

事 務 連 絡
令和 8 年 7 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 10）

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。

また、「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 3 の問 7 は、廃止します。

医科診療報酬点数表関係

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等】

問 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2 以上とする。）を保有している入院患者の割合」について、当該加算の届出以降は毎月要件を満たさなければならないのか。

(答) 届出月及び施設基準等の適合性を確認し、その結果について報告する月（8 月）（以下「報告月」という。）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、再び届出することは可能である。

【診療情報提供料（I）】

問 2 診療情報提供料（I）について、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号）により、診療報酬明細書の摘要欄に保険医療機関を含む全ての情報提供先を記載することとされたが、医事会計システムの当該改定への対応がなされていない等の理由により、情報提供先の記載がない場合の取扱い如何。

(答) 情報提供先については摘要欄への記載が望ましいが、記載が無い場合も算定要件を満たしていれば診療情報提供料（I）の算定は可能。なお、算定にあたっては、紹介先の医療機関等が特定されている必要があること、交付した文書の写しを診療録に添付することなど、診療情報提供料（I）の算定要件に留意すること。

【在宅時医学総管理料】

問 3 「C002」在宅時医学総管理料の注 16（施設入居時等医学総管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）について、毎年 2 月、5 月、8 月及び 11 月に当該基準の該当可否を確認することとなっているが、2 月、5 月、8 月及び 11 月に当該基準に該当しない（注 16 が適用される）として届け出た医療機関が、その後、2 月、5 月、8 月及び 11 月以外の月に当該基準に該当するようになった場合、その時点で基準に該当しない旨の届出を取り下げ、その翌月からは注 16 を適用せずに算定することは可能か。

(答) 可能。

【医療保護入院等診療料】

問4 「I O 1 4」医療保護入院等診療料の注2において、「2については、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。」とあるが、医療保護入院等で入院し、医療保護入院等診療料1を算定した患者が任意入院に切り替えて入院を継続した場合、任意入院への切り替え後に多職種で退院支援を行った場合についても、医療保護入院等診療料2は算定可能か。

(答) 算定できない。当該診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院での入院中に、医療保護入院等診療料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算定する。

【体外照射】

問5 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、症状の緩和を目的として、強度変調放射線治療(IMRT)を実施した場合には、どのように算定すればよいか。

(答) 「M O O 1」の「3」の「ロ」を算定する。

問6 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療(IMRT)を実施していたが、がんによる症状の緩和を目的とした治療に切り替えて、引き続き強度変調放射線治療(IMRT)を実施する場合、症状の緩和を目的とした治療に切り替えた後は、どのように算定すればよいか。

(答) 引き続き一連として「M O O 1」の「3」の「イ」を算定する。なお、実施した照射の回数が、治療開始時に作成した放射線治療計画における照射回数よりも少なくなった場合には、算定告示注7の「治療を取りやめた等の場合」として所定点数を算定する。

問7 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療(IMRT)を実施していたが、がんによる症状の緩和を目的とした治療に切り替えて、高エネルギー放射線治療を実施する場合、症状の緩和を目的とした治療に切り替えた後は、どのように算定すればよいか。

(答) 引き続き一連として「M O O 1」の「3」の「イ」を算定する。なお、

当初の予定照射回数よりも少なくなった場合には、算定告示注7の「治療を取りやめた等の場合」として所定点数を算定する。

問8 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療(IMRT)を実施していたが、骨転移が判明し、前立腺癌への強度変調放射線治療(IMRT)と合わせて、転移性骨腫瘍に対し、症状の緩和を目的として強度変調放射線治療(IMRT)を実施する場合、「M001」の「3」の「イ」に加えて「M001」の「3」の「ロ」を算定できるか。

(答) 算定不可。

問9 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)の別添1の問19に該当する患者について、前立腺癌に対し、根治的治療を目的として、強度変調放射線治療(IMRT)を実施していたが、骨転移が判明し、前立腺癌への強度変調放射線治療(IMRT)と合わせて、転移性骨腫瘍に対し、症状の緩和を目的として、高エネルギー放射線治療を実施する場合、「M001」の「3」の「イ」に加えて「M001」の「2」を算定できるか。

(答) 同時に実施する場合は算定不可。同一日に2回目の照射として実施した場合には、「M001」の「2」の「ロ」((2)及び(4)に限る。)を算定する。

歯科診療報酬点数表関係

【チタンブリッジ】

問1 チタンブリッジについて、④5⑥⑥、⑤6⑥⑦又は⑥6⑦等の分割抜歯や分離切断を行った歯を支台歯とする場合も、当該ブリッジは算定できるのか。

(答) 分割抜歯又は分離切断した歯を支台歯としたチタンブリッジをやむを得ず製作する場合は、残った歯冠や歯根の状態から、歯科医学的に適切な場合に限り、算定して差し支えない。

この場合、チタンブリッジは1装置として取り扱うが、支台歯については、分割抜歯を行った場合には、「M017」ポンティックの留意事項通知(7)のハ及びニと同様の取り扱いとし、分離切断を行った場合には大臼歯1歯分として算定する。

なお、分割抜歯や分離切断した歯に対するレジン前装加算は、ポンティックのみ算定する。

【歯科用合着・接着材料Ⅰ】

問2 令和8年度診療報酬改定において、歯科用合着・接着材料の機能区分の見直しが行われたが、歯科用合着・接着材料Ⅰには、グラスアイオノマーセメントの組成(フルオロアルミノシリケートガラスとポリアクリル酸等)を主として、レジン成分が添加されているセメントは含まれるのか。

(答) 含まれない。なお、当該機能区分の定義における「接着性モノマー」とは、歯質に対する接着性を有する、カルボン酸系モノマー(4-META等)やリン酸エステル系モノマー(MDP等)を指す。

【静脈内鎮静法、歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔】

問3 第8部、第9部、第10部及び第12部の通則において、6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対しての処置等を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、所定点数に加算する取り扱いとされているが、ここでいう、全身麻酔とは、「K003」静脈内鎮静法又は「K005」及び「K006」歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は含まれるのか。

(答) 含まれない。

調剤報酬点数表関係

【調剤時残薬調整加算】

問1 「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」調剤管理料の2 調剤時残薬調整加算の(6)において、内服薬、屯服薬及び外用薬については、「7日分以上相当」の残薬についての基準が示されているが、注射薬についてはどのように考えればよいか。

(答) 注射薬における「7日分以上相当」とは、処方箋で指示されている1日使用量に鑑みて7日分以上の使用量に相当する残薬をいう。なお、インスリン製剤等の1製剤で複数回使用可能な注射薬については、製剤単位で残薬の調整を行うこと。

問2 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」(令和8年3月27日保医発 0327 第2号)の別表Iにおいて、調剤時残薬調整加算を算定するにあたり、調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由を摘要欄に記載することとされており、そのうちの1つとして「投与間隔が長い薬剤のため」と記載可能であるが、「投与間隔が長い」とは、具体的にどういった場合を指すか。

(答) 投与間隔が6日間以上の場合を指す。

【服用薬剤調整支援料】

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) 別添3の「区分14の3」服用薬剤調整支援料(2)服用薬剤調整支援料2のアにおいて「内服薬が合計で6種類以上処方されている患者」とあるが、この内服薬の種類数の考え方については、服用薬剤調整支援料1と同じか。

(答) そのとおり。調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。また、内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

【かかりつけ薬剤師フォローアップ加算】

問4 「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」12 かかりつけ薬剤師フォローアップ加算の(2)のイにおいて、「ただし、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算に係る業務を行うことによって当該算

定に係る問題（残薬等）が解消されている場合を除く。」の規定に該当する場合は、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定可能できるのか。

（答）算定不可。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場合であっても、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算に係る業務により当該算定の原因となった問題（残薬等）が解消されている場合は、当該加算を算定できない。

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(9)のエに掲げる基準についての取扱い如何。

(答)「届出基準」の11の(9)のエに規定する安全管理の体制確保のための職員研修の実施については、届出時に届出後3か月以内の研修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、届出後1か月以内に当該研修を少なくとも1回実施している必要があるとともに、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。

揭示事項関係

【揭示事項】

問 1 保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションにおいて、健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(昭和 32 年厚生省令第 15 号)等の各規則、告示及び通知により、保険医療機関等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とし、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、数分以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医療機関等内に備え付け、当該掲示内容を紙媒体で閲覧できる旨を表示すること。

なお、「医療法」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。