

事務連絡
令和8年5月29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7）

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4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。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その6）」（令和8年5月22日事務連絡）別添3の間1について、別添5のとおり訂正します。

また、「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5の間15は、廃止します。

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、「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ず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こと。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こと。

【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、一以上であること。」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、それぞれど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ている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を届け出ている医療機関が令和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つては、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、従前のとおり、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とみなして本号を適用する」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 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合には、通則 7 の（2）のアに従い、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、緊急呼び出し当番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)に掲げる休息時間を、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息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息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息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息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息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 「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)」の別添 1 「A 3 0 8」回復期リハビリテーション病棟入院料の(17)イに、「当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第九に掲げる「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(平成二十年厚生労働省告示第六十二号)の別表第九第一号に掲げる「高次脳機能障害」の範囲は、高次脳機能障害者支援法第二条に規定する「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九第一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 「B 0 0 1」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のか。

(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日と歴月のどちらを用いれば良いのか。
- ②CPAP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歴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を行い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) 医科点数表の第2章区分番号F000に掲げる調剤料及び区分番号F500に掲げる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。

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こと。

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こと。

※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こと。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。

調剤報酬点数表関係

【地域支援・医薬品供給対応体制加算】

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日付保医発0305第8号。以下「特掲施設基準通知」という。)の第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の6(2)に「直近に地方厚生(支)局長等に届け出た別添2の様式85(妥結率等に係る報告書)の3の(1)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で本要件を満たすものとして取り扱う。」とあるが、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、地域支援・医薬品供給対応体制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薬局は、「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、特掲施設基準通知の第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の1(2)オの要件を満たすものとみなす。

【在宅薬学総合体制加算】

問2 「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)の別添3 調剤報酬点数表に関する事項において、「区分00」調剤基本料の9 在宅薬学総合体制加算の(7)のウにおいて、「「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第63号)の別表第8の2(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に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者)に該当する患者」とあるが、医科点数表においては、どの算定項目を算定している患者が該当するか。

(答) 次の医科点数表の算定項目が該当する。

- ・在宅時医学総合管理料1のイ(1)
- ・在宅時医学総合管理料1のロ(1)
- ・在宅時医学総合管理料2のイ
- ・在宅時医学総合管理料3のイ
- ・施設入居時等医学総合管理料1のイ(1)
- ・施設入居時等医学総合管理料1のロ(1)
- ・施設入居時等医学総合管理料2のイ
- ・施設入居時等医学総合管理料3のイ

問3 「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)の別添3 調剤報酬点数表に関する事項において、「区分00」調剤基本料の9 在宅薬学総合体制加算の(7)のエにおいて、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第63号)の別表第8の3(在宅時医学総合管理料の注10(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。))に該当すし、本通知別添1第2章第2部「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定する状態にある以下の患者」とあるが、医科点数表においては、どの算定項目を算定している患者が該当するか。

(答) 次の医科点数表の算定項目が該当する。

- ・在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算
- ・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在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算

【調剤管理料】

問4 内服薬が長期処方(28日分以上)されている患者であって、残薬の状況が確認されたものにおいて、処方医に対して照会を行い調剤日数の変更が行われる又は処方箋の「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の欄にその旨の指示があり、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が27日分以下となった場合、調剤管理料の1のイ(長期処方(28日分以上))又はロ(イ以外の場合)のいずれを算定すべきであるか。

(答) 調剤管理料の1のイを算定する。

【調剤時残薬調整加算】

問5 「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2」の2 調剤時残薬調整加算の(7)において「6日分以下相当の処方日数の変更を行う理由は、がん化学療法薬等の高額な医薬品であるため患者負担等の軽減する必要が特に高いこと又は薬学的専門的な観点によることとする」とあるが、「薬学的専門的な観点による」理由とは、具体的には何か。

(答) 例えば、以下の場合が該当する。

- ・添付文書において服用期間が定められている薬剤について、これまでの処方日数と新たに受け付けた処方箋に記載されている処方日数を通算すると添

- 付文書で定められた服用期間を超えてしまうことが見込まれる場合。
- ・ 次回の診察時の検査結果等により処方内容の変更が見込まれる場合。

【かかりつけ薬剤師フォローアップ加算】

問6 「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12 かかりつけ薬剤師フォローアップ加算の(2)イに「直近6月以内に外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料1若しくは2又は調剤管理料の調剤時残薬調整加算若しくは薬学的有害事象等防止加算を算定していること。」とあるが、直近6月以内に令和8年度調剤報酬改定で廃止された重複投薬・相互作用等防止加算を算定していた患者は、調剤時残薬調整加算又は薬学的有害事象等防止加算を算定した患者であるとみなしてよいか。

(答) よい。

【その他】

問7 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」(昭和32年厚生省令第16号)に基づき、保険薬局内に掲示することと定められている事項について、電子的表示(デジタルサイネージ等)による掲示を行ってよいか。

(答) 差し支えない。

ただし、電子的表示による掲示にあたっては、利用者が容易に視認し、その内容を適切に確認することができるようにすること。また、表示内容を一定時間ごとに切り替えて表示する方法を用いる場合であっても、一定時間内に一巡して表示される等、利用者が当該内容を全て確認できる状態を確保すること。

また、利用者から求めがあった場合に速やかに閲覧に供することができるよう、掲示内容を記載した紙媒体を保険薬局内に備え付けること。

なお、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」等、健康保険法以外の法令に基づき掲示が求められている事項については、それぞれの法令の規定に従うこと。

訪問看護療養費関係

【包括型訪問看護療養費】

問1 包括型訪問看護療養費の施設基準における「イ 直近1年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションと合同で実施する研修や事例検討会等を2回以上実施していること」及び「ウ 直近1年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションに対して、当該訪問看護ステーションが実施する訪問看護に関する情報提供を行った実績があること」の規定について、これらの研修等を、例えば開設者が同一である地域の保険医療機関又は他の訪問看護ステーションと連携して行った場合でも要件を満たすものと考えてよいか。

(答) 「イ 直近1年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションと合同で実施する研修や事例検討会等を2回以上実施していること」及び「ウ 直近1年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションに対して、当該訪問看護ステーションが実施する訪問看護に関する情報提供を行った実績があること」のそれぞれについて、当該訪問看護ステーションと特別の関係(「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)の別添1第1章第2部通則7の(3)に規定する関係)にない、地域の保険医療機関又は他の訪問看護ステーションとの連携が含まれていることが必要である。

問2 包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行った高齢者向け住まい等の建物に居住する別表第7に該当する利用者に対して、日中に1日に2回以上訪問看護を行ったものの夜間帯には訪問看護を行っていない場合は、訪問看護基本療養費を算定してよいか。

(答) 30分以上を標準とする訪問看護を行っている等の訪問看護基本療養費の算定要件を満たす場合には、日中の1回分の訪問看護基本療養費を算定することとなる。

問3 包括型訪問看護療養費の施設基準において、「包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を、訪問看護ステーションにつき1か所指定すること」とあるが、訪問看護ステーションが包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行いたい併設又は隣接する(同一の敷地内を含む。)高齢者向け住まい等の建物が複数ある場合の取扱如何。

(答) 訪問看護ステーションが併設又は隣接する(同一の敷地内を含む。)高齢者向け住まい等の建物が複数ある場合は、包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行う訪問看護ステーションの看護職員等の体制や訪問看護ステーションの事務所と高齢者向け住まい等の建物の居室との距離等を鑑みて、

それぞれの建物における利用者への指定訪問看護を当該訪問看護ステーションが一体的に行うことが可能である場合には、併設又は隣接する（同一の敷地内を含む。）高齢者向け住まい等の建物を複数指定して届出を行うことは可能である。

また、包括型訪問看護療養費を算定すると複数の施設を指定して届出を行った場合において、同一建物及び単一建物居住利用者数は、複数の施設を合算した合計の人数となることに留意すること。

調剤報酬点数表関係

【電子的調剤情報連携体制整備加算】

問1 電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有する」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受け付けることができる体制を有していればよい。