

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」の一部改正（老老発 0327-1）	p.57
通	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等（保医発 0714-1）	p.57
事	「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」等における「第4 経過措置等」に掲げる施設基準の届出（7/14 保険局医療課）	p.57
事	疑義解釈資料の送付（その 10, 11）（7/17, 30 保険局医療課）	p.58
令	健康保険法施行令等の一部を改正する政令（7/29 政令第240号）	p.62
通	「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正（保医発 0729-2）	p.63
事	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（7/30 保険局医療課）	p.64
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正（7/31 告示 290）	p.65
他	支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（7/31 支払基金）	p.66
告通	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等（DPC/PDPS）（7/14 告示 267, 保医発 0714-6）	p.66
他	主な施設基準の届出状況・主な選定療養に係る報告状況（7/22 中医協）	p.67

* 本欄で示す“p.00”は、原則“診療点数早見表（DPC 点数早見表）2026 年度版”ページ数です。



通 「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」の一部改正

令和8年3月27日
老老発 0327 第1号

(p.961 右段下から 26～3 行目, 挿入と下線部訂正)

→介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）

7 処方せんの取扱いについて

(2) 介護老人保健施設入所者を（後略）

② 免疫・アレルギー疾患の治療のため

に入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な者に対して JAK 阻害薬又は生物学的製剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合

③～⑤（略）

⑥ 在宅血液透析又は（中略）に対して エリスロポエチン、ダルベポエチン、

エポエチンベータベゴル又は HIF-PH 阻害剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合

⑦ 血友病等の患者に対して使用する医薬品（血友病等の患者における（後略）

⑧～⑪（略）

（平 12.3.31 老企 59, 最終改定：令 8 老老発 0327-1）

通 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等

令和8年7月14日
保医発 0714 第1号

【解説】7月15日から適用されます。

(p.137 左段 28 行目, 下線部訂正)

→特定薬剤治療環境特別加算

(2) カルタヘナ法に基づく管理が必要と定められている薬剤とは、（中略）ベレマゲン ゲベルパベク、デランジストロゲン

ン モキセパルボベク及びナドファラゲン フィラデノベクをいう。

（令 8 保医発 0305-6, 0714-1）

(p.258 左段最下行～右段 1 行目, 下線部訂正)

→特定薬剤治療管理料

(2) 特定薬剤治療管理料 2

エ アの（ロ）に規定する（中略）ベレマゲン ゲベルパベク、デランジストロゲン モキセパルボベク及びナドファラゲン フィラデノベクをいう。

（令 8 保医発 0305-6, 0714-1）

事 「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」等における「第4 経過措置等」に掲げる施設基準の届出

令和8年7月14日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和8年8月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要なものが取りまとめられました。また、次の届出対象につ

いて、令和8年8月12日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、

同月1日に遡って算定することができるとされています。

令和8年8月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項番	届出対象(令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	届出に係る内容	令和8年8月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
----	----	--	---------	---------------------	-----------

特定入院料	1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	リハビリテーション実績指数の基準が変更になったため、令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1に係る届出を行っている病棟については、令和8年8月1日以降に引き続き算定する場合に限り、届出を必要とする。	回復期リハビリテーション病棟入院料1	別添7の別添7の様式49
	2	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数の基準が変更になったため、令和8年3月31日において現に特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和8年8月1日以降に引き続き算定する場合に限り、届出を必要とする。	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	別添7の別添7の様式49

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの

事

疑義解釈資料の送付（その10、11）

令和8年7月17日、30日
保険局医療課事務連絡

その10（7月17日）

別添1 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』（令和8年保医発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。

【在宅時医学総合管理料】

問3 C002 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 I014 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（その5）」（令和8年5月8日事務連絡）の別添1の問19（p.1798右段17～27行目）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 M001「3」の「ロ」を算定する。

問6 「疑義解釈資料（その5）」（同上）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M001「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（その5）」（同上）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M001「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（その5）」（同上）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「3」の



「イ」に加えてM001「3」の「ロ」を算定できるか。

答 算定不可。

問9 「疑義解釈資料（その5）」（同上）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「3」の「イ」に加えてM001「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「2」の「ロ」〔(2)及び(4)に限る〕を算定する。

別添5 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費担当規則」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。

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。

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、揭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、当該揭示内容を紙媒体で閲覧できる旨を表示する。

なお、「医療法」等、健康保険法以外の法令に基づき揭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。

その11（7月30日）

別添1 医科診療報酬点数表関係

【初診料】

問1 コンタクトレンズの装用者について、

通院中の保険医療機関において処方を受けたコンタクトレンズの処方期間が終了した後、患者が任意に診療を中止し、その後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には初診料を算定できるか。

答 「疑義解釈資料（その5）」（平成18年4月28日事務連絡）別添1の問23のとおり、コンタクトレンズの装用を継続している場合や、短期間装用を中止した場合であっても、屈折異常は継続しており、屈折異常に係る傷病の転帰を「中止」又は「治ゆ」とすることは適当ではない。

一方で、コンタクトレンズの処方期間が終了した後、患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後再び受診した場合など、診療経過等から当該保険医療機関における屈折異常に係る診療が継続しているとは考えられない場合、初診料を算定することが可能。ただし、この場合において、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合は、直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載する。

【看護・多職種協働加算・精神病棟看護・多職種協働加算】

問2 施設基準通知の「第3届出受理後の措置等」において、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一时的な変動であれば、その都度届出は必要ない旨規定されているが、A215看護・多職種協働加算並びに精神病棟入院基本料の「注7」、特定機能病院入院基本料の「注11」及び精神科急性期治療病棟入院料の「注4」に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準における「看護職員を含む多職種の数」についても、同様の取り扱いでよい。

答 よい。

【精神科慢性身体合併症管理加算】

問3 A230-5精神科慢性身体合併症管理加算の施設基準(4)において、「当該保険医療機関において、一般血液検査が常時行える体制を有していること」とあるが、以下の場合は当該基準を満たすか。

① 当該保険医療機関において検体を採

取し、外部機関に検査を委託する体制を取っており、委託先から当該保険医療機関への検査結果の通知は、検査結果の判明時点が委託先の営業時間内であれば検体採取日に、営業時間外であれば委託先の次の営業日に行われる場合。

② 当該保険医療機関において検体採取と検査を行う体制を取っており、診療時間内に採取した検体については同日中に検査結果が判明するが、診療時間外に採取した検体については同日中の検査を実施できず、翌診療日に検査を行い結果が判明する場合。

答 ①②ともに当該基準を満たす。

【医療安全対策地域連携加算】

問4 医療安全対策地域連携加算1の施設基準において、他の保険医療機関との連携については、「特定機能病院においては、医療法施行規則第9条の20の2第1項第10号に規定する特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めないこと」とされているが、特定機能病院同士で医療安全に関する連携体制を構築し、相互に評価等を行う取組は、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」によるものに限らず、「当該連携」に含まれないのか。

答 「疑義解釈資料の送付」（令和8年7月27日厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室事務連絡）別添1の問16において、「医療法施行規則における特定機能病院等の従業者の相互立入については、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」に限らず、当該事業以外の特定機能病院同士の連携体制等についてもその一部になり得る」とされており、「特定機能病院における医療安全のためのピアレビュー推進事業」と同様に、特定機能病院同士で医療安全に関する連携体制を構築し、相互に評価等を行う取組についても、「当該連携」には含まれない。

【救急外来医学管理料】

問5 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1及び救急外来医学管理料の「注3」に掲げる救急外来緊急検査対応加算1に関する施設基準において「保険医療機関内において、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）

が常時、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。また、当該専任の医師を交代で担う複数の医師に、救急外来診療の経験を5年以上有する医師が2名以上含まれていること」とあるが、

- ① 専任の医師は常時、5年以上の救急外来診療の経験を有する医師2名以上の配置が必要か。
- ② 専任の医師として5年以上の救急外来診療の経験を有する医師が2名以上いれば5年未満の医師が含まれていても可か。

答 ①不要、②可

当該「専任の医師」は、日や時間帯によって交代しても差し支えないが、常時少なくとも1名は、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務している必要がある。この場合、複数の医師が、それぞれの日や時間帯における「専任の医師」を担うことになるが、「専任の医師」を交代で担う複数の医師のうち、2名以上が救急外来診療の経験を5年以上有していればよく、2名以外の医師については、5年未満の医師が含まれていても差し支えない。

【療養・就労両立支援指導料】

問6 B001-9 療養・就労両立支援指導料について、留意事項通知(2)において、「療養・就労両立支援指導料は、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する」とあり、また「ア 治療を担当する医師が、当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取る」とあるが、医療機関が当該文書を患者から受け取る前に、患者の同意を得て医療機関から事業者への問い合わせを行い、事業者がそれに文書で答えた場合、医療機関は「就業の継続に配慮が必要なものの求めを受け」及び「当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取る」の要件を満たすか。

答 満たさない。療養・就労両立支援指導料は、患者と当該患者を雇用する事業者が、医療機関の支援を必要とした場合に、

医療機関に情報提供等の支援を求めることを端緒として行われる指導を評価するものである。したがって、事業者が医療機関の問い合わせに文書で答えたことをもって端緒とすることはできず、患者と事業者が自発的に共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む）を、医療機関が患者から受け取った時点が当該支援の端緒となる。

【投薬 通則 6】

問7 「第5部 投薬」の「通則6」において、「入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、F000 調剤料、F100 処方料、F200 薬剤、F400 処方箋料及びF500 調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする」とあるが、退院間際に処方するいわゆる退院時処方を受けた患者については、「入院中の患者以外の患者」に該当するか。

答 留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされていることから、退院時処方を受けた患者については、当該通則6に規定する「入院中の患者以外の患者」には該当しない。

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施設基準において、対象職員数が0人となった場合等、ベースアップ評価料の施設基準を満たさなくなった場合の取扱い如何。

答 この場合、速やかに地方厚生（支）局長に届出の変更を行う必要があり、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）

別添2の問15（p.1543 左段下から28～17行目）は廃止する。

問2 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)の区分計算に係る「賃金改善算定基礎額」の算出に際し、40歳未満の非常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く）であっても、実労働時間が当該保険医療機関における常勤の医師及び歯科医師の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）以上である場合は、「常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く）」に含めてよい。

答 よい。

問3 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)における法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関で、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行っていた場合、対象職員数やベースアップ評価料の算定回数等の変動に伴う届出区分の変更についてはどのように考えればよい。

答 対象職員数については、通算の対象とされた全保険医療機関の対象職員数について、届け出た時点と比較して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、通算の対象とされた全保険医療機関で通算して届出を行う様式及び当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数及び延べ入院患者数については、保険医療機関毎の合計算定回数等について、届け出た時点と比較して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、保険医療機関毎に当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。

問4 継続的な賃上げの取組の実施に係る評価について、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「注5」、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「注5」、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の「注5」及び「注6」、歯科外来・在宅ベー



スアップ評価料(Ⅱ)の「注5」及び「注6」、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の「注3」並びに訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の「注7」及び「注8」の施設基準において、「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(Ⅰ)を届け出ている保険医療機関」等とあるが、例えば、令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ている保険医療機関が、令和8年4月1日以降に当該評価料の届出を辞退した後、改めて当該評価料の届出を行う場合であっても、当該要件を満たすものとして取り扱ってよい。

答 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額が、当該対象職員を外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出を辞退した月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を下回っている場合には、当該要件を満たすものとして取り扱って差し支えない。なお、令和8年度診療報酬改定以前に外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出を辞退した保険医療機関が、令和8年度診療報酬改定以後に改めて当該評価料の届出を行う場合、上記の要件における「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額」については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等〔外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「注5」等、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価を除く〕による賃上げ分は含めない。

また、この場合における、中間報告書、実績報告書については、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」を、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて作成し、令和8年度診療報酬改定前に算定していた外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の辞退前の給与水準と比較して、令和8年の給与水準が、令和8年度診療報酬改定後の外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)によって引き上げられていることを報告する必要がある。

問5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

の「注5」及び「注6」に関する施設基準において、「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)を届け出ている保険医療機関」とあるが、令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届出を行っていた保険医療機関の取扱い如何。

答 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届け出ている保険医療機関については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の「注5」及び「注6」に関する施設基準を満たすものとして取り扱って差し支えない。

なお、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の「注5」及び「注6」を算定するためには、様式98を用いて施設基準の届出を行う必要があるため、留意されたい。

問6 令和8年8月に提出が求められているベースアップ評価料等に係る賃金改善実績報告書及び賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、具体的に何を提出すればよい。

答 令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を提出する必要がある。

なお、令和7年度の実績報告書については令和8年度診療報酬改定前の様式で、令和8年度の中間報告書については令和8年度診療報酬改定後の様式を用いて報告する。

また、提出に当たっては、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を1通のメールに添付して提出して差し支えない。

問7 「疑義解釈資料(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)別添2の問6(p.1799 左段下から3行目～右段6行目)において、令和8年度の賃金改善中間報告書については、令和8年4月及び5月分の賃上げ実績ではなく、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要があるとされているが、令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、何月時点の給与体系に基づいて、賃金の改善状況を比較した上で、実績を報告すればよい。

答 施設基準通知において、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ている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」とされている。

そのため、令和8年度の賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等は、「賃金改善前の令和8年3月時点の給与体系を、同年6月に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と、「令和8年6月時点の対象職員の基本給等総額」を比較すること。

なお、同年6月及び7月に勤務している職員に変動があった場合の取扱いについては、「疑義解釈資料(その3)」(令和8年4月20日事務連絡)別添2の問4(p.1542 右段下から31～10行目)及び問5(p.1544 右段下から10～26行目)において示しているところ。

問8 「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)において、令和8年度の賃金改善中間報告書に係る様式が訂正されたが、訂正前の様式により報告を行うことは可能か。

答 可能。この場合、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、訂正前の様式のうち、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」を、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて取り扱う。

【継続的な賃上げの取組の実施に係る基準】

問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部通則第9号に規定する継続的な賃上げの取組の実施に係る基準について、「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」（令和8年保医発0305第7号）（以下「基本診療料施設基準通知」という）の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に、令和8年4月1日以降に新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始した保険医療機関においては、「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」が一定水準であること等の要件が定められているところ、算定開始月時点では、基本

診療料施設基準通知の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のペア等を実施していなかったものの、その後、当該水準以上のペア等を実施した場合、入院基本料等の減算の免除の対象となるのか。

答 基本診療料施設基準通知の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のペア等を実施した場合には、様式98を用いて施設基準の届出を行った日の属する月の翌月から、入院基本料等の減算は免除される。

また、入院基本料等の減算の免除については、令和8年度に届出を行う場合と

令和9年度に届出を行う場合とで、求められるペア等の水準が異なるため、併せて留意されたい。

問10 ベースアップ評価料について、令和8年3月時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出のみ行っており、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保険医療機関（病院に限る）は、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の対象となるのか。

答 減算の対象となる。

令

健康保険法施行令等の一部を改正する政令

令和8年7月29日
政令第240号

【解説】高額療養費制度が令和8年8月1日、令和9年8月1日の2段階で改正されます。本政令により、『診療点数早見表 2026年度版』p.13及び表4（裏表紙）に掲載している同制度の概要は下記のように変更されます。

■高額療養費制度の見直し

〈 〉内の額は多数該当の場合

所得区分	現行		令和8.8～			令和9.8～		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円～ (標報：127万円～)	252,600+1% (140,100)	—	270,300+1% (140,100)	1,680,000 (月額平均140,000)	—	342,000+1% (140,100)	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,410～約1,650万円 (標報：103～127万円)						303,000+1% (140,100)		—
約1,160～約1,410万円 (標報：83～103万円)						270,300+1% (140,100)		—
約1,040～約1,160万円 (標報：71～83万円)	167,400+1% (93,000)	—	179,100+1% (93,000)	1,110,000 (月額平均92,500)	—	209,400+1% (93,000)	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約950～約1,040万円 (標報：62～71万円)						194,400+1% (93,000)		—
約770～約950万円 (標報：53～62万円)						179,100+1% (93,000)		—
約650～約770万円 (標報：44～53万円)	80,100+1% (44,400)	—	85,800+1% (44,400)	530,000 (月額平均44,200)	—	110,400+1% (44,400)	530,000 (月額平均44,200)	—
約510～約650万円 (標報：36～44万円)						98,100+1% (44,400)		—
約370～約510万円 (標報：28～36万円)						85,800+1% (44,400)		—
約260～約370万円 (標報：20～28万円)	57,600 (44,400)	18,000 (年14.4万)	61,500 (44,400)	530,000 (月額平均44,200)	22,000 (年21.6万)	69,600 (44,400)	530,000 (月額平均44,200)	28,000 (年21.6万)
約200～約260万円 (標報：16～20万円)						65,400 (44,400)		28,000 (年21.6万)
～約200万円 (標報：～16万円)						61,500 (34,500)		22,000 (年21.6万)
非課税 【70歳未満】	35,400 (24,600)	—	36,900 (24,600)	290,000 (月額平均24,200)	—	36,900 (24,600)	290,000 (月額平均24,200)	—
非課税 【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 (24,600)	290,000 (月額平均24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 (24,600)	290,000 (月額平均24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下 【70歳以上】	15,000	8,000	15,700 (月額平均15,000)	180,000 (月額平均15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000

(※1) 「～約200万円（標報：～16万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

※ 月額上限の中の〈 〉内の数字は多数該当の場合の自己負担限度額。

通

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正

令和8年7月29日
保医発 0729 第2号

【解説】高額療養費制度の見直し等に伴い、表記通知の一部改正が行われ、8月1日から適用されます。

(p.1704 右段下から17行目～p.1706 左段下から24行目、下線部訂正・青アミ追加)

コード	略号	内容
30	区オ	70歳未満で（中略） 70歳以上で（中略） ②「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く）
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（ア）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、難病法による（中略） ② 70歳以上で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（3割）〕が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）
32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（イ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅰ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特

		定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）
33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（ウ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）
34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（エ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、（中略）肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の高齢受給者証〔一部負担金の割合（2割）〕が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）
35	多オ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分（オ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情

		報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、（中略）肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が（Ⅱ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）
--	--	--

(36～42 略)

43	多カ	後期高齢者医療で（中略）後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（2割）〕かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（中略）後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（以下略）
44	多キ	後期高齢者医療で（中略）後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（1割）〕かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証（中略）後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（以下略）

(p.1721 左段5行目～p.1721 右段下から13行目、下線部訂正)

②6 その他

二 70歳未満の場合であって、（中略）特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。
又 70歳未満で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（ア）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は

小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で（中略）、課税所得690万円以上の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（3割）〕が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）

ネ 70歳未満で「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（Ⅰ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅰ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で（中略）、課税所得380万円以上の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）

ノ 70歳未満で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（Ⅱ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証

又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で（中略）、課税所得145万円以上の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）

ハ 70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分（Ⅲ）〕が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で（中略）課税所得145万円未満の世帯」の高齢受給者証〔一部負担金の割合（2割）〕が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（以下略）

ヒ 70歳未満で「低所得者の世帯」の限

度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分（オ）〕が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が（Ⅱ）〕が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又はがん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多オ」と記載する。

フ・ヘ （略）

ホ 後期高齢者医療において（中略）後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（2割）〕かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（中略）又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（以下略）

マ 後期高齢者医療において（中略）後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（1割）〕かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（中略）又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、（以下略）

事

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

令和8年7月30日
保険局医療課事務連絡

別添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

(p.112 右段下から30行目、下線部訂正)

→有床診療所療養病床入院基本料

(7)「注6」に規定する（中略）

ア（中略）速やかに有床診療所の療養



病床が受け入れる（以下略）

（令8保医発0305・6）（令8.7.30）

（p.180～185 別表Ⅰの上部に挿入）

注4 令和9年5月31日までの経過措置期間に限り算定可。

（p.182「A230-5」行における「特別入院基本料等」列のマス目／p.184,「A252」「2」行における「A304」「1」「2」列のマス目、下線部訂正）



（p.184「A252」「2」行における「A100 急性期一般入院料1～6」列のマス目、下線部訂正）

注4 注4 注4 注4 注4 注4

（p.184「A252」「2」行における「A103 精神病棟入院料」・「A105」列のマス目／p.185「A249」の「1」「2口」「3」行における「A311-2」「2」列のマス目、下線部訂正）



別添2 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

（p.1107 左段下から10行目の次に挿入）

→ 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

（p.1791「入所者診療」の次に挿入）

A000	初診料	（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合） 直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載する	850100618	直近のコンタクトレンズの処方年月日；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"
			830101001	コンタクトレンズを処方した期間；*****

別添6 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正

（p.1664, 左段7行目の次に挿入）

→ 31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

(4) 令和8年6月1日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関

（p.1126 左段1行目、下線部訂正）

(7)（中略）、それぞれの病棟において(2)及び(5)の割合を満たす。（以下略）

（p.1242 右段4行目、下線部訂正）

→ 1 入退院支援加算1に関する施設基準

(5)（中略）加えて、(3)又は(4)の職員と、（以下略）

別添3 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

（p.1484 左段31行目、下線部訂正）

→ 人工関節置換術〔人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る〕に関する施設基準

(1) 整形外科を標榜している保険医療機関である。

（p.1539 右段19行目、下線部訂正）

→ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関である。

(1) 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）又は入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

別添5 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正

（p.1725「A100」の救急・在宅等支援病床初期加算／p.1735「A308-3」の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算、下線部訂正）

〔記載例1〕入院元であるXXX病院は急性期一般入院料2を算定（以下略）

（p.1751「C107-2, C107-2注3」の（情報通信機器を用いた）在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、下線部訂正）

一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、直近3月のCPAP1日平均使用時間及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに、睡眠ポリグラフィーの実施年月日及び（中略）の記載は不要である
また、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。ただし、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから3月以内の患者についての記載は不要である
※注3における（以下略）

（注4を算定する場合）CPAP療法（以下略）

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和8年7月31日
告示第290号

【解説】8月1日から適用されます。

（p.1691 右段下から22行目の次に挿入）

29 歯科用OCT画像診断装置を用いた不

顕性齲蝕の検出率の向上及び管理療法（シェーグレン症候群）

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

令和8年7月31日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」12事例が示され、これまでの事例と合わせて849事例となりました。

【検査】

838. HBc-IgM抗体（単なるB型肝炎疑い）

単なるB型肝炎疑いに対するD013「8」HBc-IgM抗体の算定は、原則として認められない。

839. 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）（重症筋無力症）の連月の算定

診断後の経過観察時の重症筋無力症に対するD014「44」抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）の連月の算定は、原則として認められる。

【画像診断】

840. 透視診断（水頭症）（シャント圧調整）

シャントが作成された水頭症でのシャント圧調整のためのE000透視診断の算定は、原則として認められない。

841. MRI撮影（脳動脈瘤術後の経過観察）

脳動脈瘤術後の経過観察におけるE202磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI

撮影）の算定は、原則として認められる。

【投薬】

842. クラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物（細菌性肺炎）

細菌性肺炎に対するクラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物（オーグメンチン配合錠）の投与は、原則として認められる。

843. メラトニン（16歳以上の患者）

16歳以上の患者に対するメラトニン（メラトベル顆粒小児用0.2%、メラトベル小児用1mg及び2mg）の算定は、原則として認められない。

844. オキシブチニン塩酸塩（単なる手掌多汗症）

単なる手掌多汗症に対するオキシブチニン塩酸塩（アポハイドローション20%）の算定は、原則として認められる。

【精神科専門療法】

845. 通院精神療法（疑い傷病名）

疑い傷病名に対するI002通院・在宅精神療法「1」通院精神療法の算定は、原則として認められない。

【手術】

846. 眼瞼結膜腫瘍手術（眼瞼腫瘍）

眼瞼腫瘍の傷病名のみに対するK215-2

眼瞼結膜腫瘍手術の算定は、原則として認められない。ただし、術式アプローチよりみて、「結膜に及ぶ症例」であるかを審査判断する必要がある。

847. 網膜光凝固術（網膜格子状変性）

網膜格子状変性に対するK276網膜光凝固術「1」通常のもの（一連につき）の算定は、原則として認められる。

848. 膀胱悪性腫瘍手術（全摘）（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

K803膀胱悪性腫瘍手術「2」全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定については、原則として認められない。

849. 膀胱悪性腫瘍手術（全摘）（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

K803膀胱悪性腫瘍手術「5」全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）と同日の膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの算定は、原則として認められる。



《正誤》 本コーナーに誤りがありました。 ● 2026 年 6 月号 p.61 左段下から 5 行目
お詫びし次のように訂正いたします。 H003-2 注 [4](#)