

事 務 連 絡
令和 8 年 5 月 1 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

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

下記の通知について、それぞれ別添 1 から別添 11 までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和 8 年 3 月 5 日付官報（号外第 46 号）及び令和 8 年 3 月 27 日付官報（号外第 71 号）に掲載された令和 8 年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添 12 のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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 1）
- ・「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）（別添 2）
- ・「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）（別添 3）
- ・「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）（別添 4）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）（別添 5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」
（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）（別添 6）
- ・「「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について」
（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）（別添 7）
- ・「院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等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 17 号）（別添 8）

- ・「「診療報酬請求書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) (別添9)
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
(令和8年3月27日保医発 0327 第3号) (別添10)
- ・「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
(令和8年3月27日老老発 0327 第2号・保医発 0327 第3号) (別添11)

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 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

第 1 節 入院基本料

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

(12) 病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア 入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。

なお、第 1 章第 2 部入院料等の通則第 ~~7~~8 号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画を当該病棟に専従の管理栄養士が作成した場合は、当該加算における栄養管理計画に代えることができる。

イ 当該病棟に入院している患者に対して、栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理を行う。

ウ 医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。

第 2 節 入院基本料等加算

A 2 1 5 看護・多職種協働加算

(4) 看護・多職種協働加算において配置された者は、病棟における業務に従事している時間において、原則として第 2 章特掲診療料の点数は別に算定できない。ただし、常態として勤務時間の大部分は病棟に配置され、第 7 部第 1 節リハビリテーション料（「H 0 0 4」摂食機能療法を除く。）の算定を行わない者に限り、「H 0 0 4」摂食機能療法の算定は可能である。なお、病棟における業務に従事している時間に、「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 及び「B 0 0 5－1－2」介護支援等連携指導料に係る指導等に従事することは差し支えない。

A 2 3 3－3 口腔管理連携加算

(4) 当該保険医療機関と特別の関係にある歯科医療機関による歯科 ~~訪問~~診療が行われた場合は、算定できない。

第3節 特定入院料

A304 地域包括医療病棟入院料

(16) 「注 10」に規定する看護職員夜間配置加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第九の六の四の（~~8~~10）に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。

イ 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B001 特定疾患治療管理料

2 特定薬剤治療管理料

(1) 特定薬剤治療管理料1

カ 当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてアの(イ)から(~~ネナ~~)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

B001-3 生活習慣病管理料（I）

(3) 当該患者の診療に際して行った「A001」の「注8」に規定する外来管理加算、第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。以下この項において同じ。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。また、生活習慣病管理料（I）を算定した月において、生活習慣病管理料（I）の算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、第1部医学管理等、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は算定できない。なお、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において診療を行った場合の「A001」の「注8」に規定する外来管理加算の費用は、当該加算の要件に従い算定できる。

B005-11 遠隔連携診療料

(1) 注1については、以下のアからカまでのいずれかに該当する患者の診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、

ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

カ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる人口の少ない地域に所在する保険医療機関（所属二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた保険医療機関は、当該再編統合後において当分の間、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であるものとみなす。）を受診した悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者、膠原病（治療中のものに限る。）の患者及び慢性維持透析の患者

B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料

- (1) 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「B 0 1 1－3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第1章第2部通則~~5~~6に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C 0 0 0 往診料

- (12) 「注3」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「B 0 0 4」退院時共同指導料1~~を~~算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。なお、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定している場合は、「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算又は「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「注5」に規定する在宅ターミナルケア加算を算定すること。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料、C 0 0 2－2 施設入居時等医学総合管理料

- (23) 在宅時医学総合管理料の「注10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表~~第~~八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定

する。当該状態については、以下のとおりとし、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

C 0 1 4 外来在宅共同指導料

- (~~5~~6) 外来在宅共同指導料は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合は算定できない。
- (~~6~~7) 診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。
- (~~7~~8) 外来在宅共同指導料の共同指導は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、患家において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医は、患家に赴き共同指導していること。
- (~~8~~9) 当該指導において、患者の個人情報情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。
- (~~9~~10) 情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- (~~10~~11) 外来在宅共同指導料 2 を算定する場合には、「A 0 0 0」に掲げる初診料、「A 0 0 1」に掲げる再診料、「A 0 0 2」に掲げる外来診療料、「C 0 0 0」に掲げる往診料、「C 0 0 1」に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「C 0 0 1－2」に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

C 0 1 5 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

- (2) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、過去 30 日以内に「C 0 0 2」の「注 15」（「C 0 0 2－2」の「注 5」の規定により準用する場合を含む。）又は「C 0 0 3」の「注 9」に規定する在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、関係職種が、当該患者の情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の情報を活用して患家において、当該患者又はその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

C 1 0 7－3 在宅ハイフローセラピー指導管理料

- (3) 在宅ハイフローセラピー指導管理料 1 の対象となる患者は、在宅ハイフローセラピー導入時に以下のいずれも満たす慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者であって、病状が安定し、在宅でのハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者とする。
 - ア 呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛・頭重感等の自覚症状を有すること。
 - イ 在宅酸素療法を実施している患者であって、次のいずれかを満たすこと。
 - (イ) 在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 45mmHg 以上 55mmHg 未満の高炭酸ガス血症を認めること。

(ロ) 在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 55mmHg 以上の高炭酸ガス血症を認める患者であって、在宅人工呼吸療法が不適であること。

(ハ) 在宅酸素療法導入後に夜間の低換気による低酸素血症を認めること（終夜睡眠ポリグラフィー又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施し、経皮的動脈血酸素飽和度が 90% 以下となる時間が 5 分間以上持続する場合又は全体の 10% 以上である場合に限る。）。

C 1 0 8 - 2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

(6) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係る「G 0 0 0」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係らない「G 0 0 0」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

(1) 在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫又は非小細胞肺癌の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをい~~い、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。~~う。

第 3 部 検査

第 1 節 検体検査料

第 1 款 検体検査実施料

外来迅速検体検査加算

(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

「D 0 0 6」出血・凝固検査の注の場合

「D 0 0 7」血液化学検査の注の場合

「D 0 0 8」内分泌学的検査の注の場合

「D 0 0 9」腫瘍マーカーの注 2 の場合

例 患者から 1 回に採取した血液等を用いて「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「3」の癌胎児性抗原（CEA）と「9」の CA19-9 を行った場合、検体検査実施料の請求は「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「注 2」の「イ」2 項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が 2 項目であることから、20 点を加算する。

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

(52) 「62」のアスペルギルス I g G 抗体は、E L I S A 法により、慢性進行性肺アスペルギ

ルス症又はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われる患者に対して測定した場合に算定する。なお、本検査は、関連学会の定める指針に従って実施すること。

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H004 摂食機能療法

- (10) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、FIM及びFOIS (~~F~~unction Oral Intake Scale) を測定すること。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I012 精神科訪問看護・指導料

- (18) 「注7」に規定する深夜訪問看護加算について、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物等居住者で同一日に当該加算又は「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」に規定する深夜訪問看護加算を同一日に算定する患者の合計人数及び当該加算又は「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」に規定する深夜訪問看護加算の合計算定日数により「月15日目まで」と「月16日目以降」の区分に応じて算定する。

第9部 処置

J038 人工腎臓

- (8) 「4」 その他の場合は次の場合に算定する。

エ 以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

- (ヌ) 「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔又は「L008」マスカ声門上器
具又は気管内挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後2週間に限る。）

第10部 手術

第1節 手術料

第3款 神経系・頭蓋

K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術

- (2) 薬物療法で十分に効果が得られないパーキンソン病の患者であって、脳深部刺激術が不適用の患者に対し、運動症状の緩和を目的として、淡蒼球を標的としたMRガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

第8款 心・脈管

K 6 1 6 - 6 経皮的下肢動脈形成術

経皮的下肢動脈形成術は、特定保険医療材料 133 のエキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈又は膝下動脈の狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

第9款 腹部

K 6 5 3 - 4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法

(1) 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対し半導体レーザー（波長 664 nm）~~を~~を使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

K 7 2 6 人工肛門造設術

「K 7 4 0」直腸切除・切~~除~~断術の「5」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

4 その他の診療料

算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、~~ただし~~別に厚生労働大臣が定める内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

- ☐ 地域包括診療加算 ☐ 地域包括診療料 ☐ 小児かかりつけ診療料
☐ 在宅時医学総合管理料 (☐ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
☐ 施設入居時等~~時~~医学総合管理料 (☐ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

記載上の注意

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
ブロマゼパム
メダゼパム
ロラゼパム
アルプラゾラム
フルタゾラム
メキサゾラム
トフィソパム
フルトプラゼパム
クロルジアゼポキシド
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジnPアモ酸塩
エチゾラム
ガンマオリザノール

睡眠薬

ブロモバレリル尿素
抱水クロラール
エスタゾラム
フルラゼパム塩酸塩
ニトラゼパム
ニメタゼパム
ハロキサゾラム
トリアゾラム
フルニトラゼパム
ブロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント
レンボレキサント
メラトニン

ダリドレキサント塩酸塩

ボルノレキサント水和物

抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物

塩酸セルトラリン
ミルタザピン
デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナブリド
レセルピン

△ ハロペリドールデカン酸エステル

△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスペリドン

- クエチアピンフマル酸塩
- ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)
- オランザピン
- △アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)
- ブロナンセリン
- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル
- アセナピンマレイン酸塩
- ブレクスピプラゾール
- ルラシドン塩酸塩

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)

第 4 経過措置等

- 1 第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、令和 8 年 5 月 31 日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和 8 年 6 月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和 8 年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表 1）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表 2）については、令和 8 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表 2 における経過措置期間については、令和 8 年 3 月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表 2 施設基準が改正された入院基本料等

(中略)

- ・ 地域包括医療病棟入院料 2（令和 8 年 3 月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「A 3 0 4」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟において、令和 8 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1（令和 8 年 8 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~1~~、2、3 及び 4（令和 8 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ ~~回復期リハビリテーション入院医療管理料（令和 8 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~
- ・ 精神科救急急性期医療入院料の注 5 に規定する精神科救急医療体制加算
- ・ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和 8 年 ~~10~~8 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

(中略)

- ・ 小児入院医療管理料
- ・ 回復期リハビリテーション入院医療管理料
- ・ 地域包括ケア病棟入院料

表 4 施設基準等の名称が変更されたが、令和 8 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

(中略)		
初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる基準	⇒	初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 13 に掲げる基準
(中略)		
精神病棟入院基本料	⇒	精神病棟入院料

入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

9 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号に規定する基準

次のいずれかに該当する医療機関

(1) 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

(2) 次のいずれかに該当する医療機関

① 令和8年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始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した場合に、5分5厘（看護補助者、事務職員については、8分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始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した場合に、8分7厘（看護補助者、事務職員については、1割3分7厘）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

② 令和8年3月31日時点で外来・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

③ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関であって、令和8年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）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した場合に、2分3厘に相当する水準以上のベア等を行った有床診療所である保険医療機関

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(2) 急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近3月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下

「基準①」という。)を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。)の割合に、(3)に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数(以下「基準①割合指数」という。)が、別表2の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表3に示す一定程度高い基準(以下「基準②」という。~~2~~)を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、別表3のいずれかに該当する患者をいう。)の割合に、(3)に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数(以下「基準②割合指数」という。)が、別表4の基準以上であること。7対1入院基本料(専門病院入院基本料)については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における延べ患者数に占める基準①を満たす患者の割合が、別表5の基準以上であること。また、延べ患者数に占める基準②を満たす患者の割合が、別表6の基準以上であること。なお、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のB項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

- (12) 令和8年3月31日において、現に急性期一般入院基本料(急性期一般入院料6を除く。)及び7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間は令和8年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和8年3月31日において、現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。また、令和8年3月31日時点で急性期一般入院料6、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(結核病棟入院基本料に限る。))、10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))、専門病院入院基本料)及び地域一般入院料1の届出を行っている病棟にあつては、令和8年9月30日までの間に限り、令和8年度改定前の「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6年3月5日保医発第0305第5号。以下「令和8年度改定前の基本診療料施設基準通知」という。)の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第5 入院基本料の届出に関する事項

1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

- (7) 精神病棟入院基本料の注7及び特定機能病院入院基本料の注11に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準に係る届け出は、別添7の様式9 ~~及び様式-20~~を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。

入院基本料等加算の施設基準等

第 1 急性期総合体制加算

1 通則

- (10) 急性期総合体制加算を算定するものであって、急性期病院一般入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表 1 に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添 2 の第 2 の 4 の 2 の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表 2 の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表 3 に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 3 のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添 2 の第 2 の 4 の 2 の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表 4 の基準以上であること。ただし、以下に掲げる患者は測定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。

ア 産科患者

イ 15 歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

- （イ） 別添 ~~1~~ 2 の第 2 の 4 の 2 （7）において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
- （ロ） 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成 4 年 12 月 10 日健医発 1415 号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
- （ハ） 医療法施行規則第 10 条第 5 号により感染症病床に入院する場合

7 届出に関する事項

- (10) 令和 8 年 3 月 31 日において現に総合入院体制加算 及び地域包括医療病棟入院料 の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、1 の（9）のイの基準を満たしているものと

みなす。

第7の2 看護・多職種協働加算

1 看護・多職種協働加算の施設基準

- (4) 看護・多職種協働加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表2の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表3に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表3のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表4の基準以上であること。

ただし、以下に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

第10の2 産科管理加算

1 産科管理加算1に関する施設基準

- (3) 当該保険医療機関内に、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~~関する十分な経験~~に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。

3 届出に関する事項

産科管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23の3を用いること。

第18 がん拠点病院加算

3 「基本診療料の施設基準等」第八の二十七の（2）に規定する施設基準

イ がん拠点病院加算の1のイの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及び特例領域がん診療連携拠点病院のいずれかの特例型の指定を受けていること。なお、がんセンターボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参

加していることが望ましい。

ロ がん拠点病院加算の 1 のロの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院（特例型）の指定を受けていること。

第 21 感染対策向上加算

1 感染対策向上加算 1 の施設基準

(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 16 時間以下であること。また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月 16 時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を~~越~~超えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に 3 年以上の経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 感染対策向上加算 3 の施設基準

(9) 2 の(4)、(5)、(9)、(12)、(13)及び(16)から(18)までを満たしていること。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

5 届出に関する事項

- (5) —令和8年3月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和8年9月~~31~~30日までの間に限り、4の(6)の基準を満たしているものとみなす。

第26の4 データ提出加算

3 届出に関する事項

- (6) 基本診療料の施設基準等第~~十一~~十二の二十三及び二十四に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第26の12 医療提供機能連携確保加算

2 届出に関する事項

- (1) 医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の19を用いること。
(2) 別紙3に掲げる人口の少ない地域の二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前の当該二次医療圏に所属する地域は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1(1)に係る基準について、別紙3に掲げる人口の少ない地域であるものとみなす。その際、同一の二次医療圏に係る基準については、再編統合前の二次医療圏を単位とすることに留意すること。

第26の13 精神科地域密着多機能体制加算

4 精神科地域密着多機能体制加算3の施設基準

- (2) 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が250床以下であり、以下を全て満たすこと。

ア 以下で算出される値が0.97以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/届出前月から3年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者数

イ 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。

当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から3年前の時点での精神病床の許可病床数

5 届け出に関する事項

精神科地域密着多機能体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の20を用いること。

令和 9 年 5 月 31 日までの間、級地の調整を行う地域

令和 9 年 5 月 31 日 までの 級地区分	令和 9 年 6 月 1 日 以降の 級地区分	都道府県	地 域
3 級地	2 級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	4 級地	愛知県	大府市
4 級地	3 級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	5 級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		~~滋賀県~~	~~大津市、草津市、栗東市~~
		兵庫県	~~川西市~~ 、猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
	対象外地域	広島県	府中町
5 級地	4 級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市

特定入院料の施設基準等

第2 特定集中治療室管理料

3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準

(1) 特定集中治療室管理料1の(5)から(8)まで、(11)、(13)及び(14)を満たすこと。

~~(3、2)~~ 特定集中治療室管理料2の(1)、(2)、(4)及び(5)を満たすこと。

12 届出に関する事項

(8) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1 (14)、2 (3)のうち1 (14)に係る基準及び3 (1)のうち1 (14)に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

6 届出に関する事項

(6) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1 (8)及び2 (2)のうち1 (8)に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第7の2 地域包括医療病棟入院料

7 地域包括医療病棟入院料の「注9」に掲げる看護補助・患者ケア体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助・患者ケア体制充実加算1の施設基準

ア 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、「注~~5~~6」に掲げる看護補助体制加算のそれぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

9 地域包括医療病棟入院料の「注11」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1) 通則

イ アの要件のうち(ロ)におけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、これらの内容に加え、高齢者の救急患者等に対してリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う観点から、維持期のリハビリテーションや医療介護連携に係る内容を含んでもよい。

第 11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準

- (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 を算定する場合、重症の患者（別添~~7~~6の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は F I M 得点で 21 点以上 55 点以下の患者（F I M の測定によることが望ましい。）、高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）又は脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち 3 割 5 分以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近 6 か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ 直近 6 か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

第 12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

- (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は 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ものであること。

第 16 精神科急性期治療病棟入院料

3 届出に関する事項

- (2) 「注 4」に規定する精神病棟看護・多職種協働加算に係る届出は、別添 7 の様式 9 及び様式 20を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届ける場合であって、別添 7 の様式 9 を用いる場合は、1 部のみの届出で差し支えない。

第 20 特定一般病棟入院料

2 届出に関する事項

- (~~6~~5) 令和 8 年 3 月 31 日時点で注 7 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 8 年 9 月 30 日までの間、1 の(5)のケの規定に限り、なお従前の例による。

短期滞在手術等基本料の施設基準等

2 短期滞在手術等基本料の注 3 に関する施設基準

当該保険医療機関における、以下に定める手術（以下「対象手術」という。）の外來実施率（対象手術のうち、当該保険医療機関における実施件数が年間 12 件以上のものに限る。）を、対象手術毎の全病院における外來実施率に当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値（以下「外來移行指数」という。）が、1.3 以上であること。なお、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合は、当該保険医療機関における当該対象手術の実施件数（対象手術のうち、当該保険医療機関における実施件数が年間 12 件以上のものに限る。以下同じ。）を、当該保険医療機関において外來実施率の計算の対象とした対象手術の実施件数の総和で除して算出する。

- (1) 「K 0 3 0」四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の「7」手軟部腫瘍摘出術
- (2) 「K 0 7 0」ガングリオン摘出術の「1」手部ガングリオン摘出術
- (3) 「K 0 9 3-2」手根管開放手術（内視鏡下）
- (4) 「K 2 0 2」涙管チューブ挿入術の「1」涙道内視鏡を用いるもの
- (5) 「K 2 1 7」眼瞼内反症手術の「2」皮膚切開法
- (6) 「K 2 1 9」眼瞼下垂症手術の「1」眼瞼挙筋前転法
- ~~(5-7)~~ 「K 2 1 9」眼瞼下垂症手術の「3」その他のもの
- ~~(6-8)~~ 「K 2 2 4」翼状片手術（弁の移植を要するもの）
- ~~(7-9)~~ 「K 2 5 4」治療的角膜切除術の「1」エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィ一又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
- ~~(8-10)~~ 「K 2 6 8」緑内障手術の「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- ~~(9-11)~~ 「K 2 8 2」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの
- ~~(10-12)~~ 「K 6 1 6-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「1」初回
- ~~(11-13)~~ 「K 6 1 6-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「2」1 の実施後 3 月以内に実施する場合
- ~~(12-14)~~ 「K 6 1 7」下肢静脈瘤手術の「2」硬化療法（一連として）
- ~~(13-15)~~ 「K 6 1 7-4」下肢静脈瘤血管内焼灼術
- ~~(14-16)~~ 「K 6 1 7-6」下肢静脈瘤血管内塞栓術
- ~~(15-17)~~ 「K 7 2 1」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「1」長径 2 センチメートル未満
- ~~(16-18)~~ 「K 7 4 3」痔核手術（脱肛を含む。）の「2」硬化療法（四段階注射法によるもの）
- ~~(17-19)~~ 「K 7 4 7」肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術及び肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
- ~~(18-20)~~ 「K 8 2 3-6」尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

5 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者割合		
	患者割合	%
6 届出等に係る事項		
☐ 感染対策向上加算 1 に係る届出		
	該当するものを選択すること。	1：特定機能病院である 2：急性期総合体制加算に係る届出を行っている

〔記載上の注意〕

人員の配置状況については、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。

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)

第 2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数等

新規届出の場合

例：令和 8 年 8 月 1 日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

- ・①から④までは調剤基本料 1 に該当するものとして取り扱う（ただし、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ているものとして第 88 の 4 の 2（2）に該当する場合は、特別調剤基本料 A とする。特別調剤基本料 A の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料 3 のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が 1 月に 40 万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料 3 のハとする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・令和 9 年 6 月 1 日（⑥の翌日）から令和 10 年 5 月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

（中略）

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注 6 の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注 8 及び歯科訪問診療料の注 21 に規定する在宅医療情報活用加算在宅医療 DX 情報活用加算（在宅 DX）第 号

（中略）

在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準（在医総管 2）第 号
(中略)

在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準（在医総管 3）第 号

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

(中略)

- ・ 口腔機能実地指導料
- ・ 在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準
- ・ 歯科訪問診療料の注 7 に規定する基準

(中略)

- ・ ~~医科連携体制加算~~

表 2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

(中略)

- ・ ~~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~~

特掲診療料の施設基準等

第 6 の 5 救急外来医学管理料

4 救急外来医学管理料の注 5 に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準

- (1) 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。

ア 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。

イ 院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること

ウ 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること

6 届出に関する事項

- (5) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1（3）及び2（2）に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第 7 の 3 心不全再入院予防継続管理料

3 届出に関する事項

- (2) 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 1 の（6）及び（7）の による研修会を開催することが決まっている場合にあっては、1 の（6）及び（7）の要件を満たしているものとする。なお、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。

第 9 在宅療養支援診療所

2 往診料の加算等の適用

(3) 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

エ 過去 1 年間に於いて、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料若しくは施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」又はに対し、一月 2 回以上訪問診療を行っている場合、在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算又は若しくは死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が 2 割以上であること。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に限る。なお、適切なケアを行う重度の認知症患者（認知症自立度Ⅳ又はⅢに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近 3 か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。）の延べ診療月数の割合が 8 分以上であり、適切なケアを行う

重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が4分以上である場合には、重症患者割合は1割5分以上であること。

オ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100人以下であること。ただし、以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算することができる。

① 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者

② 月1回訪問診療を行っている患者

なお、訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。

第13の2の2 小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準

1 小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準

基本診療料施設基準通知別添1の第4の3に掲げる歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注13に規定する施設基準の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注17及び再診料の注13に規定する施設基準の届出を行っていればよく、小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第14の1の3 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

1 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療料1又は歯科訪問診療料2の算定実績が12回以上あること。

イ 過去1年間に患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が6回以上あること。

第15 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

4 在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

以下のいずれかに該当すること。

(2) 直近3か月に在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次のアをイで除した値が2割以上であること。

ア 直近3か月の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数、在

宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和

イ 直近3か月の在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和（ただし、当該保険医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近3か月のうちの1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。）

5 届出に関する事項

(2) 「3」については、在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19及び様式19の2を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

(3) 「4」については、在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。また、令和8年8月においては、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を届け出る全ての医療機関において、注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について確認し、該当する場合についても、確認の結果を別添2の様式19を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

第16の4の3 在宅自己腹膜灌流指導管理料

2 届出に関する事項

在宅自己腹膜灌流指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の1の4 及び様式52を用いること。

第16の7 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

3 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注~~3~~4に関する施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

4 届出に関する事項

(1) 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式20の12を用いること。

第16の7の2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

2 届出に関する事項

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅振戦等刺激装置治療管理料の注3として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 47 の 7 通院・在宅精神療法

6 通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

(1) 以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われていること。

(イ) 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

(ロ) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ 精神病床を有する特定機能病院

ウ 急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院

エ 急性期病院 A 一般入院料又は急性期病院 B 一般入院料を届け出ている病院であって、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院

第 48 認知療法・認知行動療法

3 認知療法・認知行動療法 3 に関する施設基準

(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が 1 名以上勤務していること。

イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は、神経性過食症又は不眠症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に 5 症例 60 回以上実施していること。

第 78 の 3 の 1 の 2 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）

1 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）に関する施設基準

(2) 当該保険医療機関が産婦人科又は婦人科を標榜しているとともに、放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2 名以上それぞれ配置されていること。

第 79 の 7 外科医療確保特別加算

1 外科医療確保特別加算の施設基準

(6) 臨床研修終了修了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。

第 88 の 3 調剤基本料 3

2 調剤基本料 3 の施設基準に関する留意点

(3) 「特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している保険薬局」における「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関及び又は保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。

第 92 地域支援・医薬品供給対応体制加算

~~3~~ 7 届出に関する事項

第 97 の 2 服薬管理指導料の注 1 に規定する保険薬局

3 届出に関する事項

- (2) 令和 8 年 5 月 31 日において、現にかかりつけ薬剤師指導料~~又はかかりつけ薬剤師包括管理料~~に係る届出を行っていた保険薬局については、令和 8 年 11 月 30 日までの間に限り、2 の (2) に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 102 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

1 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
- (2) 医薬品医療機器等法第 39 条第 1 項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

第 105 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合~~
~~には、~~別添 2 の様式 100 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。

第 106 の 2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合~~
~~には、~~別添 2 の様式 100 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。

第 109 調剤ベースアップ評価料

2 届出に関する事項

- (5) 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険~~医療機関薬局~~を集約して作成する場合には、別添 2 の様式 104 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 104 の別添 2 を用いることとする。

特定保険医療材料の定義について
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号)

(別表)

I 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第 2 章第 2 部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

113 植込式心臓ペースメーカー用リード

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「心外膜植込み型ペースメーカーリード」、「心内膜植込み型ペースメーカーリード」、「植込み型除細動器・ペースメーカーリード」又は「植込み型ペースメーカーアダプタ」であること。

(別添 7)

「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号)

別紙3

バイオ後続品の使用(調剤)割合の算出に当たって対象となる「バイオ後続品のある先行バイオ医薬品」

区分 (中略)	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
注射薬	3399410G1020	ベグフィルグラスチム（遺伝子 組換え）	3. 6 m g 0. 3 6 m L 1 筒	ジーラスタ皮下注 3. 6 m g	協和キリン	77,753.00
<u>注射薬</u>	<u>3399410G2027</u>	<u>ベグフィルグラスチム（遺伝子 組換え）</u>	<u>3. 6 m g 0. 3 6 m L 1 キット</u>	<u>ジーラスタ皮下注 3. 6 m g ボディーボッド</u>	<u>協和キリン</u>	<u>90,969.00</u>
注射薬	3959409D1029	アガリンダーゼベータ（遺伝子 組換え）	5 m g 1 瓶	ファブラザイム点滴静注用 5 m g	サノフィ	95,674.00
注射薬	3959409D2025	アガリンダーゼベータ（遺伝子 組換え）	3 5 m g 1 瓶	ファブラザイム点滴静注用 3 5 m g	サノフィ	528,502.00
注射薬	3999424D1029	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 1 瓶	エンブレル皮下注用 2 5 m g	ファイザー	12,337.00
注射薬	3999424D2025	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	1 0 m g 1 瓶	エンブレル皮下注用 1 0 m g	ファイザー	4,485.00
注射薬	3999424G1025	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 0. 5 m L 1 筒	エンブレル皮下注 2 5 m g シリンジ 0. 5 m L	ファイザー	8,396.00
注射薬	3999424G2021	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	5 0 m g 1 m L 1 筒	エンブレル皮下注 5 0 m g シリンジ 1. 0 m L	ファイザー	17,524.00
注射薬	3999424G3028	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	5 0 m g 1 m L 1 キット	エンブレル皮下注 5 0 m g ペン 1. 0 m L	ファイザー	14,591.00
注射薬	3999424G4024	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 0. 5 m L 1 キット	エンブレル皮下注 2 5 m g ペン 0. 5 m L	ファイザー	7,592.00
<u>注射薬</u>	<u>3999424G5020</u>	<u>エタネルセプト（遺伝子組換 え）</u>	<u>2 5 m g 0. 5 m L 1 カ セット</u>	<u>エンブレル皮下注 2 5 m g クリックワイズ用 0. 5 m L</u>	<u>ファイザー</u>	<u>8,880.00</u>
<u>注射薬</u>	<u>3999424G6027</u>	<u>エタネルセプト（遺伝子組換 え）</u>	<u>5 0 m g 1 m L 1 カセッ ト</u>	<u>エンブレル皮下注 5 0 m g クリックワイズ用 1. 0 m L</u>	<u>ファイザー</u>	<u>16,429.00</u>
注射薬	3999425S5028	ダルベゴエチンアルファ（遺伝 子組換え）	1 0 μ g 0. 5 m L 1 筒	ネスブ注射液 1 0 μ g プラシリンジ	協和キリン	841.00

(別添 9)

「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)

別添 1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 3 診療報酬明細書の記載要領(様式第 2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

キ 「注射」欄について

(~~ケ~~コ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 4 号又は第 6 号に係る医薬品を投与した場合は、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(~~コ~~サ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの(エ)の例によること。

シ 「入院」欄について

(シ) 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の 1 日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に 100 分の 90 又は 100 分の 85 を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は~~所定点数から~~所定点数に 100 分の 98 又は 100 分の 97 を乗じて得た点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 標欠 7、標欠 5 と表示すること。

- (24) 「摘要」欄について

イ 特別養護老人ホームの入所者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医

師が看取り、死亡日から遡って 30 日間に行われた診療行為に限り医療保険から~~の~~給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 3 診療報酬明細書の記載要領（様式第 3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証又は後期高齢者の~~被保険者証~~資格確認書が月の途中に発行される等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (7) 「被保険者~~証・被保険者手帳等の資格に係る~~記号・番号」欄について

ア ~~被保険者証~~資格確認書等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者~~医療被保険者証~~資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。~~被保険者証~~資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

- (20) 「初診」欄について

イ ~~初診時において~~乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算 1、歯科外来診療医療安全対策加算 2、歯科外来診療感染対策加算 1、歯科外来診療感染対策加算 2、歯科外来診療感染対策加算 3、歯科外来診療感染対策加算 4 は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番 5、6）

- (21) 「再診」欄について

オ 以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2、歯科診療特別対応加算 3 は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 11、12）

（イ） 情報通信機器を用いて再診を行った場合は、~~全体の「その他」の欄に~~点数及び回数を記載する。（項番 13）

(別添 11)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について
(令和 8 年 3 月 27 日老老発 0327 第 2 号・保医発 0327 第 3 号)

(別紙 1)

区 分		
在宅医療	第 2 節第 1 款 に掲げる在宅 療養指導管理 料	C 1 1 6 在宅 <u>植込型</u> 補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料
		その他の指導管理料

※ 5 次に掲げる費用に限る。

(中略)

・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の 1 の
イ、2 のイ又は~~は~~3 のイを算定するものに限る。）

(別紙 2)

区 分	
在宅医療	C 0 0 0 往診料
	C 0 0 4 - 2 救急患者連携搬送料
	C 1 1 6 在宅 <u>植込型</u> 補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
	第 2 節第 2 款に掲げる在宅療養指導管理材料加算
	上記以外

官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第二 H 0 0 1 摂食 機能療養（1 日につき）	4 治療開始日から起算して 3 月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号 H 0 0 1－2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1（2 及び 3 に限る。）を合わせて月 6 回に限り算定する。	4 治療開始日から起算して 3 月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号 H 0 0 1－2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1（2 及び 4 に限る。）を合わせて月 6 回に限り算定する。
別表第二 第 2 章 第 9 部 手術 通則	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。
別表第二 K 0 0 6 歯科 吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔 （Ⅱ）	—	5 3 及び 4 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科医師が行った場合に算定する。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
------	---	---

第三十五の四 病棟薬剤業務 実施加算 (3) 病棟薬剤 業務実施加算 3の施設基準	ロ 病棟薬剤業務実施加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	ロ 病棟薬剤業務実施加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
--	---	--

○ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第71号）

該当箇所	誤	正
第十二の二 麻酔 四 歯科麻酔管理料の施設基準	(1) <u>常勤</u> の麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。	(1) 麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。
第十五 調剤 三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局	(3) <u>服薬管理指導料の注1に規定する</u> 保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。	(3) <u>薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない</u> 保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。

【令和8年3月27日（号外第71号）】

- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（こども家庭庁・厚生労働省告示第2号）

別紙1のとおり、様式第三を訂正する予定である。

- 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第三条第一項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（こども家庭庁・厚生労働省告示第3号）

別紙2のとおり、様式第四の二の1及び様式第四の二の2を訂正する予定である。