

事 務 連 絡
令和8年6月26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9）

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7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

【特定感染症入院医療管理加算等】

問 1 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算において、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症等について、「症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。」とあるが、クロストリジオイデス・ディフィシル感染症についても症状、所見、細菌の検出及び薬剤耐性の確認のすべてが必要か。

(答) クロストリジオイデス・ディフィシル感染症については、医学的に薬剤耐性の確認を要さない場合に限り、薬剤耐性の確認以外の要件を満たせば、当該加算の対象として差し支えない。

【口腔管理連携加算】

問 2 「A 2 3 3 - 3」口腔管理連携加算の施設基準において、「歯科診療を行う別の保険医療機関と連携体制を構築していること」とあるが、自治体の口腔保健センター等が地域の歯科医療機関のコーディネーターとなり、医科の保険医療機関からの依頼を受けて適切な歯科医療機関へ紹介し、当該歯科医療機関が診療を行う体制は、この施設基準を満たすものとして認められるか。また、その場合、届出様式や当該保険医療機関内の掲示等における連携歯科医療機関名についてはどのように取り扱えば良いか。

(答) 自治体の口腔保健センター等が、地域の歯科医療機関と予め連携体制を構築して専門分野や診療体制を熟知し、医科の保険医療機関から紹介された全ての患者について、病状等に応じ迅速に適切な歯科診療が行えるよう調整を行う体制を有する場合は、医科の保険医療機関が当該口腔保健センター等と連携することをもって、連携体制の構築に係る施設基準を満たすものとみなす。この場合においても、届出様式や当該保険医療機関内の掲示等においては、実際に診療を担当する個別の歯科医療機関名を記載することとする。なお、当該口腔保健センター等の紹介により、届出様式等に記載していない歯科医療機関による診療が行われた場合は、当該歯科医療機関が口腔保健センター等の連携歯科医療機関一覧に掲載されているなど、口腔保健センター等の連携先であることが確認できる場合に限り、当該加算の算定が可能である。

【協力対象施設入所者入院加算及び介護保険施設等連携往診加算】

問 3 「A 2 5 3」協力対象施設入所者入院加算及び「C 0 0 0」往診料の注 10 に規定する介護保険施設等連携往診加算において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年

1 回以上（I C Tを活用していない場合は原則として年 3 回以上）の頻度でカンファレンスを実施していることとされたが、新たに協力医療機関となり、当該加算の届出を行う場合、カンファレンスは 1 年以内に 1 回以上（I C Tを活用していない場合は年 3 回以上）予定されていればよいのか。また、届出の翌年以降も継続して算定する場合においては、毎年度に 1 回以上（I C Tを活用していない場合は原則として年 3 回以上）の頻度でカンファレンスを実施すればよいのか。

（答）新たに協力医療機関となり、当該加算の届出を行う場合は、介護保険施設等とのカンファレンスの日程が具体的に決まっており、届出時に当該予定を記載することで、当該要件を満たすものとみなす。届出の翌年以降も継続して算定する場合においては、そのとおり。

【心不全再入院予防継続管理料】

問 4 「B 0 0 1－10」心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2 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 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、地域に心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2 に係る届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、当該研修会を合同で開催することは可能か。

（答）可能。ただし、当該研修会を合同で開催する保険医療機関は、心不全治療の地域連携に係る体制について、あらかじめ協議し、連携している必要がある。

問 5 「B 0 0 1－10」心不全再入院予防継続管理料 1 について、検査の実施を主な目的とする入院の場合でも算定可能か。

（答）算定不可。

【在宅医療充実体制加算】

問 6 「C 0 0 0」往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準について、アでは「当該保険医療機関に配置されている在宅医療を担当する常勤換算医師数が 3 名以上かつ常勤医師数が 2 名以上であること」とされており、またキでは「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等」を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること」とされているが、在宅医療を担当する常勤の医師がすべて当該の研修会を修了している必要があるか。

(答) 在宅医療を担当する常勤の医師のうち、少なくとも1名が当該研修会を修了していれば、施設基準のキを満たす。なお、在宅医療を担当する常勤の医師はすべて当該研修会を修了していることが望ましい。

【訪問診療薬剤師同時指導料】

問7 「C012-2」訪問診療薬剤師同時指導料は、在宅時医学総合管理料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費(薬剤師が行う場合)を算定する患者に対し、医師と薬剤師が同時に訪問し必要な対応を共同して行うことを評価するものとされている。在宅時医学総合管理料の施設基準を満たす保険医療機関において、今後在宅時医学総合管理料を算定する見込みの患者に対し、要件を満たす薬剤師とともに当該指導を行った場合であっても、初回の訪問診療時には在宅時医学総合管理料の算定開始前のため、当該指導料の算定はできないか。

(答) 初回の訪問診療時(在宅時医学総合管理料の算定開始前)には算定できない。なお、初回の訪問診療時に薬剤師と共同で指導を行うことは可能だが、訪問診療薬剤師同時指導料は、当該患者に対し、総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行って在宅時医学総合管理料の算定を開始した際に併せて算定すること。

【腎代替療法診療体制充実加算】

問8 区分番号「J038」人工腎臓の注15に規定する腎代替療法診療体制充実加算の施設基準について、「腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者(日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。)」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されている患者のうち、初回登録日から1年を経過した患者であっても、当該登録について各年度3月31日までに登録更新の手続きが行われ、当該年度の4月1日時点において登録が継続しているものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

(答) 含まれない。

なお、令和10年5月31日までの間に限り、「腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者(日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。)」が前年に2人以上いること。」の基準については該当するものとみなすことに留意されたい。

【外科医療確保特別加算】

問 9 同一手術野又は同一病巣に係る手術において、2種類以上の手術を同時に行った場合に、外科医療確保特別加算の対象手術が従たる手術として所定点数の100分の50を算定する場合、当該対象手術に対する当該加算の点数はどのように考えればよいか。

(答) 外科医療確保特別加算の対象手術の所定点数の100分の50に相当する点数の、100分の15に相当する点数を加算することとなる。

【物価対応料】

問 10 D P C対象病院において、D P C算定対象となる病棟等から地域包括ケア病棟入院料1から4までに係る届出を行っている病棟（以下「地域包括ケア病棟」という。）に転棟した場合、入院日Ⅱまでの期間は、引き続きD P Cにより算定する取扱いとされているが、この場合において、当該患者が地域包括ケア病棟に入院している間の物価対応料の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 地域包括ケア病棟への転棟後については、D P Cにより算定する期間においても、地域包括ケア病棟入院料1から4までの区分に応じて物価対応料を算定する。なお、地域包括ケア入院医療管理料についても、同様の取扱いとする。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【入院基本料等の減算】

問 1 医科点数表第 1 章第 2 部入院料等の通則第 11 号及び歯科点数表第 1 章第 2 部入院料等の通則第 9 号に規定する入院基本料等の減算については、減算の免除を受けるために、様式 98 を用いて施設基準の届出を行う必要があるが、令和 8 年 6 月 1 日までに届出が間に合わなかった場合の取扱い如何。

(答) 届出が間に合わなかった場合の取扱いは以下の通り。

ア 令和 8 年 3 月 31 日時点において入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関又は令和 8 年 3 月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ている有床診療所である保険医療機関の場合(なお、ここでの「3 月 31 日時点で届け出ている」とは、令和 8 年 3 月 2 日までに施設基準の届出が受理され、令和 8 年 3 月 31 日時点で当該評価料を算定していることを意味する。):

令和 8 年 6 月診療分及び 7 月診療分に限り、当該施設基準の届出があったものとみなし、入院基本料等の減算の対象とはならない。

ただし、この場合であっても、令和 8 年 8 月 3 日(月)までに様式 98 による施設基準の届出を行わない場合、令和 8 年 8 月診療分から入院基本料等の減算の対象となるため、留意されたい。

イ アに該当せず、基本診療料の施設基準通知別添 2 の第 1 の 9 の(2)の①及び③に規定する一定水準以上のケア等を行った保険医療機関(③については有床診療所に限る。)又は令和 8 年 6 月 1 日以降に新規開設した保険医療機関の場合:

令和 8 年 6 月診療分及び 7 月診療分に係る当該施設基準の届出を、令和 8 年 7 月 3 日(金)までに行った場合には、令和 8 年 6 月以降の診療分について、入院基本料等の減算の対象とはならない。

【歯科技工所ベースアップ支援料】

問 2 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準届出時に、既に歯科技工所において補綴物等の製作等を開始している場合も対象となるのか。

(答) 対象となる。補綴物等の装着時に、当該支援料を算定して差し支えない。

問 3 鉤の製作等を歯科技工所に委託する際に、次の場合は、歯科技工所ベースアップ支援料は算定できるのか。

①鉤の製作に係る技術料及び材料料のみを算定する場合

②鉤の製作や組込等に伴い有床義歯修理を併せて算定する場合

(答) ①算定できない。

②義歯修理の装着料の算定時に、当該支援料を算定して差し支えない。

(別添 3)

医科診療報酬点数表関係 (D P C)

【診断群分類】

問 1 「重症薬疹」(080105) の「手術・処置等 2」において、「乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン」とあるが、「ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン」及び「p H 4 処理酸性人免疫グロブリン」は含まれるか。

(答) 含まれる。

医科・歯科診療報酬点数表関係

【初・再診料】

問 1 健診等を実施した日と同一日の別の受診において、健診等に関する疾病に対して保険診療を行う場合には、再診料又は外来診療料を算定することができるかとされているが、当該「同一日の別の受診」とはどのような場合が該当するのか。

(答) 例えば、健診等にかかる診療等及び会計が終了した後（公費の健診等で自己負担がなく会計を要しない場合には、受付等において健診等に係る終了手続を終えた後）、同一日中に、患者の状態の変化等の客観的な必要性により新たな受診が必要となり改めて患者が受診する場合が該当する。客観的な必要性がなく、単に診療時間を形式的に区切ったり、予め再度の受診を指示したりする場合には、別の受診として取り扱わない。

歯科診療報酬点数表関係

【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】

問1 令和8年度診療報酬改定において、対象患者に「連続した3歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常が認められる患者（18歳未満の患者に限る。）」が追加されたが、広範囲顎骨支持型補綴診断料の算定時に18歳未満であれば、当該手術の対象となるか。

(答) 対象となる。

【口腔機能実地指導料】

問2 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和8年3月23日事務連絡）別添3の問6において、当該指導料の施設基準に規定する研修の主催団体が例示されているが、歯科大学等の医育機関は研修の主催団体に含まれるのか。

(答) 定期的に学術研修を実施している医育機関が設置する学会は、含まれる。

【歯科矯正セファログラム】

問3 令和8年度診療報酬改定において、画像診断の診断料及び撮影料の2枚目以降の算定方法の取扱いが見直されたが、歯科矯正に係る歯科矯正セファログラムと歯科パノラマ断層撮影を行った場合も同様の取扱いとなるのか。

(答) 同様の取扱いとなる。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について」（平成20年3月28日事務連絡）別添2の問27及び「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成20年7月10日事務連絡）別添2の問10は廃止する。

【3次元プリント有床義歯】

問4 3次元プリント有床義歯の製作に用いる装置は、医療機器の一般的名称が「歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット」と「歯科技工用重合装置」であって、かつ、3次元プリント有床義歯の製作を目的として保険適用されている装置を用いた場合のみ算定できるのか。

(答) そのとおり。なお、当該医療機器の保険適用の有無については、製造販売業者に確認すること。

【特別管理加算】

問5 施設基準において、「都道府県等と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。」とあるが、
①歯科診療所は、都道府県等と病院の両方と連携する必要があるのか。

②都道府県等との連携について、連携内容についての要件はあるのか。

(答) ①そのとおり。

②具体的な連携内容は規定していないが、届出を行う保険医療機関と都道府県等との間で、何らかの連携体制が構築されている必要がある。

【歯冠修復及び欠損補綴】

問 6 令和 8 年度診療報酬改定において、保険適用の判断に係る取扱いの見直しが行われたが、引き続き事前承認の対象となっている留意事項通知の第 12 部の通則 20 のイからハについては、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出する際に電子媒体で提出しても良いか。

(答) 差し支えない。ただし、電子媒体での提出に際しては、以下に留意すること。また、電子媒体で判読が困難とされた場合は、電子媒体での再提出もしくはエックス線フィルムや模型を速やかに提出すること。

- ①一般的に閲覧可能なファイル形式で、判読可能な画質で提出すること。
- ②模型については、上下顎模型の写真もしくは 3 次元デジタル模型から作成した画像データにて、正面観、側方面観、咬合面観及び咬合関係を確認できる資料を提出すること。
- ③通則 20 のロについては、欠損部や歯冠の幅径等が分かるように、模型に定規等を含めた写真等とすること。

【歯科矯正】

問 7 令和 8 年度診療報酬改定において、留意事項通知の第 13 部の通則 7 に対象疾患が追加されたが、(68)その他顎・口腔の先天異常については、当局に内議の上で歯科矯正の対象にできるとされている。この際の、地方厚生(支)局への提出資料及び方法如何。

(答) 保険医療機関において、個人情報 that 特定されないための加工等を行った上で、原則、電子媒体にて、一般的に閲覧可能なファイル形式で以下の資料を提出すること。

- ①患者情報(年齢、性別、現病歴、既往歴、保険者名等の基本情報や先天異常に関する診断書を含む)
- ②歯科矯正セファログラム(分析を含む。)を含むエックス線写真一式
- ③顔貌写真(正貌、側貌)、口腔内写真(正面観、側方面観、咬合面観)等
- ④上下顎模型の写真(正面観、側方面観、咬合面観及び咬合関係を確認できる写真等)
- ⑤該当する先天異常と歯列不正の関連についての論文等の参考文献
- ⑥その他、保険適応の判断に必要な資料

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日保医発 0305 第8号)の第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の2(3)コ(ト)において、「当該保険薬局及び当該保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業(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第25条第1号に基づく許可を有する店舗)において、薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスを販売又は提供していないこと。」とあるが、当該保険薬局が属する法人が、薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスをインターネット上で販売又は提供している場合は、当該施設基準を満たすか。

(答) インターネット上で販売又は提供している場合は、当該保険薬局において販売又は提供しているものとみなす。したがって、施設基準を満たさないため、地域支援・医薬品供給対応体制加算の2から5までについては、届出をすることはできない。

【訪問薬剤管理医師同時指導料】

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)別添3の「区分15の9」訪問薬剤管理医師同時指導料の(3)において、「同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患者の患者の主治医であることとする。」とあるが、今後在宅時医学総合管理料が算定される見込みの患者に対し、在宅時医学総合管理料の施設基準を満たす保険医療機関に所属する医師とともに当該指導を行った場合であっても、初回の訪問診療時には在宅時医学総合管理料の算定開始前のため、当該指導料の算定はできないのか。

(答) 医師による初回の訪問診療時に同時訪問し、共同指導を行うことは可能だが、当該共同指導に係る訪問薬剤管理医師同時指導料の算定は、当該医師により当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されたことを当該保険医療機関に確認した後にすること。

訪問看護療養費関係

【包括型訪問看護療養費】

問 1 新規に開設する訪問看護ステーションが包括型訪問看護療養費の届出を行う場合において、「訪問看護ステーションの基準に係る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 9 号) の別添「届出基準」の 11 の (6) のカ及び (10) に掲げる基準についての取扱い如何。

(答) 「届出基準」の 11 の (6) のカに規定する「看護職員等の負担軽減の取組に関する内容」については、届出時に届出後 1 か月分の勤務の予定等により当該基準を満たすことが見込まれる具体的な計画を示すこと、また、(10) に規定する「合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携」については、届出時に届出後 3 か月以内の合同の研修等の予定等により当該基準を満たすことが見込まれる具体的な計画や予定を示すことにより、当該基準を満たすものとして取扱う。

ただし、(6) のカについては届出後 1 か月、(10) については届出後 3 か月の時点で、届出時の計画や予定が遂行されておらず、施設基準を満たさない場合においては、包括型訪問看護療養費の取り下げを速やかに行うこと。