

宮医発第 236 号
令和 8 年 4 月 30 日

郡 市 医 師 会 長 殿

公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏
(公 印 省 略)

医療保険関係通知文の送付について

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
今般、医療保険関係について、日本医師会より別添のとおり通知がありましたので、
下記の通知文をご送付申し上げます。
つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますとともに、
貴会会員並びに関係医療機関へのご周知方について、ご高配賜わりますようよろしくお
願い申し上げます。

記

- (1) 疑義解釈資料の送付について (その 3)
(日医発第 207 号 : 令和 8 年 4 月 21 日付)
- (2) 疑義解釈資料の送付について (その 4)
(日医発第 226 号 : 令和 8 年 4 月 23 日付)

担当 : 総務部総務課 高橋 Tel 022-227-1591 Fax022-266-1480

日医発第207号（保険）
令和8年4月21日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

疑義解釈資料の送付について（その3）

令和8年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和8年3月5日付け（日医発第1912号（保険））「令和8年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和8年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その3）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和8年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載をしております。

<添付資料>

疑義解釈資料の送付について（その3）

（令8.4.20 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和8年4月20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）
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）

御中

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3）

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あるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、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。

医科診療報酬点数表関係

【届出関係】

問1 令和8年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答)「令和8年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和8年4月20日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和8年度診療報酬改定が施行される令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和8年6月診療分の施設基準の届出については、令和8年5月7日から6月1日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和8年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和8年5月18日までの届出に努めること。ただし、令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和8年5月25日から受付開始となるため、留意すること。

【包括期充実体制加算】

問3 「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準において、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることが求められている。療養病床が中心の医療機関において、地域の事情によりこれらの救急指定を受けられない場合があるが、こうした医療機関において、療養病床で届け出ている地域包括ケア病棟で、他の施設基準を全て満たしていた場合でも当該加算を届け出ることはいかなるのか。

(答)「A100」一般病棟入院基本料を算定していない医療機関の療養病床で、「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟又は病室において、「A204-4」包括期充実体制加算の施設基準の1(4)アに規定する救急指定等を受けられないものの、他の基準を全て満たす場合においては、当該病棟又は病室が「基本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70号)」第九の十一の二の(10)のイ又はロを満たし、かつ当該医療機関が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。

問4 包括期充実体制加算の施設基準における以下の要件は、「特別の関係」にある介護保険施設や当該施設からの入院等についても算入されるか。

- ① 原則として3以上の介護保険施設等の協力医療機関として定められている
- ② 自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で15人以上
- ③ 直近3か月間の入院患者に占める、救急搬送後の患者及び他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者を合計した数の割合が、直近3か月間の入院患者の8分以上

(答) 「特別の関係」にある介護保険施設や当該施設からの入院については、いずれの要件についても算入しない。

【病棟薬剤業務実施加算】

問5 「A244」病棟薬剤業務実施加算1の施設基準において、「B014」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近3か月間で退院患者のうち4割以上であること」とあるが、「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第1章第2部通則6に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は、除外してよいか。

(答) よい。

【後発医薬品使用体制加算等】

問6 令和8年度診療報酬改定の内容を適用する前の、後発医薬品使用体制加算等の施設基準においては、前月までの実績を用いて届け出ることとされているが、令和8年5月1日に、5月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合、4月実績のカットオフ値はどのように算出すればよいか。

(答) 令和8年5月1日に、5月に適用する後発医薬品使用体制加算等の届出をする場合に限り、カットオフ値の算出については令和8年3月までの実績を用いることとし、4月実績は用いないこと。

【充実管理加算】

問7 「令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年3月31日までの間に限り、2の(1)のア、3の(1)のア及び4の(1)のアを満たしているものとする。」とあるが、令和8年3月31日時点において現に生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に規定する外来データ提出加算を算定している必要があるか。

(答) 充実管理加算に係る当該経過措置については、令和8年4月1日から生活習慣病管理料(I)又は生活習慣病管理料(II)の注4に規定する外来データ提出加算を算定できるよう、試行データが適切に提出されているものとして厚生労働省保険局医療課より通知を受けた上で、令和8年3月31

日までに様式7の11の届出を行い、地方厚生局への手続を終えていればよく、3月に外来データ提出加算を算定している必要はない。

【こころの連携指導料（I）】

問8 「B005-12」こころの連携指導料（I）の留意事項通知において、「精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。」とあるが、「SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニング」には、アルコール使用障害スクリーニング尺度AUDITまたはAUDIT-Cも含まれるか。

（答）含まれる。

【結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能】

問9 「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「29」結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能について、生物学的製剤の投与を行う患者に対し、当該薬剤の添付文書に記載された重要な基本的注意に基づき、投与前に検査を実施した場合、当該検査に係る検査料を算定できるか。

（答）算定できる。

【BRCA1/2遺伝子検査】

問10 「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査のうち、「2」血液を検体とするものについて、当該検査により遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子又は兄弟姉妹であって、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者に同検査を実施し、その結果、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された場合に、第10部手術の通則19の規定に基づき、「K475」乳房切除術又は「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を実施した場合、当該手術に係る手術料を算定できるか。

（答）算定できる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【共通事項】

問1 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費について、どのような範囲を指すのか。

(答) 次を想定している。

- ・ 法定福利費（健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、子ども・子育て拠出金、雇用保険料、労災保険料等）における、賃金改善に応じた事業者負担の増加分。

なお、実績報告書の記載における法定福利費の額の計算については、合理的な方法に基づく概算（概算の場合、最大16.5%）によることができる。

また、任意加入とされている制度に係る増加分（例えば、退職手当共済制度等における掛金等）は含まないものとする。また、企業型確定拠出年金の掛け金についても含まない。

これに伴い、「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年9月5日事務連絡）別添の問19及び「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17については廃止する。

問2 看護職員処遇改善評価料、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）の区分計算に当たって、医療観察法制度等の公費負担医療や労災保険制度等の診療報酬点数表に従ってベースアップ評価料が算定される患者の診療回数についても算入するのか。

(答) 算入する。ただし、自由診療の患者については、料金の定め方にかかわらず算入しない。

この場合、医療保険とこれらの制度により算定されるベースアップ評価料を合算した額を、対象職員の賃金改善に充当する必要がある。

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24については廃止する。

問3 同一の保険医療機関内で、診療報酬点数表に従ってベースアップ評価料が算定される自由診療以外の患者を診療する病棟等が明確に分かれている場合（医療観察法病棟等）であっても、医療保険及び各制度の看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料によって得られる収入の合計を、当該病棟等に勤務する職員を含む、対象職員全体の賃上げに用いることとしてよいのか。

(答) 差し支えない。

問4 「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し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。」とあるが、年度途中で雇用又は退職した対象職員の取扱い如何。

(答) 雇用した月以降又は退職した月までは、対象職員として取扱って差し支えない。

なお、対象職員の数に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は、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

また、当該評価料算定期間中に対象職員の変動があった場合の賃金改善実績報告書等への記載については、「対象職員として取扱って賃金改善を行った期間における基本給等の総額」を「ベースアップ評価料の総算定月数」で除した値を1月当たりの基本給等総額に計上すること。

【ベースアップ評価料】

問5 ベースアップ評価料の算定期間中に40歳となった医師、歯科医師及び保険薬局に勤務する薬剤師について、対象職員に含める基準、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)及び入院ベースアップ評価料の区分変更及び賃金改善実績報告書等への記載方法における取扱い如何。

(答) 賃金の支払いの対象となった月の初日時点で、40歳未満であれば対象職員として扱う。

なお、対象職員の数に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は、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

また、当該評価料算定期間中に対象職員の変動があった場合の賃金改善実績報告書等への記載については、「対象職員として取扱って賃金改善を行った期間における基本給等の総額」を「ベースアップ評価料の総算定月数」で除した値を1月当たりの基本給等総額に計上すること。

【入院基本料等の減算】

問6 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を算定していた医療機関が、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場合、

「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」に規定する入院基本料等の減算対象となるのか。

(答) 入院基本料等の減算対象とはならない。

歯科診療報酬点数表関係

【新製有床義歯管理料】

問1 令和8年度診療報酬改定において、新製有床義歯管理料の算定単位が「1装置」に見直されたが、同日に複数の有床義歯を装着した場合であっても、1装置ごとに当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供することが必要となるのか。

(答) 複数の義歯に関する取扱方法等、当該有床義歯の管理に係る情報が記載されていれば、1枚の文書により提供しても差し支えない。

【画像診断】

問2 顎関節疾患を診断するために歯科パノラマ断層撮影を1枚撮影した後、開閉口時の顎関節の状態等、歯科パノラマ断層撮影では当該疾患の診断が困難であったことから、同日に顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で一連の分割撮影を行った場合、2枚目の診断料と撮影料はどのように算定すればよいか。

(答) 診断料と撮影料は所定点数により算定する。

問3 第4部画像診断「通則5」の電子画像管理加算について、「通則2」及び「通則3」に係る「同一の部位」、「同時」の取扱いを踏まえて、「同一の部位」又は「同時」に該当しない場合は、それぞれ算定してよいか。

(答) 算定可能。

【暫間歯冠補綴装置】

問4 「M003-2 暫間歯冠補綴装置」の留意事項通知(1)について、
①同一欠損部位に対する当該項目の再度の算定について、「ロ」の歯周治療用装置の再製作を除き、「ニ」の歯科用暫間被覆冠成形品を算定後に、「イ」のリテーナーを算定する場合に限り、算定可能か。
②「ニ」の歯科用暫間被覆冠成形品の使用時に、固定源である欠損部の両隣在歯に動揺が生じており連結固定が必要な場合は、固定源の歯について、「I014 暫間固定」の算定は可能か。

(答) ①そのとおり

②算定可能

【歯周病継続支援治療】

問5 「I011-2 歯周病継続支援治療」の留意事項通知(1)について、「2回目以降の歯周病検査の結果、次のいずれかに該当する状態をいう」

とあるが、当該歯周病検査とは、「D002」に掲げるいずれかの歯周病検査を行えばよいか。

(答) そのとおり。患者の年齢や歯周組織の状況等に応じて「D002」に掲げる歯周病検査のいずれかの検査を実施すること。なお、乳歯が含まれる歯列に対して本区分を算定する場合においても、永久歯の歯数に応じて算定すること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その44）」（令和2年11月24日事務連絡）別添2の問1、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和2年3月31日事務連絡）別添2の問21及び「疑義解釈資料の送付について（その9）」（令和2年5月7日事務連絡）別添2の問6は廃止する。

【有床義歯】

問6 鋳鉤、線鉤、コンビネーション鉤及び大連結子について、歯科用貴金属を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載することとされているが、どのような理由が該当するのか。

(答) 例えば、鉤歯の状態により、歯科用貴金属でなければ鉤の破折が起こり得る等の歯科医学的な理由が該当する。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

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日付け保医発0305第8号。以下「特掲施設基準通知」という。)の第88の2 調剤基本料2の2(4)エで示す「介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院、高齢者住まい法で定めるサービス付き高齢者向け住宅並びに老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋」については、服薬管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料のいずれを算定したかにかかわらず、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて処方箋集中率を計算するのか。

(答) そのとおり。

【地域支援・医薬品供給対応体制加算】

問2 特掲施設基準通知の第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の2(3)コ(ト)の「薬事未承認の研究用試薬又は検査サービス」とは、具体的にはどのようなものを指すのか。

(答) 公衆衛生の向上及び増進の観点から、

- ・「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(薬機法)等に抵触するおそれのある、疾病の診断や罹患リスクの判定を行うことができる標榜する研究用試薬又は検査用試薬や、
- ・医師法等に抵触するおそれのある、疾患の罹患可能性の提示や診断等の医学的判断を行う検査サービスを指す。

問3 問2に関し、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定するに当たり、薬機法等に抵触するおそれのない研究用試薬又は検査用試薬や、医師法等に抵触するおそれのない検査サービスを販売又は提供をしても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【その他】

問4 「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」(令和8年3月27日付け保医発0327第7号)の2 療養の

給付と直接関係ないサービス等(5)エの「在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）」について、保険薬局における調剤時に当該対応に要する費用についても費用徴収の対象として差し支えないか。

(答) 差し支えない。なお、当該サービスに限らず、本通知に掲載されている療養の給付と直接関係ないサービス等であって、保険薬局において提供しうるものについては、保険薬局における当該提供に要する費用についても費用徴収の対象として差し支えない。

訪問看護療養費関係

【包括型訪問看護療養費】

問1 包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行っている高齢者住まい等に居住する別表第7に規定する疾病等に該当する利用者への訪問看護において、例えば、日中の時間帯に訪問看護計画に基づいて訪問看護を40分を行い訪問看護基本療養費(Ⅱ)等を算定する予定だったが、その後、夜間帯に緊急の対応が必要となり訪問看護を30分実施し、当該日の訪問看護の回数は2回、訪問看護時間は70分となった。

① 包括型訪問看護療養費の算定告示に「1日に2回以上の指定訪問看護を行った場合は、包括型訪問看護療養費に限り算定する」と規定されているが、計画による訪問看護でない場合であっても、包括型訪問看護療養費を算定するという事によいか。

② この例では、訪問看護時間は1日あたり70分となり「ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満」に該当するが、訪問看護の回数は1日あたり2回のため、「ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満」の算定要件である1日あたり3回以上の訪問看護の実施を満たしていない。包括型訪問看護療養費を算定する場合、算定する区分如何。

(答) ① そのとおり。

② 「イ 訪問看護時間が30分以上60分未満」の区分を算定する。

日医発第226号（保険）
令和8年4月23日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

疑義解釈資料の送付について（その4）

令和8年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和8年3月5日付け（日医発第1912号（保険））「令和8年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和8年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その4）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和8年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載をしております。

<添付資料>

疑義解釈資料の送付について（その4）

（令8.4.21 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和8年4月21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）
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）

御中

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4）

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あるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添2までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

医科診療報酬点数表関係

【電子的診療情報連携体制整備加算】

問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は具体的にどのような体制を指すか。

(答) 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を指し、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を指す。

問2 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

(答) 電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトから運用開始日を入力を行うこと。

問3 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。」とあるが、具体的には何を指すか。

(答) 電子カルテ情報共有サービスの運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子カルテ情報共有サービス対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトに示されている方法で入力を行うこと。

※ 現在、ポータルサイトでの入力機能及び厚生労働省ウェブサイトにおける公表ページは準備中のため、準備が整い次第、詳細については両サイトで公表予定。

問4 「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算について、「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を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。また、「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、「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を算定できるか。

(答) いずれも算定不可。

【重症度、医療・看護必要度】

問5 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数の算出において、救急搬送により、救急患者応需係数の算出対象となる入院料を算定する病棟と、その他の治療室等に入院する患者がそれぞれいる場合、救急患者応需係数の算出はどのようにすればよいか。

(答) 救急患者応需係数の算出対象とならない特定入院料（特定集中治療室、小児入院医療管理料1～5、地域包括ケア入院医療管理料等を含む）への救急搬送入院件数は、「直近1年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者」及び「入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者」には含まない。なお、病院の救急搬送受入件数には入院（特定入院料を含む）、外来を含め全ての救急搬送受入件数が含まれることに留意すること。

例えば、特定集中治療室管理料3が5床、急性期一般入院料4が100床、地域包括医療病棟入院料2が50床の病院において、救急搬送受入件数が1000件、救急搬送入院件数が450件、うち特定集中治療室管理料3への入院が50件、急性期一般入院料4への入院が300件、地域包括医療病棟2への入院が100件である場合、急性期一般入院料4及び地域包括医療病棟入院料2の救急患者応需係数の算出にあたっては、救急患者応需係数の算出対象となる病棟（急性期一般入院料4及び地域包括医療病棟入院料2）に救急搬送入院した患者の割合を、救急搬送受入件数(1000件)に乗じて、以下のように算出する。

急性期一般入院料4の救急患者応需係数： $1000 \times \{300 / (300+100)\} \div 100 \times 0.005 = 0.0375$

地域包括医療病棟入院料2の救急患者応需係数： $1000 \times \{100 / (300+100)\} \div 50 \times 0.005 = 0.025$

問6 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準4の2(3)において、「救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者(救急患者応需係数の算出対象となる病棟に入院した患者に限る。)のうち、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数を、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数で除して得た数をいう」とあるが、「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」についてどのように考えるか。

(答) 当該特定入院料を算定するものとして届け出た病床数（小児入院医療管理料5を除く）は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床から除外して、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数を算出すること。

例えば、一般病床100床の病院において、急性期一般入院料4を100床

届け出ており、当該急性期一般入院料4を届け出ている病棟において、地域包括ケア入院医療管理料1を20床届け出ている場合、「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」は80床となる。

問7 救急患者応需係数について、直近1年間に届出区分の病床数に変動があった場合、どのように算出すればよいか。

(答) 前年度において、4月から届出区分に係る病床数の変更があった月の前月までの期間と、当該変更があった月から翌年3月までの期間ごとに、それぞれの期間に応じた加重平均による病床数を算出し、これに基づき、前年度1年間の救急搬送受入件数を除して算出する。

例えば、急性期一般入院料4を100床届け出ており、前年度の12月に届出病床数を40床に変更した場合、加重平均による病床数は以下のように算出する。

$$(100 \times 8/12) + (40 \times 4/12) = 80$$

【急性期病院一般入院基本料等】

問8 急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多（地域最多救急病院）であることをどのように判断するか。

(答) 地域最多救急病院として届け出る場合には、直近の病床機能報告のデータ等に基づき、当該医療機関が所属する二次医療圏において救急搬送件数が最多であることを確認した上で、届出を行うこと。

この際、当該二次医療圏において、自院の救急搬送件数の概ね8割以上の実績を有する他の医療機関が存在する場合、又は新設、再編若しくは統合等により自院を上回る救急搬送件数となる可能性のある医療機関が存在する場合には、必要に応じて、当該医療機関に対し前年度の救急搬送件数を照会する等により確認を行うこと。

問9 人口20万人未満の地域及び人口の少ない地域について、第8次医療計画の策定において二次医療圏の再編・統合を行った結果、人口20万人未満の二次医療圏であった地域が、人口20万人以上の二次医療圏に属することとなった場合、所属二次医療圏の人口、同一の二次医療圏の範囲及び地域最多救急病院についてどのように考えればよいか。

(答) このような場合、再編・統合前の20万人未満二次医療圏に所在していた医療機関については、当分の間、人口20万人未満の二次医療圏に所在するものとみなして差し支えない。

その際、医療提供機能連携確保加算の施設基準における、人口20万人未満二次医療圏に所在する医療機関への診療実績に係る同一の二次医療圏の

範囲については、再編・統合前の人口 20 万人未満二次医療圏を単位として考える。

また、当該再編・統合前の 20 万人未満の二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最も多い病院については、施設基準通知別添 2 第 2 の 4 の 10 の (2) ウに規定する基準のうち救急搬送件数が最も多いもの及び施設基準通知別添 3 第 1 の 6 に規定する地域最多救急病院に該当するものとみなして差し支えない。

【地域医療体制確保加算】

問 10 「A 2 5 2」の「2」地域医療体制確保加算 2 の施設基準における「集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修」にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の①から④までのいずれかの研修を修了した看護師又は日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師（認証書を受領する前であって、合否結果に基づき合格を確認している看護師を含む。）を指す。

①日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア[※]」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア[※]」（新生児集中ケア及び小児プライマリケアについては、小児外科を特定診療科とする場合に限る）

※平成 30 年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程

③特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の 9 区分の研修のうちいずれか 1 つ以上を修了した場合に限る。）

ア「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」

イ「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」

ウ「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」

エ「動脈血液ガス分析関連」

オ「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」

カ「循環動態に係る薬剤投与関連」

キ「術後疼痛管理関連」

ク「循環器関連」

ケ「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修

- ・集中治療領域
- ・救急領域
- ・術中麻酔管理領域
- ・外科術後病棟管理領域

問 11 地域医療体制確保加算 2 の特定診療科について、例えば消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆膵をそれぞれ扱う診療科に分かれている場合、どのように診療科を特定すればよいか。

(答) いずれの診療科においても、消化器に係る手術等の外科的治療を主として行っており、原則として消化器外科以外の診療科の診療を実施していない場合には、複数の診療科を合わせて1つの消化器外科として特定して差し支えない。

問 12 地域医療体制確保加算 2 の特定診療科について、例えば複数の消化器外科領域の診療科を1つの消化器外科として特定した場合、地域医療体制確保加算の施設基準 2 (3) 及び (4) については、各診療科がそれぞれ満たす必要があるか。

(答) 2 (3) 及び (4) について、消化器外科全体として施設基準を満たしていれば差し支えないが、実態として、各診療科で独立した勤務体制を取っている場合には、それぞれの診療科で交代勤務制又はチーム制の要件を満たす必要がある。

問 13 地域医療体制確保加算 2 の施設基準において「特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること」とあるが、非常勤医師も対象となるのか。

(答) 特定診療科の常勤医師については、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っている必要があり、当該特定診療科の非常勤医師についても、同様の配慮を行っていることが望ましい。

問 14 地域医療体制確保加算 2 の施設基準について、「臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること」とあるが、具体的にはどのような取組を行っていただければよいか。

(答) 当該特定診療科の専門研修に係る専門研修基幹施設又は連携施設であって、以下のような、特定診療科の医師の育成を地域で連携して行っていること。

- ・地域の他の医療機関と連携して、当該特定診療科の専門研修を実施していること。
- ・地域の他の医療機関と連携して、hands-on セミナーやカダバートレーニング等の若手医師に向けた手技向上に係る実技研修の機会を年に複数回、定期的に設けており、うち年に1回以上は自施設で実施していること。
- ・指導医を地域の他の医療機関に派遣して、若手医師の育成を行っていること。
- ・地域の他の医療機関から、研修のために、専門研修修了後の若手医師も受け入れていること。

【特定集中治療室管理料等】

問 15 特定集中治療室管理料及びハイケアユニット入院医療管理料における施設基準について、「全身麻酔の定義は、「A200」に掲げる急性期総合体制加算における定義と同様である。」とあるが、令和8年5月31日までに実施した全身麻酔による手術件数についても、急性期総合体制加算における定義と同様に、令和8年度改定前の医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち「L008」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ること差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【情報通信機器を用いた診療】

問 16 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準について、「情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと」とあるが、初診を情報通信機器を用いた診療で実施し、再診も情報通信機器を用いた診療を行った場合、向精神薬を処方することはできるか。

(答) 不可。令和8年4月1日に改正された医療法施行規則第9条の6の13の第3項において「医師又は歯科医師は、オンライン診療を行う場合において、初診でない場合であってその症状等について対面診療を経ている場合を除いては、次に掲げる処方を行ってはならない。」とされており、対象となる処方として「麻薬及び向精神薬取締法第2条第1項第1号に規定する麻薬及び同項第6号に規定する向精神薬の処方」とされている。

問 17 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準について、「当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト」とあるが、具体的には何を指すか。

(答) 「医療法等の一部を改正する法律の一部の施行等について（オンライン診療関係）」（医政発 0327 第5号令和8年3月27日付け厚生労働省医政局長通知）別添3の「（医療機関向け）基準等遵守の確認をするためのチェック

リスト」を指す。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001681020.pdf>

【在宅医療充実体制加算】

問 18 令和 8 年度診療報酬改定で新設された「在宅医療充実体制加算」の施設基準のうち「第 9」の 2 の (3) のエに規定する重症の患者の割合について、届出時に過去 1 年間の実績が必要なのか。

(答) 当該要件については、令和 8 年度中に届出を行う場合に限り、直近 3 か月の実績を用いることができるものとする。ただし、その場合においても、令和 9 年度に算定を継続する場合には、過去 1 年間の実績を必要とする。また、令和 9 年度以降に届出を行う場合は、過去 1 年間の実績を必要とする。

問 19 「在宅医療充実体制加算」の施設基準のうち「第 9」の 2 の (3) のエに規定する患者の延べ診療月数の割合について「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に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合」とあるが、「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に月 1 回訪問診療を行っている場合についてはどう考えるか。

(答) 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に規定する「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」については、月 1 回の訪問診療であっても延べ診療月数に含めて差し支えない。

問 20 「在宅医療充実体制加算」の施設基準のうち「第 9」の 2 の (3) のエに規定する患者の延べ診療月数の割合について、「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」やターミナルケア加算等を算定する患者の延べ診療月数の割合が 2 割以上であることとされているが、重度の認知症の患者を診療する医療機関についても同様か。

(答) 重度の認知症患者の診療についても考慮する観点から、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、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、かつ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、当該割合が 1 割 5 分以上であれば当該要件を満たすものとする。

問 21 在宅医療充実体制加算の施設基準における「在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上」の要件について、「常勤換算医師数」の算出方法如何。

(答) 実労働時間が週31時間以上の非常勤医師については、雇用形態に関わらず常勤の医師とみなし、常勤換算1名として算入する。実労働時間が週31時間に満たない非常勤医師の実労働時間を常勤換算し算入するに当たっては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間(32時間未満の場合は、32時間)の勤務をもって常勤換算1名として算入する。

問 22 「在宅医療充実体制加算」の施設基準における「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」の要件について、「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。」とあるが、「訪問診療を担当する時間」に訪問診療を受ける患者に係る症例カンファレンスや訪問看護指示書等の作成業務等の、当該患者に提供する医療に関する業務時間を含めてよいか。

(答) 含めてよい。

問 23 在宅医療充実体制加算の施設基準における「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」の要件について、「訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数」の算出方法如何。

(答) 在宅医療充実体制加算の施設基準において、「訪問診療を担当する時間」が週32時間以上の場合、常勤換算1名として算入することとし、それに満たない医師については、

- ・常勤医師については、原則として常勤としての所定労働時間に占める「訪問診療を担当する時間」の割合により常勤換算した医師数を求めることとし、常勤としての所定労働時間が32時間を超える場合には、32時間に対する「訪問診療を担当する時間」の割合により常勤換算した医師数を求める
- ・非常勤医師については、32時間に対する「訪問診療を担当する時間」の割合により常勤換算した医師数を求める。

問 24 在宅医療充実体制加算の施設基準における「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」の要件について、訪問診療の回数が月1回の患

者や施設入居時等医学総合管理料を算定する患者では診療に要する時間が異なるが、全ての患者を同じようにカウントするのか。

(答)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

問25 在宅医療充実体制加算の施設基準において、医師等の教育体制について、現に受入を行っている又は過去2年度以内の受け入れ実績を有していることが要件とされているが、令和8年度又は令和9年度中に受け入れの予定がある場合、令和9年度までの間は、現に受け入れ実績を有しているとみなしてよいか。

(答)よい。この場合、令和9年度中までに医学生、臨床研修医又は専攻医等を受け入れる予定であることを示す文書を、届出書類と併せて厚生局へ提出すること。具体的には、次の①及び②の文書が想定される。

- ① 大学の医学部医学科の医学生を受け入れる場合にあっては、大学医学部において作成している、単位に認定され、かつ、実習において医学生が訪問診療に同行することが分かる実習計画及び当該保険医療機関が大学医学部から地域医療実習の実習先として指定されていることを証する文書、基幹型臨床研修病院又は専門研修基幹施設等の臨床研修医又は専攻医を受け入れる場合にあっては、当該保険医療機関が臨床研修病院群又は専門研修連携施設に含まれていることを証する文書（臨床研修に係る基幹施設が作成するプログラム概要や連携体制に係る文書や、日本専門医機構等の認定を受けた専門研修プログラムにおける連携施設のリスト等）
- ② これらの機関から当該保険医療機関へ実際に医学生等の受け入れを依頼されたことが分かる文書の写し（令和8年度又は令和9年度に受け入れ予定であることが分かるものに限る。）

【在宅療養支援診療所】

問26 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日事務連絡）別添1の問38において、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院間で、診療を行う患者の診療情報の共有を図るために月1回以上定期的開催されるカンファレンスについては原則対面で行うこととされているが、オンライン会議を併用してもよいのか。

(答)よい。ただし、連携に新たな医療機関が参加する場合は、カンファレンスを対面で開催するか、連携に新たに参加する医療機関の常勤医師が連携

内の他の医療機関の常勤医師と対面で面談し、連携の在り方や各医療機関の診療方針等について共有しておくこと。

問 27 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日事務連絡）別添1の問88において、往診体制について患者に提供する文書に雇用契約のない医師を掲載することは認められないとされているが、「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1の第9の2の(3)の(ロ)から(ハ)までの規定に該当する雇用契約のない研修医等が研修のため往診に従事する場合、どのように取り扱えばよいのか。

(答) 当該規定に該当する研修医等が往診に従事する場合には、研修医等が往診をすることがある旨を予め患者へ提供する文書に記載する等により、事前に説明することで要件を満たす。なお、指導にあたる医師が常に連絡を取れる体制とするなど、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・病院の連携する保険医療機関を含む。）において必要な対応や指導が確実に行える体制を確保すること。

問 28 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日事務連絡）別添1の問91において、予め文書で氏名等を提供している医師についての面談の要件が示されているが、連携型機能強化型在宅療養支援診療所の医師であって、自院において訪問診療等に従事している医師は、「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」に含まれるか。

(答) 連携型機能強化型在宅療養支援診療所に勤務する医師であって、自院において訪問診療等を担当している医師（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）の場合は、含まれるものとみなす。

問 29 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とされているが、往診を予定していた医師の急病等により、当日に急遽事前に氏名を提供していない医師に往診を依頼することとなった場合は、どのように対応すればよいのか。

(答) 往診を予定していた医師の急病等により、当日やむを得ず、前日までに対面による面談を行っていない医師が往診を担当する場合、対面での面談

又は情報通信機器を用いて、速やかに当該医療機関の常勤医師又は常勤の医療関係職種から診療方針等の共有を受けること。ただし、この場合に往診を担当する医師は、訪問診療又は往診の経験を10回以上有し、発熱等の急性疾患や在宅患者の状態変化等の対応経験が十分ある医師とすること。また、本取扱いは往診を予定していた医師の急病等、緊急事態が発生した場合の例外的な取扱いであり、6か月間に10日を上限とすること。往診を行った際は、事前に患家への氏名の提供又は医療機関との面談をしていなかった医師が往診を行ったやむを得ない理由を診療録に記載すること。

問30 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日事務連絡）別添1の問89において、「（答）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（中略）により、実施すること。」とあるが、当該面談は、当該保険医療機関外で行うことも可能か。

（答）可能。その場合には、往診医は往診担当日の往診前までに、当該保険医療機関を訪問し、当該保険医療機関の職員から、診療録の記入方法、診療方針等の共有を受ける必要がある。

問31 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日事務連絡）別添1の問89において、「（答）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（中略）により、実施すること。」とあるが、令和8年6月までに往診医全員に対面での面談を行うことが困難である場合、どのように対応すればよいか。

（答）診療方針等について十分に共有できるよう、対面での面談の計画等の体制整備を進めており、文書等により具体的な計画が分かるように定めている場合は、令和8年12月31日までの間に限り、24時間往診が可能な体制を満たすものとする。ただし、令和9年1月1日以降は、往診を担当するのは対面で面談を行った医師等に限ること。

【訪問看護遠隔診療補助料】

問32 「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料について、留意事項通知において、注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書を交付する必要はないとされているが、この場合の訪問看護ステーションの看護師等は、令和8年4月1日に改正された医療法施行規則第9条の6の12第1項において定めている「訪問看護指示書等の交付を受けた訪問看護ステーション等その他これに準ずる事業所に勤務する者」に該当すると考えてよいか。また、第3部検査通則第7号に規定する看護師等遠隔診療検査実施料、第

6部注射通則第10号に規定する看護師等遠隔診療注射実施料及び第9部処置通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料について、算定要件を満たした場合には、同日に改正された医療法施行規則第9条の6の12第1項において定めている予測された範囲内の診療の補助に該当すると考えてよいか。

(答) いずれもそのとおり。なお、本問については、医政局とも協議済である。

【栄養保持を目的とした医薬品の品目について】

問33 「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)に、「栄養保持を目的とした医薬品とは、薬効分類がたん白アミノ酸製剤に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であるものであって、用法及び用量に経口投与が含まれるものをいう。」とあるが、栄養保持を目的とした医薬品に該当する具体的な品目は、次のとおりでよいか。

- ・イノラス配合経腸用液
- ・エネーボ配合経腸用液
- ・エンシュア・H
- ・エンシュア・リキッド
- ・ツインラインNF配合経腸用液
- ・ラコールNF配合経腸用液

(答) そのとおり。

【外科医療確保特別加算】

問34 外科医療確保特別加算の施設基準において、「医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術(中略)を合わせて年間200例以上実施していること」とされているが、当該要件は、外科医療確保特別加算の算定に係る届出を行った特定診療科において、当該対象手術を合算して年間200例以上実施していることを指すものか。

(答) そのとおり。

【子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算】

問35 「K879」及び「K879-2」の注1及び注2に規定する子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算について、インドシアニングリーン及び放射性同位元素を用いてセンチネルリンパ節生検を実施した場合、どのように算定するか。

(答) 主たるもののみ算定する。

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 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料の対象職員について、「当該保険医療機関に勤務する職員」とあるが、保険医療機関の開設者及び管理者並びに法人の代表者及び役員はいずれも含まれないか。

(答) そのとおり。

問2 ベースアップ評価料等の対象職員について、保険医療機関等に直接雇用されていない場合であっても、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和8年4月1日事務連絡）別添2の問2において、一定の要件を満たす場合は、「派遣職員（「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律」（昭和60年法律第88号）の第2条第2項に該当する職員をいう。）に限り対象とすることを可能とする。」とあるが、この場合、派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分について、区分計算及び実績報告書における取扱い如何。

(答) 派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分については、実績報告書上、「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額」として計上すること。

ただし、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、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分計算における「月額賃金総額」については、派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分を含めないこと。

【歯科技工所ベースアップ支援料】

問3 「歯科技工所ベースアップ支援料」の留意事項通知（3）において、「本区分はM005に掲げる装着又はN008に掲げる装着の算定日に算定する」とされているが、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合であって、補綴物等の製作等がすでに行われているにもかかわらず、装着できない場合は、当該支援料は算定できるのか。

(答) 未来院請求時に算定して差し支えない。

問4 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準において、「当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。」とあるが、製作技工に要する費用の中に当該支援料を含めて、製作技工に要する費用としてまとめて支払いを行ってよいか。

(答) まとめて支払うことで差し支えない。ただし、当該支援料が含まれるこ

とが分かる請求書等を、算定に係る書類として保存すること。

問5 歯科診療所から歯科技工所に対する、当該支援料による委託費の増額に伴う消費税の増額分について、当該支援料を充当することとして差し支えないか。

(答) 差し支えない。