

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

問 14 I C T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、I C T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、「A 2 5 2」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) 外科医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）のアからエまでに規定する「当該地域」とは、「人口の少ない地域」を指し、アからエ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り、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）「B 0 0 9」診療情報提供料（Ⅰ）、「B 0 1 0」診療情報提供料（Ⅱ）及び「B 0 1 1」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 「A 2 4 6」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 「A 1 0 1」療養病棟入院基本料及び「A 1 0 6」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 「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、「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 「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、「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 「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、「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のか。

（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 「A 2 0 4－4」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「B 0 0 5－1－2」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 「A 2 0 4－4」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 「A 2 0 7－2」医師事務作業補助体制加算において「生成 A I その他の A I 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「A I 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、看護職員のための配置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 「A 2 3 3」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 「A 3 0 8－3」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、「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や「A 3 0 4」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「A 2 3 3」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「A 3 0 8－3」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、満たすものとして行うことができる。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 「B 0 0 7－3」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、「B 0 0 7－2」退院後訪問指導料又は「C 0 0 5」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 「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料、「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は「C 0 0 5－1－3」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（C T 撮影）】

問 63 「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（C T 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、ここでのいう「128 列以上」とは、X線管球 1 回転あたりに体軸方向に 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 「E 2 0 0－2」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「E 2 0 0－2」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「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（C T 撮影）（一連につき）、同「注 4」の冠動脈 CT 撮影加算及び「E 2 0 0－2」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、「F 0 0 0」調剤料、「F 1 0 0」処方料、「F 2 0 0」薬剤及び「F 5 0 0」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、「C 2 0 0」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おいては、それぞれ「F 0 0 0」調剤料、「F 1 0 0」処方料、「F 2 0 0」薬剤及び「F 5 0 0」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、「F 4 0 0」処方箋料は算定できるのか。

(答) 「C 0 0 2」在宅時医学総管理料等の、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、「F 4 0 0」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、結果的に端坐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のか。

（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のか。

（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のか。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 を届け出ることとは可能か。

(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 「I 0 0 2」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 「I 0 0 2」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 「I 0 0 3－2」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 「I 0 0 3－2」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 「K 8 7 9 - 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 「K 9 2 0」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 「M 0 0 1」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 「M 0 0 1」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 1 5 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 1 5 4－2」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術と「K 5 1 3－2」胸腔鏡下縦隔悪性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 「K 5 5 9－4」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 「K 6 1 9－3」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 「K 9 3 9」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「オブチュールA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。

【鉤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」の鉤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。

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 「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について」(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)における、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(Ⅰ)の注 5、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注 5 及び注 6 に関する施設基準並びに「訪問看護ステーションの基準に係る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 9 号)における訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の注 3 及び訪問看護・ベースアップ評価料(Ⅱ)の注 7 及び注 8 に関する施設基準において、「令和 8 年 3 月 31 日時点において評価料を届け出ている保険医療機関(訪問診療ステーション)」とあるが、令和 8 年 3 月から算定を開始する保険医療機関又は令和 8 年 4 月から算定を開始する保険医療機関(訪問看護ステーション)は含まれるのか。

(答)令和 8 年 3 月 31 日時点で当該評価料を算定している必要があることから、同年 4 月以降に算定を開始する保険医療機関(訪問看護ステーション)は含まれない。

問 2 看護職員処遇改善評価料を用いた賃金の改善措置の対象者及びベースアップ評価料の対象職員には、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーション等に直接雇用されていないものも含むのか。

(答)以下の要件を満たす医療機関等(訪問看護ステーション、保険薬局)については、派遣職員(「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律」(昭和 60 年法律第 88 号)の第 2 条第 2 項に該当する職員をいう。)に限り対象とすることを可能とする。なお、業務委託職員(請負業務を行う職員)については対象外とする。

- ・当該派遣職員について、派遣元と相談・協力した上で、当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行う。

- ・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、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)における区分計算に当たって、当該派遣職員についても対象職員に含めて計算を行う。なお、「月額賃金総額」の算出に当たって、原則として派遣元から派遣職員の賃金に関する情報提供を受けることとし、派遣元に支払う費用を月額賃金としてそのまま記載することはできない。

- ・看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料を用いて当該派遣職員の賃金改善を実施した場合、その実績については、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」に当該派遣職員を含めて作成、提出すること。なお、報告書の作成に当たっては、派遣元と相談した上で、派遣元から実

際の賃金の改善額等の報告書の記載に必要な情報の提供を受けること。

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２の問１２及び「疑義解釈資料の送付について（その３）」（令和６年４月２６日事務連絡）別添２の問７は廃止する。

問３ 新設した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションにおいて、「診療報酬の算定方法」別表第一内科診療報酬点数表（以下「内科点数表」という。）における「０００１」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「０００２」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「０００３」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「Ｐ００１」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「Ｐ００２」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「Ｐ００３」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第三調剤診療報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）における「４０」調剤ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「０６」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

（答）必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりである。

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、調剤ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）については届出前の１月における給与の支払い実績が必要。
- 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、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）については、届出前の３月における給与の支払い実績が必要。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その３）」（令和６年４月２６日事務連絡）別添２の問１については廃止する。

問４ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）について「１日につき」という文言が令和８年度診療報酬改定で削除されたが、その趣旨如何。

（答）同一の保険医療機関内において同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注３」及び外来診療料の「注５」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の２つ目の診療科についても、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定可能とする趣旨である。

問5 ベースアップ評価料について、賃金の改善は算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 原則として算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては継続する必要がある。なお、6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の4月から翌年3月の賃金改善に充当することは差し支えない。

ただし、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、同年度末までに算定開始月（又は当該年の4月）まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月（又は当該年の4月）から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その14）」（令和6年11月5日事務連絡）別添2の問4については、廃止する。

問6 令和8年度診療報酬改定において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合に係る要件が削除されたが、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料等で得られた収入を翌年度の賃金改善に用いるために繰り越すことは認められないのか。

(答) 令和8年度診療報酬改定においては、令和8年度及び令和9年度において段階的にベースアップ評価料により得られる収入を引き上げる措置が講じられていることから、令和8年6月から令和9年5月までに得られた収入については、原則として、令和9年5月までの賃金改善に用いる必要がある。令和9年度についても同様である。

ただし、それまでの患者数等に基づいてベースアップ評価料による収入額及び賃金改善額を見積もったにもかかわらず、患者数等の変動により、当該評価料収入額が確定した後をやむを得ず残余が生じた場合については、該当年度の実績報告書を提出する8月までの対象職員への賃金改善分に充当し、当該充当分を含めて報告することとして差し支えない。

問7 令和8年度診療報酬改定において、令和8年度及び令和9年度にそれぞれ3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%）が講じられたところ、ベースアップ評価料を算定しても3.2%及び5.7%のベースアップを達成できない場合であっても、ベースアップ評価料は算定できるのか。

(答) 可能。ただし、施設基準に定めるとおり、当該評価料により得られる収入は、全て、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いること。

【調剤ベースアップ評価料】

問 8 当該評価料の収入を用いた賃金改善の対象職員からは、「事業主、使用者、開設者、管理者、40 歳以上の薬剤師及び業務委託により勤務する者を除く」とのことであるが、管理薬剤師は対象となるか。

(答) 対象とならない。

問 9 特掲施設基準通知に「当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者（本部職員、エリアマネージャー等）は、対象職員に含めない。」とあるが、保険薬局における調剤業務や保険請求事務等を主として実施しつつ、本部やエリアの管理業務を兼務する者については対象職員として取り扱ってよいか。

(答) よい。ただし、主として保険薬局の調剤業務等に直接従事した実績のある月のみ当該保険薬局の対象職員として取り扱うことと。なお、1 人の本部職員やエリアマネージャー等が複数の保険薬局で調剤業務等に直接従事した場合においては、重複して対象職員として取り扱ってはならない。

【調剤ベースアップ評価料】

問 10 特掲施設基準通知の第 109 調剤ベースアップ評価料について、出向元が賃金を支払って出向先の保険薬局に勤務する対象職員の賃金改善を実施するに当たり、どのように賃金改善報告書を作成すればよいか。

(答) 出向先の保険薬局が出向元と協議して、当該対象職員の賃金及び賃金改善の額を把握し、出向先における賃金改善の実績に含めてよい。なお、出向先がベースアップ評価料で得た収入については、出向先から出向元に支払うなど、合議で適切に精算することとなる。

医科診療報酬点数表関係 (D P C)

1. D P C 対象病院の基準について

問 1 - 1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計における I C D 10 コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

問 1 - 2 D P C 対象病院の基準として、「調査期間 1 月当たりのデータ数が 90 以上であること」とあるが、短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等を実施する患者はデータ数に含まれるのか。

(答) 含まれる。

2. D P C 対象患者について

問 2 - 1 D P C 対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。

(答) 選択できない。

問 2 - 2 同一日に入退院する、いわゆる「1 日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

問 2 - 3 午前 0 時をまたぐ 1 泊 2 日の入院についても、入院した時刻から 24 時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問 2 - 4 D P C 算定の対象外である病棟から D P C 算定の対象病棟に転棟したが、転棟後 24 時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後 24 時間以内に死亡した」患者であり、転棟後 24 時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

問 2 - 5 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、D P C 算定告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

問 2－6 DPC 対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟（床）で判断するため、包括評価の対象とならない。

問 2－7 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

問 2－8 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は、医科点数表により算定すること（包括評価の対象患者とはならない。）。

問 2－9 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、当該患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

問 2－10 先進医療として認められている技術が、医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

(答) 保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

問 2－11 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず、包括評価の対象となる（薬剤名と対象診断群分類区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。）。

問 2-12 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問 2-13 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

問 2-14 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

問 2-15 DPC/PDPSによる算定を行う病床において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

(答) 短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たし、入院後5日以内に退院する場合にあっては、短期滞在手術等基本料3により算定する。それ以外の場合にあっては、診断群分類点数表により算定する。

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

【「医療資源を最も投入した傷病」について】

問 3-1-1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

問 3-1-2 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

問 3-1-3 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

問３－１－４ 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

問３－１－５ 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

問３－１－６ 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

問３－１－７ 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

問３－１－８ いわゆる疑い病名により、診断群分類区分を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、疑い病名により診断群分類区分を決定することができる。

問３－１－９ 「医療資源を最も投入した傷病」として「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については、どのようにすればよいのか。

- ① 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合
- ② 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 4 7 5」乳房切除術を行う場合

(答) 実施した手術等に基づき、卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）又は乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する I C D 10 コードを選択する。問の例の場合については以下のとおり。

- ① 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）に該当する I C D 10 コードを選択し、「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。
- ② 乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する I C D 10 コードを選択し、「その

他の手術あり」を選択する。

なお、いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。

問3-1-10 「医療資源を最も投入した傷病」として、異なる診断群分類区分上6桁に該当する複数のICD10コードが選択されうる以下の場合については、どのようにすればよいのか。

- ① 慢性維持透析を行っている慢性腎臓病患者の透析シャント病変に対して、区分番号「K608-3」内シャント血栓除去術、「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術又は「K616-7」ステントグラフト内挿術（シャント）を行う場合
- ② 人工股関節置換術後の人工関節周囲骨折（外傷によるもの）に対して、区分番号「K046-2」骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）の「1」、「2」又は「3」を行う場合

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 原則として、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全（110280）に該当するICD10コードを選択する。
- ② 原則として、関節・大腿近位の骨折（160800）に該当するICD10コードを選択する。

【「手術」について】

問3-2-1 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいのか。

（答）入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

問3-2-2 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）選択することができる。ただし、算定しなかった手術の区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問 3－2－3 区分番号「K 6 7 8」体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）のように一連の治療につき 1 回しか算定できない手術について、算定できない 2 回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

（答）「手術あり」で算定することができる（2 回目の入院で区分番号「K 6 7 8」体外衝撃波胆石破砕術を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。）。ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問 3－2－4 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第 2 章第 10 部手術に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

（答）「手術あり」を選択する。ただし、第 13 款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K 9 2 0－2」輸血管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

問 3－2－5 手術の有無による分岐の決定において、第 13 款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K 9 2 0－2」輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

（答）そのとおり。

問 3－2－6 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

（答）そのとおり。

問 3－2－7 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択するのか。

（答）そのとおり。

問 3－2－8 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○○」で判断するということか。

（答）そのとおり。

問３－２－９ 翼状片患者に対して、区分番号「Ｋ２２４」翼状片手術（弁の移植を要するもの）及び「注」に規定する羊膜移植術を行った場合、診断群分類として結膜の障害（０２０２５０）を選択する患者における「手術」としては、「Ｋ２２４＋Ｋ２６０－２」（翼状片手術（弁の移植を要するもの）＋羊膜移植術）を選択するのか。

（答）そのとおり。

【「手術・処置等１・２」について】

問３－３－１ ＤＰＣ留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば区分番号「Ｌ１００」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）の「１」神経根ブロックには、他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

（答）含まれない。区分番号「Ｌ１００」の「２」腰部硬膜外ブロック及び区分番号「Ｌ１００」の「５」仙骨部硬膜外ブロックについても、同様に明示された手技に限る。

問３－３－２ 手術に伴う人工呼吸は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、ＤＰＣについても同様の取扱いか。

（答）手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。

問３－３－３ 診断群分類が胃の悪性腫瘍（０６００２０）等であり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等２」は「２（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。

（答）そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

問３－３－４ 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている薬剤に加えて、他の薬剤を併用しても選択することができるのか。

（答）選択することができる。

問 3-3-5 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問 3-3-6 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等 2」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問 3-3-7 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

問 3-3-8 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

問 3-3-9 「手術・処置等 2」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる（薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。）。

問 3-3-10 区分番号「G 0 0 6」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合、「手術・処置等 2」の分岐の区分で区分番号「G 0 0 5」中心静脈注射を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

問３－３－１１ 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答）手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

問３－３－１２ 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答）閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

問３－３－１３ 肺の悪性腫瘍（040040）、小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍（060030）及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）の「手術・処置等２」において「カルボプラチン＋パクリタキセル」が定義されているが、「カルボプラチン」と「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」を併用した場合には、どの分岐の区分を選択するのか。

（答）「カルボプラチン＋パクリタキセルあり」を選択する。

問３－３－１４ 区分番号「Ｋ７４０」直腸切除・切断術及び区分番号「Ｋ７４０－２」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類における手術・処置等１の区分番号「Ｋ７２６」人工肛門造設術又は区分番号「Ｋ７２６－２」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等１「あり」を選択してよい。

（答）そのとおり。なお、レセプトの「診療関連情報」欄に、区分番号「Ｋ７２６」人工肛門造設術又は区分番号「Ｋ７２６－２」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。

問３－３－１５ 放射線療法の定義として「医科点数表第２章第１２部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。」とあるが、「放射線治療」の部分において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合、診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答）「なし」の診断群分類区分を選択する。

【「その他（定義副傷病名等）」について】

問３－４－１ 網膜剥離（０２０１６０）については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

（答）一入院で判断する。

問３－４－２ 白内障、水晶体の疾患（０２０１１０）について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

（答）「片眼」を選択する。

問３－４－３ 網膜剥離（０２０１６０）について、一入院中において、片眼に区分番号「Ｋ２７５」網膜復位術を実施し、もう一方の片眼に区分番号「Ｋ２７６１」網膜光凝固術（通常のもの）を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

（答）「両眼」を選択する。

診断群分類区分上６桁が同一の疾患について、定義テーブルの「手術」又は「手術・処置等１」に掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術（フラグ９７「その他のＫコード」を除く。）を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

問３－４－４ 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

（答）他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。

問 3－4－5 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいのか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

問 3－4－6 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上 6 桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載された ICD10 コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

(答) そのとおり。

問 3－4－7 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

問 4－1 6 月 1 日から新規に DPC 対象病院となる場合、同日以前から入院している患者については、同日から 7 月 31 日までの 2 か月間は医科点数表により算定し、8 月 1 日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問 4－2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

問 4－3 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問 4－4 DPC 算定の対象となる病床から区分番号「A308－3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）。また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

問４－５　ＤＰＣ算定の対象となる病床から区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、どのように算定するのか。

（答）転棟前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）。また、入院日Ⅱを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

問４－６　６月１日から新規にＤＰＣ対象病院となる場合、同日６月１日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院Ａ）し、その後同一傷病により７日以内に再入院した場合（入院Ｂ）、入院Ａおよび入院Ｂはどのように算定するのか。

（答）入院Ａについては医科点数表により算定する。また、入院Ｂについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

問４－７　医科点数表第１章第２部入院料等の通則第９号の規定による栄養管理体制に係る減算、通則第１０号の規定による身体的拘束最小化に係る減算又は通則第１１号の規定による継続的な賃上げに係る取組の実施に係る減算に該当する場合、医科点数表に基づき所定点数を減じて算定するのか。

（答）そのとおり。

５．医療機関別係数について

問５－１　医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

（答）医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。また、機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数は毎年度に実績を踏まえ変更される。

問５－２　検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ）、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

（答）両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

問５－３ 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

(答) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

問５－４ 地域医療支援病院であって、紹介受診重点医療機関として公表された病院において、医療機関別係数は区分番号「Ａ２０４」地域医療支援病院入院診療加算及び区分番号「Ａ２０４－３」紹介受診重点医療機関入院診療加算に係る機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数Ⅰに合算すること。

問５－５ 機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ（データ提出加算に係るものを除く。）は、算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

問５－６ 入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にＤＰＣ対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。（例：ＤＰＣ対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ）

(答) 機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たすこと等により、算定することができるのであれば、全てのＤＰＣ対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

問５－７ 区分番号「Ａ２４４」病棟薬剤業務実施加算（１病棟薬剤業務実施加算１）を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 区分番号「Ａ２４４」病棟薬剤業務実施加算（１病棟薬剤業務実施加算１）のように、機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち、医科点数表において週１回または月１回算定できるとされているものについては、入院

日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することができる。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。

問5－8 区分番号「A245」データ提出加算について、DPC対象病院において、DPC算定病棟（包括評価の対象）に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。

（答）機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

問5－9 ①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について、データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。

（答）①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰで既に評価されているため、算定することができない。

問5－10 ①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について、データ提出加算3又は4はどのように算定するのか。

（答）②の病棟がデータ提出加算3又は4の算定対象病棟の場合のみ、転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定する。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

問6－1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）算定することができない。

問6－2 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）算定することができる。

問 6－3 問 6－1 及び問 6－2 において、「月 1 回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）」とあるが、医科点数表において、月 1 回のみ算定することとなっている点数であって、診断群分類点数表により包括されるすべての点数を指すのか。

（答）そのとおり。

問 6－4 問 6－1 及び問 6－2 において、「月 1 回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）」とあるが、医科点数表において、例えば 3 月に 1 回算定することとなっている点数は含まれるのか。

（答）当該解釈は、「月 1 回のみ算定することとなっている点数」に限られ、例示のように 3 月に 1 回算定することとなっている点数等については、診断群分類点数表による算定の有無により外来における算定の可否が変わるものではない。

問 6－5 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

問 6－6 医科点数表第 2 章第 2 部在宅医療に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

（答）「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問 6－7 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第 1 号に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）算定することができる。

問 6－8 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第 3 号に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）算定することができる。

問 6－9 コロンブラッシュ法については、区分番号「D 3 1 1」直腸鏡検査の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N 0 0 4」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は区分番号「N 0 0 1」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）合算した点数を算定することができる。

問 6－10 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を 10 円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）算定することができない。

問 6－11 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

（答）そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

問 6－12 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に 1 回ずつ区分番号「D 2 0 8」心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査や C T、M R I 等についても同様の取扱いとしてよいか。

（答）いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

問 6－13 区分番号「D 2 0 6」心臓カテーテル法による諸検査の注 9 に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）算定することができない。

問 6－14 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問 6－15 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注で定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

問 6－16 経皮経肝胆管造影における区分番号「E 0 0 3」造影剤注入手技は、区分番号「D 3 1 4」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問 6－17 入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第 2 章第 4 部画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

問 6－18 核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

問 6－19 医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則に規定する休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問 6－20 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問 6－21 医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100 分の 20 等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が 1,000 点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を 100 分の 20 等の例により算定した結果、1,000 点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

問 6－22 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問 6－23 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

問 6－24 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

問 6－25 区分番号「L 0 0 8」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実施した場合、注 7 に規定する加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

問 6－26 区分番号「L 1 0 0」及び「L 1 0 1」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

問 6－27 出来高算定可能な抗H I V薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

（答）含まれない。

問 6－28 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

（答）手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

問 6－29 問 6－28 において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザフィリン 100mg」、「アラベル内用剤 1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包 1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

（答）いずれも術前に使用する薬剤であり、別途算定できない。なお、いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。

問 6－30 グランツマン血小板無力症患者（G P II b－III a 及び／又はH L Aに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

問 6－31 von Willebrand 病患者に使用する「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

問 7－1 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

（答）従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

問 7-2 区分番号「A301」特定集中治療室管理料を 14 日間算定していた患者が、引き続き区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合、21 日目まで「15 日以上 21 日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 7-3 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者が、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を 21 日間算定した後に区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定する病床に転床した場合、25 日目まで「15 日以上 30 日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 7-4 一度目の入院時に区分番号「A300」救命救急入院料を上限日数に満たない日数分算定し、診断群分類区分上 2 桁が同一である傷病名で退院後 7 日以内に再入院した場合において、「救命救急入院料」の算定可能病室に入室した際、上限日数まで区分番号「A300」救命救急入院料を算定可能か。

(答) 1 回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

問 7-5 診断群分類区分上 2 桁が同一である傷病名で 7 日以内に再入院した場合は、退院してから再入院するまでの期間の日数は入院期間として算入しないが、区分番号「A307」小児入院医療管理料を継続して算定する場合、当該期間中の日数は区分番号「A307」小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

問 7-6 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。また、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料

等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

問 7－7 特定入院料の注に規定する加算のうち、医科点数表において併算定できない診療報酬項目が示されているものについて、D P C 算定においても同様に扱うのか。

(答) そのとおり。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

問 8－1 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料についても算定することができない。

問 8－2 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

問 8－3 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等 2 の分岐が「2 放射線療法」「3 化学療法ありかつ放射線療法なし」となっている D P C コードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐 2 を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問 8－4 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば区分番号「D 2 0 6」心臓カテーテル法による諸検査 ありを手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、区分番号「D 2 0 6」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

問9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院する場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

問9-2 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類区分の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。

(答) 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁が一致する場合
- ② 再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上6桁が一致する場合
- ③ 再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード又は診断群分類手術・処置等の合併症(180040)に定義されるICDコードを選択した場合

問9-3 ①DPC算定病棟(診断群分類点数表により算定)→②地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病棟又は病床に転棟又は転室(引き続き診断群分類点数表により算定)→③退院→④DPC算定病棟に再入院した事例において、どの時点を起算日として、「7日以内」の再入院であるかを判断することになるのか。

(答) ②において、引き続き診断群分類点数表により算定していることから、退院日の翌日から起算して7日以内かどうかで判断する。

問 9－4 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類区分上 2 桁が同一である傷病名で 7 日以内に再入院した場合、どのように算定すればよいか。

(答) 「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問 9－5 D P C 対象病院から特別の関係である D P C 対象病院に診断群分類区分上 2 桁が同一の傷病で転院した場合又は 7 日以内に再入院した場合は「一連」の入院とみなすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

問 9－6 一度目の D P C 算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、D P C 算定対象とならない病棟へ転棟し、診断群分類区分上 2 桁が同一である傷病名で再度 D P C 算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 再転棟までの期間にかかわらず、「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問 9－7 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) D P C 算定病棟以外の病棟から D P C 算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類区分上 2 桁が同一である傷病等で D P C 算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

問 9－8 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類区分上 2 桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷 (160620) にて入退院後、7 日以内に上腕骨骨折 (160730) にて入院

(答) そのとおり。

問 9－9 7日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、唾液腺の悪性腫瘍（030011）、上咽頭の悪性腫瘍（030012）のように、診断群分類区分の上6桁が 03001x として同一となる場合は、「一連」の入院として取り扱うか。

（答）「一連」の入院として取り扱う。

10. 退院時処方 of 取扱いについて

問 10－1 退院時処方とは、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問 10－2 診断群分類区分上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

（答）退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

問 10－3 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

問 10－4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日又は前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

（答）土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定を取り下げること。

問 10－5 「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」及び「テリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」」は、内容量が 600 μ g、1 回の使用量が 20 μ g であるが、28 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、フォルテオ皮下注キット 600 μ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」の算定方法はどのようなになるか。

(答) フォルテオ皮下注キット 600 μ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」は 28 日用製剤であるため、それぞれの薬価を 28 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10－6 「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」は、内容量が 1.5mg、1 回の使用量が 80 μ g であるが、14 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の算定方法はどのようなになるか。

(答) オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg は 14 日用製剤であるため、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の薬価を 14 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10－7 薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤(「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」、「テリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」」及び「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」)を、入院中に処方した場合、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

問 10－8 薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤について、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないこととされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

問 10－9 退院後に介護老人福祉施設に入所する場合、退院時処方薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

問 11－1 D P C 算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) D P C 算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。D P C 算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても）同じ取扱いである。また、D P C 算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。

問 11－2 D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われた D P C の包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11－3 D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われた D P C の包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。

（答）よい。

問 11-5 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合であって、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、当該他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-6 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問 11-7 DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

（答）他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

問 11-8 DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問 11－9 D P C 算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

（答）健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる（消費税法第 6 条）。

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

12. データ提出加算について

問 12－1 「D P C の評価・検証等に係る調査」の退院患者調査に準拠したデータの提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも、区分番号「A 2 4 5」データ提出加算を算定することができるのか。

（答）データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の 1 か月分については区分番号「A 2 4 5」データ提出加算は算定できない。

問 12－2 データ提出に遅延等が認められたため、1 か月区分番号「A 2 4 5」データ提出加算を算定できなくなった場合、当該 1 か月の診療分はどのように算定するのか。

（答）包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A 2 4 5」データ提出加算に係る機能評価係数 I を医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、区分番号「A 2 4 5」データ提出加算を算定することができない。

13. 診療報酬の調整等について

問 13－1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要がある場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問 13－2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問 13－3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問 13－4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

問 13－5 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。

問 13－6 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合

には、当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。

問 13－7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は、入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

問 13－8 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

問 13－9 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問 13－10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時まで予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14. 令和8年度改定に係る経過措置について

問 14－1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定により高額薬剤から除外され、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示さ

れていない) ことから、ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

問 14－2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどうになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

問 14－3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を5月中に実施した場合であって、6月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 14－4 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、6月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(例2) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

問 14－5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は6月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日で終了しているため、6月1日以降の診療報酬からが調整の対象となるのか。

(答) そのとおり。

15. 診療報酬明細書関連について

問 15－1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問 15－2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15－3 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15－4 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるのか。

(答) 記載する必要はない。

問 15－5 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、I C D 10 コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15－6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

問 15－7 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15－8 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) D P C の診療報酬明細書のうち、請求点数が 38 万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問 15－9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診

療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問 15-10 診療報酬改定をまたいで入院している場合、5月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日に実施するが、入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

問 15-11 令和8年5月以前から継続して入院している患者で、5月に分岐に係る手術等を行った場合、6月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 5月に実施した手術等について、6月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、5月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

問 15-12 区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に該当するため、造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

問 15-13 播種性血管内凝固症候群(130100)等によって請求する際は、診療報酬明細書の摘要欄に、厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコアを記載することとされているところ、急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）について見直しが行われたが、摘要欄へのDICスコアの記載に当たっては、見直し後の診断基準（JAAM-2 DIC 診断基準）に基づいて記載する必要があるか。

(答) そのとおり。なお、当分の間は、見直し前の診断基準（JAAM DIC 診断基準）を用いても差し支えない。

歯科診療報酬点数表関係

【地域歯科医療加算】

問1 「A000」初診料の「注9」及び「A002」再診料の「注7」に規定する地域歯科医療加算について、算定留意事項通知において「ハ その他イ又はロに準ずるものである。」とされているが、どのようなものか。

(答) 例えば、次に掲げるものをいう。

- ・都道府県等からの委託等により行う巡回診療であるもの。
- ・都道府県等が実施する歯科保健医療活動に歯科巡回診療車が活用されているもの。

【情報通信機器を用いた歯科診療】

問2 「A000」初診料の「注16」における「特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの」について、「災害が発生した地域であって、別に診療報酬上の措置が講じられている地域に該当する場合」が追加されたが、「災害発生時における保険診療関係等の取扱いについて」(令和8年3月31日保医発0331第2号)が適用された場合は該当するのか。

(答) 該当しない。「災害が発生した地域であって、別に診療報酬上の措置が講じられている地域に該当する場合」は、当該通知のなお書に記載する個別の通知が発出された場合に該当する。

【歯科疾患管理料】

問3 「B000-4」歯科疾患管理料について、令和8年度診療報酬改定において、有床義歯に係る治療のみを行う患者に対しても算定可能とされたが、傷病名がMTや義歯不適合(義歯フテキ)等の有床義歯に係る病名の場合も算定可能か。

(答) 算定可能。なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成21年1月28日事務連絡)別添の問2は廃止する。

【歯周病患者画像活用指導料】

問4 「B001-3」歯周病患者画像活用指導料について、「注1」及び「注2」に「区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において」とあるが、歯周病検査の実施日以降に行う必要があるのか。

(答) そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その5)」(平成30年7月10日事務連絡)別添2の問8は廃止する。

【口腔機能実地指導料】

問5 「B001-2-2」口腔機能実地指導料の施設基準に規定する「口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の概要、検査法、訓練法及び実地指導方法等（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）に係る研修」は、口腔機能発達不全及び口腔機能低下症で異なる研修をそれぞれ受講した場合も該当するか。

（答）該当する。なお、届出に当たっては、「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について」（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）別添2の様式17の4に受講したそれぞれの研修を記載すること。

問6 「C001」訪問歯科衛生指導料を算定した日に、「B001-2-2」口腔機能実地指導料を算定できるか。

（答）口腔機能実地指導料に係る指導を実施した場合は、算定可能。

【訪問歯科衛生指導料】

問7 算定留意事項通知の「B001-2」歯科衛生実地指導料の留意事項通知（3）、「B001-2-2」口腔機能実地指導料の留意事項通知（2）及び「C001」訪問歯科衛生指導料の留意事項通知（9）において、患者に提供する文書に当該指導を行った歯科衛生士の氏名を記載することとされているが、必ず姓名双方の記載が必要なのか。

（答）カスタマーハラスメントの防止等の観点から、名字のみの記載とすることは可能。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添3の問12は廃止する。

【画像診断】

問8 画像診断の「通則2」及び「通則3」の規定により、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する場合について、例えば、以下の場合における、同日に撮影した2枚目の診断料と撮影料の取扱い如何。

- ① 根尖性歯周炎を診断するために歯科エックス線撮影により1枚撮影した後、当該疾患の確定診断を行うために同様の撮影で偏心撮影により1枚撮影した場合
- ② 根尖性歯周炎を診断するために歯科エックス線撮影により1枚撮影した後、根管形態の確認等を行うために歯科用3次元エックス線断層撮影により1枚撮影した場合
- ③ 根尖性歯周炎を診断するために歯科エックス線撮影により1枚撮影した後、根管充填を行い、状態の確認のために同様の撮影により1枚撮影した場合
- ④ 歯周病及びう蝕を診断するために歯科パノラマ断層撮影により1枚

撮影した後、当該撮影において診断が困難なう蝕の確定診断を行うために歯科用エックス線撮影により 1 枚撮影した場合

- ⑤ 両側大臼歯の抜歯のために歯科パノラマ断層撮影により 1 枚撮影した後、抜歯窩の確認のために、再度、同様の撮影により 1 枚撮影した場合

(答) それぞれ以下のとおりである。

① 診断料及び撮影料は所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

②～⑤ 診断料及び撮影料は所定点数により算定する。

なお、③の場合において、同一歯に対して根管治療中に、歯科用根管リーマーによる試適のための歯科エックス線撮影を実施する場合や、根管充填材の試適のための歯科エックス線撮影を、根管充填と同日に行う場合も所定点数により算定する。

【歯科口腔リハビリテーション料 1】

問 9 病名が MT のみの患者に対して、「B 0 1 3」新製有床義歯管理料を算定した月と同月に、口腔機能の回復又は維持を目的とした新製有床義歯の調整又は機能的指導を行った場合は「H 0 0 1－2」歯科口腔リハビリテーション料 1 の「1 有床義歯の場合」は算定可能か。

(答) 算定可能。

【病理診断】

問 10 「別の原因で病変が独立して生じており、組織学的形態が異なる場合は、2 回を限度として算定する。」としているが、上下若しくは左右の同一の組織に病変が生じている場合はそれぞれ算定可能か。

(答) それぞれ病理診断が必要な場合は、2 回を限度として算定可能。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 「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について」(令和8年3月5日付け保医発 0305 第8号。以下「特掲施設基準通知」という。)の第88の2 調剤基本料2の2(3)にある、「いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数とみなして、処方箋集中率を算出する」という計算方法は、いわゆる医療モールである建物又は敷地の外にある保険薬局が集中率を計算する場合にも適用されるのか。

(答) そのとおり。

問2 特掲施設基準通知の第88の2 調剤基本料2の2(6)のエ「保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合」について、医療モールや医療ビレッジ等と称している又は称させている場合は、これに該当するか。

(答) 一連の保険医療機関等の群とみなされるように称している又は称させている場合には、特掲施設基準通知の第88の2 調剤基本料2の2(6)のエに該当する。

【地域支援・医薬品供給対応体制加算】

問3 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制として、「直近1年間において、他の保険薬局に医薬品を分譲した実績があること。また、分譲を行った際には分譲に係る伝票又は医療用医薬品の譲渡書を2年間保存すること。ただし、同一開設者の保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。」とあるが、別紙様式4-1により保存する必要があるか。

(答) 別紙様式4-1に示す医薬品の販売授与証明書その他、任意の様式の伝票又は譲渡書を2年間保存することで差し支えない。

問4 地域支援・医薬品供給対応体制加算1の施設基準として、「医薬品を分譲した実績」とあるが、保険医療機関への医薬品の分譲も含まれるか。

(答) 含まれる。

問5 第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の2(3)コ(へ)に規定されるセルフメディケーション関連医療機器は、承認又は認証を得た医療機器である必要があるか。

(答) 体重計、握力計を除き、承認又は認証を得た医療機器である必要がある。

問6 第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の2(3)コ(へ)について1製品が複数の機能を兼ね備えている場合、①から⑦までのうち、3つの機能を果たせるのであれば、3製品未満の設置している場合も、要件を満たすものと考えてよいか。

(答) よい。

問7 地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準として、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が、地域の多職種と連携する会議へ出席すること」とあるが、具体的にどのような会議への出席を指すか。

(答) 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和2年3月31日付事務連絡)別添4の問4で示すものの他、以下のような会議も対象となる。また、これに限定するものではなく、地域医療に貢献するような多職種連携会議であれば、対象となり得る。

- ・在宅療養中の小児が学校生活を送るにあたり、医師、教員、看護師、相談支援専門員、リハビリテーション専門職、管理栄養士等が参加して多職種で支援内容を協議する連携会議
- ・小児在宅医療に関して、医師、看護師、病院薬剤師、相談支援専門員、リハビリテーション専門職等が参加する多職種連携会議
- ・障害者福祉支援に関する多職種連携会議(サービス管理責任者等が主催するものを含む。)

令和2年3月31日 疑義解釈資料の送付について(その1)の別添4

問4 地域支援体制加算の施設基準における「地域の多職種と連携する会議」とは、どのような会議が該当するのか。

(答) 次のような会議が該当する。

- ア 介護保険法第115条の48で規定され、市町村又は地域包括支援センターが主催する地域ケア会議
- イ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第9号で規定され、介護支援専門員が主催するサービス担当者会議
- ウ 地域の多職種が参加する退院時カンファレンス

【門前薬局等立地依存減算】

問 8 令和 8 年 6 月以降に新規開設する保険薬局にて、開設時点で処方箋集中率以外の要件を全て満たしている場合、いつから門前薬局等立地依存減算が適用されるか。

(答) 開設する日が属する月の翌月 1 日から 3 か月間の処方箋集中率で判定し、当該 3 か月間の最終月の翌々月 1 日から適用する。例えば、6 月 1 日に開設した場合、7 月から 9 月の処方箋集中率の実績が要件を満たす場合は、11 月 1 日から適用することとなる。

問 9 第 95 の 3 門前薬局等立地依存減算の 2 (1) について、「令和 8 年 5 月 31 日において現に保険指定を受けている保険薬局については、当面の間、門前薬局等立地依存減算に該当しないものとする。」とあるが、令和 8 年 5 月 31 日以前に指定を受けている保険薬局において、移転、法人化又は開設者の交代に伴い、改めて保険薬局の指定を受け、指定年月日が令和 8 年 6 月 1 日以降となった場合、門前薬局等立地依存減算に該当しうるか。

(答) 門前薬局等立地依存減算には該当しない。

【調剤時残薬調整加算】

問 10 「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の欄にその旨の記載がある処方箋を受け付け、減数調剤を行った際に、残薬が生じている理由を薬学的に分析した上で、処方箋を発行した保険医療機関に対して文書により情報提供を行った場合、服薬情報等提供料 1 を算定することはできるか。また、調剤時残薬調整加算を併せて算定することは可能か。

(答) いずれも可能。

問 11 残薬発見時の減数調剤に係る対応が、問合せの簡素化プロトコルとして地域で策定されており、当該プロトコルどおりに減数調剤した後に事後報告のみで差し支えないと定められている場合、当該減数調剤について調剤時残薬調整加算を算定することができるか。

(答) 7 日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合は、算定可能。また、6 日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が 7 日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を調剤報酬明細書に記載することで算定可能である。ただし、簡素化プロトコルに策定されていることを理由にすることは不可とする。

【薬学的有害事象等防止加算】

問 12 重複投薬を検知した際の対応等が、問合せの簡素化プロトコルとして地域で策定されており、当該プロトコルどおりに薬剤調整した後に事後報告のみで差し支えないと定められている場合、当該調整について薬学的有害事象等防止加算を算定することができるか。

(答) 薬学的有害事象等防止加算は疑義照会に係る対応を評価するものであるため、算定不可。

【服薬管理指導料】

問 13 かかりつけ薬剤師に関して、患者又はその家族等から受け取った、患者の署名がある同意書を保存している場合は、お薬手帳にかかりつけ薬剤師の氏名を記入する必要はないか。

(答) 患者又はその家族等からの署名がある同意書の有無にかかわらず、原則としてお薬手帳に記入しなければならない。

問 14 「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) 別添 3 の「区分 10 の 3」服薬管理指導料の 2 (2) ウについて、「原則として、別の保険薬局のかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている手帳に上書きしてはならないこと」とあるが、かかりつけ薬剤師を変更する場合はどのように対応すべきか。

(答) かかりつけ薬剤師の離職又は患者の希望によりかかりつけ薬剤師を変更する場合は、お薬手帳に上書きを行い、変更の旨と日付を薬剤服用歴に明記すること。

問 15 特掲施設基準の第 97 の 2 服薬管理指導料の注 1 に規定する保険薬局の 2 (2) について、「当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師(派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。)について、当該保険薬局に継続的に在籍している期間(産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。)が平均して 1 年以上であること。」とあるが、「当該保険薬局に継続的に在籍している期間」に、週 31 時間未満の勤務である期間も計上してよいか。

(答) 週 31 時間以上勤務した期間のみを通算すること。

問 16 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者又は介護保険におけ

る要介護被保険者若しくは居宅要支援被保険者については、かかりつけ薬剤師に関する患者又はその家族等からの同意を得た旨をお薬手帳に記入する必要はあるのか。

(答) お薬手帳を活用している場合は、記入すること。

問 17 かかりつけ薬剤師について、お薬手帳のコピー等は、紙媒体の情報の保管が必要か。

(答) 必ずしも紙媒体での保管を要さず、スキャンデータや写真を、電子データとして保管することでも差し支えない。この場合において、データ管理については、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと。

問 18 かかりつけ薬剤師について、電子版お薬手帳の場合、コピー等の保管はどのように行えばよいか。

(答) 例えば、以下のような手法が考えられる。

- ・電子お薬手帳相互閲覧サービス等により、薬局の端末に表示された電子版お薬手帳の該当情報を、画像データとして保管する。
- ・患者のスマートフォンの画面のスクリーンショットを当該保険薬局に送信し、画像データとして保管する。
- ・患者のスマートフォンの画面を撮影し、写真を保管する。
- ・患者の電子版お薬手帳を閲覧し、必要な情報を紙媒体や文書編集ソフト等に転記して保管する。このとき、患者にその写しを交付することが望ましい。

なお、電子版お薬手帳の場合のコピー等の保管については、紙媒体での保管又は電子データとして保管のいずれでも差し支えない。電子データの管理においては、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと。

問 19 かかりつけ薬剤師について、電子版お薬手帳の場合、かかりつけ薬剤師の氏名が記載されている手帳に上書きしないことを担保すること等のために、何らかのシステム的な対応が必要か。

(答) 必ずしもシステム改修は要さない。また、「薬剤師の氏名の近傍に「かかりつけ」の文字を記入」することについても、電子版お薬手帳上で、かかりつけ薬剤師の氏名等を容易に確認することが可能であれば、必ずしも「かかりつけ」の文字を記入できるようにするようなシステム改修は要さない。

【特定薬剤管理指導加算 3】

問 20 令和 8 年 6 月以降、長期収載品の選定療養に係る特別の料金について、先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の 2 分の 1 相当の徴収となる変更を踏まえ、過去に長期収載品の選定療養に関する説明を既に行っている患者に対し、当該変更について改めて説明を実施した場合、特定薬剤管理指導加算 3（ロ）を算定することは可能か。

（答）自己負担額が変更となる医薬品に関して、最初に処方された 1 回に限り算定可能。

【かかりつけ薬剤師フォローアップ加算】

問 21 調剤を実施し、後日、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算に係る業務を行い、同一保険薬局で再度処方箋を受け付けた際、当該患者のかかりつけ薬剤師が不在であった場合も、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定可能であるか。

（答）算定可能。ただし、服薬管理指導料 1 のロ又は 2 のロと併せて算定する際には、電話等によりフォローアップした旨及び日時、実施した聞き取りや指導等の内容等に加え、かかりつけ薬剤師の氏名を薬剤服用歴等に記載すること。

【かかりつけ薬剤師訪問加算】

問 22 患者又はその家族等の求めに応じて、患家を訪問して、服用薬の管理方法の指導及び残薬の整理等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合に、かかりつけ薬剤師訪問加算の算定はどの時点で行えばよいか。

（答）患家への訪問後に、当該患者から再度処方箋を受け付けたときに算定すること。

問 23 調剤を実施し、後日、かかりつけ薬剤師訪問加算に係る業務を行い、同一保険薬局で再度処方箋を受け付けた際、当該患者のかかりつけ薬剤師が不在であった場合も、かかりつけ薬剤師訪問加算は算定可能か。

（答）算定可能。ただし、服薬管理指導料 1 のロ又は 2 のロと併せて算定する際には、患家を訪問した旨、患家における残薬状況、実施した指導等の内容等に加え、かかりつけ薬剤師の氏名を薬剤服用歴等に記載すること。

【届出関係】

問 24 令和 8 年度診療報酬改定の内容を適用する前の、後発医薬品使用体制加算等の施設基準においては、前月までの実績を用いて届け出ることとされているが、令和 8 年 5 月 1 日に、5 月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合、4 月実績のカットオフ値はどのように算出すればよいか。

(答) 令和 8 年 5 月 1 日に、5 月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合に限り、カットオフ値の算出については令和 8 年 3 月までの実績を用いることとし、4 月実績は用いないこと。

訪問看護療養費関係

【機能強化型訪問看護管理療養費】

- 問1 機能強化型訪問看護管理療養費4が新設されたが、以下の取扱いについては、機能強化型訪問看護管理療養費4についても同様となるのか。
- ・ 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添5問18、19、24、26
 - ・ 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添7問9

(答) そのとおり。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添5問24において、「キにおける地域の保険医療機関以外の保険医療機関」とあるのは、「保険医療機関」と、「人事交流を行った保険医療機関以外の保険医療機関」とあるのは「保険医療機関」とそれぞれ読み替えるものとする。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

- 問2 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の事故発生時の対応等(基準省令第28条関係)において、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的方策等についての研修の受講が望ましいことが規定されたが、当該研修の内容は、具体的にはどのようなものがあるか。また、訪問看護ステーションの従業者が当該研修を受講する際の留意点はあるのか。

(答) 内容については、例えば訪問看護における医療安全の基本的な考え方(医療安全に係る規定や事故発生メカニズム、安全文化の醸成等)、事故発生時の対応(当該利用者の家族や関係機関等への連絡、事故の状況及び事故に際して採った処置に関する記録、損害賠償等)、再発防止策等を含む医療安全に関する内容が想定される。以下の研修を参考にされたい。

- ①公益財団法人日本訪問看護財団が厚生労働省「訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業」(厚生労働省令和7年度看護職員確保対策特別事業)により作成した研修教材を用いた研修
- ②一般社団法人全国訪問看護事業協会が実施している「訪問看護における医療安全に関する研修会」

訪問看護ステーションは、従業者が当該研修を定期的(年1回、新規採用時を含む。)に研修を受講するよう機会を確保することが望ましい。研修を受講した場合には、研修内容や研修受講状況を記録しておくこと。

【訪問看護情報提供療養費】

問3 訪問看護情報提供療養費1について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等又は指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供することとされているが、訪問看護ステーションの看護師等が、児童等である家族から介助や介護等を日常的に受けている利用者であること等の状況を把握した場合、その状況を含めて参考の様式を元にした文書に記載し情報提供してもよい。

(答) よい。

【包括型訪問看護療養費】

問4 包括型訪問看護療養費における訪問看護時間について、訪問看護の実施時間が翌日にわたる場合にはどのように計上するのか。

(答) 原則としてそれぞれの日付に分けて計上するものであるが、日付変更後の訪問時間が短時間の場合については、訪問を開始した日に合わせて計上しても差し支えない。

問5 包括型訪問看護療養費における訪問看護時間において、例えば家族が同一の部屋に居住している場合で、連続して訪問看護を行った場合はどのように計上するのか。

(答) 訪問看護時間を双方に重複して計上することはせず、それぞれに実施した看護の内容を考慮してそれぞれの訪問看護時間に分けて計上すること。

【訪問看護遠隔診療補助料】

問6 利用者の居宅へ訪問し予定された訪問看護を実施し、訪問看護計画に基づいた訪問看護を提供している時間帯に、利用者の状態に応じて緊急に情報通信機器を用いた診療を実施した場合に別で訪問看護遠隔診療補助料を算定できるか。

(答) 算定不可。訪問看護を実施している時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療の補助を実施した場合には、訪問看護基本療養費又は医科点数表の「C005」在宅患者訪問看護・指導料若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料のうち該当するものを算定する。