写

事　務　連　絡
令和８年９月２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）　　御中
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）

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 12）

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。

（別添１）

医科診療報酬点数表関係

【特定機能病院等紹介患者受入加算】

問１　特定機能病院等紹介患者受入加算の算定には、紹介状による紹介を受ける必要があるか。

（答）当該加算は、継続的な治療管理を行うため、特定機能病院等より紹介された患者に対して初診を行った場合を評価するものである。このため、特定機能病院等の医師が、他の保険医療機関での診療の必要性を認め、診療状況を示す文書（電子的に送付されたものも含む）を添えて紹介した患者について初診料を算定する場合に算定できる。

なお、当該加算の対象となる紹介は、複数回の受診を通じた継続的な治療管理を前提とするものであり、単回の画像検査のみを目的とした紹介等、その後の継続的な診療を予定していない場合は該当しない。

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問２　「Ａ０００」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施設基準について、電子的診療情報連携体制整備加算２又は３を届け出ている保険医療機関が、電子的診療情報連携体制整備加算１又は２を新たに算定したい場合、施設基準の届出を改めて行う必要があるか。

（答）辞退の届出は不要だが、改めて届出を行う必要がある。

問３　「Ａ０００」初診料の注 16、「Ａ００１」再診料の注 19、「Ａ００２」外来診療料の注 10 及び「Ａ２０７－５」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、マイナ保険証利用率の要件を満たさなくなった場合は、施設基準の辞退の届出を行う必要があるのか。

（答）辞退の届出は不要。ただし、この場合は当該加算を算定することはできない。

【身体的拘束最小化推進体制加算】

問４　施設基準通知の「第３　届出受理後の措置等」の１（５）において、算定要件中の該当患者の割合については暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動であれば、その都度の届け出は必要ない旨が規定されているが、「Ａ２３５」身体的拘束最小化推進体制加算の施設基準における身体的拘束の実施割合についても、当該規定が適用されるか。

（答）適用される。

【眼科医療機関連携強化加算、歯科医療機関連携強化加算】

問５　現に患者が通院している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、眼科

医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算は算定可能か。

（答）現に患者が眼科又は歯科を標榜する他の保険医療機関に通院中である場合であっても、医学的な必要性に基づき、診療情報提供書等を用いて毎年定期的に情報提供を行う場合は、同一患者に対して年に１回継続して当該加算を算定可能。

【心不全再入院予防継続管理料】

問６　「Ｂ００１－10」心不全再入院予防継続管理料の施設基準に規定する「「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」は、オンライン会議のみで開催してもよいか。

（答）当該管理料では地域連携を評価しているという趣旨に鑑み、対面での開催を原則とする。ただし、既に地域連携が適切に行われており、やむを得ない事情で対面での研修会の参加が困難な医療機関がある場合には、オンライン会議システムを活用して差し支えない。なお、オンライン会議システムを活用する場合は以下の点に留意すること。

＜オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点＞

○ 出席状況の確認

（例）

・　受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。

・　講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○ 双方向コミュニケーション・演習方法

（例）

・　受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。

・　ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○ 理解度の確認

（例）

・ 確認テストを実施し、課題を提出させること。

【機能強化加算、在宅療養支援診療所・病院】

問７　機能強化加算及び在宅療養支援診療所・病院で新たに策定することが要件となった業務継続計画について、「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)においては「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のためのＢＣＰ作成の手引き」等を参考にすること、「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)においては「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考にすることとされているが、例えば、日本医師会が作成した「診療所用業務継続計画（ＢＣＰ）のひな形」を参考としてもよいか。

（答）日本医師会が作成した「診療所用業務継続計画（ＢＣＰ）のひな形」（https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/012844.html ）を参考としてもよい。なお、いずれを用いた場合も、各医療機関や地域の特性、市町村の個別避難計画等を踏まえて、必要に応じて追加・削除等した上で記載するとともに、作成した計画を職員に適切に周知すること。また、作成した業務継続計画は定期的に更新することが望ましい。

【訪問看護遠隔診療補助料】

問８　区分番号「Ｃ００５－１－３」の訪問看護遠隔診療補助料について、「地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合」に算定するとあるが、この訪問看護ステーションは、様式 20 の３の７において「連携する訪問看護ステーション」として届出を行っている訪問看護ステーションを指すと考えてよいか。

（答）そのとおり。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２】

問９　「令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」（令和８年７月 30 日事務連絡)」により、記載要領通知における「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の記載事項として、「当該管理料の（３）のウに該当する場合は、直近３月のうち CPAP１日平均使用時間が１時間以上であったいずれか１月の CPAP１日平均使用時間を記載すること。」が追加されたが、直近３月のうち１日平均使用時間が１時間以上であった月が１月でもあれば、直近３月のうち１日平均使用時間が１時間未満の月があっても当該管理料を算定可能か。

（答）算定可能。

【検体検査料、診断穿刺・検体採取料】

問 10　同一日に１回の受診で、健診等と保険診療を実施した場合であって、健診等の一環として血液採取を行い、当該血液を用いて保険診療に係る検

査を実施する場合は、検体検査料等について、どのように算定すればよいか。

（答）健診等の一環として実施する検体採取の手技について、第３部第４節診断穿刺・検体採取料は算定できない。

また、第３部第１節第１款検体検査実施料及び第３部第１節第２款検体検査判断料については、原則として算定できない。ただし、健診等の実施とは別に、診療上の必要性に基づき保険診療として実施する検査については、以下に該当する場合に算定できる。

・健診等を実施した保険医療機関で当該受診日より前から診療中の疾患に関する継続的な疾病管理の一環として、健診等の受診の有無にかかわらず、予め保険診療として実施を予定していた検査
・健診等の検査結果を踏まえ、治療方針を確立する必要が生じたため、別途追加で保険診療として行う検査

【リハビリテーション総合計画評価料】

問 11　「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１の問 42 において、疾患別リハビリテーション料については、「同一の疾患別リハビリテーション料であっても、新たな疾患の発症や疾患の再発・急性増悪等によってリハビリテーション起算日が再設定され、改めてリハビリテーション総合実施計画書を作成・評価等を行った場合には、「初回の場合」を算定する」とされているが、がん患者リハビリテーション料について、同一医療機関において、再入院時又は手術後等にリハビリテーション総合計画評価料１を再度算定する場合はどのように算定するのか。

（答）一連のがん治療を行っている期間において、再度算定する場合は、「２回目以降の場合」として算定する。

【がん患者リハビリテーション料】

問 12　「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料においては、「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１を算定していることが要件となっているが、一連のがん治療に係る再入院時や手術後等において、リハビリテーション総合計画評価料１を再度算定する必要があるか。

（答）一連のがん治療に係るがん患者リハビリテーション料については、同一医療機関において、リハビリテーション総合計画評価料１を一度算定していれば、当該要件を満たす。

【疾患別リハビリテーション料】

問 13　「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーションの注８等に規定される

離床を伴わずに実施するリハビリテーションについて、留意事項通知で特定の患者に該当しない患者のうちウの要件に該当するものについては、「当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。」とされているが、診療録及び診療報酬明細書への記載は毎日行う必要があるか。

（答）診療報酬明細書への記載は毎月行うこと。診療録への記載は、状態に変化が生じた際には随時行い、状態に変化が生じない場合であっても、少なくとも月１回は記載すること。

【静脈奇形硬化療法】

問 14　「Ｋ０２２－４」静脈奇形硬化療法（一連につき）の施設基準について、「関係学会から示されている指針」及び「所定の研修」とは具体的に何か。

(答)「関係学会から示されている指針」とは、現時点では、日本形成外科学会、日本 IVR 学会、日本静脈学会、日本小児外科学会の代表者等で構成される日本血管腫血管奇形学会内「静脈奇形硬化療法適正実施管理委員会」の「静脈奇形硬化療法の指針」を指す。

「所定の研修」とは、現時点では、「日本形成外科学会 E ラーニング 静脈奇形硬化療法セミナー」又は「日本 IVR 学会セミナー・講習会 静脈奇形硬化療法」を指す。

（別添２）

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　ベースアップ評価料等の対象職員において、常勤職員がおらず非常勤職員のみで運営している保険医療機関等の場合、対象職員の常勤換算数はどのように算出するか。

（答）非常勤の対象職員の１週間における所定労働時間の合計を「32 時間」で除して、常勤換算数を算出する。

（別添３）

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料２】

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。以下「特掲施設基準通知」という。）第 88 の２調剤基本料２の１（１）ウ（ロ）に「令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局」とあるが、令和８年５月 31 日時点で、当該届出が受理され、その届出に基づく調剤基本料が算定されていなければ、これに該当しないか。

（答）受理状況にかかわらず、令和８年６月１日からの算定に係る届出として、令和８年５月 31 日までに、特掲施設基準通知の様式 84（調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類）を用いて、処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている場合も、当該規定に該当する。

【特別調剤基本料Ａ】

問２　「特掲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 71 号）第十七の「経過措置」の七において、「令和八年三月四日において保険薬局の所在する建物内に保険医療機関が現に所在していた場合であって、同年三月五日以降、新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合かつ当該保険医療機関が所在し続ける場合に限り、当該保険薬局については、当面の間、第十五の一の(6)のイに該当しないものとみなす。」とされているが、令和８年３月４日時点で保険薬局の所在する建物内に現に所在していた保険医療機関との間で、令和８年３月５日以降に新たな不動産取引等の特別な関係が生じた場合や、既存の不動産取引等の内容を変更して賃借区域の拡張が行われた場合、当該保険薬局について当該経過措置は適用されるか。

（答）いずれの場合も経過措置は適用されない。当該経過措置は、令和８年３月４日時点において存在していた特別な関係を対象とするものであり、令和８年３月５日以降に新たに生じた不動産取引等その他の特別な関係についてまで対象とする趣旨ではない。

【調剤時残薬調整加算】

問３　「区分 10 の２」調剤管理料の「注３」の調剤時残薬調整加算について、処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のため調剤日数の変更が行われ、調剤する医薬品の調剤日数又は数量が０となった場合、調剤時残

薬調整加算を算定することは可能か。

（答）処方医に対する照会の結果、当該照会を行った処方箋に記載された一部の処方について、調剤する医薬品の調剤日数又は数量が０となった場合であっても、算定可能である。ただし、当該処方箋に記載された全ての処方について、調剤日数又は数量が０となった場合は、算定できない。

なお、「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る処方箋を受け付けた場合に、減数調剤を行うに当たっては、調剤する医薬品の調剤日数又は数量について、処方医への事前の照会をせずに「０」とすることはできないため留意すること。

【服薬管理指導料】

問４　「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 97 の２服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局の２（２）アに「当該保険薬局に勤務する週 31 時間以上勤務する保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること」とあるが、保険薬剤師に対し、育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮されている場合において、当該保険薬剤師を「当該保険薬局に勤務する週 31 時間以上勤務する保険薬剤師」として扱い、当該保険薬剤師が週 24 時間以上かつ週４日以上勤務している期間を、「当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間」に計上してよいか。

（答）よい。なお、計上しないことも可能であるが、この場合は、当該保険薬剤師はかかりつけ薬剤師としての業務を実施しないこと。

【在宅薬学総合体制加算】

問５　「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）第 95 在宅薬学総合体制加算の２（４）において、「常勤換算で３名以上の保険薬剤師が勤務していること。また、原則として開局時間中は２名以上の薬剤師が保険薬局に常駐し、常態として調剤応需及び在宅患者の急変等に対応可能な体制をとっていること。」とされているが、当該施設基準を満たすためには、開局時間中の全ての時間帯において２名以上の薬剤師の常駐が必要か。

（答）原則として、当該保険薬局の開局時間中は２名以上の薬剤師が常駐している必要がある。

ただし、週 45 時間以上（このうち、平日は８時間以上、土曜日又は日曜日は一定時間以上。祝日のある週は除く。）、２名以上の薬剤師が常駐する保険薬局において、保険薬局以外の場所にいる薬剤師が在宅患者の急変等に対応可能な体制を整備し、かつ当該保険薬局内にいる薬剤師が処方箋を受け付ける体制を確保している場合には、一部の時間帯について、保険薬局に常駐する薬剤師が１名であっても差し支えない。

【調剤ベースアップ評価料及び調剤物価対応料】

問６　「区分 00」調剤基本料の「注９」、「注 10」又は「注 11」に係る分割調剤を行う場合、調剤ベースアップ評価料及び調剤物価対応料については、どのように算定を行えばよいか。

（答）分割調剤を行う場合は、初回のみ算定すること。ただし、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局における分割調剤の初回のみそれぞれ算定できる。

（別添４）

訪問看護療養費関係

【訪問看護遠隔診療補助料】

問１　訪問看護療養費の区分番号 06 の訪問看護遠隔診療補助料について、「主治医から訪問看護指示書の交付を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合」に算定するとあるが、この主治医は、様式 13 において「連携する保険医療機関」として届出を行っている保険医療機関の主治医を指すと考えてよいか。

（答）そのとおり。