会員各先生
埼玉県医師会より周知依頼がございましたのでお知らせいたします。　　草加八潮医師会

医科診療報酬点数表関係

【抗菌薬適正使用体制加算】

問１　「Ａ０００」初診料の注 14 及び「Ａ００１」再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60％以上又は（２）のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30％以内であること。」、「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の注５に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近６か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60％以上又は（１）のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30％以内であること。」について、どのように確認すればよいか。

（答）Ｊ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥにおける結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算についてはＪ－ＳＩＰＨＥにおける結果をそれぞれ指す。）が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が 30 件以上ある場合に集計対象となる。

令和８年度のデータ提出スケジュール予定			
実施回	データ受付時期（予定）	提出データの対象期間	結果の返却時期
１回目	2026 年４月 30 日まで	2025 年 10 月～2026 年３月	2026 年５月中旬
２回目	診療所版 J-SIPHE： 2026 年７月 31 日まで J-SIPHE： 2026 年８月 17 日まで	2026 年１月～６月分	2026 年８月中旬
３回目	2026 年 10 月 31 日まで	2026 年４月～９月分	2026 年 11 月中旬
４回目	2027 年１月 31 日まで	2026 年７月～12 月分	2027 年２月中旬

※　データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細については、Ｊ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥのホームページを確認すること。

・Ｊ－ＳＩＰＨＥ（https://j-siphe.ncgm.go.jp）

・診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥ（https://oascis.ncgm.go.jp）

なお、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６は廃止する。

問２　問１について、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

（答）各抗菌薬の Access 抗菌薬への該当性（AWaRe 分類における位置づけ）並びに Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るＪ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥにおける計算方法については、Ｊ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥのホームページを確認すること。

Ｊ－ＳＩＰＨＥ：https://j-siphe.ncgm.go.jp

診療所版Ｊ―ＳＩＰＨＥ：https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary

なお、令和８年 10 月頃に受付を予定している第３回目のデータ提出以降の評価においては、ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点から、マクロライド系、フルオロキノロン系、テトラサイクリン系、ST 合剤について、14 日以上の処方を 14 日分とみなして集計されること、また、リファキシミンは集計から除外され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３）」（令和６年４月 26 日事務連絡）別添１の問２は廃止する。

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問３　令和８年５月 31 日において現に医療ＤＸ推進体制整備加算及び診療録管理体制加算の施設基準を届け出ている保険医療機関が、同年６月１日以降に電子的診療情報連携体制整備加算を算定する場合は、改めて届出を行う必要があるか。

（答）改めて届出を行う必要がある。

【外来データ提出加算及び充実管理加算】

問４　既に「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「Ｂ００１－３－３」生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に規定する充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関において、新たに外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）の施設基準の届出を行う場合、改めて様式７の 10 の届出を行う必要があるか。

（答）改めて様式７の 10 の届出を行う必要がある。なお、既に充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関においては、様式７の 10 の届出の期限後の直近の外来試行データの作成対象月のデータをもって、外来試行データに代えることができる。

問５　外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）を新たに算定する場合、具体的にどのような手続きを行う必要があるか。

（答）令和８年 11 月 20 日までに様式７の 10 の届出を行い、試行データ提出の実績が認められた保険医療機関として厚生労働省保険局医療課より事務連絡があった保険医療機関であって、令和９年４月１日までに様式７の 11 の届出を行った保険医療機関においては、同月から算定が可能となる。詳細は、厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡を参照されたい。

【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６　「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 の（３）において、病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の１人１月当たりの超過勤務時間の状況について月平均 10 時間以下とあるが、届出時はどのように算出するのか。

（答）別添７の様式 60 のとおり、直近３月の看護要員（常勤職員に限る。）の月平均超過勤務時間数の計を３で除した値を算出すること。

（例）８月に届出をする場合

月平均超過勤務時間数：５月が 10 時間、６月が３時間、７月が５時間

（10＋３＋５）÷３＝６時間

【入院基本料等の施設基準】

問７　「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４の（２）キ「病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合」の短時間とは具体的にどの程度を指すのか。

（答）30 分程度を指す。なお、保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応したことを、当該通知別添６の別紙６の「２　看護業務の計画に関する記録」に記録し管理すること。その際、①緊急対応等の不測の事象の状況、②看護要員が配置されている病棟を離れた時間、③病棟内で看護要員が十分に入院患者の看護に当たることができていた状況等を記載すること。

問８　「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 20 において、「感染対策上の必要により、やむを得ず面会の制限を行う場合」とは、具体的にどのような場合が該当するか。

（答）例えば、新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大又は保険医療機関

に勤務する多数の職員が新型コロナウイルス感染症等に感染するといった場合に、当該保険医療機関の感染防止対策部門等において面会を制限する必要があると判断し、患者及びその家族等に周知したうえで面会の制限をすること等が該当する。なお、状況に応じて面会の制限を解除することを検討すること。

【やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い】

問９　「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３の３に規定する「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

（答）例えば、以下のような場合において、看護職員が一時的に不足する状況が該当する。

・　新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大により患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関において感染症に感染し出勤ができない看護職員が増加した場合
・　看護職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合
・　看護職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

なお、看護職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等に求人の申込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

問 10　「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３の３において、「１年に１回に限る。」の１年はいつから起算するのか。

（答）「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３の３における規定を利用することとなった月（当該事情が生じた日の属する月の翌月）の初日から起算する。

問 11　「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３の３において、「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応す

るか。

（答）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。

【急性期病院一般入院基本料】

問 12　「Ａ１００」急性期病院一般入院基本料の施設基準における「看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を５年以上有し、次に掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）」とはどのような研修か。

（答）現時点では、日本看護協会認定看護管理者教育課程「サードレベル」を指す。

【看護・多職種協働加算】

問 13　看護・多職種協働加算は病棟ごとに届け出るのか。保険医療機関内の急性期病院Ｂ一般入院料又は急性期一般入院料４を算定する病棟全体で届け出るのか。

（答）保険医療機関内の急性期病院Ｂ一般入院料又は急性期一般入院料４を算定する一般病棟全体で届け出ること。

【入院栄養管理体制加算】

問 14　「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料の「注４」に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準において、病棟に専従配置されている管理栄養士は、「当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。」とされているが、当該病棟に入棟予定の患者について、入退院支援部門と連携し、入院前の栄養状態の評価等を行うことも差し支えないか。

（答）差し支えない。

【産科管理加算】

問 15　「Ａ２２１－３」産科管理加算において、分娩が開始した日以降とは、陣痛発来によって分娩が開始していることを認め入院した日や未陣発で帝王切開術による分娩となる日を含めてもよいか。

（答）含めてよい。予定帝王切開等、未陣発で帝王切開術による分娩となった場合は、手術の開始時刻が含まれる日から当該加算を算定できる。

問 16　「Ａ２２１－３」産科管理加算の施設基準で定める「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師」とは、どのような者か。

（答）現時点では、一般財団法人日本助産評価機構により「CLoCMiP レベルⅢ」

（アドバンス助産師）の認証を受けた助産師である。

問 17　「Ａ２２１－３」産科管理加算の施設基準に規定する院内助産及び助産師外来とは、どのような体制か。

（答）院内助産及び助産師外来の体制整備においては、「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018（平成 29 年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業)」を参考とされたい。また、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にすることが望ましい。

問 18　「Ａ２２１－３」産科管理加算の施設基準で求める産科区域の特定について、「少なくとも他科の患者等が通常立ち入ることのないよう区域が区分されていることが明確になるような設備を設けていること」とは具体的にどのような状況か。

（答）特定した産科区域以外に入院する患者等が誤って産科区域に立ち入ることがないように、物理的又は容易に視認できる形で、産科区域とそれ以外の区域が明確になるような設備を設置していることをいう。

問 19　産科病棟が病院内に複数ある場合の、「Ａ２２１－３」産科管理加算１の施設基準の届出において、以下についてどのように考えればよいか。

①　施設基準はそれぞれの病棟で満たす必要があるか。

②　産科病棟が複数あり、分娩の実施や新生児の管理を１つの病棟で行っている場合の取扱如何。

（答）①病棟ごとに施設基準を満たしていれば届出可能。ただし、施設基準通知の（３）及び（４）に規定する専任の助産師は、それぞれの病棟に配置されていることが望ましいが、病院内で横断的な活動をしている場合は病院内において１名以上の配置でもよい。

②病棟ごとに施設基準を満たしていれば届出可能。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算】

問 20　「Ａ２３３」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算並びに「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料の「注 11」及び「Ａ３０８－３」地域包括ケア医療病棟入院料の「注 14」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準のうち、ADL が低下した患者の割合の計算の対象である「当該病棟を退院又は転棟した患者」について、令和８年度診療報酬改定において対象から除く患者として、「死亡退院及び終末期のがん患者等」とされたが、死亡退院及び終末期のがん患者の他には、どのような患者が該当するのか。

（答）医学的に終末期と判断されるがん患者の他、医学的に終末期と判断され

る末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全の患者であって、緩和ケア診療加算の対象患者の要件を満たすものが該当する。ただし、末期呼吸器疾患の患者については、「過去半年以内に 10%以上の体重減少を認める」という要件については満たさなくても差し支えない。

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

問 21　「Ａ２３６」褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。

（答）算定要件を満たしていれば、入院からの日数にかかわらず褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定可能である。

【バイオ後続品使用体制加算】

問 22　令和８年５月 31 日以前に、令和８年度診療報酬改定前における「Ａ２４３－２」バイオ後続品使用体制加算を入院初日に算定した患者については、一連の入院において再度退院の日に算定することができるのか。

（答）不可。

【入退院支援加算】

問 23　「Ａ２４６」入退院支援加算において、留意事項通知の（２）のタに規定する「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」に該当し、かつ、患者の意思を確認することができない場合は、（３）に規定する「患者及び家族と症状や退院後の生活も含めた話合い」及び（６）に規定する「文書で患者又は家族に説明」はどのように対応すればよいか。

（答）「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」に該当する理由や連絡を試みた経緯等を診療録等に記載すればよい。また、この場合においては、必要に応じて、患者の退院に向けた支援をする者等に説明を行う等の対応を行うこと。

問 24　「Ｂ００５－１－２」介護支援等連携指導料は、同一日に「Ｂ００５」退院時共同指導料２の注３に規定する多機関共同指導加算を算定する場合は算定できないが、介護支援等連携指導料に該当する指導を、多機関共同指導加算を算定する日と同一日に行った場合は、施設基準通知第 26 の５の１の（５）に規定する「Ａ２４６」入退院支援加算１の要件である介護支援等連携指導料の算定回数に含めてよいか。

（答）含めてよい。

【地域医療体制確保加算】

問 25　「Ａ２５２」地域医療体制確保加算２の施設基準において「各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。」とされているが、特定診療科において病棟業務に携わる看護職員に適切な研修を修了した者がいる場合も含まれるか。

（答）含まれる。

【重症患者対応体制強化加算】

問 26　「Ａ３００」救命救急入院料の「注 11」及び「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準における「救命救急入院料１又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上勤務した経験」について、令和８年度診療報酬改定前の期間の経験については、救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関における経験を指すのか。

（答）そのとおり。

【回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

問 27　「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和６年３月 28 日医療課事務連絡）別添１の問 110 において、「Ａ３０８」回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３並びに「Ａ３１９」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における、ＦＩＭの測定に関わる職員を対象としたＦＩＭの測定に関する研修の対象職員として、ＦＩＭの測定を担当する看護職員も該当するとされているが、令和８年度診療報酬改定において、「Ａ３０８」回復期リハビリテーション病棟入院料２及び４の要件として追加された「ＦＩＭの測定に係る研修」についても同様か。

（答）同様である。ＦＩＭの測定を担当する看護職員も研修の対象とすること。

問 28　令和８年度診療報酬改定において、重症患者の範囲及び重症患者割合の基準が変更されたが、令和８年６月以降に重症患者の割合を計算する際、令和８年５月 31 日までに入棟した患者の取扱いはどのようにすればよいか。

（答）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、令和８年度診療報酬改定前の重症患者の範囲及び重症患者割合の基準を用いてよい。また、算出対象期間が令和８年５月と同年６月をまたぐ場合、新規入院患

者のうち重症の患者である割合の基準については、令和８年度診療報酬改定後の基準を用いてよい。

問 29　「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（13）のアに規定する「高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報をあらかじめ把握できる体制」、イに規定する「アの情報を高次脳機能障害の患者及び家族等に説明の上、提供できる体制」とは、具体的にどのような体制を指すのか。また、地域の全ての情報を把握し、患者に説明できる必要があるか。

（答）医療機関において、地域の様々な事業所のうち高次脳機能障害の患者に適したものに関する情報の把握を行ったうえで、全ての高次脳機能障害の患者の退院時に、患者及び家族等に、当該情報を提供できる状態をいう。ただし、事業所の特性によらず障害福祉サービス等を提供する全ての事業所の情報を患者に提供することを求めるものではない。その上で、「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(17)のイにおいて、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和８年 12 月 31 日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。

【回復期リハビリテーション強化体制加算】

問 30　「Ａ３０８」回復期リハビリテーション病棟入院料の「注４」に規定する回復期リハビリテーション強化体制加算の届出は、回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟全体で届け出るのか。

（答）そのとおり。保険医療機関内の回復期リハビリテーション病棟入院料１を届け出る病棟全体で届出を行うこと。

【地域包括ケア病棟入院料】

問 31　「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 12 の１の（３）において、地域包括ケア入院医療管理料に専従の理学療法士等は、当該病室を有する病棟が算定する入院料に規定する専従者と兼務可能であるとされているが、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟であった場合において、当該専従の理学療法士等は回復期リハビリテーション病棟の患者に疾患別リハビリテーションを提供した場合は、各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）算定不可。当該従事者は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者及び入院医療管理料を算定する病室を有する回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に疾患別リハビリテーションを提供しても算定することはできない。

【在宅患者支援病床初期加算】

問 32　令和８年５月 31 日時点で旧医科点数表の「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料の「注６」のロに規定する在宅患者支援病床初期加算を算定していた患者のうち、救急搬送されていない緊急入院の患者は、改定前はロの(１)又は(２)の②に該当し、改定後はロの(１)又は(２)の①に該当するが、同年６月１日以降はいずれの区分を算定するのか。

（答）令和８年５月 31 日までに入院し、改定前の①により算定していた患者については同年６月１日以降も引き続き改定後の①を、最初に改定前の②により算定していた患者について、同年６月１日以降も引き続き改定後の②の区分を継続して算定すること。

【生活習慣病管理料】

問 33　「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「Ｂ００１－３－３」生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「予約診療を実施している保険医療機関については、患者と相談の上、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行うこと。また、予約診療を実施していない保険医療機関については、患者と相談の上、次回受診する日を決めること。」とあるが、患者の都合により次回受診する日付が確定しない場合の対応如何。

（答）次回受診する日について患者と十分な相談を行ってもなお、当該患者の都合により予約又は受診を行う日付が確定しない場合についても、次回の受診が必要な時期について、患者に対して十分な指導を行うこと。

問 34　「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定留意事項通知の(11)について、「他の医療機関で実施した血液検査等の結果を参照できる場合等はこの限りではない。この場合、当該検査等の結果を診療録に記載すること。」とあるが、特定健康診査その他の健康診断等において血液検査等を受けている患者について、当該検査の結果を参照できる場合も含まれるのか。

（答）含まれる。

【重症患者搬送加算】

問 35　区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料の「注４」に規定する重症患者搬送加算の施設基準における「関係学会により認定された施設」とは、具体的

には何を指すのか。

（答）現時点では、日本集中治療医学会認定集中治療施設を指す。

【訪問看護指示料】

問 36　「Ｃ００７」訪問看護指示料について、訪問看護指示書の郵送代は、訪問看護指示書を交付する医療機関が負担するのか。

（答）そのとおり。

【小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料及び在宅がん医療総合診療料】

問 37　「Ｆ４００」処方箋料について、「同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「Ｆ０００」調剤料及び「Ｆ１００」処方料は算定せず、院内投薬に係る「Ｆ２００」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載すること。」とされているが、この場合において、「Ｂ００１－２」小児科外来診療料、「Ｂ００１－２－１１」小児かかりつけ診療料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料については、どのように算定するのか。

（答）「処方箋を交付する場合」として算定する。

【疾患別リハビリテーション】

問 38　令和８年度診療報酬改定において、休日リハビリテーション加算が新設されるとともに、週当たりにおける療法士の上限単位数が 108 単位であることが改めて示されたが、１週間の単位は、第１部初・再診料通則で定める単位と同様か。

（答）そのとおり。日曜日から土曜日までを週の単位とする。

【休日リハビリテーション加算】

問 39　令和８年度診療報酬改定にて休日リハビリテーション加算が新設されたが、令和８年５月 31 日以前に入院し、同年６月１日以降も入院している患者に対して当該加算を算定する場合、起算日はどのように考えればよいか。

（答）休日リハビリテーション加算の起算日に相当する日付が令和８年５月 31 日以前であっても、当該日付を起算日と考え、６月１日以降、算定要件を満たす日に算定可能である。

【廃用症候群リハビリテーション料】

問 40　「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者として、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群であって、一定以上の基本動

作能力等の低下を来しているものとあるが、入院中の患者の場合、急性疾患等に伴う安静とは、入院後に行われる必要があり、入院後に一定の安静期間がなければ算定できないのか。

（答）廃用症候群リハビリテーションの対象患者の要件は「急性疾患等に伴う安静」であり、必ずしも入院後の安静期間を要するものではない。入院前に発症した疾患により入院までに生じた安静期間により、入院時に既にＦＩＭ等の要件を満たす廃用を認めた場合は、入院初日であっても廃用症候群リハビリテーション料を算定することができる。なお、早期リハビリテーション加算の算定可能期間は、廃用症候群リハビリテーション料の算定開始日によらず、入院日から 14 日間であることに留意すること。

【リハビリテーション総合計画評価料】

問 41　令和８年度診療報酬改定において、「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１及び２について、「２回目以降の場合」が新設されたが、他の保険医療機関でリハビリテーション総合計画評価料を算定した後に転医（転院又は退院を含む。）し、自院で同一の疾患についてリハビリテーション実施計画書を作成した場合は、「初回の場合」と「２回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

（答）リハビリテーション総合計画評価料１及び２のいずれにおいても、当該保険医療機関において同一の疾患に対するリハビリテーションの実施にあたり初めてリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は、他の保険医療機関での算定の有無にかかわらず、「初回の場合」として算定する。

問 42　令和８年度診療報酬改定において、「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１について「２回目以降の場合」が新設されたが、例えば脳梗塞の再発により脳血管疾患等リハビリテーションの起算日が再設定された場合など、同一疾患についてリハビリテーションの起算日が再設定された後に、再度リハビリテーション総合計画評価料を算定する際は、「初回の場合」と「２回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

（答）同一の疾患別リハビリテーション料であっても、新たな疾患の発症や疾患の再発・急性増悪等によってリハビリテーション起算日が再設定され、改めてリハビリテーション総合実施計画書を作成・評価等を行った場合には、「初回の場合」を算定する。

問 43　令和８年度診療報酬改定において、診療録に添付することとされているリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合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たが、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画

書を説明した後、説明の内容も診療録に記載する必要があるか。

（答）不要。ただし、当該計画書の説明を行った際に、患者から当該計画に対する意見等、特に記載すべき事項がある場合は、診療録に記載すること。

問 44　令和８年度診療報酬改定で、「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１及び２について「２回目以降の場合」が新設されたが、令和８年５月 31 日以前にリハビリテーション総合計画評価料１又は２を算定し、同年６月１日以降に再度同じ区分のリハビリテーション総合計画評価料の算定要件を満たした場合は、「初回の場合」と「２回目以降の場合」のいずれの点数を算定すべきか。

（答）令和８年５月 31 日以前にリハビリテーション総合計画評価料１又は２を算定していた場合には、同年６月以降は、リハビリテーション総合計画評価料１又は２の２回目以降として算定する。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

問 45　「Ｈ００４」摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算１及び２の施設基準における、摂食嚥下支援チームの言語聴覚士が「専従」から「専任」とされたが、「専任の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることは可能か。

（答）摂食嚥下支援チームの業務に支障がない範囲であれば差し支えない。

なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その 18)」（令和４年７月 13 日事務連絡）別添１の問１は廃止する。

【入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食)】

問 46　特別食加算における嚥下調整食の対象となる「摂食機能又は嚥下機能が低下した患者」とは、内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影により嚥下機能の低下が確認できる者に限られるか。

（答）内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影は必須ではないが、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等の多職種で評価を行う等により、適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食が必要であると医師が判断し、食事箋を発行した患者が対象である。

問 47　特別食加算の対象となる嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性等のテクスチャーを計器等で測定し、一定の基準を満たす必要があるか。

（答）計器等での測定は不要だが、嚥下調整食に係る責任者が品質管理を行うこと。

問 48　嚥下訓練のためにゼリー等の嚥下訓練食品を提供した場合や、嚥下調整食と経管栄養を併用している場合も、特別食加算は算定できるか。

（答）患者に必要な栄養量が、１食の献立として常食で提供される場合と同等に確保できていない嚥下調整食は算定できない。