

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等 (保医発 0518-2) ……………	p.49
告通	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等 (5/19 告示 218, 保医発 0519-4, 5/29 告示 230, 保医発 0529-1) ……………	p.49
事	疑義解釈資料の送付 (その 6, 7) (5/22, 29 保険局医療課) ……………	p.50
事	「令和 6 年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」等の廃止 (5/28 保険局医療課) ……………	p.57
事	療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (5/29 保険局医療課) ……………	p.57
告	特掲診療料の施設基準等の一部改正 (5/29 告示 229) ……………	p.57
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (5/29 告示 231) ……………	p.58
事	令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正 (5/29 保険局医療課) ……………	p.58
通	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の一部改正 (保医発 0529-2) ……………	p.61
告通	特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正等 (5/29 告示 232, 保医発 0529-2) ……………	p.62
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (5/29 支払基金) ……………	p.63
告通	厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等 (DPC/PDPS) (5/19 告示 219, 保医発 0519-7) ……………	p.64
	* * *	
事	令和 8 年度における外来データ提出加算等の取扱い／一部訂正 (4/30, 5/12 保険局医療課) ……………	p.65
事	令和 8 年度における「データ提出加算 (A245)」の取扱い (4/30 保険局医療課) ……………	p.68

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



通 医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等 令和 8 年 5 月 18 日 保医発 0518 第 2 号

【解説】5月18日から適用されます。

(p.437 左段下から 23 行目, 下線部訂正)

→在宅自己注射指導管理料

23 ベンラリズマブ製剤については、好酸

球性多発血管炎性肉芽腫症及び好酸球増多症候群の患者に対して用いた場合に限り算定する。(令 8 保医発 0305・6, 0414・1, 0518-2)

告 通 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等 令和 8 年 5 月 19 日 告示第 218 号, 保医発 0519 第 4 号 29 日 告示第 230 号, 保医発 0529 第 1 号

【解説】告示第 218 号と保医発 0519 第 4 号は 5 月 20 日から, 告示第 230 号と保医発 0529 第 1 号は 6 月 1 日から適用されます。

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正 (告示第 218 号)

(p.1666 右段 30 行目, 下線部訂正)

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(1) 療担規則第 20 条第 2 号へ (後略)

ハ 新医薬品 (中略)

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

使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等 (保医発 0519 第 4 号)

(p.1667 右段 23 行目の次に挿入)

→揭示事項等告示の一部改正

新医薬品 (医薬品医療機器等法第 14 条の 4 第 1 項第 1 号に規定する新医薬品をいう) については, 揭示事項等告示第 10 第 2 号(1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限 (14 日分を限度とする) が適用されるが, 新たに当該制限の例外とした新医薬品は, 次のとおりである。
・ドジョルビ内用液 100% (令 8 保医発 0519-4)

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正 (告示第 230 号)

(p.1666 左段下から 7 行目, 下線部訂正)

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……アニフロルマブ製剤, ガラダシマブ製剤, ゲセルクマブ製剤 (4 週間を超える間隔で投与する場合を除く) 及び pH4 処理酸性人免疫グロブリン (皮下注射)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等 (保医発 0529 第 1 号)

(p.437 左段下から 18 行目の次に挿入)

→在宅自己注射指導管理料

26 ゲセルクマブ製剤については, 潰瘍性大腸炎及びクローン病の患者に対して, 皮下注射により用いた場合に限り算定する。(令 8 保医発 0305・6, 0414・1, 0518-2, 0529-1)

(p.463 右段下から 18 行目, 下線部訂正)

→薬剤

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。
【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……アニフロルマブ製剤、ガラダシマブ製剤、グセルクマブ製剤及びpH4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注

射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤
 (令8 保医発 0305・6, 0317・4, 0414・1, 0430・3, 0529・1)

事

疑義解釈資料の送付（その6, 7）

令和8年5月22日、29日
 保険局医療課事務連絡

その6（5月22日）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

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

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

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

答 そのとおり。

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

- ① ウェブサイトの更新頻度の目安はあるか。
- ② 様式1の6において、当該ネットワークの登録患者数及び年間新規登録患者数について、いつ時点の数値を記載するのか。

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

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

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

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

【看護師等遠隔診療補助加算、訪問看護遠隔診療補助料】

問5 保険医療機関が表示する診療時間内に患者が当該保険医療機関を受診した際に、やむを得ない事情等により医師が不在であった場合であって、当該保険医療機関の保険医が当該患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料並びにA001 再診料の注20及びA002 外来診療料の注11に規定する看護師等遠隔診療補助加算を算定できるか。

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

【特定薬剤治療環境特別加算】

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

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

【精神科リエゾンチーム加算】

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

答 1と2のいずれか一方を週1回に限り算定することができる。

【依存症入院医療管理加算】

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

答 含む。

【医療安全対策加算】

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

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

【地域医療体制確保加算等】

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



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

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

【リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

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

答 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

- ・医療と介護の複合ニーズを有する患者の緊急入院に際し、早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に一体的に取り組む体制について
- ・維持期のリハビリテーションや、生活

の場に復帰するための実践的なケアの方法について

- ・介護保険のリハビリテーションへの移行や、医療介護連携について（通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションとの連携や、これらのサービスを提供する施設に対する情報提供に関する内容を含む）

【地域包括ケア病棟入院料】

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

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

【プログラム医療機器の選定療養における特別の料金の徴収に係る説明】

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

答 差し支えない。

【退院前訪問指導料】

問 14 B007 退院前訪問指導料について、患家の訪問中に、当該患者又はその家族等に対して退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った時間とは別の時間に疾患別リハビリテーションを実施

した場合、退院前訪問指導料とは別に疾患別リハビリテーション料を算定することは可能か。

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

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問 15 「特掲診療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）の第4の表1において、令和8年度診療報酬改定後の施設基準の変更に伴って、在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する場合（即ち、「厚生労働大臣の定める基準」に該当しない場合）のみ届け出ることとされたが、その他の医療機関は改定後の施設基準に該当することを届け出る必要はないのか。

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

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

【早期リハビリテーション加算】

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

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

ていた患者が再入院した場合は、転院日又は再入院日を早期リハビリテーション加算の起算日とする。

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

答 外来で疾患別リハビリテーションを実施していた患者であっても、入院の契機となった疾患により疾患別リハビリテーション料の起算日が切り替わる場合、早期リハビリテーション加算の対象疾患の要件を満たせば、入院日を起算日として早期リハビリテーション加算を算定することができる。

【がん患者リハビリテーション料】

問 18 がん患者リハビリテーション料の施設基準に関して、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成 22 年 3 月 29 日事務連絡）別添 1 の問 134（p.1459 左段 29～34 行目）において、がん患者リハビリテーション料の専任の医師の要件である「リハビリテーションに関して十分な経験を有すること」の十分な経験の例として「リハビリテーション医学会等関係団体が主催するリハビリテーション医学に関する研修の受講歴」が挙げられており、具体的には日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」等の、ADL 維持向上等体制加算における「適切なリハビリテーションに係る研修」が該当する研修とされていた。ADL 維持向上等体制加算は令和 6 年度診療報酬改定で廃止されたが、当該加算に規定されていた研修の受講歴は、引き続きがん患者リハビリテーションの専任の医師の経験要件に該当する研修として有効か。また、令和 6 年度診療報酬改定で新設された A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の医師の要件である研修は、がん患者リハビリテーション料の医師の経験要件を満たすものと考えて良いか。

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

【通院・在宅精神療法】

問 19 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）の第 47 の 7 の 6 の(2)に規定されている「精神科医療に関する行政機関の業務」とは、例示されている業務の他に具体的に何を指すのか。

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

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

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

【吸着式血液浄化法】

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

該当すると考えてよいか。

答 よい。

【移植用部分肝採取術（生体）】

問 21 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）の施設基準において、「腹腔鏡下肝切除を術者として 50 例以上実施した経験を有する医師が配置されていること」とあるが、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）は腹腔鏡下肝切除に含まれると考えてよいか。

答 よい。

【骨セメント】

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

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

別添 5 医科診療報酬点数表関係

(p.1253 左段下から 30 行目、下線部訂正)

問 14 地域医療体制確保加算 2 の施設基準について、(中略)

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

その 7 (5 月 29 日)

別添 1 医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

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

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



いては令和8年6月1日から9月30日までとする)はこの限りでない。

問2 A000 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とあるが、当該保険医療機関の掲示すべき保険医療機関の名称は代表的な保険医療機関のみでよいのか、全ての保険医療機関を掲示する必要があるのか。

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

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

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

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

【精神病棟看護・多職種協働加算】

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

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

【特定機能病院入院基本料】

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

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

該当する病院は、厚生労働省ウェブサイト「特定機能病院について」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>)の、「特定機能病院として承認を受けている医療機関一覧」に示されている。

【急性期総合体制加算】

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

答 令和8年3月31日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算を届け出していた病院が、その後、当該加算を辞退し、新たに総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行った場合に限り、急性期総合体制加算の届出に係る経過措置のうち、従前に届出変更前後のいずれの加算を届け出していた場合にも適用

されるものについては、当該要件を満たすものとみなす。

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

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

【医師事務作業補助体制加算】

問7 医師事務作業補助体制加算において、ICT機器を活用する場合の医師事務作業補助者の算入方法について、どのように配置人数を考えればよいか。

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

【口腔管理連携加算】

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

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

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

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

ていることを判定するのか。

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

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

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

【入退院支援加算1】

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

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

【精神科急性期医師配置加算、精神科急性期治療病棟入院料】

問12 精神科急性期医師配置加算3及び精神科急性期治療病棟入院料の自宅等移

行率において、「入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したもののについては、入院日から起算して4月以内に退院した場合も、3月以内に退院したもののみならず本号を適用することとされたが、例示された3施設以外にどのような施設に退院した場合がこの取扱いの対象となるのか。

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

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

- ① 精神疾患を有する者が身体合併症を生じて入院し、身体合併症が治癒又は治癒に近い状態までになって退院した後、身体疾患が再発して再度同じ保険医療機関に入院した場合には、身体疾患が治癒した後再発して入院したため入院期間を通算せず、自宅等へ移行した者として計上できるか。
- ② 精神疾患が治癒しないものの、症状が改善して退院し、実際に一定期間自宅等で生活できた場合であっても、3月以内に再入院した場合は自宅等へ移行した者として計上することはできないのか。

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

② 精神症状が改善して退院後、2月以上自宅等における生活を継続できた場合に

は、通則7の(2)の規定により入院期間が通算される場合であっても、自宅等へ移行した者として計上することができる。

【地域医療体制確保加算】

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

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

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

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

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

問16 地域医療体制確保加算2並びに処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準において「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』とあるが、緊急呼出し当番1名に代わり、当該診療科に所属する当直医1名を置くことで、当該施設基準を満たすことは可能か。

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

(参考)

第26の10 地域医療体制確保加算2に関する施設基準

(4) イ

(ハ) 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定されているものと同様の休憩時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第3項に規定されているものと同様の休憩時間を確保するよう配慮していること。

第56の2 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

7 (2)

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定するものと同様の休憩時間を確保すること。また、特定対象医師については、同条第3項に規定するものと同様の休憩時間を確保するよう配慮していること。

【医療提供機能連携確保加算】

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

答 よい。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問18 A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(1)イに、『当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第9に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合』とあるが、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第9第1号に掲げる「高次脳機能障害」の範囲は、高次脳機能障害者支援法第2条に

規定する「疾病の発症又は事故による受傷による脳の器質的病変に起因すると認められる記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、失語、失行、失認その他の認知機能の障害」と考えてよいか。また、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和8年3月5日保医発0305第7号)第11の2の(4)等に掲げる回復期リハビリテーション病棟における重症の患者の割合に係る「高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第9第1号に規定する患者に限る)」についても同様か。

答 いずれもそのとおり。

【小児特定疾患カウンセリング料】

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

答 そのとおり。

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

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

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

【在宅医療充実体制加算】

問21 在宅医療充実体制加算の施設基準における「訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数」の要件について、算出の対象とする期間はどのように考えればよいか。

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

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問22 C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の留意事項通知(6)及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和8年3月5日保医発0305第8号)別添1の第16の7の1(2)において、CPAP療法の1月あたりの1日(平均)使用時間の要件が定められているが、

① 計算の対象とする期間は、通院時にモニタリングしている直近30日と暦月のどちらを用いれば良いのか。

② CPAP療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に、遠隔モニタリングのみを行い当該指導管理料を算定していない月や、装用時間の規定により当該指導管理料を算定できなかった月は含まれるのか。

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

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

【冷凍アブレーション用バルーンカテーテル】

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

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

【入院時食事療養等に係る特別食加算(嚥下調整食)】

問24 「疑義解釈資料の送付について(その2)」(令和8年4月1日事務連絡)別添1の問144(p.1078左段17~34行目)で示された特別食加算(嚥下調整食)の施設基準に係る「嚥下調整食に関する知識・技術を有する調理師等を養成するこ

とを目的とした5時間以上の研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

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

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

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

【選定療養】

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

- 答 F000 調剤料及び F500 調剤技術基本料並びに調剤点数表の第1節区分番号00に掲げる調剤基本料及び区分番号01に掲げる薬剤調製料以外については、診療報酬点数表に基づき算定可能。

別添2 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・入院ベースアップ評価料・訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「健康増進法（平成14年法律第103号）第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業（健康診査に係るものに限る。以下同じ）」とあるが、具体的に何を指すか。

- 答 以下の事業を指す。
- ・健康保険法（大正11年法律第70号）第150条第1項の規定により保険者が

行う健康診査

- ・船員保険法（昭和14年法律第73号）第111条第1項の規定により全国健康保険協会が行う健康診査
- ・国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条の規定により保険者が行う健康診査
- ・国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）第98条の規定により国家公務員共済組合又は国家公務員共済組合連合会が行う健康診査
- ・地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）第112条の規定により地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会が行う健康診査
- ・私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）第26条の規定により日本私立学校振興・共済事業団が行う健康診査
- ・学校保健安全法（昭和33年法律第56号）第5条の規定により学校において実施される健康診断又は同法第11条の規定により市町村の教育委員会が行う健康診断
- ・母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は第13条の規定により市町村が行う健康診査
- ・労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条の規定により事業者が行う健康診断若しくは労働者が受ける健康診断又は同法第66条の2の規定により労働者が自ら受ける健康診断
- ・高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第20条又は第26条の規定により保険者が行う特定健康診査及び第125条の規定により後期高齢者医療広域連合が行う健康診査

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

- ① 法人本部等でまとめて届出書を作成した場合
- ② 届出内容を法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関等を通算して区分計算を行った場合

において、法人本部等が一括して、各保険医療機関等の所在する地域を所管する地方厚生（支）局の都道府県事務所に届け出を行ってよいか。また、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の提出に当たっても、同様の取扱いとし

て差し支えないか。

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

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

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

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

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

ただし、令和8年4月から賃金改善を実施する場合にあっては、令和8年6月から令和9年5月までにベースアップ評価料により得られた収入を、令和8年4月から令和9年3月までの賃金改善に充てることとして差し支えない。

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

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

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

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

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



分のみを計上する。

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

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

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

【看護職員処遇改善評価料】

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

にどのように届出を行えばよいか。

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

事

「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」等の廃止

令和8年5月28日
保険局医療課事務連絡

【解説】2024年4月以降の新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱い等について、2026年5月31日に廃止されました。

令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱い等については、「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「3月5

日事務連絡」という）及び「新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱いについて」（令和7年3月27日厚生労働省保険局医療課事務連絡）により、お示ししてきたところです。

今般、これらの取扱いを廃止し、令和8年5月31日をもってこれらの事務連絡を廃止することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に對し周知徹底を図るようお願いいたします。

ただし、本事務連絡により廃止される取扱いのうち、3月5日事務連絡の別添3の1.①アについては、「報告の対象となった最初の月」が令和8年4月又は令和8年5月である場合においては、当該最初の月から起算して3か月を超えない期間に限り、なお従前の例によることができることとします。

（廃止事務連絡（参考1）のURLは以下。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220654.pdf>）

事

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いに関する疑義解釈資料の送付

令和8年5月29日
保険局医療課事務連絡

【予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料】

問1 療養の給付と直接関係ないサービスとして「予約に基づく診察の患者都合に

よるキャンセル料」が追加されたが、これは選定療養における「予約に基づく診察」において、当該診察日の直前に患者都合で予約がキャンセルされた場合に

限って、患者から費用の徴収が認められたということか。

答 そのとおり。

告

特掲診療料の施設基準等の一部改正

令和8年5月29日
告示第229号

【解説】6月1日から適用されます。

（p.1554左段27行目、下線部訂正）

別表第9 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

（前略）

ガラダシマブ製剤

グセルクマブ製剤

pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注

射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤

（p.1554左段下から10行目、下線部訂正）

別表第9の1の3 注入器加算に規定する注射薬

別表第9に規定する注射薬のうち、（中略）ペグセタコプラシム製剤、ロザノリキズマブ製剤及びpH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ

アルファ製剤以外のもの

（p.1554右段1行目、下線部訂正）

別表第9の1の5 注入ポンプ加算に規定する注射薬

（前略）

ロザノリキズマブ製剤

pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和8年5月29日
告示第231号

【解説】6月1日から適用されます。

(p.1692 左段 28～30 行目, 削除)

18 削除 (腫瘍治療電場療法)

(p.1692 左段下から 17～16 行目, 削除)

25 削除 (セボフルラン吸入療法)

(p.1692 右段下から 19 行目の次に挿入)

45 心臓移植レシピエント由来の凍結保存同種組織を用いた外科治療 (感染性心

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

事

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正

令和8年5月29日
保険局医療課事務連絡

別添1 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項

(p.51 左段 26 行目, 下線部訂正)

→電話等による再診

ア 当該保険医療機関 (中略)

なお, (中略) その場合には工の規定にかかわらず, (以下略)

(令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(次の箇所, 「通則5」を「通則7」に訂正)

該当箇所	項目名
p.75 左段下から 18 行目	入院初日又は入院した日
p.79 左段下から 16 行目	一般病棟入院基本料(3)
p.93 右段下から 17 行目	結核病棟入院基本料(5)
p.96 右段 12 行目	精神病棟入院基本料(3)
p.99 右段下から 24 行目	特定機能病院入院基本料(6)
p.101 右段 25 行目	専門病院入院基本料(3)
p.104 左段下から 12 行目	障害者施設等入院基本料(3)
p.108 右段 6 行目	有床診療所入院基本料(2)
p.109 右段下から 22 行目	有床診療所入院基本料(4)
p.155 右段 7 行目	感染対策向上加算(1)
p.157 右段下から 10 行目	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(2)
p.158 右段下から 15 行目	ハイリスク妊娠管理加算(2)
p.159 右段下から 8 行目	ハイリスク分娩等管理加算(4)
p.165 右段 28 行目	データ提出加算(2)
p.167 右段下から 22 行目	入退院支援加算(1)
p.171 左段下から 4 行目	精神科入退院支援加算(1)
p.189 左段 24 行目	救命救急入院料(1)
p.203 左段下から 15 行目	地域包括医療病棟入院料(10)
p.238 左段下から 28 行目	特定一般病棟入院料(2)
p.316 右段 19 行目	手術後医学管理料(4)
p.317 左段下から 28 行目	肺血栓塞栓症予防管理料(2)

(次の箇所, 「注9」を「注10」に訂正)

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

(次の箇所, 「通則7」を「通則12」に訂正)

該当箇所	項目名
------	-----

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

(p.100 左段 7 行目, 下線部訂正)

→特定機能病院入院基本料

(12) 病棟の管理栄養士は, (後略)

ア 入院前の食生活等の情報収集, (中略) なお, 医科点数表第1章第2部入院料等の通則第8号に規定する (以下略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.154 左段 18 行目, 下線部訂正)

→口腔管理連携加算

(1) 口腔管理連携加算は, (中略) 口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている入院患者を (以下略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.178 右段下から 8～7 行目, 下線部訂正)

→薬剤総合評価調整加算

(10) 「注2」に規定する (中略) なお, (中略), 別紙様式36の2に示す係数を用い, (以下略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.199 右段 22 行目, 下線部訂正)

→総合周産期特定集中治療室管理料

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

(p.212 左段下から 24, 21 行目, 下線部訂正)

→回復期リハビリテーション病棟入院料

(7) 回復期リハビリテーション病棟 (中略), 転院先の保険医療機関で当該入院料等を継続して算定できることとする。(中略) なお, 診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料等の算定日数 (以下略)

(令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(次の箇所, 「別紙様式36」を「別紙36」に訂正)

該当箇所	項目名
p.227 左段下から 10 行目	精神科救急急性期医療入院料(8)
p.706 右段 3 行目	精神科継続外来支援・指導料(3)
p.727 右段 19～20 行目	抗精神病特定薬剤治療指導管理料(3)

(p.232 右段 1 行目, 3 行目, 下線部訂正)

→児童・思春期精神科入院医療管理料

(5) 児童・思春期精神科入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が(中略), 精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。(令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.284 左段下から 23～2 行目, 下線部訂正)

→糖尿病透析予防指導管理料

(7) 当該管理料を算定する場合は, (中略), 状態の変化等について報告を行う。(7)～(10) (略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.292 右段 19～29 行目, 下線部訂正)

→慢性腎臓病透析予防指導管理料

(6) 当該管理料を算定する場合は, (中略), 状態の変化等について報告を行う。(6)～(8) (略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

(p.366 左段 7 行目, 下線部訂正)

→退院時薬剤情報管理指導料

(1) 退院時薬剤情報管理指導料は, (中略) なお, ここでいう退院とは, 第1章第2部「通則7」に規定する (以下略) (令8保医発0305・6) (令8.5.29)

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

→在宅患者訪問看護・指導料, 同一建物居住者訪問看護・指導料



- (27) 在宅患者訪問看護・指導料の「注12」(中略)在宅患者訪問看護・指導料の「注12」に規定する深夜訪問看護加算(後略)
- (32) (3)において、(後略)
- (37) 在宅患者訪問看護・指導料の「注21」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注8」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注21」に規定する交通費は実費とする。

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.425 右段最下行～p.426 左段1行目, 下線部訂正)

→在宅患者訪問薬剤管理指導料

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

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.434 右段15～16行目, 下線部訂正)

→在宅療養指導管理料の一般的事項

- (7) 「通則6」について、15歳未満の人工呼吸器を使用している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を使用しており(以下略)

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.445 左段下から3行目, 右段5行目, 18行目, 下線部訂正)

→在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- (9) 「注4」に規定する(後略)
- (10) 「注4」に規定する(後略)
- (11) 「注4」に規定する(後略)

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.456 右段21行目, 下線部訂正)

→持続血糖測定器加算

- (7) 間歇注入シリンジポンプ(後略)
- イ 次のいずれかに(後略)
- (イ) 糖尿病の治療に関し、(後略)
- (ロ) 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法(以下略)

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.556 右段下から3行目, 下線部訂正)

→「31及び2以外の場合」の「ハ その他」のもの

- ア 問診、身体所見及び他の検査所見から(以下略)

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.678 右段23～24行目, 下線部訂正)

→運動器リハビリテーション料

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

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

(p.763 右段13行目, 下線部訂正)

→同種死体移植腎機械灌流保存

- (2) 死体腎には、臓器の移植に関する法律(中略)第6条第2項に規定する脳死した身体の腎を含む。

(令8保医発0305・6)(令8.5.29)

別添2 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い

(p.1105 右段15行目, 下線部訂正)

6 意思決定支援の基準

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

(p.1126 左段下から23～12行目, 下線部訂正)

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

(p.1130 右段20行目, 下線部訂正)

- (2) 常勤の医師の数
- ア 医師数は、(中略)育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項、同法第23条の3又は同法第24条の規定による措置が講じられ、(以下略)

(p.1186 左段13行目, 34行目, 下線部訂正)

- (1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、(後略)
- カ 当該計画には、(後略)
- ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項、同法第23条の3又は同法第24条の規定による(以下略)
- (2) (1)のウの計画に基づき、(中略)ただし、(中略)、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項、同法第23条の3又は同法第24条の規定による(以下略)

(p.1296 右段29行目, 下線部訂正)

- (7) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均3単位以上(回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料にあっては、2単位以上)である。(以下略)

(p.1350 左段下から17行目, 下線部訂正)

第1 基本診療料の施設基準等

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、(中略)

また、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項若しくは第3項、第23条の3又は第24条の規定による(以下略)

(p.1355 右段下から13～12行目, 下線部訂正)

第4 経過措置等等

表3 施設基準が改正された入院基本料等(届出を必要としないもの)

- ・特定機能病院C入院基本料(7対1入院基本料(一般病棟に限る)を除く)

別添3 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い

(p.1414 右段18行目, 下線部訂正)

【届出に関する事項】

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

(p.1435 左段 4～5 行目, 下線部訂正)

→ 1 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合 (中略) の施設基準

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

(p.1465 左段下から 23 行目, 訂正・追加)

6 通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たす

(1) 以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されている。

ア～エ (略)

オ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病院

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

(p.1473 左段下から 22 行目, 下線部訂正)

4 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として, (中略)

(6) 当該計画には, (中略)

⑤ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項, 第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による措置 (以下略)

(p.1519 左段下から 19 行目, 下線部訂正)

1 外科医療確保特別加算の施設基準

(4) 当該加算を算定する全ての診療科において, (中略)

ア 当該診療科の (中略), 育児・介護休業法第 23 条第 1 項, 同条第 3 項, 第 23 条の 3 又は同法第 24 条の規定による (以下略)

(p.1557 右段下から 4 行目, 下線部訂正)

4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは, (中略)

また, 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 項若しくは第 3 項, 第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による (以下略)

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

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設され

た特掲診療料

(中略)

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

・充実管理加算 2 (脂質異常症を主病とする場合)

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

・充実管理加算 2 (高血圧症を主病とする場合)

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

・充実管理加算 2 (糖尿病を主病とする場合)

・心不全再入院予防継続管理料

・遺伝性疾患療養指導管理料の注 1 から注 3 (令和 8 年 5 月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法 (以下「旧算定方法」という) D026 検体検査判断料の注 6 に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く)

・遺伝性疾患療養指導管理料の注 5 (令和 8 年 5 月 31 日時点で「旧算定方法」D026 検体検査判断料の注 7 に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く)

(中略)

・ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出

・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 [令和 8 年 5 月 31 日時点で「旧算定方法」D023 微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2 核酸検出を含まないも

の) に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く]

・壁側胸膜凍結生検法

(p.1573 左段 7 行目, 13 行目, 下から 34 行目, 下線部訂正)

表 3 施設基準の改正された特掲診療料 (届出が必要でないもの)

(中略)

・遺伝性疾患療養指導管理料の注 1 から注 3 (令和 8 年 5 月 31 日時点で (後略))

・遺伝性疾患療養指導管理料の注 5 (令和 8 年 5 月 31 日時点で (後略))

(中略)

・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (令和 8 年 5 月 31 日時点で (以下略))

別添 6 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正

(p.1725 《入院基本料》 2 枠目, A101 療養病棟入院基本料の「記載事項」列, 下線部訂正)

(回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する (以下略))

(p.1727 《入院基本料等加算》 2 枠目, A205 の 1 救急医療管理加算 1 の「記載事項」列, 下線部訂正)

当該重症な状態に対して, (中略) (平成 30 年 4 月 27 日保発 0427 第 10 号)

(p.1733 下から 2 枠目, A303 の 1 の「1 母体・胎児集中治療室管理料」の「記載事項」列, 下線部訂正)

A303 総合産産期特定集中治療室管理料の(2)の A からキまで (以下略)

(p.1735 下から 2 枠目, A311・A311-2・A311-3, p.1736 の 4 枠目 A312, 下から 3 枠目 A318 の非定型抗精神病薬加算の「記載事項」列と, 「左記コードによるレセプト表示文書」列内, 「向精神病薬」を「抗精神病薬」に訂正)

(p.1752 下から 5 枠目, C152-2 持続血糖測定器加算の 3 行目, 下線部訂正)

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

(p.1769, 下から 3 枠目, H000 心大血管疾患リハビリテーション料の「レセプトコード」)

列, 3 行目下線部訂正)

820101867
180763730

(p.1770 下から 3 枠目, H001 脳血管疾患等
リハの「レセプトコード」列, 3 行目下線部
訂正)

820101868
180766930

(p.1771, 3 枠目, H001-2 廃用症候群リハの
「レセプトコード」列, 3 行目下線部訂正)

820101869
180770130

(p.1772, 2 枠目, H002 運動器リハの「レセ
プトコード」列, 3 行目下線部訂正)

820101870
180772730

(p.1773, 1 枠目, H003 呼吸器リハの「レセ
プトコード」列, 3 行目下線部訂正)

820101871
180774130

(p.1773 下から 3 枠目, リハビリテーション
総合計画評価料の運動量増加機器加算の「区
分」列, 下線部訂正)

H003-2 注 5

(p.1779, 1 枠目, J027 高気圧酸素治療の 2
行目, 下線部訂正)

レセプトコード	左記コードによるレセプト 表示文言
---------	----------------------

140057510	高気圧酸素治療(減圧症又 は空気塞栓)
852100022	実施時間(高気圧酸素療法)

[p.1789 下から 1 枠目, N002 免疫染色(免
疫抗体法)病理組織標本作製の注 2 に規定す
る, 確定診断のために 4 種類以上の抗体を用
いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製
を実施した場合の加算の「記載事項」列, 下
線部訂正]

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

(「DPC 早見表」 p.484 右段 27 行目～下から
26 行目, 下線部訂正)

(12) 「出来高部分」欄について

② 特定入院料を算定する治療室に係る
加算 (中略)

イ 特定入院料に係る名称, (中略)

(ア)～(ウ) (略)

(エ) 別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘
要」欄への記載事項等一覧(材料
価格基準)」

なお, 電子レセプトによる請求
の場合, 別表Ⅰから別表Ⅳまでの
「レセプト電算処理システム用コ
ード」欄に (中略) ただし, 別表
Ⅰから別表Ⅳにおいて, (以下略)

別添 7 「療担規則及び薬担規則並びに
療担基準に基づき厚生労働大臣が定め
る揭示事項等」(中略)の一部改正

(p.1664 左段下から 29 行目, 下線部訂正)

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

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

別添 8 「療養の給付と直接関係ないサー
ビス等の取扱いについて」の一部改正

(p.1673 右段 13 行目, 下線部訂正)

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

(5) その他

ク 選定療養における予約に基づく診
察の患者都合によるキャンセル料
(以下略)

別添 9 官報掲載事項の一部訂正

(p.1664 左段 14 行目, 下線部訂正)

第 4 療担規則第 11 条の 3 第 1 項及び療
担基準第 11 条の 3 の厚生労働大臣が定
める報告事項

1 健康保険法第 63 条第 2 項 (中略) 第
64 条第 2 項に規定する評価療養, 患者
申出療養及び選定療養 (第 3 第 7 号から
第 9 号まで, 第 13 号及び第 14 号に規定
する療養を除く) に関する事項

通

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の一部改正

令和 8 年 5 月 29 日
保医発 0529 第 2 号

【解説】6 月 1 日から適用されます。

(p.342 左段 1 行目の次に挿入)

→プログラム医療機器等指導管理料

(1) プログラム医療機器等 (中略)
ア～ウ (略)

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

研修を修了した医師が, B001「4」小
児特定疾患カウンセリング料の「イ」
又は I002 通院・在宅精神療法の「1」
の「ロ」, 「1」の「ハ」, 「2」の「ロ」
若しくは「2」の「ハ」を算定し, か
つ特定保険医療材料 242 の小児注意欠
如多動症治療補助アプリを算定する場
合, 月 1 回に限り本区分の点数を準用
して算定する。なお, 本区分の「注 3」
に関する施設基準 (情報通信機器を用
いた診療の届出) に適合しているもの
として地方厚生局長等に届け出た保険
医療機関において, オンライン指針に
沿って診療を行い, 小児注意欠如多動
症治療補助アプリを算定すべき医学管
理を情報通信機器を用いて行った場合

は, 月 1 回に限り, 前段により本区分
の点数を準用して算定する点数に代え
て, 本区分の「注 3」に規定する点数
を準用して算定する。また, 小児注意
欠如多動症治療補助アプリに係る初回
の指導管理を行った場合は, 当該初回
の指導管理を行った月に限り, 本区分
の「注 2」に規定する導入期加算の点
数を準用して更に所定点数に加算する。
なお, 本区分の点数を準用する場合に
ついて, プログラム医療機器等指導管
理料の届出は不要である。

また, 発達障害等に関する適切な研
修又は児童思春期の患者に対する精神
医療に係る適切な研修の修了証の写し
について, 当該保険医療機関の見やす

い場所に掲示している。掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

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

プログラム医療機器等指導管理料の届出は不要である。

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

(令8保医発0305・6、0529・2)

(p.481 左段 8 行目, 下線部訂正)

→悪性腫瘍組織検査

(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものとは、
エ 胆道癌における FGFR2 融合遺伝子検査、IDH1 遺伝子変異検査

(令8保医発0305・6、0529・2)

(p.535 右段下から 23 行目の次に挿入)

→BK ウイルス核酸定量

BK ウイルス核酸定量は、血漿又は尿を検体として、臓器移植又は造血細胞移植を行った患者のうち以下のアからエまでのいずれかに該当する患者に対して実施した場合に、本区分の「17」の所定点数を準用して算定する。ただし、診療報酬の請求に当たっては、実施する患者について以下のアからエまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 尿中ウイルス感染細胞の検出又は腎機能の低下等により BKV 腎症を疑う患者
イ 血尿等の所見により出血性膀胱炎を疑う患者

ウ BKV 感染症と診断され治療を開始されており、治療効果の確認が必要な患者
エ 拒絶反応又は移植片対宿主病 (GVHD) に対する治療を実施し、BKV 活性化の評価が必要な患者 (令8保医発0305・6、0529・2)

(p.577 右段下から 26 行目の次に挿入)

→内視鏡用望遠鏡を用いた咽頭画像等解析 (インフルエンザの診断の補助に用いるもの)

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

(p.848 左段 15 行目の次に挿入)

→ステントグラフト内挿術

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

(令8保医発0305・6、0529・2)

告知

特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正等

令和8年5月29日
告示第232号、保医発0529第2号

【解説】6月1日から適用されます。

(p.1043 右段 13 行目, 訂正・追加)

90 人工内耳用材料

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

(p.1073 左段下から 9 行目の次に挿入)

241 肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセット

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

→肝内門脈大循環シャント用ステントグラフトセットの算定

ア 難治性胸腹水又は消化管静脈瘤を伴う門脈圧亢進症の患者に対して、関連学会の定める適正使用指針を遵守し、経頸静脈の肝内門脈大循環短絡術を行った場合に限り算定できる。なお、算定に当たっては、当該材料を用いる医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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

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

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器

具(07)内臓機能代用器」であって、一般的名称が「門脈肝静脈用シャント」であること、又は類別が「機械器具(51)医療用嚙管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「経頸静脈肝内門脈アクセスセット」である。

- ② 門脈圧亢進症の治療を目的として、肝内門脈大循環シャントを作成するために使用されるステントグラフト又はアクセスセットである。

242 小児注意欠如多動症治療補助アプリ 14,500 円

→小児注意欠如多動症治療補助アプリの算定

ア 小児注意欠如多動症治療補助アプリは、発達障害等に関する適切な研修又は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適



切な研修を修了した医師が1名以上配置されており、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の発達障害の患者数が5名以上である保険医療機関において算定する。

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

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

→小児注意欠如多動症治療補助アプリの定義 次のいずれにも該当。

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

243 不眠障害治療支援アプリ 24,100円

→不眠障害治療支援アプリの算定

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

イ 入院中の患者以外の患者（薬物療法に

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

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

→不眠障害治療支援アプリの定義 次のいずれにも該当。

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

244 シルクエラスチン創傷用シート
1cm²当たり 1,460円

→シルクエラスチン使用創傷被覆材の算定

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

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

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

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

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

→シルクエラスチン使用創傷被覆材の定義 次のいずれにも該当。

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

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

令和8年5月29日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」1事例が示され、これまでの事例と合わせて834事例となりました。

【手術】

834. 脊髄誘発電位測定等加算（腰椎）

腰椎（L3以降）の手術においても、K930

脊髄誘発電位測定等加算「1」脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合の算定は、原則として認められる。