（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）「疑義解釈資料の送付について（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月以上経過した後に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こと。

【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、歴月で１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、同様の取扱いでよいか。

（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について」（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。

（参考）「疑義解釈資料の送付について」（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

問16　「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」とは別に、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等の従業者の相互立入の一部と考えられるか。

（答）ご認識のとおり。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ものである。

ただし、こうした医療安全に関する連携体制の構築及び相互に評価等を行う取組等のみをもって医療法施行規則における相互立入の全てが代替されるものではなく、「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」への参加は継続されたい。

【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こと。」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、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる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こと。

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 15 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。）」に含めてよいか。

（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か。

（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）を届け出ていた保険医療機関」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）を届け出ていた保険医療機関が、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か。

（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ない場合には、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こと。

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）を届け出ていた保険医療機関」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た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か。

（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を、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こと。

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。

（参考）様式の掲載先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

・令和７年度の実績報告書用の様式

（令和８年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について ＞ ９．賃金改善実績報告書の提出について ＞ 【令和７年度算定分】賃金改善実績報告書様式（医療機関用・訪問看護ステーション用））

・令和８年度の中間報告書用の様式

（令和８年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について ＞ ９．賃金改善実績報告書の提出について ＞ 【令和８・９年度算定分】賃金改善実績報告書様式（医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局））

問７　「疑義解釈資料の送付について（その５）」（令和８年５月８日事務連絡）別添２の問６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か。

（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、「疑義解釈資料の送付について（その３）」（令和８年４月 20 日事務連絡）別添２の問４及び問５において示しているところ。

（参考）様式の掲載先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

・令和８年度賃金改善実績報告書・中間報告書

（令和８年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について ＞ ９．賃金改善実績報告書の提出について ＞ 【令和８・９年度算定分】賃金改善実績報告書様式（医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局））

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こと。

【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について」（令和８年３月５日保医発 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ベア等を実施していなかったものの、その後、当該水準以上のベ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ベ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、求められるベア等の水準が異なるため、併せて留意されたい。

（参考）様式の掲載先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

・様式 98

（令和８年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について ＞ ２．届出様式（医療機関用） ＞ ベースアップ評価料を届け出る場合 ＞ 届け出る様式はこちら）

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。

（別添３）

歯科診療報酬点数表関係

【暫間歯冠補綴装置】

問１　暫間歯冠補綴装置について、分割抜歯や分離切断を行った歯に対して、歯冠修復を行う場合や、④５⑥⑥、⑤６⑥⑦又は⑥６⑦等のブリッジの支台歯とする場合は、どのように算定するのか。

（答）分割抜歯又は分離切断を行った歯に対する暫間歯冠補綴装置は、最終補綴物に係る歯冠修復の算定方法と同様に取り扱う。

（例）

（１）当該歯に対して金属歯冠修復を行う場合

分割抜歯を行った歯は１歯分で算定し、分離切断を行った歯は２歯分で算定する。

（２）下顎において、当該歯を全部金属冠によるブリッジの支台歯とする場合

分割抜歯を行った歯は、支台歯１歯分及びポンティック１歯分を併せて２歯分で算定し、分離切断を行った歯は１歯分として算定する。