

事 務 連 絡
令和 8 年 5 月 8 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 5）

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 5 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 2）」（令和 8 年 4 月 1 日事務連絡）別添 1 の問 26 及び問 143 について、別添 6 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 4）」（令和 8 年 4 月 21 日事務連絡）別添 1 の問 19、問 20 及び問 24 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 「A 0 0 1」再診料の注 19 及び「A 0 0 2」外来診療料の注 10 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「A 0 0 0」初診料の注 16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の届出を行っている場合に追加で届出は必要か。

(答) 不要。

【産科管理加算】

問 2 「A 2 2 1-3」産科管理加算の施設基準において、「助産、産科患者・新生児のケア及び母子保健や福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に従事した経験を 5 年以上有し」とあるが、地域連携業務を担う部門等において業務に従事した経験が必要となるか。

(答) 必ずしも地域連携業務を担う部門等における業務経験が必要ではない。
例えば、助産や産科患者・新生児のケアに当たって、母子保健事業や福祉関係機関等の担当者に自ら又は地域連携業務を担う部門を介して情報共有を行う等の連携を行うことが業務に含まれている場合も該当する。

【精神科慢性身体合併症管理加算】

問 3 「A 2 3 0-5」慢性身体合併症管理加算については、「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)の(2)において、「当該内科を担当する医師が、当該医療機関において、1 回以上「I 0 0 1」入院精神療法又は「I 0 0 2」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。」とされている。当該内科を担当する医師とは別の、精神科を担当する医師が、入院精神療法又は通院・在宅精神療法を行った場合には、同一の患者に対し精神科慢性身体合併症管理加算と入院精神療法又は通院・在宅精神療法の併算定はできると解してよいか。

(答) そのとおり。

【口腔管理連携加算】

問 4 「A 2 3 3-3」口腔管理連携加算の施設基準の要件である前年度の実績について、「ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が 3 件以上」及び「イ 退院時に「B 0 0 9」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」には、当該保険医療機関と特別の関係にある歯科医療機関に係る実績を含めて良いか。

(答) 特別の関係にある歯科医療機関については、いずれの要件についても実績件数に含めない。

【病棟薬剤業務実施加算】

問5 区分番号「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算について、病棟ごとに「病棟薬剤業務実施加算 1」又は「病棟薬剤業務実施加算 2」を分けて届け出ることは可能か。

(答) 不可。「病棟薬剤業務実施加算 1」の実績要件については保険医療機関全体で満たす必要があり、保険医療機関として「病棟薬剤業務実施加算 1」又は「病棟薬剤業務実施加算 2」のどちらかしか届出できない。

なお、「病棟薬剤業務実施加算 3」は、「病棟薬剤業務実施加算 1」又は「病棟薬剤業務実施加算 2」とは別に届出することが可能である。

【排尿自立支援加算】

問6 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準として「A 2 5 1」排尿自立支援加算の届出が要件となったが、排尿自立支援加算の要件である研修には、具体的にはどのような研修が該当するか。

(答)「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成 28 年 3 月 31 日事務連絡)別添 1 の問 97 に示す研修の他に、以下の研修が該当する。なお、「B 0 0 5 - 9」外来排尿自立指導料の要件である研修についても同様である。

- ・全日本病院協会 下部尿路機能障害の治療とケア研修会
- ・東京都立病院機構東京総合診療推進プロジェクト (T-GAP) 排尿機能回復に向けた治療とケア講座
- ・日本リハビリテーション病院・施設協会 下部尿路機能障害の排尿ケア講座
- ・回復期リハビリテーション病棟協会 排尿自立支援加算 研修会

いずれの研修も、医師・看護師共通要件である部分と看護師の要件である部分に分かれており、それぞれ必要な部分を全て受講することで要件を満たす。

【心不全再入院予防継続管理料】

問7 「B 0 0 1 - 10」心不全再入院予防継続管理料の留意事項通知(6)において、「「1」を算定した患者が退院し、入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合について、「1」を算定した同一月において「2」は算定できない。」とあるが、

- ①「1」を算定した患者が退院し、「1」を算定した同一月に、入院していた保険医療機関以外の保険医療機関(入院保険医療機関と特別の関係

にある保険医療機関を除く。)で「2」を算定することは可能か。

②「1」を算定した同一月において、当該入院保険医療機関以外の保険医療機関で「3」を算定することは可能か。

(答) ①算定可。

②算定可。

問 8 心不全再入院予防継続管理料 2 又は 3 を算定していた患者が、再入院となった場合、

①心不全再入院予防継続管理料 1 を再度算定することは可能か。

②当該患者が退院後、心不全再入院予防継続管理料 2 又は 3 の初回算定日をどのように考えるか。

(答) ①算定可。

②心不全再入院予防継続管理料 2 又は 3 の初回算定日が 1 年以内の場合、初回算定日は再入院後に変更とならない。当該初回算定日が 1 年を超えていた場合、再入院からの退院後に初めて算定した日を初回算定日とする。

問 9 心不全再入院予防継続管理料 2 及び 3 について、6 回目までと 7 回目以降で点数が分かれているが、この回数は患者単位として考え、紹介等で別の保険医療機関を受診した場合は通算されるのか。

(答) そのとおり。

問 10 心不全再入院予防継続管理料 3 の施設基準について、「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 1 又は 2 に関する施設基準を届け出ている保険医療機関が主催する「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会に参加すること。」とあるが、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して 1 年以内に当該研修会が開催されることが決まっている場合にあっては、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付することにより、要件を満たしているものと考えて良いか。

(答) よい。ただし、当該届出を行う日から起算して 1 年以内に必ず参加する必要があること。

問 11 同一患者に対し、複数の保険医療機関で同一月に心不全再入院予防継続管理料 2 を算定することは可能か。また、心不全再入院予防継続管理料 3 の場合はどうか。

(答) 当該患者の心不全管理を主に担う保険医療機関を評価するものであり、そのような保険医療機関が別に存在する場合は対象とならないため、算定

することはできない。

【生活習慣病管理料】

問 12 生活習慣病管理料（Ⅱ）に新設された、眼科医療機関連携強化加算と歯科医療機関連携強化加算について、当該加算の対象となる眼科や歯科への紹介に当たって、診療情報提供料（Ⅰ）を併せて算定することは可能か。また、これらの算定が同月であっても算定可能か。

（答）算定可能。

なお、この場合、診療情報提供料（Ⅰ）は、眼科又は歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の情報提供を行った場合に算定し、眼科医療機関連携強化加算及び歯科医療機関連携強化加算は、次回診療時に、当該他の保険医療機関への受診状況について確認した場合に算定することとなる。

また、同一患者につき、眼科医療機関への紹介及び歯科医療機関への紹介を行った場合には、同一月内であっても、それぞれの加算を算定して差し支えない。なお、当該眼科及び歯科が同一の保険医療機関において標榜されている場合であっても、それぞれ算定可能である。

【訪問看護遠隔診療補助料等】

問 13 区分番号「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C 0 0 2－2」施設入居時等医学総合管理料について、情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定し、当該診療を実施した場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は、「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 169 において、別に算定できないとされているが、情報通信機器を用いた診療に際し、看護師等が患家を訪問し、医師の指示で看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料及び看護師等遠隔診療処置実施料の対象となる検査、注射又は処置を実施した場合、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料をそれぞれ算定できるか。

また、訪問看護遠隔診療補助料は算定できるか。

（答）情報通信機器を用いた場合の再診料は別途算定可能であり、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料は要件を満たした場合にはそれぞれ算定できる。ただし、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包括されている処置については算定できない。

また、計画的な診療に当たるため、訪問看護遠隔診療補助料は算定できない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和４年

3月31日事務連絡)別添1の問169は廃止する。

【看護師等遠隔診療検査実施料等】

問 14 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、当該保険医の指示により、当該保険医療機関の看護師等が、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料の対象となる検査、注射又は処置を実施した場合には、それぞれ当該検査、注射又は処置に係る所定点数に代えて看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料を算定するのか。

(答) そのとおり。

【骨塩定量検査】

問 15 「D 2 1 7」骨塩定量検査について、令和8年5月に算定した場合、
①4月に1回算定する場合に、次回、算定可能となるのはいつか。
②1年に1回算定する場合に、次回、算定可能となるのはいつか。

(答) ①令和8年9月以降算定可能となる。

②令和9年5月以降算定可能となる。

【リハビリテーション実施計画書等】

問 16 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ところ、令和8年度診療報酬改定において医師や患者等の署名が不要となったことを踏まえ、「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23において、「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」旨が示されているが、リハビリテーション実施計画書等、署名が不要とされている他の書類についても、同様に扱ってよい。

(答) そのとおり。

【内視鏡手術用支援機器加算】

問 17 「K 9 3 9 - 4」内視鏡手術用支援機器加算の施設基準について、「内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績(症例数及び平均在院日数)について、ウェブサイトに掲載していること。」とあるが、
①症例数及び平均在院日数は、年間症例数の実績としてカウントする対象

となっている手術のうち、当該保険医療機関で実施したものを各手術毎にそれぞれ示すという理解でよい。

②平均在院日数について、どのように計算すればよい。

(答) ①よい。

②「退院日－入院日＋1」を患者数で除したものとする。なお、月をまたぐ場合、「(入院した月の最終日－入院日＋1)＋(退院日)」を患者数で除したものとする。

【体外照射】

問 18 高エネルギー放射線治療による乳癌に対する全乳房照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による前立腺癌に対する前立腺照射を令和8年5月に開始し、令和8年6月以降も引き続き実施する場合、どのように算定すればよい。

(答) 令和8年6月以降は以下のとおり算定すること。

- ・高エネルギー放射線治療による乳癌に対する全乳房照射を実施する場合は、「M001」体外照射の「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合で算定する。
- ・強度変調放射線治療（IMRT）による前立腺癌に対する前立腺照射を実施する場合は、「M001」体外照射の「3」強度変調放射線治療（IMRT）の「ロ」その他の場合で算定する。

ただし、5月末までに「M001」体外照射を算定しなければ、令和8年6月以降の治療終了時に「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の場合や「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を算定して差し支えない。

問 19 特掲診療料の施設基準等の別表第11の3において、強度変調放射線治療（IMRT）の対象患者は、「限局性の固形悪性腫瘍の患者」とされているが、令和8年6月以降、具体的にはどのような患者が対象となるか。

(答) 固形悪性腫瘍の患者のうち、以下の①及び②のいずれも満たす場合が該当する。なお、転移巣がある場合には、転移巣が限局していることを症状詳記に記載すること。

- ①固形悪性腫瘍のうち、転移がない又は転移巣が限局しており、IMRTによる治療が必要と医学的に判断される場合
- ②原発巣又は転移巣について、一つの照射範囲に当該病巣が全て入る場合

【別表第五の一の二 除外薬剤】

問 20 改定後の施設基準告示別表第5の1の2において、「血友病等の患者に

使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）とあるが、血友病等の患者とは具体的にどのような患者を指すのか。

（答）以下の患者を指す。

- ・「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について」（平成元年 7 月 24 日 健医発第 896 号）に掲げる疾患に罹患している患者であって、都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの
- ・「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第三項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度」（平成 26 年 12 月 18 日厚生労働省告示第 475 号）の第 9 表に規定する先天性血液凝固因子異常の区分に該当する疾病に罹患している患者であって、児童福祉法第 19 条の 3 第 7 項に規定する小児慢性特定疾病に係る医療受給者証の交付を受けているもの
- ・自己免疫性後天性凝固因子欠乏症（難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条に規定する指定難病に係るものに限る）に罹患している患者であって、同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証の交付を受けているもの
- ・これらの受給者証の交付に係る診断基準を満たす状態（児童福祉法第 6 条の 2 第 3 項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度に該当する 18 歳以上 20 歳未満の者を含む。）にあることを医療機関において確実に診断された者であって、出血傾向の抑制の効能若しくは効果を有する薬剤の使用が必要と医師により診断されたもの

【薬剤料】

問 21 小児におけるアナフィラキシーに対して用いるアドレナリン点鼻液（ネフィー点鼻液 1 mg 及びネフィー点鼻液 2 mg）について、一度に複数瓶を処方することは可能か。

（答）可能。添付文書の「効果不十分な場合には、1 回目の投与から 10 分以降を目安に、2 回目の投与ができる。」という記載に鑑みて、原則として 2 瓶まで認められる。

【入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食）】

問 22 「疑義解釈の送付について（その 2）」（令和 8 年 4 月 1 日事務連絡）別添 1 の問 143 で示された特別食加算（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」とは、具体的にどのような

うなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本栄養士会が主催する「特別食加算（嚥下調整食）に係る研修会」
- ・日本健康・栄養システム学会が主催する「特別食加算（嚥下調整食）対応：適切な嚥下調整食提供のための研修」

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 令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料の施設基準においては、ベースアップ評価料による収入の繰り越しに係る規定はないが、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による収入について、令和8年度に繰り越した場合の取扱い如何。

(答) 令和8年度診療報酬改定前の施設基準に基づき、令和8年12月までに賃金の改善措置を行う必要がある。

なお、この場合、令和8年度の賃金改善実績報告書において、令和7年度のベースアップ評価料による収入の繰越額は、「前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）」に、対象職員への実績としては「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額」に、それぞれ記載すること。

問2 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関等において、保険医療機関等の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合、対象職員数や社会保険診療等に係る収入金額の合計額の割合が施設基準に満たない保険医療機関等、ベースアップ評価料に係る施設基準の届出を行わない保険医療機関等は、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」における賃金改善の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

(答) そのとおり。

問3 令和8年度診療報酬改定において、届出区分の算出並びに「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成について、法人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算出する場合の規定が新設されたが、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5等、継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準についても、法人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算出することができるか。

(答) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5等の継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準については、法人内で通算して算出することはできず、届出を行う保険医療機関等毎に、施設基準を満たす必要がある。

問4 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5等の継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準において、「令和8年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較」するこ

ととされているが、例えば、対象期間中に定期昇給や定年後の継続雇用による給与の変動があった場合、具体的にどのように比較を行うのか。

(答) いずれの場合においても、①当該評価料を算定する月時点の基本給等の合計と、②当該評価料を算定する月時点の職位等に基づき、令和6年3月時点の給与体系に当該職位等を当てはめた場合の基本給等の合計を比較する。

問5 令和6年4月以降令和8年5月以前に開業し、ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ていない保険医療機関等については、継続的な賃上げの取組に係る施設基準に関し、令和6年3月時点の基本給等総額と比較を行うことができないが、この場合、継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準の届出を行うことはできないのか。

(答) 開業時点における給与体系に基づく基本給等総額と当該評価料を算定する月時点の基本給等総額を比較し、施設基準に定める水準を満たす場合においては、継続的な賃上げの取組に係る施設基準を満たすものとして、届出を行うことができる。

問6 令和8年度診療報酬改定後の外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等を6月から算定する場合、毎年8月に提出する「賃金改善中間報告書」における、賃金改善実績期間は、いつになるか。

(答) 例えば、令和8年6月から賃上げを行う場合、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要がある。また、同年4月から賃上げを行う場合においても、同年4月及び5月分の賃上げ実績ではなく、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要がある。

問7 令和8年度の「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」において記載する「ベースアップ評価料等による収入の実績額」について、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5等に含まれる、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価分は、当該評価料等の収入の実績額に含めるか。

(答) 含めない。外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5等のうち、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた、当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算する。例えば、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の場合、注5の適用があるかどうかにかかわらず、収入の実績額は、令和8年度においては初診時17点・再診時等4点となる。

問8 ベースアップ評価料の対象職員について、「当該保険医療機関に勤務する職員」とあるが、法人本部に所属する職員が、実態として保険医療機関における業務を行う場合は、対象職員に含まれるのか。

(答) 主として当該保険医療機関における業務を行っている場合には、対象職

員に含まれる。

問 9 ベースアップ評価料の対象職員について、出向者が、出向元との労働契約を維持したまま、出向先とも労働契約を締結し、出向先において、相当期間継続的に勤務し、出向元から給与の支払いを受けるような場合（所謂「在籍型出向」）の取扱い如何。

（答）出向先の保険医療機関の対象職員として、区分計算及び賃金改善実績報告書等の作成を行う。また、出向先の保険医療機関で得たベースアップ評価料による収入については、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。この場合、報告書の作成に当たっては、出向元と相談した上で、出向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。

なお、医療機関間で医師の短期間の研修等を行う場合は、研修中の医師について、出向元の保険医療機関の対象職員として、区分計算及び賃金改善実績報告書等の作成を行うこととして差し支えない。

問 10 ベースアップ評価料の施設基準の届出について、届出区分の計算等における「月額賃金総額」、「対象職員数」、「社会保険診療等収入金額」、「延べ入院患者数」等の算出においては、「届出を行う月の直近1月」又は「届出を行う月の直近3月」の期間の実績等により算出することとされているが、例えば「届出を行う月の直近1月」とは、具体的にいつを指すか。

（答）ベースアップ評価料に係る施設基準の届出においては、「届出を行う月の直近1月」は、届出の作業を行う時点で把握が可能な直近1月を指す。

例えば、令和8年6月より当該評価料の算定を開始するために、届出の作業を令和8年5月に行う場合、「届出を行う月の直近1月」は、令和8年4月となる。

【歯科技工所ベースアップ支援料】

問 11 歯科技工所ベースアップ支援料については、1装置につき、装着の算定時に算定する取り扱いであるが、以下の装置における取扱いはどのようなになるのか。

- ①磁性アタッチメントを支台装置とする有床義歯を装着する際に、キーパー付き根面板と有床義歯に対してそれぞれ装着料を算定した場合
- ②帯環を含む固定式矯正装置を装着する際に、それぞれ装着料を算定する場合

（答）①キーパー付き根面板と有床義歯（磁石構造体を含む）は別装置であるため、有床義歯とキーパー付き根面板の装着料の算定時に、歯科技工所ベースアップ支援料はそれぞれ算定できる。

②帯環と固定式矯正装置は同一装置であるため、歯科技工所ベースアップ

プ支援料は1回算定する。

歯科診療報酬点数表関係

【歯周病継続支援治療】

問 1 令和 8 年度診療報酬改定において、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療が歯周病継続支援治療に統合されたが、令和 8 年 5 月末までに歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を算定し、同年 6 月以降に歯周病継続支援治療を開始する場合の取扱い如何。

(答) 小児口腔機能管理料の注 5 に規定する口腔管理体制強化加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関においては、歯周病継続支援治療を 6 月に算定して差し支えない。なお、当該加算に係る施設基準の届出を行っていない保険医療機関においては、歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の前回実施月の翌月の初日から起算して 2 月を経過した日以降に算定する。

問 2 「I 0 1 1 - 2」の歯周病継続支援治療の注 4 に掲げる重症化予防連携強化加算について、以下の場合において、診療情報等連携共有料は算定できるのか。

- ①診療情報等連携共有料 1 により、他の保険医療機関に対して情報提供を求め、それに基づいた他の保険医療機関からの情報提供により重症化予防連携強化加算を算定する場合
- ②他の保険医療機関に対して情報提供を行う際に、診療情報等連携共有料 2 を算定する場合

(答) いずれも算定要件を見たす場合は算定して差し支えない。

【新製有床義歯管理料】

問 3 令和 8 年度診療報酬改定において、新製有床義歯管理料の取扱いが見直されたが、令和 8 年 5 月末までに新製有床義歯管理料を算定し、6 月を超えない期間で新たに別の新製有床義歯に関する取扱いの説明等を行った場合の取扱い如何。

(答) 新製有床義歯管理料を再度算定して差し支えない。

【特定保険医療材料】

問 4 人工歯（陶歯、レジン歯、スルフォン樹脂レジン歯及び硬質レジン歯）の材料価格基準の単位が 1 歯単位に見直されたが、当該材料については、1 歯単位の材料価格を 10 円で除して得た点数（端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数）を、使用した人工歯の歯数分で合算して算定すればよいか。

(答) そのとおり。

調剤報酬点数表関係

【門前薬局等立地依存減算】

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 日付け保医発 0305 第 8 号) の第 95 の 3 門前薬局等立地依存減算の 2 (1) において「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」とされているが、令和 8 年 6 月 1 日以降に保険指定を受けた保険薬局について、保険指定時には減算の要件を満たさなかったものの、保険指定後に他の保険薬局が近隣に開設された場合、直ちに減算の対象となるのか。

(答) 直ちに門前薬局等立地依存減算の適用対象とはならず、当年(前年) 5 月 1 日又は開設翌月 1 日から翌年(当年) 4 月末日までの処方箋集中率等、減算の要件を満たすかどうかを確認した上で施設基準の適合性を判断し、翌年(当年) 6 月 1 日から適用する。

【薬剤料】

問 2 小児におけるアナフィラキシーに対して用いるアドレナリン点鼻液(ネフイー点鼻液 1 mg 及びネフイー点鼻液 2 mg) について、一度に複数瓶を調剤することは可能か。

(答) 可能。添付文書の「効果不十分な場合には、1 回目の投与から 10 分以降を目安に、2 回目の投与ができる。」という記載に鑑みて、原則として 2 瓶まで認められる。

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において、「1のハ又はニ、2のハ又はニ及び3のハ又はニを算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯（午後6時から午前8時までをいう。以下同じ。）の対応を行う看護職員の数は、常時1名以上（ただし、当該訪問看護ステーションにおいて包括型訪問看護療養費の1のハ又はニ、2のハ又はニ及び3のハ又はニを算定する利用者の数の合計が31以上80以下の場合は2以上、81以上の場合50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上。）」といった要件があるが、例えば、午後6時時点では1のハ又はニ、2のハ又はニ及び3のハ又はニの算定要件を満たす利用者数が30名であったものの、夜間帯の間に31名となった場合の、夜間帯の対応を行う看護職員の数如何。

（答）包括型訪問看護療養費の要件としている夜間帯の対応を行う看護職員の数については、訪問看護計画において夜間帯の訪問が予定されている利用者を含む利用者の数に応じた看護職員の数とする。

例示の「午後6時時点では」「算定要件を満たす利用者数が30名であったものの、夜間帯の間に31名となった場合」であっても、当日の訪問看護計画に基づいて、夜間帯に当該建物に居住し、包括型訪問看護療養費の1のハ又はニ、2のハ又はニ及び3のハ又はニを算定する利用者の数が31名以上と予定されていた場合は、夜間帯の対応を行う看護職員の数は2以上であること。なお、午後6時時点では居住していなかった又は夜間帯の訪問を予定していなかったが、その後緊急の事情により当該日に算定要件を満たす利用者数が増えた場合には、例外的に実際の利用者の数が基準を上回ることに留意すること。

医科診療報酬点数表関係

【看護補助・患者ケア体制充実加算】

問 26 「A101」療養病棟入院基本料及び「A106」障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制~~充実~~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でよい。

(答) そのとおり。

【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、研修内容に關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~~するし~~、見た目にも配慮した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