 既に画像診断管理加算 2 の施設基準の届出を行っている医療機関において、画像診断管理加算 2 (一部委託を行う場合) を算定する場合、改めて画像診断管理加算 2 の施設基準の届出を行う必要があるか。

(答) 改めて画像診断管理加算 2 の施設基準の届出を行う必要はない。なお、遠隔画像診断を行う場合は、遠隔画像診断の施設基準の届出を行う必要がある。

#### 【迅速フィブリノゲン測定加算】

問 106 「D 0 0 6」出血・凝固検査の「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲンの「注」について、「検査の実施に当たっては、関係学会の定める指針を遵守すること」とあるが、「関係学会の定める指針」とは具体的に何を指すか。

(答) 現時点では、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期・新生児医学会、日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会及び日本 IVR 学会の「産科危機的出血への対応指針 2022」並びに日本心臓血管外科学会の「フィブリノゲン製剤の適正使用指針」を指す。

#### 【血管内近赤外線分光法検査加算】

問 107 「D 2 0 6」心臓カテーテル法による諸検査の「注 3」血管内近赤外線分光法検査加算における「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、日本心血管インターベンション治療学会の「TVC NIRS カテーテルの適正使用指針」を指す。

#### 【赤痢アメーバ抗体定性】

問 108 「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「52」赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性、赤痢アメーバ抗体定性における「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、日本エイズ学会、日本寄生虫学会、日本熱帯医学会、日本感染症学会、日本臨床微生物学会の「血清赤痢アメーバ抗体検査薬の適正使用について」を指す。

**【エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法】**

問 109 「J0 4 1」血球成分除去療法について、敗血症と診断され、集学的治療が必要な患者に対して病態の改善を図ることを目的として実施した場合における、「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、日本集中治療医学会の「敗血症に対する血球細胞除去用浄化器の適正使用について」を指す。

**【胸骨下植込型リードを用いた植込型除細動器移植術】**

問 110 「K 5 9 9」植込型除細動器移植術の「4」胸骨下植込型リードを用いるものにおける「関連学会の定める基準等」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、日本不整脈心電学会の「Extra-vascular ICD (EV-ICD) の適応・施設要件・術者要件に関するステートメント」を指す。

**【経頸動脈的頸動脈ステント留置術】**

問 111 「K 6 0 9 - 3」経頸動脈的頸動脈ステント留置術における「関連学会の定める基準等」とは、具体的に何を指すのか。

(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、日本血管外科学会の「経頸動脈ステント留置システム 適正使用指針」を指す。

**【超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術】**

問 112 「K 6 8 2 - 5」超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術における「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、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本膵臓学会の「医療機器「Hot AXIOS システム」の適正使用指針」を指す。

**【腎神経焼灼術】**

問 113 「K 6 1 3 - 2」腎神経焼灼術における「関連学会の定める「腎デナベーションシステムの適正使用指針」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、日本高血圧学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本循環器学会の「腎デナベーションシステムの適正使用指針」を指す。

**【腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】**

問 114 「K 7 7 3 - 4」腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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、日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本結節性硬化症学会の

「TSC-AML に対する凍結療法の適正使用指針」を指す。

**【骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】**

問 115 「K 0 5 3 - 3」悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本緩和医療学会、日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大 適正使用指針」を指す。

**【肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】**

問 116 「K 5 1 4 - 8」肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本緩和医療学会、日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大 適正使用指針」を指す。

**【骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】**

問 117 「K 6 4 5 - 4」骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本緩和医療学会、日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大 適正使用指針」を指す。

**【肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】**

問 118 「K 6 9 7 - 8」肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本緩和医療学会、日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大 適正使用指針」を指す。

**【人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）】**

問 119 「K 0 8 2」人工関節置換術「1」人工肩関節置換術「ロ」腱移行を伴うものにおける「関連学会の定める「リバーズ型人工肩関節全置換術適正使用基準」とは、具体的に何を指すのか。

（答）現時点では、日本整形外科学会が定める「リバーズ型人工肩関節全置換術適正使用基準」を指す。

**【人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】**

問 120 「K 0 8 2 - 8」人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）にお

ける「術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置」には何が含まれるか。

(答) 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(令和8年3月5日保医発0305第3号)に規定する定義に適合する医療機器が該当する。

**【経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術】**

問121 「K559-4」経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術における「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、人工弁周囲逆流研究会の「弁周囲逆流閉鎖セット適正使用指針」を指す。

**【腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術】**

問122 「K619-3」腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術における「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、日本静脈学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本血管外科学会、日本脈管学会の「静脈ステント適正使用指針」を指す。

**【画像等手術支援加算・実物大臓器立体モデルによるもの(複雑先天性心疾患の患者に行う場合)】**

問123 「K939」画像等手術支援加算の「2」の「イ」複雑先天性心疾患の患者に行う場合における「関連学会の定める対象疾患の選定指針」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、日本小児循環器学会の「軟質実物大3D心臓モデル(MedipreX)の適正使用指針」を指す。

**【培養ヒト角膜内皮細胞・調整・移植キット】**

問124 特定保険医療材料の機能区分「228」培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットにおける「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本眼科学会、日本角膜移植学会の「ネルテペンドセル使用要件等基準(第2版)」を指す。

**【弁周囲欠損孔閉鎖セット】**

問125 特定保険医療材料の機能区分「229」弁周囲欠損孔閉鎖セットにおける「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、人工弁周囲逆流研究会の「弁周囲逆流閉鎖セット適正使用

指針」を指す。

**【体表面用電場電極】**

問 126 特定保険医療材料の機能区分「016」体表面用電場電極（在宅医療の部）及び「195」体表面用電場電極（在宅医療の部以外）の「（2）非小細胞肺癌用」の算定留意事項における「関連学会の定める診療に関する指針」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本呼吸器学会、日本呼吸器外科学会、日本肺癌学会、日本臨床腫瘍学会の「オプチュール適正使用指針第1版」を指す。

**【アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ】**

問 127 特定保険医療材料の機能区分「235」アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリにおける「アルコール依存症に係る適切な研修」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、一般社団法人日本アルコール・アディクション医学会及び一般社団法人日本肝臓学会が主催する「アルコール依存症の診断と治療に関する e-ラーニング研修」及び独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが主催する「アルコール依存症臨床医等研修」を指す。

**【アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ】**

問 128 特定保険医療材料の機能区分「235」アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリにおける「関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会の「飲酒量低減治療補助アプリ適正使用指針（第1版）」を指す。

**【消化器用瘻孔形成ドレナージステント】**

問 129 特定保険医療材料の機能区分「231」消化器用瘻孔形成ドレナージステントにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本膵臓学会の「医療機器「Hot AXIOS システム」の適正使用指針」を指す。

**【薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント】**

問 130 特定保険医療材料の機能区分「234」薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本鼻科学会の「Propel™ 鼻腔内ステントに関する適正使用

指針」を指す。

**【軟骨修復材】**

問 131 特定保険医療材料の機能区分「237」軟骨修復材における「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、日本スポーツ整形外科学会の「医療機器「軟骨修復材 モチジェル」の適正使用に関して」を指す。

**【腎神経焼灼術用カテーテル】**

問 132 特定保険医療材料の機能区分「239」腎神経焼灼術用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、日本高血圧学会、日本心血管インターベンション治療学、日本循環器学会の「腎デナベーションシステムの適正使用指針」を指す。

**【経皮的三尖弁クリップシステム】**

問 133 特定保険医療材料の機能区分「240」経皮的三尖弁クリップシステムにおける「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、日本心不全学会、日本心臓病学会、日本心エコー図学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本循環器学会の「弁尖間クリッピング式の経皮的三尖弁接合不全修復システムに関する適正使用指針」を指す。

**【鉍物由来非吸収性局所止血材】**

問 134 特定保険医療材料の機能区分「212」消化器内視鏡用止血材」の鉍物由来非吸収性局所止血材における「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、日本消化器内視鏡学会の「COOK Hemospray 内視鏡的非吸収性止血材」の適正使用指針」を指す。

**【椎体形成用材料セット】**

問 135 特定保険医療材料の機能区分「164」椎体形成用材料セットにおける「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、日本脊椎脊髄病学会・日本脊髄外科学会合同椎体形成術ワーキンググループの「経皮的後弯矯正術 (BKP、VBS) 適正使用指針 (第1版)」を指す。

**【ガイディングカテーテル (脳血管用・自己拡張型)】**

問 136 特定保険医療材料の機能区分「132」ガイディングカテーテルの脳血管

用・自己拡張型における「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、日本脳神経血管内治療学会の「脳血管内用機器誘導補助器具 適正使用指針」を指す。

**【血管内血栓異物除去用留置カテーテル（頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型）】**

問 137 特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの血管内血栓異物除去用留置カテーテル（頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型）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、日本血管外科学会の「経頸動脈ステント留置システム 適正使用指針」を指す。

**【大動脈分岐部用フィルターセット】**

問 138 特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの大動脈分岐部用フィルターセットにおける「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、経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「脳塞栓保護システムの適正使用に係る指針」を指す。

**【血栓除去用カテーテル(分離捕捉型)】**

問 139 特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの血栓除去用カテーテル(分離捕捉型)における「関係学会の定める実施基準」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本血管外科学会、日本静脈学会の「深部静脈血栓症血栓除去デバイス適正使用指針」を指す。

**【自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）】**

問 140 特定保険医療材料の機能区分「150」ヒト自家移植組織の自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）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、日本白斑学会の「メラノサイト含有ヒト（自己）表皮由来細胞シート（販売名ジャスミン）」適正使用に向けた指針」を指す。

**【胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型】**

問 141 特定保険医療材料の機能区分「146」大動脈用ステントグラフトの胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型における「日本ステントグラフト実施基準管理委員会の定める実施基準」とは何を指すのか。

（答）現時点では、日本ステントグラフト実施基準管理委員会の「胸部大動脈瘤ステントグラフト 実施基準」を指す。

**【腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型】**

問 142 特定保険医療材料の機能区分「146」大動脈用ステントグラフトの腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型を使用するに当たって参照すべき基準はあるか。

（答）現時点では、日本ステントグラフト実施基準管理委員会の「腹部大動脈瘤ステントグラフト 実施基準」が該当する。

**【入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食）】**

問 143 特別食加算（嚥下調整食）の施設基準の責任者要件に係る「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。）」とは、具体的にどのようなものがあるか。

（答）現時点では、日本摂食嚥下リハビリテーション学会及び日本栄養士会が共同して認定している「摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士」に係る研修が該当する。

また、上記のほかに、嚥下調整食に関する専門的な知識・技術を有する管理栄養士を養成することを目的とした10時間以上の研修であり、以下の（1）から（3）までの要件を全て満たすものが該当する。

- （1） 嚥下調整食に関する一定の知識と経験を有する管理栄養士を対象としていること
- （2） 研修内容の監修や講師として、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与していること
- （3） 下記の内容を含む実習を5時間以上行うこと
  - ① 嚥下調整食のテクスチャーを学ぶための実食
  - ② おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食の調理方法（調理実習については、参加者ごとに実施するものであること）
  - ③ 自施設で提供している嚥下調整食の振り返り

問 144 特別食加算（嚥下調整食）の施設基準において、「嚥下調整食に関わる調理師等についても同様の研修を修了しておくことが望ましい。」とあるが、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 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時間以上の研修であり、以下の(1)から(3)までの要件を全て満たすものが該当する。

- (1) 嚥下調整食に関わる調理師等を対象としていること
- (2) 研修内容の監修として、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与していること。なお、講師としても、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与することが望ましいが、一定の嚥下調整食に関する知識・技術を有する管理栄養士でも差し支えない。
- (3) 下記の内容を含む実習を2時間以上行うこと
  - ① 嚥下調整食のテクスチャーを学ぶための実食
  - ② おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食の調理方法(調理実習については、参加者ごとに実施するものであること)

#### 【先進医療】

問 145 陽子線治療及び重粒子線治療について、令和8年6月1日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年5月31日以前に開始した患者に対して、同年6月1日以降も当該治療を継続する場合の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。

(答) 不可。令和8年5月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年6月1日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行うこと。なお、同年5月31日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない患者が、同年6月1日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。