

日医発第207号（保険）
令和8年4月21日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

疑義解釈資料の送付について（その3）

令和8年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和8年3月5日付け（日医発第1912号（保険））「令和8年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和8年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その3）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和8年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載をしております。

<添付資料>

疑義解釈資料の送付について（その3）

（令8.4.20 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和8年4月20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3）

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あるが、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いたします。

医科診療報酬点数表関係

【届出関係】

問1 令和8年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答)「令和8年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和8年4月20日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和8年度診療報酬改定が施行される令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和8年6月診療分の施設基準の届出については、令和8年5月7日から6月1日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和8年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和8年5月18日までの届出に努めること。
ただし、令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和8年5月25日から受付開始となるため、留意すること。

【包括期充実体制加算】

問3 「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準において、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることが求められている。療養病床が中心の医療機関において、地域の事情によりこれらの救急指定を受けられない場合があるが、こうした医療機関において、療養病床で届け出ている地域包括ケア病棟で、他の施設基準を全て満たしていた場合でも当該加算を届け出ることはいかなるのか。

(答)「A100」一般病棟入院基本料を算定していない医療機関の療養病床で、「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟又は病室において、「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準の1(4)アに規定する救急指定等を受けられないものの、他の基準を全て満たす場合においては、当該病棟又は病室が「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和8年厚生労働省告示第70号)」第九の十一の二の(10)のイ又はロを満たし、かつ当該医療機関が24時間の救急患者を受け入れていることにより、当該基準を満たすものとみなす。

問4 包括期充実体制加算の施設基準における以下の要件は、「特別の関係」にある介護保険施設や当該施設からの入院等についても算入されるか。

- ① 原則として3以上の介護保険施設等の協力医療機関として定められている
- ② 自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で15人以上
- ③ 直近3か月間の入院患者に占める、救急搬送後の患者及び他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者を合計した数の割合が、直近3か月間の入院患者の8分以上

(答) 「特別の関係」にある介護保険施設や当該施設からの入院については、いずれの要件についても算入しない。

【病棟薬剤業務実施加算】

問5 「A244」病棟薬剤業務実施加算1の施設基準において、「B014」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近3か月間で退院患者のうち4割以上であること」とあるが、「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第1章第2部通則6に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は、除外してよいか。

(答) よい。

【後発医薬品使用体制加算等】

問6 令和8年度診療報酬改定の内容を適用する前の、後発医薬品使用体制加算等の施設基準においては、前月までの実績を用いて届け出ることとされているが、令和8年5月1日に、5月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合、4月実績のカットオフ値はどのように算出すればよいか。

(答) 令和8年5月1日に、5月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合に限り、カットオフ値の算出については令和8年3月までの実績を用いることとし、4月実績は用いないこと。

【充実管理加算】

問7 「令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年3月31日までの間に限り、2の(1)のア、3の(1)のア及び4の(1)のアを満たしているものとする。」とあるが、令和8年3月31日時点において現に生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に規定する外来データ提出加算を算定している必要があるか。

(答) 充実管理加算に係る当該経過措置については、令和8年4月1日から生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に規定する外来データ提出加算を算定できるよう、試行データが適切に提出されているものとして厚生労働省保険局医療課より通知を受けた上で、令和8年3月31

日までに様式7の11の届出を行い、地方厚生局への手続を終えていればよく、3月に外来データ提出加算を算定している必要はない。

【こころの連携指導料（I）】

問8 「B005-12」こころの連携指導料（I）の留意事項通知において、「精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。」とあるが、「SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニング」には、アルコール使用障害スクリーニング尺度AUDITまたはAUDIT-Cも含まれるか。

（答）含まれる。

【結核菌特異的インターフェロナーγ産生能】

問9 「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「29」結核菌特異的インターフェロナーγ産生能について、生物学的製剤の投与を行う患者に対し、当該薬剤の添付文書に記載された重要な基本的注意に基づき、投与前に検査を実施した場合、当該検査に係る検査料を算定できるか。

（答）算定できる。

【BRCA1／2遺伝子検査】

問10 「D006-18」BRCA1／2遺伝子検査のうち、「2」血液を検体とするものについて、当該検査により遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子又は兄弟姉妹であって、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者に同検査を実施し、その結果、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された場合に、第10部手術の通則19の規定に基づき、「K475」乳房切除術又は「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を実施した場合、当該手術に係る手術料を算定できるか。

（答）算定できる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【共通事項】

問1 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費について、どのような範囲を指すのか。

(答) 次を想定している。

- ・ 法定福利費（健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、子ども・子育て拠出金、雇用保険料、労災保険料等）における、賃金改善に応じた事業者負担の増加分。

なお、実績報告書の記載における法定福利費の額の計算については、合理的な方法に基づく概算（概算の場合、最大16.5%）によることができる。

また、任意加入とされている制度に係る増加分（例えば、退職手当共済制度等における掛金等）は含まないものとする。また、企業型確定拠出年金の掛け金についても含まない。

これに伴い、「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年9月5日事務連絡）別添の問19及び「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2の問17については廃止する。

問2 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分計算に当たって、医療観察法制度等の公費負担医療や労災保険制度等の診療報酬点数表に従ってベースアップ評価料が算定される患者の診療回数についても算入するのか。

(答) 算入する。ただし、自由診療の患者については、料金の定め方にかかわらず算入しない。

この場合、医療保険とこれらの制度により算定されるベースアップ評価料を合算した額を、対象職員の賃金改善に充当する必要がある。

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2の問24については廃止する。

問3 同一の保険医療機関内で、診療報酬点数表に従ってベースアップ評価料が算定される自由診療以外の患者を診療する病棟等が明確に分かれている場合（医療観察法病棟等）であっても、医療保険及び各制度の看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料によって得られる収入の合計を、当該病棟等に勤務する職員を含む、対象職員全体の賃上げに用いることとしてよいのか。

(答) 差し支えない。

問4 「賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出していた保険医療機関にあっては、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賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。)を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。」とあるが、年度途中で雇用又は退職した対象職員の取扱い如何。

(答) 雇用した月以降又は退職した月までは、対象職員として取扱って差し支えない。

なお、対象職員の数に1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

また、当該評価料算定期間中に対象職員の変動があった場合の賃金改善実績報告書等への記載については、「対象職員として取扱って賃金改善を行った期間における基本給等の総額」を「ベースアップ評価料の総算定月数」で除した値を1月当たりの基本給等総額に計上すること。

【ベースアップ評価料】

問5 ベースアップ評価料の算定期間中に40歳となった医師、歯科医師及び保険薬局に勤務する薬剤師について、対象職員に含める基準、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料の区分変更及び賃金改善実績報告書等への記載方法における取扱い如何。

(答) 賃金の支払いの対象となった月の初日時点で、40歳未満であれば対象職員として扱う。

なお、対象職員の数に1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

また、当該評価料算定期間中に対象職員の変動があった場合の賃金改善実績報告書等への記載については、「対象職員として取扱って賃金改善を行った期間における基本給等の総額」を「ベースアップ評価料の総算定月数」で除した値を1月当たりの基本給等総額に計上すること。

【入院基本料等の減算】

問6 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を算定していた医療機関が、令和8年6月以降に入院ベースアップ評価料の届出を行わない場合、

「医科点数表第1章第2部通則第11号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号」に規定する入院基本料等の減算対象となるのか。

(答) 入院基本料等の減算対象とはならない。

歯科診療報酬点数表関係

【新製有床義歯管理料】

問1 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算定単位が「1装置」に見直されたが、同日に複数の有床義歯を装着した場合であっても、1装置ごとに当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供することが必要となるのか。

(答) 複数の義歯に関する取扱方法等、当該有床義歯の管理に係る情報が記載されていれば、1枚の文書により提供しても差し支えない。

【画像診断】

問2 顎関節疾患を診断するために歯科パノラマ断層撮影を1枚撮影した後、開閉口時の顎関節の状態等、歯科パノラマ断層撮影では当該疾患の診断が困難であったことから、同日に顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で一連の分割撮影を行った場合、2枚目の診断料と撮影料はどのように算定すればよいか。

(答) 診断料と撮影料は所定点数により算定する。

問3 第4部画像診断「通則5」の電子画像管理加算について、「通則2」及び「通則3」に係る「同一の部位」、「同時」の取扱いを踏まえて、「同一の部位」又は「同時」に該当しない場合は、それぞれ算定してよいか。

(答) 算定可能。

【暫間歯冠補綴装置】

問4 「M003-2 暫間歯冠補綴装置」の留意事項通知(1)について、
①同一欠損部位に対する当該項目の再度の算定について、「ロ」の歯周治療用装置の再製作を除き、「ニ」の歯科用暫間被覆冠成形品を算定後に、「イ」のリテーナーを算定する場合に限り、算定可能か。
②「ニ」の歯科用暫間被覆冠成形品の使用時に、固定源である欠損部の両隣在歯に動揺が生じており連結固定が必要な場合は、固定源の歯について、「I014 暫間固定」の算定は可能か。

(答) ①そのとおり

②算定可能

【歯周病継続支援治療】

問5 「I011-2 歯周病継続支援治療」の留意事項通知(1)について、「2回目以降の歯周病検査の結果、次のいずれかに該当する状態をいう」

とあるが、当該歯周病検査とは、「D002」に掲げるいずれかの歯周病検査を行えばよいか。

(答) そのとおり。患者の年齢や歯周組織の状況等に応じて「D002」に掲げる歯周病検査のいずれかの検査を実施すること。なお、乳歯が含まれる歯列に対して本区分を算定する場合においても、永久歯の歯数に応じて算定すること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その44）」（令和2年11月24日事務連絡）別添2の問1、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和2年3月31日事務連絡）別添2の問21及び「疑義解釈資料の送付について（その9）」（令和2年5月7日事務連絡）別添2の問6は廃止する。

【有床義歯】

問6 鋳鉤、線鉤、コンビネーション鉤及び大連結子について、歯科用貴金属を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載することとされているが、どのような理由が該当するのか。

(答) 例えば、鉤歯の状態により、歯科用貴金属でなければ鉤の破折が起こり得る等の歯科医学的な理由が該当する。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

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。以下「特掲施設基準通知」という。)の第88の2 調剤基本料2の2(4)エで示す「介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院、高齢者住まい法で定めるサービス付き高齢者向け住宅並びに老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋」については、服薬管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料のいずれを算定したかにかかわらず、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて処方箋集中率を計算するのか。

(答) そのとおり。

【地域支援・医薬品供給対応体制加算】

問2 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2(3)コ(ト)の「薬事未承認の研究用試薬又は検査サービス」とは、具体的にはどのようなものを指すのか。

(答) 公衆衛生の向上及び増進の観点から、

- ・「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」(薬機法)等に抵触するおそれのある、疾病の診断や罹患リスクの判定を行うことができる標榜する研究用試薬又は検査用試薬や、
- ・医師法等に抵触するおそれのある、疾患の罹患可能性の提示や診断等の医学的判断を行う検査サービスを指す。

問3 問2に関し、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定するに当たり、薬機法等に抵触するおそれのない研究用試薬又は検査用試薬や、医師法等に抵触するおそれのない検査サービスを販売又は提供をしても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【その他】

問4 「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」(令和8年3月27日付け保医発0327第7号)の2 療養の

給付と直接関係ないサービス等(5)エの「在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）」について、保険薬局における調剤時に当該対応に要する費用についても費用徴収の対象として差し支えないか。

(答) 差し支えない。なお、当該サービスに限らず、本通知に掲載されている療養の給付と直接関係ないサービス等であって、保険薬局において提供しうるものについては、保険薬局における当該提供に要する費用についても費用徴収の対象として差し支えない。

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を算定すると届出を行っている高齢者住まい等に居住する別表第7に規定する疾病等に該当する利用者への訪問看護において、例えば、日中の時間帯に訪問看護計画に基づいて訪問看護を40分を行い訪問看護基本療養費(Ⅱ)等を算定する予定だったが、その後、夜間帯に緊急の対応が必要となり訪問看護を30分実施し、当該日の訪問看護の回数は2回、訪問看護時間は70分となった。

① 包括型訪問看護療養費の算定告示に「1日に2回以上の指定訪問看護を行った場合は、包括型訪問看護療養費に限り算定する」と規定されているが、計画による訪問看護でない場合であっても、包括型訪問看護療養費を算定するということによいか。

② この例では、訪問看護時間は1日あたり70分となり「ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満」に該当するが、訪問看護の回数は1日あたり2回のため、「ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満」の算定要件である1日あたり3回以上の訪問看護の実施を満たしていない。包括型訪問看護療養費を算定する場合、算定する区分如何。

(答) ① そのとおり。

② 「イ 訪問看護時間が30分以上60分未満」の区分を算定する。