（別添２）

医科・歯科診療報酬点数表関係

【遡及指定に係る初再診料等】

問１　開設者変更や所在地移転等を理由に、保険医療機関の廃止を伴い新たに保険医療機関の指定を受ける場合における例外的な指定日の遡及（いわゆる遡及指定）が認められた場合において、変更（移転）前の保険医療機関が診療していた患者を、変更（移転）後の保険医療機関が引き続き外来診療した場合、「初診料」と「再診料（外来診療料）」のいずれを算定するのか。

（答）再診料（外来診療料）を算定する。また、その他の基本診療料及び特掲診療料についても、再診時の算定ルールに従い算定すること。ただし、施設基準が定められているものは、変更（移転）前に施設基準が届出られていたものであって、変更（移転）後も届出がなされたものに限る。

【物価対応料】

問２　物価対応料について、「入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第１章第２部第１節入院基本料、第３節特定入院料又は第４節短期滞在手術等基本料（「Ａ４００」の「１」短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、１日につき１回に限り算定できる。」とあるが、短期滞在手術等基本料３における算定はどのように考えればよいか。

（答）短期滞在手術等基本料３を算定する場合、物価対応料について、当該基本料を算定した日において、１回に限り算定する。なお、歯科入院物価対応料についても同様の取り扱いとする。

事務連絡 令和8年6月26 日
疑義解釈資料の送付について(その9)

（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

【入院基本料等の減算】

問１　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については、減算の免除を受けるために、様式 98 を用いて施設基準の届出を行う必要があるが、令和８年６月１日までに届出が間に合わなかった場合の取扱い如何。

（答）届出が間に合わなかった場合の取扱いは以下の通り。

ア　令和８年３月 31 日時点において入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関又は令和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）を届け出ている有床診療所である保険医療機関の場合（なお、ここでの「３月 31 日時点で届け出ている」とは、令和８年３月２日までに施設基準の届出が受理され、令和８年３月 31 日時点で当該評価料を算定していることを意味する。）：

令和８年６月診療分及び７月診療分に限り、当該施設基準の届出があったものとみなし、入院基本料等の減算の対象とはならない。

ただし、この場合であっても、令和８年８月３日（月）までに様式 98 による施設基準の届出を行わない場合、令和８年８月診療分から入院基本料等の減算の対象となるため、留意されたい。

イ　アに該当せず、基本診療料の施設基準通知別添２の第１の９の（２）の①及び③に規定する一定水準以上のベア等を行った保険医療機関（③については有床診療所に限る。）又は令和８年６月１日以降に新規開設した保険医療機関の場合：

令和８年６月診療分及び７月診療分に係る当該施設基準の届出を、令和８年７月３日（金）までに行った場合には、令和８年６月以降の診療分について、入院基本料等の減算の対象とはならない。

【歯科技工所ベースアップ支援料】

問２　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準届出時に、既に歯科技工所において補綴物等の製作等を開始している場合も対象となるのか。

（答）対象となる。補綴物等の装着時に、当該支援料を算定して差し支えない。

問３　鉤の製作等を歯科技工所に委託する際に、次の場合は、歯科技工所ベースアップ支援料は算定できるのか。
①鉤の製作に係る技術料及び材料料のみを算定する場合
②鉤の製作や組込等に伴い有床義歯修理を併せて算定する場合

（答）①算定できない。

②義歯修理の装着料の算定時に、当該支援料を算定して差し支えない。

（別添４）

医科・歯科診療報酬点数表関係

【初・再診料】

問１　健診等を実施した日と同一日の別の受診において、健診等に関する疾病に対して保険診療を行う場合には、再診料又は外来診療料を算定することができるとされているが、当該「同一日の別の受診」とはどのような場合が該当するのか。

（答）例えば、健診等にかかる診療等及び会計が終了した後（公費の健診等で自己負担がなく会計を要しない場合には、受付等において健診等に係る終了手続を終えた後）、同一日中に、患者の状態の変化等の客観的な必要性により新たな受診が必要となり改めて患者が受診する場合が該当する。客観的な必要性がなく、単に診療時間を形式的に区切ったり、予め再度の受診を指示したりする場合には、別の受診として取り扱わない。

（別添５）

歯科診療報酬点数表関係

【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】

問１　令和８年度診療報酬改定において、対象患者に「連続した３歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常が認められる患者（18 歳未満の患者に限る。）」が追加されたが、広範囲顎骨支持型補綴診断料の算定時に 18 歳未満であれば、当該手術の対象となるか。

（答）対象となる。

【口腔機能実地指導料】

問２　「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和８年３月 23 日事務連絡）別添３の問６において、当該指導料の施設基準に規定する研修の主催団体が例示されているが、歯科大学等の医育機関は研修の主催団体に含まれるのか。

（答）定期的に学術研修を実施している医育機関が設置する学会は、含まれる。

【歯科矯正セファログラム】

問３　令和８年度診療報酬改定において、画像診断の診断料及び撮影料の２枚目以降の算定方法の取扱いが見直されたが、歯科矯正に係る歯科矯正セファログラムと歯科パノラマ断層撮影を行った場合も同様の取扱いとなるのか。

（答）同様の取扱いとなる。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について」（平成 20 年３月 28 日事務連絡）別添２の問 27 及び「疑義解釈資料の送付について（その３）」（平成 20 年７月 10 日事務連絡）別添２の問 10 は廃止する。

【３次元プリント有床義歯】

問４　３次元プリント有床義歯の製作に用いる装置は、医療機器の一般的名称が「歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット」と「歯科技工用重合装置」であって、かつ、３次元プリント有床義歯の製作を目的として保険適用されている装置を用いた場合のみ算定できるのか。

（答）そのとおり。なお、当該医療機器の保険適用の有無については、製造販売業者に確認すること。

【特別管理加算】

問５　施設基準において、「都道府県等と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。」とあるが、

①歯科診療所は、都道府県等と病院の両方と連携する必要があるのか。

②都道府県等との連携について、連携内容についての要件はあるのか。

（答）①そのとおり。

②具体的な連携内容は規定していないが、届出を行う保険医療機関と都道府県等との間で、何らかの連携体制が構築されている必要がある。

【歯冠修復及び欠損補綴】

問６　令和８年度診療報酬改定において、保険適用の判断に係る取扱いの見直しが行われたが、引き続き事前承認の対象となっている留意事項通知の第12部の通則20のイからハについては、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出する際に電子媒体で提出しても良いか。

（答）差し支えない。ただし、電子媒体での提出に際しては、以下に留意すること。また、電子媒体で判読が困難とされた場合は、電子媒体での再提出もしくはエックス線フィルムや模型を速やかに提出すること。

①一般的に閲覧可能なファイル形式で、判読可能な画質で提出すること。

②模型については、上下顎模型の写真もしくは３次元デジタル模型から作成した画像データにて、正面観、側方面観、咬合面観及び咬合関係を確認できる資料を提出すること。

③通則20のロについては、欠損部や歯冠の幅径等が分かるように、模型に定規等を含めた写真等とすること。

【歯科矯正】

問７　令和８年度診療報酬改定において、留意事項通知の第13部の通則７に対象疾患が追加されたが、(68)その他顎・口腔の先天異常については、当局に内議の上で歯科矯正の対象にできるとされている。この際の、地方厚生（支）局への提出資料及び方法如何。

（答）保険医療機関において、個人情報が特定されないための加工等を行った上で、原則、電子媒体にて、一般的に閲覧可能なファイル形式で以下の資料を提出すること。

①患者情報（年齢、性別、現病歴、既往歴、保険者名等の基本情報や先天異常に関する診断書を含む）

②歯科矯正セファログラム（分析を含む。）を含むエックス線写真一式

③顔貌写真（正貌、側貌）、口腔内写真（正面観、側方面観、咬合面観）等

④上下顎模型の写真（正面観、側方面観、咬合面観及び咬合関係を確認できる写真等）

⑤該当する先天異常と歯列不正の関連についての論文等の参考文献

⑥その他、保険適応の判断に必要な資料

（別添２）

歯科診療報酬点数表関係

【チタンブリッジ】

問１　チタンブリッジについて、④５⑥⑥、⑤６⑥⑦又は⑥６⑦等の分割抜歯や分離切断を行った歯を支台歯とする場合も、当該ブリッジは算定できるのか。

（答）分割抜歯又は分離切断した歯を支台歯としたチタンブリッジをやむを得ず製作する場合は、残った歯冠や歯根の状態から、歯科医学的に適切な場合に限り、算定して差し支えない。

この場合、チタンブリッジは１装置として取り扱うが、支台歯については、分割抜歯を行った場合には、「Ｍ０１７」ポンティックの留意事項通知（７）のハ及びニと同様の取り扱いとし、分離切断を行った場合には大臼歯１歯分として算定する。

なお、分割抜歯や分離切断した歯に対するレジン前装加算は、ポンティックのみ算定する。

【歯科用合着・接着材料Ｉ】

問２　令和８年度診療報酬改定において、歯科用合着・接着材料の機能区分の見直しが行われたが、歯科用合着・接着材料Ｉには、グラスアイオノマーセメントの組成（フルオロアルミノシリケートガラスとポリアクリル酸等）を主として、レジン成分が添加されているセメントは含まれるのか。

（答）含まれない。なお、当該機能区分の定義における「接着性モノマー」とは、歯質に対する接着性を有する、カルボン酸系モノマー（４-META 等）やリン酸エステル系モノマー（MDP 等）を指す。

【静脈内鎮静法、歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔】

問３　第８部、第９部、第 10 部及び第 12 部の通則において、６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対しての処置等を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、所定点数に加算する取り扱いとされているが、ここでいう、全身麻酔とは、「Ｋ００３」静脈内鎮静法又は「Ｋ００５」及び「Ｋ００６」歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は含まれるのか。

（答）含まれない。

（別添５）

掲示事項関係

【掲示事項】

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養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）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か。

（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にすることとし、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こと。

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、掲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、当該掲示内容を紙媒体で閲覧できる旨を表示すること。

なお、「医療法」等、健康保険法以外の法令に基づき掲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こと。

（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。