

事 務 連 絡
令和8年6月17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8）

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すが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添3までのとおり取りまとめましたので、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。

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 「A 0 0 0」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」とあるが、医療関係職種及び介護関係職種等が I C T を用いて記録された情報を共有できるサービスにより、チャットやメーリングリストを用いて診療情報を共有する場合は当該要件を満たすか。

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

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

(参考) 診療情報提供料 (I) の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準

- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること(診療所にあつては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。)。また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。
- (2) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること(ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。)。また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。
- (3) 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録について、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

問2 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（令和8年5月29日事務連絡）別添1の問3において「当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。」とあるが、当該常勤医師が院外処方を行う場合には、常に電子処方箋を発行する必要があるのか。

（答）「疑義解釈資料の送付について（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）の別添1の問1にあるとおり、院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていけばよい。

（参考）「疑義解釈資料の送付について（その7）」（令和8年5月29日事務連絡）別添1

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

問3 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「アからウの全て又はエを満たす電子カルテを有していること」の「イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）別添1の問2において、「電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。」とあるが、電子処方箋システムの導入が完了し、電子署名のためのカードリーダーが必要な場合にはカードリーダーを購入済みの場合であって、電子処方箋の利用申請は行ったが、HPKIカードの取得待ちで電子処方箋の発行ができない状況でも要件を満たすか。

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

(参考)「疑義解釈資料の送付について(その4)」(令和8年4月21日事務連絡)別添1

問2 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

(答) 電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトから運用開始日入力を行うこと。

【身体的拘束最小化推進体制加算】

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

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

【回復期リハビリテーション入院医療管理料】

問5 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関を中心とした半径十二キロメートル以内に当該保険医療機関以外の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までを届け出していないこと」とあるが、回復期病床が著しく少ない二次医療圏であっても、半径十二キロメートル以内に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている保険医療機関がある場合は、別の保険医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ることとはできないのか。

(答) 回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ようとする保険医療機関が以下を全て満たす場合に限り、半径十二キロメートル以内に当該保険医療機関以外の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までを届け出していない場合に準じて、当該入院医療管理料の届出を認める。

- ・半径十キロメートル以内に他に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟がないこと。
- ・届出時点において、当該保険医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出た場合であっても、二次医療圏内の回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院医療管理料を含む）を算定する病床数が人口 10 万対 50 床以下であること。
- ・半径十二キロメートル以内の回復期リハビリテーション病棟を有する他の保険医療機関が 1 以下であり、当該保険医療機関が合意していること。
- ・二次医療圏や構想区域内で回復期リハビリテーション病棟の新設又は増床の計画が当面ないことを都道府県に確認したうえで、当該保険医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ることについて、都道府県が必要性に同意していることが分かる文書（都道府県が主催する会議の議事録等でも可）を地方厚生局（支）長へ提出していること。
- ・二次医療圏又は構想区域内における適切な回復期リハビリテーション機能の提供と質の確保の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）又は運動器リハビリテーション料（I）を届け出たうえで、病棟のうち 16 床以上を一体的な区域として特定し、回復期リハビリテーション入院医療管理料として届け出ること。

【心不全再入院予防継続管理料】

問 6 「B 0 0 1－10」心不全再入院予防継続管理料の施設基準について、心不全再入院予防チームに薬剤師及び理学療法士が所属してもよいか。また、所属した場合には、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了することが望ましいという理解でよいか。

（答）いずれもそのとおり。

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

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

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問 8 「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 について、当該保険医療機関において C P A P 療法を開始してから 3 月以内の患者については、「当該指導管理を実施する月の前月までの 3 月の間、すべての月で 1 月当たりの 1 日平均使用時間が 1 時間未満である場合には、当該指導管理料を算定しない」とする規定を適用しないこととされているが、長期入院や海外赴任等の理由により、3 月以上自院での治療を中断した後に再受診し管理を再開した場合にも同様か。

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

【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】

問 9 「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準は、直近 3 か月に在宅患者訪問診療料を月 2 回以上算定する患者の延べ診療月数が 30 月以上の場合、在宅時医学総合管理料等の算定回数を要件の計算に使用することとなっているが、在宅時医学総合管理料等を新規に届け出る際はどのように取り扱えば良いか。

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

【微生物核酸同定・定量検査】

問 10 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に係る施設基準の届出については、「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」（令和 8 年 5 月 29 日保険局医療課事務連絡）において、令和 8 年 5 月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「D 0 2 3」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（S A R S - C o V - 2 核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除き、施設基準の届出が必要であることが明記されたが、6 月 1 日までに届出が受理されていない場合の取り扱い如何。

(答) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準を満たす医療機関につい

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

なお、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（「ロ」SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）については、令和8年5月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D023」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ロ SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除き、6月1日までに届出が受理されていない場合は従前の取扱いどおり令和8年6月診療分以降、算定できない。

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

【発達及び知能検査】

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

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

【リハビリテーション通則】

問12 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）」第7部リハビリテーション通則4において、「リハビリテーション実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること」とされているが、医師以外の職種が説明を行った場合はどのように記載すればよいか。

（答）医師以外の職種が説明を行った場合は、診療記録のうち診療録以外の部分に記載して差し支えない。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

問 13 摂食嚥下機能回復体制加算の算定要件として、摂食嚥下支援計画書を作成し、「その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること」とされているが、説明を行うのはリハビリテーション実施計画書と同様、医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士でよいのか。

(答) そのとおり。ただし、「A 3 0 8」回復期リハビリテーション病棟入院料又は「A 3 1 9」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している患者について、リハビリテーション総合実施計画書の一部として当該計画書を作成した場合には、医師により説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

【心理支援加算】

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

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

【通院・在宅精神療法の注13】

問 15 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の注13については、「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」（令和8年5月29日保険局医療課事務連絡）で減算の対象とならない医療機関の要件が拡大されたが、これらの医療機関についても、6月1日までに届出が受理されていなければ減算の対象となるのか。

(答) 通院・在宅精神療法の注13に関する施設基準の（1）オ及びカに該当する医療機関については、注13の施設基準の届出がなされていなくても、令

和8年6月1日時点で（1）オ及びカに該当する入院料や加算の届出がある場合に限り、令和8年6月診療分及び7月診療分は減算の対象とはならず、100分の100の点数で算定することができる。なお、8月診療分以降も100分の100の点数で算定するためには、8月3日（月）までに注13の施設基準の届出を行うこと。

【認知療法・認知行動療法】

- 問16 「I003-2」認知療法・認知行動療法の施設基準について、
- ①認知療法・認知行動療法1に関する施設基準における、「専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師」とは、具体的にどのような医師か。
「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成30年10月9日保険局医療課事務連絡）別添1の間8や、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日保険局医療課事務連絡）別添1の間79に看護師や公認心理師の要件に該当するものとして示された研修を受けた医師しか認められないのか。
- ②認知療法・認知行動療法2の専任の常勤看護師及び認知療法・認知行動療法3の専任の常勤公認心理師の要件として「治療に係る面接に60回以上同席した経験があること。」とあるが、ここでいう「治療に係る面接」とは、医師の行う認知療法・認知行動療法に限られるのか。

- （答）①認知療法・認知行動療法に関する研修の受講や、他の医師の認知療法・認知行動療法に係る面接への同席等により、当該療法に習熟していれば良く、特定の研修の受講経験を有する医師に限定されるものではない。
- ②「治療に係る面接」とは、認知療法・認知行動療法に限らず、医師による一般的な精神療法に係る面接を含む。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日保険局医療課事務連絡）別添1の間150は廃止する。

【医療保護入院等診療料】

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

- （答）精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の6第1項のいずれかに規定された入院の開始日のうち、最初の日を指す。ただし、他の入院形態から精神保健福祉法第33条第1項に規定す

る入院に切り替えが行われた場合、第 33 条第 1 項に規定する入院の開始日を指す。

【機能的定位脳手術】

問 18 「K 1 5 4」機能的定位脳手術の「1」てんかんの場合の施設基準について、「関係学会の定める指針」とは具体的に何か。

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

【経皮的脳血栓回収術】

問 19 「K 1 7 8 - 4」経皮的脳血栓回収術について、算定留意事項通知にある「関係学会の定める診療に関する指針」とは具体的に何か。

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

【血栓塞栓術】

問 20 「K 6 1 5」血栓塞栓術について、算定留意事項通知にある「関係学会の定める適正使用指針及び診療ガイドライン」とは具体的に何か。

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

【前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム】

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

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

医科・歯科診療報酬点数表関係

【遡及指定に係る初再診料等】

問 1 開設者変更や所在地移転等を理由に、保険医療機関の廃止を伴い新たに保険医療機関の指定を受ける場合における例外的な指定日の遡及（いわゆる遡及指定）が認められた場合において、変更（移転）前の保険医療機関が診療していた患者を、変更（移転）後の保険医療機関が引き続き外来診療した場合、「初診料」と「再診料（外来診療料）」のいずれを算定するのか。

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

【物価対応料】

問 2 物価対応料について、「入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第 1 章第 2 部第 1 節入院基本料、第 3 節特定入院料又は第 4 節短期滞在手術等基本料（「A 4 0 0」の「1」短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について、1 日につき 1 回に限り算定できる。」とあるが、短期滞在手術等基本料 3 における算定はどのように考えればよいか。

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