

追加資料

届出のご案内

- ▶ ベースアップ評価料
- ▶ 電子的診療情報連携体制整備加算
- ▶ 充実管理加算(生活習慣病管理料)、及び
外来データ提出加算(地域包括診療料 等)

疑義解釈(その2) ※一部抜粋



以下3項目の届出についてご検討ください

今回の診療報酬改定で新設や見直された算定項目のうち、
以下の項目の届出について積極的なご検討をお願いいたします。

- ① ベースアップ評価料
- ② 電子的診療情報連携体制整備加算
- ③ 充実管理加算(生活習慣病管理料)、及び
外来データ提出加算(地域包括診療加算 等)

※特に、③の「充実管理加算」「外来データ提出加算」については、
算定開始後に外来医療等調査事務局に継続的に提出するデータのうち、
外来様式1が今回の改定で内容が見直され、大幅に簡素化されました。



① ベースアップ評価料

ベースアップ評価料の届出について

算定する**すべての**医療機関で届出が必要です！

6月から算定する場合 **5月7日から6月1日までに届出(必着)**

- ① R6改定のベースアップ評価料を届け出ている医療機関も
これから新たに届け出る医療機関も、
すべての医療機関で届出が必要です
- ② **届出の際に「賃金改善計画書」の作成は不要になりました**
(計算が必要なのは、対象職員の人数のみです)

事前に以下のURLから届出様式のExcelデータをダウンロードしてください

〔厚労省HP〕 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

〔直リンク〕 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001694457.xlsx>

※直リンクのURLは変更される場合があります。その場合は厚労省HPからダウンロードしてください

〔令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変〕

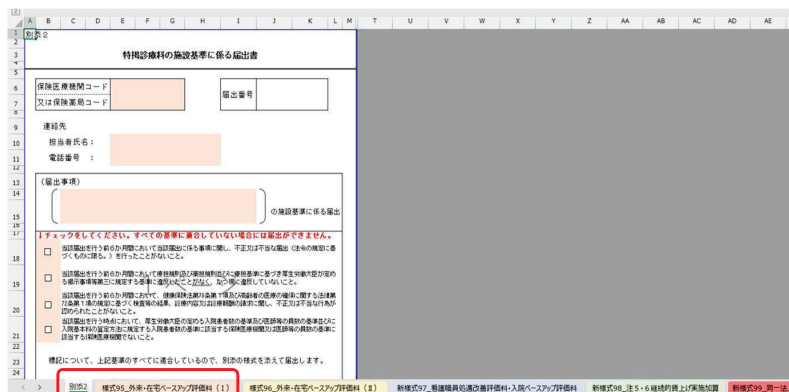
ベースアップ評価料の届出様式

- ・別添 2 … 特掲診療料の施設基準に係る届出書。様式95～99の提出時に添付
- ・様式95… 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出時に提出
- ・様式96… 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の届出時に提出
- ・様式97… 入院ベースアップ評価料・看護職員処遇改善評価料の届出時に提出
- ・様式98… 様式95、96、97に付随して、これまでベア評価料は算定していないが R6年度～R8年度での一定の賃上げ実績を示せる医療機関が「継続的な賃上げを実施した医療機関」向けの割増点数を算定する場合及び入院基本料等の減算免除を届出する場合に提出
- ・様式99… 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、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う時に提出
- ・様式100… 賃金改善実施報告書・賃金改善中間報告書
提出時に(別添1)か(別添2)を添付する。
(別添 1) … 一般的な報告書 ※基本的にはこちらを提出
(別添 2) … 複数医療機関を持つ法人用の報告書(様式99を提出した場合に必要)



届出書の作成 評価料(Ⅰ)の場合

Excelには複数のシートがありますが、評価料(Ⅰ)の届出に必要なものは、「別添2」と「様式95_外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみです。



別添2

様式95_外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

←入力が必要なのは、この2つのシートだけ!

[令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変]

手順1:「別添2」の作成

「別添2」に入力する内容

- ・ 保険医療機関コード
- ・ 担当者氏名、電話番号
- ・ 届出事項 (外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ))
- ・ 保険医療機関の所在地、名称、開設者名
- ・ 療担規則の遵守等に係るチェック 等

〔令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変〕

手順2:「様式95」の作成 ①

様式95

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕
〔 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

誓約書

忘れずにチェックしてください

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

忘れずにチェックしてください

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

8 年 5 月 7 日 開設者名: 日医 太郎

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード 1234567

保険医療機関名 日医クリニック

- ① 以下の内容を理解した上でチェックします
- ・ 賃金改善の取組状況について報告すること
 - ・ ベースアップ評価料による収入は全て対象職員の賃上げに用いること
- ② 日付と開設者名を入力します

〔令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変〕

手順2: 「様式95」の作成 ②

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」にチェックします

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

「外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)」にチェックします

4 対象職員(常勤換算)数

3.5 人

対象職員の人数を入力します
 パートの職員は勤務時間で常勤換算します

- ※ 対象職員とは、**自保険医療機関に勤務する職員**をいう。
 (ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。)
 ※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
 ※ 0より大きい数であればよい。

例:常勤2名、パート3名の職員
 (パート3名は全員が半日勤務の場合)
 常勤2名 + (非常勤3名×0.5) = 3.5名

〔令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変〕

手順2: 「様式95」の作成 ③

「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5」とは、「令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関等」が算定する点数を指します

①～③のいずれかに該当する項目にチェックします

算定できる点数が自動的に示されます

5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当する医療機関>

- 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(Ⅰ)」を届け出していた保険医療機関
 ② 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) または「入院ベースアップ評価料」を届け出していなかったが
 本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当しない医療機関>

- ③ ①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみを届け出る保険医療機関

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5

以上で「様式95」の入力は完成です

〔令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変〕

手順3：関東信越厚生局 東京事務所に送信

提出する様式が完成したら、医療機関の所在地を管轄する地方厚生(支)局都道府県事務所の専用メールアドレス宛にデータを送信します。
メールアドレスを持っていない等やむを得ない事情がある場合には、書面で提出することも可能です。
東京都の場合は、以下のメールアドレスまたは住所に送付してください。

送信先: 関東信越厚生局 東京事務所

【メールアドレス】 baseup-hyoukaryou13@mhlw.go.jp

※届出様式以外のファイルは添付しないでください。

※送付するファイル名の冒頭に医療機関コードを記載してください。

【住所】 〒163-1111 東京都新宿区西新宿6丁目22-1
新宿スクエアタワー11階

(参考)届出後の報告について

令和8年8月に以下の実績を地方厚生(支)局長に報告します

① 令和8年3月以前から継続して算定している医療機関

- 令和7年度の「賃金改善**実績**報告書」
- 令和8年6月以降の「賃金改善**中間**報告書

② 令和8年6月から、はじめて算定する医療機関

- 令和8年6月以降の「賃金改善**中間**報告書

(参考)届出・報告のスケジュール

令和8年2月に外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出た医療機関の例

		令和8年							令和9年			
		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月～	8月	9月～	
R 6 改定の BU評価料	届出	算定・賃上げ実施						令和7年度の 実績報告				
				届出	算定・賃上げ実施							令和8年度の 中間実績報告

[令和8年4月15日付日医発第168号(保険)の改変]

② 電子的診療情報連携体制整備加算

届出様式

▶ 初・再診料に係る加算の場合

→「別添7」及び「様式1の6」を提出

※次ページ以降で手順を説明します

▶ 入院基本料に係る加算の場合

→「別添7」及び「様式18の4」を提出

▼ 届出様式のダウンロードは以下から可能

【関東信越厚生局「令和8年度診療報酬改定について」】

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/r08kaitei_00001.html

▼ 届出期間・届出先

令和8年5月7日から6月1日までに関東信越厚生局 東京事務所に提出

【郵送先】〒163-1111 東京都新宿区西新宿6丁目22-1

新宿スクエアタワー11階



届出手順(「別添7」記入例 初・再診料用)

別添7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	9999999 (7桁)	届出番号	
連絡先 担当者氏名: 電話番号:	東京太郎 03-1234-5678		
(届出事項)			
[電子的診療情報連携体制整備加算] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、 診療報酬及び負担規則並びに施設基準に基づき厚生労働省の定める届出事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
<small>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</small>			
令和8年 ● 月 ● 日			
保険医療機関の所在地 及び名称 東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会診療所 開設者名 東京 太郎			
関東信越厚生局長 殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「し」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

赤字部分を
記入すること

全てに「✓」を記入する



届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例①)

様式1の6 電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算(初・再診料)の施設基準に係る届出書送付書類

項目	記入欄
1. 届出区分 (該当区分に○をつけること)	ア 電子的診療情報連携体制整備加算 イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている <input type="checkbox"/> 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している <input type="checkbox"/> 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> すべて電子処方箋を発行する体制又は調剤情報または電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている
4. 電子カルテに係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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」に準拠した体制が整備されている <input type="checkbox"/> 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している <input type="checkbox"/> 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している <input type="checkbox"/> 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である
5. 電子カルテ情報共有サービスに係る要件	<input type="checkbox"/> 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスに当該施設が登録されている
6. 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を共有する診療情報共有又は閲覧できるネットワーク	ネットワーク名 ネットワークを運営する事業所名 ネットワークを運営する事業所所在地 登録患者数 年間診療患者数 年間診療患者数 開始年月(初年度記載すること) 年 月 年間診療患者数 終了年月(初年度記載すること) 年 月 ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表 ネットワークへの参加及び共有機能のある医療機関の名称(初年度記載すること)
7. ネットワークに係る提示事項 (該当する場合は、「5」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> ネットワークへの参加及び共有機能のある医療機関の名称(初年度記載すること)

加算3(4点)の場合
→項目番号の1, 2(緑枠)のみ記入

加算2(9点)の場合
→項目番号の1, 2(緑枠)及び、3~5(青枠)のいずれか1つを記入

加算1(15点)の場合
→項目番号の1~5(緑枠+青枠)を全て記入

※次ページ以降に記入例を示します



【記載上の注意】
1 「2」のウェブサイトへの掲載については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
2 「3」から「5」までは、電子的診療情報連携体制整備加算1若しくは2又は電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定する場合に記載すること。

届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例②)

項目	記入欄
1. 届出区分 (該当区分に○をつけること)	ア 電子的診療情報連携体制整備加算 イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている <input type="checkbox"/> 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している <input type="checkbox"/> 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく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が整備されている

加算1~3
全てで必須

該当するものに「✓」を記入する

加算1,2
で必要

届出する区分を選択

オンラインでのレセプト請求

明細書の無料交付の実施

オンライン資格確認の体制

院内掲示の実施

自院ウェブサイトへの掲載
※自院でホームページ等を有しない場合には「✓」不要

電子処方箋の発行体制、または、電子処方箋管理サービスへの登録体制



届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例③)

加算1,2
で必要

※項目4は、「上から3つの項目を全て満たす」又は「4つ目の項目を満たす」のどちらかでOK

上から3つの項目(経過措置があるため実質、上の2つ)に「✓」すれば良い。

4. 電子カルテに係る要件
(該当するすべての口に「✓」を記入すること。)

認証制度を厚生省で検討中のため現時点では「✓」できない。

<input type="checkbox"/>	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」に準拠した体制が整備されている
<input type="checkbox"/>	電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している
<input type="checkbox"/>	電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している
<input type="checkbox"/>	厚生労働省が認証する電子カルテ製品である

届出時点で満たしていなくても、当面の間、基準を満たすものとして届出が可能(「✓」不要)
※電子カルテ情報共有サービスの運用が開始したら、速やかに導入するよう努めること

加算1,2
で必要

※項目5は、「ア」、もしくは「イ」~「エ」の記載が必要

5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件

ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス (該当する場合、口に「✓」を記入すること。)	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている
イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク	
ネットワーク名	東京総合医療ネットワーク
ネットワークを運営する事務局名	運営協議会事務局
ネットワークを運営する事務局所在地	東京都千代田区神田駿河台2-5
登録患者数	約14,000人
年間新規登録患者数	※記載不要
年間新規登録患者数 開始年月(和暦で記載すること)	令和8年4月
年間新規登録患者数 終了年月(和暦で記載すること)	令和9年3月
ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
ウ 診療情報提供料(1)の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準の届出	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
エ ネットワークに係る掲示事項 (該当する場合、口に「✓」を記入すること。)	ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している

現時点ではサービスが開始されていないため「✓」できない。
※令和8年度冬に提供開始予定

東京総合医療ネットワークに参加しており、「イ」に該当する場合の記入例

「有」を選択する

院内掲示を行う



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

▼外来分に係る疑義解釈 ※入院分は別に5件のQ&Aが示されています

Q1 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とされているが、地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークに係る要件を満たす場合について、どのように考えればよいか。

→ 電子的診療情報連携体制整備加算1に関する施設基準のうち、(11)のイ及びウを満たす場合には、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」を満たすものとみなす。

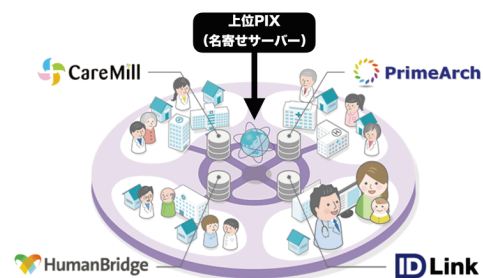
<解説> 加算1の施設基準(11)「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること」については、電子カルテ情報共有サービスを使用していない場合であっても、【基準に合致する地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有・閲覧できるネットワークに参加している】及び【検査・画像情報提供加算、または電子的診療情報評価料の施設基準を届け出た上で必要な情報を院内掲示する】を満たす場合は、要件を満たすものとみなされます。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その2)

【参考】東京総合医療ネットワークのご案内

東京総合医療ネットワークは、施設基準で求められる「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」に該当します。この機会にぜひ参加をご検討ください。



東京総合医療ネットワーク

<https://tousoui.tokyo.med.or.jp/>

運営協議会事務局:03-5217-0896



- ③ 充実管理加算(生活習慣病管理料)、及び
外来データ提出加算(地域包括診療加算 等)

データ提出加算及び充実管理加算が設けられている診療報酬

今回の改定で令和6年度診療報酬改定までの外来データ提出加算は充実管理加算に名称変更されました。また、外来データ提出加算(地域包括診療加算)及び外来データ提出加算(地域包括診療料)が新設されました。

本体となる診療報酬	令和6年度診療報酬改定まで	令和8年度診療報酬改定から
A001 再診料の注12 地域包括診療加算	—	外来データ提出加算 (地域包括診療加算)
B001-2-9 地域包括診療料	—	外来データ提出加算 (地域包括診療料)
B001-3 生活習慣病管理料(1) B001-3-3 生活習慣病管理料(2)	外来データ提出加算	充実管理加算
C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 施設入居時等医学総合管理料 C003 在宅がん医療総合診療料	在宅データ提出加算	在宅データ提出加算
H000 心大血管疾患リハビリテーション料 H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 H001-2 廃用症候群リハビリテーション料 H002 運動器リハビリテーション料 H003 呼吸器リハビリテーション料	リハビリテーション データ提出加算	リハビリテーション データ提出加算

※機能強化加算の施設基準に「[外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出を行っていることが望ましい。](#)」とする要件が追加されました。



算定までの手順

手順	要点
1. 施設基準の確認	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 外来データ提出加算なら地域包括診療加算や地域包括診療料、充実管理加算なら生活習慣病管理料IやIIを届出しているか確認 ▶ 求められる要件に対応可能か確認 「担当者1名の選出」、「提出データ作成の準備」、「過去5年間のカルテ・過去3年間の手術記録や看護記録等の保管管理」、「疾病別に検索・抽出できる体制の整備」、「診療記録に関する院内規定の作成」
2. 試行データの提出	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 「様式7の10(外来データ提出開始届出書)」を関東信越厚生局 医療課に提出 ▶ 連続する2か月分の試行データを作成し、厚生労働省 外来医療等調査事務局に提出 ※今回の改定で外来様式1が見直され、大幅に簡略化(30項目削除)されている ▶ 提出期限は年4回で設定 [注意] 期限を過ぎると算定開始が3か月以上先送りになる
3. 厚生局に正式届出	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 試行データが認められると、厚生労働省保険局医療課からデータ提出事務連絡が届く ▶ 連絡を受けた後、速やかに「様式7の11(外来データ提出加算の施設基準に係る届出書)」を関東信越厚生局 東京事務所に届ける ▶ 届出が受理された月の翌月の診療分から加算を算定できる
4. 本番データの提出開始	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 厚生労働省が指定するスケジュールに従い、継続的に本番データを厚生労働省 外来医療等調査事務局に提出する [注意] 提出遅延にはペナルティあり ▶ データは3か月ごとに作成・提出し、提出期限は年4回設定されている

※試行データの提出、施設基準の提出、本番データの提出、それぞれ提出先が異なりますので、ご注意ください



新規届出の場合のスケジュール

様式7の10の提出期日	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 —医療機関へ通知	実績に基づく 加算の算定開始
令和8年 5月20日まで	令和8年6月～ 令和8年7月	令和8年 8月	令和8年 9月	令和8年 10月	令和8年11月～ 令和9年9月	令和9年10月～ 令和10年3月	令和10年4月～
令和8年 8月20日まで (※1)	令和8年9月～ 令和8年10月	令和8年 11月	令和8年 12月	令和9年 1月	令和9年2月～ 令和10年3月	令和10年4月～ 令和10年9月	令和10年10月～
令和8年 11月20日まで	令和8年12月～ 令和9年1月	令和9年 2月	令和9年 3月	令和9年 4月	令和9年5月～ 令和10年3月	令和10年4月～ 令和10年9月	令和10年10月～
令和9年 2月20日まで (※2)	令和9年2月～ 令和9年3月	令和9年 4月	令和9年 5月	令和9年 6月	令和9年7月～ 令和10年9月	令和10年10月～ 令和11年3月	令和11年4月～
算定できる加算	-			充実管理加算3			充実管理加算 1～3

※1 基準値の集計は年1回のみ実施されるが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として年に2回実施される予定。
 ※2 例年2月20日までに様式7の10を提出する場合には、試行データの作成も同月から開始する必要がある。



充実管理加算・外来データ提出加算に関する疑義解釈

Q4 既に「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「B001-3-3」生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関において、新たに外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）の施設基準の届出を行う場合、改めて様式7の10の届出を行う必要があるか。

→ 改めて様式7の10の届出を行う必要がある。なお、既に充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関においては、様式7の10の届出の期限後の直近の外来試行データの作成対象月のデータをもって、外来試行データに代えることができる。既に充実管理加算を算定している場合、改めての外来試行データの作成は不要

Q5 外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）を新たに算定する場合、具体的にどのような手続きを行う必要があるか。

→ 令和8年11月20日までに様式7の10の届出を行い、試行データ提出の実績が認められた保険医療機関として厚生労働省保険局医療課より事務連絡があった保険医療機関であって、令和9年4月1日までに様式7の11の届出を行った保険医療機関においては、同月から算定が可能となる。

R9.4.1から算定するには、R8.11.20までに様式7の10(外来データ提出開始届出書)を提出する詳細は、厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡を参照されたい。



《抜粋》令和8年3月23日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その1）

【参考】関東信越厚生局 特設ページ

充実管理加算やデータ提出加算の算定を開始するには、施設基準の確認に始まり、試行データの提出、厚生局への正式な届出など複数の手順を踏む必要があります。以下の事項が関東信越厚生局の特設ページに整理されております。

- ▶ 制度の概要
- ▶ 手続きの流れ
- ▶ 届出様式
- ▶ 参考リンク・資料
- ▶ 各種お問い合わせ



外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算及び充実管理加算に係る
取扱いについて【関東信越厚生局】
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/gzr.html



疑義解釈 その2 ※一部抜粋

疑義解釈(その2)(ベースアップ評価料①)

Q3 「新設した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションにおいて、「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。)における「O001」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、「O002」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「O003」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)における「P001」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、「P002」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「P003」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第三調剤診療報酬点数表(以下「調剤点数表」という。)における「40」調剤ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料(以下単に「ベースアップ評価料」という。)の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

→ 必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりである。

○ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、調剤ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)については届出前の1月における給与の支払い実績が必要。届出前の1か月分

○ 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、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)については、届出前の3月における給与の支払い実績が必要。届出前の3か月分

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和6年4月26日事務連絡)別添2の間1については廃止する。

《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その2)



疑義解釈(その2)(ベースアップ評価料②)

Q4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)について「1日につき」という文言が令和8年度診療報酬改定で削除されたが、その趣旨如何。

→ 同一の保険医療機関内において同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科についても、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定可能とする趣旨である。

Q5 ベースアップ評価料について、賃金の改善は算定開始月から実施する必要があるか。

→ 原則として算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては継続する必要がある。なお、6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の4月から翌年3月の賃金改善に充当することは差し支えない。ただし、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、同年度末までに算定開始月(又は当該年の4月)まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月(又は当該年の4月)から賃金改善を実施したものとみなすことができる。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その14)」(令和6年11月5日事務連絡)別添2の間4については、廃止する。

《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その2)



疑義解釈(その2) (ベースアップ評価料③)

Q6 令和8年度診療報酬改定において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合に係る要件が削除されたが、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料等で得られた収入を翌年度の賃金改善に用いるために繰り越すことは認められないのか。

→ 令和8年度診療報酬改定においては、令和8年度及び令和9年度において段階的にベースアップ評価料により得られる収入を引き上げる措置が講じられていることから、令和8年6月から令和9年5月までに得られた収入については、原則として、令和9年5月までの賃金改善に用いる必要がある。令和9年度についても同様である。

ただし、それまでの患者数等に基づいてベースアップ評価料による収入額及び賃金改善額を見積もったにもかかわらず、患者数等の変動により、当該評価料収入額が確定した後にやむを得ず残余が生じた場合については、該当年度の実績報告書を提出する8月までの対象職員への賃金改善分に充当し、当該充当分を含めて報告することとして差し支えない。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その2)

疑義解釈(その2) (ベースアップ評価料④)

Q6 令和8年度診療報酬改定において、令和8年度及び令和9年度にそれぞれ3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置(看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%)が講じられたところ、ベースアップ評価料を算定しても3.2%及び5.7%のベースアップを達成できない場合であっても、ベースアップ評価料は算定できるのか。

→ 可能。ただし、施設基準に定めるとおり、当該評価料により得られる収入は、全て、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その2)

疑義解釈(その2)(検査料・CT撮影)

Q62 「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料の算定日に、看護師又は准看護師という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医療機関の看護師又は准看護師が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、第1節第1款検体検査実施料を算定することが可能か。

→ 可能。

Q63 「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）において「128列以上のマルチスライス型の機器による場合」とあるが、ここでいう「128列以上」とは、X線管球1回転あたりに体軸方向に128列以上又は複数のX線管球の装置においては合わせて128列以上のデータ収集機構によるものと考えてよいか。

→ そのとおり。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）

疑義解釈(その2)(処方料・処方箋料)

Q65 第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し、在宅において患者が自己注射を行う薬剤について院内処方を行った場合に、「F000」調剤料、「F100」処方料、「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料は算定できるのか。

→ 当該薬剤のみを処方する場合には、算定不可。当該薬剤の費用については、「C200」薬剤により算定する。なお、当該薬剤以外を併せて処方する場合には、それぞれ「F000」調剤料、「F100」処方料、「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料の算定要件等に従い、別途算定できる。

Q66 第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し、在宅において患者が自己注射を行う薬剤について、保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に院外処方箋を交付した場合に、「F400」処方箋料は算定できるのか。

→ 「C002」在宅時医学総合管理料等の、投薬の費用が所定点数に含まれている管理料等を算定する場合を除き、「F400」処方箋料を算定可能。ただし、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）

疑義解釈(その2) (在宅療養支援診療所・病院①)

Q88 「患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。」とあるが、**氏名を明らかにせずに説明することは可能か。**

→ **不可。**当該保険医療機関（連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院の場合は連携体制を構築するいずれかの保険医療機関）において雇用契約のない医師を当該文書に掲載することも認められない。

Q89 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、面談はどのように実施すればよいか。

→ 往診担当日の前日以前に、往診医が当該保険医療機関に直接訪問することによる対面での面談又は当該保険医療機関が開催若しくは参画するカンファレンスへの対面での出席により、実施すること。
なお、カンファレンスには、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院の施設基準に「当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。」として定めるカンファレンスを含む。

《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）



疑義解釈(その2) (在宅療養支援診療所・病院②)

Q90 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。

→ 以下を含むものであること。

- ・当該保険医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については、その詳細）や今後の診療方針等
- ・緊急時の入院医療機関の連絡先等、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報
- ・当該保険医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用法等、診療を実施する上で必要な事項

《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）



疑義解釈(その2) (在宅療養支援診療所・病院③)

Q91 「当該診療所において、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
(中略) なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時 1 人以下であること。」とあるが、患家に文書で提供している往診担当医についても、事前の面談は必要か。

→ 往診担当医が当該保険医療機関において訪問診療等に従事している、又は訪問診療等に従事している医師と同じ保険医療機関内で日常的に対話をしている医師以外の医師の場合は、面談が必要。面談の実施方法及び共有すべき内容については、患家に事前に氏名を提供していない往診医の場合（問89 及び問90）と同様とする。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）